

BAB I

PENDAHULUAN

A. LATAR BELAKANG

Dalam Surat Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 983.MENKES/SK/XI/1992, mengenai Organisasi Rumah Sakit dan Pedoman Rumah Sakit Umum, yang menyatakan bahwa rumah sakit umum adalah rumah sakit yang memberikan pelayanan kesehatan yang bersifat mendasar, spesialisik dan pendidikan tenaga kesehatan dan pelatihan, beberapa tugas dan fungsi dari rumah sakit adalah melaksanakan pelayanan medis, pelayanan penunjang medis, melaksanakan pelayanan rawat jalan dan rawat darurat dan rawat tinggal, melaksanakan pelayanan rawat inap, melaksanakan pelayanan administratif dan membantu penelitian dan pengembangan kesehatan.

Hal tersebut senada dengan definisi dan fungsi rumah sakit seperti yang tertera dalam UU No 44 Tahun 2009 Pasal 7 tentang rumah sakit, yang dimaksudkan dengan rumah sakit adalah institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan, dan gawat darurat dengan memenuhi persyaratan lokasi, bangunan, prasarana, sumber daya manusia, kefarmasian, dan peralatan. Lebih rinci pada pasal 12 dalam UU yang sama, menyatakan bahwa rumah sakit harus memiliki tenaga tetap yang meliputi tenaga medis, tenaga keperawatan, tenaga kefarmasian, tenaga

manajemen rumah sakit, dan tenaga non kesehatan. Kewajiban rumah sakit diatur dalam Pasal 29 UU No 44 tahun 2009 yang sama dengan menyatakan bahwa rumah sakit salah satunya adalah membuat, melaksanakan, dan menjaga standar mutu pelayanan kesehatan di rumah sakit sebagai acuan dalam melayani pasien. Hak pasien juga diatur dalam Pasal 32 UU No 44 tahun 2009 yang menegaskan bahwa pasien memperoleh layanan kesehatan yg bermutu sesuai dengan standar prosedur dan standar prosedur operasional dan memperoleh layanan yang efektif dan efisien sehingga pasien terhindar dari kerugian fisik dan materi.

Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 147/MENKES/PER/I/2010 tentang perizinan rumah sakit disebutkan bahwa izin operasional rumah sakit adalah izin yang diberikan untuk menyelenggarakan pelayanan kesehatan setelah memenuhi persyaratan dan standar. Standar dalam hal ini adalah akreditasi rumah sakit. Sumber yang sama menyebutkan, akreditasi adalah pengakuan yang diberikan oleh pemerintah kepada manajemen rumah sakit yang telah memenuhi standar yang ditetapkan.

Peraturan- peraturan tersebut menjelaskan tentang perpanjangan ijin operasional rumah sakit yang kemudian memaksa rumah sakit untuk mengikuti akreditasi agar memperoleh perpanjangan izin operasional. Mengikuti proses akreditasi sendiri bagi rumah sakit tidak berarti menyelesaikan masalah, karena kegiatan akreditasi ini juga membawa masalah baru dalam proses proses persiapannya. Hal ini ditandai dengan terbatasnya jumlah rumah sakit yang telah

melalui proses akreditasi ini, dari 1667 rumah sakit di seluruh Indonesia yang telah melakukan standar akreditasi hanya 51 %, itupun lebih dari separuhnya hanya terakreditasi pada tingkat dasar lima jenis pelayanan (Depkes RI, 2012).

Akreditasi merupakan salah satu sistem manajemen mutu yang sedang berkembang saat ini. Walaupun pada dasarnya tidak ada pendekatan yang optimal dan tunggal untuk menilai dan mengevaluasi mutu pelayanan kesehatan, namun banyak negara telah menggunakan model akreditasi sebagai alat efektif untuk melakukan peningkatan mutu pelayanan. Rumah sakit harus tetap dalam posisi yang kompetitif mengingat semakin tingginya tuntutan masyarakat akan mutu pelayanan secara berkesinambungan.

Salah satu sumber penting dalam pelayanan pasien adalah obat. Obat harus diorganisir secara efektif dan efisien. Manajemen dan penggunaan obat bukan hanya tanggung jawab dari pelayanan farmasi tetapi juga dari para manajer dan praktisi asuhan klinis. Pengaturan pembagian tanggung jawab tergantung pada struktur organisasi dan *staffing*. Manajemen dan penggunaan obat mencakup sistem dan proses yang digunakan rumah sakit dalam memberikan farmakoterapi kepada pasien. Ini biasanya merupakan upaya multidisiplin dan terkoordinir dari para staf rumah sakit, dari mulai perancangan proses hingga pemantauan terapi obat.

Instalasi Farmasi Rumah Sakit secara umum dapat diartikan sebagai suatu departemen atau unit atau bagian di suatu rumah sakit di bawah pimpinan seorang apoteker dan dibantu oleh beberapa orang apoteker yang memenuhi persyaratan

perundang-undangan yang berlaku dan bertanggungjawab atas seluruh pekerjaan serta pelayanan kefarmasian, yang terdiri pelayanan paripurna yang mencakup perencanaan, pengadaan, produksi, penyimpanan perbekalan farmasi, dispensing obat berdasarkan resep bagi penderita saat tinggal dan rawat jalan, pengendalian mutu dan pengendalian distribusi serta penggunaan seluruh perbekalan kesehatan di rumah sakit. Pelayanan farmasi klinik umum dan spesialis mencakup pelayanan langsung pada penderita dan pelayanan klinik yang merupakan program rumah sakit secara keseluruhan.

