

MENGEMBANGKAN INDIKATOR KUALITAS PELAYANAN KESEHATAN

DEVELOPING QUALITY INDICATORS IN HEALTH CARE

Bhisma Murti

Bagian Ilmu Kesehatan Masyarakat
Fakultas Kedokteran Universitas Sebelas Maret

ABSTRACT

Quality care constitutes an important aspect to be pursued within the "Healthy Indonesia 2010" vision. In order to enable assessment of changes in the quality of care over time, there is a need for developing quality indicators. Quality indicators are specific and measurable elements of practice, developed on the basis of evidences and/or consensus, that can be used to assess the quality of care. Some factors influence the development of quality indicators: (1) Stakeholders' perspectives; (2) Aspects of health care by which quality is to be assessed – structure, process, outcome; and (3) Methods for developing indicators. A good quality indicator must consider some important criteria: (1) Acceptability; (2) Feasibility; (3) Reliability; (4) Sensitivity to change; (5) Validity. A good quality indicator should also define care that is attributable and within the control of the person who is delivering the care, so that it can be applied in a quality improvement initiative.

Keywords: quality health care, quality indicators.

PENGANTAR

Peningkatan kualitas merupakan prinsip utama sistem pelayanan kesehatan. Dalam visi "Indonesia Sehat 2010" disebutkan bahwa gambaran masyarakat Indonesia yang ingin dicapai ke depan adalah masyarakat yang memiliki kemampuan untuk menjangkau pelayanan kesehatan bermutu secara adil dan merata.¹ Pelayanan kesehatan bermutu adalah pelayanan kesehatan yang memuaskan pemakai jasa pelayanan serta yang diselenggarakan sesuai dengan standar dan etika pelayanan profesi. Dalam buku "Perjalanan Menuju Indonesia Sehat 2010" disebutkan, mutu pelayanan kesehatan harus dipelihara dan ditingkatkan melalui peningkatan kualitas tenaga kesehatan,

ketersediaan obat, serta peningkatan dan pemeliharaan sarana dan peralatan kesehatan.²

Walaupun terdapat cita-cita positif untuk meningkatkan kualitas, tampaknya terdapat jurang antara visi yang ideal dan strategi terukur untuk mencapai pelayanan berkualitas. Terdapat kelangkaan kebijakan pemerintah (*cq.* Departemen Kesehatan) yang mendukung pengembangan instrumen penilaian kualitas pelayanan yang selalu diperbarui secara berkala dan tersedia pada berbagai institusi pelayanan kesehatan. Demikian pula sejauh ini belum ada laporan tahunan tentang tingkat kualitas pelayanan kesehatan yang telah dicapai - seperti yang telah dilakukan dengan laporan keuangan-yang memungkinkan

evaluasi terukur secara kuantitatif perubahan-perubahan kualitas setiap tahun hingga tahun 2010.

Jika demikian realitasnya, apakah relevan dan tepat waktunya untuk menginginkan pelayanan berkualitas dalam visi "Indonesia Sehat 2010?" Jika jawabannya "Tidak", maka mimpi meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan sebaiknya dikubur saja (daripada menjadi mitos yang jauh dari realisasi). Sebaliknya jika jawabannya "Ya", pertanyaan berikut yang sangat esensial: Adakah prinsip dan metode yang dapat dipakai untuk mengembangkan indikator-indikator kualitas, agar kemudian dapat digunakan dalam instrumen penilaian kualitas?

Makalah ini mengupas berbagai aspek kualitas pelayanan kesehatan, terutama cara mengembangkan indikator kualitas. Pertama-tama diperkenalkan definisi kontemporer kualitas, kemudian disajikan alasan mengapa perlu memberikan perhatian kepada kualitas pelayanan kesehatan, selanjutnya dikupas indikator kualitas dan faktor-faktor yang mempengaruhi pengembangan indikator-indikator kualitas. Akhirnya, makalah ini menyajikan inti bahasan yaitu pendekatan, metode, dan kriteria untuk mengembangkan indikator kualitas pelayanan kesehatan.

DEFINISI KUALITAS

Menurut pandangan kontemporer, kualitas pelayanan mengandung dua dimensi.^{3,4} Dimensi pertama menekankan kepada pemenuhan spesifikasi produk kesehatan atau standar teknis pelayanan kesehatan.³ Dengan standar tersebut seorang pasien hanya menerima prosedur, tes, dan pelayanan yang hasilnya bagi kesehatan melebihi risiko yang mungkin diperoleh dengan *margin* yang cukup besar.⁴ Dengan penekanan kepada aspek "teknis pelayanan", dimensi itu juga berarti bahwa setiap prosedur atau pelayanan harus dilakukan dengan teknik terbaik.⁴

Dimensi kedua, disebut juga "seni pelayanan", menekankan perlunya memperhatikan perspektif pengguna pelayanan, yaitu sejauh mana pelayanan yang diberikan mampu memenuhi harapan dan kepuasan pasien.³ Pelayanan yang diberikan prinsipnya harus memperlakukan pasien dengan manusiawi, memperhatikan latar belakang budaya pasien, dan tidak kalah pentingnya memberikan kesempatan penuh kepada pasien untuk ikut mengambil keputusan tentang terapi yang akan diberikan.⁴

Sistem nilai-nilai individu dan keadaan penyakit menentukan dimensi mana paling penting di antara keduanya.⁵ Sebagai contoh, seorang pasien dengan patah tulang kaki mungkin memberikan nilai tinggi kepada aspek "teknis pelayanan". Akan tetapi, ketika menerima program latihan fisioterapi untuk memulihkan fungsi muskuloskeletal, pasien tersebut lebih memberikan nilai tinggi kepada "seni pelayanan" (baca: kesabaran pemberi pelayanan) daripada teknis pelayanan itu sendiri. Contoh lain, preferensi pasien dalam domain seni pelayanan menyangkut pilihan antara rumah sakit setempat dan rumah sakit rujukan tersier. Seorang pasien kanker mungkin lebih menyukai untuk menggunakan rumah sakit lokal karena telah mengenal dan mempercayai tenaga kesehatan di tempat itu daripada memilih rumah sakit rujukan tersier, walaupun prognosis hasil mungkin lebih baik jika menggunakan rumah sakit rujukan. Dengan adanya sistem nilai-nilai individu, maka pemberi pelayanan harus memberikan informasi yang cukup kepada pasien agar keputusan yang dibuat, konsisten dengan nilai-nilai mereka.

