

## Peran Proses Manajemen dalam Pengembangan Mutu Pelayanan Rumah Sakit

Yudanarso Dawud <sup>1)</sup>

### PENDAHULUAN

Dalam REPELITA VI telah digariskan dalam Program Kesehatan Rujukan dan Rumah Sakit antara lain tentang Kegiatan Pelayanan Rumah Sakit. Kegiatan ini ditujukan untuk meningkatkan mutu dan cakupan pelayanan rumah sakit dan meningkatkan peran serta masyarakat.

Mutu pelayanan rumah sakit sebetulnya sesuatu yang abstrak, tidak ada satu definisi yang dapat memuaskan semua pihak. Goodier GJ (1996) mengatakan, bahwa dalam menera mutu pelayanan kesehatan terdapat empat dimensi, yaitu "*clinical, management, patient, and population health*". Tetapi telah dapat diterima umum, bahwa mutu berkaitan dengan kepuasan pasien/masyarakat profesional, manajemen, dan pemilik. Sebagai wakil masyarakat, maka pemerintah pada saat ini telah melaksanakan akreditasi rumah sakit dalam upaya meningkatkan mutu pelayanan dan asuhan pasien rumah sakit (*hospital care and services*).

Akreditasi ini mempunyai kelernahan-kelemahan, oleh karena umumnya menekankan pada bukti-bukti fisik dan pencatatan tertulis, dan kurang pada proses pelayanan langsung oleh karyawan rumah sakit ke pasien. Oleh karena sumber daya utama rumah sakit adalah manusia (karyawan), maka mengupas proses pelayanan ini menjadi menarik. Makalah ini, menekankan upaya peningkatan mutu rumah sakit melalui pengembangan kriteria proses.

### KELEMAHAN AKREDITASI RUMAH SAKIT

Pengukuran mutu secara umum dibagi menjadi tiga kriteria yaitu: struktur, proses, dan *outcome* (Kraft, 1989; Wyszewianski L, 1988). Kriteria struktur menekankan fasilitas yang adekuat, keabsahan fasilitas dan praktek para profesional, dan fungsi dari organisasi secara menyeluruh. Jadi, menguji kualifikas, sertifikasi, dan pengenalan lain dari sumber daya. Kriteria proses dipakai untuk menera

1) Direktur RSUP  
Persahabatan dan  
Pengajar PS KARS  
UI.

terhadap apa yang terjadi saat melaksanakan pelayanan pada pasien dan berasumsi, bahwa mutu yang baik akan menghasilkan *outcome* yang mernadai. Kriteria proses ini menilai aktifitas dokter dan profesional lain yang terkait dengan pelayanan pasien. Kriteria *outcome* adalah upaya mengukur hasil-hasil pelayanan kesehatan terhadap derajat kesehatan saat ini atau yang akan datang. Organisasi Kesehatan Dunia (WHO, 1994) memakai istilah yang lebih sederhana, yaitu:

*Inputs* (e.g. money, human resources, skills, materials, drug and equipment),

*Process* (e.g. whether patients are appropriately and promptly treated with courtesy and dignity as inpatients or outpatients by skilled staff), and

*Outcome* (e.g. whether the result of the hospital stay was beneficial to the health of the patient).

Pada saat ini, sistem akreditasi telah dilaksanakan disamping penilaian secara tradisional. Secara tradisional, penampilan rumah sakit dinilai dari pelaporan tentang misalnya: BOR, ALOS, TOI, GDR, NDR, dsb. Dalam akreditasi, penilaian standar pelayanan rumah sakit ditetapkan melalui tujuh standar; yaitu standar-standar: falsafah dan tujuan, administrasi dan pengelolaan, staf dan pimpinan, fasilitas dan peralatan, kebijakan dan prosedur,

pengembangan staf dan program pendidikan, dan evaluasi dan pengendalian mutu.

