

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Tinjauan Pustaka

1. Rumah Sakit

a. Pengertian Rumah Sakit

Rumah sakit adalah sarana kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan rawat inap, rawat jalan, gawat darurat, tindakan medik yang dilaksanakan selama 24 jam melalui upaya kesehatan perorangan. Rumah sakit memiliki program peningkatan mutu yang bisa dilakukan evaluasinya secara eksternal dan internal guna melakukan evaluasi seluruh kegiatan yang berkaitan dengan pelayanan kepada pasien. Program evaluasi peningkatan mutu internal dapat dilakukan dengan metode misalnya berbasis *review* dokumen, rekam medis, audit medis, *patient safety*, observasi kinerja klinis atau survey terhadap pelanggan internal dan Program evaluasi peningkatan mutu eksternal dapat dilakukan antara lain melalui Akreditasi, ISO. Kementerian Kesehatan mewajibkan Rumah Sakit kelas C terakreditasi lima pelayanan, Rumah Sakit kelas B diwajibkan terakreditasi dua belas sampai enam belas pelayanan dan untuk Rumah Sakit kelas A dieajibkan terakreditasi untuk enam belas pelayanan (Kemenkes RI 2020).

Rumah Sakit merupakan suatu organisasi yang paling kompleks dengan produksi (*output*) yang sangat beragam, padat karya, disisi lain Rumah Sakit pula dituntut harus memberikan pelayanan kesehatan kepada

masyarakat dengan teknologi yang tepat guna. Untuk menghadapi tantangan tersebut, pengelolaan rumah sakit hendaknya dilakukan secara professional dengan memperhatikan kualitas pemberian pelayanan yang memadai dan selalu mempertimbangkan aspek efektifitas dan efisiensi (Zulaikha 2016).

b. Tugas dan Fungsi Rumah Sakit

Sebagaimana disebutkan dalam UU No 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit, bahwa rumah sakit memiliki tugas dan fungsi. Rumah sakit mempunyai tugas untuk memberikan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna. Pada Pasal 5 disebutkan bahwa ungsi rumah sakit diantaranya yaitu :

- 1) Penyelenggaraan pelayanan pengobatan dan pemulihan kesehatan sesuai dengan standar pelayanan rumah sakit
- 2) Pemeliharaan dan peningkatan kesehatan perorangan melalui pelayanan kesehatan yang paripurna tingkat kedua dan ketiga sesuai keutuhan medis
- 3) Penyelenggaraan pendidikan dan pelatihan sumber daya manusia dalam rangka peningkatan kemampuan dalam pemberian pelayanan kesehatan
- 4) Penyelenggaraan penelitian dan pengembangan serta penapisan teknologi bidang kesehatan dalam rangka peningkatan pelayanan kesehatan dengan memperhatikan etika ilmu pengetahuan bidang kesehatan.

Menurut WHO menyebutkan bahwa rumah sakit adalah bagian integral dari suatu organisasi sosial dan kesehatan dengan fungsi menyediakan pelayanan paripurna (komprehensif), penyembuhan penyakit (kuratif) dan pencegahan penyakit (preventif) kepada masyarakat (Kemenkes RI 2013).

2. Instalasi Rawat Inap

a. Definisi Instalasi Rawat Inap

Instalasi rawat inap adalah unit pelayanan non struktural yang menyediakan fasilitas serta menyelenggarakan kegiatan pelayanan rawat inap. Pelayanan rawat inap merupakan suatu kelompok pelayanan kesehatan yang terdapat di rumah sakit yang merupakan gabungan dari beberapa fungsi pelayanan. Kategori pasien yang masuk rawat inap adalah pasien yang perlu perawatan intensif atau observasi lebih dalam karena penyakitnya (Jati 2009).

"Rawat inap merupakan istilah yang berarti proses perangkapan pasien oleh tenaga kesehatan akibat penyakit tertentu, yang mana pasien diinapkan di suatu ruangan di rumah sakit" (Kartikasari 2019).

b. Tugas Pokok Instalasi Rawat Inap

Menurut Dhian Kartikasari (2019) dalam bukunya disebutkan bahwa terdapat beberapa tugas pokok unit rawat inap yaitu :

- 1) Mempersiapkan peralatan serta perlengkapan yang dibutuhkan di Unit Rawat Inap

- 2) Memberikan pengawasan, perawatan dan pengobatan secara intensif kepada pasien
- 3) Memberikan informasi kesehatan yang jelas dan transparan kepada pasien atau orang yang bertanggung jawab terhadap pasien dan kepada dokter penanggung jawab pasien
- 4) Melakukan pencatatan/perekaman kondisi pasien ke DRM Rawat Inap, dan rencana penatalaksanaan/ tindak lanjut pasien
- 5) Melakukan registrasi pasien ke dalam buku register
- 6) Membuat surat pengantar rujukan, Instalasi Pemeriksaan Penunjang, surat keterangan sehat, informed consent, *visum et repertum* (bila perlu)
- 7) Setiap ada mutasi pasien melaporkan ke TPPRI
- 8) Membuat Sensus Harian Rawat Inap (SHRI)
- 9) Melakukan kontrol pendapatan jasa pelayanan bersama dengan Kassa.

