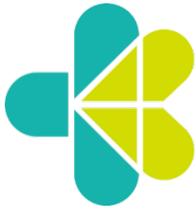


PEDOMAN TATA KELOLA MUTU DI PUSKESMAS



DIREKTORAT MUTU DAN AKREDITASI PELAYANAN KESEHATAN
DIREKTORAT JENDERAL PELAYANAN KESEHATAN
KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
TAHUN 2021



Katalog Dalam Terbitan. Kementerian Kesehatan RI

362.1
Ind
p

Indonesia. Kementerian Kesehatan RI. Direktorat Jenderal
Pelayanan Kesehatan
Pedoman Tata Kelola Mutu di Puskesmas.— Jakarta :
Kementerian Kesehatan RI. 2021

ISBN 978-623-301-240-9

1. Judul
- I. COMMUNITY HEALTH CENTERS
 - II. COMMUNITY HEALTH SERVICES
 - III. HEALTH SERVICE ADMINISTRATION
 - IV. HEALTH CARE QUALITY, ACCESS, AND EVALUATION
 - V. QUALITY OF HEALTH CARE

KATA PENGANTAR

KATA PENGANTAR



Puji syukur kami panjatkan kepada Allah SWT, Tuhan Yang Maha Esa, karena atas taufiq dan hidayahNya, kami dapat menyelesaikan Pedoman Tata Kelola Mutu (TKM) di Puskesmas ini.

Pedoman ini disusun dengan tujuan untuk memberikan acuan bagi Puskesmas dalam mewujudkan budaya mutu melalui penerapan Tata Kelola Mutu di Puskesmas, dan menjadi acuan bagi dinas kesehatan daerah kabupaten/kota dalam memberikan pembinaan, khususnya pembinaan mutu pelayanan kesehatan dasar secara berkesinambungan.

Pada kesempatan ini, perkenankan saya menyampaikan ucapan terima kasih dan apresiasi kepada semua pihak yang terlibat dalam proses penyusunan pedoman ini.

Semoga pedoman ini memberikan manfaat bagi seluruh pihak dalam menjamin pelayanan kesehatan dasar yang bermutu.

Jakarta, Agustus 2021

Direktur Mutu dan Akreditasi Pelayanan Kesehatan



drg. Farichah Hanum, MKes

SAMBUTAN DIREKTUR JENDERAL PELAYANAN KESEHATAN

SAMBUTAN DIREKTUR JENDERAL PELAYANAN KESEHATAN



Pencapaian strategi Pembangunan Kesehatan 5 (lima) tahun ke depan yaitu “Meningkatkan akses dan kualitas pelayanan kesehatan menuju cakupan kesehatan semesta/ *Universal Health Coverage* (UHC) dengan penekanan pada penguatan pelayanan kesehatan dasar (*Primary Health Care*) dan peningkatan upaya promotif dan preventif didukung oleh inovasi dan pemanfaatan teknologi.

Sesuai dengan UU Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan bahwa Pemerintah bertanggung jawab atas segala bentuk upaya Kesehatan yang bermutu, aman, efisien dan terjangkau. Guna mencapai tujuan tersebut, terdapat 4 (empat) dimensi yang harus diperhatikan yaitu seberapa besar jumlah penduduk yang dijamin, seberapa lengkap pelayanan kesehatan yang dijamin, seberapa besar proporsi biaya langsung yang masih ditanggung oleh penduduk, dan bagaimana mutu pelayanan kesehatan

Agar mutu pelayanan kesehatan dapat ditingkatkan maka perlu diimplementasikan Tata Kelola Mutu sebagai dasar bagi Puskesmas dalam memenuhi standar mutu melalui siklus peningkatan mutu yang dikenal dengan siklus Plan, Do, Study, Action (PDSA).

Terkait dengan hal tersebut maka perlu disusun Pedoman Tata Kelola Mutu yang diharapkan dapat menjadi acuan bagi Puskesmas serta pemangku kepentingan lain dalam melakukan upaya peningkatan mutu secara berkesinambungan di Puskesmas yang pada gilirannya akan terwujud budaya mutu.

Semoga pedoman ini dapat memberikan kontribusi dan manfaat bagi seluruh pihak yang senantiasa berusaha mewujudkan Indonesia Sehat melalui pelayanan yang bermutu bagi seluruh masyarakat Indonesia.

Direktur Jenderal Pelayanan Kesehatan



Prof. dr. H. Abdul Kadir, Ph. D, Sp.THT-KL(K), MARS

DAFTAR ISI

DAFTAR ISI

HALAMAN DEPAN	i
KATA PENGANTAR DIREKTUR MUTU DAN AKREDITASI PELAYANAN KESEHATAN	iii
SAMBUTAN DIREKTUR JENDERAL PELAYANAN KESEHATAN KEMENTERIAN KESEHATAN	iv
DAFTAR ISI	v
DAFTAR ISTILAH	vi
BAB I PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Tujuan	2
1.3 Sasaran	3
1.4 Ruang Lingkup	3
1.5 Landasan Hukum	3
1.6 Definisi	5
BAB II DASAR-DASAR MUTU	8
2.1 Perkembangan Konsep Mutu	8
2.2 Dimensi Mutu	18
2.3 Manajemen Risiko	21
2.4 Konsep Tata Kelola Mutu	24
BAB III PENERAPAN TATA KELOLA MUTU	25
3.1 DUKUNGAN PENYELENGGARAAN	25
3.1.1 Kepemimpinan	25
3.1.2 Komitmen Manajemen	29
3.1.3 Pengorganisasian	30
3.1.4 Budaya Mutu	33
3.2 TATA KELOLA MUTU	38
3.2.1 Perencanaan Program Mutu	39
3.2.2 Pelaksanaan Program Mutu	60
3.2.3 Pemantauan, Pengendalian dan Penilaian Mutu	64
3.2.4 Peningkatan Mutu Berkesinambungan	70
3.3 PENCATATAN DAN PELAPORAN	71
BAB IV PERAN DINAS KESEHATAN	75
BAB V PENUTUP	81
Tim Penyusun, Kontributor dan Editor	83

DAFTAR ISTILAH

CQI	: <i>Continuous Quality Improvement</i>
FGD	: <i>Focus Group Discussion</i>
FKTP	: Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama
FMEA	: <i>Failure Mode Effect Analysis</i>
IKS	: Indeks Keluarga Sehat
IOM	: <i>Institute of Medicine</i>
K3	: Keselamatan dan Kesehatan Kerja
Puskesmas	: Pusat Kesehatan Masyarakat
PDCA	: <i>Plan – Do – Check – Act</i>
PDSA	: <i>Plan- Do- Study- Act</i>
PHC	: <i>Primary Health Care</i>
PJM	: Penanggung Jawab Mutu
PPI	: Pencegahan dan Pengendalian Infeksi
PMK	: Peraturan Menteri Kesehatan
PPS	: Perencanaan Perbaikan Strategis
PTM	: Penyakit Tidak Menular
RPJMN	: Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional
RPK	: Rencana Pelaksanaan Kegiatan
SA	: <i>Self Assesment</i>
SDGs	: <i>Sustainable Development Goals</i>
SDM	: Sumber Daya Manusia
SOP	: <i>Standard Operating Procedure</i>
TMP	: Tim Mutu Puskesmas
TKM	: Tata Kelola Mutu
TQM	: <i>Total Quality Management</i>
UHC	: <i>Universal Health Coverage</i>
UKM	: Upaya Kesehatan Masyarakat
UKP	: Upaya Kesehatan Perseorangan
UPTD	: Unit Pelaksana Teknis Daerah
WHO	: <i>World Health Organization</i>

1 PENDAHULUAN

1.1. LATAR BELAKANG

Sebagaimana yang diamanatkan dalam Perpres Nomor 18 Tahun 2020 tentang RPJMN tahun 2020 – 2024 bahwa arah kebijakan dan strategi Pembangunan Kesehatan 5 (lima) tahun ke depan adalah “Meningkatkan akses dan kualitas pelayanan kesehatan menuju cakupan kesehatan semesta/ *Universal Health Coverage* (UHC) dengan penekanan pada penguatan pelayanan kesehatan dasar (*Primary Health Care*) dan peningkatan upaya promotif dan preventif didukung oleh inovasi dan pemanfaatan teknologi. Arah kebijakan tersebut menekankan bahwa dalam rangka mewujudkan cakupan kesehatan semesta yang bermutu maka perlu penguatan pelayanan kesehatan dasar (*Primary Health Care*).

Terkait hal tersebut maka peningkatan mutu pelayanan kesehatan dasar menjadi esensial, dan hal ini sejalan dengan apa yang diamanatkan *World Health Organization (WHO, 2018)* bahwa ada keterkaitan erat antara mutu pelayanan Kesehatan dasar dan capaian *Universal Health Coverage* (UHC). Untuk mencapai tujuan UHC tersebut, terdapat 4 (empat) dimensi yang harus diperhatikan yaitu seberapa besar jumlah penduduk yang dijamin, seberapa lengkap pelayanan kesehatan yang dijamin, seberapa besar proporsi biaya langsung yang masih ditanggung oleh penduduk, dan bagaimana mutu pelayanan kesehatan.

Agar amanat WHO dan RPJMN tersebut dapat dilaksanakan, maka perlu penguatan pelayanan kesehatan dasar di Puskesmas sebagai ujung tombak terdepan dalam pelayanan kesehatan masyarakat dan perseorangan. Hal ini sejalan dengan Peraturan Menteri Kesehatan yang mengatur tentang Puskesmas bahwa Puskesmas merupakan Unit Pelaksana Teknis Daerah (UPTD) dinas kesehatan daerah kabupaten/ kota yang berfungsi menyelenggarakan Upaya Kesehatan Masyarakat (UKM) dan Upaya Kesehatan Perseorangan (UKP) dengan mengutamakan upaya

promotif dan preventif, sehingga peran pelayanan kesehatan dasar dalam penguatan promotif dan preventif sangat penting.

Dalam menyelenggarakan fungsi Puskesmas tersebut maka diperlukan penguatan Tata Kelola Mutu (TKM) di Puskesmas. Melalui pemahaman TKM di Puskesmas yang baik maka diharapkan Puskesmas mampu mendorong tercapainya peningkatan mutu berkesinambungan yang pada gilirannya akan terwujud budaya mutu dan keselamatan pasien/ masyarakat di Puskesmas yang dibuktikan dengan adanya peningkatan mutu secara berkesinambungan.

TKM bukan hanya upaya untuk memenuhi persyaratan standar yang telah ditentukan serta upaya meminimalisasi risiko, namun juga membangun iklim organisasi dan budaya mutu. Penerapan TKM diharapkan dapat berkontribusi pada peningkatan status akreditasi Puskesmas, percepatan pencapaian target Standar Pelayanan Minimal (SPM) bidang kesehatan di kabupaten/ kota, peningkatan Indeks Keluarga Sehat (IKS) Puskesmas minimal kategori baik, dan peningkatan Indeks Kepuasan Masyarakat (IKM).

Terkait dengan hal tersebut maka perlu disusun Pedoman TKM sebagai acuan Puskesmas dalam melakukan upaya peningkatan mutu pelayanan kesehatan secara berkesinambungan dan acuan bagi dinas kesehatan daerah kabupaten/ kota dalam melaksanakan pembinaan, khususnya pembinaan dalam peningkatan mutu pelayanan kesehatan yang berkesinambungan.

1.2 TUJUAN

1.2.1. Tujuan Umum

Pedoman ini diharapkan dapat menjadi acuan dalam penerapan Tata Kelola Mutu di Puskesmas.

1.2.2. Tujuan Khusus

1. Menyediakan acuan dalam memahami dasar-dasar mutu di Puskesmas

-
2. Menyediakan acuan untuk memahami penerapan TKM di Puskesmas.
 3. Menyediakan acuan bagi Dinas Kesehatan dalam melakukan pembinaan mutu pelayanan kesehatan di Puskesmas.

1.3 SASARAN

1. Puskesmas
2. Dinas Kesehatan Daerah Kabupaten/Kota
3. Dinas Kesehatan Daerah Provinsi
4. Kementerian Kesehatan
5. Organisasi Profesi
6. Asosiasi Fasilitas Pelayanan Kesehatan
7. Organisasi Masyarakat yang bergerak dalam bidang kesehatan.
8. Para pemangku kepentingan dan pemerhati mutu pelayanan kesehatan dasar.

1.4 RUANG LINGKUP

Ruang lingkup Pedoman TKM di Puskesmas ini meliputi Dasar-dasar Mutu, Penerapan TKM, dan Peran Dinas Kesehatan dalam pembinaan mutu.

1.5 LANDASAN HUKUM

1. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 25 tahun 2009 tentang Pelayanan Publik;
2. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 36 tahun 2009 tentang Kesehatan;
3. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah;
4. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 36 Tahun 2014 tentang Tenaga Kesehatan;

-
5. Peraturan Pemerintah RI Nomor 47 Tahun 2016 tentang Fasilitas Pelayanan Kesehatan;
 6. Peraturan Presiden Nomor 18 tahun 2020 tentang RPJMN tahun 2020 -2024
 7. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 46 Tahun 2015 tentang Akreditasi Puskesmas, Klinik Pratama, Tempat Praktik Mandiri Dokter dan Tempat Praktik Mandiri Dokter Gigi
 8. Peraturan Menteri Kesehatan No 99 tahun 2015 tentang Perubahan atas Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 71 Tahun 2013 tentang Pelayanan Kesehatan pada Jaminan Kesehatan Nasional;
 9. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 39 Tahun 2016 tentang Pedoman Penyelenggaraan Program Indonesia Sehat dengan Pendekatan Keluarga;
 10. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 44 Tahun 2016 tentang Pedoman Manajemen Puskesmas;
 11. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 49 Tahun 2016 tentang Pedoman Teknis Pengorganisasian Dinas Kesehatan Provinsi Dan Kabupaten/ Kota;
 12. Peraturan Menteri Kesehatan No 67 Tahun 2016 tentang Penanggulangan Tuberkulosis
 13. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 11 tahun 2017 tentang Keselamatan Pasien di fasilitas pelayanan kesehatan;
 14. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 12 Tahun 2017 tentang Penyelenggaraan Imunisasi;
 15. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 27 Tahun 2017 tentang Pedoman Pencegahan dan Pengendalian Infeksi di Fasilitas Pelayanan Kesehatan
 16. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 52 Tahun 2018 tentang Keselamatan dan Kesehatan Kerja (K3);
 17. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 4 Tahun 2019 tentang standar Pelayanan Minimal (SPM) bidang kesehatan;

-
18. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 8 Tahun 2019 tentang Pemberdayaan Masyarakat;
 19. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 25 Tahun 2019 tentang Penerapan Manajemen Risiko terintegrasi di lingkungan Kementerian Kesehatan;
 20. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 31 Tahun 2019 tentang Sistem Informasi Puskesmas;
 21. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 43 tahun 2019 tentang Pusat Kesehatan Masyarakat;
 22. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 14 tahun 2021 tentang Standar Kegiatan Usaha dan Produk pada Penyelenggaraan Perizinan Bersaha Berbasis Risiko Sektor Kesehatan
 23. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 21 Tahun 2021 tentang Penyelenggaraan Masa Sebelum Hamil, Masa Hamil, Persalinan, Dan Masa Sesudah Melahidkan, Pelayanan Kontrasepsi Dan Pelayanan Kesehatan Seksual;
 24. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 514 Tahun 2015 tentang Panduan Praktik Klinis Bagi Dokter di Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama;
 25. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 252 Tahun 2016 tentang Asosiasi Fasilitas Kesehatan.

1.6 DEFINISI

1. Mutu pelayanan kesehatan adalah tingkat layanan kesehatan untuk individu dan masyarakat yang dapat meningkatkan luaran kesehatan yang optimal, diberikan sesuai dengan standar pelayanan, dan perkembangan ilmu pengetahuan terkini, serta untuk memenuhi hak dan kewajiban pasien.
2. Tata Kelola Mutu adalah pengelolaan terhadap tingkat layanan kesehatan untuk individu dan masyarakat yang dapat meningkatkan luaran kesehatan yang optimal, diberikan sesuai

dengan standar pelayanan, dan perkembangan ilmu pengetahuan terkini, serta untuk memenuhi hak dan kewajiban pasien

3. *Continuous Quality Improvement (CQI)*/ Peningkatan Mutu Berkesinambungan adalah proses organisasi terstruktur yang melibatkan personal dalam merencanakan dan melaksanakan peningkatan secara terus menerus, menyediakan perawatan kesehatan berkualitas sesuai dengan yang diharapkan. (*Continuous Quality Improvement in Health Care, 2011 William dan Julie K. Johnson*). *Continuous Quality Improvement (CQI) is a 777 process of progresif incremental improvement of process, safety and patient care.* (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK559239>,2020)
4. Komitmen adalah keterikatan untuk melakukan sesuatu (Kamus Besar Bahasa Indonesia/ KBBI); janji untuk memberikan diri sendiri, uangmu, waktumu dan lain sebagainya untuk mendukung atau membeli sesuatu/ *a promise to give yourself, your money, your time, etc., to support or buy something* (Cambridge Dictionary) ; bahwa komitmen adalah an agreement or pledge to do something in the future yang dapat diartikan sebagai sebuah persetujuan atau perjanjian untuk melakukan sesuatu dimasa mendatang (Merriam Webster Dictionary).
5. Kepemimpinan adalah tindakan untuk memimpin orang atau organisasi/ *the action of leading a group of people or an organization* (Merriam Webster Dictionary); kepemimpinan adalah memberikan inspirasi dan motivasi sekelompok orang untuk mendukung mencapai tujuan tertentu (Malala)
6. Pengorganisasian adalah proses, cara, perbuatan untuk mengorganisasi (KBBI); suatu seni atau proses untuk pengorganisasian atau menjadi organisasi yang terorganisir. (Merriam Webster Dictionary).
7. Budaya Mutu adalah sistem nilai dalam organisasi yang menghasilkan lingkungan organisasi yang kondusif untuk

diterapkan peningkatan mutu yang berkelanjutan. Budaya mutu terdiri dari: tata nilai, tradisi, prosedur, ekspektasi yang mendukung mutu (Goetsch, D.L., Davis, S.B., 2006). *A quality culture is an organisational value system that results in an environment that is conducive to the establishment and continual improvement of quality. It consists of values, traditions, procedure, and expectations that promote quality* (Goetsch, D.L., Davis, S.B., 1994)

8. Plan, Do, Check, Action (PDCA)/ Plan, Do, Study, Action (PDSA) adalah salah satu model atau metoda peningkatan mutu secara berkesinambungan dalam menyelesaikan masalah mutu. (Vincent Gaspersz, 2011)
9. Indikator mutu adalah tolok ukur yang digunakan untuk menilai tingkat keberhasilan mutu pelayanan kesehatan di fasilitas pelayanan kesehatan.
10. Fasilitas pelayanan Kesehatan adalah suatu alat dan/atau tempat yang digunakan untuk menyelenggarakan upaya pelayanan kesehatan baik promotif, preventif, kuratif maupun rehabilitatif yang dilakukan oleh pemerintah pusat, pemerintah daerah, dan/atau masyarakat.
11. Risiko adalah kemungkinan terjadinya suatu peristiwa yang berdampak negatif terhadap pencapaian sasaran organisasi. (Permenkes 25 Tahun 2019)
12. Manajemen Risiko adalah proses yang proaktif dan kontinu meliputi identifikasi, analisis, evaluasi, pengendalian, informasi komunikasi, pemantauan, dan pelaporan risiko, termasuk berbagai strategi yang dijalankan untuk mengelola risiko dan potensinya.

