

Peningkatan Mutu Pelayanan Rumah Sakit

Dr Broto Wasisto, MPH

Direktur Jenderal Pelayanan Medik
Departemen Kesehatan RI, Jakarta

PENDAHULUAN

Pembangunan Jangka Panjang Tahap Pertama yang akan berakhir dengan berakhirnya Repelita V ini, telah menunjukkan hasil yang menggembirakan. Keadaan sosial-ekonomi dan pendidikan masyarakat semakin tinggi sehingga orientasi sistem nilai pun telah berubah. Masyarakat semakin menginginkan pelayanan umum lebih baik, termasuk pula pelayanan kesehatan. Tuntutan dan harapan masyarakat akan pelayanan kesehatan yang bermutu semakin terasa. Namun disadari ada perbedaan persepsi mutu antara konsumen dan provider. Konsumen mengartikan pelayanan yang bermutu apabila pelayanan tersebut ramah, nyaman dan menyenangkan sedangkan provider mengartikan mutu apabila pelayanan sesuai dengan standar. Perbedaan persepsi tersebut sering mengakibatkan keluhan akan pelayanan.

Selain persepsi yang berbeda, istilah pun sering menjadi topik yang menarik untuk diperdebatkan. Banyak istilah yang dipakai dalam program mutu ini seperti antara lain program menjaga mutu, program pengawasan mutu, program peningkatan mutu, manajemen mutu, peningkatan mutu berkesinambungan, dan lain sebagainya. Walaupun banyak istilah yang digunakan namun pada dasarnya program peningkatan mutu adalah "keseluruhan upaya dan kegiatan yang komprehensif dan integratif yang memperbaiki struktur, proses dan outcome dari pelayanan kesehatan yang dilakukan secara obyektif, sistematis dan berlanjut serta memantau dan menilai mutu dan kewajaran pelayanan, dan memecahkan masalah-masalah yang terungkap sehingga pelayanan yang diberikan di rumah sakit berdaya guna dan berhasil guna." Oleh karena tujuan akhir adalah meningkatkan mutu pelayanan maka Departemen Kesehatan telah menetapkan istilah untuk program mutu adalah

program peningkatan mutu pelayanan.

Makalah ini akan membahas manajemen mutu dengan sistematika sebagai berikut : Pendahuluan, Sejarah perbaikan mutu, Mutu Pelayanan RS, Perbaikan Mutu Pelayanan Kesehatan di Indonesia.

SEJARAH PERKEMBANGAN

Upaya peningkatan mutu pelayanan, sebenarnya bukanlah yang baru. Sekitar 20 abad sebelum Masehi pada zaman Hammurabi dari Babilon telah dikenal upaya-upaya peningkatan mutu pelayanan, demikian pula pada zaman Hippocrates sekitar 25 abad sebelum Masehi. Di Inggris, *Florence Nightingale* (1820— 1910) melakukan perbaikan mutu pelayanan kesehatan terutama pelayanan keperawatan. Di Amerika Serikat, *American Medical Association* (1876) mulai melakukan pembenahan pendidikan dokter, dimandirikan penelitian *Carnegie Foundation (Flexner Report)* yang dipublikasikan pada tahun 1910, diikuti dengan ditutupnya beberapa fakultas kedokteran yang tidak memenuhi syarat.

Sebelum tahun 1950, program peningkatan mutu pada umumnya berupa penyusunan standar tenaga, pelayanan atau sarana. Pada tahun 1912 *Joint Committee for Consideration of Standardization of Visiting Nurse* menyusun standar ketenagaan perawat sedangkan Kongres Ahli Bedah Amerika Utara menyusun standar pelayanan bedah pada tahun 1915. Setelah itu pada tahun 1917 telah disusun standar minimum staf inedik rumah sakit, tahun 1918 standar minimum sarana RS, tahun 1946 di Amerika Serikat dikeluarkan *Hill Burton Act* yang mengatur tata laksana perluasan (termasuk biaya) rumah sakit.

Setelah tahun 1950 sampai tahun 1970, program peningkatan

mutu semakin aktif diselenggarakan. Hal tersebut terlihat dengan dibentuknya *Joint Commission on the Accreditation of Hospital* pada tahun 1950, dimana pada tahun 1952 komisi ini telah berhasil menyusun standar pelayanan terutama tentang tindakan pembedahan. Dengan telah disusunnya standar tersebut maka pada tahun 1953 dilakukan akreditasi rumah sakit. Upaya lainnya dalam peningkatan mutu pelayanan adalah dilakukan *medical audit* (1956), *utilization review* (1960) dan *peer review* (1970).

