

drg. Irma Binarti, MARS.

MENUJU RUMAH SAKIT PARIPURNA

Tinjauan Praktis dan Empiris



Penerbit :
Moestopo Publishing
Universitas Prof. Dr. Moestopo (Beragama)

drg. Irma Binarti, MARS.

MENUJU RUMAH SAKIT PARIPURNA

Tinjauan Praktis dan Empiris



Penerbit :
Moestopo Publishing
Universitas Prof. Dr. Moestopo (Beragama)

HAK CIPTA DILINDUNGI
UNDANG-UNDANG
DILARANG MENGUTIP ATAU
MEMPERBANYAK SEBAGIAN
ATAU KESELURUHAN ISI
BUKU TANPA IZIN DARI
PENERBIT



MENUJU RUMAH SAKIT PARIPURNA

Tinjauan Praktis dan Empiris

EDISI PERTAMA TAHUN 2021

Penulis :

drg. Irma Binarti, MARS.

Penerbit :

Moestopo Publishing

Universitas Prof. Dr. Moestopo (Beragama)

No. ISBN : 978-623-97355-5-5

PENGANTAR PENULIS

SAAT ini masyarakat semakin sadar untuk memilih layanan kesehatan yang baik. Beberapa contohnya adalah masyarakat tidak takut lagi datang ke rumah sakit untuk mempertanyakan perawatan yang akan mereka terima. Tak hanya itu, mereka juga bisa berkomunikasi dengan dokter mengenai kegunaan dan efek samping obat yang diresepkan. masyarakat menginginkan yang terbaik bagi kesehatan diri dan keluarga mereka.

Menghadapi dinamika yang terjadi di tengah masyarakat tersebut, Kementerian Kesehatan Republik Indonesia mewajibkan dilaksanakannya akreditasi rumah sakit dengan tujuan untuk meningkatkan pelayanan rumah sakit di Indonesia.

Dasar hukum pelaksanaan akreditasi di rumah sakit adalah UU No.44 tahun 2009 tentang rumah sakit dan Peraturan Menteri Republik Indonesia No 12 tahun 2020 tentang Akreditasi Rumah Sakit

Akreditasi mengandung arti, suatu pengakuan yang diberikan pemerintah kepada rumah sakit karena telah memenuhi standar yang ditetapkan. Sarana dan prasarana yang dimiliki rumah sakit sudah benar serta prosedur yang dilakukan kepada pasien juga sudah sesuai dengan standar.

Dari tahun ke tahun dasar hukum pelaksanaan akreditasi rumah sakit terus mengalami perubahan. Mulai dari tahun 1995, versi 2012, hingga sekarang SNARS Ed 1.1. Akan tetapi, tujuannya adalah bermanfaat bagi pasien, bermanfaat bagi tenaga kesehatan di rumah sakit, bagi rumah sakit, hingga bagi pemilik rumah sakit.

Untuk mendapatkan tingkat kelulusan akreditasi yang baik, diperlukan kerjasama antar-semua pihakdi rumah sakit. Semua staf rumah sakit, mulai dari pimpinan puncak sampai staf lapis terbawah harus memiliki semangat yang sama dalam mewujudkannya. Pimpinan puncak hingga ke staf lapisan bawah harus memiliki pemahaman yang sama mengenai alasan dilaksanakannya akreditasi.

Jangan sampai ada pihak yang menganggap bahwa akreditasi ini akan menjadi beban karena akreditasi membuat bekerja harus sesuai dengan standar. Sejatinya, standar-standar yang dijadikan komponen penilaian dalam akreditasi adalah untuk dipenuhi dan diimplementasikan dalam jangka panjang bukan hanya untuk mendapatkan sebuah sertifikat saja.

Dengan adanya kerjasama dan semangat yang sama tinggi dari semua pihak di rumah sakit, bukan hal mustahil akan terciptanya layanan kesehatan berkualitas tinggi bagi masyarakat.

Melalui buku berjudul Menuju Rumah Sakit Paripurna, Tinjauan Praktis dan Empiris ini dipaparkan tentang langkah-langkah menuju rumah sakit dengan akreditasi terbaik hingga mendapat capaian paripurna. Tak hanya sekedar kerjasama antar-semua pihak di rumah sakit, manajemen pelayanan, kepemimpinan di rumah sakit, hingga sumber daya manusia yang terlibat merupakan elemen penting untuk mencapai hasil terbaik.

Sementara hasil terbaiknya adalah dapat memberikan peningkatan mutu dan keselamatan pasien secara paripurna kepada seluruh masyarakat Indonesia. Harapan saya, semoga buku Menuju Rumah Sakit Paripurna, Tinjauan Praktis dan Empiris bermanfaat bagi mahasiswa, tenaga medis, dan masyarakat secara keseluruhan.

Penulis

drg. Irma Binarti, MARS.

DAFTAR ISI

Table of Contents	VI
--------------------------------	-----------

BAB I

PENDAHULUAN	001
Pengertian Manajemen	001
Sejarah Perkembangan Teori Manajemen.....	002
Kemampuan Dasar Manajemen	007
Prinsip-Prinsip Manajemen	009
Sarana/Unsur Manajemen/(Tools of Management).....	.012
Fungsi-Fungsi Manajemen.....	014
a. Perencanaan (Planning)	014
b. Pengorganisasian (Organizing).....	015
c. Pelaksanaan (Actuating).....	015
d. Pengawasan (Controlling)	016
Tingkatan Manajemen	016

BAB II

RUMAH SAKIT.....	022
Sejarah Perkembangan Rumah Sakit	022
Pengertian Rumah Sakit.....	026
Tugas dan Fungsi Rumah Sakit.....	028
Jenis dan Bentuk Rumah Sakit.....	029
Badan Hukum Rumah Sakit	030
Klasifikasi Rumah Sakit	032

Jenis Pelayanan Sesuai dengan Fungsi Rumah Sakit	036
Ketenagaan dan Sumber Daya Manusia Rumah Sakit.....	040
Perizinan Rumah Sakit.....	044
Rumah Sakit Gigi dan Mulut.....	046
Pengertian Rumah Sakit Gigi dan Mulut.....	046
Sarana Rumah Sakit Gigi dan Mulut.....	048
Fungsi dan Tujuan Rumah Sakit Gigi dan Mulut	049
Sasaran Rumah Sakit Gigi dan Mulut.....	050
Sarana Peralatan RSGM.....	051
Pengertian Rumah Sakit Gigi dan Mulut.....	051
 RUMAH SAKIT PENDIDIKAN	052
AKREDITASI.....	055
Tujuan Pengaturan Akreditasi	057
Standar Akreditasi	058
Manfaat Akreditasi	059
Persiapan Akreditasi	060
Persiapan Survey Akreditasi	061
Penetapan Status Akreditasi	064
Pasca Akreditasi	065
INDIKATOR PELAYANAN RUMAH SAKIT	067
ETIKA RUMAH SAKIT	071
 BAB III	
 MUTU PELAYANAN KESEHATAN	079
Apa itu Mutu.....	079
Dimensi Mutu.....	080
Dimensi Mutu Pelayanan Kesehatan	082
Bentuk Program Menjaga Mutu.....	088

Pengukuran Mutu Retrospektif092
Program Menjaga Mutu Internal	096
Program Menjaga Mutu Eksternal	097
PENINGKATAN MUTU (Quality Improvement).....	098
Definisi.....	098
Tujuan	098
Penerapan Quality Improvement di Rumah Sakit.....	107
DATA NASKAH RUMAH SAKIT.....	113
KOMITE MUTU RUMAH SAKIT	115
Komite Mutu atau Sub Komite Mutu	119
SISTEM MANAJEMEN DATA TERINTEGRASI	121
Definisi.....	121
PROGRAM MUTU RUMAH SAKIT	129
DEFINISI KTD, KNC, dan SENTINEL.....	153
BUDAYA KESELAMATAN.....	154
Tingkat Kematangan Dalam Budaya Keselamatan.....	157
DIMENSI BUDAYA KESELAMATAN PASIEN.....	158
KONSEP DASAR DAN STANDAR OPERASIONAL PROSEDUR (SOP).....	162
Pengertian dan Tujuan Standar	162
Persyaratan Standar.....	162
Standar Operasional Prosedur (SOP)	163
Manfaat Standar Operasional Prosedur (SOP).....	164

Prinsip-Prinsip dalam Menyusun Standar Operasional Prosedur (SOP).....	165
Dokumen Standar Operasional Prosedur (SOP).....	166
Pelaksanaan Standar Operasional Prosedur di Rumah Sakit.....	167

SISMADAK (SISTEM MANAJEMEN DOKUMEN AKREDITASI)	171
Dibutuhkan Sistem Teknologi Informasi Terintegrasi.....	171
Peran Sismadak Dalam Pelaksanaan Survei Akreditasi.....	172
Manfaat Sismadak	172
Tampilan Aplikasi Sismadak.....	174

BAB IV

HEALTH CARE LEADERSHIP.....	177
Pengertian Kepemimpinan.....	177
Sifat-Sifat Kepemimpinan.....	179
Pengertian Kepemimpinan.....	180
Teori Kepemimpinan.....	180
Tipe-tipe Kepemimpinan	190
Kekuasaan	195
Kepemimpinan Pelayanan Kesehatan.....	201
Leadership Trend.....	206
Berpikir Global.....	210
Tren Kepemimpinan Terbaru.....	212

BAB V

MANAJEMEN SUMBER DAYA MANUSIA PELAYANAN KESEHATAN.....	216
Pengertian.....	216
Health Human Resources.....	218
Fungsi-Fungsi Manajemen SDM Bidang Kesehatan	224

Jenis Sumber Daya Manusia Kesehatan.....	227
Program Pengembangan dan Pemberdayaan SDM Kesehatan	228
Kondisi Umum, Potensi, dan Permasalahan	231
Kemitraan dan Kerjasama Pendidikan SDM Kesehatan.....	233
Penyelenggaraan Pendidikan SDM Kesehatan (Teknis dan Penunjang)	235
Perubahan dalam Pengukuran Kinerja Staf Medis	236
Pelaksanaan Evaluasi tenaga medis Rumah Sakit.....	239
Tujuan Evaluasi Kinerja Staf Medis.....	241
Kebijakan Evaluasi Staf Medis	241
Ketentuan Evaluasi	241
Kriteria Evaluasi Kinerja Staf Medis.....	242
DAFTAR PUSTAKA.....	244



BAB I

PENDAHULUAN

PENDAHULUAN

Pengertian Manajemen

Manajemen berasal dari bahasa Perancis yaitu ‘management’ yang berarti seni untuk mengatur atau mengelola sesuatu. Dalam bahasa Inggris, kata ‘manage’ berarti mengendalikan atau mengelola.

Secara umum, manajemen merupakan suatu proses di mana seseorang dapat mengatur segala sesuatu yang dikerjakan oleh individu atau kelompok. Manajemen perlu dilakukan guna mencapai tujuan atau target dari individu ataupun kelompok tersebut secara kooperatif dengan menggunakan sumber daya yang tersedia.

Dari pengertian tersebut, ilmu manajemen dapat diartikan sebagai kemampuan dalam mengatur sesuatu agar tujuan yang ingin dicapai dapat terpenuhi. Sebetulnya, hal ini sudah sering terjadi di kehidupan nyata. Setiap orang juga pasti pernah memprakkan ilmu manajemen secara tidak langsung setiap harinya.

Secara etimologi, definisi manajemen adalah sebuah seni mengarahkan orang lain untuk mencapai tujuan utama sebuah organisasi atau bisnis melalui proses perencanaan, pengorganisasian, pengelolaan, dan pengawasan sumber daya dengan cara yang efektif dan efisien.

Dalam sebuah perusahaan, terdapat masing-masing divisi yang dipimpin oleh seorang manajer atau head hingga jajaran top manager. Fungsi dari seorang manajer ini sudah jelas adalah untuk mengatur kinerja karyawan bawahannya untuk mencapai tujuan perusahaan.

Tidak hanya mengatur, seorang manajer dalam sebuah perusahaan juga bertanggung jawab atas pengawasan bawahannya agar berjalan sesuai dengan koridor pekerjaan. Dengan menerapkan ilmu manajemen, diharapkan sesuatu yang sedang dikerjakan dapat selesai secara efektif dan efisien.

Sejarah Perkembangan Teori Manajemen

Ilmu manajemen telah ada sejak ribuan tahun yang lalu. Hal ini dibuktikan dengan adanya piramida di Mesir yang dibangun oleh lebih dari 100 ribu orang selama 20 tahun. Pembangunan piramida tersebut tak mungkin terlaksana tanpa adanya seseorang yang merencanakan, mengorganisasikan, menggerakkan para pekerja, dan mengontrol pembangunannya.

Praktik-praktik manajemen lainnya dapat disaksikan selama tahun 1400-an di kota Venesia, Italia, yang ketika itu menjadi pusat perekonomian dan perdagangan disana. Penduduk Venesia mengembangkan bentuk awal perusahaan bisnis dan melakukan banyak kegiatan yang lazim terjadi di organisasi modern saat ini.

Sebagai contoh, di gudang senjata Venesia, kapal perang diluncurkan sepanjang kanal dan pada tiap-tiap perhentian, bahan baku dan tali layar ditambahkan ke kapal tersebut. Hal ini mirip dengan model lini perakitan (assembly line) yang dikembangkan oleh Harry Ford untuk merakit mobil-mobilnya. Selain lini perakitan tersebut, orang Venesia memiliki sistem penyimpanan dan pergudangan untuk memantau isinya, manajemen sumber daya manusia untuk mengelola angkatan kerja, dan sistem akuntansi untuk melacak pendapatan dan biaya.

Sebelum abad ke-20, terjadi dua peristiwa penting dalam ilmu manajemen. Peristiwa pertama terjadi pada tahun 1776 ketika Adam Smith menerbitkan sebuah doktrin ekonomi klasik, *The Wealth of Nation*. Dalam bukunya itu, ia mengemukakan keunggulan ekonomis yang akan diperoleh organisasi dari pembagian kerja (division of labor) yaitu perincian pekerjaan ke dalam tugas-tugas yang spesifik dan berulang.

Smith menyimpulkan bahwa pembagian kerja dapat meningkatkan produktivitas dengan meningkatnya keterampilan dan kecekatan tiap-tiap pekerja, menghemat waktu yang terbuang dalam pergantian tugas, dan menciptakan mesin dan penemuan lain yang dapat menghemat tenaga kerja.

Peristiwa penting kedua yang mempengaruhi perkembangan ilmu manajemen adalah revolusi industri di Inggris. Revolusi Industri menandai dimulainya penggunaan mesin, menggantikan tenaga manusia, yang berakibat pada pindahnya kegiatan produksi dari rumah-rumah menuju tempat khusus yang disebut pabrik. Perpindahan ini mengakibatkan manajer-manajer ketika itu membutuhkan teori yang dapat membantu mereka meramalkan permintaan, memastikan cukupnya persediaan bahan baku, memberikan tugas kepada bawahan, mengarahkan kegiatan sehari-hari, dan lain-lain, sehingga ilmu manajemen mulai dikembangkan oleh para ahli.

Di awal abad ke-20 seorang industriawan Perancis bernama Henry Fayol mengajukan gagasan lima fungsi utama manajemen: merancang, mengorganisasi, memerintah, mengordinasi, dan mengendalikan. Gagasan Fayol itu kemudian mulai digunakan sebagai kerangka kerja buku ajar ilmu manajemen pada pertengahan tahun 1950 dan terus berlangsung hingga sekarang.

Ahli sosilogi Jerman Max Weber, menggambarkan suatu tipe ideal organisasi yang disebut sebagai birokrasi bentuk organisasi yang dicirikan oleh pembagian

kerja, hierarki yang didefinisikan dengan jelas, peraturan dan ketetapan yang rinci, dan sejumlah hubungan yang impersonal. Weber menyadari bahwa bentuk ‘birokrasi yang ideal’ itu tidak ada dalam realita. Dia menggambarkan tipe organisasi tersebut dengan maksud menjadikannya sebagai landasan untuk berteori tentang bagaimana pekerjaan dapat dilakukan dalam kelompok besar. Teorinya tersebut menjadi contoh desain struktural bagi banyak organisasi besar sekarang ini.

Perkembangan selanjutnya terjadi pada tahun 1940-an ketika Patrick Blackett melahirkan ilmu riset operasi yang merupakan kombinasi dari teori statistika dengan teori mikroekonomi. Dikenal dengan ‘Sains Manajemen’. Dia mencoba pendekatan sains untuk menyelesaikan masalah dalam manajemen khususnya di bidang logistik dan operasi. Pada tahun 1946 Peter F. Drucker sering disebut sebagai Bapak Ilmu Manajemen menerbitkan salah satu buku paling awal tentang manajemen terapan: Konsep Korporasi (Concept of the Corporation). Buku ini muncul atas ide Alfred Sloan (chairman dari General Motors) yang menugaskan penelitian tentang organisasi.

Ilmu manajemen dikemukakan dalam beberapa aliran, yaitu aliran klasik, aliran hubungan manusia dan aliran manajemen modern. Aliran aliran tersebut merupakan cikal bakal teori manajemen yang berkembang terus dengan berbagai aliran lainnya. Aliran pemikiran klasik dikenal dengan pendekatan proses dan produksi. Sedangkan aliran hubungan manusia lebih melihat dari sisi bagaimana sumber daya manusia yang berada dalam organisasi.

Seseorang manajer hendaklah mempelajari dan memahami secara keseluruhan tentang perkembangan (evolusi) manajemen yang telah menghasilkan teori-teori manajemen yang muncul dari berbagai aliran, sehingga manajer dapat menggunakan teori yang paling sesuai untuk menghadapi situasi tertentu. Menurut Stoner, manajemen adalah suatu proses perencanaan, pengorganisasian, pengarahan dan pengawasan, usaha-usaha para anggota organisasi dan penggunaan sumber daya organisasi lainnya agar mencapai tujuan organisasi yang telah ditetapkan.

Pada perkembangan peradaban manusia, ilmu terbagi dalam tiga kelompok besar yaitu:

Ilmu yang mempelajari seluruh gejala, bentuk dan eksistensinya yang erat hubungannya dengan alam beserta isinya dan secara universal mempunyai sifat yang pasti dan sarna serta tidak dipisahkan oleh ruang dan waktu. Ilmu ini disebut juga ilmu eksakta, contohnya: fisika,kimia, dan biologi

Ilmu yang mempelajari seluruh gejala manusia dan eksistensinya dalam hubungannya pada setiap aspek kehidupan yang terjadi dalam kehidupan masyarakat. Ilmu ini dinamakan ilmu sosial/non eksakta misalnya: ekonomi, politik, psikologi, sosiologi,hukum,administrasi, dan lain-lain

Ilmu humaniora yaitu kumpulan pengetahuan yang erat hubungannya dengan seni, misalnya: seni tari, seni lukis, seni sastra, dan seni suara

Ilmu manajemen merupakan salah satu disiplin ilmu sosial. Pada tahun 1886 Frederick W. Taylor melakukan suatu percobaan time and motion study dengan teorinya ban berjalan. Dari sini lahirlah konsep teori efisiensi dan efektivitas. Pada tahun 1911 Taylor menulis buku berjudul The Principle of Scientific Management yang merupakan awal dari lahirnya manajemen sebagai ilmu. Ilmu manajemen sebagai ilmu pengetahuan mempunyai ciri- ciri:

1. Adanya kelompok manusia (terdiri atas dua orang atau lebih)
2. Adanya kerjasama dalam kelompok
3. Adanya kegiatanproses
4. Adanya tujuan

Ilmu manajemen merupakan kumpulan disiplin ilmu sosial yang mempelajari dan melihat manajemen sebagai fenomena dari masyarakat modern. Dimana fenomena masyarakat modern itu merupakan gejala sosial yang membawa

perubahan terhadap organisasi. Ada beberapa faktor yang dapat mempengaruhi kehidupan suatu organisasi, yaitu:

1. Tekanan pemilik perusahaan
2. Kemajuan teknologi
3. Saingan baru
4. Tuntutan masyarakat
5. Kebijaksanaan pemerintah
6. Pengaruh dunia Internasional

Mary Parker Follet mendefenisikan manajemen sebagai seni dalam menyelesaikan pekerjaan melalui orang lain. Yang berarti bahwa para manajer untuk mencapai tujuan organisasi melalui pengaturan orang lain untuk melaksanakan berbagai tugas yang mungkin dilakukan.

Sementara Stoner mendefinisikan manajemen sebagai suatu proses perencanaan, pengorganisasian, pengarahan dan pengawasan, usaha-usaha para anggota organisasi dan penggunaan sumber daya organisasi lainnya agar rnencapai tujuan organisasi yang telah ditetapkan. Dari defenisi tersebut terlihat bahwa Stoner telah rnenggunakan kata 'proses', bukan 'seni'. Mengartikan manajernen sebagai 'seni' mengandung arti bahwa hal itu adalah kemampuan atau ketrampilan pribadi. Sedangkan suatu 'proses' adalah cara sistematis untuk melakukan pekerjaan.

Manajemen didefinisikan sebagai proses karena semua manajer tanpa harus rnemperhatikan kecakapan atau keterampilan khusus, harus melaksanakan kegiatan-kegiatan yang saling berkaitan dalam pencapaian tujuan yang diinginkan. Pada dasarnya manajemen merupakan kerjasama dengan orang-orang untuk menentukan, menginterpretasikan dan mencapai tujuan organisasi dengan pelaksanaan fungsi-fungsi perencanaan (planning), pengorganisasian (organizing), pengarahan (actuating), dan pengawasan (controlling).

Kemampuan Dasar Manajemen

Dalam internal organisasi perusahaan, kehadiran seorang pemimpin atau setidaknya seorang manajer mutlak dibutuhkan. Hal ini dikarenakan dalam organisasi perusahaan harus ada seseorang yang dapat memberikan komando, membimbing, memotivasi, dan mampu menjadi contoh bagi para anak buahnya. Pemimpin ini merupakan sosok yang akan bekerja melalui orang lain dalam mencapai apa yang menjadi visi dan misi organisasi perusahaan dengan jalan mengkoordinasikan berbagai kegiatan yang berada dalam organisasi di bawah kepemimpinannya.

Karena peran utama dari seorang manajer adalah untuk memimpin, memotivasi, dan mengarahkan para karyawan untuk dapat bekerja sama dalam mencapai tujuan organisasi perusahaan, maka dari setiap manajer harus memiliki ketrampilan dasar dalam bidang manajemen bisnis agar dapat mengelola timnya secara lebih efektif.

Agar dapat mencapai apa yang menjadi tujuan organisasi perusahaan, maka seorang manajer harus mampu dalam merencanakan, mengatur, dan mengendalikan sumber daya yang masih dimiliki oleh perusahaan, termasuk salah satu di dalamnya adalah berupa sumber daya manusia. Sehingga sangat penting artinya bagi seorang manajer untuk memiliki skill dan kualitas yang terbaik agar dapat melakukan tugasnya dengan lebih efektif.

Beberapa skill (kemampuan) manajerial yang harus dimiliki oleh seorang pemimpin dalam memanajemen tim yang berada di bawah kepemimpinannya adalah:

Kemampuan Konseptual - Hal ini berhubungan langsung dengan kemampuan dalam membuat dan merumuskan sebuah konsep, ide dan mampu menyampaikan gagasannya untuk kemajuan perusahaan. Ide-ide tersebut akan dituangkan dalam

sebuah perencanaan kegiatan atau lebih sering disebut dengan perencanaan kerja. Selain itu seorang manajer hendaknya juga harus memiliki visi untuk ke depannya, misi yang jelas, program kerja yang lebih aktual, serta menjaga *competitive advantage* dalam internal organisasi perusahaan.

Kemampuan dalam Berkomunikasi - Seorang manajer harus mampu dalam berinteraksi dengan banyak orang. Saat berkomunikasi dengan bawahan, maka dia harus dapat berkomunikasi secara lebih persuasif dan bersahabat. Pada saat berkomunikasi dengan rekan kerja, harus saling menghormati dan saat sedang berkomunikasi dengan jajaran manajemen dan para konsumen, dia juga harus dapat melayani mereka dengan baik. Menjaga komunikasi yang baik dengan semua orang akan mampu mendorong orang-orang yang berada di sekitarnya agar bisa menjadi tim terbaik baginya.

Ketrampilan Teknis - Memiliki kemampuan dalam bidang informasi teknologi (IT) atau dalam bidang yang lainnya merupakan sebuah keunggulan tersendiri atau sebuah nilai lebih bagi seorang manajer. Memiliki kemampuan teknis merupakan sebuah bekal yang harus dimiliki oleh seorang manajer, sehingga dia tidak hanya harus mampu dalam memahami sebuah konsep, namun juga dapat menciptakan efektivitas dan efisiensi tersendiri di dalamnya.

Keterampilan dalam Memanajemen Waktu - Seorang manajer harus mampu dalam mengalokasikan dan membagi waktunya agar bisa mendapatkan hasil yang lebih optimal. Kemampuan seperti ini akan diuji pada saat sedang menyusun perencanaan dari sebuah project, di mana tidak hanya permasalahan manajemen waktu saja yang harus dapat diperhatikan, namun juga tentang bagaimana dalam membuat skala prioritas.

Kemampuan dalam Membuat Keputusan Bisnis - Kemampuan dalam mengidentifikasi permasalahan dan dapat meninjau ulang secara lebih komprehensif, termasuk juga dalam memberikan solusi agar dapat memecahkan

permasalahan adalah sebuah keterampilan yang harus dimiliki oleh setiap manajer. Mengambil keputusan hendaknya tidak boleh dilakukan secara terburu-buru, juga jangan sampai terlalu lambat, namun yang sering kali terjadi di lapangan adalah seorang manajer biasanya harus mengambil keputusan dengan cepat di saat yang benar-benar mendesak.

