LAPORAN TEKNIS

TELAAH MODEL PENINGKATAN KUALITAS PROGRAM KESEHATAN IBU, BAYI BARU LAHIR DAN ANAK (KIBBLA)

Syahrizal Syarif

MATERNAL CHILD HEALTH INTEGRATED PROGRAM (MCHIP)

Maret 2012

PENGANTAR

Laporan ini disiapkan oleh *Maternal Child Healh Integrated Program* (MCHIP-USAID) dibawah JHPIEGO bekerjasama dengan JSI.Inc dan Save the Children yang selama 1 tahun terakhir telah menerapkan pendekatan *Standard Based Management and Recognition* (SBM-R) di 3 Kabupaten, yaitu Kabupaten Kutai Timur, Propinsi Kalimantan Timur, Kabupaten Serang, Propinsi Banten dan Kabupaten Bireun, Propinsi NAD. Model Peningkatan kualitas program KIBBLA ini ditujukan untuk meningkatkan kinerja dan kualitas pelayanan bidan di desa, Puskesmas/ Puskesmas perawatan dan Rumah Sakit.

Penulis berterimakasih sekali atas arahan dan masukan dari Witasari, Asmuyeni Muchtar, H Sakkar, Mia Pesik dan Nonny Parmawaty. Terimakasih juga ditujukan untuk staf MCHIP di lapangan, Nurjanah, Euis, Vita, Juwita dan Sylvia.

Telaah 3 (tiga) model peningkatan kualitas program KIBBLA yang telah diterapkan secara luas di Indonesia melalui dukungan USAID, yaitu SBM-R, Penyeliaan Fasilitatif (*Supportive Supervision* disingkat SS) dan Bidan Delima (BD) diharapkan dapat memberikan pemahaman atas ke tiga model pendekatan ini, melihat persamaan dan keunikan masing-masing serta nantinya berguna dalam koordinasi program bagi para stakeholders, NGO dan lembaga donor.

Semoga telaah sederhana ini bermanfaat bagi upaya peningkatan kualitas pelayanan KIA dan KB dalam mendukung upaya percepatan penurunan angka kematian ibu, bayi baru lahir dan balita di Indonesia.

Daftar Isi

PENGANTAR ii

Ringkasan Eksekutif iv

Bab 1 **Pendahuluan** 1

Bab 2 **PENINGKATAN KUALITAS** 3

Bab 3 **SEPINTAS MODEL PENINGKATAN KUALITAS** 9

Bab 4 **INDIKATOR PENILAIAN MODEL PENINGKATAN KUALITAS** ...16

BAB 5 **ANALISIS MODEL BERDASARKAN INDIKATOR PENILAIAN** ...19

Bab 6 **KESIMPULAN** 24

Bab 7 **REKOMENDASI** 26

KEPUSTAKAAN.....28

LAMPIRAN

LAMPIRAN 1 MODEL PK BERDASARKAN INDIKATOR

LAMPIRAN 2 MODEL PK BERDASARKAN KOMPONEN

LAMPIRAN 3 MODEL PK BERDASARKAN KRITERIA VERIFIKASI

LAMPIRAN 4 MODEL PK BERDASARKAN SUBSTANSI LAYANAN

RINGKASAN EKSEKUTIF

Tiga model pendekatan kualitas untuk peningkatan kinerja Kesehatan Ibu, bayi baru lahir, dan anak (KIBBLA) di terapkan di Indonesia. Ketiga pendekatan ini bertujuan sama yaitu untuk meningkatkan kinerja dan kualitas pelayanan KIBBLA namun secara struktur, langkah dan terminologi berbeda. Perbedaan ini memberi kesan bahwa secara mendasar mereka berbeda, padahal jika ditelaah lebih dalam, faktanya mereka mempunyai banyak persamaan dalam elemen dasar.

Dokumen ini mencoba menelaah dan membandingkan secara sistematik tiga model peningkatan kualitas untuk KIBBLA yang telah di terapkan secara luas di Indonesia. Model itu adalah; Manajemen berbasis Standar dan Pengakuan (*Standard based Management and Recognition* disingkat SBM-R), Penyeliaan Fasilitatif (*Supportive Supervision* disingkat SS) dan Bidan Delima (BD).

Sebelas indikator kualitas terpilih digunakan untuk menelaah dan membandingkan ke 3 model peningkatan kualitas (*Quality Improvement* disingkat QI) ini, sehingga dapat dilihat perbedaan dan persamaan dari ke tiga pendekatan, disamping bagi mereka yang menerapkan pendekatan-pendekatan tersebut dapat berkomunikasi dalam bahasa dan pengertian yang sama. Sehingga dialog dan koordinasi diantara stakeholders, mitra kerja, dan lembaga donor dapat berjalan dengan baik.

Adapun indikator yang digunakan adalah;

1. **Tujuan (*Objective)*:** Tiap model mempunyai tujuan atau objektif yang harus dicapai dalam peningkatan kualitas.
2. **Organisasi Penggerak (*Organizational Drivers*):** perorangan atau organisasi yang mempunyai peran besar dalam proses pengembangan, penerapan dan penilaian terhadap suatu model peningkatan kualitas.
3. **Penetapan Standar (*Quality Standard*) –** syarat minimal yang disepakati untuk terpenuhinya standar pelayanan.
4. **Penilaian terhadap standar (*Quality Measurement*)** – metode penilaian yang digunakan untuk memastikan apakah standar terpenuhi atau

tidak. Pemenuhan terhadap standar (Compliance Rate) digunakan untuk menilai tingkat kualitas.

5. **Peningkatan Kualitas (*Quality Improvement*)** – upaya aksi koreksi agar komponen yang tidak memenuhi standar – dapat dipenuhi secara baik.

6. **Monitoring dan dokumentasi (*Monitoring and Documentation*) :** Sistem monitoring dan dokumentasi yang dikembangkan agar hasil intervensi dapat dipantau secara berkala.

7. **Insentif dan Motivasi (*Incentive and Motivation*):** Pengakuan dan penghargaan atas pencapaian hasil kinerja dan peningkatan kualitas yang dilakukan individu atau institusi sehingga mampu mendorong motivasi.

8. **Keterlibatan Masyarakat (*Community Involvement*):** Keikut sertaan unsur masyarakat dalam proses perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi model yang diterapkan.

9. **Dukungan Kebijakan lokal dan Nasional (*Policy Support*):** Adanya dukungan kebijakan lokal dan nasional terhadap penerapan model peningkatan kualitas dan kinerja yang diterapkan.

10. **Rencana Perluasan (*Scale-up*):** Rencana pengguna model untuk memperluas penerapan model ke luar daerah terpilih.

11. **Rencana Keberlangsungan (*Sustainability)*:** Rencana pengguna model untuk melangsungkan kegiatan peningkatan kualitas dan kinerja ketika dukungan eksternal telah berhenti.

Ketiga model peningkatan kualitas telah di analisis dengan menggunakan ke 11 indikator diatas untuk memberikan ilustrasi bagaimana karakter tiap model, kesamaan dalam elemen, dan perbedaan dalam keunikan tiap model, baik dalam struktur maupun terminologi yang digunakan. Dapat disimpulkan bahwa disamping adanya kesamaan antar ke tiga model – namun tiap model mempunyai penekanan khusus, pintu masuk tertentu untuk mengatasi masalah kinerja dan kualitas pelayanan.

Sebagai sebuah standar ke-tiga model harus terus dikembangkan, sesuai dengan perkembangan dan bukti baru hasil intervensi berbasis bukti, serta selalu ada peluang untuk perbaikan dalam penerapannya. Pengembangan satu model baru, dapat dikembangkan dari sinergisme ke tiga model ini. Pengembangan SMB-R misalnya dapat dilakukan dengan menerapkan hal-hal yang terbukti baik (*best*

practices) dari penerapan model SS dan BD. Demikian pula dengan pengembangan SS – dapat mengambil pengalaman yang baik dari model penerapan SBM-R dan BD. Pengembangan model peningkatan kualitas MNCH yang baru sama sekali tidak dianjurkan. Dengan demikian dianjurkan agar dalam penerapan SBM-R selanjutnya mempertimbangkan aspek penerapan dengan menggunakan konsep dan langkah yang lebih menjamin hasil yang lebih baik.

