

Clinical Indicators, Bagaimana Proses Pengembangannya di RS?

Hanevi Djasri dan Devi Tandra Sari

Indikator Klinis

Menurut ACHS (2001), indikator klinis adalah suatu alat ukur atau pengukuran untuk mengukur manajemen klinis dan outcome layanan kesehatan. Indikator klinis merupakan pengukuran yang obyektif dari proses atau outcome layanan terhadap pasien dalam bentuk kuantitatif. Sedangkan menurut Mainz (2003), indikator klinis adalah: (1) Langkah-langkah pengukuran tertentu yang menilai hasil pelayanan kesehatan, (2) Langkah-langkah pengukuran kuantitatif yang dapat digunakan untuk memantau dan mengevaluasi kualitas pelayanan, manajemen, klinis, dan mendukung fungsi-fungsi yang mempengaruhi hasil pada pasien, (3) Alat pengukuran, screening, atau standarisasi yang digunakan sebagai panduan untuk memonitor, mengevaluasi, dan memperbaiki kualitas pelayanan kepada pasien. Indikator klinis bukan merupakan standar pasti, melainkan lebih sebagai simbol atau tanda melalui pengumpulan dan analisis data untuk menjadi kewaspadaan bagi suatu organisasi akan kemungkinan adanya masalah dan atau sebagai peluang untuk memperbaiki pelayanan kepada pasien.

Banyaknya kejadian yang tidak diharapkan di rumah sakit menyebabkan adanya tuntutan dari masyarakat dan pemerintah agar rumah sakit mendesain ulang sistem pelayanannya supaya menjadi lebih aman di masa yang akan datang. Berlandaskan pada kenyataan tersebut maka harus ada metode yang digunakan secara rutin untuk memperbaiki dan meningkatkan pelayanan (Lee and Tan, 2002).

Indikator klinis digunakan sebagai alat bantu kualitas yang memungkinkan pengukuran yang obyektif untuk menilai apakah telah disediakan pelayanan yang prima bagi konsumen atau pasien. Indikator tidak menyediakan suatu jawaban pasti, karena memang dirancang untuk mengindikasikan masalah-masalah yang potensial yang mungkin dapat digunakan sebagai petunjuk, biasanya ditunjukkan dalam suatu data atau statistik (ACHS, 1997).

Terdapat dua kategori indikator klinis, yaitu rate-based dan sentinel event. Rate-based indicator atau berdasarkan tingkat kejadian menunjukkan seberapa besar kasus yang tidak diinginkan terjadi, yaitu jumlah kasus-kasus yang terjadi baik proses maupun outcome ditunjukkan sebagai numerator (pembilang) dibagi dengan jumlah total kasus-kasus risiko baik proses maupun outcome ditunjukkan sebagai denominator (penyebut). Angka dinyatakan dalam persentase. Sedangkan sentinel event adalah kejadian yang jarang atau mendeskripsikan suatu kejadian besar yang seharusnya diketahui dan dilaporkan (ACHS, 2001).

Proses Pengembangan Indikator Klinis

Penyusunan dan pengembangan indikator klinis menurut ACHS (2004) bertujuan untuk: (1) meningkatkan peran serta dokter dalam evaluasi dan kegiatan perbaikan mutu khususnya pelayanan klinis, (2) membuat dan menyediakan alat yang berguna sebagai simbol atau pertanda yang menyadarkan organisasi akan adanya masalah potensial dan peluang perbaikan pelayanan klinis, (3) membantu pengumpulan data nasional (surveilans), dan (4) mengembangkan indikator dalam penilaian akreditasi.

Adapun menurut Departemen Kesehatan RI (2001), suatu indikator harus memenuhi 4 kriteria, yaitu: (1) Sahih (valid), maksudnya yaitu bahwa indikator tersebut benar-benar dapat digunakan untuk mengukur aspek yang akan dinilai, (2) Dapat dipercaya (reliable), yaitu mampu menunjukkan hasil yang sama pada saat yang berlainan, untuk waktu sekarang maupun waktu yang akan datang jika dilakukan berulang kali, (3) Sensitif, maksudnya cukup peka jika digunakan untuk mengukur, sehingga tidak perlu menggunakan dalam jumlah yang banyak, (4) Spesifik, yaitu dapat memberikan gambaran perubahan ukuran yang jelas dan tidak rancu satu dengan lainnya.

Disebutkan oleh Katz and Green yang disitasi oleh Koentjoro (2007), bahwa untuk menentukan standar yang akan disusun dapat digunakan empat macam kriteria sebagai dasar untuk memilih proses yang menjadi prioritas, yaitu hal tersebut merupakan proses yang jumlahnya besar (high volume), berisiko tinggi (high risk), memerlukan biaya yang tinggi (high cost), dan relatif menjadi masalah (problem prone).

Menurut Collopy (2000), terdapat tiga prinsip dasar untuk pengembangan awal suatu indikator, yaitu: (1) hal tersebut mempunyai kepentingan klinis, contohnya frekuensi terjadinya komplikasi dalam operasi, (2) indikator tersebut dapat diterima oleh dokter maupun penyedia layanan kesehatan, dan (3) indikator tersebut tersedia datanya di organisasi layanan kesehatan tersebut.

