

Dr. drg. Rosihan Adhani., S.Sos., M.S.

Editor :

Dr. dr. A.J. Djohan, MM



MENGELOLA RUMAH SAKIT

MENGELOLA

RUMAH SAKIT

Oleh :

Dr. drg. Rosihan Adhani, S.Sos., M.S.

Editor :

Dr. dr. A.J. Djohan., M.M



Lambung Mangkurat University Press, 2018

MENGELOLA

RUMAH SAKIT

© 2018

Penulis :

Dr. drg. Rosihan Adhani, S.Sos., M.S.

Editor :

Dr. dr. A.J. Djohan., M.M

Desain Cover & Penata Isi
Tim MNC Publishing

Cetakan I, Februari 2018

Diterbitkan oleh:

Lambung Mangkurat University Press, 2018
d/a Pusat Pengelolaan Jurnal dan Penerbitan ULM
Lantai 2 Gedung Perpustakaan Pusat ULM
Jl. Hasan Basri, Kayutangi, Banjarmasin, 70123
Telp/Fax. 0511-3305195

Dicetak Oleh :

Media Nusa Creative (MNC Publishing)
Bukit Cemara Tidar H5 No. 34 - Malang
Telp : 0341-563 149 / 0812 3334 0088

ISBN : 978-602-462-055-4

Hak Cipta dilindungi undang-undang. Dilarang memperbanyak atau memindahkan sebagian atau seluruh isi buku ke dalam bentuk apapun, secara elektronik maupun mekanis, termasuk fotokopi, merekam, atau dengan teknik perekaman lainnya, tanpa izin tertulis dari Penerbit. Undang-Undang Nomor 19 Tahun 2000 tentang Hak Cipta, Bab XII Ketentuan Pidana, Pasal 72, Ayat (1), (2), dan (6)

KATA PENGANTAR

Buku ini ditulis terdorong oleh minimnya buku tentang pengelolaan rumah sakit di Indonesia, sedangkan rumah sakit sebagai organisasi yang kompleks, unik, dinamik, padat modal, padat karya, padat profesi, padat resiko, padat keluhan, selalu berkembang dari waktu ke waktu. Buku - buku asing selain sulit diperoleh, juga harganya tidak murah dan pasti tidak memuat hal - hal yang spesifik Indonesia, terutama menyangkut peraturan dan perundang-undangan.

Penulis berterima kasih kepada Dr. dr. Agustinus Johannes Djohan, MM seorang pakar perumahsakitian yang telah bersedia menjadi editor buku ini. Terima kasih juga disampaikan kepada dr. Abimanyu, SpPD, KGEH, Ketua PERSI Kalimantan Selatan dan M. Safwani, M.Kep, Dekan Fakultas Keperawatan Universitas Muhammadiyah Banjarmasin dan juga kepada Devy Halim, SKM serta dr. Julius Henry, MM dan dr. Firda Widasari yang telah membantu pengetikan dan koreksi buku ini.

Buku ini terdiri dari 15 bab yang membahas dari isu terbaru dan tren rumah sakit, sejarah, organisasi dan operasional rumah sakit. Penulis menyadari begitu kompleksnya rumah sakit sehingga tidak mungkin dibahas semua aspek dalam suatu rumah sakit pada satu buku saja dan ini menjadi tantangan sekaligus masukan dari pembaca untuk edisi selanjutnya.

Penulis, Nopember 2017

Rosihan Adhani

DAFTAR ISI

KATA PENGANTAR.....	iii
DAFTAR ISI	v
BAB I. PENDAHULUAN	1
1.1. Latar Belakang	1
1.2. Tujuan Pembelajaran	1
BAB II. ISU TERBARU DAN TREN RUMAH SAKIT	3
2.1. Tren Pengembangan dan Persaingan Rumah Sakit	3
2.2. Tren Pelayanan Berfokus pada Pasien dan Keselamatan ...	4
2.3. Tren Kesehatan Lingkungan, Keselamatan dan Kesehatan Kerja	6
2.4. <i>Hospital & Health Tourism</i>	7
2.5. Pengobatan Tradisional	8
BAB III. SEJARAH DAN PENGERTIAN RUMAH SAKIT ...	9
3.1. Sejarah Rumah Sakit.....	9
3.2. Pengertian Rumah Sakit	14
3.3. Jenis dan Bentuk Rumah Sakit.....	15
3.4. Klasifikasi Rumah Sakit	17
3.5. Tugas dan Fungsi Rumah Sakit	19
3.6. Jenis Pelayanan Sesuai dengan Fungsi Rumah Sakit	20
3.7. Ketenagaan dan Sumber Daya Rumah Sakit.....	23
3.8. Indikator Pelayanan Rumah Sakit.....	26
3.9. Karakteristik Rumah Sakit	32
3.10. Badan Hukum Rumah Sakit	33
BAB IV. ORGANISASI KELOMPOK RUMAH SAKIT	35
4.1. Perhimpunan Rumah Sakit Seluruh Indonesia (PERSI)	35
4.2. Organisasi Rumah Sakit di Bawah Persi	36

BAB V. ORGANISASI DAN MANAJEMEN	41
5.1. Manajemen Rumah Sakit.....	41
5.2. Organisasi	45
5.3. Komite Medis	46
5.4. Komite Etik Dan Hukum.....	47
5.5. Penjaminan Mutu dan Akreditasi	49
5.6. Analisa Biaya, Tarif dan Badan Layanan Umum RS.....	50
5.7. Remunerasi dan Jaminan Kesehatan Nasional/ Badan Peyelenggara Jaminan Sosial	53
5.8. Akuntabilitas dan Standar Pelayanan Minimal	56
5.9. Sistem Rujukan dan Kerjasama Pihak Ketiga	57
5.10. Etika Rumah Sakit	59
5.11. Fasilitas Rumah Sakit	63
BAB VI. MANAJEMEN PELAYANAN UNIT/BAGIAN/ INSTALASI	71
6.1. Pengelompokan Pelayanan	71
6.2. Pelayanan Gawat Darurat	73
6.3. Pelayanan Perawatan Intensif	74
6.4. Pelayanan Keperawatan	77
6.5. Kamar Operasi	77
6.6. Pelayanan Radiologi	80
6.7. Pelayanan Sterilisasi Sentral/Instrumen	85
6.8. Pelayanan Medis	86
6.9. Pelayanan Gigi dan Mulut	88
6.10. Sistem Informasi Rumah Sakit dan Rekam Medik	89
6.11. Instalasi Pemeliharaan Sarana Rumah Sakit	92
6.12. Kamar Jenazah	93
6.13. Unit Linen (<i>Laundry</i>)	94
BAB VII. ALUR PASIEN MASUK DAN KELUAR RUMAH SAKIT	95
7.1. Pengertian dan Gambaran Umum	95
7.2. Manfaat Alur Pasien Masuk dan Keluar Rumah Sakit	96
7.3. Alur Pelayanan Pasien	96

BAB VIII. KEPEMIMPINAN DAN PENGEMBANGAN RUMAH SAKIT	99
8.1. Kepemimpinan Rumah Sakit	99
8.2. Pengembangan Rumah Sakit	102
BAB IX. PENDIDIKAN PASIEN DAN KELUARGA	111
9.1. Latar Belakang dan Gambaran Umum	111
9.2. Maksud dan Tujuan	112
9.3. Tata Laksana	113
9.4. Manfaat Pendidikan Pasien dan Keluarganya	114
BAB X. AKREDITASI RUMAH SAKIT	115
10.1. Pengertian dan Sejarah	115
10.2. Manfaat Akreditasi	116
10.3. Standar Akreditasi Versi 2012	117
10.4. Penilaian dan Kelulusan dengan Standar Akreditasi Versi 2012	119
10.5. Persiapan Akreditasi	121
BAB XI. KESELAMATAN PASIEN	125
11.1. Latar Belakang	125
11.2. Sasaran Keselamatan Pasien	127
11.3. Proses Manajemen Resiko	127
BAB XII. ASPEK BISNIS RUMAH SAKIT	131
12.1. Manajemen Bisnis Pada Rumah Sakit	131
12.2. Rumah Sakit Sebagai Usaha Bisnis	134
BAB XIII. PENGELOLAAN LIMBAH RUMAH SAKIT	137
13.1. Definisi Limbah Rumah Sakit	138
13.2. Jenis-Jenis Limbah Rumah Sakit	138
13.3. Pengelolaan Limbah Rumah Sakit	139
BAB XIV. MENANGANI KELUHAN PASIEN	151
14.1. Pentingnya Penanganan Keluhan Pasien	151

14.2. Taktik Menangani Keluhan Pasien atau Keluarganya	153
14.3. Waspada Kepada Tuntutan Hukum	155
BAB XV. PENUTUP	157
DAFTAR PUSTAKA	159
RIWAYAT HIDUP PENULIS	163



BAB I.

PENDAHULUAN

1.1. Latar Belakang

Perubahan dewasa ini berlangsung dengan cepat, bahkan Denis Whiteley mengatakan perubahan saat ini seperti seolah-olah meledak. Perubahan tentu juga terjadi pada perumah sakitan baik menyangkut paradigma, sikap, maupun berbagai prosedur operasional. Perubahan yang terjadi berasal dari eksternal rumah sakit seperti perubahan peraturan dan perundang-undangan, perubahan kebijakan pemerintah, perubahan sistim pembayaran dan lain sebagainya. Sedangkan perubahan internal bisa berasal dari perubahan kepemilikan, perubahan badan hukum, perubahan operasional yang menyesuaikan dengan perubahan eksternal.

Banyaknya perubahan tersebut tentu saja membuat buku yang diterbitkan beberapa tahun sebelumnya menjadi tertinggal dan usang, karena itu penulis tergerak untuk menerbitkan buku ini sebagai perbaharuan. Sasaran buku ini adalah mahasiswa, dosen, praktisi dan manajer rumah sakit baik medis maupun non medis atau siapa saja yang ingin menambah wawasan tentang rumah sakit.

1.2. Tujuan Pembelajaran

Tujuan umum yang diharapkan pembaca mampu memahami dan menjelaskan secara praktis rumah sakit dan

manajemen serta pengelolaannya. Secara khusus pembaca diharapkan mengetahui tentang :

Pendahuluan

1. Isu dan tren rumah sakit
2. Sejarah dan pengertian rumah sakit
3. Organisasi kelompok rumah sakit
4. Organisasi dan manajemen
5. Manajemen pelayanan unit/ bagian/ instalasi
6. Alur pasien masuk dan keluar rumah sakit
7. Kepemimpinan dan pengembangan rumah sakit
8. Pendidikan pasien dan keluarga, penanganan keluhan
9. Akreditasi rumah sakit
10. Keselamatan pasien
11. Aspek bisnis rumah sakit
12. Pengelolaan limbah rumah sakit

Dengan mengetahui dan menguasai materi tersebut diharapkan dapat meningkatkan kinerja organisasi dan mencapai keunggulan dalam pengelolaan dan kompetisi bisnis rumah sakit.



BAB II.

ISU TERBARU DAN TREN RUMAH SAKIT

Setelah menyelesaikan Bab ini pembaca diharapkan mampu :

1. Menjelaskan isu terbaru dan tren rumah sakit yang berbeda dengan tahun-tahun sebelumnya.
2. Menjelaskan dinamika perkembangan rumah sakit.

2.1. Tren Pengembangan dan Persaingan Rumah Sakit

Dahulu di Indonesia dan umumnya negara berkembang, rumah sakit sering kali dianggap hanya mempunyai fungsi sosial dan sering mengingkari fungsi ekonomi dan bisnisnya. Padahal sebenarnya jika rumah sakit dikelola dengan baik, dapat memberikan nilai ekonomi yang baik. Di rumah sakit, uang dapat berputar 24 jam sehari, yang sulit dijumpai dalam bisnis lainnya.

Sejak tahun 1990, pemerintah RI mengizinkan jasa kesehatan (rumah sakit) dapat menjadi komoditi bisnis dengan keluarnya Permenkes No 84/1990, dimana kepemilikan rumah sakit boleh berbentuk badan hukum lainnya, selain bentuk yayasan. Sejak saat itu kompetisi rumah sakit swasta semakin meningkat baik lokal, nasional, regional dan global. Banyak bermunculan rumah sakit swasta baru yang mewah dan canggih milik para konglomerat dengan tujuan bisnis (rumah sakit *for profit*). Namun pemerintah tetap mewajibkan adanya fungsi sosial dengan

penetapan jumlah tempat tidur kelas III yang tersubsidi silang.

Para pemilik modal mendirikan rumah sakit dengan badan hukum berbentuk perusahaan terbatas. Beberapa rumah sakit yang asalnya berbadan hukum yayasan juga ada yang berubah menjadi badan hukum bisnis/perusahaan terbatas. Banyak rumah sakit swasta membentuk jaringan/ grup, sehingga mereka bisa beroperasi lebih efisien. Grup rumah sakit ini cenderung mengembangkan usahanya ke kota-kota besar di Indonesia, antara lain grup Siloam Hospital, grup RS Mitra Keluarga, grup Eka Hospital, grup Awal Bros Hospital, grup Premier Hospital, dan grup Ciputra Hospital. Beberapa rumah sakit tersebut bekerja sama dengan rumah sakit asing dan ada juga yang sahamnya dimiliki orang asing. PT. Lippo Karawaci Tbk telah masuk bursa Efek Indonesia dengan kapitalisasi pasar sebesar 11,9 triliun rupiah untuk membangun rumah sakit di beberapa kota Indonesia dengan dana 900 juta US dollar. Dana tersebut berasal dari *right issue* atau penawaran saham terbatas, pinjaman perbankan dan kas internal. Ada 30 investor kelas dunia telah membeli 4,1 milyar saham. PT. Lippo Karawaci mengembangkan jaringan rumah sakit melalui grup Siloam Hospital.

Grup Ciputra yang terkenal dengan bisnis propertinya, kini mengembangkan bisnis rumah sakit melalui grup Ciputra Hospital di bawah PT Ciputra Development Tbk. Mereka menargetkan pembangunan 15 rumah sakit dalam waktu 5 tahun. Saat ini grup Ciputra sudah memiliki 3 rumah sakit besar di Jakarta. Menurut Direktur PT. Ciputra Development Tbk Tulus Santoso (Jawa Pos 14 Oktober 2011), grup Ciputra menyiapkan investasi sedikitnya 600 milyar/tahun. Bila 15 rumah sakit sudah terbangun diperkirakan kontribusi dari *recurring income* bisa mencapai 10 %.

2.2. Tren Pelayanan Berfokus pada Pasien dan Keselamatan Pasien

Pelayanan berfokus pada pasien meliputi dua aspek, yaitu aspek medis artinya pasien diperlakukan sebagai individu yang utuh dan holistik. Pemberian terapi harus khas untuk memenuhi

kebutuhan pasien tersebut. Aspek manajemen artinya sesuai kebutuhan dan keinginan pasien, sejauh tidak bertentangan dengan aspek medis dan etika. Rumah sakit harus memperhatikan hal-hal yang dianggap penting oleh pasien. Kebutuhan dan keinginan pasien sekarang bukan cuma sekedar sembuh, namun mereka juga membutuhkan rasa aman, nyaman dandihargai.

Ada 5 hal yang dibutuhkan pasien saat masuk kerumah sakit:

1. Diterima
2. Dianggap penting (didengar, pendapatnya diakui, direspon)
3. Rasa aman
4. Nyaman
5. Keselamatan Pasien

Jika pelayanan kesehatan di rumah sakit tidak dikelola dengan baik, akibatnya bisa lebih berbahaya dari akibat perbuatan para penjahat. Kerugian harta benda dan kematian sia-sia bisa lebih banyak disebabkan oleh pelayanan rumah sakit yang buruk dibanding korban para penjahat. Sekarang semua rumah sakit di dunia bergerak ke arah peningkatan keselamatan pasien.

Sejak tahun 2012, akreditasi rumah sakit di Indonesia mengacu pada standar *Joint Comission International* yang berfokus pada keselamatan pasien. Dahulu banyak kejadian yang tidak diharapkan dianggap sebagai musibah atau sudah kehendak Tuhan, alias hanya menutupi kelalaian petugas. Pemikiran picik seperti ini sekarang harus ditinggalkan. Karena sebenarnya hampir semua kejadian tak diharapkan bisa dicegah dengan suatu sistem manajemen pelayanan rumah sakit yang baik.

Kejadian tak diharapkan dapat dicegah dengan membuat dan melaksanakan *Standard Operating Procedure (SOP)* dimana di dalam prosedur tersebut terdapat "*barier*" untuk mencegah "*human error*". Contoh :

1. Pada pasien tertentu yang beresiko jatuh, maka dipinggir ranjangnya diberi tanda segitiga merah dengan tulisan "beresiko jatuh" sehingga semua jajaran di rumah sakit bisa ikut terlibat mengamankan pasien tersebut

2. Sebelum obat dari apotek diserahkan pada pasien harus diperiksa oleh 2 orang petugas apotek yang kompeten.
3. Identitas pasien berupa gelang ditulis dengan lengkap dan jelas. Selain nama lengkap pasien ditulis juga identitas tambahan berupa tanggal lahir atau umur.
4. Sebelum operasi dimulai dibacakan lagi jenis dan lokasi operasi serta semua persiapan operasi yang seharusnya dilakukan.
5. Adanya sistem pencegahan dan penanggulangan kebakaran serta sistem tata cara evakuasi pasien dengan petunjuk arah evakuasi yang jelas. Harus ada pelatihan.
6. Adanya sistem pencegahan infeksi nosokomial
7. Adanya peringatan daerah berisiko di rumah sakit seperti daerah radiologi/ bahaya radiasi, daerah laboratorium/ bahaya *bio hazard*.
8. Tersedianya genset/ listrik cadangan dan lampu darurat di tiap ruangan.
9. Tersedianya bel yang mudah dijangkau pasien, termasuk bel di toilet.
10. Sebelum transfusi darah harus diperiksa oleh 2 orang perawat

2.3. Tren Kesehatan Lingkungan, Keselamatan dan Kesehatan Kerja

Di lingkungan rumah sakit terdapat limbah yang berbahaya baik yang infeksius ataupun yang beracun. Limbah ini bisa menimbulkan gangguan kesehatan bagi manusia. Pemerintah dan Pemerintah Daerah melalui undang-undang dan peraturan daerah telah mengatur soal limbah ini. Rumah sakit wajib memiliki Dokumen Lingkungan baik itu dokumen Analisis Mengenai Dampak Lingkungan (AMDAL) maupun dokumen Upaya Pengelolaan dan Pemantauan Lingkungan (UKL-UPL). Pengelolaan limbah ini memerlukan biaya cukup mahal dan sanksi atas pelanggaran yang juga mahal. Limbah rumah sakit terdiri dari:

1. Limbah rumah tangga: cair dan padat
2. Limbah medis: cair, padat, gas dan radioaktif

Limbah rumah tangga dibuang ke tempat pembuangan sementara atau tempat pembuangan akhir sampah. Limbah medis padat dibakar dalam Incenerator dengan suhu minimum 800⁰C dan hasil buangan dari cerobong harus aman bagi kesehatan. Sisa pembakaran harus dikelola secara khusus. Limbah medis radioaktif harus dikelola sesuai dengan prosedur dari Badan Pengawas Tenaga Nuklir (Bapeten).

Keselamatan dan Kesehatan Kerja

Karyawan merupakan aset terpenting rumah sakit. Dengan program dan prosedur yang baik, kecelakaan kerja dan penyakit akibat kerja bisa dicegah. Penyakit dan kecelakaan kerja akan merugikan karyawan yang bersangkutan dan rumah sakit. Perawat sebagai ujung tombak pelayanan di rumah sakit perlu dilindungi dari tertusuk jarum suntik, penularan langsung dari penyakit pasien, terpapar dengan bahan sitotoksik pengobatan khemoterapi dan sebagainya.

2.4. Hospital & Health Tourism

Beberapa negara telah berhasil mengembangkan *hospital/health tourism* dengan baik sehingga menambah pemasukan devisa bagi negaranya. Saat ini banyak orang Indonesia kalau berobat pergi ke Singapura, Malaysia, Australia ataupun Amerika, untuk berbagai penyakit atau sekedar *medical check up*.

Orang Amerika banyak berobat ke India untuk layanan orthopedi dan dental karena murah, mutunya baik dan di "*bundling*" (gandeng/terkait/paket) dengan pariwisata. Orang Jepang banyak ke Korea Selatan untuk operasi kosmetik. Yang dimaksud dengan *hospital/health tourism* adalah orang-orang yang mencari layanan di luar negaranya karena :

1. Saat berwisata kebetulan sakit
2. Berwisata sambil berobat
3. Berobat sambil berwisata
4. Semata-mata berobat saja

Negara yang mengembangkan *hospital / health tourism* ini umumnya menggunakan strategi :

1. Kualitas yang baik dan dipercaya, dokter-dokter yang menjadi *member/fellow* organisasi internasional, rumah sakit terakreditasi internasional.
2. Kenyamanan
3. Kemudahan akses ke rumah sakit tersebut
4. Relatif murah
5. *Bundling* dengan berbagai jenis pariwisata ; wisata alam, wisata budaya, wisata belanja dan sebagainya.
6. Dukungan pelayanan *airport* yang baik, keamanan, angkutan umum yang baik, akomodasi, ketertiban, imigrasi.

Jadi untuk menggalakan *health/hospital tourism* tidak cukup kalau hanya membenahi rumah sakit saja, tetapi memerlukan dukungan dan koordinasi banyak pihak. Indonesia dengan ribuan pulau yang indah, budaya yang beragam, sumber daya kesehatan cukup terdidik, sebenarnya sangat potensial mengembangkan *hospital tourism* ini. Namun, ironisnya justru Indonesia dijadikan target “*market*” oleh Singapura dan Malaysia.

2.5. Pengobatan Tradisional

Pengobatan tradisional sering merupakan pengobatan alternatif. Di Tiongkok sudah lama berkembang. *Traditional Chinese Hospital* yang ada di kota – kota besar. Mereka menggunakan herbal dan bukan dari binatang. Pengobatan dan pemeriksaan berbasis *evidence base* tanpa ada unsur mistik. Di Tiongkok ada 2 jenis dokter, dokter timur (*chinese doctor*) dan dokter barat (*western doctor*). *Chinese doctor* ada yang umum (S1) dan ada yang spesialis (S2).

Contoh Kasus

Guan An Men *Hospital* di kota Beijing, salah satu *traditional chinese hospital* dengan 1.500 tempat tidur. Pasiennya dari segala penjuru dunia. Selain metode pemeriksian tradisional, rumah sakit ini dilengkapi juga dengan alat kedokteran modern seperti : Rontgen, CT Scan, USG, rawat jalan maupun rawat inap. Rumah sakit ini berfungsi sebagai pendidikan *Chinese doctor* dan juga memberikan kursus-kursus seperti akupuntur, akupresur, bekam, dan sebagainya. Rumah sakit ini bahkan sudah menjadi alat diplomatik, sudah banyak kepala negara asing berobat disini.



BAB III.

SEJARAH DAN PENGERTIAN RUMAH SAKIT

Setelah menyelesaikan Bab ini pembaca diharapkan mampu:

1. Menjelaskan tentang perkembangan rumah sakit dari awal muncul hingga saat ini.
2. Menjelaskan pengertian dan definisi rumah sakit, pengelompokan dan klasifikasi rumah sakit, tugas dan fungsi rumah sakit.
3. Menjelaskan bentuk dan jenis pelayanan yang diberikan rumah sakit dan jenis ketenagaan, karakteristik serta kelembagaan rumah sakit.
4. Menjelaskan indikator dan cara mengukur keberhasilan serta efisiensi rumah sakit.

3.1. Sejarah Rumah Sakit

Rumah Sakit berasal dari bahasa asing hospital/ hospitalium berarti tamu, yang memang secara tradisional adalah tempat merawat pasien atau tempat pengasingan penderita penyakit menular seperti kusta, tuberkulosis, sakit jiwa dan lain-lain. Sejarah rumah sakit dimulai abad ke-6 sebelum masehi di India dan Mesir, Ceylon (437 SM) dan Raja Asoka (273-232 SM) yang membangun 18 rumah sakit. Kala itu konsep pengobatan dan perawatan pasien dilakukan secara sederhana, memakai obat-obatan dengan kombinasi kebatinan. Pengetahuan mengenai tubuh

manusia didapat melalui observasi dan mummi. Di Turki perawatan orang sakit dilaksanakan di tempat ibadah dengan kombinasi magis. Baru kemudian Rene Theophile Hyacinthe Laenec (1816) menemukan stetoskop. Rumah sakit berkembang di Eropa mulai Roma (390), Lyons (542), Paris (660), Inggris (1084), Berlin (1070) sampai London dengan RS Santo Bartholomeus (1137), yang umumnya dikaitkan dengan gereja dan sebagai tempat pengasingan pasien penyakit menular seperti lepra atau kusta. Kemudian dengan berkembangnya kedokteran barat dikenal istilah *western medicine* sampai dengan rintisan **Florence Nightingale** (1854) yang mengkombinasikan dapur dengan kebersihan lingkungan dan individu, drastis menurunkan angka kematian pasien, membuat perkembangan pesat rumah sakit di Canada dan benua Amerika. Tercatat rumah sakit di Mexicocity (1524), Quebec (1839), Manhattan Island (1663), Philadelphia General Hospital dengan “*operating theater*” yang kini menjadi museum rumah sakit.

Penemuan teknologi kedokteran seperti *ether* (Crawford Long 1842) sebagai obat anestesi, *chloroform* (Sir James Simpson 1847), prinsip antiseptik (Lister 1873), *steam* sterilisasi (Bergman 1886), sarung tangan karet (Helsped 1890), penemuan bakteri (Koch 1880), penemuan *X-ray* (1895) dan *physical therapy*/penyinaran (1893) membuat revolusi perkembangan rumah sakit dan meningkatkan jumlah tindakan operasi ribuan kali.

Perumah sakitan di Indonesia dimulai sekitar abad ke-19, waktu pemerintahan Hindia Belanda membangun poliklinik dan tempat perawatan bagi anggota angkatan bersenjata yang menderita sakit atau luka-luka. Akhirnya berdiri rumah sakit militer di tempat pemusatan tentara kolonial seperti Jakarta, Semarang dan Surabaya. Rumah Sakit juga dibangun dalam rangka mengatasi jarak pelayaran yang jauh dari Eropa ke Indonesia tetapi tidak didukung fasilitas medis yang baik, proses adaptasi iklim dan menghadapi penyakit tropis. Awalnya rumah sakit eksklusif untuk orang Eropa dan non Eropa yang bekerja dengan VOC. Sampai akhir abad 19, merupakan **rumah sakit militer** yang secara eksklusif ditujukan kepada anggota kesatuan militer dan pegawai

VOC atau kemudian pemerintah, baik orang Eropa maupun pribumi. Sementara orang sipil yang berhak mendapat pelayanan rumah sakit hanya orang Eropa atau penduduk non-Eropa yang secara yuridis formal disamakan dengan orang Eropa. Hal ini berhubungan dengan kebijakan kesehatan penguasa pada waktu itu yang tidak mengindahkan penduduk pribumi.

Terjadinya wabah penyakit di kalangan rakyat pribumi sangat mempengaruhi kepentingan penjajah dalam bidang ekonomi maupun kesehatan masyarakat. Kemudian banyak rakyat pribumi yang diobati dan dirawat, tetapi karena kewalahan mulailah dididik mantri-mantri cacar dan dokter pribumi di rumah sakit militer tersebut. Rumah sakit militer yang melaksanakan pendidikan tenaga kesehatan menjadi prototipe dari Rumah Sakit Pendidikan masa kini. Bahkan kemudian dengan dibukanya pendidikan dokter pribumi menjadi STOVIA (*School Tot Opleiding Van Inlandse Artsen*) dan NIAS (*Nederlands Indische Artsen School*), rumah sakit pendidikan menjadi berkembang pula.

Rakyat pribumi yang mendapat pelayanan kesehatan, diperlakukan sebagai bagian dari upaya melindungi kepentingan orang Eropa. Namun ada juga rumah sakit dari berbagai badan keagamaan yang memprakarsai usaha pengobatan dan perawatan untuk orang miskin dan membutuhkan seperti **Rumah Sakit Kharitatif**.

Sejak adanya *etische* politik yang dilancarkan Van Deventer, pemerintah kolonial mulai mendirikan rumah sakit umum untuk rakyat yang dimulai dari kota-kota besar. Tahun 1919 dibangun rumah sakit terbesar *Centrale Burgelijke Ziekeninrichting* (CBZ) di Jakarta.

Ketika Jepang mulai menjajah Indonesia, terjadilah penggantian status rumah sakit yang ada, seluruhnya diambil alih. Tenaga Belanda digantikan tenaga medis dan paramedis Indonesia tetapi jabatan kepala rumah sakit dipegang oleh dokter Jepang. Penanganan, pemilikan dan pengelolaan semua rumah sakit beralih menjadi satu jenis yaitu **Rumah Sakit Pemerintahan Pendudukan**. Pendidikan kedokteran ditutup, tetapi tahun 1943 dibuka kembali,

pendidikan perawatan diperpendek.

Pada zaman kemerdekaan pola perawatan, pemilikan dan pengelolaan beralih kembali mirip zaman kolonial. Umumnya kuratif dan otonom, dikelola dan berkembang sendiri sesuai kebijakan pengelola/pemilikinya. Kemudian terjadi beberapa perubahan pengorganisasian dan pengaturan rumah sakit, sampai akhirnya terbentuk model perumahsakitannya yang diharapkan. Orientasi pelayanan kesehatan telah berkembang menjadi lebih preventif sampai rehabilitatif dari yang dulunya hanya bersifat kuratif. Sedang dari segi fungsi juga telah berkembang lebih lengkap dari pengobatan, perawatan, pendidikan sampai menjadi tempat penelitian.

Pemerintah pada tahun 1951 mengatur perawatan, pembagian kelas dan daftar makanan. Rumah Sakit Pemerintah ditetapkan kelas II, III dan IV, yang dibagi lagi kelas IVa untuk yang bayar, IVb kurang mampu dan IVc gratis. Rumah sakit swasta seluruhnya ditetapkan kelas I.

Tahun 1953 rumah sakit swasta juga ditetapkan melayani untuk orang miskin, diberlakukan sistem rujukan pada tahun 1972 dengan membagi rumah sakit atas kelas A, B, C, D dan E /Khusus. Rumah sakit di lingkungan angkatan bersenjata tahun 1977 ditetapkan tingkat I, II, III dan IV. Rumah sakit swasta juga ada tingkatan pratama, madya dan utama, dengan kategori kepemilikan yayasan atau badan keagamaan.

Pada awal perkembangan rumah sakit masa VOC sampai abad 19, pendanaan rumah sakit diperoleh dari subsidi pemerintah Hindia Belanda dan dana dari pasien pegawai VOC. Pada saat itu juga telah berkembang pemberian pelayanan rumah sakit tergantung kepada kebutuhan dan kemampuan pasien. Tinggi atau rendahnya tarif yang diberlakukan sesuai dengan pelayanan dan kebutuhan pasien, sehingga secara tidak langsung kelas dalam rumah sakit sudah tercipta. Dengan demikian akar sejarah perumahsakitannya menunjukkan perkembangan rumah sakit di Indonesia berasal dari suatu sistem yang berbasis pada rumah sakit militer diikuti oleh rumah sakit keagamaan dan kemudian berkembang

menjadi rumah sakit pemerintah serta memperhatikan aspek sosial dan kesehatan masyarakat yang akan memberikan pengaruh besar pada persepsi masyarakat mengenai rumah sakit.

Patut dicatat bahwa **subsidi** pemerintah merupakan suatu hal yang sangat umum terjadi sebelum kemerdekaan. Catatan lain, sistem asuransi kesehatan telah dikenal lama dalam sejarah pelayanan kesehatan di Indonesia. Dalam hal ini, jaminan pelayanan kesehatan oleh pemerintah merupakan hal yang sudah lama dipraktikkan, sebagaimana dinyatakan dalam *Boomgard* (1996), akar sejarah jaminan pelayanan kesehatan oleh pemerintah berdasarkan pada pemikiran sederhana para pelaut, serdadu, pedagang, dan birokrat yang layak mendapat pelayanan dari pemerintah karena jauh dari keluarga.

Saat ini perkembangan organisasi rumah sakit di Indonesia berubah cepat. Dari segi kepemilikan ada milik pemerintah baik Kementerian Kesehatan, Pemerintah Daerah, TNI Polri dan Badan Usaha Milik Negara (BUMN). Milik swasta yaitu rumah sakit berbentuk yayasan dan berbadan hukum dan badan hukum yang bersifat sosial kemanusiaan atau nirlaba. Kategori swasta juga ada rumah sakit milik dokter baik perorangan maupun kelompok dan milik perusahaan atau konglomerasi yang mempunyai jaringan rumah sakit dengan kekuatan modal. Dari segi pengelolaan dan manajemen, rumah sakit yang sifatnya *rigid/kaku* mengikuti ICW (*incomptabilitet wet*) kemudian menjadi RS Perusahaan Jawatan, kemudian menjadi RS Swadana, terus berkembang terakhir menjadi RS **Badan Layanan Umum**. Inti dari pada itu semua adalah memberikan fleksibilitas anggaran agar dapat mendukung pelayanan dan pengembangan rumah sakit yang sifatnya sangat spesifik, unik, khas dan dinamis. Dari segi pelayanan medik juga berkembang tidak sebatas rawat jalan dan rawat inap, tetapi juga rawat darurat, rawat intensif, pelayanan singkat *one day care, day care* sampai dengan *home care*.

3.2. Pengertian Rumah Sakit

Rumah sakit adalah institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan, dan gawat darurat (Undang-Undang nomor 44/2009). Rumah sakit menurut *WHO Expert Committee On Organization of Medical Care*: “is an integral part of social and medical organization, the function of which is to provide for the population complete health care, both curative and preventive and whose out patient service reach out to the family and its home environment; the hospital is also a centre for the training of health workers and for bio social research.”

Rumah sakit merupakan suatu bagian menyeluruh (integrasi) dari organisasi dan medis, berfungsi memberikan pelayanan kesehatan lengkap kepada masyarakat baik kuratif maupun preventif, dimana output layanannya menjangkau pelayanan keluarga dan lingkungan, rumah sakit juga sebagai pusat pelatihan tenaga kesehatan serta penelitian biososial.

Rumah sakit adalah suatu organisasi yang unik dan kompleks karena merupakan institusi yang padat karya, mempunyai sifat dan ciri serta fungsi khusus dalam proses menghasilkan jasa medik dan mempunyai berbagai kelompok profesi dalam melayani penderita. Di samping melaksanakan fungsi **pelayanan kesehatan masyarakat**, rumah sakit juga mempunyai fungsi **pendidikan** dan **penelitian**.

Setiap orang berhak memperoleh pelayanan kesehatan, Negara bertanggungjawab atas penyediaan fasilitas pelayanan kesehatan dan fasilitas umum yang layak. Rumah sakit sebagai salah satu fasilitas pelayanan kesehatan merupakan bagian dari sumber daya kesehatan yang sangat diperlukan dalam mendukung penyelenggaraan upaya kesehatan.

Rumah sakit diselenggarakan berasaskan Pancasila dan didasarkan kepada nilai **kemanusiaan**, yaitu perlakuan yang baik dan manusiawi dengan tidak membedakan suku, bangsa, agama, status social dan ras. **Etika** dan **profesionalitas**, yaitu dilakukan oleh tenaga kesehatan yang memiliki etika profesi dan sikap

professional, serta mematuhi etika rumah sakit. **Manfaat**, artinya harus memberikan manfaat yang sebesar-besarnya bagi kemanusiaan dalam rangka mempertahankan dan meningkatkan derajat kesehatan masyarakat. **Keadilan**, artinya mampu memberikan pelayanan yang adil dan merata kepada setiap orang dengan biaya terjangkau oleh masyarakat serta pelayanan yang bermutu. **Persamaan** hak dan anti diskriminasi, adalah tidak boleh membedakan masyarakat baik secara individu, maupun kelompok dari semua lapisan. **Pemerataan**, adalah penyelenggaraan rumah sakit harus menjangkau seluruh lapisan masyarakat. **Perlindungan dan keselamatan pasien**, artinya rumah sakit tidak hanya pelayanan kesehatan semata tetapi harus mampu memberikan peningkatan derajat kesehatan dengan tetap memperhatikan perlindungan dan keselamatan pasien misalnya dengan menerapkan manajemen resiko. Dan **fungsi sosial** rumah sakit, dimaksudkan adalah bagian dari tanggung jawab yang melekat pada tiap rumah sakit yang merupakan ikatan moral dan etik dalam membantu pasien khususnya yang kurang/ tidak mampu untuk memenuhi kebutuhan akan pelayanan kesehatan.

3.3. Jenis dan Bentuk Rumah Sakit

Dalam rangka menyediakan rumah sakit berdasarkan kebutuhan masyarakat, menjamin pembiayaan bagi fakir miskin atau orang tidak mampu, memudahkan pembinaan dan pengawasan, memberikan perlindungan kepada masyarakat pengguna jasa pelayanan, menyediakan sumber daya yang diperlukan dan mengatur pendistribusian dan penyebaran alat kesehatan berteknologi tinggi dan bernilai tinggi, perlu diatur pengelompokan rumah sakit berdasarkan jenis, bentuk dan klasifikasinya.

Berdasarkan bentuknya, rumah sakit dibedakan menjadi rumah sakit menetap, rumah sakit bergerak dan rumah sakit lapangan. Rumah sakit menetap merupakan rumah sakit yang didirikan secara permanen untuk jangka waktu lama untuk menyelenggarakan pelayanan kesehatan perseorangan secara

paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan dan gawat darurat. Rumah sakit bergerak merupakan rumah sakit yang siap guna dan bersifat sementara dalam jangka waktu tertentu dan dapat dipindahkan dari satu lokasi ke lokasi lain. Rumah sakit bergerak dapat berbentuk bus, kapal laut, karavan, gerbong kereta api, atau kontainer. Rumah sakit lapangan merupakan rumah sakit yang didirikan dilokasi tertentu selama kondisi darurat dalam pelaksanaan kegiatan tertentu yang berpotensi bencana atau selama masa tanggap darurat bencana.

Berdasarkan jenis pelayanan yang diberikan, rumah sakit dikategorikan dalam Rumah Sakit Umum dan Rumah Sakit Khusus. **Rumah Sakit Umum** adalah rumah sakit yang memberikan pelayanan kesehatan pada semua bidang dan jenis penyakit. Sedangkan **Rumah Sakit Khusus** adalah rumah sakit yang memberikan pelayanan utama pada satu bidang atau satu jenis penyakit tertentu berdasarkan disiplin ilmu, golongan umur, organ, jenis penyakit, atau kekhususan lainnya. Rumah sakit ini dirancang khusus untuk melayani perawatan penderita jenis tertentu seperti "trauma center", khusus bedah, rumah sakit ibu dan anak, rumah sakit mata, rumah sakit gigi mulut atau rumah sakit yang melayani kepentingan khusus seperti jiwa dikenal dengan rumah sakit jiwa (*psychiatric hospital*), paru, infeksi, otak, kanker, jantung dan pembuluh darah, telinga hidung tenggorokan, ketergantungan obat dan ginjal.

