

HASIL CEK_Modul perkuliahan manajemen mutu

by Triani Marwati Modul Perkuliahan Manajemen Mutu

Submission date: 23-Mar-2022 01:10PM (UTC+0700)

Submission ID: 1790755839

File name: M1._MODUL_PERKULIAHAN_MANAJEMEN_MUTU_1.pdf (1.6M)

Word count: 9736

Character count: 67199

ISBN 978-623-7550-55-6

MODUL PERKULIAHAN

MANAJEMEN MUTU

Dr Tri Ani Marwati, M.Kes., Akt.



083867708263

cv.mine7

mine mine



Penerbit : cv. Mine
Perum Sidorejo Bumi Indah F.153
Rt.11 Ngestharjo Kasihan Bantul
Mobile : 083867708263
email : cv.mine.7@gmail.com



ISBN 978-623-7550-55-6



9 786237 550556

MODUL PERKULIAHAN MANAJEMEN MUTU

Penyusun :

Dr Tri Ani Marwati, M.Kes., Akt.

Magister Kesehatan Masyarakat
Minat Manajemen Rumah Sakit
Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Ahmad Dahlan
Yogyakarta
2020



MODUL PERKULIAHAN MANAJEMEN MUTU

Penyusun :

Dr Tri Ani Marwati, M.Kes., Akt.

Hak Cipta © 2020, pada penulis

Hak publikasi pada Penerbit CV Mine

Dilarang memperbanyak, memperbanyak sebagian atau seluruh isi dari buku ini dalam bentuk apapun, tanpa izin tertulis dari penerbit.

© HAK CIPTA DILINDUNGI OLEH UNDANG-UNDANG

Cetakan ke-1

Tahun 2020

CV Mine

Perum SBI F153 Rt 11 Ngestiharjo, Kasihan, Bantul, Yogyakarta-
55182

Telp: 083867708263

Email: cv.mine.7@gmail.com

ISBN : 978-623-7550-55-6

KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis panjatkan kepada Tuhan Yang Maha Esa, karena atas berkat dan karunia-Nya, penulis dapat menyelesaikan Modul Perkuliahan Manajemen Mutu ini.

Penulisan Modul ini dibuat dalam rangka menunjang kegiatan perkuliahan. Buku Ajar ini lebih ditujukan kepada mahasiswa Pascasarjana Kesehatan Masyarakat UAD. Akhirnya penulis tak lupa mengucapkan banyak terimakasih kepada berbagai pihak yang telah membantu penulis dalam menyusun buku ajar ini. Mengingat ketidak sempurnaan buku ajar ini, penulis juga akan berterimakasih atas berbagai masukan dan kritikan demi kesempurnaan buku ajar ini kedepannya.

Penulis

DAFTAR ISI

	Halaman
Cover	i
Kata pengantar	ii
Daftra isi	iii
BAB I KOMITMEN DAN BUDAYA MUTU	1
A. TUJUAN PEMBELAJARAN	1
B. ISI.....	1
C. RINGKASAN	11
D. EVALUASI.....	11
BAB II EVALUASI MUTU	12
A. TUJUAN PEMBELAJARAN	12
B. ISI.....	12
C. RINGKASAN	18
D. EVALUASI.....	19
BAB III MANAJEMEN RESIKO	20
A. TUJUAN PEMBELAJARAN	20
B. ISI.....	20
C. RINGKASAN	29
D. EVALUASI.....	29
BAB IV <i>QUALITY IMPROVEMENT TOOLS</i>.....	30
A. TUJUAN PEMBELAJARAN	30
B. ISI.....	30
C. RINGKASAN	34
D. EVALUASI.....	34
BAB V MUTU DAN BIAYA PELAYANAN KESEHATAN.....	35
A. TUJUAN PEMBELAJARAN	35
B. ISI.....	35
C. RINGKASAN	39

D. EVALUASI.....	39
BAB VI RISIKO PADA RUMAH SAKIT	40
A. TUJUAN PEMBELAJARAN	40
B. ISI.....	40
C. RINGKASAN	48
D. EVALUASI.....	48
BAB VII MANAJEMEN MUTU PELAYANAN KESEHATAN.....	49
A. TUJUAN PEMBELAJARAN	49
B. ISI.....	49
C. RINGKASAN	54
D. EVALUASI.....	54
BAB VIII <i>TOTAL QUALITY MANAJEMEN (TQM)</i>	55
A. TUJUAN PEMBELAJARAN	55
B. ISI.....	55
C. RINGKASAN	63
D. EVALUASI.....	64
BAB IX <i>CONTINUOUS QUALITY IMPROVEMENT (CQI)</i> DAN GUGUS KENDALI MUTU	65
A. TUJUAN PEMBELAJARAN	65
B. ISI.....	65
C. RINGKASAN	72
D. EVALUASI.....	73
BAB X AKREDITASI RUMAH SAKIT VERSI 2012	74
A. TUJUAN PEMBELAJARAN	74
B. ISI.....	74
C. RINGKASAN	80
D. EVALUASI.....	80
BAB XI <i>ROOT CAUSE ANALYSIS (RCA)</i>	82

A. TUJUAN PEMBELAJARAN	82
B. ISI.....	82
C. RINGKASAN	83
D. EVALUASI.....	83
BAB XII MANAJEMEN MUTU KESEHATAN (TINGKAT PRIMER)	84
A. TUJUAN PEMBELAJARAN	84
B. ISI.....	84
C. RINGKASAN	89
D. EVALUASI.....	89
BAB XIII KEBIJAKAN FASILITAS PELAYANAN KESEHATAN BERJENJANG.....	91
A. TUJUAN PEMBELAJARAN	91
B. ISI.....	91
C. RINGKASAN	95
D. EVALUASI.....	96

BAB I

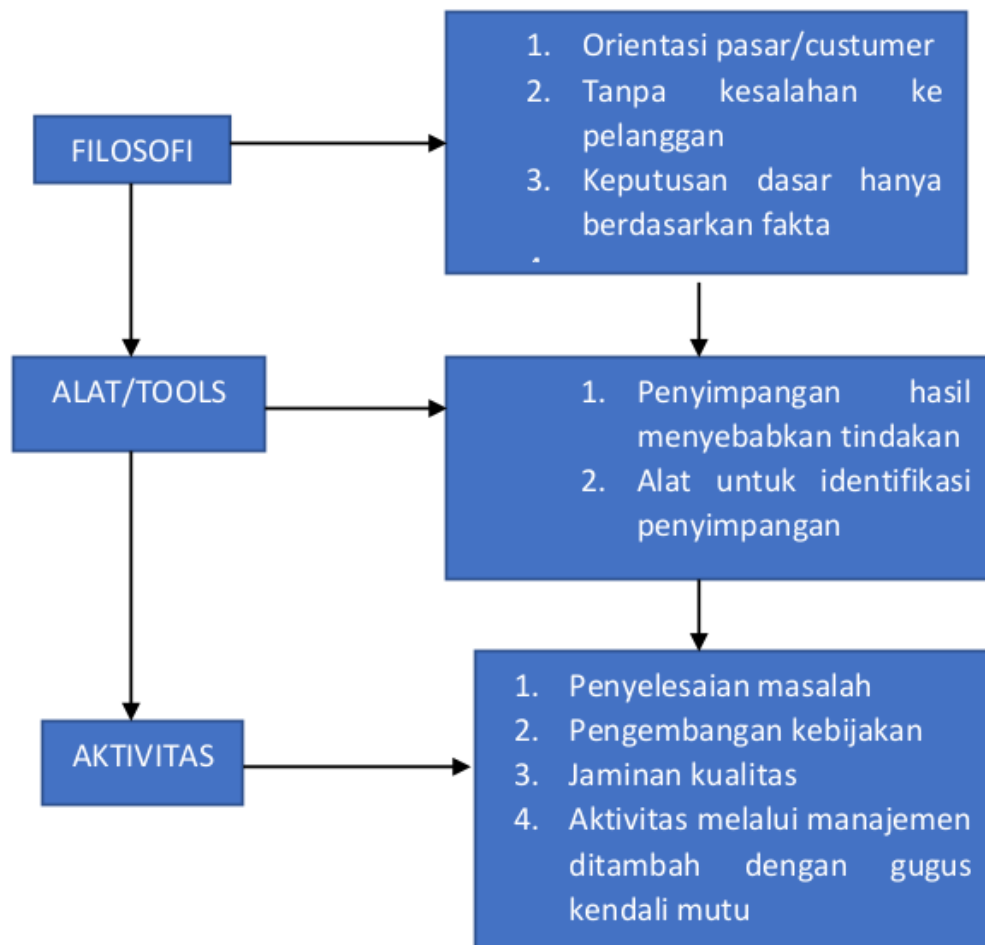
KOMITMEN DAN BUDAYA MUTU

A. TUJUAN PEMBELAJARAN

Memahami konsep komitmen dan budaya mutu

B. ISI

Falsafah kualitas



- Komitmen adalah kesungguhan untuk menerapkan nilai-nilai yang disepakati bersama dalam pola pikir, pola sikap dan pola tindak (Desler, 1994).
- Komitmen pemimpin
 1. Pemimpin sangat berperan dalam mengembangkan visi bersama. Pemimpin wajib paham terhadap posisi organisasi yang dipimpinnya dan konsisten terhadap visi bersama. Konsisten terhadap tujuan organisasi akan dibawa kedepan. Sehingga perbaikan mutu yang berkelanjutan sangat tergantung pada komitmen pemimpinnya.
 2. Komitmen pemimpin akan menjadi model dalam terbentuknya komitmen pada seluruh jajaran organisasi.
 3. Pemimpin mempunyai komitmen untuk memperhatikan pelanggan, komitmen untuk melakukan perbaikan proses yang berkesinambungan, komitmen untuk mewujudkan visi misi dan tujuan organisasi bersama dan komitmen untuk melakukan pencegahan terhadap kesalahan

- Seorang pemimpin mempunyai 4 tugas utama yaitu erumuskan visi dan nilai- nilai, menyusun dan menguraikan kebijakan mutu, membuat strategi untuk mencapai tujuan, mengelola perubahan dan memelihara budaya mutu
- Nilai-nilai dasar komitmen mutu adalah sebagai berikut:
 1. **Orientasi mutu**, berkomitmen untuk senantiasa melakukan pekerjaan dengan arah dan tujuan untuk kualitas pelayanan
 2. **Efektif** adalah berhasil guna, menunjukkan tingkat ketercapaian target yang telah direncanakan, baik menyangkut jumlah maupun mutu hasil kerja.
 3. **Efisien** adalah berdaya guna, dapat menjalankan tugas dan mencapai hasil tanpa pemborosan sumber daya dan hemat waktu
 4. **Inovatif** adalah suatu yang baru sebagai perwujudan ide kreatifitas untuk meningkatkan mutu pelayanan

- Konsep efektifitas, efesiensi, inovasi dan orientasi mutu
 1. **Efektivitas** menunjukkan tingkat ketercapaian target yang telah direncanakan, baik menyangkut jumlah maupun mutu hasil kerja.
 2. **Efisiensi** merupakan tingkat ketepatan realisasi penggunaan sumber daya dan bagaimana pekerjaan dilaksanakan, sehingga tidak terjadi pemborosan sumber daya, penyalahgunaan alokasi, penyalahgunaan prosedur dan mekanisme yang keluar alur.
 3. Indikator dari **efektif dan efisien** antara lain: penghematan, ketercapaian target secara tepat sesuai dengan yang direncanakan, pekerjaan dapat diselesaikan dengan cepat dan tepat serta terciptanya kepuasan semua pihak
 4. Karakteristik ideal dari tindakan yang **berorientasi mutu** dalam penyelenggaraan pelayanan publik antara lain diarahkan untuk meningkatkan kepuasan masyarakat sebagai pelanggan
 5. Implementasi pendekatan **inovatif** dalam penyelenggaraan layanan pemerintahan merupakan sebuah keniscayaan khususnya dalam rangka

meningkatkan kepuasan publik atas layanan aparaturnya.

- Komitmen mutu dalam sebuah organisasi dijalankan dengan strategi, adanya penyusunan program, tahap monitoring, pengendalian dan pelaksanaan.
- Pelaksanaan komitmen mutu antara lain:
 1. Mengadakan perencanaan dan penilaian
 2. Penerapan dan pengorganisasian filosofi *Total Quality Management (TQM)* dalam organisasi RS
 3. Perubahan budaya
 4. Sistem pemberian upah dan penghargaan
 5. Membangun tim
 6. Kesiapan manajemen
 7. Teknik/alat analisis
 8. Pendidikan dan pelatihan
- Konsep budaya mutu
 1. Definisi budaya mutu menurut Goetsch D.L dan Davis D.L (2002:110) adalah sistem nilai organisasi yang menghasilkan suatu lingkungan yang kondusif bagi pembentukan dan perbaikan mutu secara terus menerus. Budaya mutu terdiri

dari filosofi, keyakinan, sikap, norma, tradisi, prosedur, dan harapan yang meningkatkan kualitas.

2. Watson M.A., dan Gryna, F.M., (2001:41) mengemukakan "*quality culture is the pattern of habits, beliefs, and behaviour concerning quality*".
3. Hardjosoedarmo (2004:92) memaparkan budaya kualitas adalah tata nilai, keyakinan dan harapan yang tertanam dan berkembang di kalangan anggota organisasi mengenai pekerjaannya untuk menghasilkan produk dan jasa yang berkualitas.
4. Untuk mencapai pelayanan yang berkualitas diperlukan organisasi yang tertib. Itulah sebabnya perlu untuk memperkuat budaya mutu organisasi sehingga dapat mendukung peningkatan mutu.
5. Untuk dapat melakukannya, harus menerapkan prinsip peningkatan mutu pelayanan yang berkelanjutan.
6. Untuk meningkatkan pelayanan kesehatan agar lebih bermutu dan terjangkau oleh masyarakat, maka perlu dilaksanakan berbagai upaya yang dilakukan secara sistematis, konsisten dan terus menerus.