MENGAPA KUALITAS?

Kualitas pelayanan kesehatan merupakan isu sentral dalam sistem pelayanan kesehatan. Terdapat empat alasan mengapa kualitas pelayanan kesehatan menjadi keprihatinan global dewasa ini.

1. Demand Pelayanan Berkualitas Meningkat, Suplai Menurun

Dua dasawarsa terakhir terjadi peningkatan permintaan dan harapan konsumen tentang pelayanan kesehatan berkualitas. Di lain pihak, suplai pelayanan kesehatan berkualitas menunjukkan tanda-tanda penurunan. Sebuah survei yang dilakukan di Australia, New Zealand, Kanada, Inggris, dan Amerika Serikat, melaporkan penurunan signifikan kemampuan para dokter dalam memberikan pelayanan berkualitas tinggi.^{6,7} Ketika para dokter ditanya apakah kemampuan mereka memberikan pelayanan berkualitas berubah dalam 5 tahun terakhir, sebagian besar para dokter melaporkan bahwa kemampuan mereka menurun (Australia 38%, Kanada 59%, New Zealand 53%, Inggris 46%, Amerika Serikat 57%). Hanya seperempat dari para dokter di negara-negara itu melaporkan bahwa kemampuan mereka memberikan pelayanan berkualitas tinggi meningkat dalam 5 tahun terakhir. Temuan itu didukung oleh survei lain yaitu 17%-44% perawat di lima negara (Kanada, Jerman, Skotlandia, Inggris, dan Amerika Serikat) melaporkan bahwa kualitas yang diberikan memburuk dalam setahun terakhir.^{6,7}

Pertemuan "roundtable" *Institute of Medicine* yang diselenggarakan sebanyak 6 kali (tahun 1996-1998) menghasilkan pernyataan bersama bahwa ada masalah yang serius dan luas berkenaan dengan kualitas praktik kedokteran di Amerika Serikat, karena itu diperlukan upaya untuk memperbaiki kualitas pelayanan kesehatan.⁸

Bagaimana pendapat publik tentang kualitas pelayanan? Sama saja. Dalam sebuah survei tentang sikap masyarakat dan dokter di Australia, Inggris, Amerika Serikat, Kanada, dan New Zealand yang dilakukan tahun 1998, kedua kelompok masyarakat tersebut umumnya mengungkapkan bahwa sistem kesehatan di negara mereka memerlukan perubahan mendasar alias "turun mesin"

secara menyeluruh. Penilaian tersebut mengungkapkan ketidakpercayaan publik di Amerika Serikat tentang institusi-institusi kesehatan dan memberikan data dramatis tentang kebutuhan untuk memberikan perhatian kepada kualitas.^{6,7}

Jika di negara-negara maju kualitas pelayanan mengalami perubahan seperti itu, apa yang dapat diprediksi sedang terjadi di negara-negara berkembang? Apakah keadaan pelayanan kesehatan di negara-negara berkembang lebih baik daripada negara-negara maju? Dengan logika "hipotetiko-deduktif" saja (tanpa perlu melakukan penelitian empiris), jawaban yang lebih masuk akal atas pertanyaan itu adalah "*very unlikely*".

2. Keamanan dan "Medical Error"

Terlalu banyak variasi dalam praktik dokter yang tidak layak atau tidak dapat dibenarkan, misalnya permintaan tes diagnostik secara "jor-joran" (baca: berlebihan), peningkatan pemakaian prosedur-prosedur yang berbahaya, dan pemberian pengobatan yang tidak tepat.⁹ Variasi dalam praktik mengakibatkan penyediaan pelayanan menjadi semakin kompleks, membingungkan, dan rawan terjadi kesalahan ("*medical error*"). Dalam laporan *Institute of Medicine* (IOM) di Amerika Serikat yang termashyur "*To Err is Human*" diperkirakan insidensi mortalitas berkaitan dengan "*medical error*" sebesar 44.000-98.000 per tahun!¹⁰ Di Australia, the *Quality in Australian Health Care Study* melaporkan bahwa dari penelitian terhadap 14.000 rekam medis ditemukan bahwa 16.6% admisi rumah sakit berhubungan dengan peristiwa-peristiwa kesalahan yang tidak diinginkan.¹¹

Dengan temuan tingkat "*medical error*" yang demikian tinggi dalam masyarakat di negara-negara maju yang memiliki tingkat kedisiplinan tinggi dan menjunjung tinggi nilai manusia, maka dapat dibuat prediksi deduktif bahwa sangat mungkin tingkat "*medical error*"

jauh lebih tinggi di negara-negara berkembang, khususnya dalam masyarakat yang memiliki tingkat kedisiplinan "*amburadul*" dan kurang menghargai nyawa manusia.

