

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Telaah Pustaka

1. Mutu Rumah Sakit

Menurut WHO, rumah sakit adalah institusi yang merupakan bagian integral dari organisasi kesehatan dan organisasi sosial, berfungsi menyediakan pelayanan kesehatan yang lengkap, baik kuratif maupun preventif bagi pasien rawat jalan dan rawat inap kegiatan pelayanan medis serta perawatan. Institusi pelayanan ini juga merupakan latihan personil dan riset kesehatan.

Berdasarkan undang-undang No. 44 tahun 2009 tentang rumah sakit, dalam menjalankan tugas secara paripurna maka fungsi rumah sakit diantaranya:

- a. Penyelenggaraan pelayanan pengobatan dan pemulihan kesehatan sesuai dengan standar pelayanan rumah sakit;

- b. Pemeliharaan dan peningkatan kesehatan perorangan melalui pelayanan kesehatan yang paripurna tingkat kedua dan ketiga sesuai kebutuhan medis;
- c. Penyelenggaraan pendidikan dan pelatihan sumberdaya manusia dalam rangka peningkatan kemampuan dalam pemberian pelayanan kesehatan;
- d. Penyelenggaraan penelitian dan pengembangan serta penapisan teknologi bidang kesehatan dalam rangka peningkatan pelayanan kesehatan dengan memperhatikan etika ilmu pengetahuan bidang kesehatan.

Fungsi rumah sakit yang meliputi dua aspek diatas, tidak secara keseluruhan dapat dilakukan oleh seluruh rumah sakit milik pemerintah atau swasta, tetapi tergantung pada klasidikas rumah sakit. Berdasarkan klasifikasi rumah sakit dapat diketahui bahwa rumah sakit dengan kategori/ kelas A, mempunyai fungsi, jumlah dan kategori ketenagaan, fasilitas, dan kemampuan pelayanan yang lebih besar daripada rumah sakit dengan kelas lainnya

yang lebih rendah, seperti kelas B, C dan kelas D. Fungsi-fungsi ini dilaksanakan dalam kegiatan Intramural (di dalam rumah sakit) dan ektramural (di luar rumah sakit). Kegiatan intramural dibagi menjadi 2 kelompok besar yaitu pelayanan rawat inap dan pelayanan rawat jalan (DepKes RI, 2009).

Kualitas pelayanan rumah sakit menurut Azwar (2007) adalah derajat kesempurnaan rumah sakit untuk memenuhi permintaan konsumen akan pelayanan kesehatan yang sesuai dengan standart profesi dan standart pelayanan dengan menggunakan potensi sumber daya yang tersedia di Rumah Sakit dengan wajar, efisien dan efektif serta diberikan secara aman dan memuaskan sesuai dengan norma, etika, hukum dan sosio budaya dengan memperhatikan keterbatasan dan kemampuan pemerintah dan konsumen

Kualitas pelayanan adalah merupakan fungsi harapan pasien pada saat sebelum melakukan keputusan atas

pilihan yang dilakukan, pada proses penyediaan kualitas yang diterima pada dan pada kualitas output yang diterima. Kualitas pelayanan harus dimulai dari kebutuhan pasien dan berakhir dengan kepuasan pasien. Dua faktor utama yang mempengaruhi kepuasan pasien terhadap kualitas jasa yaitu jasa yang diharapkan (*expected service*) dan jasa yang dirasakan atau dipersepsikan (*perceived service*). Apabila *perceived service* sesuai dengan *expected service*, maka kualitas jasa akan dipersepsikan baik atau positif. Jika *perceived service* melebihi *expected service*, maka kualitas jasa dipersepsikan sebagai kualitas ideal atau *excellence*. Apabila *perceived service* lebih jelek dibandingkan *expected service*, maka kualitas jasa dipersepsikan negatif atau buruk (Lovelock dan Wright, 2007).

Berdasarkan uraian di atas maka dapat disimpulkan bahwa kualitas pelayanan adalah ukuran seberapa bagus pelayanan yang diberikan kepada pasien melalui pemenuhan kebutuhan pasien sehingga pasien dapat memperoleh kepuasan pasien.

2. Aspek-aspek Kualitas Pelayanan

Menurut Zeithaml-Pasuraman-Berry dalam Ratminto & Atik Septi Ningsih (2013), untuk mengetahui kualitas pelayanan yang dirasakan secara nyata oleh konsumen, terdapat lima dimensi kualitas pelayanan. Kelima dimensi tersebut, yaitu :

- a. *Reliability*, ditandai dengan kemampuan dan keandalan untuk menyediakan pelayanan yang tepat dan benar serta terpercaya
- b. *Tangibles*, ditandai dengan penyediaan pelayanan berupa sarana fisik perkantoran, komputerisasi administrasi, ruang tunggu, tempat informasi, dan lain sebagainya.
- c. *Responsiveness*, ditandai dengan kesanggupan untuk membantu dan menyediakan pelayanan secara cepat dan tepat serta tanggap terhadap keinginan konsumen.
- d. *Assurance*, ditandai dengan kemampuan dan keramahan serta sopan santun pegawai dalam meyakinkan kepercayaan konsumen.

- e. *Empathy*, ditandai dengan sikap tegas tetapi penuh perhatian dari pegawai terhadap konsumen.