Perkembangan program peningkatan mutu semakin pesat setelah tahun 1970. Hal tersebut karena adanya pengaruh dari program yang sama yang diterapkan pada sektor industri dan dimotori terutama oleh negara Jepang. Program yang berkembang setelah tahun 1970 adalah diperkenalkan *Professional Standard Review Organization* di Amerika pada tahun 1972. Kemudian tahun 1975 mulai diperkenalkan *cost containment*. *Diagnostic Related Group System*, kegiatan *outcome audit* dan *risk management*. Tahun 1976 *infection control standard*, tahun 1979 *quality assurance standard* dan tahun 1983 *peer review organization*. Setelah tahun 1983 mulai diperkenalkan *quality improvement program*, *continuous quality improvement program* dan *total quality management*, yang prinsip-prinsip dasarnya sebenarnya tidaklah berbeda dengan program peningkatan mutu pelayanan rumah sakit.

Apabila di luar negeri program peningkatan mutu dimulai sebelum tahun 1950, maka di Indonesia langkah awal yang sangat mendasar dan terarah yang telah dilakukan Departemen Kesehatan dalam rangka peningkatan mutu pelayanan adalah penetapan kelas rumah sakit pemerintah melalui SK Menkes No. 033/Birhup/1972. Pada awalnya ditetapkan kriteria dari masing-masing kelas yang kemudian berkembang menjadi standar-standar. Untuk rumah sakit swasta telah dikeluarkan Keputusan Menteri Kesehatan No. 806b/Menkes/SK/XII/1987, yang selain menetapkan kelas rumah sakit, juga dilengkapi dengan standar berdasarkan kemampuan pelayanan.

Kemudian dari tahun ke tahun disusun berbagai standar baik menyangkut pelayanan, ketenagaan, sarana dan prasarana untuk masing-masing kelas rumah sakit. Selain itu Departemen Kesehatan juga mengeluarkan berbagai pedoman (*guidance*) untuk meningkatkan penampilan rumah sakit. Pada tahun 1984 Departemen Kesehatan telah mengembangkan berbagai indikator untuk mengukur dan mengevaluasi penampilan rumah sakit pemerintah kelas C dan rumah sakit swasta yang setara yaitu dalam rangka Hari Kesehatan Nasional. Indikator ini setiap dua tahun ditinjau kembali dan disempurnakan. Untuk tahun 1991 telah dilengkapi dengan indikator kebersihan dan ketertiban rumah sakit dan yang dievaluasi kelas B, C, D, dan rumah sakit swasta setara. Program peningkatan mutu yang lainnya adalah pemenuhan standar ketenagaan yaitu dengan mengirim dokter empat spesialis dasar untuk rumah sakit kelas C, mengadakan pelatihan dan bimbingan teknis petugas rumah sakit.

Selain hal di atas secara sendiri-sendiri beberapa rumah sakit telah mengadakan *monitoring* dan evaluasi pelayanan rumah sakit. Ada yang melakukan penilaian mutu berdasarkan derajat kepuasan pasien, penilaian mutu berdasarkan penilaian perilaku dan penampilan kerja perawat, penilaian melalui infeksi noso-

komial, penggunaan obat secara rasional dan yang akhir-akhir ini mulai berkembang di rumah sakit adalah penerapan gugus kendali mutu dan manajemen mutu terpadu.

Berdasarkan data di atas dapat disimpulkan bahwa kesadaran untuk meningkatkan mutu sudah cukup meluas walaupun dalam penerapannya sering ada perbedaan. Untuk itu agar ada persamaan persepsi maka Departemen Kesehatan telah mengeluarkan buku pedoman program peningkatan mutu pelayanan yang kemudian dilanjutkan dengan pengadaan pelatihan peningkatan mutu.

ANALISIS SITUASI MUTU PELAYANAN RUMAH SAKIT

a) Gambaran umum rumah sakit

Pada tahun 1990 terdapat 938 rumah sakit umum dengan 108.133 jumlah tempat tidur. Dari jumlah rumah sakit tersebut 36% adalah rumah sakit swasta, 44,4% rumah sakit pemerintah, 11,9% rumah sakit ABRI dan 7,7% rumah sakit milik BUMN. Dibandingkan 10 tahun sebelumnya, keadaan tersebut merupakan perbaikan yang bermakna.

b) Tenaga

Dalam rangka peningkatan mutu pelayanan rumah sakit maka dilakukan penyebaran dokter 4 spesialis dasar ke rumah sakit-rumah sakit pemerintah khususnya rumah sakit umum di kabupaten dan kotamadya. Namun disadari sampai saat ini banyak rumah sakit masih kekurangan tenaga medik demikian pula untuk tenaga paramedik. Permasalahan umum mengenai tenaga adalah jumlah dan mutu yang tak memenuhi serta distribusi yang tidak merata.

