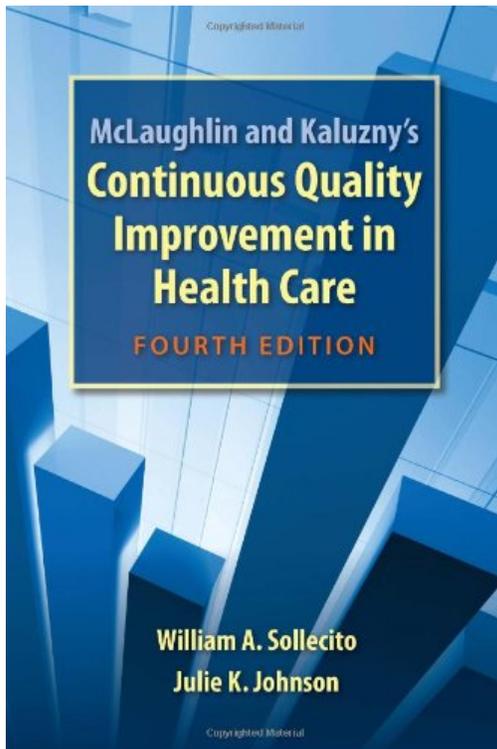


## Bedah Buku: Implementing Continuous Quality Improvement in Health Care

oleh:  
Nasiatul Aisyah Salim, SKM, MPH



Buku *Implementing Continuous Quality Improvement in Health Care* edisi ke empat (2011) ditulis oleh William A. Sollecito dan Julie K. Johnson. Buku ini merupakan kelanjutan dari buku sebelumnya yang berjudul *Implementing Continuous Quality Improvement in Health Care: A Global Casebook* yang telah menyajikan kasus-kasus dari implementasi peningkatan kualitas dengan harapan para pembaca dapat menerapkan prinsip dan konsep pada tatanan operasional yang lebih luas.

Buku ini akan dibagi menjadi empat sesi: Sesi pertama menjelaskan gambaran luas tentang permasalahan dalam peningkatan mutu, evolusinya, adaptasinya dan implementasinya dalam organisasi pelayanan kesehatan; Sesi kedua menerangkan secara rinci dan memperbaharui konsep dan perangkat yang penting bagi peningkatan mutu, memberikan pemahaman mengenai variasi dan proses pengembangan, pengelolaan tim, menaksir hasil,

mengukur kepuasan konsumen dan pendekatan baru menggunakan pemasaran sosial; Sesi ketiga mengambil fokus pada implementasi yaitu tantangan bagi perancang organisasi, dan peran teknologi informasi; Sesi terakhir menyampaikan berbagai upaya peningkatan mutu dalam tatanan pelayanan kesehatan seperti perawatan primer, kesehatan masyarakat, pelayanan perawat, organisasi peningkatan mutu.

Bagi para pembaca yang baru mendalami mengenai upaya peningkatan mutu pelayanan kesehatan maka buku ini cocok untuk menjadi salah satu referensi awal. Buku ini menjelaskan secara detail konsep-konsep utama tentang mutu mulai dari sejarah mutu di bidang industri hingga diadaptasi di bidang pelayanan kesehatan. Bagi para pembaca yang sudah mendalami mutu pelayanan kesehatan maka buku ini juga menyediakan berbagai topik/issue terkini dalam sesi terakhir, antara lain tentang pendidikan mutu pelayanan dalam konteks mikro bagi para profesional, peran lembaga pembiayaan dalam meningkatkan mutu pelayanan kesehatan, *trend* perkembangan akreditasi terkini, tantangan peningkatan mutu di negara-negara berkembang serta transformasi pelayanan kesehatan dimasa depan.

Buku ini menyimpulkan bahwa peningkatan mutu pelayanan kesehatan menuntut kerja sama yang lebih daripada sebelumnya antara dokter, manajer, pelaku ekonomi, dan ahli keuangan. Berikut ini adalah ringkasan untuk setiap sesi dan bab dalam buku tersebut.

**Sesi pertama (introduction)** Dibagi menjadi 2 bab yaitu membahas evolusi global CQI dan faktor-faktor yang mempengaruhi penerapan dan penyebaran CQI dalam perawatan kesehatan.

### **Bab 1 (The Global Evolution of Continuous Quality Improvement : From Japanese Manufacturing to Global Health Service)**

*Total Quality Management (TQM)* dalam industri manufaktur telah berkembang menjadi *Continuous Quality Improvement (Peningkatan Mutu Berkelanjutan)* ketika diterapkan pada proses-proses klinis perawatan kesehatan. Pengertian CQI dalam perawatan kesehatan yaitu proses organisasional terstruktur yang melibatkan personel dalam merencanakan dan melaksanakan peningkatan secara terus menerus, menyediakan perawatan kesehatan berkualitas sesuai dengan yang diharapkan.

Karakteristik dan fungsi CQI sebagai esensi dari manajemen yang baik yaitu (1) memahami dan mengadaptasikannya ke lingkungan eksternal, (2) mendorong petugas klinik dan manajer untuk menganalisis dan meningkatkan proses, (3) memelihara norma bahwa pilihan konsumen (pasien & *provider*) merupakan determinan penting dari mutu, (4) mengembangkan pendekatan berbagai bidang yang melampaui garis departemental dan profesional konvensional, (5) mengadopsi filosofi perubahan dan penyesuaian yang terencana, (6) menyusun mekanisme untuk menjamin penerapan praktek terbaik melalui pembelajaran organisasi yang terencana, dan (7) memberikan motivasi untuk pendekatan yang rasional, berbasis data dan kooperatif terhadap analisis dan perubahan proses.

CQI dapat berarti filosofi manajemen dan metode manajemen. Dua hal tersebut dibedakan dari pengertian bahwa kebutuhan konsumen merupakan kunci mutu konsumen dan kebutuhan konsumen akan berubah seiring dengan perubahan di bidang pendidikan, ekonomi, teknologi dan budaya. Perubahan tersebut menuntut peningkatan yang berkelanjutan dalam metode klinis dan administratif yang berakibat pada mutu perawatan pasien. Sehingga sistem organisasi harus memiliki kemauan dan jalan untuk menguasai perubahan secara efektif.

Dalam CQI, kepuasan konsumen menjadi pengujian mutu proses dan produk yang dihasilkan. Secara sistem, fokus CQI adalah pada proses manajerial dan profesional yang berkaitan dengan hasil akhir. CQI mendorong keterlibatan dari seluruh personel pada proses untuk memberikan informasi yang relevan dan menjadikannya bagian dari pemecahan masalah. CQI juga menempatkan tanggungjawab setiap proses di tangan para pelaksana yang terlibat langsung dengan proses tersebut sehingga dapat mengundang sejumlah pemikiran manajerial, kelalaian, fleksibilitas dan tanggung jawab. Selain itu yang membuat CQI berbeda adalah kepercayaan penuh terhadap pembelajaran dan pembuatan keputusan yang berbasis fakta. Selain itu, setiap orang yang terlibat dalam aktivitas CQI diharapkan dapat mempelajari berbagai kasus kejadian dan mencari serangkaian solusi yang berhubungan dengan sistem. Pengukuran dilakukan bukan untuk menyeleksi, memberi penghargaan ataupun hukuman (Berwick, 1996).

Unsur-unsur CQI dibagi menjadi 3 yaitu unsur filosofis (fokus strategik, fokus konsumen, sudut pandang pada sistem, analisis berbasis fakta, keterlibatan pelaksana, identifikasi penyebab, identifikasi solusi, optimalisasi proses, peningkatan yang berkelanjutan, pembelajaran organisasional), unsur struktural (tim peningkatan proses, tujuan CQI, organisasi paralel, kepemimpinan organisasional, analisis secara statistik, ukuran kepuasan konsumen, penentuan standar, perancangan ulang proses dari awal), dan unsur spesifik (penelitian secara epidemiologis dan klinis, penggunaan ukuran kinerja disesuaikan dengan risiko, penggunaan analisis efektivitas biaya, penggunaan data dan teknik penjamin mutu

dan data manajemen risiko, pelibatan proses dari berbagai pengatur (staf medis, penjamin mutu, komite farmasi, kegiatan peninjauan).

Konsep-konsep mutu pada awalnya diterapkan di Jepang. Ketika mulai menyebar di negara-negara lain, konsep-konsep tersebut terus berkembang dan berevolusi di Jepang, dengan berbagai kontribusi asli pada pemikiran, perangkat dan teknik-teknik CQI, khususnya tahun 1960-an. Dua ahli yang terkenal dari Jepang yaitu Genichi Taguchi yang cenderung menggunakan pengembangan dari teknik-teknik statistika, dan Kaoru Ishikawa yang dikenal karena telah mengembangkan perangkat CQI klasik seperti diagram sebab-akibat, juga memperbaiki aplikasi dasar-dasar CQI dan menambahkan konsep-konsepnya.

Donabedian (1993) mengajukan beberapa hal untuk diterapkan pada model perawatan kesehatan antara lain (1) apresiasi baru terhadap tradisi mutu perawatan kesehatan, (2) perhatian lebih besar terhadap kebutuhan, nilai dan harapan konsumen, (3) perhatian lebih besar terhadap perancangan sistem dan proses untuk menjamin mutu, (4) mengembangkan pengawasan mandiri, (5) peran lebih besar dari manajemen dalam menjamin mutu perawatan klinik, (6) mengembangkan aplikasi metode kontrol statistik secara tepat pada pengawasan perawatan kesehatan, (7) memperbanyak pendidikan dan pelatihan bagi semua orang yang berkaitan dalam memonitor dan menjamin mutu.

Dua pendekatan *broad-based* yang terbukti sukses sebagai kerangka dalam perawatan kesehatan yaitu siklus PDSA (*Plan, Do, Study, Act*) dan QIC (*Quality Improvement Collaborative*). Siklus PDSA pertama kali diperkenalkan oleh Walter Shewhart di Bell Laboratories. Dua aplikasi dari PDSA yang sangat berhasil dan dikenal dalam perawatan kesehatan adalah model FOCUS PDCA milik HCA (Batalden & Stoltz, 1993) dan *model for improvement* (Langley dkk, 2009).

Kemampuan siklus PDSA untuk diterapkan secara luas dalam bidang perawatan kesehatan dapat dilacak secara langsung saat diterapkan oleh Deming. Deming mengungkapkan bahwa manajemen perlu mengalami transformasi. Cara untuk mencapai transformasi adalah mengejar “*profound knowledge*” yang memiliki empat kunci yaitu (1) apresiasi terhadap sistem, (2) mempunyai pengetahuan tentang variasi, (3) teori ilmu pengetahuan dan (4) psikologi. Siklus PDSA juga mencakup proses pengujian dan pembelajaran data, untuk melihat apakah perubahan yang terjadi merupakan suatu peningkatan dan apakah peningkatan tersebut kelak akan diperlukan (Batalden dan Stoltz, 1993).

