

ANALISIS BIAYA MUTU DALAM PENINGKATAN MUTU LAYANAN KESEHATAN DI PUSKESMAS

COST OF QUALITY FOR QUALITY IMPROVEMENT AT PUBLIC HEALTH CENTER

Tri Astuti Sugiyatmi¹, Muhammad Arifai², Tjahjono Koentjoro²

¹Dinas Kesehatan Tarakan, Kalimantan Timur

²Minat Manajemen Rumah Sakit, Fakultas Kedokteran, Universitas Gadjah Mada, Yogyakarta

ABSTRACT

Background: Customer complaints and even law suits reflect poor quality of care. Supports for quality improvement has been low. Therefore calculation of cost of quality in Public Health Centers (PHC) is needed to allocated budget. This study aims to obtain cost of quality and efforts to improve the quality of PHC through commitment of top management and support of stakeholders in Sleman PHC, Yogyakarta Special Province.

Method: The research used a case study with multiple-cases embedded design. The cases were four PHCs that apply quality management system (QMS) and two PHCs that have not applied it yet. The 2010 budget documents were analyzed with the PAF instrument (prevention, appraisal, failure). Qualitative data were collected from informant interviews.

Result: The average cost of quality in PHCs with QMS implementation was IDR 70,000,803; while in the non-QMS implementation reached IDR 31,421,450. The proportion of cost of quality in PHCs implementing QMS was 67% for prevention, 33% for appraisal and none for internal-external failures. While for the non-implementing QMS, the proportions were 92%, 7%, 0%, and 1% sub sequently.

Conclusion: The average cost of quality in PHCs with QMS is 2.2 times higher than the non-QMS. However, its cost for prevention needs to be improved, through commitment of top management and support from stakeholders.

Keywords: cost of quality, QMS, prevention, failure, appraisal cost, Public Health Center

ABSTRAK

Latar belakang: Banyaknya keluhan pelanggan bahkan sampai tuntutan hukum menunjukkan mutu pelayanan kesehatan yang rendah. Dukungan dari pihak terkait dalam membangun mutu masih kurang. Perhitungan biaya mutu di Puskesmas diperlukan untuk memperoleh gambaran biaya *cost of good quality* yang harus dialokasikan dalam anggaran. Penelitian ini bertujuan untuk memperoleh informasi biaya mutu dan upaya membangun mutu Puskesmas melalui komitmen manajemen puncak dan dukungan *stakeholder* di Puskesmas Kabupaten Sleman.

Metode: Jenis penelitian ini adalah studi kasus deskriptif dengan rancangan desain multikasus terjalain. Unit analisis adalah empat Puskesmas yang menerapkan Sistem Manajemen Mutu (SMM) dan dua yang belum menerapkan SMM. Subyek penelitian adalah dokumen realisasi anggaran tahun 2010 dengan instrumen ceklist model *prevention, appraisal, failure* (PAF). Data kualitatif diperoleh dari wawancara.

Hasil: Rata-rata biaya mutu Puskesmas SMM Rp 70.000.803,00, sedangkan di Puskesmas non-SMM mencapai Rp31.421.450,00

termasuk di dalamnya terdapat biaya kegagalan eksternal sebesar Rp252.500,00. Berdasarkan kategori biaya mutu pada Puskesmas SMM adalah 67% pencegahan, 33% pengawasan, serta 0% untuk kegagalan internal dan eksternal. Pada Puskesmas non SMM adalah 92%, 7%, 0% dan 1% secara berturut-turut.

Kesimpulan: Rerata biaya mutu pada Puskesmas SMM 2,2 kali lebih tinggi daripada Puskesmas Non SMM. Biaya pencegahan perlu ditingkatkan dengan komitmen manajemen puncak dan dukungan *stakeholder* berupa pengalokasian anggaran.

