

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Manajemen Strategi Rumah Sakit

Menghadapi kondisi realitas yang sedang berlangsung setiap rumah sakit seperti layaknya organisasi bisnis pelayanan lain, memerlukan manajemen strategis supaya selalu dapat bekerja optimal menghadapi kondisi internal serta eksternal yang sedang berlangsung dilingkungannya. Strategi menurut Sutarto (1999) adalah “apa” yang seharusnya dikerjakan untuk mencapai tujuan perusahaan (organisasi). Sutarto mengutip ucapan Porter bahwa model manajemen strategis mengkombinasikan pola perencanaan dilanjut dalam pelaksanaan operasional dan pengawasan. Manajemen strategi juga mencakupi berbagai trend baru yang terjadi dalam iklim persaingan bisnis. Masalah keunggulan mutu adalah esensial.

1. Definisi Mutu

Definisi mutu mengandung makna derajat (tingkat) keunggulan suatu produk (hasil kerja/upaya) yang berupa barang maupun jasa, baik yang *tangible* maupun *intangibile*. *Tangible* adalah semua harta atau kekayaan yang berwujud dan kasat mata. Adapun *intangibile* adalah kebalikannya, yaitu semua harta atau kekayaan yang tidak berwujud dan tidak kasat mata. Dalam definisi yang lain kata mutu berasal dari bahasa Inggris yaitu *quality* yang berarti kualitas (Echols, *et al*, 1996).

Dalam pengertian yang lain definisi mutu yang praktis adalah sebuah derajat variasi yang terduga standar yang digunakan dan memiliki ketergantungan pada biaya yang rendah. Setiap lembaga atau organisasi yang melakukan proses produksi pasti memiliki standar mutu atau kualitas produk.

Standar manajemen mutu pertama kali diperkenalkan konsepnya oleh W. Edward Deming yang diakui sebagai “Bapak Mutu”. Beliau diakui sebagai “Bapak Mutu” karena menerapkan standar kontrol mutu pada pabrik-pabrik perlengkapan perang milik pemerintah Amerika. Setelah perang dunia ke II berakhir, W. Edward Deming mendirikan perusahaan konsultan yang salah satu kliennya adalah Departemen Luar Negeri Jepang. W. Edward Deming dengan metode standar kontrol mutunya dianggap berhasil dalam mengangkat ekonomi negara Jepang. Pada dasarnya Deming cenderung menempatkan mutu dalam artian yang lebih manusiawi. Ketika pekerja perusahaan berkomitmen pada pekerjaan untuk dilaksanakan dengan baik dan memiliki proses manajerial yang kuat untuk bertindak, maka mutu pun akan mengalir dengan sendirinya.

Inti dari aspek metodologi pendekatan manajemen mutu Deming adalah menggunakan teknik statistik sederhana pada output program perbaikan yang berkelanjutan atau terus menerus. Sehingga dari hasil evaluasi dengan metode statistik seorang manajer dapat mengidentifikasi terhadap masalah yang sedang dan telah dihadapi, termasuk mencari akar

permasalahan dan tehnik penanganan yang paling tepat terhadap masalah tersebut secara berkelanjutan.

Selain W. Edward Deming salah satu tokoh manajemen mutu yang juga diakui sebagai “Bapak Mutu” adalah Joseph M. Juran. Pandangan Juran tentang mutu merefleksikan pendekatan rasional yang berdasarkan pada fakta terhadap organisasi bisnis dan sangat menekankan pada pentingnya proses perencanaan dan kontrol mutu. Juran menyebut mutu sebagai “tepat guna”, dasar dari pandangan ini secara filosofis adalah kepercayaan dan keyakinan organisasi dalam produktifitas individual. Mutu merupakan perwujudan atau gambaran hasil yang mempertemukan kebutuhan dari pelanggan dan oleh karena itu memberikan kepuasan. Artinya mutu dapat dijamin dengan cara setiap individu organisasi memiliki sikap profesional untuk menajalankan pekerjaan dengan tepat dan menempati posisi yang tepat pula. Dengan perangkat yang tepat pekerja akan memproduksi barang dan jasa yang secara konsisten sesuai dengan harapan pelanggan (Arcaro, 2006).

2. Dimensi Mutu

Zeithaml, et al (1990) menyatakan bahwa dalam menilai kualitas pelayanan, terdapat sepuluh ukuran kualitas pelayanan, yaitu:

- a. *Tangible* (nyata/berwujud)
- b. *Realiability* (keandalan)
- c. *Responsiveness* (cepat tanggap)
- d. *Competence* (kompetensi)

- e. *Access* (kemudahan)
- f. *Courtesy* (keramahan)
- g. *Communication* (komunikasi)
- h. *Credibility* (kepercayaan)
- i. *Security* (keamanan)
- j. *Understanding the customer* (pemahaman pelanggan)

Perkembangan selanjutnya dalam penelitian terbaru, dirasakan adanya dimensi mutu pelayanan yang saling tumpang tindih satu dengan yang lainnya yang dikaitkan dengan kepuasan pelanggan.

3. Standar Mutu

Pelanggan baik eksternal maupun internal mempunyai keinginan ataupun harapan, terhadap jasa yang disediakan oleh rumah sakit. Mereka memiliki persyaratan-persyaratan yang diharapkan dapat dipenuhi oleh rumah sakit. Namun demikian pelanggan eksternal sebagai pengguna jasa pelayanan mengharapkan apa yang diinginkan dapat dipuaskan (*customer satisfaction*), sedangkan tenaga profesi mengajukan persyaratan agar pelayanan yang disediakan memenuhi standar profesi, sedangkan pihak manajemen menghendaki pelayanan yang efektif dan efisien. Jadi mutu dapat dipandang dari berbagai sudut pandang (Hanum, dkk, 2006).

Dari pendapat beberapa pakar mutu yang memperhatikan berbagai sudut pandang tersebut, dapat dirangkum ada 16 dimensi mutu:

- a. *Efficacy*, pelayanan yang diberikan menunjukkan manfaat dan hasil yang diinginkan

- b. *Appropriateness*, pelayanan yang diberikan relevan dengan kebutuhan klinis pelanggan dan didasarkan pada perkembangan ilmu pengetahuan.
- c. *Aviability*, pelayanan yang dibutuhkan tersedia
- d. *Accessiility*, pelayanan yang diberikan dapat diakses oleh yang membutuhkan.
- e. *Effectiveness*, pelayanan diberikan dengan cara yang benar, berdasarkan ilmu pengetahuan dan dapat mencapai hasil yang diinginkan.
- f. *Amenities*, kenyamanan fasilitas pelayanan.
- g. *Technical competence*, tenaga yang memberikan pelayanan mempunyai kompetensi teknis yang dipersyaratkan.
- h. *Affordability*, pelayanan yang diberikan dapat dijangkau secara finansial oleh yang membutuhkan
- i. *Acceptability*, pelayanan yang diberikan dapat diterima oleh masyarakat pengguna
- j. *Safety*, pelayanan yang diberikan aman.
- k. *Efficiency*, pelayanan yang diberikan dilakukan dengan efisien.
- l. *Interpersonal relationship*, pelayanan yang diberikan memperhatikan hubungan antar manusia baik antara pemberi pelayanan dengan pelanggan, maupun antar petugas pemberi pelayanananan.
- m. *Continuity of care*, pelayanan yang diberikan berkelanjutan, terkoordinir dari waktu ke waktu

- n. *Respect and caring*, pelayanan yang diberikan dilakukan dengan hormat, sopan dan penuh perhatian.
- o. *Legitimacy or accountability*, pelayanan yang diberikan dapat dipertanggungjawabkan (secara medik maupun hukum)
- p. *Timelines*, pelayanan diberikan tepat waktu.