Aplikasi QIC dimulai dari perawatan dasar hingga kesehatan umum. QIC terdiri atas “tim dari berbagai disiplin ilmu, dari bermacam departemen atau organisasi perawatan kesehatan yang bergabung selama beberapa bulan untuk bekerja secara terstruktur untuk meningkatkan perlengkapan perawatan yang mereka miliki,” (Schouten dkk, 2008). QIC dideskripsikan sebagai organisasi pembelajaran temporer (Ovretveit dkk, 2002) dan juga sebagai “penyebaran ide” oleh Greenhalgh dkk (2005).

Menurut Greenhalgh dkk (2005), kesuksesan QIC (*Quality Improvement Collaborative*) disebabkan oleh : (1) topik-topik penting terpusat secara jelas yang mengacu pada perbedaan antara praktek terbaik dengan yang sedang dilakukan, (2) para partisipan yang mendapatkan motivasi tinggi (memahami tujuan perseorangan maupun korporat dalam budaya organisasi), (3) tim dan kepemimpinan tim yang efektif (tujuannya sejajar dengan tujuan organisasi), (4) pemberian fasilitas oleh para ahli yang dapat dipercaya, (5) memaksimalkan penyebaran ide melalui jaringan anatara tim dan mekanisme lainnya.

Diakhir bab 1 dijelaskan bahwa QIC (*Quality Improvement Collaborative*) dianggap telah sukses dan merupakan cara populer untuk menerapkan peningkatan dalam penyampaian

pelayanan kesehatan. Namun pendekatan tersebut juga dinilai mahal dan hasilnya sulit untuk diukur.

## **Bab 2 (Factors Influencing The Application and Diffusion of CQI in Health Care)**

Metodologi dan penerapan CQI terus berkembang dan memberi tantangan serta diperdebatkan sebelum benar-benar diterima sebagai praktek berbasis fakta. Contoh yang bagus sehubungan dengan penggunaan filosofi dan proses CQI di antaranya adalah *checklist*. *Checklist* ini memperlihatkan kepemimpinan dan kerja tim lintas-disiplin, menggunakan siklus PDSA untuk menguji, mempelajari, dan membuat perkembangan dengan memasukkan berbagai keahlian untuk meningkatkan keselamatan dalam skala global. *Checklist* merupakan penerapan yang bagus untuk beberapa masalah seputar penyebaran CQI dalam bidang perawatan kesehatan. Di luar itu, terdapat persoalan yang lebih luas seperti proses *versus* kinerja, dan biaya *versus* keuntungan *versus* nilai. Juga, isu sehubungan standar minimum untuk menetapkan bukti perubahan. Masalah-masalah tersebut menuntut penentuan keputusan secara cepat namun tegas termasuk asumsi kompleks, pemaknaan yang berbeda mengenai penyebab suatu hal dan perbedaan pendapat tentang hasil penelitian.

Kerumitan sistem perawatan kesehatan merupakan tantangan dan sumber ide tentang tata cara mewujudkan peningkatan (Plsek dan Greenhalgh, 2001). Perawatan kesehatan dapat dijelaskan sebagai sistem kompleks yang dapat disesuaikan, sebuah konsep yang memiliki implikasi untuk memajukan sistem. Sebagai sistem kompleks yang adaptif, perawatan kesehatan hanya dapat dirancang dalam batas tertentu dan tidak dapat didesain untuk meminimalisir biaya, namun lebih pada memaksimalkan nilai (Rouse, 2008). Walaupun perawatan kesehatan bersifat unik dalam berbagai cara, satu persamaan yang dimiliki dengan usaha kompleks lainnya adalah kesulitan di seputar inovasi, mulai dari hambatan perubahan yang sederhana namun mengandung banyak faktor kerumitan.

Teori difusi berguna untuk memahami faktor-faktor yang merintang atau mendukung penerapan CQI dalam perawatan kesehatan. Karena kompleksitas perawatan kesehatan dan ditambah dengan kerumitan CQI, tidak ada jawaban yang sederhana untuk memindahkan inovasi-inovasi CQI ke dalam perawatan kesehatan secara cepat dan efisien. Tujung aturan untuk penyebaran inovasi dalam perawatan kesehatan yaitu (1) temukan pembaharuan, (2) temukan dan dukung para pembuat perubahan, (3) dahulukan investasi pada pemakai awal, (4) usahakan agar aktivitas pemakai awal dapat diamati, (5) percaya dan adakan penemuan ulang, (6) berikan kelonggaran untuk perubahan, (7) laksanakan kepemimpinan dengan memberikan contoh.

Semua aturan tersebut dapat diaplikasikan pada inovasi seputar CQI. Kepemimpinan, kepercayaan, dan penemuan ulang merupakan faktor-faktor penting. Penemuan ulang berhubungan dengan konsep pembelajaran lintas disiplin ilmu yang telah menyebarkan CQI, dan merupakan salah satu penyebab evolusi di kalangan industri dan di seluruh dunia. CQI harus menjadi bagian dari visi organisasi dan diterima oleh semua yang patut menerapkannya sehingga memerlukan kepercayaan dari seluruh tingkat. Selain itu pemimpin tertinggi harus terlibat, mendukung dan mengkomunikasikan visi inovasi dan perubahan. Namun, partisipasi, penerimaan dan dukungan dari pemimpin opini pun penting bagi implementasi dan proses penemuan ulang yang sukses.

Kunci menuju penyebaran yang lebih luas adalah memahami dan menitikberatkan faktor-faktor yang dapat dikaitkan dengan keberhasilan penerapan CQI yaitu (1) faktor motivasional, (2) Akreditasi sebagai mekanisme pengaturan, (3) Kepemimpinan

transformasional, kerja tim dan kesempurnaan budaya. Faktor motivasional meliputi (1) motivasi intrinsik (membiarkan personel untuk bekerja dengan prosesnya sendiri, mengizinkan mereka untuk melakukan “hal-hal yang benar” kemudian memberikan penghargaan atas perilaku tersebut), (2) manajemen mendorong para pegawainya untuk mengaplikasikan ilmu dan wawasan mereka ke dalam proses-proses organisasi, menyediakan hubungan lateral antar koordinator atau mekanisme yang terjalin, (3) mengurangi pengeluaran manajerial tambahan.

Kepemimpinan transformasional yang membedakan adalah keandalan dan visi yang mana merupakan sebuah titik awal dan faktor konsisten untuk mendorong perubahan dan peningkatan. Dengan pengembangan visi dan komitmen terhadap visi tersebut menimbulkan ketetapan tujuan bersama dalam organisasi, mengacu pada pengertian yang jelas tentang arah organisasi atau sistem yang akan dicapai (Deming, 1986).

Jenis budaya yang diperlukan dalam suatu organisasi yang ingin mengalami peningkatan secara terus-menerus disebut dengan “kesempurnaan budaya”. Budaya ini menjamin keunggulan dan mutu tinggi pada setiap bertemu dengan konsumen dan berkomitmen pada kualitas yang terbaik, dan dilaksanakan bersama oleh semua yang ada di organisasi. Di bawah kesempurnaan budaya, terdapat pandangan sistem, yang dalam perawatan kesehatan menitikberatkan pada arti penting penambahan nilai dan lebih kepada kepemimpinan daripada manajemen, pengaruh daripada kekuasaan, dan kesetaraan insentif yang lebih fokus pada mutu daripada kuantitas pelayanan (Rouse, 2008). Unsur budaya kesempurnaan meliputi fokus pada konsumen, pola pikir sistem (mengelola tujuan untuk mengoptimalkan sistem secara keseluruhan hingga menciptakan sinergi), pola pikir statistik (memahami sebab-sebab variasi dan pentingnya mempelajari pengukuran, mampu menggunakan data untuk menentukan keputusan), kerja tim, komunikasi dan umpan balik. CQI dalam perawatan kesehatan merupakan permainan berkelompok. Setiap tim terbentuk dari rekan-rekan ahli teknis yang sangat terlatih yang saling mendukung dan memberi kuasa untuk mengambil peran kepemimpinan yang diperlukan untuk memenuhi kebutuhan konsumen. Kerja tim adalah salah satu unsur penting dari semua inisiatif CQI yang sukses, Pembentukan tim berpusat pada kemampuan untuk menciptakan tim dari sekumpulan orang yang bermotivasi tinggi dan memegang peranan, yang mampu memimpin diri sendiri dan yang akan mengambil kepemimpinan yang diperlukan untuk menumbuhkan perubahan, inovasi dan peningkatan (Byham & Cox, 1998; Grove, 1995; Kotter, 1996).

Kesimpulan dari penjelasan bab 2 adalah walaupun penting untuk memahami faktor-faktor yang memperluas penggunaan CQI dan masalah yang mempengaruhi peningkatan dalam perawatan kesehatan secara keseluruhan, lebih penting lagi adalah meninjau kembali cara-cara yang berhasil diterapkan agar dapat dipelajari oleh praktisi lainnya.

***Sesi kedua (Basics of Quality and Safety).*** Menerangkan secara rinci dan memperbarui konsep-konsep dan peralatan yang penting bagi gagasan peningkatan mutu, memberikan pemahaman mengenai variasi dan proses pengembangan, pengelolaan tim, menaksir hasil, mengukur kepuasan konsumen dan pendekatan baru menggunakan pemasaran sosial. Bagian tersebut juga merujuk pada pengembangan peran pasien dalam peningkatan mutu berkelanjutan.

### **Bab 3 (Measurement, Variation and CQI Tools)**

Pengukuran merupakan unsur sentral dari upaya peningkatan mutu berkelanjutan (CQI). Dr. Donald berwick (1996) menyatakan bahwa pengukuran bukan untuk memberi penilaian

melainkan untuk mempelajari agar peningkatan dapat terjadi. Salah satu elemen kunci dari sistem ilmu yang dikemukakan Deming ialah pengetahuan tentang variasi dan caranya berinteraksi dengan unsur-unsur lainnya untuk menciptakan peningkatan sistem (1993).

Variasi adalah suatu perluasan yang menyebabkan sebuah proses berbeda dari bentuk asalnya. Mempelajari variasi pada tingkat nasional meliputi persoalan-persoalan mutu perawatan kesehatan relatif pada akses, kesalahan-kesalahan medis, perkembangan pasien, dan penempatan sumber daya. Sedangkan, mempelajari variasi dari sudut pandang manajemen organisasional memberikan gambaran tentang hubungan antara variasi dengan keefektifan dan hasil-hasil organisasi.

