



MODUL AJAR

STANDARISASI & AKREDITASI

PELAYANAN KESEHATAN



PENYUSUN

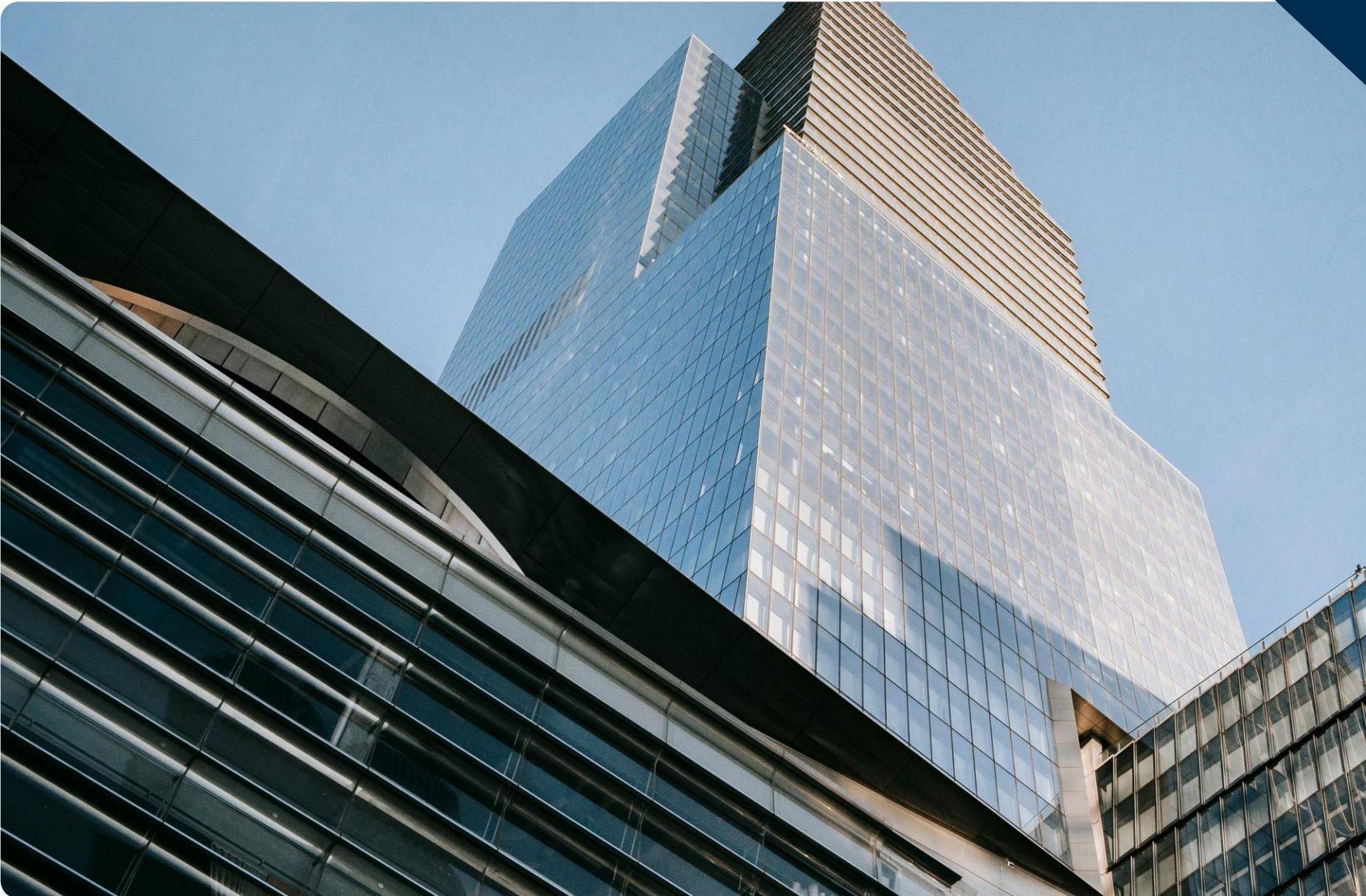
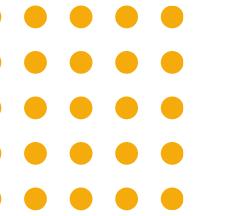


YUYUN UMNIYATUN

UHAMKA, 2025

QUALITY

YUYUN UMNIYATUN



CPMK



Mampu mendefinisikan, mengidentifikasi dan menjelaskan prinsip dasar mutu (S1,S2,S6,KU1,KU2,KK1,P1)



BAHAN KAJIAN



01

Definisi Mutu

02

Dimensi Mutu

03

Reliability-Cost
Quality Connection-
Customer
Relationship

04

Healthcare Quality

05

Stakeholder in Quality Care

QUALITY



A quality product or service is one that meets or exceeds expectations. Expectations can change, so quality must be continuously improved.



PENGERTIAN



KUALITAS

Kualitas merupakan atribut atau ciri khas dari suatu produk atau layanan.



Penilaian terhadap kualitas sangat bergantung pada sudut pandang pihak yang menilainya



PELANGGAN

kecepatan layanan dan keramahan staf

PROFESIONAL

akurasi prosedur dan standar teknis yang digunakan.

MANAJEMEN

efisiensi operasional dan keberlanjutan sistem pelayanan.



Hal-Hal yang terkait dengan
kualitas...

RELIABILITY



Dari sudut pandang teknik, keandalan berarti kemampuan suatu perangkat, sistem, atau proses untuk menjalankan fungsinya dengan baik tanpa kegagalan dalam jangka waktu tertentu, selama digunakan dengan benar di lingkungan yang sesuai. (Crossley, 2007)



RELIABILITY

- Keandalan dapat diukur.
- Proses yang andal menghasilkan performa sesuai harapan secara konsisten,
- Proses yang tidak andal seringkali gagal mencapai standar

Pasien menginginkan layanan kesehatan yang berkualitas dan andal, yang aman, konsisten, dan dapat diandalkan setiap saat.



COST-QUALITY CONNECTION

- Biaya dari suatu produk atau layanan memiliki hubungan tidak langsung dengan persepsi mutu

Pengalaman pelayanan kesehatan yang bermutu adalah **pengalaman yang memenuhi kebutuhan pribadi atau memberikan manfaat** (baik nyata maupun yang dirasakan), dan **diberikan dengan biaya yang wajar**.



CONSUMER-SUPPLIER RELATIONSHIP



- Hubungan antara konsumen dan penyedia layanan dalam bidang kesehatan dipengaruhi oleh dinamika yang berbeda.

Konsumen mungkin mengeluhkan kenaikan biaya layanan kesehatan, namun sebagian besar dari mereka tidak berada dalam posisi untuk menunda layanan kesehatan hingga harganya turun..



HEALTHCARE QUALITY



- Consumers, Purchasers, and Providers—have different perception
- Most consumers expect quality in the delivery of healthcare services:
- Patients want to receive the right treatments and experience good outcomes;
- Everyone wants to have satisfactory interactions with caregivers
- Consumers want the physical facilities where care is provided to be clean and pleasant, and they want their doctors to use the best technology available.
- Purchasers and providers may view quality in terms of other attributes

STAKEHOLDERS IN QUALITY CARE

- Purchasers (pembayar)
- Providers (Penyedia layanan)



PURCHASER



are individuals and organizations that pay for healthcare services either directly or indirectly.

1. Out of pocket → consumers & purchasers
2. Government-funded health insurance programs
3. Private health insurance plans
4. Businesses that subsidize the cost of employees' health insurance.

Purchasers view quality in terms of cost-effectiveness, meaning they want value in return for their healthcare expenditures

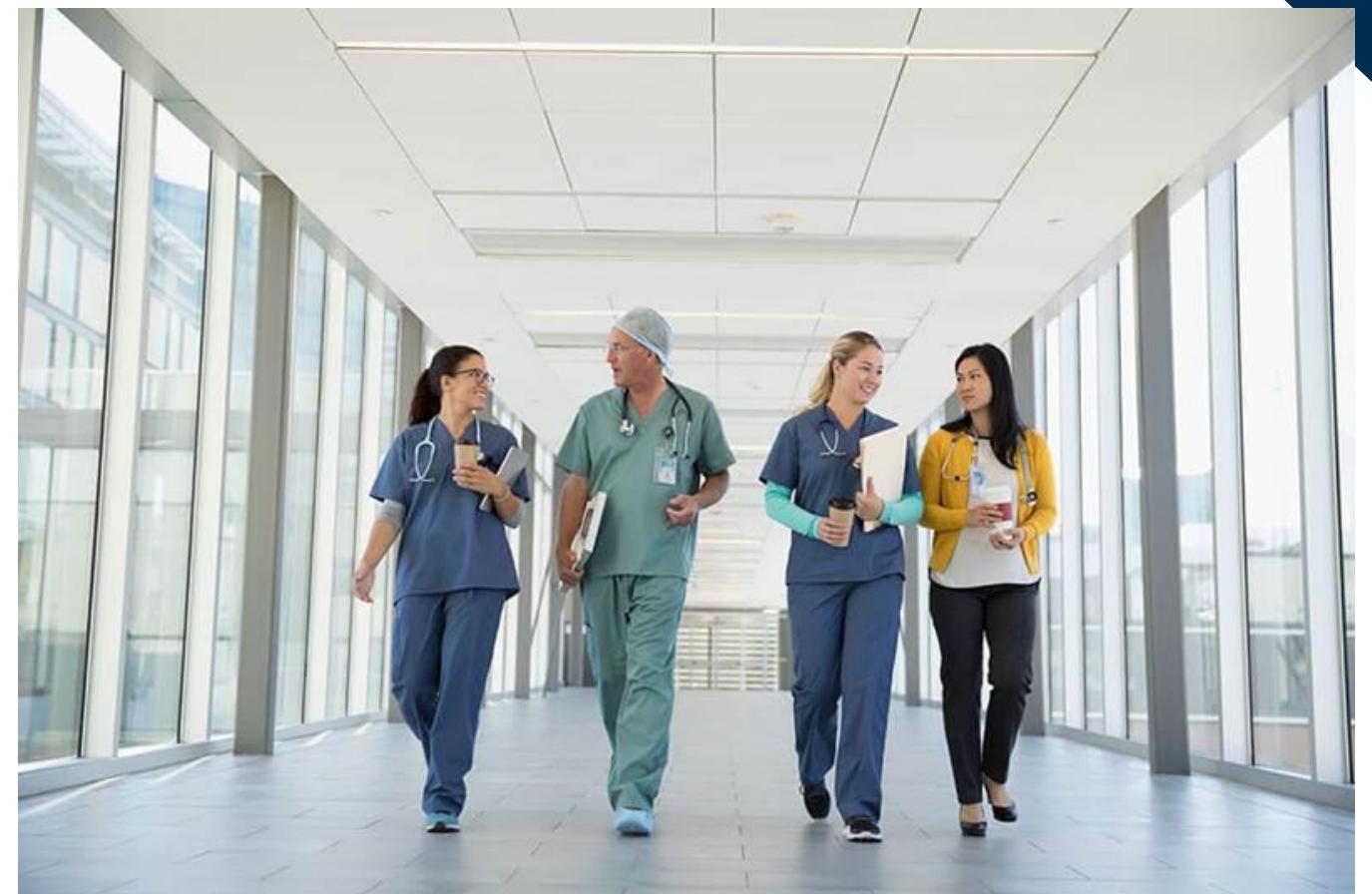


PROVIDERS



are individuals and organizations that offer healthcare services

1. **Provider individuals** include doctors, nurses, technicians, and clinical support and clerical staff.
2. **Provider organizations** include hospitals, skilled nursing and rehabilitation facilities, outpatient clinics, home health agencies, and all other institutions that provide care



DEFINING HEALTHCARE QUALITY

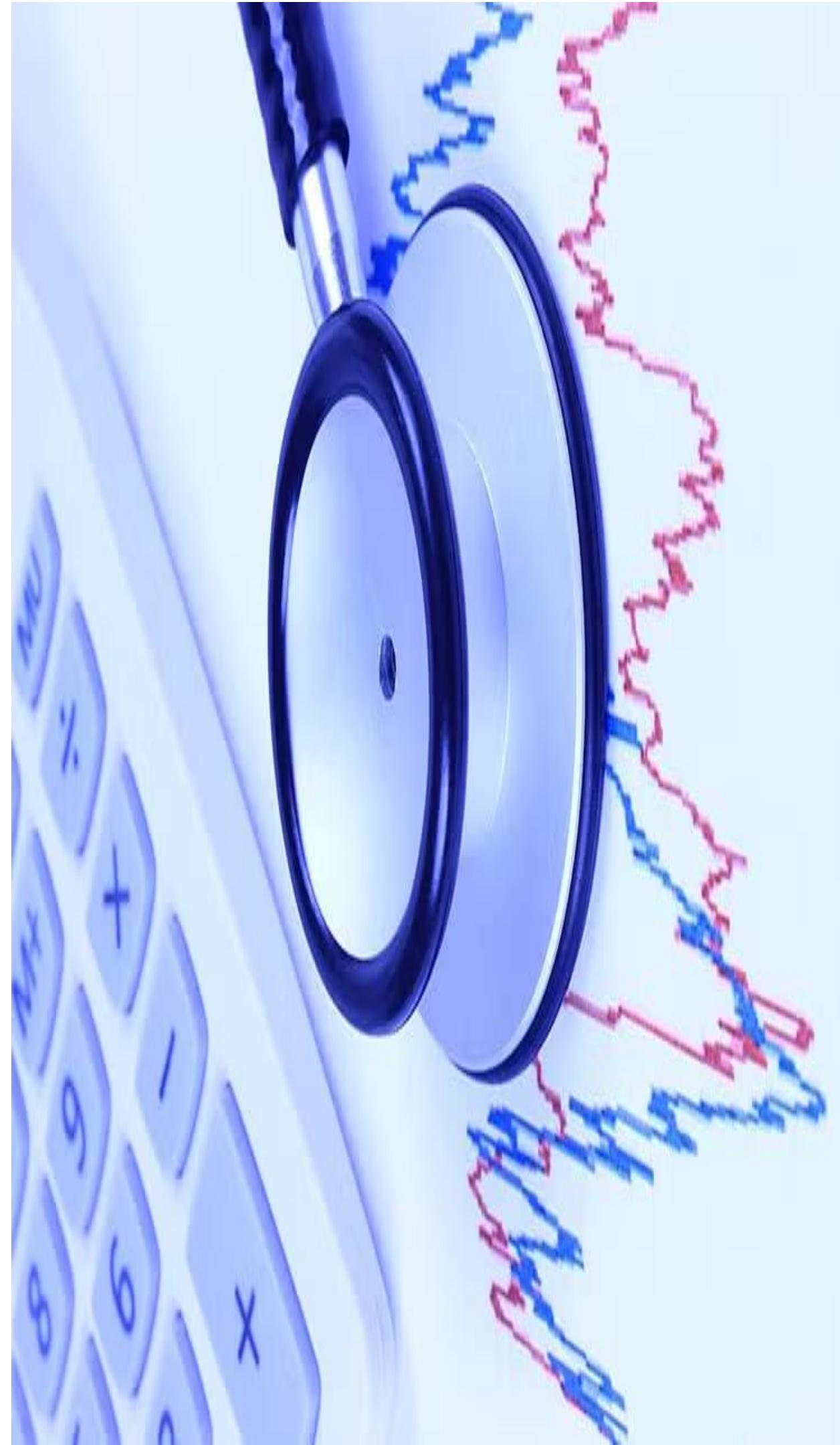
Quality of care is the degree to which health services for individuals and populations increase the likelihood of desired health outcomes and are consistent with current professional knowledge (IOM 1990, 4).



Mutu pelayanan kesehatan adalah sejauh mana layanan kesehatan untuk individu dan populasi meningkatkan kemungkinan tercapainya hasil kesehatan yang diinginkan serta konsisten dengan pengetahuan profesional terkini.
(Institute of Medicine, 1990, hlm. 4)



- In March 2001, soon after the release of *To Err Is Human*, the IOM released *Crossing the Quality Chasm*, a more comprehensive report that offered a new framework for a redesigned US healthcare system.
- *Crossing the Quality Chasm* provides a blueprint for the future that classifies and unifies the components of quality through six aims for improvement.
- These aims, also viewed as six dimensions of quality, provide healthcare professionals and policy makers with simple rules for redesigning healthcare.
- They can be known by the acronym STEEEP (Berwick 2002):





(Berwick 2002):

Safe

- Harm should not come to patients as a result of their interactions with the medical system.

Timely

- Patients should experience no waits or delays when receiving care and service.

Effective

- The science and evidence behind healthcare should be applied and serve as standards in the delivery of care

Efficient

- Care and service should be cost-effective, and waste should be removed from the system

Equitable

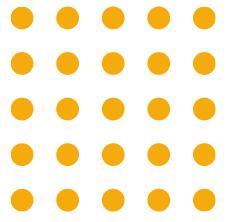
- Unequal treatment should be a fact of the past; disparities in care should be eradicated.

Patient-centered

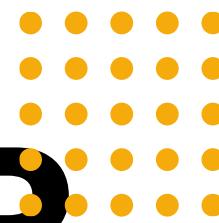
- The system of care should revolve around the patient, respect patient preferences, and put the patient in control

KUALITAS DARI SISI PASIEN

- Menerima pengobatan yang tepat dan efektif,
- Mendapatkan hasil yang baik dari perawatan (good outcomes),
- Mengalami interaksi yang menyenangkan dan profesional dengan tenaga medis,
- Merasa nyaman dengan fasilitas fisik yang bersih dan menyenangkan, serta
- Mendapatkan pelayanan dengan teknologi terbaik yang tersedia.



KUALITAS DARI SISI PURCHASER & PROVIDER



- Pembayar layanan (misalnya pemerintah atau asuransi) bisa menilai kualitas dari efisiensi biaya, pengendalian risiko, atau nilai manfaat pelayanan.
- Penyedia layanan (tenaga kesehatan dan manajemen fasilitas) cenderung menilai kualitas berdasarkan standar klinis, akurasi diagnosis, proses pelayanan, serta keselamatan pasien.

TERIMA

KASIH

Referensi:

- Introduction to Healthcare Quality Management. Patrice L. Spath and Kenneth A. DeVane. Foundation of the American College of Healthcare Executives. 2023
- The healthcare quality book : vision, strategy, and tools. David B. Nash, Maulik S. Joshi, Elizabeth R. Ransom, and Scott B. Ransom. Fourth edition. Washington, DC : Health Administration Press. 2019



PATIENT/PERSONNEL SAFETY & KOMITE MUTU

YUYUN UMNIYATUN



SUB-CPMK

- Mahasiswa mampu memahami pendekatan patient safety dan staf/personnel safety, peran unit/ komite mutu layanan kesehatan (S1,S2,KU1,KU2,KK1,P1)

PATIENT SAFETY

- PERATURAN MENTERI KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA NOMOR NOMOR 11 TAHUN 2017 TENTANG KESELAMATAN PASIEN
- Keselamatan pasien adalah suatu sistem yang membuat asuhan pasien lebih aman yang meliputi:
 - asesmen risiko,
 - identifikasi dan
 - pengelolaan hal yang berhubungan dengan risiko pasien,
 - pelaporan dan analisis insiden,
 - kemampuan belajar dari insiden dan tindak lanjutnya
 - implementasi solusi untuk meminimalkan timbulnya risiko dan
 - mencegah terjadinya cedera yang disebabkan oleh kesalahan akibat melaksanakan suatu tindakan atau tidak mengambil tindakan yang seharusnya diambil.

PATIENT SAFETY

Insiden Keselamatan Pasien adalah setiap kejadian yang tidak disengaja dan kondisi yang mengakibatkan atau berpotensi mengakibatkan cedera yang dapat dicegah pada pasien

Pengaturan Keselamatan Pasien bertujuan untuk meningkatkan mutu pelayanan fasilitas pelayanan kesehatan melalui penerapan manajemen risiko dalam seluruh aspek pelayanan yang disediakan oleh fasilitas pelayanan kesehatan

PATIENT SAFETY

Setiap fasilitas pelayanan kesehatan harus menyelenggarakan Keselamatan Pasien melalui pembentukan sistem pelayanan yang menerapkan:

- a. standar Keselamatan Pasien;
- b. sasaran Keselamatan Pasien; dan
- c. tujuh langkah menuju Keselamatan Pasien

Standar Keselamatan Pasien

- a. hak pasien;
- b. pendidikan bagi pasien dan keluarga;
- c. Keselamatan Pasien dalam kesinambungan pelayanan;
- d. penggunaan metode peningkatan kinerja untuk melakukan evaluasi dan peningkatan Keselamatan Pasien;
- e. peran kepemimpinan dalam meningkatkan Keselamatan Pasien;
- f. pendidikan bagi staf tentang Keselamatan Pasien; dan
- g. komunikasi merupakan kunci bagi staf untuk mencapai Keselamatan Pasien

Sasaran Keselamatan Pasien

- a. mengidentifikasi pasien dengan benar;
- b. meningkatkan komunikasi yang efektif;
- c. meningkatkan keamanan obat-obatan yang harus diwaspada;
- d. memastikan lokasi pembedahan yang benar, prosedur yang benar, pembedahan pada pasien yang benar;
- e. mengurangi risiko infeksi akibat perawatan kesehatan; dan
- f. mengurangi risiko cedera pasien akibat terjatuh

Tujuh langkah Keselamatan Pasien

- a. membangun kesadaran akan nilai Keselamatan Pasien;
- b. memimpin dan mendukung staf;
- c. mengintegrasikan aktivitas pengelolaan risiko;
- d. mengembangkan sistem pelaporan;
- e. melibatkan dan berkomunikasi dengan pasien;
- f. belajar dan berbagi pengalaman tentang Keselamatan Pasien; dan
- g. mencegah cedera melalui implementasi sistem Keselamatan Pasien

Tujuh langkah Keselamatan Pasien

- a. membangun kesadaran akan nilai Keselamatan Pasien;
- b. memimpin dan mendukung staf;
- c. mengintegrasikan aktivitas pengelolaan risiko;
- d. mengembangkan sistem pelaporan;
- e. melibatkan dan berkomunikasi dengan pasien;
- f. belajar dan berbagi pengalaman tentang Keselamatan Pasien; dan
- g. mencegah cedera melalui implementasi sistem Keselamatan Pasien

INSIDEN

Insiden di fasilitas pelayanan kesehatan meliputi:

- a. Kondisi Potensial Cedera (KPC);
- b. Kejadian Nyaris Cedera (KNC);
- c. Kejadian Tidak Cedera (KTC); dan
- d. Kejadian Tidak Diharapkan (KTD)

INSIDEN

- Kejadian Tidak Diharapkan, selanjutnya disingkat KTD adalah insiden yang mengakibatkan cedera pada pasien.
- Kejadian Nyaris Cedera, selanjutnya disingkat KNC adalah terjadinya insiden yang belum sampai terpapar ke pasien.
- Kejadian Tidak Cedera, selanjutnya disingkat KTC adalah insiden yang sudah terpapar ke pasien, tetapi tidak timbul cedera.
- Kondisi Potensial Cedera, selanjutnya disingkat KPC adalah kondisi yang sangat berpotensi untuk menimbulkan cedera, tetapi belum terjadi insiden.
- Kejadian sentinel adalah suatu KTD yang mengakibatkan kematian, cedera permanen, atau cedera berat yang temporer dan membutuhkan intervensi untuk mempertahankan kehidupan, baik fisik maupun psikis, yang tidak terkait dengan perjalanan penyakit atau keadaan pasien

TIM KESELAMATAN PASIEN

- Penanganan Insiden di fasilitas pelayanan kesehatan dilakukan melalui pembentukan tim Keselamatan Pasien yang ditetapkan oleh pimpinan fasilitas pelayanan kesehatan sebagai pelaksana kegiatan penanganan Insiden
- Saat insiden terjadi, tim melaksanakan kegiatan berupa pelaporan, verifikasi, investigasi, dan analisis penyebab insiden tanpa menyalahkan, menghukum, dan memermalukan seseorang.

ANGGOTA TIM KESELAMATAN PASIEN

- Keanggotaan Tim Keselamatan Pasien paling sedikit terdiri atas unsur manajemen fasilitas pelayanan kesehatan dan unsur klinisi di fasilitas pelayanan kesehatan.

TUGAS Tim Keselamatan Pasien

- a. menyusun kebijakan dan pengaturan di bidang Keselamatan Pasien untuk ditetapkan oleh pimpinan fasilitas pelayanan kesehatan;
- b. mengembangkan program Keselamatan Pasien di fasilitas pelayanan kesehatan;
- c. melakukan motivasi, edukasi, konsultasi, pemantauan dan penilaian tentang penerapan program Keselamatan Pasien di fasilitas pelayanan kesehatan;
- d. melakukan pelatihan Keselamatan Pasien bagi fasilitas pelayanan kesehatan;
- e. melakukan pencatatan, pelaporan Insiden, analisis insiden termasuk melakukan RCA, dan mengembangkan solusi untuk meningkatkan Keselamatan Pasien;
- f. memberikan masukan dan pertimbangan kepada pimpinan fasilitas pelayanan kesehatan dalam rangka pengambilan kebijakan Keselamatan Pasien;
- g. membuat laporan kegiatan kepada pimpinan fasilitas pelayanan kesehatan; dan
- h. mengirim laporan Insiden secara kontinu melalui e-reporting sesuai dengan pedoman pelaporan Insiden.

Alur Pelaporan

Setiap insiden harus dilaporkan secara internal kepada Tim Keselamatan Pasien dalam waktu paling lambat 2x24 jam



Tim melakukan verifikasi untuk memastikan kebenaran insiden.



Tim melakukan investigasi dalam bentuk wawancara dan pemeriksaan dokumen.



Tim menentukan derajat insiden (grading) dan melakukan Root Cause Analysis (RCA) dengan metode baku untuk menemukan akar masalah



Tim memberikan rekomendasi keselamatan pasien kepada pimpinan fasilitas pelayanan kesehatan.



Fasilitas pelayanan kesehatan harus melakukan pelaporan Insiden, secara online atau tertulis kepada Komite Nasional Keselamatan Pasien

KOMITE NASIONAL KESELAMATAN PASIEN

- Dibentuk oleh Menteri
- merupakan organisasi fungsional dibawah koordinasi Direktorat Jenderal, serta bertanggung jawab kepada Menteri
- Tujuan dibentuk untuk meningkatkan mutu dan keselamatan pasien di fasilitas pelayanan kesehatan
- Keanggotaan Komite Nasional Keselamatan terdiri dari unsur Kementerian Kesehatan, kementerian/lembaga terkait, asosiasi fasilitas pelayanan kesehatan, dan organisasi profesi terkait

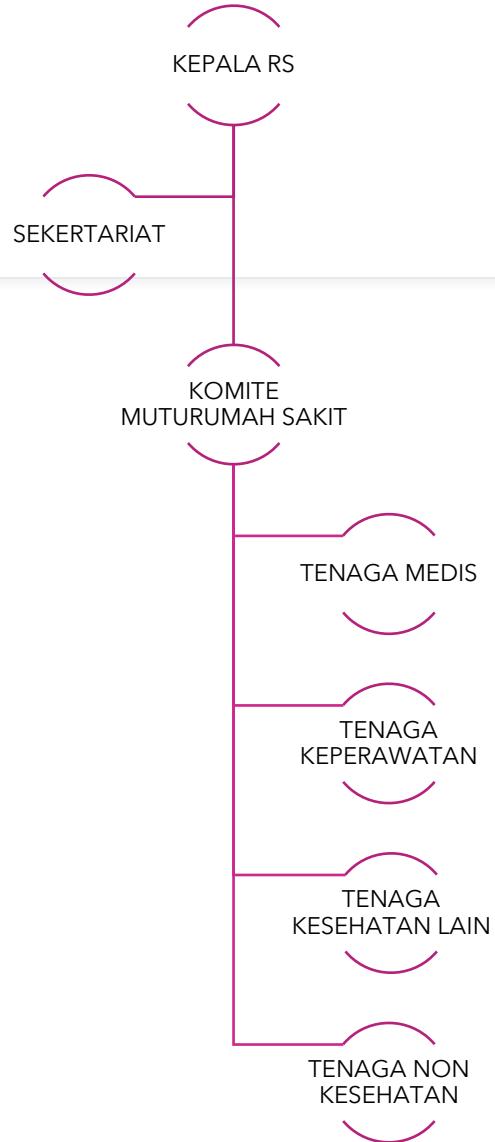
KOMITE NASIONAL KESELAMATAN PASIEN

- Tugas: memberikan masukan dan pertimbangan kepada Menteri dalam rangka penyusunan kebijakan nasional dan peraturan Keselamatan Pasien
- Fungsi:
 - a) penyusunan standar dan pedoman Keselamatan Pasien;
 - b) penyusunan dan pelaksanaan program Keselamatan Pasien;
 - c) pengembangan dan pengelolaan sistem pelaporan Insiden, analisis, dan penyusunan rekomendasi Keselamatan Pasien;
 - d) kerja sama dengan berbagai institusi terkait baik dalam maupun luar negeri; dan
 - e) monitoring dan evaluasi pelaksanaan program Keselamatan Pasien

Komite Mutu

- PERATURAN MENTERI KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA NOMOR 80 TAHUN 2020 TENTANG KOMITE MUTU RUMAH SAKIT
- Komite Mutu Rumah Sakit adalah unsur organisasi non struktural yang membantu kepala atau direktur rumah sakit dalam mengelola dan memandu program peningkatan mutu dan keselamatan pasien, serta mempertahankan standar pelayanan rumah sakit.

Komite Mutu



Tugas dan Fungsi Komite Mutu

- Komite Mutu bertugas membantu Kepala atau Direktur Rumah Sakit dalam:
 - pelaksanaan dan evaluasi peningkatan mutu,
 - keselamatan pasien, dan
 - manajemen risiko di Rumah Sakit.

Peran Tenaga Kesehatan dalam menjaga Patient Safety

- Diskusikan jenis atau kategori kejadian yang termasuk dalam Kejadian Tidak Diharapkan, Kejadian Nyaris Cedera, Kejadian Tidak Cedera, Kondisi Potensial Cedera, Kejadian sentinel adalah suatu KTD yang mengakibatkan kematian atau cedera yang serius
- Diskusikan Tindakan Tenaga Kesehatan dalam menjaga Patient Safety



QUALITY MANAGEMENT BUILDING BLOCKS

YUYUN UMNIYATUN

Start



CPMK

Mampu mendefinisikan,
mengidentifikasi dan menjelaskan
manajemen mutu pada layanan
kesehatan
(S1,S2,KU1,KU2,KK1,KK2,KK3,P1)





BAHAN KAJIAN

1. explain the three primary quality management activities: measurement, assessment, and improvement;
2. Industrial quality evolution;
3. identify factors that prompted healthcare organizations to adopt quality practices originally developed for use in other industries; and
4. describe external forces that influence quality management activities in healthcare organizations.





QUALITY MANAGEMENT

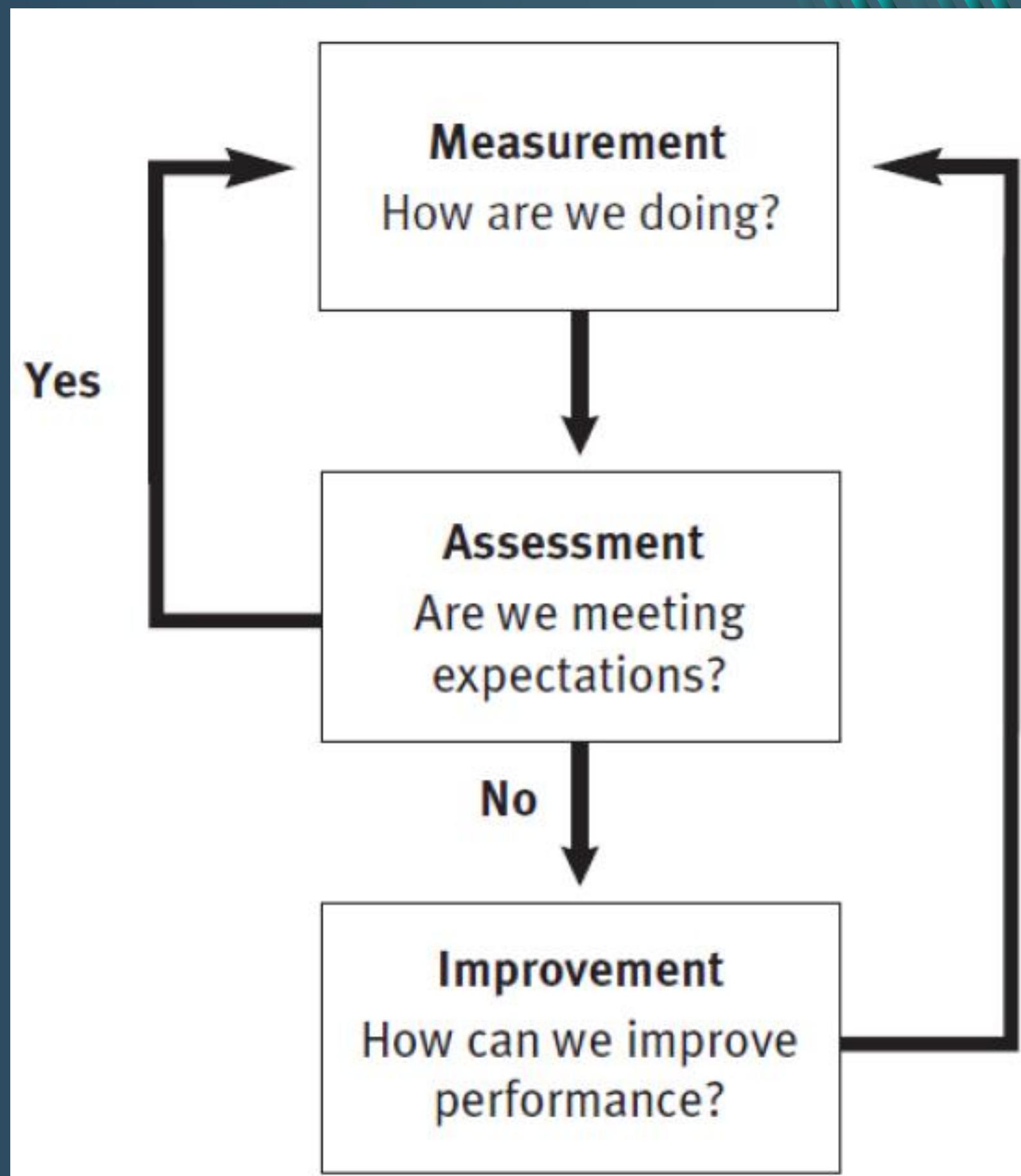
Quality management is a way of doing business that ensures continuous improvement of products and services to achieve better performance.

According to the American Society for Quality (2021), the goal of quality management in any industry is “**to achieve objectives and prevent nonconformances (mencegah ketidaksesuaian).**”

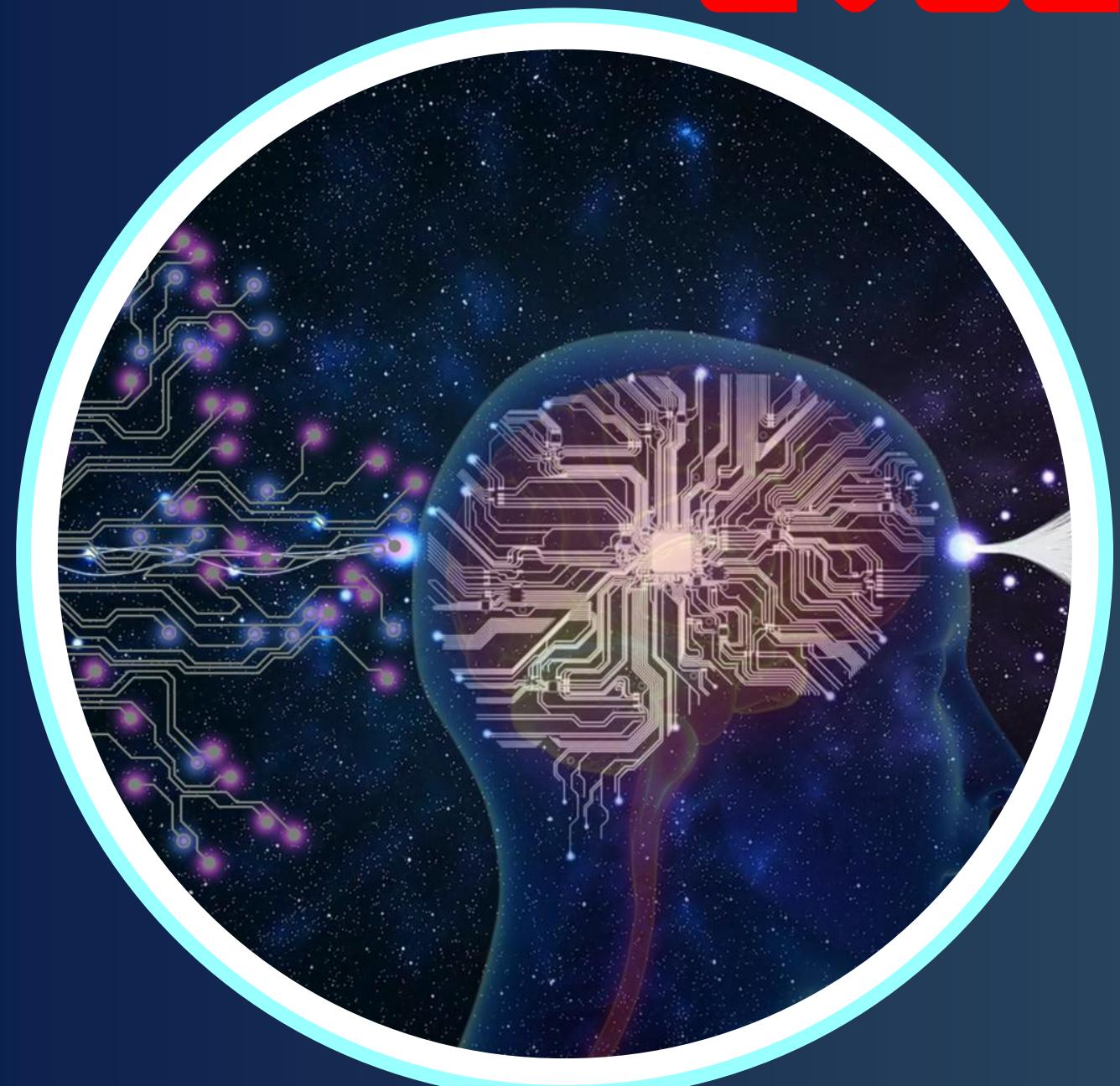




QUALITY MANAGEMENT ACTIVITIES



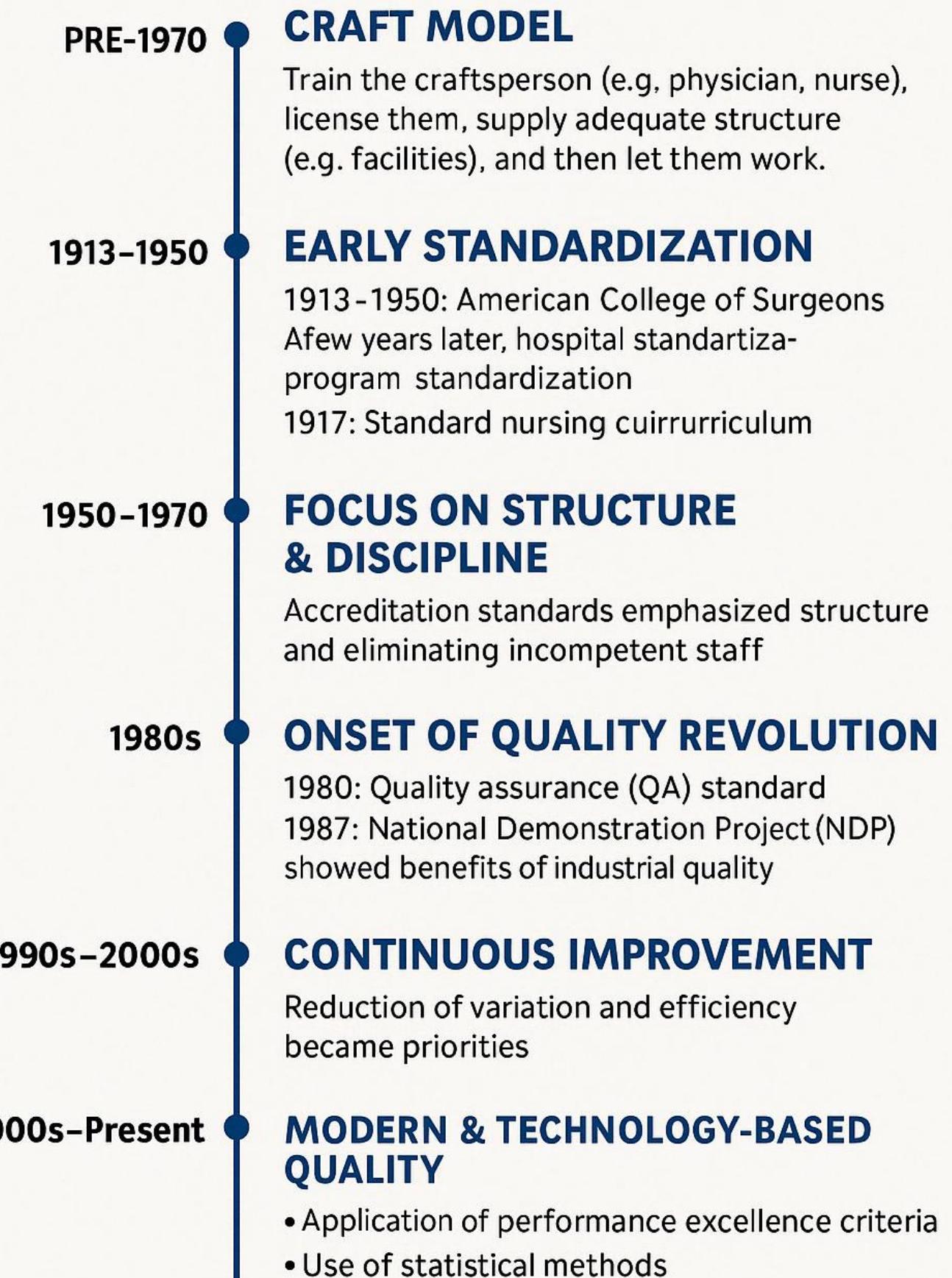
INDUSTRIAL QUALITY EVOLUTION



- Era Inspeksi (Inspection Era – sebelum 1920-an) → mendekksi yang salah.
- Era Pengendalian Statistik (Statistical Quality Control – 1920–1950) → Walter A. Shewhart memperkenalkan control charts, yang jadi dasar pengendalian kualitas modern.
- Era Jaminan Mutu (Quality Assurance – 1950–1970) → W. Edwards Deming & Joseph Juran menekankan bahwa kualitas tidak bisa ditinggalkan ke bagian inspeksi saja. Seluruh organisasi harus terlibat.
- Era Total Quality Management (TQM – 1980–1990) → Budaya mutu di seluruh organisasi
- Era Six Sigma & Lean (1990–2000-an) → Mengurangi variasi & pemborosan
- Era Digital Quality / Industry 4.0 (2010-sekarang) → Otomatisasi, big data, dan AI untuk mutu real-time