Tenaga yang merisaukan jumlahnya adalah tenaga paramedis. Pada tahun 1990 secara umum dokter yang bekerja di sarana-sarana pelayanan kesehatan jumlahnya sudah cukup memadai, hanya distribusinya masih timpang. Hampir 70% dokter bertugas di pulau Jawa-Bali dan 23% di DKI. Tenaga perawat penyebarannya lebih baik: DKI 17,5% dan Jawa-Bali 58%. Keadaan tersebut tentunya akan berpengaruh terhadap mutu pelayanan yang diberikan.

Dari pengkajian diagnosis rumah sakit oleh HSF Usaid secara umum dapat dikemukakan bahwa rumah sakit kelas A dan B memiliki tenaga paramedik perawatan dan non medik yang cukup jumlahnya sedangkan tenaga medik nampaknya berlebihan. Di rumah sakit kelas C dan D pada umumnya kekurangan tenaga untuk semua katagori, namun standar kepegawaian yang digunakan sekarang masih perlu dievaluasi kembali dan komposisi tenaga medik masih kurang serasi. Temuan lainnya adalah banyaknya tenaga dokter rumah sakit pemerintah yang bekerja sebagai tenaga *parttimerdi* rumah sakit swasta dan banyaknya tenaga honorer di semua rumah sakit. Hal ini tentunya juga akan mempengaruhi mutu pelayanan.

Mutu pelayanan tak terlepas dari mutu keperawatan, di mana masih banyak permasalahan yang dijumpai. Sampai saat ini belum ada standarisasi tenaga perawat yang sesuai dengan peran dan fungsinya. Upaya peningkatan kemampuan dan ketrampilan tenaga perawat melalui pelatihan-pelatihan belum mampu

mengatasi kesenjangan antara tuntutan peningkatan mutu pelayanan keperawatan dan kemajuan IPTEK kesehatan/keperawatan. Pengembangan karier tenaga perawat ke arah profesionalisme, melalui penyelenggaraan pendidikan berjenjang belum terarah jelas. Tanpa melalui pendidikan berkelanjutan, pengembangan profesionalisme sulit diwujudkan.

Pemahaman terhadap budaya melayani dirasakan masih kurang, hal tersebut terlihat dalam melakukan tugasnya perawat kadang-kadang kurang tanggap dan kurang ramah. Selain itu uraian tugas, peran dan fungsi setiap katagori perawat berdasarkan jenjang pendidikan belum ditetapkan secara jelas dan kualifikasi tenaga perawat untuk jenjang dan jenis keperawatan tertentu masih perlu ditetapkan. Kesemuanya itu tentunya akan mempengaruhi mutu pelayanan khususnya mutu asuhan keperawatan di RS. *Managerial skill* dan *technical skill* perawat masih kurang. Keadaan tersebut sering menjadi keluhan khalayak ramai.

c) Dana

Beberapa masalah yang dihadapi dalam pembiayaan kesehatan antara lain : keterbatasan biaya, penggunaan biaya yang kurang efisien dan distribusi yang kurang merata. Bila dibandingkan Produk Domestik Bruto (PDB), maka total biaya kesehatan secara relatif menunjukkan kecenderungan menurun. Untuk kurun waktu lima tahun (1982–1987) persentase biaya kesehatan terhadap PDB berturut-turut adalah 2,78%, 2,48%, 2,23%, 2,39% dan 2,51%. Angka tersebut belum pernah mencapai 3% PDB, apalagi mencapai 5% PDB seperti direkomendasikan oleh WHO. Di Thailand pengeluaran untuk kesehatan mencapai 5,1% GNP (1985), RRC mengeluarkan 3,1% (1985), Korea 4,3% (1986) dan Philipina 2,4% (1985).

Bila dirinci lebih jauh mengenai anggaran pemerintah, maka anggaran yang dialokasikan oleh Departemen Kesehatan untuk rumah sakit hanya sekitar 45%, dan hampir 95% di antaranya untuk kegiatan kuratif.

Sistem pembayaran di rumah sakit kebanyakan masih *fee for service* dan *out of pocket*, sedangkan pembayaran melalui sistem asuransi masih terbatas. Keseluruhan pendapatan rumah sakit pemerintah (*revenue*) harus disetor kepada kas negara pada hari yang sama. Akhir-akhir ini beberapa RS Pemerintah telah ditingkatkan menjadi RS Unit Swadana yang berarti RS dapat menggunakan langsung pendapatnya.