Organisasi-organisasi perawatan kesehatan semakin sering menghadapi kebutuhan untuk memenuhi tuntutan mengenai pengaturan pelaporan, publik dan pembayar agar dapat tetap bersaing melalui peningkatan yang ditunjukkan oleh kinerja organisasionalnya dan untuk mengurangi kesalahan medis dengan menciptakan kultur yang bebas dari ketakutan dan pelimpahan kesalahan. Namun, mengupayakan peningkatan tanpa memahami variasi dan implikasinya dapat menimbulkan resiko seperti (1) melihat kecenderungan yang sebenarnya tidak ada (2) Menyalahkan orang lain untuk hal-hal yang di luar kendali mereka, (3) Membangun penghalang, menurunkan moral dan menciptakan suasana penuh ketakutan, (4) Tidak pernah bisa sepenuhnya mengerti tentang kinerja yang sebelumnya, membuat prediksi mengenai masa depan, atau menghasilkan peningkatan yang signifikan dalam prosesnya. Menurut Dr. Brent James (1989), mempelajari variasi dari sisi perseorangan dapat dilihat dari sudut pandang praktisi, pegawai dan pelanggan. Sedangkan dari sisi manajemen medis untuk pasien, peran praktisi individual dapat dilihat dari produktivitas, manajemen risiko, efektivitas biaya dan kompetensi profesional.

Variasi yang menaikkan biaya tetapi tidak membawa peningkatan kinerja adalah tanda produktivitas rendah. Ketika ada proses-proses yang memperlihatkan kinerja medis identik berbeda, ada tiga kemungkinan: (1) beberapa praktisi sedikit memanfaatkan dan menjalankan risiko dari kegagalan mutu, (2) beberapa praktisi terlalu memanfaatkan dan menggunakan sumber daya yang tidak terlalu diperlukan, atau (3) ada perbedaan kecakapan dan kecerdikan klinis di kalangan para praktisi.

Untuk memastikan kinerja mutu penyedia layanan perawatan dan pegawai lainnya harus dapat melaksanakan tanggung jawabnya secara efektif, efisien dan aman. Mungkin, pengaruh variasi terhadap perkembangan klinis pasien tidak terlihat, namun kemungkinan untuk meramalkan dan konsistensi perawatan yang diterima akan tercermin dalam persepsi pasien mengenai pengalaman mereka dengan sistem perawatan kesehatan yang bersangkutan. Tujuan CQI adalah mengidentifikasi, mengelola dan mengurangi variasi secara tepat.

Dua jenis sumber daya peningkatan dalam proses menurut Deming yaitu (1) Eliminasi penyebab 'khusus' dari variasi proses, yaitu variasi-variasi tidak perlu yang terkait dengan materi, mesin/alat, atau individu tertentu; (2) Eliminasi penyebab 'umum' variasi, yaitu yang menyangkut aspek-aspek sistem itu sendiri, seperti desain, pelatihan, materi, alat-alat atau kondisi pekerjaan.

Tujuh perangkat utama yang menjadi dasar upaya CQI dalam perawatan kesehatan dan cocok untuk tahap peningkatan proses manapun meliputi (1) *flowchart* (digunakan untuk menjelaskan rangkaian tindakan yang harus dilakukan untuk menyelesaikan pekerjaan tertentu), (2) *Fish bone* (digunakan untuk memulai identifikasi sumber-sumber variasi setelah proses digambarkan dan didokumentasikan melalui proses *flowchart*), (3) Histogram dan diagram pareto (histogram dapat digunakan untuk melihat keberadaan perubahan

dalam keberagaman proses), (4) analisis regresi, (5) *run chart* (untuk menentukan keberadaan penyebab khusus) dan diagram kontrol.

Beberapa perangkat CQI yang akhir-akhir ini sering digunakan secara khusus dalam bidang perawatan kesehatan adalah

1. Pengukuran kesalahan medis salah satunya *Global Trigger Tool for Measuring Adverse Events* yang dikembangkan oleh *Institute for Healthcare Improvement* yang digunakan untuk melacak tingkat kejadian kesalahan dan kesalahan medis di rumah sakit yang tercatat selama waktu tertentu (Griffin dan Resar, 2007)
2. Checklist yang menunjukkan betapa bernilainya checklist sebagai alat efektif dalam pelaksanaan operasi (de Vries dkk, 2010; Haynes dkk, 2009) dan spesialisasi medis lainnya (Gawande, 2009; Pronovost dkk, 2006);
3. Six Sigma. Menurut Duffy dkk (2009), Six sigma dimulai dengan pemetaan proses untuk mengenali elemen pada kualitas, kemudian memusatkan perubahan pada elemen tersebut melalui metodologi DMAIC (*Define, Measure, Analyze, Improve, Control*)

#### **Bab 4 (Understanding and Improving Team Effectiveness in Quality Improvement)**

Dalam lingkup peningkatan mutu, tim adalah tempat permasalahan dianalisis, solusi dihasilkan dan perubahan di evaluasi. Kerja tim yang efektif merupakan faktor kunci yang mempengaruhi penyebaran dan implementasi sukses dari CQI dalam pelayanan kesehatan. Konsep kunci yang sehubungan dengan tim dalam pelayanan kesehatan yaitu (1) orang-orang yang bekerja bersama-sama untuk mencapai tujuan tertentu, (2) mereka yang menggunakan banyak proses yang saling berkaitan, (3) mereka yang menciptakan kinerja yang berkembang, (4) mereka yang memiliki akses menuju informasi kinerja tim.

Tim menjadi hal penting untuk keberhasilan peningkatan mutu karena (1) masalah mutu biasanya tidak terlihat bagi orang di level manajemen senior namun dampaknya dapat dialami oleh seluruh organisasi, (2) orang-orang yang terlibat dalam proses permasalahan biasanya adalah yang paling berpengetahuan tentang proses yang bersangkutan dan konteksnya yang mana untuk memahami suatu proses diperlukan partisipasi dari individu yang paling memahami proses selengkapnya karena peningkatan mutu mencakup analisis proses dan pengembangan proses, (3) orang yang berada di barisan depan biasanya memiliki gagasan peningkatan yang paling mudah diwujudkan, (4) permasalahan mutu memerlukan dukungan dari semua personel dalam organisasi tidak hanya dari level senior, (5) tim yang benar-benar berfungsi akan memberi kesempatan bagi para anggotanya untuk turut serta dalam mengenali dan memecahkan masalah.

Tugas tim yaitu melaksanakan siklus PDSA, terlibat dalam analisis masalah dan mengenali tindakan alternatif. Kejelasan tugas kewenangan tim untuk melaksanakan siklus PDSA sangatlah penting. Sehubungan dengan itu, tim harus memiliki pemahaman yang sama mengenai tujuan mereka.

Karakteristik tim meliputi (1) ukuran dan komposisi tim, (2) hubungan tim dan status, (3) keamanan psikologi, (4) norma tim (perilaku & performa) dan (5) tahap pengembangan tim. Ukuran tim tergantung pada sifat tim, tujuan serta tugas-tugasnya. Tim harus mencakup keberagaman dan keahlian yang memadai untuk menginformasikan segala aspek penting dari tugas dan tujuan tim. Namun tim juga tidak boleh terlalu besar karena akan menyebabkan kesulitan dalam mencapai konsensus alur secara tepat. Untuk peningkatan mutu, perbedaan status (hubungan dokter-perawat) dapat menghambat fungsi tim. Salah satu cara untuk menghindari masalah tersebut adalah dengan memilih pemimpin yang

memiliki kewenangan yang memadai serta dihormati sebagai penengah, dapat mendorong anggota dari level rendah untuk berpartisipasi, mengawasi anggota yang tingkatnya lebih tinggi dan meredakan tekanan yang timbul karena konflik anggota.

Deming (1986) menjelaskan bahwa prinsip utama peningkatan mutu adalah kepercayaan bahwa orang-orang harus menghadapi dan terus terang mengenai persoalan mutu. Individu yang termasuk dalam upaya peningkatan mutu harus merasa bahwa usulan mereka akan didengarkan tanpa takut terintimidasi, direndahkan atau penyiksaan.

Sumber daya dan dukungan tim dapat berupa (1) budaya organisasional, (2) dukungan material dan non material serta pengakuan, (3) penghargaan. Budaya organisasi memiliki implikasi bagi tim. Tim yang efektif biasanya mempunyai budaya kuat yang mendukung pekerjaannya. Suatu organisasi yang didalamnya terdapat persaingan kuat dan disfungsi, partisipasi personel yang rendah dalam pembuatan keputusan, pertentangan antar profesi dapat dikatakan mengalami budaya yang tidak harmonis (Fleeger,1993). Dalam peningkatan mutu, penghargaan tim biasanya terdiri atas kepuasan nyata atas hasil yang dicapai. Orang-orang yang bekerja dalam tim perlu merasakan bahwa partisipasi mereka dalam tim itu penting, dibutuhkan dan bagian kunci dari pekerjaan mereka.

Proses-proses tim mengacu pada aspek yang berhubungan dengan kepemimpinan, komunikasi, pembuatan keputusan dan pembelajaran oleh tim dan anggotanya. Pembelajaran tim dan organisasional merupakan aspek kunci dari CQI, dan kapasitas belajar adalah penanda keefektifan tim. Tim peningkatan mutu tidak hanya berhadapan dengan pengembangan proses pembelajaran organisasi atau sub-unit organisasionalnya, tetapi juga dengan peningkatan pembelajaran dan kinerjanya sendiri sebagai tim. Tim-tim pengembangan mutu meninjau sendiri kinerja mereka dan kepuasan anggotanya, dan berusaha mengembangkan strategi serta teknik-teknik baru dalam manajemen tim untuk meningkatkan performa mereka. Beberapa tim melakukan tanya jawab setiap selesai rapat untuk melihat kemajuan pekerjaan dan sikap mereka dalam bekerja, serta mencari sesuatu yang dapat dipelajari dari hal itu dan meningkatkan kemampuan mereka. Belajar dari pengalaman dan belajar dari lingkungan eksternal yang lebih luas ialah tanda dari organisasi dan tim yang efektif.

### **Bab 5 (The Outcome Model of Quality)**

Dr. Avedis Donabedian telah mengajukan kerangka kerja untuk mengkonseptualisasikan mutu dalam 3 aspek perawatan

1. Struktur : sumber daya-sumber daya yang tersedia untuk menyediakan pelayanan, yang mencakup fasilitas-fasilitas, peralatan dan petugas terlatih.
2. Proses : aktivitas-aktivitas yang memberikan dan menerima perawatan (aktivitas-aktivitas pasien dalam mencari perawatan dan kegiatan yang dilakukan praktisi)
3. Perkembangan : terutama pada perubahan-perubahan kondisi pasien setelah perawatan; juga mencakup pengetahuan dan kepuasan konsumen

Donabedian memperluas pengertian mutu dengan tidak hanya mencakup manajemen teknik dalam mengatasi pasien namun juga manajemen hubungan interpersonal, dan akses pada perawatan dan kontinuitas perawatan.