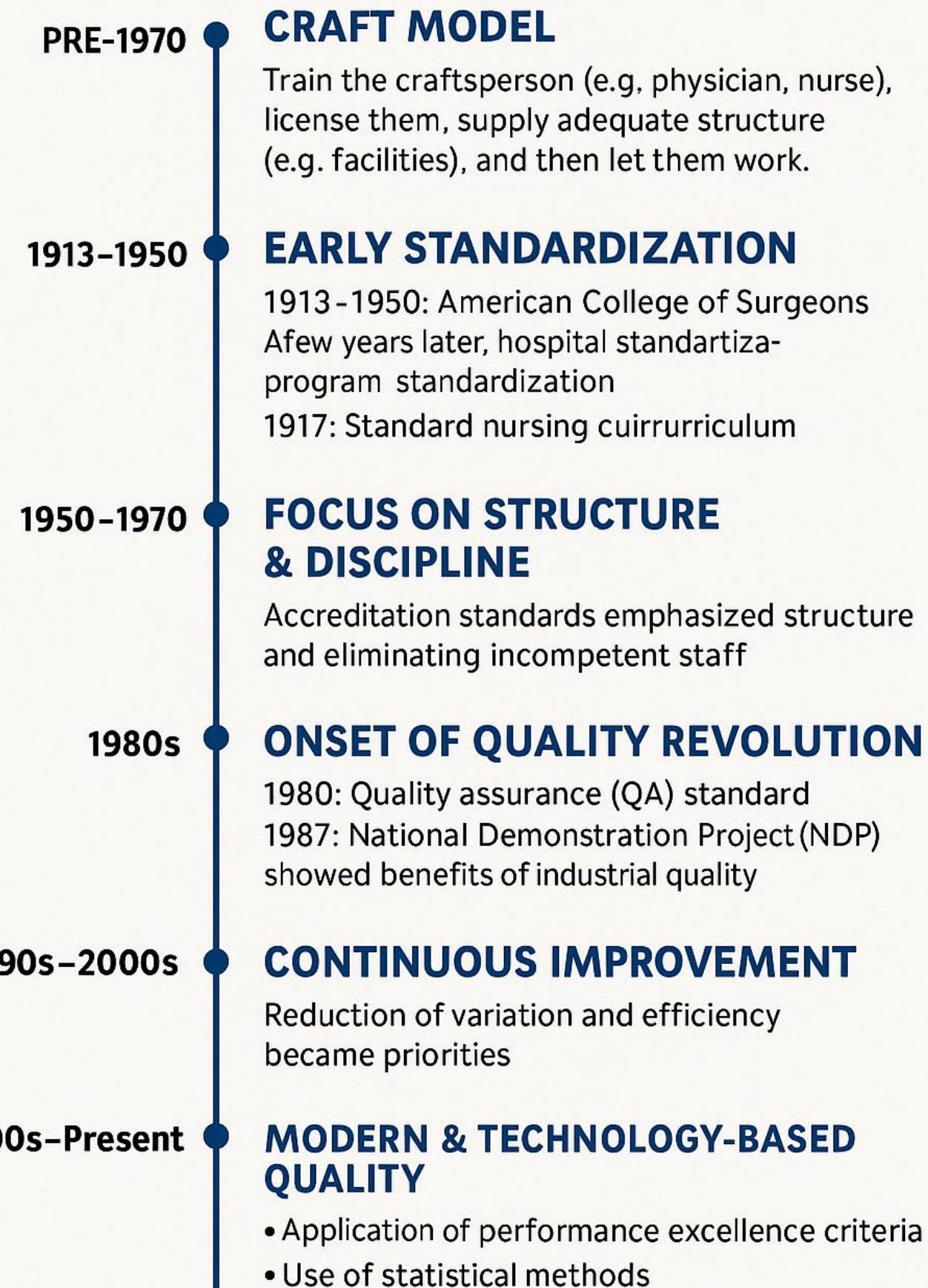
1. Pra-1970: Model Kerajinan Tradisional Mutu didekati dengan cara:
 - Latih tenaga medis (dokter, perawat), beri lisensi, sediakan fasilitas → biarkan mereka bekerja.
 - Filosofi mirip sistem kerajinan tangan pra-Industri.
 - Tidak ada pendekatan sistemik terhadap mutu.
2. 1913–1950: Standarisasi Awal
 - 1913: ACS (American College of Surgeons) didirikan untuk menangani mutu pendidikan kedokteran.
 - 1917: Kurikulum standar pertama untuk sekolah keperawatan dirilis.
 - 1920-an: Mulai diberlakukan persyaratan lisensi & sertifikasi yang lebih ketat.
 - 1951: ACS menyerahkan program standardisasi ke The Joint Commission, organisasi akreditasi layanan kesehatan terbesar di AS.
3. 1950–1970: Fokus pada Struktur & Disiplin Standar akreditasi menekankan struktur (fasilitas, alat, personel) dan eliminasi tenaga yang tidak kompeten.
 - Belum mengadopsi prinsip-prinsip mutu industri seperti milik Shewhart, Juran, atau Deming.
 - Mutu dilihat dari kelengkapan, bukan proses.

HEALTHCARE QUALITY EVOLUTION



4. 1980-an: Awal Revolusi Mutu di Kesehatan
 - 1980: Joint Commission memasukkan standar Quality Assurance (QA) yang mengacu pada prinsip Deming & Juran.
 - Pemerintah AS membentuk peer review organizations untuk memantau mutu dan biaya layanan (terutama Medicare).
5. 1987: Terobosan Besar dengan diluncurkan proyek nasional NDP (National Demonstration Project) untuk uji coba teknik mutu industri di layanan kesehatan.
 - Hasilnya: teknik industri terbukti efektif untuk meningkatkan mutu layanan kesehatan.
6. 1990–2000-an: Perbaikan Berkelanjutan & Efisiensi
 - Dorongan dari pembayar (payer) agar biaya layanan tak terus melonjak.
 - Industri kesehatan mulai adopsi prinsip continuous improvement, reduksi variasi, dan efisiensi
7. 2000–Sekarang: Mutu Modern & Berbasis Teknologi
 - Praktik mutu saat ini mengadopsi:
 - Baldrige Criteria for Performance Excellence
 - Analisis statistik & visualisasi data
 - High Reliability Organizations (HRO): konsep dari industri nuklir & aviasi → layanan kesehatan harus minim kesalahan meski kompleks & berisiko tinggi
 - Organisasi seperti IHI mendorong standardisasi praktik klinis dan pengurangan variasi tak perlu.
 - Profesi mutu kesehatan kini harus menguasai analitik & pengambilan keputusan berbasis data.

HEALTHCARE QUALITY EVOLUTION



EXTERNAL FORCES AFFECTING HEALTHCARE QUALITY MANAGEMENT



1.

GOVERNMENT REGULATIONS

Regulations are issued by governments at the local, state, and national levels to protect the health and safety of the public.

2.

ACCREDITATION GROUPS

a voluntary process by which the performance of an organization is measured against nationally accepted standards of performance.

3.

LARGE PURCHASERS

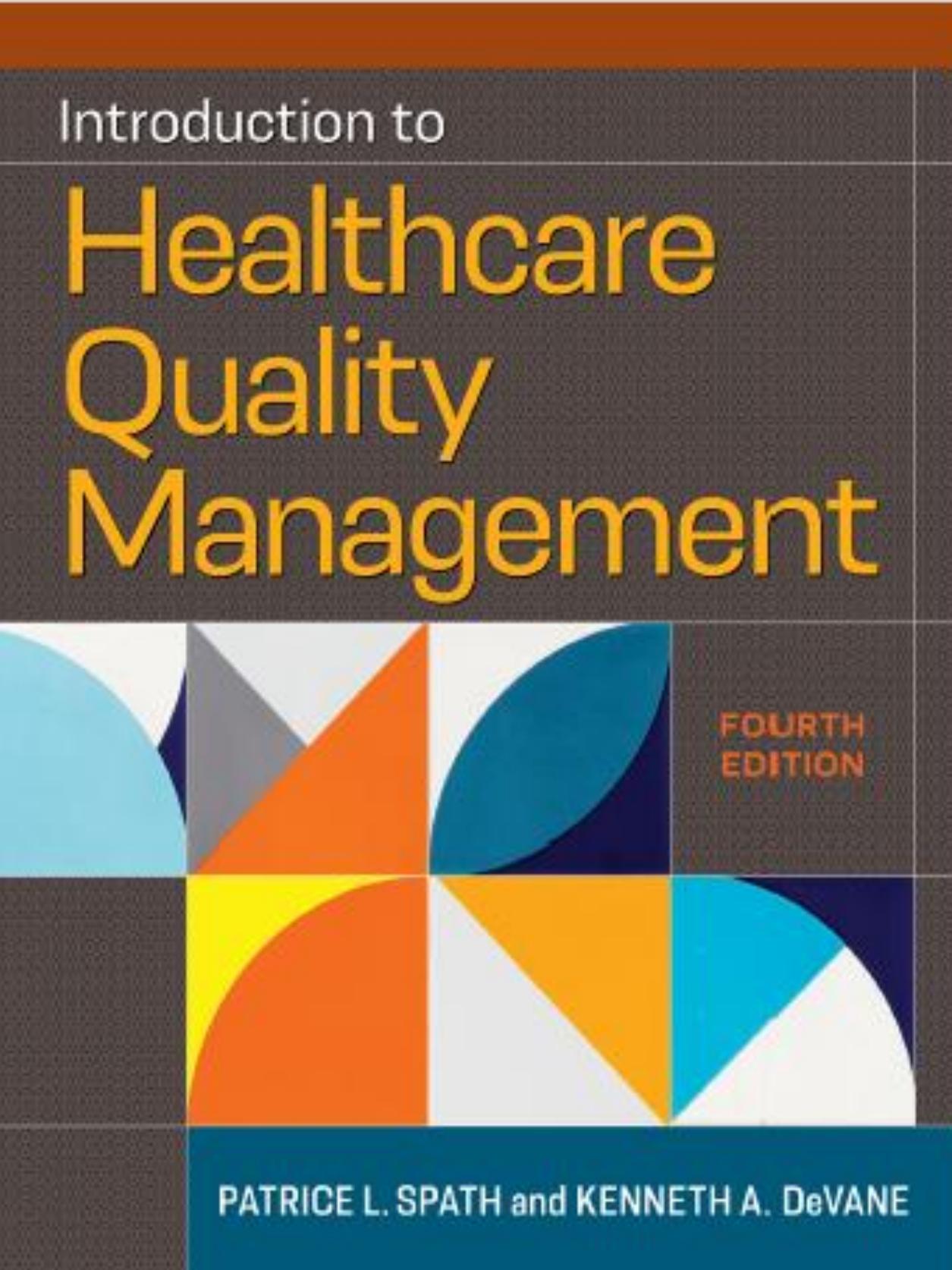
The largest purchaser of healthcare services is the government.



LEARNING POINT OF EXTERNAL INFLUENCES

The measurement, assessment, and improvement activities in healthcare organizations are influenced by three external forces: accreditation standards, government regulations, and purchaser requirements





Introduction to

Healthcare Quality Management

FOURTH
EDITION

PATRICE L. SPATH and KENNETH A. DEVANE



THANK YOU!

Introduction to Healthcare Quality Management. Patrice L. Spath and Kenneth A. DeVane. Foundation of the American College of Healthcare Executives. 2023



FIKES UHAMKA

MEASURING PERFORMANCE

YUYUN UMNIYATUN



SUB-CPMK

Mahasiswa mampu memerinci konsep dasar
managemen mutu pada tahap
Measurement (Pengukuran)
(S1,S2,KU1,KU2,KK1,KK2,KK3,P1)





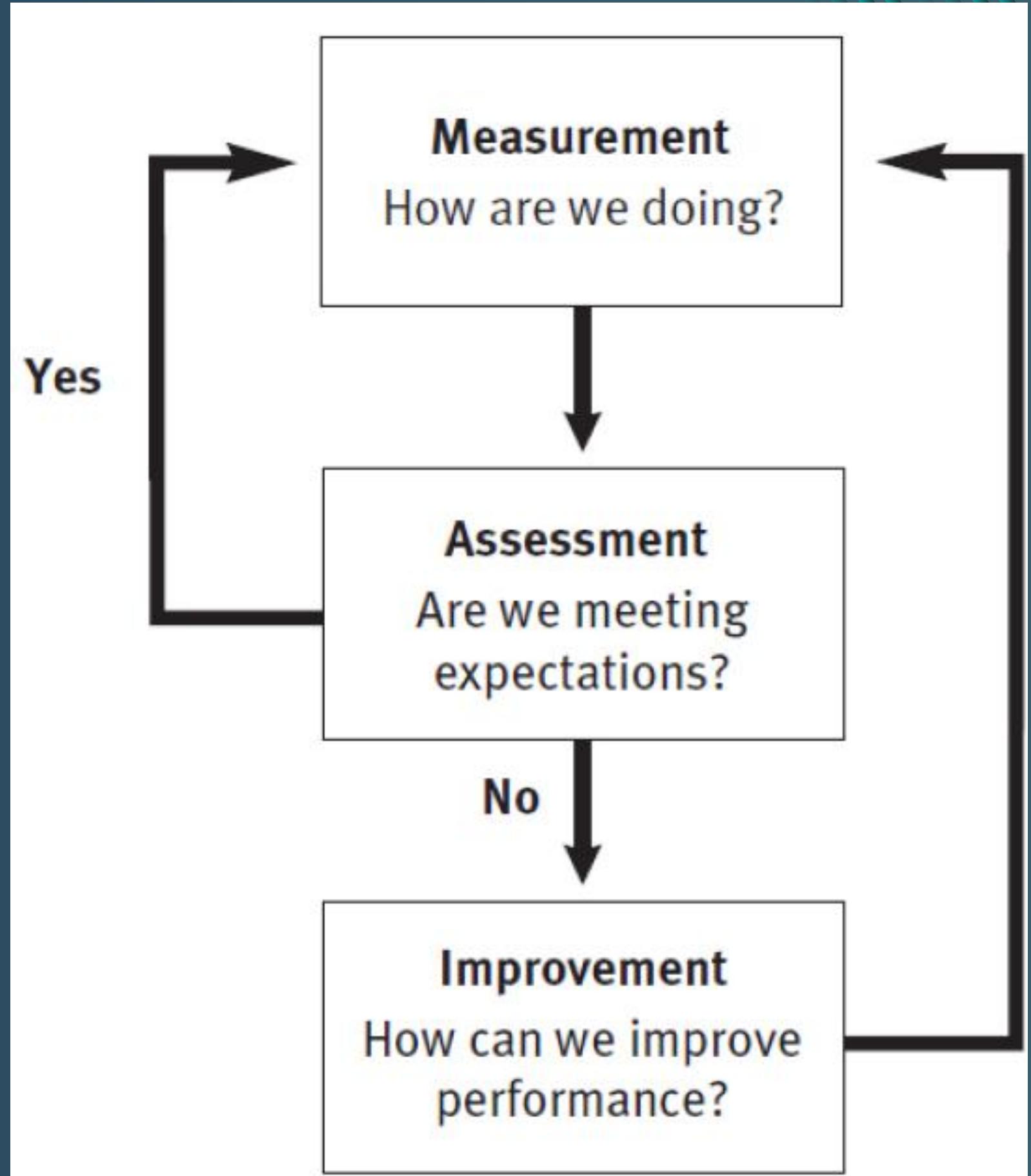
LEARNING OBJECTIVES

1. apply structure, process, outcome, and patient experience measures to evaluate quality;
2. describe common performance measures of healthcare services;
3. demonstrate the steps involved in developing performance measures;
4. identify national groups influencing healthcare performance measurement priorities;
5. recognize how healthcare organizations select performance measures;
6. describe the difference between measures of healthcare services and measures of clinical decision-making; and
7. identify the role of balanced scorecards in performance measurement





QUALITY MANAGEMENT ACTIVITIES



CASE STUDY

The Redwood Health Center is a multispecialty clinic that employs 10 care providers—9 physicians and 1 nurse practitioner. Quality customer service is a priority for every staff person in the clinic

MEASUREMENT: HOW ARE WE DOING?

To judge customer service, the clinic regularly measures patient satisfaction.

1. How would you rate the *quality of the medical care* you've received?
(poor) 0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10 (excellent)
2. How would you rate the *quality of the customer service* you've received?
(poor) 0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10 (excellent)
3. What did you like *best* about this visit?
4. What did you like *least* about this visit?
5. Please suggest one or more ways we could make things better.

CASE STUDY

The Redwood Health Center is a multispecialty clinic that employs 10 care providers—9 physicians and 1 nurse practitioner. Quality customer service is a priority for every staff person in the clinic

ASSESSMENT: ARE WE MEETING EXPECTATIONS?

- Patient wait time data for the three weeks are summarized and analyzed.
- On most days, patient wait times are ten minutes or less.
- However, the average wait times are longer than ten minutes on Monday afternoons and Thursdays.
- Further investigation shows that the clinic serves a large number of walk-in patients on Monday afternoons.
- The clinic's nurse practitioner does not work on Thursdays, so physicians must see more patients on those days.

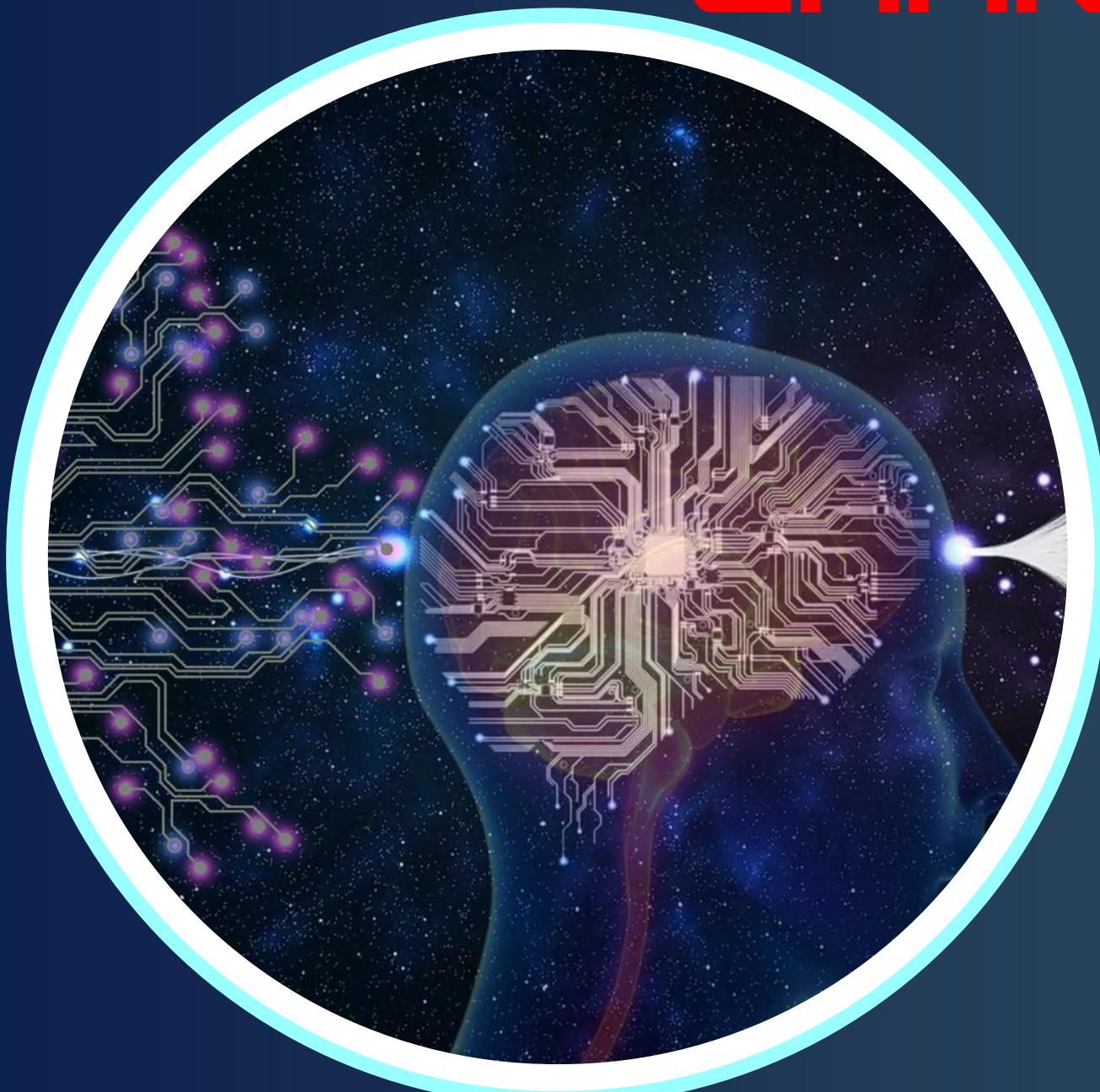
CASE STUDY

The Redwood Health Center is a multispecialty clinic that employs 10 care providers—9 physicians and 1 nurse practitioner. Quality customer service is a priority for every staff person in the clinic

IMPROVEMENT: HOW CAN WE IMPROVE PERFORMANCE?

- The wait time data help the clinic pinpoint where improvements are needed.
- The clinic manager meets with the care providers to discuss ways of changing the current process to reduce bottlenecks and improve customer satisfaction.
- The physicians ask that fewer patients be scheduled for appointments on Monday afternoons to give them more time to see walk-in patients.
- The nurse practitioner agrees to work on Thursday mornings.

MEASUREMENT CHARACTERISTICS



- Measurement—usually in the form of a number or statistic—is used to monitor the quality of some aspect of healthcare services.
- These numbers are called **performance measures** or **quality indicators**



Number/Statistic	Measure Example
Count	<ul style="list-style-type: none"> Number of patients served in the health clinic Number of patients who fall while in the hospital Number of billing errors
Proportion or Percentage	<ul style="list-style-type: none"> Proportion or percentage of nursing home residents who develop an infection Proportion or percentage of newly hired staff who receive job training Proportion or percentage of prescriptions filled accurately by pharmacists
Rate	<ul style="list-style-type: none"> Unplanned extubations of ventilated adult patients per 100 ventilator days Number of patients arriving by ambulance per day
Ratio	<ul style="list-style-type: none"> Nurse-to-patient ratio Technician-to-pharmacist ratio Cost-to-charge ratio
Mean	<ul style="list-style-type: none"> Mean or average patient length of stay in the hospital Mean or average overall score on patient satisfaction surveys Mean or average charges for laboratory tests

Measurement is an element of many quality management activities. Performance is measured to determine current levels of quality, identify improvement opportunities, and evaluate whether changes have improved performance.



Measurement data are commonly reported as follow:

- counts,
- proportions,
- percentages,
- rates,
- means or averages, and
- ratios.

The number or statistic used to report the data can influence the interpretation of the measurement information

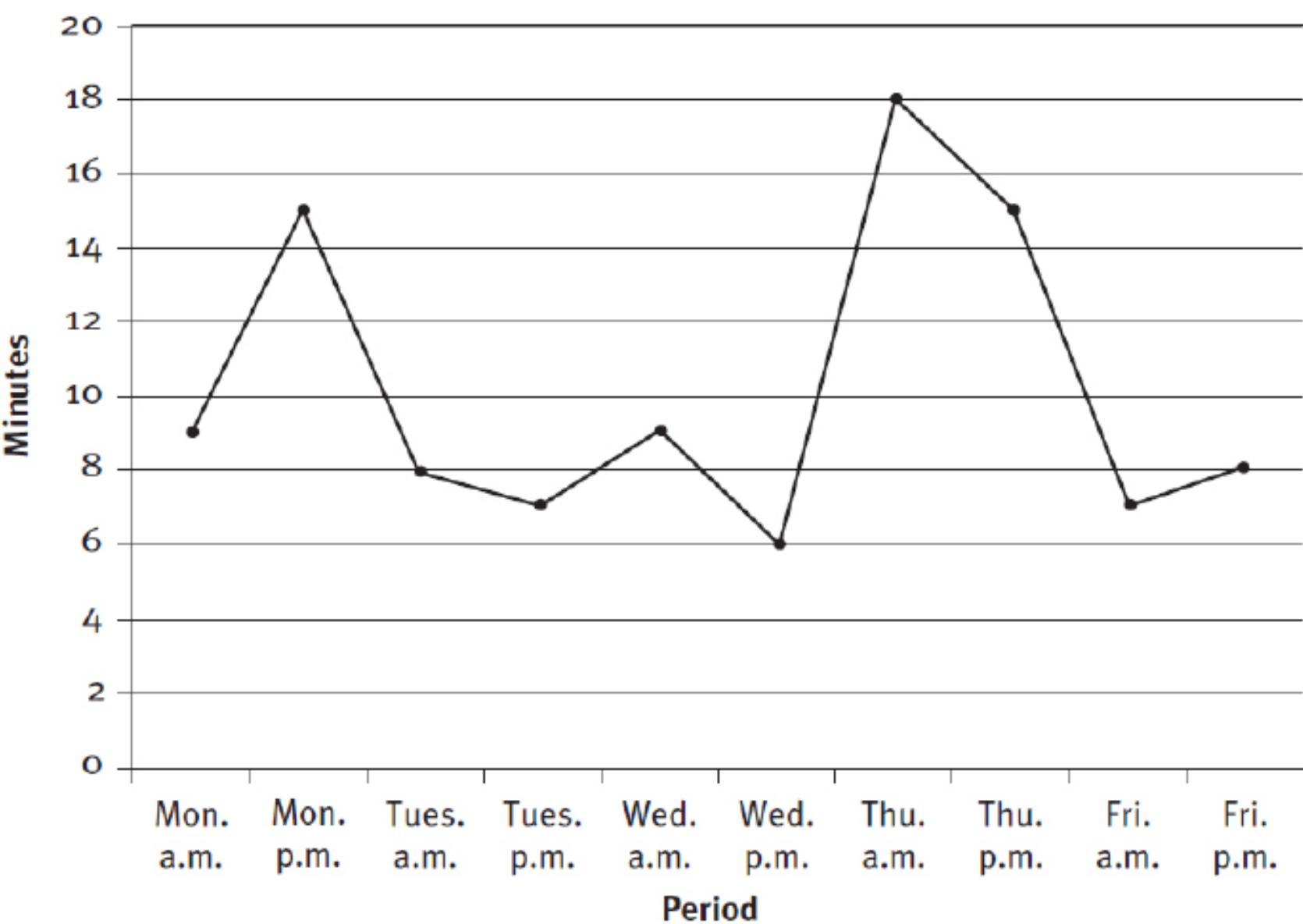
- Measurement provides information for quality management purposes.
- For the measures to be used effectively:
 - they must be accurate,
 - useful,
 - easy to interpret, and
 - reported consistently.

EASE OF INTERPRETATION

EXHIBIT 3.3 Excerpt from Larger Report of Wait Time Data for Each Patient

Monday	
Patient 1	12 minutes
Patient 2	9 minutes
Patient 3	17 minutes
Patient 4	7 minutes
Patient 5	9 minutes
Patient 6	13 minutes
Patient 7	21 minutes
Patient 8	11 minutes
Patient 9	7 minutes
Patient 10	8 minutes

EXHIBIT 3.4 Line Graph Showing Average Patient Wait Times



MEASUREMENT CATEGORIES

Avedis Donabedian, MD (1980)

1.

Structure measures

are used to judge the adequacy of the environment in which patient care is provided

2.

Process measures

are used to judge whether patient care and support functions are properly performed

3.

Outcome measures

are used to judge the results of patient care and support functions.

4.

Patient experience measures

are asked to judge “whether something that should happen in a health care setting (such as clear communication with a provider) actually happened or how often it happened

EXHIBIT 3.6 Structure, Process, Outcome, and Patient/Customer Experience Performance Measures

Measurement Category	Performance Measures for an ED	Performance Measures for an HR Department
Structure	Number of hours per day that a person skilled in reading head CT scans is available	Number of certified HR professionals in the department
Process	Percentage of ED patients \leq 13 years old with a current weight in kilograms documented in the ED record	Percentage of facility job positions for which HR has conducted a market salary survey within the past three years
Outcome	Percentage of patients who left before being seen by a physician	Proportion of vacancies that remain unfilled in the past quarter
Patient/Customer Experience	Percentage of parents who reported whether they were kept informed about their child's care in the emergency room	Percentage of department managers who reported whether HR staff provided very helpful recommendations for handling employee discipline issues

STRUCTURE MEASUREMENT

- Definisi: mengukur **sumber daya fisik dan organisasi** yang tersedia untuk mendukung pelayanan kesehatan—artinya mengukur **kapasitas atau potensi** untuk memberikan layanan yang berkualitas.
- Pengukuran ini tidak langsung menunjukkan performa nyata. Misalnya:
 - HR punya staf tersertifikasi → tapi bisa saja data pegawai disalahkelola.
 - UGD punya ahli CT scan 24 jam → tapi bisa saja hasilnya dibaca keliru

PROCESS MEASUREMENT

- Pengukuran terhadap apa yang dilakukan (dan bagaimana dilakukan) dalam proses pelayanan, bukan hanya apakah alat atau staf tersedia (struktur) atau hasil akhirnya (outcome)
- Tujuannya memastikan bahwa tindakan yang seharusnya dilakukan, benar-benar dilakukan dan dilakukan dengan baik.

Contoh

Contoh di ED (IGD)	Apakah pasien stroke dapat CT scan dalam 25 menit setelah tiba.
Contoh di HR	Apakah pegawai baru menerima ID badge sebelum hari pertama kerja.
Manfaat	Memberi tahu seberapa konsisten prosedur dijalankan, mudah diperbaiki jika ada yang tidak sesuai.
Keterbatasan	Tidak selalu menjamin hasil akhir yang baik (karena bisa saja proses bagus tapi hasil tetap buruk).

OUTCOME MEASUREMENT

- Adalah mengukur hasil akhir dari pelayanan kesehatan, yaitu efek nyata dari struktur dan proses yang dijalankan.
- Tujuan menilai apakah intervensi atau layanan yang diberikan benar-benar bermanfaat bagi pasien

Contoh

Contoh di ED (IGD)	Persentase pasien yang sembuh, atau angka komplikasi dan kematian pasca perawatan.
Contoh umum lainnya	Rata-rata lama rawat inap, biaya pengobatan rata-rata .
Manfaat	Menunjukkan dampak nyata pelayanan terhadap pasien dan sistem , jadi sangat relevan untuk evaluasi mutu.
Keterbatasan	Sulit dikendalikan langsung, karena hasil dipengaruhi banyak faktor luar (kondisi pasien, lingkungan, dll).

SELECTING PERFORMANCE MEASURES

Organisasi pelayanan kesehatan menggunakan **dua tingkat ukuran kinerja** untuk mengevaluasi kinerjanya:

1. Ukuran tingkat fasilitas (facility-level measures)

- Contoh: **Persentase pasien klinik yang puas dengan kualitas layanan pelanggan.**
- Ukuran ini memberikan gambaran umum tentang kinerja keseluruhan fasilitas.

1. Ukuran tingkat aktivitas (activity-level measures)

- Karena banyak aktivitas dalam klinik yang memengaruhi kualitas layanan pelanggan, maka **kinerja juga perlu dievaluasi di tingkat aktivitas.**
- Contoh: **Persentase waktu staf resepsionis menelepon pasien untuk mengingatkan janji kunjungan ke klinik**

PATIENT EXPERIENCE MEASURES

- Ukuran pengalaman pasien merupakan kombinasi dari ukuran proses dan hasil (outcome).
- Contohnya, dalam survei terhadap pasien rawat inap, ditanyakan apakah staf selalu menjelaskan obat sebelum memberikannya.
- Tugas menjelaskan obat merupakan bagian dari proses pemberian obat di rumah sakit.
- Dengan menjawab pertanyaan tersebut, pasien memberikan sudut pandang mereka tentang apakah proses tersebut berjalan dengan baik atau tidak

PATIENT EXPERIENCE MEASURES

- Adalah mengukur bagaimana pasien mengalami pelayanan, baik dari sisi proses maupun hasil. Fokusnya: persepsi pasien.
- Gabungan atau kombinasi dari proses dan hasil (outcome), tetapi diukur dari sudut pandang pengguna layanan (pasien), bukan penyedia layanan.

PATIENT EXPERIENCE MEASURES

- **Contoh Proses** dari Perspektif Pasien: “Apakah staf selalu menjelaskan obat sebelum diberikan?” Ini mengevaluasi proses pemberian obat, tapi dinilai dari pengalaman pasien.
- **Contoh Outcome** dari Perspektif Pasien: “Apakah nyeri Anda selalu dikendalikan dengan baik selama dirawat?” Ini menilai hasil perawatan, tapi tetap berdasarkan persepsi pasien.

PATIENT EXPERIENCE MEASURES

Kelebihan:

- Menempatkan pasien di pusat pengukuran mutu
- Membantu organisasi memahami apakah prosedur yang ada benar-benar dirasakan bermanfaat.

Keterbatasan:

- Bersifat subjektif, bisa dipengaruhi oleh harapan pribadi atau kondisi emosional pasien.

Structure



Measures what resources are available

Definition

- Evaluates the resources needed to deliver healthcare services

Example

- Availability of CT scan machines

Process



Measures what activities are performed

Definition

Assesses whether healthcare services are carried out properly

Example

Explanation of medications to patients

Outcome



Measures what results are achieved

Definition

- Evaluates the effects of healthcare services on health status

Example

- Pain control during hospitaliz. 

Patient Experience



Measures how patients perceive care

Definition

Combines process and outcome measures from patients perspective

Example

Patient reports that staff explained medicines

CONSTRUCTING MEASURES

CONSTRUCTING MEASURES

1 Identify
the topic
of
interest

2 Develop
the
measure

3 Design
the data
collection
system

IDENTIFY THE TOPIC OF INTEREST

- Langkah pertama dalam menyusun ukuran kinerja adalah menentukan apa yang ingin Anda ketahui.
- Contoh: pengambilan foto rontgen pasien di departemen radiologi

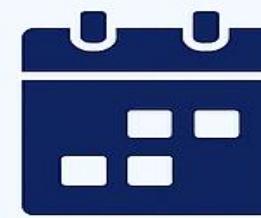


Menyusun Ukuran Kinerja

Fungsi ini melibatkan beberapa langkah, yaitu:



1. Dokter pasien memesan pemeriksaan rontgen (X ray).



2. Departemen radiologi menjadwalkan pemeriksaan tersebut.



3. Pasien melakukan pendaftaran saat tiba di departemen radiologi.



4. Pemeriksaan rontgen dilakukan.



5. Radiolog menginterpretasikan hasil rontgen.



6. Radiolog memberitahukan hasil rontgen kepada dokter pasien



Ukuran Kinerja Prosedur X-Ray Berdasarkan 6 Dimensi Mutu IOM



Safe

- Apakah pemeriksaan X-ray dilakukan dengan dosis radiasi yang sesuai?
- Apakah hasil X-ray memberikan informasi diagnostik yang akurat?



Effective

- Pelayanan harus berdasarkan bukti ilmian terkini
- Apakah hasil X-ray memberikan informasi diagnostik yang akurat?



Patient-Centred

• Apakah pasien diberi penjelasan mengenai prosedur?
Apakah pasien merasa nyaman selama Pelayanan pemeriksaan?



Timely

- Pelayanan diberikan tanpa penundaan yang tidak perlu
- Berapa lama waktu tunggu pasien sebelum X-ray dilakukan?



Efficient

Menghindari pemborosan

- Apakah penggunaan alat dan jadwal optimal?
- Berapa banyak pemeriksaan yang harus diulang?



Equitable

Pelayanan tidak bervariasi dalam kualitas

- Apakah semua pasien punya akses layanan X-ray?
- Adakah semua pasien punya akses layanan X-ray bersama ?



DEVELOP THE MEASURE

- Setelah pertanyaan kinerja telah diidentifikasi, langkah selanjutnya adalah menetapkan ukuran-ukuran yang akan digunakan untuk menjawab pertanyaan tersebut



1. Safe (Aman)

Pertanyaan Kinerja	Numerator	Denominator
Apakah pemeriksaan X-ray dilakukan dengan dosis radiasi minimal yang sesuai standar keselamatan?	Jumlah pemeriksaan X-ray dengan dosis radiasi \leq standar	Total pemeriksaan X-ray
Berapa banyak kejadian insiden (misalnya salah bagian tubuh yang dirontgen)?	Jumlah kejadian insiden salah lokasi	Total pemeriksaan X-ray

2. Effective (Efektif)

Pertanyaan Kinerja	Numerator	Denominator
Apakah hasil X-ray memberikan informasi yang akurat untuk mendukung diagnosis dokter?	Jumlah hasil X-ray yang dinilai akurat	Total hasil X-ray yang dievaluasi
Berapa persentase permintaan ulang X-ray karena gambar tidak jelas?	Jumlah pemeriksaan ulang karena gambar tidak jelas	Total pemeriksaan X-ray

3. Patient-Centered (Berpusat pada Pasien)

Pertanyaan Kinerja	Numerator	Denominator
Apakah pasien diberi penjelasan mengenai prosedur X-ray sebelum dilakukan?	Jumlah pasien yang menerima penjelasan sebelum pemeriksaan	Total pasien yang menjalani pemeriksaan X-ray
Apakah pasien merasa nyaman dan dihormati selama proses pemeriksaan?	Jumlah pasien yang melaporkan merasa nyaman dan dihormati (misal survei kepuasan \geq threshold)	Total pasien yang disurvei

4. Timely (Tepat Waktu)

Pertanyaan Kinerja	Numerator	Denominator
Berapa lama waktu tunggu pasien dari pendaftaran hingga X-ray dilakukan?	Total waktu tunggu (menit) dari semua pasien (dapat digunakan untuk rata-rata)	Jumlah pasien yang menjalani pemeriksaan X-ray
Berapa lama waktu dari pengambilan X-ray hingga hasil diterima dokter?	Total waktu proses (menit) dari pengambilan sampai hasil diterima	Jumlah pemeriksaan X-ray
(Bisa juga dibuat persentase pemeriksaan yang dilakukan sesuai target waktu)	Jumlah pemeriksaan selesai sesuai target waktu	Total pemeriksaan X-ray

5. Efficient (Efisien)

Pertanyaan Kinerja	Numerator	Denominator
Apakah jadwal pemeriksaan dan penggunaan alat X-ray optimal setiap harinya?	Jumlah pemeriksaan yang dilakukan sesuai kapasitas alat	Kapasitas maksimal alat per hari
Berapa banyak pemeriksaan yang harus diulang karena kesalahan teknis?	Jumlah pemeriksaan ulang akibat kesalahan teknis	Total pemeriksaan X-ray

6. Equitable (Adil)

Pertanyaan Kinerja	Numerator	Denominator
Apakah semua pasien memiliki akses yang sama terhadap layanan X-ray?	Jumlah pasien dari kelompok demografis tertentu yang mendapatkan layanan	Total pasien di kelompok demografis yang sama
Adakah perbedaan waktu tunggu berdasarkan jenis jaminan (BPJS vs swasta)?	Rata-rata waktu tunggu pasien BPJS dan swasta (bisa dibandingkan secara statistik, bukan rasio)	Jumlah pasien per jenis jaminan

DESIGN THE DATA COLLECTION SYSTEM

- Data yang akan diperoleh harus Valid dan Reliabel.
- Data dapat diperoleh dari berkas administrasi, rekam medis pasien dan Informasi bisnis dan klinis lainnya.