Berkaitan dengan pengelolaan tersebut, Instalasi Farmasi Rumah Sakit yang dulu seolah bersekat dengan unit pelayanan lain dan profesi kesehatan lain, telah bergeser fungsinya menjadi bagian dari pelayanan rumah sakit tak bersekat (*seamless service*) sesuai dengan fungsi farmasi rumah sakit yang diatur pada Kepmenkes No. 1197/MENKES/SK/X/2004 tentang Standar Pelayanan Farmasi di Rumah Sakit adalah Pelayanan farmasi rumah sakit adalah bagian yang tidak terpisahkan dari sistem pelayanan kesehatan rumah sakit yang utuh harus menyediakan obat untuk terapi yang optimal bagi semua penderita dan menjamin pelayanan bermutu tinggi dan yang paling bermanfaat dengan biaya minimal.

Hal tersebut menjadikan instalasi farmasi rumah sakit adalah satu-satunya unit di rumah sakit yang bertugas dan bertanggungjawab sepenuhnya pada pengelolaan semua aspek yang berkaitan dengan obat/perbekalan kesehatan yang beredar dan digunakan di rumah sakit tersebut. Instalasi farmasi rumah sakit bertanggungjawab

mengembangkan suatu pelayanan farmasi yang luas dan terkoordinasi dengan baik dan tepat untuk memenuhi kebutuhan berbagai bagian atau unit diagnosis dan terapi sesuai dengan standar prosedur yang berlaku.

Pengelolaan obat di rumah sakit meliputi tahap *selection, procurement, distribution, dan use*. Ketidakefisienannya dapat berdampak negatif secara medik, sosial maupun ekonomi. Untuk menghindari terjadinya permasalahan yang berkaitan dengan ketersediaan obat-obatan maka unit pelayanan kesehatan dituntut untuk membuat manajemen obat yang sistematis sebagaimana dijelaskan dalam *drug management cycle*. Keefektifan dan efisiensi obat tersebut dinilai dan diatur berdasarkan standar akreditasi yang berlaku.

Globalisasi merupakan dua mata pedang yang berupa tantangan dan peluang atau malah menjadi ancaman bagi rumah sakit di Indonesia keselamatan pasien sebagai suatu sistem diharapkan memberikan asuhan kepada pasien lebih aman, mencegah cedera akibat kesalahan karena melakukan tindakan atau tidak melakukan tindakan yang seharusnya dilakukan. Organisasi kesehatan dunia (WHO) juga telah menegaskan pentingnya Keselamatan dalam pelayanan kepada pasien: “*Safety is a fundamental principle of patient care and a critical component of quality management.*” (*World Alliance for Patient Safety Forward Programme WHO, 2004*), sehubungan dengan data Kejadian Tidak Diharapkan (KTD) di rumah sakit di berbagai negara menunjukkan angka: 3 -16% yang tidak kecil. Isu ini praktis mulai dibicarakan kembali pada tahun 2000an, sejak laporan dan *Institute of Medicine*

(IOM) yang menerbitkan laporan: *To Err Is Human, Building A Safer Health System* (2000), yang memuat data menarik tentang KTD atau *Adverse Event*. Selain itu, isu *Asean Free Trade Area* (AFTA) 2008 dan globalisasi mengisyaratkan bahwa mekanisme pasar akan semakin didominasi oleh perusahaan atau organisasi bisnis yang mampu memberikan pelayanan atau menghasilkan produk unggulan yang memiliki daya saing tinggi dalam memanfaatkan peluang pasar, keadaan ini berlaku juga bagi industri perumahnyasakit di Indonesia.

Patient safety atau keselamatan pasien menjadi salah satu parameter akreditasi rumah sakit yang tercantum pada UU No. 44 Tahun 2009 yang menyebutkan dalam upaya peningkatan mutu pelayanan rumah sakit wajib melakukan standar keselamatan pasien

Apoteker berada dalam posisi strategis untuk meminimalkan *medication errors*, baik dilihat dari keterkaitan dengan tenaga kesehatan lain maupun dalam proses pengobatan. Kontribusi yang dimungkinkan dilakukan antara lain dengan meningkatkan pelaporan, pemberian informasi obat kepada pasien dan tenaga kesehatan lain, meningkatkan keberlangsungan rejimen pengobatan pasien, peningkatan kualitas dan keselamatan pengobatan pasien di rumah. Data yang dapat dipaparkan antara lain dari menurunnya (46%) tingkat keseriusan penyakit pasien anak, meningkatnya insiden berstatus nyaris cedera (dari 9% menjadi 8-51%) dan meningkatnya tingkat pelaporan insiden dua sampai enam kali lipat (Am J Health-Sist Pharm, 2007).