Pelayanan ditujukan kepada konsumen atau pelanggan sehingga ukuran kualitas suatu pelayanan dapat diketahui dari kepuasan pengguna pelayanan. Kepuasan pengguna layanan atas jasa layanan pada umumnya bersifat subjektif, karena bergantung pada persepsi, latar belakang sosial-ekonomi, norma, pendidikan, budaya, bahkan bergantung pada kepribadian kustomer bersangkutan (Rewansyah, 2011). Dalam konteks ini Stauss dan Neuhaus (dalam Fandy dan Gergorius, 2005) mengembangkan model kepuasan kualitatif. Model tersebut membedakan tiga tipe kepuasan dan dua tipe ketidakpuasan berdasarkan kombinasi emosi spesifik terhadap penyedia jasa, ekspektasi menyangkut kapabilitas kinerja masa depan pemasok jasa, dan minat berperilaku untuk memilih lagi penyedia jasa bersangkutan. Tipe-tipe tersebut adalah:

- a. *Demanding customer satisfaction*. Tipe ini merupakan tipe kepuasan yang aktif. Relasi dengan penyedia jasa emosi positif, terutama optimisme dan kepercayaan.
- b. *Stable customer satisfaction*. Pelanggan dalam tipe ini memiliki tingkat aspirasi pasif dan perilaku yang *demanding*.
- c. *Resigned customer satisfaction*. Pelanggan dalam tipe ini merasa puas namun bukan diakibatkan pemenuhan ekspektasinya, tetapi lebih didasarkan pada kesan tidak realistis untuk berharap lebih
- d. *Stable customer dissatisfaction*. Pelanggan dalam tipe ini tidak puas terhadap kinerja penyedia jasa namun cenderung tidak melakukan apa-apa.
- e. *Demanding customer dissatisfaction*. Tipe ini bercirikan tingkat aspirasi aktif dan perilaku *demanding*, pada tingkat emosi ketidakpuasan menimbulkan protes dan oposisi, mereka aktif menuntut perbaikan.

Berdasarkan uraian di atas maka dapat disimpulkan bahwa terdapat lima faktor atau aspek kualitas pelayanan yaitu bukti fisik, reliabilitas, daya tanggap, jaminan, empati. Namun penilaian terhadap kualitas pelayanan juga ditentukan oleh emosi dan ekspektasi pengguna layanan terhadap penyedia jasa layanan.

3. Program Menjaga Mutu (*Quality Assurance Program*)

Agar penyelenggaraan pelayanan kesehatan dapat mencapai tujuan yang diinginkan, banyak syarat yang harus dipenuhi. Syarat yang dimaksud paling tidak mencakup delapan hal pokok yakni tersedia (*available*), wajar (*appropriate*), berkesinambungan (*continue*), dapat diterima (*acceptable*), dapat dicapai (*acesible*), dapat dijangkau (*affordable*), efisien (*efficient*), serta bermutu (*quality*) (Woodward 2000; Fletcher 2000).

Untuk dapat menyelenggarakan pelayanan kesehatan yang bermutu banyak upaya yang dapat dilakukan. Upaya tersebut jika dilaksanakan secara terarah dan terencana, dikenal

dengan program menjaga mutu (*Quality Assurance Program*). Agar dapat meningkatkan mutu pelayanan kesehatan, maka perlu diidentifikasi unsur masukan (*input*), lingkungan (*environment*), proses (*process*), serta keluaran (*output*), maka mudahlah dipahami sasaran program menjaga mutu. Keempat unsur ini haruslah selalu dipantau dan dinilai yang apabila ditemukan penyimpangan segera dilakukan perbaikan. Secara sederhana keempat unsur tersebut dapat diuraikan sebagai berikut:

a. Unsur masukan

Yang dimaksud unsur masukan disini adalah semua hal yang dibutuhkan untuk terselenggaranya pelayanan kesehatan. Unsur masukan tersebut adalah tenaga (*man*), sarana (*material*), dan dana (*money*).

b. Unsur proses

Yang dimaksud dengan unsur proses adalah semua tindakan yang dilakukan. Unsur proses ini dibedakan atas

dua macam yakni tindakan medis (*medical procedure*) dan tindakan nonmedis (*non medical procedure*).

c. Unsur lingkungan

Yang dimaksud dengan unsur lingkungan adalah keadaan sekitar yang mempengaruhi penyelenggaraan pelayanan kesehatan. Untuk suatu institusi kesehatan, keadaan sekitar yang terpenting adalah kebijakan, organisasi dan manajemen institusi kesehatan tersebut.

d. Unsur keluaran

Yang dimaksud unsur keluaran adalah yang menunjuk pada tingkat kesempurnaan (penampilan) pelayanan kesehatan yang dilakukan, yang secara umum dibedakan atas dua macam. Pertama, yang menunjuk pada tingkat kesempurnaan aspek medis pelayanan kesehatan. Kedua, yang menunjuk pada tingkat kesempurnaan aspek non medis pelayanan kesehatan.

Kegiatan pokok program menjaga mutu dibedakan atas lima macam. Kegiatan tersebut adalah menetapkan masalah,

menetapkan penyebab masalah, menetapkan cara penyelesaian masalah, menilai hasil yang dicapai, serta menyusun saran tindak lanjut. Untuk mendukung keberhasilan program menjaga mutu, terutama pada waktu menetapkan masalah dan menilai hasil yang dicapai, para pelaksana program menjaga mutu diharapkan selalu bersikap objektif. Agar objektivitas ini dapat terpenuhi, maka perlu tersedia adanya standar yang akan dipakai sebagai bahan banding.

Standar adalah tingkat ideal tercapai yang diinginkan. Ukuran tingkat ideal tercapai tersebut disusun dalam bentuk minimal dan maksimal (*range*). Penyimpangan yang terjadi tetapi masih dalam batas-batas yang dibenarkan disebut dengan toleransi. Untuk memandu para pelaksana program menjaga mutu agar tetap berpedoman pada standar yang telah ditetapkan, disusunlah protokol. Adapun yang dimaksud dengan protokol disini ialah suatu pernyataan tertulis yang disusun secara sistematis dan yang dipakai sebagai pedoman oleh para pelaksana dalam mengambil keputusan dan atau dalam melaksanakan pelayanan kesehatan. Untuk mengukur tercapai

atau tidaknya standar yang telah ditetapkan, dipergunakanlah indikator, yaitu ukuran kepatuhan terhadap standar yang telah ditetapkan. Makin sesuai sesuatu yang diukur dengan indikator, makin sesuai pula keadaannya dengan standar yang telah ditetapkan (Azwar, 2007).

