

# **BAB I**

## **PENDAHULUAN**

### **1.1 Latar Belakang**

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 dirumah sakit disusun indikator untuk mengukur kualitas pelayanan (Permenkes No. 44 Tahun 2016 tentang Mutu Pelayanan RS).

Komite Mutu dan Keselamatan Pasien adalah suatu unit yang ada di Rumah Sakit Umum Daerah Haji Provinsi Jawa Timur yang bertujuan untuk meningkatkan mutu pelayanan kesehatan di rumah sakit. Kegiatan utama dalam Komite Mutu adalah setiap anggota terkait berpartisipasi dalam peningkatan mutu rumah sakit dengan menggunakan data maupun sistem yang ada di rumah sakit. (SK.445/698/102.10/2022 tentang penetapan penanggung jawab dan pengola data mutu Rumah Sakit Umum Daerah Haji Provinsi Jawa Timur).

Monitoring dan evaluasi keberhasilan upaya peningkatan mutu pelayanan prioritas dilakukan dengan pengukuran standarisasi asuhan klinis serta capaian indikator mutu prioritas rumah sakit pada seluruh unit terkait. Pengukuran tersebut dianalisis untuk kemudian dilaporkan secara berkala kepada Komite Mutu dan Keselamatan Pasien, sebagai upaya monitoring dan evaluasi keberhasilan upaya peningkatan mutu dan keselamatan pasien. untuk kemudian ditindaklanjuti sebagai upaya perbaikan berkelanjutan. Selanjutnya dilakukan

pelaporan secara berkala setiap 3 (tiga) bulan sekali pada Pemilik Rumah Sakit melalui Dewan Pengawas Rumah Sakit. Hasil kegiatan PMKP kemudian diinformasikan pada seluruh staf dan dipublikasikan secara terbatas kepada masyarakat pengguna jasa.

Kegiatan pokok Komite Mutu meliputi Penyusunan kebijakan, pedoman dan program kerja terkait pengelolaan dan penerapan program mutu pelayanan Rumah Sakit, pemberian masukan dan pertimbangan kepada Direktur terkait perbaikan mutu tingkat Rumah Sakit, pemilihan prioritas perbaikan tingkat Rumah Sakit dan pengukuran indikator tingkat Rumah Sakit serta menindak lanjuti hasil capaian indikator mutu, Pemantauan dan memandu penerapan Program mutu di unit kerja, Pemantauan dan memandu unit kerja dalam memilih prioritas perbaikan, pengukuran mutu/indikator mutu dalam menindak lanjuti hasil capaian indikator mutu, Fasilitas penyusunan profil indikator mutu dan instrumen untuk pengumpulan data, Fasilitas pengumpulan data, analisis capaian, validasi dan pelaporan data dari seluruh unit kerja, Pengumpulan data, analisis capaian, validasi, dan pelaporan data indikator prioritas rumah sakit dan indikator mutu nasional rumah sakit, Koordinasi dan komunikasi dengan komite medis dan komite lainnya, satuan pemeriksaan internal dan unit kerja yang terkait, serta staf pelaksanaan dukungan untuk implementasi budaya mutu di rumah sakit, pengkajian standar mutu pelayanan di rumah sakit terhadap pelayanan, pendidikan dan penelitian, penyusunan laporan pelaksanaan program peningkatan mutu.

Dari penjelasan di atas dapat di lihat bahwa dalam upaya peningkatan mutu pelayanan kesehatan di Rumah Sakit Umum Daerah Haji Provinsi Jawa Timur salah satunya melakukan monitoring dan evaluasi pengukuran data indikator mutu dalam menindak lanjuti hasil capaian indikator mutu yang di kumpulkan per unit kepada komite mutu.

Berikut adalah data ketepatan waktu pengumpulan data indikator mutu yang diperoleh pada saat magang tahun 2022 yang pengumpulannya dilakukan paling lambat tanggal 10 pada tiap bulannya.

