



BUKU PEDOMAN

UPAYA PENINGKATAN MUTU
PELAYANAN RUMAH SAKIT
(KONSEP DASAR DAN PRINSIP)

DEPARTEMEN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
DIREKTORAT JENDERAL PELAYANAN MEDIK
DIREKTORAT RUMAH SAKIT KHUSUS DAN SWASTA

1994

KATA PENGANTAR

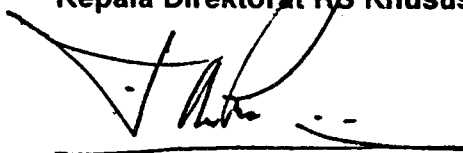
Memasuki pelaksanaan Pelita VI yang merupakan awal Pembangunan Jangka Panjang Tahap Kedua (PJPT II), salah satu prakondisi yang harus dipenuhi adalah meningkatkan mutu pelayanan, termasuk mutu pelayanan di Rumah Sakit agar pengelolaan Rumah Sakit menjadi lebih efektif dan efisien.

Buku pedoman ini disusun agar ada kesamaan pengertian tentang mutu, konsep dasar dan prinsip Upaya Peningkatan Mutu Pelayanan Rumah Sakit. Diuraikan tahap-tahap implementasi Quality Assurance, teknik dan implementasi Gugus Kendali Mutu serta langkah-langkah proses pemecahan masalah, yang dapat dipergunakan oleh pimpinan dan pelaksana rumah sakit sebagai acuan dalam melaksanakan Upaya Peningkatan Mutu Pelayanan Rumah Sakit disesuaikan dengan situasi dan kondisi yang ada.

Kami menyadari bahwa masih ada kekurangan-kekurangan pada buku pedoman ini, oleh karenanya saran dan kritik guna penyempurnaan buku ini sangat kami harapkan.

Jakarta, 12 April 1994

DIREKTORAT JENDERAL PELAYANAN MEDIK
Kepala Direktorat RS Khusus & Swasta



Dr. Soemarja Aniroen, MHA

NIP. 140028924

KATA SAMBUTAN

Dalam Pembangunan Jangka Panjang Pertama (PJPT I) yang berakhir pada Pembangunan Lima Tahun Kelima, bangsa Indonesia telah berhasil menciptakan kerangka landasan yang cukup mantap, termasuk di bidang kesehatan sehingga bangsa Indonesia dapat memasuki proses tinggal landas pada Pelita ke enam.

Pembangunan kesehatan telah berhasil meningkatkan pelayanan kesehatan secara lebih merata, namun peningkatan mutu baik mutu pelayanan kesehatan itu sendiri maupun mutu sumberdaya manusia masih perlu senantiasa diupayakan dengan lebih mengembangkan dan menerapkan ilmu pengetahuan dan teknologi kedokteran.

Dengan semakin meningkatnya pendidikan dan status sosial ekonomi, masyarakat cenderung menuntut pelayanan kesehatan yang lebih baik dan lebih bermutu. Rumah Sakit sebagai salah satu sarana kesehatan dituntut untuk senantiasa memberi pelayanan yang baik dengan petugas yang ramah.

Oleh karenanya saya menyambut baik prakarsa Direktorat Rumah Sakit Khusus dan Swasta untuk menerbitkan Buku Pedoman Upaya Peningkatan Mutu Pelayanan Rumah Sakit. Dengan harapan buku ini dapat menjadi acuan bagi manajemen Rumah Sakit untuk meningkatkan kualitas sumber daya manusia yang pada gilirannya dapat meningkatkan mutu pelayanan di Rumah Sakit.

Pada kesempatan ini saya ingin mengucapkan terima kasih kepada semua pihak yang telah memberi masukan dan membantu penyusunan buku Pedoman Upaya Peningkatan Mutu Pelayanan rumah sakit ini.

Jakarta, April 1994

DIREKTUR JENDERAL PELAYANAN MEDIK



Dr. H. Soejoga, MPH

NIP. 140024148

DAFTAR ISI :

	Hal
Kata Pengantar	i
Kata Sambutan	iii
Daftar isi	v
 BAB. I. PENDAHULUAN	1
A. Latar belakang	1
B. Dasar-dasar Upaya Peningkatan Mutu Pelayanan- Rumah Sakit	2
C. Tujuan	3
1. Tujuan umum	3
2. Tujuan khusus	3
 BAB. II. SEJARAH PERKEMBANGAN UPAYA PENINGKAT- AN MUTU PELAYANAN	4
 BAB. III. KONSEP DASAR UPAYA PENINGKATAN MUTU PE LAYANAN RUMAH SAKIT	8
A. Mutu Pelayanan Rumah Sakit	8
1. Pengertian mutu	8
2. Definisi mutu pelayanan rumah sakit	8
3. Pihak yang berkepentingan dengan mutu	8
4. Dimensi mutu	9
5. Mutu terkait dengan Struktur, Proses dan Outco me	9
B. Upaya Peningkatan Mutu Pelayanan Rumah Sa- kit	10
1. Definisi Upaya peningkatan mutu pelayanan ru- mah sakit	11

2. Tujuan upaya peningkatan mutu pelayanan rumah sakit	11
3. Sasaran	11
4. Strategi	12
5. Metode pendekatan	12
BAB IV. PRINSIP DASAR UPAYA PENINGKATAN MUTU PELAYANAN	15
A. Aspek Yang Dipilih Untuk Ditingkatkan.....	15
B. Indikator Yang Dipilih	16
C. Kriteria Yang Digunakan	16
D. Standar Yang Digunakan	16
BAB. V. PELAKSANAAN UPAYA PENINGKATAN MUTU PELAYANAN	17
A. Pembentukan Wadah	17
1. Struktural	17
2. Fungsional	17
3. Kegiatan	17
3.1. Di Tingkat Pusat	17
3.2. Di Rumah Sakit	19
BAB. VI. PENUTUP	20

Lampiran.

1. Pengertian-pengertian
2. Langkah-langkah dalam melaksanakan audit medik
3. Sembilan kegiatan pada tahap implementasi QA
4. Teknik dan implementasi GKM di rumah sakit
5. Delapan langkah proses pemecahan masalah
6. Enam belas langkah proses pemecahan masalah
7. Tujuh perangkat pemecahan masalah GKM
8. Proses Monitoring dan Evaluasi Peningkatan Mutu pada CQI

BAB. I

PENDAHULUAN

A. LATAR BELAKANG

Tujuan Pembangunan Kesehatan adalah tercapainya kemampuan untuk hidup sehat bagi setiap penduduk agar dapat mewujudkan derajat kesehatan masyarakat yang optimal, sebagai salah satu unsur kesejahteraan umum dari Tujuan Nasional. Untuk itu perlu ditingkatkan upaya guna memperluas dan mendekatkan pelayanan kesehatan kepada masyarakat dengan mutu yang baik dan biaya yang terjangkau.

Dengan berakhirnya Pembangunan Jangka Panjang Tahap Pertama dan dimulainya Pembangunan Jangka Panjang Tahap Kedua, salah satu prakondisi yang harus dipenuhi adalah meningkatnya mutu pelayanan sesuai dengan kebutuhan yang nyata. Peningkatan mutu pelayanan merupakan prioritas utama di semua rumah sakit. Sejak Pelita I sampai sekarang Departemen Kesehatan, telah melaksanakan upaya peningkatan mutu pelayanan secara bertahap. Upaya tersebut dilaksanakan melalui pembangunan sarana, prasarana, pengadaan peralatan dan ketenagaan serta perangkat lunak lainnya, sejalan dengan pembangunan rumah sakit pada umumnya. Namun demikian, disadari pula masih banyak kendala yang dihadapi, terutama yang berkaitan dengan standar kebutuhan dan tuntutan sistem pelayanan yang masih belum selaras dengan perkembangan iptek kedokteran yang semakin pesat dimana pelayanan spesialisik dan sub spesialisik cenderung semakin berkembang.

Selain itu dengan semakin meningkatnya pendidikan dan keadaan sosial ekonomi masyarakat maka sistem nilai dan orientasi dalam masyarakatpun mulai berubah. Masyarakat mulai cenderung menuntut pelayanan umum yang lebih baik, lebih ramah dan lebih bermutu termasuk pula pelayanan kesehatan. Dengan semakin meningkatnya tuntutan masyarakat akan mutu pelayanan tadi maka fungsi pelayanan kesehatan termasuk pelayanan dalam rumah sakit secara bertahap perlu terus ditingkatkan agar menjadi lebih efektif dan efisien serta memberi kepuasan terhadap pasien, keluarga maupun masyarakat. Namun dalam pelaksanaannya bukanlah hal yang mudah. Kendala yang dirasakan saat ini adalah masih belum adanya kesamaan pengertian dasar tentang mutu, konsep dan prinsip demikian pula cara-cara

penerapannya. Disamping itu masih sering terjadi kesimpangsiuran antara upaya peningkatan mutu dan upaya menjaga mutu, walaupun sebetulnya kegiatannya sama. Perbedaanannya adalah pada upaya peningkatan mutu, agar tidak terdapat kekurangan-kekurangan dalam mutu atau agar hasilnya baik maka sebelum jasa diberikan sudah di laksanakan perbaikan-perbaikan. Sedangkan pada upaya menjaga mutu setelah selesai kegiatannya baru dikontrol hasilnya. Oleh karena itu Departemen Kesehatan cenderung menggunakan istilah "upaya peningkatan mutu kesehatan" yang mencakup kedua pengertian tadi.