Kementerian Kesehatan, Lembaga donor dan *stakeholders l*ainnya yang menerapkan model peningkatan kualitas KIBBLA diharapkan bertanggung jawab untuk melakukan koordinasi dan memberikan pandangan tentang persamaan dan perbedaan serta keunikan dari ke tiga model dan membantu sinergisme ke tiga model dalam penerapannya di Indonesia.

Organisasi yang menerapkan model peningkatan kualitas di lapangan membutuhkan kelenturan dalam penerapannya dan mau terbuka memahami model yang lain serta melihat elemen dasar peningkatan kualitasnya yang tidak banyak berbeda.

Stakeholders yang menerapkan model peningkatan kualitas diharapkan melakukan monitoring terus menerus dan melihat dampak dari intervensi yang dilakukan. Pengukuran proses dan indikator *output* dan *outcome* terus menerus akan memberikan basis bukti untuk evaluasi intervensi sesuai perubahan dan terus menerus mengembangkan intervensi yang lebih baik. Walau sebelas indikator dapat digunakan untuk menilai pengembangan dan penerapan model peningkatan kualitas di lapangan secara adekuat, namun telaah ini tidak menilai komponen biaya yang dibutuhkan dalam penerapan tiap model dan bagaimana efektifitas dan efisiensi dari model. Dianjurkan agar melakukan analisis biaya untuk ke tiga model pendekatan ini.

Pembuat Kebijakan diharapkan dapat membuat mekanisme di tingkat nasional untuk melakukan koordinasi dalam penerapan ke tiga model pendekatan dan melakukan dokumentasi proses pembelajaran (*lessons learned*) dan praktek terbaik (*best practices)* dari ke tiga model peningkatan kualitas KIBBLA.

BAB 1
PENDAHULUAN

Angka Kematian ibu (AKI) dan Angka Kematian Bayi (AKB) di Indonesia sudah ada penurunan, namun masih menjadi masalah besar. Berbagai faktor yang terkait dengan faktor resiko telah diketahui dan berbagai intervensi berbasis bukti telah dilaksanakan. Salah satu strategi terfokus adalah Strategi *Making Pregnancy Safer* (MPS) yaitu suatu upaya yang bertujuan untuk meningkatkan cakupan dan kualitas pelayanan kesehatan ibu, bayi baru lahir dan anak.

Dalam sepuluh tahun terakhir, berbagai upaya intervensi berbasis bukti telah diterapkan di Indonesia, baik dalam skala kecil di daerah uji coba, maupun dalam skala besar secara nasional. Melalui berbagai proyek, *the United States Agency for International Development* (USAID) telah memperkenalkan tiga (3) model peningkatan kualitas (*Quality Improvement*) untuk program kesehatan ibu, bayi baru lahir dan anak (KIBBLA). Ketiga model bertujuan untuk meningkatkan kinerja dan kualitas pelayanan bidan di desa dan bidan praktek mandiri, serta pelayanan berbasis fasilitas seperti Puskesmas, puskesmas perawatan/ Poned, serta rumah sakit, terutama rumah sakit umum daerah.

Tiga model peningkatan kualitas yang diterapkan untuk peningkatan kinerja dan kualitas pelayanan kesehatan ibu, bayi baru lahir dan anak (KIBBLA), yaitu Manajemen Berbasis Standar dan Pengakuan (*Standard Based Management and Recognition*- disingkat SBM-R), Penyeliaan Fasilitatif (*Supportive Supervision* – disingkat SS) dan Bidan Delima (BD). Ketiga model mempunyai konsep, prinsip, metode, penamaan, dan langkah-langkah yang sedikit berbeda. Variasi ini seolah memberi kesan adanya perbedaan yang mendasar antar model, namun jika dikaji lebih dalam pada analisis isi, maka akan terlihat adanya persamaan elemen. Gagal melihat kesamaan antar pendekatan kualitas tersebut dapat menciptakan hambatan antar mitra kerja dalam komunikasi peningkatan kualitas, menghambat

koordinasi upaya peningkatan mutu, dan hilangnya kesempatan untuk berkontribusi secara sinergis dalam program peningkatan kinerja dan kualitas.

Telaah sistematis terhadap ke tiga model, dilakukan untuk melihat kemungkinan kesamaan gambaran model yang esensial – berupa elemen dasar tanpa mengurangi arti adanya kekhususan spesifik dalam struktur dan metode. Sehingga, bagi mereka yang menerapkan model, mitra kementerian kesehatan, lembaga donor, *stakeholders* dapat berdiskusi dalam pemahaman dan bahasa yang sama, berdialog serta melakukan koordinasi kegiatan dengan baik.

Dalam lampiran, disajikan uraian 3 model berdasarkan 11 indikator penilaian kualitas pelayanan, sehingga dapat dilihat kesamaan dan keunikan dari masing-masing model pendekatan.

BAB 2

PENINGKATAN KUALITAS (*QUALITY IMPROVEMENT*)

Upaya untuk menemukan kesamaan dan perbedaan antara ke 3 model peningkatan kualitas membutuhkan kesepakatan pengertian peningkatan kualitas (quality Improvement). WHO memberikan pengertian Kualitas Pelayanan Kesehatan sebagai "*proper performance (according to standards) of interventions that are known to be safe, that are affordable by the society in question, and that have the ability to produce an impact on mortality,morbidity, disability and malnutrition*."

2.1. PERBAIKAN MUTU

Hasil yang diharapkan dari upaya peningkatan kinerja adalah jaminan terhadap berjalannya perbaikan kualitas (mutu). Menurut Azwar (1994), m**utu pelayanan kesehatan** adalah kesempurnaan pelayanan kesehatan yang dapat menimbulkan kepuasan pada pasien (klien) sesuai dengan tingkat kepuasan rata-rata penduduk, serta sesuai dengan kode etik dan standar pelayanan profesi yang telah ditetapkan.

Menggunakan batasan diatas, maka fasilitas pelayanan dituntut untuk memberikan pelayanan terbaik, sarana dan perlengkapan yang berfungsi baik, petugas dengan pengetahuan, sikap dan keterampilan yang tinggi, dan memberikan pelayanan dengan orientasi kepuasan pelanggan (pasien).

Mengacu pada pendekatan sistem, maka upaya perbaikan kualitas pelayanan sangat tergantung pada terpenuhinya standar input dan proses, yang kemudian diyakini dapat memberikan output yang standar dengan variasi yang kecil. Pengendalian aspek input dan proses ini dikenal sebagai kegiatan supervisi (***supervision)*** atau penyeliaan. Penguatan sistem penyeliaan akan menggiring pelayanan kesehatan diberikan sesuai standar. Bersama instrumen manajemen lainnya, pemantauan (***monitoring)*** dan evaluasi (***evaluation)***, penyeliaan menjadi tumpuan perbaikan kinerja dan kualitas pelayanan secara berkesinambungan.

2.2. FAKTOR-FAKTOR YANG BERPERAN DALAM KUALITAS PELAYANAN

Selain pemenuhan aspek input dan proses dalam upaya untuk mencapai pelayanan yang berkualitas, patut disadari bahwa upaya peningkatan kualitas pelayanan – termasuk pelayanan KIBBLA, patut memperhatikan beberapa prinsip kualitas di bawah ini:

- Orientasi Pelayanan pada Kepuasan pelanggan (klien)
- Pembudayaan dan Upaya Efisiensi Biaya Pelayanan
- Fokus perubahan pada Proses Pelayanan
- Komitmen Pimpinan dan keterlibatan serta Rasa Memiliki Staf/Petugas
- Pengambilan keputusan berdasarkan data
- Kesinambungan Proses Belajar, Pengembangan dan Pemberdayaan Fasilitas

Keberhasilan upaya peningkatan kualitas, sangat tergantung dari kesamaan dan kesefahaman dari semua yang terlibat atas prinsip-prinsip peningkatan kualitas diatas. Perlu memahami prinsip – prinsip tersebut.

