



**ANALISIS MUTU UPAYA KESEHATAN
PERSEORANGAN PASCA PENILAIAN AKREDITASI
DI PUSKESMAS WILAYAH KOTA SEMARANG
TAHUN 2019**

TESIS

**Diajukan sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar
Magister Kesehatan Masyarakat**

**Oleh :
Tutuk Wijyantiningrum
0613517010**

**PROGRAM STUDI KESEHATAN MASYARAKAT
PASCASARJANA
UNIVERSITAS NEGERI SEMARANG
TAHUN 2019**

Motto dan Persembahan

Motto

Ada 3 Kunci Keberhasilan:

1. Man Jadda Wajada (Siapa yang bersungguh-sungguh akan berhasil)
2. Man Shobaro Zafiro (Siapa yang bersabar akan beruntung)
3. Man Saaro 'Alaa Darbi Washola (Siapa yang berjalan di jalannya akan sampai)

Persembahan

Bismillahirrahmanirrahim...

Tesis ini saya persembahkan untuk kedua orang tua saya (Bapak Rochmani SB dan Ibu Siti Walmunah, Alm) yang telah membesarkan dan mendidik saya hingga menjadi pribadi seperti sekarang ini, suami (Sukamto, S. Kom, MT) dan anak-anak saya (Muhammad Abiyyu Sukamto, Sarah Aushaf Sukamto dan Muhammad Asyam Ra'if Sukamto) yang selalu menyayangi dan memberikan dukungannya selama ini, kakak (Windu Retnoningrum, S. Tr. Keb, Puji Retnoningrum), adik (Luthfie Roberto, SH) yang selalu ada buat saya, mertua dan kakak ipar saya (Teguh Waryono, S. Hut, Alm) yang selalu menyayangi sejak pertama kali bertemu semoga Allah SWT memberikan tempat terbaik disisinya, serta saudara-saudara saya lainnya yang senantiasa menemani dalam suka maupun duka, sahabat dan teman-teman yang tidak bisa saya sebutkan satu persatu terimakasih atas *support*-nya kepada saya selama ini.

ABSTRAK

Wijyantiningrum, Tutuk. 2019. “Analisis Mutu Upaya Kesehatan Perseorangan Pasca Penilaian Akreditasi di Puskesmas Wilayah Kota Semarang Tahun 2019”. *Tesis*. Program Studi Kesehatan Masyarakat. Program Pascasarjana. Universitas Negeri Semarang. Pembimbing I Dr. dr. Yuni Wijayanti, M. Kes, Pembimbing II Prof. Dr. Bambang Budi Raharjo, M. Si.

Kata Kunci: Puskesmas, Mutu pelayanan, Akreditasi

Akreditasi adalah awal meningkatkan kualitas pelayanan termasuk didalamnya peningkatan kualitas manajemen dan kepemimpinan, strategi perencanaan, kepuasan pengguna layanan, penguatan koordinasi antar pemangku kepentingan dan peningkatan kemampuan Sumber Daya Manusia. Sejumlah 37 puskesmas Kota Semarang telah terakreditasi dengan kelulusan; 1 Paripurna, 4 Utama, 23 Madya dan 9 Dasar. Tujuan penelitian ini adalah menganalisis pelaksanaan manajemen mutu sebagai sistem kontrol mutu pelayanan di puskesmas wilayah Kota Semarang pasca penilaian akreditasi. Jenis penelitian kualitatif dengan desain deskriptif analitik. Teknik pengambilan data dengan wawancara mendalam, pengamatan, dan telusur dokumen. Populasinya adalah puskesmas yang lulus akreditasi paripurna dan utama, teknik sampling yang digunakan menggunakan *random sampling*. Analisis data yang digunakan menggunakan reduksi data, penyajian data dan penarikan kesimpulan yang dilakukan secara bersamaan. Hasil penelitian menunjukkan bahwa instrumen mutu internal pelayanan UKP di puskesmas pasca penilaian akreditasi tidak sepenuhnya dilaksanakan, perlu adanya penguatan komitmen, standarisasi sarana dan prasarana penunjang layanan klinis, analisis kecukupan SDM baik kuantitas maupun kualitas, peningkatan pengetahuan bagi karyawan mengenai sistem mutu pelayanan klinis baik melalui pelatihan maupun pendampingan secara berkala, peningkatan kapasitas SDM pendamping mengenai teknik pendampingan akreditasi, dukungan Dinas Kesehatan dan lintas sektoral, *review* dokumen dasar, restrukturisasi organisasi mutu dan puskesmas, monitoring dan evaluasi yang dilakukan secara maksimal dan terus menerus.

ABSTRACT

Wijyantiningrum, Tutuk. 2019. "Analysis of The Individual Health Efforts Quality After Accreditation Assessment at Public Health Centers of Semarang City in 2019". *Tesis*. Program Studi Kesehatan Masyarakat. Program Pascasarjana. Universitas Negeri Semarang. Pembimbing I Dr. dr. Yuni Wijayanti, M. Kes. Pembimbing II Prof. Dr. Bambang Budi Raharjo, M. Si.

Keywords: Health Center, Services Quality, Accreditation

Accreditation is the beginning to improve the quality of services including improving the quality of management and leadership, planning strategies, satisfaction of service users, strengthening coordination between stakeholders and increasing the ability of Human Resources. 37 Semarang City Public Health Centers have been accredited with predicate; 1 Plenary, 4 Main, 23 Intermediate and 9 Basic. The purpose of this study was to analyze the implementation of quality management as a service quality control system in the Semarang City Public Health Center after the accreditation assessment. This type of qualitative research with descriptive analytic design. Data collection techniques with in-depth interviews, observation, and document search. The population is the Public Health Center that passed the plenary and primary accreditation, the sampling technique used was using random sampling. Analysis of the data was using data reduction, data presentation and drawing conclusions which are carried out simultaneously. The results showed that the internal quality instrument of *UKP* services in health centers after the accreditation assessment was not fully implemented, it was necessary to strengthen commitment, standardize facilities and infrastructure to support clinical services, analysis of human resource adequacy both in quantity and quality, increase in knowledge for employees about the clinical service quality system through regular training and assistance, capacity building of accompanying human resources on accreditation assistance techniques, support from the Department of Health and cross-sectoral, basic document review, restructuring of quality organizations and Public Health Center organization, monitoring and evaluation which is carried out maximally and continuously.

PRAKATA

Segala puji dan syukur kehadirat Allah Swt. yang telah melimpahkan rahmat-Nya. Berkat karunia-Nya, peneliti dapat menyelesaikan tesis yang berjudul “Analisis Mutu Upaya Kesehatan Perseorangan Pasca Penilaian Akreditasi di Puskesmas Wilayah Kota Semarang Tahun 2019”. Tesis ini disusun sebagai salah satu persyaratan meraih gelar Magister Kesehatan Masyarakat pada Program Studi Kesehatan Masyarakat Pascasarjana Universitas Negeri Semarang. Penelitian ini dapat diselesaikan berkat bantuan dari berbagai pihak. Oleh karena itu, peneliti menyampaikan ucapan terimakasih dan penghargaan setinggi-tingginya kepada pihak-pihak yang telah membantu penyelesaian penelitian ini. Ucapan terimakasih peneliti sampaikan pertama kali kepada para pembimbing: Dr. drYuniWijayanti, M. Kes. (Pembimbing I) dan Prof. Dr. Bambang Budi Raharjo, M. Si. (Pembimbing II).

Ucapan terimakasih peneliti sampaikan juga kepada semua pihak yang telah membantu selama proses penyelesaian studi, di antaranya:

1. Direksi Pascasarjana Universitas Negeri Semarang, yang telah memberikan kesempatan serta arahan selama pendidikan, penelitian, dan penulisan tesis ini.
2. Ketua Program Studi dan Sekretaris Program Studi Kesehatan Masyarakat Pascasarjana Universitas Negeri Semarang yang telah memberikan kesempatan dan arahan dalam penulisan tesis ini.

3. Bapak dan Ibu dosen Pascasarjana Universitas Negeri Semarang, yang telah banyak memberikan bimbingan dan ilmu kepada peneliti selama menempuh pendidikan.
4. Walikota Semarang dan Kepala Badan Kepegawaian Daerah Kota Semarang serta jajarannya yang telah memberikan kesempatan kepada penulis untuk melanjutkan pendidikan kejenjang S2.
5. Kepala Dinas Kesehatan Kota Semarang, Sekretaris Dinas Kesehatan dan Kepala Bidang Pelayanan Kesehatan Dinas Kesehatan Kota Semarang serta jajarannya yang telah memberikan kesempatan kepada penulis untuk melanjutkan pendidikan kejenjang S2 dan memberikan ijin kepada penulis untuk melakukan penelitiandi Puskesmas wilayah Kota Semarang.
6. Kepala dan staf Puskesmas wilayah Kota Semarang yang telah bersedia menjadi responden penelitian dan berbagi pengalaman dalam memberikan pelayanan kesehatan kepada masyarakat.
7. Surveior Akreditasi Fasilitas Pelayanan Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP) dr. Purwani yang telah bersedia diwawancarai serta berbagi ilmu dan pengalaman tentang akreditasi FKTP.
8. Kepala Puskesmas Pandanaran (dr. Antonia Sadningtyas) dan teman-teman Puskesmas Pandanaran yang telah memberikan kesempatan dan selalu memberikan dukungan kepada penulis selama penulis menempuh pendidikan.
9. Teman-teman pendamping akreditasi FKTP yang telah bersedia berbagi ilmu dan pengalaman tentang akreditasi kepada penulis.

Peneliti sadar bahwa dalam tesis ini mungkin masih terdapat kekurangan, baik isi maupun tulisan. Oleh karena itu, kritik dan saran yang bersifat membangun dari semua pihak sangat peneliti harapkan. Semoga hasil penelitian ini bermanfaat dan merupakan kontribusi bagi pengembangan ilmu pengetahuan.

Semarang, 13 Desember 2019

Tutuk Wijyantiningrum

DAFTAR ISI

PENGESAHAN UJIAN TESIS.....	i
PERNYATAAN KEASLIAN.....	ii
MOTTO DAN PERSEMBAHAN.....	iii
ABSTRAK.....	iv
ABSTRACT.....	v
PRAKATA.....	vi
DAFTAR ISI.....	ix
DAFTAR GAMBAR.....	xi
DAFTAR TABEL.....	xii
DAFTAR LAMPIRAN.....	xiii
BAB I. PENDAHULUAN.....	1
1.1 Latar	
Belakang.....	1
1.2 Identifikasi Masalah.....	7
1.3 Cakupan Masalah.....	8
1.4 Rumusan Masalah.....	8
1.5 Tujuan Penelitian.....	8
1.6 Manfaat Penelitian.....	9
BAB II. KAJIAN PUSTAKA, KERANGKA TEORETIS DAN KERANGKA BERFIKIR.....	10
2.1 Kajian Pustaka.....	10
2.2 Kerangka Teoritis.....	94

2.3 Kerangka Berfikir.....	96
BAB III. METODE PENELITIAN.....	99
3.1 Pendekatan Penelitian.....	99
3.2 Desain Penelitian.....	100
3.3 Fokus Penelitian.....	100
3.4 Data dan Sumber Data.....	100
3.5 Teknik Pengumpulan Data.....	101
3.6 Teknik Keabsahan Data.....	102
3.7 Teknik Analisis Data.....	105
BAB IV. HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN.....	108
4.1 Hasil Penelitian.....	108
4.2 Pembahasan.....	152
BAB V. PENUTUP.....	169
5.1 Simpulan.....	169
5.2 Saran.....	171
DAFTAR PUSTAKA.....	173

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Bagan Kerangka Teori.....	96
Gambar 2.2 Bagan Kerangka Berfikir.....	98
Gambar 4.1 Bagan Struktur Organisasi Puskesmas X.....	117
Gambar 4.2 Bagan Struktur Organisasi BLUD Puskesmas X.....	119

DAFTAR TABEL

Tabel 4.1 Persepsi Responden tentang Struktur Manajemen Mutu.....	111
Tabel 4.2 Persepsi <i>Key Person</i> tentang Tinjauan Manajemen Mutu.....	123
Tabel 4.3 Persepsi <i>Key Person</i> tentang Audit Internal Klinis.....	130
Tabel 4.4 Persepsi <i>Key Person</i> tentang Manajemen Risiko Klinis.....	135
Tabel 4.5 Persepsi <i>Key Person</i> tentang Siklus Perbaikan Mutu Klinis.....	141
Tabel 4.6 Persepsi <i>Key Person</i> tentang Survey Kepuasan Pelanggan di Puskesmas X.....	148

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 Panduan Wawancara.....	182
Lampiran 2 Panduan Observasi.....	186

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang Masalah

Pelayanan kesehatan adalah produk tidak berwujud dan tidak dapat secara fisik disentuh, dirasakan, dilihat, dihitung atau diukur seperti barang-barang manufaktur. Memproduksi barang nyata memungkinkan ukuran kuantitatif, karena mereka dapat dicontoh dan diuji untuk kualitas di seluruh proses produksi yang akan digunakan nantinya. Namun, kualitas layanan kesehatan, karena sifatnya *intangibility*, tergantung pada proses layanan, interaksi pelanggan dan penyedia layanan. Beberapa dimensi kualitas pelayanan kesehatan, seperti konsistensi, kelengkapan dan efektifitas sulit untuk diukur tergantung penilaian subjektif konsumen. Hal ini yang sering membuat kesulitan bagi pemberi layanan kesehatan dalam memberikan layanan kesehatan, karena perbedaan persepsi antara pemberi layanan, pengguna layanan termasuk waktu dan tempat. Perbedaan ini terjadi karena standar masing-masing profesi kesehatan yang berbeda-beda dalam memberikan dengan kebutuhan pasien yang berbeda-beda pula (Naveh & Stern, 2005).

Didalam peningkatan mutu pelayanan kesehatan terdapat 7 kategori penting untuk pasien antara lain: *Patient centered care*, akses, kesopanan, komunikasi dan informasi, *skill*, efisiensi dan fasilitas yang memadai. Ketujuh kategori ini perlu ditingkatkan dan dibuat dalam perencanaan,

implementasi dan evaluasi untuk mencapai kualitas pelayanan sesuai standar, selain itu perlu meningkatkan komunikasi secara efektif dengan pasien sehingga terbangun hubungan yang harmonis dan leluasa dalam mengidentifikasi masalah dan memperbaiki *performance* rumah sakit untuk mencapai kualitas pelayanan berbasis kepuasan pasien (Sofaer & Firminger, 2005). Para profesional memandang positif terhadap akreditasi meskipun akreditasi bukan hal yang mudah untuk diimplementasikan namun juga bukan hal yang mustahil (Alaradi, Limya Khalil. 2017). Secara umum Akreditasi mempengaruhi peningkatan kinerja dan pencapaian indikator pelayanan secara signifikan (Al Kuwaiti, Ahmed. 2016). Selain hal itu monitoring eksternal juga menguntungkan Dinas Kesehatan karena dapat mengidentifikasi kebutuhan sarana dan prasarana (Nurhayati, Sri. 2017).

Puskesmas harus menyediakan pelayanan kesehatan yang bermutu (Ulumiyah, 2018), untuk menghasilkan pelayanan kesehatan yang optimal di puskesmas maka diperlukan kualitas mutu pelayanan yang baik, untuk itu diperlukan instrumen yang terstandar sebagai *quality controle* penyelenggaraan pelayanan kesehatan di puskesmas, salah satu instrumen eksternal dalam menjaga mutu pelayanan puskesmas adalah dengan akreditasi puskesmas. Ada beberapa alasan penting perlunya dilakukan akreditasi di puskesmas; kualitas pelayanan kesehatan termasuk keselamatan pasien dan tenaga kesehatan harus terjamin, adanya perbaikan kinerja secara berkesinambungan, memastikan pelayanan kesehatan yang diberikan sudah sesuai standar dan sebagai salah satu syarat kredensial dengan Badan

Penyelenggara Jaminan Sosial/ BPJS (Dirjen Yankes Kemenkes RI, 2018) hal ini ditambah lagi dari hasil penelitian tingkat kepuasan pasien peserta BPJS yang sebagian merasakan tidak puas dengan pelayanan kesehatan (Ulumiyah, I dan Rustiana, ER. 2017) maka diperlukan alat/ mekanisme moitoring yang terstruktur. Akreditasi merupakan langkah awal dalam meningkatkan kualitas pelayanan termasuk didalamnya peningkatan kualitas manajemen dan kepemimpinan, strategi perencanaan, kepuasan pengguna layanan, penguatan koordinasi antar pemangku kepentingan dan peningkatan kemampuan Sumber Daya Manusia/ SDM (Fadi el Jardali, 2014). Dimana dalam dimensi mutu pelayanan kesehatan meliputi; *efficiency, effectiveness, safety, equity, accessible dan patient centered* (WHO, 2017).

Penyelenggaraan akreditasi Puskesmas dilakukan secara bertahap kepada 9.740 Puskesmas di Indonesia, begitu pula kepada 37 Puskesmas di Kota Semarang sebagai ibukota provinsi Jawa Tengah dari tahun 2015 sampai dengan tahun 2017 semua puskesmas di wilayah Kota Semarang sudah terakreditasi. Dimana semestinya semua puskesmas di wilayah Kota Semarang telah menerapkan manajemen risiko dengan baik mengingat manajemen resiko menjadi bagian elemen penilaian akreditasi puskesmas. Namun demikian berdasarkan hasil penelitian dari tentang keselamatan pasien di salah satu Puskesmas di Kota Semarang diperoleh hasil penelitian bahwa pelaksanaan keselamatan pasien di Puskesmas Mangkang belum dioptimalkan. Tugas tim Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien/ PMKP

tidak jelas, tidak ada inisiator keselamatan pasien di masing-masing unit klinis; pelaksanaan keselamatan pasien masih dalam tahap pengumpulan data, kurangnya kesadaran akan pentingnya keselamatan pasien, kurangnya komitmen staf dalam membangun pelaksanaan keselamatan pasien, tidak ada kebijakan mengenai komunikasi terbuka dengan pasien dan keluarga mereka; dan implementasi RCA yang tidak sesuai dengan prosedur (Islami, 2017).

Berdasarkan data dari Pusdatin Kemenkes RI per tanggal 30 Juni 2018 jumlah Puskesmas di Indonesia mencapai 9.909 puskesmas, dari jumlah tersebut per tanggal 31 Oktober 2018 baru 5.227 (57,75%) puskesmas yang terakreditasi, dimana 44 (1%) puskesmas terakreditasi paripurna, 555 (11%) puskesmas terakreditasi utama, 2.871 (55%) terakreditasi madya dan 1.784 (34%) terakreditasi dasar (Direktorat Mutu Akreditasi Yankes & Komisi Akreditasi, 2018). Data dari Dinas Kesehatan Kota Semarang memiliki 37 puskesmas dimana seluruh puskesmas telah terakreditasi, dimana pada akreditasi pertama selama periode tahun 2015 s.d 2018 terdapat puskesmas dengan status paripurna 1 puskesmas, utama 4 puskesmas, madya 23 puskesmas dan dasar 9 puskesmas, bahkan 2 puskesmas telah melaksanakan reakreditasi pada tahun 2018 dengan kategori madya dan utama. Dari data diatas masih banyak puskesmas yang berstatus dasar dan madya baik tingkat nasional maupun di Kota Semarang, berdasarkan kajian deskriptif yang dilakukan oleh Direktorat Mutu dan Akreditasi Pelayanan Kesehatan hal ini disebabkan oleh rendahnya hasil penilaian pada perbaikan mutu, kinerja

puskesmas dan keselamatan pasien di puskesmas. Untuk itu puskesmas dituntut untuk dapat menjamin perbaikan mutu, peningkatan kinerja dan penerapan manajemen risiko yang dilaksanakan secara berkesinambungan. Sehingga diharapkan Akreditasi Puskesmas benar-benar merupakan instrumen untuk menjaga mutu pelayanan puskesmas tidak hanya semata-mata untuk memenuhi persyaratan kredensial BPJS Kesehatan (Permenkes no. 71 tahun 2013), sehingga tujuan utama akreditasi sebagai sarana untuk meningkatkan mutu pelayanan kesehatan di puskesmas dapat tercapai. Akreditasi Puskesmas hanyalah suatu momentum secara teraklamsi tentang kelayakan kualitas mutu pelayanan di Puskesmas. Sementara proses dan mekanisme *quality controle* yang tidak hanya tertuju pada kepuasan pengguna layanan namun dimulai dari proses perencanaan, implementasi sampai monitoring dan evaluasi yang ada di puskesmas harus tetap terjamin keberlangsungannya agar dapat menghasilkan pelayanan kesehatan masyarakat yang optimal.