Berdasarkan hal diatas, maka agar upaya peningkatan mutu pelayanan rumah sakit dapat seperti yang diharapkan maka dirasa perlu disusun buku pedoman upaya peningkatan mutu pelayanan rumah sakit. Buku pedoman yang merupakan konsep dan prinsip peningkatan mutu pelayanan rumah sakit ini, diharapkan dapat sebagai acuan bagi para pengelola rumah sakit dalam melaksanakan upaya peningkatan mutu pelayanan rumah sakit-nya. Walaupun dalam implementasinya sangat tergantung dengan situasi dan kondisi dari masing-masing rumah sakit.

Dalam buku pedoman ini akan diuraikan tentang dasar-dasar upaya peningkatan mutu, perkembangan upaya peningkatan mutu, konsep dan prinsip, beberapa pendekatan upaya peningkatan mutu pelayanan, langkah-langkah pelaksanaan dan dilengkapi dengan lampiran-lampiran. Sedangkan instrumen penilaian akan disusun dalam buku tersendiri.

B. DASAR-DASAR UPAYA PENINGKATAN MUTU PELAYANAN RUMAH SAKIT.

1. Garis-Garis Besar Haluan Negara (GBHN) tahun 1993 disebutkan bahwa pengelolaan kesehatan yang terpadu perlu lebih dikembangkan agar dapat lebih mendorong peran serta masyarakat, termasuk dunia usaha dalam pembangunan kesehatan. Kualitas pelayanan kesehatan ditingkatkan dan jangkauan serta kemampuan diperluas agar masyarakat, terutama yang berpenghasilan rendah, dapat menikmati pelayanan yang berkualitas dengan terus memperhatikan kemajuan ilmu pengetahuan dan teknologi kedokteran secara serasi dan bertanggung jawab.
2. Pada Sistem Kesehatan Nasional (SKN) disebutkan bahwa dalam waktu dekat harus ditetapkan cara-cara akreditasi pelayanan rumah sakit, sehingga dapat dilakukan penilaian terhadap mutu dan

jangkauan pelayanan rumah sakit secara berkala, yang dapat digunakan untuk menetapkan kebijaksanaan pengembangan atau peningkatan mutu rumah sakit. Selanjutnya SKN menyatakan bahwa: Upaya kesehatan harus bersifat menyeluruh, terpadu, serta dapat diterima dan dapat dijangkau oleh masyarakat luas. Untuk itu perlu digunakan hasil pengembangan ilmu pengetahuan serta teknologi tepat guna, dengan biaya yang dapat dipikul oleh pemerintah dan masyarakat luas tanpa mengorbankan mutu pelayanan kepada perorangan.

3. Tujuan program kesehatan rujukan dan rumah sakit Repelita VI : Peningkatan kemampuan sarana kesehatan rujukan dan rumah sakit untuk mendukung pelayanan kesehatan masyarakat melalui peningkatan pemanfaatan sarana dengan memberikan pelayanan yang lebih luas, bermutu dan efisien.
4. Sarasehan Upaya Peningkatan Mutu Pelayanan Rumah Sakit pada tanggal 30 Juli 1991, dimana dalam sarasehan tersebut telah ditetapkan langkah-langkah sebagai berikut :
 - Tahap pertama : disusun Konsep dasar dan Prinsip Upaya peningkatan Mutu Pelayanan Rumah Sakit.
 - Tahap kedua : disusun "*detail plan*" dan buku pedoman.
 - Tahap ketiga : mulai diimplementasikan ke rumah sakit.

C. T U J U A N

1. TUJUAN UMUM

Agar buku pedoman yang merupakan konsep dasar dan prinsip upaya peningkatan mutu pelayanan ini, dapat dipergunakan oleh semua pimpinan dan pelaksana rumah sakit sebagai acuan dalam melaksanakan Upaya Peningkatan Mutu Pelayanan Rumah Sakit.

2. TUJUAN KHUSUS

1. Tercapainya satu pengertian tentang Upaya Peningkatan Mutu Pelayanan Rumah Sakit.
2. Mengetahui konsep dasar dan prinsip upaya peningkatan mutu pelayanan rumah sakit.
3. Mengetahui cara-cara atau langkah-langkah dalam melaksanakan Upaya Peningkatan Mutu Pelayanan Rumah Sakit.

BAB. II

SEJARAH PERKEMBANGAN UPAYA PENINGKATAN MUTU PELAYANAN RUMAH SAKIT

Upaya peningkatan mutu pelayanan kesehatan sebenarnya bukanlah hal yang baru. Pada tahun (1820-1910) Florence Nightingale seorang perawat dari Inggris menekankan pada aspek-aspek keperawatan pada peningkatan mutu pelayanan. Salah satu ajarannya yang terkenal sampai sekarang adalah *"hospital should do the patient no harm"*, rumah sakit jangan sampai merugikan atau mencelakakan pasien.

Di Amerika Serikat, upaya peningkatan mutu pelayanan medik dimulai oleh ahli bedah Dr. E.A Codman dari Boston dalam tahun 1917. Dr. E.A Codman dan beberapa ahli bedah lain kecewa dengan hasil operasi yang seringkali buruk, karena seringnya terjadi penyulit. Mereka berkesimpulan bahwa penyulit itu terjadi karena kondisi yang tidak memenuhi syarat di rumah sakit. Untuk itu perlu ada penilaian dan penyempurnaan tentang segala sesuatu yang terkait dengan pembedahan. Ini adalah upaya pertama yang berusaha mengidentifikasi masalah klinis, dan kemudian mencari jalan keluarnya.

Kelanjutan dari upaya ini, pada tahun 1918 The American College of Surgeons (ACS) menyusun suatu Hospital Standardization Programme. Program standarisasi adalah upaya pertama yang terorganisasi dengan tujuan meningkatkan mutu pelayanan. Program ini ternyata sangat berhasil meningkatkan mutu pelayanan sehingga banyak rumah sakit tertarik untuk ikut serta. Dengan berkembangnya ilmu dan teknologi maka spesialisasi ilmu kedokteran diluar bedah cepat berkembang. Oleh karena itu program standarisasi perlu diperluas agar dapat mencakup disiplin lain secara umum.

Pada tahun 1951 American College of Surgeon, American College of Physicians, American Hospital Association, American Medical Association dan Canadian Medical Association bekerja sama membentuk suatu Joint Commission on Accreditation of Hospital (JCAH), suatu badan gabungan untuk menilai dan mengakreditasi rumah sakit.

Pada akhir tahun 1960 JCAH tidak lagi hanya menentukan syarat minimal dan esensial untuk mengatasi kelemahan-kelemahan yang ada di rumah sakit, namun telah memacu rumah sakit agar memberikan mutu pelayanan yang setinggi-tingginya sesuai dengan sumber daya

yang ada. Untuk memenuhi tuntutan yang baru ini antara tahun 1953-1965 standar akreditasi direvisi enam kali, selanjutnya beberapa tahun sekali diadakan revisi.

Atas keberhasilan JCAH dalam meningkatkan mutu pelayanan, Pemerintah Federal memberi pengakuan tertinggi dalam mengundang "Medicare Act". Undang-undang ini mengabsahkan akreditasi rumah sakit menurut standar yang ditentukan oleh JCAH. Sejak saat itu rumah sakit yang tidak di akreditasi oleh JCAH tidak dapat ikut program asuransi kesehatan pemerintah federal (medicare), padahal asuransi di Amerika sangat menentukan utilisasi rumah sakit karena hanya 9,-3% biaya rumah sakit berasal dari pembayaran langsung oleh pasien.

Sejak tahun 1979 JCAH membuat standar tambahan, yaitu agar dapat lulus akreditasi suatu rumah sakit harus juga mempunyai program pengendalian mutu yang dilaksanakan dengan baik.

Di Australia, Australian Council on Hospital Standards (ACHS) didirikan dengan susah payah pada tahun 1971, namun sampai tahun 1981 badan ini baru berhasil beroperasi dalam 3 Negara bagian. Tetapi lambat laun ACHS dapat diterima kehadirannya dan diakui manfaatnya dalam upaya peningkatan mutu pelayanan sehingga sekarang kegiatan ACHS telah mencakup semua negara bagian. Pelaksanaan peningkatan mutu di Australia pada dasarnya hampir sama dengan di Amerika.

Di Eropa barat perhatian terhadap peningkatan mutu pelayanan sangat tinggi, namun masalah itu tetap merupakan hal baru dengan konsepsi yang masih agak kabur bagi kebanyakan tenaga profesi kesehatan. Sedangkan pendekatan secara Amerika sukar diterapkan karena perbedaan sistem kesehatan di masing-masing negara di Eropa. Karena itu kantor Regional WHO untuk Eropa pada awal tahun 1980-an mengambil inisiatif untuk membantu negara-negara Eropa mengembangkan pendekatan peningkatan mutu pelayanan disesuaikan dengan sistem pelayanan kesehatan masing-masing.

Pada tahun 1982 kantor regional tersebut telah menerbitkan buku tentang upaya meningkatkan mutu dan penyelenggaraan simposium di Utrecht, negeri Belanda tentang metodologi peningkatan mutu pelayanan.

Dalam bulan Mei 1983 di Barcelona, Spanyol suatu kelompok kerja yang dibentuk oleh WHO telah mengadakan pertemuan untuk mempelajari peningkatan mutu khusus untuk Eropa, hasil rekomendasi kelom-

pok kerja sebagai berikut:

- mengapa upaya peningkatan mutu dibutuhkan.
- apa tujuannya.
- bagaimana sebaiknya upaya peningkatan mutu dilaksanakan pada tingkat nasional atau lokal.
- apa saja kegiatan yang seyogyanya dilakukan dalam program nasional.
- bagaimana mutu pelayanan dapat ditingkatkan, jika ternyata memang ditemukan adanya kelemahan-kelemahan.