4. Akreditasi Standar Rumah Sakit

Akreditasi rumah sakit merupakan suatu proses dimana suatu lembaga, yang independen, melakukan asesmen terhadap rumah sakit. Tujuan akreditasi adalah menentukan apakah rumah sakit tersebut memenuhi standar yang dirancang untuk memperbaiki keselamatan dan mutu pelayanan. Standar akreditasi sifatnya berupa suatu persyaratan yang optimal dan dapat dicapai. Akreditasi menunjukkan komitmen nyata sebuah rumah sakit untuk meningkatkan keselamatan dan kualitas asuhan pasien, memastikan bahwa lingkungan pelayanannya aman dan rumah sakit senantiasa berupaya mengurangi risiko bagi para pasien dan staf rumah sakit.

Akreditasi dapat dilakukan dengan menggunakan standar internasional maupun nasional. Menurut Depkes RI (2009) akreditasi internasional rumah sakit adalah akreditasi yang diberikan oleh pemerintah dan/atau Badan Akreditasi Rumah Sakit taraf Internasional yang bersifat Independen yang telah memenuhi standar dan kriteria yang ditentukan. Menurut *Joint Comission International (JCI)* Tahun 2011, akreditasi adalah proses penilaian organisasi pelayanan kesehatan dalam hal ini rumah sakit utamanya rumah sakit non pemerintah, oleh lembaga akreditasi internasional berdasarkan standar internasional yang telah ditetapkan. Pengertian akreditasi menurut Permenkes RI No. 012 Tahun 2012 tentang Akreditasi Rumah Sakit, disebutkan bahwa akreditasi adalah pengakuan terhadap Rumah Sakit yang diberikan oleh lembaga independen penyelenggara akreditasi yang ditetapkan oleh Menteri Kesehatan, setelah dinilai bahwa Rumah Sakit itu memenuhi Standar Pelayanan Rumah Sakit yang berlaku untuk meningkatkan mutu pelayanan Rumah Sakit secara berkesinambungan.

Dengan demikian akreditasi diperlukan sebagai cara efektif untuk mengevaluasi mutu suatu rumah sakit, yang sekaligus berperan sebagai sarana manajemen. Proses akreditasi dirancang untuk meningkatkan budaya keselamatan dan budaya kualitas di rumah sakit, sehingga senantiasa berusaha meningkatkan mutu dan keamanan pelayanannya.

Akreditasi rumah sakit di Indonesia telah dilaksanakan sejak tahun 1995, yang dimulai hanya 5 (lima) pelayanan, pada tahun 1998 berkembang menjadi 12 (dua belas) pelayanan dan pada tahun 2002 menjadi 16 pelayanan. Namun rumah sakit dapat memilih akreditasi untuk 5 (lima), 12 (dua belas) atau 16 (enam belas) pelayanan, sehingga standar mutu rumah sakit dapat berbeda tergantung berapa pelayanan akreditasi yang diikuti.

Undang-undang no. 44 tahun 2009 tentang Rumah Sakit mewajibkan rumah sakit menjalani akreditasi secara berkala minimal tiga tahun sekali. Dengan demikian rumah sakit harus menerapkan standar akreditasi rumah sakit, termasuk standar-

standar lain yang berlaku bagi rumah sakit sesuai dengan penjabaran dalam Standar Akreditasi Rumah Sakit edisi 2012. Hal ini dilakukan untuk memenuhi tuntutan Undang Undang no 44 Tahun 2009 Tentang Rumah Sakit yang mewajibkan seluruh rumah sakit di Indonesia untuk meningkatkan mutu pelayanannya melalui akreditasi.

Standar Akreditasi Rumah Sakit edisi 2012 tersebut terdiri dari 4 (empat) kelompok sebagai berikut :

- a. Kelompok Standar Berfokus Kepada Pasien
- b. Kelompok Standar Manajemen Rumah Sakit
- c. Kelompok Sasaran Keselamatan Pasien
- d. Kelompok Sasaran Menuju Millenium

Development Goals

Tinjauan pustaka bab ini hanya menfokuskan pada kelompok standar manajemen rumah sakit. Menurut KARS (2012), kelompok standar manajemen rumah sakit dibagi menjadi 6 (enam) bagian yaitu: a) Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien (PMKP), b) Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI),

c) Tata Kelola, Kepemimpinan dan Pengarahan (TKP), d) Manajemen Fasilitas dan Keselamatan (MFK), e) Kualifikasi dan Pendidikan Staf (KPS), f) Manajemen Komunikasi dan Informasi (MKI). Masing-masing bagian dilengkapi dengan perangkat indikator penilaian sebagaimana diuraikan di bawah ini.

Standar Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien (PMKP) dinilai berdasarkan 11 standar penilaian berikut (KARS, 2012):

- 1) Mereka yang bertanggung jawab memimpin dan menjalankan rumah sakit berpartisipasi dalam perencanaan dan evaluasi keberhasilan program peningkatan mutu dan keselamatan pasien.
- 2) Rumah sakit membuat rancangan baru dan melakukan modifikasi dari sistem dan proses sesuai prinsip peningkatan mutu.
- 3) Pimpinan rumah sakit menetapkan indikator kunci untuk monitor struktur, proses dan hasil (outcome) dari rencana peningkatan mutu pelayanan dan keselamatan pasien.

