**SIKLUS DEMING MUTU PELAYANAN KESEHATAN**

**ANTARA HARAPAN DAN KENYATAAN**

**Oleh: Erlina Puspitaloka Mahadewi, SE, MM, MBL**

**SIKLUS DEMING (PDCA)**

DCA (Plan, Do, Check, Action) or also called the Deming Philosophy, which is the management of the quality improvement continuous emphasis on short-term profits. Dr. Deming PDCA is a pioneer who was a disciple of Dr. Walter Shewhart. They spent time doing research on the concepts and principles of quality improvement into the management theory of quality improvement. He also pioneered the concept of SPC (Statistical Process Control), which is the concept of continuous quality improvement in. The elaboration of the PDCA cycle (Plan, Do, Check, Action):
• Planning means understanding what you want to accomplish, understand how to do a job, focusing on the problem, find the akarpermasalahan, creating a creative solutions as well as a structured merencanakanimplementasi.
• Doing is not as easy as it is seen. It contains training and management activity. Usually the problem is big and easy often change at the last moment. When such a condition occurs then there can proceed again but had to start from the beginning again.
• Checking means of checking and comparing the results against correspond to the desired. When things are getting bad and good results not found, in this part of courage, honesty, intelligence is needed to control the process. Keyword when results deteriorate is the "why". With the documentation process is good then we can return at the point where the wrong decision is made. • Acting means cracking down on up over what is obtained during the checking stage. The other meaning is to achieve the goal and standard of the process or learning from experience to start again on the right conditions



**PDCA steps:**

***Step 1 (PDCA)***

A. DETERMINE THE ISSUE/THEME

An Inventory Problem

Collect all of the problem/issue working groups. All members are delivering it with "Brainstorm" examples of problems:-Loss of time

* Rejection
* Cost Down
* Delivery
* Kapasita
* Efficiency etc.

Use the check list of questions:

1. .... 2. ... ... 3. .... ... 4. ... ... 5 ... ... ... s/d ... ... ... ... ... 19 ... ... ... ... 20.

List of questions:

1. Are there any difficulties/problems perceived
2. Is there a program increase of PQCD
3. What is going to arise problems
4. Is there any problem in the next process due to your work
5. Is there any plan in the achievement of the target company.

B. Classify The Problem





Evaluate The Problem

Consider against the factors:

* The level of difficulty of the countermeasures
* Relations with target/corporate plan
* Estimate the time/cost settlement
* Expect the expected results
* Level of understanding of the problem of members
* The level of interest/emergency (urgent/not)

D. Determine The Theme Circle

Based on the grounds the election Theme as seen on "Pareto Diagram" then the Theme Circle can be determined. For Example: TACKLING The Issues Of Quality, COST, DELIVERY, Productivity, ENVIRONMENT.

E. Searching/Assigning A Title

According to the "Pareto theme" after the data available when described, then it can be determined after "title" depicted in the Pareto diagram, if the data is not available to do data retrieval (period) and note the work process. Use the appropriate tools to illustrate the problems that will be addressed (e.g. graphs, Histograms etc) and create a reason for the selection of the title (PQCD).

***Step 2 (PDCA)***

DETERMINE THE CAUSE OF THE MATTER

Do the "BRAINSTORMING" to put together the cause of the Problem addressed by observing the work process flow, 4 m + 1E (Man, Method, Material, Machine and Environment) and questions why (WHY) as much as possible at least 3 times or until the keakar the cause. For ease in charging diagram of fish bone, use the check list in advance, then distratifikasi and tested.



***Step 3 (PDCA)***

LEARN WHAT FACTORS MOST INFLUENTIAL

To find out the cause of the most influential factors by way of proof field i.e. notice immediately the link between cause and effect that exists (fact/real). If no data is available as a basis to determine the dominant cause of the entire cause lies, then simply drawn or photographed and given the explanation as a form of analysis, then when will described in Pareto can be given Football scores and by observing the process as the basis of the description in the determination of the score.

Use the appropriate tools to figure out the correlation/relationship between cause and effect as well as to search for the cause of dominant. (Scatter Diagram, Pareto etc.).

***Step 4 (PDCA)***

PLANNING COUNTERMEASURES

Use 5W2H in planning penaggulangan



***Step 5 (PDCA)***

To note in the implementation of the improvements are:

1. Implement improvement measures in accordance with the plan.
2. Describe clearly from the repair done.
3. Sertakan dengan gambar untuk lebih memperjelas dari perbaikan yang dilakukan.

 

***Langkah 6 (PDCA)***

MEMERIKSA/EVALUASI HASIL

Hal-hal yang perlu diperhatikan dalam evaluasi ini adalah :

1. Set-Up terhadap Target.(Gunakan grafik balok atau Pareto untuk memperbanding-kan Sebelum, Target dan Hasil).
2. Masalah dominan (Langkah 1) dan Penyebab dominan (langkah 3).Gunakan diagram Pareto untuk memperbandingkan sebelum dan sesudah perbaikan.
3. Check terhadap Performance/perkembangan sebelum, selama dan sesudah perbaikan dengan menggunakan Grafik garis.
4. Dampak terhadap PQCD, sebelum dan sesudah perbaikan.

***Langkah 7 (PDCA)***

**STANDARDISASI**

Keberhasilan yang telah dicapai berdasarkan Evaluasi hasil yang ada dilangkah 6, untuk mempertahankan hal tersebut perlu dibuatkan Standard Proses (SOP) yang mengacu pada langkah 5(How) dan Standard Hasil (Langkah 6).Standard dibuat sejelas mungkin tanpa ada kata atau kalimat yg memberikan persepsi yang berbeda dan dilengkapi dengan gambar.



***Langkah 8 (PDCA)***

RENCANA BERIKUTNYA

Kegiatan QCC berikutnya merupakan upaya untuk menggulirkan PDCA yang lebih dikenal istilah KAIZEN (proses perbaikan secara BEKELANJUTAN).

Program QCC/Perbaikan berikutnya dasar pengambilan datanya dari langkah 1 dan yang lebih akurat lagi adalah langkah 6. Dan apabila dilangkah 6 masalah sudah tuntas selanjutnya dilakukan Brainstorming untuk masalah berikutnya. Gunakan tools yang sesuai untuk menyatakan permasalahan yang paling dominan/prioritas untuk ditanggulangi.



Pembangunan kesehatan dilaksanakan dalam rangka mencapai kemampuan masyarakat untuk hidup sehat, agar mereka dapat mencapai derajat kesehatan yang optimal. Pembangunan kesehatan pada dasarnya menyangkut banyak hal dalam berbagai segi kehidupan manusia, baik secara fisik maupun non fisik. Salah satu permasalahan dalam pembangunan kesehatan yang memerlukan perhatian negara saat ini adalah masalah mutu pelayanan rumah sakit (RS).

Mutu pelayanan RS merupakan suatu fenomena yang unik, sebab dimensi dan indikatornya dapat berbeda diantara orang-orang yang terlibat dalam pelayanan kesehatan. Menurut Azwar (1996), untuk mengatasi perbedaan tersebut selayaknya yang dipakai sebagai pedoman adalah hakikat dasar dari penyelenggaraan pelayanan kesehatan, yaitu memenuhi kebutuhan dan tuntutan para pemakai jasa pelayanan kesehatan. Mutu pelayanan menunjuk pada tingkat kesempurnaan pelayanan kesehatan dalam memenuhi kebutuhan dan tuntutan setiap pasien. Dengan demikian, yang dimaksud dengan mutu pelayanan kesehatan adalah yang menunjukkan pada tingkat kesempurnaan pelayanan kesehatan dalam menimbulkan rasa puas pada diri setiap pasien.[[1]](#footnote-1)

Hubungan antara RS selaku produsen jasa pelayanan kesehatan dengan pasien selaku konsumen sangat berbeda dibandingkan dengan hubungan antara produsen dengan konsumen diluar bidang kesehatan. Hal ini dikarenakan jalinan hubungan antara pasien sebagai konsumen dengan RS sebagai produsen pelayanan kesehatan memiliki beberapa ciri yang khas dari pelayanan kesehatan yang sangat spesifik yang tidak dimiliki oleh bidang lain. Dengan demikian, tidak jarang terjadi penyalahgunaan hak pasien oleh pihak RS.

Penyalahgunaan hak pasien dari pihak rumah sakit dapat terjadi karena beberapa alasan diantaranya: **1. *ignorance* atau ketidaktahuan atas hak pasien**. Hal ini merupakan sesuatu yang pelik bagi seorang profesional karena ia terikat dalam suatu etika profesional. Ketidaktahuan dalam unsur pelayanan profesional menunjukkan kelemahan dalam sistem profesionalisasi baik ketika dalam proses menjadi profesi hingga interaksi dalam perhimpunan profesi. Unsur tidak tahu dapat tidak ada artinya karena pengaruh dari faktor-faktor lain yang lebih dominan, seperti kurangnya pengetahuan pasien akan haknya sebagai konsumen; **2.** **faktor preferensi** **(sikap dominan) petugas** **terhadap pasien,** yang dapat sampai pada ketidakpuasan pasien. Hal ini juga merupakan kelalaian profesional; **3.** **faktor beban kerja yang berlebihan**; dan **4.** **faktor ekonomi**, sebenarnya lebih dapat dipecahkan oleh manajer RS dengan membuat perencanaan yang baik.[[2]](#footnote-2)

Penyalahgunaan hak pasien biasanya baru memperoleh indikasi apabila terdapat ungkapan keluhan tentang kekecewaan dan penyesalan terhadap pelayanan oleh pasien atau keluarga mereka. Keluhan dapat diwujudkan secara sederhana dalam bentuk perubahan warna muka dan umpatan hingga berupa tuntutan legal ke pengadilan dengan tuduhan kriminalitas, pelanggaran kode etik profesi, atau pelanggaran tata kerja administratif.

