

## **BAB 1**

### **PENDAHULUAN**

#### **1.1 Latar Belakang**

Rumah sakit adalah institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan dan gawat darurat. Untuk meningkatkan mutu pelayanan rumah sakit didukung dengan adanya penyelenggaraan rekam medis yang merupakan salah satu upaya pelayanan kesehatan yang bertujuan untuk menunjang tercapainya tertib administrasi dalam meningkatkan mutu pelayanan kesehatan. (Undang-Undang no 44 tahun 2009)

Mutu pelayanan rumah sakit adalah tingkat dimana pelayanan kesehatan pasien ditingkatkan mendekati hasil yang diharapkan dan mengurangi faktor-faktor yang tidak diinginkan. Dalam upaya meningkatkan mutu pelayanan kesehatan khususnya di rumah sakit disusun indikator untuk mengukur kualitas pelayanan (Depkes RI, 2003)

Komite Mutu Keselamatan Pasien adalah salah satu unit yang ada di Rumah Sakit Tingkat III Brawijaya yang bertujuan untuk meningkatkan mutu pelayanan kesehatan di rumah sakit. Kegiatan utama dalam Komite Mutu dan Keselamatan Pasien adalah setiap anggota terkait berpartisipasi dalam peningkatan mutu rumah sakit dengan menggunakan data maupun sistem yang ada di rumah sakit. (Buku Pedoman KMKP Rumah Sakit Tingkat III Brawijaya, 2019).

Penetapan indikator di Indonesia dipandu oleh Peraturan Menteri Kesehatan No. 129 Tahun 2008 tentang Standar Pelayanan Minimal (SPM) Rumah Sakit. Dalam lampiran Permenkes tersebut, diatur 21 jenis pelayanan dan 107 indikator yang telah ditetapkan standar minimalnya dengan nilai tertentu sedangkan Indikator Mutu di Rumah Sakit Tingkat III Brawijaya mengacu pada standar *Joint Commission International* (JCI) dan Indikator Mutu Nasional, yaitu 11 indikator klinis, 9 indikator manajerial yang menuju pada pemenuhan 6 sasaran keselamatan pasien dan 12 Indikator Mutu Nasional.

Pengumpulan indikator mutu unit di Rumah Sakit Tingkat III Brawijaya Surabaya perlu dilakukan oleh setiap bagian atau instalasi sesuai dengan regulasi rumah sakit berupa SOP (Standart Operasional Prosedur) pencatatan dan pelaporan indikator mutu yang telah disepakati bersama, namun pegawai rumah sakit yang bertugas mengumpulkan indikator mutu unit ke KMKP (Komite Mutu dan Keselamatan Pasien) sering mengalami keterlambatan yaitu yang idealnya pengumpulan indikator mutu unit ke KMKP setiap tanggal 5 bulan berikutnya. Keterlambatan ini dikarenakan pegawai rumah sakit yang bertugas mengumpulkan indikator mutu tidak tepat waktu sehingga tidak sesuai dengan SOP (Standart Operasional Prosedur) yang berlaku. Berikut penjelasan SOP terkait pengumpulan Indikator Mutu Unit di Rumah Sakit Tingkat III Brawijaya Surabaya :