Berdasarkan kepemilikan, dan badan hukum, rumah sakit dibagi menjadi :

1. Rumah Sakit Milik Pemerintah.

Rumah sakit milik pemerintah dibagi lagi menjadi : rumah sakit milik pemerintah pusat atau kementerian kesehatan (rumah sakit vertikal), rumah sakit milik pemerintah daerah provinsi, dan rumah sakit milik pemerintah kabupaten/kota.

2. Rumah Sakit Badan Usaha Milik Negara (BUMN) dan lembaga pemerintah non kementerian.
3. Rumah Sakit Milik Tentara Nasional Indonesia dan Kepolisian
4. Rumah Sakit Milik Swasta.

Rumah sakit milik swasta bias bersifat non profit (nirlaba) dengan badan hukum yayasan atau perkumpulan dan bisa bersifat for profit dengan badan hukum perseroan terbatas atau badan hukum lainnya.

Rumah sakit dapat ditetapkan menjadi **Rumah Sakit Pendidikan** setelah memenuhi persyaratan dan standar, menyelenggarakan pendidikan dan penelitian secara terpadu dalam bidang profesi kedokteran, pendidikan kedokteran berkelanjutan, dan pendidikan tenaga kesehatan lainnya.

Rumah sakit ini umumnya terkait dengan kegiatan pendidikan dan penelitian di Fakultas Kedokteran pada suatu universitas/ lembaga pendidikan tinggi. Rumah sakit dipakai untuk pelatihan dokter-dokter muda, uji coba berbagai macam obat baru atau teknik pengobatan baru. Rumah sakit pendidikan bisa milik pemerintah atau pemerintah daerah dan bisa juga diselenggarakan atau milik universitas/perguruan tinggi sebagai salah satu wujud pengabdian masyarakat/Tri Dharma Perguruan Tinggi.

3.4. Klasifikasi Rumah Sakit

Klasifikasi rumah sakit adalah pengelompokan rumah sakit berdasarkan pelayanan, sumber daya manusia, peralatan dan bangunan dan sarana. Sesuai dengan beban kerja dan fungsinya rumah sakit umum (RSU) diklasifikasikan menjadi rumah sakit kelas A, B, C, dan D. Rumah Sakit Umum Kelas D diklasifikasikan menjadi RSU Kelas D dan RSU Kelas D Pratama. Sementara untuk rumah sakit khusus (RSK) diklasifikasi menjadi RSK Kelas A, Kelas B dan Kelas C. Adapun klasifikasi RSU sebagai berikut:

1. Rumah Sakit Umum Kelas A adalah rumah sakit yang mempunyai fasilitas dan kemampuan pelayanan medik spesialis luas dan subspecialistik luas. RSU Kelas A paling sedikit meliputi pelayanan medik yang terdiri dari gawat darurat, medik spesialis dasar, medik spesialis penunjang, medik spesialis lain, medik sub spesialis dan medik spesialis

gigi dan mulut. Pelayanan gawat darurat harus diselenggarakan 24 jam sehari secara terus menerus. Pelayanan medik spesialis dasar lengkap, pelayanan medik spesialis penunjang lengkap, pelayanan medik spesialis lain lengkap. Pelayanan medik sub spesialis lengkap dan pelayanan medik spesialis gigi dan mulut lengkap.

- 2 Rumah Sakit Umum Kelas B adalah Rumah Sakit yang mempunyai fasilitas dan kemampuan pelayanan medik sekurang-kurangnya 12 spesialisistik dan sub spesialisistik terbatas. Pelayanan medik paling sedikit terdiri pelayanan gawat darurat yang harus diselenggarakan 24 jam sehari secara terus menerus. Pelayanan medik spesialis dasar lengkap, pelayanan medik spesialis penunjang lengkap, pelayanan medik spesialis lain paling sedikit 8 pelayanan. Pelayanan medik subspecialis paling sedikit 2 pelayanan dari 4 subspecialis dasar. Pelayanan medik spesialis gigi dan mulut paling sedikit 3 pelayanan yang meliputi bedah mulut, konservasi/endodonsi dan orthodonti.
- 3 Rumah Sakit Kelas C adalah Rumah Sakit Umum yang mempunyai fasilitas dan kemampuan pelayanan medis 4 spesialisistik dasar. Pelayanan medik paling sedikit terdiri pelayanan gawat darurat yang harus diselenggarakan 24 jam sehari secara terus menerus. Pelayanan medik spesialis dasar lengkap, pelayanan medik umum meliputi pelayanan medik dasar, medik gigi mulut, kesehatan ibu dan anak, dan keluarga berencana. Pelayanan medik spesialis penunjang meliputi pelayanan anesthesiologi, radiologi dan patologi klinik. Pelayanan medik spesialis gigi dan mulut paling sedikit berjumlah 1 pelayanan.
- 4 Rumah Sakit Kelas D adalah Rumah Sakit Umum yang mempunyai fasilitas dan kemampuan pelayanan medik dasar dan minimal 2 spesialisistik dasar. Pelayanan medik paling sedikit terdiri dari pelayanan gawat darurat yang harus diselenggarakan 24 jam sehari secara terus menerus. Pelayanan medik spesialis dasar paling sedikit 2 dari 4 pelayanan.

Pelayanan medik spesialis penunjang meliputi pelayanan radiologi dan laboratorium. Pelayanan medik umum meliputi pelayanan medik dasar, medik gigi mulut, kesehatan ibu dan anak, dan keluarga berencana.

5. Rumah Sakit Umum Kelas D Pratama, didirikan dan diselenggarakan untuk menjamin ketersediaan dan meningkatkan aksesibilitas masyarakat terhadap pelayanan kesehatan tingkat kedua.

Sementara Rumah Sakit Khusus hanya dapat menyelenggarakan pelayanan kesehatan sesuai bidang kekhususannya dan bidang lain yang menunjang kekhususan tersebut, terdiri atas Rumah Sakit Khusus kelas A, kelas B dan kelas C. Rumah Sakit Khusus kelas A adalah rumah sakit yang mempunyai fasilitas dan kemampuan paling sedikit pelayanan medik spesialis dan pelayanan medik subspecialis sesuai kekhususan yang lengkap. Rumah Sakit Khusus kelas B adalah rumah sakit yang mempunyai fasilitas dan kemampuan paling sedikit pelayanan medik spesialis dan pelayanan medik subspecialis sesuai kekhususan yang terbatas. Dan Rumah Sakit Khusus kelas C adalah rumah sakit khusus yang mempunyai fasilitas dan kemampuan paling sedikit pelayanan medik spesialis dan pelayanan medik subspecialis yang minimal.

Secara umum pelayanan rumah sakit khusus harus mempunyai fasilitas dan kemampuan paling sedikit meliputi pelayanan gawat darurat tersedia 24 jam sehari terus menerus. Pelayanan medik spesialis medik dasar, pelayanan spesialis dan subspecialis. Pelayanan medik umum, pelayanan medik spesialis penunjang dan pelayanan kefarmasian serta penunjang non klinik.

Jumlah tempat tidur untuk RSUD kelas A antara 1000 sampai 1500, kelas B antara 400 sampai 1000, kelas C antara 100 sampai 400, dan kelas D antara 50 sampai 100.

3.5. Tugas dan Fungsi Rumah Sakit

Rumah Sakit mempunyai tugas memberikan pelayanan kesehatan perorangan secara **paripurna**. Artinya setiap kegiatan

pelayanan kesehatan yang diberikan oleh tenaga kesehatan untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan, mencegah dan menyembuhkan penyakit, dan memulihkan kesehatan.

Untuk menjalankan tugas sebagaimana di atas rumah sakit mempunyai fungsi :

1. Penyelenggaraan pelayanan pengobatan dan pemulihan kesehatan sesuai dengan standar pelayanan rumah sakit.
2. Pemeliharaan dan peningkatan kesehatan perorangan melalui pelayanan kesehatan yang paripurna tingkat kedua/tingkat lanjut dengan teknologi spesialisik, dan ketiga/teknologi kesehatan sub spesialisik, sesuai kebutuhan medis.
3. Penyelenggaraan pendidikan dan pelatihan sumberdaya manusia dalam rangka peningkatan kemampuan dalam memberikan pelayanan kesehatan.
4. Penyelenggaraan penelitian dan pengembangan serta penapisan teknologi bidang kesehatan dalam rangka peningkatan pelayanan kesehatan dengan memperhatikan etika ilmu pengetahuan bidang kesehatan.

3.6. Jenis Pelayanan Sesuai dengan Fungsi Rumah Sakit

Pelayanan rumah sakit dikelompokkan menjadi berbagai jenis pelayanan yang terdiri atas medik umum, gawat darurat (gadar), spesialis dasar, spesialisik penunjang, medik spesialisik lain, spesialisik gigi mulut, subspecialis, keperawatan, penunjang klinik, penunjang non klinik, administrasi dengan rincian sebagai berikut:

1. Pelayanan Medik Umum:
 - a. Pelayanan Medik Dasar
 - b. Pelayanan Medik Gigi Dasar
 - c. Pelayanan KIA/KB (Kesehatan Ibu dan Anak dan Keluarga Berencana)
2. Pelayanan Gawat Darurat
3. Pelayanan Medik Spesialis Dasar:
 - a. Pelayanan Penyakit Dalam
 - b. Pelayanan Kesehatan Anak

- c. Pelayanan Bedah
- d. Pelayanan Obstetri dan Ginekologi
- 4. Pelayanan Medik Spesialistik Penunjang :
 - a. Pelayanan Anestesiologi
 - b. Pelayanan Radiologi
 - c. Pelayanan Rehabilitasi Medik
 - d. Pelayanan Patologi Klinik
 - e. Pelayanan Patologi Anatomi
- 5. Pelayanan Medik Spesialistik Lain:
 - a. Pelayanan Spesialis Telinga Hidung Tenggorokan (THT)
 - b. Pelayanan Spesialis Orthopedi
 - c. Pelayanan Spesialis Kedokteran Jiwa
 - d. Pelayanan Spesialis Bedah Plastik
 - e. Pelayanan Spesialis Mata
 - f. Pelayanan Spesialis Kulit dan Kelamin
 - g. Pelayanan Spesialis Jantung dan Pembuluh Darah
 - h. Pelayanan Spesialis Paru
 - i. Pelayanan Spesialis Urologi
 - j. Pelayanan Syaraf
 - k. Pelayanan Spesialis Bedah Syaraf
 - l. Pelayanan Spesialis Kedokteran Forensik
- 6. Pelayanan Medik Spesialistik Gigi dan Mulut:
 - a. Pelayanan Bedah Mulut
 - b. Pelayanan Periodonti
 - c. Pelayanan Orthodonti
 - d. Pelayanan Prosthodonti
 - e. Pelayanan Konservasi / Endodonti
 - f. Pelayanan Pedodonti
 - g. Pelayanan Penyakit Mulut
- 7. Pelayanan Medik Subspesialis, meliputi di bidang spesialisasi Bedah, Penyakit Dalam, Kesehatan Anak, Obstetri dan Ginekologi, Mata, THT, Kulit dan Kelamin, Syaraf, Kedokteran Jiwa, Orthopedi, Jantung dan Pembuluh Darah, Paru, Urologi, Bedah Syaraf, Bedah Plastik, dan Gigi Mulut.
- 8. Pelayanan Keperawatan dan Kebidanan:

- a. Asuhan Keperawatan Generalis
 - b. Asuhan Keperawatan Spesialis
 - c. Asuhan Kebidanan
9. Pelayanan Penunjang Klinik:
- a. Perawatan Intensif
 - b. Bank Darah
 - c. Gizi
 - d. Sterilisasi Instrumen
 - e. Rekam Medik
10. Pelayanan Penunjang Non Klinik:
- a. Laundry/Linen
 - b. Jasa Boga/Dapur
 - c. Tehnik dan Pemeliharaan Fasilitas
 - d. Pengelolaan Limbah
 - e. Gudang
 - f. Ambulans
 - g. Sistem Informasi
 - h. Pemulasaraan Jenazah
 - i. Sistem Penanggulangan Kebakaran
 - j. Penampungan Air Bersih
 - k. Pengelolaan Gas Medik
 - l. Pengelolaan Air Bersih
11. Pelayanan Kefarmasian : meliputi pengelolaan sediaan farmasi, alat kesehatan dan bahan medis habis pakai, dan pelayanan farmasi klinik.
12. Pelayanan Administrasi
- a. Informasi dan penerimaan pasien
 - b. Keuangan
 - c. Personalia
 - d. Keamanan
13. Pelayanan rawat inap, jumlah tempat tidur perawatan kelas III paling sedikit 30 % dari seluruh tempat tidur rumah sakit milik pemerintah, 20 % untuk rumah sakit milik swasta, dan 5 % untuk perawatan intensif.

Selain pelayanan dalam rumah sakit sendiri, rumah sakit

dapat mengembangkan jejaring pelayanan medik di luar rumah sakit bekerja sama dengan Puskesmas atau unit pelayanan medik lainnya.

3.7. Ketenagaan dan Sumber Daya Rumah Sakit

Rumah sakit harus memiliki tenaga tetap yang meliputi tenaga medis dan penunjang medis, tenaga keperawatan, tenaga kefarmasian, tenaga manajemen rumah sakit, dan tenaga non kesehatan antara lain tenaga administrasi, kebersihan dan keamanan.

Tenaga teknis fungsional berkedudukan di unit pelayanan, yang langsung menangani pasien atau tidak langsung/ menunjang pelayanan yang diberikan. Tenaga manajemen adalah mereka yang menduduki jabatan struktural atau manajemen teknis fungsional.

Direktur sebagai pimpinan rumah sakit adalah tenaga kesehatan yang mempunyai kemampuan di bidang perumahsakit, memahami dan menghayati etika profesi kesehatan, khususnya profesi kedokteran. Tenaga medis (dokter, dokter gigi, dokter/dokter gigi spesialis) yang melakukan praktik kedokteran di rumah sakit wajib memiliki Surat Izin Praktek. Sedang tenaga kesehatan tertentu seperti perawat, bidan, perawat gigi, apoteker, asisten apoteker, fisioterapi, refraksionis optisien, terapis wicara, radiographer, dan okupasi terapis, wajib memiliki izin sesuai ketentuan.

Jenis dan jumlah tenaga di rumah sakit disesuaikan dengan klasifikasi dan kebutuhan rumah sakit. Direktur rumah sakit menetapkan kategori tenaga medis dan non medis yang dibutuhkan rumah sakit dan melakukan rekrutmen serta seleksi tenaga sesuai prosedur yang berlaku. Rekrutmen dan seleksi tenaga fungsional RS sesuai dengan aturan atau konstitusi yang dikenal dengan istilah *hospital by laws* atau *medical staff by laws*.

Minimal 50 % dari tenaga medis dan keperawatan di rumah sakit harus bekerja secara purna waktu. Tenaga medis, keperawatan dan non-medis purna waktu mempunyai surat pengangkatan dari direktur rumah sakit

Jumlah minimal tenaga medik spesialis purna waktu disesuaikan dengan klasifikasi rumah sakit, yaitu:

1. Rumah sakit umum kelas D
 - a. Pelayanan medik dasar harus ada 4 (empat) dokter umum dan 1 (satu) dokter gigi untuk pelayanan medik gigi mulut.
 - b. Ketenagaan pelayanan medik spesialis dasar minimal 1 (satu) untuk setiap jenis spesialis dasar.
2. Rumah sakit umum kelas C
 - a. Pelayanan medik dasar harus ada 9 (Sembilan) dokter umum dan 2 (dua) dokter gigi untuk medik gigi mulut.
 - b. Pelayanan medik spesialis dasar, 2 orang dokter spesialis untuk setiap jenis pelayanan medik spesialis dasar.
 - c. Untuk pelayanan medik spesialis penunjang, 1 (satu) dokter spesialis untuk setiap pelayanan.
 - d. 1 (satu) dokter gigi spesialis untuk setiap jenis pelayanan medik spesialis gigi mulut.
3. Rumah sakit umum kelas B
 - a. Pelayanan medik dasar harus ada 12 (dua belas) dokter umum, 3 (tiga) dokter gigi untuk medik gigi mulut.
 - b. Pelayanan medik spesialis 4 dasar, masing-masing minimal 3 orang dokter spesialis dasar.
 - c. Untuk radiologi, patologi klinik, anestesi dan rehabilitasi medik harus ada dokter spesialisnya minimal 2 orang untuk setiap pelayanan spesialis penunjang.
 - d. Untuk pelayanan medik spesialis lain minimal harus ada 1 orang dokter spesialis.
 - e. 1 (satu) dokter spesialis untuk setiap jenis pelayanan medik spesialis lain.
 - f. 1 (satu) dokter subspecialis untuk setiap jenis pelayanan medik subspecialis
 - g. 1 (satu) dokter gigi spesialis untuk setiap jenis pelayanan medik spesialis gigi mulut.
4. Rumah sakit umum kelas A
 - a. 18 (delapan belas) dokter umum untuk pelayanan medik dasar

- b. 4 (empat) dokter gigi umum untuk pelayanan medik gigi mulut.
- c. 6 (enam) dokter spesialis untuk setiap jenis pelayanan medik spesialis dasar.
- d. 3 (tiga) spesialis untuk setiap pelayanan medik spesialis penunjang.
- e. 3 (tiga) dokter spesialis untuk setiap jenis pelayanan medik spesialis lain.
- f. 2 (dua) dokter subspecialis untuk setiap jenis pelayanan medik subspecialis
- g. 1 (satu) dokter gigi spesialis untuk setiap jenis pelayanan medik spesialis gigi mulut.

Jumlah kebutuhan tenaga keperawatan untuk RSUD Kelas A dan B sama dengan jumlah tempat tidur pada instalasi rawat inap. Sedang untuk RSUD Kelas C dan D dihitung dengan perbandingan 2 perawat untuk 3 tempat tidur.

Rumah sakit dapat mengangkat tenaga kontrak/ honorer sesuai dengan kebutuhan dan kemampuan rumah sakit dengan memperhatikan peraturan ketenagakerjaan. Penggunaan tenaga kesehatan asing dilakukan sesuai dengan peraturan dan ketentuan yang berlaku. Kriteria untuk seleksi tenaga medik / medik asing tidak dibedakan dengan tenaga medik yang berasal dari Indonesia.

Penggunaan tenaga kesehatan asing dilaksanakan dalam rangka alih teknologi, pengetahuan, dan keterampilan yang optimal bagi tenaga kesehatan Indonesia. Penggunaan tenaga medik asing dalam rangka pelayanan yang bersifat sosial harus bekerjasama dengan Fakultas Kedokteran dan ikatan profesi/organisasi profesi setempat dan mendapat ijin dari Kementerian Kesehatan RI dengan mendapat rekomendasi dari Konsil Kedokteran Indonesia (KKI).

Ketenagaan rumah sakit juga dapat dikelompokkan atas **medis** (dokter/dokter gigi/dokter dan dokter gigi spesialis), **paramedis perawatan** (perawat, bidan) dan **paramedis non perawatan** (analisis, asisten apoteker, sanitarian dan lain-lain) serta **non medis** (elektromedis, sarjana kesehatan masyarakat, ekonomi, administrasi dan lain-lain). Rasio kebutuhan tenaga untuk RS Kelas

A dan B disbanding jumlah tempat tidur misalnya, medis 1 orang untuk 1 s/d 7 TT, paramedis perawatan 3-4 tenaga untuk 2 TT, paramedis non perawatan 1 orang untuk 3 TT, dan non medis 1 orang untuk 1 TT. RS kelas C medis 1 untuk 9 TT, paramedis perawatan 1 untuk 1 TT, non perawatan 1 untuk 5 TT, dan non medis 3 untuk 4 TT. RS kelas D medis 1 untuk 15 TT, paramedis perawatan 1 untuk 2 TT, non perawatan 1 untuk 6 TT, dan non medis 2 untuk 3 TT.

3.8. Indikator Pelayanan Rumah Sakit

Indikator pelayanan rumah sakit dapat dipakai untuk mengetahui tingkat pemanfaatan, mutu dan efisiensi pelayanan rumah sakit. Indikator berikut bersumber dari sensus harian rawat inap, sebagian besar indikator dikerjakan oleh bagian rekam medik dan keuangan.

1. BOR (*Bed Occupancy Ratio* = angka penggunaan tempat tidur)

BOR menurut Huffman (1994) adalah "*the ratio of patient service days to inpatient bed count days in a period under consideration*". Sedangkan menurut Kemkes RI(2005), BOR adalah prosentase pemakaian tempat tidur pada satuan waktu tertentu. Indikator ini memberikan gambaran tinggi rendahnya tingkat pemanfaatan tempat tidur rumah sakit. Nilai parameter BOR yang ideal adalah antara 60-85%.

Rumus:

$$\text{BOR} = \frac{\text{Jumlah hari perawatan rumah sakit}}{\text{(jumlah tempat tidur} \times \text{jumlah hari dalam satu periode)}} \times 100\%$$

Tempat Tidur RS/ *hospital bed* adalah tempat tidur yang secara teratur dipelihara dan dipergunakan untuk akomodasi dan perawatan 24 jam bagi pasien yang Masuk Rumah Sakit (MRS). Tidak termasuk kategori ini tempat tidur dokter/perawat/kamar terima/istirahat sementara pasien/ibu bersalin sehat normal/bayi baru lahir sehat.

2. AVLOS (*Average Length of Stay* = rata-rata lamanya pasien dirawat)

AVLOS menurut Huffman (1994) adalah "*The average hospitalization stay of inpatient discharged during the period under consideration*". AVLOS adalah rata-rata lama rawat seorang pasien. Indikator ini disamping memberikan gambaran tingkat efisiensi juga dapat memberikan gambaran mutu pelayanan apabila diterapkan pada diagnosis tertentu dapat dijadikan hal yang perlu pengamatan lebih lanjut. Secara umum nilai AVLOS yang ideal antara 6-9 hari (Kemkes, 2005). Rumus :

$$\text{AVLOS} = \frac{\text{Jumlah lama dirawat}}{\text{Jumlah pasien keluar (hidup+mati)}}$$

3. TOI (*Turn Over Interval* = tenggang perputaran)

TOI adalah rata-rata hari dimana tempat tidur tidak ditempati dari telah diisi ke saat terisi berikutnya. Indikator ini memberikan gambaran tingkat efisiensi penggunaan tempat tidur. Idealnya tempat tidur kosong tidak terisi pada kisaran 1-3 hari.

Rumus :

$$\text{TOI} = \frac{(\text{Jumlah tempat tidur} \times \text{periode}) - \text{hari perawatan}}{\text{Jumlah pasien keluar (hidup + mati)}}$$

4. BTO (*Bed Turn Over* = angka perputaran tempat tidur)

BTO menurut Huffman (1994) adalah "*...the net effect of changed in occupancy rate and length of stay*". BTO menurut Depkes RI (2005) adalah frekuensi pemakaian tempat tidur pada suatu periode, berapa kali tempat tidur dipakai dalam satu satuan waktu tertentu. Idealnya dalam satu tahun satu tempat tidur rata-rata dipakai 40-50 kali. Rumus:

$$\text{BTO} = \frac{\text{Jumlah pasien keluar (hidup+mati)}}{\text{jumlah tempat tidur}}$$

5. NDR (*Net Death Rate*)

NDR adalah angka kematian 48 jam setelah di rawat untuk tiap-tiap 1000 penderita keluar. Indikator ini memberikan gambaran mutu pelayanan di rumah sakit.

Rumus :

$$\text{NDR} = \frac{\text{Jumlah pasien mati >48jam}}{\text{jumlah pasien keluar (hidup+mati)}} \times 100\%$$

Walaupun nilai ideal berbeda-beda, umumnya diharapkan dibawah 1,5 permil.

6. GDR (*Gross Death Rate*)

GDR adalah angka kematian umum untuk setiap 1000 penderita keluar. Rumus :

$$\text{GDR} = \frac{\text{Jumlah pasien mati seluruhnya}}{\text{Jumlah pasien keluar (hidup +mati)}} \times 100\%$$

Walaupun nilai idealnya berbeda-beda, diharapkan di bawah 2,5 permil.

7. Indikator Pelayanan Medik

Berdasarkan indikator kinerja rumah sakit yang ditetapkan Kementerian Kesehatan disepakati 12 indikator yaitu :

1. Rerata Jam Pelatihan per karyawan pertahun
2. Persentase Tenaga Terlatih di Unit Khusus
3. Kecepatan Penanganan Penderita Gawat Darurat
4. Waktu Tunggu Sebelum Operasi Elektif
5. Angka Kematian Ibu karena Persalinan (Perdarahan, Preeklampsia/Eklampsia dan Sepsis, Khusus untuk kasus non rujukan)
6. Angka Infeksi Nosokomial
7. Kelengkapan Pengisian Rekam Medis

8. Prosentase Kepuasan Pasien (survei)
9. Prosentase Kepuasan Karyawan (survei)
10. Baku Mutu Limbah Cair
11. Status Keuangan Rumah Sakit
12. Prosentase Penggunaan Obat Generik di Rumah Sakit

Rerata Jam Pelatihan per Karyawan pertahun dimaksud adalah semua pelatihan baik didalam (on the job training) maupun diluar (off the job training) rumah sakit. Standar: 20 Jam/karyawan/tahun.

Persentase tenaga terlatih di unit khusus adalah jumlah tenaga yang terlatih secara khusus dibandingkan dengan tenaga yang ada. Petugas yang terlatih khusus adalah petugas yang bekerja untuk menangani masalah kesehatan secara khusus seperti IGD, ICU, OK dan lain- lain. Untuk IGD seperti PPGD, BCLS, BCLC, ATLS, ACLS, dll. Untuk ICU seperti PPGD, FCCS, Pelatihan ICU, ACLS, dll. Untuk Kamar Operasi/OK seperti PPGD, Pelatihan Khusus OK dll. Untuk NICU seperti: PPGD, APLS, DG bayi, pelatihan ICU, NICU dll. Standar 50%.

Kecepatan penanganan penderita gawat darurat adalah rerata waktu yang diperlukan pasien saat pasien datang sampai mendapatkan pelayanan dokter. Standar : 5 menit. Waktu tunggu sebelum operasi elektif, adalah rerata lamanya waktu yang diperlukan pasien di setiap kelas perawatan sejak masuk rumah sakit sampai dilakukan operasi elektif (tidak termasuk waktu yang diperlukan untuk pemeriksaan penunjang, yang biasanya dilakukan dengan rawat jalan. Pemeriksaan ini harus diselesaikan lebih dahulu). Standar : 2 hari. Angka Kematian Ibu Karena Persalinan ini mencakup perdarahan pre eklampsia/ eklampsia dan sepsis. Perdarahan adalah kematian ibu yang disebabkan karena perdarahan yang terjadi pada saat kehamilan, semua skala persalinan dan nifas. Pre eklampsia dan Eklampsia mulai terjadi pada kehamilan trimester 2. Pre eklampsia dan Eklampsia merupakan kumpulan dari 2 dari 3 tanda yaitu Tekanan darah sistolik >160mm Hg dan diastolik > 110 mmHg. Protein uria > 5 gr/24 jam, 3+/4+ pemeriksaan kualitatif. Oedem

tungkai Eklampsia adalah tanda preeklampsia yang disertai dengan kejang dan atau penurunan kesadaran. Sepsis adalah tanda-tanda sepsis yang terjadi akibat penanganan aborsi, persalinan dan nifas yang tidak ditangani secara tepat oleh pasien atau penolong. Standar (Casefatalityrate) Perdarahan <1%, pre-eklampsia <30%, sepsis < 0.2 %.

Infeksi Nosokomial adalah infeksi yang didapat di rumah sakit. Standar maksimal 8%. Persentase rekam medis yang telah diisi secara lengkap, apabila rekam medis tersebut telah berisi seluruh informasi tentang pasien termasuk resume medis, keperawatan dan seluruh hasil pemeriksaan penunjang serta telah diparaf oleh dokter yang bertanggungjawab. Waktu maksimal masuk ke bagian rekam medis adalah 2 x24 jam untuk rawat inap dan untuk rawat jalan dan rawat darurat <24 jam. Standar 95%.

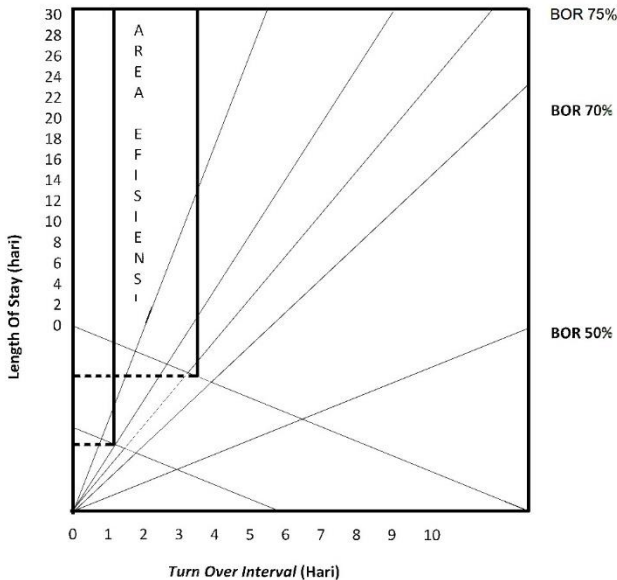
Persentase pasien yang menyatakan puas terhadap pelayanan berdasarkan hasil survei dengan instrumen yang baku. Standar minimal 90%. Persentase karyawan yang menyatakan puas terhadap berbagai faktor pendukung kinerja di Rumah Sakit berdasarkan hasil survei dengan instrumen yang baku. Faktor kepuasan dapat meliputi keamanan, sarana dan peralatan, kesejahteraan, kenyamanan lingkungan kerja, aktualisasi diri, kesempatan pengembangan diri, hubungan dengan atasan, "*reward/punishment*". Standar minimal 90%. Baku mutu limbah cair rumah sakit dimaksud adalah BOD (*Biological calorygen demand*) 30 mg/liter, COD (*chemical oxygen demand*) 80 mg/liter, TSS (*total suspended solid*) 30 mg/liter, dan pH6-9.

Status keuangan rumah sakit dilihat dari *cost recovery* rumah sakit adalah pendapatan rumah sakit dibagi biaya operasional dikali 100%. Dan subsidi adalah jumlah rupiah yang diterima rumah sakit dari berbagai sumber untuk melayani pasien tidak mampu. Persentase penggunaan obat generik adalah jumlah penggunaan obat generik dibandingkan jumlah penggunaan obat secara keseluruhan dikali 100%.

8. Barber Johnson

Untuk mengukur efisiensi pengelolaan rumah sakit juga dapat dipergunakan grafik **Barber Johnson**, yaitu daerah grafik dengan tingkat utilitas yang ideal. Memakai 4 parameter yaitu BOR, LOS, TOI dan BTO sebagai batas area efisiensi.

Grafik Barber Johnson digunakan untuk mengukur efisiensi.



Gambar 2.1 Grafik Barber Johnson

9. Normal Tissue Removal

Merupakan ukuran mutu, biasanya dilakukan pada operasi *appendectomy*/usus buntu. Appendix yang diangkat diperiksa dengan pemeriksaan patologi anatomi untuk mengetahui apakah diagnosa appendicitis betul. Kesalahan diagnosa yang ditoleransi di bawah 15 %.

10. Infeksi Nosokomial

Merupakan ukuran mutu. Ada beberapa indikator yang bisa dipakai untuk mengukur/monitoring infeksi nosokomial seperti:

- a. Kejadian infeksi pada jarum infuse
 - b. Kejadian infeksi pada *clean surgery*
 - c. Kejadian infeksi postpartum
- Infeksi nosokomial seharusnya nol atau mendekati nol.

11. Perbandingan Luas Rumah Sakit/ Jumlah Tempat Tidur

Merupakan indikator efisiensi. Rumah sakit dikatakan efisien bila perbandingan luas rumah sakit/jumlah tempat tidur berkisar antara 70-80 m²/tempat tidur. Untuk rumah sakit yang mewah milik pemodal, perbandingan ini berkisar 100-200 m²/tempat tidur.

12. Unit Cost

Merupakan indikator efisiensi rumah sakit dan digunakan untuk penetapan tarif. Unit cost merupakan harga pokok pelayanan di rumah sakit.

13. Kejadian Tak Diharapkan

Merupakan indikator mutu dan keselamatan pasien rumah sakit. Kejadian tak diharapkan dapat diukur dari beberapa hal seperti :

- a. Kejadian pasien jatuh
- b. Kesalahan pemberian obat

Saat ini tren rumah sakit di dunia maupun di Indonesia ke arah keselamatan pasien, maka indikator mutu sangat penting untuk diperhatikan.

3.9. Karakteristik Rumah Sakit

Rumah sakit merupakan suatu organisasi yang kompleks, unik, padat modal, padat teknologi, padat karya dimana banyak kalangan profesional bekerja disana. Rumah sakit juga padat masalah dan sering ada keluhan pasien. Karyawan rumah sakit sering berhubungan dengan orang yang beremosi labil karena sedang sakit apalagi disertai dengan ketidakpastian dan biaya tinggi. Semua kegiatan di rumah sakit bersifat urgen, pelayanan 24 jam sepanjang tahun, kesalahan tidak dapat ditoleransi. Karena

karakteristik tersebut di atas maka rumah sakit disebut juga sebagai "*city in the city*". Direktur rumah sakit idealnya adalah seorang dokter atau dokter gigi yang mendapat tambahan pendidikan manajemen rumah sakit. Sebaiknya direktur rumah sakit tidak berpraktek profesi.

3.10. Badan Hukum Rumah Sakit

Rumah sakit pemerintah dapat berbadan hukum Unit Pelaksana Teknis, RS Perjan atau perusahaan jawatan, ataupun Badan Layanan Umum/Badan Layanan Umum Daerah yang dapat mengelola ketenagaan dan keuangan lebih mandiri. Dahulu rumah sakit swasta hanya boleh berbentuk badan hukum yayasan (*not for profit*) namun sejak 1990 diperbolehkan juga berbentuk badan hukum lainnya (Permenkes nomor 84/Menkes/Per/II/1990). Kini banyak rumah sakit swasta berbentuk Perusahaan Terbatas (PT) yang sering disebut "*for profit*". Jadi jasa kesehatan boleh menjadi komoditas bisnis, namun tetap memiliki fungsi sosial, sesuai dengan Undang-Undang RI No. 44 tahun 2009 tentang rumah sakit.



BAB IV.

ORGANISASI KELOMPOK RUMAH SAKIT

Setelah menyelesaikan Bab ini pembaca diharapkan mampu:

1. Menjelaskan Perhimpunan Rumah Sakit Seluruh Indonesia (PERSI)
2. Menjelaskan organisasi-organisasi/ asosiasi/ perhimpunan kelompok-kelompok rumah sakit yang berada di bawah PERSI
3. Mengenal berbagai macam rumah sakit di Indonesia

4.1. Perhimpunan Rumah Sakit Seluruh Indonesia (PERSI)

Perhimpunan Rumah Sakit Seluruh Indonesia (PERSI) dibentuk pada tanggal 11 April 1978 di Jakarta. Ikatan Rumah Sakit Jakarta Metropolitan (IRSJAM) yang lebih dulu ada berperan penting dalam pembentukan PERSI. IRSJAM kemudian menjadi PERSI Daerah Khusus Ibukota Jakarta. PERSI merupakan wadah tunggal organisasi rumah sakit di Indonesia. Organisasi ini menghimpun para pimpinan, manajer rumah sakit dan pakar rumah sakit di Indonesia. Tokoh-tokoh yang aktif dalam kegiatan PERSI antara lain : Dr. Amino Gondohutomo (RS Pertamina-Jakarta), Prof. Dr. Rukmono (RSCM-Jakarta), Dr. Samsi Jacobalis (RSPAD Gatot Subroto-Jakarta), Dr. Soebaryo Mangunwidodo (RS Sumber Waras-Jakarta), Dr. Soejoto Martoatmodjo (RS Dr. Sutomo- Surabaya), Dr. Budihartono (RSCM-

Jakarta), Dr. H. Sugiati AS, SKM (RS Islam-Jakarta), J. Guwandi, SH (RS Husada- Jakarta), Dr. Robert Imam Sutedja (RS Sumber Waras-Jakarta), Dr. Padmo Hoedjo (RS Persahabatan-Jakarta), Dr. Adib A. Yahya, MARS, Dr. Nico A. Lumenta (RSPGI Cikini-Jakarta), Dr. Hidayat H. (RSCM-Jakarta), Dr. A. Mariono (RS Atmajaya-Jakarta).

Tokoh-tokoh tersebut di atas adalah tokoh-tokoh senior yang sebagian besar sudah tidak aktif lagi atau sudah meninggal dunia. Sedangkan tokoh-tokoh junior yang masih aktif sampai sekarang antara lain: Prof. Dr. Herkutanto, Sp F, SH, LLM (RSCM-Jakarta), Dr. Wasista Budi Waluyo, MHA (RS Sint Carolus), Dr. dr. Sutoto, M. Kes, Dr. Mus Aida, MARS (RS Puri Indah), Dr. Grace Frelita, MM (Siloam Hospitals). Pada masing-masing provinsi dibentuk juga PERSI Daerah.

4.2. Organisasi Rumah Sakit di Bawah PERSI

Kepemilikan, pelayanan dan bentuk badan hukum rumah sakit berbeda satu sama lain, karena itu masing-masing kelompok rumah sakit yang memiliki persamaan membentuk asosiasi/perhimpunan tersendiri, namun masih bernaung di bawah PERSI dan para pimpinannya menjadi anggota exofficio PERSI Pusat. Organisasi/asosiasi di bawah PERSI tersebut adalah:

1. PERDHAKE (Persatuan Karya Dharma Kesehatan Indonesia). Merupakan organisasi rumah sakit dan pelayanan kesehatan Katolik. Contoh: RS Sint Carolus- Jakarta, RS Santo Borromeus-Bandung, RS Panti Rapih-Yogyakarta, RS Elizabeth-Semarang, RS Katolik St. Vincentius a Paulo (RKZ)-Surabaya, RS Dirgahayu- Samarinda, RS Suaka Insan-Banjarmasin.
2. PELKESI (Persatuan Pelayanan Kristen untuk Kesehatan Indonesia). Merupakan organisasi kesehatan Kristen (Protestan). Contoh: RS PGI Cikini-Jakarta, RS Advent-Bandung, RS Bethesda-Yogyakarta, RS Panti Wilasar Dr. Cipto-Semarang, RS William Booth-Surabaya, RS Baptis- Kediri.
3. MUKISI (Majelis Syuro Upaya Kesehatan Islam Seluruh Indonesia). Merupakan organisasi kesehatan Islam. Contoh: RS Islam-Jakarta, RS PKU Muhammadiyah- Yogyakarta, RS

Roemani Muhammadiyah-Semarang, RS Siti Khodijah Pekalongan, RS Islam Sultan Hadlirin- Jepara, RS Islam Jemur Sari-Surabaya, RS Islam Surabaya, RS Islam Bogor, RS Islam Banjarmasin.