Dalam buku "Perjalanan Menuju Indonesia Sehat 2010", satu-satunya paragraf yang menyinggung soal keamanan ("*safety*") pasien menyebutkan bahwa target indikator mutu pelayanan rumah sakit tahun 2010 adalah hanya 14 kasus kematian dalam 48 jam pertama perawatan per 1000 pasien yang keluar rumah sakit.² Walaupun indikator kesalahan medik berdasarkan kematian seperti itu bukan tidak penting, tetapi jelas diperlukan indikator-indikator kesalahan medik lainnya yang lebih bersifat preventif, misalnya penggunaan "*nearmiss*" (baca: kesalahan hampir terjadi tetapi bisa dicegah), sehingga kelak dapat diambil tindakan perbaikan kualitas ("*corrective actions*") yang proaktif daripada retroaktif. Untuk tidak membuat kuping merah, bagaimana pun juga paragraf itu telah mengindikasikan adanya "*concern*" pemerintah tentang kualitas pelayanan kesehatan di Indonesia.

3. Efektivitas dan Kelayakan Pelayanan Kesehatan

Di Amerika Serikat, laporan penelitian yang diterbitkan oleh jurnal-jurnal terkemuka menyebutkan bahwa hanya dua pertiga dari orang-orang dengan penyakit akut dan kronis mendapatkan pelayanan kesehatan yang dibutuhkan.¹² Pada saat yang sama, 20%-30% intervensi yang diberikan tidak diperlukan atau manfaatnya dipertanyakan. Variasi mencolok dalam penggunaan intervensi pelayanan kesehatan memunculkan tanda tanya tentang efektivitas pelayanan untuk penyakit-penyakit umum. Sejumlah terapi masih digunakan walaupun terdapat bukti-bukti kuat bahwa terapi-terapi tersebut tidak efektif atau bahkan berbahaya, misalnya penggunaan antibiotika untuk infeksi pernapasan atas. Sebaliknya, intervensi yang diketahui efektif justru kurang digunakan, misalkan β blocker untuk

mencegah rekurensi serangan jantung, dan warfarin untuk fibrilasi atrial.^{7,13}

4. Biaya yang Tak Perlu

Kualitas pelayanan kesehatan juga menjadi keprihatinan karena kualitas yang buruk menimbulkan biaya-biaya tak perlu sebagai akibat penggunaan intervensi atau pelayanan terlalu berlebihan ("*overuse*"), terlalu rendah ("*underuse*"), atau salah ("*misuse*").^{8,14} Dari sini kemudian terdapat titik temu antara isu kualitas dan isu pembiayaan ("*financing*") pelayanan kesehatan.

INDIKATOR KUALITAS

Lawrence¹⁵ mendefinisikan indikator kualitas pelayanan "*a measurable element of practice performance for which there is evidence or consensus that it can be used to assess the quality, and hence change in the quality of care provided*". Artinya, indikator kualitas adalah elemen terukur tentang kinerja praktik yang membutuhkan bukti-bukti atau konsensus yang dapat digunakan untuk menilai kualitas, dan perubahan-perubahan kualitas yang diberikan.

Ide mengukur kualitas pelayanan kesehatan sebenarnya bukan hal baru. Lebih dari 20 tahun yang lalu Donabedian mengusulkan matriks yang termashyur; struktur, proses, "*outcome*" (baca: hasil), untuk mendefinisikan dan mengukur kualitas pelayanan kesehatan.¹⁴ Sebagai contoh, gangguan depresi di bidang psikiatri.¹⁶ Salah satu contoh indikator dalam domain struktur yang dapat dibuat adalah terpenuhi tidaknya kebutuhan pasien untuk melakukan konsultasi dengan psikiater di suatu fasilitas pelayanan primer gangguan jiwa dalam waktu cukup lama (sebab depresi tidak bisa dlenyapkan dalam waktu singkat). Indikator proses misalnya mengukur apakah para psikiater memiliki kesepakatan tentang formulasi peresepan antidepresan. Sedang indikator "*outcome*" menilai jumlah pasien yang merampungkan program terapi antidepresi secara penuh.

Marshall *et. al.*¹⁷ mempertajam definisi indikator kualitas sebagai berikut *"Quality indicators are specific and measurable elements of practice that can be used to assess the quality of care. They are usually derived from retrospective reviews of medical records or routine information sources. Some authorities differentiate 'quality' from 'activity' or 'performance' indicators. The important issue is that a good quality indicator should define care that is attributable and within the control of the person who is delivering the care"*.¹⁷ Definisi Marshall *et. al.*¹⁷ secara khusus menyoroti dua aspek indikator kualitas. Pertama, perlu dilakukan distingsi antara indikator kualitas dengan indikator "kegiatan" atau indikator "kinerja". Indikator kualitas (*"quality indicator"*)¹⁵ merupakan instrumen yang membuat kesimpulan tentang kualitas pelayanan yang diberikan. Indikator kinerja (*"performance indicator"*)¹⁶ merupakan instrumen statistik untuk memonitor pelayanan yang diberikan kepada populasi, tanpa harus menarik kesimpulan tentang kualitas, misalnya tingkat hunian tempat tidur (BOR), atau indikator-indikator rumah sakit yang hanya mempersoalkan implikasi biaya. Sedangkan indikator kegiatan (*"activity indicator"*)¹⁹ merupakan penunjuk frekuensi kegiatan yang terjadi, misalnya persentase bayi yang diimunisasi hepatitis.

Kedua, indikator kualitas yang baik harus mampu memberikan batasan yang jelas tentang pelayanan yang berkualitas yaitu bahwa pelayanan tersebut harus terletak dalam kontrol penyedia pelayanan kesehatan, sehingga dapat dilakukan upaya-upaya perubahan kualitas.

FAKTOR YANG MEMPENGARUHI INDIKATOR KUALITAS

Tiga faktor berpengaruh terhadap pengembangan indikator kualitas¹⁹: 1). Perspektif *"stakeholders"*; 2). Aspek pelayanan yang akan diukur—struktur, proses, atau *"out-*

come"; 3). Metode untuk mengembangkan indikator.