Untuk dapat menyediakan pelayanan yang bermutu maka rumah sakit harus menetapkan berbagai standar yang terdiri dari standar seluruh aktifitas yang berhubungan atau berpengaruh terhadap kualitas hasil dan operasional organisasi dalam mencapai tujuan. Secara definisi, maka standar adalah suatu tingkat mutu yang relevan terhadap sesuatu. Standar terdiri dari standar struktur (*input*), standar proses dan standar hasil (*output*) dimana standar ini seharusnya disusun oleh pelanggan eksternal, tenaga profesional, manajemen, badan penilai dan pemilik. Standar ini berbasis pada *research based* dan *evidence based*, tidak pada *opinion based*. Manfaat dari penyusunan standar adalah untuk memantau pelayanan, menilai tingkat mutu yang diberikan, identifikasi kekurangan, komunikasi harapan dan menunjukkan pelayanan yang diberikan.

4. Prinsip Jaminan Mutu

Mutu tidak akan dicapai dalam waktu yang singkat. Hal ini memerlukan waktu yang sangat bervariasi tergantung dari pada standar mutu yang diinginkan. Pengertian tentang program jaminan mutu mungkin sudah sering kita ketahui dari berbagai sumber yang sangat bervariasi.

Secara singkat disebutkan bahwa program jaminan mutu melibatkan setiap orang yang berbeda dalam organisasi untuk peningkatan pelayanan yang terus menerus dimana mereka akan memenuhi kebutuhan standar dan harapan dari pada pelanggan internal maupun eksternal. Hal ini adalah suatu metode yang mengkombinasikan teknik manajemen, keterampilan teknik dan pemanfaatan penuh potensi sumber daya manusia dalam organisasi rumah sakit.

Program jaminan mutu dapat dibedakan dengan bentuk manajemen yang lain, dimana jaminan mutu didasarkan pada prinsip-prinsip sebagai berikut:

- a. Setiap orang didalam organisasi harus dilibatkan dalam penentuan, pengertian dan peningkatan proses yang berkelanjutan dengan masing-masing kontrol dan bertanggungjawab dalam setiap mutu yang dihasilkan oleh masing-masing orang
- b. Setiap orang harus sepakat untuk memuaskan masing-masing pelanggan baik eksternal maupun internal.
- c. Peningkatan mutu dilaksanakan dengan menggunakan metode ilmiah yaitu dengan menggunakan data untuk pengambilan keputusan, penggunaan alat-alat statistik dan keterlibatan setiap orang terkait.
- d. Adanya pengertian dan penerimaan terhadap suatu perbedaan yang alami.
- e. Pembentukan *team work*, baik dalam *part time team work*, *full time team work* ataupun *cross functional team*.

- f. Adanya komitmen tentang pengembangan karyawan (*development of employees*) melalui keterlibatan didalam pengambilan keputusan.
- g. Partisipasi setiap orang dalam merupakan dorongan yang positif dan harus dilaksanakan.
- h. Program pendidikan dan pelatihan dianggap sebagai suatu investasi atau modal dalam rangka pengembangan kemampuan dan pengetahuan pegawai untuk mencapai potensi yang mereka harapkan.
- i. *Supplier's* dan *customer* diintegrasikan dalam proses peningkatan mutu (Al-Assaf, 2001)

5. Ruang Lingkup Kegiatan Mutu

a. Membangun kesadaran mutu

Merupakan upaya penggeseran cara pandang peran dan fungsi organisasi pelayanan kesehatan dari memberi obat ke melayani pelanggan, dari pemeriksaan cepat ke pemeriksaan sesuai standar, dari pekerjaan saya ke pekerjaan kita dan dari pelayanan yang tidak ramah menjadi pelayanan yang ramah dan penuh senyum. Petugas organisasi pelayanan kesehatan harus mendapat keyakinan bahwa pendekatan jaminan mutu akan memberikan perubahan yang bermakna bagi kualitas pelayanan yang diberikan dan bersama-sama dalam satu tim mampu mengidentifikasi masalah di lingkungan pelayanan dan kemudian mencari jalan terbaik bagi pemecahan masalah tersebut.

b. Pembentukan Tim Jaminan Mutu

Berdasarkan surat keputusan kepala organisasi pelayanan kesehatan dan mendapat dukungan dari kepala organisasi tersebut dan petugas lainnya. Tim jaminan mutu dapat terdiri dari sub-tim yang mempunyai fungsi tertentu; sub-tim pembuatan standar, sub-tim pelaksanaan dan sub tim penilaian kepatuhan terhadap standar dan evaluasi. Tim jaminan mutu harus mendapatkan pelatihan tentang jaminan mutu. Jumlah anggota tim atau sub tim dapat berkisar 4-5 orang.

c. Pembuatan Alur Kerja dan Standar Pelayanan

Alur pelayanan ditempel di dinding agar mudah diketahui dan sebagai penunjuk jalan bagi pasien maupun pengunjung unit pelayanan kesehatan. Alur kerja, misalnya dari loket, laboratorium, apotik, dan lain sebagainya yang dibuat dalam bentuk skema, dibingkai dan ditempel pada masing-masing ruang pelayanan terkait serta terlihat oleh petugas. Pembuatan alur kerja ini sekaligus dapat diikuti dengan identifikasi berbagai hambatan atau kendala yang membuat alur kerja ini tidak jalan atau membutuhkan waktu yang lama. Standar pelayanan medik yang penting dibuat dalam bentuk algoritma medic, misalnya standar penatalaksanaan diare, penatalaksanaan demam pada anak, penatalaksanaan anak dengan batuk dan kesulitan bernafas, penatalaksanaan pasien TB paru dan lain-lain.

d. Penilaian Kepatuhan terhadap Standar

Untuk menilai tingkat kepatuhan digunakan daftar tilik penilaian yang telah disiapkan terlebih dahulu. Penilaian tingkat kepatuhan dilakukan oleh rekan kerja dari unit pelayanan kesehatan lain (*peer review*) atau sejawat dari unit pelayanan yang sama tetapi harus dijaga kerahasiaan rekan yang ditunjuk sebagai penilai ataupun supervisor dari Dinas Kesehatan Kabupaten. Sesuai dengan kegunaannya daftar tilik dipakai untuk mengukur kelengkapan sarana dan prasarana, pengetahuan pemberian pelayanan, standar kompetensi teknis petugas dan persepsi penerima pelayanan.