- Contoh tata nilai mutu yang berkembang adalah Perusahaan Marriot yang memiliki integritas, peduli pelanggan, kemitraan, nilai ekonomis, kerja tim, kreativitas dan unik artinya berbeda dengan perusahaan yang lain. Contoh yang lain adalah Hewlett Packard (HP) mempunyai karakteristik respect terhadap pelanggan, terbaik dalam hal teknologi, kerja yang superior dan komitmen universal.
- Pilar utama budaya mutu yang berkelanjutan
 1. **Visi manajemen dan komitmen**, nilai organisasi dan komitmen semua level sangat diperlukan.
 2. **Tanggungjawab**, agar semua pihak bertanggungjawab perlu standar yang kuat
 3. **Pengukuran umpan balik**, perlu dibuat sistem evaluasi untuk memastikan tingkat ketercapaian mutu yang diinginkan.
 4. **Pemecahan masalah dan proses perbaikan**, setiap capaian mutu yang tidak diharapkan harus ada upaya perbaikan.
 5. **Komunikasi yang baik**, harus ada transfer informasi agar sistem manajemen dapat berjalan dengan baik dengan jalur komunikasi yang jelas

6. **Pengembangan staf dan pelatihan**, pelatihan berhubungan dengan pengembangan sumber daya yang dapat mempengaruhi kemampuan organisasi dalam memberikan pelayanan
 7. **Keterlibatan dan pemberdayaan semua staf/tim**, staf yang terlibat adalah yang mempunyai keterikatan dan tanggung jawab
 8. **Penghargaan dan pengakuan**, sebagai bagian dari strategi, perlu memberikan penghargaan dan pengakuan kepada individu maupun tim mendapat insentif untuk melakukan pekerjaan dengan baik namun tetap mengacu pada visi pelayanan dan nilai.
 9. **Mengingatkan kembali dan pemberdayaan**, petugas harus diingatkan tentang prioritas pelayanan yang harus diberikan.
- Delapan budaya TQM adalah sebagai berikut:
 1. Komunikasi terbuka
 2. Pemberdayaan karyawan
 3. Pencegahan kesalahan → *Zero Defect*
 4. Fokus eksternal (pelanggan)
 5. Kesesuaian terhadap kualitas

6. Perbaikan secara terus menerus → stabilitas
 7. Membangun hubungan kerjasama
 8. Penyelesaian masalah sampai ke akar-akarnya
- Proses pengembangan budaya mutu
Dimulai dari pimpinan dalam bentuk kegiatan manajerial seperti :
 1. Restrukturisasi sistem dan kebijakan yang mendukung upaya perbaikan mutu
 2. Mengidentifikasi bersama nilai-nilai baru yang perlu dikembangkan
 3. Bersedia menjadi role model
 4. Selalu melakukan komunikasi dan sosialisasi nilai-nilai baru
 5. Memberikan dukungan terhadap perubahan perilaku
 6. Mengubah kriteria untuk melakukan rekrutmen dan promosi dengan memperhatikan nilai-nilai dan kontribusi terhadap perilaku mutu
 - Komitmen agar budaya mutu berjalan maka perlu adanya perlakuan yang adil terhadap karyawan, adanya komunikasi dua arah antara pimpinan dan karyawan, penghargaan, kesepakatan untuk aktualisasi diri, jaminan keamanan sebagai karyawan dan

rekrutmen dengan mempertimbangkan nilai-nilai yang berlaku dalam organisasi.

- Manfaat budaya mutu
 1. Pasien
 - Kepuasan
 - Kesembuhan
 - Ketepatan
 - Keamanan
 - Kenyamanan
 2. Karyawan
 - Mengerjakan dengan benar
 - Kebanggaan
 - Mengurangi kesalahan
 - Kendali terhadap waktu
 3. Management
 - Mutu sebagai investasi
 - Efisiensi

C. RINGKASAN

Pemimpin mempunyai komitmen untuk memperhatikan pelanggan, komitmen untuk melakukan perbaikan proses yang berkesinambungan, komitmen untuk mewujudkan visi misi dan tujuan organisasi bersama dan komitmen untuk melakukan pencegahan terhadap kesalahan.

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

D. EVALUASI

1. Tuliskan nilai-nilai dasar komitmen mutu!
2. Jelaskan konsep efektivitas dan contoh efektifitas dalam pelayanan kesehatan di lingkungan RS!
3. Mengapa mutu sangat penting dalam menunjang pelayanan kesehatan?
4. Tuliskan 8 budaya TQM!
5. Jelaskan manfaat budaya mutu bagi pasien!

BAB II

EVALUASI MUTU

A. TUJUAN PEMBELAJARAN

Memahami konsep evaluasi mutu

B. ISI

Model evaluasi mutu berdasarkan kajian internal dan eksternal

- Konsep kajian internal
 1. Pra kajian internal membahas tentang penyebab dilakukan kajian internal, apa saja yang akan dikaji, siapa yang akan melakukan kajian dan kapan akan dilakukan kajian.
 2. Persiapan kajian internal: mengkaji kebijakan dan peraturan organisasi, mencermati batas waktu, mengalokasikan tanggung jawab dan pencapaian tujuan program peningkatan mutu.
 3. Pelaksanaan kajian internal: melakukan pengamatan atau observasi dan analisis kajian berdasarkan data yang didapat.
- Konsep kajian eksternal:

1. Lisensi, bertujuan untuk melindungi masyarakat dari praktek-praktek yang tidak bertanggung jawab. Diberikan kepada seseorang atau institusi agar bisa memberikan pelayanan secara legal.
2. Sertifikasi
 - Sertifikasi adalah kegiatan yang berhubungan dengan pemberian sertifikat untuk memberi jaminan pada seseorang/ institusi dapat melakukan pelayanan publik secara legal.
 - Pemberian ijazah dan sertifikat dikaitkan dengan telah berhasilnya (lulusan) seseorang setelah menempuh pendidikan dan latihan teknis medis professional.
 - Sertifikasi juga menunjukkan bahwa tenaga medis/paramedis tersebut telah memenuhi syarat/mampu/diizinkan praktik sebagaimana tertera dalam sertifikat.
3. Akreditasi
 - Tenaga medis dalam melakukan pelayanan tidak hanya harus bersertifikasi tetapi juga memperoleh angka-angka kredit tertentu

berkaitan dengan praktik medisnya, semakin banyak angka kredit, maka makin baik mutunya (semakin aktif memberi pelayanan kesehatan).

- Akreditasi dilakukan secara berkala dengan tujuan untuk penilaian tentang kemampuan dalam memberikan pelayanan medisnya tetap, turun atau meningkat. Contoh angka kredit pelayanan tenaga medis/paramedis, akreditasi rumah sakit, akreditasi sekolah kesehatan dll.
- ServQual (*Service Quality*)
 1. Model ini dikenal pula dengan *Gap Analysis Model* yang berkaitan erat dengan kepuasan pelanggan.
 2. Model ini dikenalkan oleh A. Parasuraman, Valarie A. Zeithaml dan Leonard L. Berry pada tahun 1983.
 3. Gap kualitas jasa yang berpotensi menjadi sumber masalah kualitas jasa ada 5 antara lain:
 - Gap 1 adalah gap antara harapan pelanggan dan persepsi manajemen (*knowledge gap*).
 - Gap 2 adl gap antara persepsi manajemen terhadap harapan konsumen dan spesifikasi kualitas jasa (*standards gap*)

- Gap 3 adalah gap antara spesifikasi kualitas jasa dan penyampaian jasa (*delivery gap*)
 - Gap 4 adalah gap antara penyampaian jasa dan komunikasi eksternal (*communications gap*)
 - Gap 5 adalah gap antara jasa yang dipersepsikan dan jasa yang diharapkan (*service gap*)
4. Model ServQual didasarkan pada asumsi bahwa konsumen membandingkan kinerja jasa pada atribut-atribut relevan dengan standar ideal untuk masing-masing atribut jasa.
 5. Bila kinerja sesuai dengan atau melebihi standar, maka persepsi atas kualitas jasa keseluruhan akan positif atau sebaliknya dengan menganalisis dua variabel pokok yakni jasa yang diharapkan (*expected service*) dan jasa yang dipersepsikan (*perceived service*).
 6. Pengukuran kualitas jasa dalam model ini didasarkan pada skala yang dirancang untuk mengukur harapan dan persepsi pelanggan serta gap diantara keduanya pada 5 dimensi utama kualitas jasa (realibilitas, daya yanggap, jaminan, empati, dan bukti fisik). Kelima dimensi tersebut

dijabarkan ke dalam masing-masing atribut rinci untuk variabel harapan dan variabel persepsi, yang disusun dalam pernyataan-pernyataan berdasarkan skala Likert dari 1 (Sangat Tidak Setuju) sampai 7 (Sangat Setuju).

7. Skor untuk masing2 pasang pernyataan dapat dihitung berdasarkan rumus (Zeithaml,et al., 1990) cit Tjiptono, 2005 :

Skor ServQual = Skor persepsi-skor harapan

8. Perhitungan skor kualitas jasa bias dihitung dengan beberapa level antara lain item by item pernyataan, *dimension by dimension of quality* dan penghitungan ukuran tunggal kualitas jasa.
9. Dimension dan atribut model servqual
 - Realibilitas
 1. Menyediakan jasa sesuai yang dijanjikan
 2. Dapat diandalkan dalam menangani masalah jasa pelanggan
 3. Menyampaikan jasa secara benar dan semenjak pertama kali
 4. Menyampaikan jasa sesuai waktu yang dijanjikan

5. Menyimpan catatan/dokumen tanpa kesalahan

- Daya tanggap

1. Menginformasikan pelanggan tentang kepastian waktu penyampaian jasa
2. Layanan yang segera/ cepat bagi pelanggan
3. Kesiapan untuk membantu pelanggan
4. Kesiapan untuk merespon permintaan pelanggan

- Jaminan

1. Karyawan yang menumbuhkan rasa percaya para pelanggan
2. Membuat pelanggan merasa aman sewaktu melakukan transaksi
3. Karyawan secara konsisten bersikap sopan
4. Karyawan yang mampu menjawab pertanyaan pelanggan

- Empati

1. Memberikan perhatian individual kepada pelanggan

2. Karyawan yang memperlakukan pelanggan secara penuh perhatian
3. Sungguh-sungguh mengutamakan kepentingan pelanggan
4. Karyawan yang memahami kebutuhan pelanggan
5. Waktu beroperasi (jam kantor) yang nyaman

- **Bukti fisik**

1. Peralatan modern
2. Fasilitas yang berdaya tarik visual
3. Karyawan yang berpenampilan rapi dan profesional
4. Materi-materi berkaitan dengan jasa yang berdaya tarik visual

C. RINGKASAN

Model evaluasi mutu terbagi 2 jenis yaitu kajian internal dan eksternal. Kajian internal terdiri dari pra, persiapan dan pelaksanaan. Kajian eksternal terdiri dari lisensi, sertifikasi dan akreditasi.

D. EVALUASI

1. Jelaskan evaluasi mutu pada pelaksanaan kajian internal!
2. Mengapa lembaga seperti RS sangat membutuhkan akreditasi?
3. Apa pengertian model SerQual?
4. Tuliskan 5 gap kualitas jasa!
5. Mengapa dimensi dan atribut model SerQual ada rasa empati?

BAB III

MANAJEMEN RESIKO

A. TUJUAN PEMBELAJARAN

Memahami konsep manajemen risiko

B. ISI

2
Pengertian risiko

- Risiko (Arthur & Richard, M.H) adalah suatu variasi dari hasil-hasil yang dapat terjadi selama periode tertentu.
- Risiko (Soekarto) adalah ketidakpastian atas terjadinya suatu peristiwa.
- Risiko (Herman Darmawi) adalah probabilitas sesuatu hasil/outcome yang berbeda dengan yang diharapkan.

Ketidakpastian

- Risiko timbul karena ada ketidakpastian.
- Kondisi yang tidak pasti karena beberapa sebab antara lain tenggang waktu antara perencanaan suatu kegiatan sampai akhir kegiatan, keterbatasan informasi dan keterbatasan pengetahuan /kemampuan /teknik pengambilan keputusan.

- Ketidakpastian diklasifikasikan kedalam beberapa aspek antara lain:
 1. Ketidakpastian ekonomi adalah kejadian yg timbul akibat perilaku dari pelaku ekonomi, contoh: perubahan sikap konsumen, perubahan teknologi.
 2. Ketidakpastian alam adalah ketidakpastian karena alam, contoh: badai, banjir, gempa, kebakaran.
 3. Ketidakpastian manusia adalah ketidakpastian oleh karena manusia, contoh: perang, pembunuhan, pencurian.
- Macam-macam risiko menurut jenisnya
 1. Risiko murni adalah risiko yg apabila terjadi tentu menimbulkan kerugian dan tanpa disengaja, misalnya: kebakaran, bencana alam, pencurian.
 2. Risiko spekulatif adalah risiko yang sengaja ditimbulkan oleh yang bersangkutan, agar terjadi ketidakpastian memberikan keuntungan kepadanya, misalnya: risiko hutang piutang, perjudian.
 3. Risiko fundamental adalah risiko yang penyebabnya tidak dapat dilimpahkan kepada

seseorang dan yang menderita tidak hanya satu misalnya: banjir, angin topan.