Berdasarkan studi pendahuluan yang peneliti lakukan akreditasi sebagai langkah awal penerapan sistem yang berkualitas yang semestinya berjalan secara terus menerus dan berkesinambungan tidak dapat terlaksana secara maksimal pasca penilaian/ survey akreditasi dimana beberapa instrumen mutu seperti audit internal, tinjauan manajemen mutu puskesmas, manajemen risiko dan penilaian kinerja puskesmas tidak berjalan sesuai jadwal yang telah disepakati yang disebabkan oleh berbagai aspek diantaranya keterbatasan Sumber Daya Manusia, sarana prasarana,

kurangnya pemahaman, dukungan lintas sektoral yang kurang maksimal dan kurangnya monitoring evaluasi oleh Dinas Kesehatan pasca akreditasi puskesmas. Untuk itu akreditasi yang efektif membutuhkan badan akreditasi yang kredibel, keterlibatan berbagai pemangku kepentingan, sumber daya manusia yang cukup dan dana yang berkelanjutan, komitmen yang kuat, dan sarana prasarana yang memadai (Taraneh Yousefine Zhadi 2017).

Peningkatan mutu pelayanan kesehatan dilakukan dalam semua aspek pelayanan yang dilakukan di puskesmas baik pelayanan Upaya Kesehatan Masyarakat maupun Upaya Kesehatan Perseorangan. Upaya Kesehatan Masyarakat memiliki sistem mutu yang sudah dilaksanakan jauh sebelum ada akreditasi puskesmas yaitu melalui mekanisme penilaian kinerja puskesmas dengan indikator berdasarkan Standar Minimal Pelayanan (SPM) dimana sebagian besar indikator merupakan kegiatan Upaya Kesehatan Masyarakat. Sedangkan untuk Upaya Kesehatan Perseorangan (UKP) puskesmas benar-benar menerapkan sistem baru dalam melakukan monitoring dan evaluasi mutu pelayanan UKP di puskesmas. Namun demikian, sistem baru dalam pelayanan mutu klinis tidak bisa dikesampingkan bahkan merupakan bagian penting dalam pelayanan di puskesmas agar baik pemberi dan pengguna layanan klinis di puskesmas dapat memiliki rasa keamanan yang sama seperti halnya pelayanan di RS, untuk itu peneliti bermaksud melakukan analisis mutu pelayanan klinis di puskesmas. Namun demikian, masih terdapat kelangkaan terhadap penelitian akreditasi di pelayanan kesehatan primer dimana diperlukan penelitian

tentang bagaimana akreditasi dapat mempengaruhi pelayanan kesehatan, bagaimana akreditasi mampu meningkatkan kualitas pelayanan, pemanfaatan layanan kesehatan serta pembiayaan (PMP, P. D. S. B., & Lait, J, 2013). Untuk itu, peneliti tertarik untuk melakukan penelitian tentang gambaran mutu pelayanan kesehatan Upaya Kesehatan Perseorangan pasca penilaian akreditasi di Puskesmas wilayah Kota Semarang.

1.2 Identifikasi Masalah

Dari uraian latar belakang penelitian yang dikemukakan teridentifikasi sejumlah masalah sebagai berikut:

- (1) Penerapan instrumen kendali mutu di puskesmas tidak dapat dilaksanakan secara maksimal karena keterbatasan sumber daya baik kualitas maupun kuantitas.
- (2) Penerapan mutu pelayanan kesehatan belum menjadi budaya dalam proses pelayanan kesehatan di puskesmas
- (3) Survey akreditasi puskesmas yang baru dilakukan pertama kali yang seharusnya menjadi pijakan dalam penerapan sistem pelaksanaan mutu pelayanan di puskesmas harus dilakukan secara terus menerus dari tahap perencanaan, monitoring dan evaluasi namun tidak sepenuhnya dapat diterapkan pasca penilaian akreditasi puskesmas.
- (4) Evaluasi dari Dinas Kesehatan sebagai institusi pengawas tidak dilakukan secara maksimal dalam penerapan sistem mutu di puskesmas.
- (5) Kurangnya pemahaman petugas di puskesmas tentang penerapan manajemen mutu di puskesmas

1.3 Cakupan Masalah

Batasan masalah yang akan diteliti adalah indikator mutu pelayanan yang terdapat dalam standar akreditasi puskesmas meliputi; Struktur manajemen mutu klinis, tinjauan manajemen mutu klinis, audit internal klinis, manajemen risiko, *survey* kepuasan pelanggan dan siklus perbaikan mutu klinis.

1.4 Rumusan Masalah

Pertanyaan mendasar dalam penelitian ini adalah apakah puskesmas yang telah melaksanakan *survey*/ penilaian akreditasi dapat mempertahankan keberlangsungan sistem mutu pelayanan klinis di puskesmas dari perencanaan, monitoring dan evaluasi kegiatan mutu pelayanan klinis di puskesmas secara terus-menerus pasca penilaian akreditasi secara optimal yang telah terbangun selama persiapan pelaksanaan *survey*/ penilaian akreditasi puskesmas.

1.5 Tujuan Penelitian

Tujuan pada penelitian ini adalah untuk menganalisis pelaksanaan manajemen mutu sebagai sistem kontrol kualitas mutu pelayanan di puskesmas wilayah Kota Semarang pasca penilaian akreditasi puskesmas tahun 2019, diantaranya adalah;

- (1) Menganalisis struktur manajemen mutu klinis di puskesmas
- (2) Menganalisis pelaksanaan tinjauan manajemen mutu klinis di puskesmas

- (3) Menganalisis pelaksanaan audit Internal/ klinis di puskesmas
- (4) Menganalisis pelaksanaan manajemen risiko di puskesmas
- (5) Menganalisis pelaksanaan siklus perbaikan mutu klinis di puskesmas
- (6) Menganalisis Pelaksanaan Survey Kepuasan Pelanggan

1.6 Manfaat Penelitian

- (1) Manfaat bagi Masyarakat

Masyarakat dapat menikmati pelayanan kesehatan dengan kualitas yang baik dengan adanya kontrol dari pihak ketiga (hasil penelitian)

- (2) Manfaat bagi Dinas Kesehatan

Memberikan gambaran kepada Dinas Kesehatan tentang kondisi kualitas mutu pelayanan Puskesmas pasca akreditasi puskesmas

- (3) Manfaat bagi Puskesmas

Sebagai bahan evaluasi untuk lebih meningkatkan pelayanan kesehatan dan tetap melestarikan sistem yang telah terbentuk melalui proses akreditasi secara terus menerus

- (4) Manfaat bagi peneliti

- (a) Sebagai acuan dalam meningkatkan mutu pelayanan kesehatan di instansi tempat peneliti bekerja

- (b) Sebagai bahan evaluasi hasil pendampingan yang telah dilakukan peneliti dan dapat menyusun strategi pendampingan akreditasi pasca akreditasi

BAB II

KAJIAN PUSTAKA, KERANGKA TEORETIS DAN KERANGKA BERFIKIR

2.1 Kajian Pustaka

Puskesmas adalah layanan kesehatan tingkat dasar yang mengedepankan fungsi promotif dan preventif tanpa meninggalkan fungsi kuratif dan rehabilitatif selain ketersediaan SDM yang mencukupi dan sarana prasarana yang memenuhi syarat dengan mengakomodir kepentingan pengguna layanan (Haron S.N, dkk 2012) juga harus diimbangi dengan sistem pelayanan yang baik disertai sistem monitoring dan evaluasi kualitas pelayanan baik internal maupun eksternal. Salah satu sistem monitoring eksternal terhadap pelayanan di puskesmas adalah Akreditasi Puskesmas.

Akreditasi Puskesmas adalah pengakuan yang diberikan oleh Lembaga Independen penyelenggara Akreditasi yang ditetapkan oleh Kementerian Kesehatan setelah memenuhi standar Akreditasi. Agar Puskesmas dapat menjalankan fungsinya secara optimal diperlukan adanya pengelolaan organisasi puskesmas secara baik yang meliputi kinerja pelayanan, proses pelayanan, serta sumber daya yang digunakan. Hal ini perlu dilakukan dalam rangka upaya peningkatan mutu, manajemen risiko dan keselamatan pasien di puskesmas serta menjawab kebutuhan masyarakat akan pelayanan kesehatan yang aman dan bermutu. Untuk menjamin bahwa perbaikan mutu, peningkatan kinerja dan penerapan manajemen risiko dilaksanakan secara

berkesinambungan di Puskesmas, diperlukan adanya penilaian oleh pihak eksternal dengan menggunakan standar yang ditetapkan, yaitu melalui mekanisme akreditasi. Tujuan utama akreditasi puskesmas adalah untuk pembinaan peningkatan mutu kinerja melalui perbaikan yang berkesinambungan terhadap sistem manajemen, sistem manajemen mutu, sistem penyelenggaraan pelayanan serta program dan penerapan manajemen risiko. Tentu saja akreditasi ini bukan sekedar penilaian untuk mendapatkan sertifikat akreditasi.

Permasalahan mutu, kinerja, dan permasalahan yang terjadi dalam penerapan sistem manajemen mutu secara periodik juga perlu dibahas bersama yang melibatkan seluruh jajaran yang ada dalam organisasi. Pembahasan tersebut dilakukan dalam pertemuan tinjauan manajemen atau pertemuan telaah manajemen mutu dan kinerja. Berikut ini adalah instrumen mutu yang diterapkan di Puskesmas:

2.1.1 Struktur Manajemen Mutu Klinis

Struktur Manajemen Mutu Klinis/ UKP merupakan bagian dari Struktur Manajemen Mutu di Puskesmas yang sekurang-kurangnya terdiri dari ketua, sekretaris, dan koordinator mutu admen, UKM dan UKP. Koordinator Mutu UKP ini bertugas sebagai berikut:

- (a) Bertanggungjawab untuk penetapan area prioritas berdasarkan data dan informasi, baik dari hasil monitoring dan evaluasi indikator, maupun keluhan pasien/ keluarga/ staf dengan

mempertimbangan kekritisannya, risiko tinggi dan kecenderungan terjadinya masalah.

- (b) Memastikan bahwa salah satu area prioritas adalah sasaran keselamatan pasien
- (c) Bertanggung jawab atas kegiatan-kegiatan pengukuran dan pengendalian mutu dan keselamatan pasien yang terkoordinasi dari semua unit kerja dan unit pelayanan.
- (d) Bertanggung jawab atas pengukuran mutu dan keselamatan pasien dilakukan dengan pemilihan indikator, pengumpulan data, untuk kemudian dianalisis dan ditindak lanjuti dalam upaya peningkatan mutu dan keselamatan pasien.
- (e) Bertanggung jawab atas upaya-upaya perbaikan mutu dan keselamatan pasien melalui standarisasi, perancangan sistem, rancang ulang sistem untuk peningkatan mutu dan keselamatan pasien.
- (f) Bertanggung jawab atas penerapan manajemen risiko pada pelayanan klinis. Manajemen risiko klinis untuk mencegah terjadinya kejadian sentinel, kejadian tidak diharapkan, kejadian nyaris cedera, dan keadaan potensial cedera.
- (g) Bertanggung jawab atas penerapan Program dan Kegiatankegiatan peningkatan mutu pelayanan klinis dan keselamatan pasien, termasuk di dalamnya program peningkatan

mutu laboratorium dan program peningkatan mutu pelayanan obat.

- (h) Bertanggung jawab atas penerapan Program pelatihan yang terkait dengan peningkatan mutu dan keselamatan pasien.
- (i) Bertanggung jawab atas penerapan Rencana pertemuan sosialisasi dan koordinasi untuk menyampaikan permasalahan, tindak lanjut, dan kemajuan tindak lanjut yang dilakukan.
- (j) Bertanggung jawab atas penerapan Rencana monitoring dan evaluasi program mutu dan keselamatan pasien.

Tim mutu ini berada langsung di bawah kepala Puskesmas dan ditetapkan berdasarkan Surat Keputusan kepala Puskesmas. Masa kerja tim mutu disesuaikan dengan kebutuhan Puskesmas. Selain tim mutu, untuk menjamin berjalannya sistem manajemen mutu di Puskesmas perlu dibentuk pula tim audit internal yang bertanggungjawab kepada kepala Puskesmas. Ketua tim mutu harus memiliki kompetensi sebagai *Quality Management Representative* (QMR), sedangkan pelaksana internal audit harus memiliki kompetensi sebagai internal auditor.

Struktur Manajemen Mutu Klinis bertugas untuk melakukan evaluasi dan monitoring terhadap pelaksanaan mutu pelayanan klinis di puskesmas. Puskesmas juga memiliki beberapa tim mutu klinis lain untuk melakukan monitoring dalam pelaksanaan mutu klinis di puskesmas:

(a) Tim Audit Internal

Audit merupakan kegiatan mengumpulkan informasi faktual dan signifikan melalui interaksi secara sistematis (pemeriksaan, pengukuran dan penilaian yang berujung pada penarikan kesimpulan), obyektif dan terdokumentasi yang berorientasi pada azas penggalan nilai atau manfaat dengan cara membandingkan antar standar yang telah disepakati bersama dengan apa yang dilaksanakan/ diterapkan di lapangan. Audit merupakan proses yang sistematis, mandiri, dan terdokumentasi untuk memperoleh bukti audit dan menilai secara obyektif untuk menentukan sejauh mana kriteria audit telah dipenuhi. Tim Audit Internal klinis merupakan bagian dari Tim Audit Internal Puskesmas dimana tim ini bertugas melakukan audit terhadap layanan klinis di Puskesmas.

(b) Tim Audit Klinis

Audit Klinis merupakan upaya evaluasi secara profesional terhadap mutu pelayanan medis yang diberikan kepada pasien dengan menggunakan rekam medis yang dilaksanakan oleh profesi medis. Audit klinis merupakan salah satu aspek upaya peningkatan kualitas pasien yang komprehensif, yang dikenal dengan nama *clinical governance* (Penataan klinis).

(c) Tim Kesehatan dan Keselamatan Kerja (K3)

Keselamatan dan Kesehatan Kerja di Puskesmas adalah segala kegiatan untuk menjamin dan melindungi sumber daya manusia fasilitas pelayanan kesehatan, pasien, pendamping pasien, pengunjung, maupun masyarakat di sekitar lingkungan Fasilitas Pelayanan Kesehatan agar sehat, selamat, dan bebas dari gangguan kesehatan dan pengaruh buruk yang diakibatkan dari pekerjaan, lingkungan, dan aktivitas kerja. Sistem Manajemen Keselamatan dan Kesehatan Kerja di Puskesmas adalah bagian dari sistem manajemen Fasilitas Pelayanan Kesehatan secara keseluruhan dalam rangka pengendalian risiko yang berkaitan dengan aktifitas proses kerja di Fasilitas Pelayanan Kesehatan guna terciptanya lingkungan kerja yang sehat, selamat, aman dan nyaman. Pengaturan K3 di Fasyankes bertujuan untuk terselenggaranya Keselamatan dan Kesehatan Kerja di Puskesmas secara optimal, efektif, efisien dan berkesinambungan. Sistem Manajemen K3 di Puskesmas meliputi:

- Penetapan kebijakan K3 oleh Kepala Puskesmas dan disosialisasikan kepada seluruh karyawan Puskesmas
- Perencanaan K3 dibuat berdasarkan manajemen risiko K3, peraturan perundang-undangan dan persyaratan lainnya
- Pelaksanaan rencana K3 di Puskesmas didukung oleh sumber daya yang memadai

- Pemantauan dan evaluasi kinerja K3 di Puskesmas dilaksanakan melalui pemeriksaan, pengujian, pengukuran, dan/ atau audit internal Sistem Manajemen K3 di Puskesmas
- Peninjauan dan peningkatan kinerja K3 di Puskesmas dilakukan terhadap penetapan kebijakan, perencanaan, pelaksanaan rencana, dan pemantauan dan evaluasi.

Standar K3 di Fasyankes meliputi:

- Pengenalan potensi bahaya dan pengendalian risiko K3 di Fasyankes
- Penerapan kewaspadaan standar
- Penerapan prinsip ergonomik
- Pemeriksaan kesehatan berkala
- Pemberian imunisasi
- Pembudayaan perilaku hidup bersih dan sehat di Puskesmas
- Pengelolaan sarana dan prasarana Fasyankes dari aspek keselamatan dan kesehatan kerja
- Pengelolaan peralatan medis dari aspek keselamatan dan kesehatan kerja; i. kesiapsiagaan menghadapi kondisi darurat atau bencana, termasuk kebakaran
- Pengelolaan bahan berbahaya dan beracun dan limbah bahan berbahaya dan beracun
- Pengelolaan limbah domestic

Pengenalan potensi bahaya dan pengendalian risiko K3 dilaksanakan melalui identifikasi potensi bahaya, penilaian risiko, dan pengendalian risiko. Penerapan kewaspadaan standar dilaksanakan melalui:

- Cuci tangan untuk mencegah infeksi silang
- Penggunaan alat pelindung diri
- Pengelolaan jarum dan alat tajam untuk mencegah perlukaan
- Penatalaksanaan peralatan
- Pengelolaan limbah dan sanitasi ruangan.

Penerapan kewaspadaan standar dilakukan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan. Penerapan prinsip ergonomi dilakukan terhadap:

- Penanganan beban manual
- Postur kerja
- Cara kerja dengan gerakan berulang
- Shift kerja
- Durasi kerja
- Tata letak ruang kerja

Pemeriksaan kesehatan berkala dilaksanakan minimal 1 (satu) tahun sekali. Pemberian imunisasi diprioritaskan bagi SDM Puskesmas yang berisiko tinggi. Pembudayaan perilaku hidup bersih dan sehat di Puskesmas dilaksanakan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan. Pengelolaan sarana dan

prasarana Fasyankes dari aspek keselamatan dan kesehatan kerja berupa pengawasan terhadap proses pengelolaan sarana dan prasarana sesuai dengan aspek keselamatan dan kesehatan kerja. Pengelolaan peralatan medis dari aspek keselamatan dan kesehatan kerja berupa pengawasan terhadap proses pengelolaan peralatan medis sesuai dengan aspek keselamatan dan kesehatan kerja. Kesiapsiagaan menghadapi kondisi darurat atau bencana, termasuk kebakaran dilakukan melalui:

- Identifikasi risiko koondisi darurat atau bencana
- Analisis risiko kerentanan bencana
- Pemetaan risiko kondisi darurat atau bencana
- Pengendalian kondisi darurat atau bencana

Pengelolaan bahan berbahaya dan beracun dan limbah bahan berbahaya dan beracun dilaksanakan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan. Pengelolaan limbah domestik dilaksanakan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

(d) Tim Pencegahan dan Pengendalian Infeksi

Pencegahan dan Pengendalian Infeksi yang selanjutnya disingkat PPI adalah upaya untuk mencegah meminimalkan terjadinya infeksi pada pasien, petugas, pengunjung, dan masyarakat sekitar fasilitas pelayanan kesehatan. Infeksi Terkait Pelayanan Kesehatan (*Health Care Associated Infections*) yang selanjutnya disingkat

HAIIs adalah infeksi yang terjadi pada pasien selama perawatan di rumah sakit dan fasilitas pelayanan kesehatan lainnya dimana ketika masuk tidak ada infeksi dan tidak dalam masa inkubasi, termasuk infeksi dalam rumah sakit tapi muncul setelah pasien pulang, juga infeksi karena pekerjaan pada petugas rumah sakit dan tenaga kesehatan terkait proses pelayanan kesehatan di fasilitas pelayanan kesehatan. Pelaksanaan PPI di Fasilitas Pelayanan Kesehatan dilakukan melalui pembentukan Komite atau Tim PPI. Komite atau Tim PPI merupakan organisasi nonstruktural pada Fasilitas Pelayanan Kesehatan yang mempunyai fungsi utama menjalankan PPI serta menyusun kebijakan pencegahan dan pengendalian infeksi termasuk pencegahan infeksi yang bersumber dari masyarakat berupa Tuberkulosis, HIV (*Human Immunodeficiency Virus*), dan infeksi menular lainnya. Komite atau Tim PPI dibentuk untuk menyelenggarakan tata kelola PPI yang baik agar mutu pelayanan medis serta keselamatan pasien dan pekerja di Fasilitas Pelayanan Kesehatan terjamin dan terlindungi. Pembentukan Komite atau Tim PPI disesuaikan dengan jenis, kebutuhan, beban kerja, dan/ atau klasifikasi Fasilitas Pelayanan Kesehatan. Komite atau Tim PPI bertugas melaksanakan kegiatan kegiatan pengkajian, perencanaan, pelaksanaan, monitoring dan evaluasi, dan pembinaan. Hasil pelaksanaan tugas harus dilaporkan kepada

pimpinan Fasilitas Pelayanan Kesehatan secara berkala paling sedikit 2 (dua) kali dalam setahun, atau sesuai dengan kebutuhan. Laporan pelaksanaan program PPI dipergunakan pimpinan Fasilitas Pelayanan Kesehatan sebagai dasar penyusunan perencanaan dan pengambilan keputusan.