Sedangkan IOM (*Institute of medicine*), kualitas pelayanan kesehatan harus mencakup

- Keamanan (menghindari cedera pada pasien akibat perawatan)

- Efektif (memberikan layanan berdasar pada pengetahuan ilmiah untuk semua yang dapat memberikan manfaat dan menahan diri memberikan layanan bagi mereka yang kemungkinan tidak memberikan keuntungan)
- Mementingkan pasien (memberikan perawatan yang menghormati dan menanggapi preferensi, kebutuhan serta nilai pasien dan menjamin bahwa nilai pasien menjadi panduan semua keputusan klinis)
- Tepat waktu (mengurangi waktu tunggu dan terkadang penundaan yang membahayakan bagi mereka yang menerima dan juga memberikan perawatan)
- Efisien (menghindari pemborosan, termasuk pemborosan peralatan, suplai, gagasan-gagasan dan energi)
- Kelayakan (tidak memberikan layanan dengan mutu berbeda yang dikarenakan oleh karakteristik personal seperti gender, suku, lokasi geografis dan status sosioekonomi)

Perawatan berkualitas tinggi tidak hanya harus fokus pada proses perawatan (*timeliness*/ketepatan waktu), perkembangan pasien (keamanan dan efektivitas), dan perspektif pasien (berpusat pada pasien), tetapi harus juga fokus pada ketentuan yang lebih luas mengenai sistem sosial dan ekonomi pada tempat atau lokasi yang diberikan perawatan (efisiensi dan kesetaraan).

Ukuran kinerja untuk peningkatan Mutu :

1. Konsumen/pelanggan
  - Menggunakan kinerja sebagai kriteria pemilihan provider dan rencana-rencana yang disusun
  - Menggunakan panduan untuk mengevaluasi perawatan yang sedang berlangsung
  - Lebih berperan dalam mengelola perawatan mandiri
2. Pembeli
  - Menggunakan kualitas sebagai kriteria pemilihan *provider* dan rencana-rencana yang disusun
  - Memperlihatkan informasi mutu kepada para pegawai dan keluarga
  - Merencanakan insentif agar pegawai memilih kualitas
  - Mengembangkan sistem pembayaran insentif untuk memberikan penghargaan atas mutu penyedia
3. Rencana-rencana kesehatan
  - Memilih jaringan berdasarkan ukuran kualitas
  - Menampilkan hasil-hasil kualitas kepada para pendaftar dan dokter
  - Mengembangkan sistem pembayaran insentif untuk memberikan penghargaan atas mutu penyedia
  - Memasukkan ukuran mutu untuk ditinjau oleh publik
4. Pembuat peraturan
  - Menggunakan data berbasis fakta untuk mengembangkan regulasi
  - Menilai dampak kualitas dari aturan-aturan yang diajukan
5. Petugas klinik
  - Mempraktekkan pemberian obat berdasarkan fakta
  - Memilih kolega dan layanan untuk dijadikan rujukan
  - Memasukkan ukuran mutu untuk ditinjau oleh publik
  - Menggunakan metode-metode kualitas untuk meningkatkan keselamatan dan hasil
6. Sistem Penyampaian perawatan
  - Menjadikan kualitas sebagai faktor strategis
  - Mengembangkan kapasitas untuk peningkatan kualitas

- Mengembangkan sistem informasi untuk mendukung praktek berbasis fakta dan upaya-upaya peningkatan mutu
- Menjalankan sistem dan kultur untuk mendukung kualitas dan keselamatan

### **Bab 6 (Measuring Consumer Satisfaction)**

Dalam konteks ukuran kepuasan dalam sektor pelayanan kesehatan, pasien dianggap sebagai pihak-pihak terkait dengan pertukaran barang dan/atau jasa. Pandangan konsumen kesehatan dapat dibagi menjadi 3 macam yaitu (1) ukuran preferensi atau ide-ide mengenai hal-hal yang harus muncul ketika menjalani perawatan kesehatan, (2) evaluasi oleh pengguna yaitu reaksi pasien terhadap pengalaman perawatan kesehatan atau baik buruknya perawatan yang diterima (Pascoe, 1983), dan (3) laporan tentang pelayanan kesehatan (observasi objektif atas suatu organisasi atau proses perawatan).

Kepuasan pasca pembelian berasal dari hubungan antara harapan konsumen dan performa produk (atau layanan) yang diterima (LaBarbara dan Mazursky, 1983). Jika produk atau jasa memenuhi atau melebihi harapan, maka konsumen akan puas, dan sebaliknya. Lima langkah proses keputusan pembeli meliputi pengenalan masalah, pencarian informasi, evaluasi terhadap beberapa alternatif yang ada, membuat pilihan yang terbaik dan perilaku pasca pembelian (Kotler & Amstrong, 1997). Dalam suatu model tentang kepuasan pasca pembelian, faktor kunci sehubungan dengan layanan kesehatan adalah kompleksitas, banyaknya ketidaknyamanan pasien, tingkat keterlibatan pasien dan urgensi. Ekspektasi dan pilihan juga dibentuk oleh bermacam-macam input, seperti pengalaman pribadi, pengalaman dari keluarga dan teman, rekomendasi dokter dan kampanye pengiklanan terarah.

Fork dkk (1997) mengungkapkan bahwa manfaat pelaporan dari pengukuran kepuasan pasien antara lain (1) profitabilitas meningkat, (2) pembagian pasar meningkat (3) meningkatkan kecenderungan pasien, (4) memperbanyak kumpulan data, (5) menambah rujukan pasien, (6) meningkatkan kesan baik pada pasien, (7) perawatan yang berkelanjutan, (8) mengurangi jangka waktu rawat inap, (9) meningkatkan kemauan untuk merekomendasikan kepada teman dan keluarga, dan (10) mengurangi risiko malpraktek. Jelas bahwa terdapat kaitan langsung antara kepuasan pasien dan pembagian pasar yang dikendalikan oleh penggunaan berulang. Selain itu, pengaruh positif dari pujian dan perubahan penyedia menjadi kunci yang berhubungan dengan perilaku pelayanan kesehatan, dan kemampuan pengiklanan dari mulut ke mulut bersangkutan dengan reputasi. Menurut Balestracchi (2009), data konsumen dikumpulkan dengan mengenali lingkup persoalan dan tidak hanya menegaskan apa yang sudah kita ketahui; lebih jauh lagi, mengambil tindakan termasuk merangkum dan mengkomunikasikan kembali temuan kepada pelanggan. Hal itu dapat dimulai dengan memahami tujuan pengumpulan data pada awal proses.

Kesimpulan dari bab kepuasan konsumen adalah ukuran-ukuran kepuasan harus diaplikasikan sebagai bagian dari proses CQI dan selalu dengan tujuan untuk melaksanakan peningkatan mutu dan keselamatan.

### **Bab 7 (The Role of the Patient in Continuous Quality Improvement)**

Sistem dan jasa kesehatan kesehatan di dunia memiliki satu fungsi utama, yaitu untuk memperhatikan kesehatan dan kesejahteraan individu dan populasi dalam cara yang seefektif dan seefisien mungkin. Yang kurang lebih ditentukan adalah peran pasien dalam

mempertahankan dan meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan (Peat dkk., 2010; Schwappach, 2010).

Seiring dengan hubungan sosial dan klinis yang berubah, ada pula peningkatan dalam kesadaran dan kegelisahan masyarakat mengenai kejadian kesalahan medis. Keterlibatan pasien dalam CQI menggambarkan perubahan besar dalam pendekatan layanan kesehatan. Menurut Emmanuel & Emmanuel (1997) dan Forest (2004), keterlibatan pasien adalah mengenai meyakinkan akuntabilitas dan transparansi jasa.

Bronfenbrenner (1979) menjelaskan salah satu cara untuk menguji keterlibatan pasien dalam CQI adalah dengan berfokus pada 3 tingkatan

1. Keterlibatan Pasien Tingkat Mikro(interaksi langsung dokter-pasien)

Pasien terlibat dalam membantu dokter mencapai diagnosis yang akurat, memutuskan perawatan dan/atau strategi manajemen yang sesuai, memilih penyedia yang berpengalaman dan aman, meyakinkan administrasi, pengawasan dan kepatuhan sesuai perawatan (DiGiovanni dkk, 2003; Ubbink dkk, 2009). Seperti dengan manajemen diri, pasien didorong untuk berpartisipasi dalam program peningkatan kualitas melalui penggabungan kesadaran yang muncul, informasi dan program pendidikan (Anthony, dkk 2003).

2. Meso (tingkat layanan atau sistem kesehatan)

Pada tingkat ini, keterlibatan pasien dalam CQI adalah mengenai pembagian layanan yang sesuai, efektif, dan aman.

3. Makro (nasional atau internasional)

Keterlibatan tingkat makro dalam CQI melihat pasien yang terlibat dalam kegiatan keamanan pasien pada tingkat internasional dan nasional. Pasien WHO bagi gerakan Keamanan Pasien adalah satu contoh strategi internasional yang ditunjukkan untuk meyakinkan bahwa perspektif pasien terintegrasi dalam mekanisme untuk meningkatkan kualitas dan keamanan perawatan. Pelaporan publik dikatakan efektif bila (1) mengikutsertakan dan melibatkan sistem dan layanan keperawatan dari awal program laporan, (2) menyakinkan data yang dilaporkan memiliki kualitas tertinggi, (3) memberikan informasi dengan cara yang dapat diakses dan sesuai bagi konsumen, dan (4) memberikan informasi rinci mengenai perspektif individual konsumen (Tu & Lanuer, 2009).

Tipe-tipe penyakit dan faktor sosial ekonomi berkontribusi pada dukungan keterlibatan pasien pada pekerja kesehatan. Sikap dokter terhadap keterlibatan pasien dipengaruhi oleh isu-isu organisasional (misalnya kurang waktu atau pelatihan) dan kepercayaan personal; misalnya, mereka mungkin takut kehilangan kontrol atau spesialisasi atau mungkin merasakan “pertaruhan” menjadi terlalu tinggi (Longtin dkk., 2010).

