

## **PANDUAN KULIAH: MANAJEMEN MUTU PELAYANAN KESEHATAN**

(dr. Sudiro, MPH, Dr.PH)

### **I. KONSEP DASAR MUTU PELAYANAN KESEHATAN**

Sesi 1:

#### **A. Pengertian Mutu Pelayanan Kesehatan**

1) Pengertian dari Aspek variasi tingkatan pelkes:

- sebagai pelayanan beratribut tunggal, misal: pengobatan atau perawatan saja pada infeksi kulit
- sebagai pelayanan dari beberapa atribut yang berhubungan secara fungsional, misal: pengobatan penderita hipertensi (terapi medikamentosa, terapi diet, dan edukasi perilaku sehat )
- sebagai pelayanan dari kumpulan beberapa kegiatan yang berguna misal: pelayanan kunjungan rumah, pelayanan laboratorium, dst.untuk pasien manula
- sebagai kegiatan administrasi pelkes
- sebagai kepuasan perorangan.

2) Pengertian dari Aspek identifikasi suatu kriteria dan standard yang dapat digunakan untuk membuat penilaian yang konsisten. Misal: standard dan kriteria pelayanan pasien dengan diagnosis tertentu

3) Aspek kejelasan obyek dari atribut-atribut yang menunjukkan mutu pelayanan kesehatan tersebut. Misal: definisi untuk atribut diagnosis suatu penyakit tertentu (masih sering terjadi ketidak seragaman, infeksi saluran pernapasan atas, bisa tonsilitis, laryngitis, yang penanganannya berbeda)

4) Aspek konsep-konsep yang berbeda mengenai perawatan kedokteran maupun pelayanan kesehatan. Misal penyakit TB paru dianggap lebih baik diberikan terapi dosis dan resimen yang dianut sekarang, sedang konsep yang lain mengatakan dosisnya setengahnya untuk

---

orang Indonesia.

- 5) Aspek penilaian mutu bukan pada pelayanan kesehatan itu sendiri, tetapi secara tidak langsung kepada orang yang memberi pelayanan, kepada tatanan atau sistem dimana pelkes diberikan.

## **B. Dasar-dasar dari elemen-elemen definisi mutu pelkes**

Pendekatan yang paling sederhana yaitu:

Manajemen oleh pelaku pelayanan kesehatan pada suatu episode manifestasi riil penyakit yang diderita oleh seorang pasien. Manajemen ini terdiri dari: Teknis dan Interpersonal

### **1) Manajemen teknis:**

Aplikasi teknologi dan ilmu kedokteran maupun ilmu kesehatan lainnya pada manajemen problema kesehatan seseorang (science)

### **2) Manajemen interpersonal:**

Manajemen interaksi sosial dan psikologis antara klien dan pelaku pelkes (seni)

Walaupun demikian pembagian di atas sesungguhnya tidak berbatas tegas.

### **3) Manajemen kenyamanan / "amenity"**

Yaitu suatu terminologi yang menggambarkan keadaan sebagai kenyamanan. Misal: ruang periksa yang menyenangkan, spreng yang bersih dan seterusnya.

Kenyamanan juga sebagai hasil dari pelayanan / perawatan itu sendiri (manajemen interpersonal)

Kenyamanan terutama ditujukan pada kepuasan pasien yang bisa diberikan baik oleh pelaku pelkes maupun organisasi pelkes.

## **C. Kesimpulan:**

### Mutu teknologi:

Aplikasi ilmu kedokteran dan teknologi yang memaksimalkan keuntungan untuk kesehatan tanpa meningkatkan resiko yang menyertainya. Derajat mutu (teknologi) adalah lingkup perawatan

---

yang diberikan diharapkan mencapai perimbangan yang baik antara resiko dan keuntungan.

Mutu interpersonal:

Lebih sukar dijabarkan karena harus memenuhi nilai-nilai sosial dan norma yang mengatur interaksi individu secara umum maupun pada situasi khusus. Norma-norma ini disusun oleh kode etik kedokteran dan harapan serta aspirasi individu.

Maka derajat mutu manajemen hubungan interpersonal adalah *besarnya kesesuaian terhadap nilai-nilai, norma-norma, harapan dan aspirasi pasien.*

Maka kesimpulannya: konsep pelayanan kesehatan adalah:

*pelayanan yang memaksimalkan kesejahteraan pasien, dengan pertimbangan keuntungan dan kerugian proses perawatan pasien.*

Konsep pelkes ini menjadi dasar dari nilai, dan tradisi dari profesi kesehatan yang kita kenal yaitu: *paling sedikit menyakiti, biasanya berbuat baik, dan idealnya merealisasikan kebaikan yang terbesar yang mungkin dicapai di setiap situasi*

Pertanyaan:

- 1) Jelaskan dengan singkat hal-hal apa saja yang dapat menyebabkan terjadinya perbedaan persepsi mengenai mutu pelayanan kesehatan (ada 5)
- 2) Untuk memperkecil perbedaan-perbedaan persepsi mengenai mutu pelkes dilakukan pendekatan sederhana mengenai definisi mutu pelkes, jelaskan pendekatan tersebut.
- 3) Apabila ilmu dan teknologi kedokteran digunakan untuk pelkes, maka untuk mencapai mutu pelkes yang baik harus berpedoman pada apa?
- 4) Pedoman apakah yang digunakan untuk mendapatkan hubungan interpersonal dalam pelkes yang baik?
- 5) Untuk jawaban no. 3 dan no. 4 merupakan konsep pelkes untuk dasar apa? Sebutkan.