Selain itu, Kemenkes mendukung dan membantu rumah sakit Indonesia untuk setara dengan standar internasional yang diterima secara luas saat ini yaitu *Joint Comission International* untuk meningkatkan daya saingnya. Rumah sakit di Indonesia memiliki tantangan besar oleh karena trend pengobatan ke luar negeri terus meningkat. Tahun 2005, devisa negara keluar sebanyak Rp 70 triliun untuk pengobatan ke luar negeri. Tahun 2011 diperkirakan devisa yang keluar lebih dari Rp.110 triliun karena trendnya terus meningkat. Kemenkes meminta 1678 rumah sakit di Indonesia segera berbenah diri memperbaiki manajemen yang berorientasi pada *customer care* dan *patient safety* serta mendapatkan akreditasi JCI atau setara dalam setiap pelayanannya (Depkes, 2012).

B. RUMUSAN MASALAH

Berdasarkan latar belakang tersebut penelitian ini merumuskan masalah yaitu: Bagaimanakah kelayakan dan proses persiapan manajemen penggunaan obat di RS PKU Muhammadiyah Gombong dalam memenuhi standar akreditasi baru?

C. TUJUAN PENELITIAN

1. Tujuan Umum

Untuk mengetahui persiapan dan kelayakan RS PKU Muhammadiyah Gombong dalam memenuhi standar sasaran manajemen dan penggunaan obat akreditasi rumah sakit 2012.

2. Tujuan Khusus

- a. Untuk menganalisa kebijakan terkait manajemen dan penggunaan obat di RS PKU Muhammadiyah Gombong berdasarkan standar akreditasi rumah sakit 2012.
- b. Untuk mengetahui implementasi sasaran manajemen dan penggunaan obat di RS PKU Muhammadiyah Gombong berdasarkan standar akreditasi rumah sakit 2012
- c. Untuk mengetahui dan mengevaluasi hambatan persiapan akreditasi manajemen dan penggunaan obat RS PKU Muhammadiyah Gombong menghadapi akreditasi rumah sakit 2012 dan kemudian memberikan rekomendasi atas hasil evaluasi tersebut.

D. MANFAAT PENELITIAN

Penelitian ini diharapkan memberi manfaat yang terdiri dari dua kategori yaitu manfaat teoritis (pendidikan) dan manfaat praktis (pelayanan) yaitu:

1. Manfaat teoritis (pendidikan)

- a. Sebagai bahan literatur dalam kegiatan proses belajar mengajar mengenai kelayakan dan kesiapan proses akreditasi manajemen dan penggunaan obat RS PKU Muhammadiyah Gombong sehingga dapat dijadikan bahan pertimbangan untuk persiapan akreditasi rumah sakit lain.

b. Sebagai informasi dan bahan acuan untuk penelitian lebih lanjut mengenai sistem manajemen dan penggunaan obat di RS PKU Muhammadiyah Gombong.

2. Manfaat praktis (pelayanan)

a. Bagi pihak rumah sakit, agar dapat mengetahui tentang kelebihan dan kekurangan persiapan proses yang telah dijalani dan dapat dijadikan bahan koreksi persiapan akreditasi tahap selanjutnya.

b. Bagi mahasiswa Magister Manajemen Rumah Sakit, sebagai wacana yang perlu diperhatikan, agar dalam mempersiapkan proses akreditasi rumah sakit diperlukan pengetahuan tentang langkah yang seharusnya ditempuh dan persiapan matang sebelumnya.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. DEFINISI MUTU

Konsep mutu modern dimulai pada tahun 1920-an. Pada era tersebut, kelompok yang utama adalah bagian inspeksi. Selama produksi, para inspektur mengukur hasil produksi berdasarkan spesifikasi. Bagian inspeksi tidak independen, biasanya mereka melapor ke pabrik. Hal ini menyebabkan perbedaan kepentingan. Seandainya inspeksi menolak hasil alur produksi yang tidak sesuai maka bagian pabrik berusaha meloloskannya tanpa mempedulikan mutu. Pada masa ini ada seorang ahli di bidang statistik Walter A. Sewhart (1924) yang menemukan konsep statistik untuk pengendalian variabel-variabel produk, seperti panjang, lebar, berat, tinggi, dan pelopor dalam pengambilan sampel untuk menguji penerimaan produk (Gaspersz, 2005).

Berlanjut hingga tahun 1940-an, kelompok inspeksi berkembang menjadi bagian pengendalian mutu yang dilakukan selama proses produksi. Tanggung jawab mutu dialihkan ke bagian quality control yang independen. Pemeriksa mutu dibekali dengan perangkat statistika seperti diagram kendali dan penarikan sampel. Pada tahap ini dikenal seorang tokoh yaitu Feigenbaum (1983) yang merupakan pelopor *Total Quality Control* (1960). Pengendalian mutu (*quality control*) berkembang menjadi pemastian mutu (*quality assurance*). Bagian pemastian mutu difokuskan untuk

memastikan proses dan mutu produk melalui pelaksanaan audit operasi, pelatihan, analisis kinerja teknis, dan petunjuk operasi untuk peningkatan mutu sehingga menghasilkan produk yang berkualitas. Untuk mengantisipasi persaingan, aspek mutu perlu selalu dievaluasi dan direncanakan perbaikannya melalui penerapan fungsi-fungsi manajemen mutu (Gaspersz, 2005).

Dalam perkembangan manajemen mutu, ternyata bukan hanya fungsi produksi yang mempengaruhi kepuasan pelanggan terhadap mutu. Dalam hal ini tanggung jawab terhadap mutu tidak cukup hanya dibebankan kepada suatu bagian tertentu, tetapi sudah menjadi tanggung jawab seluruh individu di perusahaan. Pola inilah yang disebut *Total Quality Management*.