1. Perspektif *"Stakeholders"*

Akhir-akhir ini istilah *"stakeholders"* sering digunakan banyak orang untuk kelihatan *"high profile"* (walaupun belum tentu mengerti arti sesungguhnya kata tersebut). *"Stakeholders"* adalah orang, kelompok, perusahaan, dan sebagainya, yang memiliki "saham" atau kepentingan dalam suatu bisnis, kegiatan, atau industri. Pada awalnya terma itu memang dipakai secara eksklusif dalam dunia bisnis saham, sehingga sinonimnya adalah *"shareholders"* atau *"stockholders"*. Tapi penggunaan sekarang melampaui dunia bisnis, merambah hingga kebijakan kesehatan. Dalam konteks artikel ini, *"stakeholders"* merujuk kepada orang atau pihak-pihak yang berkepentingan atau berhubungan dengan pelayanan kesehatan berkualitas.

Kualitas merupakan suatu konstruk kompleks yang memiliki arti berbeda bagi masing-masing orang. Dalam hal ini indikator kualitas ditentukan oleh perspektif (baca: sudut pandang) *"stakeholders"*. Dikenal beberapa *"stakeholders"* kualitas^{19,20}: 1). Pasien; 2). Perawat pasien; 3). Profesional pelayanan kesehatan; 4). Manajer; 5). Pembuat kebijakan; 6). "Pihak ketiga" yakni pemerintah atau perusahaan asuransi kesehatan sebagai pembayar penyediaan pelayanan kesehatan.

Sebagai contoh, para profesional kesehatan cenderung memfokuskan kepada standar profesi, hasil-hasil klinis pasien, dan efisiensi. Pasien, lebih mengkaitkan kualitas dengan sikap para profesional kesehatan dalam memahami pasien, keterampilan dalam melakukan komunikasi, dan kinerja profesional kesehatan, sedang perspektif manajer biasanya dipengaruhi oleh data tentang aksesibilitas pelayanan (jam buka fasilitas pelayanan), efisiensi pelayanan (ada atau tidaknya *"bottleneck"* aliran proses pelayanan),

dan kepuasan pasien. Satu aspek yang sama dari suatu pelayanan kesehatan dapat dinilai secara berbeda oleh "stakeholders" yang berbeda. Sebagai contoh, profesional kesehatan dan manajer mungkin saja mempunyai pandangan yang berbeda dalam menilai aspek efisiensi.

2. Aspek Struktur, Proses, dan "Outcome" Pelayanan Kesehatan

Sesuai dengan matriks Donabedian tentang struktur, proses, dan "outcome" pelayanan kesehatan¹⁴, pemilahan aspek-aspek tersebut menentukan indikator-indikator yang akan dinilai. Indikator struktur memberikan informasi tentang penyediaan sumber daya yang dibutuhkan untuk mencapai standar kualitas, berkaitan dengan personalia, peralatan, keuangan, dan sebagainya.^{19,21}

Indikator proses menggambarkan kegiatan-kegiatan yang harus dilakukan untuk mencapai standar kualitas, berkaitan dengan diagnosis, terapi, rujukan, persepsian, dan sebagainya.^{19,21}

Indikator "outcome" menunjukkan tujuan akhir pelayanan yang diberikan pasien, misalnya ukuran-ukuran morbiditas, mortalitas, status kesehatan, kualitas hidup terkait kesehatan (*Health-Related Quality of Life*, HRQL), dan kepuasan.^{19,21} Dalam hal ini aitem-aitem yang terdapat dalam survei pasien yang sudah divalidasi dapat digunakan sebagai indikator "outcome" kualitas, misalkan indikator tentang kepuasan, pengetahuan, kepatuhan, maupun fungsi pasien.¹⁹

Telah dibuktikan secara umum hubungan antara variabel-variabel struktur dan proses lemah, tidak konsisten, atau bahkan paradoksikal.²² Demikian pula indikator hasil tidak berarti lebih baik daripada struktur dan proses dalam mengisyaratkan kualitas pelayanan. Mengapa? Karena hasil ("outcome") yang terukur pada pasien sesungguhnya hanya secara parsial merupakan hasil produksi pelayanan

kesehatan dan sering kali lebih dipengaruhi oleh faktor-faktor lain misalnya: riwayat alamiah penyakit (baca: "*natural history of disease*"), cadangan fisiologis pasien (dalam bahasa ekonomi kesehatan disebut "*stock of health*"), dan umur pasien.⁵

3. Metode untuk memperoleh informasi tentang indikator kualitas

Dua pendekatan metodologis untuk memperoleh dan memilih indikator kualitas¹⁹: (1) Sistematis; dan (2) Non-sistematis. Metode sistematis menggunakan bukti-bukti kuat riset untuk menghasilkan indikator kualitas, sehingga indikator yang dihasilkan memiliki validitas isi ("*content validity*"), sedang metode non-sistematis menggunakan konsensus untuk memperoleh dan memilih indikator kualitas, sehingga indikator yang dihasilkan memiliki validitas muka ("*face validity*"). Metode yang digunakan penting untuk diketahui, karena menentukan kualitas dari indikator kualitas – "*the quality of quality indicators*".

PENDEKATAN UNTUK MENGEMBANGKAN INDIKATOR KUALITAS

1. Non-Sistematis

Pendekatan non-sistematis mengembangkan indikator kualitas tidak berdasarkan bukti-bukti riset, melainkan berdasarkan data yang tersedia, kejadian-kejadian dalam kehidupan sesungguhnya, studi kasus, dan konsensus.¹⁹ Tidak berarti pendekatan-pendekatan tersebut tidak memiliki peran penting dalam penilaian dan perbaikan kualitas. Setidaknya indikator kualitas yang dikembangkan dengan cara konsensus memiliki validitas muka. Banyak indikator yang digunakan pejabat kesehatan ditentukan secara non-sistematis.