Pelayanan kesehatan di rumah sakit di Indonesia secara umum cenderung belum mencapai mutu optimal. Karena sudah menjadi rahasia umum dan seringkali didengar adanya berbagai keluhan masyarakat yang merasa tidak puas atas pelayanan kesehatan yang mereka terima, baik dari dokter maupun rumah sakit. Keluhannya beragam. Ada yang karena dokter sering telat menangani pasien, yang adakalanya berakibat pasiennya meninggal. Ada pula pasien yang harus antre dan menunggu giliran dipanggil sampai berjam-jam.[[3]](#footnote-3)

Namun demikian, hal ini dapat terjadi tanpa dirasakan oleh pihak RS, apalagi bila konsumen tidak mengungkapkan keluhan atau kekecewaan secara formal. Meskipun tidak dipermasalahkan, penyalahgunaan hak ini secara hakikatnya adalah masalah. Dengan demikian kita tidak dapat membiarkan suatu penyimpangan terjadi terus menerus, karena sekali terjadi akan merusak kebaikan-kebaikan yang sudah diupayakan (mempengaruhi *image* positif di masyarakat).

Berdasarkan hal tersebut, maka bagaimanakah kondisi pelayanan rumah sakit selama ini; faktor apa saja yang dapat mempengaruhi mutu pelayanan rumah sakit; dan bagaimanakah harapan kedepannya agar rumah sakit dapat memberikan pelayanan yang bermutu bagi masyarakat.

 **II. Pelayanan Rumah Sakit yang Bermutu**

Mutu adalah faktor keputusan mendasar dari pelanggan. Mutu adalah penentuan pelanggan, bukan ketetapan insinyur, pasar atau ketetapan manajemen. Mutu didasarkan atas pengalaman nyata pelanggan terhadap produk dan jasa pelayanan, mengukurnya, mengharapkannya, dijanjikan atau tidak, sadar atau hanya dirasakan, operasional teknik atau subyektif sama sekali dan selalu menggambarkan target yang bergerak dalam pasar yang kompetitif.[[4]](#footnote-4)

Tiap orang mempunyai pendapat tentang apa yang dimaksud dengan mutu. Konsep mutu yang berarti bagus atau paling bagus tidak sama secara profesional. Sebagai contoh: peralatan kedokteran yang bermutu menurut dokter tentulah bermacam-macam sesuai pendapatnya. Beberapa definisi profesional tentang mutu banyak diketemukan, agak berbeda-beda namun saling melengkapi yang menambah pengertian dan wawasan kita tentang apa yang dimaksud sebenarnya tentang mutu, antara lain:[[5]](#footnote-5)

* Mutu adalah gambaran total sifat dari suatu produk atau jasa pelayanan yang berhubungan dengan kemampuannya untuk memberikan kebutuhan kepuasan (*American Society for Quality ControlI*).
* Mutu adalah *“Fitness for use”* atau kemampuan kecocokan penggunaan (J.M. Juran).
* Mutu adalah kesesuaian terhadap permintaan persyaratan (*The conformance of requirements*-Philip B. Crosby, 1979).

Pasien melihat pelayanan kesehatan yang bermutu sebagai suatu layanan kesehatan yang dapat memenuhi kebutuhan yang dirasakannya dan diselenggarakan dengan cara yang sopan dan santun, tepat waktu, tanggap dan mampu menyembuhkan keluhannya serta mencegah berkembangnya atau meluasnya penyakit. Itu semua terakumulasi dalam suatu sikap puas dari pasien.

Pandangan pasien sangat penting karena pasien yang merasa puas akan mematuhi pengobatan dan mau datang berobat kembali. Dimensi mutu pelayanan kesehatan yang berhubungan dengan kepuasan pasien dapat mempengaruhi kesehatan masyarakat dan kesejahteraan masyarakat. Pasien sering menganggap bahwa dimensi efektivitas, akses, hubungan antar-manusia, kesinambungan, dan kenyamanan sebagai suatu dimensi mutu pelayanan kesehatan yang sangat penting.

Pemberi layanan kesehatan harus memahami status kesehatan dan kebutuhan layanan kesehatan masyarakat yang dilayaninya dan mendidik masyarakat tentang pelayanan kesehatan dasar dan melibatkan masyarakat dalam menentukan bagaimana cara yang paling efektif menyelenggarakan pelayanan kesehatan. Masyarakat tidak akan mampu menilai dimensi kompetensi teknis dan tidak mengetahui pelayanan kesehatan apa yang dibutuhkannya. Agar dapat menjawab pertanyaan tersebut, perlu dibangun suatu hubungan yang saling percaya antara pemberian pelayanan kesehatan atau *provider* dengan pasien sehingga tercapai suatu kepuasan dari kedua belah pihak.

Menurut Porter, kepuasan adalah selisih dari banyaknya sesuatu yang ”seharusnya ada” dengan banyaknya “apa yang ada”. Wexley dan Yukl, lebih menegaskan bahwa seseorang akan terpuaskan jika tidak ada selisih antara sesuatu atau kondisi yang diinginkan dengan kondisi aktual. Semakin besar kekurangan dan semakin banyak hal penting yang diinginkan, semakin besar rasa ketidakpuasan.[[6]](#footnote-6)

Secara teoritis, definisi di atas dapatlah diartikan, bahwa semakin tinggi selisih antara kebutuhan pelayanan kesehatan yang bermutu sesuai keinginan pasien dengan pelayanan yang telah diterimanya, maka akan terjadi rasa ketidakpusan pasien.

Menurut Sarwono, asumsi teoritis di atas selaras dengan pendapat Gibson (1987), yang dapat disimpulkan bahwa kepuasan seseorang (pekerja, pasien atau pelanggan) berarti terpenuhinya kebutuhan yang diinginkan yang diperoleh dari pengalaman melakukan sesuatu, pekerjaan, atau memperoleh perlakuan tertentu dan memperoleh sesuatu sesuai kebutuhan yang diinginkan. Istilah kepuasan dipakai untuk menganalisis atau mengevaluasi hasil, membandingkan kebutuhan yang diinginkan yang ditetapkan individu dengan kebutuhan yang telah diperolehnya.[[7]](#footnote-7)

Berdasarkan uraian di atas dapatlah disimpulkan bahwa berbagai kegiatan dan prasarana kegiatan pelayanan kesehatan yang mencerminkan mutu RS merupakan determinan utama dari kepuasan pasien. Pasien akan memberikan penilaian (reaksi afeksi) terhadap berbagai kegiatan Pelayanan kesehatan yang diterimanya maupun terhadap sarana dan prasarana kesehatan yang terkait dengan penyelenggaraan Pelayanan kesehatan. Penilaian mereka terhadap kondisi RS (mutu baik atau buruk) merupakan gambaran mutu RS seutuhnya berdasarkan pengalaman subjektif individu pasien. Hasil penilaian ini cenderung merupakan faktor penentu terjadinya tingkat kepuasan pasien.

Penilaian pasien terhadap mutu RS bersumber dari pengalaman pasien. Aspek pengalaman pasien di RS, dapat diartikan sebagai suatu perlakuan atau tindakan pihak RS yang sedang atau pernah dijalani, dirasakan, dan ditanggung oleh seseorang yang membutuhkan Pelayanan RS.

Pendapat Woodside selaras konsep kepuasan yang dikembangkan oleh Fraser bahwa kepuasan selalu dinyatakan sebagai suatu hasil perbandingan dari beberapa keadaan pada suatu saat tertentu. Sesungguhnya kepuasan itu berdimensi banyak, bersifat tidak mutlak dan skalanya tidak terbatas. Dengan demikian, pada suatu saat tertentu seseorang dapat merasa puas pada suatu aspek dari suatu keadaan.[[8]](#footnote-8)

Tingkat kepuasan pasien menunjuk pada prioritas indikator mutu pelayanan kesehatan. Selaras bahwa kepuasan merupakan hasil penilaian perasaan yang lebih bersifat subjektif, maka hal ini menunjuk pada dimensi abstrak yang relatif abstrak atau kurang eksak. Para ahli telah banyak mengembangkan model pengukuran yang dapat digunakan untuk mengkuantifikasi dimensi abstrak dari suatu fenomena (dimensi keperibadian, sikap, atau perilaku) agar lebih mudah dipahami.

Sementara itu, bagi pemberi pelayanan kesehatan (*provider*) mengaitkan pelayanan kesehatan yang bermutu dengan ketersediaan peralatan, prosedur kerja atau protokol, kebebasan profesi dalam setiap melakukan pelayanan kesehatan sesuai dengan teknologi kesehatan mutakhir, dan bagaimana keluaran (*outcome*) atau hasil layanan kesehatan itu.