Tabel 1.1 Kepatuhan Pengumpulan Data Indikator Mutu Pada Tiap Unit Tahun 2022

<b>No.</b>	<b>Nama unit</b>	<b>Persentase ketepatan pelaporan</b>	<b>Ketepatan Pelaporan</b>
<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
1.	Bidang Yanmed	100,00%	Tepat waktu
2.	Bidang Keperawatan	100,00%	Tepat waktu
3.	Instalasi Bedah Sentral	100,00%	Tepat waktu
4.	Instalasi Gizi	100,00%	Tepat waktu
5.	Bidang Diklit	100,00%	Tepat waktu
6.	Instalasi Pemulasaraan Jenazah	100,00%	Tepat waktu
7.	Komite Koordinasi Pendidikan	100,00%	Tepat waktu
8.	Komite Pengendalian Resistensi Antibiotik	100,00%	Tepat waktu
9.	Bidang Jangmed	100,00%	Tepat waktu
10.	Instalasi Rawat Jalan	75,00%	Tidak tepat waktu
11.	Instalasi Gawat Darurat	75,00%	Tidak tepat waktu
12.	Instalasi Rawat Inap 1	41,67%	Tidak tepat waktu
13.	Instalasi Rawat Inap 2	66,67%	Tidak tepat waktu
14.	Instalasi Graha Nuur Afyah	25,00%	Tidak tepat waktu
15.	Instalasi Anestesi dan Rawat Intensif	50,00%	Tidak tepat waktu
16.	Instalasi Gigi dan Mulut	75,00%	Tidak tepat waktu
17.	Instalasi Hemodialisis	16,67%	Tidak tepat waktu
18.	Komite Medik	41,67%	Tidak tepat waktu

No.	Nama unit	Persentase ketepatan pelaporan	Ketepatan Pelaporan
1	2	3	4
19.	Sub Komite Keselamatan Pasien	66,67%	Tidak tepat waktu
20.	Komite Pencegahan dan Pengendalian Infeksi	75,00%	Tidak tepat waktu
21.	Bidang Pelayanan Khusus	50,00%	Tidak tepat waktu
22.	Rekam Medik	91,67%	Tidak tepat waktu
23.	Instalasi Radiologi	91,67%	Tidak tepat waktu
24.	Instalasi Rehabilitasi Medik	75,00%	Tidak tepat waktu
25.	Instalasi Patologi Klinik	91,67%	Tidak tepat waktu
26.	Instalasi Patologi Anatomi	91,67%	Tidak tepat waktu
27.	Instalasi Farmasi	83,33%	Tidak tepat waktu
28.	Instalasi Pusat Sterilisasi dan Pencucian	66,67%	Tidak tepat waktu
29.	Sub Bagian Tata Usaha & Rumah Tangga	41,67%	Tidak tepat waktu
30.	Kepegawaian	50,00%	Tidak tepat waktu
31.	Perlengkapan	25,00%	Tidak tepat waktu
32.	Bagian Keuangan	75,00%	Tidak tepat waktu
33.	Bagian PPE	91,67%	Tidak tepat waktu
34.	Instalasi Pemeliharaan Sarana	75,00%	Tidak tepat waktu
35.	Instalasi Sanitasi	83,33%	Tidak tepat waktu
36.	Instalasi SIM RS	50,00%	Tidak tepat waktu
37.	Instalasi Pengendali Kerjasama	50,00%	Tidak tepat waktu
38.	Instalasi Binroh dan Jasmani	75,00%	Tidak tepat waktu
39.	Instalasi Pengadaan Barang dan Jasa	25,00%	Tidak tepat waktu
40.	Komite K3RS	16,67%	Tidak tepat waktu

Sumber Data : Laporan Komite Mutu tahun 2022

Dari data di atas menunjukkan bahwa selama tahun 2022 dari 40 unit yang ada di RSUD Haji Provinsi Jawa Timur terdapat 9 unit yang menunjukkan persentase 100% yang artinya tepat waktu dalam pengumpulan data indikator, diantaranya (Bidang yanmed/pelayanan medik, Bidang keperawatan, Instalasi

bedah sentral, instalasi gizi, Bidang diklit, Instalasi pemulasaraan jenazah, Komite koordinasi pendidikan, Komite pengendalian resistensi antibiotik, Bidang jangmed/penunjang medik).

