

## PENGARUH STANDARDISASI TERHADAP KEWAJARAN PELAYANAN BEDAH RAWAT JALAN DI RSUD TARAKAN JAKARTA

*THE INFLUENCE OF STANDARDIZATION ON APPROPRIATENESS OF AMBULATORY SURGERY SERVICES AT TARAKAN DISTRICT GENERAL HOSPITAL, JAKARTA*

Soekirman Soekin<sup>1</sup>, Rossi Sanusi<sup>2</sup>

<sup>1</sup>RSUD Tarakan Jakarta

<sup>2</sup>Program Studi Ilmu Kesehatan Masyarakat, FK UGM, Yogyakarta

### ABSTRACT

**Background:** Efficiency and quality improvement of medical services have been highlighted by the recent monetary crisis and globalization. The Tarakan District General Hospital (TDGH) took this as an opportunity to improve ambulatory surgery services. At this hospital the ambulatory surgery standards and appropriateness evaluation were not formulated yet.

**Objective:** The main objective of this research was to investigate the influence of standardization on the appropriateness of the ambulatory surgery services.

**Result:** The appropriateness of 118 ambulatory surgery cases was investigated in the TDGH. During the first 6 weeks, the result was 85% ( $p < 0.007$ ). The data were collected from medical records of ambulatory surgery patient. Before ambulatory surgery standards were introduced, the awareness, agreement, adoption, and adherence of hospital staff to hospital standards were relatively low with an average score 63.4% ( $p < 0.0001$ ). After the standards were formulated, the hospital staff perception's average score increased significantly to 79.55% ( $p < 0.0001$ ). The Appropriateness Evaluation Protocols (AEP) and standardization of ambulatory surgery standards significantly increased the appropriateness to 85% ( $p < 0.0000$ ). Reviewer agreement (Kappa coefficient) of appropriateness ambulatory surgery changed significantly from 0,5 pre, to 0,8 post-intervention. Although the correlation of ambulatory surgery services appropriateness and hospital staff perception could not be calculated, visually it can be shown that if hospital staff perception to ambulatory surgery standard improved, appropriateness of ambulatory surgery also improved.

**Conclusion and Recommendation:** This study could be used by hospital as a tool to improve quality. To improve validity, a double control group design should be used.

**Keywords:** appropriateness evaluation, standard and standardization, Ambulatory surgery, perception of hospital staff

### PENGANTAR

Bedah Rawat Jalan (BRJ) adalah salah satu pelayanan kesehatan yang bertujuan untuk efisiensi dan meningkatkan mutu. Hal ini makin bertambah penggunaannya dengan adanya krisis moneter dan pengaruh globalisasi. Harapan dari pemerintah adalah pelayanan kesehatan yang tetap optimal walaupun dalam situasi krisis dalam bidang ekonomi.

RSUD Tarakan Jakarta, yang merupakan rumahsakit tipe B non pendidikan mempunyai pelayanan spesialis yang cukup lengkap dengan sarana dan prasarana medis yang memadai sesuai dengan kemajuan teknologi kedokteran saat ini. Beberapa unit sarana medis misalnya bedah mikroskopik, bedah endoskopik, bedah laser, dan sarana canggih lainnya sudah dimiliki oleh RSUD Tarakan.

Sumber daya terbesar adalah pasien rawat jalan dan kegiatan-kegiatan instalasi penunjang medis lainnya. Produk unggulan adalah bidang penyakit THT, penyakit kulit dan kelamin, kebidanan dan kandungan, mata, dan penyakit dalam. Kasus pembedahan dari tahun ketahun meningkat terutama pelayanan BRJ, yang pada tahun 1995 merupakan 22,4% dari kasus bedah elektif, meningkat 31,7% pada tahun 1998. Tindakan yang dilakukan terdiri dari berbagai disiplin ilmu seperti bedah mata, THT, kebidanan dan ginekologi serta bedah mulut.

Standar pelayanan medis BRJ belum lengkap, yang ada sangat sederhana dan sangat bergantung pada individu operator atau petugas anestesia saja. Belum dibuat secara khusus seperti yang dianjurkan oleh departemen kesehatan tentang pembuatan standar pelayanan medis. Walaupun proses akreditasi sedang berjalan di RSUD Tarakan, namun standar BRJ belum termasuk dengan akreditasi dasar rumahsakit.

Standar yang ada belum disosialisasikan dan menurut Kume<sup>1</sup> untuk manajemen standar maka harus diedukasi, dilatih, didokumentasikan dan harus mengikuti perkembangan zaman atau *up to date*.

Mutu adalah sesuatu yang diinginkan sesuai dengan standar yang telah ditetapkan sebelumnya. Dimensi mutu dapat berupa efisien, efektif, terjangkau, dapat diterima, tersedia, wajar, dsb. Salah satu indikator dalam evaluasi hasil pelayanan BRJ adalah dengan mengamati kewajaran pelayanan tersebut.

Dengan meninjau permasalahan di atas, maka dapat disimpulkan bahwa standar dan standardisasi belum lengkap dan kewajaran untuk memantau mutu pelayanan belum dilaksanakan, sehingga perlu diteliti apakah standardisasi akan mempengaruhi kewajaran pelayanan BRJ?

Tujuan penelitian ini adalah untuk: (1) Membuat standar BRJ melalui kelompok kerja

standar rumahsakit; (2) Menerapkan standar BRJ di rumahsakit; (3) Membuat instrumen dan mengukur derajat persepsi petugas terhadap standar BRJ; (4) Menetapkan kewajaran BRJ dengan membandingkan temuan pada rekam medis dengan Protokol Evaluasi Kewajaran (PEK) yang disepakati bersama; (5) Meneliti sebab-sebab ketidakwajaran BRJ; (6) Meneliti pengaruh standardisasi terhadap kewajaran BRJ; (7) Membantu melengkapi proses akreditasi rumahsakit.