2.2.1. Orientasi pada Kepuasan Pelanggan (Klien)

Pelanggan (klien) adalah mereka yang membutuhkan pelayanan. Ada perbedaan antara kebutuhan (*needs)* dan harapan (*expectation)*. Pelanggan yang mempunyai "harapan" lebih mempunyai tuntutan pelayanan berkualitas dibanding dengan pelanggan yang "butuh" pelayanan. Karena harapan memuat pengetahuan dan pengalaman terdahulu, sedangkan kebutuhan mengacu pada pemenuhan hak hidup dasar. Untuk itu dalam upaya memenuhi kepuasan pelanggan, pelayanan kesehatan harus mampu mengidentifikasi kebutuhan dan harapan pelanggan. Satu orang

pelanggan yang tidak puas jauh lebih penting daripada sepuluh pelanggan yang puas. Untuk itu pelayanan kesehatan harus mempunyai mekanisme untuk menangkap suara pelanggan, mis. melalui survei pelanggan.

Pelanggan (klien) dalam pengertian yang lebih luas dapat dikategorikan sebagai pelanggan eksternal sementara petugas kesehatan yang berada dalam institusi pelayanan kesehatan dianggap sebagai pelanggan internal. Sehingga kepuasaan petugas kesehatan dalam bekerja juga patut dipertimbangkan dalam upaya peningkatan kualitas pelayanan.

2.2.2. **Budaya dan Upaya Efisiensi Biaya Pelayanan**

Berlawanan dengan asumsi masyarakat awam bahwa pelayanan berkualitas membutuhkan biaya tinggi, *Berwick, Godfrey dan Roessner* (1990) menyatakan bahwa jika pelayanan makin efektif dan berkualitas maka biaya total dari pelayanan akan semakin menurun. Secara finansial dan kesehatan individual, apabila klien mendapat pelayanan yang berkualitas pada saat kunjungan pertama maka Klien tidak perlu mengeluarkan biaya tambahan yang timbul akibat kesenjangan kualitas kinerja. Sementara gangguan kesehatan dapat segera ditanggulangi.

Sebagai contoh, fasilitas pelayanan yang tidak menjalankan prosedur pencegahan infeksi dengan baik, dapat menimbulkan infeksi pasca-pelayanan sehingga klien harus berobat kembali dan mengeluarkan biaya tambahan. Selain menimbulkan gangguan kesehatan terhadap klien, reputasi fasilitas kesehatan ini akan menurun dan mengurangi pelanggan. Sebaliknya, apabila prosedur pencegahan infeksi dijalankan, maka klien terlindungi, aman, satu kali kunjungan dan memenuhi harapan. Kepuasan ini akan diteruskan klien kepada saudara, kerabat atau relasi sehingga reputasi fasilitas meningkat dan meningkatkan pelanggan.

2.2.3. Fokus Perubahan pada Proses Pelayanan

Instrumen Manajemen berbasis Standar dan Pengakuan, Penyeliaan Fasilitatif, dan instrumen Kajian Mandiri Bidan Delima, menuntun petugas kesehatan untuk memperbaiki proses kearah peningkatan kualitas. Disadari bahwa sebagian besar faktor kualitas pelayanan yang rendah terkait dengan proses yang kurang baik. Hal ini juga sesuai dengan prinsip belajar sambil melaksanakan (*learning by doing*) dimana seseorang akan memahami langkah atau proses setelah dilibatkan dan melihat apa yang terjadi di dalam proses tersebut.

Para Supervisor- fasilitator percaya bahwa persoalan kesenjangan kualitas, bukan terletak pada faktor individu yang melaksanakan pelayanan kesehatan. Hampir 75% dari masalah kualitas, justru terletak pada kompleksitas sistem atau proses pelayanan yang sedang dijalankan. Sisanya terkait dengan faktor personal individu petugas kesehatan.

Sebagai contoh, tingginya angka infeksi pasca-pelayanan AKDR, tidak semata-mata terkait pada tindakan petugas yang tidak hiegenis, namun dapat berhubungan dengan kesenjangan keterampilan petugas menggunakan peralatan otoklaf. Pada kasus infeksi pasca-pelayanan ini, perbaikan pelatihan keterampilan petugas mungkin merupakan solusi dari kesenjangan kualitas.

2.2.4. Komitmen Pimpinan dan Keterlibatan bawahan

Penyelia Tradisional pada umumnya meminta data dan berdiskusi dengan staf senior atau pimpinan fasilitas pelayanan kesehatan. Model Pendekatan Peningkatan kualitas melibatkan semua petugas kesehatan untuk memperoleh masukan secara komprehensif. Upaya perbaikan kualitas diharapkan dilakukan bidan di desa atau bidan praktek mandiri secara mandiri terlebih dahulu. Jika ada masalah yang tidak dapat ditangani baru dialihkan ke Puskesmas. Upaya perbaikan kualitas di puskesmas dilakukan secara bersama, kerja sebuah tim. Demikian juga untuk perbaikan kualitas di rumah sakit dan Dinas kesehatan Kabupaten. Komitmen

pimpinan puskesmas, Dinas kesehatan Kabupaten dan Rumah sakit umum daerah penting, namun keterlibatan seluruh staf juga penting. Pelayanan berkualitas hanya dapat dikerjakan melalui keterlibatan seluruh petugas. Petugas penerima pelanggan sama pentingnya dengan petugas pemberi pelayanan medis, juga petugas kebersihan.

2.2.5. Pengambilan Keputusan berdasarkan data

Model pendekatan peningkatan kualitas melakukan upaya perbaikan kinerja dan kualitas berdasarkan hasil pengukuran data kepatuhan (*Compliance Rate)* terhadap standar yang jelas, eksplisit, sistematik dan rinci. Pengambilan keputusan intervensi, solusi, aksi koreksi berdasarkan data yang diukur, data variabel atau item yang tidak terpenuhi secara standar bukan berdasarkan asumsi dan perkiraan petugas kesehatan.

2.2.6. Kesinambungan Proses Belajar, Pengembangan dan Pemberdayaan

Berlawanan dengan kunjungan sporadik yang dilakukan oleh supervisor tradisional, model pendekatan peningkatan kualitas bertumpu pada siklus yang berkesinambungan. Ada jadual yang jelas kajian mandiri, verifikasi, pertemuan bulanan, dan upaya perbaikan mutu. Ada proses penyeliaan, bimbingan, mentoring, pelatihan di tempat, dorongan motivasi yang terus menerus.

Model Peningkatan Kualitas mempunyai daya ungkit pengembangan sikap dan kemampuan petugas serta penguatan sistem kendali manajemen di setiap tingkat pelayanan. Hal ini terjadi karena semua proses identifikasi, mencari solusi, dan upaya perbaikan kualitas, dilakukan secara mandiri. Pendekatan ini akan menumbuhkan kepercayaan diri dan tanggung jawab terhadap kualitas pelayanan. Lambat laun fasilitas pelayanan kesehatan dasar dan rujukan akan mampu mandiri dalam menjaga kualitas pelayanan.

Dapat disimpulkan bahwa model peningkatan kualitas (Manajemen berbasis Standar dan Pengakuan, Penyeliaan Fasilitatif dan instrumen Bidan Delima) diyakini sebagai pendekatan yang sistematis, terarah, berbasis data, memberdayakan tenaga kesehatan dan memperkuat sistem yang berkesinambungan, yang pada akhirnya diharapkan dapat meningkatkan kinerja dan kualitas pelayanan KIBBLA secara keseluruhan.

