

Manajemen pada Unit Mutu Pelayanan Medik di Rumah Sakit Jiwa Grhasia

Ari Setiawan, Siti Kurnia Widi Hastuti

Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Ahmad Dahlan, Yogyakarta, Indonesia

Correspondent Author: First Author (email: ari1800029347@webmail.uad.ac.id)

ABSTRACT

Medical services aim to ensure optimal successful healing of clinical symptoms experienced by patients. The medical services provided should be in accordance with applicable regulations and must also be accountable in accordance with the standards of each profession. The quality of the medical services provided depends on the efforts of the doctor/specialist in maintaining their expertise as much as possible. In maintaining quality, professional quality review and control efforts are carried out. Purpose: This study aims to understand the description of human resource input, management functions in the medical development unit, and the description of service output in the medical development unit. Methods: This research is qualitative research with The data collection methods used were observation and interviews. Observations were carried out by observing every activity at the Grhasia Yogyakarta Mental Hospital, especially in the Medical Service Quality Unit. Results: the human resources input section does not meet the criteria for field graduates, the budget is sufficient, service standards are always updated, the management process is integrated with other units, and service quality is improved as an output of quality management. Conclusion: The medical service quality management process and management output have gone well according to plan, while management resource input needs to continue to improve the quality of human resources.

Keywords

Management,
Quality of
medical
services,
Hospital

This is an open access article under the [CC-BY-SA](https://creativecommons.org/licenses/by-sa/4.0/) license.



Pendahuluan

Rumah Sakit adalah Institusi yang kompleks, dinamis, kompetitif, padat modal, padat karya, multidisiplin, dan dipengaruhi oleh lingkungan yang selalu berubah (Supranto, 2017). Namun secara konsisten Rumah Sakit secara konsisten dalam menjalankan misinya sebagai organisasi pelayanan social dengan selalu mengutamakan pelayanan kepada masyarakat luas, dan harus selalu mementingkan etika pelayanan. Ada beberapa factor yang akan mempengaruhi perkembangan dan perbaikan rumah sakit di Indonesia (Handayani *et al.*, 2015). Rumah sakit menekankan pada peningkatan kualitas ,cakupan dan efisiensi pelayanan rumah sakit dengan meningkatkan dan mengembangkan manajemen rumah sakit terutama dari sumber daya manusia, dana dan informasi hingga kemandirian rumah sakit, dengan tetap mempertahankan fungsi sosialnya. Dengan perubahan social masyarakat dan perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi, pemahaman masyarakat tentang kesehatan dan perkembangan informasi yang begitu pesat sehingga tuntutan masyarakat akan pelayanan kesehatan yang lebih baik juga akan semakin tinggi (Umar, Usman and Purba, 2018).

Pelayanan medik bertujuan untuk mengusahakan keberhasilan penyembuhan dari suatu gejala klinis yang dialami oleh pasien secara optimal. Pelayanan medik yang dilakukan sebaiknya harus sudah sesuai dengan ketentuan yang berlaku dan juga harus bisa dipertanggungjawabkan sesuai dengan standar masing-masing profesi (Cahyono, 2013). Menurut (Depkes RI, 2010), beberapa perihal dasar yang penting dalam melakukan pelayanan medik agar didapatkan pelayanan yang maksimal, yaitu : (1) pedoman dan tujuan dilakukannya pelayanan medik sebaiknya sesuai dengan ilmu pengetahuan yang terbaru sesuai dengan bidang spesialisnya dan menggunakan fasilitas yang ada di rumah sakit dengan maksimal; (2) manajemen dilaksanakan oleh wadir Yanmed yang memiliki tanggung jawab, yaitu: merancang prosedur dan aturan, berkoordinasi dengan pihak lain, melakukan pendidikan dan kursus-kursus berkelanjutan, melaksanakan pengawasan; (3) mengatur rekrutmen sumber daya manusia yang akan melakukan pelayanan medik di rumah sakit, sesuai dengan aturan, yaitu: harus melakukan pelayanan secara profesional, perekrutan SDM harus sesuai perencanaan kebutuhan SDM di rumah sakit dan harus memiliki rekomendasi dari profesi; (4) sarana dan prasarana untuk pelayanan yang tersedia harus memadai sehingga pemberian pelayanan medik dapat tercapai secara optimal, diantaranya terdapat ruangan untuk pertemuan ilmiah bagi staf medis, sarana untuk komunikasi, sumber daya manusia, pengelolaan dalam pendataan pelayanan medik; dan (5) peraturan harus dibuat, baik yang bersifat klinis maupun non klinis dan sesuai dengan kebijakan yang berlaku.