4. Risiko khusus adalah risiko yang bersumber pada peristiwa mandiri dan umumnya mudah diketahui penyebabnya, misalnya: kapal kandas, pesawat jatuh
 5. Risiko dinamis adalah risiko yang timbul karena kemajuan masyarakat dibidang ekonomi, ilmu dan teknologi. Kebalikannya Risiko statis seperti hari tua, risiko kematian.
- Risiko didapatkan atau tidak, dapat dialihkan kepada pihak lain, dengan mempertanggungkan suatu objek yang akan terkena risiko kepada perusahaan asuransi. Risiko yang tidak dapat dialihkan kepada pihak lain, umumnya semua jenis risiko spekulatif.
 - Risiko menurut sumber/penyebab timbulnya
 1. Risiko intern yaitu risiko yang berasal dari dalam perusahaan sendiri, seperti kecelakaan kerja, mis manajemen
 2. Risiko ekstern yaitu risiko yang berasal luar perusahaan, seperti risiko pencurian, persaingan.

- Manajemen risiko merupakan suatu proses mengidentifikasi, mengukur risiko serta membentuk strategi untuk mengelolanya melalui sumber daya yang tersedia. Manajemen risiko mencakup kegiatan merencanakan, mengorganisir, menyusun, memimpin dan mengawasi/mengevaluasi program penanggulangan risiko.
- Tahap-tahap dalam manajemen risiko antara lain:
 1. Identifikasi risiko
 - Proses ini meliputi identifikasi risiko yang mungkin terjadi dalam suatu aktivitas usaha.
 - Identifikasi risiko secara akurat dan komplit sangatlah vital dalam manajemen risiko.
 - Salah satu aspek penting dalam identifikasi risiko adalah mendaftar risiko yang mungkin terjadi sebanyak mungkin.
 - Teknik teknik yang dapat digunakan dalam identifikasi risiko antara lain *brainstorming*, survei, wawancara, informasi historis, kelompok kerja dll.
 2. Analisis risiko

- Setelah melakukan identifikasi resiko maka tahap berikutnya adalah pengukuran resiko dengan cara melihat potensial terjadinya seberapa besar *severity* kerusakan dan probabilitas terjadinya resiko.
- Penentuan probabilitas terjadinya suatu event sangatlah subyektif dan berdasarkan nalar/pengalaman. Beberapa resiko memang mudah untuk diukur namun sangatlah sulit untuk memastikan probabilitas suatu kejadian yang sangat jarang terjadi.
- Sehingga pada tahap ini sangatlah penting untuk menentukan dugaan yg terbaik agar nantinya kita dapat memprioritaskan dengan baik dalam implementasi perencanaan manajemen resiko

3. Pengelolaan resiko

Beberapa jenis pengelolaan resiko antara lain:

- *Risk avoidance*, yaitu memutuskan untuk tidak melakukan aktivitas yang mengandung resiko sama sekali. Dalam memutuskan untuk melakukannya maka harus dipertimbangkan

potensial keuntungan dan potensial kerugian yang dihasilkan oleh suatu aktivitas.

- *Risk reduction*, disebut juga *risk mitigation* yaitu merupakan metode yg mengurangi kemungkinan terjadinya suatu risiko/pun mengurangi dampak kerusakan yang dihasilkan oleh suatu risiko
- *Risk transfer*, yaitu memindahkan resiko kepada pihak lain, umumnya melalui suatu kontrak asuransi maupun *hedging*
- *Risk deferral*, dampak suatu resiko tidak selalu konstan. *Risk deferral* meliputi menunda aspek suatu proyek hingga saat dimana probabilitas terjadinya resiko tersebut kecil.
- *Risk retention*, walaupun resiko tertentu dapat dihilangkan dengan cara mengurangi maupun mentransfernya namun beberapa resiko harus tetap diterima sebagai bagian penting dari aktivitas.

4. Implementasi manajemen risiko

Implementasi manajemen risiko adalah setelah memilih respon yg akan digunakan untuk menangani

risiko, saat untuk mengimplementasi metode yg telah direncanakan.

5. Monitoring

Kerugian akan membutuhkan suatu perubahan dalam rencana dan keputusan mengenai penanganan suatu risiko utk itu penting utk dilakukan monitor.

- 2 Dampak adalah efek biaya, waktu dan kualitas yang dihasilkan suatu risiko

Dampak	Biaya	Waktu	Kualitas
Sangat rendah	Dana mencukupi	Agak menyimpang dari target	Kualitas agak berkurang
Rendah	Menambah dana tambahan	Agak menyimpang dari target	Gagal untuk memenuhi janji pada stakeholder
Sedang	Menambah dana tambahan	Berdampak pada stakeholder	Target tidak dapat dimanfaatkan
Tinggi	Dana besar	Gagal memenuhi deadline	Gagal untuk memenuhi kebutuhan,

			banyak stakeholder
Sangat tinggi	Semakin besar	Penundaan merusak proyek	Proyek tidak efektif dan tidak berguna

- Pentingnya mempelajari manajemen risiko
 1. Sebagai anggota organisasi: dapat mengetahui cara atau metode yang tepat untuk menghindari atau mengurangi besarnya kerugian sebagai akibat ketidakpastian terjadinya suatu peristiwa yang merugikan.
 2. Sebagai individu: dapat menjadi manajer risiko yang profesional di perusahaan dan dapat lebih berhati-hati dalam mengatur kehidupan pribadinya sehari-hari.
- Sumbangan manajemen risiko
 1. Bagi perusahaan
 - Menimbulkan keyakinan kepada pimpinan, sehingga dapat membantu meningkatkan kemampuannya untuk menganalisis dan menyimpulkan spekulatif yg tidak dapat dihindari.

- Dapat mengurangi keragu-raguan dalam pengambilan keputusan yang dapat mendatangkan keuntungan.
- Akan mendapatkan kepercayaan yang lebih besar dari pihak-pihak terkait.

2. Bagi keluarga

- Mampu melindungi keluarga dari kerugian-kerugian yang parah, sebagai akibat terjadinya peristiwa yang merugikan
- Jika keluarga telah terlindungi secara memadai dari risiko misal kematian, kehilangan kekayaan, maka akan memusatkan perhatian dalam pengembangan karir dan investasi.
- Akan meringankan keluarganya dari tekanan mental dan fisik akibat adanya ketidakpastian/risiko.

3. Bagi masyarakat

- Penanggulangan yang baik terhadap kemungkinan terjadinya pemogokan buruh akan menghindari masyarakat disekitar perusahaan akibat huru hara akibat pemogokan.

- Pengelolaan limbah yang baik untuk menghindari pencemaran lingkungan akan ikut memelihara ketentraman kehidupan masyarakat sekitar.

C. RINGKASAN

Manajemen risiko merupakan suatu proses mengidentifikasi, mengukur risiko serta membentuk strategi untuk mengelolanya melalui sumber daya yang tersedia. Tahap-tahap dalam manajemen risiko antara lain identifikasi risiko, analisis risiko, pengelolaan risiko, implementasi manajemen risiko dan monitoring.

D. EVALUASI

1. Mengapa risiko berhubungan dengan ketidakpastian?
2. Jelaskan tahap identifikasi risiko!
3. Mengapa pentingnya mempelajari manajemen risiko?
4. Bagaimana risiko yang dihasilkan jika biaya, waktu dan kualitas dengan dampak sangat besar?
5. Bagaimana sumbangan manajemen risiko bagi perusahaan?

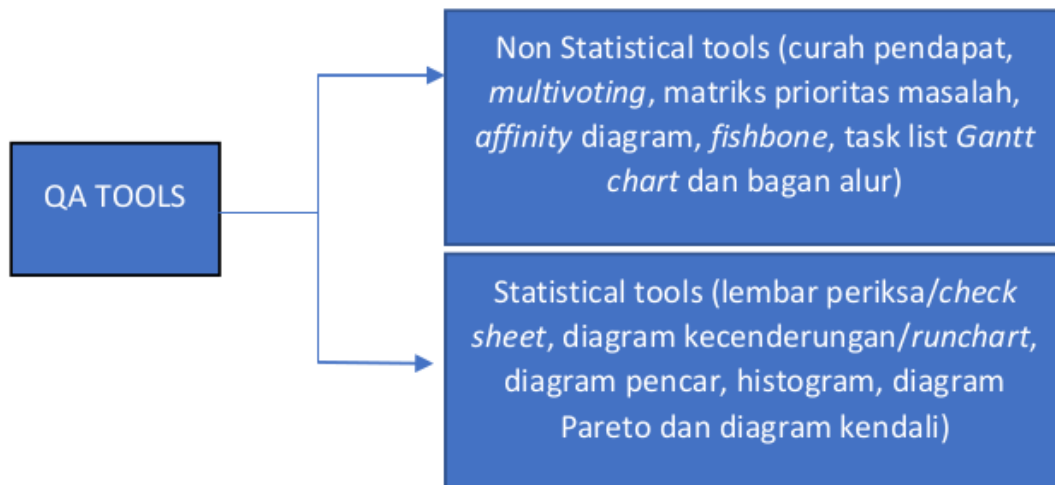
BAB IV

QUALITY IMPROVEMENT TOOLS

A. TUJUAN PEMBELAJARAN

Memahami konsep *quality improvement tools*

B. ISI



QA tools adalah alat untuk mengembangkan ide, mengelompokkan, memprioritaskan dan memberi arah pengambilan keputusan.

- Curah pendapat
 1. Curah pendapat merupakan teknik untuk mengembangkan ide dalam waktu yang singkat.
 2. Kegunaan curah pendapat yaitu digunakan untuk mengembangkan daftar masalah, topik untuk

pengumpulan data, solusi masalah, kriteria monitoring, mengembangkan kreativitas, menggambarkan aspek-aspek dari suatu pokok bahasan dan dapat digunakan dalam setiap fase perbaikan proses

3. Teknik dalam curah pendapat yaitu tiap anggota secara bergilir berputar menyumbangkan pendapat, kemudian tiap putaran hanya mengemukakan satu pendapat, mengatakan “lewat” bila belum mempunyai pendapat yang akan disampaikan, teruskan sampai semua anggota mengatakan “lewat dan menghindari mengkritik pendapat anggota.
- *Multivoting* adalah teknik untuk memilih atau memprioritaskan ide dari daftar ide yang banyak. Digunakan untuk identifikasi ide pokok yang kritical dan perlu disegerakan dalam mendapat perhatian.
 - Matriks prioritas adalah metode untuk memilih atau memprioritaskan ide/masalah/kemungkinan solusi dengan menggunakan kriteria yang disepakati. Digunakan untuk memprioritaskan masalah dan memilih solusi.

- *Fish bone* adalah diagram untuk menggambarkan penyebab-penyebab suatu masalah secara rinci. Kegunaannya adalah sebagai berikut:
 1. Memberikan gambaran umum suatu masalah dan penyebabnya
 2. Memfasilitasi tim untuk identifikasi sebab masalah
 3. Langkah awal untuk menentukan fokus perbaikan
 4. Mengembangkan ide untuk pengumpulan data dan atau mengembangkan solusi
 5. Identifikasi sebab variasi proses dan analisis masalah
- Bagan alur adalah bagan untuk menggambarkan urutan langkah dari suatu proses spesifik. Digunakan untuk identifikasi masalah, analisis masalah dan menentukan “*ideal path*” dalam merencanakan perbaikan. Bagan alur dikenal dengan bagan alur makro dan mikro.
- Lembar periksa adalah alat statistik untuk mencatat terjadinya suatu kejadian pada interval yang teratur. Digunakan untuk menyelidiki frekuensi terjadinya suatu kejadian. Alat ini merupakan titik awal pengumpulan data.

- *Run chart* adalah diagram untuk menggambarkan atau memplot terjadinya suatu kejadian secara berurutan. Digunakan untuk identifikasi kecenderungan, identifikasi pergeseran dari rerata dan bermanfaat untuk analisis data dan monitoring.
- Diagram pencar adalah grafik untuk menggambarkan hubungan antara dua variabel. Digunakan untuk mempelajari hubungan satu variabel terhadap variabel yang lain.
- Histogram adalah gambaran visual dalam bentuk bar untuk menunjukkan frekuensi distribusi dari suatu variable. Digunakan untuk menganalisis dan interpretasi distribusi data, pola variasi. Langkah menyusun histogram:
 1. Identifikasi nilai pengukuran
 2. Identifikasi rentang nilai total, identifikasi berapa kategori
 3. Identifikasi rentang nilai tiap kategori
 4. Hitung frekuensi tiap kategori
 5. Axis X: kategori, axis Y: frekuensi

- Pareto adalah bar diagram untuk memvisualisasi distribusi kejadian. Frekuensi kejadian diurutkan dari yang tertinggi ke yang rendah. Digunakan untuk memilih starting point dalam problem solving, identifikasi sebab masalah yang dominan dan monitoring keberhasilan.
- Diagram kendali adalah suatu run chart yang dilengkapi dengan limit atas dan limit bawah. Digunakan untuk mengidentifikasi adanya penyimpangan spesifik.

C. RINGKASAN

QA tools adalah alat untuk mengembangkan ide, mengelompokkan, memprioritaskan dan memberi arah pengambilan keputusan.

D. EVALUASI

1. Tuliskan langkah-langkah kegiatan curah pendapat!
2. Jelaskan kegunaan *fish bone*!
3. *Multivoting* termasuk kedalam jenis *QA Tools*?
4. Apa itu *ideal path*?
5. Tuliskan kegunaan dari *pareto*!

