

MANAJEMEN MUTU PELAYANAN KESEHATAN

Ade Tika Herawati, S.Kep, Ners, M.Kep | Anggri Alfira Yunita Assa, S.Kep, MM.Kes
Liana Muslihah, S SiT, M.KM | Ns Mila Triana, M.Kep
Ita La Tho, SKM, M.Sc | Femmy Keintjem, S.SiT, S.Pd, MPH
Dr. Ni Nyoman Kasihani, M.Kes | Heru Cahya Indra, A.Md.PK, SE MKM
Apt, Fathul Jannah, S.Si., SpFRS | Karningsih, S.Kep., Ners., MKM
Meilin Anggreyni, M.Pd | Dr. Jusuf Kristianto, MM, MHA, MPH, PhD
Dr. Rikawarastuti, SKM, M.Kes | Selfie P.J. Ulaen, S.Pd., S.Si., M.Kes

MANAJEMEN MUTU PELAYANAN KESEHATAN

Ade Tika Herawati, S.Kep, Ners, M.Kep
Anggri Alfira Yunita Assa, S.Kep, MM.Kes
Liana Muslihah, S SiT, M.KM
Ns Mila Triana, M.Kep
Ita La Tho, SKM, M.Sc
Femmy Keintjem, S.SiT, S.Pd, MPH
Dr. Ni Nyoman Kasihani, M.Kes
Heru Cahya Indra., A.Md.PK, SE MKM
Apt, Fathul Jannah, S.Si., SpFRS
Karningsih, S.Kep., Ners., MKM
Meilin Anggreyni, M.Pd
Dr. Jusuf Kristianto, MM, MHA, MPH, PhD
Dr. Rikawarastuti, SKM, M.Kes
Selfie P.J. Ulaen, S.Pd., S.Si., M.Kes

Editor :

La Ode Alifariki, S.Kep., Ns., M.Kes

MANAJEMEN MUTU PELAYANAN KESEHATAN

Penulis:

Ade Tika Herawati, S.Kep, Ners, M.Kep
Anggri Alfira Yunita Assa, S.Kep, MM.Kes
Liana Muslihah, S SiT, M.KM
Ns Mila Triana, M.Kep
Ita La Tho, SKM, M.Sc
Femmy Keintjem, S.SiT, S.Pd, MPH
Dr. Ni Nyoman Kasihani, M.Kes
Heru Cahya Indra, A.Md.PK, SE MKM
Apt, Fathul Jannah, S.Si., SpFRS
Karningsih, S.Kep., Ners., MKM
Meilin Anggreyni, M.Pd
Dr. Jusuf Kristianto, MM, MHA, MPH, PhD
Dr. Rikawarastuti, SKM, M.Kes
Selfie P.J. Ulaen, S.Pd., S.Si., M.Kes

ISBN :

978-634-247-021-3

Editor Buku:

La Ode Alifariki, S.Kep., Ns., M.Kes

Diterbitkan Oleh :

PT MEDIA PUSTAKA INDO

Jl. Merdeka RT4/RW2 Binangun, Kab. Cilacap, Jawa Tengah

Website: www.mediapustakaindo.com

E-mail: mediapustakaindo@gmail.com

Anggota IKAPI: 263/JTE/2023

Cetakan Pertama : 2025

Hak Cipta dilindungi oleh undang-undang. Dilarang memperbanyak sebagian karya tulis ini dalam bentuk apapun, baik secara elektronik maupun mekanik, termasuk memfotokopi, merekam, atau dengan menggunakan sistem penyimpanan lainnya, tanpa izin tertulis dari Penulis.

KATA PENGANTAR

Alhamdulillah, Kami panjatkan kehadiran Tuhan Yang Maha Esa yang telah memberikan rahmat dan hidayah-Nya kepada saya sehingga buku ini dapat tersusun. Buku ini diperuntukkan bagi Dosen, Praktisi, dan Mahasiswa Kesehatan sebagai bahan bacaan dan tambahan referensi.

Buku ini berjudul Manajemen Mutu Pelayanan Kesehatan mencoba menyuguhkan dan mengemas beberapa hal penting konsep Manajemen Mutu Pelayanan Kesehatan. Buku ini berisi tentang segala hal yang berkaitan dengan konsep Manajemen Mutu Pelayanan Kesehatan serta konsep lainnya yang disusun oleh beberapa Dosen dari berbagai Perguruan Tinggi.

Buku ini dikemas secara praktis, tidak berbelit-belit dan langsung tepat pada sasaran. Selamat membaca.

Kendari, 4 Juli 2025

Penulis

DAFTAR ISI

BAB 1_Konsep Dasar Mutu Pelayanan Kesehatan.....	1
A. Pendahuluan.....	1
B. Konsep Dasar Mutu Pelayanan Kesehatan	2
BAB 2_Sejarah dan Perkembangan Mutu dalam Layanan Kesehatan	11
A. <i>Uncertainty</i> dalam Pelayanan Kesehatan.....	11
B. Sejarah Joint Commission International (JCI).....	13
BAB 3_Standar dan Regulasi Mutu Pelayanan Kesehatan.....	26
A. Pendahuluan.....	26
B. Standar dan Regulasi Mutu Pelayanan Kesehatan	27
BAB 4_Pendekatan dan Model Mutu	37
A. Pendahuluan.....	37
B. Beberapa Model Mutu dalam Keperawatan	38
BAB 5_Perencanaan Mutu di Fasilitas Kesehatan	50
A. Pendahuluan.....	50
B. Perencanaan Mutu di Fasilitas Kesehatan.....	51
BAB 6_Indikator Mutu Pelayanan Kesehatan.....	59
A. Pendahuluan.....	59
B. Konsep Indikator Mutu Pelayanan	59
BAB 7_Audit Mutu	69
A. Pendahuluan.....	69
B. Audit Mutu Internal dan Eksternal	70
BAB 8_Pengukuran Kepuasan Pasien dan	81
A. Pendahuluan.....	81
B. Pengukuran Kepuasan Pasien Dan Responsivitas Pelayanan.....	82

BAB 9_Pelaporan dan Analisis Insiden (Insiden Keselamatan Pasien/IKP).....	90
A. Pendahuluan.....	90
B. Insiden Keselamatan Pasien dan Pelaporan	91
BAB 10_Tim Mutu dan Peran Unit Penjaminan Mutu	104
A. Pendahuluan.....	104
B. Tim Mutu Dan Peran Unit Penjaminan Mutu	105
BAB 11_Manajemen Mutu Berbasis Teknologi Informasi.....	115
A. Pendahuluan.....	115
B. Manajemen Mutu Berbasis Teknologi Informasi	116
BAB 12_Manajemen Keluhan dan Masukan Pelanggan dalam Upaya Meningkatkan Mutu Pelayanan Kesehatan	126
A. Pendahuluan.....	126
B. Manajemen Keluhan dan Masukan Pelanggan	127
BAB 13_Peningkatan Mutu Berkelanjutan (<i>Quality Improvement</i>).135	
A. Pendahuluan.....	135
B. Konsep Dasar <i>Quality Improvement</i>	135
C. Model dan Pendekatan dalam <i>Quality Improvement</i>	136
D. Implementasi <i>Quality Improvement</i> di Fasilitas Kesehatan .139	
E. Tantangan dan Strategi Keberhasilan <i>Quality Improvement</i>	140
F. Inovasi dan Tren Terkini dalam <i>Quality Improvement</i>	141
BAB 14_Etika dan Profesionalisme dalam Mutu Pelayanan.....	145
A. Pendahuluan.....	145
B. Ruang lingkup :.....	145

BAB 1

Konsep Dasar Mutu Pelayanan Kesehatan

Ade Tika Herawati, S.Kep, Ners, M.Kep

A. Pendahuluan

Mutu pelayanan kesehatan merupakan salah satu aspek fundamental dalam sistem pelayanan kesehatan yang berorientasi pada keselamatan, kepuasan, dan pemenuhan hak pasien berdasarkan pada standar dan kode etik (Ruly Prapitasari, S.Si.T, M.Kes. Nurul Hidayatun, S.Si.T, 2020). Pelayanan yang bermutu tidak hanya mencerminkan keberhasilan penyelenggaraan layanan secara klinis, tetapi juga memperhatikan aspek etika, profesionalisme, efektivitas, efisiensi, dan kepuasan pengguna layanan. Peningkatan mutu pelayanan kesehatan menjadi tuntutan global, seiring dengan meningkatnya kesadaran masyarakat terhadap hak atas layanan yang aman dan berkualitas. Organisasi Kesehatan Dunia (WHO) menegaskan bahwa pelayanan kesehatan yang bermutu adalah layanan yang meningkatkan kemungkinan hasil kesehatan yang diinginkan, sesuai dengan ilmu pengetahuan terkini, serta selaras dengan harapan masyarakat. Dalam konteks ini, penyelenggara layanan kesehatan dituntut untuk senantiasa melakukan evaluasi dan perbaikan berkelanjutan terhadap sistem, proses, dan sumber daya yang dimiliki.

Pendekatan terhadap mutu pelayanan kesehatan meliputi dimensi yang luas, termasuk keselamatan pasien (patient safety), efektivitas pelayanan, efisiensi sumber daya, aksesibilitas, kesinambungan layanan, serta penghormatan terhadap nilai dan preferensi pasien (Ruly Prapitasari, S.Si.T, M.Kes. Nurul

Hidayatun, S.Si.T, 2020). Oleh karena itu, pemahaman tentang dasar-dasar mutu pelayanan kesehatan menjadi penting bagi seluruh tenaga kesehatan, manajemen fasilitas kesehatan, dan pemangku kebijakan agar mampu mengembangkan sistem layanan yang berorientasi pada perbaikan berkelanjutan (*continuous quality improvement*).

B. Konsep Dasar Mutu Pelayanan Kesehatan

1. Pengertian Mutu Pelayanan Kesehatan

Mutu pelayanan kesehatan adalah pelayanan kesehatan yang dapat memuaskan setiap pemakai jasa pelayanan kesehatan yang sesuai dengan tingkat kepuasan rata-rata dan penyelenggaraannya sesuai dengan standar dan kode etik profesi (Ruly Prapitasari, S.Si.T, M.Kes. Nurul Hidayatun, S.Si.T, 2020).

2. Faktor-faktor yang mempengaruhi mutu pelayanan Kesehatan.

Beberapa factor yang mempengaruhi mutu pelayanan Kesehatan adalah

a. Sumber daya manusia (SDM).

Tenaga kesehatan merupakan ujung tombak pelayanan. Kualitas pelayanan sangat bergantung pada kompetensi, profesionalisme, sikap, dan etika para tenaga medis, perawat, apoteker, serta tenaga pendukung lainnya. Pelayanan yang bermutu lahir dari SDM yang terlatih, berdedikasi, dan memiliki empati terhadap pasien.

SDM yang tidak memadai atau kelelahan berisiko menurunkan mutu dan meningkatkan kejadian insiden keselamatan pasien.

b. Fasilitas dan Infrastruktur.

Fasilitas yang memadai seperti ruang perawatan yang bersih dan nyaman, alat medis yang lengkap dan terawat, serta ketersediaan obat yang sesuai sangat mendukung proses pelayanan. Infrastruktur yang buruk akan menghambat efektivitas pelayanan dan

berisiko mengganggu keselamatan serta kenyamanan pasien.

Contoh: Ruang IGD yang sempit dan alat yang tidak berfungsi dapat memperlambat penanganan gawat darurat.

c. Management dan kepemimpinan.

Kepemimpinan yang kuat dan manajemen yang efektif sangat memengaruhi mutu layanan. Pemimpin yang mampu menetapkan visi mutu, mendukung tim, serta mengambil keputusan berbasis data akan menciptakan lingkungan kerja yang kondusif untuk pelayanan optimal. Perencanaan, koordinasi, dan evaluasi yang baik dari pihak manajemen sangat penting.

Kepemimpinan yang suportif juga berperan dalam membangun budaya keselamatan dan akuntabilitas.

d. Standar Operasional Prosedur (SOP).

SOP yang jelas, terkini, dan mudah dipahami menjadi pedoman kerja bagi seluruh staf. SOP membantu menjamin bahwa setiap pelayanan dilakukan secara konsisten, aman, dan sesuai dengan standar profesi. Ketidakteraturan dalam penerapan SOP dapat menyebabkan variasi layanan dan meningkatkan risiko kesalahan medis.

Evaluasi dan revisi rutin SOP sangat penting agar tetap relevan dengan perkembangan ilmu dan teknologi.

e. Sistem pembiayaan.

Pembiayaan yang memadai dan berkelanjutan sangat penting untuk menjaga mutu pelayanan. Keterbatasan dana dapat berdampak pada ketersediaan alat, obat, gaji tenaga medis, serta pelatihan staf. Di sisi lain, sistem pembiayaan yang transparan dan efisien akan mendorong penggunaan sumber daya secara optimal dan akuntabel.

Program JKN di Indonesia menjadi contoh sistem pembiayaan yang berpengaruh besar terhadap akses dan mutu layanan.

- f. Partisipasi pasien.
Pasien yang aktif dalam pengambilan keputusan, memahami hak dan kewajibannya, serta memberikan umpan balik terhadap layanan sangat membantu peningkatan mutu. Partisipasi ini menciptakan hubungan kemitraan antara pasien dan penyedia layanan, serta memperkuat rasa saling percaya. Keterlibatan keluarga juga penting, terutama dalam edukasi pasca perawatan dan pemantauan lanjutan.
 - g. Budaya organisasi.
Budaya organisasi yang mendukung mutu mencakup nilai-nilai seperti keterbukaan, tanggung jawab, kerja sama tim, dan perbaikan berkelanjutan. Budaya yang positif akan membentuk lingkungan kerja yang sehat dan mendorong seluruh staf untuk memberikan pelayanan terbaik tanpa rasa takut melaporkan kesalahan. Budaya keselamatan pasien adalah salah satu elemen penting dalam akreditasi rumah sakit.
3. Hal-hal yang mempengaruhi mutu dalam pelayanan Kesehatan.
- Beberapa hal yang mempengaruhi mutu dalam pelayanan Kesehatan adalah
- a. Komunikasi yang efektif antara petugas dan pasien.
 - b. Komitmen terhadap Kesehatan pasien.
 - c. Penggunaan teknologi informasi dalam pelayanan.
 - d. Evaluasi dan monitoring berkala terhadap indikator mutu.
 - e. Kolaborasi team Kesehatan yang efektif dan terintegrasi.
 - f. Pelatihan dan Pendidikan berkelanjutan untuk staf Kesehatan.
4. Indikator Mutu Pelayanan Kesehatan.
- Beberapa indikator mutu pelayanan Kesehatan yang dapat dilihat adalah

- a. Tingkat infeksi nosocomial.
Infeksi nosokomial (healthcare-associated infections/HAIs) adalah infeksi yang didapat pasien selama dirawat di fasilitas kesehatan dan tidak ditemukan saat pertama kali masuk. Tingkat infeksi ini menjadi indikator penting karena mencerminkan kebersihan lingkungan rumah sakit, kepatuhan terhadap protokol steril, dan kualitas pengendalian infeksi. Semakin rendah angka infeksi nosokomial, semakin baik mutu pelayanannya. Contoh: Infeksi saluran kemih akibat pemasangan kateter yang tidak sesuai prosedur.
- b. Waktu tunggu pasien di IGD.
Waktu tunggu menggambarkan seberapa cepat pasien mendapatkan layanan di instalasi gawat darurat (IGD). Waktu tunggu yang lama bisa menunjukkan ketidakefisienan sistem triase, kekurangan tenaga, atau penumpukan pasien. Sebaliknya, waktu tunggu yang singkat dengan pelayanan tepat menunjukkan manajemen pelayanan yang baik dan tanggap terhadap kondisi kritis pasien. Idealnya, pasien gawat darurat ditangani dalam waktu kurang dari 5 menit sejak kedatangan.
- c. Tingkat kepuasan pasien.
Kepuasan pasien mencerminkan persepsi pasien terhadap kualitas layanan yang mereka terima. Ini bisa meliputi keramahan tenaga kesehatan, kejelasan informasi, kenyamanan ruang perawatan, hingga hasil pengobatan. Indikator ini bersifat subjektif, tetapi sangat penting karena mencerminkan apakah layanan sudah sesuai dengan harapan dan kebutuhan pasien. Survei kepuasan sering digunakan secara periodik untuk menilai dan meningkatkan layanan (Dominika Priska Tsu, Tadeus A.L, Regaletha, 2022).

d. Tingkat insiden keselamatan pasien.

Indikator ini menunjukkan seberapa sering terjadi insiden yang dapat atau benar-benar membahayakan pasien, seperti salah pemberian obat, jatuh, atau kesalahan identifikasi pasien. Insiden tersebut bisa bersifat sentinel (fatal), hampir cedera (near miss), atau insiden tanpa cedera. Keselamatan pasien merupakan satu hal utama yang mempengaruhi mutu pelayanan kesehatan di rumah sakit (Dewi Sumbang Rorosati, Candra Dewi Rahayu, Siti Khoiriyah, 2024). Pelaporan dan penanganan insiden ini penting untuk mendorong budaya keselamatan dan perbaikan berkelanjutan. Insiden keselamatan pasien erat dihubungkan dengan karakteristik perawat seperti Pendidikan, jenis kelamin dan dukungan management (Arni Wianti, Asep Setiawan, Murtiningsih, Budiman, Lilis, 2021).

e. Kelengkapan rekam medis.

Rekam medis yang lengkap, akurat, dan tepat waktu sangat penting untuk mendukung kesinambungan pelayanan, pengambilan keputusan klinis, serta aspek hukum dan akreditasi. Kelengkapan ini mencakup identitas pasien, anamnesis, hasil pemeriksaan, diagnosis, rencana terapi, tindakan medis, hingga edukasi pasien. Rekam medis yang tidak lengkap bisa menyebabkan kesalahan medis atau pelayanan yang tidak optimal. Rekam medis yang baik adalah cerminan profesionalisme tenaga kesehatan dan sistem dokumentasi yang tertata.

5. Upaya untuk menjaga dan meningkatkan mutu pelayanan Kesehatan.

Beberapa Upaya yang dapat dilakukan untuk menjaga serta meningkatkan mutu pelayanan Kesehatan adalah

a. Penerapan standar mutu.

Penerapan standar mutu adalah dasar utama untuk menjamin bahwa setiap layanan kesehatan diselenggarakan sesuai dengan pedoman, regulasi,

dan protokol yang telah ditetapkan. Standar ini mencakup aspek pelayanan klinis, administrasi, keselamatan pasien, hingga pelayanan penunjang. Dengan adanya standar yang jelas, setiap tenaga kesehatan memiliki acuan yang sama dalam bekerja, sehingga pelayanan menjadi lebih konsisten dan dapat dipertanggungjawabkan. Contoh: Penerapan Standar Nasional Akreditasi Rumah Sakit (SNARS) di Indonesia.

b. Continuous Quality Improvement (CQI).

CQI adalah pendekatan manajemen mutu yang menekankan pada evaluasi dan perbaikan berkelanjutan. Konsep ini mendorong organisasi untuk terus-menerus meninjau proses kerja, mencari penyebab masalah, dan melakukan inovasi untuk meningkatkan mutu. Proses ini tidak bersifat satu kali, melainkan terus dilakukan sebagai budaya organisasi. CQI sering menggunakan pendekatan siklus PDCA: *Plan-Do-Study-Act*.

c. Pelatihan kompetensi SDM.

Tenaga kesehatan adalah pilar utama dalam pelayanan. Oleh karena itu, peningkatan kompetensi melalui pelatihan, workshop, seminar, dan pendidikan berkelanjutan menjadi sangat penting. Pelatihan tidak hanya soal keterampilan teknis, tetapi juga mencakup komunikasi, empati, manajemen risiko, dan keselamatan pasien. SDM yang terlatih akan lebih siap menghadapi tantangan dan kompleksitas kasus pasien.

d. Audit klinis dan evaluasi mutu.

Audit klinis merupakan kegiatan sistematis untuk menilai apakah pelayanan yang diberikan sesuai dengan standar profesi dan pedoman klinis yang berlaku. Evaluasi mutu dilakukan untuk mengidentifikasi kelemahan dan mencari solusi konkret. Hasil audit bisa menjadi dasar untuk

pelatihan, revisi prosedur, atau intervensi manajerial lainnya. Contoh: Audit kepatuhan terhadap penggunaan antibiotik sesuai standar terapi.

e. Incident reporting system.

Sistem pelaporan insiden adalah alat penting dalam membangun budaya keselamatan pasien. Melalui pelaporan yang jujur dan tanpa takut dihukum (*non-punitive*), fasilitas kesehatan dapat belajar dari kesalahan atau kejadian yang tidak diharapkan. Data insiden ini kemudian dianalisis untuk mencegah kejadian serupa di masa depan. Sistem ini juga mendorong keterbukaan, pembelajaran, dan perbaikan sistemik.

f. Penguatan system informasi Kesehatan.

Sistem informasi kesehatan yang kuat membantu dalam pencatatan data pasien, pemantauan indikator mutu, pelaporan insiden, dan pengambilan keputusan berbasis data. Integrasi teknologi digital, seperti rekam medis elektronik, dashboard mutu, atau aplikasi pelaporan cepat, dapat meningkatkan efisiensi dan akurasi dalam pengelolaan mutu. Informasi yang akurat mempercepat tindakan korektif dan mempermudah pelaporan ke regulator.

g. Keterlibatan pasien dan keluarga.

Mutu pelayanan tidak hanya ditentukan oleh tenaga kesehatan, tetapi juga dipengaruhi oleh keterlibatan aktif pasien dan keluarganya. Ketika pasien merasa didengar, diberikan informasi yang jelas, dan dilibatkan dalam pengambilan keputusan, maka tingkat kepuasan, kepatuhan terhadap pengobatan, dan hasil kesehatan pun cenderung meningkat. Edukasi pasien, forum umpan balik, dan komunikasi terbuka adalah bagian dari pendekatan ini (Ahmad Fachrurozi, Dimas Ageng Prayogo, 2023).

DAFTAR PUSTAKA

- Ahmad Fachrurozi, Dimas Ageng Prayogo, D. M. (2023). Strategi Peningkatan Mutu Pelayanan Kesehatan di Rumah Sakit. *Jurnal Riset Rumpun Ilmu Kedokteran (JURRIKE), Volume 2.*
- Arni Wianti, Asep Setiawan, Murtiningsih, Budiman, Lilis, R. (2021). Karakteristik dan Budaya Keselamatan Pasien terhadap Insiden Keselamatan Pasien. *Jurnal Keperawatan Silampari.*
- Dewi Sumbang Rorosati, Candra Dewi Rahayu, Siti Khoiriyah, F. A. (2024). Peran Keselamatan Pasien dalam Mutu Pelayanan Kesehatan di Puskesmas. *Jurnal Ilmiah Kesehatan.*
- Dominika Priska Tsu, Tadeus A.L, Regaletha, Y. h K. J. (2022). Pengaruh Mutu Pelayanan Kesehatan terhadap Tingkat Kepuasan Peserta JKN di Puskesmas Oesapa Tahun 2022. *Jurnal Kesehatan Masyarakat., Vol.1. No.*
- Ruly Prapitasari, S.Si.T, M.Kes. Nurul Hidayatun, S.Si.T, M. K. (2020). *Konsep Dasar Mutu Pelayanan Kesehatan.* Penerbit Adab.

BIODATA PENULIS



Ade Tika Herawati, S.Kep, Ners, M.Kep lahir di Bogor, 8 Juli 1977 Menyelesaikan pendidikan S1 Keperawatan dan Profesi Ners di Universitas Padjajaran Bandung dan menyelesaikan pendidikan Magister Keperawatan di Universitas Muhammadiyah Jakarta.

Saat ini penulis bekerja di Universitas Bhakti Kencana Bandung sebagai dosen Program Studi D3 Keperawatan. Rumpun keilmuan penulis adalah Keperawatan Medikal Bedah, dan kegawat daruratan. Mata kuliah yang diampu oleh penulis adalah Keperawatan Medikal Bedah, Dokumentasi Keperawatan, Keperawatan Gawat darurat dan Managemen Bencana. Saat ini penulis aktif dalam Tri Dharma Perguruan tinggi dan sebagai penulis buku ajar.

CP : Ade Tika Herawati, S.Kep, Ners, M.Kep

Telpon : 081322777268

BAB 2 | Sejarah dan Perkembangan Mutu dalam Layanan Kesehatan

Anggri Alfira Yunita Assa, S.Kep., MM.Kes

A. *Uncertainty* dalam Pelayanan Kesehatan

Pelayanan Kesehatan adalah segala bentuk kegiatan dan/ atau serangkaian kegiatan pelayanan yang diberikan secara langsung kepada perseorangan atau masyarakat untuk memelihara dan meningkatkan derajat kesehatan masyarakat dalam bentuk promotif, preventif, kuratif, rehabilitatif, dan/atau paliatif (Indonesia, 2023). Pelayanan kesehatan adalah produk dalam kelompok jasa. Secara umum, produk jasa ini cenderung tidak berwujud. Namun bisa dirasakan oleh konsumen karena konsumen diajak untuk ikut terlibat dalam proses produksi jasa.

Pada awal abad 20, di tahun 1910, Ernest Codman, MD yang bekerja di Massachusetts General Hospital, negara bagian Massachusetts, Amerika Serikat mengusulkan "*the end result system*" untuk standarisasi rumah sakit (The Joint Commission International, 2023). *The end result system* adalah suatu sistem yang dibuat agar rumah sakit dapat melakukan pemantauan kondisi pasien setelah mendapatkan pengobatan, untuk memastikan bahwa pengobatan yang diberikan berhasil, dan bagaimana rumah sakit mengambil tindakan komprehensif untuk mencegah kegagalan dalam pengobatan. Untuk mencapai tujuan tersebut, maka Codman membuat suatu sistem layanan

yang dapat memantau dan menjamin kualitas layanan medis, serta membangun akuntabilitas, mengalokasikan dan mengelola sumber daya rumah sakit (Donabedian,1989). Dalam hal ini, Codman menekankan pentingnya perbaikan dalam administrasi dan manajemen rumah sakit untuk mengurangi kondisi '*uncertainty*' atau 'ketidakpastian' dalam pengobatan yang diberikan kepada pasien, seperti membuat standar operasional prosedur pencegahan infeksi pada pasien yang dibedah.

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

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

B. Sejarah Joint Commission International (JCI)

Sekumpulan dokter bedah di Chicago, Illinois, Amerika Serikat terinspirasi oleh Codman. Mereka mendirikan ACS atau *American College of Surgeons* pada tahun 1913. ACS mengusung prinsip "*the end result system*" (The Joint Commission International, 2023). Saat ini, ACS memiliki anggota hampir 90000 anggota, yang terdiri dari dokter bedah dan anggota tim bedah yang berasal dari berbagai negara. Dalam perkembangannya, ACS banyak melakukan perubahan di dalam organisasi sesuai dengan kebutuhan masyarakat Amerika Serikat. Tahun 1952, ACS mendirikan *Joint Commission on Accreditation of Hospitals (JCAH)* sebagai organisasi independen nirlaba di Chicago, Illinois. JCAH memberikan layanan akreditasi pada rumah sakit.

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

Tabel 1. Perkembangan yang terjadi di ACS dari tahun 1913 - 2023

Tahun	Perkembangan
1913	ACS atau American College of Surgeons didirikan
1917	ACS mengembangkan <i>The Minimum Standard</i> untuk rumah sakit dan memulai melakukan survei ke rumah sakit
1926	ACS membuat dan mencetak <i>The First Standards Manual</i> setebal 18 halaman.
1950-1952	ACS mendirikan <i>Joint Commission on Accreditation of Hospitals (JCAH)</i> sebagai organisasi independen nirlaba di Chicago, Illinois
1965	Kongres Amerika Serikat mengesahkan amandemen <i>The Social Security Law</i> yang mewajibkan rumah sakit untuk diakreditasi oleh JCAH agar dapat berpartisipasi dalam program <i>Medicare</i> dan <i>Medicaid</i> .
1972	Kongres Amerika Serikat mengesahkan amandemen <i>The Social Security Law</i> yang mewajibkan <i>Minister of Health (Department of Health & Human Services)</i> memvalidasi temuan JCAH.
1975	JCAH Mulai mengakreditasi fasilitas layanan kesehatan rawat jalan atau <i>Primary Health Care</i> .
1987	JCAH diubah menjadi <i>Joint Commission on Accreditation of Health Organization (JCAHO)</i> . JCAHO mengubah dasar akreditasi, yaitu berbasis pada kinerja organisasi yang sebenarnya.
1988-1989	JCAHO mulai mengembangkan <i>The Indicator Measurement System</i> dimana sistem ini memantau dan menilai kinerja berbasis indikator yang susah ditetapkan.

1995	<i>Joint Commission International (JCI)</i> dibentuk untuk menyediakan pendidikan dan konsultasi kepada klien di berbagai negara.
2001	JCI menerbitkan standar mutu internasional pertama yang komprehensif untuk rumah sakit.
2019	JCI disingkat menjadi <i>The Joint Commission</i>
2019	JCI mengembangkan sayapnya ke Beijing, Cina dengan mendirikan <i>JCI Accreditation (Beijing) Co. Ltd. (JCIA China)</i> untuk menyediakan sertifikasi fasilitas layanan kesehatan di China daratan.

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

Pada tahun 1995, karena desakan kebutuhan komunitas di tingkat internasional akan akreditasi, maka didirikan *JCI* atau *The Joint Commission International* (The Joint Commission International, 2023). *JCI* adalah lembaga akreditasi nirlaba yang sangat terpercaya yang memiliki misi meningkatkan keselamatan pasien dan kualitas layanan kesehatan di fasilitas penyedia layanan kesehatan di berbagai negara, melalui penyediaan layanan pendidikan, publikasi, konsultasi, dan evaluasi (The Joint Commission International, 2024).

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

Dalam perjalanannya, sejak tahun 1917 sampai tahun 2024, *ACS*, *JCAHO* dan *JCI* selalu melakukan

perbaikan dalam proses akreditasi. Mulai dari standar yang digunakan, cakupan layanan akreditasi, maupun menggunakan teknologi informasi untuk mempermudah dalam memberikan layanan akreditasi. Terakhir di tahun 2024, JCI melakukan perbaikan dalam standar yang digunakan. JCI mengeluarkan *Accreditation Standards for Hospitals-Including Standards for Academic Medical Center Hospitals*. Edisi 8. Standar ini memasukan “*Global Health Impact*” berdasarkan pengalaman menghadapi kondisi pandemi Covid-19 (The Joint Commission International, 2024). 1515. Dari Indonesia, sudah ada 26 rumah sakit diakreditasi JCI. Pertama kali adalah RS Eka Hospital BSD Tangerang di tahun 2010. Terakhir ditahun 2024, ada 3 RS, yaitu RS EMC Pekayon Bekasi & Tangerang, serta RS Khusus Kanker MRCCC Siloam Semanggi Jakarta. Untuk rumah sakit pemerintah yang sudah diakreditasi JCI ada empat rumah sakit yaitu RSUPN dr. Cipto Mangunkusumo dan RS Jantung Harapan Kita di Jakarta, RSUP Hasan Sadikin di Bandung, serta RSUP dr. Soetomo di Surabaya.

