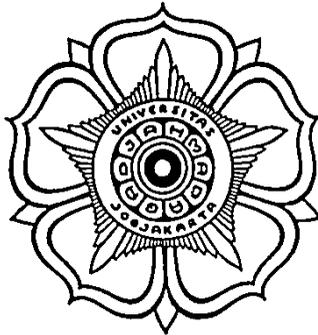


**MUTU PELAYANAN KESEHATAN DI INDONESIA:
SISTEM REGULASI YANG RESPONSIF**

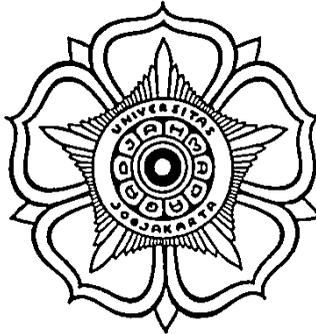


UNIVERSITAS GADJAH MADA

**Pidato Pengukuhan Jabatan Guru Besar
pada Fakultas Kedokteran
Universitas Gadjah Mada**

**Oleh:
Prof. dr. Adi Utarini MSc, MPH, PhD**

**MUTU PELAYANAN KESEHATAN DI INDONESIA:
SISTEM REGULASI YANG RESPONSIF**



UNIVERSITAS GADJAH MADA

**Pidato Pengukuhan Jabatan Guru Besar
pada Fakultas Kedokteran
Universitas Gadjah Mada**

**Disampaikan di Depan Rapat Terbuka Majelis Guru Besar
Universitas Gadjah Mada
pada Tanggal 25 Juli 2011
di Yogyakarta**

**Oleh:
Prof. dr. Adi Utarini MSc, MPH, PhD**



*Naskah pidato ini dipersembahkan
untuk ayahanda Prof. Drs. M.
Ramlan (alm) dan ibunda Harni
Ramlan (alm) serta didedikasikan
untuk meningkatkan mutu
pelayanan kesehatan bagi
masyarakat Indonesia.*

Assalaamu 'alaikum warrahmatullaahi wabarakaatuh

Yang terhormat,

Ketua, Sekretaris dan Anggota Majelis Wali Amanat Universitas Gadjah Mada,

Ketua, Sekretaris dan Anggota Majelis Guru Besar Universitas Gadjah Mada,

Ketua, Sekretaris dan Anggota Senat Akademik Universitas Gadjah Mada,

Rektor, para Wakil Rektor Senior dan Wakil Rektor Universitas Gadjah Mada,

Dekan dan para Wakil Dekan di lingkungan Universitas Gadjah Mada,

Segenap Sivitas Akademika Universitas Gadjah Mada,

Prof. Dr. dr. Sudijanto Kamso SKM dari Universitas Indonesia,

Prof. Dr. dr. H. Muhammad Alimin Maidin MPH dari Universitas Hasanuddin,

Prof. Dr. dr. Herkutanto SpF(K), SH, LLM, FACLM dari Universitas Indonesia,

Prof. dr. Suhartono Darmosukarto SpOG(K) dari Universitas Airlangga,

Prof. Dr. dr. Ahmad Arman Soebijanto MS dari Universitas Negeri Sebelasmaret,

Kementerian Kesehatan, serta

Para Tamu Undangan, Teman Sejawat, Dosen, Mahasiswa, dan Sanak Keluarga yang saya cintai,

Pertama-tama perkenankanlah saya menyampaikan puji syukur kehadirat Allah SWT yang telah senantiasa melimpahkan rahmat dan karuniaNya sehingga pada hari ini kita dapat berkumpul dalam keadaan sehat walafiat untuk menghadiri Rapat Terbuka Majelis Guru Besar Universitas Gadjah Mada. Selanjutnya saya ingin menghaturkan terima kasih yang tidak terhingga kepada Ketua dan Sekretaris Majelis Guru Besar yang telah memberikan kesempatan kepada saya untuk

menyampaikan pidato pengukuhan sebagai Guru Besar dalam Ilmu Kesehatan Masyarakat, dengan judul:

Mutu Pelayanan Kesehatan di Indonesia: Sistem Regulasi yang Responsif

Judul ini dipilih sebagai sebuah refleksi perjalanan karir saya dalam menimba ilmu, menggali pengalaman dan mendiseminasikannya agar bermanfaat bagi masyarakat. Sistematika pidato pengukuhan ini mencakup mutu pelayanan kesehatan, masalah mutu pelayanan dan keselamatan pasien serta kompleksitas sistem regulasi pelayanan kesehatan. Selanjutnya saya akan lebih memfokuskan naskah pidato ini pada regulasi mutu pelayanan dan keselamatan pasien. Berbagai pembelajaran di negara lain digunakan untuk mendiagnosis situasi di Indonesia dan memprediksi masa depan.

Hadirin yang saya hormati,

Mutu Pelayanan Kesehatan

Mutu merupakan istilah yang lazim diucapkan. Dalam bahasa percakapan, mutu berarti sesuatu yang baik, memuaskan, dan memperoleh pengakuan. Mutu didambakan oleh setiap orang pada setiap kesempatan, tidak terkecuali ketika menggunakan pelayanan kesehatan.

Berbicara mengenai mutu pelayanan kesehatan melayangkan ingatan pada bapak saya. “Dalam usia 80 tahun, beliau menderita penyakit tumor hati. Dalam kondisi koma, tubuhnya hanya mengandalkan pada asupan cairan dan oksigen. Tengah malam itu, kondisi bapak menurun drastis. Bersyukur tim *home care* rumah sakit dapat cepat dihubungi, dan perawat pun meluncur dengan sigap di tengah gelapnya malam. Dalam keadaan hamil 7 bulan mengandung anak pertama, sang perawat tetap menampakkan keceriaannya saat menyapa bapak. Dengan terampil dan tenang, ia memeriksa bapak, melakukan tindakan tepat atas saran dokter Spesialis yang menjadi ketua tim *homecare* serta menenangkan keluarga. Pukul 7 pagi keesokan harinya, seorang dokter Spesialis datang memeriksa,

berbincang dengan keluarga serta memberikan penjelasan secara gamblang menjelang hari-hari terakhir bapak. Kami menyadari bahwa kemampuan teknologi untuk menyembuhkan tumor hati memang belum tersedia di Indonesia pada saat itu. Akan tetapi tim *home care* telah menghadirkan sebuah pelayanan kesehatan yang bermutu.

Apakah pelayanan yang bermutu ini berlaku untuk setiap orang? Secara konseptual, setiap individu berhak mendapatkan pelayanan kesehatan yang bermutu. Mutu bukanlah sesuatu yang diperoleh karena kedekatan jarak tempat tinggal, kesamaan profesi, kekuasaan ataupun atribut pasien lainnya. Mutu adalah hak setiap pasien tanpa terkecuali. Naskah ini berusaha membahas mutu dengan pendekatan “*by design*”, bukan kebetulan, keberuntungan ataupun *privilege*.

Konsep mutu pelayanan kesehatan telah lama dipelajari. Sejak tahun 1966 Avedis Donabedian mengembangkan suatu kerangka evaluasi mutu pelayanan, yang terdiri dari struktur, proses dan *outcome* (Donabedian, 2003). Struktur adalah kondisi yang harus dipenuhi sebagai prasyarat untuk menyediakan pelayanan. Proses merupakan berbagai aktivitas dan prosedur yang dilakukan dalam memberikan pelayanan kesehatan, sedangkan *outcome* menunjukkan hasil dari suatu upaya, baik di tingkat individu ataupun populasi. Struktur yang memadai diperlukan untuk melakukan proses pelayanan yang ideal, agar menghasilkan *outcome* yang optimal. Dengan pemahaman ini, mutu bukanlah suatu ketidaksengajaan.

Pendekatan lain untuk menunjukkan pentingnya mutu pelayanan kesehatan adalah dengan mencermati karakteristik pelayanan yang buruk. Ernest A. Codman (1869-1940), seorang ahli bedah, telah lama menyadari bahwa manusia tidak mungkin lepas dari kesalahan. Dari 337 pasien yang ditanganinya pada kurun waktu lima tahun (1911-1916), lebih dari sepertiganya (36,5%) mengalami kejadian yang tidak diharapkan (KTD) (Neuhauser, 2002). Evaluasi ini dilakukan Codman secara sukarela dan hasilnya diinformasikan kepada khalayak luas. Sebuah kontemplasi yang kelak di kemudian hari baru dirasakan manfaatnya oleh sesama.

Hadirin yang saya muliakan,

Mutu pelayanan dan keselamatan pasien rumah sakit: Bukti empirik yang mengejutkan

Setiap orang pasti ingin mendapat pelayanan kesehatan yang bermutu dan bebas dari risiko. Pertanyaannya adalah, bagaimana memilih pelayanan kesehatan yang bermutu? Memilih pelayanan rumah sakit dapat diibaratkan seperti memilih restoran. Pada awalnya kita mungkin tertarik untuk mencoba restoran tertentu oleh karena dikunjungi banyak orang, pelayan yang ramah, makanan yang cepat tersaji, area parkir yang luas, dan tempat yang nyaman. Dimensi mutu pelayanan tersebut tentu saja penting, akan tetapi menjadi tidak berarti apabila masakannya ternyata tidak enak, apalagi bila setelah itu mengakibatkan diare, atau bahkan harus ditangani di rumah sakit. Memilih rumah sakit dapat dipengaruhi oleh banyak faktor: saran orang lain, dokter yang terkenal reputasinya, perawat yang ramah, pelayanan yang cepat serta bangunan fisik yang nyaman. Paradigma mutu pelayanan kesehatan juga bermula dari *service excellence* (pelayanan prima). Dalam perkembangannya, dimensi tersebut tidaklah cukup. Rumah sakit dipilih oleh karena pelayanan klinisnya yang prima (*clinical excellence*) serta mengutamakan keselamatan pasien (*patient safety*).