Walaupun secara regional WHO telah melakukan berbagai upaya, namun pada simposium peningkatan mutu pada bulan Mei 1989 terdapat kesan bahwa secara nasional upaya peningkatan mutu diberbagai negara Eropa Barat masih pada perkembangan awal.

Di Asia, negara pertama yang sudah mempunyai program peningkatan mutu dan akreditasi rumah sakit secara nasional adalah Taiwan. Negara ini banyak menerapkan metodologi dari Amerika. Sedangkan Malaysia mengembangkan peningkatan mutu pelayanan dengan bantuan konsultan ahli dari Negeri Belanda.

Di Indonesia langkah awal yang sangat mendasar dan terarah yang telah dilakukan Departemen Kesehatan dalam rangka upaya peningkatan mutu yaitu penetapan kelas rumah sakit pemerintah melalui Surat Keputusan Menteri Kesehatan No. 033/Birhup/1972. Secara umum telah ditetapkan beberapa kriteria untuk tiap kelas rumah sakit A,B,C dan D. Kriteria ini kemudian berkembang menjadi standar-standar. Kemudian dari tahun ke tahun disusun berbagai standar baik menyangkut pelayanan, ketenagaan, sarana dan prasarana untuk masing-masing kelas rumah sakit. Disamping standar, Departemen Kesehatan juga mengeluarkan berbagai pedoman (guidance) dalam rangka meningkatkan penampilan pelayanan rumah sakit.

Untuk rumah sakit swasta telah keluar Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 806b/Menkes/SK/XII/87 dimana selain menetapkan kelas rumah sakit, juga dilengkapi dengan standar berdasarkan kemampuan pelayanan.

Sejak tahun 1984 Departemen Kesehatan telah mengembangkan berbagai indikator untuk mengukur dan mengevaluasi penampilan (performance) rumah sakit pemerintah kelas C dan rumah sakit swasta setara yaitu dalam rangka Hari Kesehatan Nasional. Indikator ini se-

tiap dua tahun ditinjau kembali dan disempurnakan. Evaluasi penampilan untuk tahun 1991 telah dilengkapi dengan indikator kebersihan dan ketertiban rumah sakit dan yang di evaluasi selain kelas C juga kelas D dan kelas B serta rumah sakit swasta setara. Sedangkan evaluasi penampilan tahun 1992 telah dilengkapi pula dengan instrumen mengukur kemampuan pelayanan. Evaluasi penampilan rumah sakit ini merupakan langkah awal dari Konsep Continuous Quality Improvement (CQI). Berbeda dengan konsep QA tradisional dimana dalam monitor dan evaluasi dititikberatkan kepada pencapaian standar, maka pada CQI fokus lebih diarahkan kepada penampilan organisasi melalui penilaian pemilik, manajemen, klinik dan pelayanan penunjang. Perbedaan yang sangat mendasar yaitu keterlibatan seluruh karyawan.

Selain itu secara sendiri-sendiri beberapa rumah sakit telah mengadakan monitoring dan evaluasi mutu pelayanan rumah sakitnya. Pada tahun 1981 RS Gatot Subroto telah melakukan kegiatan penilaian mutu yang berdasarkan atas derajat kepuasan pasien. Kemudian rumah sakit Husada pada tahun 1984 melakukan kegiatan yang sama. Rumah sakit Adi Husada di Surabaya membuat penilaian mutu atas dasar penilaian perilaku dan penampilan kerja perawat. Rumah sakit Dr. Soetomo Surabaya menilai mutu melalui penilaian infeksi nosokomial sebagai salah satu indikator mutu pelayanan. Rumah sakit Cipto Mangunkusumo menggunakan upaya penggunaan obat secara rasional. Rumah sakit Islam Jakarta pernah menggunakan pengendalian mutu terpadu (TQC) dan Gugus Kendali Mutu (Quality Control Circle = QCC).

Beberapa rumah sakit lainnya juga telah mencoba menerapkan Gugus Kendali Mutu, walaupun hasilnya belum ada yang dilaporkan.

Akhir-akhir ini TQC dan QCC secara luas telah digunakan dalam industri manufaktur dan industri jasa di Indonesia. Menurut informasi, kedua kegiatan tersebut menunjukkan hasil yang menggembirakan. Sejalan dengan hal diatas maka Departemen Kesehatan telah mengadakan Pelatihan Peningkatan Mutu Pelayanan Rumah Sakit pada beberapa rumah sakit dimana manajemen mutu terpadu dan gugus kendali mutu menjadi topik utamanya.

Berdasarkan data diatas dapat disimpulkan bahwa kesadaran untuk meningkatkan mutu sudah cukup meluas walaupun dalam penerapannya sering ada perbedaan. Perbedaan tersebut terutama disebabkan karena kita sebagai negara berkembang tidak sepenuhnya mengikuti fase-fase yang pernah dijalani di negara maju seperti Amerika.

BAB. III

KONSEP DASAR UPAYA PENINGKATAN MUTU PELAYANAN RUMAH SAKIT

Walaupun langkah awal yang mendasar dari upaya peningkatan mutu pelayanan rumah sakit di Indonesia telah dimulai sejak tahun 1972, namun pelaksanaannya belum secara efektif dan efisien. Ini disebabkan oleh karena belum ada kesatuan bahasa tentang upaya peningkatan mutu pelayanan, sehingga masing-masing rumah sakit mengembangkan sendiri-sendiri upaya peningkatan mutu pelayanannya.

Sehubungan dengan itu, agar upaya peningkatan mutu dapat dilaksanakan secara efektif dan efisien maka diperlukan adanya kesatuan bahasa tentang konsep dasar upaya peningkatan mutu pelayanan. Dalam membahas konsep dasar ini maka akan dibahas dulu tentang konsep mutu baru kemudian dibahas tentang konsep upaya peningkatan mutu.

A. MUTU PELAYANAN RUMAH SAKIT

1. Pengertian mutu

Pengertian mutu beraneka ragam dan dibawah ini ada beberapa pengertian yang secara sederhana melukiskan apa hakekat mutu.

- a. Mutu adalah tingkat kesempurnaan suatu produk atau jasa.
- b. Mutu adalah expertise, atau keahlian dan keterikatan (Commitment) yang selalu dicurahkan pada pekerjaan.
- c. Mutu adalah kegiatan tanpa salah dalam melakukan pekerjaan.

2. Definisi Mutu Pelayanan Rumah Sakit

Adalah derajat kesempurnaan pelayanan Rumah Sakit untuk memenuhi kebutuhan masyarakat konsumen akan pelayanan kesehatan yang sesuai dengan standar profesi dan standar pelayanan dengan menggunakan potensi sumber daya yang tersedia di Rumah Sakit secara wajar, efisien dan efektif serta diberikan secara aman dan memuaskan sesuai dengan norma, etika, hukum dan sosio budaya dengan memperhatikan keterbatasan dan kemampuan pemerintah dan masyarakat konsumen.

3. Pihak Yang Berkepentingan Dengan Mutu

Banyak pihak yang berkepentingan dengan mutu. Pihak-pihak tersebut adalah:

- a. konsumen
- b. provider (pemberi jasa kesehatan)
- c. pembayar/pihak III/asuransi
- d. manajemen rumah sakit
- e. karyawan rumah sakit
- f. masyarakat
- g. pemerintah
- h. ikatan profesi.

Setiap kelompok yang disebut di atas berbeda sudut pandang dan kepentingannya terhadap mutu. Karena itu mutu adalah multi dimensional.

4. Dimensi Mutu

Dimensi atau aspeknya adalah:

- a. keprofesian
- b. efisiensi
- c. keamanan pasien
- d. kepuasan pasien
- e. aspek sosial budaya

5. Mutu Terkait Dengan Struktur, Proses dan Outcome

Mutu pelayanan suatu rumah sakit adalah produk akhir dari interaksi dan ketergantungan yang rumit antara berbagai komponen atau aspek rumah sakit sebagai suatu sistem. Aspek-aspek tersebut terdiri dari struktur, proses dan outcome.

Struktur :

Adalah sumberdaya manusia, sumberdaya fisik, sumberdaya keuangan dan sumberdaya lain-lain pada fasilitas pelayanan kesehatan. Baik tidaknya struktur dapat diukur dari kewajaran, kuantitas, biaya dan mutu komponen-komponen struktur itu.

Proses :

Adalah apa yang dilakukan dokter dan tenaga profesi lain terhadap

pasien: evaluasi, diagnosa, perawatan, konseling, pengobatan, tindakan, penanganan jika terjadi penyulit, follow up. Baik-tidaknya proses dapat diukur dari relevansinya bagi pasien, efektifitasnya dan mutu proses itu sendiri.

Pendekatan proses adalah pendekatan paling langsung terhadap mutu asuhan.

Outcome :

Adalah hasil akhir kegiatan dan tindakan dokter dan tenaga profesi lain terhadap pasien dalam arti perubahan derajat kesehatan dan kepuasannya serta kepuasan provider. Outcome yang baik sebagian besar tergantung kepada mutu struktur dan mutu proses yang baik. Sebaliknya outcome yang buruk adalah kelanjutan struktur atau proses yang buruk.

Tinggi rendahnya mutu sangat dipengaruhi oleh :

1. Sumber daya rumah sakit, termasuk antara lain tenaga, pembiayaan, sarana dan teknologi yang digunakan.
2. Interaksi pemanfaatan dari sumber daya rumah sakit yang digerakkan melalui proses dan prosedur tertentu sehingga menghasilkan jasa atau pelayanan.