e. Penyampaian Hasil Kegiatan

Data temuan yang terkumpul diolah dan dianalisa kemudian disajikan dalam Lokakarya Mini Organisasi/Unit pelayanan. Jika dinilai tingkat kepatuhan dibawah 8-% maka keadaan ini perlu diperbaiki dengan melakukan intervensi terhadap penyebab rendahnya tingkat kepatuhan terhadap standar.

f. Survei Konsumen

Dilakukan secara sederhana dengan membuat kuesioner kemudian dibagikan kepada pelanggan sambil diminta untuk mengisi dan segera mengembalikannya pada kotak yang tersedia di Rumah Sakit. Jika ditemukan lebih dari 5% pelanggan tidak puas, perlu dilakukan tindakan segera untuk mengetahui sebab-sebab ketidakpuasan pelanggan, misalnya melalui study kualitatif (diskusi kelompok dan

wawancara mendalam) atau menggunakan kuesioner terstruktur melalui wawancara langsung kepada pelanggan.

g. Penyusunan Rencana Kegiatan

Sebelumnya tim jaminan mutu secara bersama-sama melakukan analisis permasalahan melalui siklus pemecahan masalah yang terdiri dari:

1. Identifikasi masalah
2. Penentuan prioritas masalah
3. Mencarai penyebab masalah
4. Mencari alternative pemecahan masalah
5. Menetapkan pemecahan masalah
6. Menyusun rencana kegiatan pemecahan masalah.

Untuk mempermudah proses pemecahan masalah, beberapa instrument mutu sederhana dapat digunakan, misalnya:

1. Menyampaikan pendapat (*brain storming*), untuk menggali berbagai alternative pemecahan masalah dan solusinya.
2. *Multiple Criteria Utility Assessment (MCUA)*, untuk mengambil keputusan bersama.
3. *Check List*
4. Diagram alur (*flowchat*) untuk menjelaskan komponen yang terlibat dalam proses
5. Diagram *Ishikawa* (diagram tulang ikan) untuk menggali kemungkinan penyebab

6. Data Matrik

7. Pemantauan dan Supervisi

Kunjungan penyelia (*supervisor*) kabupaten/kota untuk berkunjung secara berkala (1-3 bulan sekali) ke rumah Sakit untuk memantau status kegiatan jaminan mutu disuatu Rumah Sakit. Beberapa masalah yang ditemui dapat diatasi dengan perbaikan proses pelaksanaan, akan tetapi dapat pula terjadi masalah yang ditemui hanya bisa diatasi dengan bantuan sarana-prasana dari kabupaten/kota, bahkan mungkin diperlukan bantuan teknis dari propinsi atau arah kebijakan dari pemerinatah pusat.

Keberhasilan kegiatan pemantauan dan supervisi sangat tergantung pada konsistensi kegiatan (teratur, taat azas serta berkesinambungan), kapasitas (pengetahuan dan keterampilan) penyelia untuk memberikan bantuan teknis, daftar tilik pemantauan, data status kegiatan dan adanya dukungan kepala unit organisasi dan Kepala Dinas Kesehatan kabupaten/kota untuk mengatasi masalah yang muncul.

i. Evaluasi

Evaluasi dilakukan pada akhir siklus kerja tim jaminan mutu (3-6 bulan). Pada akhir tahun, tim jaminan mutu rumah sakit melakukan penilaian kinerja jaminan mutu yang telah dilakukan bertempa di Aula Dinas Kesehatan Kabupaten atau Kota. Bahan presentasi mencakup pencapaian program terhadap indikator

keberhasilan yang telah ditetapkan dan penyampaian identifikasi proses pembelajaran atas pelaksanaan kegiatan selama ini serta rekomendasi atau saran tindak lanjut. Keberhasilan selama ini serta rekomendasi atau saran tindak lanjut. Keberhasilan suatu organisasi pelayanan menjalankan suatu kegiatan dapat menumbuhkan inspirasi dan bahkan menjadi tolok banding (*benchmarking*) oleh organisasi pelayanan lainnya untuk mencontoh dengan melakukan kunjungan lapangan ke organisasi pelayanan yang telah berhasil tersebut (Al-Assaf, 2001).

6. Tahapan Program Jaminan Mutu

Menurut Westerheijen, *et al* (2007) didalam program jaminan mutu memiliki beberapa tahapan yang berguna untuk mengembangkan dan memproyeksikan kembali setiap langkah keputusan jaminan mutu, untuk memudahkan dalam mengevaluasi dan memperbaiki.

Fase-fase tersebut yaitu:

a. Fase Inisiasi

1. *Training need assessment (TNA)*

Perbaikan mutu yang diberikan dengan terburu-buru sering menyebabkan diambilnya keputusan yang salah tentang jenis pelatihan yang akan diberikan. Pelatihan yang baik dalam prosesnya dimulai dengan pengumpulan data dan informasi yang dapat menggambarkan jenis keterlampiran yang dimiliki karyawan saat ini, keterlampiran apa yang mereka perlukan untuk

mencapai rencana jangka pendek dan jangka panjang yang telah ditetapkan, memuaskan pelanggan serta memperbaiki kualitas. Setelah data tersebut terkumpul, kemudian diolah dan dianalisis sehingga akhirnya kebutuhan akan pelatihan dapat ditentukan.

2. Mengembangkan kepemimpinan Mutu

Kepemimpinan yang berwawasan mutu merupakan kemampuan untuk membangkitkan semangat orang lain agar bersedia dan memiliki tanggungjawab menyeluruh terhadap usaha mencapai tujuan.

3. Menetapkan tujuan peningkatan mutu

Pada langkah ini perlu dirumuskan secara tepat dan benar tentang tingkat kesenjangan kinerja yang terjadi, sehingga akan semangkin jelas dan tepat kearah mana tujuan yang ingin dicapai dalam peningkatan mutu. Tujuan digambarkan dalam bentuk kuantitas yang harus dicapai ketika program sudah selesai.

4. Menyusun rencana strategis dan operasional

Penyusunan rencana strategis dan rencana operasional rumah sakit sebaiknya berdasarkan pada analisa SWOT (*Strenght, Weakness, Opportunities, Thread*) dengan memperhitungkan faktor-faktor eksternal dan internal dari pada rumah sakit. Kesenjangan nilai ditemukan berdasarkan analisa tersebut, disusun suatu rencana aksi yang kegiatannya terfokus pada visi dan misi organsasi.

b. Fase Transformasi

Pada fase ini beberapa strategi yang disarankan adalah sebagai berikut:

1. Pemilihan proses-proses prioritas yang akan ditingkatkan dalam bentuk proyek percontohan.
2. Pembentukan kelompok-kelompok kerja yang kompeten terhadap proses-proses tersebut.
3. Identifikasi anggota untuk masing-masing kelompok kerja
4. Proses dalam bentuk kelompok kerja untuk melakukan perbaikan yang berkesinambungan dengan siklus PDCA (*Plan, Do, Check, Act*) atau PDSA (*Plan, Do, Study, Act*).
5. Pelatihan penyusunan standar dan dokumentasi mutu
6. Pelatihan internal audit mutu dan mengoreksi aksi
7. Pelatihan manajemen strategis
8. evaluasi

c. Fase Integrasi

Pada fase ini strategi yang disarankan adalah:

1. Mengintegrasikan pelaksanaan pengawasan mutu pada seluruh jajaran organisasi
2. Membentuk dan mempertahankan komitmen terhadap mutu melalui optimalisasi dan proses perbaikan yang berkesinambungan.
3. Pelatihan seluruh karyawan
4. Penetapan indikator mutu
5. Pengembangan sistem surveilan dan evaluasi mutu yang tepat

6. Penerapan proses perbaikan mutu yang berkesinambungan pada semua unit dan lintas unit dengan membentuk kelompok-kelompok kerja yang mandiri.