4. ARSSI (Asosiasi Rumah Sakit Swasta Indonesia). Merupakan organisasi rumah sakit swasta yang bukan berlatarbelakang keagamaan. Di kota Malang dibentuk juga ARSAMA (Asosiasi Rumah Sakit Swasta Malang). Contohnya RS Sumber Waras-Jakarta, RS Husada- Jakarta, RS Adi Husada-Surabaya.
5. ARSADA (Asosiasi Rumah Sakit Daerah). Merupakan organisasi-organisasi rumah sakit pemerintah daerah provinsi dan kabupaten/kota. Contoh semua rumah sakit pemerintah milik pemerintah provinsi dan kabupaten/ kota.
6. ARSPI (Asosiasi Rumah Sakit Pendidikan Indonesia). Merupakan organisasi rumah sakit pendidikan. Rumah sakit ini bisa dimiliki oleh fakultas kedokteran negeri maupun swasta dan bisa juga dimiliki oleh pemerintah yang bekerjasama dengan fakultas kedokteran. Contoh : RS Mata Cicendo (Pusat Mata Internasional-Bandung), RS Cipto Mangunkusumo Jakarta, RS Atma Jaya- Jakarta, RS Immanuel-Bandung, RS Universitas Kristen Indonesia-Jakarta, RSUP Persahabatan-Jakarta, RS Islam UNISMA Malang, RS Akademik Universitas Gadjah Mada- Yogyakarta, RSUP Dr. Kariadi Semarang, RS Pendidikan Universitas Airlangga-Surabaya.
7. ARS TNI/POLRI (Asosiasi Rumah Sakit TNI/POLRI). Merupakan organisasi RS TNI/POLRI. Contoh: RS Bhayangkara R. Said Sukanto-Jakarta, RSPAD Gatot Subroto-Jakarta, Marinir Cilandak-Jakarta, RS AL Dr. Mintohardjo Jakarta, RS TNIAU Dr. Esnawan Antariksa- Jakarta, RS Dr. Soepraoen-Malang, RSAL Dr. FX Suhardjo- Ambon, RS Dr. Suharsono (TPT)-Banjarmasin, RS AU- Landasan Ulin.
8. ARS BUMN (Asosiasi Rumah Sakit Badan Usaha Milik Negara). Merupakan organisasi rumah sakit milik BUMN. Contoh : RS PHC Surabaya, RS Pelabuhan-Jakarta, RS PELNI

- Jakarta, RS Pusat Pertamina-Jakarta, RS Pertamina-Balikpapan, RS PHC Surabaya, RS PTP Danau Salak, RS Pertamina-Tanjung (Murung Pudak).
9. ARVI (Asosiasi Rumah Sakit Vertikal Indonesia). Merupakan organisasi rumah sakit milik pemerintah pusat/Kemenkes R.I. Contoh : RS Ketergantungan Obat- Jakarta, RS Penyakit Infeksi Prof. Suliyanti Saroso- Jakarta, RS Fatmawati-Jakarta, RS Kanker Dharmais- Jakarta, RS Anak dan Bunda Harapan Kita-Jakarta, RS Kusta Dr. Tajuddin Chalid-Makassar, RS Orthopedi Prof. Dr. Suharso Surakarta, RS Jiwa Dr. Radjiman Wedyodiningrat Lawang, RS Jantung dan Pembuluh Darah Harapan Kita-Jakarta, RS Pusat Otak Nasional-Jakarta, RS UP Persahabatan-Jakarta, RSUPN Cipto Mangunkusumo- Jakarta, RS Kusta Dr. Sitanala-Tangerang.
 10. ARSABAPI (Asosiasi Rumah Sakit dan Balai Kesehatan Paru Indonesia). Merupakan organisasi rumah sakit dan paru dan Balai Kesehatan Paru. Contoh: RS Paru Surabaya, RS Paru Sukosari Husada-Sukoharjo, RSK Paru Jember, RS Paru Jember Dr. Ario Wirawan-Salatiga, RS Paru Dr. H. A. Rotinsulu-Bandung.
 11. ARSAWAKOI (Asosiasi Rumah Sakit Jiwa dan Ketergantungan Obat Indonesia). Merupakan organisasi rumah sakit jiwa dan ketergantungan obat. Contohnya: RS Ketergantungan Obat Jakarta, RSJ Bangli Bali, RSJ Pusat Mataram, RSJ Sungai Bangkong-Pontianak, RSJ Sambang Lihum Banjarmasin, RS Jiwa & Ketergantungan Obat Bengkulu, RSJ Provinsi Jawa Barat, RSJ H. B. Sa'anin-Padang.
 12. ARSGMP (Asosiasi Rumah Sakit Gigi Mulut Pendidikan). Merupakan organisasi rumah sakit gigi mulut pendidikan. Contohnya : RSGM Universitas Jenderal Sudirman Purwokerto, RSGM Universitas Padjajaran-Bandung, RSGM Saraswati-Denpasar, RSGM Gusti Hasan Aman- Banjarmasin.
 13. ARSANI (Asosiasi Rumah Sakit Nirlaba Indonesia). Merupakan organisasi rumah sakit nirlaba. Contohnya rumah sakit-rumah sakit milik yayasan atau perkumpulan.

14. ARSAMI (Asosiasi Rumah Sakit Mata Indonesia). Merupakan organisasi rumah sakit mata. Contohnya: Jakarta Eye Center-Menteng, Jakarta Eye Center-Kedoya, RS Mata Prof. Dr. Isak Salim (Aini)-Jakarta, RS Mata Dr. Yap-Yogyakarta, RS Mata Undaan-Surabaya, RS Mata Bali Mandara-Denpasar, RS Mata Cicendo-Bandung.



BAB V.

ORGANISASI DAN MANAJEMEN

Setelah menyelesaikan Bab ini pembaca diharapkan mampu :

1. Menjelaskan organisasi dan manajemen serta pengelolaan rumah sakit
2. Menjelaskan pengorganisasian pelayanan medik dan standar pelayanan minimal rumah sakit serta sistem rujukan.
3. Menjelaskan penjaminan mutu, akuntabilitas, etika dan akreditasi rumah sakit.
4. Melakukan analisa biaya dan menyusun tarif rumah sakit.
5. Menjelaskan anggaran dan pembiayaan, jaminan kesehatan, dan sistem pengelolaan keuangan badan layanan umum rumah sakit.
6. Menjelaskan sarana prasarana rumah sakit.

5.1. Manajemen Rumah Sakit

Pada penghujung dekade 1990-an telah terjadi kesadaran bahwa infrastruktur manajemen rumah sakit harus berdasarkan kaidah-kaidah bisnis modern, serta harus dikelola dengan kaidah bisnis yang mempunyai etika. Hilangnya atau berkurangnya subsidi baik dari pemerintah maupun donor, membuat sebagian besar rumah sakit memaksimalkan pendapatan pada segmen masyarakat kelas menengah ke atas. Dan juga beberapa skema jaminan kesehatan seperti Jaminan Kesehatan

Nasional (JKN-KIS/BPJS), Jamkesda dan Jamkesprov serta swasta tidak jarang menjadi andalan utama sumber pendapatan rumah sakit, yang harus dikelola sebaik mungkin.

Menjalankan manajemen berarti melaksanakan fungsi perencanaan, pengorganisasian, penggerakan dan pengawasan di rumah sakit. Perencanaan dimaksudkan adalah perumusan tentang apa yang akan dicapai, serta tindakan apa yang akan dilakukan untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan dengan memperhitungkan kemampuan yang dimiliki. Perencanaan meliputi unsur manusia, uang, sarana dan metode. Pengorganisasian adalah keseluruhan proses pengelompokan orang-orang, alat-alat, tugas dan tanggung jawab serta wewenang, sedemikian rupa sehingga tercipta suatu organisasi yang dapat digerakkan sebagai suatu kesatuan dalam rangka pencapaian tujuan yang telah ditentukan. Sementara penggerakan adalah fungsi menggerakkan, membimbing, dan mengarahkan orang agar mereka mau dan tahu bekerja demi tercapainya tujuan usaha atau organisasi. Keberhasilan fungsi ini ditentukan faktor motivasi, pengarahan, komunikasi dan kepemimpinan. Dan pengawasan adalah pengukuran hasil kerja, membandingkan dengan standar serta memastikan ada tidaknya penyimpangan serta melakukan koreksi terhadap penyimpangan yang terjadi. Pengawasan bisa langsung yakni hadir dan langsung menyaksikan dan tidak langsung yaitu memperoleh informasi dari orang lain, catatan dan laporan.

Governing body adalah Pemilik Rumah Sakit atau beberapa individu yang ditunjuk untuk menjalankan fungsi rumah sakit dan secara hukum bertanggung jawab terhadap manajemen rumah sakit secara umum dan mutu pelayanan rumah sakit. *Medical Staff by Laws* adalah suatu peraturan organisasi staf medis dan komite medis di rumah sakit yang ditetapkan oleh pemilik rumah sakit atau *governing body*. Fungsi *governing body* yang dimaksud adalah menyusun dan mereview peraturan internal rumah sakit (*hospital by laws*) yang berkaitan dengan akuntabilitas rumah sakit, menyusun dan mereview kebijakan *governing body*, meningkatkan kinerja

rumah sakit, menetapkan kriteria, proses seleksi serta rekrutmen direktur rumah sakit berbasis kompetensi, menetapkan evaluasi kinerja direktur rumah sakit; serta menyusun mekanisme komunikasi antara *governing body*, direktur dan tenaga medik.

Peraturan internal rumah sakit (*hospital by laws*) adalah suatu produk hukum yang merupakan konstitusi sebuah rumah sakit yang ditetapkan oleh pemilik rumah sakit atau yang mewakili. Bentuknya dapat berupa kumpulan peraturan Rumah sakit, *Standard Operating Procedure* (SOP), Surat Keputusan, Surat Penugasan, Pengumuman, Pemberitahuan dan Perjanjian (MoU). Semua peraturan tersebut tidak boleh bertentangan dengan peraturan yang di atasnya. Peraturan internal rumah sakit terdiri dari *corporate by laws* yang mengatur hubungan pemilik atau yang mewakili dengan pengelola rumah sakit dan *medical staff by laws* yang mengatur staf klinis. Prosedur yang harus dimiliki minimal mencakup:

1. Pendaftaran dan pemulangan pasien.
2. Prosedur untuk tidak menolak merawat pasien atas dasar ras, usia, agama, warga negara, jenis kelamin, kecacatan, penyakit (HIV/AIDS dan penyakit lain), kemampuan membayar atau sumber pembayaran.
3. Pertolongan pertama kepada pasien tidak sadar, ibu melahirkan dan pasien gawat darurat tanpa meminta biaya pelayanan terlebih dahulu.
4. Rujukan pasien inter dan antar sarana pelayanan kesehatan lain.
5. *Informed consent*/ Persetujuan tindakan medis.
6. Prosedur yang terkait dengan masalah bio etika, misalnya penghentian *life support*, penolakan pengobatan, penolakan perawatan, transplantasi/ donasi organ, dan lain sebagainya.
7. Akuntansi sesuai dengan pedoman akuntansi yang berlaku.
8. Pembayaran diunit gawat darurat terutama bagi keluarga miskin dan kebijakan perkecualian bagi keluarga miskin.
9. Identifikasi pasien yang digunakan mulai dari pendaftaran hingga pemulangan pasien.

10. Manajemen keluhan bagi pasien, keluarga, pengunjung dan yang bekerja di rumah sakit, mencakup identifikasi keluhan, waktu yang dibutuhkan untuk merespon, mekanisme review dan pencarian solusi keluhan, dan tindak lanjut.
11. Seleksi dan rekrutmen tenaga struktural dan fungsional rumah sakit.
12. Penyusunan dan penyampaian uraian tugas kepada tenaga di rumah sakit.
13. Penyampaian informasi mengenai hak-hak pasien.
14. Rumah sakit mendokumentasikan catatan seluruh pertemuan *governing body* beserta notulensinya yang telah disahkan.

Rumah sakit merupakan bagian dari jejaring pelayanan kesehatan untuk mencapai indikator kinerja kesehatan yang ditetapkan daerah. Oleh karenanya rumah sakit harus mempunyai hubungan koordinatif, kooperatif dan fungsional dengan Dinas Kesehatan dan sarana pelayanan kesehatan lain. Rumah sakit wajib berpartisipasi dalam penanggulangan bencana, wabah penyakit, pelaporan penyakit menular dan penyakit lain yang ditetapkan oleh tingkat nasional dan daerah, serta dalam melaksanakan program prioritas pemerintah.

Pendirian rumah sakit diawali dengan studi kelayakan, yang mencakup analisis pasar dan pemasaran, analisis keuangan, rencana kebutuhan pelayanan (jumlah, jenis, tenaga, alat, dan perbekalan kesehatan), analisis aspek legal, analisis kelayakan lingkungan, analisis epidemiologi penyakit, serta rekomendasi. **Studi kelayakan** dilakukan oleh pihak ketiga, yang tidak terkait dengan pihak yang mengajukan pendirian rumah sakit.

Rumah sakit memiliki **rencana strategis**, yang mencakup visi, misi, tujuan, sasaran dan strategi organisasi. Pembinaan dan pengawasan rumah sakit dapat dilakukan oleh *governing body*, Pemerintah Daerah / Pusat, Kementerian Kesehatan, Dinas Kesehatan dan bekerja sama dengan *stakeholder*/ pemangku kepentingan terkait. Pembinaan dan pengawasan upaya pelayanan medik secara teknis menjadi tanggungjawab Kementerian

Kesehatan dan dilakukan oleh Dinas Kesehatan Propinsi dan Kabupaten/Kota. Kompetensi manajemen penting bagi kelangsungan hidup dan perkembangan rumah sakit.

Contoh Kasus

Rumah Sakit Pondok Indah merupakan pelopor rumah sakit swasta mewah di Jakarta, mulai beroperasi tahun 1986. Beberapa bulan setelah beroperasi rumah sakit ini mengalami defisit yang mengancam keberlangsungan rumah sakit tersebut kemudian pemilik minta bantuan konsultan manajemen rumah sakit dari luar negeri yaitu Mr. Wang dan Mr. Tjang. Mereka bukan dokter, konsultan tersebut dibayar mahal, jauh melebihi gaji para direktur rumah sakit di Jakarta waktu itu. Para direktur rumah sakit di Jakarta jadi tertarik, apa dan bagaimana yang akan dilakukan konsultan tersebut.

Ternyata konsultan melakukan hal-hal yang tampaknya kecil seperti : penghematan air, listrik, dokter tetap yang pasiennya sedikit diubah statusnya menjadi dokter tamu sehingga dibayar sesuai dengan jumlah pasien yang dilayani.

Pemasaran rumah sakit diperbaiki. Dalam waktu sekitar 6 bulan rumah sakit ini sudah tidak defisit lagi, bahkan mampu berkembang.

5.2. Organisasi

Rumah sakit mempunyai struktur organisasi berdasarkan azas organisasi yang hemat struktur dan kaya fungsi, yang menggambarkan kewenangan, tanggung jawab, dan komunikasi dalam menyelenggarakan pelayanan dan antar unit pelayanan di rumah sakit serta manajemennya. Struktur organisasi rumah sakit mencerminkan fungsi administrasi dan keuangan, fungsi pelayanan umum, dan medik, sarana dan prasarana, fungsi pendidikan, penelitian, dan pengembangan serta fungsi peningkatan mutu. Selain itu, rumah sakit harus memiliki komite.

Rumah Sakit dipimpin oleh seorang Kepala atau Direktur dengan kualifikasi tenaga medis, dibantu beberapa Wakil Direktur

yang merupakan unsur pimpinan. Struktural pimpinan harus warga negara Indonesia, dan pemilik tidak boleh merangkap sebagai kepala rumah sakit. Level di bawah direktur/ wakil direktur disebut sebagai kepala bidang, kepala instalasi, kepala bagian, kepala unit. Hirarki yang ditetapkan pada masing-masing rumah sakit bisa berbeda, tergantung karakteristik rumah sakit tersebut. Ada juga rumah sakit yang menggunakan nomenklatur yang biasa digunakan pada korporat seperti : *Chief Executive Officer*(CEO), *Chief Operation Officer* (COO), *manager*, *Head Nurse*, dan sebagainya. Terdapat Dewan Pengawas Rumah Sakit (DPRS) yang tugasnya menentukan arah dan kebijakan rumah sakit, penetapan rencana strategis, menilai rencana dan anggaran, kendali mutu dan biaya, hak dan kewajiban pasien dan rumah sakit serta kepatuhan terhadap etik rumah sakit. DPRS bersifat internal sedang yang sifatnya eksternal adalah Badan Pengawas Rumah Sakit (BPRS) mengatur wilayah dan tugasnya menentukan pedoman, analisis dan rekomendasi kebijakan rumah sakit.

Komite adalah wadah non struktural yang terdiri dari tenaga ahli atau profesi yang dibentuk untuk memberikan pertimbangan strategis kepada pimpinan rumah sakit dalam rangka peningkatan dan pengembangan pelayanan rumah sakit. Pembentukan komite ditetapkan oleh pimpinan rumah sakit sesuai kebutuhan rumah sakit, sekurang-kurangnya terdiri dari Komite Medik, Komite Pencegahan dan Pengendalian Infeksi serta Komite Etik dan Hukum. Komite berada di bawah dan bertanggungjawab kepada pimpinan rumah sakit. Komite dipimpin oleh seorang ketua yang diangkat dan diberhentikan oleh pimpinan rumah sakit. Pembentukan dan perubahan jumlah dan jenis komite ditetapkan oleh pimpinan rumah sakit setelah mendapat persetujuan dari Direktur Jenderal Bina Upaya Kesehatan sebagai Pembina Teknis di bidang Perumah Sakitan, khusus untuk rumah sakit pusat.

5.3. Komite Medis

Komite Medis adalah wadah professional medis yang keanggotaannya berasal dari ketua kelompok staf medis atau yang

mewakili. Komite medis mempunyai otoritas tertinggi didalam pengorganisasian staf medis di dalam struktur organisasi rumah sakit, Komite Medis berada dibawah Direktur Rumah Sakit sedangkan di dalam struktur organisasi rumah sakit swasta, Komite Medis bisa berada di bawah Direktur Rumah Sakit atau dibawah Pemilik dan sejajar dengan Direktur Rumah Sakit.

Komite medis adalah kelompok tenaga medis yang anggotanya terdiri dari Ketua Staf Medis Fungsional masing-masing keahliannya. Komite Medis bertugas membantu Direktur dalam menyusun *Standard Operating Procedur (SOP)* dan memantau pelaksanaannya, serta melaksanakan pembinaan etika profesi, mengatur kewenangan profesi anggota staf medik fungsional, dan mengembangkan program pendidikan, pelayanan, pelatihan, penelitian serta pengembangan. SOP adalah suatu perangkat instruksi/langkah-langkah yang dibakukan untuk menyelesaikan suatu proses kerja rutin tertentu, yang benar dan terbaik berdasarkan konsensus bersama dan standar profesi. Dalam melaksanakan tugasnya, komite medis bertanggung jawab kepada Direktur atau *Governing body* dan dapat dibantu oleh panitia-panitia dan staf medik fungsional, serta tenaga lain. Susunan dan besaran organisasi pada Komite Medis harus mengacu pada peraturan Menteri Kesehatan dan ditetapkan oleh Pemilik Rumah Sakit.

5.4. Komite Etik dan Hukum

Sesuai peraturan yang telah dikeluarkan oleh Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor : 924/MENKES/SK/XII/1986, rumah sakit berkewajiban menjalankan Kode Etik Rumah Sakit Indonesia, namun dalam prakteknya banyak terjadi kasus-kasus malpraktek, perlakuan dari rumah sakit yang tidak manusiawi dan tidak memperhatikan hak pasien. Hal tersebut karena begitu kompleksnya jenis pelayanan dan manajemen di rumah sakit, sehingga dalam menjalankan fungsi dan tugasnya dapat timbul masalah-masalah tersebut.

Rumah Sakit membutuhkan wadah yang khusus dalam penanggulangan masalah etik dan hukum sehingga perlu

membentuk Komite Etik dan Hukum. Komite Etik dan Hukum (KEH) merupakan badan otonom dan berfungsi sebagai penasihat pimpinan rumah sakit, serta berkewajiban membantu pimpinan rumah sakit. Pembentukan KEH dilaksanakan oleh pimpinan/direktur rumah sakit, ketua dan anggota diangkat untuk masa bakti tertentu. KEH sekurang- kurangnya terdiri atas 7 (tujuh) orang yaitu: Ketua, Wakil Ketua, seorang sekretaris dan 2 orang anggota. Keanggotaan KEH terdiri dari wakil manajemen rumah sakit, Satuan Medik Fungsional (SMF), keperawatan, bagian hukum kesehatan dan lain-lain yang kedudukannya di bawah Direktur namun sejajar dengan Komite Medik.

Menghadapi perubahan lingkungan rumah sakit yang begitu pesat, pengorganisasian dan pengelolaan rumah sakit hendaknya :

1. Terampil membuat perencanaan anggaran dan kemampuan merealisasikan semua rencana dengan baik, mendesain sistem pembayaran pra upaya dengan berlakunya sistem jaminan kesehatan nasional.
2. Mampu membuat dan mempublikasikan laporan tahunan keuangan dan kegiatan rumah sakit. Transparansi pengelolaan rumah sakit juga dalam hal pelayanan medik dan keperawatan.
3. Keterampilan membuat inovasi baru dalam pelayanan yang sesuai dengan kebutuhan masyarakat yang semakin maju.
4. Kompetitif yang menimbulkan semangat juang ke arah yang lebih baik, lebih bermutu dan lebih menguntungkan, serta kepuasan pelanggan.
5. Keterampilan mendesain sistem insentif, pengembangan sumber daya manusia, pelayanan prima dan perbaikan mutu berkelanjutan.
6. Menjadi organisasi yang mau dan mampu belajar mencintai perubahan tanpa mengenal batas waktu sehingga mampu menghadapi perubahan lingkungan. Menciptakan iklim yang kondusif bagi seluruh staf rumah sakit untuk menjunjung tinggi hak-hak pasien.

5.5. Penjaminan Mutu dan Akreditasi

Rumah sakit mempunyai program peningkatan mutu internal dan eksternal, untuk mengevaluasi seluruh kegiatan yang berkaitan dengan pelayanan bagi pasien. Program peningkatan mutu internal dapat dilakukan dengan metode dan teknik yang dipilih ditetapkan oleh setiap rumah sakit, misalnya berbasis review dokumen rekam medis, audit medis, *patient safety*, observasi kinerja klinis atau wawancara/ kuesioner dengan staf dan pelanggan. Program peningkatan mutu eksternal dapat dilakukan melalui akreditasi, ISO dan lain-lain.

Unsur mutu yang diprioritaskan pasien umumnya adalah ketanggapan, keramahan, dan perbaikan pengurangan rasa sakit dan fungsional atau hasil yang diharapkan. Bagi dokter adalah ketrampilan teknis, kebebasan dalam memberikan pelayanan, dan hasil yang diinginkan. Bagi pelanggan adalah efisiensi dan penghematan di samping unsur tersedianya pelayanan, ketepatan waktu pelayanan, lingkungan fisik, kecepatan pelayanan dan meminimalkan resiko. Mutu secara umum dikaitkan dengan derajat keberhasilan yang patut mendapat pujian, *excellent*, suatu derajat kesempurnaan hasil yang jauh melampaui tingkat rata-rata lainnya. Rumah sakit yang bermutu adalah pelayanan yang memenuhi standar tertentu (*outcome*) yang dihasilkan dari interaksi proses dan struktur yang juga memenuhi standar yang ditetapkan.

Sistem mutu telah berkembang dari waktu ke waktu, dimulai dengan inspeksi (*inspection*) secara sederhana, menjadi upaya pengendalian (*quality control*), disini bersifat mencegah agar produk jasa yang cacat tidak sampai ketangan konsumen, oleh karena itu harus ditemukan sedini mungkin dan segera dipisahkan. Berkembang lagi menjadi upaya pemastian mutu (*quality assurance/ quality improvement*), dan terakhir pengendalian mutu terpadu (*total quality management*), dimana penekanan pada pencegahan produk jasa yang cacat. Kegiatan dapat berupa *case review*, *review* kasus bedah, penggunaan obat dan lain-lain.

Program mutu yang dikembangkan dapat berupa **standarisasi** seperti pelayanan, ketenagaan, sarana prasarana.

Kemudian **Klasifikasi** dan **Akreditasi**. Akreditasi Rumah Sakit adalah pengukuran dan pengakuan yang diberikan oleh lembaga independen yang diakui pemerintah kepada manajemen rumah sakit akan dijelaskan pada bab tersendiri.

5.6. Analisa Biaya, Tarif dan Badan Layanan Umum RS

Keterbatasan sumber daya mendorong masuknya disiplin ilmu ekonomi dalam perencanaan, manajemen dan evaluasi sektor kesehatan. Adapun ciri khusus sektor kesehatan menurut Ascobat Gani adalah:

1. **Kejadian penyakit tidak terduga.** Sulit menduga penyakit apa yang akan dialami di masa akan datang, oleh sebab itu secara pasti tidak diketahui pelayanan apa yang diperlukan. Adanya ketidakpastian (*uncertainty*) berarti seseorang menghadapi resiko akan sakit juga resiko mengeluarkan biaya pengobatan.
2. **Costumer Ignorance.** Konsumen tidak tahu banyak tentang tidak tahu banyak tentang jenis pemeriksaan dan pengobatan, tergantung pada penyedia (*provider*) pelayanan yaitu para profesional. Terkadang keputusan profesional terlepas sama sekali dari pertimbangan biaya dan kemampuan membayar pasien.
3. **Sehat dan pelayanan kesehatan sebagai hak.** Akibatnya distribusi pelayanan sesuai kebutuhan (*need*) bukan kemampuan membayar (*demand*). Isu pemerataan (*equity*) menonjol sehingga muncul istilah subsidi silang (*crosssubsidy*).
4. **Eksternalitas.** Dampak positif atau negatif akibat perbuatan seseorang, pelayanan pencegahan besar tergolong *public good*, kuratif kecil dampaknya tergolong *private good*.
5. **Motif non profit.** Untung maksimum bukan tujuan utama, pendapat tradisional orang tidak layak mengambil keuntungan dari penyakit orang.
6. **Padat karya.** Komponen tenaga mencapai 40-60% dari keseluruhan biaya, otomatisasi tidak semakin bebas dari input tenaga manusia.
7. **Mix outputs.** Banyak ragam komoditi dan output, analisis

demand jadi kompleks

8. **Upaya kesehatan sebagai konsumsi dan investasi.** Menghasilkan sumber daya manusia yang produktif dan pembangunan manusia.
9. **Restriksi berkompetisi.** Mekanisme pasar tidak sempurna karena pembatasan praktek kompetisi, misalnya dalam promosi.

Analisa biaya rumah sakit adalah suatu kegiatan menghitung biaya rumah sakit untuk berbagai jenis pelayanan yang ditawarkan, baik secara total maupun per unit/per pasien, dengan cara menghitung seluruh biaya pada seluruh unit/ pusat biaya serta mendistribusikannya ke unit-unit produksi yang kemudian dibayar oleh pasien.

Kegiatan analisis biaya rumah sakit bertujuan mendapatkan informasi mengenai biaya total (*total cost*) dan biaya satuan (*unit cost*) di rumah sakit, dengan cara menetapkan unit yang menjadi pusat biaya (*cost center*) dan pusat pendapatan (*revenue center*). Mendapatkan gambaran biaya pada tiap unit tersebut (*total cost*) baik biaya tetap (*fix cost*), operasional maupun pemeliharaan (*variabel cost*). Kemudian gambaran pendapatan rumah sakit baik sumber subsidi maupun retribusi (*total revenue*), dan dengan perhitungan/metode tertentu didapatkan gambaran **biaya satuan** pelayanan rumah sakit (*unit cost*). Biaya satuan adalah besaran nilai dalam rupiah yang merupakan pengorbanan dalam menghasilkan output/produksi menurut satuan nilai output. Misalnya kunjungan, hari rawat, pemeriksaan, dan tindakan.

Metodenya ada **cara langsung** (*direct apportionment*), yaitu biaya unit penunjang (Administrasi/Dapur/Pemeliharaan Sarana, dan lain-lain) dibagi habis ke unit produksi (Bedah/ Penyakit Dalam dan lain-lain), dibagi jumlah output tiap unit menghasilkan biaya satuan. Metode **step down** yaitu unit penunjang juga menerima distribusi baru dibagi habis ke unit produksi. Metode **distribusi ganda** (*double distribution*), yaitu timbal balik antar unit penunjang saling berbagi baru didistribusikan ke unit produksi.

Penetapan pola tarif rumah sakit ditetapkan sesuai dengan

peraturan yang berlaku atas dasar jenis pelayanan, tingkat kesulitan, kecanggihan pelayanan, dan kelas perawatan. Tarif rumah sakit dihitung atas dasar *unit cost* / biaya satuan dari setiap jenis pelayanan dan kelas perawatan. **Tarif** adalah sebagian atau seluruh biaya penyelenggaraan kegiatan pelayanan di rumah sakit yang dibebankan kepada pasien sebagai imbalan atas jasa pelayanan yang diterima. Tarif yang pembayarannya ditanggung oleh pihak ketiga ditetapkan dalam perjanjian tertulis.

Besaran tarif selain kelas III ditetapkan direktur rumah sakit setelah mendapat persetujuan Dewan Pengawas Rumah Sakit. Faktor-faktor yang dipertimbangkan untuk penetapan tarif rumah sakit

1. Identifikasi jenis pelayanan/produk layanan
2. Biaya satuan dan tarif sekarang
3. Kapasitas produksi rumah sakit
4. Tingkat utilisasi/pemanfaatan
5. *Cost recovery* rumah sakit dan masing unit produksi (pengembalian biaya)
6. Target *cost recovery* (penerimaan hasil penjualan layanan)
7. Kemauan dan kemampuan membayar masyarakat (*ability and willingness to pay*)
8. Tarif dan pelayanan pesaing
9. Pelayanan pesaing
10. Sifat pelayanan apakah emergensi atau non emergensi.

Analisis biaya merupakan kegiatan awal bermanfaat yang menghasilkan informasi biaya satuan yang penting untuk penyusunan tarif. Dalam tarif sudah termasuk jasa pelayanan atau **jasa medik** dimana ini perlu standarisasi antara profesi, pengelola rumah sakit dan penyelenggaran jaminan kesehatan.

Badan Layanan Umum adalah institusi di lingkungan pemerintah termasuk rumah sakit yang dibentuk untuk memberikan pelayanan kepada masyarakat berupa penyediaan barang dan atau jasa yang dijual tanpa mengutamakan mencari keuntungan dan dalam melakukan kegiatannya didasarkan pada prinsip efisiensi dan produktivitas. Tujuannya adalah

meningkatkan pelayanan kepada masyarakat, meningkatkan efisiensi dan efektivitas manajemen sektor publik dan mengurangi beban subsidi pemerintah. Bentuknya adalah **fleksibilitas** dalam pengelolaan keuangan, semua pendapatan dapat dipergunakan langsung untuk membiayai kegiatan menurut Rencana Bisnis Anggaran (RBA).

Rumah Sakit BLU tetap dapat memungut biaya dari masyarakat sebagai imbalan atas layanan yang diberikan, selain menerima dana dari APBN/APBD, hibah, dan hasil usaha lainnya. Juga dapat melakukan kerja sama dengan pihak ketiga. Apabila terjadi surplus keuangan, masih dapat dipergunakan tahun berikutnya tidak hangus, demikian juga defisit dapat diajukan kekurangan pada tahun berikutnya. Pejabat dan pegawai BLU dapat terdiri dari pegawai negeri sipil, tenaga profesional dan non PNS. Konsep BLU ini adalah cikal bakal *enterprising government*.

5.7. Remunerasi dan Jaminan Kesehatan Nasional/BPJS

Remunerasi adalah imbalan atau balas jasa yang diberikan organisasi kepada tenaga kerja sebagai akibat dari prestasi yang telah diberikannya dalam rangka mencapai tujuan organisasi. Mengingat hal ini terkait langsung dengan pencapaian tujuan maka pola yang dipergunakan seyogyanya disesuaikan dengan kebijakan masing-masing organisasi dan mengacu rasa keadilan bagi kedua belah pihak, manajemen dan karyawan.

Besarnya tingkat remunerasi tiap organisasi berbeda disebabkan oleh faktor yang mempengaruhi antara lain permintaan dan penawaran tenaga kerja, kemampuan organisasi, kemampuan dan ketrampilan tenaga kerja, peranan serikat pekerja, resiko pekerjaan, biaya hidup dan campur tangan pemerintah. Remunerasi juga dapat dibedakan atas prestasi kerja, senioritas atau lama dinas, tingkat premi atau upah.

Sistem Remunerasi di salah satu Rumah Sakit adalah sistem yang mengatur pengupahan/imbalan kerja karyawan dalam bentuk gaji, honorarium, insentif dan merit yang diberlakukan di lingkungan rumah sakit. Gaji dan honorarium dasarnya

proporsionalitas, kesetaraan dan kepatutan, sumber dana dari biaya operasional rumah sakit atau jika pegawai negeri (PNS) dari pemerintah. Tunjangan adalah pengganti atau fasilitas yang diberikan kepada pemegang jabatan di organisasi. Insentif dasarnya adalah kebijakan jadi bukan hak seperti gaji/ tunjangan/ honorarium kecuali sudah tercantum dalam sistem remunerasi, sumber dana jasa pelayanan. Falsafahnya mereka yang penghasil uang akan mendapatkan insentif langsung dan wajib memberikan kontribusi kepada seluruh karyawan, mengingat apa yang dihasilkan akibat dari kerjasama tim. Merit adalah tambahan pendapatan yang dananya berasal dari sisa hasil usaha atau biaya operasional atau dianggarkan khusus diberikan dalam bentuk bonus dan kesejahteraan lainnya.

Pertama dilakukan **indexing**, teknik menentukan besaran skor individu karyawan sesuai beban kerja dan kinerja. Ada *basic index* (pengalaman dan masa kerja) dan *competency index* (keterampilan, ilmu pengetahuan dan perilaku), *risk index* (resiko kerja), *emergency index* (tingkat kegawat daruratan), *position index* (jabatan yang disandang), serta *performance index* (hasil/capaian kinerja). Kemudian dilakukan rating/bobot dimana skor nilai individu merupakan perkalian index terhadap rating. Total skor adalah penjumlahan dari *skor basic*, *competency*, *risk*, *emergency*, *position* dan *performance*, sementara total skor rumah sakit adalah jumlah total skor individu seluruh karyawan. Terdapat sanksi pemotongan bila tidak disiplin kerja, izin pendidikan meninggalkan kerja, cuti, melanggar etika, pembocoran rahasia dan berkinerja buruk selama dua tahun

Remunerasi dapat menghindarkan masalah organisasi dimana karyawan tidak lagi mengindahkan kinerja, cenderung bermental konsumtif, rasa iri terhadap upah orang lain tanpa melihat kontribusi terhadap organisasi, saling menyalahkan ketika terjadi kerugian/kesalahan. Sebaliknya perebutan pujian manakala organisasi meraih keuntungan.

Jaminan kesehatan merupakan sebuah sistem yang memungkinkan seseorang terbebas dari beban biaya berobat yang

mahal yang menyebabkan gangguan pemenuhan kebutuhan dasar hidup. Hal ini sejalan dengan amanat undang-undang yang mengatakan, setiap individu, keluarga dan masyarakat berhak memperoleh perlindungan terhadap kesehatannya sehingga negara bertanggung jawab mengatur dan membuat skema agar terpenuhi hak hidup sehat bagi penduduknya termasuk bagi masyarakat miskin dan tidak mampu.

Saat ini sudah ada program Jaminan Kesehatan Nasional yang diselenggarakan oleh Pemerintah Pusat mencakup 183.579.086 jiwa per 1 Nopember 2017 atau 71 % penduduk, kemudian ada Jaminan Kesehatan Daerah (Jamkesda/Jamkesprov) diselenggarakan oleh pemerintah daerah baik provinsi maupun kabupaten kota. Diharapkan pada tahun 2019 jaminan kesehatan sudah mencakup seluruh penduduk, mengacu UU nomor 40/2004 tentang Sistem jaminan Sosial Nasional (SJSN) dan UU nomor 24/2011 tentang **Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS)**, akan dicapai Jaminan Kesehatan Semesta/Jaminan Kesehatan Nasional/ *Universal Health Coverage* yang mencakup 100 % penduduk. Program ini dimulai 1 Januari 2014. Pada tahun 2014 akan ada 121,6 juta peserta dan tahun 2019 mencapai 257,5 juta penduduk. BPJS ada 2 macam yaitu BPJS Kesehatan dan BPJS Ketenagakerjaan.

Peserta Kartu Indonesia Sehat yang sebelumnya disebut PBI atau penerima bantuan iuran, mendapat subsidi Rp 19.225 per jiwa per bulan, apabila memerlukan pelayanan kesehatan tingkat lanjut rawat jalan/rawat inap dirujuk dari Puskesmas/ fasilitas pelayanan primer ke Rumah Sakit, bebas biaya di rawat inap kelas 3. Sementara peserta JKN sektor nonformal dikenakan iuran Rp.25.500 untuk kelas 3, Rp. 42.500 untuk kelas 2 dan Rp. 59.500 untuk rawat inap kelas 1. Paket manfaat bersifat komprehensif sesuai kebutuhan medis, masih ada beda kelas perawatan tahun 2014 namun tahun 2019 sudah tidak ada perbedaan kelas perawatan.

Kepesertaan bersifat wajib dengan paket manfaat ada 4 macam yaitu pelayanan kesehatan sepenuhnya dijamin, terbatas, kurun biaya dan tidak dijamin. Rumah sakit pemerintah wajib ikut sebagai penyelenggara pelayanan kesehatan sedang swasta

tergantung kesepakatan/negosiasi dengan harga dan tarif kekinian. Namun pada tahun 2019, rumah sakit swasta juga harus ikut sebagai penyelenggara BPJS Kesehatan.

5.8. Akuntabilitas dan Standar Pelayanan Minimal (SPM)

Rumah sakit dikelola dengan menggunakan sistem pertanggungjawaban dan akuntabilitas publik sebagai alat monitoring dan evaluasi rumah sakit. Akuntabilitas publik dimonitor menggunakan indikator kinerja rumah sakit yang ditetapkan oleh pihak rumah sakit atau Kementerian Kesehatan.