Berhasil tidaknya peningkatan mutu sangat tergantung dari monitoring faktor-faktor diatas dan juga umpan balik dari hasil-hasil pelayanan untuk perbaikan lebih lanjut terhadap faktor-faktor dalam butir 1 dan 2.

Dengan demikian nampak bahwa peningkatan mutu merupakan proses yang kompleks yang pada akhirnya menyangkut manajemen rumah sakit secara keseluruhan.

B. UPAYA PENINGKATAN MUTU PELAYANAN RUMAH SAKIT

Upaya peningkatan mutu pelayanan kesehatan dapat diartikan keseluruhan upaya dan kegiatan secara komprehensif dan integratif memantau dan menilai mutu pelayanan kesehatan, memecahkan masalah-masalah yang ada dan mencari jalan keluarnya, sehingga mutu pelayanan kesehatan diharapkan akan lebih baik.

Di rumah sakit upaya peningkatan mutu pelayanan adalah kegiatan yang bertujuan memberikan asuhan atau pelayanan sebaik-baiknya kepada pasien. Tujuan itu sama untuk setiap orang yang bekerja di

rumah sakit ataupun di unit pelayanan kesehatan lainnya.

Bagi mereka yang bekerja secara langsung terlibat dalam memberikan asuhan atau pelayanan kepada pasien. "Pemberian asuhan atau pelayanan yang sebaik mungkin" merupakan konsep yang nyata. Namun bagi mereka yang tidak bekerja secara langsung terlibat pasien, tujuannya adalah pemberian pelayanan sebaik mungkin kepada rumah sakit, fasilitas dan staf. Mutu asuhan dan pelayanan kepada pasien dapat lebih baik diberikan dalam suatu organisasi yang berjalan baik dengan staf yang memiliki rasa kepuasan.

Upaya peningkatan mutu pelayanan rumah sakit tidak hanya pencapaian tujuan saja tetapi juga menyangkut mekanisme untuk menjamin tujuan tersebut dapat dicapai.

Upaya peningkatan mutu pelayanan rumah sakit akan sangat berarti dan efektif bilamana upaya peningkatan mutu menjadi tujuan sehari-hari dari setiap organisasi termasuk pimpinan, pelaksana pelayanan langsung dan staf penunjang.

Namun tujuan perorangan untuk memberikan asuhan atau pelayanan yang optimal tidak bisa tercapai tanpa adanya pelimpahan tanggung jawab dari Rumah Sakit sebagai organisasi.

Upaya peningkatan mutu termasuk kegiatan yang melibatkan mutu asuhan atau pelayanan dengan penggunaan sumber daya secara tepat dan efisien. Walaupun disadari bahwa mutu memerlukan biaya, tetapi tidak berarti mutu yang lebih baik selalu memerlukan biaya lebih banyak atau mutu rendah biayanya lebih rendah. Efisiensi adalah kuncinya.

Berdasarkan hal di atas maka disusunlah definisi dan tujuan dari upaya peningkatan mutu pelayanan Rumah Sakit.

1. Definisi Upaya Peningkatan Mutu Pelayanan Rumah Sakit

Adalah keseluruhan upaya dan kegiatan yang komprehensif dan integratif yang menyangkut struktur, proses dan outcome secara objektif, sistematis dan berlanjut memantau dan menilai mutu dan kewajaran pelayanan terhadap pasien, menggunakan peluang untuk meningkatkan pelayanan pasien, dan memecahkan masalah-masalah yang terungkap sehingga pelayanan yang diberikan di rumah sakit berdaya guna dan berhasil guna.

2. Tujuan Upaya Peningkatan Mutu Pelayanan Rumah Sakit

Umum : Meningkatkan pelayanan kesehatan melalui upaya peningkatan mutu pelayanan rumah sakit secara efektif

dan efisien agar tercapai derajat kesehatan yang optimal.

Khusus : Tercapainya peningkatan mutu pelayanan rumah sakit melalui:

- a. Optimasi tenaga, sarana dan prasarana
- b. Pemberian pelayanan sesuai dengan standar profesi dan standar pelayanan yang dilaksanakan secara menyeluruh dan terpadu sesuai dengan kebutuhan pasien.
- c. Pemanfaatan teknologi tepat guna, hasil penelitian dan pengembangan pelayanan kesehatan.

3. Sasaran

- a. Menurunkan angka kematian
- b. Menurunkan angka kesakitan (re admission rate)
- c. Menurunkan angka kecacapan
- d. Penggunaan obat secara rasional
- e. Meningkatkan kepuasan pasien
- f. Meningkatkan efisiensi dan efektifitas pelayanan
- g. Efisiensi penggunaan tempat tidur, dll.

4. Strategi

Untuk meningkatkan mutu pelayanan kesehatan khususnya rumah sakit maka disusunlah strategi sebagai berikut:

1. Rumah sakit harus memahami dan menghayati konsep dasar dan prinsip mutu pelayanan rumah sakit sehingga dapat menyusun langkah-langkah upaya peningkatan mutu di masing-masing rumah sakit.
2. Memberi prioritas kepada peningkatan sumber daya manusia di rumah sakit termasuk di dalamnya meningkatkan kesejahteraan karyawan, memberikan imbalan yang layak, program keselamatan dan kesehatan kerja, program diklat, dsb.
3. Menciptakan budaya mutu di rumah sakit. Termasuk didalamnya menyusun program mutu rumah sakit, menyusun tema yang akan dipakai sebagai pedoman, memilih pendekatan yang dipakai dalam penggunaan standar of procedure (SOP). Kemudian juga menetapkan mekanisme monitoring dan evaluasi.

5. Metode Pendekatan

Upaya peningkatan mutu pelayanan rumah sakit bisa dilaksanakan melalui pendekatan secara tidak langsung dan melalui pendekatan pemecahan masalah.

5.1. Pendekatan tidak langsung.

a. Di Tingkat Nasional

1. Pendidikan dan Pelatihan.
2. Perizinan.
3. Sertifikasi/Pemberian Ijasah/Brevet.
4. Penambahan tenaga, sarana, prasarana dan peralatan.
5. Pembiayaan.
6. Penggunaan Obat Secara Rasional.
7. Standarisasi
8. Klasifikasi
9. Akreditasi
10. Penilaian Penampilan Rumah Sakit
11. Penapisan Teknologi Medis
12. Evaluasi
 - Utilization Review
 - Audit Medik

b. Di Tingkat Rumah Sakit

1. Program Quality Assurance/Quality Improvement
2. Quality Assessment
3. Total Quality Management
4. Gugus kendali mutu
5. Pengembangan Standar Profesi
6. Utilization Management
7. Pengendalian Infeksi
8. Risk Management
9. Program-Program Khusus
 - Mengukur kepuasan pasien
 - Mengukur penampilan perawat, dll

5.2. Pendekatan pemecahan masalah.

Pendekatan pemecahan masalah merupakan suatu proses siklus (daur) yang berkesinambungan. Langkah pertama dalam proses siklus ini adalah identifikasi masalah. Identifikasi masalah

merupakan bagian sangat penting dari seluruh proses siklus (daur), karena akan menentukan kegiatan-kegiatan selanjutnya dari pendekatan pemecahan masalah ini. Masalah akan timbul apabila :

- hasil yang dicapai dibandingkan dengan standar yang ada terdapat penyimpangan
- merasa tidak puas akan penyimpangan tersebut.
- merasa bertanggung jawab atas penyimpangan tersebut.

Bila salah satu dari ketiga hal diatas tidak ada maka walaupun sebetulnya ada masalah bisa dianggap/dirasakan tidak ada masalah.

Untuk mengidentifikasi masalah yang baik dibutuhkan keterangan serta data/informasi. Informasi tersebut bisa didapat pada waktu melakukan monitoring kegiatan atau pada waktu pertemuan/rapat-rapat. Setelah masalah ditemukan maka akan ada dua macam masalah yaitu masalah yang pemecahannya sudah jelas dan masalah yang pemecahannya belum jelas. Masalah yang sudah jelas pemecahannya akan memudahkan untuk melakukan tindakan perbaikan. Sedangkan masalah yang belum jelas cara pemecahannya maka diperlukan kembali review pengumpulan data untuk menemukan penyebabnya sehingga masalah menjadi jelas cara pemecahannya. Kegiatan ini bisa terjadi berulang-ulang, sampai cara memecahkan masalah menjadi jelas.

Dengan telah jelasnya cara memecahkan masalah maka bisa dilakukan tindakan perbaikan. Namun agar pemecahan masalah bisa tuntas, setelah diadakan tindakan perbaikan perlu dinilai kembali apakah masih ada yang tertinggal. Dari penilaian kembali maka akan didapatkan masalah yang telah terpecahkan dan masalah yang masih tetap merupakan masalah sehingga proses siklus akan berulang mulai tahap pertama.

Pendekatan ini bisa secara nasional maupun terbatas pada fasilitas pelayanan kesehatan seperti: rekam medis, infeksi nosokomial, pelayanan medik, asuhan keperawatan, pelayanan penunjang medik, farmasi, pelayanan umum, pelayanan administrasi, manajemen, utilisasi/efisiensi, keamanan pasien, kepuasan pasien, sarana dan lingkungan fisik, dampak lingkungan, dan lain-lain.