Komponen Sistem

Komponen	Deskripsi
Sumber Data	<ol style="list-style-type: none">1. Database administrasi (billing)2. Rekam medis elektronik (EMR)3. Survei kepuasan pasien dan staf4. Log pelayanan harian5. Laporan insiden
Data yang Dikumpulkan	Numerator, denominator, waktu tunggu, insiden, kepuasan, dan lainnya sesuai indikator
Metode Pengumpulan	Otomatisasi (extract database), manual entry (survei & log), audit dan review
Tools & Platform	Sistem informasi rumah sakit (SIRS/EMR), Google Forms atau aplikasi survey, Excel/Google Sheets, software analitik

Alur Pengumpulan Data

a. Data Administrasi & Rekam Medis

- **Sumber:** Billing system & EMR
- **Proses:**
 - Data diupdate real-time saat pasien menjalani X-ray dan setelah hasil dimasukkan.
 - Extract data harian/mingguan berupa jumlah pemeriksaan, kode prosedur, dosis radiasi, hasil pemeriksaan, kejadian insiden.
 - Validasi data oleh tim radiologi dan IT

b. Survei Kepuasan Pasien dan Staf

- **Sumber:** Pasien yang selesai pemeriksaan, staf radiologi
- **Proses:**
 - Pasien mengisi survei digital/kuisioner singkat di tablet atau lewat link online.
 - Staf mengisi survei internal secara berkala (misal bulanan).
 - Data dikumpulkan dan dianalisis secara kuantitatif dan kualitatif.

Alur Pengumpulan Data

c. Log Pelayanan Harian

• **Sumber:** Petugas pelayanan (resepsionis, teknisi)

• **Proses:**

- Catat waktu mulai dan selesai pemeriksaan, waktu tunggu pasien, jadwal alat.
- Data dimasukkan ke spreadsheet/ aplikasi log.

d. Laporan Insiden

• **Sumber:** Tim manajemen risiko, staf radiologi

• **Proses:**

- Laporan insiden dibuat saat terjadi kejadian salah prosedur, dosis berlebih, dll.
- Disimpan di sistem manajemen risiko dan dianalisis untuk perbaikan

Alur Pengumpulan Data

4. Frekuensi Pengumpulan Data

- **Data otomatis:** Harian atau real-time extraction
- **Survei & log:** Harian atau mingguan
- **Laporan insiden:** Setiap ada kejadian
- **Review dan laporan:** Bulanan atau triwulanan

5. Tanggung Jawab Tim

Peran	Tugas Utama
Kepala Unit Radiologi	Memastikan kelengkapan dan validitas data
Petugas IT / Data Analyst	Mengelola database, ekstrak dan validasi data
Teknisi X-ray	Mengisi log pelayanan dan melaporkan insiden
Staf Administrasi	Input data billing dan demografi pasien
Tim Manajemen Mutu	Analisis data, buat laporan, rekomendasi
Pasien & Staf	Mengisi survei kepuasan

Alur Pengumpulan Data

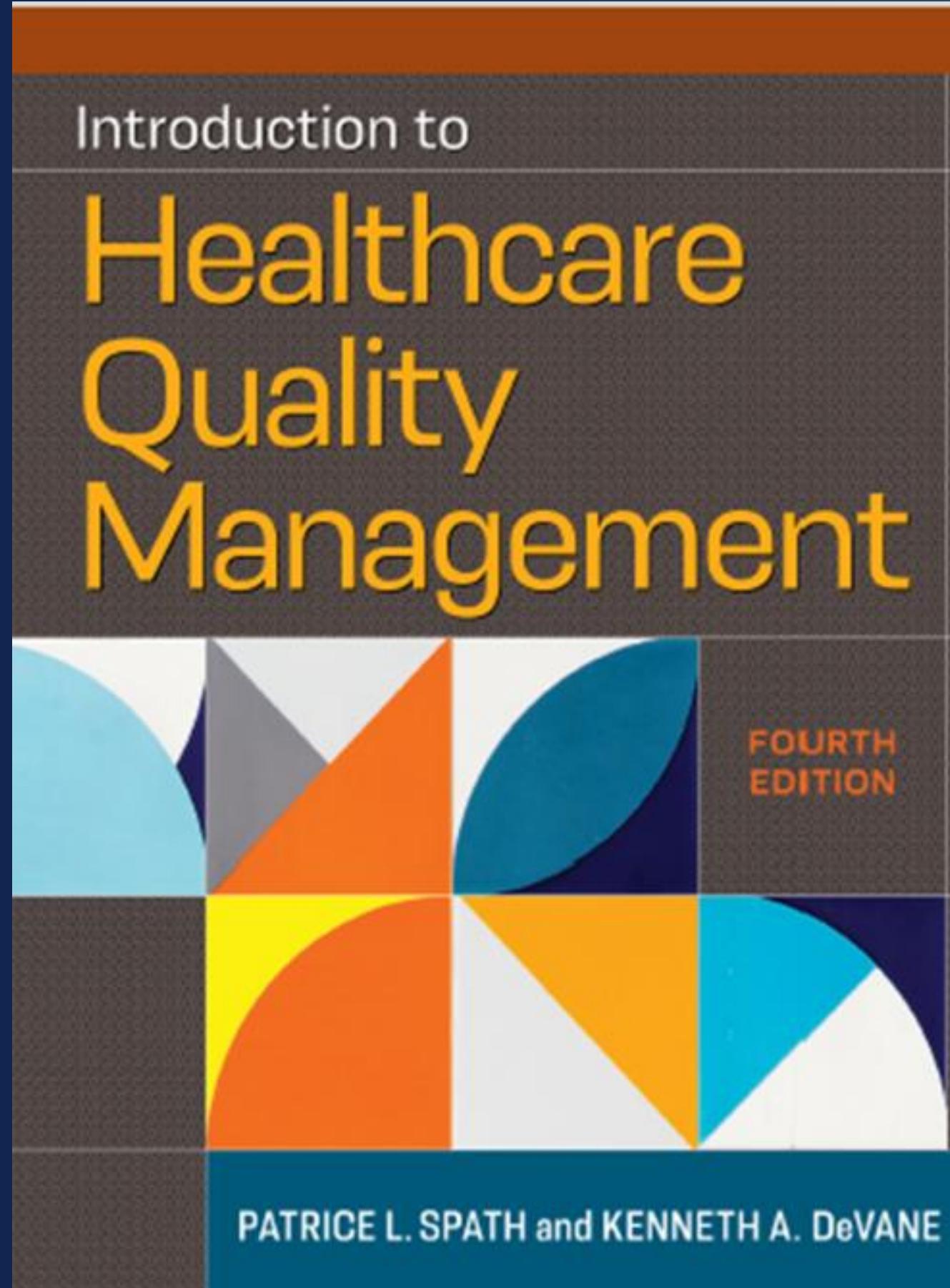
6. Tools yang Direkomendasikan

- **SIRS / EMR Rumah Sakit:** Data utama administrasi dan medis
- **Google Forms / Microsoft Forms:** Survei pasien dan staf
- **Excel / Google Sheets:** Log pelayanan dan pengolahan data sederhana
- **Power BI / Tableau (opsional):** Visualisasi data dan dashboard interaktif

To finish designing the data collection system, the manager must make four more decisions, addressing the what, who, when, and how of data collection.

Tabel Desain Sistem Pengumpulan Data Layanan X-ray

Aspek	Pertanyaan Kunci	Keputusan / Contoh dalam Layanan X-ray
What (Apa yang diukur?)	Apakah menggunakan populasi penuh atau sampel representatif?	<ul style="list-style-type: none">- Populasi penuh untuk indikator insiden, pengulangan X-ray, waktu tunggu.- Sampel representatif untuk survei kepuasan, audit kualitas gambar.
Who (Siapa yang mengumpulkan?)	Siapa penanggung jawab tiap jenis data?	<ul style="list-style-type: none">- Petugas billing: data administrasi & kode.- Radiografer: data klinis & dosis.- Tim mutu: survei pasien & audit.- Supervisor: insiden & mutu hasil.
When (Kapan data dikumpulkan?)	Seberapa sering data dikumpulkan?	<ul style="list-style-type: none">- Harian: data layanan & waktu tunggu.- Mingguan/bulanan: audit mutu.- Setiap kejadian: insiden.- Setiap layanan selesai: survei pasien.
How (Bagaimana cara mengumpulkan?)	Apa metode, alat, dan format pengumpulan?	<ul style="list-style-type: none">- Otomatis: via EMR/SIRS & billing.- Manual: form survei pasien, audit checklist.- Digital tools: Google Form, Microsoft Excel.- Laporan insiden: aplikasi khusus mutu.



REFERENCE

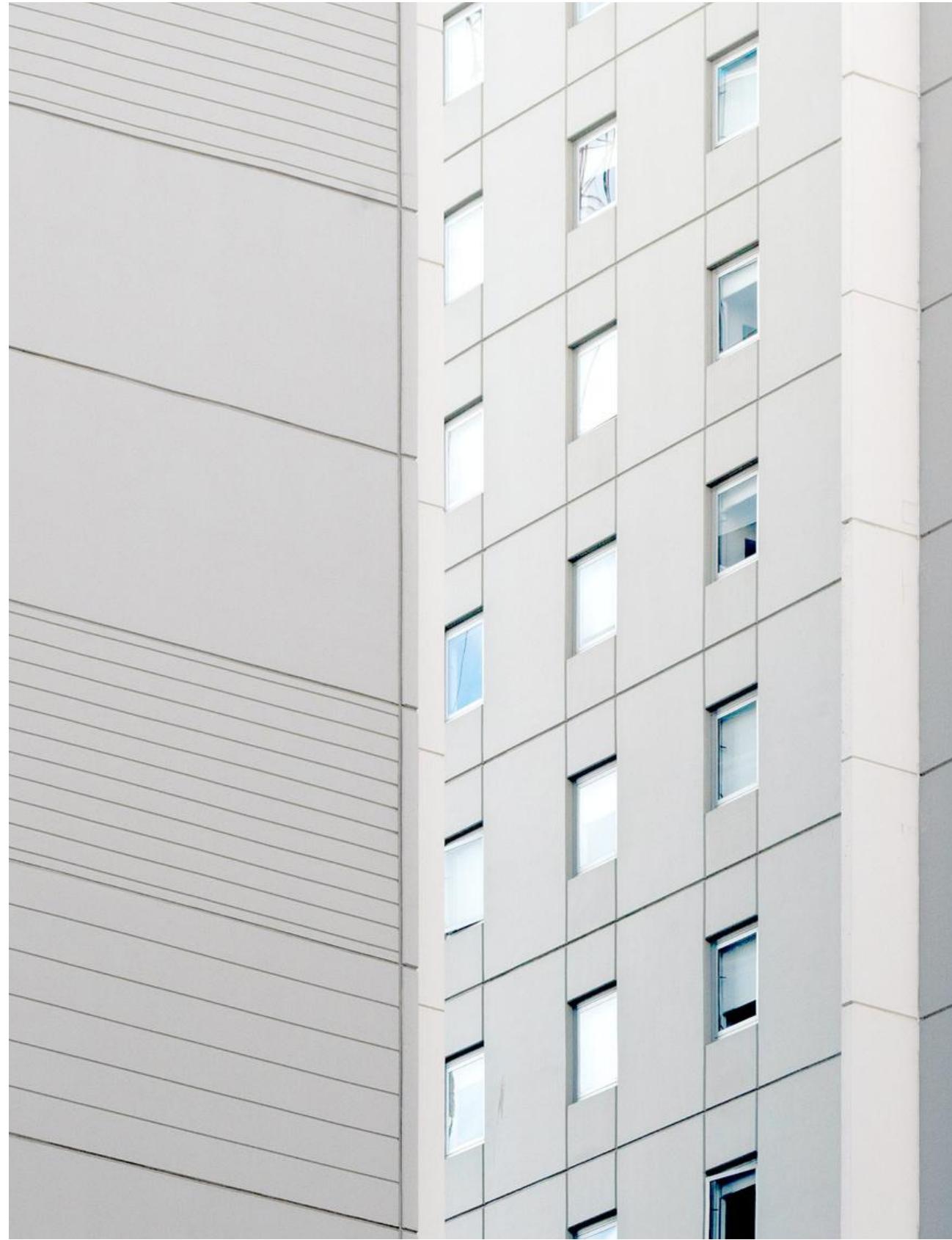
Introduction to Healthcare Quality Management.
Patrice L. Spath and Kenneth A. DeVane.
Foundation of the American College of
Healthcare Executives. 2023

THANK YOU!

As we look to the future, these technologies will play a crucial role in shaping a better world for generations to come.

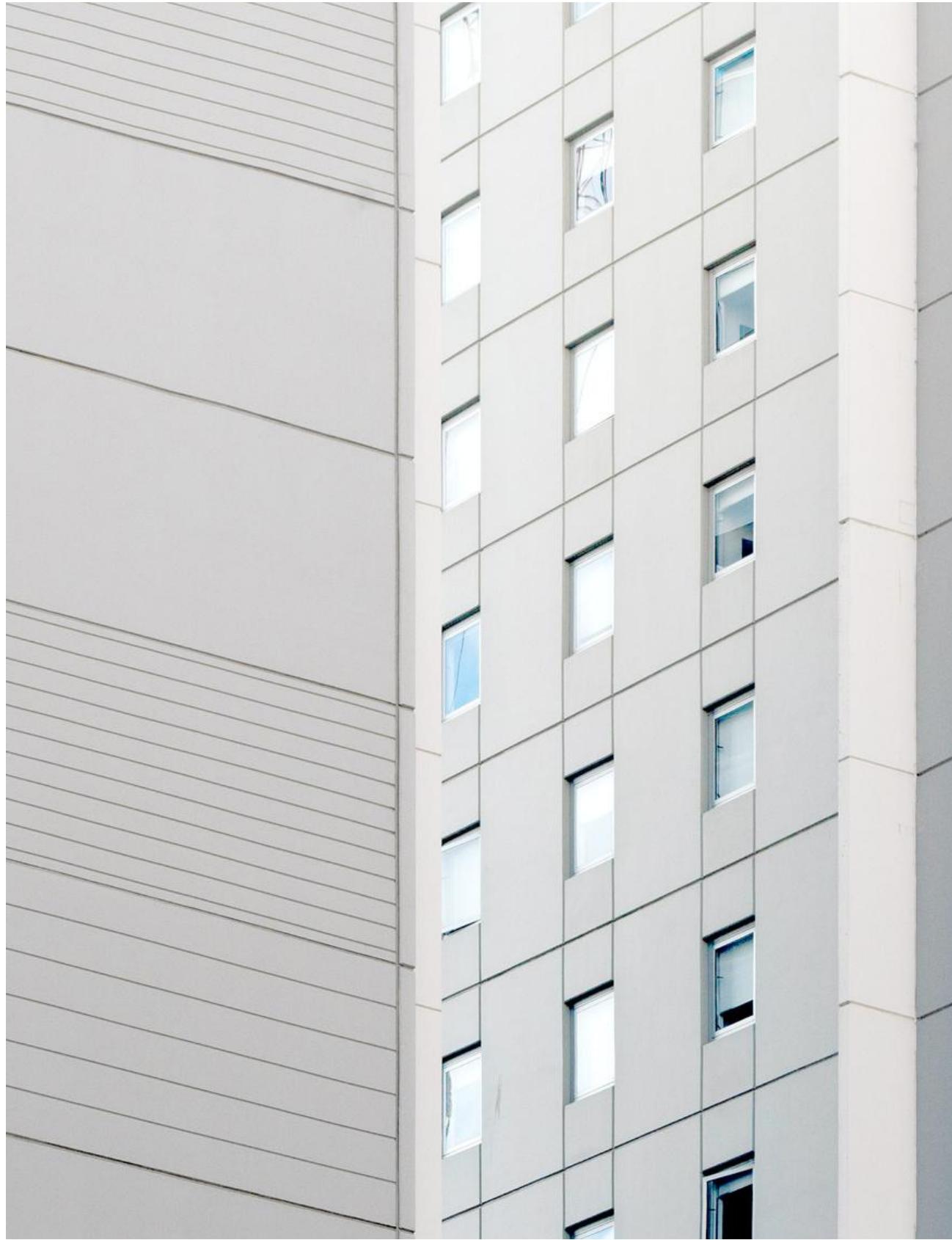
PENGUKURAN DALAM MANAJEMEN MUTU

Sesi 6



CPMK

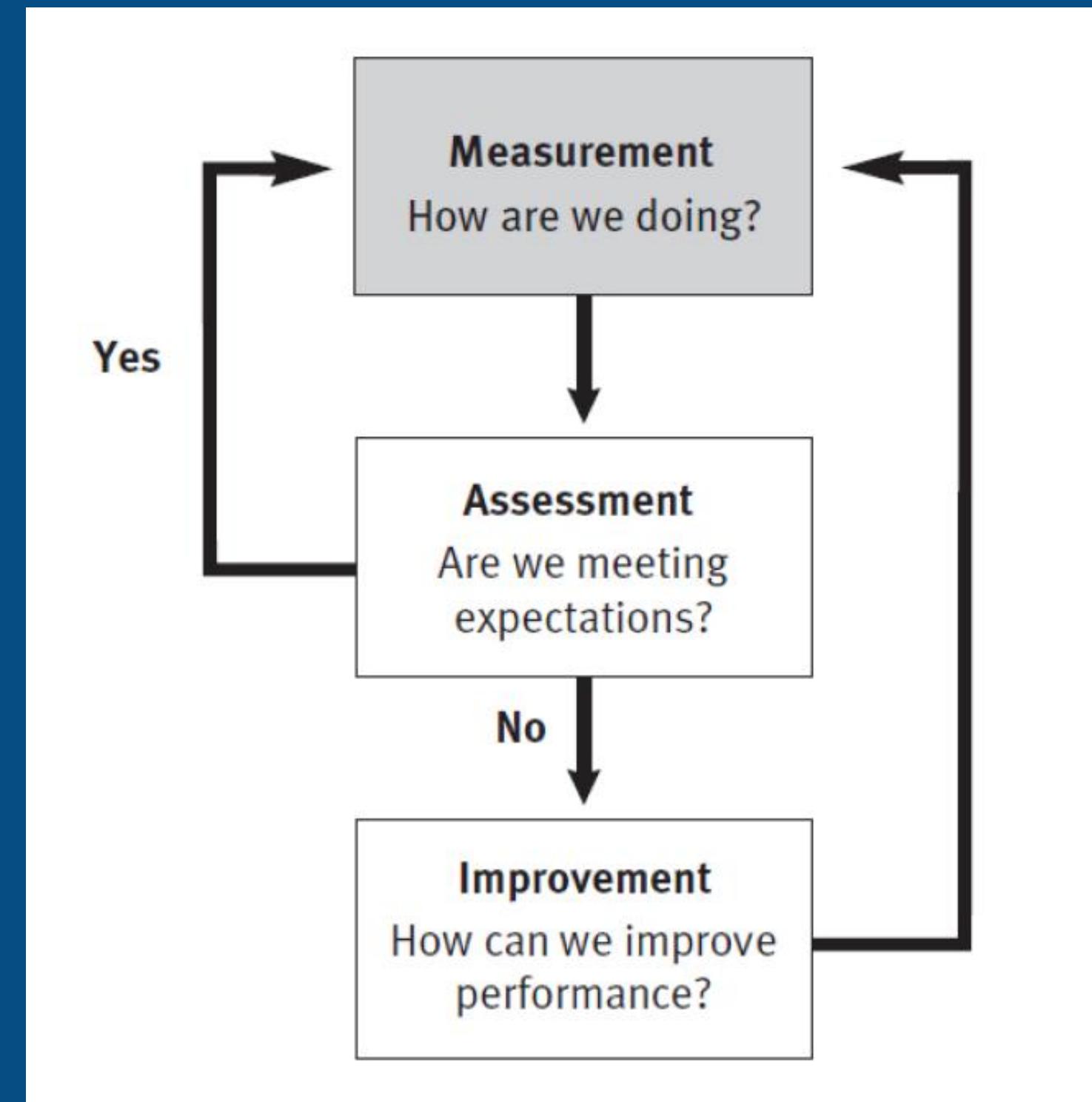
**Mampu mendefinisikan, mengidentifikasi
dan menjelaskan manajemen mutu pada
pelayanan kesehatan.
(S1,S2,S11,S12,S13,P1,KU1,KK1)**



SUB-CPMK

Mahasiswa menguasai proses pengukuran mutu dan menganalisis metode pengukuran mutu dengan pendekatan Balanced Scorecard di pelayanan kesehatan. (CPMK2,CPMK4,C4)

Cycle of Measurement, Assessment, and Improvement



PENGUKURAN

- Pengukuran merupakan salah satu elemen dari banyak aktivitas manajemen mutu.
- Kinerja diukur untuk menentukan tingkat mutu saat ini, mengidentifikasi peluang perbaikan, dan mengevaluasi apakah perubahan telah meningkatkan kinerja.

KARAKTERISTIK PENGUKURAN

Pengukuran—biasanya dalam bentuk angka atau statistik—digunakan untuk memantau kualitas beberapa aspek layanan kesehatan. Angka-angka ini disebut ukuran kinerja atau indikator kualitas.

Data pengukuran biasanya dilaporkan sebagai berikut:

- jumlah,
- proporsi,
- persentase,
- rasio,
- rata-rata, dan
- rasio.

Angka atau statistik yang digunakan untuk melaporkan data dapat memengaruhi interpretasi informasi pengukuran.

Measurement Data for Healthcare Quality Management Purposes

Number/Statistic	Measure Example
Count	<ul style="list-style-type: none">Number of patients served in the health clinicNumber of patients who fall while in the hospitalNumber of billing errors
Proportion or Percentage	<ul style="list-style-type: none">Proportion or percentage of nursing home residents who develop an infectionProportion or percentage of newly hired staff who receive job trainingProportion or percentage of prescriptions filled accurately by pharmacists
Rate	<ul style="list-style-type: none">Unplanned extubations of ventilated adult patients per 100 ventilator daysNumber of patients arriving by ambulance per day
Ratio	<ul style="list-style-type: none">Nurse-to-patient ratioTechnician-to-pharmacist ratioCost-to-charge ratio
Mean	<ul style="list-style-type: none">Mean or average patient length of stay in the hospitalMean or average overall score on patient satisfaction surveysMean or average charges for laboratory tests

- Pengukuran memberikan informasi untuk tujuan manajemen mutu.
- Agar pengukuran dapat digunakan secara efektif:
 - pengukuran harus akurat,
 - berguna,
 - mudah ditafsirkan, dan
 - dilaporkan secara konsisten.

PENGUKURAN DENGAN METODE BALANCED SCORECARD

- Awalnya dikembangkan sebagai kerangka kerja untuk mengukur kinerja industri swasta.
- Balanced scorecard (BSC) adalah struktur yang dapat digunakan organisasi perawatan kesehatan untuk mengevaluasi strategi dan menilai kinerja relatif terhadap tujuan operasional.
- Banyak pelauanan kesehatan menggunakan BSC untuk mengukur kinerja terhadap fasilitas (McLaughlin dan Olson 2017).

PENGUKURAN DENGAN METODE BALANCED SCORECARD

Pengukuran scorecard biasanya diurutkan menjadi empat perspektif strategis (McLaughlin dan Olson 2017):

1. Pembelajaran dan pertumbuhan
2. Proses bisnis internal
3. Pelanggan
4. Keuangan

PENGUKURAN DENGAN METODE BALANCED SCORECARD

1. Pembelajaran dan pertumbuhan. Berfokus pada pengembangan staf memungkinkan karyawan untuk mengembangkan dan memelihara proses internal yang efektif.
2. Proses bisnis internal. Proses internal yang dirancang dengan baik memastikan operasi yang efektif dan efisien.
3. Pelanggan. Proses internal yang berkinerja baik menghasilkan pelanggan yang puas, mencegah kelelahan, dan mempertahankan keterlibatan staf yang tinggi.
4. Keuangan. Pelanggan yang puas dan pergantian staf yang rendah menghasilkan kinerja keuangan yang kuat.

Balanced Scorecard Categories and Examples of Facility-Level Measures

Category	Measures
Learning and growth	<ul style="list-style-type: none">• Dollar amount of employee tuition reimbursement• Number of continuing education credits per full-time employee• Percentage of clinical staff trained in teamwork• Number of new services offered• Number of new research projects• Rate of employee turnover/retention rate
Internal business processes	<ul style="list-style-type: none">• Average patient length of stay• Percentage of claims rejected by insurance companies because of inaccuracies• Rate of medication errors• Number of employee occupational injuries• Call center response times• Percentage of claims rejected by insurance companies because of inaccuracies
Customers	<ul style="list-style-type: none">• Percentage of patients who would recommend the facility• Number of new managed care contracts each year• Percentage of patients satisfied with services• Percentage of payers satisfied with services• Number of service complaints• Dollar amount of community donations
Financial	<ul style="list-style-type: none">• Volume growth by key service lines• Dollars generated from new contracts• Dollar amount of community donations• Growth in net revenues• Operating margin• Days of cash on hand

STUDI KASUS: Pengukuran Mutu di RS Swasta

Performance Measurement of a Private Hospital during the Pandemic Covid-19

Yuyun Ummiyatun¹, Kris Febiyya Aulia¹, Sri Rahayu¹, Teuku Nebrisza Zagladin Jacoeb², Mochamad Iqbal Nurmansyah³

1. Universitas Muhammadiyah Prof. Dr. Hamka, Jl. Lirmay 2 Kebayoran Baru, Jakarta Selatan, Indonesia

2. SamMoria Board Women and Children Hospital, Jl. Jend. Basuki Rachmat No.31, Pd. Baru, Kec. Duren Sawit, Kota Jakarta Timur, DKI Jakarta, 13420, Indonesia

3. Universitas Islam Negeri Syarif Hidayatullah Jakarta, Jl. Ir. H. Ajanda No.25, Cipayung, Kec. Cipayung Tim., Kota Tangerang Selatan, Banten 15412, Indonesia

ARTICLE INFO

Keywords:
Pandemic
Covid-19,
Balanced scorecard, Performance,
Hospital

Kata Kunci:
Pandemi
Covid-19,
Balanced scorecard,
Performance,
Rumah Sakit.

ABSTRACT

This study aims to analyze the performance of private hospitals during the COVID-19 pandemic through the BSC approach. This research uses a quantitative descriptive approach based on a case study at a private hospital in East Jakarta. A hospital employee-patient survey provided the main data. 2019-2020 hospital reports supplied secondary data. The results showed that, from the customer perspective, there was a decrease in performance in customer acquisition and retention. From the internal business process perspective, there is a decrease in bed occupancy rate and turnover interval. From a financial perspective, there is a decline in profitability and cost recovery rate. The learning perspective is considered good in employee satisfaction, low employee turnover, and regular training, so that it can be concluded that employee retention is well implemented. Overall, hospitals need to review key performance indicators from a customer perspective and internal business processes to improve financial performance.

Corresponding author:
Yuyun Ummiyatun
YUYUN.UMMIYATUN@uhamka.ac.id

Copyright © 2023 by Authors.
Published by IRJBS.
This is an open access article under
the CC BY-SA License

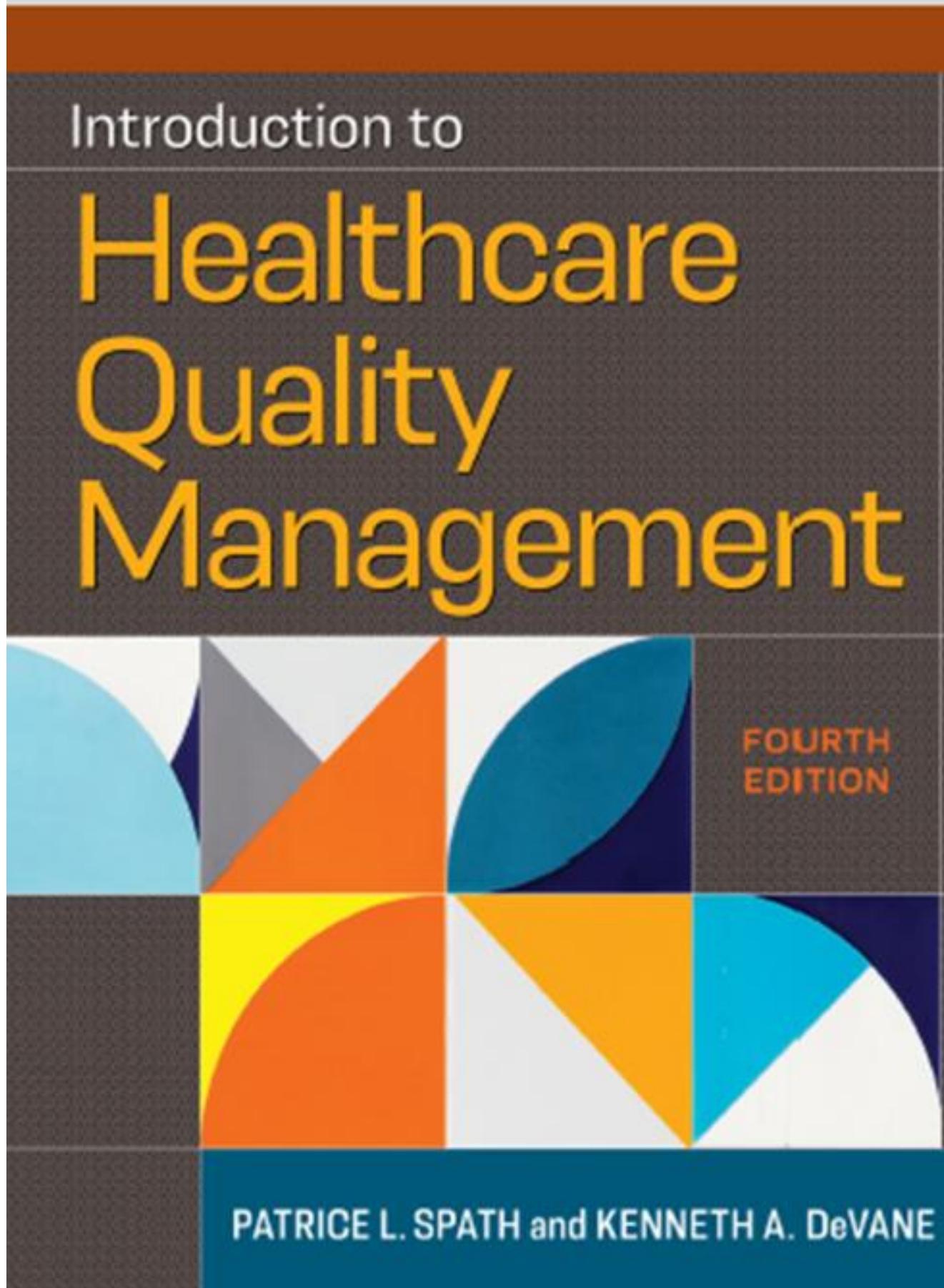


S A R I P A T I

Penelitian ini berlajuan untuk menganalisis kinerja rumah sakit swasta pada saat pandemic Covid-19 melalui pendekatan BSC. Penelitian ini menggunakan pendekatan deskriptif kuantitatif berdasarkan studi kasus pada salah satu rumah sakit swasta di Jakarta Timur. Data primer berasal dari survei karyawan-pasien rumah sakit. Data sekunder diperoleh dari laporan rumah sakit tahun 2019 dan 2020. Hasil penelitian menunjukkan bahwa pada perspektif pelanggan terjadi penurunan performa pada akuisisi pelanggan dan retensi pelanggan. Pada perspektif proses bisnis internal terjadi penurunan bed occupancy rate dan turnover interval. Pada perspektif keuangan terjadi penurunan pada profitabilitas dan cost recovery rate. Adapun perspektif pembelajaran dinilai baik pada kepuasan karyawan, turnover karyawan yang rendah dan adanya pelatihan rutin sehingga dapat disimpulkan bahwa retensi karyawan dilaksana dengan baik. Secara keseluruhan rumah sakit perlu meningkatkan kembali key performance indicator pada perspektif pelanggan dan proses bisnis internal untuk meningkatkan performa keuangan.

STUDI KASUS: Pengukuran Mutu di RS Swasta

Performance Measurement of a Private Hospital
during the Pandemic Covid-19



REFERENCE

Introduction to Healthcare Quality Management.
Patrice L. Spath and Kenneth A. DeVane.
Foundation of the American College of
Healthcare Executives. 2023

Thank You

SEE YOU NEXT WEEK

EVALUATING PERFORMANCE

**Yuyun Umniyatun
UHAMKA, 2025**



CPMK

Mahasiswa menguasai konsep dasar
managemen mutu pada tahap Assessment
(Penilaian)
(S1,S2,KU1,KU2,KK1,KK2,KK3,P1)

Bahan kajian

Bahan-bahan diskusi

1. identify common ways of reporting measurement data to facilitate performance assessment,
2. apply methods of interpreting healthcare performance measurement data,
3. describe the role of performance targets in evaluating performance,
4. identify common techniques for establishing performance expectations, and
5. explain how comparative performance data are used for assessment purposes

Pengantar

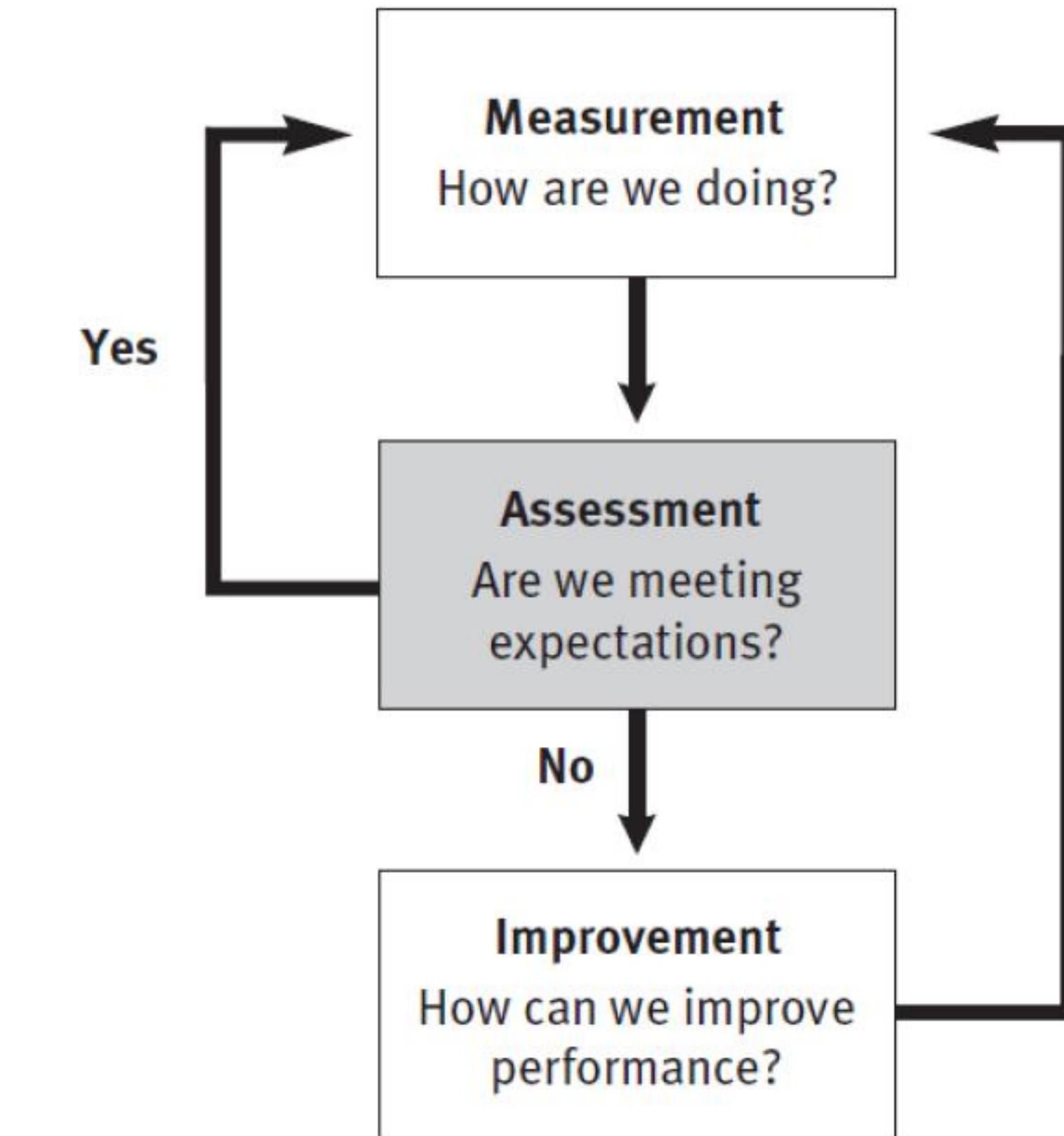
- **Penilaian kinerja** adalah tahap **evaluasi** dalam manajemen mutu.
- Data hasil pengukuran yang telah dikumpulkan selanjutnya **dilaporkan** dan **dianalisis**.
- Jika sebuah organisasi **merancang** **ukuran (indikator)**, **mengumpulkan** **data yang akurat**, dan **melaporkan** **hasilnya dengan cara yang bermakna**, maka organisasi tersebut akan menghasilkan **informasi yang berguna** untuk **pengambilan keputusan**.



ASSESSMENT IN QUALITY MANAGEMENT



EXHIBIT 4.1 Cycle of Measurement, Assessment, and Improvement



Tahap **assessment (penilaian)** dalam manajemen mutu melibatkan **analisis data** — yaitu pemeriksaan data mentah untuk menarik kesimpulan dari informasi tersebut

Tiga Aktivitas dalam Tahap Penilaian Mutu

No.	Aktivitas	Penjelasan Singkat
1.	Menampilkan data hasil pengukuran (Display Data)	Menyajikan data dalam bentuk tabel, grafik, atau diagram agar mudah dibaca dan dipahami.
2.	Membandingkan kinerja aktual dengan ekspektasi	Melihat apakah hasil yang dicapai sesuai dengan target, standar, atau benchmarking yang sudah ditetapkan.
3.	Menentukan apakah perlu dilakukan tindakan	Menganalisis apakah perbedaan antara hasil aktual dan target memerlukan tindakan perbaikan atau tidak.

MENAMPILKAN DATA HASIL PENGUKURAN (DISPLAY DATA)



DISPLAY DATA

No.	Faktor	Penjelasan
1.	Jenis Data	Menentukan format yang sesuai berdasarkan apakah datanya kuantitatif (angka) atau kualitatif (narasi).
2.	Audiens	Menyesuaikan penyajian dengan tingkat pemahaman audiens (misal: teknis untuk tim medis, sederhana untuk manajemen).
3.	Tujuan Informasi	Menyesuaikan bentuk laporan dengan tujuan: apakah untuk memantau, membandingkan, atau membuat keputusan.