- 4) Orang dengan pengalaman, pengetahuan dan keterampilan cukup mengumpulkan dan menganalisis data secara sistematis
- 5) Rumah sakit menggunakan proses internal untuk melakukan validasi data
- 6) Rumah sakit menggunakan proses untuk melakukan identifikasi dan pengelolaan kejadian sentinel
- 7) Dilakukan analisis jika data menunjukkan adanya variasi dan kecenderungan dari KTD
- 8) Rumah sakit menetapkan proses untuk melakukan identifikasi dan analisis KNC
- 9) Perbaikan mutu dan keselamatan pasien tercapai dan dipertahankan.
- 10) Prioritas perbaikan mutu dan keselamatan pasien dilakukan di area perbaikan yang ditetapkan pimpinan.
- 11) Program manajemen risiko digunakan untuk melakukan identifikasi dan mengurangi KTD yang tidak diharapkan terjadi dan mengurangi risiko terhadap keselamatan pasien dan staf

Standar Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI), dinilai berdasarkan 11 standar penilaian berikut (KARS, 2012):

- 1) Satu atau lebih individu mengawasi seluruh kegiatan pencegahan dan pengendalian infeksi. Individu tersebut kompeten dalam praktek pencegahan dan pengendalian infeksi yang diperolehnya melalui pendidikan, pelatihan, pengalaman atau sertifikasi.
- 2) Ada penetapan mekanisme koordinasi untuk seluruh kegiatan pencegahan dan pengendalian infeksi yang melibatkan dokter, perawat dan tenaga lainnya sesuai ukuran dan kompleksitas rumah sakit
- 3) Program pencegahan dan pengendalian infeksi berdasarkan ilmu pengetahuan terkini, pedoman praktek yang akseptabel sesuai dengan peraturan dan perundangan yang berlaku, dan standar sanitasi dan kebersihan
- 4) Pimpinan rumah sakit menyediakan sumber daya yang cukup untuk mendukung program pencegahan dan pengendalian infeksi.

- 5) Rumah sakit menyusun dan menerapkan program yang komprehensif untuk mengurangi risiko dari infeksi terkait pelayanan kesehatan pada pasien dan tenaga pelayanan kesehatan.
- 6) Rumah sakit menggunakan pendekatan berdasar risiko dalam menentukan fokus dari program pencegahan dan pengendalian infeksi di rumah sakit adalah pencegahan, pengendalian dan pengurangan infeksi terkait pelayanan kesehatan.
- 7) Rumah sakit mengidentifikasi prosedur dan proses terkait dengan risiko infeksi dan mengimplementasi strategi untuk menurunkan risiko infeksi.
- 8) Rumah sakit menyediakan penghalang untuk pencegahan (*barrier precaution*) dan prosedur isolasi yang melindungi pasien, pengunjung dan staf terhadap penyakit menular dan melindungi dari infeksi pasien yang *immunosuppressed*, sehingga rentan terhadap infeksi nosokomial.

- 9) Sarung tangan, masker, proteksi mata dan peralatan proteksi lainnya, sabun dan desinfektan tersedia dan digunakan secara benar bila diperlukan
- 10) Proses pengendalian dan pencegahan infeksi diintegrasikan dengan keseluruhan program rumah sakit dalam peningkatan mutu dan keselamatan pasien
- 11) Rumah sakit memberikan pendidikan tentang praktik pencegahan dan pengendalian infeksi kepada staf, dokter, pasien dan keluarga serta pemberi layanan lainnya ketika ada indikasi keterlibatan mereka dalam pelayanan.

Standar Tata Kelola, Kepemimpinan dan Pengarahan (TKP), dinilai berdasarkan 6 standar penilaian berikut (KARS, 2012):

- 1) Tanggung jawab dan akuntabilitas (badan-) pengelola digambarkan di dalam peraturan internal (*bylaws*), kebijakan dan prosedur, atau dokumen serupa yang menjadi pedoman bagaimana tanggung jawab dan akuntabilitas dilaksanakan

- 2) Seorang manajer senior atau direktur bertanggung jawab untuk menjalankan rumah sakit dan mematuhi undang-undang dan peraturan yang berlaku.
- 3) Para pimpinan rumah sakit ditetapkan dan secara kolektif bertanggung jawab untuk menentukan misi rumah sakit dan membuat rencana dan kebijakan yang dibutuhkan untuk memenuhi misi tersebut.
- 4) Pimpinan medis, keperawatan dan pimpinan pelayanan klinis lainnya merencanakan dan melaksanakan struktur organisasi yang efektif untuk mendukung tanggung jawab dan kewenangan mereka.
- 5) Satu atau lebih individu yang kompeten mengatur tiap departemen / unit atau pelayanan di rumah sakit
- 6) Rumah sakit menetapkan kerangka kerja untuk manajemen etis yang menjamin bahwa asuhan pasien diberikan didalam norma-norma bisnis, finansial, etis, dan hukum yang melindungi pasien dan hak mereka.

Standar Manajemen Fasilitas dan Keselamatan (MFK) dinilai berdasarkan 11 standar penilaian berikut (KARS, 2012):

- 1) Rumah sakit mematuhi peraturan perundang-undangan yang berlaku dan ketentuan tentang pemeriksaan fasilitas
- 2) Rumah sakit menyusun dan menjaga rencana tertulis yang menggambarkan proses untuk mengelola risiko terhadap pasien, keluarga, pengunjung dan staf
- 3) Seorang atau lebih individu yang kompeten mengawasi perencanaan dan pelaksanaan program untuk mengelola risiko di lingkungan pelayanan
- 4) Rumah sakit merencanakan dan melaksanakan program untuk memberikan keselamatan dan keamanan lingkungan fisik
- 5) Rumah sakit mempunyai rencana tentang inventaris, penanganan, penyimpanan dan penggunaan bahan berbahaya serta pengendalian dan pembuangan bahan dan limbah berbahaya.
- 6) Rumah Sakit menyusun dan memelihara rencana manajemen kedaruratan dan program menganggapi bila terjadi kedaruratan komunitas demikian, wabah dan bencana alam atau bencana lainnya.