Kemampuan dalam Bidang Kepemimpinan - Manajer juga harus benar-benar siap, tidak boleh setengah-setengah untuk menjadi seorang pemimpin dan tidak mengindahkan hal-hal yang sama sekali tidak perlu. Menjalankan sebuah program kerja dan evaluasi memang membutuhkan adanya sebuah komitmen dan ketegasan. Manajer yang tangguh akan mampu dalam mendorong untuk terciptanya trust (kepercayaan) pada lingkungan kerjanya dan menciptakan teamwork yang benar-benar solid pada tim kerja yang berada dibawah pimpinannya.

Berbagai keterampilan tersebut merupakan skill dasar yang harus dimiliki oleh seorang manajer agar mampu dalam mengelola manajemen sumber daya manusia yang berada di bawahnya. Dengan memiliki ketrampilan manajemen tersebut, maka seorang manajer akan dapat menjalankan segala tugas-tugasnya dengan lebih profesional dan efektif.

Prinsip-prinsip Manajemen

Suatu dalil umum yang dapat disimpulkan dari proses menggerakkan orang-orang dan menggerakkan fasilitas-fasilitas yang berlaku sebagai dasar petunjuk bagi seseorang dalam melakukan perbuatan-perbuatan atau menjalankan tindakannya untuk mencapai tujuan yang dikehendaki disebut dengan prinsip manajemen.

Satu-satunya tokoh yang membahas mengenai prinsip-prinsip manajemen adalah Henry Fayol. Adapun 14 prinsip manajemen menurut Henry Fayol adalah sebagai berikut:

1. Pembagian Kerja (Division of Labour) Pembagian kerja dalam suatu badan sangat diperlukan untuk membedakan seseorang dalam suatu perusahaan, apakah ia pemimpin, pelaksana, staf dan lain sebagainya. Baik buruknya pembagian kerja banyak menentukan berhasil guna dan berdaya guna.
2. Kekuasaan (Wewenang) dan Tanggung Jawab (Authority and Responsibility) Setiap pejabat/pimpinan dalam suatu badan tertentu harus mempunyai kekuasaan dan tanggung jawab. Kekuasaan, wewenang (authority) adalah hak untuk mengambil keputusan sehubungan tugas dan tanggung jawab atas pekerjaan yang dikerjakannya.
3. Disiplin (Discipline) Disiplin merupakan sesuatu yang menjadi dasar bagi kekuatan suatu badan atau perusahaan. Setiap pihak yang terlibat dalam suatu badan harus ada kedisiplinan untuk melakukan suatu pekerjaan, menaati peraturan yang dibuat oleh badan tersebut. Pimpinan harus dapat memberi teladan kepada bawahan dengan jalan memenuhi peraturan dan perjanjian yang telah disepakati sebelumnya.
4. Kesatuan Perintah (Unity of Command) Untuk memperlancar pencapaian tujuan, perlu adanya kesatuan perintah dari atasan kepada bawahan atau seorang pegawai menerima perintah dari atasannya.
5. Kesatuan Arah (Unity of Direction) Dengan prinsip kesatuan arah dimaksudkan seorang kepala dan pegawainya tidak boleh bertentangan antara satus sama lain dalam mencapai suatu tujuan secara keseluruhan.
6. Kepentingan Individu Harus Berada di Bawah Kepentingan Umum (Subordinate of Individual Interest to General Interest) Prinsip ini dimaksudkan bahwa kepentingan umum atau perusahaan secara keseluruhan harus berada di atas kepentingan pribadi.

7. Pembayaran Upah yang Adil (Remuneration of Personal) Dalam pemberian upah kepada pegawai harus adil atau tidak berat sebelah, ada dasar-dasar objektif dalam menetapkan upah masing-masing pegawai.
8. Pemusatkan (Centralization) Suatu wewenang dapat dipusatkan dan dapat didelegasikan kepada pejabat-pejabat tertentu untuk memperlancar jalannya suatu perusahaan.
9. Rantai Skalar atau Scalar Chain (Line of Authority) Dengan prinsip ini dimaksudkan bahwa garis wewenang dalam suatu organisasi haruslah jelas.
10. Tata Tertib (Order) Dalam melakukan suatu usaha harus ada ketertiban baik secara material maupun orang-orang, sehingga ada aturan yang harus dijalankan.
11. Keadilan (Equity) Agar setiap bawahan setia kepada atasannya, maka masing-masing atasan harus mempraktikkan keadilan yakni memberikan kepada setiap orang apa yang menjadi haknya.
12. Stabilitas Pegawai (Stability of Tenure of Personal) Keberadaan pegawai harus dijaga kestabilannya, jangan terlalu sering pergantian pegawai, baik karena pemindahan atau pemecatan. Ketidakstabilan pegawai akan menimbulkan pertambahan biaya, baik merekrut, melatih dan juga untuk pengawasan.
13. Inisiatif (Initiative) Setiap orang atau pegawai diberi kesempatan untuk mengungkapkan atau menjalankan inisiatif, baik mengenai cara kerja, prosedur kerja atau menjalankan rencana baru dalam pekerjaannya.
14. Jiwa Kesatuan (Esprits de Corps) Pada diri setiap pegawai atau manajer perlu ditanamkan jiwa kesatuan atau kesetiaan pada kelompok, sehingga dapat bekerja sama pada sejumlah orang untuk mencapai tujuan bersama.

Sarana/Unsur Manajemen (Tools of Management)

Manajemen dapat dilaksanakan dengan baik apabila dilengkapi dengan alat-alat atau sarana (tools of management). Sarana-sarana manajemen meliputi 6 M, antara lain:

1. Man (orang)

Man (orang) merupakan sarana yang paling penting, dan faktor yang dominan serta menentukan. Man adalah sarana yang istimewa karena ia dapat dikatakan sebagai subyek dan dapat dikatakan sebagai obyek (mempunyai fungsi ganda). Man sebagai subyek , karena dialah yang memulai suatu tindakan atau usaha (starter of action). Dia pula sebagai penggerak, motivator maupun dinamisator. Kalau diumpamakan sebagai mesin maka ia berfungsi sebagai generator dari mesin tersebut.

Man sebagai obyek, karena ia dapat diatur dan digerakkan seperti sarana lainnya. Namun kelebihannya ia mempunyai jiwa dan perasaan, sehingga perlu dihargai secara wajar sesuai dengan harkat kemanusiaannya.

2. Money (uang)

Apabila man (orang) yang berfungsi sebagai subyek telah mengatur dan menentukan tujuan organisasi, maka giliran selanjutnya diperlukan uang sebagai sarana utama mencapai tujuan. Karena dengan uang itu dapat digunakan untuk membiayai tenaga kerja, membeli material dan mesin serta dapat digunakan untuk membiayai penelitian cara-cara (methode) kerja.

Money dapat digunakan pula untuk membiayai pemasaran, dapat digunakan untuk berbagai keperluan dalam mencapai tujuan. Agar uang dapat berguna secara efektif dan efisien maka perlu diatur oleh orang/bidang yang ahli yaitu finansial manajemen.

3. Materials (Bahan-bahan)

Material sebagai sarana pokok dalam usaha produksi maupun perdagangan. Material dapat berupa bahan mentah,bahan setengah jadi maupun bahan jadi.

4. Methods (Cara)

Methods atau metode yang mengatur prosedur maupun standar operasional berjalan suatu kegiatan. Dalam rangka pengolahan inilah diperlukan suatu usaha harus dibuat sebaik dan seefektif mungkin untuk menghasilkan kerja yang baik. Cara (methode) yang digunakan dalam proses produksi harus merupakan standar sehingga dapat digunakan oleh semua pegawai demi keseragaman kerja, mempermudah pengawasan serta mencegah hasil produksi yang tidak memuaskan

5. Machines (Mesin-mesin)

Mesin merupakan sarana penting dalam dunia modern. Bekerja dengan menggunakan mesin akan sangat membantu mempercepat dan memperlancar proses penyelesaian pekerjaan, serta melipat gandakan hasil produksi. Karena itulah mesin sangat dibutuhkan sebagai sarana yang menguntungkan usaha produksi dan perdagangan terutama dalam menghadapi saingan usaha.

6. Market (Pasar)

Kegiatan dalam bidang pemasaran merupakan kegiatan puncak, kegiatan yang menentukan apakah hasil jerih payah kita dapat diterima oleh konsumen atau tidak. Pihak manajemen harus memiliki strategi pemasaran yang handal dan dapat bersaing dengan kompetitor market dari harga, kualitas maupun kuantitas.

Fungsi-fungsi Manajemen

Agar organisasi bisa berjalan dengan baik, dibutuhkan pengelolaan manajemen yang baik. Dalam hal ini, fungsi manajemen sangat diperlukan sebagai sarana pengembangan organisasi. Secara umum, terdapat 4 fungsi manajemen yaitu perencanaan (planning), pengorganisasian (organizing), pelaksanaan (actuating), dan pengendalian (controlling).

Menurut Yayat M. Herujito dalam buku Dasar-Dasar Manajemen (2001), manajemen adalah pengelolaan pekerjaan guna mencapai tujuan bersama yang telah ditentukan sebelumnya, dilakukan dengan menggerakkan orang untuk bekerja.

Sementara Roni Angger Aditama dalam buku Pengantar Manajemen: Teori dan Aplikasi (2020), menyebutkan jika fungsi manajemen juga bisa disebut ilmu manajemen. Fungsi ini memuat perihal apa saja yang dilakukan di bidang manajemen. Berikut penjelasannya:

Planning (Perencanaan)

Perencanaan merupakan proses pendefinisian tujuan organisasi, pembuatan strategi untuk mencapai tujuan, serta pengembangan rencana aktivitas organisasi. Tahap perencanaan sangat penting dan tidak boleh dilewatkan. Perencanaan merupakan proses untuk menentukan tujuan yang akan dicapai serta langkah-langkah yang harus diambil untuk mencapai tujuan bersama. Melalui perencanaan seseorang dapat mengidentifikasi hasil kerja dan cara mencapainya.

Perencanaan juga bermanfaat untuk memastikan jika visi misi perusahaan sudah sejalan dengan arah dan tujuannya. Contohnya: struktur organisasi rumah sakit yang dibutuhkan, tujuan program rumah sakit dan bagaimana mencapai

tujuan tersebut, bagaimana kualifikasi untuk jumlah dan jenis staf yang dibutuhkan, sejauh mana efektifitas kepemimpinan dirumah sakit, dan komunikasi serta bentuk pengawasan manajer yang harus dikembangkan dan dilaksanakan.

Organizing (Pengorganisasian)

Pengorganisasian adalah proses penyusunan atau penentuan sumber daya organisasi untuk mencapai tujuan perusahaan. Sumber daya organisasinya meliputi sumber daya manusia (karyawan dan atau tenaga ahli), sumber daya fisik (mesin, tanah, gedung), sumber daya operasional (kebijakan, system, dan informasi)

Fungsi pengorganisasian dilakukan dengan pembagian tugas untuk sumber daya manusia, penetapan struktur organisasi dan wewenang atau tanggung jawab dan sistem komunikasi, mengalokasi sumber daya alam, serta merekrut, menyeleksi dan melatih sumber daya manusia serta mengkoordinasikan kerja setiap karyawan di dalam suatu tim kerja yang solid dan terorganisasi.

Actuating (Pelaksanaan)

Pelaksanaan merupakan proses penerapan atau implementasi dari semua rencana, konsep, ide, serta gagasan yang telah dibuat sebelumnya, untuk meraih tujuan bersama. Dalam implementasinya, wajar jika ditemui beberapa kendala, namun ada pula yang langsung sukses dan berhasil. Fungsi pelaksanaan biasanya dilakukan dengan membimbing serta memberi motivasi kepada sumberdaya manusia serta peningkatan kemampuan bekerja karyawan. Pada tahap ini, semua rancangan yang telah disusun, dipastikan berjalan dan diimplementasikan dengan baik.

Penerapan fungsi actuating dalam manajemen usaha adalah melaksanakan semua rencana atau gagasan yang sudah dibuat. Banyak yang harus diketahui oleh

pimpinan/manajer untuk bisa mengarahkan karyawan bekerja sebaik mungkin sehingga rumah sakit yang dipimpinnya berhasil dalam mencapai tujuan yang dikehendaki.

Controling (Pengendalian)

Pengendalian adalah bentuk kontrol atau evaluasi terhadap kinerja organisasi. Hal ini dilakukan untuk memastikan jika apa yang telah direncanakan, disusun serta dijalankan sudah sesuai dengan apa yang telah dirancang sebelumnya. Fungsi pengendalian dilakukan dengan mencari tahu apa saja yang tidak sesuai dengan rancangan, menentukan dan menganalisa letak permasalahannya, berusaha mencari solusinya, serta melakukan pengawasan kinerja sumber daya manusia.

Pengendalian yang harus diperhatikan adalah adanya standar penilaian, adanya standar prosedur, sistem informasi dan adanya evaluasi yang terjadi dan melakukan tindakan pengkoreksian dalam pelaksanaan untuk mencapai tujuan organisasi.

Tingkatan Manajemen

Manajer merupakan seorang yang mampu bekerjasama dengan orang lain dengan cara mengorganisasikan seluruh bentuk kegiatannya secara bersama-sama agar bisa merealisasikan tujuan utama perusahaan. Pada umumnya, manajemen memiliki tingkatan, tanggungjawab, dan tugas yang berbeda-beda. Akan tetapi, jika dilihat berdasarkan tingkatan atau level manajemen, maka akan terbagi lagi menjadi tiga tingkatan manajemen sesuai dengan fungsi dan tugasnya. Berikut penjelasannya:

Manajemen Tingkatan Puncak (Top Level Management)

Manajemen puncak atau top level management merupakan tingkat manajemen paling atas yang memiliki otoritas paling tinggi di suatu organisasi perusahaan serta memiliki tanggungjawab langsung kepada pemilik perusahaan.

Pada umumnya, manajemen puncak ini hanya bekerja pada suatu tatanan konseptual dan pemikiran, bukan pada berbagai hal teknis. Manajemen puncak ini mempunyai wewenang paling besar di antara tingkatan manajemen lainnya.

Tingkat manajemen puncak memiliki hal penuh untuk mengangkat, memilih, serta memberhentikan manajemen lain yang berada di bawahnya. Beberapa contoh sebutan tingkat manajemen puncak adalah GM (General Manager), CEO (Chief Executive Officer), dan Presedir atau Presiden Direksi.

Direksi adalah suatu perwakilan dari pemilik perusahaan atau pemegang saham, direksi akan dipilih oleh pemegang saham perusahaan, dan CEO biasanya akan dipilih langsung oleh dewan direksi perusahaan. Lantas, apa saja tugas manajemen puncak ini?

Terdapat beberapa peran dan tugas yang harus diemban oleh manajemen puncak, yaitu:

1. Menentukan Tujuan Perusahaan – Manajemen tingkat atas ini akan bertugas dalam merumuskan tujuan utama dalam suatu organisasi. Tujuan tersebut bisa dalam bentuk jangka panjang ataupun jangka pendek.
2. Membuat kerangka Rencana dan Kebijakan – Manajemen tingkat atas harus membuat kerangka kebijakan dan rencana untuk mencapai tujuan utama perusahaan yang telah ditetapkan.

3. Mengorganisasi seluruh kegiatan dan pekerjaan yang nantinya akan dilakukan oleh manajer yang ada ditingkat menengah.
4. Mengumpulkan dan juga mengatur seluruh sumber daya organisasi perusahaan agar bisa melakukan seluruh bentuk kegiatan dalam organisasi.
5. Memiliki tanggungjawab penuh atas kelangsungan dan pekembangan organisasi perusahaan.
6. Sebagai penghubung dengan pihak lain dari luar perusahaan.

Manajemen Tingkat Menengah (Middle Management)

Manajemen tingkat menengah atau *middle management* memiliki posisi tengah dari hirarki manajemen di suatu perusahaan. Manajemen menengah ditunjuk langsung oleh manajemen puncak dengan tugas dan tanggungjawab yang juga sudah ditentukan oleh manajemen puncak.

Mereka yang berada di tingkat manajemen tengah akan cenderung bekerja dengan mengandalkan kemampuan manajerial dan berbagai hal teknis lainnya. Jadi, mereka tidak terlalu membutuhkan kemampuan yang sifatnya lebih konseptual.

Manajemen tingkat menengah juga akan memimpin dan mengarahkan seluruh kegiatan manajer yang ada di bawahnya. Mereka akan bertanggungjawab pada seluruh kegiatan yang dilakukan oleh tingkat manajemen yang lebih rendah, dan bahkan kerap kali bertanggung jawab pada beberapa karyawan operasional. Beberapa contoh sebutan tingkat manajemen tengah adalah kepala departemen, manajer cabang, junior executive, dan lain-lain.

Beberapa contoh tugas dan peran manajemen tingkat menengah adalah:

1. Merealisasikan seluruh kebijakan yang disusun oleh pihak manajemen puncak dan menjelaskannya pada manajemen yang berada di bawahnya. Artinya, manajemen tingkat menengah ini berfungsi sebagai penghubung antara pihak manajemen tingkat atas dengan pihak manajemen tingkat bawah.
2. Mengorganisasi seluruh kegiatan departemen agar bisa melakukan seluruh rencana dan juga kebijakan yang sudah ditetapkan.
3. Merekruit, menyeleksi, dan menempatkan karyawan yang memang dibutuhkan oleh departemen ataupun unit kerja.
4. Memberikan motivasi pada karyawan untuk bisa melakukan yang terbaik bagi departemennya.
5. Mengawasidanmengerahkanseluruhkaryawanyangberadadidepartemennya.
6. Melakukan kerjasama dengan departemen lain demi kelancaran operasional perusahaan.
7. Melakukan rencana yang sebelumnya telah disusun oleh manajemen tingkat atas.

Manajemen Tingkat Lini Pertama (Low Level Management)

Manajemen lini pertama atau *low level management* adalah tingkatan manajemen yang berada paling rendah dalam suatu organisasi perusahaan. Tugas mereka adalah memimpin dan mengawasi performa tenaga kerja operasional. Oleh karena itu, manajemen tingkat pertama ini akan lebih mengandalkan kemampuan teknikal dan kemampuan komunikasinya.

Berbagai kemampuan dalam hal konseptual hampir tidak dibutuhkan sama sekali oleh manajer lini pertama. Selain itu, mereka juga tidak membawahi manajer lainnya. Contoh sebutan yang berlaku untuk manajemen tingkat pertama ini adalah supervisor atau mandor. Mereka secara langsung dipilih oleh manajemen tingkat menengah.

Selain itu, mereka juga menjadi bagian dari manajemen operasional yang terlibat langsung dalam seluruh proses produksi dan bertanggung jawab untuk bisa menyelesaikan berbagai rencana dan tugas yang telah diberikan oleh manajemen tingkat menengah.

Berbagai tugas dan fungsi dari manajemen tingkat pertama ini adalah:

1. Mempelajari dan memahami seluruh masalah serta keluh-kesah para pekerja operasional sebelum pada akhirnya dilaporkan pada manajemen tingkat menengah.
2. Mampu menjaga kondisi kerja yang baik dan mampu menjaga hubungan kerja yang sehat antara atasan dan bawahan.
3. Menyediakan fasilitas lingkungan kerja yang aman dan sehat untuk para pekerja.

4. Memberikan bantuan pada manajemen tingkat menengah dalam hal merekrut dan menyeleksi calon pekerja sesuai dengan yang dibutuhkan.
5. Berkomunikasi, mendengarkan saran, dan memberikan motivasi pada para karyawan.
6. Mempertahankan sekaligus menjaga kualitas, serta memastikan jumlah output produksi atau layanan sesuai dengan apa yang direncanakan.
7. Memiliki tanggungjawab yang penuh dalam meningkatkan moral karyawan, serta membangkitkan seluruh semangat kerja dalam tim.
8. Meminimalisasi pemborosan suatu sumber daya organisasi atau perusahaan.

RUMAH SAKIT

RUMAH SAKIT

Sejarah Perkembangan Rumah Sakit

Rumah Sakit berasal dari bahasa asing hospital/rumah sakit yang artinya tamu. Secara tradisional merupakan tempat untuk merawat pasien pengasingan penderita kusta, TBC, penyakit jiwa dan penyakit menular lainnya. Sejarah rumah sakit dimulai di India dan Mesir pada abad ke-6 SM Ceylon (437 SM) dan Ashoka (273232 SM) membangun 18 rumah sakit. Saat itu, konsep pengobatan dan perawatan pasien dilakukan secara sederhana, menggunakan kombinasi obat dan kebatinan. Pengetahuan tentang tubuh manusia diperoleh melalui observasi dan mumifikasi.

Di Turki, pengobatan pasien dilakukan dalam kombinasi magis di tempat-tempat ibadah. Tidak sampai kemudian Rene Theophile Hyacinthe Laenec (1816) menemukan stetoskop. Rumah sakit di Eropa berkisar dari Roma (390), Lyon (542), Paris (660), Inggris (1084), Berlin (1070) hingga Rumah Sakit St. Bartholomew di London (1137). Mereka biasanya berhubungan dengan gereja dan digunakan sebagai kusta atau Tempat pengasingan bagi penderita penyakit menular seperti kusta.

Kemudian, dengan perkembangan pengobatan Barat yang dikenal sebagai pengobatan Barat, hingga perintis Florence Nightingale (1854) menggabungkan memasak dengan kebersihan lingkungan dan pribadi, yang sangat mengurangi kematian pasien, dan memungkinkan Kanada dan Amerika Rumah sakit telah berkembang pesat. Rumah sakit terdaftar dengan “ruang operasi” di Mexico City (1524), Quebec (1839), Pulau Manhattan (1663), dan Rumah Sakit Umum Philadelphia sekarang menjadi museum rumah sakit.

Penemuan teknologi kedokteran, seperti ether (Crawford Long 1842) sebagai obat anestesi, chloroform (Sir James Simpson 1847), prinsip antiseptik (Lister 1873), sterilisasi uap Bergman 1886), sarung tangan karet (Helsped 1890), penemuan bakteri (Koch (1880), penemuan sinar-X (1895), dan fisioterapi/radiasi (1893) merevolusi perkembangan rumah sakit dan meningkatkan jumlah operasi ribuan kali.

Perawatan rawat inap di Indonesia dimulai sekitar abad ke-19, ketika pemerintah Hindia Belanda membangun poliklinik dan fasilitas perawatan bagi anggota angkatan bersenjata yang sakit atau terluka. Akhirnya, rumah sakit militer didirikan di tempat-tempat di mana pasukan kolonial terkonsentrasi, seperti Jakarta, Semarang, dan Surabaya.

Rumah sakit juga telah dibangun untuk mengatasi transportasi jarak jauh dari Eropa ke Indonesia, tetapi tidak memiliki fasilitas medis yang baik, proses adaptasi iklim, dan dukungan pengobatan penyakit tropis. Ini dimulai sebagai rumah sakit untuk orang Eropa dan non-Eropa yang bekerja dengan VOC. Sampai akhir abad ke-19, itu adalah rumah sakit militer yang didedikasikan untuk melayani anggota unit militer dan VOC atau pegawai pemerintah yang lebih baru (termasuk orang Eropa dan penduduk setempat). Pada saat yang sama, warga sipil yang berhak atas layanan rumah sakit hanya orang Eropa atau penduduk non-Eropa yang secara hukum setara dengan orang Eropa. Hal ini terkait dengan fakta bahwa kebijakan kesehatan penguasa ada saat itu tidak terlalu memperhatikan penduduk pribumi.

Merebaknya wabah penyakit di kalangan penduduk pribumi sangat mempengaruhi kepentingan penjajah di bidang ekonomi dan kesehatan masyarakat. Selanjutnya banyak penduduk pribumi yang diobati dan dirawat, namun karena kewalahan, mereka mulai mendapat serangan cacar dan pendidikan dari dokter pribumi di rumah sakit militer. Rumah sakit militer yang menyelenggarakan pendidikan tenaga kesehatan yang sekarang menjadi pola dari rumah sakit pendidikan saat ini. Namun, ketika pendidikan kedokteran lokal memasuki STOVIA School Tot Opleiding Van Inslandse Artsen) dan NIAS (Nederlands Indische Artsen School), rumah sakit pendidikan juga telah berkembang.

Penduduk pribumi yang menerima pelayanan medis dipandang sebagai bagian dari upaya untuk melindungi kepentingan orang Eropa. Namun, ada juga rumah sakit dari berbagai kelompok agama yang memberikan perawatan dan pengobatan bagi orang miskin dan mereka yang membutuhkan, seperti Rumah Sakit Kharismatik.

Sejak *etische* politik Van Deventer dimulai, pemerintah kolonial mulai membangun rumah sakit umum untuk masyarakat kota-kota besar. Pada tahun 1919, Centrale Burgelijke iekeninrichting (CBZ), rumah sakit terbesar, dibangun di Jakarta.

Ketika Jepang mulai menjajah Indonesia, status rumah sakit yang ada berubah dan semuanya diambil alih. Staf Belanda digantikan oleh tenaga medis dan paramedis, tetapi jabatan direktur rumah sakit dipegang oleh dokter Jepang. Pengelolaan, kepemilikan, dan administrasi semua rumah sakit menjadi satu jenis, yaitu Rumah Sakit Pemerintah Pendudukan. Pendidikan kedokteran ditutup, tetapi dibuka kembali pada tahun 1943, dan pendidikan keperawatan dipersingkat.

Pada masa kemerdekaan, model pemeliharaan, kepemilikan dan pengelolaan kembali ke kolonial. Biasanya bersifat terapeutik dan otonom, dikelola dan dikembangkan oleh mereka sesuai dengan kebijakan administrator/pemilik.