Manfaat penelitian ini adalah dapat dihasilkan standar BRJ dan protokol evaluasi kewajaran yang dapat digunakan untuk: (1) Perlindungan kegiatan-kegiatan BRJ terhadap masalah mediko-legal; (2) Pemantauan kewajaran BRJ; (3) Akreditasi rumahsakit yang akan meningkatkan citra; (4) Saran-saran untuk pembentukan BRJ yang otonom; (5) Menjadi acuan rumahsakit lain dalam penyusunan standar BRJ dan PEK; (6) Memberi jaminan kepada pasien untuk mendapatkan pelayanan kesehatan yang optimal dan bermutu.

Banyak batasan-batasan mengenai standar yang dikemukakan, tetapi penulis lebih memilih yang dikemukakan oleh dewan standar nasional yaitu: Standar adalah spesifikasi teknis atau sesuatu yang dibakukan, disusun berdasarkan konsesus semua pihak yang terkait dengan memperhatikan syarat-syarat medis, keselamatan, perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi, serta berdasarkan pengalaman, perkembangan masa kini dan masa yang akan datang untuk memperoleh manfaat sebesar-besarnya.<sup>2</sup> Manfaat standar antara lain: 1) Meminimalkan kebutuhan sumber daya, dan kesalahan manusia; 2) Memudahkan komunikasi dan pengembangan, 3) Menimbulkan kreativitas diluar standar, 4) Mempercepat penyelesaian masalah.<sup>3</sup> Untuk semua petugas standar harus disadari, disetujui, dilaksanakan dan dipatuhi.<sup>4</sup> Departemen kesehatan menetapkan unsur-

unsur yang terkandung dalam pembuatan standar pelayanan medis adalah: falsafah dan tujuan, administrasi dan pengelolaan, staf dan pimpinan, fasilitas dan peralatan, kebijakan dan prosedur, pengembangan staf dan program pendidikan, serta evaluasi dan pengendalian.<sup>5</sup>

Kewajaran pelayanan kesehatan perlu diketahui sebagai suatu kegiatan evaluasi, sehingga didapat hasil yang paling efisien dalam pelayanan kesehatan tersebut. Hal ini sangat bermanfaat untuk pihak ketiga. Restuccia dan Holloway<sup>6</sup> meneliti hambatan-hambatan kewajaran pelayanan kesehatan dalam menetapkan wajar atau tidaknya perawatan. Beberapa penulis<sup>7,8,9</sup> telah menggunakan Protokol Evaluasi Kewajaran (PEK) yang dibuat oleh German dan Restuccia dari *Health Care Research Section Boston University, School of Medicine, Boston Massachusetts*,<sup>10</sup> PEK yang dibuat terdiri 2 kriteria yaitu Kriteria Kewajaran Masuk Rumahsakit dan Kriteria Kewajaran Dirawat. Kriteria Kewajaran Masuk Rumahsakit ditinjau dari: 1) Kriteria beratnya penyakit dan, 2) kriteria intensitas pelayanan. Kriteria Kewajaran Dirawat dapat dipandang dari 3 hal yaitu: 1) Pelayanan medis, 2) Pelayanan perawatan, 3) Kriteria kondisi pasien. Selanjutnya diteliti mengenai alasan-alasan ketidakwajaran masuk rumahsakit. Menurut penulis kriteria kewajaran BRJ dapat dimodifikasi dari kriteria kewajaran untuk dirawat rumahsakit, yaitu kewajaran dirawat di rumahsakit menjadi tidak wajar untuk BRJ, dan alasan-alasan tidak wajar untuk dirawat di rumahsakit menjadi wajar untuk BRJ.

BRJ adalah pelayanan kesehatan dengan melaksanakan pembedahan dan perawatan prabedah dilaksanakan sesuai prosedur rawat jalan serta pasca bedah diobservasi dalam hari yang sama, atau tidak lebih dari 24 jam pertama. BRJ adalah salah satu pelayanan kesehatan yang sudah ada sejak ribuan tahun yang lalu, tetapi pelayanan BRJ yang modern baru dikenal sejak tahun 1962 di Amerika

Serikat pada rumahsakit Universitas California.<sup>11</sup> Sebagai usaha mandiri baru dikembangkan sejak tahun 1985 dan diperkirakan di masa mendatang BRJ merupakan 70% dari pelayanan bedah.<sup>12</sup> Di rumahsakit Mt. Elizabeth Singapura<sup>13</sup> BRJ dikenal dengan istilah *Same Day Surgery*, ditata dengan baik dimana ruang rawat sementara terpisah dari rawat inap. Pengelolaan pasien tergantung dari dokter yang melaksanakan operasi dengan nasehat lisan dan tertulis saat pasien pulang. Brosur BRJ disediakan untuk bahan informasi kepada pasien atau keluarganya. Di rumahsakit Dr.Cipto Mangunkusumo Jakarta, yang merupakan rumahsakit pusat rujukan nasional pelayanan BRJ masih rendah, yaitu 14% dari kasus bedah elektif.<sup>14</sup> Penanganan belum begitu baik dan belum mempunyai standar medis BRJ yang lengkap.

Keuntungan nyata BRJ adalah efisiensi, baik untuk pasien, rumahsakit atau pihak ketiga. Bagi pasien selain efisiensi, BRJ mempunyai keuntungan yaitu pasien tidak terpisah dari keluarga, dapat bekerja di rumah, mengurangi infeksi nosokomial, mengurangi komplikasi pasca bedah lain dan mengurangi pemeriksaan atau penggunaan obat-obatan. Kerugian BRJ yaitu adanya kebiasaan masyarakat yang sangat tergantung pada petugas kesehatan sehingga lebih nyaman berada di rumahsakit, dan adanya peraturan asuransi hanya membayar biaya pelayanan bila dirawat di rumahsakit.