c. Tenaga Medis dan Paramedis

Tenaga medis adalah unsur yang sangat berpengaruh dalam menentukan kualitas pelayanan yang diberikan. Fungsi utama dari tenaga medis yaitu memberikan pelayanan medik kepada pasien dengan mutu yang sebaik-baiknya serta menggunakan tata cara dan teknik berdasarkan ilmu kedokteran dan etik yang berlaku serta dapat dipertanggungjawabkan kepada pasien dan rumah sakit (Hernawan, 2016).

Menurut *Global Health Workforce Alliance* (2011) menyebutkan bahwa terpenuhinya jumlah tenaga kerja ini juga sangat penting karena tenaga kesehatan merupakan kunci utama dalam keberhasilan pencapaian tujuan pembangunan kesehatan. Selain itu juga terpenuhinya jumlah SDM sesuai kebutuhan mejadi sangat penting untuk keberhasilan rumah sakit.

Menurut Depkes (2003) menyatakan bahwa jumlah tenaga paramedis yang harus mendapat pelatihan khusus minimal seperti pelatihan pembacaan *diagnose*, pembacaan hasil ECG, pemantauan cairan dan pelatihan asuhan keperawatan 90% dari keseluruhan jumlah paramedis yang bertugas. Menurut Notoatmodjo (1998). menyatakan bahwa pentingnya pendidikan dan pelatihan bagi karyawan karena dengan meningkatnya kemampuan atau keterampilan para karyawan, meningkatkan produktivitas kerja para karyawan. Produktivitas kerja para karyawan meningkat, berarti organisasi yang bersangkutan akan memperoleh keuntungan.

d. Peraturan Internal Rumah Sakit (Hospital by Laws)

Menurut Peraturan Kementerian Kesehatan No 4 Tahun 2018 Pasal 22 menyebutkan bahwa Peraturan Internal Rumah Sakit (*hospital by laws*) terdiri dari peraturan organisasi Rumah Sakit (*corporate bylaws*) dan peraturan staf medis Rumah Sakit (*medical staff bylaws*). Sedangkan Peraturan Internal Rumah Sakit juga berisi kebijakan umum pelayanan rumah sakit yang mendukung tata kelola korporasi

(*corporate governance*) dan tata kelola klinis (*clinical governance*) yang baik.

Dalam rangka melindungi penyelenggaraan rumah sakit, tenaga kesehatan dan melindungi pasien maka rumah sakit perlu mempunyai peraturan internal rumah sakit yang biasa disebut *hospital by laws*. Peraturan tersebut meliputi aturan-aturan berkaitan dengan pelayanan kesehatan, ketenagaan, administrasi dan manajemen. Bentuk peraturan internal rumah sakit (HBL) yang merupakan materi muatan pengaturan dapat meliputi tata tertib rawat inap pasien, identitas pasien, hak dan kewajiban pasien, dokter dan rumah sakit, informed consent, rekam medik, visum et repertum, wajib simpan rahasia dokter, komite medik, panitia etik dokter, panitia etika rumah sakit, hak akses dokter terhadap fasilitas rumah sakit, persyaratan kerja, jaminan keselamatan kerja, kontrak kerja dengan tenaga kesehatan dan rekanan. Bentuk dari peraturan internal rumah sakit dapat merupakan Standar Operasional Procedure (SOP), Surat Keputusan, Surat Penugasan, Pengumuman, Pemberitahuan dan perjanjian (MOU).

Peraturan Internal Rumah Sakit antara rumah sakit satu dengan yang lainnya tidak harus sama materi muatannya, hal tersebut tergantung pada sejarah pendiriannya, kepemilikannya, situasi dan kondisi yang ada pada rumah sakit tersebut.

Namun demikian peraturan internal rumah sakit tidak boleh bertentangan dengan peraturan di atasnya seperti Keputusan Menteri,

Keputusan Presiden, Peraturan Pemerintah dan Undang-Undang. Dalam bidang kesehatan pengaturan tersebut harus selaras dengan Undang-Undang Nomor 23 Tahun 1992 tentang Kesehatan dan peraturan pelaksanaannya.

Standar Operasional Prosedur adalah pedoman atau acuan untuk melaksanakan tugas pekerjaan sesuai dengan fungsi dan alat penilaian kinerja instansi pemerintah berdasarkan indikator-indikator teknis, administratif dan prosedural sesuai dengan tata kerja, prosedur kerja dan sistem kerja pada unit kerja yang bersangkutan. Tujuan SOP adalah menciptakan komitmen mengenai apa yang dikerjakan oleh satuan unit kerja instansi pemerintah untuk mewujudkan *good governance* (Atmoko 2010).