#### **D. Kuantitas dan Mutu Pelayanan Kesehatan**

---

Akses adalah faktor untuk menilai mutu pelkes dalam hubungannya dengan kuantitas pelkes. Bila pelkes yang diberikan tidak cukup memberi keuntungan nyata pada kesehatan dan kesejahteraan pasien, jelas pelkes ini tidak cukup kuantitasnya, juga berarti tidak bermutu baik. Bila pelkes tidak diterimakan sama sekali pada pasien, maka berarti ada kegagalan pada sistem pelkes dan kinerja berobat pasien itu sendiri. Berpijak dari sini bila pelkes diterima oleh seorang pasien selama jangka waktu tertentu (agak lama), kekosongan pelkes pada episode jangka waktu tertentu ini dapat dipakai sebagai kategori pelkes yang tidak cukup, yang berarti tidak bermutu baik.

Sebaliknya bila pelkes yang diberikan sebenarnya *tidak perlu*, atau dalam derajat tertentu *berlebihan* yang dapat dipastikan tidak diharapkan untuk dilakukan baik secara keseluruhan maupun hanya sebagian, bisa disebut sebagai pelkes yang tidak berguna dan menyakiti. Pelkes macam ini tidak bermutu. Demikian pula bila pelkes tidak diperlukan tapi tidak menyakiti pelkes ini juga tidak bermutu oleh karena:

- Pelkes tersebut tidak diharapkan memberi keuntungan
- Pemborosan, mengurangi kesejahteraan individu maupun masyarakat melalui penyalahgunaan sumber daya waktu, dan uang sehingga mengurangi kesempatan individu pasien untuk menggunakan hal lain yang lebih bernilai bagi dirinya. Hal yang sama juga berarti untuk masyarakat, karena pelkes yang berlebihan untuk beberapa orang, maka masyarakat telah berkurang alokasi kemampuannya untuk memberikan pelkes bagi lebih banyak orang yang memerlukan.
- Pelkes yang redundant / duplikasi walaupun tidak menyakiti menunjukkan kesembronoan, pertimbangan yang buruk, ataupun ketidak tahuan (ignorance) dari pelaku pelkes yang bertanggung jawab pada pelkes tersebut. Hal ini bertentangan dengan prinsip "parsimony" (bentuk paling sederhana, namun kegunaan maksimal) yang telah menjadi tradisi dari performans klinik yang baik.

Kesimpulan:

Menilai kegunaan atau ketepatan kuantitas pelkes, maka sudah termasuk penilaian mutu pelkes.

---

## E. Biaya dan Mutu Pelkes

Biaya dan mutu pelkes saling berkaitan dalam beberapa cara diantaranya melalui kaitan biaya dan kuantitas pelkes. Kecukupan pelkes berarti pelkes yang bermutu, dan kecukupan pelkes memerlukan biaya. Namun kenaikan biaya bisa tidak berhubungan dengan mutu pelkes dalam hal:

- Bila pelkes berlebihan dan menyakiti, alias percuma sehingga tidak bermutu.
- Bila pelkes diproduksi secara inefisien, sehingga menyia-nyiakan sumber daya dan lebih mahal dari yang diperlukan. Misal pekerjaan perawat dikerjakan dokter, perawat melakukan pekerjaan pembantu perawat. Ini bisa terjadi pada Rumah Sakit yang penuh dengan karyawan tetapi tidak proporsional, dan ukuran RS bisa terlalu besar atau terlalu kecil untuk beroperasi secara efisien. Disini ada inefisiensi metode dan skala operasi. Maka biaya meningkat tanpa berhubungan dengan peningkatan mutu pelkes. Contoh lain adalah biaya promosi obat mulai dari kemasan sampai kepada pemasaran yang membuat harga obat sangat tinggi dibandingkan dengan harga substansi bahan obat esensial (bahan penyembuh penyakit)-nya sendiri.

### Kesimpulan:

- Dari segi biaya untuk mencapai pelkes yang bermutu harus selalu diingat kemungkinan memotong pelayanan yang tidak berguna dan memproduksi pelayanan yang lebih efisien untuk uang yang tersedia atau untuk mendapatkan mutu yang sama dengan biaya yang lebih murah.
  - Biaya bukan merupakan faktor untuk menilai mutu pelkes. Namun biaya bisa dipakai untuk menilai mutu pelkes bila resiko sebagai konsekuensi pelayanan yang tidak dikehendaki dimasukkan sebagai faktor penilaian. Hal ini sesuai dengan prinsip keseimbangan antara keuntungan yang diharapkan dan resikonya / kerugiannya (lihat definisi mutu manajemen teknis).
-

## Sesi 2:

### F. Keuntungan, Resiko, dan Biaya:

#### Suatu analisis kesatuan model hipotesis untuk pelkes

Konsep keuntungan, resiko, dan biaya yang disatukan dalam suatu model hipotesis secara formal digunakan gambar kurva dari masing-masing variabel-variabel yang bersangkutan. Variabel keuntungan untuk kesehatan ( $V_u$ ), variabel resiko pada kesehatan ( $V_r$ ), dan variabel biaya pelkes ( $V_b$ ) dihubungkan dengan variabel banyaknya pelkes ( $V_p$ ).

##### 1. Variabel keuntungan untuk kesehatan ( $V_u$ ):

Bila banyaknya pelkes ( $V_p$ ) ditambahkan maka pada mulanya akan terjadi kenaikan cepat dari  $V_u$ , kemudian terjadi perlambatan, sehingga pada daerah akhir garis unit pelayanan, penambahan jumlah besar  $V_p$  hanya menghasilkan peningkatan  $V_u$  yang sangat kecil, atau bahkan tidak ada sama sekali. (lihat gambar-1 lengkung kurva a).

Bila  $V_u$  digunakan sebagai satu-satunya kriteria untuk mutu pelkes, maka tidak ada tingkat batas tegas dari pelkes yang sesuai dengan  $V_p$  yang optimum. Pengertian ini berasumsi bahwa  $V_p$  dapat terus ditambahkan sampai tidak terjadi lagi penambahan  $V_u$  yang dapat diukur. Namun pengertian ini hanya bisa dilakukan tanpa memperhatikan timbulnya resiko (dalam derajat besar atau kecil) pada semua pemberian pelkes.