Telaah instrumen Model Peningkatan kualitas KIBBLA menggunakan sumber data-informasi sebagai berikut;

Tabel 1 Sumber informasi Model Peningkatan Kualitas KIBBLA

Model QI - MNCH	**Sumber Informasi**
Manajemen Berbasis Standar dan Penghargaan (SBM-R)	**MCHIP- USAID**
Penyeliaan Fasilitatif (SS)	**HSP-USAID**
Bidan Delima (BD)	**STARH - USAID**

BAB 3

SEPINTAS MODEL PENINGKATAN KUALITAS

Pelayanan kesehatan Ibu, bayi baru lahir dan anak (KIBBLA) masih rendah kualitasnya. Penerapan prinsip dan metode peningkatan kualitas pelayanan kesehatan banyak mengacu pada keberhasilan sektor industri dalam penerapan konsep, metode dan prinsip kualitas.

Berbagai organisasi yang bekerja di lapangan menyadari bahwa terbangunnya pelayanan kesehatan yang berkualitas tinggi, merupakan jaminan tercapainya tujuan program kesehatan. Sehingga, dilakukan berbagai inisiatif menerapkan konsep, prinsip dan metode peningkatan kualitas di berbagai sektor kesehatan, termasuk dalam upaya peningkatan kualitas dan kinerja pelayanan KIBBLA. Dalam sepuluh tahun terakhir, melalui dukungan USAID telah dilakukan pengembangan instrumen, uji coba, penerapan dan perluasan program peningkatan kualitas pelayanan KIBBLA di Indonesia melalui program Manajemen berbasis Standar dan Pengakuan (SBM-R), Penyeliaan Fasilitatif (SS) dan program Bidan Delima (BD). Ketiga pendekatan peningkatan kualitas ini telah menunjukkan keefektifannya dalam mengatasi masalah kesehatan dan peningkatan kualitas pelayanan KIBBLA secara bermakna. Saat ini SS telah menjadi bagian dari menu nasional dalam upaya peningkatan kualitas pelayanan KIBBLA. Sementara SBM-R digunakan di beberapa daerah terpilih proyek dibawah JHPIEGO dan program Bidan Delima tetap menjadi program andalan profesi kebidanan (Ikatan Bidan Indonesia) untuk Bidan Praktek Mandiri (BPM).

Telaah ke 3 model peningkatan kualitas ini dilakukan atas dukungan proyek MCHIP yang menerapkan SBMR di tiga kabupaten terpilih, Kabupaten Kutai Timur – Propinsi Kaltim, kabupaten Bireuen- Propinsi NAD dan kabupaten Serang- Propinsi Banten.

Bab ini akan memberikan gambaran umum tentang ke 3 model, disamping deskripsi tambahan ke 3 model dalam lampiran, dan informasi rinci – termasuk instrumen dan materi rujukan.

Model Peningkatan kualitas itu adalah:

3.1. Manajemen Berbasis Standar dan Pengakuan (Standard Based Management & Recognition – SBMR)

SBM-R adalah pendekatan praktis untuk meningkatkan kinerja dan kualitas pelayanan kesehatan, khususnya kesehatan ibu dan anak. Pendekatan ini berisi standar kinerja yang sistematik, konsisten dan efektif yang digunakan sebagai standar kinerja operasional sebagai basis organisasi dan pelaksanaan fungsi pelayanan**.**

Penerapan pendekatan ini menggunakan empat langkah:

1) **Membangun kesepakatan standar** kinerja berbasis bukti dengan lokal *stakeholders,*
2) **Menerapkan standar** kinerja oleh tim fasilitas melalui proses perubahan manajemen secara bertahap dengan penekanan identifikasi masalah kinerja dan solusi yang tepat,
3) **Pengukuran tingkat kepatuhan terhadap standar** secara berkala baik secara internal maupun eksternal,
4) **Penghargaan atas tingkat kepatuhan terhadap standar melalui mekanisme pengakuan.**

Menggunakan pendekatan ini maka praktek terbaik berbasis bukti pada proses kunci pelayanan di perkenalkan dan diterapkan. Biasanya pendekatan ini merupakan bagian dari sebuah intervensi terpadu untuk memperkuat pelayanan kesehatan ibu dan anak. JHPIEGO mengembangkan pendekatan ini pertama kali dan menerapkannya di Brazil tahun 1996, yang kemudian dikembangkan secara bertahap hingga tahun 2000 dan diterapkan secara luas sejak tahun 2005.

SBMR pertama kali diterapkan di Indonesia pada tahun 2002 melalui program *Maternal Neonatal Health* (MNH) dukungan USAID. Pada tahun 2010, proyek *Maternal and Child Health Integrated Program* (MCHIP) dengan dukungan USAID

menerapkannya pendekatan SBMR di 3 Kabupaten terpilih, yaitu di Kabupaten Kutai Timur – Propinsi Kalimantan Timur, Kabupaten Serang- Propinsi Banten dan Kabupaten Bireuen- Propinsi NAD. Penerapan SBMR meliputi Puskesmas terpilih, Pustu/polindes/ poskesdes dan Rumah Sakit Umum Daerah terkait.

3.2. Penyeliaan Fasilitatif (*Supportive Supervision*- SS).

Penyeliaan diartikan sebagai kegiatan untuk melihat kinerja individu atau institusi dalam melaksanakan suatu program untuk mencapai tujuan tertentu. Penyeliaan fasilitatif (*Supportive Supervision)* adalah suatu pendekatan peningkatan kinerja dan kualitas melalui kegiatan penyeliaan yang sistematis, terarah, berbasis data, memberdayakan obyek selia, dan berkesinambungan. Pendekatan ini merupakan bagian dari upaya memaksimalkan peran dan fungsi Bidan Koordinator (Bikor) dan meningkatkan kinerja bidan di desa dan bidan praktek swasta. Pendekatan ini juga merupakan upaya penguatan sistem penyeliaan dari tingkat pelayanan dasar (polindes dan puskesmas) hingga tingkat kabupaten. Penyeliaan adalah instrumen manajemen yang digunakan oleh petugas yang lebih tahu (bidan koordinator) untuk memastikan bahwa petugas di bawahnya (bidan di desa) melakukan pelayanan sesuai standar yang ditetapkan.

Seringkali orang mencampur adukan pengertian penyeliaan (supervisi), pemantauan (monitoring) dan evaluasi. Padahal ketiga instrumen manajemen tersebut mempunyai fungsi yang berbeda. Penyeliaan (supervisi) mempunyai perhatian terhadap pemenuhan standar masukan (*input)* dan proses. Sementara pemantauan (*monitoring)* lebih terfokus pada penilaian terhadap standar hasil langsung (*output)* atau hasil antara. Adapun kegiatan evaluasi terfokus pada hasil akhir (*outcome)* dan dampak (*impact)*. Indikator yang digunakan juga berbeda. Penyeliaan menggunakan indikator yang sangat spesifik (seperti ketersediaan vaksin), sementara pemantauan menggunakan indikator yang lebih besar (seperti " persentase balita yang diimunisasi), sedangkan evaluasi menggunakan indikator yang tidak spesifik (seperti angka kematian bayi).

Metode yang digunakan dalam pendekatan penyeliaan fasilitatif bertumpu pada pendekatan perbaikan kualitas. Tiga tahap pendekatan kualitas digunakan; upaya pengembangan standar (*Quality Standard),* upaya penilaian kualitas (*Quality Measurement*) dan upaya peningkatan kualitas (*Quality Improvement*). Dalam implementasinya, penyeliaan fasilitatif dimulai dengan pengembangan daftar tilik sebagai ukuran standar pelayanan KIBBLA, dilanjutkan dengan tahap penilaian terhadap standar dalam bentuk kajian mandiri, verifikasi dan rekapitulasi. Langkah kemudian adalah pembuatan perencanaan secara mandiri sebagai upaya peningkatan kualitas. Langkah-langkah ini dilakukan dalam sebuah siklus yang berkesinambungan.