Rumah sakit wajib menyiapkan informasi tertulis kepada masyarakat mengenai besaran tarif untuk setiap pelayanan, kemampuan pelayanan serta jumlah tempat tidur bagi masyarakat tidak mampu, yaitu minimal 35 % dari total jumlah tempat tidur di rumah sakit pemerintah adalah kelas III Sistem dan prosedur pengelolaan keuangan rumah sakit ditetapkan oleh rumah sakit berdasarkan pedoman yang ditetapkan oleh Menteri Kesehatan. Untuk rumah sakit daerah, hal ini ditetapkan oleh Kepala Daerah berdasarkan pedoman yang ditetapkan oleh Menteri Dalam Negeri.

Rumah sakit harus memiliki sistem **rekam medik**. Sistem rekam medik yang diterapkan di rumah sakit adalah sentralisasi, sehingga setiap pasien hanya memiliki 1 nomor (satu pasien memiliki satu berkas rekam medis seumur hidup).

Rumah sakit dituntut memberikan pelayanan yang bermutu sesuai standar yang ditetapkan dan dapat menjangkau seluruh lapisan masyarakat. Rumah sakit mempunyai peran yang sangat penting oleh karena itu harus ada standar pelayanan minimal. Standar tersebut memuat jenis pelayanan, indikator dan standar, pada pelayanan gawat darurat, rawat jalan, rawat inap, bedah, persalinan dan perinatologi, rehabilitasi medik, radiologi, intensif, laboratorium patologi klinik, farmasi, gizi, ambulance, pemulasaran jenazah, laundry, pemeliharaan sarana, pencegahan pengendalian infeksi, tranfusi darah, limbah, rekam medis, administrasi manajemen dan pelayanan keluarga miskin.

SPM-RS adalah ketentuan tentang jenis dan mutu

pelayanan dasar yang merupakan urusan wajib daerah yang berhak diperoleh setiap warga secara minimal. Juga merupakan spesifikasi teknis tentang tolak ukur pelayanan minimum yang diberikan oleh Badan Layanan Umum kepada masyarakat. Mutu pelayanan adalah kinerja yang menunjuk pada tingkat kesempurnaan pelayanan kesehatan, yang disatu pihak dapat menimbulkan kepuasan pada setiap pasien sesuai dengan tingkat kepuasan rata-rata penduduk, serta dipihak lain tata cara penyelenggaraannya sesuai standar dan kode etik profesi yang telah ditetapkan.

Sebagai contoh SPM untuk jenis pelayanan Gawat Darurat :

1. Kemampuan menangani *life saving* anak dan dewasa 100%
2. Jam buka pelayanan gawat darurat 24 jam
3. Pemberi pelayanan kegawat daruratan yang bersertifikat masih berlaku ATLS/BTLS/ACLS/PPGD 100%
4. Ketersediaan tim penanggulangan bencana 1 tim
5. Waktu tanggap pelayanan dokter digawatdarurat ≤ 5 menit terlayani setelah pasien datang
6. Kepuasan Pelanggan $\geq 70\%$
7. Kematian pasien ≤ 24 jam $\leq 2/1000$ (pindah ke pelayanan rawat inap setelah 8 jam)
8. Khusus utk RS Jiwa, pasien dapat ditenangkan dalam waktu <48 jam 100%
9. Tidak adanya pasien yang diharuskan membayar uang muka 100 %

5.9. Sistem Rujukan dan Kerja Sama Pihak Ketiga

KSO adalah perjanjian antara dua pihak atau lebih dimana masing-masing sepakat untuk melakukan suatu usaha bersama dengan menggunakan aset dan atau **hak usaha** yang dimiliki dan secara bersama menanggung risiko usaha tersebut. Pihak tersebut disebut Pemilik Aset (Hak) dan Investor. Bentuknya BOT atau build, operation, transfer, atau Bangun Kelola Serah (BKS) yaitu investor membangun aset, mengelola, membayar bagi hasil dan menyerahkan aset ke pemilik aset di akhir masa konsesi. Atau bisa juga investor membangun aset atau membeli/ menyerahkan

modal/alat kesehatan, diserahkan ke pemilik aset ketika selesai dibangun, mengakui hak bagi pendapatan untuk kemudian diamortisasi selama masa konsesi. Selama masa konsesi investor mendapat bagi hasil dari pengelola/ pemilik aset. Bentuk lain adalah Pengendalian Bersama Operasi (PBO) dan Pengendalian Bersama Aset (PBA).

Rujukan mengatur alur pengiriman pasien, spesimen, pemeriksaan penunjang, dan rujukan pengetahuan untuk menjamin setiap orang mendapatkan pelayanan kesehatan perseorangan yang berkualitas dan memuaskan secara efektif dan efisien. Fasilitas pelayanan kesehatan (fasyankes) dibagi atas tiga tingkatan/strata sesuai kompetensinya, perujukan dilakukan secara berjenjang dalam kasus konvensional atau non emergensi, sementara kasus emergensi dilakukan sesuai dengan kebutuhan layanan emergensi saat itu dan dapat mengabaikan batasan geografis dan proses rujukan berjenjang.

Perujukan dapat berjalan secara vertikal pada fasyankes yang berbeda tingkatan berupa rujukan dan rujukan balik, atau secara horizontal pada fasyankes tingkatan yang sama. Perujukan dapat dilakukan secara fisik dengan mengirim pasien/ specimen secara langsung ataupun melalui teknologi informasi komunikasi seperti *telemedicine*, *e-health*, dan *u-health*.

Untuk kasus non emergensi, titik awal (*gate keeper*) adalah pelayanan kesehatan perorangan primer seperti puskesmas, klinik pratama, dan praktek swasta dokter/dokter gigi. Oleh karena itu sangatlah penting menjaga kualitas pelayanan kesehatan primer, kepuasan pasien dan mencegah menumpuknya pasien di fasilitas kesehatan rujukan.

Merujuk pasien emergensi membutuhkan komunikasi antar fasyankes yang baik dengan informasi teknologi yang tersedia. Fasyankes tujuan harus dipastikan sudah mengetahui kondisi pasien dan siap menerima rujukan. Transportasi yang dipilih mampu mempercepat perujukan dan mengakomodasi kondisi pasien. Demikian pula dalam rujukan balik, fasyankes tujuan harus sudah menerima informasi rencana rujukan balik pasien, dan surat

rujukan terlampir bersama pasien dipakai sebagai saran rencana tindak lanjut berikutnya.

Rumah sakit kelas D dan C, kelas B Non Pendidikan termasuk dalam Fasyankes tingkat dua yaitu yang mendayagunakan ilmu pengetahuan dan teknologi kedokteran perseorangan spesialistik, yang mampu menerima rujukan dari Fasyankes tingkat pertama (Klinik Puskesmas, Klinik Pratama, Praktek Perseorangan dokter/dokter gigi, Rumah Sakit Pratama). Fasyankes tingkat pertama mampu memberikan pelayanan kesehatan perseorangan/medik tingkat pertama dan khusus pelayanan maternal dan neonatal fisiologis dan kondisi tertentu ditolong bidan. Untuk kasus-kasus subspecialistik dan yang membutuhkan penanganan lanjut kasus perlu dikonsultasikan atau dirujuk ke Fasyankes tingkat tiga, yaitu Rumah Sakit Kelas B Pendidikan dan Kelas A di Propinsi, Rumah Sakit kelas A Rujukan Utama Umum/ Khusus Nasional di Pusat. Hal ini tentunya memerlukan/perlu ditunjang dengan sarana, prasarana, dan sumber daya yang sesuai agar sistem rujukan berjalan dengan baik.

5.10. Etika Rumah Sakit

Etika berhubungan erat dengan moral, dengan perbedaan antara baik dan buruk. Hukum adalah petunjuk hidup yang mengatur tata tertib dalam suatu masyarakat dan seharusnya ditaati oleh masyarakat yang bersangkutan oleh karena pelanggaran petunjuk hidup tersebut dapat menimbulkan tindakan dari pihak pemerintah masyarakat tersebut. Etika hanya mengikat suatu kelompok orang saja, sedangkan hukum merupakan suatu norma yang mengikat seluruhnya masyarakat.

1. Hak Pasien

Rumah sakit dan tenaga yang bekerja di rumah sakit dalam melakukan fungsi manajemen, pelayanan, pendidikan, pelatihan dan pengembangan harus menghormati hak-hak pasien. Informasi mengenai hak-hak pasien harus ditempatkan pada lokasi yang mudah dilihat oleh pengguna pelayanan

rumah sakit. Setelah menjelaskan kondisi medis secara keseluruhan, termasuk pengobatan yang direkomendasikan, risiko diagnosis, tindakan, dan hasil yang diharapkan serta pilihan alternatif pengobatan kemudian rumah sakit memberikan *informed consent*. Apabila penjelasan/pemberian informasi tadi, tidak dapat dipahami oleh pasien, maka rumah sakit memberikan penjelasan kepada keluarga atau pihak lain yang terdekat dengan pasien.

Rumah sakit hanya melibatkan pasien dalam suatu penelitian intervensi, apabila pasien atau keluarga/pihak lain yang terdekat memberikan *informed consent* untuk partisipasi dalam suatu penelitian. Pasien mempunyai hak untuk menolak terlibat dalam penelitian intervensi, termasuk penelitian mengenai obat dan peralatan klinis. Fasilitas pelayanan dirancang dengan memperhatikan privasi pasien dan pengguna rumah sakit.

2. Kode Etik Rumah Sakit

Rumah sakit memiliki kode etik rumah sakit serta harus senantiasa berpedoman dan berpegang teguh kepada Kode Etik Rumah Sakit Indonesia (KODERSI) dan etika profesi tenaga kesehatan.

Rumah sakit dapat memanfaatkan peluang pasar sesuai kemampuannya, diselenggarakan berdasarkan prinsip profesionalisme dan praktek bisnis yang sehat.

3. Etika Penelitian

Setiap penelitian yang akan dilaksanakan di rumah sakit harus mempunyai *ethical clearance* yang dapat diperoleh dari Fakultas Kedokteran, Komite Etik atau Komite Medik rumah sakit.

Proses pengumpulan data primer dalam setiap penelitian harus menggunakan *informed consent*, terutama pada tindakan-tindakan invasive dan penelitian intervensi. Untuk penelitian non intervensi *informed consent* dapat digantikan dengan *verbal*

consent, bilamana *informed consent* tidak dapat diperoleh.

Kegiatan penelitian di rumah sakit, meliputi kemampuan memfasilitasi penelitian terapan pada bidang:

- a. Pengelolaan rumah sakit
- b. Epidemiologi
- c. Pengobatan
- d. Perawatan

Ketenagaan untuk kegiatan penelitian ini dapat dilakukan oleh dokter/peneliti atau tenaga kesehatan lain. Selain itu dapat menyediakan sarana dan peralatan sesuai dengan kemampuan penelitian.

4. Keselamatan Pasien (*Patient Safety*)

Rumah Sakit adalah tempat yang sangat kompleks, terdapat ratusan macam obat, ratusan test dan prosedur, banyak terdapat alat dan teknologi, bermacam profesi dan non profesi yang memberikan pelayanan pasien 24 jam terus menerus. Keberagaman dan kerutinan pelayanan tersebut apabila tidak dikelola dengan baik dapat terjadi Kejadian Tidak Diharapkan (KTD/*Adverseevent*).

Keselamatan pasien telah menjadi isu global dan merupakan prioritas utama untuk rumah sakit dan keselamatan pasien merupakan prioritas utama karena terkait tuntutan masyarakat akan pelayanan kesehatan yang mereka terima dan terkait dengan mutu dan citra rumah sakit, di samping itu keselamatan pasien juga dapat mengurangi KTD di Rumah Sakit.

Pengertian dari keselamatan pasien rumah sakit adalah suatu sistem dimana rumah sakit membuat asuhan pasien lebih aman. Sistem tersebut meliputi : assesmen resiko, identifikasi dan pengelolaan hal yang berhubungan dengan resiko pasien, pelaporan dan analisis insiden, kemampuan belajar dari insiden dan tindak lanjutnya, implementasi solusi untuk mencegah meminimalkan timbulnya resiko. Sistem tersebut diharapkan dapat mencegah terjadinya cedera yang

disebabkan oleh kesalahan akibat melaksanakan suatu tindakan atau tidak melakukan tindakan yang seharusnya dilakukan.

Keselamatan pasien dilaksanakan melalui penerapan 7 standar dan 7 langkah menuju keselamatan pasien yaitu : Standar Keselamatan Pasien terdiri dari :

- a. Hak pasien
- b. Pendidikan pasien dan keluarga
- c. Keselamatan pasien dan kesinambungan pelayanan
- d. Penggunaan metode-metode peningkatan kinerja untuk melakukan evaluasi dan program peningkatan keselamatan pasien
- e. Peran kepemimpinan dalam meningkatkan keselamatan pasien
- f. Mendidik staf tentang keselamatan pasien
- g. Komunikasi merupakan kunci bagi untuk mencapai keselamatan pasien

Tujuh langkah menuju keselamatan pasien :

- a. Membangun kesadaran akan nilai keselamatan pasien
- b. Memimpin dan mendukung staf anda
- c. Mengintegrasikan aktivitas pengelolaan resiko
- d. Mengembangkan sistem pelaporan
- e. Melibatkan dan berkomunikasi dengan pasien
- f. Belajar dan berbagi pengalaman tentang keselamatan pasien
- g. Cegah cedera melalui implementasi sistem keselamatan pasien

Keselamatan pasien akan lebih dijelaskan lebih lanjut pada bab tersendiri.

5. Fungsi Sosial Rumah Sakit

Rumah sakit harus melaksanakan fungsi sosial tanpa mempengaruhi mutu pelayanan yang disediakan. Rumah sakit berpartisipasi dalam penanggulangan bencana alam nasional atau lokal dan melakukan misi kemanusiaan rumah sakit.

Setiap rumah sakit harus melaksanakan fungsi sosialnya dengan antara lain menyediakan fasilitas untuk merawat penderita yang tidak/kurang mampu sesuai peraturan yang berlaku. Fasilitas kelas III sekurang-kurangnya 30 % dari jumlah tempat tidur rumah sakit, sedangkan untuk rumah sakit swasta minimal kelas III 20 % dari total tempat tidur rumah sakit.

6. Etika persaingan rumah sakit

Persaingan atau kompetisi antar rumah sakit dapat positif memicu peningkatan mutu layanan rumah sakit. Tetapi juga dapat menimbulkan dampak kebangkrutan dan harus ditutupnya sebuah rumah sakit. Hal ini tentunya tidak dikehendaki ditengah terbatasnya kemampuan masyarakat mengakses pelayanan rumah sakit dan kondisi kesehatan masyarakat yang masih relatif rendah. Untuk itu komunitas rumah sakit menetapkan etika persaingan sbb:

- a. Tidak boleh saling memburuk-burukan pesaing, apalagi melarang pasien untuk memilih rumah sakit lain.
- b. Harus menghargai hak hidup sesama rumah sakit.
- c. Rumah sakit pemerintah tidak boleh menggunakan kekuasaan dan wewenang yang melekat untuk menjegal pertumbuhan rumah sakit swasta.
- d. Memberikan informasi yang jujur dan tidak berlebihan.
- e. Tidak menjanjikan sesuatu yang tidak mungkin diberikan.
- f. Memberi kesempatan kepada pasien atau calon pasien untuk bertanya dan dijawab dengan sejujur-jujurnya.
- g. Menghormati hak untuk memilih rumah sakit yang manapun juga.
- h. Berusaha menjaga mutu pelayanan.

5.11. Fasilitas Rumah Sakit

1. Sarana Prasarana

Lokasi rumah sakit hendaknya mudah dijangkau oleh

masyarakat, bebas dari pencemaran, banjir, dan tidak berdekatan dengan rel kereta api, tempat bongkar muat barang, tempat bermain anak, pabrik industri dan limbah pabrik. Lokasi rumah sakit sesuai dengan rencana umum tata kota. Luas lahan untuk bangunan tidak bertingkat minimal 1,5 kali luas bangunan. Luas lahan untuk bangunan bertingkat minimal 2 kali luas bangunan lantai dasar.

Bangunan rumah sakit harus kuat, utuh, terpelihara, mudah dibersihkan dan dapat mencegah penularan penyakit serta kecelakaan. Bangunan yang semula direncanakan untuk fungsi lain hendaknya tidak dialih fungsikan menjadi rumah sakit. Luas bangunan disesuaikan dengan jumlah tempat tidur dan klasifikasi rumah sakit. Bangunan minimal adalah 50 meter persegi per tempat tidur. Perbandingan jumlah **tempat tidur** dengan luas lantai untuk ruang perawatan dan ruang isolasi sebagai berikut :

- a. Ruang bayi
 - 1) ruang perawatan minimal 2 meter persegi/tempat tidur
 - 2) ruang isolasi minimal 3,5 meter persegi / tempat tidur
- b. Ruang dewasa/anak
 - 1) ruang perawatan minimal 4,5 meter persegi / tempat tidur
 - 2) ruang isolasi minimal 6 meter persegi / tempat tidur

Kebutuhan ruang-ruang di rumah sakit disesuaikan dengan klasifikasi rumah sakit.

Rumah sakit mempunyai sistem air bersih (*water supply*) yang memenuhi persyaratan kesehatan yang berlaku. Persediaan air bersih memadai dan disalurkan langsung ke bangunan rumah sakit.

Rumah sakit menyediakan tenaga listrik dan penyediaan air bersih yang memenuhi persyaratan kesehatan setiap hari selama 24 jam terus menerus. Tersedia pula Catu Daya Pengganti Khusus (CDPK) atau sumber *Uninterrupted Power Supply* (UPS) bagi peralatan medik yang vital.

Rumah sakit mempunyai sistem pengelolaan air limbah,

insenerator dan pembuangan sampah sesuai dengan peraturan yang berlaku. Terdapat prosedur untuk penyimpanan hingga pembuangan limbah yang efektif dengan meminimalkan polusi yang mungkin diakibatkan oleh limbah tersebut.

Rumah sakit mempunyai area parkir yang memadai. Idealnya minimal satu tempat parkir untuk setiap 10 tempat tidur, menurut standar Kepmenkes dan tersedia tempat sampah setiap radius 20 meter. Namun dengan berkembangnya jumlah kendaraan dirasa tempat parkir tidak mencukupi. Menurut Djohan (2010), 1 tempat parkir mobil untuk 4 tempat tidur dan 1 parkir sepeda motor untuk 3 tempat tidur.

Rumah sakit dirancang dengan sistem zonasi (zoning). Zonasi rumah sakit disarankan mempunyai pengelompokkan sebagai berikut:

a. Zona publik

Area yang mempunyai akses cepat dan langsung terhadap lingkungan luar misalnya unit gawat darurat, klinik rawat jalan, administrasi, apotik, rekam medik, dan kamar mayat.

b. Zona semi publik

Area yang menerima beban kerja dari zona publik tetapi tidak langsung berhubungan dengan lingkungan luar misalnya laboratorium, radiologi, dan rehabilitasi medik.

c. Zona privasi

Area yang menyediakan perawatan dan pengelolaan pasien misalnya gedung operasi, kamar bersalin, ICU/ICCU, dan ruang perawatan.

d. Zona penunjang

Area yang menyediakan dukungan terhadap aktivitas rumah sakit, misalnya ruang cuci, dapur, bengkel, dan CSSD/ sterilisasi sentral. Area pelayanan juga hendaknya fungsional satu dengan yang lainnya

- 1) Pelayanan darurat letaknya harus menjamin kecepatan akses dan mempunyai pintu masuk yang terpisah
- 2) Pelayanan administrasi, kantor administrasi umum hendaknya berdekatan dengan pintu utama rumah sakit.

- Kantor pengelola rumah sakit dapat terletak pada area khusus.
- 3) Pelayanan operasi hendaknya terletak dan dirancang tidak terganggu oleh kebisingan dan dapat mencegah aktivitas yang menimbulkan kebisingan
 - 4) Pelayanan klinik anak tidak diletakkan berdekatan dengan pelayanan paru, namun sebaiknya berdekatan dengan pelayanan kebidanan
 - 5) Pelayanan persalinan terletak dan dirancang untuk mencegah lalu lintas aktivitas yang tidak berhubungan. Ruang persalinan hendaknya tidak bising dan steril. Perawatan hendaknya terpisah tetapi mempunyai akses yang cepat dari ruang persalinan
 - 6) Pelayanan perawatan hendaknya terpisah dari zona publik. Ruang perawat hendaknya terletak pada lokasi yang dapat mengamati pasien dengan rasio minimal satu ruang perawat untuk setiap 35 unit tempat tidur. Pada setiap ruangan harus tersedia wastafel dengan air mengalir
 - 7) Kamar dan bangsal hendaknya mempunyai ukuran luas yang cukup untuk bekerja dan pergerakan pasien. Toilet/kamar mandi pasien mempunyai akses cepat pada kamar atau bangsal.
 - 8) Persyaratan luas ruangan sebaiknya berukuran minimal:
 - a. Ruang periksa 3x3 meter persegi
 - b. Ruang tindakan 3x4 meter persegi
 - c. Ruang tunggu 6x6 meter persegi
 - d. Ruang utiliti 3x3 meter persegi
 - 9) Jumlah tempat tidur untuk rumah sakit umum kelas D adalah minimal 50 TT, kelas C adalah minimal 100 TT dan kelas B adalah minimal 200 TT. Jumlah tempat tidur untuk rumah sakit khusus minimal 25 TT.

Ruang perawatan hendaknya cukup bagi pergerakan bebas pasien baik ketika menggunakan tempat tidur, usungan/brankar, atau kursi roda. Sirkulasi untuk perpindahan pasien

dari satu area ke area lain tersedia dan dalam kondisi bebas setiap saat.

- a. Koridor untuk akses bagi pasien dan peralatan hendaknya memiliki lebar minimum 2,44 m
- b. Koridor yang tidak digunakan untuk akses tempat tidur, usungan, atau transportasi peralatan memiliki lebar 1,83 m
- c. *Ramp* atau elevator hendaknya disediakan bagi area bantuan medik, dan perawatan untuk bangunan bertingkat
- d. Ramp hendaknya disediakan sebagai akses masuk rumah sakit yang ketinggiannya tidak sama dengan bagian luar
- e. Syarat maksimal kemiringan ramp adalah 7 derajat.

Rumah sakit harus mempunyai program pemeliharaan sarana, prasarana dan peralatan yang efektif. Bangunan dan peralatan hendaknya dijaga dengan perawatan terbaik. Perawatan tetap (*maintenance*) hendaknya disediakan untuk mencegah kerusakan bangunan dan perawatan karena aus.

Apabila rumah sakit memiliki sistem sterilisasi sentral maka tidak diperlukan ruang/alat sterilisasi khusus kecuali pada klinik gigi, THT, bedah, tetap harus memiliki alat sterilisasi karena alat-alat yang digunakan harus langsung disterilkan kembali.

Ruang bangunan yang digunakan untuk ruang perawatan mempunyai :

- a. Rasio tempat tidur dengan kamar mandi 10 TT : 1
- b. Bebas serangga dan tikus
- c. Kadar debu maksimal 150 μg /meter kubik udara dalam pengukuran rata-rata 24 jam
- d. Tidak berbau (terutama H_2S dan atau NH_3)
- e. Pencahayaan 100-200 lux
- f. Suhu 26-27 derajat celcius dengan AC atau suhu kamar tanpa AC
- g. Kelembaban 40-50% dengan AC atau kelembaban udara ambient tanpa AC
- h. Kebisingan <45 dB

Tersedia ruang pertemuan dan sarana komunikasi bagi

staf medik untuk memperlancar pelaksanaan tugas-tugas anggota staf medik.

Tanda (signal) hendaknya merupakan sebuah sistem grafis yang efektif yang dirangkai dengan bantuan visual dan rangkaian alat untuk menyediakan informasi, arah, orientasi, identifikasi, daerah terlarang, peringatan, serta hal yang perlu diperhatikan untuk optimalnya kinerja operasionalisasi rumah sakit.

Fasilitas toilet terpisah hendaknya disediakan untuk pasien dan karyawan laki-laki dan perempuan dengan rasio 1 toilet untuk 10 tempat tidur atau 1 toilet untuk 20 karyawan.

2. Keselamatan dan Keamanan

Konstruksi rumah sakit harus tidak membahayakan keselamatan pasien, karyawan dan masyarakat umum yang tinggal di sekitarnya. Bangunan tersebut hendaknya tahan terhadap beban dan elemen yang mungkin terjadi.

- a. Pintu keluar hendaknya terbatas pada tipe-tipe berikut: pintu yang mengarah keluar bangunan, tangga didalam ruangan, ramp dan tangga luar.
- b. Minimum tersedia dua buah pintu keluar yang berjauhan satu sama lain pada setiap lantai gedung dan ada tanda untuk keluar apabila dalam keadaan darurat
- c. Pintu keluar langsung berhubungan dengan tempat terbuka di luar bangunan.
- d. Seluruh bangunan dan ruangan di rumah sakit mempunyai sistem pemadam kebakaran yang sesuai dengan ketentuan yang berlaku. Terdapat alat deteksi kebakaran seperti alarm kebakaran di dinding atau detector asap pada langit-langit. Terdapat alat pemadam kebakaran seperti pemadam api atau selang yang mudah dilihat dan mudah dicapai pada lokasi strategis.

Seluruh bangunan harus memenuhi aspek keamanan. Aspek keamanan pasien antara lain:

- a. Pegangan sepanjang tangga
- b. Toilet dilengkapi dengan pegangan dan bel
- c. Pintu dapat dibuka dari luar

Rumah sakit hendaknya menjamin keamanan orang yang berada di rumah sakit dan properti yang ada.

3. Kenyamanan

Semua area di rumah sakit mempunyai pencahayaan yang cukup untuk mendukung kenyamanan dan penyembuhan pasien serta untuk mendukung kinerja karyawan dalam melakukan tugasnya. Ventilasi yang cukup hendaknya disediakan untuk menjamin kenyamanan pasien, karyawan dan masyarakat umum. Rumah sakit hendaknya memperhatikan suara yang dapat diterima (*auditory privacy*) dan pandangan yang cukup (*visual privacy*) untuk mendapatkan kenyamanan akustik dan persyaratan privasi pada area yang dirancang untuk aktivitas utama rumah sakit.

Rumah sakit mempunyai lingkungan yang mendukung kenyamanan pasien, keluarga dan pengunjung secara psikologis. Tingkat kebisingan di setiap kamar/ruang berdasarkan fungsinya harus memenuhi persyaratan kesehatan sebagai berikut:

- a. Ruang perawatan, isolasi, radiologi, operasi, maksimum 45 dB
- b. Klinik gigi, bengkel mekanis maksimum 80 dB
- c. Laboratorium maksimum 68 dB
- d. Ruang cuci, dapur dan ruang penyediaan air panas dan air dingin maksimum 78 dB

Rumah sakit hendaknya menyediakan dan memelihara lingkungan yang sehat dan indah bagi pasien, karyawan dan masyarakat umum.



BAB VI.

MANAJEMEN PELAYANAN UNIT/BAGIAN/INSTALASI

Setelah menyelesaikan Bab ini pembaca diharapkan mampu :

1. Mengelompokan pelayanan rumah sakit
2. Menjelaskan pelayanan gawat darurat rumah sakit
3. Menjelaskan pelayanan perawatan intensif rumah sakit.
4. Menjelaskan pelayanan keperawatan rumah sakit.
5. Menjelaskan kamar operasi rumah sakit.
6. Menjelaskan pelayanan radiologi rumah sakit.
7. Menjelaskan pelayanan sterilisasi sentral rumah sakit.
8. Menjelaskan pelayanan penyakit dalam rumah sakit.
9. Menjelaskan pelayanan gigi dan mulut rumah sakit.
10. Menjelaskan rekam medik rumah sakit.
11. Manajemen pemeliharaan sarana rumah sakit
12. Menjelaskan tentang kamar jenazah
13. Menjelaskan tentang pelayanan linen

6.1. Pengelompokan Pelayanan

Ada beberapa cara yang digunakan dalam pengelompokan pelayanan rumah sakit, untuk praktisnya dilakukan pengelompokan seperti:

1. Pelayanan Medik
 - a. Medik umum rawat jalan
 - b. Instalasi atau Unit Gawat Darurat (IGD/UGD)

- c. Medik spesialistik dan subspecialis rawat jalan dan rawat inap
- d. Intensive Care Unit Care
- e. Intensive Cardiac Care Unit (ICCU)
2. Pelayanan Keperawatan
Pelayanan ini berkolaborasi dengan pelayanan medis
3. Pelayanan Penunjang Medis (Penunjang Klinik)
 - a. Instalasi Radiologi (imaging)
 - b. Instalasi Laboratorium Patologi Klinik
 - c. Instalasi Patologi Anatomi, Mikrobiologi
 - d. Instalasi Farmasi
 - e. Instalasi Gizi
 - f. Rekam Medik
 - g. Sterilisasi Instrumen
 - h. Pelayanan Darah
4. Pelayanan Penunjang Non Medis
 - a. Linen/ Laundry
 - b. Pelayanan Teknik dan Pemeliharaan Fasilitas (Instalasi Pemeliharaan Sarana Rumah Sakit)
 - c. Kamar Jenazah
 - d. Transportasi
 - e. Pemadam Kebakaran
 - f. Penampungan Air Bersih
 - g. Pencegahan Infeksi Nosokomial
5. Pelayanan Administrasi
Pelayanan ini kadang-kadang digabung dengan penunjang medis
 - a. Informasi dan penerimaan pasien
 - b. Keuangan
 - c. Personalia/ sumber daya manusia
 - d. Keamanan
 - e. Sistem informasi rumah sakit
 - f. Pemasaran rumah sakit
6. Pengelolaan Lingkungan dan Limbah Rumah Sakit
Semua pelayanan tersebut diatas harus ditunjang dengan

sumber daya yang memadai baik berupa sumber daya manusia, peralatan, bahan habis pakai dan finansial.

6.2. Pelayanan Gawat Darurat

Rumah Sakit menyelenggarakan pelayanan gawat darurat secara terus menerus selama 24 jam, 7 hari dalam seminggu. Fasilitas yang disediakan di Instalasi/Unit Gawat Darurat (IGD) harus menjamin efektifitas dan efisiensi bagi pelayanan gawat darurat dalam waktu 24 jam, dan dalam seminggu secara terus menerus.

Instalasi/Unit Gawat Darurat tidak terpisah secara fungsional dari unit-unit pelayanan lainnya di rumah sakit artinya dikelola dan diintegrasikan dengan instalasi/unit lainnya di rumah sakit. Instalasi/Unit Gawat Darurat harus dipimpin oleh dokter, dibantu oleh tenaga medis, keperawatan dan tenaga lain yang telah memperoleh sertifikasi pelatihan gawat darurat.

Lokasi gedung IGD harus mudah dicapai dengan tanda-tanda yang jelas dari jalan maupun dari dalam. Pintu IGD menghadap ke arah yang dapat diakses langsung oleh ambulans tanpa mundur. Harus mampu menerima 2-5 ambulans sekaligus sesuai dengan beban kerja/kelas rumah sakit (misal rumah sakit kelas C menampung 2-3 ambulans, kelas D 1-2 ambulans). Ruang IGD harus berdekatan dengan radiologi, laboratorium klinik dan ruang operasi. Susunan ruang harus sedemikian rupa sehingga: (a) arus penderita dapat lancar dan tidak ada "*crossinfection*", (b) harus dapat menampung korban bencana sesuai dengan kemampuan kelas rumah sakit, (c) kegiatan mudah dikontrol oleh kepala perawat pada saat itu.

Luas IGD disesuaikan dengan beban kerja yang diperkirakan untuk 20 tahun mendatang dan kelas rumah sakit. IGD harus memiliki beberapa ruangan antara lain :

1. Ruang *Triage* : digunakan untuk seleksi pasien sesuai dengan tingkat kegawatan penyakitnya.
2. Ruang Resusitasi : letaknya harus berdekatan dengan ruang triase. Cukup luas untuk menampung beberapa penderita.

Keadaan ruangan harus menjamin ketenangan.

- 3 Ruang Tindakan : untuk rumah sakit kelas A dan B dipisahkan antara ruang tindakan bedah dan non bedah. Untuk rumah sakit kelas A, B, dan C digunakan untuk menangani bedah minor, infeksi dan luka bakar.
- 4 Ruang Isolasi : diperlukan bagi pasien berpenyakit menular, terutama yang penularannya melalui udara (aerogen).

Ruang tunggu untuk keluarga menunggu harus sedemikian rupa agar tidak mengganggu pekerjaan. Keluarga dapat istirahat dan mudah diminta keterangan yang lengkap dari petugas. Juga dilengkapi dengan fasilitas WC dan kantin sesuai dengan beban/kualitas kerja yang dilakukan di IGD tersebut.

Ruang Gawat Darurat mempunyai akses langsung ke instalasi pemulasaran jenazah. Komunikasi telepon/radio ke luar rumah sakit dan telepon internal di unit gawat darurat dan ke rumah sakit disiapkan di luar UGD. Ruangan harus didesain sedemikian rupa hingga mudah dijadikan satu dan mudah dibersihkan dalam rangka antisipasi bencana. Instalasi Gawat Darurat sebaiknya dipimpin oleh dokter yang ahli dalam kegawatdaruratan atau minimal oleh dokter umum yang telah mendapat pelatihan *Advanced Cardiac Life Support* dan *Advanced Trauma Life Support* serta Manajemen Instalasi Gawat Darurat.

6.3. Pelayanan Perawatan Intensif

Pelayanan perawatan intensif diselenggarakan selama 24 jam per hari dan 7 hari dalam seminggu dapat dipimpin oleh dokter intensive / dokter spesialis anesthesiologi yang bekerja penuh waktu sesuai waktu pelayanan ICU, idealnya Dokter Spesialis Anestesi Konsultan Intensive Care (KIC). Pelayanan ICU harus memiliki kemampuan minimal sebagai berikut:

1. Resusitasi jantung paru
2. Pengelolaan jalan napas, termasuk *intubasi trakeal* dan penggunaan ventilator sederhana
3. Terapi oksigen
4. Pemantauan EKG, pulse oksimetri terus menerus

5. Pemberian nutrisi enteral dan parenteral
6. Pemeriksaan laboratorium khusus dengan cepat dan menyeluruh
7. Pelaksanaan terapi secara titrasi
8. Kemampuan melaksanakan teknik khusus sesuai dengan kondisi pasien
9. Memberikan tunjangan fungsi vital dengan alat-alat portable selama transportasi pasien gawat
10. Kemampuan melakukan fisioterapi dada

Mempunyai ruangan tersendiri, letaknya dekat dengan kamar bedah, ruang darurat dan ruang perawatan lain. Mampu dengan cepat melayani pemeriksaan laboratorium tertentu (Hb, hematokrit, elektrolit, gula darah dan trombosit), rontgen, kemudahan diagnostik dan fisioterapi, terdapat prosedur pemeriksaan berkala untuk keamanan alat. Memenuhi persyaratan untuk bangunan ICU adalah sebagai berikut:

1. Terisolasi.
2. Mempunyai standar tertentu terhadap bahaya api, ventilasi, AC, exhaust fan, pipa air, komunikasi, bakteriologis, kabel monitor.
3. Lantai terbuat dari bahan yang kuat, mudah dibersihkan, kedap air, berwarna terang dan pertemuan lantai dengan dinding harus berbentuk lengkung.
4. Bebas dari gelombang elektromagnetik dan tahan terhadap getaran.
5. Aliran listrik harus 24 jam.
6. Terdapat titik *grounding* untuk peralatan elektro statik.
7. Pintu kedap asap dan tidak mudah terbakar, terdapat penyedot asap bila terjadi kebakaran.
8. Gedung terletak pada lokasi yang tenang.
9. Prinsip bebas kuman : tidak terdapat sudut-sudut pada ruangan.
10. Area pasien.

Unit terbuka 12-16 meter persegi per tempat tidur dan unit tertutup 16-20 meter persegi per tempat tidur. Jarak antara

tempat tidur 2 m. unit terbuka mempunyai 1 tempat cuci tangan setiap 2 tempat tidur, sedangkan unit tertutup 1 ruangan 1 tempat tidur dan cuci tangan. Sejumlah outlet yang memadai sesuai dengan level ICU. Pada ICU tersier minimal 3 outlet udara tekan, 3 pompa hisap, 16 stop kontak per tempat tidur. Pencahayaan cukup dan adekuat untuk observasi klinis dengan lampu TL daylight 10 watt/meter persegi. Jendela dan akses tempat tidur menjamin kenyamanan pasien dan personil. Desain memperhatikan privasi pasien. Tersedia ruang isolasi Area kerja.

- a. Ruang untuk staf dan dapat menjaga kontak visual perawat dengan pasien. Ruang memadai untuk memonitor pasien, peralatan resusitasi dan penyimpanan obat alat, lemari pendingin.
- b. Ruang memadai untuk mesin X-ray mobile dan mempunyai negative skop:
 - 1) Lingkungan nyaman dengan suhu 22-25 derajat celcius dan kelembaban 50-70%
 - 2) Mempunyai peralatan dasar dan monitoring peralatan untuk ICU sesuai dengan kelas rumah sakit.

3) HEPA Filter

Peralatan dasar untuk ICU adalah:

- 1) Ventilator
- 2) Alat ventilasi manual dan alat penunjang napas
- 3) Alat hisap
- 4) Peralatan akses vaskuler
- 5) Peralatan monitor invasif dan non invasif
- 6) Defibrillator dan alat pacu jantung
- 7) Alat pengatur suhu pasien
- 8) Peralatan Drain Thorax
- 9) Pompa infuse dan pompa syringe
- 10) Peralatan portable untuk transportasi
- 11) Tempat tidur khusus
- 12) Lampu untuk tindakan
- 13) Continuous renal replacement therapy

6.4. Pelayanan Keperawatan

Rumah sakit memberikan pelayanan keperawatan terintegrasi dengan pelayanan kesehatan lainnya kepada pasien rawat jalan dan rawat inap. Pelayanannya terdiri dari keperawatan umum dan spesialis (penyakit dalam, bedah, anak, maternitas, jiwa, gawat darurat).

Pelayanan keperawatan diberikan sesuai dengan standar pelayanan/asuhan keperawatan dan kode etik. Pelayanan keperawatan diberikan dengan metode proses keperawatan terdiri dari:

1. Pengkajian keperawatan
2. Diagnose keperawatan
3. Rencana keperawatan
4. Tindakan keperawatan
5. Evaluasi keperawatan

Seluruh kegiatan pelayanan keperawatan tersebut dicatat menyatu dalam rekam medik termasuk resume keperawatan pada pasien pindah atau pulang. Pelayanan keperawatan di rumah sakit dipimpin oleh seorang perawat teregistrasi dan mempunyai kompetensi dan kualifikasi manajer keperawatan. Manajer/kepala bidang keperawatan mempunyai kewenangan dan bertanggung jawab terhadap terlaksananya pelayanan keperawatan yang berkualitas di rumah sakit. Setiap unit pelayanan keperawatan dipimpin oleh kepala ruangan yang bertanggungjawab terhadap manajemen asuhan pasien mulai masuk sampai pulang. Jumlah dan jenis tenaga keperawatan disesuaikan dengan standar ketenagaan dan fungsi rumah sakit. Setiap perawat harus mempunyai SIP (Surat Ijin Perawat) dan SIK (Surat Ijin Kerja). Sarana, prasarana dan fasilitas peralatan disetiap unit pelayanan dipersiapkan sesuai dengan standar peralatan keperawatan.