Menurut perbendaharaan istilah ISO 8402 dan dari Standar Nasional Indonesia (SNI 19-8402-1991), mutu adalah keseluruhan ciri dan karakteristik produk atau jasa yang kemampuannya dapat memuaskan kebutuhan, baik yang dinyatakan secara tegas maupun tersamar. Istilah kebutuhan diartikan sebagai spesifikasi yang tercantum dalam kontrak maupun kriteria-kriteria yang harus didefinisikan terlebih dahulu.

Istilah mutu tidak terlepas dari manajemen mutu yang mempelajari setiap area dari manajemen operasi dari perencanaan lini produk dan fasilitas, sampai penjadwalan dan memonitor hasil. Manajemen mutu merupakan bagian dari semua fungsi usaha yang lain (pemasaran, sumber daya manusia, keuangan, dan lain-lain). Dalam kenyataannya, penyelidikan mutu adalah suatu penyebab umum (*common*

cause) yang alamiah untuk mempersatukan fungsi-fungsi usaha. Mutu memerlukan suatu proses perbaikan yang terus-menerus (*continuous improvement process*) dengan individual yang dapat diukur, korporat dan tujuan performa nasional. Dukungan manajemen, karyawan, dan pemerintah untuk perbaikan mutu adalah penting untuk kompetisi yang efektif di pasar global. Perbaikan mutu lebih dari suatu strategi usaha, melainkan merupakan suatu tanggung jawab pribadi, bagian dari warisan kultural, dan sumber penting kebanggaan nasional. Komitmen terhadap mutu adalah suatu sikap yang diformulasikan dan didemonstrasikan dalam setiap lingkup kegiatan dan kehidupan, serta mempunyai karakteristik hubungan kita yang paling dekat dengan anggota masyarakat (Novania, 2010)

Paradigma baru menekankan, produk yang bermutu perusahaan atau organisasi tidak perlu mengeluarkan biaya tinggi. Hal ini disebabkan perusahaan atau organisasi tersebut berorientasi pada *customer satisfaction*, yaitu dengan mendasarkan jenis, tipe, waktu, dan jumlah produk yang dihasilkan sesuai dengan kebutuhan dan harapan pelanggan. Dengan demikian tidak ada pemborosan yang terjadi yang harus dibayar mahal oleh perusahaan atau organisasi tersebut. Sehingga pendapat bahwa “*quality has no cost*” dapat dicapai dengan tidak menghasilkan produk atau jasa yang tidak dibutuhkan pelanggan. Perusahaan atau organisasi yang telah menghasilkan suatu produk atau jasa yang bermutu atau berkualitas akan mendapat predikat sebagai organisasi yang mengutamakan mutu. Oleh karena itu, perusahaan atau organisasi tersebut dikenal oleh masyarakat luas dan mendapatkan

nilai “lebih” di mata masyarakat. Karena nilai “lebih” itulah maka perusahaan atau organisasi tersebut dipercaya masyarakat dan meningkatkan reputasi perusahaan atau organisasi (Novania, 2010).

Persaingan yang saat ini bukan lagi masalah harga melainkan mutu produk. Hal inilah yang mendorong konsumen untuk mau membeli produk atau barang dengan harga tinggi namun bermutu tinggi pula. Tetapi, mutu mempunyai banyak dimensi yang bersifat subyektif. Sebagai produsen, kita dituntut untuk mampu memenuhi kebutuhan dan harapan mereka. Oleh karena itu, yang dimaksud dengan mutu bukan hanya mutu produk itu sendiri, melainkan mutu secara menyeluruh (*Total Quality*). *Total Quality* merupakan suatu pendekatan untuk melaksanakan bisnis yang berusaha memaksimalkan persaingan organisasi melalui perbaikan secara menyeluruh dalam mutu produk, pelayanan, orang, proses, dan lingkungan.

Dengan perkembangan bidang usaha, maka organisasi atau perusahaan kini bukan hanya bergerak di bidang industri manufaktur, tetapi juga pada industri jasa, misalnya konsultan, pengacara, akuntan, pendidikan, dan sebagainya. Pengukuran mutu pada industri jasa sulit dilakukan karena karakteristik jasa pada umumnya tidak nampak. Banyak sekali perbedaan antara industri manufaktur dengan industri jasa yang menurut Vincent Gaspersz (1997), karakteristik unik dari suatu industri jasa/pelayanan yang sekaligus membedakannya dari barang antara lain: Pelayanan merupakan output tak berbentuk (*intangible*) dan variabel, tidak standar. Pelayanan tidak dapat disimpan dalam inventori, tetapi dapat dikonsumsi dalam produksi

dengan adanya hubungan langsung yang erat dengan pelanggan melalui proses pelayanan. Pelanggan berpartisipasi dalam proses memberikan pelayanan. Perusahaan jasa pada umumnya bersifat padat karya. Pengukuran mutu untuk produk fisik tidak sama sekali dengan industri jasa. Walaupun demikian, ada beberapa dimensi yang digunakan dalam mengukur mutu suatu industri jasa, yaitu :

