

# Kebijakan Departemen Kesehatan RI dalam Upaya Peningkatan Mutu Pelayanan Rumah Sakit

Dr. Soemarya Aniroen, MHA

Kepala Direktorat RS Khusus & Swasta Departemen Kesehatan RI, Jakarta

## PENDAHULUAN

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

Sejalan dengan meningkatnya pendidikan, perubahan sosial budaya masyarakat dan perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi kedokteran maka sistem nilai pun berubah. Masyarakat semakin menuntut pelayanan yang bermutu dan kadang-kadang canggih. Rumah sakit sebagai mata rantai pelayanan kesehatan mempunyai fungsi utama penyembuhan dan pemulihan. Rumah sakit ini bersama dengan puskesmas melalui jalur rujukan diharapkan mampu memberikan pelayanan kesehatan paripurna bagi masyarakat. Dengan semakin meningkatnya tuntutan masyarakat akan mutu pelayanan maka fungsi pelayanan rumah sakit secara bertahap perlu ditingkatkan agar menjadi lebih efisien, sehingga dapat menampung rujukan dari puskesmas dan sarana kesehatan lainnya.

Sehubungan hal tersebut maka perlu ada kebijakan Departemen Kesehatan tentang peningkatan mutu dan upaya-upaya yang dijalankan, namun sampai saat ini nampaknya belum ada kesepakatan tentang apa yang dimaksud dan belum ada konsensus nasional dengan mutu pelayanan rumah sakit.

ini Departemen Kesehatan dalam upaya meningkatkan mutu pelayanan rumah sakit lebih diarahkan kepada peningkatan kemampuan pelayanan rumah sakit.

Mutu pelayanan suatu rumah sakit merupakan hasil akhir dari interaksi dan ketergantungan yang kompleks antar berbagai

komponen atau aspek rumah sakit itu sebagai suatu sistem. Klasifikasi aspek-aspek ini yang mungkin paling terkenal adalah menurut Prof. Ayerdis Donabedian seorang profesor kesehatan masyarakat dari Universitas Michigan, yaitu penggolongan dalam komponen struktur, proses dan *outcome*.

Struktur adalah sarana fisik, perlengkapan dan peralatan, organisasi dan manajemen, keuangan, tenaga, saran dan prasarana lainnya.

Proses adalah semua kegiatan dokter dan tenaga profesi lainnya dalam interaksi profesional dengan pasien. Sehingga proses adalah merupakan apa dan bagaimana kegiatan profesional tersebut.

*Output* adalah hasil-akhir dari kegiatan dan tindakan dokter dan tenaga profesi lainnya terhadap pasien.

Mutu pelayanan rumah sakit merupakan hasil akhir interaksi antara struktur, proses dan *output* sehingga mutu pelayanan yang baik sebagian besar tergantung dari mutu struktur dan mutu proses yang baik pula di rumah sakit. Sedangkan *output* yang buruk adalah disebabkan struktur atau proses yang juga buruk.

Dalam makalah ini akan diuraikan tentang Kebijakan Departemen Kesehatan dalam upaya peningkatan mutu pelayanan dengan sistematika sebagai berikut :

- I. Pendahuluan.
- II. Analisis situasi perumahan sakit.
- III. Kebijakan Pembangunan Kesehatan Repelita V.
- IV. Kebijakan dalam upaya peningkatan mutu pelayanan.
- V. Penutup.

## ANALISIS SITUASI PERUMAHSAKITAN

### a. Gambaran umum rumah sakit.

Pada tahun 1990 ada 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.

#### **b. Tenaga**

Pendayagunaan tenaga medik dan paramedik diprioritaskan untuk puskesmas-puskesmas. Maka di rumah sakit terutama rumah sakit kelas C dan D sating timbul masalah ketenagaan yaitu jumlah, mutu dan distribusinya. Tenaga yang merisaukan jumlahnya adalah tenaga paramedis. 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%.

Dari pengkajian diagnosis rumah sakit oleh HSF USAID secara umum dapat dikemukakan rumah sakit kelas A dan B memiliki tenaga cukup (paramedik perawatan dan non medik) sedangkan tenaga medik nampaknyaberlebihan. Di rumah sakit kelas C dan D pada umumnya kurang 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 *part timer* di rumah sakit swasta dan banyaknya tenaga honorer di semua rumah sakit. Hal ini tentunya mempengaruhi mutu pelayanan.