2. Sistematis: Berbasis Bukti

Pendekatan sistematis mengembangkan indikator kualitas berdasarkan bukti-bukti kuat dari desain riset yang sesuai.¹⁹ Sebagai contoh, jika efektivitas merupakan salah satu indikator terapi yang berkualitas, maka bukti-

bukti terkuat tentang efektivitas terapi diperoleh melalui *"Double-Blinded Randomized Controlled Trial"*. Makin kuat bukti yang digunakan, makin besar pula manfaat penerapan indikator-indikator tersebut dalam menurunkan morbiditas, mortalitas, atau perbaikan kualitas pelayanan. Sebagai contoh, pasien yang telah dikonfirmasi mengidap penyakit pembuluh darah koroner, sebaiknya diberikan terapi aspirin, kecuali jika terdapat kontraindikasi. Mengapa mengajukan indikator itu sebagai indikator kualitas terapi? Bukti-bukti kuat menunjukkan, pemberian "aspirin" berhubungan dengan perbaikan keadaan kesehatan pasien-pasien penyakit jantung koroner, meskipun bukti tentang dosis yang tepat masih belum jelas.

3. Sistematis: bukti dipadukan dengan konsensus

Kadang-kadang terdapat keterbatasan bukti-bukti ilmiah, yaitu bukti-bukti yang tersedia tidak memadai, tidak ada, atau secara metodologis lemah. Pada kasus seperti itu, bukti-bukti ilmiah perlu dipadukan dengan opini pakar (*"expert opinion"*) dalam mengembangkan indikator kualitas.¹⁹ Hanya saja sering terjadi ketidaksepakatan para pakar dalam menafsirkan bukti-bukti, sehingga diperlukan suatu metode untuk mengukur tingkat kesepakatan. Disinilah diperlukan suatu konsensus di antara para pakar.

Teknik konsensus merupakan teknik fasilitasi kelompok yang mengeksplorasi tingkat konsensus di antara sekelompok pakar, dengan cara mensintesis dan mengklarifikasi pendapat pakar untuk memperoleh opini konsensus sebagai agregasi antara opini kelompok dan opini individual.¹⁹ Dalam hal ini keputusan-keputusan kelompok dari opini profesional lebih disukai daripada keputusan-keputusan individual sebab lebih konsisten. Keputusan individual cenderung mengalami bias individual dan memiliki tingkat reproduisibilitas rendah.

METODE UNTUK MENGEMBANGKAN INDIKATOR KUALITAS

Dikenal sejumlah metode telah digunakan dan dipublikasikan untuk mengembangkan indikator kualitas¹⁹: 1). Teknik Delphi; 2). Metode RAND; 3). Teknik Kelompok Nominal.

Teknik Delphi

Teknik delphi merupakan metode interaktif terstruktur menggunakan kuesioner anonim yang disampaikan beberapa kali kepada para panelis.¹⁹ Para panelis kemudian memberikan peringkat atau nilai bergiliran beberapa kali. Tahap-tahap teknik delphi sebagai berikut¹⁹: 1). Mengidentifikasi masalah penelitian; 2). Membuat kuesioner pernyataan untuk diberi peringkat atau nilai; 3). Memilih panelis yang tepat; 4). Melakukan putaran pemberian peringkat atau nilai dalam kuesioner melalui pos secara anonim dan berulang-ulang; serta memberikan umpan balik hasil-hasil sementara (baik kuantitatif maupun kualitatif) antarputaran; 5). Membuat kesimpulan dan mengumpanbalikkan temuan-temuan.

Pemberian peringkat atau nilai dianjurkan untuk dilakukan melalui pos atau secara terpisah antarpanelis, bukannya pertemuan tatap-muka. Mengapa? Karena untuk menghindari intimidasi oleh anggota panelis lainnya ataupun tekanan-tekanan kelompok terhadap opini seorang panelis. Meskipun terbatas, ada bukti-bukti validitas teknik delphi.^{23,24} Prosedur delphi dapat digunakan untuk mengembangkan indikator-indikator pelayanan klinis maupun di luar pelayanan klinis, misalnya indikator penyakit-penyakit kardiovaskuler, indikator perspektif pasien dan dokter umum tentang penyakit-penyakit kronis, maupun indikator-indikator manajerial.¹⁹

Metode RAND

Dalam metode ini sekelompok panelis secara formal, sistematis, dan kuantitatif memadukan opini-opini pakar dengan bukti-bukti ilmiah (kajian sistematis literatur), lalu

memberikan peringkat atau nilai, mendiskusikannya, lalu memberi peringkat atau nilai kembali.¹⁹ Tahap metode RAND sebagai berikut¹⁹: 1). Menyeleksi keadaan-keadaan yang akan dinilai kualitasnya; 2). Kajian sistematis literatur terhadap bukti-bukti yang ada; 3). Membuat indikator-indikator awal untuk diberi peringkat atau nilai; 4). Memilih panel pakar; 5). Putaran pertama survei melalui pos yaitu para panelis diminta untuk membaca bukti-bukti terlampir dan memberi peringkat atau nilai terhadap indikator-indikator awal itu; 6). Pertemuan panel tatap muka dimana para panelis berdiskusi tentang indikator-indikator, dan menganalisis peringkat atau nilai akhir; (7) Membuat rekomendasi tentang indikator-indikator atau kriteria.