1. *Communication*, yaitu komunikasi atau hubungan antara penerima jasa dengan pemberi jasa.
2. *Credibility*, yaitu kepercayaan pihak penerima jasa terhadap pemberi jasa.
3. *Security*, yaitu keamanan terhadap jasa yang ditawarkan.
4. *Knowing the customer*, yaitu pengertian dari pihak pemberi jasa pada penerima jasa atau pemahaman pemberi jasa terhadap kebutuhan dan harapan pemakai jasa.
5. *Tangibles*, yaitu bahwa dalam memberikan pelayanan kepada pelanggan harus dapat diukur atau dibuat standarnya.
6. *Reliability*, yaitu konsistensi kerja pemberi jasa dan kemampuan pemberi jasa dalam memenuhi janji para penerima jasa.
7. *Responsiveness*, yaitu tanggapan pemberi jasa terhadap kebutuhan dan harapan penerima jasa.
8. *Competence*, yaitu kemampuan atau keterampilan pemberi jasa yang dibutuhkan setiap orang dalam perusahaan untuk memberikan jasanya kepada penerima jasa.

9. *Access*, yaitu kemudahan pemberi jasa untuk dihubungi oleh pihak atau pelanggan atau penerima jasa.
10. *Courtesy*, yaitu kesopanan, respek, perhatian, dan kesamaan dalam hubungan personal.

Karakteristik pelayanan jasa menurut Suprianto&Ernawaty (2010:11–13):

1. Tidak berwujud (*intangible*)

Jasa tidak dapat dilihat, dikecap, dirasakan, didengar, dicium atau diraba sebelum dibeli dan dikonsumsi atau diproduksi. Jasa adalah perbuatan, kinerja atau usaha yang bisa dikonsumsi tapi tidak bisa dimiliki. Konsep intangible memiliki dua pengertian:

- a. Sesuatu yang tidak dapat disentuh dan tidak dapat diraba.
- b. Sesuatu yang tidak dapat dengan mudah didefinisikan, diformulasikan atau dipahami secara rohaniah.

2. Heterogen (*variability*)

Jasa sangat bervariasi karena hasil tidak berstandar, artinya banyak variasi bentuk, kualitas dan jenis, tergantung pada siapa, kapan dan dimana jasa tersebut dihasilkan. Para pembeli sangat peduli dengan *variability* ini dan sering mereka meminta pendapat orang lain sebelum memutuskan untuk memilih. Jasa yang diberikan pada klien yang satu bisa berbeda dengan klien yang lain meskipun diagnostik penyakitnya sama.

3. Tak dapat dipisahkan (*inseparability*)

Jasa diproduksi dan dikonsumsi pada saat proses berjalan, artinya hasil suatu jasa pelayanan sulit dipisahkan dengan prosesnya atau sumber pemberi pelayanan, dengan kata lain produksi dan konsumsi terjadi secara serentak. Konsekuensi ini akan terjadi keterbatasan orang yang dilayani. Pasien sakit setelah diperiksa dan diberi obat tidak langsung sembuh, perlu waktu untuk itu.

4. Tak dapat disimpan (*imperishability*)

Barang tidak dapat tahan lama, dapat disimpan bahkan dapat dijual kembali, sedangkan jasa tidak mungkin disimpan sebagai investasi atau diulang. Produk jasa pelayanan adalah orangnya itu sendiri. Pelayanan tidak bisa dipisahkan dengan sumbernya atau yang memberi pelayanan atau dokternya. Faktor yang digunakan konsumen untuk mengukur kualitas jasa adalah *outcome*, *process* dan *image* jasa tersebut. Menurut Gronroos sebagaimana dikutip Muninjaya di tahun 2011, ketiga kriteria tersebut dijabarkan menjadi enam unsur:

1. *Professionalism and skill*

Di bidang pelayanan kesehatan, kriteria ini berhubungan dengan *outcome* yaitu tingkat kesembuhan pasien. Pelanggan menyadari bahwa jasa pelayanan kesehatan dihasilkan oleh sumber daya manusia yang memiliki pengetahuan dan keterampilan profesional yang berbeda. Institusi

penyedia pelayanan kesehatan harus menjamin reputasi dokter dan petugas lainnya yang bekerja pada institusi pelayanan kesehatan tersebut.

2. *Attitudes and behavior*

Kriteria sikap dan perilaku staf akan berhubungan dengan proses pelayanan. Pelanggan institusi jasa pelayanan kesehatan akan merasakan kalau dokter dan paramedis rumah sakit sudah melayani mereka dengan baik sesuai standar prosedur operasional pelayanan. Situasi ini ditunjukkan oleh sikap dan perilaku positif staf yang akan membantu para pengguna pelayanan kesehatan mengatasi keluhan sakitnya.

3. *Accessibility and flexibility*

Kriteria ini berhubungan dengan proses pelayanan. Pengguna jasa pelayanan akan merasakan bahwa institusi penyedia pelayanan jasa, lokasi, jam kerja, dan sistemnya dirancang dengan baik untuk memudahkan para pengguna mengakses pelayanan sesuai dengan kondisi pengguna jasa (fleksibilitas), yaitu disesuaikan dengan keadaan sakit pasien, jarak yang harus ditempuh, tarif pelayanan, dan kemampuan ekonomi pasien atau keluarga untuk membayar tarif pelayanan.