Komitmen dan motivasi *provider* bergantung pada kemampuannya dalam melaksanakan tugas dengan cara optimal. Sebagai profesi layanan kesehatan, perhatiannya terfokus pada dimensi kompetensi teknis, efektivitas, dan keamanan. Pertanyaan yang akan mereka ajukan antara lain, berapa pasien yang akan diperiksa dalam satu jam, apakah tersedia sistem rujukan jika diperlukan? Apakah lingkungan kerja memadai dan bersih, privasi pasien terjamin? Apakah lingkungan akan mendukung pengembangan profesi? Apakah apotek dapat menyediakan obat yang diperlukan? Apakah tersedia kesempatan pendidikan berkelanjutan?[[9]](#footnote-9)

Sebagaimana halnya pasien, semua pertanyaan tersebut harus ditanggapi oleh organisasi pelayanan kesehatan, kemudian sebagai pelanggan internal (*internal clients*), pemberi pelayanan kesehatan itu harus mendapat kepuasan kerja dalam melaksanakan tugas profesinya. Profesi layanan kesehatan membutuhkan dan mengharapkan adanya dukungan teknis, administratif, dan layanan pendukung lainnya yang efektif serta efisien dalam menyelenggarakan pelayanan kesehatan yang bermutu tinggi.

Sedangkan bagi pemilik sarana pelayanan kesehatan berpandangan bahwa pelayanan kesehatan yang bermutu merupakan layanan kesehatan yang menghasilkan pendapatan yang mampu menutupi biaya operasional dan pemeliharaan, tetapi dengan tarif layanan kesehatan yang masih terjangkau oleh pasien, yaitu pada tingkat biaya ketika belum terdapat keluhan pasien dan masyarakat.

**II. Faktor yang Dapat Mempengaruhi Mutu Pelayanan Rumah Sakit**

Pelayanan RS di Indonesia saat ini sudah bersifat padat modal, padat karya, dan padat teknologi dalam menghadapi persaingan global. Namun demikian RS perlu menerapkan sistem manajemen yang berorientasi pada kepuasan pelanggan. Untuk itu RS di Indonesia harus menciptakan kinerja yang unggul. Kinerja yang unggul atau *Performance Excellence* merupakan salah satu faktor utama yang harus diupayakan oleh setiap organisasi untuk memenangkan persaingan global, begitu juga oleh perusahaan penyedia jasa pelayanan kesehatan seperti RS.**[[10]](#footnote-10)**

Hal ini sejalan dengan Pasal 28H Undang-Undang Dasar (UUD) Republik Indonesia Tahun 1945, yang menyatakan bahwa setiap penduduk berhak atas pelayanan kesehatan dan Pasal 34 ayat (3) menyatakan bahwa negara bertanggung jawab atas penyediaan fasilitas kesehatan dan layanan umum yang layak. Implikasinya, setiap penduduk harus mendapat Pelayanan kesehatan sesuai dengan kebutuhan medis dan membayar sesuai dengan kemampuannya.

Pelayanan kesehatan memiliki spesifikasi yang khusus bila dibandingkan dengan bidang-bidang lain di luar bidang kesehatan. Hal ini dikarenakan pelayanan kesehatan mempunyai ciri yang khas yang tidak dimiliki oleh bidang-bidang lain di luar bidang kesehatan, seperti: 1. ketidaktahuan konsumen (*consumer ignorance*), tidak seperti kalau konsumen akan pergi ke salon misalnya yang sudah tahu pasti jasa apa yang akan di dapat, namun saat konsumen datang ke suatu RS biasanya tidak tahu persis jasa apa yang akan di dapat, hal ini karena tingkat pengetahuan konsumen yang minim dalam hal penyakit yang sedang dideritanya; 2. pengaruh penyedia jasa kesehatan terhadap konsumen (*supply induce demand*) sehingga konsumen tidak memiliki daya tawar dan daya pilih; 3. produk pelayanan kesehatan bukan konsep yang homogen, misalnya konsumen yang pergi ke RS dengan keluhan sakit kepala akan mendapatkan beberapa pemeriksaan kesehatan dan tidak hanya mendapatkan obat untuk menghilangkan sakit kepalanya; 4. pembatasan terhadap kompetisi (umumnya konsumen berobat ke RS karena mencari dokter tertentu); 5. ketidakpastian tentang sakit, bila seorang konsumen datang dengan keluhan sakit kepala maka dia tidak dapat memastikan apakah penyakit tersebut hanya sekedar sakit kepala atau ada sesuatu hal yang lainnya; 6. sehat sebagai hak asasi manusia, sehingga setiap orang mempunyai hak yang sama akan sehat baik masyarakat kaya maupun miskin.[[11]](#footnote-11) Kondisi ini akan mempengaruhi tata hubungan antara penyelenggara pelayanan kesehatan (produsen) dengan pasien (konsumen) yang tentunya akan berpengaruh pula pada mutu dari pelayanan kesehatan itu sendiri.

Perspektif terhadap faktor penting dalam pencapaian mutu pelayanan kesehatan dari pihak-pihak yang terlibat dalam pelayanan kesehatan (seperti pasien, masyarakat, organisasi masyarakat, profesi pelayanan kesehatan, dinas kesehatan, dan pemerintah daerah) berbeda. Perbedaan perspektif tersebut antara lain disebabkan karena adanya perbedaan dalam latar belakang, pendidikan, pengetahuan, pekerjaan, pengalaman, lingkungan, dan kepentingan.[[12]](#footnote-12)

Untuk itu, sebagaimana diatur dalam Keputusan Menteri Pemberdayaan Aparatur Negara (MENPAN) nomor 63 Tahun 2003 tentang Pedoman Umum Penyelenggaraan Pelayanan Publik Bab V huruf A, rumah sakit sebagai penyelenggara pelayanan publik dan dalam rangka menyelenggarakan pelayanan kesehatan yang bermutu, perlu memperhatikan dan menerapkan beberapa prinsip, yakni:

1. Kesederhanaan. Prosedur pelayanan publik tidak berbelit-belit, mudah dipahami dan mudah dilaksanaan.
2. Kejelasan. Kejelasan ini mencakup kejelasan dalam hal:
3. Persyaratan teknis dan administratif pelayanan publik;
4. Unit kerja/pejabat yang berwenang dan bertanggungjawab dalam memberikan pelayanan dan penyelesaian keluhan/persoalan/sengketa dalam pelaksanaan pelayanan publik;
5. Rincian biaya pelayanan publik dan tata cara pembayaran.
6. Kepastian waktu. Pelaksanaan pelayanan publik dapat diselesaikan dalam kurun waktu yang ditentukan.
7. Akurasi. Produk pelayanan publik diterima dengan benar, tepat, dan sah.
8. Keamanan. Proses dan produk pelayanan publik memberikan rasa aman dan kepastian hukum.
9. Tanggung jawab. Pimpinan penyelenggara pelayanan publik atau pejabat yang ditunjuk bertanggungjawab atas penyelenggaraan dan penyelesaian keluhan/persoalan dalam pelaksanaan pelayanan publik.
10. Kelengkapan sarana dan prasarana. Tersedianya sarana dan prasarana kerja, peralatan kerja dan pendukung lainnya yang memadai termasuk penyedia sarana teknologi telekomunikasi dan informatika (telematika).
11. Kemudahan akses. Tempat dan lokasi serta sarana pelayanan yang memadai, mudah dijangkau oleh masyarakat, dan dapat memanfaatkan teknologi telekomunikasi dan informatika.
12. Kedisiplinan, kesopanan dan keramahan. Pemberi pelayanan harus bersikap disiplin, sopan dan santun, ramah, serta memberikan pelayanan dengan ikhlas.
13. Kenyamanan. Lingkungan pelayanan harus tertib, teratur, disediakan ruang tunggu yang nyaman, bersih, rapi, lingkungan yang indah dan sehat serta dilengkapi dengan fasilitas pendukung pelayanan, seperti parkir, toilet, tempat ibadah dan lain-lain.

Selain itu, dalam Keputusan Menteri Pemberdayaan Aparatur Negara (MENPAN) nomor 63 Tahun 2003 tentang Pedoman Umum Penyelenggaraan Pelayanan Publik Bab V huruf B, juga diatur bahwa rumah sakit sebagai penyelenggara pelayanan publik dan dalam rangka menyelenggarakan pelayanan kesehatan yang bermutu harus memiliki standar pelayanan yang sekurang-kurangnya meliputi:

1. Prosedur pelayanan. Prosedur pelayanan yang dibakukan bagi pemberi dan penerima pelayanan termasuk pengaduan.
2. Waktu penyelesaian. Waktu penyelesaian yang ditetapkan sejak saat pengajuan permohonan sampai dengan penyelesaian pelayanan termasuk pengaduan.
3. Biaya pelayanan. Biaya/tarif pelayanan termasuk rinciannya yang ditetapkan dalam proses pemberian pelayanan.
4. Produk pelayanan. Hasil pelayanan yang akan diterima sesuai dengan ketentuan yang telah ditetapkan.
5. Sarana dan prasarana. Penyediaan sarana dan prasarana pelayanan yang memadai oleh penyelenggara pelayanan publik.
6. Kompetensi petugas pemberi pelayanan. Kompetensi petugas pemberi pelayanan harus ditetapkan dengan tepat berdasarkan pengetahuan, keahlian, ketrampilan, sikap, dan perilaku yang dibutuhkan.