Kata kunci: biaya mutu, sistem manajemen mutu, pencegahan, kegagalan, pengawasan, Puskesmas

PENGANTAR

Permasalahan utama yang dihadapi oleh pelayanan kesehatan pada banyak negara adalah akses layanan, masalah pembiayaan kesehatan dan buruknya mutu pelayanan kesehatan.¹ Isu tentang mutu pelayanan sampai sekarang masih menjadi hal yang cukup serius. Di Indonesia, bahkan di negara maju sekalipun.² Sejalan dengan hal tersebut, salah satu isu dalam *good governance* di sektor kesehatan di era otonomi daerah yang belum sepenuhnya berhasil adalah manajemen lembaga pelayanan kesehatan yang belum berorientasi pada pengguna. Hal ini dibuktikan semakin banyaknya tuntutan masyarakat pada pelayanan kesehatan baik yang berkaitan dengan masalah medik maupun non-medik di media massa yang terjadi di rumah sakit, Puskesmas bahkan praktik pribadi, serta beberapa kasus keluhan kesehatan tersebut ada yang sampai masuk ke ranah hukum.³

Secara operasional mutu adalah sesuatu yang sesuai dengan harapan pelanggan. Hal-hal yang mempengaruhi mutu suatu pelayanan cukup banyak. Komitmen, sikap kepemimpinan dan pelibatan semua staf juga mempunyai pengaruh yang cukup besar. Selain juga memang adalah masalah yang menyangkut dari sisi pembiayaan.⁴ Studi tentang biaya mutu masih sangat terbatas. Di Inggris terdapat kurang dari 40% perusahaan yang mengumpulkan informasi tentang hal tersebut.⁵

Biaya mutu adalah untuk perhitungan yang berkaitan dengan perbaikan mutu.⁶ Biaya mutu terkait dengan dua subkategori kegiatan yang terkait dengan mutu, yaitu kegiatan karena pengendalian dan kegiatan karena sebuah kegagalan.⁷ Dengan kata lain secara umum biaya mutu dibagi menjadi dua golongan besar yaitu biaya pada mutu yang sudah baik maupun yang belum baik. *Cost of good quality* juga sering disebut sebagai *cost of compliance* (biaya yang dikeluarkan untuk sebuah kepatuhan) yang meliputi *prevention cost* dan *appraisal cost*. *Cost of poor quality* sering disebut *cost of non compliance* meliputi *failure cost* yang terdiri dari biaya kegagalan internal dan eksternal. Kalkulasi total biaya mutu adalah gabungan dari keempatnya. Jenis biaya mutu yang dikeluarkan dapat menjadi salah satu indikator baik-buruknya mutu sebuah organisasi.⁸

Berdasarkan pengukurannya, biaya mutu juga dapat dibagi menjadi dua bagian yaitu biaya yang dapat diamati (*observable quality cost*) dan biaya tersembunyi (*hidden cost*). Pada biaya yang pertama merupakan biaya yang tersedia atau dapat diperoleh dari catatan akuntansi instansi/perusahaan. Biaya yang tersembunyi seperti biaya karena hilangnya kesempatan untuk melakukan kegiatan menguntungkan (*opportunity cost*) yang disebabkan karena mutu yang buruk, biasanya hampir tidak pernah tersedia dalam catatan akuntansi.⁹

Hubungan antara masing-masing jenis biaya mutu dapat digambarkan sebagai apa yang disebut "Hukum 1-10-100". Hukum itu menyatakan bahwa bila biaya yang dikeluarkan untuk pencegahan adalah 1 maka akan menghemat biaya untuk penilaian sejumlah 10 dan selanjutnya dapat menghemat biaya kegagalan sejumlah 100.¹⁰

Control activities dilakukan untuk mencegah atau mendeteksi kualitas yang buruk, karena mutu yang buruk mungkin telah terjadi. Kegiatan pengendalian ini terdiri dari kegiatan-kegiatan pencegahan dan penilaian. Adapun kegiatan karena *failure activities* dilakukan untuk merespons mutu yang buruk.⁷ Biaya pencegahan merupakan biaya yang dikeluarkan untuk melakukan aktivitas yang dapat mencegah mutu yang jelek. Pada perusahaan manufaktur biaya pencegahan terjadi mulai dari tahap awal produksi yaitu mulai pada tahap perancangan sebuah produk.⁷ Kegiatan yang dikategorikan sebagai pencegahan antara lain seperti pelaksanaan pelatihan mutu, perencanaan mutu, serta hal-hal yang terkait dengan sebuah rekayasa mutu (penentuan desain dan pengembangan mutu). Biaya penilaian di industri manufaktur antara lain biaya pemeriksaan material, pemeriksaan pengepakan, penerimaan produk dan verifikasi pemasok.⁷

