

MODUL 1

PEMAHAMAN MUTU DAN DIMENSI MUTU

MATA KULIAH : *SISTEM MANAJEMEN MUTU*



Pengantar : Pemahaman Mutu dan Dimensi Mutu
Kode Mata Kuliah : RMIK
Tanggal Mulai :

**HANYA UNTUK
PENGUNAAN INTERNAL**

PEMAHAMAN MUTU DAN DIMENSI MUTU

Modul: 1



Tri Mulyaningsih, ST, MPH; (TM) (Koordinator Mata Kuliah)

Niko Tesni Saputro, S.KM., M.P.H.; (NTS)

Anton Kristijono, S.KM., MKes; (AK)

Abdul Hadi Kadarusno SKM., MPH (AHK)

Program Studi Diploma Tiga Rekam Medis dan Informasi Kesehatan,
Politeknik Kesehatan Kemenkes Yogyakarta,
Yogyakarta, Indonesia.

Kata Pengantar

Laboratorium pendidikan adalah unit kerja pendidikan yang menyediakan fasilitas dan peralatan untuk kegiatan praktikum mahasiswa. Laboratorium pendidikan juga berfungsi sebagai fasilitas penunjang mahasiswa dalam mengembangkan keahlian dan menciptakan karya ilmiah. Kegiatan praktikum pada suatu mata kuliah, merupakan bagian yang tidak dapat dipisahkan dalam proses pencapaian keberhasilan mahasiswa dalam pengembangan keilmuan, kemampuan, dan penemuan. Karena itu perlu dibuat Modul Sistem Manajemen Mutu dalam rangka mendukung hal tersebut.

Melalui modul ini, mahasiswa dapat memperoleh materi dan soal latihan pada mata kuliah Sistem Manajemen Mutu. Dengan demikian, diharapkan tidak ada mahasiswa yang terkendala dalam mengikuti perkuliahan pada mata kuliah tersebut.

Besar harapan kami, modul ini dapat bermanfaat dalam memperlancar proses kegiatan belajar mengajar mahasiswa. Serta kami menerima kritik dan saran jika terdapat hal-hal yang belum sempurna, agar modul ini dapat digunakan dengan baik di kalangan mahasiswa maupun kalangan dosen pengampu mata kuliah.

Yogyakarta 27 Januari 2022

Tim Penyusun

Daftar Isi

1. Capaian Pembelajaran	Error! Bookmark not defined.
2. Bahan Kajian	Error! Bookmark not defined.
3. Tujuan Pembelajaran	Error! Bookmark not defined.
a. Tujuan Instruksional Umum	Error! Bookmark not defined.
b. Tujuan Instruksional Khusus	Error! Bookmark not defined.
4. Luaran	Error! Bookmark not defined.
5. Pengantar Klasifikasi dan Kodefikasi Penyakit dan Masalah Terkait Hematologi	Error! Bookmark not defined.
a. Anatomi hematologi.....	Error! Bookmark not defined.
b. Fisiologi hematologi	Error! Bookmark not defined.
c. Patologi hematologi	Error! Bookmark not defined.
6. Latihan di Kelas.....	Error! Bookmark not defined.
a. Latihan 1	Error! Bookmark not defined.
b. Latihan 2	Error! Bookmark not defined.
7. Penugasan	Error! Bookmark not defined.
a. Tugas 1.....	Error! Bookmark not defined.
b. Tugas 2	Error! Bookmark not defined.
c. Tugas 3.....	Error! Bookmark not defined.
8. Referensi.....	Error! Bookmark not defined.
9. Lembar Catatan Pembelajaran	Error! Bookmark not defined.

Pengantar

Mata Kuliah ini membahas tentang Sistem Manajemen Mutu yang meliputi Pemahaman dan Dimensi Mutu, Manajemen Mutu Pelayanan Kesehatan di Rumah Sakit dan Puskesmas, Indikator Mutu di Sarana Pelayanan Kesehatan (RS, Puskesmas) dan Unit RM, Clinical Pathway, Clinical Practice Guidelines, Total Quality Management, Quality Assurance, Continuous Quality Improvement. Mata kuliah ini menjadi salah satu mata kuliah wajib yang harus diikuti oleh setiap mahasiswa. Mata kuliah ini memberikan pengalaman belajar kepada mahasiswa yang mendukung untuk mencapai capaian pembelajaran khususnya dari aspek sikap, pengetahuan dan ketrampilan umum berdasarkan Standar Nasional Pendidikan Tinggi (Permendikbud Nomor 3 Tahun 2020)

Modul Sistem Manajemen Mutu, Program Studi Diploma Tiga Rekam Medis dan Informasi Kesehatan Semester Ganjil Tahun Akademik 2021/2022, disusun dengan tujuan untuk memberikan arahan serta acuan bagi mahasiswa dan dosen mata kuliah, dalam melaksanakan kegiatan perkuliahan selama Semester Ganjil di Prodi Diploma Tiga Rekam Medis dan Informasi Kesehatan Tahun Akademik 2021/2022. Modul ini berisi tentang materi Sistem Manajemen Mutu yaitu Pemahaman dan Dimensi Mutu.

Capaian Pembelajaran

Dengan pembelajarannya ini, mahasiswa diharapkan mampu memahami tentang pemahaman mutu, dimensi mutu, konsep mutu, dan dasar hukum manajemen mutu.

Bahan Kajian

- Pengertian Manajemen Mutu
- Dasar Hukum Manajemen Mutu
- Konsep mutu dan penjaminan mutu
- Dimensi Mutu
- Dimensi mutu dalam Rekam medis

Tujuan Pembelajaran

- Mampu memahami mutu
- Mampu memahami dimensi mutu
- Mampu memahami konsep mutu
- Mampu memahami dasar hukum manajemen mutu.

Luaran

- Mahasiswa memiliki kompetensi dan mampu memahami mutu

- Mahasiswa memiliki kompetensi dan mampu memahami dimensi mutu
- Mahasiswa memiliki kompetensi dan mampu memahami konsep mutu
- Mahasiswa memiliki kompetensi dan mampu memahami dasar hukum manajemen mutu.

Pemahaman Mutu dan Dimensi Mutu

A. Pengertian Manajemen Mutu

Manajemen mutu, yang dikenal dengan Total Quality Management (TQM), dapat didefinisikan sebagai suatu sistem yang membantu suatu organisasi, perusahaan, atau badan usaha untuk mengawasi setiap aktivitas serta tugas dan tanggung jawab yang diperlukan untuk menjaga kualitas atau kualitas perusahaan. Sistem manajemen dalam menjaga kualitas adalah sistem manajemen yang mengutamakan kualitas sebagai strategi bisnis berorientasi kepuasan pelanggan yang melibatkan seluruh sumber daya manusia di perusahaan.

B. Dasar Hukum Manajemen Mutu

Dasar hukum dalam Sistem Manajemen Mutu ini adalah:

- a) UU No. 02 Tahun 2017 Tentang Jasa Konstruksi Pasal 54 menyebutkan dalam penyelenggaraan Jasa Konstruksi, Penyedia Jasa dan/atau Sub-penyedia Jasa wajib menyerahkan hasil pekerjaannya secara tepat biaya, tepat mutu, dan tepat waktu sebagaimana tercantum dalam Kontrak Kerja Konstruksi.
- b) Perpres No. 54 Tahun 2010 Tentang Pengadaan Barang/ Jasa beserta peraturan berikutnya menyebutkan bahwa penyedia jasa wajib menyampaikan program mutu sebelum pelaksanaan fisik dimulai yaitu pada saat Pre-Construction Meeting (PCM).
- c) PERMEN PU No.04/PRT/M/2009 Tentang Sistem Manajemen Mutu.
- d) PERMEN PU No.14 Tahun 2013, lampiran Buku Standar 01 Pk HS (Harga Satuan) menyebutkan tentang program mutu dalam syarat-syarat umum yaitu penyedia jasa berkewajiban untuk menyerahkan program mutu pelaksanaan kontrak untuk disetujui oleh PPK.

Program mutu disusun paling sedikit berisi:

- 1) Informasi mengenai pekerjaan yang akan dilaksanakan
- 2) Organisasi kerja penyedia
- 3) Jadwal pelaksanaan pekerjaan
- 4) Prosedur pelaksanaan pekerjaan
- 5) Prosedur instruksi kerja
- 6) Pelaksana kerja

C. Konsep dan Penjaminan Mutu

Konsep mutu dalam pelayanan kesehatan :

1) Konsep Inspeksi

Pada konsep ini upaya mutu hanya dilakukan dalam bentuk inspeksi secara sederhana pada pemberian dan hasil pemberian pelayanan kesehatan. Dalam teori ini dikatakan bahwa penyebab yang terjadi dari suatu masalah mutu selalu menitikberatkan pada manusia.

2) Konsep Kendali Mutu

Hampir sama dengan konsep inspeksi, upaya utama konsep kendali mutu (quality control) ialah mencegah konsumen/masyarakat/pasien memperoleh pelayanan kesehatan yang tidak memenuhi standar yang sudah ditetapkan.

3) Konsep Penjaminan Mutu (Quality Assurance)

Lebih tertuju kepada terjaminnya mutu pelayanan kesehatan secara berkesinambungan berdasarkan standar yang sudah ditetapkan, lebih menekankan pada pentingnya proses pelayanan kesehatan yang dilaksanakan agar betul-betul sesuai dengan standar yang ada. Upaya utamanya adalah mencegah terjadinya pelayanan kesehatan yang tidak memenuhi standar.

Organisasi yang menerapkan sistem mutu dalam pengelolaannya berupaya menghasilkan produk/jasa yang sesuai atau melebihi standar, serta berfokus pada kepuasan pelanggan baik.

4) Konsep Peningkatan Mutu Berkelanjutan

Pada dasarnya tidak banyak berbeda dengan konsep penjaminan mutu. Konsep ini lebih mengutamakan penggunaan piranti statistik dalam organisasi yang digunakan untuk menganalisis hasil produksi dan meningkatkan proses pelayanan. Membutuhkan partisipasi individu/kelompok dalam menganalisis dan meningkatkan proses pelayanan dan mereka sekaligus merupakan bagian yang tidak bisa dipisahkan dalam suatu organisasi

D. Dimensi Mutu dalam Rekam Medis

Ada 6 dimensi mutu dalam pelayanan kesehatan bagi unit rekam medis, yaitu :

Dimensi Mutu	Penjelasan
Efisien	Memaksimalkan penggunaan sumber daya dan menghindari pemborosan
Efektif	Perawatan kesehatan berbasis bukti dan menghasilkan hasil kesehatan yang lebih baik sesuai kebutuhan
Dapat diakses	Perawatan kesehatan yang tepat waktu, masuk akal secara geografis, dan disediakan dalam setting dimana keterampilan dan sumber daya sesuai dengan kebutuhan medis
Dapat diterima	Perawatan kesehatan yang mempertimbangkan preferensi dan aspirasi pengguna layanan perorangan dan budaya komunitas mereka
Adil	Perawatan kesehatan yang tidak berbeda kualitasnya karena karakteristik pribadi seperti jenis kelamin, ras, etnisitas, lokasi geografis, atau status sosial ekonomi
Aman	Layanan kesehatan yang meminimalkan risiko dan kerugian bagi pengguna jasa

Mainz (2003) dalam Aboriginal Health & Medical Research Council mengklaim bahwa mengukur dan memantau mutu pelayanan kesehatan tidak mungkin tanpa indikator. Pendekatan menggunakan indikator mempercepat dan menghemat biaya daripada metode lain seperti peer-review. Indikator sendiri merupakan ukuran dari hasil yang diberikan oleh tenaga profesional berdasarkan bukti ilmiah ataupun consensus dalam rangka menilai kualitas pelayanan kesehatan sehingga akan dihasilkan perubahan pelayanan jika pelayanan yang didapatkan sesuai dengan bukti ilmiah.

Jenis-jenis indikator, yaitu

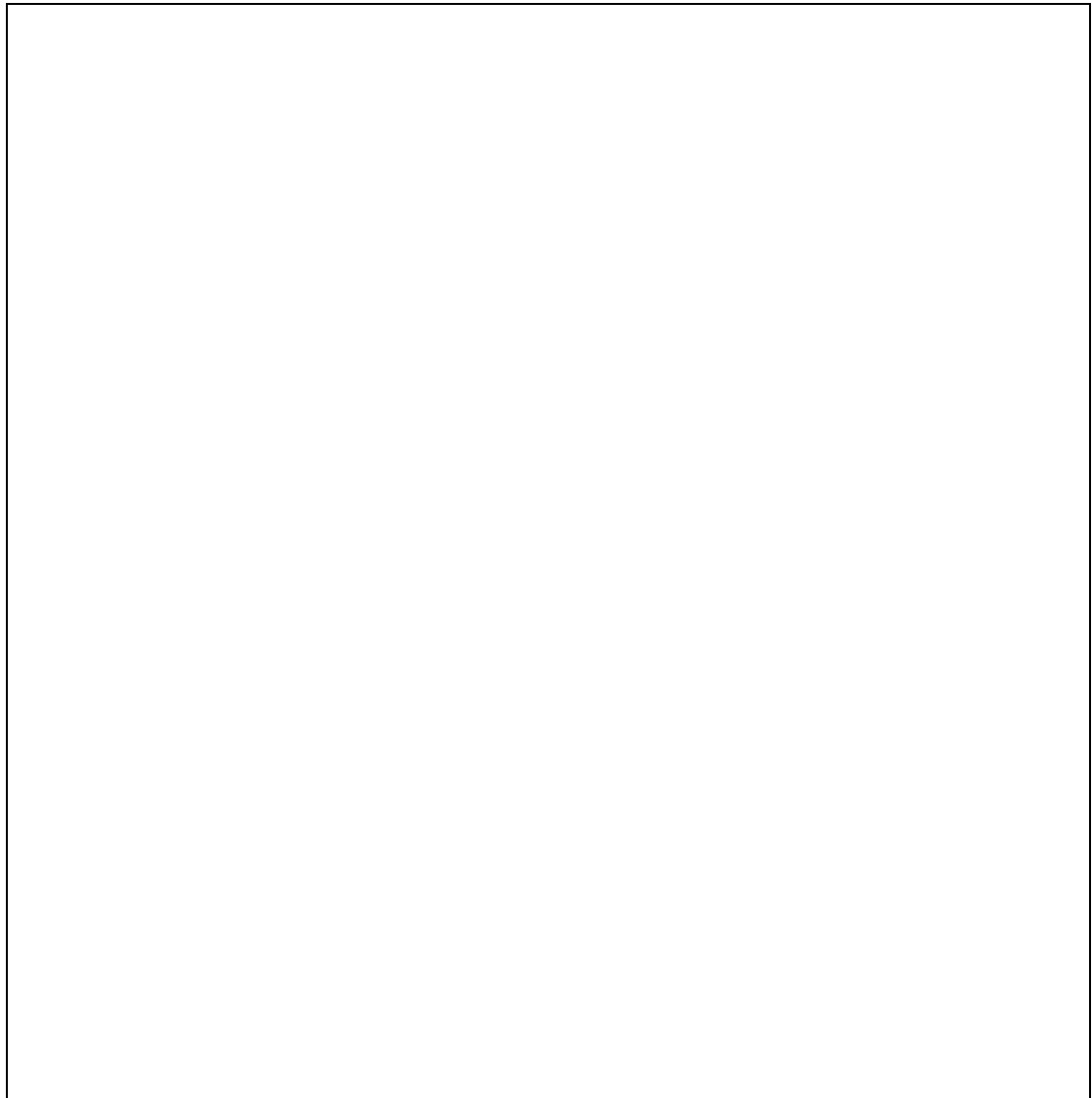
Jenis Indikator	Penjelasan
Struktur	materi dan sumber daya manusia yang ada, misal pelatihan
Proses	apa yang dilakukan dalam memberi dan menerima perawatan, digunakan untuk menilai dan meningkatkan kualitas asuhan, misal proporsi pasien yang diobati sesuai pedoman klinis

Outcome mengukur efek perawatan terhadap status kesehatan pasien dan populasi, misal hasil tekanan darah untuk penderita Hipertensi, angka kepuasan, kematian

Penugasan

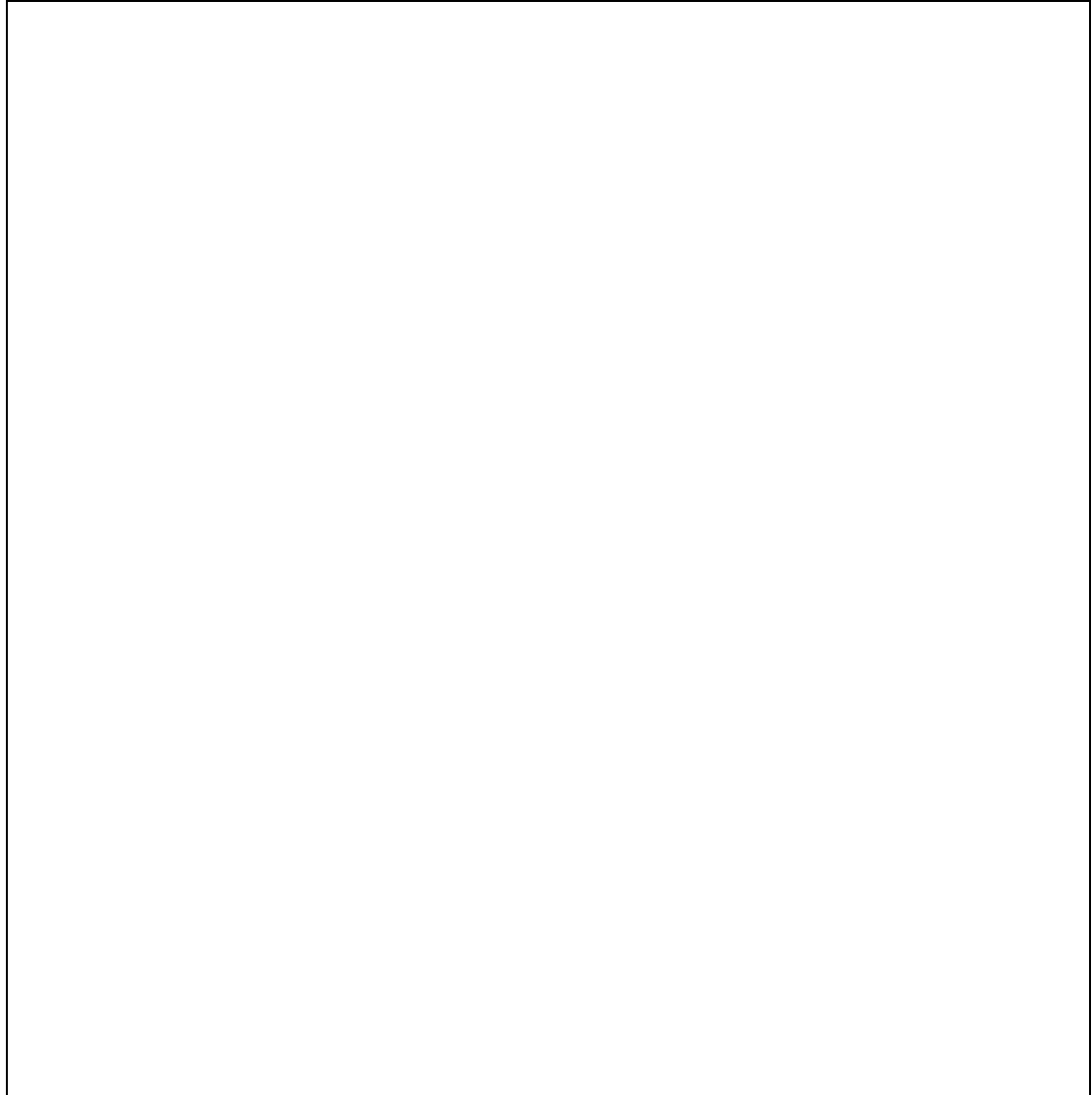
a. Tugas 1

Jelaskan apa yang dimaksud dengan kepuasan pelanggan ?



b. Tugas 2

Jelaskan dimensi mutu ketersediaan pelayanan kesehatan !



Referensi

RPS Sistem Manajemen Mutu

Lembar catatan Pembelajaran

Nama :

NIM :

Kelas :

No	Tanggal	Aktivitas	Catatan Pengampuan	Tanda tangan Pengampu
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				

Nilai Akhir_____

Pengampu,

MODUL 2

MANAJEMEN MUTU PELAYANAN KESEHATAN

MATA KULIAH : SISTEM MANAJEMEN MUTU



Pengantar : Manajemen Mutu Pelayanan Kesehatan
Rumah Sakit
Kode Mata Kuliah : RMIK
Tanggal Mulai :

**HANYA UNTUK
PENGGUNAAN INTERNAL**

MANAJEMEN MUTU PELAYANAN KESEHATAN RUMAH SAKIT

Modul: 2



Tri Mulyaningsih, ST, MPH; (TM) (Koordinator Mata Kuliah)
Niko Tesni Saputro, S.KM., M.P.H.; (NTS)
Anton Kristijono, S.KM., MKes; (AK)
Abdul Hadi Kadarusno SKM., MPH (AHK)

Program Studi Diploma Tiga Rekam Medis dan Informasi Kesehatan,
Politeknik Kesehatan Kemenkes Yogyakarta,
Yogyakarta, Indonesia.

Kata Pengantar

Laboratorium pendidikan adalah unit kerja pendidikan yang menyediakan fasilitas dan peralatan untuk kegiatan praktikum mahasiswa. Laboratorium pendidikan juga berfungsi sebagai fasilitas penunjang mahasiswa dalam mengembangkan keahlian dan menciptakan karya ilmiah. Kegiatan praktikum pada suatu mata kuliah, merupakan bagian yang tidak dapat dipisahkan dalam proses pencapaian keberhasilan mahasiswa dalam pengembangan keilmuan, kemampuan, dan penemuan. Karena itu perlu dibuat Modul Sistem Manajemen Mutu dalam rangka mendukung hal tersebut.

Melalui modul ini, mahasiswa dapat memperoleh materi dan soal latihan pada mata kuliah Sistem Manajemen Mutu. Dengan demikian, diharapkan tidak ada mahasiswa yang terkendala dalam mengikuti perkuliahan pada mata kuliah tersebut.

Besar harapan kami, modul ini dapat bermanfaat dalam memperlancar proses kegiatan belajar mengajar mahasiswa. Serta kami menerima kritik dan saran jika terdapat hal-hal yang belum sempurna, agar modul ini dapat digunakan dengan baik di kalangan mahasiswa maupun kalangan dosen pengampu mata kuliah.

Yogyakarta 27 Januari 2022

Tim Penyusun

Daftar Isi

1. Capaian Pembelajaran	Error! Bookmark not defined.
2. Bahan Kajian	Error! Bookmark not defined.
3. Tujuan Pembelajaran	Error! Bookmark not defined.
a. Tujuan Instruksional Umum	Error! Bookmark not defined.
b. Tujuan Instruksional Khusus	Error! Bookmark not defined.
4. Luaran	Error! Bookmark not defined.
5. Pengantar Klasifikasi dan Kodefikasi Penyakit dan Masalah Terkait Hematologi	Error! Bookmark not defined.
a. Anatomi hematologi.....	Error! Bookmark not defined.
b. Fisiologi hematologi	Error! Bookmark not defined.
c. Patologi hematologi	Error! Bookmark not defined.
6. Latihan di Kelas.....	Error! Bookmark not defined.
a. Latihan 1	Error! Bookmark not defined.
b. Latihan 2	Error! Bookmark not defined.
7. Penugasan	Error! Bookmark not defined.
a. Tugas 1.....	Error! Bookmark not defined.
b. Tugas 2	Error! Bookmark not defined.
c. Tugas 3.....	Error! Bookmark not defined.
8. Referensi.....	Error! Bookmark not defined.
9. Lembar Catatan Pembelajaran	Error! Bookmark not defined.

Pengantar

Mata Kuliah ini membahas tentang Sistem Manajemen Mutu yang meliputi Pemahaman dan Dimensi Mutu, Manajemen Mutu Pelayanan Kesehatan di Rumah Sakit dan Puskesmas, Indikator Mutu di Sarana Pelayanan Kesehatan (RS, Puskesmas) dan Unit RM, Clinical Pathway, Clinical Practice Guidelines, Total Quality Management, Quality Assurance, Continuous Quality Improvement. Mata kuliah ini menjadi salah satu mata kuliah wajib yang harus diikuti oleh setiap mahasiswa. Mata kuliah ini memberikan pengalaman belajar kepada mahasiswa yang mendukung untuk mencapai capaian pembelajaran khususnya dari aspek sikap, pengetahuan dan ketrampilan umum berdasarkan Standar Nasional Pendidikan Tinggi (Permendikbud Nomor 3 Tahun 2020)

Modul Sistem Manajemen Mutu, Program Studi Diploma Tiga Rekam Medis dan Informasi Kesehatan Semester Ganjil Tahun Akademik 2021/2022, disusun dengan tujuan untuk memberikan arahan serta acuan bagi mahasiswa dan dosen mata kuliah, dalam melaksanakan kegiatan perkuliahan selama Semester Ganjil di Prodi Diploma Tiga Rekam Medis dan Informasi Kesehatan Tahun Akademik 2021/2022. Modul ini berisi tentang materi Sistem Manajemen Mutu yaitu Manajemen Mutu Pelayanan Kesehatan Rumah Sakit.

Capaian Pembelajaran

Dengan pembelajar ini, mahasiswa diharapkan mampu memahami manajemen mutu pelayanan kesehatan pada rumah sakit.

Bahan Kajian

- Konsep mutu dalam pelayanan kesehatan
- Prinsip manajemen mutu pelayanan kesehatan
- Sasaran manajemen mutu di pelayanan kesehatan
- Standar pelayanan kesehatan

Tujuan Pembelajaran

- Mampu memahami konsep mutu dalam pelayanan kesehatan
- Mampu memahami prinsip manajemen mutu pelayanan kesehatan
- Mampu memahami sasaran manajemen mutu di pelayanan kesehatan
- Mampu memahami standar pelayanan kesehatan

Luaran

- Mahasiswa memiliki kompetensi dan mampu memahami konsep mutu dalam pelayanan kesehatan

- Mahasiswa memiliki kompetensi dan mampu memahami prinsip manajemen mutu pelayanan kesehatan
- Mahasiswa memiliki kompetensi dan mampu memahami sasaran manajemen mutu di pelayanan kesehatan
- Mahasiswa memiliki kompetensi dan mampu memahami standar pelayanan kesehatan

Manajemen Mutu Pelayanan Kesehatan Rumah Sakit

A. Konsep Mutu dalam Pelayanan Kesehatan di Rumah Sakit

Tuntutan kualitas menjadi prioritas di Indonesia khususnya dalam pelayanan di rumah sakit terutama di kota besar. Rumah sakit tidak cukup bila hanya menawarkan pelayanan dengan konsep asal “selamat” tetapi perlu menawarkan hasil maksimal berupa pelayanan yang berdasarkan kepuasan dengan standar profesi yang tinggi. Rumah sakit tidak hanya berfungsi untuk kegiatan mengobati, tetapi merupakan tempat untuk meningkatkan status kesehatan individu, sehingga kualitas kesehatan dan hidup manusia Indonesia meningkat pula.

Sumber daya manusia yang harus dimiliki rumah sakit pada prinsipnya telah diatur melalui akreditasi rumah sakit yakni dalam penentuan jumlah dan spesifikasi tenaga serta fasilitas penunjang layanan yang harus dimiliki oleh sebuah rumah sakit. Sumber daya terstandarisasi seperti SDM, manajemen dan teknologi terstandarisasi merupakan komponen yang sangat diperlukan untuk menghadapi persaingan dan menciptakan rumah sakit yang mempunyai jasa pelayanan kesehatan berkualitas yang merupakan indikator untuk meningkatkan citra rumah sakit dan profitabilitasnya.

B. Prinsip Manajemen Mutu di Rumah Sakit

Dalam ISO 9001:2000 terdapat delapan prinsip sistem manajemen mutu yang dijadikan sebagai acuan kerangka kerja yang membimbing organisasi menuju peningkatan kualitas kerja. Kedelapan prinsip tersebut adalah:

1. Fokus Pelanggan

Pelanggan merupakan bagian yang sangat penting bagi organisasi, oleh sebab itu manajemen organisasi harus benar-benar memahami, memenuhi kebutuhan pelanggan saat ini yang akan datang bahkan melebihi harapan pelanggan.

2. Kepemimpinan

Pemimpin sangat penting dalam menciptakan kesatuan arah dan tujuan organisasi, menciptakan dan mempertahankan lingkungan internal sehingga personel terlibat secara penuh untuk mencapai tujuan organisasi.

3. Keterlibatan Personel

Keterlibatan personel secara penuh pada semua tingkatan organisasi sangat penting sehingga kemampuan personel dapat digunakan untuk kepentingan organisasi.

4. Pendekatan Proses

Pendekatan proses sangat penting untuk mencapai hasil yang diinginkan agar lebih efisien dengan mengelola aktivitas dan sumber daya yang berkaitan sebagai suatu proses. Proses merupakan integrasi yang berurutan dari personel, material, metode, mesin dan peralatan dalam lingkungan untuk menghasilkan keluaran yang memiliki nilai tambah bagi pelanggan.

5. Pendekatan Sistem terhadap Manajemen

Identifikasi, pemahaman dan pengelolaan proses yang saling berkaitan sebagai suatu sistem yang mendukung efektivitas dan efisiensi organisasi dalam mencapai tujuannya.

6. Peningkatan Berkesinambungan

Peningkatan kesinambungan akan meningkatkan kinerja organisasi secara keseluruhan dan harus menjadi komitmen perusahaan. Peningkatan berkesinambungan merupakan proses berkesinambungan untuk meningkatkan efektivitas dan efisiensi organisasi dalam memenuhi kebijakan dalam mencapai tujuan organisasi.

7. Pendekatan Faktual dalam Pengambilan Keputusan

Keputusan yang efektif harus berdasarkan keputusan analisis data dan informasi yang faktual, sehingga masalah mutu dapat diselesaikan secara efektif dan efisien. Keputusan yang diambil harus ditujukan untuk meningkatkan kinerja organisasi dan efektivitas implementasi sistem manajemen mutu.

8. Hubungan Pemasok yang Saling Menguntungkan

Organisasi dan pemasoknya saling bergantung dan berhubungan saling menguntungkan akan meningkatkan kemampuan bersama dalam menciptakan nilai tambah bagi pelanggan.

C. Sasaran Manajemen Mutu di Pelayanan Kesehatan di Rumah Sakit

Keselamatan (*safety*) telah menjadi isu global termasuk juga untuk rumah sakit. Pelayanan kesehatan pada dasarnya adalah untuk menyelamatkan pasien. Namun diakui dengan semakin berkembangnya ilmu dan teknologi pelayanan kesehatan khususnya di rumah sakit menjadi

semakin kompleks dan berpotensi terjadinya Kejadian Tidak Diharapkan (*Adverse Event*) apabila tidak dilakukan dengan hati-hati. Rumah sakit berkomitmen untuk menjalankan program keselamatan pasien dengan memperhatikan enam sasaran keselamatan pasien sesuai dengan International Patient Safety Goals yaitu :

- Ketepatan identifikasi pasien.
- Peningkatan Komunikasi yang efektif.
- Peningkatan keamanan obat yang perlu diwaspadai (*high-alert*)
- Kepastian tepat-lokasi, tepat-prosedur, tepat-pasien operasi
- Pengurangan risiko infeksi terkait pelayanan kesehatan
- Pengurangan risiko pasien jatuh

D. Standar Pelayanan Kesehatan di Rumah Sakit

Standar menjadi sangat penting dalam sistem menjaga mutu pelayanan, karena standar merupakan alat yang dipergunakan oleh organisasi untuk menterjemahkan mutu ke dalam istilah yang operasional. Standar juga membuat organisasi dapat mengukur tingkat mutunya. Standar, indikator dan batas merupakan elemen yang membuat sistem menjaga mutu bekerja dalam suatu cara yang terukur, objektif dan kualitatif.

Sesuai dengan unsur-unsur yang terdapat pada pelayanan kesehatan serta peranan yang dimiliki oleh masing-masing unsur tersebut, maka standar dalam program menjaga mutu secara umum terbagi menjadi dua, yaitu:

1. Standar Persyaratan Minimal Standar persyaratan Minimalial adalah standar yang menunjuk pada keadaan minimal yang harus dipenuhi untuk dapat menjamin terselenggaranya pelayanan kesehatan yang bermutu. Standar ini dibedakan atas 3 macam, yakni :

a. Standar Masukan

Standar ini menetapkan persyaratan minimal unsur masukan yang diperlukan untuk dapat menyelenggarakan kesehatan yang bermutu, yaitu jenis, jumlah dan kualifikasi tenaga pelaksana (standar of personel), jenis dan jumlah, spesifikasi sarana (standar of facilities) serta jumlah dana / modal.

b. Standar lingkungan

Standar ini menetapkan persyaratan minimal unsur lingkungan yang diperlukan untuk dapat menyelenggarakan kesehatan yang bermutu, yaitu ; garis-garis besar kebijakan, struktur organisasi serta sistem manajemen yang harus dipenuhi oleh setiap pelaksana pelayanan kesehatan. Standar ini disebut juga

dengan standar organisasi dan manajemen. Sama dengan unsur masukan, untuk dapat menyelenggarakan pelayanan kesehatan yang bermutu, standar lingkungan tersebut haruslah dapat dapat dipenuhi dengan baik.

c. Standar proses

Standar ini menetapkan standar proses yang diperlukan untuk dapat menyelenggarakan kesehatan yang bermutu, yaitu tindakan medis, non medis pelayanan kesehatan. Standar ini dinamakan juga standar tindakan (standard of Conduct). Karena baik tidaknya mutu pelayanan sangat ditentukan oleh kesesuaian tindakan dengan standar proses, maka haruslah dapat dipuyakan semua tindakan yang dilakukan sesuai dengan standar proses yang telah ditetapkan.

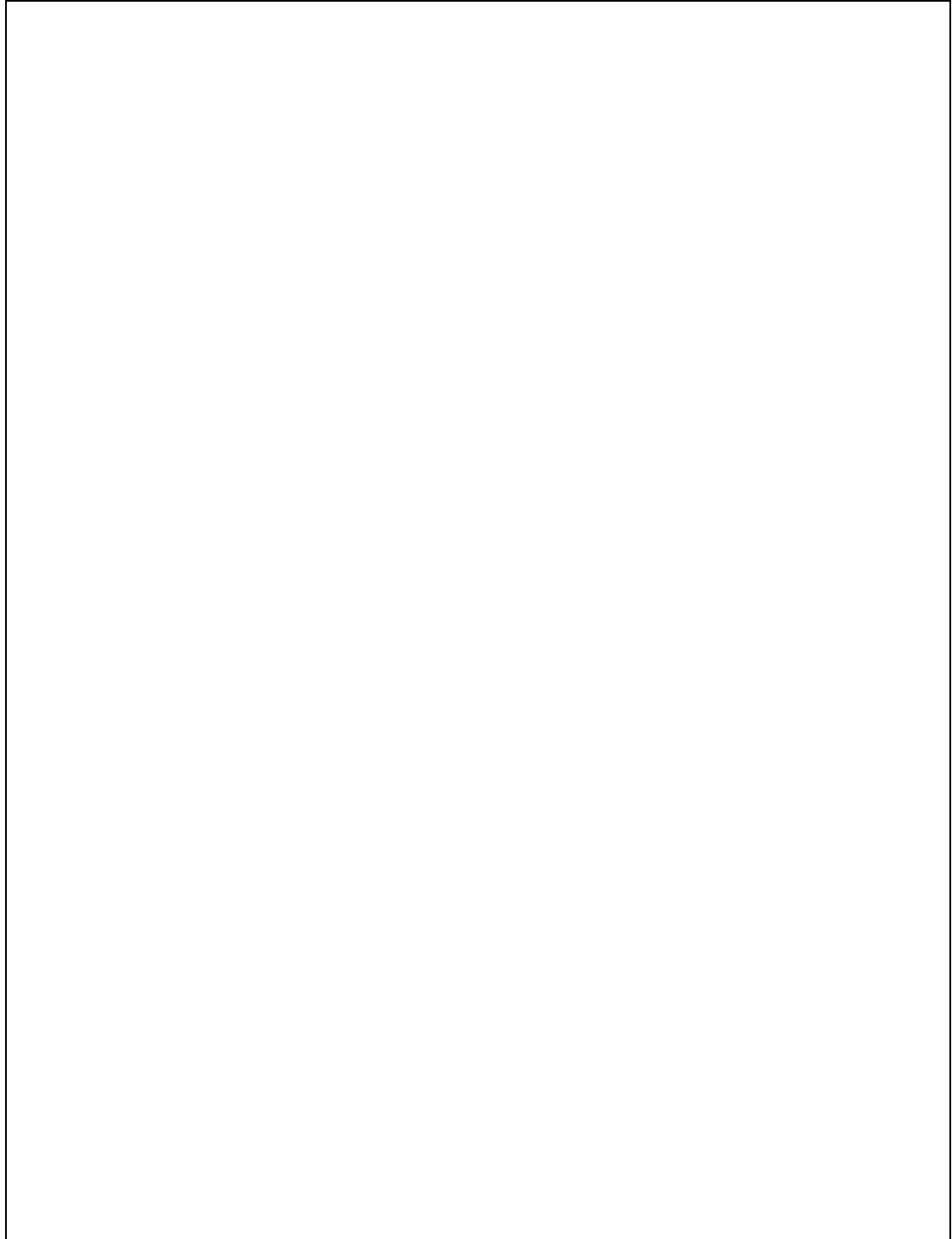
2. Standar Penampilan Minimal

Standar Penampilan Minimal adakalah standar yang menunjuk pada penampilan pelayanan kesehatan yang dapat diterima. Standar ini menunjuk pada unsur keluaran / standar luaran (output) atau juga populer dengan nama standard of performance. Untuk mengetahui apakah mutu pelayanan kesehatan yang diselenggarakan masih dalam batasbatas yang wajar atau tidak, perlu ditetapkan standar keluaran.