Dalam praktik sehari-hari tidaklah mudah melakukan penilaian terhadap mutu pelayanan kesehatan. Penyebab utamanya karena mutu pelayanan tersebut bersifat multi-demensional. Tiap orang, tergantung dari latar belakang dan kepentingan masing-masing, dapat saja melakukan penilaian dari demensi yang berbeda. Penelitian yang dilakukan oleh Roberts dan Prevost (1987), telah berhasil membuktikan adanya demensi tersebut, yaitu:[[13]](#footnote-13)

1. Bagi pemakai jasa pelayanan kesehatan, mutu pelayanan kesehatan lebih terkait pada demensi ketanggapan petugas memenuhi kebutuhan pasien, kelancaran komunikasi antara petugas dengan pasien, keprihatinan serta keramah-tamahan petugas dalam melayani pasien, dan/atau kesembuhan penyakit yang sedang diderita oleh pasien.
2. Bagi penyelenggara pelayanan kesehatan, mutu pelayanan kesehatan lebih terkait pada demensi kesesuaian pelayanan yang diselenggarakan dengan perkembangan ilmu dan teknologi kedokteran mutakhir dan/atau adanya otonomi profesi pada waktu menyelenggarakan pelayanan kesehatan sesuai dengan kebutuhan pasien.
3. Bagi penyandang dana pelayanan kesehatan, mutu pelayanan kesehatan lebih terkait pada demensi efisiensi pemakaian sumber dana, kewajaran pembiayaan kesehatan, dan/atau kemampuan pelayanan kesehatan mengurangi kerugian penyandang dana pelayanan kesehatan.

Faktor lain yang dapat mempengaruhi mutu pelayanan kesehatan paling sedikit meliputi tiga faktor. **Pertama**, faktor konsumen, yaitu apakah pelayanan kesehatan itu memenuhi kebutuhan dan harapan konsumen/pasien. **Kedua**, faktor profesi, yaitu apakah Pelayanan kesehatan memenuhi kebutuhan pasien/konsumen, seperti yang ditentukan profesi pelayanan kesehatan. Dimensi ini akan diukur dengan menggunakan prosedur atau standar profesi yang diyakini akan memberi hasil dan kemudian hasil itu dapat pula diamati. **Ketiga**, faktor manajemen, yaitu bagaimana proses pelayanan kesehatan menggunakan sumber daya yang paling efisien dalam memenuhi kebutuhan dan harapan/keinginan pasien/konsumen tersebut.[[14]](#footnote-14)

Selain itu apapun tipe RS-nya, faktor penting lainnya yang dapat berpengaruh pada mutu pelayanan kesehatan adalah biaya pelayanan kesehatan yang juga harus bermutu (selanjutnya disebut biaya mutu). Menurut W. Eswars Demings, salah seorang pioner mutu menyatakan bahwa dimungkinkan untuk menghemat sebanyak 30% pengeluaran operasional organisasi dengan cara memecahkan masalah mutu, seperti: kesalahan, keluhan yang seharusnya dapat dihindarkan, kelalaian, upaya yang mubazir, sistem yang tidak efisien, tenaga yang tidak terlatih, dan masalah lain.[[15]](#footnote-15)

Biaya mutu dapat dinyatakan dalam bentuk pengertian moneter (jumlah, harga, dan ongkos) yang ditetapkan dan dicatat pada setiap satuan kerja, misalnya biaya berbagai kategori tindakan, pemeliharaan bangunan, administrasi, binatu, biaya obat, makanan, dan lain-lain. Biaya moneter ini dapat digolongkan sebagai biaya penting yang akan dibebankan/ditanggung oleh pasien. Selain itu dapat pula dalam bentuk pengertian nonmoneter, seperti keluhan, penderitaan, pengorbanan, dan kesusahan.[[16]](#footnote-16)

Sedangkan pada lingkungan pelayanan kesehatan, biaya pelayanan kesehatan dikatakan bermutu rendah apabila mahal dan tidak efisien (pemborosan). Hal ini disebabkan karena: 1. biaya kegagalan, yaitu biaya yang timbul sebagai akibat tidak dapat dilaksanakannya tindakan yang tepat, pada waktu yang tepat, dan pada tempat yang tepat. 2. Biaya penggunaan atau pemanfaatan, yaitu biaya yang pemanfaatannya ditimbulkan oleh penggunaan sumber daya yang tidak efisien dan efektif.

Selain itu, sejalan dengan asas keadilan dalam penyelenggaraan pelayanan kesehatan di RS (Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang RS Pasal 2), faktor pemberian perlindungan dan tanggung jawab hukum bagi pihak RS (mencakup pelaksana, penyelenggara,dan pengelola pelayanan kesehatan di RS) juga sangat diperlukan. Sebagaimana diatur dalam Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang RS (Pasal 44) yang menyatakan bahwa perlindungan hukum pada RS dapat berupa:

1. RS dapat menolak mengungkapkan segala informasi kepada publik yang berkaitan dengan rahasia kedokteran.
2. Pasien dan/atau keluarga yang menuntut RS dan menginformasikannya melalui media massa, dianggap telah melepaskan hak rahasia kedokterannya kepada umum.
3. Penginformasian kepada media massa tersebut berarti memberikan kewenangan kepada RS untuk mengungkapkan rahasia kedokteran pasien sebagai hak jawab RS.

Sementara pada Pasal 45 dinyatakan bahwa:

1. RS tidak bertanggung jawab secara hukum apabila pasien dan/atau keluarganya menolak atau menghentikan pengobatan yang dapat berakibat kematian pasien setelah adanya penjelasan medis yang komprehensif.
2. RS tidak dapat dituntut dalam melaksanakan tugas dalam rangka menyelamatkan nyawa manusia.

Adapun Tanggung jawab hukum bagi RS, sebagaimana diatur pada Pasal 46 adalah RS secara hukum menanggung semua kerugian yang ditimbulkan atas kelalaian yang dilakukan oleh tenaga kesehatan di RS. Hal ini sangat penting, agar tidak ada salah satu pihak yang merasa dirugikan nantinya. Mengingat saat ini masyarakat sudah semakin kritis terhadap pelayanan yang diterimanya, sementara persaingan industri perumahsakitan pun semakin pesat. Sedangkan RS yang bertarap internasioanal dan modern baik di dalam maupun di luar negeri sudah semakin menjamur.

Kesemuanya ini merupakan strategi dasar dalam pemberian pelayanan kesehatan di RS yang bermutu. Terwujudnya pelayanan kesehatan yang bermutu oleh pihak RS dapat tercermin melalui kemampuan pihak RS dalam memberikan pelayanan yang berorientasi pada kepentingan masyarakat untuk memperoleh pelayanan kesehatan yang aman, berkualitas, dan terjangkau serta berkeadilan, meningkatkan daya saing di dalam pelayanan kesehatan dengan kompetensi dan profesionalisme tenaga kesehatan sebagai pelaksana sekaligus penyelenggara pelayanan kesehatan dan memberdayakan secara optimal potensi nasional untuk memanfaatkan peluang yang ada, serta meminimalisasi liberalisme negatif terkait pelayanan kesehatan.[[17]](#footnote-17)

**III. Kondisi Pelayanan Rumah Sakit Selama ini**

Sampai saat ini kasus-kasus malpraktek dan pelanggaran hak pasien masih saja terjadi diberbagai daerah dan tempat-tempat pelayanan kesehatan seperti RS. Kita masih ingat peristiwa Bung Irwanto PhD yang mengalami kelumpuhan saat berobat ke suatu rumah sakit di Tangerang, di mana dokter telah dianggap melakukan kelalaian terhadap dirinya. Atau kasus Nyonya K, di mana gunting penjepit usus sepanjang 15 cm tertinggal di perut saat ia menjalani operasi rahim. Serta kasus pidana pencemaran nama baik dengan tersangka Prita Mulyasari yang ramai dibicarakan publik beberapa waktu yang lalu. Kasus yang dialami oleh Prita, merupakan bentuk pembungkaman terhadap konsumen.[[18]](#footnote-18)

Mungkin kasus sejenis masih banyak lagi, tetapi tidak dipublikasi karena tidak tercium oleh media massa. Setiap asuhan klinis, baik terkait dengan proses diagnosis, terapi, pembedahan, pemberian obat, pemeriksaan laboratorium, dan sebagainya, dapat berisiko menimbulkan kerugian yang tidak diharapkan pasien, baik secara fisik, finansial, maupun sosial.

Berdasarkan data yang diperoleh dari Yayasan Lembaga Konsumen Indonesia (YLKI) berkenaan dengan kasus di bidang pelayanan kesehatan di RS, yang mengadukan kepada YLKI sebanyak 19 orang pada periode 1991–1995, tujuh orang pada periode Januari sampai Desember 1996, melalui telpon pada Tahun 1997 terdapat 18 orang. Pada Tahun 2000 tercatat ada 10 orang yang melakukan pengaduan melalui surat dan melalui *hotline* *service* 21 orang. Sedangkan pada Tahun 2001 terdapat 18 orang melalui surat dan 20 orang melalui *hotline* *service*.[[19]](#footnote-19)

Sementara dari hasil penelitian di enam wilayah Indonesia pada tahun 2008 memperlihatkan bahwa pasien miskin di RS pemerintah maupun RS swasta, umumnya memiliki tingkat kepuasan yang kurang memadai, di antaranya dikarenakan pelayanan administrasi yang dinilai rumit, berbelit, kurangnya informasi, petugas yang kurang ramah, tidak diberikannya resep obat generik, dan pelayanan yang memakan waktu cukup lama. Selain itu, keharusan membayar uang muka juga menjadi penghalang bagi masyarakat miskin untuk mendapatkan pelayanan kesehatan di RS.[[20]](#footnote-20)

Hasil survei yang dilakukan *Indonesia Coruption Watch* (ICW) dalam risetnya mengenai pelayanan RS terhadap warga kelompok miskin di Jabodetabek pada tahun 2009 (sasaran lima RS swasta dan 18 RS pemerintah dengan total sample 738 responden pasien miskin) juga didapat sebanyak 76,8% responden mengeluhkan pelayanan administrasi RS. Sedangkan 34,1% mengeluhkan pelayanan perawat dan tenaga kesehatan RS. Selain itu, masih terdapat pungutan bagi pasien miskin untuk mendapatkan kartu berobat dan saat pelayanan, hal ini ditunjukkan dengan adanya pengakuan 7,9% responden. Pemegang kartu Jamkesmas mengeluarkan biaya rata-rata sebesar Rp. 101 ribu dan Rp. 89 ribu. Selain pungutan mendapatkan kartu berobat tersebut, dalam pelayanan ternyata masih harus mengeluarkan biaya meski terdaftar di Jamkesmas dan keluarga miskin (gakin).[[21]](#footnote-21)

Bagi masyarakat golongan ekonomi lemah, ketidakpuasan terhadap buruknya pelayanan kesehatan seperti tersebut diatas, baik yang mereka terima dari dokter maupun pihak RS, sering diterima dengan pasrah. Sementara bagi orang kaya, ketidakpuasan atas pelayanan RS yang diterimanya, sudah cukup memberi alasan bagi mereka untuk berobat ke dokter atau RS luar negeri meski harus dengan biaya yang jauh lebih tinggi.