1. Pencatatan dilakukan dengan langkah-langkah sebagai berikut :

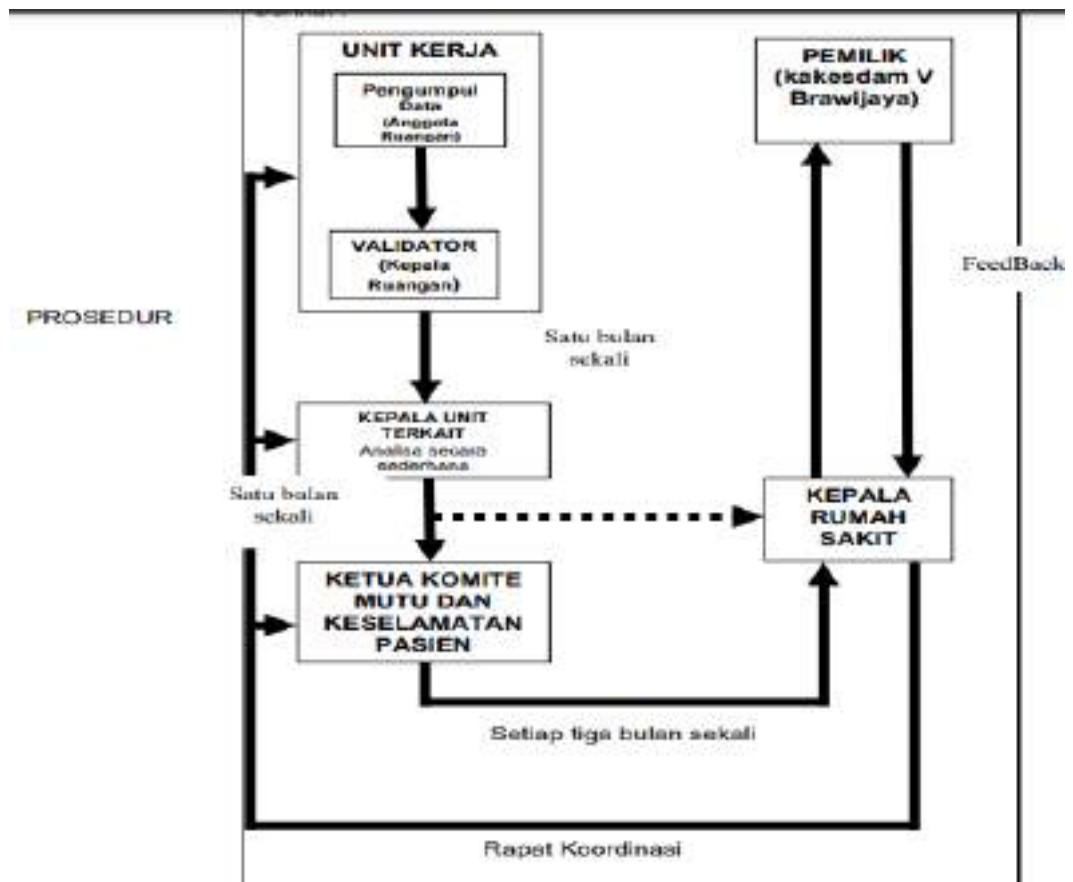
- a. Petugas pengumpul data mencatat data indikator mutu kedalam format laporan resmi rumah sakit.
- b. Mencatat data (*monitoring*) dilakukan setiap hari dan di laporkan setiap satu bulan sekali kepada Kepala Instalasi.
- c. Sebelum data di laporkan ke Kepala Instalasi wajib di validasi oleh kepala ruangan.
- d. Kepala instalasi mengolah data secara sederhana dan memberikan analisa rekomendasi secara sederhana.
- e. Kepala instalasi melaporkan data setiap satu bulan kepada KMKP (setiap tgl 5 bulan berikutnya)

2. Pelaporan dilakukan dengan langkah-langkah sebagai berikut :

- a. KMKP menyajikan data yang telah diolah dan dianalisa kedalam formatl aporan resmi rumah sakit.
- b. KMKP menyampaikan hasil kepada Kepala Rumah Sakit setiap tiga bulan sekali.
- c. Kepala Rumah sakit melaporkan kepada Pemilik Rumah Sakit yaitu Kakesdam V Brawijaya.
- d. Mendapatkan rekomendasi (*feedback*) dari kakesdam V Brawijaya setelah penyampaian hasil.
- e. Melaksanakan rapat koordinasi tindak lanjut dari *feedback* KakesdamV Brawijaya.
- f. Rapat dipimpin oleh Kepala Rumah sakit dan diikuti oleh KMKP,PPI, KKPRS, Komdik, Komper, Kainstalasi/Kaunit dan ka ruangan

g. Distribusi laporan kepada Kepala Rumah Sakit dan unit lain yang membutuhkan laporan tersebut.

Di dalam Standart Operasional Prosedur KMKP, terdapat alur pencatatan dan pelaporan di Rumah Sakit Tingkat III Brawijaya Surabaya sebagai berikut :