BAB. IV

PRINSIP DASAR UPAYA PENINGKATAN MUTU PELAYANAN

Prinsip dasar upaya peningkatan mutu pelayanan adalah pemilihan aspek yang akan ditingkatkan dan pemilihan indikator, kriteria serta standar yang akan digunakan untuk mengukur mutu pelayanan tersebut. Antara indikator, kriteria dan standar ada perbedaan yang relatif dalam arti konsep, namun seringkali dalam praktek istilah-istilah itu di pakai secara berbaur untuk maksud yang sama.

Indikator :

adalah ukuran atau cara mengukur sehingga menunjukkan suatu indikasi. Indikator merupakan suatu variabel yang digunakan untuk bisa melihat perubahan. Indikator yang baik adalah yang sensitif tapi juga spesifik.

Kriteria :

adalah spesifikasi dari indikator.

Standar :

- Tingkat performance atau keadaan yang dapat diterima oleh seseorang yang berwenang dalam situasi tersebut, atau oleh mereka yang bertanggung jawab untuk mempertahankan tingkat performance atau kondisi tersebut.
- Suatu norma atau persetujuan mengenai keadaan atau prestasi yang sangat baik.
- Sesuatu ukuran atau patokan untuk mengukur kuantitas, berat, nilai atau mutu.

Dalam melaksanakan upaya peningkatan mutu pelayanan maka harus memperhatikan prinsip dasar sebagai berikut :

1. Aspek yang dipilih untuk ditingkatkan

- keprofesian
- efisiensi
- keamanan pasien
- kepuasan pasien
- sarana dan lingkungan fisik.

2. Indikator yang dipilih

- a. Indikator lebih diutamakan untuk menilai outcome dari pada untuk struktur dan proses.
- b. Bersifat umum, yaitu lebih baik indikator untuk situasi dan kondisi kelompok dari pada untuk perorangan.
- c. Dapat digunakan untuk membandingkan antar daerah dan antar rumah sakit.
- d. Dapat mendorong intervensi sejak tahap awal pada aspek yang dipilih untuk dimonitor.
- e. Sedapat mungkin didasarkan pada data yang ada, dengan demikian tidak menambah beban kerja staf.

3. Kriteria yang digunakan

Kriteria yang digunakan harus dapat diukur dan dihitung untuk menspesifikasikan indikator sehingga dapat sebagai batas yang memisahkan antara mutu baik dan mutu tidak baik.

Misalnya : indikator pasca bedah dapat dispesifikasikan menjadi kriteria 2 % artinya angka 2 % ini memisahkan antara mutu baik dan mutu yang tidak baik.

4. Standar yang digunakan

Standar yang digunakan merupakan "hasil optimal yang dapat di capai"

- a. Untuk sebagian besar indikator, standar yang dapat dicapai merupakan standar yang oleh sebagian besar rumah sakit persyaratannya dapat dipenuhi. Ini berarti bahwa hanya sedikit yang tidak mencapai standar.
- b. Standar yang dapat dicapai dapat dimodifikasikan dari waktu ke waktu.

BAB. V

PELAKSANAAN UPAYA PENINGKATAN MUTU PELAYANAN RUMAH SAKIT

Dalam rangka pelaksanaan upaya meningkatkan mutu pelayanan rumah sakit maka perlu dibedakan antara peningkatan mutu dengan kegiatan review lainnya, misalnya : penelitian, "risk managemerit" dan "performance appraisal". Walaupun ada perbedaan dalam fokus dan tujuan utamanya tetapi ada beberapa metodologi dan kegiatan yang tumpang tindih.

Dalam rangka upaya peningkatan mutu maka perlu ditetapkan langkah-langkah kegiatan sebagai berikut :

B. Pembentukan wadah.

1. Struktural :

Perlu dibentuk satu wadah yang bertanggung jawab dalam upaya peningkatan mutu pelayanan kesehatan. Wadah ini selain ada di tingkat pusat juga ada di daerah.

2. Fungsional :

Perlu dibentuk Panitia (Komite) upaya peningkatan mutu pelayanan yang merupakan wadah fungsional. Komite ini ada di tingkat pusat, daerah dan rumah sakit.

Untuk tingkat pusat dan daerah anggota komite terdiri dari unsur-unsur :

- Departemen Kesehatan/Kanwil
- PERSI
- Ikatan profesi terkait

Tugas Komite ini antara lain merumuskan pedoman, standar, mekanisme monitoring dan evaluasi serta memberikan saran-saran tentang upaya peningkatan mutu pelayanan.

Untuk tingkat rumah sakit komite merupakan wadah fungsional yang menangani masalah-masalah peningkatan mutu pelayanan, di mana dalam wadah tersebut duduk unsur pimpinan rumah sakit.

3. Kegiatan.

Tingkat pusat :

3.1. *Standar pelayanan rumah sakit dan standar pelayanan medik.*
Tingkat pusat perlu menetapkan standar medik yang harus dilaksanakan di rumah sakit. Selain itu tingkat pusat secara berkala perlu mengevaluasi standar tersebut dan melakukan revisi bila diperlukan.

3.2. *Indikator dan kriteria*

Indikator dan kriteria perlu ditetapkan secara nasional, sehingga dapat sebagai acuan yang baku bagi rumah sakit. Selain itu secara berkala indikator dan kriteria tersebut perlu dievaluasi dan dilakukan revisi apabila diperlukan.

3.3. *Instrumen penilaian upaya peningkatan mutu.*

Perlu disusun instrumen penilaian upaya peningkatan mutu pelayanan rumah sakit sehingga dapat dikumpulkan informasi-informasi tentang langkah-langkah kegiatan upaya peningkatan mutu pelayanan yang telah dilaksanakan rumah sakit.

3.4. *Buku Pedoman.*

Buku pedoman upaya peningkatan mutu pelayanan diperlukan sebagai acuan bagi rumah sakit dalam melaksanakan upaya peningkatan mutu pelayanannya. Secara berkala buku tersebut perlu dievaluasi agar tetap sesuai dengan situasi dan kondisi.

3.5. *Pelatihan bagi tenaga pelatih (training of trainee).*

Walaupun telah ada buku pedoman, pelatihan petugas di rumah sakit tetap perlu dilaksanakan agar dalam melaksanakan upaya peningkatan mutu tidak mengalami kesulitan.

Petugas yang akan dilatih adalah Direktur rumah sakit dan Ketua Tim Medik (Komite Medik). Dengan dilatihnya Direktur dan Ketua Tim Medik (Komite Medik) diharapkan dapat menyebarkan pengetahuan dan pengalaman selama mengikuti pelatihan kepada karyawan lainnya di rumah sakit.

3.6. *Uji coba pelaksanaan.*

Pada tahap pertama akan dilakukan uji coba pelaksanaan upaya peningkatan mutu pelayanan pada rumah sakit terpilih.

3.7. *Pertemuan terjadwal.*

Mengadakan pertemuan terjadwal untuk membahas Peningkatan Mutu Pelayanan antara rumah sakit pusat dan daerah agar dapat diketahui : manfaat, permasalahan dan kendalanya.

3.2. *Di rumah sakit.*

- 3.2.1. Menetapkan kebijaksanaan dan langkah-langkah upaya peningkatan mutu pelayanan di rumah sakit. Untuk dapat melaksanakan upaya peningkatan mutu pelayanan di rumah sakit maka langkah awal yang diperlukan adalah adanya Kebijakan dan langkah-langkah upaya peningkatan mutu pelayanan rumah sakit dari Direktur rumah sakit.
- 3.2.2. Membentuk komite peningkatan mutu pelayanan di rumah sakit dengan Surat Keputusan Direktur Rumah Sakit, lengkap beserta uraian tugas yang jelas. Komite ini bisa dijadikan satu dengan Komite Medik
- 3.2.3. Pimpinan rumah sakit bersama komite peningkatan mutu pelayanan rumah sakit melakukan kegiatan persiapan (pre conditioning) yang bisa berupa : pertemuan-pertemuan/rapat-rapat, lokakarya, pelatihan, dll kepada staf maupun seluruh karyawan rumah sakit, sehingga ada kesamaan pengertian tentang mutu, penghayatan konsep dasar dan prinsip dan adanya kesepakatan tentang langkah-langkah kegiatan yang akan dilakukan.
- 3.2.4. Pimpinan rumah sakit bersama komite peningkatan mutu pelayanan rumah sakit membahas dan merencanakan serta melaksanakan segala langkah-langkah yang menyangkut persiapan upaya peningkatan mutu pelayanan sebagai berikut :
 - identifikasi masalah.
 - inventarisasi kegiatan yang telah dilaksanakan
 - memilih aspek yang akan ditingkatkan
 - memilih metode pendekatan yang akan dipakai
 - menentukan sumber data
 - identifikasi indikator penampilan, misalnya : angka infeksi nosokomial, komplikasi bedah, keluhan pasien, dll.
- 3.2.5. Menyusun rencana kegiatan (Plan of action).
- 3.2.6. Melakukan presentasi hasil pelaksanaan upaya peningkatan mutu pelayanan secara teratur.

BAB. VI

P E N U T U P

Dengan berhasilnya pembangunan maka dalam masyarakat telah tumbuh kesadaran dan tuntutan untuk memperoleh pelayanan kesehatan yang bermutu. Namun perlu disadari, upaya peningkatan mutu pelayanan kesehatan merupakan "never ending proses" dan perlu didukung oleh sumber daya dan dana yang memadai. Dalam implementasinya ia bukan hal yang mudah karena menyangkut monitoring banyak hal.