Sejarah Advokasi WHO untuk Program Peningkatan Mutu Layanan Kesehatan di Negara Anggota *Health for all by the year 2000* adalah satu gerakan yang dicanangkan pada tahun 1977 oleh WHO (*The World Health Organization*). Gerakan ini bertujuan agar semua orang dapat mencapai tingkat kesehatan yang sesuai dengan standar yang ditetapkan. Tujuan ini akan sulit tercapai jika negara-negara di seluruh dunia tidak memperhatikan ketersediaan, aksesibilitas, dan kualitas pelayanan kesehatan untuk penduduknya. Pada tahun 1984, WHO wilayah Eropa meminta semua negara anggota WHO untuk membangun suatu sistem untuk menjamin kualitas pelayanan kesehatan di negaranya masing-masing. Sistem penjaminan kualitas pelayanan kesehatan ini diharapkan sudah bisa berjalan di tahun 1990. Di tahun 2000, WHO mengadvokasi kepada anggotanya agar memperkuat

struktur sistem ini guna memastikan peningkatan berkelanjutan dalam kualitas pelayanan kesehatan, serta pengembangan dan penggunaan teknologi baru yang tepat (World Health Organization, 2003).

Langkah 1: membangun struktur di tingkat internasional dan nasional untuk meningkatkan kualitas layanan Kesehatan World Health Organization, di tingkat internasional, berkoordinasi dan bekerjasama dengan organisasi internasional seperti *the Pan American Health Organization (PAHO)*, *the Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD)*, *the Council of Europe*, dan *the European Union*, dalam meningkatkan kualitas layanan kesehatan. WHO juga menggandeng negara-negara maju, bank pembangunan internasional, organisasi/lembaga donor, seperti *World Bank* and *the United States Agency for International Development (USAID)*, untuk membantu membuat program reformasi sistem kesehatan, terutama di negara-negara berkembang. Lembaga swadaya yang bergerak dalam penjaminan mutu layanan kesehatan, seperti *the International Society for Quality in Health Care (ISQua)*, *the International Society of Technology Assessment in Health Care (ISTAHC)*, *the World Organization of Family Doctors (WONCA)*, dan *the Cochrane Collaboration*, diajak WHO untuk bekerja sama dalam menentukan standar dan metode untuk peningkatan kualitas layanan kesehatan. *The Quality Assurance Project* dan *Joint Commission International (JCI)* juga diajak bekerja sama oleh WHO untuk membantu membuat pelatihan penjaminan kualitas dan akreditasi layanan kesehatan (World Health Organization, 2003). Di tingkat nasional atau di internal negara-negara anggota, WHO mengadvokasi anggota untuk mengeluarkan kebijakan mengenai peningkatan kualitas layanan Kesehatan, terutama akreditasi layanan kesehatan. Setiap negara diminta membuat suatu peraturan mengenai penjaminan kualitas layanan, baik dalam bentuk undang-undang atau peraturan lainnya. Selain itu, setiap negara

juga diminta untuk mendirikan lembaga otonomi khusus yang melakukan penjaminan kualitas layanan kesehatan.

Langkah 2: menyamakan konsep, indikator dan alat pengukuran kualitas layanan kesehatan, Pada awalnya, tidak ada konsep, indikator dan alat pengukuran kualitas layanan kesehatan yang sama yang berlaku di setiap negara, sangat bervariasi. WHO berinisiatif untuk menyamakan persepsi mengenai kualitas layanan kesehatan di antara negara anggota dan *stakeholder* layanan kesehatan. *Stakeholder* atau pemangku kepentingan terdiri dari penduduk atau masyarakat, pasien atau keluarga pasien, kementerian yang mengurus kesehatan, petugas kesehatan, penyedia layanan kesehatan dan badan pengelola asuransi kesehatan. Penyamaan persepsi ini paling tidak sama diantara kementerian yang mengurus kesehatan, petugas kesehatan, penyedia layanan kesehatan dan badan pengelola asuransi kesehatan.

WHO berinisiasi untuk mengurangi variasi dalam persepsi mengenai kualitas layanan Kesehatan di setiap negara anggota. WHO mengenalkan konsep sistem manajemen kualitas, termasuk program akreditasi layanan Kesehatan. Sistem ini terdiri dari konsep pengendalian, penilaian, dan penjaminan kualitas layanan Kesehatan. Konsep *Total quality management (TQM)* yang diperkenalkan oleh negara-negara maju juga didukung oleh WHO. TQM harus dijalankan oleh seluruh anggota/komponen penyedia layanan kesehatan, dimana harus dijalankan secara terus menerus atau berkelanjutan untuk mencapai kepuasan konsumen. Elemen dari TQM adalah menetapkan kebijakan organisasi yang mendukung peningkatan kualitas layanan, membuat model dan standarisasi pelayanan yang dijalankan dalam setiap kegiatan manajemen, membuat program penjaminan dan peningkatan kualitas layanan berkelanjutan.

Langkah 3: memperkenalkan 'Program Akreditasi Penyedia Layanan Kesehatan'. Penyedia layanan

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

WHO menekankan kepada negara anggota untuk memastikan bahwa layanan kesehatan yang disediakan untuk penduduknya memenuhi standar yang telah ditetapkan, baik layanan kesehatan yang disediakan oleh pemerintah maupun swasta. WHO mengadvokasi perlunya suatu program penjaminan mutu eksternal yang diawasi oleh pemerintah. Program ini dikenal dengan 'akreditasi penyedia layanan kesehatan'. Saat ini, hampir di semua negara sudah menetapkan akreditasi penyedia layanan kesehatan. Akreditasi ini terutama ditujukan untuk fasilitas kesehatan tingkat lanjut (rumah sakit) dan fasilitas kesehatan tingkat pertama (seperti Puskesmas dan klinik). Bahkan ada beberapa negara juga yang melakukan akreditasi untuk program layanan kesehatan tertentu, seperti akreditasi untuk program Kesehatan Ibu dan Anak yang dilakukan oleh JCI.

Sejarah dan Perkembangan Program Menjaga Mutu Layanan Kesehatan di Indonesia. Indonesia sudah memulai Program Penjaminan Mutu (Quality Assurance atau QA) di tahun 1992. United States Agency for International Development atau USAID mendanai program ini dan yang menjalankannya adalah Perkumpulan Kontrasepsi Mantap Indonesia (PKMI). Nama programnya adalah Program Penjaminan Mutu Layanan Keluarga Berencana di rumah sakit. Ada tujuh belas rumah sakit di Jakarta dan Jawa Barat yang menjalankan program ini. Pendekatan yang digunakan adalah pendekatan berbasis tim. Staf yang terlibat diberikan keterampilan QA yang dibutuhkan untuk menyelesaikan masalah secara efektif. PKMI

mengembangkan manual referensi yang menjelaskan konsep dan teknik dasar untuk menerapkan peningkatan kualitas, pelatihan untuk staf rumah sakit, dan seminar untuk direktur rumah sakit untuk memperkuat komitmen dan dukungan terhadap program ini (Azwar, Francisco, Macdonald,1994).

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

Kementerian Kesehatan membentuk Komite Nasional Akreditasi Rumah Sakit di tahun 1995, dan di tahun yang sama dimulai akreditasi rumah sakit. Namun persiapannya sudah dimulai sejak tahun 1989, kemudian di tahun 1992 Kementerian Kesehatan mengeluarkan keputusan terkait akreditasi rumah sakit (World Health Organization, 2003). Dalam perjalanannya sampai saat ini, Komite Akreditasi Rumah Sakit atau yang dikenal KARS secara konsisten mengembangkan program Akreditasi Rumah Sakit menjadi program yang dipercaya oleh pemangku kepentingan, termasuk mendapatkan akreditasi lembaga dari The International Society for Quality in Health Care (ISQUA) External Evaluation Association. Bagi pembaca yang ingin mengetahui lebih lanjut mengenai KARS, bisa membuka laman KARS (<https://kars.or.id>).

Dasar hukum pelaksanaan akreditasi rumah sakit semakin diperkuat dengan ditetapkannya Undang-

Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit. Minimal dalam tiga tahun, rumah sakit wajib melakukan akreditasi ulang. Proses untuk mendapatkan sertifikat akreditasi dapat dilakukan oleh lembaga akreditasi independen. Pada tahun 2020, Kementerian Kesehatan mengeluarkan peraturan mengenai akreditasi rumah sakit (Permenkes No. 12 tahun 2020) Akreditasi rumah sakit harus dilakukan oleh lembaga independen penyelenggara akreditasi, baik yang berasal dari dalam negeri atau luar negeri seperti JCI. Dalam peraturan ini juga dinyatakan bahwa suatu lembaga bisa mengajukan diri menjadi lembaga independen penyelenggara akreditasi dengan memenuhi persyaratan yang telah ditetapkan.

Konsekuensi dari Permenkes No. 12 tahun 2020 adalah Menteri Kesehatan menetapkan Lembaga Independen Penyelenggara Akreditasi Rumah Sakit. Kemenkes menetapkan enam (6) lembaga independen penyelenggara akreditasi di Indonesia. Keenam lembaga itu adalah Komisi Akreditasi Rumah Sakit (KARS), Lembaga Akreditasi Mutu dan Keselamatan Pasien Rumah Sakit (LAM-KPRS), Lembaga Akreditasi Fasilitas Kesehatan (LAFKI), Lembaga Akreditasi Rumah Sakit Damar Husada Paripurna (LARS DHP), Lembaga Akreditasi Rumah Sakit (LARS), dan Lembaga Akreditasi Rumah Sakit Indonesia (LARSI). (Kemenkes, 2021). Rumah sakit bebas memilih diantara lembaga independen penyelenggara akreditasi.

Sepuluh tahun yang lalu, Kementerian Kesehatan sudah mengeluarkan peraturan bahwa Puskesmas, Klinik, Laboratoium Kesehatan, Unit Transfusi Darah, Tempat Praktik Mandiri Dokter, dan Tempat Praktik Mandiri Dokter Gigi, serta Tempat Praktik Mandiri Dokter Gigi harus diakreditasi (Kementerian Kesehatan, 2015). Namun dalam peraturan ini tidak dimasukan Tempat Praktik Mandiri Bidan, yang juga merupakan fasilitas layanan kesehatan primer. Di tahun 2022 ada Peraturan Menteri Kesehatan tentang Indikator Nasional Mutu Pelayanan

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

Pada tahun 2023, Kementerian Kesehatan menetapkan tiga belas (13) Lembaga Penyelenggara Akreditasi Pusat Kesehatan Masyarakat, Klinik, Laboratorium Kesehatan, Unit Transfusi Darah, Tempat Praktik Mandiri Dokter, dan Tempat Praktik Mandiri Dokter Gigi. Lembaga Penyelenggara Akreditasi tersebut adalah Lembaga Akreditasi Fasilitas Kesehatan Primer, Lembaga Akreditasi Fasyankes Seluruh Indonesia, Komite Akreditasi Kesehatan Pratama, Lembaga Penyelenggara Akreditasi Pelayanan Kesehatan Paripurna, Lembaga Akreditasi Faskes Indonesia, Lembaga Akreditasi Fasilitas Kesehatan Indonesia, Lembaga Akreditasi Mutu Fasyankes Indonesia, Lembaga Akreditasi Independen Semar Bhakti Nusantara, Komite Mutu Kesehatan Primer, Lembaga Independen Penyelenggara Akreditasi Lipa Mitra Nusa, Aski Klinik Indonesia, dan Lembaga Akreditasi Puskesmas, Klinik, dan Laboratorium Indonesia, serta Lembaga Akreditasi Prima Husada (Kementerian Kesehatan, 2023). Fasilitas layanan kesehatan primer bebas memilih diantara ke 13 lembaga ini.

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

eksternal ini, salah satu caranya adalah melalui lembaga akreditasi yang melakukan akreditasi penyedia layanan kesehatan (Indonesia, 2023).

DAFTAR PUSTAKA

- Arrow, KJ. (1963). Uncertainty and The Welfare Economics of Medicalcare. *The American Economic Review*,53:941973. Diunduh dari: <https://web.stanford.edu/~jay/healthclass/Readings/Lecture01/arrow.pdf>
- Azwar, Francisco, Macdonald. (1994). The Quality Assurance Program in Indonesia. *QA Brief*. 1994 Summer;3(2):16-8. PMID: 12345721. Diunduh dari: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12345721/#heading>
- Donabedian, A. (1989). The End Results of Health Care: Ernest Codman's Contribution to Quality Assessment and Beyond. *The Milbank Quarterly*,67(2),233. doi:10.2307/3350139. Diunduh dari: www.milbank.org/quarterly/articles/the-end-results-of-health-care-ernest-codmans-contribution-to-quality-assessment-and-beyond
- Indonesia (2009). Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 44 Tahun 2009 Tentang Rumah Sakit.
- Indonesia (2023). Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 17 Tahun 2023 Tentang Kesehatan.
- Kementerian Kesehatan. (2015). Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 46 Tahun 2015 tentang Akreditasi Puskesmas, Klinik Pratama, Tempat Praktik Mandiri Dokter, dan Tempat Praktik Mandiri Dokter Gigi. Jakarta-Kementerian Kesehatan.

BIODATA PENULIS



**Anggri Alfira Yunita Assa
S.Kep.,MM.Kes,**

lahir di Poso pada 11 Juni 1987. Suami Anggriawan Torambu S.IP,.MM dan memiliki dua orang anak (*Ellif & Elloy*). Menyelesaikan Pendidikan D3 Keperawatan di Akper Bala Keselamatan Palu tahun 2009, S1 di STIK Indonesia Jaya tahun 2011 dan S2 di STIE YPUP Ajintondro Makasar Prodi Manajemen Kesehatan tahun 2014, serta menyelesaikan Profesi Ners pada tahun 2017 diSTIKes Baramuli Pinrang. Sampai saat ini penulis sebagai Ketua Program Studi Sarjana Administrasi Kesehatan dan Dosen di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Bala Keselamatan.

BAB 3

Standar dan Regulasi Mutu Pelayanan Kesehatan

* Liana Muslihah, S SiT, M.KM *

A. Pendahuluan

Pelayanan kesehatan yang bermutu merupakan salah satu elemen penting dalam sistem kesehatan yang efektif dan efisien. Mutu pelayanan kesehatan mencakup berbagai aspek, mulai dari aksesibilitas, ketepatan waktu, keamanan, hingga kepuasan pasien. Untuk memastikan tercapainya standar pelayanan yang optimal, diperlukan adanya regulasi dan standar mutu yang menjadi acuan bagi fasilitas kesehatan dan tenaga kesehatan dalam memberikan layanan. Standar dan regulasi ini tidak hanya melibatkan aspek teknis medis, tetapi juga mencakup manajemen dan administrasi pelayanan.

Pemerintah dan organisasi kesehatan memiliki peran penting dalam menetapkan standar dan regulasi mutu pelayanan kesehatan. Di Indonesia, regulasi terkait mutu pelayanan kesehatan diatur melalui berbagai peraturan perundang-undangan, termasuk Undang-Undang Kesehatan, Peraturan Menteri Kesehatan, serta standar akreditasi yang ditetapkan oleh lembaga akreditasi nasional. Standar-standar ini mencakup berbagai indikator yang harus dipenuhi oleh fasilitas kesehatan untuk memastikan bahwa pelayanan yang diberikan sesuai dengan prinsip-prinsip keselamatan pasien, efektivitas, dan efisiensi.

Namun, implementasi standar dan regulasi mutu pelayanan kesehatan sering menghadapi tantangan. Berbagai faktor, seperti keterbatasan sumber daya, kurangnya pemahaman tenaga kesehatan tentang standar, serta adanya

kesenjangan antara kebijakan dan praktik di lapangan, menjadi kendala dalam penerapan regulasi mutu secara konsisten. Oleh karena itu, diperlukan upaya berkelanjutan dalam pengawasan, pelatihan, dan evaluasi untuk memastikan bahwa standar dan regulasi mutu pelayanan kesehatan dapat diterapkan secara efektif dan memberikan manfaat nyata bagi masyarakat.

B. Standar dan Regulasi Mutu Pelayanan Kesehatan

1. Pengertian Mutu Pelayanan Kesehatan

Mutu pelayanan kesehatan adalah tingkat kesesuaian antara pelayanan kesehatan yang diberikan dengan standar yang telah ditetapkan. Mutu ini mencakup aspek keamanan, efektivitas, efisiensi, aksesibilitas, ketepatan waktu, dan berfokus pada kepuasan pasien. Pelayanan berkualitas tinggi tidak hanya memperhatikan aspek teknis medis tetapi juga mencakup manajemen dan komunikasi yang baik.

Mutu pelayanan kesehatan menjadi salah satu indikator penting dalam sistem kesehatan, karena mencerminkan sejauh mana layanan kesehatan memenuhi kebutuhan dan harapan pasien. Dalam penerapannya, mutu pelayanan kesehatan tidak hanya diukur melalui hasil klinis, tetapi juga melalui proses pelayanan, interaksi antara tenaga kesehatan dan pasien, serta manajemen fasilitas kesehatan. Setiap elemen dalam sistem pelayanan kesehatan memiliki peran penting dalam menjaga dan meningkatkan mutu pelayanan.

Faktor-faktor yang mempengaruhi mutu pelayanan kesehatan sangat beragam, mulai dari kompetensi dan sikap tenaga kesehatan, ketersediaan fasilitas dan peralatan medis, hingga keberadaan sistem manajemen yang efektif. Pemerintah dan organisasi kesehatan memiliki peran penting dalam menetapkan standar mutu yang harus diikuti oleh setiap fasilitas kesehatan. Standar-standar ini menjadi pedoman yang memastikan bahwa pelayanan kesehatan diberikan secara aman, efektif, dan efisien.

Upaya peningkatan mutu pelayanan kesehatan harus dilakukan secara berkelanjutan melalui pengawasan, evaluasi, dan pengembangan kebijakan yang adaptif. Fasilitas kesehatan perlu melakukan audit mutu secara berkala untuk memastikan bahwa standar pelayanan tetap terjaga. Selain itu, pelatihan dan pendidikan berkelanjutan bagi tenaga kesehatan menjadi kunci dalam memastikan pemahaman dan keterampilan yang memadai dalam memberikan pelayanan berkualitas.

2. Prinsip-Prinsip Mutu Pelayanan Kesehatan

Prinsip-prinsip mutu pelayanan kesehatan menjadi landasan dalam pengembangan standar dan regulasi yang efektif. Beberapa prinsip utama yang harus diperhatikan dalam pelayanan kesehatan antara lain:

- a. Keselamatan Pasien (Patient Safety): Upaya untuk menghindari, mencegah, dan mengurangi risiko cedera atau kerugian bagi pasien selama menerima pelayanan kesehatan.
- b. Efektivitas (Effectiveness): Pelayanan kesehatan yang diberikan harus berdasarkan bukti ilmiah yang telah terbukti efektif dan sesuai dengan kebutuhan pasien.
- c. Efisiensi (Efficiency): Penggunaan sumber daya yang optimal tanpa mengurangi kualitas pelayanan, sehingga pelayanan dapat diberikan dengan biaya yang terjangkau.
- d. Aksesibilitas (Accessibility): Pelayanan kesehatan harus mudah dijangkau oleh seluruh lapisan masyarakat, tanpa diskriminasi.
- e. Ketepatan Waktu (Timeliness): Layanan diberikan pada waktu yang tepat tanpa penundaan yang tidak perlu, sehingga pasien mendapatkan perawatan secara cepat.
- f. Fokus Pasien (Patient-Centered Care): Pelayanan yang mengutamakan kebutuhan, preferensi, dan hak-hak pasien, dengan komunikasi yang baik antara tenaga kesehatan dan pasien.

3. Standar Mutu Pelayanan Kesehatan

Standar mutu pelayanan kesehatan adalah tolok ukur yang ditetapkan untuk memastikan kualitas pelayanan kesehatan sesuai dengan ketentuan yang berlaku. Standar ini dapat dikelompokkan menjadi beberapa jenis:

- a. Standar Nasional Akreditasi Rumah Sakit (SNARS) di Indonesia, yang merupakan acuan bagi rumah sakit untuk menjamin pelayanan yang berkualitas.
- b. Standar Operasional Prosedur (SOP) yang menjadi pedoman dalam pelaksanaan setiap layanan kesehatan.
- c. Standar Kompetensi Tenaga Kesehatan, yang mengatur keterampilan, pengetahuan, dan sikap profesional yang harus dimiliki oleh tenaga kesehatan.
- d. Standar Keselamatan Pasien, yang mencakup prosedur untuk mencegah terjadinya insiden keselamatan pasien.
- e. Standar Pelayanan Medik dan Non-Medik, yang memastikan bahwa setiap tindakan medis dan non-medis dilakukan sesuai prosedur.

4. Regulasi Mutu Pelayanan Kesehatan

Regulasi adalah kebijakan atau peraturan yang ditetapkan oleh pemerintah atau lembaga terkait untuk memastikan mutu pelayanan kesehatan tetap terjaga. Regulasi ini mencakup berbagai ketentuan yang harus diikuti oleh fasilitas kesehatan, tenaga kesehatan, serta pihak terkait lainnya.

Beberapa regulasi utama terkait mutu pelayanan kesehatan di Indonesia meliputi:

- a. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan, yang menjadi payung hukum bagi seluruh pelayanan kesehatan di Indonesia.
- b. Peraturan Menteri Kesehatan (Permenkes) yang mengatur standar pelayanan kesehatan, keselamatan pasien, dan akreditasi rumah sakit.

- c. Kebijakan Akreditasi Rumah Sakit (SNARS) yang mewajibkan rumah sakit untuk memenuhi standar mutu tertentu sebagai syarat akreditasi.
- d. Standar Kompetensi Tenaga Kesehatan, yang ditetapkan melalui Peraturan Menteri Kesehatan dan asosiasi profesi.
- e. Pedoman Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI) di fasilitas kesehatan, yang mengatur langkah-langkah pencegahan infeksi nosokomial.

Regulasi-regulasi ini berperan sebagai acuan dalam memastikan setiap fasilitas kesehatan memberikan pelayanan yang berkualitas dan aman bagi pasien. Evaluasi dan pengawasan penerapan regulasi secara berkala menjadi penting untuk memastikan kepatuhan fasilitas kesehatan terhadap standar yang telah ditetapkan.

5. Implementasi Standar dan Regulasi Mutu Pelayanan Kesehatan

Penerapan standar dan regulasi mutu pelayanan kesehatan membutuhkan beberapa langkah penting:

- a. Sosialisasi Standar dan Regulasi: Proses ini mencakup pemberian informasi dan pemahaman kepada tenaga kesehatan terkait standar dan regulasi yang harus dipatuhi. Sosialisasi dapat dilakukan melalui seminar, workshop, atau pelatihan reguler, serta melalui media komunikasi internal seperti buletin atau platform digital.
- b. Pelatihan dan Pengembangan SDM: Peningkatan keterampilan dan kompetensi tenaga kesehatan dilakukan melalui program pelatihan berkala, sertifikasi kompetensi, dan pendidikan berkelanjutan. Fasilitas kesehatan perlu memiliki program pengembangan SDM yang terencana untuk memastikan tenaga kesehatan selalu memiliki pengetahuan terkini.
- c. Monitoring dan Evaluasi: Pengawasan dilakukan secara berkala untuk memastikan bahwa pelayanan

kesehatan sesuai dengan standar yang telah ditetapkan. Monitoring dapat dilakukan melalui observasi langsung, penggunaan checklist, dan survei kepuasan pasien. Evaluasi dilakukan untuk menilai efektivitas penerapan standar dan regulasi.

- d. **Audit Mutu Internal dan Eksternal:** Audit internal dilakukan oleh tim manajemen fasilitas kesehatan, sementara audit eksternal dilakukan oleh lembaga akreditasi atau badan pengawas. Hasil audit digunakan untuk mengidentifikasi area yang perlu perbaikan dan memastikan kepatuhan terhadap standar.
6. **Tantangan dalam Penerapan Standar dan Regulasi**
 - a. **Keterbatasan Sumber Daya Manusia (SDM):** Jumlah tenaga kesehatan yang terbatas dan kurangnya kompetensi menjadi kendala dalam penerapan standar.
 - b. **Keterbatasan Sarana dan Prasarana:** Fasilitas kesehatan yang tidak memadai dapat menghambat penerapan standar mutu.
 - c. **Kurangnya Pemahaman Standar:** Beberapa tenaga kesehatan mungkin belum memahami standar yang berlaku, sehingga penerapannya tidak konsisten.
 - d. **Resistensi terhadap Perubahan:** Beberapa pihak mungkin menolak penerapan standar baru karena ketidaksiapan atau kebiasaan lama.
 7. **Strategi Peningkatan Mutu Pelayanan Kesehatan**
 - a. **Penguatan Sistem Manajemen Mutu:** Mengembangkan kebijakan, prosedur, dan pedoman yang jelas terkait mutu pelayanan.
 - b. **Peningkatan Kapasitas SDM melalui Pelatihan dan Pendidikan:** Menyediakan program pelatihan berkala dan pendidikan berkelanjutan.
 - c. **Penggunaan Teknologi Informasi untuk Monitoring:** Menerapkan sistem manajemen mutu berbasis digital untuk memudahkan monitoring dan evaluasi.

- d. Pengembangan Sistem Reward dan Punishment: Memberikan penghargaan bagi tenaga kesehatan yang berprestasi dan sanksi bagi yang tidak patuh terhadap standar.

DAFTAR PUSTAKA

- Djuari, Lilik (Ed.). (2021). *Buku Ajar Manajemen Pelayanan Kesehatan*. Airlangga University Press.
- Ikawati, Fita Rusdian. (2024). *Buku Konsep Manajemen Mutu Pelayanan Kesehatan*. Deepublish.
- VANCHAPO, A. R. Mutu pelayanan kesehatan dan kepuasan pasien. *Penerbit: Tata Mutiara Hidup Indonesia (Issue October)*, 2022.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2016). *Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 43 Tahun 2016 tentang Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan*. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI. Tersedia di: <https://peraturan.bpk.go.id/Home/Details/113091/permenkes-no-43-tahun-2016>
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2019). *Mutu Pelayanan Kesehatan Indonesia Diakui Secara Internasional*. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI. Tersedia di: <https://kemkes.go.id/id/mutu-pelayanan-kesehatan-indonesia-diakui-secara-internasional>
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2019). *Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 4 Tahun 2019 tentang Standar Teknis Pemenuhan Mutu Pelayanan Dasar pada Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan*. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI. Tersedia di: <https://peraturan.bpk.go.id/Details/111713/permenkes-no-4-tahun-2019>
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2022). *Keputusan Direktur Jenderal Pelayanan Kesehatan Nomor HK.02.02/I/1130/2022 tentang Pedoman Survei Akreditasi Rumah Sakit*. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI. Tersedia di: <https://keslan.kemkes.go.id/read/541/rilis-regulasi-regulasi-terkait-akreditasi-rs>
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2022). *Keputusan Menteri Kesehatan Nomor HK.01.07/Menkes/1128/2022 tentang Standar Akreditasi Rumah Sakit*. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI. Tersedia di:

<https://mutupelayanankesehatan.net/publikasi/regulasi>
i

- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2022). *Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 30 Tahun 2022 tentang Indikator Nasional Mutu Pelayanan Kesehatan Tempat Praktik Mandiri Dokter dan Dokter Gigi, Klinik, Pusat Kesehatan Masyarakat, Rumah Sakit, Laboratorium Kesehatan, dan Unit Transfusi Darah*. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI. Tersedia di: <https://peraturan.bpk.go.id/Home/Details/245550/permenkes-no-30-tahun-2022>
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2023). *Keputusan Menteri Kesehatan Nomor HK.01.07/Menkes/2191/2023 tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit Umum Pusat dr. Johannes Leimena Ambon*. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI. Tersedia di: <https://jdih.kemkes.go.id/common/dokumen/KMK%20No.%20HK.01.07-MENKES-2191-2023%20ttg%20Standar%20Pelayanan%20Minimal%20RS%20Umum%20Pusat%20dr.%20Johannes%20Leimena%20Ambon-signed.pdf>
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2024). *Inilah Perubahan Standar Pelayanan Minimal (SPM) Bidang Kesehatan*. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI. Tersedia di: <https://kemkes.go.id/id/%20inilah-perubahan-standar-pelayanan-minimal-spm-bidang-kesehatan>
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2024). *Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 6 Tahun 2024 tentang Standar Teknis Pemenuhan Standar Pelayanan Minimal Kesehatan*. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI. Tersedia di: <https://peraturan.bpk.go.id/Details/288060/permenkes-no-6-tahun-2024>
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2024). *Peraturan Pemerintah Nomor 28 Tahun 2024 tentang Peraturan Pelaksanaan Undang-Undang Nomor 7 Tahun 2023 tentang Kesehatan*. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI. Tersedia di: <https://indonesia.go.id/kategori/editorial/8484/memas-tikan-sistem-kesehatan-sampai-ke-pelosok-negeri?lang=1>

- Lestari, Anisa A, et al. Analisis Mutu Pelayanan Kesehatan Menggunakan Dimensi Mutu dalam Meningkatkan Kualitas Program JKN di Puskesmas. *Jurnal Kolaboratif Sains*, 2024, 7.7: 2357-2362.
- Sudirman, SKM., M.Kes., dkk. (2023). *Manajemen Mutu Pelayanan Kesehatan*. Universitas Muhammadiyah Jakarta.

BIODATA PENULIS



Liana Muslihah, S.SiT, M.KM, lahir di Serang, pada 01 Januari 1985. Menyelesaikan pendidikan D3 kebidanan di STIKes Aisyiyah Yogyakarta, D4 Kebidanan di STIKes Mitra Ria Husada Jakarta dan S2 Kesehatan Masyarakat di Universitas Hamka Jakarta. Sampai saat ini penulis sebagai dosen di Program studi D3 Kebidanan Politeknik Kesehatan 'Aisyiyah Banten.

BAB 4 Pendekatan dan Model Mutu (Donabedian, Six Sigma, TQM dan CQI)

* Ns Mila Triana. M.Ken *

A. Pendahuluan

Pendekatan dan model mutu dalam keperawatan merupakan elemen penting dalam meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan dengan fokus pada keselamatan, efisiensi, dan kepuasan pasien. Mutu didefinisikan sebagai tingkat pencapaian hasil kesehatan yang diinginkan sesuai dengan standar profesional terkini (Deutsch, 2023). Pendekatan seperti berbasis pasien dan sistemik menekankan pentingnya memahami kebutuhan pasien serta dinamika sistem kesehatan untuk mengurangi kesalahan medis. Pendekatan ini didukung oleh kerangka kerja seperti Total Quality Management (TQM) dan Continuous Quality Improvement (CQI), yang berfokus pada analisis sistematis dan standarisasi proses untuk mencapai hasil yang lebih baik (Reid et al, 2009).