JENIS-JENIS DISPLAY DATA

EXHIBIT 4.2 Line Graph Showing Number of Outpatient X-ray Reports Not Communicated to Doctors Within 48 Hours

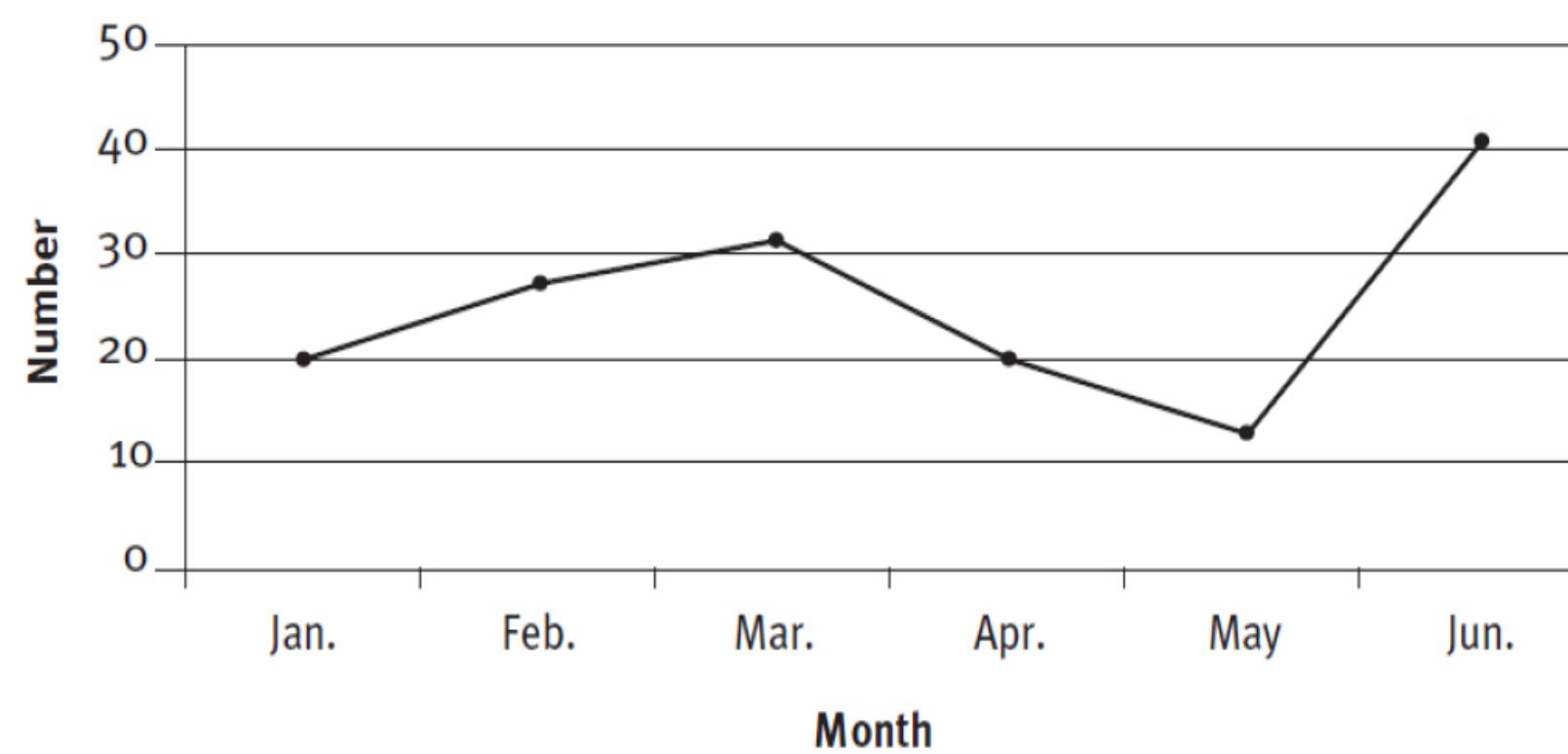


EXHIBIT 4.4 Line Graph Showing Target Rate and Percentage of X-ray Reports Not Communicated to Doctors Within 48 Hours

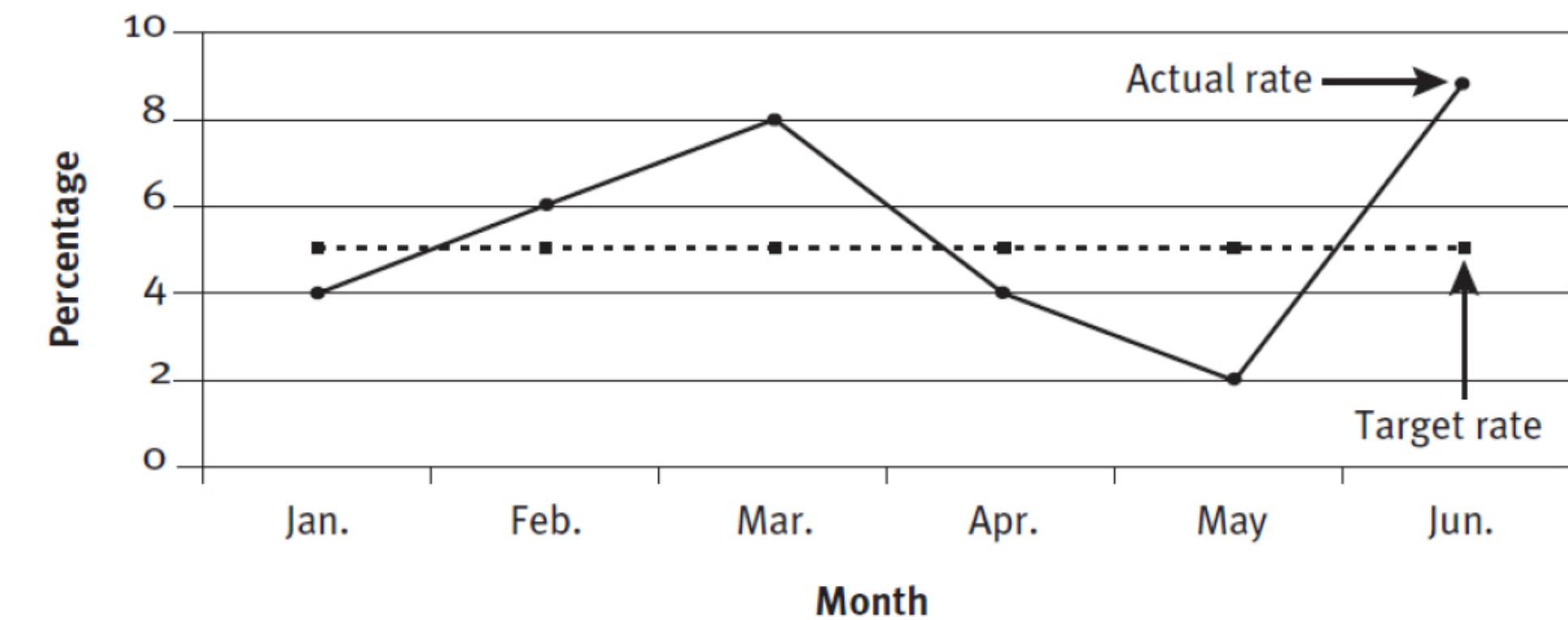


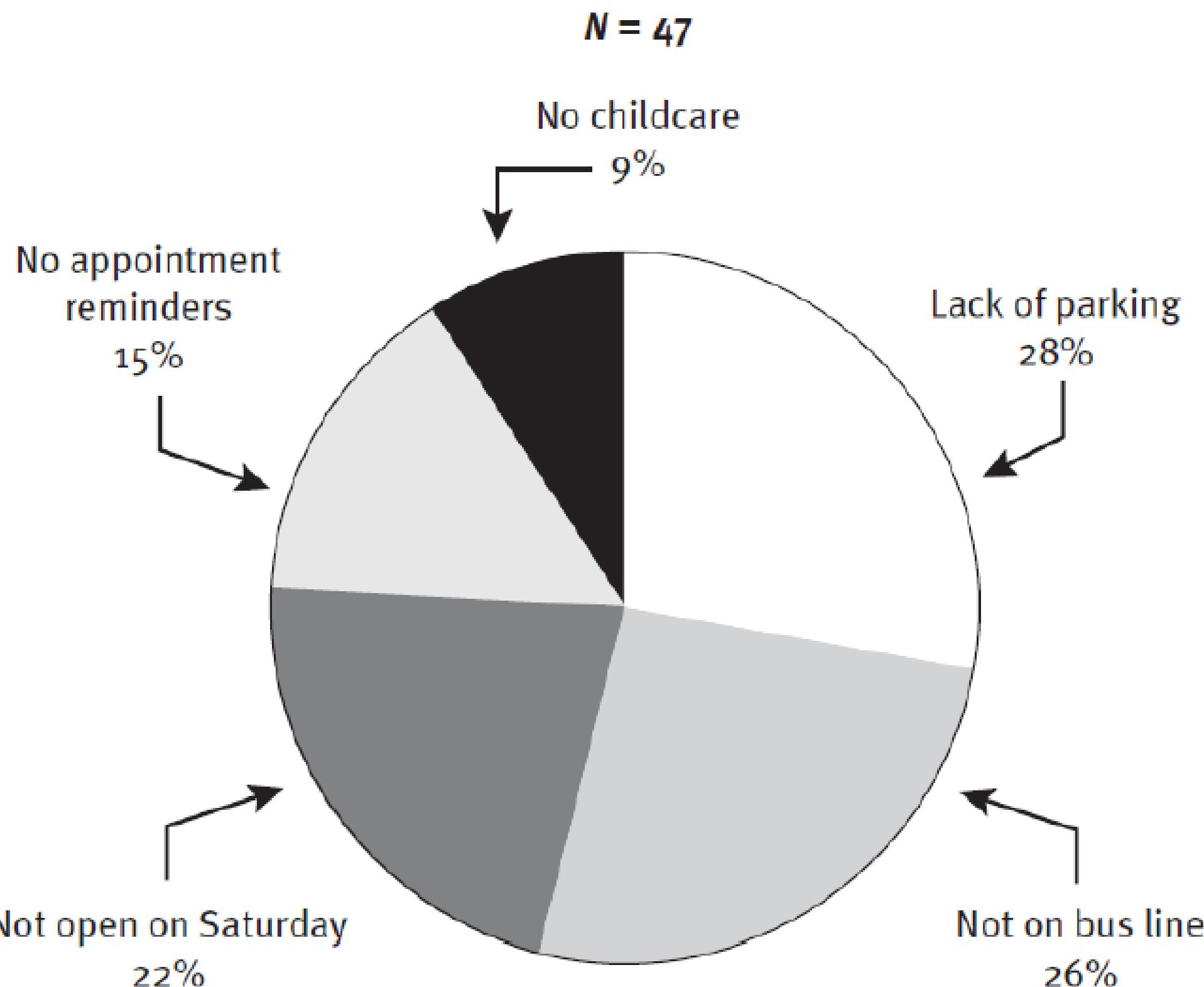
EXHIBIT 4.5 Tabular Report of Results of Survey of Patient Experiences

Survey Question	Mean Score <i>N = 47</i>
Overall, how would you evaluate the following:	
1. The quality of the behavioral health services you received	3.5
2. The helpfulness of the staff members	3.0
3. The courtesy shown you by the staff members	3.8
4. The staff's attention to privacy during treatment sessions	4.0
5. The professionalism of the staff members	3.9
6. The extent to which your mental health needs were addressed	3.6
7. The availability of appointments	3.5
8. The effectiveness of the medication and/or treatment you received	3.8
9. The degree to which staff members respected your confidentiality	4.1
10. Opportunities to participate in decisions about your treatment	3.9

Scale: 1 = Poor; 2 = Fair; 3 = Good; 4 = Very Good; 5 = Excellent

PIE CHARTS

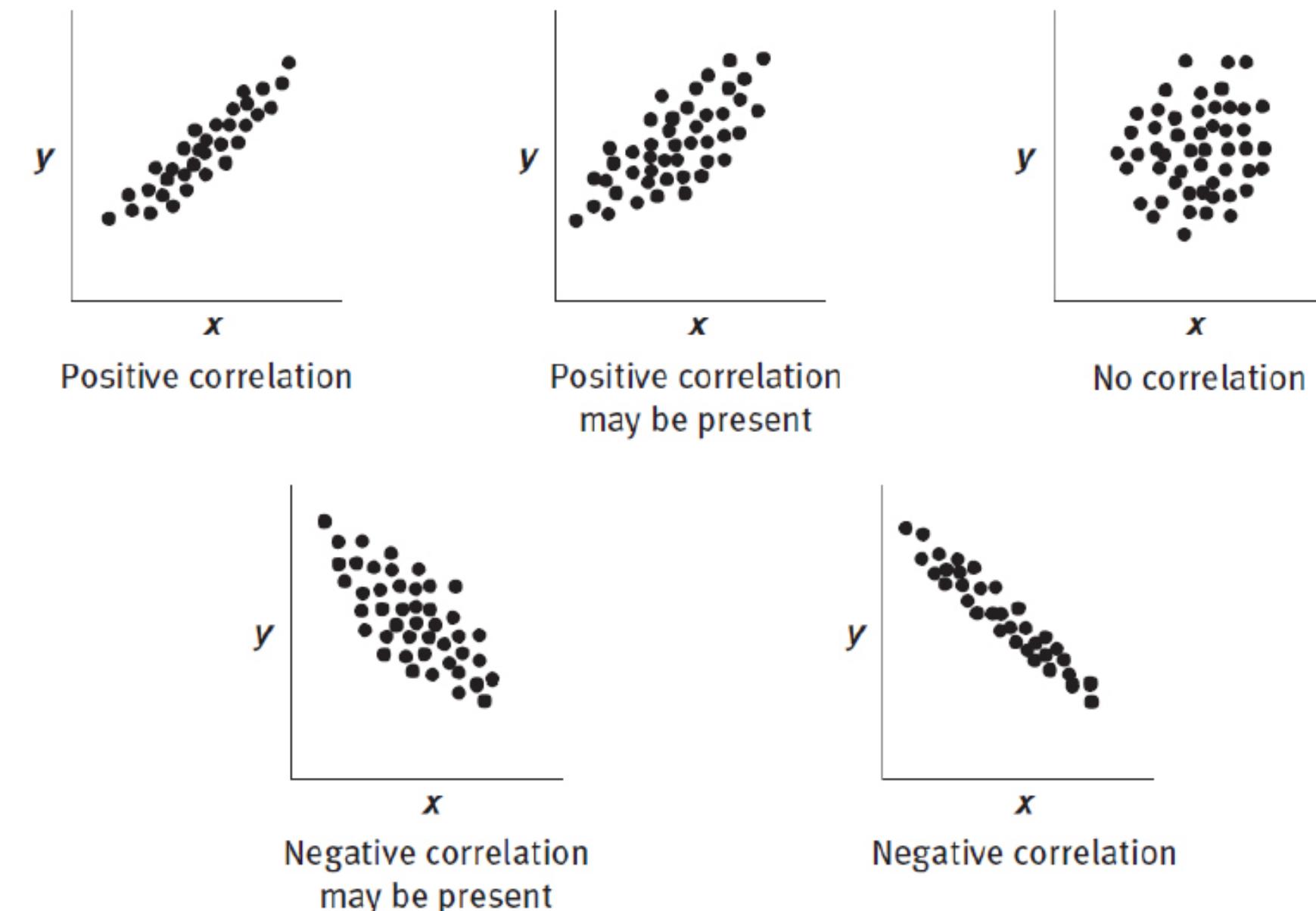
EXHIBIT 4.6 Pie Chart Showing Top Five Patient Complaints and Percentage of Patients Citing Each as Their Top Complaint



SCATTER DIAGRAM

- **Diagram pencar (scatter diagram)** adalah alat untuk menganalisis hubungan antara dua variabel.
- **Satu variabel** digambarkan di **sumbu horizontal (x-axis)**, dan **variabel lainnya** di **sumbu vertikal (y-axis)**
- **Pola penyebaran titik-titik** pada diagram menunjukkan hubungan di antara kedua variabel tersebut.
- **Jenis hubungan yang bisa terlihat:**
 - Jika **satu variabel naik** seiring **variabel lain naik**, disebut **korelasi positif**.
 - Jika **satu variabel turun** saat **variabel lain naik**, disebut **korelasi negatif**.
 - Jika **titik-titik membentuk garis** yang rapi, berarti **korelasi kuat**.
- **Kekuatan korelasi** menunjukkan **seberapa besar kemungkinan kedua variabel itu saling berhubungan** (referensi: Kumar 2022).

EXHIBIT 4.7 Scatter Diagram Relationship Patterns

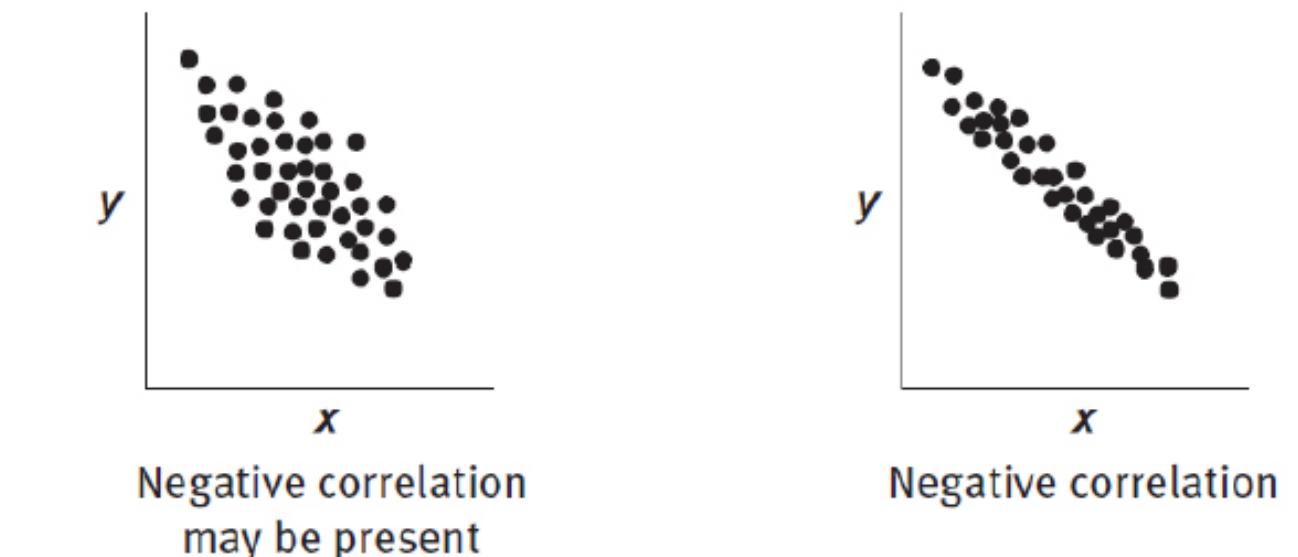
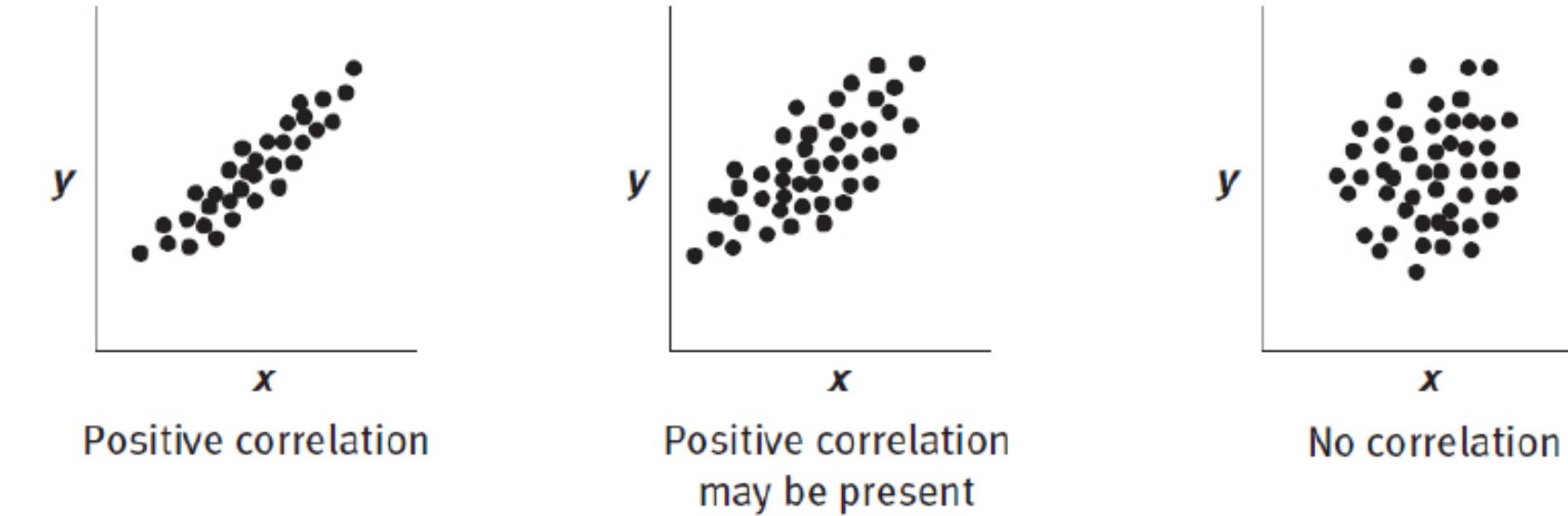


SCATTER DIAGRAM

Scatter diagrams usually show one of five possible correlations between the two variables:

1. *Strong positive correlation*. The value on the y -axis increases as the value on the x -axis increases.
2. *Strong negative correlation*. The value on the y -axis decreases as the value on the x -axis increases.
3. *Possible positive correlation*. The value on the y -axis increases slightly as the value on the x -axis increases.
4. *Possible negative correlation*. The value on the y -axis decreases slightly as the value on the x -axis increases.
5. *No correlation*. No connection is evident between the two variables.

EXHIBIT 4.7 Scatter Diagram Relationship Patterns



CONTOH SCATTER DIAGRAM

Hubungan antara *Jumlah Pemeriksaan X-ray* dan *Jumlah Pemeriksaan Ulang*
karena Gambar Buram

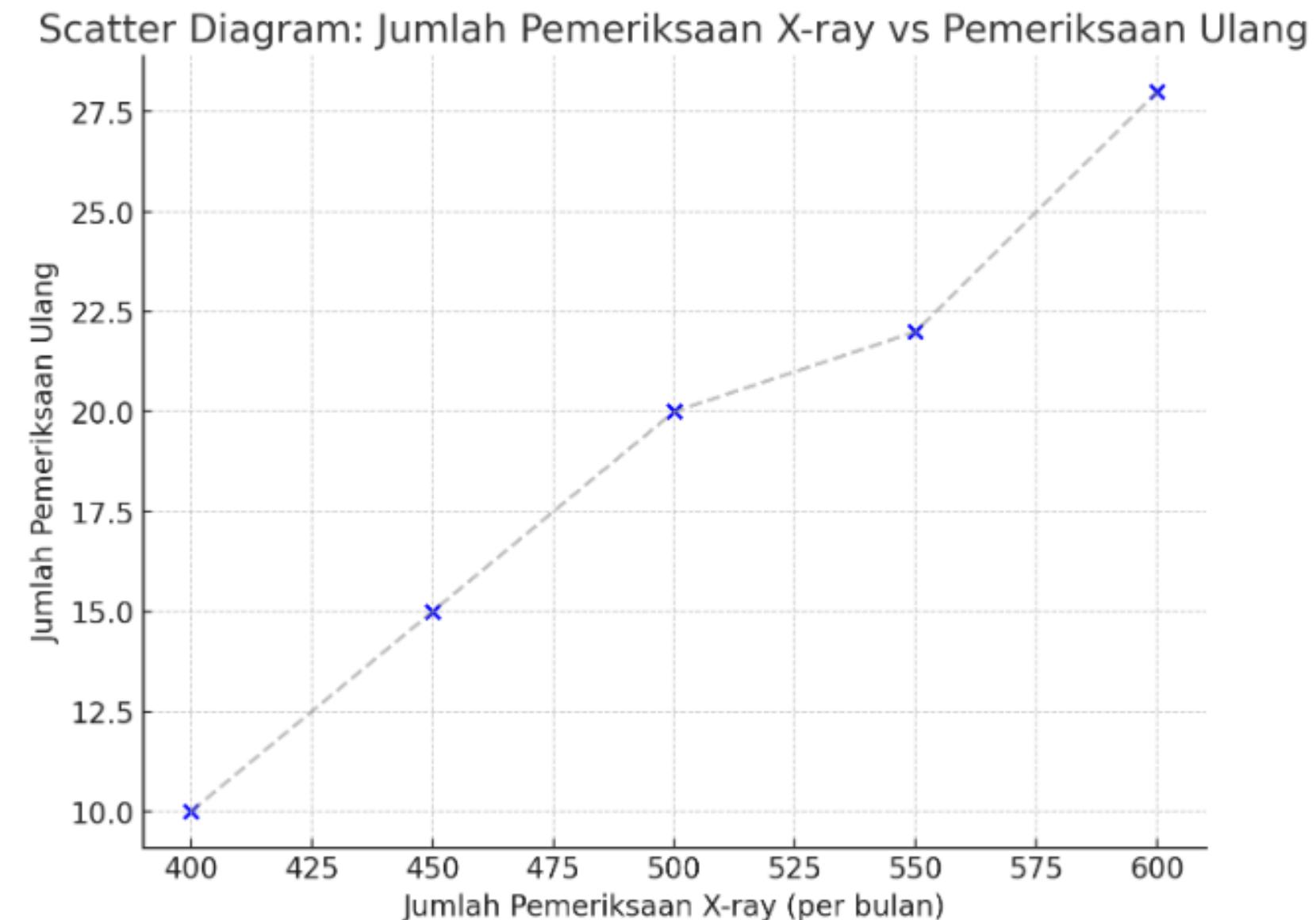
Jumlah Pemeriksaan X-ray (per bulan)	Jumlah Pemeriksaan Ulang
400	10
450	15
500	20
550	22
600	28

Plot:

- **X-axis (Horizontal):** Jumlah Pemeriksaan X-ray
- **Y-axis (Vertical):** Jumlah Pemeriksaan Ulang
- Jika digambarkan, titik-titik akan naik dari kiri bawah ke kanan atas → **menunjukkan korelasi positif:**
- semakin banyak pemeriksaan X-ray, semakin besar kemungkinan terjadi pemeriksaan ulang.

Interpretasi:

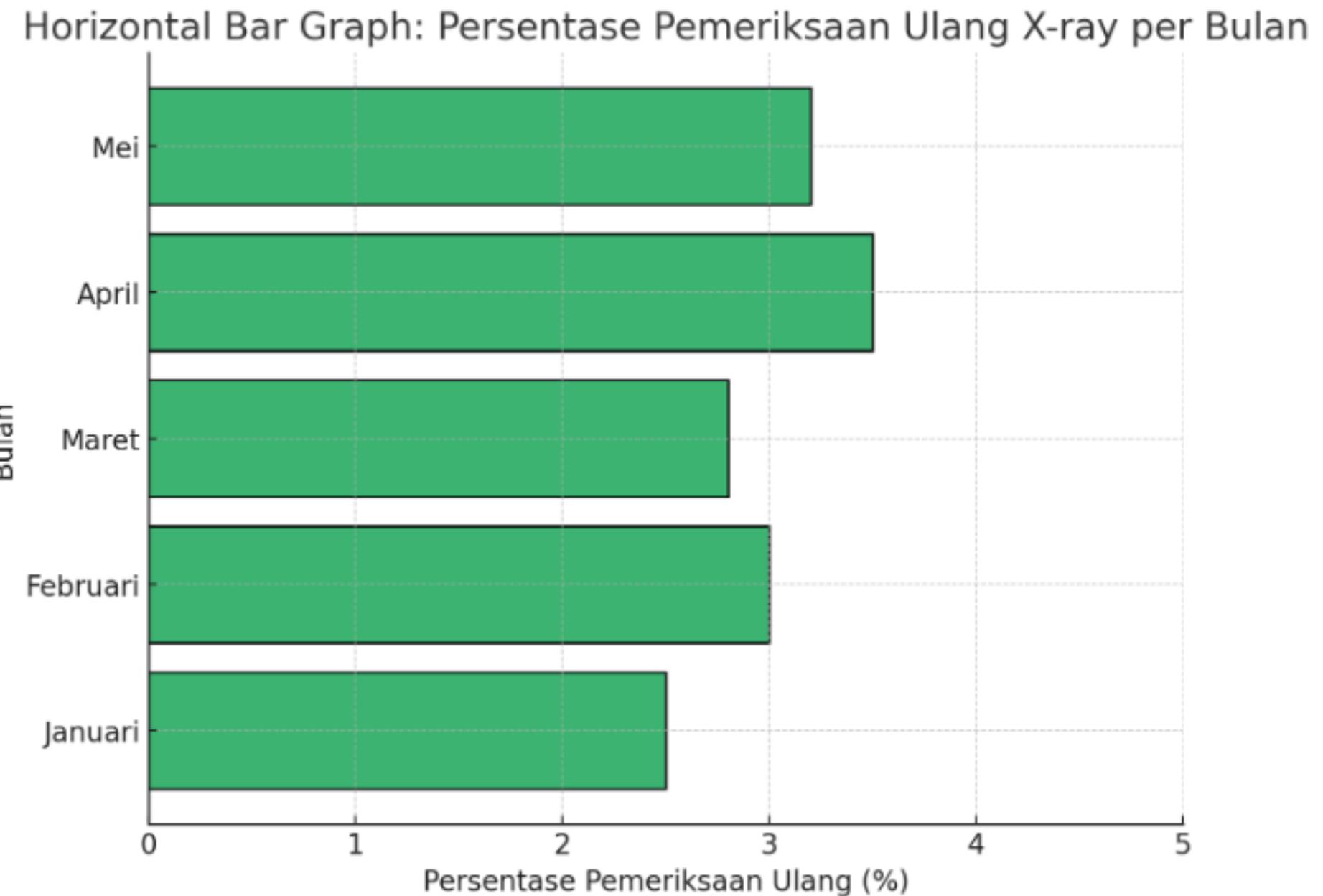
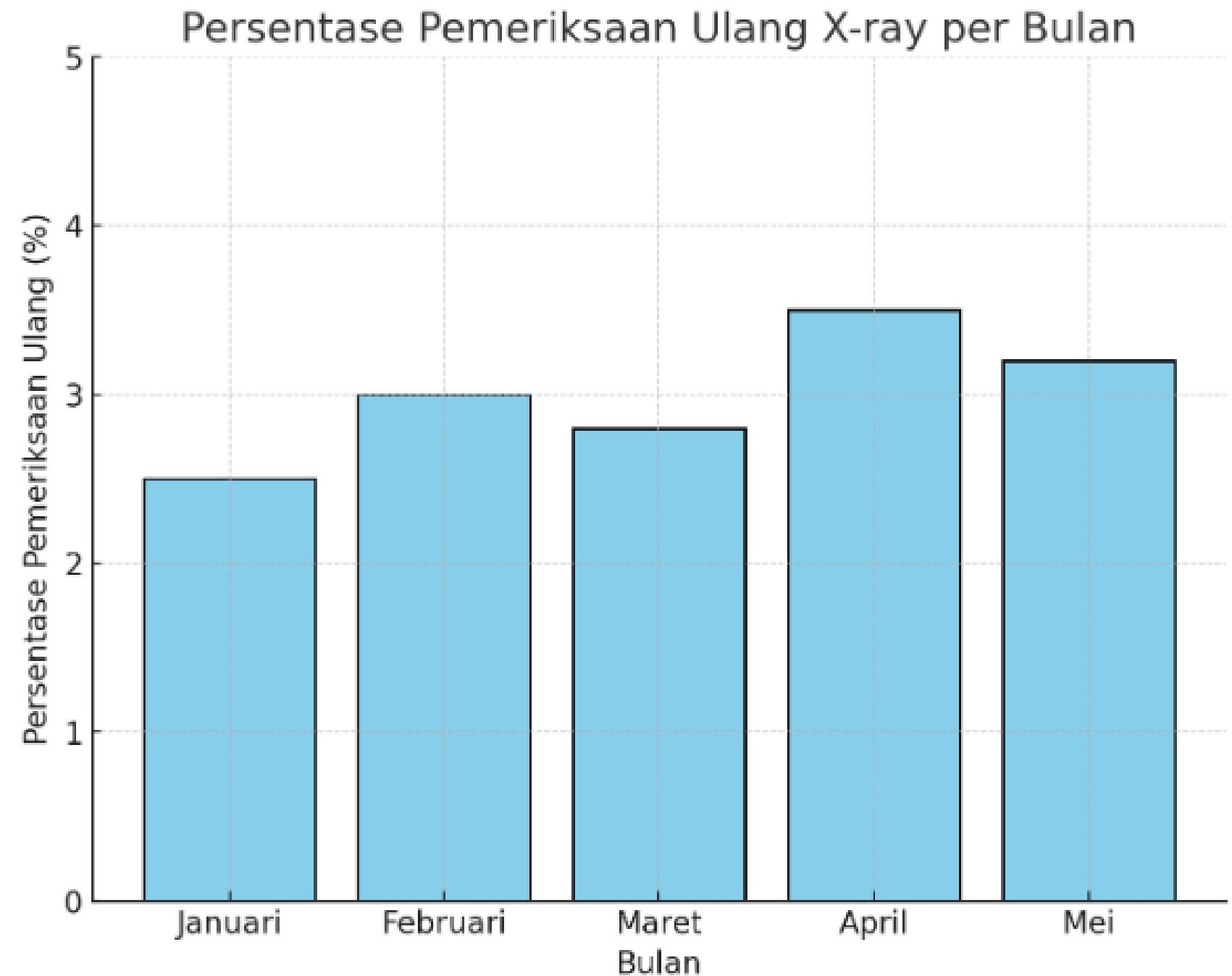
Ada kecenderungan bahwa semakin tinggi volume pemeriksaan, semakin tinggi pula insiden pemeriksaan ulang (kemungkinan karena beban kerja atau kelelahan teknisi).



BAR GRAPHS

- **Bar graph** (disebut juga **bar chart**) adalah grafik yang memudahkan audiens **membandingkan kelompok data** dan **menilai dampaknya terhadap kinerja** dengan cepat.
- **Satu sumbu** grafik menunjukkan **atribut mutu** yang diukur, dan **sumbu lainnya** menunjukkan **hasil kinerja aktual**.
- Dalam **Microsoft Excel**:
 - **Grafik batang vertikal** disebut **column graph**.
 - **Grafik batang horizontal** disebut **bar graph**.

CONTOH BAR GRAPHS

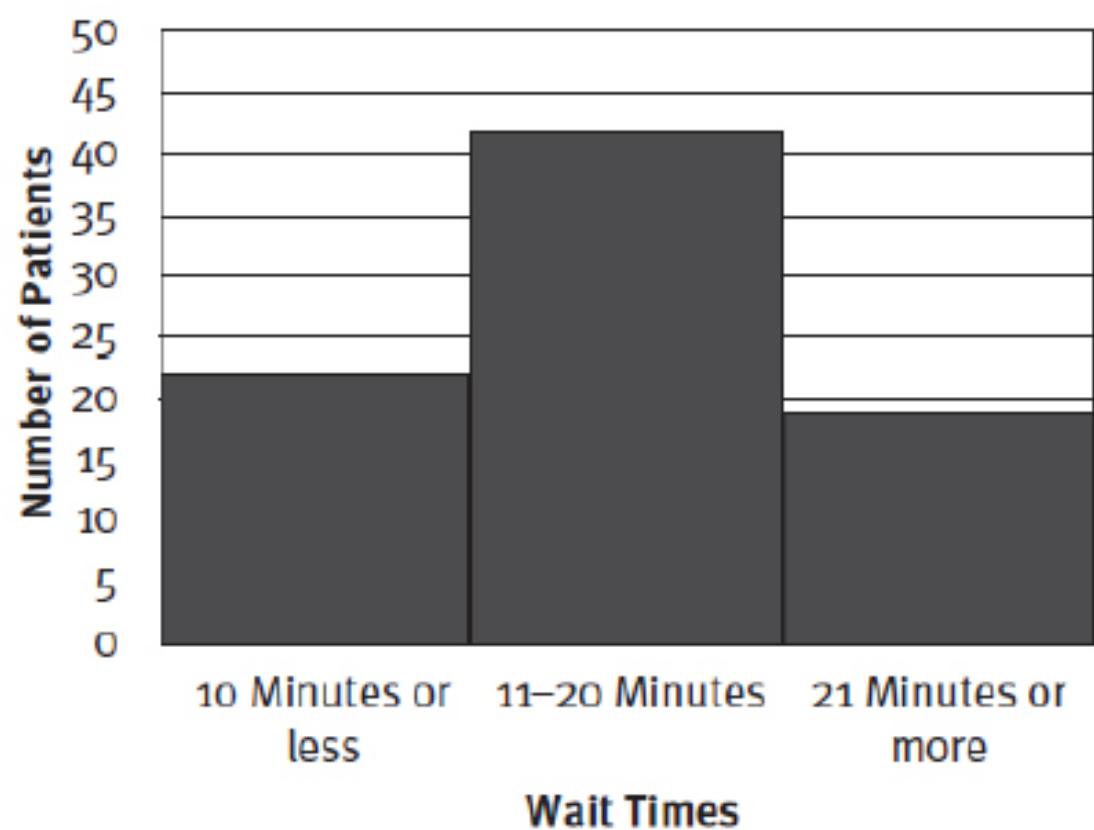


HISTOGRAM

- **Histogram** (kadang disebut juga **distribusi frekuensi**) adalah jenis **grafik batang** yang **menunjukkan distribusi nilai** berdasarkan **kelompok-kelompok pada sumbu x**.
- Contohnya:
 - Data **waktu tunggu pasien** di klinik dikumpulkan selama satu minggu.
 - Waktu tunggu itu **dikelompokkan** ke dalam beberapa kategori, misalnya: 0–10 menit, 11–20 menit, 21–30 menit.
 - **Jumlah pasien** dalam tiap kategori itu lalu digambarkan sebagai **tinggi batang**.
- Jadi, histogram cocok dipakai untuk melihat **sebaran** (distribusi) nilai dari suatu data, bukan sekadar membandingkan satuan per satuan seperti bar chart biasa

HISTOGRAM

EXHIBIT 4.11 Histogram of Clinic Wait Times



- **Histogram** digunakan untuk menunjukkan **distribusi data** dari suatu **cuplikan waktu** tertentu. Artinya, histogram merepresentasikan situasi data pada suatu periode spesifik, bukan tren jangka panjang.
- Histogram cocok untuk menampilkan **distribusi variabel** yang bisa dikelompokkan ke dalam **peringkat atau rentang**, contohnya:
 - Segmen tiga bulan dalam setahun (Januari–Maret, April–Juni, dst.)
 - Kelompok usia (0–10 tahun, 11–20 tahun, dst.)
- **Batang-batang dalam histogram harus saling bersentuhan** satu sama lain (kecuali jika memang ada interval kosong tanpa data). Ini yang membedakannya dari bar chart biasa, di mana batang-batang biasanya terpisah.
- Histogram membantu menunjukkan:
 - **Tendensi sentral** (nilai yang paling sering muncul atau dominan)
 - **Variabilitas** (seberapa besar penyebaran data)
- Histogram bisa digunakan untuk **mengilustrasikan distribusi data kinerja** dengan cepat dan mudah — misalnya untuk menunjukkan pola waktu tunggu pasien, tingkat pengulangan prosedur, dan sebagainya.

PARETO CHARTS

- Pareto chart mirip seperti **bar graph**, tetapi data **disusun dari frekuensi tertinggi ke terendah**.
- Biasanya ditambahkan juga **notasi atau garis kumulatif** untuk menonjolkan prinsip Pareto.

PRINSIP PARETO

- Prinsip Pareto berasal dari ekonom Italia, Vilfredo Pareto, dan dikenal juga sebagai aturan 80/20.
- Artinya: 80% hasil biasanya berasal dari 20% penyebab.
- Joseph Juran menerapkan prinsip ini ke dalam manajemen mutu, yaitu Fokuskan perbaikan pada "sedikit penyebab utama" (vital few) yang paling berpengaruh terhadap masalah kualitas.

FUNGSI PARETO CHARTS

- Membantu mengidentifikasi dan memprioritaskan masalah-masalah utama yang punya dampak terbesar terhadap kinerja.
- Organisasi sebaiknya menyelesaikan masalah terbesar dulu, lalu lanjut ke masalah lainnya jika diperlukan.
- Persentase tidak selalu harus 80/20, tapi intinya adalah menemukan prioritas utama dalam masalah.

CONTOH KASUS

- Sebuah rumah sakit komunitas menerapkan ID wristband untuk semua pasien rawat jalan yang akan menjalani tes diagnostik.
- Tujuannya: mengurangi masalah salah identifikasi pasien.
- Data dari insiden salah identifikasi dikumpulkan, lalu dibuat Pareto chart untuk melihat penyebab utama masalah tersebut.

Contoh Data: Kesalahan Identifikasi Pasien

Jenis Kesalahan Identifikasi	Jumlah Kasus
Nama pasien salah	15 kasus
Tanggal lahir salah	10 kasus
Nomor rekam medis salah	7 kasus
Salah pasien karena tidak cek ID band	5 kasus
Salah ketik saat pendaftaran	3 kasus

Penyusunan Pareto Chart

- Urutkan data dari jumlah kasus terbesar ke terkecil.
- Hitung persentase tiap jenis kesalahan terhadap total kasus.
- Tambahkan persentase kumulatif untuk melihat kontribusi total.

PARETO CHARTS

Jenis Kesalahan	Jumlah Kasus	% dari Total	% Kumulatif
Nama pasien salah	15	37,5%	37,5%
Tanggal lahir salah	10	25%	62,5%
Nomor rekam medis salah	7	17,5%	80%
Salah pasien karena tidak cek ID band	5	12,5%	92,5%
Salah ketik saat pendaftaran	3	7,5%	100%

INTERPRETASI

- Tiga masalah pertama (Nama salah, Tanggal lahir salah, Nomor rekam medis salah) berkontribusi **80% dari seluruh kesalahan**.
- Jadi, **fokus perbaikan** harus dimulai dari tiga masalah tersebut.