Biaya kegagalan adalah biaya-biaya yang dikeluarkan karena *cost of performance defect* selama proses produksi dan belum akan diserahkan kepada pelanggan (biaya kegagalan internal). Kegagalan eksternal adalah biaya yang dipergunakan untuk memperbaiki barang yang sudah diterima pelanggan tetapi tidak sesuai dengan persyaratan yang ditetapkan oleh pelanggan. Contohnya adalah *rework* dan *recheck*. Bahkan istilah lembur dan waktu menganggur termasuk dalam hal ini. Kegagalan eksternal adalah pemberian ganti rugi serta respons terhadap keluhan pelanggan.⁸

Anggaran untuk membangun mutu yang bersifat pencegahan merupakan investasi yang akan menghasilkan penurunan biaya kegagalan. Apabila *cost of good quality* tidak dianggarkan maka terjadi layanan kesehatan yang buruk yang lebih besar memakan biaya.¹ Pada *cost of compliance* untuk mencapai *good quality* tetap dibutuhkan biaya pengendalian. *Non value added activity* harus dihilangkan, sedangkan *business value added activity* harus dikelola dengan lebih baik.⁸

Studi ini menghitung biaya mutu dengan membedakan biaya mutu di Puskesmas yang sudah ISO dan yang belum. Biaya mutu dikategorikan menjadi *prevention cost*, *appraisal cost*, dan *failure cost* sebagai sebuah piranti untuk menilai mutu.

BAHAN DAN CARA PENELITIAN

Penelitian ini merupakan jenis penelitian studi kasus deskriptif dengan menggunakan rancangan multikasus terjal. Unit analisis adalah empat Puskesmas ISO dan dua Puskesmas non ISO dari total sejumlah 25 Puskesmas di Kabupaten Sleman (terdiri dari tujuh belas Puskesmas ISO dan delapan Puskesmas non ISO). Metode analisis biaya yang digunakan adalah mengelompokkan biaya kegiatan yang ada di Puskesmas berdasarkan klasifikasi *prevention*, *appraisal* dan *failure* (PAF), sehingga menghasilkan biaya pencegahan, biaya pengawasan, serta biaya kegagalan internal dan eksternal di setiap Puskesmas. Sumber data menggunakan dokumen realisasi anggaran tahun 2012. Sebuah ceklis disusun untuk menjabarkan model PAF. Analisis data dilakukan secara deskriptif untuk setiap komponen biaya dan rerata di Puskesmas ISO dan Puskesmas non ISO. Hasil tersebut akan dibandingkan dengan *output/outcome*.

HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN Upaya Membangun Mutu Puskesmas di Kabupaten Sleman

Upaya membangun mutu Puskesmas di Kabupaten Sleman menggunakan berbagai macam pen-

dekatan, sehingga muncul biaya pencegahan dalam anggaran Puskesmas. Biaya pencegahan direncanakan dan diusulkan oleh kepala Puskesmas secara berjenjang sampai ke panitia anggaran eksekutif dan legislatif. Hasil penelitian menunjukkan bahwa dukungan *stakeholder* (termasuk komitmen manajemen) sangat penting. Komitmen manajemen puncak untuk memberikan pelayanan yang baik pada bidang pelayanan publik kesehatan khususnya Puskesmas cukup tinggi.

Pada proses membangun mutu alokasi dan realisasi *cost of good quality* sangat penting dan merupakan implementasi komitmen manajemen puncak. Biaya yang dikeluarkan untuk mencegah mutu yang memburuk misalnya biaya untuk peningkatan kompetensi dan kapasitas petugas baik dalam bentuk pelatihan, seminar, biaya pemeliharaan, dan biaya untuk perencanaan mutu. Sifat dari biaya pencegahan adalah wajib. Hasil penelusuran dokumen pelaksanaan anggaran Puskesmas tahun 2010 menunjukkan bahwa biaya yang dialokasikan dan direalisasikan untuk kegiatan pencegahan di Puskesmas cukup tinggi. Di salah satu Puskesmas non-ISO bahkan biaya pencegahannya lebih tinggi daripada tiga Puskesmas ISO lainnya (Tabel 1).