BAB V

MUTU DAN BIAYA PELAYANAN KESEHATAN

A. TUJUAN PEMBELAJARAN

Memahami konsep mutu dan biaya pelayanan kesehatan

B. ISI

- Salah satu masalah pelayanan kesehatan adalah terkotak-kotaknya pelayanan kesehatan.
- Pelayanan kesehatan yang menyeluruh dan terpadu (*comprehensive and integrated health services*) Menurut Somers (1974) adalah pelayanan yang memadukan berbagai upaya kesehatan yang ada di masyarakat yakni peningkatan dan pemeliharaan kesehatan pencegahan dan penyembuhan penyakit serta pemulihan kesehatan.
- Menurut Azwar (1996) Pelayanan kesehatan yang menyeluruh dan terpadu adalah pelayanan kesehatan yang menerapkan pendekatan menyeluruh. Tidak hanya memperhatikan keluhan pasien, namun juga latar belakang pasien seperti sosial ekonomi, sosial budaya, psikologi, dll.
- Untuk mewujudkannya, pelayanan kesehatan di Indonesia menggunakan pendekatan sistem dengan

membagi pelayanan dalam beberapa stata, yaitu pelayanan tingkat pertama, pelayanan tingkat kedua dan pelayanan tingkat ketiga.

- Mutu dan biaya

Kualitas yang semakin tinggi akan menghasilkan keuntungan yang lebih tinggi, sebaliknya kualitas yang semakin rendah akan mengakibatkan keuntungan yang semakin rendah dan menimbulkan biaya yang kelihatan (*visible cost*) maupun tidak (*invisible cost*) bagi perusahaan.

Jika kualitas pelayanan kesehatan dapat dilaksanakan secara berkesinambungan, hal ini juga akan menjadikan biaya pelayanan kesehatan bisa lebih efisien. Contoh kasus: jika manajemen pemeliharaan alat medis dapat dilaksanakan maka peralatan medis tidak akan cepat rusak, tidak selalu beli sehingga terjadi pemborosan biaya yang akan membebani biaya operasional Rumah Sakit.

Adanya pemeliharaan alat medis yang berkesinambungan, selain efisien terkait biaya, juga efektif karena aktivitas pelayanan kesehatan akan berjalan lancar. Contoh kasus: jika tiba-tiba salah satu

alat operasi tidak berfungsi (hal ini bisa berakibat fatal, bahkan operasi bisa gagal).

- Biaya mutu terbagi menjadi dua yaitu:

1. Biaya akibat kualitas yang buruk

- *Internal failure cost*

Internal failure cost (biaya kegagalan internal) adalah biaya yang dibutuhkan untuk memperbaiki kerusakan yang terjadi sebelum jasa atau layanan sampai kepada pelanggan, misalnya menurunnya produktifitas, pengerjaan ulang dll.

- *External failure cost*

External failure cost (biaya kegagalan eksternal) adalah biaya yang timbul akibat jasa gagal memenuhi persyaratan yang telah disampaikan kepada pelanggan. Contoh biaya ini, keluhan pelanggan (komplain pelanggan akan menguras waktu, biaya, dan tenaga), asuransi kecelakaan, kerugian biaya karena mengganti jasa yang tidak sesuai dengan harapan pelanggan.

2. Biaya mempertahankan kualitas yang baik

- *Appraisal cost* (biaya penilaian)
Appraisal cost/biaya penilaian adalah biaya yang dikeluarkan untuk menentukan apakah jasa yang dihasilkan telah sesuai dengan standar atau kriteria persyaratan kualitas. Tujuannya adalah untuk menghindari terjadinya kesalahan selama penyampaian jasa.
- *Prevention cost* (biaya pencegahan)
Prevention cost/biaya pencegahan adalah biaya yang berhubungan dengan usaha untuk mencegah segala kemungkinan kerusakan atau kegagalan jasa
- *Recovery cost* (biaya pemulihan)
Recovery cost/biaya pemulihan adalah biaya yang berkenaan dengan kompensasi adanya perubahan kualitas jasa sebelum mencapai akhir *service encounter* tertentu dan sebelum perusahaan kehilangan pelanggan.
- Tiga elemen biaya mutu
 1. *Labor cost: costs of time for QM activities*

2. *Material costs: costs of supplies and equipment for QM activities*
3. *Overhead costs: costs associate with indirect labor*

C. RINGKASAN

Kualitas yang semakin tinggi akan menghasilkan keuntungan yang lebih tinggi, sebaliknya kualitas yang semakin rendah akan mengakibatkan keuntungan yang semakin rendah dan menimbulkan biaya yang kelihatan (*visible cost*) maupun tidak (*invisible cost*) bagi perusahaan.

D. EVALUASI

1. Tuliskan definisi sistem pelayanan terpadu!
2. Jelaskan biaya mutu kualitas baik dari sisi biaya penilaian!
3. Tuliskan 3 elemen biaya mutu!
4. Menurut pendapat anda, bagaimaimana pendekatan sistem pelayanan kesehatan di Indonesia?
5. Mengapa biaya mutu terjadi juga pada keadaan kualitas yang buruk?

BAB VI

RISIKO PADA RUMAH SAKIT

A. TUJUAN PEMBELAJARAN

Memahami konsep risiko di lingkungan Rumah Sakit.

B. ISI

- Rumah sakit merupakan lingkungan yang padat risiko. Area lingkup antara lain dari pasien, staf medis, tenaga kesehatan dan staf lain, fasilitas, lingkungan dan bisnis.
- Risiko berdasarkan topik terbagi menjadi 2 yaitu bersifat klinis dan non klinis. Bersifat klinis terbagi menjadi infeksi, penyakit akibat kerja dan *medication error*. Non klinis terbagi menjadi tuntutan, piutang dan fasilitas.
- *Failure mode and effect analyses* (FMEA) merupakan metode pendekatan untuk mengidentifikasi kemungkinan kegagalan/error/kesalahan yang bisa terjadi pada suatu proses, umumnya pendekatannya adalah pada proses risiko tinggi.

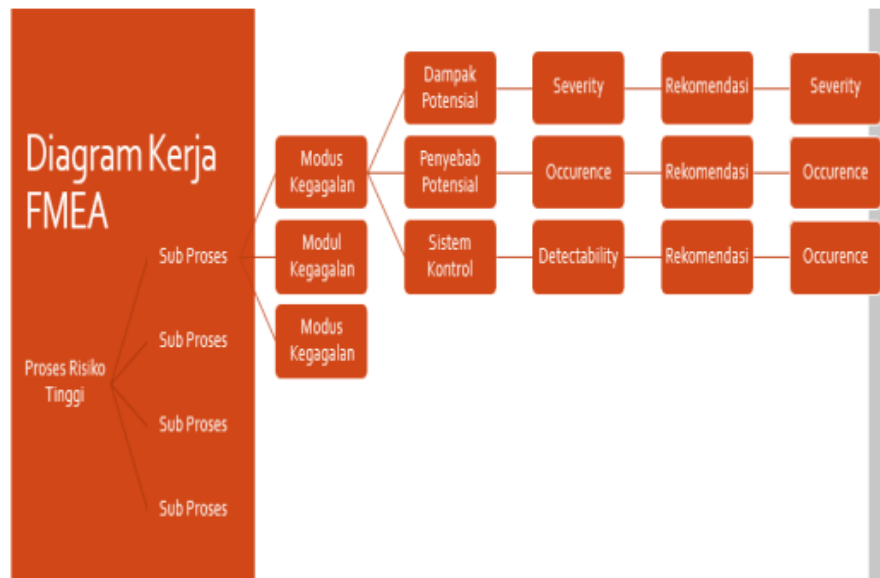


Diagram Kerja FMEA

- Contoh *Framework FMEA*

Modus kegagalan pada proses-sub proses	Modus kegagalan berdasarkan non proses
<ul style="list-style-type: none"> - Berasal dari modus kegagalan yang mungkin terjadi pada sub proses ataupun sub proses. - Area pasien, staf medis, fasilitas, bisnis, dll digabungkan dalam 	<ul style="list-style-type: none"> -Berdasarkan pengalaman, misalnya insiden keselamatan pasien. -Berdasarkan <i>sentinel event</i> yang ingin dihindari -Berdasarkan sesuatu pemikiran negatif yaitu

kesatuan proses yang dibahas.	ketakutan akan timbulnya sesuatu -bisa terdiri dari area pasien, staf, fasilitas, bisnis, dll.
-------------------------------	---

Perlakuan terhadap keduanya sama. Yaitu diberi RPN berupa *Severity*, *Occurrence*, dan *Detectability*, kemudian berdasarkan rangking risiko, dipilih risiko/modus kegagalan yang akan dimitigasi.

Kriteria dampak/*severity* (SEV)

Severity Level	Manusia	Aset	Lingkungan
1-2	Cedera sangat ringan	Kerusakan asset/kerugian finansial sangat sedikit	Dampak sangat ringan
3-4	Cedera ringan	Kerusakan asset/kerugian finansial ringan	Dampak ringan
5-7	Cedera berat	Kerusakan asset/kerugian finansial sedang	Dampak sedang
8-9	Cacat permanen	Kerusakan asset/kerugian finansial berat	Dampak berat
10	Meninggal	Kerusakan asset/kerugian finansial sangat	Dampak luas

		luas	
--	--	------	--

*Berlaku satu parameter terpenuhi, maka *severity* level terpenuhi, contohnya pada manusia, mengalami cedera ringan, namun reputasi sangat luas dan berat maka *severity* levelnya adalah 10.

- Penyebab potensial/*potential/cause/occurrence*

Penyebab potensial adalah setiap risiko/kegagalan, kesalahan, error, pasti memiliki suatu kemungkinan penyebab terjadinya. Penyebab potensial memiliki nilai yang dapat diukur tingkatnya yaitu dari segi seberapa sering penyebab itu muncul atau seberapa mungkin penyebab itu muncul. Misalnya risiko yang dibahas adalah salah pemberian obat, penyebab potensialnya adalah kesalahan pembacaan resep. Maka kesalahan pembacaan resep adalah hal yang dinilai kemunculannya, bukan salah pemberian obatnya.

- Detektabilitas/*detectability* atau kesiapan sistem (DET)

Detektabilitas dapat diartikan sebagai seberapa mungkin kesalahan, error, insiden, kecelakaan bias diketahui sebelum itu benar-benar terjadi. Suatu kecelakaan akan sangat kecil kemungkinan terjadi bila kita selalu mengetahui kecelakaan itu akan terjadi. Contoh

kasus adalah gunung meletus dapat diperkirakan kejadiannya melalui pemantauan yang ketat dan terus-menerus baik secara online dan offline, maka detektabilitas gunung meletus dikatakan tinggi. Contoh yang lain pada pasien yang akan dioperasi pada Rumah Sakit yang menerapkan prosedur time out dengan baik, maka detektabilitasnya untuk kejadian salah sisi sangat tinggi, artinya pasien selalu dapat diketahui bila akan terjadi salah sisi.

Kriteria Detektabilitas

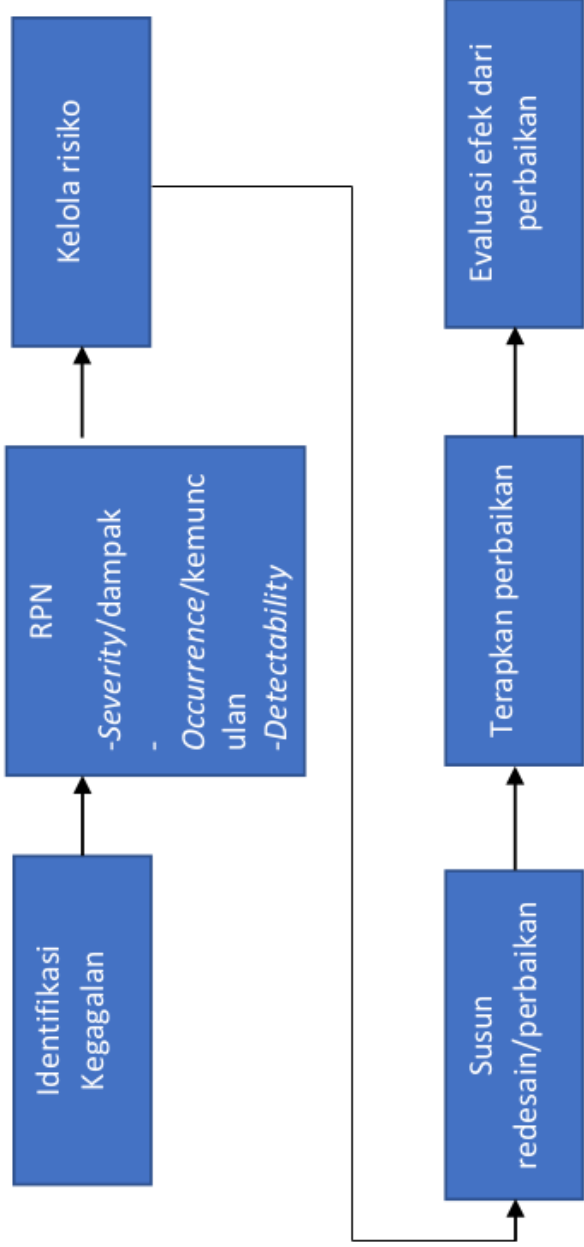
Ranking	Kategori Detektabilitas	Penemuan	Sistem Monitoring yg Tersedia	Pelaksanaan Testing & Monitoring
10	Hampir Tidak Mungkin	<i>tidak mungkin ditemukan</i>	<i>Tidak ada</i>	<i>tidak ada testing & monitoring</i>
9	Sangat Sulit	<i>mungkin ditemukan</i>	<i>offline</i>	<i>tidak terjadwal/insidental</i>
8	Sulit	<i>sering ditemukan</i>	<i>offline</i>	<i>tidak terjadwal/insidental</i>
7	Sangat Rendah	<i>mungkin ditemukan</i>	<i>offline</i>	<i>terjadwal</i>
6	Rendah	<i>sering ditemukan</i>	<i>offline</i>	<i>terjadwal</i>
5	Sedang	<i>mungkin ditemukan</i>	<i>online</i>	<i>terjadwal</i>
4	Sedang-Tinggi	<i>sering ditemukan</i>	<i>online</i>	<i>terjadwal</i>
3	Tinggi	<i>mungkin ditemukan</i>	<i>online</i>	<i>kontinu/terus menerus</i>
2	Sangat Tinggi	<i>sering ditemukan</i>	<i>online</i>	<i>kontinu/terus menerus</i>
1	Hampir Selalu	<i>selalu ditemukan</i>	<i>online</i>	<i>kontinu/terus menerus</i>

Tulisan yang dicetak miring adalah parameter yang dilihat di kondisi saat ini yang ada, untuk menentukan ranking, dan kategori detektabilitas

Risk priority number (RPN) adalah ukuran pengurutan risiko berdasarkan prioritasnya. Untuk menentukan risiko/kegagalan mana yang intolerable

dihitung menggunakan risk priority number berdasarkan skor dampak, kemunculan dan kemungkinan terdeteksinya sebelum kejadian. Prinsipnya, apapun sumbernya, selalu beri RPN pada risiko/modus kegagalan/kejadian kesalahan/insiden/error yang diidentifikasi mungkin terjadi, lalu pilih yang RPN nya tinggi (rangking risiko) kemudian rumuskan upaya untuk mengurangi risiko tersebut.