Mutu pelayanan medik yang dilakukan oleh dokter/dokter spesialis sangat ditentukan dari segala sudut keahlian dokter/dokter spesialis dalam melaksanakan asuhan medis. Kualitas dari pelayanan medik yang dilakukan bergantung kepada usaha dokter/dokter spesialis dalam menjaga keahliannya semaksimal mungkin. Dalam menjaga kualitas dilaksanakan usaha peninjauan dan pengendalian kualitas keprofesian dengan cara : (1) melihat mutu, misalnya laporan pagi, kasus-kasus susah, visit pasien di ruangan perawatan, kasus-kasus kematian, audit medik, pembacaan jurnal; (2) menindaklanjuti dalam peningkatan mutu, misalnya pelatihan-pelatihan singkat, pendidikan berkelanjutan, kewenangan klinik tambahan.

Metode

Pada penelitian ini menggunakan penelitian kualitatif dengan metode pengumpulan data yang digunakan ialah observasi dan wawancara. Observasi dilakukan dengan cara mengamati setiap kegiatan yang ada di rumah Sakit Jiwa Grhasia Yogyakarta terutama di Unit Mutu Pelayanan Medik. Metode wawancara merupakan metode akhir dalam metode pengumpulan data dengan melakukan tanya jawab untuk menggali informasi mendalam. Adapun data yang diambil disebut data primer. Data primer yaitu data yang diambil secara langsung oleh peneliti. Wawancara disini menggunakan pedoman wawancara yang sudah disiapkan.

Hasil dan Pembahasan

A. Hasil

1. Input

a) Sumber Daya Manusia

Sumber daya manusia pada Unit Mutu Pelayanan Medik belum terpenuhi, terjadi kekurangan pegawai atau staff. Staff yang dipilih sesuai dengan kriteria yang dibutuhkan, misalnya pegawai yang diterima merupakan pegawai dari lulusan Kesehatan Masyarakat yang paham akan Manajemen Rumah Sakit.

b) Anggaran

Biaya yang digunakan dalam memenuhi kebutuhan yang dilakukan oleh Seksi Pengembangan Medik semuanya berasal dari RBA (Rencana Bisnis Anggaran). Semua kebutuhan biaya yang diperlukan dalam menjalankan operasional berasal dari RBA tersebut. Setiap unit memiliki nomor rekening masing-masing dan memiliki kode masing-masing. Penggunaan anggaran harus disesuaikan dengan nomor rekening dan kode masing-masing kegiatan.

c) SPM (Standar Pelayanan Minimal)

Standard pelayanan merupakan aturan yang dibuat untuk meningkatkan mutu pelayanan demi meningkatkan derajat kesehatan. SPM ini berisi tentang indikator-indikator untuk melihat bagaimana suatu unit pelayanan bekerja dengan membandingkan nilai capaian unit dengan indikator yang sudah ditetapkan oleh pihak rumah sakit.