6.5. Kamar Operasi

Pelayanan, tenaga, sarana prasarana dan peralatan untuk pelayanan kamar operasi terkait dengan pelayanan anestesiologi

dan reanimasi serta perawatan intensif sesuai klasifikasi rumah sakit. Rumah sakit menyediakan lingkungan yang aman dan nyaman untuk melakukan operasi.

Bangunan kamar operasi harus memenuhi persyaratan sebagai berikut:

1. Mudah dicapai oleh pasien.
2. Penerimaan pasien dilakukan dekat dengan perbatasan daerah steril dan non-steril.
3. Kereta dorong pasien harus mudah bergerak.
4. Lalu lintas kamar operasi harus teratur dan tidak simpang siur.
5. Terdapat batas yang tegas yang memisahkan antara daerah steril dan non steril, untuk pengaturan penggunaan baju khusus.
6. Letaknya dekat dengan UGD (untuk kamar operasi kasus-kasus gawat darurat).

Rancang bangun kamar operasi harus mencakup:

1. Kamar yang tenang untuk tempat pasien menunggu tindakan anestesi yang dilengkapi dengan fasilitas induksi anestesi.
2. Kamar operasi yang langsung berhubungan dengan kamar induksi.
3. Kamar pulih (*recovery room*).
4. Ruang yang cukup untuk menyimpan peralatan, linen, obat farmasi termasuk bahan narkotik.
5. Ruang / tempat pengumpulan / pembuangan peralatan dan linen bekas pakai operasi.
6. Ruang ganti pakaian pria dan wanita terpisah.
7. Ruang istirahat untuk staf yang jaga.
8. Ruang kerja Tenaga Anastesi.
9. Ruang kerja Kepala Kamar Operasi.
10. Ruang operasi hendaknya tidak bising dan steril. Kamar ganti hendaknya ditempatkan sedemikian rupa sehingga terhindar dari area kotor setelah ganti dengan pakaian operasi.
11. Ruang perawat hendaknya terletak pada lokasi yang dapat mengamati pergerakan pasien.
12. Dalam ruang operasi diperlukan 2 ruang tindakan, yaitu

tindakan **elektif** dan tindakan **cito**.

13. Alur terdiri dari pintu dan keluar untuk staf medik dan paramedik; pintu masuk pasien operasi; dan alur perawatan.
14. Harus disediakan *spoelhock* untuk membuang barang-barang bekas operasi.
15. Disarankan terdapat pembatasan yang jelas antara:
 - a. daerah bebas, area lalu lintas dari luar termasuk pasien
 - b. daerah semi steril, daerah transisi yang menuju koridor kamar operasi dan ruangan semi steril
 - c. daerah steril, daerah prosedur steril diperlukan bagi personil yang harus sudah berpakaian khusus dan masker
16. Setiap 2 kamar operasi harus dilayani oleh 2 kamar *scrub up*.
17. Harus disediakan pintu keluar tersendiri untuk jenazah dan bahan kotor yang tidak terlihat oleh pasien dan pengunjung.
18. Sistem pembuangan gas anastesi disetiap kamar operasi.

Syarat kamar operasi :

1. Lebar pintu minimal 1,2 m dan tinggi minimal 2,1 m terdiri dari dua daun pintu dan semua pintu harus selalu dalam keadaan tertutup
2. Pintu keluar masuk harus tidak terlalu mudah dibuka dan ditutup
3. Sepertiga bagian pintu harus dari kaca tembus pandang
4. Paling sedikit salah satu sisi dari ruang operasi ada kaca
5. Ukuran kamar operasi minimal 6x6 meter persegi dengan tinggi minimal 3 m
6. Pertemuan lantai, dinding dan langit-langit dengan lengkung
7. Plafon harus rapat, kuat dan tidak bercelah, terbuat dari bahan yang kuat, aman dan tinggi minimal 2,70 m dari lantai
8. Dinding terbuat dari bahan porselen atau vynil setinggi langit-langit atau dicat dengan cat tembok berwarna terang yang aman dan tidak luntur
9. Lantai terbuat dari bahan yang kuat, kedap air, mudah dibersihkan, permukaan rata dan tidak licin serta berwarna terang, contoh : vinyl atau keramik
10. Tersedia lampu operasi dengan pemasangan seimbang baik

jumlah lampu operasi dan ketinggian pemasangan. Harus tersedia gelagar/gantungan lampu bedah dengan profil baja double INP 20 yang dipasang sebelum pemasangan langit-langit

11. Pencahayaan 300-500 lux, meja operasi 10.000-20.000 lux dengan warna cahaya sejuk atau sedang tanpa bayangan
12. Ventilasi sebaiknya menggunakan AC tersendiri yang dilengkapi filter bakteri, untuk setiap ruang operasi yang terpisah dengan ruang lainnya. Pemasangan AC minimal 2 meter dari lantai dan aliran udara bersih yang masuk ke dalam kamar operasi berasal dari atas ke bawah. Khusus untuk ruang bedah ortopedi atau transplantasi organ harus menggunakan pengaturan udara UCA (*ultra clean air*) sistim
13. Suhu kamar idealnya 20-25 derajat celcius dan harus stabil
14. Kelembaban ruangan 50-60%
15. Kebisingan ≤ 45 dB
16. Ruang harus dilengkapi HEPA Filter
17. Tidak dibenarkan terdapat hubungan langsung dengan udara luar, untuk itu harus dibuat ruang antara
18. Hubungan dengan ruang scrub-up untuk melihat ke dalam ruang operasi perlu dipasang jendela kaca mati, hubungan keruang steril dari bagian alat steril (cleaning) cukup dengan sebuah loket yang dapat dibuka /ditutup
19. Pemasangan gas medik secara sentral diusahakan melalui bawah lantai atau atas langit-langit
20. Di bawah meja operasi perlu adanya kabel anti petir yang dipasang di bawah lantai
21. Ada sistim pembuangan gas anastesi yang aman
22. Dilengkapi dengan sarana pengumpulan limbah medis

6.6. Pelayanan Radiologi

Pelayanan radiologi meliputi :

1. Pelayanan Radio diagnostik
2. Pelayanan Radio terapi
3. Pelayanan Kedokteran Nuklir

6.6.1. Pelayanan Radio diagnostik

Pelayanan radio diagnostik meliputi :

1. Pelayanan radiodiagnostik adalah pelayanan untuk melakukan diagnosis dengan menggunakan radiasi pengion, meliputi antara lain pelayanan X-ray konvensional, *Computed Tomography Scan*/CT Scan dan mammografi.
2. Pelayanan Imejing Diagnostik adalah pelayanan untuk melakukan diagnosis dengan menggunakan radiasi non pengion antara lain pemeriksaan dengan *Magnetic Resonance Imaging (MRI)*, USG.
3. Pelayanan Radiologi Intervensional adalah pelayanan untuk melakukan diagnosis dan terapi intervensi dengan menggunakan peralatan radiologi X-ray (Angiografi, CT) pelayanan ini memakai radiasi pengion dan radiasi non pengion.

Pelayanan radiologi wajib menjamin keamanan bagi pasien dan petugas di radiologi serta lingkungannya dengan melaksanakan kegiatan dengan cara pemeriksaan periodik terhadap peralatan radiologi dan pemeriksaan tingkat paparan radiasi pada petugas. Peralatan proteksi radiasi yang harus tersedia adalah apron setara dengan 0,25 mm timbal, *shielding* berlapis 2,5 mm timbal, sarung tangan berlapis timbal dan kacamata timbal.

Semua kamar pemeriksaan radiologi dibuat sedemikian rupa sehingga paparan radiasi di tempat yang dihuni masyarakat sekitar tidak lebih dari 0,25 mSv/jam apabila pesawat radiologi sedang dioperasikan. Pelayanan radiologi dipastikan mempunyai paparan radiasi bocor tidak lebih dari 100 mR/jam pada jarak 1m dari fokus untuk segala daerah. Kelengkapan ruangan, harus ada *Lead Apron* dan accessories lainnya, harus menyerahkan pengajuan film badge ke Balai Pengamanan Fasilitas Kesehatan (BPFK) Kementerian Kesehatan, BATAN. Kamar gelap, ukuran minimal : luasnya 3x2x2,8m. Harus ada *exhausted fan* / udara yang mengalir. Air yang mengalir dalam bak pencuci. Hubungan dengan ruang gelap harus menggunakan loket.

Ruang tempat pemeriksaan :

- a. Luas ruangan sebuah perawat sinar-X diagnostik dengan kekuatan sampai 125 KV adalah $4 \times 3 \times 2,7$ m dengan tinggi jendela sekurang-kurangnya 2 meter dari lantai sebelah luar.
- b. Tebal dinding 15 cm beton atau bata setebal 25 cm dengan plesteran atau yang setara dengan 2 mm Pb, pintu dan jendela kayu harus diberi penahan radiasi Pb 2 mm.
- c. Kaca jendela menggunakan kaca timah hitam.

Untuk melakukan kegiatan penyelenggaraan pelayanan Radiologi diharuskan mempunyai peralatan proteksi radiasi yang cukup memadai baik kualitas maupun kuantitas. Peralatan proteksi radiasi yang harus tersedia adalah :

- a. *Apron* setara dengan 0,25 mmPb
- b. *Shielding* yang berlapis 2,5 mm timbal (Pb)
- c. *Gloves* (sarung tangan berlapis timbal)
- d. *Gogle* (kaca mata timbal)

Pelayanan radiologi mempunyai fasilitas tanpa bahaya radiasi berupa lampu merah sebagai tanda bahwa pesawat radiologi sedang dioperasikan serta tanda bahaya radiasi lainnya yang dapat dilihat dengan jelas. Pelayanan radiologi hanya diberikan berdasarkan atas permintaan dokter profesional dan bukan oleh profesi kesehatan lainnya.

Pada prinsipnya tata ruang radiologi ditetapkan atas konsep dasar :

- a. Ruang tunggu dapat langsung dicapai dari suatu koridor umum dan dekat dengan loket penerimaan dan pembayaran.
- b. Satu pintu masuk bagi pasien yang terpisah dari pintu masuk bagi staf dan jasa pelayanan rumah sakit umum.
- c. Ruang konsultasi dan pertemuan dengan fasilitas untuk membaca film.
- d. Menuju ruang gelap dapat tidak menggunakan pintu terapi
- e. Dinding/pintu mengikuti persyaratan khusus sistim labyrin proteksi radiasi.
- f. Ruangan *X-Ray* memakai AC.

Rumah sakit menyelenggarakan pelayanan radiodiagnostik selama 24 jam sehari 7 hari seminggu. Pelayanan radiodiagnostik yang telah memenuhi persyaratan perizinan dari Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota sesuai dengan Permenkes No. 780/MENKES/PER/VIII/2008 tentang Penyelenggaraan Pelayanan Radiologi wajib menjamin keamanan bagi pasien, petugas dan lingkungan dengan melaksanakan kegiatan kendali mutu dan memenuhi persyaratan ruangan, bangunan, peralatan, dan sumber daya manusia serta kemampuan pelayanan sesuai dengan klasifikasi rumah sakitnya.

Pimpinan Instalasi Radiologi diutamakan seorang spesialis radiologi yang diangkat oleh direktur rumah sakit. Penanggung jawab fungsional adalah seorang dokter spesialis radiologi atau dokter lain yang memiliki kompetensi terbatas yang ditetapkan oleh Kolegium Dokter Spesialis Radiologi, sedangkan penanggung jawab pengoperasian alat pelayanan radiodiagnostik, imejing diagnostik selain USG dan radiologi intervensional adalah radiografer dan atau dokter spesialis radiologi. Penyelenggaraan pelayanan radiologi diagnostik beserta persyaratan sumber daya manusia, peralatan, bangunan dan ruangan lainnya mengacu pada Kepmenkes No. 1014/MENKES/SK/XII/2008 tentang Standar Pelayanan Radiologi Diagnostik di Sarana Pelayanan Kesehatan.

6.6.2. Pelayanan Radioterapi

Pelayanan radioterapi meliputi :

- a. Pelayanan radioterapi eksternal adalah pelayanan radioterapi dengan menggunakan sumber radiasi yang berada di luar tubuh atau ada jarak antara pasien dan alat penyinaran.
- b. Pelayanan brakhi terapi adalah pelayanan radio terapi dengan menggunakan sumber yang didekatkan pada tumor.
- c. Pelayanan radioterapi interstisial adalah pelayanan radioterapi dengan menggunakan sumber yang dimasukkan dalam tumor.

Pelayanan radioterapi di rumah sakit dilakukan dengan jadwal tertentu sesuai hari dan jam kerja tergantung dari kondisi, sumber daya manusia dan peralatannya. Pelayanan dapat

dilakukan 24 jam sesuai dengan indikasi dan bentuk pelayanannya.

Pelayanan radioterapi yang telah memenuhi persyaratan perijinan dari Menteri Kesehatan RI sesuai dengan Permenkes No. 780/MENKES/PER/VIII/2008 tentang Penyelenggaraan Pelayanan Radiologi wajib menjamin keamanan bagi pasien, petugas dan lingkungan dengan melaksanakan kegiatan kendali mutu dan memenuhi persyaratan ruangan, bangunan, peralatan, dan sumber daya manusia serta kemampuan pelayanan sesuai dengan klasifikasi rumah sakitnya.

Pimpinan instalasi radioterapi adalah seorang dokter spesialis onkologi radiasi/dokter spesialis radiologi konsultan onkologi radiasi. Penyelenggaraan kegiatan di instalasi radioterapi dilaksanakan oleh staf medik fungsional dan staf fungsional non medik. Penyelenggaraan pelayanan radioterapi beserta persyaratan sumber daya manusia, peralatan, bangunan, dan ruangan lainnya mengacu pada Kepmenkes No. 1427/MENKES/SK/XII/2006 tentang Standar Pelayanan Radioterapi di Rumah Sakit.

6.6.3. Pelayanan Kedokteran Nuklir

Pelayanan kedokteran nuklir meliputi :

- a. Pelayanan diagnostik in-vivo adalah pemeriksaan yang dilakukan terhadap pasien dengan cara pemberian radionuklida dan atau radiofarmaka dengan menggunakan alat pencacah atau kamera gamma dilakukan pengamatan terhadap radionuklida dan atau radiofarmaka tersebut selama berada dalam tubuh. Hasil yang diperoleh dari pengamatan tersebut dapat berupa citra maupun non citra.
- b. Pelayanan diagnostik in-vitro adalah pemeriksaan yang dilakukan terhadap spesimen yang diperoleh dari pasien menggunakan teknik radioimmuno assay atau immune radiometric assay.
- c. Pelayanan pemeriksaan in-vitro adalah gabungan antara pemeriksaan in-vivo dan in-vitro.
- d. Pelayanan terapi radiasi adalah suatu cara pengobatan dengan menggunakan radionuklida dan atau radiofarmaka.

Pimpinan instalasi Kedokteran Nuklir adalah seorang Dokter Spesialis Kedokteran Nuklir yang memiliki sertifikat kompetensi dari Kolegium Ilmu Kedokteran Nuklir Indonesia dan surat izin praktek spesialis kedokteran nuklir. Dalam penyelenggaraan kegiatannya dilaksanakan oleh staf medik dan non medik. Penyelenggaraan pelayanan kedokteran nuklir beserta persyaratan sumber daya manusia, peralatan, bangunan, dan ruangan lainnya mengacu pada Kepmenkes nomor 008/MENKES/SK/I/2009 tentang Standar Pelayanan Kedokteran Nuklir di Sarana Pelayanan Kesehatan.

Pimpinan Instalasi Radiologi diutamakan seorang spesialis yang sesuai dengan jenis pelayanannya yaitu spesialis radiologi untuk radiologi diagnostik, spesialis onkologi radiasi untuk radioterapi dan spesialis kedokteran nuklir untuk kedokteran nuklir. Pimpinan Instalasi Radiologi diangkat oleh direktur rumah sakit setelah mendapat pertimbangan dari Staf Medik Fungsional Radiologi (SMF). Ketua SMF radiologi dapat merupakan tenaga purna waktu atau paruh waktu, dan anggota SMF radiologi juga dapat merupakan tenaga purna waktu atau paruh waktu.

6.7. Pelayanan Sterilisasi Sentral/Instrumen

Bangunan sterilisasi sentral harus mempunyai ciri :

1. Ada pemisahan yang jelas bagi tempat bahan yang kotor dan bersih; serta antara yang steril dan tidak steril.
2. Ada tempat penyimpanan dan meja kerja yang cukup bagi instrumen, linen dan lain-lain.
3. Bangunan dirancang agar tidak ada kontaminasi, ventilasi dibuat sedemikian rupa agar udara berhembus dari bagian yang bersih ke bagian yang kotor.
4. Ada tempat cuci tangan

Bangunan unit sterilisasi harus diatur agar tidak terjadi kontaminasi. Ruangan tempat linen terpisah dari ruang sterilisasi instrumen. Ruangan sterilisasi harus mempunyai pintu masuk yang terpisah dengan pintu keluar. Dinding ruang sterilisasi terbuat dari porselin/keramik setinggi 1,5m dari lantai.

Dinding dan langit-langit dari bahan yang tidak berpori. Lantai terbuat dari bahan yang kuat, mudah dibersihkan, kedap air dan berwarna terang. Lebar pintu minimal 1,20 m dan tinggi minimal 2,10 m. Ambang bawah jendela minimal 1 m dari lantai.

Meja beton dilapisi porselin dan keramik dengan tinggi 0,80 – 1,00 m dari lantai. Semua kotak kontak dan saklar dipasang pada ketinggian minimal 1,40m dari lantai. Perlu handswitch untuk sterilisasi dengan kapasitas daya listrik besar.

Untuk mendukung pelayanan di unit sterilisasi sentral diperlukan fasilitas :

1. Loket pemeriksaan dan sortir
2. Loket pengambilan
3. Bagian instrumen
4. Bagian sarung tangan
5. Bagian linen
6. Bagian kasa/kain pembalut
7. Gudang penerimaan dan penyimpanan barang/bahan baru
8. Gudang penyimpanan barang steril/bersih
9. Ruang untuk pengambilan/distribusi bahan/barang steril
10. Fasilitas pendukung lainnya; kantor staf, loker dan WC staf.

6.8. Pelayanan Medis

Pelayanan medis di rumah sakit merupakan pelayanan medis sekunder (spesialistik), umumnya merupakan pelayanan rujukan dari pelayanan medis primer seperti dari Pusat Kesehatan Masyarakat (puskesmas), klinik pratama praktek dokter umum. Namun, pada kasus gawat darurat pasien dapat langsung ke rumah sakit dan jika diperlukan maka pasien bisa diberikan pelayanan rawa tinap. Pada peserta BPJS kesehatan, pelayanan kesehatan dilakukan melalui sistim rujukan secara berjenjang dari layanan primer (pratama) ke rumah sakit kelas C kemudian ke rumah sakit kelas B dan ke rumah sakit kelas A.

1. Layanan Medik Umum

Rumah sakit umum memiliki layanan medik umum dan layanan mulut dan gigi umum. Meskipun layanan medis di rumah sakit merupakan layanan spesialisik, namun pada unit/ instalasi tertentu masih diperlukan dokter umum yang sudah terlatih, seperti pada: Instalasi Gawat Darurat (IGD), Intensive Care Unit (ICU), Intensive Cardiac Care Unit (ICCU), Hemodialisa, dokter jaga di bangsal. Untuk bertugas di IGD dokter umum perlu mendapat pelatihan : *Advance Traumatic Life Support*, *Advance Cardiac Life Support*, dan pelatihan kegawat daruratan lainnya. Untuk bertugas di ICU, dokter umum perlu mendapat pelatihan *Basic Intensive Care*. Pelatihan bisa juga diberikan sambil bertugas oleh dokter spesialis yang berkompeten.

2. Layanan Medis Spesialis dan Subspesialis (Konsultan)

Untuk rumah sakit kelas C dilayani oleh dokter tetap 4 spesialis dasar ditambah 2 spesialis lainnya, yaitu: spesialis penyakit dalam, spesialis anak, spesialis obstetri ginekologi, spesialis bedah, ditambah dengan spesialis anastesi dan spesialis patologi klinik. Rumah sakit kelas D memiliki kurang dari 4 spesialis dasar. Rumah sakit kelas B dilayani selain oleh 4 spesialis dasar dan dilayani juga oleh subspecialis, seperti: spesialis saraf, spesialis bedah, spesialis orthopedi dan trauma, spesialis mata, spesialis jantung, spesialis paru, spesialis penyakit dalam konsultan, spesialis kedokteran fisik dan rehabilitasi. Pada rumah sakit kelas A memiliki pelayanan spesialis dasar, spesialis lainnya, subspecialis yang luas serta penunjang medisnya. Penunjang medis diperlukan agar dokter dapat bekerja dengan baik untuk melakukan diagnosa, terapi, monitoring, evaluasi dan rehabilitasi. Penunjang medis memerlukan alat seperti: alat rontgen, CT Scan, ultrasonografi (USG), *Magnetic Resonance Imaging (MRI)*, *Electroencephalography (EEG)*, *Electromyography (EMG)*, Tread mill, audiometri, spirometri, slit lamp, tonometri, alat- alat laboratorium, alat-alat bedah, dan lain-lain.

6.9. Pelayanan Gigi dan Mulut

Pelayanan gigi dan mulut ada yang bersifat umum yang dilakukan oleh dokter gigi umum dan ada yang bersifat spesialis yang dilakukan oleh dokter gigi spesialis (khusus). Jenis pelayanan dan kompetensi yang dilaksanakan mampu melakukan diagnosis dan penatalaksanaan darurat dasar berupa mengurangi rasa sakit, membersihkan karang gigi, menambal sementara, melakukan ekstraksi gigi dan mereposisi fraktur rahang, serta melakukan perawatan trauma gigi. Mampu melakukan pencegahan dengan PKMRS, serial ekstraksi dan pembersihan karang gigi, penambalan dan pengobatan pulpa. Pelayanan kuratif dan rehabilitasi gigi berupa plak kontrol, flouridasi, fissure sealant, pengelolaan traumatik injuries, perawatan scalling, root planning, kuretase, menghilangkan traumatik oklusi, melakukan tindakan oklusal adjustment, melakukan tindakan splinting, perawatan penyakit/kelainan jaringan mulut, restorasi tumpatan amalgam, silikat, perawatan gigi akut, pulp capping, pulpektomi dan mumifikasi.

Pelayanan medik gigi spesialis atau khusus berupa tindakan pelayanan bedah mulut, ekstraksi gigi/fraktur gigi, kuretase, insisi/drainase, odontektomi, frenektomi, eksposur mahkota gigi terpendam, alveolektomi, exisi torus palatinus, exisi denture hyperplasia, apeks reseksi, gingivectomy, pembedahan ginggiva dengan flap, teknik penggunaan ginggival graf, enukleasi kista kecil, marsupialisasi, mucocel, reposisi reduksi tertutup, debridemen, penjahitan intra oral, implantasi gigi, pheriperal neurotomy mentalis, kontrol pasca bedah, reposisi dan fiksasi, pendarahan, penjahitan, drainage, pemberian obat-obatan. Tindakan pelayanan Pedodonti berupa *anterior cross bite*, *space maintainer*, perawatan endodontik, apeksifikasi, insisi ringan, penanganan anak cacat. Tindakan pelayanan rehabilitasi: root planing, kuret, ginggivectomy, operasi flap, ginggivoplasti, edodonti 1 kunjungan, pulpektomi & PSA, apeks reseksi, obturator (Baby), obturator, obturator protesa, pasak logam+inti, mahkota akrilik, mahkota porselen, dental X - Ray photo. Tindakan pelayanan Orthodonti berupa maloklusi kelas 1 tanpa ekstraksi,

maloklusi kelas 1 dengan ekstraksi, pemindahan akar < 3 mm, maloklusi kelas 2 dan kelas 3, maloklusi kelas 1 dengan keluhan dentofacial parah dengan surgery/pembedahan sesuai dengan kewenangan dokter gigi. Tenaga terdiri atas dokter gigi spesialis 2 orang dan dokter gigi 4 orang.

Sarana terdiri dari ruang klinik rawat jalan, ruang diagnostik dengan peralatan standar, Bedah terdiri Dental Unit lengkap kompresor dan *operating stool mobile*, dental *rontgent*, *light curring apparatus*, *pulptester*, *oral hygiene set*, *diagnostic set*, *cavity preparation set*, *amalgam set*, *endodonsi set*, tambahan sewarna gigi set, penyemen untuk tumpatan tuang mahkota/jembatan, *inlay indirect set*, preparasi mahkota dan jembatan. Pertumbuhan dan perkembangan terdiri atas *exsodonsia set*, cetakan set, insersia gigi tiruan set, ortodonsi piranti lepasan, aktivasi set, orthodonsi piranti cekat, peralatan bedah mulut minorset, peralatan laboratorium teknik dasar, sterilisator listrik *auto clave*/sterilisator, elektrolit segar, panoramik foto, citojet.

6.10. Sistim Informasi Rumah Sakit dan Rekam Medik

Informasi merupakan sumber daya kelima dari suatu organisasi disamping *man*, *money*, *material*, *machine*. Tanpa informasi kita tidak dapat melakukan apa-apa dan siapa saja yang memiliki informasi ia akan eksis dan berkembang. Informasi penting untuk pengambilan keputusan dan pandangan ke masa mendatang.

Sistim informasi rumah sakit merupakan bagian terpenting dari manajemen rumah sakit. Informasi diperlukan untuk perencanaan dan pengambilan keputusan. Informasi yang diperlukan di rumah sakit antara lain :

1. Informasi keuangan dan berbagai rasio keuangan seperti : *unit cost*, *current asset*, *current ratio*, *profitabilitas*, *bad debt*, arus kas dan sebagainya.
2. Informasi pelayanan seperti, jumlah pasien, mortalitas, morbiditas, efisiensi, jumlah layanan yang dinyatakan dalam berbagai rasio. Informasi ini berada di bawah unit rekam medik. Rekam medik merupakan sumber informasi utama,

- karena status pasien diolah dan disimpan di unit rekam medik.
3. Informasi mengenai obat, alat kesehatan, bahan habis pakai, berada di bawah instalasi farmasi.
 4. Informasi mengenai lingkungan dan limbah rumah sakit serta bahan beracun berbahaya, berada di bawah unit kesehatan lingkungan, pengolahan limbah dan bahan beracun berbahaya.
 5. Informasi mengenai sumber daya manusia seperti: jumlah dan kualifikasi, kebutuhan, pengupahan, cuti, pemutusan hubungan kerja, berada di bawah bagian sumber daya manusia.
 6. Informasi-informasi lainnya sesuai dengan bidang bagian unit di rumah sakit.

Dengan adanya kemajuan di bidang teknologi informasi maka pengelolaan sistem informasi rumah sakit dapat dilaksanakan dengan mudah. Unit rekam medik digolongkan sebagai penunjang medik namun juga merupakan bagian - bagian terpenting dari sistem informasi rumah sakit. Dokumen- dokumennya merupakan "harta" yang sangat bernilai yang tidak bisa dibeli dengan uang. Data rekam medik merupakan milik pasien, namun materinya milik rumah sakit. Data ini memiliki banyak aspek seperti medis, hukum, manajemen, Karena bersifat rahasia dan harus dipelihara dengan baik. Unit kerja rekam medis dipimpin oleh seorang kepala dengan latar belakang pendidikan minimal D3 rekam medis dan pengalaman yang sesuai, serta kualifikasi staf harus diupayakan sesuai dengan tugas yang dilaksanakan.

1. Fasilitas dan peralatan yang cukup harus disediakan untuk menunjang pelayanan yang efisien. Unit kerja rekam medis harus mempunyai lokasi yang sedemikian rupa sehingga pengambilan dan distribusi rekam medik lancar. Ruang kerja harus memadai bagi kepentingan staf, penyimpanan rekam medis, penempatan peralatan. Ruang yang ada harus cukup menjamin bahwa rekam medis aktif dan non aktif tidak hilang, rusak atau diambil oleh yang tidak berhak. Ruang penyimpanan harus cukup untuk rekam medik aktif yang masih digunakan, dan ruang terpisah untuk menyimpan

rekam medik non aktif yang tidak digunakan lagi sesuai peraturan yang ada. Kebijakan dan prosedur pelayanan rekam medis harus selalu mengikuti perkembangan ilmu dan teknologi mutakhir. Pelayanan rekam medis merupakan bagian dari program pengendalian mutu rumah sakit, untuk itu harus ada prosedur baku untuk menilai kualitas pelayanan dan menanggulangi masalah yang timbul.

2. Jenis pelayanan merupakan suatu unit yang merekam dan menyimpan berkas jati diri, riwayat penyakit, hasil pemeriksaan dan pengobatan pasien. Sarana dan peralatan serta tenaga D3 rekam medis menyesuaikan dengan kelas rumah sakit.

Laporan yang harus dibuat oleh rekam medik adalah

1. RL.1 Data Dasar Rumah Sakit
 - a. RL.1.1 Data Dasar Rumah Sakit (Laporan Updating)
 - b. RL.1.2 Indikator Pelayanan Rumah Sakit (Laporan Tahunan)
 - c. RL.1.3 Fasilitas Tempat Tidur Rawat Inap (Laporan Tahunan)
2. RL. 2 Ketenagaan (Laporan Tahunan)
3. RL. 3 Pelayanan
 - a. RL.3.1 Rawat Inap (Laporan Tahunan)
 - b. RL.3.2 Rawat Darurat (Laporan Tahunan)
 - c. RL.3.3 Gigi dan Mulut (Laporan Tahunan)
 - d. RL.3.4 Kebidanan (Laporan Tahunan)
 - e. RL.3.5 Perinatologi (Laporan Tahunan)
 - f. RL.3.6 Pembedahan (Laporan Tahunan)
 - g. RL.3.7 Radiologi (Laporan Tahunan)
 - h. RL.3.8 Laboratorium (Laporan Tahunan)
 - i. RL.3.9 Rehabilitasi Medik (Laporan Tahunan)
 - j. RL.3.10 Pelayanan Khusus (Laporan Tahunan)
 - k. RL.3.11 Kesehatan Jiwa
 - l. RL.3.12 Keluarga Berencana (Laporan Tahunan)
 - m. RL.3.13 Farmasi Rumah Sakit (Laporan Tahunan)
 - n. RL.3.14 Rujukan (Laporan Tahunan)
 - o. RL.3.15 Cara Bayar (Laporan Tahunan)

4. RL.4 Morbiditas dan Mortalitas
 - a. RL.4a. Penyakit Rawat Inap (Laporan Tahunan)
 - b. RL.4b. Penyakit Rawat Jalan (Laporan Tahunan)
5. RL. 5 Pengunjung Rumah Sakit
 - a. RL.5.1 Pegunjung Rumah Sakit (Laporan Bulanan)
 - b. RL 5.2 Kunjungan Rawat Jalan (Laporan Bulanan)
 - c. RL.5.3 Daftar 10 Besar Penyakit Rawat Inap (Laporan Bulanan)
 - d. RL 5.4 Daftar 10 Besar Penyakit Rawat Jalan (Laporan Bulanan)

Dengan kemajuan teknologi informasi, operasional rekam medik dan komponen-komponen sistim informasi lainnya dapat dikerjakan dengan lebih mudah dan akurat. Aplikasi teknologi informasi guna menunjang sistim informasi rumah sakit dapat dikerjakan mandiri oleh rumah sakit, namun dapat juga dengan cara kerjasama operasi atau *outsourcing* dengan pihak lain.

6.11. Instalasi Pemeliharaan Sarana Rumah Sakit

Instalasi ini sering disebut juga bagian *maintenance* rumah sakit. Hampir semua kegiatan medik untuk diagnostik, tindakan atau terapi, ditunjang oleh peralatan medis. Untuk menjamin suatu pelayanan yang bermutu serta keselamatan pasien, maka alat-alat/ pesawat yang digunakan harus berfungsi dengan baik. Pada instalasi ini sumber daya manusianya terdiri dari berbagai profesi/ ahli seperti : elektromedik, listrik, mesin, tukang kayu, pendingin udara, tukang las, dan sebagainya.

Tujuan pemeliharaan adalah mencapai kondisi yang memungkinkan tercapainya kesiapan operasional serta daya dan hasil guna yang maksimal. Untuk mencapai tujuan ini, pemeliharaan sarana dan prasarana rumah sakit dapat digolongkan menjadi dua :

1. Pemeliharaan aktif (*active maintenance*)

Pemeliharaan ini dilakukan sebelum alat/media tersebut mengalami gangguan atau ketidakakuratan dalam operasionalnya. Contoh-contoh pemeliharaan aktif: melakukan

kalibrasi alat-alat laboratorium, tensimeter, audiometri, spirometri, timbangan apotik, pembersihan dan pemeriksaan pendingin udara, dan sebagainya. Semua pemeriksaan, pembersihan dan penyesuaian dilakukan secara berkala.

2. Pemeliharaan pasif (*passive maintenance*)

Pemeliharaan ini disebut juga sebagai pemeliharaan korektif atau reparasi. Pemeliharaan ini merupakan perbaikan pada alat/ mesin yang fungsinya terganggu. Tujuannya agar alat/ mesin yang tidak dapat lagi memenuhi fungsinya dapat bekerja kembali. Sebaiknya rumah sakit berfokus pada pemeliharaan aktif karena lebih ekonomis. Apabila sudah terjadi kerusakan alat/ mesin maka kerugian terjadi karena : biaya perbaikan yang mahal, kesempatan pelayanan yang hilang dan bisa mengancam keselamatan pasien.

6.12. Kamar Jenazah

Fungsi dari kamar jenazah adalah sebagai tempat meletakkan atau menyimpan sementara jenazah sebelum diambil keluarganya, dan atau tempat memandikan jenazah. selain itu kamar jenazah juga digunakan untuk otopsi mayat. Pelayanan dilakukan selama 24 jam sekali tanpa ada hari libur. Sebaiknya ada lemari pendingin guna menyimpan jenazah dalam waktu yang lama. Ruang-ruangan penyimpanan jenazah dan kamar jenazah harus bisa dikunci agak aman.

Rumah duka berbeda dengan kamar jenazah. Rumah duka berfungsi untuk kegiatan-kegiatan ritual terhadap jenazah seperti : menerima kunjungan tamu, acara-acara keagamaan, dan sebagainya. Beberapa rumah sakit mengkombinasikan fungsi kamar jenazah dan rumah duka.

Bangunan kamar jenazah sering kali dibuat terpisah dari bangunan induk rumah sakit. Jenazah yang dibawa keluar rumah sakit harus melalui lorong/jalan berbeda dengan lorong masuk tamu rumah sakit. Pelayanan di kamar jenazah dapat berupa : memandikan jenazah, otopsi, pengawetan jenazah dengan formalin, persiapan pengiriman jenazah ke kota lain. Untuk pengiriman

jenazah dengan angkutan udara, pertama jenazah harus diawetkan dengan formalin, kedua jenazah harus diperiksa oleh polisi dan dinas kesehatan, ketiga peti jenazah harus dilapisi dengan pelapis yang kedap air, keempat di sekitar jenazah diberikan absorben yang mampu menyerap cairan dengan baik. Dokumen yang perlu dipersiapkan adalah keterangan dari direktur rumah sakit bahwa jenazah tidak menularkan penyakit, keterangan dari kepolisian, keterangan dari dinas kesehatan atau puskesmas, persetujuan dari pihak angkutan udara (maskapai penerbangan) setelah memeriksa dokumen-dokumen yang diperlukan.

6.13. Unit Linen (*Laundry*)

Lokasi cukup mudah dijangkau oleh unit/ kegiatan lainnya, namun tidak berada pada jalan lintas. Tersedia mesin cuci yang dapat mencuci jenis-jenis linen yang berbeda. Saluran pembuangan limbah tertutup dengan kemiringan yang memadai, dilengkapi dengan pengolahan awal (*pre-treatment*) sebelum dialirkan ke instalasi pengolahan limbah.

Harus memiliki ruang-ruang yang terpisah sesuai fungsinya:

1. Ruang linen kotor
2. Ruang linen infeksius
3. Ruang linen bersih
4. Ruang kereta linen
5. Toilet untuk petugas
6. Ruang peniris/pengering
7. Ruang perlengkapan kebersihan
8. Ruang untuk perlengkapan cuci
9. Ruang untuk perbaikan linen yang rusak

Penempatan ruang-ruang tersebut harus menghindari kontaminasi linen bersih. Ventilasi cukup dan pencahayaan minimal 200 lux. Ketenagaan sebaiknya dari SMK jurusan tata busana.



BAB VII.

ALUR PASIEN MASUK DAN KELUAR RUMAH SAKIT

Setelah membaca Bab ini, pembaca mampu menjelaskan :

1. Pengertian dan gambaran alur pasien di rumah sakit
2. Manfaat alur pasien
3. Alur pelayanan pasien di rumah sakit

7.1. Pengertian dan Gambaran Umum

Alur pasien masuk dan keluar rumah sakit adalah suatu alur sejak pasien datang ke rumah sakit, menerima berbagai pelayanan rumah sakit, sampai pasien meninggalkan rumah sakit. Alur ini harus dilengkapi dengan petunjuk - petunjuk yang jelas, mudah terbaca dari jauh dan tetap mudah terbaca pada malam hari. Kejelasan petunjuk arah dan lokasi diperlukan karena pasien maupun keluarganya sering kali mengalami kecemasan dan emosi yang labil. Petunjuk arah biasanya diletakan di atas, namun kadang-kadang juga di dinding, bahkan di beberapa rumah sakit besar di Singapura di tulis di lantai agar pasien, keluarga pasien atau petugas yang membawa pasien tidak salah arah.

Pada bagian/instalasi/unit tertentu diberikan juga tanda-tanda peringatan (*warning*) seperti pada bagian laboratorium diberikan tanda "*biological hazard*" dan pada bagian radiologi diberikan tanda "bahaya radiasi". Dokumen/ gambar alur pasien harus ada pada bagian/ unit/ instalasi terkait.