4. *Reliability and trustworthiness*

Kriteria ini berhubungan dengan proses pelayanan. Pengguna jasa pelayanan bukan tidak memahami risiko yang mereka hadapi jika memilih jasa pelayanan yang ditawarkan oleh dokter. Pasien dan keluarganya sudah

mempercayai sepenuhnya dokter yang akan melakukan tindakan karena pengalaman dan reputasinya.

5. *Recovery*

Kriteria penilaian ini juga berhubungan dengan proses pelayanan. Pelanggan memang menyadari kalau ada kesalahan atau risiko akibat tindakan medis yang diambil, tetapi para pengguna jasa pelayanan mempercayai bahwa institusi penyedia jasa pelayanan sudah melakukan perbaikan (*recovery*) terhadap mutu pelayanan yang ditawarkan kepada publik untuk mengurangi risiko medis yang akan diterima pasien.

6. *Reputation and credibility*

Kriteria ini berhubungan dengan *image*. Pelanggan akan meyakini benar bahwa institusi penyedia jasa pelayanan memang memiliki reputasi baik, dapat dipercaya, dan punya nilai (*rating*) tinggi di bidang pelayanan kesehatan. Kepercayaan ini sudah terbukti dari reputasi pelayanan yang sudah ditunjukkan selama ini oleh institusi penyedia jasa pelayanan kesehatan ini.

Menurut Donabedian sebagaimana dikutip Mulyadi (2001:1–2), pengukuran mutu pelayanan kesehatan dapat diukur dengan menggunakan tiga variabel:

1. Input (struktur) yaitu segala sumber daya yang diperlukan untuk melakukan pelayanan kesehatan, seperti tenaga, dana, obat, fasilitas, peralatan, bahan, teknologi, organisasi, informasi, dan lain-lain. Pelayanan kesehatan yang bermutu memerlukan dukungan input yang bermutu pula.

Hubungan struktur dengan mutu pelayanan kesehatan adalah dalam perencanaan dan penggerakan pelaksanaan pelayanan kesehatan.

2. Proses, ialah interaksi profesional antara pemberi pelayanan dengan konsumen (pasien atau masyarakat). Proses ini merupakan variabel penilaian mutu yang penting.

3. *Output/outcome*, ialah hasil pelayanan kesehatan, merupakan perubahan yang terjadi pada konsumen (pasien atau masyarakat), termasuk kepuasan dari konsumen tersebut.

B. Manajemen dan Penggunaan Obat Rumah Sakit

Manajemen dan penggunaan obat di rumah sakit merupakan salah satu unsur penting dalam fungsi manajerial rumah sakit secara keseluruhan, karena ketidak efisienan akan memberikan dampak negatif terhadap rumah sakit baik secara medis maupun secara ekonomis. Tujuan manajemen obat di rumah sakit adalah agar obat yang diperlukan tersedia setiap saat dibutuhkan, dalam jumlah yang cukup, mutu yang terjamin dan harga yang terjangkau untuk mendukung pelayanan yang bermutu. Manajemen dan penggunaan obat merupakan serangkaian kegiatan kompleks yang merupakan suatu siklus yang saling terkait, pada dasarnya terdiri dari 4 fungsi dasar yaitu seleksi dan perencanaan, pengadaan, distribusi serta penggunaan. Dalam sistem manajemen dan penggunaan obat, masing-masing fungsi utama terbangun berdasarkan fungsi sebelumnya dan menentukan fungsi selanjutnya. Seleksi

seharusnya didasarkan pada pengalaman aktual terhadap kebutuhan untuk melakukan pelayanan kesehatan dan obat yang digunakan, perencanaan dan pengadaan memerlukan keputusan seleksi dan seterusnya. Siklus manajemen obat didukung oleh faktor-faktor pendukung manajemen (*management support*) yang meliputi organisasi, keuangan atau finansial, sumber daya manusia (SDM), dan sistem informasi manajemen (SIM).

Adapun prinsip-prinsip yang diterapkan mencakup merancang proses yang efektif, penerapan, dan perbaikan terhadap pemilihan, pengadaan, penyimpanan, permintaan/pereseapan, penyalinan, distribusi, persiapan, pengeluaran, pemberian, dokumentasi dan pemantauan terapi obat-obatan. Meskipun peran-peran praktisi perawatan kesehatan dalam manajemen dan penggunaan obat-obatan bisa berbeda jauh antara satu rumah sakit ke rumah sakit lain, proses manajemen dan penggunaan obat-obatan yang dapat diandalkan untuk keselamatan pasien bersifat universal (JCI, 2010).

Menurut Departemen Kesehatan di tahun 2007 yang menyatakan bahwa obat, sebagai suatu sumber penting dalam pelayanan pasien, harus diorganisir secara efektif dan efisien. Manajemen dan penggunaan obat bukan hanya tanggung jawab dari pelayanan farmasi tetapi juga dari para manajer dan praktisi asuhan klinis. Pengaturan pembagian tanggung jawab tergantung pada struktur organisasi dan *staffing*. Pada saat apoteker tidak hadir, obat-obat bisa dikelola oleh setiap unit klinis tergantung kebijakan rumah sakit. Pada kasus lain, dimana terdapat suatu sentral farmasi yang

besar, bagian farmasi dapat mengorganisir dan mengendalikan obat yang diberlakukan diseluruh rumah sakit. Manajemen dan penggunaan obat yang efektif mencakup semua bagian dalam rumah sakit, unit rawat inap, rawat jalan maupun unit khusus. Undang-undang dan peraturan yang berlaku dimasukkan ke dalam struktur organisasi dan operasional sistem manajemen obat di rumah sakit.