Lantas bagaimana program Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas) sebagai sebuah program pemerintah untuk memberikan pelayanan gratis kepada masyarakat miskin. Program ini adalah pergantian nama dari Asuransi Kesehatan Masyarakat Miskin (Askeskin) tahun 2007 sudah efektifkah? Tetap saja banyak cerita miring yang berhembus terhadap pelayanan pada mereka yang mengantongi Jamkesmas ini.[[22]](#footnote-22)

Singkatnya, kalau Anda orang miskin dan sakit sehingga perlu dirawat di RS, maka bersiap-siaplah untuk repot mengurusi berbagai hal tentang administrasi, sebelum nantinya keluarga Anda betul-betul ditangani oleh dokter yang merawatnya. Inilah satu kenyataan yang terjadi di rumah sakit kita. Pelayanan dan jaminan untuk mendapatkan pelayanan kesehatan untuk orang miskin masih saja terabaikan, terkalahkan oleh banyaknya birokrasi yang harus dilalui oleh mereka.

Memang semuanya serba gratis, kecuali bila ada obat-obatan yang tidak tersedia di apotik RS, maka kita harus membelinya di apotik di luar RS. Tapi karena gratis inilah, maka akhirnya birokrasi yang harus dilalui juga harus banyak, dan cukup melelahkan. Dan tanpa terasa juga semua ini harus mengeluarkan biaya untuk operasional selama mengurus administrasi tersebut.

Belum lagi, sikap dan cercaan baik dari perawat, petugas RS atau juga dokter kalau tidak mengikuti prosedur yang mereka minta. Jangan kaget kalau ada dokter atau petugas perawat yang berbicara cukup keras atau lantang, menjelaskan kepada keluarga pasien tentang kondisi pasien atau menyuruh mereka untuk melengkapi sesuatu administrasi yang belum dipenuhi.

Memang cukup menjengkelkan, bahkan terkadang membuat hati ingin marah dengan kondisi seperti ini. Selama ini sistem pelayanan kesehatan rumah sakit di Indonesia yang selalu dihadapkan pada dua problem. Pertama, pengobatan penyakit. Sedangkan kedua, buruknya pelayanan rumah sakit terhadap keselamatan pasien, terutama pada masyarakat miskin. Tidak ada uang, sosok berlumuran darah itu, akan dibiarkan tergolek, jika belum ada yang bertanggung jawab pembiayaannya. Kondisi ini hampir terjadi baik di rumah sakit pemerintah maupun swasta. Karena memang pelayanan kesehatan sekarang orientasi sosialnya mulai menipis tapi cenderung orientasi bisnis.

Bahkan kalau mau jujur di lapangan banyak pemilik kartu Jamkesmas sebenarnya adalah orang kaya. Kesalahan ini terletak pada tidak tegasnya definisi miskin dan kelalaian kepala desa dalam menentukan siapa yang berhak menerima kartu. Yang menyedihkan banyak orang yang benar-benar miskin tidak mendapatkan kartu Jamkesmas.

**IV. Harapan Kedepan**

Dengan diamanatkannya dalam UUD 1945 sudah seharusnya pelayanan kesehatan di Indonesia harus ditingkatkan dan diprioritaskan karena sudah menjadi hak setiap warga negara untuk mendapatkan pelayanan kesehatan yang layak.

Lengkapnya sarana dan prasarana RS bukan tolak ukur utama keberhasilan RS dalam memberikan pelayanannya, melainkan ditopang oleh mutu pada sistem pelayanan yang dilakukan para tenaga medis, bergerak cepat, prima dan profesional.

Mutu layanan merupakan faktor penting yang dapat membentuk kepercayaan pelanggan/pasien kepada RS sehingga tercipta loyalitas mereka. Saat ini masyarakat Indonesia kurang percaya terhadap mutu layanan RS di Indonesia. Mereka yang berpenghasilan menengah ke atas lebih memilih menjalankan perawatan/pengobatan di luar negeri dari pada di dalam negeri. Kelengkapan peralatan kedokteran, kompetensi dan kecepattanggapan staf medis maupun non-medis, kontinuitas pelayanan, sistem pelayanan yang bagus, dan jaminan mutu yang diberikan merupakan alasan kuat mengapa masyarakat lebih percaya kredibilitas RS di luar negeri dan menjadikannya pilihan.

Selain itu, kurangnya kegiatan *public relations* yang memberikan informasi mengenai keunggulan RS juga dapat ikut mendorong pasien untuk berobat ke luar negeri. Namun faktor penyebab yang lebih signifikan adalah masih banyak RS yang belum *consumer oriented*, belum memberikan kemudahan akses pelayanan bagi para pasiennya dan mutu pelayanan yang masih buruk (dokter yang sering datang terlambat, pasien harus menunggu lama untuk mendapatkan pelayanan dan perawatan, kurang responsifnya para staf medis dan non-medis terhadap kebutuhan pasien, dan lain-lain).

Banyak cara yang dapat dilakukan oleh para pengelola RS untuk menciptakan kinerja yang unggul di antaranya melalui pemberian pelayanan yang bagus serta tindakan medis yang akurat dan mekanisme pengelolaan yang bermutu. Salah satu strategi yang dilakukan oleh pengelola RS dalam mempertahankan atau meningkatkan jumlah konsumen adalah pada unsur pelayanan. Karena tuntutan untuk mendapatkan pelayanan yang bermutu dan nyaman semakin meningkat. Hal ini sesuai dengan meningkatnya kesadaran arti hidup sehat. Keadaan ini dipengaruhi oleh tingkat pendidikan, sosial budaya dan sosial ekonomi masyarakat yang perlu mendapat perhatian dari pengelola RS.[[23]](#footnote-23)

Dalam usaha peningkatan mutu pelayanan terhadap konsumen, RS perlu mengupayakan untuk mempunyai tenaga dokter ahli yang tetap, sekaligus mempekerjakan dokter tetap dan dokter kontrak. Bahkan di beberapa RS di kota besar seperti Jakarta dapat dijumpai pelayanan Unit Gawat Darurat (UGD) yang ditangani oleh dokter tetap maupun dokter kontrak.

Bahkan ada RS yang menyediakan tempat dan sarana lengkap seperti laboratorium dengan tenaga analis, radiologi dan tempat perawatan yang serba lengkap. Sedangkan untuk tenaga dokternya mereka mengambil dokter-dokter spesialis yang terkenal dan pengelola RS menganggap dokter spesialis dan pasiennya sebagai *“customer*” mereka. Untuk menjaga agar dokter spesialis ternama tersebut tetap menjadi *customer* mereka, maka pihak RS menggunakan strategi sedemikian rupa. Di antaranya dengan menyediakan peralatan medis yang dikehendaki oleh para dokter tersebut.

Oleh karenanya mutu pelayanan kesehatan yang diterima oleh pasien sebagai konsumen (*outcome*) akan ditentukan oleh mutu pelayanan kesehatan yang diberikan oleh berbagai profesi pelayanan kesehatan yang ada di RS. Mutu pelayanan kesehatan juga ditentukan oleh mutu manajemen RS. Dengan demikian, akan terdapat hubungan timbal balik antara profesi pelayanan kesehatan dengan pasien, antara profesi pelayanan kesehatan dengan manajemen RS dan antara manajemen RS dengan pasien secara seimbang. Sehingga setiap orang terkait dengan pasien dapat mempengaruhi tingkat mutu pelayanan kesehatan baik langsung maupun tidak langsung. Dengan demikian, pihak RS perlu menerapkan sistem manajemen yang berorientasi pada kepuasan pelanggan. Untuk itu RS harus menciptakan kinerja yang unggul. Kinerja yang unggul atau *Performance Excellence* merupakan salah satu faktor utama yang harus diupayakan oleh setiap organisasi untuk memenangkan persaingan global, begitu juga oleh perusahaan penyedia jasa pelayanan kesehatan seperti RS.