Dan sebanyak 31 unit yang ketepatan pelaporannya  $\leq 100\%$  yang artinya tidak tepat waktu . Jika pengumpulan data indikator mutu dilakukan secara tidak tepat waktu maka pihak komite mutu tidak dapat melakukan monitoring serta evaluasi kinerja pada unit tersebut. Jika masalah ini di biarkan secara terus-menerus hal ini dapat mempengaruhi kinerja Rumah Sakit dan Unit tersebut serta kepuasan pasien terhadap pelayanan Rumah Sakit.

Berdasarkan dari hasil survei awal yang telah peneliti sebar pada unit yang ada di Rumah Sakit Haji Provinsi Jawa Timur yang di tujukan kepada petugas pengumpul data indikator mutu untuk mengetahui kendala dalam pengumpulan data indikator mutu, diperoleh data sebagai berikut :

Tabel 1.2 kendala dalam pengumpulan data indiktor mutu

<b>Kendala dalam mengumpulkan data indikator mutu</b>		
<b>Instalasi</b>	<b>Tidak ada</b>	<b>Ada</b>
<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>
Instalasi Bina Rohani dan Jasmani		Iya
Bagian Keuangan	Tidak ada	
Instalasi Pengendali Kerjasama	Tidak ada	
Bidang Pelayanan Medik		Iya
Instalasi Anestesi dan Rawat Intensif	Tidak ada	
Bidang Penunjang	Tidak ada	
Instalasi Rawat Inap I		Iya
Instalasi Sistem Informasi Manajemen RS	Tidak ada	
Bidang Pendidikan dan		Iya

<b>Kendala dalam mengumpulkan data indikator mutu</b>		
<b>Instalasi</b>	<b>Tidak ada</b>	<b>Ada</b>
<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>
Penelitian		
Instalasi Rekam Medik		Iya
Instalasi Pusat Sterilisasi dan Pencucian		Iya
Bagian Umum		Iya
Instalasi Farmasi		Iya
Instalasi Sanitasi	Tidak ada	
Komite Pengendalian Resistensi Antimikroba		Iya
Instalasi Hemodialisis	Tidak ada	
Instalasi Rawat Inap II		Iya
Bagian Perencanaan dan Evaluasi		Iya
Instalasi Radiologi		Iya

Sumber Data: Kuisisioner Tahun 2022 terhadap petugas pengumpul data

Dari data di atas diketahui terdapat 12 unit yang menjawab ada kendala dalam pengumpulan data Indikator mutu, dan terdapat 7 unit yang menjawab tidak ada kendala dalam pengumpulan data indikator mutu.

Tabel 1.3 Apakah dibutuhkan sosialisasi terkait pengumpulan data indikator mutu

<b>Apakah dibutuhkan sosialisasi terkait pengumpulan data indikator mutu</b>		
<b>Instalasi</b>	<b>Tidak</b>	<b>Iya</b>
<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>
Instalasi Bina Rohani dan Jasmani	Tidak	
Bagian Keuangan		Iya
Instalasi Pengendali Kerjasama	Tidak	
Bidang Pelayanan Medik		Iya
Bidang Penunjang		Iya
Sub Komite Keselamatan		Iya

<b>Apakah dibutuhkan sosialisasi terkait pengumpulan data indikator mutu</b>		
<b>Instalasi</b>	<b>Tidak</b>	<b>Iya</b>
<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>
Pasien		
Instalasi Rawat Inap I		Iya
Instalasi Bedah Sentral		Iya
Instalasi Sistem Informasi Manajemen RS		Iya
Bidang Pendidikan dan Penelitian		Iya
Instalasi Rekam Medik		Iya
Bagian Umum	Tidak	
Instalasi Anestesi dan Rawat Intensif		Iya
Instalasi Farmasi		Iya
Instalasi Sanitasi		Iya
Komite Pengendalian Resistensi Antimikroba		Iya
Instalasi Hemodialisis	Tidak	
Instalasi Rawat Inap II		Iya
Bagian Perencanaan dan Evaluasi		Iya
Instalasi Radiologi		Iya