- 7) Rumah sakit merencanakan dan melaksanakan program untuk memastikan bahwa seluruh penghuni di rumah sakit aman dari kebakaran, asap atau kedaruratan lainnya.
- 8) Rumah sakit merencanakan dan mengimplementasikan program untuk pemeriksaan, uji coba dan pemeliharaan peralatan medis dan men dokumentasikan hasilnya.
- 9) Air minum dan listrik tersedia 24 jam sehari, tujuh hari seminggu, melalui sumber reguler atau alternatif, untuk memenuhi kebutuhan utama asuhan pasien
- 10) Sistem listrik, limbah, ventilasi, gas medis dan sistem kunci lainnya secara teratur diperiksa, dipelihara, dan bila perlu ditingkatkan
- 11) Rumah sakit menyelenggarakan pendidikan dan pelatihan bagi seluruh staf tentang peran mereka dalam menyediakan fasilitas asuhan pasien yang aman dan efektif.

Standar Kualifikasi dan Pendidikan Staf (KPS) dinilai berdasarkan 17 standar penilaian berikut (KARS, 2012):

- 1) Rumah sakit menetapkan pendidikan, ketrampilan, pengetahuan dan persyaratan lain bagi seluruh staf.

- 2) Pimpinan rumah sakit mengembangkan dan mengimplementasikan proses untuk rekrutmen, evaluasi dan penetapan staf serta prosedur terkait lainnya yang ditetapkan oleh rumah sakit.
- 3) Rumah sakit menggunakan proses yang ditetapkan untuk memastikan bahwa pengetahuan dan ketrampilan staf klinis sesuai dengan kebutuhan pasien.
- 4) Rumah sakit menggunakan proses yang ditetapkan untuk memastikan bahwa pengetahuan dan ketrampilan staf non klinis konsisten dengan kebutuhan rumah sakit serta persyaratan jabatan.
- 5) Ada informasi kepegawaian yang didokumentasikan untuk setiap staf.
- 6) Rencana susunan kepegawaian rumah sakit dikembangkan bersama-sama oleh para pimpinan, dengan menetapkan jumlah, jenis dan kualifikasi staf yang diinginkan
- 7) Seluruh staf, baik klinis maupun nonklinis diberikan orientasi tentang rumah sakit, departemen/ unit kerja atau unit dimana mereka ditugaskan dan tentang tugas tanggung

jawab mereka yang spesifik saat mereka diangkat sebagai staf.

- 8) Setiap staf memperoleh pendidikan dan pelatihan yang in-service berkelanjutan, maupun yang lain untuk menjaga atau meningkatkan keterampilan dan pengetahuannya.
- 9) Rumah sakit mempunyai proses yang efektif untuk mengumpulkan, memverifikasi, mengevaluasi kredensial/bukti-bukti keahlian/kelulusan (izin/lisensi, pendidikan, pelatihan, kompetensi dan pengalaman) dari staf medis yang diizinkan untuk memberikan asuhan pasien tanpa supervisi.
- 10) Rumah sakit mempunyai tujuan yang terstandar, prosedur berbasis bukti untuk memberi wewenang kepada semua anggota staf medis untuk menerima pasien dan memberikan pelayanan klinis lainnya konsisten/sesuai dengan kualifikasi.
- 11) Rumah Sakit menggunakan proses berkelanjutan terstandarisir (*ongoing*) untuk mengevaluasi sesuai

kualitas dan keamanan pelayanan pasien yang diberikan oleh setiap staf medis.

- 12) Rumah sakit mempunyai proses yang efektif untuk mengumpulkan, memverifikasi dan mengevaluasi kredensial staf keperawatan (izin, pendidikan, pelatihan dan pengalaman).
- 13) Rumah sakit mempunyai standar prosedur untuk mengidentifikasi tanggung jawab pekerjaan dan untuk membuat penugasan kerja klinis berdasarkan atas kredensial staf perawat dan peraturan perundangan
- 14) Rumah sakit mempunyai standar prosedur untuk staf keperawatan berpartisipasi dalam kegiatan peningkatan mutu rumah sakit, termasuk mengevaluasi kinerja individu, bila dibutuhkan.
- 15) Rumah sakit mempunyai standar prosedur untuk mengumpulkan, memverifikasi dan mengevaluasi kredensial staf kesehatan professional lainnya (izin, pendidikan, pelatihan dan pengalaman)

- 16) Rumah sakit mempunyai standar prosedur untuk mengidentifikasi tanggungjawab kerja dan menyusun penugasan kerja klinis berdasarkan pada kredensial anggota staf professional kesehatan lainnya dan setiap ketentuan peraturan perundangan
- 17) Rumah sakit mempunyai proses yang efektif untuk anggota staf professional kesehatan lain berpartisipasi dalam kegiatan peningkatan mutu rumah sakit.