Tabel. Dimensi Keterlibatan Pasien dalam CQI : Model M-APR

<b>Dimensi</b>	<b>Mikro</b>	<b>Meso</b>	<b>Makro</b>
Aktif	Pasien terlibat dalam setiap aspek pembuatan keputusan untuk perawatan yang mereka jalani. Pasien dan keluarganya serta perawat secara langsung dan terus-	Pasien merupakan anggota dari dewan rumah sakit atau pelayanan	Pasien menjadi anggota dari sistem kesehatan atau komite etika dan dewan peninjau

	menerus diajak berkonsultasi dalam menentukan perawatan dan menjadi bagian tim perawatan kesehatan		
Proaktif	Pasien dan keluarganya serta perawat dididik dan didorong menghadapi petugas klinik atau layanan yang melanggar standar keselamatan.	Pasien dan keluarganya serta perawat terlibat dalam perencanaan pelayanan, dalam mengidentifikasi wilayah-wilayah peningkatan mutu atau keamanan layanan, dan dalam memberikan pendekatan-pendekatan baru pada rancangan pelayanan	Pasien terlibat dalam kampanye dan organisasi keselamatan pasien tingkat negara bagian, nasional atau internasional. Pasien diwakili dalam dewan peningkatan mutu tingkat sistem dan agensi pengawasan, termasuk dewan registrasi profesional dan badan akreditasi.
Pasif	Pelayanan menggunakan sumber data yang ada seperti survey kepuasan pasien atau wawancara pada saat keluar rumah sakit	Pelayanan menggunakan pendekatan berpusat pada pasien pada semua perencanaan dan mekanisme peningkatan mutu	Data penggunaan layanan oleh berbagai kelompok populasi dibandingkan. Data kinerja petugas klinis dan layanan tersedia untuk publik
Reaktif	Layanan menggunakan sumber-sumber informasi yang ada atau yang telah disesuaikan seperti surat-surat keluhan	Layanan menganalisis data kejadian untuk mengenali karakteristik pasien dan pola populasi dalam jenis-jenis dan distribusi kesalahan. Pasien terlibat dalam strategi-strategi CQI yang dikembangkan setelah kesalahan-kesalahan muncul, termasuk analisis penyebab awal dan pelaporan kejadian	Pasien diwakili dalam pelaporan publik dan peninjauan mutu perawatan. Pasien menjadi anggota dari penyelidikan keselamatan pasien publik.

### **Bab 8 (A Social Marketing Approach to Continuous Quality Improvement Initiatives)**

Philip Kotler dan Nancy R. Lee dalam buku *Social Marketing: Influencing Behaviors for Good* menjelaskan, “Pemasaran sosial adalah proses yang mengaplikasikan prinsip-prinsip dan teknik-teknik pemasaran untuk berkreasi, berkomunikasi, dan memberikan harga dalam rangka mempengaruhi perilaku para sasaran yang akan menguntungkan masyarakat (kesehatan masyarakat, keamanan, lingkungan dan komunitas), juga orang-orang yang menjadi sasaran tersebut” (2008). Pengertian ini serupa dengan CQI dengan fokusnya

terhadap konsumen/pelanggan dan tujuan utama untuk membuat perubahan perilaku secara bertahap (sebagai contoh, peningkatan berkelanjutan dalam bidang kesehatan atau tingkah laku sosial). Dalam mempertimbangkan penerapan metodologi pemasaran sosial pada bidang kesehatan, tidak hanya perilaku kesehatan seseorang saja yang dapat ditingkatkan, namun juga bisa ditujukan pada level organisasi.

Perbedaan paling penting antara pemasaran komersial tradisional dan pemasaran sosial terletak pada produk atau layanan yang ditawarkan. Pemasaran komersial menggunakan empat P (*Product, Place, Price, Promotion*) dengan teknik meliputi meramu pemasaran, menetapkan merek, pertukaran, menyasar dan segmentasi calon konsumen, serta penelitian, survei, evaluasi, dan pemantauan konsumen. Pemasaran sosial menggunakan konsep-konsep yang sama, tetapi dengan tujuan memperoleh hasil yang dapat memajukan masyarakat misalnya tingkat kesehatan yang lebih baik dalam suatu komunitas.

Untuk para pengelola pelayanan kesehatan ada banyak cara untuk menggunakan teknik pemasaran sosial seperti menurunkan tingkat kembalinya pasien ke rumah sakit setelah keluar, mengurangi tingkat pengobatan yang tidak memenuhi atau interaksi berbagai obat setelah keluar dari rumah sakit, meningkatkan hasil operasi yang aman dengan menerapkan daftar sederhana mengenai keamanan.

Ada dua jenis tujuan penelitian yang penting bagi kampanye pemasaran sosial. Jenis pertama mengembangkan sasaran dan segmentasi sasaran secara tepat, yang sering disebut dengan penelitian formatif. Penelitian formatif dapat memanfaatkan data primer (data yang dikumpulkan semasa berlangsungnya kegiatan) dan data sekunder (data dari penelitian lain yang serupa). Pengumpulan dan analisis data ini bertujuan untuk mempelajari peningkatan dan menggunakan data tersebut untuk mengimplementasikan peningkatan lebih jauh dalam siklus PDSA. Jenis penelitian kedua berfokus pada pengumpulan dan evaluasi data selama uji awal kampanye. Penelitian ini digunakan untuk pemantauan dan peningkatan berkelanjutan selama dan sesudah kampanye, dan lebih sering menggunakan data primer.

Satu ide yang akan bagus jika pemasaran sosial dimasukkan ke dalam upaya CQI yaitu usaha untuk mengurangi kesalahan medis di rumah sakit misalnya mengurangi kesalahan operasi dengan menggunakan checklist sederhana yang mana pemasaran sosial dapat dimasukkan dalam prosedur pelayanan kesehatan terkait dengan promosi perawatan kesehatan (Haynes dkk, 2009). Sebagai contoh membuat kampanye pemasaran sosial untuk mencapai penurunan angka kesalahan operasi dalam 10 langkah dasar meliputi (1) menentukan latar belakang, tujuan dan fokus; (2) melakukan analisis situasi (analisis SWOT); (3) memilih target pasar; (4) menentukan sasaran hasil dan tujuan; (5) mengenali persaingan yang ada dan pesaing; (6) menciptakan posisi yang diinginkan; (7) Mengembangkan pasar strategis (teknik *product, place, price, promotion*) ; (8) menetapkan rencana pemantauan dan evaluasi; (9) membuat anggaran dan mencari sumber pendanaan; (10) menyelesaikan rencana pelaksanaan

### **Bab 9 (Assessing Risk and Harm in the Clinical Microsystem)**

Risiko merupakan pemaparan terhadap kejadian-kejadian yang dapat mengancam atau merusak organisasi (Walshe, 2011). Risiko dapat diukur dalam bentuk konsekuensi dan kemungkinan kejadian. Untuk mencapai visi tersebut diperlukan manajemen risiko yang meliputi pengenalan risiko (mencari tahu kesalahan yang terjadi), menganalisis risiko (pengumpulan data dan penggunaan metodologi yang tepat untuk memahaminya), mengendalikan risiko (membuat dan menerapkan strategi agar dapat mendeteksi, mengelola dan mencegah timbulnya persoalan dengan lebih baik) (Dickson, 1995).

Menurut Vincent (1997) mengatakan tugas manajemen risiko adalah menyeimbangkan biaya dan konsekuensi risiko dengan biaya pengurangan risiko sedangkan tujuan manajemen risiko klinis yaitu meningkatkan pelayanan dan melindungi pasien dari kerugian. Manajemen risiko klinis merupakan budaya, proses dan struktur yang ditujukan kepada manajemen mengenai peluang potensial dan kejadian kesalahan secara efektif. Risiko diukur dalam bentuk kemungkinan dan konsekuensi terjadinya kesalahan, yang kontras dengan pengukuran mutu. Mutu pada umumnya diukur dengan melihat suatu produk yang aman, tepat waktu, efisien, layak dan berpusat pada pasien (Institute of Medicine, 2001).

Menurut Perrow (1984) semakin rumit suatu sistem maka semakin kecil kemungkinan orang untuk dapat mengenali kesalahan yang akan muncul. Ada tiga hal yang menyebabkan kecelakaan yaitu (1) semua orang dengan kemampuan dan pelatihan yang diikuti dapat melakukan kekeliruan dan melakukan tindakan yang merugikan, (2) semua sistem yang dibuat manusia berpotensi gagal pada tingkat tertentu, (3) terdapat risiko di semua usaha yang dilakukan manusia. Kita dapat meredakan risiko kesalahan melalui peningkatan proses, standarisasi dan pemahaman mendalam tentang penurunan keselamatan dalam sistem namun tidak dapat mencegah semua risiko.

Salah satu prinsip dasar dari manajemen kesalahan bahwa kondisi mental berkaitan dengan terjadinya kesalahan (kurangnya perhatian, gangguan, kealpaan) adalah hal yang paling sulit dikelola karena tidak disengaja dan tidak dapat diduga (Hollnagel dkk, 2006) yang mana kondisi tersebut dapat terjadi pada petugas pelayanan kesehatan di setiap waktu sehingga sistem harus dirancang untuk mengurangi dampak kemunduran dan mempertahankan integritas perawatan pasien.

Untuk membangun budaya keselamatan, perlu diketahui karakteristik budaya keselamatan meliputi (1) komitmen kepemimpinan untuk mendiskusikan dan belajar dari kesalahan, (2) komunikasi yang dibangun dari saling mempercayai dan menghormati, (3) persepsi yang sama mengenai arti penting keselamatan, (4) dukungan dan praktik kerja tim, (5) kerjasama dari sistem-sistem yang tidak menghakimi untuk melaporkan dan menganalisis kejadian kesalahan (Pronovost dkk, 2003).

Tabel. Keterkaitan Karakteristik Mikrosistem dan Keselamatan Pasien

<b>Karakteristik Mikrosistem</b>	<b>Artinya Bagi Keselamatan Pasien</b>
1. Kepemimpinan	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Menentukan visi keselamatan dari organisasi</li> <li>• Mengenali kekangan dalam organisasi</li> <li>• Mengalokasikan sumber-sumber daya untuk pengembangan, implementasi perencanaan, juga pemantauan dan evaluasi yang berlangsung</li> <li>• Membangun partisipasi dan input mikrosistem untuk merencanakan pengembangan</li> <li>• Menata mutu organisasional dan tujuan-tujuan keselamatan</li> <li>• Menjalin saling kepercayaan dalam pembicaraan mengenai kemajuan organisasional untuk mencapai tujuan-tujuan keselamatan</li> <li>• Memberikan pengakuan terhadap kesalahan atau kerusakan yang disampaikan dengan terus terang</li> <li>• Memberi penghargaan atas perubahan-perubahan yang meningkatkan keselamatan</li> </ul>