Tabel 1. Biaya Pencegahan di Enam Puskesmas Kabupaten Sleman Tahun 2010 (Rupiah)

Nama Puskesmas	Jenis Kegiatan					TOTAL
	Pelatihan	Bantuan Seminar	Pemeliharaan	Pengadaan Peralatan	Rencana Mutu	
Puskesmas ISO 1	250.000	1.435.000	11.486.000	4.980.000	8.620.000	26.786.000
Puskesmas ISO 2	0	0	6.240.000	19.483.160	2.550.000	28.273.160
Puskesmas ISO 3	0	1.950.000	10.940.000	5.000.000	6.840.000	24.730.000
Puskesmas ISO 4	50.000.000	625.000	10.206.000	45.333.050	2.650.000	108.814.050
Puskesmas Non-ISO	720.000	805.000	5.200.000	11.543.000	1.150.000	19.418.418
Puskesmas Non-ISO	0	0	7.026.500	25.559.400	5.580.000	38.165.900

Biaya yang termasuk dalam *cost of quality* lain adalah biaya yang dialokasikan dan direalisasikan untuk kegiatan penilaian dan pengawasan yang bersifat tidak wajib. Pada Puskesmas yang menerapkan ISO biaya tersebut juga cukup tinggi karena terdapat kegiatan seperti *preassessment*, *assessment*, dan *surveilans*. Bila terdapat hasil audit masih memerlukan perbaikan, maka diperlukan biaya kegiatan audit ulang. Kegiatan *appraisal* pada Puskesmas non-ISO tampak dari kegiatan monitoring evaluasi dalam bentuk rapat atau pertemuan.

Tabel 2. Biaya Penilaian dan Pengawasan Puskesmas Sampel (Rupiah)

Jenis Aktivitas	Preassessment	Assesment	Surveilans	Kalibrasi	Monitoring kegiatan SKPD	TOTAL
Puskesmas 1 (ISO)	0	0	0	0	5.800.000	5.800.000
Puskesmas 2 (ISO)	0	0	6.600.000	0	0	6.600.000
Puskesmas 3 (ISO)	0	27.600.000	0	0	0	27.600.000
Puskesmas 4 (ISO)	13.200.000	27.600.000	6.600.000	4.000.000	0	51.400.000
Puskesmas 5 (Non-ISO)	0	0	0	0	1.500.000	1.500.000
Puskesmas 6 (Non-ISO)	0	0	0	0	3.254.000	3.254.000

Tabel 2 menunjukkan bahwa hanya Puskesmas ISO 4 yang menganggarkan kegiatan kalibrasi alat. Namun pada wawancara terungkap bahwa kegiatan kalibrasi di semua Puskesmas dilakukan melalui anggaran dinas kesehatan.

Kegiatan di Puskesmas yang belum menerapkan SMM bukan berarti tidak berhubungan dengan mutu. Kegiatan seperti rapat rutin bulanan hampir selalu membicarakan mutu layanan termasuk mencatat keluhan pelanggan, pertemuan penjaminan mutu, serta *peer review* pada profesi seperti pada kutipan berikut:

“.....memang dalam setiap rapat hampir pasti kita membicarakan hal-hal yang terkait dengan mutu pelayanan....”(R.5)

Mutu pelayanan di Puskesmas yang belum menerapkan SMM juga dapat diperbandingkan dengan Puskesmas yang sudah menerapkan SMM sebagaimana ungkapan seorang responden kepala Puskesmas berikut:

“.....bisa dibandingkan lho... dengan Puskesmas yang ISO mutunya, walaupun belum ISO. Sistem di ISO adalah dipaksa oleh sistem. Bila tidak maka tergantung *leadership* saja. Bila kepala Puskesmasnya bagus maka mung-

kin akan jalan. Secara *performance* tidak terlalu tampak bedanya... Saya ingin membuktikan bahwa Puskesmas yang tidak ISO pun bisa tampil secara bermutu. (R.5)

Hasil Kegiatan Mutu di Puskesmas Kabupaten Sleman

Hasil kegiatan survei pelanggan di Kabupaten Sleman menunjukkan bahwa kepuasan pelanggan eksternal pada Puskesmas yang menerapkan ISO dan yang belum ISO menunjukkan hasil yang baik

(>80%). Demikian juga dengan Indeks Kepuasan Masyarakat (IKM) yang juga menunjukkan mutu layanan yang baik (B). Tidak ada perbedaan yang menyolok antara kinerja Puskesmas yang telah dan yang belum ISO.