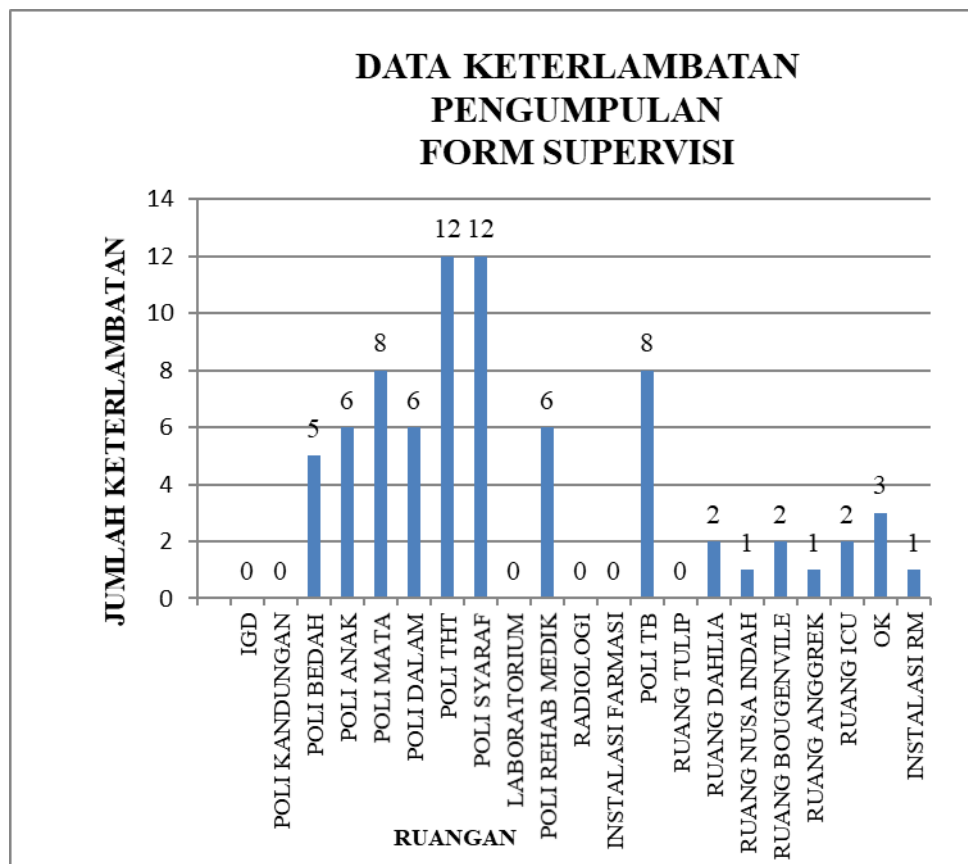


Gambar 1.1 Alur pencatatan dan pelaporan data indikator Mutu

Dilihat dari gambar 1.1 bahwa alur manajemen data di Rumah Sakit Tingkat III Brawijaya Surabaya diawali dengan proses pengumpulan data oleh anggota ruangan, lalu dilakukan validasi oleh kepala ruangan yang kemudian akan dilaporkan dan dikumpulkan kepada Komite Mutu Keselamatan Pasien (KMKP) setiap satu bulan sekali lalu setiap tiga bulan

sekali akan di laporkan kepada Kepala Rumah Sakit dan proses terakhir akan di serahkan kepada Pemilik (Kakesdam V Brawijaya)

Berdasarkan data pengumpulan indikator mutu unit ke Komite Mutu dan Keselamatan pasien di Rumah Sakit Tingkat III Brawijaya Surabaya pada tahun 2019 yang diperoleh pada saat magang sebagai berikut :



Gambar 1.2 Grafik ketepatan waktu pengumpulan laporan indikator mutu Tahun 2019

Berdasarkan Gambar 1.2 data pengumpulan form *supervisi* tahun 2019 menunjukkan bahwa terdapat 15 unit yang melakukan keterlambatan pengumpulan sehingga tidak sesuai dengan SOP (Standar Operasional Prosedur) yaitu Poli bedah, Poli THT ,Poli syaraf, Poli anak, Poli dalam,Poli

rehab medik, Poli TB, Ruang dahlia, Ruang Bougenvile, Ruang nusa indah, Ruang anggrek, Ruang ICU, OK dan Instalasi RM, dan Poli mata dan 2 diantaranya yang sering melakukan keterlambatan hingga 12 kali di rentan waktu bulan Januari-Desember 2019 adalah Poli THT dan Poli Syaraf, sedangkan 6 unit lainnya melakukan pengumpulan indikator mutu tepat waktu yaitu IGD, Poli kandungan, Laboratorium, Radiologi, Instalasi Farmasi, dan ruang Tulip. Sesuai dengan SOP pencatatan dan pelaporan indikator mutu unit dikatakan terlambat apabila batas pengumpulan melebihi peraturan yang ada di SOP Pencatatan dan Pelaporan yaitu seharusnya pengumpulan ke KMKP dilakukan satu bulan sekali pada saat tanggal 5.