Penugasan

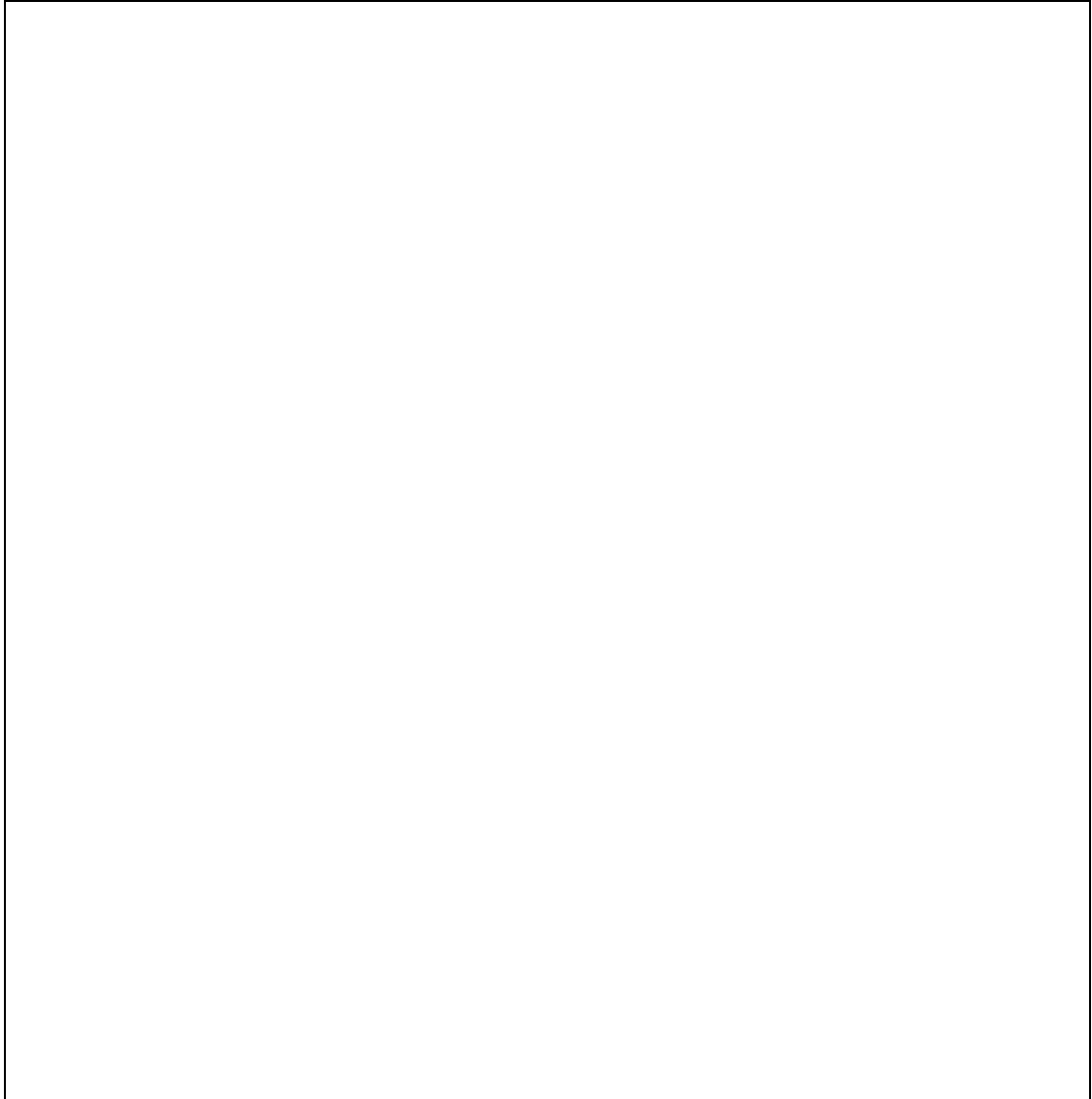
a. Tugas 1

Suatu alat organisasi untuk menjabarkan mutu layanan kesehatan ke dalam terminologi operasional sehingga semua orang yang terlibat dalam layanan kesehatan akan terikat dalam suatu system adalah



b. Tugas 2

Seandainya Anda terpilih menjadi direktur suatu rumah sakit, bagaimana Anda merencanakan mutu pelayanan kesehatan rumah sakit tersebut?



Referensi

RPS Sistem Manajemen Mutu

Lembar catatan Pembelajaran

Nama :

NIM :

Kelas :

No	Tanggal	Aktivitas	Catatan Pengampuan	Tanda tangan Pengampu
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				

Nilai Akhir_____

Pengampu,

MODUL 3

MANAJEMEN MUTU PELAYANAN KESEHATAN

MATA KULIAH : SISTEM MANAJEMEN MUTU



Pengantar : Manajemen Mutu Pelayanan Kesehatan
Puskesmas
Kode Mata Kuliah : RMIK
Tanggal Mulai :

**HANYA UNTUK
PENGGUNAN INTERNAL**

MANAJEMEN MUTU PELAYANAN KESEHATAN PUSKESMAS

Modul: 3



Tri Mulyaningsih, ST, MPH; (TM) (Koordinator Mata Kuliah)
Niko Tesni Saputro, S.KM., M.P.H.; (NTS)
Anton Kristijono, S.KM., MKes; (AK)
Abdul Hadi Kadarusno SKM., MPH (AHK)

Program Studi Diploma Tiga Rekam Medis dan Informasi Kesehatan,
Politeknik Kesehatan Kemenkes Yogyakarta,
Yogyakarta, Indonesia.

Kata Pengantar

Laboratorium pendidikan adalah unit kerja pendidikan yang menyediakan fasilitas dan peralatan untuk kegiatan praktikum mahasiswa. Laboratorium pendidikan juga berfungsi sebagai fasilitas penunjang mahasiswa dalam mengembangkan keahlian dan menciptakan karya ilmiah. Kegiatan praktikum pada suatu mata kuliah, merupakan bagian yang tidak dapat dipisahkan dalam proses pencapaian keberhasilan mahasiswa dalam pengembangan keilmuan, kemampuan, dan penemuan. Karena itu perlu dibuat Modul Sistem Manajemen Mutu dalam rangka mendukung hal tersebut.

Melalui modul ini, mahasiswa dapat memperoleh materi dan soal latihan pada mata kuliah Sistem Manajemen Mutu. Dengan demikian, diharapkan tidak ada mahasiswa yang terkendala dalam mengikuti perkuliahan pada mata kuliah tersebut.

Besar harapan kami, modul ini dapat bermanfaat dalam memperlancar proses kegiatan belajar mengajar mahasiswa. Serta kami menerima kritik dan saran jika terdapat hal-hal yang belum sempurna, agar modul ini dapat digunakan dengan baik di kalangan mahasiswa maupun kalangan dosen pengampu mata kuliah.

Yogyakarta 27 Januari 2022

Tim Penyusun

Daftar Isi

1. Capaian Pembelajaran	Error! Bookmark not defined.
2. Bahan Kajian	Error! Bookmark not defined.
3. Tujuan Pembelajaran	Error! Bookmark not defined.
a. Tujuan Instruksional Umum	Error! Bookmark not defined.
b. Tujuan Instruksional Khusus	Error! Bookmark not defined.
4. Luaran	Error! Bookmark not defined.
5. Pengantar Klasifikasi dan Kodefikasi Penyakit dan Masalah Terkait Hematologi	Error! Bookmark not defined.
a. Anatomi hematologi.....	Error! Bookmark not defined.
b. Fisiologi hematologi	Error! Bookmark not defined.
c. Patologi hematologi	Error! Bookmark not defined.
6. Latihan di Kelas.....	Error! Bookmark not defined.
a. Latihan 1	Error! Bookmark not defined.
b. Latihan 2	Error! Bookmark not defined.
7. Penugasan	Error! Bookmark not defined.
a. Tugas 1.....	Error! Bookmark not defined.
b. Tugas 2	Error! Bookmark not defined.
c. Tugas 3.....	Error! Bookmark not defined.
8. Referensi.....	Error! Bookmark not defined.
9. Lembar Catatan Pembelajaran	Error! Bookmark not defined.

Pengantar

Mata Kuliah ini membahas tentang Sistem Manajemen Mutu yang meliputi Pemahaman dan Dimensi Mutu, Manajemen Mutu Pelayanan Kesehatan di Rumah Sakit dan Puskesmas, Indikator Mutu di Sarana Pelayanan Kesehatan (RS, Puskesmas) dan Unit RM, Clinical Pathway, Clinical Practice Guidelines, Total Quality Management, Quality Assurance, Continuous Quality Improvement. Mata kuliah ini menjadi salah satu mata kuliah wajib yang harus diikuti oleh setiap mahasiswa. Mata kuliah ini memberikan pengalaman belajar kepada mahasiswa yang mendukung untuk mencapai capaian pembelajaran khususnya dari aspek sikap, pengetahuan dan ketrampilan umum berdasarkan Standar Nasional Pendidikan Tinggi (Permendikbud Nomor 3 Tahun 2020)

Modul Sistem Manajemen Mutu, Program Studi Diploma Tiga Rekam Medis dan Informasi Kesehatan Semester Ganjil Tahun Akademik 2021/2022, disusun dengan tujuan untuk memberikan arahan serta acuan bagi mahasiswa dan dosen mata kuliah, dalam melaksanakan kegiatan perkuliahan selama Semester Ganjil di Prodi Diploma Tiga Rekam Medis dan Informasi Kesehatan Tahun Akademik 2021/2022. Modul ini berisi tentang materi Sistem Manajemen Mutu yaitu Manajemen Mutu Pelayanan Kesehatan Puskesmas.

Capaian Pembelajaran

Dengan pembelajarannya ini, mahasiswa diharapkan mampu memahami tentang manajemen mutu pelayanan kesehatan puskesmas.

Bahan Kajian

- Konsep mutu dalam pelayanan kesehatan
- Prinsip manajemen mutu pelayanan kesehatan
- Sasaran manajemen mutu di pelayanan kesehatan
- Standar pelayanan kesehatan

Tujuan Pembelajaran

- Mampu memahami konsep mutu dalam pelayanan kesehatan
- Mampu memahami prinsip manajemen mutu pelayanan kesehatan
- Mampu memahami sasaran manajemen mutu di pelayanan kesehatan
- Mampu memahami standar pelayanan kesehatan

Luaran

- Mahasiswa memiliki kompetensi dan mampu memahami konsep mutu dalam pelayanan kesehatan

- Mahasiswa memiliki kompetensi dan mampu memahami prinsip manajemen mutu pelayanan kesehatan
- Mahasiswa memiliki kompetensi dan mampu memahami sasaran manajemen mutu di pelayanan kesehatan
- Mahasiswa memiliki kompetensi dan mampu memahami standar pelayanan kesehatan

Manajemen Mutu Pelayanan Kesehatan Puskesmas

A. Konsep Mutu dalam Pelayanan Kesehatan di Puskesmas

Konsep mutu telah berkembang pesat selama beberapa dekade belakang ini. Saat ini konsep mutu untuk pelayanan kesehatan berpusat pada tiga hal pokok, yaitu :

1. Client centered care

artinya pelayanan kesehatan harus berorientasi pada kebutuhan dan harapan pengguna.

2. Access

meliputi secara fisik, informasi dan jangkauan. Ada beberapa standar yang mengatur bagaimana customer bisa mengakses layanan kesehatan secara mudah dan nyaman yaitu di Standar 1, dan 4.2 tentang informasi yang harus tersedia dan standar 7 tentang komplain/ feedback.

3. Quality and Safety

a. Quality (mutu)

Philib B Crosby mengartikan mutu sebagai kepatuhan terhadap standar. Sedangkan Feigenbaum menekankan pada kepuasan pasien (Client Satisfaction). Definisi yang lebih baru dan lengkap disampaikan oleh Donabedian, yang menyatakan bahwa tidak ada satu dimensi yang mampu menggambarkan mutu.

Mutu dapat dilihat dari 3 definisi yaitu :

1. Definisi absolut
2. Definisi individual
3. Definisi social

b. Safety

Setelah mutu aspek kedua adalah Patient Safety atau keselamatan pasien. Konsep tentang safety sudah disinggung oleh Hippocrates pada (460-335 SM) dengan konsep primum, non nocere yang artinya pertama, jangan merusak/merugikan. Hal yang mendasar dari pelayanan kesehatan adalah jangan sampai pelayanan kesehatan tersebut menimbulkan hal-hal yang merugikan pasien dan masyarakat. Keselamatan pasien di sarana pelayanan kesehatan adalah

upaya yang dirancang untuk mencegah terjadinya adverse outcomes / kejadian yang tidak diharapkan sebagai akibat tindakan yang tidak aman atau kondisi laten.

B. Prinsip Manajemen Mutu di Puskesmas

Pusat Kesehatan Masyarakat (Puskesmas) adalah salah satu sarana pelayanan kesehatan masyarakat yang amat penting di Indonesia. Peranan dan kedudukan puskesmas adalah sebagai ujung tombak sistem pelayanan kesehatan di Indonesia karena peranan dan kedudukan puskesmas di Indonesia adalah amat unik. Sebagai sarana pelayanan kesehatan terdepan di Indonesia, puskesmas tidak hanya bertanggung jawab dalam menyelenggarakan pelayanan kesehatan masyarakat, namun juga bertanggung jawab dalam menyelenggarakan pelayanan kedokteran.

Salah satu penilaian program menjaga mutu pelayanan kesehatan tersedia adalah sertifikasi ISO 9000 yang dikeluarkan oleh organisasi standarisasi internasional. Sistem kualitas ISO 9000 menilai jaminan terhadap produk yang dihasilkan dan pemenuhan terhadap spesifikasi yang telah ditetapkan. Menurut situs resmi organisasi standar internasional, ISO 9001:2000 memiliki delapan prinsip manajemen mutu yang terintegrasi dengan klausul-klausul ISO 9001:2000,5 antara lain :

- (1) fokus pada pelanggan. Untuk dapat bertahan, sebuah organisasi sangat tergantung pada pelanggannya sehingga organisasi harus memahami kebutuhan dan tuntutan pelanggan, penekanan pada pemenuhan kepuasan pasien.
- (2) Kepemimpinan, pemimpin menciptakan kesatuan arah dan tujuan dalam organisasi. Pemimpin seharusnya mampu menciptakan dan menjaga lingkungan internal organisasi sehingga kondusif bagi anggota untuk terlibat sepenuhnya dalam rangka mencapai tujuan organisasi.
- (3) Melibatkan semua orang, sumber daya manusia (SDM) merupakan aset terpenting dalam organisasi sehingga setiap orang dalam organisasi harus dilibatkan dalam perbaikan mutu organisasi.
- (4) Pendekatan pada proses, hasil yang dicapai akan lebih efisien ketika kegiatan dan sumber daya dikelola sebagai sebuah proses bukan sesuatu yang insidental.
- (5) Pendekatan sistem dalam manajemen. Mengidentifikasi, memahami, dan mengelola proses sebagai sebuah sistem yang memberikan kontribusi bagi efektifitas dan efisiensi organisasi dalam mencapai tujuan.
- (6) Perbaikan terusmenerus, perbaikan berkelanjutan pada kinerja organisasi secara keseluruhan harus menjadi tujuan tetap organisasi. Peningkatan terusmenerus didefinisikan sebagai suatu

proses yang berfokus pada upaya terus menerus meningkatkan efektivitas dan atau efisiensi organisasi untuk memenuhi kebijakan dan tujuan dari organisasi tersebut.

(7) Keputusan yang efektif diambil berdasarkan analisis data dan informasi yang relevan sehingga akan memberikan perbaikan bagi organisasi. Organisasi dan supplier saling tergantung sehingga interaksi yang saling menguntungkan diantara keduanya akan memberikan manfaat positif bagi keduanya. Organisasi juga harus meningkatkan kesesuaian dengan standar sistem manajemen lingkungan.

C. Sasaran Manajemen Mutu di Pelayanan Kesehatan di Puskesmas

Keselamatan (*safety*) telah menjadi isu global termasuk juga untuk rumah sakit. Pelayanan kesehatan pada dasarnya adalah untuk menyelamatkan pasien. Namun diakui dengan semakin berkembangnya ilmu dan teknologi pelayanan kesehatan khususnya di rumah sakit menjadi semakin kompleks dan berpotensi terjadinya Kejadian Tidak Diharapkan (*Adverse Event*) apabila tidak dilakukan dengan hati-hati. Rumah sakit berkomitmen untuk menjalankan program keselamatan pasien dengan memperhatikan enam sasaran keselamatan pasien sesuai dengan International Patient Safety Goals yaitu :

- Ketepatan identifikasi pasien.
- Peningkatan Komunikasi yang efektif.
- Peningkatan keamanan obat yang perlu diwaspadai (*high-alert*)
- Kepastian tepat-lokasi, tepat-prosedur, tepat-pasien operasi
- Pengurangan risiko infeksi terkait pelayanan kesehatan
- Pengurangan risiko pasien jatuh

D. Standar Pelayanan Kesehatan di Puskesmas

Standar Pelayanan Minimal adalah suatu standar dengan batas-batas tertentu untuk mengukur kinerja penyelenggaraan kewenangan wajib daerah yang berkaitan dengan pelayanan dasar kepada masyarakat yang mencakup jenis pelayanan, indikator dan nilai (benchmark). Fungsi standar minimal puskesmas adalah :

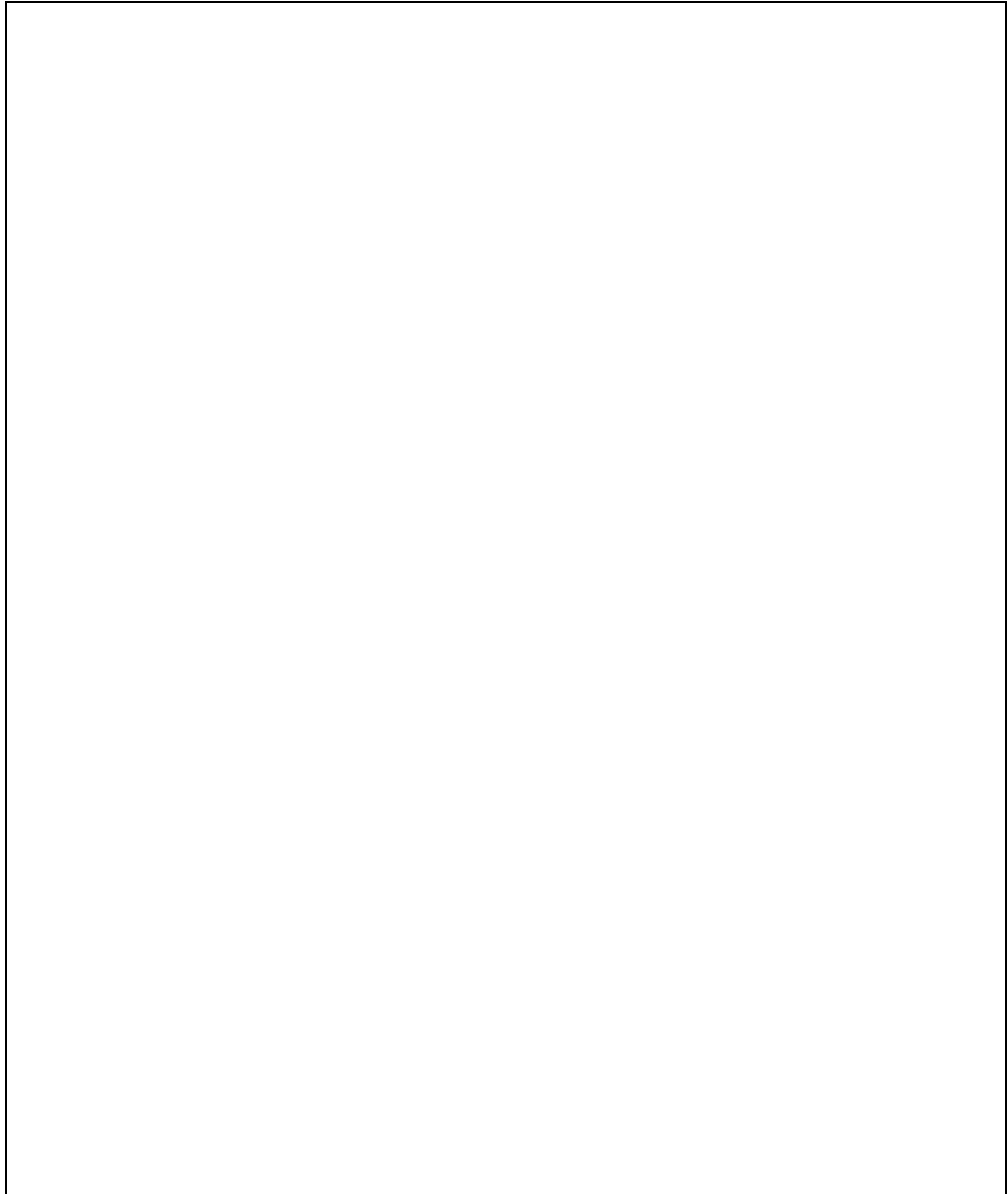
- Menjamin terselenggaranya mutu pelayanan dasar kepada masyarakat secara merata.
- Menjamin tercapainya kondisi rata-rata minimal yang harus dicapai pemerintah sebagai penyedia pelayanan kepada masyarakat.
- Pedoman pengukuran kinerja penyelenggaraan bidang kesehatan.

- Acuan prioritas perencanaan daerah dan pembiayaan APBD bidang kesehatan dalam melakukan pengevaluasian dan monitoring pelaksanaan pelayanan kesehatan.

Penugasan

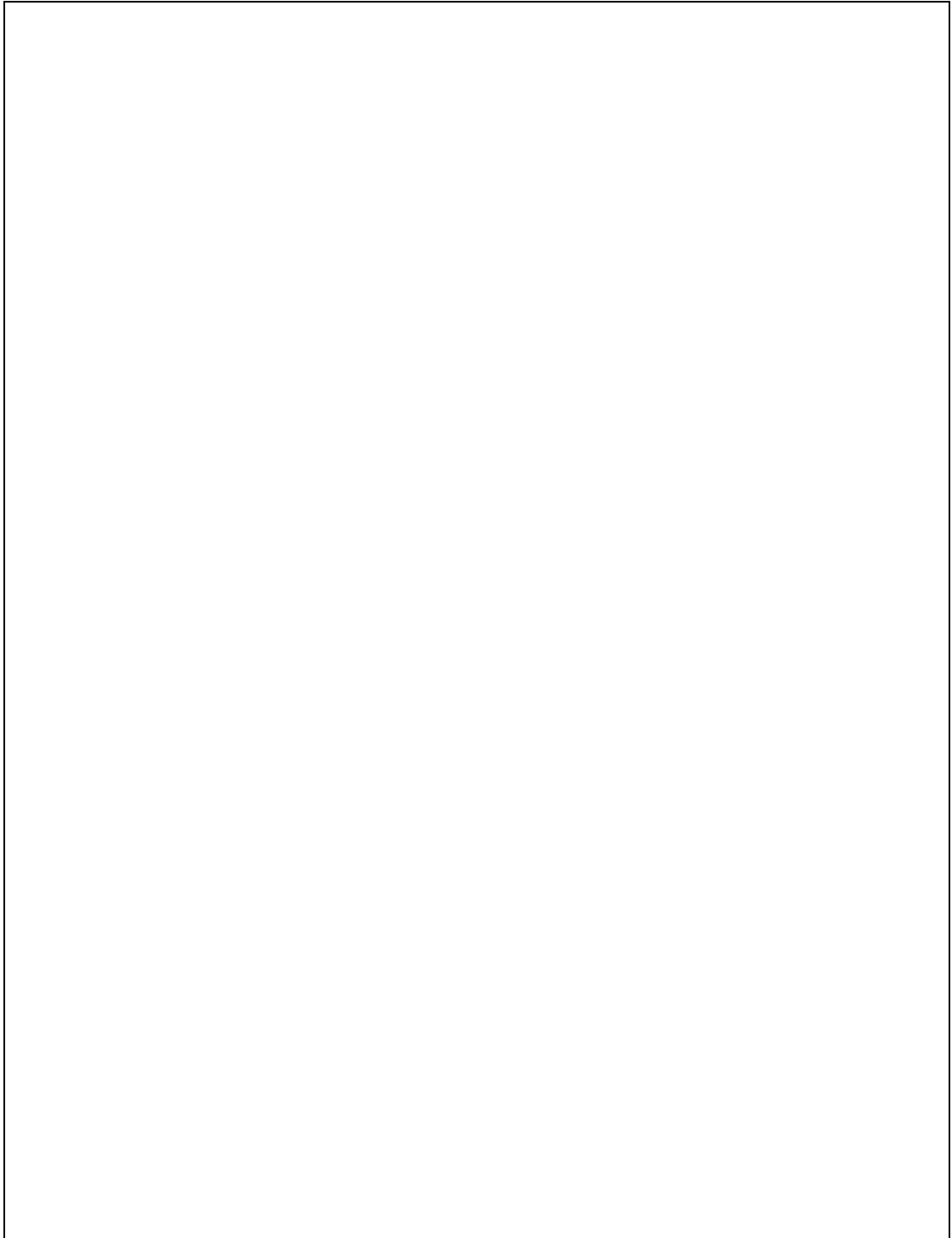
- a. Tugas 1

Konsep mutu berpusat pada...



b. Tugas 2

Apakah fungsi dari SPM ?

A large, empty rectangular box with a thin black border, intended for the student to write their answer to the question above.

Referensi

RPS Sistem Manajemen Mutu

Lembar catatan Pembelajaran

Nama :

NIM :

Kelas :

No	Tanggal	Aktivitas	Catatan Pengampuan	Tanda tangan Pengampu
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				

Nilai Akhir _____

Pengampu,

MODUL 4

INDIKATOR MUTU DI SARANA KESEHATAN RUMAH SAKIT 1

MATA KULIAH : SISTEM MANAJEMEN MUTU



Pengantar : Indikator Mutu di Sarana Kesehatan
Rumah Sakit
Kode Mata Kuliah : RMIK
Tanggal Mulai :

**HANYA UNTUK
PENGGUNAN INTERNAL**

INDIKATOR MUTU DI SARANA KESEHATAN RUMAH SAKIT

Modul: 4



Tri Mulyaningsih, ST, MPH; (TM) (Koordinator Mata Kuliah)
Niko Tesni Saputro, S.KM., M.P.H.; (NTS)
Anton Kristijono, S.KM., MKes; (AK)
Abdul Hadi Kadarusno SKM., MPH (AHK)

Program Studi Diploma Tiga Rekam Medis dan Informasi Kesehatan,
Politeknik Kesehatan Kemenkes Yogyakarta,
Yogyakarta, Indonesia.

Kata Pengantar

Laboratorium pendidikan adalah unit kerja pendidikan yang menyediakan fasilitas dan peralatan untuk kegiatan praktikum mahasiswa. Laboratorium pendidikan juga berfungsi sebagai fasilitas penunjang mahasiswa dalam mengembangkan keahlian dan menciptakan karya ilmiah. Kegiatan praktikum pada suatu mata kuliah, merupakan bagian yang tidak dapat dipisahkan dalam proses pencapaian keberhasilan mahasiswa dalam pengembangan keilmuan, kemampuan, dan penemuan. Karena itu perlu dibuat Modul Sistem Manajemen Mutu dalam rangka mendukung hal tersebut.

Melalui modul ini, mahasiswa dapat memperoleh materi dan soal latihan pada mata kuliah Sistem Manajemen Mutu. Dengan demikian, diharapkan tidak ada mahasiswa yang terkendala dalam mengikuti perkuliahan pada mata kuliah tersebut.

Besar harapan kami, modul ini dapat bermanfaat dalam memperlancar proses kegiatan belajar mengajar mahasiswa. Serta kami menerima kritik dan saran jika terdapat hal-hal yang belum sempurna, agar modul ini dapat digunakan dengan baik di kalangan mahasiswa maupun kalangan dosen pengampu mata kuliah.

Yogyakarta 27 Januari 2022

Tim Penyusun

Daftar Isi

1. Capaian Pembelajaran	Error! Bookmark not defined.
2. Bahan Kajian	Error! Bookmark not defined.
3. Tujuan Pembelajaran	Error! Bookmark not defined.
a. Tujuan Instruksional Umum	Error! Bookmark not defined.
b. Tujuan Instruksional Khusus	Error! Bookmark not defined.
4. Luaran	Error! Bookmark not defined.
5. Pengantar Klasifikasi dan Kodefikasi Penyakit dan Masalah Terkait Hematologi	Error! Bookmark not defined.
a. Anatomi hematologi.....	Error! Bookmark not defined.
b. Fisiologi hematologi	Error! Bookmark not defined.
c. Patologi hematologi	Error! Bookmark not defined.
6. Latihan di Kelas.....	Error! Bookmark not defined.
a. Latihan 1	Error! Bookmark not defined.
b. Latihan 2	Error! Bookmark not defined.
7. Penugasan	Error! Bookmark not defined.
a. Tugas 1.....	Error! Bookmark not defined.
b. Tugas 2	Error! Bookmark not defined.
c. Tugas 3.....	Error! Bookmark not defined.
8. Referensi.....	Error! Bookmark not defined.
9. Lembar Catatan Pembelajaran	Error! Bookmark not defined.

Pengantar

Mata Kuliah ini membahas tentang Sistem Manajemen Mutu yang meliputi Pemahaman dan Dimensi Mutu, Manajemen Mutu Pelayanan Kesehatan di Rumah Sakit dan Puskesmas, Indikator Mutu di Sarana Pelayanan Kesehatan (RS, Puskesmas) dan Unit RM, Clinical Pathway, Clinical Practice Guidelines, Total Quality Management, Quality Assurance, Continuous Quality Improvement. Mata kuliah ini menjadi salah satu mata kuliah wajib yang harus diikuti oleh setiap mahasiswa. Mata kuliah ini memberikan pengalaman belajar kepada mahasiswa yang mendukung untuk mencapai capaian pembelajaran khususnya dari aspek sikap, pengetahuan dan ketrampilan umum berdasarkan Standar Nasional Pendidikan Tinggi (Permendikbud Nomor 3 Tahun 2020)

Modul Sistem Manajemen Mutu, Program Studi Diploma Tiga Rekam Medis dan Informasi Kesehatan Semester Ganjil Tahun Akademik 2021/2022, disusun dengan tujuan untuk memberikan arahan serta acuan bagi mahasiswa dan dosen mata kuliah, dalam melaksanakan kegiatan perkuliahan selama Semester Ganjil di Prodi Diploma Tiga Rekam Medis dan Informasi Kesehatan Tahun Akademik 2021/2022. Modul ini berisi tentang materi Sistem Manajemen Mutu yaitu Indikator Mutu di Sarana Kesehatan Rumah Sakit.

Capaian Pembelajaran

Dengan pembelajarannya ini, mahasiswa diharapkan mampu memahami tentang indikator mutu di sarana kesehatan rumah sakit.

Bahan Kajian

- Pelayanan Kesehatan di Rumah Sakit
- Syarat Pokok Pelayanan Kesehatan di Rumah Sakit
- Indikator Mutu di Rumah Sakit
- Standar Pelayanan Minimal Kesehatan di Rumah Sakit
- Akreditasi Rumah Sakit
- Peran Rekam Medis di Rumah Sakit
- Teknik Pembagian Kerja di Rumah Sakit
- Target Capaian Mutu di Rumah Sakit
- Indikator Pelayanan Rawat Inap

Tujuan Pembelajaran

- Mampu memahami pelayanan kesehatan di rumah sakit
- Mampu memahami syarat pokok pelayanan kesehatan di rumah sakit
- Mampu memahami indikator mutu di rumah sakit

- Mampu memahami standar pelayanan minimal kesehatan di rumah sakit
- Mampu memahami akreditasi rumah sakit
- Mampu memahami peran rekam medis di rumah sakit
- Mampu memahami teknik pembagian kerja di rumah sakit
- Mampu memahami target capaian mutu di rumah sakit
- Mampu memahami indikator pelayanan rawat inap

Luaran

- Mahasiswa memiliki kompetensi dan mampu memahami pelayanan kesehatan di rumah sakit
- Mahasiswa memiliki kompetensi dan mampu memahami syarat pokok pelayanan kesehatan di rumah sakit
- Mahasiswa memiliki kompetensi dan mampu memahami indikator mutu di rumah sakit
- Mahasiswa memiliki kompetensi dan mampu memahami standar pelayanan minimal kesehatan di rumah sakit
- Mahasiswa memiliki kompetensi dan mampu memahami akreditasi rumah sakit
- Mahasiswa memiliki kompetensi dan mampu memahami peran rekam medis di rumah sakit
- Mahasiswa memiliki kompetensi dan mampu memahami teknik pembagian kerja di rumah sakit
- Mahasiswa memiliki kompetensi dan mampu memahami target capaian mutu di rumah sakit
- Mahasiswa memiliki kompetensi dan mampu memahami indikator pelayanan rawat inap.

Indikator Mutu di Rumah Sakit

A. Pelayanan Kesehatan di Rumah Sakit

Menurut undang-undang No. 44 tahun 2009 tentang rumah sakit, fungsi rumah sakit adalah :

- a. Penyelenggaraan pelayanan pengobatan dan pemulihan kesehatan sesuai dengan standar pelayanan rumah sakit.
- b. Pemeliharaan dan peningkatan kesehatan perorangan melalui pelayanan kesehatan yang paripurna tingkat kedua dan ketiga sesuai kebutuhan medis.

- c. Penyelenggaraan pendidikan dan pelatihan sumber daya manusia dalam rangka peningkatan kemampuan dalam pemberian pelayanan kesehatan.
- d. Penyelenggaraan penelitian dan pengembangan serta penapisan teknologi bidang kesehatan dalam rangka peningkatan pelayanan kesehatan dengan memperhatikan etika ilmu pengetahuan bidang kesehatan

Dalam upaya menyelenggarakan fungsinya, maka Rumah Sakit umum menyelenggarakan kegiatan :

- Pelayanan medis
- Pelayanan dan asuhan keperawatan
- Pelayanan penunjang medis dan nonmedis
- Pelayanan kesehatan masyarakat dan rujukan
- Pendidikan, penelitian dan pengembangan
- Administrasi umum dan keuangan

B. Syarat Pokok Pelayanan Kesehatan di Rumah Sakit

Syarat pokok pelayanan kesehatan yang dimaksud (Azwar, 1996) adalah :

1. Tersedia dan berkesinambungan

Syarat pokok pertama pelayanan kesehatan yang baik adalah pelayanan tersebut harus tersedia di masyarakat (available) serta bersifat berkesinambungan (continuous). Artinya semua jenis pelayanan kesehatan yang dibutuhkan oleh masyarakat dan mudah dicapai oleh masyarakat.

2. Dapat diterima dan wajar

Syarat pokok kedua pelayanan kesehatan yang baik adalah apa yang dapat diterima (acceptable) oleh masyarakat serta bersifat wajar (appropriate). Artinya pelayanan kesehatan tersebut tidak bertentangan dengan adat istiadat, kebudayaan, keyakinan, kepercayaan masyarakat dan bersifat wajar.

3. Mudah dicapai

Syarat pokok ketiga pelayanan kesehatan yang baik adalah yang mudah dicapai (accessible) oleh masyarakat. Pengertian ketercapaian yang dimaksud disini terutama dari sudut lokasi. Dengan demikian untuk mewujudkan pelayanan kesehatan yang baik, maka pengaturan sarana kesehatan menjadi sangat penting.

4. Mudah dijangkau

Syarat pokok pelayanan kesehatan yang ke empat adalah mudah dijangkau (affordable) oleh masyarakat. Pengertian keterjangkauan di sini terutama dari sudut biaya. Pengertian keterjangkauan di sini terutama dari sudut jarak dan biaya. Untuk mewujudkan keadaan seperti ini harus dapat diupayakan pendekatan sarana pelayanan kesehatan dan biaya kesehatan diharapkan sesuai dengan kemampuan ekonomi masyarakat.

5. Bermutu

Syarat pokok pelayanan kesehatan yang kelima adalah yang bermutu (quality). Pengertian mutu yang dimaksud adalah yang menunjuk pada tingkat kesempurnaan pelayanan kesehatan yang diselenggarakan, yang disatu pihak dapat memuaskan para pemakai jasa pelayanan, dan pihak lain tata cara penyelenggaraannya sesuai dengan kode etik serta standar yang telah ditetapkan.

C. Indikator Mutu di Rumah Sakit

Indikator-indikator pelayanan rumah sakit dapat dipakai untuk mengetahui tingkat pemanfaatan, mutu, dan efisiensi pelayanan rumah sakit. Indikator-indikator berikut bersumber dari sensus harian rawat inap :

a. **BOR (*Bed Occupancy Ratio* = Angka penggunaan tempat tidur)**

BOR menurut Huffman (1994) adalah *the ratio of patient service days to inpatient bed count days in a period under consideration* • . Sedangkan menurut Depkes RI (2005), BOR adalah prosentase pemakaian tempat tidur pada satuan waktu tertentu. Indikator ini memberikan gambaran tinggi rendahnya tingkat pemanfaatan tempat tidur rumah sakit. Nilai parameter BOR yang ideal adalah antara 60-85% (Depkes RI, 2005).

Rumus :

BOR = (Jumlah hari perawatan rumah sakit / (Jumlah tempat tidur X Jumlah hari dalam satu periode)) X 100%

b. **AVLOS (*Average Length of Stay* = Rata-rata lamanya pasien**

dirawat)AVLOS menurut Huffman (1994) adalah *the average hospitalization stay of inpatient discharged during the period under consideration*. AVLOS menurut Depkes RI (2005) adalah rata-rata lama rawat seorang pasien. Indikator ini disamping memberikan gambaran tingkat efisiensi, juga dapat memberikan gambaran mutu pelayanan, apabila diterapkan pada diagnosis tertentu dapat dijadikan hal yang perlu pengamatan yang lebih lanjut. Secara umum nilai AVLOS yang ideal antara 6-9 hari (Depkes, 2005).

Rumus :

AVLOS = Jumlah lama dirawat / Jumlah pasien keluar (hidup + mati)

c. **TOI (*Turn Over Interval*) = Tenggang perputaran tempat tidur**

TOI adalah rata-rata hari dimana tempat tidur tidak ditempati dari telah diisi ke saat terisi berikutnya (Depkes RI. 2005, Kementerian Kesehatan 2011). Indikator ini memberikan gambaran tingkat efisiensi penggunaan tempat tidur. Idealnya tempat tidur kosong tidak terisi pada kisaran 1-3 hari (Depkes RI. 2005, Kementerian Kesehatan 2011).

Rumus :

TOI = ((Jumlah tempat tidur X Periode) – Hari perawatan) / Jumlah pasien keluar (hidup + mati)

d. **BTO (*Bed Turn Over*) = Angka perputaran tempat tidur**

BTO adalah *the net effect of changed in occupancy rate and length of*

stay (Huffman. 1994). BTO adalah frekuensi pemakaian tempat tidur pada satu periode, berapa kali tempat tidur dipakai dalam satu satuan waktu tertentu (Depkes RI. 2005, Kementerian Kesehatan 2011). Idealnya dalam satu tahun, satu tempat tidur rata-rata dipakai 40-50 kali (Depkes RI. 2005, Kementerian Kesehatan 2011).