Tidak seperti teknik delphi, sebelum diskusi para panelis dikirimkan sebuah salinan kajian sistematis literatur disamping sebuah katalog indikator. Dalam beberapa putaran diskusi tidak ada indikator-indikator yang dibuang, sehingga tidak ada informasi potensial yang hilang. Cara ini meningkatkan kemungkinan bahwa para anggota panelis mendasarkan pendapatnya atas bukti-bukti ilmiah. Terdapat bukti-bukti yang menunjukkan validitas isi dari metode RAND.^{25,26} Selain itu, hasil penelitian menunjukkan bahwa dengan cara meningkatkan "cut off point" untuk menentukan konsensus (misalnya, menggunakan Kappa) di antara para panelis, maka reproduktibilitas indikator yang dikembangkan meningkat pula.²⁷

Namun demikian ada beberapa kritik tentang metode RAND.¹⁹ Diskusi tatap muka para panelis berpotensi mengakibatkan intimidasi jika terdapat kepribadian dominan di antara para panelis, meski peringkat setiap panelis diberi bobot yang sama, tidak tergantung apakah ia "vokal" atau tidak dalam diskusi. Keterbatasan lain, metode RAND biasanya hanya dapat dilakukan pada panelis dalam jumlah lebih sedikit daripada teknik

Delphi, jarang melibatkan pengguna indikator ataupun pasien, implikasi biaya tidak dipertimbangkan dalam pemberian peringkat atau nilai, dan indikator-indikator sejauh ini terbatas hanya digunakan untuk pelayanan klinis.

Teknik Kelompok Nominal

Dengan Teknik Kelompok Nominal ("*Nominal Group Technique*"), sekelompok pakar diminta untuk memunculkan gagasan-gagasan dan membuat prioritas gagasan, tetapi bukan merupakan teknik konsensus. Jika dipadukan dengan teknik Delphi, Teknik Kelompok Nominal dapat digunakan untuk mengembangkan indikator kualitas - misalnya, petunjuk praktik klinis di Inggris dan indikator-indikator persepsi.¹⁹

Kriteria Indikator Kualitas

Ibarat pepatah "tiada gading yang tak retak", hampir tidak mungkin menciptakan indikator yang sama sekali "*error free*" alias bebas kesalahan. Sejumlah karakteristik fundamental harus dimiliki oleh indikator kualitas, yaitu¹⁹: 1). *Akseptabilitas*; 2). "*Feasibility*"; 3). Reliabilitas; 4). Sensitivitas terhadap perubahan; 5). Validitas. Pengembangan indikator yang memperhatikan kriteria di atas akan lebih memastikan efektivitas indikator ketika digunakan dalam strategi peningkatan kualitas.

1. Akseptabilitas

Akseptabilitas merujuk kepada sejauh mana indikator kualitas dapat diterima untuk mengukur kualitas, baik oleh pihak yang dinilai maupun pihak yang menilai.¹⁹ Dalam pengembangan indikator secara konsensus berulang-ulang, melalui tahap pre-seleksi, pemberian peringkat dan nilai, uji reliabilitas, akan diperoleh sejumlah indikator potensial. Indikator-indikator potensial itu akhirnya direfleksikan kembali oleh tim peneliti indikator kualitas, bersama-sama dengan para profesional awam. Dengan menggali dan

mengakomodasi komentar serta pendapat pihak yang praktek profesionalnya akan dinilai, maka indikator yang dikembangkan akan dipandang "*reasonable*" untuk dicapai oleh mereka dalam batas waktu dan sumber daya yang tersedia. Sebagai contoh, Campbell *et. al.*²³, melakukan penilaian kualitas terhadap 60 praktik pelayanan kesehatan primer di Inggris. Agar akseptabel, maka para peneliti itu hanya menggunakan indikator-indikator kualitas yang dipandang dapat diterima dan valid oleh para perawat dan dokter yang bekerja pada praktek pelayanan tersebut.¹⁹

Kriteria akseptabilitas menjadi sangat penting karena isu sesungguhnya indikator kualitas tidak hanya menyangkut pengembangannya tetapi juga penerapannya. Sebaik apapun indikator tidak akan dapat diterapkan jika tidak diterima oleh pihak yang diukur maupun pihak pengukur.

2. "Feasibility"

"*Feasibility*" merujuk kepada sejauh mana indikator kualitas yang dikembangkan dapat digunakan untuk memperoleh informasi tentang kualitas pelayanan dengan akurat dan konsisten. "Feasibilitas" menjadi penting karena sebagian besar informasi tentang kualitas pelayanan lebih ditentukan oleh ketersediaan dan kualitas data daripada pertimbangan epidemiologis dan klinis (pengukuran kualitas tidak dapat dilakukan tanpa sistem informasi yang akurat dan konsisten).¹⁹

Seandainya indikator kualitas bisa diterapkan ke dalam sistem informasi rutin maka akan lebih disukai oleh banyak pihak. Penggunaan data rutin untuk tujuan penilaian kualitas menarik bagi para peneliti, profesional kesehatan, manajer, dan pembuat kebijakan, karena sejumlah alasan²⁰: 1). Data sudah tersedia; 2). Berpotensi sebagai sumber yang kaya informasi menyangkut sejumlah besar pasien; 3). Lebih mudah dilakukan daripada melakukan studi eksperimen jangka panjang.

Masalahnya, di banyak negara (termasuk Indonesia), data administrasi tingkat makro (pejabat kesehatan pada tingkat atas atau menengah) maupun tingkat mikro (rekam medis perorangan) sering tidak konsisten atau tidak akurat. Rekam medis merupakan sumber yang buruk untuk mengumpulkan data tentang pelayanan preventif dan simtom-simtom.²²

3. Reliabilitas

Indikator kualitas yang baik harus memberikan temuan kualitas yang tidak jauh berbeda ketika digunakan untuk mengukur kualitas pelayanan organisasi atau praktisi atau seting lainnya yang serupa. Untuk membuat organisasi atau praktisi atau seting serupa, maka indikator tersebut secara eksplisit perlu menyingkirkan "*confounding factors*" melalui kriteria eksklusi dan inklusi^{19,20}, misalnya: interval umur, ko-morbiditas (baca: penyakit yang ikut "*nimbrung*" pada subyek selain penyakit utama yang diteliti), "*case-mix*" (baca: kompleksitas kasus), dan diagnosis klinis. Setelah diterapkan kepada suatu organisasi atau kelompok subyek atau seting, maka suatu indikator yang baik diharapkan "*reproducible*", "*replicable*", ataupun "*reliable*" untuk diterapkan ke organisasi atau kelompok subyek atau seting lainnya yang serupa, dengan hasil yang tidak jauh berbeda.

