**Pengembangan Indikator Mutu Pelayanan Kesehatan: Pengalaman Denmark[[1]](#footnote-1)**

**Hanevi Djasri[[2]](#footnote-2)**

Sejak bergulirnya kesempatan menjadi Badan Layanan Umum (BLU) di Indonesia, maka berlomba-lomba Rumah Sakit Umum Daerah mengajukan diri untuk memperoleh status organisasi tersebut. BLU memang menjanjikan

Dimulai sejak tahun 2000 dan merupakan project mutliyear dengan budget sekitar US$ 1,5 juta/tahun (0,1% dari total anggaran kesehatan Denmark/tahun). Denmark sendiri terdiri dari 5 region/provinsi dengan total penduduk sekitar 5,5 juta orang, 1 juta admision ke RS/tahun, 6 juta rawat jalan/tahun dan 35 juta kunjungan ke dokter umum/tahun, dengan hampir seluruh pelayanan kesehatan diberikan oleh sarana pelayanan kesehatan pemerintah/publik. NIP dimulai karena adanya desakan dari organisasi profesi (terutama keperawatan) akan adanya indikator mutu di rumah-sakit terkiat dengan rencana pemerintah membentuk lembaga akreditasi (yang akhirnya baru terbentuk pada tahun 2002-2005). Desakan organisasi profesi ini kemudian didukung oleh kelima region Denmark dan oleh The Scientific Societies (yang umumnya terdiri dari para dosen & peneliti senior di fakultas kedokteran dan keperawatan). Stakholder ini kemudian diperluas sehingga meliputi Departemen kesehatan, National board of health, dan organisasi profesi lain.

Tujuan utama dari NIP adalah untuk memberikan informasi yang dapat mendorong adanya improvement (sedangkan proses improvement diserahkan kepada masing-masing sarana pelayanan kesehatan atau intitusi lain). Menggunakan rantai efek dari Berwick, maka informasi itu diberikan baik bagi pasien, dokter/praktisi, manajer dan juga pembuat kebijakan/peraturan. Berdasarkan hal ini maka prinsip utama pengembangan NIP adalah: Indikator dan standar disusun berdasarkan evidence based dan sesuai dengan penyakit utama di Denmark; Para anggota pelayanan kesehatan akan mengevaluasi dan menerjemahkan hasil sebelum di publish ke masyarakat; Informasi disebarluaskan kepada masyarakat; Menjamin semua berjalan sesuai dengan metode ilmiah dan transparan.

Pada saat ini (Oktober 2008), NIP terdiri dari 8 set indikator (jenis penyakit) yaitu: Stroke; Hip fracture; Acute GI surgery: Lung cancer; Heart failure; Schizophrenia; Diabetes; COPD (pemilihan penyakit ini berdasarkan kombinasi antara dari jumlah penyakit terbanyak dan masukan dari organisasi, pejabat region dan tokoh politik dan masyarakat). Seluruhnya tediri dari 115 *clinical indicators* yang kemudian menjadi kewajiban bagi seluruh RS untuk mengirimkan data tersebut. Berikut adalah gambar struktur organisasi dan tahap-tahap pengembangan dan penerapan indikator:



Gambar Strukur organisasi The Danish National Indicator Project (sumber DINP 2008, diolah). \*terdiri dari para health profesional (multidisplin) yang umumnya diusulkan oleh tim para ahli (the scientific society), 12-18 orang utuk setiap disease group. \*\*terdiri dari regional coordinator, hospital top management dan coordinator, kepala dan koordinator departemen.

**Tahap I: Pengembangan indikator**

Indikator dikembangan oleh disease group team, dengan fasilitasi dari NIP secretariat. Tahap-tahap pengembangan sebagai berikut:

* Rapat persiapan antara NIP Secretariat, Kepala Disease Group Team (dipilih yang paling senior/dihormati namun dianggap tidak akan mendominasi kelompok), The Documentalist (klinisi/profesional yang memiliki banyak pengalaman praktis dan ilmiah) serta Clinical epidemiologist.
* Pengembangan indikator awal
* Pencarian evidance based
* Heering dan uji coba (termasuk validasi indikator)
* Finalisasi indikator
* Konfrensi nasional

Secara lengkap, hasil yang diperoleh adalah sebagai berikut:

1. Set indikator, terdiri dari: Domain indikator; Indikator; Type indikator (umumnya indikator proses, namun selalu dilengkapi dengan indikator outcome); Standar pencapaian yang diharapkan (ditetapkan berdasarkan konsensus) ; Waktu pengukuran indikator
2. Evidance: berasal dari literartur review yang dapat menjawab mengapa indikator tersebut terpilih, apa hubungan antara indikator terpilih dengan prognosis pasien, serta argumentasi bahwa pemilihan indikator sesuai dengan the good clinical result dan the good clinical practice
3. Definisi data: terkait dengan kriteria inklusi, eksklusi dan spesifikasi data
4. Formulir registrasi data: meski sebagaian RS Demark telah mengimplementasikan elektronik rekam medik, namun masih dirasakan kebutuhan akan adanya formulir manual yang kemudian diinput ulang kedalam sistem data base NIP

**Tahap II: Uji coba**

Uji coba melihat sejauh mana kesiapan organisasi yang terlibat, berikut dengan logistik yang dibutuhkan. Secara spesifik uji coba dilakukan sebagai berikut:

* Interrater reliability (suatu studi ilmiah, dimana 2-3 orang dokter/perawat diminta untuk mengisi formulir NIP berdasarkan RM yang sama)
* Memastikan kriteria inklusi telah sesuai
* Memastikan pelaporan data dapat dilakukan secara lengkap (menggunakan validasi melalui layar komputer

**Tahap III: Pengambilan data**

Dilakukan oleh regional group team (lihat tabel pembagian tugas), dengan penanggung jawab operasional pengumpulan data adalah koordinator clinical department (umumnya adalah kepada SMF/kepala instalasi/departemen) Fasilitasi yang diberikan oleh NIP secretariat, berupa:

* Pemberian penjelasan kepada koordinator regional
* Menjelaskan set indikator, pengumpulan data, time frame, dsb
* Mengembangkan sistem IT termasuk mengimplementasi dan memberikan dukungan penggunaannya
* Menyediakan hot-line untuk menjawab pertanyaan indikator terkiat dengan tehnis medis/klinis dan juga penggunaan IT (melalui telefon dan juga website [www.nip.dk](http://www.nip.dk) )

Sistem “Clinical Performance Measurement” dikembangkan untuk dapat digunakan oleh lebih dari 2000 klinisi, tanpa perlu diberikan pelatihan. Berbasis web, pengembangan dilakukan oleh vendor profesional dan terintegrasi dengan The Danish Health Care Data Network (yang juga baru selesai dibangun) serta terintegrasi dengan data base sosial (seperti data kependudukan...Denmark telah memiliki sistem data kependudukan berdasarkan national specific identitifikation number).

**Tahap IV: Data analisis oleh clinical epidemiology unit**

Data yang terkumpul (dari setiap departemen, setiap RS dan setiap Region) dianalisis oleh clinical epidemiology unit, data disajikan dalam berbagai bentuk tabel dan grafik serta dengan penjelasan/analisis akan apa yang terjadi. Hasil analisis kemudian dipresentasikan dalam forum audit klinik.

**Tahap V: Clinical audit**

Berdasarakan presentasi hasil analisis clinical epidemiology unit. Tim audit klinik melakukan pembahasan tentang apa yang terjadi dan mengapa dapat terjadi, serta menyusun rekkomendari aktifitas yang perlu dilakukan. Audit dilakukan pada level nasional (1 tahun sekali) dan level regional (sesuai kebutuhan regional). Audit diikuti oleh Regional coordinator, top management dan juga oleh clinical departmen coordinator serta juga dihadiri oleh NIP secretariat.

**Tahap VI: Public release**

Keseluruhan hasil dari data mentah hingga hasil analisis dari tim clinical audit kemudian dipublish ke masyarakat melalui website. Terdapat 4 sasaran pembaca yang dituju: Pasien, Klinisi, Manajemen dan Regulator. Tantangan utama adalah bagaimana membuat informasi dapat diberikan dalam bentuk yang mudah dimengerti dan tidak menimbulkan efek negatif, utnuk tiu maka pendekatan yang diambil adalah:

1. Lower the cognitive effort (dengan gambar)
2. Highlight meaning (dengan cerita)
3. Move closer to actual experiences

Sejauh ini dampak yang diinginkan dari public realse telah diperoleh:

1. Bagi provider sangat senstifi dan responsif terdahap informasih yang diberikan
2. Bagi pasien, informasi tersebut berguna untuk menentukan sarana kesehatan yang dipilih (kadang dengan bantuan intrepertasi dari dokter keluarga)
3. Bagi klinisi juga diterima untuk mendorong keterlibatan mereka dalam improvement (meski sering sekali harus melalui 5 tahap reaksi: denial s/d acceptance)
1. Hasil mentorship program, ISQua, Kopenhagen, Denmark, 2008 [↑](#footnote-ref-1)
2. Anggota Kompartemen Mutu, Pengurus Pusat PERSI [↑](#footnote-ref-2)