##### 2. Variabel Resiko pada Kesehatan ( $V_r$ )

Dengan penambahan  $V_p$  akan terbentuk suatu kurva yang merupakan cermin simetris dari kurva  $V_u$ . Dengan penambahan  $V_p$  mula-mula memberikan  $V_u$  yang besar tetapi  $V_r$  kecil, bila  $V_p$  terus ditambahkan, tiap penambahan  $V_p$  menyebabkan penambahan  $V_r$  yang lebih besar secara progresif (lihat gambar-1 lengkung kurva b), sedangkan  $V_u$  sebaliknya mengecil (gambar-1 lengkung kurva a).

Bila  $V_u$  dan  $V_r$  diukur dalam unit yang sama, maka pada proses terbentuknya kurva  $V_u$

---

dan  $V_r$  oleh setiap penambahan  $V_p$  dapatlah digambarkan suatu kurva keuntungan minus resiko yang lengkungnya mendaki ke puncak kemudian terjun ke titik nol. Titik nol ini adalah titik pertemuan dimana  $V_u$  sama dengan  $V_r$  (lihat gambar-1 kurva d). Yang penting dari kurva d ini adalah adanya titik maksimum yang secara jelas mengidentifikasi adanya mutu pelkes yang optimum. Bentuk kurva d ( $V_u$  minus  $V_r$ ) dan posisi titik tertingginya tergantung pada bentuk dari kurva a dan kurva b. Bentuk kurva a dan b ini ditentukan oleh kondisi pasien, *efikasi* (efektifitas, efisiensi dan keamanan) dari iptek kedokteran untuk perawatan pasien, dan derajat ketrampilan mengaplikasikan iptek kedokteran.

Peluang kurva d mencapai titik tertinggi (pencapaian keuntungan untuk kesehatan dengan resiko paling rendah) terbukti dapat diwujudkan dengan aplikasi ketrampilan yang tertinggi pada setiap pemberian pelkes. Strategi manajemen pelkes secara umum adalah untuk mencapai hasil titik tertinggi dari kurva d, yang mencerminkan tingkat tertinggi dari mutu pelkes dimana faktor-faktor lain dianggap sama. Bentuk pelkes apapun yang kurang dari titik tertinggi ini berarti kurang dari mutu pelkes yang sempurna. Namun batas kasar tentang arti mutu pelkes yang "cukup" atau "jelek" hanya dapat ditentukan oleh konvensi ataupun dalam penggunaan pelkes.

Pada model hipotesis gambar kurva kita ini berasumsi bahwa resiko tidak melebihi keuntungan pada tiap pelkes, sehingga pada keadaan manajemen pelkes yang terjelek (pada model hipotesis ini), status kesehatan pasien tidak akan berubah lebih jelek oleh karena manajemen pelkes yang diberikan. *Pada kehidupan nyata* resiko pelkes dapat melebihi keuntungan untuk kesehatan yang berakibat justru terjadi deteriorasi (kemunduran) status kesehatan klien. Ini jelas bisa terjadi pada pelkes yang buruk.

Dalam melakukan proses analisis hubungan antara  $V_u$ ,  $V_r$  dengan  $V_p$ , sangat penting disini pemahaman mengenai arti dari puncak kurva d (keuntungan untuk kesehatan minus resiko) yang mencerminkan keadaan iptek kedokteran serta cara aplikasinya. Dari pemahaman ini kita harus memisahkan penilaian efikasi iptek kedokteran dengan penilaian mutu manajemen teknis. Efikasi iptek kedokteran adalah kemampuan dan keamanan iptek kedokteran untuk pengobatan / perbaikan dan pemulihan kesehatan. Sedangkan mutu manajemen teknis adalah bagaimana iptek digunakan dengan baik.

---

Dengan pemahaman ini kita menyatakan bahwa mutu pelkes tidak diwakili oleh status kesehatan tetapi oleh keadaan dimana status kesehatan dimungkinkan dan direalisasikan.

### 3. Variabel Biaya Pemberian Pelkes (Vb)

Kurva yang terbentuk tampak pada gambar-1 kurva c. Selanjutnya diasumsikan variabel keuntungan untuk kesehatan dan resiko terhadap kesehatan sesuai dengan tingkat pelkes yang dikonsumsi, dapat dihargai dengan nilai uang. Dengan menggunakan asumsi ini bisa dibuat plot untuk kurva yang menunjukkan nilai uang yang digunakan pada keadaan keuntungan minus penjumlahan dari resiko dan biaya pada tiap tingkat penambahan pelkes (gambar-1 lengkung kurva e). Bila dibandingkan dengan kurva d, maka lengkung kurva e bergeser kekiri memanjang di bawah garis nol, dan puncak kurva lebih rendah. Dari sini dapat tampak terjadinya sebuah standard baru yang berefek untuk mutu manajemen teknis. Standard baru ini berpostulat dasar bahwa tidak dikehendaki timbulnya biaya sebagai konsekuensi perawatan.

Timbulnya biaya (yang tidak dikehendaki) oleh karena konsekuensi perawatan ini dapat ditambahkan pada perkiraan terjadinya resiko pada penilaian keuntungan murni dari manajemen teknis. Dengan standard baru ini juga memberi arti bahwa biaya dengan keuntungan untuk kesehatan maupun dengan resiko kesehatan bisa dibandingkan walaupun dengan nilai yang sangat kasar.