Pada saat ini mutu pelayanan kesehatan telah memasuki era keselamatan pasien. Pengalaman buruk yang menimpa Willie King, pada tahun 1995 di Amerika menjadi pemicu yang efektif. Pria berusia 51 tahun ini diketahui menderita gangren (luka membusuk) pada kaki kanannya akibat penyakit *Diabetes Mellitus*. Untuk itu direncanakan amputasi kaki kanannya untuk menyelamatkan nyawanya. Tragis, bukannya kaki kanan yang diamputasi, tetapi justru kaki kirinya yang sehat. Akibatnya, kedua kakinya pun teramputasi.

Sayangnya, Willie King bukanlah satu-satunya pasien yang menjadi “selebriti” dalam gerakan keselamatan pasien. “Kasus-kasus selebriti” lain bermunculan dengan spektrum yang beragam. Operasi pada sisi organ tubuh yang keliru, operasi pada pasien yang keliru, diagnosis yang tidak tepat, pemberian obat dengan dosis yang toksik, dan masih banyak lagi.

Masalah mutu pelayanan dan keselamatan pasien semakin

berkembang menjadi masalah kesehatan masyarakat yang serius. Meskipun secara alamiah pasien telah memiliki risiko akibat penyakit yang dideritanya, risiko akibat KTD tentu akan semakin memperparah kondisi pasien. Ibarat sudah jatuh, tertimpa tangga pula. Publikasi terbaru di Amerika tahun 2011 menunjukkan bahwa 1 dari 3 pasien yang dirawat di rumah sakit mengalami KTD. Jenis yang tersering adalah kesalahan pengobatan, kesalahan operasi dan prosedur serta infeksi nosokomial (Classen *et al.*, 2011). Studi di 10 rumah sakit di North Carolina menemukan hasil yang serupa. Satu dari 4 pasien rawat inap mengalami KTD, 63% diantaranya sebenarnya dapat dicegah (Landrigan *et al.*, 2010). Frekuensi KTD ini hampir 10 kali lebih tinggi daripada hasil penelitian pada periode tahun 1990-2005. Ternyata, upaya penurunan KTD di negara maju berjalan lambat.

Bagaimana halnya dengan di Indonesia? Di Indonesia keselamatan pasien telah menjadi perhatian serius. Penelitian pertama dilakukan di rawat inap 15 rumah sakit dengan 4500 rekam medik (Utarini *et al.*, 2000). Hasilnya menunjukkan angka KTD yang sangat bervariasi, yaitu 8,0% hingga 98,2% untuk *diagnostic error* dan 4,1% hingga 91,6% untuk *medication error*. Sejak itu, bukti-bukti tentang keselamatan pasien di Indonesia pun semakin banyak.

Mengingat masih tingginya angka KTD akibat tindakan medik di rumah sakit, slogan “*buy one, get one free*” tidaklah terlalu keliru. Alih-alih sembuh dari penyakit dan segera meninggalkan rumah sakit, beberapa pasien justru mendapat bonus KTD, mulai dari yang ringan hingga menimbulkan kecacatan dan kematian. Studi mengenai infeksi luka pasca operasi merupakan salah satu contoh slogan tersebut. Bukannya sembuh dan segera meninggalkan rumah sakit, pasien harus menjalani perawatan lebih lama akibat infeksi luka operasi. Hasil beberapa studi menunjukkan angka infeksi luka pascaoperasi di rumah sakit di Indonesia berkisar antara 11,5% hingga 47,7% (Manuaba, 2006; Priharto, 2005; Yulianto, 2007).

Sejak dicanangkannya gerakan keselamatan pasien pada tahun 2005 oleh Menteri Kesehatan RI, telah dikembangkan pula sistem pelaporan KTD secara sukarela di rumah sakit. Meskipun angka pelaporan KTD relatif masih rendah, yaitu hanya sekitar 300 kasus pada tahun 2009, hal ini cukup menggembirakan sebagai awal tumbuhnya budaya organisasi rumah sakit yang berorientasi pada

keselamatan pasien.

Hadirin yang berbahagia,

Kompleksitas sistem regulasi pelayanan kesehatan

Rumah sakit merupakan lingkungan yang tidak aman. Data statistik menunjukkan risiko kematian akibat KTD di Amerika Serikat mencapai 30.000 kali lebih tinggi dibanding dengan risiko kecelakaan pesawat. Oleh sebab itu diperlukan upaya pembenahan serius secara sistematis agar tercipta tingkat keselamatan pasien yang tinggi. Tanpa itu semua, mutu pelayanan dan keselamatan pasien hanyalah menjadi sebuah impian.

Sistem peningkatan mutu dan keselamatan pasien merupakan suatu rantai tindakan yang kompleks dan terintegrasi. Menurut Berwick (2002), rantai upaya peningkatan mutu berawal dari pengalaman pasien/masyarakat sebagai pengguna, proses pelayanan klinis di tingkat sistem mikro, konteks organisasi yang memfasilitasi pelayanan klinis, serta lingkungan eksternal yang mempengaruhi organisasi. Regulasi yang responsif akan mempercepat keberhasilan intervensi mutu pelayanan dan keselamatan pasien.

Mengapa mutu pelayanan kesehatan memerlukan regulasi? Dalam olah raga, permainan yang menarik tidak hanya membutuhkan pemain yang tangguh, akan tetapi juga aturan yang jelas dan wasit yang handal. Tanpa wasit, permainan dapat menjadi kacau. Demikian pula dalam pelayanan kesehatan. Pelayanan kesehatan yang bermutu membutuhkan pasien yang proaktif, proses pelayanan klinis yang terstandarisasi, rumah sakit yang tertata, serta sistem regulasi pelayanan kesehatan yang responsif. Sayangnya, regulasi pelayanan kesehatan tidak sesederhana peran wasit dalam cabang olah raga.

Sistem regulasi pelayanan kesehatan bersifat kompleks. Hal ini disebabkan oleh beberapa faktor (Field, 2008). Pertama, regulasi pelayanan kesehatan mengatur profesi yang langsung berkaitan dengan hidup dan mati manusia. Sekalipun praktek kedokteran berbasis bukti (*evidence-based medicine*) telah disosialisasikan sejak tahun 1990an, kaidah "*medicine as an art*" (yang bersifat individualistis) tampaknya masih sulit ditinggalkan. Penerapan standar

dan prosedur dalam penanganan penyakit juga bukan hal yang mudah.

Kedua, pelayanan kesehatan mempunyai spektrum jenis pelayanan yang sangat luas, meliputi tradisional, komplementer hingga moderen. Konsekuensinya jenis lembaga pelayanan kesehatan yang harus diregulasi pun sangat banyak dan beragam. Belum lagi lembaga pelayanan kesehatan yang memberikan kombinasi pelayanan “*east meets west*”. Tenaga non-kesehatan juga tak mau kalah. Mereka cenderung super kreatif dalam memberikan pelayanan kesehatan dengan slogan yang bombastis: menyembuhkan katarak tanpa operasi, mengatasi patah tulang dalam 5 menit, menyembuhkan kanker tanpa rasa sakit dan lainnya.

Faktor ketiga adalah jumlah penyedia pelayanan kesehatan yang tidak seimbang dengan kapasitas regulator. Data terkini menunjukkan bahwa Indonesia memiliki 8.000 Puskesmas, 22.000 Puskesmas pembantu, 1.671 rumah sakit pemerintah dan swasta. Belum lagi klinik, balai pengobatan, dan praktik swasta yang tidak terhitung jumlahnya. Tenaga dokter yang lebih dari 72 ribu dan perawat-bidan serta tenaga lainnya yang mendekati angka 400 ribu juga membutuhkan sistem regulasi yang baik agar tercipta tingkat mutu dan keselamatan pasien yang diharapkan (Rokx *et al.*, 2010; World Bank, 2009; Trisnantoro *et al.*, 2010).

Terakhir, regulasi pelayanan kesehatan semakin kompleks karena peran rangkap pemain sekaligus wasit dianggap lumrah. Di samping itu kapasitas pemerintah dalam menjalankan fungsi regulasi juga terbatas (Lagomarsino *et al.*, 2009; Utarini *et al.*, 2009). Sebagai ilustrasi, pada tahun 2005 propinsi DIY memiliki lebih dari 7.000 fasilitas pelayanan kesehatan dan hanya 10-15 orang regulator dari Dinas Kesehatan dengan kualifikasi pendidikan yang bervariasi dari SMA hingga S2 kesehatan. Minimnya jumlah regulator dan terbatasnya infrastruktur regulasi tak sebanding dengan peningkatan jumlah dan jenis pelayanan kesehatan yang seperti deret ukur.