- *Framework FMEA*



- Tiga konsep langkah pengurangan risiko antara lain kurangi dampak jika terjadi, kurangi kemungkinan terjadinya dan tingkatkan deteksi sebelum terjadi.



- Bentuk redesign/perbaikan antara lain dengan renovasi bangunan, peremajaan alat, melatih SDM, mengubah pedoman, mengubah SPO, revisi program kerja, menyusun rencana strategis dll. Tujuan akhir dari redesign/perbaikan sebagai output dari manajemen risiko tentunya untuk mengurangi risiko sehingga proses menjadi lebih *fault proof* (anti error/anti salah).
- Peran pimpinan
 1. Berdasarkan hasil RPN, menetapkan prioritas risiko yang dikelola
 2. Memimpin diskusi untuk menurunkan risiko

3. Menetapkan re-desain proses untuk penurunan risiko
4. Menentukan penanggung jawab atas perbaikan dan tenggat waktu
5. Menerapkan dan mengevaluasi re-desain

C. RINGKASAN

Rumah sakit merupakan lingkungan yang padat risiko. Area lingkup antara lain dari pasien, staf medis, tenaga kesehatan dan staf lain, fasilitas, lingkungan dan bisnis. Risiko berdasarkan topik terbagi menjadi 2 yaitu bersifat klinis dan non klinis.

D. EVALUASI

1. Menurut anda, mengapa RS menjadi tempat yang padat risiko?
2. Tuliskan definisi dari *Failure mode and effect analyses* (FMEA)!
3. Jelaskan kerangka kerja FMEA!
4. Apa itu *Risk priority number (RPN)*?
5. Mengapa mengubah standar operasional prosedur merupakan salah satu dalam bentuk sistem perbaikan

BAB VII

MANAJEMEN MUTU PELAYANAN KESEHATAN

A. TUJUAN PEMBELAJARAN

Memahami konsep manajemen mutu pelayanan kesehatan

B. ISI

- Mutu pelayanan kesehatan sangat penting karena:
 1. Pelayanan yang bermutu adalah pelayanan yang “professional”.
 2. Pelayanan yang bermutu adalah hak pasien
 3. Memberikan pelayanan yang bermutu berarti memberikan yang terbaik bagi pasien/pelanggan
 4. Pelayanan yang bermutu memberi peluang untuk memenangkan persaingan
 5. Pelayanan yang diberikan melibatkan berbagai pihak terkait (lintas fungsi)
 6. Hidup mati organisasi bergantung pada pelanggan, sehingga pelanggan perlu dipuaskan
- *Current issue* dalam mutu pelayanan kesehatan yaitu perubahan *medical science and technology*, perubahan *demography*, perubahan *expectation* dari masyarakat terhadap mutu pelayanan kesehatan ditambah dengan

information technology, aspek *human resources* dan regulasi

- Definisi mutu

1. Mutu pelayanan adalah sejauh mana kenyataan pemberian pelayanan sesuai dengan kriteria pelayanan yang baik (Donabedian, 1980).
2. Mutu adalah kepatuhan terhadap standar yang telah ditetapkan (Crosby, 1984).
3. Mutu adalah memenuhi bahkan melebihi kebutuhan dan keinginan pelanggan melalui perbaikan seluruh proses secara berkelanjutan (Zimmerman).
4. Mutu adalah gambaran total sifat dari suatu produk atau jasa pelayanan yang berhubungan dengan kemampuannya untuk memberikan kebutuhan kepuasan (*American Society for Quality Control*).
5. Mutu adalah “Fitness for use” atau kemampuan kecocokan penggunaan (J.M. Juran).
6. Mutu pelayanan kesehatan adalah penampilan/kinerja yang menunjuk pada tingkat kesempurnaan pelayanan kesehatan, yang disatu pihak dapat menimbulkan kepuasan pada setiap pasien sesuai dengan tingkat kepuasan rata-rata

penduduk, serta dipihak lain tata cara penyelenggaraannya sesuai dengan standar dan kode etik profesi yang telah ditetapkan (Departemen Kesehatan RI).

- Penting bagi manajer untuk menyadari arti tentang mutu karena mutu sebagai keistimewaan produk artinya dimata pelanggan, semakin baik keistimewaan produk semakin tinggi mutunya. Mutu berarti juga bebas dari kekurangan (defisiensi) artinya dimata pelanggan semakin sedikit kekurangan, semakin baik mutunya.
- ¹ Perubahan cara pandang manajemen dan klinisi fokus pada pelanggan, mutu produk, *service, information*, perbaikan mutu artinya perbaikan sistem dan perubahan perilaku dan kemitraan dengan pelanggan dan karyawan.
- *Customer satisfaction defined*
 1. Kepuasan adalah respon pelanggan akan dipenuhinya kebutuhan dan harapan.
 2. Respon tersebut merupakan penilaian terhadap produk atau layanan, memberikan tingkat kenikmatan tertentu. (Oliver, 1997)

3. Respon pelanggan dapat berupa kepuasan atau kekecewaan.
- Kepuasan pelanggan rumah sakit atau organisasi pelayanan kesehatan lain atau kepuasan pasien dipengaruhi banyak faktor, antara lain yang bersangkutan dengan :
 1. Pendekatan dan perilaku petugas, perasaan pasien terutama saat pertama kali datang.
 2. Mutu informasi yang diterima, seperti apa yang dikerjakan, apa yang dapat diharapkan
 3. Prosedur perjanjian
 4. Waktu tunggu
 5. Fasilitas umum yang tersedia
 6. Fasilitas perhotelan
 7. Outcome terapi dan perawatan yang diterima
 - Pengukuran kepuasan pelanggan antara lain dengan sistem keluhan dan saran, *lost customer analysis*, *gost shopping* dan survey kepuasan pelanggan.
 - Pelanggan terbagi dua yaitu pelanggan eksternal: pasien, keluarga pasien, pengunjung,

pemerintah, asuransi kesehatan, masyarakat dsb.
Pelanggan internal: tenaga profesi yang ada di rumah sakit, karyawan rumah sakit, maupun pihak manajemen.

- Aktivitas-aktivitas mutu
 1. Manajemen risiko = program pengelolaan resiko untuk mencegah masalah mutu
 2. *Utilization review* (telaah pemanfaatan)
 3. *Peer review* = tinjauan terhadap pelayanan dilakukan oleh sekelompok rekan sejawat
 4. Indikator = sebagai indikasi pencapaian mutu layanan/tingkat kinerja
 5. Prosedur tetap/SOP = petunjuk pelaksanaan yang disusun berdasarkan *evidence based medicine*
 6. Audit medis = untuk mengidentifikasi adanya ruang perbaikan layanan di RS
 7. *Clinical pathway* = peta layanan sebagai cerminan dari pola/kecenderungan untuk pasien yang tergolong biasa atau umum
 8. Algoritma = untuk membantu proses pembuatan keputusan

9. *Benchmarking* = membandingkan dengan fasilitas pelayanan yang lain

C. RINGKASAN

Mutu pelayanan adalah sejauh mana kenyataan pemberian pelayanan sesuai dengan kriteria pelayanan yang baik (Donabedian, 1980). Penting bagi manajer untuk menyadari arti tentang mutu karena mutu sebagai keistimewaan produk artinya dimata pelanggan, semakin baik keistimewaan produk semakin tinggi mutunya.

D. EVALUASI

1. Mengapa mutu pelayanan sangat penting?
2. Mengapa manajer harus mengetahui pentingnya mutu?
3. Tuliskan faktor kepuasan pelanggan di RS!
4. Jelaskan konsep SOP dalam aktivitas mutu!
5. Menurut anda, apa yang harus dilakukan pihak RS dalam meningkatkan kepuasan pasien RS?

BAB VIII

TOTAL QUALITY MANAJEMEN (TQM)

A. TUJUAN PEMBELAJARAN

Memahami konsep *Total Quality Manajemen (TQM)*

B. ISI

- Pengertian TQM
 1. *Total Quality Manajemen (TQM)* adalah “suatu pendekatan dalam menjalankan usaha yang mencoba untuk memaksimalkan daya saing organisasi melalui perbaikan terus-menerus atas produk, jasa, tenaga kerja, proses dan lingkungan“ (Fandy, 1995).
 2. TQM adalah suatu proses manajemen dengan pendekatan perilaku atau budaya organisasi yang berorientasi peningkatan mutu terus menerus dan kepuasan pelanggan, dengan dukungan komitmen pimpinan, kebersamaan karyawan serta secara lintas fungsional, menyeluruh, terpadu dengan pendekatan sistem, dan didasari metode ilmiah dalam pemecahan masalah serta pengambilan keputusan (Wijono, 1999).
- Unsur-unsur TQM

1. Fokus pada pelanggan, dikajian internal memperhatikan kualitas sumber daya manusia, proses dan lingkungan yang berkaitan dengan produk dan jasa. Kajian eksternal dengan menentukan kualitas produk atas jasa yang disampaikan.
2. Obsesi terhadap kualitas, dengan prinsip “*good enough is never good enough*”.
3. Pendekatan ilmiah, mendesain pekerjaan dalam proses mengambil keputusan dan pemecahan masalah. (menyusun patok benchmarking, memantau prestasi, dan melaksanakan perbaikan).
4. Komitmen jangka Panjang
5. Kerja sama tim (*teamwork*), hubungan kemitraan antara karyawan, stakeholder, lembaga pemerintah, masyarakat sekitar dll.
6. Perbaikan sistem secara berkesinambungan, sistem yang ada perlu diperbaiki secara terus menerus agar kualitas yang dihasilkan dapat makin meningkat.
7. Pendidikan dan pelatihan, merupakan faktor yg fundamental (belajar merupakan proses yang terus menerus tanpa akhir).

8. Kebebasan yang terkendali, keterlibatan dan pemberdayaan karyawan dalam pengambilan keputusan dan pemecahan masalah merupakan unsur yang sangat penting. Pengendalian penting dilakukan terhadap metode tertentu.
 9. Kesatuan tujuan, setiap usaha dapat diarahkan pada tujuan yang sama
 10. Adanya keterlibatan dan pemberdayaan karyawan
- Konsep TQM mengandung tiga unsur antara lain:
 1. Strategi nilai pelanggan (karakteristik produk, cara penyampaian pelayanan)
 2. Sistem organisasi (*man, material, machine, metode, process, information*)
 3. Perbaikan kualitas berkelanjutan (pengujian kualitas produk secara kontinu)
 - Prinsip TQM
 1. Kepuasan pelanggan

Kualitas yang dihasilkan suatu perusahaan sama dengan nilai yang diberikan dalam rangka meningkatkan kualitas hidup para pelanggan
 2. Respek terhadap setiap orang

Setiap orang dalam organisasi diperlakukan dengan baik dan diberi kesempatan untuk terlibat dan berpartisipasi dalam tim pengambilan keputusan

3. Manajemen berdasarkan fakta

Prioritas (semua perbaikan tidak dapat dilaksanakan secara bersamaan) dan variasi/ variabelitas kinerja manusia

4. Perbaikan berkesinambungan

Konsep PDCA dan melakukan tindakan korektif terhadap hasil yang diperoleh

- Metode TQM'