Model mutu seperti Model Donabedian, Six Sigma dan beberapa pendekatan lainnya menyediakan alat praktis untuk mengidentifikasi masalah, mengimplementasikan perubahan, dan mengevaluasi hasil (Reid et al, 2009). Model Donabedian menilai mutu melalui struktur, proses, dan hasil, sementara PDSA memungkinkan perbaikan bertahap melalui siklus iteratif. Six Sigma dan Lean berfokus pada pengurangan kesalahan dan pemborosan, sedangkan RCA dan FMEA digunakan untuk mencegah masalah dengan mengidentifikasi penyebab akar atau potensi kegagalan. Model-model ini memungkinkan perawat untuk menerapkan perubahan berbasis

bukti yang meningkatkan efisiensi dan keselamatan pasien (nurse.org, 2024).

Perawat memainkan peran sentral dalam inisiatif mutu, mulai dari pengumpulan data hingga implementasi dan evaluasi perubahan (Deutsch, 2023). Partisipasi mereka dalam tim interdisipliner memastikan bahwa perubahan yang diterapkan relevan dan berdampak positif bagi pasien (Reid et al, 2009). Dengan pendekatan dan model ini, keperawatan dapat terus meningkatkan kualitas layanan, mengurangi biaya, dan memenuhi kebutuhan pasien dalam sistem kesehatan yang dinamis.

B. Beberapa Model Mutu dalam Keperawatan

1. Model Donabedian

a. Definisi Model

Model mutu keperawatan Donabedian merupakan suatu pendekatan sistematis untuk mengevaluasi kualitas pelayanan kesehatan yang pertama kali diperkenalkan oleh Avedis Donabedian pada tahun 1966. Model ini terdiri dari tiga komponen utama, yaitu struktur, proses, dan hasil. Struktur mengacu pada segala hal yang berkaitan dengan fasilitas fisik, sumber daya manusia (seperti jumlah dan kompetensi perawat), serta kebijakan atau prosedur operasional yang mendukung layanan keperawatan. Proses mencakup segala aktivitas yang terjadi dalam pelaksanaan pelayanan keperawatan, termasuk interaksi antara perawat dan pasien, serta penerapan standar asuhan keperawatan. Sementara itu, hasil merupakan dampak dari pelayanan keperawatan terhadap kondisi kesehatan pasien, seperti peningkatan status kesehatan, kepuasan pasien, atau penurunan angka komplikasi. Model ini penting karena membantu institusi pelayanan kesehatan, khususnya keperawatan, untuk mengidentifikasi area yang perlu ditingkatkan secara objektif dan terstruktur. Penerapan model ini memungkinkan perawat dan manajemen rumah sakit mengevaluasi mutu layanan secara menyeluruh dengan

mempertimbangkan input (struktur), pelaksanaan (proses), dan output (hasil) sebagai indikator mutu layanan. Model ini telah diakui dan digunakan secara luas dalam berbagai studi serta praktik keperawatan sebagai alat evaluasi mutu pelayanan yang efektif dan komprehensif (Donabedian, M.A. Mitchell & M. Stanhope).

b. Prinsip Utama Model Donabedian

Model Donabedian berlandaskan pada prinsip bahwa mutu pelayanan kesehatan dapat dievaluasi secara sistematis melalui tiga komponen utama: struktur, proses, dan hasil (Donabedian, 1966). Prinsip utamanya adalah bahwa struktur pelayanan memengaruhi proses pelayanan, dan proses pelayanan pada akhirnya memengaruhi hasil pelayanan. Dengan kata lain, jika struktur (misalnya sumber daya dan fasilitas) baik, maka proses pelayanan akan optimal, yang kemudian berdampak positif pada hasil pelayanan bagi pasien. Fokus utama dari model ini adalah pada evaluasi mutu pelayanan kesehatan dalam kerangka yang menyeluruh dan terukur, yaitu:

1) Struktur (Structure)

Fokus pada sarana dan prasarana, kualifikasi tenaga kesehatan, serta sistem organisasi dan kebijakan. Prinsipnya adalah bahwa mutu pelayanan tidak mungkin tercapai tanpa dukungan struktur yang memadai.

2) Proses (Process)

Berfokus pada bagaimana pelayanan diberikan, termasuk interaksi antara tenaga kesehatan dan pasien. Proses ini mencerminkan pelaksanaan asuhan yang seharusnya sesuai dengan standar atau pedoman praktik profesional.

3) Hasil (Outcome)

Fokus pada dampak pelayanan terhadap kesehatan pasien, seperti status kesehatan, kepuasan, atau keberhasilan pengobatan. Prinsipnya adalah bahwa

hasil yang baik menunjukkan adanya mutu dalam struktur dan proses yang mendasarinya

c. Langkah Penerapan Model Donabedian

Untuk menerapkan model Donabedian secara efektif dalam layanan keperawatan, dapat dilakukan melalui langkah-langkah berikut:

- 1) Identifikasi Struktur: Menilai fasilitas, jumlah dan kompetensi perawat, serta ketersediaan SOP.
- 2) Evaluasi Proses: Menganalisis pelaksanaan asuhan keperawatan (pengkajian, intervensi, dokumentasi).
- 3) Pengukuran Hasil: Mengukur dampak terhadap pasien seperti kepuasan, lama rawat inap, atau komplikasi.
- 4) Analisis Keterkaitan: Menilai hubungan antara struktur, proses, dan hasil.
- 5) Perbaikan Mutu: Menentukan area perbaikan berdasarkan hasil evaluasi.

2. Model Six Sigma

a. Definisi Model

Model Mutu Keperawatan Six Sigma merujuk pada penerapan dalam bidang keperawatan untuk meningkatkan kualitas pelayanan pasien, mengurangi kesalahan medis, dan meningkatkan efisiensi operasional. Six Sigma pertama kali diperkenalkan oleh Motorola pada tahun 1987 sebagai strategi manajemen kualitas untuk mengurangi variasi dan kesalahan dalam proses produksi, dengan target mencapai 3,4 cacat per juta peluang (DPMO). Metodologi ini kemudian dipopulerkan oleh General Electric pada tahun 1990-an dan mulai diadopsi dalam keperawatan pada awal 2000-an untuk mengatasi tantangan seperti kesalahan medis dan infeksi nosokomial. Dalam konteks keperawatan, Six Sigma menggunakan pendekatan DMAIC (Define, Measure, Analyze, Improve, Control) untuk mengidentifikasi dan memperbaiki masalah.

Pendekatan ini juga sering digabungkan dengan prinsip Lean untuk menghilangkan pemborosan, yang dikenal sebagai Lean Six Sigma, guna meningkatkan

alur proses dan efisiensi, misalnya dalam mengurangi infeksi yang didapat di rumah sakit. Meskipun efektif, penerapan Six Sigma membutuhkan perencanaan, pelatihan, dana, dan waktu yang signifikan, sering kali memakan waktu 18-24 bulan atau lebih. Namun, istilah "Model Mutu Keperawatan Six Sigma" tidak ditemukan sebagai kerangka kerja standar dalam literatur, sehingga dianggap sebagai penerapan umum Six Sigma dalam keperawatan (M. McCarty , A. R. V. Kumar et all, 2025).

b. Prinsip Utama Model Six Sigma

Dalam keperawatan, Six Sigma diterapkan untuk mengidentifikasi dan memperbaiki akar masalah dalam proses klinis dan administratif. Metodologi utama adalah DMAIC, yang terdiri dari:

- 1) Define: Mendefinisikan masalah yang dihadapi.
- 2) Measure: Mengukur kinerja saat ini, misalnya, jumlah kesalahan per bulan.
- 3) Analyze: Menganalisis data untuk menemukan penyebab utama, seperti pelatihan yang kurang.
- 4) Improve: Meningkatkan proses, misalnya, dengan protokol baru.
- 5) Control: Mengontrol hasil untuk memastikan perbaikan bertahan, seperti monitoring berkala.

c. Langkah Penerapan Model Six Sigma

Penerapan Model Mutu Keperawatan Six Sigma untuk meningkatkan kualitas pelayanan pasien, mengurangi kesalahan medis, dan meningkatkan efisiensi operasional. Berikut adalah langkah-langkah penerapannya dalam konteks keperawatan:

- 1) Define (Mendefinisikan): Tahap ini berfokus pada identifikasi masalah spesifik dalam proses keperawatan. Tim keperawatan menentukan tujuan proyek, seperti mengurangi kesalahan, dan mendefinisikan indikator kinerja utama (KPI), seperti jumlah insiden per bulan. Pemangku kepentingan, termasuk perawat, dokter, dan manajer, dilibatkan untuk memastikan keselarasan tujuan.

- 2) Measure (Mengukur): Pada tahap ini, data dikumpulkan untuk mengukur kinerja proses saat ini. Misalnya, tim dapat mengukur frekuensi kesalahan pemberian insulin atau waktu tunggu pasien di unit gawat darurat. Alat seperti diagram alir atau check sheet digunakan untuk mendokumentasikan proses dan mengidentifikasi variasi. Data ini menjadi dasar untuk menetapkan baseline kinerja.
- 3) Analyze (Menganalisis): Tim menganalisis data untuk mengidentifikasi akar penyebab masalah. Teknik seperti diagram sebab-akibat digunakan untuk menemukan faktor utama, seperti kurangnya pelatihan perawat atau protokol yang tidak jelas. Dalam keperawatan, analisis ini dapat mengungkap penyebab kesalahan seperti komunikasi yang buruk atau beban kerja berlebih.
- 4) Improve (Meningkatkan): Berdasarkan hasil analisis, solusi dirancang dan diimplementasikan untuk memperbaiki proses. Misalnya, memperbarui protokol pemberian obat, memberikan pelatihan tambahan, atau menerapkan sistem pengecekan ganda untuk infus. Digunakan untuk memastikan efektivitas sebelum diterapkan secara luas.
- 5) Control (Mengontrol): Tahap terakhir memastikan perbaikan yang dilakukan berkelanjutan. Tim keperawatan menetapkan mekanisme pengendalian, seperti pemantauan berkala, audit rutin, atau penggunaan dasbor kinerja untuk melacak KPI. Rumah sakit dapat menerapkan checklist harian dan pelaporan insiden. Pelatihan berkelanjutan juga diberikan untuk mempertahankan standar.

3. Model TQM

a. Definisi Model TQM

Model Mutu Keperawatan TQM merujuk pada penerapan Total Quality Management (TQM) dalam keperawatan, yang berfokus pada peningkatan kualitas pelayanan pasien melalui perbaikan berkelanjutan, kepuasan pelanggan, dan keterlibatan seluruh anggota

organisasi. TQM berasal dari Jepang pada 1950-an, dipengaruhi oleh W. Edwards Deming dan Joseph Juran, yang memperkenalkan siklus PDCA (Plan-Do-Check-Act) untuk mengelola kualitas secara sistematis. TQM digunakan dengan tujuan meningkatkan efisiensi dan keselamatan pasien. Pendekatan ini menekankan penggunaan data untuk pengambilan keputusan dan komitmen jangka panjang dari seluruh tim, seperti yang diterapkan dalam pengurangan kesalahan pemberian obat atau waktu tunggu pasien (M. F. Siregar, 2014. N. Hidayati 2019).

Penerapan TQM dalam keperawatan melibatkan siklus PDCA untuk mengidentifikasi masalah, seperti kesalahan pemberian insulin, dan menerapkan solusi, seperti pelatihan ulang atau protokol baru. Contoh nyata termasuk pengurangan insiden infeksi nosokomial melalui peningkatan prosedur kebersihan. TQM juga sering digabungkan dengan prinsip Lean untuk menghilangkan pemborosan, seperti langkah redundan dalam alur kerja, sehingga meningkatkan efisiensi operasional. Meskipun efektif, implementasi TQM memerlukan pelatihan intensif, dukungan manajemen, dan waktu yang signifikan. Istilah "Model Mutu Keperawatan TQM" sendiri tidak ditemukan sebagai kerangka standar, tetapi merujuk pada aplikasi umum TQM dalam keperawatan untuk mencapai keunggulan pelayanan (M. F. Siregar, 2014. N. Hidayati 2019).

b. Prinsip Utama Model TQM

TQM bertujuan untuk meningkatkan mutu asuhan keperawatan, kepuasan pasien, serta efisiensi kerja tim perawat. Berikut adalah prinsip-prinsip utamanya menurut (A. C. McLaughlin et al, 2018):

- 1) Fokus pada Pelanggan (Patient-Centered Care): Mutu pelayanan diukur dari kepuasan pasien. Dalam keperawatan, ini berarti mendengarkan kebutuhan

pasien, memberikan pelayanan yang responsif, dan menjadikan pasien sebagai pusat asuhan.

- 2) Keterlibatan Semua Personel :TQM menekankan bahwa seluruh staf keperawatan, mulai dari pimpinan keperawatan hingga perawat pelaksana, harus terlibat aktif dalam upaya peningkatan mutu.
 - 3) Pendekatan Proses : TQM melihat mutu sebagai hasil dari proses yang baik. Oleh karena itu, analisis dan perbaikan proses keperawatan – seperti dokumentasi, pelaksanaan tindakan, hingga komunikasi tim – menjadi fokus utama.
 - 4) Perbaikan Berkelanjutan (Continuous Quality Improvement): Dalam keperawatan, ini dilakukan melalui audit keperawatan, pelatihan berkala, serta penerapan hasil evaluasi mutu untuk perbaikan praktik klinis.
 - 5) Pengambilan Keputusan Berdasarkan Data: TQM mendorong penggunaan data dan indikator mutu (misalnya tingkat infeksi luka operasi, kepuasan pasien, insiden jatuh) untuk mendukung keputusan dan tindakan keperawatan.
 - 6) Pendekatan Sistem: Perawatan pasien melibatkan banyak unit dan profesi. Prinsip ini menggarisbawahi pentingnya kolaborasi antar tim dan antar unit untuk mencapai mutu yang konsisten.
- c. Langkah Penerapan Model TQM

Penerapan TQM dalam keperawatan dilakukan melalui pendekatan sistematis untuk meningkatkan mutu pelayanan dan keselamatan pasien secara berkelanjutan. Langkah-langkah utamanya meliputi (A. C. McLaughlin et al, 2018):

- 1) Komitmen Manajemen dan Kepemimpinan
Manajemen keperawatan harus menunjukkan komitmen terhadap mutu melalui dukungan kebijakan, anggaran, pelatihan, dan motivasi staf. Kepemimpinan yang kuat menjadi penggerak utama budaya mutu di unit keperawatan.

- 2) Identifikasi Kebutuhan Pelanggan (Pasien)
Menggali harapan dan kepuasan pasien melalui survei atau wawancara. Informasi ini digunakan untuk menetapkan prioritas mutu pelayanan keperawatan yang berorientasi pada pasien.
- 3) Pembentukan Tim Peningkatan Mutu
Membentuk tim mutu yang terdiri dari perawat, kepala ruangan, dan staf manajemen yang bertanggung jawab terhadap analisis dan perbaikan mutu. Tim ini berperan dalam merancang strategi peningkatan mutu berdasarkan data lapangan.
- 4) Identifikasi dan Analisis Masalah
Tim melakukan analisis masalah mutu yang muncul dalam praktik keperawatan, seperti kesalahan dokumentasi, keterlambatan pemberian obat, atau insiden jatuh. Alat bantu seperti root cause analysis, fishbone diagram, dan brainstorming dapat digunakan.
- 5) Pengembangan dan Implementasi Rencana Perbaikan
Merancang rencana tindakan berbasis masalah yang telah dianalisis, kemudian menerapkannya ke dalam praktik keperawatan, seperti revisi SOP, pelatihan ulang, atau perubahan alur kerja.
- 6) Pemantauan dan Evaluasi Kinerja
Melakukan audit mutu dan mengukur indikator seperti kepuasan pasien, kejadian insiden, serta produktivitas perawat. Hasil evaluasi digunakan untuk siklus perbaikan berkelanjutan (Plan-Do-Check-Act) dalam keperawatan.
- 7) Pemberdayaan dan Pelibatan Seluruh Staf
Seluruh perawat dan staf harus dilibatkan secara aktif dalam proses peningkatan mutu, mulai dari pengumpulan data, diskusi kasus mutu, hingga pengambilan keputusan bersama.

4. Model CQI

a. Definisi Model CQI

Menurut (R. Hill, 2023) Continuous Quality Improvement (CQI) dalam keperawatan adalah pendekatan sistematis untuk meningkatkan kualitas perawatan pasien secara berkelanjutan melalui evaluasi dan penyempurnaan proses, sistem, serta hasil perawatan. Pendekatan ini berfokus pada menstandarkan prosedur untuk mengurangi variasi, meningkatkan keamanan pasien, efisiensi, dan kepuasan, seperti mengurangi kesalahan obat atau infeksi rumah sakit melalui peningkatan komunikasi atau kebersihan tangan (nurse.org). CQI melibatkan metodologi seperti Plan-Do-Study-Act (PDSA) dan Lean, yang memungkinkan perawat untuk mengidentifikasi masalah, menerapkan perubahan, dan mengevaluasi dampaknya secara iteratif, menciptakan budaya perbaikan berkelanjutan dalam lingkungan perawatan kesehatan (M. Hillier, et al, 2024).

b. Proses Model CQI

Proses CQI mencakup pengumpulan data untuk menemukan area yang perlu diperbaiki, merancang intervensi, dan memantau hasil untuk memastikan perawatan yang lebih aman dan efektif (R. Hill, 2023 & nurse.org). CQI adalah kerangka kerja untuk menstandarkan proses guna mencapai hasil yang dapat diprediksi, sementara The Joint Commission menekankan evaluasi objektif untuk meningkatkan kinerja (nurse.org). Contoh penerapan termasuk menyederhanakan proses admisi untuk meningkatkan pengalaman pasien atau mengatur ulang penyimpanan alat untuk efisiensi perawat. Meskipun tantangan seperti resistensi perubahan dapat muncul, CQI terbukti meningkatkan kualitas perawatan dan kepuasan pasien (M. Hillier, et al, 2024).

DAFTAR PUSTAKA

- Deutsch, E. S. (2023). Quality improvement. In StatPearls. StatPearls Publishing.
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK559239/>
- Reid, R. D., Compton, D. L., Anderson, J. D., Nguyen, J., & Deutsch, E. S. (2008). Tools and strategies for quality improvement and patient safety. In R. G. Hughes (Ed.), Patient safety and quality: An evidence-based handbook for nurses (Ch. 44). Agency for Healthcare Research and Quality (US).
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK2682/>
- Donabedian, A. (1966). Evaluating the quality of medical care. *The Milbank Memorial Fund Quarterly*, 44(3), 166–203.
<https://doi.org/10.2307/3348969>
- Mitchell, M. A. (1989). Donabedian's framework for quality: Its application to nursing. *Journal of Nursing Care Quality*, 3(3), 15–24.
- Stanhope, M., & Lancaster, J. (2020). *Public health nursing: Population-centered health care in the community* (10th ed.). Elsevier.
- Donabedian, A. (1980). *Explorations in quality assessment and monitoring: Volume I*. Health Administration Press.
- McCarty, M. (2025). The power of Lean Six Sigma in nursing practice. *American Nurse Journal*.
<https://www.myamericannurse.com/power-lean-six-sigma/>
- Kumar, A. R. V., Saleem, M. A., & Sahu, P. K. (2025). Six Sigma method. In StatPearls. StatPearls Publishing.
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK589666/>
- Siregar, M. F. (2014). Analisis implementasi Total Quality Management pelayanan rawat inap. *Jurnal Ilmiah Widya*, 2(1). <https://core.ac.uk/download/pdf/76936152.pdf>
- Hidayati, N. (2019). Analisis manajemen mutu terpadu (Total Quality Management) terhadap pelayanan kesehatan. *Jurnal Ilmiah Mahasiswa Fakultas Keperawatan*.
<https://www.slideshare.net/slideshow/makalah-manajemen-mutu-keperawatan/16553487>

- Hill, R. (2023). Continuous quality improvement. In StatPearls. StatPearls Publishing. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK559239/>
- Nurse.org. (n.d.). Quality improvement in nursing 101: Strategies, examples and tools. <https://nurse.org/education/quality-improvement-nursing/>
- Hillier, M., Chiwanga, F. S., Fonn, S., & Blaauw, D. (2024). Scoping review of continuous quality improvement in healthcare system: Conceptualization, models and tools, barriers and facilitators, and impact. *BMC Health Services Research*, 24(1), 1–16. <https://doi.org/10.1186/s12913-024-10828-0>
- McLaughlin, A. C., & Kaluzny, A. D. (2018). Continuous quality improvement in health care (4th ed.). Jones & Bartlett Learning.

BIODATA PENULIS



(Ns. Mila Triana Sari, M.Kep)
Lahir di Jambi. Pendidikan tinggi yang telah ditempuh oleh penulis yaitu jenjang S1 pada Program Studi Ilmu Keperawatan, Universitas Andalas tahun 2002. Kemudian melanjutkan pendidikan S2 pada Universitas Indonesia dan lulus pada tahun 2009. Riwayat pekerjaan diawali sejak tahun 1995 di Akper Baiturrahim Jambi, tahun 2005 di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Baiturrahim. Saat ini penulis bekerja di Universitas Baiturrahim Jambi, mengampu mata kuliah Manajemen Keperawatan, Metodologi Penelitian, Keperawatan Keluarga, dan Pelayanan Prima. Penulis aktif dalam berbagai kegiatan Tridharma Perguruan Tinggi, yaitu sebagai pengajar, melakukan penelitian serta pengabdian kepada masyarakat, juga publikasi ilmiah pada jurnal nasional, internasional dan seminar Nasional dan Internasional baik sebagai peserta maupun pembicara. Penulis dapat dihubungi melalui e-mail: milatrianasari73@gmail.com

BAB 5

Perencanaan Mutu di Fasilitas Kesehatan

Ita La Tho, SKM, M.Sc

A. Pendahuluan

Pada era modern ini, kualitas pelayanan kesehatan menjadi aspek penting dalam mencapai tujuan pembangunan sektor kesehatan. Peningkatan kesadaran akan pentingnya pelayanan kesehatan berkualitas telah mendorong negara-negara, termasuk Indonesia, untuk mengimplementasikan program jaminan kesehatan nasional. Program ini dirancang untuk memberikan perlindungan dan akses yang merata terhadap pelayanan kesehatan bagi seluruh penduduk, dengan tujuan meningkatkan kesehatan masyarakat secara menyeluruh dan melindungi dari beban finansial akibat biaya perawatan (Kosasih dan Paramarta 2020). Mutu dapat berarti suatu cara sederhana untuk meraih tujuan yang diinginkan, dengan cara yang paling efektif dan efisien, dengan penekanan untuk memuaskan pembeli atau konsumen. Mutu tidak selalu berarti cara yang paling mahal untuk melaksanakan segala sesuatu, sebaliknya mutu merupakan sebuah kebutuhan untuk melakukan efisiensi dan penghematan biaya (Sudirman, 2023). Manajemen mutu pelayanan kesehatan meliputi rangkaian kegiatan mulai dari perencanaan, pelaksanaan, evaluasi, dan peningkatan mutu pelayanan. Ini melibatkan semua elemen sistem perawatan kesehatan, termasuk tenaga medis, administrasi, fasilitas, dan sistem informasi kesehatan.

Manajemen mutu pelayanan kesehatan juga melibatkan partisipasi aktif semua pemangku kepentingan, termasuk penyedia layanan kesehatan, pemerintah dan pasien. yang Analisis data Menganalisis data yang terkumpul untuk mengevaluasi kualitas pelayanan kesehatan dan mengidentifikasi kekurangan atau area yang perlu ditingkatkan (Sumiati, Dkk, 2023).

Fasilitas kesehatan adalah fasilitas pelayanan kesehatan yang digunakan untuk melaksanakan upaya pelayanan kesehatan perorangan baik promotif, preventif, kuratif maupun rehabilitatif yang dilakukan oleh pemerintah atau masyarakat (Kemenkes RI 2013).

Fasilitas kesehatan merupakan salah satu jenis fasilitas umum yang dibutuhkan masyarakat yang berfungsi untuk meningkatkan derajat kesehatan masyarakat. Faktor pelayanan kesehatan, ketersediaan sarana pelayanan dan tenaga kesehatan yang berkualitas akan berpengaruh pada status kesehatan yang berkualitas dan status masalah kesehatan yang terjadi di wilayah kerjanya meskipun masalah tersebut lokasinya jauh dari sarana kesehatan Menurut (Azrul Azwar, 1996) dalam (Mamonto, Dkk, 2022)

B. Perencanaan Mutu di Fasilitas Kesehatan

1. Pengertian Mutu

Sudirman, (2023) Mutu dapat berarti suatu cara sederhana untuk meraih tujuan yang diinginkan, dengan cara yang paling efektif dan efisien, dengan penekanan untuk memuaskan pembeli atau konsumen. Mutu tidak selalu berarti cara yang paling mahal untuk melaksanakan segala sesuatu, sebaliknya mutu merupakan sebuah kebutuhan untuk melakukan efisiensi dan penghematan biaya. Mutu tidak harus berupa layanan atau barang-barang yang mahal. Namun mutu merupakan sebuah produk atau layanan yang memadai, mudah dijangkau, efisien, efektif, dana man sehingga harus terus menerus dievaluasi dan ditingkatkan.

2. Pengertian Mutu Pelayanan

Secara umum mutu pelayanan kesehatan adalah derajat kesempurnaan akan pelayanan kesehatan yang sesuai dengan standar profesi dan standar pelayanan dengan menggunakan potensi sumber daya yang tersedia di rumah sakit atau puskesmas secara wajar efisien dan efektif serta diberikan secara aman dan memuaskan norma, etika, hokum dan social budaya dengan memperhatikan keterbatasan dan kemampuan pemerintah dan masyarakat konsumen (Herlambang 2016).

Sudirman (2023) Selain itu, mutu pelayanan kesehatan diartikan berbeda, sebagai berikut:

- a. Menurut pasien atau masyarakat adalah empati, respek, tanggap, sesuai dengan kebutuhan dan ramah.
- b. Menurut petugas kesehatan adalah bebas melakukan segala sesuatu secara professional sesuai dengan ilmu pengetahuan, keterampilan, peralatan yang memenuhi standar.
- c. Menurut manajer atau administrator adalah mendorong manajer untuk mengukur staf, pasien atau masyarakat dengan baik.
- d. Menurut yayasan atau pemilik adalah menuntut pemilik agar memiliki tenaga profesional yang bermutu dan cakap.

3. Strategi Peningkatan Mutu Pelayanan

Sudirman, (2023) Ada empat hal yang perlu diperhatikan dalam pendekatan untuk mencapai pelayanan prima melalui peningkatan mutu pelayanan, yaitu sebagai berikut:

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

- b. Perbaikan kinerja
Bila harapan pelanggan telah diidentifikasi, langkah selanjutnya adalah mengidentifikasi dan melaksanakan kinerja staf dan dokter untuk mencapai konseling, adanya pengakuan, dan pemberian reward.
- c. Proses perbaikan
Proses perbaikan juga penting. Sering kali kinerja disalahkan karena masalah pelayanan dan ketidakpuasan pelanggan pada saat proses itu sendiri tidak dirancang dengan baik untuk mendukung pelayanan. Dengan melibatkan staf dalam proses pelayanan, maka dapat diidentifikasi masalah proses yang dapat mempengaruhi kepuasan pelanggan, mendiagnosis penyebab, mengidentifikasi, dan menguji pemecahan atau perbaikan.
- d. Budaya yang mendukung perbaikan terus menerus
Untuk mencapai pelayanan prima diperlukan organisasi yang tertib. Itulah sebabnya perlu untuk memperkuat budaya organisasi sehingga dapat mendukung peningkatan mutu. Untuk dapat melakukannya, harus sejalan dengan dorongan peningkatan mutu pelayanan terus-menerus.

4. Komponen Mutu Pelayanan Kesehatan

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

a. Input

Input (masukan) adalah segala sesuatu yg dibutuhkan untuk dapat melaksanakan pekerjaan manajemen. Input berfokus pada sistem yang dipersiapkan dalam organisasi dari manajemen

termasuk komitmen, dan stakeholder lainnya, prosedur serta kebijakan sarana dan prasarana fasilitas dimana pelayanan diberikan.

b. Proses

Proses (process) adalah langkah yang harus dilakukan untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan. Proses dikenal dengan nama fungsi manajemen. Pada umumnya, proses ataupun fungsi manajemen merupakan tanggung jawab pimpinan. Pendekatan proses adalah semua metode dengan cara bagaimana pelayanan dilakukan.

c. Output Output adalah hasil dari suatu pekerjaan manajemen. Untuk manajemen kesehatan, output dikenal dengan nama pelayanan kesehatan (health services). Hasil atau output adalah hasil pelaksanaan kegiatan.

d. Sasaran

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

- 1) UKP untuk perseorangan
- 2) UKM untuk masyarakat (keluarga dan kelompok)

e. Impact

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

5. Fasilitas Kesehatan

Menurut Undang-Undang nomor 17 tahun(2023). tentang kesehatan menetapkan bahwa Pelayanan Kesehatan mencakup seluruh jenis aktivitas dan/atau rangkaian

aktivitas yang disediakan secara langsung untuk individu atau komunitas dengan tujuan untuk memelihara serta meningkatkan kualitas kesehatan masyarakat dalam bentuk promosi , pencegahan , pengobatan , rehabilitasi , atau perawatan paliatif. Setiap orang , keluarga , dan komunitas memiliki hak untuk mendapatkan perlindungan terhadap kesehatan mereka, dan negara memiliki tanggung jawab untuk memastikan bahwa hak untuk hidup sehat terpenuhi bagi semua warganya, termasuk masyarakat yang hidup dalam kemiskinan.

a. Penyelenggaraan Kesehatan memiliki tujuan sebagai berikut :

- 1) Meningkatkan pola hidup yang lebih sehat
- 2) Meningkatkan aksesibilitas serta kualitas layanan kesehatan dan sumber daya Kesehatan
- 3) Meningkatkan manajemen sumber daya manusia yang optimal dan efisien;
- 4) Memenuhi kebutuhan masyarakat terkait layanan Kesehatan
- 5) Memperkuat ketahanan kesehatan dalam menghadapi kejadian luar biasa atau wabah
- 6) Menjamin tersedianya kesehatan yang berkelanjutan, adil, serta dikelola dengan cara yang transparan, efektif, dan efisien
- 7) Mewujudkan pengembangan dan pemanfaatan teknologi kesehatan yang berkesinambungan
- 8) Memberikan perlindungan serta kepastian hukum bagi pasien, sumber daya manusia kesehatan, dan masyarakat.