Organisasi Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI) disusun agar dapat mencapai visi, misi dan tujuan dari penyelenggaraan PPI. PPI dibentuk berdasarkan kaidah organisasi yang miskin struktur dan kaya fungsi dan dapat menyelenggarakan tugas, wewenang dan tanggung jawab secara efektif dan efisien. Efektif dimaksud agar sumber daya yang ada di fasilitas pelayanan kesehatan dapat dimanfaatkan secara optimal. Susunan organisasi Komite PPI adalah Ketua, Sekretaris, dan Anggota yang terdiri dari IPCN/ Perawat PPI, IPCD/ Dokter PPI dan anggota lainnya. Susunan organisasi Tim PPI adalah Ketua dan anggota yang terdiri dari dokter, Perawat PPI/ IPCN, dan anggota lainnya bila diperlukan. Fasilitas Pelayanan Kesehatan harus memiliki IPCN yang bekerja purnawaktu dengan ratio 1 (satu) IPCN untuk tiap 100 tempat tidur di fasilitas pelayanan kesehatan tersebut. Untuk fasilitas pelayanan kesehatan yang memiliki kapasitas tempat tidur kurang dari 100 harus memiliki IPCN minimal 1 (satu) orang. Dalam bekerja IPCN dapat dibantu beberapa IPCLN (*Infection Prevention and Control Link Nurse*) dari tiap unit, terutama yang

berisiko terjadinya infeksi. Kedudukan IPCN secara fungsional berada di bawah komite PPI dan secara profesional berada di bawah keperawatan setara dengan senior manajer. Setiap 1000 tempat tidur sebaiknya memiliki (satu) ahli Epidemiologi Klinik. Untuk fasilitas pelayanan kesehatan lainnya nomenklatur organisasi PPI menyesuaikan dengan kondisi SDM dan fasilitas yang dimiliki, namun harus tetap mengikuti kaidah penyelenggaraan pencegahan dan pengendalian infeksi di fasilitas pelayanan kesehatan. Pimpinan dan petugas kesehatan dalam Komite PPI diberi kewenangan dalam menjalankan program dan menentukan sikap pencegahan dan pengendalian infeksi. Berdasarkan skema di atas maka kedudukan Komite/ Tim PPI harus berada langsung dibawah Pimpinan tertinggi di fasilitas pelayanan kesehatan. Dalam Struktur Organisasi Komite PPI pimpinan fasilitas pelayanan kesehatan bertugas:

- Membentuk Komite / Tim PPI dengan Surat Keputusan
- Bertanggung jawab dan memiliki komitmen yang tinggi terhadap penyelenggaraan upaya pencegahan dan pengendalian infeksi
- Bertanggung jawab terhadap tersedianya fasilitas sarana dan prasarana termasuk anggaran yang dibutuhkan
- Menentukan kebijakan pencegahan dan pengendalian infeksi

- Mengadakan evaluasi kebijakan pencegahan dan pengendalian infeksi berdasarkan saran dari Komite/ Tim PPI
- Mengadakan evaluasi kebijakan pemakaian antibiotika yang rasional dan disinfektan dirumah sakit berdasarkan saran dari Komite/ Tim PPI
- Dapat menutup suatu unit perawatan atau instalasi yang dianggap potensial menularkan penyakit untuk beberapa waktu sesuai kebutuhan berdasarkan saran dari Komite/ Tim PPI
- Mengesahkan Standar Prosedur Operasional (SPO) untuk PPI
- Memfasilitasi pemeriksaan kesehatan petugas di Fasilitas Pelayanan Kesehatan, terutama bagi petugas yang berisiko tertular infeksi minimal 1 tahun sekali, dianjurkan 6 (enam) bulan sekali

Sedangkan Komite PPI bertugas:

- Menyusun dan menetapkan serta mengevaluasi kebijakan PPI
- Melaksanakan sosialisasi kebijakan PPI, agar kebijakan dapat dipahami dan dilaksanakan oleh petugas kesehatan
- Membuat SPO PPI
- Menyusun program PPI dan mengevaluasi pelaksanaan program tersebut
- Melakukan investigasi masalah atau kejadian luar biasa HAIs (*Healthcare Associated Infections*)

- Memberi usulan untuk mengembangkan dan meningkatkan cara pencegahan dan pengendalian infeksi
- Memberikan konsultasi pada petugas kesehatan rumah sakit dan fasilitas pelayanan kesehatan lainnya dalam PPI
- Mengusulkan pengadaan alat dan bahan yang sesuai dengan prinsip PPI dan aman bagi yang menggunakan
- Mengidentifikasi temuan di lapangan dan mengusulkan pelatihan untuk meningkatkan kemampuan sumber daya manusia (SDM) rumah sakit dalam PPI
- Melakukan pertemuan berkala, termasuk evaluasi kebijakan
- Berkoordinasi dengan unit terkait lain dalam hal pencegahan dan pengendalian infeksi rumah sakit, antara lain:
 - Tim Pengendalian Resistensi Antimikroba (TPRA) dalam penggunaan antibiotika yang bijak dirumah sakit berdasarkan pola kuman dan resistensinya terhadap antibiotika dan menyebarluaskan data resistensi antibiotika
 - Tim kesehatan dan keselamatan kerja (K3) untuk menyusun kebijakan
 - Tim keselamatan pasien dalam menyusun kebijakan *clinical governance and patient*

- Mengembangkan, mengimplementasikan dan secara periodik mengkaji kembali rencana manajemen PPI apakah telah sesuai kebijakan manajemen rumah sakit
- Memberikan masukan yang menyangkut konstruksi bangunan dan pengadaan alat dan bahan kesehatan, renovasi ruangan, cara pemrosesan alat, penyimpanan alat dan linen sesuai dengan prinsip PPI
- Menentukan sikap penutupan ruangan rawat bila diperlukan karena potensial menyebarkan infeksi
- Melakukan pengawasan terhadap tindakan-tindakan yang menyimpang dari standar prosedur/ monitoring surveilans proses
- Melakukan investigasi, menetapkan dan melaksanakan penanggulangan infeksi bila ada KLB di rumah sakit dan fasilitas pelayanan kesehatan lainnya

Kriteria Ketua Komite PPI adalah dokter yang mempunyai minat dalam PPI dan pernah mengikuti pelatihan dasar PPI. Ketua Komite PPI bertugas:

- Bertanggungjawab atas terselenggaranya dan evaluasi program PPI
- Penyusunan rencana strategis program PPI
- Penyusunan pedoman manajerial dan pedoman PPI
- Tersedianya SPO PPI

- Penyusunan dan penetapan serta mengevaluasi kebijakan PPI
- Memberikan kajian Kejadian Luar Biasa/ KLB infeksi di Puskesmas
- Terselenggaranya pelatihan dan pendidikan PPI
- Terselenggaranya pengkajian pencegahan dan pengendalian risiko infeksi
- Terselenggaranya pengadaan alat dan bahan terkait dengan PPI
- Terselenggaranya pertemuan berkala
- Melaporkan kegiatan Komite PPI kepada Pimpinan

Sedangkan untuk Sekretaris Komite PPI memiliki kriteria dokter/ IPCN/ tenaga kesehatan lain yang mempunyai minat dalam PPI, pernah mengikuti pelatihan dasar PPI. Tugas dari Sekretaris Komite PPI adalah:

- Memfasilitasi tugas ketua komite PPI
- Membantu koordinasi
- Mengagendakan kegiatan PPI

Anggota Komite medik sebagai berikut:

- IPCN/ Perawat PPI
- IPCD/ Dokter PPI : Dokter wakil dari tiap KSM (Kelompok Staf Medik), dokter ahli epidemiologi, dokter Mikrobiologi, dokter Patologi Klinik.
- Anggota komite lainnya, dari : Tim DOTS, Tim HIV, Laboratorium, Farmasi, sterilisasi, Laundry, Instalasi

Pemeliharaan Sarana Rumah Sakit (IPSRS), sanitasi lingkungan, pengelola makanan, Kesehatan dan Keselamatan Kerja (K3), Kamar jenazah.

Kriteria IPCD:

- Dokter yang mempunyai minat dalam PPI
- Mengikuti pendidikan dan pelatihan dasar PPI
- Memiliki kemampuan leadership

Tugas IPCD:

- Berkontribusi dalam pencegahan
- diagnosis dan terapi infeksi yang tepat, turut menyusun pedoman penggunaan antibiotika dan surveilans
- Mengidentifikasi dan melaporkan pola kuman dan pola resistensi antibiotika
- Bekerjasama dengan IPCN / Perawat PPI melakukan monitoring kegiatan surveilans infeksi dan mendeteksi serta investigasi KLB. Bersama komite PPI memperbaiki kesalahan yang terjadi, membuat laporan tertulis hasil investigasi dan melaporkan kepada pimpinan rumah sakit
- Membimbing dan mengadakan pelatihan PPI bekerja sama dengan bagian pendidikan dan pelatihan (Diklat) di rumah sakit
- Turut memonitor cara kerja tenaga kesehatan dalam merawat pasien

- Turut membantu semua petugas kesehatan untuk memahami PPI

Kriteria IPCN :

- Perawat dengan pendidikan minimal Diploma III Keperawatan
- Mempunyai minat dalam PPI
- Mengikuti pendidikan dan pelatihan dasar PPI dan IPCN
- Memiliki pengalaman sebagai Kepala Ruangan atau setara
- Memiliki kemampuan leadership dan inovatif
- Bekerja purnawaktu

Tugas dan Tanggung Jawab IPCN:

- Melakukan kunjungan kepada pasien yang berisiko di ruangan setiap hari untuk mengidentifikasi kejadian infeksi pada pasien di baik rumah sakit dan fasilitas pelayanan kesehatan lainnya
- Memonitor pelaksanaan program PPI, kepatuhan penerapan SPO dan memberikan saran perbaikan bila diperlukan
- Melaksanakan surveilans infeksi dan melaporkan kepada Komite/Tim PPI
- Turut serta melakukan kegiatan mendeteksi dan investigasi KLB
- Memantau petugas kesehatan yang terpajan bahan infeksius / tertusuk bahan tajam bekas pakai untuk mencegah penularan infeksi

- Melakukan diseminasi prosedur kewaspadaan isolasi dan memberikan konsultasi tentang PPI yang diperlukan pada kasus tertentu yang terjadi di fasyankes
- Melakukan audit PPI di seluruh wilayah fasyankes dengan menggunakan daftar tilik
- Memonitor pelaksanaan pedoman penggunaan antibiotika bersama Komite/Tim PPRA
- Mendesain, melaksanakan, memonitor, mengevaluasi dan melaporkan surveilans infeksi yang terjadi di fasilitas pelayanan kesehatan bersama Komite / Tim PPI
- Memberikan motivasi kepatuhan pelaksanaan program PPI
- Memberikan saran desain ruangan rumah sakit agar sesuai dengan prinsip PPI
- Meningkatkan kesadaran pasien dan pengunjung rumah sakit tentang PPI
- Memprakarsai penyuluhan bagi petugas kesehatan, pasien, keluarga dan pengunjung tentang topik infeksi yang sedang berkembang (New-emerging dan re-emerging) atau infeksi dengan insiden tinggi
- Sebagai coordinator antar departemen/unit dalam mendeteksi, mencegah dan mengendalikan infeksi di rumah sakit
- Memonitoring dan evaluasi peralatan medis single use yang di re-use

Kriteria IPCLN:

- Perawat dengan pendidikan minimal Diploma 3, yang mempunyai minat dalam PPI
- Mengikuti pendidikan dan pelatihan dasar PPI

Tugas IPCLN: IPCLN sebagai perawat pelaksana harian/penghubung bertugas:

- Mencatat data surveilans dari setiap pasien diunit rawat inap masing-masing
- Memberikan motivasi dan mengingatkan tentang pelaksanaan kepatuhan PPI pada setiap personil ruangan di unitnya masing-masing
- Memonitor kepatuhan petugas kesehatan yang lain dalam penerapan kewaspadaan isolasi
- Memberitahukan kepada IPCN apa bila ada kecurigaan adanya HAIs pad apasien
- Bila terdapat infeksi potensial KLB melakukan penyuluhan bagi pengunjung dan konsultasi prosedur PPI berkoordinasi dengan IPCN
- Memantau pelaksanaan penyuluhan bagi pasien, keluarga dan pengunjung dan konsultasi prosedur yang harus dilaksanakan

Anggota Lainnya Kriteria:

- Tenaga diluar dokter dan perawat yang mempunyai minat dalam PPI

- Mengikuti pendidikan dan pelatihan dasar PPI

Tugas:

- bertanggung jawab kepada ketua komite PPI dan berkoordinasi dengan unit terkait lainnya dalam penerapan PPI
- Memberikan masukan pada pedoman maupun kebijakan terkait PPI

Kriteria Ketua Tim PPI:

- Dokter yang mempunyai minat dalam PPI
- Mengikuti pendidikan dan pelatihan dasar PPI
- Memiliki kemampuan leadership

Dalam keanggotaan Tim PPI, Kriteria IPCN dan uraian tugas mengikuti kriteria dan tugas IPCN pada komite PPI ,disesuaikan dengan fasilitas pelayanan kesehatannya.

Anggota lain Kriteria:

- Perawat/tenaga lain yang mempunyai minat dalam PPI
- Mengikuti pendidikan dan pelatihan dasar PPI
- Memiliki kemampuan leadership
- Tugas Tim PPI mengikuti tugas komite PPI disesuaikan dengan fasilitas pelayanan kesehatannya.

(e) Tim Keselamatan Pasien

Proses perancangan desain program Keselamatan Pasien dilakukan dengan mengacu pada visi, misi, dan tujuan fasilitas pelayanan kesehatan, kebutuhan pasien, petugas pelayanan

kesehatan, kaidah klinis terkini, praktik bisnis yang sehat, dan faktor-faktor lain yang berpotensi risiko bagi pasien sesuai dengan tujuh langkah menuju Keselamatan Pasien. Berikut ini adalah beberapa langkah akan membantu memastikan bahwa asuhan yang diberikan seaman mungkin, dan jika terjadi sesuatu hal yang tidak benar bisa segera diambil tindakan yang tepat:

(1) Membangun kesadaran akan nilai Keselamatan Pasien dan menciptakan budaya adil dan terbuka. Kegiatan yang dilakukan untuk tingkat Fasilitas Pelayanan Kesehatan:

- Pastikan ada kebijakan yang menyatakan apa yang harus dilakukan oleh staf apabila terjadi insiden, bagaimana dilakukan investigasi dan dukungan apa yang harus diberikan kepada pasien, keluarga, dan staf
- Pastikan dalam kebijakan tersebut ada kejelasan tentang peran individu dan akuntabilitasnya bila terjadi insiden
- Lakukan survei budaya keselamatan untuk menilai budaya pelaporan dan pembelajaran di Fasilitas pelayanan Kesehatan

Untuk tingkat Unit/ Pelaksana:

- Pastikan seluruh staf merasa mampu berbicara tentang pendapatnya dan membuat laporan apabila terjadi insiden
- Tunjukkan kepada tim tindakan-tindakan yang sudah dilakukan oleh Fasilitas pelayanan Kesehatan

menindaklanjuti laporan-laporan tersebut secara adil guna pembelajaran dan pengambilan keputusan yang tepat

(2) Memimpin dan mendukung staf. Tegakkan fokus yang kuat dan jelas tentang keselamatan pasien diseluruh Fasilitas pelayanan Kesehatan. Keselamatan pasien melibatkan setiap orang dalam Fasilitas pelayanan Kesehatan. Membangun budaya keselamatan sangat tergantung kepada kepemimpinan yang kuat dan kemampuan organisasi mendengarkan pendapat seluruh anggota. Kegiatan yang dilaksanakan untuk tingkat Fasilitas Pelayanan Kesehatan:

- Pastikan ada anggota eksekutif yang bertanggung jawab tentang keselamatan pasien. Anggota eksekutif di rumah sakit merupakan jajaran direksi rumah sakit yang meliputi kepala atau direktur rumah sakit dan pimpinan unsur-unsur yang ada dalam struktur organisasi rumah sakit, sedangkan untuk fasilitas pelayanan kesehatan tingkat pertama merupakan jajaran pimpinan organisasi jenis fasilitas pelayanan kesehatan tingkat pertama
- Tunjuk penggerak/ *champion* keselamatan pasien di tiap unit.
- Tempatkan keselamatan pasien dalam agenda pertemuan-pertemuan pada tingkat manajemen dan unit

- Masukkan keselamatan pasien ke dalam program-program pelatihan bagi staf dan pastikan ada pengukuran terhadap efektifitas pelatihan-pelatihan tersebut

Sedangkan untuk tingkat Unit/ Pelaksana:

- Calonkan penggerak/champion untuk keselamatan pasien
 - Jelaskan pentingnya keselamatan pasien kepada anggota unit anda
 - Tumbuhkan etos kerja dilingkungan tim/unit anda sehingga staf merasa dihargai dan merasa mampu berbicara apabila mereka berpendapat bahwa insiden bisa terjadi
- (3) Mengintegrasikan aktivitas pengelolaan risiko. Bangun sistem dan proses untuk mengelola risiko dan mengidentifikasi kemungkinan terjadinya kesalahan. Sistem manajemen risiko akan membantu Fasilitas pelayanan Kesehatan mengelola insiden secara efektif dan mencegah kejadian berulang kembali. Keselamatan pasien adalah komponen kunci dari manajemen risiko, dan harus diintegrasikan dengan keselamatan staf, manajemen keluhan, penanganan litigasi dan klaim serta risiko keuangan dan lingkungan. Sistem manajemen risiko ini harus didukung oleh strategi manajemen risiko Fasilitas pelayanan Kesehatan, yang mencakup program-program asesmen risiko secara pro-aktif dan risk register.

Kegiatan yang dilaksanakan untuk tingkat Fasilitas Pelayanan Kesehatan:

- Pelajari kembali struktur dan proses untuk pengelolaan risiko klinis dan non klinis, dan pastikan hal ini sudah terintegrasi dengan keselamatan pasien dan staf komplain dan risiko keuangan serta lingkungan
- Kembangkan indikator-indikator kinerja untuk sistem manajemen risiko anda sehingga dapat di monitor oleh pimpinan
- Gunakan informasi-informasi yang diperoleh dari sistem pelaporan insiden dan asesmen risiko untuk perbaikan pelayanan pasien secara pro-aktif.

Sedangkan untuk tingkat Unit/ Pelaksana:

- Giatkan forum-forum diskusi tentang isu-isu manajemen risiko dan keselamatan pasien, berikan feedback kepada manajemen
- Lakukan asesmen risiko pasien secara individual sebelum dilakukan tindakan
- Lakukan proses asesmen risiko secara reguler untuk tiap jenis risiko dan lakukan tindakan-tindakan yang tepat untuk meminimalisasinya

- Pastikan asesmen risiko yang ada di unit anda masuk ke dalam proses asesmen risiko di tingkat organisasi dan risk register.
- (4) Mengembangkan sistem pelaporan Pastikan staf anda mudah untuk melaporkan insiden secara internal (lokal) maupun eksternal (nasional). Kegiatan yang dilakukan untuk tingkat Fasilitas Pelayanan Kesehatan adalah membangun dan implementasikan sistem pelaporan yang menjelaskan bagaimana dan cara Fasilitas pelayanan Kesehatan melaporkan insiden secara nasional ke Komite Nasional Keselamatan Pasien (KNKP). Sedangkan untuk tingkat Unit/ Pelaksana adalah mendorong tim untuk secara aktif melaporkan insiden-insiden keselamatan pasien baik yang sudah terjadi maupun yang sudah di cegah -46- tetapi bisa berdampak penting untuk pembelajaran. Panduan secara detail tentang sistem pelaporan insiden keselamatan pasien akan di susun oleh Komite Nasional Keselamatan Pasien (KNKP).
- (5) Melibatkan dan berkomunikasi dengan pasien Kembangkan cara-cara berkomunikasi cara terbuka dan mendengarkan pasien. Peran aktif pasien dalam proses asuhannya harus diperkenalkan dan di dorong. Pasien memainkan peranan kunci dalam membantu penegakan diagnosa yang akurat, dalam memutuskan tindakan pengobatan yang tepat, dalam

memilih fasilitas yang aman dan berpengalaman, dan dalam mengidentifikasi Kejadian Tidak Diharapkan (KTD) serta mengambil tindakan yang tepat. Kembangkan cara-cara berkomunikasi cara terbuka dan mendengarkan pasien. Kegiatan yang dilaksanakan untuk tingkat Fasilitas Pelayanan Kesehatan:

- Kembangkan kebijakan yang mencakup komunikasi terbuka dengan pasien dan keluarganya tentang insiden yang terjadi
- Pastikan pasien dan keluarganya mendapatkan informasi apabila terjadi insiden dan pasien mengalami cedera sebagai akibatnya
- Berikan dukungan kepada staf, lakukan pelatihan-pelatihan dan dorongan agar mereka mampu melaksanakan keterbukaan kepada pasien dan keluarganya.