7. Konsep Mutu

Menurut Evan dan Lindsay (2007) konsep dari mutu dapat dikembangkan dari empat faktor utama yang dapat dikembangkan dalam setiap organisasi atau perusahaan, keempat faktor tersebut yaitu:

a. Orientasi pada pelanggan

Pandangan tradisional, pelanggan berarti orang yang membeli, dan menggunakan produk suatu perusahaan/organisasi. Dalam hal ini, pelanggan tersebut berinteraksi dengan perusahaan setelah proses menghasilkan produk. Sedangkan pihak-pihak yang berhubungan dengan organisasi atau perusahaan sebelum tahap proses disebut sebagai pemasok.

Konsep manajemen mutu, pelanggan dan pemasok ada didalam dan diluar organisasi. Pelanggan dikenal sebagai pelanggan eksternal dan pelanggan internal. Pelanggan eksternal adalah orang yang menggunakan produk atau jasa perusahaan. Pemasok eksternal adalah orang diluar organisasi yang menjual bahan mentah atau bahan baku, informasi atau jasa lain kepada organisasi. Sedangkan didalam organisasi juga ada konsumen internal dan pemasok internal. Misalnya, dalam pelayanan pasien di Rumah sakit. Dalam pemeriksaan laboratorium misalnya, dokter dan tenaga paramedis merupakan

konsumen internal dari pada petugas laboratorium, sedangkan bagian logistik yang menyediakan bahan pemeriksaan dan peralatan lainnya merupakan pemasok internal. Maka dari itu kualitas pekerjaan dari bagian logistik akan mempengaruhi kualitas pekerjaan dari pada tenaga medis.

Pada hakikatnya tujuan dari pada bisnis adalah untuk menciptakan dan mempertahankan para pelanggan. Demikian pula dalam kegiatan pelayanan kesehatan, target utamanya adalah untuk kepuasan pelanggan dalam hal ini kesembuhan dari penyakit. Hanya dengan memahami proses dan kebutuhan pelanggan maka organisasi dapat memahami dan menghargai makna dari pada kualitas. Semua usaha manajemen dalam jaminan mutu diarahkan pada satu tujuan yang sama yaitu terciptanya kepuasan pelanggan. Apapun yang dilakukan manajemen tidak akan ada gunanya bila akhirnya tidak menghasilkan peningkatan kepuasan pelanggan. Adanya kepuasan pelanggan dapat memberikan manfaat diantaranya:

1. Hubungan antara Rumah sakit dengan para pelanggan menjadi harmonis
2. Memberikan dasar yang baik bagi kunjungan ulang.
3. Membentuk suatu rekomendasi dari mulut kemulut (*word of mouth*) yang menguntungkan bagi Rumah sakit
4. Reputasi Rumah sakit menjadi lebih baik dimata pelanggan dan keluarganya.

5. Penghasilan rumah sakit meningkat

b. Pengembangan berkelanjutan

Persaingan global dan perubahan yang terjadi pada setiap pelanggan merupakan alasan perlunya dilakukan perbaikan yang berkesinambungan. Untuk mencapai perbaikan yang berkesinambungan, para manajer rumah sakit tidak cukup hanya menerima ide perbaikan, akan tetapi juga secara aktif mendorong setiap orang untuk mengidentifikasi dan menggunakan kesempatan perbaikan. Pelaksanaan proses berkesinambungan ini meliputi penentuan dan pemecahan masalah yang memungkinkan, pemilihan dan implementasi pemecahan yang paling efektif dan efisien, serta evaluasi ulang, standarisasi dan pengulangan proses.

Proses pembelajaran merupakan elemen yang penting dalam perbaikan. Pembelajaran memberikan dasar rasional untuk bertindak dan merupakan elemen penting kedua dalam perbaikan. Tingkat dan luasnya perbaikan dapat ditingkatkan dengan membuat perbaikan proses dan sistem sebagai bagian dari strategi organisasi, serta menciptakan suatu sistem untuk perbaikan. Sistem tersebut haruslah mendukung pengembangan keterampilan dan pengetahuan anggota organisasi untuk melaksanakan perbaikan. Hal-hal yang harus diperhatikan dalam merancang sistem perbaikan yaitu pendidikan, keteladanan manajer, tanggungjawab yang jelas, perbaikan

diidentifikasi sebagai strategi yang penting, identifikasi dan prioritas tindakan perbaikan, metode sistematis untuk perbaikan dan lain-lain.

Perbaikan terhadap mutu yang berkesinambungan memerlukan beberapa persyaratan yang harus diperhatikan, diantaranya adalah:

1. Perbaikan tersebut haruslah berdasarkan pada visi dan misi rumah sakit.

Didalam implementasi jaminan mutu di Rumah sakit, visi dan misi harus ditentukan dan merupakan dasar serta harus diperhatikan dalam pelaksanaan seluruh kegiatan. Visi dan misi rumah sakit harus diinformasikan kepada semua karyawan mulai dari tingkat manajer puncak sampai dengan pelaksana ditingkat *front line*. Dengan harapan apabila setiap orang yang terlibat di Rumah sakit sudah mengetahui visi dan misi rumah sakit, maka mereka akan bekerja dengan satu arah dan terencana dengan baik.

2. Mengikuti tahap strategi perbaikan

Didalam menerapkan perbaikan, dikenal berbagai proses. Tidak ada satupun cara yang paling tepat untuk memperbaiki proses perbaikan, baik itu dalam bidang manufaktur ataupun dalam bidang jasa. Meskipun demikian ada beberapa strategi standar yang biasa digunakan.

- c. Pendekatan ilmiah

Pendekatan ilmiah merupakan langkah sistematis bagi setiap individu maupun tim dalam proses pemecahan masalah dan perbaikan proses.

Hal ini berarti bahwa dalam pengambilan keputusan harus selalu berdasarkan pada data, dan bukan merupakan pemikiran saja. Disamping itu harus pula melihat pada akar permasalahan dan bukan hanya berdasarkan gejala-gejala yang terlihat pada permukaan. Demikian juga dengan pemilihan alternatif pemecahan masalah yang dipilih haruslah merupakan alternatif solusi yang baik, jangan merupakan solusi yang setiap saat harus diperbaiki.