Derajat efisiensi produksi pelkes tentu mempengaruhi hubungan antara biaya dan pelkes yang bisa dilihat pada gambar-1. Lebih besar inefisiensi menghasilkan kurva biaya yang menanjak (lengkung kurva c), yang diikuti lengkung kurva e (kurva keuntungan minus jumlah dari resiko dan biaya) bergeser lebih jauh ke kiri dan puncaknya lebih rendah. Penggunaan pelkes yang tidak perlu akan berefek pada kurva yang sama seperti pada inefisiensi, yaitu menurunkan keuntungan dan menaikkan resiko relatif terhadap setiap tingkat biaya.

Pada gambar-1 pada kurva utility keuntungan (baik di atas dan di bawah) adalah penilaian subyektif. Dihipotesiskan penilaian terhadap biaya lebih responsif daripada penilaian pada peningkatan status kesehatan.

Kesatuan model yang kita bahas berdasarkan penggunaannya pada manajemen teknis.

---

Untuk manajemen interpersonal secara hipotesis juga diharapkan memberi keuntungan dan juga resiko pada kesejahteraan pasien (dalam aspek-aspek tertentu), juga ada biaya yang harus dibayar oleh karena profesional kesehatan perlu menggunakan waktu maupun upaya kenyamanan untuk pasien. Kurva-kurva yang terbentuk akan sama dengan gambar-1, dan digunakan untuk manajemen interpersonal dalam mengupayakan mutu pelkes.

Perimbangan antara keuntungan dan resiko dalam kesatuan model dalam mengupayakan mutu pelkes merupakan hasil dari pertimbangan-pertimbangan:

1. Dalam segala situasi pelkes akan terjadi keuntungan (benefits) maupun kesakitan (harm).
2. Besaran (magnitude) keuntungan dan kesakitan. Termasuk ini adalah durasi keuntungan dan kesakitan.

Beberapa implikasi dari kesatuan model

1. Profesi kesehatan sebagai ahli mempunyai hak prerogatif untuk mendefinisikan arti status kesehatan, intervensi yang berguna, dan mengukur kegunaan intervensi tersebut. Tanggung jawab profesi kesehatan adalah merekomendasi manajemen yang diharapkan bisa mencapai perimbangan antara keuntungan dan resiko kesehatan, hak prerogatif profesional kesehatan untuk mendefinisikan pelkes ini kita sebut **definisi mutu pelkes absolut**
  2. Fungsi utama pelkes adalah untuk mencapai kesejahteraan pasien. Maka pasien berbagi tanggung jawab dengan profesional kesehatan dalam menentukan definisi pelkes yang obyektif dan dalam menilai keuntungan dan resiko kesehatan untuk diri pasien. Ketika pertimbangan untuk manajemen mutu pelkes mengikut sertakan harapan, nilai dan aspirasi pasien maka kita sebut sebagai **definisi mutu pelkes individual**.
  3. Definisi mutu pelkes absolut bebas dari faktor moral, sedangkan untuk definisi mutu pelkes individual terikat moral, yaitu apakah profesional kesehatan mengikuti kehendak pasien atau tidak. Dalam keadaan yang sama dimana distribusi keuntungan kesehatan dan resiko kesehatan tidak sama di masyarakat sehingga biaya pelkes perlu dikontrol, maka profesional kesehatan tidak bebas bekerja semata berdasarkan definisi mutu pelkes absolut. Disini juga ada pertimbangan moral, dari sini maka timbul **definisi mutu pelkes sosial**. Pertimbangan
-

moral tersebut adalah:

- Dari segi biaya, untuk penanaman modal pelkes, operasional program pelkes definisi mutu pelkes sosial berarti biaya bergeser dari individual ke kolektifitas, atau dari satu segmen populasi ke segmen yang lain.
- Dari segi nilai pelkes, beberapa bentuk pelkes lebih bernilai tinggi pada tingkat sosial daripada yang lain sebab dirasakan oleh banyak orang daripada hanya individu.
- Penilaian sosial tentang mutu pelkes yang berbeda oleh karena perbedaan segmen populasi di masyarakat oleh karena perbedaan sex, pekerjaan, dan seterusnya ini dapat menyangkut nilai sosial, pertimbangan ekonomi, pengaruh politik dan kekuasaan.
- Nilai sosial berarti bukan hanya yang dibutuhkan oleh masyarakat sesuai dengan prinsip-prinsip kesehatan, tetapi bermanfaat untuk suatu tujuan tertentu atau menguntungkan walau bertentangan dengan prinsip-prinsip kesehatan (socially expedient)

Dalam masyarakat demokratis, nilai-nilai sosial di asumsikan sebagai etika yang dijunjung tinggi. Profesional diminta untuk membatasi nilai-nilai yang lain demi menjunjung tinggi nilai-nilai sosial dalam masyarakat demokrasi.

### **G. Konteks yang berpengaruh pada Definisi Mutu Pelkes**

Dari tiga definisi mutu pelkes yang sudah kita bahas (absolut, individual, dan sosial) memilih diantara definisi tersebut sangat sukar, karena masing-masing mempunyai legitimasi yang tepat pada konteksnya masing-masing. Pada kenyataannya perbedaan mengenai bagaimana mutu pelkes dilihat dan didefinisikan muncul dari perbedaan-perbedaan yang menyangkut lingkup dan tingkat perhatian pada mutu pelkes. Pada gambar-2 adalah usaha untuk memberi ilustrasi notasi segi pandang dan definisi ketiga definisi dengan menunjukkan sumber-sumber perbedaan diantara perspektif-perspektif yang berbeda maupun kesamaan-kesamaan dan keterkaitannya.

Pada gambar-2 mengidentifikasi 3 kategori yang masing-masing kategori diwakili oleh sebuah sisi kubus: 1) definisi kesehatan, 2) tingkat organisasi dan agregasi pemberi

---

pelayanan kesehatan, dan 3) tingkatan agregasi dari penerima sesungguhnya ataupun yang potensial menjadi penerima pelkes.