7.2. Manfaat Alur Pasien Masuk dan Keluar Rumah Sakit

Bagi staf rumah sakit, alur ini bermanfaat untuk :

1. Membantu menunjukkan arah pelayanan pasien dan keluarganya
2. Membantu staf untuk mengidentifikasi dan menganalisa masalah-masalah yang terjadi
3. Membantu petugas rumah sakit untuk membawa pasien dengan lebih cepat

Bagi pasien dan keluarganya, dengan adanya petunjuk-petunjuk dan alur maka bermanfaat untuk :

1. Pasien dan keluarga bila berjalan sendiri mengetahui arah dengan jelas
2. Bila pasien dibawa oleh petugas rumah sakit, maka pasien dan keluarganya mengetahui keamanan pasien dibawa oleh petugas rumah sakit

7.3. Alur Pelayanan Pasien

Pasien datang ke rumah sakit bisa melalui :

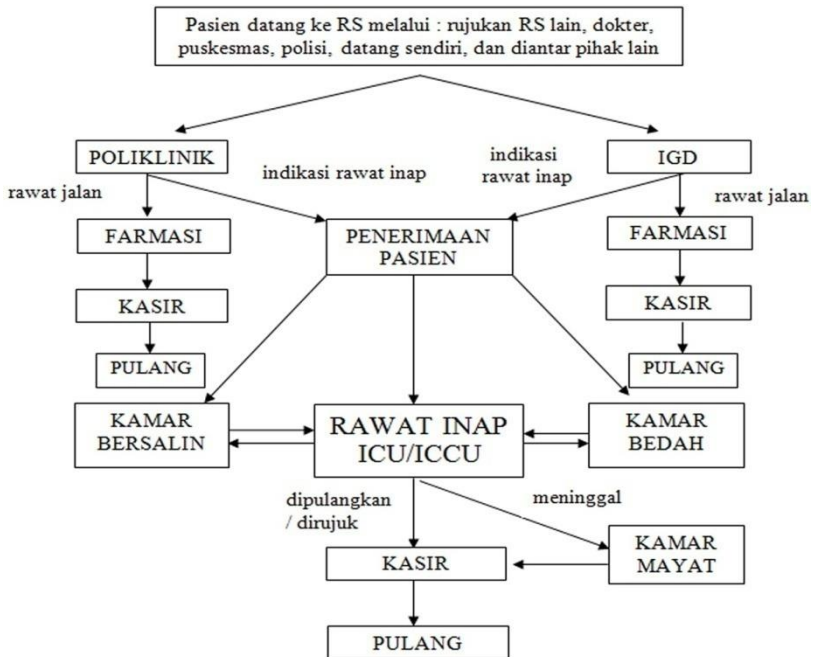
1. Rujukan dari dokter di luar rumah sakit, puskesmas, rumah sakit lainnya.
2. Pasien datang atas inisiatifnya sendiri atau direkomendasikan oleh orang-orang dekatnya.
3. Diantar oleh polisi.
4. Diantar oleh pihak-pihak lainnya seperti : petugas lembaga pemasyarakatan, petugas barisan pemadam kebakaran atau masyarakat lainnya.

Pasien yang datang ke rumah sakit bisa menuju IGD bila mereka merasa kegawatdaruratan dan atau kedaruratan. Pasien juga datang ke poliklinik. Pelayanan di poliklinik dan IGD meliputi pemeriksaan medik dan penunjang medik seperti : laboratorium, rontgen, USG, dan sebagainya.

Bila pasien diindikasikan rawat inap maka pasien disuruh ke bagian pendaftaran rawat inap. Kemudian ke ruang rawat inap yang telah ditetapkan atau *intensive care unit*. Pada keadaan tertentu

pasien dibawa langsung ke kamar bedah atau kamar bersalin. Bila dokter di poliklinik atau IGD menetapkan pasien cukup rawat jalan saja, maka dokter memberikan resep, pasien selanjutnya menuju instalasi farmasi dan setelah menyelesaikan pembayaran, pasien bias pulang.

Pasien yang rawat inap, setelah ada indikasi rawat jalan, pemulangan pasien dipersiapkan petugas rumah sakit dan selanjutnya keluarga pasien menyelesaikan pembayaran di kasir. Pasien yang meninggal dunia di rumah sakit untuk sementara di ruang rawat inap atau IGD, kemudian dibawa ke kamar jenazah. Berapa lama pasien boleh dirawat inap atau IGD tergantung dari kebijakan di masing-masing rumah sakit.



Gambar 7.1 Skema Alur Pasien Masuk dan Keluar Rumah Sakit



BAB VIII.

KEPEMIMPINAN DAN PENGEMBANGAN RUMAH SAKIT

Setelah menyelesaikan Bab ini pembaca diharapkan mampu :

1. Menjelaskan kelompok pengaruh dan kekuatan yang ada di rumah sakit serta bagaimana memimpin dan kepemimpinan rumah sakit
2. Menjelaskan bagaimana melaksanakan survei kepuasan pelanggan, mengatasi keluhan konsumen rumah sakit.
3. Menjelaskan kecenderungan baru jasa rumah sakit, pemasaran dan aplikasi *Balance Score Card* diagnostik.
4. Melakukan analisa dan pengembangan rumah sakit ke depan.

8.1. Kepemimpinan Rumah Sakit

Dalam organisasi rumah sakit terdapat tiga kelompok kekuatan yang saling mendesak satu sama lain yaitu : pertama kelompok direksi dan staf direksi, mereka kuat berdasar kepada kekuatan legitimasi (*legitimizing power*), sebagai penentu kebijakan operasional. Kedua adalah kelompok dokter spesialis, dokter umum dan dokter gigi, mereka kuat karena bersandar kepada keahlian mereka (*expertise power*), dan adanya mitos bahwa kelompok ini memiliki independensi yang sangat tinggi karena keahliannya. Ketiga adalah kelompok perawat dan

paramedis, mereka kuat karena bersandar kepada jumlah yang paling besar di rumah sakit dan mereka adalah profesi tersendiri di rumah sakit. Tersirat terjadi adu kekuatan, keinginan untuk diakui, kedepankan eksistensi, tidak adanya saling berbagi dalam mencapai tujuan organisasi. Padahal bila tiga kekuatan ini bergabung menjadi satu maka yang akan didapat adalah lonjakan kinerja. Tetapi jika terjadi adu kekuatan, yang terlihat dan dirasakan adalah absensi yang semakin tinggi, turn over karyawan meningkat, banyak konflik, banyaknya rumor, seringkali terjadi pelecehan, pertentangan, debat kusir, permusuhan, politiking, fitnah, konspirasi, ketegangan, sabotase, pelanggaran, pencurian, kecurangan dan lain sejenisnya yang secara keseluruhan akan memperburuk kinerja organisasi

Keadilan bisa berbeda persepsi diantara mereka yang memahami sebagai sama rata sama rasa dengan paham siapa yang kuat adalah yang mendapat terbanyak, padahal adil adalah posisi seseorang dengan kompetensinya, kapasitas dan kapabilitasnya, yang bisa diukur dan ditentukan oleh akuntabilitas kinerja. Dari hasil ukur kinerja inilah maka akan muncul perbedaan yang fair sehingga akan berpengaruh terhadap imbalan seseorang, inilah yang disebut keadilan.

Kepemimpinan adalah aktivitas mempengaruhi orang-orang untuk berusaha mencapai tujuan kelompok secara sukarela. Kepemimpinan adalah suatu upaya yang dilakukan seseorang dalam hubungan antar manusia untuk mempengaruhi orang lain dan diarahkan melalui proses komunikasi dengan maksud mencapai tujuan bersama.

Pengaruh dihubungkan dengan kapasitas kekuasaan. Kekuasaan merupakan sifat yang dimiliki pribadi-pribadi atau kedudukan dalam organisasi. Kesanggupan untuk mempengaruhi dan mengendalikan situasi didasarkan pada adanya kekuasaan. Otoritas atau kewenangan (*authority*) merupakan hak seorang pemimpin, untuk mengendalikan hasil karya orang lain berdasarkan kekuasaan yang ada hubungan dengan kedudukan dalam hirarki organisasi. Agar kepemimpinan efektif diperlukan

dua landasan kekuatan tersebut yaitu kemampuan kepemimpinan individu (*leadership*) dan kewenangan (*authority*).

Kekuasaan bisa didapatkan dari hukum yang sah (*legitimizing power*), karena imbalan (*reward power*), berdasarkan paksaan (*coercive power*), berdasar keahlian (*expertisepower*), atau berdasar sifat menarik atau kharismatis (*referent power*). Juga bisa didapat dari koneksi (*conection power*), kekuasaan informasi (*information power*) atau kombinasi semua kekuasaan tersebut (*combination power*).

Bagaimana di rumah sakit? kepemimpinan direktur rumah sakit akan memiliki pengaruh yang cukup besar, karena sifat masyarakat kita yang paternalistik. Pemimpin puncak harus berani melakukan perubahan mendasar untuk secara aktif menciptakan pemimpin-pemimpin pada tingkat menengah dan bawa diseluruh unit organisasi, mengajak untuk bertindak strategis dan memberdayakan serta memberikan pembelajaran.

Memang tidak mudah menyatukan berbagai karakter dan budaya dalam organisasi rumah sakit, disini diperlukan pemimpin yang mampu mengendalikan emosi dengan arif. Mampu bertahan dalam kondisi seburuk apapun, tetap tenang dalam menghadapi tantangan dan kritik, menganggap sebagai resiko kepemimpinan. Bersikap sabar dan menganggap bahwa kesabaran itu tidak ada batasnya. Berpegang teguh pada norma dan nilai adalah jalan yang terbaik. Mampu meyakinkan, mampu memberikan pemahaman, jujur bila ada kesalahan, minta masukan bagaimana sebaiknya bertindak, berkata dan berbuat. Sebaiknya jangan mudah terpancing untuk berseteru, karena akan menghabiskan energi dan akan membuang waktu percuma. Perdebatkanlah bagaimana jalan keluar dari masalah yang dihadapi, konsepnya jangan mencari benar atau salah, akan tetapi carilah solusi.

Berbagai teori yang ada bisa dipakai, tetapi sebaiknya tidak harus memegang salah satu teori saja. Kita bias meramu berbagai teori yang bias bermanfaat sesuai situasi dan kondisi di lingkungan organisasi rumah sakit tersebut.

8.2. Pengembangan Rumah Sakit

Pengembangan rumah sakit tentunya harus selalu dilakukan baik dalam skala kecil berupa penyesuaian maupun besar bahkan total seperti perombakan sistem dan manajemen, tergantung bagaimana kinerja saat ini dan bagaimana tantangan yang dihadapi. Keadaan selalu berubah dan pasti terjadi perubahan nasib di masa depan.

Untuk itu perlu diketahui bagaimana posisi saat ini dan bagaimana posisi rumah sakit kita diantara pelayanan yang sejenis. Disini perlu diketahui bagaimana pelayanan dan tingkat kepuasan dalam memakai jasa rumah sakit. Kemudian bagaimana mengatasi keluhan konsumen/pelanggan/pasien, menyimak tren dan perkembangan manajemen rumah sakit kaitan dengan situasi lokal dan global. Teknik manajemen apa yang bisa dijadikan alat analisa dan bagaimana memasarkan pelayanan rumah sakit agar dikenal dan dipahami secara lebih baik.

1. Survei Kepuasan Pelanggan

Pelayanan publik termasuk rumah sakit dewasa ini masih banyak dijumpai kelemahan sehingga belum dapat memenuhi kualitas yang diharapkan masyarakat. Hal ini ditandai dengan masih adanya berbagai keluhan masyarakat yang disampaikan melalui media massa, sehingga dapat menimbulkan citra yang kurang baik.

Salah satu upaya untuk meningkatkan kualitas pelayanan publik, adalah indeks kepuasan masyarakat sebagai tolak ukur untuk menilai tingkat kualitas pelayanan. Data indeks kepuasan masyarakat akan dapat menjadi bahan penilaian terhadap unsur pelayanan yang masih perlu perbaikan dan menjadi pendorong setiap unit penyelenggara pelayanan untuk meningkatkan kualitas pelayanannya. Indeks Kepuasan Masyarakat dimaksudkan dengan tujuan untuk mengetahui tingkat kinerja unit pelayanan secara berkala sebagai bahan untuk menetapkan kebijakan dalam rangka peningkatan kualitas pelayanan publik selanjutnya. Bagi masyarakat, Indeks

Kepuasan Masyarakat dapat digunakan sebagai gambaran tentang kinerja pelayanan unit yang bersangkutan. Indeks Kepuasan Masyarakat (IKM) adalah data dan informasi tentang tingkat kepuasan masyarakat yang diperoleh dari hasil pengukuran secara kuantitatif dan kualitatif atas pendapat masyarakat dalam memperoleh pelayanan dari aparatur penyelenggara pelayanan publik dengan membandingkan antara harapan dan kebutuhannya.

Kepuasan pelayanan adalah hasil pendapat dan penilaian masyarakat terhadap kinerja pelayanan yang diberikan oleh aparatur penyelenggara pelayanan publik. Berdasarkan prinsip pelayanan sebagaimana telah ditetapkan dalam Keputusan Men. PAN Nomor: 63/KEP/M.PAN/7/2003, yang kemudian dikembangkan menjadi 14 unsur yang “relevan, valid” dan “reliabel”, sebagai unsur minimal yang harus ada untuk dasar pengukuran indeks kepuasan masyarakat, ditetapkan dalam KEPMENPAN & RB nomor 16/2014 tanggal 2 Mei 2014 tentang Pedoman Survei Kepuasan Masyarakat Terhadap Penyelenggaraan Pelayanan Publik, sebagai berikut :

- a. Prosedur pelayanan, yaitu kemudahan tahapan pelayanan yang diberikan kepada masyarakat dilihat dari sisi kesederhanaan alur pelayanan;
- b. Persyaratan Pelayanan, yaitu persyaratan teknis dan administratif yang diperlukan untuk mendapatkan pelayanan sesuai dengan jenis pelayanannya;
- c. Kejelasan petugas pelayanan, yaitu keberadaan dan kepastian petugas yang memberikan pelayanan (nama, jabatan serta kewenangan dan tanggungjawabnya);
- d. Kedisiplinan petugas pelayanan, yaitu kesungguhan petugas dalam memberikan pelayanan terutama terhadap konsistensi waktu kerja sesuai ketentuan yang berlaku;
- e. Tanggung jawab petugas pelayanan, yaitu kejelasan wewenang dan tanggung jawab petugas dalam penyelenggaraan dan penyelesaian pelayanan;
- f. Kemampuan petugas pelayanan, yaitu tingkat keahlian dan

- ketrampilan yang dimiliki petugas dalam memberikan/menyelesaikan pelayanan kepada masyarakat;
- g. Kecepatan pelayanan, yaitu target waktu pelayanan dapat diselesaikan dalam waktu yang telah ditentukan oleh unit penyelenggara pelayanan;
 - h. Keadilan mendapatkan pelayanan, yaitu pelaksanaan pelayanan dengan tidak membedakan golongan/status masyarakat yang dilayani;
 - i. Kesopanan dan keramahan petugas, yaitu sikap dan perilaku petugas dalam memberikan pelayanan kepada masyarakat secara sopan dan ramah serta saling menghargai dan menghormati;
 - j. Kewajaran biaya pelayanan, yaitu keterjangkauan bentuk jawaban pertanyaan dari setiap unsur pelayanan secara umum mencerminkan tingkat kualitas pelayanan, yaitu dari yang sangat baik sampai dengan tidak baik.
 - k. Kepastian biaya pelayanan, yaitu kesesuaian antara biaya yang dibayarkan dengan biaya yang telah ditetapkan.
 - l. Kepastian jadwal pelayanan, yaitu pelaksanaan waktu pelayanan sesuai dengan ketentuan yang telah ditetapkan.
 - m. Kenyamanan lingkungan, yaitu kondisi sarana dan pra sarana pelayanan yang bersih, rapi, dan teratur sehingga dapat memberikan rasa nyaman kepada penerima pelayanan.
 - n. Keamanan pelayanan, yaitu terjaminnya tingkat keamanan lingkungan unit penyelenggara pelayanan aataupun sarana yang digunakan sehingga masyarakat merasa tenang untuk mendapatkan pelayanan terhadap resiko-resiko yang diakibatkan dari pelaksanaan pelayanan.

Untuk kategori tidak baik diberi nilai persepsi 1, kurang baik diberi nilai persepsi 2, baik diberi nilai persepsi 3, sangat baik diberi nilai persepsi 4. Untuk membandingkan indeks kinerja unit pelayanan secara berkala diperlukan survei secara periodik dan berkesinambungan. Dengan demikian dapat diketahui perubahan tingkat kepuasan masyarakat dalam menerima pelayanan publik. Jangka waktu survei antara periode

yang satu ke periode berikutnya dapat dilakukan 3 (tiga) sampai dengan 6 (enam) bulan atau sekurang-kurangnya 1 (satu) tahun sekali.

2. Mengatasi Keluhan Konsumen

Dalam industri jasa rumah sakit keluhan terhadap kualitas pelayanan lebih sering terjadi dibandingkan keluhan terhadap kualitas teknis medis. Hal ini terjadi karena di rumah sakit terdapat asimetri informasi, pengetahuan konsumen tidak sebanding dengan pengetahuan/informasi dokter. Umumnya keluhan berupa masalah komunikasi, kecepatan pelayanan, dan keramah tamahan/sopan santun. Juga terbatasnya fasilitas fisik seperti parkir/kenyamanan.

Penanganan keluhan merupakan bagian penting dari loyalitas konsumen, mengingat pasar saat ini dipenuhi konsumen yang terdidik, canggih dan tidak loyal, cepat berubah. Sehingga rumah sakit perlu menumbuhkan kemitraan dan hubungan jangka panjang dengan konsumen. Lebih murah 5-6 kali mempertahankan konsumen yang ada daripada untuk memperoleh konsumen baru. Dan tanpa ada konsumen semua jajaran rumah sakit menjadi tidak berarti. Menurut Le Boeuf, 1992 dan Morgan, 2001 (Djohan, 2011), Konsumen meninggalkan rumah sakit karena :

- a. 3% karena pindah alamat
- b. 5% karena pindah ke rumah sakit/dokter lain
- c. 9% karena bujukan pesaing
- d. 14% karena tidak puas dengan pelayanan yang diterima
- e. 68% Karena sikap acuh dan masa bodoh pemilik, manajer dan karyawan

Dari sejumlah konsumen yang tidak puas, hanya 4% yang menyampaikan keluhan, sedangkan 96% tidak menyampaikan keluhan dan pergi dengan diam-diam kerumah sakit/dokter lain, menyampaikan, menceritakan kepada teman dan kerabat. Sebaliknya bila keluhan ditangani dengan cepat; 95% dari konsumen yang kecewa tetap mengadakan hubungan bisnis dengan kita bahkan loyalitas konsumen meningkat. Dan

70% tetap akan kembali setelah keluhan ditangani walaupun tidak segera.

Langkah-langkah mengatasi keluhan konsumen adalah memproyeksikan pentingnya konsumen yang mengeluh dan keluhannya juga penting, yang dapat dilakukan sebagai berikut :

- a. Tersenyumlah dengan tulus, tatap matanya, sambutlah dengan ramah.
- b. Persilahkan duduk
- c. Berkenalan singkat
- d. Duduklah dengan SOFTEN formula yaitu; *Smile, Open posture, Forward lean, Territory and Touch, Eyecontact, Nodding head* atau menganggukan kepala sebagai respon kita mendengar, mengerti apa yang dibicarakan.
- e. Panggil selalu namanya
- f. Diakui perasaannya, pendapatnya, diminta pendapat atau sarannya, dipuji. Tanggapi keluhan, termasuk perasaan.
- g. Kembangkan teknik 3 A. *Agree* yaitu menyetujui perasaan dan mengakui pendapatnya, tapi belum tentu menyetujui pandangannya. *Apologize*, yaitu meminta maaf atas dasar empati bukan kesalahan kita kecuali memang jelas ada kesalahan. Hindari permintaan maaf tertulis karena berisiko tuntutan hukum. *Act*, yaitu kita akan mengambil tindakan menyelidiki/investigasi, memeriksa orang yang terlibat, mencari barang yang hilang, menegur/memberi hukuman karyawan yang melakukan kesalahan atau bertanggung-jawab.
- h. Ucapkan terima kasih, akan dibawa ke rapat staf bila belum selesai
- i. Bicaralah dengan ramah, nada rendah, kecepatan sedang dan tetap percaya diri.
- j. Catat hal penting tentang keluhan.
- k. Dapat diberikan cendera mata kecil khas rumah sakit.
- l. Jabat tangan dengan bersahabat kalau perlu diantar sampai pintu.

3. Kecenderungan Baru Jasa Rumah Sakit

Banyaknya masyarakat Indonesia berobat keluar negeri/ negara seberang, sebagai pertanda bahwa kesiapan kita masih tertinggal. Mereka masih sulit mendapatkan pelayanan bermutu, kepastian sembuh dari sakitnya, serta kemudahan mendapatkan pelayanan sesuai harapannya. Jasa pelayanan kesehatan tentunya harus bisa menangkap fenomena globalisasi tersebut. Meningkatnya kemampuan ekonomi masyarakat, meningkatnya pendidikan dan pengetahuan, meningkatnya harapan akan pelayanan kesehatan yang bermutu, menyebabkan banyak orang Indonesia berobat ke luar negeri. Negara tujuan utama adalah Singapura, Tiongkok, Malaysia, Australia dan Amerika Serikat. 50% pasien internasional yang berobat ke Singapura adalah warga negara Indonesia. Jumlah pasien yang tercatat berobat ke Malaysia 12.000 per tahun atau 32 orang per hari. Alasannya karena promosi rumah sakit tersebut, kemudahan transportasi, biaya terjangkau, mutu pelayanan, pemanfaatan teknologi kedokteran, serta kepercayaan terhadap dokter dan rumah sakit.

Menurut penelitian Djohan (2013), semua informasi yang diwawancari setelah berobat ke luar negeri merasa sangat puas karena itu mereka menyebarkan dari mulut ke mulut mayoritas negara tujuan adalah Malaysia dan Singapura.

Alasan lain khususnya komentar tentang perumahan sakitan di Indonesia, pasien merasa tidak dihargai, dokternya tidak kooperatif, perawat payah, mal praktek, kadang biaya lebih mahal dari luar negeri. Dokter diluar negeri mau berkomunikasi dengan pasien secara terbuka, menyediakan waktu untuk memuaskan pasiennya. Bagi pemegang polis asuransi di Indonesia menjadi tidak bisa diurus karena kuitansi tidak jelas, tidak mau memberikan kuitansi pengeluaran berobat dan sebagainya.

Karakteristik pasien berobat keluar negeri; kebanyakan hampir 2/3 berusia 31-50 tahun, hampir 50% untuk *medical check up*, 78% membiayai sendiri pengobatan/fee for service, mayoritas (60%) etnis Tiongkok. Setiap bulan ratusan juta dollar

uang penduduk Indonesia mengalir ke rumah sakit Singapura, fenomena ini membuat pemerintah menyadari perlunya rumah sakit Indonesia berkualitas internasional atau istilah Kemenkes, kelas dunia (*world class hospital*).

Rumah Sakit Indonesia Kelas Dunia adalah rumah sakit dengan komponen struktur dan proses yang bersertifikasi lengkap memenuhi standar kelas dunia atau standar internasional. *Outcome* penekanan pada keselamatan pasien, mutu asuhan yang tinggi serta kepuasan pasien dan staf yang melayani sesuai indikator kelas dunia. Terdapat 9 standar dan kriteria yaitu; legalitas rumah sakit, visi, misi, tujuan dan nilai-nilai, administrasi dan manajemen, program, penilaian kinerja, sumber daya manusia, sarana prasarana, program monitoring dan evaluasi, dan program peningkatan mutu.

Kerjasama tim di rumah sakit perlu mendapat perhatian untuk meningkatkan respon time tenaga medis dengan pasien, informasi kebutuhan pasien dilakukan satu pintu untuk mencegah penjelasan yang berbeda kepada pasien oleh banyak pihak, yang dapat berakibat membingungkan mereka. Tersedianya beberapa tim medis secara bergiliran beranggotakan dokter spesialis. Setiap pasien yang datang bisa berhadapan dengan tim medis untuk *second opinion*, kasusnya didiskusikan, dilakukan presentasi kasus. Dengan menjaga kepuasan pasien melalui pelayanan yang komunikatif akan berdampak pasien mengajak kenalan lainnya berobat di tempat yang sama atau promosi jangka panjang.

4. Pemasaran Rumah Sakit

Kepemimpinan rumah sakit harus bervisi maju, kreatif dan inovatif. Jadi dibutuhkan kepemimpinan yang memiliki jiwa entrepreneur. Orientasi pasien yang membutuhkan rumah sakit berubah menjadi pasien sebagai dasar pengembangan rumah sakit sekarang dan masa mendatang untuk mewujudkan pelayanan prima.

Masuknya modal asing dan pemodal asing dalam bisnis

perumah sakitan menjadi tantangan tersendiri. Modelnya dapat berupa membuka rumah sakit di Indonesia, membeli saham rumah sakit di Indonesia yang go publik atau membuka rumah sakit dalam bentuk *joint venture*.

Beberapa cara pemasaran yang bisa dilakukan secara kreatif adalah :

- a. *Bundling*, atau mengawinkan industri kesehatan dengan industri pariwisata, dikenal dengan istilah *health tourism* atau *medical tourism*, juga menawarkan pelayanan bermutu tapi murah, dokter cakap berbahasa Inggris dan reputasi baik, serta kombinasi pengobatan tradisional.
- b. Penanganan masalah kesehatan, misalnya fokus pada penderita diabetes atau pasien usia lanjut.
- c. Jasa pelayanan kesehatan bagi orang sehat seperti *medical check up*, seminar awam, pusat vaksinasi, operasi plastik kosmetik, *dental esthetic* dan lain-lain.

Selain kreatif, pemasaran rumah sakit harus juga kreatif mengelola bauran pemasaran lainnya seperti harga, saluran distribusi, promosi, para profesional, para karyawan lainnya, prosedur, bukti-bukti fisik dan relasi.

5. *Balanced Score Card Diagnostics*

Sistem kinerja tradisional kita terlalu menekankan pada ukuran keuangan seperti penghasilan atau laba, *return on equity*, tidak sesuai dengan tuntutan dunia usaha modern yang dicirikan dengan penciptaan nilai yang berasal dari aktiva tidak berwujud seperti pengetahuan pekerja, hubungan yang mendalam dengan konsumen, dan budaya yang memungkinkan inovasi dan perubahan. Ide tentang empat sudut pandang kinerja yang berbeda namun seimbang bergema bersama audiens yang antusias, yang menghentikan ukuran keuangan yang mengguncangkan, yang dipakai menghitung hasil selama ratusan tahun. *Balanced Score Card* mampu membantu mencapai sukses hari ini dan mempertahankan sukses itu dalam jangka panjang. Munculnya pola resiko reputasi dan kesulitan perusahaan menjalankan strategi menambah keyakinan

perlunya *Balanced Score Card*.

Bagan *Balanced Score Card* terdiri dari visi dan strategi organisasi yang diletakkan sebagai pusat diagram, diterjemahkan menjadi ukuran kinerja yang dapat ditelusuri dan digunakan mengukur keberhasilan implementasi. kemudian ditetapkan keempat perspektif *Score Card* di sekelilingnya yang saling terkait yaitu; Keuangan, Konsumen, Proses Internal, dan Pertumbuhan serta Pembelajaran Pekerja. Sektor nirlaba ukuran ini memastikan kita sedang mencapai dan melakukan dengan cara efisien sehingga meminimalkan biaya.

Perspektif konsumen harus menjawab siapa konsumen target kita dan apa rancangan nilai dalam melayani mereka. Apakah keunggulan operasional, kepemimpinan produk atau keintiman dengan konsumen.

Perspektif proses internal, identifikasi proses kunci harus dikuasai dalam organisasi untuk mendapat nilai tambah. Efisiensi melayani dan memuaskan konsumen jadi salah satunya dalam organisasi.

Perspektif pembelajaran dan pertumbuhan, yaitu menutup perbedaan/gap antara ukuran kinerja ketiga perspektif dengan infrastruktur keahlian pekerja. Termasuk disini kepuasan pekerja, ketersediaan informasi, dan kerja sama yang erat.

Balanced Score Card ini dalam perkembangannya menjadi sistem manajemen strategis, yang menunjukkan kaitan jangka pendek dengan strategi jangka panjang. Metode inovatif dalam mengembangkan anggaran yang berkaitan dengan strategi dan sistem insentif didasarkan atas ukuran kinerja yang seimbang.

Balanced Score Card sebagai alat komunikasi yaitu menemukan metode baru yang kuat untuk menjelaskan strategi mereka dengan cara yang logis kepada pekerja yang kaya data tapi haus informasi, dan bagaimana strategi diterapkan tidak lagi menjadi fakta yang sulit dipahami namun berubah menjadi obyektif dan ukuran sederhana yang mendorong berperilaku nyata untuk mendapatkan hasil.



BAB IX.

PENDIDIKAN PASIEN DAN KELUARGA

Setelah membaca Bab ini pembaca mampu :

1. Menjelaskan latar belakang dan gambaran umum pendidikan pasien dan keluarganya.
2. Menjelaskan maksud dan tujuan pendidikan pasien dan keluarganya.
3. Menjelaskan tata laksana pendidikan pasien dan keluarganya.
4. Menjelaskan manfaat pendidikan pasien dan keluarganya.

9.1. Latar Belakang dan Gambaran Umum

Penelitian Tunkin et.al., (1985) di New York, Amerika Serikat, pasien merasa kurang puas dengan pelayanan dokter karena selama pemeriksaan diperlakukan kurang manusiawi. Mereka dianggap bodoh dan dokter tidak memberikan pendidikan bagi pasien. Kondisi seperti ini juga terjadi di Indonesia, yang dinyatakan oleh Romadhan dalam penelitiannya di Jawa Timur (2006).

Dalam kehidupan sehari-hari kita temukan banyak keluhan pasien pada dokter yang kurang memberi waktu untuk memberikan informasi yang mendidik pasiennya. Seorang pasien tidak begitu saja dapat diyakinkan bahwa dia harus dibedah karena menderita suatu penyakit. Ada suatu misteri dan kerumitan yang terkait dengan jasa kesehatan yang sering kali tidak dipahami oleh

pasien (Kotler dan Bloom, 1998).

Sudah saatnya dokter maupun perawat atau petugas kesehatan lainnya di rumah sakit mendidik pasien dan keluarganya karena akan meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan. Dalam industri kesehatan, pasien disebut sebagai co-produsen. Banyak manfaat yang diperoleh bila pasien dan keluarga dididik dan diperlibatkan dalam asuhan pelayanan di rumah sakit.

Pendidikan pasien dan keluarganya membantu pasien berpartisipasi lebih baik dalam asuhan yang diberikan dan mendapat informasi dalam mengambil keputusan tentang asuhannya. Pendidikan diberikan ketika pasien berinteraksi dengan dokter atau perawat. Petugas kesehatan lainnya juga memberikan pendidikan ketika memberikan pelayanan yang spesifik seperti terapi diet, rehabilitasi, persiapan pemulagan pasien dan asuhan berkelanjutan karena banyak staf yang terlibat dalam pendidikan pasien dan keluarganya, maka diperlukan koordinasi dan fokus pada kebutuhan pembelajaran pasien. Syukurlah dalam standar akreditasi versi 2012, pendidikan pasien dan keluarga dimasukkan dalam standar penilaian bahkan sejak tingkat dasar digolongkan dalam standar major dengan nilai minimum 80%.

9.2. Maksud dan Tujuan

Pendidikan berfokus pada pengetahuan dan keterampilan dan keluarganya dan berpartisipasi pada asuhan, pengambilan keputusan dan asuhan berkelanjutan di rumah. Hal ini berbeda dengan sekedar informasi pada umumnya untuk memahami kebutuhan pasien dan keluarganya dilakukan proses asesmen. Untuk mengidentifikasinya seperti : jenis pembedahan, rencana pengobatan, kebutuhan. Perawat pendamping dan kebutuhan asuhan berkelanjutan di rumah setelah para pemberi asuhan merencanakan dan memberi pendidikan sesuai kebutuhan. Pendidikan juga diberikan sebagai bagian dari proses memperoleh *informed consent*, yaitu suatu pernyataan persetujuan tertulis dari pasien atau keluarganya terhadap pembedahan, pemeriksaan invasif atau pengobatan tertentu. Pendidikan untuk *informed consent*

ini dicatat direkam medis. Ketika kebutuhan pendidikan teridentifikasi, dicatat di status pasien agar membantu semua petugas berpartisipasi dan berkolaborasi.

Pasien dan keluarganya didorong untuk berpartisipasi dalam proses pelayanan yang memberi kesempatan untuk bertanya dan memberi pendapat kepada staf untuk meyakinkan pemahaman yang benar dan mengantisipasi partisipasi, staf mengakui peran penting pasien dalam memberikan pelayanan yang aman dan asuhan berkualitas tinggi. Kesempatan berinteraksi dengan staf memungkinkan umpan balik untuk menjamin bahwa informasi dipahami, bermanfaat dan dapat digunakan.

9.3. Tata Laksana

1. Asesmen menyeluruh menyangkut.
 - a. Keyakinan dan nilai -nilai
 - b. Tingkat pendidikan, bahasa yang digunakan
 - c. Hambatan emosi
 - d. Motivasi
 - e. Kesiediaan pasien untuk menerima informasi
 - f. Diagnosa dan jenis kebutuhan
 - g. Resiko

2. Kebutuhan dan rencana pendidikan.

Staf yang melaksanakan/ berpartisipasi kebutuhan pasien dan rencana pendidikan, dicatat pada lembar di status pasien. *Case manager* atau *head nurse* menginformasikan pada staf terkait.

3. Pelaksanaan Pendidikan.

Umumnya dilakukan pada saat staf melakukan kontak dengan pasien atau keluarganya. Dapat juga disela-sela waktu lowong. Staf yang melakukan pendidikan harus kompeten baik dari segi ilmu dan keterampilan serta dalam kemampuan berkomunikasi.

4. Evaluasi.

Memastikan apakah pasien dan keluarganya memahami, mau melakukan dan mampu melakukan materi pendidikan. Mengetahui hambatan-hambatan yang ada. Selanjutnya

melakukan tindak lanjut dari hasil evaluasi ini.

Contoh-contoh kebutuhan pasien dan rencana pendidikan :

1. Pasien berisiko jatuh membutuhkan terhindar dari jatuh. Maka pasien diberikan penjelasan mengapa berisiko jatuh, apakah akibatnya, bagaimana terhindar dari kejadian jatuh, minta bantuan perawat jika diperlukan.
2. Pasien membutuhkan makan dengan disuapi maka keluarganya diberikan penjelasan mengapa harus disuapi, bagaimana cara menyuapi, kapan harus dihentikan, dan sebagainya.
3. Rumah sakit harus memiliki berbagai prosedur operasi standar dalam tata laksana pendidikan pasien dan keluarganya.

9.4. Manfaat Pendidikan Pasien dan Keluarganya

Pendidikan pasien dan keluarganya memberikan manfaat:

1. Meningkatkan kualitas asuhan
2. Mempermudah dibuatnya *inform concent*
3. Mengurangi resiko atau kejadian yang tak diinginkan
4. Menambah kepuasan pasien dan keluarganya
5. Mengurangi beban kerja staf
6. Mengurangi panggilan perawat
7. Membina relasi staf dengan pasien dan keluarganya



BAB X.

AKREDITASI RUMAH SAKIT

Setelah menyelesaikan bab ini pembaca diharapkan mampu :

1. Menjelaskan pengertian dan sejarah akreditasi
2. Menjelaskan manfaat akreditasi
3. Menjelaskan standar akreditasi versi 2012
4. Menjelaskan kriteria kelulusan akreditasi
5. Menjelaskan persiapan akreditasi

10.1. Pengertian dan Sejarah

A kreditasi merupakan suatu pengakuan atas terpenuhinya standar-standar mutu yang diberikan oleh organisasi resmi yang independen, kredibel, kompeten yang diakui oleh pemerintah suatu negara atau secara internasional. Di Indonesia, akreditasi rumah sakit dilaksanakan oleh Komisi Akreditasi Rumah Sakit (KARS). Beberapa rumah sakit di Indonesia juga telah memperoleh akreditasi internasional dari *Joint Commission International (JCI)*, suatu lembaga akreditasi internasional. Rumah sakit yang pertama kali memperoleh akreditasi JCI adalah Siloam Hospitals, Lippo Karawaci, Tangerang, yang kemudian diikuti oleh rumah sakit - rumah sakit lainnya seperti : Santosa Hospital-Bandung, RS Premier-Surabaya, Eka Hospital, dan sebagainya.

Pada akhir tahun 1980-an, dalam rangka memperingati Hari Kesehatan Nasional, Departemen Kesehatan setiap tahun

mengadakan lomba penampilan kerja rumah sakit di Indonesia baik yang bersifat lokal (provinsi) dan nasional, yang berlangsung selama 10 tahun. Instrumen yang digunakan untuk penilaian mirip dengan instrument akreditasi, yang mula-mula dinilai oleh panitia provinsi, kemudian pemenang tingkat provinsi dinilai oleh Departemen Kesehatan untuk menentukan pemenang tingkat nasional. Program ini merupakan cikal bakal program akreditasi rumah sakit di Indonesia. Akreditasi rumah sakit di Indonesia telah dilaksanakan sejak tahun 1995 yang dimulai hanya dengan 5 pelayanan, kemudian berkembang 12 pelayanan pada tahun 1998 dan menjadi 16 pelayanan pada tahun 2002. Pada waktu itu rumah sakit boleh memilih jenis akreditasi 5 pelayanan, 12 pelayanan atau 16 pelayanan, sesuai dengan kemampuan rumah sakit tersebut.

Sejak tahun 2012 KARS menetapkan standar akreditasi yang mengacu pada standar internasional, yang dikenal dengan standar akreditasi 2012. Rumah sakit bias memilih jenis pelayanan, namun kelulusan dari akreditasi dibagi menjadi 4 tingkat yaitu : tingkat dasar, tingkat madya, tingkat utama dan tingkat paripurna.

Menurut Undang-Undang RI No.44 tahun 2009 tentang rumah sakit pasal 40, RS wajib melakukan akreditasi secara berkala minimal 3 tahun sekali. Dalam pelaksanaannya masih banyak rumah sakit yang belum terakreditasi karena keterbatasan sumber daya. Standar akreditasi rumah sakit telah ditetapkan dengan Keputusan Direktur Jenderal Bina Upaya Kesehatan No. HK.02.04/I/2790/II tentang Standar Akreditasi Rumah Sakit yang berlaku terhitung 1 Januari 2012. Standar ini populer dengan sebutan Standar Akreditasi Versi 2012.

10.2. Manfaat Akreditasi

Proses akreditasi dirancang untuk meningkatkan budaya keselamatan dan budaya kualitas di rumah sakit sehingga senantiasa berusaha meningkatkan mutu dan keamanan pelayanannya. Manfaat yang diperoleh melalui proses akreditasi adalah :

1. Meningkatkan kepercayaan masyarakat bahwa rumah sakit

- memperhatikan keselamatan pasien dan mutu pelayanan.
2. Menyediakan lingkungan kerja yang aman dan efisien sehingga staf merasa puas.
 3. Menghormati hak-hak pasien dan melibatkan pasien dan keluarga mereka sebagai mitra dalam proses pelayanan.
 4. Menciptakan budaya belajar dari informasi keselamatan pasien.
 5. Membangun kepemimpinan yang mengutamakan kerja sama, guna meraih kualitas dan keselamatan pasien.
 6. Bagi rumah sakit yang telah lulus akreditasi tingkat paripurna, maka dengan mudah rumah sakit tersebut mengikuti akreditasi internasional, karena instrumen akreditasi versi 2012 ini mengacu pada standar akreditasi JCI dan standar - standar internasional lainnya, di samping instrumen akreditasi KARS versi 2007 serta standar spesifik lainnya. Dengan memperoleh akreditasi internasional, maka RS tersebut lebih memiliki daya saing internasional dan regional, terutama pada era Pasar Bebas Asean (MEA).