Seperti halnya alat ukur umumnya, pengembangan indikator kualitas mengenal pula terma reliabilitas yang sangat terkenal (sehingga nyaris membosankan), yaitu "reliabilitas intra pengamat" dan "reliabilitas antarpengamat". Reliabilitas antarpengamat (bahasa "*sono*"nya disebut "*inter-rater reliability*") merupakan prasyarat validitas, didefinisikan sebagai tingkat kesepakatan antara beberapa pengguna yang berlainan dari sebuah instrumen terhadap sampel yang sama.^{22,28,29} Indikator potensial yang memiliki koefisien kesepakatan kappa Cohen < 0.60 merupakan indikator yang tidak reliabel, sedang nilai kappa diatas 0.6 menunjukkan kesepakatan yang

baik atau sangat baik, sehingga indikator tersebut dikatakan reliabel.^{30,31}

4. Sensitivitas terhadap Perubahan

Indikator kualitas yang baik harus mampu mendeteksi perubahan kualitas pelayanan³², baik perubahan longitudinal (*"within subjects"*) maupun *"cross-sectional"* (*"between subjects"*).³³ Apabila terdapat perubahan besar kualitas dalam suatu kurun waktu dan indikator kualitas tidak mendeteksi perubahan tersebut, maka indikator tersebut boleh dibilang "tumpul", "tumpul", alias tidak sensitif. Sebaliknya apabila perubahan-perubahan kecil saja bisa dideteksi oleh indikator, maka indikator tersebut mungkin sensitif, tetapi mungkin juga tidak sensitif jika perubahan yang terjadi sebenarnya hanya merupakan artefak (dalam bahasa biostatistik disebut *"random fluctuation"*, *"random error"*, atau *"chance variability"*, dalam bahasa ekonometrik disebut *"noise"*). Sensitivitas terhadap perubahan merupakan kriteria penting tetapi sering dilupakan orang.¹⁹

5. Validitas

Indikator kualitas yang baik harus mengukur apa yang seharusnya diukur yaitu kualitas. Sebagian besar indikator kualitas dipandang valid jika dikembangkan berdasarkan bukti-bukti kuat dari *"Randomized Controlled Trial"* (RCT). Dengan kata lain, premis yang digunakan jika dibuat berdasarkan RCT maka suatu indikator dipandang memiliki validitas isi (*"content validity"*). Selanjutnya, sejauh mana indikator-indikator yang dikembangkan melalui metode lain misalnya konsensus panel mendekati hasil-hasil indikator yang dikembangkan dari RCT (dipandang sebagai *"golden standard"*) merupakan persoalan validitas kriteria (*"criterion validity"*), baik validitas sewaktu (*"concurrent validity"*) maupun validitas prediktif (*"predictive validity"*). Pertanyaan yang harus dijawab berkaitan dengan validitas prediktif, sejauh mana indikator memiliki kemampuan memprediksi hasil dari kualitas

pelayanan?¹⁹ Konsensus panel itu sendiri diperlukan untuk meningkatkan validitas muka (*"face validity"*).¹⁹

Studi Campbell *et.al.*¹⁹ menunjukkan bahwa indikator yang sebelumnya dikembangkan oleh panel pakar ternyata tidak dapat dioperasionalisasikan, tidak reliabel, dan jarang yang bermanfaat.²⁹ Dari temuan itu Campbell *et.al.*¹⁹ menganjurkan pentingnya melakukan ujicoba di lapangan (*bahasa kerennya "field testing"*) secara ekstensif (sekali lagi: secara ekstensif) sebelum dapat digunakan di dalam penilaian kualitas.²⁹ Jika telah dilakukan uji lapangan secara luas, maka indikator yang dihasilkan oleh panel pakar akan memiliki validitas dan reliabilitas. Temuan itu juga memberikan bukti tambahan bahwa indikator yang dikembangkan dengan metode (panel) RAND adalah valid dan reliabel untuk menilai kualitas pelayanan klinis.

KESIMPULAN

Telah dikupas berbagai aspek kualitas pelayanan kesehatan, khususnya cara mengembangkan indikator kualitas. Indikator kualitas merupakan elemen-elemen praktek pelayanan kesehatan yang spesifik dan terukur, dikembangkan berdasarkan bukti-bukti dan konsensus, sehingga dapat digunakan untuk menilai kualitas pelayanan kesehatan. Sejumlah faktor mempengaruhi pengembangan indikator kualitas: (1) Perspektif *"stakeholders"*; (2) Aspek pelayanan kesehatan yang kualitasnya akan dinilai - struktur, proses, dan *"outcome"*; dan (3) Metode yang digunakan untuk mengembangkan indikator. Indikator kualitas yang baik perlu memperhatikan sejumlah kriteria penting: (1) Akseptabilitas; (2) *"Feasibility"*; (3) Reliabilitas; (4) Sensitivitas terhadap perubahan; (5) Validitas. Indikator kualitas yang baik juga perlu dengan jelas memberikan batasan tentang pelayanan yang dimaksud, dan pelayanan tersebut harus dalam jangkauan kendali pihak yang memberikan pelayanan, sehingga dapat diterapkan dalam upaya perbaikan kualitas.