SOP juga berfungsi membentuk sistem kerja dan aliran kerja yang teratur, sistematis dan dapat dipertanggungjawabkan, menggambarkan bagaimana tujuan pekerjaan dilaksanakan sesuai dengan kebijakan dan peraturan yang berlaku; menjelaskan bagaimana proses pelaksanaan kegiatan berlangsung; sebagai sarana tata urutan dari pelaksanaan dan pengadministrasian pekerjaan harian sebagaimana metode yang ditetapkan; menjamin konsistensi dan proses kerja yang sistematis; dan menetapkan hubungan timbal balik antar Satuan Kerja (Atmoko 2010).

Secara umum, SOP merupakan gambaran langkah-langkah kerja (sistem, mekanisme dan tata kerja internal) yang diperlukan

dalam pelaksanaan suatu tugas untuk mencapai tujuan instansi pemerintah. SOP sebagai suatu dokumen/instrumen memuat tentang proses dan prosedur suatu kegiatan yang bersifat efektif dan efisien berdasarkan suatu standar yang sudah baku. Pengembangan instrumen manajemen tersebut dimaksudkan untuk memastikan bahwa proses pelayanan di seluruh unit kerja pemerintahan dapat terkendali dan dapat berjalan sesuai dengan ketentuan yang berlaku (Atmoko 2010).

Menurut World Health Organization Monitoring adalah suatu proses pengumpulan dan menganalisis informasi dari penerapan suatu program termasuk mengecek secara reguler untuk melihat apakah kegiatan program itu berjalan sesuai rencana sehingga masalah yang dilihat atau ditemui dapat diatasi (Misnaniarti and Najmah 2021).

Monitoring melacak kinerja yang nyata terhadap apa yang direncanakan atau diharapkan dengan menggunakan standar yang telah ditetapkan sebelumnya. Monitoring meliputi kegiatan pengumpulan dan analisis data tentang proses dan hasil dari pelaksanaan program atau kegiatan dan memberikan rekomendasi untuk melakukan tindakan koreksi. Monitoring Pengendalian adalah tindak lanjut dari monitoring. Monitoring sebenarnya lebih ditekankan pada kegiatan mencermati proses pelaksanaan kegiatan serta adanya perubahan lingkungan organisasi. Hasil monitoring akan memberikan umpan balik, apakah kegiatan dapat berjalan semestinya, atukah terjadi adanya penyimpangan dari yang direncanakan, atau bahkan perencanaan yang

tidak tepat atau menjadi tidak tepat oleh adanya perubahan lingkungan. Hasil monitoring dipakai sebagai dasar tindakan manajemen, mulai dari penjaminan kegiatan tetap pada tracknya sampai pada tindakan koreksi dan/ atau penyesuaian. Pengertian inilah yang dimaksud sebagai pengendalian, sehingga sering pengendalian tidak dapat dipisahkan atau bahkan sulit dibedakan dengan monitoring itu sendiri. Monitoring dan pengendalian adalah sebuah kesatuan kegiatan, yang sering juga disebut sebagai *on-going evaluation* atau *former evaluation* (Rahmah, 2008).

Pengawasan adalah aktivitas yang biasa dilakukan untuk memastikan bahwa suatu proses pekerjaan dilakukan sesuai dengan yang seharusnya (Sigit, 2000). Kemenkes RI juga menyebutkan bahwa mutu pelayanan kesehatan itu meliputi kinerja yang menunjukkan tingkat kesempurnaan pelayanan kesehatan, tidak saja yang dapat menimbulkan kepuasan bagi pasien sesuai dengan kepuasan rata-rata penduduk tetapi juga sesuai dengan standar dan kode etik profesi yang telah ditetapkan (Pohan 2009).

Dari beberapa pernyataan diatas dapat diketahui bahwa komite mutu sangat diperlukan untuk mengetahui mutu pelayanan rumah sakit sehingga bisa menjaga mutu yang sudah bagus dan meningkatkan yang masih kurang. Evaluasi mutu juga sangat penting untuk dilaksanakan baik secara program atau kegiatan dan kinerja karena evaluasi sendiri merupakan suatu penilaian sedangkan evaluasi program, merupakan

suatu istilah dalam manajemen yang cukup populer pada dekade terakhir ini, akan tetapi ini bukanlah suatu hal yang baru (Thoha 2001).

Evaluasi atau kegiatan penilaian merupakan bagian yang penting dari proses manajemen dan didasarkan pada sistem informasi manajemen. Evaluasi dilaksanakan karena adanya dorongan atau keinginan untuk mengukur pencapaian hasil kerja atau kegiatan pelaksanaan program terhadap tujuan yang telah ditetapkan (Thoha 2001).