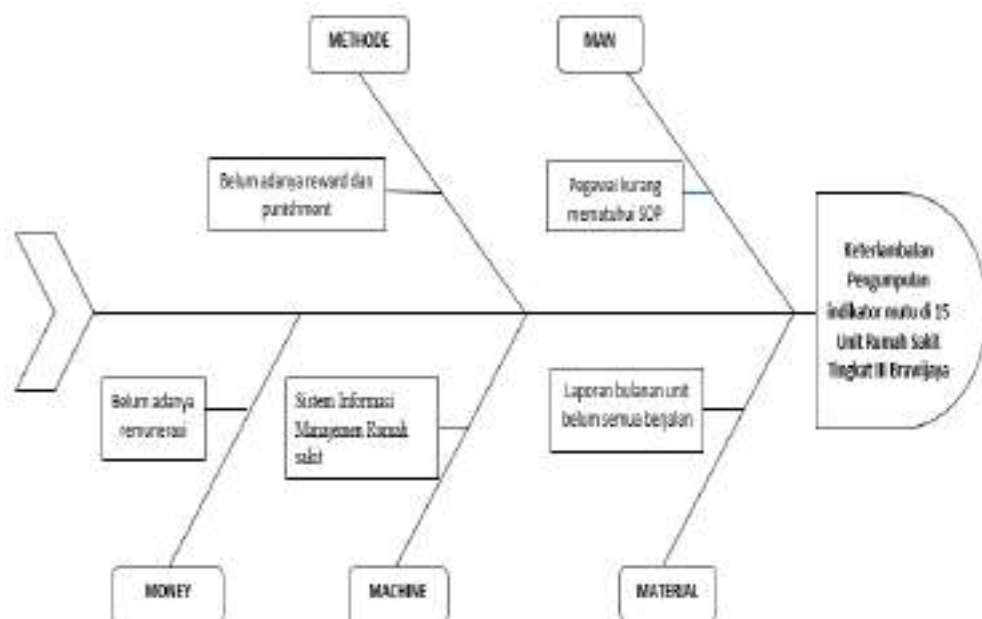
Penelitian oleh Margareta Iriyati (2008), tentang “Faktor Faktor Yang Mempengaruhi Keterlambatan Penyusunan Laporan Data Di Instalasi Radiologi Di RSUP Dr. Sardjito Yogyakarta”, terdapat faktor utama yang menyebabkan keterlambatan yaitu terletak pada Sumber Daya Manusia (SDM) yang tidak menjalankan tugasnya sesuai dengan tanggung jawabnya karena petugas itu sendiri kurang mengetahui dalam administrasi khususnya mengenai pelaporan dan komputerisasi dan belum adanya koordinasi yang baik antara atasan dan bawahan sedangkan penelitian oleh Firman Cahya Diningrat (2015) menjelaskan bahwa “Faktor-Faktor Penyebab Keterlambatan Pengembalian Sensus Harian Rawat Inap Di RSUD Kab. Kab Ciamis” yaitu beban kerja tidak sesuai dengan banyaknya petugas, hal tersebut mengakibatkan produktivitas kerja rendah dan akan mempengaruhi

mutu pelayanan Rumah Sakit. Penelitian lainnya tentang “Analisa Faktor-Faktor Penyebab Tidak Lengkapnya Laporan Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit di Rumah Sakit Muhammadiyah Ahmad Dahlan Kota Kediri” yang dilakukan oleh Edy Supriyanto (2014) menghasilkan beberapa faktor penyebab yang dilihat dari 5 dimensi yaitu *man*, *management*, *method*, *material* dan *machine*. Dilihat dari faktor *man* yaitu pengetahuan SDM mengenai SPM yang masih kurang dikarenakan mereka membuat SPM atau laporan mutu rumah sakit tanpa memahaminya. Dimensi *management* menunjukkan bahwa evaluasi terhadap laporan SPM tidak pernah dilakukan perubahan kriteria sesuai Standar Kementerian Kesehatan RI. Pada dimensi *methode*, faktor yang muncul yaitu alur, kebijakan dan SOP yang belum sesuai standar. Pada dimensi *material*, laporan SPM pelayanan rumah sakit selama ini dari unit tidak lengkap bahkan form laporan yang sesuai standar Kementerian Kesehatan belum ada. Faktor *machine*, yang muncul yaitu selama ini laporan mutu pelayanan rumah sakit dibuat secara manual di masing-masing unit karena tidak ada koneksi antara unit-unit tersebut dengan kantor pelayanan rumah sakit. Penelitian Lenty Wahyu (2016) “Analisis Faktor Penyebab Keterlambatan Penyerahan Klaim BPJS di RS Panti Nugroho” yang menggunakan diagram *fishbone* sebagai hipotesis faktor-faktor penyebab dan teori 5 unsur manajemen yang sama dengan penelitian peneliti yaitu *Man*, *Machine*, *Material*, *Method* untuk menganalisis penyebab keterlambatan, dari hasil penelitian menjelaskan bahwa faktor *man* adalah petugas *verifikator* kelengkapan awal, dokter dan