Adapun tahap-tahap pengembangan indikator klinis menurut ACHS (2001), meliputi: (1) Pencarian literatur, melakukan wawancara dengan para klinisi, (2) Melakukan penerapan pengukuran indikator dalam lingkup organisasi pelayanan kesehatan untuk menentukan ketersediaan data yang relevan, (3) Pencapaian konsensus akhir melalui pertemuan kolegial. Sedangkan menurut Wollersheim et al. (2007) dalam mengembangkan indikator bisa dibuat berdasarkan literatur yang ada atau bahkan ditentukan sendiri melalui konsensus. Tahapan-tahapan pengembangan indikator ditunjukkan pada tabel 1.

Tabel 1. Tahapan Pengembangan dan Penerapan Indikator Klinis

<p>I. Pemilihan penyakit atau proses pelayanan</p> <p>Kriteria:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Merupakan masalah dalam pelayanan (variasi, tingkat keamanan yang rendah, menimbulkan biaya yang tinggi, banyak terdapat komplain, waktu tunggu yang lama)2. Penting untuk dibuat oleh suatu organisasi atau memiliki kepentingan moral3. Jumlah yang banyak (high volume)4. Memiliki bukti yang cukup <p>II. Pencarian literatur untuk indikator-indikator yang telah ada atau berdasarkan evidence-based guideline</p> <p>III. Konsensus grup</p> <ol style="list-style-type: none">1. Secara spesifik. Diambil dari evidence-based guideline2. Secara prioritas. Dipilih melalui expert panel berdasarkan manfaat kesehatan, efisiensi, kemungkinan untuk dapat diukur, dan dapat untuk diperbaiki <p>IV. Operasionalisasi. Proses untuk menentukan numerator dan denominator</p> <p>V. Ketersediaan data</p> <p>VI. Pelaporan</p> <ol style="list-style-type: none">1. Statistik, tabulasi, atau presentasi data2. Koreksi untuk case mix dan sosiodemografik3. Penjelasan hasil <p>VII. Penerapan di suatu sistem layanan kesehatan untuk peningkatan mutu</p>

Dalam mengembangkan indikator dapat menggunakan cara non sistematis, sistematis, serta kombinasi antara metode sistematis berdasarkan bukti dan pendapat para ahli (expert opinion). Pendekatan menggunakan metode non sistematis tidak berdasarkan pada bukti (evidence based), tetapi pengembangan indikator ini tetap bisa digunakan. Pengembangan metode non sistematis ini relatif cepat dan mudah karena dikembangkan hanya berdasarkan oleh satu studi kasus, misalnya kasus terminasi kehamilan pada anak usia 13 tahun. Dari kasus tersebut maka dapat dikembangkan suatu indikator yang berkaitan dengan kontrasepsi. Pendekatan metode sistematis dikembangkan atas dasar bukti (evidence based). Indikator yang dikembangkan berdasarkan bukti ini dapat digunakan untuk mengurangi morbiditas dan mortalitas, sebagai contoh seluruh pasien dengan penyakit jantung koroner harus mendapatkan aspirin dosis rendah (75 mg) kecuali terdapat kontra indikasi. Dalam hal ini berdasarkan hasil penelitian dikatakan bahwa aspirin memberikan manfaat bagi kesehatan pasien. Metode yang ketiga yaitu kombinasi antara metode sistematis dan pendapat para ahli maksudnya yaitu dalam pengembangan indikator berdasarkan pendapat dari para ahli dan dibutuhkan konsensus untuk menentukan indikatornya (Campbell et al., 2003).

Konsensus dapat dilakukan dengan berbagai macam cara, yaitu dengan mengadakan pertemuan para ahli atau menggunakan survey surat. Adapun yang menggunakan survey

surat meliputi: metode Delphi, RAND appropriateness method, dan iterated consensus rating procedure. Selain itu konsensus juga dapat dicapai dengan Nominal Group Technique (Campbell et al., 2003 dan Wollersheim et al., 2007)

Berikut ini adalah format indikator klinis menurut ACHS (1998), semua indikator klinis mempunyai struktur yang sama, yang terdiri dari: (1) Area, menjelaskan ruang lingkup utama pelayanan yang dituju, (2) Topik, merupakan target yang lebih spesifik dari area pelayanan, (3) Rationale, yaitu tujuan dikembangkannya indikator, (4) Definisi istilah (definisi operasional), menjelaskan istilah yang digunakan dalam indikator yang menjelaskan data yang dikumpulkan, (5) Tipe indikator, menjelaskan tujuan indikator dan apakah termasuk rate-based atau sentinel event, (6) Numerator, menjelaskan jumlah kasus yang termasuk dalam kriteria indikator (7) Denominator, menjelaskan jumlah semua kasus yang masuk risiko dalam kriteria indikator, dan (8) Threshold, merupakan target pencapaian indikator.

Di antara sekian program pengembangan serupa mengenai indikator klinis yang dilaksanakan oleh negara-negara lain seperti Amerika Serikat, Kanada, dan Australia, maka Australia adalah yang terdepan dari semua program internasional lain dalam mengembangkan indikator (ACHS, 2001).