Dengan evaluasi akan diperoleh umpan balik (feed back) terhadap program atau pelaksanaan suatu kegiatan. Tanpa adanya evaluasi, sulit rasanya untuk mengetahui sejauh mana tujuan-tujuan yang sudah direncanakan oleh sebuah organisasi telah tercapai atau belum (Thoha 2001).

Menurut Syafharini (2012) tidak berjalannya program komite mutu dalam meningkatkan kualitas pelayanan, merupakan kesalahan manusia (*human error*) yang disebabkan oleh kurangnya sosialisasi program yang mengakibatkan kurang pahamnya para karyawan akan program yang akan diimplementasikan dan manfaat dari program tersebut dan tidak tegasnya sanksi yang diberikan manajemen terhadap karyawan yang tidak melakukan program tersebut.

e. Penyediaan Sarana Medik, non Medik dan Obat-Obatan

Standar peralatan yang harus dimiliki oleh rumah sakit sebagai penunjang untuk melakukan diagnosis, pengobatan, perawatan dan

sebagainya tergantung dari tipe rumah sakit. Dalam rumah sakit, obat merupakan sarana yang mutlak diperlukan, bagian farmasi bertanggung jawab atas pengawasan dan kualitas obat. Persediaan obat harus cukup, penyimpanan efektif, diperhatikan tanggal kadaluarsanya, dan sebagainya (Syafharini 2012).

UU No 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit pasal 16 ayat 1 mengamanahkan bahwa peralatan medik dan non medik harus memenuhi standar pelayanan, persyaratan mutu baik dari segi kelengkapan dan kecukupan jumlah, keamanan, keselamatan dan layak pakai. Kemudian ayat 6 mengamanahkan bahwa pemeliharaan peralatan harus didokumentasikan dan dievaluasi secara berkala dan berkesinambungan. Pelayanan Kesehatan yang berkesinambungan perlu didukung dengan peralatan yang selalu dalam kondisi lengkap jenis, siap pakai serta dapat difungsikan dengan baik.

Selain penyediaan sarana prasarana pemeliharaannya juga penting. Pemeliharaan sarana dan prasarana bisa dilihat salah satunya dari kecepatan waktu, dimana kecepatan waktu yang dimaksud adalah waktu yang dibutuhkan dimulai dari laporan alat rusak diterima sampai dengan petugas pemeriksaan menanggapi. Standar Depkes menentukan bahwa dalam 15 menit kerusakan sudah harus ditanggapi oleh petugas untuk perbaikan (Depkes, 2008).

Pemeliharaan peralatan kesehatan adalah suatu upaya yang

dilakukan agar peralatan kesehatan selalu dalam kondisi laik pakai. Dapat difungsikan dengan baik dan menjamin usia pakai lebih lama. Dalam pelaksanaan pemeliharaan peralatan terdapat berbagai kriteria dan aspek-aspek yang berkaitan dengan pemeliharaan(Syafharini 2012).

Menurut ISO 9001 bahwa Untuk mengendalikan keakuratan dan kesesuaian hasil dari peralatan medik manajemen rumah sakit secara berkesinambungan harus melakukan pemeliharaan dan pemantauan fungsi alat secara seksama. Peralatan kesehatan merupakan salah satu faktor yang memegang peranan penting dalam menyelenggarakan pelayanan kesehatan kepada masyarakat. Pelayanan Kesehatan yang berkesinambungan perlu didukung dengan peralatan yang selalu dalam kondisi siap pakai serta dapat difungsikan dengan baik (ISO:9001 2008).

Kalibrasi adalah kegiatan untuk menentukan kebenaran konvensional nilai penunjukkan alat ukur dan bahan ukur dengan cara membandingkan terhadap standar ukur yang mampu telusur (traceable) ke standar nasional untuk satuan ukuran dan/atau internasional (Rantau, 2014).

f. Penatalaksanaan Medis dan Paramedis

Donabedian (1980), menyebutkan bahwa perilaku dokter dalam aspek teknis manajemen, manajemen lingkungan sosial,

manajemen psikologi, manajemen kontinuitas, koordinasi kesehatan dan penyakit harus mencakup beberapa hal, diantaranya adalah :

- 1) Ketepatan diagnosis
- 2) Ketepatan dan kecukupan teori
- 3) Catatan dan dokumen pasien yang lengkap
- 4) Koordinasi perawat secara berkelanjutan bagi semua anggota keluarga

Pelayanan perawat di rumah sakit merupakan bagian integral dari pelayanan rumah sakit secara menyeluruh, yang sekaligus merupakan tolak ukur keberhasilan pencapaian tujuan rumah sakit, bahkan sering menjadi faktor penentu citra rumah sakit di mata masyarakat. Keperawatan sebagai suatu profesi di rumah sakit yang cukup potensial dalam menyelenggarakan upaya mutu, karena selain jumlahnya yang domain juga pelayanan menggunakan pendekatan metode pemecahan masalah secara ilmiah melalui proses keperawatan. Standar kompetensi kedokteran Indonesia dalam Konsil Kedokteran Indonesia (2013) yang menyatakan bahwa lulusan dokter mampu membuat diagnosis klinik terhadap penyakit tersebut dan menentukan rujukan yang paling tepat bagi penanganan pasien selanjutnya. Selain itu standar kompetensi kedokteran Indonesia dalam Konsil Kedokteran Indonesia (2013) juga menyatakan bahwa lulusan dokter mampu melakukan fungsi ketepatan dan pemantauan terapi cairan, pengawasan tanda vital,

pengawasan tanda *shock* dengan baik.