Hadirin yang saya muliakan,

Regulasi Mutu Pelayanan dan Keselamatan Pasien

Regulasi praktek keselamatan di pelayanan kesehatan sangat

kontras dengan di sektor penerbangan. Penggunaan sabuk pengaman merupakan contoh regulasi penerbangan yang standar, berlaku universal, konsisten, dan dipatuhi semua orang. Prosedur keselamatan penumpang selalu dibacakan dan didemonstrasikan sebelum pesawat tinggal landas, baik di kelas ekonomi maupun bisnis. Keselamatan tidak memandang status “*frequent flyer*”. Tidak ada diskriminasi maupun pengistimewaan. Setiap 3-6 bulan, kapten penerbang wajib dicek status kesehatannya oleh Balai Kesehatan Penerbang, Direktorat Jenderal Perhubungan Udara, sebagai regulator. Sertifikat kesehatan dan hasil uji kompetensi berbasis keterampilan merupakan persyaratan wajib dalam lisensi terbang. Tanpa itu semua, kapten tak diijinkan terbang. Semua pesawat pun menjalani cek pemeliharaan dan keamanan, yang akan divalidasi oleh pemerintah sebagai regulator. Proses ini dilakukan dengan sangat cermat oleh karena pemerintah dan asosiasi penerbangan internasional dapat memberikan sanksi yang tegas berupa larangan terbang (*grounded*).

Di Indonesia, mutu pelayanan kesehatan dan keselamatan pasien telah mempunyai landasan hukum yang kuat. Undang-undang (UU) Kesehatan no. 36/2009 mengamanatkan bahwa pelayanan kesehatan yang aman, bermutu dan terjangkau merupakan tanggungjawab pemerintah dan hak setiap orang (pasal 5 dan 19). Demikian pula UU Praktik Kedokteran (UUPK) no 29/2004 dan UU Rumah Sakit (UURS) no 44/2009 tegas menyatakan bahwa mutu pelayanan dan keselamatan pasien merupakan dasar dan tujuan praktik kedokteran dan penyelenggaraan rumah sakit.

Kegiatan peningkatan mutu pelayanan dan keselamatan pasien disebutkan secara eksplisit dalam UUPK, antara lain melalui uji kompetensi dokter (pasal 6), kendali mutu, pelayanan sesuai standar dan audit medis (pasal 49, 51, 72, 74). Sedangkan UURS mencantumkan perizinan (pasal 25-28), audit kinerja dan audit medis (pasal 39), akreditasi (pasal 40), keselamatan pasien (pasal 43), serta pembinaan dan pengawasan internal (oleh Dewan Pengawas Rumah Sakit) dan eksternal (oleh Badan Pengawas Rumah Sakit) (pasal 54 dan 55). Secara khusus, Kementerian Kesehatan membentuk Komite Keselamatan Pasien Rumah Sakit pada tahun 2006. Di tingkat pemerintah daerah, aturan mengenai mutu pelayanan kesehatan dan keselamatan pasien telah pula disusun. Propinsi Kalimantan Timur

merupakan salah satu propinsi yang memiliki peraturan daerah khusus mengenai mutu. Tidak berlebihan apabila disimpulkan bahwa hukum sudah baik. Akan tetapi bagaimana implementasinya?

Hadirin yang berbahagia,

Kebutuhan akan strategi dalam sistem regulasi

Istilah regulasi mempunyai pemahaman yang luas. Regulasi tidak hanya terbatas pada produk hukum seperti UU, peraturan pemerintah/pemerintah daerah serta sistem untuk memantau kepatuhannya. Regulasi merupakan fungsi dari tata pamong (*governance*) yang melibatkan berbagai aktor pemerintah maupun non-pemerintah. Menurut Healy (2011), regulasi merupakan serangkaian strategi yang bertujuan untuk mengarahkan (*steering*) pada suatu rantai kegiatan atau perilaku tertentu yang diharapkan. Contoh perilaku tersebut adalah pemberian informasi kepada pasien untuk setiap tindakan medik yang akan dilakukan, penerapan prosedur operasi secara ketat, atau pemberian terapi sesuai standar. Dengan demikian, regulasi bukan merupakan tujuan akhir yang ingin dicapai, melainkan suatu cara untuk mencapai tujuan tertentu.

Strategi regulasi dibutuhkan untuk mengantisipasi dan mengelola perilaku yang bervariasi. Tengok saja beberapa fenomena berikut. Apotek dapat menjual antibiotika tanpa resep dokter (Hadi *et al.*, 2010). Regulasi bukannya tidak ada, tetapi implementasinya lemah. Contoh lain adalah obat TB disediakan gratis, akan tetapi tingkat penjualan obat TB di sektor swasta jumlahnya cukup untuk mengobati sejumlah 1 tahun pasien TB di Indonesia (Wells *et al.*, 2011). *International Standard for TB Care* dan strategi DOTS (*Directly Observed Treatment Shortcourse chemotherapy*) telah didiseminasikan ke rumah sakit, akan tetapi baru 40% rumah sakit yang menerapkannya, dengan mutu yang bervariasi (Probandari *et al.*, 2010).

Implementasi regulasi yang efektif membutuhkan peran banyak pelaku (*multiactors*) dan banyak strategi (*multi-strategies*). Sebagai contoh, bagaimana agar setiap dokter, termasuk dokter praktik swasta, dapat melaksanakan audit medis seperti yang diwajibkan dalam

UUPK? Tak jelas siapa yang seharusnya memfasilitasi, melatih, menyusun pedoman, apalagi memantau pelaksanaannya. Banyak pelaku yang perlu terlibat agar audit medis tidak menjadi *status quo*. Yang jelas, tanpa strategi regulasi maka peraturan hanyalah sebuah dokumen belaka.

Pengalaman di negara maju pun menggarisbawahi pentingnya banyak pelaku dan banyak strategi dalam sistem regulasi yang efektif. *There is no such a single magic bullet*. Akreditasi saja tidak dapat meningkatkan mutu pelayanan klinis di rumah sakit. Kementerian Kesehatan juga bukan pelaku tunggal yang melaksanakan regulasi pelayanan kesehatan. Demikian pula, advokasi dan pelatihan kepada dokter dan rumah sakit juga tidak memadai untuk menerapkan praktek penanganan TB sesuai standar. Pengembangan strategi regulasi yang tepat sangat dibutuhkan di Indonesia.

Hadirin yang saya muliakan,

Macam strategi regulasi: model piramida

Keselamatan pasien dan mutu pelayanan merupakan sebuah tujuan yang dapat dicapai melalui strategi regulasi. Healy (2011) mengadaptasi hirarki piramida dalam strategi regulasi, dimulai dari pendekatan yang paling lunak di lapis piramida terbawah hingga semakin tegas menuju ke puncak piramida. Strategi terlunak mengandalkan pada sifat sukarela dan informatif. Sedangkan strategi yang paling tegas bersifat wajib dan mempunyai implikasi legal. Secara bertingkat mulai dari piramida terbawah, strategi regulasi dapat berupa: (1) strategi sukarela; (2) mekanisme pasar; (3) strategi manajemen; (4) regulasi mandiri (*self-regulation*); (5) ko-regulasi; (6) metaregulasi; dan (7) strategi kontrol-perintah. Bagaimana penerapan strategi tersebut di Indonesia?

Strategi sukarela diterapkan oleh individu atau organisasi tanpa ada unsur paksaan. Penerapannya dapat melalui diseminasi informasi dan advokasi ke berbagai pihak serta kolaborasi penelitian untuk menghasilkan informasi mengenai keselamatan pasien dan mutu pelayanan. Sebagai ilustrasi, advokasi strategi DOTS ke praktisi swasta di propinsi DIY dan Bali dilakukan agar praktisi swasta dapat

menangani TB sesuai standar. Indonesia menduduki peringkat kelima dunia dalam jumlah penderita TB, dengan estimasi kejadian 430.000 kasus baru dan 61.000 kematian per tahun. Ini setara dengan satu pesawat Boeing 737 yang jatuh setiap dua hari dan menewaskan seluruh penumpangnya. Dengan mengadvokasi 1.300 praktisi swasta dalam waktu 1 tahun, jumlah kasus TB baru yang ditemukan hanya 237 (Utarini *et al.*, 2006). Hal ini merupakan sebuah bukti bahwa strategi sukarela dapat bermanfaat akan tetapi lambat dalam menghasilkan pelayanan yang bermutu bagi pasien.

Di Indonesia, sosialisasi dan pelatihan mutu dan keselamatan pasien telah dilakukan secara aktif oleh pemerintah dan institusi lainnya sejak 2005. Setelah lima tahun, profesi kesehatan dan rumah sakit mulai terbuka dan menyadari pentingnya mutu dan keselamatan pasien. Istilah *medical errors*, KTD tidak lagi menimbulkan resistensi. Secara sporadis, rumah sakit mulai menerapkan praktek keselamatan pasien. Penelitian mengenai keselamatan pasien dan mutu pelayanan kesehatan semakin banyak dilakukan, meskipun dengan protokol yang bervariasi. Sayangnya, hasil tersebut belum dapat diekstrapolasi ke tingkat nasional. Akibatnya data nasional pun belum kita miliki.

Strategi kedua, yaitu mekanisme pasar, merupakan strategi yang melibatkan kekuatan pasien/keluarga serta insentif-sangsi pembiayaan bagi penyedia pelayanan (Healy & Dugdale, 2009). Di Indonesia, 70% masyarakat masih membayar sendiri pelayanan kesehatannya (Kementerian Kesehatan, 2010). Informasi kesehatan semakin mudah diakses dan masyarakat pun semakin kritis dalam mengemukakan keluhannya terhadap pelayanan kesehatan. Akan tetapi, informasi mengenai kinerja fasilitas pelayanan kesehatan ke khalayak luas masih minimal.