Mutu pelayanan tentunya tak terlepas dari mutu keperawatan, dimana 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 penataran-penataran belum mampu mengatasi kesenjangan antara tuntutan peningkatan mutu pelayanan keperawatan dan kemajuan Iptek kesehatan/keperawatan. Pengembangan karier tenaga perawat kearah profesionalisme, melalui penyelenggaraan pendidikan berjenjang belum terarah jelas. Tanpa melalui pendidikan mendasar, pengembangan profesionalisme sulit diwujudkan.

Pemahaman terhadap etika profesi dirasakan kurang, terbukti antara lain perilaku perawat dalam melaksanakan tugas (tidak ramah). Selain itu uraian tugas, peran dan fungsi setiap katagori perawat berdasarkan jenjang pendidikan belum ditetapkan secara jelas dankualifikasi tenaga perawat untuk jenjang dan jenis keperawatan tertentu belum ada kejelasan.

Disadari mutu asuhan keperawatan masih belum baik. Beberapa penyebab antara lain belum adanya pembakuan mutu pelayanan kesehatan yang dapat dijadikan tolok ukur. Di samping itu perawat dalam melaksanakan peran dan fungsinya masih secara rutin dan tradisional belum secara profesional. Manajerial skill dan technical skill juga masih kurang.

#### **c. Dana**

Beberapa masalah yang dihadapi dalam pembiayaan kesehatan antara lain adanya keterbatasan biaya, penggunaan biaya yang kurang efisien dan distribusi kurang merata.

Dibandingkan dengan Produk Domestik Bruto(PDB), maka total biaya kesehatan tersebut 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 penggunaan biaya-biaya yang ada, maka untuk rumah sakit sekitar 45%, biaya tersebut hampir 95% untuk kegiatan kuratif.

Sistem pembayaran di rumah sakit kebanyakan masih *fee for service* dan *out of pocket*, sedangkan pembayaran melalui sistem asuransi masih terbatas.

Khusus mengenai biaya yang berasal dari pemerintah, dikeluarkan melalui jalur yang cukup banyak dan terpecah-pecah, sehingga terjadi kurangnya koordinasi dan integrasi dalam perencanaan dan pelaksanaannya, sehingga penggunaan tidak efisien, sedangkan di rumah sakit swasta mungkin lebih efisien. Di samping itu terjadi pula ketidak seimbangan antara biaya pembangunan dan biaya operasional dan pemeliharaan. Biaya operasional dan pemeliharaan 50% dari yang dibutuhkan untuk rumah sakit kelas A dan B dan untuk rumah sakit kelas C dan D sekitar 30%. Subsidi pemerintah untuk rumah sakit pemerintah telah di ambang batas, namun tarif terlalu rendah.

#### **d. Fasilitas**

Gedung rumah sakit pemerintah maupun swasta kebanyakan dirancang tidak tuntas dan belum mengikuti kaidah-kaidah rumah sakit, sehingga tidak efisien.

Selain itu, lingkungan rumah sakit banyak yang masih kotor terutama di rumah sakit pemerintah, sehingga menurunkan citra pelayanan rumah sakit pemerintah. Diharapkan secara bertahap citra itu akan menjadi lebih baik.

Alat-alat di rumah sakit sangat bervariasi. Perubahan sosial ekonomi akan mempengaruhi rumah sakit dan berpengaruh pula terhadap penyediaan fasilitas di rumah sakit. Semakin jauh dari ibukota propinsi semakin buruk keadaannya.

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. Biaya kesehatan akan meningkat. Selain itu diperlukan tenaga yang profesional untuk dapat menerapkan teknologi tersebut. Dan juga sistem pencatatan peralatan yang benar (adekuat) sehingga sistem rujukan bisa berjalan sesuai yang diharapkan. Alateanggih macam dan jenisnya sangat banyak. Departemen Kesehatan meneoba menginventarisir alat-alat canggih dan didapatkan data sementara (tahun 1990) bahwa alat canggih lebih banyak di rumah sakit swasta dari pada rumah sakit pemerintah. Di rumah sakit pemerintah MRI = 1, CT scan = 5 dan ESWL = 1, sedangkan di rumahsakit swasta MRI = 2, CT scan = 10, ESWL = 9.