- a. Fasilitas Pelayanan Kesehatan meliputi
- 1) Fasilitas Pelayanan Kesehatan tingkat pertama
Merupakan fasilitas pelayanan yang terdiri dari Puskesmas, klinik pratama dan praktik mandiri Tenaga Medis atau Tenaga Kesehatan.
 - 2) Fasilitas Pelayanan Kesehatan tingkat lanjut
Merupakan Fasilitas Pelayanan Kesehatan yang meliputi pelayanan spesialisik dan/atau pelayanan subspecialistik yang dapat berupa: Rumah Sakit, Klinik utama, Balai Kesehatan dan Praktik mandiri Tenaga Medis atau Tenaga Kesehatan.
 - 3) Fasilitas Pelayanan Kesehatan penunjang.
Fasilitas Pelayanan Kesehatan penunjang menyelenggarakan Pelayanan Kesehatan yang menunjang Pelayanan Kesehatan primer dan Pelayanan Kesehatan lanjutan. dapat berdiri sendiri atau dapat bergabung dengan Fasilitas Pelayanan Kesehatan tingkat pertama dan Fasilitas Pelayanan Kesehatan tingkat lanjut.

DAFTAR PUSTAKA

- Herlambang, Susatyo. 2016. "Manajemen Pelayanan Kesehatan Rumah Sakit."
- Kemendes RI. 2013. *Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 71*. Jakarta.
- Kosasih, dan VIP Paramarta. 2020. "Peningkatan Kualitas Pelayanan Kesehatan dan Pengaruhnya Terhadap Peningkatan Kepuasan Pasien di Puskesmas." *Soshum Insentif 1*: 67-76.
- Muh.Yohan S. Mamonto, Veronica A. Kumurur, dan Johannes Van Rate. 2022. "Analisis Ketersediaan Sarana Kesehatan Terhadap Penanggulangan Covid-19 Di Kota Manado." *Spasial 9*: 23-31.
- Sudirman, Riska Yanuarti, Oktarianita, Fini Fajrini, Sitti Kurnia Widiastuti,. 2023. "Manajemen Mutu Pelayanan Kesehatan." Dalam Palu: Ara Digital Mandiri, 1-250.
- Sumiati, Aindah Safitri Dinata, dan Dewi Agustina. 2023. "Manajemen Mutu Pelayanan Kesehatan Era Jaminan Kesehatan Nasional." *Kesehatan Tambusai 4*: 2714-18.
- Undang-Undang. 2023. *Tentang Kesehatan*. Jakarta.

BIODATA PENULIS



Ita La Tho, SKM.,M.Sc lahir di Ambon, pada 6 Juni 1975. Menyelesaikan pendidikan S1 di Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin dan S2 di Fakultas Kedokteran Universitas Gadjah Mada. Sampai saat ini penulis sebagai Dosen di Prodi DIII Rekam Medis dan Informasi Kesehatan

BAB 6

Indikator Mutu Pelayanan Kesehatan

Femmy Keintjem, S.SiT, S.Pd, MPH

A. Pendahuluan

Pelayanan kesehatan yang berkualitas merupakan hak setiap individu dan menjadi tolok ukur kemajuan sistem kesehatan suatu negara. Untuk menjamin mutu pelayanan kesehatan, diperlukan sistem evaluasi yang objektif dan terukur. Salah satu cara untuk melakukan evaluasi tersebut adalah dengan menggunakan indikator mutu pelayanan kesehatan. Indikator mutu membantu mengidentifikasi kekuatan dan kelemahan dalam sistem pelayanan, serta memberikan dasar bagi pengambilan keputusan untuk peningkatan mutu layanan (Inovant, 2023).

Indikator mutu pelayanan mencakup keinginan untuk meningkatkan kualitas layanan dan kepuasan pelanggan, serta memenuhi standar pelayanan yang berlaku dan perkembangan ilmu pengetahuan. Suatu pelayanan dikatakan bermutu apabila indikator pelayanan mencapai atau melampaui suatu standar tertentu (Febriawati, 2019).

B. Konsep Indikator Mutu Pelayanan

1. Pengertian Indikator Mutu Pelayanan

Indikator mutu pelayanan kesehatan adalah ukuran yang digunakan untuk menilai tingkat kualitas pelayanan yang diberikan oleh fasilitas pelayanan kesehatan kepada pasien. Indikator ini bersifat kuantitatif maupun kualitatif, serta digunakan dalam proses akreditasi dan evaluasi berkala (Kemenkes, 2020).

Mutu pelayanan kesehatan adalah derajat kesempurnaan akan pelayanan kesehatan yang sesuai dengan standar profesi dan standar pelayanan dengan menggunakan potensi sumber daya yang tersedia di rumah sakit atau puskesmas secara wajar efisien dan efektif serta diberikan secara aman dan memuaskan norma, etika, hukum dan social budaya dengan memperhatikan keterbatasan dan kemampuan pemerintah dan masyarakat konsumen (Sri Agustini, 2024).

Selain itu, mutu pelayanan kesehatan diartikan berbeda, sebagai berikut:

- a. Menurut pasien atau masyarakat adalah empati, respek, tanggap, sesuai dengan kebutuhan dan ramah.
 - b. Menurut petugas kesehatan adalah bebas melakukan segala sesuatu secara professional sesuai dengan ilmu pengetahuan, keterampilan, peralatan yang memenuhi standar.
 - c. Menurut manajer atau administrator adalah mendorong manajer untuk mengukur staf, pasien atau masyarakat dengan baik.
 - d. Menurut yayasan atau pemilik adalah menuntut pemilik agar memiliki tenaga profesional yang bermutu dan cakap.
2. Jenis-Jenis Indikator Mutu

Menurut Syafrudin (2024), Indikator mutu pelayanan kesehatan secara umum dibagi menjadi tiga kategori utama, berdasarkan pendekatan Donabedian:

a. Indikator Struktur (Structure)

Menggambarkan kapasitas fasilitas pelayanan kesehatan, termasuk sumber daya manusia, infrastruktur, dan kelengkapan alat medis. Contoh: rasio dokter terhadap jumlah pasien.

b. Indikator Proses (Process)

Mengukur bagaimana pelayanan kesehatan diberikan. Contoh: persentase pasien yang menerima edukasi kesehatan.

c. Indikator Hasil (Outcome)

Mengukur dampak pelayanan terhadap status kesehatan pasien. Contoh: angka kematian bayi, tingkat infeksi pascaoperasi (Kemenkes, 2020)

Selain itu, WHO dan organisasi internasional lainnya menambahkan aspek keselamatan pasien, akses pelayanan, dan kepuasan pasien sebagai indikator penting dalam menilai mutu pelayanan.

3. Contoh Indikator Mutu

Beberapa contoh indikator mutu (Asmoro, 2018):

a. Rumah Sakit ;

Beberapa indikator mutu klinis dan manajerial yang sering digunakan di rumah sakit antara lain:

- 1) Angka kejadian infeksi nosokomial
- 2) Waktu tunggu rawat jalan
- 3) Tingkat kepuasan pasien
- 4) Rasio perawat terhadap pasien
- 5) Ketepatan pemberian antibiotic

b. Puskesmas;

- 1) Mewujudkan Ketepatan alokasi anggaran
- 2) Optimalisasi fungsi FKTP
- 3) Mewujudkan dukungan regulasi
- 4) Mewujudkan kolaborasi pendidikan tenaga Kesehatan
- 5) Mewujudkan penguatan mutu advokasi, pembinaan dan pengawasan
- 6) Mewujudkan system manajemen kinerja FKTP

4. Pentingnya Indikator Mutu

Menurut WHO (2021), Indikator mutu memberikan informasi penting untuk:

- a. Meningkatkan keselamatan pasien
- b. Meningkatkan efisiensi dan efektivitas pelayanan
- c. Mendukung proses akreditasi dan penilaian eksternal
- d. Menjadi dasar dalam pengambilan kebijakan strategis

5. Kriteria Indikator Mutu

Suatu indikator mutu yang baik harus memenuhi beberapa persyaratan khusus. Salah satu cara untuk memenuhi kriteria menggunakan prinsip AMOUR, yaitu *Achievable*, *Measurable*, *Observable*, *Understandable*, dan *Reasonable* (Syafrudin, 2023).

a. *Achievable*

Suatu kriteria harus dapat dicapai. Kenyataannya kita harus selalu dapat bekerja diantara keinginan dan kemampuan dalam mencapai tujuan. Kelompok jaminan mutu layanan kesehatan dan kriteria tetap dibatasi oleh keinginan untuk membuat yang terbaik dan ralitas dilapangan

b. *Measurable*

Kriteria harus dapat diukur. Suatu layanan Kesehatan mungkin dinyatakan tanpa ukuran, tetapi indikator harus menyebutkan suatu ukuran.

c. *Observable*

Suatu kriteria harus dapat diamati. Suatu kejadian yang diamati harus mampu dideteksi oleh panca indera. Jika suatu kriteria yang tidak dapat diamati, kita tidak dapat menentukan apakah kriteria ini tercapai atau tidak.

d. *Understandable*

Suatu kriteria harus dimengerti oleh siapa yang akan menggunakannya. Terminologi yang tidak jelas harus dihindarkan, misalnya jumlah petugas Kesehatan yang memadai atau menu yang sesuai.

e. *Reasonable*

Suatu kriteria harus layak dan masuk akal. Penting diperhatikan bahwa profesi layanan Kesehatan yang tidak terlibat dalam penyusunan standar layanan Kesehatan pasti memiliki standar pribadi, tentunya bukan standar layanan Kesehatan yang resmi.

6. Tantangan dalam Penerapan Indikator Mutu

Menurut Syafrudin, (2023) beberapa tantangan dalam implementasi indikator mutu:

- a. Kurangnya data yang akurat dan real-time
 - b. Rendahnya kapasitas tenaga kesehatan dalam analisis data mutu
 - c. Ketidakterpaduan sistem informasi kesehatan
7. Strategi Peningkatan Mutu

Menurut WHO, (2021), ada empat hal yang perlu diperhatikan dalam pendekatan untuk mencapai pelayanan prima melalui peningkatan mutu pelayanan, yaitu:

- a. Pelanggan dan pengharapannya

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

- b. Perbaikan kinerja

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

- c. Proses perbaikan

Proses perbaikan juga penting. Sering kali kinerja disalahkan karena masalah pelayanan dan ketidakpuasan pelanggan pada saat proses itu sendiri tidak dirancang dengan baik untuk mendukung pelayanan. Dengan melibatkan staf dalam proses pelayanan, maka dapat diidentifikasi masalah proses yang dapat mempengaruhi kepuasan pelanggan, mendiagnosis penyebab, mengidentifikasi, dan menguji pemecahan atau perbaikan.

- d. Budaya yang mendukung perbaikan terus menerus

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

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

Upaya peningkatan mutu pelayanan Kesehatan mencakup:

1) Penataan organisasi

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

2) Regulasi peraturan perundangan

Pengkajian secara komprehensif terhadap berbagai peraturan perundangan yang telah ada dan didikuti dengan regulasi yang mendukung pelaksanaan kebijakan.

3) Pemantapan jejaring

Pengembangan dan pemantapan jejaring dengan pusat unggulan pelayanan dan system rujukannya akan sangat meningkatkan efisiensi dan efektifitas pelayanan Kesehatan, sehingga dengan demikian akan meningkatkan mutu pelayanan.

4) Standarisasi

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

5) Pengembangan sumber daya manusia

Penyelenggaraan berbagai Pendidikan dan pelatihan secara berkelanjutan dan berkesinambungan untuk menghasilkan sumber daya manusia yang professional, yang kompeten dan memiliki moral dan etika, mempunyai dedikasi yang

tinggi, kreatif dan inovatif serta bersikap antisipatif terhadap berbagai perubahan yang akan terjadi baik perubahan secara lokal maupun global.

6) *Quality Assurance*

Berbagai komponen kegiatan *quality assurance* harus segera dilaksanakan dengan diikuti oleh perencanaan dan pelaksanaan berbagai upaya perbaikan dan peningkatan untuk mencapai peningkatan mutu pelayanan. Data dan informasi yang diperoleh dianalisis dengan cermat (*root cause analysis*) dan dilanjutkan dengan penyusunan rancangan tindakan perbaikan yang tepat dengan melibatkan semua pihak yang berkepentingan. Semuanya ini dilakukan dengan pendekatan *Tailors Model dan Plan do Control Action (PDCA)*.

7) Pengembangan ilmu pengetahuan dan teknologi

Pengembangan ilmu pengetahuan dan teknologi dilakukan dengan membangun kerja sama dan kolaborasi dengan pusat-pusat unggulan baik yang bertaraf local atau dalam negeri maupun internasional. Penerapan berbagai pengembangan ilmu pengetahuan dan teknologi tersebut harus dilakukan dengan mempertimbangkan aspek pembiayaan.

8) Peningkatan peran serta masyarakat dan organisasi profesi

Peningkatan peran organisasi profesi terutama dalam pembinaan anggota sesuai dengan standar profesi dan peningkatan mutu sumber daya manusia.

9) Peningkatan control sosial

Peningkatan pengawasan dan kontrol masyarakat terhadap penyelenggaraan pelayanan Kesehatan akan meningkatkan akuntabilitas, transparansi dan mutu pelayanan.

DAFTAR PUSTAKA

- Artikel internasional (2022). *Using measures of quality of care to assess equity in health care* – mengadaptasi metode Benefit Incidence Analysis untuk menambahkan aspek mutu ke dalam analisis subsidi public
- Febriawati, H & Yandrizal, (2019) *Manajemen dan Peran Puskesmas sebagai Gatekeeper*. Cetakan Pertama. Yogyakarta: Gosyen Publishing.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2020). *Standar Akreditasi Rumah Sakit*. Jakarta: Kemenkes RI.
- Inovant (2023). *Analisis Indikator Mutu Pelayanan Kesehatan Menurut Standar Permenkes No.30/2022 di RSUD Waluyo Jati Kraksaan*. Hasil penelitian kualitatif menunjukkan pencapaian 7 indikator yang sesuai dan 6 belum sesuai standar nasional
- Purwandani, R. & Purnamawati, D. (Februari 2025). *Analysis of the implementation of national quality indicator measurement policy on hospital accreditation achievement in Indonesia*. *Malahayati Int. J. of Nursing and Health Science*, 7(12), 1461-1470. Menyajikan evaluasi implementasi Indikator Mutu Nasional (NQI) pada 6 RS, dengan tingkat pelaporan rata-rata 69 % pada akhir 2023 dan masukan menggunakan kerangka RE-AIM
- Sri Agustini, A. Wahyudi, Dwi P. (Agustus 2024). *Hubungan Mutu Pelayanan Kesehatan Terhadap Kepuasan Pasien di Puskesmas Tebing Tinggi*. Studi cross-sectional mengungkap aspek kehandalan, daya tanggap, jaminan, empati, dan bukti fisik signifikan terhadap kepuasan pasien
- Studi evaluasi Puskesmas Parepare (2025). *Evaluasi Mutu Pelayanan Kesehatan di Puskesmas Kota Parepare* – layanan puskesmas dikategorikan “baik” berdasarkan evaluasi mutu tahun 2024
- Syafrudin (2024). *Analisis Mutu Pelayanan Kesehatan Menggunakan Dimensi Mutu* – artikel ini menyebut indikator mutu: keandalan, daya tanggap, jaminan, empati, dan bukti fisik

- Syafrudin (2023). *Determinants of the quality of care for stunted children – meskipun berfokus pada balita stunting, menggunakan pendekatan indikator mutu layanan di Jawa Barat*
- WHO. (2021). *Quality of Care: A Process for Making Strategic Choices in Health Systems*. Geneva: World Health Organization.

BIODATA PENULIS



Femmy Keintjem, S.SiT, S.Pd, MPH lahir di Tomohon, pada 9 Februari 1962. Menyelesaikan pendidikan S1 di Universitas Negeri Manado, dan S2 di Universitas Gajah Mada, minat Promosi Kesehatan. Sampai saat ini penulis sebagai Dosen tetap di Poltekkes Kemenkes Manado Jurusan Keperawatan.

BAB 7

Audit Mutu Internal dan Eksternal

Dr. Ni Nyoman Kasihani, M.Kes

A. Pendahuluan

Pelayanan kesehatan yang diberikan kepada masyarakat harus memenuhi standar yang ditetapkan, agar layanan yang diberikan memberikan dampak baik dalam peningkatan, pencegahan, pengobatan dan pemulihan kesehatan. Layanan yang diberikan diharuskan sesuai standar, memenuhi bahkan melampaui harapan pasien dan keluarganya.

Menurut Undang-Undang Kesehatan Tahun 2023, pengendalian mutu pelayanan kesehatan dilakukan dengan melakukan pengendalian terhadap mutu dan biaya dengan memperhatikan keselamatan pasien. Pengendalian mutu dan biaya pelayanan kesehatan menjadi tanggung jawab fasilitas pelayanan kesehatan dengan melakukan audit pelayanan kesehatan di bawah pengawasan dan pembinaan dari pemerintah pusat dan pemerintah daerah. Terkait biaya, audit keuangan terhadap fasilitas pelayanan kesehatan juga dilakukan untuk memastikan kepatuhan pengelolaan keuangan. Auditor memberikan opini atas laporan keuangan yang disajikan dan untuk memperoleh keyakinan yang wajar dengan memeriksa keseluruhan laporan bebas dari salah saji material dan sesuai dengan kerangka pelaporan yang berlaku (AICPA, 2017).

Fasilitas pelayanan kesehatan terdiri atas rumah sakit, tempat praktik mandiri dokter dan dokter gigi, klinik, pusat kesehatan masyarakat, laboratorium dan unit transfusi darah harus memenuhi indikator mutu pelayanan dan memastikan diterapkan sesuai dengan standar yang ditetapkan (Permenkes,

2022). Evaluasi dilakukan secara berkala untuk memastikan pemenuhan terhadap indikator atau standar yang ditetapkan. Evaluasi dilakukan dalam bentuk audit baik internal maupun eksternal. Audit internal merupakan proses penilaian dan evaluasi terhadap pemenuhan standar atau prosedur yang ditetapkan oleh tim penjaminan mutu yang dibentuk oleh fasilitas layanan kesehatan yang bersangkutan, sedangkan audit eksternal dilakukan oleh lembaga berwenang yang berasal dari luar institusi. Mekanisme audit eksternal dilakukan oleh pemerintah pusat, pemerintah daerah atau badan akreditasi.

Audit mutu internal dan eksternal dilakukan untuk memberikan jaminan pelayanan kesehatan yang diberikan bermutu. Pelayanan kesehatan yang bermutu adalah pelayanan yang berorientasi pasien, aman, adil, terintegrasi, tepat waktu, efisien dan efektif mengatasi masalah yang dihadapi pasien dan memberikan kepuasan atas pelayanan yang diterima. Audit mutu internal dan eksternal merupakan monitoring yang menurut Donabedian (2003) sebagai strategi untuk mengidentifikasi masalah dan sebagai peluang untuk melakukan perbaikan.

B. Audit Mutu Internal dan Eksternal

1. Audit Mutu Internal

Audit mutu internal pelayanan kesehatan adalah proses evaluasi untuk memastikan pelayanan kesehatan yang diberikan memenuhi standar dan prosedur yang ditetapkan, dilakukan secara sistematis oleh tim audit internal yang dibentuk organisasi. Audit dilakukan untuk mengidentifikasi ketidaksesuaian dengan indikator atau standar yang dipersyaratkan, memberi saran perbaikan dan melakukan monitoring perbaikan yang dilakukan oleh bagian yang diaudit.

Audit internal menurut Pitt (2014) merupakan kegiatan penjaminan yang dilakukan secara independen dan objektif untuk membantu organisasi mencapai tujuannya dengan menerapkan pendekatan yang sistematis dan disiplin untuk mengevaluasi dan meningkatkan efektivitas manajemen

risiko, pengendalian dan proses tata kelola. Tujuan pelaksanaan audit mutu internal menurut Pohan (2007) adalah untuk mengevaluasi efisiensi dan efektivitas proses pelayanan, mengidentifikasi peluang perbaikan, memastikan kepatuhan terhadap standar dan prosedur baik internal dan eksternal, meningkatkan kualitas layanan dan proses serta menjamin akuntabilitas organisasi.

Pelayanan kesehatan identik dengan layanan medis yang diberikan oleh petugas kesehatan terhadap pasien atau klien yang datang. Walaupun tidak semua yang datang ke pelayanan kesehatan mendapatkan tindakan medis, namun apapun solusi yang diberikan oleh petugas kesehatan terhadap masalah yang dihadapi, setiap tahapan dan langkah-langkah yang dilakukan sudah diatur dalam prosedur yang sudah ditetapkan, sehingga layanan yang diberikan selalu konsisten walaupun diberikan oleh petugas kesehatan yang berbeda.

Salah satu fasilitas pelayanan kesehatan adalah rumah sakit dan perlu melakukan *good clinical governance*. Beberapa audit mutu internal yang dilakukan untuk menjamin mutu pelayanan kesehatan di rumah sakit yaitu:

a. Audit medis

Audit medis dilakukan secara berkala dengan tujuan untuk melakukan evaluasi mutu pelayanan medis, mengetahui penerapan standar pelayanan medis dan melakukan perbaikan pelayanan sesuai dengan kebutuhan pasien dan standar pelayanan medis (Kemenkes, 2005). Tindakan medis adalah rangkaian prosedur yang dilakukan tenaga kesehatan untuk melakukan pencegahan, pengobatan dan pemulihan kesehatan pasien berdasarkan indikasi dan diagnosis penyakit yang dialaminya. Tindakan medis yang dilakukan kepada pasien telah mendapat persetujuan oleh pasien atau keluarganya (*inform concen*).

Audit medis internal dilakukan oleh rekan sejawat dengan melakukan kegiatan sistemik yang terdiri atas

kegiatan review, surveillance dan asesmen pelayanan medis yang telah dilakukan. Audit medis merupakan upaya evaluasi secara professional yang dilakukan oleh profesi medis dengan menggunakan rekam medis pasien dengan tujuan utama untuk *patient safety* yaitu keselamatan dan keamanan pasien.

Langkah-langkah persiapan audit medis, rumah sakit menetapkan tim pelaksana audit medis. menyusun pedoman, standar operasional prosedur, standar, kriteria dan jenis penyakit yang akan dilakukan audit medis, membudayakan upaya *self assessment*, sehingga setiap orang atau unit kerja di rumah sakit sudah terbiasa dengan siklus *Plan, Do, Check, Action*. Rumah sakit membuat ketentuan agar setiap memberikan pelayanan medis, wajib membuat rekam medis dan diisi dengan lengkap, melakukan sosialisasi dan pelatihan persiapan pelaksanaan audit medis.

Pelaksanaan audit medis melibatkan auditor, klien dan auditee. Auditor adalah rekan sejawat yang melakukan audit, harus memiliki keterampilan yang cukup dalam melaksanakan suatu audit. Jumlah auditor tergantung ruang lingkup, ukuran organisasi dan permintaan klien. Klien adalah pelanggan auditor atau orang, kelompok atau departemen yang meminta audit. Auditee adalah area, fungsi atau orang yang akan di audit, memiliki tanggung jawab untuk membantu dan memfasilitasi pelaksanaan audit. Mengkaji kesimpulan dan rekomendasi hasil audit serta melakukan tindakan korektif sebagai tindak lanjut perbaikan rekomendasi hasil audit.

Menurut Pedoman Audit Medis yang diterbitkan oleh Kemenkes (2005), tim atau panitia pelaksana audit medis dibentuk oleh direktur rumah sakit, berada di bawah komite medis atau panitia yang dibentuk khusus untuk itu. Tim audit yang dibentuk terdiri atas kelompok

staf medis. bagian rekam medis, konsultan tamu atau organisasi profesi terkait.

Beberapa persyaratan yang harus dipenuhi dalam melakukan audit medis yaitu; dilaksanakan dengan penuh tanggung jawab dengan tujuan untuk peningkatan mutu pelayanan dan bukan untuk menyalahkan; dilaksanakan secara objektif, independen, menjaga rahasia pasien dan rahasia kedokteran; hasil audit dianalisis oleh kelompok staf medis yang kompeten sesuai bidang pelayanan atau kasus yang diaudit; publikasi hasil audit dilakukan dengan mempertimbangkan kerahasiaan pasien dan citra rumah sakit.

b. Audit rekam medis

Audit rekam medis terkait kelengkapan pengisian rekam medis yang dilakukan oleh sub komite rekam medis. Kelengkapan pengisian rekam medis menjadi hal yang sangat penting untuk meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan, melindungi hak pasien dan tenaga medis, serta memastikan kepastian hukum dalam proses perawatan medis. Rekam medis yang akurat dan lengkap juga penting untuk penanganan kasus medis, penelitian, dan pemantauan kualitas layanan kesehatan.

c. Audit mutu internal sertifikasi mutu tertentu

Institusi pelayanan kesehatan adalah sebuah lembaga yang memberikan jasa pelayanan kesehatan yang didukung oleh berbagai sistem pendukung agar layanan kesehatan yang diberikan dapat berjalan baik dan bermutu. Selain audit medis dan rekam medis, berbagai fasilitas pelayanan kesehatan secara mandiri mengajukan diri untuk memperoleh sertifikasi mutu lainnya untuk memastikan layanan kesehatan yang diberikan benar-benar prima.

Beberapa rumah sakit telah tersertifikasi ISO 9001:2015 terkait *Quality Managemen System*, ISO 14001:2015 tentang *Enviroment Manajemen System*,

450001:2018 sertifikasi untuk *Occupational Health and Safety Management* dan berbagai jenis sertifikasi mutu lainnya. Sertifikasi ini juga menerapkan audit mutu internal sesuai dengan dengan standar dan prosedur masing-masing sertifikasi yang dilakukan secara berkala.

2. Audit Mutu Eksternal

Audit mutu eksternal adalah penilaian kepatuhan fasilitas pelayanan kesehatan terhadap standar atau indikator mutu yang ditetapkan lembaga eksternal dan diaudit oleh auditor dari lembaga eksternal tersebut. Peningkatan mutu sesuai standar eksternal merupakan upaya peningkatan mutu secara keseluruhan dengan melakukan perbaikan secara terus menerus dan berkesinambungan.

Kegiatan yang termasuk kegiatan peningkatan mutu eksternal berupa perizinan, akreditasi dan sertifikasi. Akreditasi merupakan pengakuan terhadap mutu pelayanan fasilitas kesehatan setelah dilakukan penilaian bahwa fasilitas kesehatan tersebut telah memenuhi standar akreditasi yang dipersyaratkan oleh pemerintah. Beberapa bentuk audit mutu eksternal fasilitas pelayanan kesehatan yaitu:

a. Akreditasi rumah sakit

Akreditasi rumah sakit di atur melalui Permenkes Tahun 2022, karena rumah sakit merupakan instansi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna dengan menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan dan gawat darurat. Akreditasi rumah sakit memiliki tujuan untuk meningkatkan mutu dan keselamatan pasien di rumah sakit.

Rumah sakit yang mengajukan permohonan survei akreditasi paling sedikit harus memenuhi persyaratan perizinan yang masih berlaku dari Kementerian Kesehatan, direktur atau kepala rumah sakit harus seorang tenaga medis atau yang mempunyai kemampuan dan keahlian di bidang perumahnyasakit, memiliki izin

pengelolaan limbah cair yang masih berlaku, memiliki kerjasama dengan pihak ketiga untuk pengelolaan limbah B3, seluruh tenaga medis memiliki Surat Tanda Registrasi dan Surat Izin Praktik yang masih berlaku, rumah sakit bersedia untuk melaksanakan kewajiban peningkatan mutu dan keselamatan pasien, pemenuhan sarana prasarana dan alat kesehatan minimal 60% dan telah tervalidasi 100% oleh Kementerian Kesehatan dan Dinas Kesehatan.

Tahapan penilaian akreditasi berupa persiapan dan penjelasan survei, penyampaian dan pemeriksaan dokumen, telusur dan kunjungan lapangan, penilaian dan penutupan. Hasil akreditasi ditentukan berdasarkan pemenuhan standar dengan hasil paripurna, utama, madya dan tidak terakreditasi. Saat ini terdapat beberapa lembaga independen yang menyelenggarakan akreditasi rumah sakit di Indonesia yaitu Komisi Akreditasi Rumah Sakit (KARS), Lembaga Akreditasi Rumah Sakit Indonesia (LARSI), Lembaga Akreditasi Fasilitas Kesehatan Indonesia (LAFKI) dan Lembaga Akreditasi Rumah Sakit (LARS).

b. Akreditasi Puskesmas

Puskemas merupakan fasilitas kesehatan primer yang memberikan pelayanan kesehatan dasar kepada masyarakat dengan tantangan menyediakan dan mempertahankan layanan yang bermutu. Standar Akreditasi Puskesmas diatur melalui Permenkes Tahun 2023 dengan tujuan untuk pembinaan dan peningkatan mutu pelayanan

Standar akreditasi puskesmas mencakup beberapa kelompok yaitu kepemimpinan dan manajemen puskesmas, penyelenggaraan upaya kesehatan masyarakat yang berorientasi upaya promotif dan preventif, kesehatan perorangan, laboratorium, farmasi, program prioritas nasional dan peningkatan mutu puskesmas.

c. Akreditasi dan sertifikasi fasilitas kesehatan lainnya

Akreditasi fasilitas kesehatan lainnya seperti klinik, laboratorium kesehatan, unit transfusi darah, tempat praktik mandiri dokter, dan tempat praktik mandiri dokter gigi diatur dalam Permenkes Nomor 34 Tahun 2022. Akreditasi memiliki tujuan meningkatkan dan menjamin mutu pelayanan dan keselamatan bagi pasien dan masyarakat, memberikan perlindungan bagi sumber daya manusia yang bekerja, meningkatkan tata kelola organisasi dan pelayanan serta mendukung program pemerintah di bidang kesehatan.

Beberapa fasilitas kesehatan selain terakreditasi oleh Kementerian Kesehatan juga telah tersertifikasi oleh lembaga yang menyelenggarakan sertifikasi mutu lainnya seperti tersertifikasi ISO untuk memberikan jaminan kepada masyarakat tentang kualitas pelayanan yang mereka terima.

d. Akreditasi internasional

Fasilitas kesehatan yang terakreditasi internasional dapat meningkatkan kepercayaan publik untuk menggunakan layanan yang diberikan. Standar mutu yang ditetapkan oleh lembaga akreditasi internasional berorientasi global, sehingga standar yang harus dipenuhi oleh fasilitas pelayanan kesehatan semakin lengkap dan komprehensif.