Kegiatan penilaian tingkat kemandirian Puskesmas terlihat bahwa sejak tahun 2006 dan 2010 memperlihatkan perkembangan yang baik. Indikatornya adalah jumlah Puskesmas pratama terus menurun serta di lain pihak terjadi peningkatan jumlah Puskesmas tingkat madia dan utama. Pada tahun 2006 terdapat 22 Puskesmas tahap pratama dan dua tahap madia, sedangkan pada tahun 2010 tidak ada Puskesmas dengan manajemen tingkat pratama, 20 Puskesmas (80%) pada tingkat madia dan 5 Puskesmas (20%) pada tingkat utama.

Kegiatan program inovasi yang menjadi salah satu unggulan dinas kesehatan Kabupaten Sleman sebagai salah satu pemacu Puskesmas yang belum ISO. Dengan demikian tidak ada perbedaan yang signifikan pada Puskesmas yang telah maupun belum ISO dalam hal kinerja secara umum, meskipun nilai rerata Puskesmas ISO sedikit di atas rerata Puskesmas yang non-ISO.

Walaupun penampilan dan kinerja Puskesmas non-ISO di Kabupaten Sleman tetap baik tetapi hal ini tidak menyurutkan niat Pemda Sleman untuk mencanangkan 100% Puskesmas tersertifikasi ISO pada tahun 2015. Jumlah Puskesmas yang menerapkan SMM dari tahun ke tahun terus meningkat. Pada tahun 2006 baru lima Puskesmas dan berturut-turut naik menjadi 9, 11, 16, dan 17 pada tahun-tahun berikutnya. Dari hasil wawancara terungkap bahwa tidak ada kendala yang berarti bagi Puskesmas selain menunggu pembiayaan untuk sertifikasi. Puskesmas yang non-ISO pun secara tidak langsung sudah terpapar informasi tentang ISO.

Tabel 3 menunjukkan kinerja program Puskesmas yang terkait program *Millenium Development Goals (MDG's)*, khususnya program Kesehatan Ibu dan Anak (KIA). Angka kunjungan ibu hamil 1 (K1) di tingkat kabupaten sudah cukup tinggi yaitu 101, 16% yang berarti bahwa tingkat ibu hamil dalam

memanfaatkan sarana kesehatan sudah cukup baik. Namun Puskesmas ISO 4 justru memiliki angka terendah di Kabupaten Sleman yaitu 67,4%. Untuk pencapaian K4 di tingkat kabupaten sudah mencapai standar nasional 95% yaitu di atas 52%. Salah satu Puskesmas Non-ISO 2 juga termasuk terendah di Kabupaten Sleman. Kondisi K4 menggambarkan kesadaran ibu hamil untuk memeriksakan dirinya sudah cukup baik didukung pencatatan dan pelaporan yang cukup baik di tingkat Puskesmas dan dinas kesehatan.

Angka kematian bayi (AKB) masih cukup tinggi di Kabupaten Sleman. Secara umum, terdapat 67 kematian bayi dari 11.819 kelahiran hidup (5,8 per 1000 kelahiran hidup). Beberapa Puskesmas sampel berkontribusi cukup besar dalam menyumbang AKB ini. Angka kematian ibu (AKI) di tingkat Kabupaten Sleman pada tahun 2010 mencapai 13 kematian dan empat kematian terdapat pada Puskesmas sampel (4 pada Puskesmas ISO dan 1 non-ISO).

Secara umum, hal-hal yang berhubungan dengan AKI dan AKB ini tidak termasuk dalam ruang lingkup audit ISO karena banyak dipengaruhi oleh faktor di luar kesehatan. Faktor pengetahuan, sikap, perilaku ibu hamil dan keluarganya menjadi salah satu faktor penentu selain faktor pelayanan kesehatan di Puskesmas.