Standar Manajemen Komunikasi dan Informasi (MKI) dinilai berdasarkan 21 standar penilaian berikut (KARS, 2012):

- 1) Rumah sakit berkomunikasi dengan komunitas untuk memfasilitasi akses terhadap pelayanan maupun akses terhadap informasi tentang pelayanan asuhan pasien.
- 2) Rumah sakit menginformasikan kepada pasien dan keluarga tentang asuhan dan pelayanan, serta bagaimana cara mengakses/untuk mendapatkan pelayanan tersebut
- 3) Komunikasi dan pendidikan kepada pasien dan keluarga diberikan dalam format dan bahasa yang dapat dimengerti
- 4) Komunikasi yang efektif di seluruh rumah sakit

- 5) Pimpinan menjamin ada komunikasi efektif dan koordinasi antar individu dan departemen yang bertanggung jawab untuk memberikan pelayanan klinik
- 6) Informasi tentang asuhan pasien dan respon terhadap asuhan dikomunikasikan antara praktisi medis, keperawatan dan praktisi kesehatan lainnya pada waktu setiap kali penyusunan anggota regu kerja /*shift* maupun saat pergantian *shift*.
- 7) Berkas rekam medis pasien tersedia bagi praktisi kesehatan untuk memfasilitasi komunikasi tentang informasi yang penting
- 8) Informasi yang berkaitan dengan asuhan pasien ditransfer bersama dengan pasien
- 9) Rumah sakit merencanakan dan merancang proses manajemen informasi untuk memenuhi kebutuhan informasi internal maupun eksternal
- 10) Kerahasiaan dan privasi informasi dijaga
- 11) Keamanan informasi, termasuk integritas data, dijaga.

- 12) Rumah sakit mempunyai kebijakan tentang masa retensi/penyimpanan dokumen, data dan informasi
- 13) Rumah sakit menggunakan standar kode diagnosa, kode prosedur/tindakan, simbol, singkatan, dan definisi.
- 14) Kebutuhan data dan informasi dari orang di dalam dan di luar rumah sakit terpenuhi secara tepat waktu dalam format yang memenuhi harapan pengguna dan dengan frekuensi yang dikehendaki
- 15) Staf manajerial dan klinis yang pantas berpartisipasi dalam memilih, mengintegrasikan dan menggunakan teknologi manajemen informasi
- 16) Catatan dan informasi dilindungi dari kehilangan, kerusakan, gangguan, serta akses dan penggunaan oleh yang tidak berhak
- 17) Pengambil keputusan dan staf lain yang kompeten telah mendapat pendidikan dan pelatihan tentang prinsip manajemen informasi
- 18) Kebijakan tertulis atau protokol menetapkan persyaratan untuk mengembangkan serta menjaga kebijakan dan

prosedur internal maupun suatu proses dalam mengelola kebijakan dan prosedur eksternal

- 19) Rumah sakit membuat / memprakarsai dan memelihara rekam medis untuk setiap pasien yang menjalani asesmen/pemeriksaan (*assessed*) atau diobati
- 20) Kumpulan data dan informasi mendukung asuhan pasien, manajemen rumah sakit, dan program manajemen mutu.
- 21) Rumah sakit mendukung asuhan pasien, pendidikan, riset, dan manajemen dengan informasi yang tepat waktu dari sumber data terkini.

5. Indikator pada Pelayanan Kesehatan

Secara umum, untuk dapat mengukur terpenuhi atau tidaknya suatu standar yang telah ditetapkan dalam program menjaga mutu digunakanlah indikator. Menurut Azwar (2007), terdapat 2 macam indikator secara garis besar, yaitu:

a. Indikator persyaratan minimal

Merupakan ukuran terpenuhi atau tidaknya standar masukan, lingkungan serta proses. Apabila hasil

pengukuran berada dibawah indikator yang telah ditetapkan, pasti akan besar pengaruhnya terhadap mutu pelayanan kesehatan yang akan diselenggarakan atau dengan kata lain akan sulit terselenggaranya pelayanan kesehatan yang bermutu.

1.) Indikator masukan

Merupakan ukuran terpenuhi atau tidaknya standar masukan. Jadi menunjuk pada ukuran tenaga pelaksana, sarana, serta dana yang tersedia dalam suatu institusi kesehatan.

2.) Indikator lingkungan

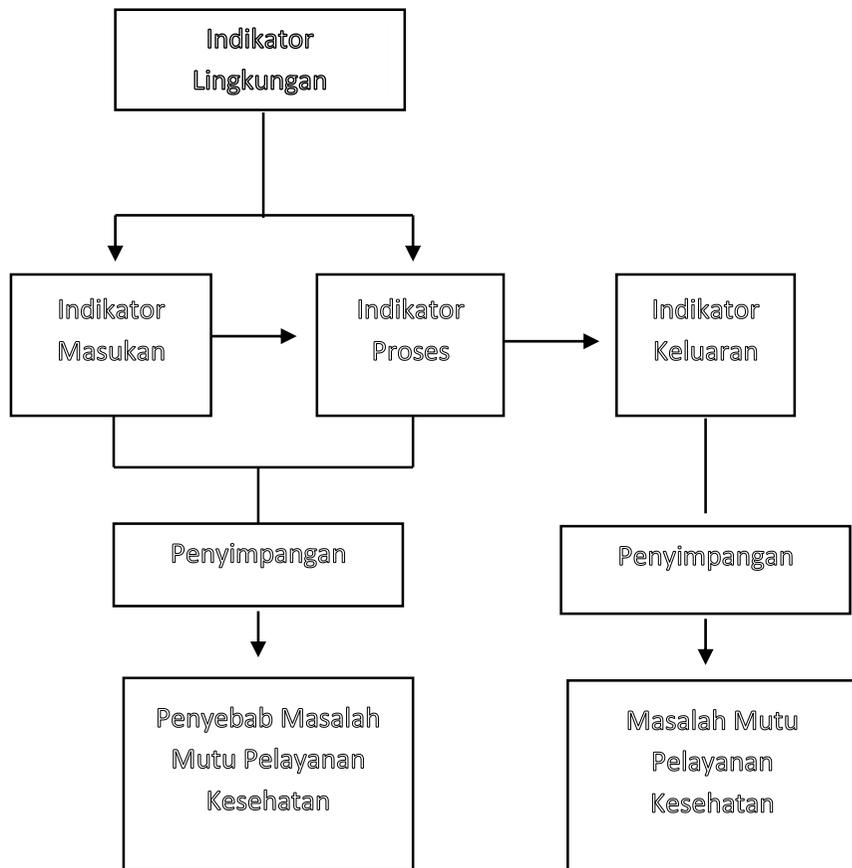
Indikator ini menunjuk pada ukuran terpenuhi atau tidaknya standar lingkungan berupa ukuran kebijakan, organisasi serta manajemen yang dianut oleh suatu insstitusi kesehatan.