Pengkajian diagnosis rumah sakit oleh HSF USAID mendapatkan data bahwa pada umumnya rumah sakit telah memiliki perangkat kemampuan maupun pengetahuan teknis untuk dapat memberikan pelayanan kesehatan sesuai dengan kelasnya,

kelasnya, meskipun perangkat di rumah sakit tersebut masih sederhana.

Pelayanan tersebut sering terganggu karena :

— Pemeliharaan sarana tidak memadai; di antara rumah sakit yang dikaji, tidak satupun yang melaksanakan *preventive maintenance*.

— Keterpaduan antara tenaga dan peralatan kurang serasi.

— Alatpembantu seperti reagensia tidak tersediapada waktunya.

Pengkajian ini juga menemukan bahwa kemampuan manajemen sangat menentukan mutu pelayanan. Contohnya ialah lama perawatan pra-bedah yang di rumah sakit kelas B ditemukan berkisar antara 5,8 dan 9,4. 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 mendapatkan 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 ternuan 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, secara keseluruhan di bawah 55%, baik untuk rumah sakit pemerintah maupun swasta. Lima tahun terakhir rumah sakitpemerintah sekitar 57%, swasta 54%, sedangkan ABRI dan Departemen lain sangat rendah yaitu 45 — 50%. 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 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 kelas rendah 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 bertambah baik.

Pada tahun 1985, di beberapa tempat telah dilakukan evaluasi pemanfaatan rumah sakit oleh penduduk didapatkan angka hari rawat penduduk per tahun adalah 80 hari rawat per 100 penduduk. Sebagai perbandingan di Sri Lanka adalah 161 hari rawat, di Cina 576 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 pada 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. Cara ini memakan waktu dan birokrasi yang cukup rumit. Belum lagi biaya yang akan diterima kembali jumlahnya lebih kecil dari yang disetorkan, di samping jadwal waktunya terlambat.

### KEBIJAKSANAAN PEMBANGUNAN KESEHATAN REPELITA V.

Arah dan kebijaksanaan pembangunan kesehatan sebagai petunjuk pokok pembangunankesehatan telah ditetapkan dalam Garis-Garis Besar Haluan Negara. Arah dan kebijaksanaan ini lebih lanjutdijabarkan ke dalam petunjuk yang lebih operasional yaitu dalam Sistem Kesehatan Nasional (SKN) yang mulai berlaku tahun 1982 dan Rencana Pokok Program Pembangunan Jangka Panjang Bidang Kesehatan (RP3JPK).

Arah dan kebijaksanaan selanjutnya dari pembangunan telah ditetapkan dalam GBHN antara lain :

- Pembangunan kesehatan diarahkan untuk mempertinggi derajat kesehatan termasuk keadaan gizi masyarakat dalam rangka peningkatan kualitas dan taraf hidup serta kecerdasan dan kesejahteraan rakyat pada umumnya. Sehubungan dengan itu perlu dikembangkan sistem kesehatan nasional yang terpadu yang dapat mendorong partisipasi masyarakat termasuk swasta.
- Pembangunan kesehatan terutama ditujukan pada golongan masyarakat yang berpenghasilan rendah, baik di pedesaan maupun di perkotaan. Pelayanan kesehatan kepada masyarakat akan lebih ditingkatkan dengan mutu yang lebih baik dan biaya yang terjangkau oleh masyarakat.
- Dalam rangka lebih meningkatkan pelayanan kesehatan, perlu

terus ditingkatkan mutu pelayanan rumah-rumah sakit, lembaga-lembaga pemulihan kesehatan, pusat-pusat kesehatan masyarakat serta lembaga-lembaga kesehatan lainnya. Selanjutnya perlu ditingkatkan pula penyediaan dan pemerataan tenaga medis, paramedis dan tenaga kesehatan lainnya, serta penyediaan obat yang makin merata dan terjangkau oleh rakyat. Disamping itu perlu terus ditingkatkan pengadaan dan pemanfaatan sarana dan prasarana kesehatan lainnya.

Kebijakan pembangunan kesehatan tersebut dilaksanakan secara serasi, terarah dan terpadu dengan bidang-bidang pembangunan lainnya, dan dengan peran serta aktif masyarakat termasuk swasta antara lain melalui program upaya kesehatan rujukan.

Tujuan program upaya kesehatan rujukan ialah :

1. Peningkatan mutu, cakupan dan efisiensi pelaksanaan rujukan medik dan rujukan kesehatan secara terpadu.
2. Peningkatan dan pemanfaatan manajemen rumah sakit yang meliputi kegiatan-kegiatan perencanaan, penggerakan-pelaksanaan dan pengawasan-pengendalian.