Peningkatan mutu pelayanan kesehatan telah dijalankan tetapi memang belum secara sistematis dan belum ada legislasi yang kuat. Keberhasilan upaya peningkatan mutu pelayanan kesehatan sangat tergantung dari jalinan kerja sama yang baik antara Departemen Kesehatan, Ikatan Profesi, PERSI dan pengelola pelayanan kesehatan. Pengelola pelayanan kesehatan harus menyadari bahwa *"Quality is matter of survival"*.

.....|w.....

PENGERTIAN-PENGERTIAN

1. *Standarisasi.*

Standarisasi adalah penyusunan standar-standar yang akan di pakai sebagai pedoman dalam melaksanakan kegiatan. Standar yang diperlukan bagi rumah sakit adalah standar ketenagaan, standar peralatan, standar fisik bangunan, standar pelayanan rumah sakit, standar pelayanan medik dan sebagainya. Standarisasi ini merupakan langkah awal dari akreditasi rumah sakit.

2. *Klasifikasi*

Klasifikasi adalah pengelompokan rumah sakit berdasarkan jumlah tempat tidur dan kemampuan pelayanannya.

3. *Akreditasi*

Akreditasi adalah pengakuan bahwa suatu rumah sakit sudah memenuhi standar-standar yang telah ditentukan.

4. *Penilaian Penampilan Rumah Sakit*

Penilaian penampilan rumah sakit dilaksanakan bertepatan dengan peringatan Hari Kesehatan Nasional yaitu bulan November. Penilaian ini lebih ditekankan pada hasil pelayanan.

5. *Utilization Review*

Penilaian atau review ini pada dasarnya adalah upaya menjaga agar pelayanan tertentu yang diberikan kepada pasien memang sesungguhnya dibutuhkan olehnya, dinilai uang yang harus dibayarnya untuk jasa itu wajar.

6. *Audit Medik*

Audit medik mempunyai arti upaya evaluasi secara profesional terhadap mutu pelayanan yang diberikan kepada penderita dengan menggunakan rekam medik.

Audit medik harus dilaksanakan oleh dokter dengan melakukan analisa pelayanan medik yang telah diberikan kepada pasien melalui penelitian terhadap sarana, pelayanan yang dilaksana-

kan, pengukuran-pengukuran yang melibatkan diagnosa, pengobatan, dan hal-hal lain serta seluruh aktivitas yang menyangkut pasien. Kegiatan ini mempergunakan salah satu elemen dasar dari standar pelayanan rumah sakit.

Perlu ditekankan bahwa audit medik bukan merupakan suatu upaya memberikan sanksi atau hukuman. Upaya ini sungguh-sungguh merupakan suatu cara dan alat evaluasi yang didambakan oleh seluruh staf medik, pimpinan dan seluruh karyawan yang ada, untuk menjamin mereka dan masyarakat pengguna, bahwa mutu pelayanan yang tinggi perlu ditegakkan sebagai sasaran yang harus dibina secara terus menerus.

7. *Program Quality Assurance/Quality Improvement.*

Ruang lingkup quality assurance dalam konteks pelayanan rumah sakit pada umumnya dibagi dalam dua kelompok besar yaitu Case Review dan Peer Review. Case Review adalah suatu bentuk kegiatan Quality Assurance yang menilai mutu atau mereview mutu dan kelayakan pemberian pelayanan kepada pasien, maka fokus dalam penilaian adalah interaksi antara pasien dan berbagai bagian di rumah sakit yang memberikan pelayanan dalam mengupayakan pemberian pelayanan yang terbaik bagi pasien. Kegiatan ini terutama telah dilakukan di rumah sakit pendidikan. Misalnya review kasus bedah, review penggunaan obat, dll.

Sedangkan Peer Review adalah meningkatkan mutu dengan menilai aspek-aspek yang spesifik dari pelayanan. Peer artinya sesama, yaitu orang-orang yang sama tingkat dan kedudukannya. Jadi Peer Review di rumah sakit adalah kegiatan penilaian oleh sesama dokter tentang masalah atau kejadian tertentu dalam pelayanan medik kepada pasien, dengan tujuan untuk memecahkan masalah itu. Peer Review berkembang dari konsep medical audit atau patient care evaluation studies. Studi ini berorientasi pada proses dan outcome.

8. *Quality Assessment*

Quality Assessment adalah kegiatan menilai sendiri suatu aspek pelayanan. Misalnya suatu panitia khusus ditugaskan mengumpulkan informasi dan menilai tentang tingkat kepuasan pasien yang dirawat, kepuasan pasien rawat jalan, dll.

9. *Total Quality Management*

Total Quality Managemen (TQM) merupakan suatu sistem manajemen yang melibatkan seluruh lapisan organisasi dalam mengendalikan dan meningkatkan mutu secara terpadu. Falsafah dasar TQM adalah perbaikan terus menerus. Perbaikan terus menerus akan terjadi kalau setiap orang melakukan usaha secara terus menerus dalam memecahkan masalah yang timbul. Walaupun manajemen mutu terpadu tersebut lebih cocok untuk perusahaan manufaktur, namun ada rumah sakit yang pernah melaksanakan TQM ini.

TQM merupakan suatu sistem manajemen yang melibatkan seluruh lapisan organisasi dalam upaya meningkatkan mutu secara terpadu. TQM dilandasi oleh beberapa prinsip-prinsip pokok yang membedakannya dari sistem-sistem manajemen yang lain, yaitu :

1. Menempatkan mutu sebagai strategi usaha.
 2. Melibatkan setiap fungsi dan lapisan organisasi (setiap karyawan) dalam upaya peningkatan mutu.
 3. Berorientasi pada kepuasan pelanggan (pasien) dan karyawan.
- Apabila TQM dibandingkan dengan QA, maka TQM dapat dilihat sebagai :
- pendekatan manajemen, tidak sekedar sistem
 - melibatkan keseluruhan anggota organisasi (people involvement) dalam pelaksanaannya, bukan sekedar para pemikir atau para "manajer"
 - Pengembangan sumber daya manusia seutuhnya sebagai kunci pelaksanaannya.

10. Pengembangan Standar Profesi

Penyusunan dan evaluasi terus menerus standar profesi di rumah sakit.

11. Utilization Management

Kegiatan ini dilaksanakan untuk menjawab tantangan bahwa penilaian mutu perlu dikaitkan dengan seberapa besar sarana RS digunakan dalam pemberian pelayanan.

12. Pengendalian Infeksi

Kegiatan ini berorientasi pada upaya pencegahan, identifikasi, dan pengendalian infeksi di RS, baik yang secara keseluruhan merugikan mutu pelayanan. Dalam pelaksanaan perlu melibatkan bidang-bidang non medis.

13. *Risk Management*

Kegiatan ini dirasakan perlu karena RS dapat dibebani dengan konsekuensi hukum atau pertanyaan dari pihak pasien atau penyanggah dana sehubungan dengan tatacara dan mutu pelayanan yang diberikan.

14. *Program-Program Khusus*

Melaksanakan upaya peningkatan mutu pelayanan melalui program-program khusus lainnya, misalnya mengukur kepuasan pasien, mengukur penampilan perawat, dll.

LAMPIRAN 2

Langkah-langkah Dalam Melakukan Audit Medik:

1. Menentukan masalah tertentu untuk dipelajari dan diulas, misalnya : penanggulangan penyakit tertentu di rumah sakit, penggunaan obat tertentu, tentang prosedur atau tindakan tertentu, tentang infeksi nosokomial di rumah sakit, tentang kematian karena penyakit tertentu, dll
2. Menentukan kriteria atau standar profesi yang jelas, obyektif dan rinci.
3. Mempelajari catatan medik untuk mengetahui apakah kriteria atau standar tadi dapat dicapai dalam masalah atau kasus-kasus yang dipelajari. Data tentang kasus-kasus yang tidak memenuhi kriteria yang telah ditetapkan dikumpulkan dan diolah.
4. Para dokter mempelajari kasus-kasus yang tidak memenuhi kriteria yang ditetapkan. Kasus-kasus itu dianalisis dan didiskusikan apa kemungkinan penyebabnya.
5. Membuat rekomendasi tentang cara-cara pencegahan dan penanggulangan kasus-kasus yang tidak memenuhi kriteria yang ditetapkan. Misalnya : program pendidikan dan latihan, penyusunan dan perbaikan prosedur yang ada.
6. Mempelajari lagi topik yang sama di waktu kemudian, misalnya setelah 6 (enam) bulan kemudian.

LAMPIRAN 3

SEMBILAN KEGIATAN PADA TAHAP IMPLEMENTASI QUALITY ASSURANCE

1. Diskusikanlah konsep mutu secara umum, definisi dasar, ruang lingkup, jadwal, agenda;
2. Melaksanakan analisa kebutuhan mutu pelayanan;
3. Diskusikanlah dan usahakan untuk mengidentifikasi sepuluh bidang utama dalam kegiatan RS/bagian/unit dimana peningkatan mutu dapat dilaksanakan;
4. Menggunakan proses "kerugian akibat kesalahan", mengkalkulasikan kerugian dari tiga atau empat dari sepuluh kesalahan utama, kemudian mintalah pada tiap anggota untuk melakukan kalkulasi pada satu dari kesalahan yang tersisa satu per satu. Diskusikan perhitungan tiap kerugian akibat kesalahan tersebut;
5. Kumpulkan dan review sebanyak mungkin apapun yang tersedia sebagai "standar yang berlaku"
6. Mereview program yang berlaku;
7. Kumpulkan bidang-bidang kegiatan dan susunlah dalam bentuk outline;
8. Pilihlah satu bidang kegiatan yang diyakini dapat menghasilkan kemajuan terbesar dalam mutu
 - Hubungi kepala unit yang terkait
 - Diskusikan bidang kegiatan tersebut
 - Identifikasikan isi tugas jabatan dari pimpinan bidang tersebut dengan atasannya
 - Tulis standar kerja dari tugas-tugas yang paling menentukan untuk mencapai mutu pelayanan yang baik
9. Undanglah pimpinan RS untuk menghadiri pertemuan dan mereview kemajuan pada hal diatas untuk melaksanakan yang berikut :
 - Presentasikan hal tersebut pada pimpinan RS
 - Ilustrasikan pentingnya "mutu-proses"
 - Dapatkan persetujuan dari pimpinan RS untuk hal tersebut.