Semata-mata untuk ilustrasi maka kita katakan bahwa kesehatan memiliki 3 komponen utama: fungsi fisik fisiologis, fungsi psikologis, dan fungsi sosial. Demikian juga semata-mata untuk ilustrasi pemberi pelkes terbagi sebagai a) praktisi tunggal, b) beberapa praktisi dari profesi ataupun pekerjaan yang sama atau berlainan c) tim organisasi formal atau informal, dan d) suatu institusi, perencanaan, program, atau seluruh sistem pelkes.

Untuk penerima pelkes kita buat dua perbedaan penting: yang satu antara "pasien" dan "orang", yang lain antara "individu" dan "agregat". Seorang "pasien" adalah orang yang dalam suatu review benar-benar menerima perawatan kesehatan selama periode waktu tertentu. "Orang" adalah seorang yang mungkin menerima atau tidak menerima pelkes dalam periode waktu tertentu. Dengan demikian kategori "orang" termasuk "pasien", walaupun pada gambar, untuk penyederhanaan tidak bisa tampak untuk kategori ini. Namun untuk masing-masing kategori, gambar-2 menunjukkan pembagian lebih lanjut menjadi individu dan agregat. Suatu pengelompokan pasien disebut "case load" sedang pengelompokan orang disebut target populasi, masyarakat atau bahkan bangsa.

Secara tradisional obyek perhatian pada tiap definisi atau penilaian mutu pelkes meliputi perawatan yang diberikan oleh seorang individu pasien, dalam lingkup untuk meningkatkan atau mempertahankan fungsi fisik fisiologisnya. Keadaan ini terwakili pada gambar-2 oleh kubus kecil yang terarsir gelap, pada satu pojok dari konstruksi kubus besar. Tentu dimungkinkan untuk memperlebar lingkup perhatian yang sesuai untuk definisi mutu dengan memperluas konsep sehat yang mencakup aspek fungsi psikologis atau sosial. Jelaslah bahwa definisi mutu dan definisi sehat akan bertemu satu dengan yang lain walaupun tidak lengkap.

Keduanya bertemu hanya pada lingkup dimana sistem perawatan medis diberikan dan diterima, dilegitimasi bertanggung jawab untuk kesehatan manusia dan performansnya bersama-sama dengan cara-caranya yang sesuai pertanggung jawabannya. Aspek sehat yang tidak masuk di dalam pandangan perawatan medis tidak relevan untuk definisi atau penilaian mutu pelkes. Pada keadaan ekstrim "sehat" dapat didefinisikan sedemikian luasnya sehingga menjadi sinonim

---

dengan "mutu hidup". Pada kasus ini penilaian mutu perawatan medis hanya akan mengenai legitimasi aktifitas perawatan medis yang berkontribusi pada mutu hidup, tidak lebih dan tidak kurang.

Ketika beberapa praktisi kesehatan bersama merawat pasien, apakah untuk episode tunggal atau silih berganti, maka perlu untuk menilai kontribusi terpisah dari masing-masing pemberi pelkes. Bila para praktisi kesehatan yang terlibat berasal dari berbagai profesi dan pekerjaan, definisi mutu dan metode yang digunakan untuk menilai harus mencerminkan perbedaan peran, nilai-nilai, tujuan, dan teknologi dari beberapa praktisi yang terlibat. Segi lain yang harus mendapat perhatian besar adalah atribut-atribut kontinuitas dan koordinasi perawatan. Atribut-atribut proses perawatan ini juga relevan untuk perawatan yang diberikan oleh praktisi kesehatan kepada seorang pasien tunggal, khususnya bila ada beberapa episode penyakit. Tetapi dengan beberapa pemberi perawatan, kegagalan pada kontinuitas dan koordinasi lebih mungkin terjadi, oleh karenanya untuk beberapa pemberi perawatan atribut-atribut ini menjadi lebih penting sebagai penentu mutu pelkes.

Pembedaan antara pasien dan orang menggaris bawahi pentingnya akses ke pelkes sebagai penentu mutu pelkes bila populasi menjadi obyek penelitian. Pembedaan antara individu dan agregat menekankan pentingnya alokasi sumber daya yang tepat sebagai atribut sistem yang memberi pelkes. Akses dan alokasi sumber daya tentu saja saling berkaitan, karena perbedaan akses adalah satu cara dimana sumber daya teralokasikan berbeda. Namun perbedaan konsumsi sumber daya dapat juga terjadi setelah pelkes mulai berjalan. Hasilnya untuk kedua kasus tersebut adalah mutu pelkes didistribusikan berbeda diantara individu atau segmen populasi. Perbedaan distribusi ini secara jelas merupakan sebagai suatu elemen dari definisi mutu pelkes sosial dan merupakan kriteria untuk evaluasi performans suatu program atau sistem kesehatan. Perbedaan distribusi ini juga penting untuk kriteria evaluasi performans masing-masing praktisi ketika keseluruhan case load-nya adalah obyek penelitian. Ketika orang mengevaluasi performans seorang praktisi kesehatan kasus per kasus, orang gampang tergelincir pada asumsi waktu, perhatian dan sumber daya lain dari praktisi kesehatan yang tak terbatas, dan untuk mengharapkan hal tersebut, pada tiap-tiap kasus, pencapaian keuntungan kesehatan maksimum

---

direalisasikan dengan atau tanpa faktor biaya. Namun bila keseluruhan case load diteliti, kriteria yang tepat untuk mutu pelkes adalah murni keuntungan agregat. Sehingga penilaian performans praktisi individu dalam mengelola case-load dan performans praktisi individu dalam mengelola program untuk pelayanan target populasi praktis jelas sama.