Pendekatan Penyeliaan Fasilitatif terarah, sistematis dan berbasis data. Daftar tilik sebagai standar pelayanan membuat upaya peningkatan kualitas menjadi lebih jelas dan terarah. Basis data yang dihasilkan menggambarkan tingkat kepatuhan terhadap standar dan merupakan ukuran kinerja yang jelas. Metode kajian mandiri membuat kegiatan penyeliaan tidak menakutkan, karena objek selia mengetahui dengan jelas apa yang akan dinilai. Dalam kegiatan verifikasi berlangsung proses bimbingan dan penyeliaan yang efektif dan fasilitatif. Perencanaan dan pelaksanaan dan penilaian upaya peningkatan kualitas akan menjamin upaya peningkatan kualitas pelayanan berlangsung secara sistematis dan berkesinambungan.

Penyeliaan Fasilitatif mempunyai karakter sebagai:

- Terfokus pada upaya membantu obyek selia agar mampu memecahkan masalah.

- Mengacu pada masukan (input) dan proses.

- Memberdayakan obyek selia baik untuk kinerja klinis maupun kinerja manajerial.

- Upaya berkesinambungan melalui siklus perbaikan mutu pelayanan yang terarah, terukur dan sistematis.

- Mengarah pada penguatan sistem penyeliaan melalui pertemuan bulanan yang terfokus dan kunjungan (verifikasi) ke lapangan.

Pendekatan Penyeliaan Fasilitatif dapat menimbulkan asumsi bahwa pendekatan ini membutuhkan waktu dan menambah beban kerja. Tetapi setelah upaya awal berjalan dengan baik maka beban kerja, jumlah alokasi waktu dan biaya, akan semakin rendah dengan semakin meningkatnya kemampuan obyek selia.

3.3. BIDAN DELIMA

Bidan Delima (BD) merupakan pendekatan peningkatan kinerja dan kualitas bidan praktek mandiri (BPM) khususnya untuk pelayanan kesehatan reproduksi dan keluarga berencana melalui organisasi Ikatan Bidan Indonesia (IBI). Tahapan untuk menjadi seorang bidan delima adalah;

- Registrasi yang diikuti dengan Pra- kualifikasi – berupa penilaian sendiri dengan menggunakan instrumen pra-kualifikasi yang berisi kompetensi dasar kebidanan
- Kajian Mandiri- penilaian diri sendiri dengan menggunakan instrumen kajian mandiri - terhadap kompetensi esensial seorang bidan profesional dan berkualitas
- Validasi – proses penilaian eksternal untuk tingkat kepatuhan terhadap standar bidan delima
- Pengukuhan – sertifikasi – proses pengakuan atas terpenuhinya standar Bidan Delima dengan pemberian sertifikat bidan delima dan paket bidan delima (branding Bidan Delima).

Program BD mempunyai fokus pada pemenuhan standar keterampilan klinis, kelengkapan prasarana – sarana (fisik, alat dan obat-obatan), serta pada hubungan personal *provider- client*. Untuk mendorong terjadinya pelayanan yang berkualitas, BD terarah pada 5 komponen standar yaitu; komponen fasilitas, manajemen,

Pencegahan Infeksi, Keluarga Berencana dan Kesehatan maternal. BD tidak memuat adanya komponen MTBS, hanya ada komponen asuhan bayi baru lahir.

Program Bidan Delima membutuhkan perangkat manajemen pengelolaan program vertikal dari tingkat pengurus besar di pusat sampai ke tingkat pengurus daerah di Propinsi dan unit pelaksana BD yang dibentuk khusus di tingkat pengurus cabang di Kabupaten. Kesertaan sebagai BD mensyaratkan adanya biaya yang dikeluarkan oleh calon BD, yaitu biaya kesertaan dan pembayaran iuran tahunan BD.

Program BD mendapat dukungan dari proyek STARH-USAID untuk pengelolaan operasional program, pelatihan pelatih, pelatihan fasilitator, dan pengadaan logistik berupa buku-buku petunjuk teknis, papan nama, instrumen, poster, leaflet, lencana, dan celemek, serta sticker. Tidak kurang 7 topik buku diberikan, baik sebagai pedoman dan instrumen teknis, maupun sebagai buku rujukan untuk keterampilan klinis.

Program BD mempunyai kemitraan dengan Dinkeskab, BKKBN dan pihak swasta (program CSR). Program BD juga melakukan kegiatan penghargaan bagi bidan delima berprestasi.

BD adalah simbol pelayanan berkualitas sehingga perlu acara pengukuhan (inagurasi) yang bersifat seremonial – yang bersifat penghargaan dan pengakuan. Pada saat seremonial ini diberikan sertifikat yang berlaku selama 5 tahun dan paket BD bagi mereka yang dinilai lulus pada tahap validasi.

Kegiatan monitoring 3 bulan sekali dilakukan oleh fasilitator Puskesmas terhadap Bidan praktek mandiri untuk menjaga keberlangsungan pelayanan berkualitas. Fasilitator diharapkan seorang dengan keterampilan teknis medis yang unggul yang berjiwa penggerak dan menjadi panutan bagi lingkungan sejawatnya. Fasilitator mempunyai tupoksi merekrut 5 bidan praktek mandiri, melakukan mentoring dan validasi untuk sebagai dasar pengakuan dan penghargaan.

Dalam proses implementasi BD, kegiatan validasi mensyaratkan observasi pasien untuk menilai komponen kompetensi standar bidan dan keterampilan personal dalam berkomunikasi pada kandidat BD. Instrumen kualitas BD mensyaratkan standar yang tinggi untuk kelulusan pada proses validasi (nilai *Compliance Rate* 100%).

BAB 4

INDIKATOR PENILAIAN MODEL PENINGKATAN KUALITAS

Telaah terhadap ke-3 model peningkatan kualitas (SBMR, SS dan BD) dilakukan dengan menggunakan 11 parameter di bawah ini sehingga persamaan dan perbedaan ke 3 model dapat dikaji dengan sistematis dan terarah. Membandingkan ke-3 model dengan parameter tersebut dapat menuntun identifikasi persamaan, perbedaan dan keunikan karakter model masing-masing. Walau demikian, tidak tertutup kemungkinan adanya penggunakan istilah yang berbeda untuk merujuk pada elemen yang sama atau adanya elemen yang masuk dalam model namun tidak dinyatakan secara eksplisit.

Parameter yang digunakan untuk melakukan telaah adalah;

1. Tujuan (*Objective*): Tiap model mempunyai tujuan atau objektif yang harus dicapai dalam peningkatan kualitas. Spesifik indikator dikembangkan untuk mengukur tingkat pencapaian kinerja dan peningkatan kualitas yang diharapkan.

2. Organisasi Penggerak (*Organizational Drivers*): perorangan atau organisasi yang mempunyai peran besar dalam proses pengembangan, penerapan dan penilaian terhadap suatu model peningkatan kinerja dan kualitas di lapangan yang mencakup lembaga donor, pemberi bantuan teknis, pengelola program, provider dan *stakeholders* .

3. Penetapan Standar Kualitas (*Quality Standard*): Persyaratan minimal yang disepakati oleh para ahli yang harus dipenuhi agar suatu kinerja dan kualitas tercapai. Standar mencakup aspek prinsip, metode dan komponen yang digunakan sesuai tugas- dan fungsi yang melekat baik pada seseorang maupun institusi.

4. Pengukuran Standar (*Quality Measurement):* Penilaian situasi dan kondisi aktual di lapangan terhadap indikator standar yang diharapkan. Tingkat kepatuhan

terhadap standar (*Compliance Rate)* menjadi ukuran pencapaian kinerja dan kualitas pelayanan. Disamping itu dapat diketahui berbagai faktor yang mempengaruhi ketidak patuhan terhadap standar.