Biaya rumah sakit pemerintah dapat berasal dari berbagai sumber yang disalurkan pemerintah, melalui jalur yang cukup banyak dan terpecah-pecah. Keadaan ini mencerminkan kurangnya koordinasi dan integrasi dalam perencanaan dan pelaksanaan. Akibatnya penggunaannya menjadi kurang efisien. Di samping itu terjadi pula ketidak seimbangan antara biaya pembangunan dan biaya operasional dan pemeliharaan. Kenaikan anggaran pembangunan tidak selalu disertai dengan kenaikan yang memadai dari anggaran operasional dan pemeliharaan. Biaya operasional dan pemeliharaan pada RS Pemerintah hanya dialokasikan sebesar 50%. Subsidi pemerintah untuk rumah sakit pemerintah sangat besar karena tarif yang terlalu rendah.

Adanya kendala dana tadi akhirnya akan mempengaruhi upaya peningkatan mutu pelayanan. Rumah sakit pemerintah

sangat sulit dapat memelihara sarana fisik dan kegiatan-kegiatannya. Dengan konversi beberapa rumah sakit menjadi unit swadana maka kendala-kendala di atas untuk sebagian dapat dikurangi.

d) Fasilitas

Gedung rumah sakit pemerintah maupun swasta kebanyakan dirancang tidak tuntas dan banyak yang belum mengikuti kaidah-kaidah rumah sakit, seperti *zoning* yang baik, *flow of patients* yang efisien dan etis, pembuangan limbah, erosi, dan lain sebagainya. Selain itu, lingkungan rumah sakit banyak yang masih kotor terutama di rumah sakit pemerintah. Hal ini menurunkan citra pelayanan pada banyak rumah sakit. Diharapkan secara bertahap citra ini akan menjadi lebih baik.

Alat-alat di rumah sakit sangat bervariasi. Perbaikan sosial ekonomi dan kemajuan iptek kedokteran akan mempengaruhi perkembangan rumah sakit seperti misalnya penyediaan fasilitas dan alat di rumah sakit.

Dengan berkembangnya iptek kedokteran, maka banyak ditemukan alat-alat canggih. Walaupun alat canggih tersebut dapat meningkatkan mutu pelayanan, namun banyak masalah yang dihadapi dengan banyaknya alat canggih yang ada misalnya biaya kesehatan yang dapat meningkat. Selain itu, diperlukan tenaga yang profesional untuk dapat menerapkan teknologi tersebut. Alat canggih, macam dan jenisnya sangat banyak. Departemen Kesehatan mencoba menginventarisir alat-alat canggih dan didapatkan data sementara (tahun 1990) bahwa alat canggih lebih banyak di rumah sakit swasta dari pada rumah sakit pemerintah. Sebagai contoh di rumah sakit pemerintah MRI = 1, CT scan = 5 dan ESWL = 1, sedangkan di rumah sakit swasta MRI = 2, CT scan = 10, ESWL = 9. Ternyata utilisasi (pemanfaatan) alat-alat canggih tersebut masih cukup rendah (35%).

Hasil rangkuman pengkajian diagnosis rumah sakit yang dibiayai oleh Usaid mendapatkan data bahwa pada umumnya rumah sakit telah memiliki perangkat kemampuan maupun pengetahuan teknis untuk memberikan pelayanan kesehatan sesuai dengan kelasnya, meskipun perangkat di rumah sakit tersebut masih sederhana.

Pelayanan dengan menggunakan alat-alat kadang-kadang terganggu, sebab-sebab gangguan adalah :

- Pemeliharaan sarana tidak memadai, di antara rumah sakit yang dikaji, tidak satupun yang melaksanakan *preventive maintenance*.
- Keterpaduan antara tenaga dan peralatan kurang serasi.
- Alat pembantu seperti reagensia tidak tersedia pada waktunya.

Pengkajian ini juga menemukan bahwa kemampuan manajemen sangat menentukan mutu pelayanan yang dicerminkan dari lama tunggu untuk memperoleh pelayanan. Contohnya ialah lama perawatan pra-bedah di rumah sakit kelas B ditemukan berkisar antara 5,8 dan 9,4 hari. Lama perawatan pra-bedah ini menunjukkan kurangnya koordinasi antara pelayanan penunjang seperti laboratorium, radiologi, ruang rawat dan ruang bedah.