Pertanyaan:

1. Keadaan apa sajakah yang bisa disebut sebagai pelkes yang kurang? Apakah keburukan dari pelkes yang berlebihan?
  2. Apakah keburukan dari biaya pelkes yang berlebihan/inefisien?
  3. Apakah yang terjadi pada  $V_u$  dan  $V_r$  bila banyaknya pelkes ( $V_p$ ) terus menerus ditambahkan?
  4. Apakah upaya yang bisa dilakukan untuk mencapai titik puncak tertinggi dari kurva d ( $V_u$  minus  $V_r$ ). Mengapa puncak kurva e lebih rendah dari kurva d, demikian juga lengkung kurva e lebih bergeser kekiri? Apakah artinya?
  5. Apakah perbedaan antara definisi mutu pelkes absolut, individu, dan sosial? Perbedaan melihat/mendefinisikan mutu pelkes menyangkut apa saja?
-

Sesi 3:

### **A. Penilaian Mutu dan Evaluasi Program**

Adanya beda lingkup dan tingkat yang diperhatikan untuk mendefinisikan mutu pelkes akan relevan untuk keadaan hubungan antara penilaian mutu pelkes dan evaluasi program.

Evaluasi program dan penilaian mutu pelkes substansinya berhubungan hanya bila program juga memberi pelkes perorangan. Bila memang substansinya berhubungan maka baru dipertimbangkan apakah program juga memiliki fungsi lainnya mis: pendidikan dan penelitian kesehatan, pelkes lingkungan, dan seterusnya. Jelas bahwa penilaian mutu pelkes hanya berhubungan dengan satu fungsinya yaitu pelkes perorangan, sedang evaluasi program lingkungannya harus lebih luas. Maka penilaian mutu pada program hanya mengukur sukses programnya pada fungsi kemampuan / kebagusan pelkes perorangannya.

Jadi bila program kesehatan hanya berisi pelkes perorangan maka evaluasi program sama dengan penilaian mutu pelkes-nya? Tidaklah harus demikian sebab:

- Program dijalankan oleh organisasi; menilai kinerja organisasi harus menilai kegiatan organisasi yang berhubungan dengan pertumbuhan dan kelangsungan hidupnya.
  - Evaluasi program juga harus meliputi evaluasi kinerja sub unit organisasi tersebut.
  - Yang lebih penting dipahami adalah fungsi menyediakan pelkes pada tingkat program berbeda dengan fungsi interaksi langsung antara praktisi kesehatan dengan klien, tak peduli apakah program hanya memberi pelkes saja atau juga mempunyai fungsi yang lain.
  - Beda dan besaran bedanya bergantung pada apakah program dirancang hanya untuk melayani pasien saja (mis. Rumah Sakit) atau untuk suatu populasi (asuransi kesehatan, sistem kesehatan nasional).
-

- Bila program hanya bertanggungjawab untuk pelayanan pasien saja maka definisi mutu prinsipnya tidak berbeda dengan yang sudah kita bahas untuk mutu pelkes. Untuk evaluasi program harus lebih memperhatikan pada akses dan alokasi sumber daya. Efisiensi produksi pelkes juga sangat penting diperhatikan.
- Bila program melayani populasi harus ditambahkan pertimbangan-pertimbangan mengenai beda arti dari keuntungan dan resiko pelkes. Beda arti ini timbul karena adanya penekanan pada keuntungan dan kerugian pelkes eksternal dan adanya preferensi kolektif mengenai keuntungan pelkes untuk suatu distribusi sosial tertentu. Disamping pertimbangan-pertimbangan ini perlu juga diperhatikan mengenai distribusi sosial biaya pelkes. Pelkes untuk siapa yang membayar atau untuk siapa yang mendapat keuntungan pelkes? Pertanyaan pertimbangan keadilan pelkes ini merupakan elemen penting evaluasi program.

Setelah membicarakan perbedaan-perbedaan antara evaluasi program dan penilaian mutu pelkes, kita bahas kesamaan-kesamaannya:

- Penilaian mutu pada tingkat interaksi klien dan praktisi akan sama dengan pada tingkat program bila praktisi kesehatan bertanggung jawab juga pada manajemen pelkes populasi.
- Bila ditemukan mutu yang jelek pada tingkat pelkes perorangan melalui penilaian mutu pelkes, maka penilaian mutu bisa melebar pada keseluruhan organisasi sebagai evaluasi program.

### **B. Aksesibilitas, Kontinuitas, dan Koordinasi**

Dari konteks penilaian mutu pelkes mulai dari interaksi antara seorang pasien dan seorang praktisi pelkes, kemudian bergeser ke pelkes kelompok praktisi kesehatan kepada seluruh populasi, maka sejumlah atribut pelkes menjadi lebih menonjol sebagai penentu dari mutu pelkes. Diantara atribut-atribut tersebut adalah aksesibilitas, kontinuitas, dan koordinasi. Bagaimana atribut-atribut ini berhubungan dengan definisi mutu pelkes?

Pelkes yang aksesibel yaitu mudah dimulai dan mudah dipertahankan. Aksesibel bergantung pada:

- keadaan yang dimiliki penyedia pelkes
  - kemampuan klien (finansial, spatial, sosial dan psikologis)
-

Maka aksesibilitas berarti adaptasi antara pemberi dan penerima pelkes. Besaran adaptasi ini mempengaruhi mutu pelkes dengan cara seperti yang sudah kita bahas yaitu dalam hal:

- kuantitas yang cukup
- distribusi pelkes dan keuntungan kesehatan
- biaya pelkes yang ditanggung pasien

Adaptasi yang lebih baik maka aksesibilitas pelkes lebih baik, biasanya juga diiringi mutu pelkes lebih baik, dengan catatan bila peningkatan akses hanya meningkatkan **keuntungan murni** kesehatan saja, bukan meningkatkan resiko, biaya dan pemborosan lainnya.

Ada banyak kesamaan antara aksesibilitas dengan kontinuitas dan koordinasi dalam hubungannya dengan mutu pelkes.