Sedangkan untuk tingkat Unit/ Pelaksana:

- Pastikan anggota tim menghargai dan mendukung keterlibatan pasien dan keluarganya secara aktif waktu terjadi insiden
- Prioritaskan kebutuhan untuk memberikan informasi kepada pasien dan keluarganya waktu terjadi insiden, dan berikan informasi yang jelas, akurat dan tepat waktu

- Pastikan pasien dan keluarganya menerima pernyataan ”maaf” atau rasa keprihatinan kita dan lakukan dengan cara terhormat dan simpatik.
- (6) Belajar dan berbagi pengalaman tentang Keselamatan Pasien.
- Dorong staf untuk menggunakan analisa akar masalah guna pembelajaran tentang bagaimana dan mengapa terjadi insiden. Salah satu hal yang terpenting yang harus kita pertanyakan adalah apa yang sesungguhnya terjadi dengan sistem kita ini. Dorong staf untuk menggunakan analisa akar masalah guna pembelajaran tentang bagaimana dan mengapa terjadi insiden. Kegiatan yang dilaksanakan untuk tingkat Fasilitas Pelayanan Kesehatan:
- Yakinkan staf yang sudah terlatih melakukan investigasi insiden secara tepat sehingga bisa mengidentifikasi akar masalahnya
 - Kembangkan kebijakan yang mencakup kriteria kapan fasilitas pelayanan kesehatan harus melakukan Root Cause Analysis (RCA)

Sedangkan untuk tingkat Unit/ Pelaksana:

- Lakukan pembelajaran di dalam lingkup unit anda dari analisa insiden keselamatan pasien
- Identifikasi unit lain yang kemungkinan terkena dampak dan berbagilah proses pembelajaran anda secara luas

(7) Mencegah cedera melalui implementasi sistem Keselamatan Pasien Pembelajaran lewat perubahan-perubahan didalam praktek, proses atau sistem. Untuk sistem yang sangat komplek seperti Fasilitas pelayanan Kesehatan untuk mencapai hal-hal diatas dibutuhkan perubahan budaya dan komitmen yang tinggi bagi seluruh staf dalam waktu yang cukup lama. Kegiatan yang dilaksanakan untuk tingkat Fasilitas Pelayanan Kesehatan:

- Gunakan informasi yang berasal dari sistem pelaporan insiden, asesmen risiko, investigasi insiden, audit dan analisa untuk menetapkan solusi di Fasilitas Pelayanan Kesehatan. Hal ini mencakup redesigning sistem dan proses, penyelarasan pelatihan staf dan praktek klinik
- Lakukan asesmen tentang risiko-risiko untuk setiap perubahan yang direncanakan
- Monitor dampak dari perubahan-perubahan tersebut
- Implementasikan solusi-solusi yang sudah dikembangkan eksternal

Hal ini termasuk solusi yang dikembangkan oleh KNKP atau *Best Practice* yang sudah dikembangkan oleh Fasilitas Kesehatan lain untuk tingkat Unit/ Pelaksana:

- Libatkan tim KP dalam pengembangan cara-cara agar asuhan pasien lebih baik dan lebih aman

- Kaji ulang perubahan-perubahan yang sudah dibuat dengan tim anda untuk memastikan keberlanjutannya
- Pastikan tim anda menerima feedback pada setiap followup dalam pelaporan insiden.

2.1.1 Tinjauan Manajemen Mutu

Tinjauan Manajemen Mutu Adalah proses evaluasi terhadap kesesuaian dan efektifitas penerapan sistem manajemen mutu yang dilakukan secara berkala dan melibatkan berbagai pihak yang terkait dengan operasional kegiatan organisasi. Manajemen sumber daya dan mutu merupakan satu kesatuan sistem pengelolaan Puskesmas yang tidak terpisah satu dengan lainnya, yang harus dikuasai sepenuhnya oleh tim manajemen Puskesmas dibawah kepemimpinan kepala Puskesmas, dalam upaya mewujudkan kinerja Puskesmas yang bermutu, mendukung tercapainya sasaran dan tujuan penyelenggaraan upaya kesehatan di Puskesmas, agar dapat mengatasi masalah-masalah kesehatan yang dihadapi masyarakat di wilayah kerjanya. Manajemen Puskesmas akan mengintegrasikan seluruh manajemen yang ada (sumber daya, program, pemberdayaan masyarakat, sistem informasi Puskesmas, dan mutu) didalam menyelesaikan masalah prioritas kesehatan di wilayah kerjanya. Untuk menjamin bahwa siklus manajemen Puskesmas yang berkualitas berjalan secara efektif dan efisien, ditetapkan Tim Manajemen Puskesmas yang juga dapat berfungsi sebagai penanggungjawab manajemen mutu di Puskesmas.

Tim terdiri atas penanggung jawab upaya kesehatan di Puskesmas dan didukung sepenuhnya oleh jajaran pelaksananya masing-masing. Tim ini bertanggung jawab terhadap tercapainya target kinerja Puskesmas, melalui pelaksanaan upaya kesehatan yang bermutu.

Tujuan umum dilakukannya Pertemuan Tinjauan Manajemen bertujuan untuk memastikan terselenggaranya pelayanan kesehatan yang bermutu melalui pembahasan permasalahan permasalahan yang terkait dengan operasional FKTP secara bersama, melibatkan seluruh pegawai, dan dilaksanakan secara berkesinambungan, sedangkan tujuan khusus dilaksanakannya pertemuan tinjauan manajemen adalah

- (a) Terlaksananya pertemuan tinjauan manajemen mutu di FKTP sesuai dengan persyaratan yang berlaku
- (b) Terbitnya kesepakatan tindak lanjut dari proses-proses terkait implementasi sistem manajemen mutu
- (c) Tersedianya kriteria untuk peningkatan mutu pelayanan kesehatan
- (d) Teridentifikasinya peluang yang cukup untuk melakukan perbaikan terus-menerus (*continuous Improvement*)

Pertemuan tinjauan manajemen dipimpin oleh Penanggung jawab mutu. Pertemuan tinjauan manajemen mempunyai karakteristik sebagai berikut:

- (a) Dilakukan secara berkala.

Pertemuan tinjauan manajemen sebaiknya dilakukan paling sedikit dua kali setahun. Pertemuan ini menggunakan forum lokakarya mini yang dilaksanakan tiap semester yang merupakan forum untuk evaluasi kinerja semester.

- (b) Direncanakan dengan baik.

Sebelum menyelenggarakan pertemuan tinjauan manajemen, penanggung jawab mutu membahas dengan Kepala Puskesmas rencana untuk menyelenggarakan pertemuan tinjauan manajemen. Dalam pembahasan dengan Kepala Puskesmas didiskusikan tentang tujuan, waktu, jadwal penyelenggaraan, agenda, input tinjauan, proses tinjauan, dan luaran yang diharapkan.

- (c) Didokumentasikan dengan baik.

Kegiatan pertemuan tinjauan manajemen harus didokumentasikan dengan baik mulai dari undangan pertemuan, daftar hadir, agenda pertemuan, proses tinjauan, notulen pelaksanaan pertemuan, dan rekomendasi hasil pertemuan.

- (d) Mengevaluasi efektivitas penerapan sistem manajemen mutu dan dampaknya pada mutu/ kinerja.

- (e) Mengevaluasi efektivitas sistem pelayanan UKP dan penyelenggaraan kegiatan UKM

- (f) Membahas perubahan yang perlu dilakukan.

Pembahasan dalam pertemuan tinjauan manajemen menghasilkan rekomendasi-rekomendasi untuk melakukan perubahan yang mengarah pada perbaikan. Perubahan dapat berupa perbaikan sistem pelayanan, sistem manajemen mutu, sistem manajemen, kebijakan, dan prosedur.

- (g) Hasil pertemuan harus ditindak lanjuti.

Berdasarkan rekomendasi yang dihasilkan dalam pertemuan tinjauan manajemen, direncanakan kegiatan tindak lanjut.

- (h) Pelaksanaan tindak lanjut harus dipantau.

Penanggung jawab mutubersama dengan tim mutu mempunyai kewajiban untuk memantau tindaklanjut terhadap rekomendasi tinjauan manajemen.

- (i) Pihak manajemen dan pelaksana yang terkait diundang dalam pertemuan

- (j) Pertemuan diawali dengan pembahasan hasil dan tindak lanjut pertemuan tinjauan manajemen sebelumnya

- (k) Dilaksanakan dengan agenda yang jelas.

Agenda pertemuan tinjauan manajemen harus disusun oleh Penanggung jawab mutu.

- (l) Menghasilkan luaran: rencana perbaikan, rencana peningkatan kepuasan pelanggan, rencana pemenuhan sumber daya, rencana perubahan-perubahan untuk mengakomodasi persyaratan yang diminta oleh pelanggan/ pengguna.

Pertemuan Tinjauan Manajemen dipimpin oleh Penanggung jawab mutu dengan agenda sebagai berikut:

(a) Pembukaan oleh Penanggung jawab mutu

Pada pembukaan pertemuan tinjauan manajemen, penanggung jawab mutu menyampaikan tujuan dan agenda pertemuan tinjauan manajemen.

(b) Pengarahan oleh Kepala Puskesmas

Kepala Puskesmas diberi kesempatan untuk memberikan arahan pada pertemuan tinjauan manajemen untuk menyampaikan prioritas permasalahan yang perlu dibahas dan prioritas perbaikan yang akan dilakukan oleh Puskesmas

(c) Pembahasan hasil pertemuan tinjauan manajemen yang lalu

Hasil pertemuan tinjauan manajemen yang lalu, rekomendasi, tindak lanjut, dan hasil-hasil yang sudah dicapai, serta hambatan dalam pelaksanaan tindak lanjut harus dibahas. Tindak lanjut yang belum dapat diselesaikan perlu dibahas untuk mengatasi hambatan yang ada.

(d) Pembahasan hasil audit internal

Hasil audit internal terutama yang belum dapat diselesaikan perlu dibahas pada pertemuan tinjauan manajemen untuk dapat ditindak lanjuti.

(e) Pembahasan umpan balik/ keluhan pelanggan.

Umpan balik pelanggan, upaya menanggapi umpan balik juga harus dibahas dalam pertemuan tinjauan manajemen.

- (f) Pembahasan hasil survey kepuasan pelanggan.

Hasil survey pelanggan perlu disampaikan, untuk ditindak lanjuti dalam upaya memenuhi kebutuhan dan harapan pelanggan.

- (g) Pembahasan hasil penilaian kinerja.

Pertemuan tinjauan manajemen membahas capaian kinerja selamasatu semester, untuk ditindak lanjuti dalam perencanaan kegiatan satu semester mendatang. Perubahan strategi dalam mencapai target kinerja dapat dibahas dalam pertemuan.

- (h) Masalah-masalah operasional yang terkait dengan sistem manajemen mutu, dan pelayanan UKM dan UKP

- (i) Rekomendasi untuk perbaikan.

Keseluruhan pembahasan yang dilakukan dalam pertemuan tinjauan manajemen menghasilkan rekomendasi untuk ditindaklanjuti.

- (j) Rencana perbaikan/ perubahan yang perlu dilakukan.

Berdasarkan rekomendasi disusun rencana perbaikan berupa kegiatan-kegiatan yang akan dilakukan.

- (k) Penutup.

Penanggung jawab mutu menutup pertemuan dengan membacakan kesimpulan dan rekomendasi.

Masukan yang akan dibahas dalam pertemuan tinjauan manajemen antaralain adalah:

(a) Hasil audit internal.

Auditor internal menyampaikan laporan audit internal, dan menyampaikan hasil-hasil audit internal terutama temuan-temuan yang belum dapat diselesaikan

(b) Umpan balik yang disampaikan oleh pelanggan.

Umpan balik pelanggan yang diperoleh antara lain dari kotak saran, keluhan yang disampaikan oleh pelanggan, hasil temu kader, dan mekanisme yang lain, dibahas untuk dilakukan tindak lanjut perbaikan.

(c) Kinerja pelayanan, baik kinerja hasil maupun kinerja proses.

Capaian kinerja dibahas pada pertemuan untuk menindaklanjuti kinerja yang belum mencapai target yang diharapkan.

(d) Status tindakan perbaikan maupun pencegahan yang dilakukan.

(e) Tindakan perbaikan maupun pencegahan yang telah dilakukan juga perlu dibahas baik hasil-hasil yang telah dicapai maupun yang belum tercapai untuk dapat dilakukan penyelesaian.

(f) Tindak lanjut terhadap hasil tinjauan manajemen yang lalu.

Hasil tinjauan manajemen yang lalu dibahas untuk mengetahui pelaksanaan tindak lanjut terhadap rekomendasi pertemuan tinjauan manajemen yang lalu. Hambatan dibahas untuk

dilakukan upaya mengatasi hambatan dalam menindak lanjuti rekomendasi yang lalu.

- (g) Kebijakan mutu dan kebijakan pelayanan UKP dan kebijakan penyelenggaraan kegiatan UKM.

Berdasarkan pembahasan pada pertemuan tinjauan manajemen, kebijakan mutu dan kebijakan pelayanan dapat diubah dalam upaya perbaikan kinerja.

- (h) Perubahan yang perlu dilakukan terhadap sistem manajemen mutu, sistem pelayanan UKP, dan penyelenggaraan kegiatan UKM.

Berdasarkan pembahasan dalam pertemuan, perubahan juga dapat dilakukan baik pada sistem manajemen mutu, sistem pelayanan UKP, sistem manajemen, dan sistem penyelenggaraan UKM.

Dengan dilaksanakan pertemuan tinjauan manajemen, maka dapat diambil keputusan dan tindakan manajerial yang terkait dengan:

- (a) Peningkatan efektifitas sistem manajemen mutu dan sistem pelayanan UKP dan sistem penyelenggaraan kegiatan UKM
- (b) Peningkatan pelayanan terkait dengan persyaratan yang diminta oleh pelanggan
- (c) Identifikasi perubahan-perubahan yang perlu dilakukan baik pada sistem manajemen mutu, sistem pelayanan UKP, dan sistem penyelenggaraan kegiatan UKM

- (d) Penyediaan sumber daya yang diperlukan untuk melaksanakan tindaklanjut perbaikan.

2.1.2 Audit Internal

Salah satu instrumen *quality control* lain yang dilaksanakan di puskesmas secara rutin adalah *audit internal*, audit merupakan kegiatan mengumpulkan informasi faktual dan signifikan melalui interaksi secara sistematis (pemeriksaan, pengukuran dan penilaian yang berujung pada penarikan kesimpulan), obyektif dan terdokumentasi yang berorientasi pada azas penggalan nilai atau manfaat dengan cara membandingkan antar standar yang telah disepakati bersama dengan apa yang dilaksanakan/ diterapkan di lapangan. Audit merupakan proses yang sistematis, mandiri, dan terdokumentasi untuk memperoleh bukti audit dan menilai secara obyektif untuk menentukan sejauh mana kriteria audit telah dipenuhi. Kriteria audit adalah kriteria yang digunakan untuk melakukan audit berdasarkan standar yang digunakan dalam penilaian audit. Pada dasarnya audit merupakan instrumen bagi manajemen untuk membantu mencapai visi, misi dan tujuan organisasi dengan cara mendapatkan data dan informasi faktual dan signifikan berupa data, hasil analisa, penilaian, rekomendasi auditor sebagai dasar pengambilan keputusan, pengendalian manajemen, perbaikan dan atau perubahan. Audit internal dilakukan oleh tim audit internal yang

dibentuk oleh Kepala Puskesmas/ Klinik dengan berdasarkan pada standar kinerja dan standar akreditasi yang digunakan.

Audit internal harus dapat memastikan sistem manajemen mutu cukup mendukung kemampuan puskesmas menampilkan bukti yang valid dan membuka peluang untuk *Continuous Improvement*. Audit dilakukan berdasarkan kriteria audit. Kriteria audit adalah kriteria yang digunakan untuk melakukan audit yang dapat berupa standar, prosedur, indikator dan target kinerja yang digunakan dalam penilaian audit. Fakta yang adadi lapangan merupakan bukti audityaitu rekaman, pernyataan fakta atau informasi lain yang relevan dengan kriteria audit dan dapat diverifikasi. Dengan membandingkan bukti audit dengan kriteria audit, diperoleh temuan audit, yaitu hasil evaluasi bukti audit yang dikumpulkan terhadap kriteria audit. Temuan audit dapat menunjukkan kesesuaian atau ketidaksesuaian terhadap kriteria audit, atau peluang perbaikan.

Audit Internal didasarkan pada beberapa prinsip, agar dapat menjadi alat yang efektif dan dapat diandalkan dalam mendukung kebijakan dan pengendalian manajemen dan memberikan informasi untuk dapat meningkatkan kinerja individu maupun kinerja organisasi. Prinsip-prinsip tersebut terkait dengan Auditor :

(a) Kode Etik Dasar Profesionalisme.

Dapat dipercaya, punya integritas, dapat menjaga kerahasiaan dan berpendirian adalah sangat penting dalam pelaksanaan audit.

(b) Penyajian yang obyektif.

Kewajiban melaporkan secara benar dan akurat. Temuan audit, kesimpulan audit dan laporan audit mencerminkan pelaksanaan kegiatan audit secara benar dan signifikan.

(c) Profesional: Kesungguhan dan ketepatan penilaian dalam audit.

Senantiasa memelihara profesionalisme sesuai dengan pentingnya tugas yang dilaksanakan dan kepercayaan yang diberikan.

(d) Independent : Dasar untuk ketidak berpihakan dan konflik kepentingan.

Auditor tidak terkait dengan kegiatan yang sedang diaudit dan bebas keberpihakan dan konflik kepentingan. Selama proses audit, auditor menjaga pemikiran yang obyektif untuk menjamin bahwa temuan audit dan kesimpulan hanya didasarkan pada bukti audit.

(e) Pendekatan berdasarkan bukti.

Menggunakan metode yang rasional untuk mencapai kesimpulan audit yang dapat dipercaya dan terjaga konsistensinya melalui proses audit yang sistematis.

Untuk mencapai tujuan dan memperoleh manfaat tersebut, maka audit internal perlu dilaksanakan dengan pendekatan sebagai berikut:

- (a) Proses interaktif: audit merupakan proses interaksi antara auditor dan auditee, terjadi komunikasi timbal balik antara auditor dan auditee
- (b) Kegiatan sistematis: direncanakan, dikoordinasikan, dilaksanakan dan dikendalikan secara efisien. Kegiatan audit harus direncanakan dengan baik dan dikoordinasikan dengan pihak yang akan diaudit. Audit internal bukanlah inspeksi yang bersifat mendadak, tetapi terencana dan harus diketahui awal oleh pihak yang diaudit. Pelaksanaan audit dipandu dengan rencana audit yang lengkap dengan tujuan, metoda, dan perangkat audit yang telah disiapkan dengan baik oleh auditor. Auditor harus mengendalikan keseluruhan kegiatan audit agar sesuai dengan rencana audit dan didokumentasikan dengan baik.
- (c) Dilakukan dengan azas manfaat.
Audit internal dilaksanakan harus bermanfaat untuk melakukan perbaikan yang berkesinambungan dalam penyediaan pelayanan di FKTP.
- (d) Dilakukan secara objektif.
Dalam melaksanakan audit, auditor melihat fakta berdasarkan bukti-bukti nyata, tidak boleh berdasarkan asumsi ataupun intuisi.