Selain itu, pengkajian diagnosis rumah sakit juga men-

dapatkan data bahwa kelengkapan catatan medik masih terbatas sekali. Misalnya catatan mengenai penyakit terdahulu yang pernah diderita dan *working diagnosis* sering tidak ada. Telah dicoba untuk menilai mutu pelayanan terhadap penyakit-penyakit tertentu (*tracer conditions*). Upaya ini tidak berhasil karena tidak lengkapnya catatan medik.

Berdasarkan temuan tersebut dapat disimpulkan bahwa mutu catatan medik belum memadai untuk dapat digunakan sebagai alat penilai mutu pelayanan medik di rumah sakit.

e) Pemanfaatan

Pemanfaatan rumah sakit masih rendah. Hal ini ditunjukkan dengan angka tingkat pemanfaatan tempat tidur yang masih rendah, yakni secara keseluruhan di bawah 55%, baik untuk rumah sakit pemerintah maupun swasta. Lima tahun terakhir pemanfaatan tempat tidur (BOR) rumah sakit pemerintah sekitar 57%, swasta 54%, sedangkan ABRI dan Departemen lain sangat rendah yaitu 45-50%. Menurut hasil penelitian Bank Dunia di Indonesia (1988) menunjukkan bahwa salah satu penyebab rendahnya pemanfaatan rumah sakit oleh masyarakat disebabkan mutu pelayanan yang rendah. Khususnya bilamana hal ini dikaitkan dengan ketenagaan yang tersedia dan pelayanan spesialis yang ada.

Data menunjukkan bahwa rumah sakit yang memberikan pelayanan bedah angka pemanfaatannya 42% lebih tinggi jika dibandingkan dengan rumah sakit yang tingkatannya sama tetapi tidak memberikan pelayanan bedah. Penempatan seorang dokter ahli dapat meningkatkan angka pemanfaatan sebesar 83%. Hasil tersebut menyimpulkan bahwa mutu pelayanan yang rendah merupakan faktor yang menonjol penyebab rendahnya tingkat pemanfaatan rumah sakit di Indonesia.

Penempatan seorang dokter spesialis dan penyediaan fasilitas bedah di rumah sakit kabupaten dapat meningkatkan secara bermakna mutu dan juga kuantitas pelayanan. Total biaya dapat meningkat tetapi satuan biaya dapat menjadi rendah oleh karena pemanfaatan meningkat.

Selama kurun waktu lima Pelita LOS dan NDR mengalami penurunan. Pada akhir Pelita I LOS = 10 dan NDR = 50 dan pada tahun I Pelita V LOS = 6 dan NDR = 21. Dengan semakin rendahnya LOS dan NDR dapat diartikan bahwa mutu pelayanan di rumah sakit (diukur dengan *output*) bertambah baik.

Pada tahun 1985, di beberapa tempat telah dilakukan evaluasi pemanfaatan rumah sakit oleh penduduk dan didapatkan angka hari rawat penduduk per tahun adalah 80 hari rawat per 100 penduduk. Sebagai perbandingan di Sri Lanka adalah 161 hari rawat, di China 476 hari rawat, dan di Inggris 2000 hari rawat per 1000 penduduk. Rendahnya pemanfaatan rumah sakit di banyak tempat dipengaruhi oleh banyak faktor seperti kemampuan membayar dari masyarakat, sikap dan perilaku penduduk, mutu pelayanan rumah sakit, sikap dan perilaku petugas rumah sakit dan lain sebagainya.

Pada pengkajian diagnosis rumah sakit ditemukan bahwa di Jawa Timur dan Bali tingkat kepuasan terhadap dokter di antara penderita asuransi kesehatan lebih rendah dibanding tingkat kepuasan penderita non peserta asuransi kesehatan. Sedangkan

di Sumatera Barat ditemukan bahwa penilaian masyarakat terhadap citra rumah sakit pemerintah lebih rendah dibanding dengan rumah sakit swasta. Kesemuanya ini tentunya mempengaruhi pemanfaatan rumah sakit.

f) Peraturan

Beberapa peraturan menyebabkan pula terjadinya inefisiensi dalam pengelolaan biaya-biaya yang ada. Sebagai contoh peraturan ICW mengharuskan agar semua penerimaan dari fasilitas kesehatan milik pemerintah disetorkan ke kas negara dan kemudian akan dikembalikan lagi ke fasilitas termaksud dalam bentuk anggaran rutin pemerintah pada tahun berikutnya. Cara ini memakan waktu dan birokrasi yang cukup rumit. Belum lagi biaya yang akan diterima kembali kadang-kadang jumlahnya lebih kecil dari yang disetorkan, di samping jadwal waktunya terlambat. Begitu pula anggaran yang sampai ke RS Pemerintah hanya boleh digunakan untuk kegiatan-kegiatan yang sudah sangat dirinci. Akibatnya penggunaan anggaran menjadi sangat kaku.