2 DASAR-DASAR MUTU

Untuk mempermudah dalam menerapkan TKM baik di tingkat organisasi maupun di pelayanan kesehatan, maka diperlukan pengetahuan dan pemahaman terkait dasar-dasar mutu termasuk manajemen risiko. Terkait dengan hal tersebut maka pada bab ini akan membahas secara singkat tentang perkembangan konsep mutu, dimensi mutu dan manajemen risiko beserta pengertiannya.

2.1. PERKEMBANGAN KONSEP MUTU

Pengertian mutu berkembang dengan berjalannya waktu dan perkembangan pemahaman para pakar. Pada sekitar tahun 1970, Juran dan Crosby mendefinisikan mutu sebagai “*fitness for use*” sesuai dengan kegunaan dari suatu produk dan “*conformance to requirements*” sesuai dengan ketentuan-ketentuan yang ditetapkan.

Perkembangan selanjutnya pada sekitar tahun 1980, Deming mengemukakan tidak cukup hanya peduli pada kesesuaian kegunaan suatu produk tetapi juga harus memperhatikan kebutuhan pelanggan pada masa yang akan datang, mutu harus diarahkan pada pemenuhan kebutuhan pelanggan baik sekarang maupun yang akan datang. Feigenbaum juga berpendapat bahwa mutu produk atau pelayanan harus dapat memenuhi kebutuhan dan harapan pelanggan. Di dalam kamus ISO 9000:2005, mutu didefinisikan sebagai derajat pemenuhan karakteristik produk atau pelayanan terhadap ketentuan-ketentuan yang ditetapkan.

Pada sektor Kesehatan, Donabedian menyebutkan bahwa tidak ada satu pengertian yang cukup dapat menjelaskan mutu secara utuh. ***Institute of Medicine*** (IOM) mendefinisikan mutu sebagai tingkat kesesuaian pelayanan kesehatan dengan standar yang ditetapkan berdasarkan perkembangan ilmu pengetahuan terkini.

Pengertian mutu yang digunakan dalam pedoman ini adalah “Tingkat pelayanan kesehatan untuk individu dan masyarakat yang dapat meningkatkan luaran kesehatan yang optimal, diberikan

sesuai dengan standar pelayanan, dan perkembangan ilmu pengetahuan terkini, serta untuk memenuhi hak dan kewajiban pasien”.

Gerakan mutu sudah dimulai sejak abad 13 di Eropa diantara para serikat pengrajin yang menetapkan ketentuan-ketentuan yang ketat untuk produk dan pelayanan yang disediakan. Agar ketentuan-ketentuan yang ketat tersebut diterapkan dengan baik, maka dilakukan inspeksi. Pendekatan dalam pengelolaan mutu ini berlanjut sampai dengan masa revolusi industri pada awal abad 19, yang dikenal dengan model inspeksi. Gerakan mutu di Eropa pada masa tersebut juga diikuti oleh gerakan mutu di Amerika, tetapi pada akhir abad 19, Taylor mencetuskan pendekatan yang baru dalam manajemen yang menekankan pada peningkatan produktivitas tanpa diimbangi dengan peningkatan keterampilan dari para pekerja. Peningkatan produktivitas tersebut ternyata berakibat pada turunnya mutu, sehingga model inspeksi tetap diterapkan dengan dibentuknya unit kerja khusus yang melakukan inspeksi.

Setelah Perang Dunia kedua, mutu menjadi komponen yang sangat penting di Amerika terutama pada peralatan militer yang harus aman pada saat dioperasikan, dan berkembang penerapan tehnik statistik untuk pengendalian mutu melalui pelatihan-pelatihan yang dilakukan oleh Shewhart. Pada awal abad 20 oleh Shewhart diperkenalkan tentang pengendalian proses, dimana perhatian tidak hanya pada produk akhir, tetapi juga terhadap proses yang menghasilkan produk tersebut, yang kemudian berkembang pendekatan baru, yaitu pengendalian mutu. Metoda pengendalian mutu tersebut diterapkan baik di Amerika maupun Jepang oleh Deming.

Jepang dalam upaya memperbaiki mutu terbuka dengan konsep-konsep yang dikembangkan oleh Amerika, dan memanfaatkan tenaga ahli mutu, yaitu Deming dan Juran, kemudian

berkembang pendekatan baru yang disebut dengan “*Total Quality Management*”. Pendekatan tersebut tidak hanya tergantung kepada inspeksi, tetapi juga berfokus pada peningkatan proses melalui orang-orang yang bekerja pada proses tersebut. Pendekatan ini mendorong Jepang untuk memproduksi barang-barang dengan kualitas ekspor dengan harga yang lebih rendah. Pada masa tersebut berkembang “*Quality Circle*” yang diterapkan diberbagai industry di Jepang, termasuk industry otomotif.

Pada awalnya Amerika menganggap bahwa keberhasilan Jepang karena menjual dengan harga yang lebih rendah, tetapi dengan berkembangnya persaingan pasar, para pimpinan industry di Amerika mengadopsi pendekatan tersebut. Pendekatan *Total Quality Management* berlanjut dilaksanakan oleh berbagai negara sampai dengan akhir abad 20. *Total Quality Management* adalah Sistem Manajemen Mutu (SMM) yang diterapkan pada organisasi yang berfokus pada pelanggan dengan melibatkan seluruh pegawai dalam upaya peningkatan mutu secara berkesinambungan. Jika sistem manajemen tersebut diterapkan secara konsisten maka akan terbentuk suatu organisasi dengan reliabilitas yang tinggi (*highly reliable organization*)

Perkembangan teknologi baik pada dunia industri maupun pada pelayanan kesehatan, dan perkembangan teknologi digital mendorong untuk dikembangkan suatu pendekatan baru dalam pengelolaan mutu pada awal abad 21 yang dikenal dengan *Quality 4.0* sejalan dengan perkembangan *Industry 4.0*. Konsep utama dari *Quality 4.0* adalah menyelaraskan penerapan sistem manajemen mutu dengan perkembangan *Industry 4.0* yang akan mendorong organisasi untuk dapat mewujudkan keunggulan operasional.

Belajar dari pengalaman pada perang dunia ke dua dan penerapan *Total Quality Management* baik di Amerika maupun di Jepang, inisiatif untuk peningkatan mutu juga diikuti oleh standarisasi sistem manajemen mutu yang diinisiasi oleh *International*

Organization for Standardization dengan diterbitkannya seri Standar ISO 9000 pada tahun 1987 untuk standar sistem manajemen mutu, yang kemudian berkembang dengan versi-versi baru dari standar tersebut.

Perkembangan mutu pelayanan Kesehatan di Indonesia dimulai pada sekitar tahun 1990 dengan pendekatan *Total Quality Management* dengan diterapkannya Gugus Kendali Mutu di berbagai rumah sakit, yang kemudian juga diikuti penerapan di Puskesmas. Banyak rumah sakit dan Puskesmas, bahkan Dinas Kesehatan Daerah Kabupaten/Kota yang melakukan standarisasi sistem manajemen mutu dengan mengikuti sertifikasi ISO 9000. Upaya peningkatan mutu tersebut kemudian didorong dengan diterapkannya akreditasi rumah sakit mulai dari tahun 1995 sampai sekarang—dan diikuti juga dengan dimulainya penerapan akreditasi fasilitas pelayanan kesehatan tingkat pertama pada tahun 2015.

Secara umum, sejarah peningkatan mutu dapat dilihat pada gambar 1

Gambar 1. Perkembangan Manajemen Mutu

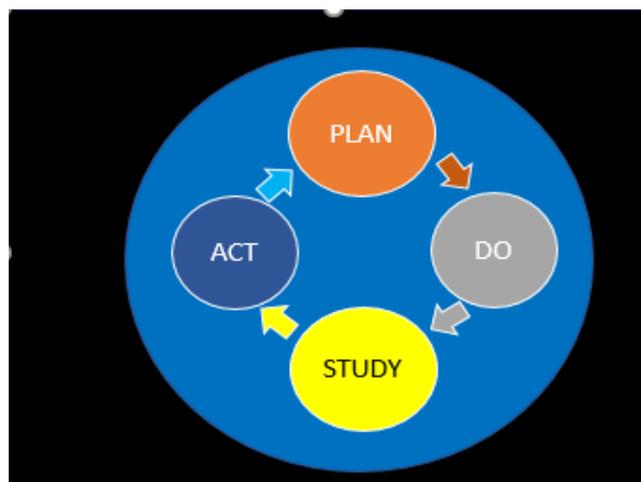


Untuk lebih memahami beberapa konsep terkait dengan mutu yang menjadi dasar penerapan di Puskesmas, berikut akan dijelaskan teori-teori yang dikemukakan oleh tiga pakar utama pencetus dan pengembang TQM, yaitu: Edward Deming, Joseph M. Juran, dan Philips Crosby:

1. Edward Deming

Deming memperkenalkan penggunaan teknik pemecahan masalah agar dapat membedakan penyebab sistematis dan penyebab khusus dalam menangani mutu. Salah satu metode yang diperkenalkannya adalah siklus Deming (*Deming Cycle*), pada siklus ini mencegah terjadinya kesalahan dengan penetapan standar serta modifikasi standar yang ada. Siklus ini dikenal dengan PDCA terdiri atas empat komponen utama secara berurutan yaitu *plan*, *do*, *check* dan *action*. PDCA menekankan pada pelaksanaan perubahan dan kepatuhan terhadap standar. Siklus ini kemudian berkembang saat disadari pada tahap ketiga/ *check* adalah melihat kembali hasil dari perubahan yang dilakukan. Bahwa pada tahapan yang ketiga yang dilakukan adalah *study* yaitu membandingkan data hasil pengamatan, untuk dapat memperkirakan pembelajaran yang dapat diperoleh sebagai proses perbaikan. Maka siklus tersebut kemudian dikenal menjadi PDSA yaitu *plan*, *do*, *study* dan *action* dengan menekankan pada pembelajaran dan upaya peningkatan mutu (Moen dan Norman, 2009). Siklus tersebut dapat dilihat pada gambar 2.

Gambar 2. Deming Cycle



Perbedaan antara siklus PDCA dengan siklus PDSA bisa dilihat pada tabel 1.

Tabel 1. Perbedaan antara PDSA dengan PDCA

UNSUR	PDSA	PDCA
Masalah	Masalah kompleks adalah yang terdiri dari banyak faktor penyebab	Masalah sederhana adalah masalah yang satu penyebab
Fokus	Pembelajaran dan peningkatan mutu	Perubahan dan kepatuhan terhadap standar
Periode Waktu	Perlu uji coba sehingga membutuhkan waktu cukup lama, (maksimum 6 bulan)	Waktu singkat (<i>Few minute_less than one month</i>)
Proses Pelaksanaan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi masalah 2. Kumpulkan data bukti 3. Analisa masalah-sebab 4. Rencana Ujicoba 5. Ujicoba 6. Pelajari hasilnya 7. Tindak lanjut ke unit kerja lainnya 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi masalah 2. Analisa masalah 3. Rencana solusi 4. Kerjakan 5. Cek hasilnya 6. Lakukan untuk seterusnya

2. Joseph M. Juran

Tiga langkah yang harus dilakukan jika pelayanan ingin bermutu yang dikenal dengan *Trilogy Juran* yang merupakan ringkasan dari tiga fungsi manajerial yang utama yaitu :

a. *Quality Planning*

Pada tahapan ini, sangat penting untuk mendefinisikan pelanggan dan kebutuhannya, sebagai dasar untuk melakukan desain/rencana produk atau layanan. Disain produk atau pelayanan harus dapat merespon kebutuhan dan ketentuan-ketentuan yang diharapkan oleh pelanggan.

b. *Quality Control*

Mutu dikendalikan tidak hanya dengan inspeksi, yang mendeteksi adanya ketidak sesuaian sesudah proses produksi selesai, tetapi juga dilakukan kendali yang bersifat proaktif pada proses bahkan pada waktu menyusun disain/rencana produk atau layanan. Dengan diterapkannya kendali

mutu diharapkan akan dihasilkan produk dan proses yang reliabel.

c. *Quality Improvement*

Peningkatan mutu terjadi setiap hari sebagai upaya agar suatu organisasi dapat bertahan. Peningkatan mutu merupakan kegiatan dalam organisasi untuk menjadi lebih baik dari hari ke hari. Beberapa pendekatan yang dapat dilakukan dalam peningkatan mutu adalah sebagai berikut:

- 1) Pendekatan yang bersifat reaktif (*reactive approach*): peningkatan mutu dilakukan ketika masalah sudah terjadi
- 2) Pendekatan proaktif (*refinement*): melakukan peningkatan proaktif secara berkesinambungan terhadap proses sebelum masalah terjadi
- 3) Pendekatan yang bersifat inovatif: upaya peningkatan mutu melalui inovasi dan pemanfaatan teknologi
- 4) Pendekatan dengan mengupayakan penemuan-penemuan baru (*reinvention*) dengan memulai langkah awal yang baru dan meninggalkan yang sebelumnya

3. Philips Crosby

Metode yang digunakan adalah anjuran manajemen *zero defect* dan pencegahan yang kemudian dikenal dengan dalil manajemen kualitas Crosby yaitu:

- a. Definisi mutu adalah sama dengan persyaratan
- b. Sistem mutu adalah pencegahan
- c. *Zero defect* adalah standar kinerja yang harus digunakan
- d. Ukuran mutu adalah *price of nonconformance*

Crosby juga menjelaskan 14 Langkah untuk menerapkan mutu, sebagai berikut:

1. Komitmen Manajemen (*Management Commitment*).

-
2. Membangun Tim Peningkatan Mutu (*Quality Improvement Team*).
 3. Pengukuran Mutu (*Quality Measurement*).
 4. Mengukur Biaya Mutu (*The Cost Of Quality*).
 5. Membangun Kesadaran Mutu (*Quality Awareness*).
 6. Kegiatan Perbaikan (*Corrective Action*).
 7. Perencanaan tanpa cacat (*Zero Defects Planning*).
 8. Menekankan Perlunya Pelatihan Pengawas (*Supervisor Training*).
 9. Menyelenggarakan Hari Tanpa Cacat (*Zero Defects Day*).
 10. Penyusunan Tujuan (*Goal Setting*).
 11. Penghapusan Sebab Kesalahan (*Error Cause Removal*).
 12. Pengakuan (*Recognition*).
 13. Mendirikan Dewan-dewan Mutu (*Quality Councils*).
 14. Lakukan Lagi (*Do It Over Again*).

Memperhatikan ke-empat belas langkah menurut Crosby tersebut, maka untuk melakukan peningkatan mutu harus diawali dengan langkah pertama, yaitu komitmen manajemen yang diawali dengan komitmen pimpinan puncak untuk melakukan upaya-upaya peningkatan mutu. Komitmen pimpinan ini ditindak lanjuti dengan komitmen seluruh jajaran manajemen dan pegawai serta kesadaran untuk melakukan peningkatan mutu. Peningkatan mutu tidak dapat dilakukan hanya oleh satu atau dua orang saja, tetapi perlu pendekatan tim dalam pelaksanaannya, karena setiap orang yang ada dalam organisasi mempunyai tanggung jawab bersama untuk peningkatan mutu.

Peningkatan mutu hanya dapat dilakukan berdasar pengukuran mutu baik yang dinilai oleh pelanggan maupun capaian-capaian kinerja organisasi yang menjadi dasar untuk menyusun rencana peningkatan mutu. Rencana peningkatan mutu akan dapat dilaksanakan jika disediakan biaya mutu, dan

kemudian dilaksanakan secara konsisten dalam bentuk kegiatan-kegiatan peningkatan mutu dengan sasaran-sasaran mutu yang jelas. Dalam upaya peningkatan mutu juga perlu diterapkan manajemen risiko untuk mengantisipasi terjadinya kesalahan, sehingga dapat dicegah sebelum kesalahan tersebut terjadi. Keberhasilan-keberhasilan yang didapatkan dari upaya peningkatan mutu yang dilakukan perlu mendapat penghargaan dari manajemen.

Berdasarkan literatur baik nasional maupun internasional diperkenalkan berbagai macam tentang konsep mutu, namun pada pedoman ini menggunakan konsep mutu yang diperkenalkan oleh Avedis Donabedian karena secara konsep sesungguhnya konsep mutu tersebut berbasis pola pikir/ kerangka kerja yang lebih dikenal dan mudah digunakan dengan apa yang telah diterapkan di Puskesmas.

Sejak tahun 1960, kerangka kerja Avedis Donabedian menjadi yang pertama untuk memahami dan mengevaluasi peningkatan mutu di pelayanan kesehatan sampai dengan saat ini. Kerangka kerja ini memberikan dasar untuk mengenali bahwa mutu pelayanan kesehatan dapat diukur dan dinilai dari tiga komponen yang dikenal dengan Segitiga Mutu Donabedian.

Segitiga tersebut bertumpu bahwa mutu pelayanan kesehatan merupakan hasil dari dua faktor yaitu ilmu pengetahuan dan teknologi serta penerapan secara praktis pada pelayanan kesehatan. Segitiga tersebut menemukan bahwa mutu sebagai keseimbangan antara 3 (tiga) dimensi yaitu:

1. *Structure*

Struktur adalah alat dan sumber daya yang tersedia untuk pelayanan dan pengaturan organisasi. Pelayanan yang bermutu memerlukan dukungan *structure* yang bermutu dan dikelola sesuai dengan ketentuan dan prosedur kerja yang berlaku.