Kriteria BRJ atau lebih tepat kriteria anestesia rawat jalan yaitu<sup>14,15</sup>; 1) Pembedahan dalam waktu yang pendek, tidak lebih dari 90 menit; 2) Perdarahan atau kehilangan cairan tidak berlebihan; 3) Perawatan pasca bedah tidak khusus, misalnya respirator, monitor jantung yang ketat; 4) Rasa nyeri minimal sehingga dapat di atasi pasien di rumah; 5) Mobilisasi dan perawatan tidak rumit dilaksanakan; 6) Harus diperhatikan pasien usia lanjut, bayi, hipertensi (diastolik kurang

dari 100 mmHg), penyakit koroner, diabetes melitus, asma, obesitas dan infeksi jalan napas; 7) Skor total PADS (*Postanesthesia Discharge Scoring*) lebih atau sama dengan 9. Dean<sup>16</sup> menganjurkan penggunaan skor di atas 9 untuk pasca anastesia dan saat pasien akan dipulangkan.

Dalam standardisasi merupakan proses menerapkan standar yang harus disadari, disetujui, dilaksanakan dan dipatuhi oleh pihak terkait sehingga hasil yang didapatkan dapat berupa kewajaran pelayanan. Perpesi dan sikap dari pihak terkait (petugas) masih dapat tergantung dari bagaimana proses berlangsung secara berkesinambungan dengan adanya pengarahan, instruksi, dsb.

#### BAHAN DAN CARA PENELITIAN

Dilaksanakan penelitian eksperimental pada BRJ, secara *time series* dan *cross sectional* pada *pre* dan *post* intervensi selama 12 minggu tanggal 4 Januari sampai dengan 27 Maret 1999. Unit analisis ialah unit BRJ (rekam medis), petugas (dokter dan perawat, petugas lain yang terkait), dan rumahsakit. Oleh karena terbatasnya waktu dan jumlah kasus maka intervensi tidak membedakan kelompok kontrol dan eksperimentalnya. Intervensi yaitu tindakan standardisasi dilaksanakan pada minggu IV-VI dari awal penelitian.

Penelitian terhadap ketiga unit analisis tersebut adalah:

1) Rekam medis, diteliti kewajaran pelayanan BRJ (sebagai variabel tidak bebas) setiap 2 minggu sebelum dan sesudah intervensi dengan standardisasi. Standar BRJ yang baru dan lengkap dibuat oleh kelompok kerja standar RSUD Tarakan yang terdiri dari unsur medis, perawat dan administrasi/keuangan. Standar dibuat berdasarkan acuan standar yang diterbitkan oleh Departemen Kesehatan.<sup>5</sup> Kewajaran pelayanan BRJ diamati oleh 2 orang pengamat masing-masing oleh penulis

(dokter) dan seorang penata anastesi. Pelayanan BRJ dinyatakan wajar bila sesuai dengan PEK RSUD Tarakan, tidak wajar bila salah satu dari PEK tidak didapatkan dalam rekam medisnya. PEK dibuat berdasarkan PEK kebalikan atau modifikasi untuk kewajaran pasien yang dirawat, penggunaan kriteria sesudah narkose dan saat dipulangkan seperti yang disarankan Dean<sup>16</sup>, Kallar dan Everet<sup>16</sup>, dan Dachlan<sup>14</sup>. Atas kesepakatan bersama dari kelompok kerja standar RSUD Tarakan maka, validitas standar BRJ dan PEK pelayanan BRJ hanya berdasarkan validitas pakar manajemen rumahsakit (*expert validity*). Penelitian dilaksanakan secara *time series* dengan mengamati kewajaran pelayanan BRJ setiap dua minggu.

2) Petugas, diteliti persepsi petugas dalam hal kesadaran, kesetujuan, pelaksanaan dan kepatuhan terhadap standar BRJ. Pengukuran persepsi ini dengan menggunakan kuesioner yang terdiri dari 24 pertanyaan. Pertanyaan/pernyataan nomor 1-5 (5 butir kuesioner) menyatakan kesadaran responden terhadap standar BRJ, nomor 6- 11 (6 butir kuesioner) menyatakan menyetujui standar BRJ, nomor 12- 18 (7 butir kuesioner) menyatakan melaksanakan standar BRJ dan nomor 19-24 (6 butir kuesioner) menyatakan kepatuhan terhadap standar BRJ. Hal ini sesuai dengan yang dilaksanakan oleh Pathman dkk.<sup>4</sup> yang meneliti para dokter untuk menyadari, menyetujui, melaksanakan dan mematuhi suatu petunjuk klinis penggunaan vaksin yang dianjurkan. Penilaian secara skala Likert, yaitu mulai sangat setuju (SS), setuju (S), kurang setuju (KS) sampai sangat tidak setuju (STS). Nilainya untuk pertanyaan/pernyataan *favorable/positif* adalah: 4 untuk jawaban SS, 3 untuk jawaban S, 2 untuk

jawaban KS dan nilai 1 untuk jawaban STS. Nilai untuk pernyataan *unfavorable*/negatif nilainya adalah kebalikannya yaitu kuesioner nomor 10, 11, 22 dan 24, nilai 1 untuk jawaban SS, 2 untuk jawaban S, 3 untuk jawaban KS dan nilai 4 untuk jawaban STS. Penilaian persepsi petugas ini dilaksanakan pre dan post-standardisasi, secara *cross sectional* Kesahihan dan keabsahan kuesioner diuji pada 30 responden (dokter dan perawat yang terkait dengan BRJ) pada rumahsakit yang berbeda (RSPAD Gatot Soebroto). Dari 31 buah pertanyaan hanya 24 yang valid ( $p < 0,05$ ). Uji keandalan lebih dari 60% ( $\alpha = 0,8932$ )

- 3) Rumahsakit sebagai unit analisis, diteliti secara visual dengan membandingkan hasil kewajaran BRJ dan persepsi petugas terhadap standar BRJ pada *pre* dan *post*-standardisasi.

Data yang sudah terkumpul dianalisis menggunakan program 1). Mengukur selisih nilai rata-rata persepsi ( $z$ ) petugas pre dan post standardisasi. Nilai rata-rata persepsi diukur dengan *paired sample statistic* dengan menggunakan *personal computer*; 2) Mengukur selisih standar deviasi pelaksanaan dengan atau tanpa standardisasi kewajaran pelayanan BRJ. Nilai kewajaran dari 2 pengamat dihitung dengan perhitungan statistik Kappa; 3) Secara visual dibandingkan hasil selisih proporsi keawajaran pelayanan BRJ dan selisih proporsi persepsi petugas terhadap standar BRJ, pre dan post standardisasi.

## HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

Penelitian pengaruh standardisasi terhadap kewajaran pelayanan BRJ di RSUD Tarakan dilaksanakan selama 12 minggu mulai tanggal 4 Januari s/d 27 Maret 1999. Seluruh jumlah pasien (118 kasus) dalam periode tersebut diteliti rekam medisnya untuk dinilai kewajaran pelayanannya. Rekam Medis diamati oleh 2 orang pengamat masing-masing satu orang dokter (penulis) dan satu orang lainnya penata anestesia (koordinator pelayanan BRJ). Bila pada rekam medis yang diamati tidak menunjukkan kesesuaian dengan salah satu PEK maka dinyatakan tidak wajar, bila ketentuan PEK sesuai dengan yang terdapat pada rekam medis maka dinyatakan pelayanan BRJ wajar. Pengamatan dilaksanakan setiap 2 minggu, diamati selama 6 kali.

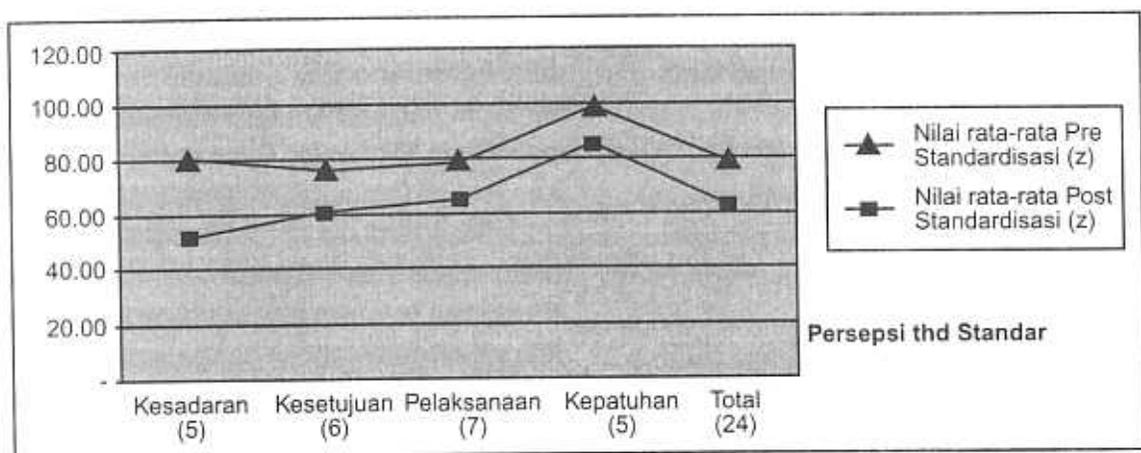
Standardisasi pelayanan BRJ dimulai pada minggu ke 4-6. Intervensi dilaksanakan pada pertemuan ilmiah komite medik, kemudian dilanjutkan dengan pengarahan-pengarahan pada pertemuan-pertemuan kelompok kamar bedah, poliklinik, perawatan dan staf administrasi/keuangan.

### a. Persepsi dan sikap petugas (kesadaran, kesetujuan, pelaksanaan dan kepatuhan) terhadap standar BRJ.

30 responden (dokter, perawat, petugas lain yang terkait) yang dipilih secara acak dari terkait dengan BRJ diberi 24 daftar pertanyaan yang menyatakan pernyataannya sadar, setuju, melaksanakan atau patuh dengan standar BRJ rumahsakit. Hasilnya sebagai berikut  $P < 0,0001$ .

**Tabel 1. Nilai rata-rata kesadaran, kesetujuan, pelaksanaan dan kepatuhan petugas terhadap standar BRJ di RSUD Tarakan Jakarta**

|   | Persepsi thd Standar | Nilai rata-rata Pre Standardisasi (z) | Standar Deviasi | Nilai rata-rata Pos Standardisasi (z) | Standar Deviasi | t      |       |      |
|---|----------------------|---------------------------------------|-----------------|---------------------------------------|-----------------|--------|-------|------|
| 1 | Kesadaran (5)        | 10.80                                 | 52.00 %         | +3.12                                 | 16.17           | 80.90% | +3.57 | 8.62 |
| 2 | Kesetujuan (6)       | 14.63                                 | 60.90%          | +2.88                                 | 18.23           | 75.96% | +3.57 | 7.60 |
| 3 | Pelaksanaan (7)      | 18.37                                 | 65.60%          | +3.24                                 | 22.17           | 79.20% | +2.64 | 5.93 |
| 4 | Kepatuhan (5)        | 17.07                                 | 85.40%          | +2.20                                 | 19.80           | 99.00% | +2.23 | 5.95 |
|   | Total (24)           | 15.22                                 | 63.40%          |                                       | 19.09           | 79.55% |       |      |