Akreditasi internasional rumah sakit adalah proses evaluasi dan sertifikasi kualitas layanan rumah sakit yang dilakukan oleh lembaga internasional yang terpercaya. Lembaga akreditasi internasional seperti Joint Commission International (JCI) menggunakan standar yang ketat untuk memastikan bahwa rumah sakit memenuhi standar kualitas dan keselamatan pasien global.

Menurut JCI (2017), beberapa persyaratan yang harus dipenuhi rumah sakit untuk dapat mengajukan akreditasi yaitu rumah sakit memenuhi semua persyaratan untuk penyerahan data dan informasi tepat waktu, menyediakan informasi yang akurat dan lengkap di

semua fase proses akreditasi, melaporkan dalam 30 hari sejak tanggal efektif setiap perubahan dalam profil rumah sakit (basis data atau informasi) sebelum dan diantara survei, mengizinkan evaluasi di tempat terhadap standar dan kepatuhan kebijakan, verifikasi masalah, keselamatan dan laporan.

Syarat JCI lainnya yaitu mengizinkan lembaga luar meninjau salinan asli hasil atau laporan evaluasi eksternal dari badan yang diakui publik, rumah sakit memilih dan menggunakan ukuran dalam sistem peningkatan mutunya, menunjukkan secara akurat bagian yang terakreditasi JCI, setiap staf rumah sakit dapat melaporkan kekhawatiran tentang keselamatan pasien dan perawatan kepada JCI tanpa tindakan balasan dari rumah sakit, layanan penerjemahan dan interpretasi bahasa Inggris profesional selama survei, menginformasikan cara menghubungi rumah sakit dan JCI untuk melaporkan masalah keselamatan pasien dan kualitas perawatan, menyediakan perawatan pasien di lingkungan yang tidak menimbulkan risiko ancaman langsung terhadap keselamatan pasien, masyarakat dan staf rumah sakit.

Fasilitas kesehatan yang konsisten menjalankan audit mutu internal dan eksternal akan memberikan dampak peningkatan kualitas, kepatuhan, efisiensi, manajemen risiko, kepercayaan, perbaikan sistem dan budaya mutu yang luar biasa kepada organisasi dalam rangka memberikan pelayanan prima untuk memenuhi dan melampaui harapan pengguna. Diharapkan fasilitas kesehatan yang berorientasi mutu memberikan kontribusi yang maksimal bagi peningkatan kesehatan masyarakat.

DAFTAR PUSTAKA

- AICPA. (2017). *Audit and Accounting Guide Health Care Entities*. New York: American Institute of Certified Public Accountants, Inc.
- Donabedian, A. (2003). *An Introduction to Quality Assurance in Health Care*. United States of America: Oxford University Press.
- JCI. (2017). *Joint Commission International Accreditation Standards for Hospitals*. 6th Edition. Joint Commission International
- Kepmenkes. (2023). Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor HK.01.07/Menkes/165/2023 tentang Standar Akreditasi Pusat Kesehatan Masyarakat. Kementerian Kesehatan.
- Kepmenkes. (2022). Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor Hk.01.07/Menkes/1128/2022 tentang Standar Akreditasi Rumah Sakit. Kementerian Kesehatan.
- Kepmenkes. (2005). Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 496/Menkes/SK/IV/2005 tentang Pedoman Audit Medis di Rumah Sakit. Kementerian Kesehatan.
- Permenkes. (2022). Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 30 Tahun 2022 tentang Indikator Nasional Mutu Pelayanan Kesehatan Tempat Praktik Mandiri Dokter dan Dokter Gigi, Klinik, Pusat Kesehatan Masyarakat, Rumah Sakit, Laboratorium Kesehatan, dan Unit Transfusi Darah. Kementerian Kesehatan.
- Permenkes. (2022). Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 34 Tahun 2022 tentang Akreditasi Pusat Kesehatan Masyarakat, Klinik, Laboratorium Kesehatan, Unit Transfusi Darah, Tempat Praktik Mandiri Dokter, dan Tempat Praktik Mandiri Dokter Gigi. Kementerian Kesehatan.
- Pitt S-A. (2014). *Internal Quality Audit, Developing a Quality Assurance and Improvement Program*. New Jersey: Wiley.
- Pohan, IS. (2007). *Manajemen Mutu Layanan Kesehatan, Dasar-dasar Pengertian dan Penerapan*. Jakarta: EGC

RS Peln. (2023). RS Peln Raih 3 Sertifikasi ISO Sekaligus. 11 November 2023. <https://www.rspelni.co.id/rs-pelni-resmi-memperoleh-tiga-sertifikat-iso-berstandar-internasional/>

Undang-Undang. (2023). Undang-Undang RI Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan

BIODATA PENULIS



Dr. Ni Nyoman Kasihani, M.Kes. lahir di Mopugad, 14 Februari 1976. Menyelesaikan pendidikan D4 Perawat Gigi Pendidik dan S2 Manajemen Pelayanan Kesehatan Gigi di Universitas Gadjah Mada serta S3 Teknologi Pendidikan di Universitas Negeri Jakarta. Sampai saat ini penulis sebagai Dosen di Jurusan Kesehatan Gigi Poltekkes Kemenkes Jakarta I.

BAB 8

Pengukuran Kepuasan Pasien dan Responsivitas Pelayanan

Heru Cahya Indra.,A.Md.PK, SE MKM

A. Pendahuluan

Kualitas layanan kesehatan semakin mendapatkan perhatian masyarakat, terutama di era digital dan setelah pandemi. Perubahan pola hidup, meningkatnya kesadaran masyarakat terhadap hak-hak kesehatan, serta kemajuan teknologi informasi mendorong tuntutan terhadap pelayanan kesehatan yang tidak hanya efektif secara medis, tetapi juga responsif dan berorientasi pada pasien. Rumah sakit sebagai salah satu fasilitas pelayanan kesehatan memiliki tanggung jawab penting untuk menyediakan layanan yang aman, efektif, dan memuaskan bagi masyarakat (Anfal, 2020). Dalam mengevaluasi mutu pelayanan rumah sakit, **kepuasan pasien** menjadi salah satu indikator yang krusial. Kepuasan ini tercipta saat layanan yang dirasakan oleh pasien sesuai atau bahkan melebihi harapan mereka. Dua faktor utama yang memengaruhi mutu layanan adalah layanan yang diharapkan dan layanan yang dirasakan. Jika pelayanan yang diberikan mampu memenuhi harapan pasien, maka dapat dikatakan bahwa pelayanan tersebut bermutu dan berkontribusi positif terhadap peningkatan kualitas layanan kesehatan. Oleh karena itu, pengukuran tingkat kepuasan pelanggan menjadi salah satu metode penting dalam menilai kinerja rumah sakit dalam memberikan pelayanan kepada masyarakat.

Dengan demikian, kepuasan pasien dan responsivitas pelayanan memiliki peran strategis dalam pengembangan kebijakan pelayanan kesehatan yang berfokus pada pasien. Analisis yang komprehensif terhadap kedua aspek ini menjadi fondasi penting dalam mendorong transformasi pelayanan kesehatan yang lebih humanis, efektif, dan berkelanjutan.

B. Pengukuran Kepuasan Pasien Dan Responsivitas Pelayanan

1. Pelayanan kesehatan

Menurut Undang-Undang nomor 17 tahun (2023). tentang kesehatan menetapkan bahwa Pelayanan Kesehatan mencakup seluruh jenis aktivitas dan/atau rangkaian aktivitas yang disediakan secara langsung untuk individu atau komunitas dengan tujuan untuk memelihara serta meningkatkan kualitas kesehatan masyarakat dalam bentuk promosi, pencegahan, pengobatan, rehabilitasi, atau perawatan paliatif. Setiap orang, keluarga, dan komunitas memiliki hak untuk mendapatkan perlindungan terhadap kesehatan mereka, dan negara memiliki tanggung jawab untuk memastikan bahwa hak untuk hidup sehat terpenuhi bagi semua warganya, termasuk masyarakat yang hidup dalam kemiskinan.

a. Penyelenggaraan Kesehatan memiliki tujuan sebagai berikut :

- 1) Meningkatkan pola hidup yang lebih sehat
- 2) Meningkatkan aksesibilitas serta kualitas layanan kesehatan dan sumber daya kesehatan
- 3) Meningkatkan manajemen sumber daya manusia yang optimal dan efisien;
- 4) Memenuhi kebutuhan masyarakat terkait layanan kesehatan
- 5) Memperkuat ketahanan kesehatan dalam menghadapi kejadian luar biasa atau wabah
- 6) Menjamin tersedianya kesehatan yang berkelanjutan, adil, serta dikelola dengan cara yang transparan, efektif, dan efisien

- 7) Mewujudkan pengembangan dan pemanfaatan teknologi kesehatan yang berkesinambungan
 - 8) Memberikan perlindungan serta kepastian hukum bagi pasien, sumber daya manusia kesehatan, dan masyarakat.
- b. Fasilitas Pelayanan Kesehatan meliputi
- 1) Fasilitas Pelayanan Kesehatan tingkat pertama
Merupakan fasilitas pelayanan yang terdiri dari Puskesmas, klinik pratama dan praktik mandiri Tenaga Medis atau Tenaga Kesehatan.
 - 2) Fasilitas Pelayanan Kesehatan tingkat lanjut
Merupakan Fasilitas Pelayanan Kesehatan yang meliputi pelayanan spesialisik dan/atau pelayanan subspecialistik yang dapat berupa: Rumah Sakit, Klinik utama, Balai Kesehatan dan Praktik mandiri Tenaga Medis atau Tenaga Kesehatan.
 - 3) Fasilitas Pelayanan Kesehatan penunjang.
Fasilitas Pelayanan Kesehatan penunjang menyelenggarakan Pelayanan Kesehatan yang menunjang Pelayanan Kesehatan primer dan Pelayanan Kesehatan lanjutan. dapat berdiri sendiri atau dapat bergabung dengan Fasilitas Pelayanan Kesehatan tingkat pertama dan Fasilitas Pelayanan Kesehatan tingkat lanjut.

2. Kepuasan Pasien

a. Pengertian kepuasan pasien

Karunia, et al (2021) mengemukakan Kepuasan pasien merupakan situasi dimana keinginan, harapan, dan kebutuhan pasien terpenuhi. Sebuah layanan dianggap memuaskan jika mampu memenuhi kebutuhan dan harapan konsumen.

Kepuasan konsumen adalah perbandingan antara keyakinan konsumen dan kualitas layanan yang diberikan oleh rumah sakit dalam bentuk kinerja. Kualitas pelayanan dianggap memuaskan jika hasilnya melebihi harapan, sehingga dapat dianggap ideal. Staf sebuah organisasi pada dasarnya adalah aset utama yang tidak bisa digantikan oleh sumber daya lain, karena kualitas suatu institusi tercermin dari pelayanan dan fasilitas, serta sarana yang tidak akan berarti tanpa adanya karyawan yang mengelolanya (Oktavia Dewi, 2021). Kepuasan pasien merupakan indikator krusial dalam penilaian kualitas layanan kesehatan. Meningkatnya kepuasan pasien dapat mencerminkan efektivitas dan efisiensi layanan, serta mendukung hubungan yang positif antara pasien dan penyedia layanan kesehatan (Indrasari, 2019)

b. faktor - faktor yang mempengaruhi kepuasan pasien

Kemudian menurut (Daga, 2019) faktor - faktor yang mempengaruhi kepuasan pasien dipaparkan dalam beberapa aspek seperti:

1) Kualitas Produk

Ada 6 elemen dari kualitas produk yaitu :

- a) Kinerja
- b) Daya Tahan
- c) Fitur
- d) Reabilita
- e) Estetika
- f) Penampilan Produk.

Kualitas dapat diartikan sebagai segala sesuatu yang menentukan kepuasan konsumen dan upaya perusahaan untuk melakukan perubahan kearah perbaikan terus menerus. Konsumen puas setelah membeli atau menggunakan produk atau jasa dan ternyata kualitas produknya baik.

2) Kualitas Pelayanan (Service Quality)

Kualitas pelayanan mempunyai konsep yang sering dikenal dengan SerQual yang memiliki 5 dimensi yaitu bukti fisik, kehandalan, ketanggapan, jaminan, dan empati. Untuk memberikan kualitas pelayanan yang baik dan sesuai dengan apa yang diharapkan oleh konsumen, diperlukan pembentukan sikap dan perilaku dari karyawan itu sendiri karena, faktor manusia memegang kontribusi 70% oleh karena itu, tidak mengherankan kualitas pelayanan sulit ditiru.

Zeithaml (2019) menyatakan bahwa terdapat lima elemen utama dari kualitas pelayanan publik yang merupakan hasil rangkuman dari sepuluh aspek sebelumnya. Elemen-elemen kualitas pelayanan publik ini dikenal dengan nama SERVQUAL (kualitas pelayanan), yang terdiri dari:

- a) Bukti Fisik (Tangibles).
- b) Keandalan (Reliability)
- c) Daya Tanggap (Responsiveness).
- d) Keyakinan (Assurance).
- e) Empathy (Empati).

3) Faktor Emosional

Faktor emosional memiliki pengaruh penting terhadap kepuasan pelanggan. Pelanggan cenderung merasakan kepuasan saat menggunakan barang yang mereka beli, yang bisa terlihat dari rasa bangga, kepercayaan diri, atau tanda keberhasilan ketika mereka memakai produk dari merek terkenal.

4) Faktor Kemudahan

Secara fundamental, kepuasan pelanggan dapat terwujud apabila terdapat kemudahan, kenyamanan, dan efisiensi dalam memperoleh barang atau layanan yang ingin mereka terima.

3. Responsivitas Pelayanan

a. Pengertian Responsivitas

Responsivitas merupakan Tanggapan awal (Ulfa Mutmainnah, 2020) terhadap komplain sebaiknya dilakukan sesegera mungkin. Ini bisa berupa balasan otomatis yang memberi tahu pelanggan bahwa keluhan mereka diterima dan sedang dalam proses penanganan. Responsivitas Merujuk pada kemampuan penyedia untuk mengidentifikasi apa yang diperlukan oleh masyarakat, menyusun agenda serta memprioritaskan layanan, dan merancang program-program pelayanan yang sesuai dengan kebutuhan dan harapan masyarakat. Responsivitas berarti reaksi awal terhadap keluhan yang harus dilakukan dengan cepat . (Anandita & Rahmawati, 2024).

b. Faktor faktor responsivitas dalam pelayanan

Menurut (Ulfa Mutmainnah, 2020) berikut beberapa faktor responsivitas dalam pelayanan yang berpengaruh terhadap kepuasan pelanggan:

- 1) Responsif
- 2) Memahami Isu
- 3) Memberikan Solusi
- 4) Komunikasi Jelas
- 5) Fleksibilitas dan Akuntabilitas
- 6) Pengawasan dan Tindak Lanjut

4. Hubungan kepuasan pasien dan responsivitas pelayanan

Menurut Sari (2020) kepuasan pasien adalah suatu yang dipengaruhi oleh persepsi mereka sendiri terhadap kualitas suatu pelayanan, jika kualitas suatu pelayanan tinggi tidak hanya dapat meningkatkan kepuasan dari pasien, tetapi juga akan berdampak positif terhadap kualitas hidup pasien, pemenuhan kebutuhan medis dan kelangsungan pelayanan kesehatan. ada tiga hal yang dapat mereponsiv kepuasan pasien rawat jalan tersebut yaitu dengan :

- a. kemampuan merespon didasarkan pada perilaku dan tanggapan baik. Hal ini dapat dilihat dari kesopanan, keramahan, keadilan yang ditunjukkan dalam melayani.
- b. kecepatan melayani yang didasarkan pada waktu pelayanan setiap hari dan kelincahan petugas belum berjalan sesuai dengan ketentuan yang ditetapkan
- c. ketepatan melayani didasarkan pada prosedur pelayanan dan kecermatan petugas sudah baik.

Hal ini dapat dilihat dari kefokusannya petugas dan tidak terjadi kekeliruan dalam pelayanan dengan kata lain petugas memberikan pelayanan yang sesuai dengan keinginan pasien dan pelayanan dilakukan sesuai dengan prosedur yang telah ditetapkan.

Penelitian ini didukung dengan penelitian yang dilakukan oleh (Sihombing, 2023) yang menunjukkan bahwa kepuasan pasien dipengaruhi oleh berbagai faktor, termasuk waktu pendaftaran pelayanan. Kualitas pelayanan berhubungan positif dengan kepuasan pasien, semakin tinggi kualitas pelayanan, semakin besar kepuasan yang dirasakan pasien.

Oleh karena itu, penting untuk memperbaiki waktu pelayanan dengan cara mengurangi waktu tunggu pasien di rawat jalan.

DAFTAR PUSTAKA

- Herlambang, Susatyo. 2016. "Manajemen Pelayanan Kesehatan Rumah Sakit."
- Kemendes RI. 2013. *Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 71*. Jakarta.
- Kosasih, Dan Vip Paramarta. 2020. "Peningkatan Kualitas Pelayanan Kesehatan Dan Pengaruhnya Terhadap Peningkatan Kepuasan Pasien Di Puskesmas." *Soshum Insentif* 1: 67-76.
- Muh.Yohan S. Mamonto, Veronica A. Kumurur, Dan Johannes Van Rate. 2022. "Analisis Ketersediaan Sarana Kesehatan Terhadap Penanggulangan Covid-19 Di Kota Manado." *Spasial* 9: 23-31.
- Sudirman, Riska Yanuarti, Oktarianita, Fini Fajrini, Sitti Kurnia Widihastuti,. 2023. "Manajemen Mutu Pelayanan Kesehatan." Dalam Palu: Ara Digital Mandiri, 1-250.
- Sumiati, Aindah Safitri Dinata, Dan Dewi Agustina. 2023. "Manajemen Mutu Pelayanan Kesehatan Era Jaminan Kesehatan Nasional." *Kesehatan Tambusai* 4: 2714-18.
- Undang-Undang. 2023. *Tentang Kesehatan*. Jakarta.

BIODATA PENULIS



Heru Indra Cahya, MKM lahir di Jakarta, pada 07 Agustus 1971. Menyelesaikan pendidikan S2 Kesehatan Masyarakat Universitas Muhammadiyah Prof. Dr. Hamka Jakarta. Sampai saat ini penulis sebagai Dosen di Prodi DIII Rekam Medis dan Informasi Kesehatan

BAB 9

Pelaporan dan Analisis Insiden (Insiden Keselamatan Pasien/IKP)

Apt, Fathul Jannah, S.Si., SpFRS

A. Pendahuluan

Keselamatan pasien (*patient safety*) saat ini telah menjadi prioritas utama bagi rumah sakit. *Patient safety* didefinisikan terbebas dari *accidental injury* dengan menjamin keselamatan pasien melalui penetapan sistem operasional, meminimalisir kemungkinan kesalahan dan meningkatkan pencegahan agar kecelakaan tidak terjadi dalam proses pelayanan. Keselamatan pasien merupakan suatu sistem yang memberikan pelayanan kepada pasien dengan tidak menimbulkan cedera. Keselamatan pasien meliputi penilaian terjadinya risiko, pengenalan, pengelolaan risiko terhadap pasien, melaporkan dan menganalisa, usaha melakukan pembelajaran secara berkelanjutan, serta penerapan solusi agar tidak terjadi cedera akibat kelalaian melakukan sebuah tindakan maupun karena tidak melakukan tindakan yang seharusnya dilakukan.

Institute of Medicine (IOM) merekomendasikan pengembangan keselamatan pasien yang merujuk kepada budaya organisasi untuk memprediksi peluang kesalahan yang didapat melalui survey untuk mengetahui iklim keselamatan pasien di rumah sakit.

Pelaporan secara baik akan memberikan dukungan positif terhadap upaya- upaya identifikasi resiko insiden yang menyebabkan ancaman keselamatan pasien. Pelaporan yang baik juga akan memberikan respon positif untuk membangun sistem pelayanan yang berorientasi pada keselamatan pasien. Menurut Komite Keselamatan Pasien Rumah Sakit (2015),

pencatatan dan pelaporan insiden keselamatan pasien dilakukan oleh siapa saja staf RS yang menemukan pertama kali atau semua staf yang terlibat dalam kejadian/insiden dalam memberikan pelayanan kepada pasien. Kemudian segera menyerahkan kepada Atasan langsung berupa laporan untuk selanjutnya melakukan investigasi sederhana dan dilaporkan ke Tim KP di RS.

World Health Organization (WHO) pada 2020 dalam *Patient safety incident reporting and learning systems: technical report and guidance* mendefinisikan Pelaporan insiden keselamatan pasien (IKP) merupakan hal yang penting dalam program peningkatan keselamatan pasien. Pelaporan insiden dapat membantu menemukan dan menyelesaikan masalah dengan mengaplikasikan metode sebagaimana prosedur Pelaporan IKP.

B. Insiden Keselamatan Pasien dan Pelaporan

1. Insiden Keselamatan Pasien (IKP) dan Pelaporan

Insiden Keselamatan Pasien (IKP) adalah setiap kejadian atau situasi yang dapat mengakibatkan atau berpotensi mengakibatkan *harm* (penyakit, cedera, cacat, kematian dan lain-lain) yang seharusnya tidak terjadi. Adapun jenis IKP meliputi 5 hal yaitu Kondisi Potensial Cedera (KPC)/ *reportable circumstance*, Kejadian Nyaris Cedera (KNC)/ *near miss*, Kejadian Tidak Cedera (KTC), Kejadian Tidak Diharapkan (KTD)/ *Adverse Event* dan kejadian Sentinel/ *sentinel event*. Kondisi Potensial Cedera (KPC)/ *reportable circumstance* adalah kondisi yang sangat berpotensi menimbulkan cedera tetapi belum terjadi insiden, sedangkan Kejadian Nyaris Cedera (KNC)/ *near miss* adalah suatu insiden yang belum terpapar ke pasien sehingga tidak menimbulkan cedera pada pasien. Kejadian Tidak Cedera (KTC) adalah insiden yang sudah terpapar ke pasien tetapi tidak menimbulkan cedera dapat terjadi karena keberuntungan atau peringanan. Jika insiden yang terjadi kepada pasien mengakibatkan cedera yang tidak diharapkan sebagai akibat suatu tindakan (*commission*) atau

karena tidak bertindak (*omission*) bukan karena *underlying disease* atau kondisi pasien maka disebut insiden jenis Kejadian Tidak Diharapkan (KTD)/ *Adverse Event*. Jika KTD menyebabkan kematian atau cedera serius maka disebut dengan insiden jenis sentinel (*sentinel event*)

Laporan insiden keselamatan pasien adalah pelaporan secara tertulis setiap Kondisi Potensial Cedera (KPC), Kejadian Nyaris Cedera (KNC), Kejadian Tidak Cedera (KTC), Kejadian Tidak Diharapkan (KTD) ataupun *sentinel event* yang menimpa pasien. Laporan IKP dibuat oleh siapapun yang menemukan insiden atau orang yang terlibat langsung dalam insiden. Pelaporan IKP beserta analisis masalahnya merupakan salah satu metode yang digunakan untuk mengidentifikasi risiko.

Sistem pelaporan Insiden Keselamatan Pasien (IKP) akan membuat setiap orang dalam organisasi peduli bahaya atau potensi bahaya yang dapat terjadi pada pasien. Pelaporan juga penting digunakan dalam upaya memonitor pencegahan terjadinya kesalahan (*error*) sehingga diharapkan dapat mendorong dilakukannya investigasi selanjutnya. Pelaporan insiden sangat penting karena laporan akan menjadi awal proses pembelajaran untuk mencegah kejadian yang sama terulang kembali.

Upaya pelaporan insiden keselamatan pasien salah satunya diupayakan oleh rumah sakit dengan menciptakan suatu sistem pelaporan mulai dari kebijakan, alur pelaporan, formulir pelaporan, dan prosedur pelaporan yang harus disosialisasikan terlebih dahulu kepada seluruh pegawai. Adapun sosialisasi tersebut meliputi maksud, tujuan, manfaat, alur pelaporan, bagaimana cara mengisi formulir laporan insiden, kapan harus melaporkan, pengertian-pengertian dalam sistem pelaporan serta cara menganalisa laporan. Beberapa masalah yang sering menghambat dalam pelaporan insiden keselamatan pasien yaitu laporan dipersepsikan sebagai pekerjaan perawat, laporan sering disembunyikan/ *underreport* karena takut

disalahkan, laporan sering terlambat dan bentuk laporan miskin data karena adanya budaya menyalahkan (*blame culture*)

Alur pelaporan insiden yaitu apabila terjadi suatu insiden (KPC/ KNC/KTC/KTD/sentinel) di rumah sakit, wajib segera ditindaklanjuti (dicegah/ditangani) untuk mengurangi dampak/ akibat yang tidak diharapkan. Setelah ditindaklanjuti, petugas harus segera membuat laporan insiden dengan mengisi formulir laporan insiden pada akhir jam kerja / shift kepada atasan langsung (paling lambat 2 x 24 jam), diharapkan untuk tidak menunda laporan. Laporan diserahkan kepada atasan langsung pelapor (atasan langsung disepakati sesuai keputusan manajemen: Supervisor / Kepala Bagian / Instalasi / Departemen / Unit). Atasan langsung akan memeriksa laporan dan melakukan grading risiko terhadap insiden yang dilaporkan, lalu dari hasil grading akan menentukan bentuk investigasi dan analisa yang akan dilakukan. Laporan hasil investasi dan laporan insiden selanjutnya dikirim ke tim Keselamatan Pasien Rumah Sakit (KPRS). Tim KPRS akan menganalisa kembali hasil investigasi dan laporan insiden untuk menentukan apakah perlu dilakukan investigasi lanjutan (RCA) dengan melakukan *regrading*. Setelah melakukan RCA, tim KPRS akan membuat laporan dan rekomendasi untuk perbaikan serta pembelajaran berupa petunjuk / "*safety alert*" untuk mencegah kejadian yang sama terulang kembali. Hasil RCA, rekomendasi dan rencana kerja dilaporkan kepada direksi, sedangkan rekomendasi untuk perbaikan dan pembelajaran diberikan umpan balik kepada unit kerja terkait serta sosialisasi kepada seluruh unit di rumah sakit. Unit kerja terkait akan membuat analisa kejadian di satuan kerja masing - masing, sedangkan monitoring dan evaluasi perbaikan akan terus dilakukan oleh tim KPRS.

2. Keselamatan Pasien

Petugas kesehatan (perawat) mendedikasikan diri mereka untuk membantu pasien dalam tindakan pencegahan penyakit maupun pemulihan kesehatan. Upaya-upaya terbaik telah dilakukan namun masih banyak pasien yang secara tidak sengaja cedera oleh sistem pelayanan kesehatan di tempat mereka mencari bantuan. Sistem keselamatan pasien di rumah sakit hadir untuk memahami lebih jauh mengapa cedera dapat terjadi, bagaimana hal tersebut dapat terjadi dan bagaimana upaya untuk melakukan pencegahan.

Keselamatan pasien didefinisikan sebagai suatu upaya untuk menurunkan terjadinya cedera yang berhubungan dengan pelayanan kesehatan hingga ke tingkat minimum yang dapat diterima. Tingkat minimum yang dapat diterima merujuk pada pengetahuan yang dimiliki saat ini, sumber daya yang tersedia, dan konteks dimana pelayanan diberikan. Peraturan Menteri Kesehatan RI No 11 Th 2017 keselamatan pasien adalah suatu sistem yang membuat asuhan pasien lebih aman yang meliputi asesmen risiko, identifikasi dan pengelolaan risiko pasien, pelaporan dan analisis insiden, kemampuan belajar dari insiden dan tindak lanjutnya, serta implementasi solusi untuk meminimalkan timbulnya risiko dan mencegah terjadinya cedera yang disebabkan oleh kesalahan akibat melaksanakan suatu tindakan atau tidak mengambil tindakan yang seharusnya diambil.

Pengembangan lingkungan kerja dan budaya yang lebih aman di lingkungan pelayanan kesehatan sehingga keselamatan pasien dapat terjamin dilakukan melalui pendekatan pemikiran berdasarkan sistem. Apabila terjadi kejadian yang tidak diharapkan pada pasien bukan berarti petugas kesehatan yang terlibat pada insiden tersebut yang dapat disalahkan, tetapi lingkungan dan sistem tempat mereka bekerja memiliki peranan yang penting.

3. Sasaran Keselamatan Pasien

Maksud dan tujuan dari sasaran keselamatan rumah sakit tidak lain adalah guna meningkatkan perbaikan supaya terjadi peningkatan mutu dan keselamatan pasien. Sasaran keselamatan pasien meliputi 6 hal yaitu sebagai berikut:

a. Mengidentifikasi pasien dengan benar

Rumah sakit harus menetapkan minimal 2 identitas wajib yang digunakan untuk mengidentifikasi pasien supaya kesalahan dalam pemberian layanan kesehatan dapat dihindari. Identitas tersebut dapat berupa nama, tanggal lahir, nomor rekam medis, nomor register, nomor KTP atau bentuk identitas lainnya yang telah ditetapkan. Dua identitas tersebut digunakan di seluruh layanan rumah sakit mulai dari rawat jalan, rawat inap, kamar operasi, IGD, ruang pemeriksaan diagnostik maupun unit yang lainnya.

b. Meningkatkan komunikasi yang efektif

Rumah Sakit (RS) meningkatkan regulasi untuk melaksanakan proses peningkatan efektivitas komunikasi verbal dan atau komunikasi melalui telepon antar Profesional Pemberi Asuhan (PPA). Komunikasi yang efektif adalah yang tepat waktu, akurat, lengkap, tidak ambigu yang diterima oleh penerima informasi yang bertujuan untuk mengurangi kesalahan-kesalahan dan meningkatkan keselamatan pasien. Sebagai upaya peningkatan komunikasi yang efektif, RS menerapkan regulasi mengenai pelaporan hasil kritis dan menetapkan serta melaksanakan komunikasi dalam proses *hand over* (serah terima).

c. Meningkatkan keamanan obat-obat yang harus diwaspadai (*High Allert Medications / HAM*)

Rumah Sakit menetapkan dan melaksanakan regulasi dalam upaya meningkatkan keamanan terhadap obat-obat yang perlu diwaspadai yang bisa dari golongan elektrolit konsentrat maupun obat- obatan lain yang bila

terjadi kesalahan dalam penggunaannya dapat berakibat fatal serta membahayakan keselamatan pasien. Obat-obat yang termasuk dalam golongan obat HAM yaitu obat resiko tinggi; obat-obat yang nama, label dan kemasannya mirip (*look alike*) dan bunyi ucapannya sama (*sound alike*)serta jenis elektrolit konsentrat. Obat resiko tinggi yaitu obat-obat yang bila terjadi kesalahan dalam pemberiannya dapat menyebabkan kematian atau kecacatan seperti misalnya antikoagulan,, insulin, sitostatika, agonis adrenergik, analgesik narkotika, psikotropika, anti aritmia, kardioplejik, anti trombolitik dan agen radiokontras. Obat-obatan yang termasuk golongan obat HAM dikelola sedemikian rupa mulai dari proses peresepan, penyimpanan, penataan dan penggunaannya. Saat akan diberikan ke pasien petugas harus melakukan proses *double check*. Hal ini dilakukan untuk menghindari *medication error*.