Rumus :

BTO = Jumlah pasien keluar (hidup + mati) / Jumlah tempat tidur

e. **NDR (Net Death Rate)**

NDR adalah angka kematian 48 jam setelah dirawat untuk tiap-tiap 1000 penderita keluar (Depkes RI. 2005, Kementerian Kesehatan 2011). Indikator ini memberikan gambaran mutu pelayanan di rumah sakit. Nilai NDR yang dianggap masih dapat ditolerir adalah kurang dari 25 per 1000 (Kementerian Kesehatan 2011).

Rumus :

NDR = (Jumlah pasien mati > 48 jam / Jumlah pasien keluar (hidup + mati)) X 1000 permil

f. **GDR (Gross Death Rate)**

GDR adalah angka kematian umum untuk setiap 1000 penderita keluar (Depkes RI. 2005, Kementerian Kesehatan 2011). Nilai GDR seyogyanya tidak lebih dari 45 per 1000 penderita keluar (Kementerian Kesehatan 2011).

Rumus :

GDR = (Jumlah pasien mati seluruhnya / Jumlah pasien keluar (hidup + mati)) X 1000 permil

D. Standar Pelayanan Minimal Kesehatan di Rumah Sakit

Standar Pelayanan Minimal meliputi jenis-jenis pelayanan, indikator dan standar pencapaian kinerja pelayanan rumah sakit :

- Jenis Pelayanan :

1. Pelayanan gawat darurat
2. Pelayanan rawat jalan
3. Pelayanan rawat inap
4. Pelayanan bedah
5. Pelayanan persalinan, perinatal, dan keluarga berencana
6. Pelayanan intensif
7. Pelayanan radiologi
8. Pelayanan Laboratorium patologi klinik
9. Pelayanan rehabilitasi medik
10. Pelayanan farmasi

11. Pelayanan gizi
12. Pelayanan transfusi darah
13. pelayanan pasien miskin
14. Pelayanan rekam medis
15. Pengelolaan limbah
16. Pelayanan administrasi manajemen
17. Pelayanan ambulance/kereta jenazah
18. Pelayanan pemulasaraan jenazah
19. Pelayanan pemeliharaan sarana rumah sakit
20. Pelayanan laundry
21. Pengendalian infeksi.

- Indikator dan Standar Pencapaian Kinerja

Indikator dan standar pencapaian kinerja pada hakikatnya menunjukkan aspek-aspek utama dari setiap jenis pelayanan yang bersifat terukur sehingga pencapaian kinerja dapat diketahui apakah standar sudah dapat dicapai atau belum.

E. Akreditasi Rumah Sakit

Akreditasi Rumah Sakit yang selanjutnya disebut Akreditasi adalah pengakuan terhadap mutu pelayanan Rumah Sakit, setelah dilakukan penilaian bahwa Rumah Sakit telah memenuhi Standar Akreditasi. Rumah Sakit adalah institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan, dan gawat darurat.

Tujuan pengaturan akreditasi :

- a. meningkatkan mutu pelayanan Rumah Sakit dan melindungi keselamatan pasien Rumah Sakit;
- b. meningkatkan perlindungan bagi masyarakat, sumber daya manusia di Rumah Sakit dan Rumah Sakit sebagai institusi;
- c. mendukung program Pemerintah di bidang kesehatan; dan
- d. meningkatkan profesionalisme Rumah Sakit Indonesia di mata Internasional.

Standar akreditasi :

Akreditasi Rumah Sakit di Indonesia dilaksanakan untuk menilai kepatuhan rumah sakit terhadap standar akreditasi. Standar Akreditasi adalah pedoman yang berisi tingkat pencapaian yang harus dipenuhi oleh rumah sakit dalam meningkatkan mutu pelayanan dan keselamatan pasien.

Standar akreditasi yang dipergunakan mulai 1 Januari 2018 adalah "STANDAR NASIONAL AKREDITASI RUMAH SAKIT EDISI 1" yang terdiri dari 16 bab yaitu :

1. Sasaran Keselamatan Pasien (SKP)
2. Akses ke Rumah Sakit dan Kontinuitas (ARK)
3. Hak Pasien dan Keluarga (HPK)
4. Asesmen Pasien (AP)
5. Pelayanan Asuhan Pasien (PAP)
6. Pelayanan Anestesi dan Bedah (PAB)
7. Pelayanan Kefarmasian dan Penggunaan Obat (PKPO)
8. Manajemen Komunikasi dan Edukasi (MKE)
9. Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien (PMKP)
10. Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI)
11. Tata Kelola Rumah Sakit (TKRS)
12. Manajemen Fasilitas dan Keselamatan (MFK)
13. Kompetensi & Kewenangan Staf (KKS)
14. Manajemen Informasi dan Rekam Medis (MIRM)
15. Program Nasional (menurunkan angka kematian ibu dan bayi serta meningkatkan angka kesehatan ibu dan bayi, menurunkan angka kesakitan HIV/AIDS, menurunkan angka kesakitan tuberkulosis, pengendalian resistensi antimikroba dan pelayanan geriatri)
16. Integrasi Pendidikan Kesehatan dalam Pelayanan Rumah Sakit (IPKP)

Ketentuan penggunaan Standar Nasional Akreditasi Rumah Sakit Edisi I sebagai berikut:

- Rumah Sakit Pendidikan : 16 bab
- Rumah Sakit non Pendidikan : 15 bab

F. Peran Rekam Medis di Rumah Sakit

Ahli Madya Rekam Medis dan Informasi Kesehatan dalam melaksanakan pekerjaan rekam medis dan informasi kesehatan di Fasilitas Pelayanan Kesehatan, mempunyai kewenangan sebagai berikut:

1. melaksanakan kegiatan pelayanan pasien dalam manajemen dasar rekam medis dan informasi kesehatan
2. melaksanakan evaluasi isi rekam medis
3. melaksanakan sistem klasifikasi klinis dan kodefikasi penyakit yang berkaitan dengan kesehatan dan tindakan medis sesuai terminologi medis yang benar
4. melaksanakan indeks dengan cara mengumpulkan data penyakit, kematian, tindakan dan dokter yang dikelompokkan pada indeks
5. melaksanakan sistem pelaporan dalam bentuk informasi kegiatan pelayanan kesehatan
6. merancang struktur isi dan standar data kesehatan, untuk pengelolaan informasi kesehatan

7. melaksanakan evaluasi kelengkapan isi diagnosis dan tindakan sebagai ketepatan pengkodean
8. melaksanakan pengumpulan, validasi dan verifikasi data sesuai ilmu statistik rumah sakit
9. melakukan pencatatan dan pelaporan data surveilans
10. mengelola kelompok kerja dan manajemen unit kerja dan menjalankan organisasi penyelenggara dan pemberi pelayanan kesehatan
11. mensosialisasikan setiap program pelayanan rekam medis dan informasi kesehatan
12. melaksanakan hubungan kerja sesuai dengan kode etik profesi
13. melakukan pengembangan diri terhadap kemajuan ilmu pengetahuan dan teknologi.

Dalam melaksanakan pekerjaannya, Perkam Medis mempunyai kewajiban:

- a. menghormati hak pasien/klien
- b. menyimpan rahasia pasien/klien sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan
- c. memberikan data dan informasi kesehatan berdasarkan kebutuhan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan
- d. membantu program pemerintah dalam rangka meningkatkan derajat kesehatan masyarakat
- e. mematuhi standar profesi, standar pelayanan, dan standar prosedur operasional

G. Teknik Pembagian Kerja di Rumah Sakit

Pembagian kerja di rumah sakit diantaranya yaitu :

- a. Direktur
- b. Wakil direktur umum dan keuangan
- c. Wakil direktur pelayanan
- d. Wakil direktur pendidikan dan pelatihan
- e. Bagian perencanaan dan pengembangan
- f. Bagian keuangan
- g. Bagian tata usaha
- h. Bidang diklat
- i. Bidang litbangkes

H. Target Capaian Mutu di Rumah Sakit

CONTOH TARGET CAPAIAN MUTU SUATU RUMAH SAKIT

NO.	INDIKATOR MUTU RUMAH SAKIT	STANDAR (%)		PENCAPAIAN		
		DEPKES	RS. KASIH IBU	Januari	Februari	Maret
1.	Respon time IGD \leq 5 menit	100%	100%	99,7%	99,7%	99,6%
2.	Angka Infeksi Daerah Operasi (IDO)	\leq 1,5%	\leq 1,5%	0%	0%	0%
3.	Angka Ekstravasasi pada pemberian obat kemoterapi	\leq 5%	\leq 5%	0%	0%	0%
4.	Tidak Ada Kejadian Kesalahan Pemberian Regimen Kemoterapi	100%	100%	100%	100%	100%
5.	Angka Kejadian Pasien Jatuh	0 kejadian	0 kejadian	0 kejadian	0 kejadian	0 kejadian
6.	Kepatuhan Cuci Tangan	100%	> 85%	77%	78%	81%
7.	Kepuasan Pasien di Unit Kemoterapi	\geq 90%	> 90%	100%	100%	100%
8.	Kepuasan Pasien di Instalasi Rawat Inap	\geq 90%	> 90%	96,5%	99,4%	95,5%

I. Indikator Pelayanan Rawat Inap

Indikator-indikator pelayanan rumah sakit dapat dipakai untuk mengetahui tingkat pemanfaatan, mutu, dan efisiensi pelayanan rumah sakit. Indikator-indikator berikut bersumber dari sensus harian rawat inap : **BOR (Bed Occupancy Ratio = Angka penggunaan tempat tidur)** adalah prosentase pemakaian tempat tidur pada satuan waktu tertentu. Indikator ini memberikan gambaran tinggi rendahnya tingkat pemanfaatan tempat tidur rumah sakit. Nilai parameter BOR yang ideal adalah antara 60-85%. **AVLOS (Average Length of Stay = Rata-rata lamanya pasien dirawat)** adalah rata-rata lama rawat seorang pasien. Indikator ini disamping memberikan gambaran tingkat efisiensi, juga dapat memberikan gambaran mutu pelayanan, apabila diterapkan pada diagnosis tertentu dapat dijadikan hal yang perlu pengamatan yang lebih lanjut. Secara umum nilai AVLOS yang ideal antara 6-9 hari. **TOI (Turn Over Interval) = Tenggang perputaran tempat tidur** adalah rata-rata hari dimana tempat tidur tidak ditempati dari telah diisi ke saat terisi berikutnya. **BTO (Bed Turn Over) = Angka perputaran**

tempat tidur adalah frekuensi pemakaian tempat tidur pada satu periode, berapa kali tempat tidur dipakai dalam satu satuan waktu tertentu.

Penugasan

a. Tugas 1

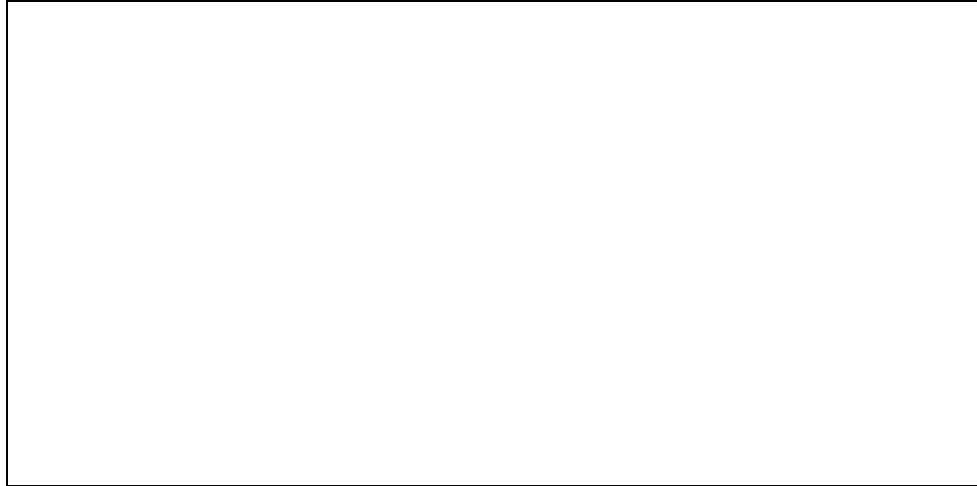
Sebutkan syarat pokok pelayanan kesehatan di rumah sakit !



b. Tugas 2

Bagaimanakah akreditasi rumah sakit ?





Referensi

RPS Sistem Manajemen Mutu

Lembar catatan Pembelajaran

Nama :

NIM :

Kelas :

No	Tanggal	Aktivitas	Catatan Pengampuan	Tanda tangan Pengampu
1.				
2.				

3.				
4.				
5.				

Nilai Akhir_____

Pengampu,

MODUL 5

INDIKATOR MUTU DI SARANA KESEHATAN RUMAH SAKIT 2

MATA KULIAH : SISTEM MANAJEMEN MUTU



Pengantar : Indikator Mutu di Sarana Kesehatan
Puskesmas
Kode Mata Kuliah : RMIK
Tanggal Mulai :

**HANYA UNTUK
PENGGUNAN INTERNAL**

INDIKATOR MUTU DI SARANA KESEHATAN PUSKESMAS

Modul: 5



Tri Mulyaningsih, ST, MPH; (TM) (Koordinator Mata Kuliah)
Niko Tesni Saputro, S.KM., M.P.H.; (NTS)
Anton Kristijono, S.KM., MKes; (AK)
Abdul Hadi Kadarusno SKM., MPH (AHK)

Program Studi Diploma Tiga Rekam Medis dan Informasi Kesehatan,
Politeknik Kesehatan Kemenkes Yogyakarta,
Yogyakarta, Indonesia.

Kata Pengantar

Laboratorium pendidikan adalah unit kerja pendidikan yang menyediakan fasilitas dan peralatan untuk kegiatan praktikum mahasiswa. Laboratorium pendidikan juga berfungsi sebagai fasilitas penunjang mahasiswa dalam mengembangkan keahlian dan menciptakan karya ilmiah. Kegiatan praktikum pada suatu mata kuliah, merupakan bagian yang tidak dapat dipisahkan dalam proses pencapaian keberhasilan mahasiswa dalam pengembangan keilmuan, kemampuan, dan penemuan. Karena itu perlu dibuat Modul Sistem Manajemen Mutu dalam rangka mendukung hal tersebut.

Melalui modul ini, mahasiswa dapat memperoleh materi dan soal latihan pada mata kuliah Sistem Manajemen Mutu. Dengan demikian, diharapkan tidak ada mahasiswa yang terkendala dalam mengikuti perkuliahan pada mata kuliah tersebut.

Besar harapan kami, modul ini dapat bermanfaat dalam memperlancar proses kegiatan belajar mengajar mahasiswa. Serta kami menerima kritik dan saran jika terdapat hal-hal yang belum sempurna, agar modul ini dapat digunakan dengan baik di kalangan mahasiswa maupun kalangan dosen pengampu mata kuliah.

Yogyakarta 27 Januari 2022

Tim Penyusun

Daftar Isi

1. Capaian Pembelajaran	Error! Bookmark not defined.
2. Bahan Kajian	Error! Bookmark not defined.
3. Tujuan Pembelajaran	Error! Bookmark not defined.
a. Tujuan Instruksional Umum	Error! Bookmark not defined.
b. Tujuan Instruksional Khusus	Error! Bookmark not defined.
4. Luaran	Error! Bookmark not defined.
5. Pengantar Klasifikasi dan Kodefikasi Penyakit dan Masalah Terkait Hematologi	Error! Bookmark not defined.
a. Anatomi hematologi.....	Error! Bookmark not defined.
b. Fisiologi hematologi	Error! Bookmark not defined.
c. Patologi hematologi	Error! Bookmark not defined.
6. Latihan di Kelas.....	Error! Bookmark not defined.
a. Latihan 1	Error! Bookmark not defined.
b. Latihan 2	Error! Bookmark not defined.
7. Penugasan	Error! Bookmark not defined.
a. Tugas 1.....	Error! Bookmark not defined.
b. Tugas 2	Error! Bookmark not defined.
c. Tugas 3.....	Error! Bookmark not defined.
8. Referensi.....	Error! Bookmark not defined.
9. Lembar Catatan Pembelajaran	Error! Bookmark not defined.

Pengantar

Mata Kuliah ini membahas tentang Sistem Manajemen Mutu yang meliputi Pemahaman dan Dimensi Mutu, Manajemen Mutu Pelayanan Kesehatan di Rumah Sakit dan Puskesmas, Indikator Mutu di Sarana Pelayanan Kesehatan (RS, Puskesmas) dan Unit RM, Clinical Pathway, Clinical Practice Guidelines, Total Quality Management, Quality Assurance, Continuous Quality Improvement. Mata kuliah ini menjadi salah satu mata kuliah wajib yang harus diikuti oleh setiap mahasiswa. Mata kuliah ini memberikan pengalaman belajar kepada mahasiswa yang mendukung untuk mencapai capaian pembelajaran khususnya dari aspek sikap, pengetahuan dan ketrampilan umum berdasarkan Standar Nasional Pendidikan Tinggi (Permendikbud Nomor 3 Tahun 2020)

Modul Sistem Manajemen Mutu, Program Studi Diploma Tiga Rekam Medis dan Informasi Kesehatan Semester Ganjil Tahun Akademik 2021/2022, disusun dengan tujuan untuk memberikan arahan serta acuan bagi mahasiswa dan dosen mata kuliah, dalam melaksanakan kegiatan perkuliahan selama Semester Ganjil di Prodi Diploma Tiga Rekam Medis dan Informasi Kesehatan Tahun Akademik 2021/2022. Modul ini berisi tentang materi Sistem Manajemen Mutu yaitu Indikator Mutu di Sarana Kesehatan Puskesmas.

Capaian Pembelajaran

Dengan pembelajarannya ini, mahasiswa diharapkan mampu memahami tentang indikator mutu di sarana kesehatan puskesmas.

Bahan Kajian

- Pelayanan Kesehatan di Puskesmas
- Syarat Pokok Pelayanan Kesehatan di Puskesmas
- Indikator Mutu di Puskesmas
- Standar Pelayanan Minimal Kesehatan di Puskesmas
- Akreditasi Puskesmas
- Peran Rekam Medis di Puskesmas
- Teknik Pembagian Kerja di Puskesmas
- Target Capaian Mutu di Puskesmas
- Indikator Program Penyakit Menular, dan Tidak Menular.

Tujuan Pembelajaran

- Mampu memahami pelayanan kesehatan di puskesmas
- Mampu memahami syarat pokok pelayanan kesehatan di puskesmas
- Mampu memahami indikator mutu di puskesmas

- Mampu memahami standar pelayanan minimal kesehatan di puskesmas
- Mampu memahami akreditasi puskesmas
- Mampu memahami peran rekam medis di puskesmas
- Mampu memahami teknik pembagian kerja di puskesmas
- Mampu memahami target capaian mutu di puskesmas
- Mampu memahami indikator program penyakit menular dan tidak menular

Luaran

- Mahasiswa memiliki kompetensi dan mampu memahami pelayanan kesehatan di puskesmas
- Mahasiswa memiliki kompetensi dan mampu memahami syarat pokok pelayanan kesehatan di puskesmas
- Mahasiswa memiliki kompetensi dan mampu memahami indikator mutu di puskesmas
- Mahasiswa memiliki kompetensi dan mampu memahami standar pelayanan minimal kesehatan di puskesmas
- Mahasiswa memiliki kompetensi dan mampu memahami akreditasi puskesmas
- Mahasiswa memiliki kompetensi dan mampu memahami peran rekam medis di puskesmas
- Mahasiswa memiliki kompetensi dan mampu memahami teknik pembagian kerja di puskesmas
- Mahasiswa memiliki kompetensi dan mampu memahami target capaian mutu di puskesmas
- Mahasiswa memiliki kompetensi dan mampu memahami indikator program penyakit menular dan tidak menular.

Indikator Mutu di Rumah Sakit

A. Pelayanan Kesehatan di Puskesmas

Salah satu bentuk upaya pemerintah dalam menyelenggarakan kesehatan kepada masyarakat maka disetiap kecamatan dibangun instansi pemerintah sebagai unit penyelenggara pelayanan kesehatan masyarakat, yakni Pusat Kesehatan Masyarakat atau yang biasa disebut Puskesmas. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 75 Tahun 2014 tentang Puskesmas

adalah fasilitas pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan upaya kesehatan masyarakat dan upaya kesehatan perseorangan tingkat pertama, dengan lebih mengutamakan upaya promotif dan preventif, untuk mencapai derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya di wilayah kerjanya. Puskesmas merupakan organisasi fungsional yang menyelenggarakan upaya kesehatan yang bersifat menyeluruh, terpadu, merata, dapat diterima dan terjangkau masyarakat, dengan peran serta aktif masyarakat dan menggunakan hasil pengembangan ilmu pengetahuan dan teknologi tepat guna, dengan biaya yang dapat dipikul oleh pemerintah dan masyarakat. Upaya kesehatan tersebut diselenggarakan dengan menitikberatkan kepada pelayanan untuk masyarakat luas guna mencapai derajat kesehatan yang optimal, tanpa mengabaikan kualitas kepada perorangan. Puskesmas merupakan unit pelaksana teknis kesehatan di bawah supervisi Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota. Secara umum, mereka harus memberikan pelayanan preventif, promotif, kuratif sampai dengan rehabilitatif baik melalui Upaya Kesehatan Perorangan (UKP) atau Upaya Kesehatan Masyarakat (UKM). Puskesmas dapat memberikan pelayanan rawat inap selain pelayanan rawat jalan. Untuk dapat memberikan pelayanan yang baik tentunya selalu diusahakan adanya peningkatan kualitas layanan guna mencapai derajat kesehatan yang optimal bagi seluruh masyarakat. Keberadaan puskesmas sangat bermanfaat bagi keluarga tidak mampu. Melalui adanya puskesmas, setidaknya dapat menjawab kebutuhan pelayanan kesehatan yang memadai yakni pelayanan kesehatan yang mudah dijangkau.

Puskesmas berfungsi sebagai:

- 1) Pusat penggerak pembangunan berwawasan kesehatan;
- 2) Puskesmas pemberdayaan keluarga dan masyarakat
- 3) Pusat pelayanan kesehatan strata pertama.

Secara umum, pelayanan kesehatan yang diselenggarakan oleh puskesmas meliputi pelayanan kuratif (pengobatan), preventif (pencegahan), promotif (peningkatan kesehatan) dan rehabilitasi (pemulihan kesehatan).

B. Syarat Pokok Pelayanan Kesehatan di Puskesmas

Syarat pokok pelayanan kesehatan yang dimaksud (Azwar, 1996) adalah :

1. Tersedia dan berkesinambungan

Syarat pokok pertama pelayanan kesehatan yang baik adalah pelayanan tersebut harus tersedia di masyarakat (available) serta bersifat berkesinambungan (continuous). Artinya semua jenis pelayanan kesehatan yang dibutuhkan oleh masyarakat dan mudah dicapai oleh masyarakat.

2. Dapat diterima dan wajar

Syarat pokok kedua pelayanan kesehatan yang baik adalah apa yang dapat diterima (acceptable) oleh masyarakat serta bersifat wajar (appropriate). Artinya pelayanan kesehatan tersebut tidak bertentangan dengan adat istiadat, kebudayaan, keyakinan, kepercayaan masyarakat dan bersifat wajar.

3. Mudah dicapai

Syarat pokok ketiga pelayanan kesehatan yang baik adalah yang mudah dicapai (accessible) oleh masyarakat. Pengertian ketercapaian yang dimaksud disini terutama dari sudut lokasi. Dengan demikian untuk mewujudkan pelayanan kesehatan yang baik, maka pengaturan sarana kesehatan menjadi sangat penting.

4. Mudah dijangkau

Syarat pokok pelayanan kesehatan yang ke empat adalah mudah dijangkau (affordable) oleh masyarakat. Pengertian keterjangkauan di sini terutama dari sudut biaya. Pengertian keterjangkauan di sini terutama dari sudut jarak dan biaya. Untuk mewujudkan keadaan seperti ini harus dapat diupayakan pendekatan sarana pelayanan kesehatan dan biaya kesehatan diharapkan sesuai dengan kemampuan ekonomi masyarakat.

5. Bermutu

Syarat pokok pelayanan kesehatan yang kelima adalah yang bermutu (quality). Pengertian mutu yang dimaksud adalah yang menunjuk pada tingkat kesempurnaan pelayanan kesehatan yang diselenggarakan, yang disatu pihak dapat memuaskan para pemakai jasa pelayanan, dan pihak lain tata cara penyelenggaraannya sesuai dengan kode etik serta standar yang telah ditetapkan.

C. Indikator Mutu di Puskesmas

Indikator penilaian mutu pelayanan kesehatan, yaitu:

1. Indikator yang mengacu pada aspek medis.
2. Indikator mutu pelayanan untuk mengukur tingkat efisiensi RS.
3. Indikator mutu yang mengacu pada keselamatan pasien.
4. Indikator mutu yang berkaitan dengan tingkat kepuasan pasien.

Kebijakan dalam menjamin mutu pelayanan kesehatan, mencakup:

1. Peningkatan kemampuan dan mutu pelayanan kesehatan
Upaya ini melalui pengembangan dan pemantapan jejaring pelayanan kesehatan dan rujukannya serta penetapan pusat-pusat unggulan sebagai pusat rujukan (top referral).
2. Penetapan dan penerapan berbagai standar dan pedoman
Yaitu dengan memperhatikan perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi terkini dan standar internasional.
3. Peningkatan mutu sumber daya manusia
Upaya ini diarahkan pada peningkatan profesionalisme mencakup kompetensi, moral dan etika.
4. Penyelenggaraan Quality Assurance

Untuk mengendalikan dan meningkatkan mutu pelayanan kesehatan disertai dengan Evidence-based Participatory Continuous Quality Improvement.

5. Percepatan pelaksanaan akreditasi
Yang diarahkan pada pencapaian akreditasi untuk berbagai aspek pelayanan kesehatan.
6. Peningkatan public
Peningkatan public-private mix dalam mengatasi berbagai problem pelayanan kesehatan
7. Peningkatan kerjasama dan koordinasi
Yang dilakukan antar berbagai pihak yang berkepentingan dalam peningkatan mutu pelayanan kesehatan.
8. Peningkatan peran serta masyarakat
Termasuk swasta dan organisasi profesi dalam penyelenggaraan dan pengawasan pelayanan kesehatan.

D. Standar Pelayanan Minimal Kesehatan di Puskesmas

Standar Pelayanan Minimal adalah suatu standar dengan batas-batas tertentu untuk mengukur kinerja penyelenggaraan kewenangan wajib daerah yang berkaitan dengan pelayanan dasar kepada masyarakat yang mencakup jenis pelayanan, indikator dan nilai (benchmark).

Fungsi standar minimal puskesmas adalah :

- Menjamin terselenggaranya mutu pelayanan dasar kepada masyarakat secara merata.
- Menjamin tercapainya kondisi rata-rata minimal yang harus dicapai pemerintah sebagai penyedia pelayanan kepada masyarakat.
- Pedoman pengukuran kinerja penyelenggaraan bidang kesehatan.
- Acuan prioritas perencanaan daerah dan pembiayaan APBD bidang kesehatan dalam melakukan pengevaluasian dan monitoring pelaksanaan pelayanan kesehatan.

E. Akreditasi Puskesmas

Salah satu cara untuk menilai mutu dan kualitas pelayanan puskesmas dilakukan dengan akreditasi. Dengan implementasi standar akreditasi akan menjamin manajemen puskesmas, penyelenggaraan program kesehatan, dan pelayanan klinis telah dilakukan secara berkesinambungan. Akreditasi puskesmas adalah pengakuan terhadap Puskesmas yang diberikan oleh lembaga independen penyelenggara akreditasi yang ditetapkan oleh Menteri Kesehatan setelah dinilai bahwa Puskesmas telah memenuhi standar pelayanan Puskesmas yang telah ditetapkan oleh Menteri Kesehatan untuk meningkatkan mutu pelayanan puskesmas secara berkesinambungan. Dalam upaya peningkatan mutu pelayanan, Puskesmas wajib diakreditasi secara berkala minimal tiga tahun sekali. Tujuan diberlakukannya akreditasi puskesmas adalah

untuk membina puskesmas dan fasilitas pelayanan kesehatan primer dalam upaya untuk berkelanjutan memperbaiki sistem pelayanan dan kinerja yang berfokus pada kebutuhan masyarakat, keselamatan, dan manajemen risiko.

Terakreditasinya suatu puskesmas belum bisa menjamin bahwa puskesmas tersebut tidak memiliki masalah dalam hal kualitas pelayanan kesehatan. Belum ada bukti nyata yang bisa menunjukkan bahwa semua puskesmas yang terakreditasi pasti memiliki kualitas pelayanan yang lebih baik dari puskesmas non akreditasi. Sementara menurut PMK No.46 Tahun 2015, tujuan utama akreditasi puskesmas itu sendiri adaah untuk pembinaan peningkatan mutu, kinerja melalui perbaikan yang berkesinambungan terhadap sistem manajemen mutu, dan sistem penyelenggaraan program pelayanan kesehatan, serta penerapan manajemen risiko, dan bukan sekedar penilaian untuk mendapatkan sertifikat akreditasi.

F. Peran Rekam Medis di Puskesmas

Ahli Madya Rekam Medis dan Informasi Kesehatan dalam melaksanakan pekerjaan rekam medis dan informasi kesehatan di Fasilitas Pelayanan Kesehatan, mempunyai kewenangan sebagai berikut:

1. melaksanakan kegiatan pelayanan pasien dalam manajemen dasar rekam medis dan informasi kesehatan
2. melaksanakan evaluasi isi rekam medis
3. melaksanakan sistem klasifikasi klinis dan kodefikasi penyakit yang berkaitan dengan kesehatan dan tindakan medis sesuai terminologi medis yang benar
4. melaksanakan indeks dengan cara mengumpulkan data penyakit, kematian, tindakan dan dokter yang dikelompokkan pada indeks
5. melaksanakan sistem pelaporan dalam bentuk informasi kegiatan pelayanan kesehatan
6. merancang struktur isi dan standar data kesehatan, untuk pengelolaan informasi kesehatan
7. melaksanakan evaluasi kelengkapan isi diagnosis dan tindakan sebagai ketepatan pengkodean
8. melaksanakan pengumpulan, validasi dan verifikasi data sesuai ilmu statistik rumah sakit
9. melakukan pencatatan dan pelaporan data surveilans
10. mengelola kelompok kerja dan manajemen unit kerja dan menjalankan organisasi penyelenggara dan pemberi pelayanan kesehatan
11. mensosialisasikan setiap program pelayanan rekam medis dan informasi kesehatan

12. melaksanakan hubungan kerja sesuai dengan kode etik profesi

13. melakukan pengembangan diri terhadap kemajuan ilmu pengetahuan dan teknologi.

Dalam melaksanakan pekerjaannya, Perkam Medis mempunyai kewajiban:

- a. menghormati hak pasien/klien
- b. menyimpan rahasia pasien/klien sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan
- c. memberikan data dan informasi kesehatan berdasarkan kebutuhan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan
- d. membantu program pemerintah dalam rangka meningkatkan derajat kesehatan masyarakat
- e. mematuhi standar profesi, standar pelayanan, dan standar prosedur operasional

G. Teknik Pembagian Kerja di Puskesmas

Untuk pembagian kerja di Puskesmas sendiri terdapat suatu struktur yang jelas dengan pembagian kerja yang sesuai dengan kemampuan aparatur di bidangnya, seperti :

- 4 bidan
- 6 perawat
- 2 apoteker
- 1 aparatur dibagian pendaftaran

Jika struktur organisasi tentang pembagian kerja aparatur Puskesmas telah dibuat maka masyarakat yang datang untuk berobat akan lebih mengetahui siapa saja yang bertugas, dokter yang bertugas hari itu, bidan atau perawat yang bertugas hari itu serta aparatur lainnya sehingga masyarakat akan lebih jelas dan terbantu jika ada hal-hal yang tidak diharapkan sehingga akan cepat mengambil tindakan atau keputusan.

H. Target Capaian Mutu di Puskesmas

9.3.2.2 TARGET PENCAPAIAN MUTU KLINIS SESUAI KEMAMPUAN PUSKESMAS

No.	Jenis Pelayanan	Indikator	Standar	Hasil Pengukuran	Analisis	Rencana Tindak Lanjut
1.	RAWAT JALAN	Pemberi pelayanan adalah dokter	100%			
		Penatalaksanaan diare sesuai SPO	100%			
		Kepuasan pelanggan	≥90%			
2.	IGD	Kejadian infeksi luka pasca tindakan jahit luka	≤1,5%			
		Kepuasan pelanggan				
3.	KLINIK GIGI					
4.	RAWAT INAP	Kepuasan pelanggan	≥90%			
		Kejadian <i>Phlebitis</i>	≤1,5%			
		Kepuasan pelanggan	≥90%			
5.	KLINIK BERSALIN	Penatalaksanaan Pre Eklampsia sesuai dengan SPO	100%			
		Kejadian kematian ibu karena persalinan	0%			
		Kepuasan pelanggan	≥80%			
6.	KLINIK KB	Prosentase tindakan KB MKJP yang dilakukan oleh dokter atau bidan terlatih	100%			
		Kepuasan Pelanggan	≥80%			

7.	FARMASI	Waktu tunggu pelayanan a. Non racikan ≤20 menit b. Racikan non OAT ≤25 menit c. Racikan OAT ≤30 menit	100% 100% 100%			
8.	GIZI	Tidak adanya kejadian kesalahan pemberian diet pasien rawat inap	≥90%			
9.	KLINIK SANITASI	Kunjungan ulang pada pasien yang dirujuk ke Klinik Sanitasi dengan kasus yang sama	≤ 1,5%			
10.	REKAM MEDIS	Waktu penyediaan dokumen rekam medis ≤10 menit	100%			
11.	LABORATORIUM	Waktu tunggu hasil pemeriksaan pelayanan laboratorium ≤140 menit	100%			
		Tidak adanya kesalahan pemberian hasil pemeriksaan laboratorium	100%			

I. Indikator Program Penyakit Menular dan Tidak Menular

a. Surveilans dan Karantina Kesehatan

Indikator :

1. Jumlah kabupaten/kota yang mendapatkan peningkatan antigen imunisasi
2. Persentase anak usia 0-11 bulan yang mendapat imunisasi dasar lengkap
3. Jumlah Kab/kota di pintu masuk negara yang memiliki kesiapsiagaan dalam penanggulangan kedaruratan kesehatan masyarakat
4. Jumlah puskesmas yang memiliki rantai dingin (cold chain) untuk imunisasi
5. Persentase respon penanggulangan terhadap sinyal kejadian luar biasa (KLB) untuk mencegah terjadinya KLB
6. Jumlah Kabupaten/kota yang mampu melaksanakan pencegahan dan pengendalian penyakit infeksi emerging
7. Persentase alat angkut yang memenuhi standar kekarantina kesehatan
8. Jumlah layanan dukungan manajemen Surveilans dan Karantina Kesehatan

b. Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Tular Vektor dan Zoonotik

Indikator :

1. Jumlah orang yang minum obat Filariasis (dalam juta)
2. Persentase kasus malaria positif yang di obati sesuai standar
3. Jumlah tenaga yang dilatih pengendalian vektor dan binatang pembawa penyakit
4. Jumlah Kab/Kota melakukan pengendalian vektor terpadu

5. Jumlah anak yang minum obat cacing
6. Persentase Kabupaten/Kota yang melaksanakan Gerakan 1 Rumah 1 Jumantik
7. Persentase puskesmas rawat inap yang mampu melakukan deteksi dini penyakit Demam Berdarah Dengue (DBD)
8. Jumlah kabupaten/kota yang tidak ditemukan kasus rabies
9. Jumlah layanan dukungan manajemen Pengendalian Penyakit Tular Vektor dan Zoonotik
 - c. Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Menular Langsung

Indikator :

1. Jumlah kabupaten/kota yang eliminasi kusta
2. Release from treatment (RFT) rate kasus baru kusta
3. Jumlah tes yang disediakan untuk populasi kunci, populasi khusus dan populasi umum yang dilakukan tes HIV
4. Persentase kabupaten/kota melaksanakan deteksi dini Hepatitis (DDH) pada ibu hamil dan kelompok berisiko
5. Jumlah kabupaten/kota endemis bebas frambusia
6. Jumlah kasus TB yang ditemukan dan diobati
7. Angka Keberhasilan Pengobatan (Success Rate) TB
8. Jumlah Kab/Kota yang 50% Puskesmasnya melaksanakan tatalaksana ISPA sesuai standar
9. Jumlah fasilitas pelayanan kesehatan yang memberikan terapi ARV bagi ODHA
10. Persentase Jumlah kasus IMS (Sifilis) yang ditemukan dan diobati
11. Persentase kab/kota yang melaksanakan Layanan Rehidrasi Oral
12. Persentase kab/kota yang melaksanakan Pengamatan Karier Tifoid Pada Penjamah Makanan
13. Jumlah layanan dukungan manajemen Dit P2PML yang diberikan

d. Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Tidak Menular

Indikator :

1. Jumlah puskesmas yang melaksanakan kegiatan deteksi dini kanker payudara dan leher rahim pada perempuan usia 30-50 tahun
2. Persentase Puskesmas yang melaksanakan PANDU PTM
3. Persentase desa/kelurahan yang melaksanakan Posbindu PTM
4. Persentase Kabupaten/Kota yang melaksanakan kebijakan Kawasan Tanpa Rokok (KTR) di
5. Persentase kabupaten/kota yang melakukan penanggulangan gangguan indera dan fungsional

6. Jumlah Dukungan Layanan Manajemen

- e. Dukungan Manajemen dan Pelaksanaan Tugas Teknis Lainnya pada Program Pencegahan dan Pengendalian Penyakit