Temuan Lain Mengenai Mutu dan Biaya Mutu

Terdapat beberapa kegiatan yang potensial menyebabkan kegagalan internal seperti adanya waktu menganggur, *rework*, *recheck*, biaya pemusnahan barang, lembur, serta makanan minuman lembur karena kegagalan. Meskipun hal tersebut nyata, akan tetapi sulit diukur besaran biayanya.

Temuan lain yang menarik adalah biaya kegagalan eksternal di satu Puskesmas non-ISO yang disebabkan pemberian ganti rugi pada pelanggan yang mengadu karena merasa tidak puas dengan tindakan Puskesmas. Pemberian Obat Anti Diabetik (OAD) yang kurang jelas instruksi pemakaiannya dan menyebabkan ketidaknyamanan pada pasien termasuk kategori kejadian yang tidak diinginkan dan

Tabel 3 Pencapaian K1, K4 Serta Jumlah AKI dan AKB Puskesmas Kabupaten Sleman Tahun 2010

Jenis Aktivitas	Preassesment	Assesment	Survailans	Kalibrasi	Monitoring Kegiatan SKPD	TOTAL
Puskesmas 1 (ISO)	0	0	0	0	5.800.000	5.800.000
Puskesmas 2 (ISO)	0	0	6.600.000	0	0	6.600.000
Puskesmas 3 (ISO)	0	27.600.000	0	0	0	27.600.000
Puskesmas 4 (ISO)	13.200.000	27.600.000	6.600.000	4.000.000	0	51.400.000
Puskesmas 5 (Non-ISO)	0	0	0	0	1.500.000	1.500.000
Puskesmas 6 (Non-ISO)	0	0	0	0	3.254.000	3.254.000

Sumber : Profil Dinas kesehatan Sleman Tahun 2010

menimbulkan biaya kegagalan eksternal yang tidak dikehendaki yaitu sebesar Rp505.000,00.

Biaya kegagalan internal dan eksternal cenderung terabaikan atau tersembunyi. Di pelayanan kesehatan, kegagalan kerap terjadi, namun tidak terdokumentasi. Kegagalan berupa tuntutan hukum akibat kejadian yang tidak diinginkan, seringkali diselesaikan secara "kekeluargaan". Pihak Puskesmas atau bahkan pihak petugas mengakhiri dengan menyantuni pasien. Data cenderung dirahasiakan, sehingga biaya kegagalan sulit ditelusuri. Dengan demikian, jumlah biaya kegagalan yang sebenarnya dapat lebih besar dari yang tercatat.

Upaya Mempertahankan dan Meningkatkan Mutu

Upaya mempertahankan dan meningkatkan mutu di Puskesmas Kabupaten Sleman sebenarnya sudah berjalan dengan tetap mengalokasikan biaya mutu (biaya pencegahan, biaya pemeriksaan dan pengawasan) pada saat sebagian besar Puskesmas sudah tersertifikasi SMM. Bahkan demikian juga yang sudah dilakukan pada Puskesmas yang non-ISO walaupun ada sedikit perbedaan jenis kegiatan.

Upaya mengalokasikan anggaran dan merealisasikannya dalam kegiatan mutu menjadi bukti implementasi komitmen pimpinan puncak dalam mendukung kegiatan ini. Namun demikian pemahaman tentang mutu dan biaya mutu baik Puskesmas ISO maupun Puskesmas non-ISO masih berbeda. Hal ini mengakibatkan pencatatan dan pelaporan biaya mutu oleh Tim Manajemen Puskesmas belum dilakukan dengan baik. Pencatatan yang baik dan akurat hanya terdapat pada dokumen anggaran yang memuat alokasi dan realisasi biaya pencegahan dan biaya pemeriksaan dan pengawasan. Sebaliknya biaya kegagalan internal dan eksternal akan cenderung tersembunyi dan tidak dilaporkan.