3.) Indikator proses

Indikator ini menunjuk pada ukuran tindakan medis dan tindakan non-medis yang dilakukan oleh suatu institusi kesehatan

b. Indikator penampilan minimal

Merupakan indikator yang menunjuk pada ukuran terpenuhi atau tidaknya standar penampilan minimal pelayanan kesehatan yang diselenggarakan. Indikator ini disebut juga indikator keluaran. Apabila hasil pengukuran terhadap standar penampilan minimal berada dibawah indikator keluaran, berarti pelayanan kesehatan yang diselenggarakan tidak bermutu.



Gambar 1. Indikator pada pelayanan kesehatan (Azwar, 2007)

6. Atribut Indikator yang Baik

Pada dasarnya indikator harus dikembangkan dengan baik dan dikomunikasikan kepada seluruh individu di dalam organisasi. Indikator harus didefinisikan secara jelas, berupa

pernyataan tertulis yang menggambarkan secara spesifik harapan yang diinginkan (Katz dan Green, 1997). Dengan demikian berbagai persyaratan harus dipenuhi oleh sebuah indikator, agar tujuan penyusunan indikator dapat tercapai.

Donabedian dalam Katz and Green (1997) mensyaratkan bahwa indikator yang baik harus spesifik, terukur, tepat, reliabel, dan *timely*. Sedangkan GOLD suatu badan mutu mensyaratkan atribut Indikator yang baik terdiri dari (Wardhani, 2001) data tersedia, bukti kuat, mengarahkan pada perubahan yang jelas, area yang penting, mengacu pada praktek terkini, sumber daya berdampak pada perubahan, berefek pada insentif.

Wardani (2001) dalam penelitiannya mensyaratkan indikator kualitas yang terpilih harus memiliki syarat *burden*, valid, responsif dan terdefinisi (*defineable*). Sedangkan indikator tidak terpilih jika tidak memenuhi syarat wajib yang terdiri dari *burden*, valid dan responsif. Apabila indikator memenuhi syarat wajib tetapi tidak

terdefinisi (*defineable*) maka dapat ditinjau kembali apakah dapat digunakan atau tidak.

Kelley & Hurst (2006) serta Matkee (2006) menetapkan beberapa kriteria untuk memilih indikator yang dapat diterima sebagai instrumen untuk mengukur kualitas pelayanan kesehatan sebagai berikut:

- a. Pentingnya sesuatu diukur dalam kerangka dampak pada status kesehatan dan biaya kesehatan, relevan dengan kebijakan dan memungkinkan adanya intervensi terhadap problem.
- b. *Scientific soundness* yang meliputi: validitas, reliabilitas, dan berbasis bukti yang eksplisit.
- c. *Feasibility* dan biaya yang dapat dibandingkan secara internasional, meliputi: adanya prototipe, tersedianya data, dan biaya pengukuran.

Indikator *patient safety* adalah perangkat yang digunakan untuk merefleksikan keselamatan pasien selama mendapatkan perawatan di rumah sakit. Indikator ini menggambarkan berbagai masalah yang didapat oleh pasien

selama perawatan di rumah sakit (AHRQ, 2006) Indikator tersebut dapat menjadi tanda akan adanya masalah dalam pelayanan maupun tanda akan timbulnya komplikasi atau *adverse event*.

7. Key Performance Indicator

Key Performance Indicators atau disingkat KPI adalah metrik finansial ataupun non-finansial yang digunakan untuk membantu suatu organisasi atau perusahaan untuk menentukan dan mengukur kemajuan terhadap sasaran organisasi atau perusahaan tersebut. KPI sering digunakan untuk menilai aktivitas-aktivitas yang sulit diukur seperti keuntungan pengembangan kepemimpinan, perjanjian, layanan, dan kepuasan serta umumnya dikaitkan dengan strategi organisasi atau perusahaan yang diterapkan dengan teknik atau metode seperti kartu skor berimbang atau *balanced scorecard*.

KPI merupakan bagian dari *performance indicators* atau indikator kinerja organisasi. Keunggulan KPI dibandingkan dengan indikator kinerja lainnya, adalah

bahwa KPI merupakan indikator kunci yang benar-benar mampu mempresentasikan kinerja organisasi secara keseluruhan. Jumlah indikator kinerja yang dipilih sebagai KPI ini biasanya tidak banyak, namun demikian hasil pengukuran melalui indikator tersebut dapat digunakan untuk menilai tingkat keberhasilan organisasi dalam mencapai tujuan dan sasaran yang telah ditetapkan (Arifin, 2012).

KPI sebagai ukuran atau indikator yang akan memberikan informasi sejauh mana organisasi atau perusahaan telah berhasil mewujudkan sasaran strategis yang telah ditetapkan. Dalam menyusun KPI sebuah organisasi atau perusahaan sebaiknya menetapkan indikator kinerja yang jelas, spesifik dan terukur (*measurable*).