Di beberapa negara maju, mekanisme *pay for performance* memberikan insentif finansial bila dokter menerapkan standar-prosedur berbasis bukti untuk mencapai *outcome* klinis tertentu (Rosenthal, 2008). Apakah hal ini mungkin diterapkan di Indonesia? Mekanisme *pay for performance* hanya dapat diterapkan dengan sistem mutu pelayanan kesehatan yang lebih mapan. Selain memerlukan pengukuran dan pelaporan mutu dari fasilitas kesehatan yang terstandarisasi, ketersediaan data klinis mutlak diperlukan. Penerapan standar-pedoman berbasis bukti serta ketersediaan

informasi mutu pelayanan bagi pasien juga harus dikembangkan. Demikian pula *database* klinis yang tersedia di lembaga jaminan dan asuransi kesehatan dapat diumpanbalikkan untuk meningkatkan mutu penyedia pelayanan yang dikontrak. Di Indonesia, belum tersedianya berbagai prasyarat tersebut merupakan realita yang tidak terbantahkan.

Insentif kepada profesi kesehatan juga tidak mencerminkan mutu dan keselamatan pasien. Yang paling tragis, dokter dibayar sama tanpa memandang tingkat mutu pelayanan yang diberikan. Penetapan insentif seksio sesarea misalnya, belum mempertimbangkan *outcome* dan berbagai risiko yang dapat terjadi, sekalipun ini menyangkut hidup dan mati dua orang sekaligus, yaitu ibu dan bayinya. Insentif ditetapkan berbasis volume pelayanan dan klas perawatan. Tidaklah mengherankan apabila evaluasi mutu pelayanan klinis seringkali justru kurang menyentuh klas perawatan VIP atau pasien pribadi. Sebaliknya, disinsentif juga tidak diterapkan jika misalnya terjadi infeksi luka pasca operasi atau KTD lainnya. Alhasil mutu pelayanan kesehatan bak barang mewah.

Sistem manajemen mutu merupakan strategi regulasi ketiga. Beberapa rumah sakit di Indonesia menerapkan sistem manajemen mutu, baik yang khusus dikembangkan untuk rumah sakit (misalnya akreditasi, *Joint Comission International*) maupun yang diadopsi dari industri lain seperti halnya sertifikasi ISO. Tidak jarang, rumah sakit menerapkan lebih dari satu sistem manajemen mutu sekaligus untuk menunjukkan komitmennya terhadap mutu. Pertanyaannya adalah apakah secara empirik dan operasional sistem manajemen mutu tersebut benar-benar dapat menghasilkan mutu pelayanan dan keselamatan pasien atautkah sekedar untuk publisitas rumah sakit?

Secara internasional, efektivitas sistem manajemen mutu untuk meningkatkan mutu pelayanan dan keselamatan pasien di rumah sakit belum cukup meyakinkan. Sistem manajemen mutu mempunyai fokus yang berbeda dengan mutu pelayanan klinis dan keselamatan pasien (Dugdale & Healy, 2009). Heuvel *et al.* (2005) misalnya, menunjukkan bahwa pencapaian keselamatan pasien tidak berbeda pada rumah sakit yang menerapkan ataupun tidak menerapkan sistem manajemen mutu. Selain itu, kontinuitas sistem manajemen mutu juga bervariasi (Wardhani *et al.*, 2009).

Di Indonesia, pengembangan sistem manajemen mutu dan tata pamong klinis (*clinical governance*) berjalan secara paralel tanpa titik temu. Sasaran mutu jarang mengakomodasi indikator keselamatan pasien dan mutu klinis. Manajemen risiko klinis juga belum digunakan untuk memperbaiki prosedur klinis. Hal ini diperparah dengan ironi bahwa manajemen mutu dan tata pamong klinis merupakan ‘urusan pihak manajemen’, sedangkan ‘urusan’ dokter adalah memberikan pelayanan langsung kepada pasien.

Strategi manajemen dapat mengoptimalkan aspek struktur, baik yang terkait dengan ketersediaan staf yang memadai, teknologi, maupun desain fisik dalam meningkatkan mutu dan keselamatan pasien (Healy, 2011). Sebagai ilustrasi adalah penggunaan sabuk pengaman bagi pengendara mobil. Sinyal akan berbunyi jika sabuk pengaman belum terpasang. Di rumah sakit, teknologi infus dengan abuket terbukti efektif untuk menurunkan kejadian flebitis dan nekrosis akibat pergerakan anggota tubuh pada tempat jarum infus terpasang.

Strategi regulasi keempat adalah regulasi mandiri yang dilakukan oleh suatu kelompok (misalnya organisasi profesi, asosiasi lembaga) untuk mengatur perilaku anggotanya. Mekanisme yang utama adalah akreditasi, tata pamong klinis dan penetapan standar. Sejak tahun 1990an, akreditasi rumah sakit telah diadopsi di sekitar 40 negara, termasuk di Indonesia. Sistem akreditasi bervariasi dari aspek: partisipasi rumah sakit (sukarela atau wajib), fokus standar (manajemen atau pasien), tingkat pencapaian standar (minimal atau optimal), monitoring pascaakreditasi dengan data *outcome* klinis, serta implikasi finansialnya. Sayangnya, akreditasi belum terbukti meningkatkan mutu pelayanan klinis dan keselamatan pasien.

Sebuah *systematic review* menunjukkan bahwa akreditasi secara konsisten memang mampu mendorong perubahan dan pengembangan profesional. Namun demikian, dampaknya terhadap pengukuran mutu tidaklah konsisten. Hasil akreditasi bahkan tidak terkait dengan kepuasan ataupun keselamatan pasien (Greenfield and Braithwaite, 2008) dan tidak menjadi alasan pasien merekomendasikan suatu rumah sakit kepada orang lain Sack *et al.*, 2011). Artinya, rumah sakit yang telah terakreditasi tidak serta merta menyediakan pelayanan klinis yang bermutu kepada pasien.

Di Indonesia, keterkaitan antara akreditasi dan mutu pelayanan rumah sakit sulit dibuktikan. Pertama, penelitian mengenai sistem akreditasi rumah sakit baru dilakukan secara sporadis. Kedua, data mutu *outcome* klinis pelayanan rumah sakit tidak tersedia secara nasional. Indikator SPM rumah sakit harus terlebih dahulu diukur secara sistematis. Selain jumlah indikatornya yang masif, panduan operasional dan piranti pengumpulan data yang standar belum tersedia. Jalan menuju ketersediaan data kinerja rumah sakit secara nasional masih amat panjang. Tanpa ketersediaan data *outcome* pelayanan yang dapat diperbandingkan antar rumah sakit, maka manfaat akreditasi hanya akan sebatas janji yang tidak harus ditepati.

Implementasi tata pamong klinis merupakan mekanisme strategi regulasi mandiri yang bertujuan untuk mempengaruhi perilaku klinisi dalam memberikan pelayanan kepada pasien. Peran organisasi profesi tentu tidak dapat diabaikan. Sebagai contoh, *Safe Surgery Check List* sebagai piranti keselamatan bagi pasien yang menjalani pembedahan, tidak mungkin dapat dilaksanakan tanpa komitmen organisasi profesi Bedah, Anestesi, Keperawatan dan profesi terkait lainnya. Pertanyaannya, apakah regulasi mandiri efektif untuk menerapkan standar-pedoman klinis?

Regulasi mandiri di profesi kedokteran mempunyai tradisi yang panjang. Sayangnya, pelaksanaannya mempunyai keterbatasan dalam hal otonomi, akuntabilitas, supervisi, transparansi dan fokus pada pasien (*patient-centredness*) (Healy & Dugdale, 2009). Di beberapa negara maju, tata pamong klinis dilaksanakan secara konsisten tanpa mengandalkan pada regulasi mandiri. Jika tidak ingin ditinggalkan pasien, akselerasi praktek klinis yang bermutu tinggi tentu tidak dapat begitu saja diserahkan kepada dokter. Perlu berbagai strategi regulasi yang koheren untuk menciptakan atmosfer yang kondusif.

Hadirin yang saya hormati,

Strategi ko-regulasi menggambarkan kerja sama antara pihak regulator internal dan eksternal (misalnya organisasi profesi kesehatan, asosiasi perumahsakit dan industri pelayanan kesehatan lainnya). Kajibanding (*benchmarking*), prosedur disipliner dan pembentukan dewan/komite penasehat yang terdiri dari beberapa

unsur regulator eksternal merupakan contoh ko-regulasi. Sedangkan strategi metaregulasi adalah strategi yang melibatkan lembaga regulator eksternal untuk memastikan kepatuhan regulasi internal-mandiri terhadap standar. Mekanisme metaregulasi antara lain dilakukan melalui audit klinis eksternal, pelaporan wajib keselamatan pasien dan indikator kinerja rumah sakit.

Peran dewan pengawas sangat penting dalam mutu pelayanan dan keselamatan pasien sebagai *core-business* rumah sakit. Karakteristik dewan pengawas terkait secara langsung dengan tingkat mutu pelayanan yang diberikan (Vaughan *et al.*, 2006). Bahkan di Amerika, *Getting Boards on Board* merupakan satu-satunya intervensi non-klinis dalam kampanye menurunkan lima juta KTD di rumah sakit. Setiap kali rapat dewan pengawas, diharapkan minimal 25% waktu digunakan untuk membahas masalah mutu dan keselamatan pasien. Selain itu, setiap tahun sekali seluruh dewan pengawas berkomunikasi dengan sekurangnya satu pasien/keluarga yang mengalami KTD yang serius (Conway, 2008). Dewan pengawas bahkan diwajibkan mengikuti pelatihan mutu dan keselamatan pasien selambatnya 6 bulan setelah diangkat.