2. *Process*

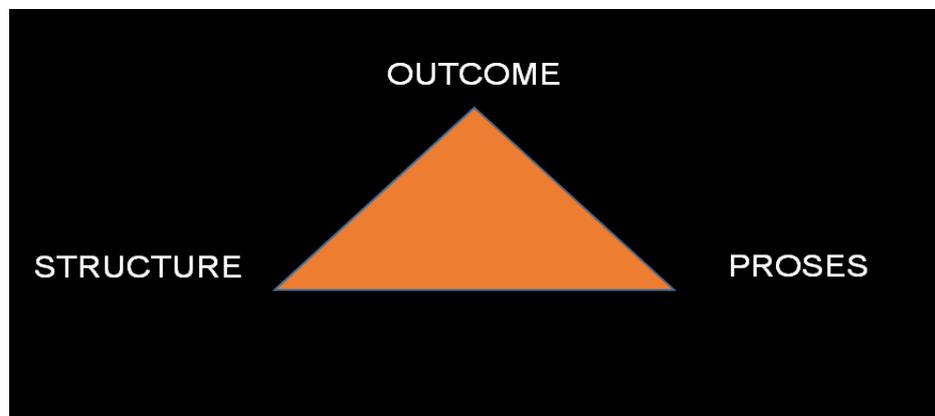
Perilaku normatif dari penyedia pelayanan kesehatan dan interaksi antara penyedia pelayanan kesehatan dengan pasien/ masyarakat.

3. *Outcome*

Outcome adalah tindak lanjut dari keluaran berupa hasil akhir kegiatan dan tindakan tenaga terhadap pelanggan. Hasil akhir yang diharapkan dapat berupa perubahan perilaku dan peningkatan status kesehatan.

Sebagaimana digambarkan oleh Donabedian, pada segitiga tersebut muncul hubungan antara *structure-proses-outcome*. Teori Donabedian menyatakan bahwa seluruh komponen terhubung, seperti yang diperlihatkan pada gambar 3.

Gambar 3: Segitiga Mutu Donabedian



Apabila hanya satu komponen dalam segitiga yang digunakan maka tidak cukup untuk mengukur dan mengevaluasi mutu. Jadi dapat disimpulkan bahwa keberhasilan pengukuran *outcome* ditentukan oleh *structure* dan *process*, untuk menghasilkan peningkatan kinerja secara bertahap. Penilaian pada seluruh elemen pada segitiga tersebut membantu menciptakan kondisi untuk perencanaan ulang proses

penyelenggaraan mutu. Gambaran segitiga mutu Donabedian pada pelayanan di Puskesmas dapat dilihat pada lampiran.

2.2. DIMENSI MUTU

Sustainable Development Goals (SDG) menegaskan komitmen global untuk mencapai *Universal Health Coverage* (UHC) pada tahun 2030, yaitu setiap orang dan masyarakat dimanapun diseluruh dunia memiliki akses kepada pelayanan kesehatan yang bermutu sesuai dengan kebutuhan tanpa mengalami kesulitan keuangan. Akses pelayanan adalah awal pemenuhan dalam mencapai UHC, yang kemudian untuk selanjutnya pelayanan kesehatan tersebut harus memenuhi standar mutu.

Karakteristik dari pelayanan kesehatan yang bermutu dapat *diidentifikasi* menurut dimensi mutu. Dimensi mutu pelayanan kesehatan di Indonesia disepakati mengacu pada tujuh dimensi yang digunakan oleh WHO dan lembaga internasional lain (*Delivering Quality*, WHO, 2018), sebagai berikut:

1. Efektif

Pelayanan kesehatan yang memenuhi dimensi efektif adalah menyediakan pelayanan kesehatan yang berbasis bukti kepada masyarakat.

Contoh: pelayanan kesehatan yang efektif adalah tersedia layanan kesehatan sesuai dengan standar, yaitu apabila ada pasien yang menderita hipertensi dan Diabetes Militus (DM) tipe 2 maka pelayanan kesehatan diberikan sesuai dengan standar pelayanan untuk penderita tekanan darah tinggi dan gula darah (kencing manis) tercantum dalam KMK No. 514 tahun 2015 tentang Panduan Praktek Klinis (PPK) bagi dokter di FKTP.

2. Keselamatan

Pelayanan kesehatan yang memenuhi dimensi keselamatan adalah meminimalkan terjadinya kerugian (*harm*), termasuk

cedera dan kesalahan medis yang dapat dicegah, pada pasien-masyarakat yang menerima layanan.

Contoh: Pelayanan kesehatan yang aman adalah memastikan penderita hipertensi dan DM tipe 2 tersebut memperoleh pelayanan yang aman dari cedera dengan pembentukan sistem pelayanan yang menerapkan 7 (tujuh) Standar Keselamatan Pasien, 6 (enam) Sasaran Keselamatan Pasien, dan 7 (tujuh) Langkah menuju Keselamatan Pasien pada sistem pelayanan kesehatan sebagaimana tercantum dalam PMK No. 11 Tahun 2017 tentang Keselamatan Pasien.

3. Berorientasi pada pasien/ pengguna pelayanan (*people-centered*)

Pelayanan kesehatan yang memenuhi dimensi *people centered* adalah menyediakan pelayanan yang sesuai dengan preferensi, kebutuhan dan nilai-nilai individu.

Contoh: pelayanan kesehatan yang berorientasi pada pasien atau pengguna pelayanan adalah bahwa pasien penderita hipertensi atau DM tipe 2 tersebut dilayani sesuai dengan kebutuhannya. Apabila membutuhkan penjelasan mengenai penyakitnya maka petugas kesehatan memberikan pelayanan sesuai dengan kebutuhannya bukan hanya pengobatannya namun juga upaya promotif bahwa pasien tersebut juga ditangani oleh pelayanan gizi untuk memberikan Komunikasi Informasi Edukasi (KIE). Salah satunya adalah diet yang perlu dilakukan oleh pasien.

4. Tepat waktu

Pelayanan kesehatan yang memenuhi dimensi tepat waktu adalah mengurangi waktu tunggu dan keterlambatan pemberian pelayanan kesehatan.

Contoh: pelayanan kesehatan yang tepat waktu adalah bagaimana pasien tersebut memperoleh pelayanan yang terencana untuk mengurangi waktu tunggu saat pengambilan obat maka bisa sekaligus pasien tersebut juga memperoleh pelayanan

gizi di hari yang sama. Sehingga pasien tersebut tidak berulang kali mendatangi Puskesmas.

5. Efisien

Pelayanan kesehatan yang memenuhi dimensi efisien adalah mengoptimalkan pemanfaatan sumber daya yang tersedia dan mencegah pemborosan termasuk alat kesehatan, obat, energi dan ide.

Contoh: Pelayanan kesehatan yang efisien bahwa pelayanan yang diterima oleh penderita hipertensi dan DM tipe 2 tersebut tertulis di dalam rekam medis secara lengkap dan benar untuk mencegah pelayanan kesehatan yang berulang atau tidak diperlukan sesuai dengan kondisi kesehatan yang dialaminya.

6. Adil

Pelayanan kesehatan yang memenuhi dimensi adil adalah menyediakan pelayanan yang seragam tanpa membedakan jenis kelamin, suku, etnik, tempat tinggal, agama, dan status sosial ekonomi.

Contoh: pelayanan kesehatan yang diterima oleh pasien sesuai dengan kondisi kesehatannya serta manfaat kesehatan yang diperoleh bukan melihat dari hal lain. Pasien tersebut memperoleh pelayanan pengobatan hipertensi dan DM tipe 2 sesuai status kesehatan bukan melihat status sosial ekonominya. Bahwa Puskesmas melayani pasien sesuai dengan standar yang ditetapkan tanpa membedakan latar belakang pasien baik kaya ataupun miskin.

7. Terintegrasi

Pelayanan kesehatan yang memenuhi dimensi terintegrasi adalah menyediakan pelayanan yang terkoordinasi lintas fasilitas layanan kesehatan dan pemberi layanan, serta menyediakan pelayanan kesehatan pada seluruh siklus kehidupan.

Contoh: Pada pasien yang menderita hipertensi dan DM tipe 2 maka petugas kesehatan akan memantau kunjungan pasien

tersebut di posbindu wilayahnya untuk memastikan bahwa pasien tersebut terpantau tekanan darahnya dan gula darahnya serta memudahkan memperoleh obat rutin dan KIE pasien. Sebelumnya Puskesmas juga melakukan skrining melalui deteksi dini faktor risiko Penyakit Tidak Menular (PTM) yang dilakukan bersama dengan lintas program/lintas fasyankes dan lintas sektor, misalnya dikaitkan dengan rujukan ke dokter/dokter spesialis/Rumah Sakit untuk pasien dengan hipertensi dan kencing manis yang tidak terkontrol/tidak terkontrol.

2.3. MANAJEMEN RISIKO

Manajemen risiko merupakan konsep yang perlu dipahami dalam mengupayakan keamanan dan keselamatan, dan melakukan upaya-upaya proaktif dalam peningkatan mutu.

Risiko adalah ketidakpastian terhadap adanya berbagai kemungkinan terjadinya kerugian akibat tidak tercapainya tujuan yang diharapkan ataupun cedera akibat suatu kegiatan pada suatu waktu tertentu. Oleh karena itu, risiko harus dikelola dengan baik agar tidak berakibat terjadi cedera atau hasil yang tidak diharapkan.

Jika risiko tidak dikelola dengan baik akan berakibat buruk pada pencapaian tujuan, bahkan dapat menimbulkan cedera. Dalam pelayanan kesehatan penerapan manajemen risiko dilakukan baik dalam manajemen, pengelolaan fasilitas dan peralatan, penerapan pencegahan dan pengendalian infeksi, penerapan keselamatan pasien untuk mencegah terjadinya insiden keselamatan pasien, dan upaya-upaya preventif untuk mencegah luaran atau kejadian yang tidak diharapkan.

Secara garis besar siklus manajemen risiko meliputi tahapan sebagai berikut:

1. Penetapan konteks:

Langkah pertama dalam siklus manajemen risiko adalah menetapkan konteks atau lingkup, yaitu tempat risiko terjadi atau

orang, kelompok orang, masyarakat, makhluk hidup, lingkungan yang terdampak oleh risiko yang akan dianalisis.

2. Kajian risiko:

a. Identifikasi risiko:

Risiko-risiko yang mungkin terjadi pada konteks yang telah dipilih diidentifikasi, baik yang sudah terjadi atau yang potensial terjadi.

b. Analisis risiko:

Risiko-risiko yang diidentifikasi tersebut selanjutnya dianalisis untuk menentukan derajat risiko sebagai dasar untuk melakukan prioritas dalam mengupayakan kendali terhadap risiko-risiko tersebut. Risiko-risiko tersebut dianalisis untuk menilai akibat dan mencari penyebab dari kemungkinan terjadinya risiko tersebut.

c. Evaluasi risiko

Risiko-risiko yang sudah dianalisis tersebut dievaluasi apakah perlu dilakukan tindak lanjut atau kendali, atautkah risiko tersebut dapat diterima

3. Penanganan Risiko

Sesuai dengan hasil analisis direncanakan upaya untuk mengendalikan risiko

4. Komunikasi, konsultasi dan dukungan internal:

Setiap tahapan dari siklus manajemen risiko harus dikomunikasikan kepada pihak-pihak yang berkepentingan agar ada kepedulian dan memperoleh dukungan. Jika diperlukan dapat dilakukan konsultasi dengan pihak-pihak yang berkepentingan tersebut untuk memberikan masukan.

5. Pemantauan dan Reviu

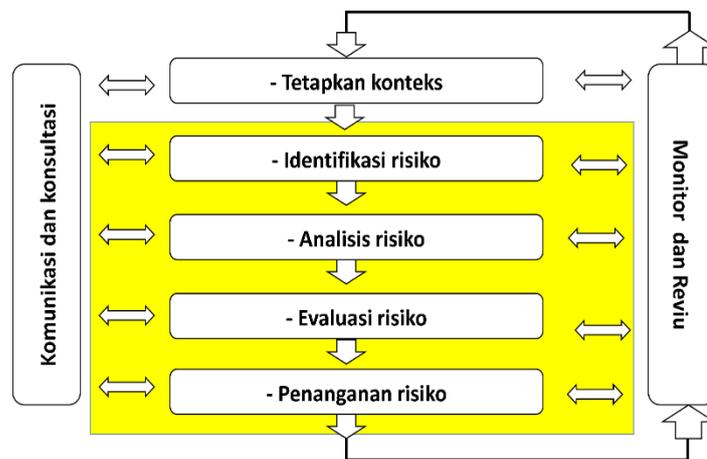
Setiap tahapan dari siklus manajemen risiko juga harus dimonitor dan dilakukan tinjauan sehingga proses manajemen risiko

tersebut dapat berjalan sesuai dengan yang diharapkan, dan dapat melakukan perubahan jika diperlukan.

Untuk lebih memahami tentang manajemen risiko maka dapat membaca pada ketentuan peraturan perundang-undangan yang mengatur tentang manajemen risiko.

Secara keseluruhan proses manajemen risiko dapat dilihat pada gambar 4.

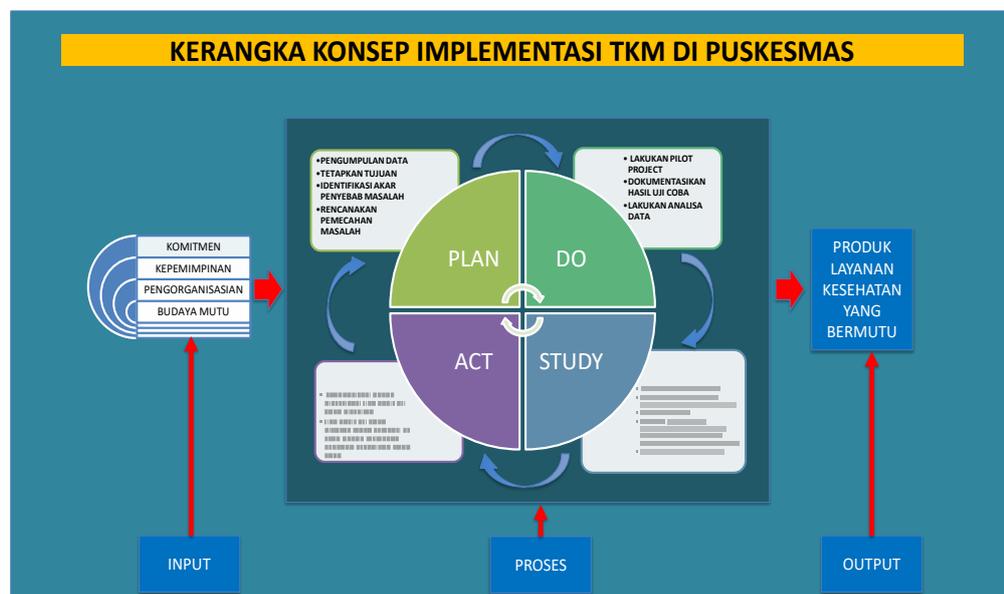
Gambar 4. Proses Manajemen Risiko



2.4. KERANGKA KONSEP TATA KELOLA MUTU

Kerangka konsep yang digunakan dalam Pedoman TKM (TKM) di Puskesmas adalah menggunakan teori Donabedian bahwa sumber daya untuk melakukan pelayanan kesehatan dibutuhkan komitmen manajemen, kepemimpinan dan pengorganisasian yang berorientasi pada mutu dan budaya mutu. Selanjutnya pada pedoman ini agar dapat menghasilkan pelayanan kesehatan yang bermutu maka diperkenalkan suatu TKM di Puskesmas yang diawali dengan perencanaan program mutu dilanjutkan pelaksanaan program mutu yang dilanjutkan pemantauan, pengendalian dan penilaian serta didukung dengan upaya peningkatan mutu dengan mengacu kepada siklus peningkatan mutu yaitu *Plan* (P), *Do* (D), *Study* (S), *Action* (Act) (PDSA).

Gambar 5. Kerangka Konsep Implementasi Tata Kelola Mutu di Puskesmas



3 PENERAPAN TATA KELOLA MUTU

Agar penerapan TKM di Puskesmas dapat optimal dan terjamin kesinambungannya maka sebelum diuraikan secara detil tentang bagaimana penerapan TKM, pada bagian ini didahului dengan penjelasan tentang dukungan penyelenggaraan TKM di Puskesmas.

3.1. DUKUNGAN PENYELENGGARAAN

Dukungan penyelenggaraan merupakan tahapan awal yang perlu diperhatikan oleh Puskesmas dalam menerapkan TKM. Dukungan penyelenggaraan ini merupakan dasar bagi Puskesmas dalam menata upaya-upaya perbaikan dan peningkatan mutu secara berkesinambungan selanjutnya. Adapun dukungan penyelenggaraan TKM di Puskesmas sebagai berikut:

3.1.1. KOMITMEN MANAJEMEN

Lingkungan kerja yang baik adalah lingkungan yang mendukung organisasi untuk selalu belajar agar terjadi perbaikan kinerja Puskesmas, tentunya termasuk penerapan TKM sehingga lingkungan tersebut menjadi salah satu komponen penting dalam mewujudkan budaya mutu.

Penerapan TKM tidak sekedar menjiplak metode yang sudah diterapkan di fasilitas pelayanan kesehatan lain, akan tetapi penerapan TKM lebih kepada bagaimana agar dapat merubah paradigma dalam hal peningkatan mutu. Dengan demikian maka penerapan TKM diperlukan komitmen dari seluruh komponen yang ada dalam suatu organisasi, yang merupakan langkah penting dalam membangun budaya mutu.

Secara umum di organisasi mengakui bahwa tantangan terbesar untuk memulai perubahan adalah bagaimana kita membangun komitmen organisasi sehingga seluruh pegawai terlibat secara konsisten untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan bersama. Adanya komitmen manajemen dan kepemimpinan yang kuat, sehingga setiap perubahan meskipun

kecil dan sulit akan tetap dilakukan karena petugas termotivasi serta secara sukarela dan aktif mendukung upaya peningkatan mutu berkelanjutan.

Komitmen merupakan janji yang diwujudkan dalam tindakan oleh setiap karyawan mulai dari Kepala Puskesmas, para penanggung jawab pada semua level, dan seluruh karyawan untuk memberikan pelayanan yang bermutu dan melakukan upaya peningkatan mutu berkelanjutan. Janji tersebut diwujudkan melalui kesediaan untuk menyediakan diri masing-masing, sumber daya dan waktu yang dimiliki dalam upaya untuk memberikan pelayanan yang bermutu dan melakukan kegiatan peningkatan mutu yang berkelanjutan. Komitmen merupakan langkah awal yang perlu dibangun dalam organisasi sebelum melakukan langkah-langkah selanjutnya untuk membangun sistem mutu.

Untuk membangun komitmen bersama dalam menerapkan TKM, pimpinan Puskesmas dan para penanggung jawab pada semua level dapat melakukan langkah-langkah berikut:

1. Komitmen diawali dari Kepala Puskesmas dan para penanggung jawab.

Agar dapat menggalang komitmen pada semua pegawai yang bekerja di Puskesmas harus diawali terlebih dahulu pada pimpinan puncak, yaitu Kepala Puskesmas, yang dilanjutkan dengan komitmen pada para penanggung jawab. Kepala Puskesmas harus mampu untuk menggalang komitmen di antara para penanggung jawab.