2. Process

a) Perencanaan

Proses perencanaan dalam Seksi Pengembangan Medik tidak berjalan sendiri melainkan berjalan bersama unit lain. Misalnya adalah perencanaan SPM (Standard Pelayanan Minimal) dilakukan secara bersama sama dengan unit lain, berdiskusi, dan kemudian ditentukan oleh direktur.

b) Pengorganisasian

Siapa saja yang terlibat dalam pengorganisasian adalah semua unit bidang pelayanan yang ada di rumah sakit, dan direktur rumah sakit. Jabatan tertinggi di rumah sakit adalah direktur.

c) Pelaksanaan

Pelaksanaan dilakukan secara bersinergi semua unit dalam menjalankan Visi Misi rumah sakit. Seksi Pengembangan Medik tidak berdiri sendiri dalam menjalankan Visi Misi rumah sakit yang sudah ditetapkan melainkan dengan bekerjasama dengan semua unit yang ada.

d) Monitoring & Evaluasi

Monitoring dan evaluasi yang dilakukan adalah dalam bentuk rapat. Rapat dilakukan sesuai kebutuhan dengan topik yang sudah ditentukan. Rapat dilakukan untuk mengevaluasi sekaligus memonitoring program atau unit pelayanan dalam menjalankan tugas dan fungsi pelayanan. Dengan mengumpulkan pihak yang terkait, berdiskusi, memunculkan saran untuk memperbaiki, mempertahankan atau meningkatkan capaian indikator mutu yang sudah ditetapkan sebelumnya.

3. Output

Survei kepuasan merupakan bentuk output dari proses manajemen yang dijalankan pada Seksi Pengembangan Medik. Survei kepuasan Masyarakat adalah bentuk kegiatan untuk melihat respon masyarakat dari segi kepuasan terhadap pelayanan yang sudah didapatkan di rumah sakit. Nilai SKM ini digunakan untuk mengevaluasi dengan membandingkan nilai SKM setiap tahun. Sehingga diketahui pada tahun berapa mengalami kenaikan nilai SKM dan terjadi Penurunan nilai SKM. Di dalam SKM terdapat indikator-indikator pelayanan sehingga sangat memudahkan juga untuk melihat indikator yang memiliki nilai rendah sehingga dapat dengan mudah dilakukan peningkatan. Selain itu bentuk output lainnya adalah akreditasi, pada saat ini Rumah Sakit Jiwa Grhasia memiliki akreditasi paling tinggi yaitu akreditasi Parpurna bintang 5 dari tahun 2019 yang lalu.

B. PEMBAHASAN

Seksi Pengembangan Medik dipimpin dengan Kepala Seksi dengan gelar Dokteranda (Dra). Kepala seksi juga sudah memiliki pengalaman kerja yang lama, sehingga dapat diangkat menjadi kepala seksi Pengembangan Medik. Selain itu staff juga memiliki pegalaman kerja yang tinggi dan pendidikan yang sesuai dengan kebutuhan unit Pengembangan Medik. Pada unit ini dimungkinkan adanya tugas tambahan. Semua kegiatan yang dijalankan oleh seksi Pengembangan Medik sudah sesuai dengan (Pergub DIY, 2018) No.88 Tahun 2018 Tentang Susunan Organisasi, Tugas, Fungsi dan Tata Kerja Unit Pelaksana Teknis Rumah Sakit Jiwa Grhasia Pada Dinas Kesehatan.

Rencana Bisnis Anggaran merupakan jumlah uang yang diberikan dari rumah sakit kepada unit dalam menjalankan tugas dan fungsi atau pelayanan. Dana tersebut disesuaikan dengan kebutuhan dari setiap unit dan bidang, sehingga dalam penggunaannya harus sangat efektif dan efisien karena RBA diperbarui dalam satu tahun. Jika dana dalam RBA suatu unit atau bidang sudah habis maka menggunakan RBA perubahan jika masih diperlukan kegiatan lain, diusulkan dalam program anggaran. RBA memiliki nomor rekening sesuai dengan jenis kegiatan serta memiliki kode sesuai juga dengan jenis kegiatan, maka diharuskan sangat teliti jika menggunakannya karena setiap selesai melakukan kegiatan maka harus ada SPJ dimana SPJ tersebut berisi nomor rekening dan kode kegiatan. Jika kedua hal tersebut tidak cocok maka akan terjadi masalah.