Rowland,HS and Rowland,BL (1984) telah menjelaskan, bahwa secara konsensus telah diterima pembagian pengukuran mutu pelayanan kesehatan menjadi dua konsep, yaitu : *the quality of the technical care* (mutu pelayanan teknik), and *the quality of the art-of-care* (mutu seni pelayanan). Mutu pelayanan teknik mengacu kepada ketepatan proses diagnosa dan pengobatan; sedang mutu dari seni pelayanan mengacu ke lingkungan (*milleu*), *manner* dan perilaku (*behaviour*) dari *provider* dalam memberi pelayanan ke dan berkomunikasi dengan pasien. Penilaian mutu pelayanan dengan akreditasi lebih condong menilai mutu pelayanan teknik dari pada mutu seni pelayanannya. Menurut Kraft DP (1985), maka penilaian melalui akreditasi ini (dan penilaian tradisional) mempunyai beberapa kelemahan, antara lain :

1. Tergantung pencatatan (*reliance on records*).

Pencatatan status pasien, pencatatan panitia-panitia dalam komite medik, pencatatan mengenai standar pelayanan profesional (dokter, perawat dan manajemen), prosedur tetap, kebijakan, dan lain-lain, merupakan dasar utama dari penilaian akreditasi. Begitu pula penilaian secara tradisional. Padahal, pencatatan yang baik belum tentu menjamin mutu pelayanan yang dilaksanakan kepada pasien. Ada faktor perilaku dan kemampuan komunikasi dari para professional yang lebih

menentukan derajat kepuasan pasien. Begitu pula, keberadaan berbagai fasilitas yang baik dan peralatan yang canggih, tidak dapat menjamin bahwa pelayanan dengan alat-alat tersebut bermutu.

2. Menekankan pada pelayanan dokter (*emphasis on physician services*).

Penilaian sering menekankan lebih banyak pada pelayanan dokter dari pada yang lain. Tetapi sekali lagi, fungsi pencatatan pun sangat menonjol dalam penilaian dari upaya dokter memberi pelayanan ini. Pelayanan paramedik, baik keperawatan maupun non-keperawatan dan manajemen, juga memberi andil terhadap kepuasan pasien. Pelayanan yang menentukan kepuasan pasien adalah segala jenis pelayanan sejak masuk sampai ke luar rumah sakit.

3. Definisi asuhan kesehatan yang sempit (*narrow definition of health care*).

Batasan dari mutu pelayanan kesehatan yang dinilai oleh cara akreditasi rumah sakit sering melupakan fungsi kelompok profesi lain di masyarakat yang ikut bertanggung jawab kepada derajat kesehatan penduduk. Akreditasi menilai pelayanan kepada pasien/perorangan. Padahal penyelenggara upaya kesehatan penduduk seperti: penyedia air bersih, lingkungan bersih, para pendidik, para dokter dan perawat yang memberi pelayanan kesehatan di luar rumah sakit dan lain-lain, juga menentukan

derajat kesehatan pasien tersebut; dan seharusnya juga dinilai dalam akreditasi.

4. Kerancuan antara standar yang diharapkan dan yang disyaratkan (*confusion of desired standards with required standards*).

Standar yang dikehendaki (*desired standards*) sering rancu dengan standar yang disyaratkan (*required standards*). Penetapan persyaratan dalam akreditasi sering lebih tinggi atau lebih rendah dari yang dikehendaki untuk menjamin mutu. Apalagi mutu sangat tergantung pada derajat kepuasan individual. Dalam masyarakat variasi derajat kepuasan individual sangat besar.

5. Dapat terpengaruh oleh surveyor (*influence of surveyors*).

Pengaruh subjektifitas dari para surveyor dalam melakukan penilaian sangat menentukan. Subjektifitas para surveyor dapat berbeda bukan saja dalam melakukan penilaian catatan-catatan, tetapi juga dalam komunikasi dan interaksi dengan para karyawan rumah sakit yang dinilai.

#### MEMANAJEMENI MUTU PELAYANAN

Istilah *Quality Control* (QC), *Quality Improvement* (QI), dan *Quality Assurance* (QA), telah lama muncul. Istilah-istilah ini cukup membingungkan. Wyszewianski L (1988) memperjelas dengan merumuskan:

QA = Quality Assessment + QI and QC

Di sini *Quality Assessment* adalah ukuran (measurement) dan QI and QC adalah kegiatannya (*action*). Proses QA menekankan pemantauan terjadinya suatu masalah dan menganjurkan langkah-langkah untuk memecahkannya, serta proses penilaiannya (antara lain seperti dianjurkan oleh Harris, RD -1989). *The Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations* (JCAHO) di tahun 1991 juga menjelaskan, bahwa selama bertahun-tahun praktek pelaksanaan QA standards hanyalah mencakup proses di mana mutu pelayanan dipantau (*monitored*) dan dinilai (*evaluated*).