2. Ciptakan strategi untuk menyatukan pegawai

Meningkatkan komitmen adalah tujuan yang berkelanjutan dan membutuhkan kerja keras, maka perlu disusun strategi untuk memimpin pegawai dengan percaya diri dan meningkatkan komitmen untuk mencapai tujuan peningkatan mutu pelayanan kesehatan. Sebagai contoh: menyatukan

pegawai dapat dilakukan dengan menyepakati tujuan bersama (*shared goals*) ketika menyusun perencanaan, dan menerjemahkan tujuan tersebut menjadi target kinerja bagian dan individu.

3. Lakukan komunikasi yang baik

Tanpa komunikasi yang jelas, pegawai akan sulit memahami apa yang diharapkan dari mereka, serta bagaimana mereka bereaksi terhadap perubahan serta kebijakan yang ditetapkan. Komunikasi yang kurang berpotensi menurunkan komitmen pegawai. Komunikasi yang kuat memberikan kesempatan pegawai untuk terbuka tentang keluhan yang dimiliki sehingga tidak meningkat menjadi potensi yang dapat merusak. Sebagai contoh: 1) kejelasan komunikasi dapat dibangun melalui standar operasional prosedur, pedoman, maupun standarisasi *form* (formulir) dan definisi operasional sehingga membangun kesepahaman, 2) manajemen juga harus membuka ruang komunikasi setiap kali ada perubahan, dan 3) ketika seorang atasan menemukan pegawainya melakukan kesalahan, tidak serta merta menyalahkan pegawainya. Tapi dia akan mengajak pegawainya itu untuk berbicara dari hati ke hati. Menanyakan, kenapa kesalahan itu bisa terjadi.

Jalur komunikasi dapat melalui media *online* yang bersifat terbuka (media sosial dan web), atau khusus seperti jalur komplain, atau jaringan komunikasi resmi (surat, edaran, pertemuan).

4. Bangun kedekatan team (*team bonding*)

Kepala Puskesmas dan seluruh pegawai menghabiskan waktu yang cukup banyak di tempat kerja, yang secara alami membangun hubungan (*bonding*). Memberikan kesempatan kepada pegawai untuk membangun ikatan hubungan maka akan mengembangkan jaringan kuat dan kolaboratif untuk dapat saling mendukung dan membimbing sehingga

menumbuhkan lingkungan kerja yang lebih positif. Sebagai contoh: membangun kedekatan tim dapat dilakukan dengan melakukan pembentukan tim secara bergantian jika memungkinkan dan memberikan program pelatihan *team work*.

5. Membangun kesempatan berkembang untuk pegawai

Pegawai termotivasi untuk bekerja saat diberikan kesempatan untuk memberikan pendapat serta terlibat dalam rangkaian kegiatan. Bagi Puskesmas, mekanisme ini akan membantu mencapai tujuan serta sasarnya. Oleh karena itu maka pegawai harus diberikan ruang untuk pembelajaran dan berkembang sesuai dengan peran mereka. Sebagai contoh adalah dengan melibatkan semua pegawai terkait dalam pertemuan seperti penyusunan perencanaan, pemantauan, audit internal, pertemuan tinjauan manajemen. Pertemuan tersebut akan memberikan kesempatan untuk melakukan evaluasi diri, mengidentifikasi penyebab dan peluang peningkatan mutu. Selain itu, seluruh pegawai diberi peluang dan kesempatan yang sama untuk mengembangkan potensinya dengan cara mengikuti pelatihan, seminar dan atau presentasi.

6. Memberikan umpan balik

Pegawai ingin mengetahui saat mereka melakukan kegiatan dengan benar, atau bagaimana mereka dapat meningkatkan diri untuk meningkatkan kinerjanya. Pemberian umpan balik yang konsisten juga sekaligus memberikan peluang komunikasi yang baik dengan pegawai. Hal yang perlu menjadi perhatian saat memberikan umpan balik adalah harus objektif dan adil. Sebagai contoh: mekanisme umpan balik dapat melalui konsultasi penugasan, umpan balik formal laporan yang dikumpulkan, atau pada saat pertemuan koordinasi.

7. Menghargai pegawai

Meluangkan waktu untuk memahami pegawai serta mendengarkan pegawai merupakan sesuatu yang penting untuk meningkatkan komitmen pegawai. Sebagai contoh: 1) menghargai pegawai dapat dilakukan melalui mekanisme *reward* dengan kriteria jelas yang diterapkan secara konsisten, 2) memberikan kesempatan dan keterlibatan sesuai potensi, serta 3) memberikan kesempatan mengembangkan diri (misalnya pelatihan dan partisipasi kegiatan) sehingga pegawai dapat lebih terlibat, 4) menghargai dan menerima masukan pegawai secara konkrit juga menjadi bagian penting.

3.1.2 KEPEMIMPINAN

Kepemimpinan berorientasi pada mutu merupakan faktor vital dan memiliki peran strategis dalam mendukung proses penerapan TKM di Puskesmas, karena dengan melakukan kepemimpinan mutu yang efektif maka akan meningkatkan daya saing pelayanan melalui upaya-upaya inovasi peningkatan mutu bagi Puskesmas. Kepemimpinan yang berorientasi mutu meliputi tiga fungsi manajemen yaitu perencanaan, pengendalian dan peningkatan mutu secara berkesinambungan.

Pada fungsi yang pertama yaitu perencanaan, Kepala Puskesmas menjalankan fungsinya dalam memimpin proses penyusunan perencanaan seperti menyusun rencana lima tahunan bersama tim perencanaan Puskesmas, yang selanjutnya akan dirinci ke dalam rencana tahunan dalam bentuk Rencana Usulan Kegiatan (RUK) sesuai dengan siklus perencanaan daerah. Selanjutnya Puskesmas menyusun Rencana Pelaksanaan Kegiatan (RPK) berisi jadwal pelaksanaan kegiatan.

Selanjutnya pada fungsi pengendalian, Kepala Puskesmas memantau pelaksanaan kegiatan yang telah

dijalankan oleh masing-masing pelayanan. Berdasarkan hasil pelaksanaan kegiatan yang dilakukan akan diketahui kesesuaian kegiatan-kegiatan yang berjalan dengan RPK yang telah ditetapkan. Dalam hal ditemui permasalahan yang tidak sesuai maka, Kepala Puskesmas dapat memberikan masukan sesuai dengan kewenangannya agar kegiatan dapat terlaksana berdasarkan jadwal yang telah disepakati dan tertuang di dalam RPK. Dalam pembahasan pelaksanaan kegiatan, juga dibahas tentang kendala-kendala yang ditemui pada pelaksanaan kegiatan. Kendala ini menjadi input bagi Kepala Puskesmas untuk menindaklanjuti dalam bentuk rencana upaya peningkatan mutu bersama dengan Penanggung Jawab Mutu dan Tim Mutu Puskesmas, merupakan penerapan dari fungsi peningkatan mutu berkesinambungan.

3.1.3 PENGORGANISASIAN MUTU

Setelah mengetahui pentingnya komitmen dan kepemimpinan dalam menerapkan TKM di Puskesmas, maka selanjutnya pada bagian ini akan dijelaskan secara singkat bagaimana pengorganisasian mutu di Puskesmas agar pelaksanaan TKM dapat terorganisasi dalam mendukung peningkatan mutu secara berkesinambungan di Puskesmas.

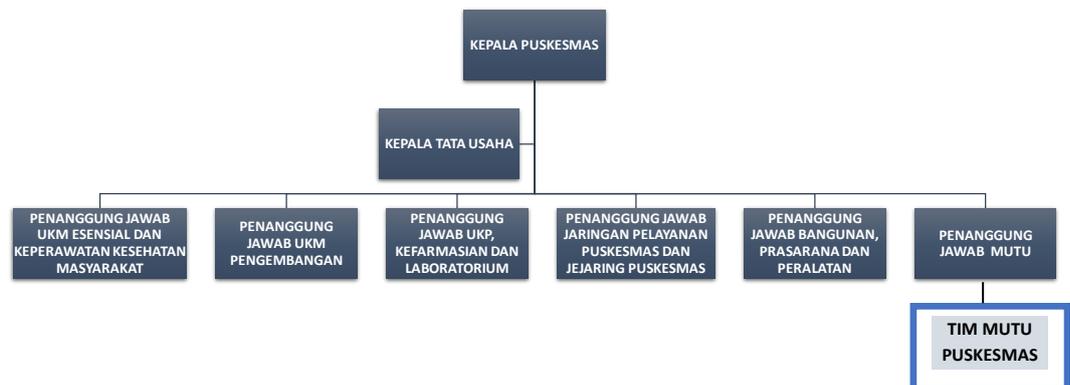
Sebagaimana yang diamanatkan dalam peraturan yang mengatur tentang Puskesmas bahwa setiap Puskesmas harus menetapkan seorang Penanggung Jawab Mutu (PJM) yang bertanggungjawab untuk mengkoordinir pelaksanaan program peningkatan mutu di Puskesmas. Agar PJM dapat melaksanakan tugas dan fungsi dalam melakukan peningkatan mutu di Puskesmas melalui TKM maka tentunya diperlukan dukungan dari seluruh komponen yang ada di Puskesmas. Dukungan tersebut dapat dibentuk Tim Mutu Puskesmas (TMP) yang merupakan representasi dari berbagai unit/bagian/upaya pelayanan yang ada

di Puskesmas. Pembentukan TMP tersebut harus mempertimbangkan ketersediaan sumberdaya. Penanggung Jawab Mutu Puskesmas bertanggung jawab dan mengkoordinir terlaksananya program mutu, mulai dari perencanaan, pelaksanaan, pemantauan dan diakhiri dengan evaluasi peningkatan mutu di Puskesmas.

TMP adalah tim yang diberi tugas dan fungsi untuk melaksanakan program mutu mulai dari perencanaan, pelaksanaan, pemantaun dan evaluasi serta upaya peningkatan mutu secara berkesinambungan.

Penanggungjawab Mutu dan TMP tersebut ditetapkan dan berada dibawah pengendalian Kepala Puskesmas. Oleh karena itu Penanggung Jawab mutu bertanggung jawab langsung kepada kepala Puskesmas, dan semua penetapan dan keputusan strategis mutu tetap menjadi tanggungjawab dan kewenangan Kepala Puskesmas.

Gambar 6.a. Pengorganisasian Mutu di Puskesmas



Dalam menggambarkan fungsi-fungsi mutu ke dalam struktur mutu di Puskesmas disesuaikan dengan ketersediaan sumber daya di Puskesmas. Jika Puskesmas tidak memiliki SDM yang memadai maka 1 (satu) orang Koordinator dapat merangkap, misal Koordinator Keselamatan Pasien merangkap juga sebagai Koordinator PPI. Prinsipnya adalah meskipun sumber daya manusia terbatas namun fungsi-fungsi mutu tetap terlaksana pada upaya KMP, UKM dan UKPP, keselamatan pasien, PPI, manajemen risiko, audit internal serta K3. Berikut adalah contoh pengorganisasian mutu dengan jumlah SDM yang memadai.

Gambar 6.b. Pengorganisasian Mutu di Puskesmas



Mengingat pentingnya peran Penanggung Jawab Mutu maka perlu di tetapkan kualifikasi minimal yang harus dimiliki sebagai PJM Puskesmas, yaitu:

- Pendidikan minimal D3 Kesehatan
- Pengalaman bekerja di Puskesmas minimal 2 (dua) tahun
- Telah mengikuti pelatihan/*workshop*/sosialisasi tentang mutu, manajemen risiko dan atau standar akreditasi Puskesmas.
- Memiliki komitmen terhadap peningkatan mutu dan keselamatan pasien.

Secara rinci tugas dan fungsi Penanggung Jawab Mutu dan TMP sebagai berikut:

-
- a) Menyusun program mutu yang mencakup mutu pelayanan, pengendalian dan pencegahan infeksi, sasaran keselamatan pasien, keselamatan dan kesehatan kerja, manajemen fasilitas dan keselamatan serta manajemen risiko.
 - b) Melaksanakan program mutu Puskesmas yang mencakup: mutu pada masing-masing unit/bagian pelaksana pelayanan yang meliputi aspek Kepemimpinan Manajemen Puskesmas (KMP), Upaya Kesehatan Masyarakat UKM), dan Upaya Kesehatan Perseorangan (UKP).
 - c) Melaksanakan pemantauan dan evaluasi implementasi program mutu pada masing-masing unit/bagian pelaksana pelayanan yang meliputi aspek Kepemimpinan Manajemen Puskesmas (KMP), Upaya Kesehatan Masyarakat UKM), dan Upaya Kesehatan Perseorangan dan Penunjang (UKPP) termasuk pengukuran indikator mutu.
 - d) Melaksanakan pengukuran indikator mutu dan pelaporan eksternal indikator nasional mutu dan insiden keselamatan pasien
 - e) Menyelenggarakan audit internal mutu.
 - f) Melakukan analisis hasil penilaian dan evaluasi sebagai dasar menyusun tindak lanjut, umpan balik dan perencanaan peningkatan mutu secara berkesinambungan.
 - g) Memastikan ketersediaan pedoman, kebijakan dan SOP mutu pelayanan Kesehatan di Puskesmas.
 - h) Peningkatan pengetahuan dan kemampuan/*skill* SDM secara periodik dan berkesinambungan

3.1.4. MEMBANGUN BUDAYA MUTU

Donaldson mendefinisikan bahwa organisasi yang mampu menciptakan lingkungan kerja yang bersifat terbuka dan partisipatif, maka selalu menerima dan membagikan semua ide

dan praktik baik, menghargai pendidikan dan penelitian, dan budaya menyalahkan bukan merupakan perilaku yang diterima.

Karakteristik lingkungan kerja budaya mutu organisasi terdiri dari:

1. Kepemimpinan mutu pada semua jenjang di Puskesmas
Semua pemimpin yaitu Kepala Puskesmas, Penanggungjawab, Ketua Tim dan Unit maupun bidang pelayanan menjadikan mutu sebagai tujuan dan mengarahkan pegawai serta organisasi untuk mencapai indikator program peningkatan mutu yang telah disepakati sesuai tanggungjawab masing-masing.
2. Keterbukaan
Keterbukaan dalam budaya diartikan ketika setiap orang dapat menyampaikan pendapatnya tanpa khawatir dengan risiko atas pendapat yang disampaikan. Meskipun demikian tetap ada etika dalam setiap penyampaian pendapat. Puskesmas dapat membuat berbagai mekanisme penyampaian pendapat secara formal dan nonformal, terbuka maupun tertutup. Manajemen Puskesmas harus selalu memberikan umpan balik positif terhadap semua masukan. Sebagai keseimbangan perlu disepakati juga kode etik dalam keterbukaan. Bentuk lain adalah dengan mekanisme pelaporan, dan kejelasan program serta tanggungjawab.
3. Penekanan pada kerja tim
Pemimpin di Puskesmas harus selalu menyampaikan bahwa proses dan hasil pelayanan di Puskesmas merupakan kontribusi semua orang. Setiap orang bertanggungjawab memastikan tugas dan tanggungjawabnya terlaksana sehingga memudahkan teman atau petugas lain dalam menyelesaikan tugasnya. Untuk menumbuhkan hal ini dapat dilakukan pelatihan dinamisasi kelompok serta komunikasi dalam tim.

4. Tanggungjawab yang jelas pada semua level Penanggung Jawab dan pelaksana

Pemimpin Puskesmas menetapkan tanggungjawab setiap unit pelayanan dalam organisasi Puskesmas dalam mewujudkan mutu di Puskesmas yang dituangkan dalam organisasi, serta deskripsi tugas dan tanggungjawab. Dalam penyusunan program peningkatan mutu di Puskesmas juga ditetapkan unit pelayanan terkait dan penanggungjawab yang kemudian diterjemahkan menjadi rencana aksi dengan pelaksana yang jelas.

5. Budaya belajar dan pembelajaran yang menyatu dalam sistem organisasi

Proses pembelajaran diterapkan dalam TKM, melalui mekanisme pengukuran dan penilaian serta audit internal yang diikuti analisis akar masalah dan penyusunan rencana peningkatan mutu. Jika mekanisme ini berjalan dengan baik, Puskesmas telah membudayakan pembelajaran dalam sistem organisasi. Tata Kelola tersebut harus diikuti dengan peningkatan kapabilitas sumberdaya manusia melalui pelatihan yang terprogram sesuai dengan analisis kebutuhan, serta mekanisme diseminasi hasil antar unit dan Puskesmas

6. Umpan balik yang aktif untuk peningkatan

Sesuai dengan kerangka konsep implementasi TKM (lihat gambar 5), manajemen Puskesmas berkewajiban memberikan umpan balik tepat waktu untuk peningkatan mutu. Mekanisme umpan balik bisa dilakukan terhadap hasil monitoring, audit internal, dan juga umpan balik dapat dilakukan saat pertemuan tinjauan manajemen, termasuk umpan balik terhadap usulan program peningkatan mutu di masing-masing unit pelayanan.

7. Keterlibatan kuat pegawai, pengguna pelayanan dan masyarakat

Mutu hanya bisa dicapai dengan keterlibatan kuat dan rasa memiliki semua yang terlibat. Pada pengguna pelayanan dan masyarakat cara pelibatan dapat dilakukan dengan sosialisasi dan pelatihan tentang metode mutu atau keselamatan pasien maupun lingkup mutu yang lain. Misalnya pelatihan kebersihan tangan, melengkapi dan menyebutkan identitas dengan tepat. Pengguna pelayanan dan masyarakat juga perlu dilibatkan ketika melakukan analisis akar masalah terutama dalam pelayanan terkait langsung dengan pengguna dan masyarakat. Bagi pengguna dan masyarakat yang memiliki kepedulian terhadap peningkatan mutu pelayanan kesehatan maka dapat dilibatkan dalam tim. Keterlibatan dan rasa memiliki pada pegawai dapat dibangun dengan tanggungjawab yang jelas, didukung mekanisme kompensasi, serta peningkatan kemampuan.

8. Pemberdayaan individu dengan tetap memperhatikan kompleksitas sistem

Puskesmas dapat melakukan analisis kebutuhan pelatihan dan menyusun program pelatihan dan pengembangan pegawai. Penilaian semua pegawai sesuai dengan kompetensinya harus dilibatkan dalam program mutu.

9. Menyelaraskan nilai organisasi dan individu termasuk petugas kesehatan

Puskesmas dapat melakukan survei untuk mengukur budaya mutu yang dirasakan dan persepsi pegawai tentang nilai-nilai yang diharapkan. Hasil survei kemudian dibahas dalam sesi FGD (*Focus Group Discussion*) atau *brainstorming* untuk mengidentifikasi kesenjangan dan solusi atau harapan perilaku dan sistem sebagai dasar peningkatan mutu. Solusi peningkatan tersebut menjadi salah satu unsur masukan dalam program mutu Puskesmas.