Untuk mencapai tujuan dan sasaran program upaya kesehatan rujukan, ditetapkanlah kebijakan seperti di bawah ini:

- a. Upaya kesehatan rujukan diarahkan agar rumah sakit mampu memberikan dukungan kepada pelayanan puskesmas dan mengutamakan kegiatan yang mempunyai cakupan luas, dengan memperhatikan kepentingan golongan masyarakat yang tidak mampu.
- b. Upaya kesehatan pengobatan dan pemulihan harus selalu disertai dengan upaya peningkatan kemampuan pencegahan dalam rangka mencapai keadaan hidup sehat bagi setiap penduduk.
- c. Upaya peningkatan efisiensi dana, sarana dan tenaga untuk meningkatkan mutu pelayanan kesehatan dengan optimal di rumah sakit dan rujukannya.
- d. Dalam rangka lebih menggalakkan peran serta lembaga swadaya masyarakat dan pengusaha swasta untuk meningkatkan mutu pelayanan kesehatan di rumah sakit dan rujukannya, akan diadakan penyederhanaan pengaturan yang akan lebih memudahkan peran serta tersebut.

Dalam Pelita V, Sistem Kesehatan Nasional akan terus dikembangkan dan dimantapkan untuk menjadi pedoman bagi penyelenggaraan pembangunan kesehatan, baik dilaksanakan oleh pemerintah maupun masyarakat termasuk swasta. Di harapkan pada akhir Pelita V telah terwujud kondisi dan prasyarat kesehatan guna mendukung tahap tinggal landas pada Pelita VI.

Tinggal landas pembangunan kesehatan adalah suatu keadaan dimana Sistem Kesehatan Nasional dapat berfungsi dengan efektif dan efisien. Hal ini berarti makin meluasnya pemahaman, penghayatan dan pengamalan, perilaku hidup sehat oleh masyarakat secara mandiri.

Dengan perkataan lain tahap tinggal landas pembangunan kesehatan adalah suatu tahap di mana bangsa Indonesia telah mampu untuk tumbuh dan berkembang melanjutkan pembangunan kesehatannya dengan sandaran utama kekuatan sendiri

menuju tercapainya kemampuan untuk hidup sehat bagi setiap penduduk agar dapat mewujudkan derajat kesehatan masyarakat yang optimal sebagai salah satu unsur kesejahteraan umum.

Pada tahap itu ada tiga kemampuan yang telah dimiliki yaitu:

- a. Kemampuan untuk meneegah, menolak dan menghindari timbul dan berkembangnya permasalahan di bidang kesehatan yang mungkin terjadi serta dapat membahayakan kelangsungan hidup bangsa Indonesia.
- b. Kemampuan untuk mempertahankan dan memelihara prestasi dan hasil-hasil pembangunan kesehatan yang telah dicapai.
- c. Kemampuan untuk meningkatkan dan mengembangkan apa yang telah dicapai oleh pembangunan kesehatan agar dapat memenuhi tuntutan kemajuan dan perkembangan zaman.

Kemampuan atas prakondisi penting yang harus diketahui oleh lembaga kesehatan swasta antara lain :

- a. Dihayati dan diterimanya pendekatan PHC (*Primary Health Care*) sebagai pendekatan utama dalam pembangunan kesehatan oleh lembaga kesehatan swasta.
- b. Dihayatinya wawasan kesehatan masyarakat oleh setiap pengambilan keputusan, perumus kebijakan maupun perencanaan program kesehatan.
- c. Tercapainya pemerataan pelayanan kesehatan dasar diseluruh Indonesia, khususnya bagi kelompok sasaran berisiko tinggi seperti ibu dan anak.
- d. Meningkatnya mutu pelayanan kesehatan sesuai dengan kebutuhan yang nyata. Peningkatan mutu pelayanan merupakan prioritas, terutama di Rumah Sakit Kelas C.
- e. Mulai berkembangnya Dana Upaya Kesehatan Masyarakat terutama di daerah pedesaan. DUKM ini sebagai dukungan akses masyarakat yang memerlukan pelayanan kesehatan di rumah sakit.
- f. Mulai berfungsinya sistem rujukan medik dan rujukan kesehatan.
- g. Makin meningkatnya efisiensi dan efektifitas manajemen kesehatan. Kemajuan dalam kemampuan manajemen rumah sakit termasuk perencanaan, pelaksanaan dan pengawasan.
- h. Telah berkembangnya mekanisme kerjasama lintas sektoral maupun kerjasama dengan lembaga-lembaga swadaya masyarakat termasuk perhimpunan profesi dalam pembangunan kesehatan.
- i. Makin meningkatnya keterlibatan masyarakat dalam mengatur kesehatan sendiri, baik dalam pengambilan keputusan, perencanaan maupun pelaksanaannya.