Kemudian muncul pula istilah *Continuous Quality Improvement* dan *Total Quality Management* yang makin membingungkan dalam mengerti konsep peningkatan mutu transisi dari QA ke CQI dijelaskan oleh JCAHO, bahwa dalam proses evolusi, pemantauan dan penilaian mutu pelayanan ini kemudian memasukkan *peer review* dan *medical audits*. Pengetahuan dan pengalaman dalam peneraan dan upaya peningkatan mutu berkembang dengan pesat, utamanya dalam lingkungan pelayanan kesehatan saat ini yang menekankan kepada *cost containment and tangible demonstration of quality*. Muncullah kemudian istilah QCI tersebut. Secara singkat konsep ini menganjurkan, bahwa untuk meningkatkan mutu pelayanan kesehatan secara berhasil guna, dapat dilakukan sebagai berikut. :

- focusing on all key activities of the organization, including direct care,*

*governance, management, and support services.*

- coordinating efforts through-out the organization;*
- using effective performance measures to collect reliable data;*
- addressing processes that have important direct or indirect effect on patient outcomes, including those that cross internal organizational boundaries; and*
- focusing primarily on opportunities to improve these processes rather than looking only for isolated 'bad apples'.*

Jadi, konsep CQI adalah kelanjutan dari konsep QA. Tetapi, sampai saat ini masih banyak yang masih senang dengan istilah QA, walaupun dalam pelaksanaannya telah berkembang bukan hanya masalah pemantauan dan penilaian seperti dikemukakan oleh JCAHO. Lebih lanjut, terdapat istilah *Total Quality Management (TQM) programs* (Manajemen Mutu Paripurna = MMP). Dessler, G (1995) memberi batasan TQM sebagai :

*Organization-wide programs that integrate all functions of the business and related processes such that all aspects of the business including design, planning, production, distribution and field service are aimed at maximizing customer satisfaction through continuous improvements.*

Tidak semua rumah sakit tepat untuk memilih MMP kalau kelemahan manajemen mutunya dapat dilokalisir, karena patut

disadari bahwa MMP membutuhkan energi dan kemauan yang besar. Tetapi, bagi rumah sakit yang memang mengharapkan seluruh karyawannya secara bersama-sama dan terpadu meningkatkan penampilan rumah sakit, tentu saja MMP dapat dipertimbangkan untuk dilaksanakan dengan konsep-konsep perencanaan yang memadai.

#### PELAKSANAAN MANAJEMEN MUTU PELAYANAN

Mutu adalah sesuatu yang abstrak. Mutu pelayanan rumah sakit adalah identik dengan derajat kepuasan, baik kepuasan pasien/masyarakat, para profesional di rumah sakit (utamanya dokter), manajemen, dan pemerintah. Pelayanan rumah sakit dimulai dari sejak pasien masuk ke halaman rumah sakit sampai ke luar halaman. Sering pasien (*external customer*), untuk membedakan dengan dokter sebagai *internal customer*, menganggap bahwa pelayanan rumah sakit kurang bermutu dan merasa tidak puas oleh hal-hal kecil misalnya di lapangan parkir, kamar kecil, loket pendaftaran atau pembayaran, dan sebagainya, yang tidak secara langsung berhubungan dengan pelayanan terhadap penyakit yang dideritanya.

Rumah sakit yang merasakan perlunya pembinaan SDM dalam melaksanakan tugas untuk melayani pasien/pengunjung di hampir di semua unit kerja dapat memilih MMP sebagai strateginya. Kesenjangan (*gap*) antara apa yang diharapkan dari perilaku SDM yang seharusnya dengan apa

yang ada, perlu dinilai apakah cukup besar. Sekali diputuskan, maka pengembangan perlu secara *consistent* dilaksanakan. Masing-masing unit kerja diharapkan sudah mempunyai acuan tertulis tentang pelayanan tugas profesionalnya, termasuk prosedur-prosedur tetapnya, seperti apa yang diharapkan oleh akreditasi standar pelayanan rumah sakit; di samping, upaya untuk selalu menuliskan pedoman atau arahan pimpinan, termasuk strategi manajerial yang dilaksanakannya; agar setiap SDM secara sadar terkait dan terpadu dalam upaya mencapai tujuan yang telah ditetapkan bersama.