10. Menumbuhkan kebanggaan dalam memberikan layanan.

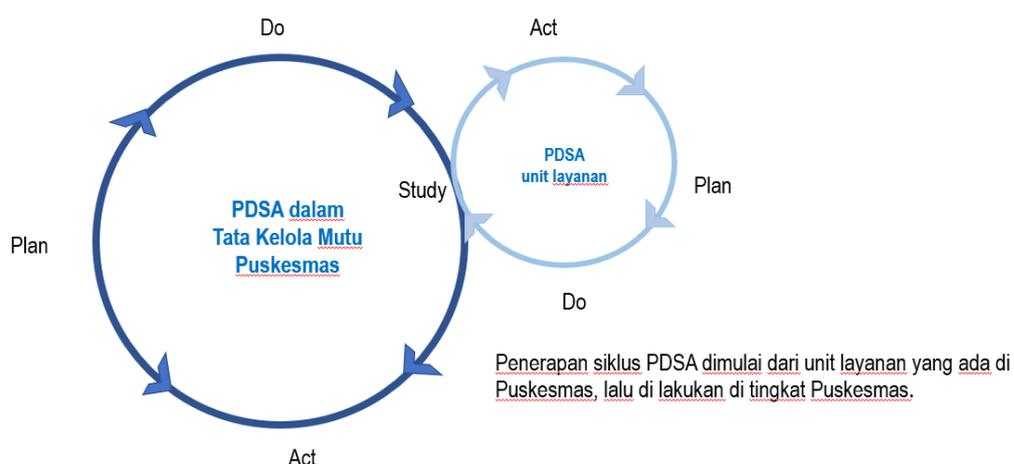
Kebanggaan akan tumbuh ketika petugas menyadari arti atau manfaat pelayanan yang diberikan bagi diri sendiri, pengguna dan organisasi. Melakukan survei, memberikan umpan balik, dan penghargaan pada pegawai, serta memberikan kesempatan berkembang dengan pelatihan, pendidikan dan jenjang karir bisa menjadi contoh strategi yang dapat diterapkan.

11. Menjadikan pelayanan sepenuh hati sebagai nilai organisasi
Bagi manajemen Puskesmas, tanggungjawab utama adalah memudahkan proses pelayanan dengan pemenuhan standar layanan, serta meningkatkan kompetensi pegawai sesuai dengan kebutuhan layanan. Dengan cara demikian petugas pelayanan dapat memberikan fokus pada memahami kebutuhan pengguna layanan. Agar menjadi nilai organisasi, maka harus diterjemahkan arti pelayanan sepenuh hati, serta ditetapkan indikator dan program untuk melaksanakannya sehingga menjadi bagian dari kegiatan Puskesmas. Kepala Puskesmas, Penanggungjawab, dan ketua tim juga harus menerapkan nilai tersebut dalam melayani pegawai di Puskesmas
12. Integrasi dan keselarasan antara upaya mutu dengan pelayanan dan perencanaan organisasi
Menyatukan (integrasi) perencanaan mutu (program mutu) yang mencakup juga keselamatan pasien, pencegahan dan pengendalian infeksi serta lingkup mutu lain dalam program kerja dan perencanaan strategis 5 (lima) tahunan Puskesmas.

3.2 PENERAPAN TATA KELOLA MUTU

Penerapan TKM memiliki dua komponen utama yang harus dipahami yaitu upaya membangun organisasi dan penerapan TKM itu sendiri. Membangun organisasi menjadi faktor kunci yang dilakukan melalui komitmen manajemen dan membangun budaya mutu sebagaimana yang telah dijelaskan pada 3.1. Sebagai bentuk implementasi siklus peningkatan mutu secara berkesinambungan maka TKM di Puskesmas dapat dijelaskan pada gambar 7.

Gambar 7. Siklus PDSA dalam Tata Kelola Mutu Puskesmas



Gambar 7 menjelaskan tahapan penerapan TKM di Puskesmas yang merupakan siklus PDSA, dengan rincian tahapan sebagai berikut:

Tahap Pertama: *Plan (P)* yang yaitu penyusunan perencanaan mutu dalam bentuk Program/Kegiatan Peningkatan Mutu Puskesmas,

Tahap kedua: *DO (D)* yaitu Pelaksanaan uji coba Program/Kegiatan Peningkatan Mutu,

Tahap ketiga: *Study (S)* yaitu lakukan analisa lanjutan, bandingkan hasil uji coba dengan tujuan/target, buat kesimpulan, lakukan pemantauan, pengendalian dan penilaian yang dapat melalui audit

internal dan Pertemuan Tinjauan Manajemen. Hal lain yang sangat penting dalam siklus PDSA ini adalah adanya proses pembelajaran terhadap upaya peningkatan mutu.

Tahap ke empat: Act (A) yaitu standarisasi dari hasil uji coba jika rencana perbaikan menunjukkan peningkatan kinerja maupun mutu, atau mencoba lagi melakukan upaya baru jika belum berhasil.

Tahapan siklus peningkatan mutu ini dilakukan oleh Puskesmas sampai dengan unit pelayanan dimana pada unit pelayanan akan diawali pada titik masuk dari tahapan *study* melalui pemantauan, pengendalian dan penilaian dari target kinerja dan mutu yang ditetapkan.

Ruang lingkup TKM di Puskesmas meliputi mutu pada pelayanan administrasi dan manajemen, Upaya Kesehatan Masyarakat, dan Upaya Kesehatan Perseorangan. Disamping pelayanan mutu Admen, UKM, UKP maka setiap pelayanan juga harus bertanggung jawab dalam mencapai sasaran keselamatan pasien, pengendalian dan pencegahan infeksi, keselamatan dan kesehatan kerja, manajemen fasilitas dan keselamatan dan menerapkan manajemen risiko yang menjadi lingkup mutu yang harus dikelola oleh Puskesmas (lihat tabel 2).

3.2.1 PERENCANAAN PROGRAM MUTU

Perencanaan program mutu merupakan komponen utama dalam TKM yang berfungsi sebagai penetapan acuan dan program. Perencanaan program mutu Puskesmas disusun dengan mengacu pada Perencanaan Lima Tahunan Puskesmas. Dalam perencanaan program mutu, Kepala Puskesmas menetapkan program mutu berdasarkan standar yang diacu dan hasil analisis kinerja mutu pada periode sebelumnya. Penanggungjawab mutu bersama TMP berperan dalam menyiapkan bahan perencanaan mutu. Karena perencanaan mutu bersifat menyeluruh pada

organisasi Puskesmas, maka Penanggung jawab mutu dalam melakukan proses penyusunan harus melibatkan seluruh penanggung jawab upaya layanan, diantaranya Penanggung jawab Upaya Kesehatan Masyarakat (UKM), Penanggung jawab Upaya Kesehatan Perseorangan (UKP), kefarmasian dan laboratorium, Penanggung jawab jaringan pelayanan kesehatan Puskesmas dan jejaring Puskesmas serta Penanggung jawab bangunan, prasarana dan alat Puskesmas. Langkah-langkah dalam menyusun perencanaan mutu Puskesmas dapat dilakukan sebagai berikut:

1. Pengumpulan data

Pengumpulan data kebijakan dan acuan standar perlu dilakukan sebagai dasar bagi TMP dalam mengidentifikasi standar yang akan diacu oleh Puskesmas dalam penerapan TKM. Beberapa kebijakan yang perlu diacu diantaranya standar akreditasi Puskesmas, Pedoman organisasi dan Pelayanan di Puskesmas, Standar Pelayanan Minimal (SPM) bidang Kesehatan, Perencanaan Strategis Nasional, Provinsi, dan Daerah serta perencanaan strategis/ rencana 5 (lima) tahunan di Puskesmas. Dari sumber acuan tersebut Tim melakukan inventarisasi daftar standar yang mencakup nama, deskripsi dan lingkup, target ideal standar, indikator pemenuhan standar. Proses ini dilakukan sebagai dasar dalam menetapkan lingkup manajemen mutu dan standar yang diacu.

Tabel 2. Contoh Identifikasi Standar dimasing-masing lingkup mutu

LINGKUP MUTU	ACUAN YANG DIGUNAKAN	SUMBER
Mutu Pelayanan	Standar KIA	<ul style="list-style-type: none"> • PMK nomor 21 tahun 2021 tentang Penyelenggaraan Pelayanan Kesehatan Masa Sebelum Hamil, Masa Hamil, Persalinan, Dan Masa Sesudah Melahirkan, Kontrasepsi, Dan Pelayanan Kesehatan Seksual • PMK nomor 21 tahun 2021 • PMK nomor 44 tahun 2016 tentang Pedoman Manajemen Puskesmas • PMK nomor 43 tahun 2019 tentang Puskesmas. • Peraturan peundang-undangan yang mengatur tentang Standar Akreditasi Puskesmas, dan • Sumber lain yang terkait
	Standar UKM	<ul style="list-style-type: none"> • PMK 44 tahun 2016 tentang Pedoman Manajemen Puskesmas • PMK 43 tahun 2019 tentang Puskesmas • Peraturan perundang-undangan yang mengatur tentang Standar Akreditasi Puskesmas • Sumber lain yang terkait
	Standar UKP	<ul style="list-style-type: none"> • PMK 44 tahun 2016 tentang Pedoman Manajemen Puskesmas • PMK 43 tahun 2019 tentang Puskesmas • Peraturan perundang-undangan yang mengatur tentang Standar Akreditasi Puskesmas • Sumber lain yang terkait
	SPM	<ul style="list-style-type: none"> • PMK 4 tahun 2019 tentang Standar Teknis Pemenuhan Mutu Pelayanan Dasar Pada Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan

		<ul style="list-style-type: none"> • Peraturan perundang-undangan yang mengatur tentang Standar Pelayanan Minimal (SPM) • Sumber lain yang terkait
	Standar INM	<ul style="list-style-type: none"> • PMK 25 tahun 2020 tentang Organisasi dan Tata Kerja Kementerian Kesehatan • Permenkes yang mengatur tentang Indikator Nasional Mutu (INM) • Sumber lain yang terkait
Manajemen Risiko	<p>Standar Manajemen Risiko</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identifikasi risiko • Penilaian risiko • Penanganan risiko • Monitoring review 	<ul style="list-style-type: none"> • PMK 25 Tahun 2019 Penerapan Manajemen Risiko Terintegrasi di Lingkungan Kementerian Kesehatan
Keselamatan dan Kesehatan Kerja (K3)	<p>Standar K3</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pengenalan potensi bahaya dan pengendalian risiko K3 • Penerapan kewaspadaan standar • Penerapan Prinsip Ergonomi • Pemeriksaan kesehatan berkala • Pemberian Imunisasi • Pembudayaan perilaku hidup bersih dan sehat • Pengelolaan sarana dan prasarana dari aspek K3 • Pengelolaan peralatan medis dari aspek K3 • Kesiapsiagaan menghadapi kondisi bencana, darurat termasuk kebakaran • Pengelolaan B3 dan limbah B3 	<ul style="list-style-type: none"> • PMK 52 Tahun 2018 tentang Keselamatan dan Kesehatan Kerja di Fasilitas Pelayanan Kesehatan • Peraturan perundang-undangan yang mengatur tentang Standar Akreditasi Puskesmas • Sumber lain yang terkait
Manajemen Keselamatan Fasilitas (MFK)	<p>Standar MFK</p> <ul style="list-style-type: none"> • Program Keamanan dan Keselamatan. • Manajemen Inventarisasi, pengelolaan, penyimpanan, penggunaan B3 dan Limbah B3 	<ul style="list-style-type: none"> • PMK 52 tahun 2018 tentang Keselamatan dan Kesehatan Kerja di Fasilitas Pelayanan Kesehatan • Peraturan perundang-undangan yang mengatur tentang Standar Akreditasi Puskesmas

	<ul style="list-style-type: none"> • Program Tanggap Darurat Bencana • Program Pencegahan dan Penanggulangan Kebakaran • Program Ketersediaan Alat Kesehatan • Program Pengelolaan Sistem Utilisasi • Pendidikan dan Pelatihan MFK 	<ul style="list-style-type: none"> • Sumber lain yang terkait
Keselamatan Pasien	<p>Standar KP</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hak pasien • Pendidikan bagi Pasien dan Keluarga • Keselamatan Pasien dalam kesinambungan Pelayanan • Penggunaan metode peningkatan kinerja untuk melakukan evaluasi dan peningkatan keselamatan pasien. • Peran Kepemimpinan dalam meningkatkan keselamatan pasien • Pendidikan bagi pegawai tentang keselamatan pasien. • Komunikasi merupakan kunci bagi pegawai untuk mencapai keselamatan pasien. 	<ul style="list-style-type: none"> • PMK 11 Tahun 2017 tentang Keselamatan Pasien • Peraturan perundang-undangan yang mengatur tentang Standar Akreditasi Puskesmas • Sumber lain yang terkait
Pengendalian dan Pencegahan Infeksi	<p>Standar PPI</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kewaspadaan standar berdasarkan transmisi • Penggunaan antimikroba secara bijak • <i>Bundles</i> 	<ul style="list-style-type: none"> • PMK 27 Tahun 2017 tentang Pedoman Pencegahan dan Pengendalian Infeksi di Fasilitas Pelayanan Kesehatan • Pedoman teknis Penerapan PPI di FKTP • Peraturan perundang-undangan yang mengatur tentang Standar Akreditasi Puskesmas • Sumber lain yang terkait

Data kinerja mutu merupakan data dasar yang menjadi pertimbangan penetapan target disetiap standar yang diacu dan prioritas program. Apabila Puskesmas telah menjalankan TKM sebelumnya, maka data kinerja yang dihasilkan dari mekanisme penilaian, dan pengukuran dapat digunakan untuk perencanaan mutu.

Beberapa sumber data berikut dapat digunakan:

- 1) Laporan hasil pengukuran indikator mutu
- 2) Laporan hasil audit internal dan pertemuan tinjauan manajemen
- 3) Laporan Insiden Keselamatan Pasien (IKP)
- 4) Hasil penilaian risiko
- 5) Hasil evaluasi diri pemenuhan standar yang telah diacu
- 6) Rekapitulasi complain dan keluhan
- 7) Hasil dan rekomendasi penjaminan mutu eksternal, diantaranya akreditasi maupun mekanisme penilaian eksternal lain

TMP melakukan kompilasi dan analisis terhadap data-data hasil dari laporan sesuai dengan ketersediaan pada sistem yang berlaku di Puskesmas. Analisis ditujukan untuk mengidentifikasi kesenjangan/*gap* terhadap pemenuhan target atau kriteria ideal.

Tabel 3. Contoh Analisis Data Kinerja Mutu

NO	LINGKUP MUTU	ACUAN YANG DIGUNAKAN	INDIKATOR	TARGET	CAPAIAN	GAP/POSISI
1	Pencegahan dan Pengendalian Infeksi	Pedoman Teknis Penerapan PPI di FKTP	Kepatuhan Kebersihan Tangan	>85%	60%	25%
			Kepatuhan Penggunaan APD	100%	70%	30%
2	Indikator Mutu Pelayanan Kesehatan	Standar Akreditasi PPN	Keberhasilan Pengobatan Pasien TB sensitive obat.	90%	50%	40%
		Standar Akreditasi PPN	Pelayanan ANC sesuai standar	100%	65%	35%
		Standar Akreditasi Kepemimpinan Manajemen Puskesmas	Kesesuaian tahapan perumusan masalah dengan ketentuan	Perumusan masalah meliputi tahapan: identifikasi, penetapan prioritas masalah, mencari akar masalah, penetapan cara penyelesaian masalah	Tahapan yang dilakukan identifikasi masalah, menetapkan prioritas masalah dan cara penyelesaian masalah.	Mencari akar masalah tidak dilakukan

2. Tetapkan Tujuan

Berdasarkan hasil umpan balik, dilakukan pengumpulan data-data kinerja mutu untuk melihat mana data yang bermasalah. Berdasarkan data tersebut, tahap berikutnya adalah melakukan *brainstorming* dalam rangka menetapkan masalah yang akan diprioritaskan untuk diselesaikan. Penetapan skala prioritas menggunakan metode yang sudah ada seperti USG (*urgency, seriousness, and growth*), skala *likert* dan metode lainnya.

Contoh: Di sebuah Puskesmas tahun 2020 berdasarkan hasil monitoring terdapat beberapa indikator pelayanan kesehatan masyarakat yang tidak mencapai target seperti yang diuraikan pada tabel 4.

Tabel 4. Contoh Capaian Program Puskesmas

NO.	MASALAH	TARGET	CAPAIAN
1	Rendahnya capain SPM Hipertensi	50%	30%
2	Rendahnya capain testing covid 19	50%	10%
3	Masih rendahnya tingkat kepuasan pasien terhadap pelayanan pendaftaran	80%	76%
4	Dst		

Kemudian dilakukan *brainstorming* dimana masalah rendahnya capaian testing Covid 19 menjadi prioritas masalah yang perlu ditindaklanjuti yang diperkuat dengan hasil USG. Langkah selanjutnya adalah menetapkan tujuan sesuai dengan masalah prioritas. Contoh penetapan tujuan dari prioritas pada tabel 4 yaitu meningkatkan capaian testing covid 19 sebagai upaya

untuk mendeteksi lebih dini angka kasus Covid 19 sehingga dapat melakukan penanganan lebih cepat.

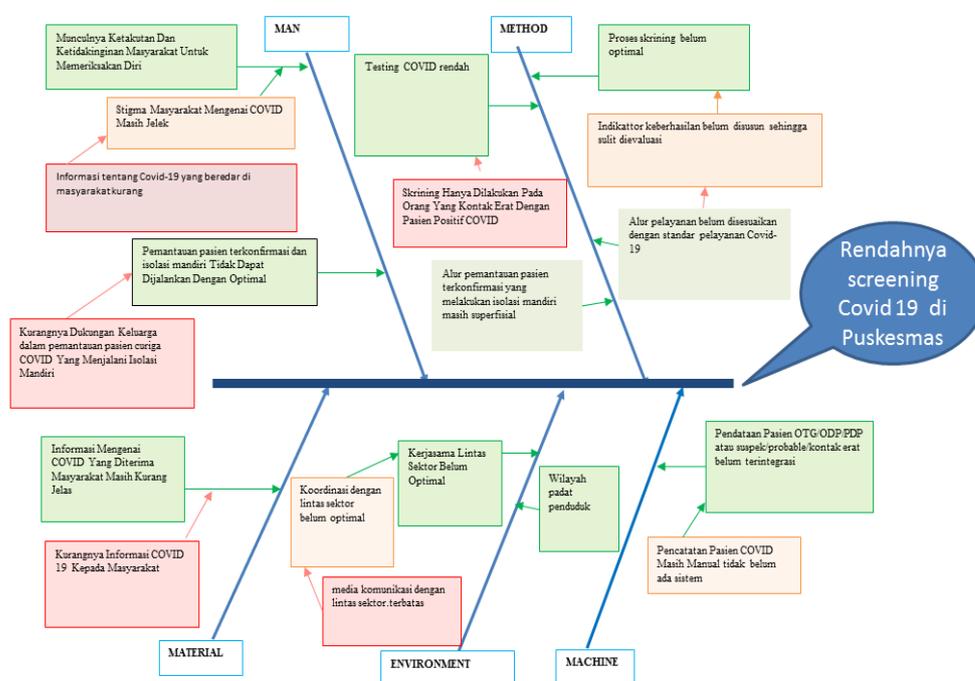
3. Identifikasi akar penyebab masalah.