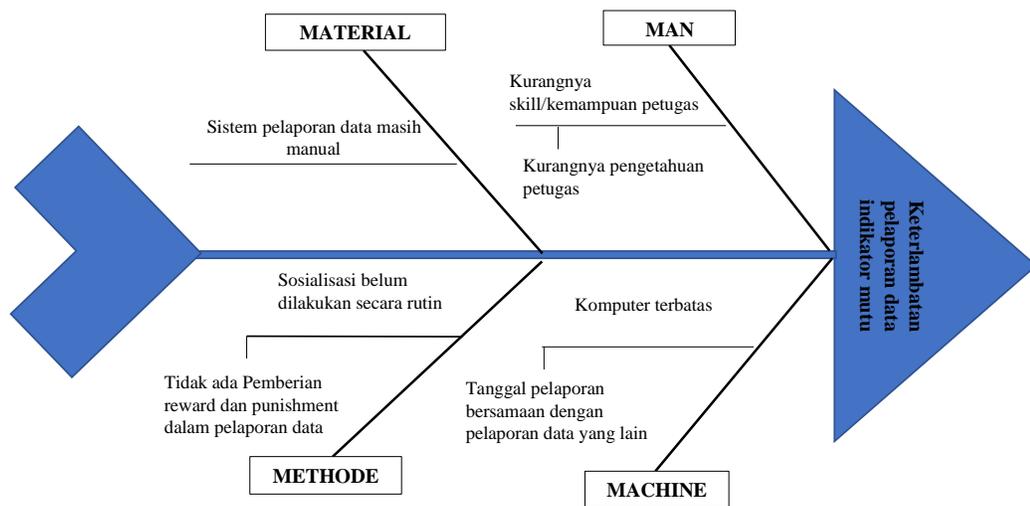
Sumber Data: Kuisisioner Tahun 2022 terhadap petugas pengumpul data

Dari data di atas dapat dilihat terdapat 16 unit yang membutuhkan sosialisasi terkait pengumpulan data indikator mutu. Dan sebanyak 4 unit yang tidak membutuhkan sosialisasi terkait pengumpulan data indikator mutu.

## **1.2 Kajian Masalah**

Berdasarkan data yang diperoleh peneliti dari hasil observasi serta Laporan Komite Mutu RSUD Haji Provinsi Jawa Timur dapat dijabarkan permasalahan

yang diperoleh dengan metode *FishBone*. Manfaat *Fishbone* diagram ini dapat menolong kita untuk menemukan akar penyebab masalah secara user friendly, tools yang user friendly, disukai orang-orang di industri manufaktur dimana proses disana terkenal memiliki banyak ragam variable yang berpotensi menyebabkan munculnya permasalahan.



Gambar 1.1 Fish Bone Keterlambatan Pelaporan Data Indikator Mutu

Dari kajian masalah dengan menggunakan fishbone diketahui bahwa terbagi menjadi 4 faktor pemecahan masalah yaitu : Man, Material, Machine, Methode.

Berikut ini adalah penjelasan dari faktor-faktor penyebab masalah :

#### 1. Man

Kurangnya kemampuan petugas dalam mengolah data indikator mutu. Serta kurangnya pengetahuan petugas terhadap profil indikator mutu pada tiap masing-masing unit, sehingga petugas tersebut kesulitan dalam mengolah data indikator mutu.

## 2. Material

Pelaporan data masih manual dikarenakan ada beberapa pengumpulan indikator mutu yang masih dilakukan secara manual seperti kepatuhan jam visite dokter yang di lakukan melalui E-rekam medis namun kurang valid sehingga dilakukan pengamatan secara manual dengan tulis tangan, dan itu membutuhkan waktu lama yang membuat pengumpulan data indikator mutu di kumpulkan terlambat.