**Gambar 1: Persepsi dan sikap petugas terhadap standar BRJ pre dan post standardisasi**

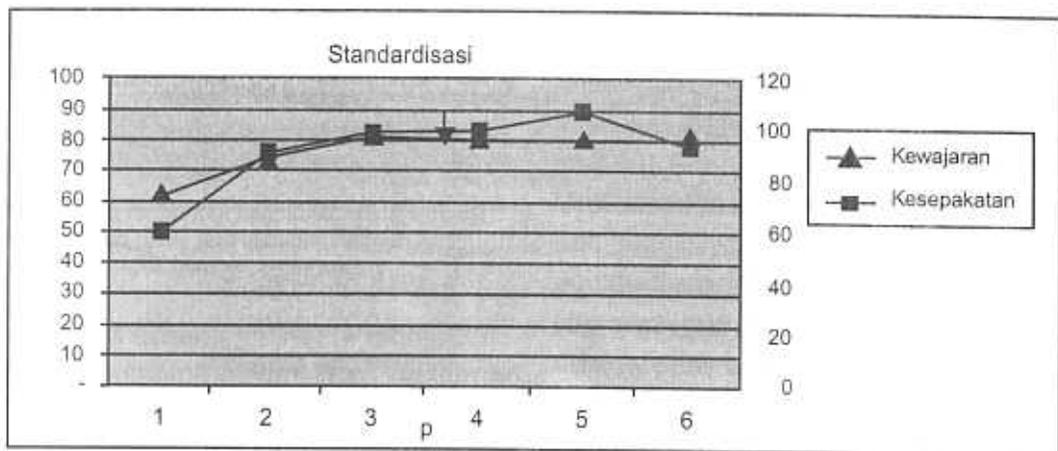
Pada Tabel 1 dan Gambar 2, terlihat adanya perbedaan persepsi mulai dari kesadaran, kesetujuan, pelaksanaan dan kepatuhan yang bermakna ( $d > 0,10$ ) antara sebelum dan sesudah standardisasi ( $d = z \text{ post} - z \text{ pre}$ ), yaitu untuk kesadaran 28,85% kesetujuan 15,00%, pelaksanaan 13,57%, dan kepatuhan 13,65% ( $p < 0,0001$ ). Secara keseluruhan terlihat persepsi petugas terhadap standar meningkat secara bermakna ( $p > 0,10$ ) yaitu pre standardisasi 63,40% (0,0001) dan menjadi 79,55 (0,0001) post standardisasi.

**b. Kewajaran pelayanan BRJ sebelum dan sesudah standardisasi.**

Kewajaran BRJ diamati setiap 2 minggu, selama penelitian 12 minggu diamati sebanyak 6 kali. Dalam pengamatan kewajaran BRJ ini dipantau juga bagaimana kesepakatan dua orang pengamat dalam menentukan kewajaran BRJ tersebut serta koefisien Kappa. Hasil pengamatan kewajaran pelayanan BRJ dan kesepakatan pengamat menilai kewajaran pre dan poststandardisasi terlihat pada Tabel 2 dan Gambar 2 sebagai berikut:

Tabel 2. Distribusi kewajaran dan kesepakatan pengamat dalam menghitung kewajaran pelayanan BRJ RSUD Tarakan periode 12 Minggu

| HASIL PENGAMAT        |    | PRE STANDARDISASI |       |       | POST STANDARDISASI |       |       |
|-----------------------|----|-------------------|-------|-------|--------------------|-------|-------|
| I                     | II | I                 | II    | III   | IV                 | V     | VI    |
| W                     | W  | 7                 | 4     | 12    | 20                 | 23    | 22    |
| TW                    | TW | 5                 | 3     | 3     | 3                  | 5     | 2     |
| TW                    | W  | 1                 | 0     | 0     | 0                  | 0     | 0     |
| W                     | W  | 3                 | 1     | 1     | 1                  | 1     | 1     |
| JUMLAH                |    | 16                | 8     | 16    | 24                 | 29    | 25    |
| Kesepakatan Kewajaran |    | 0.750             | 0.875 | 0.975 | 0.958              | 0.960 | 0.960 |
| Kappa Coefisient      |    | 0.500             | 0.750 | 0.818 | 0.833              | 0.888 | 0.778 |
| p                     |    | 0.019             | 0.014 | 0.004 | 0.002              | 0.000 | 0.000 |



Gambar 2: Kewajaran BRJ dan nilai kesepakatan Kappa

Tabel 3. Distribusi pasien BRJ pre dan post intervensi standardisasi dan hasil pengamatan kewajaran pelayanan dan kesepakatan pengamat kewajaran

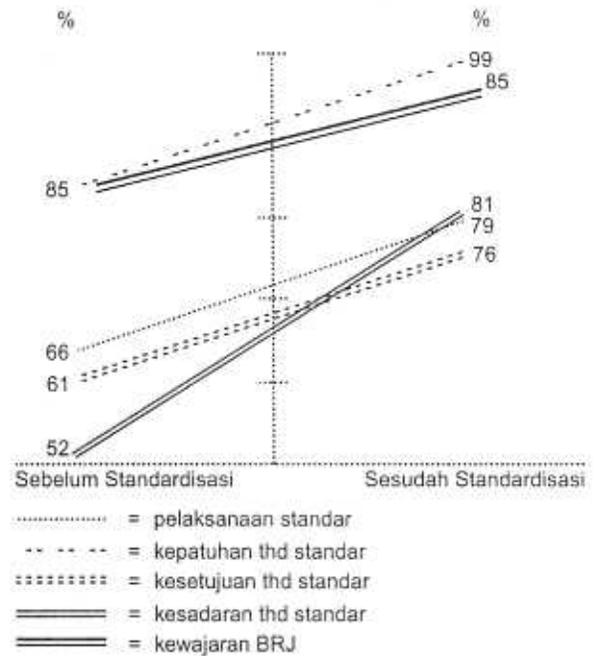
| HASIL PENGAMAT        |    | SEBELUM STANDARDISASI | SESUDAH STANDARDISASI |
|-----------------------|----|-----------------------|-----------------------|
| W                     | W  | 24                    | 65                    |
| TW                    | TW | 10                    | 10                    |
| TW                    | W  | 1                     | 3                     |
| W                     | TW | 5                     | 0                     |
| JUMLAH                |    | 40                    | 78                    |
| Kesepakatan Kewajaran |    | 0.85                  | 0.961                 |
| Kappa Coefisient      |    | 0.661                 | 0.847                 |
| p                     |    | 0.007                 | 0.000                 |

Dari Tabel 2 dan 3, serta Gambar 1 tersebut di atas terlihat kewajaran pelayanan BRJ dengan menggunakan Protokol Evaluasi Kewajaran (PEK yang sesuai berdasarkan validitas *expert*) pada awal pengamatan kesepakatan koefisien Kappa 0,5. Dengan berjalan waktu pada dua minggu ke III menunjukkan kenaikan menjadi 0,8 yang berarti kedua pengamat mulai menunjukkan persamaan persepsi dalam menilai kewajaran. Hal ini berlangsung terus sesudah standardisasi berkisar lebih dari 0,8.