Pada akhir-akhir ini Departemen Kesehatan melaksanakan beberapa kebijaksanaan lain sebagai upaya terobosan dalam mempercepat peningkatan pelayanan kesehatan untuk meningkatkan efisiensi dan efektifitas serta meningkatkan citra rumah sakit.

Program-program yang merupakan kebijaksanaan tersebut ada yang masih dalam konsep, rencana persiapan maupun yang sudah dilaksanakan ataupun sudah dalam tahap *monitoring* dan evaluasi.

Kebijaksanaan ini meliputi antara lain :

### 1. Rumah sakit pemerintah sebagai Unit Swadana

Pada prinsipnya perubahan ini merupakan perubahan yang fundamental, yang berkaitan dengan pengaturan, pengelolaan, pembinaan dan evaluasi rumah sakit, namun bukan merupakan swastanisasi rumah sakit pemerintah. Unit swadana menurut Departemen Kesehatan adalah pemberian otonomi lebih luas kepada RS Pemerintah termasuk dalam pengelolaan keuangan dan penggunaan langsung penerimaan rumah sakit bersangkutan. Salah satu tujuan konversi ini adalah untuk meningkatkan kemandirian rumah sakit sehingga nantinya diharapkan dapat meningkatkan mutu pelayanannya.

Dalam rangka konversi rumah sakit pemerintah menjadi unit swadana akan dilakukan intervensi di sembilan bidang yaitu:

- Peraturan
- Struktur Organisasi
- Rekam Medis
- Sistem Manajemen Informasi
- Sistem Akuntansi
- Sistem Pembiayaan
- Pola Penyusunan Tarif
- Standar Pelayanan RS
- Standar Pelayanan Farmasi.

### 2. Pemantapan penggunaan obat generik di rumah sakit

Obat generik adalah obat dengan mutu yang sama tetapi harga lebih rendah. Sebagai tindak lanjut dari Permenkes No. 085/1989 dalam rangka pemantapan penggunaan obat generik diambil beberapa kebijaksanaan antara lain :

- Pembentukan komite farmasi dan terapi rumah sakit.
- Pembentukan komite nasional farmasi dan terapi.
- Pembentukan formularium rumah sakit dan standar terapi.

Dengan dimantapkannya penggunaan obat generik diharapkan dapat meningkatkan efisiensi sehingga diharapkan mutu pelayanan dapat meningkat.

### 3. Penanaman modal di bidang perumahan

Dengan keterbatasan kemampuan pemerintah dan sesuai dengan SKN untuk mengikutsertakan masyarakat dalam pelayanan kesehatan dipandang perlu lebih mengikutsertakan pemilik modal dalam penyelenggaraan rumah sakit, Hal ini mengingat pula rumah sakit adalah suatu institusi yang padat modal serta perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi kedokteran dengan pembiayaan yang tinggi.

Diharapkan dengan diberinya kesempatan kepada para pemilik modal (*investor*), mereka mampu untuk mendirikan rumah sakit dengan pelayanan yang bermutu.

### 4. Gerakan rumah sakit bersih dan tertib

Gerakan ini bertujuan untuk meningkatkan citra rumah sakit di mala masyarakat. Evaluasi terhadap gerakan ini akan dikaitkan dengan evaluasi penampilan manajemen rumah sakit.

### 5. Anggaran Operasional dan Pemeliharaan (OPRS)

Diberikan subsidi khusus kepada rumah sakit pemerintah dengan tujuan adanya dana tambahan yang dapat dipergunakan untuk meningkatkan pelayanan kesehatan di rumah sakit. Untuk tahun anggaran 1991/1992 pemerintah telah mengalokasikan 50

milyard rupiah untuk OPRS.