Untuk memudahkan identifikasi akar masalah, petugas/pemberi pelayanan harus mencari segala kemungkinan penyebab masalah tersebut, salah satunya dengan menggunakan diagram *fishbone*. Melalui diagram *fishbone* dapat diidentifikasi penyebab masalah pada aspek sumber daya manusia (*Man*), teknis atau proses terkait masalah (*Method*), bahan, alat yang diperlukan untuk menjalankan proses terkait masalah (*Material*), ketersediaan pembiayaan (*Money*), dan faktor lingkungan fisik, biologis, dan atau sosial yang mempengaruhi (*Environment*).

Diagram *fishbone* juga dikenal sebagai *cause and effect diagram*. Oleh karena itu setiap kali mengidentifikasi satu kemungkinan penyebab pada salah satu aspek, maka dilanjutkan dengan bertanya mengapa kemungkinan tersebut terjadi secara berulang hingga tidak ada lagi jawaban. Jawaban tersebut tidak harus berasal dari aspek yang dikaji. Misal pada aspek SDM penyebab pertama yang diduga adalah kurangnya pelatihan, jawaban mengapa pelatihan kurang tidak harus berasal dari aspek SDM. Dengan bertanya mengapa maka tim dapat mengidentifikasi akar masalah. Dalam proses tersebut bisa terdapat penyebab sama pada aspek berbeda. Untuk memudahkan dapat diberikan warna yang sama. Proses ini akan mengidentifikasi akar penyebab masalah. Ketika mengidentifikasi dugaan dan penyebabnya tim harus mendasarkan pada data dan hasil pengamatan, bukan penyebab teoritis. Warna hijau pada gambar 8, mencerminkan penyebab pertama pada

aspek yang dikaji, kemudian warna oranye muda menjadi alasan (*why* 1), dan merah muda menjadi alasan kedua (*why* 2), sehingga karena tidak ada lagi sebab maka hal tersebut menjadi akar penyebab masalah. Contoh fishbone diagram dapat dilihat pada gambar 8.

Gambar 8. Contoh Fishbone Diagram



4. Rencanakan Pemecahan Masalah

Sebelum menyusun rencana pemecahan masalah, lakukan Identifikasi peluang peningkatan mutu yang dapat dilakukan berdasarkan penyebab dominan untuk peningkatan pelayanan kesehatan, dengan langkah sebagai berikut:

- Kumpulkan semua bentuk kemungkinan untuk menjadi solusi atas permasalahan yang ada.
- Cari solusi-solusi yang kreatif, inovatif dan solutif untuk mengetahui solusi pemecahan masalah yang terbaik.
- Diskusikan dengan tim dengan cara *brainstorming*, FGD, dan wawancara pegawai.
- Buat matriks untuk semua kemungkinan solusi yang ada, pertimbangkan kelebihan dan kekurangan dari masing-masing solusi yang ada serta menilai kemungkinan terbesar untuk dilaksanakan. Contoh matrik dapat dilihat pada tabel 5

Tabel 5. Contoh identifikasi solusi pemecahan masalah.

NO	AKAR PENYEBAB DOMINAN	ANALISA ALTERNATIF SOLUSI	WAKTU	LEVEL KESULITAN	SOLUSI
1	Skrinning hanya dilakukan pada orang yang kontak erat COVID	Skrining dilakukan pada semua pasien yang datang berobat	30'	Berat: Sulit untuk dilakukan	Tidak Terpilih: Karena membutuhkan banyak sumberdaya
		Skrining dilakukan pada semua pasien yang memiliki gejala mengarah pada Covid 19	10'	Ringan : Mampu untuk dilakukan	Terpilih: Tersedia data pasien yang sudah di screening
2	Kurangnya dukungan keluarga dalam pemantauan pasien Covid 19 yang melakukan isolasi mandiri	Melkaukan pemantauan melalui Satgas dilingkungan RW dengan menggunakan WhatsApp (WA) group dan kunjungan rumah jika diperlukan	2 jam	Sedang: Mampu dilakukan namun membutuhkan tambahan sumberdaya	Terpilih: Karena sudah ada Kerjasama lintas sector

Langkah selanjutnya adalah merumuskan rencana implementasi solusi, dengan cara:

- Buat rencana yang matang untuk bisa mengeksekusi pelaksanaan uji coba, mulai dari persiapan *budget*/anggaran, SDM, hingga teknik atau metode uji coba.
- Pilih orang-orang yang tepat untuk terlibat dalam uji coba, yaitu orang-orang yang memiliki pemikiran terbuka, mau berubah menjadi lebih baik, dan mau bekerja lebih untuk memberikan pelayanan kesehatan yang optimal.

-
- Buat *plan of action* yang terdiri dari daftar kegiatan yang akan dilakukan, perkiraan waktu pelaksanaan, serta nama penanggung jawab dari setiap kegiatan
 - Tentukan metode untuk memantau pelaksanaan uji coba, siapa yang akan memantau dan kapan pelaksanaan pemantauan harus ditentukan di awal dengan jelas.

Secara umum rencana implementasi solusi disebut dengan *Plan of Action* (PoA). Contoh PoA pada tabel 6.

Tabel 6. Contoh POA

NO.	FAKTOR PENYEBAB DOMINAN	CARA PENANGGULANGAN	SASARAN		BATAS WAKTU	TEMPAT	PENANGGUNGJAWAB	BIAYA
	WHY	HOW	WHAT		WHEN	WHERE	WHO	HOW MUCH
1.	Skrining hanya dilakukan pada orang yang kontak erat COVID	Skrining dilakukan pada pasien yang mempunyai gejala mengarah COVID	Semua pasien dengan gejala indikatif Covid dilakukan skrining	Persentase testing pasien dengan indikasi	Maret 2020	Puskesmas	Taufiq	0
2.	Kurangnya dukungan keluarga dalam pemantauan pasien Covid 19 yang menjalani isolasi mandiri	Memantau kondisi pasien melalui Satgas Covid di lingkungan RW dengan WA group	Semua pasien yang menjalani isolasi mandiri termonitor oleh Satgas RW, dan dilaporkan perkembangannya melalui G. Form	Persentase pasien termonitor Persentase data pasien isoman terisi	Maret 2020	RW	Taufiq	0

Sesudah menetapkan lingkup, tujuan dan standar, Puskesmas perlu menetapkan indikator yang diukur untuk menilai pemenuhan standar mutu. Indikator merupakan ukuran tidak langsung yang menggambarkan “objek” pengukuran.

Dalam konteks standar, indikator menggambarkan pemenuhan standar. Indikator juga dapat dikelompokkan menjadi indikator *input*, *proses*, *output*, dan *outcome*. Target adalah nilai capaian indikator yang diharapkan dengan mempertimbangkan rujukan dan kemampuan.

Tujuan penetapan indikator adalah: 1) Untuk menilai apakah upaya yang telah dilakukan dapat meningkatkan keluaran pelayanan kesehatan, 2) Untuk pembelajaran menggunakan praktik terbaik yang diperoleh melalui proses kaji banding, 3) Memberikan umpan balik kepada fasyankes, dan 4) kepentingan transparansi publik.

Sebagai contoh untuk menilai pencapaian standar keselamatan pasien, salah satu indikator yang digunakan adalah Kepatuhan Kebersihan Tangan (KKT) yang dapat diukur misalnya dengan persentase petugas yang melakukan prosedur kebersihan tangan dengan tepat pada setiap momen kebersihan tangan yang diamati. Pada indikator tersebut contoh targetnya adalah berapa persen nilai KKT yang diharapkan (>85%) atau mengacu pada standar ideal (100%).

Indikator juga dapat dikelompokkan sesuai dengan sifat dan level indikator, yaitu indikator yang bersifat wajib (harus diukur karena permintaan regulasi atau indikator nasional mutu), dan indikator yang ditetapkan sendiri oleh Puskesmas (dikembangkan oleh Puskesmas baik indikator pada tingkat Puskesmas maupun indikator pada masing-masing layanan). Dengan demikian,

disamping indikator yang bersifat wajib, Puskesmas juga perlu menetapkan Indikator Mutu Prioritas Puskesmas dan Indikator Mutu Prioritas di masing-masing pelayanan Puskesmas.

Indikator Mutu Prioritas Puskesmas (MPP) dirumuskan berdasarkan prioritas masalah kesehatan yang ada di wilayah kerja yang akan dilakukan peningkatan mutu.

Penetapan indikator mutu prioritas dilakukan berdasarkan analisis capaian kinerja mutu yang dilakukan pada tahap persiapan penyusunan Rencana Strategis Mutu. Hasil analisis menghasilkan daftar kesenjangan/ *gap* atau indikator yang belum memenuhi target.

Baik Indikator Mutu Prioritas Puskesmas maupun Indikator di masing-masing pelayanan, indikator tersebut dapat meliputi indikator mutu Kepemimpinan dan Manajemen Puskesmas (KMP), Upaya Kesehatan Masyarakat (UKM), Upaya Kesehatan Perseorangan dan Penunjang (UKPP).

Manajemen kemudian dapat melakukan analisis prioritas dengan menambahkan kriteria yang menjadi pertimbangan misalnya dengan menggunakan kriteria *Urgency, Seriousness and Growth (USG), High Cost, High Volume, High Risk dan Problem Prone (3H1P)* atau *kriteria lain*.

Urgency menggambarkan seberapa mendesak isu tersebut harus dibahas dikaitkan dengan waktu yang tersedia dan seberapa keras tekanan waktu tersebut untuk memecahkan masalah yang menyebabkan isu tersebut. *Urgency* dilihat dari waktu, mendesak atau tidak masalah tersebut diselesaikan.

Seriousness menggambarkan seberapa serius isu tersebut perlu dibahas dikaitkan dengan akibat yang timbul dengan penundaan pemecahan masalah yang menimbulkan isu tersebut atau akibat yang menimbulkan masalah-masalah lain kalau masalah penyebab isu tidak dipecahkan. Perlu dimengerti bahwa dalam keadaan yang sama, suatu masalah yang dapat menimbulkan masalah lain adalah lebih serius bila di bandingkan dengan suatu masalah lain yang berdiri sendiri. *Seriousness* dilihat dari dampak masalah tersebut terhadap produktifitas kerja, pengaruh terhadap keberhasilan, dan untuk membahayakan sistem atau tidak.

Growth menggambarkan seberapa besar kemungkinannya isu tersebut menjadi berkembang dikaitkan kemungkinan masalah penyebab isu akan makin memburuk kalau dibiarkan.

Tabel. 7 Contoh Penetapan Prioritas Masalah dengan USG

NO	INDIKATOR/KINERJA	<i>U</i>	<i>S</i>	<i>G</i>	USG	PRIORITAS
1	2	3	4	5	6	7
1.	Kepatuhan Identifikasi Pasien	5	4	4	13	1
2.	Kepatuhan Kebersihan Tangan (KKT)	4	4	3	11	3
3.	Kepatuhan Penggunaan APD	5	3	4	12	2
4.	Kejadian Ikutan Pasca Imunisasi	3	3	3	9	4

Mengacu ke PMK 44 Tahun 2016 Tentang Pedoman Manajemen Puskesmas

Keterangan

1= nomor indikator (bukan urutan prioritas)

2= nama indikator yang tidak memenuhi target capaian

3= skor urgency 1-5

4= skor seriousness 1-5

5= skor growth 1-5

6= penjumlahan skor U + S + G

7= urutan prioritas berdasarkan nilai USG

Dari tabel 7 tergambar bahwa yang menjadi prioritas masalah untuk diselesaikan secara berurutan adalah Kepatuhan Identifikasi Pasien, Kepatuhan Penggunaan APD, Kepatuhan Kebersihan Tangan lalu diikuti oleh Kejadian Ikutan Pasca Imunisasi (KIPI).

Tabel 8. Contoh Penerapan 3H1P

JENIS PELAYANAN	HIGH COST	HIGH RISK	HIGH VOLUME	PROBLEM PRONE	AKUMULATIF
Ruangan Tindakan	6	9	4	5	24
Laboratorium	9	10	8	7	34
Ruangan Farmasi	10	8	9	8	35
Ruangan KIA	4	5	5	4	18
Ruangan KB	5	6	5	4	20
Ruangan Imunisasi	8	5	4	3	20
Ruangan Kesehatan Gigi dan Mulut	8	8	6	4	26

JENIS PELAYANAN	HIGH COST	HIGH RISK	HIGH VOLUME	PROBLEM PRONE	AKUMULATIF
Ruangan Pemeriksaan Umum	3	7	8	5	23
Ruangan Pemeriksaan Anak	3	6	7	4	20
Ruangan Pemeriksaan Lansia	3	6	7	4	20
Ruangan Pendaftaran/Rekam Medis	5	5	10	10	30
Ruangan Gizi	6	4	3	2	15
Ruangan TB/VCT	5	8	4	5	22

Berikut pembagian Indikator mutu di Puskesmas:

1. Indikator Nasional Mutu (INM)

Indikator ini adalah indikator yang bersifat mandatori (wajib) dilaksanakan oleh seluruh Puskesmas.

Indikator Nasional Mutu (INM) di Puskesmas yang terdiri dari: 1) Kepatuhan Kebersihan Tangan (KKT), 2) Kepatuhan Penggunaan APD (KPA), 3) Kepatuhan Identifikasi Pasien (KIP), 4) Keberhasilan pengobatan pasien TB semua kasus sensitif obat (SO) 5) Ibu hamil yang mendapatkan pelayanan ANC sesuai standar dan 6) Kepuasan Pasien (KP). Penjelasan secara rinci mengenai INM dapat dilihat pada peraturan Menteri Kesehatan yang mengatur tentang Indikator Nasional Mutu di Puskesmas, RS, Laboratorium dan Unit Transfusi Darah (UTD).

2. Indikator Mutu Prioritas Puskesmas

Dalam Menyusun indikator ini harus berbasis pada data-data target/ capaian, contoh indikator upaya peningkatan mutu:

- a. Capaian yang tidak tercapai terhadap standar
- b. Capaian yang lebih rendah dari mitra kaji banding
- c. Capaian yang tidak sesuai harapan pengguna
- d. Capaian yang lebih berpeluang untuk ditingkatkan

3. Indikator Mutu Prioritas di masing-masing pelayanan

Indikator ini disusun berdasarkan prioritas permasalahan dimasing-masing pelayanan.

Sesudah menetapkan indikator dan target, langkah berikutnya Puskesmas perlu menyusun program untuk memenuhi target di semua standar mutu yang telah ditetapkan sesuai dengan skala prioritas. Sebagai contoh untuk memenuhi Standar Keselamatan Pasien dengan indikator ketepatan identifikasi pasien, diperlukan strategi meningkatkan kesadaran dan keterlibatan pasien dan keluarga tentang pentingnya ketepatan identifikasi. Hal ini dilakukan berdasarkan analisis pasien menganggap tidak penting sehingga tidak menyampaikan identitas dengan lengkap. Strategi tersebut dicapai melalui program pendidikan masyarakat, dengan kegiatan penyuluhan berkala, pembuatan *flyer* informasi. Program mutu ini harus menjadi bagian dari perencanaan tahunan di Puskesmas, sehingga format juga harus disesuaikan dengan format yang berlaku di Puskesmas.

Tabel 9 memberikan contoh mengidentifikasi program di masing - masing lingkup berdasarkan capaian sebelumnya.

Tabel. 9 Contoh Pengembangan Program Mutu

LINGKUP MUTU	ACUAN YANG DIGUNAKAN	INDIKATOR	TARGET	CAPAIN TAHUN SEBELUMNYA	PROGRAM MUTU	ALOKASI SUMBERDAYA	UNIT TERKAIT
Lingkup mutu	Acuan yang digunakan	Indikator untuk mengukur pemenuhan standar (dapat>1)	Ukuran atau nilai pencapaian indikator (kriteria mutu baik)	Hasil capaian indikator di tahun sebelum	Program yang direncanakan untuk memenuhi standar	Sumberdaya: manusia, uang, fasilitas	Unit pada Puskesmas yang terlibat dalam penerapan program
Mutu layanan							
<i>PPI</i>	<i>Juknis PPI di FKTP</i>	<i>KKT</i>	<i>>85%</i>	<i>60%</i>	<i>Berdasarkan hasil identifikasi dan analisis masalah maka untuk mencapai target tersebut perlu dilakukan antara lain: pelatihan PPI, pengadaan sarana prasarana kebersihan tangan, Audit kebersihan tangan.</i>	<i>SDM: Penanggung Jawab PPI beserta tim. Dana: APBD II BOK Puskesmas</i>	<i>Semua unit</i>

3.2.2 PELAKSANAAN PROGRAM MUTU

Pelaksanaan program mutu di tingkat Puskesmas merupakan tanggungjawab dari Penanggung Jawab Mutu Puskesmas yang didukung oleh TMP. Pelaksanaan program mutu merupakan langkah implementasi dari perencanaan yang telah disusun pada tahap *Plan* dari siklus PDSA. Rencana pelaksanaan ini dituangkan dalam bentuk dokumen pelaksanaan kegiatan setiap tahun.

Tabel 10. Contoh Pelaksanaan Program Mutu

NO	KEGIATAN	RINCIAN KEGIATAN	SASARAN	2021							ANGGARAN	PJ
				Jan	Feb	Maret	April	Mei	Juni	dst		
Program Peningkatan Mutu												
1	Pengumpulan, analisis dan tindak lanjut penilaian indicator kinerja Puskesmas	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Pengumpulan data indikator penilaian kinerja ▪ Analisis data ▪ Tindak lanjut hasil analisis 	PJ Pelayanan	x	X	X	X	x	X	x		Taufiq
2	Penetapan program prioritas dan indikator mutu manajemen, UKM dan UKP terkait dengan program prioritas	Lokakarya penyusunan program prioritas Puskesmas, rincian kegiatan dan indikator-indikator pencapaian										
	Dst											

Dalam langkah ini, tim melaksanakan rencana yang telah disusun sebelumnya dan memantau proses pelaksanaan proyek uji coba (skala kecil) dengan langkah berikut:

1.1. Implementasi *pilot project*

Implementasikan pilot project sesuai dengan *Plan of Action* yang telah disusun.

1.2. Dokumentasikan hasil *pilot project*

Dokumentasi hasil uji coba sangat penting untuk mengetahui sejauh mana dampak yang ditimbulkan dari pelaksanaan uji coba. Dampak diukur dari adanya peningkatan mutu atau pencapaian tujuan yang telah ditetapkan. Dokumentasi juga perlu untuk mengidentifikasi ada hambatan dalam pelaksanaan uji coba.