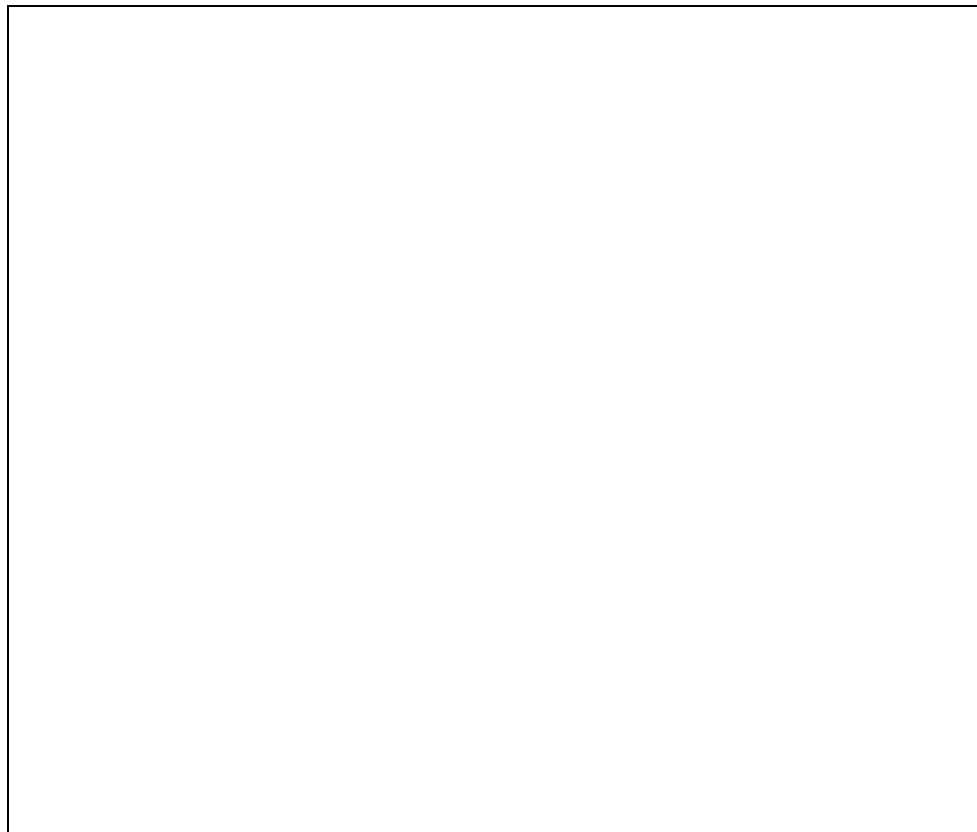
Indikator :

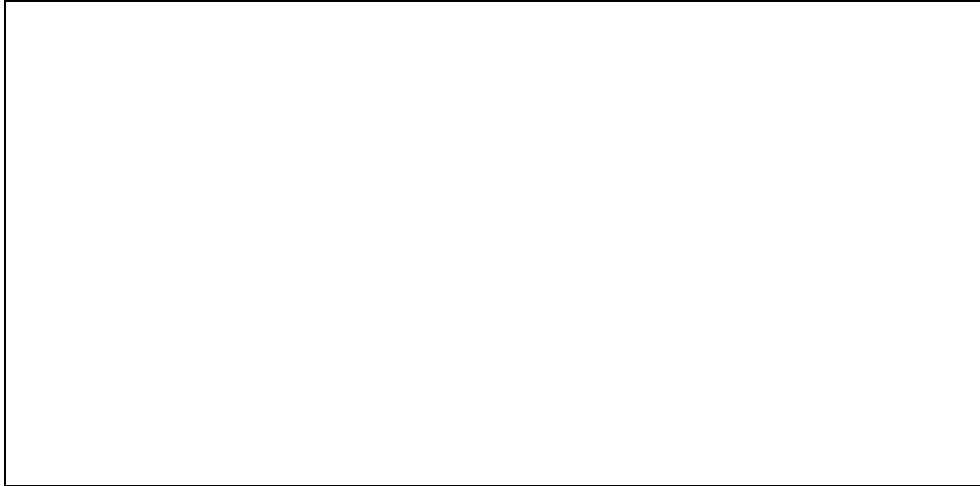
1. Jumlah dukungan manajemen dan pelaporan pada Satker Pusat, UPT, dan Dekonsentrasi
2. Jumlah sarana prasarana perkantoran di Satker Pusat KKP dan BTKL
3. Jumlah Laporan BMN P2P
4. Jumlah pembinaan pegawai P2P pada pusat dan UPT
5. Jumlah bulan layanan kantor pada satker pusat dan UPT
6. Jumlah Layanan Perkantoran
7. Jumlah perangkat pengolah data dan komunikasi

Penugasan

- a. Tugas 1

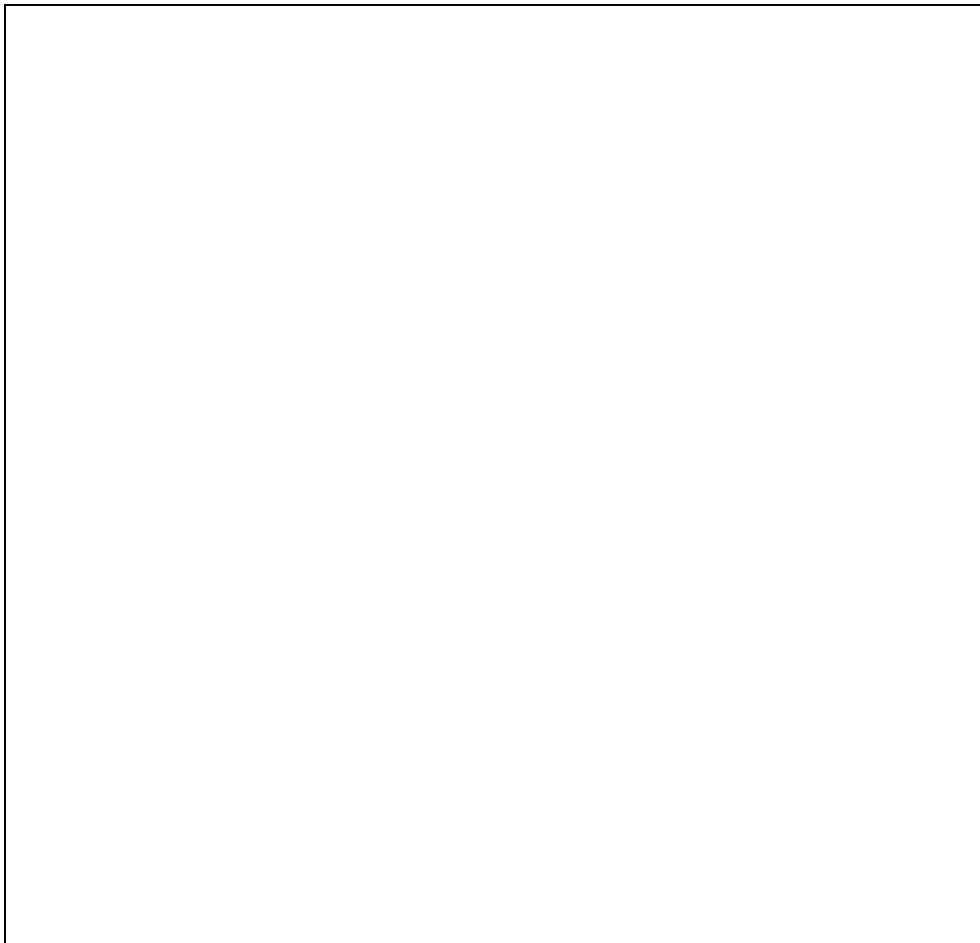
Apa peran ahli madya rekam medis dan informasi kesehatan di puskesmas?





b. Tugas 2

Apa tujuan akreditasi puskesmas?



Referensi

RPS Sistem Manajemen Mutu

Lembar catatan Pembelajaran

Nama :

NIM :

Kelas :

No	Tanggal	Aktivitas	Catatan Pengampuan	Tanda tangan Pengampu
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				

Nilai Akhir_____

Pengampu,

MODUL 6

INDIKATOR MUTU DI UNIT REKAM MEDIS

MATA KULIAH : SISTEM MANAJEMEN MUTU



Pengantar : Indikator Mutu di Unit Rekam Medis
Kode Mata Kuliah : RMIK
Tanggal Mulai :

**HANYA UNTUK
PENGGUNAN INTERNAL**

INDIKATOR MUTU DI UNIT REKAM MEDIS

Modul: 6



Tri Mulyaningsih, ST, MPH; (TM) (Koordinator Mata Kuliah)
Niko Tesni Saputro, S.KM., M.P.H.; (NTS)
Anton Kristijono, S.KM., MKes; (AK)
Abdul Hadi Kadarusno SKM., MPH (AHK)

Program Studi Diploma Tiga Rekam Medis dan Informasi Kesehatan,
Politeknik Kesehatan Kemenkes Yogyakarta,
Yogyakarta, Indonesia.

Kata Pengantar

Laboratorium pendidikan adalah unit kerja pendidikan yang menyediakan fasilitas dan peralatan untuk kegiatan praktikum mahasiswa. Laboratorium pendidikan juga berfungsi sebagai fasilitas penunjang mahasiswa dalam mengembangkan keahlian dan menciptakan karya ilmiah. Kegiatan praktikum pada suatu mata kuliah, merupakan bagian yang tidak dapat dipisahkan dalam proses pencapaian keberhasilan mahasiswa dalam pengembangan keilmuan, kemampuan, dan penemuan. Karena itu perlu dibuat Modul Sistem Manajemen Mutu dalam rangka mendukung hal tersebut.

Melalui modul ini, mahasiswa dapat memperoleh materi dan soal latihan pada mata kuliah Sistem Manajemen Mutu. Dengan demikian, diharapkan tidak ada mahasiswa yang terkendala dalam mengikuti perkuliahan pada mata kuliah tersebut.

Besar harapan kami, modul ini dapat bermanfaat dalam memperlancar proses kegiatan belajar mengajar mahasiswa. Serta kami menerima kritik dan saran jika terdapat hal-hal yang belum sempurna, agar modul ini dapat digunakan dengan baik di kalangan mahasiswa maupun kalangan dosen pengampu mata kuliah.

Yogyakarta 27 Januari 2022

Tim Penyusun

Daftar Isi

1. Capaian Pembelajaran	Error! Bookmark not defined.
2. Bahan Kajian	Error! Bookmark not defined.
3. Tujuan Pembelajaran	Error! Bookmark not defined.
a. Tujuan Instruksional Umum	Error! Bookmark not defined.
b. Tujuan Instruksional Khusus	Error! Bookmark not defined.
4. Luaran	Error! Bookmark not defined.
5. Pengantar Klasifikasi dan Kodefikasi Penyakit dan Masalah Terkait Hematologi	Error! Bookmark not defined.
a. Anatomi hematologi.....	Error! Bookmark not defined.
b. Fisiologi hematologi	Error! Bookmark not defined.
c. Patologi hematologi	Error! Bookmark not defined.
6. Latihan di Kelas.....	Error! Bookmark not defined.
a. Latihan 1	Error! Bookmark not defined.
b. Latihan 2	Error! Bookmark not defined.
7. Penugasan	Error! Bookmark not defined.
a. Tugas 1.....	Error! Bookmark not defined.
b. Tugas 2	Error! Bookmark not defined.
c. Tugas 3.....	Error! Bookmark not defined.
8. Referensi.....	Error! Bookmark not defined.
9. Lembar Catatan Pembelajaran	Error! Bookmark not defined.

Pengantar

Mata Kuliah ini membahas tentang Sistem Manajemen Mutu yang meliputi Pemahaman dan Dimensi Mutu, Manajemen Mutu Pelayanan Kesehatan di Rumah Sakit dan Puskesmas, Indikator Mutu di Sarana Pelayanan Kesehatan (RS, Puskesmas) dan Unit RM, Clinical Pathway, Clinical Practice Guidelines, Total Quality Management, Quality Assurance, Continuous Quality Improvement. Mata kuliah ini menjadi salah satu mata kuliah wajib yang harus diikuti oleh setiap mahasiswa. Mata kuliah ini memberikan pengalaman belajar kepada mahasiswa yang mendukung untuk mencapai capaian pembelajaran khususnya dari aspek sikap, pengetahuan dan ketrampilan umum berdasarkan Standar Nasional Pendidikan Tinggi (Permendikbud Nomor 3 Tahun 2020)

Modul Sistem Manajemen Mutu, Program Studi Diploma Tiga Rekam Medis dan Informasi Kesehatan Semester Ganjil Tahun Akademik 2021/2022, disusun dengan tujuan untuk memberikan arahan serta acuan bagi mahasiswa dan dosen mata kuliah, dalam melaksanakan kegiatan perkuliahan selama Semester Ganjil di Prodi Diploma Tiga Rekam Medis dan Informasi Kesehatan Tahun Akademik 2021/2022. Modul ini berisi tentang materi Sistem Manajemen Mutu yaitu Indikator Mutu di Unit Rekam Medis.

Capaian Pembelajaran

Dengan pembelajarannya ini, mahasiswa diharapkan mampu memahami tentang indikator mutu di unit rekam medis.

Bahan Kajian

- Pengertian Indikator Mutu
- Jenis-Jenis Indikator Mutu
- Pengukuran Indikator Mutu
- Audit Internal

Tujuan Pembelajaran

- Mampu memahami pengertian indikator mutu
- Mampu memahami jenis-jenis indikator mutu
- Mampu memahami pengukuran indikator mutu
- Mampu memahami audit internal

Luaran

- Mahasiswa memiliki kompetensi dan mampu memahami pengertian indikator mutu
- Mahasiswa memiliki kompetensi dan mampu memahami jenis-jenis indikator mutu
- Mahasiswa memiliki kompetensi dan mampu memahami pengukuran indikator mutu
- Mahasiswa memiliki kompetensi dan mampu memahami audit internal

Indikator Mutu di Rumah Sakit

A. Pengertian Indikator Mutu

Indikator mutu adalah ukuran mutu dan keselamatan rumah sakit yang digambarkan dari data rumah sakit yang dikumpulkan. Komite mutu dan keselamatan pasien dalam hal ini melakukan evaluasi terhadap indikator mutu melalui beberapa tahapan cycle quality improvement. Dalam upaya meningkatkan mutu pelayanan kesehatan, khususnya di rumah sakit disusun indikator sederhana untuk mengukur kualitas pelayanan.

B. Jenis-Jenis Indikator Mutu

Indikator mutu dalam rumah sakit diantaranya :

- Kepatuhan Identifikasi Pasien
- Emergency Response Time (Waktu Tanggap Pelayanan Gawat Darurat ≤ 5 menit)
- Waktu Tunggu Rawat Jalan
- Penundaan Operasi Elektif
- Kepatuhan Jam Visite Dokter Spesialis
- Waktu Lapor Hasil Tes Kritis Laboratorium
- Kepatuhan Penggunaan Formularium Nasional
- Kepatuhan Kebersihan Tangan (Hand Hygiene)
- Kepatuhan Upaya Pencegahan Risiko Pasien Jatuh
- Kepuasan Pasien dan Keluarga
- Kecepatan Waktu Tanggap Komplain

C. Pengukuran Indikator Mutu

Pengukuran merupakan konsep sentral dalam peningkatan mutu. Dengan pengukuran akan tergambarkan apa yang sebenarnya sedang dilakukan sarana pelayanan kesehatan dan membandingkannya dengan target sesungguhnya atau harapan tertentu dengan tujuan untuk mengidentifikasi kesempatan untuk adanya peningkatan mutu (Shaw, 2003). Mengukur mutu pelayanan kesehatan baik di tingkat primer seperti Puskesmas dan tingkat lanjut seperti rumah sakit memerlukan indikator mutu yang jelas. Namun menyusun indikator yang tepat tidaklah

mudah. Kita perlu mempelajari pengalaman berbagai institusi yang telah berhasil menyusun indikator mutu pelayanan kesehatan yang kemudian dapat digunakan secara efektif mengukur mutu dan meningkatkan mutu.

Langkah-langkah mengukur indicator mutu adalah sebagai berikut :

1. Menyusun model konseptual: identifikasi dimensi dan sub-dimensi dan bagaimana hubungan antaranya satu sama lain
2. Melakukan penapisan awal indikator kinerja yang ada dan *critical review*
3. Menetapkan indikator komplementer untuk mengisi area-area yang belum ditunjang oleh indikator awal berdasarkan literatur ilmiah
4. Melakukan pemilihan awal indikator berdasarkan *expert opinion* dan bukti-bukti awal
5. Melakukan penelitian yang ekstensif untuk mendapatkan literatur mengenai angka prevalensi, bukti pendukung, reliabilitas dan validitas, survey pada negara yang berpartisipasi
6. Melakukan pemilihan akhir berdasarkan pakar, berdasarkan informasi yang didapatkan pada langkah 5, menggunakan *nominal group tehnic* (NGT)

D. Audit Internal

Audit Internal adalah penilaian yang sistematis dan objektif yang dilakukan oleh auditor internal untuk memeriksa dan mengevaluasi kegiatan organisasi. Audit Internal hadir untuk membantu pencapaian tujuan perusahaan dengan memberikan penilaian yang tidak bias sehingga dapat menyampaikan rekomendasi yang memiliki nilai tambah bagi suatu perusahaan. Audit Internal biasanya dilakukan oleh unit yang ada di dalam perusahaan yang memiliki tugas untuk melakukan audit terhadap perusahaan tersebut. Pelaksana Audit Internal adalah auditor internal. Aktivitas Audit Internal menjadi sebuah pendukung utama bagi tercapainya tujuan pengendalian internal. Saat menjalankan tugasnya, auditor internal harus berlaku objektif dan kedudukannya di dalam perusahaan adalah independen.

Fungsi Audit Internal :

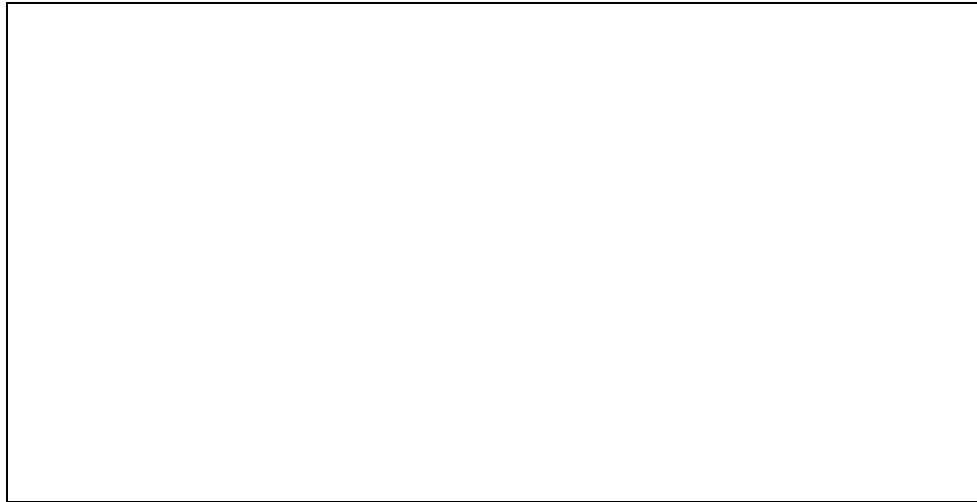
- Melakukan pengawasan atas semua aktivitas yang sulit ditangani oleh pimpinan puncak.
- Melakukan identifikasi dan meminimalisasi resiko.
- Mendukung dan membantu manajemen seputar bidang teknis.
- Melakukan laporan validasi pada manajer.
- Membantu proses pengambilan keputusan.

- Melakukan analisis untuk masa yang akan datang.
- Membantu manajer dalam hal pengelolaan perusahaan.

Penugasan

a. Tugas 1

Apa sajakah jenis-jenis indikator mutu?



b. Tugas 2

Apakah fungsi dari audit internal ?



Referensi

RPS Sistem Manajemen Mutu

Lembar catatan Pembelajaran

Nama :

NIM :

Kelas :

No	Tanggal	Aktivitas	Catatan Pengampuan	Tanda tangan Pengampu
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				

Nilai Akhir_____

Pengampu,

MODUL 7

CLINICAL PRACTICE GUIDELINES

MATA KULIAH : SISTEM MANAJEMEN MUTU



Pengantar : *Clinical Practice Guidelines*
Kode Mata Kuliah : RMIK
Tanggal Mulai :

**HANYA UNTUK
PENGUNGAN INTERNAL**

CLINICAL PRACTICE GUIDELINES

Modul: 7



Tri Mulyaningsih, ST, MPH; (TM) (Koordinator Mata Kuliah)
Niko Tesni Saputro, S.KM., M.P.H.; (NTS)
Anton Kristijono, S.KM., MKes; (AK)
Abdul Hadi Kadarusno SKM., MPH (AHK)

Program Studi Diploma Tiga Rekam Medis dan Informasi Kesehatan,
Politeknik Kesehatan Kemenkes Yogyakarta,
Yogyakarta, Indonesia.

Kata Pengantar

Laboratorium pendidikan adalah unit kerja pendidikan yang menyediakan fasilitas dan peralatan untuk kegiatan praktikum mahasiswa. Laboratorium pendidikan juga berfungsi sebagai fasilitas penunjang mahasiswa dalam mengembangkan keahlian dan menciptakan karya ilmiah. Kegiatan praktikum pada suatu mata kuliah, merupakan bagian yang tidak dapat dipisahkan dalam proses pencapaian keberhasilan mahasiswa dalam pengembangan keilmuan, kemampuan, dan penemuan. Karena itu perlu dibuat Modul Sistem Manajemen Mutu dalam rangka mendukung hal tersebut.

Melalui modul ini, mahasiswa dapat memperoleh materi dan soal latihan pada mata kuliah Sistem Manajemen Mutu. Dengan demikian, diharapkan tidak ada mahasiswa yang terkendala dalam mengikuti perkuliahan pada mata kuliah tersebut.

Besar harapan kami, modul ini dapat bermanfaat dalam memperlancar proses kegiatan belajar mengajar mahasiswa. Serta kami menerima kritik dan saran jika terdapat hal-hal yang belum sempurna, agar modul ini dapat digunakan dengan baik di kalangan mahasiswa maupun kalangan dosen pengampu mata kuliah.

Yogyakarta 27 Januari 2022

Tim Penyusun

Daftar Isi

1. Capaian Pembelajaran	Error! Bookmark not defined.
2. Bahan Kajian	Error! Bookmark not defined.
3. Tujuan Pembelajaran	Error! Bookmark not defined.
a. Tujuan Instruksional Umum	Error! Bookmark not defined.
b. Tujuan Instruksional Khusus	Error! Bookmark not defined.
4. Luaran	Error! Bookmark not defined.
5. Pengantar Klasifikasi dan Kodefikasi Penyakit dan Masalah Terkait Hematologi	Error! Bookmark not defined.
a. Anatomi hematologi.....	Error! Bookmark not defined.
b. Fisiologi hematologi	Error! Bookmark not defined.
c. Patologi hematologi	Error! Bookmark not defined.
6. Latihan di Kelas.....	Error! Bookmark not defined.
a. Latihan 1	Error! Bookmark not defined.
b. Latihan 2	Error! Bookmark not defined.
7. Penugasan	Error! Bookmark not defined.
a. Tugas 1.....	Error! Bookmark not defined.
b. Tugas 2	Error! Bookmark not defined.
c. Tugas 3.....	Error! Bookmark not defined.
8. Referensi.....	Error! Bookmark not defined.
9. Lembar Catatan Pembelajaran	Error! Bookmark not defined.

Pengantar

Mata Kuliah ini membahas tentang Sistem Manajemen Mutu yang meliputi Pemahaman dan Dimensi Mutu, Manajemen Mutu Pelayanan Kesehatan di Rumah Sakit dan Puskesmas, Indikator Mutu di Sarana Pelayanan Kesehatan (RS, Puskesmas) dan Unit RM, Clinical Pathway, Clinical Practice Guidelines, Total Quality Management, Quality Assurance, Continuous Quality Improvement. Mata kuliah ini menjadi salah satu mata kuliah wajib yang harus diikuti oleh setiap mahasiswa. Mata kuliah ini memberikan pengalaman belajar kepada mahasiswa yang mendukung untuk mencapai capaian pembelajaran khususnya dari aspek sikap, pengetahuan dan ketrampilan umum berdasarkan Standar Nasional Pendidikan Tinggi (Permendikbud Nomor 3 Tahun 2020)

Modul Sistem Manajemen Mutu, Program Studi Diploma Tiga Rekam Medis dan Informasi Kesehatan Semester Ganjil Tahun Akademik 2021/2022, disusun dengan tujuan untuk memberikan arahan serta acuan bagi mahasiswa dan dosen mata kuliah, dalam melaksanakan kegiatan perkuliahan selama Semester Ganjil di Prodi Diploma Tiga Rekam Medis dan Informasi Kesehatan Tahun Akademik 2021/2022. Modul ini berisi tentang materi Sistem Manajemen Mutu yaitu *Clinical Practice Guidelines*.

Capaian Pembelajaran

Dengan pembelajarannya ini, mahasiswa diharapkan mampu memahami tentang *clinical practice guidelines*.

Bahan Kajian

- Pengertian Clinical Practice Guidelines
- Dasar Hukum dan Manfaat Clinical Practice Guidelines
- Implementasi di Rumah Sakit dan Puskesmas
- Penggunaan IT Sistem AI

Tujuan Pembelajaran

- Mampu memahami pengertian clinical practice guidelines
- Mampu memahami dasar hukum dan manfaat clinical practice guidelines
- Mampu memahami pengimplementasian di rumah sakit
- Mampu memahami penggunaan IT system AI

Luaran

- Mahasiswa memiliki kompetensi dan mampu memahami pengertian clinical practice guidelines
- Mahasiswa memiliki kompetensi dan mampu memahami dasar hukum dan manfaat clinical practice guidelines

- Mahasiswa memiliki kompetensi dan mampu memahami pengimplementasian di rumah sakit
- Mahasiswa memiliki kompetensi dan mampu memahami penggunaan IT system AI

Indikator Mutu di Rumah Sakit

A. Pengertian Clinical Practice Guidelines

Clinical guideline merupakan laporan sistematis yang dikembangkan untuk membantu praktisi dalam membuat keputusan tentang perawatan yang tepat untuk keadaan klinis tertentu, alat-alat yang dioperasionalkan pelaksanaannya berbasis bukti dan meningkatkan kualitas pelayanan. Jurnal ini akan membahas tentang *clinical guideline* mulai dari manfaat, cara mengembangkan *clinical guideline*, guideline appraisal, diseminasi dan implementasi *clinical guideline*.

B. Dasar Hukum dan Manfaat Clinical Practice Guidelines

Clinical guideline dapat dikembangkan sesuai dengan kebutuhan, developing guidelines dapat dilakukan dengan 2 cara yaitu *evidence for guidelines* dan mendesign pedoman. Pengembangan *clinical guideline* disesuaikan dengan *evidence based* yang ada sehingga dihasilkan pedoman yang valid. Pedoman yang valid merupakan prasyarat penting untuk peningkatan kualitas pelayanan. Dan Kepatuhan staf terhadap pedoman menjadi kunci utama *outcome* yang bagus/ sesuai dengan harapan konsumen. Pedoman harus dilakukan penilaian tentang kelayakannya, apakah masih sesuai *evidence based* atau tidak.

Manfaat clinical guideline:

1. Bagi profesional kesehatan.

Manfaat utama *clinical guideline* bagi profesional klinis adalah untuk meningkatkan kualitas pelayanan yang akan diberikan kepada customer, mengembangkan skill, mengumpulkan, menilai dan menafsirkan temuan penelitian, memberikan rekomendasi eksplisit tentang diagnosis dan pengobatan penyakit tertentu, menawarkan nasihat tentang berbagai masalah klinis, dan menyediakan kerangka perawatan yang akan di evaluasi.

2. Bagi pasien.

Pedoman klinis sering disertai dengan versi konsumen, misalnya dalam bentuk leaflet, video atau kaset audio. Pedoman klinis berguna untuk memberdayakan konsumen untuk berpartisipasi dalam pengambilan keputusan, dan mempengaruhi kebijakan publik.

3. Untuk sistem pelayanan kesehatan

Pedoman klinis bagi sistem pelayanan kesehatan berguna untuk meningkatkan efisiensi dan mengoptimalkan nilai, mengurangi pengeluaran rumah sakit, misalnya berkaitan dengan biaya operasi seperti obat.

C. Implementasi di Rumah Sakit dan Puskesmas

Implementasi paling banyak dilakukan oleh keperawatan, hal ini terjadi karena Perawat adalah tenaga profesional yang paling banyak bekerja di rumah sakit. Keperawatan merupakan tenaga kerja profesional terbesar di Inggris dan begitu juga di negara lainnya. *Clinical guideline* membuktikan bahwa perawat bekerja didasarkan dengan bukti klinis. Dengan adanya guideline maka perawat dapat bekerja dan menghasilkan temuan-temuan baru yang sesuai dengan perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi. Implementasi pedoman harus dievaluasi untuk mengetahui seberapa jauh pedoman dilaksanakan. Evaluasi pedoman dilakukan dalam tiga poin kunci yaitu *peer review* eksternal dirancang untuk membangun validitas, uji coba selama tahap pengembangan dan evaluasi berkelanjutan yang dilakukan setelah pedoman diimplementasikan secara klinis. *Clinical guideline* sangat penting untuk menjaga kualitas pelayanan rumah sakit. Dengan pedoman yang dibuat sesuai dengan evidence based dan dengan komitmen klinisi terhadap implementasi clinical guideline maka akan dihasilkan pelayanan rumah sakit yang aman, efektif dan efisien.

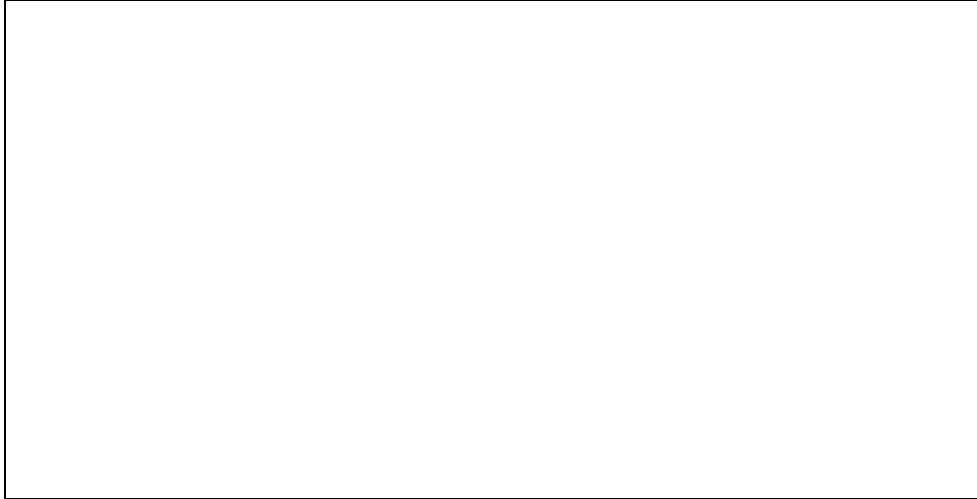
D. Penggunaan IT Sistem AI

AI Merupakan program kecerdasan yang dikembangkan oleh manusia untuk diterapkan pada suatu sistem. Teknologi ini dirancang agar bisa berpikir layaknya manusia dan melakukan pekerjaan dengan lebih baik. Teknologi ini dirancang agar bisa berpikir layaknya manusia dan melakukan pekerjaan dengan lebih baik. Setiap orang mungkin memiliki penjelasan mengenai pengertian *artificial intelligence* yang berbeda-beda. Tapi pada dasarnya, AI merupakan teknologi yang dapat dimanfaatkan untuk membantu pekerjaan agar lebih efektif dan efisien. Saat bekerja, kecerdasan buatan membutuhkan data-data yang relevan dengan pekerjaan yang harus diselesaikan. Data ini akan menjadi pengetahuan bagi AI, sehingga bisa belajar dan memutuskan sesuatu sendiri, tanpa bantuan manusia. Alasan inilah yang membuat *artificial intelligence* dianggap sebagai teknologi masa depan.

Penugasan

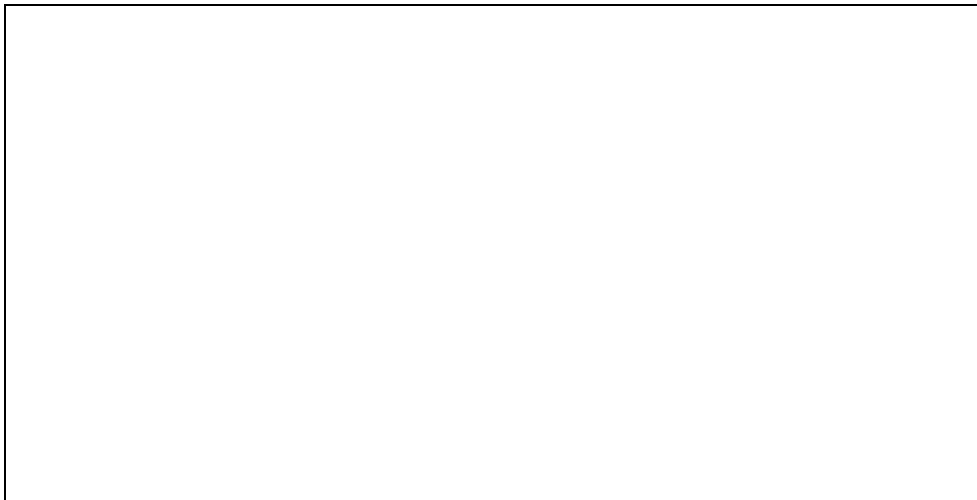
a. Tugas 1

Apa manfaat clinical guidelines?



b. Tugas 2

Mengapa perlu dihasilkan pedoman pada clinical guidelines?



Referensi

RPS Sistem Manajemen Mutu

Lembar catatan Pembelajaran

Nama :

NIM :

Kelas :

No	Tanggal	Aktivitas	Catatan Pengampuan	Tanda tangan Pengampu
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				

Nilai Akhir_____

Pengampu,

MODUL 8

CLINICAL PATHWAY

MATA KULIAH : SISTEM MANAJEMEN MUTU



Pengantar : Sistem manajemen mutu
Kode Mata Kuliah : RMIK
Tanggal Mulai :

**HANYA UNTUK
PENGUNAAN INTERNAL**

SISTEM MANAJEMEN MUTU

Modul: 8



Tri Mulyaningsih, ST, MPH; (TM) (Koordinator Mata Kuliah)

Niko Tesni Saputro, S.KM., M.P.H.; (NTS)

Anton Kristijono, S.KM., MKes; (AK)

Abdul Hadi Kadarusno SKM., MPH (AHK)

Program Studi Diploma Tiga Rekam Medis dan Informasi Kesehatan,
Politeknik Kesehatan Kemenkes Yogyakarta,
Yogyakarta, Indonesia.

Kata Pengantar

Laboratorium pendidikan adalah unit kerja pendidikan yang menyediakan fasilitas dan peralatan untuk kegiatan praktikum mahasiswa. Laboratorium pendidikan juga berfungsi sebagai fasilitas penunjang mahasiswa dalam mengembangkan keahlian dan menciptakan karya ilmiah. Kegiatan praktikum pada suatu mata kuliah, merupakan bagian yang tidak dapat dipisahkan dalam proses pencapaian keberhasilan mahasiswa dalam pengembangan keilmuan, kemampuan, dan penemuan. Karena itu perlu dibuat Modul Sistem Manajemen Mutu dalam rangka mendukung hal tersebut.

Melalui modul ini, mahasiswa dapat memperoleh materi dan soal latihan pada mata kuliah Sistem Manajemen Mutu. Dengan demikian, diharapkan tidak ada mahasiswa yang terkendala dalam mengikuti perkuliahan pada mata kuliah tersebut.

Besar harapan kami, modul ini dapat bermanfaat dalam memperlancar proses kegiatan belajar mengajar mahasiswa. Serta kami menerima kritik dan saran jika terdapat hal-hal yang belum sempurna, agar modul ini dapat digunakan dengan baik di kalangan mahasiswa maupun kalangan dosen pengampu mata kuliah.

Yogyakarta 27 Januari 2022

Tim Penyusun

Daftar Isi

Pengantar	4
A. Pengertian clinical pathway	4
B. Manfaat clinical pathway	6
C. Dasar hukum.....	6
D. Implementasi.....	6
E. Casemix	7
F. URM	10
Perbedaan Pedoman Praktik Klinis (PPK) dengan clinical pathway adalah pada PPK berisi tentang informasi klinis dari suatu penyakit seperti definisi, anamnesis, pemeriksaan fisik, kriteria diagnosis, diagnosis kerja, diagnosis banding, pemeriksaan penunjang, terapi, edukasi, prognosis dan indikator kesembuhan, sementara clinical pathway berisi tentang aplikasi dari PPK tersebut dan diintegrasikan dengan kode ICD 10 dan ICD 9-CM dan biayanya.....	10
G. LATIHAN.....	10
1. Sebutkan pengertian dari clinical pathway	10
2. Sebutkan 5 dasar hokum clinical pathway	10
H. SUMBER.....	10
http://repository.umy.ac.id/bitstream/handle/123456789/20973/6.BAB%20II.pdf?sequence=6&isAllowed=y	10
https://repository.dinus.ac.id/docs/ajar/clinical_pathway.pdf	10
https://text-id.123dok.com/document/oz1e11g3y-tujuan-clinical-pathway-manfaat-clinical-pathway.html	10
https://www.alomedika.com/pentingnya-clinical-pathway-bagi-fasilitas-kesehatan	10

Pengantar

Capaian Pembelajaran

Dengan pembelajarn ini, mahasiswa diharapkan mampu memahami tentang pemahaman mutu, dimensi mutu, konsep mutu, dan dasar hukum manajemen mutu.

Bahan Kajian

- Pengertian Manajemen Mutu
- Dasar Hukum Manajemen Mutu
- Konsep mutu dan penjaminan mutu
- Dimensi Mutu
- Dimensi mutu dalam Rekam medis

Tujuan Pembelajaran

- Mampu memahami mutu
- Mampu memahami dimensi mutu
- Mampu memahami konsep mutu
- Mampu memahami dasar hukum manajemen mutu.

Luaran

- Mahasiswa mampu memahami mutu
- Mahasiswa mampu memahami dimensi mutu
- Mahasiswa mampu memahami konsep mutu
- Mahasiswa mampu memahami dasar hokum manajemen mutu.

A. Pengertian clinical pathway

Clinical pathway adalah aktivitas perencanaan yang terstandar dalam pelayanan rumah sakit yang merangkup semua aktivitas yang dilakukan kepada pasien, mulai dari pasien mendaftar sampai pasien keluar dari rumah sakit berdasar standar pelayanan medis, standar asuhan keperawatan, dan standarpelayanan kesehatan lainnya yang berbasis bukti yang dapat diukur jangka waktu tertentu selama di rumah sakit (Potter, 2005).