Tentunya, pimpinan juga harus terbuka untuk informasi dan koreksi. Oleh karena itu, maka rapat-rapat periodik, baik mingguan, bulanan, dan tahunan, sangat menentukan keberhasilan pencapaian penampilan yang terpadu. Keterbukaan dan peran serta adalah dua unsur penting dalam demokrasi manajemen. Pengalaman membuktikan, bahwa MMP akan lebih mudah berhasil dengan pengembangan sistem demokrasi. Pada dasarnya, maka sebetulnya pengembangan MMP adalah pengembangan budaya rumah sakit, yaitu pengembangan jangka panjang dari perilaku SDM. Perubahan strategis jangka panjang ini, menurut Donahue,KT dan Blatchley,CR (1995), maka pimpinan harus melakukan proses penambahan budaya yang *customer-focused*, dan mengupayakan agar organisasi dapat lentur (*flexible*) dan dapat menyesuaikan terhadap perubahan jangka pendek yang fokusnya kepada peningkatan hasil-guna (*effectiveness*) dan dimensi penampilan proses-proses dalam pelayanan

dasar. Hal ini sesuai dengan tujuan yang ingin dicapai oleh MMP.

Dalam pelaksanaan, maka MMP yang berhasil adalah melalui pengembangan organisasi (*organizational development*) atau menilai ulang (*review*) organisasi secara menyeluruh, mulai dari pengembangan struktur dan fungsi, kemudian personalia (*staffing*) dan rekayasa personalia (*personnel engineering*), standar-standar profesi dengan standar-standar prosedurnya, fasilitas dan lingkungan kerja yang mendukung, sampai dengan evaluasi. Di tambah, dengan pengembangan budaya pelayanan yang diharapkan untuk lebih mengena pada perilaku SDM, yang bekerja baik secara perorangan maupun kelompok dalam melaksanakan tugas melalui proses manajemen yang telah dipilih atau ditentukan secara bersama. Budaya rumah sakit yang terbina baik akan dapat menghasilkan kerja sama tim, yang pada akhirnya meningkatkan mutu rumah sakit.

Selanjutnya, atas kesepakatan bersama pula, maka diperkenalkan strategi peningkatan mutu melalui MMP yang telah direncanakan oleh suatu tim khusus yang tugasnya mempersiapkan konsep secara menyeluruh termasuk kegiatan dan personalia, maupun anggaran yang dibutuhkan. Tentu, keberhasilan terletak pada efektifitas dan efisiensi, maka program itu haruslah sederhana, murah, dan dilakukan secara sukarela. Adalah bijaksana untuk mulai dengan GKM (gugus kendali mutu), yang mengutamakan upaya pemecahan masalah setempat dan membangun demokrasi, serta kesukarelaan.

Hasil dari GKM, adalah pemecahan yang dapat dilaksanakan kelompok setempat tanpa bantuan dari luar, dan pemecahan yang memerlukan bantuan luar. Bantuan ini mungkin berbentuk peralatan dan fasilitas yang sudah ada tersedia di rumah sakit yang mungkin didapat dengan komunikasi antar petugas, atau berbentuk rekomendasi pada direksi oleh karena memerlukan kekuatan (*power*) untuk mendapatkannya, termasuk mungkin penggunaan dana akibat tidak tersedianya peralatan yang dibutuhkan di rumah sakit. Direksi harus segera memproses dan menyampaikan ke GKM yang bersangkutan tentang kesulitan-kesulitan yang mungkin timbul dalam mengadakannya. Kalau hal ini tidak dikerjakan, maka derajat kepuasan anggota GKM akan menurun, yang mungkin dapat mematikan GKM itu sendiri. GKM juga akan meningkatkan rasa percaya diri dan ketrampilan anggotanya, yang pada akhirnya meningkatkan kerja sama tim melalui kebersamaan dan perasaan mempunyai (*sense of belonging*).

Di sisi lain, maka pengembangan budaya yang diharapkan perlu terus dilaksanakan secara terus menerus, oleh karena jelas hal ini memerlukan waktu yang lama, seperti halnya pengembangan mutu pada umumnya. Segala media harus dipergunakan, seperti lisan, tulisan, dan gambar dan suara, maupun lomba-lomba yang berkaitan dengan itu. Misalnya, seperti apa yang telah dilakukan RSUP Persahabatan dalam mengembangkan *budaya persahabatannya*. RSUP Persahabatan memakai cara antara lain

melalui :

- pimpinan secara terus menerus dan *consistent* mengucapkan perlunya pemahaman untuk dilaksanakan oleh setiap orang (hal ini mendukung konsep MMP);
- tulisan berupa poster, petunjuk tata tertib bagi karyawan dan pengunjung, tema seminar, karangan, dan sebagainya, dilaksanakan pada setiap kesempatan;
- wawancara dengan pers, radio dan video/televisi, yang memang perlu biaya;
- nyanyian yang melukiskan apa isi pesan budaya (*nyanyian ini disebut Budaya Persahabatan*);
- perlombaan bernyanyi, membuat foto, bersajak, pemilihan *sahabat terbaik* dsb.