Kewajaran pelayanan BRJ meningkat dari setiap periode 2 minggu. Dari 75% ( $p < 0,019$ ) pada awal 2 minggu pertama meningkat secara bermakna menjadi 87% ( $p < 0,002$ ) pada awal minggu intervensi standardisasi. Secara keseluruhan pada tabel 3 jelas terjadi kenaikan kewajaran BRJ yang bermakna ( $d > 0,10$ ) dari 85 % ( $p < 0,007$ ) pre-standardisasi menjadi 96% ( $p < 0,000$ ) pada post standardisasi.

Ketidakwajaran yang diteliti disebabkan karena ; 1) Tidak adanya catatan khusus untuk pasien usia lanjut; 2) Pembiusan yang waktunya lebih dari 90 menit; 3) Pasien pasca bedah memerlukan observasi dokter yang ketat (setiap 3 jam); 4) Operasi dengan melakukan biopsi pada organ dalam; 5) Tidak dilengkapi catatan khusus penderita dengan diabetes melitus; 6) Tidak ada catatan waktu melakukan anestesi; 7) Terjadi kejang-kejang dan panas tinggi pasca bedah; 8) Rumah pasien jauh dari rumahsakit dan tidak ada catatan nasehat khusus; 9) Pemeriksaan prabedah yang tidak lengkap, tidak sesuai dengan standar medis bedah.

**c. Hubungan standarisasi dengan kewajaran pelayanan BRJ.**



**Gambar 4. Perbandingan kewajaran pekerjaan BRJ dengan persepsi dan sikap petugas terhadap standar BRJ.**

Gambar 4 terlihat adanya kenaikan yang bermakna pada masing-masing hasil penelitian. Dipandang dari sudut rumah sakit sebagai unit analisisnya terlihat adanya kenaikan kinerja masing-masing kegiatan sebelum dan sesudah standardisasi. Secara teoritis akan terjadi bahwa kewajaran sangat dipengaruhi oleh persepsi tentang standar, yaitu pada Tabel 3 terjadinya penurunan kewajaran pelayanan pada dua minggu VI karena menurunnya intervensi standardisasi.

Secara statistik tidak dapat dikaitkan karena unit analisis yang diteliti berbeda, yaitu kewajaran pelayanan BRJ unit analisisnya

rekam medis, sedangkan penelitian persepsi dan sikap petugas unit analisisnya adalah petugas.

Hasil penelitian tersebut di atas menunjukkan bahwa lebih rendahnya, yaitu 75% ( $p < 0,007$ ) kewajaran pelayanan BRJ sebelum standardisasi, disebabkan karena petugas memang belum menyadari adanya standar dengan nilai rata-rata ( $z$ ) = 52% ( $p < 0,0001$ ). Namun petugas umumnya mempunyai persepsi dan sikap untuk setuju, melaksanakan dan patuh bila ada standar dengan nilai rata-rata ( $z$ ) = 60,76% s/d 85,36% ( $p < 0,001$ ).<sup>4</sup>

Standar pelayanan BRJ yang lengkap proses pembuatannya mengikut sertakan semua pihak.<sup>2</sup> Standar kemudian diedukasikan, dilatih, mengikuti perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi serta didokumentasikan seperti yang dianjurkan oleh Kume serta Suyudi dan Sunartini.<sup>1,3</sup> Diperkuat dengan pernyataan Prihmantoro dan Santoso<sup>17</sup> dengan standar semua masalah akan dapat diidentifikasi, dicatat, direncanakan dan diskripsi pekerjaan jelas maka karyawan sudah bisa bekerja tanpa komando. Mereka bisa bekerja prosedural tanpa perintah individu. Hal ini terbukti pada penelitian ini standardisasi berlangsung terus menerus yaitu dengan adanya pengarahan, rapat-rapat rutin, pertemuan-pertemuan tidak resmi selalu mengingatkan pentingnya segala tindakan berdasarkan standar, kriteria, protokol dan seterusnya.

Persiapan akreditasi RSUD Tarakan yang digalakkan pada bulan Januari 1999 tampaknya juga mempengaruhi penelitian sebagai kerjasama pelayanan BRJ pada dua minggu ke 3 mengalami kenaikan kemajuan yang bermakna menjadi 87% ( $p < 0,004$ ) dan terus meningkat sangat bermakna pada proses standardisasi menjadi 96% ( $p < 0,000$ ). Koefisien Kappa dari 0,5 meningkat secara bertahap menjadi 0,8 hal ini berarti nilai kurang 0,6 kurang baik menjadi sangat baik yaitu 0,8 atau lebih.<sup>18</sup> Rata-rata persepsi petugas terhadap standar juga meningkat secara bermakna

sebelum dan sesudah standardisasi mulai dari kesadaran, kesetujuan, pelaksanaan dan kepatuhan terhadap standar BRJ ( $d > 0,10$ ). Tampak nilai rata-rata persepsi meningkat secara bermakna ( $p < 0,0001$ ) dari 80,85% s/d 99,00%. Kenaikan ini karena standar yang baru cukup sederhana, mudah dilaksanakan, tidak membebani petugas sesuai yang disarankan oleh Suyudi dan Sunartini serta Dean.<sup>3, 16</sup>

Kelemahan penelitian ini tampak dari hasil di atas, bahwa tanpa kelompok kontrol penelitian dapat dipengaruhi oleh adanya usaha-usaha intervensi lain yaitu persiapan akreditasi rumahsakit. Akreditasi rumahsakit, inti kegiatannya adalah standardisasi, yaitu proses membuat, merevisi dan menjalankan kegiatan sesuai dengan standar secara tertib dan kerjasama semua pihak.<sup>2</sup> Adanya proses akreditasi RS Tarakan ini, sangat menguntungkan penulis yang kebetulan juga ketua panitia pengarah dan ketua komite medik rumahsakit intervensi standardisasi sesungguhnya sudah dimulai pada dua minggu ke II (awal Februari, 1999). Intervensi standardisasi dilaksanakan penulis merupakan proses edukasi dan pelatihan dalam penerapan standar, sehingga standar dijalankan secara tertib dan kesepakatan semua pihak.