Fokus pada pendekatan ilmiah adalah pengumpulan, pengolahan, dan pemanfaatan data. Dalam proses pengumpulan data dan pemanfaatan data tersebut tidak dianjurkan untuk menggunakan ilmu statistik yang rumit. Dengan hanya menggunakan alat-alat statistik yang sederhana seperti grafik, *bar chart*, perencanaan waktu (*time plot*) dapat membantu para manajer secara terus menerus dan dengan demikian selanjutnya akan mengatasi seluruh permasalahan yang ada.

Banyak diantara kita telah bekerja selama bertahun-tahun tanpa menggunakan data. Kita datang dengan berbagai ide untuk meningkatkan kinerja organisasi, akan tetapi kita hanya berangkat hanya berdasarkan pengalaman yang terapkan dalam pekerjaan sehari-hari atau hanya berdasarkan pembicaraan informal dengan para pasien atau pelanggan lainnya. Akibatnya, jika terjadi masalah dikemudian hari, kita akan menggunakan pengalaman tersebut untuk mencari pemecahan masalahnya, dan kemungkinannya masalah tersebut teratasi atau sama sekali tidak teratasi.

Tidak ada yang menyalahkan jika dalam pengambilan keputusan dilakukan berdasarkan pengalaman, pengetahuan, perkiraan ataupun dengan intuisi seperti diatas. Adapun pemanfaatan data, ini merupakan alat yang sangat tangguh dan dapat diikutkan atau diperhitungan dalam proses pemecahan masalah dan pengambilan keputusan. Pemanfaatan data tidak dapat menggantikan pengalaman dan pengetahuan dalam peningkatan proses ataupun dalam pengambilan keputusan, akan tetapi pengalaman dan pengetahuan tidaklah cukup untuk menghasilkan suatu keputusan yang tepat.

Apabila kita dihadapkan dengan masalah-masalah yang baru, biasanya kita membentuk suatu teori tentang apa yang terjadi berdasarkan pengalaman. Hal ini adalah suatu keadaan yang normal, akan tetapi kecenderungan yang terjadi adalah kesamaan daripada kedua kejadian dan tidak melihat perbedaannya. Dengan menggunakan data, kita dapat menghindarkan perangkap-perangkap yang demikian. Penggunaan data dapat menolong untuk mengerti lebih dalam apa yang telah terjadi pada proses, servis maupun produk. Dalam menggunakan data, akan memfokuskan permasalahan terhadap faktor-faktor yang betul-betul membuat suatu perbedaan atau variasi. Pemanfaatan data dapat membantu kita menghemat waktu, energi dan penggunaan sumber daya yang lebih efektif

d. Pembentukan tim

Sekarang ini kita sudah memasuki lingkungan dimana suatu gangguan menjadi sesuatu hal yang biasa dan perubahan merupakan suatu yang tetap terjadi. Banyak faktor yang memaksa pengelola suatu rumah sakit mencari jalan untuk memenuhi kebutuhan pasar dengan cara efektif dan efisien. Faktor-faktor ini diantaranya adalah termasuk kebutuhan untuk merespon perubahan teknologi yang begitu cepat dan luas, kecenderungan globalisasi disemua sektor dan tekanan-tekanan pengertian pasar termasuk keinginan dari pada pelanggan.

Untuk menghadapi kondisi tersebut dibutuhkan pengetahuan, keterampilan, pengalaman dan perspektif yang luas dan dilakukan secara bersama-sama dengan orang-orang yang bekerja atau berkaitan dengan rumah sakit. Dengan demikian setiap rumah sakit diharapkan dapat mengatasi masalah yang dihadapi, membuat keputusan yang baik dan menyampaikan solusi tersebut terhadap para pelanggan. Hal ini membutuhkan kerja sama dalam bentuk tim. Tim akan menciptakan suatu kondisi dimana para anggota akan tetap mempertahankan perubahan, mempelajari lebih banyak tentang kebutuhan dan memperoleh keterampilan dalam kerja sama.

Dalam suatu organisasi, tim dibutuhkan apabila:

1. Tugas-tugas yang dibebankan sangat komplek
2. Kreatifitas dibutuhkan
3. Jalan yang harus ditempuh belum jelas

4. Penggunaan sumber daya yang lebih efisien dibutuhkan
5. Dibutuhkan belajar lebih cepat
6. Mengerjakan komitmen yang tinggi
7. Penatalaksanaan dari rencana membutuhkan kerjasama dengan orang lain.
8. Tugas-tugas atau proses bersifat *cross functional*.

Semakin banyak tugas-tugas yang berhubungan dengan hal diatas, maka organisasi akan membentuk tim untuk mengatasi tantangan tersebut. Perusahaan/organisasi akan lebih tergantung pada tim, bila mereka menemukan bahwa metode pemecahan masalah yang tradisional, pengambilan keputusan, komunikasi dan kompetensi tidak cepat atau cukup, fleksibel untuk merespon terhadap perubahan yang ada. Rumah sakit menggunakan atau memanfaatkan tim untuk mencapai tujuan-tujuan dengan perbedaan yang luas, menggunakan waktu, menambah siklus, mengurangi kesalahan pelayanan pada pasien dan melaksanakan pekerjaan sehari-hari, meningkatkan transaksi, merancang kembali sistem yang ada, lebih mengerti tentang kebutuhan pasien dan pelanggan lainnya.

B. Akreditasi Rumah Sakit

Mutu adalah "*outcome*" dari proses peningkatan mutu yang kemudian diuji dengan proses akreditasi yang dilaksanakan oleh badan tertentu ditunjuk oleh Kementerian Kesehatan.

Akreditasi adalah proses dimana suatu lembaga, yang terpisah dan berbeda dari organisasi pelayanan kesehatan, biasanya non-pemerintah, melakukan *asesment* terhadap organisasi pelayanan kesehatan. Tujuannya untuk menentukan apakah organisasi tersebut memenuhi seperangkat persyaratan (standar) yang dirancang untuk memperbaiki keselamatan dan kualitas pelayanan. Akreditasi menunjukkan komitmen nyata sebuah organisasi pelayanan kesehatan untuk meningkatkan keselamatan dan kualitas perawatan pasien, memastikan bahwa suatu lingkungan perawatan aman, dan terus bekerja untuk mengurangi resiko bagi pasien dan petugas kesehatan.

1. *Joint Commission International (JCI)*

JCI adalah versi Internasional dari *The Joint Commission (USA)*. Misi JCI adalah memperbaiki kualitas dan keamanan pelayanan kesehatan di masyarakat Internasional. *The Joint Commission (USA)* merupakan pemberi akreditasi terbesar di Amerika Serikat dibidang organisasi pelayanan kesehatan; lembaga ini menyurvei hampir 16.000 program layanan kesehatan melalui proses sukarela. *The Joint Commission (USA)* dan JCI bersifat nonpemerintah dan merupakan perusahaan nirlaba di Amerika Serikat.

Tujuan JCI menawarkan kepada masyarakat internasional proses objektif untuk mengevaluasi organisasi pelayanan kesehatan berbasis standar. Adapun standar konsesus internasional yang memiliki sasaran Internasional Keselamatan Pasien (*Internasional Patient Safety Goals*).