Kepuasan pelanggan merupakan kunci sukses memenangkan persaingan. Hal ini tentu saja tidak mudah bagi pengelola RS, mengingat pelayanan yang diberikan juga menyangkut hidup para pasien/pelanggannya. Bila terjadi ketidaksesuaian atau kesalahan dalam melaksanakan tindakan medis maka dampaknya tidak main-main, sakit yang bertambah parah, cacat tetap atau bahkan sampai pada kematian. Kepuasan pelanggan tidak hanya ditentukan oleh tindakan medis, ada banyak dimensi mutu lain yang mempengaruhi kepuasan pelanggan seperti: layanan administratif, keramahan dan ketanggapan para staf medis dan non-medis, kemudahan, kecepatan & ketepatan waktu layanan, dan lain-lain. Banyaknya dimensi mutu RS yang perlu diperhatikan sehingga penanganannya harus dilakukan dengan serius, cermat dan tepat.

Di sisi lain, keberhasilan RS untuk memecahkan sebagian besar masalah kesehatan masyarakat harus diakui. Berbagai keberhasilan yang dicapai telah pula menyebabkan tingginya tingkat ketergantungan sebagian masyarakat terhadap RS untuk mengatasi berbagai keluhan kesehatannya. Namun demikian berbagai keberhasilan yang telah dibuktikan, tidak berarti RS telah sepenuhnya dapat mengatasi masalah pelayanan kesehatannya. Selaras perkembangan masyarakat, tuntutan para pemakai jasa pelayanan kesehatan terhadap mutu pelayanan kesehatan di RS cenderung semakin meningkat.

Berdasarkan pendapat Mills et al (1991), dapat disimpulkan bahwa tuntutan masyarakat terhadap mutu Pelayanan kesehatan RS telah menjadi masalah mendasar yang dihadapi sebagian besar RS di berbagai negara. Tuntutan ini menjadi dasar pengembangan organisasi kesehatan dan system pelayanan kesehatan diberbagai negara melalui pelaksanaan desentralisasi.[[24]](#footnote-24)

Selain itu, seperti sudah diuraikan sebelumnya bahwa pelayanan kesehatan yang bermutu sangat melekat dengan faktor-faktor subyektifitas, sehingga akan besar peluangnya menimbulkan persoalan baru. Namun, karena mutu pelayanan kesehatan merupakan kepentingan semua orang yang terkait, maka tidak ada orang yang bertanggung jawab secara utuh terhadap mutu pelayanan kesehatan di RS. Jaminan mutu pelayanan kesehatan tidak mungkin berhasil tanpa adanya komitmen dan keterlibatan semua orang atau pihak yang terkait. Profesi pelayanan kesehatan harus selalu memperhatikan mutu pelayanan kesehatan apabila profesi pelayanan kesehatan itu ingin mempertahankan kredibilitasnya. Selama ini kegiatan peningkatan mutu pelayanan kesehatan dilakukan hanya secara sporadis, tetapi karena semua kegiatan peningkatan mutu pelayanan kesehatan saling berkaitan, diperlukan adanya suatu kelompok kerja yang multidisiplin, terpadu, menyuluruh, efektif, dan efisien.

Mutu pelayanan yang baik tidak cukup hanya dicapai, tetapi juga dipelihara dan dipertahankan (*quality assurance*) mengingat adanya pergeseran kebutuhan, harapan dan keinginan pelanggan dan berbagai pihak yang berkepentingan. Karena itu, mutu pelayanan kesehatan khususnya pelayanan kesehatan di rumah sakit, seharusnya merupakan suatu kegiatan yang berkelanjutan untuk memantau kualitas layanan yang diberikan, dalam bentuk kewajaran perawatan yang diberikan terhadap pasien disertai upaya untuk senantiasa meningkatkan pola perawatan dan mencari pemecahan atas masalah-masalah pelayanan atau perawatan yang terjadi.

Untuk itu, dalam suatu RS harus ada yang bertanggungjawab terhadap masalah mutu (Berdasarkan UU No. 44 Tahun 2009 tentang RS Pasal 56 kewenangan ini dipegang oleh Dewan Pengawas RS). Setiap satuan kerja sebaiknya mengusulkan seseorang yang akan diberi tugas dan tanggung jawab menangani mutu pelayanan kesehatan dalam satuan kerjanya. RS sedikit berbeda dengan organisasi lainnya, karena yang dihasilkan adalah berbagai jenis jasa pelayanan kesehatan dan didalamnya bekerja berbagai macam kelompok profesi pelayanan kesehatan.

Selain itu, yang tidak kalah pentingnya dalam upaya memberikan pelayanan kesehatan yang bermutu kepada pasien adalah dengan adanya jaminan mutu pelayanan kesehatan. Upaya yang dilakukan untuk dapat memberikan jaminan mutu pelayanan kesehatan kepada masyarakat adalah dengan melakukan pembinaan dan pengawasan RS.

Pembinaan dan pengawasan sebagaimana diatur pada Undang-Undang No. 44 Tahun 2009 tentang RS Pasal 54 ayat (1), dilakukan oleh Pemerintah dan Pemerintah Daerah dengan melibatkan organisasi profesi, asosiasi perumahsakitan, dan organisasi kemasyarakatan lainnya sesuai dengan tugas dan fungsi masing-masing.

Adapun pada ayat (2)-nya pembinaan dan pengawasan tersebut diarahkan untuk:

* 1. pemenuhan kebutuhan pelayanan kesehatan yang terjangkau oleh masyarakat;
1. peningkatan mutu pelayanan kesehatan;
2. keselamatan pasien ;
3. pengembangan jangkauan pelayanan; dan
4. peningkatan kemampuan kemandirian Rumah Sakit.

Jaminan mutu pelayanan kesehatan sebagai bagian yang integral dari kegiatan penyelenggaraan pelayanan kesehatan secara umum dapat diartikan sebagai keseluruhan upaya yang bertujuan untuk memberikan suatu layanan kesehatan yang terbaik mutunya, yaitu pelayanan kesehatan yang sesuai dengan standar layanan kesehatan yang disepakati. [[25]](#footnote-25)

Sedangkan pengertian operasional jaminan mutu pelayanan kesehatan adalah upaya yang sistematis dan berkesinambungan dalam memantau dan mengukur mutu serta melakukan peningkatan mutu yang diperlukan agar mutu pelayanan kesehatan senantiasa sesuai dengan standar pelayanan kesehatan yang disepakati.

Adapun jaminan mutu pelayanan kesehatan mencakup kegiatan:[[26]](#footnote-26)

* + - 1. Mengetahui kebutuhan dan harapan pasien/masyarakat yang menjadi pelanggan eksternal pelayanan kesehatan.
			2. Menggunakan semua kemampuan dan bakat orang yang terdapat dalam organisasi pelayanan kesehatan.
			3. Membuat keputusan berdasarkan fakta atau data, bukan perkiraan atau dugaan.
			4. Bekerja dalam kelompok yang terdiri dari setiap orang yang terlibat dengan pengakuan bahwa semua tenaga kesehatan merupakan sumber daya mutu dan produktivitas sehingga setiap tenaga kesehatan akan merasa bahwa kontribusinya kepada organisasi pelayanan kesehatan dihargai.
			5. Mengelola semua proses untuk menghasilkan apa yang dianggap penting, tetapi pada saat yang sama harus mendorong orang menjadi inovatif dan kreatif.
			6. Semua kegiatan itu harus selalu dikerjakan, karena mutu adalah *doing the right things all the times*.

Bentuk dari penerapan jaminan mutu yang selama ini dilakukan adalah akreditasi RS. Akreditasi rumah sakit merupakan salah satu upaya dari pembinaan dan pengawasan RS, dimana dalam hal ini ada pengakuan bahwa suatu RS sudah memenuhi standar minimum pelayanan RS yang ditentukan. Akreditasi RS terbagai menjadi beberapa kelompok, yaitu:[[27]](#footnote-27)

* kelompok RS yang belum terakreditasi dan/atau yang belum terstandar.
* RS dengan standar ISO 14000 dan ISO 2000.
* RS terakreditasi 13 (tiga belas) pelayanan.
* RS terakreditasi 8 (delapan) pelayanan. dan
* RS terakreditasi 5 (lima) pelayanan.

Dalam hal ini Kementerian kesehatan dengan Komite Akreditasi RS harus terus berupaya agar semua RS terakreditasi minimal 5 (lima) pelayanan, yaitu:[[28]](#footnote-28)

(1)   pelayanan Gawat Darurat,

(2)   pelayanan Medik,

(3)   pelayanan Administrasi,

(4)   pelayanan Keperawatan, dan

(5)   pelayanan Rekam Medik.

Karena dengan adanya akreditasi RS diharapkan mutu pelayanan kesehatan di RS dapat diintegrasikan dan dibudayakan ke dalam sistem pelayanan di RS yang lebih bermutu.

Hal terpenting lainnya adalah perlu adanya sistem pembiayaan kesehatan yang mantap. Karena sebagai negara berkembang Indonesia masih sangat ketergantungan teknologi dan tenaga ahli. Akibatnya masalah kesehatan dan kemiskinan selalu disertakan dengan utang luar negeri.[[29]](#footnote-29)

Bagi masyarakat Indonesia sistem upaya kesehatan terlalu penting atau berharga untuk di percayakan kepada kalangan professional. Semakin hari semakin nyata bagaimana peran serta masyarakat dalam pengkajian masalah-masalah kesehatan dan kebijakan penyelenggaraan upaya kesehatan semakin tumbuh dan berkembang. Salah satu upaya pemerintah memberdayakan masyarakat dibidang kesehatan adalah terlihat jelas dalam bentuk pola asuransi kesehatan. Salah satunya adalah program Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat (JPKM ), askes (Asuansi Ksehatan), atau  pun asuransi-asuransi yang di kembangkan atau di selenggarakan pihak swasta atau kalangan professional.