- Koordinasi berarti suatu proses dimana elemen-elemen perawatan kesehatan dan hubungan perawatan kesehatan dalam suatu sekuens perawatan kesehatan saling cocok dalam rancangan perawatan keseluruhan.
- Kontinuitas berarti meminimalkan interupsi dari perawatan yang dibutuhkan dan pemeliharaan kelanjutan hubungan antara kegiatan yang sekuensial dari perawatan kesehatan.
- Hakekat dasar dari kontinuitas perawatan adalah pelestarian informasi mengenai temuan masa yang lampau, evolusi dan keputusan tindak perawatan dan kemudian digunakan pada manajemen perawatan saat ini sesuai / konsisten dengan tujuan / metode perawatan atau dalam evolusi teratur yang masuk akal.
- Koordinasi menyangkut berbagi informasi tersebut diantara pelaku pelkes untuk mencapai manajemen perawatan yang koheren.

Diyakini bahwa kontinuitas dan kordinasi akan lebih baik bila tanggung jawab sebisanya terpusat pada tangan seorang praktisi bila lebih dari satu praktisi ada legitimasi untuk transfer tanggung jawab manajemen pelkes. Diyakini juga bahwa koordinasi dan kontinuitas perawatan cenderung memberi pemahaman lebih baik mengenai problema perawatan pasien, baik situasinya secara umum maupun nilai-nilai dan harapan-harapannya. Semua ini menghasilkan keputusan-keputusan klinis yang lebih tepat, kemungkinan besar pasien patuh / kooperasi, dan

---

puas dengan perawatan tersebut.

Koordinasi dan kontinuitas pada aspek menghilangkan duplikasi, biaya juga dapat dikurangi. Bila semua ini terjadi akan meningkatkan mutu pelkes sebagai keuntungan murni kesehatan yang diharapkan yang dipandang dari pasien.

Kemungkinan negatif dari kontinuitas adalah:

- kurang perhatian pada perkembangan situasi baru pasien
- kesalahan / kekurangan masa lampau yang tetap dilanjutkan
- kelangsungan hubungan klien-praktisi kesehatan yang sebenarnya kurang dikehendaki.

Dari penjelasan di atas, bisa disimpulkan bahwa:

Mutu pelkes dapat didefinisikan bebas dari koordinasi dan kontinuitas, tapi koordinasi dan kontinuitas tidak dapat didefinisikan lepas dari mutu pelkes.

#### Kesimpulan:

Aksesibilitas, kontinuitas dan koordinasi adalah atribut-atribut yang mempengaruhi mutu pelkes tapi tetap terpisah dari mutu pelkes.

### **C. Klien dan Definisi Mutu Pelkes.**

Klien baik individu maupun kolektif ikut menentukan definisi mutu pelkes dengan beberapa cara. Salah satu cara adalah dalam menentukan definisi "sehat" dan "pelkes" disini klien:

- cenderung mempunyai pandangan yang lebih luas, mengharapkan lebih banyak daripada yang praktisi kesehatan bisa lakukan
- kadang berpandangan lebih sempit, sehingga bersikap menolak segala intervensi praktisi
- ikut menentukan nilai-nilai yang harus ditempatkan pada keuntungan dan resiko terhadap kesehatan (sesuai kesatuan model)
- ikut menentukan nilai-nilai dan harapan dalam proses manajemen interpersonal

Berdasar kerangka pikir ini klien secara individu dan kolektif adalah penentu utama dari arti definisi mutu pelkes. Dari aspek ini kepuasan klien sering dilihat sebagai komponen penting dari

---

mutu pelkes. Maka telah terjadi fenomena yang sungguh kompleks. Dalam satu aspek puas / tidaknya klien berhubungan dengan suatu konsekuensi yang terjadi karena adanya pelkes, bukan proses / atribut perawatan itu sendiri (mis: konsekuensi pelkes dalam penyembuhan luka, tersambungny patah tulang, dst.). Aspek kepuasan ini dapat dipandang sebagai suatu elemen kesehatan psikologis, yang bisa membuat pencapaian kepuasan maksimum klien sebagai tujuan dari pelkes.

Tujuan pelkes untuk mencapai kepuasan klien bisa menyumbang tujuan untuk outcome lain antara lain:

- menjadi kooperatif dengan program perawatan / pengobatan
- meningkatkan akses, yaitu cenderung kembali untuk melanjutkan berobat

Peran lain dari kepuasan klien pada penilaian mutu pelkes sebagai:

- "kebaikan" dari mutu pelkes
- mewakili penilaian mutu pelkes yang berhubungan dengan penilaian mutu oleh profesional (walaupun pertimbangan-pertimbangan yang digunakan bisa tidak sama)
- sebagai ekspresi puas atau tidak puas yang sangat rinci bisa meliputi tatanan dan kenyamanan, sampai aspek manajemen teknis, interpersonal, fisiologik, phisik, psikologik dan konsekuensi sosial pelkes.

Secara fundamental kepuasan klien penting sebagai ukuran mutu pelkes. Namun kepuasan klien juga memiliki beberapa kelemahan untuk ukuran mutu pelkes yaitu:

- klien memiliki pemahaman yang sangat tak lengkap dari iptek kedokteran, sehingga penilaian bisa salah.
- harapan-harapan klien seringkali salah, bila dipenuhi berbahaya karena terlarang baik secara profesional maupun sosial, atau tidak pada kepentingan terbaik klien. Bisa saja harapan klien yang salah ini karena gagalnya praktisi kesehatan memberi pendidikan kesehatan.

Semua pertimbangan ini menunjukkan bahwa kepuasan klien berhubungan dengan mutu pelkes dalam berbagai cara.