LAMPIRAN 4

TEKNIK DAN IMPLEMENTASI GUGUS KENDALI MUTU.

PERSIAPAN DASAR.

Langkah-langkah penerapan program yang perlu diperhatikan adalah:

1. Menyusun fondasi filosofi dan konsep sebagai penggerak
2. Mendapatkan dukungan yang maksimum dari setiap manajemen dan seluruh karyawan
3. Meningkatkan kemampuan melalui partisipasi dan aktivitas.
4. Menumbuhkan perhatian dan motivasi atas program
5. Menjamin keserasian antara manajemen dengan karyawan

Langkah-langkah penting yang perlu diketahui oleh setiap orang dan tidak dapat dikesampingkan adalah sebagai berikut :

1. Diterima konsep dan filosofi oleh manajemen puncak
2. Melatih seluruh staf manajemen tentang konsep dan filosofi yang telah disepakati
3. Membentuk Steering Committee (Badan Pengarah) yang diketuai oleh Direktur Rumah Sakit.
4. Mengidentifikasi dan menyeleksi para fasilitator
5. Melatih para fasilitator
6. Mempromosikan konsep dan filosofi melalui pembicaraan dan bulletin.
7. Pembentukan Gugus Kendali Mutu (GKM)
8. Melatih pemimpin kelompok (leader circle)
9. Pendaftaran kelompok
10. Melatih anggota-anggota kelompok
11. Meningkatkan aktivitas kelompok
12. Melaksanakan pagelaran (presentasi) manajemen

13. Menetapkan sistem pemantauan dan umpan balik
14. Melaksanakan pengamatan dan penilaian
15. Melaksanakan pelatihan-pelatihan yang diperlukan untuk menambah perhatian dan motivasi mereka

PEDOMAN KERJA DAN TANGGUNG JAWAB

Suatu hal yang penting dan perlu diketahui untuk keberhasilan program GKM (QCC) adalah pedoman kerja, yang merupakan tugas dari mereka yang duduk sebagai :

1. The Chairman Steering Committee (Ketua Badan Pengarah)
2. Anggota Badan Pengarah
3. Ketua Fasilitator
4. Fasilitator
5. Pemimpin Kelompok
6. Anggota Kelompok

Mereka ini, disamping wajib mengetahui dan mengerti akan pedoman kerja, tugas dan tanggung jawabnya, harus juga mengenali, mengetahui akan pedoman kerja, tugas dan tanggung jawab anggota kelompok lainnya. Dengan cara demikian mereka dapat saling memberikan dukungan dan bekerja sama.

Struktur organisasi PMT/GKM (QCC) tidak dimaksudkan sebagai pengganti struktur organisasi rumah sakit yang telah ada. Organisasi ini dimaksudkan sebagai mendampingi organisasi yang telah ada dan merupakan mekanisme penunjang untuk membantu sistem manajemen yang telah ada. Dengan bantuan organisasi ini, diharapkan aktivitas GKM menjadi efektif dan berlangsung secara berkesinambungan.

LAMPIRAN 5

DELAPAN LANGKAH PROSES PEMECAHAN MASALAH.

RENCANA (PLAN)

1. MENEMUKAN MASALAH

Pedoman/Alat : Kepekaan, Sumbang Saran, Peta Kendal, Peta Gantt

2. MENGUMPULKAN MASALAH DAN MENGANALISA DATA

Pedoman/Alat : 7-T (Lembar data, Stratifikasi, Diagram Pareto, Histogram, Peta Kendali, Diagram Tebar.

3. Mencari Sebab

Pedoman/Alat : Diagram Ishikawa, Sumbang Saran, 5 X Mengapa

4. MEMBUAT RENCANA PENANGGULANGAN

Pedoman/Alat : Sumbang Sarana Kreatif, 4-T (Apa, Bagaimana, Siapa, Kapan).

PELAKSANAAN (DO)

5. MELAKSANAKAN PENANGGULANGAN

PEMERIKSAAN (CHECK)

6. MEMERIKSA HASIL PENANGGULANGAN

Pedoman/Alat : 7-T, Lembar Data, Stratifikasi, Diagram Pareto, Histogram, Peta Kendali, Diagram Tebar.

TINDAKAN (ACTION)

7. MENCEGAH TERULANGNYA MASALAH YANG SAMA

Pedoman/Alat : Standarisasi

8. RENCANA BERIKUTNYA.

Pedoman/Alat : Kepekaan, Sumbang Saran, Peta Kendali

LAMPIRAN 6

ENAMBELAS LANGKAH PROSES PEMECAHAN MASALAH

RENCANA (PLAN)

1. MENEMUKAN & MENGUMPULKAN MASALAH.
Pedoman/Alat : Kepekaan, Sumbang Saran, Peta Kendali
2. MEMILIH MASALAH DAN ALASAN-ALASANNYA
Kriteria pemilihan masalah :
 - Masalah yang cenderung berulang
 - Apa yang bisa diperbaiki
 - Perbaikan tanpa biaya (sedikit)
 - Bisa diperbaiki sendiri, bukan oleh orang lainAlasan Pemilihan masalah :
 - Bila diperbaiki akan
 - Bila tidak diperbaiki akan
3. MEMBUAT ALUR PROSES KEGIATAN DARI MASALAH TERPILIH
Pedoman/Alat : Diagram Alur Proses (proses Flow Chart)
4. MEMBUAT RENCANA KEGIATAN
Pedoman/Alat : Peta Gantt
5. MENGUMPULKAN DATA
Pedoman/Alat : 7-T, Lembar Data
6. MENGANALISA DATA
Pedoman/Alat : Stratifikasi, Diagram Pareto, Histogram, Peta Kendali, Diagram Tebar.
7. MENENTUKAN TARGET PERBAIKAN
Pedoman/Alat : SMART :
 - Specific (spesifik)
 - Measurable (terukur)
 - Attainable (dapat tercapai)
 - Realistic (masuk akal)
 - Time oriented (berorientasi pada waktu)
8. MENCARI SEBAB

- Pedoman/Alat : Diagram Ishikawa, Sumbang Saran, 5 x Mengapa
9. MENENTUKAN SEBAB UTAMA
Pedoman/Alat : Stratifikasi, Diagram Pareto, Histogram, Peta Kendali, Diagram Tebar
 10. MEMBUAT RENCANA PENANGGULANGAN
Pedoman/Alat : Sumbang Saran Kreatif, 4 - T (Apa, Bagaimana, Siapa, Kapan)

PELAKSANAAN (DO)

11. MELAKSANAKAN PENANGGULANGAN
12. MEMANTAU DAN MENCATAT HASIL PENANGGULANGAN
Pedoman/Alat : 7-T, Lembar Data

PEMERIKSAAN (CHECK)

13. MEMERIKSA HASIL PENANGGULANGAN
Pedoman/Alat : Stratifikasi, Diagram Pareto, Histogram, Peta Kendali, Diagram Tebar.
14. MEMBANDINGKAN HASIL SEBELUM DAN SESUDAH PENANGGULANGAN
Pedoman/Alat : Stratifikasi, Diagram Pareto, Histogram, Peta Kendali, Diagram Tebar.

TINDAKAN (ACTION)

15. MENCEGAH TERULANGNYA SALAH YANG SAMA
Pedoman/Alat : Standarisasi
16. RENCANA BERIKUTNYA
Pedoman/Alat : Kepekaan, Sumbang Saran, Peta Kendali.

LAMPIRAN 7

TUJUH PERANGKAT PEMECAHAN MASALAH GKM

• TUJUH PERANGKAT

1. LEMBAR DATA
2. STRATIFIKASI
3. DIAGRAM PARETO
4. DIAGRAM TULANG (ISHIKAWA DIAGRAM)
5. HISTOGRAM
6. PETA KENDALI (CONTROL CHART)
7. DIAGRAM TEBAR (SCATTER DIAGRAM)

• *SUMBANG SARAN KREATIF (BRAIN STORMING)*

LAMPIRAN 8

PROSES MONITORING, EVALUASI DAN PENINGKATAN MUTU PADA CQI

Langkah 1. Berikan tanggung jawab

- a. Libatkan pimpinan-pimpinan organisasi
- b. Rancang dan dukung pendekatan CQI
- c. Tentukan prioritas-prioritas untuk penilaian dan peningkatan

Langkah 2. Tentukan cakupan perawatan dan pelayanan

- a. Identifikasi fungsi-fungsi utama dan/atau identifikasi prosedur, pengobatan, dan aktivitas-aktivitas lain yang dilaksanakan dalam organisasi.