Untuk memastikan manajemen dan penggunaan obat yang efektif, rumah sakit memberlakukan suatu sistem *review* sekurang-kurangnya sekali setahun. Review tahunan mengumpulkan semua informasi dan pengalaman yang berhubungan dengan manajemen dan penggunaan pengobatan. Tinjauan ulang (*review*) membuat rumah sakit memahami kebutuhan dan prioritas perbaikan sistem berkelanjutan dalam hal mutu dan keamanan penggunaan obat. Hal-hal yang diatur dalam undang-undang dan kemudian diimplementasikan dalam standar rumah sakit di Indonesia berupa

1. Seberapa baik sistem itu berjalan sehubungan dengan
 - a. seleksi dan pengadaan obat
 - b. penyimpanan
 - c. pemesanan/peresepan dan pencatatan (*transcribe*)
 - d. persiapan (*preparing*) dan penyaluran (*dispensing*)
 - e. pemberian dan pemantauan
2. Monitoring sebagai hasil perubahan di dalam formularium (*formulary*), seperti penambahan obat
3. Monitoring kesalahan obat (*medication error*) dan KNC (*near misses*)

4. Setiap edukasi perlu diidentifikasi
5. Pertimbangan untuk praktek berbasis bukti yang baru. (Komite Akreditasi Rumah Sakit Indonesia, 2012)

C. Akreditasi Pelayanan Kesehatan

Menurut Peraturan Kementerian Kesehatan Nomor 012/2012 menyatakan bahwa, akreditasi rumah sakit adalah pengakuan terhadap rumah sakit yang diberikan oleh lembaga independen penyelenggara akreditasi yang ditetapkan oleh menteri baik dari dalam maupun luar negeri, baik pemerintah maupun swasta yang bersifat mandiri dalam proses pelaksanaan, pengambilan keputusan dan penerbitan sertifikat status akreditasi.

Setelah dinilai bahwa rumah sakit itu memenuhi Standar Pelayanan Rumah Sakit yang berlaku untuk meningkatkan mutu pelayanan rumah sakit secara berkesinambungan. Standar Pelayanan Rumah Sakit adalah semua standar pelayanan yang berlaku di rumah sakit antara lain standar prosedur operasional, standar pelayanan medis, dan standar asuhan keperawatan. Dalam penyelenggaraan akreditasi menggunakan alat ukur yang disebut instrumen.

Akreditasi memiliki tujuan untuk: meningkatkan mutu pelayanan rumah sakit; meningkatkan keselamatan pasien rumah sakit; meningkatkan perlindungan bagi pasien, masyarakat, sumber daya manusia rumah sakit dan rumah sakit sebagai institusi; dan mendukung program pemerintah di bidang kesehatan. Akreditasi rumah

sakit dan sarana kesehatan lainnya dapat dilakukan dengan audit internal oleh rumah sakit itu sendiri berupa *self assessment* dan proses *external peer review* oleh komite akreditasi rumah sakit (KARS) yang menilai keakuratan tingkat kinerja dibandingkan dengan standar dan cara implementasi peningkatan sistem pelayanan kesehatan secara berkesinambungan (Depkes RI,2012)

D. Dasar Hukum Akreditasi

Pelaksanaan akreditasi mempunyai dasar hukum yang berlaku yaitu:

1. Undang-Undang Nomor 23 Tahun 1992 tentang kesehatan, pasal 59 menegaskan bahwa peningkatan mutu pelayanan sarana kesehatan perlu diperhatikan.
2. Peraturan Menteri Kesehatan RI No.159b/Menkes/Per/II/1988 tentang rumah sakit, pasal 26 mengatur tentang akreditasi rumah sakit.
3. Surat Keputusan Menteri Kesehatan RI 436/93 menyatakan berlakunya standar pelayanan rumah sakit dan standar pelayanan medis Indonesia.
4. SK Dirjen Pelayanan Medik No YM.02.03.3.5.2626 tentang Komisi Akreditasi Rumah Sakit dan Sarana Kesehatan lainnya (KARS). Dalam surat keputusan ini, KARS mempunyai tugas pokok membantu Direktur Jenderal Pelayanan Medik dalam merencanakan, melaksanakan dan melakukan penilaian akreditasi rumah sakit dan sarana kesehatan lainnya. Penetapan status akreditasi menjadi wewenang Direktur Jenderal Pelayanan Medik.

5. Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang rumah sakit bahwa setiap rumah sakit berkewajiban membuat, melaksanakan, dan menjaga standar mutu pelayanan kesehatan di Rumah Sakit sebagai acuan dalam melayani pasien dan wajib melakukan akreditasi sekurang-kurangnya tiga tahun sekali.
6. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No. 147/MENKES/PER/I/2010 tentang perijinan rumah sakit. Permenkes ini mengatakan bahwa RS harus mempunyai izin yaitu izin mendirikan RS dan izin operasional RS. Izin operasional didapatkan dengan memenuhi sarana dan prasarana, peralatan, sumber daya manusia dan administrasi, dan manajemen. Setiap rumah sakit yang telah mendapatkan izin operasional harus diregistrasi dan diakreditasi.
7. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No. 12/MENKES/PER/I/2012 tentang akreditasi

E. Tahapan Pelaksanaan Akreditasi

1. Tahap I. Dasar

Akreditasi lima pelayanan disebut akreditasi tingkat dasar yang meliputi administrasi manajemen, pelayanan medik, gawat darurat, keperawatan dan rekam medik.