Apakah mutu dan keselamatan pasien telah menjadi prioritas dewan pengawas rumah sakit di Indonesia? Pembentukan dewan pengawas rumah sakit sebagai profesi regulator baru menarik untuk dicermati. Umumnya, fungsi pengawasan lebih terfokus pada kinerja keuangan dan menganaktirikan tata pamong klinis. Padahal inilah esensi sebuah pelayanan kesehatan. Jika masalah tata pamong klinis hanya dilakukan di tingkat komite internal di rumah sakit, maka objektivitas komite menjadi sebuah keniscayaan. Konflik kepentingan karena peran rangkap “pemain” sebagai “wasit” menjadi tak terhindarkan.

Strategi meta-regulasi diharapkan dapat meningkatkan efektivitas regulasi internal dan mandiri. Meskipun belum banyak diadopsi di Indonesia, potensi strategi ini dapat dikembangkan antara lain melalui peran Badan Pengawas Rumah Sakit Indonesia dan Komite Keselamatan Pasien Rumah Sakit di tingkat pusat. Badan Pengawas Rumah Sakit dapat memantau kepatuhan dewan pengawas dalam melakukan fungsi pengawasan. Sedangkan Komite Keselamatan Pasien Rumah Sakit dapat memastikan tim keselamatan

pasien rumah sakit melakukan fungsi yang seharusnya. Strategi metaregulasi dilakukan oleh Badan Mutu Pelayanan Kesehatan di Propinsi DIY sebagai mitra Dinas Kesehatan dalam melakukan monitoring-evaluasi mutu tenaga kesehatan dan fasilitas pelayanan kesehatan (Utarini dan Djasri, 2005). Badan yang terbentuk pada tahun 2004 ini memiliki tenaga regulator yang terlatih dan keberlangsungannya secara finansial telah terbukti sejak lima tahun terakhir. Independensi badan ini diapresiasi oleh penggunanya.

Strategi regulasi yang terakhir adalah strategi kontrol yang bersifat memaksa dengan sanksi yang tegas. Mekanismenya dapat dilakukan melalui legislasi ataupun tuntutan publik. Contoh faktual adalah perijinan dokter yang didasarkan pada uji kompetensi oleh Konsil Kedokteran Indonesia. Di DIY uji kompetensi tenaga kesehatan selain dokter dilakukan oleh Badan Mutu Pelayanan Kesehatan. Demikian pula perijinan rumah sakit diberikan oleh Dinas Kesehatan berdasarkan penilaian oleh Badan Mutu Pelayanan Kesehatan.

Dalam perkembangannya, akreditasi rumah sakit di Indonesia pun mulai memasuki ranah strategi kontrol. UURS mewajibkan rumah sakit untuk melakukan akreditasi secara berkala minimal tiga tahun sekali, baik oleh lembaga independen di dalam maupun luar negeri (pasal 40). Akan tetapi dalam pelaksanaannya sampai dengan akhir 2010, baru 602 dari 1.378 (44%) rumah sakit terakreditasi. Sementara jumlah rumah sakit per Mei 2011 telah meningkat menjadi 1.671. Sekali lagi, percepatan pertumbuhan rumah sakit tak terkejar oleh kapasitas lembaga regulasi yang ada. Akibatnya, mutu bisa hanya menjadi sebuah retorika.

Hadirin yang terhormat,

Penutup: Apakah regulasi mutu pelayanan kesehatan dan keselamatan pasien telah responsif?

Secara desain, UU telah secara tegas mengatur mengenai mutu pelayanan kesehatan dan keselamatan pasien di rumah sakit. Namun demikian, kesenjangan antara norma-kenyataan dan teori-praktek di rumah sakit terus berlangsung. Implementasi regulasi pun seolah

kehilangan momentum.

Dengan penambahan jumlah fasilitas rumah sakit dan tenaga kesehatan yang tinggi, strategi sukarela individu ataupun lembaga pelayanan kesehatan tidak dapat diandalkan sebagai strategi utama di Indonesia. Demikian pula regulasi mandiri saja tidak cukup kuat untuk mendorong perilaku klinisi ataupun lembaga rumah sakit. Gencarnya advokasi dan diseminasi mengenai standar yang berbasis bukti yang telah dilakukan oleh organisasi profesi dan asosiasi rumah sakit bak gaung bahana di padang pasir. Terdengar suaranya, tapi tak terlihat aplikasinya. Mekanisme pasar sebagai strategi regulasi membutuhkan berbagai prasyarat untuk dapat dilaksanakan secara efektif. Masyarakat yang proaktif memerlukan informasi yang transparan mengenai kinerja rumah sakit, sebagai bagian dari hak untuk memilih pelayanan terbaik. Jaminan-asuransi kesehatan yang memprioritaskan pemenuhan *universal access* dapat terhenti pada konsep pemerataan, bila tanpa diikuti oleh “mutu untuk semua orang” sebagaimana didambakan oleh masyarakat.

Sebagai penutup naskah pidato ini, perkenankanlah saya mengajukan dua hipotesis. Hipotesis pertama adalah masa depan mutu pelayanan dan keselamatan pasien di Indonesia sangat bergantung pada mekanisme regulasi internal, ko-regulasi dan meta-regulasi. Agar responsif, setiap strategi perlu mengadopsi prinsip piramida regulasi. Sebagai contoh, akreditasi rumah sakit akan lebih responsif apabila berawal dari edukasi mengenai standar akreditasi, pemberian umpan balik yang positif kepada rumah sakit, implikasi finansial terhadap pencapaian akreditasi, pemberian pengakuan oleh asosiasi rumah sakit, hingga pemberian informasi kepada publik agar mendapat pengakuan dari khalayak luas. Lembaga yang melakukan akreditasi rumah sakit di Indonesia perlu direvitalisasi untuk meningkatkan efektivitas dan transparansinya. Selain itu, dibutuhkan banyak pelaku di pusat dan di daerah agar akreditasi menjadi strategi regulasi yang responsif.

Hipotesis kedua adalah strategi regulasi yang responsif tidak dapat diterapkan tanpa pengembangan profesi regulator pelayanan kesehatan. Seperti halnya para auditor ISO yang berprofesi sebagai auditor sejak awal karirnya, maka profesi regulator pelayanan kesehatan pun tidak perlu berbeda. Beragam spesifikasi profesi

regulator dibutuhkan di Indonesia: auditor klinis dan kinerja lembaga pelayanan, mitra bestari dan penyusun standar, pelatih standar dan sebagainya.

Bagaimana bila kedua hipotesis tersebut tidak terbukti? Kembali ke cerita yang telah dipaparkan di awal, maka pengalaman saya ketika menerima mutu pelayanan kesehatan yang tinggi dari RSUP Dr. Sardjito hanya akan menjadi sebuah pengalaman yang eksklusif dan *privilege* bagi saya. *Quality for all* (pelayanan kesehatan yang bermutu bagi semua orang) tidak dapat dirasakan oleh masyarakat luas. Dalam konteks ini, pengembangan sistem regulasi mutu pelayanan dan keselamatan pasien menjadi kunci untuk tidak saja menghasilkan pelayanan kesehatan yang “*doing the right things*”, akan tetapi mencapai “*doing things right*”.

Ucapan Terima Kasih

Terima kasih kepada Menteri Pendidikan Nasional atas keputusan untuk mengangkat saya sebagai Guru Besar dalam Ilmu Kesehatan Masyarakat di Fakultas Kedokteran Universitas Gadjah Mada. Terima kasih kepada Rektor, para Wakil Rektor Senior dan Wakil Rektor; Ketua, Sekretaris, dan anggota Senat Akademik; Ketua, Sekretaris dan anggota Majelis Guru Besar Universitas Gadjah Mada; Senat, Dekan dan Pengurus Fakultas Kedokteran yang telah menyetujui pengusulan ini; serta Prof. Dr. dr. Sudijanto Kamsu SKM dari Universitas Indonesia dan Prof. Dr. dr. H. Muhammad Alimin Maidin MPH dari Universitas Hasanuddin atas rekomendasinya.

Penghargaan yang tinggi saya persembahkan kepada guru-guru saya di SD Negeri II IKIP, SMP Negeri VIII, SMA Negeri III Yogyakarta dan Fakultas Kedokteran UGM sejak kepemimpinan Dr. dr. Radjiman, Prof. Dr. dr. Soenarto Sastrowijoto SpTHT(K), Prof. dr. Purnomo Suryantoro PhD, SpA(K), Prof. dr. Hardyanto Soebono SpKK(K), PhD dan Prof. dr. Ali Ghufron Mukti MSc, PhD. Terima kasih kepada dr. Rossi Sanusi MPA, PhD atas bimbingannya di Program Pendidikan Kedokteran Komunitas (PPKK). Terima kasih pula pada teman-teman sesama asisten mahasiswa yang pernah

bersama merajut arti pentingnya kerja tim, yaitu Prof. dr. Laksono Trisnantoro MSc, PhD, dr. Mubasysyir Hasanbasri MA, Dra. Yayi Suryo Prabandari MPsi, PhD, dr. Titi Savitri MA, PhD, dr. BJ Isti Kandarina PhD, dr. Ova Emilia SpOG, MMedSc, PhD, dan dr. Detty Siti Nurdiati SpOG, MSc, PhD. Saya bangga bekerja di PPKK dan kesempatan untuk melihat dunia yang lebih luas mengalir karena PPKK. Bersama dr. Kristiani MKes, saya mengikuti kursus *Clinical Epidemiology* di McMaster University, Canada. Terima kasih kepada Prof. dr. Victor N. Neufeld, Prof. Charles Goldsmith, Khursh Ahmed PhD, Prof. Geoffrey R. Norman PhD serta sekretaris sekaligus sahabat saya, Helena Collins.