Uji Coba Indikator

Dikatakan oleh Wollersheim (2007) bahwa idealnya suatu pengukuran dapat menghasilkan suatu indikator klinis yang reliable. Reliabel berarti bahwa variasi antar data yang dikumpulkan adalah minimal. Untuk itu maka diperlukan definisi yang jelas, kuat, konsisten dan lengkap. Semakin jelas definisinya, semakin lengkap dan dapat digunakan datanya maka indikator tersebut makin reliable. Pengumpul data pun harus dilatih dengan baik agar interpretasi data yang dikumpulkan sama antara satu orang dengan lainnya. Pengumpulan data yang dilakukan untuk uji coba ada 2 cara, yaitu dengan menggunakan data yang sudah ada atau menggunakan calon pengumpulan data (prospektif).

Pengumpulan data menggunakan data yang telah ada seringkali tidak lengkap dan menimbulkan interpretasi yang subyektif sehingga dalam membuat keputusan dapat mengurangi reliabilitas. Sedangkan bila menggunakan data prospektif dapat mengurangi kerancuan interpretasi sehingga cara pengumpulan data ini adalah yang terbaik, namun seringkali dalam pelaksanaannya tidak dapat dilakukan karena berbagai hal (Wollersheim, 2007).

Evaluasi Indikator

Mengevaluasi sesuatu yang dikerjakan adalah kegiatan yang berguna untuk mengetahui apakah yang kita kerjakan tersebut telah berhasil atau belum (Lienert, 2002), dalam hal ini adalah mengevaluasi indikator klinis yang telah tersusun, diterima oleh klinisi, dan tersedia datanya, dan telah dilakukan uji coba. Suatu indikator memerlukan data yang valid, namun disebutkan pula oleh Pencheon (2008) bahwa sepanjang sejarah pengembangan dan pengukuran indikator tidak ada yang sempurna. Tidak ada indikator yang bisa menjawab semua pertanyaan-pertanyaan mengenai: (1) Apakah indikator yang dibuat untuk mengukur sesuatu hal yang penting? (2) Apakah indikator tersebut valid? (3) Apakah indikator tersebut benar-benar diisi dengan data yang bermakna? (4) Apakah indikator ini bisa menjelaskan sesuatu secara tepat?

Seringkali dalam pelaksanaan penyusunannya gagal untuk menentukan bahwa indikator tersebut benar-benar untuk mengukur sesuatu yang penting, sehingga perlu difokuskan pada pengukuran proses dan atau hasil dari suatu pelayanan. Seringpula indikator yang disusun ternyata tidak bisa benar-benar untuk mengukur, sehingga perlu dilakukan pengujian dari indikator tersebut. Suatu indikator harus bisa mengidentifikasi persoalan. Hasil pengukuran yang lebih tinggi maupun lebih rendah dari target, hal ini sebaiknya diterima, dikomunikasikan untuk kemudian dilakukan upaya-upaya perbaikan (Pencheon, 2008).

DAFTAR PUSTAKA

Campbell, S.M., Braspenning, J., Hutchinson, A., and Marshall, M.N. (2003) Improving the Quality of Health Care: Research Methods Used in Developing and Applying Quality Indicators in Primary Care, *British Medical Journal*, vol. 326, pp. 816-819.

Collopy, B. (2000) Clinical Indicator in Accreditation : An Effective Stimulus to Improve Patient Care, *International Journal for Quality in Health Care*, 12 (3), pp. 211-216.

Departemen Kesehatan RI (2001) Petunjuk Pelaksanaan Indikator Mutu Pelayanan Rumah Sakit, World Health Organization, Direktorat Jenderal Pelayanan Medik.

Koentjoro, T. (2007) *Regulasi Kesehatan di Indonesia*. Yogyakarta. Di dalam: Katz, J.M., Green, E. (1997). *Managing Quality: A Guide to System-Wide Performance Management in Health Care*, St. Louis, Missouri: Mosby-Year Book.

Lee, Y.H., and Tan, K.H. (2002) *Clinical Indicator – What, Why and How*, Clinical Quality, Singapore.

Mainz J. (2003) Defining and classifying clinical indicators for quality improvement. *International Journal for Quality in Health Care*, 15 (6), pp. 523–530.

Pencheon, D. (2008) *The Good Indicators Guide: Understanding How to Use and Choose Indicators*, NHS, Institute for Innovation and Improvement.

The Australian Council on Healthcare Standards (1997) *A Working Guide for the Implementation of a Clinical Indicator Program*.

The Australian Council on Healthcare Standards (2001) *Clinical Indicator Users Manual 2001*.

The Australian Council on Healthcare Standards (2004) *Clinical Indicator Users manual 2004*.

Wollersheim, H., Hermens, R., Hulscher, M., Branspenning, J., Ouwens, M., Schouten, J., Marres, H., Dijkstra, R., and Grol, R. (2007) *Clinical Indicators: Development and Applications*, *The Netherlands Journal of Medicine*, vol. 65, no. 1, pp. 15-22.