8. Indikator Manajemen Rumah Sakit

Indikator Manajemen Rumah Sakit merupakan sekumpulan parameter pada bab Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien (PMKP), yaitu salah satu bab pada standar manajemen rumah sakit. Sesuai fungsinya sebagai

program peningkatan mutu dan keselamatan pasien, maka di dalam standar ini terdapat

tiga indikator utama yaitu 1) Kepemimpinan dan Perencanaan, 2) Rancangan Proses Klinik dan Manajemen, dan 3) Pemilihan Indikator dan Pengumpulan Data (KARS, 2012). Sebagian besar rumah sakit mempunyai sumber daya terbatas, maka rumah sakit ini tidak dapat mengumpulkan data untuk menilai semua hal yang diinginkan. Jadi, rumah sakit harus memilih proses dan hasil (*outcome*) praktek klinik dan manajemen yang harus dinilai (diukur) dengan mengacu pada misi rumah sakit, kebutuhan pasien dan jenis pelayanan. Penilaian sering terfokus pada proses yang berimplikasi risiko tinggi, diberikan dalam volume besar atau cenderung menimbulkan masalah. Pimpinan rumah sakit bertanggung jawab menentukan pilihan terakhir dari indikator kunci yang digunakan dalam kegiatan peningkatan mutu.

Indikator yang dipilih terkait dengan upaya manajemen meliputi :

- a. Pengadaan rutin peralatan kesehatan dan obat untuk memnuhi kebutuhan pasien
- b. Pelaporan yang diwajibkan oleh peraturan perundang-undangan
- c. Manajemen risiko
- d. Manejemen penggunaan sumber daya
- e. Harapan dan kepuasan pasien dan keluarga
- f. Harapan dan kepuasan staf
- g. Demografi pasien dan diagnosis klinik
- h. Manajemen keuangan dan
- i. Pencegahan dan pengendalian dari kejadian yang dapat menimbulkan masalah bagi keselamatan pasien, keluarga pasien dan staf

Elemen penilaian terhadap indikator berdasarkan; penetapan indikator oleh pimpinan manajemen untuk setiap area manajerial yang diuraikan di a) sampai i) di atas; pimpinan menggunakan landasan "ilmu" dan "bukti" (*evidence*) untuk mendukung masing-masing indikator yang dipilih; penilaian terhadap indikator manajemen meliputi

struktur, proses dan hasil (*outcome*); penetapan cakupan, metodologi dan frekuensi; mengevaluasi efektivitas dari peningkatan pencapaian menggunakan data penilaian manajerial yang terkumpul.

Data yang terkumpulkan, dianalisis dan diubah menjadi informasi yang berguna untuk membuat kesimpulan dan membuat keputusan. Melakukan analisis data melibatkan orang yang paham tentang manajemen informasi, terampil dalam mengumpulkan data dan mahir menggunakan metoda statistik. Analisis data melibatkan mereka yang diberi tanggungjawab terhadap proses atau hasil dari yang diukur. Mereka adalah klinikus atau manajer atau kombinasi keduanya. Jadi, analisis data memberikan umpan balik dari manajemen informasi untuk membantu mereka membuat keputusan dalam perbaikan mutu klinik dan manajemen. Memahami statistik berguna untuk melakukan analisis data, terutama dalam hal membuat interpretasi dari penyimpangan dan lalu memutuskan dimana perbaikan dilakukan (KARS, 2012).

B. Penelitian Terdahulu

Peneliti, tahun	Judul penelitian	RS	Setting Penelitian	Rancangan penelitian
Suryawati et all (2006)	Penyusunan Indikator Kepuasan Pasien Rawat Inap Rumah Sakit Di Provinsi Jawa Tengah	RSUD Kota Semarang, RSUD Ambarawa dan RSU Panti Wilasa Citarum Semarang	Instalasi Gawat Darurat	Deskriptif crossectional
Reksadiana, dkk (2014)	Analisis Kualifikasi dan Pendidikan Staf Rekam Medis dalam Menghadapi Akreditasi Rumah Sakit Dan Akreditasi JCI	RS Sardjito	Pendidikan Staf Rekam Medis	Kualitatif deskriptif
Ivana, dkk (2014)	Analisa Komitmen Manajemen Rumah Sakit (RS) Terhadap Keselamatan Dan Kesehatan Kerja (K3) Pada RS Prima Medika Pematang	RS Prima Medika Pematang	Bagian manajemen rumah sakit	Kualitatif deskriptif
Rotti, dkk (2014)	Hubungan Fungsi Manajemen Kepala Ruangan dengan Pelaksanaan Pencegahan dan Pengendalian Infeksi di Ruang Rawat Inap Rumah	Rumah Sakit Umum Pusat Prof R.D Kandou Manado	Ruang Rawat Inap	Kuantitatif deskriptif

	Sakit Umum Pusat Prof R.D Kandou Manado			
Hariyono (2013)	Analisis Kesiapan Menghadapi Akreditasi pada Pelayanan Administrasi dan Manajemen di Rumah Sakit Umum Rajawali Citra Kabupaten Bantul (Telaah Pembanding Pada Akreditasi Rumah Sakit Bidang Pelayanan K3B)	Rumah Sakit Umum Rajawali Citra Kabupaten Bantul	Akreditasi Rumah Sakit Bidang Pelayanan K3B	Kualitatif deskriptif
Sopacua, & Pratiwi, (2009)	Akreditasi Rumah Sakit dalam Dimensi Prosedural Mutu Pelayanan	-	Prosedural mutu pelayanan	Studi literatur
Mulyawan, B., (2015)	Kualitas Pelayanan Rumah Sakit Umum Daerah (Studi tentang Kepuasan Pasien Rawat Inap Peserta Jamkesmas pada Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Indramayu	Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Indramayu	Rawat Inap Peserta Jamkesmas	Kualitatif deskriptif

C. Landasan Teori

Penelitian tentang analisis pencapaian dan evaluasi indikator manajemen ini didasarkan pada program menjaga mutu (*quality assurance program*) dimana RS sebagai institusi pelayanan kesehatan dalam upaya meningkatkan mutu, perlu mengukur kinerja dan pencapaian berdasarkan standar yang telah ditetapkan yang mengacu pada standar instrumen akreditasi rumah sakit 2012.

D. Kerangka Konsep



Gambar 2. Kerangka Konsep