1.3. Mulai Lakukan Analisa Data

Kemudian dari hasil dokumentasi tersebut maka dilakukan analisa data untuk hasil peningkatan mutu yang mampu dilakukan sesuai dengan target yang telah ditetapkan.

Contoh analisis data dapat dilihat pada pada tabel 11.

Tabel 11. Contoh analisis data

NO	PENYEBAB	SOLUSI	KEGIATAN	DOKUMENTASI	WAKTU	PJ	KETERANGAN	HASIL
1	Skrining hanya dilakukan pada pasien kontak erat	Skrining dilakukan pada pasien yang memiliki gejala mengarah ke Covid 19	Setiap pasien yang datang dilakukan pendataan terkait gejala Covid 19, Dilakukan pencatatan skrining secara terpadu dari poli ISPA sampai laboratorium	terlampir	Maret	Taufiq	Data pasien terekap secara terpadu	Peningkatan jumlah testing pasien Covid 19
2	Kurangnya pemantauan keluarga terhadap pasien Covid 19 yang melakukan isolasi mandiri	Melakukan pemantauan pasien Covid 19 melalui WA maupun kunjungan rumah jika diperlukan	Pemantauan kondisi harian pasien Covid 19	terlampir	Maret 2020	Taufiq	Pasien positif covid melakukan isolasi mandiri jika kondisi tempat tinggal memungkinkan serta terpantau kondisinya sampai swab hasil ke dua, pasien yang memerlukan rujukan dapat di rujuk. Catatan: Protokol Swab RT- PCR disesuaikan dengan kebijakan terbaru	Pasien isoman terpantau kondisi Kesehatan

3.2.3 PEMANTAUAN, PENGENDALIAN DAN PENILAIAN

Mutu pelayanan kesehatan di Puskesmas sangat dipengaruhi oleh berbagai komponen dalam sistem yang sangat terkait satu sama lain dan saling mempengaruhi.

Pemantauan mutu di Puskesmas adalah kegiatan mengamati perkembangan pelaksanaan rencana kegiatan mutu dengan mengumpulkan dan mengkaji data secara periodik dengan tujuan agar semua data atau informasi yang diperoleh dapat menjadi landasan dalam mengambil keputusan tindakan yang akan dilakukan selanjutnya.

Proses yang dilakukan dalam pemantauan mutu adalah:

- a. Mengukur dan menilai kinerja mutu layanan
- b. Membandingkan kinerja dengan tujuan
- c. Melakukan analisis permasalahan
- d. Melakukan peningkatan mutu berdasarkan perbedaan antara kinerja dan tujuan

Pengukuran terhadap data mutu oleh masing-masing penanggungjawab pelayanan sesuai periode pengukuran yang telah ditetapkan. Selanjutnya berdasarkan hasil pengukuran maka dilakukan penilaian untuk melihat kinerja mutu di masing-masing pelayanan. Pengukuran dan penilaian mutu dilakukan berdasarkan indikator mutu yang telah ditetapkan di masing-masing pelayanan. Dalam tahapan monitoring ini, Penanggung Jawab Mutu bersama TMP mengkoordinasikan hasil penilaian yang telah dikumpulkan dengan masing-masing penanggungjawab, yang selanjutnya dianalisis pada tingkat Puskesmas. Dari hasil analisis, disusun rancangan umpan balik yang ditetapkan oleh Kepala Puskesmas untuk ditindaklanjuti oleh masing-masing pelayanan.

Berdasarkan hasil penilaian kinerja mutu yang telah diumpulkan, masing-masing pelayanan melakukan

tindaklanjut sesuai siklus peningkatan mutu berkesinambungan, dengan tahapan sebagai berikut:

Pada tahap ini dilakukan evaluasi terhadap sasaran dan proses serta melaporkan apa saja hasil yang sudah dicapai. Kita menilai kembali apa yang sudah kita kerjakan, sudahkah sesuai dengan standar yang ada atau masih ada kekurangan. Penilaian juga dilakukan dengan memantau dan mengevaluasi proses dan capaian hasil dibandingkan sasaran. Selain penilaian, pada tahapan *study* juga dilakukan analisis hasil temuan selama tahap pelaksanaan proyek peningkatan mutu untuk mengetahui apakah masalah yang ada telah hilang atau berkurang sehingga menunjukkan proyek peningkatan mutu benar-benar efektif dan efisien. Proses studi dapat dilakukan dengan survei dan observasi. Tahap *Study* dilakukan dengan langkah-langkah berikut.

1.1. Menyelesaikan Analisa data

Berdasarkan hasil yang diperoleh maka dilakukan Analisa untuk mengetahui dampak keberhasilan dari uji coba yang dilakukan terhadap target serta sasaran yang ditetapkan.

1.2. Bandingkan/ Evaluasi hasil

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

1.3. Buat kesimpulan

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

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

Untuk memastikan pelaksanaan *pilot project*, maka dapat dilakukan pemantauan melalui kegiatan audit internal dan pertemuan tinjauan manajemen. *Output* dari pelaksanaan audit internal dan pertemuan tinjauan manajemen diharapkan dapat memberikan masukan kepada TMP untuk memperbaiki dan kelancaran pelaksanaan *pilot project* program mutu Puskesmas.

- **AUDIT INTERNAL**

Audit internal merupakan mekanisme evaluasi internal untuk menilai kepatuhan pada standar sesuai dengan indikator yang disepakati dan ditetapkan. Standar yang dimaksud mengacu pada standar yang telah ditetapkan Puskesmas dalam perencanaan mutu. Disamping standar mutu, mekanisme audit juga dilakukan untuk melihat kepatuhan implementasi mekanisme penjaminan mutu. Mekanisme audit dapat dilakukan dengan menggunakan pendekatan *peer review*, artinya auditor berasal dari pengelola Puskesmas yang melakukan audit pada unit lain (bukan unit yang bersangkutan). Dengan pendekatan ini audit akan menjadi proses pembelajaran bersama. Mekanisme audit internal dilakukan dengan mengacu Pedoman Audit Internal Kementerian Kesehatan.

Untuk dapat melakukan mekanisme audit, Puskesmas harus memiliki auditor internal sehingga perlu dilakukan pelatihan auditor internal oleh Puskesmas. Pelatihan tersebut dapat dilakukan bekerjasama dengan institusi yang kompeten dan dilakukan berkala. Calon auditor disarankan memiliki kualifikasi: Merupakan seorang tenaga kesehatan dengan minimal pendidikan Diploma 3 dan Berpengalaman bekerja minimal 2 (dua) tahun di Puskesmas.

Langkah melakukan audit internal terdiri dari persiapan yang meliputi: penetapan lingkup, pembuatan borang (diseminasi lingkup dan borang, persiapan *auditee* (unit yang diaudit). Pelaksanaan audit dilakukan dengan menyepakati jadwal dan auditor, pelaksanaan audit, laporan, analisis dan tindak lanjut hasil audit. Lingkup audit dapat dipilih sesuai dengan prioritas standar dari hasil monitoring atau bisa juga dalam rangka persiapan akreditasi, sehingga dapat menggunakan *instrument self-assessment* sebagai borang audit. Lingkup audit juga dapat bersifat menyeluruh misalnya: evaluasi tindak lanjut audit, pemenuhan standar mutu terkait pada unit, pencapaian kinerja unit, dan hasil survei kepuasan. Hasil audit dilaporkan pada kepala Puskesmas dengan tembusan kepada auditee/unit yang diaudit, dan arsip pada PJM Puskesmas. Berdasarkan hasil audit, unit (*auditee*) melakukan analisis permasalahan dan rencana tindak lanjut yang dituliskan dalam borang tindak lanjut hasil audit untuk dilaporkan pada PJM Puskesmas. Untuk melihat keterlaksanaan tindak lanjut, Puskesmas dapat menyelenggarakan mekanisme audit terhadap pelaksanaan tindak lanjut sesuai dengan jangka waktu yang ditetapkan (3-6 bulan).

Pada audit berikutnya verifikasi tindak lanjut temuan lama (audit sebelumnya) akan selalu menjadi salah satu lingkup

wajib audit. Tindak lanjut audit dapat bersifat koreksi, dan tindakan pencegahan berdasarkan akar masalah yang diidentifikasi. Oleh karena itu siklus audit bagi unit merupakan masukan hasil studi (S) yang ditindaklanjuti dengan analisis akar masalah (*Act*) sebagai dasar dalam menyusun rencana peningkatan mutu secara berkesinambungan (P) yang kemudian diimplementasikan (D) dan selanjutnya kembali ke siklus di monitor (S).

- **PERTEMUAN TINJAUAN MANAJEMEN**

Pertemuan Tinjauan Manajemen (PTM) merupakan mekanisme pengendalian untuk memastikan keterlaksanaan perencanaan dan TKM berdasarkan hasil monitoring dan evaluasi. Pertemuan ini dilaksanakan secara periodik untuk meninjau kinerja TKM dan kinerja pelayanan/ penyelenggaraan kegiatan di Puskesmas dengan maksud untuk memastikan kelanjutan, kesesuaian, kecukupan, dan efektifitas dari TKM dan sistem pelayanan/ penyelenggaraan kegiatan. Pelaksanaan PTM minimal dilakukan dua kali dalam setahun. Masukan dalam tinjauan manajemen adalah hasil monitoring dan evaluasi yang dilakukan Puskesmas. Sebagai contoh adalah hasil penilaian dan pengukuran, hasil audit, capaian kinerja, perkembangan tindak lanjut PTM sebelumnya, dan hasil penilaian eksternal seperti hasil penilaian dan rekomendasi akreditasi.

PJM Puskesmas bertanggungjawab dalam menyiapkan masukan dan analisis data masukan yang akan dibahas saat pertemuan tinjauan manajemen. Analisis data meliputi kesenjangan dan daftar kesenjangan (permasalahan), pengelompokan (kluster) dan prioritas masalah, analisis akar masalah yang menjadi prioritas, serta usulan tindak lanjut baik tindakan koreksi maupun pencegahan. Tindakan koreksi

merupakan tindakan perbaikan langsung atas masalah dan dampak masalah yang ditemukan dan bersifat dapat dilakukan dalam jangka pendek. Tindakan pencegahan dirancang berdasarkan analisis akar masalah dan biasanya memerlukan jangka waktu penyelesaian yang lebih panjang. Dengan tindakan pencegahan ini diharapkan masalah sama dengan penyebab yang sama tidak akan terulang lagi.

Pelaksanaan PTM dipimpin oleh PJM Puskesmas dihadiri oleh Kepala Puskesmas, TMP dan seluruh penanggungjawab Program dan Kegiatan terkait. Dalam pelaksanaan PTM, PJM Puskesmas menyampaikan masukan dan hasil analisis. Sesuai dengan besaran (jumlah) permasalahan, dapat dilakukan diskusi kelompok untuk membahas hasil analisis TMP. Hasil diskusi kelompok kemudian dipresentasikan dan dibahas. Berdasarkan hasil bahasan bersama, Kepala Puskesmas menetapkan tindak lanjut yang disepakati. Rencana tindak lanjut ini akan menjadi dasar peningkatan mutu secara berkesinambungan. Manajemen Puskesmas dapat mengintegrasikan pelaksanaan PTM dengan mekanisme pertemuan organisasi yang ada misal Evaluasi Semester dan Tahunan atau Mini Loka dengan menambahkan agenda PTM pada pertemuan tersebut.

Berdasarkan hasil PTM, TMP menyusun dokumen laporan Pertemuan Tinjauan Manajemen. Isi laporan mencakup latar belakang, tujuan, lingkup, hasil (data) unsur masukan, analisis, rencana tindak lanjut. Format rencana tindak lanjut perlu mencakup daftar kesenjangan, akar masalah, tindak lanjut, penanggungjawab, indikator, target, waktu, dan sumber pembiayaan. Laporan tinjauan manajemen disahkan oleh Kepala Puskesmas, dan dilaporkan kepada Dinas Kesehatan. Sebagai umpan balik, laporan PTM dikirimkan kepada semua unit terkait untuk diimplementasikan rencana tindak lanjut

sesuai dengan kewenangan yang disepakati. Proses ini menjadi dasar dalam peningkatan mutu secara berkesinambungan.

3.2.4 PENINGKATAN MUTU

Pada tahapan ini dilakukan tindak lanjut sesuai kesimpulan hasil studi (S) dari siklus PDSA, dengan menyusun kembali perencanaan (*Plan*) sehingga siklus berkesinambungan terlaksana. Apabila hasil uji upaya peningkatan masih menemukan kelemahan-kelemahan, maka susun rencana peningkatan untuk dilaksanakan selanjutnya (*Plan to Act*) guna menghilangkan kelemahan yang ditemukan.

Jika gagal, maka cari solusi lain, namun jika berhasil, dilakukan rutinitas sehingga menjadi standarisasi hasil perbaikan. Berikut adalah tahapan standarisasi perbaikan:

- a. Gambarkan proses baru (solusi yang sudah teruji) dalam *flowchart* yang jelas dan mudah dipahami
- b. Diskusikan dengan orang-orang yang terlibat dalam proses standarisasi untuk mempertimbangkan bagian lain yang mungkin akan mendapat dampak positif dari perubahan yang akan dilakukan
- c. Modifikasi standar, prosedur, kebijakan, target, untuk menggambarkan proses perubahan
- d. Diskusikan dengan semua pegawai Puskesmas tentang rencana perubahan
- e. Berikan penjelasan dan pelatihan kepada pegawai sesuai kebutuhan untuk melakukan perubahan di Puskesmas
- f. Bangun rencana untuk mendukung orang-orang agar mau berubah, mulai dari fasilitas dan lingkungan kerja di Puskesmas.

- g. Dokumentasikan setiap tahap proses perubahan sehingga dapat dijadikan pembelajaran untuk pelayanan lainnya di Puskesmas.

Apabila pilot *project* belum berhasil maka langkah selanjutnya adalah menyusun rencana perubahan pada siklus peningkatan mutu berikutnya.

Untuk memudahkan gambaran pelaksanaan PDSA, dapat dituangkan dalam format PDSA yang diadaptasi dari model peningkatan mutu oleh Nolan seperti contoh pada tabel 12.

Tabel 12. Contoh Format PDSA Temuan Ketidaktepatan Pengumpulan Laporan Pengukuran Indikator Mutu

Item PDSA	Sub Komponen	Aktifitas dan Hasil
Plan	Tujuan	Meningkatkan tepat waktu laporan mutu sesuai target
	Harapan Rencana perbaikan Rencana pengamatan	Ketepatan waktu tercapai 100% Memberikan reward dan punishment Angka tepat, tanggal pengumpulan laporan
Do	Pelaksanaan perbaikan Pelaksanaan pengamatan	Pemberian reward Data yang tepat waktu dan tidak tepat waktu
Study	Kaji hasil pengamatan Belajar dari pengamatan	Ketepatan meningkat, 100 %, Meskipun tepat waktu tapi semuanya mepet (mendekati batas akhir)
Act	Dilanjutkan Diperbaiki Ditinggalkan	Dilanjutkan dan meningkatkan target, lebih dini sebelum akhir waktu

3.3 PENCATATAN & PELAPORAN MUTU

Pencatatan yang baik dibutuhkan untuk TKM, karena hasil dari pencatatan tersebut dapat digunakan untuk upaya pengembangan

dan pengambilan kebijakan. Pencatatan baik elektronik maupun manual harus dilakukan secara benar dan lengkap yang selanjutnya akan dilaporkan secara periodik secara berjenjang.

1. Pencatatan Mutu

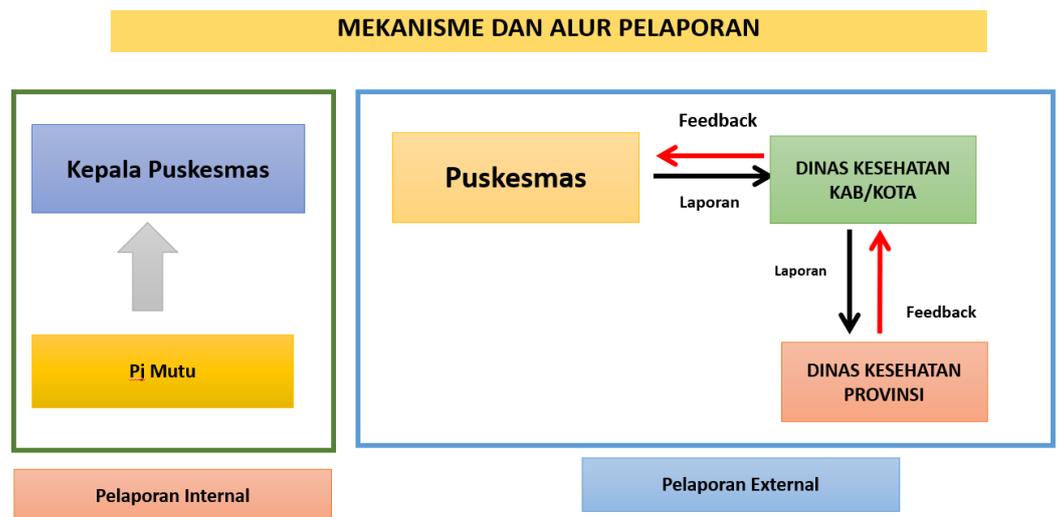
Pencatatan adalah serangkaian kegiatan untuk mendokumentasikan hasil pengamatan, pengukuran, dan/ atau penghitungan pada setiap langkah upaya kesehatan yang dilaksanakan Puskesmas (Permenkes No. 31 Tahun 2019 Tentang Sistem Informasi Puskesmas). Sesuai dengan amanat Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 31 Tahun 2019 disebutkan bahwa setiap pelaksana kegiatan Puskesmas dan jaringannya wajib melakukan pencatatan kegiatan yang dilaksanakan. Tujuan dilakukan pencatatan adalah agar tercatatnya semua data hasil kegiatan kinerja dan mutu Puskesmas sesuai kebutuhan Puskesmas secara benar, lengkap, teratur dan berkesinambungan. Pencatatan yang dilakukan adalah pencatatan hasil kegiatan dengan memperhitungkan cakupan kegiatan yang diperhitungkan dalam periode waktu yang telah ditetapkan contohnya adalah pencatatan hasil pengukuran indikator mutu prioritas Puskesmas.

2. Pelaporan Mutu

Pelaporan adalah penyampaian data terpilah dari hasil pencatatan kepada pihak terkait sesuai dengan tujuan dan kebutuhan yang telah ditentukan. Puskesmas perlu menyusun laporan sebagai salah satu bentuk upaya untuk melakukan peningkatan mutu yang ada di Puskesmas, dan sesuai dengan amanat Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 31 Tahun 2019 tentang Sistem Informasi Puskesmas bahwa kepala Puskesmas harus menyampaikan laporan kegiatan Puskesmas secara berkala kepada Kepala Dinas Kesehatan

Daerah Kabupaten/Kota. Hasil dari pencatatan tersebut kemudian dilaporkan sesuai dengan periode waktu yang ditetapkan contohnya adalah pelaporan indikator mutu yang dilakukan setiap bulan, triwulanan dan tahunan.