Setelah itu melalui berbagai perubahan organisasi dan penataan rumah sakit, akhirnya terbentuklah model rumah sakit yang diharapkan. Arah pelayanan kesehatan telah berkembang dari hanya kuratif di masa lalu menjadi lebih reventif ke rehabilitatif. Pada saat yang sama, dari segi fungsi juga berkembang dari pengobatan, keperawatan, dan pendidikan menjadi tempat penelitian yang lebih komprehensif.

Pada tahun 1951, pemerintah mengatur pemeliharaan, pembagian kelas, dan pendaftaran makanan. Rumah sakit umum dibagi menjadi tingkat II, III dan IV, yang dibagi menjadi IVa untuk membayar, IVb untuk masyarakat miskin dan IVc gratis. Semua rumah sakit swasta diklasifikasikan pada tingkat satu.

Pada tahun 1953 juga ditetapkan rumah sakit swasta untuk merawat orang miskin, pada tahun 1972 diterapkan sistem rujukan dan rumah sakit dibagi menjadi A, B, C, D, E/Khusus, dan lain-lain. Pada tahun 1977, Rumah Sakit TNI ditetapkan sebagai rumah sakit tingkat pertama, kedua, ketiga dan keempat. Rumah sakit swasta juga memiliki tingkat kepemilikan umum, menengah, dan besar oleh yayasan atau kelompok agama.

VOC untuk tahap awal pembangunan rumah sakit pada abad ke-19, bergantung pada subsidi untuk memperoleh dana rumah sakit dan dana pasien pegawai Pemerintah Hindia Belanda dan VOC. Pada saat itu, penyediaan pelayanan rumah sakit juga dikembangkan sesuai dengan kebutuhan dan kemampuan pasien. Tarif tinggi atau rendah yang diterapkan tergantung pada layanan dan kebutuhan pasien, tidak langsung dibuat oleh rumah sakit. Oleh karena itu, sejarah asal usul rumah sakit menunjukkan bahwa perkembangan rumah sakit di Indonesia berawal dari sistem berbasis rumah sakit militer, diikuti oleh rumah sakit agama, dan kemudian menjadi rumah sakit pemerintah, dengan fokus pada aspek kesehatan dan sosial, yang akan berdampak besar pada persepsi masyarakat tentang rumah sakit.

Perlu dicatat bahwa sebelum kemerdekaan, subsidi pemerintah sangat umum. Catatan lain, dalam sejarah pelayanan kesehatan di Indonesia, sistem asuransi kesehatan telah lama dikenal. Dalam hal ini, asuransi kesehatan pemerintah telah diterapkan sejak lama. Seperti yang dikatakan Boomgard (1996), pakar sejarah asuransi kesehatan pemerintah didasarkan pada gagasan sederhana bahwa pelaut, tentara, pengusaha, dan birokrat harus mendapatkan arahan pemerintah. Layanan jauh dari keluarga.

Perkembangan organisasi rumah sakit di Indonesia saat ini mengalami perubahan yang sangat pesat. Dari sisi kepemilikan, tidak hanya Kementerian Kesehatan, pemerintah daerah, Polri, tetapi juga Badan Usaha Milik Negara (BUMN). Milik swasta, terutama rumah sakit yang berbentuk yayasan, badan hukum dan badan hukum sosial, kemanusiaan atau nirlaba. Pada ategori swasta juga terdapat rumah sakit yang dimiliki oleh dokter secara individu atau kolektif, dan rumah sakit milik perusahaan atau kelompok yang memiliki jaringan rumah sakit dengan kekuatan modal.

Dari segi pengelolaan dan manajemen, rumah sakit yang pada hakikatnya bersifat kaku mengikuti ICW (*incompatibilitet wet*), kemudian menjadi rumah sakit perusahaan jawatan, kemudian menjadi RS Swadana, terus berkembang, dan akhirnya menjadi RS institusi pelayanan publik. Inti dari semua ini adalah memberikan fleksibilitas anggaran untuk mendukung pelayanan dan pengembangan rumah sakit yang sangat spesifik, unik, khas dan dinamis. Dari segi pelayanan medis tidak hanya rawat jalan dan rawat inap saja, tetapi juga dari *emergency, intensive care, short term one day care, day care hingga home care*.

PENGERTIAN RUMAH SAKIT

Rumah sakit adalah institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna, menyelenggarakan pelayanan rawat inap, rawat jalan, dan rawat darurat (UU No. 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 ealth care, both curative and preventive and whose out patient service each out to the family and its home environment; the hospital is also a entre for the training of health workers and for biosocial research.*”

Rumah Sakit merupakan bagian integral dari organisasi dan perawatan medis integrasi). Fungsinya adalah memberikan pelayanan kesehatan medis dan preventif ang lengkap kepada masyarakat. menjangkau pelayanan keluarga dan lingkungan, rumah sakit juga pelayanan kesehatan, Balai Latihan Kerja dan Penelitian Biososial.

Rumah sakit merupakan organisasi yang unik dan kompleks karena merupakan organisasi padat karya dengan ciri dan fungsi khusus dalam proses produksi pelayanan medis, dan memiliki banyak kelompok profesional dalam perawatan pasien. Selain menjalankan fungsi pelayanan kesehatan masyarakat, rumah sakit juga memiliki fungsi pendidikan dan penelitian.

Setiap orang berhak memperoleh pelayanan kesehatan, dan negara bertanggung jawab untuk menyediakan fasilitas kesehatan dan kesehatan yang memadai serta fasilitas mum. Sebagai salah satu organisasi pelayanan kesehatan, rumah sakit merupakan bagian yang tidak terpisahkan dari sumber daya kesehatan untuk menunjang terselenggaranya upaya kesehatan.

Rumah Sakit diselenggarakan berdasarkan Pancasila dan didasarkan pada nilai-nilai kemanusiaan, yaitu perlakuan yang baik dan manusiawi, tanpa diskriminasi ras, uku, agama, kondisi sosial dan ras. Etika profesi dan profesionalisme dilaksanakan oleh enaga medis yang memiliki etika profesi dan sikap profesional serta mentaati etika umah sakit. Manfaat berarti, manfaat yang sebesar-besarnya harus diberikan kepada mat manusia untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan masyarakat. Keadilan, yang berarti mampu memberikan pelayanan yang adil dan merata serta pelayanan yang ermutu tinggi kepada setiap orang dengan biaya yang terjangkau

oleh masyarakat. Persamaan hak dan anti diskriminasi tidak memungkinkan masyarakat dibedakan dari semua lapisan masyarakat dalam bentuk individu atau kelompok. Keadilan berarti bahwa manajemen rumah sakit harus mencakup semua lapisan masyarakat. perlindungan dan keselamatan pasien, artinya rumah sakit bukan hanya sekedar organisasi pelayanan kesehatan, tetapi harus mampu meningkatkan kesehatan dengan tetap memperhatikan perlindungan dan keselamatan pasien, misalnya dengan menerapkan Manajemen Risiko. Fungsi sosial rumah sakit berarti menjadi bagian dari tanggung jawab masing-masing rumah sakit, yaitu ikatan moral dan etik untuk membantu pasien terutama yang kurang/tidak dapat memenuhi kebutuhan pelayanan edis.

TUGAS DAN FUNGSI RUMAH SAKIT

Rumah sakit adalah menyediakan layanan kesehatan perseorangan secara komprehensif paripurna). Artinya setiap kegiatan pelayanan kesehatan yang diberikan oleh tenaga kesehatan ntuk memelihara dan meningkatkan kesehatan, mencegah dan menyembuhkan penyakit, serta memulihkan kesehatan.

Untuk memenuhi tanggung jawab tersebut di atas, rumah sakit mempunyai fungsi sebagai berikut:

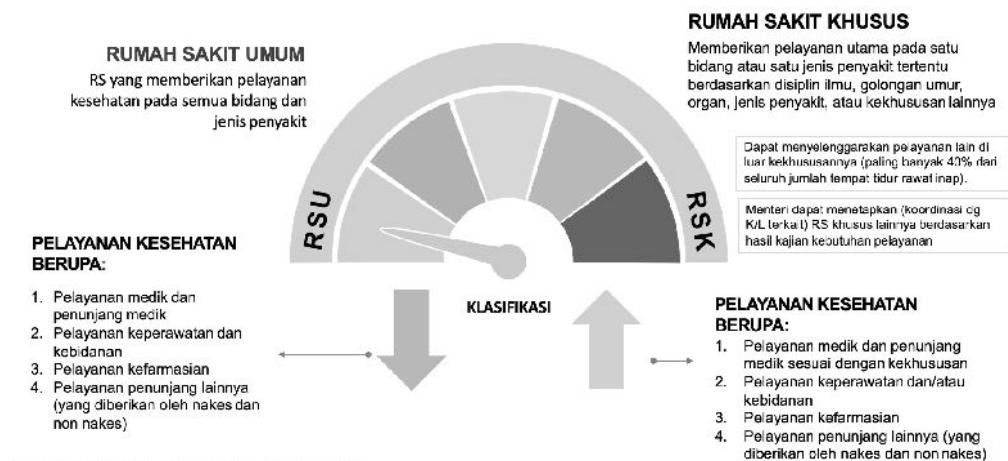
1. Menyelenggarakan pelayanan pengobatan dan rehabilitasi kesehatan sesuai dengan standar pelayanan rumah sakit.
2. Pemeliharaan dan peningkatan kesehatan melalui pelayanan kesehatan menengah/tingkat tinggi yang paripurna dengan teknologi spesalistik dan ketiga/teknologi medis sub spesalistik sesuai kebutuhan medis
3. Menyelenggarakan pendidikan dan pelatihan sumber daya manusia untuk meningkatkan kemampuan pelayanan kesehatan.
4. Dengan memperhatikan etika keilmuan bidang kesehatan, dalam rangka peningkatan pelayanan kesehatan, menyelenggarakan penelitian dan pengembangan serta pengujian teknologi bidang kesehatan.

JENIS DAN BENTUK RUMAH SAKIT

Menyediakan rumah sakit untuk masyarakat, memberikan jaminan pembiayaan bagi kelompok miskin dan kurang mampu, memfasilitasi pembinaan, dan pengawasan, memberikan perlindungan bagi pengguna jasa, menyediakan sumber daya yang diperlukan, dan menstandarkan distribusi dan peralatan medis. Dengan kandungan teknis yang tinggi dan nilai yang tinggi, maka perlu dilakukan standarisasi pengelompokan rumah sakit menurut jenis, bentuk, dan klasifikasinya.

Rumah sakit dibagi menjadi rumah sakit tetap, rumah sakit bergerak dan rumah sakit lapangan menurut bentuknya. Rumah sakit tetap adalah rumah sakit jangka panjang yang memberikan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna, meliputi pelayanan rawat inap, rawat jalan, dan gawat darurat. Rumah sakit keliling adalah rumah sakit yang tersedia setiap saat, bersifat sementara untuk jangka waktu tertentu, dan dapat dipindahkan dari satu tempat ke tempat lain. Rumah sakit keliling dapat berbentuk bus, kapal, karavan, gerbong kereta atau peti kemas. Rumah sakit lapangan adalah rumah sakit yang didirikan di lokasi tertentu dalam keadaan darurat untuk melaksanakan kegiatan tertentu yang dapat menjadi bencana atau pada saat tanggap darurat bencana.

Menurut jenis pelayanan yang diberikan, rumah sakit dibagi menjadi rumah sakit umum dan rumah sakit spesialis. Rumah Sakit Umum adalah rumah sakit yang memberikan pelayanan kesehatan untuk segala bidang dan berbagai penyakit. Sedangkan rumah sakit khusus adalah rumah sakit yang memberikan pelayanan primer di bidang atau jenis penyakit tertentu sesuai dengan disiplin ilmu, umur, organ, jenis penyakit, atau kekhususan lainnya. Rumah sakit ini didedikasikan untuk melayani pengobatan pasien jenis tertentu, seperti “*trauma center*”, bedah khusus, rumah sakit ibu dan anak, rumah sakit mata, rumah sakit gigi dan mulut, atau rumah sakit yang melayani kepentingan khusus, seperti yang disebut rumah sakit jiwa (psychiatric hospital), paru-paru, infeksi, otak, kanker, jantung dan pembuluh darah, telinga, hidung dan tenggorokan, ketergantungan obat dan ginjal.



Gambar 1. Jenis Rumah Sakit

BADAN HUKUM RUMAH SAKIT

Rumah sakit pemerintah dapat berbentuk badan hukum, seperti unit Pelaksana Teknis, Rumah Sakit Perjan atau Perusahaan Jawatan, atau Badan Layanan Umum/Badan Layanan umum Daerah, yang dapat mengelola ketenagaan dan keuangan secara lebih mandiri. Dulu, rumah sakit swasta hanya bisa berbentuk badan hukum yayasan (non profit), tetapi sejak tahun 1990, badan hukum lain juga diperbolehkan (Permenkes nomor 84/Menkes/Per/I/1990). Sekarang banyak rumah sakit swasta yang berbentuk perseroan terbatas (PT), sering disebut sebagai “for profit”. Oleh karena itu, menurut UU Rumah Sakit-RI No. 44 Tahun 2009, pelayanan kesehatan dapat menjadi komoditas bisnis, namun tetap memiliki fungsi sosial.

Menurut kepemilikan dan badan hukumnya, rumah sakit dibagi menjadi:

1. Rumah Sakit Milik Pemerintah/ Umum.

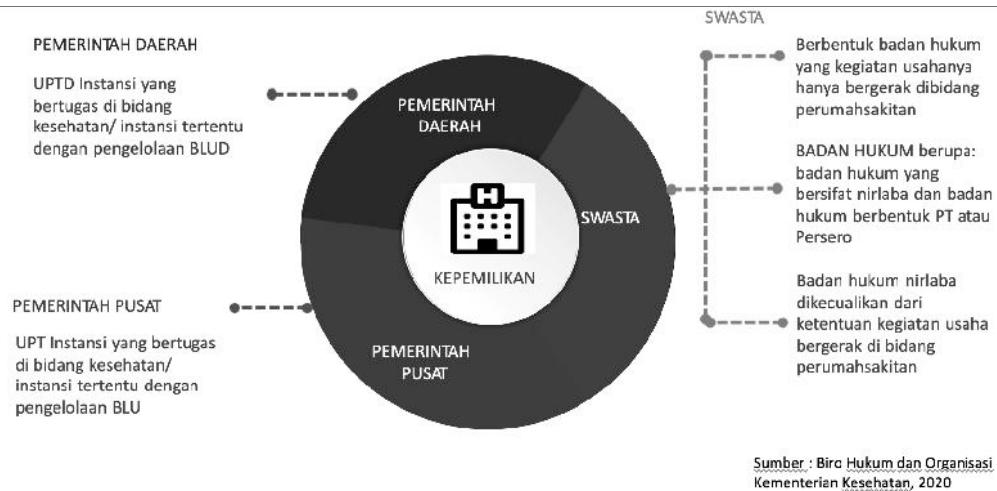
Rumah sakit umum dibagi menjadi: rumah sakit yang bergantung pada pemerintah pusat atau Kementerian Kesehatan (rumah sakit vertikal), rumah sakit di tingkat provinsi, dan rumah sakit di tingkat kabupaten dan kota.

2. Rumah Sakit Badan Usaha Milik Negara (BUMN) dan lembaga pemerintah non kementerian.
3. Rumah Sakit milik TNI dan Polri
4. Rumah Sakit milik swasta.

Rumah sakit swasta dapat bersifat nirlaba dengan yayasan atau badan hukum asosiasi, atau dapat bersifat nirlaba dengan perseroan terbatas atau badan hukum lainnya.

Rumah Sakit dapat ditetapkan sebagai Rumah Sakit Pendidikan setelah memenuhi persyaratan dan standar serta menyelesaikan pendidikan dan penelitian yang komprehensif di bidang profesi kedokteran, pendidikan kedokteran berkelanjutan, dan pendidikan tenaga medis lainnya.

Rumah sakit ini biasanya terkait dengan kegiatan pendidikan dan penelitian fakultas kedokteran universitas/lembaga pendidikan tinggi. Rumah sakit digunakan untuk melatih dokter muda dan menguji berbagai 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.



Gambar 2. Kepemilikan

KLASIFIKASI RUMAH SAKIT

Klasifikasi rumah sakit berdasarkan Peraturan Kementerian Kesehatan Republik Indonesia Nomor 3 Tahun 2020 Tentang Klasifikasi dan Perizinan Rumah Sakit dan Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 47 Tahun 2021 Tentang Penyelenggaraan Bidang Perumasanakitan 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 spesialistik luas dan subspesialistik luas. RSU Kelas A paling sedikit meliputi pelayanan medik yang terdiri dari gawat darurat, medik spesialis dasar, medik spesialis penunjang, medik spesialis

lain, medik subspesialis 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 subspesialis 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 spesialistik dan sub spesialistik 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 subspesialis paling sedikit 2 pelayanan dari 4 subspesialis dasar. Pelayanan medik spesialis gigi dan mulut paling sedikit 3 pelayanan yang meliputi bedah mulut, konservasi/endodonti dan orthodonti.
3. Rumah Sakit Kelas C adalah Rumah Sakit Umum yang mempunyai fasilitas dan kemampuan pelayanan medis 4 spesialistik 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 anestesiologi, 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 spesialistik dasar. Pelayanan medik paling sedikit terdiri 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.

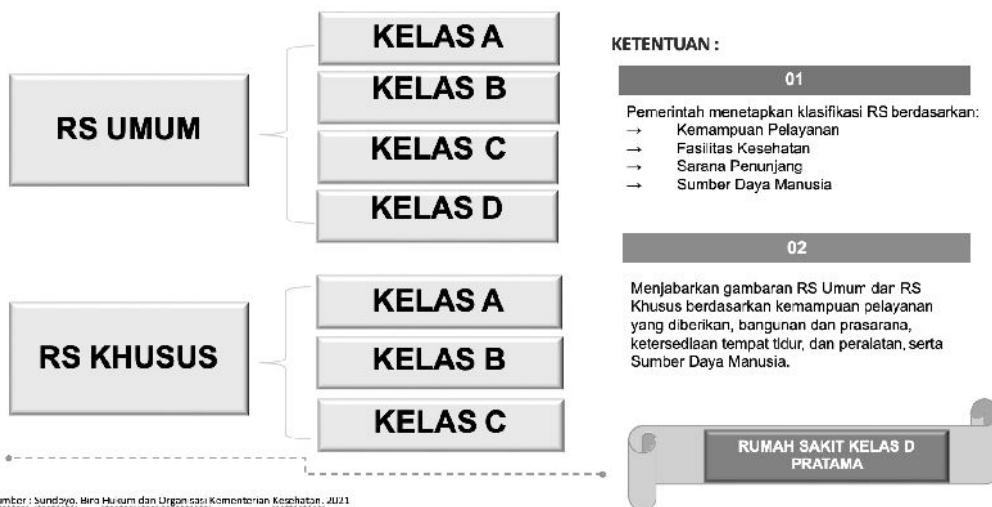
5. Rumah Sakit Umum Kelas D Pratama, didirikan dan diselenggarakan untuk menjamin ketersediaan dan meningkatkan aksesibilitas masyarakat terhadap pelayanan kesehatan tingkat kedua.

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 subspesialis 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 subspesialis 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 subspesialis yang minimal.

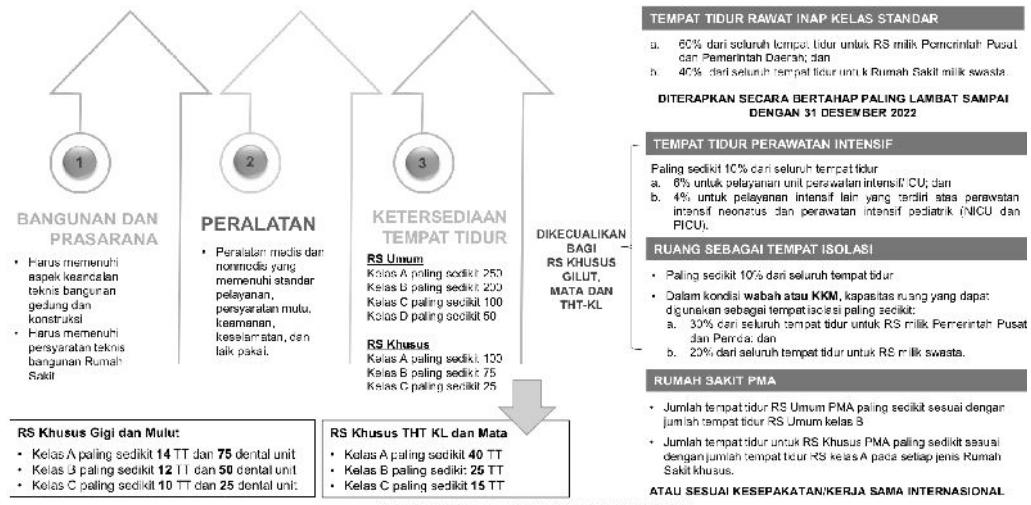
Secara umum pelayanan rumah sakit khusus harus mempunyai fasilitas dan kemampuan paling sedikit meliputi pelayanan gawat darurat tersedia 24 jam sehari terus menerus. Pelayanan medik spesialis medik dasar, pelayanan pesialis dan subspesialis. Pelayanan medik umum, pelayanan medik pesialis penunjang dan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

Ketersediaan tempat tidur untuk RSU kelas A paling sedikit 250 tempat tidur, kelas B paling sedikit 200 tempat tidur, kelas C paling sedikit 100 tempat tidur, kelas D paling sedikit 50 tempat tidur. Klasifikasi Rumah Sakit khusus kelas A paling sedikit 100 tempat tidur, kelas B paling sedikit 75 empat tidur, kelas C paling sedikit 25 tempat tidur. Ketentuan mengenai ketersediaan tempat tidur rawat inap Rumah Sakit Khusus dikecualikan bagi Rumah Sakit khusus gigi dan mulut, Rumah Sakit khusus mata, dan Rumah sakit khusus telinga hidung tenggorok dan bedah kepala leher. Ketersediaan empat tidur rawat inap dan dental unit bagi Rumah Sakit khusus gigi dan mulut meliputi kelas A paling sedikit 14 tempat tidur rawat

inap dan 75 dental unit, kelas B paling sedikit 12 tempat tidur dan 50 dental unit, kelas C aling sedikit 10 tempat tidur rawat inap dan 25 dental unit. Ketersediaan tempat tidur rawat inap bagi Rumah Sakit khusus mata dan Rumah Sakit telinga hidung tenggorokkan dan bedah kepala leher meliputi kelas A paling edikit 40 tempat tidur, kelas B paling sedikit 25 tempat tidur dan kelas C paling sedikit 15 rawat inap



Gambar 3. Klasifikasi Rumah Sakit



Gambar 4. Fasilitas Kesehatan Dan Sarana Penunjang

JENIS PELAYANAN SESUAI DENGAN FUNGSI RUMAH SAKIT

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

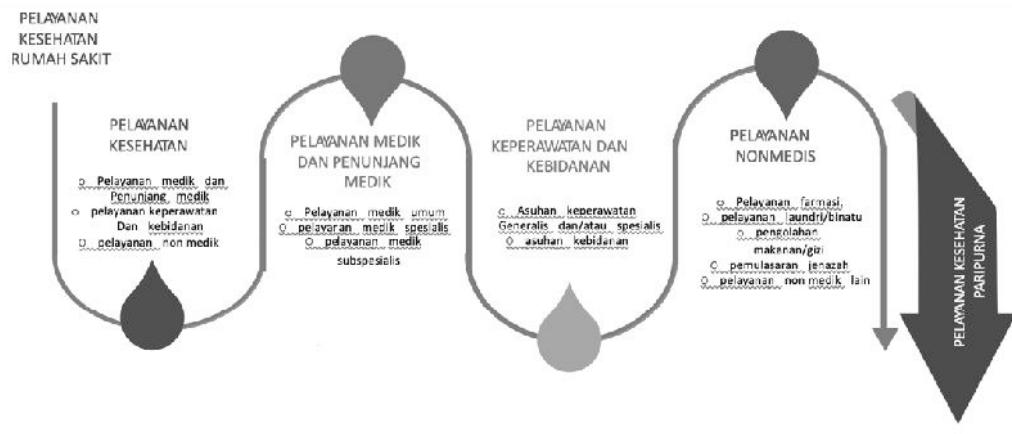
1. Pelayanan Medik Umum:
 - a. Pelayanan Medik Dasar
 - b. Pelayanan Medik Gigi Dasar
 - c. Pelayanan KIA/KB (Kesehatan Ibu dan Anak dan Keluarga Berencana)
2. Pelayanan Gawat Darurat
3. Pelayanan Medik Spesialis Dasar:
 - a. Pelayanan Penyakit Dalam
 - b. Pelayanan Kesehatan Anak
 - c. Pelayanan Bedah

- 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 Kefarmasanian : meliputi pengelolaan sediaan farmasi, alat kesehatan dan bahan medis habis pakai, dan pelayanan farmasi klinik.
12. Pelayanan Administrasi
 1. Informasi dan penerimaan pasien
 2. Keuangan
 3. Personalia
 4. Keamanan
13. Pelayanan rawat inap, jumlah tempat tidur perawatan kelas III paling sedikit 60 % dari seluruh tempat tidur rumah sakit milik pemerintah pusat dan

pemerintah daerah, 40 % untuk rumah sakit milik swasta, dan 10 % untuk perawatan intensif. Dalam kondisi wabah atau kedaruratan kesehatan masyarakat, kapasitas ruang yang dapat digunakan sebagai tempat isolasi paling sedikit 30% dari seluruh tempat tidur untuk rumah sakit milik pemerintah pusat dan pemerintah daerah, 20 % dari seluruh tempat tidur untuk rumah sakit milik swasta

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.