RADAR CHARTS (GRAFIK RADAR)

- **Fungsi:**

Grafik radar digunakan untuk memetakan 5 hingga 10 ukuran kinerja dalam satu rentang waktu tertentu. Grafik ini juga membandingkan hasil aktual dengan ekspektasi kinerja atau target yang telah ditetapkan

ELEMEN VISUAL

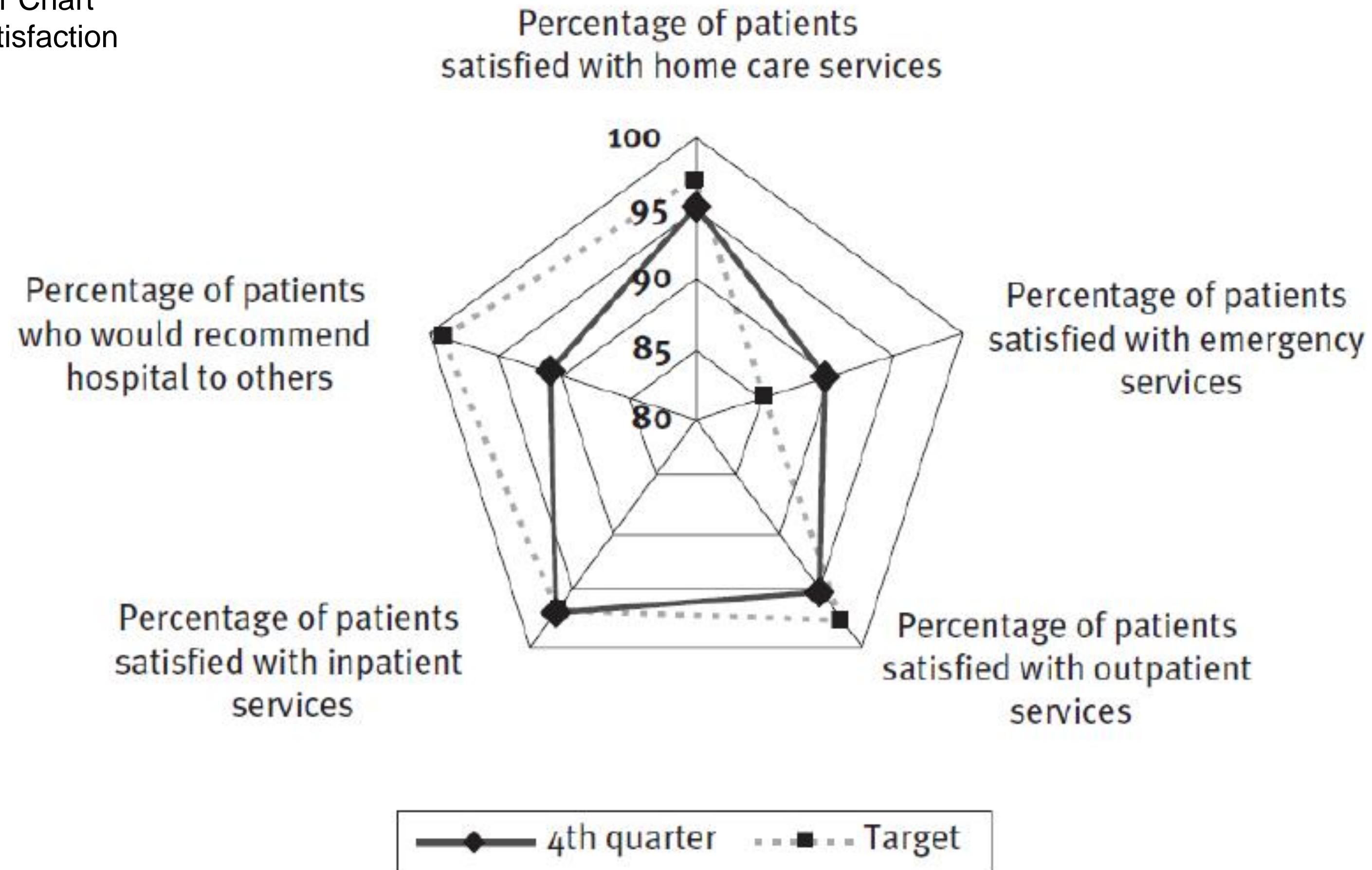
- Bentuk grafik mirip dengan jaring laba-laba (spider chart), dengan sumbu yang menjulur dari titik pusat.
- Garis tebal dan padat: Menunjukkan hasil aktual.
- Garis putus-putus: Menunjukkan hasil yang diharapkan atau target.
- Penggunaan warna berbeda dapat membantu membedakan antara hasil aktual dan target.

Hal-hal yang Perlu Diperhatikan Saat Menggunakan Grafik Radar

1. Data dari Momen Tertentu: Grafik radar menunjukkan data pada satu titik waktu tertentu (snapshot).
2. Menampilkan Kekuatan dan Kelemahan: Grafik ini membantu mengidentifikasi area mana yang menjadi kekuatan dan mana yang menjadi kelemahan kinerja
3. Interpretasi Data:
 - Titik yang dekat dengan tengah grafik menunjukkan nilai yang rendah (kinerja yang kurang baik).
 - Titik yang dekat dengan tepi luar menunjukkan nilai yang tinggi (kinerja yang baik).
 - Contoh: Pada grafik di contoh (Exhibit 4.13), titik pusat grafik menunjukkan 80%, sedangkan tepi luar adalah 100%.
4. Bentuk Keseluruhan:

Saat membaca grafik radar, perhatikan setiap sumbu serta bentuk keseluruhan grafik untuk menilai performa secara menyeluruh

EXHIBIT 4.13 Radar Chart
Showing Patient Satisfaction
Survey Results

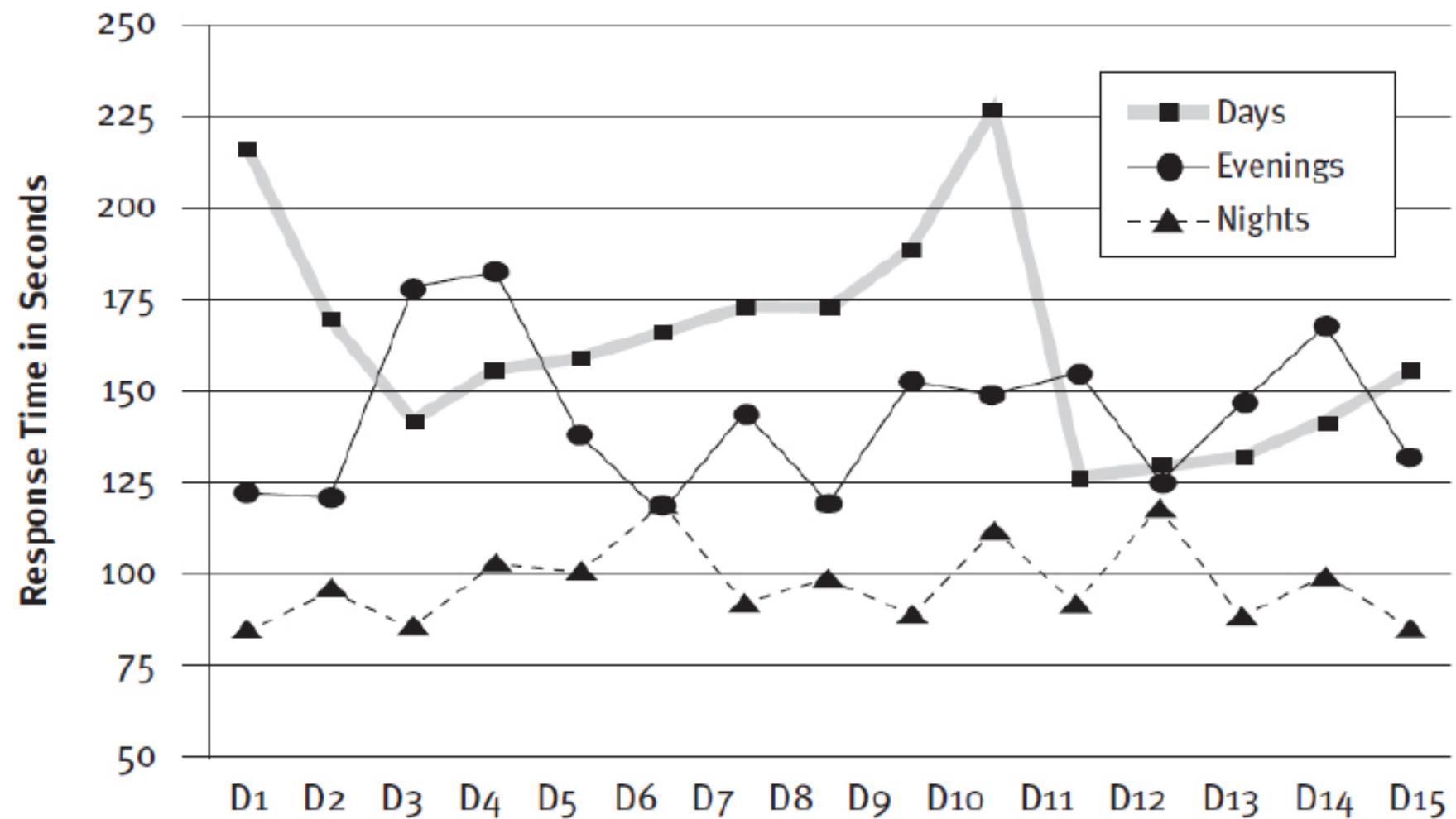


TREND REPORT FORMATS

EXHIBIT 4.14 Tabular Report of Home Health Agency Performance Results for Four Quarters

Performance Measure	Target	Results			
		1st Quarter	2nd Quarter	3rd Quarter	4th Quarter
Percentage of patients who report adequate pain control	≥ 90%	94%	85%	90%	92%
Percentage of patients who are admitted to an acute care hospital for at least 24 hours while a home health care patient	≤ 10%	7%	0.3%	5%	12%
Percentage of home health services delivered on the date scheduled	≥ 95%	90%	89%	92%	92%

EXHIBIT 4.15 Line Graph Showing How Quickly Hospital Nurses on Each Shift Responded to Patient Call Lights on 15 Consecutive Days



TREND REPORT FORMATS

EXHIBIT 4.16 Horizontal Clustered Bar Graph Showing Home Health Agency Performance Measures

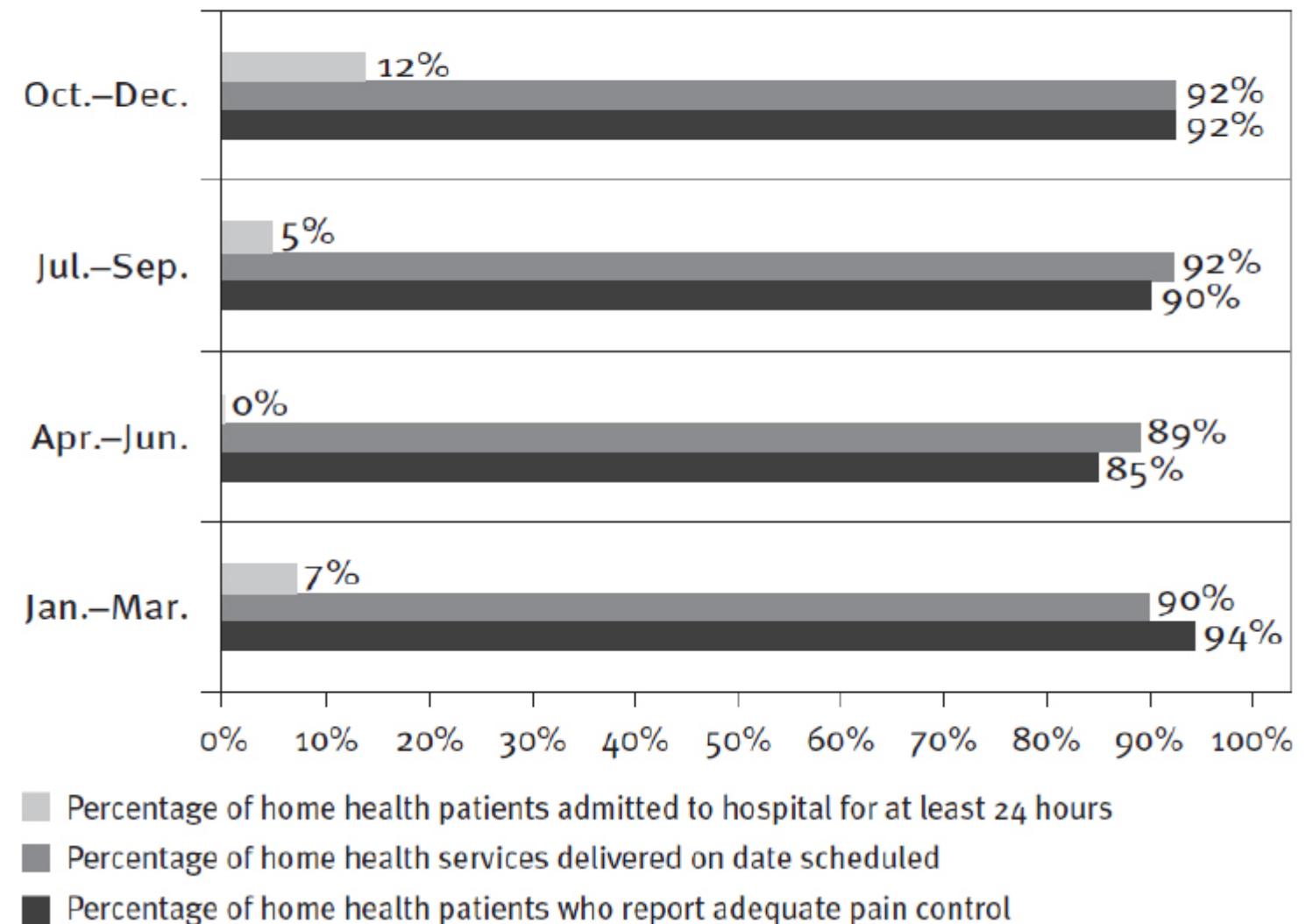
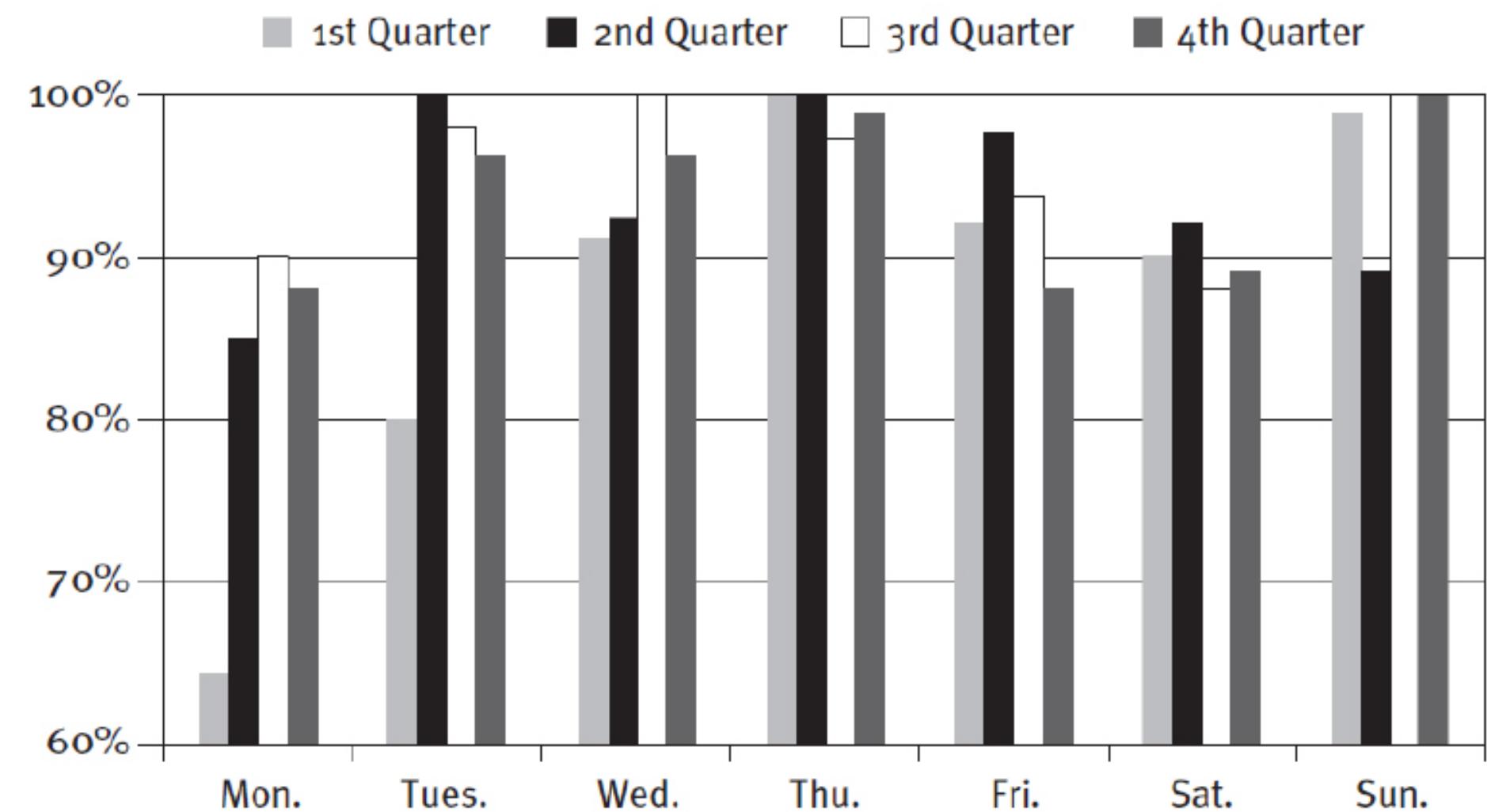
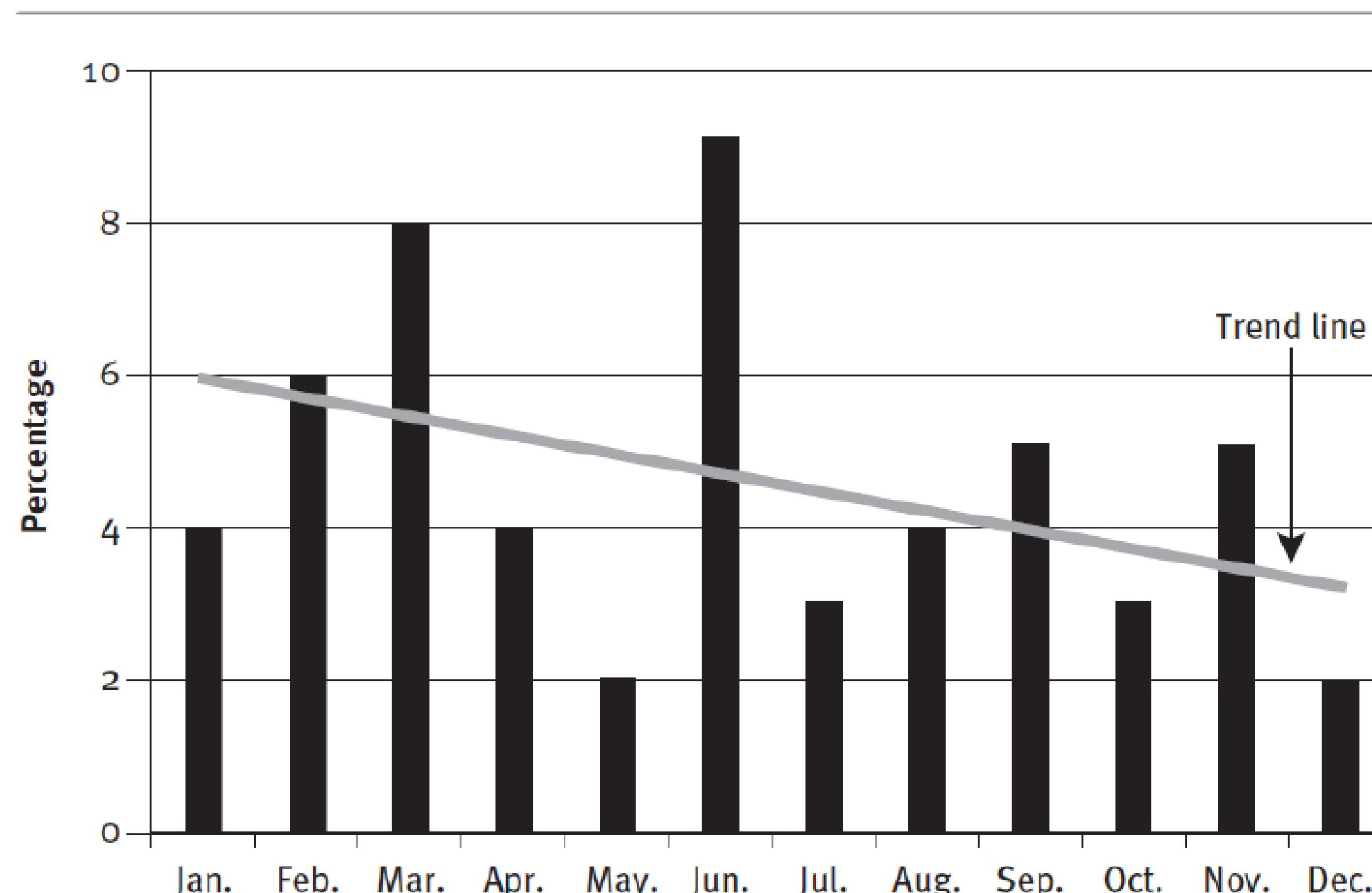


EXHIBIT 4.17 Vertical Bar Graph Showing the Percentage of Home Health Services Delivered on the Day Scheduled



TREND REPORT FORMATS

EXHIBIT 4.18 Bar Graph with Performance Trend Line: Percentage of Outpatient X-ray Reports Not Communicated to Doctors Within 48 Hours



Prinsip Dasar Pelaporan Data Pengukuran Kinerja

- Kesederhanaan adalah kunci dalam melaporkan data kinerja, baik untuk satu periode maupun banyak periode.
- Laporan berbentuk tabel atau grafik yang bersih dan tidak berantakan biasanya lebih efektif dibandingkan yang terlalu penuh dengan data

Hal-hal yang Perlu Diperhatikan Saat Menampilkan Hasil Kinerja

1. Pastikan data akurat dan tidak ada data penting yang terlewat.
2. Minimalkan jumlah ukuran kinerja yang dilaporkan dalam satu tabel atau grafik agar tidak membingungkan.
3. Buat laporan yang mudah dimengerti tanpa perlu penjelasan tambahan (self-explanatory).
4. Gunakan label yang jelas dan singkat untuk judul laporan, periode pengukuran, legenda data, dan informasi penjelas lain.
5. Gunakan legenda atau kunci untuk menjelaskan data yang bisa membingungkan atau salah tafsir.
6. Definisikan singkatan dan simbol yang digunakan dalam laporan

COMPARE RESULTS WITH EXPECTATIONS



Well-defined targets have the following characteristics, known as SMART

Specific

Measurable

Achievable

Relevant

Time bound

Contoh:

Meningkatkan kecepatan pelayanan X-ray dengan memastikan 90% hasil pemeriksaan tersedia dalam waktu maksimal 2 jam setelah pemeriksaan, dalam 6 bulan ke depan.

- Spesifik: Fokus pada kecepatan pelayanan hasil X-ray
- Measurable: 90% hasil dalam 2 jam
- Achievable: Dengan perbaikan proses dan SDM
- Relevant: Mendukung pelayanan cepat dan efisien
- Time-bound: Selesai dalam 6 bulan

Setting Expectation/ Menetapkan Target Kinerja

- Untuk aspek layanan kesehatan yang memiliki standar mutlak (seperti yang ditetapkan oleh regulasi pemerintah), target kinerja ditetapkan 100%.

Faktor Penetapan Target kinerja:

1. Opini:
Berdasarkan pendapat para ahli, manajer, atau stakeholder tentang kinerja yang diharapkan.
2. Kriteria:
Berdasarkan pedoman atau prinsip tertentu yang dianggap sebagai tolok ukur mutu.
3. Perbandingan Kinerja (Benchmarking):
Dibandingkan dengan kinerja organisasi lain, pesaing, atau standar industri.



STATISTICAL PROCESS CONTROL (SPC)

- Adalah metode lanjutan untuk mengukur dan memahami kinerja secara lebih mendalam.
- Alat utama SPC: Control chart (grafik kendali).

Fungsi Control Chart

- Membantu menentukan apakah variasi data dari waktu ke waktu:
 - Merupakan **perubahan nyata** yang perlu diselidiki, atau
 - Hanya **variasi acak** biasa.
- Memberikan **informasi yang lebih baik** untuk pengambilan keputusan

Pertanyaan Kunci yang Dijawab oleh Control Chart:

- **Apakah kita perlu mengambil tindakan** untuk memperbaiki masalah kinerja?
- **Apakah tindakan perbaikan yang sudah dilakukan berhasil?**

Sejarah Penerapan SPC di Layanan Kesehatan

- Dr. Walter Shewhart mengembangkan Control Chart pertama kali pada tahun 1925 di bidang manufaktur.
- Seiring waktu, Control Chart dan metode Statistical Process Control (SPC) juga mulai diterapkan di organisasi layanan kesehatan.
- Laporan tahun 2005 menyatakan bahwa SPC adalah salah satu dari 18 alat rekayasa sistem yang masih kurang dimanfaatkan di dunia kesehatan, padahal dapat memberikan manfaat besar untuk peningkatan kinerja.
- Strategi penyebaran SPC termasuk memasukkan SPC ke dalam kurikulum pendidikan bagi tenaga kesehatan.
- Standar keselamatan pasien dari The Joint Commission menganjurkan penggunaan SPC untuk memahami variasi dalam proses

Bagaimana Menentukan Ada Perubahan Signifikan?

Contoh Penggunaan SPC: Analogi Pelari 5 Km

- Misalnya, seorang pelari harian mencatat waktu lari (menyelesaikan 5 km) selama 30 hari.
- Pada saat berlari terdapat variasi dari hari ke hari, tetapi tetap dalam rentang yang bisa diprediksi.

1. Buat **Control Chart** dari data waktu lari harian.
2. Tambahkan **Centerline** (garis tengah) berdasarkan **rata-rata waktu lari**.
3. Hitung dan tambahkan:
 - a. **Upper Control Limit (UCL)**: Batas atas kendali (+3 standar deviasi)
 - b. **Lower Control Limit (LCL)**: Batas bawah kendali (-3 standar deviasi)
4. (Opsional) Tambahkan juga garis untuk ± 1 dan ± 2 standar deviasi.
5. Amati:
 - a. Apakah ada data yang melewati batas UCL atau LCL?
 - b. Apakah ada pola tidak biasa (seperti tren naik atau turun terus-menerus)?
6. Jika **ya**, berarti ada **perubahan signifikan** yang perlu diselidiki.