10.3. Standar Akreditasi Versi 2012

Standar ini dibagi menjadi 4 sasaran yang masing- masing sasaran terbagi dalam beberapa bab :

1. Kelompok Standar Pelayanan Berfokus Pasien
 - Bab1. Akses Pelayanan dan Kontinuitas Pelayanan (APK)
 - Bab 2. Hak Pasien dan Keluarga (HPK)
 - Bab 3. Asesmen Pasien (AP)
 - Bab 4. Pelayanan Pasien (PP)
 - Bab 5. Pelayanan Anestesi dan Bedah (PAB)
 - Bab 6. Manajemen dan Penggunaan Obat (MPO)
 - Bab 7. Pendidikan Pasien dan Keluarga (PPK)
2. Kelompok Standar Manajemen Rumah Sakit
 - Bab1. Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien (PMKP)
 - Bab 2. Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI)
 - Bab 3. Tata Kelola, Kepemimpinan, dan Pengarahan (TKP)
 - Bab 4. Manajemen Fasilitas dan Keselamatan (MFK)

- Bab 5. Kualifikasi dan Pendidikan Staf (KPS)
- Bab 6. Manajemen Komunikasi dan Informasi (MKI)
- 3. Sasaran Keselamatan Pasien Rumah Sakit
 - Sasaran 1. Ketepatan Identifikasi Pasien
 - Sasaran 2. Peningkatan Komunikasi Efektif
 - Sasaran 3. Peningkatan Keamanan Obat Yang Perlu Diwaspadai
 - Sasaran 4. Kepastian Tepat Lokasi, Tepat Prosedur, Tepat Pasien Operasi
 - Sasaran 5. Penggunaan Resiko Infeksi Terkait Pelayanan Kesehatan
 - Sasaran 6. Pengurangan Resiko Pasien Jatuh
- 4. Sasaran *Millenium Development Goals*
 - Sasaran 1. Penurunan Angka Kematian Bayi dan Peningkatan Kesehatan Ibu
 - Sasaran 2. Penurunan Angka Kesakitan HIV/ AIDS
 - Sasaran 3. Penurunan Angka Kematian TB

Standar akreditasi versi 2012 ini berbeda dengan versi sebelumnya karena :

1. Berfokus pada input, proses dan output, asesor selain melihat dokumen juga melihat pelaksanaan di lapangan. Sedangkan standar sebelumnya lebih berfokus pada dokumen.
2. Ada evaluasi. Sedangkan standar sebelumnya tidak ada evaluasi, setelah 1 tahun banyak dokumen yang hilang, tidak ada perubahan bermakna pada pelayanan rumah sakit.
3. Mengacu pada standar-standar internasional, sehingga bagi rumah sakit yang telah lulus paripurna dengan mudah melanjutkan ke akreditasi internasional (JCI). Standar terdahulu tidak mengacu pada JCI.
4. Skala penilaian terdiri dari 3 skala, sedangkan standar terdahulu terdiri dari 5 skala.

10.4. Penilaian dan Kelulusan dengan Standar Akreditasi Versi 2012

10.4.1. Penilaian

1. Penilaian suatu bab ditentukan oleh penilaian pencapaian semua standar pada bab tersebut, dan menghasilkan nilai persentase bagi bab tersebut.
2. Penilaian suatu standar ditentukan melalui penilaian terpenuhinya elemen penilaian (EP), menghasilkan nilai persentase bagi standar tersebut.
3. Penilaian EP dinyatakan sebagai:
 - a. Tercapai Penuh (TP) diberikan skor 10
 - b. Tercapai Sebagian (TS) diberikan skor 5
 - c. Tidak Tercapai (TT) diberikan skor 0
 - d. Tidak Dapat Diterapkan (TDD), tidak termasuk dalam proses penilaian dan perhitungan.

10.4.2. Kelulusan

Kelulusan dibagi menjadi 4 tingkat yaitu : tingkat dasar, tingkat madya, tingkat utama dan tingkat paripurna.

1. Tingkat Dasar

- a. Empat bab major, nilai minimum setiap bab harus 80%.
 - 1) Sasaran Keselamatan Pasien Rumah Sakit
 - 2) Hak Pasien dan Keluarga
 - 3) Pendidikan Pasien dan Keluarga
 - 4) Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien
- b. Sebelas bab minor, nilai minimum setiap bab harus 20%.
 - 1) *Millenium Development Goals*
 - 2) Akses Pelayanan dan Kontinuitas Pelayanan
 - 3) Asesmen Pasien
 - 4) Pelayanan Pasien
 - 5) Pelayanan Anestesi dan Bedah
 - 6) Manajemen Penggunaan Obat
 - 7) Manajemen Komunikasi dan Informasi
 - 8) Kualifikasi dan Pendidikan Staf

- 9) Pencegahan dan Pengendalian Infeksi
- 10) Tata Kelola, Kepemimpinan dan Pengarahan
- 11) Manajemen Fasilitas dan Keselamatan

2. Tingkat Madya

- a. Delapan bab major, nilai minimum tiap bab harus 80%.
 - 1) Sasaran Keselamatan Pasien Rumah Sakit
 - 2) Hak Pasien dan Keluarga
 - 3) Pendidikan Pasien dan Keluarga
 - 4) Peningkatan Mutu dan Keselamatan
 - 5) *Millenium Development Goals*
 - 6) Akses Pelayanan dan Kontinuitas Pelayanan
 - 7) Asesmen Pasien
 - 8) Pelayanan Pasien
- b. Tujuh bab minor, nilai minimum tiap bab harus 20%.
 - 1) Pelayanan Anestesi dan Bedah
 - 2) Manajemen Penggunaan Obat
 - 3) Manajemen Komunikasi dan Informasi
 - 4) Kualifikasi dan Pendidikan Staf
 - 5) Pencegahan dan Pengendalian Infeksi
 - 6) Tata Kelola, Kepemimpinan, dan Pengarahan
 - 7) Manajemen Fasilitas dan Keselamatan

3. Tingkat Utama

- a. Dua belas bab major, nilai minimum setiap bab harus 80%.
 - 1) Sasaran Keselamatan Pasien RS
 - 2) Hak Pasien dan Keluarga
 - 3) Pendidikan Pasien dan Keluarga
 - 4) Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien
 - 5) *Millenium Developmet Goals*
 - 6) Akses Pelayanan dan Konyinuitas Pelayanan
 - 7) Asesmen Pasien
 - 8) Pelayanan Anestesi dan Bedah
 - 9) Manajemen Penggunaan Obat
 - 10) Manajemen Komunikasi dan Informasi

- b. Tiga bab minor nilai minimum setiap bab harus 20%
 - 1) Pencegahan dan Pengendalian Infeksi
 - 2) Tata Kelola, Kepemimpinan dan Pengarahan
 - 3) Manajemen Fasilitas dan Keselamatan

4. Tingkat Paripurna

Lima belas (semua) bab digolongkan major, nilai minimum setiap bab harus 80%.

- 1) Sasaran Keselamatan Pasien Rumah Sakit
- 2) Hak Pasien dan Keluarga
- 3) Pendidikan Pasien dan Keluarga
- 4) Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien
- 5) *Millenium Development Goals*
- 6) Akses Pelayanan dan Kontinuitas Pelayanan
- 7) Asesmen Pasien
- 8) Pelayanan Pasien
- 9) Pelayanan Anestesi dan Bedah
- 10) Manajemen Penggunaan Obat
- 11) Manajemen Komunikasi dan Informasi
- 12) Kualifikasi dan Pendidikan Staf
- 13) Pencegahan dan Pengendalian Infeksi
- 14) Tata Kelola, Kepemimpinan dan Pengarahan
- 15) Manajemen Fasilitas dan Keselamatan

10.5. Persiapan Akreditasi

- 1. Perlu ada komitmen dari berbagai pihak.
 - a. Pemilik rumah sakit (pemda, yayasan, perusahaan, kementerian). Penting sebagai sumber dana dan penyedia fasilitas. Persiapan akreditasi perlu biaya besar bila fasilitas rumah sakit banyak yang kurang dan kompetensi staf masih kurang baik.
 - b. Direktur rumah sakit/ kepala rumah sakit
Penting sebagai manajer/ pemimpin, motivator, koordinator, pengamat, pengawas, dan pembuat strategi.
 - c. Kepala-kepala bidang/ instalasi/ unit

Penting sebagai pelaksana dan agen perubahan

2. Pembentukan panitia akreditasi. Panitia disesuaikan dengan sumber daya yang ada. Umumnya terdiri dari:
 - a. Ketua
 - b. Wakil Ketua
 - c. Bendahara
 - d. Seksi Pembelian
 - e. Seksi Kelompok Standar dan Kelompok Sasaran (ada 5)
 - f. Sub Seksi Standar dan Sasaran (ada 22, namun bias dirangkap)
3. Fasilitas
 - a. Tersedia ruang lingkung kerja minimal berukuran 4 x 5 meter
 - b. Minimal tersedia 10 buah laptop dan 5 printer, 1 Scanner
 - c. Alat tulis kantor
 - d. Melengkapi fasilitas yang diperlukan sesuai standar
 - e. Renovasi bangunan sesuai standar
4. Pembelajaran

Bisa dilakukan melalui otodidak, seminar, workshop, studi banding.

 - a. Manajemen Keselamatan Pasien
 - b. Manajemen Mutu
 - c. Pencegahan Infeksi Nosokomial
 - d. Keselamatan dan Kesehatan Kerja Rumah Sakit
 - e. Pencegahan dan Penanggulangan Kebakaran
 - f. Penerapan Metode DOTS untuk Penanganan TB di Rumah Sakit
 - g. Penanganan HIV/AIDS
 - h. Pelayanan Obstetri, Neonatal, Emergensi Komprehensif (PONEK) di Rumah Sakit
 - i. Membuat Program dan Membuat Evaluasi
 - j. Membuat Standar Prosedur Operasional
 - k. Membuat *Plan of Action*
 - l. Membuat Rencana Strategi
 - m. Pelantikan *Basic Life Support* pada seluruh karyawan/

petugas di lingkungan rumah sakit

5. Rapat Koordinasi dan Evaluasi Formatif Secara Berbeda
6. Kiat Dalam Standar Prosedur Operasi, yaitu : kerjakan apa yang ditulis dan tulis apa yang sudah dikerjakan.
7. Bimbingan dari KARS, bila sudah hampir siap.
8. Adanya insentif yang patut dan adil



BAB XI.

KESELAMATAN PASIEN

Setelah menyelesaikan bab ini pembaca diharapkan mampu:

1. Menjelaskan tentang latar belakang manajemen resiko
2. Pengertian resiko dan manajemen resiko
3. Sasaran keselamatan pasien
4. Proses manajemen resiko
5. Berbagai alat analisa dalam proses manajemen resiko

11.1. Latar Belakang

Rumah sakit itu beresiko dan berbahaya jika tidak dikelola dengan baik, bahkan bisa lebih berbahaya dari penjahat. Rumah sakit bisa menyebabkan kehilangan harta dan bahkan nyawa dengan sia-sia. lebih banyak dari kehilangan harta dan nyawa yang disebabkan oleh penjahat. Rumah sakit juga beresiko bagi institusi rumah sakit itu sendiri, baik resiko klinis yang bisa berakibat tuntutan hukum maupun resiko non klinis yang bisa berakibat kerugian bahkan kepailitan bagi rumah sakit.

Saat ini rumah diseluruh dunia berfokus pada keselamatan pasien, termasuk rumah sakit di Indonesia. Komitmen Indonesia terhadap keselamatan pasien rumah sakit secara tegas dinyatakan dalam Undang - Undang No. 44 tahun 2009 tentang Rumah Sakit serta Undang - Undang No. 40 tahun 2009 tentang Kesehatan, dan Peraturan Menteri Kesehatan No. 1691/Menkes/ PER/VIII/2011

tentang Keselamatan Pasien, dan Peraturan Menteri Kesehatan No. 251/Menkes/SK/ VII/2012 tentang Komite Keselamatan Pasien

Dalam standar akreditasi rumah sakit versi 2012, mutu dan keselamatan pasien termasuk kriteria major sejak awal. Mutu dan keselamatan pasien tidak bisa dipisahkan.

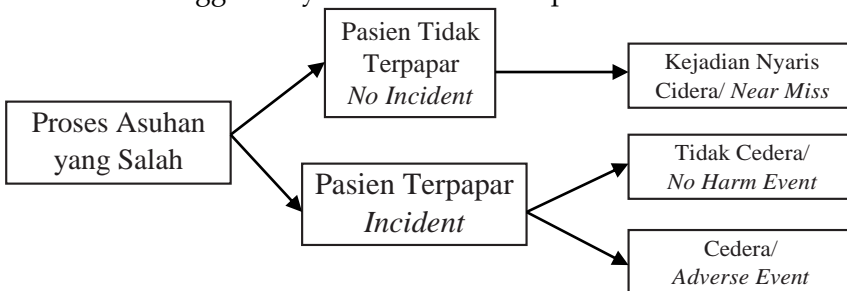
Pengertian resiko adalah potensi terjadinya kerugian (Roberta Earoll, 2004). Menurut *The Joint Commission on Akreditation of Health Care Organizations (JCAHO)*, manajemen resiko rumah sakit berupa kegiatan identifikasi dan evaluasi untuk mengurangi resiko cedera dan kerugian pada pasien, karyawan RS, pengunjung dan organisasinya sendiri. Manajemen resiko rumah sakit merupakan kegiatan untuk menciptakan lingkungan yang aman bagi karyawan, pasien dan pengunjung (ASHRM).

Kejadian Potensi Cedera (KPC) adalah suatu keadaan yang secara signifikan berpotensi dapat membahayakan, tapi tidak terjadi insiden, misalnya kurangnya peralatan medis untuk menangani kegawatdaruratan.

Kejadian Nyaris Cedera (KNC) adalah suatu keadaan dimana insiden sudah terjadi tetapi tidak mencederai pasien misalnya salah pasang infus tetapi kesalahan diketahui sebelum infus dimulai.

Kejadian Tidak Cedera (KTC) adalah suatu keadaan dimana insiden sudah mengenai pasien tetapi tidak terdapat cedera/ *harm*.

Kejadian Tidak Diharapkan (KTD) / *harmfull Incident* adalah insiden yang menyebabkan cedera / *harm* seperti salah transfusi sehingga menyebabkan kematian pasien.



Gambar 11.1 Proses Asuhan yang Salah

11.2. Sasaran Keselamatan Pasien

1. Ketepatan identifikasi pasien
2. Peningkatan komunikasi efektif
3. Peningkatan keamanan obat yang perlu diwaspadai
4. Kepastian tepat lokasi, tepat prosedur, tepat pasien operasi
5. Pengurangan resiko infeksi terkait pelayanan kesehatan
6. Pengurangan resiko jatuh

11.3. Proses Manajemen Resiko

Falsafah dasar dari manajemen resiko adalah menjadi organisasi pembelajar (*learning organization*) dan bersikap proaktif dalam mengelola resiko. Organisasi pembelajar yang terus mengembangkan dirinya melalui pembelajaran yang berkelanjutan. Proses pembelajaran selesai bukan setelah mengetahui hal-hal yang tadinya belum diketahui, melainkan setelah terjadi perubahan dalam perilaku. Senge 1991 (Djohan, 2016), mendefinisikan *learning organization* sebagai sekelompok manusia yang secara terus menerus mendorong kapasitasnya untuk menciptakan apa yang mereka ingin ciptakan.

Belajar bisa diperoleh melalui : pengalaman organisasi, pengalaman organisasi lain, baik berupa keberhasilan ataupun kegagalan. Belajar juga bisa diperoleh melalui pasien dan buku-buku yang bermutu serta dari berbagai seminar dan workshop. Dalam manajemen resiko perlu dianut prinsip : tanpa nama (*no name*), tanpa menyalahkan (*no blaming*), dan tanpa mempermalukan (*no shaming*).

Proses dan tahapan manajemen resiko adalah :

1. Tegakkan konteks
2. Identifikasi resiko
3. Analisa resiko
4. Evaluasi resiko
5. Kelola resiko

Pada tiap tahapan tersebut dilakukan juga konsultasi dan komunikasi serta monitoring dan review.

Monitoring konteks dilakukan melalui area asesmen resiko yang mencakup : unit bedah, unit farmasi, unit laboratorium, unit radiologi, unit keperawatan, dan lain-lain. Kemudian tentukan prioritas untuk tahun ini dan tahun depan.

Identifikasi resiko

Identifikasi resiko bisa secara :

1. Reaktif
 - a. Laporan insiden kejadian
 - b. Laporan kasus
 - c. Laporan kecelakaan
 - d. Klaim
2. Proaktif
 - a. Auditmedis
 - b. Review rekam medis
 - c. Survey

Laporan insiden merupakan bagian penting pada identifikasi resiko dalam proses pembelajaran. Akibat insiden diranking menjadi :

1. Tidak cedera (*no harmincidents*)
2. Cidera ringan sampai sedang (*minor –moderate*)
3. Cidera berat (*severe*)
4. Kematian (*death*)

Organisasi lebih termotivasi untuk memulai proses pembelajaran bila ada insiden. Pihak manajemen biasanya lebih waspada dan perhatian karena insiden dapat berakibat terjadinya klaim/ tuntutan. Yang bertanggung jawab dalam pelaporan insiden adalah staf rumah sakit yang pertama menemukan kejadian atau supervisornya dan staf rumah sakit yang terlibat dengan kejadian atau supervisornya.

Masalah yang sering dihadapi dalam laporan insiden adalah :

1. Laporan dipersepsi sebagai pekerjaan perawat
2. *Under report*, karena khawatir dipersalahkan
3. Laporan terlambat
4. Laporan miskin data

Analisis Resiko

Analisis resiko dibuat melalui alat :

1. *Risk Grading matrix* (besar risiko = frekuensi x derajat keparahan)
2. *Root Cause Analysis* (RCA)
3. *Failure Modes and Effects Analysis* (FMEA)

Root Cause Analysis (Analisa Akar Masalah/ AAK) Analisis ini bersifat reaktif dilakukan melalui langkah- langkah :

1. Identifikasi insiden yang akan diinvestigasi
2. Tentukan tim investigator
3. Kumpulkan data dan informasi melalui : observasi- lihat tahap kejadian, kumpulkan semua dokumen dan wawancara semua orang yang terlibat (jangan diadili) karena orang yang bersangkutan akan membeladiri)
4. Petakan kronologi kejadian
 - a. *Narrative chronology*
 - b. *Timeline*
 - c. *Tabular time line* (matrix waktu dan kejadian)
 - d. *Time person grid* (matrix waktu dan orang)
5. Identifikasi *Care Management Problem* melalui *Brain Storming* atau *Brain Writing*.
6. Analisa informasi dengan alat
 - a. *5 Why's Question*
 - b. Analisa tulang ikan (*Fish Bone*)
 - c. Analisa perubahan
 - d. Analisa penghalangAnalisa harus dilakukan dengan logika yang sehat (bukan linier)
7. Rekomendasi dan rencana kerja untuk perbaikan
8. *Swiss Cheese Model*, digunakan untuk melihat barrier- barrier guna mencegah insiden/ bahaya atau akar penyebab insiden yang ditemukan pada RCA.

Failure Modes of Effect Analysis

Pada aplikasi di bidang kesehatan disebut sebagai *Health Care Failure Modes of Effect Analysis* (HFMEA) atau dalam bahasa Indonesia disebut sebagai Analisis Modus Kegagalan dan Dampak (AMKD). Analisa ini bersifat proaktif, dilakukan melalui langkah-langkah:

1. Tetapkan proses topik
2. Bentuk tim
3. Gambarkan alur proses
4. Buat hazard analysis
5. Tindakan dan pengukuran *outcome*

Proses yang dipilih adalah yang berisiko tinggi seperti : proses baru, proses yang sedang berjalan. Proses dalam klinis dan non klinis yang berisiko tinggi. Proses yang berisiko tinggi memiliki karakteristik : input yang bervariasi, kompleks, tidak terstandar, berpasangan dengan ketat, ketergantungan tinggi dengan intervensi orang, ketatnya waktu. Sentinel adalah kejadian serius yang tak ada hubungan alamiah dengan penyakitnya.



BAB XII.

ASPEK BISNIS RUMAH SAKIT

12.1. Manajemen Bisnis Pada Rumah Sakit

Bisnis adalah suatu kegiatan yang menguntungkan. Banyak orang merasa risih mendengar kata “bisnis” di lingkungan rumah sakit, apalagi kalau rumah sakit tersebut berlatar belakang sosial. Sebagai organisasi yang padat modal, maka rumah sakit memerlukan dana yang tidak sedikit guna pembelian dan pemeliharaan alat-alat medis. Sebagai organisasi yang padat karya, maka rumah sakit mempunyai tanggung jawab untuk membayar karyawannya dengan patut sesuai dengan peraturan dan undang-undang yang berlaku. Selain gaji dan tunjangan setiap bulan untuk karyawan, rumah sakit harus menyediakan dana guna keperluan berbagai kewajiban seperti: tunjangan hari raya, uang pensiun, biaya pendidikan dan pelatihan karyawan, biaya akreditasi, biaya perawatan gedung, biaya berbagai perizinan, dan sebagainya.

Jadi rumah sakit yang bertujuan sosial pun harus dikelola dengan manajemen bisnis agar rumah sakit tetap eksis, bermutu serta mampu melaksanakan misi dan mencapai visinya. Pengalaman di Amerika Serikat, pada periode 1980 sampai 1992, ada 80 rumah sakit katolik bangkrut. 42 buah rumah sakit katolik ditutup dan 38 buah rumah sakit katolik beralih tangan, sehingga terjadi penurunan bermakna dari 810 rumah sakit katolik pada tahun 1960 menjadi 580 rumah sakit katolik pada tahun 1995

(Fonner and Tang, 1995).

Memasuki abad 21 ini Indonesia mendapat tekanan ekonomi yang besar terhadap aktivitas rumah sakit. Modal untuk investasi dan operasional rumah sakit meningkat pesat (Djohan, 2010). Kondisi ini disebabkan oleh :

1. Berkembangnya teknologi kedokteran dan teknologi- teknologi lain yang mendukung operasional rumah sakit.
2. Perubahan harapan pasien. Selain kesembuhan, pasien membutuhkan juga kenyamanan dan kecepatan pelayanan.
3. Persaingan antar rumah sakit semakin ketat.
4. Peraturan-peraturan pemerintah dan perundang- undangan mengharuskan rumah sakit untuk mengikuti akreditasi, pengelolaan lingkungan dan limbah dengan baik, harus memiliki berbagai perizinan dan persyaratan ketenagakerjaan.

Rumah sakit yang dikelola dengan manajemen bisnis tetap eksis karena yang dikelola secara bisnis adalah menyangkut tata kelolanya bukan menyangkut standar pelayanan medis atau keperawatan. Keuntungan dari aspek bisnis lebih pada kenyamanan seperti ruangan dengan pendingin udara (AC), luas ruangan, aksesoris/kelengkapan ruangan yang bukan merupakan standar medis, terutama ruang perawatan kelas 1 dan VIP (suite). Promosi rumah sakit perlu dilakukan sesuai dengan aturan dan perundang-undangan yang berlaku. Iklan dan promosi rumah sakit diatur dalam PERMENKES 1787/2010 tentang iklan dan publikasi layanan kesehatan. Umumnya promosi berbentuk *soft promotion*, seperti : kegiatan-kegiatan pendidikan bagi masyarakat, kegiatan-kegiatan sosial, kegiatan-kegiatan ilmiah.

Sejak tahun 1990 an Departemen Kesehatan menganjurkan agar rumah sakit memiliki layanan unggulan. Hal ini juga merupakan salah satu strategi marketing rumah sakit agar bisa bertahan hidup dan berkembang. Contoh:

RS Pondok Indah-Jakarta memiliki layanan unggulan dalam *medical check up*, RS PGI Cikini-Jakarta memiliki layanan unggulan dalam penyakit ginjal, RS Dharmo Surabaya memiliki layanan unggulan dalam bedah urologi, RS Premiere Surabaya memiliki

layanan unggulan dalam penyakit jantung, RS Adi Husada Kapasari Surabaya memiliki layanan unggulan dalam tumbuh kembang anak, RS Husada Utama Surabaya memiliki layanan unggulan dalam medical check up, Siloam Hospital-Surabaya memiliki layanan unggulan dalam teknologi reproduksi berbantu, National Hospital-Surabaya memiliki layanan unggulan dalam penyakit parkinson dan gangguan pergerakan, RS PHC-Surabaya memiliki layanan unggulan dalam bedah saraf. Layanan unggulan umumnya tidak dipublikasikan secara terbuka tetapi terpromosikan dari mulut ke mulut atau melalui publikasi PERSI daerah. Namun boleh saja rumah sakit mencantumkan layanan unggul mereka sejauh mengandung kebenaran.

Untuk menjadi layanan unggulan diperlukan:

1. Sumber daya manusia yang unggul.
2. Fasilitas diagnostik dan terapi yang unggul.
3. Proses pelayanan yang unggul.
4. Akses yang mudah.

Layanan unggul sebenarnya merupakan suatu strategi untuk bersaing agar rumah sakit tetap eksis dan mampu berkembang. Strategi adalah suatu rencana umum untuk menyesuaikan kegiatan organisasi dengan keadaan eksternal guna memenangkan persaingan. Mintzberg (1987) mengemukakan 5 dimensi strategi yang disebutnya sebagai Five P's for Strategies, yaitu:

1. **Plan.** Strategi ditentukan sebelum tindakan, secara sadar, terencana, sesuai dengan situasi
2. **Play.** Strategi merupakan manuver spesifik untuk mengecoh.
3. **Pattern.** Strategi merupakan konsistensi dalam perilaku baik terencana maupun tidak terencana.
4. **Position.** Strategi merupakan penyelarasan lingkungan internal dengan lingkungan eksternal.
5. **Perspective.** Strategi merupakan refleksi dan aksi kolektif melalui kelompok anggota organisasi yang menjadi norma dan value dalam organisasi yang menjelma menjadi pola perilaku mereka.

Walaupun umumnya sistem manajemen bisnis dapat diterapkan pada rumah sakit, namun rumah sakit tetap harus mengikuti etika rumah sakit serta etika profesi yang bekerja di rumah sakit, serta tetap harus memiliki fungsi sosial. Salah satu hal yang spesifik dalam kegiatan rumah sakit adalah fenomena "*supply created demand*", yaitu suatu fenomena dimana penjual yang menyuruh pembeli membeli suatu produk barang atau jasa. Dalam layanan kesehatan juga umumnya ada asimetri informasi antara dokter dan pasien.

Menurut Agency Theory, bila dalam pertukaran (jual beli) ada asimetri informasi, maka ada penggodaan bagi pihak yang memiliki informasi yang lebih baik (dalam hal ini dokter/rumah sakit) untuk bersikap oportunistik. Jadi dalam hal ini bias saja terjadi dimana pihak dokter/rumah sakit memberikan layanan yang sebenarnya tidak diperlukan pasien, demi keuntungan dokter/rumah sakit. Contohnya: terapi atau pemeriksaan yang berlebihan, dokter meresepkan obat yang mahal meskipun mutu obat tersebut tidak berbeda dengan obat generik yang murah. Karena itu etika dan moral sangat penting bagi dokter dan rumah sakit, apalagi sifat layanan dokter bersifat "*Supply Created Demand*".

12.2. Rumah Sakit Sebagai Usaha Bisnis

Dahulu pelayanan rumah sakit harus bertujuan untuk sosial semata (*not for profit*) dengan badan hukum berbentuk yayasan atau perkumpulan. Sejak keluarnya peraturan menteri kesehatan nomor 84/Menkes/Per/II/1990 dimana kepemilikan rumah sakit dapat berupa yayasan atau badan hukum lainnya, maka rumah sakit diperbolehkan menjadi usaha bisnis (*for profit*), tentu saja dengan tetap berpegang pada etika rumah sakit serta etika-etika profesi yang bekerja di rumah sakit tersebut.

Sejak saat itu banyak kalangan pemodal yang memasuki bisnis rumah sakit. Beberapa rumah sakit swasta yang tadinya berbentuk yayasan beralih menjadi perusahaan terbatas (PT). Sedangkan rumah sakit milik pemodal sejak semula sudah berbadan hukum perusahaan terbatas, bahkan perusahaan terbatas

terbuka (PT Tbk) sehingga mudah memperoleh modal dari masyarakat bahkan pemodal dari luar negeri seperti yang dilakukan oleh PT Siloam International Hospitals Tbk.

Beberapa rumah sakit milik para pemodal yang kuat secara agresif mengembangkan grup rumah sakitnya diberbagai bagian kota besar baik di pulau Jawa atau di luar pulau Jawa. Pertumbuhan agresif tersebut antara lain dilakukan oleh: RS Mitra Keluarga, Siloam Hospitals, RS Awal Bros, Ciputra Hospital, Eka Hospital, RS Hermina.

Pada awal perkembangan rumah sakit for profit yang umumnya dimiliki oleh para pemodal kuat atau para konglomerat, membuat cemas pihak rumah sakit konvensional yang berbadan hukum yayasan atau perkumpulan. Mereka cemas jangan-jangan pasien-pasien kaya yang merupakan sumber keuntungan untuk subsidi silang beralih ke rumah sakit milik pemodal tersebut. Dalam perjalanannya ternyata mereka tetap dapat hidup dan berkembang. Faktor utama mereka bias tetap dapat hidup dan berkembang adalah karena mereka telah memiliki budaya organisasi serta nilai-nilai dasar yang kuat sehingga mampu menghadapi persaingan yang ketat di dalam industri rumah sakit. Contohnya: RS Sint Carolus Jakarta, RS Islam Jakarta, RS PGI Cikini-Jakarta, RS St. Borromeus-Bandung, RS Bethesda-Yogyakarta, RS Panti Rapih-Yogyakarta, RS Elizabeth-Semarang, RS St. Vincentius a Paulo (RKZ)-Surabaya, RS Dharmo Surabaya, RS Panti Nirmala-Malang.

Rumah sakit memang merupakan organisasi yang kompleks, padat modal, padat karya dan padat masalah, namun kalau dikelola dengan baik merupakan usaha yang sangat menguntungkan. Pada industri rumah sakit uang mampu berputar selama 24 jam sehari, 365 hari dalam setahun. Kegiatan di rumah sakit tidak mengenal libur atau hari besar. Profitabilitas layanan rumah sakit cukup tinggi seperti laboratorium, farmasi atau alat alat diagnosis canggih. Pasien akan mengorbankan apapun yang dimilikinya demi memulihkan kesehatannya. Disamping itu rumah sakit juga bisa mengembangkan bisnis komplementer seperti: mini market, kuliner,

toko obat, toko alat tulis, toko buah, toko pakaian, optik, mainan anak, toko bunga, pengobatan alternatif, dan sebagainya. Di National University Hospital, Singapura, rumah sakitnya sudah menyatu dengan mall, berbagai restoran dan stasiun bawah tanah,

Contoh kasus. PT Lippo Karawaci yang merupakan induk dari Siloam Hospitals meraih pendapatan Rp 2,6 triliun (kenaikan 6% pada kuartal pertama 2016), dan penopang terbesar adalah dari divisi Health Care melalui jaringan Siloam Hospitals yang menopang kinerja dengan melonjak 28% year on year (YOY), menjadi Rp 1,25 triliun. Direktur Utama Lippo Karawaci Ketut Budi Wijaya menyatakan bahwa pihaknya tidak dapat menghindar dari pelemahan pasar properti pada kuartal pertama tahun 2016 ini, namun ia senang dengan pendapatan berkelanjutan meningkat yang ditopang oleh Divisi Health Care (Suara Pembaruan 30 April 2016- Berita Ekonomi Keuangan). Grup Siloam Hospitals menarget mengoperasikan 50 rumah sakit Siloam di Indonesia. Saat ini grup Siloam Hospitals telah mengoperasikan 20 rumah sakit di 14 kota di Indonesia (Jawa Post 25 Maret 2016). Akhir tahun 2016, grup rumah sakit ini akan menerbitkan saham tambahan guna memperoleh dana segar untuk mengembangkan rumah sakitnya. Karena badan hukumnya berbentuk PT Terbuka dan sudah memiliki reputasi maka dengan mudah grup ini memperoleh dana segar baik dari dalam negeri maupun dari luar negeri.



BAB XIII.

PENGELOLAAN LIMBAH RUMAH SAKIT

Rumah sakit merupakan organisasi yang kompleks, unik, padat modal, padat karya, padat teknologi, padat masalah dan padat limbah yang dapat membahayakan kesehatan masyarakat. Rumah sakit sebagai tempat pelayanan kesehatan yang dirancang, dioperasikan dan dipelihara dengan memperhatikan aspek kesehatan manusia dan lingkungan mencakup kebersihan fisik, sampah, limbah cair, air bersih, dan serangga atau binatang pengganggu. Namun menciptakan kesehatan lingkungan yang bersih dan aman bukanlah hal yang mudah, mengingat masalah kebersihan ini dipengaruhi berbagai aspek antara lain budaya / kebiasaan, perilaku masyarakat, kondisi lingkungan, sosial dan teknologi. Jika dibandingkan dengan perusahaan atau instansi lain, masalah kebersihan di rumah sakit jauh lebih kompleks karena rumah sakit merupakan tempat yang menghasilkan berbagai jenis limbah dengan karakteristik yang berbeda pula dibandingkan dengan limbah di tempat lain. Jenis limbah yang dihasilkan lebih kompleks sebagai hasil dari aktivitas pelayanan kesehatan di rumah sakit seperti adanya limbah infeksius dan bahan habis pakai yang telah terkontaminasi seperti masker, sarung tangan dan bahan/alat kesehatan yang kontak dengan pasien dengan risiko penularan, potongan/ bagian tubuh manusia, limbah Bahan Berbahaya dan Beracun (B3) yang merupakan hasil sampingan laboratorium, radiologi, kemasan-kemasan disinfektan, bahan kimia/ farmasi,

dan lain lain.

13.1. Definisi Limbah Rumah Sakit

Limbah rumah sakit adalah semua limbah yang dihasilkan dari kegiatan rumah sakit dalam bentuk padat, cair, pasta (gel) maupun gas yang dapat mengandung mikroorganisme pathogen bersifat infeksius, bahan kimia beracun dan sebagian bersifat radioaktif (Depkes, 2006). Menurut Kepmenkes No.1204/Menkes/SK/ X/ 2004, limbah rumah sakit adalah semua limbah yang dihasilkan dari kegiatan rumah sakit dalam bentuk padat, cair dan gas. Limbah rumah sakit bisa mengandung bermacam-macam mikroorganisme tergantung pada jenis rumah sakit, tingkat pengolahan yang dilakukan sebelum dibuang.

13.2. Jenis - Jenis Limbah Rumah Sakit

1. Berdasarkan Bentuknya

a. Limbah Padat

Limbah padat rumah sakit adalah semua limbah rumah sakit yang berbentuk padat akibat kegiatan rumah sakit yang terdiri dari limbah medis padat dan non medis (Kepmenkes RI No.1204/MENKES/SK/X/2004):

- 1) Limbah non medis
- 2) Limbah medis padat
- 3) Limbah infeksius
- 4) Limbah sangat infeksius

b. Limbah Cair

Limbah cair adalah semua air buangan termasuk tinja yang berasal dari kegiatan rumah sakit yang kemungkinan mengandung mikroorganisme, bahan kimia beracun dan radioaktif yang berbahaya bagi kesehatan (Depkes, 2006).

c. Limbah Gas

Limbah gas adalah semua limbah yang berbentuk gas yang berasal dari kegiatan pembakaran di rumah sakit seperti insinerator, dapur, perlengkapan generator, anestesi, dan pembuatan obat sitotoksik.

2. Berdasarkan bahaya

a. Limbah Non Medis

Limbah non medis di rumah sakit merupakan limbah yang dihasilkan dari kegiatan rumah sakit diluar medis yang berasal dari dapur, perkantoran, taman dan halaman, unit pelayanan berupa karton, kaleng dan botol, sampah dari ruangan pasien, yang dapat dimanfaatkan kembali apabila ada teknologinya.

b. Limbah Padat Medis

Limbah medis merupakan limbah yang berasal dari pelayanan medis, perawatan, gigi, farmasi atau sejenis, pengobatan, penelitian atau pendidikan yang menggunakan bahan- bahan beracun, infeksius berbahaya atau bisa membahayakan kecuali jika dilakukan pengamanan tertentu. Bentuk limbah medis bermacam-macam dan berdasarkan potensi yang terkandung di dalamnya dapat dikelompokkan sebagai berikut :

- 1) Limbah Benda Tajam
- 2) Limbah Infeksius
- 3) Limbah Jaringan Tubuh
- 4) Limbah Sitotoksis
- 5) Limbah Farmasi
- 6) Limbah Kimia
- 7) Limbah Radioaktif
- 8) Limbah Plastik

13.3. Pengelolaan Limbah Rumah Sakit

1. Limbah Padat Non Medis

Pengelolaan limbah non medis merupakan kegiatan yang sistematis, menyeluruh, dan berkesinambungan yang meliputi pengurangan dan penanganan limbah. Upaya pengurangan limbah dapat dilakukan dengan cara :

- a. *Reduce*
- b. *Reuse*
- c. *Recycle*

Kegiatan penanganan limbah non medis di rumah sakit dilakukan dengan cara :

a. Pemilahan

Pemilahan limbah non medis di rumah sakit dilakukan sesuai dengan jenis, jumlah, dan/ atau sifat sampah. Pada sebagian besar rumah sakit, limbah non medis telah dibagi menjadi 2 yaitu limbah non medis kering dan limbah non medis basah. Limbah non medis kering adalah limbah rumah tangga yang tidak dapat diuraikan oleh proses alam seperti kertas, plastik, botol kemasan, sisa potongan kain, dan lain-lain. Sedangkan limbah non medis basah adalah limbah rumah tangga yang dapat diuraikan oleh proses alam melalui pembusukan seperti sisa makanan/ minuman, daun-daun kering, dll.

b. Pengumpulan

Pengumpulan limbah non medis di rumah sakit merupakan kegiatan pengambilan dan pemindahan limbah non medis dari sumber penghasil ke tempat penampungan sementara, dalam hal ini adalah bak sampah. Bak sampah di rumah sakit terdiri dari 2 (bahkan ada yang 3) yaitu bak sampah untuk limbah non medis kering dan bak sampah untuk limbah non medis basah. Limbah non medis kering dikumpulkan dalam bak sampah berwarna kuning yang telah dilapisi dengan kantong plastik berwarna hitam dan limbah nonmedis basah dikumpulkan dalam bak sampah berwarna hijau yang juga telah dilapisi dengan kantong plastik hitam. Bak sampah harus tertutup untuk mencegah terciumnya bau dan dihindarinya vektor penyakit. Pada limbah non medis dengan volume besar baik kering maupun basah, apabila tidak memungkinkan untuk ditampung di bak sampah, maka dapat langsung di angkut ke tempat penampungan sementara (TPS) di rumah sakit.

c. Pengangkutan

Pengangkutan limbah non medis di rumah sakit dilakukan setiap hari. Proses pengangkutan harus memperhatikan

keamanan agar tidak terjadi ceceran pada saat pengangkutan yaitu dengan cara mengangkat menggunakan alat angkut yang diberi tutup atau jala.

d. Pengolahan

Pengolahan dilakukan dalam bentuk mengubah karakteristik, komposisi dan jumlah limbah

e. Pemrosesan akhir

Pemrosesan akhir limbah dalam bentuk pengembalian limbah dan/ atau residu hasil pengolahan sebelumnya ke media lingkungan secara aman. Setelah dipastikan kantong plastik hitam yang berisi limbah non medis tersebut aman (tidak terdapat limbah medis didalamnya), limbah tersebut diangkut ke TPA. Pemrosesan akhir dilakukan di TPA oleh petugas terkait (bukan oleh rumah sakit). Di TPA, muatan limbah akan ditimbang kemudian petugas pengangkut wajib mencatat sebagai laporan.