JCI edisi keempat mengembangkan standar dan program akreditasi sebagai berikut:

- Rawat jalan (*Ambulatory Care*)
- Laboratorium Klinik (*Clinical Laboratories*)
- Pusat Pelayanan Primer (*Primare Care Center*)
- Perawatan Berkelanjutan (*The Care Continuum*: perawatan dirumah, hidup dengan dibantu, perawatan jangka panjang, perawatan di Rumah sakit hingga ajal menjemput)
- Pelayanan Transportasi Medik (*Medical Transport Organization*)

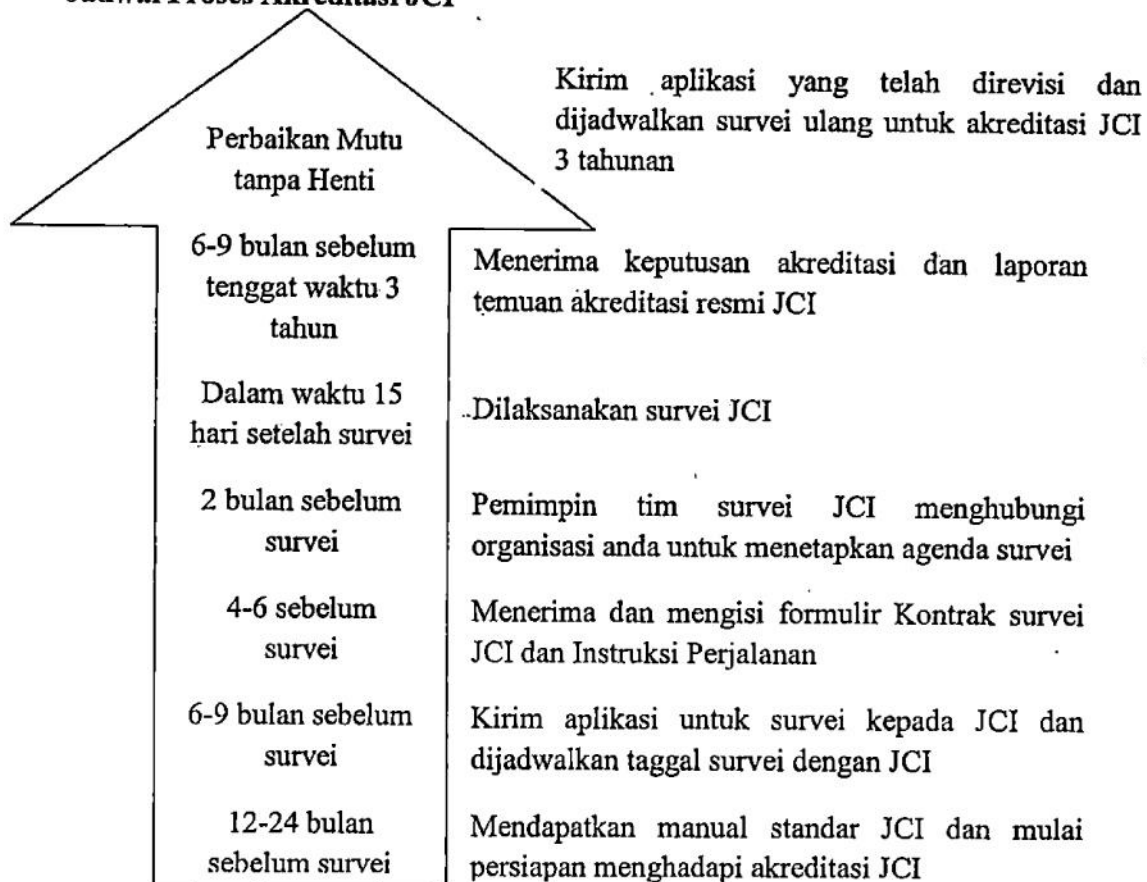
Elemen penilaian sebuah standar adalah persyaratan untuk memenuhi standar dan maksud serta tujuannya. Elemen penilaian ini dikaji dan dinilai, dan daftar apa saja yang harus dipenuhi untuk mencapai standar. Adapun Rencana Perbaikan Strategis (RPS) adalah rencana tindakan yang wajib dituangkan sebagai tanggapan atas tidak terpenuhinya syarat-syarat standar menurut Laporan Temuan Survei Resmi JCI. RPS secara tertulis diharapkan:

- Menetapkan strategi/pendekatan yang diambil untuk mengatasi setiap persyaratan yang belum terpenuhi
- Menjelaskan tindakan spesifik yang akan dilakukan organisasi untuk mencapai hasil sesuai standar atau elemen penilaian yang belum terpenuhi.
- Menjelaskan metodologi yang mencegah terulangnya kembali kesalahan dan menjamin terjadinya perbaikan dari waktu ke waktu

- Mengidentifikasi ukuran apa yang akan digunakan untuk mengevaluasi efektivitas dari rencana perbaikan itu (penyerahan data dilakukan selama tiga tahun berikutnya).

Masa berlaku akreditasi selama tiga tahun kecuali dicabut JCI. Akreditasi ini berlaku surut sejak hari pertama setelah JCI selesai melakukan survei di Rumah sakit atau sejak survei terfokus yang kemudian perlu dilakukan telah selesai.

Jadwal Proses Akreditasi JCI



2. Standar Akreditasi Rumah Sakit

Berdasarkan Kementerian Kesehatan Republik Indonesia terciptalah buku Standar Akreditasi Rumah sakit yang bekerja sama dengan Komisi Akreditasi Rumah Sakit (KARS) pada Juni 2011. Standar Akreditasi Rumah Sakit dapat dijadikan acuan bagi rumah sakit yang mempersiapkan akreditasi secara optimal.

a. Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien (PMKP)

Peningkatan mutu secara menyeluruh adalah memperkecil (*reduction*) risiko pada pasien dan staf secara berkesinambungan. Risiko ini dapat ditemukan baik diproses klinis maupun di lingkungan fisik Pendekatan ini meliputi :

- memimpin dan merencanakan program peningkatan mutu dan program keselamatan pasien;
- merancang proses-proses klinis baru dan proses manajerial dengan benar;
- mengukur apakah proses berjalan baik melalui pengumpulan data;
- analisis data;
- menerapkan dan melanjutkan (*sustaining*) perubahan yang dapat menghasilkan perbaikan.
- Perbaikan mutu dan program keselamatan pasien, keduanya adalah
- digerakkan oleh kepemimpinan;
- upaya menuju perubahan budaya rumah sakit;

- identifikasi dan menurunkan risiko dan penyimpangan secara proaktif;
- menggunakan data agar fokus pada isu prioritas;
- mencari cara yang menunjukkan perbaikan yang langgeng sifatnya.

Mutu dan keselamatan pasien sebenarnya sudah ada tertanam dalam kegiatan pekerjaan sehari-hari dari tenaga kesehatan profesional dan staf lainnya. Pada waktu dokter dan perawat menilai kebutuhan pasien dan memberikan asuhan, hal ini dapat membantu pasien dan mengurangi risiko.