2. Tahap II. Madya

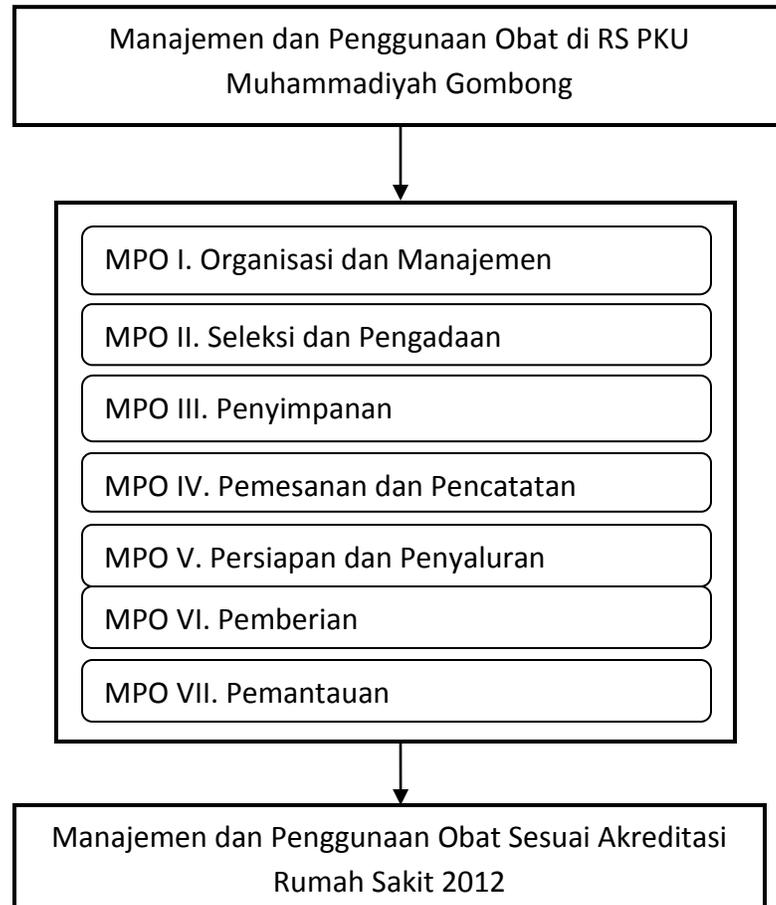
Akreditasi 12 (dua belas) pelayanan disebut akreditasi tingkat lanjut yang meliputi administrasi manajemen, pelayanan medik, gawat darurat, keperawatan, rekam medik, kamar operasi, laboratorium, radiologi, farmasi, K3, pengendalian infeksi dan perinatal resiko tinggi.

3. Tahap III. Utama

Akreditasi 16 (enam belas) pelayanan adalah akreditasi lengkap yang meliputi akreditasi tingkat lanjut ditambah dengan pelayanan anestesi dan reanimasi, pelayanan rehabilitasi medis, pelayanan gizi, pelayanan intensif pelayanan sterilisasi sentral, pemeliharaan sarana, pelayanan lain seperti: asuransi kesehatan, bank darah, dll.

Rumah sakit boleh memilih untuk mengikuti akreditasi 5 (lima) pelayanan, 12 (dua belas) pelayanan, dan enam belas pelayanan sesuai kondisi dan kemampuan rumah sakit. Akreditasi 5 (lima) pelayanan wajib diikuti oleh semua rumah sakit (standar pelayanan minimal rumah sakit kabupaten dan kota). Rumah sakit yang telah terakreditasi 5 (lima) pelayanan untuk akreditasi selanjutnya bisa memilih akreditasi 12 (dua belas) pelayanan dan seterusnya atau tetap 5 (lima) pelayanan sesuai kemampuan rumah sakit (Depkes RI, 2002).

D. Kerangka Konsep Penelitian



Konsep penelitian ini adalah melihat dan mengevaluasi persiapan proses akreditasi RS PKU Muhammadiyah Gombang dengan melakukan perbandingan assessment sesuai standar akreditasi rumah sakit 2012. Penelitian ini dilakukan secara mandiri beberapa waktu sebelum dilakukan penelitian akhir oleh KARS dengan tujuan untuk menilai persiapan dan proses menuju kelayakan akreditasi di rumah sakit tersebut. Setelah dibandingkan sesuai standar akreditasi RS 2012 kemudian hasil tersebut dianalisis. Penilaian ini menggunakan standar skoring KARS sehingga

dapat ditarik kesimpulan dan saran untuk menjadi tolak ukur persiapan akreditasi rumah sakit versi 2012 di RS PKU Muhammadiyah Gombong khususnya dalam aspek manajemen dan penggunaan obat.

E. Pertanyaan Penelitian

Bagaimanakah kelayakan dan proses persiapan manajemen dan penggunaan obat di RS PKU Muhammadiyah Gombong dalam memenuhi standar akreditasi versi 2012?