Karir saya berpijak pada bagian IKM FK-UGM. Terima kasih saya haturkan kepada seluruh keluarga besar dosen, peneliti dan staf sejak kepemimpinan Prof. dr. Parmono Achmad MPH, dr. Doeljachman Moeljoharto SKM, MScPH, Prof. dr. Adi Heru Sutomo MSc, DcommNutr, Prof. dr. Ali Ghufron Mukti MSc, PhD, dan dr. Siswanto Agus Wilopo, SU, MSc, ScD. Terima kasih saya haturkan kepada dr. Muktihardjo, dr. Hersusanto MSc, dr. Joko Sarwono, Prof. dr. Hari Kusnanto DrPH, dr. Haripurnomo Kushadiwijaya MPH, PhD, Prof. dr. Hamam Hadi MS, ScD, serta para senior yang telah mendahului kita, khususnya dr. Suharyanto Supardi MPH, MSPH yang telah mengenalkan Ilmu Kesehatan Masyarakat yang nyaris tanpa batas pada saya. Kepada dosen muda di IKM, harapan ke depan terletak penuh pada semangat kalian. Terima kasih pula kepada teman-teman dosen dan staf di IKM dan PPKK (mbak Susi, mbak Diah, mbak Rina, mbak Ning, mas Marjuni, pak Hidayat, pak Mul dkk.) atas semua kebaikannya. Para asisten IKM saat itu, yang sekarang sudah mempunyai ‘nama’: Yodi (dr. Yodi Mahendradhata MSc, PhD), Anis (Anis Fuad SKed, DEA), Winny (Winny Setyonugroho Sked MTI), Lutfan (dr. Lutfan Lazuardi MKes, PhD), Donnie (dr. Riris Andono Ahmad MPH), Agus (dr. Agus Mutamakin MSc), Gita (dr. Yohana Gita Chandra), Nawi (dr. Nawi Ng, MPH, PhD), dan teman-teman. Melalui kalian semua, saya percaya pada keberhasilan *mentoring* dan *open recruitment* dosen. Terima kasih pula kepada tim bincang-bincang yang aktif menulis, tim arisan Metode Penelitian dan seluruh mitra penulisan publikasi.

Perjalanan karir selanjutnya adalah keterlibatan saya di Pusat

Studi Wanita UGM di bawah kepemimpinan Prof. Dr. dr. Noerhajati Soeripto serta Prof Dr. Ir. Mary Astuti MS. Melalui pusat ini lah saya memperoleh beasiswa dari *The British Council* untuk menempuh S2 di *Centre for International Child Health, University of College London*, Inggris, di bawah bimbingan Prof. Andrew Tomkins, Prof Anthony Costello, Keith Sullivan PhD, dan Susan Murray PhD. Dukungan suasana asrama mahasiswa Lutheran dan kota London yang kental akan musik klasik, serta kesempatan penelitian di RS Soeradji Tirtonegoro Klaten membuahkan gelar MSc pada tahun 1994.

Perkenalan saya dengan Anna Winkvist PhD berlanjut menjadi studi S3 di Umea University, Swedia. Hawa dingin, sungai yang membeku, kota yang sunyi senyap (tahun 1996) serta keasingan bahasa lokal justru menjadi semangat bagi saya (1996-2002). Bersyukur saya memiliki banyak kesempatan untuk konser piano di depan audiens yang hebat. Terima kasih Bu Elen Santosa dan bu Magdalena Hasan (alm) atas bekal keterampilan musik ini. Terima kasih untuk Prof. Stig Wall, Anna Winkvist PhD, Prof. Lennarth Nystrom PhD, dan Birgitta Astrom serta seluruh staf departemen dan teman seperjuangan. Terima kasih pula untuk dr Daniel Chandramohan PhD dari *London School of Hygiene and Tropical Medicine* di London, Inggris, dan dr Rossi Sanusi MPA, PhD atas bimbingannya. Jepara menjadi kota terpilih untuk tempat penelitian S3. Kepada dr Gunawan M. MKes, kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Jepara saat itu, kepala Puskesmas Mlonggo II, Mayong I, dan Batealit kala itu (1998-2001), dan para Juru Malaria Desa yang tangguh di ketiga Puskesmas tersebut serta para asisten peneliti (mbak Fahmi, mas Hary Sanjoto, mas Nuski Syaukani dan teman-teman). Tanpa mereka, gelar S3 saya tak kan pernah terwujud.

Kesempatan untuk mengaplikasikan ilmu mutu pelayanan saya peroleh melalui berbagai kegiatan: Evaluasi standar pelayanan di Kementerian Kesehatan; pembentukan divisi mutu dengan konsultan utama dr. Hanevi Djasri MARS di Pusat Manajemen Pelayanan Kesehatan di bawah kepemimpinan Prof. dr. Laksono Trisnantoro MSc, PhD saat itu beserta seluruh konsultan; Bapelkes Gombong dengan pimpinan dr. Tjahjono Koentjoro MPH, PhD saat itu, dan pengembangan regulasi mutu pelayanan di *Health Project V* Bank Dunia, pendirian Badan Mutu Pelayanan Kesehatan di propinsi DIY

sebagai bagian dari *Provincial Health Project I* Bank Dunia. Terima kasih kepada bu Puti Marzoeki, pak Pandu Harimurti, Claudia Fkox, Samuel Lieberman di Bank Dunia. Terima kasih pula kepada tim HPV propinsi Jawa Tengah dan tim PHP I propinsi DIY. Kepada pihak Dinas Kesehatan Propinsi dan Kabupaten-Kota khususnya di propinsi DIY, Jawa Tengah, Kalimantan Timur, Bali dan Jawa Barat, terima kasih atas kesempatannya untuk menerapkan berbagai idealisme. Terima kasih pula kepada mbak Upiek, mbak Novi, mbak Erma dan seluruh staf di PMPK yang melakukan tugasnya secara profesional.

Pengembangan regulasi berlanjut ke program pengendalian TB, dengan kepercayaan Subdit TB di Kementerian Kesehatan, yang dipimpin oleh dr. Carmelia Basri MEpid, dr. Jane Soepardi MSc, DSc, drg. Dyah Mustikawati MPH. Terima kasih pula kepada dr. Jan Voskens MPH, dr. Firdosi Mehta MPH, KNCV, WHO, IUATLD, dan Pusat Kedokteran Tropis FK UGM.

Awal perkenalan saya dengan penyakit TB berawal dari rasa “penasaran” untuk mengajak para praktisi swasta untuk menerapkan strategi DOTS. Proyek Fidelis (*Fund for Innovative DOTS Expansion through Local Initiatives to Stop TB*) IUATLD, evaluasi penerapan strategi DOTS di rumah sakit dengan WHO Indonesia dan DFID, kepercayaan yang diberikan oleh Subdit TB di Kementerian Kesehatan untuk mengembangkan strategi nasional untuk Program TB (2006-2010, 2011-2014) serta proposal Global Fund Round 8 dan 10 untuk TB dan kursus Internasional mengenai TB bergulir sejak tahun 2004 hingga sekarang. Penghargaan yang tinggi saya ungkapkan untuk tim TB yang hebat di Indonesia: dr. Carmelia Basri MEpid, dr. Jane Soepardi MSc, DSc, drg. Dyah Mustikawati MPH, dr. Siti Nadia Wiweko MPH, dr. Asik Surya MPPM, beserta seluruh tim di Subdit TB yang berdedikasi tinggi. Terima kasih pula kepada dr. Jan Voskens MPH beserta tim di KNCV, dr. Firdosi Mehta MPH beserta tim WHO TB Jakarta, Komite Ahli TB di bawah kepemimpinan Prof. Dr. dr. Sudijanto Kamso SKM. Seluruh penelitian TB tidak mungkin memberikan hasil yang optimal tanpa antusiasme dan dukungan para ko-peneliti dan asisten di penelitian TB: dr. Ari Probandari MPH, PHD, dr. Trisasi Lestari MPH, dr. Bobby M. Syahrizal MPH, Drs. Hary Sanjoto MPH, mas Arifin, mbak Nina dan seluruh tim di lapangan. Terima kasih pula kepada seluruh anggota tim Komite

DOTS DIY dan para wasor TB sebagai guru-guru TB saya.