#### PENUTUP

Mutu pelayanan adalah hasil kerja setiap unit kerja dan perorangan yang bekerja secara tim, karena disadari, bahwa tidak ada seorangpun di rumah sakit yang bekerja sendiri. Masing-masing berkarya sesuai dengan tugasnya masing-masing. Dalam pengembangan organisasi, masalah penilaian dan mutu memang diletakkan paling belakang, tetapi mutu adalah hasil resultan dari pengembangan organisasi sejak pembentukan misi dan tujuan, pengembangan semua sumber daya dan proses transformasi menjadi keluaran, sampai pada pengendalian. Dengan kata lain, dikaitkan dengan standar pelayanan rumah sakit, maka mutu adalah resultan

dari pelaksanaan standar ke-1 sampai dengan standar ke-7.

Akreditasi umumnya lebih condong menilai bukti tertulis, sedang seni pelayanan (*art-of-care*) atau kriteria-proses kurang mendapat perhatian. Kelemahan-kelemahan akreditasi harus disadari. Sedangkan di pihak rumah sakit pengembangan setiap standar pelayanan perlu terus menerus. Upaya peningkatan mutu, memang tergantung kepada berapa besar *gap* antara derajat mutu pelayanan yang ada dengan derajat yang diarpakan. Konsep-konsep dan pengembangan manajemen mutu perlu dihayati.

Bagi rumah sakit yang SDM di segala bidangnya banyak kekurangannya, maka konsep MMP adalah paling cocok. Pengembangan SDM agar dapat memberi pelayanan yang berhasil-guna dan berdaya guna memerlukan pemilihan yang strategik. Strategi jangka pendek dipilih terhadap pengembangan pelayanan dasar yang utama, sedang jangka panjang sebaiknya dipilih dengan pengembangan budaya organisasi.

Apabila didukung dengan konsep pengembangan SDM yang kuat yang diprakarsai oleh para manajer yang bermutu dan agen perubahan (*agents of change*) lain, maka pengembangan mutu melalui kriteria proses akan dapat lebih berhasil walaupun selalu masih terdapat berbagai kendala yang dihadapi. Untuk mengurangi kendala, maka konsep perencanaan harus baik, efektif dan efisien, serta dilaksanakan secara *consistent dan continue*.

## Daftar Kepustakaan

- Departemen Kesehatan RI. *Standar Pelayanan Rumah Sakit*. Cetakan kedua. 1993
- Dessler, G. *Managing Organizations in an Era of Change*. The Dryden Press. Harcourt Brace College Publ. Chapter 17. 1995
- Donahue, KT dan CR Blatchley. "Improving Quality - the Key to Success"; *New World Health 1995, The International Review of Health and Medical Supplies in Developing Markets*. Sterling Publ. Lmt. 41-43. 1995
- Goodler, GJ. "Quality in Healthcare". Kongres PERSI VII, 25-28 Nop. 1996 di Jakarta.
- Hards, RD. "Quality Assurance, the Service Department and the JCAHO"; *Hospital Topics*. Vol 67, 3:11-7. May-Jun. 1989
- The Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations. *Using CQI Approaches to Monitor, Evaluate, and Improve Quality*. JCAHO. 1991
- Kraft, DP. "Quality of Care and the Accreditation of Health Services: What is the Relationship"; *Hospital Topics*. Vol 67, 1:23-7. Jan-Feb. 1989
- Perry, L. "The Quality Process"; *Modern Healthcare*. 30-34. April 1, 1988
- Rowland, HS dan BL Rowland. *Hospital Administration Handbook*. An ASPEN Publ. 1984
- RSUP Persahabatan. *Buku Pedoman: Pelaksanaan Manajemen "Pelayanan RSUP Persahabatan yang lebih Bersahabat"*. RSLTP Persahabatan. 7 Nop. 1993
- Wyszewianski, L. "Quality of Care: Past Achievements and Future Challenges"; *Inquiry*. 25:13-22, Spring 1988.
- Wyszewianski, L. "The Emphasis on Measurement in Quality Assurance: Reason and Implications"; *Inquiry*. 25:41-4-36, Winter 1988.
- Dawud, Yudanarso. *Strategi Pengembangan Rumah Sakit Persahabatan sebagai Rumah Sakit Unit Swadana*. Lokakarya Tahunan RSUP Persahabatan, 17-8 Maret 1995, di Cisarua

*A Journey of  
Thousands Miles  
Begins With  
A Single Step*