PMPK mencakup perencanaan, perancangan, pengukuran, analisis dan perbaikan proses klinis serta proses manajerial harus secara terus menerus di kelola dengan baik dengan kepemimpinan jelas agar tercapai hasil maksimal. Pendekatan ini memberi arti bahwa sebagian besar proses pelayanan klinis terkait dengan satu atau lebih unit pelayanan lainnya dan melibatkan banyak kegiatan-kegiatan individual.

Pendekatan ini juga memperhitungkan keterkaitan antara mutu klinis dan manajemen. Jadi, upaya untuk memperbaiki proses harus merujuk pada pengelolaan keseluruhan manajemen mutu rumah sakit dengan pengawasan dari komite perbaikan mutu dan keselamatan pasien.

Standar akreditasi ini mengatur seluruh struktur dari kegiatan klinis dan manajemen dari sebuah rumah sakit, termasuk kerangka untuk memperbaiki proses kegiatan dan pengurangan risiko yang terkait

dengan variasi-variasi dari proses. Kerangka yang disajikan dalam standar ini dapat diserasikan dengan berbagai bentuk program terstruktur sehingga mengurangi pendekatan-pendekatan yang kurang formal terhadap perbaikan mutu dan keselamatan pasien. Kerangka ini juga dapat memuat program monitoring tradisional seperti manajemen risiko dan manajemen sumber daya (manajemen utilisasi).

Di kemudian hari, rumah sakit yang mengikuti kerangka ini :

- mengembangkan dukungan kepemimpinan yang lebih besar bagi program rumah sakit;
- melatih untuk melibatkan lebih banyak staf;
- menetapkan prioritas apa yang harus di ukur;
- membuat keputusan berdasarkan data pengukuran;
- membuat perbaikan merujuk pada organisasi lain, baik nasional maupun internasional.

b. Manajemen Fasilitas dan Keselamatan (MFK)

Rumah sakit dalam kegiatannya menyediakan fasilitas yang aman, berfungsi dan supportif bagi pasien, keluarga, staf dan pengunjung. Untuk mencapai tujuan ini, fasilitas fisik, medis dan peralatan lainnya dan orang-orang harus dikelola secara efektif. Secara khusus, manajemen harus berusaha keras untuk :

- mengurangi dan mengendalikan bahaya dan risiko;
- mencegah kecelakaan dan cedera dan
- memelihara kondisi aman.

3. Standar Pelayanan Minimal Rumah sakit

Standar pelayanan Minimal yang selanjutnya disingkat SPM adalah ketentuan tentang jenis dan mutu pelayanan dasar yang merupakan urusan wajib daerah yang berhak diperoleh setiap warga negara secara minimal. Indikator SPM adalah tolak ukur untuk prestasi kuantitatif dan kualitatif yang digunakan untuk menggambarkan besaran sasaran yang hendak dipenuhi dalam pencapaian suatu SPM tertentu berupa masukan, proses, hasil dan atau manfaat pelayanan.

Pelayanan dasar adalah jenis pelayanan publik yang mendasar dan mutlak untuk memenuhi kebutuhan masyarakat dalam kehidupan sosial ekonomi dan pemerintahan.

Dimensi Mutu adalah suatu pandangan dalam menentukan penilaian terhadap jenis dan mutu pelayanan dilihat dari akses, efektivitas, efisiensi, keselamatan dan keamanan kenyamanan, kesinambungan pelayanan kompetensi teknis dan hubungan antar manusia berdasarkan standar WHO.

C. Indikator Kinerja Kunci atau *Key Performance Indicators* (KPI)

Menurut Firmanda, 2010, indikator kinerja kunci atau *Key Performance Indicator* (KPI) adalah ukuran yang mencerminkan bagaimana suatu organisasi rumah sakit melaksanakan suatu aspek yang spesifik dari kinerja. KPI juga merupakan salah satu representasi dari *Critical Success Factors* (CSF) yang merupakan aktivitas kunci utama

yang dibutuhkan dalam mencapai tujuan dalam rencana strategis rumah sakit.

Adapun Ciri-ciri KPI:

1. Indikator KPI harus bersifat terukur harus bisa dihitung atau diukur.
2. Indikator *Key Performance Indicators* juga merujuk pada hasil kerja (*output* kerja).
3. Ukuran keberhasilan harus menunjukkan indikator kinerja yang jelas, spesifik dan terukur (*measurable*).
4. Ukuran keberhasilan harus dinyatakan secara eksplisit dan rinci sehingga menjadi jelas apa yang diukur.
5. Biaya untuk mengidentifikasi dan memonitor ukuran keberhasilan sebaiknya tidak melebihi nilai yang akan diketahui dari pengukuran tersebut. Hindari pengukuran yang berlebihan yang tidak banyak memberi nilai tambah.

Pengelolaan kinerja pegawai melalui sistem KPI memberikan sejumlah manfaat positif bagi perusahaan, diantaranya adalah:

- a. Melalui metode *Key Performance Indicators* maka kinerja setiap pegawai dapat dievaluasi secara lebih obyektif dan terukur, sehingga dapat mengurangi unsur subyektivitas yang sering terjadi dalam proses penilaian kinerja pegawai.
- b. Melalui penentuan *Key Performance Indicators* (KPI) secara tepat, setiap pegawai juga menjadi lebih paham mengenai hasil kerja yang

- diharapkan darinya. Hal ini akan mendorong pegawai bekerja lebih optimal untuk mencapai target kinerja yang telah ditetapkan.
- c. Melalui penetapan *Key Performance Indicators* yang obyektif dan terukur, maka proses pembinaan kinerja pegawai dapat dilakukan secara lebih transparan dan sistematis.
 - d. Hasil skor *Key Performance Indicators* yang obyektif dan terukur juga dapat dijadikan dasar untuk pemberian *reward* dan *punishment* untuk pegawai. Dengan demikian, pegawai yang kinerjanya lebih bagus akan mendapat *reward*, sebaliknya yang kerjanya kurang baik akan mendapat *punishment*.

Agar *Key Performance Indicators* bisa berfungsi dengan optimal, maka *Key Performance Indicators* harus memenuhi kaidah SMART. SMART merupakan akronim dari *specetific* (spesifik), *measureable* (terukur), *achievable* (bisa dicapai/realistis), *reliable* (bisa dipercaya), dan *time bound* (target waktu).

D. Landasan Teori

Rumah sakit pada masa sekarang menuju globalisasi yang penuh dengan suasana persaingan. Masalah mutu adalah masalah esesial untuk menjaga keseimbangan antara pendapatan dan pengeluaran biaya pengembangan. Manajemen RS dituntut mampu mengimplementasikan strategi pengembangan mutu pelayanan yang memuaskan hati pelanggan

dan organisasi serta memiliki akuntabilitas didalam pengelolaan sumber-sumber secara utuh.

Peningkatan kinerja pelayanan rumah sakit dengan harapan bila pasien (masyarakat) menyenangi mutu, pada suatu saat mereka lebih banyak memilih rumah sakit menjadi tempat memperoleh pelayanan.