Penelitian Mulyatiningsih (2013) menyatakan adanya hubungan kemampuan medis dan paramedis dalam menjalankan fungsi ketepatan dan pemantauan terapi cairan, pengawasan tanda vital, pengawasan tanda *shock* dengan keselamatan pasien sehingga menjadi penting untuk diperhatikan dan diperbaiki. Penelitian Sri (2013) menyatakan bahwa ada hubungan positif antara kesalahan diagnosis dengan kenyamanan dan keselamatan pasien.

Penatalaksanaan medis dan paramedis yang tidak baik salah satunya akan menyebabkan infeksi nosokomial oleh karena itu rumah sakit harus melakukan pengendalian infeksi nosokomial (INOK). Menurut (Depkes RI, Pedoman Sanitasi Rumah Sakit Indonesia, 2002) infeksi nosokomial memiliki beberapa kriteria khusus, seperti :

- 1) Pada saat masuk rumah sakit tidak ada gejala/ tanda atau tidak dalam masa inkubasi suatu infeksi
- 2) Infeksi terjadi 3 x 24 jam setelah pasien dirawat di rumah sakit
- 3) Infeksi pada lokasi yang sama tetapi disebabkan oleh mikroorganisme yang berbeda dari mikroorganisme pada saat masuk rumah sakit atau mikroorganisme penyebab sama tetapi pada lokasi yang berbeda.

Dengan kata lain Infeksi nosokomial adalah infeksi yang tidak diderita atau tidak tampak pada saat seorang pasien masuk ke rumah sakit tetapi didapatkan pasien setelah masuk/ dirawat di rumah sakit. Infeksi nosokomial tidak saja terjadi pada penderita tetapi juga pada orang yang kontak dengan rumah sakit termasuk staf rumah sakit, sukarelawan, pengunjung, pekerja, pedagang dan lainnya (Sardi 2021).

Depkes (2007) juga menyatakan bahwa pencegahan infeksi bagi semua orang yang ada di lingkungan rumah sakit tanpa menghiraukan apakah mereka terinfeksi atau tidak, dilakukan dengan *standar precaution*. Hal ini dikarenakan *standar precaution* sendiri adalah petunjuk tindakan pencegahan penularan infeksi melalui darah, cairan tubuh, sekresi dan ekskresi kecuali keringat yang bertujuan untuk menurunkan risiko penularan dari infeksi yang sudah ada atau belum diketahui pada petugas kesehatan, pasien atau pengunjung.

g. Standar Pelayanan Rawat Inap

Mengacu pada Permenkes RI No 129/ Menkes/SK/II/2008 tentang Standar pelayanan minimal adalah ketentuan tentang jenis dan mutu pelayanan dasar yang merupakan urusan wajib daerah yang berhak diperoleh setiap warga secara minimal. Selain itu juga merupakan spesifikasi teknis tentang tolak ukur pelayanan minimum yang diberikan oleh Badan Layanan Umum. Disusunnya SPM

diharapkan dapat membantu pelaksanaan penerapan Standar Pelayanan Minimal di rumah sakit. SPM ini dapat dijadikan acuan bagi pengelola rumah sakit dan unsur terkait dalam melaksanakan perencanaan, pembiayaan dan pelaksanaan setiap jenis pelayanan.

Pelaksanaan pelayanan di instalasi rawat inap berkaitan dengan pelayanan medis dan penunjang klinis meliputi rekam medis dan kegiatan pemeliharaan sarana. Dengan pelayanan rekam medis dan pemeliharaan sarana yang baik, pasien di rawat inap akan merasa puas dan nyaman dalam proses penyembuhannya (SPM RS. Ortopedi Prof. Dr. R Soeharso 2021). Adapun SPM untuk jenis layanan rawat inap berdasarkan ketentuan Depkes adalah sebagai berikut.