1. Kepuasan pasien pada lingkup yang jelas untuk keuntungan kesehatan, berarti merupakan dasar definisi mutu pelkes (primer)
-

2. Kepuasan klien pada lingkup keuntungan lainnya (akses, kooperatif), berarti sekunder.
3. Kepuasan klien adalah penilaian mutu pelkes, ini bukan bagian dari definisi mutu pelkes, hanya mewakili komponen-komponen tertentu definisi mutu (berhubungan dengan harapan-harapan, nilai-nilai, dan seterusnya).

#### **D. Kepuasan Praktisi Pelkes**

Supaya seimbang kita juga harus mengungkap derajat kepuasan praktisi pelkes berhubungan dengan definisi mutu pelkes.

- Suatu perasaan umum dari praktisi kesehatan akan mendorong kearah kinerja yang terbaik dalam melayani pasien.
- Kepuasan praktisi kesehatan seperti kepuasan klien sebagian sebagai suatu penilaian dari kebaikan yang terkait dengan kondisi dan tatanan pekerjaan mereka. Kondisi dan tatanan ini bisa kerjasama dengan kolega, hasil yang dicapai oleh praktisi sendiri, dan seterusnya.
- Kepuasan praktisi kesehatan kemudian bisa menjadi faktor penyebab untuk pelkes yang baik atau sebagai penilaian dari kebaikan pelkes. Maka kepuasan praktisi disini merupakan komponen dari definisi "kebaikan" itu sendiri.
- Definisi mutu pelkes selama ini untuk tujuan meningkatkan kepuasan klien, dari segi organisasi keseluruhan harus juga mengupayakan kepuasan praktisi kesehatan. Pada konteks ini kepuasan praktisi kesehatan menjadi sebuah kriteria mutu dari fungsi dan kinerja tertentu organisasi.

#### **E. Memilih Definisi Mutu Pelkes**

Pembahasan kita mengenai definisi mutu pelkes sejauh ini berkesimpulan:

- ada beberapa definisi mutu pelkes
- ada beberapa varian dari definisi tunggal mutu pelkes
- tiap definisi dan variannya berlegitimasi pada konteksnya yang tepat

Formulasi tersebut berguna untuk analisis dalam menilai mutu pelkes. Namun untuk kebijakan publik atau pelayanan individu tidak praktis. Untuk mencapai ini perlu patokan-patokan:

---

- Keseimbangan antara keuntungan untuk kesehatan dan menyakiti adalah bagian pokok dari definisi mutu pelkes. Dari bagian pokok definisi mutu pelkes ini bisa untuk pijakan mengenai berbagai hal tentang:
- Perawatan tidak berguna bisa dicegah
- Efisiensi produksi bukan dari sisi praktisi kesehatan, harus dikeluarkan dari definisi mutu pelkes
- Nilai-nilai sosial pada keuntungan dan resiko kesehatan yang tidak sesuai dengan nilai-nilai individu, harus dikeluarkan, kecuali dinyatakan sebagai alokasi sumber daya untuk agregat. Dengan ini maka ada kerangka kerja yang memberi tindakan praktisi kesehatan dengan pertimbangan keterbatasan fasilitas sosial.

Sedangkan elemen biaya sebagai penentu definisi mutu pelkes berada diluar jangkauan praktisi kesehatan. Masalah biaya ini hanya bisa diatasi oleh tindakan sosial saja. Bila tindakan sosial adalah pengontrolan penggunaan pelkes maka peran praktisi berlaku sebagai penasihat dengan konsekuensi bisa terjadi ketegangan antara praktisi kesehatan dan mekanisme kontrol sosial. Konflik ini bisa diatasi bila biaya pelkes ditentukan oleh masyarakat (langsung / tidak langsung) dan pada saat yang sama praktisi kesehatan dibuat bertanggung jawab untuk kesejahteraan seluruh kelompok masyarakat. Dengan ini kita aplikasikan definisi mutu pelkes sosial secara etis. Menurut definisi ini maka:

- semua kehidupan (tahun-orang) berfungsi penuh dengan nilai yang sama
- semua orang mendapat akses pelkes yang sama
- mutu tertinggi pelkes berarti yang dihasilkan untuk penggunaan murni seluruh populasi.

Untuk mencapai keadaan ini adalah tanggung jawab para profesional kesehatan masyarakat untuk mengajarkan strategi pelkes yang paling mendekati keadaan ideal tersebut. Bila ini tercapai maka pelkes individu sesuai dengan standar sosial untuk mutu pelkes.

Tugas menjawab pertanyaan:

1. Substansi antara evaluasi program dan penilaian mutu pelkes berhubungan pada keadaan apa? Apakah artinya ini?
  2. Faktor apa saja yang membedakan evaluasi program dengan penilaian mutu pelkes.
-

3. Program yang melayani populasi, elemen penting evaluasinya apa?
  4. Faktor apa saja yang menjadikan ada kesamaan antara evaluasi program dan penilaian mutu pelkes
  5. Apakah arti aksesibilitas dan tergantung faktor-faktor apa?
  6. Akses yang baik hubungannya dengan mutu pelkes bagaimana? Jelaskan.
  7. Apakah segi positif dari koordinasi dan kontinuitas pada mutu pelkes
  8. Mengapa mutu pelkes bisa didefinisikan bebas dari koordinasi dan kontinuitas?
  9. Dalam menentukan definisi "sehat" apa yang dilakukan oleh klien?
  10. Mengapa klien adalah penentu dari arti definisi mutu pelkes?
  11. Apa saja peran kepuasan klien untuk mutu pelkes?
  12. Bagaimana kepuasan klien bisa digunakan untuk definisi mutu pelkes?
  13. Kepuasan praktisi pelkes bisa dipakai untuk menilai apa?
  14. Bagaimana masalah biaya pelkes bisa dicarikan jalan keluar sehingga mutu pelkes sosial tetap terjaga?
-