### 6. Peningkatan kualitas pelayanan

Pada hakekatnya kualitas atau mutu pelayanan dapat diukur. Untuk mengukur dibutuhkan adanya indikator yang sederhana dan dapat dipergunakan oleh tiap rumah sakit dalam menilai penampilannya. Pengembangan dan penetapan standar sedang dikerjakan dan diharapkan peningkatan kemampuan dan penampilan rumah sakit dapat *dimonitor* dan dievaluasi secara pasti.

## KEBIJAKSANAAN DALAM UPAYA PENINGKATAN MUTU PELAYANAN

Dengan akan berakhirnya Repelita V, di mana kita 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 adanya beberapa kendala yang dihadapi, terutama yang berkaitan dengan standar kebutuhan dan tuntutan sistem pelayanan yang masih belum selaras dengan perkembangan iptek kedokteran yang semakin pesat di mana pelayanan spesialisik dan subspecialistik cenderung semakin berkembang.

Mengingat masih adanya kendala dalam peningkatan mutu pelayanan rumah sakit dan berdasarkan Kebijakan Repelita V Departemen Kesehatan dan Program Upaya Kesehatan Rujukan Repelita V, maka dalam upaya meningkatkan mutu pelayanan rumah sakit, perlu dilakukan langkah-langkah kebijaksanaan sebagai berikut :

#### 1. Pendidikan dan pelatihan

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, *medical surgical*, ICCU, PICU, UGD, koroner, *cancer unit*, perawatan ortopedi, AS I, hematologi, dialisis, teknik kamar bedah, dan lain-lain.

#### 2. Perizinan

- Sesuai dengan PP no. 1 tahun 1988 dan Permenkes 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 Permenkes 920/1986 dan SK Dirjen 098/87 tentang penyelenggaraan pelayanan medik spesialisik maka untuk mendirikan rumah sakit harus mempunyai izin

mendirikan dan setelah rumah sakit tersebut mulai memberikan pelayanan kesehatan kepada masyarakat maka harus mempunyai izin penyelenggaraan yang setiap 5 (lima) tahun diperbaharui.

### 3. Ijasah dan Sertifikat

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 penerbitan, seminar dan latihan-latihan lainnya.

### 4. Standarisasi

Telah ditetapkan standar pelayanan rumah sakit yang merupakan integrasi dari standar pelayanan medik dan terapi, standar ketenagaan, standar sarana, prasarana dan keperawatan. Selain itu juga akan ditetapkan peraturan, pedoman dan prosedur yang belum ada dan pemutakhiran yang sudah tidak sesuai sehingga memungkinkan pelaksanaan akreditasi.

### 5. 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 sebaliknya tidaknya menggunakan dasar-dasar akreditasi.

### 6. Ketenagaan

Untuk meningkatkan mutu pelayanan maka dokter spesialis 4 dasar kelasnya menjadi RSU kelas C. 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 RSU kelas C, disertai

dengan tenaga paramedik perawatan dan paramedik non perawatan sesuai dengan kebutuhan.

### 7. Sarana, prasarana dan peralatan

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

Untuk meningkatkan citra rumah sakit Pemerintah maka rumah sakit Pemerintah mendapat biaya operasional dan pemeliharaan.

### 8. Penilaian penampilan rumah sakit

Untuk meningkatkan 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 yang akan diberlakukan kepada rumah sakit kelas B, C dan D.

## PENUTUP

Peningkatan mutu pelayanan rumah sakit merupakan salah satu tujuan program upaya rujukan. Dengan meningkatnya mutu rumah sakit diharapkan dapat meningkatkan cakupan dan efisiensi pelaksanaan rujukan.

Perlu kita sadari bahwa upaya peningkatan mutu merupakan *never ending process* dan perlu didukung oleh sumber daya dan anggaran dana yang memadai.

Sejalan dengan kebijaksanaan pemerintah yang baru untuk mengkonversikan rumah sakit menjadi unit swadana maka peluang rumah sakit umum untuk meningkatkan mutu pelayanan akan terbuka bahkan akan menjadi lebih besar terutama bilamana dikaitkan dengan otonomi yang akan diberikan kepada direktur rumah sakit untuk mengelola dana swadana dan kemungkinan mengadakan inovasi-inovasi di bidang manajemen dan organisasi rumah sakitnya.

Keberhasilan upaya peningkatan mutu pelayanan rumah sakit sangat tergantung dari jalinan kerja sama yang baik antara Departemen Kesehatan, ikatan profesi terkait, Persi dan direktur rumah sakit.