- d. Memastikan lokasi pembedahan yang benar, prosedur yang benar dan pembedahan pada pasien yang benar
Terjadinya kesalahan lokasi, prosedur maupun salah pasien pada tindakan pembedahan adalah suatu hal yang mungkin terjadi yang dapat berakibat fatal bagi pasien. Hal tersebut dapat terjadi oleh beberapa sebab seperti komunikasi yang tidak adekuat antar anggota tim, pasien tidak dilibatkan dalam memastikan ketepatan lokasi operasi dan tidak adanya prosedur verifikasi, asesmen pasien tidak lengkap, catatan rekam medis tidak lengkap, komunikasi terbuka antar anggota tim belum membudaya, tulisan dalam RM pasien tidak jelas, tidak lengkap atau tidak terbaca serta masih adanya penggunaan singkatan yang tidak terstandar. Untuk meningkatkan keamanan dalam prosedur pembedahan maka ketetapan yang harus dipatuhi adalah memberikan penanda pada lokasi yang akan dilakukan pembedahan (*site marking*), melakukan

verifikasi pra operasi dan melakukan proses *Time Out* sesaat sebelum melakukan insisi.

- e. Mengurangi Risiko Infeksi terkait Pelayanan Kesehatan
Pencegahan dan pengendalian infeksi merupakan salah satu tantangan di lingkungan fasilitas kesehatan. Kenaikan angka infeksi terkait pelayanan kesehatan menjadi keprihatinan bagi pasien dan petugas kesehatan. Secara umum, infeksi terkait pelayanan kesehatan dapat terjadi di semua unit layanan kesehatan, termasuk infeksi saluran kencing disebabkan oleh kateter, infeksi pembuluh / aliran darah terkait pemasangan infus baik perifer maupun sentral, dan infeksi paru-paru terkait penggunaan ventilator.

Upaya terpenting untuk menghilangkan masalah infeksi adalah dengan menjaga kebersihan tangan melalui cuci tangan. Pedoman kebersihan tangan (*hand hygiene*) tersedia dari *World Health Organization* (WHO). Rumah sakit mengadopsi pedoman kebersihan tangan (*hand hygiene*) dari WHO ini untuk dipublikasikan di seluruh rumah sakit. Staf diberi pelatihan bagaimana melakukan cuci tangan dengan benar dan prosedur menggunakan sabun, disinfektan, serta handuk sekali pakai (*towel*) di lokasi sesuai dengan pedoman.

Adapun *five Mommment* cuci tangan yaitu sebelum kontak dengan pasien, sebelum melakukan tindakan aseptik, setelah kontak dengan pasien, setelah kontak cairan tubuh pasien dan setelah kontak lingkungan pasien. Kebersihan tangan dapat dilakukan melalui 2 cara yaitu *hand wash* (40-60 detik) dengan menggunakan sabun dan air mengalir dan *hand rub* (20-30 detik) dengan menggunakan cairan berbasis alkohol.

- f. Mengurangi risiko cedera pasien akibat jatuh
RS melakukan upaya untuk menurunkan risiko cedera akibat pasien jatuh salah satunya melalui skrining pasien risiko jatuh. Adapun skala pengukurannya yaitu *morse fall* pada pasien dewasa, *humpty dumpty* pada

pasien anak-anak dan *edmonson* pada pasien psikiatri. Berbagai faktor yang meningkatkan risiko pasien jatuh antara lain kondisi pasien, gangguan fungsional pasien (contoh gangguan keseimbangan, gangguan penglihatan, atau perubahan status kognitif), lokasi atau situasi lingkungan rumah sakit, riwayat jatuh pasien, konsumsi obat tertentu dan konsumsi alkohol. Pasien pada saat skrining ditemukan terdapat risiko jatuh sedang atau tinggi yang maka harus mendapatkan intervensi yang sesuai supaya kejadian jatuh yang dapat menimbulkan cedera dapat diantisipasi.

4. Faktor-Faktor yang Menyebabkan Kejadian IKP

a. Sistem pelayanan kesehatan yang kompleks.

Pelayanan kesehatan modern merupakan sistem yang sangat kompleks karena menghubungkan banyak orang, aktivitas dan teknologi dalam memberikan pelayanan kepada pasien. Faktor-faktor terkait yang berada didalam sebuah sistem akan berkontribusi dalam keselamatan pasien sehingga agar pelayanan kesehatan yang diberikan kepada pasien bersifat aman dan mengutamakan keselamatan pasien maka sistem tersebut harus terbentuk dengan baik.

b. Mutu dan keselamatan yang kurang terjamin.

Pelayanan kesehatan dikatakan bermutu apabila memiliki kemampuan untuk melakukan hal-hal yang tepat, untuk pasien yang tepat, pada saat yang tepat, dengan hasil terbaik dan dengan biaya terjangkau. Mutu memiliki 8 dimensi yang terdiri dari ketepatan waktu, efektivitas, keselamatan, kesetaraan, efisiensi, kepedulian, pelayanan yang berkesinambungan dan berpusat pada pasien. Keselamatan adalah bebas dari cedera yang dapat dihindari. Tujuan dari keselamatan adalah untuk menghindari, mencegah dan mengurangi hasil yang tidak diharapkan yang muncul dari proses pelayanan. Tanpa adanya keselamatan maka pelayanan yang bermutu tidak akan tercapai.

c. Faktor manusia.

Manusia merupakan pusat dari sebuah sistem yang bertugas merancang, mengoperasikan, memelihara teknologi serta menjaga prosesnya agar tetap berjalan dengan baik. Manusia juga memiliki tugas untuk mengambil keputusan, menghindari potensi kesalahan, menangkap kesalahan serta mengurangi efek dari kesalahan-kesalahan tersebut. Manusia harus bekerja sama dan saling mendukung satu sama lain untuk dapat mencapai tujuan yang ditetapkan dalam sebuah sistem. Beberapa hal negatif yang mungkin terjadi dan akan sangat berdampak pada kinerja manusia yaitu misalnya efek terjadinya kelelahan dan beban kerja yang tinggi. Perbaikan dan peningkatan kontribusi kinerja manusia pada sebuah sistem dapat dicapai dengan cara menghindari hal-hal yang dapat berdampak negatif tersebut dan memilih orang yang tepat untuk sebuah tugas / pekerjaan.

d. Kerjasama tim dan komunikasi yang kurang efektif

Organisasi yang handal yang mampu memberikan pelayanan yang menjamin keselamatan pasien dapat tercapai dengan adanya kerjasama tim yang baik dan komunikasi yang efektif. Sebuah tim memiliki karakteristik utama terdiri dari dua atau lebih individu, dimana masing-masing individu memiliki peran dan tugas yang spesifik, saling berinteraksi dan berkoordinasi untuk mencapai suatu hasil atau tujuan. Kerjasama tim adalah komponen kinerja yang saling bergantung satu sama lain untuk mengkoordinasikan kinerja dari tiap anggota tim secara efektif. Komunikasi adalah proses penyampaian informasi dari individu yang satu kepada yang lain melalui sebuah pesan. Komunikasi yang efektif adalah transmisi informasi yang akurat yang menyebabkan penerima pesan memahami apa yang disampaikan oleh pemberi pesan.

5. Sembilan Solusi Keselamatan Pasien di Rumah Sakit.

Solusi keselamatan pasien merupakan suatu sistem yang dibuat untuk mencegah atau mengurangi cedera pasien yang mungkin timbul sebagai akibat pelayanan rumah sakit. WHO telah menetapkan sembilan solusi keselamatan pasien di rumah sakit pada tahun 2007. Sembilan solusi keselamatan ini terdiri dari perhatikan Nama Obat, Rupa dan Ucapan Mirip (NORUM)/ *Lool Alike, Sound Alike Medications names (LASA)*, pastikan identifikasi pasien, komunikasikan secara benar saat serah terima/ pengoperan pasien, pastikan tindakan yang benar pada sisi tubuh yang benar, kendalikan cairan elektrolit pekat (*concentrated*), pastikan akurasi pemberian obat pada pengalihan pelayanan, hindari salah kateter dan salah sambung selang (*tube*), gunakan alat injeksi sekali pakai serta tingkatkan kebersihan tangan (*hand hygiene*) untuk pencegahan infeksi nosokomial.

6. Tujuh Langkah Keselamatan Pasien

Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan RI NO 11 Tahun 2017 ada tujuh langkah keselamatan pasien yang meliputi membangun kesadaran akan nilai keselamatan pasien, memimpin dan mendukung staf, mengintegrasikan aktivitas pengelolaan risiko, mengembangkan sistem pelaporan, melibatkan dan berkomunikasi dengan pasien, belajar dan berbagi pengalaman tentang keselamatan pasien serta mencegah cedera melalui implementasi sistem keselamatan pasien.

DAFTAR PUSTAKA

- Alifiani,F., Artiawati, I. R., & Wulandari, R.Y. (2018). Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Pelaporan Insiden Keselamatan Pasien di Rumah Sakit Putera Bahagia Cirebon Tahun 2018. *Jurnal Keselamatan Pasien*, Hal. 1-11.
- Elrifda S. Budaya Patient Safety dan Karakteristik Kesalahan Pelayanan : Implikasi Kebijakan di Salah Satu Rumah Sakit di Kota Jambi Patient Safety Culture and Healthcare Error Characteristics : Implication of Policy at A Hospital in. 2011; (05):67-76.
- Jenita, A., Arief, Y. S., & Misbahatul, E. (2019). Analisis Faktor yang Berhubungan dengan Pelaporan Insiden Keselamatan Pasien pada Perawat. *Fundamental and Management Nursing Journal*, 2(1), 7-15
- Dominika Priska Tsu, Tadeus A.L, Regaletha, Y. h K. J. (2022). Pengaruh Mutu Pelayanan Kesehatan terhadap Tingkat Kepuasan Peserta JKN di Puskesmas Oesapa Tahun 2022. *Jurnal Kesehatan Masyarakat., Vol.1. No.*
- Kementerian Kesehatan. (2017). *Pedoman Pelaporan Insiden Keselamatan Pasien (IKP) (Patient Safety Incident Report)*. Retrieved Mei 27, 2019, from PERSI: <http://www.pdpersi.co.id/>
- Komite Nasional Keselamatan Pasien Rumah Sakit (2015). *Pedoman nasional keselamatan pasien rumah sakit Edisi III*. Jakarta
- Najihah. (2018). Budaya Keselamatan Pasien dan Insiden Keselamatan Pasien di Rumah Sakit: Literatur Review. *Journal Of Islamic Nursing*, Volume 3 Nomor 1, 1-8
- Panesar, S. S., Carson, A.S., Salvilla, S. A., & Sheikh, A. (2017). *At a Glance*. Jakarta: Erlangga
- Puji lestari A, Maidin A, Anggraeni R. RSUP DR . WAHIDIN SUDIROHUSODO TAHUN 2013 Patient Safety Culture Overview by Nurses in Implementing the Services in Inpatient Installation of Dr. Wahidin Sudirohusodo Hospital in 2013 Bagian Manajemen Rumah Sakit , Fakultas Kesehatan Masyarakat , UNHAS , M. 2013;1-13
- Rangkuti, D.S.R., Silaen, M., & Jamaludin. (2018). Analisis Penyebab

Ketidaktepatan Waktu Pelaporan Insiden Keselamatan Pasien di RSUD Bunda Thamrin. *Journal Of Medical Record*, Vol. 1, No. 2, 76-86

Tristantia, A.D. (2018). Evaluasi Sistem Pelaporan Insiden Keselamatan Pasien di Rumah Sakit. *Jurnal Administrasi Kesehatan Indonesia*, Volume 6 No 2, 83-94

World Health Organization. (2020). *Patient Safety Incident Reporting and Learning. Systems*. In Technical report and guidance

BIODATA PENULIS



Apt. Fathul Jannah, S.Si, SpFRS. lahir di Medan, pada 9 Desember 1974. Menyelesaikan pendidikan S1 dan profesi Apoteker di FMIPA Universitas Sumatera Utara dan Spesialis Farmasi Rumah Sakit (SpFRS) di Fakultas Farmasi Universitas Airlangga, Surabaya. Sampai saat ini penulis sebagai Dosen di Prodi Farmasi, Fakultas Ilmu Kesehatan, Universitas Sains Cut Nyak Dien, Langsa, Aceh.

BAB 10

Tim Mutu dan Peran Unit Penjaminan Mutu

Karningsih, S.Kep., Ners., MKM

A. Pendahuluan

Sistem Penjaminan Mutu (SPM) adalah rangkaian unsur dan proses terkait mutu suatu organisasi atau institusi pelayanan kesehatan yang saling berkaitan dan tersusun secara teratur dalam menjamin dan meningkatkan mutu pelayanan kesehatan secara berencana dan berkelanjutan. Sistem Penjaminan Mutu akan berjalan sukses bila ada dukungan dari berbagai unsur, salah satunya ada unit penjaminan mutu pelayanan kesehatan. Keberadaan unit penjaminan mutu sangat penting untuk peningkatan mutu pelayanan kesehatan secara berkesinambungan. Unit Penjaminan Mutu Pelayanan Kesehatan (Unit Quality Assurance/QA) adalah sebuah unit atau tim di dalam organisasi pelayanan kesehatan yang bertanggung jawab untuk memastikan bahwa pelayanan kesehatan yang diberikan memenuhi standar kualitas yang telah ditetapkan. Unit ini melakukan kegiatan secara berkelanjutan, sistematis, objektif, dan terpadu untuk mengidentifikasi masalah, menetapkan solusi, dan mengevaluasi hasil untuk meningkatkan mutu pelayanan.

Unit Penjaminan Mutu Pelayanan Kesehatan dalam menjalankan tugas dan fungsinya memiliki tim yang akan menjalankan dan memastikan bahwa sistem pelayanan kesehatan sudah sesuai dengan standar pelayanan kesehatan. Tim penjaminan mutu mengkoordinasikan pelaksanaan sistem penjaminan mutu di institusi atau fasilitas kesehatan, memastikan keberadaan dokumen mutu institusi pelayanan

kesehatan, mengkoordinasikan kegiatan umpan balik klien atau masyarakat, dokter, perawat, bidan dan tenaga kesehatan lainnya, pengguna dan mitra kerja institusi, serta melakukan diseminasi hasil-hasil pertemuan atau kegiatan mengenai penjaminan mutu dari pimpinan kepada karyawan atau staf di institusi.

Unit penjaminan mutu juga harus dapat mengembangkan kerangka kerja mutu pelayanan kesehatan melalui pendekatan dimensi mutu yang meliputi layanan kesehatan yang efektif, efisien, mudah diakses, dapat diterima oleh pelanggan (fokus kepada pasien, adil, serta aman. Dimensi mutu pelayanan kesehatan ini kemudian berkembang menjadi tujuh dimensi, yaitu efektif, keselamatan, berorientasi kepada pasien/pengguna layanan, tepat waktu, efisien, adil dan terintegrasi.

B. Tim Mutu Dan Peran Unit Penjaminan Mutu

Tim mutu dan unit penjaminan mutu adalah dua identitas yang terkait erat dalam memastikan standar mutu yang tinggi. Tim mutu biasanya lebih fokus pada aspek operasional dan implementasi kualitas, sementara unit penjaminan mutu bertugas untuk memastikan standar mutu tersebut dipenuhi dan berkelanjutan.

1. Tim mutu

a. Pengertian

Tim mutu adalah sekelompok sumberdaya manusia yang ditunjuk atau dibentuk untuk memastikan dan meningkatkan kualitas suatu produk atau layanan kesehatan. Mereka bertanggung jawab untuk mengidentifikasi, mengukur, dan memperbaiki proses agar pelayanan kesehatan yang dilaksanakan sesuai dengan standar mutu yang telah ditetapkan.

b. Tujuan

Tim mutu bertujuan untuk menciptakan budaya mutu di organisasi, mendorong peningkatan kualitas secara terus menerus, dan memastikan kepuasan pelanggan, khususnya kepuasan dalam pelayanan Kesehatan.

c. Manfaat Tim Mutu:

- 1) Meningkatkan mutu pelayanan kesehatan.
- 2) Meningkatkan keselamatan pasien.
- 3) Menurunkan risiko kesalahan medis.
- 4) Menjaga kepuasan pasien.
- 5) Meningkatkan efisiensi dan efektivitas pelayanan.
- 6) Memenuhi standar akreditasi.

d. Tugas tim mutu

- 1) Bertanggung jawab atas penerapan standar mutu dalam proses produksi, layanan, atau kegiatan lainnya.
- 2) Melakukan pengawasan dan pengendalian mutu untuk memastikan produk atau layanan memenuhi kriteria yang telah ditetapkan.
- 3) Melakukan identifikasi dan pemecahan masalah yang terkait dengan kualitas.
- 4) Contoh: tim mutu di rumah sakit membantu kepala atau direktur rumah sakit dalam mengelola dan memandu program peningkatan mutu dan keselamatan pasien dan manajemen risiko di rumah sakit yang tertuang dalam Permenkes 80 tahun 2020, diantaranya: menyusun kebijakan sesuai dengan standar yang ditetapkan (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2020).

e. Peran tim mutu

Tim mutu berperan sebagai pendukung dalam pengembangan dan penerapan sistem manajemen mutu. Berikut ini beberapa peran tim mutu dalam pelayanan kesehatan yang meliputi :

- 1) Perencanaan dan pengembangan program mutu, yaitu merencanakan dan mengembangkan program mutu yang selaras dengan kebutuhan pelayanan kesehatan dan standar yang ditetapkan.
- 2) Pelaksanaan dan pemantauan program mutu, yaitu memastikan program mutu dilaksanakan sesuai rencana dan melakukan pemantauan secara berkala.

- 3) Audit internal, yaitu melakukan audit internal untuk menilai kepatuhan terhadap standar dan prosedur yang berlaku.
- 4) Penanganan keluhan, yaitu menerima, menindaklanjuti, dan menanggulangi keluhan dari pasien atau masyarakat terkait pelayanan kesehatan.
- 5) Identifikasi dan mitigasi risiko, yaitu mengidentifikasi potensi risiko dan melakukan upaya mitigasi untuk mencegah kejadian yang tidak diinginkan.
- 6) Peningkatan mutu berkelanjutan, melakukan evaluasi dan perbaikan mutu secara berkelanjutan berdasarkan data dan hasil audit.
- 7) Pengembangan budaya mutu, yaitu berperan dalam mengembangkan dan mempromosikan budaya mutu di seluruh unit pelayanan.
- 8) Peningkatan kompetensi:berperan dalam meningkatkan kompetensi tenaga kesehatan terkait standar dan prosedur mutu.

f. Struktur tim mutu

- 1) Ketua tim mutu, tugasnya memimpin tim dan bertanggung jawab atas perencanaan, pelaksanaan, dan pengawasan kegiatan mutu.
- 2) Sekretaris tim mutu, tugasnya bertanggung jawab atas administrasi, pencatatan, dan pelaporan kegiatan tim.
- 3) Koordinator mutu yang terdiri dari administrasi, unit kendali mutu, unit kerja pendukung. Koordinator ini bertanggung jawab atas kegiatan mutu di masing-masing unit pelayanan.
- 4) Tim audit internal, tugasnya bertanggung jawab atas pelaksanaan audit internal dan tindak lanjut hasil audit. Tim mutu yang efektif, dapat meningkatkan pelayanan kesehatan baik kualitasnya, keselamatan pasien terjaga, dan kepercayaan masyarakat terhadap pelayanan kesehatan meningkat.

Misal : Tim Audit Mutu Internal dalam rumah sakit biasanya dilakukan oleh tim auditor internal yang sudah

terlatih dan memiliki kompetensi sesuai dengan prinsip audit. Tim ini dapat terdiri dari berbagai anggota seperti dokter, perawat, tenaga kesehatan lainnya, atau bahkan pihak ketiga yang sudah tersertifikasi.

Struktur tim mutu dapat disesuaikan dengan kebutuhan dan kondisi fasilitas pelayanan kesehatan. Berikut contoh struktur tim mutu, misal :

• **Struktur tim mutu puskesmas :**

Ketua, umumnya dipegang oleh Kepala Puskesmas atau wakilnya.

Sekretaris, biasanya dipegang oleh staf yang bertanggung jawab atas administrasi dan dokumentasi.

Anggota, terdiri dari perwakilan berbagai fungsi di puskesmas, seperti:

- Bagian Pelayanan Klinis: Dokter, perawat, bidan.
- Bagian Pelayanan Farmasi: Apoteker.
- Bagian Laboratorium: Teknisi laboratorium.
- Bagian Administrasi: Staf administrasi.
- Bagian Sanitasi dan Gizi: Staf yang terkait (Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan Kemenkes RI, 2016)

• **Struktur tim mutu rumah sakit :**

Struktur tim mutu di rumah sakit biasanya terdiri dari Ketua Komite Mutu, Sekretaris Komite Mutu, dan anggota yang meliputi Subkomite Peningkatan Mutu, Subkomite Keselamatan Pasien, dan Subkomite Manajemen Risiko. Anggota komite mutu dapat berasal dari berbagai departemen di rumah sakit, termasuk tenaga medis, keperawatan, dan tenaga kesehatan lainnya. Susunan umum komite mutu, dapat dilihat pada contoh berikut ini :

Ketua komite mutu, bertanggung jawab untuk memimpin, mengkoordinir, dan mengevaluasi pelaksanaan program peningkatan mutu dan keselamatan pasien.

Sekretaris komite mutu, bertugas untuk mengatur rapat, menjadwalkan rapat, dan membuat laporan pelaksanaan kegiatan komite.

Anggota komite mutu, terdiri dari beberapa subkomite yang fokus pada area spesifik:

- **Subkomite peningkatan mutu**, bertanggung jawab untuk mengidentifikasi area yang perlu ditingkatkan, merancang program peningkatan mutu, dan mengukur efektivitas program tersebut.
- **Subkomite keselamatan pasien**, fokus pada pencegahan kesalahan medis, pengurangan risiko pasien, dan peningkatan keselamatan pasien.
- **Subkomite manajemen risiko**, bertanggung jawab untuk mengidentifikasi dan mengelola risiko yang dapat terjadi di rumah sakit, serta mengembangkan strategi mitigasi risiko (Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan Kemenkes RI, 2022).

2. Unit penjaminan mutu

a. Unit penjaminan mutu:

- Bertanggung jawab untuk membangun dan mengelola sistem penjaminan mutu.
- Melakukan audit mutu internal untuk mengevaluasi efektivitas sistem penjaminan mutu yang ada.
- Memastikan bahwa semua pihak yang terlibat dalam organisasi memahami dan menerapkan sistem penjaminan mutu dengan benar.
- Contoh: unit penjaminan mutu di rumah sakit akan memastikan bahwa proses pelayanan kesehatan memenuhi standar mutu yang telah ditetapkan oleh rumah sakit dan pemerintah.

b. Perbedaan dan hubungan antara tim mutu dengan unit penjaminan mutu :

- Tim mutu biasanya berada di bawah koordinasi unit penjaminan mutu.

- Unit penjaminan mutu memberikan panduan, standar, dan prosedur bagi tim mutu dalam menjalankan tugasnya.
- Tim mutu bertanggung jawab atas penerapan standar mutu di lapangan, sedangkan unit penjaminan mutu bertanggung jawab atas perbaikan dan pengembangan sistem penjaminan mutu secara keseluruhan.

c. Tujuan

Unit ini bertujuan untuk meningkatkan mutu pelayanan kesehatan, memastikan kepuasan pasien, dan memenuhi standar yang berlaku.

d. Peran

Peran unit penjaminan mutu (UPM) dalam menjaga dan meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan adalah sebagai berikut

- 1) Menetapkan dan memenuhi standar mutu
Memastikan bahwa pelayanan kesehatan memenuhi standar yang telah ditetapkan, baik oleh institusi sendiri maupun oleh standar nasional dan internasional.
- 2) Mengidentifikasi dan menganalisis masalah mutu
Mengidentifikasi masalah mutu secara rutin yang mungkin ada dalam pelayanan, misalnya kesalahan medis, komplikasi pasien, atau ketidakpuasan pasien.
- 3) Mengembangkan dan melaksanakan solusi
UPM mengembangkan solusi untuk mengatasi masalah mutu yang telah diidentifikasi, misalnya melalui pelatihan, perubahan SOP, atau penggunaan teknologi baru.
- 4) Memantau dan mengevaluasi hasil
Memantau implementasi solusi dan mengevaluasi hasil yang dicapai untuk memastikan bahwa masalah mutu telah teratasi dan pelayanan terus meningkat.
- 5) Meningkatkan kinerja pelayanan
UPM terus berusaha meningkatkan kinerja pelayanan melalui berbagai kegiatan, seperti audit mutu internal, akreditasi, dan peningkatan kompetensi tenaga medis.

- 6) Membantu menyusun dokumen mutu
Membantu menyusun dokumen mutu, seperti Standar Operasional Prosedur (SOP), panduan klinis, dan indikator mutu.
- 7) Mengkoordinasi kegiatan Sistem penjaminan mutu internal (SPMI)
Melakukan koordinasi pelaksanaan SPMI termasuk persiapan Audit Mutu Internal (AMI) dan akreditasi.
- 8) Melakukan Evaluasi Diri
UPM membantu menyusun Laporan Evaluasi Diri (LED) untuk mengidentifikasi kekuatan dan kelemahan pelayanan kesehatan, dan merumuskan rencana perbaikan.
- 9) Meningkatkan Keselamatan Pasien:
Berperan dalam meningkatkan keselamatan pasien dengan mencegah kesalahan medis dan mengurangi risiko komplikasi.
- 10) Meningkatkan kepuasan pasien
Melakukan upaya meningkatkan kepuasan pasien dengan memastikan pelayanan yang berkualitas, responsif, dan berorientasi pada kebutuhan pasien.
Dengan peran-peran tersebut, UPM menjadi kunci dalam menjaga dan meningkatkan mutu pelayanan kesehatan di berbagai fasilitas kesehatan, mulai dari rumah sakit hingga puskesmas

e. **Tanggung Jawab**

Unit ini bertanggung jawab untuk memastikan bahwa semua aspek pelayanan kesehatan, termasuk input, proses, dan output, memenuhi standar mutu.

f. **Manfaat**

Unit ini memberikan manfaat seperti peningkatan efektivitas dan efisiensi pelayanan, peningkatan kepuasan pasien, serta perlindungan terhadap risiko hukum dan gugatan.

Unit penjaminan mutu dapat terdiri dari berbagai departemen atau tim, tergantung dari kebutuhan institusi rumah sakit atau fasilitas Kesehatan lainnya. Berikut ini contoh unit penjaminan

mutu dalam sebuah rumah sakit yang terdiri dari beberapa tim, yaitu :

- **Tim inspeksi mutu**
Bertanggung jawab untuk memeriksa dan mengevaluasi mutu pelayanan di berbagai departemen rumah sakit.
- **Tim Pelayanan Pasien**
Bertanggung jawab untuk mengumpulkan umpan balik dari pasien dan keluarga untuk mengetahui kepuasan mereka.
- **Tim Manajemen Risiko**
Bertanggung jawab untuk mengidentifikasi dan mengelola risiko yang mungkin terjadi selama proses pelayanan.
- **Tim Gugus Kendali Mutu**
Bertanggung jawab untuk melakukan tindakan perbaikan mutu berdasarkan hasil evaluasi dan identifikasi masalah.

DAFTAR PUSTAKA

- Ariga, R. A. 2020. *Buku Ajar Implementasi Manajemen Pelayanan Kesehatan Dalam Keperawatan*. Deepublish.
- Bramantoro, T. 2017. *Pengantar Klasifikasi dan Akreditasi Pelayanan Kesehatan: Penjelasan Praktis dari Undang-Undang dan Peraturan Menteri Kesehatan*. Airlangga University Press.
- Cahyani, D. Y. A. A., dan Wahyuningsih, A. 2018. Mutu Pelayanan Kesehatan Dan Kepuasan Pasien. *Jurnal Stikes Rs Baptis Kediri*, 11(1).
- Cut Sriyanti. 2016. *Mutu Layanan Kebidanan Dan Kebijakan Kesehatan*. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. Jakarta
- Djuari, L. 2021. *Buku Ajar Manajemen Pelayanan Kesehatan*. Airlangga University Press.
- Direktorat Mutu Dan Akreditasi Pelayanan Kesehatan Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan Kementerian Kesehatan Republik Indonesia .2016. *Pedoman Pengendalian Dan Peningkatan Mutu Di Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama*. Jakarta.
- Direktorat Peningkatan Mutu Tenaga Kesehatan Direktorat Jenderal Tenaga Kesehatan Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. 2024. *Rencana Kerja Tahunan*. Jakarta.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. 2020. *Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 80 Tahun 2020 Tentang Komite Mutu Rumah Sakit*. Jakarta.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. 2022. *Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor Hk.01.07/Menkes/1128/2022 Tentang Standar Akreditasi Rumah Sakit*. Jakarta.

BIODATA PENULIS



Karningsih, AMKeb., S.Kep., Ners., MKM. Lahir di Jakarta tanggal 27 Desember 1966. Riwayat Pendidikan: Lulus D III Keperawatan Depkes Jakarta tahun 1989, Lulus D III Kebidanan Poltekkes Kemenkes Jakarta III tahun 2006. Lulus Sarjana dan profesi FIK-UI tahun 2002, Lulus Magister FKM-UI dengan Peminatan Mutu Layanan Kesehatan tahun 2010. Bekerja sebagai dosen Jurusan Kebidanan Poltekkes Kemenkes Jakarta III dari tahun 2000 sampai sekarang. Saat ini aktif melakukan penelitian, pengabdian kepada masyarakat dan menulis buku dibidang kebidanan, kesehatan reproduksi dan kesehatan masyarakat. Email Penulis: karningsihsudiro@gmail.com

BAB 11

Manajemen Mutu Berbasis Teknologi Informasi

Meilin Anggreyni, M.Pd.

A. Pendahuluan

Manajemen mutu merupakan salah satu aspek fundamental dalam upaya peningkatan daya saing organisasi di era globalisasi. Dengan semakin berkembangnya teknologi informasi, paradigma manajemen mutu pun mengalami transformasi yang signifikan. Teknologi informasi tidak hanya berperan sebagai alat bantu, tetapi juga menjadi fondasi utama dalam mendukung proses perencanaan, pelaksanaan, pengawasan, dan evaluasi mutu di berbagai sektor, baik pendidikan, industri, maupun layanan public (Muhdar et al., 2023). Perubahan ini menuntut organisasi untuk mampu beradaptasi dan mengintegrasikan teknologi informasi dalam setiap lini manajemen mutu agar dapat mencapai hasil yang optimal.