EXHIBIT 4.21 Control Chart of 5K Run Times with Added Histogram

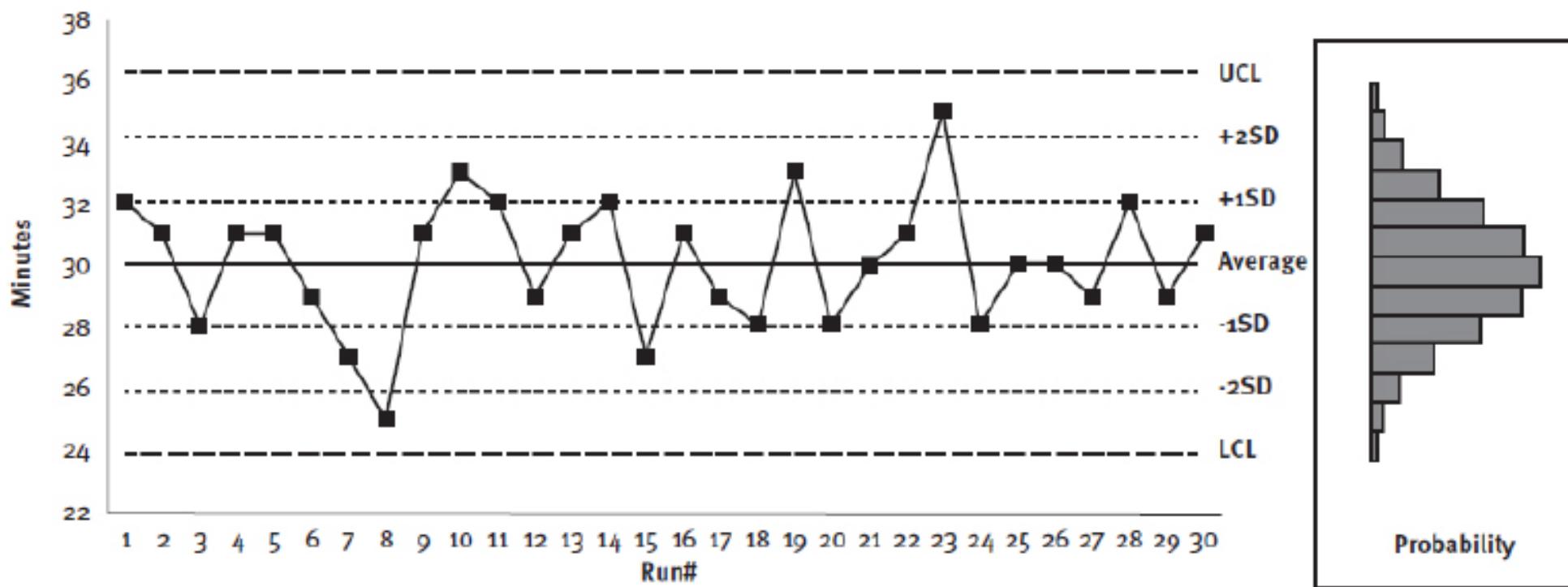


EXHIBIT 4.22 Control Chart of 5K Run Times with Signals of Special Cause

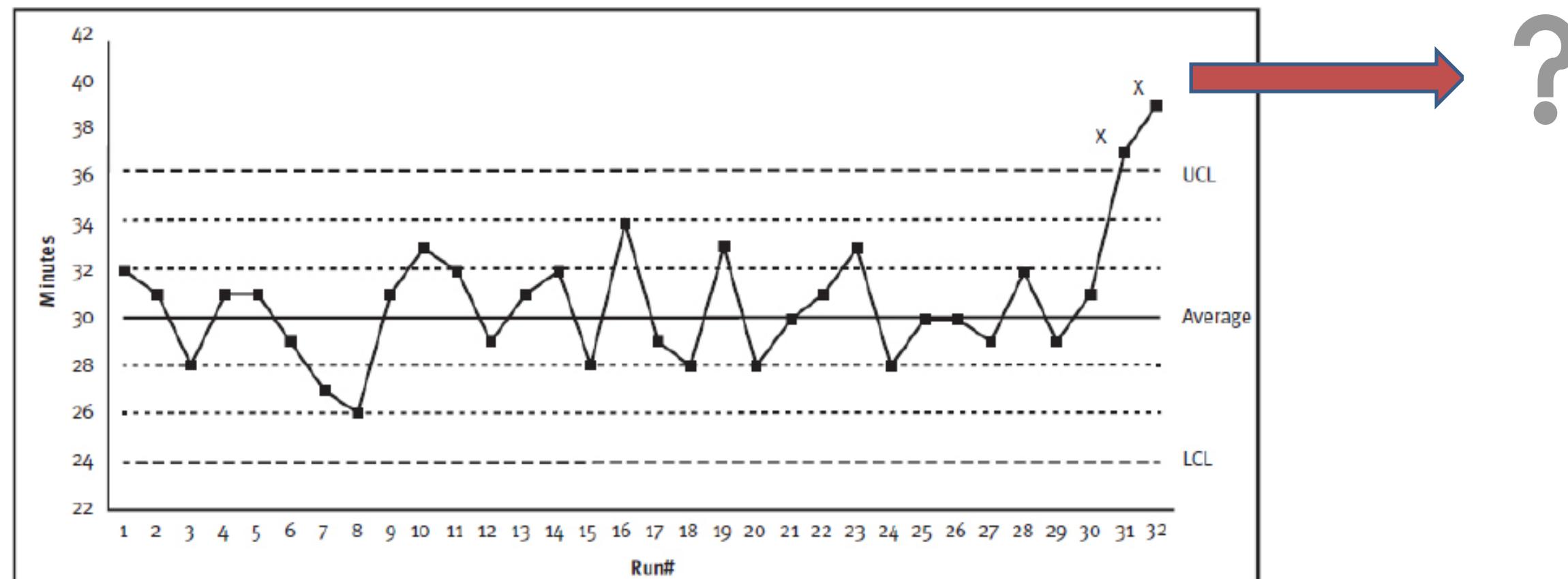


EXHIBIT 4.23 Control Chart of Patients Satisfied with Wait Time

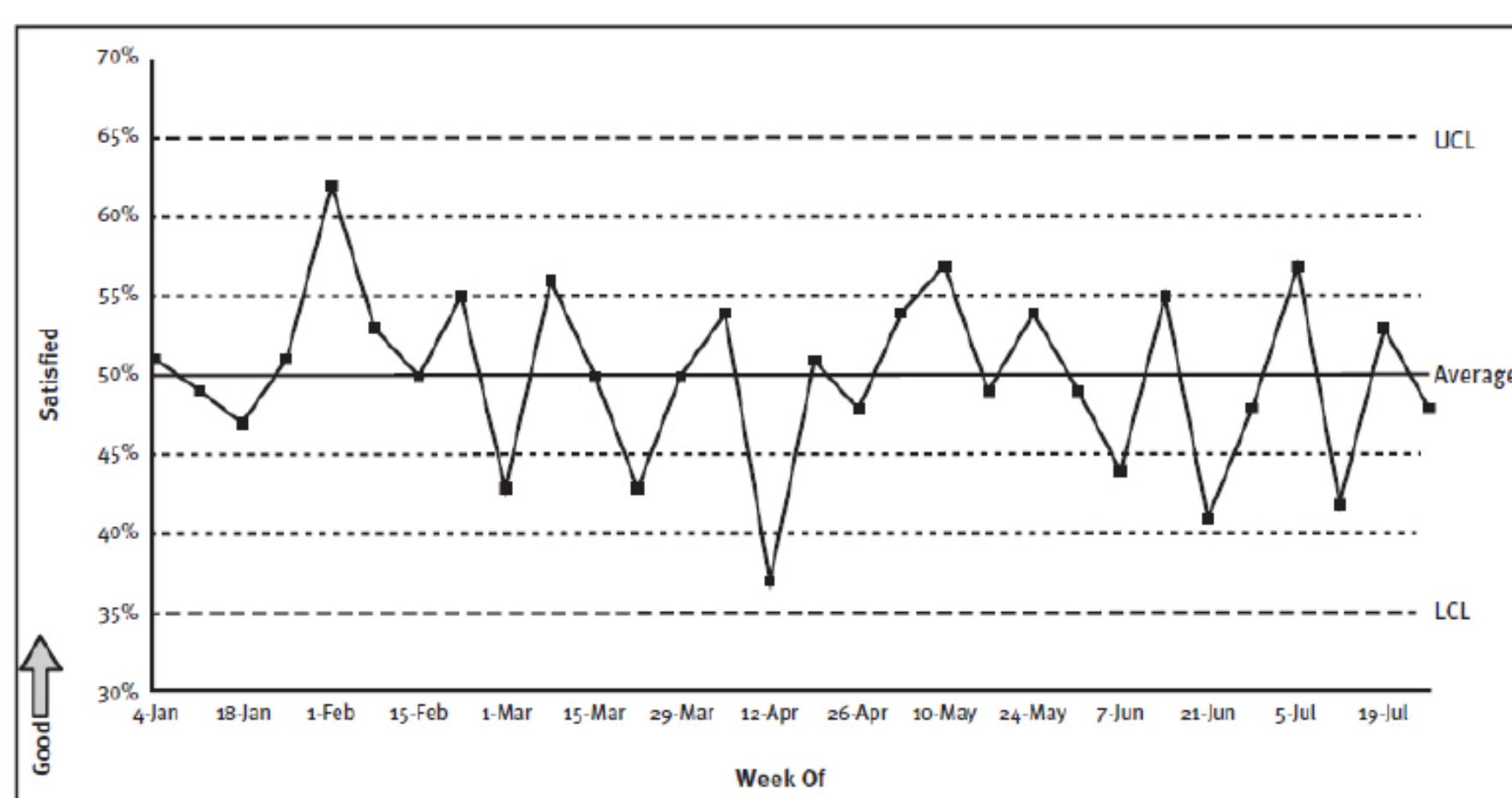


EXHIBIT 4.24 Control Chart of Time from Arrival to Seen by Physician

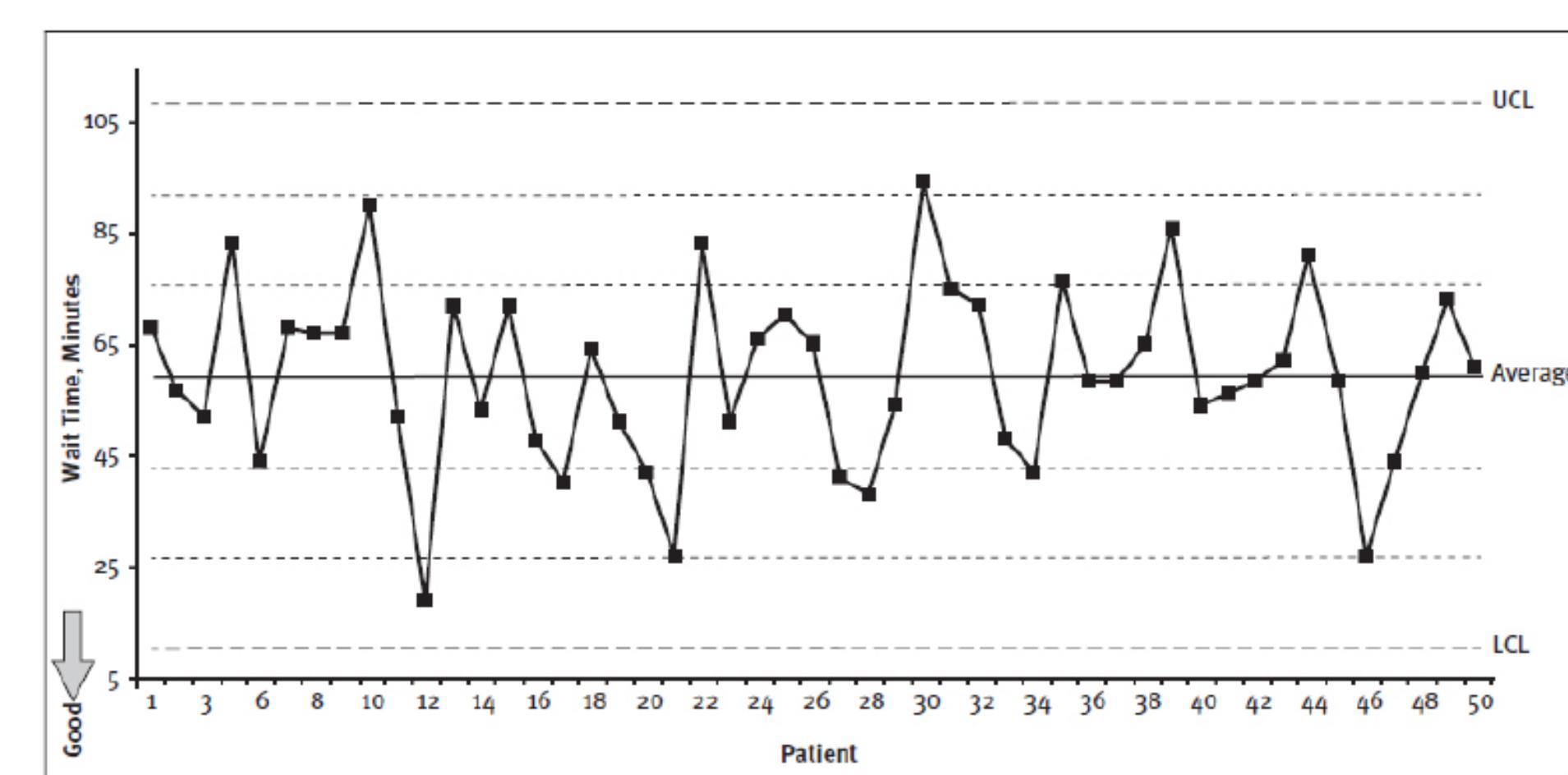


EXHIBIT 4.25 Control Chart of Baseline vs. Improved Wait Times

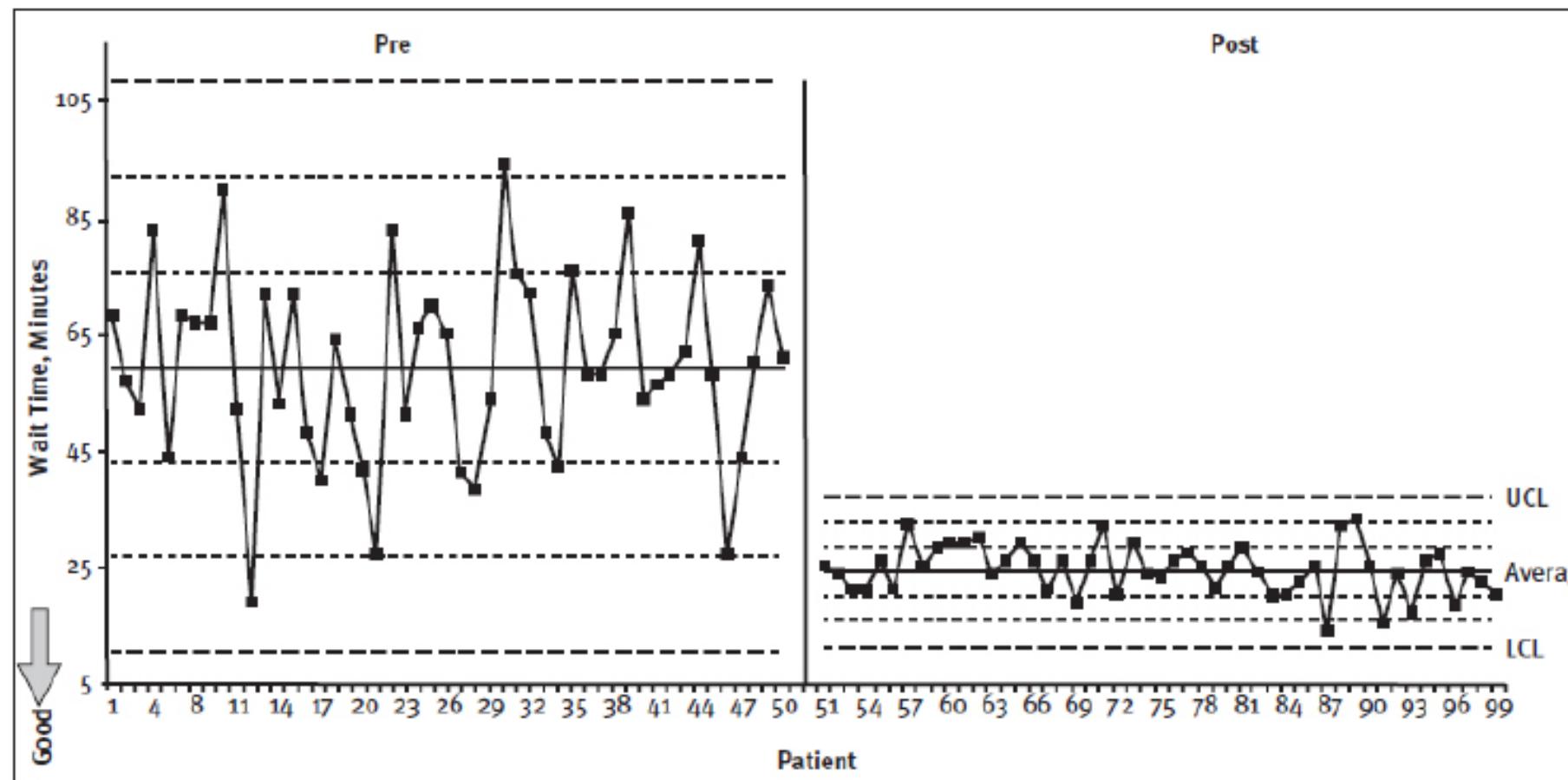
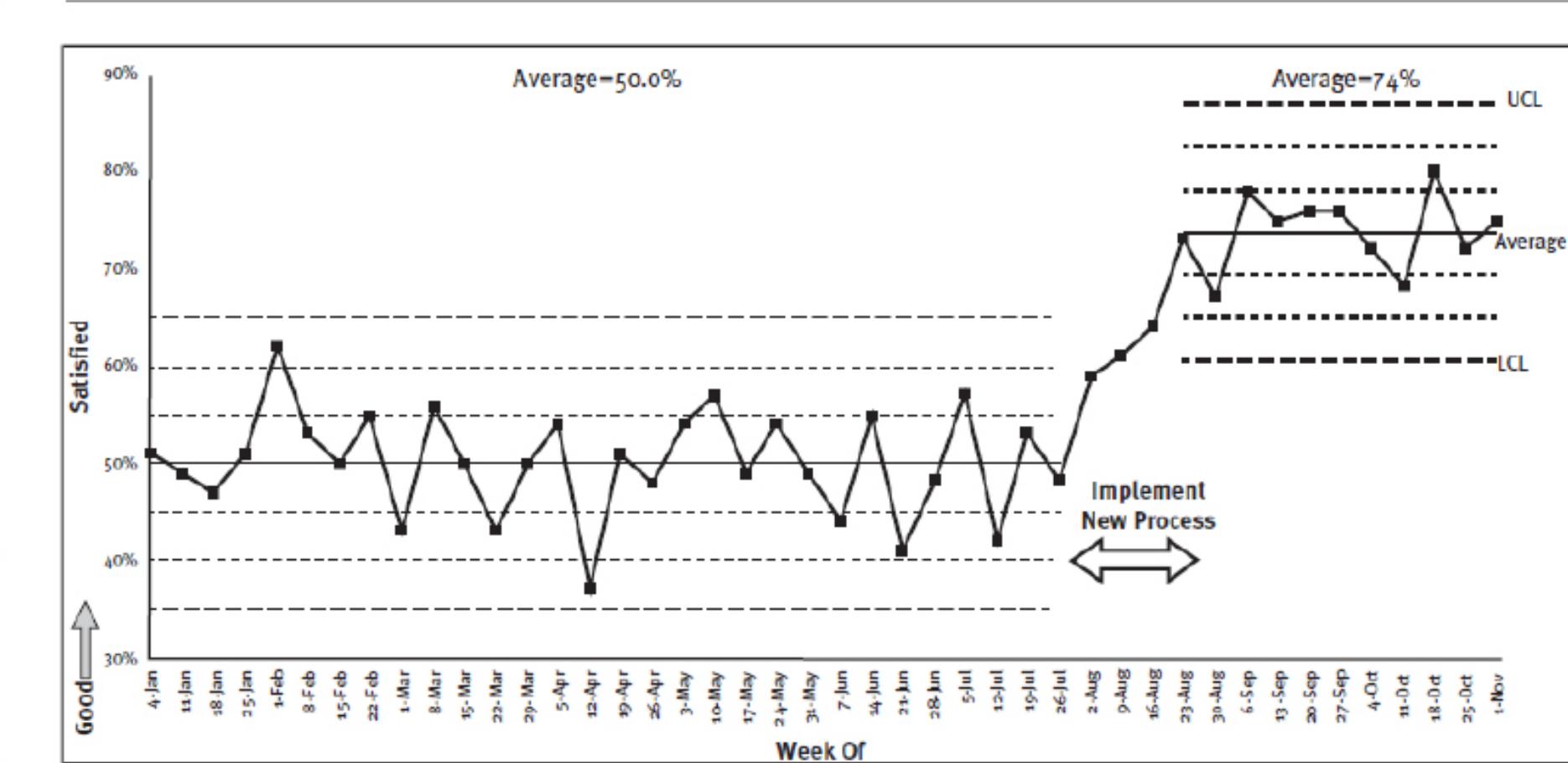


EXHIBIT 4.26 Control Chart of Patient Satisfaction with Wait Time





DETERMINE NEED FOR ACTION

(Menentukan apakah
perlu dilakukan
tindakan)

Keputusan Tindakan Lanjutan

Situasi yang menandakan perlu perbaikan:



1

Kinerja tidak memenuhi harapan, tapi tidak ada tanda variasi penyebab khusus (special cause variation)



2

Kinerja memenuhi harapan, tapi ada tanda variasi penyebab khusus



3

Kinerja tidak memenuhi harapan dan ada tanda variasi penyebab khusus

Jika tidak ada kondisi di atas → **Lanjutkan monitoring & rayakan kinerja baik**

Pertimbangan dalam Memilih Proyek Perbaikan:

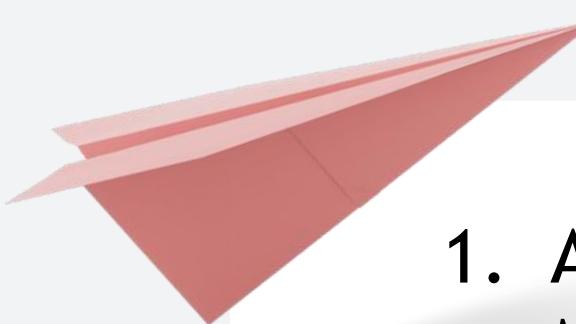
Beberapa peluang perbaikan tidak bisa langsung dilakukan karena keterbatasan sumber daya. Pimpinan organisasi perlu menetapkan prioritas perbaikan dengan mempertimbangkan pertanyaan berikut (Spath, 2005):

- Apakah masalah terkait prioritas utama organisasi?
- Apakah berisiko bagi keselamatan pasien/staf?
- Apakah berpotensi menyebabkan publikasi negatif/loss lisensi?
- Apakah bisa menurunkan moral staf/dokter jika tidak diperbaiki?

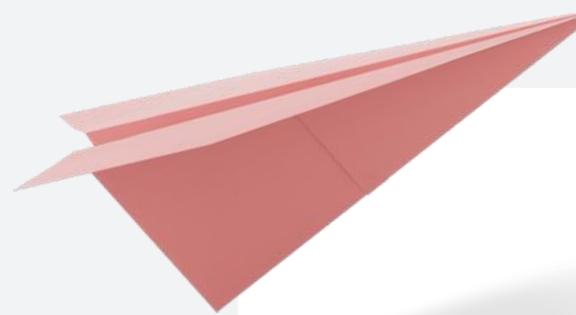


- Investigasi gap kinerja dengan mencari penyebab utama masalah
- Rancang dan implementasikan intervensi perbaikan yang efektif

Tugas Kelompok

- 
1. Analisis jurnal tentang BALANCED SCORECARD. Performance Measurement of a Private Hospital during the Pandemic Covid-19.
<https://doi.org/10.21632/irjbs.16.1.27-42>
 2. Analisi jurnal tentang SURVEI KEPUASAN PASIEN. Hubungan Mutu Pelayanan dengan Kepuasan Pasien BPJS di Puskesmas Bojong Rawalumbu Kota Bekasi Tahun 2024. Divananda S Handayani, Yuyun Umniyatun
 3. Self-Assessment of Patient Safety Reporting and Learning System in Private Hospitals in Indonesia.
<https://doi.org/10.1177/23779608231198406>
 4. Exploring the hospital patient journey: What does the patient experience? Gualandi R, Masella C, Viglione D, Tartaglini D (2019) Exploring the hospital patient journey: What does the patient experience? PLoS ONE 14(12): e0224899.
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0224899>.
- 

Format Analisis Jurnal



1. LATAR BELAKANG DILAKUKAN PENELITIAN
2. KAJIAN TEORI YANG DIGUNAKAN
3. METODOLOGI PENELITIAN YANG DIGUNAKAN
4. HASIL PENELITIAN
5. KESIMPULAN
6. LESSON LEARNED YANG DIDAPAT OLEH
KELOMPOK DARI JURNAL TERSEBUT





THANK YOU



Introduction to

Healthcare Quality Management



FOURTH
EDITION

PATRICE L. SPATH and KENNETH A. DeVANE

REFERENCE

Introduction to Healthcare Quality Management.
Patrice L. Spath and Kenneth A. DeVane.
Foundation of the American College of
Healthcare Executives. 2023

CONTINUOUS IMPROVEMENT

**Yuyun Umniyatun
UHAMKA, 2025**



SUB-CPMK

Mahasiswa menguasai konsep dasar managemen mutu pada tahap Improvement (Perbaikan) (S1,S2,KU1,KU2,KK1,KK2,KK3,P1)



Bahan Kajian



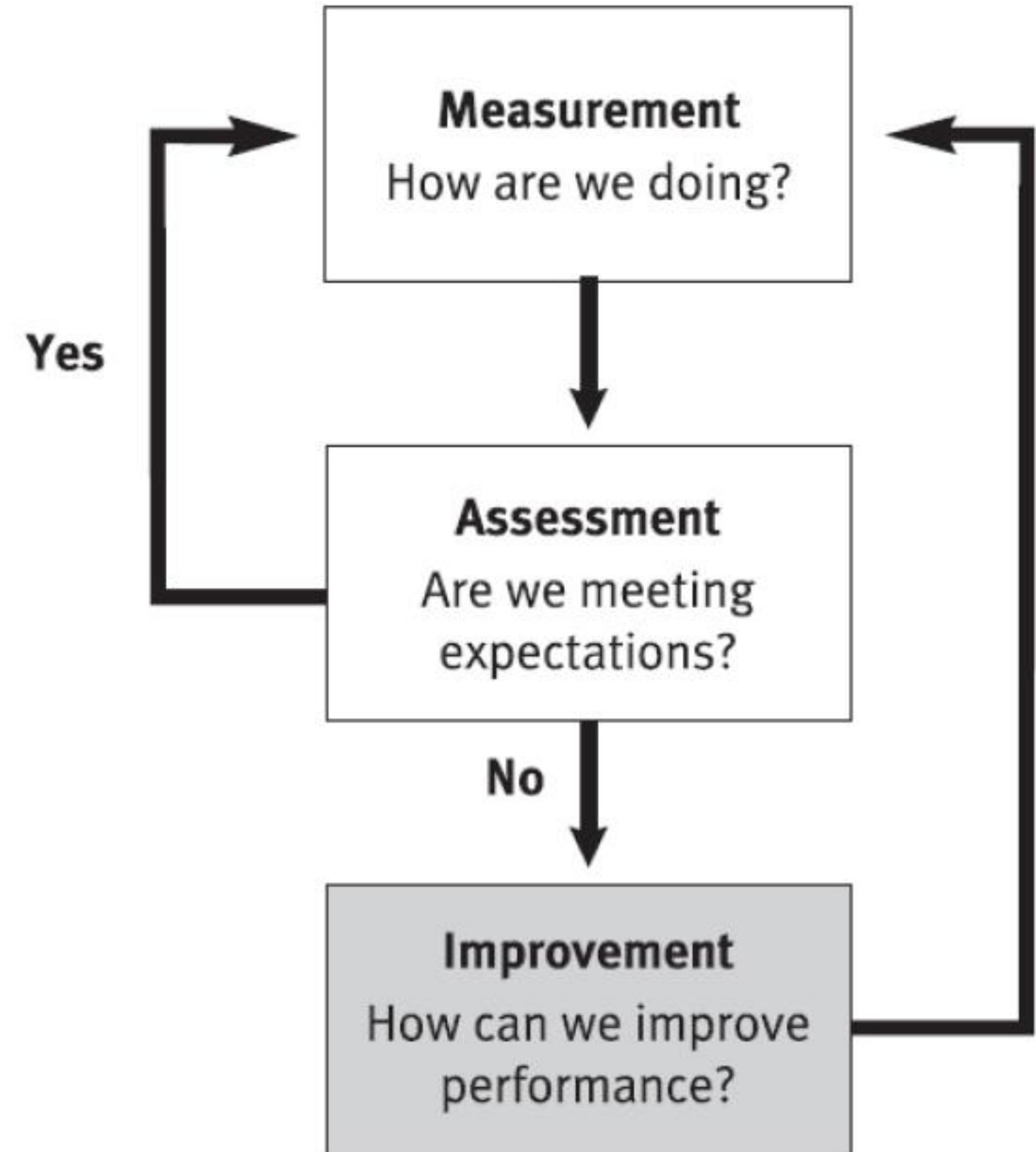
01

**Performance Improvement
Steps**

02

**Performance Improvement
Models**

IMPROVEMENT IN QUALITY MANAGEMENT



- **Improvement (perbaikan) dapat dilakukan ketika data pengukuran menunjukkan adanya kesenjangan antara kinerja yang diharapkan dan kinerja aktual.**
- Namun, organisasi memiliki keterbatasan waktu, dana, dan sumber daya untuk melaksanakan perbaikan secara bersamaan
- Oleh karena itu perbaikan ditentukan dari:
 1. Hasil penilaian kinerja, dan
 2. Prioritas perbaikan



PERFORMANCE IMPROVEMENT STEPS

Proses perbaikan yang dilakukan secara sistematis memiliki beberapa manfaat, yaitu:

- Masalah kinerja dapat diselesaikan secara permanen
- Kualitas kehidupan kerja meningkat
- Komunikasi antara karyawan dan manajer menjadi lebih baik

Langkah-langkah Perbaikan Kinerja:

1. Menentukan tujuan perbaikan
2. Menganalisis praktik yang ada saat ini
3. Merancang dan menerapkan perbaikan
4. Mengukur keberhasilan





Performance Improvement Models

Berbagai model perbaikan telah dikembangkan, namun penggunaannya dipengaruhi hal-hal berikut:

- Lingkungan penggunaan: sector jasa berbeda dengan sector manufaktur
- Jenis peluang perbaikan: model untuk perbaikan berbeda dengan model untuk pengembangan yang baru
- Tingkat kesulitan atau cakupan masalah
- Pengalaman pengguna atau kematangan organisasi
- Branding: Beberapa organisasi atau konsultan menciptakan model sendiri untuk kepentingan komersial atau pengakuan merek.

Langkah Dasar Improvement Models:

- 01 Tentukan tujuan perbaikan
- 02 Analisis praktik yang sedang berjalan
- 03 Rancang dan terapkan perbaikan
- 04 Ukur keberhasilan



Performance Improvement Models Most Commonly Used for Healthcare Improvement Projects

1. PDSA
2. RCI
3. IHI Model for Improvement
4. FOCUS-PDCA
5. FADE
6. Lean
7. Six Sigma
8. Lean Six Sigma



PLAN-DO-STUDY-ACT CYCLE

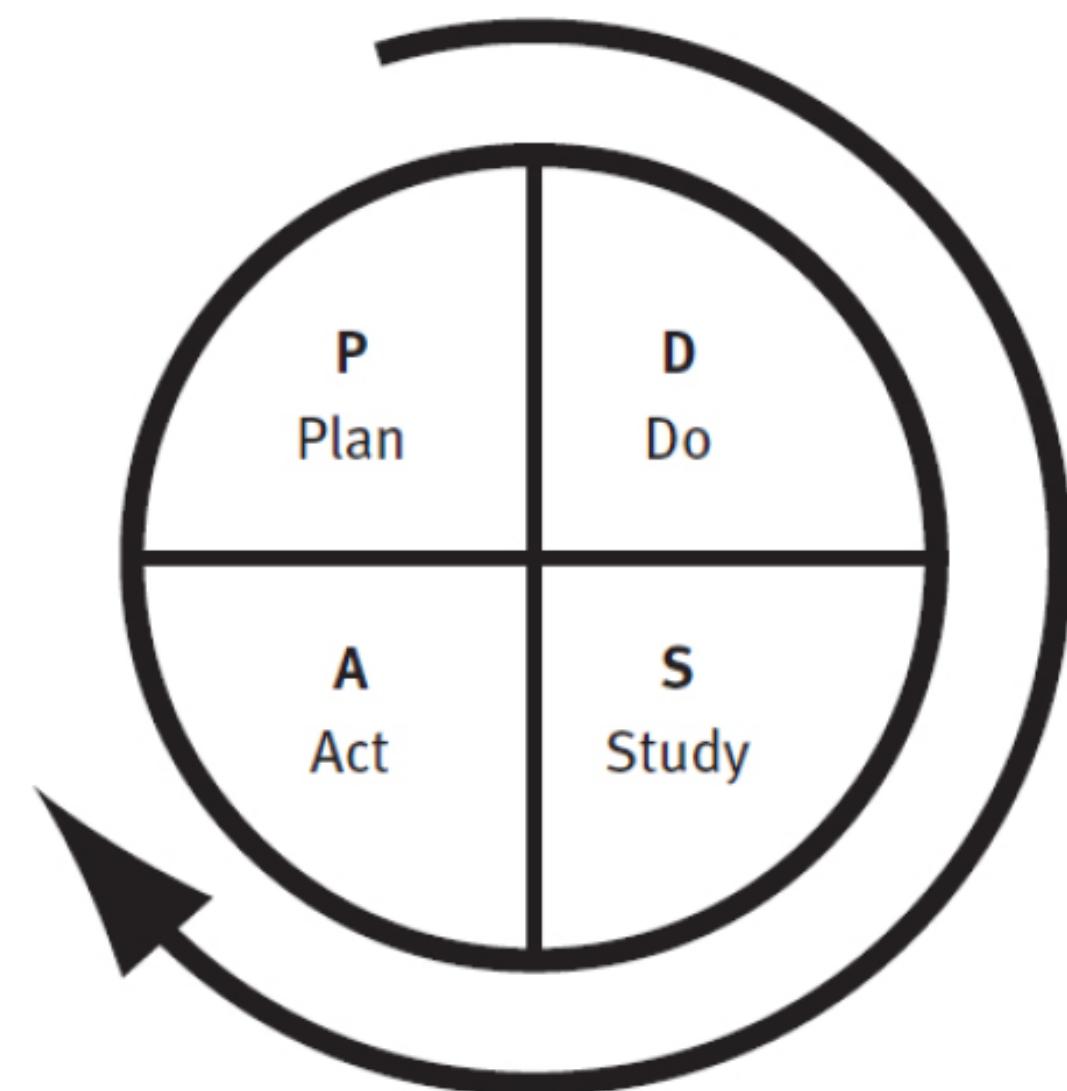
- **Walter Shewhart** adalah salah satu pakar mutu pertama yang memperkenalkan model sistematis untuk perbaikan berkelanjutan melalui konsep **Statistical Process Control (SPC)**.
- Dalam bukunya *Statistical Method from the Viewpoint of Quality Control* (1939), ia memperkenalkan model bernama **Plan-Do-Check-Act (PDCA)**.
- Kemudian, **W. Edwards Deming** memodifikasi model tersebut dan mengganti namanya menjadi **Plan-Do-Study-Act (PDSA)**.

Langkah-langkahnya:

1. **Plan (Rencanakan)**: Tetapkan tujuan dan rancang perubahan.
2. **Do (Laksanakan)**: Uji perubahan dalam skala kecil.
3. **Study (Pelajari)**: Analisis hasil dan bandingkan dengan ekspektasi.
4. **Act (Tindaklanjuti)**: Tentukan apakah akan menerapkan, menyesuaikan, atau membatalkan perubahan

PLAN-DO-STUDY-ACT CYCLE

EXHIBIT 5.2 PDSA Cycle of Continuous Improvement



Source: Lean Management (2007).

1. Plan (Rencanakan)

- Tentukan **tujuan perbaikan** yang ingin dicapai.
- Identifikasi **perubahan yang dibutuhkan**.
- Rancang **perubahan proses** untuk mencapai tujuan tersebut.
- Buat **rencana pelaksanaan** (siapa, apa, kapan, dan di mana).
- Tentukan **data yang perlu dikumpulkan** untuk menilai keberhasilan perubahan.

2. Do (Laksanakan)

- Laksanakan perubahan **dalam skala kecil terlebih dahulu**.
- Catat **masalah dan kejadian tak terduga**.
- Kumpulkan **data** untuk mengevaluasi dampak perubahan terhadap proses.

3. Study (Pelajari)

- Analisis data untuk mengetahui apakah **perubahan berhasil**.
- Bandingkan **hasil dengan ekspektasi**.
- Ringkas **pembelajaran** selama dan setelah implementasi

4. Act (Tindak Lanjut)

- Jika perubahan **tidak berhasil**, ulangi siklus PDSA.
- Jika perubahan **berhasil sebagian atau seluruhnya**, terapkan dalam skala lebih luas atau **modifikasi sesuai kebutuhan**.
- Buat **prediksi hasil** untuk langkah berikutnya

FOCUS-PDCA

- In the early 1990s, Hospital Corporation of America, based in Nashville, Tennessee, expanded Shewhart's PDCA model by adding preliminary steps known as FOCUS (Batalden and Nolan 1992).
- FOCUS-PDCA, still a popular performance improvement model, involves the following steps (Hsu, Cohn, and Caban 2016):

FOCUS phase

- **Find** a process that needs improvement. Define the beginning and end of the process, and determine who will benefit from the improvement.
- **Organize** a team of people knowledgeable about the process. This team should include employees from various levels of the organization.
- **Clarify** the current process and the changes needed to achieve the improvement.
- **Understand** the causes of variation by measuring performance at various steps in the process.
- **Select** actions needed to improve the process

PDCA phase

- **Plan** the change by studying the process, identifying areas needing improvement, and determining ways to measure success.
- **Do** the change on a small scale, and gather data to measure success.
- **Check** the data to determine whether the change produced the desired improvements. Modify the change if necessary.
- **Act** to maintain the gains. Implement the change if it is working well. Abandon the change if it is ineffective, and repeat the PDCA phase.

FADE MODEL

- **Focus.** Choose a problem, and write a statement to describe it.
- **Analyze.** Learn more about the problem by gathering performance data.
- **Develop.** Develop a solution for the problem and a plan for implementing the solution.
- **Execute.** Implement the plan and monitor results. Adjust the plan as needed.

LEAN

Model Perbaikan untuk Menghilangkan Pemborosan

- Berasal dari industri otomotif Jepang, khususnya melalui Toyota Production System
- Juga dikenal dengan istilah Lean Manufacturing atau Lean Thinking



DIGUNAKAN UNTUK:

- Menghilangkan ketidakefisienan yang berdampak negatif pada kinerja.
- Menghapus langkah-langkah yang tidak memberi nilai tambah, sehingga mengurangi pemborosan (waste).

Prinsip Lean diadaptasi dalam sistem kesehatan untuk:

- Meningkatkan efisiensi proses
- Mengurangi kesalahan
- Meningkatkan kualitas pelayanan pasien

Five Lean Principles Of Process Improvement

1. **Value**. Identify what is important to the customer and focus on it
(Identifikasi apa yang penting bagi pasien atau pelanggan, dan fokuskan seluruh proses untuk memenuhi nilai tersebut).
2. **Value stream**. Ensure all activities are necessary and add value
(Pastikan semua aktivitas dalam proses benar-benar diperlukan dan memberikan nilai tambah).
3. **Flow**. Strive for continuous processing through the value stream
(Usahakan agar proses berjalan lancar dan berkesinambungan tanpa hambatan).
4. **Pull**. Drive production with demand
(Produksi atau layanan digerakkan oleh permintaan nyata, bukan prediksi berlebih).
5. **Perfection**. Prevent defects and rework
(Terus perbaiki proses untuk mencegah kesalahan, pengulangan kerja, dan memastikan kualitas terbaik).

Muda, Muri, dan Mura **(Konsep Pemborosan dalam Lean)**

- Muda adalah kata dalam bahasa Jepang yang berarti "pemborosan".
- Konsep ini dikenalkan oleh Taiichi Ohno, insinyur produksi Toyota, untuk menggambarkan aktivitas yang menambah biaya, tetapi tidak menambah nilai pada proses.
- Fakta di Layanan Kesehatan: Diperkirakan bahwa 95% aktivitas dalam layanan kesehatan mengandung aktivitas yang tidak memberi nilai tambah (non-value-added) —artinya, ada banyak peluang untuk meningkatkan efisiensi

3 Konsep Kunci dalam Lean

- Muda (無駄)= Pemborosan → aktivitas yang tidak memberikan nilai tambah
- Muri (無理)= Proses atau harapan yang tidak masuk akal atau berlebihan → menyebabkan kelelahan, kesalahan, dan stres kerja
- Mura (斑)= Variasi yang tidak perlu dalam proses → menimbulkan ketidakkonsistenan dan inefisiensi



MUDA – MURI – MURA

TIGA KONSEP DALAM LEAN



MUDA

Pemborosan

Aktivitas yang tidak menambah nilai



MURI

Beban berlebih

Tuntutan yang tidak layak pada proses



MURA

Variasi

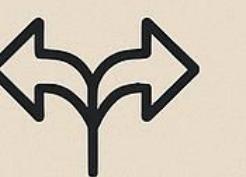
Inkonsistensi dalam proses

8 JENIS PEMBOROSAN DI LAYANAN KESEHATAN



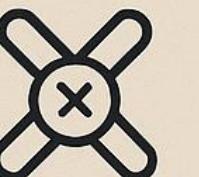
Inventory

Perlengkapan tidak perlu



Transportasi

Pemindahan pasien atau peralatan



Gerakan

Gerakan tubuh tidak perlu



Menunggu

Menunggu pasien atau pekerjaan



Potensi manusia

Tidak melibatkan staf atau pasien



Defect

Tugas yang harus diulang



Pemrosesan

Tugas yang tidak memberikan nilai tambah



Kompensasi lebih

Memberikan pelayanan berlebih



EXHIBIT 5.5 Eight Categories and Examples of Waste (Muda)

Waste Category	Example
Movement	Unnecessary human movement (e.g., staff walking to various places around the work area to obtain supplies)
Waiting	People waiting for something needed to do their work (e.g., a radiologist waiting for a patient to be brought into the exam room)
Overprocessing	Doing more than is necessary to meet requirements (e.g., doing two blood tests on a patient when one would have been sufficient)
Defects	Poor quality work and rework to fix mistakes (e.g., rebilling the insurance company because the first bill contained an error)
Inventories	Inputs to the process that are waiting to be used (e.g., keeping excessive supplies on hand just in case they are needed)
Transportation	Unnecessary movement of people, supplies, equipment, and so forth (e.g., moving patients unnecessarily from one hospital unit to another)
Design	Processes that customers view as unnecessary (e.g., asking patients to handwrite a new medication list at each clinic visit)
Overproduction	Doing something that doesn't add value (e.g., performing unnecessary tests to prevent a lawsuit for malpractice)



Tujuan utama dari proyek Lean adalah menciptakan proses yang lebih efisien dibandingkan dengan kondisi yang sedang berjalan.

10 Langkah menggunakan Lean

1. **Identifikasi masalah kinerja** dari sudut pandang pelanggan
2. **Analisis proses saat ini** dengan membuat diagram alur berdasarkan kondisi aktual di lapangan melalui observasi langsung, bukan berdasarkan ingatan atau asumsi.
3. **Identifikasi peluang perbaikan** dengan mengumpulkan data untuk mengetahui seberapa sering masalah terjadi dan dampaknya terhadap pelanggan proses.
4. **Penyelidikan akar penyebab masalah**, biasanya dengan teknik Five Whys, yaitu bertanya “mengapa” sebanyak lima kali untuk sampai ke akar persoalan.
5. **Merancang cara kerja yang lebih baik**, yang ditunjukkan dalam diagram proses baru dan ditujukan untuk mengatasi akar masalah tersebut. Melakukan eksperimen guna menguji, membuktikan, dan menyempurnakan solusi yang diusulkan.



Tujuan utama dari proyek Lean adalah menciptakan proses yang lebih efisien dibandingkan dengan kondisi yang sedang berjalan.

10 Langkah menggunakan Lean

6. Melakukan **eksperimen** guna menguji, membuktikan, dan menyempurnakan solusi yang diusulkan. Melakukan eksperimen guna menguji, membuktikan, dan menyempurnakan solusi yang diusulkan.
7. **Menyusun rencana implementasi**, yang berisi langkah-langkah konkret, penanggung jawab, dan tenggat waktu untuk memastikan perubahan berjalan konsisten.
8. **Membuat rencana tindak lanjut**, dengan menetapkan prediksi peningkatan kinerja dalam bentuk ukuran yang jelas serta cara pengumpulan datanya.
9. **Membandingkan hasil aktual** dari perubahan proses dengan proyeksi kinerja yang telah ditentukan sebelumnya.
10. **Meninjau keseluruhan proyek** dan mendokumentasikan pembelajaran penting untuk mendukung tim-tim proyek berikutnya.



Description and Purpose of Five Commonly Used Lean Techniques

Teknik Lean	Deskripsi	Tujuan
Metodologi 5S	Proses sistematis untuk mengatur pekerjaan standar yang mencakup lima tahap: Sortir, Susun, Sapu, Standarisasi, dan Sadar (5S).	Menciptakan tempat kerja yang rapi dan terorganisir yang meningkatkan efisiensi, mengurangi kesalahan, meningkatkan semangat kerja, dan memberikan citra positif kepada pelanggan.
Kanban	Kata Jepang untuk papan sinyal, yaitu alat visual untuk menunjukkan kebutuhan pergerakan material atau pasien. Misalnya, dalam manajemen inventaris, Kanban digunakan untuk menunjukkan kapan suatu item perlu diisi ulang.	Memudahkan orang mengenali dengan cepat kebutuhan akan pergerakan orang atau barang.
Pencegahan Kesalahan (Mistake Proofing)	Metode peningkatan proses yang mencakup: (1) mendefinisikan kesalahan yang akan dicegah, (2) menentukan akar penyebab kesalahan, dan (3) mengembangkan perangkat atau metode untuk mencegah atau mempermudah identifikasi kesalahan.	Meningkatkan proses untuk mencegah kesalahan atau membuat kesalahan mudah terlihat; juga dikenal sebagai error proofing.
Peta Aliran Nilai (Value Stream Map)	Jenis khusus dari peta proses yang menggambarkan perspektif sistem terhadap suatu aktivitas. Peta mencakup langkah-langkah yang menambah nilai dan tidak menambah nilai serta pengukuran terkait, seperti waktu siklus atau waktu tunggu antar langkah.	Membuat pemborosan dalam proses lebih terlihat untuk membantu mengidentifikasi bagian yang dapat diminimalkan dan memberikan nilai optimal bagi pelanggan.
Kontrol Visual	Cara sederhana dan nonverbal untuk menyampaikan informasi kepada orang lain. Misalnya, gelang pasien dengan warna tertentu adalah kontrol visual yang menginformasikan kondisi atau alergi pasien.	Memudahkan orang untuk mengenali kondisi saat ini, memahami proses, atau melihat jika ada hal yang tidak biasa atau tidak pada tempatnya.
Pekerjaan Standar (Standard Work)	Deskripsi rinci tentang praktik terbaik saat ini.	Memastikan pekerjaan dilakukan secara benar, konsisten, dan efisien. Menyediakan dasar untuk perbaikan selanjutnya.

SIX SIGMA

metode perbaikan sistematis dan berbasis data yang bertujuan untuk menghilangkan hampir seluruh cacat (defect) dari setiap produk, proses, atau transaksi.



HISTORI

- Dikembangkan di sektor manufaktur oleh Motorola
- Disempurnakan oleh General Electric, termasuk untuk sektor kesehatan

Dasar Konsep

- Menggabungkan prinsip Statistical Process Control (SPC) dari Shewhart
- Fokus utama: mengurangi variasi kinerja yang tidak diinginkan

Arti “Sigma (σ)”“Sigma”: melambangkan variabilitas dalam proses

- Contoh: Jika proses berjalan pada level 3 sigma (3σ), maka sekitar 7 dari setiap 100 billing rumah sakit bisa salah
- Semakin tinggi level sigma, semakin kecil tingkat kesalahan (defect)

Target Ideal: Six Sigma (6σ)

- Tingkat cacat kurang dari 3,4 per 1 juta peluang
- Artinya proses tersebut bebas dari cacat 99,99966%

Perbandingan: FedEx & UPS: beroperasi di level $6-7\sigma$

- Sebagian besar proses layanan kesehatan:
- Masih di sekitar 3σ atau lebih renda



DMAIC= Metode Utama dalam Six Sigma

- **D – Define (Tentukan)**. Tetapkan masalah utama yang perlu diselesaikan.
- **M – Measure (Ukur)**. Ukur aspek penting dari proses saat ini untuk memahami tingkat kinerja dan variasi.
- **A – Analyze (Analisis)**. Analisis data untuk mengidentifikasi akar penyebab dari permasalahan.
- **I – Improve (Perbaiki)**. Rancang dan terapkan solusi untuk memperbaiki proses, berdasarkan temuan analisis.
- **C – Control (Kendalikan)**. Tetapkan mekanisme kontrol untuk menjaga agar perbaikan tetap berkelanjutan dan tidak kembali ke kondisi awal.

Karakteristik Kunci Six Sigma

Menurut Barry, Smith, dan Brubaker (2017), metode Six Sigma memiliki tiga karakteristik utama:

1. Pengendalian Variasi Proses

- Untuk mencapai kualitas mendekati sempurna, Six Sigma fokus pada mengurangi variasi dalam suatu proses.
- Peluang perbaikan muncul ketika terdapat kesenjangan antara:
 - Kemampuan proses (process capability), dan
 - Kinerja aktual proses saat ini

2. Berorientasi pada Hasil

- Sebelum proyek dimulai, Six Sigma sudah memperkirakan dampaknya terhadap kinerja:
 - Finansial
 - Klinis
 - Operasional
- Setelah proyek selesai, dilakukan evaluasi untuk melihat apakah tujuan telah tercapai.

3. Berbasis Data

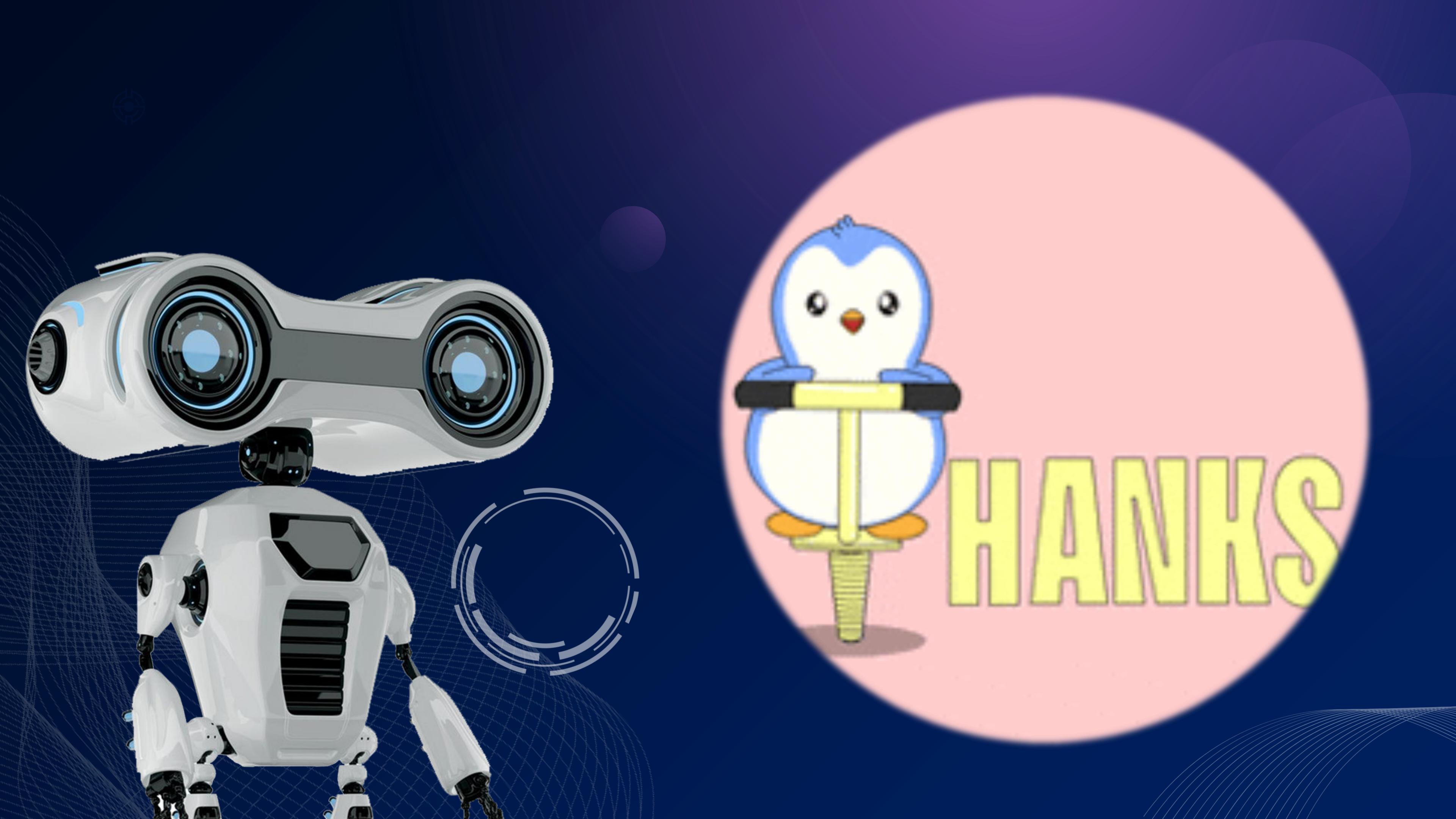
- Six Sigma mengandalkan pengumpulan dan analisis data yang mendalam untuk:
 - Mengungkap cacat (defect) dalam proses
 - Memperbaikinya hingga proses berjalan dalam standar kualitas Six Sigma (cacat <3.4 per 1 juta peluang)

TUGAS UNTUK KELOMPOK 4

Terjemahkan chapter 6. PERFORMANCE IMPROVEMENT TOOLS

Buat PPT untuk presentasi:

- BRAINSTORMING
- FIVE WHYS
- FLOWCHARTS
- GANTT CHARTS
- WORKFLOW DIAGRAM
- PLANNING MATRIX
- STAKEHOLDER ANALYSIS
- FORCE FIELD ANALYSIS



Introduction to

Healthcare Quality Management

FOURTH
EDITION

PATRICE L. SPATH and KENNETH A. DeVANE

REFERENCE

Introduction to Healthcare Quality Management.
Patrice L. Spath and Kenneth A. DeVane.
Foundation of the American College of
Healthcare Executives. 2023

Membangun Mutu Puskesmas



YUYUN UMNIYATUN, 2025

CPMK & SUB CPMK

Mampu mendefinisikan, mengidentifikasi dan menjelaskan budaya mutu pada layanan kesehatan
((P1,S2,S6,S7,S11,S12,S13,KU1,KK1)



Mahasiswa mampu menelaah upaya membangun budaya mutu pada layanan kesehatan primer khususnya puskesmas, cara/ metodenya, permasalahan dan cara mengatasinya
(P1,S1,S2,S6,S7,S11,S12,S13,KU1,KK1)

Bahan Kajian

01

Pengertian Layanan Primer

02

Pengertian Budaya Mutu

03

Tata kelola mutu di Puskesmas

04

Permasalahan Mutu

05

PDSA



KEBIJAKAN TERKAIT PUSKESMAS

PUSKESMAS:

Permenkes No. 43 Tahun 2019 tentang Pusat Kesehatan Masyarakat diubah menjadi Nomor 19 Tahun 2024 tentang Penyelenggaraan Pusat Kesehatan Masyarakat.