1. Act = bertindak berdasarkan hasil yang diteliti

2. Plan = merencanakan perubahan atau pengujian

3. Check = mengamati pengaruh perubahan

4. Do = melaksanakan perubahan

- Langkah-langkah pelaksanaan TQM

1. Mengadakan penilaian dan perencanaan

2. Penerapan dan pengorganisasian filosofi TQM dalam organisasi RS

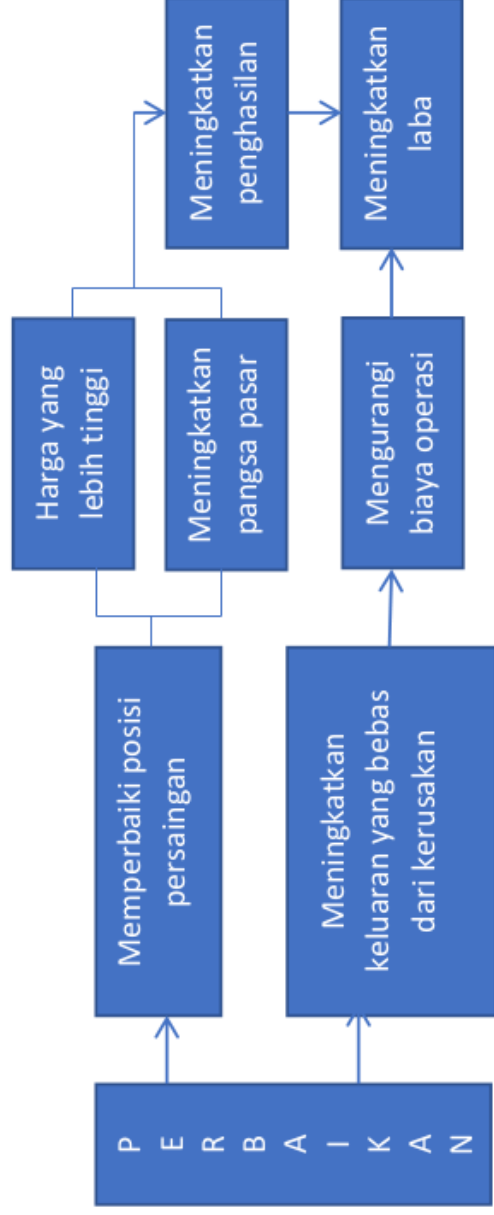
3. Perubahan budaya

4. Sistem pemberian upah dan penghargaan

5. Membangun tim

6. Kesiapan manajemen
7. Teknik analisis
8. Pendidikan dan pelatihan

- Manfaat TQM



- TQM merupakan integrasi dari semua fungsi dan proses dalam organisasi untuk mendapat perbaikan kualitas produk dan jasa secara berkelanjutan (*Continous Improvement*). TQM bukan QC atau pengetahuan tentang tata cara pengendalian seperti *statistical process Control*.
- *Benchmarking* adalah suatu proses belajar secara terus menerus untuk menganalisis tata cara kerja terbaik dengan membandingkan setiap bagian dari suatu perusahaan dengan perusahaan pesaing yang paling unggul.
- *Quality assurance* (QA) adalah suatu pendekatan pengorganisasian secara terintegrasi untuk mempertemukan kebutuhan pasien dan harapan pasien dengan manajemen serta staf pada waktu proses peningkatan dan pelayanan dengan menggunakan teknik kuantitatif dan piranti analisis
- Prinsip QA ada empat antara lain:
 1. QA berorientasi ke depan
 2. QA memfokuskan pada sistem dan proses

3. QA menggunakan data untuk menganalisis proses penyampaian pelayanan
 4. QA mendorong suatu pendekatan tim
- Elemen-elemen QA
 1. Pengumpulan data
 2. Menilai dan analisis data
 3. Kegiatan-kegiatan untuk menemukan masalah dan sebab-sebabnya
 4. Mencari solusi dan melaksanakannya
 5. Pelaksanaan kegiatan sesuai dengan standar
 6. Proses monitoring dan evaluasi
 - Metode QA
 1. Audit internal dan surveilans
 2. Evaluasi proses
 3. Mengelola mutu
 4. Metode penyelesaian masalah
 - Fokus area QA
 1. Informasi pasar (informasi dan status klaim dan keluhan, status garansi, status realibiliti, status *safety*, status mutu produk yang kompetitif dan rencana perbaikan mutu).

2. Survei pasar (identifikasi keinginan dan kebutuhan pasar, analisis kecenderungan pasar, pelanggan, dan competitor, identifikasi perlunya riset dan pengembangan sesuai keinginan dan kebutuhan pasar).
- Langkah-langkah QA
 1. Perencanaan QA
 2. Membuat pedoman dan penyusunan standar
 3. Mengkomunikasikan standar dan spesifikasi
 4. Monitoring mutu
 5. Identifikasi masalah dan seleksi peluang-peluang untuk peningkatan
 6. Mendefinisikan secara operasional permasalahan
 7. Memilih tim
 8. Menganalisis dan mempelajari masalah untuk identifikasi akar penyebab masalah
 9. *Developing solutions and action for improvement*
 10. *Implementing and evaluation quality improvement effort*

C. RINGKASAN

TQM adalah suatu proses manajemen dengan pendekatan perilaku atau budaya organisasi yang

berorientasi peningkatan mutu terus menerus dan kepuasan pelanggan, dengan dukungan komitmen pimpinan, kebersamaan karyawan serta secara lintas fungsional, menyeluruh, terpadu dengan pendekatan sistem, dan didasari metode ilmiah dalam pemecahan masalah serta pengambilan keputusan.

D. EVALUASI

1. Jelaskan unsur TQM dalam hal fokus pada pelanggan!
2. Jelaskan metode TQM!
3. Tuliskan manfaat TQM!
4. Apa itu *benchmarking*?
5. Tuliskan metode QA!

BAB IX

CONTINUOUS QUALITY IMPROVEMENT (CQI) DAN GUGUS KENDALI MUTU

A. TUJUAN PEMBELAJARAN

Memahami konsep *Continuous Quality Improvement (CQI)* dan gugus kendali mutu

B. ISI

Perbaiki mutu penting karena berhubungan dengan profesionalisme, *patient safety, providing the best of the best service, competitiveness*, kompleksitas pelayanan dan *customer satisfaction*.

- *Continuous Quality Improvement (CQI)* merupakan sistem *quality assurance* yang lebih berfokus kepada proses.
- Menurut Schoroeder (1994) CQI adalah suatu kesepakatan dan pendekatan untuk meningkatkan setiap proses pada setiap dan antar bagian dari organisasi secara berkesinambungan, yang bertujuan untuk memenuhi bahkan melebihi harapan pelanggan.
- Menurut Bigelow dan Arndt (1995) CQI adalah suatu sistem atau proses untuk meningkatkan efisiensi dan

mutu melalui perbaikan yang berkesinambungan terhadap penyelenggara pelayanan kepada pasien (*delivery of patient care*) dan organisasi yang mendukung pelayanan tersebut.

- Secara sistematis, *CQI* bertujuan memonitor, melakukan tinjauan dan mengevaluasi praktek-praktek, proses, serta hasil kerja pelayanan yang telah ada. Hal tersebut dilakukan dengan tujuan untuk mengidentifikasi tren-tren, memahami penyebab-penyebab dari adanya perbedaan, menetapkan standar atau *benchmark*, memecahkan masalah dan meningkatkan performa secara berkelanjutan.
- *Quality improvement principles* (Schoroeder, 1994).
 1. *Focus on organization vision and missions*
 2. *Continuous improvement*
 3. *Customer oriented*
 4. *Commitment*
 5. *Empowerment*
 6. *Cross-function collaboration*
 7. *Prosess focused*
 8. *Using scientific methods*

- Aturan dasar dalam meningkatkan kualitas perawatan klinis
 1. Pelayanan berbasis hubungan penyembuhan (pasien dan dokter) yang harmonis
 2. Disesuaikan dengan kebutuhan dan tata nilai pasien
 3. Pasien adalah sumber pengendali
 4. Tukar menukar pengetahuan dan arus informasi yang bebas
 5. Pengambilan keputusan berdasarkan *evidens based*
 6. Keamanan terintegrasi dalam sistem pelayanan
 7. Keterbukaan
 8. Kebutuhan pelanggan di antisipasi
 9. Mengatasi pemborosan
 10. Kerjasama antar *clinicians*
- Intervensi dalam memperbaiki mutu pelayanan
 1. *Mind set* dengan fokus pada pelanggan
 2. Ubah penampilan
 3. Mekanisme untuk mengelola pengalaman pasien
 4. Perubahan pada sistem mikro organisasi
 5. Perubahan pada sistem organisasi
 6. Perubahan pada lingkungan organisasi

- PDCA (*PLAN, DO, CHECK, ACTION*).
 1. *Plan (Plan the process improvement)*
 - *Who, what, when, where, how will the improvement be made?*
 - *How should we pilot the change?*
 - *What more data must be collected?*
 2. *Do (Do the improvement, data collection and analysis)*
 3. *Check (Check the results and lessons learned)*
 - *Did the process improve as we expected?*
 - *Did the change improve from the customer's point of view?*
 - *How could the team effort be improved?*
 4. *Act (Act to hold the gain; adopt, adjust or abandon the change)*
 - *What parts of the improved process need to be standardized?*
 - *What policies or procedures need to be revised?*
 - *Who needs to be made aware of the change*
 - *What can be measured to ensure the gain is held?*

- *What are next steps in continuous improvement of the process?*
- ¹ Gugus kendali mutu adalah suatu kelompok karyawan yang mengerjakan pekerjaan sama atau terkait, yang mengadakan pertemuan secara teratur untuk bersama-sama mengidentifikasi masalah-masalah yang ada dalam pekerjaan, selanjutnya menganalisis, menyusun rencana kerja, menyampaikan rencana tersebut pada pimpinan, melaksanakan kegiatan berdasarkan rencana tersebut dalam upaya peningkatan mutu.
- ¹ Konsep dasar gugus kendali mutu
 1. Suatu masalah akan lebih mudah bila dipikirkan dan dilakukan oleh sekelompok orang secara bersama, adanya saling percaya, menghargai, memperhatikan dan membantu.
 2. Orang yang mengerjakan pekerjaan pasti lebih memahami dan tahu benar pekerjaannya.
 3. Keterlibatan bersama akan menciptakan suasana kerja yang nyaman, lebih produktif dan membuka kesempatan berkreasi, berinovasi, dinamis dan efisien.

4. Kegiatan bersama dalam kelompok yang berorientasi pada peningkatan mutu akan menumbuhkan rasa tanggung jawab terhadap peningkatan mutu.
- Tujuan gugus kendali mutu
 1. Menyumbangkan perbaikan mutu produktifitas organisasi
 2. Meningkatkan kemampuan manajemen dan kepemimpinan
 3. Menciptakan lingkungan kerja yang sadar mutu dan kepuasan kerja
 4. Sebagai kekuatan inti pengendalian mutu dalam organisasi
 - Prinsip-prinsip pokok gugus kendali mutu
 1. Setiap anggota gugus wajib dan harus mengemukakan pendapat, pikiran atau pengalaman
 2. Pertemuan gugus mendapat bantuan fasilitator
 3. Proses dalam gugus adalah proses jangka panjang, bukan untuk menyelesaikan masalah yang cepat dan segera
 4. Gugus secara terus-menerus melakukan identifikasi masalah, analisis masalah, menyusun rencana

kegiatan, mempresentasikan pada menejemen, melaksanakan, memonitor dan seterusnya.

5. Analisis masalah dalam gugus menggunakan tujuh alat manajemen mutu

- Sasaran pengembangan gugus kendali mutu

1. Pengembangan diri
2. Pengembangan bersama dalam kelompok
3. Peningkatan mutu
4. Peningkatan komunikasi
5. Kepuasan kerja
6. Kesempatan untuk memecahkan masalah
7. Pembinaan kelompok dan peningkatan partisipasi
8. Pengembangan jalinan hubungan kerja
9. Keselamatan kerja

- Hambatan pengembangan gugus kendali mutu

1. Adanya karyawan yang menentang
2. Merasa tidak ada waktu untuk kegiatan gugus
3. Takut kehilangan kekuasaan / kewenangan
4. Merasa diperalat oleh manajemen
5. Menganggap kegiatan gugus tidak bermanfaat dan “buang-buang waktu”

- Langkah gugus kendali mutu
 1. Menentukan tema dan tudul
 2. Menganalisis penyebab
 3. Menguji dan menentukan penyebab dominan
 4. Membuat rencana dan melaksanakan perbaikan
 5. Meneliti hasil
 6. Membuat standar baru
 7. Mengumpulkan data baru dan menentukan rencana berikutnya

C. RINGKASAN

Continuous Quality Improvement (CQI) merupakan sistem *quality assurance* yang lebih berfokus kepada proses. Tujuan CQI untuk memonitor, melakukan tinjauan dan mengevaluasi praktek-praktek, proses, serta hasil kerja pelayanan yang telah ada. Gugus kendali mutu adalah mengidentifikasi masalah, menganalisis, menyusun rencana kerja, menyampaikan rencana tersebut pada pimpinan dan melaksanakan kegiatan berdasarkan rencana dalam upaya peningkatan mutu.

D. EVALUASI

1. Jelaskan tujuan dari CQI!
2. Bagaimana intervensi dalam memperbaiki mutu pelayanan?
3. Jelaskan secara singkat arti PDCA!
4. Apa tujuan dari gugus kendali mutu?
5. Menurut pendapat anda, apa contoh kasus hambatan pengembangan gugus kendali mutu?

BAB X

AKREDITASI RUMAH SAKIT VERSI 2012

A. TUJUAN PEMBELAJARAN

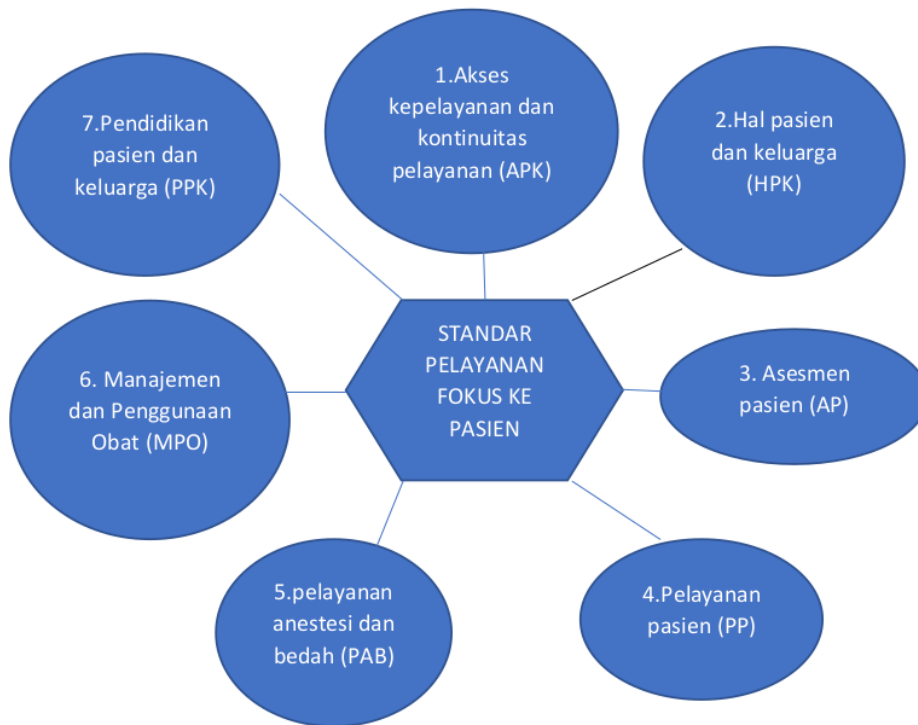
Memahami konsep akreditasi Rumah Sakit.