Sumber : Biro Hukum dan Organisasi
Kementerian Kesehatan, 2020

Gambar 5. Jenis Pelayanan

Ketenagaan dan Sumber Daya Manusia 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 perumahsakitan, 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 2 (dua) 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, 4 orang dokter spesialis untuk setiap jenis pelayanan medik spesialis dasar.
 - c. Untuk pelayanan medik spesialis penunjang, 4 (empat) 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 dasar 4 (empat), masing-masing minimal 3 orang dokter spesialis dasar.
 - c. 8 (delapan) dokter spesialis untuk setiap jenis pelayanan medik spesialis lain.
 - d. 2 (dua) dokter subspesialis untuk setiap jenis pelayanan medik subspesialis
 - e. 1 (satu) dokter gigi spesialis untuk setiap jenis pelayanan medik spesialis gigi mulut.

4. Rumah sakit umum kelas A
 1. 18 (delapan belas) dokter umum untuk pelayanan medik dasar
 2. 4 (empat) dokter gigi umum untuk pelayanan medik gigi mulut.
 3. 4 (empat) dokter spesialis untuk setiap jenis pelayanan medik spesialis dasar.
 4. 5 (lima) spesialis untuk setiap pelayanan medik spesialis penunjang.
 5. 12 (dua belas) dokter spesialis untuk setiap jenis pelayanan medik spesialis lain.
 6. 13 (tiga belas) dokter subspesialis untuk setiap jenis pelayanan medik subspesialis
 7. 1 (satu) dokter gigi spesialis untuk setiap jenis pelayanan medik spesialis gigi mulut.

Jumlah kebutuhan tenaga keperawatan untuk RSU Kelas A dan B sama dengan jumlah tempat tidur pada instalasi rawat inap. Sedang untuk RSU elas 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 ketenaga kerjaan. 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 izin 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 erawatan** (perawat, bidan) dan **paramedis non perawatan** (analis, sisten apoteker, sanitarian dan lain-lain) serta **non medis** (elektromedis, arjana kesehatan masyarakat, ekonomi, administrasi dan lain-lain).

SUMBER DAYA MANUSIA

SDM PADA RUMAH SAKIT UMUM DAN RS KSUSUS



- 01 Rumah Sakit dapat mempekerjakan tenaga tidak tetap dan/atau tenaga lainnya berdasarkan kebutuhan dan kemampuan Rumah Sakit
- 02 SDM RS diangkat dan ditetapkan oleh kepala atau direktur Rumah Sakit
- 03 Pemilik Rumah sakit dan kepala atau direktur RS bertanggung jawab dalam pemenuhan SDM dengan jumlah dan kualifikasi sesuai hasil ABK, kebutuhan, dan kemampuan pelayanan Rumah Sakit.
- 04 Meliputi tenaga medis, tenaga keperawatan, tenaga kebidanan, tenaga Kefarmasian, tenaga kesehatan lain, tenaga manajemen rumah sakit, dan tenaga non kesehatan.
- 05 Merupakan tenaga tetap yang bekerja secara purna waktu .

Sumber : Suncaya. Bina Hukum dan Organisasi Kementerian Kesehatan. 2021

Gambar 6. Ketenagaan di Rumah Sakit



Gambar 7. Jumlah Tenaga Medik dan Pelayanan

PERIZINAN RUMAH SAKIT

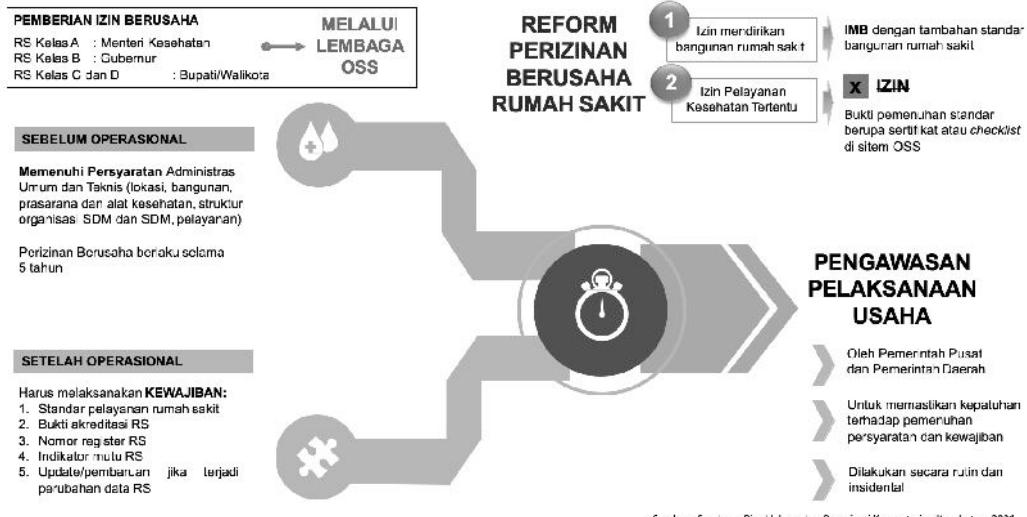
Untuk menjamin kelancaran penyelenggaraan pelayanan kesehatan dan perlindungan hukum terhadap penyelenggaraan rumah sakit, maka semua rumah sakit umum dan swasta wajib memiliki izin pendirian dan izin operasional.

Pengaturan pemberian izin pendirian dan izin operasional rumah sakit merupakan upaya Kementerian Kesehatan untuk meningkatkan mutu pelayanan rujukan medis masyarakat. Penetapan kelas rumah sakit merupakan bagian dari klasifikasi dan evaluasi dalam proses penetapan dan penyelenggaraan izin rumah sakit, yang tercantum dalam Undang-Undang Nomor 4 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit dan diterjemahkan dalam Peraturan Menteri Nomor 3 Tahun 2020 tentang Klasifikasi dan Perizinan Rumah Sakit dan Peraturan Pemerintah Nomor 47 Tahun 2021 tentang Penyelenggaraan Bidang Perumahsakitan.

Berdasarkan hal tersebut, Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan berupaya terus menerus meningkatkan mutu pelayanan rumah sakit dengan menerbitkan izin mendirikan, izin operasional dan penetapan kelas rumah sakit disesuaikan dengan perkembangan peraturan perundang-undangan yang ada.



Gambar 8. Izin Operasional Berdasarkan PMK No 3 Tahun 2020



Gambar 9. Perizinan Berusaha Berdasarkan PP No 47 Tahun 2021

RUMAH SAKIT GIGI DAN MULUT

PENGERTIAN

Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia nomor 1173 tahun 2004 tentang rumah sakit gigi dan mulut (RSGM) adalah sarana pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan gigi dan mulut perorangan untuk pelayanan pengobatan dan pemulihan tanpa mengabaikan pelayanan peningkatan kesehatan dan pencegahan penyakit yang dilaksanakan melalui pelayanan rawat jalan, gawat darurat, dan pelayanan tindakan mediik.

Dapat dikatakan bahwa Rumah Sakit Gigi dan Mulut (RSGM) adalah rumah sakit khusus yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan gigi dan mulut, dan merupakan sarana pendidikan dan penelitian tenaga kesehatan gigi tingkat (D1, D3 dan S1), pendidikan (dokter gigi dan dokter spesialis) serta pendidikan magister

dan doktoral, S2, spesialis dan S3 (Departemen Kesehatan, 2003), singkatnya, RSGM merupakan rumah sakit yang memiliki spesialisasi atau kekhususan di bidang pelayanan kesehatan gigi yang lebih lengkap dan terpadu serta memiliki unit kegawat daruratan dental.

Pelayanan yang diselenggarakan pada RSGM antara lain: 1) pelayanan medik, yaitu kegiatan pelayanan kesehatan yang sesuai dengan standar pelayanan medis dasar; 2) pelayanan medik gigi dasar, yaitu kegiatan pelayanan gigi dan mulut yang meliputi pelayanan preventif, promotif, dan kuratif, yang dilaksanakan tenaga profesional kesehatan gigi dan mulut; dan 3) layanan medik gigi spesialistik, yaitu pelayanan kesehatan gigi dan mulut yang diberikan oleh tenaga kedokteran gigi sesuai dengan bidang gigi spesialistik. Penyelenggaraan RSGM bersifat sosial ekonomi yang menyediakan sarana untuk meningkatkan mutu pelayanan, pendidikan, dan penelitian di bidang kesehatan gigi dan mulut dari tingkat dasar sampai spesialistik, serta menjadi saranan upaya rujukan.

RSGM sebagai rumah sakit khusus yang fokus pada pelayanan kedokteran gigi memiliki latar belakang pasien yang beragam sesuai dengan kebutuhan pasien, sehingga fasilitas penunjang yang diberikan juga harus disesuaikan. Hal ini mengarah pada pengelompokan setiap layanan, yang menciptakan rasa nyaman bagi pasien dan mengurangi risiko penyebaran penyakit.

Pasien yang berisiko rendah terhadap penularan penyakit dan umumnya memerlukan perawatan gigi untuk meningkatkan estetika dan penampilannya diklasifikasikan sebagai pelayanan dental estetika. Pelayanan kedokteran gigi estetika meliputi pelayanan profesional seperti ortodonti, periodonti, dan prostodonti. Untuk pasien dengan resiko penyebaran penyakit tinggi dan memiliki kriteria sebagai penyakit gigi dan mulut dikelompokkan pada pelayanan gigi medis spesialis. Pelayanan gigi medis spesialis meliputi pelayanan spesialis seperti bedah mulut, penyakit mulut dan konservasi gigi. Pasien anak dibagi menjadi pelayanan medis dan spesialis gigi anak, meliputi pelayanan pedodonti yang memenuhi kebutuhan anak dan menunjang aktivitas anak.

RSGM juga bekerja sama dengan Fakultas Kedokteran Gigi untuk menyediakan unit pelatihan bagi siswa Koass dan secara tidak langsung memberikan alternatif pelayanan gigi dasar yang lebih murah kepada pasien. RSGM berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan nomor 1173 tahun 2004, menurut ungssnya dapat dibagi menjadi dua, yaitu RSGM.

Pendidikan dan RSGM non Pendidikan. SGM Pendidikan adalah RSGM yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan gigi dan mulut, yang juga digunakan sebagai sarana proses pembelajaran, pendidikan dan penelitian bagi profesi tenaga kesehatan kedokteran gigi dan tenaga kesehatan lainnya dan terikat melalui kerjasama dengan fakultas kedokteran gigi.

Sarana Rumah Sakit Gigi Dan Mulut

Sarana terbagi atas beberapa bagian, yaitu :

- a. Laboratorium Periodontia
- b. Laboratorium Oral Medicin (LOM)
- c. Laboratorium Bedah Mulut
- d. Laboratorium Prostodontia
- e. Laboratorium Ortodontia
- f. Laboratorium Konservasi
- g. Laboratorium Pedodontia
- h. Laboratorium Ilmu Kesehatan Gigi Masyarakat

FUNGSI DAN TUJUAN RUMAH SAKIT GIGI DAN MULUT

A. Fungsi RSGM adalah memberikan

Pelayanan

- a. Sarana pelayanan kesehatan gigi dan mulut primer, sekunder, dan tersier, penunjang, rujukan dan gawat darurat kesehatan gigi dan mulut.
- b. Wadah pengembangan konsep pelayanan kedokteran gigi.
- c. Pusat unggulan pelayanan kedokteran gigi.

Pendidikan

Sarana pendidikan dan pelatihan di bidang kedokteran gigi jenjang diploma, dokter gigi, dokter igi spesialis, dokter gigi spesialis konsultan, magister, doktor dan pendidikan berkelanjutan idang kedokteran gigi.

Penelitian

Pusat penelitian, pengkajian, dan pengembangan ilmu kedokteran gigi, pusat penerapan obat, ahan dan kedokteran gigi (Depkes RI, 2003).

B. Tujuan umum Sakit Gigi Dan Mulut adalah meningkatkan mutu pendidikan, penelitian dan pelayanan kesehatan gigi dan mulut yang berkualitas, profesional, modern dan sesuai dengan tuntutan masyarakat serta perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi kedokteran gigi.

Tujuan khusus RSGM, yaitu:

Tersedianya sarana pelayanan kesehatan gigi dan mulut bagi masayarakat secara optimal, meliputi

Pelayanan medik gigi primer, yaitu tindakan medik gigi yang merupakan wewenang dokter gigi umum.

Pelayanan medik gigi sekunder, yaitu tindakan medik gigi yang merupakan wewenang dokter gigi spesialis.

Pelayanan medik gigi tersier, yaitu tindakan medik gigi yang merupakan wewenang dokter gigi subspesialis/dokter gigi spesialis konsultan.

Tersedianya sarana pendidikan kedokteran gigi dan tenaga kesehatan gigi lainnya.

Tersedianya pusat penelitian dan pengembangan ilmu pengetahuan dan teknologi khususnya pada kedokteran gigi.

Tersedianya unit pelayanan sebagai sarana rujukan bagi unit yang lebih rendah.

Tersedianya unit penunjang program kegiatan medik kedokteran umum (rujukan secara pelayanan kesehatan lain setingkat/vertical), kegiatan pelayanan kesehatan terintegrasi, pendidikan dan pelatihan tenaga kesehatan dan penelitian.

Kriteria yang Harus Dipenuhi oleh RSGM Pendidikan

- a. Kebutuhan akan proses pendidikan,
- b. Fasilitas dan peralatan fisik untuk pendidikan,
- c. Aspek manajemen umum dan mutu pelayanan rumah sakit,
- d. Aspek keuangan dan sumber dana,
- e. Memiliki kerjasama dengan Fakultas Kedokteran Gigi dan Kolegium Kedokteran Gigi.

Sasaran Rumah Sakit Gigi Dan Mulut

Sasaran RSGM adalah tercapainya mutu pelayanan kesehatan gigi yang dapat memberi perlindungan kepada masyarakat melalui pelayanan kesehatan gigi, pendidikan dan penelitian Depkes RI, 2003).

Sarana Peralatan RSGM

RSGM harus memenuhi persyaratan bangunan, sarana dan prasarana serta peralatan sesuai dengan kebutuhan. Persyaratan yang dimaksud adalah:

lokasi atau letak bangunan dan prasarana harus sesuai dengan rencana umum tata ruang bangunan dan prasarana harus memenuhi persyaratan keamanan, keselamatan kerja dan analisis dampak lingkungan RS dan sarana kesehatan lain peralatan harus memenuhi persyaratan kalibrasi, standar kebutuhan pelayanan, keamanan, keselamatan dan kesehatan kerja.

Ketentuan persyaratan minimal peralatan RSGM berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan nomor 1173 Tahun 2004 dan Peraturan Pemerintah Nomor 47 tahun 2021 tentang penyelenggaran Perumahsakitan, meliputi:

Jumlah dental unit 50 jumlah dental chair 50 unit

Jumlah tempat tidur 12 buah peralatan medik, meliputi :

unit intra oral camera unit dental X-ray unit panoramic X-ray

unit Cephalometri X-ray

unit autoclave /7 unit sterilizer camera digital intra oral.

RSGM dapat memiliki peralatan medik khusus lainnya, meliputi: unit laser radiografi (Radio Visio Graphi).

RUMAH SAKIT PENDIDIKAN

Rumah sakit pendidikan adalah rumah sakit yang mengintegrasikan fungsi pendidikan, penelitian, dan pelayanan kesehatan secara multiprofesional di bidang Pendidikan kedokteran, pendidikan berkelanjutan, dan pendidikan kesehatan lainnya.

Meningkatkan kualitas akademik dan penelitian dengan meningkatkan fasilitas pelayanan, sehingga diperlukan rumah sakit dengan standar yang sesuai untuk merawat pasien dan mendidik calon dokter. Hal ini sejalan dengan tujuan rumah sakit pendidikan, yaitu menjamin terselenggaranya pelayanan kesehatan yang dapat digunakan untuk pendidikan dan penelitian kedokteran, dengan mengutamakan kepentingan dan keselamatan pasien, memberikan perlindungan dan jaminan hukum bagi pasien/klien, pemberi layanan, mahasiswa, dosen, subyek penelitian medis dan kesehatan, peneliti, penyelenggara rumah sakit pendidikan, dan personel manajemen institusi pendidikan; dan untuk memastikan terselenggaranya kesehatan dan pelayanan medis yang bermutu tinggi pendidikan dan penelitian.

Di bidang kesehatan, rumah sakit pendidikan memiliki tiga fungsi utama, salah satunya adalah pelayanan yang komprehensif dengan mengutamakan manajemen klinis yang baik, standar pelayanan, dan mengutamakan keselamatan pasien. Kedua dalam bidang Pendidikan adalah menyediakan dosen dan membimbing mahasiswa untuk memberikan pelayanan klinis sesuai peraturan, dan menyediakan pasien/klien dengan berbagai variasi kasus dan jumlah sesuai kebutuhan pendidikan. Peran ketiga bidang penelitian tersebut adalah melakukan penelitian untuk mendorong pengembangan pendidikan kedokteran, ilmu kesehatan, dan ilmu biomedis.

Rumah sakit pendidikan dibagi menjadi tiga jenis: rumah sakit pendidikan umum, rumah sakit pendidikan afiliasi an rumah sakit pendidikan satelit. Rumah sakit pendidikan utama adalah rumah sakit umum yang digunakan oleh sekolah

kedokteran dan/atau rumah sakit gigi dan mulut yang digunakan oleh sekolah kedokteran gigi untuk menyelesaikan semua atau sebagian besar kurikulum untuk mencapai kompetensi di bidang kedokteran atau edokteran gigi.

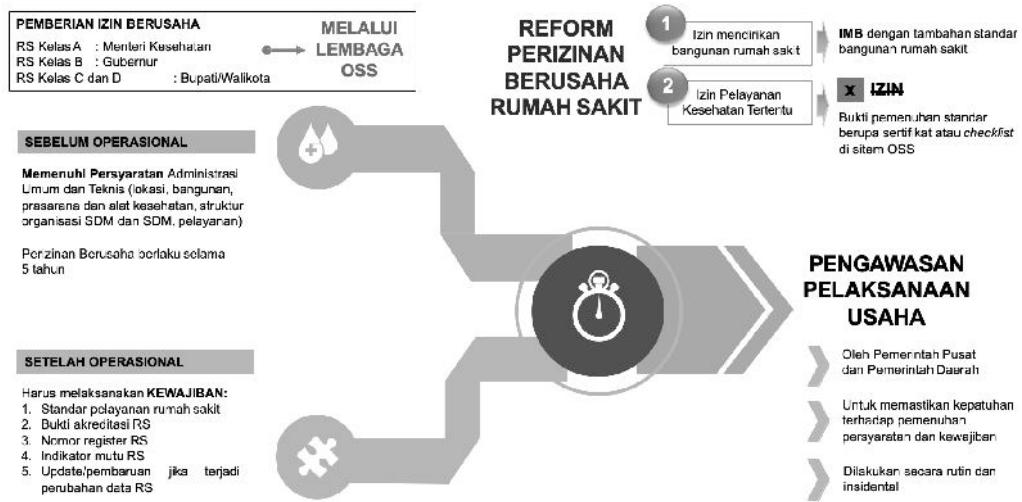
Rumah sakit pendidikan afiliasi adalah rumah sakit khusus atau rumah sakit umum dengan pelayanan medis yang sangat baik untuk sekolah kedokteran dan/ atau sekolah kedokteran gigi untuk menyelesaikan kompetensi guna mencapai kompetensi di bidang kedokteran atau kedokteran gigi. Rumah sakit pendidikan satelit adalah rumah sakit umum yang digunakan oleh sekolah kedokteran dan/ atau sekolah kedokteran gigi untuk menyelesaikan kurikulum guna memenuhi kurikulum di bidang kedokteran atau kedokteran gigi.

Kunci utama dalam meningkatkan pelayanan kesehatan masyarakat adalah bermutu. Namun, tanpa kualitas yang memadai, perubahan indeks kesehatan masyarakat sulit diantisipasi. Lembaga pendidikan kedokteran baik negeri aupun swasta berkembang pesat, dan jumlah rumah sakit pendidikan juga bertambah. Menurut survei yang dilakukan oleh Departemen Kesehatan dan Universitas Gachamada, terdapat 97 rumah sakit sebagai rumah sakit pendidikan pada tahun 2003, namun menurut data Asosiasi Rumah Sakit Pendidikan, pada tahun 2009 hanya 39 rumah sakit yang resmi berfungsi sebagai rumah sakit Pendidikan yang resmi mempunyai surat Keputusan Kementerian Kesehatan berfungsi sebagai rumah sakit pendidikan, pada waktu yang sama terdapat 52 lembaga pendidikan kedokteran dan 12 rumah sakit gigi telah menerima SK Menteri Kesehatan.

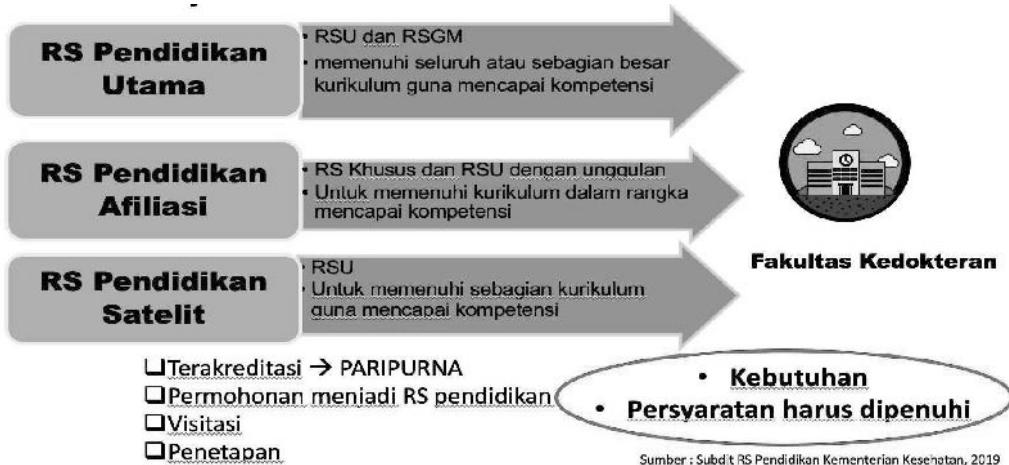
Setiap rumah sakit harus memenuhi persyaratan dan standar untuk ditetapkan sebagai rumah sakit pendidikan. Persyaratannya adalah beroperasi lebih dari dua tahun, memiliki izin operasional yang masih berlaku, memperoleh akreditasi yang sesuai dengan peraturan perundang-undangan, memiliki sumber daya manusia yang memenuhi kualifikasi sebagai dosen, dan memiliki teknologi kedokteran dan kesehatan yang memenuhi standar nasional Pendidikan tenaga kesehatan, memiliki program penelitian yang komprehensif secara teratur dan membuat

pernyataan kesediaan kepada pemilik rumah sakit menjadi rumah sakit pendidikan, dan memiliki dokumen perjanjian kerjasama dengan institusi pendidikan. Kriteria untuk ditetapkan sebagai rumah sakit pendidikan adalah visi, misi dan komitmen rumah sakit, manajemen dan administrasi pendidikan, sumber daya manusia, fasilitas penunjang pendidikan, serta perancangan dan pelaksanaan program pendidikan klinis yang bermutu.

Pembiayaan pendidikan rumah sakit Pendidikan menjadi tanggung jawab bersama antara pemilik rumah sakit dan institusi pendidikan. Namun tidak menutup kemungkinan pembiayaan penyelenggaraan pendidikan dari sumber lain yang sah sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan. Dana pendidikan ini dapat digunakan untuk penelitian.



Gambar 9. Penyelenggaraan RS Pendidikan



Gambar 10. Jenis Rumah Sakit Pendidikan

AKREDITASI

Rumah sakit sesungguhnya adalah wadah yang memberikan pelayanan kepada pasien sesuai dengan standar kompetensi dan kewenangan Profesional Pemberi Asuhan (dokter/dokter gigi, bidan, perawat, dll) sesuai standar kompetensi, dengan berbagai masalah kesehatan. Di Indonesia, pembangunan rumah sakit berperan penting dalam sistem kesehatan karena keinginan untuk selalu hidup sehat di masyarakat sudah menjadi kebutuhan utama. Pelayanan kesehatan rumah sakit sangat beragam, secara garis besar terbagi menjadi 4 fungsi utama yaitu Preventif, Kuratif, Rehabilitatif, dan Paliatif. Penyelenggaraan Rumah Sakit dimulai dengan melakukan skrining pasien yang komprehensif oleh Profesional pemberi asuhan (bukan hanya dokter), pemeriksaan fisik, dan pemeriksaan penunjang, termasuk pembedahan atau operasi lain sesuai kebutuhan pasien, hingga pasien dipulangkan dengan keadaan sehat. Semua upaya ini harus mengadopsi standar yang sama di seluruh Indonesia, selalu mengutamakan mutu pelayanan dan keselamatan pasien.

Di era sekarang ini, rumah sakit juga berfungsi sebagai tempat pendidikan dan tempat penelitian klinik bagi tenaga kesehatan. Sebagai sarana pendidikan, rumah sakit harus menyelenggarakan pendidikan keterampilan dan kemampuan klinis, yang merupakan kelanjutan dari pendidikan berbasis teori dari institusi pendidikan. Tentunya proses ini harus dijalankan secara terintegrasi untuk menjamin kualitas dan kompetensi tenaga kesehatan yang dihasilkan. Sejalan dengan peran di bidang pendidikan dan peningkatan kualitas tenaga kesehatan, upaya menyelenggarakan penelitian klinik juga menjadi tanggung jawab Rumah Sakit. Penelitian klinik diselenggarakan dengan menggunakan pasien sebagai subjek penelitian. Baik sebagai sarana pendidikan klinik maupun sebagai sarana penelitian klinik. Rumah sakit wajib selalu mengedepankan mutu pelayanan dan keselamatan pasien.