2. Dukungan Organisasional	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bekerja dengan mikrosistem-mikrosistem klinis untuk mengenali masalah-masalah keselamatan pasien dan membuat perubahan-perubahan yang sesuai</li> <li>• Meletakkan sumber-sumber dan perangkat di tangan perseorangan</li> </ul>
3. Fokus pegawai	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Menilai kultur keselamatan yang ada</li> <li>• Mengidentifikasi jarak antara kultur yang sedang berlangsung dan visi keselamatan</li> <li>• Merencanakan tindakan kultural</li> <li>• Melakukan penilaian kultur secara periodik</li> <li>• Memberikan contoh-contoh hasil yang diharapkan</li> </ul>
4. Pendidikan dan pelatihan	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mengembangkan kurikulum keselamatan pasien</li> <li>• Memberikan pelatihan dan program pendidikan mengenai kepemimpinan klinis dan manajemen</li> <li>• Mengembangkan pusat keselamatan pasien yang terdiri atas orang-orang yang dapat bekerja di berbagai mikrosistem</li> </ul>
5. Interdependensi tim pelayanan	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Membangun siklus PDSA dalam pertemuan-pertemuan</li> <li>• Melakukan pengecekan dan mencatat kesalahan yang ditemukan setiap harinya</li> </ul>
6. Fokus pasien	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Membentuk kerja sama pasien dengan keluarganya</li> <li>• Mendukung pengungkapan kesalahan medis</li> </ul>
7. Fokus komunitas dan pasar	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Menganalisis persoalan-persoalan keselamatan dalam komunitas, dan bekerja sama dengan kelompok luar untuk mengurangi risiko</li> </ul>
8. Hasil-hasil kinerja	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mengembangkan ukuran-ukuran keselamatan yang utama</li> <li>• Menciptakan mekanisme umpan balik untuk membagikan hasilnya dengan mikrosistem</li> </ul>
9. Peningkatan proses	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mengenali prioritas keselamatan pasien berdasarkan penilaian atas ukuran-ukuran keselamatan</li> <li>• Mengarahkannya pada upaya yang akan diperlukan pada tingkat mikrosistem</li> </ul>
10. Informasi dan teknologi informasi	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mengembangkan sistem pelaporan kesalahan</li> <li>• Membangun konsep-konsep keselamatan untuk informasi (misalnya <i>checklist</i>)</li> </ul>

Banyak penelitian yang telah menunjukkan bahwa dapat dimaklumi jika para petugas pelayanan kesehatan merasa segan untuk mendiskusikan kesalahan, karena berpikir mereka tidak mempunyai jaminan perlindungan hukum (LeBlang dan King, 1984). Kejadian kesalahan harus diungkapkan jika kesalahan tersebut (1) menimbulkan akibat yang tampak jelas pada pasien, yang pada awalnya tidak didiskusikan sebagai risiko, (2) menimbulkan keharusan untuk dilakukan perubahan pada perawatan pasien yang bersangkutan, (3) berpotensi memiliki risiko penting pada kesehatan pasien di masa mendatang, (4) terjadi akibat pemberian perawatan tanpa persetujuan pasien yang bersangkutan (Cantor dkk, 2005).

**Sesi ketiga (Implementation).** Berfokus kepada tantangan unik dari penerjemahan konsep-konsep dan perangkat ke dalam tindakan-tindakan. Di sini, perhatian diberikan kepada

*perancangan pembelajaran organisasi, kenyataan dari kesalahan medis dan peran teknologi informasi.*

### **Bab 10 (CQI, Transformation and the “Learning” Organization)**

Dalam pelayanan kesehatan, CQI merupakan salah satu bahan untuk membangun ilmu dan pembelajaran institusional, namun itu tidak akan berhasil tanpa adanya partisipasi aktif dari para dokter dan pekerja profesional lainnya yang memiliki modal intelektual dan kepemimpinan untuk memperlancar pembelajaran dan inovasi, memikirkan faktor-faktor kontekstual seperti kondisi keuangan dari organisasi pelayanan kesehatan, tantangan-tantangan strategis dan kondisi pasar (Alexander dkk,2007).

Ciri model transformasional pada CQI antara lain (1) tanggungjawab bersama oleh pimpinan dan pegawai juga tanggungjawab perorangan, (2) kepemimpinan dari berbagai level, (3) proses yang dipacu oleh hasil dan nilai, (4) pembuatan keputusan bersama, (5) perencanaan yang berkesinambungan, (6) orientasi masa depan, (7) penilaian pengembangan kinerja, (8) inovasi yang terus menerus.

Untuk meningkatkan pembelajaran dalam organisasi, para manajer dan pemimpin dapat memancing komunikasi dengan beberapa cara (1) uji penerimaan dengan mengumpulkan fakta, (2) melibatkan orang-orang dalam mendiskusikan hal-hal yang menurut mereka benar, (3) mempersiapkan orang-orang untuk mengajar dan belajar, (4) menyatukan fokus pada belajar dan mengajar, (5) mengembangkan sudut pandang yang dapat diajarkan, (6) menjadi contoh/teladan.

Dalam organisasi pelayanan kesehatan, partisipasi dan keterlibatan dokter dalam perubahan dan transformasi organisasional adalah suatu keharusan. Untuk menjamin partisipasi dari para pemimpin dokter ada beberapa cara yang dapat dipakai para manajer (1) menyediakan informasi mengenai tujuan-tujuan dan sasaran organisasi, (2) menyamakan gaya dan tugas kepemimpinan, (3) menggunakan data dan kerja sama, (4) meminimalisasi hambatan-hambatan.

Kesimpulan bab ini, para manajer dan petugas klinis profesional harus bersedia berbagi kepemimpinannya untuk memajukan organisasi pelayanan kesehatan, dan keduanya harus memasang strategi-strategi untuk menjaring partisipasi tim serta kepemimpinan petugas klinik secara luas dalam pembelajaran dan perubahan organisasional.

### **Bab 11 (Classification and Reduction of Medical Errors)**

Suatu kesalahan muncul ketika sebuah proses tidak berjalan sesuai dengan harapan dari perancang dan pengolahnnya. Kesalahan paling sering terjadi saat salah satu langkah diabaikan dari rangkaian aktivitas yang direncanakan (Gawande, 2009; Reason, 2002). Weick & Sutcliffe (2001) menjelaskan beberapa ciri yang berkaitan dengan organisasi yang sukses dan dapat diandalkan meliputi (1) fokus pada kesalahan sejak awal pembentukannya disertai menghindari risiko, (2) mencoba memahami proses secara mendalam, tidak berfokus pada penyederhanaan, (3) menitikberatkan ilmu mengenai operasinya dan mengadakan pembelajaran, (4) membangun daya tahan untuk mengatasi kesalahan-kesalahan yang muncul, (5) mendengarkan dan menghormati pengalaman serta keahlian pada tingkat operasional.

Reason (2002) mengajukan empat hal dalam budaya “peduli” yang dimiliki organisasi meliputi (1) budaya yang menghargai pelaporan. Tidak ada kesalahan yang disembunyikan melainkan dijadikan sebagai bahan pembelajaran, (2) budaya yang adil. Tidak memihak dan tidak ada yang dikambing hitamkan, (3) budaya yang fleksibel. Individu yang tingkatnya lebih

tinggi menghargai yang tingkatnya lebih rendah, (4) budaya yang menghormati pembelajaran. Pemahaman baru terus dicari dan dihargai.

Kegiatan yang terdapat dalam organisasi pelayanan kesehatan begitu bervariasi sehingga sistem klasifikasi menjadi komponen yang sangat penting dalam setiap analisis komparatif dari persoalan mutu pelayanan kesehatan. Sistem klasifikasi diperlukan untuk menyokong pengelolaan pengetahuan sehubungan dengan kesalahan medis. Salah satu sistem klasifikasi dikembangkan oleh James Reason (1990) yang disebut dengan *Generic Error Modelling System* (GEMS). GEMS menyatakan 3 hal utama berkaitan dengan kesalahan manusia yaitu (1) pasti ada maksud (dari pelaku atau organisasi yang bersangkutan), (2) kegagalan dapat muncul karena terdapat kesalahan dalam perencanaan (kesalahan aturan & pengetahuan) atau dalam pelaksanaan dari rencana yang telah ditetapkan, (3) hasil yang tragis tidak selalu melibatkan kesalahan karena ada peluang kejadian tersebut akan muncul.

Wachter (2010) telah mengevaluasi keberhasilan gerakan keselamatan pasien yang melibatkan penggunaan checklist.

## **Bab 12 (The Role of Health Information Technology in Quality Improvement : From Data to Decisions)**

Dalam bab 12, buku ini membahas cara-cara HIT (*health information technology*) mendukung upaya-upaya peningkatan mutu. Informasi memiliki arti penting pada peningkatan mutu pelayanan kesehatan namun potensinya sangat terbatas tanpa dukungan kuat dari teknologi informasi kesehatan. Peningkatan mutu yang efektif bergantung pada data. Analisis data yang berkualitas dapat berkontribusi secara efektif pada tingkat individual (penyedia layanan dan pasien), organisasional, komunal dan internasional.

Menurut Gawande (2007), kunci untuk memelihara mutu adalah dengan menyeleksi proses, mengukur perkembangan seiring waktu, kemudian membagikan hasilnya kepada orang lain. Membandingkan pekerjaan dengan hasil pekerjaan orang lain juga dapat memberikan motivasi perubahan. Untuk mengkaitkan sistem HIT dengan CQI dalam organisasi membutuhkan (1) proses-proses yang berlangsung harus cocok dengan tugas yang ditangani, (2) kepemimpinan senior diperlukan agar perubahan kultural menjadi efektif, (3) pelatihan staf medis untuk mendukung upaya yang dilakukan, (4) harus ada kebijakan yang jelas tentang keputusan yang akan didokumentasikan, (5) penganggaran dana harus fleksibel agar dapat mendukung perubahan, (6) ahli klinik penting bagi keberhasilan (DeVore & Figlioli, 2010).

Pada tahun 2000, WHO meluncurkan *Global Outbreak Alert and Response Network* (GOARN) yang menggabungkan informasi pengawasan penyakit dari berbagai sumber resmi dan tak resmi. Catatan medis yang terkomputerisasi dan dapat dioper dari mana pun dapat sangat membantu pengelolaan penjangkitan penyakit menular. WHO bergantung pada masing-masing negara mengenai informasi penjangkitan penyakit menular. Pada tahun 2005, di revisi pada International Health Regulation (IHR), yang pada intinya meliputi pelaporan atas gejala *apa pun* yang berpotensi menjadi penanganan kesehatan masyarakat darurat internasional; penanganan yang dimaksud adalah yang menyangkut paparan unsur-unsur biologis, kimia maupun radiologis yang dapat merusak lebih dari satu negara. Dalam penyelidikannya, WHO dapat mengambil informasi dari sumber-sumber tak resmi maupun sumber-sumber pemerintah.

**Sesi keempat (applications).** Mempersembahkan penyampaian peningkatan kualitas dalam bermacam tatanan pelayanan kesehatan, termasuk perawatan primer, kesehatan masyarakat, pelayanan perawat, organisasi-organisasi peningkatan mutu, juga gagasan-gagasan yang timbul di negara-negara bersumber daya rendah.