Minat S2 Manajemen rumahsakit (MMR) dan Program Studi S2 IKM telah ‘membesarkan’ saya. Terima kasih kepada para pendiri MMR, alm Prof. dr. Makmuri Mukhlas PhD, SpKJ(K), Prof. dr. Sunartini Hapsara SpA(K), PhD, Prof. dr. Hari Kusnanto Josef DrPH, dan Prof. dr. Laksono Trisnantoro MSc, PhD. Terima kasih yang tulus kepada *board* MMR, dr. Andreasta Meliala MKes, MAS, Drs. Agastya MBA, MPM, Dyah Permata Kurnia Dewi ST, MKes dan seluruh dosen MMR yang sangat kompeten dalam ilmunya. Terima kasih setulusnya kepada staf MMR yang berkomitmen tinggi kepada lembaga MMR: mbak Aris, mbak Menik, mas Didik, mas Pram, mas Danding, mas Kirno, mas Hartono, mas Andhy, pak Bardjono, mbak Rina, pak Gimana, serta staf yang pernah bekerja di MMR sebelumnya. Lembaga pendidikan S2 MMR dapat berkembang karena kepercayaan yang tinggi dari para mahasiswa S2-S3 bidang manajemen rumah sakit, alumni serta rumah sakit, fasilitas pelayanan kesehatan, dan lembaga jaminan-asuransi kesehatan sebagai institusi pengguna.

Berbekal sedikit pengalaman di bidang pendidikan kedokteran, saya melanjutkan inovasi pendidikan di MMR dengan kurikulum terintegrasi berbentuk blok, menerapkan sistem pelatihan tim dengan transfer kredit ke S2 di propinsi Nusa Tenggara Barat atas dukungan GTZ (sekarang GIZ), serta memperbaharui model *e-learning* dengan GaMeL. Terima kasih kepada GTZ (khususnya ibu Gertrud-Schmidt Ehry, ibu Joyce Smith, mas Kiki, pak Mendra, pak Fahmi beserta tim, para mentor dan tim *Hospital Management Training* di propinsi Nusa Tenggara Barat yang hebat serta Peter Hill atas pengalaman yang luar biasa ini, yang kemudian dituangkan dalam buku pertama saya.

Keluarga memberikan kekuatan untuk melangkah. Pidato ini saya persembahkan untuk ayah dan ibu. Doa tiada henti untuk ayahanda Prof. Drs. M. Ramlan dan ibunda Harni Ramlan, yang telah menanamkan nilai ketekunan dan kerendahan hati. Kepada keluarga kakak kandung saya (Mas Adi Santosa, mbak Rini, Raras Aga dan Mas Adi Wibowo, mbak Titi, Bibis, Sita), serta keluarga besar Adnan Martowirono dan Siteo Wiromartono, terima kasih atas kehangatan keluarga selama ini.

Saya menghaturkan terima kasih setulusnya kepada mertua, Bapak Oetomo Moestidjo dan Ibu Sri Hartati atas keteladanannya.

Demikian pula kepada keluarga kakak-adik ipar: Mbak Ida-mas Hari, mas Bambang-mbak Ade, mbak Ratna-mas Dadik, mbak Ita-mas Untung, Yanti-Agung, semua keponakan, serta keluarga besar Kismosedhewo.

Terakhir dan terpenting adalah ucapan terima kasih yang setinggi-tingginya kepada suami tercinta, Prof. dr. Iwan Dwiprahasto MMedScPharm, PhD, yang mengajarkan kesabaran dan keikhlasan selama mendampingi saya. Untuk *my princess*, Putri Karina Larasati, sujud syukur kepada Allah SWT yang telah menghadirkanmu untuk melengkapi keluarga ini.

Akhir kata, perkenankan saya memanjatkan doa semoga kebaikan bapak dan ibu para hadirian sekalian beserta panitia acara pengukuhan ini dilipatgandakan amalannya oleh Allah SWT. Mohon maaf atas segala kekurangan dalam penyampaian pidato ini dan mohon doa restu untuk mengemban amanah ini dengan lebih baik di masa mendatang.

*Wabillaahittaufiq wal hidayah,
Wassalaamu 'alaikum warrahmatullaahi wabarokaatuh.*

Daftar Pustaka

- Berwick, D.M., 2002. A user's manual for the IOM's 'quality chasm' report. *Health Affairs* 21(3): 80-90.
- Classen, D.C., Resar, R., Griffin, F., Federico, F., Frankel, T., *et al.*, 2011. 'Global Trigger Tool' shows that adverse events in hospitals may be ten times greater than previously measured. *Health Affairs* 30 (4): 581-589.
- Conway, J., 2008. Getting boards on board: Engaging governing boards in quality and safety. *J Comm J Qual Patient Safety* 34(4): 214-220.
- Donabedian, A., 2003. *An Introduction to Quality Assurance in Health Care*. Oxford, Oxford University Press.
- Field, R.I., 2008. Why is health care regulation so complex? *Health Care Law* 33(10): 607-608.
- Greenfield, D. and Braithwaite, J., 2008. Health sector accreditation research: a systematic research. *Int J Qual Health Care* 20(3): 172-183.
- Hadi, U., Van den Broek, P., Kolopaking, E.P., Zairina, N., Gardjito, W., *et al.*, 2010. Cross-sectional study of availability and pharmaceutical quality of antibiotics requested with or without prescription (Over the Counter) in Surabaya, Indonesia. *BMC Infectious Diseases* 10: 203.
- Healy, J. and Dugdale, P., (eds) 2009. *Patient safety first: responsive regulation in health care*. Australia, Allen & Unwin.
- Healy, J., 2011. *Improving health care safety and quality: reluctant regulators*. England, Ashgate Publishing Limited.
- Heuvel, J.V.D., Koning, L., Bogers, A.J.J.C., Berg, M., Dijen, M.E.M.V., 2005. An ISO 9001 quality management system in a hospital: bureaucracy or just benefits? *Int J Health Care Qual Assurance* 18(5): 361-69.
- Kementerian Kesehatan RI, 2010. *Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) 2010*. Jakarta, Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan, Kementerian Kesehatan RI.
- Lagomarsino, G., Nachuk, S., Kundra, S.S., 2009. *Public stewardship of private providers in mixed health systems*. Washington DC, The Rockefeller Foundation.

- Landrigan, C.P., Parry, G.J., Bones, C.B., Hackbarth, A.D., Goldmann, D.A., *et al.*, 2010. Temporal trends in rates of patient harm resulting from medical care. *N Engl J Med* 363: 2124-2134.
- Manuaba, I.A.R.W., 2006. *Faktor risiko klinik pada tindakan pembedahan Urologi di Unit Bedah Sentral Badan Rumah Sakit Umum Tabanan*. Tesis. Yogyakarta, MMR, Program Studi S2 IKM, FK UGM.
- Neuhauser, D., 2002. Ernest Amory Codman MD. *Qual Saf Health Care* 11: 104-105.
- Priharto, L. 2005. *Outcome klinik pelayanan bedah pasca penerapan manajemen risiko di RSUD Koja 2003*. Tesis. Yogyakarta: MMR, Program Studi S2 IKM, FK UGM.
- Probandari, A., Lindholm, L., Stendlund, H., Utarini, A., Hurtig, A.K., 2010. Missed opportunity for standardized diagnosis and treatment among adult tuberculosis patients in hospitals involved in Public Private Mix for Directly Observed Treatment Short-course strategy in Indonesia: a cross-sectional study. *BMC Health Serv Res* 10: 113.
- Rosenthal, M.B., 2008. Beyond pay for performance-emerging models of provider-payment reform. *N Engl J Med* 359(12): 1197-1200.
- Rokx, C., Giles, J., Satriawan, E., Marzoeki, P., Harimurti, P., *et al.*, 2010. *New insights into the supply and quality of health services in Indonesia: A health workforce study*. Washington DC: The World Bank.
- Sack, C., Scherag, A., Lutkes, P., Gunther, W., Jockel, K.H. *et al.*, 2011. Is there an association between hospital accreditation and patient satisfaction with hospital care? A survey of 37000 patients treated by 73 hospitals. *Int J Qual Health Care* 23(3): 278-283.
- Trisnantoro, L., Soemantri, S., Singgih, B., Pritasari, K., Mulati, E., *et al.*, 2010. Reducing child mortality in Indonesia. *Bull World Health Organ* 88: 642.
- Utarini, A., Koentjoro, T., At Thobari, J., 2000. *Accreditation of health care organization, health professional and higher education institution for health personnel, Health Project V, Central Java Province*. Yogyakarta, Centre for Health Service

- Management, Faculty of Medicine, Universitas Gadjah Mada.
- Utarini, A., Djasri, H., Siswiyanti, V.D., Trisnantoro, L., 2009. Inovasi Fungsi Pemerintah dalam Regulasi. Dalam Trisnantoro L (ed). *Pelaksanaan Desentralisasi Kesehatan di Indonesia 2000-2007: Mengkaji pengalaman dan skenario masa depan*. Yogyakarta, BPFE.
- Utarini, A., Mahendradhata, Y., Syahrizal, B.M., Arifin, M., 2006. Engaging private practitioners: Scaling up public-private mix for TB control in Yogyakarta and Bali provinces. Yogyakarta, TORC Presentation.
- Utarini, A. dan Djasri, H., 2005. Pengembangan sistem regulasi pelayanan kesehatan: pengalaman di Yogyakarta. Dalam Trisnantoro L. *Desentralisasi Kesehatan di Indonesia dan Perubahan Fungsi Pemerintah: 2001 – 2003. Apakah Merupakan Periode Uji Coba?* Yogyakarta, Gadjah Mada University Press.
- Vaughan, T., Koepke, M., Kroch, E., Lehrman, W., Sinha, S., *et al.*, 2006. Engagement of leadership in quality improvement initiatives: Executive quality improvement survey results. *J Patient Saf* 2(1): 2-9.
- Wardhani, V., Utarini, A., van Dijk, J.P., Post, D., Groothoff, J.W., 2009. Determinants of quality management system implementation in hospitals. *Health Policy* 89: 239-251.
- Wells, W.A., Ge, C.F., Patel, N., Oh, T., Gardiner, E., *et al.*, 2011. Size and usage patterns of private TB drug markets in the high burden countries. *PloS ONE* 6(5):2 18964. doi:10.1371/journal.pone/0018964.
- World Bank, 2009. *Indonesia's doctors, midwives and nurses: current stock, increasing needs, future challenges and options*. Washington DC: The World Bank.
- Yulianto, W., 2007. *Pengaruh perubahan desain ruang operasi dan perubahan perilaku petugas di ruang operasi terhadap kejadian surgical site infection di rumah sakit Santa Maria Pemalang*. Tesis. Yogyakarta, MMR, Program Studi S2 IKM, FK UGM.