Kini dengan semakin meningkatnya biaya pelayanan kesehatan, maka ada kebutuhan yang semakin mendesak yang harus dimiliki masyarakat. Pertama, harus di sadari bahwa perubahan tata ekonomi dunia baru yang ditandai era globalisasi, dimana keterbukaan terhadap pasar komoditi kesehatan juga semakin terbuka. Tidak terelakkan bahwa kondisi dan fenomena global semakin membuka peluang persaingan, dan di satu
sisi biaya kesehatan semakin mahal, praktik-praktik kedokteran maupun rumah sakit semakin mahal dari jangkauan kantong masyarakat bawah.

Masalah kesehatan tampaknya tidak saja merupakan masalah atau urusan Negara, tetapi merupakan masalah bagi setiap orang. Dengan semakin tingginya biaya kesehatan, tuntutan pada system pelayanan pun turut berubah. Tak terbantahkan lagi bahwa realitas dan perubahan tersebut turut mempengaruhi masalah kesehatan masyarakat secara keseluruhan. Persoalannya kini adalah bagaimana upaya yang harus dilakukan dalam memberdayakan masyarakat agar cakupan program jaminan kesehatan dapat meningkatkan kesehatan masyarakat?

Upaya meningkatkan kesehatan masyarakat, selain melalui berbagai kegiatan penyuluhan kesehatan, juga perlu adanya kesadaran masyarakat pada jaminan kesehatan masyarakat; yakni Memasyarakatkan Sistem Asuransi Kesehatan. Upaya dimaksud hendaknya selalu mengacu pada :

Pertama, pemerintah harus merupakan motor dari system pelayanan kesehatan masyarakat untuk mendorong masyarakat ikut asuransi kesehatan. Beban atau biaya kesehatan bagi masyarakat miskin perlu di subsidi sehingga tidak membebani pihak penyelenggaraan layanan kesehatan. Pihak lembaga-lembaga swadaya masyarakat perlu mendorong suatu usaha bersama atau terpadu antara pemerintah, sektor terkait, swasta/BUMN untuk masyarakatkan asuransi. Disamping itu penghasilan dari sektor pajak, perlu disisihkan untuk alokasi dana kesehatan masyarakat dengan tujuan mengurangi beban Negara atau APBN.

Harus di sadari pula bahwa pihak pemberi layanan kesehatan, baik dokter, ataupun RS dapat memberikan pelayanan terbaik secara paripurna atas dasar “melayani”. Upaya lain terlebih bagi masyarakat pekerja, maka perusahaan harus mempunyai kewajiban menjamin kesejahteraan karyawannya, termasuk jaminan pemeliharaan kesehatan.

Sejauh ini masalah jaminan kesehatan seperti Askes misalnya hendaknya betul-betul memberikan kemudahan bagi setiap penerima pelayanan kesehatan. Di Indonesia, masalah bagaimana bentuk atau model yang terbaik bagi pelayanan kesehatan di Indonesia, sepenuhnya merupakan pilihan setiap pengguna. Sebab, apa pun modelnya senantiasa mengacu pada satu tujuan, yakni memberi kemudahan dalam memenuhi kesehatan.

Sesungguhnya program JPKM dan sejumlah bentuk asuransi yang sedang berjalan cukup mengakomodasi masyarakat kita. Hanya saja, perlu peningkatan kualitas dan sikap profesional dalam pengelolaannya. Dukungan pemerintah, semakin memantapkan bahwa *politcalwil* pemberdayaan kesehatan di Indonesia cukup mantap.

Masalah pelayanan kesehatan di Indonesia akan semakin baik bila didukung sistem politik dan ekonomi, (otoritas pemerintah), adanya kesadaran masyarakat dan peran serta lembaga-lembaga terkait. Para pemakai dan pengguna jaminan kesehatan hendaknya selalu memperhatikan aspek yang berkaitan dengan sistem kesehatan yang telah di tetapkan. Masalahnya memang tidaklah sesederhana yang kita pikirkan, tetapi tujuan dari pemberdayaan kesehatan bagi semua.

Tidak saja menyangkut pelayanan teknis, masalah kesehatan juga terkait erat dengan sistem ekonomi, politik dan juga kemampuan perkembangan daya beli masyarakat, yang akhirnya berpengaruh pada masalah gizi, kemiskinan dan pengetahuan masyarakat. Yang pasti, model-model pemberdayaan kesehatan melalui sistem asuransi kesehatan perlu kita tingkatkan dan kembangkan sehingga memberi sinergi baru bagi pertumbuhan kita sebagai bangsa.

**V. Kesimpulan dan Saran**

**1. Kesimpulan**

Mutu pelayanan di RS menjadi topik yang banyak dibicarakan. Hal ini tidak terlepas dari semakin banyaknya jumlah RS yang ada dan semakin banyaknya masyarakat menggunakan fasilitas RS untuk memperoleh layanan kesehatan. Sedangkan di sisi lain, masyarakat semakin kritis terhadap pelayanan kesehatan di RS yang diterimanya.

Mutu pelayanan kesehatan di RS, merupakan suatu fenomena yang unik, sebab dimensi dan indikatornya dapat berbeda di antara orang-orang yang terlibat dalam pelayanan kesehatan. Namun demikian, apapun tipe RS-nya, mutu pelayanan kesehatan di RS menjadi salah satu faktor penting dalam mewujudkan terpenuhinya hak masyarakat akan kesehatan.

Berbagai kegiatan dan prasarana kegiatan pelayanan kesehatan merupakan determinan utama dari kepuasan pasien yang mencerminkan mutu RS. Sedangkan bagi *provider* mengaitkan pelayanan kesehatan yang bermutu dengan ketersediaan peralatan, prosedur kerja atau protokol, kebebasan profesi dalam setiap melakukan pelayanan kesehatan sesuai dengan teknologi kesehatan mutakhir, dan bagaimana keluaran (*outcome*) atau hasil layanan kesehatan itu. Sementara bagi pemilik RS, pelayanan kesehatan yang bermutu merupakan layanan kesehatan yang menghasilkan pendapatan yang mampu menutupi biaya operasional dan pemeliharaan.

Terdapat beberapa faktor yang dapat mempengaruhi mutu dari pelayanan kesehatan di RS. Namun demikian, pembinaan dan pengawasan harus dilakukan untuk dapat memberikan jaminan mutu pelayanan kesehatan kepada masyarakat. Salah satu upaya yang dilakukan adalah dengan akreditasi RS agar kualitas pelayanan kesehatan di RS dapat diintegrasikan dan dibudayakan ke dalam sistem pelayanan di rumah sakit yang lebih bermutu.

Jaminan mutu pelayanan kesehatan sebagai bagian yang integral dari kegiatan penyelenggaraan pelayanan kesehatan tidak mungkin berhasil tanpa adanya komitmen dan keterlibatan semua orang atau pihak yang terkait. Untuk itu, profesi pelayanan kesehatan harus selalu memperhatikan mutu pelayanan kesehatan apabila profesi pelayanan kesehatan itu ingin mempertahankan kredibilitasnya. Dukungan sistem pembiayaan dari Pemerintah juga harus sungguh-sungguh dan terus menerus diupayakan. Sehingga, RS juga dapat selalu berkembang mengikuti tuntutan dan perkembangan jaman, sebagai akibat adanya perubahan-perubahan epidemiologik penyakit, perubahan struktur organisasi, perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi, perubahan sosio ekonomi masyarakat dan pelayanan yang lebih efektif, ramah dan sanggup memenuhi kebutuhan mereka.

**2. Saran**

Pengaturan yang jelas mengenai pembagian tanggung jawab antara negara dan pengelola sarana pelayanan kesehatan, yang diarahkan pada kegiatan penyelenggaraan rumah sakit, akan memberikan perlindungan kepada pasien, masyarakat, dan sumber daya manusia di rumah sakit, serta mempertahankan dan meningkatkan mutu pelayanan rumah sakit, serta terdapatnya kepastian hukum dan perlindungan hukum, baik bagi pemberi pelayanan maupun bagi masyarakat penerima pelayanan kesehatan. Hendaknya tidak terjadinya perbedaan perlakuan antara pasien *out of pocket* dengan pasien jaminan asuransi, terutama asuransi non komersial, maka jaminan atas kemudahan prosedur administrasi agar cepat dan tidak berbelit sangat diperlukan.

Pengaturan lebih lanjut mengenai Standar Pelayanan Minimal (SPM) harus dilaksanakan, termasuk standar teknis untuk menjamin keamanan pasien. Selain untuk menjamin kualitas, penetapan standar juga terkait dengan penghitungan biaya. Dengan adanya standar, pasien hanya membayar pelayanan kesehatan yang sesuai standar. Jika lebih dari standar harus ada kesepakatan dengan pasien. Untuk itu, diperlukan kewajiban bagi setiap rumah sakit untuk menetapkan target pencapaian indikator standar pelayanan kesehatan.

Kriteria pemegang Jamkesmas, harus lebih ketat, sehingga Jamkesmas dapat diberikan pada masyarakat yang benar-benar fakir dan miskin bukan yang pura-pura miskin. Selain itu, keberadaan Badan Pengawasan Rumah Sakit baik di tingkat pusat maupun provinsi yang independen sangat diperlukan. Disamping pemerintah secara konsisten juga harus menerapkan undang-undang Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) No 40/2004, yang mengharuskan semua penduduk Indonesia dijamin dapat pelayanan kesehatan.