5. Peningkatan Kualitas (*Quality Improvement*): Pilihan intervensi yang dilakukan agar ketidak patuhan terhadap standar dapat diatasi. Intervensi terkait dengan karakteristik faktor yang mempengaruhi ketidak patuhan tersebut, apakah bersifat intrinsik, internal atau eksternal.

6. Monitoring dan dokumentasi (*Monitoring and Documentation*): Sistem monitoring dan dokumentasi yang dikembangkan agar hasil intervensi dapat dipantau secara berkala. Instrumen untuk monitoring dan dokumentasi umumnya mencakup kajian mandiri, proses verifikasi, manajemen dan penyajian data secara berkala.

7. Insentif dan Motivasi (*Incentive and Motivation*): Kegiatan pengakuan dan penghargaan atas pencapaian hasil kinerja dan peningkatan kualitas yang dilakukan individu atau institusi sehingga mampu mendorong motivasi penerapan model secara berkelanjutan. Penghargaan dapat berupa penghargaan formal, sosial bahkan finansial.

8. Keterlibatan Masyarakat (*Community Involvement):* Keikut sertaan unsur masyarakat dalam proses perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi model yang diterapkan. Pengukuran dampak suatu penerapan model dapat diukur melalui survei kepuasan pelanggan terhadap pelayanan kesehatan yang diterima dan dirasakan.

9. Dukungan Kebijakan lokal dan Nasional (*Policy Support*): Adanya dukungan kebijakan lokal dan nasional terhadap penerapan model peningkatan kualitas dan kinerja yang diterapkan. Dukungan kebijakan merupakan payung hukum penggunaan sumberdaya publik yang lebih menjamin kelangsungan dan perkembangan program. Secara teknis- dukungan ini berupa masuknya model dalam

menu program nasional maupun dalam menu program lokal. Menu program lokal memungkinkan sebagai konsekuensi kebijakan desentralisasi.

10. Rencana Perluasan ***(Scale-Up):*** Rencana pengguna model untuk memperluas penerapan model ke luar daerah terpilih sebagai hasil dari dampak keberhasilan penerapan model. Keberhasilan dapat dirasakan dengan adanya perubahan pengetahuan, sikap dan keterampilan baik klinis maupun manajerial serta pengukuran berbasis bukti atas peningkatan kualitas dan kinerja.

11. Rencana Keberlangsungan (*Sustainability*): Rencana pengguna model untuk melangsungkan kegiatan peningkatan kualitas dan kinerja ketika dukungan eksternal telah berhenti. Rencana ini menunjukan adanya proses adaptasi dan institusionalisasi model ke dalam sistem yang ada. Selain itu keberlangsungan juga dipengaruhi oleh kesiapan faktor pendukung penerapan model seperti kesiapan sumber daya (SDM, dana, pra-sarana, logistik, instrumen, pedoman, dll). Dukungan sumberdaya dalam inisiasi model- penerapan- monitoring dan evaluasi model sangat mempengaruhi keberlangsungan program.

BAB 5

ANALISIS MODEL BERDASARKAN INDIKATOR PENILAIAN

Telaah ke tiga model peningkatan kualitas untuk KIBBLA didasari atas 11 indikator elemen kualitas yang secara rinci disajikan dalam lampiran. *Stakeholders* (Kemenkes, USAID, Lembaga Swadaya Masyarakat, lembaga donor) dapat menggunakan informasi yang ada untuk koordinasi dan pedoman aktivitas antar program peningkatan kualitas program KIBBLA.

Tabel lampiran tersebut dapat membantu untuk;

a. Menemukan bahasa yang sama untuk menjelaskan langkah peningkatan kualitas.

b. Memilih model yang mana yang tepat untuk meningkatkan kinerja pada situasi tertentu.

c. Melihat kemungkinan saling melengkapi antar model

Mengingat ke 3 model saat ini diterapkan di Indonesia, para *stakeholders* dan pengguna dapat menggunakan tabel telaah untuk memahami perbedaan, cara kerja, dan kesamaan prinsip namun digunakan dengan istilah yang berbeda.

Bab ini secara ringkas akan menelaah kesamaan, perbedaan dan keunikan dari masing- masing model peningkatan kualitas.

5.1. Tujuan (*Objective):* Ketiga model pendekatan mempunyai tujuan yang sama, yaitu untuk meningkatkan kinerja dan peningkatan kualitas pelayanan KIBBLA terutama pelayanan dasar. Ketiga model mempunyai sasaran bidan, baik yang bekerja di Polindes atau Poskesdes, maupun sebagai bidan praktek mandiri (BPM). Secara khusus, program Bidan Delima yang dikelola IBI berupaya meningkatkan kualitas BPM dengan cara membangun kompetensi standar dan *branding* BD sebagai simbol pelayanan berkualitas. BD juga memberi perhatian yang besar pada kesehatan reproduksi dan Keluarga Berencana (KB). Pendekatan SBMR dan SS juga memberi perhatian pada peningkatan kinerja Puskesmas dan puskesmas dengan

perawatan/ Poned. Hanya SBMR yang mempunyai perangkat instrumen untuk upaya peningkatan kualitas RSUD.

5.2. Organisasi Penggerak (*Organizational Drivers*): Pada dasarnya Kementerian Kesehatan merupakan *stakeholders* yang paling berkepentingan dalam upaya peningkatan kualitas pelayanan KIBBLA baik pelayanan pemerintah maupun pelayanan swasta atau mandiri. Dinas Kesehatan Propinsi memainkan peran yang penting- terutama untuk peran narasumber, pelatih dan fasilitator pendekatan. Dinkes kabupaten berperan besar untuk penerapan pendekatan- terutama dalam era desentralisasi dimana wewenang kebijakan dan anggaran ada pada PEMDA Kabupaten/ kota. BKKBN sebagai mitra STARH-USAID ketika program BD digulirkan, memainkan peran penting dalam penerapan dan pengembangan program BD. Tidak tertutup kemungkinan terlibatnya perusahan swasta melalui program CRS –nya ikut terlibat dalam program peningkatan kualitas pelayanan. Jaringan Nasional Pelatihan Klinik (JNPK) dengan tenaga ahlinya di Propinsi dan Kabupaten merupakan narasumber – pelatih dalam ke 3 pendekatan.

5.3. Penetapan Standar Kualitas (*Quality Standard*): Instrumen peningkatan kualitas KIBBLA umumnya diambil dari tiga sumber; program jaminan mutu KIBBLA (*Quality Assurance*), Standar Prosedur Operasional, dan kualifikasi – kompetensi Sumber daya manusia yang disyaratkan. Sehingga, terkait standar input- alat – sarana – obat- bahan habis pakai- dan prosedur klinis pada dasarnya ketiga model mempunyai kesamaan standar. Hanya pada struktur dan muatan terdapat beberapa perbedaan, yang didasari atas pilihan apakah menggunakan standar ideal, esensial atau kritikal serta tingkat kekhususan indikator yang digunakan. Dari aspek ini, SBMR merupakan model peningkatan kualitas yang paling ideal, ekplisit, detail dan lengkap. SBMR tidak sekedar menyatakan " Apa yang harus dilakukan", namun instrumennya memuat secara rinci – "bagaimana melakukannya". SS umumnya hanya memuat apa yang harus dilakukan. Instrumen BD berada diantara keduanya. Namun, sepanjang terkait dengan prosedur klinis, misalnya Asuhan Persalinan Normal, Asuhan bayi baru lahir, ketiga model mempunyai prosedur yang sama. Kegiatan Pengakuan dan penghargaan (*Recognition)* pada SBMR merupakan bagian

standar yang unik. Besarnya porsi Keluarga Berencana pada instrumen BD juga merupakan keunikan tersendiri. SS mempunyai keunikan sebagai instrumen kendali manajemen- supervisi/ penyeliaan yang bersifat generik. Ketiga model mempunyai persamaan - fokus perubahan pada aspek input dan proses.