B. ISI

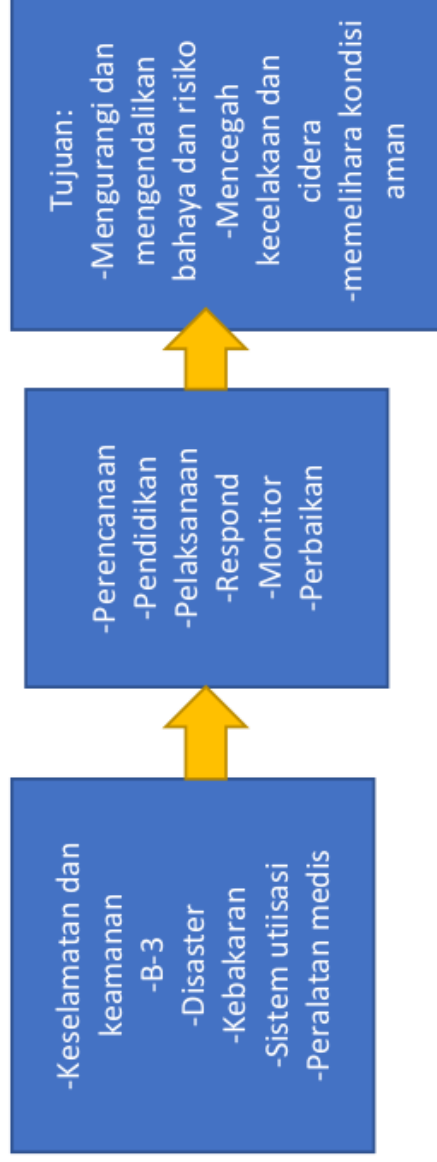
- Akreditasi rumah sakit adalah suatu proses dimana suatu lembaga yang independen melakukan penilaian terhadap rumah sakit.
- Tujuan akreditasi rumah sakit adalah menentukan apakah RS tersebut memenuhi standar yang direncanakan untuk memperbaiki keselamatan mutu pelayanan.
- Standar akreditasi adalah suatu pernyataan yang mendefinisikan harapan terhadap kinerja struktur proses yang harus dimiliki RS untuk memberikan pelayanan dan asuhan bermutu dan aman.
- Akreditasi menunjukkan komitmen sebuah RS untuk meningkatkan keselamatan dan mutu asuhan pasien.
- Akreditasi memastikan bahwa lingkungan pelayanan bahwa RS senantiasa berupaya mengurangi risiko bagi pasien dan staf RS.

- Akreditasi RS dapat sebagai cara efektif untuk mengevaluasi mutu suatu RS yang sekaligus berperan sebagai sarana manajemen.
- Proses akreditasi dirancang untuk meningkatkan budaya keselamatan dan budaya kualitas di RS, sehingga senantiasa berusaha meningkatkan mutu dan keamanan layanannya.
- Standar akreditasi nasional baru versi 2012 merupakan upaya Kementerian Kesehatan menyediakan suatu perangkat yang mendorong RS senantiasa meningkatkan mutu dan keamanan pelayanan. Dengan penekanan bahwa akreditasi adalah suatu proses belajar, maka RS distimulasi melakukan perbaikan yang berkelanjutan dan terus menerus.
- Sumber acuan akreditasi RS baru
 1. International Principles for Healthcare Standards, A Framework of requirement for standards, 3rd Edition December 2007, International Society for Quality in Health Care/ISQua.
 2. Joint Commission International Accreditation Standard for Hospitals 4rd Edition, 2011.

3. Instrumen Akreditasi Rumah Sakit, edisi 2007,
Komisi AKreditasi Rumah Sakit/KARS
 4. Standar-standar spesifik lainnya.
- Kriteria dalam penilaian adalah:
 1. Sasaran keselamatan pasien
 2. Hak Pasien & Keluarga (HPK)
 3. Pendidikan Pasien & Keluarga (PPK)
 4. Peningkatan mutu & Keselamatan Pasien (PMKP)
 5. *Melinium Development Goal's* (MDG'S)
 6. Akses pelayanan & Kontinuitas pelayanan (APK)
 7. Asesmen Pasien (AP)
 8. Pelayanan Pasien (PP)
 9. Pelayanan Anastesi & Bedah (PAB)
 10. Manajemen Penggunaan Obat (MPO)
 11. Manajemen Komunikasi & Informasi (MKI)
 12. Kualifikaasi & Pendidikan Staff (KPS)
 13. Pencegahan & Pengendalian Infeksi (PPI)
 14. Tata kelola, Kepemimpinan & Pengarahan (TKP)
 15. Manajemen Fasilitas & Keselamatan (MFK)



- **Manajemen fasilitas dan keselamatan**



- Keselamatan pasien adalah suatu sistem dimana RS membuat asuhan pasien lebih aman yang meliputi penilaian terhadap 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.

STANDAR KESELAMATAN PASIEN PMK 1691 TAHUN 2011	STANDAR AKREDITASI RS VERSI 2012
HAK PASIEN	HAK PASIEN DAN KELUARGA
MENDIDIK PASIEN DAN KELUARGA	PENDIDIKAN PASIEN DAN KELUARGA
KP DALAM KESINAMBUNGAN PELAYANAN	APK,AP,PP,PAB

PROGRAM PENINGKATAN KP	PMKP
PERAN KEPEMIMPINAN DALAM MENINGKATKAN KP	PMKP
MENDIDIK STAF TENTANG KP	PMKP
KOMUNIKASI UNTUK MENCAPAI KP	APK,AP,PP,PAB

C. RINGKASAN

Akreditasi rumah sakit adalah suatu proses dimana suatu lembaga yang independen melakukan penilaian terhadap rumah sakit. Tujuan akreditasi rumah sakit adalah menentukan apakah RS tersebut memenuhi standar yang direncanakan untuk memperbaiki keselamatan mutu pelayanan.

D. EVALUASI

1. Tuliskan tujuan dari akreditasi RS!
2. Jelaskan standar pelayanan kesehatan pada pasien!

3. Menurut pendapat anda, mengapa akreditasi berhubungan dengan mutu dan keamanan?
4. Mengapa keselamatan pasien sangat diperhatikan oleh Pemerintah? Sehingga ada peraturan yang terbentuk.
5. Tuliskan contoh fasilitas kesehatan di RS dalam menunjang keselamatan pasien!

BAB XI

ROOT CAUSE ANALYSIS (RCA)

A. TUJUAN PEMBELAJARAN

Memahami konsep *Root Cause Analysis (RCA)*

B. ISI

- Langkah-langkah *Root Cause Analysis (RCA)* / analisis akar masalah (AAM) adalah sebagai berikut:
 1. Identifikasi insiden yang akan di investigasi
 2. Tentukan tim investigator
 3. Kumpulkan data dan informasi
 - Observasi
 - Dokumentasi
 - Interview
 4. Petakan kronologi kejadian
 - *Narrative Chronology*
 - *Timeline*
 - *Tabular Timeline*
 - *Time Person Grid.*
 5. Identifikasi CMP (*Care Management Problem*)
 - (*Brainstorming, Brainwriting*)

6. Analisis Informasi

- *5 Why's*
- Analisis perubahan
- Analisis penghalang
- *FishBone* / analisis tulang ikan

7. Rekomendasi dan rencana kerja untuk
improvement

C. RINGKASAN

Root cause analysis adalah metode analisis akar masalah

D. EVALUASI

1. Tuliskan dan jelaskan langkah-langkah *Root Cause Analysis!*

BAB XII
MANAJEMEN MUTU KESEHATAN (TINGKAT
PRIMER)

A. TUJUAN PEMBELAJARAN

Memahami konsep pelayanan kesehatan tingkat primer

B. ISI

- *Primary health care* adalah kontak pertama individu, keluarga atau masyarakat dengan sistem pelayanan (Deklarasi Alma Ata, 1978). *Primary health care* diperkenalkan oleh World Health Organization (WHO) sekitar tahun 70an. Tujuannya untuk meningkatkan akses masyarakat terhadap pelayanan yang berkualitas.
- Menurut Peraturan Menteri Kesehatan No. 71 Tahun 2013 Tentang Pelayanan Kesehatan pada Jaminan Kesehatan Nasional, pelayanan kesehatan tingkat pertama adalah pelayanan kesehatan perorangan yang bersifat non spesialisik (primer) meliputi pelayanan rawat jalan dan rawat inap.
- Pelayanan kesehatan tingkat pertama
 1. Administrasi pelayanan
 2. Pelayanan promotif dan preventif
 3. Pemeriksaan, pengobatan, dan konsultasi medik

4. Tindakan medis non spesialistik, baik operatif maupun non operatif
5. Pelayanan obat dan bahan medis habis pakai
6. Transfusi darah sesuai dengan kebutuhan medis
7. Pemeriksaan penunjang diagnostik laboratorium tingkat pratama dan
8. Rawat inap tingkat pertama sesuai dengan indikasi medis.

Rencana Pembangunan
Jangka Panjang Nasional
Bidang Kesehatan 2005-2025

Sasaran:

1. Usia harapan hidup (UHH)
rentang umur 69 – 73,7
tahun
2. Angka kematian bayi (AKB)
15,5/1000 kelahiran hidup
3. Angka kematian ibu (AKI) 74
kematian per kelahiran
hidup
4. Prevalensi gizi buruk 9,5%

Strategi:

1. Pembangunan berwawasan kesehatan
2. Pemberdayaan masyarakat dan daerah
3. Pengembangan upaya dan pembiayaan
kesehatan
4. Pengembangan dan pendayagunaan sumber
daya manusia kesehatan
5. Penanggulangan keadaan darurat kesehatan

Rencana Pembangunan
Jangka Menengah Bidang
Kesehatan 2009-2014

1. Akses masyarakat terhadap pelayanan
kesehatan yang berkualitas telah lebih
berkembang dan meningkat
2. Fokus terhadap kesehatan ibu dan anak
(KIA) dan Keluarga berencana (KB), Promosi
kesehatan, ketersediaan sarana dan
prasarana, ketersediaan obat dan
perlindungan kesehatan

1. Jaminan Kesehatan
Nasional (JKN)
2. *Sustainable
Development Goals*
(SDGs)
3. Pelayanan Kesehatan
Primer

Rencana Pembangunan Jangka Menengah
(RPJM) Bidang Kesehatan 2015-2019

Akses masyarakat terhadap pelayanan
kesehatan yang berkualitas mengalami
peningkatan berkualitas

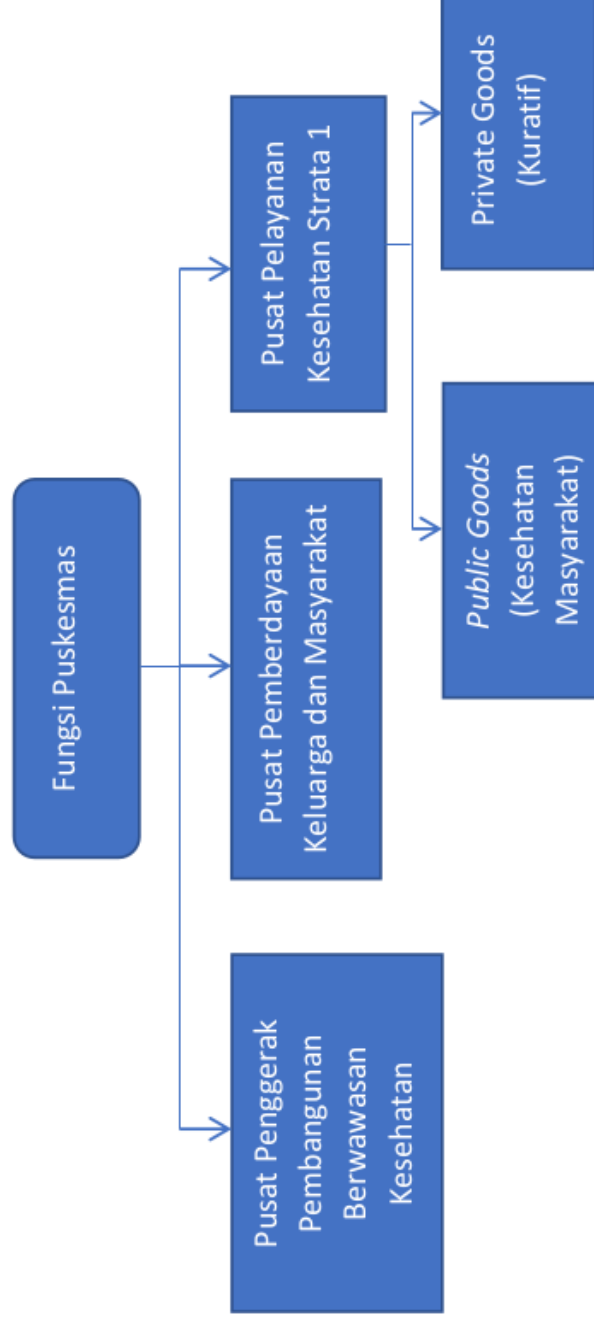
1. Jaminan Kesehatan Nasional
(JKN)
2. *Millenium Development
Goals* (MDGs)
3. Pelayanan Kesehatan Primer

- Kedudukan fasilitas kesehatan tingkat pertama di era Jaminan Kesehatan Nasional

Penyelenggara pelayanan kesehatan dasar yang berperan sebagai kontak pertama dan penapis rujukan sesuai dengan standar pelayanan medik.