Rumah sakit memiliki rencana peningkatan mutu internal dan eksternal untuk mengevaluasi semua kegiatan yang berkaitan dengan pelayanan pasien. Rencana peningkatan mutu internal dapat dilaksanakan dengan menggunakan metode dan teknologi terpilih yang ditentukan oleh masing-masing rumah sakit, seperti berdasarkan review rekam medis, audit medis, keselamatan pasien, observasi kinerja klinis, atau wawancara/kuesioner dengan karyawan dan klien. Program peningkatan kualitas eksternal dapat dilaksanakan melalui akreditasi, ISO, dan metode lainnya.

Faktor kualitas yang diprioritaskan pasien biasanya adalah daya tanggap, keramahan, dan pengurangan nyeri serta peningkatan fungsi atau hasil yang diharapkan. Untuk dokter, ini tentang keterampilan teknis, kebebasan untuk memberikan layanan, dan hasil yang diharapkan. Bagi pelanggan, selain ketersediaan layanan, ketepatan waktu layanan, lingkungan fisik, kecepatan layanan dan minimalisasi risiko, juga mencakup efisiensi dan penghematan. Kualitas sering dikaitkan dengan kesuksesan, keunggulan dan kesempurnaan hasil yang diinginkan, jauh melebihi tingkat rata-rata lainnya. Rumah sakit yang bermutu adalah pelayanan yang memenuhi standar (hasil) tertentu. Pelayanan ini muncul dari interaksi proses dan struktur, sekaligus memenuhi standar yang telah ditetapkan.

Penyelenggaraan Akreditasi Rumah Sakit merupakan proses yang dirancang untuk menilai pelayanan yang diselenggarakan oleh Rumah Sakit, apakah sudah mengutamakan budaya keselamatan pasien dan selalu menjaga serta meningkatkan mutu pelayanan yang diberikan. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 12 Tahun 2020 tentang Akreditasi rumah Sakit, menyebutkan bahwa pengertian akreditasi adalah pengakuan terhadap mutu pelayanan Rumah Sakit yang diberikan oleh sebuah lembaga Independen Penyelenggara akreditasi yang ditetapkan oleh Menteri Kesehatan, setelah dilakukan penilaian bahwa Rumah Sakit telah memenuhi standar akreditasi. Di mana standar akreditasi adalah pedoman yang berisi tingkat pencapaian yang harus dipenuhi oleh rumah sakit dalam meningkatkan mutu pelayanan dan keselamatan pasien

Pelaksanaan akreditasi Rumah Sakit di Indonesia dilakukan oleh lembaga independen yang berasal dari dalam atau luar negeri. Penetapan lembaga independen pelaksanaan akreditasi Rumah Sakit di Indonesia yaitu oleh Komisi Akreditasi Rumah Sakit (KARS)

TUJUAN PENGATURAN AKREDITASI

1. Meningkatkan mutu pelayanan Rumah Sakit secara berkelanjutan dan melindungi keselamatan pasien Rumah Sakit;
2. Meningkatkan perlindungan bagi masyarakat, sumber daya manusia di Rumah Sakit, dan Rumah Sakit sebagai institusi;
3. Meningkatkan tata kelola Rumah Sakit dan tata kelola klinis; dan
4. Mendukung program pemerintah di bidang kesehatan.

STANDAR AKREDITASI

Akreditasi Rumah Sakit di Indonesia dilaksanakan untuk menilai kepatuhan rumah sakit terhadap standar akreditasi. Di mana standar akreditasi adalah pedoman yang berisi tingkat pencapaian yang harus dipenuhi oleh rumah sakit dalam meningkatkan mutu pelayanan dan keselamatan pasien.

Standar akreditasi yang dipergunakan “STANDAR NASIONAL AKREDITASI RUMAH SAKIT” yang terdiri dari 16 bab yaitu :

1. Sasaran Keselamatan Pasien (SKP)
2. Akses ke Rumah Sakit dan Kontinuitas (ARK)
3. Hak Pasien dan Keluarga (HPK)
4. Asesmen Pasien (AP)
5. Pelayanan Asuhan Pasien (PAP)
6. Pelayanan Anestesi dan Bedah (PAB)
7. Pelayanan Kefarmasian dan Penggunaan Obat (PKPO)
8. Manajemen Komunikasi dan Edukasi (MKE)
9. Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien (PMKP)
10. Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI)
11. Tata Kelola Rumah Sakit (TKRS)
12. Manajemen Fasilitas dan Keselamatan (MFK)
13. Kompetensi & Kewenangan Staf (KKS)
14. Manajemen Informasi dan Rekam Medis (MIRM)
15. Program Nasional (menurunkan angka kematian ibu dan bayi serta meningkatkan angka kesehatan ibu dan bayi, menurunkan angka kesakitan HIV/AIDS, menurunkan angka kesakitan tuberkulosis, pengendalian resistensi antimikroba dan pelayanan geriatri)
16. Integrasi Pendidikan Kesehatan dalam Pelayanan Rumah Sakit (IPKP)

MANFAAT AKREDITASI

1. Akreditasi rumah sakit memberikan dampak positif pada beberapa aspek; bagi negara, pemerintah, masyarakat, tenaga kesehatan, rumah sakit, tenaga medis. Dengan menerapkan standar akreditasi, dapat memberikan perubahan pada pelayanan rumah sakit yang lebih berkualitas dan memperkuat kerja sama antar disiplin professional dalam perawatan pasien, sehingga meningkatkan mutu pelayanan dan meningkatkan kepercayaan masyarakat terhadap rumah sakit.
2. Dengan proses akreditasi rumah sakit yang baik dan profesional, citra pelayanan kesehatan di Indonesia dapat dipandang di mata masyarakat internasional. Akreditasi rumah sakit berdampak positif terhadap kualitas pelayanan yang diberikan kepada pasien dan kepuasan pasien.
3. Penerapan standar akreditasi telah mendorong perubahan pelayanan rumah sakit yang lebih berkualitas dan kolaborasi yang lebih besar antara disiplin professional dalam perawatan pasien. Akreditasi rumah sakit mendorong tenaga medis untuk meningkatkan kesadaran akan akreditasi rumah sakit dan meningkatkan kemampuan profesionalnya untuk memenuhi kebutuhan akreditasi rumah sakit.
4. Semua staf rumah sakit dan staf medis telah mendapatkan pelatihan dan dapat bekerja sama dalam satu tim untuk memberikan pelayanan terbaik kepada pasien sesuai dengan peraturan dan kewenangannya masing-masing.

Untuk menjamin pelayanan rumah sakit yang bermutu dan selalu mengutamakan keselamatan pasien, maka diperlukan standar penilaian (elemen penilaian dalam SNARS) sebagai acuan untuk mencapai kedua tujuan tersebut. Unsur asesmen dalam SNARS bertujuan untuk menstandarkan pelayanan rumah sakit di manapun di Indonesia dan menjamin kelangsungan pelaksanaannya setelah asesmen sehingga menjadi budaya bagi staf rumah sakit. rumah sakit bertanggung jawab terhadap pasien yaitu untuk memastikan bahwa asuhan yang diberikan oleh professional pemberi asuhan sesuai dengan kompetensi rumah sakit dan pedoman

praktik klinis PPK) rumah sakit. Manfaat lain dari penerapan standar akreditasi adalah terbentuknya kepemimpinan kolaboratif, dengan mengutamakan mutu dan keselamatan pasien di semua tahap pelayanan.

Untuk memperoleh tingkat kelulusan yang baik, rumah sakit membutuhkan kerjasama dari semua pihak di rumah sakit. Seluruh karyawan rumah sakit, mulai dari pimpinan puncak hingga karyawan non manajerial, harus memiliki semangat yang sama untuk mencapai tujuan rumah sakit. Manajemen puncak dan karyawan non manajerial harus memiliki pemahaman yang sama tentang akreditasi. Jangan sampai ada pihak yang menganggap akreditasi akan menambah beban kerja, karena harus bekerja sesuai standar akreditasi. Kriteria yang digunakan sebagai komponen evaluasi dalam survei akreditasi akan dipenuhi dan dilaksanakan dalam jangka panjang, tidak hanya selama survei akreditasi. Dengan kerjasama seluruh bagian rumah sakit dan semangat tinggi yang sama, bukan tidak mungkin terciptanya pelayanan kesehatan bermutu yang mengedepankan keamanan dan keselamatan bagi masyarakat.

PERSIAPAN AKREDITASI

1. Persiapan akreditasi rumah sakit

Persiapan akreditasi dilakukan dengan memenuhi standar panitia akreditasi dan melakukan penilaian mandiri (self assessment). Penilaian mandiri (self assessment) adalah proses penggunaan instrument akreditasi untuk mengevaluasi penerapan standar pelayanan rumah sakit. Tujuannya untuk mengukur kesiapan dan kapasitas rumah sakit dalam rangka survei akreditasi. Penilaian mandiri (self assessment) dilakukan oleh rumah sakit yang akan menjalani proses kreditasi.

2. Bimbingan Akreditasi

Tahapan bimbingan akreditasi merupakan proses pembinaan rumah sakit dalam rangka meningkatkan kinerja seluruh staf rumah sakit dalam mempersiapkan survey akreditasi, dengan tujuan memberikan penjelasan, pemahaman dan penerapan standar pelayanan yang menjadi elemen penilaian dalam instrument kreditasi. Hasil bimbingan ini berupa rekomendasi tentang langkah-langkah yang perlu dilakukan rumah sakit dan dokumen yang perlu disediakan untuk mencapai kreditasi. Pembimbing akreditasi merupakan tenaga kesehatan yang memiliki kompetensi dan kewenangan dari Lembaga independent pelaksana akreditasi. Rumah sakit berhak untuk meminta bimbingan dari konsultan luar selain dari Komisi Akreditasi Rumah Sakit untuk mendapatkan bimbingan yang lebih intensif.

PERSIAPAN SURVEI AKREDITASI

Survei akreditasi Rumah Sakit dilaksanakan oleh KARS setelah adanya permohonan oleh pihak Rumah Sakit, di mana dalam permohonan tersebut Rumah Sakit wajib mengirimkan data-data menyangkut Rumah Sakit sesuai isian yang dapat di download melalui web site KARS (www.kars.or.id). Tentu saja sebagai syarat utama dapat dilakukannya survei akreditasi adalah apabila pimpinan tertinggi Rumah Sakit (Direktur) memenuhi ketentuan pasal 34 UU nomor 44 tahun 2009 tentang Rumah Sakit.

Berdasarkan berkas yang dikirimkan Rumah Sakit, KARS akan memberikan feed back kepada Rumah Sakit selambatnya 10 hari sebelum pelaksanaan survey mengenai tanggal pelaksanaan survei, jadwal survei, jumlah surveyor yang ditunjuk tergantung dari jumlah tempat tidur dan kompleksitas layanan di Rumah Sakit, serta apakah Rumah Sakit menjadi sarana pendidikan dan penelitian klinik atau tidak. Pimpinan rumah sakit menandatangani surat pernyataan tentang kesediaan pimpinan tertinggi rumah sakit untuk berada di RS selama proses survei dan mengirimkan kembali ke KARS paling lambat 10 hari kerja sebelum

pelaksanaan survei. Setelah pemberitahuan jadwal survei dari KARS maka rumah sakit harus :

- a. Segera melunasi biaya survei akreditasi paling lambat 10 (sepuluh) hari kerja sebelum pelaksanaan survei. Bukti transfer dikirimkan dengan faksimil atau e-mail ke KARS.
- b. Menghubungi Sekretariat Komisi Akreditasi Rumah Sakit; untuk melakukan koordinasi dan membahas rencana pelaksanaan survei di rumah sakit tersebut.
- c. Bila diperlukan Rumah Sakit mengirimkan e-file (digital) kebijakan, pedoman & SPO yang terlampir ke KARS untuk ditelaah terlebih dahulu oleh surveyor.
- d. Mempersiapkan dokumen yang diperlukan pada waktu survei di tempat, antara lain sebagai berikut.:
 - a) Struktur organisasi rumah sakit
 - b) Daftar akurat dari pasien yang menerima pelayanan pada saat pelaksanaan survei, termasuk diagnosis, umur, unit pelayanan, dokter penanggung jawab pelayanan (DPJP) dan tanggal dirawat.
 - c) Program Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien, monitoring dan data indikator yang harus ada.
 - d) Panduan Praktik Klinis, Alur klinis (Clinical pathways).
 - e) Proaktif kajian risiko, seperti failure mode and effects analysis (FMEA), hazard vulnerability analysis (HVA), dan infection control risk assessment (ICRA).
 - f) Rencana rumah sakit (misalnya facility management and safety plan).
 - g) Kebijakan dan prosedur yang dipersyaratkan, dokumen tertulis, atau by laws.
 - h) Daftar operasi dan tindakan invasif yang diacarakan pada waktu survei, termasuk operasi di kamar operasi, day surgery, kateterisasi jantung, endoskopi/ kolonoskopi, dan fertilisasi in vitro.
 - i) Contoh semua formulir rekam medis
 - j) Daftar kebijakan, prosedur, pedoman dan program yang dibutuhkan.

Sesuai jadwal yang ditentukan, surveyor yang sudah mendapatkan surat tugas dari KARS dan sudah mengirimkan pernyataan akan merahasiakan data dan informasi dari Rumah Sakit serta tidak memiliki konflik kepentingan dengan Rumah Sakit akan datang sehari sebelum pelaksanaan survei akreditasi (H-1).

Pada malam harinya akan diadakan pertemuan H-1 antara pihak surveyor dipimpin oleh Ketua Tim Survei/KTS) dengan pihak Rumah Sakit dengan tujuan untuk saling memperkenalkan diri dan menyelaraskan jadwal survei keesokan harinya agar tidak mengganggu fungsi utama Rumah Sakit yaitu memberikan pelayanan kepada pasien. Pertemuan H-1 juga bertujuan untuk membacakan tata tertib surveior, serta apa yang boleh dan tidak boleh dilakukan oleh surveior selama melakukan survei. Disampaikan juga bahwa pihak Rumah Sakit tidak diperkenankan untuk menyuguhkan acara penyambutan terhadap surveior secara berlebihan serta tidak memberikan bingkisan kepada surveyor.

Survei terhadap Rumah Sakit akan dibagi menjadi 3 kelompok yaitu bidang Medis, Manajemen dan Keperawatan. Masing-masing bidang memiliki surveornya tersendiri yang bertugas untuk memotret apa yang telah dilakukan oleh Rumah Sakit selama 1 tahun sebelumnya. Tidak hanya memotret pelaksanaan, surveyor juga wajib memberikan solusi atas permasalahan yang ada serta memberikan bimbingan untuk memperbaiki ketidaksesuaian pelaksanaan standar yang tertuang dalam buku Standar Nasional Akreditasi Rumah Sakit (SNARS). Secara garis besar apa yang dilakukan oleh surveyor selama survei di Rumah Sakit adalah :

1. Menerima informasi lisan atau contoh pelaksanaan standar
2. Melakukan pengamatan pelayanan, kegiatan, fasilitas, sarana dan prasarana, serta lingkungan Rumah Sakit
3. Telaah dokumen yang dapat membuktikan informasi lisan maupun mencerminkan kepatuhan Rumah Sakit terhadap standar
4. Simulasi terhadap pelaksanaan standar keamanan, pelayanan dan mutu Rumah Sakit

5. Melihat dan telaah fungsi Rumah Sakit sebagai sarana pendidikan, baik dari sudut peserta didik dan institusi pendidikan
6. Menilai pelaksanaan penelitian klinis di Rumah Sakit sesuai dengan regulasi

Tingkat kelulusan Rumah Sakit baru dapat diumumkan setelah penilaian oleh konselor selesai. Tingkat kelulusanpun dibagi menjadi 4 tingkat yaitu

1. Tingkat Dasar (bintang 2) : jika nilai lulus diatas (paling sedikit) 80% untuk 4 bab dan 11 bab lainnya nilai minimal diatas 20%
2. Tingkat Madya (bintang 3) : jika nilai lulus diatas (paling sedikit) 80% untuk 8 bab dan 7 bab lainnya nilai minimal diatas 20%
3. Tingkat Utama (bintang 4) : jika nilai lulus diatas (paling sedikit) 80% untuk 12 bab dan 3 bab lainnya nilai minimal diatas 20%
4. Tingkat Paripurna (bintang 5) : jika nilai lulus diatas (paling sedikit) 80% untuk 15 bab

Untuk Rumah Sakit yang menerima peserta pendidikan, jumlah bab yang dinilai adalah 16 bab, dengan uraian kelulusan sama seperti diatas. Terhadap hasil penilaian yang belum memenuhi penilaian diatas 80%, masih dapat dilakukan remidial dengan batasan waktu maksimal 6 bulan dari sejak diumumkan oleh KARS serta nilai Bab yang tidak lulus diatas 60%

PENETAPAN STATUS AKREDITASI

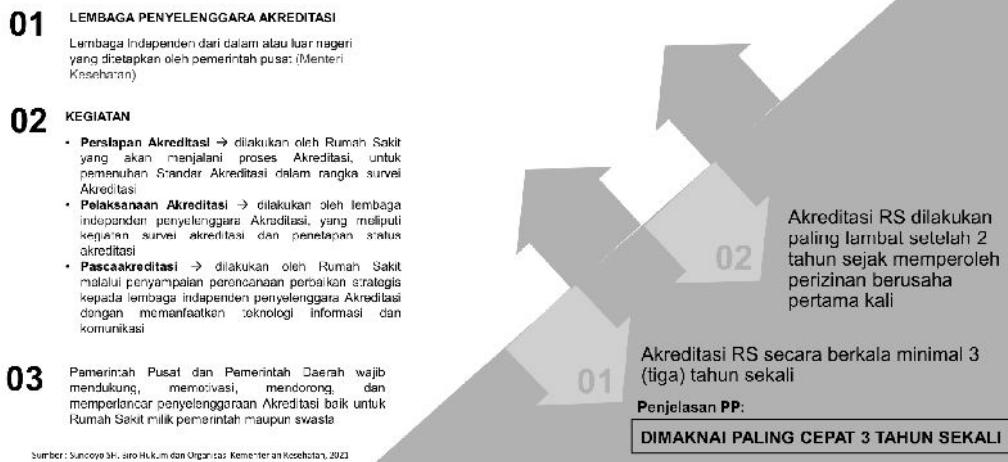
Status akreditasi nasional ditetapkan oleh lembaga independen dan akreditasi dilaksanakan sesuai dengan rekomendasi surveyor akreditasi. Selain memberikan rekomendasi penetapan status akreditasi nasional, surveyor akreditasi juga harus memberikan rekomendasi bagi rumah sakit dan rumah sakit harus melakukan perbaikan untuk memenuhi standar pelayanan rumah sakit. Rumah sakit yang telah mencapai status akreditasi nasional harus menyusun rencana strategis peningkatan berdasarkan rekomendasi surveyor untuk mencapai standar pelayanan rumah sakit

yang belum terpenuhi. Lembaga independen pelaksana akreditasi dan rumah sakit wajib menginformasikan kepada masyarakat tentang status akreditasi nasional.

Rumah Sakit yang telah memperoleh kualifikasi akreditasi nasional dapat menambahkan kata terakreditasi nasional” di bawah atau dibelakang nama rumah sakit dalam huruf kecil, dan menunjukkan nama lembaga akreditasi independen, masa berlaku status akreditasi, ermasuk ruang lingkup/tingkat akreditasi. Nama-nama rumah sakit yang terakreditasi nasional harus ditulis sesuai dengan contoh, karena tercantum dalam Lampiran ementerian Kesehatan No. 012 2020 tentang pengakuan rumah sakit.

PASCA AKREDITASI

Kegiatan pasca akreditasi dilakukan dalam bentuk survei verifikasi. Survei ferifikasi hanya dapat dilakukan oleh lembaga independen yang melaksanakan akreditasi dan yang menentukan status akreditasi rumah sakit. Tujuan dari survei ferifikasi adalah untuk mempertahankan dan/atau meningkatkan mutu pelayanan rumah sakit sesuai dengan rekomendasi surveyor melalui penyampaian perencanaan strategis kepada Lembaga independent penyelenggara Akreditasi dengan memanfaatkan teknologi informasi dan komunikasi dan untuk keberlangsungan dan peningkatan mutu rumah sakit pasca akreditasi harus memberikan laporan pemenuhan indikator nasional utu pelayanan kesehatan dan laporan insiden keselamatan pasien kepada kementerian.



Sumber: Suncaya SH., siro Hukum dan Organisas. Kementerian Kesehatan, 2023

Gambar 10. Akreditasi Rumah Sakit



Gambar 11. Sertifikat RSGM FKG UPDM (Beragama) Terakreditasi Paripurna

Daftar Rumah Sakit Terakreditasi											
Kode RS	Standar	Nama Rumah Sakit	Kelas	Pemilik	Kab / Kota	Provinsi	Tanggal Mulai Survei	Tanggal Masa Berlaku	Status	Rating	Tanggal Update
5	31716...	RS Gigi dan Mulut Univ. Prof. DR. Moeslimo	B	Organisasi Sosial	Jakarta Selatan	DKI JAKARTA	27 Nov 2018	26 Nov 2021	Tingkat Paripurna	★★★★★	3'-12-2018
											Sumber : KARS

Gambar 12. Website KARS Yang Menampilkan RSGM FKG UPDM (Beragama) Terakreditasi Paripurna

Indikator Pelayanan Rumah Sakit

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

. 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 ipergunakan untuk akomodasi dan perawatan 24 jam bagi pasien yang Masuk Rumah Sakit MRS). Tidak termasuk kategori ini tempat tidur dokter/ perawat/kamar terima/istirahat ementara pasien/ibu bersalin sehat normal/ bayi baru lahir sehat.

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

VLOS menurut Huffman (1994) adalah “*The average hospitalization stay of inpatient ischarged during the period under consideration*”. AVLOS adalah rata-rata lama rawat seorang pasien. Indikator ini di samping 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 ntara 6-9 hari (Kemkes, 2005). Rumus :

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

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

TOI adalah rata-rata hari di mana 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 :

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

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

BTO menurut Huffman (1994) adalah "...the net effect of changed in occupancy rate and enghth of stay". BTO menurut Depkes RI (2005) adalah frekuensi pemakaian tempat tidur ada 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:

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

. NDR (*Net Death Rate*)

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

Rumus :

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

Kalaupun nilai ideal berbeda-beda, umumnya diharapkan dibawah 1,5 per mil.

. GDR (*Gross Death Rate*)

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

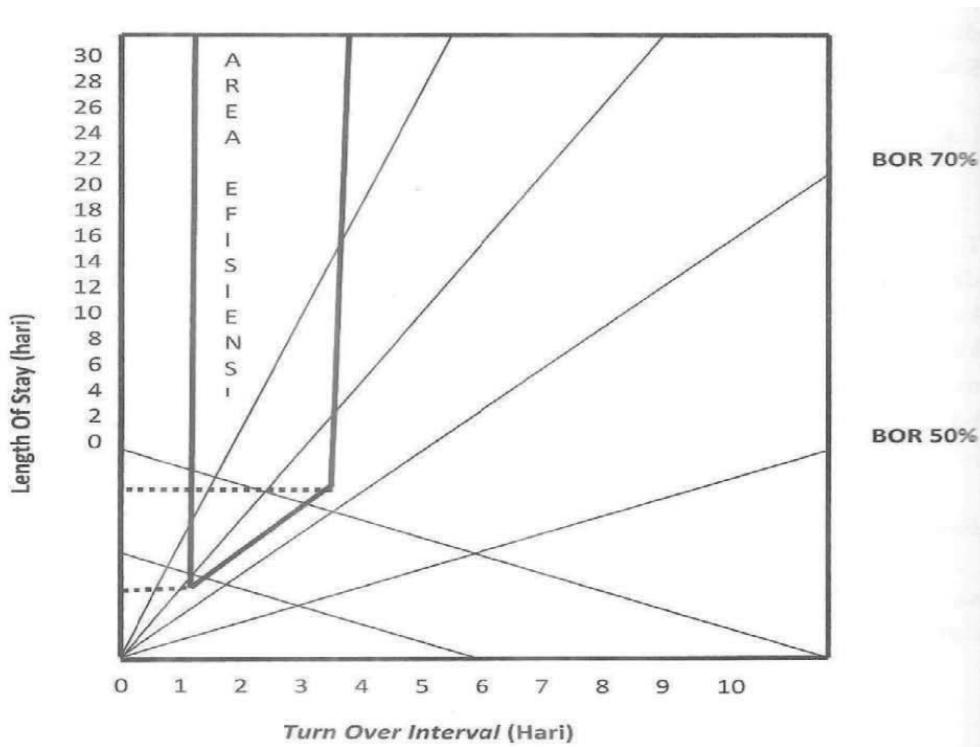
$$\text{GDR} = \frac{\text{Jumlah pasien mati seluruhnya}}{\text{Jumlah pasien keluar (hidup + mati)}} \times 100\%$$

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

Barber Johnson

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

Grafik Barber Jhonson digunakan untuk mengukur eisiensi.



Gambar 11. Grafik Barber Jhonson

ETIKA RUMAH SAKIT

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). Menurut Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 269 Tahun 2008 Rekam medis adalah berkas yang berisi catatan dan dokumen antara lain identitas pasien, hasil pemeriksaan, pengobatan yang telah diberikan, serta tindakan dan pelayanan lain yang telah diberikan kepada pasien.

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, ranfusi darah, limbah, rekam medis, administrasi manajemen dan pelayanan keluarga miskin.