**DAFTAR PUSTAKA**

Azwar Azrul, *Menjaga Mutu Pelayanan Kesehatan*, Pustaka Sinar Harapan, Jakarta; 1996.

Budiarso, A.W, Undang-undang Perlindungan Konsumen dan Dampaknya Kepada Pelayanan Rumah Sakit. Disajikan pada seminar sehari IDI tentang Perlindungan Konsumen Pelayanan Kesehatan. Jakarta; 1999.

Bungin, Burhan, *Metodologi Penelitian Kuantitatif*, Prenada Media, Jakarta; 2005.

Dharma, Agus (ed), *Organisasi, Perilaku, Struktur, Proses. Jilid 1, edisi kelima,* Penerbit Erlangga, Jakarta; 1996.

Daniel A laurensius, Pelayanan Kesehatan di Indonesia, <http://www.equator-news.com/index.php?mib=berita.detail&id=15393> (diakses 30-11-2010).

Deslina, Balada Pelayanan RS Kita. <http://regional.kompasiana.com/2010/11/30/balada-pelayanan-rs-kita/> (diakses 30-11-2010)

Fraser TM, *Stres dan Kepuasan Kerja,* Pustaka Binaman Pressindo, Jakarta; 1986.

Kempul, *Kepuasan Pasien Terhadap Pelayanan RS*, (*online*), (<http://www.kempul.com/kepuasan-pasien-terhadap-pelayanan-rumah-sakit/>, diakses pada 3-5-2010).

Foster Gm, Anderson Bg, *Medical Antropology*, John Willey & Sons, Inc, California; 1986.

Gibson JL, Ivancevich JM, Donnely JH, *Organisasi dan Manajemen-prilaku, Struktur, Proses*, Erlangga, Jakarta; 1987.

JB Suharjo B Cahyono, *Mempertanyakan Sistem Manajemen Mutu Asuhan Klinis Perumahsakitan Kita.* Kompas, 13 Agustus 2004.

Jonirasmanto, *Mutu Pelayanan Kesehatan; Ambivalensi Antara Kewajiban dan Keinginan (antara penyelenggara dan pemilik)*, (*online*), (<http://artikelindonesia.com/hal-mutu-pelayanan-rumah-sakit.html>, diakses 30 April 2010).

Kesehatan Rakyat Diprioritaskan, *Suara Pembaharuan*, 16 Maret 2008.

Kusumaningsih Ratna, Pelayanan RS Untuk Masyarakat Miskin Masih Buruk, *Media Indonesia*, 10 Pebuari 2010.

Lestari Tri Rini Puji, Laporan Survey, *Kepuasan Masyarakat terhadap Pelayanan Kesehatan di RS*, Jakarta: Sekretariat Jenderal DPR RI, 2008.

Mills Ah, Voughan JP, Smith DL, Tabibzadeh I, *Health System Decentralization*, Geneva: World Health Organization, 1991.

*Mutu Pelayanan Kesehatan Ambivalensi Antara Kewajiban dan Keinginan (antara penyelenggara dan pemilik)(online*),(<http://www.docstoc.com/docs/16963644/MUTU-PELAYANAN>, diakses tanggal 19-7-2010).

*Naskah Akademik RUU RS*, Jakarta: Departemen Kesehatan, 2008.

Pohan Imbalo S, *Jaminan Mutu Pelayanan kesehatan, Dasar-dasar Pengertian dan Penerapan*, Jakarta: Penerbit Buku Kedokteran EGC, 2007.

Sinulingga, K, Analisis Kepuasan Pasien Terhadap Pelayanan Kesehatan Balai Pengobatan Umum Puskesmas Padang Bulan Medan Tahun 2000. Tesis. IKM UI; 2002.

Solita, *Sosiologi Kesehatan,* Yogyakarta: Gadjah Mada University Press, 1997.

Utama Surya, *Memahami Fenomena Kepuasan Pasien RS*. Referensi Pendukung untuk Mahasiswa, Akademik, Pimpinan, Oeganisasi dan Praktisi Kesehatan, Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Sumatera Utara, Medan; 2003.

Widjajarta, *Kepuasan Konsumen Jasa Pelayanan RS*. Jakarta: YLKKI, 2001.

Wijono Djoko, *Manajemen Mutu Pelayanan Kesehatan. Teori, Atrategi dan Aplikasi Vol. 1*, Surabaya: Airlangga University Press, 2000.

YLKI, *Kompetisi Rumah Sakit Lokal dan Swasta Asing di Indonesia, dalam: Warta Konsumen, edisi November 2002*, Jakarta; 2002.

1. Utama Surya, Memahami Fenomena Kepuasan Pasien RS. Referensi Pendukung untuk Mahasiswa, Akademik, Pimpinan, Oeganisasi dan Praktisi Kesehatan. Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Sumatera Utara. Medan; 2003. [↑](#footnote-ref-1)
2. Dharma, Agus (ed), Organisasi, Perilaku, Struktur, Proses. Jilid 1, edisi kelima. Penerbit Erlangga. Jakarta; 1996. [↑](#footnote-ref-2)
3. Utama Surya, *op.cit* [↑](#footnote-ref-3)
4. Wijono Djoko, *Manajemen Mutu Pelayanan Kesehatan. Teori, Atrategi dan Aplikasi Vol. 1*, Surabaya: Airlangga University Press, 2000, hal. 3. [↑](#footnote-ref-4)
5. Wijono Djoko, *ibid*, hal.4. [↑](#footnote-ref-5)
6. Utama Surya, *Memahami Fenomena Kepuasan Pasien RS*. Referensi Pendukung untuk Mahasiswa, Akademik, Pimpinan, Organisasi dan Praktisi Kesehatan, Medan: Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Sumatera Utara, 2003, hal. 27. [↑](#footnote-ref-6)
7. Sarwono Solita, *Sosiologi Kesehatan,* Yogyakarta: Gadjah Mada University Press, 1997, hal. 34. [↑](#footnote-ref-7)
8. Gibson JL, Ivancevich JM, Donnely JH, *Organisasi dan Manajemen-prilaku, Struktur, Proses*, Jakarta: Erlangga, 1987, hal. 15. [↑](#footnote-ref-8)
9. Pohan Imbalo S, *Jaminan Mutu Pelayanan kesehatan, Dasar-dasar Pengertian dan Penerapan*, Jakarta: Penerbit Buku Kedokteran EGC, 2007, hal. 14. [↑](#footnote-ref-9)
10. *Naskah Akademik RUU RS*, Jakarta: Departemen Kesehatan, 2008, hal. 11. [↑](#footnote-ref-10)
11. Widjajarta, *Kepuasan Konsumen Jasa Pelayanan RS*. Jakarta: YLKKI, 2001, hal. 1. [↑](#footnote-ref-11)
12. Pohan Imbalo S, *op.cit*, hal. 13. [↑](#footnote-ref-12)
13. Azwar Azrul, ibid. [↑](#footnote-ref-13)
14. Pohan, *op cit*, hal. 16-17. [↑](#footnote-ref-14)
15. Pohan, *op cit*, hal. 17. [↑](#footnote-ref-15)
16. Pohan, *op cit*, hal. 57. [↑](#footnote-ref-16)
17. Kesehatan Rakyat Diprioritaskan, *Suara Pembaharuan*, 16 Maret 2008. [↑](#footnote-ref-17)
18. JB Suharjo B Cahyono, *Mempertanyakan Sistem Manajemen Mutu Asuhan Klinis Perumahsakitan Kita.* Kompas, 13 Agustus 2004. [↑](#footnote-ref-18)
19. YLKI, 2002. *Kompetisi RS Lokal dan Swasta Asing di Indonesia,* *Warta Konsumen, edisi November 2002*, hal. 15-16. [↑](#footnote-ref-19)
20. Lestari Tri Rini Puji, Laporan Survey, *Kepuasan Masyarakat terhadap Pelayanan Kesehatan di RS*, Jakarta: Sekretariat Jenderal DPR RI, 2008, hal. 1. [↑](#footnote-ref-20)
21. Kusumaningsih Ratna, Pelayanan RS Untuk Masyarakat Miskin Masih Buruk, *Media Indonesia*, 10 Pebuari 2010. [↑](#footnote-ref-21)
22. Deslina, Balada Pelayanan RS Kita. <http://regional.kompasiana.com/2010/11/30/balada-pelayanan-rs-kita/> (diakses 30-11-2010) [↑](#footnote-ref-22)
23. Lestari, *op.cit,* hal. 4. [↑](#footnote-ref-23)
24. Mills Ah, Voughan JP, Smith DL, Tabibzadeh I, *Health System Decentralization*, Geneva: World Health Organization, 1991, hal. 20. [↑](#footnote-ref-24)
25. Pohan, *op cit*, hal. 48. [↑](#footnote-ref-25)
26. Pohan, *op cit*, hal. 49. [↑](#footnote-ref-26)
27. Jonirasmanto, *Mutu Pelayanan Kesehatan; Ambivalensi Antara Kewajiban dan Keinginan (antara penyelenggara dan pemilik)*, (*online*),

(<http://artikelindonesia.com/hal-mutu-pelayanan-rumah-sakit.html>, diakses 30 April 2010), hal. 4. [↑](#footnote-ref-27)
28. Ibid, hal. 5. [↑](#footnote-ref-28)
29. Daniel A laurensius, Pelayanan Kesehatan di Indonesia, <http://www.equator-news.com/index.php?mib=berita.detail&id=15393> (diakses 30-11-2010). [↑](#footnote-ref-29)