- (e) Berpijak pada fakta dan kebenaran.
Fakta dan kebenaran diperoleh dari bukti-bukti yang nyata yang ada di tempat kerja.
- (f) Melibatkan proses analisis/ evaluasi/ penilaian/ pengujian.
Bukti-bukti audit dicocokkan dengan kriteria audit yang digunakan untuk menilai kesesuaian terhadap kriteria yang digunakan
- (g) Bermuara pada pengambilan keputusan.
Berdasarkan bukti-bukti yang ada, audit mengambil keputusan apakah fakta yang ada sesuai atau tidak sesuai dengan kriteria yang digunakan untuk melakukan audit.
- (h) Dilaksanakan berdasar standar/ kriteria tertentu.
Sebelum melakukan audit harus ditetapkan standar/ kriteria yang akan digunakan. Fakta atau bukti-bukti yang diperoleh di tempat kerja dibenturkan dengan standar/ kriteria tersebut.
- (i) Merupakan kegiatan berulang.
Audit internal bukan merupakan kegiatan sekali dilakukan, tetapi secara periodik dilakukan untuk menilai kemajuan dari suatu unit kerja.
- (j) Menghasilkan laporan.
Seluruh kegiatan audit harus didokumentasikan dan dilaporkan kepada Kepala Puskesmas.

Audit dilaksanakan dengan tujuan untuk mendapatkan data dan informasi faktual dan signifikan berupa data, hasil analisis, hasil penilaian, dan rekomendasi auditor sebagai dasar untuk pengambilan keputusan, pengendalian manajemen, perbaikan atau perubahan baik pada sistem pelayanan maupun sistem manajemen mutu. Audit internal bertujuan untuk membantu menyelesaikan permasalahan organisasi dalam rangka meningkatkan mutu dan kinerja organisasi.

Tujuan umum dilaksanakannya audit internal bertujuan untuk memastikan terselenggaranya pelayanan kesehatan yang bermutu dengan memantau kesesuaian antara kondisi aktual dengan regulasi maupun standar yang telah ditetapkan, agar manajemen dapat melakukan upaya peningkatan mutu pelayanan kesehatan di Fasilitas Pelayanan Kesehatan Tingkat Primer (FKTP) yang terdiri dari Puskesmas, Klinik Pratama, Dokter dan Dokter Gigi Praktek mandiri. Sedangkan tujuan khusus dilaksanakannya audit internal di FKTP adalah:

- (a) Terlaksananya monitoring implementasi sistem manajemen mutu yang diterapkan di FKTP dengan persyaratan atau kriteria audit
- (b) Tersedianya data yang valid
- (c) Teridentifikasinya peluang yang cukup untuk melakukan perbaikan terus-menerus (*Continuous Improvement*)
- (d) Terukurnya kinerja individu, maupun kinerja unit dan institusi

Dasar dalam menetapkan tujuan audit internal adalah:

(a) Prioritas permasalahan yang dihadapi oleh organisasi dalam memberikan pelayanan kepada masyarakat. Auditor dalam menyusun rencana audit, dapat menetapkan tujuan audit berdasarkan masalah prioritas dalam organisasi, misalnya capaian K4/ kunjungan ke 4 kali ibu hamil selama kehamilan dengan standar tertentu yang rendah dalam pelayanan Kesehatan Ibu dan Anak/ KIA, maka tujuan audit ditetapkan berdasarkan adanya masalah dalam pelayanan KIA, yaitu melakukan audit pencapaian kinerja pelayanan KIA.

(b) Rencana pengembangan pelayanan.

Puskesmas akan mengembangkan pelayanan gizi rawat inap, maka dasar penetapan tujuan audit adalah mencari peluang pengembangan dalam pelayanan gizi rawat inap di Puskesmas.

(c) Persyaratan suatu sistem manajemen yang digunakan sebagai acuan.

Suatu sistem manajemen mutu mensyaratkan dilaksanakannya audit internal, maka tujuan audit internal dilakukan untuk menilai sejauh mana persyaratan sistem manajemen mutu diterapkan dalam organisasi.

(d) Persyaratan regulasi atau persyaratan kontrak.

Pihak ketiga yang bekerja sama dengan suatu organisasi pelayanan kadang-kadang meminta dilaksanakannya audit

sebagai persyaratan yang dicantumkan dalam dokumen kontrak, maka tujuan audit adalah untuk memenuhi persyaratan yang ada pada kontrak atau perjanjian kerja sama.

(e) Evaluasi terhadap rekanan.

Audit dapat juga dilakukan dengan tujuan untuk melakukan evaluasi kinerja pihak ketiga atau rekanan.

(f) Adanya potensi risiko dalam kegiatan organisasi.

Risiko dalam pelayanan kesehatan dapat menjadi tujuan dilaksanakan audit internal.

Proses pelaksanaan audit internal terdiri dari kegiatan untuk: memastikan, menilai, dan merekomendasi. Memastikan dilakukan dengan cara konfirmasi dan verifikasi, sedangkan kegiatan menilai dilakukan dengan kegiatan evaluasi dan pengukuran untuk menyimpulkan temuan audit. Selanjutnya auditor harus merekomendasi, yaitu memberikan saran/ masukan berdasarkan temuan audit. Ketiga kegiatan ini umumnya dilakukan oleh auditor dengan cara:

(a) Telaah dokumen.

Telaah dokumen dilakukan baik untuk menelaah regulasi (kebijakan, SOP, pedoman/ panduan) yang disusun oleh organisasi/ unit kerja, dan dokumen-dokumen yang berupa rekam kegiatan.

(b) Observasi.

Auditor dapat melakukan observasi langsung kegiatan yang dilakukan di tempat kerja.

- (c) Meminta penjelasan dari auditee (yang diaudit).

Auditor dapat melakukan wawancara, meminta penjelasan atau klarifikasi pada *auditee* tentang kegiatan yang dilakukan.

- (d) Meminta peragaan dilakukan oleh auditee.

Jika diperlukan auditor dapat meminta auditee untuk memperagakan kegiatan yang seharusnya dapat dilakukan oleh auditee.

- (e) Membandingkan kenyataan dengan standar/ kriteria.

Auditor harus membandingkan kenyataan dengan standar/ kriteria audit yang sudah ditetapkan.

- (f) Meminta bukti atas suatu kegiatan/ transaksi.

Auditor dapat meminta bukti-bukti kegiatan transaksi yang dilakukan oleh auditee.

- (g) Pemeriksaan secara fisik terhadap fasilitas.

Jika dalam lingkup audit termasuk pemeriksaan fasilitas, maka auditor dapat melakukan pemeriksaan fisik terhadap fasilitas maupun peralatan yang ada.

- (h) Pemeriksaan silang (*cross-check*).

Untuk meyakinkan kebenaran dari bukti yang ada, auditor dapat melakukan verifikasi dengan pemeriksaan silang.

- (i) Mengakses catatan yang disimpan *auditee*.

Auditor harus diberi kewenangan untuk akses terhadap catatan-catatan yang disimpan auditor terkait dengan kegiatan pelayanan yang dilakukan.

(j) Mewawancarai *auditee*.

Proses interaksi auditor dan *auditee* dilakukan melalui wawancara.

(k) Menyampaikan angket survei.

Jika diperlukan auditor dapat menyampaikan angket survey kepada pelanggan.

(l) Menganalisis data.

Semua bukti-bukti yang diperoleh dianalisis oleh auditor dengan mencocokkan dengan standar/ kriteria untuk menarik kesimpulan.

Auditor internal adalah karyawan puskesmas yang dipilih oleh Kepala Puskesmas untuk melakukan audit internal. Karyawan tersebut harus memiliki kompetensi untuk melakukan audit internal. Auditor internal berperan sebagai katalisator untuk mempercepat perubahan dalam upaya memastikan kebijakan mutu yang ditetapkan dilaksanakan dalam pelayanan, memberdayakan sistem manajemen mutu, memperbaiki sistem pelayanan, dan meningkatkan kinerja pelayanan.

Auditor sebaiknya memiliki kepribadian untuk menjamin kemampuan bertindak sesuai dengan prinsip audit :

- (a) Etis, yaitu adil, menyatakan yang sebenarnya, tulus, jujur dan bijaksana
- (b) Terbuka, yaitu mau mempertimbangkan pandangan atau ide-ide alternatif
- (c) Diplomatis, yaitu bijaksana dalam menghadapi orang lain
- (d) Suka memperhatikan, yaitu secara aktif menyadari kegiatan dan lingkungan fisik yang ada disekitarnya
- (e) Cepat mengerti, yaitu secara naluriah menyadari dan mampu memahami situasi
- (f) Luwes, yaitu selalu siap menyesuaikan diri untuk situasi yang berbeda
- (g) Tangguh, yaitu teguh, fokus pada pencapaian tujuan
- (h) Tegas, yaitu menghasilkan kesimpulan dengan tepat waktu berdasarkan alasan dan analisis logis
- (i) Percaya diri, yaitu bertindak dan berfungsi secara independen ketika berinteraksi dengan orang lain secara efektif

Auditor internal mempunyai fungsi melakukan audit internal, dalam melaksanakan fungsi tersebut, auditor internal mempunyai tugas:

- (a) Memahami standar/ kriteria dan instrumen yang akan digunakan untuk melakukan audit internal.
- (b) Melakukan audit internal, mulai dari menyusun rencana audit, menyusun instrumen audit, menginformasikan rencana audit

kepada unit kerja yang akan diaudit, melakukan audit sesuai dengan jadwal, mengukur tingkat kesesuaian fakta terhadap standar/ kriteria audit secara objektif, menyepakati tindak lanjut dengan pihak yang diaudit, dan menyampaikan hasil audit internal kepada Kepala Puskesmas.

Kompetensi yang perlu dimiliki oleh seorang auditor adalah:

- (a) Auditor internal harus memahami prosedur (SOP) audit internal, memahami metoda-metoda yang digunakan dalam pelaksanaan audit, dan mampu menyusun dan memahami perangkat audit yang akan digunakan.
- (b) Mengaplikasikan prosedur, metoda, dan perangkat audit.
Auditor harus mampu untuk melakukan audit sesuai dengan prosedur, rencana, metoda, dan perangkat audit yang akan digunakan.
- (c) Melaksanakan audit tepat waktu.
Auditor harus dapat mengelola waktu untuk melaksanakan audit tepat waktu sesuai dengan jadwal audit baik pada saat memulai maupun mengakhiri.
- (d) Melaksanakan dan memfokuskan audit pada prioritas permasalahan
- (e) Mengumpulkan informasi melalui: wawancara, mendengarkan, menelusur dokumen

- (f) Melakukan verifikasi atas informasi yang dikumpulkan. Auditor harus mampu melakukan verifikasi dengan mencocokkan fakta dengan standar/ kriteria yang digunakan, jika diperlukan dapat melakukan uji silang.
- (g) Menyimpulkan tingkat kesesuaian bukti-bukti objektif dengan kriteria yang digunakan
- (h) Melakukan penilaian terhadap potensi kerugian.
Auditor harus dapat memperkirakan potensi kerugian akibat ketidaksesuaian maupun adanya risiko dalam pelayanan.
- (i) Memahami tehnik *sampling* dan menentukan jumlah sampel.
Dalam pelaksanaan audit dapat dilakukan uji petik (*sampling*).
Auditor harus paham tentang tehnik penentuan dan pemilihan *sampling*.
- (j) Mencatat aktivitas audit dalam dokumen kerja.
Auditor harus mencatat semua kegiatan, bukti-bukti atau fakta yang ditemukan dalam keseluruhan proses audit
- (k) Menyiapkan laporan.
Auditor harus mampu menyusun laporan sesuai dengan format yang digunakan.
- (l) Komunikasi.
Auditor harus mampu berkomunikasi, terutama komunikasi verbal untuk melakukan wawancara dan mendengarkan apa yang disampaikan oleh *auditee*.

(m) Menjaga kerahasiaan informasi.

Seluruh hasil audit bersifat rahasia, auditor harus mampu menjaga kerahasiaan atas seluruh hasil audit. Dalam melaksanakan tugas audit, auditor internal tidak memiliki tanggung jawab hukum terhadap publik atas apa yang dilakukan dan dilaporkan sebagai temuan.

2.1.4 Manajemen Risiko

Manajemen risiko adalah suatu proses mengenal, mengevaluasi, mengendalikan, dan meminimalkan risiko dalam suatu organisasi secara menyeluruh. Lingkup manajemen risiko dalam pelayanan kesehatan meliputi:

- (a) Risiko yang terkait dengan pelayanan pasien atau kegiatan pelayanan kesehatan: adalah risiko yang mungkin dialami oleh pasien atau sasaran kegiatan UKM, atau masyarakat akibat pelayanan yang disediakan oleh FKTP, misalnya: risiko yang dialami pasien ketika terjadi kesalahan pemberian obat.
- (b) Risiko yang terkait dengan petugas klinis yang memberikan pelayanan: adalah risiko yang mungkin dialami oleh petugas klinis ketika memberikan pelayanan, misalnya perawat tertusuk jarum suntik sehabis melakukan penyuntikan.
- (c) Risiko yang terkait dengan petugas non klinis yang memberikan pelayanan: adalah risiko yang mungkin dialami petugas non klinis, seperti petugas *laundry*, petugas kebersihan, petugas

sanitasi, petugas lapangan ketika melaksanakan kegiatan pelayanan.

- (d) Risiko yang terkait dengan sarana tempat pelayanan: adalah risiko yang mungkin dialami oleh petugas, pasien, sasaran kegiatan pelayanan, masyarakat, maupun lingkungan akibat fasilitas pelayanan.
- (e) Risiko finansial: adalah risiko kerugian finansial yang mungkin dialami oleh FKTP akibat pelayanan yang disediakan.
- (f) Risiko lain diluar 5 (lima) risiko di atas: adalah risiko-risiko lain yang tidak termasuk pada lingkup risiko diatas misalnya kecelakaan ambulans, kecelakaan kendaraan dinas yang digunakan.

Tahapan manajemen risiko dimulai dengan menetapkan lingkup manajemen risiko, dilanjutkan dengan kajian risiko: mengenal risiko, menganalisis risiko, mengevaluasi risiko, dan diakhiri dengan menentukan tindakan terhadap risiko. Setiap tahapan proses manajemen risiko harus dikomunikasikan dan dikonsultasikan pada pihak-pihak yang berkepentingan. Tiap tahapan manajemen risiko perlu dimonitor, diaudit, ditinjau, dan memerlukan dukungan internal.

- (a) Menetapkan lingkup manajemen risiko: Lingkup manajemen risiko yang akan dianalisis harus ditetapkan terlebih dahulu, misalnya: risiko yang terkait dengan pelayanan pasien, risiko yang terkait dengan pelayanan UKM, risiko yang terkait dengan staf

klinis, risiko yang terkait dengan staf lain, risiko yang terkait dengan fasilitas.

(b) Mengenal risiko. Setelah menentukan lingkup manajemen risiko, misalnya risiko terkait dengan pelayanan pasien, maka tahap berikutnya adalah mengenali risiko-risiko apa saja yang mungkin terjadi dalam pelayanan pasien. Disusun daftar risiko-risiko yang mungkin atau pernah terjadi (register risiko)

(c) Kajian risiko:

- Kajian tingkat keparahan (*severity assessment*) risiko: Jika diidentifikasi ternyata terdapat sekian banyak risiko maka dapat dilakukan kajian tingkat keparahan risiko dari risiko-risiko yang dikenali tersebut, demikian juga jika terjadi suatu kejadian, maka dapat dikaji tingkat keparahan dari insiden tersebut.
- *Root Cause Analysis* (RCA): Jika terjadi suatu insiden yang masuk kategori risiko ekstrem dan risiko tinggi, maka tim KP perlu dilakukan investigasi lebih lanjut, jika kejadian termasuk risiko rendah atau risiko minimal maka dilakukan investigasi sederhana oleh atasan langsung
- *Failure Modes and Effects Analysis*: Untuk memperbaiki suatu proses pelayanan agar minim dari risiko dapat dilakukan analisis dengan menggunakan instrument FMEA

- Evaluasi risiko: Setiap risiko atau kejadian harus dievaluasi apakah memerlukan tindak lanjut atau tidak. Jika perlu tindak lanjut maka harus disusun rencana tindak lanjut terhadap risiko atau kejadian tersebut.
- (d) Menyusun rencana dan melaksanakan tindakan/treatment terhadap risiko. Jika dari hasil evaluasi diperlukan tindak lanjut terhadap risiko, maka perlu disusun rencana aksi yang berisi kegiatan-kegiatan yang perlu dilakukan untuk mengatasi akibat risiko dan melakukan tindakan pencegahan agar tidak terjadi insiden terkait dengan risiko tersebut.

Beberapa perangkat yang sering digunakan dalam melaksanakan manajemen risiko adalah sebagai berikut;

- (a) Kajian tingkat keparahan risiko (*severity assessment*): Kajian ini dilakukan untuk menentukan tingkat keparahan risiko, dengan memperhatikan dua variable, yaitu dampak risiko (*severity*), dan kemungkinan terjadinya (*probability*). Jika terjadi suatu insiden, harus dilakukan *severity assessment*, jika hasil kajian masuk kategori merah (risiko ekstrem) dan kuning (risiko tinggi), maka harus dilakukan *Root Cause Analysis*. Jika masuk kategori hijau (risiko sedang), atau biru (risiko rendah), maka cukup dilakukan investigasi sederhana.
- (b) *Root Cause Analysis* (RCA): *Root Cause Analysis* (RCA) adalah suatu proses untuk mengeksplorasi semua faktor yang mungkin

berhubungan dengan suatu kejadian dengan menanyakan apa kejadian yang terjadi, mengapa kejadian tersebut terjadi, dan apa yang dapat dilakukan untuk mencegah kejadian tersebut terjadi lagi di masa mendatang. Joint Commission International menganjurkan pelaksanaan RCA mengikuti 21 langkah. Jika terjadi kejadian tidak diharapkan dengan kategori risiko ekstrem atau risiko tinggi, maka tim KP (Keselamatan Pasien) melakukan *Root Cause Analysis* (RCA) terhadap kasus tersebut. Tim KP akan memulai kegiatan dengan merumuskan masalah, yaitu kejadian tidak diharapkan yang terjadi. Tim akan melakukan investigasi kejadian dengan mempelajari dokumen-dokumen atau rekam kegiatan, melakukan peninjauan ke tempat kejadian, dan menggambarkan kronologi kejadian. Selanjutnya tim akan melakukan analisis masalah dengan cara mengidentifikasi faktor-faktor yang berkaitan langsung terhadap kejadian, kemudian tim akan melakukan identifikasi faktor-faktor yang ikut mendorong atau berkontribusi terhadap terjadinya kejadian. Tim akan melanjutkan melakukan analisis masalah dengan menggunakan diagram tulang ikan atau diagram pohon masalah untuk menemukan penyebab-penyebab masalah, menyusun rencana perbaikan sementara, dan selanjutnya melakukan analisis lebih lanjut untuk mengenali sistem-sistem yang terkait dengan kejadian atau akar-akar masalah. Akar-akar masalah yang

diidentifikasi tersebut diverifikasi dengan didukung data dan informasi yang terkait dengan kejadian. Selanjutnya disusun strategi dan tindakan perbaikan sesuai dengan akar-akar masalah yang diidentifikasi. Tiap tindakan yang akan dilakukan dinilai apakah dapat dilakukan dan akan berdampak pada perbaikan, yang selanjutnya disusun rencana aksi yang dapat diterima oleh Kepala FKTP untuk diterapkan. Tiap tindakan yang direncanakan harus dapat diukur keberhasilannya sebagai dasar untuk melakukan evaluasi. Jika diperlukan dapat dilakukan tindakan tambahan. Setelah seluruh kegiatan dilaksanakan, hasil dilaporkan kepada Kepala FKTP.

- (c) *Failure Mode and Effect Analysis (FMEA): Failure Mode and Effect Analysis (FMEA)* merupakan suatu pendekatan untuk mengenali dan menemukan kemungkinan terjadinya kegagalan pada sistem dan strategi untuk mencegah terjadinya kegagalan tersebut. FMEA digunakan untuk mengkaji suatu desain atau prosedur secara rinci dengan cara mengenali model-model kegagalan atau kesalahan yang mungkin terjadi pada suatu proses, melakukan penilaian terhadap setiap model tersebut, mencari akar penyebab terjadinya, mengenali akibat dari model-model tersebut, dan mencari solusi dengan melakukan perubahan desain atau prosedur. Jadi hasil akhir dari FMEA adalah disusunnya desain baru atau prosedur baru.