Clinical pathway adalah suatu jadwal prosedur medis dan keperawatan, termasuk di dalamnya tes diagnostik, pengobatan dan konsultasi yang dirancang untuk efisiensi dan pengkoordinasian program penatalaksanaan klinik rumah sakit (Blessner, et. al., 2004).

Clinical pathway adalah sebuah pemetaan mengenai tindakan klinis untuk diagnosis tertentu dalam waktu tertentu, 8 yang mendokumentasikan clinical practice terbaik dan bukan hanya clinical practice sekarang. Clinical pathway yang diterapkan dengan baik dapat menjadi “alat” kendali mutu pelayanan kesehatan RS. Di sisi yang lain, dalam era JKN yang dilaksanakan oleh BPJS Kesehatan kini, penerapan clinical pathway dapat menjadi salah satu upaya kendali biaya. Biaya yang dikeluarkan dari pemberi pelayanan kepada pasien dapat dihitung berdasarkan clinical pathway dan dibandingkan dengan tarif INA CBG“s yang telah ditetapkan. Sehingga, jika biaya pelayanan yang diberikan kepada pasien melebihi tarif INA CBG“s yang telah diterapkan maka rumah sakit dapat segera mengupayakan efisiensi, tanpa perlu melakukan Fraud. Pengertian Care pathway menurut Wilson (1995) adalah suatu proses disiplin yang fokus pada perawatan pasien dengan waktu yang tepat dan untuk menghasilkan hasil terbaik dengan sumber daya yang tersedia. Kemudian Jhonson (1997) mempergunakan ICP untuk meningkatkan kualitas pelayanan medis dengan menyertakan semua elemen atau bagian unit di rumah sakit dalam memberikan pelayanan medis.

9

Menurut Middleton (2000), ICP harus mempunyai kriteria, diantaranya adalah harus mempunyai tujuan, dilakukan dalam jangka waktu tertentu, ditulis atau didokumentasikan serta disepakati tim pelayanan medis untuk membantu dalam membuat diagnosa dan terapi untuk hasil yang positif, oleh karena itu, dapat disimpulkan bahwa ICP adalah sebuah serangkaian rencana yang menyediakan strategi secara detail dan bertahap dalam pelayanan kesehatan untuk menghasilkan hasil yang maksimal.

Menurut Croucher (2005), ICP adalah format baku dalam menulis tindakan pelayanan dari berbagai profesi kesehatan (dokter, perawat, rehabilitasi, gizi, dan tenaga kesehatan lainnya) terhadap satu pasien yang diciptakan dengan tidak menyulitkan dan tidak terlalu panjang. Format pengkajian menunjukkan bahwa ICP diisi oleh berbagai disiplin ilmu yang terdiri dari riwayat pasien, pemeriksaan fisik, yang diisi berdasarkan standar yang telah disepakati.

B. Manfaat clinical pathway

1. Variasi diagnosis dan prosedur minimal
2. Sumber daya yang digunakan homogen
3. Menyediakan standar untuk pelayanan secara nyata dan baik
4. Meningkatkan mutu pelayanan yang berkelanjutan
5. Mengurangi Length of Stay rumah sakit
6. Menurunkan penggunaan Clinical Guidelines dan pengobatan berbasis Evidence
7. Meningkatkan komunikasi, teamwork dan rencana perawatan
8. Menurunkan biaya perawatan
9. Efisiensi penggunaan sumber daya tanpa mengurangi mutu

C. Dasar hukum

1. UU no 23/1992 tentang kesehatan
2. UU no. 29/2004 tentang praktik kedokteran
3. Permenkes RI No.159b/Menkes/Per/II/1988 tentang rumah sakit
4. KepMenkes RI No.436/1993 tentang berlakunya standar pelayanan rs dan SPM rumah sakit
5. PerMenkes RI No.920 Menkes/Per/XII/1996 tentang Upaya Pelayanan Kesehatan RS Swasta di bidang medik
6. KepMenkes RI No.496/Menkes/SK/IV/2005 tentang Pedoman audit medis di RS
7. KepMenkes RI No. 631/Menkes/SK/IV/2005 tentang Peraturan Internal Staf Medis.

D. Implementasi

Standar pelayanan pada tingkat nasional dibuat dengan adanya Pedoman Nasional Pelayanan Kedokteran (PNPK) dan kemudian diadaptasi menjadi Panduan Praktis Klinis (PPK) yang menyesuaikan dengan keadaan setempat. Clinical pathway yang merupakan pelaksanaan langkah demi langkah ini dapat dimasukkan ke dalam PPK.[5]

Clinical pathway harus dimiliki oleh Rumah Sakit dalam memenuhi Standar Akreditasi Rumah Sakit versi KARS 2018. Tidak hanya dokumen clinical pathway saja, implementasinya dalam pengendalian mutu dan biaya menjadi faktor yang penting[6]. Proses pembuatan clinical pathway memerlukan kerja sama antar departemen yang baik seperti dari tim medis (dokter), keperawatan dan farmasi. Perpaduan ini kemudian disesuaikan dengan algoritma atau panduan berbasis bukti dari organisasi profesi dan literatur, Standar Pelayanan Medis, Standar Prosedur Operasional dan Daftar Standar Formularium untuk tindakan dan pengobatan. [4]

Salah satu contoh Rumah Sakit yang telah menetapkan clinical pathway adalah RSUP Prof Dr R. D. Kandou, Manado. Prioritas pembuatan clinical pathway pada RS ini dilakukan berdasarkan jumlah kasus yang banyak (high volume), risiko tinggi (high risk), dan biaya tinggi atau perlu sumber daya yang banyak (high cost). Berdasarkan hal tersebut, RSUP Prof. Dr. R. D. Kandou, Manado telah menetapkan 5 clinical pathway, yaitu Dengue Shock Syndrome (anak), Penyakit Ginjal Kronik (penyakit dalam), Preeklampsia Berat (obstetri dan ginekologi), Benign Prostate Hypertrophy (bedah) dan Miokard Infark Akut (kardiologi). Pengawasan clinical pathway dilakukan setiap 3 bulan sekali secara berkala dan berkelanjutan.[7]

Dalam hubungannya dengan pembiayaan melalui Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan, RSUP Sanglah, Denpasar menggunakan clinical pathway dan mengimplementasikannya sehingga tindakan-tindakan yang diperlukan telah tercantum biayanya untuk setiap jenis penyakit yang ada dalam clinical pathway. Dokter yang menangani pasien yang ditanggung oleh BPJS Kesehatan harus mengikuti clinical pathway ini. Biaya untuk tindakan-tindakan tersebut sudah “dianggarkan” sehingga tidak melebihi biaya yang ditanggung oleh BPJS kesehatan dan tidak menimbulkan kerugian bagi Rumah Sakit dalam segi biaya.

E. Casemix

Casemix merupakan salah satu metode atau alat yang memungkinkan upaya menetapkan ekuiti, efisiensi dan kualitas suatu rumah sakit dengan melakukan identifikasi dari bauran dan jenis kasus / pasien yang dirawat dan identifikasi dari seluruh sumber daya yang digunakan. Sistem casemix mengklasifikasi penyakit yang digabung dengan biaya perawatan di rumah sakit berdasar pada pengelompokan diagnosis akhir penyakit sejenis dan kompleksitas pengelolaan kasus (penyakit). Sistem ini didasarkan pada keadaan yang menggambarkan berbagai tipe (“mix”) kondisi pasien atau penyakit (“cases”) selama berobat/dirawat di rumah sakit.

Casemix ditetapkan sebagai ilmu untuk mengklasifikasikan dan menilai kuantitas dari sumber daya pelayanan kesehatan di rumah sakit. Sistem casemix adalah solusi terbaik untuk pengendalian biaya kesehatan karena berhubungan dengan mutu, pemerataan, jangkauan dalam sistem kesehatan yang menjadi salah satu unsur dalam pembelanjaan kesehatan

38

serta mekanisme pembayaran untuk pasien berbasis kasus campuran.

Saat ini sistem casemix telah digunakan oleh lebih dan 50 negara di dunia. Sistem casemix yang paling banyak dikenal saat ini adalah Diagnosis Related’s Group (DRG). Di Amerika, sistem

casemix menggunakan istilah International RefinedDRG(IRDRG), di Australia dikenal dengan Australian National-DRG (ANDRG), di United Kingdom dikenal dengan Health Care Resource Groups (HRG), di Malaysia dikenal dengan Malaysian-DRG. Sedangkan di Indonesia dikenal dengan nama Indonesia Diagnosis Related Group (INA-DRG).

Ada dua komponen utama dari sistem casemix, yaitu klasifikasi penyakit (Deases Clasification) dan analisa biaya (Cost Analysis).Klasifikasi pasien pada casemix diagnosa pasien tersebut harus menggunakan klasifikasi ICD-10. Prosedur bedah,m medis dan pemeriksaan penunjang utama lainnya harus menggunakan klasifikasi ICD9-CM (International Classification Of Deases Ninth Cinical Modification) 39 Langkah Klasifikasi Casemix

a. Casemix Main Group

Menentukan kelompok utama casemix adalah diagosa dasar pasien yang di-code berdasarkan ICD-10, digunakan sebagai sumber informasi utama. Informasi lain seperti usia dan jenis kelamin pasien digunakan untuk memeriksa validitas dan akurasi dari diagnosa.

b. Bedah Atau Non-Bedah

Langkah kedua dalam klasifikasi casemix adalah menentukan apakah kasus tersebut termasuk dalam kelompok bedah (surgical) atau non-bedah (non-surgical).Informasi dari prosedur dasar digunakan dalam langkah ini.pasien dengan prosedur bedan dan atau prosedur medis diklasifikasikan kedalam kelompok bedah. Mereka yang berda diluar prosedur medis atau bedah diklasifikasikan ke dalam kelompok non-bedah.

c. Penentuan Tingkat Keparahan.

Pada langkah ini diagnosa sekunder akan digunakan untuk menuntun pengelompokan. Kasus dengan diagnosa sekunder yang signifikan akan dimasukkan ke dalam tingkat keparahan 40 (severity) satu, dua atau tiga. Sistem ini dapat dimodifikasi sehingga dapat dikelompokkan lebih dari tidak tingkat severity sesuai dengan penggunaan sistem.tingkat intensitas keparahan (severity) ditentukan oleh diagnosa sekunder. Diagnosa sekunder ini dalah kelompok diagnosa yang mencakup co-morbiditas datau komplikasi yang diderita oleh pasien.Co-morbiditas adalah kondisi yang telah diderita pasien ketika memasuki rumah sakit, yang berhubungan atau tidak berhubungan, dengan diagnose utama.Koplikasi adalah kondisi yang timbul sepanjang pasien berada dalam perawatan dan seringkali berhubungan baik secara langsung maupun tak langsung dengan diagnosa utama.Kondisi ini tidak tercatat pada saat pasien pertama kali dirawat. Syarat dalam keberhasilan implementasi DRG tergantung pada 3 C (coding, costing, danclinical pathway).

a. CODING

Proses terbentuknya tarif DRG tidak terlepas dari adanya peran dari sistem informasi klinik rekam medis. Tujuan rekam medis untuk menunjang tercapainya tertib administrasi dalam upaya peningkatan pelayanan kesehatan di 41 rumah sakit. Tertib administrasi adalah salah satu faktor yang menentukan keberhasilan pelayanan kesehatan di rumah sakit, sehingga keberhasilan pelaksanaan DRG pun sangat tergantung dengan data pada rekam medis. Tak jauh berbeda dengan data dalam rekam medis, data dasar dalam INA-DRG terdiri dari 14 variabel, yaitu :

- 1) Identitas Pasien (Identification) (Nama pasien, NomorRekam Medis)
- 2) Tanggal masuk RS (Admit Date)
- 3) Tanggal keluar RS (Discharge Date)
- 4) Lama Hari Rawat (LOS)
- 5) Tanggal Lahir (Birth Date)
- 6) Umur (tahun) ketika masuk RS (Admit Age In Year)
- 7) Umur (hari) ketika masuk RS (Admit Age In Days)
- 8) Umur (hari) ketika keluar RS (Discharge Age InDays)
- 9) Jenis Kelamin (Gender)
- 10) Status Keluar RS (Discharge Disposition)
- 11) Berat Badan Baru Lahir (Birth Weight in Grams) 42
- 12) Diagnosis Utama (Principal Diagnosis)
- 13) Diagnosis Sekunder (Secondary Diagnosis)(komplikasi dan ko-morbiditi)
- 14) Prosedur / Pembedahan Utama (Surgical Procedures)

b. COSTING

Ada beberapa metode yang dapat digunakan dalam menentukan pembiayaan untuk DRG, yaitu :

1) Top Down Costing

Metode ini menggunakan informasi utama dari rekening atau data keuangan rumah sakit yang telah ada. Langkah pertama adalah mengidentifikasi pengeluaran-pengeluaran rumah sakit yang terkait dengan penyediaan layanan rawat inap. Langkah selanjutnya adalah mengklasifikasikan pengeluaran-pengeluaran tersebut ke masing-masing cost center seperti bangsal rawat inap (wards), gaji dan jasa medis tenaga medis dan paramedis (medical salaries), ruang operasi (operating room), bahan dan barang farmasi (pharmacy), radiologi (radiology), patologi (pathology), dan pekerja sosial serta 43 unit-unit biaya lain yang terkait dengan penyediaan layanan kesehatan.

2) Activity Based Costing (ABC)

ABC adalah suatu metodologi pengukuran biaya dan kinerja atas aktivitas, sumber daya, dan objek biaya. ABC memiliki dua elemen utama, yaitu pengukuran biaya (cost measures) dan pengukuran kinerja (performance measures). Sumber daya-sumber daya ditentukan oleh aktivitas-aktivitas yang dilakukan, sedangkan aktivitas-aktivitas ditentukan berdasarkan kebutuhan yang digunakan oleh objek biaya. Konsep dasar ABC menyatakan bahwa aktivitas mengkonsumsi sumber daya untuk memproduksi sebuah keluaran (output), yaitu penyediaan layanan kesehatan. Melalui pemahaman konsep ABC tersebut di atas, keterkaitan antara service lines, tarif, sumber daya, dan biaya yang dikeluarkan penyedia sumber daya dalam kerangka interaksi antara pengguna layanan, rumah sakit, dan penyedia sumber daya.

F. URM

Perbedaan Pedoman Praktik Klinis (PPK) dengan clinical pathway adalah pada PPK berisi tentang informasi klinis dari suatu penyakit seperti definisi, anamnesis, pemeriksaan fisik, kriteria diagnosis, diagnosis kerja, diagnosis banding, pemeriksaan penunjang, terapi, edukasi, prognosis dan indikator kesembuhan, sementara clinical pathway berisi tentang aplikasi dari PPK tersebut dan diintegrasikan dengan kode ICD 10 dan ICD 9-CM dan biayanya.

G. LATIHAN

1. Sebutkan pengertian dari clinical pathway
2. Sebutkan 5 dasar hukum clinical pathway

H. SUMBER

<http://repository.umy.ac.id/bitstream/handle/123456789/20973/6.BAB%20II.pdf?sequence=6&isAllowed=y>

https://repository.dinus.ac.id/docs/ajar/clinical_pathway.pdf

<https://text-id.123dok.com/document/oz1e11g3y-tujuan-clinical-pathway-manfaat-clinical-pathway.html>

<https://www.alomedika.com/pentingnya-clinical-pathway-bagi-fasilitas-kesehatan>

MODUL 9

TOTAL QUALITY MANAGEMENT

MATA KULIAH : SISTEM MANAJEMEN MUTU



Pengantar : SISTEM MANAJEMEN MUTU
Kode Mata Kuliah : RMIK
Tanggal Mulai :

**HANYA UNTUK
PENGUNAAN INTERNAL**

SISTEM MANAJEMEN MUTU

Modul: 9



Tri Mulyaningsih, ST, MPH; (TM) (Koordinator Mata Kuliah)

Niko Tesni Saputro, S.KM., M.P.H.; (NTS)

Anton Kristijono, S.KM., MKes; (AK)

Abdul Hadi Kadarusno SKM., MPH (AHK)

Program Studi Diploma Tiga Rekam Medis dan Informasi Kesehatan,
Politeknik Kesehatan Kemenkes Yogyakarta,
Yogyakarta, Indonesia.

Kata Pengantar

Laboratorium pendidikan adalah unit kerja pendidikan yang menyediakan fasilitas dan peralatan untuk kegiatan praktikum mahasiswa. Laboratorium pendidikan juga berfungsi sebagai fasilitas penunjang mahasiswa dalam mengembangkan keahlian dan menciptakan karya ilmiah. Kegiatan praktikum pada suatu mata kuliah, merupakan bagian yang tidak dapat dipisahkan dalam proses pencapaian keberhasilan mahasiswa dalam pengembangan keilmuan, kemampuan, dan penemuan. Karena itu perlu dibuat Modul Sistem Manajemen Mutu dalam rangka mendukung hal tersebut.

Melalui modul ini, mahasiswa dapat memperoleh materi dan soal latihan pada mata kuliah Sistem Manajemen Mutu. Dengan demikian, diharapkan tidak ada mahasiswa yang terkendala dalam mengikuti perkuliahan pada mata kuliah tersebut.

Besar harapan kami, modul ini dapat bermanfaat dalam memperlancar proses kegiatan belajar mengajar mahasiswa. Serta kami menerima kritik dan saran jika terdapat hal-hal yang belum sempurna, agar modul ini dapat digunakan dengan baik di kalangan mahasiswa maupun kalangan dosen pengampu mata kuliah.

Yogyakarta 27 Januari 2022

Tim Penyusun

Daftar Isi

Capaian Pembelajaran	4
Bahan Kajian	4
Tujuan Pembelajaran	4
A. Pengertian TQM	4
B. Unsur TQM.....	5
C. Prinsip TQM	6
D. Manfaat TQM	7
E. Penerapan TQM di fasyankes.....	9
F. Penerapan TQM di URM.....	9
G. Budaya mutu	9
H. Tujuan target hasil kapitasi/akreditasi	9
I. Latihan	10
J. SUMBER.....	10

Capaian Pembelajaran

Dengan pembelajaran ini, mahasiswa diharapkan mampu memahami tentang Pengertian TQM , Unsur TQM, Prinsip TQM, Manfaat TQM, Penerapan TQM di fasyankes ,Penerapan TQM di URM , Budaya mutu, Tujuan target hasil kapitasi/akreditasi

Bahan Kajian

- Pengertian TQM
- Unsur TQM
- Prinsip TQM
- Manfaat TQM
- Penerapan TQM di fasyankes
- Penerapan TQM di URM
- Budaya mutu
- Tujuan target hasil kapitasi/akreditasi

Tujuan Pembelajaran

- Mampu memahami TQM
- Mampu memahami Unsur TQM
- Mampu memahami Prinsip TQM
- Mampu memahami Manfaat TQM
- Mampu memahami penerapan TQM di fasyankes
- Mampu memahami penerapan TQM di URM
- Mampu memahami budaya mutu
- Memahami tujuan target hasil kapitasi / akreditasi

A. Pengertian TQM

Total Management System atau disingkat dengan TQM adalah suatu sistem manajemen kualitas yang berfokus pada Pelanggan (Customer focused) dengan melibatkan semua level karyawan dalam melakukan peningkatan atau perbaikan yang berkesinambungan (secara terus-menerus). Total Quality Management atau TQM menggunakan strategi, data dan komunikasi yang efektif untuk meng-integrasikan kedisiplinan kualitas ke dalam

budaya dan kegiatan-kegiatan perusahaan. Singkatnya, Total Quality Management (TQM) adalah pendekatan manajemen untuk mencapai keberhasilan jangka panjang melalui Kepuasan Pelanggan (Customer Satisfaction).

Dalam TQM (Total Quality Management), semua anggota organisasi atau karyawan perusahaan harus berpartisipasi aktif dalam melakukan peningkatan proses, produk, layanan serta budaya dimana mereka bekerja sehingga menghasilkan kualitas terbaik dalam Produk dan Layanan yang pada akhirnya dapat mencapai tujuan kepuasan pelanggan.

B. Unsur TQM

Terdapat 8 Elemen Pokok dalam Sistem Manajemen TQM (Total Quality Management). Kedelapan elemen pokok tersebut diantaranya adalah :

1. Fokus pada Pelanggan (Customer Focussed)

Pelanggan merupakan pihak yang menentukan apakah kualitas produk maupun jasa yang dihasilkan perusahaan tersebut memenuhi kebutuhan atau tingkatan kualitas yang diinginkannya. Apapun yang dilakukan oleh sebuah organisasi/perusahaan seperti pelatihan karyawan, perbaikan proses, penggunaan mesin canggih ataupun adopsi teknologi terbaru yang pada akhirnya Pelangganlah yang menentukan apakah upaya-upaya yang dilakukan tersebut bermanfaat atau tidak.

2. Keterlibatan Karyawan secara keseluruhan (Total Employee Involvement)

Karyawan merupakan sumber daya perusahaan yang penting dalam mencapai tujuan yang direncanakannya. Oleh karena itu, keterlibatan karyawan secara keseluruhan dapat mendukung perusahaan dalam melakukan peningkatan proses dan kualitas yang berkesinambungan yang kemudian menghasilkan produk dan layanan yang terbaik untuk pelanggannya. Dalam pemberdayaan karyawan, diperlukan pelatihan dan peningkatan terhadap keterampilan karyawan dalam mengerjakan tugasnya.

3. Pemusatan perhatian pada Proses (Process-centered)

Perhatian pada peningkatan proses merupakan pondasi dasar dalam sistem manajemen TQM. Proses merupakan serangkaian langkah-langkah yang dimulai dari penerimaan INPUT dari supplier (internal maupun eksternal) dan meng-transformasi-nya menjadi OUTPUT yang akan dikirimkan ke pelanggan (internal maupun Eksternal).

4. Sistem yang Terintegrasi (Integrated System)

Meskipun terdapat banyak keahlian dan ruang lingkup kerja dalam suatu perusahaan yang membentuk departementalisasi secara vertikal maupun horizontal. Semuanya memerlukan suatu sistem yang terintegrasi dengan baik agar visi, misi, strategi, kebijakan, tujuan dan sasaran perusahaan dapat dikomunikasikan dengan baik dan jelas kepada semua karyawan.

5. Pendekatan Strategi dan Sistematis (Strategy and Systematic Approach)

Salah satu bagian yang penting dalam Manajemen Kualitas adalah pendekatan Strategi dan Sistematis dalam mencapai Visi, Misi dan Tujuan Perusahaan. Proses tersebut biasanya disebut dengan Perencanaan Strategi ataupun Manajemen Strategi yang melakukan perumusan dan perencanaan strategi dalam mengintegrasikan konsep kualitas ke dalam Strategi Perusahaan secara keseluruhan.

6. Peningkatan yang berkesinambungan (Continual Improvement)

Peningkatan yang berkesinambungan mendorong perusahaan untuk melakukan analisis dan menciptakan cara-cara yang lebih bersaing dan efektif dalam mencapai tujuan perusahaan dan memenuhi harapan semua pihak yang berkepentingan.

7. Keputusan berdasarkan Fakta (Fact-based decision making)

Untuk mengetahui sejauh mana kinerja suatu perusahaan, diperlukan data untuk mengukurnya. TQM mewajibkan perusahaan tersebut untuk mengumpulkan dan melakukan analisis data secara berkesinambungan agar keputusan ataupun kebijakan yang diambil benar-benar akurat dan tepat sasaran. Dengan adanya data, kita dapat menarik kesimpulan berdasarkan kejadian ataupun hasil sebelumnya.

8. Komunikasi (Communications)

Dalam operasional sehari-hari, perusahaan pasti akan mengalami perubahan baik perubahan dalam strategi, kebijakan, jadwal maupun metode pelaksanaan. Perubahan tersebut perlu dikomunikasikan dengan baik kepada semua karyawan yang bersangkutan. Komunikasi yang baik juga akan menimbulkan motivasi dan semangat kerja dalam mencapai tujuan perusahaannya.

C. Prinsip TQM

Ada beberapa tokoh yang mengemukakan prinsip-prinsip TQM. Salah satunya adalah Bill Crash, 1995, mengatakan bahwa program TQM harus mempunyai empat prinsip bila ingin sukses dalam penerapannya. Keempat prinsip tersebut adalah sebagai berikut:

- Program TQM harus didasarkan pada kesadaran akan kualitas dan berorientasi pada kualitas dalam semua kegiatannya sepanjang program, termasuk dalam setiap proses dan produk.
- Program TQM harus mempunyai sifat kemanusiaan yang kuat dalam memberlakukan karyawan, mengikutsertakannya, dan memberinya inspirasi.
- Program TQM harus didasarkan pada pendekatan desentralisasi yang memberikan wewenang disemua tingkat, terutama di garis depan, sehingga antusiasme keterlibatan dan tujuan bersama menjadi kenyataan.
- Program TQM harus diterapkan secara menyeluruh sehingga semua prinsip, kebijaksanaan, dan kebiasaan mencapai setiap sudut dan celah organisasi.

Lebih lanjut Bill Creech, 1996, menyatakan bahwa prinsip-prinsip dalam sistem TQM harus dibangun atas dasar 5 pilar sistem yaitu; Produk, Proses, Organisasi, Kepemimpinan, dan Komitmen.

Lebih lanjut Bill Creech, 1996, menyatakan bahwa prinsip-prinsip dalam sistem TQM harus dibangun atas dasar 5 pilar sistem yaitu; Produk, Proses, Organisasi, Kepemimpinan, dan Komitmen.

Lima Pilar TQM :

1. Produk
2. Proses
3. Organisasi
4. Pemimpin
5. Komitmen

Produk adalah titik pusat untuk tujuan dan pencapaian organisasi. Mutu dalam produk tidak mungkin ada tanpa mutu di dalam proses. Mutu di dalam proses tidak mungkin ada tanpa organisasi yang tepat. Organisasi yang tepat tidak ada artinya tanpa pemimpin yang memadai. Komitmen yang kuat dari bawah ke atas merupakan pilar pendukung bagi semua yang lain. Setiap pilar tergantung pada keempat pilar yang lain, dan kalau salah satu lemah dengan sendirinya yang lain juga lemah.

Pendapat lain dikemukakan oleh Hensler dan Brunnell (dalam Scheuing dan Christopher, 1993: 165-166) yang dikutip oleh Drs. M.N. Nasution, M.S.c., A.P.U. dalam bukunya yang berjudul Manajemen Mutu Terpadu, mengatakan bahwa TQM merupakan suatu konsep yang berupaya, melaksanakan sistem manajemen kualitas kelas dunia. Untuk itu, diperlukan perubahan besar dalam budaya dan sistem nilai suatu organisasi. ada empat prinsip utama dalam TQM, yaitu :

- 1) Kepuasan pelanggan.
- 2) Respek terhadap setiap orang.
- 3) Manajemen berdasarkan fakta.
- 4) Perbaikan berkesinambungan.[7]

D. Manfaat TQM

TQM sangat bermanfaat baik bagi pelanggan, institusi, maupun bagi staf organisasi.

- Manfaat TQM bagi pelanggan adalah:

- 1) Sedikit atau bahkan tidak memiliki masalah dengan produk atau pelayanan.
- 2) Kepedulian terhadap pelanggan lebih baik atau pelanggan lebih diperhatikan.
- 3) Kepuasan pelanggan terjamin.

- Manfaat TQM bagi institusi adalah:

- 1) Terdapat perubahan kualitas produk dan pelayanan
- 2) Staf lebih termotivasi
- 3) Produktifitas meningkat
- 4) Biaya turun
- 5) Produk cacat berkurang
- 6) Permasalahan dapat diselesaikan dengan cepat.

- Manfaat TQM bagi staf Organisasi adalah:

- 1) Pemberdayaan
- 2) Lebih terlatih dan berkemampuan
- 3) Lebih dihargai dan diakui

- Manfaat lain dari implementasi TQM yang mungkin dapat dirasakan oleh institusi di masa yang akan datang adalah:

- 1) Membuat institusi sebagai pemimpin (leader) dan bukan hanya sekedar pengikut (follower)
- 2) Membantu terciptanya tim work
- 3) Membuat institusi lebih sensitif terhadap kebutuhan pelanggan
- 4) Membuat institusi siap dan lebih mudah beradaptasi terhadap perubahan
- 5) Hubungan antara staf departemen yang berbeda lebih mudah

- Persyaratan Implementasi TQM

Agar implementasi program TQM berjalan sesuai dengan yang diharapkan diperlukan persyaratan sebagai berikut:

- 1) Komitmen yang tinggi (dukungan penuh) dari manajemen puncak.
- 2) Mengalokasikan waktu secara penuh untuk program TQM
- 3) Menyiapkan dana dan mempersiapkan sumber daya manusia yang berkualitas
- 4) Memilih koordinator (fasilitator) program TQM
- 5) Melakukan benchmarking pada perusahaan lain yang menerapkan TQM
- 6) Merumuskan nilai (value), visi (vision) dan misi (mission)
- 7) Mempersiapkan mental untuk menghadapi berbagai bentuk hambatan
- 8) Merencanakan mutasi program TQM.

E. Penerapan TQM di fasyankes

Dalam institusi pelayanan kesehatan, pasien dapat digolongkan sebagai konsumen sedangkan institusi ibaratnya sebuah perusahaan dengan segenap pegawai dan dokter yang digolongkan sebagai pelaku usaha dalam bidang kesehatan. Total Quality Management (TQM) dalam bidang kesehatan haruslah mengutamakan pemenuhan kebutuhan kualitas pelayanan dalam bidang kesehatan dengan cara mengadakan perbaikan terusmenerus terhadap seluruh aspek yang ada pada rumah sakit. Bidang utama yang sangat perlu diperhatikan adalah menyangkut dengan kegiatan mutu pelayanan yang ada di rumah sakit.

F. Penerapan TQM di URM

Pelayanan rekam medis dalam informed consent berkerja sama antara pelayanan kesehatan dan keluarga pasien dalam penandatanganan persetujuan tindakan kedokteran atau informed consent, apakah kebijakan yang diambil dan tepat sasaran sesuai prosedur, dengan komunikasi yang baik sehingga kedua belah pihak tidak di rugikan :

- 1) Memberikan perlindungan kepada pasien serta member perlindungan hukum kepada dokter/ perawat yang merawat terhadap suatu kegagalan dan bersifat negative
- 2) Terhindar dari malpraktek yang bias saja terjadi

G. Budaya mutu

Untuk memahami budaya mutu, terlebih dahulu harus memahami budaya organisasi, yang memiliki unsur-unsur sebagai berikut:

- Peningkatan terhadap bisnis/usaha
- Nilai organisasi
- Budaya Peran Model
- Tradisi organisasi
- Penyebaran budaya

Budaya mutu adalah sistem nilai organisasi yang menciptakan lingkungan yang kondusif untuk keberlangsungan perbaikan mutu yang berkesinambungan. Budaya mutu terdiri dari nilai-nilai, tradisi, prosedur dan harapan tentang promosi mutu.

Sedangkan tujuan dari budaya mutu adalah untuk membentuk suatu lingkungan organisasi yang memiliki sistem nilai, tradisi, dan aturan-aturan yang mendukung untuk mencapai perbaikan mutu secara terus menerus.

H. Tujuan target hasil kapitasi/akreditasi

Diharapkan dengan tqm ini dengan streteginya dapat mencapai target hasil akreditasi yang diinginkan

I. Latihan

1. Sebutkan pengertian TQM
2. Sebutkan 5 pilar TQM

J. SUMBER

[http://taufiqurrachman.weblog.esaunggul.ac.id/wp-](http://taufiqurrachman.weblog.esaunggul.ac.id/wp-content/uploads/sites/968/2014/03/EMA503-4-Budaya-Mutu.pdf)

[content/uploads/sites/968/2014/03/EMA503-4-Budaya-Mutu.pdf](http://taufiqurrachman.weblog.esaunggul.ac.id/wp-content/uploads/sites/968/2014/03/EMA503-4-Budaya-Mutu.pdf)

<http://ayulilisulastri.blogspot.com/2017/08/normal-0-false-false-false-en-us-x-none.html>

<https://ipqi.org/definisi-unsur-prinsip-manfaat-program-total-quality-management-tqm/>

<https://accurate.id/marketing-manajemen/total-quality-manajemen/>

<https://proxsisgroup.com/pq/pengertian-total-quality-management-tqm/>

<https://ejournal.unsrat.ac.id/index.php/emba/article/viewFile/22462/22155>

MODUL 10

QUALITY ASSURANCE

MATA KULIAH : SISTEM MANAJEMEN MUTU



Pengantar : SISTEM MANAJEMEN MUTU
Kode Mata Kuliah : RMIK
Tanggal Mulai :

**HANYA UNTUK
PENGUNAAN INTERNAL**

SISTEM MANAJEMEN MUTU

Modul: 10



Tri Mulyaningsih, ST, MPH; (TM) (Koordinator Mata Kuliah)

Niko Tesni Saputro, S.KM., M.P.H.; (NTS)

Anton Kristijono, S.KM., MKes; (AK)

Abdul Hadi Kadarusno SKM., MPH (AHK)

Program Studi Diploma Tiga Rekam Medis dan Informasi Kesehatan,
Politeknik Kesehatan Kemenkes Yogyakarta,
Yogyakarta, Indonesia.

Kata Pengantar

Laboratorium pendidikan adalah unit kerja pendidikan yang menyediakan fasilitas dan peralatan untuk kegiatan praktikum mahasiswa. Laboratorium pendidikan juga berfungsi sebagai fasilitas penunjang mahasiswa dalam mengembangkan keahlian dan menciptakan karya ilmiah. Kegiatan praktikum pada suatu mata kuliah, merupakan bagian yang tidak dapat dipisahkan dalam proses pencapaian keberhasilan mahasiswa dalam pengembangan keilmuan, kemampuan, dan penemuan. Karena itu perlu dibuat Modul Sistem Manajemen Mutu dalam rangka mendukung hal tersebut.

Melalui modul ini, mahasiswa dapat memperoleh materi dan soal latihan pada mata kuliah Sistem Manajemen Mutu. Dengan demikian, diharapkan tidak ada mahasiswa yang terkendala dalam mengikuti perkuliahan pada mata kuliah tersebut.

Besar harapan kami, modul ini dapat bermanfaat dalam memperlancar proses kegiatan belajar mengajar mahasiswa. Serta kami menerima kritik dan saran jika terdapat hal-hal yang belum sempurna, agar modul ini dapat digunakan dengan baik di kalangan mahasiswa maupun kalangan dosen pengampu mata kuliah.

Yogyakarta 27 Januari 2022

Tim Penyusun

Daftar Isi

1. Capaian Pembelajaran	3
2. Bahan Kajian	3
3. Tujuan Pembelajaran.....	3
a. Tujuan Instruksional Umum.....	19
b. Tujuan Instruksional Khusus.....	3
4. Luaran.....	19
5. Pengantar Klasifikasi dan Kodefikasi Penyakit dan Masalah Terkait Hematologi.....	24
a. Anatomi hematologi	5
b. Fisiologi hematologi.....	7
c. Patologi hematologi.....	11
6. Latihan di Kelas.....	15
a. Latihan 1	15
b. Latihan 2.....	15
7. Penugasan.....	16
a. Tugas 1.....	16
b. Tugas 2	17
c. Tugas 3.....	18
8. Referensi.....	19
9. Lembar Catatan Pembelajaran.....	20

Capaian Pembelajaran

Dengan pembelajaran ini, mahasiswa diharapkan mampu memahami tentang Pengertian Quality Assurance ,Proses Quality Assurance ,Quality Control .Pengorganisasian Quality Assurance .Teknik dalam Quality Assurance. Prinsip Quality Assurance .Quality Assurance di RS dan Puskesmas .Quality Assurance di URM (data dan rekam medis pasien) .Dimensi kualitas data dan informasi .Prinsip data yng berkualitas .Perlu standart kualitas data agar meyakinkan(Akreditasi) Mutu data, produk, jasa, pelayanan (Granulaty, presisisian, dll) Peran sistem teknologi dalam menjaga mutu

Bahan Kajian

- Pengertian Quality Assurance
- Proses Quality Assurance
- Quality Control
- Pengorganisasian Quality Assurance
- Teknik dalam Quality Assurance
- Prinsip Quality Assurance
- Quality Assurance di RS dan Puskesmas
- Quality Assurance di URM
- (data dan rekam medis pasien)
- Dimensi kualitas data dan informasi
- Prinsip data yng berkualitas
- Perlu standart kualitas data agar meyakinkan(Akreditasi)
- Mutu data, produk, jasa, pelayanan (Granulaty, presisisian, dll)
- Peran sistem teknologi dalam menjaga mutu

Tujuan Pembelajaran

- Mampu memahami Pengertian Quality Assurance
- Mampu memahami Proses Quality Assurance
- Mampu memahami Quality Control
- Mampu memahami Pengorganisasian Quality Assurance
- Mampu memahami Teknik dalam Quality Assurance
- Mampu memahami Prinsip Quality Assurance
- Mampu memahami Quality Assurance di RS dan Puskesmas
- Mampu Memahami Quality Assurance di URM

- Mampu Memahami(data dan rekam medis pasien)
- Mampu Memahami Dimensi kualitas data dan informasi
- Mampu Memahami Prinsip data yng berkualitas
- Mampu Memahami Perlu standart kualitas data agar meyakinkan(Akreditasi)
- Mampu Memahami Mutu data, produk, jasa, pelayanan (Granulaty, presisian, dll)
- Mampu Memahami Peran sistem teknologi dalam menjaga mutu

A. Pengertian quality assurance

Quality Assurance adalah serangkaian proses sistematis untuk menentukan apakah suatu produk atau jasa memenuhi syarat yang ditentukan.

QA menentukan dan menetapkan persyaratan untuk membuat atau mengembangkan produk tertentu agar memiliki kualitas yang baik.

Kenapa kualitas produk penting? Untuk menjaga kredibilitas perusahaan, meningkatkan kepercayaan konsumen, meningkatkan proses kerja, dan membuat perusahaan mampu bersaing dengan kompetitor.

Quality Assurance menggunakan pendekatan proses untuk mencegah cacat produk. Karena itu biasanya QA juga melakukan monitoring pembuatan produk mulai dari tahap perencanaan sampai pengujian. Ini dilakukan untuk mengurangi rework (pengerjaan ulang) agar proses kerja efisien dan menghindari keluhan dari konsumen.

B. Proses Quality Assurance

Proses dapat diartikan sebagai pengawasan pengendalian ((Wijono D, 1999).