Langkah 3. Identifikasi aspek yang penting dari perawatan dan pelayanan

- a. Tentukan fungsi-fungsi utama, pengobatan, proses, dan aspek-aspek perawatan dan pelayanan lain yang membutuhkan monitoring berkelanjutan
- b. Tentukan prioritas-prioritas diantara aspek-aspek perawatan dan pelayanan yang penting yang telah dipilih

Langkah 4. Tentukan indikator-indikator

- a. Tentukan tim-tim untuk mengembangkan indikator-indikator untuk aspek perawatan dan pelayanan yang penting
- b. Pilih indikator-indikator

Langkah 5. Tentukan ambang-ambang untuk evaluasi

- a. Tiap tim mengidentifikasi ambang-ambang untuk tiap-tiap indikator
- b. Pilih ambang-ambang

Langkah 6. Kumpulkan dan susun data

- a. Tiap tim mengidentifikasi sumber data dan metode pengumpulan data untuk indikator-indikator yang telah direkomendasikan
- b. Metodologi pengumpulan data dirancang, dan mereka yang bertanggung jawab untuk pengumpulan, pengorganisasian, dan penerapan ambang-ambang yang ditentukan
- c. Kumpulkan data
- d. Susun data sehingga ambang-ambang untuk evaluasi dapat diterapkan
- e. Kumpulkan data dari sumber-sumber lain, termasuk survei pasien dan staf, saran-saran, dan keluhan-keluhan

Langkah 7. Mulailah evaluasi

- a. Terapkan ambang-ambang untuk evaluasi pada data indikator
- b. Mulailah evaluasi atas aspek perawatan dan pelayanan jika ambang telah tercapai
- c. Nilailah umpan balik lain (misalnya, saran-saran staf, hasil survei kepuasan pasien) yang dapat bermanfaat untuk menentukan prioritas untuk evaluasi
- d. Tentukan prioritas untuk evaluasi
- e. Tim-tim melakukan evaluasi secara intensif

Langkah 8. Ambil tindakan-tindakan untuk meningkatkan perawatan dan pelayanan

- a. Tim merekomendasikan dan/atau mengambil tindakan

Langkah 9. Nilailah keefektifan tindakan-tindakan yang diambil dan pertahankan hasil yang dicapai

- a. Nilailah untuk menentukan apakah perawatan dan pelayanan telah meningkat
- b. Jika tidak, langkah lebih lanjut ditentukan

- c. (a) dan (b) diulang sampai peningkatan dicapai dan dipertahankan
- d. Monitoring dipertahankan dan prioritas-prioritas untuk monitoring dan indikator-indikatornya dinilai kembali secara periodik

Langkah 10. *Sampaikan hasil-hasil pada orang-orang dan group yang terkait*

- a. Tim-tim menyampaikan kesimpulan-kesimpulan, tindakan-tindakan, dan hasil-hasil kepada pimpinan-pimpinan dan kepada orang-orang, komite-komite, departemen-departemen dan pelayanan-pelayanan yang terkait.
- b. Sebarluaskan informasi sesuai dengan keperluan
- c. Pimpinan-pimpinan dan yang lainnya menerima dan menyebarkan komentar-komentar reaksi-reaksi dan informasi dari orang-orang dan group yang terkait

CHECKLIST UNTUK MERANCANG PROSES QI

- ya–tidak– Apakah pimpinan-pimpinan sudah diidentifikasi?
- ya–tidak– Apakah suatu struktur sudah dibentuk untuk pimpinan-pimpinan untuk mengawasi aktifitas QI?

Apakah proses QI mencakup

- ya–tidak– suatu penetapan cakupan perawatan dan pelayanan?
- ya–tidak– aspek-aspek perawatan dan pelayanan yang penting yang harus dimonitor secara terus-menerus?
- ya–tidak– sebuah prosedur untuk mengembangkan dan menyetujui indikator-indikator dan ambang-ambang untuk tiap aspek perawatan yang penting?
- ya–tidak– metodologi pengumpulan data?
- ya–tidak– sebuah prosedur untuk membandingkan data dengan ambang?
- ya–tidak– sebuah prosedur dengan apa umpan balik lain (misalnya, survei pasien dan staf) dapat memacu evaluasi lebih lanjut?

- ya-tidak— sebuah prosedur untuk mengambil tindakan untuk meningkatkan perawatan dan pelayanan?
- ya-tidak— sebuah prosedur untuk menilai kembali perawatan dan pelayanan dan untuk mempertahankan peningkatan?
- ya-tidak— sebuah prosedur dengan apa individu-individu dan grup menerima hasil-hasil monitoring dan evaluasi?

Checklist ini lebih banyak menyangkut perancangan, daripada pelaksanaan, monitoring, dan evaluasi. Memenuhi semua hal dalam checklist ini dengan penuh perhatian akan memberikan dasar untuk proses monitoring dan evaluasi yang efektif untuk peningkatan mutu yang berkesinambungan pada organisasi.

PERBEDAAN ANTARA PROSES MONITORING DAN EVALUASI YANG DILAKSANAKAN SAAT INI DAN PROSES MONITORING EVALUASI DALAM KONTEKS CQI

Langkah 1. Berikan tanggung jawab

Saat Ini :

Tiap departemen/unit pelayanan ditugasi suatu tanggung jawab untuk mengawasi dan melaksanakan proses monitoring dan evaluasi dalam departemen tsb.

CQI :

Pimpinan-pimpinan organisasi mengawasi rancangan dan dukungan pendekatan atas peningkatan mutu yang berkesinambungan dengan melibatkan aktifitas-aktifitas intra dan inter departemen.

Langkah 2. Tentukan cakupan perawatan dan pelayanan

Saat Ini :

Tiap departemen/unit pelayanan menentukan cakupan perawatannya yang terpisah-pisah secara sendiri-sendiri

CQI :

Organisasi, sebagai suatu keseluruhan atau menurut departemen/unit pelayanan, menetapkan cakupan perawatan dan pelayanan.

Langkah 3. Identifikasi aspek-aspek perawatan dan pelayanan yang penting

Saat Ini :

Tiap departemen/unit pelayanan mengidentifikasi aspek-aspek perawatan yang mempunyai volume yang tinggi, resiko tinggi, dan aspek yang mempunyai masalah.

CQI :

Organisasi, sebagai suatu keseluruhan atau menurut departemen/unit pelayanan, mengidentifikasi fungsi-fungsi utama yang mempunyai prioritas tinggi, proses-proses, pengobatan, kegiatan, dan lain-lain untuk dimonitor.

Langkah 4. Identifikasi indikator-indikator

Saat Ini :

Tiap departemen/unit pelayanan mengidentifikasi indikator-indikator untuk menghubungkannya dengan aspek perawatan yang penting.

CQI :

Tim-tim ahli, dari departemen itu atau lintas departemen, mengidentifikasi indikator-indikator untuk aspek-aspek perawatan dan pelayanan yang penting. Indikator-indikator yang berhubungan dengan struktur perawatan tidak lagi ditekankan.

Langkah 5. Menetapkan ambang-ambang untuk evaluasi

Saat ini :

Tiap departemen/unit pelayanan menetapkan batas, pola atau kecenderungan (trend) dalam data untuk masing-masing indikator yang akan memacu evaluasi yang intensif.

CQI :

Tim-tim ahli menetapkan batas, pola atau kecenderungan data untuk tiap indikator yang harus memacu evaluasi yang intensif. Metode-metode statistik ditekankan, sebagaimana adanya fakta dimana ambang-ambang bukanlah satu-satunya cara untuk memacu evaluasi.

Langkah 6. Kumpulkan dan susunlah data

Saat ini :

Departemen/unit pelayanan atau organisasi menetapkan metodologi pengumpulan data.

CQI :

Metodologi pengumpulan data sering meliputi upaya dimana umpan balik dari sumber-sumber selain monitoring berkelanjutan digunakan untuk menunjukkan bidang-bidang untuk evaluasi dan peningkatan.

Langkah 7. Mulailah evaluasi

Saat ini :

Perawatan dievaluasi secara intensif hanya jika ambang untuk indikator yang diberikan tercapai.

CQI :

Jika ambang-ambang tercapai, dan juga jika umpan balik lain (misalnya, laporan pasien, laporan staf) menunjukkan kesempatan-kesempatan lain untuk peningkatan, pimpinan-pimpinan menetapkan prioritas-prioritas untuk evaluasi dan membentuk tim-tim yang mengevaluasi fungsi perawatan atau pelayanan pasien yang dipertanyakan.

Langkah 8. Ambillah tindakan-tindakan untuk meningkatkan perawatan dan pelayanan

Saat ini :

Mereka yang mempunyai wewenang didalam dan diluar departemen/unit pelayanan mengambil tindakan, berdasarkan rekomendasi-rekomendasi dari mereka yang mengevaluasi perawatan.

CQI :

Penekanan yang lebih besar adalah dengan memusatkan tindakan-tindakan yang berhubungan dengan proses khususnya "handoffs" antara departemen/unit pelayanan.

Langkah 9. Nilailah keefektifan langkah-langkah yang diambil dan pertahankan hasilnya

Saat ini :

Monitoring yang berkelanjutan menentukan apakah tindakan yang diambil itu efektif.

CQI :

Penekanan yang lebih besar adaiah untuk meyakinkan bahwa peningkatan dipertahankan setiap saat.

Langkah 10. Sampalkan hasil-hasilnya pada individu-individu dan grup yang terkait

Saat ini :

Departemen/unit pelayanan dan unit-unit fungsional melaporkan hasil-hasil pada program QA, yang menyebarluaskan penemuan-penemuan tersebut jika perlu.

CQI :

Penemuan-penemuan dari mereka yang melaksanakan monitoring dan evaluasi disampaikan kepada pimpinan-pimpinan dan kepada individu-individu dan grup yang dipengaruhi. Pimpinan-pimpinan juga menyebarluaskan informasi tsb. jika perlu.