AKREDITASI:

- Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 46 Tahun 2015 →
- Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 27 Tahun 2019 (Perubahan Kedua atas Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 46 Tahun 2015) →
- 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

KEBIJAKAN TERKAIT PUSKESMAS

INDIKATOR NASIONAL MUTU

- 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



PENGERTIAN



Pusat Kesehatan Masyarakat adalah **Fasilitas Pelayanan Kesehatan** tingkat pertama yang menyelenggarakan dan mengoordinasikan pelayanan kesehatan promotif, preventif, kuratif, rehabilitatif, dan/atau paliatif di wilayah kerjanya

PP NO 28 TAHUN 2024

Bagian Ketujuh

Puskesmas

Pasal 793

- (1) Puskesmas mempunyai tugas menyelenggarakan dan mengoordinasikan Pelayanan Kesehatan promotif, preventif, kuratif, rehabilitatif, dan/atau paliatif dengan mengutamakan promotif dan preventif di wilayah kerjanya.
- (2) Dalam melaksanakan tugas sebagaimana dimaksud pada ayat (1), Puskesmas memiliki fungsi penyelenggaraan Pelayanan Kesehatan primer di wilayah kerjanya.

Pasal 794

- (1) Selain menyelenggarakan fungsi sebagaimana dimaksud dalam Pasal 793 ayat (2), Puskesmas berperan mewujudkan wilayah kerja yang sehat dengan masyarakat yang:
- berperilaku hidup sehat;
 - mudah mengakses Pelayanan Kesehatan bermutu;
 - hidup dalam lingkungan sehat; dan
 - memiliki derajat Kesehatan yang setinggi-tingginya, baik individu, keluarga, kelompok, maupun masyarakat.

MANAJEMEN MUTU PUSKESMAS

Pengelolaan mutu Pelayanan Kesehatan yang diberikan sesuai dengan standar, penjaminan keamanan bagi petugas ataupun pasien, serta penilaian mutu secara berkala. (Permenkes No 19 Tahun 2024)



BUDAYA MUTU

adalah sistem nilai dalam organisasi yang menghasilkan lingkungan organisasi yang kondusif untuk diterapkan peningkatan mutu yang berkelanjutan.



Budaya mutu terdiri dari:

- Tata nilai
- Tradisi
- Prosedur
- Ekspektasi yang mendukung mutu

(Goetsch, D.L., Davis, S.B., 2006).

BUDAYA MUTU

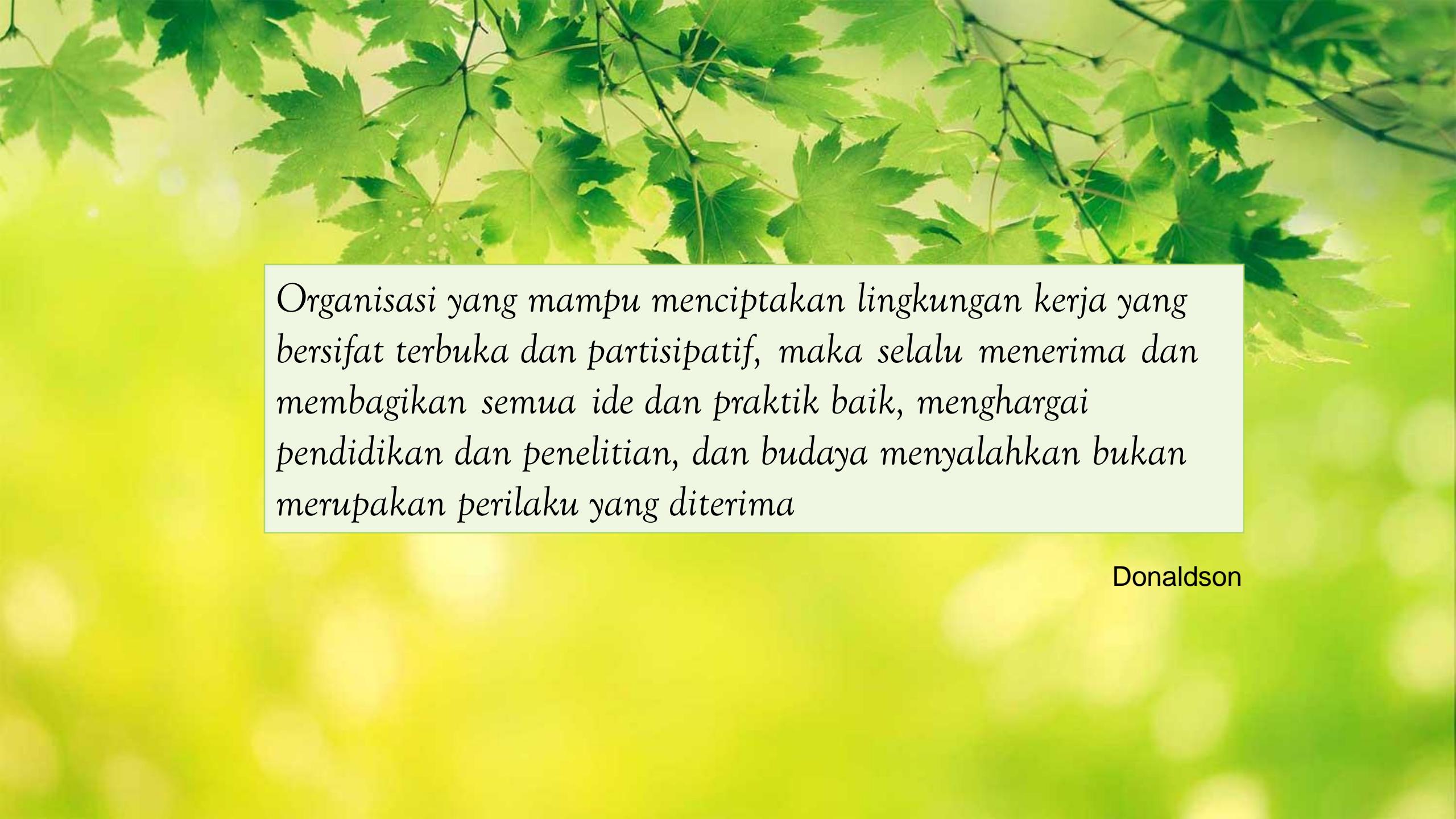
adalah sistem nilai dalam organisasi yang menghasilkan lingkungan organisasi yang kondusif untuk diterapkan peningkatan mutu yang berkelanjutan.



Budaya mutu terdiri dari:

- Tata nilai
- Tradisi
- Prosedur
- Ekspektasi yang mendukung mutu

(Goetsch, D.L., Davis, S.B., 2006).



Organisasi yang mampu menciptakan lingkungan kerja yang bersifat terbuka dan partisipatif, maka selalu menerima dan membagikan semua ide dan praktik baik, menghargai pendidikan dan penelitian, dan budaya menyalahkan bukan merupakan perilaku yang diterima

Donaldson



Karakteristik lingkungan kerja budaya mutu organisasi terdiri dari:

1. Kepemimpinan mutu pada semua jenjang di Puskesmas
2. Keterbukaan
3. Penekanan pada kerja tim
4. Tanggungjawab yang jelas pada semua level Penanggung Jawab dan pelaksana
5. Budaya belajar dan pembelajaran yang menyatu dalam sistem organisasi
6. Umpan balik yang aktif untuk peningkatan
7. Keterlibatan erat pegawai, pengguna pelayanan dan masyarakat



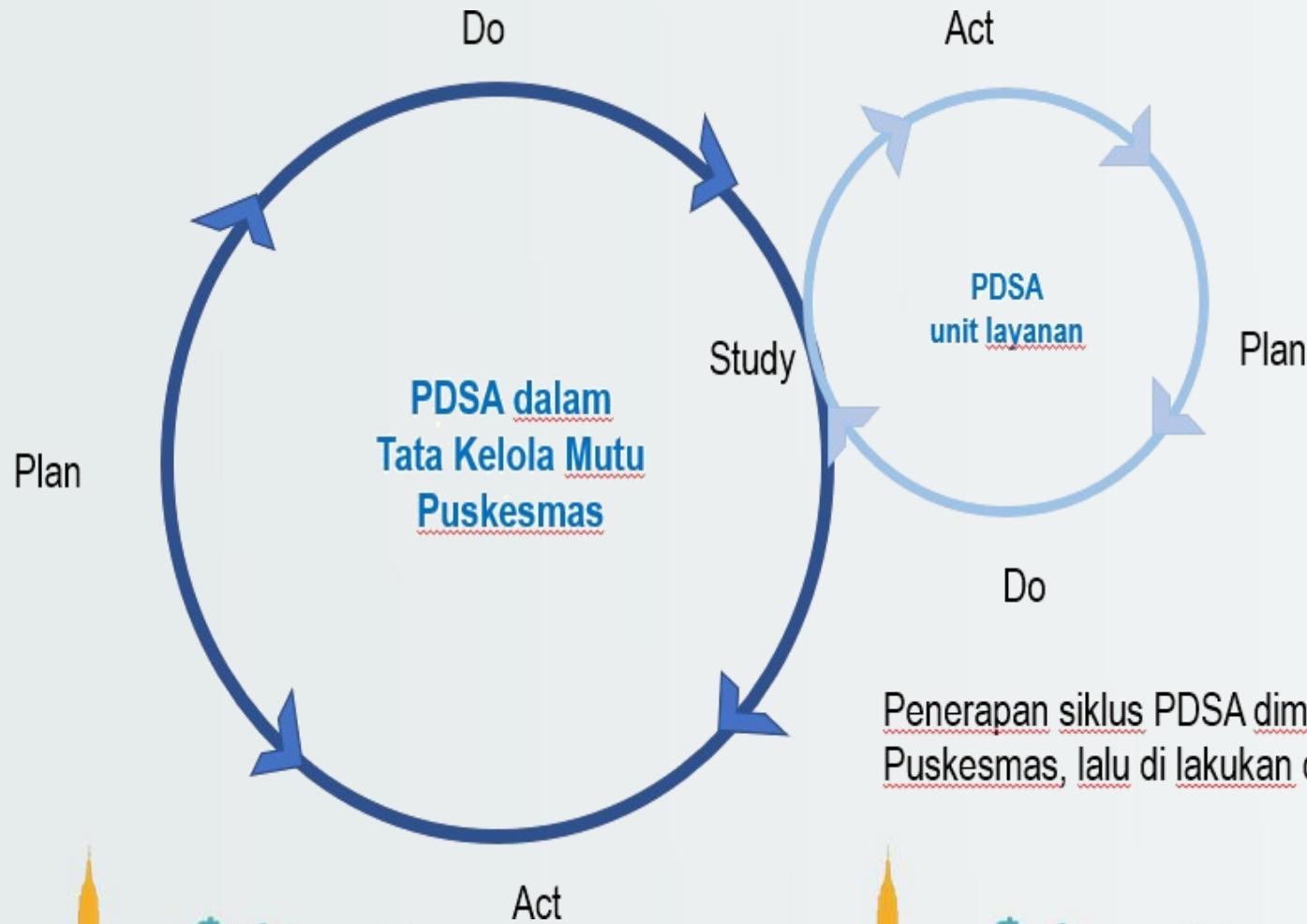
Karakteristik lingkungan kerja budaya mutu organisasi terdiri dari:

8. Pemberdayaan individu dengan tetap memperhatikan kompleksitas sistem
9. Menyelaraskan nilai organisasi dan individu termasuk petugas kesehatan
10. Menumbuhkan kebanggaan dalam memberikan layanan
11. Menjadikan pelayanan sepenuh hati sebagai nilai organisasi
12. Integrasi dan keselarasan antara upaya mutu dengan pelayanan dan perencanaan organisasi



**TATA KELOLA MUTU
DI PUSKESMAS**

Siklus PDSA dalam Tata Kelola Mutu Puskesmas



Penerapan siklus PDSA dimulai dari unit layanan yang ada di Puskesmas, lalu di lakukan di tingkat Puskesmas.

Siklus PDSA dalam Tata Kelola Mutu Puskesmas

Tahap Pertama: *Plan (P)* yang yaitu penyusunan perencanaan mutu dalam bentuk Program/Kegiatan Peningkatan Mutu Puskesmas,

Tahap Kedua: *DO (D)* yaitu Pelaksanaan uji coba Program/Kegiatan Peningkatan Mutu,

Tahap ketiga: *Study (S)* yaitu lakukan analisa lanjutan, bandingkan hasil uji coba dengan tujuan/target, buat kesimpulan, lakukan pemantauan, pengendalian dan penilaian yang dapat melalui audit internal dan Pertemuan Tinjauan Managemen. Hal lain yang sangat penting dalam siklus PDSA ini adalah adanya proses pembelajaran terhadap upaya peningkatan mutu.

Tahap ke empat: *Act (A)* yaitu standarisasi dari hasil uji coba jika rencana perbaikan menunjukkan peningkatan kinerja maupun mutu, atau mencoba lagi melakukan upaya baru jika belum berhasil

PERENCANAAN PROGRAM MUTU

1. Pengumpulan data
 - a. Laporan hasil pengukuran indikator mutu
 - b. Laporan hasil audit internal dan pertemuan tinjauan manajemen
 - c. Laporan Insiden Keselamatan Pasien (IKP)
 - d. Hasil penilaian risiko
 - e. Hasil evaluasi diri pemenuhan standar yang telah diacu
 - f. Rekapitulasi complain dan keluhan
 - g. Hasil dan rekomendasi penjaminan mutu eksternal, diantaranya akreditasi maupun mekanisme penilaian eksternal lain

**Analisis ditujukan untuk mengidentifikasi
kesenjangan/gap terhadap pemenuhan target atau
kriteria ideal.**

PERENCANAAN PROGRAM MUTU

2. Penetapan Masalah
3. Penetapan Tujuan
4. Identifikasi akar penyebab masalah
5. Rencanakan Pemecahan Masalah
6. Menetapkan indikator mutu
7. Menyusun program



PERENCANAAN PROGRAM MUTU

Penetapan Indikator Mutu:

- a. Indikator Nasional Mutu (INM) di Puskesmas yang terdiri dari:
 - 1) Kepatuhan Kebersihan Tangan (KKT)
 - 2) Kepatuhan Penggunaan APD (KPA)
 - 3) Kepatuhan Identifikasi Pasien (KIP)
 - 4) Keberhasilan pengobatan pasien TB semua kasus sensitif obat (SO)
 - 5) Ibu hamil yang mendapatkan pelayanan ANC sesuai standar
 - 6) Kepuasan Pasien (KP)

PERENCANAAN PROGRAM MUTU

b. Indikator Mutu Prioritas Puskesmas

Dalam Menyusun indikator ini harus berbasis pada data-data target/ capaian, contoh indikator upaya peningkatan mutu:

- 1) Capaian yang tidak tercapai terhadap standar
- 2) Capaian yang lebih rendah dari mitra kaji banding
- 3) Capaian yang tidak sesuai harapan pengguna
- 4) Capaian yang lebih berpeluang untuk ditingkatkan

c. Indikator Mutu Prioritas di masing-masing pelayanan

Indikator ini disusun berdasarkan prioritas permasalahan dimasing- masing pelayanan



Contoh Format PDSA Temuan Ketidaktepatan Pengumpulan Laporan Pengukuran Indikator Mutu

Item PDSA	Sub Komponen	Aktifitas dan Hasil
Plan	Tujuan Harapan Rencana perbaikan Rencana pengamatan	<ul style="list-style-type: none">• Meningkatkan tepat waktu laporan mutu sesuai target• Ketepatan waktu tercapai 100%• Memberikan reward dan punishment• Angka tepat, tanggal pengumpulan laporan
Do	Pelaksanaan perbaikan Pelaksanaan pengamatan	<ul style="list-style-type: none">• Pemberian reward• Data yang tepat waktu dan tidak tepat waktu
Study	Kaji hasil pengamatan Belajar dari pengamatan	<ul style="list-style-type: none">• Ketepatan meningkat, 100 %• Meskipun tepat waktu tapi semuanya mepet (mendekati batas akhir)
Act	Dilanjutkan Diperbaiki Ditinggalkan	Dilanjutkan dan meningkatkan target, lebih dini sebelum akhir waktu

TUGAS KELOMPOK

Jelaskan Indikator Mutu Prioritas Puskesmas di tempat Anda PBL. Jelas proses perencanaan mutu dan implementasi dan perbaikan yang dilakukan.

Puskesmasnya tidak boleh sama.

Referensi:

- Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 34 Tahun 2022 Tentang Akreditasi Puskesmas, Klinik Pratama, Tempat Praktik Mandiri Dokter, Dan Tempat Praktik Mandiri Dokter Gigi
- Kementerian Kesehatan RI. 2021. Pedoman Tata Kelola Mutu Puskesmas.
- Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor Hk.01.07/Menkes/165/2023 Tentang Standar Akreditasi Pusat Kesehatan Masyarakat
- 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
- Rangkuman Materi Pelatihan Pendamping Akreditasi FKTP



**SELAMAT &
SUKSES
AKREDITASI**

Proses dan Penilaian Akreditasi Fasilitas Kesehatan Tingkat Pratama



UHAMKA, 2025

CPMK & SUB-CPMK

Mampu mendefinisikan, mengidentifikasi dan menjelaskan penerapan mutu pada layanan kesehatan

(S1,S2,S11,S12,S13,KU1,KU2,KK1,KK2,KK3,P1)



Mahasiswa mampu menjelaskan standarisasi dan akreditasi Klinik & Puskesmas (Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama)

(S1,S2,KU1,KU2,KK1,KK2,KK3,P1)

Agenda Layout

01

MEKANISME AKREDITASI

02

PENILAIAN

03

PENETAPAN STATUS AKREDITASI

04

PEMBAHASAN STANDAR (CONTOH)

05

KUIS



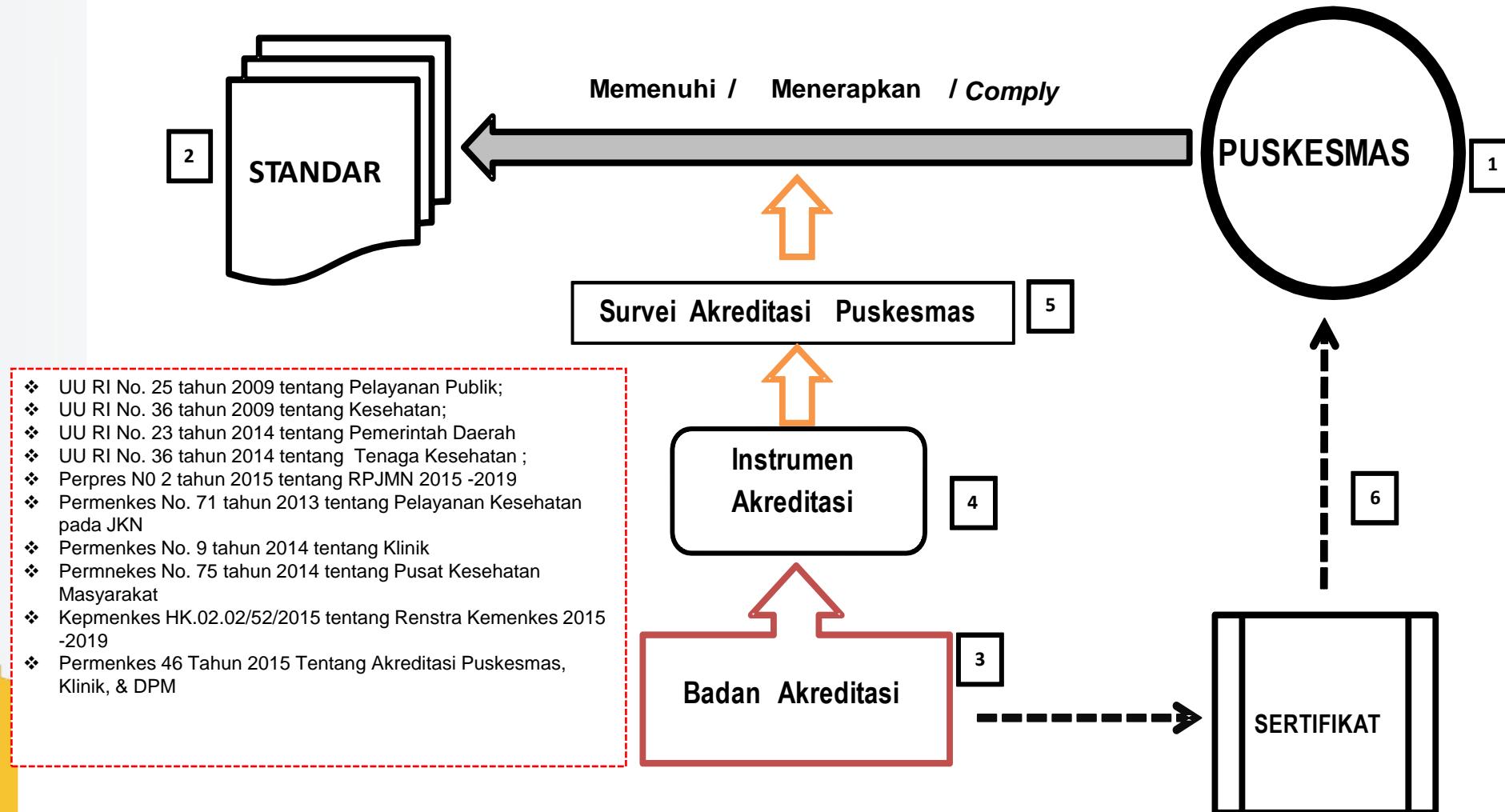
PENGERTIAN

Pasal 1

Dalam Peraturan Menteri ini yang dimaksud dengan:

1. Akreditasi Puskesmas, Klinik Pratama, Tempat Praktik Mandiri Dokter, dan Tempat Praktik Mandiri Dokter Gigi yang selanjutnya disebut Akreditasi adalah pengakuan yang diberikan oleh lembaga independen penyelenggara Akreditasi yang ditetapkan oleh Menteri setelah memenuhi standar Akreditasi.

KONSEP DASAR AKREDITASI FASYANKES PRIMER

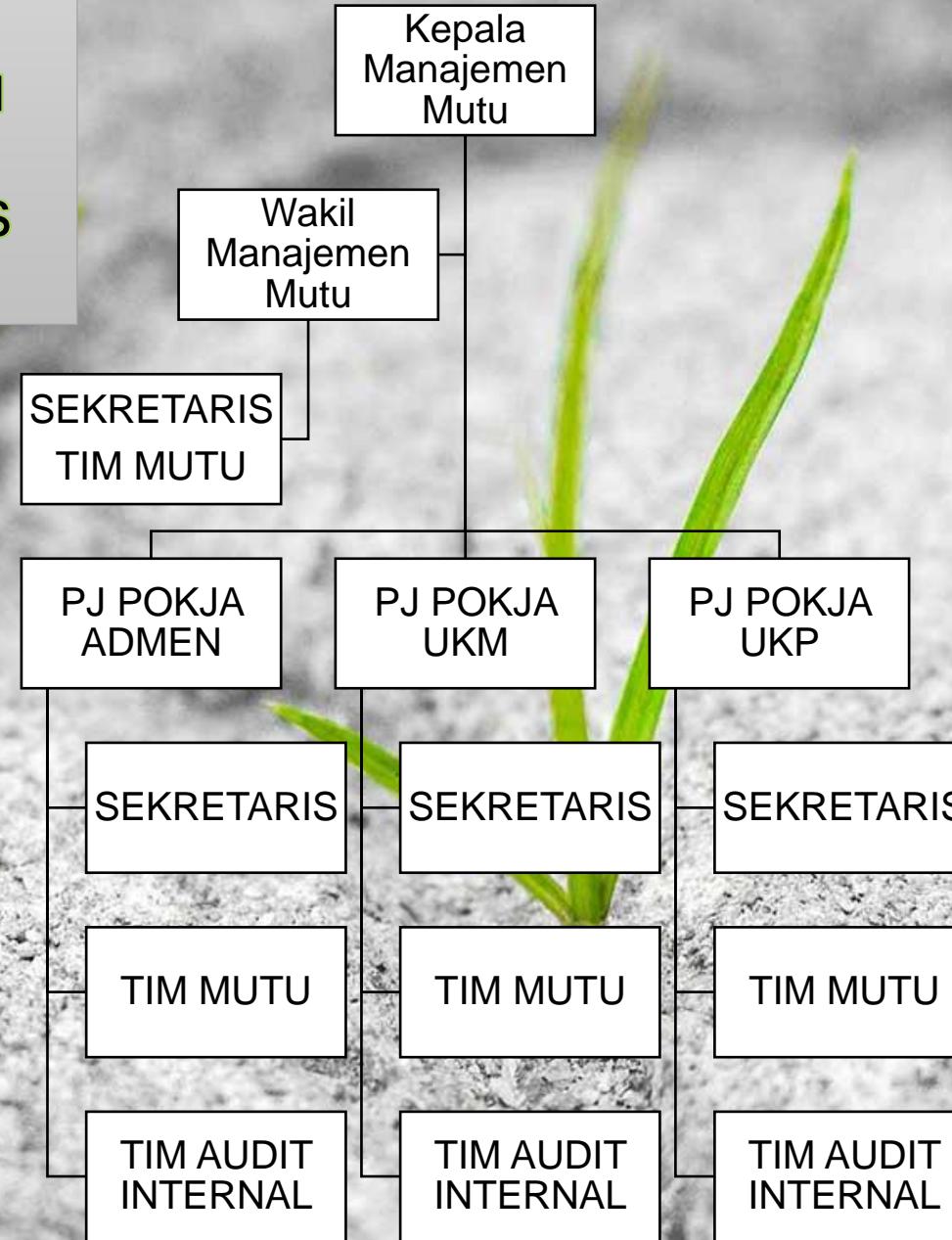




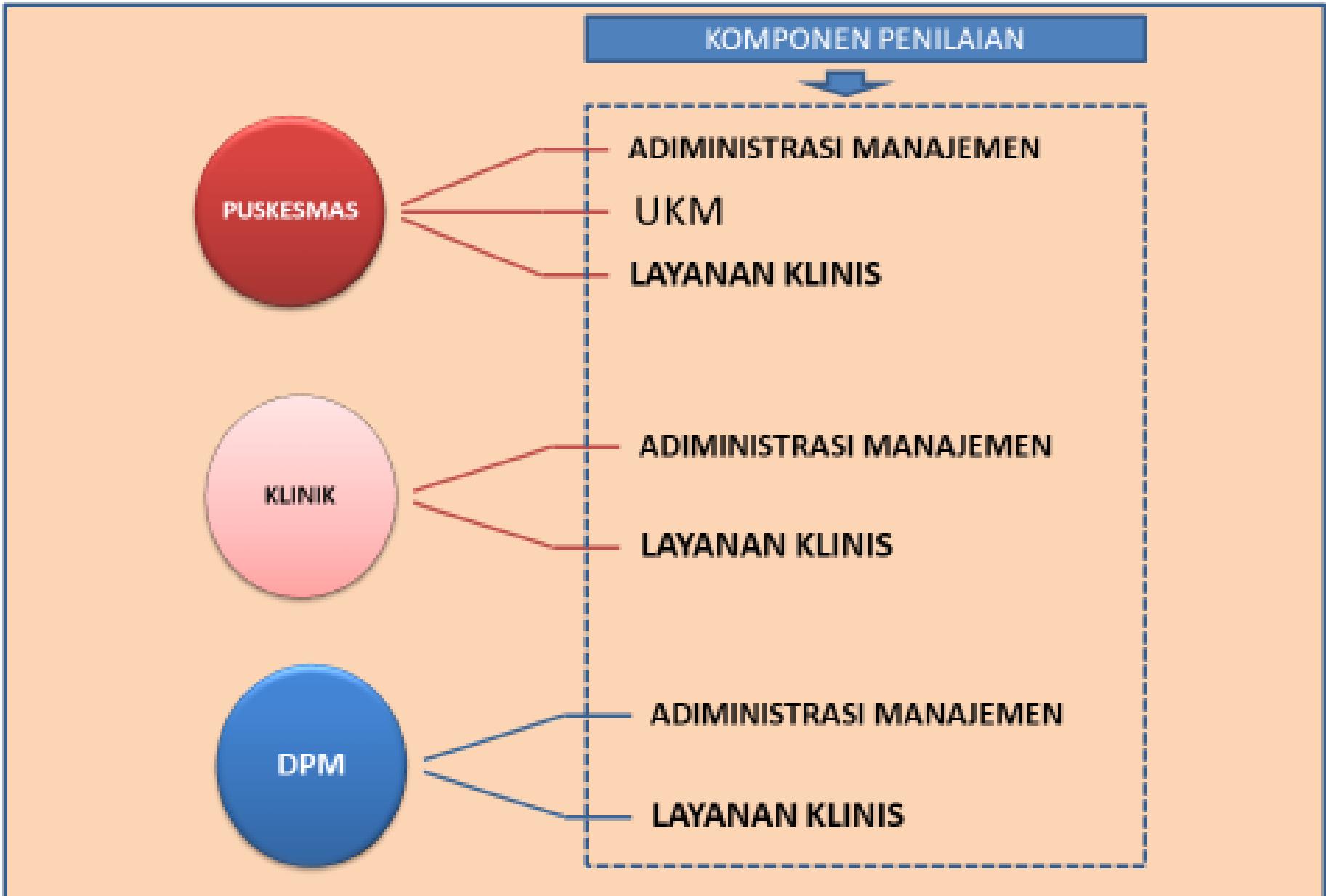
MANFAAT AKREDITASI FKTP

- ▶ **BAGI DINKES PROV & KAB/KOTA** : Sebagai **WAHANA PEMBINAAN** peningkatan mutu kinerja melalui perbaikan yang berkesinambungan terhadap sistem manajemen, sistem manajemen mutu dan sistem penyelenggaraan pelayanan klinis, serta penerapan manajemen risiko
- ▶ **BAGI BPJS KESEHATAN** : Sebagai syarat recredensialing FKTP
- ▶ **BAGI FKTP** :
 1. Memberikan keunggulan kompetitif
 2. Menjamin pelayanan kesehatan primer yang berkualitas .
 3. Meningkatkan pendidikan pada staf
 4. Meningkatkan pengelolaan risiko
 5. Membangun dan meningkatkan kerja tim antar staf
 6. Meningkatkan reliabilitas dalam pelayanan, ketertiban pendokumentasian, dan konsistensi dalam bekerja
 7. Meningkatkan keamanan dalam bekerja.
- ▶ **BAGI MASYARAKAT (PENGGUNA JASA)**
 1. Memperkuat kepercayaan masyarakat
 2. Adanya Jaminan Kualitas

STRUKTUR ORGANISASI AKREDITASI PUSKESMAS ABC



SASARAN AKREDITASI FKTP



Tabel 1. Struktur Standar Akreditasi Puskesmas

BAB	JUDUL	JUMLAH STANDAR	JUMLAH KRITERIA	JUMLAH ELEMEN PENILAIAN (EP)
I	Penyelenggaraan Pelayanan Puskesmas (PPP)	3	13	59
II	Kepemimpinan dan Manajemen Puskesmas (KMP)	6	29	121
III	Peningkatan Mutu dan Manajemen Risiko (PMMR)	1	7	32
IV	Upaya Kesehatan Masyarakat yang Berorientasi Sasaran (UKMBS)	3	10	53
V	Kepemimpinan dan Manajemen Upaya Kesehatan Masyarakat (KMUKM)	7	22	101
VI	Sasaran Kinerja UKM (SKUKM)	1	6	29
VII	Layanan Klinis yang Berorientasi Pasien (LKBP)	10	33	151
VIII	Manajemen Penunjang Layanan Klinis (MPLK)	7	36	172
IX	Peningkatan Mutu Klinis dan Keselamatan Pasien (PMKP)	4	12	58
Total		42	168	776

Tabel 2. Struktur Standar Akreditasi Klinik Pratama

BAB	JUDUL	JUMLAH STANDAR	JUMLAH KRITERIA	JUMLAH ELEMEN PENILAIAN (EP)
I	Kepemimpinan dan Manajemen Fasilitas Pelayanan Kesehatan (KMFK)	6	29	122
II	Layanan Klinis yang Berorientasi Pasien (LKBP)	10	34	151
III	Manajemen Penunjang Layanan Klinis (MPLK)	7	35	172
IV	Peningkatan Mutu Klinis dan Keselamatan Pasien (PMKP)	4	12	58
Total		27	110	503

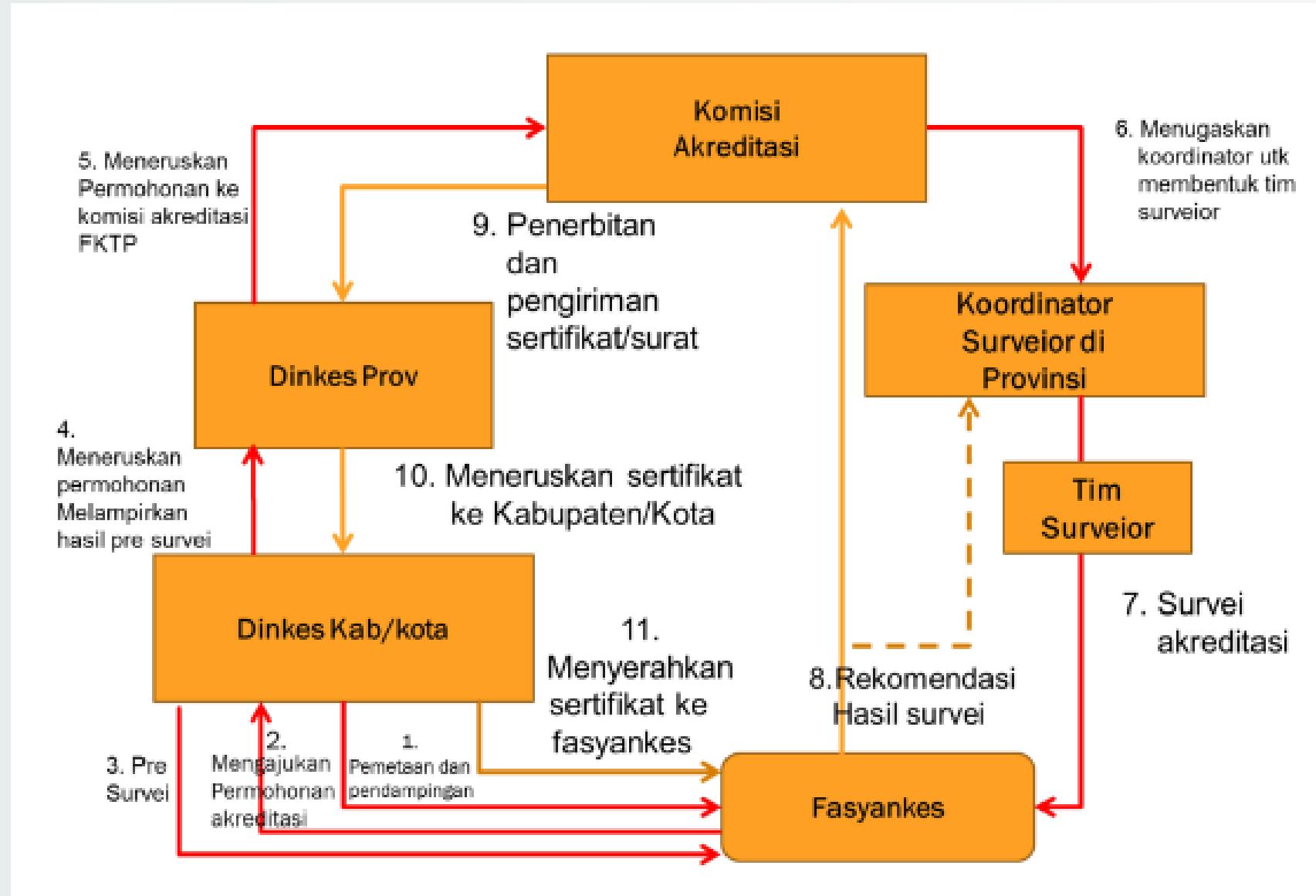
Tabel 3. Struktur Standar Akreditasi Tempat Praktik Mandiri Dokter/Dokter Gigi

BAB	JUDUL	JUMLAH STANDAR	JUMLAH KRITERIA	JUMLAH ELEMEN PENILAIAN (EP)
I	Kepemimpinan dan Manajemen Praktik (KMP)	8	19	73
II	Layanan Klinis dan Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien (LKPMKP)	12	37	161
Total		20	56	234

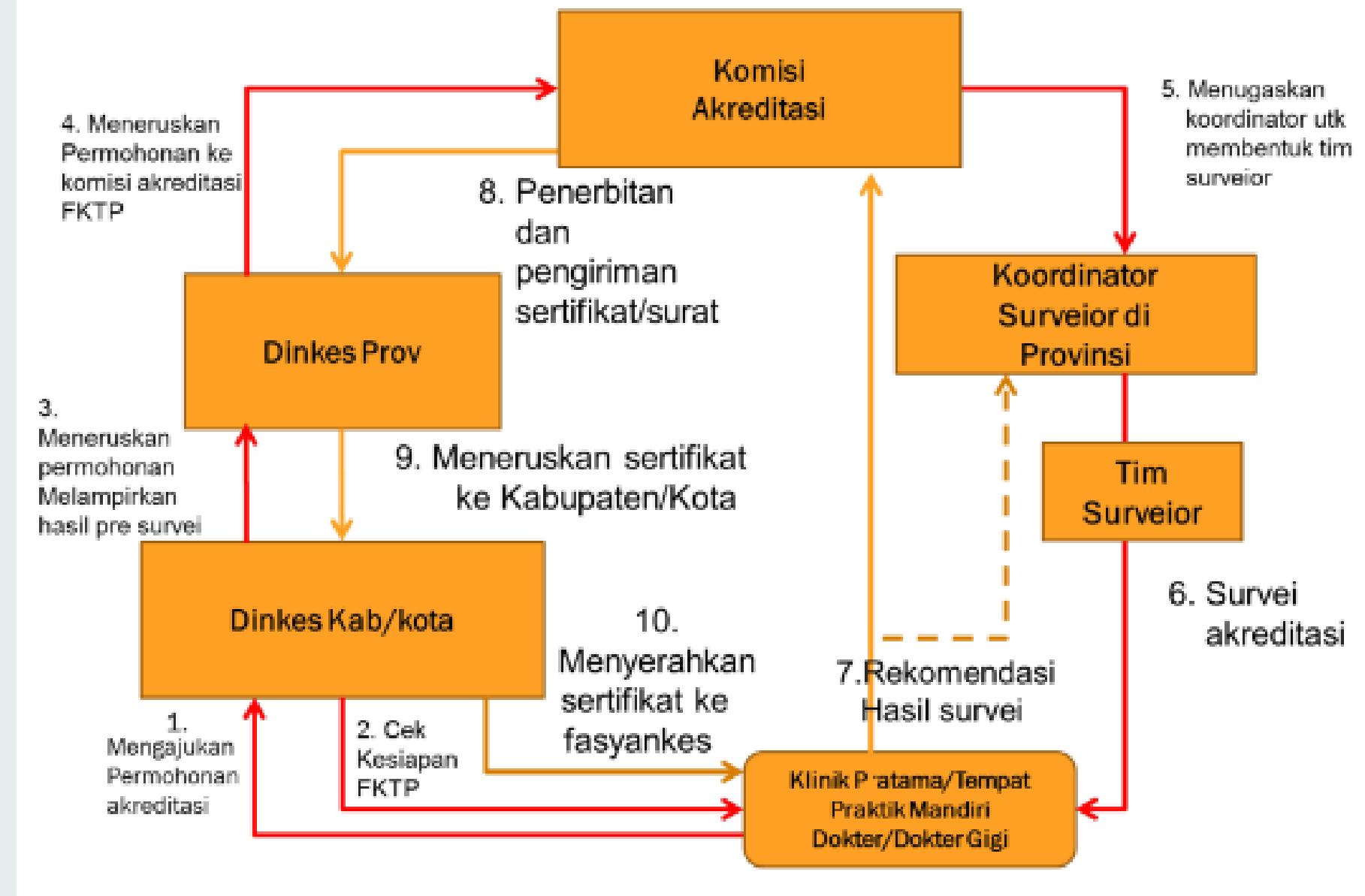
MEKANISME AKREDITASI



Mekanisme Akreditasi Puskesmas



Mekanisme Akreditasi Klinik Pratama, Tempat Praktik Dokter dan Tempat Praktik Dokter Gigi



SURVEI AKREDITASI

Survei Akreditasi merupakan kegiatan penilaian untuk mengukur tingkat kesesuaian terhadap standar Akreditasi.