Salah satu upaya untuk menurunkan Kejadian Tidak Diinginkan (KTD) dalam pelayanan di puskesmas adalah dengan menerapkan manajemen risiko. Risiko adalah kerugian yang mungkin terjadi diakibatkan karena suatu kegiatan atau tindakan. Manajemen risiko dapat diidentifikasi sebagai proses mengidentifikasi, mengendalikan, meminimalkan, mengevaluasi dan memprioritaskan risiko dalam suatu organisasi secara menyeluruh terhadap adanya *Risk* maupun *Hazard*. Manajemen risiko sangat efektif untuk mengidentifikasi munculnya pemicu-pemicu terjadinya Kejadian Tidak Diinginkan/ KTD. Apabila manajemen dapat menindaklanjuti terhadap adanya pemicu maka Kejadian Tidak Diinginkan dalam proses pelayanan dapat diantisipasi atau dicegah. Adapun langkah-langkah menggunakan FMEA adalah sebagai berikut:

- Membentuk tim FMEA yang terdiri dari orang-orang yang menjadi pemilik proses
- Menetapkan tujuan analisis, keterbatasan yang dimiliki tim tersebut, dan menyusun jadwal kegiatan tim untuk melaksanakan FMEA
- Menetapkan peran dari setiap anggota tim saat melakukan analisis dengan FMEA
- Menggambarkan alur proses yang ada sekarang

- Mengenal model-model kegagalan atau kesalahan pada proses tersebut
- Mengenal penyebab terjadinya kegagalan atau kesalahan untuk setiap model tersebut
- Mengenal akibat dari kegagalan untuk setiap model tersebut
- Melakukan penilaian terhadap setiap model kegagalan atau kesalahan
- Menghitung *Risk Priority Number* (RPN)
- Menentukan batasan (*cut-off point*) RPN untuk menentukan urutan prioritas dari model-model yang diidentifikasi
- Menyusun kegiatan untuk mengatasi (*design actions/ solution*)
- Menentukan cara memvalidasi untuk menilai keberhasilan solusi yang direncanakan
- Menggambarkan alur proses yang baru. Penilaian terhadap setiap model kegagalan pada langkah 8 dilakukan dengan memerhatikan tiga variabel yaitu: Sering tidaknya terjadi (O = occurrence) dengan skala pengukuran 1 sampai 10: dari tidak pernah terjadi sampai dengan sangat sering terjadi. Panduan untuk menentukan sering tidaknya terjadi, Kegawatan (S = severity) dengan skala pengukuran 1 sampai 10: dari tidak gawat sampai dengan sangat gawat, Kemudahan untuk dideteksi (D= detectability) dengan skala pengukuran 1 sampai 10: dari paling mudah dideteksi sampai dengan sangat sulit dideteksi, Risk Priority Number (RPN) pada

langkah 9 dihitung dengan mengalikan Occurrence dengan Severity dan Detectable. Jadi, $RPN = O \times S \times D$.

2.1.5 Siklus Perbaikan Mutu

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

(a) Perencanaan (*Plan*)

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

Langkah 1: Identifikasi hasil dan pelayanan kesehatan sesuai harapan pasien

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

Selanjutnya FKTP melakukan survei kepada pasien tentang pelayanan kesehatan yang diberikan dengan kesimpulan apakah pelayanan yang diberikan memuaskan, biasa saja, atau buruk. Setiap 3 bulan sekali FKTP membuat grafik gambaran hasil survei untuk mengetahui berapa persentasi pasien yang menilai pelayanan memuaskan, biasa saja, dan buruk. Setelah dilakukan diskusi kelompok dan survei terhadap pasien dan keluarganya, pemimpin FKTP menilai mana yang menjadi kelemahan FKTP yang masih dianggap kurang memuaskan dalam memberikan pelayanan menurut pasien. Pemimpin FKTP juga harus mampu memotivasi tim/anggota/petugas di FKTP untuk bekerja bersama karena semua bagian memiliki keterkaitan satu sama lain dalam memberikan pelayanan kepada pasien, mulai dari bagian administrasi dan pendaftaran, bagian pelayanan, pemberian obat, dan sebagainya.

Langkah 2: Mendeskripsikan proses pelayanan kesehatan yang berjalan saat ini

Setiap anggota FKTP membuat gambaran tentang proses yang selama ini dilakukan dalam memberikan pelayanan kepada pasien. Masing-masing bagian di FKTP menggambarkan proses yang mereka lakukan dalam bentuk flowchart kegiatan pelayanan kesehatan mulai dari input – proses – output, bukan hanya untuk bisa mendeskripsikan bentuk pekerjaan yang dilakukan dengan jelas lengkap dengan nama penanggung jawab dari setiap proses

dalam flowchart tersebut. Kadang selama ini kita melakukan pekerjaan tanpa standar/ ketentuan alur yang jelas, sehingga ketika flowchart dibuat kita menyadari bahwa kita bisa meningkatkan atau bahkan mengubah proses yang selama ini berjalan untuk meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan.

Langkah 3: Pengumpulan data dan analisis

Pada langkah 2 kita sudah membuat *flowchart* yang secara tidak langsung juga menunjukkan data apa yang bisa dikumpulkan dari proses pelayanan kesehatan yang dilakukan serta bagaimana cara mendapatkan data tersebut. Sebagai contoh, ada kasus dimana pasien pulang tanpa mendapat penjelasan tentang kondisi kesehatannya, maka dari flowchart yang ada kita bisa melihat tahap atau bagian mana saja di FKTP yang dilalui pasien tersebut. Kita bisa mengetahui siapa saja yang ditemui pasien mulai dari datang hingga pulang serta hal-hal apa saja yang dibahas dalam setiap bagian. *Flowchart* juga dapat digunakan sebagai landasan untuk pengukuran data. Alat yang digunakan dalam pengumpulan data dapat berupa *checksheet*, *log*, *survei*, *trend chart*, *histogram*, *pareto*, dll.

Langkah 4: Fokus pada peluang peningkatan mutu

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

Langkah 5: Identifikasi akar penyebab masalah

Untuk memudahkan identifikasi akar masalah, yang harus dilakukan pertama kali adalah mencari segala kemungkinan penyebab masalah tersebut. Kemudian dari semua kemungkinan yang ada, dilakukan test atau pengukuran untuk mengetahui penyebab masalah yang paling potensial menimbulkan masalah. Setelahnya kita dapat menentukan apa yang menjadi akar penyebab masalah. Sebagai contoh, misalnya ada masalah bahwa pasien kurang paham tentang ketentuan minum obat. Kita dapat mencari beberapa kemungkinan penyebab masalah kemungkinan penjelasan yang kurang baik dari petugas kesehatan, kemungkinan; pasien memang kurang bisa memahami penjelasan petugas kesehatan, kemungkinan; pasien lupa. Test bias dilakukan dengan menghubungi pasien ketika ia sampai rumah dan menanyakan ketentuan minum obat yang dibawa pulang, dari hasil test tersebut ternyata diketahui bahwa pasien lupa, ia sudah memahami ketentuan minum obat saat dijelaskan petugas kesehatan di FKTP namun ketika sampai di rumah pasien lupa. Maka dapat disimpulkan akar penyebab masalah pasien kurang paham tentang ketentuan minum obat adalah karena lupa.

Langkah 6: Mencari dan memilih penyelesaian masalah

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

- Cari solusi-solusi yang kreatif dan inovatif, terlebih jika Puskesmas terdiri dari tim sehingga menggali kemungkinan solusi menjadi semakin luas
- Diskusikan dengan tim dengan cara brainstorming, FGD, *interview* staf.
- Buat matriks untuk semua kemungkinan solusi yang ada, pertimbangkan kelebihan dan kekurangan dari masing-masing solusi yang ada serta menilai kemungkinan terbesar untuk dilaksanakan

(b) Pelaksanaan (*Do*)

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

kecil (proyek uji coba). Mengacu pada penerapan dan pelaksanaan aktivitas yang direncanakan sesuai langkah berikut.

Langkah 7: Memetakan pilot project (uji coba)

Rencana uji coba diawali dengan melakukan pemetaan, dengan cara:

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

Langkah 8: Implementasi *pilot project*

Implementasi pelaksanaan uji coba dilakukan selama 3 – 6 bulan.

Ketika ini sudah dilakukan dengan baik, pekerjaan belum selesai, beberapa hal yang perlu diperhatikan antara lain:

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

(c) Periksa (*Check*)

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

melaporkan hasilnya. Tahap pemeriksaan dilakukan dengan langkah-langkah berikut.

Langkah 9: Evaluasi hasil

Untuk memahami dampak internal dan eksternal pelaksanaan uji coba dapat dilakukan dengan evaluasi berupa diskusi kelompok (*Focus Group Discussion/ FGD*) dan survei untuk mengetahui persepsi pasien. Verifikasi kegiatan uji coba dengan menilai proses dan outcome yang ada sesuai dengan indikator yang ditentukan di awal.

Langkah 10: Buat kesimpulan

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

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

Pertanyaan yang dapat membantu dalam proses pembuatan kesimpulan:

- Apakah perubahan yang terjadi nantinya akan meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan di FKTP?
- Apa saja keuntungan yang akan didapat dari peningkatan kualitas pelayanan kesehatan di FKTP?

- Apa saja pengorbanan (cost) yang harus dikeluarkan untuk peningkatan kualitas pelayanan kesehatan di FKTP?
- Apa yang perlu distandarisasi untuk memodifikasi proses pelayanan kesehatan berjalan?
- Bagaimana caranya?
- Apa saja sumber daya yang dibutuhkan?
- Buat jadwal (*spare* waktu) untuk masa transisi

Dalam pengecekan ada dua hal yang perlu diperhatikan, yaitu memantau dan mengevaluasi proses dan hasil terhadap sasaran dan spesifikasi. Teknik yang digunakan adalah observasi dan survei. Apabila masih menemukan kelemahan-kelemahan, maka disusunlah rencana perbaikan untuk dilaksanakan selanjutnya. Jika gagal, maka cari pelaksanaan lain, namun jika berhasil, dilakukan rutinitas. Mengacu pada verifikasi apakah penerapan tersebut sesuai dengan rencana peningkatan dan perbaikan yang diinginkan.

(d) Aksi (*Act*)

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

keseharian pelayanan pasien sampai pada akhirnya kita bisa melakukan peningkatan dan/ atau perbaikan dalam pelayanan kesehatan.

Langkah 11: Standarisasi perubahan

Setelah uji coba dilakukan, buat standarisasi perubahan dengan cara:

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

- Dokumentasikan setiap tahap proses perubahan sehingga dapat dijadikan *lesson learn* untuk senior manager atau Puskesmas lain

Langkah 12: Monitor (pantau) untuk mencapai tujuan

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

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

2.1.6 Survey Kepuasan Pelanggan

Survei Kepuasan Pelanggan adalah kegiatan pengukuran secara komprehensif tentang tingkat kepuasan pelanggan terhadap kualitas layanan yang diberikan oleh penyelenggara pelayanan publik. Indeks

Kepuasan Masyarakat adalah hasil pengukuran dari kegiatan Survei Kepuasan Masyarakat berupa angka. Angka ditetapkan dengan skala 1 (satu) sampai dengan 4 (empat).

Pelaksanaan SKM terhadap penyelenggaraan pelayanan publik dapat dilaksanakan melalui tahapan perencanaan, persiapan, pelaksanaan, pengolahan dan penyajian hasil survei, yang mencakup langkah-langkah, sebagai berikut:

- Menyusun instrumen survei
- Menentukan besaran dan teknik penarikan sampel
- Menentukan responden
- Melaksanakan survei
- Mengolah hasil survei
- Menyajikan dan melaporkan hasil

Tahapan penyelenggaraan Survei Kepuasan Masyarakat terhadap penyelenggaraan pelayanan publik ini didasarkan pada metode dan teknik yang dapat dipertanggungjawabkan.

Teknik Survei Kepuasan Masyarakat Untuk melakukan survei dapat menggunakan teknik survei, antara lain:

- Kuesioner dengan wawancara tatap muka
- Kuesioner melalui pengisian sendiri, termasuk yang dikirimkan melalui surat
- Kuesioner elektronik (e-survei)
- Diskusi kelompok terfokus

- Wawancara tidak berstruktur melalui wawancara mendalam.

Laporan Hasil Survei ini dimaksudkan sebagai salah satu media atau alat untuk meningkatkan kinerja Pelayanan Publik secara bertahap, konsisten, berkesinambungan berdasarkan informasi yang dimiliki. Materi Pokok Laporan SKM Materi pokok dalam Laporan SKM mencakup: Latar belakang masalah, tujuan SKM, Metode, tim SKM dan jadwal pelaksanaan dan Tindak lanjut SKM, sebagai berikut:

- (a) Pendahuluan: latar belakang masalah, tujuan SKM, metode, tim SKM dan jadwal pelaksanaannya SKM:

- Latar belakang masalah memuat berbagai hal penyebab munculnya problematika dalam penyusunan SKM, baik ditinjau dari komponen yang akan disurvei dan dilakukan untuk peningkatan kualitas pelayanan publik.
- Tujuan SKM berisi tentang hasil akhir yang akan dicapai dari hasil SKM yang akan digunakan sebagai dasar penyusunan IKM secara nasional oleh Menteri.
- Metode memuat karakteristik populasi, keterwakilan anggota sampel, dan jumlah responden, selain itu disajikan juga jumlah kuesioner yang berhasil dikumpulkan kembali, dan jumlah kuesioner yang dapat diproses lebih lanjut atau diolah.
- Tim SKM terdiri dari penanggung jawab dan pelaksana SKM.
- Jadwal SKM memuat kegiatan dan waktu pelaksanaan survei.

(b) Analisis

Analisis meliputi data kuesioner, perhitungan, dan deskripsi hasil analisis. Hasil analisis harus memberikan penjelasan atau pemahaman mengenai berbagai faktor pemicu kelemahan dan/atau kelebihan pada setiap komponen yang diukur. Selain itu, hasil analisa survei tersebut dapat dibandingkan dengan hasil survei 2 tahun sebelumnya. Terdiri dari kesimpulan dan saran/ rekomendasi. Kesimpulan berisi tentang intisari hasil SKM, baik bersifat negatif maupun positif. Sedangkan saran/ rekomendasi memuat masukan perbaikan secara konkrit pada masing-masing komponen yang menunjukkan kelemahan. Selain hal-hal pokok sebagaimana telah diuraikan, dalam laporan tersebut harus juga memuat ringkasan eksekutif (*executive summary*).

Berikut ini adalah langkah-langkah persiapan survei

Penetapan Pelaksana

Apabila dilaksanakan secara swakelola, perlu membentuk Tim penyusunan survei kepuasan masyarakat yang terdiri dari: Pengarah, Pelaksana, terdiri dari: Ketua, Anggota sekaligus sebagai surveior sebanyak- banyaknya 5 orang, Sekretariat sebanyak-banyaknya 3 orang. Apabila bekerjasama dengan lembaga lain, maka lembaga tersebut harus memiliki pengalaman dan kredibilitas di bidang penelitian atau survei. Selain itu perlu dilakukan perikatan perjanjian kerja sama antara lembaga lain dengan penyelenggara pelayanan publik. Lembaga lain

tersebut dapat dilaksanakan oleh unit independen, yang terdiri dari BPS, Lembaga Penelitian Perguruan Tinggi dan Lembaga Survei yang terpercaya.

Penyiapan Bahan Survei

Kuesioner Dalam menyusun Survei Kepuasan Masyarakat digunakan daftar pertanyaan (kuesioner) sebagai alat bantu pengumpulan data kepuasan masyarakat penerima pelayanan. Penyusunan kuesioner disesuaikan dengan jenis layanan yang disurvei dan data yang ingin diperoleh dari jenis ataupun unit layanan. Bagian Kuesioner Bagian kuesioner secara umum, terbagi dalam:

- Bagian Pertama Pada bagian pertama berisikan judul kuesioner dan nama instansi yang dilakukan survey
- Bagian Kedua Pada bagian kedua dapat berisikan identitas responden, antara lain: jenis kelamin, usia, pendidikan dan pekerjaan. Identitas dipergunakan untuk menganalisis profil responden kaitan dengan persepsi (penilaian) responden terhadap layanan yang diperoleh. Selain itu dapat juga ditambahkan kolom waktu/ jam responden saat disurvei
- Bagian Ketiga Pada bagian ini berisikan daftar pertanyaan yang terstruktur maupun tidak terstruktur. Pertanyaan yang terstruktur berisikan jawaban dengan pilihan berganda (pertanyaan tertutup), sedangkan jawaban tidak terstruktur (pertanyaan terbuka) berupa

pertanyaan dengan jawaban bebas, dimana responden dapat menyampaikan pendapat, saran, kritik dan apresiasi.

Bentuk Jawaban

Desain bentuk jawaban dalam setiap pertanyaan unsur pelayanan dalam kuesioner, berupa jawaban pertanyaan pilihan berganda. Bentuk pilihan jawaban pertanyaan kuesioner bersifat kualitatif untuk mencerminkan tingkat kualitas pelayanan. Tingkat kualitas pelayanan di mulai dari sangat baik/puas sampai dengan tidak baik/puas. Pembagian jawaban dibagi dalam 4 (empat) kategori, yaitu:

- Tidak baik, diberi nilai persepsi 1;
- Kurang baik, diberi nilai persepsi 2;
- Baik, diberi nilai 3;
- Sangat baik, diberi nilai persepsi 4.

Penetapan Jumlah Responden, Lokasi dan Waktu Pengumpulan

Data

- Penetapan Jumlah Responden Teknik penarikan sampel dapat disesuaikan dengan jenis layanan, tujuan survei dan data yang ingin diperoleh. Responden dipilih secara acak yang ditentukan sesuai dengan cakupan wilayah masing-masing unit pelayanan. Sedangkan untuk besaran sampel dan populasi dapat menggunakan tabel sampel dari Krejcie and Morgan.
- Data Lokasi dan waktu pengumpulan data dapat dilakukan di: 1) Lokasi masing-masing unit pelayanan pada waktu jam layanan

sedang sibuk, seperti: unit pelayanan SIM, STNK, transportasi dan sebagainya; 2) Lingkungan perumahan untuk penerima layanan tertentu, seperti: telepon, air bersih, pendidikan dan sebagainya pada saat responden di rumah.

- Pengumpulan data Untuk memperoleh data yang akurat dan obyektif, perlu ditanyakan kepada masyarakat terhadap unsur-unsur pelayanan yang telah ditetapkan.
- Pengisian kuesioner Pengisian kuesioner dapat dilakukan dengan salah satu dari kemungkinan 2 (dua) cara, yaitu: a) Dilakukan sendiri oleh responden sebagai penerima layanan dan hasilnya dikumpulkan di tempat yang telah disediakan. Dengan cara ini sering terjadi, penerima layanan kurang aktif melakukan pengisian sendiri walaupun sudah ada himbauan dari unit pelayanan yang bersangkutan. b) Dilakukan oleh pencacah melalui wawancara oleh Unit independen yang sudah berpengalaman dan mempunyai reputasi dan kredibilitas di bidang penelitian dan survei, baik untuk tingkat Pusat, Provinsi maupun Kabupaten/ Kota. Independensi ini perlu ditekankan untuk menghindari jawaban yang subyektif.
- Hasil survei kepuasan masyarakat tersebut harus ada saran perbaikan dari pemberi layanan yang disurvei terhadap peningkatan kualitas pelayanan publik.

- Hasil survei kepuasan masyarakat wajib diinformasikan kepada publik minimal di ruang layanan atau melalui media cetak, media pemberitaan online, website unit, atau media jejaring sosial.

(c) Pengolahan data

Pengolahan data dilakukan sesuai dengan masing-masing metode SKM Pengukuran Skala Likert, setiap pertanyaan survei masing-masing unsur diberi nilai. Nilai dihitung dengan menggunakan "nilai rata-rata tertimbang" masing-masing unsur pelayanan. Dalam penghitungan survei kepuasan masyarakat terhadap unsur-unsur pelayanan yang dikaji, setiap unsur pelayanan memiliki penimbang yang sama, nilai penimbang ditetapkan dengan rumus.