Tabel 2. 1 Standar Pelayanan Minimal Rawat Inap

Jenis Layanan	Indikator	Standar
Rawat Inap	Pemberi Pelayanan	a. Dokter spesialis b. Perawat min pendidikan D3
	Dokter penanggung jawab pasien	100%
	Ketersediaan pelayanan dasar	Anak, Penyakit dalam, kebidanan, bedah
	Jam visite dokter spesialis	08.00-14.00 setiap hari Kerja
	Kejadian infeksi pasca operasi	$\leq 1,5\%$
	Kejadian infeksi nosocomial	$\leq 1,5\%$
	Tidak ada pasien jatuh yang berakibat cacat/meninggal	100%
	Kematian pasien > 48 jam	$\leq 0,24\%$
	Kejadian pulang paksa/atas permintaan sendiri (PAPS)	$\leq 5\%$
	Kepuasan pelanggan	$\geq 90\%$

Rawat inap pasien TBC	a. $\geq 60\%$
a. Penegakan diagnosis TB melalui pemeriksaan mikroskopis TB	b. $\geq 60\%$
b. Terlaksana kegiatan pencatatan dan pelaporan TB di RS	

(Sumber : Laporan PMKP Rumah Sakit A)

3. Mutu Pelayanan Rumah Sakit

a. Pengertian

"Mutu merupakan derajat dipenuhinya persyaratan yang ditentukan. Mutu adalah kesesuaian terhadap kebutuhan, bila mutu rendah merupakan hasil dari ketidaksesuaian. Mutu tidak sama dengan kemewahan. Suatu produk atau pelayanan yang sesuai dengan segala spesifikasinya akan dikatakan bermutu, apapun bentuk produknya. Mutu harus dapat dicapai, diukur, dapat memberi keuntungan dan untuk mencapainya diperlukan kerja keras" (Jalilah, Prapitasari, 2022 :1).

"Pelayanan kesehatan adalah setiap upaya yang diselenggarakan secara sendiri atau bersama-sama dalam suatu organisasi untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan, mencegah dan menyembuhkan penyakit, serta memulihkan kesehatan perorangan, keluarga, kelompok maupun masyarakat (Jalilah, Prapitasari, 2022 :1).

Mutu pelayanan kesehatan adalah derajat dipenuhinya kebutuhan masyarakat atau perorangan terhadap asuhan kesehatan yang sesuai dengan standar profesi yang baik dengan pemanfaatan sumber daya secara wajar, efisien dan efektif dalam keterbatasan kemampuan pemerintah dan

masyarakat, serta diselenggarakan secara aman dan memuaskan pelanggan sesuai dengan norma dan etika yang baik (Azwar 2010).

b. Pengukuran dan Peningkatan Mutu

Lingkup mutu dalam pelayanan kesehatan dibuat mejadi dua langkah utama yaitu pengukuran mutu dan peningkatan mutu, langkah-langkah ini dimodifikasi dari *Quality Assurace Cycle*. Peningkatan mutu pelayanan adalah derajat memberikan pelayanan secara efektif dan efisien sesuai dengan standar profesi, standar pelayanan yang dilaksanakan secara menyeluruh sesuai dengan kebutuhan pasien, memanfaatkan teknologi tepat guna dan hasil penelitian dengan pengembangan pelayanan kesehatan sehingga tervapai derajat kesehatan yang optimal (Ivan Bayu Aji 2016).

Menurut Pohan (2003), langkah pengukuran mutu tersebut dapat dipilah-pilah menjadi beberapa langkah sebagai beriku :

- 1) Pembentukan kelompok jaminan mutu pelayanan kesehatan
- 2) Penyusunan standar pelayanan kesehatan
- 3) Pemilihan tehnik pengukuran mutu
- 4) Pengukuran mutu dengan cara membandingkan standar pelayanan kesehatan dengan target yang tercapai

Sedangkan langkah-langkah peningkatan mutu dapat pula diuraikan menjadi beberapa langkah sebagai berikut :

- 1) Penentuan sebab terjadinya kesenjangan antara kenyataan kinerja pelayanan kesehatan dengan standar pelayanan kesehatan

- 2) Penyusunan rencana kegiatan untuk mengatasi kesenjangan yang telah terjadi
- 3) Pemilihan rencana kegiatan yang terbaik
- 4) Pelaksanaan rencana kegiatan terpilih
- 5) Pengukuran atau penilaian ulang standar

Terdapat banyak lembaga baik nasional maupun internasional dengan menerapkan berbagai metode dalam melakukan penilaian dan evaluasi pelayanan rumah sakit. Departemen Kesehatan sebagai kementerian kesehatan dalam lembaga pemerintah yang bertanggung jawab atas kualitas dan kuantitas kesehatan masyarakat sekaligus sebagai regulator pelayanan kesehatan rujukan yang diberikan rumah sakit. Akreditasi yang dilaksanakan oleh Departemen Kesehatan merupakan salah satu cara untuk mengevaluasi mutu pelayanan rumah sakit. Akreditasi rumah sakit merupakan upaya melindungi pasien dari pelayanan sub standard dan melindungi tenaga kesehatan dari tuntutan hukum melalui pelayanan yang sesuai standard dan prosedur.