### **Bab 13 (Educating Health Professionals to Improve Care Within the Clinical Microsystem)**

IOM (2001) menerbitkan laporan mengenai *Committee on the Quality of Health Care in America* yang mana mengajukan serangkaian “kompetensi inti” yang harus dipenuhi semua petugas kesehatan yaitu memberikan perawatan yang berpusat pada pasien, bekerja dalam tim yang terdiri atas banyak bidang, menjalankan praktek berbasis fakta, menerakan peningkatan mutu dan memanfaatkan informatika. Untuk memenuhi kompetensi tersebut, hal yang banyak dilakukan adalah program yang berfokus pada pemberian pembekalan kepada dokter melalui pelatihan perawatan pasien dan pengetahuan medis dan hanya sedikit yang memberikan praktek berbasis sistem dan pembelajaran berbasis praktik dan pengembangan (Eliastam dan Mizrahi, 1996; Mohr, Randolph, dkk, 2003; Ogrinc dkk, 2004; Weingar, 1996, 1998).

Model Dreyfus yang dikembangkan oleh Stuart Dreyfus dan Hubert Dreyfus mengajukan lima tahapan proses penyampaian pelayanan kesehatan yaitu pengenalan, pemula, kompeten, pandai dan ahli. Model tersebut William & Julie adaptasi untuk menggambarkan pengembangan profesional dengan menambahkan dua tahap yaitu peneliti dan master. Contoh penerapan model ini dalam pembelajaran pelayanan kesehatan sebagai berikut : Pada tahap *peneliti*, calon siswa medis membuat pilihan untuk mengejar bidang pengobatan sebagai karir. Saat *pengenalan*, siswa medis yang masih baru mulai mempelajari proses pencatatan dan mengingat elemen-elemennya, keluhan utama dan sejarah penyakit yang dialami, tinjauan sistem, dan riwayat keluarga dan sosial. Di tahap *pemula*, siswa medis junior mulai melihat aspek-aspek situasi yang umum, yang tidak dapat dijelaskan secara objektif terpisah dari situasi yang konkret dan hanya dapat dipelajari melalui pengalaman. Dalam tingkat *kompeten*, dokter residen belajar merencanakan pendekatan yang sesuai dengan keadaan pasien. Praktik-praktik supervisi dijalankan untuk melindungi pasien. Pada tahap *pandai*, dokter spesialis berusaha mengembangkan rutinitas yang dapat menyalurkan pendekatan yang telah direncanakan kepada pasien. Ketika tahap *ahli*, dokter pada pertengahan karirnya telah belajar untuk mengenali pola-pola petunjuk diskrit dan menggunakan “intuisi”-nya dalam menjalankan pekerjaannya. Sang *master* akan bekerja dengan cara yang eksplisit, dan dengan keingintahuan dalam sistem keahliannya (Batalden dkk, 2002).

Menurut Batalden (1998) terdapat strategi yang mengutamakan organisasi dan permasalahan untuk peningkatan mutu yang kontinu dan nilai pelayanan kesehatan yang mana kedua strategi tersebut memiliki implikasi bagi pengembangan profesional yang juga memiliki kelebihan dan kelemahan. William & Julie menambahkan strategi yang ketiga yaitu mempertimbangkan peran mikrosistem klinis dan menonjolkan kontribusinya melalui pelatihan profesional kesehatan untuk peningkatan mutu.

Strategi yang berpusat pada organisasi memiliki beberapa karakteristik penting yaitu (1) fokus pada konteks tugas yang dikerjakan, (2) pengetahuan menyangkut pekerjaan sebagai sebuah sistem/proses, (3) perhatian pada pasien, pembayar dan komunitas sebagai pelanggan, (4) peran pimpinan dalam mempromosikan pembelajaran dan jaringan organisasional. Fokus pada konteks tugas yang dikerjakan memiliki maksud dapat mengenali dan menghargai nilai pembelajaran dalam pekerjaan.

## **Bab 14 (Quality Improvement in Primary Care : The Role of Organization, Systems and Collaboratives)**

Hampir semua pengukuran perawatan dilakukan terhadap indikator-indikator yang terdapat pada perawatan primer, sehingga tatanan itu mendapatkan perhatian besar secara khusus. 10 besar strategi QI yaitu (1) menggunakan sistem bantuan seperti pengingat, register dan pembagian tugas, (2) fokus pada perubahan yang membuat pekerjaan dokter menjadi lebih mudah, (3) mengurangi atau menghilangkan halangan, (4) mengukur peningkatan secara periodik, (5) menyediakan informasi dan pelatihan, (6) mengalihkan wewenang ke para perencana pelaksanaan, (7) menyediakan umpan balik komparatif dari pengukuran yang relevan, (8) melakukan uji awal melalui pemandu dan perputaran yang cepat, (9) menjalin penerapan pada setiap pengaturan praktik, (10) fokus pada perubahan yang membuat sistem menjadi lebih baik bagi pasien.

QI yang sukses perlu dimasukkan kedalam manajemen normal organisasi perawatan primer daripada diselenggarakan sebagai proyek khusus yang menggunakan tim ad hoc. Tiga faktor utama yang menentukan peningkatan meliputi (1) prioritas tinggi pimpinan untuk peningkatan, (2) kemampuan tinggi untuk mengelola proses perubahan, (3) keputusan proses perawatan yang tampak paling efektif bagi peningkatan yang diinginkan.

Salah satu alternatif dari fasilitator eksternal yang paling menjanjikan untuk membantu banyak klinik dan kelompok medis untuk maju adalah melalui partisipasi dalam peningkatan mutu kolaboratif/kerja sama peningkatan mutu (*quality improvement collaboratives/QIC*) lokal, regional, atau nasional. QIC yang paling dikenal adalah Breakthrough Series oleh IHI (IHI, 2003; Kilo, 1998), yang menyelenggarakan kerja sama dari 20 hingga 40 organisasi selama 9-12 bulan. Model ini sangat terkenal, namun menghabiskan banyak biaya dan cenderung menarik perhatian organisasi-organisasi pelayanan kesehatan besar atau yang dibayar oleh pemerintah. QIC lain yang telah dikembangkan di antaranya *Institute for Clinical Systems Improvement (ICSI)* di Minnesota, dimulai pada tahun 1993.

Kesimpulan bab ini, QI telah menjadi hal pokok bagi ketahanan perawatan primer. Untuk dapat mempengaruhi perawatan pada para pasien, seluruh komponen dari sistem perawatan harus berkolaborasi, melaksanakan perubahan pokok komplementer, dan melakukannya dengan cara yang dapat dipertahankan bagi para pasien, staf, petugas klinik dan bahkan seluruh negara.

## **Bab 15 (Quality Improvement Organizations and Continuous Quality Improvement in Medicare)**

Medicare adalah program asuransi kesehatan bagi warga Amerika yang berusia lanjut yang dimulai pada tahun 1966. Program tersebut dijalankan oleh *Centers for Medicare and Medicaid Services (CMS)* dalam Department of Health and Human Services di AS dan telah melaksanakan beberapa pendekatan inovatif untuk menyelenggarakan peningkatan mutu tingkat nasional seperti penggunaan dan promosi pengembangan ukuran-ukuran mutu standar, pelaporan publik mengenai ukuran kualitas, dan upaya-upaya menghargai kinerja untuk memberi penghargaan kepada para dokter yang telah mengusahakan pelayanan yang lebih baik. Organisasi Peningkatan Mutu (*Quality Improvement Organizations/QIO*) merupakan alat utama Medicare untuk melaksanakan peningkatan mutu. Dengan kehadirannya di setiap negara bagian dan sebagian besar wilayah federal, QIO disebut sebagai “infrastruktur utama negara untuk peningkatan mutu” (Hsia, 2003).

QIO tidak menyediakan pelayanan melainkan bekerja bersama para praktisi pelayanan kesehatan dan para *provider* untuk memberikan perawatan. QIO juga dapat ikut campur

dalam mempengaruhi perilaku konsumen. Pendekatan yang digunakan QIO dibagi menjadi empat kelompok berdasarkan target aktivitas CQI meliputi konsumen secara perorangan, masing-masing provider, kelompok provider dan komunitas.

Berbagai penelitian menunjukkan bahwa tindakan dari QIO terbukti meningkatkan perawatan kepada pasien dengan infarksi miokardial akut (Burwen dkk., 2003; Ellerbeck dkk., 2000; Marciniak dkk., 1998; Schade dkk., 2004; Sueta dkk., 2001). Dilaporkan juga bahwa tindakan QIO meningkatkan perawatan pasien penderita pneumonia (Chu dkk., 2003; Schadedkk., 2004); gagal jantung, stroke dan fibrilasi atrial (Schade dkk., 2004); serta prosedur operasi CABG (Holman dkk., 2001). Dan laporan dari IOM mengenai QIO menyimpulkan bahwa program QIO adalah satu-satunya infrastruktur publik yang dipersembahkan untuk mempromosikan pelayanan kesehatan yang berkualitas.

### **Bab 16 (Continuous Quality Improvement in U.S Public Health Organizations : Moving Beyond Quality Assurance)**

Kesehatan masyarakat adalah “Sesuatu yang kita, sebagai masyarakat lakukan untuk menjamin keadaan agar orang-orang dapat tetap sehat” (IOM, 1988). Organisasi-organisasi kesehatan masyarakat AS telah semakin melaksanakan berbagai upaya untuk memastikan dan meningkatkan kualitas pelayanan mereka. Akreditasi telah menjadi bagian dari fokus nasional untuk mengembangkan mutu dan kinerja kesehatan masyarakat. Upaya-upaya tersebut memperlihatkan bahwa kesehatan masyarakat digerakkan melalui serangkaian proyek dan perangkat untuk peningkatan mutu berkelanjutan (CQI) sebagai cara mencapai sistem kesehatan masyarakat yang efektif dan efisien.

Peningkatan mutu berkelanjutan dalam kesehatan masyarakat adalah sebuah proses organisasional terstruktur yang melibatkan staf dalam perencanaan dan melaksanakan peningkatan secara berkesinambungan untuk memberikan kualitas yang sesuai atau melebihi harapan komunitas. CQI di sini berfokus kepada perubahan sistem dan secara umum meliputi karakteristik berikut: hubungan pada rencana strategis organisasi, dewan organisasi yang terdiri atas para petinggi organisasi, program-program pelatihan peningkatan mutu bagi pegawai, mekanisme untuk memprioritaskan proyek-proyek peningkatan kualitas dan membentuk tim-tim pengembangan, dan dukungan serta motivasi dari staf untuk kegiatan-kegiatan peningkatan mutu (McLaughlin dan Kaluzny, 2006).