Ditinjau dari penelitian persepsi dan sikap petugas terhadap standar yang dimulai pada dua minggu pertama dan dievaluasi pada akhir penelitian, terlihat adanya perbedaan yang bermakna ( $d > 0,10$ ) sebelum standardisasi, kesadaran rata-rata 52,00% ( $p < 0,001$ ) menjadi 80,85% ( $p < 0,001$ )

Secara statistik penelitian persepsi dan sikap (kesadaran, kesetujuan, pelaksanaan dan kepatuhan) terhadap standar dihubungkan dengan kewajaran pelayanan BRJ memang tidak dapat diukur. Hal ini disebabkan karena unit analisis yang diteliti berbeda.

Bila dilihat dari RS sebagai unit analisisnya dan kedua hasil penelitian bermakna, maka dapat disimpulkan standardisasi mempengaruhi

ruhi kewajaran pelayanan BRJ. Hal ini tampak adanya kecenderungan kewajaran BRJ yang menurun dari periode 2 minggu yang diamati sesudah standardisasi. Agaknya hal ini harus dipantau lebih lanjut dan standar harus selalu diterapkan secara tertib dan kerjasama semua pihak. Evaluasi kewajaran pelayanan BRJ adalah salah satu variabel standar pelayanan BRJ. Sesuai dengan acuan pedoman standar pelayanan medis departemen kesehatan variabel evaluasi termasuk adalah kriteria kewajaran pelayanan medis, yang mempunyai nilai tertinggi bila dilaksanakan dengan baik. Penilaian tentang persepsi petugas terhadap standar pelayanan BRJ mencakup mulai dari kesadaran, kesetujuan, pelaksanaan dan kepatuhan terhadap standar sudah cukup merupakan bukti bahwa ada hubungan yang bermakna antara perbaikan kewajaran pelayanan dan proses standardisasi.

## **KESIMPULAN DAN SARAN**

### **Kesimpulan**

BRJ adalah suatu pelayanan kesehatan yang mengutamakan efisiensi dan mutu pelayanan. Menilai kewajaran pelayanan BRJ sangat penting karena hasil penilaiannya merupakan indikator mutu pelayanan BRJ. Standardisasi yang baik yaitu standar dibuat, direvisi dan diterapkan secara bersama pada seluruh petugas yang terkait secara berkesinambungan sesuai dengan perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi saat ini dan masa mendatang.

Dari penelitian terhadap persepsi dan sikap standar BRJ pada petugas didapatkan peningkatan yang bermakna, mulai dari kesadaran, kesetujuan, pelaksanaan sampai kepatuhan menunjukkan peningkatan sebelum dan sesudah standardisasi.

Penelitian terhadap kewajaran terjadi peningkatan yang bermakna pre-standardisasi dan post standardisasi. Diteliti pula bahwa pengamatan terhadap kewajaran yang dijalankan oleh 2 orang pengamat mengalami

kenaikan kesepakatannya dari periode waktu ke waktu, terlihat dari koefisien Kappa yang meningkat dari kurang baik menjadi sangat baik pada pre dan post standardisasi. Perlu diamati lebih lanjut adanya kecenderungan kewajaran BRJ akan menurun dalam periode lebih lanjut.

Walaupun secara statistik tidak dapat dihitung hubungan antara persepsi tentang standar dan kewajaran pelayanan BRJ, tetapi dalam gambaran keseluruhan rumahsakit sebagai unit analisisnya terlihat bahwa kedua hal tersebut menunjukkan peningkatan yang bermakna akibat intervensi standardisasi. Dapat ditambahkan bahwa kewajaran pelayanan adalah suatu unsur standar BRJ

### **Saran**

Dalam penelitian kewajaran pelayanan BRJ belum dapat begitu lengkap dengan waktu yang relatif singkat (12 minggu), sehingga penelitian ini harus dapat dikembangkan secara periodik dan berkesinambungan.

Untuk rumahsakit disarankan; 1) Untuk dapat menggunakan standar BRJ dan kriteria evaluasi kewajaran secara periodik dan berkesinambungan guna meningkatkan efisiensi dan mutu pelayanan BRJ; 2) Dalam proses standardisasi standar pelayanan medik harus melalui proses edukasi, pelatihan, dicatat dan adanya pertimbangan kemajuan ilmu pengetahuan dan teknologi saat ini atau masa mendatang; 3) Mengembangkan pelayanan BRJ menjadi suatu unit usaha yang mandiri dan menjadi produk unggulan; 4) Standar BRJ yang dibuat dapat digunakan sebagai persyaratan kriteria akreditasi rumahsakit dan dapat menjadi acuan rumahsakit lain yang disesuaikan dengan kondisi dan situasi rumahsakit yang bersangkutan.

Untuk pimpinan Rumahsakit penelitian ini: 1) dapat dijadikan pedoman pemantauan kinerja unit BRJ dan menjadi pertimbangan sebagai unit yang mempunyai efisiensi tinggi dan menjaga mutu pelayanan; 2). Menetapkan standar BRJ dan PEK RSUD Tarakan ini

dengan surat keputusan direktur sebagai legalisasi hukum.

Untuk petugas yang terkait supaya; 1) Memanfaatkan standar BRJ yang ada; 2) Selalu memantau pelaksanaan standar dengan tertib; 3) Mengusulkan perubahan dan perbaikan standar sesuai perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi.