Menurut Donabedian (1982), mutu pelayanan dapat di ukur dengan menggunakan 3 variabel, hal ini pada prinsipnya sama dengan yang dianjurkan oleh *World Health Organization* (WHO) yaitu :

- 1) Input adalah segala sumber daya yang diperlukan untuk melaksanakan kegiatan seperti tenaga, dana, obat, fasilitas peralatan, teknologi, organisasi dan informasi.

- 2) Proses adalah interaksi antara pemberi pelayanan dengan konsumen (pasien dan masyarakat). Setiap tindakan medis/keperawatan harus selalu mempertimbangkan nilai yang dianut pada diri pasien. Setiap tindakan korektif dibuat dan meminimalkan risiko terulangnya keluhan atau ketidakpuasan pada pasien lainnya.
- 3) Output adalah hasil pelayanan kesehatan atau pelayanan keperawatan yang dilaksanakan sesuai dengan standar pelayanan kesehatan dan ini sangat penting. Kriteria *outcome* yang umum digunakan antara lain :
 - a) Kepuasan pasien
 - b) Pengetahuan pasien
 - c) Fungsi pasien
 - d) Indikator kesembuhan, kematian, komplikasi, dll.

Salah satu pengukuran mutu pelayanan kesehatan dengan membandingkan terhadap Standar Pelayanan Kesehatan yang telah ditetapkan. Pengertian Standar Pelayanan kesehatan ialah suatu pernyataan tentang mutu yang diharapkan, yang menyangkut input/masukan, proses dan keluaran/*output* (Pohan 2009).

Standar pelayanan kesehatan merupakan suatu alat organisasi untuk menjabarkan mutu ke dalam terminologi operasional. Standar, indikator dan nilai ambang batas merupakan unsur-unsur yang akan membuat jaminan mutu pelayanan kesehatan dapat diukur. Indikator didefinisikan sebagai tolok ukur untuk mengetahui adanya perubahan yang dikaitkan dengan target/standar yang telah ditentukan sebelumnya. Jenis-jenis indikator bisa

dikelompokkan berdasarkan; *Input* (berkaitan dengan *man, money, material, method* dan *management*), *process* (berkaitan dengan proses yang dilakukan untuk menghasilkan sesuatu baik barang maupun jasa), *output* (berkaitan dengan sesuatu yang dihasilkan bisa dalam bentuk barang ataupun selesainya pekerjaan jasa), *outcome* (berkaitan dengan ukuran yang dirasakan pelanggan, biasanya merupakan persepsi pelanggan terhadap pemanfaatan layanan), *benefit* (berkaitan dengan ukuran terhadap manfaat bagi pelanggan atau bagi pemberi pelayanan) dan *impack* (berkaitan dengan ukuran dampak dari suatu produk secara luas dan biasanya jangka panjang) (Pohan, 2003).

4. *Net Death Rate (NDR)*

Indikator penilaian *Net Death Rate (NDR)* ini diperlukan untuk mengetahui tingkat pemanfaatan, mutu dan efisiensi pelayanan rumah sakit. Selain itu, agar informasi yang ada dapat bermakna maka harus ada nilai parameter yang dipakai sebagai nilai banding antar fakta dengan standar yang diinginkan.

Net Death Rate (NDR) adalah angka kematian > 48 jam setelah pasien dirawat per seribu pasien yang keluar Rumah Sakit (hidup + mati), hal ini bisa digambarkan dalam rumus sebagai berikut :

$$\text{NDR} = \frac{\text{Jumlah pasien mati} > 48 \text{ jam dirawat}}{\text{Jumlah pasien keluar (hidup dan mati)}} \times 100$$

Nilai *NDR* yang masih dapat ditolelir yaitu kurang dari 25 per 1000 penderita keluar rumah sakit, baik hidup maupun mati. Indikator memiliki peran penting dalam penilaian mutu pelayanan rumah sakit, karena jika

dibandingkan dengan yang meninggal > 48 jam setelah dirawat ini akan sangat memberikan gambaran upaya rumah sakit dalam menyelamatkan jiwa pasien. Sedangkan, pasien yang meninggal < 48 jam setelah dirawat sangat dipengaruhi oleh kondisi penyakit yang diderita pasien pada waktu masuk rumah sakit. Oleh karena itu, untuk mengetahui dan menilai mutu pelayanan di rumah sakit, indikator angka kematian yang dipakai adalah angka kematian > 48 jam setelah dirawat yaitu *Net Death Rate* (Depkes RI, 2003).