Pengawasan pengendalian (control) diartikan sebagai suatu proses pendelegasian tanggung jawab dan wewenang untuk suatu kegiatan manajemen di mana dalam jangka waktu lama memelihara hasil rata-rata dari penjagaan hasil yang memuaskan”. Control bisa dilakukan terhadap product dan cost. Biasanya ada 4 (empat) langkah yang dilakukan, yaitu:

Penyusunan standard cost. Biasanya ada 4 (empat) langkah yang dilakukan, yaitu:

1. Penyusunan standar: penetapan standar-standar biaya yang diperlukan (cost quality), performance quality, safety quality dan rehabilitasi quality dari pada produk.
2. Penilaian kesesuaian: membandingkan kesesuaian dari produk yang dihasilkan atau pelayanan yang ditawarkan terhadap standar-standar tersebut.
3. Koreksi bila perlu: koreksi penyebab dan faktor-faktor maintenance yang mempengaruhi kepuasan.
4. Perencanaan peningkatan mutu: membangun usaha yang berkelanjutan untuk memperbaiki standard-standard cost, performance, safety dan realibility.
 “Control yang efektif saat ini adalah suatu kebutuhan pokok dalam manajemen agar sukses”. “Dengan perencanaan dan kontrol yang baik, separuh kepuasan telah didapat” (Widjono D, 1999).

Beberapa definisi yang diuraikan tersebut hanyalah bagian-bagian kegiatan atau

metode dari Quality Control Programme secara keseluruhan. Terminologi “quality control (kendali mutu)” dan “quality assurance (menjaga mutu)” mempunyai arti yang dibedakan dalam beberapa organisasi. Masing-masing terminologi mengacu mengacu pada aspek yang berbeda dari kegiatan mutu untuk memuaskan pelanggan. Program Total Quality Control dalam operasionalnya memasukkan dan mengintegrasikan kedua terminologi tersebut.

Quality Assurance menggunakan teknik-teknik seperti internal audit dan surveilans untuk menjaga bahwa organisasi mutu mencakup dua tujuan:

1. Organisasi mengikuti prosedur sebagai pegangan kualitas;
2. Prosedur-prosedur itu efektif untuk menghasilkan yang diinginkan.

Bagian Quality control terlibat dalam monitor dan evaluasi sehari-hari dan memberikan keputusan terhadap proses yang terlibat dalam produksi. Bagian Quality Assurance biasanya terlibat pada kegiatan-kegiatan yang diambil oleh organisasi untuk memberikan keyakinan bahwa produk akan berhasil sebagaimana sasaran yang diinginkan. Dalam banyak organisasi atau perusahaan, dibedakan tugas antara “Bagian Jaga Mutu (Quality Assurance) mengelola mutu”, sedang “ bagian Kendali Mutu (Quality Control) melaksanakan evaluasi mutu”.

Quality control dan quality assurance, dua pengertian tersebut sering disamakan. Cara membedakannya, kita mulai dari arti kata : Control (pengendalian)”, yang menurut The American Heritage Dictionary adalah “ wewenang atau kemampuan untuk mengatur, mengarahkan atau mendominasi”. Sedang “Assurance” didefinisikan seperti telah dikemukakan adalah “ suatu kegiatan menjaga kepastian atau menjamin keadaan dari apa yang dijamin atau suatu pernyataan atau indikasi yang menimbulkan rasa kepercayaan : garansi (jaminan).

Kata kontrol lebih mengarah pada suatu peran aktif, sedang kata assurance lebih kepada perilaku yang dipercayai atau diyakini.

Quality Control menggunakan strategi-strategi seperti inspeksi-inspeksi dan pengendalian melalui proses-proses/teknik-teknik statistik untuk memelihara mutu produk yang ditetapkan sebelumnya. Bagian Quality Control menggunakan audit penjaja dan surveilans penjaja untuk menjamin bahwa produk yang baru masuk termasuk dalam tingkat

mutu yang dapat diterima. Quality Assurance menggunakan teknik seperti audit internal dan surveilans untuk menjamin bahwa organisasi mutu memenuhi dua hal:

1. Organisasi mengikuti prosedur-prosedur sebagaimana diuraikan dalam manual (buku pedoman) mutu.
2. Prosedur-prosedur kalau merupakan langkah efektif dan memberikan hasil seperti yang diharapkan.

Apabila organisasi memisahkan upaya-upaya mutu antara Quality Control dan Quality Assurance, kita lihat tanggung jawab masing-masing bagian tersebut, karena akan berbeda. Pada umumnya, akan didapati bahwa bagian Quality Control terlibat dalam monitoring dan evaluasi sehari-hari. Quality Assurance biasanya terlibat dalam kegiatan-kegiatan dalam

memberikan kepercayaan bahwa produk-produk diharapkan mencapai tingkat mutu yang ditargetkan.

C. Quality control

Salah satu proses yang ada didalamnya ialah Quality Control, Pengendalian mutu (Quality Control), atau QC untuk akronimnya, adalah suatu proses yang pada intinya adalah menjadikan entitas sebagai peninjau kualitas dari semua faktor yang terlibat

D. Pengorganisasian quality assurance

Manajemen didasarkan dari mutu dari Rumah Sakit atau Puskesmas merupakan suatu penunjang yang penting dalam efektifitas pelayanan kepada masyarakat. Joint Commission on Accreditation of Hospital (JCAH) mengakui bahwa hal ini penting terhadap penilaian dirinya, juga Chief Executive Officer (CEO) menyatakan hal yang sama. Demikian pula The

American College of Hospital Administrator (ACHA).

Pembahasan ini penting sejalan dengan pernyataan ACHA, bahwa penilaian terhadap pengorganisasian Quality Assurance mencakup 4 (empat) hal yang perlu diperhatikan, yaitu:

1). Mencakup area status pelayanan asuhan kesehatan, dimana perbaikan status kesehatan adalah outcome yang dapat dilihat dari suatu Rumah Sakit. Oleh karena itu CEO mempunyai beberapa tanggung jawab untuk outcome ini; 2). Suksesnya institusi; 3). Peran dari CEO; 4). Keterampilan manajemen.

1. Posisi CEO Rumah Sakit

Pelaksanaan pengorganisasian Quality Assurance, tidak lepas dari peran Chief Executive Officer (CEO) atau Hospital Chief Executive, ACHA (1976). Peran ini diuraikan dalam tujuh kegiatan, yaitu:

- a. Perencanaan dan pengorganisasian;
- b. Pencapaian tujuan dan sasaran Rumah Sakit;
- c. Kualitas pelayanan Rumah Sakit;
- d. Alokasi pelayanan Rumah Sakit;
- e. Menyelesaikan masalah atau krisis;
- f. Kepatuhan pada peraturan;
- g. Promosi Rumah Sakit.

Apa yang disebut di atas, selain dipergunakan untuk mengevaluasi penampilan CEO, digunakan pula dalam manajemen lain disemua tingkat.

Pelaksanaannya, dalam peningkatan kualitas pelayanan kesehatan melalui program QA, peran dan tanggung jawab para manajer kesehatan terdiri dari monitoring, supporting dan intervening.

2. Monitoring (pemantauan)

Ada berbagai sumber informasi untuk program QA yang dapat dipakai, antara lain data dari sistem pencatatan dan pelaporan yang ada di sarana pelayanan kesehatan dan yang berasal dari Circuit Rider yang mengunjungi Puskesmas/RS. Akan diperoleh informasi

tahunan tentang penampilan Puskesmas/RS dalam empat bidang yang terkait mutu, yaitu:

- a. Kepatuhan terhadap standar (compliance with standard);
- b. Pengetahuan pasien (patient knowledge);
- c. Kepuasan pasien (patient satisfaction);
- d. Kelangsungan berobat (continuation rates, keteraturan berobat).

Didasarkan pada keempat indikator ini, akan dapat diperoleh gambaran tentang mutu pelayanan kesehatan di Puskesmas/RS dibandingkan sebelumnya.

Circuit Rider yang mengunjungi Puskesmas/RS setiap bulan melakukan implicit review (telaah implicit), tentang kemajuan Puskesmas/RS dalam melaksanakan QA. Karena Circuit

Rider memberikan bantuan teknis kepada staf Puskesmas untuk menjaga kredibilitas dalam berperan, maka ia tidak dapat melaporkan hal-hal yang dapat mendatangkan tindakan disiplin dari atasan atau kritik. Dengan keterbatasan tersebut ia akan dapat memberikan laporan yang bersifat kualitatif tentang pelaksanaan program QA di tingkat Puskesmas/RS.

2. Supporting (dukungan)

Para ahli QA sering mengingatkan bahwa tanpa dukungan yang nyata dari top management, program peningkatan mutu tidak akan berhasil. Oleh karena itu, diharapkan para atasan di unit pelayanan kesehatan dapat memberikan perhatian dalam program QA ini antar lain dengan memberikan penghargaan atau pujian yang tulus kepada mereka agar peningkatan kualitas pelayanan kesehatan melalui program QA dapat lestari.

3. Intervening (intervensi)

Manajer senior memerlukan beberapa alat baru untuk intervensi. Antara lain dapat berupa tambahan anggaran, peralatan, biaya yang khusus untuk QA dan juga tenaga terlatih untuk membantu pelaksanaan QA.

4. Tanggung Jawab Quality Assurance

Penataan tradisional dalam pelaksanaannya tidak lepas dari organisasi QA, yang mempunyai tanggung jawab spesifik meliputi seluruh tugas-tugas untuk menata tujuan umum, menyediakan pedoman dan mengatur pengarahan-pengarahan, termasuk hal dibawah ini, yaitu:

- a. Review prosedur latihan dan kualifikasi personil;
- b. Review catatan-catatan yang berhubungan dengan mutu;
- c. Mengembangkan, dokumen dan implementasi prosedur-prosedur mutu;
- d. Skedul, hubungan dan follow-up audit mutu internal (dalam organisasi) atau eksternal (di luar organisasi).
- e. Terlibat dalam review desain;
- f. Surveilans pelaksanaan: proses atau program, penjaja (dalam hal kontrak apakah sesuai dengan kontrak yang disepakati), pencatatan (yang diperlukan untuk pemerintah).

6. Tanggung Jawab Quality Control

Proses penataan tradisional, organisasi Quality Control mempunyai tanggung jawab spesifik yang terpusatkan sekitar mutu mengikuti pengarahan atau petunjuk yang diberikan oleh bagian QA.

Kegiatan-kegiatan Quality Control diarahkan pada evaluasi dari produk dan pengendalian proses yang dipergunakan untuk menghasilkan produk, seperti:

- a. Menetapkan kualifikasi dan latihan personil;
- b. Meninjau catatan-catatan dan laporan-laporan;
- c. Menganalisis data yang cacat;
- d. Melakukan test-test khusus;
- e. Melakukan inspeksi: penerimaan, proses, inspeksi akhir, inspeksi penjaja;
- f. Mengadakan surveilans: waktu proses, peralatan dan kalibrasi alat ukur, catatancatatan mutu.

7. Tanggung Jawab Manajer QA/QC

a. Pengorganisasian terhadap mutu

Sejak Total Quality Circle (TQC) menjadi pedoman dan koordinasi kegiatan orang, mesin dan informasi melintas seluruh kegiatan-kegiatan kunci organisasi, adalah penting menjadika mutu diorganisasikan secara ekonomi dalam perusahaan.

b. Struktur organisasi

Banyak model struktur organisasi yang dikemukakan, masing-masing tergantung pada tujuan organisasi, sasaran dan sumber daya yang tersedia, area operasi dan lain-lain

8. Manajer Quality Assurance / Quality Control

a. Fungsi

Secara luas Manajer Quality Assurance/Quality Control berfungsi dalam tiga area besar tanggung jawab, meliputi:

1) Tanggung jawab bisnis

Manajer Quality Assurance/Quality Control menyelenggarakan jaminan mutu (quality assurance) untuk produk dan pelayanan, dan membantu pencapaian pembiayaan yang optimum perusahaan. Manajer QA/QC berpartisipasi dalam rencana strategi formulasi di kunci-kunci yang berkaitan dengan mutu dan pengorganisasian.

2) Tanggung jawab sistem.

Tanggung jawab ini sebagai pendelegasian manajer umum dan hubungan yang berkaitan kerja sama dengan bagian-bagian lain, manajer QA/QC menyelenggarakan kepemimpinan dalam menegakkan dan memelihara mutu. Manajer juga menjamin dan mengukur secara teratur analisis pembiayaan dan efektifitas secara ekonomis mutu program untuk mencapai keseimbangan dalam pencegahan (preventive), penghargaan (appraise) dan pembiayaan yang gagal.

3) Tanggung jawab teknik

Manager QA/QC menyediakan organisasi atau perusahaan aplikasi dari teknologi engineering dan teknologi statistik quality control. Hal ini dapat melalui tiga area sub fungsional yaitu quality engineering, proses control engineering dan quality information equipmen engineering. Hal ini termasuk pemeliharaan dari kegiatankegiatan aktivitas audit efektifitas mutu, audit rencana program, audit prosedurprosedur, audit sistem mutu dan audit program.

b. Tanggung jawab prinsip

Implementasi tanggung jawab terhadap bisnis dasar, sistem dan ketika manajer QA/QC

mempunyai tanggung jawab manajerial dan fungsional dalam perusahaan untuk mengoperasikan kemampuan Quality Control. Manajer bertanggung jawab menjamin bahwa

permintaan mutu pelanggan sama dengan yang ditetapkan atau mendekati rencana mutu.

Tanggung jawab manager mutu termasuk kegiatan-kegiatan yang diperlukan dalam kaitan sifat-sifat mutu pelanggan yang berkaitan, seperti kehandalan produk, keamanan produk dan sebagainya. Dalam batas-batas kebijaksanaan, program, anggaran dan prosedur,

manajer QA/QC bertanggung jawab dan mempunyai wewenang untuk memenuhi tugastugas seperti berikut ini:

1) Tanggung jawab manajerial

Manajer QA/QC bertanggung jawab untuk menyelenggarakan kepemimpinan kepada pekerja tentang komponen QA/QC dengan menaikkan pemanpilan kerja dari manajer di mana manajer melaksanakan fungsi: Perencanaan, pengorganisasian, integrasi dan pengukuran.

a) Perencanaan:

(1). Memperoleh informasi dan menjaga supervisor mendapatkan informasi tentang: tujuan, kebijaksanaan, rencana, anggaran dan kegiatan-kegiatan pokok (bisnis).

(2). Mengembangkan program mutu perusahaan termasuk kebijaksanaan, rencana, organisasi, prosedur, dan penghargaan dan menjamin dokumentasi program dan distribusinya kepada personil perusahaan untuk meningkatkan program mutu.

b) Pengorganisasian:

(1). Mengembangkan struktur organisasi untuk menampilkan semua fase kegiatan komponen audit control.

(2). Menegakkan penghargaan komponen sub fungsional dalam komponen audit control, tata staf dengan personil yang bermutu pendelegasian tanggung jawab dan wewenang untuk menyelenggarakan program quality control.

(3). Memberikan instruksi, advis, konseling dan review penampilan unit dan supervisor sub unit dari komponen-komponen QC.

c) Integrasi

(1). Menyediakan untuk memanfaatkan sistem semua komponen sumber daya untuk mencapai secara efektif dan ekonomis tujuan yang diinginkan;

(2). Memperkenalkan setiap orang dalam komponen tentang tanggung jawab, wewenang dan tanggung gugat dan perkembangan formasi dan upaya yang diperlukan.

d) Pengukuran:

(1). Menegakkan standar-standar untuk mengukur penampilan dari kepala unit dan sub unit dan personil yang lain dari komponen QC, dan memberitahu kemajuan mereka.

(2). Analisis dan menilai kemajuan komponen seperti mengukur dengan tujuan yang ditetapkan atau mendesak kegiatan yang diperlukan untuk perbaikan.

2) Tanggung jawab fungsional

Manajer QA/QC, menyebarkan pengetahuan personil sama dengan yang dilaporkan mengerjakan melalui laporan langsung kepada manager.

- a) Formulasi kebijakan dasar, rencana-rencana, program-program, standar-standar dan teknik-teknik yang diperlukan untuk menyediakan tujuan bagi komponen QC dan menyediakan kebijakan, rencana dari program.
- b) Menyediakan fasilitas dan peralatan yang diperlukan mutu inspeksi, testing dan pengukuran mutu produk perusahaan, pemeliharaan dan fasilitas-fasilitas.
- c) Menyediakan dan mendistribusikan kepada semua personil program bisnis untuk meningkatkan spirit (semangat) berpikir mutu melalui komponen dan partisipasi personil QC dengan kursus-kursus untuk mengetahui prosedur-prosedur dan perkembangan yang baru.
- d) Memelihara hubungan dengan unit pemasaran untuk memahami produk yang diperlukan pelanggan dan pelayanan permintaan produk terus menerus.
- e) Memelihara hubungan dengan unit engineering untuk mendiskusikan mempertimbangkan segera desain produk.
- f) Menjaga hubungan dengan unit manufacturing untuk menjamin proses kemampuan yang adekuat dan feedback informasi mutu.
- g) Menjaga hubungan erat dengan penjaja untuk menjamin bahwa produk mereka bertemu dengan standar mutu perusahaan.
- h) Bekerja dengan unit keuangan untuk menetapkan biaya mutu sehingga mudah dianalisa dan diawasi.

3) Wewenang

Manajer QC mempunyai wewenang penuh untuk membuat keputusan-keputusan dan membuat kegiatan-kegiatan yang diperlukan dalam melaksanakan tanggung jawab sepanjang kegiatan-kegiatan tersebut tidak menyimpang dan bisnis organisasi, kebijakan, praktek-praktek, pedoman posisi dan konsisten dengan keputusan bisnis, kecuali untuk batasan spesifik sebagai berikut yang bukan wewenangnya, yaitu:

- a) Penambahan tertentu dalam daftar gaji dan penyesuaian gaji bagi pekerja tersebut;
- b) Mengubah struktur organisasi pada level atau di atasnya.
- c) Perubahan utama yang mempengaruhi komponen lain.
- d) Persetujuan tentang rekening tertentu yang mahal.

4) Tanggung gugat

Manajer QA/QC secara penuh bertanggung jawab untuk memenuhi tanggung jawab dan interpretasinya. Manajer tidak boleh mendelegasikan seluruh atau sebagian dari tanggungjawabnya.

Penampilan yang diukur atas tanggung jawab dari manajer QA/QC adalah:

- a) Jaminan mutu produk untuk pelanggan;

- b) Pembiayaan mutu yang ekonomis;
- c) Efektifitas sistem mutu dan beroperasi;
- d) Kerja sama dan hubungan kepemimpinan mutu dan fungsi-fungsi kunci dalam perusahaan termasuk pemasaran, engineering, produksi, pelayanan, hubungan industri dll;
- e) Mutu dari kepemimpinan manajer di semua bidang dari komponen QC;
- f) Mutu dan batas waktu keputusan manajer dan kegiatan yang menjadi tanggung jawabnya;
- g) Mutu kepemimpinan manajer dalam kegiatan personil dan kegiatan lainnya dalam kegiatan QC yang dilaporkan langsung ke manajer;
- h) Tercapainya sasaran dan memenuhi tanggung jawab berhubungan dengan posisi manajer seperti diindikasikan oleh tingkat dan kecenderungan dalam area yang jelas, seperti:
 - (1). Kontrol material yang datang dan kelengkapan bagian dibandingkan;
 - (2). Kegiatan yang diambil untuk koreksi penyebab keluhan atau material yang kurang atau mutu kerja;
 - (3). Adequacy dari perlengkapan dan fasilitas dengan mana untuk menampilkan fungsi kontrol;
 - (4). Adequacy proses pengukuran untuk menyediakan informasi yang diperlukan untuk operasi produksi untuk proses kontrol;
 - (5). Adequacy dan batas waktu dari feed back informasi kontrol kepada unit organisasi dalam mengambil tindakan koreksi;
 - (6). Kecermatan diagnosa kesukaran mutu dalam analisis kasus;
 - (7). Kecermatan pengukuran indeks mutu produk dan menggambarkan mutu sesungguhnya produk yang sampai ke pelanggan;
 - (8). Realisasi penggunaan pembiayaan, sasaran dan biaya manufaktur;
 - (9). Keamanan personil, indikasinya keselamatan dan kesehatan kerja serta sedikitnya frekuensi kecelakaan kerja;
 - (10). Moral pekerja, sebagai indikasi adalah jumlah absenteisme, keluhan, pergantian pekerja dan jam kerja yang hilang karena pekerjaan dihentikan;
 - (11). Efektifitas renovasi yang direncanakan dan rencana keuntungan pekerja, diukur dari partisipasi pekerja kompetitif dalam rencana-rencana yang menguntungkan;
 - (12). Pemanfaatan yang efektif dari angkatan kerja, fasilitas dan perlengkapan yang diindikasikan hasil produksi sebelumnya dengan standar-standar;
 - (13). Memikirkan mutu standar dan motivasi mutu melalui kegiatan-kegiatan pekerja.

E. Teknik dalam quality assurance

A. INSPEKSI

1. Pengertian

Inspeksi adalah suatu definisi yang berkaitan dengan pemeriksaan dari produk atau proses. Kegiatan inspeksi luas dipakai sampai tahun 1950 – 1960, dimana segala sesuatu di check lengkap atau tidak. Dalam suatu penelitian, 22% dari yang sudah diinspeksi pada akhir produk ternyata masih terdapat kekurangan ketika di tangan penerima dan dikembalikan lagi. Inspeksi apabila dilaksanakan dengan semestinya dapat menyediakan banyak informasi tentang penampilan suatu proses. Inspeksi seharusnya digunakan sebagai alat untuk mengumpulkan informasi tidak hanya sebagai metode untuk menjaga mutu produk. Mutu tidak bisa diinspeksi ke dalam bagian. Mutu seharusnya didesain dan dibangun ke dalam bagian. Dengan demikian tugas inspeksi tidaklah seperti peran tradisional yaitu mensortir mana yang baik dan mana yang jelek. Suatu peran akhir, yang jelek ditolak (sertifikat mati). Namun filsafat sesungguhnya adalah inspeksi untuk verifikasi dan validasi mutu dan mengumpulkan data. Inspeksi biasanya meliputi area: inspeksi penerimaan (barang), inspeksi sumber, inspeksi dalam proses, inspeksi final.

2. Inspeksi Penerimaan Meliputi:

- a. Verifikasi penghitungan bagian-bagian;
- b. Identifikasi material;
- c. Menjamin dimensi mekanik dalam toleransi;
- d. Check fisik, kekuatannya dll;
- e. Macam-macam identifikasi, jumlah;
- f. Check ketahanan.

3. Inspeksi Sumber

Inspeksi sumber adalah mata dan telinga perusahaan pada toko penjaja. Hal ini lebih mudah dibandingkan waktu proses. Inspeksi ini penting dalam pengiriman barang untuk penghematan. Inspeksi ini mempertemukan kebutuhan penjaja di lapangan dan di perusahaan.

4. Inspeksi dalam Proses

Adalah inspeksi selama proses pembuatan (pelayanan) dalam perusahaan/organisasi. Inspeksi ini bertanggung jawab, antara lain:

- a. Menjaga bahwa rencana mutu diikuti sesuai manual dan sesuai permintaan pelanggan.
- b. Verifikasi hal yang diperlukan;
- c. Kesesuaian metode dan prosedur yang diperlukan;
- d. Menjaga bahwa perlengkapan dalam alat ukur dikalibrasi;
- e. Kesesuaian bahwa tempat kerja melaksanakan rencana mutu;
- f. Evaluasi penampilan umum dan kerusakan-kerusakan dalam proses;
- g. Verifikasi bahwa individu-individu menggunakan teknik yang sempurna;
- h. Evaluasi penampilan produk waktu dalam proses pembuatan/perakitan.

5. Inspeksi final

Inspeksi final meninjau lembar rencana dan proses untuk meyakinkan perusahaan bahwa semua langkah-langkah pekerjaan (yang bermutu) telah dilaksanakan dengan cermat.

Jenis tanggung jawab dari inspeksi ini adalah:

- a. Review lembar proses yang ditandatangani;

- b. Verifikasi penggunaan material;
- c. Inspeksi lapis akhir;
- d. Evaluasi kelengkapan verifikasi mutu yang disediakan untuk pelanggan;
- e. Koordinasi test formal dengan pelanggan;
- f. Menginspeksi pengiriman;
- g. Inspeksi suku cadang.

6. Jenis Evaluasi Inspektur Final Termasuk:

- a. Verifikasi apakah pemberian label pengiriman telah benar;
- b. Menjamin bahwa semua suku cadang telah dipaket;
- c. Menjamin bahwa instruksi-instruksi operasional lengkap;
- d. Menjamin bahwa sebuah sampul pengiriman diumumkan

7. Prosedur Inspeksi

Suatu proses inspeksi harus memiliki langkah-langkah tertulis yang harus diikuti, disebut prosedur. Prosedur adalah bagan langkah-langkah perkembangan yang detail dan sumber daya yang digunakan untuk inspeksi. Pada umumnya dimulai dengan menetapkan lokasi ketidak sesuaian yang besar atau mudah diidentifikasi terus menuju ke arah menemukan kekurangan yang kurang terlihat. Agar inspeksi sukses, harus mengikuti prosedur tertulis yang memiliki kriteria-kriteria berikut:

- a. Harus mempunyai definisi yang jelas untuk test perkembangan.

Yaitu untuk inspeksi frekuensi dan besar sampel yang diperlukan untuk inspeksi, bagian mana dan langkah yang diperlukan, apakah sesuai standar dan mana instrumen-instrumen yang diperlukan untuk inspeksi;

- b. Ditetapkan standar-standar acuan;

Nama-nama standar yang dipergunakan. Kaliberasi alat-alat.

- c. Ditetapkan yang diteliti kriteria diterima/ditolak;

- 1) Suatu kekurangan yang kritis (critical defect) adalah salah satu yang dapat lebih membahayakan atau keadaan tidak aman dan akibat pasca operasi produk;
- 2) Kekurangan utama (a major defect) adalah sesuatu yang mungkin menghasilkan kegagalan produk;
- 3) Kekurangan kecil (a minor defect) adalah sesuatu yang tidak akan mengurangi produk.

- d. Catatan-catatan yang detail test-test yang diminta;

Membuat garis besar bagan apa dan bagaimana pekerjaan-pekerjaan tulis menulis (paper work) dilengkapi. Beberapa copy diperlukan dan dikirim kepada siapa. Apabila produk dibuat, dibuat kode, ditandai cap dan tanda-tanda lain yang digunakan;

- e. Adanya alur detail untuk produk yang tidak sesuai.

Produk yang tidak sesuai dengan standar harus di route ulang lagi melalui sistem kerja ulang atau disisihkan. Prosedur ini harus jelas bagi inspektur;

- f. Adanya bagan dan penyediaan untuk kritik pada waktunya dari laporan hasil test.

Prosedur yang menggambarkan bagan sekuen / event-event yang mengikuti laporan kegagalan. Manajemen personil harus hati-hati tentang kecenderungan dan kegagalan serius yang tidak biasanya. Kegagalan dalam bagian prosedur ini akan menyebabkan

pengurangan dalam perbaikan-perbaikan. Ia menghentikan aliran informasi kembali ke bagian produksi. Yang membuat proses perbaikan. Kegagalan di sini juga menjadi masalah moral bagi para inspektur karena laporannya tidak ada hasilnya.

B. AUDIT

Audit dalam hal ini audit mutu, adalah suatu inspeksi terhadap ketaatan organisasi untuk menegakkan standar-standar mutu. Seperti inspeksi suatu produk, prosedur audit harus ditetapkan dengan baik. Buku pedoman (manual) mutu digunakan untuk menunjang prosedur audit.

Tujuan audit adalah untuk menjamin bahwa prosedur QC sesuai pada tempatnya dan segera ditindaklanjuti. Dengan demikian, audit berisi suatu check list langkah-langkah prosedur mutu yang vital untuk efektifitas seluruh mutu produk.

C. SURVEILANS MUTU

Surveilans (surveillance) adalah inspeksi yang longgar yang menggunakan beberapa teknik audit dan beberapa dari inspeksi. Prosedur yang digunakan dalam surveilans sedikit ringkas dibanding untuk inspeksi atau audit. Surveilans adalah suatu evaluasi obyektif untuk menetapkan seberapa baik prosedur mutu telah diikuti dalam produk sehari-hari, bersamaan dengan menetapkan seberapa baik prosedur-prosedur (ketika diikuti) memelihara

mutu produk. Surveilans menjawab pertanyaan adanya pertanyaan, “Apakah proses untuk penampilan direncanakan, dan bagaimana mutu produk penerimaannya?”.

F. Prinsip quality assurance

1. Empat Prinsip QA

Menurut Lori Di Prete Brown, Program QA, pada dasarnya mempunyai 4 (empat) prinsip, yaitu:

a. QA berpandangan ke depan, mempertemukan kebutuhan harapan pasien dan masyarakat QA meminta untuk memenuhi kebutuhan, keinginan dan harapan pasien atau masyarakat. Tim kesehatan bekerja bersama masyarakat untuk mempertemukan tuntutan dan kebutuhan pelayanan preventif.

b. QA fokus pada sistem dan proses

Dengan fokus pada analisis proses penyampaian atau pelaksanaan pelayanan, kegiatan-kegiatan, dan tugas-tugas demikian juga outcome. Pendekatan QA mengikuti provider dan manajer untuk mengembangkan secara mendalam, suatu persoalan (problem) dan menuju ke akar penyebabnya. Daripada hanya mengobati gejala-gejala permasalahan, QA mencari upaya penyelesaiannya. Dalam tahap pengembangannya, program QA di Puskesmas atau rumah sakit dapat lebih lanjut, dengan menganalisis proses untuk mencegah suatu persoalan, sebelum muncul.

c. QA menggunakan data untuk analisis proses pelaksanaan pelayanan kesehatan.

Suatu pendekatan konsultatif yang sederhana untuk analisis masalah dan monitoring adalah aspek yang penting dalam peningkatan mutu seperti analisis sebab akibat berdasarkan data dan fakta.

d. QA mendorong suatu pendekatan tim dalam pemecahan masalah dan peningkatan

mutu. Pendekatan partisipasi menawarkan dua keuntungan. Pertama, hasil produk teknik kemungkinan bermutu lebih tinggi karena masing-masing anggota tim membawakan prospeknya yang unik-unik dan wawasan kepada upaya peningkatan mutu. Kerjasama memberikan kemudahan fasilitas dalam analisis masalah dan solusinya. Kedua, anggota staff kemungkinan lebih menerima dan mendukung perubahan di mana mereka dapat membantu pengembangannya. Dengan demikian, partisipasi dalam peningkatan mutu membangun konsensus dan mengurangi perlawanan dalam perubahan.

Quality Assurance merupakan terminologi dimana pada umumnya merujuk pada usaha-usaha profesional pelayanan kesehatan dan institusi-institusi dalam menyediakan fakta

/ keterangan-keterangan / bukti di mana mutu dari utilisasi pelayanan medis diselenggarakan. Sebagaimana dikemukakan terdahulu, studi Medical Care Evaluation (MCE)

dan Utilization Review hanya pada salah satu segmen dari program TQ Assurance Rumah sakit. Suatu program QA RS yang harus mematuhi standar yang disusun oleh JCAH dalam akreditasi rumah sakit, sebagaimana pernyataan berikut ini:

“Mereka harus membuktikan ketentuan yang baik, program yang terorganisir mendesain untuk meningkatkan perawatan pasien melalui penilaian objektif yang terus menerus dari aspek-aspek penting pelayanan pasien dan koreksi terhadap masalah yang diidentifikasi”.

Rencana QA rumah sakit seharusnya didesain untuk diidentifikasi masalah atau masalah potensial, menilai masalah, mekanisme penyelesaian masalah, merencanakan kegiatan koreksi masalah, monitor kegiatan untuk menjamin hasil yang diinginkan dan menyediakan dokumentasi yang diperlukan.

Joint Commission on Accreditation of Hospital (JCAH) mengidentifikasi kegiatan staf medis yang terintegrasi di dalam proses QA di rumah sakit. Seperti diketahui, data medical record adalah sumber data yang penting dalam identifikasi masalah-masalah yang berkaitan dengan kegiatan QA. Oleh karena itu, praktisi medical record harus mengetahui dengan baik.

2. Utilization Review

Utilization Review adalah satu metode yang dianjurkan oleh penjamin asuransi untuk mengontrol pengeluaran-pengeluaran. Utilization review merupakan suatu proses di mana penggunaan perawatan kesehatan yang disediakan dan pelayanan-pelayanan dievaluasi. Perkembangannya sekitar tahun 1950 di Amerika Serikat, di mana fokus pengamatannya adalah terhadap dua hal yaitu mutu pelayanan kesehatan dan mutu pembiayaannya.

Professional Standards Review Organization (PSROs) suatu organisasi profesi non profit menyusun lisensi tenaga medis untuk review profesional dan evaluasi pelayanan perawatan pasien. Maksud review ini adalah untuk menetapkan apakah:

- a. Pelayanan yang diberikan secara medis diperlukan;
- b. Mutu pelayanan berdasar standar profesi perawatan kesehatan;
- c. Perawatan diselenggarakan secara ekonomi konsisten dengan kebutuhan perawatan

kesehatan pasien.

3. Medical Care Evaluation

Apabila utilization review secara primer berhubungan dengan pembiayaan perawatan kesehatan dan penggunaan pelayanan Medical Care Evaluation (MCE) fokus pada mutu yang diselenggarakan oleh institusi.

MCE studi dihubungkan dengan peningkatan efisiensi dan efektifitas penggunaan dari fasilitas kesehatan yang disediakan oleh pelayanan yang konsisten dengan dua hal: 1). Kebutuhan pasien dan 2). Standar profesi yang disetujui dari perawatan kesehatan. MCE studi yang cermat akan memberikan manfaat bagi pasien, staf, fasilitas pelayanan dan masyarakat.

G. Quality assurance di rs dan puskesmas

- Quality Assurance di rumah sakit diantaranya berkaitan dengan tindakan pelayanan medis pada umumnya sampai kebersihan dan sterilisasi. Kegiatan pendukung yang dilakukan diantaranya pendidikan dan pelatihan medis berkelanjutan, audit medis, akreditasi sampai simposium dan meeting ilmu kedokteran.
- kegiatan quality assurance di puskesmas terdiri dari 3 (tiga) tahap. Tahap pertama berupa tahap analisis sistem (system analysis). Tahap kedua merupakan tahap supervisi (supervision based). Tahap ketiga merupakan tahap pendekatan tim (team based). Pelayanan kesehatan dasar meliputi imunisasi, Ante Natal Care (ANC) sampai Unit Kegiatan Sekolah (UKS) termasuk pengobatan ke cacangan.

H. Quality assurance di URM

Rekam medis harus selalu berbenah terhadap kelengkapan dokumen pasiennya. Petugas rekam medis diantaranya harus melakukan : analisis kuantitatif dan analisis kualitatif. Diharapkan dengan tqm ini dengan streteginya dapat mencapai target hasil akreditasi yang diinginkan

I. Data dan rekam medis pasien

Analisis yang dapat menjamin kualitas data, formulir rekam medis dan kualitas pelayanan rekam medis (quality assurance rekam medis).

J. Dimensi kualitas data dan informasi

Data pelayanan kesehatan yang berkualitas dibutuhkan :

1. Menentukan kelanjutan dan perawatan lanjut dari pasien di berbagai level perawatan
2. Tujuan untuk medical-legal bagi pasien, dokter dan pelayanan kesehatan
3. Menjaga akurasi dan reliabilitas dari informasi tentang pengobatan penyakit dan tindakan operasi yang dilakukan di rumah sakit dan dalam masyarakat, imunisasi yang baik dan program skrining, termasuk jumlah dan tipe partisipasi

Data pelayanan kesehatan yang berkualitas dibutuhkan:

4. Penelitian klinis dan pelayanan kesehatan, dan hasil dari intervensi pelayanan jika diperlukan
5. Informasi statistik yang lengkap, akurat dan reliabel tentang penggunaan pelayanan kesehatan oleh masyarakat
6. Pendidikan tenaga medis
7. Menentukan kebutuhan staf dan merencanakan pelayanan kesehatan

Data pelayanan kesehatan yang berkualitas digunakan oleh:

1. Dokter, perawat dan profesional bidang medis untuk merawat pasiennya dalam berbagai kondisi, seperti rawat jalan, gawat darurat, ataupun di pelayanan klinis lainnya. Mereka menggunakan rekam medis atau rekam kesehatan sebagai sarana komunikasi perawatan pasien

Data pelayanan kesehatan yang berkualitas digunakan oleh:

2. Staf keperawatan, untuk mengawasi perkembangan pasien atau clinical pathway di rumah sakit
3. Pihak asuransi, membutuhkan informasi untuk reimbusment dari klaim pasien
4. Kegiatan legal atau pengadilan, membutuhkan sebagai bukti di pengadilan, dan juga untuk perlindungan bagi pasien, dokter dan pelayanan kesehatan

Data pelayanan kesehatan yang berkualitas digunakan oleh:

5. Kementrian Negara, yang membutuhkan untuk mereview statistik vital, prevalensi dan insedens penyakit di daerah, provinsi dan negara untuk menentukan kebijakan dalam pelayanan kesehatan
6. Komite Penjaminan Mutu dan staf medis, sebagai dasar untuk analisis, studi, evaluasi di pelayanan kesehatan

Data pelayanan kesehatan yang berkualitas digunakan oleh:

7. Peneliti, untuk analisis dan penentuan kasus penyakit berdasarkan data rekam medis atau rekam kesehatan pasien
8. Akreditasi pelayanan kesehatan, untuk mereview kegiatan pelayanan kesehatan yang diberikan kepada pasien
9. Negara, membutuhkan untuk penentuan kebijakan kesehatan secara luas

K. Prinsip data yang berkualitas

- 1) Ketepatan waktu output, Disediakan tepat waktu bagi pengambil keputusan untuk membuat keputusan
- 2) Kemudahan penggunaan, mengembangkan aplikasi yang dapat dipelajari dan digunakan oleh para manajer dan karyawan sangat penting untuk memastikan bahwa orang-orang akan bekerja dengan aplikasi secara produktif
- 3) Skalabilitas, Sistem informasi berkualitas dapat menangani pertumbuhan bisnis dan peningkatan volume bisnis tanpa penurunan kinerja yang nyata
- 4) Waktu respons system, Waktu respon rata-rata untuk transaksi online suatu sistem sering merupakan faktor kunci dalam menentukan produktivitas pekerja dan layanan pelanggan.
- 5) Ketersediaan, Ketersediaan mengukur waktu per bulan sistem dijadwalkan akan tersedia untuk digunakan. Sistem biasanya tidak tersedia beberapa waktu untuk memungkinkan peningkatan dan pemeliharaan perangkat lunak
- 6) Keandalan, Sistem yang berkualitas diharapkan dapat menghasilkan informasi yang andal. Produktivitas pekerja menurun dan ketidakpuasan pelanggan meningkat seiring menurunnya sistem persaingan.