Pemanfaatan informasi biaya mutu yang benar juga belum dipahami secara baik. *Failure cost* belum dipahami sebagai salah satu alat untuk mengukur mutu pelayanan kesehatan. Biaya mutu dan pemanfaatan informasinya sebagai piranti yang dapat menilai mutu belum disosialisasikan secara baik. Input biaya mutu yang semestinya juga dapat untuk menilai tingkat kematangan manajemen mutu di semua level termasuk Puskesmas, belum dimanfaatkan dalam penilaian untuk menilai kemandirian puskesmas.

Upaya pengendalian biaya mutu juga belum dipahami secara baik oleh tim manajemen. Upaya menghilangkan biaya kegagalan, mengendalikan perbandingan biaya mutu total dengan biaya operasional total, mengendalikan porsi biaya kegagalan diban-

ding biaya mutu total serta mengendalikan biaya pemeriksaan dan penilaian yang terlalu besar dapat menjadi cikal bakal terwujudnya penerapan *Total Quality Management* (TQM) belum dilakukan secara maksimal. *Total Quality Management* (TQM) menjadi cara untuk memenuhi kebutuhan pelanggan dengan biaya yang serendah mungkin.¹¹

Mutu pelayanan kesehatan di Kabupaten Sleman secara umum sudah cukup baik tetapi TQM belum menjadi sebuah *goal* yaitu terjadi pengendalian biaya mutu khususnya biaya pemeriksaan dan penilaian, pada saat mutu sudah baik. Akibatnya pengendalian biaya mutu secara umum masih belum berjalan dengan baik, biaya mutu pengawasan dan pemeriksaan masih sangat tinggi. Idealnya, biaya pencegahan tetap harus dialokasikan, sedangkan biaya kegagalan harus ditekan sampai serendah mungkin. Biaya pengawasan dan penilaian tetap dialokasikan untuk menjamin kepastian mutu yang dihasilkan.

KESIMPULAN DAN SARAN

Berdasarkan kategori biaya mutu untuk pencegahan, penilaian dan kegagalan internal-eksternal, proporsi di Puskesmas ISO adalah 67%, 33%, dan 0%, sedangkan di Puskesmas non-ISO adalah 92%, 7%, 0%, dan 1% secara berurutan. Upaya menginisiasi mutu Puskesmas dapat diawali dengan menguatkan komitmen manajemen puncak dan adanya dukungan *stakeholder* yang berupa pengalokasian anggaran biaya mutu untuk menciptakan *cost of good quality*. Puskesmas disarankan untuk memperbaiki pencatatan sistem informasi biaya, termasuk biaya mutu sehingga dapat dilakukan analisis setiap tahun untuk menilai perubahan masing-masing kategori biaya mutu.

REFERENSI

1. Al – Assaf AF. Mutu Pelayanan Kesehatan, Perspektif International. Penerbit Buku Kedokteran EGC, Jakarta. 2009.
2. Mukti AG. Strategi Terkini Peningkatan Mutu Pelayanan Kesehatan. PT Karya Husada Mukti, Yogyakarta. 2007.
3. Murti B, Trisnantoro L, Hasanbasri M, Probandari A, Maryati A, Wisnuputri T, Radianto D. Perencanaan dan Penganggaran untuk Investasi Kesehatan di Tingkat Kabupaten dan Kota. Gadjah Mada University Press, Yogyakarta. 2006.
4. Crosby BP. Quality is Free. Mc Graw Hill Book Company, New York. 1979.
5. Munro-Faure L & Munro- Faure M. Implementing Total Quality Management. Pitman Publishing, London. 1996.

6. Waller J, Allen D, Burns A. *The TQM Toolkit – a Guide to Practical Techniques for Total Quality Management*. Kogan Page, London. 1995.
7. Hansen D, Mowen M. *Cost Management Accounting and Control*. Fifth Edition. Thomson South Western, USA. 2006.
8. Kelly JM. *Total Quality Management: How to Program For The High Performance Business*. Alexander Hamilton Institute, New Jersey. 1994.
9. Hansen D, Mowen M. *Managerial Accounting*. Eight Edition. Thomson South Western, USA. 2005.
10. Ross JE. *Total Quality Management: Text, Cases and Readings*. Edisi 2. Kogan Page Limited, London. 1994.
11. Munro-Faure L, Munro-Faure M. *Implementing Total Quality Management*. Pitman Publishing,