5.4. Pengukuran Standar (*Quality Measurement*): Peningkatan kualitas hanya akan dapat dilakukan jika ada upaya pengukuran atas situasi aktual terhadap pemenuhan terhadap standar yang disepakati. Daftar tilik adalah instrumen baku yang digunakan untuk mengukur dan menampilkan kondisi yang akan dirubah dan ditingkatkan. Ketiga model mempunyai instrumen ini walau pada SBMR dan BD tidak dinyatakan secara eksplisit sebagai daftar tilik (checklist). Bahkan ketiga model mempunyai cara pengukuran yang sama, berupa Tingkat Kepatuhan terhadap standar (*Compliance Rate*). Hanya terdapat sedikit perbedaan dalam memandang kegunaan instrumen ini. SBMR dan SS menggunakan hasil pengukuran sebagai dasar untuk melakukan peningkatan kualitas dengan berupaya memenuhi item yang tidak memenuhi standar. SS secara khusus mensyaratkan adanya tabel daftar item yang tidak memenuhi standar, sementara hal yang sama tidak dilakukan di SBMR. BD menggunakan perhitungan pemenuhan standar sebagai dasar untuk memberikan atau tidak pengakuan kompetensi dasar bidan delima. Kajian mandiri (*Self-Assessment)* dan verifikasi oleh supervisor atau fasilitator terbukti mampu memenuhi standar validasi keadaan aktual walau kadang tingkat validitasnya bertingkat. Mensyaratkan adanya pasien dalam observasi keterampilan klinik tentu merupakan metode verifikasi terbaik. Bidan Delima menjalankan syarat ini.

5.5. Peningkatan Kualitas (*Quality Improvement*): Upaya perbaikan mandiri oleh objek selia atau calon bidan delima atau bidan desa dilakukan untuk memberikan kesadaran bahwa pada dasarnya upaya peningkatan kualitas merupakan upaya terus menerus dan berkesinambungan serta sedapat mungkin dilakukan sendiri tanpa tergantung pada pihak lain. Bidan Delima sepenuhnya mensyaratkan pemenuhan standar secara mandiri untuk standar input seperti peralatan – bahan habis pakai dll. Sementara SBMR dan SS yang diterapkan di fasilitas pelayanan pemerintah mendapat dukungan input dari sistem yang ada.

Untuk pemenuhan standar keterampilan klinik, SBMR menerapkan kegiatan *on the job monitoring* (OJM), sementara SS melakukan hal yang sama – dengan terminologi yang berbeda *on the job training* (OJT). Program BD mengirim fasilitator untuk melakukan kualifikasi kandidat bidan delima- dan melakukan OJT kepada kandidat agar keterampilan klinis terpenuhi. Ketiga model (SBMR, SS dan BD) memonitor perkembangan peningkatan kualitas dalam bentuk siklus 3-4 bulanan. Program BD memberikan sertifikat Bidan Delima untuk periode 5 tahunan.

5.6. Monitoring dan dokumentasi (*Monitoring and Documentation*): Ketiga model menggunakan ukuran yang sama untuk monitoring kegiatan berupa pemenuhan terhadap standar (*Compliance Rate)*. Ketiga model melakukan dokumentasi pengukuran berbasis komputer dan menyajikan informasi secara berkala, baik dalam bentuk tabel maupun dalam bentuk diagram yang mudah dimengerti.

5.7. Insentif dan Motivasi (*Incentive and Motivation*): Umpan balik diberikan oleh ketiga model peningkatan kualitas. Pemberian umpan balik akan memberikan informasi tingkat pemenuhan terhadap standar masing-masing individu atau fasilitas. Berada pada posisi *compliance rate* yang terbaik merupakan penghargaan sosial. SBMR melakukan verifikasi oleh tim sebagai dasar pengakuan dan penghargaan baik berupa penghargaan sosial maupun material. Bidan Delima memberikan sertifikat dan paket bidan delima dalam sebuah acara seremonial yang bermakna perhargaan sosial. Pada program SS pujian diberikan bagi individu dan fasilitas yang menunjukkan kemajuan dalam upaya perbaikan kualitas. Papan nama bagi Bidan Delima juga merupakan suatu simbol yang memotivasi upaya menjaga mutu (*quality assurance*).

5.8. Keterlibatan Masyarakat (*Community Involvement*): Ketiga model belum secara sistematis melibatkan masyarakat dalam langkah – langkah peningkatan kualitas. Padahal wakil masyarakat merupakan suara terbaik untuk melihat dampak dari penerapan model. Masyarakat dapat menjadi supervisor atau auditor eksternal dari program. Survei pelanggan (*Customer Satisfaction Survey*)

dapat dilakukan untuk mengukur dampak penerapan model peningkatan kualitas. Tentu saja yang ideal adalah keikut sertaan unsur masyarakat pada proses perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi model yang diterapkan.

5.9. Dukungan Kebijakan lokal dan Nasional (*Policy Support):* Walau dalam era desentralisasi peran – fungsi dan wewenang kabupaten/ kota sangat dominan, namun secara umum peran pusat dan propinsi dalam pembangunan dan upaya kesehatan masih patut diperhitungkan. SBMR diterapkan pada wilayah kabupaten/ kota secara langsung, tanpa kesertaan sistematis pemerintah pusat dan propinsi, sementara SS merupakan pendekatan yang digulirkan dari pusat dan masuk menjadi menu nasional program KIBBLA. Bidan Delima dikelola oleh PB IBI dan mendapat dukungan dari Kementerian Kesehatan dan BKKBN. Dukungan kebijakan merupakan payung hukum penggunaan sumberdaya publik yang menjamin kelangsungan dan perkembangan program.

5.10. Rencana Perluasan (*Scale-Up*): Ketiga model mempunyai peluang yang sama untuk terus dikembangkan jangkauan penerapannya, mengingat proses pembelajaran dan praktek terbaik yang terdokumentasi selama ini, menunjukkan peningkatan pemenuhan terhadap standar secara signifikan. Testemoni di lapangan juga menunjukkan persepsi positif pengguna model atas ketiga model. Para pengguna merasakan penigkatan pengetahuan, perbaikan sikap bekerja dan melayani, serta peningkatan keterampilan medik. Tentu saja komitmen pimpinan dan keterlibatan bawahan di kabupaten/kota sangat mempengaruhi upaya perluasan program, disamping perhatian pemerintah pusat dan propinsi.

5.11. Rencana Keberlangsungan (*Sustainability):* Keberlangsungan program terjamin jika model pendekatan – konsep, metode pendekatan masuk kedalam sistem yang berjalan, dalam hal ini mekanisme kerja rapat bulanan, tiga bulanan dan kegiatan supervisi yang sudah rutin dilakukan. Disamping itu keberadaan tim model di tingkat dinkes kabupaten, adanya pelatih, adanya supervisor/ fasilitator dan dukungan logistik serta biaya supervisi rutin akan lebih menjamin keberhasilan program. Kunci dari keberlangsungan model peningkatan kualitas berada pada

upaya memaksimalkan peran rapat bulanan dan adanya jaminan alokasi biaya supervisi ke lapangan.

BAB 6

KESIMPULAN

Sebagai kesimpulan dapat disampaikan sebagai berikut;

6.1. Ketiga model pendekatan mempunyai tujuan yang sama, yaitu untuk meningkatkan kinerja dan peningkatan kualitas pelayanan KIBBLA melalui tuntutan instrumen sebagai standar pelayanan yang harus dipenuhi.

6.2. Ketiga model peningkatan kualitas saling melengkapi, SBMR memenuhi kebutuhan perlunya melakukan peningkatan kualitas di Puskesmas Poned dan RSUD, sementara BD memenuhi kebutuhan di bidan praktek mandiri. Sedangkan SS memberikan landasan bagi upaya perbaikan sistem kendali manajemen- supervisi program KIBBLA.

6.3. Dinas kesehatan kabupaten/ kota merupakan organisasi penggerak utama dalam penerapan model peningkatan kinerja dan kualitas pelayanan KIBBLA dengan dukungan jaringan nasional pelatihan klinis dan kemitraan dengan lembaga donor dan swasta.