PENINGKATAN MUTU PELAYANAN KESEHATAN

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

Tinggi rendahnya mutu sangat dipengaruhi oleh faktor-faktor :

- 1) Sumber daya rumah sakit, termasuk antara lain tenaga, pembiayaan, sarana dan teknologi yang digunakan.
- 2) Interaksi kegiatan yang digerakkan melalui proses dan prosedur tertentu dengan memanfaatkan sumber daya yang ada untuk menghasilkan jasa atau pelayanan.

Berhasil tidaknya peningkatan mutu sangat tergantung dari monitoring faktor-faktor di atas dan juga umpan balik dari hasil-hasil pelayanan yang dihasilkan untuk perbaikan lebih lanjut terhadap faktor-faktor dalam butir 1 dan 2. Dengan demikian nampak bahwa peningkatan mutu merupakan proses yang kompleks yang pada akhirnya menyangkut manajemen rumah sakit secara keseluruhan.

Adanya berbagai aspek dan faktor yang terkait dan berperan dalam menentukan mutu pelayanan maka definisi yang tepat tentang mutu sangat sukar. Karena itu ada beraneka definisi yang dikemukakan dalam kepustakaan, tergantung dari sudut pendekatan mana yang dipilihnya. *Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations* mendefinisikan mutu pelayanan kesehatan adalah dipenuhinya standar profesi yang baik dalam pelayanan medik dan terwujudnya hasil akhir (*outcome*) seperti yang selayaknyadiharapkan yang menyangkut : perawatan pasien, diagnosis, prosedur atau tindakan dan pemecahan masalah klinis. Dari definisi tersebut jelas kemudian untuk mengukur mutu diperlukan standar, kriteria dan indikator. Ada perbedaan yang relatif di antara ketiganya dalam arti konsep, namun seringkali dalam praktek istilah-istilah itu dipakai secara berbaur untuk maksud yang sama. Indikator tak lain adalah ukuran atau

cara mengukur sehingga menunjukkan suatu indikasi. Ia suatu variabel yang digunakan untuk bisa melihat perubahan. Indikator yang baik adalah yang sensitif tapi juga spesifik, sedangkan kriteria adalah spesifikasi dari indikator dan standar adalah spesifikasi yang eksak dan kuantitatif daripada kriteria,

Dengan akan berakhirnya Repelita V, dimana kita akan memasuki tahap tinggal landas pembangunan, salah satu prakondisi yang harus dipenuhi adalah meningkatnya mutu pelayanan kesehatan sesuai dengan kebutuhan yang nyata. Peningkatan mutu pelayanan merupakan prioritas, terutama di Rumah sakit Kelas C.

Untuk meningkatkan mutu pelayanan tersebut, Departemen Kesehatan semenjak Pelita I hingga sekarang, telah melaksanakan upaya peningkatan mutu pelayanan secara bertahap. Upaya tersebut dilaksanakan melalui pembangunan sarana, prasarana, pengadaan peralatan dan ketenagaan serta perangkat lunak lainnya, sejalan dengan pembangunan rumah sakit pada umumnya.

Namun demikian, disadari pula masih banyak kendala yang dihadapi, terutama yang berkaitan dengan standar kebutuhan dan tuntutan sistem pelayanan yang masih belum selaras dengan perkembangan iptek kedokteran yang semakin pesat dimana pelayanan spesialisik dan sub spesialisik cenderung semakin berkembang.

Mengingat masih adanya kendala dalam peningkatan mutu pelayanan kesehatan khususnya pelayanan rumah sakit maka dalam rangkapingkatan mutu pelayanan kesehatan diperlukan perumusan tujuan, sasaran, program dan strategi di rumah sakit.

1) Tujuan

Umum

Meningkatkan pelayanan kesehatan melalui program peningkatan mutu pelayanan secara efektif dan efisien agar tercapainya derajat kesehatan yang optimal.

Khusus

Tercapainya peningkatan mutu pelayanan kesehatan secara efektif dan efisien melalui :

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

2) Sasaran

Sasaran utama dalam peningkatan mutu pelayanan kesehatan adalah secara umum tercapainya derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya melalui pelayanan kesehatan.