Gambar 9. Mekanisme dan Alur Pelaporan



Pelaporan di Puskesmas di bagi menjadi dua yaitu pelaporan internal dan pelaporan eksternal.

- a. Pelaporan internal yaitu pelaporan yang dilakukan oleh PJM Puskesmas tentang capaian kinerja dan mutu kepada Kepala Puskesmas secara periodik.
- b. Pelaporan eksternal yaitu pelaporan tentang kinerja dan mutu Puskesmas kepada Dinas Kesehatan Daerah Kabupaten/Kota secara periodik. Berdasarkan laporan yang diterima, Dinas Kesehatan Daerah Kabupaten/ Kota melakukan verifikasi dan memberikan umpan balik terkait capaian program mutu yang sudah dilakukan di Puskesmas sebagai masukan upaya peningkatan mutu di Puskesmas, dan sesuai dengan amanah Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 31 Tahun 2019 tentang Sistem Informasi Puskesmas bahwa Dinas Kesehatan Daerah

Kabupaten/Kota wajib membuat dan menginformasikan umpan balik terhadap laporan kegiatan Puskesmas dan jaringannya.

Umpan balik yang diberikan oleh Dinas Kesehatan Daerah memuat keterangan paling sedikit mengenai:

- 1) Jenis laporan
- 2) Kelengkapan isi laporan
- 3) Ketepatan waktu penyampaian laporan
- 4) Hasil validasi isi laporan
- 5) Rekomendasi

Selanjutnya Dinas Kesehatan Daerah Kabupaten/Kota menyampaikan laporan capaian kinerja dan mutu yang dicapai Puskesmas berupa rekapitulasi laporan kepada Dinas Kesehatan Daerah Provinsi sebagai bahan masukan bagi Dinas Kesehatan Daerah Provinsi dalam merumuskan kebijakan dan memetakan upaya peningkatan mutu yang dilakukan oleh masing-masing Dinas Kesehatan Daerah Kabupaten/Kota.

Pelaporan mutu dilakukan secara berjenjang sebagai upaya peningkatan mutu di setiap level secara berkesinambungan. Pelaporan mutu dilakukan secara periodik sesuai dengan format yang sudah ditetapkan. Pelaporan mutu ini digunakan sebagai masukan terkait upaya peningkatan kinerja dan mutu di Puskesmas untuk dapat dijadikan sebagai evaluasi keberhasilan program mutu.

Hasil pelaporan tersebut digunakan untuk merumuskan kebijakan dan melakukan intervensi-intervensi perbaikan agar upaya peningkatan mutu di Puskesmas bisa terjaga secara berkesinambungan.

4 PERAN DINAS KESEHATAN DALAM PEMANTAUAN DAN EVALUASI PENERAPAN TATA KELOLA MUTU DI PUSKESMAS

Penerapan TKM di Puskesmas merupakan upaya dalam memperbaiki dan meningkatkan mutu pelayanan secara berkesinambungan. Untuk dapat berjalan sesuai dengan harapan, maka dibutuhkan peran dari Dinas Kesehatan Daerah Provinsi dan Dinas Kesehatan Daerah Kabupaten/Kota dalam membina dan mengawasi upaya-upaya yang dilakukan oleh Puskesmas secara berjenjang sesuai dengan kewenangannya masing-masing.

Adapun peran dari Dinas Kesehatan sebagai berikut:

A. Dinas Kesehatan Daerah Provinsi

1. Melakukan sosialisasi pedoman TKM di tim Pembina kabupaten/kota.
2. Memfasilitasi penguatan Dinas Kesehatan Kab/Kota sebagai Tim Pembina Cluster Binaan (TPCB)
3. Melakukan pembinaan upaya peningkatan mutu kepada dinas kesehatan kabupaten kota/kota secara periodik, antara lain:
 - a. Melakukan koordinasi pelaksanaan survei akreditasi di wilayah kerjanya
 - b. Membuat rekomendasi penugasan surveior kepada Kementerian Kesehatan
 - c. Monitoring analisa hasil Pengukuran Indikator Mutu
 - d. Monitoring pelaksanaan keselamatan pasien di fasilitas pelayanan Kesehatan.
4. Melakukan pemantauan pembinaan mutu di Dinas Kesehatan Daerah Kabupaten/Kota dilaksanakan secara periodik.
5. Memberikan umpan balik terhadap laporan mutu yang disampaikan oleh dinas kesehatan daerah kabupaten/kota secara periodik

-
6. Melakukan *mapping* upaya peningkatan mutu Puskesmas yang ada di kabupaten/kota sebagai bahan pembelajaran (*benchmarking*) bagi Dinas Kesehatan Daerah Kabupaten/Kota yang ada di Provinsi dalam upaya peningkatan mutu di daerahnya
 7. Menyampaikan laporan upaya peningkatan mutu di Kabupaten/Kota kepada Kementerian Kesehatan.
 8. Memberikan dukungan penyediaan tenaga kesehatan yang tidak dapat dipenuhi oleh daerah kab/ kota sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan.

B. Dinas Kesehatan Daerah Kabupaten/Kota sebagai Tim Pembina Cluster Binaan (TPCB)

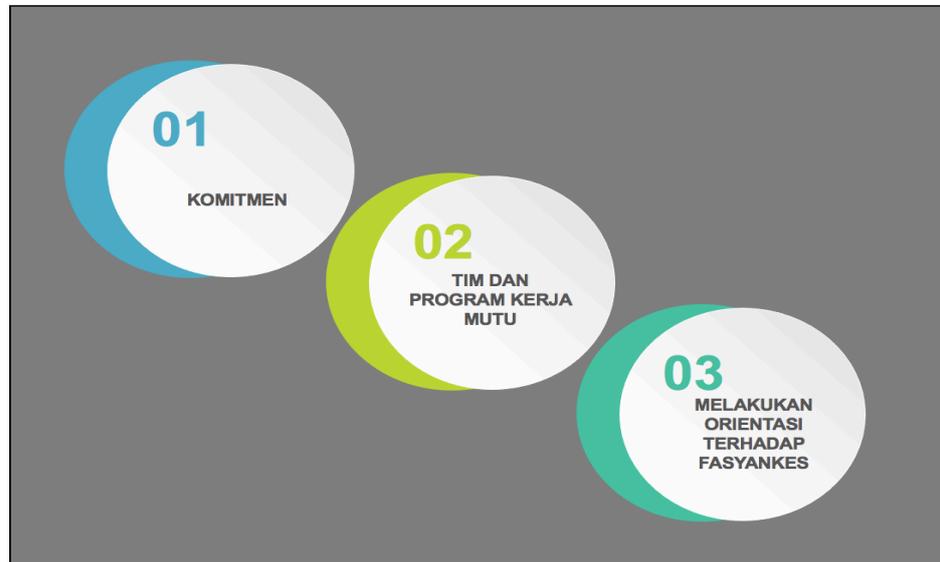
Upaya peningkatan mutu di Puskesmas tidak hanya menjadi tanggungjawab Puskesmas namun juga menjadi tanggungjawab Dinas Kesehatan daerah Kabupaten/Kota sebagai pembina Puskesmas sebagaimana yang diamanahkan dalam Peraturan Menteri Kesehatan tentang Puskesmas.

Menurut WHO, 2020 dalam buku *Quality Health Service*, menuliskan bahwa untuk meningkatkan mutu pelayanan maka kegiatan yang dapat dilakukan di level kabupaten/kota terbagi atas 2 tahap:

I. TAHAP AWAL

Tahap ini merupakan tahap persiapan yang dilakukan oleh Dinas Kesehatan daerah Kabupaten/Kota untuk meningkatkan mutu pelayanan kesehatan. Terdapat tiga kegiatan yang dapat dilihat pada gambar 10.

Gambar 10. Tahap Awal Peningkatan Mutu Di Kabupaten/Kota



1. Komitmen Dinas Kesehatan Daerah Kabupaten/Kota untuk mewujudkan tujuan dan prioritas nasional dalam peningkatan mutu.

Tahap awal dalam menjalankan program mutu adalah komitmen dari Dinas Kesehatan Daerah Kabupaten/Kota untuk mewujudkan tujuan dan prioritas peningkatan mutu secara nasional dengan mengembangkan, menyelaraskan dan mengimplementasikan rencana kerja dengan kegiatan yang jelas di tingkat kabupaten/kota, yang bertujuan untuk meningkatkan mutu pelayanan kesehatan yang diberikan di tingkat daerah antara lain melalui penerapan prinsip-prinsip mutu, membuat design upaya peningkatan mutu dari hasil kaji banding yang bisa diperoleh dari berbagai referensi serta mengadvokasi program mutu kepada semua stakeholder yang ada di Kabupaten/Kota.

2. Tim mutu dan program kerja
Tim dan program kerjanya di tingkat kabupaten/kota memainkan peran penting dalam menetapkan pelaksanaan

kegiatan pelayanan kesehatan yang bermutu. Struktur tingkat kabupaten membantu memperjelas tata kelola dan pengaturan pelaksanaan TKM. Rencana operasional di tingkat kabupaten/kota membantu mengidentifikasi dan memprioritaskan tugas, jadwal, pemangku kepentingan yang bertanggung jawab, kebutuhan sumber daya, dan parameter pengukuran/pemantauan. Memahami intervensi mutu saat ini yang diterapkan di tingkat kabupaten/kota dan mengadaptasi intervensi mutu nasional yang ada sangat penting untuk perencanaan operasional.

3. Melakukan orientasi kepada Fasyankes tentang konsep dan kegiatan peningkatan mutu pelayanan

Pelayanan yang bermutu terjadi di fasilitas kesehatan dan masyarakat. Setiap upaya baru atau yang diperbarui untuk meningkatkan mutu pelayanan, mengharuskan petugas kesehatan dan pimpinan dilibatkan untuk memahami peran mereka dalam meningkatkan mutu pelayanan. Oleh karena itu, orientasi fasilitas kesehatan dan tenaga kesehatan untuk meningkatkan mutu pelayanan kesehatan merupakan komponen penting untuk memperkuat kapasitas dan membangun minat untuk memberikan pelayanan yang efektif, aman dan berpusat pada masyarakat.

II. TAHAP PELAKSANAAN

Pada tahap ini merupakan tahapan yang menjelaskan kegiatan yang mungkin sedang berlangsung di tingkat daerah kabupaten/kota atau proses jangka panjang untuk mendukung mutu program pelayanan. Kegiatan di tingkat daerah kabupaten/kota dirumuskan sebagai kegiatan strategik/operasional pada mutu pelayanan kesehatan yang mendukung pada pencapaian kebijakan kepala daerah dan berfungsi sebagai dukungan bagi fasilitas kesehatan dalam menyusun peningkatan

mutu yang selaras dengan maksud dan tujuan tingkat daerah kabupaten/kota.

Terdapat 6 (enam) kegiatan dalam tahapan ini, yaitu:

1. Merespon kebutuhan fasilitas di fasyankes dalam mencapai tujuan yang dipilih dan memastikan sistem pendukung yang berfungsi untuk pelayanan kesehatan yang bermutu.
2. Pastikan mekanisme berfungsi untuk mendukung pelayanan kesehatan bermutu
3. Pembaharuan rencana dan kegiatan operasional pelayanan kesehatan di tingkat daerah kabupaten/kota berdasarkan hasil pembelajaran.
4. Pertahankan upaya-upaya peningkatan mutu di tingkat nasional melalui keterlibatan kabupaten/kota dalam kegiatan peningkatan pelayanan yang bermutu
5. Menumbuhkan lingkungan positif untuk pemberian pelayanan kesehatan yang bermutu
6. Adaptasi intervensi mutu di tingkat kabupaten

Melalui tahapan yang telah diuraikan di atas, diharapkan Dinas Kesehatan Daerah Kabupaten/Kota mempunyai program kerja yang lebih rinci yang mengintegrasikan semua fasilitas pelayanan kesehatan di daerah dalam mewujudkan peningkatan mutu secara berkesinambungan.

Sehubungan dengan upaya untuk mendorong pemenuhan standar pelayanan di Puskesmas serta mendorong upaya-upaya peningkatan mutu lainnya, saat ini sudah dibentuk Tim Pembina *Cluster* Binaan (TPCB) di tingkat daerah kabupaten/kota. Adapun tugas dan tanggungjawab TPCB dalam upaya peningkatan TKM di Puskesmas sebagai berikut:

1. Melakukan pemantauan pelaksanaan upaya peningkatan mutu di Puskesmas secara periodik, baik secara langsung maupun tidak langsung.
2. Melakukan sosialisasi pedoman TKM di Puskesmas

-
3. Melaksanakan pembinaan upaya peningkatan mutu kepada Puskesmas secara periodik, meliputi:
 - a. Verifikasi hasil *self assessment*
 - b. Fasilitasi pemahaman standar
 - c. Pembinaan penyusunan perencanaan perbaikan strategis
 - d. Pembinaan penetapan dan pengukuran indikator mutu
 - e. Pembinaan pelaporan insiden keselamatan pasien
 4. Melakukan *mapping* upaya peningkatan mutu Puskesmas yang ada di tingkat daerah kabupaten/kota sebagai bahan pembelajaran (*benchmarking*) bagi Puskesmas lain dalam upaya peningkatan mutu di daerahnya.
 5. Memberikan umpan balik terhadap laporan mutu yang disampaikan oleh Puskesmas secara periodik
 6. Melakukan advokasi kepada *stakeholder* terkait dalam mendukung upaya peningkatan mutu di Puskesmas
 7. Memfasilitasi penguatan sumber daya Puskesmas dalam upaya peningkatan mutu di Puskesmas
 8. Menyelenggarakan upaya peningkatan kompetensi bagi TPCB Dinas Kesehatan daerah kabupaten/kota.
 9. Menyampaikan laporan upaya peningkatan berupa rekapitulasi analisis dan perbaikan upaya mutu yang telah dilakukan kepada Dinas Kesehatan Provinsi secara periodik.

5 PENUTUP

BAB V PENUTUP

Dengan tersusunnya pedoman ini diharapkan dapat menjadi acuan dalam melakukan TKM di Puskesmas. Pelaksanaan TKM di Puskesmas diharapkan dapat diimplementasikan mulai dari pengorganisasian mutu, perencanaan mutu, pelaksanaan, pemantauan dan penilaian mutu sampai dengan peningkatan mutu secara berkesinambungan. Dengan demikian diharapkan budaya mutu di Puskesmas akan terlaksana dan terjaga.

Tentunya pedoman TKM di Puskesmas ini belum sempurna, untuk itu diharapkan masukan dari pembaca dan pemerhati mutu pelayanan kesehatan. Masukan dan saran bisa dikirimkan melalui alamat email: mutu.akreditasi.fktp.kemkes@gmail.com. Jika ada perkembangan terkait mutu pelayanan kesehatan maka pedoman ini akan dilakukan update dari waktu ke waktu.

Lampiran :
 Contoh segitiga Donabedian sesuai dengan Manajemen Puskesmas

SEGITIGA DONABEDIAN	CONTOH DI PUSKESMAS	Tahapan Manajemen
Struktur	<ul style="list-style-type: none"> • Tersedia Sumber Daya Manusia (SDM) • Tersedia Sarana, Prasarana dan Alat Kesehatan (SPA) • Tersedia kebijakan mutu • Ada TMP beserta uraian tugasnya • Ada Program Mutu 	P1 (Perencanaan)
Proses	<ul style="list-style-type: none"> • Kepatuhan petugas terhadap standar pelayanan atau SOP • Dilakukan pengukuran indikator mutu sesuai dengan kamus indikator mutu yang disusun • Dilakukan audit internal dan rapat tinjauan manajemen sesuai dengan rencana • Dilakukan identifikasi risiko • Dilakukan program PPI 	P2 (pelaksanaan dan penggerakan)
Hasil	<ul style="list-style-type: none"> • Ada hasil evaluasi pengukuran indikator mutu sesuai dengan kamus indikator mutu yang disusun • Ada hasil evaluasi kinerja pelayanan baik UKM maupun UKP • Ada rencana tindak lanjut peningkatan mutu pelayanan kesehatan berdasarkan pengukuran indikator mutu • Peningkatan kepuasan pengguna pelayanan yang dilihat dari peningkatan Indeks Kepuasan Masyarakat (IKM) 	P3 (pengawasan, pengendalian dan penilaian kinerja)

TIM PENYUSUN, KONTRIBUTOR DAN EDITOR

Diterbitkan oleh :

Direktorat Mutu dan Akreditasi Pelayanan Kesehatan

Pengarah :

Prof. dr. H. Abdul Kadir, Ph.D, Sp.THT-KL (K), MARS

Pembina:

drg. Farichah Hanum, M.Kes

Koordinator:

dr. H.K.Mohamad Taufiq, MMR

Penyusun:

drg. Farichah Hanum, M. Kes; dr.H.K. Mohamad Taufiq, MMR; dr. Dewi Irawati, MKM; Dini Rahmadian SKP, MHSM; Ira Irianti, SKM, MKM, Armawati, SKM, MKes; Emma Aprilia, SKM, MARS, dr. Tjahjono Kuntjoro, MPH, drPH, dr. Viera Wardhani, MKes; Dr, dr. Hanevi Djasari, MARS.

Kontributor:

Dr. Monika Saraswati S, M.Sc; drg. Betha Chandra Sari, M.PH; Indi Susanti, SKM, M.Epid, dr. Mugi Lestari, M.KPP; Tanti Oktriani, S.Kep, Ners; Kanisius Maturbongs, SKM, M.Kes; dr. Edih Suryono, MARS; dr. Victor Eka Nugrahaputra, M.Kes; dr. Tri Kusumawati, MARS.

Sekretariat :

Hani Anggoro, S. Psi; Nur Siti Desy Rianingsih, SKM; Yulia Stevani, SKM; Maurizka Viera, SKM; Agus Budiyanto.

Editor dan Layout Buku:

dr. H.K. Mohamad Taufiq, MMR, Ira Irianti, SKM, MKM.

EMAIL:

subditmutuyankesprimer@kemkes.go.id

Hak Cipta dilindungi oleh Undang-Undang

Dilarang memperbanyak buku ini sebagian atau seluruhnya dalam bentuk dan dengan cara apapun juga, baik secara mekanis maupun elektronik termasuk fotocopy rekaman dan lain-lain tanpa seijin tertulis dari Direktorat Mutu dan Akreditasi Pelayanan Kesehatan, Ditjen Yankes, Kementerian Kesehatan RI.



ISBN 978-623-301-240-9