Ketika utilisasi meningkat, kebutuhan jam kerja untuk pelayanan turut meningkat. Peningkatan pelayanan pasien yang selalu menjadi prioritas, membutuhkan jam kerja yang meningkat. Kondisi tugas yang meningkat membutuhkan kompensasi penambahan tenaga profesional untuk dapat meningkatkan mutu pelayanan. Dengan adanya hal tersebut untuk meningkatkan mutu rumah sakit haruslah melakukan indikator pengukuran kinerja untuk menunjukkan keberhasilan kinerja disuatu unit, salah satunya kinerja pelayanan salah dua yang berupa BOR dan ALOS juga akan mempengaruhi kualitas mutu dari rumah sakit.

Peningkatan mutu tidak cukup dinikmati dari segi kinerja pelayanan, tetapi bagaimana melakukan tindak lanjut bila ada sisi yang terganggu. Pihak manajemen rumah sakit yang menganut paham "selalu meningkatkan kualitas pelayanan", demi efektifitas dan efisiensi perlu menganalisis keberadaan 2 variabel yang potensial yang saling terkait dan berpengaruh. Variabel tersebut variabel indikator kinerja kunci dan kinerja pelayanan (BOR dan ALOS).

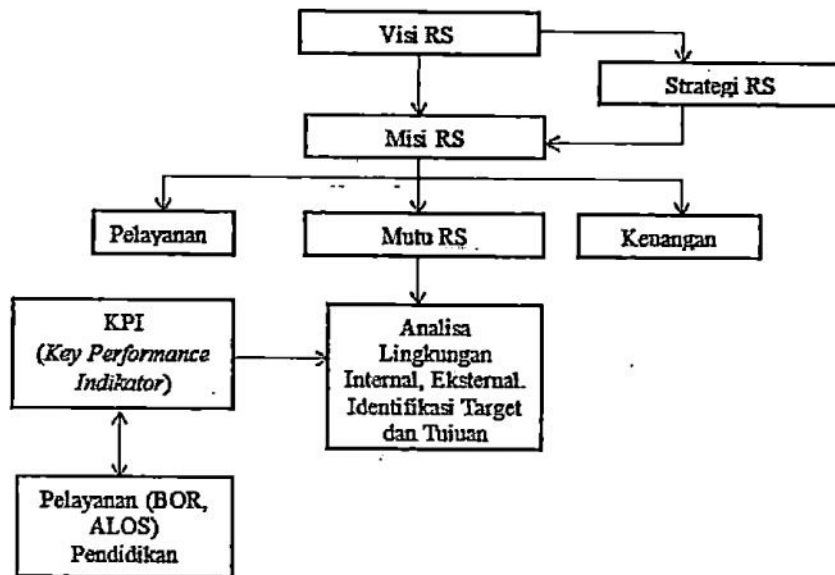
E. Kerangka Teori

Organisasi Rumah Sakit disusun dengan tujuan untuk mencapai visi dan misi Rumah Sakit dengan menjalankan tata kelola perusahaan yang baik (*Good Corporate Governance*) dan tata kelola klinis yang baik (*Good Clinical Governance*). Sedangkan tata kelola klinis yang baik (*Good Clinical Governance*) adalah penerapan fungsi manajemen klinis yang meliputi kepemimpinan klinik, audit klinis, data klinis, risiko klinis berbasis bukti, peningkatan kinerja, pengelolaan keluhan, mekanisme monitor hasil pelayanan, pengembangan profesional, dan akreditasi rumah sakit.

Dalam Undang Undang RI Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit pada Pasal 33 Ayat 1 dan 2 tersebut menyebutkan setiap rumah sakit harus memiliki organisasi yang efektif, efisien, dan akuntabel serta paling sedikit terdiri atas Kepala Rumah Sakit atau Direktur Rumah Sakit, unsur pelayanan medis, unsur keperawatan, unsur penunjang medis, komite medis, satuan pemeriksaan internal, serta administrasi umum dan keuangan. Pada tanggal 20 November 2008, *The Joint Commission* Amerika Serikat meluncurkan *Health care at the crossroads: Guiding principles for the development of the hospital of the future*.

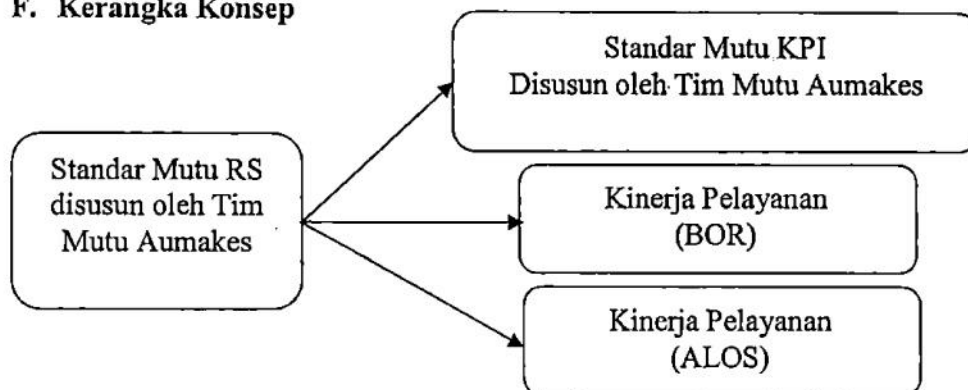
Indikator kinerja kunci atau *Key Performance Indicator* (KPI) adalah ukuran yang mencerminkan bagaimana suatu organisasi rumah sakit melaksanakan suatu aspek yang spesifik dari kinerja. Hal ini bisa diukur berdasarkan harian, mingguan, bulanan, tahunan atau periode

tertentu. KPI ini mengukur berdasarkan output atau hasil kerja sehingga mencerminkan kinerja suatu divisi tertentu. Untuk menilai tingkat keberhasilan atau memberikan gambaran tentang keadaan pelayanan di rumah sakit biasanya dilihat dari tingkat pemanfaatan sarana pelayanan dan tingkat efisiensi pelayanan, hal ini membutuhkan indikator. Indikator yang dipakai untuk menilai kinerja pelayanan suatu rumah sakit, yang paling sering dipergunakan diantaranya BOR, ALOS, BTO, TOI, GDR dan NDR.



Gambar 2.1 Kerangka Teori
(dikutip dari Al-Assaf, 2001; Hanum, dkk, 2006; Firmanda, 2009; Loan, 2012)

F. Kerangka Konsep



Gambar 2.2 Kerangka Konsep

G. Hipotesis

1. Ho: Tidak terdapat hubungan antara mutu RS dengan KPI
Ha: Terdapat hubungan antara mutu RS dengan KPI
2. Ho: Tidak terdapat hubungan antara mutu RS dengan BOR
Ha: Terdapat hubungan antara mutu RS dengan BOR
3. Ho: Tidak terdapat hubungan antara mutu RS dengan ALOS
Ha: Terdapat hubungan antara mutu RS dengan ALOS