6.4. Standar keterampilan klinis ketiga model peningkatan kualitas pada dasarnya sama, hanya berbeda pada struktur dan muatan apakah menggunakan standar ideal, esensial atau kritikal serta tingkat kekhususan indikator yang digunakan. SBMR merupakan model peningkatan kualitas yang paling ideal, ekplisit, detail dan lengkap. SBMR tidak hanya menyatakan Apa yang harus dilakukan, namun secara rinci – mensyaratkan bagaimana melakukannya.

6.5. Ketiga model menggunakan daftar tilik sebagai acuan standar dan mengukur keadaan aktual dengan cara pengukuran yang sama, yaitu tingkat kepatuhan (*Compliance Rate).* Hanya SS yang mensyaratkan daftar item yang tidak memenuhi standar. Verifikasi dan validitas ukuran bervariasi, hanya BD yang mensyaratkan pasien langsung untuk kualifikasi keterampilan kliniknya.

6.6. Pemenuhan terhadap standar input dilakukan secara mandiri dan dukungan dari fasilitas diatasnya. Sementara pemenuhan terhadap standar keterampilan klinik dilakukan di tempat baik melalui kegiatan OJM, OJT dan kualifikasi.

6.7. Kegiatan pengakuan dan penghargaan pada SBMR dipandang cukup efektif untuk meningkatkan motivasi dan bersifat insentif – baik secara sosial maupun material. Pemberian Sertifikat dan paket bidan delima dalam sebuah acara pengukuhan bermakna penghargaan sosial.

6.8. Masyarakat belum dilibatkan secara sistematis dalam pendekatan model peningkatan kualitas.

6.9. SBMR mendapat dukungan skala lokal sementara SS dan BD mendapat dukungan skala nasional.

6.10. Ketiga model mempunyai peluang yang sama untuk terus dikembangkan jangkauan penerapannya, mengingat ada basis bukti terjadinya peningkatan pemenuhan terhadap standar secara signifikan yang mengindikasikan adanya peningkatan kinerja dan kualitas pelayanan.

6.11. Proses keberlangsungan model peningkatan kualitas tergantung pada upaya memaksimalkan peran rapat bulanan dan adanya jaminan sumberdaya manusia serta alokasi biaya supervisi ke lapangan.

BAB 7

REKOMENDASI

Berdasarkan telaah yang dilakukan terhadap 3 model peningkatan kualitas dengan menggunakan 11 indikator elemen peningkatan kualitas pelayanan dan berbagai kesimpulan yang didapat, maka dapat disampaikan beberapa butir rekomendasi sebagai berikut;

1. Perlunya Kementerian kesehatan melakukan koordinasi dalam penerapan Ketiga model pendekatan mengingat ketiga model peningkatan kualitas saling melengkapi.

2. Perlu penguatan kapasitas Dinas kesehatan kabupaten/ kota sebagai Tim KIBBLA kabupaten/kota dalam penerapan ketiga model dan penguatan organisasi profesi dan jaringan nasional pelatihan klinis (JNPK) sebagai narasumber teknis keterampilan medik.

3. Perlu perluasan pemahaman bahwa SBMR merupakan model peningkatan kualitas yang paling ideal, ekplisit, detail dan lengkap. SBMR tidak hanya menyatakan Apa yang harus dilakukan, namun secara rinci mensyaratkan bagaimana melakukannya.

6.5. Perlu dipertimbangkan untuk mengganti penggunaan *dot* dengan *numbering* untuk kriteria verifikasi SBMR- sehingga memudahkan pembuatan daftar item yang tidak memenuhi standar.

6.6. Untuk wilayah yang sudah tinggi tingkat pemenuhan terhadap standar, patut dipertimbangkan untuk melakukan verifikasi dengan mensyaratkan observasi langsung ke pasien untuk kompetensi klinis.

6.7. Perlu mempertimbangkan adanya kegiatan pengakuan dan penghargaan bagi pendekatan SS dan BD. Pemberian penghargaan juga dapat dilakukan dengan kerja sama perusahaan melalui program CSR.

6.8. Perlu melakukan *Customer Satisfaction Survey* untuk mengukur dampak penerapan ke 3 model, dan melibatkan wakil masyarakat dalam penerapan model peningkatan kualitas.

6.9. Perlu pendekatan ke Kemenkes untuk mendapat dukungan penerapan SBMR secara nasional

6.10. Perlu dorongan untuk memperluas jangkauan penerapan model dengan basis bukti efektifitas penerapan model dan contoh praktik terbaik (*best practices*) yang memberikan perubahan yang signifikan.

6.11. Perlu dorongan untuk memaksimalkan peran rapat bulanan dan adanya alokasi biaya supervisi ke lapangan.

KEPUSTAKAAN

1. Daftar Tilik Penyeliaan Fasilitatif Program Kesehatan Ibu dan Anak, Tingkat Polindes, Departemen Kesehatan, 2008

2. Daftar Tilik Penyeliaan Fasilitatif Program Kesehatan Ibu dan Anak, Tingkat Puskesmas, Departemen Kesehatan, 2008

3. Daftar Tilik Penyeliaan Fasilitatif Program Kesehatan Ibu dan Anak, Tingkat Puskesmas Perawatan, Departemen Kesehatan, 2008

4. Panduan Kajian Mandiri- Program Bidan Delima, Buku instrumen Bidan Delima (2). PB IBI, USAID, tahun 2000

5. Tawfik Y, Segall M, Necochea E, and Jacobs T. 2010. **Finding Common Ground: Harmonizing the Application of Different Quality Improvement Models in Maternal, Newborn, and Child Health Programs.** *Technical Report*. Published by the USAID Health Care Improvement Project. Bethesda, MD: University Research Co., LLC (URC).

6. Standar Kinerja (SBMR) Pelayanan Kesehatan Ibu dan Anak untuk Bidan. MCHIP – USAID, 2011

7. Standar Kinerja (SBMR) Pelayanan Kesehatan Ibu dan Anak di Rumah Sakit . MCHIP – USAID, 2011

8. Standar Kinerja (SBMR) Pelayanan Kesehatan Ibu dan Anak di Puskesmas/ Puskesmas PONED. MCHIP – USAID, 2011

LAMPIRAN 2

MODEL PENINGKATAN KUALITAS BERDASARKAN KOMPONEN- INSTRUMEN BIDAN

No	SBMR	No	SS	No	BD
TERDIRI DARI 9 KOMPONEN MATERNAL DAN ANAK		TERDIRI DARI 12 KOMPONEN ASUHAN PERSALINAN DAN 6 KIA		TERDIRI DARI 17 KOMPONEN KESPRO DAN KB	
1	Asuhan bumil terfokus	1	Struktur Fisik	1	Sarana- Prasarana
2	APN - Asuhan BBL	2	Perlengkapan	2	Alat dan Obat
3	A-PP-ibu-bayi	3	Peralatan	3	Manajemen Pel
4	komplikasi Persalinan	4	Bahan Habis Pakai	4	Fokus pada Klien
5	Asuhan KB	5	obat- obatan	5	Pencegahan infeksi
6	Asuhan KB Ulang	6	Prosedur Klinik	6	KB-baru
7	Immunisasi Anak	7	Asuhan BBL	7	KB-Pil
8	Asuhan Balita	8	BBLR	8	KB- Suntik
9	Pencegahan Infeksi	9	Asfiksia	9	KB- IUD
		10	Pencegahan Infeksi	10	KB- implan
		11	Pencacatan - Pelaporan	11	KB- Pil Kom
		12	Pelatihan	12	KB - Progestin
		PELAYANAN KIA		13	KB - AKDR
		1	SFR	14	Asuhan Bumil
		2	PDR	15	APN
		3	Imunisasi	16	Asuhan BBL
		4	ISPA	17	Asuhan Bufas
		5	Diare		
		6	ANC- Post Natal - Anak		