Secara khusus, sasarannya adalah :

- Menurunkan angka kematian
- Menurunkan angka kesakitan (*re admission rate* untuk rumah sakit)
 - Menurunkan angka kecacatan
 - Penggunaan obat secara rasional
 - Meningkatkan efisiensi dan efektifitas pelayanan
 - Efisiensi penggunaan tempat tidur, dan lain-lain.

3) Strategi

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

- 1) Rumah sakit harus memahami dan menghayati konsep dasar dan prinsip mutu pelayanan rumah sakit yang telah ditetapkan oleh Direktorat Jenderal Pelayanan Medik sehingga dapat menyusun upaya peningkatan mutu di masing-masing rumah sakit.
- 2) Memberi prioritas kepada peningkatan sumber daya manusia di rumah sakit termasuk di dalamnya meningkatkan kesejahteraan karyawan, memberikan imbalan yang layak, program keselamatan dan kesehatan kerja, program diklat, dan sebagainya.
- 3) Menciptakan budaya mutu di rumah sakit. Termasuk di dalamnya menyusun program mutu rumah sakit, menyusun tema yang akan dipakai sebagai pedoman, memilih pendekatan yang dipakai (*quality assurance*, GKM, TQM, dan lain-lain). Kemudian juga menetapkan mekanisme monitoring dan evaluasi.
- 4) Intervensi pada 9 bidang pelayanan.

Dalam upaya meningkatkan efisiensi manajemen dan mutu pelayanan serta meningkatkan *cost recovery* rumah sakit, maka pada tahun 1989 Departemen Kesehatan telah mengadakan survei diagnosis di rumah sakit kelas B, C, D dan swasta yang terletak di tiga propinsi yaitu Bali, Sumatera Barat dan Jawa Timur. Berdasarkan hasil survei, untuk meningkatkan mutu pelayanan rumah sakit perlu dilakukan intervensi pada 9 pelayanan yaitu :

- penyempurnaan rekam medis
 - penyempurnaan sistem informasi manajemen
 - penyempurnaan sistem akuntansi
 - penyempurnaan sistem pembiayaan
 - penyempurnaan konsep pola penetapan tarif
 - penyusunan standar pelayanan rumah sakit
 - penyusunan standar pelayanan farmasi
 - penyempurnaan organisasi rumah sakit
 - penyempurnaan peraturan dan perundangan
- Sembilan intervensi ini telah mulai dilaksanakan di rumah sakit terutama yang dikonversi menjadi unit swadana.

4) Langkah-langkah kegiatan

a) Di tingkat nasional

1) Perizinan

- Sesuai dengan PP No. 1/1988 dan Permenkes No. 385/1988 tentang pelaksanaan masa bakti dan izin praktek bagi dokter dan dokter gigi, tenaga medis dalam melaksanakan tugas harus mempunyai Surat Penugasan (SP) dan Surat Izin Praktek (SIP). SP ini merupakan pengganti dari SID.

- Sesuai dengan Undang-undang Nomor 23 Tahun 1992 tentang Kesehatan, setiap sarana kesehatan baik milik pemerintah maupun swasta harus mempunyai izin. Pelanggaran dari ketentuan tersebut akan mendapat sanksi bisa berupa kurungan atau denda sebesar 15 juta rupiah.

2) Ketenagaan

- Pemberian ijasah bagi dokter yang baru lulus dan brevet keahlian kepada dokter spesialis yang telah lulus merupakan salah satu program menjaga mutu. Sedangkan untuk dokter

lulusan luar negeri harus melakukan adaptasi dulu dan untuk dokter dari Fakultas Kedokteran swasta harus ikut ujian negara dulu sebelum dapat ijasah. Sedangkan sertifikat diberikan kepada tenaga medis dan paramedis yang telah selesai mengikuti penataran, seminar dan latihan-latihan lainnya. Semuanya tadi dapat memberikan gambaran tingkat pengetahuan dari berbagai macam tenaga kesehatan.

- Mengadakan pendidikan dan pelatihan untuk tenaga medis maupun paramedis perawatan dan non perawatan. Pendidikan dan pelatihan tersebut meliputi *managerial skill* dan *technical skill*. Misalnya : HMT, PKMRS, infeksi nosokomial, *medicaU surgical ICCU*, PICU, UGD, koroner, *cancer unit*, perawatan ortopedi, ASI, hematologi, dialisis, teknik kamar bedah, dan lain-lain.