#### KEPUSTAKAAN

1. Kumé,H., Standardization (2), Kenshu, 1998; 149: 23-26.
2. Dewan Standar Nasional., Sistem Standardisasi Nasional, Pusat Standardisasi LIPI, Jakarta, 1994;1-13.
3. Suyudi, A dan Sunartini., Pengendalian Mutu Rumahsakit, Modul Kuliah MMR Gadjah Mada Kerjasama Depkes RI. Jakarta, 1997.
4. Pathman,P.E.,Konrad,T.R.,Freed,G.L., Freeman,V.A., and Koch, G., The Awareness to Adherence Model of the Steps to Clinical Guideline Compliance. The Case of Pediatric Vaccine Recommendation., *Med Care*, 1996;4(9):873-889.
5. Departemen Kesehatan RI., Standar Pelayanan Rumah sakit, Depkes Dirjenmed. Dir RSU dan Pendidikan.1996.
6. German, P and Restuccia, J., The Appropriateness Evaluation Protocol: a Tehnique for Assesing Unnessary Days of Stay. *Med. Care*. 1981;19 (8)
7. Payne, S.M.C., Ash, A and Restuccia, S.D., The Role of Feedback in Reducing Medically Unneccassary Hospital Use, *Med.Care*. 1991; 29 (8): 91-106.
8. Ash, A., The design and Analysis of Hospital Utilization Studies, *Inter. J. Quality Health Care*, 1995;7(3): 245-252.
9. Apolone, G., Fellin, G., Tampieri, A.,Bannoni, E.,Crosti, P.E., Lauzi, G., Meregalli, G. Trocino, G.and Liberati, G., Appropriateness of Hospital Use. Report From an Italian Study, *Euro. Journ. Public Health*, 1997;7: 34-39.
10. Bentes, M.,Gonsalves,M.D., Santos, M., and Pina, E., Design and Development of Utilization Review Programme in Potugies, *Int. J. Quality Health Care*, 1995;7 (3): 201-212.
11. White, P.F., Ambulatory Anesthesia and Surgery, Past Present and Future, Saunders Comp.,1997; 3-34.
12. Billig,H.E., Ambulatory Surgery in the United States: Twenty Five Years of Experiences. *The Ambulatory Surgery & Outpatient*, Mc Crown Hill, New York.1997; 1-9.
13. Gunawan, I., Brosure of Same Day Surgery, Mount Elizabeth Hospital, Personal Communication, Singapore.1999.
14. Dachlan, R., Kontroversi pada Anestesia Rawat Jalan, Kursus Penyegar dan Penambahan Ilmu Anestesia. Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia.1997.
15. Kallar, S.K. dan Everett, L.L., Ambulatory Anaesthesia: State of Art, *Advance in Anesthesia*, 1994;11: 285-407.
16. Dean, A.F. Sample Surgery Centre Form, *The Ambulatory Surgery & Out Patient Service Manual*, Mc Grow Hill, New York, 99123.1997.
17. Prihmantoro, H dan Santoso, G., Standardisasi Buat Kejar Mutu, *Media SDM*, 7 Januari Restuccia, J.P and Holloway, D.C.,1976. Barriers to Appropriateness Utilization of an Acute Facility, *Med. Care*,1999; 16 (7): 559-573.
18. Tumbalaka, A.R. Abdoerachman , M.H., Latief, A., Abdulsalam,M. dan Darwis, D., Pengukuran. Dasar-dasar Metodologi Penelitian Bina Rupa Aksara, Jakarta, 1995; 27-41.

## Apendiks

### **Protokol Evaluasi Kewajaran Pelayanan Bedah Rawat Jalan RSUD Tarakan Jakarta (1998)**

#### **A. Pelayanan Medis.**

1. Prosedur operasi tidak lebih dari 90 menit
2. Tidak melakukan tindakan sebagai berikut:
  - (a) Kateterisasi jantung
  - (b) Angiografi
  - (c) Biopsi organ dalam yang besar
  - (d) Torasentesis atau parasentesis
  - (e) Prosedur diagnostik sistem syaraf pusat (misalnya, lumbal pungsi, *cysternal tap*, dsb)
  - (f) Tindakan yang memerlukan kontrol dokter sekurangnya setiap 3 jam sekali.

#### **B. Pelayanan keperawatan.**

1. Tidak memerlukan perawatan khusus (perawatan respiratorik, terapi parenteral, monitor *vital sign* ketat, suntikan im/sc sekurangnya 2- 3 kali sehari).
2. Tidak memerlukan pengukuran *intake* dan *output*.
3. Tidak ada luka besar atau perlu perawatan drainase (pipa dada, *T tube*, *hemovac*, dsb).

#### **C. Kondisi pasien**

1. Rumah pasien tidak jauh dari Rumahsakit, kecuali diketahui adanya Rumah sakit terdekat dengan diberi surat pengantar yang jelas informasi operasinya.

2. Adanya kemampuan pasien atau keluarganya mengikuti petunjuk pra dan pasca bedah.
3. Dalam 24 jam pertama pra bedah tidak ada gangguan buang air besar tanpa kelainan neurologik.
4. Dalam 48 jam pertama pra bedah tidak mengalami:
  - (a) Transfusi darah karena kehilangan darah atau ada gangguan hematologi akut
  - (b) Fibrilasi ventrikel atau kelainan EKG iskemia akut yang nyata
  - (c) Febris lebih 38,5 derajat C rectal atau 38 derajat C di-aksial
  - (d) Keadaan koma
  - (e) Mengalami gangguan neurologik akut dan progresif
5. Ada keluarga yang membawa pulang atau ada yang merawat dirumah.
6. Usia paling muda lebih atau sama 3 bulan
7. Ada catatan dan perhatian khusus untuk pasien geriatrik, obesitas, penyakit infeksi kronik, diabetes melitus, gangguan cacat fisik dan mental.
8. Ada penilaian khusus/skor pasca anes-tesia (aktivitas, respirasi, sirkulasi, kesad-daran, dan warna kulit atau mukosa)
9. Ada penilaian khusus atau skor saat pasien dipulangkan (aktivitas, sirkulasi, kemampuan buang air besar/ kecil, makan dan minum, adanya mual dan muntah, dan keluhan rasa nyeri).
10. Tidak ada perdarahan aktif atau rembesan darah baru dari luka operasi.