2. Limbah Padat Medis

a. Pengumpulan

Limbah padat medis yang dihasilkan dari setiap unit di perawatan dan penunjang perawatan dikumpulkan sesuai dengan peraturan dan kebijakan masing-masing rumah sakit yang mengacu pada Kepmenkes No.1204 tahun 2004. Pengumpulan limbah ini berdasarkan pemilahan jenis limbah medis padat mulai dari sumber yang terdiri dari limbah infeksius, limbah patologi, limbah benda tajam, limbah kontainer bertekanan, dan limbah dengan kandungan logam berat yang tinggi.

Persyaratan tempat pengumpulan limbah padat medis antara lain :

- 1) Terbuat dari bahan yang kuat, cukup ringan, tahan karat, kedap air, dan mempunyai permukaan yang halus pada bagian dalamnya misalnya *fiber glass*.
- 2) Di setiap sumber penghasil limbah medis harus tersedia tempat pengumpulan yang terpisah dengan limbah non

medis.

- 3) Kantong plastik diangkut setiap hari atau kurang sehari apabila 2/3 bagian telah terisi limbah.
- 4) Untuk benda-benda tajam hendaknya ditampung pada tempat khusus (*safetybox*) seperti botol atau karton yang aman.
- 5) Tempat pewadahan limbah medis infeksius dan sitotoksik yang tidak langsung kontak dengan limbah harus segera dibersihkan dengan larutan disinfektan apabila akan dipergunakan kembali, sedangkan untuk kantong plastik yang telah dipakai dan kontak langsung dengan limbah tersebut tidak boleh digunakan lagi.

Standar pengumpulan dan penggunaan kode dan label yang sesuai dengan kategori limbah ini berfungsi untuk memilah-milah limbah di seluruh rumah sakit sehingga limbah dapat dipisahkan ditempat sumbernya. Beberapa ketentuan juga memuat hal berikut ini:

- 1) Bangsal harus memiliki minimal dua macam tempat limbah, satu untuk limbah medis (warna kuning) dan satunya lagi untuk non medis (warna hitam).
- 2) Semua limbah dari kamar operasi dianggap limbah medis.
- 3) Semua limbah dari kantor, biasanya berupa alat-alat tulis dianggap sebagai limbah non medis.
- 4) Semua limbah yang keluar dari unit patologi harus dianggap sebagai limbah medis dan perlu dinyatakan aman sebelum dibuang.

b. Pengangkutan

Limbah medis padat yang telah terkumpul 2/3 (jangan sampai memenuhi wadah) harus segera diangkut ke tempat penampungan sementara. Pada saat proses pengangkutan, ada beberapa hal yang perlu diperhatikan, antara lain:

- 1) Kantong limbah harus diletakkan dalam kontainer yang kuat dan tertutup.
- 2) Kantong limbah medis padat harus aman dari jangkauan

manusia maupun binatang.

- 3) Petugas yang menangani limbah harus menggunakan alat pelindung diri.

c. Penampungan

Limbah medis padat yang telah diangkut, ditampung di Tempat Penampungan Sementara (TPS) yang terdapat di rumah sakit. Konstruksi TPS limbah medis padat harus berupa bak penampungan yang permanen, tertutup dan memiliki kemiringan pada dasar bangunan agar mudah dibersihkan. Pada TPS harus diberi simbol atau petunjuk yang menginformasikan bahwa bak tersebut menampung limbah - limbah yang berbahaya sehingga tidak ada orang lain selain petugas yang bersentuhan dengan kantong limbah yang telah dikumpulkan.

d. Pemusnahan atau Pembuangan Akhir

Metode yang digunakan untuk mengolah dan membuang limbah medis tergantung pada faktor- faktor khusus yang sesuai dengan institusi yang berkaitan dengan peraturan yang berlaku dan aspek lingkungan yang berpengaruh terhadap masyarakat. Teknik pengolahan sampah medis (*medical waste*) yang mungkin diterapkan adalah :

- 1) Insinerasi
- 2) Sterilisasi dengan uap panas/ *autoclaving* (pada kondisi uap jenuh bersuhu 121 C°).
- 3) Sterilisasi dengan gas (gas yang digunakan berupa ethylene oxide atau formal dehyde)
- 4) Desinfeksi zat kimia dengan proses *grinding* (menggunakan cairan kimia sebagai desinfektan)
- 5) Inaktivasi suhu tinggi
- 6) Radiasi
- 7) Microwave treatment
- 8) *Grinding* dan *shredding* (proses homogenisasi bentuk atau ukuran sampah)
- 9) Pemampatan/pemadatan, dengan tujuan untuk mengurangi volume yang terbentuk.

Kegiatan pemusnahan limbah padat medis harus mendapat izin dari kementerian lingkungan hidup. Sisa kegiatan pemusnahan atau pembuangan akhir limbah padat medis di rumah sakit masih dikategorikan sebagai limbah B3. Misalnya pada proses insinerasi dengan menggunakan insenerator, abu hasil pembakaran masih dikategorikan sebagai limbah B3 dan harus dikirimkan kepada badan berizin yang ditunjuk oleh pemerintah. Proses pengiriman pun harus melalui transportasi yang berizin.

3. Limbah Cair Rumah Sakit

Limbah cair rumah sakit berpotensi menurunkan kualitas lingkungan dan merupakan salah satu potensi bahaya yang dapat mengganggu kesehatan sehingga permasalahan limbah cair rumah sakit tidak dapat diabaikan begitu saja. Mengingat pentingnya limbah cair terutama sebagai penyebab gangguan kesehatan lingkungan dan manusia, maka limbah cair tersebut perlu mendapatkan perhatian yang lebih dalam pengelolaannya.

Menurut Dit. Jen. PPM dan PLP, Depkes (1996), prinsip pengolahan limbah cair rumah sakit adalah :

- a. Saluran pembuangan air limbah harus menggunakan sistem saluran tertutup, kedap air dan limbah harus mengalir dengan lancar.
- b. Rumah sakit harus memiliki unit pengolahan limbah sendiri atau bersama-sama secara kolektif dengan bangunan di sekitarnya yang memenuhi persyaratan teknis, apabila belum ada atau tidak terjangkau sistem pengolahan air limbah perkotaan.
- c. Kualitas limbah (*effluent*) rumah sakit yang akan dibuang ke lingkungan harus memenuhi persyaratan baku mutu *effluent* sesuai peraturan perundang-undangan yang berlaku.

Berdasarkan Kepmenkes No.1204 tahun 2004 tentang persyaratan kesehatan lingkungan rumah sakit, pengelolaan limbah cair harus dikumpulkan dalam kontainer yang sesuai

dengan karakteristik bahan kimia dan radiologi, volume, dan prosedur penanganan dan penyimpanannya. Saluran pembuangan limbah harus menggunakan sistem saluran tertutup, kedap air, dan limbah harus mengalir dengan lancar, terpisah dengan saluran air hujan, serta perlu dipasang alat pengukur debit limbah cair untuk mengetahui debit harian limbah yang dihasilkan dan perlu dilakukan pemeriksaan kualitas limbah cair terolah (*effluent*) setiap bulan sekali untuk swapantau dan minimal 3 bulan sekali uji petik sesuai dengan ketentuan yang berlaku.

Dalam pengelolaan limbah cair rumah sakit, perlu dilakukan tahap - tahap pengelolaan mulai dari air limbah dihasilkan oleh sumbernya hingga keluar *effluent* yang kemudian akan dibuang ke lingkungan.

Tahap-tahap pengelolaan limbah cair di rumah sakit adalah sebagai berikut:

a. Pengumpulan

Pengumpulan limbah cair meliputi upaya yang dilakukan terhadap sumber penghasil limbah cair, bak kontrol, dan sistem perpipaan menuju instalasi pengolahan. Pada proses pengumpulan, dapat dilakukan upaya *pre treatment* (pra pengolahan) limbah cair. Proses *pre treatment* menggunakan proses fisika mekanika dan bertujuan untuk mengurangi beban limbah cair yang akan masuk ke dalam proses pengolahan utama, menghomogenkan dan menetralisasi pH limbah cair, memisahkan pemantauan/ pengecekan limbah cair sebelum masuk dalam proses pengolahan utama, dan mengatur jumlah limbah yang akan diolah sehingga tidak terjadi "*over loading*" yang dapat mengganggu proses pengolahan limbah cair.

b. Pengolahan

Pengolahan limbah cair dapat dilakukan melalui proses pengolahan fisik, biologi, kimia atau kombinasi dari ketiga proses pengolahan tersebut. Berdasarkan tingkatannya, pengolahan air limbah terdiri dari

pengolahan primer, pengolahan sekunder, dan pengolahan tersier. Pengolahan primer merupakan upaya memisahkan (secara fisik) komponen limbah yang akan mengganggu proses pengolahan, misalnya dengan memberikan *bar screen* untuk mencegah sampah padat ikut masuk ke dalam saluran air limbah, penangkap lemak untuk mencegah lemak masuk ke dalam saluran dan menyumbat aliran air limbah. Pengolahan primer ini kadang dapat dibagi 2 yaitu *pretreatment* (pra pengolahan) yang dilakukan pada saat pengumpulan sebelum masuk ke bak pengolahan utama dan *primary treatment* (pengolahan pertama dengan memanfaatkan proses fisika). Pengolahan sekunder merupakan upaya untuk menurunkan bahan organik atau TSS dengan perlakuan kimia atau biologi, misalnya dengan memanfaatkan bakteri pengurai yang dapat terbentuk secara alami untuk menguraikan limbah cair. Pengolahan tersier atau pengolahan lanjutan merupakan upaya pengolahan lanjutan apabila *effluent* akan dimanfaatkan kembali, pengolahan ini merupakan kombinasi perlakuan fisik, kimia dan biologis.

Berdasarkan prinsip pengolahan limbah cair, sistem pengolahan memanfaatkan proses fisika, biologi dan kimia. Ketiga proses ini dapat dilakukan pada tahap *pre treatment*, *primary treatment*, *secondary treatment*, *tertiary treatment*.

1) Proses Pengolahan Fisika

- a) *Screening Treatment*
- b) Ekualisasi
- c) Sedimentasi
- d) Floatasi

2) Proses Pengolahan Biologi

Semua air buangan yang *bio degradable* dapat diolah secara biologi. Pengolahan limbah cair secara biologi bertujuan untuk membersihkan zat-zat organik atau mengubah zat-zat organik menjadi bentuk- bentuk yang kurang berbahaya, ataupun menggunakan kembali zat-

zat organik yang terdapat dalam air limbah. Pengolahan secara biologi merupakan pengolahan sekunder dan dianggap sebagai pengolahan yang paling murah dan efisien.

3) Proses Pengolahan Kimia

Pengolahan limbah cair secara kimia biasanya dilakukan untuk menghilangkan partikel-partikel yang tidak mudah mengendap (koloid), logam-logam berat, senyawa fosfor, dan zat organik beracun dengan menambahkan bahan kimia tertentu yang diperlukan. Penggunaan bahan kimia lain dapat digunakan tergantung pada jenis dan jumlah air limbah serta kondisi lingkungan setempat. Pada dasarnya pengolahan secara kimia ini akan memperoleh efisiensi tinggi, akan tetapi biaya pengolahan menjadi mahal karena memerlukan bahan kimia.

a) Netralisasi

b) Koagulasi dan Flokulasi

Teknologi proses pengolahan air limbah rumah sakit yang sering digunakan antara lain adalah proses aerasi kontak (*Contact Aeration Process*), reaktor putar biologis (*Rotating Biological Contactor, RBC*), proses lumpur aktif (*Activated Sludge Process*), proses biofilter "*Up Flow*", proses "biofilter anaerob-aerob" serta proses ozonasi. Teknologi pengolahan lainnya merupakan pengembangan dari kelima teknologi tersebut, misalnya: *Integrated Anaerobic- Aerobic Fixed Film Bioreactor, Kombinasi Activated Sludge - Biological Contactor, Bee Nest Media*.

c. Pembuangan

Limbah cair yang telah melalui tahap pengolahan akan dibuang ke badan air. Air buangan tersebut harus memenuhi baku mutu yang telah ditentukan. Aturan baku mutu ini ditentukan sesuai dengan kebijakan pemerintah daerah masing-masing dengan berpedoman pada Undang-

Undang RI Nomor 32 tahun 2009 tentang perlindungan dan pengelolaan lingkungan hidup, serta Kepmenkes No. 1204 tahun 2004 tentang persyaratan kesehatan lingkungan rumah sakit. Pengukuran kualitas air buangan dari limbah cair dilakukan setiap bulan di Laboratorium Kesehatan yang telah terakreditasi dan dilaporkan secara berkala kepada Badan Lingkungan Hidup setempat.

4. Limbah Gas Rumah Sakit

Beberapa aktivitas rumah sakit menghasilkan gas buangan baik terkait pelayanan medis maupun pelayanan penunjang. Limbah gas di rumah sakit adalah semua limbah yang berbentuk gas yang berasal dari kegiatan pembakaran di rumah sakit seperti insinerator, dapur, perlengkapan generator, anastesi, dan pembuatan obat sitotoksik. Penanganan limbah gas lebih ditekankan pada bagaimana mencegah gas pencemar tersebut mencemari lingkungan misalnya dengan memasang filter (penyaring) pada sumber penghasil limbah gas atau bagaimana agar penghasil limbah tidak terpapar gas buangan yang dihasilkannya. Biasanya dilakukan dengan penggunaan cerobong, pengaturan sirkulasi udara dan penyaluran gas buangan ke udara bebas (ruang terbuka). Setiap 6 bulan harus dilakukan uji emisi terhadap gas buangan dari setiap sumber pencemar. Pengujian dilakukan terhadap parameter-parameter yang ditentukan dan dilakukan oleh perusahaan/laboratorium lingkungan yang ditunjuk.

5. Limbah Radioaktif

Limbah radioaktif adalah jenis limbah yang mengandung atau terkontaminasi radio nuklida pada konsentrasi atau aktivitas yang melebihi batas yang diijinkan (*Clearance level*) yang ditetapkan oleh Badan Pengawas Tenaga Nuklir. Limbah radioaktif tidak dapat diperlakukan sembarangan mengingat bahaya yang dapat ditimbulkan. Pengelolaan limbah radioaktif bertujuan untuk meminimalkan dosis radiasi yang diterima

penduduk < 0,1 dosis radiasi maksimum yang diperkenankan bagi karyawan di medan radiasi. Batasan dosis radiasi dari ICRP (*International Commission for Radiation Protection*) adalah semua penduduk tidak akan menerima dosis rata-rata 1 REM perorang dalam 30 tahun dari limbah nuklir. Pengelolaan limbah radioaktif sangat memerlukan perhatian khusus, hal ini dikarenakan dapat menyebabkan pencemaran lingkungan, efek somatik dan genetik pada manusia serta efek psikologis pada masyarakat.

Kegiatan dalam pengelolaan limbah radioaktif meliputi upaya pengumpulan dan pengelompokan limbah, pengangkutan limbah radioaktif mentah dari penghasil ke instalasi pengolahan, monitoring sebelum pengolahan, pengolahan, monitoring limbah yang telah diolah sebelum dibawa ke tempat penyimpanan, pengangkutan hasil olahan dari tempat pengolahan menuju tempat penyimpanan, penyimpanan akhir, kemudian dilakukan monitoring lingkungan.

Kegiatan pengangkutan harus memenuhi syarat-syarat keamanan dan keselamatan sesuai peraturan perundangan yang berlaku. Sesuai dengan Peraturan Pemerintah RI Nomor 18 tahun 1999 tentang pengelolaan limbah bahan berbahaya dan beracun, pasal 5 dan penjelasannya ditentukan bahwa Badan Tenaga Atom Nasional (BATAN) adalah instansi pengelola limbah radioaktif.

6. Limbah B3

Berdasarkan Peraturan Pemerintah RI No.74 tahun 2001 pasal 5 ayat 1, B3 diklasifikasikan berdasarkan tingkat bahayanya yaitu mudah meledak, pengoksidasi, sangat mudah sekali menyala, sangat mudah menyala, mudah menyala, amat sangat beracun, sangat beracun, beracun, berbahaya, korosif, bersifat iritasi, karsinogenik, teratogenik, mutagenik.

Setiap orang yang menghasilkan limbah B3 diwajibkan melakukan pengelolaan limbah B3 yang dihasilkan termasuk

rumahsakit. Pengelolaan limbah B3 ini harus mendapatkan izin dari menteri, gubernur, atau bupati/ walikota sesuai dengan kewenangannya. Apabila suatu perusahaan/ instansi/ setiap orang yang menghasilkan limbah B3 tidak mampu melakukan sendiri pengelolaan limbah B3, maka pengelolaannya harus diserahkan kepada pihak lain yang telah mendapatkan izin.

Pengelolaan limbah B3 adalah rangkaian kegiatan yang mencakup reduksi, penyimpanan, pengumpulan, pengangkutan, pemanfaatan, pengolahan dan penimbunan limbah B3.



BAB XIV.

MENANGANI KELUHAN PASIEN

14.1. Pentingnya Penanganan Keluhan Pasien

Salah satu karakteristik rumah sakit adalah padat masalah, termasuk didalamnya banyak keluhan baik dari pasien ataupun keluarganya. Dibandingkan dengan industri jasa lainnya, maka industri jasa rumah sakit relatif lebih banyak keluhan. Hal ini terjadi karena pasien seringkali beremosi labil karena sedang menderita sakit, biaya perawatan cukup mahal, kegiatan sehari-hari pasien terganggu, lamanya perawatan kadang tidak menentu. Demikian juga dengan keluarganya yang harus menunggu pasien sehingga kegiatan sehari-harinya juga terganggu. Keluhan bukanlah ancaman melainkan kesempatan bagi rumah sakit untuk memperbaiki pelayanannya.

Menurut Morgan (2001) konsumen meninggalkan perusahaan karena:

- 3 % karena pindah tempat tinggal
- 5% karena adanya persahabatan baru di perusahaan lain
- 9% karena bujukan pesaing
- 14% karena tidak puas karena produk barang atau jasa yang dibelinya
- 68% karena sikap acuh dan masa bodoh pemilik, manajer dan karyawan perusahaan tersebut.

Ternyata dari sejumlah konsumen yang tidak puas, hanya 4 % yang menyampaikan keluhan sedangkan yang 96% tidak menyampaikan keluhan walaupun tidak puas mereka pergi dengan diam -diam. 93% persen konsumen yang pergi dengan diam-diam tidak pernah kembali lagi. Jadi dapat disimpulkan bahwa bila ada satu orang yang menyampaikan keluhan kepada kita sebenarnya dia mewakili 25 orang yang tidak puas.

Salah satu bentuk komunikasi bisnis yang penting dalam industri rumah sakit adalah komunikasi mulut ke mulut. Bila pasien merasa puas maka ia menyampaikan *positive word of mouth*, sedangkan bila pasien tidak puas ia akan menyampaikan *negatif word of mouth*. Ternyata *negatif word of mouth* lebih cepat berkembang dari pada *positive word of mouth*. Apalagi pada kondisi dewasa ini dengan berkembangnya internet dan sosial media, penyebaran berita berlangsung dengan sangat cepat dan massal.

Bila keluhan ditangani dengan cepat dan baik maka:

- 95% dari pasien yang kecewa tetap mengadakan hubungan dengan rumah sakit, bahkan loyalitasnya meningkat
- 70% dari konsumen yang kecewa tetap akan kembali setelah keluhan konsumen di tangani namun tidak segera (Survet TARP, dalam Morgan, 2001)

Dapat disimpulkan bahwa kecepatan dan ketepatan penanganan keluhan sangat mempengaruhi loyalitas pasien.

Keluhan yang disampaikan oleh pasien atau keluarganya bermanfaat, bagi pihak rumah sakit karena:

1. Rumah sakit tahu kekurangan- kekurangannya, dan ada kesempatan untuk memperbaiki.
2. Satu orang pengeluh mewakili 25 pengeluh lainnya.
3. Kesempatan bagi rumah sakit untuk menunjukkan kemampuan dalam menangani keluhan.
4. Mempertahankan pasien tetap loyal pada rumah sakit.
5. Dikemudian hari pasien mudah lupa akan masalah yang dikeluhkannya, tetapi tetap ingat bagaimana keluhan ditangani.

14.2. Taktik menangani keluhan pasien atau keluarganya

14.2.1. Prinsip menangani keluhan.

1. Emosi tidak bisa dilawan dengan emosi, karena akan terjadi konflik bahkan perkelahian.
2. Emosi tidak bisa dilawan dengan logika, karena logika akan kalah. Orang yang sedang emosi sulit mendengarkan dan memahami logika.
3. Biarkan emosi mereda, kemudian kita menjelaskan dengan logika atau alasan-alasan lainnya yang masuk akal.
4. Teknik 3A, yaitu:
 - *Agree*. Kita menyetujui perasaan pasien mengakui pendapatnya, namun belum tentu kita menyetujui pendapatnya.
 - *Apologize*. Yang dimaksud disini adalah *emphaty Apologize*, yaitu meminta maaf atas dasarn *emphathy* saja, bukan minta maaf atas kesalahan yang kita lakukan. Namun bila kita memang salah maka harus lah minta maaf yang sebenarnya atas kesalahan kita.
 - *Act*. Sampaikan kepada pasien yang mengeluh bahwa kita akan mengambil tindakan, misalnya : melakukan investigasi, memeriksa orang-orang yang terlibat, menegur atau memberi hukuman pada karyawan yang melakukan kesalahan, membantu mencari barang yang hilang.
5. Pengeluh umumnya mengharapkan keluhannya dianggap penting dan ditangani dengan segera.

14.2.2. Langkah-langkah menghadapi pasien yang mengeluh atau keluarganya kepada kita

1. Satu tersenyumlah dengan tulus, tatap matanya sambutlah dengan ramah.
Senyum adalah bahasa universal manusia yang mencerminkan emosi yang baik, bersahabat, penghargaan, penerimaan. Senyum yang baik dimulai dari senyum dalam hati kita, jadi bukan sekedar melengkungkan sudut mulut. Semua manusia saat bertemu memerlukan “rasa diterima”.

2. Persilahkan pasien duduk. Perubahan posisi dari berdiri menjadi duduk akan menurunkan frekuensi gelombang otak, menenangkan dan menurunkan emosi.
3. Berkenalan singkat, tanyakan nama dan cara memanggil nama itu bila namanya cukup panjang atau terdengar agak asing.
4. Berbicara kepada pasien dengan memanggil namanya yang diawali dengan sebutan bapa atau ibu atau sebutan lainnya. Nama adalah kata terindah bagi yang bersangkutan.
5. Duduk dengan sikap terbuka jangan menyilangkan kaki atau menyilangkan tangan atau meletakkan benda lain di dada (*open posture*).
6. Duduklah tegak dengan sedikit condong ke depan ke arah pasien yang mengeluh (*Forward lean*). Sikap ini menunjukkan perhatian kepada si pengeluh. Jagalah jarak yang ideal, yaitu jarak pribadi, kira kira 1 - 1,5 meter.
7. Pertahankan kontak mata yang memadai namun jangan memandang tajam, pandangan boleh dari dahi sampai ke mulut, tidak boleh memandang dibawah mulut. Sekali-sekali mengganggu kepala sebagai respon kita mendengar apa yang bicarakan oleh pasien yang mengeluh. Bila ada kesempatan gunakan seni membuat orang merasa penting seperti: diakui perasaannya, diakui pendapatnya (belum tentu disetujui), diminta pendapat atau saranya, dipuji bila ada yang patut untuk dipuji.
8. Tanggapilah keluhan bukan cuma apa yang dikeluhkan tetapi perasaan apa yang dikeluhkan. Kembangkan teknik 3A.
9. Berbicara dengan ramah, nada rendah, kecepatan sedang, dan tetap percaya diri. Berbicara dengan nada rendah dan agak lambat memiliki dampak menurunkan frekuensi gelombang otak pada pasien yang mengeluh sehingga memberi efek yang menenangkan.
10. Catat hal-hal penting tentang keluhan yang dikemukakan.
11. Boleh juga diberikan cinderamata kecil yang khas dari rumah sakit.

12. Ucapkan terimakasih katakan bahwa keluhan ini penting bagi kita untuk perbaikan dimasa mendatang. Jika keputusan tidak bisa diambil saat itu maka disampaikan kepada pasien bahwa masalahnya akan dibawa dalam rapat staf segera mungkin.
13. Jabatlah tangan pasien dengan bersahabat, antar pasien sampai depan pintu.

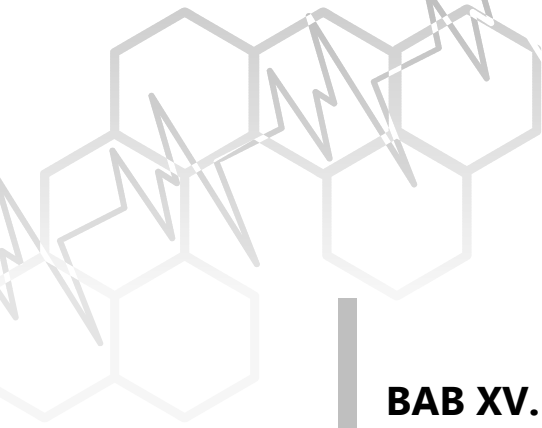
14.3. Waspada kepada tuntutan hukum.

Pasien yang mengeluh atau keluarga yang mengeluh dibagi menjadi 3 golongan :

1. Setelah mengeluh, mereka tidak mengambil tindakan apa-apa.
2. Setelah mengeluh, mereka meminta pengurangan biaya.
3. Setelah mengeluh, mereka mengambil tindakan hukum.

Untuk mengurangi risiko tuntutan hukum :

1. Hati-hati dalam meminta maaf atas kesalahan kita. Namun maaf empati boleh saja dilakukan sejak awal.
2. Keluhan secepat mungkin ditangani dan diselesaikan.
3. Sedapat mungkin hindari permintaan maaf secara tertulis, atau mengakui kesalahan secara tertulis.
4. Jika terpaksa harus membuat pernyataan tertulis atau perjanjian maka tambahkan klausul bahwa masalahnya selesai dan tidak ada tuntutan hukum dikemudian hari.
5. Jika pihak rumah sakit memang salah, maka dapat diberikan kompensasi atau ganti rugi (perdamaian konflik). Jika jalan ini ditempuh tambahkan klausul bahwa masalahnya selesai dan tidak ada tuntutan hukum dikemudian hari.



BAB XV.

PENUTUP

Mengelola rumah sakit tidak sekedar belajar sejarah dan perkembangannya, tetapi bagaimana evolusi manajemen dari yang tradisional menjadi kelas dunia yang mengikuti standar internasional. Tenaga professional memang penting dan utama dalam pelayanan rumah sakit, tetapi yang lebih penting lagi bagaimana kita memandang pasien dan konsumen rumah sakit sebagai titik sentral kelangsungan hidup dan pengembangan rumah sakit ke depan. Paradigma baru perlu dikembangkan yaitu rumah sakit sebagai industri jasa pelayanan yang punya nilai etika dimana harapan masyarakat akan pelayanan kesehatan yang bermutu namun terjangkau, nyaman dan memuaskan pelanggan, dapat terwujud di Indonesia ditengah globalisasi perumahan sakitan.

Akhirnya penulis berharap semoga buku ini dapat membuka wawasan pembaca mengenai rumah sakit dan menjadikan dasar dan pedoman dalam mengelola pelayanan kesehatan rumah sakit berkinerja unggul dan mampu bertahan ditengah kompetisi bisnis rumah sakit yang semakin ketat.

DAFTAR PUSTAKA

- Ascobat Gani. 2012. Kesehatan Masyarakat : Investasi Manusia untuk Kesejahteraan Rakyat. Jakarta : Republika.
- Cermin Dunia Kedokteran : Kongres ke VI Perhimpunan Rumah Sakit Seluruh Indonesia (PERSI) dan Hospital Expo ke VII. Edisi khusus (I). Jakarta: Kalbe Farma, 1994.
- Departemen Kesehatan RI. 1990. Konsep dan Prinsip Manajemen Rumah Sakit.
- Departemen Kesehatan RI. 2008. Pedoman Penyelenggaraan Pelayanan di Rumah Sakit. Jakarta: Departemen Kesehatan RI.
- Direktorat Jenderal Bina Pelayanan Medik Departemen Kesehatan RI. 2008. Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit. Jakarta: Departemen Kesehatan RI.
- Direktorat Jenderal Bina Pelayanan Medik Departemen Kesehatan RI. 2011.
- Standar Akreditasi Rumah Sakit. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI. Direktorat Jenderal Bina Upaya Kesehatan Kementerian Kesehatan RI. 2012.
- Pedoman Sistem Rujukan Nasional. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI.
- Direktorat Jenderal Pelayanan Medik. 2002. Pedoman Peraturan Internal Rumah Sakit (Hospital By Laws). Jakarta : Departemen Kesehatan Republik Indonesia.
- Djohan AJ, Devy Halim. 2013. Pengelolaan Limbah Rumah Sakit. Jakarta : Salemba Medika.
- Djohan AJ. 2013. Medical Tourism : Studi Kasus Pasien Kota Banjarmasin yang Berobat ke Luar Negeri. Jurnal Kajian Manajemen Vol.4(3).
- Djohan AJ. 2010. Pemasaran Strategik Rumah Sakit. Banjarmasin: Grafika Wangi Kalimantan.
- Djohan AJ. 2011. Mengelola dan Menangani Keluhan Konsumen.

- Banjarmasin: Grafika Wangi Kalimantan.
- Djohan AJ. 2014. Membebaskan Belenggu Mental untuk Menjadi Entrepreneur Sejati Pejuang Kemakmuran Bangsa. Malang : Media Nusa Creative.
- Djohan AJ. 2016. Lima Pilar Kepemimpinan. Malang : Media Nusa Creative.
- Djohan AJ., 2006. Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Kepuasan dan Kepercayaan untuk Mencapai Loyalitas Pasien Rawat Inap Pada Rumah Sakit Swasta di Kota Banjarmasin, Disertasi.
- Fonner Jr, Edwin, Tang Boxiong, Spring. 1995. Six Challenges Facing Catholic Health Marketing, *Journal of Health Marketing*, Vol 15(1).
- Guwandi J. 2004. Merangkai Hospital By Laws. Jakarta: Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia.
- Harian Jawa Pos 25 Maret 2016, Halaman 51.
- Harian Suara Pembaruan 30 April 2016, Halaman 10 - Ekonomi + Keuangan. JawaPos, 14 Oktober 2011
- Kapus P2JK Kemkes. 2012. Persiapan Pelaksanaan BPJS Bidang Kesehatan Dalam Implementasi Jaminan Kesehatan Nasional SJSN Tahun 2014.
- Kementerian Kesehatan RI. 2010. Mediakom: Reformasi kesehatan masyarakat, pelayanan kesehatan daerah terpencil, menuju jaminan kesehatan sosial nasional. Edisi XXIII. Jakarta: Mediakom.
- Komisi Akreditasi Rumah Sakit. 2012 Instrumen Akreditasi Rumah Sakit Standar Akreditasi 2012, Edisi I. Jakarta : Komisi Akreditasi Rumah Sakit.
- Komisi Akreditasi Rumah Sakit. 2016. Workshop Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien Dalam Standar Akreditasi Rumah Sakit Versi 2012. Bekasi 31 Maret - 1 April 2016.
- Komite Keselamatan Pasien Rumah Sakit. 2008. Pedoman Pelaporan Insiden Keselamatan Pasien. edisi 2. Jakarta.
- Kotler, Philip and Bloom. 1984. *Marketing Profesional Service*, Prentice Hall Inc, New Jersey.
- Kotler, Philip and Keller. 2009. *Marketing Management*, Edisi 13,

- terjemahan, Jakarta : Erlangga.
- Mintzberg H, 1987. *The Strategy Concept I : Five Ps For Strategy*, California
Management Review, Fall, PP 11 - 24.
- Niven PR. 2007. *Balanced Score Card Diagnostics Mempertahankan Kinerja Maksimal*. Jakarta: Elex Media Komputindo.
- Peraturan Gubernur Kalimantan Selatan Nomor 020 Tahun 2011 tentang sistem remunerasi pada rumah sakit umum daerah ulin Banjarmasin. Banjarmasin, 2011.
- Peraturan Menteri Kesehatan nomor 84/Menkes/Per/II/1990.
- Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 340/MENKES/ PER/III/2010 tentang Klasifikasi Rumah Sakit. Jakarta: Departemen Kesehatan RI.
- Perhimpunan Rumah Sakit Seluruh Indonesia. 2015. *Direktori Rumah Sakit Seluruh Indonesia*. Edisi 2015.
- Prayitno S. *Administrasi RumahSakit*. Surabaya: Fakultas Kedokteran Universitas Airlangga.
- Pusat Kajian Pembangunan Kesehatan Departemen Kesehatan RI. 2004. *Kajian kesiapan rumah sakit menghadapi era globalisasi*. Jakarta: Departemen Kesehatan RI.
- Romadhan YA. 2006. *Manajemen Pemasaran Industri Layanan Kesehatan*.
- Jurnal Kedokteran Indonesia Medika No.80 tahun XXXII PP 503-510
- Sholikhah Qomariyatun , A.J. Djohan 2012. *Keselamatan dan Kesehatan Kerja Rumah Sakit*, Malang : UB Press Malang.
- Sianturi BL. 2008. *Direktori Rumah Sakit Info Layanan Kesehatan Seluruh Indonesia*. Jakarta : PT Setia Marpadan Indah.
- SubanegaraHP.2005.*DiamondHeadDrill&KepemimpinanDalamMa najemen Rumah Sakit*. Yogyakarta:Andi.
- Supriyanto, AJ Djohan, 2011. *Metodologi Riset Bisnis dan Kesehatan*. Banjarmasin : Grafika Wangi Kalimantan. Tabloid Kontan, 2016 No. 50 XX,12-18 September 2016
- ThabranyH,dkk.2009.*Sakit,Pemiskinan,danMDGs*.Jakarta:Kompas Media Nusantara.
- Tim Penyusun IKMT Manajemen Rumah Sakit. *Modul Pelaksanaan*

IKMT Manajemen Rumah Sakit. Banjarbaru: Fakultas Kedokteran Universitas Lambung Mangkurat.

Tunkin H, Greener, Winchell. 1991. Medical Beneficiaries Under Managed Care : Provider Choice and Satisfaction. JHSR 26(4). PP 510-529.

Undang - Undang Republik Indonesia nomor 36 tahun 2009 tentang Kesehatan. Jakarta: Departemen Kesehatan RI, 2009.

Undang - Undang Republik Indonesia nomor 44 tahun 2009 tentang Rumah Sakit. Jakarta: Departemen Kesehatan RI, 2009.

Peraturan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara dan Reformasi Birokrasi Nomor 16 tahun 2014 tentang Pedoman Survei Kepuasan Masyarakat pada Pelayanan Publik. Jakarta, 2014

Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 56 tahun 2014 tentang Klasifikasi dan Perizinan Rumah Sakit. Jakarta, 2014

Djohan A J, 2011. Mengelola dan Menangani Keluhan Konsumen, PT Grafik Wangi Kalimantan, Banjarmasin.

Morgan, Rebecca L, 2001, *Calming Upset Customers*, Penerbit PPM, Jakarta.

RIWAYAT HIDUP PENULIS



Dr.drg. Rosihan Adhani, S.Sos, M.S meraih gelar sarjana kedokteran gigi dan dokter gigi di Universitas Airlangga pada tahun 1981. Melanjutkan pendidikan hingga meraih gelar Magister Sains kekhususan Rumah Sakit di Fakultas Pascasarjana Universitas Indonesia pada tahun 1988. Kelahiran Yogyakarta 8 Juli 1957 ini mengawali karier sebagai Pegawai Negeri Sipil di Provinsi Kalimantan Selatan dan fungsional dokter di RSUD Ulin Banjarmasin sejak tahun 1982. Sempat memegang berbagai jabatan antara lain Kepala Bidang Penunjang Medik, Kepala Bidang Keuangan dan Kepala Bagian Sekretariat di rumah sakit yang sama hingga tahun 1997. Pada tahun 1997 promosi sebagai Kepala Subdin Pencegahan dan Pemberantasan Penyakit dan Penyehatan Lingkungan Dinas Kesehatan Provinsi Kalimantan Selatan dan sebagai Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Banjar di tahun 2000 hingga 2005. Dan pada tahun 2006 dipercaya sebagai Kepala Dinas Kesehatan Provinsi Kalimantan Selatan. Tahun 2009 meraih penghargaan pada Lustrum Fakultas Kedokteran Gigi Unair Ke-16 sebagai alumni yang sukses berkarier sesuai dengan profesinya. Di akhir masa jabatan sebagai kepala dinas kesehatan, berhasil menyelesaikan program Doktor Ilmu Administrasi di Universitas 17 Agustus Surabaya pada tahun 2012. Sejak tahun 1990 sebagai dosen luar biasa, pada Januari 2013 beralih status sebagai dosen tetap Fakultas Kedokteran Universitas Lambung Mangkurat dan juga mengajar Program Magister Ilmu Kesehatan Masyarakat ULM, dan Program Pasca Sarjana Magister Manajemen STIE Indomesia Banjarmasin. Memegang jabatan Ketua Program Studi Kedokteran Gigi sejak 21 September 2013 dan pada 27 Januari 2016 dilantik sebagai Dekan Fakultas Kedokteran Gigi yang merupakan fakultas ke 11 di lingkungan Universitas Lambung Mangkurat.