Penerapan manajemen mutu berbasis teknologi informasi telah terbukti memberikan dampak positif terhadap peningkatan kinerja organisasi. Penelitian terbaru menunjukkan bahwa integrasi antara total quality management (TQM) dan teknologi informasi secara simultan mampu meningkatkan kinerja operasional, seperti yang terjadi di sektor industri maupun pendidikan (Pratama & Sulistiyani, 2023). Hal ini terjadi karena teknologi informasi memudahkan proses pengumpulan data, analisis, serta pengambilan keputusan secara cepat dan akurat, sehingga proses perbaikan mutu dapat dilakukan secara berkelanjutan dan terukur.

Di sektor pendidikan, manajemen mutu berbasis teknologi informasi menjadi kebutuhan yang tidak terelakkan. Lembaga pendidikan yang mengadopsi sistem informasi manajemen mampu meningkatkan efektivitas perencanaan, penjaminan mutu, hingga perbaikan berkelanjutan. Penelitian pada berbagai satuan pendidikan di Indonesia menunjukkan bahwa pemanfaatan teknologi informasi dalam manajemen mutu mendukung terciptanya layanan pendidikan yang lebih transparan, akuntabel, dan responsif terhadap kebutuhan peserta didik dan masyarakat (Muhdar et al., 2023). Hal ini juga mendorong terciptanya budaya mutu yang lebih kuat di lingkungan pendidikan.

Namun, implementasi manajemen mutu berbasis teknologi informasi juga menghadapi berbagai tantangan, seperti keterbatasan infrastruktur, kurangnya sumber daya manusia yang kompeten, serta lemahnya koordinasi antarunit kerja. Penelitian di lingkungan perguruan tinggi menunjukkan bahwa meskipun sistem informasi akademik telah terintegrasi, masih terdapat kendala dalam hal instrumentasi pengendalian mutu dan komitmen dari seluruh pemangku kepentingan untuk membangun budaya mutu berbasis teknologi (Imam Makruf, 2018). Oleh karena itu, diperlukan upaya strategis untuk memperkuat kapasitas kelembagaan dan sumber daya manusia agar penerapan manajemen mutu berbasis teknologi informasi dapat berjalan efektif dan berkelanjutan.

B. Manajemen Mutu Berbasis Teknologi Informasi

1. Defenisi dan Prinsip Dasar

Manajemen mutu berbasis teknologi informasi merupakan pendekatan pengelolaan mutu yang mengintegrasikan prinsip-prinsip manajemen mutu dengan pemanfaatan teknologi informasi dan komunikasi (TIK) untuk meningkatkan efektivitas, efisiensi, dan transparansi dalam proses manajemen mutu. Konsep ini berfokus pada penggunaan sistem informasi digital untuk mendukung perencanaan mutu (quality planning), penjaminan mutu (quality control), serta perbaikan dan

peningkatan mutu (quality improvement) secara berkelanjutan. Dengan demikian, teknologi informasi bukan hanya sebagai alat bantu, melainkan menjadi fondasi utama dalam pengelolaan mutu yang adaptif dan responsif terhadap perubahan kebutuhan organisasi.

Prinsip dasar manajemen mutu berbasis teknologi informasi mengacu pada standar dan model manajemen mutu yang telah ada, seperti ISO 9001, yang menekankan pada pendekatan proses, orientasi pelanggan, keterlibatan seluruh pihak, pengambilan keputusan berbasis data, dan perbaikan berkelanjutan (Susilo & Rohman, 2017). Teknologi informasi memungkinkan implementasi prinsip-prinsip tersebut secara lebih efektif melalui digitalisasi dokumentasi, monitoring real-time, audit internal berbasis sistem, serta analisis data mutu yang lebih cepat dan akurat. Hal ini mendorong transparansi dan akuntabilitas dalam setiap proses mutu di organisasi.

Secara konseptual, model manajemen mutu berbasis teknologi informasi dapat dipahami sebagai kerangka konseptual yang menyederhanakan dan menggambarkan proses kerja mutu dengan dukungan teknologi digital. Model ini membantu organisasi dalam memahami dan mengelola proses mutu secara sistematis dengan memanfaatkan perangkat lunak, perangkat keras, dan jaringan komunikasi untuk mengumpulkan, menyimpan, mengolah, dan menyebarkan informasi mutu secara terintegrasi. Dengan demikian, model ini tidak hanya merepresentasikan realitas proses mutu, tetapi juga memfasilitasi visualisasi dan pengendalian mutu yang lebih efektif.

Penggunaan teknologi informasi dalam manajemen mutu juga memperkuat aspek pengawasan dan evaluasi mutu melalui sistem informasi manajemen yang terintegrasi. Contohnya, dalam konteks pendidikan, teknologi informasi digunakan untuk mengelola data mutu pendidikan, melaksanakan supervisi dan audit internal

secara digital, serta melakukan perbaikan mutu berdasarkan analisis data yang akurat dan terkini. Hal ini memungkinkan lembaga pendidikan untuk meningkatkan kualitas layanan secara berkelanjutan dengan dukungan teknologi yang handal (Muhdar et al., 2023).

Manajemen mutu berbasis teknologi informasi merupakan sinergi antara prinsip-prinsip manajemen mutu tradisional dan kemajuan teknologi digital yang menghasilkan sistem manajemen mutu yang lebih adaptif, efisien, dan responsif. Pendekatan ini sangat relevan di era digital saat ini, di mana kebutuhan akan kecepatan, akurasi, dan transparansi dalam pengelolaan mutu menjadi sangat penting untuk mencapai keunggulan kompetitif dan keberlanjutan organisasi (Susilo & Rohman, 2017).

2. Manajemen Mutu Berbasis Teknologi Informasi di Dunia Kesehatan

Manajemen mutu berbasis teknologi informasi di dunia kesehatan merupakan integrasi antara prinsip-prinsip manajemen mutu dengan pemanfaatan teknologi digital untuk meningkatkan kualitas layanan kesehatan secara efektif, efisien, dan aman. Teknologi informasi di sektor kesehatan meliputi sistem rekam medis elektronik (EMR/EHR), sistem informasi manajemen rumah sakit (SIMRS), aplikasi pengelolaan aset, serta teknologi pendukung pengambilan keputusan klinis yang memungkinkan penyedia layanan kesehatan memperoleh data pasien yang akurat dan komprehensif secara real-time (Maryati & Utami, 2023).

Penerapan teknologi informasi dalam manajemen mutu kesehatan memberikan berbagai manfaat, antara lain peningkatan akurasi dan kecepatan akses data pasien, pengurangan kesalahan medis, serta peningkatan koordinasi antar tenaga medis. Misalnya, rekam medis elektronik menggantikan sistem manual yang rawan kesalahan, sehingga meminimalkan risiko kesalahan diagnosis dan pengobatan. Selain itu, sistem informasi yang

terintegrasi memungkinkan monitoring mutu pelayanan secara berkelanjutan dan mendukung pengambilan keputusan berbasis data yang lebih tepat (Maryati & Utami, 2023).

Teknologi informasi juga meningkatkan efisiensi operasional di fasilitas kesehatan dengan mengotomatisasi proses administrasi dan pengelolaan sumber daya, sehingga tenaga medis dapat lebih fokus pada pelayanan pasien. Sistem manajemen aset rumah sakit (SAMRS) membantu pengelolaan perlengkapan medis dan obat-obatan, mendukung ketersediaan alat dan bahan yang diperlukan untuk pelayanan berkualitas. Dengan demikian, teknologi informasi berperan penting dalam mengurai kompleksitas sistem pelayanan kesehatan dan meningkatkan efektivitas manajemen mutu secara keseluruhan (Asti Nurhayati et al., 2023).

Implementasi manajemen mutu berbasis teknologi informasi di dunia kesehatan tidak terlepas dari tantangan, seperti kesiapan infrastruktur, kompetensi sumber daya manusia, dan kebutuhan penyesuaian sistem dengan proses bisnis rumah sakit. Namun, dengan pelatihan yang tepat dan dukungan manajemen, sistem informasi kesehatan dapat diadopsi secara optimal untuk mendukung mutu pelayanan yang aman, cepat, dan berkualitas tinggi. Studi pengabdian masyarakat menunjukkan bahwa penggunaan sistem rekam medis elektronik berbasis web di klinik mampu mengurangi waktu tunggu pasien dan meningkatkan kepuasan layanan (Asti Nurhayati et al., 2023).

Secara keseluruhan, manajemen mutu berbasis teknologi informasi di dunia kesehatan merupakan transformasi penting yang mendukung perbaikan mutu layanan secara berkelanjutan. Dengan memanfaatkan teknologi digital, fasilitas kesehatan dapat meningkatkan akurasi data, mempercepat proses pelayanan, mengurangi risiko kesalahan medis, dan meningkatkan koordinasi antar

tenaga kesehatan, sehingga tercipta layanan kesehatan yang lebih efektif, efisien, dan berorientasi pada keselamatan serta kepuasan pasien.

3. Pengembangan Sistem Informasi Terkini dalam Manajemen Mutu

a. Integrasi Industri 4.0 dan Otomatisasi

Manajemen mutu kini semakin mengadopsi teknologi Industri 4.0, seperti otomasi proses kontrol kualitas menggunakan sensor dan kecerdasan buatan (AI). Sistem berbasis AI mampu melakukan inspeksi kualitas secara otomatis, mendeteksi cacat produk lebih akurat dan cepat dibandingkan pemeriksaan manual.

Pemanfaatan big data memungkinkan analisis mutu secara prediktif dengan data real-time, sehingga keputusan perbaikan dapat dilakukan sebelum masalah membesar. Big data analytics memungkinkan organisasi untuk menganalisis jumlah data yang besar dan beragam dengan tujuan mendapatkan wawasan yang lebih baik atas perilaku pelanggan, tren pasar, dan pola-pola yang tersembunyi. Dalam konteks pengembangan SIM, pembahasan ini mencakup integrasi teknologi big data ke dalam sistem informasi yang ada, pemrosesan data yang cepat, penyimpanan data yang skalabel, dan pemanfaatan analisis data untuk pengambilan keputusan yang lebih baik (Nuragustin & Nasution, 2023).

b. Sistem Informasi Manajemen Mutu Modern

Pengembangan Sistem Informasi Manajemen (SIM) berbasis teknologi terkini, seperti cloud computing, analitik data, dan Internet of Things (IoT), menjadi fondasi utama dalam pengelolaan mutu. Teknologi ini meningkatkan efisiensi, produktivitas, dan kualitas informasi yang digunakan dalam proses pengambilan keputusan manajerial. SIM modern juga memudahkan dokumentasi, supervisi, dan audit internal secara digital, sehingga proses penjaminan mutu lebih

transparan dan terdokumentasi dengan baik. IoT memungkinkan berbagai perangkat untuk saling terhubung dan bertukar data secara otomatis. Dalam pembahasan pengembangan SIM, penerapan IoT bisa berarti memanfaatkan sensor-sensor untuk mengumpulkan data secara real-time, mengintegrasikan data dari perangkat IoT ke dalam sistem informasi, dan mendukung pengambilan keputusan berdasarkan data yang terkumpul (Nuragustin & Nasution, 2023).

c. Tata Kelola AI dan Kepatuhan Digital

ISO 9001:2026 akan memperkenalkan pedoman tata kelola AI, termasuk mitigasi bias algoritma dan transparansi penggunaan AI dalam sistem mutu. Organisasi harus mampu menjelaskan kontribusi AI terhadap mutu dan memastikan hasil analisis dapat diaudit serta mematuhi regulasi perlindungan data.

d. Pemanfaatan IoT untuk Monitoring Mutu

IoT memungkinkan pemantauan kualitas secara real-time melalui sensor yang terpasang pada mesin produksi atau produk. Hal ini memungkinkan deteksi dini terhadap potensi masalah mutu dan pelacakan kualitas sepanjang rantai pasok.

e. Pendekatan Berbasis Data dan Analitik

Pengelolaan data menjadi semakin sentral, mulai dari pengumpulan, penyimpanan, hingga analisis data mutu. Penggunaan data real-time dan analitik prediktif mempercepat pengambilan keputusan dan mendukung perbaikan berkelanjutan.

f. Perencanaan, Penjaminan, dan Peningkatan Mutu Digital

Proses perencanaan mutu (quality planning), penjaminan mutu (quality control), dan perbaikan mutu (quality improvement) kini dilakukan dengan dukungan teknologi informasi dan komunikasi (TIK),

mulai dari perencanaan berbasis data, supervisi digital,
hingga audit mutu berbasis sistem informasi

DAFTAR PUSTAKA

- Asti Nurhayati et al. (2023). Peningkatan Mutu Dan Efisiensi Pelayanan Kesehatan Melalui Implementasi Rekam Medis Elektronik di Rumah Sakit. *ALKHIDMAH: Jurnal Pengabdian Dan Kemitraan Masyarakat*, 1(3), 187-195. <https://doi.org/10.59246/alkhidmah.v1i3.485>
- Imam Makruf. (2018). Manajemen Mutu Layanan Akademik Berbasis Teknologi Informasi dan Komunikasi (TIK) di Perguruan Tinggi Agama Islam. *Jurnal Administrasi Pendidikan*, 25(1), 129-139. <http://ejournal.upi.edu/index.php/JAPSPs/article/view/11579>
- Laudon, K.C., & Laudon, J.P. (2016). *Management Information Systems: Managing the Digital Firm* (14th ed.). Pearson.
- Maryati, W., & Utami, Y. T. (2023). Optimalisasi Mutu Pelayanan Kesehatan Di Klinik Dengan Implementasi Sistem Informasi Rekam Medis Berbasis Web. *Link*, 19(1), 14-18. <https://doi.org/10.31983/link.v19i1.9387>
- McLeod, R., & Schell, G. (2014). *Management Information Systems* (13th ed.). Pearson Education.
- Muhdar, I. et al. (2023). Manajemen Mutu Pendidikan Berbasis Teknologi Informasi Manajemen Mutu Pendidikan Berbasis Teknologi Informasi dan Komunikasi Pada MTS Negeri 2 Lombok Tengah. *Jurnal Ilmiah Mandala Education*, 9(3), 2182-2193. <https://doi.org/10.58258/jime.v9i3.5898>
- Nuragustin, & Nasution, M. I. P. (2023). Pengembangan Sistem Informasi Manajemen Berbasis Teknologi Terkini . *Jurnal Nuansa: Publikasi Ilmu Manajemen Dan Ekonomi Syariah*, Vol.1(No.4), 388-393.
- O'Brien, J. A., & Marakas, G. M. (2010). *Management Information Systems*. McGrawHill/Irwin.
- Pratama, A., & Sulistiyani. (2023). Pengaruh Pemanfaatan Teknologi Informasi dan Manajemen Mutu terhadap Kinerja Guru SMK. *Pekobis : Jurnal Pendidikan, Ekonomi, Dan Bisnis*, 8(2), 155-169. <https://doi.org/10.32493/pekobis.v8i2.p155-169.29884>

Susilo, P. H., & Rohman, M. G. (2017). Digitalisasi Sistem Manajemen Mutu Iso Berbasis Aplikasi Web. *Joutica*, 2(1).
<https://doi.org/10.30736/jti.v2i1.31>

BIODATA PENULIS



Meilin Anggreyni, M.Pd., lahir di Palu, pada 10 Mei 1985. Menyelesaikan pendidikan S1 di Fakultas Keguruan dan Ilmu Pendidikan Universitas Tadulako dan S2 di Fakultas Keguruan dan Ilmu Pendidikan Universitas Tadulako. Saat ini sedang menyelesaikan pendidikan S2 di Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Muhammadiyah Palu. Sampai saat ini penulis bertugas sebagai Dosen di Program Studi Keperawatan Stikes Bala Keselamatan Palu.

BAB 12

Manajemen Keluhan dan Masukan Pelanggan dalam Upaya Meningkatkan Mutu Pelayanan Kesehatan

Dr. Jusuf Kristianto, MM, MHA, MPH, PhD

A. Pendahuluan

Pelayanan kesehatan yang berkualitas merupakan salah satu aspek penting dalam sistem kesehatan. Untuk mencapai standar pelayanan yang optimal, rumah sakit dan fasilitas kesehatan perlu menerapkan manajemen keluhan dan masukan pelanggan secara efektif. Keluhan pasien dapat menjadi sumber informasi berharga dalam upaya meningkatkan mutu layanan, sementara masukan pelanggan membantu penyedia layanan memahami kebutuhan dan harapan pasien.

Pelayanan kesehatan merupakan bagian yang sangat penting dalam menjamin derajat kesehatan masyarakat. Rumah sakit dan klinik sebagai institusi pelayanan kesehatan dituntut untuk memberikan pelayanan yang bermutu, responsif, dan berorientasi pada kebutuhan pasien. Salah satu indikator penting dalam mutu pelayanan adalah bagaimana institusi menangani keluhan dan masukan dari pasien atau keluarganya. Keluhan pasien sering kali merupakan sinyal awal terhadap adanya ketidaksesuaian antara harapan pasien dengan kenyataan pelayanan yang diterima. Pelanggan yang menyampaikan keluhan bisa menjadi pelanggan yang loyal jika suatu organisasi atau instansi tersebut dapat mengelola keluhan tersebut dengan baik dan bijak. Oleh karena itu, manajemen keluhan dan masukan pelanggan merupakan bagian integral dari sistem manajemen mutu kesehatan di fasilitas kesehatan.

1. Mutu Pelayanan Kesehatan

Menurut WHO (2020), mutu pelayanan kesehatan mencakup efektivitas, efisiensi, aksesibilitas, keterimaan, dan keamanan pelayanan. Dalam konteks ini, respon terhadap keluhan pelanggan menjadi salah satu aspek penting dalam membangun sistem pelayanan yang berkelanjutan dan terpercaya.

Mutu pelayanan kesehatan mencakup lima dimensi utama berikut: WHO (2020)

2. Efektivitas (Effectiveness)

Pelayanan harus didasarkan pada bukti ilmiah terbaik dan disesuaikan dengan kebutuhan pasien. Tujuannya adalah memberikan intervensi medis yang tepat agar hasil kesehatan pasien optimal.

3. Efisiensi (Efficiency)

Pelayanan harus diberikan dengan memanfaatkan sumber daya secara optimal tanpa pemborosan, baik dari segi waktu, tenaga, maupun biaya, sambil tetap mempertahankan hasil yang berkualitas.

4. Aksesibilitas (Accessibility)

Pelayanan harus dapat dijangkau oleh semua orang tanpa hambatan geografis, ekonomi, sosial, atau budaya. Ini mencakup kemudahan memperoleh pelayanan kapan dan di mana dibutuhkan.

5. Keterimaan (Acceptability)

Pelayanan harus sesuai dengan harapan, nilai-nilai, dan preferensi pasien. Ini mencakup aspek empati, komunikasi yang baik, serta menghormati martabat dan budaya pasien.

6. Keamanan (Safety)

Pelayanan harus menghindari risiko atau cedera yang tidak perlu terhadap pasien. Ini termasuk pengendalian infeksi, keselamatan prosedur medis, dan penggunaan obat yang tepat.

B. Manajemen Keluhan dan Masukan Pelanggan

1. Defenisi dan Prinsip Dasar

Manajemen keluhan adalah proses sistematis untuk menerima, mencatat, menindaklanjuti, dan mengevaluasi

keluhan serta masukan dari pelanggan. Menurut Kemenkes RI (Permenkes No. 11 Tahun 2017 tentang Keselamatan Pasien), fasilitas pelayanan kesehatan wajib menyediakan sistem pencatatan dan penanganan keluhan pasien yang efektif.

2. Konsep Manajemen Keluhan

Manajemen keluhan adalah proses sistematis dalam menangani dan merespons keluhan pasien dengan tujuan meningkatkan kepuasan dan mutu layanan. Beberapa prinsip utama dalam manajemen keluhan meliputi:

- a. **Transparansi** – Pasien harus memiliki akses mudah untuk menyampaikan keluhan.
- b. **Akuntabilitas** – Setiap keluhan harus ditindaklanjuti
- c. **dengan mekanisme yang jelas.**
- d. **Respons cepat** – Keluhan harus ditangani dengan segera untuk menghindari dampak negatif.
- e. **Evaluasi dan perbaikan berkelanjutan** – Data keluhan digunakan untuk meningkatkan layanan.

3. Komponen Utama dalam Manajemen Keluhan:

- a. **Penerimaan Keluhan dan Masukan**
Fasilitas harus menyediakan berbagai saluran yang mudah diakses oleh pasien (misalnya kotak saran, hotline pengaduan, layanan digital, atau petugas khusus).
- b. **Pencatatan yang Sistematis**
Semua keluhan harus dicatat secara rapi dan terstruktur untuk memudahkan penelusuran, analisis, dan pelaporan.
- c. **Tindak Lanjut dan Penyelesaian**
Keluhan harus ditangani secara cepat, adil, dan transparan. Respon yang lambat atau tidak tepat dapat memperburuk kepuasan pasien.
- d. **Evaluasi dan Perbaikan Sistem**
Keluhan yang masuk harus dievaluasi secara berkala untuk mengidentifikasi tren dan masalah berulang. Hasil evaluasi digunakan untuk melakukan perbaikan pelayanan.

4. Manfaat Manajemen Keluhan yang Baik:

- a. Meningkatkan kepercayaan dan kepuasan pasien, melalui respons yang cepat dan solusi yang tepat.
- b. Memberikan informasi penting bagi perbaikan mutu layanan.
- c. Mencegah konflik yang dapat merugikan citra institusi.
- d. Mendukung budaya organisasi yang terbuka dan responsif.
- e. Mengurangi risiko hukum dengan menangani keluhan sebelum berkembang menjadi sengketa.
- f. Meningkatkan Reputasi / Citra Institusi Kesehatan dengan menunjukkan komitmen yang tinggi dalam memperbaiki layanan .

5. Hubungan Manajemen Keluhan dengan Mutu Pelayanan

Keluhan pelanggan dapat menjadi sumber informasi berharga untuk perbaikan layanan. Sistem manajemen keluhan yang baik mencerminkan komitmen organisasi terhadap kepuasan pelanggan dan peningkatan mutu pelayanan. Hasil dari evaluasi keluhan dapat digunakan sebagai dasar dalam kegiatan audit mutu internal, pelatihan staf, dan perbaikan prosedur pelayanan.

a. Keluhan sebagai Cermin Harapan Pasien

Keluhan biasanya muncul ketika ada kesenjangan antara harapan pasien dengan kenyataan pelayanan yang diterima. Oleh karena itu, keluhan dapat memberikan gambaran langsung tentang aspek layanan yang perlu ditingkatkan, baik dari sisi medis maupun non-medis.

b. Manajemen Keluhan yang Baik Mencerminkan Komitmen Institusi.

Fasilitas kesehatan yang memiliki sistem manajemen keluhan yang terbuka, cepat, dan solutif menunjukkan bahwa organisasi tersebut:

- 1) Sangat peduli terhadap keluhan pasien.
- 2) Berorientasi pada kepuasan pelanggan.

- 3) Siap untuk melakukan perbaikan berkelanjutan (Continuous Improvement).
- c. Keluhan sebagai Bahan Evaluasi dan Audit Mutu
Hasil dari keluhan yang masuk dan ditangani dapat dianalisis dan dijadikan indikator mutu pelayanan. Data ini dapat digunakan untuk:
 - 1) Audit mutu internal, yaitu menilai kesesuaian layanan dengan standar yang ditetapkan.
 - 2) Sebagai materi pelatihan staf, terutama dalam komunikasi, empati, dan respons terhadap pasien.
 - 3) Perbaikan prosedur, SOP (Standar Operasional Prosedur) yang perlu dioptimal.
- d. Meningkatkan Upaya Keselamatan dan Keamanan Pasien
Sebagian keluhan, berkaitan dengan insiden keselamatan pasien, seperti kesalahan pemberian obat, infeksi nosokomial, atau keterlambatan penanganan. Dengan menangani keluhan secara sistematis, rumah sakit dapat mengidentifikasi risiko lebih awal dan mencegah kejadian serupa di masa depan.

6. Strategi Efektif dalam Menangani Keluhan

- Strategi yang dapat diterapkan oleh rumah sakit dan klinik antara lain:
- a. Menyediakan berbagai kanal penyampaian keluhan (kotak saran, hotline, media digital).
 - b. Membentuk Gugus Tugas atau tim pengelola pengaduan pasien.
 - c. Melatih staf dalam peningkatan kemampuan komunikasi dan empati dalam menangani keluhan dan untuk mengurangi kesalahpahaman
 - d. Melaksanakan sistem pencatatan, analisis, dan tindak lanjut keluhan secara rutin dan mengidentifikasi pola dan penyebab utama masalah yang terjadi.

7. Studi Kasus:

Implementasi Level dan Penyelesaian keluhan di Rumah Sakit X

RS X melaporkan peningkatan kepuasan pasien sebesar 25% setelah menerapkan sistem pelaporan keluhan secara daring dan meningkatkan waktu respon terhadap keluhan menjadi kurang dari 24 jam.

Ada 3 level Pengaduan/komplain yang ada di RS X terkait penyelesaian keluhan pasien yang perlu koordinasi dengan unit lain (unit terkait) meliputi:

- a. Keluhan Ringan atau level 1 adalah keluhan yang dapat diselesaikan segera setelah dilakukan koordinasi dengan unit kerja terkait (Customer Care yang menerima keluhan pasien dapat menyampaikan solusi/jawaban kepada pasien dengan cara Customer Care mengkonfirmasi perawat/unit terkait)
- b. Keluhan Sedang atau level 2 adalah keluhan yang tidak dapat segera diselesaikan oleh yang bersangkutan karena masih memerlukan koordinasi lebih lanjut (Customer Care menghubungi Kepala Unit Administrasi Rawat Inap dan Pelayanan Pelanggan terkait ketidakpuasan pelanggan dan Kepala Unit Administrasi Rawat Inap dan pelayanan pelanggan mengkonfirmasi Kepala Ruang/unit terkait)
- c. Keluhan Berat atau level 3 adalah keluhan yang setelah dilakukan koordinasi oleh Customer Care dengan unit kerja terkait ataupun pihak manajemen/Direktur Rumah Sakit dan menjadi permasalahan hukum yang membutuhkan penyelesaian melalui jalur hukum

8. Tantangan dalam Implementasi

- a. Kurangnya budaya keterbukaan terhadap kritik.
- b. Ketidakjelasan alur penanganan keluhan.
- c. Keterbatasan sumber daya manusia yang konsisten terhadap Mutu Pelayanan / Service Quality dan paham teknologi informasi

DAFTAR PUSTAKA

- Irene Waine, Andreasta Melliala. 2020. Penanganan Komplain di Rumah Sakit. Fakultas Kedokteran, Kesehatan Masyarakat, dan Keperawatan: Universitas Gadjah Mada.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2017). Permenkes No. 11 Tahun 2017 tentang Keselamatan Pasien.
- Kernaghan. 2011. Consumer Complaints Management (a Guide for Canadian Business), office to consumer affair
- Kristianto Jusuf (2011) Mode Total Quality Management Rumah Sakit Di Indonesia, Doktoral Program , Universitas Indonesia
- Kristianto, Jusuf, (2001). Pengaruh TQM Terhadap Peningkatan Kepuasan Pasien Rawat Inap Di RS MMC Jakarta Tahun 2001, Thesis, Pascasarjana FKM UI, Depok
- Parasuraman, A., et al, 1990. Delivering Quality Service, Balancing Customer Perception and Expectations, The Free Press, New York & Collier Macmillan Publishers, London
- Rangkuti, Freddy. 2003. Measuring Customer Satisfication. Jakarta: PT Gramedia, Pustaka Utama
- Ratminto dan Atik Septi Winarsih. 2015. Manajemen Pelayanan. Yogyakarta:Pustaka Pelajar
- Suci Khazinatul Asrar 2024, Mekanisme Manajemen Komplain Terhadap Pelayanan Pasien Pada Rumah Sakit Umum Citra Husada Kabupaten Pidie UIN
- Tjiptono, F. Chandra Gregorius (2019). Service quality & customer satisfaction, Yogyakarta: Penerbit Andi.
- Tjiptono Fandy (2015) Manajemen Jasa. Yogyakarta: Penerbit Andi.
- Tjiptono Fandy (2019) Pemasaran Jasa : Prinsi, Penerapan, Penelitian , Yogyakarta : Penerbit Andi,
- Tjiptono Fandy, Diana Anastasia (2020) Manajemen Dan Strategi Kepuasan Pelanggan, Yogyakarta: Penerbit Andi,
- Tjiptono Fandy, Diana Anastasia (2021) Pelanggan Puas? Tak Cukup! Yogyakarta: Penerbit Andi
- WHO dan Ditjen Pelayanan Medik, 1998. Petunjuk Pelaksanaan Indikator Mutu Pelayanan Rumah Sakit, Depkes RI, Jakarta
- Wijono, D., 1999. Manajemen Mutu Pelayanan

Kesehatan, Teori, Strategi dan Aplikasi, Airlangga
University Press, Surabaya

WHO. (2020). Quality of care: A process for making strategic choices
in health systems.

BIODATA PENULIS



Dr. Jusuf Kristianto, MM, MHA, MPH, PhD, lahir di Jakarta, 14 Maret. Penulis tinggal di Jakarta. Pendidikan tinggi ditempuh dari S-1 di Universitas Indonesia, Pascasarjana Management Human Resource Development, Master Hospital Management di Hawaii, USA, Magister Public Health Kekhususan Mutu Layanan / Quality Improvement in Health Care, New Castle University, Australia & Universitas Indonesia, Doctor dalam Public Health dari Universitas Indonesia, Melanjutkan Pendidikan Complementary Medicine. Mengikuti Research Short Course di Oslo Universitet, Short Course Nuvic Nesso, Leiden Universitet, Belanda.

Penulis saat ini mengajar pada jenjang diploma & sarjana di Poltekkes Kemenkes RI, Jakarta I dan mengajar Vokasi Kedokteran UI, serta Kesehatan Masyarakat FKMUI serta berbagai perguruan tinggi lain. Penulis bertugas sebagai Kepala Pusat Penelitian & Pengabdian Masyarakat sejak 2012-2024 di Poltekkes Kemenkes RI.

Surel jusufkristianto@gmail.com

BAB 13

Peningkatan Mutu Berkelanjutan (*Quality Improvement*)

Dr. Rikawarastuti, SKM, M.Kes

A. Pendahuluan

Mutu pelayanan kesehatan adalah komponen kunci sistem kesehatan yang efektif. Dalam konteks modern, *Quality Improvement* (QI) menjadi kebutuhan esensial yang mencerminkan komitmen terhadap keselamatan pasien, efisiensi, dan hasil layanan yang optimal (Berwick, 2020). Di tengah tantangan seperti penyakit kronis dan keterbatasan sumber daya, QI hadir sebagai pendekatan berbasis data untuk mendorong perbaikan berkelanjutan secara sistematis (Batalden & Davidoff, 2007).