Gambar 12. Formulir Rekam Medis RSGM FKG UPDM (Beragama)

1. Hak Pasien

Rumah sakit dan tenaga rumah sakit harus menghormati hak pasien dalam menjalankan fungsi manajemen, pelayanan, pendidikan, pelatihan, dan pengembangan. Informasi tentang hak-hak pasien harus ditempatkan di tempat yang mudah dilihat oleh pengguna jasa rumah sakit. setelah menjelaskan kondisi medis umum, termasuk pengobatan yang direkomendasikan, risiko diagnostik, tindakan dan hasil yang diharapkan, dan pilihan pengobatan alternatif, rumah sakit memberikan persetujuan (*informed consent*). Jika pasien tidak dapat memahami penjelasan atau nformasi yang diberikan, pihak rumah sakit akan menjelaskan kepada keluarga pasien atau orang terdekat pasien.

Rumah sakit hanya mengizinkan pasien untuk berpartisipasi dalam penelitian intervensi, pasien atau anggota keluarga/pihak dekat lainnya memberikan persetujuan (*informed onsent*) mereka untuk berpartisipasi dalam penelitian. Pasien memiliki hak untuk menolak berpartisipasi dalam penelitian intervensi, termasuk

penelitian tentang obat-obatan dan peralatan klinis. Perancangan fasilitas pelayanan memperhatikan privasi pasien dan pengguna rumah sakit.

Gambar 13. Formulir Hak dan Kewajiban Pasien berdasarkan PMK No \$ Tahun 2018

2. Kewajiban Pasien

- a. Mematuhi peraturan yang berlaku di Rumah Sakit
 - b. Menggunakan fasilitas Rumah Sakit secara bertanggung jawab
 - c. Menghormati hak Pasien lain, pengunjung dan hak Tenaga Kesehatan serta petugas lainnya yang bekerja di Rumah Sakit
 - d. Memberikan informasi yang jujur, lengkap dan akurat sesuai dengan kemampuan dan pengetahuannya tentang masalah kesehatannya
 - e. Memberikan informasi mengenai kemampuan finansial dan jaminan kesehatan yang dimilikinya
 - f. Mematuhi rencana terapi yang direkomendasikan oleh Tenaga Kesehatan di Rumah Sakit dan disetujui oleh Pasien yang bersangkutan setelah mendapatkan penjelasan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan

- g. Menerima segala konsekuensi atas keputusan pribadinya untuk menolak rencana terapi yang direkomendasikan oleh Tenaga Kesehatan dan/atau tidak mematuhi petunjuk yang diberikan oleh Tenaga Kesehatan untuk penyembuhan penyakit atau masalah kesehatannya; dan
- h. Memberikan imbalan jasa atas pelayanan yang diterima

3. Kewajiban Rumah Sakit

- a. Memberikan informasi yang benar tentang pelayanan RS kepada masyarakat;
- b. Memberi pelayanan kesehatan yang aman, bermutu, antidiskriminasi, dan efektif dengan mengutamakan kepentingan pasien sesuai dengan standar pelayanan RS;
- c. Memberikan pelayanan gawat darurat kepada pasien sesuai dengan kemampuan pelayanannya;
- d. Berperan aktif dalam memberikan pelayanan kesehatan pada bencana, sesuai dengan kemampuan pelayanannya;
- e. Menyediakan sarana dan pelayanan bagi masyarakat tidak mampu atau miskin;
- f. Melaksanakan fungsi sosial antara lain dengan memberikan fasilitas pelayanan pasien tidak mampu/miskin, pelayanan gawat darurat tanpa uang muka, ambulan gratis, pelayanan korban bencana dan kejadian luar biasa, atau bakti sosial bagi misi kemanusiaan;
- g. Membuat, melaksanakan, dan menjaga standar mutu pelayanan kesehatan di Rumah Sakit sebagai acuan dalam melayani pasien;
- h. Menyelenggarakan rekam medis;
- i. Menyediakan sarana dan prasarana umum yang layak antara lain sarana ibadah, parkir, ruang tunggu, sarana untuk orang cacat, wanita menyusui, anak-anak, dan lanjut usia;
- j. Melaksanakan sistem rujukan;

- k. Menolak keinginan pasien yang bertentangan dengan standar profesi dan etika serta ketentuan peraturan perundang-undangan;
- l. Memberikan informasi yang benar, jelas, dan jujur mengenai hak dan kewajiban pasien;
- m. Menghormati dan melindungi hak pasien;
- n. Melaksanakan etika Rumah Sakit;
- o. Memiliki sistem pencegahan kecelakaan dan penanggulangan bencana;
- p. Melaksanakan program pemerintah di bidang kesehatan, baik secara regional maupun nasional;
- q. Membuat daftar tenaga medis yang melakukan praktik kedokteran atau kedokteran gigi dan tenaga kesehatan lainnya;
- r. Menyusun dan melaksanakan peraturan internal Rumah Sakit(hospital by laws);
- s. Melindungi dan memberikan bantuan hukum bagi semua petugas Rumah Sakit dalam melaksanakan tugas; dan
- t. Memberlakukan seluruh lingkungan rumah sakit sebagai kawasan tanpa rokok.



BAB II
BANTUAN RUMAH SAKIT

Surat Keputusan
Umum

Perihal

Surat Pasrah Sakit mengapa berjalan:

- a. berwacan atau dalam kesadaran pasien berkehendak pada Bencana, tetapi dengan komunikasi pelajaran;
- b. mengalihkan diri dan pelajaran bagi sebagian besar tidak mempunyai status ini;
- c. melaksanakan fungsi sosial;
- d. mengalihkan diri dan prosesnya untuk yang legal antara lain resmi, ideal, teknologi tinggi, resmi untuk resmi, untuk mengurangi ancaman, laju atau;
- e. melaksanakan tugas Pasrah Sakit;
- f. memiliki tujuan penyalahgunaan hakikat dan pengembangan Bencana;
- g. melaksanakan program pencegahan & kesiagaan bantuan bantuan negara;
- h. membuat diri tangguh untuk menghindari peristiwa kejadian yang dianggap berbahaya;
- i. mengalihkan diri dan pelajaran tentang tugas Pasrah Sakit kepada diri sendiri;
- j. mengalihkan diri dan pelajaran tentang tugas Pasrah Sakit kepada orang lain;
- k. melaksanakan seluruh tugas dan tuntutan Pasrah Sakit sebagai komunitas tanggap;
- l. melaksanakan tugas yang belum terwujud pelajaran Pasrah Sakit kepada masyarakat;
- m. melaksanakan pelajaran yang sama, benar, akurasi dan teliti dengan menggunakan kejadian pelajaran pada tugas dan tuntutan pelajaran Pasrah Sakit;

o. memberi...

Perihal

(1) Kewajiban berpenuh alif dalam memberikan pelajaran berkehendak pada Bencana serupa komunikasi dimulai dalam Perihal 2 bantuan & kerusakan juga kewajiban memberikan pelajaran berkehendak pada Etika Kesehatan, karena secara komunikasi pelajaran.

(2) Kewajiban berpenuh alif dalam memberikan pelajaran berkehendak pada Bencana serupa komunikasi pelajaran juga dimulai dalam Perihal 2 bantuan & kerusakan melalui:

- a. pengetahuan dan tanggung diri untuk memahami dan melaksanakan manajemen pengembangan Bencana;
- b. memberikan pelajaran langsung kepada komunitas Bencana atau di Pasrah Sakit;
- c. melaksanakan mitigasi sampai Bencana melibatkan penyelidikan, rehabilitasi polosan dan rehabilitasi fisik.

(3) Pasrah Sakit dalam memberikan pelajaran berkehendak pada Bencana sebagaimana dimulai pada ayat (1) dilengkapi dengan menulis pasien dan/atau menulis yang sudah terlebih dahulu.



Gambar 14. Kewajiban Rumah Sakit

**APAKAH RUMAH SAKIT BOLEH MENOLAK ATAU
MEMINTA UANG MUKA KEPADA PASIEN SAAT
DALAM KEADAAN DARURAT/KRITIS?**

Siapa yang dapat mengetahui bahwa pasien dalam keadaan darurat?

Tidak semua orang bisa menilai dan menentukan kondisi pasien dalam keadaan darurat. Yang dapat menentukan apakah pasien itu darurat atau tidak adalah dokter yang berkompeten dan disertai kondisi, syarat dan standar tertentu

Undang-Undang No. 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit

- [1] Pasal 1 angka 2 UU Rumah Sakit: "Gawat Darurat adalah keadaan klinis pasien yang membutuhkan tindakan medis segera guna penyelamatan nyawa dan pencegahan kecacatan lebih lanjut."
- [2] Pasal 1 angka 1 UU 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."

Sanksi hukum disiplin dan etik Terhadap Dokter Dan Dokter Gigi Kalau Sengaja Tidak Membuat Rekam Medis

Dokter dan dokter gigi diwajibkan membuat rekam medis bila menjalankan praktik pelayanan kesehatan. Dalam Undang-undang Praktik Kedokteran Pasal 79 UU berisi:

1. Setiap dokter atau dokter gigi yang sengaja tidak membuat rekam medis dapat dipidana dengan pidana kurungan paling lama 1 (satu) tahun atau denda paling banyak Rp50.000.000,- (lima puluh juta rupiah).
2. Dokter dan dokter gigi yang tidak membuat rekam medis juga dikenakan sanksi perdata.

3. Sanksi disiplin dan etik diberikan berdasarkan baik dari undang-undang maupun kode etik profesi: UU Praktik Kedokteran, Peraturan KKI, Kode Etik Kedokteran Indonesia (KODEKI) dan Kode Etik Kedokteran Gigi Indonesia (KODEKGI)

Tata Cara Penanganan Kasus Dugaan Pelanggaran Disiplin MKDKI dan MKDKIP, menyebutkan beberapa sanksi disiplin antara lain:

1. Dokter maupun dokter gigi yang melanggar kodek etik akan diberikan peringatan tertulis.
2. Surat tanda registrasi atau surat izin praktik dokter akan dicabut dalam waktu sesuai ketentuan.
3. Dokter dan dokter gigi diwajibkan mengikuti pendidikan atau pelatihan untuk meningkatkan kompetensi masing-masing keahliannya.

MUTU PELAYANAN KESEHATAN

MUTU PELAYANAN KESEHATAN

APA ITU MUTU?

Mutu bersifat persepsi dan dipahami berbeda oleh orang yang berbeda namun berimplikasi pada superioritas sesuatu hal, penilaian berdasarkan indikator dapat digunakan untuk menilai mutu dalam berbagai kondisi dan salah satu cara untuk mengukur mutu pelayanan kesehatan adalah dengan menggunakan indikator berdasarkan ilmu pengetahuan terakhir.

Berikut adalah beberapa definisi mutu:

1. “Mutu adalah kepatuhan persyaratan atau spesifikasi” Philip Crosby, 1978
2. “Mutu dilakukan dengan benar pertama kali, dan dilakukan lebih baik di lain waktu.” AlAssaf1990
3. Mutu adalah untuk memenuhi persyaratan konsumen, termasuk persyaratan konsumen internal dan eksternal untuk layanan dan produk bebas cacat”. -IBM, 1982
4. “Mutu adalah proses pemenuhan kebutuhan dan harapan konsumen secara internal dan eksternal. Mutu juga dapat diartikan sebagai proses perbaikan secara bertahap dan berkesinambungan.-Al Assaf. 1998

Dengan cara yang sama, dengan mutu pelayanan kesehatan, hal ini tergantung pada sudut pandang pelakunya (Elizabeth, 2015).

1. Menurut pasien / masyarakat mutu adalah empati, menghargai, dan dianggap sesuai dengan kebutuhan dan ramah
2. Menurut petugas kesehatan yang bermutu, bebas memiliki ilmu pengetahuan, keterampilan, dan peralatan yang memenuhi standar
3. Menurut manajer / administrator, administrator sangat baik untuk staf dan mendorong manager untuk mengatur staf dan pasien / masyarakat yang baik.
4. Menurut yayasan atau pemilik adalah menuntut pemilik agar bekerja memiliki tenaga profesional yang bermutu dan cukup tanggap

Dimensi Mutu

Menurut Ali Gufran, 2007; istilah mutu memiliki multiafsir dan dapat berbeda-beda bila digunakan untuk menggambarkan suatu produk atau jasa tertentu. Beberapa orang mungkin mengatakan bahwa ketika sesuatu dianggap lebih baik, lebih cepat, lebih mewah, dan umumnya lebih mahal daripada produk atau layanan yang dianggap kurang lancar, dapat dikatakan berkualitas tinggi. Tentu saja, ini tidak sepenuhnya benar. Sebagian orang mengartikan pelayanan medis yang bermutu tinggi sebagai pelayanan yang memuaskan pelanggan. Meskipun pelayanan yang diberikan belum memenuhi standar pelayanan medis profesional. Jika pasien datang ke ruang gawat darurat dan langsung mendapatkan perawatan “infus”, bahkan bisa terjadi di institusi medis seperti rumah sakit. Pasien merasa puas karena bisa langsung merasakan “pengobatan”, meski infus tidak selalu diperlukan.

Ada dilema dalam upaya mencapai mutu pelayanan kesehatan. Di satu sisi, mutu juga didefinisikan sebagai sejauh mana pelayanan kesehatan yang diberikan sesuai dengan standar operasional prosedur (SOP). Ketika SOP diterapkan, seperti di beberapa rumah sakit pendidikan milik pemerintah, pasien menganggapnya terlalu panjang dan sulit untuk dipahami. Di sisi lain, dari perspektif pasien, rumah sakit pendidikan milik pemerintah tidak ekualifikasi rumah sakit swasta,

dan rumah sakit swasta bisa lebih cepat karena proses aplikasi lebih fleksibel. pelayanan bermutu dalam pengertian yang luas didefinisikan sebagai tingkat aktual pelayanan kesehatan yang diberikan konsisten dengan kriteria dan standar profesional kesehatan saat ini dan yang baik serta telah memenuhi atau bahkan melampaui kebutuhan dari keinginan pelanggan dengan efisiensi yang optimal. Kualitas ringkas dapat dinilai dan diukur dengan menggunakan berbagai pendekatan. Pendekatan dan metode pengukuran yang digunakan dalam upaya peningkatan mutu tersedia baik dalam aspek input, proses maupun output. Mutu dicirikan dengan melakukan pelayanan yang benar dengan cara yang benar, pertama menjadi benar dan kemudian diharapkan menjadi benar.

Sistem mutu dikembangkan dari waktu ke waktu, dimulai dari pemeriksaan sederhana dan berkembang menjadi upaya pengendalian mutu, untuk mencegah produk dan jasa yang cacat sampai ke tangan konsumen, sehingga harus segera ditemukan dan segera dipisahkan. Ini dikembangkan kembali untuk jaminan mutu(*quality assurance/quality improvement*), dan akhirnya kontrol mutu terintegrasi (*total quality management*), dengan fokus pada pencegahan produk dan layanan yang cacat. Kegiatan dapat berupa tinjauan kasus, tinjauan kasus bedah, dan penggunaan obat.

Program mutu yang dikembangkan dapat menjadi bentuk standar pelayanan, ketenagaan, dan infrastruktur. Kemudian ada klasifikasi dan akreditasi. Akreditasi rumah sakit adalah pengukuran dan pengakuan yang diberikan oleh lembaga independen yang diakui oleh pemerintah kepada manajemen rumah sakit

DIMENSI MUTU PELAYANAN KESEHATAN

Dimensi kualitas merupakan parameter kualitas produk. Dari perspektif pengguna pelayanan kesehatan, pemberi pelayanan kesehatan, penyandang dana pelayanan kesehatan, pemilik fasilitas kesehatan dan pengelola pelayanan kesehatan, maka dimensi mutu pelayanan kesehatan akan memiliki pengertian yang berbeda. Berikut ini adalah dimensi mutu pelayanan kesehatan dari berbagai pemangku kepentingan.

a. Pengguna layanan kesehatan.

Pengguna jasa kesehatan, khususnya pasien (sebagai konsumen), menganggap bahwa pelayanan kesehatan yang bermutu adalah pelayanan kesehatan yang dapat memenuhi kebutuhannya dengan cara sopan dan santun, tepat waktu, tanggap dan mampu mengatasi keluhan dan mencegahnya terjadi dari perkembangan penyakit yang mereka derita.

b. Pemberi layanan kesehatan

Pemberi pelayanan kesehatan mengaitkan pelayanan kesehatan yang bermutu dengan ketersediaan peralatan, prosedur kerja atau perjanjian, kebebasan profesional untuk melakukan setiap pelayanan kesehatan sesuai dengan teknologi kesehatan terkini, dan bagaimana keluaran (outcome) atau hasil pelayanan kesehatan tersebut terkait.

c. Penyandang dana pelayanan kesehatan.

Asuransi kesehatan atau sponsor menganggap layanan kesehatan berkualitas tinggi sebagai layanan kesehatan yang efektif dan efisien. Pasien diharapkan sembuh dalam waktu sesingkat mungkin, sehingga menghemat biaya pengobatan.

d. Pemilik sarana layanan kesehatan.

Para pemilik institusi kesehatan percaya bahwa pelayanan medis yang bermutu tinggi adalah pelayanan medis yang menghasilkan pendapatan yang dapat membayar biaya operasi dan pemeliharaan, tetapi harganya masih terjangkau bagi

pasien/masyarakat, yaitu tingkat biaya tidak akan menerima keluhan dari pasien dan masyarakat.

e. Administrator layanan kesehatan.

Meskipun administrator tidak secara langsung memberikan pelayanan kesehatan kepada masyarakat, mereka juga bertanggung jawab atas mutu pelayanan kesehatan. Pengelola percaya bahwa layanan medis bermutu tinggi adalah layanan yang dapat diprioritaskan untuk memenuhi kebutuhan dan harapan pasien dan penyedia layanan Kesehatan.

Dalam bidang pelayanan atau jasa, berdasarkan berbagai penelitian tentang jenis jasa, Zeithaml, Berry, dan Parasuraman (1985) berhasil mengidentifikasi lima kelompok karakteristik yang digunakan pelanggan dalam mengevaluasi kualitas jasa, yaitu:

1. **Bukti langsung (tangibles)** meliputi fasilitas fisik, peralatan, karyawan, dan media. Dengan menyediakan sarana dan peralatan fisik yang memadai, tenaga kesehatan juga dapat merasakan langsung kualitas pelayanan kesehatan, sehingga tenaga kesehatan dapat memberikan pelayanan kesehatan dengan sebaik-baiknya. Dalam hal ini meningkatkan fasilitas komunikasi dan fasilitas lainnya serta fasilitas pelayanan tidak langsung seperti parkir, kondisi ruang tunggu, ketersediaan tempat duduk yang cukup, fasilitas AC dan menjaga kebersihan ruangan).
2. **Kehandalan (reliability)** berarti mampu memberikan layanan yang dijanjikan dengan segera dan memuaskan. Dimensi ini berarti bahwa layanan yang diberikan memberikan kepuasan pasien sesuai yang disediakan (misalnya, ditentukan dalam brosur layanan) tepat waktu dan akurat. Dalam pelayanan, dimensi ini dianggap paling penting oleh pelanggan. Pelayanan kesehatan merupakan produk yang tidak terstandarisasi, dan produknya akan bergantung pada aktivitas manusia, sehingga sulit untuk mendapatkan hasil yang

konsisten. Pemimpin perlu merencanakan untuk menerapkan budaya kerja di lingkungan kerjanya untuk menjaga kualitas.

3. Daya tanggap, adalah keinginan staf untuk membantu pelanggan dan memberikan pelayanan yang tanggap. Dimensi ini meliputi kemampuan petugas kesehatan untuk membantu klien dan kesediaannya untuk memberikan pelayanan sesuai dengan prosedur yang berlaku dan tentunya kemampuannya dalam memenuhi harapan klien. Pelayanan kesehatan yang tanggap/respons terhadap kebutuhan klien sangat tergantung pada sikap petugas di garda terdepan pelayanan, karena bersentuhan langsung dengan pasien dan keluarganya. Tatap muka, non-verbal langsung atau komunikasi telepon.
4. Keselamatan, termasuk kompetensi, kesopanan, dan keandalan personel, bebas dari risiko atau dugaan bahaya. Dimensi ini memberikan dampak/dampak pada pelanggan, dan pengguna jasa merasa bebas dari risiko. Hasil penelitian menunjukkan bahwa dimensi ini meliputi faktor keramahan, kemampuan, kredibilitas dan keamanan. Variabel ini harus dikembangkan dengan tidak hanya berinvestasi dalam bentuk materi/moneter, tetapi juga termasuk manajer senior yang patut diteladani, kepribadian dan sikap karyawan yang positif, dan peningkatan gaji.
5. Empati, termasuk fasilitas untuk menjalin hubungan komunikasi yang baik dan memahami kebutuhan pelanggan. Dimensi ini juga terkait dengan kepedulian dan perhatian khusus staf terhadap setiap pengguna layanan, memahami kebutuhan mereka, dan memfasilitasi kontak saat pengguna layanan membutuhkannya. Menghadiri. Dalam hal ini peran tenaga kesehatan akan sangat menentukan kualitas pelayanan kesehatan, karena secara langsung dapat memuaskan kepuasan klien terhadap pelayanan kesehatan.

Menurut Organisasi Kesehatan Dunia (WHO, 2018) "*Handbook National Quality and Policy Strategy*" dengan Perawatan Kesehatan Bermutu dapat didefinisikan dalam banyak cara etapi ada pengakuan yang berkembang bahwa layanan kesehatan bermutu di seluruh dunia seharusnya:

- a. Efektivitas (Effectiveness) : Pedoman dan SOP
Kualitas pelayanan kesehatan tergantung dari efektivitas yang menyangkut norma pelayanan kesehatan dan petunjuk klinis sesuai standar yang ada. Pelayanan kesehatan berupaya meningkatkan efektivitas seperti melalui penyusunan pedoman klinik dan petunjuk klinis (*clinical guideline and clinical pathway*). Pelayanan diberikan kepada pasien yang memerlukan perawatan kesehatan dan tidak akan diberikan kepada pasien yang tidak membutuhkan berdasarkan bukti ilmiah
- b. Aman (safe) : meminimalisasi terjadinya kerugian (harm) melalui penerapan prinsip manajemen risiko dan menghindari cedera dan kesalahan medis yang bisa dicegah kepada pasien akibat pelayanan yang diberikan. Dalam memberikan pelayanan kesehatan keselamatan menjadi hal penting, baik untuk pasien maupun untuk petugas kesehatan. Mengurangi risiko cedera, infeksi, atau bahaya lain terkait pelayanan kesehatan dapat dilakukan dengan melibatkan petugas kesehatan dan pasien.
- c. Berpusat pada orang (People- Centered): Pelayanan kesehatan berfokus pada pasien artinya memberikan pelayanan yang sesuai dengan preferensi yang menghormati dan merespon keinginan pasien, kebutuhan pasien, nilai-nilai individu dan memastikan nilai-nilai tersebut dihormati dalam proses pelayanan. Pelayanan kesehatan juga berusaha meningkatkan aksesibilitas masyarakat

Selain itu, untuk mewujudkan manfaat pelayanan kesehatan yang bermutu, pelayanan Kesehatan harus:

- a. Tepat waktu (Timely): mengurangi waktu tunggu dan keterlambatan pemberian pelayanan kesehatan yang membahayakan pasien baik bagi mereka yang menerima maupun yang merawat.
- b. Kesetaraan/Adil (Equitable) : dalam memberikan pelayanan kesehatan, mutu pelayanan kesehatan harus sama tidak memberikan perawatan yang berbeda kualitasnya berdasarkan usia, jenis kelamin, ras, etnis, tempat tinggal, lokasi geografis, agama, status sosial ekonomi, afiliasi linguistik atau politik. Pemberi

- pelayanan kesehatan berupaya meningkatkan pemerataan jumlah dan penyebaran fasilitas sarana serta sumber daya manusia kesehatan sehingga masyarakat dapat menerima pelayanan dengan kualitas yang sama
- c. Terintegrasi: memberikan perawatan yang terkoordinasi dan komunikasi efektif di seluruh provider dalam menjamin adanya pelayanan yang baik kepada pasien/customer
 - d. Efisien (Efficient) : Dimensi yang penting dari kualitas pelayanan kesehatan adalah efisiensi kerja. Efisiensi ini yang akan mempengaruhi hasil pelayanan kesehatan, apalagi sumber daya pelayanan kesehatan pada umumnya terbatas. Pelayanan yang efisien pada umumnya akan memberikan perhatian yang optimal pada pasien dan masyarakat. Petugas kesehatan akan memberikan pelayanan yang terbaik dengan sumber daya yang dimiliki, pelayanan kesehatan akan berusaha meningkatkan efisiensi misalnya program pencegahan fraud dan menghindari tindakan dan upaya yang tidak diperlukan.

IOM (Committee on Quality of Health Care in America), komite IOM mendefinisikan 6 dimensi mutu pelayanan kesehatan

- 1. Keselamatan Pasien; perawatan ini dirancang untuk membantu pasien tidak membahayakan mereka. Pasien tidak boleh dirugikan oleh perawatan yang dirancang untuk membantu mereka, juga tidak boleh membahayakan mereka yang bekerja di layanan kesehatan (kedua belah pihak harus merasa aman). Komite mendefinisikan keselamatan pasien sebagai perlindungan terhadap kecelakaan atau cedera akibat kecelakaan. Kecelakaan yang dapat terjadi karena tidak terlaksananya rencana sesuai dengan tujuan awal, atau tidak tercapainya tujuan.

Mencapai tingkat keamanan yang lebih tinggi merupakan langkah pertama yang penting dalam meningkatkan mutu layanan secara keseluruhan. Meningkatkan keselamatan, pada gilirannya, membutuhkan upaya multi-stakeholder yang sistematis, termasuk komitmen yang jelas dan berkelanjutan terhadap kepemimpinan di tingkat eksekutif dan dewan.

2. Efektivitas; perawatan harus didasarkan pada ilmu pengetahuan dan diberikan kepada pasien yang mendapatkan keuntungan. Dengan kata lain, perawatan yang kurang dan berlebihan harus dihindari.