Standard Pelayanan Minimal diperbarui sesuai dengan kebutuhan. Ada yang diturunkan nilai capaian indicator ada juga yang dinaikan nilai capaian indicator, hal ini karena disesuaikan dengan kebutuhan dan kondisi saat ini. SPM ini sangat berguna sekali untuk menjadi bahan evaluasi setiap unit pelayanan untuk mengetahui kinerja mereka selama satu tahun. Apakah sudah mencapai nilai indicator atau masih sangat jauh. Sehingga diharapkan dengan adanya SPM ini menjadi bahan untuk meningkatkan pelayanan yang masih buruk atau bisa juga untuk mempertahankan pelayanan yang sudah baik. Pada tahun ini SPM yang dibuat berdasarkan (Pergub DIY, 2009) Nomor 25 Tahun 2009 Tentang Pedoman Penerapan Standar Pelayanan Minimal Di Daerah Istimewa Yogyakarta dan juga berdasarkan (Pergub DIY, 2020) Nomor 111 Tahun 2020 Tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit Grhasia.

Proses manajemen yang terjadi pada seksi Pengembangan Medik tidak berjalan sendiri, melainkan berjalanan bersamaan dengan unit unit yang lain. Misalnya pada proses perencanaan rencana bisnis anggaran, maka yang melakukan proses perencanaan tersebut tidak hanya seksi Pengembangan Medik tetapi juga unit dan seksi yang juga ikut serta dalam perencanaan tersebut. Pada proses organisasi juga seksi Pengembangan Medik juga tidak berjalan atau berdiri sendiri tetapi juga bersama dengan unit dan bidang yang lain. Dalam monitoring dan evaluasi juga sama yaitu bersama sama dengan unit atau bidang yang lain dalam melakukannya. Sejatinya adalah tidak ada proses manajemen yang utuh atau berdiri sendiri dan terjadi pada seksi Pengembangan Medik. Proses manajemen yang utuh tidak terjadi dalam seksi Pengembangan Medik. Tetapi seksi Pengembangan Medik ikut serta dalam proses manajemen Rumah sakit secara keseluruhan.

Survei Kepuasan Masyarakat merupakan sebuah cara yang dilakukan oleh pihak rumah sakit untuk melihat kinerja pelayanan yang ada dirumah sakit berdasarkan tingkat kepuasan masyarakat. Survei kepuasan masyarakat yang dilakuakn dirumah sakit jiwa grhasia dilakukan berdasarkan (Pergub DIY, 2019) Nomor 32 Tahun 2019 Tentang Pedoman Pelaksanaan Survei Kepuasan Masyarakat. Termasuk cara menghitung nilai, capaian indicator juga diatur dalam Pergub tersebut. Sejak tahun 2017 nilai SKM Rumah Sakit Jiwa Ghrasia selalu mengalami peningkatan, sehingga dapat

diketahui bahwa pelayanan yang diberikan kepada masyarakat sudah sesuai dengan apa yang diharapkan masyarakat. Survei kepuasan ini dilakukan setiap tahun.

Kesimpulan dan Saran

a. Kesimpulan

1. Input

- a. SDM pada seksi Pengembangan Medik belum memenuhi kriteria. Lulusan sesuai dengan bidang yang diperlukan, mempunyai pengalaman kerja yang panjang, dan sesuai dengan beban kerja sehingga tidak ada beban kerja yang berlebihan tetapi dimungkinkan ada tugas tambahan
- a. Anggaran atau RBA sudah mencukupi pendanaan dan pembiayaan operasional kegiatan seksi Pengembangan Medik selama satu tahun
- b. SPM selalu diperbarui sesuai dengan perkembangan zaman, dalam penyusunannya ada angka capaian indikator mutu yang dinaikan ada pula nilai capaian indikator mutu yang diturunkan

2. Process

Proses manajemen berjalan secara bersama-sama dengan unit yang lain. Seksi tidak menjalankan proses manajemen sendiri tetapi mengikuti proses manajemen dari rumah sakit. Kendala yang ada pada unit langsung diatasi sehingga proses manajemen dapat berjalan dengan lancar.