## 3. Machine

Batas pelaporan data indikator mutu bersamaan dengan pengumpulan data yang lain sehingga menyebabkan petugas kewalahan untuk mengolah data indikator mutu.

Komputer untuk mengolah data terbatas pada tiap unit hanya menyediakan satu buah komputer untuk mengolah dan mengimput data, sedangkan komputer tersebut tidak hanya di gunakan untuk menginput dan mengolah data indikator mutu saja.

## 4. Method

Diperlukan adanya Sosialisasi terkait tatacara pengumpulan sata indikator mutu yang dilaksanakan secara rutin, sehingga petugas baru mengalami kesulitan saat mengumpulkan dan mengolah data indikator mutu

Tidak adanya pemberian *Punishment* kepada unit yang terlambat dalam pelaporan data indikator mutu. Biasanya hanya berupa surat peringatan sehingga pihak komite mutu harus mengingatkan kembali pada unit yang belum melakukan pelaporan data indikator mutu, dan perlu adanya *reward*

untuk meningkatkan motivasi petugas dalam melakukan pelaporan data indikator secara tepat waktu.

### **1.3 Batasan Masalah**

Berdasarkan latar belakang dan kajian masalah yang telah dilakukan dan untuk mempermudah peneliti dalam melakukan penelitian, penulis membatasi masalah yang akan diteliti. Penelitian ini mempunyai ruang lingkup yang jelas dan terarah, maka peneliti melakukan pembatasan masalah yaitu, mengenai analisis faktor Keterlambatan pelaporan data indikator mutu. Hal yang akan diteliti yaitu faktor pengetahuan, faktor kemampuan petugas, faktor pelaporan data, faktor sosialisasi, dan faktor *reward* serta *punishment*. Untuk keterbatasan komputer tidak diteliti dikarenakan RSUD Haji Provinsi Jawa Timur sudah menetapkan setiap unit hanya disediakan sesuai kebutuhan unit tersebut.

### **1.4 Rumusan Masalah**

Berdasarkan analisis *fishbone* pada kajian masalah diatas, diperoleh masalah”keterlambatan pelaporan data indikator mutu yang ada di RSUD Haji Provinsi Jawa Timur”. Sehingga, peneliti membuat rumusan masalah sebagai berikut “Bagaimana Analisa Faktor Pengetahuan Petugas Terhadap Kepatuhan Pelaporan Data Indikator Mutu di RSUD Haji Provinsi Jawa Timur? ”

### **1.5 Tujuan**

#### **1.5.1 Tujuan Umum**

Tujuan umum dari penelitian ini adalah Menganalisa Faktor Ketepatan Pelaporan Data Indikator Mutu di RSUD Haji Provinsi Jawa Timur

### 1.5.2 Tujuan Khusus

1. Mengidentifikasi faktor pengetahuan petugas terhadap kepatuhan pelaporan data indikator mutu
2. Menganalisa faktor penyebab ketidak patuhan pelaporan data indikator mutu di RSUD Haji Provinsi Jawa Timur

## 1.6 Manfaat

### 1.6.1 Manfaat Bagi Peneliti

Sebagai sarana untuk menambah dan mengembangkan ilmu pengetahuan yang telah diperoleh selama perkuliahan khususnya mengenai mutu layanan terhadap kepuasan pengguna alat (user).

### 1.6.2 Manfaat Bagi Rumah Sakit

Dapat memberikan saran serta masukan terkait dengan mutu pelayanan

### 1.6.3 Manfaat Bagi STIKES Yayasan Rumah Sakit Dr. Soetomo

Dengan adanya hasil dari penelitian ini, maka dapat digunakan sebagai bahan informasi guna memperluas pengetahuan terkait hubungan faktor pengetahuan pengumpul data terhadap ketepatan waktu dalam mengumpulkan data indikator.