Tiga fungsi inti kesehatan masyarakat menurut laporan IOM (*Institute of Medicine*) adalah penilaian, pengembangan kebijakan dan penjaminan. Pada pertengahan 1990-an, IOM, *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC), *American Public Health Association*, dan *National Association of County and City Health Officials* (NACCHO) menjalankan kerangka bahwa aktivitas kesehatan masyarakat harus dilaksanakan disemua komunitas, yang dikenal sebagai 10 layanan kesehatan masyarakat esensial yaitu

1. Memantau status kesehatan untuk mengenali masalah-masalah kesehatan dalam komunitas
2. Mendiagnosis dan menyelidiki masalah-masalah dan bahaya kesehatan dalam komunitas
3. Memberi informasi, mendidik dan memberi kekuatan kepada orang-orang mengenai masalah-masalah kesehatan
4. Menggerakkan kerja sama dalam komunitas untuk mengenali dan menyelesaikan berbagai masalah kesehatan
5. Mengembangkan kebijakan dan rencana yang mendukung upaya-upaya kesehatan secara perorangan dan kelompok

6. Memberlakukan hukum dan peraturan yang menjaga kesehatan dan memastikan keselamatan
7. Menghubungkan anggota masyarakat dengan layanan kesehatan pribadi yang dibutuhkan dan jika tidak ada, maka memastikan ketersediaan pelayanan kesehatan
8. Menjamin kesehatan masyarakat dan tenaga kerja kesehatan masyarakat yang kompeten
9. Mengevaluasi efektivitas, kemudahan akses, dan kualitas layanan kesehatan untuk pribadi maupun populasi
10. Riset untuk wawasan baru dan solusi inovatif bagi masalah-masalah kesehatan

### **Bab 17 (Quality Improvement in Nursing)**

Perawat merupakan komponen integral dari sistem penyampaian pelayanan kesehatan dengan sifat yang memainkan peran di baris terdepan pelayanan, pada tim pelayanan kesehatan dan peningkatan mutu. IOM (2003) menyatakan pendidikan sebagai jembatan menuju kualitas dan lima kompetensi penting bagi para petugas kesehatan untuk mencapai perubahan meliputi memberikan pelayanan yang mengutamakan pasien, bekerja sebagai bagian dari lintas disiplin, mempraktikkan pelayanan kesehatan berbasis fakta, fokus pada peningkatan mutu dan menggunakan teknologi informasi.

Laporan IOM (2003) mengungkapkan beberapa rekomendasi penting sebagai upaya lintas disiplin untuk mengkaji pekerjaan para perawat : (1) menciptakan lingkungan kerja yang memuaskan dan memberi penghargaan bagi perawat, (2) memberikan penugasan perawat secara tepat, (3) fokus pada keselamatan pasien pada tingkat dewan pengelolaan organisasional, (4) menggabungkan manajemen berbasis fakta dalam manajemen pelayanan keperawatan, (5) membangun kepercayaan antara para perawat dan pimpinan organisasi, (6) memberikan kesempatan kepada perawat untuk berbicara dalam menyampaikan perawatan pasien melalui kepemimpinan keperawatan yang efektif dan partisipasi dalam penentuan keputusan, (7) memberikan dukungan organisasional untuk memajukan pembelajaran baik bagi perawat baru maupun berpengalaman, (8) mengajukan kolaborasi antar disiplin ilmu, (9) merancang lingkungan kerja yang mengutamakan keselamatan pasien, (10) menciptakan kultur yang memperkuat keselamatan pasien.

Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) berpendapat bahwa keperawatan sangat penting untuk memastikan mutu dan keamanan perawatan pasien. Dalam buku *Patient Safety and Quality: An Evidence-Based Handbook for Nurses* (Hughes, 2008), Farquhar (2008) menjelaskan empat peran utama wilayah mutu bagi para perawat meliputi pencegahan dalam tatanan rawat jalan, pasien rawat inap, keselamatan pasien diantara sistem pelayanan kesehatan dan pelayanan bagi anak-anak berusia dibawah 17 tahun.

### **Bab 18 (Accreditation : A Global Regulatory Mechanism to Promote Quality and Safety)**

Akreditasi dalam organisasi pelayanan kesehatan merupakan mekanisme pengaturan yang digunakan di berbagai negara di dunia. Akreditasi adalah pernyataan resmi oleh pihak berwenang bahwa suatu organisasi, jasa, atau seseorang telah menunjukkan kompetensi, kekuasaan atau kredibilitas untuk memenuhi serangkaian standar yang telah ditentukan. Akreditasi adalah mekanisme yang mencoba meyakinkan para *stakeholder* luar bahwa standar mutu dan keamanan telah dibuktikan. Tujuan lainnya dari penetapan akreditasi, khususnya pada pelayanan kesehatan, adalah memberikan dasar bagi prakarsa peningkatan mutu (Davis dkk., 2009; Gibberd dkk., 2004; Williams dkk., 2005).

Menurut Greenfield, Pawsey, Naylor dkk (2009a) menyatakan bahwa Keandalan survei akreditasi dipengaruhi enam faktor meliputi (1) program akreditasi termasuk syarat-syarat dokumentasi untuk organisasi dan timu survei, (2) hubungan anggota dengan agen akreditasi dan tim survei, (3) personel lembaga akreditasi, (4) pembaruan tenaga surveyor, (5) manajemen tenaga surveyor, (6) efek dinamis survei pada keandalan survei secara langsung dan tidak langsung.

Masalah dan tantangan bagi program akreditasi meliputi (1) program akreditasi sukarela dan wajib, (2) kekakuan atau fleksibilitas program akreditasi, (3) biaya untuk mengatasi masalah mutu dan keamanan, (4) standar (peran proses versus hasil dan indikator-indikator mutu), (5) tenaga surveyor (masalah ketahanan, peran dan keandalan, dan (6) memperluas dasar bukti untuk akreditasi.

### **Bab 19 (Quality Improvement in Resource-Poor Countries)**

Bab 19 juga menjelaskan inti peningkatan mutu, salah satunya dengan siklus PDSA. Pendekatan PDSA terbukti efektif mengikat para praktisi dalam pelaksanaan CQI baik di negara industri berpendapatan tinggi maupun bersumber daya rendah.

Model for improvement mempunyai dua komponen yaitu pemeriksaan (inquiry) dan aktivitas. Komponen inquiry mempertanyakan mengenai sasaran upaya peningkatan mutu, ukuran yang diperlukan untuk memastikan peningkatan sistem dan gagasan untuk mewujudkan peningkatan. Sedangkan komponen aktivitas menggunakan siklus PDSA untuk menguji gagasan yang dihasilkan selama pemeriksaan.

Schneider (2006) menjelaskan bahwa sistem kesehatan di negara-negara bersumber daya rendah menghadapi kendala aksesibilitas keuangan, aksesibilitas fisik, kecakapan pegawai yang tidak memenuhi, motivasi staf rendah, manajemen perencanaan lemah dan kurangnya tindakan intersektoral dan kemitraan.

Faktor-faktor keberhasilan implementasi peningkatan mutu meliputi (1) membuat cita-cita peningkatan yang jelas, (2) mendorong partisipasi dari semua penyelenggara, (3) menentukan ukuran-ukuran yang relevan, (4) mengikutkan para partisipan dalam pengumpulan data, (5) membuat gagasan perubahan secara kolaboratif, (6) menciptakan jaringan pembelajaran (mempercepat perubahan dan meningkatkan ketahanan perubahan)

### **Bab 20 (A Call to Action for Transforming Health Care in the Future)**

Awal bab ini, terdapat kutipan menarik dari Batalden dan Davidoff (2007) *“Setiap orang di perawatan kesehatan memiliki dua tugas: melakukan pekerjaan mereka dan mengembangkannya”*. Dalam mengoperasikan CQI perlu menjawab dua pertanyaan berikut : Bagaimana saya bisa meningkatkan perawatan untuk pasien saya? Dan Bagaimana saya bisa meningkatkan sistem perawatan?. Menurut IOM (1999) menjelaskan bahwa akar dari masalah keselamatan dan mutu pasien terletak pada sistem yang bekerja.

Tiga tujuan fundamental dari sistem kesehatan yaitu hasil pasien yang lebih baik, performa sistem yang lebih baik, dan pengembangan profesional yang lebih baik. Lebih jauh lagi, komponen keempat yang diperlukan adalah untuk semua orang di sistem kesehatan menjadi berperan aktif untuk membantu mencapai tujuan fundamental tersebut (Batalden dan Davidhoff, 2007; Nelson dkk., 2008).

Untuk mempercepat CQI di masa depan, Von Goethe memberikan pesannya *“Tahu saja tidak cukup, kita harus melakukan. Keinginan saja tidak cukup, kita harus bertindak”*.

Don Berwick dalam *“A User’s Manual for the IOM’s Quality Chasm Report”* menyatakan bahwa ada empat level kepentingan :

- Level A – pengalaman pasien (individual)
- Level B – fungsi unit perawatan lingkup kecil (atau mikrosistem)
- Level C – fungsi organisasi atau sebaliknya yang mendukung mikrosistem
- Level D – lingkungan kebijakan, pembayaran, peraturan, akreditasi, dan faktor lainnya yang membentuk perilaku, kepentingan, dan kesempatan organisasi pada level C.

Lebih terkini, Berwick dkk, mengidentifikasi “tiga level tujuan” untuk meningkatkan perawatan kesehatan: meningkatkan pengalaman perawatan, meningkatkan kesehatan populasi, dan mengurangi biaya per kapita perawatan kesehatan” (Berwick dkk, 2008, p. 759).

Peta perjalanan untuk masa depan dalam CQI bisa dilakukan dengan (1) pendidikan, (2) penelitian dan publikasi, (3) kolaborasi, (4) manajemen informasi dan teknologi informasi kesehatan, (5) kepemimpinan, (6) kerjasama tim, dan (7) Fokus pada nilai tambah perawatan kesehatan. Penggunaan *telemedicine* dan implementasi EHRs bisa menawarkan keuntungan besar pada peningkatan kualitas, terutama pada pengukuran, melalui jaminan konsistensi dan transportabilitas data.

Menurut Senge (1990), Kepemimpinan bukan tentan teknik dalam memimpin melainkan dalam integrasi disiplin pembelajaran melalui organisasi (visi, nilai, dan tujuan; sistem berpikir, dan model mental). Pemimpin sukses berbagi visi personal mereka sendiri, dan mendemonstrasikan komitmen mereka untuk mencapainya. Mereka “mengilhami” visi melalui organisasi. Peran pemimpin adalah untuk mengambil tanggung jawab untuk belajar, sebagai desainer proses pembelajaran, seorang pelayan visi, dan guru yang memaksa pembelajaran melalui organisasi (Sengae, 1990).

Menurut Swensen dkk (2010), nilai dari perawatan kesehatan meliputi tiga elemen yaitu desain (perlakuan yang tepat untuk pasien yang tepat pada saat yang tepat); pelaksanaan (dapat dipercaya melakukan dengan benar setiap saat untuk mencapai hasil terbaik), dan ketepatan waktu.