3. Output

Nilai SKM dari tahun ke tahun yang selalu meningkat sejak tahun 2017 hingga tahun 2021 ini. Hal tersebut menunjukkan bahwa Rumah Sakit Jiwa Grhasia selalu melakukan perbaikan dan peningkatan kualitas pelayanan pada setiap unit pelayanan yang tersedia sehingga nilai SKM dari tahun ke tahun mengalami kenaikan

b. Saran

Nilai survey kepuasan masyarakat yang selalu meningkat setiap tahunnya membuktikan bahwa memang selalu ada peningkatan mutu dan kualitas pelayanan yang diberikan rumah sakit kepada pengguna jasa, sehingga harus selalu dijaga kualitas pelayanan dan terus ditingkatkan supaya tidak terjadi penurunan kualitas pelayanan yang diberikan.

DAFTAR PUSTAKA

- Cahyono (2013) *Menjadi Pasien Cerdas*. Jakarta: Gramedia Utama.
- Depkes RI (2010) *Pedoman Pelaksanaan Kewaspadaan Universal di Pelayanan Kesehatan*. Jakarta: Departemen Kesehatan RI.
- Handayani, P. W. *et al.* (2015) 'Strategic hospital services quality analysis in Indonesia', *Elsevier International Journal*, 42(6), pp. 3067–3078. doi: 10.1016/j.eswa.2014.11.065.
- Lutfia, D. D. and Rahadi, D. R. (2020) 'Analisis Internship Bagi Peningkatan Kompetensi Mahasiswa', *Jurnal Ilmiah Manajemen Kesatuan*, 8(3), pp. 199–204. doi: 10.37641/jimkes.v8i3.340.
- Pemda DIY (2013) 'Profil RS Jiwa Grhasia DIY'.
- Pergub DIY (2009) 'Peraturan Gubernur Daerah Istimewa Yogyakarta Nomor 25 Tahun 2009 Tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit Grhasia'.
- Pergub DIY (2018) *Peraturan gubernur Daerah Istimewa Yogyakarta Nomor 88 Tahun 2018 Tentang Susunan Organisasi, Tugas, Fungsi, Dan Tata Kerja Unit Pelaksana Teknis Rumah Sakit Jiwa Grhasia Pada Dinas Kesehatan*.

-
- Pergub DIY (2019) 'Peraturan Gubernur Daerah Istimewa Yogyakarta Nomor 32 Tahun 2019 Tentang Pedoman Pelaksanaan Survei Kepuasan Masyarakat'.
- Pergub DIY (2020) 'Peraturan Gubernur Daerah Istimewa Yogyakarta Nomor 111 Tahun 2020 Tentang Pedoman Penerapan Standar Pelayanan Minimal'.
- Samidjo, S. (2017) 'Efektifitas Pelaksanaan Magang Industri Mahasiswa Program Studi Pendidikan Teknik Mesin', *Jurnal Taman Vokasi*, 2(2), p. 246. Supranto, J. (2017) *Statistik Teori dan Aplikasi*. 6th edn. Jakarta: Erlangga. Available at: <http://journal.umg.ac.id>.
- Umar, H., Usman, S. and Purba, R. B. R. (2018) 'The influence of internal control and competence of human resources on village fund management and the implications on the quality of village financial reports', *International Journal of Civil Engineering and Technology*, 9(7), pp. 1526-1531