Dilakukan oleh surveior Akreditasi dari lembaga independen penyelenggara Akreditasi yang ditetapkan oleh Menteri



SURVEI AKREDITASI

Surveior Akreditasi Puskesmas terdiri dari surveior bidang administrasi dan manajemen, bidang upaya kesehatan masyarakat, dan bidang upaya kesehatan perseorangan.

Surveior Akreditasi Klinik Pratama, tempat praktik mandiri dokter, dan tempat praktik mandiri dokter gigi terdiri dari surveior bidang administrasi dan manajemen, dan bidang upaya kesehatan perseorangan





Penetapan Akreditasi

Penetapan Akreditasi



- Hasil akhir survei Akreditasi oleh surveior dan keputusan rapat lembaga independen penyelenggara Akreditasi.
- Dilakukan oleh lembaga independen penyelenggara Akreditasi yang ditetapkan oleh Menteri
- Dibuktikan dengan sertifikat Akreditasi

Penetapan Status Akreditasi

Akreditasi Puskesmas

- a) tidak terakreditasi
- b) terakreditasi dasar
- c) terakreditasi madya
- d) terakreditasi utama
- e) terakreditasi paripurna

Akreditasi Klinik

- a) tidak terakreditasi
- b) terakreditasi dasar
- c) terakreditasi madya
- d) terakreditasi paripurna

Akreditasi Praktek Mandiri

- a) tidak terakreditasi
- b) terakreditasi

RUMUS PENILAIAN

- Penilaian akreditasi dilakukan dengan menilai tiap elemen penilaian pada tiap kriteria.
- Pencapaian terhadap elemen-elemen penilaian pada setiap kriteria diukur dengan tingkatan sebagai berikut:
 1. Terpenuhi : bila pencapaian elemen $\geq 80\%$ dengan nilai 10
 2. Terpenuhi sebagian: bila pencapaian elemen 20 % -79 %, dengan nilai 5
 3. Tidak terpenuhi : bila pencapaian elemen $< 20\%$, dengan nilai 0

RUMUS PENILAIAN

Penilaian tiap Bab adalah penjumlahan dari nilai tiap elemen penilaian pada masing-masing kriteria yang ada pada Bab tersebut dibagi jumlah elemen penilaian Bab tersebut dikalikan 10, kemudian dikalikan dengan 100 %.

Misalnya:

$$\text{Nilai Bab I} = \frac{\text{Penjumlahan nilai seluruh elemen penilaian Bab I}}{\text{Jumlah elemen penilaian Bab I} \times 10} \times 100 \%$$

$$\text{Nilai Bab II} = \frac{\text{Penjumlahan nilai seluruh elemen penilaian Bab II}}{\text{Jumlah elemen penilaian Bab II} \times 10} \times 100 \%$$

dan seterusnya.

Keputusan Akreditasi

1. Penetapan Keputusan Akreditasi Puskesmas adalah :
 - a. Tidak Terakreditasi: jika pencapaian nilai Bab I, II < 75 % dan Bab IV, V, VII < 60 %, III, VI, IX <20 %
 - b. Terakreditasi Dasar: jika pencapaian nilai Bab I, II \geq 75 %, dan Bab IV, V, VII \geq 60 %, Bab III, VI, VIII, IX \geq 20 %
 - c. Terakreditasi Madya: jika pencapaian nilai Bab I, II, IV, V \geq 75 %, Bab VII, VIII \geq 60 % , Bab III , VI, IX \geq 40 %
 - d. Terakreditasi Utama: jika pencapaian nilai Bab I, II, IV, V, VII, VIII \geq 80 % Bab III, VI, IX \geq 60 %
 - e. Terakreditasi Paripurna: jika pencapaian nilai semua Bab \geq 80 %



Keputusan Akreditasi

2. Penetapan Keputusan Akreditasi Klinik Pratma adalah:
 - a. Tidak terakreditasi: jika pencapaian nilai Bab I $< 75\%$, Bab II, III $< 60\%$, Bab IV $< 40\%$
 - b. Terakreditasi dasar: Bab I $\geq 75\%$, Bab II, III $\geq 60\%$, Bab IV $\geq 40\%$
 - c. Terakreditasi utama: Bab I, II, III $\geq 75\%$, Bab IV $\geq 60\%$,
 - d. Terakreditasi paripurna: jika semua Bab $\geq 80\%$
3. Penetapan Keputusan Akreditasi Tempat Praktik Mandiri Dokter/Dokter Gigi adalah:
 - a. Tidak terakreditasi: jika pencapaian nilai Bab I dan Bab II $< 80\%$
 - b. Terakreditasi: jika pencapaian nilai semua Bab $\geq 80\%$

Pembahasan Standar

BAB III. Peningkatan Mutu Puskesmas (PMP)

STANDAR, KRITERIA, POKOK PIKIRAN, ELEMEN PENILAIAN	≥ 80% terpenuhi
20% - 79% terpenuhi sebagian < 20% tidak terpenuhi	
Standar: 3.1. Perbaikan mutu dan kinerja Puskesmas konsisten dengan tata nilai, visi, misi dan tujuan Puskesmas, dipahami dan dilaksanakan oleh Pimpinan Puskemas, Penanggung jawab Upaya Puskesmas dan Pelaksana.	
Kriteria: 3.1.1. Pimpinan Puskesmas menetapkan Penanggung jawab manajemen mutu yang bertanggung jawab untuk mengkoordinasikan, memonitor kegiatan peningkatan mutu dan kinerja Puskesmas dan membudayakan perbaikan kinerja yang berkesinambungan secara konsisten dengan tata nilai, visi, misi, dan tujuan Puskesmas.	
Pokok Pikiran: <ul style="list-style-type: none">Supaya mutu dapat dikelola dengan baik maka perlu ditetapkan Penanggung jawab manajemen mutu (wakil manajemen mutu) yang bertugas untuk melakukan koordinasi, monitoring, dan membudayakan kegiatan perbaikan mutu dan kinerja secara berkesinambungan dalam upaya menjamin pelaksanaan kegiatan perbaikan mutu dan kinerja dilakukan secara konsisten dan sistematis.Penanggung jawab manajemen mutu tersebut bertanggung jawab dalam menyusun pedoman (manual) mutu dan kinerja bersama dengan Pimpinan Puskesmas yang akan menjadi acuan bagi Pimpinan, Penanggung jawab Upaya Puskesmas dan pelaksana kegiatan Puskesmas.	

Elemen Penilaian	Telusur		Dokumen		Skor
	Sasaran	Materi Telusur	Dokumen di Puskesmas	Dokumen Eksternal sebagai acuan	
1. Pimpinan Puskesmas menetapkan Penanggung jawab manajemen mutu.			SK penanggung jawab manajemen mutu		0 5 10
2. Ada kejelasan tugas, wewenang dan tanggung jawab Penanggung jawab manajemen mutu.			Uraian tugas, wewenang dan tanggung jawab penanggung jawab manajemen mutu.		0 5 10
3. Ada Pedoman Peningkatan Mutu dan Kinerja disusun bersama oleh Penanggung jawab manajemen mutu dengan Kepala Puskesmas dan Penanggung jawab Upaya Puskesmas.	Kepala Puskesmas, Penanggung jawab Manajemen Mutu.	Proses penyusunan pedoman.	Pedoman peningkatan mutu dan kinerja puskesmas.		0 5 10
4. Kebijakan mutu dan tata nilai disusun bersama dan dituangkan dalam pedoman (manual) mutu/Pedoman Peningkatan Mutu dan Kinerja sesuai dengan visi, misi dan tujuan Puskesmas.	Kepala Puskesmas, Penanggung jawab Manajemen Mutu.	Proses penyusunan kebijakan mutu.	SK Kepala Puskesmas tentang Kebijakan mutu.		0 5 10
5. Pimpinan Puskesmas, Penanggung jawab Upaya Puskesmas, dan Pelaksana Kegiatan Puskesmas berkomitmen untuk meningkatkan mutu dan kinerja secara konsisten dan berkesinambungan.	Kepala Puskesmas, Penanggung jawab Manajemen Mutu.	Proses penggalangan komitmen bersama.	Bukti yang menunjukkan adanya Komitmen bersama seluruh jajaran puskesmas untuk meningkatkan mutu dan kinerja (pernyataan tertulis, foto).		0 5 10



Benar: 1

Salah: 0

Dipanggil tidak menjawab: -1



Kebijakan apakah yang mengatur Puskesmas?

- A. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 36 Tahun 2009
 - B. Peraturan Presiden No 72 Tahun 2012
 - C. Peraturan Presiden No 12 Tahun 2013
 - D. Permenkes Nomor 75 Tahun 2014
 - E. Permenkes Nomor 46 Tahun 2015
-

Kebijakan apakah yang mengatur Akreditasi FKTP?

- A. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 36 Tahun 2009
- B. Peraturan Presiden No 72 Tahun 2012
- C. Peraturan Presiden No 12 Tahun 2013
- D. Permenkes Nomor 75 Tahun 2014
- E. Permenkes Nomor 46 Tahun 2015

Sebuah Puskesmas pada tahun 2018 ditetapkan terakreditasi tingkat dasar. Melalui upaya perbaikan mutu yang kontinyu, puskesmas tersebut siap dilakukan akreditasi kembali dan berharap status akreditasinya meningkat ke dua tingkat lebih tinggi. Apakah status yang diharapkan?

- A. Terakreditasi Dasar
- B. Terakreditasi Madya
- C. Terakreditasi Utama
- D. Terakreditasi Paripurna
- E. Terakreditasi Sempurna

Sebuah Klinik Pratama pada tahun 2018 ditetapkan terakreditasi tingkat dasar. Melalui upaya perbaikan mutu yang kontinyu, klinik tersebut siap dilakukan akreditasi kembali dan berharap status akreditasinya meningkat ke dua tingkat lebih tinggi. Apakah status yang diharapkan?

- A. Terakreditasi Dasar
- B. Terakreditasi Madya
- C. Terakreditasi Utama
- D. Terakreditasi Paripurna
- E. Terakreditasi Sempurna

Seorang Surveyor akan melakukan penelusuran BAB III. Peningkatan Mutu Puskesmas (PMP) di Puskesmas yang sedang menjalani survey akreditasi. Elemen penilaian yang digunakan adalah Pimpinan Puskesmas menetapkan Penanggung jawab manajemen mutu. Bukti dokumen apakah yang **diperlukan** untuk memenuhi standar tersebut?

- A. Visi dan Misi Puskesmas
- B. Uraian tugas unit mutu
- C. Prosedur keselamatan pasien
- D. SK Kepala Puskesmas tentang Kepala Unit Mutu
- E. Sosialisasi kepada masyarakat tentang mutu

Seorang Surveyor akan melakukan penelusuran BAB III. Peningkatan Mutu Puskesmas (PMP) di Puskesmas yang sedang menjalani survey akreditasi di Puskesmas yang sedang menjalani survey akreditasi. Dari 5 bukti telusur yang dibutuhkan hanya dapat dipenuhi 1 bukti. Berapakah skor yang akan diberikan surveyor?

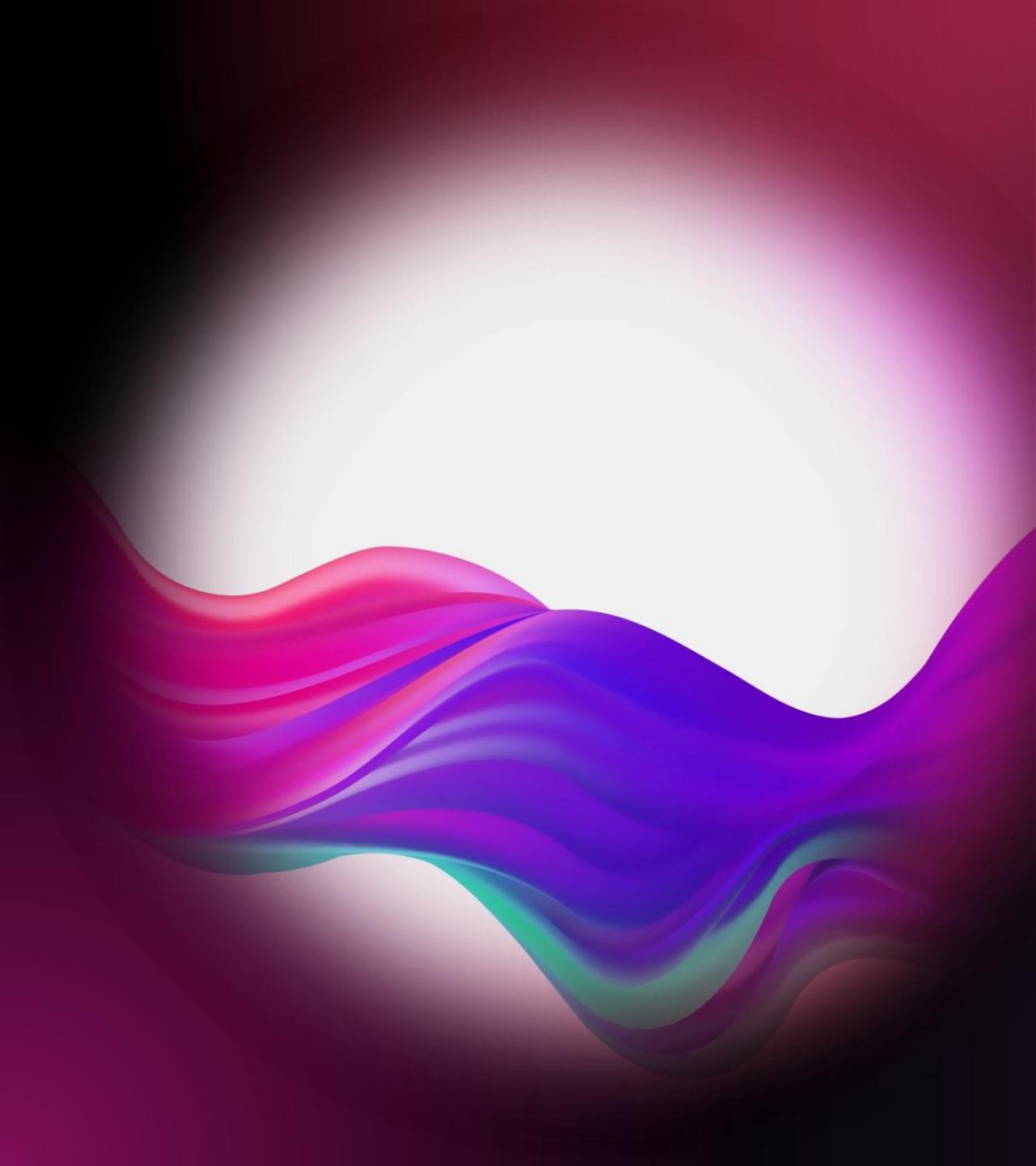
- A. 0
- B. 5
- C. 10
- D. 15
- E. 20

Referensi:

- Buku Pedoman Survei Akreditasi FKTP.
<https://galihendradita.files.wordpress.com/2017/08/pedoman-survey-akreditasi-fktp.pdf>
- Rangkuman Materi Pelatihan Pendamping Akreditasi FKTP. <https://pdfslide.net/health-medicine/rangkuman-akreditasi-fktp-puskesmas.html>



**SELAMAT &
SUKSES
AKREDITASI**

A large, abstract graphic on the left side of the image features a series of thick, flowing lines in shades of red, pink, purple, and teal. These lines curve and twist from the bottom left towards the center, creating a sense of motion and fluidity. The background behind the lines is a bright, overexposed white, which contrasts with the dark purple background on the right where the text is located.

RUMAH SAKIT

CPMK

CPMK:

- Mampu mendefinisikan, mengidentifikasi dan menjelaskan budaya mutu pada layanan kesehatan ((P1,S2,S6,S7,S11,S12,S13,KU1,KK1))
- Mampu mendefinisikan, mengidentifikasi dan menjelaskan penerapan mutu pada layanan kesehatan ((P1,S2,S6,S7,S11,S12,S13,KU1,KK1))

SUB CPMK

- Mahasiswa mampu menelaah upaya membangun budaya mutu pada layanan kesehatan rumah sakit, cara/ metodenya, permasalahan dan cara mengatasinya (P1,S2,S6,S7,S11,S12,S13,KU1,KK1)

BAHAN KAJIAN

- Peraturan Tentang Rumah Sakit
- Definisi Rumah Sakit
- Overview pentingnya mutu & akreditasi di pelayanan Kesehatan

PERATURAN TTG RUMAH SAKIT

- UU RS No 44 Tahun 2009
- Permenkes No 3 Tahun 2020 tentang Perijinan dan Klasifikasi RS <C:\Users\user\OneDrive\Documents\SEM GENAP\OMK\SLIDE\Sesi 13 PMK No 3 Tahun 2020 ttg Perizinan & Klasifikasi RS.pdf>
- Peraturan Pemerintah (PP) Nomor 47 Tahun 2021 tentang Penyelenggaraan Bidang Perumahsakitan <C:\Users\user\OneDrive\Documents\SEM GENAP\OMK\SLIDE\Sesi 13 PP Nomor 47 Tahun 2021.pdf>
- Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 40 Tahun 2022 tentang Persyaratan Teknis Bangunan, Prasarana, dan Peralatan Kesehatan Rumah Sakit
- Kepmenkes Nomor 1128 Tahun 2022 tentang Akreditasi Rumah Sakit
- Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 20 Tahun 2023 tentang Perubahan Atas Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 26 Tahun 2022 tentang Organisasi dan Tata Kerja Rumah Sakit di Lingkungan Kementerian Kesehatan

Definisi Rumah Sakit

(Permenkes No 3 Tahun 2020 tentang Perijinan dan Klasifikasi RS)

Institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan, dan gawat darurat.

Bentuk Rumah Sakit

- Rumah Sakit dapat berbentuk Rumah Sakit statis, Rumah Sakit bergerak, atau Rumah Sakit lapangan.
- Rumah Sakit statis merupakan Rumah Sakit yang didirikan di suatu lokasi dan bersifat permanen untuk jangka waktu lama dalam menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan, dan kegawatdaruratan

Bentuk Rumah Sakit

- Rumah Sakit bergerak merupakan Rumah Sakit yang siap guna dan bersifat sementara dalam jangka waktu tertentu dan dapat dipindahkan dari satu lokasi ke lokasi lain
- Dapat berbentuk bus, pesawat, kapal laut, karavan, gerbong kereta api, atau container
- Difungsikan pada daerah tertinggal, perbatasan, kepulauan, daerah yang tidak mempunyai Rumah Sakit, dan/atau kondisi bencana dan situasi darurat lainnya.

Bentuk Rumah Sakit

- Rumah Sakit lapangan merupakan Rumah Sakit yang didirikan di lokasi tertentu dan bersifat sementara selama kondisi darurat dan masa tanggap darurat bencana, atau selama pelaksanaan kegiatan tertentu.
- Rumah Sakit lapangan dapat berbentuk tenda, kontainer, atau bangunan permanen yang difungsikan sementara sebagai Rumah Sakit.

PERATURAN PEMERINTAH NOMOR 47 TH 2021 TENTANG PENYELENGGARAAN BIDANG PERUMAHSAKITAN

HOSPITAL



DIREKTORAT PELAYANAN KESEHATAN RUJUKAN
KEMENTERIAN KESEHATAN



TENAGA KERJA

Banyak orang butuh kerja dan terus bertambah setiap tahun.

UMKM

Dari 64,19 juta UMK-M, 64,13 juta adalah UMK yang Sebagian besar berada di sektor informal, sehingga perlu didorong untuk bertransformasi menjadi formal.

REGULASI

Permasalahan Perizinan yang Rumit dengan banyaknya regulasi pusat & daerah (hiper-regulasi) yang mengatur sektor, menyebabkan disharmoni, tumpang tindih, tidak operasional, dan sektoral.

01

- MENDORONG PENCITAAN LAPANGAN KERJA

02

- MEMUDAHKAN PEMBUKAAN USAHA BARU

03

- MENDUKUNG PEMBERANTASAN KORUPSI

REFORMASI REGULASI

PELAYANAN SPESIALISTIK DAN SUBSPESIALISTIK

KELAS
A & B

Kelas A:
4 (empat) spesialis dasar, 5 (lima) penunjang medik spesialis, 12 (dua belas) spesialis lain selain spesialis dasar, dan 13 (tiga belas) subspesialis

Kelas B:

4 (empat) spesialis dasar, 4 (empat) penunjang medik spesialis, 8 (delapan) spesialis lain selain spesialis dasar, dan 2 (dua) sub spesialis dasar

PELAYANAN SPESIALISTIK

KELAS
C & D

Kelas C:

4 (empat) spesialis dasar dan 4 (empat) penunjang medik spesialis

Kelas D:

2 (dua) spesialis dasar

KLASIFIKASI RS



01

02

03

- 1 Izin Mendirikan
- 2 Izin Operasional

EKSISTING

PERIZINAN RS

KEDEPAN

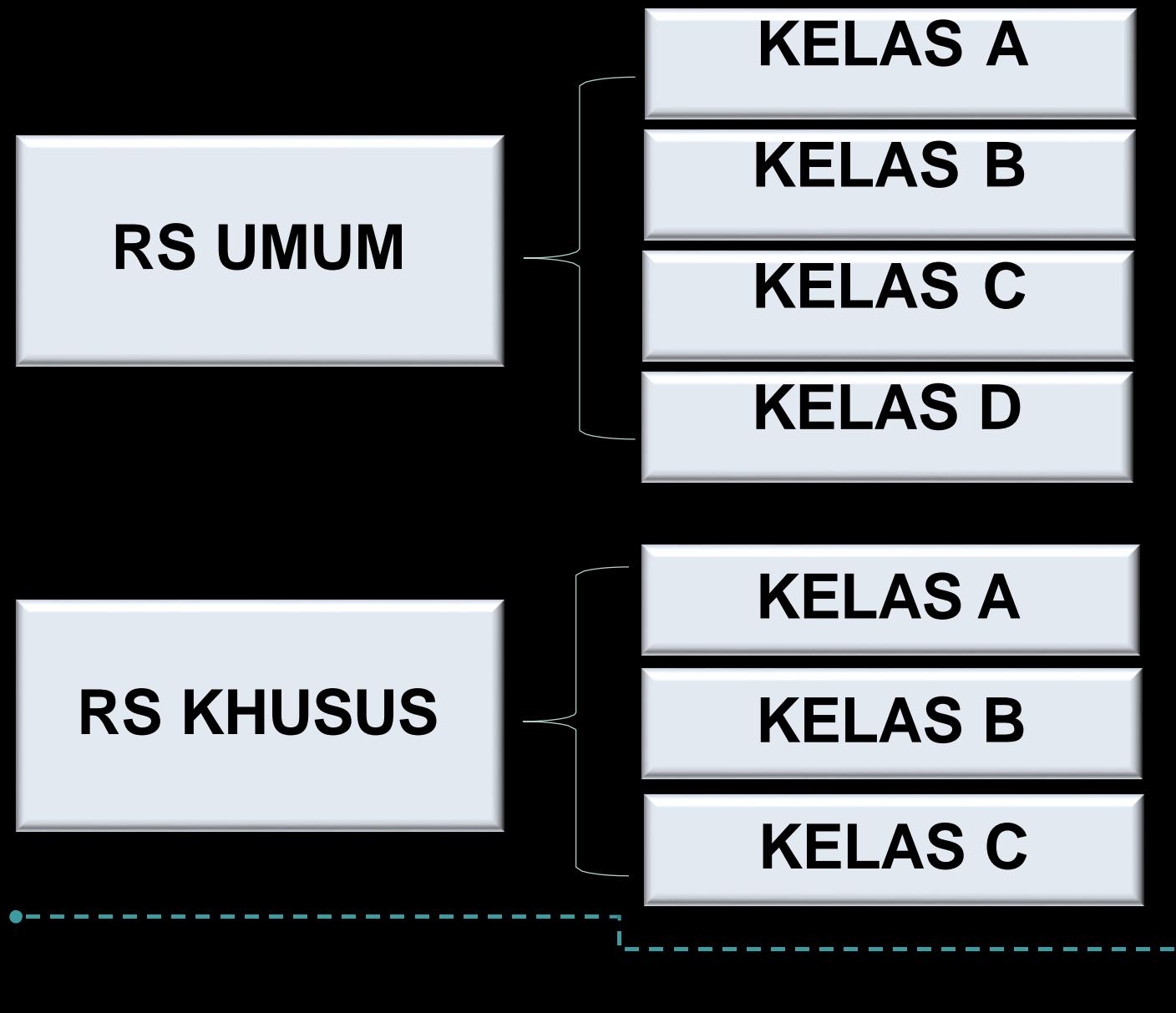
Perizinan Berusaha

- Kemampuan Pelayanan
- Fasilitas Kesehatan
- Sarana Penunjang
- Sumber Daya Manusia

AKSES PELAYANAN KESEHATAN KEPADA
MASYARAKAT

KEMUDAHAN PELAKU USAHA DALAM
MENYEDIAKAN PELAYANAN KESEHATAN

KEMUDAHAN PEKERJA/TENAGA
KESEHATAN DALAM MEMPEROLEH
LAPANGAN KERJA & MENINGKATKAN
KOMPETENSI



KETENTUAN :

01

Pemerintah menetapkan klasifikasi RS berdasarkan:

- Kemampuan Pelayanan
- Fasilitas Kesehatan
- Sarana Penunjang
- Sumber Daya Manusia

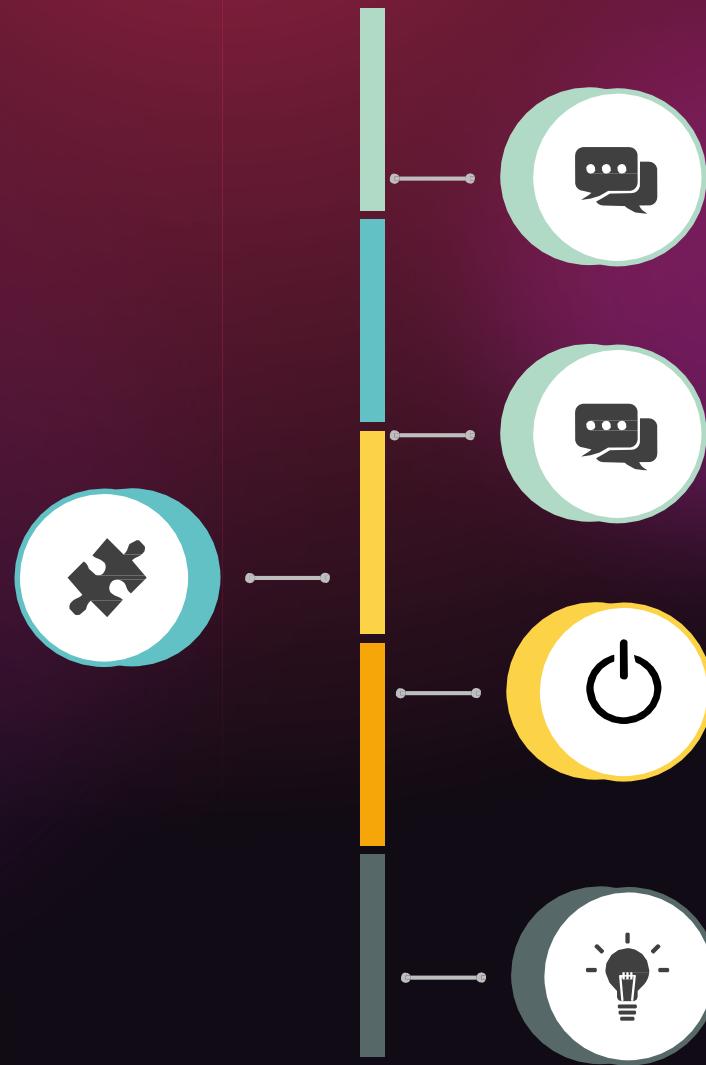
02

Menjabarkan gambaran RS Umum dan RS Khusus berdasarkan kemampuan pelayanan yang diberikan, bangunan dan prasarana, ketersediaan tempat tidur, dan peralatan, serta Sumber Daya Manusia.

TUGAS DAN FUNGSI RUMAH SAKIT

TUGAS RUMAH SAKIT

Memberikan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna



RUMAH SAKIT KELAS D PRATAMA

HANYA DAPAT DIDIRIKAN PADA DAERAH YANG
MEMENUHI KRITERIA:

Daerah yang belum tersedia Rumah Sakit
atau Rumah Sakit yang telah ada sulit
dijangkau akibat kondisi geografis



Daerah tertinggal



Daerah terpencil dan daerah yang sulit
dijangkau karena keadaan geografis;



Daerah perbatasan yang berhadapan
dengan negara lainnya baik yang dibatasi
darat maupun laut



Daerah kepulauan, wilayah pesisir dan
pulaupulau kecil, dan pulau-pulau kecil
terluar



KLASIFIKASI RUMAH SAKIT

KATEGORI BERDASARKAN JENIS PELAYANAN YANG DIBERIKAN

1

RUMAH SAKIT UMUM

Rumah sakit yang memberikan pelayanan kesehatan pada semua bidang dan jenis penyakit.

RUMAH SAKIT KHUSUS

memberikan pelayanan utama pada satu bidang atau satu jenis penyakit tertentu berdasarkan disiplin ilmu, golongan umur, organ, jenis penyakit, atau kekhususan lainnya

KEMAMPUAN PELAYANAN

Kemampuan pelayanan merupakan jenis pelayanan yang dapat diberikan oleh Rumah Sakit

FASILITAS KESEHATAN DAN SARANA PENUNJANG

Fasilitas kesehatan dan sarana penunjang pada Rumah Sakit terdiri atas: (a). bangunan dan prasarana (b). ketersediaan tempat tidur rawat inap; dan (c). peralatan

SUMBER DAYA MANUSIA

Sumber daya manusia untuk setiap kelas Rumah Sakit disesuaikan dengan kebutuhan pelayanan yang diberikan oleh Rumah Sakit

2

PEMERINTAH MENETAPKAN KLASIFIKASI RS BERDASARKAN

KLASIFIKASI RUMAH SAKIT

BATANG TUBUH

LAMPIRAN

Pelayanan yang diberikan

- RS umum meliputi pelayanan medik dan penunjang medik, keperawatan dan kebidanan, kefarmasian, dan pelayanan penunjang.
- RS khusus meliputi pelayanan medik dan penjang medik sesuai kekhususan, , keperawatan dan/atau kebidanan, kefarmasian, dan pelayanan penunjang,

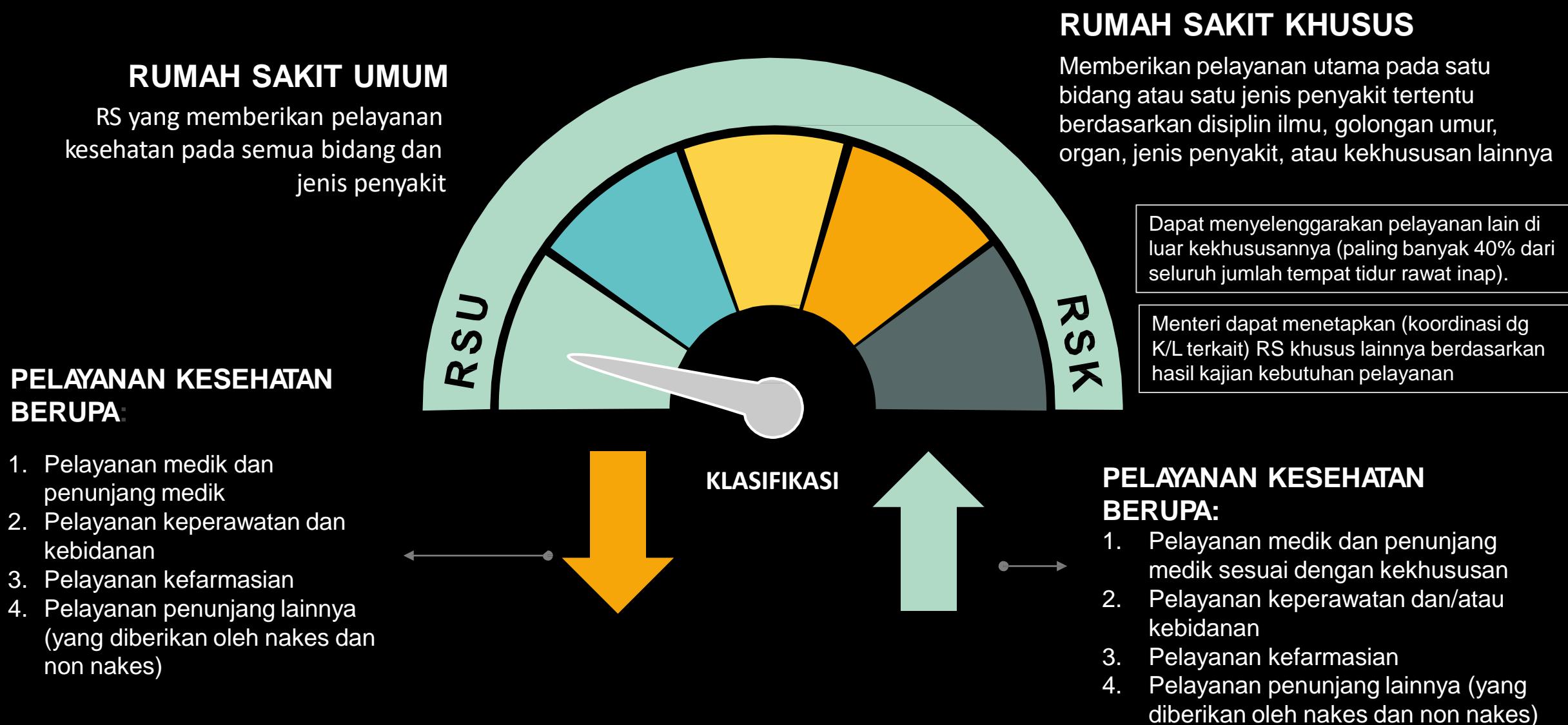
Fasilitas kesehatan dan sarana penunjang Rumah Sakit terdiri atas: a. bangunan dan prasarana; b. ketersediaan tempat tidur rawat inap; dan c. Peralatan, disesuaikan dengan kelas RS dan kebutuhan pelayanan

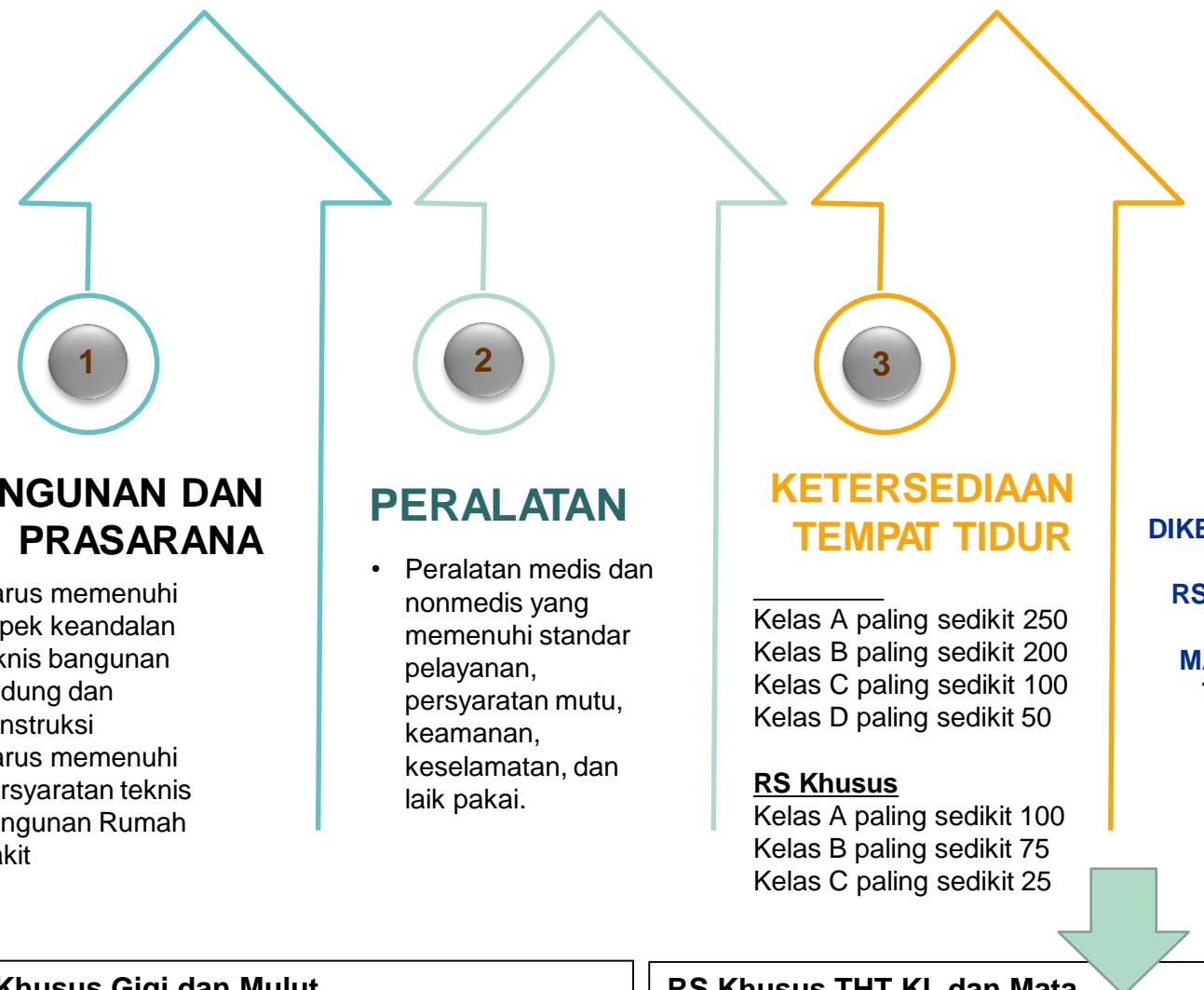
Sumber daya manusia untuk setiap kelas Rumah Sakit disesuaikan dengan kebutuhan pelayanan yang diberikan oleh Rumah Sakit..



KEMAMPUAN PELAYANAN

DIREKTORAT PELAYANAN KESEHATAN RUJUKAN
KEMENTERIAN KESEHATAN





TEMPAT TIDUR RAWAT INAP KELAS STANDAR

- 60% dari seluruh tempat tidur untuk RS milik Pemerintah Pusat dan Pemerintah Daerah; dan
- 40% dari seluruh tempat tidur untuk Rumah Sakit milik swasta.

DITERAPKAN SECARA BERTAHAP PALING LAMBAT SAMPAI DENGAN 1 JANUARI 2023

TEMPAT TIDUR PERAWATAN INTENSIF

- Paling sedikit 10% dari seluruh tempat tidur
- 6% untuk pelayanan unit perawatan intensif/ICU; dan
 - 4% untuk pelayanan intensif lain yang terdiri atas perawatan intensif neonatus dan perawatan intensif pediatrik (NICU dan PICU).

RUANG SEBAGAI TEMPAT ISOLASI

- Paling sedikit 10% dari seluruh tempat tidur
- Dalam kondisi **wabah atau KKM**, kapasitas ruang yang dapat digunakan sebagai tempat isolasi paling sedikit:
 - 30% dari seluruh tempat tidur untuk RS milik Pemerintah Pusat dan Pemda; dan
 - 20% dari seluruh tempat tidur untuk RS milik swasta.

RUMAH SAKIT PMA

- Jumlah tempat tidur RS Umum PMA paling sedikit sesuai dengan jumlah tempat tidur RS Umum kelas B
- Jumlah tempat tidur untuk RS Khusus PMA paling sedikit sesuai dengan jumlah tempat tidur RS kelas A pada setiap jenis Rumah Sakit khusus.

ATAU SESUAI KESEPAKATAN/KERJA SAMA INTERNASIONAL

RS Khusus Gigi dan Mulut

- Kelas A paling sedikit **14 TT** dan **75** dental unit
- Kelas B paling sedikit **12 TT** dan **50** dental unit
- Kelas C paling sedikit **10 TT** dan **25** dental unit

RS Khusus THT KL dan Mata

- Kelas A paling sedikit **40 TT**
- Kelas B paling sedikit **25 TT**
- Kelas C paling sedikit **15 TT**