(d) Laporan Hasil Penyusunan Indeks

Hasil akhir kegiatan penyusunan indeks kepuasan masyarakat dari setiap unit pelayanan instansi pemerintah, disusun dengan materi utama Indeks setiap unsur pelayanan Berdasarkan hasil penghitungan indeks kepuasan masyarakat, jumlah nilai dari setiap unit pelayanan diperoleh dari jumlah nilai rata-rata setiap unsur pelayanan. Sedangkan nilai indeks komposit (gabungan) untuk setiap unit pelayanan, merupakan jumlah nilai rata-rata dari setiap unsur pelayanan dikalikan dengan penimbang yang sama, yaitu 0,11 (untuk 9 unsur); Persyaratan; Sistem, Mekanisme, dan Prosedur; Waktu Penyelesaian; Biaya/ Tarif; Produk Spesifikasi jenis pelayanan; Kompetensi pelaksana; Perilaku pelaksana; Penanganan Pengaduan, Saran dan Masukan; Sarana dan Prasarana

(e) Pemantauan, Evaluasi, dan Mekanisme Pelaporan Hasil Penilaian Indeks Kepuasan Masyarakat

Secara berkala pimpinan unit pemantau yang ditunjuk tersebut melaporkan hasil pemantauan kinerja unit pelayanan kepada pimpinan instansi pemerintah yang bersangkutan, sebagai bahan penyusunan kebijakan dalam rangka peningkatan kualitas pelayanan publik. Dalam rangka peningkatan transparansi hasil penyusunan SKM unit pelayanan, rencana dan tindak lanjutnya wajib dipublikasikan kepada masyarakat.

Pengujian Kualitas Data Data pendapat masyarakat yang telah dimasukkan dalam masing-masing kuesioner, disusun dengan mengkompilasikan data responden yang dihimpun berdasarkan kelompok umur, jenis kelamin, pendidikan terakhir dan pekerjaan utama. Informasi ini dapat digunakan untuk mengetahui profil responden dan kecenderungan. Untuk memudahkan pengolahan data indeks kepuasan masyarakat di setiap unit pelayanan, pedoman umum ini sebaiknya dilengkapi dengan program pengolahan data melalui komputer, yang di-install pada komputer masing-masing unit pelayanan. Untuk membandingkan indeks kinerja unit pelayanan secara berkala diperlukan survei secara periodik dan berkesinambungan. Dengan demikian dapat diketahui perubahan tingkat kepuasan masyarakat dalam menerima pelayanan publik. Jangka waktu survei antara periode yang satu ke periode berikutnya dapat dilakukan 3 (tiga) sampai dengan 6 (enam) bulan atau sekurang-kurangnya 1 (satu) tahun

sekali. Petunjuk Pelaksanaan Penyusunan Survei Kepuasan Masyarakat, semua unit pelayanan instansi pemerintah baik yang langsung maupun tidak langsung memberikan pelayanan kepada masyarakat wajib menyusun survei kepuasan masyarakat secara periodik di lingkungan masing-masing dalam upaya meningkatkan kualitas pelayanannya kepada masyarakat. Keberhasilan pelaksanaan penyusunan, survei kepuasan masyarakat, sebagai upaya untuk meningkatkan kualitas unit pelayanan instansi pemerintah pusat dan daerah, tergantung kepada komitmen dan kesungguhan para pejabat maupun pelaksana di masing-masing instansi serta masyarakat. Hal-hal yang bersifat teknis dan administratif pelaksanaan penerapan, diatur secara tersendiri 7. Hasil SKM wajib diinformasikan kepada publik termasuk metode survei. Penyampaian hasil SKM wajib dipublikasi, minimal di ruang layanan atau melalui media cetak, media pemberitaan online, website unit, atau media jejaring sosial

(f) Analisa Hasil Survei dan Rencana Tindak Lanjut

Setelah diperoleh hasil pengolahan data SKM, maka perlu dilakukan analisa terhadap unsur yang disurvei baik yang bersifat teknis dan non teknis secara keseluruhan, sehingga akan menggambarkan hasil yang objektif dari SKM itu sendiri. Hasil pengolahan data SKM tidak dimunculkan analisa kuantitatif saja (indeks atau angka SKM), tetapi juga analisa kualitatif. Analisa ini sangat penting untuk perbaikan kualitas pelayan publik maupun pengambilan kebijakan dalam rangka

pelayanan publik. Oleh karena itu, hasil analisa ini perlu dibuatkan dan direncanakan tindak lanjut perbaikan. Rencana tindak lanjut perbaikan dapat dilakukan dengan prioritas dimulai dari unsur yang paling buruk hasilnya. Penentuan perbaikan harus direncanakan tindak lanjut dengan prioritas perbaikan jangka pendek (kurang dari 12 bulan), jangka menengah (lebih dari 12 bulan, kurang dari 24 bulan), atau jangka panjang (lebih dari 24 bulan). Survei kepuasan masyarakat perlu dilakukan secara berkelanjutan sebagai dasar peningkatan kualitas dan inovasi pelayanan publik.

Keberhasilan pelayanan di Puskesmas tidak hanya bergantung pada bekerjanya sistem mutu pelayanan yang ada di puskesmas yang dilakukan secara komprehensif dan terus menerus namun juga dipengaruhi oleh sistem perencanaan puskesmas yang berjalan sesuai dengan mekanisme yang telah ditentukan. Perencanaan yang bagus akan mendukung proses pelayanan berjalan dengan lancar. Untuk itu puskesmas perlu menerapkan mekanisme Perencanaan Tingkat Puskesmas secara berkesinambungan dengan mengakomodir kepentingan masyarakat dan program kesehatan kementerian Kesehatan RI. Perencanaan yang disusun melalui pengenalan permasalahan secara tepat berdasarkan data yang akurat, serta diperoleh dengan cara dan dalam waktu yang tepat, maka akan dapat mengarahkan upaya kesehatan yang dilaksanakan Puskesmas dalam mencapai sasaran dan tujuannya. Dalam upaya mencakup seluas mungkin sasaran masyarakat yang harus dilayani, serta mengingat ketersediaan sumber daya yang terbatas, maka

pelayanan kesehatan harus dapat dilaksanakan secara terintegrasi baik lintas program maupun lintas sektor. Kepala Puskesmas harus mampu membangun kerjasama dan mengkoordinasikan program di internal Puskesmas dan di eksternal dengan mitra lintas sektor. Koordinasi dengan lintas sektor sangat diperlukan, karena faktor penyebab dan latar belakang masalah kesehatan tertentu kemungkinan hanya dapat diselesaikan oleh mitra lintas sektor.

Peran pemerintah daerah sangat besar dalam menyelesaikan permasalahan kesehatan di masyarakat, oleh karenanya Puskesmas perlu mencari dukungan dari pemerintah daerah yang dimulai dari tingkatdesa/ kelurahan, kecamatan dan kabupaten/ kota. Proses perencanaan Puskesmas harus terintegrasi kedalam sistem perencanaan daerah melalui forum Musyawarah Perencanaan Pembangunan (Musrenbang) yang disusun secara *top down* dan *bottom-up*.

Proses perencanaan Puskesmas akan mengikuti siklus perencanaan pembangunan daerah, dimulai dari tingkat desa/ kelurahan, selanjutnya disusun pada tingkat kecamatan dan kemudian diusulkan ke dinas kesehatan kabupaten/ kota. Perencanaan Puskesmas yang diperlukan terintegrasi dengan lintas sektor kecamatan, akan diusulkan melalui kecamatan ke pemerintah daerah kabupaten/ kota. Berdasarkan gambaran tersebut maka penulis berkesimpulan bahwa selain instrumen mutu yang ada di puskesmas penulis berpendapat proses perencanaan juga tidak kalah penting berperan dalam keberhasilan pelayanan di puskesmas untuk itu penulis bermaksud

menganalisis proses perencanaan di puskesmas selain instrumen mutu yang ada di puskesmas.

Beberapa penelitian terkait akreditasi maupun kualitas mutu pelayanan lebih banyak meneliti tentang kepuasan pengguna layanan dalam hal ini pengguna layanan dalam gedung yaitu pasien. Berikut adalah kajian hasil penelitian yang *relevan*.

Devkaran dan O'Farrell (2015) dalam risetnya yang berjudul "*The impact of hospital accreditation on quality measures: an interrupted time series analysis*", dengan metode penelitian kuantitatif deskriptif observasional yang dilakukan selama masa 1 tahun pra akreditasi (2009) sampai 3 tahun pasca akreditasi (2012) dengan total sampel 150 bed dari populasi sebanyak 50.000 bed selama masa penelitian di RS. Hasil penelitian memberi gambaran bahwa pada masa pra akreditasi memberikan dampak peningkatan yang signifikan sebanyak 75%, namun selama 3 tahun pasca akreditasi mengalami penurunan sampai dengan 26% pasca akreditasi. Namun demikian, ada manfaat residu kenaikan kinerja sebanyak 20% yang bisa dipertahankan setelah 3 tahun *survey* akreditasi.

Al Kuwaiti (2016) dalam penelitiannya yang berjudul "*The Impact of Accreditation on Enhancing Patient Safety and Improving the Quality of Care Indicators at King Fahd Hospital of the University (KFHU), Saudi Arabia*" dimana penelitian ini bertujuan untuk mengetahui dampak akreditasi terhadap keselamatan pasien dan indikator kualitas pelayanan di KFHU. Metode yang digunakan dalam penelitian kuantitatif deskriptif observasional

yang diambil selama pra akreditasi, masa akreditasi dan pasca akreditasi. Hasil penelitian menunjukkan bahwa terdapat peningkatan kinerja dan indikator kualitas perawatan yang cukup signifikan pasca akreditasi

Elnour dkk (2014) dalam penelitiannya yang berjudul “*Surveyors’ perceptions of the impact of accreditation on patient safety in general practice*“, metode penelitian kualitatif yang digunakan dengan melakukan *indepth interview* dengan para surveyor akreditasi melalui sambungan telepon dari bulan 2 Juli sampai dengan 14 Desember 2012. Hasil dari penelitian menunjukkan bahwa akreditasi dari pandangan para surveyor akreditasi mempunyai dampak baik terhadap peningkatan kualitas praktek kinerja umum dan keamanan.

Susilawati (2017) dalam penelitiannya yang berjudul “*Gambaran Implementasi Akreditasi di Puskesmas di Kabupaten/ Kota Provinsi Sumatra Utara*”, metode penelitian yang digunakan kuantitatif deskriptif observasional. Hasil penelitian tersebut memberi gambaran mekanisme penilaian akreditasi baik yang dilakukan oleh Dinas Kesehatan Kota/ Kab maupun di tingkat puskesmas.

Ira Susanti Ensha (2018) dengan judul penelitian “*Pengaruh Implementasi Kebijakan Akreditasi Puskesmas terhadap Manajemen Pelayanan Kesehatan Masyarakat dalam Mewujudkan Produktivitas Kerja*” dengan metode penelitian Kuantitatif Explanasi dengan metode evaluasi. Penelitian ini menguji fakta empiris tentang pengaruh Implementasi Kebijakan Akreditasi Puskesmas terhadap Manajemen Pelayanan Kesehatan

Masyarakat dalam Mewujudkan Produktivitas Kerja Pegawai. Hasil penelitian menunjukkan bahwa kualitas Produktivitas Kerja Pegawai tidak hanyadipengaruhi oleh Implementasi Kebijakan Akreditasi Puskesmas saja, namun juga dipengaruhi oleh Manajemen Pelayanan Kesehatan Masyarakat.

Fardi Setiawan (2014) dengan judul penelitian “*Analisis Kepuasan Masyarakat terhadap Pelayanan Puskesmas terakreditasi dan belum terakreditasi di Kab. Wonogiri*” dengan metode penelitian kualitatif studi kasus dengan variabel penelitian Kepuasan pasien, kualitas pelayanan dan harapan masyarakat terhadap kedua puskesmas. Hasil penelitian dari kepuasan pelanggan dari kedua puskesmas memiliki kekurangan dalam kecepatan pelayanan dan kenyamanan lingkungan pelayanan.

Laelatul Maghfiroh, Thinni Nurul Rochmah (2017) dengan judul penelitian “*Analisis Kesiapan Puskesmas Demangan Madiun dalam Menghadapi Akreditasi*” metode penelitian yang digunakan Kuantitatif deskriptif observasional dengan desain cross sectional dengan variabel penelitian dokumen internal dan dokumen eksternal akreditasi. Penelitian ini memberikan gambaran tentang kesiapan puskesmas dalam menghadapi survey akreditasi dengan melihat kesiapan dokumen akreditasi yang telah dibuat.

Beberapa penelitian diatas berisi tentang kaitan akreditasi dengan kualitas mutu pelayanan kesehatan di Puskesmas dimana variabel dalam menilai kualitas mutu pelayanan hanya mengambil 1 variabel yaitu kepuasan pengguna layanan saja dalam hal ini pasien atau hanya pengguna layanan

dalam gedung, seperti yang sudah diketahui bahwa fungsi utama puskesmas adalah memberikan pelayanan Promotif, Preventif, Kuratif Rehabilitatif dengan mengedepankan fungsi promotif dan preventif (Permenkes 75 tahun 2014) dimana sasaran pelayanan adalah masyarakat hal ini justru mengindikasikan bahwa pelayanan di puskesmas lebih banyak di luar gedung. Kepuasan pengguna layanan luar gedung yang belum diteliti, meskipun sudah dilakukan oleh puskesmas dan terdapat dalam instrumen akreditasi. Penelitian lainnya adalah tentang gambaran kesiapan puskesmas dalam menghadapi akreditasi maupun gambaran implementasi proses *quality control* pasca akreditasi namun variabel yang digunakan hanya meneliti ketersediaan dokumen internal (SK, SOP, Pedoman, panduan) dan eksternal (peraturan perundangan) maupun kuesioner kepuasan pelanggan yang dibuat peneliti. Namun dokumen telusur sebagai bukti suatu implementasi belum dilakukan penelitian. Sedangkan dari jurnal internasional sebagian besar penelitian lebih fokus pada dampak akreditasi di RS dimana indikator kinerja yang diambil sebagian besar adalah perawatan terhadap pasien dan faktor keamanan baik terhadap petugas maupun pasien di RS

Perbedaan dengan penelitian yang sedang peneliti lakukan saat ini adalah semua aspek mutu pelayanan menjadi obyek penelitian baik sejak dari perencanaan tingkat puskesmas, implementasi pelayanan, sampai dengan proses monitoring dan evaluasi dalam memberikan pelayanan kesehatan di puskesmas, termasuk kepuasan pengguna layanan baik

pengguna layanan dalam gedung maupun luar gedung. Peneliti bermaksud mengetahui keberlangsungan proses *quality control* dari mulai perencanaan, implementasi sampai dengan proses monitoring dan evaluasi pelayanan kesehatan di puskesmas, karena kualitas mutu pelayanan di puskesmas tidak hanya kepuasan pasien saja melainkan harus dimulai dengan perencanaan yang baik, implementasi yang terukur sampai dengan tindak lanjut terhadap proses monitoring dan evaluasi yang telah dilakukan. Dalam meneliti aspek kepuasan pelanggan sebagai salah satu indikator mutu peneliti bertujuan untuk mengetahui apakah pasca akreditasi puskesmas tetap melakukan evaluasi terhadap mutu pelayanan salah satunya dengan meminta pendapat pengguna layanan terhadap mutu pelayanan yang telah diberikan baik melalui survey kepuasan pelanggan, indeks kepuasan masyarakat maupun masukan langsung dari pengguna layanan dan lintas sektoral terkait.

2.2 Kerangka Teoretis

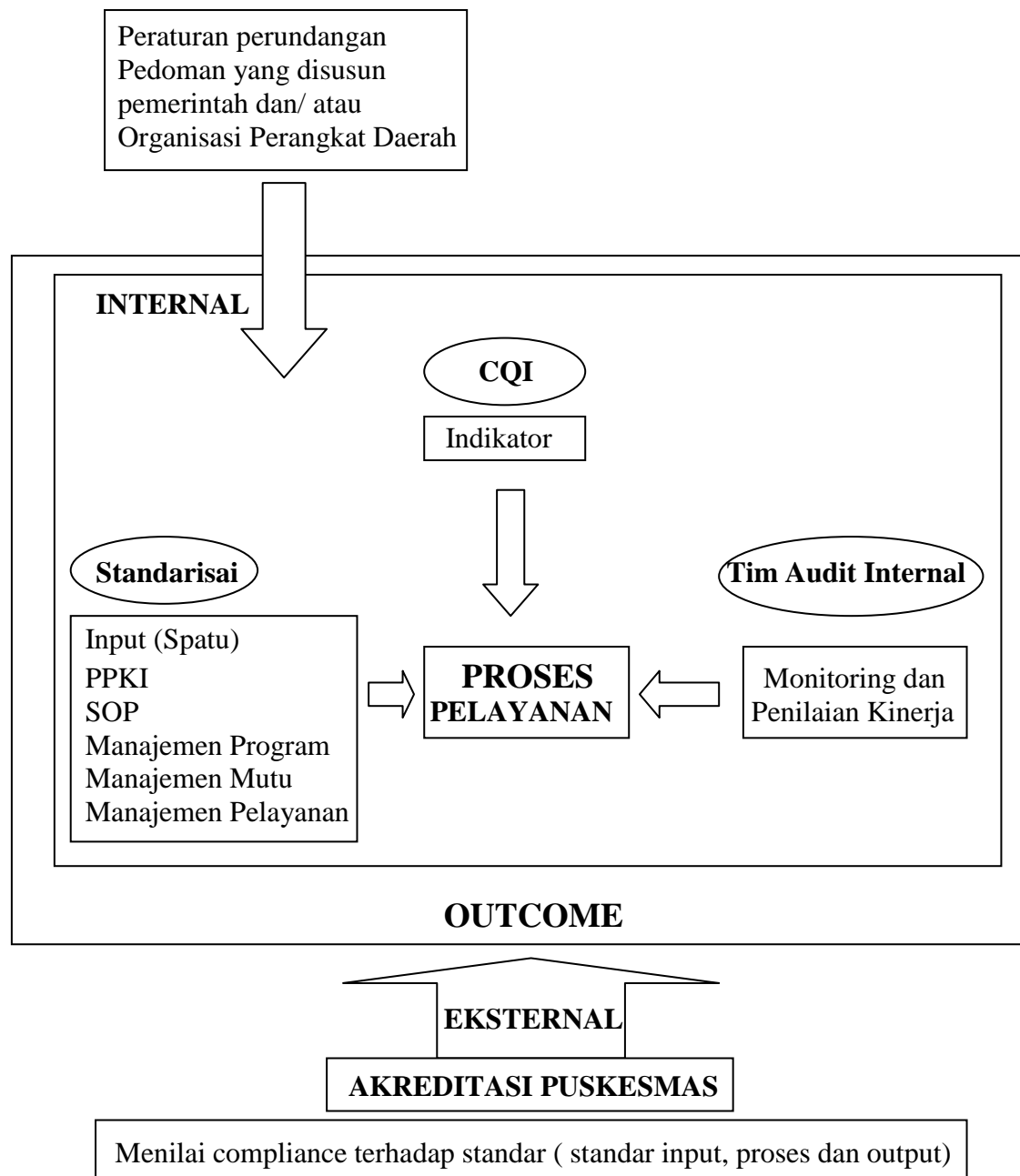
Agar Puskesmas dapat menjalankan fungsinya secara optimal perlu dikelola dengan baik, baik kinerja pelayanan, proses pelayanan, maupun sumber daya yang digunakan. Masyarakat menghendaki pelayanan kesehatan yang aman dan bermutu, serta dapat menjawab kebutuhan mereka, oleh karena itu upaya peningkatan mutu, manajemen risiko dan keselamatan pasien perlu diterapkan dalam pengelolaan Puskesmas dalam memberikan pelayanan kesehatan yang komprehensif kepada masyarakat melalui upaya pemberdayaan masyarakat dan swasta.

Penilaian keberhasilan Puskesmas dapat dilakukan oleh internal organisasi Puskesmas itu sendiri, yaitu dengan "Penilaian Kinerja Puskesmas," yang mencakup manajemen sumber daya termasuk alat, obat, keuangan dan tenaga, serta didukung dengan manajemen sistem pencatatan dan pelaporan, disebut Sistem Informasi Manajemen Puskesmas/ SIMPUS.

Untuk menjamin bahwa perbaikan mutu, peningkatan kinerja dan penerapan manajemen risiko dilaksanakan secara berkesinambungan di Puskesmas, maka perlu dilakukan penilaian oleh pihak eksternal dengan menggunakan standar yang ditetapkan yaitu melalui mekanisme akreditasi. Puskesmas wajib untuk diakreditasi secara berkala paling sedikit tiga tahun sekali, demikian juga akreditasi merupakan salah satu persyaratan kredensial sebagai fasilitas pelayanan kesehatan tingkat pertama yang bekerja sama dengan BPJS.