petugas pengkodean. Faktor *Machine* adalah karena SIM RS belum terintegrasi dengan INA-CBG. Faktor *Method* adalah karena implementasi SOP (Standar Operasional Prosedur) yang belum lancar sedangkan dari Faktor *Material* yang menyebabkan keterlambatan adalah karena persyaratan yang tidak sesuai.

Berdasarkan data yang didapat dari data hasil pengolahan magang dan beberapa jurnal menjelaskan bahwa keterlambatan selama ini menjadi sebuah masalah yang perlu dicari tau, maka peneliti berencana untuk meneliti faktor penyebab keterlambatan pengumpulan indikator mutu unit di Rumah Sakit Tingkat III Brawijaya.

## 1.2 Kajian / Identifikasi Masalah



Gambar 1.3 Identifikasi Penyebab Masalah menggunakan *Fishbone*



Dari Gambar 1.3 peneliti menjelaskan bahwa kemungkinan keterlambatan pengumpulan indikator mutu unit dipengaruhi beberapa faktor yaitu *man*, *methode*, *machine*, *material* dan *money*. Berikut penjelasannya :

#### 1. **Faktor *Man***

Faktor *man* meliputi kepatuhan pegawai terhadap SOP. SOP (Standar Operasional Prosedur) merupakan peraturan berupa langkah-langkah dalam menjalankan pekerjaan jika pegawai tidak mematahui SOP pencatatan dan pelaporan di rumah sakit terkait pengumpulan indikator mutu akan menyebabkan keterlambatan pengumpulan

#### 2. **Faktor *Methode***

Faktor *Methode* meliputi *reward* dan *punishment*. *Reward* dan *Punishment* adalah bentuk apresiasi dari rumah sakit yang diberikan oleh petugas dalam menjalankan pekerjaannya.

#### 3. **Faktor *Material***

Faktor *material* meliputi laporan bulanan yang belum semua berjalan yang menyebabkan keterlambatan

#### 4. **Faktor *Machine***

Faktor *Machine* yaitu sistem informasi manajemen rumah sakit yang berfungsi untuk proses pengumpulan data, pengolahan serta penyajian data rumah sakit se-indonesia

#### 5. **Faktor *Money***

Faktor *Money* berupa remunerasi yang diberikan rumah sakit untuk meningkatkan motivasi pegawai dalam menjalankan tugas.

### **1.3 Rumusan Masalah**

Apa faktor penyebab keterlambatan pengumpulan indikator mutu di Rumah Sakit tingkat III Brawijaya Surabaya ?

### **1.4 Tujuan**

#### **1.4.1 Tujuan Umum**

Menganalisis faktor penyebab keterlambatan pengumpulan indikator mutu di Rumah Sakit Tingkat III Brawijaya Surabaya

#### **1.4.2 Tujuan Khusus**

1. Mengidentifikasi faktor penyebab keterlambatan pengumpulan indikator mutu unit di Rumah Sakit Tingkat III Brawijaya Surabaya
2. Menganalisis faktor penyebab keterlambatan pengumpulan indikator mutu di Rumah Sakit Tingkat III Brawijaya Surabaya

### **1.5 Manfaat**

#### **1.5.1 Manfaat Bagi Peneliti**

1. Menambah pengetahuan peneliti terkait faktor penyebab keterlambatan pengumpulan indikator mutu unit di Rumah Sakit Tingkat III Brawijaya Surabaya
2. Meningkatkan kemampuan peneliti dalam mengidentifikasi masalah
3. Dapat membantu mencari solusi terkait sebuah permasalahan yang ada di Rumah Sakit

### **1.5.2 Manfaat Bagi Rumah Sakit**

Diharapkan penelitian ini dapat digunakan sebagai solusi maupun bahan evaluasi dalam mengatasi keterlambatan pengumpulan indikator mutu unit di Rumah Sakit Tingkat III Brawijaya Surabaya

### **1.5.3 Manfaat Bagi Stikes Yayasan RS Dr. Soetomo**

Diharapkan dapat digunakan sebagai sumber informasi serta menjadi bahan atau referensi bagi peneliti berikutnya.