L. Perlunya standart kualitas data untuk akreditasi

Dengan kualitas data yang mendukung dan bagus juga dapat memberikan hasil yang bagus

M. Mutu data, produk, jasa, pelayanan (Granulaty, presisi, dll)

Mutu suatu barang atau jasa dipengaruhi oleh berbagai faktor. Misalkan mobil (pembuangan asap) mobil berbeda satu sama lain, antara buatan kota A dengan kota B dan buatan luar negeri misalnya. Bukan saja karena

bahan pelat baja yang digunakan berbeda, tetapi juga cara proses

pembuatannya berbeda satu sama lain. Oleh karena itu, mutu barang atau

jasa ditinjau dari sisi produsen dipengaruhi oleh hal sebagai berikut:

a. Bentuk rancangan dari suatu barang atau jasa (designing)

Terdapat jenis barang yang mutunya dipengaruhi oleh bentuknya.

Walaupun untuk barang-barang tertentu bentuknya tidak pernah

berbeda dan tidak pernah berubah serta tidak ada hubungannya dengan

mutu tersebut. Barang yang mutunya dipengaruhi oleh bentuk

rancangannya misalkan mobil. Muka mobil yang datar akan mendapat

halangan yang besar dari udara atau angin, sehingga lajunya kurang

baik dan boros bensin. Akan tetapi, bila bentuk body mobil tersebut

lancip, maka kurang mendapat hambatan udara atau angin sehingga

lajunya pun lancar dan tidak boros bensin. Hal ini berarti bahwa mobil

yang lancip (streamline) lebih baik jika dibandingkan dengan mobil

yang tidak lancip.

b. Mutu dan jenis bahan baku yang digunakan (raw material)

Dalam dunia bisnis, terdapat ragam bahan baku yang dibedakan satu

sama lain dari jenis dan mutunya. Misalkan tempe yang baik bila 100%

bahan bakunya dari kacang kedelai nomor satu. Sedangkan tempe yang

mutunya kurang baik bila bahan bakunya tidak semua kedelai tetapi

dicampur dengan kacang lain.

c. Proses pembuatannya yaitu teknologi yang digunakan

Proses pengolahan dipengaruhi pula oleh teknologi yang digunakan, misalkan biji kopi pilihan yang akan digunakan untuk membuat kopi serbuk, bila mesin penggilingnya kurang baik (suhu tidak bisa diatur dan gilingannya tumpul), maka serbuk kopi yang dihasilkan bukan kopi yang baik, tetapi kopi dengan mutu yang jelek. Teknologi yang digunakan dalam proses produksi mempengaruhi mutu produk yang dihasilkan.

d. Cara mengirim dan mengemas (delivering and packaging)

Cara pengangkutan atau distribusi yang kurang baik atau terdapat bungkus yang rusak dapat menyebabkan barang yang diterima di tingkat pengecer menjadi berubah, baik kondisi fisik atau sifat dari produknya. Jadi, cara pengangkutan barang mempunyai pengaruh terhadap mutu barang.

Untuk menjaga mutu produk tetap baik, harus digunakan pembungkus (packaging) yang cocok dan baik. Bila pembungkusnya tahan banting, biasanya kecil kemungkinan terjadi kerusakan barang.

Cara pengangkutan dari pabrik - agen – konsumen harus digunakan sistem angkutan yang cocok dan aman bagi keutuhan mutu produk.⁶

Terdapat 6 unsur yang dapat mempengaruhi hasil (output) suatu barang, yakni:

a. Manusia (Man)

Sumber daya manusia adalah unsur utama yang memungkinkan terjadinya proses penambahan nilai (value added). Kemampuan mereka untuk melakukan suatu tugas (task) adalah kemampuan (ability), pengalaman, pelatihan (training), dan potensi kreatifitas yang beragam

sehingga diperoleh suatu hasil (output).

b. Metode (Method)

Hal ini meliputi prosedur kerja dimana setiap orang harus melaksanakan kerja sesuai dengan tugas yang dibebankan pada masing-masing individu. Metode ini harus merupakan prosedur kerja terbaik agar setiap orang dapat melaksanakan tugasnya secara efektif dan efisien. Walaupun seseorang dapat saja menginterpretasikan (menerjemahkan) tugas-tugasnya secara berbeda satu sama lain, asalkan pekerjaan tersebut dapat dilaksanakan sesuai rencana.

c. Mesin (Machines)

Mesin atau peralatan yang digunakan dalam proses penambahan nilai menjadi output. Dengan memakai mesin sebagai alat pendukung pembuatan suatu produk, memungkinkan berbagai variasi dalam bentuk, jumlah, dan kecepatan proses penyelesaian kerja.

d. Bahan (Materials)

Bahan baku yang diproses produksi agar menghasilkan nilai tambah menjadi output jenisnya sangat beragam. Keragaman bahan baku yang digunakan akan mempengaruhi nilai output yang beragam pula. Bahkan perbedaan bahan baku (jenisnya) mungkin dapat pula mempengaruhi proses pengerjaannya.

e. Ukuran (Measurement)

Dalam setiap tahap proses produksi harus ada ukuran standar penilaian agar setiap tahap proses produksi dapat dinilai kinerjanya. Kemampuan dari standar ukuran tersebut merupakan faktor penting untuk mengukur kinerja seluruh tahapan proses produksi dengan tujuan

agar hasil yang diperoleh sesuai dengan rencana.

f. Lingkungan (Environment)

Lingkungan dimana proses produksi berada sangat mempengaruhi hasil atau kinerja proses produksi. Bila lingkungan kerja berubah, maka kinerja pun akan berubah pula. Bahkan faktor lingkungan eksternal pun dapat mempengaruhi kelima unsur tersebut diatas sehingga dapat menimbulkan variasi tugas pekerjaan.

N. . Peran sistem teknologi dalam menjaga mutu

Era teknologi informasi saat ini telah menyentuh berbagai bidang dan aspek kehidupan, termasuk diantaranya bidang kesehatan. Pelayanan kesehatan merupakan salah satu bidang yang telah mempergunakan perkembangan teknologi tersebut, baik yang bersifat klinis maupun non klinis. Ataupun teknologi informasi yang ‘bersinggungan’ langsung dengan pasien (teknologi yang mendukung pengambilan keputusan klinis) maupun yang dipergunakan dalam sistem pengelolaan fasilitas pelayanan kesehatan (penerapan teknologi, seperti; EMRs, EHRs, dan PHRs).

Penerapan teknologi informasi di bidang kesehatan ini diyakini dapat memberikan berbagai manfaat bagi provider pelayanan kesehatan. Dengan dukungan teknologi tersebut, manfaat yang dapat diperoleh diantaranya adalah tersedianya informasi kesehatan pasien yang akurat dan komprehensif, sehingga provider dapat memberikan berbagai kemungkinan perawatan terbaik. Lebih lanjut dengan penerapan teknologi informasi yang lengkap dan akurat dapat membantu dalam proses diagnosa, meminimalkan medical error serta dapat menawarkan pelayanan kesehatan yang aman dengan biaya rendah.

Untuk memperkaya informasi dan pengetahuan terkait penggunaan teknologi informasi pada proses pelayanan kesehatan khususnya dalam upaya peningkatan mutunya, website mutu pelayanan kesehatan akan menyajikan berbagai artikel dan informasi terkait penggunaan teknologi tersebut di berbagai aspek pelayanan kesehatan oleh fasilitas

pelayanan kesehatan. Serta bagaimana perkembangan teknologi informasi dapat dipergunakan sebagai sarana dalam peningkatan mutu pelayanan kesehatan.

O. LATIHAN

1. Sebutkan pengertian quality assurance
2. Sebutkan pengertian quality control

P. SUMBER

<https://kanalpengetahuan.fk.ugm.ac.id/penerapan-teknologi-informasi-dalam-peningkatan-mutu-pelayanan-kesehatan/>

<http://eprints.stainkudus.ac.id/2248/5/5.%20BAB%20II.pdf>

<http://repository.um->

[palembang.ac.id/id/eprint/3367/2/222015136_BAB%20II%20SAMPAI%20BAB%20TERAKHIR%20%281%29.pdf](http://repository.um-palembang.ac.id/id/eprint/3367/2/222015136_BAB%20II%20SAMPAI%20BAB%20TERAKHIR%20%281%29.pdf)

[file:///D:/Downloads/Data-Quality-dan-Karakteristik-Data-Quality%20\(1\)%20\(1\).pdf](file:///D:/Downloads/Data-Quality-dan-Karakteristik-Data-Quality%20(1)%20(1).pdf)

MODUL 11

CONTINUOUS QUALITY IMPROVEMENT

MATA KULIAH : SISTEM MANAJEMEN MUTU



Pengantar : SISTEM MANAJEMEN MUTU
Kode Mata Kuliah : RMIK
Tanggal Mulai :

**HANYA UNTUK
PENGUNAAN INTERNAL**

SISTEM MANAJEMEN MUTU

Modul: 11



Tri Mulyaningsih, ST, MPH; (TM) (Koordinator Mata Kuliah)

Niko Tesni Saputro, S.KM., M.P.H.; (NTS)

Anton Kristijono, S.KM., MKes; (AK)

Abdul Hadi Kadarusno SKM., MPH (AHK)

Program Studi Diploma Tiga Rekam Medis dan Informasi Kesehatan,
Politeknik Kesehatan Kemenkes Yogyakarta,
Yogyakarta, Indonesia.

Kata Pengantar

Laboratorium pendidikan adalah unit kerja pendidikan yang menyediakan fasilitas dan peralatan untuk kegiatan praktikum mahasiswa. Laboratorium pendidikan juga berfungsi sebagai fasilitas penunjang mahasiswa dalam mengembangkan keahlian dan menciptakan karya ilmiah. Kegiatan praktikum pada suatu mata kuliah, merupakan bagian yang tidak dapat dipisahkan dalam proses pencapaian keberhasilan mahasiswa dalam pengembangan keilmuan, kemampuan, dan penemuan. Karena itu perlu dibuat Modul Sistem Manajemen Mutu dalam rangka mendukung hal tersebut.

Melalui modul ini, mahasiswa dapat memperoleh materi dan soal latihan pada mata kuliah Sistem Manajemen Mutu. Dengan demikian, diharapkan tidak ada mahasiswa yang terkendala dalam mengikuti perkuliahan pada mata kuliah tersebut.

Besar harapan kami, modul ini dapat bermanfaat dalam memperlancar proses kegiatan belajar mengajar mahasiswa. Serta kami menerima kritik dan saran jika terdapat hal-hal yang belum sempurna, agar modul ini dapat digunakan dengan baik di kalangan mahasiswa maupun kalangan dosen pengampu mata kuliah.

Yogyakarta 27 Januari 2022

Tim Penyusun

Daftar Isi

Pengantar	4
A. Pengertian continuous quality improvement	5
B. Proses continuous quality improvement	5
C. Pengorganisasian continuous quality improvement	5
D. Teknik dalam continuous quality improvement	6
E. Prinsip continuous quality improvement	7
F. Continuous quality improvement di RS dan Puskesmas	7
G. Continuous quality improvement di URM	8
H. (Berkelanjutan) Target2 peningkatan di fasyankes (akreditasi paripurna), URM (memenuhi SPM) 8	
I. Peran sistem teknologi dalam menjaga mutu	9
Era teknologi informasi saat ini telah menyentuh berbagai bidang dan aspek kehidupan, termasuk diantaranya bidang kesehatan. Pelayanan kesehatan merupakan salah satu bidang yang telah mempergunakan perkembangan teknologi tersebut, baik yang bersifat klinis maupun non klinis. Ataupun teknologi informasi yang ‘bersinggungan’ langsung dengan pasien (teknologi yang mendukung pengambilan keputusan klinis) maupun yang dipergunakan dalam sistem pengelolaan fasilitas pelayanan kesehatan (penerapan teknologi, seperti; EMRs, EHRs, dan PHRs).	9
Penerapan teknologi informasi di bidang kesehatan ini diyakini dapat memberikan berbagai manfaat bagi provider pelayanan kesehatan. Dengan dukungan teknologi tersebut, manfaat yang dapat diperoleh diantaranya adalah tersedianya informasi kesehatan pasien yang akurat dan komprehensif, sehingga provider dapat memberikan berbagai kemungkinan perawatan terbaik. Lebih lanjut dengan penerapan teknologi informasi yang lengkap dan akurat dapat membantu dalam proses diagnosa, meminimalkan medical error serta dapat menawarkan pelayanan kesehatan yang aman dengan biaya rendah.	9
Untuk memperkaya informasi dan pengetahuan terkait penggunaan teknologi informasi pada proses pelayanan kesehatan khususnya dalam upaya peningkatan mutunya, website mutu pelayanan kesehatan akan menyajikan berbagai artikel dan informasi terkait penggunaan teknologi tersebut di berbagai aspek pelayanan kesehatan oleh fasilitas pelayanan kesehatan. Serta bagaimana perkembangan teknologi informasi dapat dipergunakan sebagai sarana dalam peningkatan mutu pelayanan kesehatan.	9
J. LATIHAN.....	9
K. SUMBER.....	9

Pengantar

Capaian Pembelajaran

Dengan pembelajarn ini, mahasiswa diharapkan mampu memahami tentang pemahaman Pengertian continuous quality improvement ,Proses continuous quality improvement Pengorganisasian continuous quality improvement ,Teknik dalam continuous quality improvement ,Prinsip continuous quality improvement . Continuous quality improvement di RS dan Puskesmas .Continuous quality improvement di URM , (Berkelanjutan) Target2 peningkatan di fasyankes (akreditasi paripurna), URM (memenuhi SPM) , Peran sistem teknologi dalam menjaga mutu

Bahan Kajian

- Pengertian continuous quality improvement
- Proses continuous quality improvement
- Pengorganisasian continuous quality improvement
- Teknik dalam continuous quality improvement
- Prinsip continuous quality improvement
- Continuous quality improvement di RS dan Puskesmas
- Continuous quality improvement di URM
- (Berkelanjutan) Target2 peningkatan di fasyankes (akreditasi paripurna), URM (memenuhi SPM)
- Peran sistem teknologi dalam menjaga mutu

Tujuan Pembelajaran

- Pengertian continuous quality improvement
- Proses continuous quality improvement
- Pengorganisasian continuous quality improvement
- Teknik dalam continuous quality improvement
- Prinsip continuous quality improvement
- Continuous quality improvement di RS dan Puskesmas
- Continuous quality improvement di URM
- (Berkelanjutan) Target2 peningkatan di fasyankes (akreditasi paripurna), URM (memenuhi SPM)

- Peran sistem teknologi dalam menjaga mutu

A. Pengertian continuous quality improvement

Continuous Quality Improvement (CQI) atau disebut juga Perbaikan mutu berkesinambungan atas kinerja organisasi secara menyeluruh hendaknya di jadikan sebagai patokan tetap dari organisasi. Proses berkesinambungan merupakan prinsip dasar yang paling fundamental di mana mutu adalah sebagai pusatnya.

B. Proses continuous quality improvement

Proses berkesinambungan merupakan prinsip dasar yang paling fundamental di mana mutu adalah sebagai pusatnya. proses ini merupakan pelengkap dan yang menghidupkan proses, dan juga prinsip fokus pada customer atau pelanggan. Perbaikan yang berkesinambungan berkaitan dengan komitmen dan proses (continuous process improvement) komitmen terhadap kualitas di mulai dengan pernyataan dedikasi pada misi dan visi bersama, serta pemberdayaan semua partisipan untuk secara inkremental mewujudkan visi tersebut. Perbaikan mutu yang berkesinambungan bergantung pada dua unsur. Pertama, mempelajari proses alat, dan keterampilan yang tepat. Kedua Menerapkan keterampilan baru pada small achievable projects. Namun, upaya perbaikan kualitas secara berkesinambungan dalam lembaga pendidikan ditentukan oleh sumber daya manusia sebagai pemberi pelayanan pendidikan yang berkualitas pada customer.

C. Pengorganisasian continuous quality improvement

Dalam CQI, kepuasan konsumen menjadi penguji mutu proses dan produk yang dihasilkan. Secara sistem, fokus CQI adalah pada proses manajerial dan profesional yang berkaitan dengan hasil akhir. CQI mendorong keterlibatan dari seluruh personel pada proses untuk memberikan informasi yang relevan dan menjadikannya bagian dari pemecahan masalah. CQI juga menempatkan tanggungjawab setiap proses di tangan para pelaksana yang terlibat langsung dengan proses tersebut sehingga dapat mengundang sejumlah pemikiran manajerial, kelalaian, fleksibilitas dan tanggung jawab. Selain itu yang membuat CQI berbeda adalah kepercayaan penuh terhadap pembelajaran dan pembuatan keputusan yang berbasis fakta. Selain itu, setiap orang yang terlibat dalam aktivitas CQI diharapkan dapat mempelajari berbagai kasus kejadian dan mencari serangkaian solusi yang berhubungan dengan sistem. Pengukuran dilakukan bukan untuk menyeleksi, memberi penghargaan ataupun hukuman. Unsur-unsur CQI dibagi menjadi 3 yaitu unsur filosofis (fokus strategik, fokus konsumen, sudut pandang pada sistem, analisis berbasis fakta, keterlibatan pelaksana, identifikasi penyebab, identifikasi solusi, optimalisasi proses, peningkatan yang berkelanjutan, pembelajaran organisasional), unsur

struktural (tim peningkatan proses, tujuan CQI, organisasi paralel, kepemimpinan organisasional, analisis secara statistik, ukuran kepuasan konsumen, penentuan standar, perancangan ulang proses dari awal), dan unsur spesifik (penelitian secara epidemiologis dan klinis, penggunaan ukuran kinerja disesuaikan dengan risiko, penggunaan analisis efektivitas biaya, penggunaan data dan teknik penjamin mutu dan data manajemen risiko, pelibatan proses dari berbagai pengatur (staf medis, penjamin mutu, komite farmasi, kegiatan peninjauan). Konsep-konsep mutu pada awalnya diterapkan di Jepang. Ketika mulai menyebar di negara-negara lain, konsep-konsep tersebut terus berkembang dan berevolusi di Jepang,

D. Teknik dalam continuous quality improvement

1. Tetapkan masalah yang dihadapi

Banyaknya masalah yang dihadapi oleh organisasi atau perusahaan dapat dipetakan melalui matrik masalah. Berikan nilai berdasarkan urgensi permasalahan menggunakan pendekatan diagram pareto untuk mengetahui frekuensi permasalahan dan menetapkan parameter dominan.

2. Pengumpulan data

Kumpulkan data terkait masalah yang akan diselesaikan. Data yang dikumpulkan harus jelas dan valid.

3. Mencari akar masalah

Dalam mencari akar masalah, metode Fishbone Diagram atau dikenal juga dengan Cause-Effect Diagram dapat diterapkan. Fishbone Diagram membantu dalam mengidentifikasi berbagai sebab potensial dari suatu masalah.

Selain metode Fishbone Diagram, pendekatan 5-Why juga dapat menjadi pilihan untuk mengurutkan akar masalah. Dengan mengumpulkan orang-orang yang relevan dan memiliki semangat perbaikan, tanyakan 5 mengapa suatu masalah bisa terjadi.

4. Cari alternatif perbaikan

Setelah memahami masalah yang terjadi, rumuskan alternatif perbaikan dalam bentuk matrik sehingga memudahkan untuk melihat solusi mana yang paling baik. Tetapkan dua atau tiga alternatif perbaikan yang akan dijalankan.

5. Menjalankan solusi

Terapkan solusi di lokasi atau tempat sesuai dengan data yang ada. Kemudian melakukan pengukuran hasilnya berdasarkan periode data awal, misal 1 minggu, 1 bulan atau 3 bulan.

6. Analisa hasil pengukuran

Lakukan analisa apakah sudah sesuai dengan target ingin dicapai? jika belum kembali ke langkah 3 (mencari akar masalah), jika sudah sesuai maka dapat berlanjut ke langkah 7.

7. Standarisasi

Buat standarisasi berupa SOP apabila hasil yang ditargetkan tercapai.

8. Mencari masalah baru (Continuous improvement)

Petakan lagi masalah-masalah baru untuk terus melakukan perbaikan.

E. Prinsip continuous quality improvement

Continuous Quality Improvement (CQI) atau disebut juga Perbaikan mutu berkesinambungan atas kinerja organisasi secara menyeluruh hendaknya di jadikan sebagai patokan tetap dari organisasi. Proses berkesinambungan merupakan prinsip dasar yang paling fundamental di mana mutu adalah sebagai pusatnya.

F. Continuous quality improvement di RS dan Puskesmas

- Rumah sakit perlu memperbaiki pelayanannya secara terus menerus antara lain dengan cara menerapkan Sistem Manajemen Mutu (SMM) salah satunya adalah ISO 9000. Salah satu prinsip manajemen mutu dalam ISO 9000 adalah pelaksanaan upaya peningkatan mutu berkelanjutan atau Continuous Quality Improvement (CQI). CQI adalah salah satu pendekatan untuk meningkatkan kinerja organisasi. Dalam meningkatkan mutunya, rumah sakit memerlukan indikator-indikator tertentu agar dapat melakukan penilaian atas hasil yang telah dicapai dan sebagai dasar untuk melaksanakan perbaikan selanjutnya. Tujuan Penelitian : Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui apakah rumah sakit yang mengimplementasikan SMM ISO 9000 telah konsisten menjalankan kegiatan CQI dan berdampak pada peningkatan kinerja rumah sakit. Metode : Metode yang digunakan dalam penelitian ini adalah penelitian ex post facto yang menggunakan pengukuran secara longitudinal dan retrospektif berdasarkan data historis. Penelitian ini menggunakan kuisisioner yang dikirimkan melalui surat. Hasil dan Pembahasan : Rumah sakit yang telah mengimplementasikan SMM ISO 9000 tidak semuanya menjalankan langkah-langkah CQI secara konsisten dan tidak terjadi peningkatan kinerja. Terdapat satu rumah sakit yang konsisten menjalankan CQI tetapi tidak mengalami peningkatan kinerja. Kesimpulan dan Saran : Sistem Manajemen Mutu ISO 9000 tidak menjamin implementasi CQI secara konsisten dan peningkatan kinerja secara keseluruhan. Agar rumah sakit dapat menjalankan CQI dengan baik diperlukan pemberdayaan staf sehingga terdapat komitmen diantara semua staf.
- Seluruh kegiatan administrasi dan pelayanan pasien perlu dilakukan monitoring dan evaluasi, dan dilakukan tindak lanjut untuk meningkatkan hasil. Hal tersebut harus berjalan secara berkesinambungan, atau dalam akreditasi dikenal dengan nama Continuous Quality Improvement (CQI).

G. Continuous quality improvement di URM

Untuk mengukur indikator mutu pelayanan yang baik, maka rekam medis harus selalu berbenah terhadap kelengkapan dokumen pasiennya. Petugas rekam medis diantaranya harus melakukan : analisis kuantitatif dan analisis kualitatif.

1. Analisis Kuantitatif

Merupakan telaah review bagian tertentu dari isi rekam medis dengan maksud menemukan kekurangan khusus yang berkaitan dengan pencatatan rekam medis. Review analisis kuantitatif ini terdiri dari: a) Review Identifikasi, b) Review Pelaporan, c) Review Autentifikasi, d) Review Pencatatan.

Hasil pelaksanaan analisis kuantitatif, maka berkas rekam medis bisa dikelompokkan menjadi 2 yaitu berkas rekam medis yang sudah lengkap (memenuhi semua aspek review diatas) dan berkas rekam medis yang masih belum lengkap. Berkas rekam medis yang sudah lengkap akan diserahkan ke bagian coding dan indexing, selanjutnya akan diteruskan ke bagian analyzing dan reporting, dan akhirnya disimpan oleh bagian filing.

2. Analisis Kualitatif

Merupakan suatu review pengisian rekam medis yang berkaitan tentang ke konsistensian dan isinya merupakan bukti bahwa rekam medis tersebut akurat dan lengkap.

Tujuan analisis kualitatif rekam medis adalah mendukung kualitas informasi, merupakan aktifitas dari risk management, membantu dalam kode penyakit dan tindakan yang lebih spesifik, penelitian medis, studi administratif, dan untuk penagihan. Komponen analisis kualitatif rekam medis adalah:

- Review kelengkapan dan kekonsistensian diagnose
- Review kekonsistensian pencatatan diagnose
- Review pencatatan hal-hal yang dilakukan saat perawatan dan pengobatan
- Review adanya informed consent yg seharusnya ada
- Review cara/ praktek pencatatan
- Review hal-hal yang berpotensi menyebabkan tuntutan ganti rugi

H. (Berkelanjutan) Target2 peningkatan di fasyankes (akreditasi paripurna), URM (memenuhi SPM)

-
- Informasi kesehatan yang dihasilkan dari unit rekam medis dan informasi kesehatan dibutuhkan untuk perencanaan, pengorganisasian, penggerakkan pelaksanaan, pemantauan dan evaluasi. Untuk mengukur mutu informasi tersebut perlu tolok ukur yang ditetapkan sebelumnya. Perkam Medis dan Informasi

Kesehatan diharapkan memiliki kemampuan menetapkan standar, menetapkan indikator, dan bagaimana melakukan monitoring mutu sesuai dengan indikator yang telah disepakati.

I. Peran sistem teknologi dalam menjaga mutu

Era teknologi informasi saat ini telah menyentuh berbagai bidang dan aspek kehidupan, termasuk diantaranya bidang kesehatan. Pelayanan kesehatan merupakan salah satu bidang yang telah mempergunakan perkembangan teknologi tersebut, baik yang bersifat klinis maupun non klinis. Ataupun teknologi informasi yang 'bersinggungan' langsung dengan pasien (teknologi yang mendukung pengambilan keputusan klinis) maupun yang dipergunakan dalam sistem pengelolaan fasilitas pelayanan kesehatan (penerapan teknologi, seperti; EMRs, EHRs, dan PHRs).

Penerapan teknologi informasi di bidang kesehatan ini diyakini dapat memberikan berbagai manfaat bagi provider pelayanan kesehatan. Dengan dukungan teknologi tersebut, manfaat yang dapat diperoleh diantaranya adalah tersedianya informasi kesehatan pasien yang akurat dan komprehensif, sehingga provider dapat memberikan berbagai kemungkinan perawatan terbaik. Lebih lanjut dengan penerapan teknologi informasi yang lengkap dan akurat dapat membantu dalam proses diagnosa, meminimalkan medical error serta dapat menawarkan pelayanan kesehatan yang aman dengan biaya rendah.

Untuk memperkaya informasi dan pengetahuan terkait penggunaan teknologi informasi pada proses pelayanan kesehatan khususnya dalam upaya peningkatan mutunya, website mutu pelayanan kesehatan akan menyajikan berbagai artikel dan informasi terkait penggunaan teknologi tersebut di berbagai aspek pelayanan kesehatan oleh fasilitas pelayanan kesehatan. Serta bagaimana perkembangan teknologi informasi dapat dipergunakan sebagai sarana dalam peningkatan mutu pelayanan kesehatan.

J. LATIHAN

1. Sebutkan pengertian cqi
2. Sebutkan Peran sistem teknologi dalam menjaga mutu

K. SUMBER

https://www.researchgate.net/publication/326329970_CONTINUOUS_QUALITY_IMPROVEMENT_DALAM_MANAJEMEN_MUTU

<https://files.osf.io/v1/resources/ev7x2/providers/osfstorage/5b4596db5b38c400106d7b76?action=download&direct&version=1>

<https://kanalpengetahuan.fk.ugm.ac.id/penerapan-teknologi-informasi-dalam-peningkatan-mutu-pelayanan-kesehatan/>

http://etd.repository.ugm.ac.id/home/detail_pencarian/34809

<https://media-infokes.com/2019/08/24/quality-assurance-perekam-medis-dan-informasi-kesehatan/>

<https://sentralsistem.com/news/detail/8-langkah-mudah-melakukan-continuous-improvement>

<https://pdfcoffee.com/detia-cqi-pdf-free.html>

MODUL 12

PELAYANAN PRIMA

MATA KULIAH : *SISTEM MANAJEMEN MUTU*



Pengantar : Pemahaman Mutu dan Dimensi Mutu
Kode Mata Kuliah : RMIK
Tanggal Mulai :

**HANYA UNTUK
PENGUNAAN INTERNAL**

SISTEM MANAJEMEN MUTU

Modul: 12



Tri Mulyaningsih, ST, MPH; (TM) (Koordinator Mata Kuliah)

Niko Tesni Saputro, S.KM., M.P.H.; (NTS)

Anton Kristijono, S.KM., MKes; (AK)

Abdul Hadi Kadarusno SKM., MPH (AHK)

Program Studi Diploma Tiga Rekam Medis dan Informasi Kesehatan,
Politeknik Kesehatan Kemenkes Yogyakarta,
Yogyakarta, Indonesia.

Kata Pengantar

Laboratorium pendidikan adalah unit kerja pendidikan yang menyediakan fasilitas dan peralatan untuk kegiatan praktikum mahasiswa. Laboratorium pendidikan juga berfungsi sebagai fasilitas penunjang mahasiswa dalam mengembangkan keahlian dan menciptakan karya ilmiah. Kegiatan praktikum pada suatu mata kuliah, merupakan bagian yang tidak dapat dipisahkan dalam proses pencapaian keberhasilan mahasiswa dalam pengembangan keilmuan, kemampuan, dan penemuan. Karena itu perlu dibuat Modul Sistem Manajemen Mutu dalam rangka mendukung hal tersebut.

Melalui modul ini, mahasiswa dapat memperoleh materi dan soal latihan pada mata kuliah Sistem Manajemen Mutu. Dengan demikian, diharapkan tidak ada mahasiswa yang terkendala dalam mengikuti perkuliahan pada mata kuliah tersebut.

Besar harapan kami, modul ini dapat bermanfaat dalam memperlancar proses kegiatan belajar mengajar mahasiswa. Serta kami menerima kritik dan saran jika terdapat hal-hal yang belum sempurna, agar modul ini dapat digunakan dengan baik di kalangan mahasiswa maupun kalangan dosen pengampu mata kuliah.

Yogyakarta 27 Januari 2022

Tim Penyusun

Daftar Isi

Pengantar	4
A. Pelayanan Prima	5
B. Prinsip Pelayanan Prima	7
C. Komite Rekam Medis	9
D. Dokumen Penjaminan Mutu	10
E. Strategi Memberikan Pelayanan	10
F. Strategi Sarana	12
G. Strategi SDM	12
H. Pemanfaatan.....	12
I. Manajemen bisa mengelolan/kontrol.....	12
J. Aspek biaya kesehatan (kendali mutu dan kendali biaya) KMKB	12
K. Sistem pembiayaan	13
L. Review telaah Utilitasi (restropektif, concurent, dst..)	13
M. Review utilitasi alat dan bahan di unit rekam medis	13
N. LATIHAN.....	15
O. SUMBER.....	15

Pengantar

Capaian Pembelajaran

Dengan pembelajaran ini, mahasiswa diharapkan mampu memahami Pelayanan Prima Prinsip Pelayanan Prima ,Komite Rekam Medis ,Dokumen Penjaminan Mutu Strategi Memberikan Pelayanan ,Strategi Sarana ,Strategi SDM ,Pemanfaatan,Manajemen bisa mengelolan/kontrol ,Aspek biaya kesehatan (kendali mutu dan kendali biaya) KMKB ,Sistem pembiayaan ,Review telaah Utilitasi (restropektif, concurent, dst..) ,Review utilitasi alat dan bahan di unit rekam medis

Bahan Kajian

- Pelayanan Prima
- Prinsip Pelayanan Prima
- Komite Rekam Medis
- Dokumen Penjaminan Mutu
- Strategi Memberikan Pelayanan
- Strategi Sarana
- Strategi SDM
- Pemanfaatan
- Manajemen bisa mengelolan/kontrol
- Aspek biaya kesehatan (kendali mutu dan kendali biaya) KMKB
- Sistem pembiayaan
- Review telaah Utilitasi (restropektif, concurent, dst..)
- Review utilitasi alat dan bahan di unit rekam medis

Tujuan Pembelajaran

- Pelayanan Prima
- Prinsip Pelayanan Prima
- Komite Rekam Medis
- Dokumen Penjaminan Mutu
- Strategi Memberikan Pelayanan
- Strategi Sarana

- Strategi SDM
- Pemanfaatan
- Manajemen bisa mengelolan/kontrol
- Aspek biaya kesehatan (kendali mutu dan kendali biaya) KMKKB
- Sistem pembiayaan
- Review telaah Utilitasi (restropektif, concurent, dst..)
- Review utilitasi alat dan bahan di unit rekam medis

A. Pelayanan Prima

merupakan pelayanan sebaik mungkin kepada para pelanggan, sehingga pelanggan menjadi merasa puas. Definisi pelayanan prima (excellent service) yakni melakukan pelayanan sebaik mungkin kepada para pelanggan atau konsumen sehingga menimbulkan rasa yang puas. Secara umum tujuan pelayanan prima yakni memberikan pelayanan sehingga bisa memenuhi dan memuaskan para pelanggan sehingga perusahaan mendapatkan keuntungan yang maksimal. Konsep excellent service sendiri didasari dengan konsep 3A yaitu; attitude, attention, dan action. Namun sejatinya, konsep excellent service yang baik sebenarnya didasari dengan 7A + S.

Konsep 7A + S diyakini menjadi konsep lengkap dimana tujuan dan implementasi pelayanan prima atau excellent service dapat tercapai.

1. Attitude (Sikap)

Potret perusahaan, diawali dari kesan yang ditorehkan oleh karyawan perusahaan tersebut, terutama mereka yang berdiri di frontliner atau siapapun yang berhubungan dengan pihak luar perusahaan. Bagaimana sikap dan pelayanan dari karyawan perusahaan, akan menggambarkan dan memberi citra perusahaan, baik itu langsung maupun tidak langsung. Setiap karyawan suatu perusahaan seharusnya memiliki sikap yang ramah dan menjunjung tinggi profesionalisme pekerjaannya serta memiliki rasa memiliki yang tinggi terhadap perusahaan. Itulah prinsip pelayanan prima yang pertama, memiliki, menjaga dan meningkatkan sikap yang ramah dan profesional.

2. Ability (Kemampuan)

Meski pada awalnya bukan konsep dasar, namun di era yang semakin berkembang para karyawan harus memiliki kemampuan (ability). Artinya, karyawan harus memiliki kemampuan untuk melayani konsumen misalnya komunikasi, kemampuan menjual (selling), kemampuan memecahkan masalah dengan cepat, manajemen kecemasan, hingga hal-hal yang lebih praktis misalnya penggunaan teknologi seperti Excel, dan software transaksi.

3. Attention (Perhatian)

Attention (perhatian) adalah prinsip pelayanan prima berikutnya yang wajib dimiliki semua karyawan, terutama mereka yang bersentuhan langsung dengan pelanggan. Attention merupakan bentuk kepedulian kepada pelanggan atau tamu, yang berkaitan dengan kebutuhan dan keinginan pelanggan, serta pemahaman atas saran dan kritik yang diberikan. Dalam melakukan aktivitasnya, seorang karyawan haruslah senantiasa memperhatikan dan mendahulukan keinginan pelanggan, termasuk di dalamnya tamu perusahaan tersebut. Apalagi jika pelanggan atau tamu tersebut sudah menunjukkan tanda membutuhkan bantuan atau pelayanan, maka seharusnya karyawan tersebut bergegas atau menunjukkan atensi untuk segera melayani dengan cepat dan baik.

4. Action (Tindakan)

Hal yang perlu dilakukan di tahap action ini adalah, melakukan tindakan nyata untuk memastikan apa yang menjadi kebutuhan / keinginan pelanggan / tamu, jika kurang yakin dan lebih baik lakukan konfirmasi dengan sopan. Jika diperlukan, dapat dilakukan pencatatan, apalagi jika permintaan tersebut cukup beragam, dan jika hal ini adalah bagian dari transaksi, maka permintaan tersebut bisa dicatat di form yang harus sudah disiapkan. Jangan lupa untuk mengucapkan terimakasih, dan tanyakan apa masih ada hal lain yang bisa dibantu, sembari mengatupkan tangan sebagai tanda menghormati dan menghargai. Jadi menjalankan prinsip keempat dari pelayanan prima, yaitu action sangat penting, sebagai bentuk nyata dari sebuah kepedulian (attention).

5. Accountability (Tanggung Jawab)

Konsep pelayanan prima berikutnya adalah accountability atau tanggung jawab, yaitu sikap keberpihakan kita kepada pelanggan / tamu / mitra kerja sebagai bentuk rasa empati dan kepedulian kita. Sikap tanggung jawab ini jika dilaksanakan dengan benar dan sepenuh hati, maka bisa meminimalkan terjadinya ketidakpuasan pelanggan, tamu atau mitra perusahaan.

6. Appearance (Penampilan)

Penampilan karyawan baik secara fisik maupun non fisik merefleksikan kredibilitas perusahaan, maka dari itu penting untuk selalu menjaga penampilan ini. Standar penampilan harus dibuat oleh perusahaan, dan setiap karyawan harus menjalankannya, apalagi saat bertemu dengan pelanggan atau tamu.

7. Sympathy (Simpati)

Hal terakhir yang menjadi konsep dasar excellent service adalah rasa simpati. Terkadang sudah secara profesional melakukan pelayanan prima namun karena kurangnya simpati yang dimiliki, proses pelayanan pun tidak berjalan dengan baik. Simpati sendiri adalah sikap dimana Anda bisa merasakan apa yang dirasakan orang lain.