RIWAYAT HIDUP



Nama : Adi Utarini
 Tempat/tanggal lahir : Yogyakarta, 4 Juni 1965
 NIP : 19650604 199003 2 001
 Pangkat/golongan : IVa/Pembina
 Jabatan : Guru Besar
 Alamat rumah : Sukoharjo Indah blok K
 138, Ngaglik, Sleman,
 Yogyakarta
 Alamat kantor : Bagian Ilmu Kesehatan
 Masyarakat FK UGM

Keluarga

Suami : Prof. dr. Iwan Dwiprahasto, MMedScPharm, PhD

Anak : Putri Karina Larasati

Pendidikan

1998–2002 PhD in Public Health, Umea University, Sweden

1996–1997 MPH, Umea University, Sweden

1993–1994 MSc, University of College London, United Kingdom

1983–1989 Dokter, Fakultas Kedokteran UGM, Yogyakarta

Riwayat Pekerjaan

2003– Ketua Minat Manajemen Rumahsakit (MMR), Program Studi S2 IKM, FK UGM

2004- Dewan Kurator, Badan Mutu Pelayanan Kesehatan Propinsi DIY

2005– Anggota, Komite DOTS Propinsi DIY

2011– Ketua Komite Standar Akademik, S2 IKM, FK UGM

Publikasi

1. Claramita, M., **Utarini, A.**, Soebono, H., Van Dalen, J., Van der Vleuten, C.P.M., **2011**. Doctor-patient communication in a Southern Asian setting: the conflict between ideal and reality. *Adv Health Sci Educ Theory Pract.* 16(1):69-80.

2. Ahmad, R.A., Mahendradhata, Y., **Utarini, A.**, de Vlas, S.J., **2011**. Diagnostic delay amongst tuberculosis patients in Jogjakarta Province, Indonesia is related to the quality of services in DOTS facilities. *Trop Med Int Health* 16(4): 412-423.
3. **Utarini A.**, Schmidt-Ehry, G., and Hill, P., **2010**. *Hospital Management Training: New ways to improve services in Indonesia. A textbook and guide*. Jakarta, GTZ and Hospital Management UGM.
4. **Probandari, A.**, Lindholm, L., Stendlund, **H.**, **Utarini, A.**, **Hurtig, A.K.**, **2010**. *Missed opportunity for standardized diagnosis and treatment among adult tuberculosis patients in hospitals involved in Public Private Mix for Directly Observed Treatment Short-course strategy in Indonesia: a cross-sectional study*. *BMC Health Serv Res* 10: 113.
5. Mahendradhata, Y., Probandari, A., Ahmad, R.A., **Utarini, A.**, Trisnantoro, L., Lindholm, L., Van der Werf, M.J., Kimerling, M.E., Boelaert, M., Johns, B., *Van der Stuyft, P.*, **2010**. The incremental cost-effectiveness of engaging private practitioners to refer tuberculosis suspects to DOTS services in Jogjakarta, Indonesia. *Am J Trop Med Hyg* 82(6):1131-9.
6. Riyarto, S., Hidayat, B., Johns, B., Probandari, A., Mahendradhata, Y., **Utarini, A.**, Trisnantoro, L., Flessekaemper, S., **2010**. The financial burden of HIV care, including anti-retroviral therapy, on patients in three sites in Indonesia. *Health Policy Plan* 25(4): 272-82.
7. **Utarini, A.**, Djasri, H., Siswiyanti, V.D., Trisnantoro, L., **2009**. Inovasi Fungsi Pemerintah dalam Regulasi. Dalam Trisnantoro L (ed). *Pelaksanaan Desentralisasi Kesehatan di Indonesia 2000-2007: Mengkaji pengalaman dan skenario masa depan*. Yogyakarta, BPFÉ.
8. Hulu, O., Maruhawa, C.P.F., Probandari, A., **Utarini, A.**, Tjokrosonto, S., **2009**. *Medical Error dan Perilaku Klinis Petugas Kesehatan dalam Penatalaksanaan Malaria di RSU Gunung Sitoli Nias*. *Jurnal Manajemen Pelayanan Kesehatan* 12(1): 12-19.
9. Ahmad, R.A., Mahendradhata, Y., Cunningham, J., **Utarini, A.**, de Vlas, S.J., **2009**. How to optimize TB case finding:

- explorations for Indonesia with a health system model. *BMC Infect Dis* 9: 87-96.
10. Wardhani, V., **Utarini, A.**, van Dijk, J.P., Post, D., Groothoff, J.W., **2009**. Determinants of quality management system implementation in hospitals. *Health Policy* 89: 239-251.
 11. Probandari, A., **Utarini, A.**, Hurtig, A.K., **2008**. Achieving quality in the DOTS strategy implementation process: A challenge for hospital Public-Private Mix in Indonesia. *Global Health Action* 1, doi: 10.3402/gha.v1i0.1831.
 12. Mahendradhata, Y., Syahrizal, B.M., **Utarini, A.**, **2008**. Delayed treatment of Tuberculosis patients in rural areas of Yogyakarta province, Indonesia. *BMC Public Health* 26 (8): 393.
 13. Santoso, J., Mahendradhata, Y., **Utarini, A.**, **2008**. Cost-effectiveness jejaring BP4 dengan Puskesmas dalam penanganan Tuberkulosis. *Jurnal Respirasi Indonesia* 28(1): 32-38.
 14. Mahendradhata, Y., **Utarini, A.**, Lazuardi, U., Boelaert, M., Van der Stuyft, P., **2007**. Private practitioners and tuberculosis case detection in Jogjakarta, Indonesia: Actual role and potential. *TropMed Int Health* 12 (10): 1218-1224.
 15. **Utarini, A.**, Chandramohan, D., Nystrom, L., **2007**. Performance and role of active and passive case detection systems in Jepara district, Indonesia. *Asia-Pasific Journal of Public Health* 19 (1): 14-17.
 16. **Utarini, A.**, Nystrom, L., Chandramohan, D., Winkvist, A., **2007**. Interactions between malaria workers and clinical malaria patients in Jepara district, Indonesia. *Southeast Asian J Trop Med Public Health* 38 (6): 1-12.
 17. Hikmatin, I., Djasri, H., **Utarini, A.**, **2006**. Studi kasus deskriptif efektivitas pelaksanaan regulasi perijinan rumah sakit umum. *Jurnal Manajemen Pelayanan Kesehatan* 9(3): 129-133.
 18. **Utarini, A.** dan Djasri, H., **2005**. Pengembangan sistem regulasi pelayanan kesehatan: pengalaman di Yogyakarta. Dalam Trisnantoro L. *Desentralisasi Kesehatan di Indonesia dan Perubahan Fungsi Pemerintah: 2001 – 2003. Apakah Merupakan Periode Uji Coba?* Yogyakarta, Gadjah Mada University Press.
 19. Mahendradhata, Y. and **Utarini, A.**, **2005**. Public-private mix in TB control: the bill please. *Bulletin of WHO* 83(1): 78.

20. Prasudi, A. dan **Utarini, A., 2005.** Public-Private mix on TB control: Engaging Private practitioners in Kalasan sub-district, Yogyakarta province. *Jurnal Manajemen Pelayanan Kesehatan* 8 (3): 131-140.
21. Mahendradhata, Y., **Utarini, A., Tjahjono, K., 2004.** Development of Standards for accreditation of primary care services in Indonesia, *Quality in Primary Care* 12: 73-7.
22. **Utarini, A., 2003.** Malaria dan Regulasi Mutu Pelayanan Kesehatan, *Jurnal Manajemen Pelayanan Kesehatan* 6(1): 1-2.
23. Yudani, B.A.D. dan **Utarini, A., 2003.** Hubungan skor akreditasi rumah sakit dengan indikator mutu pelayanan klinik suatu studi kasus di Rumah Sakit Umum Daerah Banyumas. *Sains Kesehatan*, 16 (1).
24. **Utarini, A., Winkvist, A., Ulfah, M.F., 2003.** Rapid assessment procedures of malaria in low endemic countries: community perceptions in Jepara district, Indonesia. *Soc Sci Med* 56: 701-712.
25. Pangestuti, S., Tjahjono, K., **Utarini, A., 2002.** Benchmarking sistem akreditasi rumahsakit di Indonesia dan Australia. *Jurnal Manajemen Pelayanan Kesehatan*, 5(2): 93-100.
26. **Utarini, A., Winkvist, A., Pelto, G.H., 2001.** Appraising Rapid Assessment Procedures (RAP) studies in health: eleven critical criteria. *Human Organization*, 60(4): 390-400.