Tujuan utama akreditasi Puskesmas adalah untuk pembinaan peningkatan mutu, kinerja melalui perbaikan yang berkesinambungan terhadap sistem manajemen, sistem manajemen mutu dan sistem penyelenggaraan pelayanan dan program, serta penerapan manajemen risiko, dan bukan sekedar penilaian untuk mendapatkan sertifikat akreditasi.

Berikut ini adalah bagan sistem pengendalian dan monitoring mutu pelayanan kesehatan di puskesmas;



Gambar. 2.1 Bagan Kerangka Teori

Sumber: Direktorat Mutu dan Akreditasi Pelayanan Kesehatan, Kemenkes RI

2.3 Kerangka Berfikir

Puskesmas adalah fasilitas pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan upaya kesehatan masyarakat dan upaya kesehatan

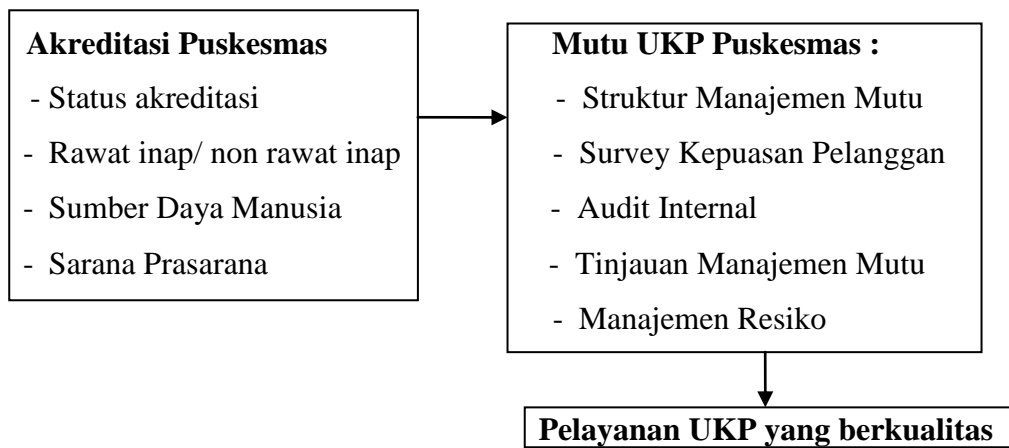
perseorangan tingkat pertama, dengan lebih mengutamakan upaya promotif dan preventif, untuk mencapai derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya di wilayah kerjanya. Pembangunan kesehatan yang diselenggarakan di Puskesmas bertujuan untuk mewujudkan masyarakat yang:

- (1) Memiliki perilaku sehat yang meliputi kesadaran, kemauan dan kemampuan hidup sehat;
- (2) Mampu menjangkau pelayanan kesehatan bermutu
- (3) Hidup dalam lingkungan sehat; dan
- (4) Memiliki derajat kesehatan yang optimal, baik individu, keluarga, kelompok dan masyarakat..

Dalam menyelenggarakan fungsinya puskesmas berwenang untuk menyelenggarakan Pelayanan Kesehatan dasar secara komprehensif, berkesinambungan dan bermutu. Untuk itu diperlukan pengawasan baik internal maupun eksternal dalam proses pelayanan kesehatan secara menyeluruh dari perencanaan, monitoring evaluasi pelaksanaan kegiatan secara berkesinambungan.

Akreditasi Puskesmas adalah pengakuan terhadap Puskesmas yang diberikan oleh lembaga independen penyelenggara akreditasi yaitu Komisi Akreditasi Pusat dibawah Kementerian Kesehatan RI, setelah melalui proses survey oleh tim surveior dari Komisi Akreditasi Pusat bahwa Puskesmas telah memenuhi standar instrumen akreditasi puskesmas untuk meningkatkan mutu pelayanan Puskesmas secara berkesinambungan. Disisi

lain status akreditasi puskesmas merupakan salah satu syarat bagi puskesmas agar dapat bekerjasama dengan BPJS. Namun hal ini bukanlah menjadi tujuan utama dalam pelaksanaan akreditasi puskesmas. Untuk itu perlu dilakukan suatu penelitian untuk menganalisis sejauh mana pengaruh akreditasi terhadap keberlangsungan kegiatan peningkatan mutu pelayanan kesehatan di puskesmas. Diharapkan dengan adanya penilaian akreditasi secara berkala puskesmas mampu mempertahankan kualitas mutu pelayanan kesehatan kepada pengguna layanan, tidak hanya sebagai syarat untuk melengkapi dokumen pada saat akan dilakukan penilaian akreditasi, agar dapat bekerjasama dengan BPJS. Puskesmas dalam memberikan pelayanan kesehatan harus berorientasi kepada kebutuhan pengguna layanan atau masyarakat.



Gambar. 2.2 Bagan Kerangka Berfikir

BAB V PENUTUP

5.1 Simpulan

Program Akreditasi adalah program yang efektif dalam rangka peningkatan mutu pelayanan kesehatan di puskesmas. Namun, Akreditasi bukanlah tujuan utama dalam memberikan pelayanan yang paripurna di puskesmas meskipun status akreditasi puskesmas di Indonesia berpengaruh terhadap kapitasi sebagai syarat kredensial yang ditetapkan oleh BPJS. Meskipun tidak dapat dipungkiri bagi Puskesmas yang telah beralih menjadi BLUD hal ini sangatlah vital, dimana sebagian besar pendapatan dari Puskesmas diperoleh dari dana Kapitasi. Anggaran operasional yang dibutuhkan termasuk didalamnya adalah upaya untuk meningkatkan mutu pelayanan di puskesmas tentu tidak sedikit. Namun demikian, perlu disadari oleh seluruh pelaksana pelayanan di puskesmas bahwa peningkatan mutu layanan kesehatan adalah mutlak diperlukan untuk meningkatkan derajat kesehatan masyarakat.

Secara keseluruhan Penerapan Manajemen Mutu Klinis atau Upaya Kesehatan Perseorangan/ UKP di Puskesmas X pasca penilaian akreditasi tahun 2017 mengalami penurunan performa hal ini disebabkan karena banyak faktor antara lain kurangnya SDM Kesehatan, dimana kualitas layanan kesehatan bergantung pada ketersediaan, jenis, dan jumlah tenaga kesehatan Barber (S. L., Gertler, P. J., & Harimurti, P; 2007). Pemahaman terhadap konsep Manajemen Mutu Klinis/ UKP bagi para pelaksana

layanan di Puskesmas juga merupakan kendala dalam implementasi penerapan manajemen mutu di Puskesmas mengingat instrumen manajemen mutu klinis di Puskesmas merupakan hal yang baru sehingga para pelaksana perlu mendapatkan pelatihan. Monitoring dan evaluasi terhadap mutu layanan klinis harus terus-menerus dilakukan karena layanan klinis dilaksanakan setiap hari sehingga perlu secepatnya bagi Tim Manajemen Puskesmas untuk menetapkan Struktur Manajemen Mutu yang baru apabila terjadi perubahan terhadap anggotanya dan segera dilaksanakan program orientasi bagi anggota Tim Mutu yang baru agar segera melaksanakan tugas dan fungsinya, sehingga kualitas layanan klinis di Puskesmas tetap terjaga. Regulasi internal baik berupa Ketetapan Struktur Manajemen Mutu Klinis, Pedoman/ Panduan, *Standart Operating Prosedure/ SOP*, Kerangka Acuan Program Mutu Klinis di Puskesmas masih menggunakan regulasi yang lama dan belum dilakukan *review* maupun penyesuaian dengan kondisi terbaru. Peraturan internal sangat diperlukan dalam praktek Manajemen Mutu Klinis di Puskesmas sebagai acuan bagi para pelaksana dalam menjalankan tugasnya.

Program Akreditasi yang efektif membutuhkan Badan Akreditasi yang terstruktur, keterlibatan berbagai pemangku kepentingan, sumber daya yang cukup, komitmen manajemen, bantuan teknis dan dana yang berkelanjutan (Yousefinezhadi, T., 2017). Termasuk didalamnya adalah pendampingan yang dilaksanakan secara terstruktur dan *continue* adalah bagian yang penting dalam program akreditasi. Perlu disadari oleh organisasi pelayanan kesehatan

bahwa akreditasi puskesmas bukanlah alat ajaib yang dapat dengan serta merta meningkatkan mutu layanan kesehatan. Diperlukan Komitmen yang kuat dari pemangku kepentingan, dukungan lintas sektoral, pendanaan yang mencukupi, sarana prasarana yang memadai, SDM yang cukup baik kualitas maupun kuantitas, komitmen dari seluruh pelaksana pelayanan kesehatan di puskesmas.

5.2 Saran

Berikut ini adalah saran dari penulis bagi Puskesmas maupun Dinas Kesehatan dalam rangka mempertahankan Mutu Layanan Klinis di Puskesmas pasca penilaian Akreditasi Puskesmas:

- (a) Perencanaan pemenuhan SDM Kesehatan di Puskesmas harus dilakukan secara periodik oleh Tim Manajemen di Puskesmas dengan mempertimbangkan berbagai aspek diantaranya jumlah penduduk di wilayah kerja Puskesmas, keberagaman penyakit, jumlah kunjungan, analisis beban kerja, jenis layanan yang disediakan dan sebagainya sesuai dengan kondisi di Puskesmas untuk kemudian diusulkan ke Dinas Kesehatan dan ditindaklanjuti.
- (b) *Review* Struktur Manajemen Mutu dilakukan baik secara terjadwal maupun insidentiiil sesuai dengan kebutuhan Puskesmas atau jika ada pergantian personildan harus segera ditetapkan oleh Kepala Puskesmas mengingat Pelayanan Klinis dilaksanakan secara terus menerus demikian pula dengan upaya monitoringnya oleh Tim Manajemen

Mutu dan pendukungnya untuk menjaga kualitas layanan klinis di Puskesmas

- (c) Pedoman pelaksanaan Manajemen Mutu diperbaharui baik secara rutin maupun jika terjadi perubahan dalam implementasi Manajemen Mutu di Puskesmas agar seluruh anggota Tim Manajemen Mutu memiliki acuan dalam melaksanakan tugas dan fungsinya secara optimal
- (d) Dalam rangka mengatasi kekurangan SDM Kesehatan, Puskesmas perlu melakukan upaya maksimalisasi Sumber Daya lain yang tersedia dengan menjalin kerjasama dengan Jejaring di wilayah kerja Puskesmas untuk meningkatkan derajat kesehatan masyarakat di wilayah kerja Puskesmas
- (e) Menyusun rencana pengembangan bagi SDM di Puskesmas baik berupa seminar, pelatihan maupun pendidikan serta melakukan evaluasi terhadap pelaksanaan rencana pengembangan
- (f) Memasukan rencana pemenuhan dan pengembangan SDM ke dalam Rencana Bisnis Anggaran BLUD Puskesmas
- (g) Melakukan pengembangan/ pemanfaatan teknologi dengan membuat sistem secara terstruktur dan terorganisir secara komputerisasi dalam rangka meningkatkan upaya monitoring dan evaluasi terhadap pelaksanaan Manajemen Mutu di Puskesmas yang terhubung dengan Dinas Kesehatan sehingga baik Puskesmas maupun Dinas Kesehatan dapat melakukan pengawasan secara langsung terhadap pelaksanaan Manajemen Mutu di Puskesmas

- (h) Perlu adanya satu bidang khusus di dinas Kesehatan yang menangani Akreditasi di Puskesmas
- (i) Perlu adanya penelitian lanjutan terhadap kegiatan penilaian Akreditasi Puskesmas, dari mulai instrumennya yang *akuntable*, kualifikasi surveior, mekanisme survey dan kontrol yang dilakukan oleh Komisi Akreditasi Pusat guna menjaga obyektifitas penilaian, sehingga hasil penilaian adalah benar-benar merepresentasikan kondisi mutu layanan di Puskesmas.



KEMENTERIAN RISET, TEKNOLOGI, DAN PENDIDIKAN TINGGI
UNIVERSITAS NEGERI SEMARANG
FAKULTAS ILMU KEOLAHRAGAAN
KOMISI ETIK PENELITIAN KESEHATAN (KEPK)
Gedung F5, Lantai 2 Kampus Sekaran, Gunungpati, Semarang, Telp (024) 8508107

ETHICAL CLEARANCE
Nomor: 080/KEPK/EC/2019

Komisi Etik Penelitian Kesehatan Universitas Negeri Semarang, setelah membaca dan menelaah usulan penelitian dengan judul :

Analisis Mutu Upaya Kesehatan Perseorangan Pasca Penilaian Akreditasi di Puskesmas Wilayah Kota Semarang Tahun 2019

Nama Peneliti Utama : Tutuk Wijyantiningrum
Nama Pembimbing : Dr. dr. Yuni Wijyanti, M.Kes
Dr. Bambang Budi Raharjo, M.Si
Alamat Institusi Peneliti : Prodi Ilmu Kesehatan Masyarakat, Program Pascasarjana, UNNES
Lokasi Penelitian : Kota Semarang
Tanggal Persetujuan : 22 Mei 2019
(berlaku 1 tahun setelah tanggal persetujuan)

menyatakan bahwa penelitian di atas telah memenuhi prinsip-prinsip yang dinyatakan dalam Standards and Operational Guidance for Ethics Review of Health-Related Research with Human Participants dari WHO 2011 dan International Ethical Guidelines for Health-related Research Involving Humans dari CIOMS dan WHO 2016. Oleh karena itu, penelitian di atas dapat dilaksanakan dengan selalu memperhatikan prinsip-prinsip tersebut.

Komisi Etik Penelitian Kesehatan berhak untuk memantau kegiatan penelitian tersebut.

Peneliti harus melampirkan *informed consent* yang telah disetujui dan ditandatangani oleh peserta penelitian dan saksi pada laporan penelitian.

Peneliti diwajibkan menyerahkan:
 Laporan kemajuan penelitian
 Laporan kejadian bahaya yang ditimbulkan
 Laporan akhir penelitian

Semarang, 22 Mei 2019

Ketua



Prof. Dr. dr. Oktia Woro K.H., M.Kes.
NIP. 19591001 198703 2 001

Ethical Clearance



PEMERINTAH KOTA SEMARANG
BADAN KESATUAN
BANGSA DAN POLITIK

Jl. Pemuda No. 175 Semarang Telp. 3584045 Hunting: 3584077 Pws. 2601,2602,2603,2604,2605,2606 Fax. 3584045

SURAT REKOMENDASI SURVEY / RISET

Nomor : 070/2006/V/2019

- I. DASAR :
1. Peraturan Menteri Dalam Negeri Republik Indonesia Nomor 64 Tahun 2011 tanggal 20 Desember 2011 tentang Pedoman Penerbitan Rekomendasi Penelitian
 2. Peraturan Daerah Pemerintah Kota Semarang Nomor 13 tahun 2008, Tanggal 7 Nopember 2008 tentang Pembentukan Organisasi dan Tata Kerja Lembaga Teknis Daerah Kota Semarang.
 3. Peraturan Walikota Semarang Nomor 44 Tahun 2008 Tanggal 24 Desember 2008 tentang Penjabaran Tugas dan Fungsi Badan Kesatuan Bangsa, Politik dan Perlindungan Masyarakat Kota Semarang.
- II. MEMBACA : Surat dari Wakil Direktur Bidang Akademik dan Kemahasiswaan
Nomor : B/5594/UN37.2/LT/2019
Tanggal : 16 Mei 2019
- III. Pada Prinsipnya kami **tidak keberatan/ dapat menerima** atas pelaksanaan penelitian / survey di Kota Semarang.
- IV. Yang dilaksanakan oleh :
1. Nama : **Tutuk Wijyantiningrum**
 2. Kebangsaan : Indonesia
 3. Alamat : Jl. Sriyatno 1 RT 002 RW 004 Kel. Purwoyoso Kec. Ngaliyan Kota Semarang
 5. Penanggungjawab : Prof. Dr. Totok Sumaryanto F, M. Pd.
 6. Judul Penelitian : “ Analisis Mutu Upaya Kesehatan Perseorangan Pasca Penilaian Akreditasi Di Puskesmas Wilayah Kota Semarang Tahun 2019 ”
 7. Lokasi : Kota Semarang
- V. **KETENTUAN SEBAGAI BERIKUT:**
1. Sebelum melakukan kegiatan terlebih dahulu melaporkan kepada Pejabat Setempat/Lembaga Swasta yang akan dijadikan obyek lokasi untuk mendapatkan petunjuk seperlunya dengan menunjukkan Surat Pemberitahuan ini.

P E M E R I N T A H K O T A S E M A R A N G
B A D A N K E S A T A N
B A N G S A D A N P O L I T I K

2. Pelaksanaan survey / riset tidak disalahgunakan untuk tujuan tertentu yang dapat mengganggu kestabilan pemerintahan. Untuk penelitian yang mendapat dukungan dana sponsor baik dari dalam negeri maupun luar negeri, agar dijelaskan pada saat mengajukan perijinan. Tidak membahas masalah Politik dan atau Agama yang dapat menimbulkan terganggunya stabilitas keamanan dan ketertiban.
 3. Surat rekomendasi dapat dicabut dan dinyatakan tidak berlaku apabila pemegang Surat Rekomendasi ini tidak mentaati / mengindahkan peraturan yang berlaku atau obyek penelitian menolak untuk menerima Peneliti.
 4. Setelah survey / riset selesai supaya menyerahkan hasilnya kepada Badan Kesatuan Bangsa dan Politik Kota Semarang
- VI. Surat Rekomendasi Penelitian / Riset ini berlaku dari :
Tanggal 17 Mei 2019 s/d 17 Oktober 2019.
- VII. Demikian rekomendasi ini dibuat untuk dipergunakan seperlunya.

Semarang, 17 Mei 2019
Kepala Badan Kesatuan Bangsa dan Politik
Kota Semarang





PEMERINTAH KOTA SEMARANG
DINAS KESEHATAN

MG. Setos Lt. 7 Jl. Inspeksi Gajahmada Telp. (024) 8415269 - 8318070 Fax. (024) 8318771 Kode Pos : 50134 SEMARANG

Nomor : 070/11822.
Sifat :
Lampiran :
Perihal : Izin Penelitian

Semarang, 22 MAY 2019

Kepada ;
Yth. 1.Ka. Puskesmas Gayamsari
2.Ka. Puskesmas Ngaliyan
3.Ka. Puskesmas Rowosari
4.Ka. Puskesmas Tlogosari Wetan
5.Ka. Puskesmas Manyaran

di -
SEMARANG

Dasar surat dari Pascasarjana Universitas Negeri Semarang, tanggal 16 Mei 2019, Nomor; B/5594/UN37.2/LT/2019 perihal tersebut pada pokok surat.

Sehubungan dengan hal tersebut diatas, bersama ini kami hadapkan mahasiswa atas nama :

Nama : Tutuk Wijyantiningrum

NIM/NIP : 0613517010

Judul/Topik : "Analisis mutu Upaya Kesehatan Perseorangan Pasca Penilaian Akreditasi di Puskesmas Wilayah Kota Semarang Tahun 2019"

Yang akan melaksanakan kegiatan penelitian di wilayah kerja Puskesmas saudara, dilaksanakan pada tanggal 17 Mei 2019 s/d 17 Oktober 2019 dengan catatan selama melaksanakan kegiatan tersebut tetap harus mentaati peraturan yang berlaku di Puskesmas dan Pemerintah Kota Semarang.

Demikian harap maklum, atas perhatian dan kerjasamanya kami ucapkan terimakasih.


a.n. KEPALA DINAS KESEHATAN
Sekretaris

dr. SARWOKO OETOMO, MMR
Pembina Tk. I
NIP. 19640115 199603 1 002

TEMBUSAN, Kepada Yth :

1. Kepala Dinas Kesehatan (sebagai laporan);
2. Direktur Pascasarjana UNNES;
3. Yang bersangkutan;
4. Arsip.

Ijin Penelitian dari Dinas Kesehatan Kota Semarang



Wawancara dengan Kepala Puskesmas



Wawancara dengan Kepala Puskesmas



Wawancara dengan Ketua Tim Mutu



Wawancara dengan Ketua UKP



Wawancara dengan Penanggungjawab Survey Kepuasan Pelanggan



Wawancara dengan Ketua Mutu, PPI dan Keselamatan Pasien



Wawancara dengan Ketua Mutu, Audit Internal, PPI dan Keselamatan Pasien



Wawancara dengan Ketua Mutu, Audit Internal, PPI dan Keselamatan Pasien



Wawancara dengan Pendamping Akreditasi UKP



Wawancara dengan Surveior UKP



Wawancara dengan Pasien



Wawancara dengan Pasien