B. Prinsip Pelayanan Prima

PRINSIP-PRINSIP PELAYANAN PRIMA

Kebijakan Pemerintah

Kompetensi pelayanan prima yang diberikan oleh aparatur pemerintah kepada masyarakat selain dapat dilihat dalam Instruksi Presiden (Inpres) Nomor 1 Tahun 1995 Tentang Peningkatan Kualitas Pelayanan Aparatur Pemerintah Kepada Masyarakat dan Keputusan Menpan Nomor 63 Tahun 2003, juga dipertegas dalam Rancangan Undang-Undang Pelayanan Publik. Keputusan Menpan Nomor 63 Tahun 2003 (Menpan, 2003:3) menjelaskan prinsip-prinsip pelayanan prima sebagai berikut:

1. Kesederhanaan
Prosedur pelayanan publik tidak berbelit-belit, mudah dipahami dan mudah dilaksanakan
2. Kejelasan
 - a. Persyaratan teknis dan administratif pelayanan publik
 - b. Unit kerja/pejabat yang berwenang dan bertanggungjawab dalam memberikan pelayanan dan penyelesaian keluhan/persoalan/sengketa dalam pelaksanaan pelayanan publik
 - c. Rincian biaya pelayanan publik dan tata cara pembayaran.
3. Kepastian Waktu
Pelaksanaan pelayanan publik dapat diselesaikan dalam kurun waktu yang telah ditentukan
4. Akurasi
Produk pelayanan publik diterima dengan benar, tepat, dan sah
5. Keamanan
Proses dan produk pelayanan publik memberikan rasa aman dan kepastian hukum
6. Tanggung jawab
Pimpinan penyelenggara pelayanan publik atau pejabat yang ditunjuk bertanggungjawab atas penyelenggaraan pelayanan dan penyelesaian keluhan/persoalan dalam pelayanan publik.
7. Kelengkapan sarana dan prasarana
Tersedianya sarana dan prasarana kerja, peralatan kerja dan pendukung lainnya yang memadai termasuk penyediaan sarana teknologi telekomunikasi dan informatika (telematika).
8. Kemudahan akses
Tempat dan lokasi serta sarana pelayanan yang memadai, mudah dijangkau oleh masyarakat, dan dapat memanfaatkan teknologi telekomunikasi dan informatika.
9. Kedisiplinan, Kesopanan dan Keramahan
Pemberi pelayanan harus bersikap disiplin, sopan dan santun, ramah, serta memberikan pelayanan dengan ikhlas

10. Kenyamanan

Lingkungan pelayanan harus tertib, teratur, disediakan ruang tunggu yang nyaman, bersih, rapi, lingkungan yang indah dan sehat serta dilengkapi dengan fasilitas pendukung pelayanan, seperti parkir, toilet, tempat ibadah dan lain-lain.

Adapun prinsip-prinsip pelayanan prima (customer care) berdasarkan prinsip-prinsip yang berkaitan dengan attitude (sikap) yang benar, memberikan attention (perhatian) yang penuh, dengan action (tindakan) yang cepat dan tepat.

Pelayanan prima berdasarkan konsep attitude (sikap) meliputi 3 prinsip sebagai berikut:

1. Melayani pelanggan dengan penampilan (performance) yang sopan dan serasi dalam hal penampilan fisik.
2. Melayani pelanggan dengan positif (positive thinking) dan logis.
3. Melayani pelanggan dengan sikap menghargai

Pelayanan prima berdasarkan attention (perhatian) meliputi 3 prinsip

1. Mendengarkan dan memahami secara sungguh-sungguh kebutuhan pelanggan.
2. Selalu dapat mengamati dan menghargai perilaku pelanggan
3. Mencerahkan perhatian penuh kepada pelanggan

Pelayanan Prima berdasarkan action (tindakan) meliputi 5 prinsip:

1. Selalu mencatat setiap pesan yang diinginkan dan dikeluhkan oleh pelanggan
2. Selalu mendata dan mencatat kebutuhan pelanggan
3. Dapat menegaskan dan menyimpulkan kebutuhan pelanggan
4. Dapat mewujudkan kebutuhan pelanggan
5. Adanya terima kasih kepada pelanggan

KOMITMEN PELANGGAN

Pedoman untuk mencapai keberhasilan dalam memperkenalkan inisiatif pelayanan dengan menggunakan indikator pelayanan membutuhkan komitmen semua komponen birokrasi yang memberikan pelayanan kepada masyarakat. Dukungan dan komitmen berbentuk:

a. Kejelasan

Tujuannya agar masyarakat mengerti hak dan kewajibannya dalam memperoleh pelayanan prima dan birokrasi.

b. Konsistensi Prosedur pelayanan diharapkan konsisten dengan kenyataan dan harapan masyarakat.

c. Komunikasi Pemberi pelayanan perlu mengkomunikasikan bahwa sistem dan prosedur pelayanan sesuai dengan peraturan perundang-undangan yang berlaku.

d. Komitmen Komitmen pelayanan prima dimulai dari pengambilan keputusan hingga pelaksanaannya sehingga membentuk sinergi harmonis seperti orkes simfoni.

C. Komite Rekam Medis

Komite Rekam Medis/Medical Record Committee/Panitia Rekam Medis, yang keanggotaannya terdiri dari perwakilan para dokter, perawat, maupun tenaga kesehatan lainnya.

Keanggotaan Komite Rekam Medis/Medical Record Committee/Panitia Rekam Medis Keanggotaan Komite Rekam Medis/Medical Record Committee/Panitia Rekam Medis terdiri dari Kepala Bagian Rekam Medis, dokter, perawat, dan tenaga kesehatan lain yang terlibat dalam pengisian lembaran-lembaran rekam medis. Keanggotaan Komite Rekam Medis/Medical Record Committee/Panitia Rekam Medis tersebut ditetapkan dengan surat keputusan Direktur Rumah Sakit, untuk jangka waktu 3 (tiga) tahun.

Disarankan yang ditunjuk sebagai ketua Komite Rekam Medis/Medical Record Committee/Panitia Rekam Medis adalah seorang dokter senior. Sedangkan sebagai sekretaris ditunjuk Kepala Bagian Rekam Medis.

Tanggung jawab Komite Rekam Medis/Medical Record Committee/Panitia Rekam Medis Komite Rekam Medis/Medical Record Committee/Panitia Rekam Medis akan membantu terselenggaranya pengelolaan rekam medis yang memenuhi standard yang telah ditetapkan, yaitu :

Memberikan saran-saran dan pertimbangan-pertimbangan dalam hal penyimpanan rekam medis dan menjamin bahwa semua informasi dicatat sebaik-baiknya dan menjamin tersedianya data yang diperlukan untuk menilai pelayanan yang diberikan kepada seorang pasien.

Menjamin telah dijalankannya dengan baik filling records, pembuatan indeks, penyimpanan rekam medis dan tersedianya rekam medis dari semua pasien.

Mengajukan usul-usul kepada Direktur Rumah Sakit tentang perubahan dalam isi maupun ukuran rekam medis.

Membina kerja sama dengan penasehat hukum dalam hal hubungan-hubungan keluar dan pengeluaran data/keterangan untuk badan-badan di luar rumah sakit.

Tata Kerja Komite Rekam Medis/Medical Record Committee/Panitia Rekam Medis Komite Rekam Medis/Medical Record Committee/Panitia Rekam Medis mengadakan pertemuan satu kali dalam sebulan. Dalam program kerjanya harus menitikberatkan perhatiannya kepada perbaikan mutu pelayanan. Idealnya, Komite Rekam Medis/Medical Record Committee/Panitia Rekam Medis harus mempelajari rekam medis dari semua pasien yang telah keluar dari rumah sakit dalam bulan yang lalu, terutama menilai kasus-kasus tanpa diagnosa, perbedaan pendapat tentang diagnosa dan sebab-sebab kematian. Biasanya menilai rekam medis pasien pulang secara random saja.

Petugas rekam medis menyerahkan rekam medis yang tidak memenuhi standard kepada Komite Rekam Medis/Medical Record Committee/Panitia Rekam Medis tersebut.

Komite Rekam Medis/Medical Record Committee/Panitia Rekam Medis juga harus meneliti rekam medis pasien yang masih dirawat di unit rawat inap.

Semua lembaran-lembaran rekam medis harus diperiksa oleh Komite Rekam Medis/Medical Record Committee/Panitia Rekam Medis. Hal ini untuk mencegah duplikasi, penyeragaman isi rekam medis, menyeragamkan bentuk dan ukuran dan mengurangi jumlah rekam medis yang ada (sehingga seminimal mungkin lembaran yang digunakan).

Wewenang Komite Rekam Medis/Medical Record Committee/Panitia Rekam Medis
Agar tugas dan fungsi Komite Rekam Medis/Medical Record Committee/Panitia Rekam Medis dapat berdaya guna dan berhasil guna, maka Komite Rekam Medis/Medical Record Committee/Panitia Rekam Medis diberikan wewenang sebagai berikut :

Memberikan penilaian akhir terhadap kualitas pengisian data klinis
Menolak rekam medis yang tidak memenuhi standard
Menerapkan tindakan-tindakan ke arah perbaikan rekam medis yang tidak memuaskan

D. Dokumen Penjaminan Mutu

Dokumen/Buku Sistem Penjaminan Mutu Internal merupakan perangkat yang diperlukan dalam rangka untuk mengimplementasikan Sistem Penjaminan Mutu Internal. Dengan adanya Dokumen Sistem Penjaminan Mutu Internal maka penetapan, pelaksanaan, evaluasi, pengendalian, dan peningkatan standar Sistem Penjaminan Mutu Internal dapat dipantau

E. Strategi Memberikan Pelayanan

Strategi memiliki pengertian bermacam-macam, menurut Hamel dan Prahalad strategi merupakan tindakan yang bersifat incremental (senantiasa meningkat) dan terus menerus, serta dilakukan berdasarkan sudut pandang tentang apa yang diharapkan oleh pelanggan di masa depan. Dengan demikian strategi selalu dimulai dari apa yang dapat terjadi dan bukan dimulai dari apa yang terjadi.1

Strategi lahir karena beberapa hal:2

1. Kondisi terjepit dalam mengambil keputusan.
2. Tuntutan yang harus dijawab secepat mungkin.
3. Jalan/cara yang memang harus ditempuh guna mempertahankan suatu kondisi minimal stabil terhadap goncangan.

Sedangkan pengertian Pelayanan adalah produk-produk yang tidak kasat mata (tidak dapat diraba) yang melibatkan usaha-usaha manusia dan menggunakan peralatan. Sedangkan definisi menurut Gronroos, pelayanan adalah suatu aktifitas atau serangkaian aktifitas yang bersifat tidak kasat

mata (tidak dapat diraba) yang terjadi sebagai akibat adanya interaksi antara konsumen dengan karyawan atau hal-hal lain yang disediakan oleh perusahaan pemberi pelayanan yang dimaksudkan untuk memecahkan permasalahan konsumen.³

Strategi pelayanan adalah cara bagaimana menyikapi suatu keadaan dan kenyataan dengan memberikan solusi untuk mampu keluar dari keadaan tersebut. Solusi ataupun cara diambil berdasarkan kondisi kebutuhan dan mampu memberikan jalan terbaik dari keadaan yang terjadi. Strategi kadang identik dengan siasat untuk mengatasi masalah yang hadir, bukan sebaliknya.

Banyak faktor yang perlu dipertimbangkan dalam meningkatkan strategi pelayanan, diantaranya adalah:⁴

a. Mengidentifikasi misi layanan/jasa

Artinya Rumah Sakit Muhammadiyah Ahmad Dahlan perlu berupaya memberikan kualitas pelayanan yang terbaik dan pernyataan misi harus mencerminkan komitmen Rumah Sakit sebagai lembaga kesehatan kepada layanan pasien. Oleh karena itu, langkah pertama yang harus dilakukan adalah mengadakan riset pelayanan masyarakat sasaran. Kemudian langkah berikutnya adalah memperkirakan penilaian yang diberikan masyarakat terhadap rumah sakit.

b. Mengelola harapan pasien

Tidak jarang suatu lembaga kesehatan berusaha melebih-lebihkan pesan komunikasinya kepada pasien maupun calon pasien dengan maksud supaya mereka terpicat. Tetapi hal tersebut dapat menjadi bumerang bagi Rumah Sakit, karena semakin banyak janji yang diberikan maka semakin besar pula harapan pasien. Untuk itu yang dapat dijadikan pedoman yaitu “jangan janjikan apa yang tidak bisa diberikan, tetapi berikan lebih dari yang dijanjikan”.

c. Mendidik pasien tentang pelayanan

Membantu pasien dalam memahami suatu pelayanan merupakan upaya yang sangat positif dalam rangka menyampaikan kualitas pelayanan.

d. Mengelola bukti kualitas jasa

Pengelolaan bukti kualitas jasa bertujuan untuk memperkuat persepsi pasien selama dan sesudah pelayanan diberikan. Oleh karena itu, pelayanan merupakan kinerja dan tidak dapat dirasakan sebagaimana halnya barang, maka pasien memperhatikan bukti langsung yang berkaitan dengan pelayanan sebagai bukti kualitas.

e. Mengembangkan budaya kualitas

Budaya kualitas merupakan sistem nilai yang menghasilkan lingkungan yang kondusif bagi rumah sakit dan menyempurnakan kualitas secara terus-menerus.

f. Menindaklanjuti pelayanan

Penindaklanjutan pelayanan diperlukan dalam rangka menyempurnakan atau memperbaiki aspek-aspek pelayanan yang memuaskan dan mempertahankan aspek-aspek yang sudah berjalan. Dalam rangka itu, perusahaan perlu berinisiatif untuk menghubungi sebagian pasien guna mengetahui tingkat kepuasan dan persepsi mereka terhadap pelayanan yang mereka terima.

F. Strategi Sarana

Sarana kesehatan adalah tempat yang digunakan untuk menyelenggarakan upaya kesehatan, meliputi rumah sakit, rumah sakit bersalin, Puskesmas dengan rawat inap, Puskesmas tanpa rawat inap, Puskesmas pembantu, Poliklinik/balai pengobatan, Tempat praktek dokter, Rumah bersalin, Tempat praktek bidan, Poskesdes (pos kesehatan desa), Polindes (pondok bersalin desa), Apotek, Toko khusus obat/jamu. Selain itu juga ditanyakan terkait Posyandu (Pos Pelayanan Terpadu).

G. Strategi SDM

Strategi pengembangan SDM merupakan suatu perencanaan mengenai cara bagaimana kualitas SDM mampu berkembang ke arah yang lebih baik dan meningkatkan kemampuan kerjanya. Serta memiliki loyalitas yang baik terhadap perusahaan

H. Pemanfaatan

Menurut Poerwadarminto (2002 : 125) pemanfaatan adalah suatu kegiatan, proses, cara atau perbuatan menjadikan suatu yang ada menjadi bermanfaat. Istilah pemanfaatan berasal dari kata dasar manfaat yang berarti faedah, yang mendapat imbuhan pe-an yang berarti proses atau perbuatan memanfaatkan.

I. Manajemen bisa mengelolan/kontrol

Manajemen sangat penting untuk kehidupan yang terorganisir dan diperlukan untuk menjalankan semua bentuk organisasi. Manajemen yang baik adalah tulang punggung organisasi yang sukses. Mengelola kehidupan berarti menyelesaikan sesuatu untuk mencapai tujuan hidup dan mengelola suatu organisasi berarti menyelesaikan sesuatu dengan dan melalui orang lain untuk mencapai tujuannya.

J. Aspek biaya kesehatan (kendali mutu dan kendali biaya) KMKB

Program kendali mutu dan kendali biaya (KMKB), pencegahan kecurangan dan Kapitasi Berbasis Komitmen

(KBK) berjalan di provinsi Bengkulu. KMKB berjalan karena adanya SK yang selalu diperbaharui oleh BPJS

Kesehatan setiap tahun, dukungan dari BPJS Kesehatan berupa fasilitasi operasional, koordinasi dan insentif. Tim

anti fraud secara umum di provinsi Bengkulu telah terbentuk di tingkat dinas kesehatan kabupaten/kota dan rumah

sakit, namun belum pada tingkat provinsi, hal ini terjadi karena adanya tim lain yang mempunyai tugas serupa

dengan tim anti fraud di dinas kesehatan provinsi sedangkan di dinas kesehatan kabupaten/kota mereka sadar akan pentingnya tim anti fraud. Program KBK menunjukkan secara umum target indikator rujukan non spesialistik di provinsi Bengkulu tercapai yaitu 5%, namun ada juga kabupaten kota yang belum tercapai, hal ini tercapai karena Puskesmas memiliki dokter di provinsi Bengkulu, kompetensi dokter cukup memadai, sarana dan prasarana yang memadai, staf mendapatkan insentif dana kapitasi, ada tim Monev JKN yang selalu aktif melakukan sosialisasi, monitoring dan evaluasi di semua Puskesmas, khususnya Puskesmas yang tidak mencapai target indikator rujukan non spesialistik.

K. Sistem pembiayaan

Pembiayaan kesehatan merupakan dasar dari kemampuan sistem kesehatan suatu negara untuk memelihara dan meningkatkan kesejahteraan penduduknya. Dana/uang yang terkumpul digunakan untuk menyelenggarakan pelayanan kesehatan seperti membayar para tenaga kesehatan, obat-obatan dan juga membiayai kegiatan-kegiatan yang bersifat promotif dan preventif. Pembiayaan kesehatan saat ini ditujukan pula untuk memberikan perlindungan resiko keuangan penduduk. Pembiayaan kesehatan mempunyai dua hal tujuan yaitu mengumpulkan dana yang cukup dan memberikan perlindungan risiko keuangan kepada penduduk.

L. Review telaah Utilitasi (restropektif, concurent, dst..)

Telaah utilisasi (utilization review) merupakan instrumen yang dapat digunakan untuk melakukan kontrol terhadap utilisasi pelayanan untuk memantau dan mengendalikan utilisasi pelayanan kesehatan oleh pemberi pelayanan kesehatan (PPK). Utilization review bagi pasien rujukan di rumah sakit berfungsi memantau kelayakan perawatan serta pelayanan yang diberikan kepada pasien.

Telaah utilisasi (utilization review) merupakan instrument yang dapat digunakan untuk melakukan control terhadap utilisasi pelayanan untuk memantau dan mengendalikan utilisasi pelayanan kesehatan oleh pemberi pelayanan kesehatan (PPK) 7 Telaah pemanfaatan juga dapat menggambarkan pola kecenderungan atau trend untuk mengidentifikasik kasus-kasus dengan utilisasi dan biaya yang tinggi 8

Utilization review bagi pasien rujukan di rumahsakit berfungsi memantau kelayakan perawatan serta pelayanan yang diberikan kepada pasien. Berdasarkan hal tersebut, BPJS Kesehatan sebagai penanggung wajib melaksanakan utilization review untuk pengendalian biaya pelayanan kesehatan khususnya pada fasilitas kesehatan rujukan tingkat lanjutan (FKRTL).

M. Review utilitasi alat dan bahan di unit rekam medis

REVIEW UTILISASI OBAT

- Adalah evaluasi penggunaan obat dengan cara review peresepan dokter (DPJP), pemberian obat oleh apotek dan penggunaan obat oleh pasien.
- Resep dokter (DPJP) yang perlu di review misalnya: jumlah resep, jumlah R/ dalam satu resep dan jumlah obat pada setiap lembar resep.
- Pemberian obat oleh apotek perlu di perhatikan karena ada cenderung jumlah obat yang di kurangi oleh apotek. Dan kesesuaian obat yang di berikan jangan sampai di tukar obat paten dengan obat generik.

Langkah- langkah review utilisasi obat:

1. Penyusunan pedoman dan kriteria untuk mengidentifikasi pengguna obat yang sesuai dengan kebutuhan medis peserta melalui Daftar Obat Esensial Nasional (DOEN) dan Daftar Plafon Harga Obat (DPOH)
2. Melaksanakan pengumpulan data tentang penggunaan obat
3. Membandingkan hasil pengumpulan data dengan kriteria yang di tetapkan
4. Mempersiapkan upaya intervensi terhadap dokter, apotek dan pasien
5. Menilai dan mengukur hasil intervensi

Prospective Review Utilisasi Obat

1. Dokter (DPJP) melakukan kajian terhadap pedoman tentang penggunaan obat yang rational appropriate.
2. Peresepan obat dilakukan sesuai dengan pedoman yang telah di sepakati
3. Melalui teknologi sistem informasi elektronik yang telah di kembangkan, maka pengobatan di luar pedoman tersebut akan di tolak
4. Penetapan Formularium

Concurrent Re view utilisasi Obat

- Yaitu kajian obat yang dilakukan ketika peserta mendapatkan pengobatan baik rawat jalan maupun rawat inap.
- Konsep ini melihat apakah pengobatan yang di lakukan telah sesuai dengan pedoman yang telah di sepakati lalu memantau dampak atau reaksi penggunaan obat selama pasien menggunakan jenis obat tertentu.

Retrospective Review

- Evaluasi dengan melihat pola peresepan obat
- Pattern Review penggunaan obat yang biasa di

lakukan oleh perusahaan asuransi kesehatan tentang pola persepan dokter yang di peroleh tentang gambaran : kesesuaian obat,persepan obat generic,lama persepan,dosis obat,pola pemberian obat,pola penggunaan obat.

N. LATIHAN

1. Sebutkan pengertian pelayanan prima
2. Sebutkan 3 prinsip pelayanan prima

O. SUMBER

<http://lpm.unpam.ac.id/spmi/dokumen-mutu/>

<https://sirusa.bps.go.id/sirusa/index.php/variabel/5563>

<https://sleekr.co/blog/strategi-pengembangan-sdm/>

https://www.coceonline.id/file_upload/file-publikasi/CoCE-UTILIZATION-REVIEW-COCE.pdf

<file:///D:/Downloads/51722-156281-1-PB.pdf>

<https://media.neliti.com/media/publications/209352-pengaruh-pemanfaatan-layanan-electronic.docx>

<https://kebijakankesehatanindonesia.net/datakesehatan/file/artikel-mutu-bengkulu.pdf>

<https://accurate.id/marketing-manajemen/pengertian-manajemen-adalah/>

<http://etheses.iainkediri.ac.id/497/3/BAB%202.pdf>

<https://rekammedisnik.wordpress.com/2020/04/27/panitia-rekam-medis-medical-record-committee/>

<http://noviawidiyantiputri.blog.unesa.ac.id/prinsip-prinsip-layanan-prima>

<https://www.pelatihan-sdm.net/konsep-lengkap-pelayanan-prima/>

MODUL 13

MANAJEMEN RESIKO DI RUMAH SAKIT

MATA KULIAH : SISTEM MANAJEMEN MUTU



Pengantar : Pemahaman Mutu dan Dimensi Mutu
Kode Mata Kuliah : RMIK
Tanggal Mulai :

**HANYA UNTUK
PENGUNAAN INTERNAL**

SISTEM MANAJEMEN MUTU

Modul: 13



Tri Mulyaningsih, ST, MPH; (TM) (Koordinator Mata Kuliah)

Niko Tesni Saputro, S.KM., M.P.H.; (NTS)

Anton Kristijono, S.KM., MKes; (AK)

Abdul Hadi Kadarusno SKM., MPH (AHK)

Program Studi Diploma Tiga Rekam Medis dan Informasi Kesehatan,
Politeknik Kesehatan Kemenkes Yogyakarta,
Yogyakarta, Indonesia.

Kata Pengantar

Laboratorium pendidikan adalah unit kerja pendidikan yang menyediakan fasilitas dan peralatan untuk kegiatan praktikum mahasiswa. Laboratorium pendidikan juga berfungsi sebagai fasilitas penunjang mahasiswa dalam mengembangkan keahlian dan menciptakan karya ilmiah. Kegiatan praktikum pada suatu mata kuliah, merupakan bagian yang tidak dapat dipisahkan dalam proses pencapaian keberhasilan mahasiswa dalam pengembangan keilmuan, kemampuan, dan penemuan. Karena itu perlu dibuat Modul Sistem Manajemen Mutu dalam rangka mendukung hal tersebut.

Melalui modul ini, mahasiswa dapat memperoleh materi dan soal latihan pada mata kuliah Sistem Manajemen Mutu. Dengan demikian, diharapkan tidak ada mahasiswa yang terkendala dalam mengikuti perkuliahan pada mata kuliah tersebut.

Besar harapan kami, modul ini dapat bermanfaat dalam memperlancar proses kegiatan belajar mengajar mahasiswa. Serta kami menerima kritik dan saran jika terdapat hal-hal yang belum sempurna, agar modul ini dapat digunakan dengan baik di kalangan mahasiswa maupun kalangan dosen pengampu mata kuliah.

Yogyakarta 27 Januari 2022

Tim Penyusun

Daftar Isi

Pengantar	4
A. Pengertian manajemen resiko	4
B. Identifikasi Manajemen Risiko.....	5
C. Manajemen Risiko di RS	5
D. Manajemen Risiko di Puskesmas	5
E. Manajemen Risiko di Unit Rekam Medis	5
F. Analisis Akar masalah	6
G. LATIHAN.....	6
H. Sumber.....	7

Pengantar

Capaian Pembelajaran

Dengan pembelajarn ini, mahasiswa diharapkan mampu memahami tentang Pengertian manajemen Risiko, Identifikasi Manajemen Risiko, Manajemen Risiko di RS, Manajemen Risiko di Puskesmas , Manajemen Risiko di Unit Rekam Medis , Analisis Akar masalah

Bahan Kajian

- Pengertian manajemen Risiko
- Identifikasi Manajemen Risiko
- Manajemen Risiko di RS
- Manajemen Risiko di Puskesmas
- Manajemen Risiko di Unit Rekam Medis
- Analisis Akar masalah

Tujuan Pembelajaran

- Pengertian manajemen Risiko
- Identifikasi Manajemen Risiko
- Manajemen Risiko di RS
- Manajemen Risiko di Puskesmas
- Manajemen Risiko di Unit Rekam Medis
- Analisis Akar masalah

A. Pengertian manajemen resiko

Menurut Milton C Regan dalam bukunya “Risky Business”, pengertian manajemen risiko adalah penerapan beragam kebijakan dan prosedur untuk meminimalisasi peristiwa yang menurunkan kapasitas dan kualitas kerja perusahaan. Sementara itu menurut Noshworthy, pengertian manajemen risiko adalah usaha mengurangi risiko dalam proses pelaksanaan teknis dan pengambilan keputusan bisnis.

Sederhananya, dapat kita simpulkan bahwa manajemen risiko adalah sebuah proses mengawasi, mengelola, dan mengambil keputusan guna menghindari risiko kerugian atau inefisiensi bisnis.

B. Identifikasi Manajemen Risiko

adalah usaha untuk menemukan atau mengetahui risiko – risiko yang mungkin timbul dalam kegiatan yang dilakukan oleh perusahaan atau perorangan.

Hal – hal yang dilakukan oleh manajer perusahaan untuk perusahaannya :

- A. Mengetahui kemungkinan – kemungkinan terjadinya suatu kerugian dan harus berhati – hati atas kemungkinan timbulnya setiap kerugian dan hal ini merupakan tugas utama seorang manajer risiko.
 - B. Memperkirakan frekuensi dan besar kecilnya risiko sehingga dapat diperkirakan kemungkinan kerugian maksimum dari risiko yang berasal dari berbagai sumber.
 - C. Memutuskan pemakaian metode pengolahan risiko yang terbaik dan paling ekonomis, apakah dengan jalan menghapuskan, mengurangi, membatasi, menanggung sendiri, memindahkan atau mengkombinasikan metode – metode tersebut.
 - D. Mengadministrasikan program –program manajemen risiko termasuk mengadakan penilaian kembali atas program – program, pencatatan – pencatatan dan lain sebagainya
- ## C. Manajemen Risiko di RS

Manajemen Risiko Rumah Sakit – Rumah sakit sebagai institusi kesehatan sarat dengan risiko, baik risiko perusahaan (corporate risks) maupun risiko klinis (clinical risks), yang semuanya mempengaruhi mutu pelayanan dan dapat berdampak pada kepercayaan masyarakat dalam proses pemilihan sebuah rumah sakit. Berbagai risiko yang melekat ataupun yang mungkin timbul di lingkungan rumah sakit sudah selayaknya disadari oleh pihak manajemen dan disiapkan strategi untuk mengendalikan berbagai risiko tersebut.

Manajemen risiko rumah sakit adalah suatu proses mengidentifikasi, mengukur risiko, serta membentuk strategi untuk mengelola semua risiko yang ada melalui sumber daya yang telah tersedia di rumah sakit. Keseluruhan proses manajemen risiko rumah sakit bertujuan untuk melindungi rumah sakit terhadap berbagai risiko yang terkait dengan kerugian, terlepas dari penyebabnya, sehingga rumah sakit dapat memberikan pelayanan yang berkualitas dan aman bagi pasien, pengunjung, maupun bagi petugas rumah sakit.

D. Manajemen Risiko di Puskesmas

Manajemen Risiko Puskesmas adalah upaya mengidentifikasi dan mengelompokkan risiko (grading) dan mengendalikan / mengelola risiko tersebut baik secara proaktif risiko yang mungkin terjadi maupun reaktif terhadap insiden yang sudah terjadi agar memberikan dampak negative seminimal mungkin bagi keselamatan pasien

E. Manajemen Risiko di Unit Rekam Medis

Program manajemen risiko berkelanjutan digunakan untuk melakukan identifikasi dan mengurangi cedera dan mengurangi risiko lain terhadap keselamatan pasien dan staf

Ada beberapa kategori risiko yang dapat berdampak pada rumah sakit. Katagori ini antara lain dan tidak terbatas pada

1. strategis (terkait dengan tujuan organisasi);
2. operasional (rencana pengembangan untuk mencapai tujuan organisasi);
3. keuangan (menjaga aset);
4. kepatuhan (kepatuhan terhadap hukum dan peraturan);
5. reputasi (imej dirasakan oleh masyarakat).

Rumah sakit menggunakan pendekatan proaktif dalam melaksanakan manajemen risiko. Komponen-komponen dalam manajemen risiko antara lain:

1. Identifikasi risiko,
2. Prioritas risiko,
3. pelaporan risiko,
4. manajemen risiko, termasuk analisis risiko (lihat MPO.7.1, PMKP.7, PMKP.8, and PMKP.9);
5. manajemen terkait tuntutan (klaim)

Dalam mengelola unit rekam medis dan informasi kesehatan, seorang Perkam Medis dan Informasi Kesehatan berperan penting dalam mengurangi terjadinya risiko-risiko yang dapat merugikan dirinya sendiri maupun orang lain. Risiko dengan potensi kerugian menimbulkan beban berat bagi rumah sakit, pemerintah atau perorangan. (Standar Nasional

Akreditasi Rumah Sakit: KARS: 2017)

F. Analisis Akar masalah

- Kehilangan berkas rekam medis
- Keterlambatan pendistribusian rekam medis ≥ 10 menit
- Kesalahan penulisan nomor rekam medis

G. LATIHAN

1. Sebutkan pengertian manajemen resiko
2. Sebutkan 3 identifikasi manajemen resiko

H. Sumber

<file:///D:/Downloads/921-Article%20Text-4444-1-10-20210531.pdf>

http://bppsdmk.kemkes.go.id/pusdiksdmk/wp-content/uploads/2017/11/MMIK-II_FINAL_SC_26_10_2017.pdf

[https://www.academia.edu/37723254/PANDUAN MANAJEMEN RISIKO PUSKESMAS SR ANDAKAN](https://www.academia.edu/37723254/PANDUAN_MANAJEMEN_RISIKO_PUSKESMAS_SR_ANDAKAN)

<https://rkzsurabaya.com/2018/02/26/rkz-update-pelatihan-risk-register-sebagai-dasar-manajemen-resiko-rumah-sakit/>

<https://ipqi.org/manajemen-risiko-identifikasi-risiko/>

<https://www.ocbnisp.com/id/article/2021/08/30/manajemen-risiko>

MODUL 14

SISTEM KLASIFIKASI PENYAKIT DAN PROSEDUR MEDIS

MATA KULIAH : SISTEM MANAJEMEN MUTU



Pengantar : Pemahaman Mutu dan Dimensi Mutu
Kode Mata Kuliah : RMIK
Tanggal Mulai :

**HANYA UNTUK
PENGUNAAN INTERNAL**

SISTEM MANAJEMEN MUTU

Modul: 14



Tri Mulyaningsih, ST, MPH; (TM) (Koordinator Mata Kuliah)

Niko Tesni Saputro, S.KM., M.P.H.; (NTS)

Anton Kristijono, S.KM., MKes; (AK)

Abdul Hadi Kadarusno SKM., MPH (AHK)

Program Studi Diploma Tiga Rekam Medis dan Informasi Kesehatan,
Politeknik Kesehatan Kemenkes Yogyakarta,
Yogyakarta, Indonesia.

Kata Pengantar

Laboratorium pendidikan adalah unit kerja pendidikan yang menyediakan fasilitas dan peralatan untuk kegiatan praktikum mahasiswa. Laboratorium pendidikan juga berfungsi sebagai fasilitas penunjang mahasiswa dalam mengembangkan keahlian dan menciptakan karya ilmiah. Kegiatan praktikum pada suatu mata kuliah, merupakan bagian yang tidak dapat dipisahkan dalam proses pencapaian keberhasilan mahasiswa dalam pengembangan keilmuan, kemampuan, dan penemuan. Karena itu perlu dibuat Modul Sistem Manajemen Mutu dalam rangka mendukung hal tersebut.

Melalui modul ini, mahasiswa dapat memperoleh materi dan soal latihan pada mata kuliah Sistem Manajemen Mutu. Dengan demikian, diharapkan tidak ada mahasiswa yang terkendala dalam mengikuti perkuliahan pada mata kuliah tersebut.

Besar harapan kami, modul ini dapat bermanfaat dalam memperlancar proses kegiatan belajar mengajar mahasiswa. Serta kami menerima kritik dan saran jika terdapat hal-hal yang belum sempurna, agar modul ini dapat digunakan dengan baik di kalangan mahasiswa maupun kalangan dosen pengampu mata kuliah.

Yogyakarta 27 Januari 2022

Tim Penyusun

Daftar Isi

Pengantar	4
A. Standar data di kkpmt	4
B. Standar data di rs	5
C. Standar data di puskesmas	5

Pengantar

Capaian Pembelajaran

Dengan pembelajaran ini, mahasiswa diharapkan mampu memahami tentang pemahaman mutu, dimensi mutu, konsep mutu, dan dasar hukum manajemen mutu.

Bahan Kajian

- Standar data di kkpmt
- Standar data di rs
- Standar data di puskesmas

Tujuan Pembelajaran

- Standar data di kkpmt
- Standar data di rs
- Standar data di puskesmas

A. Standar data di kkpmt

Sistem Klasifikasi Penyakit dan Prosedur Medis

Jumlah personal yang bekerja di bidang pelayanan kesehatan kian menjamur. Fakta tersebut diatas, ditambah lagi dengan adanya peningkatan jumlah dan jenis spesialisasi pelayanan kesehatan, mengharuskan adanya suatu kejelasan dalam komunikasi tentang kondisi pasien. Penggunaan standar terminologi dalam menggambarkan kemajuan klinik dan

prosedur pengobatan sangatlah penting untuk memastikan bahwa semua orang yang terlibat dalam penanganan pasien baik secara langsung maupun tak langsung memiliki pemahaman yang sama mengenai kondisi penyakit pasien. Oleh karenanya diperlukan suatu

sistem klasifikasi universal guna menunjang keperluan tersebut di atas.

1.1 SISTEM KLASIFIKASI

Saudara mahasiswa, perlu anda ketahui bahwa ; berbeda dengan nomenklatur, sistem klasifikasi menekankan pada pengelompokan kesatuan kategori yang masing-masing memiliki keterkaitan, agar dapat digunakan untuk menghasilkan informasi statistik yang diperlukan. Jadi definisi sistem klasifikasi penyakit adalah suatu sistem pengelompokan/kategorisasi satuan penyakit (morbid entities) berdasarkan suatu kriteria yang disepakati bersama. Dengan demikian sistem klasifikasi penyakit merupakan standarisasi kondisi/tindakan medis ke dalam suatu kelompok tertentu.

Sistem klasifikasi digunakan untuk mengorganisir data asuhan kesehatan agar pengambilan kembali data menjadi mudah dan bermakna. Biasanya praktisi informasi

kesehatanlah yang bertanggungjawab untuk memilih sistem klasifikasi yang tepat untuk klasifikasi, penyimpanan dan pengambilan kembali informasi kesehatan pasien dari berkas rekam medisnya

B. Standar data di rs

A. Standarisasi SIMAK BMN (untuk Rumah Sakit milik pemerintah)

Minimal pengkodean barang menggunakan kode yang terdapat pada SK BMN, jika tidak harus di buat mapping antara SK BMN dengan pengkodean Rumah Sakit tersebut.

B. Sistem Informasi Rumah Sakit (SIRS)

Dapat terjadi komunikasi data antara SIMRS dengan Kementerian Kesehatan untuk pelaporan SIRS.

C. Standar data di puskesmas

Peraturan menteri kesehatan republik indonesia nomor 31 tahun 2019 tentang sistem informasi puskesmas

Pasal 4

(1) Setiap pelaksana kegiatan Puskesmas dan jaringannya

wajib melakukan pencatatan kegiatan yang

dilaksanakan.

(2) Lingkup pencatatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1)

meliputi pencatatan:

a. data dasar; dan

b. data program.

(3) Data dasar sebagaimana dimaksud pada ayat (2) huruf a

meliputi:

a. identitas Puskesmas;

b. wilayah kerja Puskesmas;

c. sumber daya Puskesmas; dan

d. sasaran program.

(4) Data program sebagaimana dimaksud pada ayat (2) huruf

b meliputi data:

- a. upaya kesehatan masyarakat esensial;
- b. upaya kesehatan masyarakat pengembangan;
- c. upaya kesehatan perseorangan; dan
- d. program lainnya.

(5) Data program lainnya sebagaimana dimaksud dalam ayat

(4) huruf d meliputi data manajemen Puskesmas, pelayanan kefarmasian, pelayanan keperawatan kesehatan masyarakat, pelayanan laboratorium, dan kunjungan keluarga.

(6) Data upaya kesehatan perseorangan dicatat dalam bentuk rekam medis yang dilaksanakan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

D. LATIHAN

1. Sebutkan standar data di puskesmas
2. Sebutkan standar data di rumah sakit

E. SUMBER

[http://bppsdmk.kemkes.go.id/pusdiksdmk/wp-](http://bppsdmk.kemkes.go.id/pusdiksdmk/wp-content/uploads/2017/11/KKPMT_I_SC_26_10_2017.pdf)

[content/uploads/2017/11/KKPMT_I_SC_26_10_2017.pdf](http://bppsdmk.kemkes.go.id/pusdiksdmk/wp-content/uploads/2017/11/KKPMT_I_SC_26_10_2017.pdf)

<http://bprs.kemkes.go.id/v1/uploads/pdf/files/peraturan/34%20PMK%20No.%2082%20ttg%20Sistem%20Informasi%20Manajemen%20RS.pdf>

<https://pusdatin.kemkes.go.id/resources/download/pusdatin/lain-lain/PMK-No-31-Tahun-2019-ttg-Sistem-Informasi-Puskesmas.pdf>