NDR (*Net Death Rate*) merupakan indikator mutu pelayanan yang sangat penting karena berhubungan dengan kemampuan rumah sakit dalam menyelamatkan jiwa pasien yang ditanganinya. Jika NDR di sebuah rumah sakit cenderung meningkat, maka kemungkinan terjadi penurunan performance dalam rumah sakit tersebut

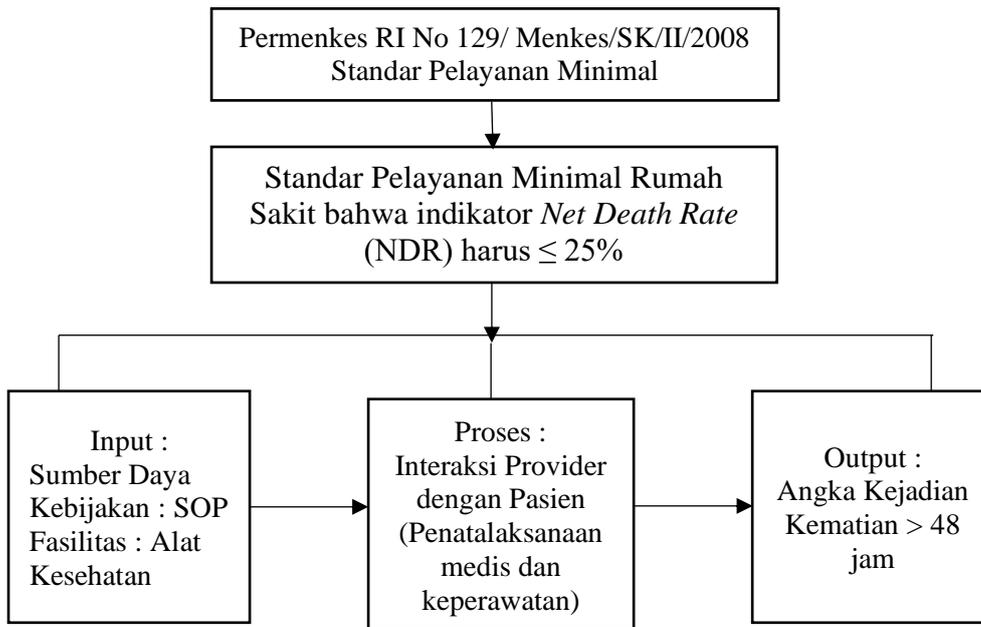
NDR adalah salah satu key performance indikator sebuah rumah sakit. Meningkatnya nilai NDR pada sebuah rumah sakit merupakan sebuah indikasi telah terjadi penurunan kinerja yang berakibat menurunnya kualitas atau mutu pelayanan di rumah sakit tersebut (Depkes RI, 2003).

Tingginya angka kejadian *Net Death Rate* (NDR) sangat dipengaruhi oleh beberapa faktor antara lain karena adanya beberapa kesenjangan yang timbul yang dapat mengakibatkan kegagalan penyampaian jasa yang bermutu. Jika keadaan tersebut terjadi di sebuah rumah sakit, maka proses perawatan kepada pasien akan terganggu. Keadaan ini tidak bisa dibiarkan karena sangat berpengaruh terhadap

performance rumah sakit yang pada akhirnya dapat menggambarkan mutu pelayanan yang rendah di rumah sakit tersebut (Zulaikha 2016).

Faktor yang berhubungan dengan kejadian kematian di rawat inap sangat bervariasi, tergantung pada berbagai konteks, termasuk jenis populasi, jenis penyakit atau kondisi medis yang diobati, serta kualitas sistem perawatan kesehatan. Selain itu akses terhadap perawatan kesehatan juga mempengaruhi kejadian kematian di ruang rawat inap, akses terhadap perawatan yang tepat dan tepat waktu, termasuk akses terhadap fasilitas kesehatan yang memadai dan tenaga medis yang terlatih dapat mempengaruhi tingkat kematian di rumah sakit. Kesesuaian pengobatan dan manajemen penyakit yang baik dapat membantu mengurangi risiko komplikasi dan kematian di rumah sakit.

B. Kerangka Teori



Sumber : (Permenkes RI, Donabedian 1980)

Gambar 2.2 Kerangka Teori

Kerangka teori diatas mengacu Permenkes RI No 129/ Menkes/SK/II/2008 tentang Standar Pelayanan Minimal. Salah satu indikator mutu yang terdapat dalam Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit adalah indikator *Net Death Rate* (NDR). Indikator NDR ini salah satu indikator yang sangat penting karena menggambarkan presentase kejadian kematian pasien setelah masuk ke ruang rawat inap >48 jam. Standar NDR menurut Kemenkes RI adalah $\leq 25\%$. Pengukuran mutu pelayanan kesehatan bisa dilakukan dengan cara membandingkan hasil terhadap standar pelayanan kesehatan yang ditetapkan, dimana standar pelayanan kesehatan meyangkut input, proses, output. Hal ini juga sesuai dengan Depkes (2008) yang menyebutkan NDR sebagai salah satu indikator mutu pelayanan kesehatan, sehingga menjadi acuan bagi Rumah Sakit A menetapkan ukuran angka kematian pasien > 48 jam di rawat inap sebagai salah satu standar pelayanan minimum (SPM) dan sekaligus sebagai salah satu indikator mutu pelayanan kesehatan di rumah sakit.