KEPUSTAKAAN

1. Departemen Kesehatan. Visi Pembangun Kesehatan "Indonesia Sehat 2010". www.depkes.go.id/publikasi.
2. Departemen Kesehatan. Perjalanan Menuju Indonesia Sehat 2010. www.depkes.go.id/publikasi.
3. Rakich, J.S., Longest, Jr. B.B., Darr, K. Managing Health Services Organizations. Baltimore: Health Professions Press, Inc., 1992.
4. Brook, R.H., Ware, J.E., Rogers, W.H. Does Free Care Improve Adults' Health?: Results from a Randomized Controlled Trial. *N Engl J Med*. 1983; 309:1426-34.
5. Brook, R.H., McGlynn, E.A., Shekelle, P.G. Defining and Measuring Quality of Care: A Perspective From US Researchers. *Int J Qual Health Care*. 2000; 12(4): 2181-295.
6. Blendon, R.J., Schoen, C., Donelon, K., et.al. Physicians' View on Quality of Care: a Five Country Comparison. *Health Aff*. 2001; 20:233-43.
7. McLoughlin, V., Leatherman, S. Quality or Financing: What Drives Design of the Health Care System? *Qual Saf Health Care*. 2003;12:136-42.
8. Chassin, M.R., Galvin, R.W. The National Roundtable on Health Care Quality. The Urgent Need to Improve Health Care Quality. *JAM*. 1998; 280(11): 1000-5.
9. Kassirer, J.P. The Quality of Care and the Quality of Measuring it. *N Engl J Med*. 1993; 329 (17):1263-5.
10. Institute of Medicine. To Err is Human. Washington, DC: National Academic Press. 2000.
11. Wilson, R. McL., Runciman, W.B., Gibberd, R.W., et.al. The Quality in Australian Health Care Study. *Med J Aust*. 1995; 163:458-71.
12. Schuster, M.A., McGlynn, E.A., Brook, R.H. How Good is the Quality of Health Care in the United States? *Milbank Quarterly*. 1998; 76: 517-63.
13. Soumerai, S.B., McLaughlin, T.J., Spiegelman, D., Herzmark, E., Thibault, G., Goldman, L. Adverse Outcomes in Elderly Survivors of Acute Myocardial Infarct. *JAMA*. 1997; 277:115-21.
14. Donabedian, A., Wheeler, J.R.C., Wyszewlanski I. Quality, Cost and Health: an Integrated Model. *Med care*. 1982; 20:975-92.
15. Lawrence, M., Olesen, F., et al. Indicators of Quality Health Care. *Eur J Gen Pract*. 1997; 3:103-8.
16. Sharp, D.J. Quality Indicators for Mental Health in Primary Care: How Far Have We Got? *Qual Saf Health Care*. 2003; 12:85-6.
17. Marshall, M., Campbell, C., Hacker, J., et.al. Eds. Quality Indicators for General Practice. London: Royal Society of Medicine. 2002.
18. Buck, D., Godfrey, C., Morgan, A. Performance indicators and Health Promotion Targets. Discussion Paper 150. York: Centre for Health Economics, University of York. 1996.
19. Campbell, S.M., Braspenning, J., Hutchinson, A., Marshall, M. Research Methods Used in Developing and Applying Quality Indicators in Primary Care. *Qual Saf Health Care*. 2002; 11:358-64.
20. Powell, A.E., Davies, H.T.O., Thomson, R.G. Using Routine Comparative Data to Assess the Quality of Health Care: Understanding and Avoiding Common Pitfalls. *Qual Saf Health Care*. 2003; 12:122-8.
21. Wright, C.C., Whittington, D. Quality Assurance: an Introduction for Health Care Professionals. Edinburgh: Churchill Livingstone. 1992.
22. Lau, R.R., Williams, H.S., Williams, L.C. et.al. Psychosocial Problems in Chronically ill Children: Physician Concern, Parent Satisfaction, and the Validity of Medical Records. *J Commun Health*. 1982; 7:250-61.

23. Campbell, S.M., Cantrill, J.A. Research Note: Concensus Methods in Prescribing Research. *J Clin Pharm Ther.* 2001; 26:5-14.
24. Hasson, F., Keeney, S., McKennatt. Research Guidelines for the Delphi Survey Technique. *J Advan Nurs.* 2000; 32:1008-15.
25. Shekelle, P.G., Kohan, J.P., Bernstein, S.J., et.al. The Reproducibility of a Method to Identify the Overuse and Underuse of Procedures. *N Engl J Med.* 1998; 338:1888-95.
26. Merrick, N.J., Fink A., Park, R.E., et.al. Derivation of Clinical Indications for Carotid Endarterectomy by an Expert Panel. *Am J Public Health.* 1987; 77:187-90.
27. Shekelle, P.G., Kohan, J.P., Park, R.E., et.al. Assessing Appropriateness by Expert Panels: How Reliable? *J Gen Intern Med.* 1996; 10:81.
28. Brook, R.H., McGlynn, E.A., Cleary, P.D. Measuring Quality of Care. *N Engl J Med.* 1996; 335: 966-70.
29. Campbell, S.M., Hann, M., Hacker, J., Durie, A., Thapar, A., Roland, M.O. Quality Assessment of Three Common Conditions in Primary Care: Validity and Reliability of Review criteria Developed by Expert Panels of Angina, Asthma and Type 2 Diabetes. *Qual Saf Health Care.* 2002; 11:125-30.
30. Fleiss, J.L. The Measurement of Inter-Rater Agreement. In: Fleiss JL ed. *Statistical Methods for Rates and Proportions.* New York: John Wiley, 1981.
31. Altman, D.G. *Practical Statistics for Medical Research.* London: Chapman and Hall, 1991.
32. Mant, J., Hicks, N. Detecting Differences in Quality of Care: the Sensitivity of Measures of Process and Outcome in Treating Acute Myocardial Infarction. *BMJ.* 1995; 311:793-6.
33. Streiner, D.L., Norman, G.R. *Health Measurement Scales: a Practical Guide to their Development and Use.* Oxford: Oxford Medical Publications, 1995.