- Untuk meningkatkan mutu pelayanan maka penempatan dokter spesialis 4 dasar di RSUD kelas C lebih ditingkatkan. Juga dilakukan penempatan tenaga dokter spesialis radiologi, patologi klinik, patologi anatomi dan forensik, anestesi dan tenaga apoteker. Selain itu dokter spesialis mata, THT, saraf, gigi ortotik prostetik, rehabilitasi medik ditempatkan untuk melengkapi RSUD kelas C, disertai dengan tenaga paramedik perawatan dan paramedik non perawatan sesuai dengan kebutuhan.

3) Sarana, Prasarana, Peralatan dan Penampilan

- Rumah sakit Pemerintah dilengkapi dengan sarana, prasarana dan peralatan sesuai dengan kebutuhan. Misalnya: peralatan mata dan THT untuk RS Kelas C.

- Untuk meningkatkan mutu penampilan rumah sakit maka setiap memperingati Hari Kesehatan Nasional diadakan lomba penilaian penampilan rumah sakit Pemerintah maupun rumah sakit swasta. Dalam tahun anggaran 1991/1992 lomba tersebut ditambah dengan lomba Gerakan Rumah Sakit Bersih.

4) Pembiayaan

- Untuk meningkatkan citra rumah sakit Pemerintah maka rumah sakit Pemerintah mendapat biaya operasional dan pemeliharaan rumah sakit (OPRS).

- Untuk mengatasi keterbatasan biaya operasional maka secara bertahap rumah sakit pemerintah akan dikonversikan menjadi unit swadana. Rumah sakit unit swadana akan diberi kewenangan mengelola penerimaan fungsionalnya sehingga diharapkan dapat meningkatkan mutu pelayanan kesehatannya.

5) Program-program

- Penggunaan obat secara rasional

Dalam rangka meningkatkan mutu pengobatan maka obat yang ada harus digunakan secara rasional. Untuk itu ada kewajiban penggunaan obat generik di sarana kesehatan pemerintah. Juga ditetapkan adanya Komite Farmasi dan Terapi, formularium rumah sakit, dan lain-lain. Selain itu dilakukan pula penelitian ulang manfaat obat yang beredar.

- Standarisasi

Telah disusun standar pelayanan rumah sakit yang merupakan integrasi dari standar pelayanan medik dan terapi, standar

ketenagaan, standar sarana, prasarana dan keperawatan.

Setiap rumah sakit pemerintah maupun swasta secara bertahap diharapkan dapat menerapkan standar dan kriteria tersebut. Standar pelayanan rumah sakit merupakan langkah awal dari pelaksanaan akreditasi.

- Klasifikasi

Telah disusun standar penetapan kelas rumah sakit baik untuk rumah sakit pemerintah maupun rumah sakit swasta. Dengan adanya klasifikasi rumah sakit ini diharapkan dapat meningkatkan mutu rujukan pelayanan secara berjenjang.

- Akreditasi

Untuk meningkatkan mutu pelayanan telah dipersiapkan standar dalam rangka akreditasi rumah sakit dan dipersiapkan instrumen dan uji coba. Direncanakan rumah sakit yang akan dikonversikan ke dalam unit swadana harus melalui akreditasi terlebih dahulu atau setidaknya menggunakan dasar-dasar akreditasi.

b) Di tingkat sarana pelayanan kesehatan (rumah sakit)

1) Program Quality Assurance/Quality Improvement

Pada umumnya yang telah dilaksanakan adalah *case review*, menilai atau *me-review* mutu dan kelayakan pemberian pelayanan kepada pasien. Kegiatan ini terutama telah dilakukan di rumah sakit pendidikan. Misalnya *review* kasus bedah, *review* penggunaan obat, dan lain-lain.

2) Manajemen Mutu Terpadu (TQM)

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

3) Gugus Kendali Mutu (GKM)

Merupakan salah satu bentuk penerapan falsafah dasar manajemen mutu terpadu yaitu melakukan perbaikan terus menerus. Namun berlainan dengan TQM, dalam GKM masalah yang dibahas adalah masalah-masalah yang dihadapi sehari-hari dalam bekerja di tingkat pelaksana atau operator. Kegiatan GKM ini telah dilaksanakan di beberapa rumah sakit yang akan dikonversikan menjadi rumah sakit unit swadana yaitu RS Pasar Rebo, RS Tegalyoso, dan lain-lain. .

4) Program-program khusus

Program khusus ini dilaksanakan di rumah sakit sesuai dengan kebutuhannya. Misalnya : Rumah Sakit Dr. Soetomo Surabaya telah melaksanakan pengendalian infeksi nosokomial, RS Husada melaksanakan pengukuran derajat kepuasan pasien.

5) Pengembangan standar profesi

Penyusunan dan evaluasi terus menerus standar profesi di rumah sakit.