- Landasan hukum Puskesmas
 1. UU No. 32 Tahun 2006 tentang Tenaga Kesehatan
 2. UU No. 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan
 3. Peraturan Presiden No. 72 Tahun 2012 tentang Sistem Kesehatan Nasional
 4. Peraturan Menteri Kesehatan No.75 Tahun 2014 Tentang Pusat Kesehatan Masyarakat
 5. Peraturan Menteri Kesehatan No. 44 Tahun 2016 Pedoman Manajemen Puskesmas
- Puskesmas adalah fasilitas pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan upaya kesehatan masyarakat dan upaya kesehatan perseorangan tingkat pertama, dengan lebih mengutamakan upaya promotif dan preventif, untuk mencapai derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya di wilayah kerjanya (PMK No. 75 Tahun 2014)

- Puskesmas adalah unit Pelaksana Teknis Daerah (UPTD) Dinas Kesehatan Kabupaten/kota. Tugas dan fungsi mengacu pada kebijakan pembangunan kesehatan Pemerintah Daerah Kabupaten/Kota bersangkutan (RPJMD)
- Fungsi Pelayanan Kesehatan Puskesmas



- Mengapa pelayanan kesehatan primer penting?
 1. Titik berat pelayanan kesehatan primer adalah promosi dan prevensi yang mendorong meningkatnya peran serta dan kemandirian masyarakat dalam mengatasi berbagai faktor risiko kesehatan.
 2. Keberhasilan pelayanan kesehatan primer akan mendukung pelaksanaan Jaminan Kesehatan Nasional, dimana akan mengurangi jumlah pasien yang di rujuk.
 3. Mengurangi biaya pelayanan kesehatan yang bersifat kuratif
 4. Pelaksanaan pelayanan kesehatan primer di daerah yang baik akan mendukung Pembangunan kesehatan Nasional.

C. RINGKASAN

Pelayanan kesehatan tingkat pertama adalah pelayanan kesehatan perorangan yang bersifat non spesialisik (primer) meliputi pelayanan rawat jalan dan rawat inap.

D. EVALUASI

1. Tuliskan hal-hal yang berhubungan dengan pelayanan kesehatan tingkat primer!

2. Mengapa Puskesmas menjadi rujukan pertama dalam pelayanan kesehatan?
3. Jelaskan fungsi Puskesmas dalam pelayanan kesehatan!
4. Menurut pendapat anda, apakah akses masyarakat terhadap pelayanan kesehatan sudah baik dan berkembang? Jika iya, berikan alasannya!
5. Mengapa pelayanan kesehatan primer penting bagi masyarakat?

BAB XIII
KEBIJAKAN FASILITAS PELAYANAN KESEHATAN
BERJENJANG

A. TUJUAN PEMBELAJARAN

Memahami konsep rujukan pelayanan kesehatan

B. ISI

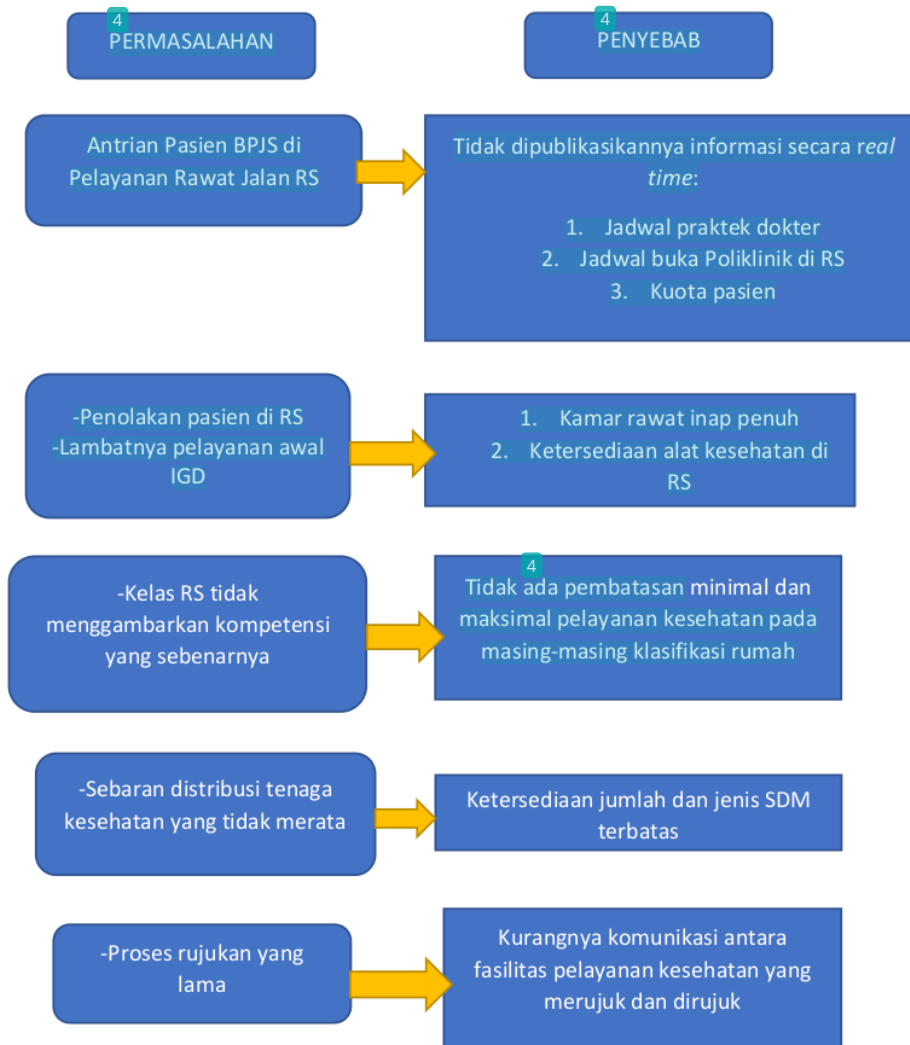
- Sistem rujukan pelayanan kesehatan adalah penyelenggaraan pelayanan kesehatan yang mengatur pelimpahan tugas dan tanggung jawab pelayanan kesehatan secara timbal balik baik vertikal maupun horizontal yang wajib dilaksanakan oleh peserta jaminan kesehatan atau asuransi kesehatan sosial, dan seluruh fasilitas kesehatan.
- Dasar hukum sistem rujukan
 1. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 001 Tahun 2012 Tentang Sistem Rujukan Pelayanan Kesehatan Perorangan
 2. Undang-undang Republik Indonesia Nomor 44 Tahun 2009 Tentang Rumah Sakit (Pasal 29 : Kewajiban RS; Bagian ke 4 : Jejaring dan sistem rujukan).

3. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 71 Tahun 2013 Tentang Pelayanan Kesehatan Pada Jaminan Kesehatan Nasional

- Pelayanan kesehatan perorangan
 1. Pelayanan kesehatan tingkat pertama merupakan pelayanan kesehatan dasar yang diberikan oleh fasilitas kesehatan tingkat pertama
 2. Pelayanan kesehatan tingkat kedua merupakan pelayanan kesehatan spesialisik yang dilakukan oleh dokter spesialis atau dokter gigi spesialis yang menggunakan pengetahuan dan teknologi kesehatan spesialisik.
 3. Pelayanan kesehatan tingkat ketiga merupakan pelayanan kesehatan sub spesialisik yang dilakukan oleh dokter sub spesialis atau dokter gigi sub spesialis yang menggunakan pengetahuan dan teknologi kesehatan sub spesialisik.
- Jenis rujukan kesehatan masyarakat (rujukan teknologi, sarana dan operasional)
- Jenis rujukan medis (rujukan pasien, specimen dan pengetahuan)

- Rujukan pelayanan kesehatan dilakukan jika terjadi keadaan gawat darurat, bencana, kekhususan permasalahan kesehatan, pertimbangan geografis dan pertimbangan ketersediaan fasilitas.
 1. Dimulai dari pelayanan kesehatan tingkat pertama oleh fasilitas kesehatan tingkat pertama
 2. Jika diperlukan, pelayanan lanjutan oleh spesialis, maka pasien dapat dirujuk kefasilitas kesehatan tingkat kedua
 3. Pelayanan kesehatan tingkat kedua difasilitas kesehatan sekunder hanya dapat diberikan atas rujukan dari fasilitas kesehatan primer
 4. Pelayanan kesehatan tingkat ketiga difasilitas kesehatan tersier hanya dapat diberikan atas rujukan dari fasilitas kesehatan sekunder dan fasilitas kesehatan primer.

- Permasalahan saat ini



- ⁴ Sistem rujukan terintegrasi adalah sistem informasi penyelenggaraan pelayanan kesehatan terpadu berbasis IT untuk meningkatkan kinerja fasilitas pelayanan kesehatan serta untuk mempercepat proses rujukan sesuai kebutuhan medis pasien dan kompetensi fasilitas pelayanan kesehatan.
- ⁴ Sistem rujukan terintegrasi merupakan teknologi informasi berbasis internet yang dapat menghubungkan data pasien dari tingkat layanan rendah ke layanan lebih tinggi atau sederajat (horizontal atau vertikal) dengan tujuan untuk mempermudah dan mempercepat proses rujukan pasien
- Tujuan sistem rujukan terintegrasi ⁴
 1. Terintegrasinya system informasi rujukan pasien pada seluruh RS Regional, RS kelas B dan RS kelas khusus
 2. Terwujudnya percepatan pelayanan rujukan di RS
 3. ⁴ Terbitnya regulasi dari Kementerian Kesehatan RI terkait rujukan di era digital

C. RINGKASAN

Sistem rujukan pelayanan kesehatan adalah penyelenggaraan pelayanan kesehatan yang mengatur

pelimpahan tugas dan tanggung jawab pelayanan kesehatan secara timbal balik baik vertikal maupun horizontal yang wajib dilaksanakan oleh peserta jaminan kesehatan atau asuransi kesehatan sosial, dan seluruh fasilitas kesehatan.

D. EVALUASI

1. Tuliskan dasar hukum sistem rujukan!
2. Jelaskan jenis rujukan kesehatan masyarakat!
3. Berikan satu contoh permasalahan sistem rujukan di RS beserta penyebabnya!
4. Apa definisi dari sistem rujukan terintegrasi?
5. Tuliskan tujuan dari sistem rujukan terintegrasi!

DAFTAR PUSTAKA

Mutu Pelayanan Kesehatan Edisi (2), Prof dr AA Gde Munjaya MPH, Penerbit Buku Kedokteran

Manajemen Mutu Informasi Kesehatan : Quality Assurance, Arief Tamansyah Iman Dewi Iena, Kemeskes Pusat Pendidikan Sumber daya Manusia Kesehatan, Badan Pengembangan dan Pemberdayaan Sumber daya manusia Kesehatan Edisi 2017

Mutu Pelayanan Kesehatan (Perseptif Internasional). AF.AL.Assat, Mo.COA Penerbit Buku Kedokteran

Analisa Penerapan Total Quality Management di RS Ejournal.unsrat.Ac.id

Countinues Quality Improvement in Health care (fourth Edition) . William A Sollecito Juli K . Johson

Nasional Akreditasi RS . KARS, WWW> Pd Persi .co id. Edisi 1

BIODATA PENULIS

Dr Triani Marwati SE AK CA M kes

Dr Tri Ani Marwati SE Ak CA M kes lahir di semarang 20 Agustus 1961. Sekarang ini menjadi dosen tetap di Fakultas kesehatan masyarakat Universitas Ahmad dahlan Yogyakarta

Menyelesaikan Diploma Akuntansi di AA YKPN kesarjanaan di STIE Widya –Wiwaha serta profesi Akuntansi di STIE YKPN, sedangkan menyelesaikan Magister di Universitas Gajah Mada dengan minat Manajemen RS tahun 1998 pada tahun 2011 melanjutkan studi S3 Universitas Sebelas Maret dengan minat promosi Kesehatan

Karier penulis diawali sebagai praktisi di RSU PKU Muhammadiyah yogyakarta, RSI Sultan Agung Semarang , RSKB Bedah An NUR sebagai Wakil Direktur Umum Dan Keuangan dari tahun 1994 sd 2010

Terbitnya buku ini tidak lepas dari peran dukungan keluarga tercinta yaitu Suami tercinta Sukiyo ,Anak 2 tercinta dr Dzikrina Miftahul Fitri Alfatih MMR , Dr Muhammad Shilahul jabbar Assidiq dan Rohim Muhammad Cakra Buana)

HASIL CEK_Modul perkuliahan manajemen mutu

ORIGINALITY REPORT

12%

SIMILARITY INDEX

12%

INTERNET SOURCES

2%

PUBLICATIONS

6%

STUDENT PAPERS

PRIMARY SOURCES

1	slidegur.com Internet Source	4%
2	febunikihome.files.wordpress.com Internet Source	3%
3	e-repository.perpus.iainsalatiga.ac.id Internet Source	2%
4	pemerhatiinacbg.or.id Internet Source	2%
5	www.coursehero.com Internet Source	2%

Exclude quotes On

Exclude matches < 2%

Exclude bibliography On