Dalam hal ini, efektivitas mengacu pada layanan berdasarkan bukti yang diperoleh dari penggunaan sistem untuk menentukan apakah intervensi (seperti layanan pencegahan, tes diagnostik, atau pengobatan) menghasilkan hasil yang lebih baik daripada alternatif lain, termasuk memilih untuk tidak mengambil tindakan apa pun. Praktik berbasis bukti membutuhkan hal-hal untuk selalu menghindari praktik yang kurang memanfaatkan layanan efektif dan praktik yang terlalu sering menggunakan tindakan tidak efektif.

Perawatan tidak efektif yang lebih cenderung merugikan daripada membantu pasien (Chassin, 1997).
3. Berpusat pada pasien; Perawatan harus didasarkan pada rasa hormat, respons terhadap preferensi individu pasien, kebutuhan pasien, dan nilai-nilai pasien, dan nilai-nilai yang menjadi pedoman untuk semua pengambilan keputusan klinis.

Erteis dkk. (1993) mengidentifikasi berbagai aspek perawatan yang berpusat pada pasien, yaitu: (1) menghormati nilai, preferensi, dan kebutuhan pasien; (2) koordinasi dan integrasi perawatan; (3) informasi, komunikasi dan pendidikan; (4) Kenyamanan fisik; (5) Dukungan emosional untuk mengurangi rasa takut dan cemas; dan (6) Keterlibatan keluarga dan teman.
4. Tepat waktu; perawatan harus diberikan segera ketika pasien membutuhkannya. Ketepatan waktu adalah fitur penting dari layanan apa pun. Ini memiliki nilai dan nilai terbukti dalam bekerja untuk meningkatkan efisiensi perawatan kesehatan dan industri lainnya.
5. Efisiensi; pemborosan, termasuk peralatan, persediaan, ide, dan energi harus dihindari. Dalam sistem kesehatan yang efisien, sumber daya digunakan untuk memaksimalkan pengeluaran (Palmer dan Torgerson, 1999). Kebalikan dari efisiensi adalah membuang-buang sumber daya tanpa menguntungkan pasien. Setidaknya ada dua cara untuk meningkatkan efisiensi: (1) mengurangi pemborosan kualitas, (2) mengurangi biaya pengelolaan atau produksi.

6. Keadilan (ekuitas); Tanpa memandang usia, jenis kelamin, ras, status ekonomi, atau variabel demografis lainnya, perawatan terbaik harus diberikan kepada semua. Mengenai ketidakberpihakan layanan yang diberikan, setiap orang tentu mengharapkan agar mereka diperlakukan secara adil oleh lembaga sosial, termasuk lembaga perawatan kesehatan. Ketersediaan layanan yang berkualitas harus didasarkan pada kebutuhan pribadi, bukan pada karakteristik pribadi yang tidak terkait dengan kondisi pasien atau alasan untuk mencari perawatan. Secara khusus, kualitas perawatan tidak boleh bervariasi berdasarkan karakteristik seperti jenis kelamin, ras, usia, etnis, pendapatan, pendidikan, kecacatan, orientasi seksual atau tempat tinggal.

Bentuk Program Menjaga Mutu

1. Program Menjaga Mutu Prospektif

Program Menjaga Mutu Prospektif adalah Program penjaminan mutu yang diharapkan adalah program pemeliharaan mutu yang dilakukan sebelum pelayanan kesehatan. Dengan cara ini, fokus utama adalah pada elemen input dan lingkungan. Untuk menjamin terselenggaranya pelayanan kesehatan yang bermutu, pelaksanaan personel, dana dan sarana serta kebijakan, organisasi dan manajemen institusi kesehatan dipantau dan dievaluasi.

Apabila ditemukan personel pelaksana, dana, fasilitas, kebijakan, organisasi dan manajemen tidak memenuhi standar yang telah ditetapkan, tentu akan berdampak besar pada kualitas pelayanan, dalam arti sulit untuk mengharapkan pelaksanaannya. dari pelayanan kesehatan yang berkualitas tinggi. Beberapa prinsip dasar dari rencana ini untuk menjaga kualitas yang diharapkan adalah sebagai berikut.

a. Standardisasi

Untuk menjamin terselenggaranya pelayanan kesehatan yang bermutu, telah ditetapkan standarisasi institusi kesehatan. Izin penyelenggaraan pelayanan

kesehatan hanya diberikan kepada institusi kesehatan yang memenuhi standar yang telah ditetapkan. Adanya klausula baku, biasanya termasuk staf dan fasilitas, digunakan untuk menghindari institusi kesehatan yang tidak patuh.

b. Perizinan

Sekalipun sudah terstandarisasi, bukan berarti kualitas layanan selalu bisa dipertimbangkan. Untuk menghindari kualitas layanan yang buruk, standarisasi harus disertai dengan izin untuk ditinjau secara berkala. Izin penyelenggaraan pelayanan kesehatan hanya diberikan kepada institusi kesehatan dan/atau tenaga pelaksana yang masih memenuhi persyaratan yang ditentukan.

c. Sertifikasi

Sertifikasi merupakan tindak lanjut yang memungkinkan, yaitu memberikan sertifikat (pengakuan) kepada institusi dan/atau pelaksana kesehatan yang benar-benar memenuhi atau masih memenuhi persyaratan.

d. Akreditasi

Akreditasi adalah bentuk lain dari sertifikat yang bernilai lebih tinggi. Umumnya sertifikasi dilakukan secara bertahap, yaitu berdasarkan kemampuan instansi kesehatan dan/atau instansi pelaksana yang memberikan pelayanan kesehatan.

2. Program Menjaga Mutu Konkuren

Program penjaminan mutu Konkuren adalah rencana pemeliharaan mutu yang dilaksanakan bersamaan dengan pelayanan kesehatan. Dengan demikian, fokus utama adalah pada elemen proses yaitu monitoring dan evaluasi terhadap tindakan medis dan non medis yang dilakukan. Jika kedua tindakan tersebut tidak memenuhi standar yang telah ditetapkan, hal ini menunjukkan bahwa kualitas pelayanan kesehatan yang diberikan masih kurang.

Program menjaga mutu konkuren ini adalah yang paling sulit untuk diterapkan. Sebagian alasannya adalah karena adanya faktor toleransi teman sejawat, kecuali jika pelayanan kesehatan diberikan dalam tim, atau ketika sekelompok kesejawatan (*peer group*) yang bertanggung jawab untuk mengatur program menjaga mutu telah membentuk suatu mekanisme.

3. Program Menjaga Mutu Retrospektif

Program menjaga mutu retrospektif adalah program menjaga mutu yang dilaksanakan setelah pelayanan kesehatan. Dalam bentuk ini, fokus utama adalah pada elemen keluaran, yaitu pemantauan dan evaluasi kinerja pelayanan kesehatan. Jika penampilannya di bawah standar yang ditetapkan, berarti kualitas pelayanan kesehatan yang diberikan buruk.

Karena program menjaga mutu retrospektif dilaksanakan setelah pelayanan kesehatan, maka objek pemantauan dan evaluasi bersifat tidak langsung. Dapat berupa pekerjaan pelaksana pelayanan atau pendapat pengguna pelayanan kesehatan. Beberapa contoh rencana pemeliharaan kualitas retrospektif adalah sebagai berikut.

a. Tinjauan Rekam Medis

Tinjauan rekam medis (record review) mengevaluasi penampilan layanan dari catatan medis yang digunakan dalam pelayanan. catatan medis akan diperiksa sesuai dengan standar yang ditetapkan. enurut masalah yang akan dipantau dan dievaluasi, catatan tinjauan medis dapat dibagi menjadi beberapa jenis. ebagai contoh, jika ini adalah masalah penggunaan narkoba yang sedang dievaluasi, review penggunaan narkoba kan dilakukan, atau peninjauan bedah (jika layanan bedah sedang dievaluasi).

Rekam medis rumah sakit (RMRS) adalah bagian penting dari pelaksanaan kegiatan manajemen rumah sakit. RMRS harus mampu memberikan informasi yang komprehensif tentang proses pelayanan kesehatan dan medis umah sakit,

termasuk masa lalu dan masa kini, serta prediksi apa yang akan terjadi di masa depan.

Sebuah rumah sakit memiliki dua kumpulan data RMRS, yaitu kumpulan data medis dan kumpulan data umum

1) Data medis.

Data medik dihasilkan sebagai kewajiban pelaksana pelayanan medik, tenaga keperawatan dan tenaga ahli kesehatan lainnya (tenaga kesehatan keperawatan dan tenaga kesehatan nonkeperawatan). Mereka akan menggunakan alat perekam tertentu untuk merekam semua hasil pemeriksaan dan pengobatan pasien secara manual tau digital.

2) Data umum

Data umum yang dihasilkan oleh kelompok kegiatan non medis akan mendukung kegiatan kelompok data edis di poliklinik. Contoh kegiatan poliklinik antara lain radiologi, pemeliharaan, kegiatan laboratorium, dll. Data adangan umum diperoleh dari kegiatan seperti penggunaan ambulans, pesanan makanan, personel, dan keuangan. enanggung jawab kepemilikan dan penggunaan rekam medis adalah direktur rumah sakit. Direksi bertanggung wab atas kehilangan, kerusakan, atau pemalsuan, termasuk penggunaan oleh badan/orang yang tidak berwenang. si rekam medis adalah milik pasien dan harus dijaga kerahasiaannya, terutama tenaga medis yang bertugas di angsal selama pasien menerima perawatan.

Rekam medis rumah sakit digunakan untuk berbagai keperluan, yaitu administrasi, medis, hukum, keuangan, penelitian, pendidikan, dan dokumentasi.

- 1) Dari segi nilai administrasi, aspek administrasi rekam medis sangat penting, karena meliputi kewenangan dan tanggung jawab tenaga medis dan paramedis untuk mencapai tujuan pelayanan pasien. Dalam hal ini rekam medis merupakan sumber informasi bagi pasien yang menerima perawatan/ pengobatan di rumah sakit.

- 2) Aspek medis rekam medis menjadi dasar perencanaan pengobatan atau perawatan pasien, termasuk alat komunikasi antar tenaga kesehatan lain atau dasar penilaian mutu pelayanan rumah sakit.
- 3) Dari segi hukum, rekam medis penting jika ada tuntutan atas pelayanan yang diterima pasien.
- 4) Dari segi keuangan, rekam medis penting dalam menentukan besarnya biaya yang harus dikeluarkan oleh pasien/pihak yang menanggungnya.
- 5) Data rekam medis juga digunakan untuk tujuan pendidikan dan penelitian serta sebagai dasar penyusunan laporan rumah sakit.

b. Tinjauan Jaringan

Dalam tinjauan jaringan, penampilan pelayanan kesehatan (khususnya bedah) dinilai berdasarkan operasi yang dilakukan. Jika patologi anatomi dan jaringan yang diekstraksi sesuai dengan diagnosis yang telah ditetapkan, erarti pelayanan bedah merupakan pelayanan kesehatan yang bermutu tinggi.

c. Survei pelanggan

alam survei pelanggan, penampilan layanan kesehatan dievaluasi dari perspektif pengguna layanan. Survei elanggan dapat dilakukan secara informal, yaitu menyimpan pertanyaan dan jawaban setelah layanan berakhir; atau secara formal, dengan melakukan survei yang dirancang khusus.

Pengukuran Mutu Retrospektif

Pengukuran mutu retrospektif adalah pengukuran kualitas pelayanan kesehatan yang dilakukan setelah penyelenggaraan pelayanan kesehatan. Pengukuran ini merupakan kombinasi dari kegiatan berikut.

a. Evaluasi Rekam Medis

Pemeriksaan dan evaluasi rekam medis atau rekam medis lainnya merupakan kegiatan yang disebut audit. Pemeriksaan riwayat kesehatan pasien atau catatan lain sangat berguna sebagai kegiatan awal tim penjaminan mutu layanan kesehatan.

Dengan informasi yang tersedia, tim penjaminan mutu pelayanan kesehatan akan dengan udah memeriksa dan mengevaluasi hasil evaluasi.

Karena penilaian didasarkan pada catatan, harus dapat diandalkan dan akurat. Catatan yang tidak lengkap dan tidak akurat juga dapat menyebabkan pengukuran yang tidak akurat. Terkadang, catatan yang baik tidak ada ubungannya dengan tingkat pelayanan kesehatan yang diberikan. Pelayanan kesehatan justru lebih buruk karena naga kesehatan terlalu banyak menghabiskan waktu untuk melakukan pencatatan yang lengkap.

Oleh karena itu, evaluasi pelayanan didasarkan pada teknologi pencatatan terkait yang relevan. Saat ini ekam medis sudah banyak digunakan (*problem oriented medical record*) dan dapat dengan mudah digunakan untuk menentukan kualitas pelayanan medis yang diberikan kepada pasien. Rekam medis berorientasi masalah dirancang untuk diintegrasikan dengan kerangka audit. Berikut ini adalah keuntungan dari audit.

- 1) Catatan tersedia
- 2) Audit akan menghasilkan catatan yang baik dan akurat.

kekurangan audit meliputi:

- 1) Catatan yang tidak lengkap dan tidak akurat akan menyebabkan pengukuran yang tidak akurat.
- 2) Jika waktu perekaman terlalu lama, waktu yang dapat digunakan untuk merawat pasien akan dipersingkat.

b. Wawancara

Wawancara dilakukan dengan pasien dan/atau kerabat atau teman atau petugas kesehatan sesuai dengan riteria yang akan dinilai. Wawancara dapat terstruktur atau tidak terstruktur. Wawancara terstruktur terdiri dari pertanyaan-pertanyaan yang sudah dijawab. Misalnya: "Apakah ada pilihan menu? Jawab ya atau tidak!". "Ada erapa menu yang bisa dipilih? Jawab dengan angka!"

Dalam hal ini, peran pewawancara adalah memastikan bahwa yang diwawancarai benar-benar memahami asalah. Jika wawancara terstruktur, atau kombinasi terstruktur dan tidak terstruktur, peran pewawancara lebih besar arena pewawancara harus memahami dengan jelas apa yang ingin diketahuinya.

"Apakah itu makanan enak? Coba jelaskan!" Pertanyaan-pertanyaan ini akan mengungkapkan alasan di balik pilihan rang yang diwawancarai. Dalam wawancara terstruktur, ini tidak akan terungkap (apa pentingnya dan alasan dialih pilihan itu). Jika titik akhir terkait dengan beberapa kelompok pasien, harus ditentukan pasien mana yang akan diwawancarai.

Keuntungan wawancara adalah sebagai berikut.

- 1) Pertanyaan akan lebih jelas dan lebih mudah dipahami, sehingga jawabannya akan jelas.
- 2) Wawancara dapat memastikan bahwa pasien memberikan informasi.
- 3) Pasien merasa terlibat dalam pelayanan kesehatan.
- 4) Pasien memiliki kesempatan untuk mengajukan pertanyaan yang terlupakan dalam kompilasi wawancara.
- 5) Dalam wawancara tidak terstruktur, pewawancara dapat mempelajari sikap dan pendapat pasien secara mendalam menanggapi isi tersirat.

Sedangkan kekurangan wawancara adalah sebagai berikut:

- 1) Pasien sulit memberikan jawaban negatif.
- 2) Wawancara membutuhkan waktu dan karena itu mahal.
- 3) Pewawancara tanpa sadar akan terpengaruh oleh jawaban pasien.

c. Kuisisioner

Kuisisioner yang telah disiapkan akan dibagikan kepada pasien dan kerabat/teman/petugas kesehatan. Seperti wawancara, kuesisioner dapat terstruktur atau tidak terstruktur. Dengan kata lain, masalahnya bisa terbuka atau tertutup. Survei kuesisioner merupakan teknik yang sering digunakan untuk menjamin mutu pelayanan kesehatan. Sayangnya, kuesisioner tidak selalu cocok untuk situasi atau kelompok pasien tertentu. Selain itu, banyak isu yang bias dan menyesatkan. Untuk mengatasi masalah ini, kuesisioner harus diuji lebih dahulu sebelum digunakan secara luas. Kelebihan kuesisioner antara lain sebagai berikut.

- 1) Mudah menyebar ke kelompok sasaran yang jauh.
- 2) Menghemat waktu dan uang.
- 3) Semua penerima kuesisioner menerima pertanyaan yang sama.
- 4) Dapat mengurangi prasangka pewawancara.
- 5) Karena tidak ada nama, orang yang diwawancarai bisa lebih jujur dalam menjawab pertanyaan.

Pada saat yang sama, kuesisioner memiliki kekurangan sebagai berikut.

- 1) Jika pertanyaannya tidak jelas, jawaban yang diberikan mungkin tidak tepat.
- 2) Gaya atau gaya pertanyaan dan kata-kata dalam kuesisioner dapat memandu jawaban responden.
- 3) Kinerja kuesisioner biasanya sangat rendah.
- 4) Tanggapan kuesisioner terhadap kuesisioner tidak lengkap, tetapi dapat diisi oleh responden lain yang mungkin berbeda pendapat.

d. Pertemuan

Pertemuan Pasien dan staf medis terkait mengadakan pertemuan. Pasien, anggota keluarga, dan orang lain juga dapat berpartisipasi dalam pertemuan dan diskusi antarprofesional, karena diskusi akan menghasilkan informasi yang berguna tentang pemenuhan standar. Rapat membahas mutu pelayanan kesehatan berbeda

dengan rapat membahas asus atau *case meeting*. Keuntungan dari konferensi adalah sebagai berikut.

- 1) Libatkan semua personel terkait.
- 2) Periksa semua aspek standar secara fleksibel, tidak seperti yang memiliki pertanyaan dan wawancara terstruktur.

Pada saat yang sama, konferensi memiliki kekurangan berikut.

- 1) Ini membutuhkan waktu yang lama.
- 2) Harus memuat pendapat semua pemangku kepentingan.
- 3) Sulit untuk meringkas hasil diskusi.
- 4) Ada prasangka karena perbedaan hubungan interpersonal dan status dalam kelompok
- 5) Karena kurangnya objektivitas dalam pelaksanaannya, terjadi penyimpangan-penyimpangan.

Dilihat dari kedudukan organisasi pelaksana program, menjaga mutu dapat dibagi menjadi program menjaga mutu internal dan program menjaga mutu eksternal.

Program Menjaga Mutu Internal

Dalam program menjaga mutu internal, kegiatan program menjaga mutu internal dilakukan oleh institusi kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan. Penyelenggara dapat berupa perseorangan dan/atau serikat pekerja dalam suatu organisasi. Untuk tujuan ini, sebuah organisasi didirikan di dalam fasilitas kesehatan untuk mengatur encana untuk mempertahankan mutu. Ditinjau dari peran pelaksana, secara garis besar dapat dibagi menjadi dua jenis, yaitu:

- a. Pelaksana rencana pengendalian mutu adalah para kelompok ahli yang tidak berperan serta dalam pelayanan kesehatan (*expert group*), dan secara khusus diberi wewenang dan tanggung jawab untuk menyelenggarakan program menjaga mutu

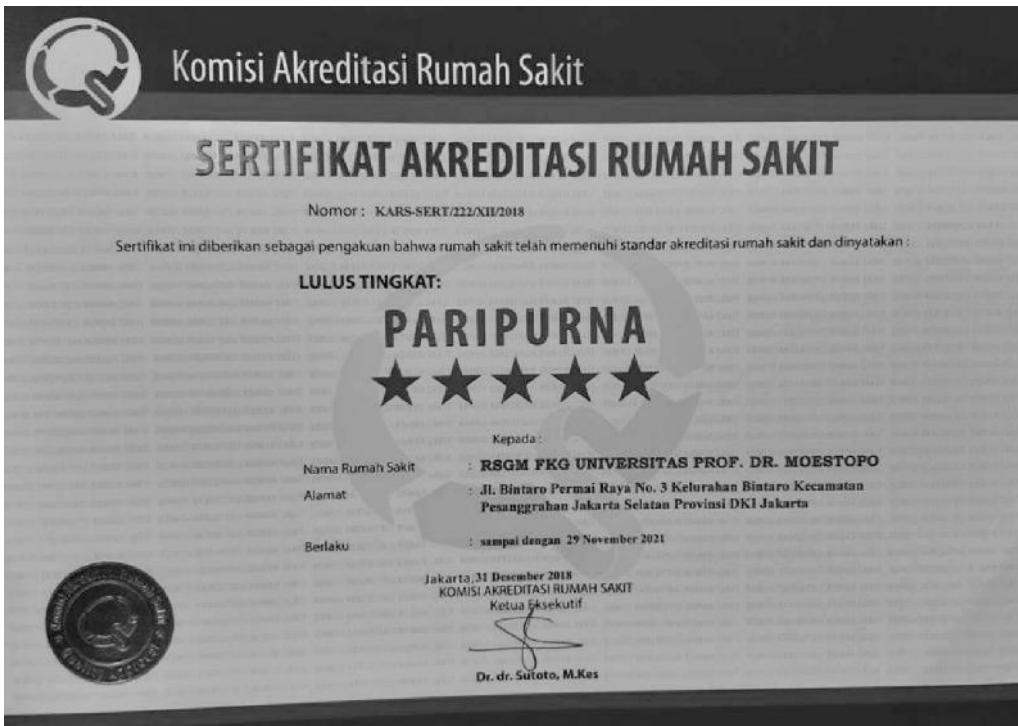
- b. Pelaksana rencana pengendalian mutu adalah mereka yang memberikan pelayanan kesehatan (berbasis tim), seperti tim kendali mutu.

Di antara dua bentuk organisasi yang dapat dibentuk, yang dianggap lebih baik adalah yang kedua, karena sebenarnya yang paling bertanggung jawab untuk melaksanakan rencana pemeliharaan itu bukanlah orang lain, tetapi orang yang memberikan pelayanan kesehatan.

Program Menjaga Mutu Eksternal

Dalam program menjaga mutu eksternal (*external quality assurance*), kegiatan program menjaga mutu tidak dilakukan oleh lembaga yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan, tetapi oleh organisasi khusus selain lembaga layanan kesehatan. Untuk itu pada umumnya untuk suatu bidang pekerjaan dan kepentingan tertentu didirikan suatu organisasi di luar lembaga yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan, dan organisasi tersebut bertugas menyelenggarakan program untuk menjaga mutu.

Contoh : Lembaga Independen di Indonesia adalah KARS (Komisi Akreditasi Rumah Sakit)



Gambar 3. Sertifikat Yang Diberikan Lembaga Independen KARS

PENINGKATAN MUTU (*Quality Improvement*)

DEFINISI

Peningkatan Mutu (QI) adalah proses integrative yang menghubungkan pengetahuan, struktur, proses, dan hasil untuk meningkatkan kualitas diseluruh organisasi Public Health Idaho North Central District, 2011)

TUJUAN

- Mengerti proses yang dilakukan dalam QI
- Mengurangi dan menghilangkan kesalahan

- c. Meningkatkan efisiensi
- d. Meningkatkan komunikasi
- e. Membutuhkan pengukuran
- f. Berfokus pada hasil

Sebagian besar pengaturan tata kelola untuk institusi pelayanan kesehatan mencakup audit klinis. Namun, penggunaan metode peningkatan mutu lainnya tidak selalu berhasil. Kunci untuk mencapai tujuan ini adalah merumuskan rencana peningkatan mutu, fokus pada masalah yang perlu diselidiki dan ditingkatkan, dan kemudian memilih metode yang tepat untuk pekerjaan itu. Terlepas dari metode yang dipilih, presentasi dan tindak lanjut hasil program peningkatan mutu yang terbuka dan transparan sangat penting, termasuk meninjau dan menyelidiki laporan pengecualian dengan perwakilan pasien dan anggota dewan (Fereday, 2015).

Menurut Fereday (2015), ada 12 metode peningkatan mutu, masing-masing dengan tujuan tertentu, kapan waktu yang tepat untuk menggunakan metode ini:

Tabel 1.12 Metode Quality Improvement

Metode QI	Kegunaan
<i>Clinical audit</i>	Audit klinis dapat digambarkan
	sebagai siklus peningkatan kualitas yang mencakup pengukuran efektivitas layanan kesehatan berdasarkan standar kualitas tinggi yang disepakati dan terbukti, guna mengambil tindakan untuk membawa praktik yang memenuhi standar untuk meningkatkan kualitas hasil perawatan dan kesehatan.