Bukti menunjukkan bahwa penerapan QI yang kuat dapat menurunkan kesalahan medis hingga 30% dalam dua tahun (Weissman et al., 2023). Di Indonesia, QI telah diintegrasikan ke dalam kebijakan nasional termasuk akreditasi puskesmas dan rumah sakit (Kemenkes RI, 2023), serta didukung digitalisasi sistem mutu dan pelatihan lintas sektor (WHO, 2020).

Intervensi QI berbasis tim dan data *real-time* terbukti meningkatkan efisiensi dokumentasi, mempercepat layanan, dan meningkatkan kepuasan pasien (Weissman et al., 2023). Keterlibatan pasien sebagai mitra dalam perbaikan mutu juga semakin diakui sebagai kunci keberhasilan (Frampton et al., 2017; Barry & Edgman-Levitan, 2022).

B. Konsep Dasar *Quality Improvement*

QI adalah pendekatan sistematis untuk menganalisis dan meningkatkan mutu layanan kesehatan melalui identifikasi masalah, intervensi berbasis data, dan evaluasi berkala (IHI,

2023). Di era digital, QI semakin penting untuk mengoptimalkan alur kerja, mempercepat deteksi kesalahan, dan mendukung pengambilan keputusan klinis secara *real-time* (Weissman et al., 2023).

Prinsip utama QI mencakup fokus pada pasien, kolaborasi tim, penggunaan data, dan perbaikan berkelanjutan di seluruh organisasi (WHO, 2020). Berbeda dari *quality assurance* (QA) yang bersifat retrospektif dan berbasis kepatuhan, QI bersifat prospektif dan adaptif, dengan orientasi pada pembelajaran dari kesalahan dan pencapaian hasil lebih baik (Vincent et al., 2019).

Model Donabedian (1988) tetap relevan sebagai kerangka konseptual, menghubungkan struktur, proses, dan hasil. Pendekatan ini kini diperkaya dengan *value-based healthcare* yang menekankan nilai manfaat bagi pasien, bukan sekadar volume layanan (Porter, 2020).

C. Model dan Pendekatan dalam *Quality Improvement*

Model dan pendekatan QI memberikan kerangka kerja sistematis untuk merencanakan, melaksanakan, dan mengevaluasi perbaikan mutu layanan kesehatan. Tiga model yang umum digunakan adalah *Plan-Do-Study-Act* (PDSA), *Lean Healthcare*, dan *Six Sigma*.

1. *Plan-Do-Study-Act* (PDSA)

Merupakan model siklus perubahan yang dikembangkan oleh Shewhart dan dipopulerkan oleh Deming. Model ini memungkinkan pengujian perubahan dalam skala kecil sebelum adopsi penuh, melalui empat langkah seperti Gambar 1.



Gambar 1. *Plan, Do, Study, Act*

Plan: Identifikasi area masalah dan rancang perubahan

Do: Terapkan perubahan dalam skala kecil

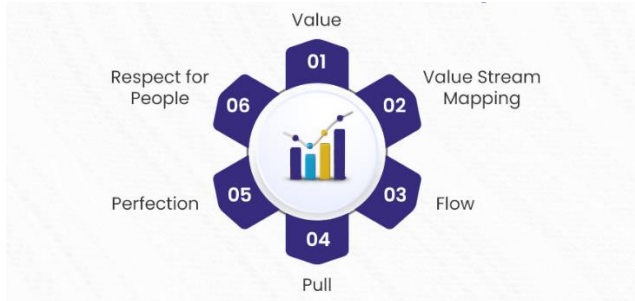
Study: Evaluasi hasil berdasarkan data

Act: Sesuaikan dan adopsi perubahan untuk diterapkan lebih luas

Di IGD rumah sakit regional, penerapan PDSA mempercepat pemberian obat emergensi hingga 25% (Taylor et al., 2014). Di Puskesmas, siklus ini digunakan untuk meningkatkan kepatuhan terhadap prosedur skrining TB melalui pelatihan dan alat bantu visual, dengan hasil signifikan (IHI, 2023).

2. *Lean Healthcare*

Lean Healthcare merupakan pendekatan dari sistem produksi Toyota yang berfokus pada pengurangan pemborosan dan peningkatan nilai. Dalam layanan kesehatan, *Lean* menyederhanakan proses dengan menghilangkan aktivitas yang tidak bernilai tambah. Contohnya, penerapan *Lean* pada alur pemulangan pasien pascaoperasi berhasil mengurangi waktu tunggu rata-rata sebesar 25% dalam dua bulan melalui pemetaan proses dan perbaikan administratif (Kim et al., 2020).



Gambar 2. *Six Lean Healthcare Principles*

Value: fokus pada kebutuhan pasien untuk memberikan layanan yang benar-benar bermanfaat.

Value Stream Mapping: menyusun seluruh alur pelayanan dari awal hingga akhir untuk mengidentifikasi dan mengurangi pemborosan.

Flow: menciptakan proses pelayanan yang lancar tanpa hambatan atau penundaan.

Pull System: Layanan diberikan sesuai permintaan pasien, bukan berdasarkan prediksi.

Perfection: Prinsip ini mendorong evaluasi dan perbaikan berkelanjutan untuk meningkatkan mutu dan efisiensi secara konsisten.

Respect for People: Mendorong partisipasi aktif seluruh staf dalam perbaikan mutu dan menciptakan budaya kerja yang sehat dan kolaboratif.

3. Six Sigma

Six Sigma adalah metodologi berbasis data yang bertujuan mengurangi variasi dan kesalahan dalam proses pelayanan. Pendekatan ini menggunakan siklus DMAIC (*Define, Measure, Analyze, Improve, Control*).

Define: menentukan masalah dan tujuan

Measure: mengukur performa saat ini

Analyze: Identifikasi akar penyebab masalah

Improve: menerapkan solusi yang terbukti

Control: menjaga keberlanjutan perubahan

Sebagai contoh, sebuah rumah sakit menggunakan *Six Sigma* untuk menurunkan tingkat kesalahan pemberian obat di unit rawat inap. Dengan menganalisis akar penyebab, mendesain ulang label obat dan pelatihan ulang petugas farmasi, tingkat kesalahan menurun sebesar 40% dalam enam bulan (Chiarini, 2021).



Gambar 3. Six Sigma

Berikut ini perbandingan antara ketiga model QI:

Tabel 2. Perbandingan Model QI

Model	Fokus Utama	Keunggulan	Cocok untuk
PDSA	Uji coba perubahan	Iteratif dan cepat dievaluasi	Unit klinis & praktik kecil
Lean Healthcare	Efisiensi, eliminasi pemborosan	Visual, langsung terukur	Alur pelayanan & logistic
Six Sigma	Konsistensi & statistik	Berbasis data, kontrol presisi tinggi	Farmasi, administrasi

Ketiga pendekatan tersebut dapat diterapkan secara fleksibel sesuai dengan kebutuhan organisasi dan tingkat kesiapan sumber daya yang dimiliki. Dalam praktiknya, integrasi antara PDSA, *Lean*, dan *Six Sigma* sering dilakukan untuk mencapai hasil yang optimal. Studi menunjukkan bahwa organisasi yang menerapkan kombinasi strategi QI mampu meningkatkan efisiensi operasional hingga 30% dan memperbaiki kepuasan pasien secara signifikan (Weissman et al., 2023).

D. Implementasi *Quality Improvement* di Fasilitas Kesehatan

Penerapan QI telah menjadi strategi kunci dalam peningkatan mutu dan keselamatan pasien, baik di rumah sakit maupun layanan primer seperti puskesmas. Studi menunjukkan bahwa inisiatif QI dapat menurunkan rujukan tidak perlu hingga 18% dalam enam bulan (Dizon et al., 2022), berkontribusi pada efisiensi sistem secara keseluruhan.

Implementasi QI diawali dengan identifikasi masalah, pembentukan tim lintas-profesi, dan penetapan indikator kinerja berbasis data (Greenhalgh et al., 2022). Contoh keberhasilan termasuk peningkatan kepatuhan *hand hygiene* dari 62% menjadi 89%, serta penurunan HAIs hingga 40% (Yokoe et al., 2021; Gohil et al., 2020). Teknologi seperti dashboard mutu juga terbukti mempercepat pengambilan keputusan berbasis data, seperti

yang diterapkan di rumah sakit digital Jakarta (Setiadi et al., 2023).

Dengan pendekatan adaptif dan kolaboratif, implementasi QI membentuk fondasi sistem kesehatan yang responsif dan berpusat pada pasien.

Tabel 1. Contoh Indikator Mutu Pelayanan Kesehatan

Indikator	Tujuan	Metode Evaluasi
Kepatuhan cuci tangan	Mencegah infeksi nosocomial	Audit langsung
Waktu tunggu pasien	Efisiensi pelayanan	<i>Time-motion study</i>
Ketepatan pemberian obat	Keselamatan pasien	Evaluasi rekam medis

Tabel 1 merupakan contoh indikator mutu pelayanan Kesehatan yang menunjukkan tiga indikator utama dalam pelaksanaan QI di layanan kesehatan. Ketiganya mencerminkan fokus pada keselamatan pasien, efisiensi pelayanan, dan akurasi tindakan klinis. Evaluasi indikator dilakukan melalui metode audit langsung, studi waktu, dan telaah rekam medis yang sesuai dengan prinsip manajemen mutu modern. Ketiganya saling mendukung dalam menciptakan sistem layanan yang lebih responsif dan berkualitas.

E. Tantangan dan Strategi Keberhasilan *Quality Improvement*

Implementasi QI menghadapi tantangan struktural, kultural, dan teknis, termasuk resistensi terhadap perubahan dari tenaga kesehatan dan anggapan bahwa QI menambah beban kerja administratif (Spear & Bowen, 1999). Rendahnya pelatihan QI juga menyebabkan kurangnya pemahaman dan komitmen di lapangan (Taylor et al., 2014). Selain itu, keterbatasan SDM, dana, dan infrastruktur—khususnya di fasilitas primer—memperburuk kendala, apalagi jika sistem pencatatan masih manual dan tidak berbasis digital (Greenhalgh et al., 2022).

Untuk mengatasi tantangan tersebut, dukungan manajemen puncak, pelatihan rutin, serta kolaborasi lintas

profesi menjadi kunci keberhasilan (Weissman et al., 2023). Inisiatif QI yang bersifat partisipatif dan kontekstual terbukti lebih berkelanjutan, apalagi jika didukung oleh teknologi seperti dashboard mutu dan aplikasi kinerja real-time (Yokoe et al., 2021). Dengan budaya organisasi yang adaptif dan berorientasi pada pasien, tantangan QI dapat diubah menjadi peluang peningkatan mutu layanan.

F. Inovasi dan Tren Terkini dalam *Quality Improvement*

Seiring perkembangan teknologi dan tuntutan efisiensi, inovasi QI dalam layanan kesehatan semakin beragam. Digitalisasi sistem mutu memungkinkan pemantauan indikator kinerja secara real-time melalui dashboard interaktif, serta penggunaan kecerdasan buatan (AI) untuk menganalisis data besar dan mendeteksi risiko lebih awal (Topol, 2019).

Pendekatan QI kini juga menekankan *patient-centered care*, dengan melibatkan pasien sebagai mitra dalam perbaikan layanan. Di tingkat kebijakan, integrasi QI dalam JKN dan BPJS mendorong pencapaian indikator mutu sebagai bagian dari akreditasi dan insentif, dengan fokus pada efisiensi biaya dan nilai layanan (Kemenkes RI, 2023; WHO, 2020).

DAFTAR PUSTAKA

- Barry, M. J., & Edgman-Levitan, S. (2022). Shared decision making — the pinnacle of patient-centered care. *New England Journal of Medicine*, 366(9), 780–781.
- Batalden, P., & Davidoff, F. (2007). What is "quality improvement" and how can it transform healthcare? *Quality and Safety in Health Care*, 16(1), 2–3.
- Berwick, D. M. (2020). The Moral Determinants of Health. *JAMA*, 324(3), 225–226.
- Chiarini, A. (2021). Lean Six Sigma methodologies for sustainable and resilient healthcare supply chains. *The TQM Journal*, 33(2), 524–543.
- Dizon, J. M., Grimmer, K., & Machingaidze, S. (2022). How do quality improvement interventions perform in low and middle-income countries? *BMC Health Services Research*, 22(1), 1–10.
- Donabedian, A. (1988). The quality of care. *JAMA*, 260(12), 1743–1748.
- Frampton, S. B., Guastello, S., & Lepore, M. (2017). Compassionate, collaborative care: An integrative model and agenda for the future. *Health Expectations*, 20(2), 221–227.
- Gohil, S. K., & Huang, S. S. (2020). Infection prevention strategies for hospitals. *Infectious Disease Clinics*, 34(4), 741–755.
- Greenhalgh, T., Wherton, J., & Papoutsi, C. (2022). Beyond adoption: A new framework for theorizing and evaluating nonadoption, abandonment, scale-up, spread, and sustainability of health and care technologies. *Journal of Medical Internet Research*, 24(7), e13621.
- Institute for Healthcare Improvement (IHI). (2023). *Quality Improvement Essentials Toolkit*. <https://www.ihl.org/resources>
- Kemenkes RI. (2023). *Transformasi Mutu Pelayanan Kesehatan di Era JKN*. Jakarta: Pusdatin Kemenkes.
- Kim, C. S., Hayman, J. A., & Billi, J. E. (2020). Improvement science meets Lean management: Integration for quality improvement in health care. *BMJ Quality & Safety*, 29(4), 303–310.

- Porter, M. E. (2020). Value-based health care delivery. *Annals of Surgery*, 232(4), 496–501.
- Setiadi, A., Putri, F. R., & Nugroho, A. (2023). Implementation of dashboard-based quality monitoring in Indonesian public hospitals. *Journal of Hospital Administration*, 12(2), 45–53.
- Spear, S. J., & Bowen, H. K. (1999). Decoding the DNA of the Toyota Production System. *Harvard Business Review*, 77(5), 96–106.
- Taylor, M. J., McNicholas, C., Nicolay, C., Darzi, A., Bell, D., & Reed, J. E. (2014). Systematic review of the application of the plan–do–study–act method to improve quality in healthcare. *BMJ Quality & Safety*, 23(4), 290–298.
- Topol, E. (2019). High-performance medicine: The convergence of human and artificial intelligence. *Nature Medicine*, 25(1), 44–56.
- Vincent, C., Amalberti, R., & Auroy, Y. (2019). Safer healthcare: Strategies for the real world. *Springer International Publishing*.
- Weissman, J. S., et al. (2023). Measuring quality in healthcare: Recent advances and future directions. *New England Journal of Medicine*, 388(5), 472–483.
- WHO. (2020). *Quality of care: A process for making strategic choices in health systems*. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240015203>
- Yokoe, D. S., et al. (2021). Enhanced strategies for healthcare-associated infection prevention: Progress and next steps. *Infection Control & Hospital Epidemiology*, 42(5), 537–543

BIODATA PENULIS



Dr. Rikawarastuti, SKM, M.Kes lahir di Pangkalpinang, pada 15 Oktober 1977. Menyelesaikan pendidikan S1 sampai dengan S3 di Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia. Saat ini bekerja sebagai dosen tetap di Poltekkes Kemenkes Jakarta I dan aktif dalam kegiatan ilmiah dan organisasi keprofesian yaitu IAKMI.

BAB 14

Etika dan Profesionalisme dalam Mutu Pelayanan

* Selfie P.J. Ulaen, S.Pd., S.Si., M.Kes. *

A. Pendahuluan

Era globalisasi dan persaingan yang semakin ketat, mutu pelayanan menjadi tolok ukur utama keberhasilan suatu organisasi, baik di sektor publik maupun swasta. Pelayanan yang berkualitas tidak hanya diukur dari efisiensi dan efektivitas proses, tetapi juga dari bagaimana nilai-nilai etika dan profesionalisme terinternalisasi dalam setiap aspek interaksinya dengan pelanggan atau penerima layanan.

Etika mencerminkan prinsip-prinsip moral yang menuntun perilaku individu dan organisasi, sementara profesionalisme mengacu pada kompetensi, integritas, dan tanggung jawab yang ditunjukkan dalam menjalankan tugas. Keduanya merupakan pilar fundamental yang membentuk persepsi masyarakat, membangun kepercayaan, dan pada akhirnya, menciptakan kepuasan pelanggan yang berkelanjutan. Tanpa fondasi etika dan profesionalisme yang kuat, upaya peningkatan mutu pelayanan hanya akan bersifat superfisial dan tidak berkelanjutan. Oleh karena itu, memahami dan mengimplementasikan etika dan profesionalisme dalam praktik pelayanan menjadi krusial untuk mencapai standar mutu tertinggi dan memastikan dampak positif bagi semua pihak yang terlibat.

B. Ruang lingkup :

1. Pengertian :

- a. Etika Pelayanan: Meliputi prinsip-prinsip moral seperti kejujuran, integritas, keadilan, kerahasiaan, dan rasa

hormat terhadap hak-hak pelanggan. Etika pelayanan juga menuntut adanya transparansi dan akuntabilitas dalam setiap tindakan.

- b. **Profesionalisme Pelayanan:** Menyangkut kompetensi teknis, keterampilan interpersonal, sikap proaktif, disiplin, tanggung jawab, serta komitmen untuk terus meningkatkan diri. Profesionalisme juga mencakup penampilan, komunikasi yang efektif, dan kemampuan menjaga batasan profesional.
- c. **Mutu Pelayanan:** Merupakan tingkat kesesuaian antara harapan pelanggan dengan kinerja aktual penyedia layanan. Dimensi mutu pelayanan seringkali mencakup keandalan, daya tanggap, jaminan, empati, dan bukti fisik (tangibles).

2. Peran Etika Dalam Peningkatan Mutu Pelayanan

- a. **Membangun Kepercayaan:** Pelayanan yang etis menumbuhkan kepercayaan pelanggan, yang merupakan fondasi hubungan jangka panjang. **Kepercayaan** adalah pilar utama dalam setiap interaksi manusia, termasuk dalam konteks bisnis dan pelayanan. Bagi organisasi penyedia layanan, kepercayaan pelanggan bukanlah sekadar preferensi, melainkan **fondasi krusial** yang menentukan keberlanjutan dan kesuksesan jangka panjang. Pelayanan yang etis melibatkan serangkaian prinsip dan perilaku yang secara kolektif membangun dan memperkuat kepercayaan pelanggan:

1) Integritas dan Kejujuran:

Ini adalah landasan etika. Penyedia layanan yang berintegritas dan jujur akan selalu menyampaikan informasi yang akurat, tidak menyesatkan, dan menepati janji.

2) Transparansi:

Pelayanan etis melibatkan keterbukaan mengenai proses, kebijakan, harga, dan batasan layanan. Pelanggan memiliki hak untuk mengetahui

bagaimana layanan diberikan, apa saja tahapan yang akan dilalui, dan potensi risiko atau manfaatnya.

3) Kerahasiaan dan Privasi:

Banyak layanan melibatkan pertukaran informasi pribadi atau sensitif pelanggan. Pelayanan etis menjamin bahwa semua data tersebut akan dijaga kerahasiaannya dan hanya digunakan untuk tujuan yang telah disepakati, sesuai dengan peraturan privasi data yang berlaku.

4) Keadilan dan Kesetaraan:

Setiap pelanggan harus diperlakukan secara adil dan setara, tanpa memandang latar belakang, status sosial, jenis kelamin, ras, atau keyakinan. Pelayanan etis tidak melakukan diskriminasi atau memberikan perlakuan istimewa yang tidak berdasar.

5) Empati dan Penghargaan:

Menunjukkan empati berarti kemampuan untuk memahami dan merasakan perspektif serta emosi pelanggan. Pelayanan etis melibatkan penghargaan terhadap pelanggan sebagai individu, mendengarkan keluhan atau masukan dengan seksama, dan menunjukkan kepedulian tulus terhadap kebutuhan mereka.

6) Akuntabilitas dan Tanggung Jawab:

Ketika terjadi kesalahan atau masalah, penyedia layanan yang etis akan bertanggung jawab penuh, mengakui kesalahan, dan proaktif dalam mencari solusi serta memperbaiki situasi. Mereka tidak akan menyalahkan pelanggan atau pihak lain.

b. Mencegah Konflik Kepentingan:

Etika membantu menghindari praktik-praktik yang merugikan pelanggan atau organisasi, seperti korupsi atau diskriminasi. Konflik kepentingan terjadi ketika kepentingan pribadi atau kelompok seseorang

berpotensi mempengaruhi objektivitas atau integritas keputusan yang seharusnya dibuat demi kepentingan terbaik organisasi atau pelanggan.

Etika memberikan kerangka moral yang membimbing individu dan organisasi untuk bertindak secara adil, transparan, dan bertanggung jawab, sehingga meminimalisir peluang terjadinya konflik kepentingan:

1) Membangun Budaya Integritas:

Etika mendorong pembentukan budaya organisasi di mana integritas dan kejujuran menjadi nilai inti. Ini berarti karyawan diharapkan untuk selalu bertindak dengan prinsip moral yang tinggi, bahkan ketika tidak ada pengawasan langsung. Budaya semacam ini secara proaktif mencegah perilaku tidak etis.

2) Transparansi dan Keterbukaan:

Ketika ada transparansi, semua pihak yang berkepentingan dapat melihat dan memahami dasar dari suatu keputusan atau tindakan.

3) Keadilan dan Kesetaraan:

Etika menegaskan pentingnya perlakuan yang adil dan setara bagi semua pihak, baik pelanggan maupun rekan kerja.

4) Tanggung Jawab dan Akuntabilitas:

Etika menuntut individu dan organisasi untuk bertanggung jawab atas tindakan dan keputusan mereka. Ada mekanisme yang jelas untuk melaporkan pelanggaran etika dan konsekuensi yang tegas bagi mereka yang terbukti terlibat dalam konflik kepentingan.

5) Batasan Profesional yang Jelas:

Etika membantu mendefinisikan batasan yang jelas antara kepentingan pribadi dan profesional. Ini melibatkan kebijakan tentang penerimaan hadiah, hubungan pribadi dengan pemasok atau pelanggan, dan penggunaan aset organisasi.

3. Meningkatkan Reputasi Organisasi:

Organisasi yang dikenal berpegang pada etika tinggi akan memiliki reputasi yang baik di mata publik.

Reputasi organisasi adalah aset tidak berwujud yang paling berharga. Ini adalah persepsi kolektif publik (pelanggan, karyawan, investor, media, komunitas, dan *stakeholder* lainnya) tentang bagaimana sebuah organisasi beroperasi dan berperilaku. Salah satu fondasi terkuat untuk membangun dan mempertahankan reputasi yang unggul adalah komitmen terhadap etika tinggi. Organisasi yang secara konsisten menunjukkan perilaku etis akan secara alami dipandang positif oleh publik.

Etika tinggi berkontribusi pada peningkatan reputasi :

a. **Membangun Kepercayaan Publik:**

Etika melahirkan kepercayaan. Organisasi yang transparan, jujur, dan adil dalam semua interaksinya (dengan pelanggan, pemasok, karyawan, dan komunitas) akan dipercayai. Kepercayaan ini adalah pilar utama reputasi.

b. **Menciptakan Citra Positif dan Kredibilitas:**

Organisasi yang secara konsisten bertindak etis seringkali dikaitkan dengan nilai-nilai positif seperti keandalan, keadilan, dan tanggung jawab sosial. Mereka tidak hanya fokus pada keuntungan, tetapi juga pada dampak positif bagi masyarakat.

c. **Menarik dan Mempertahankan Sumber Daya Terbaik:**

Bakat-bakat terbaik di pasar kerja saat ini mencari organisasi yang tidak hanya menawarkan gaji tinggi, tetapi juga memiliki budaya kerja yang etis dan nilai-nilai yang sejalan dengan mereka. Demikian pula, investor semakin melihat faktor *Environmental, Social, and Governance* (ESG) sebagai indikator penting keberlanjutan dan risiko.

d. **Mitigasi Risiko Reputasi (Manajemen Krisis):**

Organisasi dengan fondasi etika yang kuat cenderung memiliki resiliensi yang lebih tinggi dalam menghadapi

krisis. Komitmen etis yang sudah terbangun sebelumnya akan membuat publik lebih memaafkan dan percaya pada upaya perbaikan.

e. **Membangun Hubungan Positif dengan Stakeholder:**

Etika tinggi melibatkan perlakuan yang adil dan hormat terhadap semua *stakeholder* – pelanggan, karyawan, pemasok, pemerintah, komunitas lokal, dan bahkan pesaing.

f. **Mematuhi Regulasi dan Standar Industri:**

Organisasi yang berpegang pada etika tinggi cenderung proaktif dalam mematuhi hukum, regulasi, dan standar industri, bahkan melampauinya. Mereka tidak hanya memenuhi persyaratan minimum, tetapi berusaha untuk menjadi yang terbaik.

4. **Mendorong Tanggung Jawab Sosial:**

Etika mendorong organisasi untuk tidak hanya fokus pada keuntungan, tetapi juga pada dampak sosial dari layanan mereka. Masyarakat semakin menuntut organisasi untuk mengakui dan mengelola dampak sosial dari operasi dan layanan mereka. Bagaimana etika mendorong organisasi melampaui keuntungan menuju tanggung jawab sosial :

a. **Pergeseran Paradigma dari "Shareholder Primacy" ke "Stakeholder Theory":**

Etika mendorong pergeseran menuju "**stakeholder theory**," yang mengakui bahwa organisasi memiliki tanggung jawab kepada berbagai pihak yang terpengaruh oleh operasinya, termasuk pelanggan, karyawan, pemasok, komunitas, lingkungan, dan masyarakat.

b. **Internalisasi Nilai Moral:**

Etika memungkinkan organisasi untuk menginternalisasi nilai-nilai moral seperti keadilan, keberlanjutan, kepedulian terhadap sesama, dan penghormatan terhadap lingkungan.

- c. **Pengakuan Dampak Eksternal (Eksternalitas):**
Operasi bisnis seringkali menciptakan "eksternalitas," yaitu biaya atau manfaat yang ditanggung oleh pihak ketiga yang tidak terlibat dalam transaksi.
 - d. **Membangun Reputasi dan Izin Sosial untuk Beroperasi:**
Organisasi yang menunjukkan komitmen etis terhadap tanggung jawab sosial akan membangun reputasi yang kuat dan mendapatkan "izin sosial untuk beroperasi" (social license to operate) dari masyarakat. Ini adalah penerimaan dan persetujuan yang tidak tertulis dari komunitas dan *stakeholder* terhadap keberadaan dan operasi organisasi.
 - e. **Kepemimpinan Etis dan Budaya Organisasi:**
Etika dimulai dari puncak. Kepemimpinan yang beretika akan menanamkan nilai-nilai tanggung jawab sosial ke seluruh organisasi.
 - f. **Inovasi Berkelanjutan:**
Komitmen etis terhadap tanggung jawab sosial dapat mendorong inovasi.
5. **Peran Profesionalisme Dalam Peningkatan Mutu Pelayanan**
- a. **Meningkatkan Efisiensi dan Efektivitas:** Karyawan yang profesional memiliki kompetensi yang dibutuhkan untuk menyelesaikan tugas dengan cepat dan tepat.
 - b. **Menciptakan Pengalaman Pelanggan yang Positif:** Profesionalisme dalam komunikasi, sikap, dan responsivitas menciptakan pengalaman yang menyenangkan bagi pelanggan.
 - c. **Mengatasi Keluhan dengan Baik:** Karyawan profesional memiliki kemampuan untuk menangani keluhan pelanggan secara efektif, mengubah ketidakpuasan menjadi peluang perbaikan.
 - d. **Inovasi dan Perbaikan Berkelanjutan:** Profesionalisme mendorong karyawan untuk terus belajar dan mencari cara baru untuk meningkatkan kualitas layanan.

6. Tantangan dan Strategi Implementasi

a. **Tantangan:** Resistensi terhadap perubahan, kurangnya pelatihan, budaya organisasi yang belum mendukung, serta tekanan untuk mencapai target tanpa mempertimbangkan etika.

b. **Strategi:**

1) **Penyusunan Kode Etik dan Standar Profesionalisme:** Menetapkan panduan yang jelas bagi seluruh karyawan.

2) **Pelatihan dan Pengembangan Berkelanjutan:** Memberikan pelatihan reguler tentang etika, keterampilan komunikasi, dan penanganan keluhan.

3) **Kepemimpinan yang Beretika:** Pimpinan harus menjadi teladan dalam menerapkan nilai-nilai etika dan profesionalisme.

4) **Sistem Penghargaan dan Hukuman:** Memberikan apresiasi bagi karyawan yang berkinerja baik secara etis dan profesional, serta memberikan sanksi bagi pelanggaran.

5) **Membangun Budaya Organisasi yang Positif:** Mendorong komunikasi terbuka, kolaborasi, dan saling menghormati.

6) **Umpan Balik Pelanggan:** Mengumpulkan dan menganalisis umpan balik pelanggan secara rutin untuk mengidentifikasi area perbaikan.

DAFTAR PUSTAKA

- Boatright, J. R. (2018). *Ethics and the Conduct of Business* (8th ed.). Pearson.
- Crane, A., Matten, D., & Spence, L. J. (2019). *Corporate Social Responsibility: Readings and Cases in a Global Context* (3rd ed.). Routledge.
- Dowling, G. (2016). *Creating Corporate Reputations: Identity, Image, and Performance*. Oxford University Press.
- Ferrell, O. C., Fraedrich, J., & Ferrell, L. (2018). *Business Ethics: Ethical Decision Making & Cases* (12th ed.). Cengage Learning.
- Kotler, P., & Armstrong, G. (2018). *Principles of Marketing*. Pearson Education.

BIODATA PENULIS



Selfie P.J. Ulaen, S.Pd., S.Si., M.Kes. lahir di Manado, pada 01 September 1973. Menyelesaikan Pendidikan S1 Administrasi Pendidikan & Akta Mengajar IV di FIP IKIP Manado, S1 Farmasi di Universitas Kristen Indonesia Tomohon dan S2 di Fakultas Ilmu Kesehatan Masyarakat Universitas Samratulangi Manado. Sampai saat ini penulis sebagai Dosen di Jurusan Farmasi Poltekkes Kemenkes Manado.



PT MEDIA PUSTAKA INDO
Jl. Merdeka RT4/RW2
Binangun, Kab. Cilacap, Provinsi Jawa Tengah
No hp. 0838 6333 3823
Website: www.mediapustakaindo.com
E-mail: mediapustakaindo@gmail.com