Plan do Study act	Plan, Do, Study, Act (PDSA) menguji perubahan secara siklus untuk menilai dampaknya dan memastikan bahwa ide-ide baru meningkatkan kualitas sebelum diterapkan secara skala yang lebih luas. Perubahan proses dapat menyebabkan hasil yang tidak diharapkan, sehingga membuat peningkatan kualitas pengujian skala kecil lebih aman dan lebih efisien sebelum dilakukan implementasi, memungkinkan sampel dari pemangku kepentingan yang berpartisipasi untuk mengevaluasi perubahan tindakan yang diusulkan. Pengenalan perubahan skala kecil ini juga memungkinkan untuk diuji untuk berinteraksi dengan sistem lain tanpa menyebabkan gangguan skala besar dalam kualitas perawatan, seperti mengisi formulir penilaian pasien baru dengan kelompok pasien terbatas sebelum menerapkan formulir untuk semua pasien.
-------------------	--

Model for improvement	<p>Model perbaikan mempercepat peningkatan kualitas proses perawatan kesehatan dan hasilnya melalui dua tahap:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Tiga pertanyaan dasar, yang diajukan dan diselesaikan dalam urutan apa pun, untuk menentukan perubahan yang diperlukan dan langkah-langkah perbaikan 2) Plan, Do, Study, Act (PDSA) (lihat entri sebelumnya) untuk menguji perubahan dalam pengaturan langsung dan menentukan perbaikan
<i>Lean / Six Sigma</i>	<p>Lean berupaya meningkatkan aliran dalam value stream dan menghilangkan waste. Six sigma menggunakan kerangka kerja Define, Measure, Analyse, Improve, Control (DMAIC), alat statistik untuk menemukan dan memahami akar penyebab variasi dan menguranginya. Pengulangan dan pengurangan perubahan dalam perawatan kesehatan membantu memastikan pengalaman berkualitas tinggi yang konsisten bagi pasien, sementara mengurangi waste memungkinkan sumber daya digunakan di tempat yang paling efektif.</p>

Performance benchmarking	<p>Indikator kinerja digunakan sebagai bagian dari proses perbandingan untuk meningkatkan kesadaran akan standar yang dipersyaratkan dan sebagai pendorong peningkatan kualitas. Organisasi pelayanan kesehatan dan departemennya berusaha keras untuk memenuhi standar wajib, dan organisasi yang berkinerja baik telah menunjukkan model praktik terbaik yang dapat dibagikan dengan menjadi tolok ukur kinerja yang dapat dibandingkan.</p>
Healthcare failure modes and effects analysis	<p>Mode kegagalan kesehatan dan analisis efek (HFMEA) adalah metode peningkatan kualitas yang sistematis dan proaktif untuk evaluasi proses.</p> <p>Ini digunakan untuk mengidentifikasi di mana dan bagaimana proses mungkin gagal, dan untuk menilai dampak relatif dari berbagai kegagalan dan mengidentifikasi elemen proses yang paling diperlukan untuk perubahan. HFMEA mencakup tinjauan berikut:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Langkah-langkah dalam proses 2) Kegagalan (mengapa kegagalan terjadi?) 3) Mode kegagalan (apa yang bisa salah?) 4) Dampak kegagalan (apa yang akan terjadi konsekuensinya setiap kali saya gagal?)

Process mapping	Meninjau dan memetakan seluruh perjalanan pasien atau jalur diagnosis dengan semua pihak terkait dapat mengidentifikasi inefisiensi dan peluang untuk perbaikan. Ini menjelaskan langkah-langkah yang tidak perlu, pengulangan, perbedaan dan perubahan, dan mendorong ide-ide peningkatan kualitas untuk membantu menciptakan sistem yang gagal.
<i>Statistical process control</i>	Statistical Process Control (SPC) adalah metode Peningkatan kualitas menggunakan data statistik untuk memantau dan mengontrol proses, untuk memastikan bahwa beroperasi pada potensi penuhnya. Dalam hal potensi penuh, pertahankan kualitas yang diperlukan dan minimalkan pemborosan. SPC dapat diterapkan untuk setiap proses dimana output dapat diukur. SPC menyiratkan:

	<p>1) Peta kendali</p> <p>2) Fokus pada peningkatan berkelanjutan</p> <p>3) Desain eksperimental</p> <p>SPC menyoroti tingkat perubahan dalam hasil yang diperlukan dan memungkinkan untuk mengukur dampak dari setiap perubahan yang dibuat dalam proses eksperimental yang dilakukan untuk perbaikan.</p>
<i>Root cause analysis</i>	<p>Analisis akar penyebab (RCA) adalah proses terstruktur yang biasanya digunakan sebagai metode reaktif untuk menentukan penyebab setelah kejadian yang tidak diinginkan terjadi, atau sebagai alat investigasi untuk menentukan penyebab setelah kejadian yang merugikan. Hasil audit klinis menunjukkan bahwa kualitas perawatan kurang baik. RCA juga menyediakan informasi sehingga dapat digunakan sebagai metode proaktif untuk memperkirakan atau memprediksi kejadian potensial sebelum terjadi selama fase desain atau peninjauan suatu sistem atau proses. RCA memungkinkan untuk mengidentifikasi akar penyebab masalah atau masalah sehingga sumber daya peningkatan kualitas dapat secara akurat menunjukkan penyebab sebenarnya dari masalah atau masalah, daripada ke gejala.</p>

<i>Communication tools</i>	Komunikasi perawatan kesehatan yang jelas sangat penting, dan alat yang dirancang dengan baik dapat membantu memastikan komunikasi yang komprehensif, lengkap, dan konsisten untuk meningkatkan kualitas perawatan.
<i>Technological innovations</i>	<p>Dengan pertumbuhan telemedicine, pengobatan jarak jauh dan perawatan jarak jauh, orang dapat mengakses teknologi dan layanan yang terkait dengan kesehatan dan kkesajahteraan dari jarak jauh, sehingga mengurangi waktu yang diperlukan untuk janji temu rutin.</p> <p>Hal ini juga memungkinkan pasien untuk berpindah dari keadaan ketergantungan ke lingkungan perawatan diri yang lebih fleksibel dan mampu, sehingga meningkatkan kualitas hidup dan pengalaman perawatan kesehatan. Inovasi teknologi dapat menggabungkan alarm dan peringatan dini untuk mencegah penurunan serius pada kondisi kesehatan pasien.</p>

<i>Decision trees</i>	Pohon keputusan adalah diagram alur, di mana setiap persimpangan mewakili tes, dan setiap cabang mewakili hasil tes, yang dirancang oleh tim pemangku kepentingan multidisiplin untuk meningkatkan kualitas dan konsistensi keputusan yang diambil selama proses
-----------------------	--

Penerapan Quality Improvement di Rumah Sakit

Peningkatan mutu merupakan suatu metode pembelajaran dan perbaikan terus menerus dalam proses pemberian pelayanan kesehatan sesuai kebutuhan pasien dan pihak-pihak yang berkepentingan perbaikan kualitas secara terus menerus, perbaikan kinerja ditingkat rumah sakit dan manajemen mutu total. dalam pelayanan kesehatan adalah berbagai kegiatan dengan berbagai tingkat kompleksitas dan ketelitian metodologis serta statistik di mana penyedia pelayanan kesehatan mengembangkan, menerapkan dan menilai intervensi skala kecil, mengidentifikasi mereka yang bekerja dengan baik dan menerapkannya secara luas untuk meningkatkan praktik klinis (Baily, 004). Ruang lingkup *quality improvement* dengan peningkatan mutu meliputi pemenuhan kebutuhan pelayanan kesehatan yang terjangkau oleh masyarakat, peningkatan mutu pelayanan kesehatan, keselamatan pasien, pengembangan jangkauan pelayanan dan peningkatan kemandirian rumah sakit dengan tujuan mencari perbaikan berkelanjutan dalam pelayanan yang diberikan kepada pasien yang dilayani oleh institusi dan juga menciptakan

sistem pelayanan efisien, efektif dan konsisten menurut *Malnutrition Quality Improvement Initiative*, 2016)

Kesadaran rumah sakit akan pentingnya peningkatan mutu pelayanan kesehatan semakin tinggi. Rumah sakit juga harus memperbaiki pelayanannya secara terus menerus karena masyarakat saat ini semakin kritis terhadap pelayanan kesehatan yang didapat karena pengetahuan tentang dunia kesehatan semakin meningkat. Hal ini disebabkan karena arus informasi media cetak, elektronik dan internet menimbulkan tingginya sarapan pasien akan kepuasan pelayanan rumah sakit.

Rumah sakit harus mampu bersaing agar pasien dan keluarganya merasa aman, nyaman dan puas dengan pelayanan yang diterimanya. Salah satu strategi yang paling tepat untuk menyeimbangkan hal tersebut adalah melalui pendekatan kualitas pelayanan yang harus dilaksanakan secara terpadu, berkelanjutan, dan komprehensif sehingga pemangku kepentingan dan masyarakat yang membutuhkan terpuaskan dan memenuhi harapannya.

Di lingkungan rumah sakit, sejak tahun 2008, baik setelah memperoleh akreditasi rumah sakit dari Departemen Kesehatan Republik Indonesia, maupun program pengendalian mutu pelayanan yang dikembangkan kemudian menjadi program standar mutu pelayanan yang mengikuti standar Kemenkes maupun WHO serta standar lainnya. Dengan diterapkannya standarisasi mutu pelayanan, diharapkan mutu dapat terus dikontrol (*quality control*) dan terkendali, karena sangat dibutuhkan untuk memenuhi kebutuhan pasien rumah sakit. Untuk menyeimbangkan persepsi kualitas pelayanan dan melaksanakan pekerjaan peningkatan mutu, diperlukan suatu pedoman/panduan mutu pelayanan yang menjelaskan prinsip-prinsip mutu pelayanan, langkah-langkah implementasi, penentuan indikator, evaluasi, dll. penggunaan panduan ini akan memungkinkan semua unit kerja di bagian atau unit pelayanan untuk berpartisipasi dalam pengendalian dan peningkatan manajemen mutu secara terpadu. Terdapat berbagai macam alat untuk meningkatkan mutu pelayanan kesehatan yaitu menggunakan Sistem

Manajemen Mutu (SMM) seperti Gugus Kendali Mutu (GKM), *Total Quality Management* (TQM) dan akreditasi.

Peningkatan mutu paling baik adalah sebagai upaya kerja sama yang terus menerus dilakukan dari setiap orang yaitu professional pemberi asuhan, staf klinis dan non klinis, pasien dan keluarga mereka, peneliti, pembayar, perencana dan pendidik untuk membuat perubahan yang mengarah pada hasil/outcome pasien yang lebih baik (kesehatan), kinerja sistem (pelayanan) yang lebih baik, dan pengembangan profesional yang lebih baik (proses belajar). peningkatan mutu adalah TANGGUNG JAWAB BERSAMA baik pimpinan maupun staf, karena peningkatan mutu sejatinya berakar dari pekerjaan sehari-dari dari setiap Pimpinan dan Staf di Rumah Sakit

Ada banyak istilah (dan banyak akronim) yang digunakan untuk menggambarkan perbaikan dalam pelayanan kesehatan:

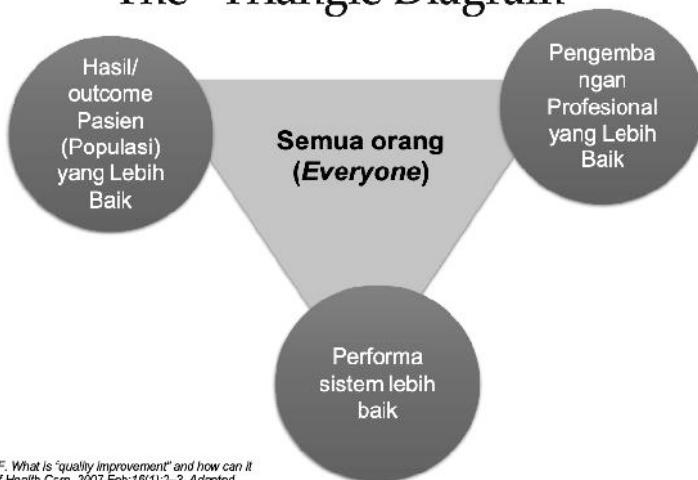
- Quality management (QM),
- Total Quality Management (TQM),
- Continuous Quality Improvement (CQI),
- Systems-Based Practice (SBP),
- Practice-Based Learning and Improvement (PBLI)
- Performance improvement (PI)
- Metodologi dari industry : Lean, Six Sigma dan lainnya
- Robust Process Improvement® (RPI®) → JCI

Nama generic :
**Quality
improvement**
(Peningkatan
mutu)

Sumber : dr. Luwinarsih, Komisi Akreditasi Rumah Sakit, 2021

**Gambar 1. Sejumlah Nama Untuk Menggambarkan Perbaikan
Dalam Peningkatan Mutu Pelayanan Kesehatan**

The “Triangle Diagram”

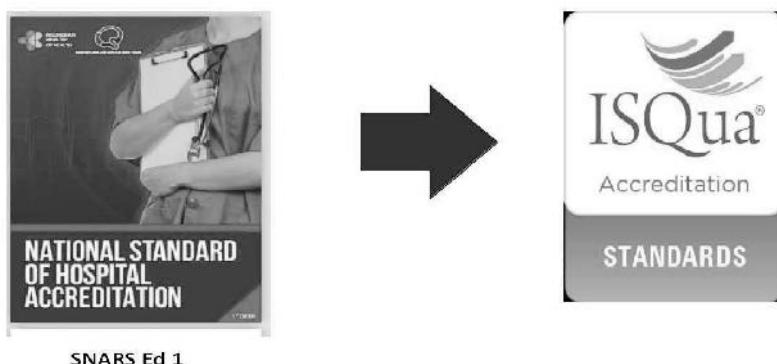


Source: Balalden PB, Davidoff F. What is "quality improvement" and how can it transform health care? Qual Saf Health Care. 2007 Feb;16(1):2-3. Adapted with permission from BMJ Publishing Group Limited.

Sumber : dr. Luwiharsih, Komisi Akreditasi Rumah Sakit, 2021

Gambar 2. Diagram Segitiga dalam Peningkatan Mutu di Rumah Sakit

BAGAIMANA MEMULAINYA?



SNARS Ed 1

SNARS TELAH MENDAPAT SERTIFIKASI SEBAGAI STANDAR AKREDITASI RS BERTARAF INTERNASIONAL DARI ISQUA

Sumber : dr. Luwiharsih, Komisi Akreditasi Rumah Sakit, 2021

GAMBAR 1. Instrumen SNARS Edisi 1 berlaku 1 Januari 2018



Gambar 2. Instrumen SNARS Edisi 1.1

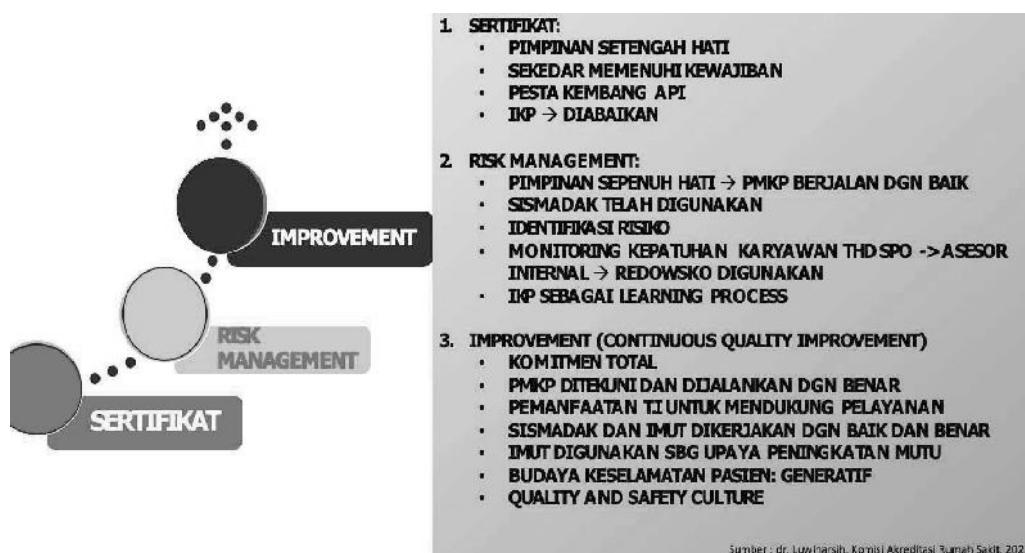


Gambar 3. Jumlah Standar dan Elemen Penilaian

No	Bab	Jml Std	Jml EP
1	Sasaran Keselamatan Pasien (SKP)	10	36
2	Akses ke Rumah Sakit & Kontinuitas Pelayanan (ARK)	23	100
3	Hak Pasien & Keluarga (HPK)	27	100
4	Asesmen Pasien (AP)	39	163
5	Pelayanan & Asuhan Pasien (PAP)	21	81
6	Pelayanan Anestesi & Bedah (PAB)	20	71
7	Pelayanan Kefarmasian & Penggunaan Obat (PKPO)	21	80
8	Manajemen Komunikasi & Edukasi (MKE)	13	49
9	Peningkatan Mutu & Keselamatan Pasien (PMKP)	19	80
10	Pencegahan & Pengendalian Infeksi (PPI)	28	107
11	Tata Kelola Rumah Sakit (TKRS)	28	127
12	Manajemen Fasilitas & Keselamatan (MFK)	24	105
13	Kompetensi & Kewenangan Staf (KKS)	26	96
14	Manajemen Informasi & Rekam Medis (MIRM)	21	77
15	Program Nasional	12	58
16	Integrasi Pendidikan Kes dlm Pelayanan RS (IPKP)	6	23
TOTAL JUMLAH STANDAR & ELEMEN PENILAIAN		338	1353

Sumber : dr. Luwiharsih, Komisi Akreditasi Rumah Sakit, 2021

Gambar 4. Total Jumlah Sandar dan Elemen Penilaian di Instrumen SNARS



Sumber : dr. Luwiharsih, Komisi Akreditasi Rumah Sakit, 2021

Gambar 5. Pola Pikir Terhadap Akreditasi

Apa yang pertama kali disusun oleh Rumah Sakit ?

DATA NASKAH RUMAH SAKIT

Antara lain meliputi :

- a. Pendokumentasian regulasi dengan dicetak atau digital serta yang diupload di sismadak
- b. Penyusunan, peninjauan, persetujuan dan atau penetapan semua regulasi oleh pihak yang berwenang sebelum diterbitkan
- c. Proses review regulasi secara berkala yang ditetapkan waktunya sesuai peraturan perundangan
- d. Pengendalian untuk memastikan bahwa hanya regulasi yang terbaru dan relevan yang tersedia di unit pelayanan dan unit kerja
- e. Bagaimana mengidentifikasi adanya perubahan dalam regulasi
- f. Pemeliharaan identitas dan keterbacaan regulasi jelas, singkat, tidak menimbulkan persepsi ganda
- g. Proses pengelolaan regulasi yang berasal dari luar rumah sakit
- h. Proses retensi regulasi yang sudah tidak terpakai (obsolete) sesuai peraturan dan perundang- undangan
- i. Identifikasi dan pelacakan semua dokumen yang beredar

Regulasi adalah dokumen pengaturan yang disusun oleh rumah sakit yang dapat berupa :

- a. Kebijakan Rangkaian konsep & asas yang menjadi garis besar & dasar rencana dalam pelaksanaan suatu pekerjaan, kepemimpinan dan cara bertindak
- b. Prosedur (SOP) Suatu perangkat instruksi/langkah-langkah yang dibakukan untuk menyelesaikan proses kerja rutin tertentu. SOP memberikan langkah yang benar dan terbaik berdasarkan konsensus bersama untuk melaksanakan berbagai kegiatan dan fungsi pelayanan yang dibuat oleh sarana pelayanan kesehatan berdasarkan standar profesi
- c. Pedoman Kumpulan ketentuan dasar yg memberi arah bgmn sesuatu harus dilakukan; hal pokok yang menjadi dasar (pegangan, petunjuk, dsb) untuk menentukan atau melaksanakan sesuatu

- d. Panduan (buku) petunjuk
- e. Peraturan Direktur rumah sakit
- f. Keputusan Direktur rumah sakit
- g. Program

Dokumen adalah bukti proses kegiatan atau pelayanan yang dapat berbentuk berkas rekam medis, laporan an atau notulen rapat dan atau hasil audit dan atau ijazah dan bukti dokumen pelaksanaan kegiatan lainnya.



KEPUTUSAN DIREKTUR RUMAH SAKIT GIGI DAN MULUT
FAKULTAS KEDOKTERAN GIGI
UNIVERSITAS PROF. DR. MOESTOPO (BERAGAMA)
NOMOR: 54a/SK/Dir/RSGM/PMKP/I/2020

TENTANG

PEMBERLAKUAN INDIKATOR MUTU PRIORITAS
DI RSGM FKG UPDM (B)

DIREKTUR RUMAH SAKIT GIGI DAN MULUT FAKULTAS KEDOKTERAN GIGI
UNIVERSITAS PROF. DR. MOESTOPO (BERAGAMA)

- Menimbang :
- bahwa dalam rangka upaya meningkatkan area pelayanan dan keselamatan pasien yang bermutu dan aman kepada pasien di Rumah Sakit Gigi dan Mulut Fakultas Kedokteran Gigi Universitas Prof. Dr. Moestopo (Beragama), yang efektif dan efisien sesuai dengan standar pelayanan yang berlaku, maka perlu dilakukan penetapan Indikator mutu prioritas di RSGM FKG UPDM (B);
 - bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana dimaksud dalam huruf a maka perlu ditetapkan Keputusan Direktur di RSGM FKG UPDM (B);

- Mengingat :
- Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 29 Tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran;
 - Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan;
 - Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit;
 - Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 36 Tahun 2014 tentang Tenaga Kesehatan;
 - Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 117/MENKES/PER/IV/2004 tentang Rumah Sakit Gigi dan Mulut;
 - Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 209/MENKES/PER/IV/2008 tentang Reklam Medis;
 - Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 169/MENKES/PER/VIII/2011 tentang Keselemanan Pasien Rumah Sakit;
 - Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 2052/MENKES/PER/X/2011 tentang Izin Praktik dan Pelaksanaan Praktik Kedokteran;
 - Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 34 Tahun 2017 Tentang Akreditasi Rumah Sakit;
 - Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 129/MENKES/SK/I/2009 tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit;



PEDOMAN KERJA KOMITE MUTU
RSGM FKG UPDM (B)

RUMAH SAKIT GIGI DAN MULUT

FAKULTAS KEDOKTERAN GIGI

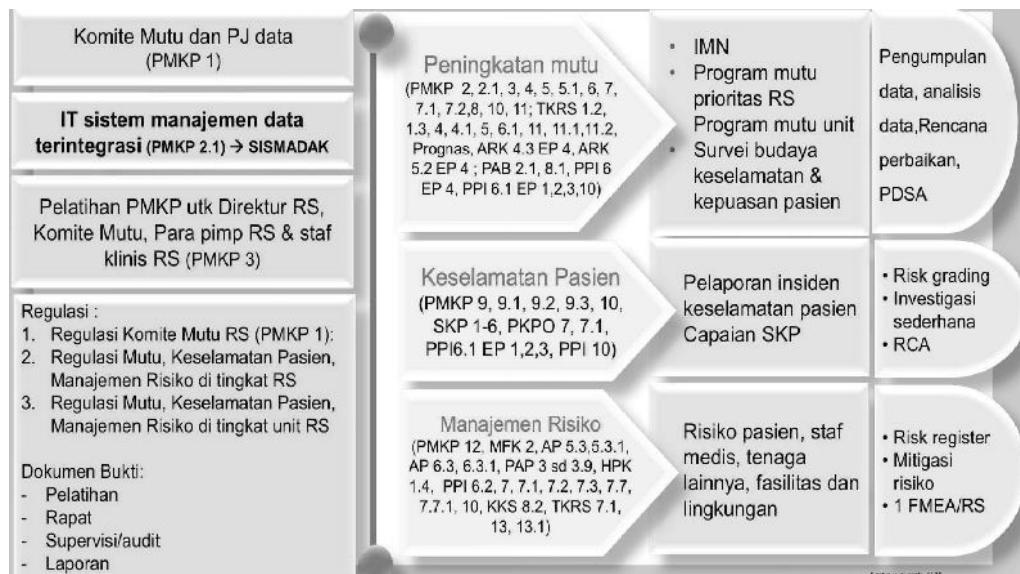
UNIVERSITAS PROF. DR. MOESTOPO (BERAGAMA)

2021

Jl. Setiabudi Permai Raya No. 3

Gambar 6. Surat Keputusan Direktur

Gambar 7. Pedoman Kerja Komite Mutu



Gambar 8. Peningkatan Mutu Dan Keselamatan Pasien SNARS

KOMITE MUTU RUMAH SAKIT

Untuk meningkatkan mutu pelayanan pasien dan menjamin keselamatannya, rumah sakit harus memiliki Program Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien (PMKP) yang mencakup seluruh unit kerja rumah sakit.

Pelaksanaan program ini tidak mudah, karena memerlukan koordinasi dan komunikasi yang baik antara kepala bidang/ divisi medis, keperawatan, penunjang medis, administrasi dan bidang/departemen lain, termasuk kepala unit/ departemen/instalasi pelayanan.

Rumah sakit harus membentuk komite/tim atau bentuk organisasi lain untuk mengelola rencana peningkatan mutu dan keselamatan pasien agar mekanisme koordinasi peningkatan mutu dan pelaksanaan program keselamatan pasien dapat berjalan dengan lebih baik.

Standar ini menjelaskan pendekatan komprehensif yang mempengaruhi peningkatan mutu dan keselamatan pasien di semua aspek pelayanan.

Pendekatan ini meliputi:

1. Setiap unit terlibat dalam program peningkatan mutu dan keselamatan pasien
2. Rumah sakit menetapkan tujuan, mengukur pelaksanaan proses kerja dan memvalidasi data.
3. Menggunakan data secara efektif dan fokus pada tolok ukur program
4. Bagaimana menerapkan dan memelihara perubahan yang telah menghasilkan perbaikan

Untuk meningkatkan mutu dan keselamatan pasien, direktur rumah sakit, para kepala bidang/ divisi, serta kepala unit dan departemen rumah sakit:

Agar implementasi program peningkatan mutu dan keselamatan pasien (PMKP) harus berjalan baik para kepala bidang/ divisi serta kepala unit dan departemen di rumah sakit :

1. Wajib mendorong dilaksanakannya program peningkatan mutu dan keselamatan pasien (PMKP)
2. Berusaha untuk mendorong penerapan budaya mutu dan keselamatan (*quality and safety culture*)
3. Mengidentifikasi dan secara proaktif mengurangi variasi, menggunakan data untuk fokus pada isu-isu prioritas.
4. Berupaya untuk menunjukkan perbaikan berkelanjutan.

Mutu dan keselamatan masuk jauh ke dalam pekerjaan sehari-hari semua personel di unit layanan. Sebagai staf klinis, melakukan asesmen pasien dan memberikan layanan. Standar PMKP ini dapat membantu untuk memahami bagaimana benar-benar memberikan asuhan pasien dan mengurangi risiko. Demikian pula, staf non-klinis dapat memasukkan standar ke dalam pekerjaan sehari-hari mereka untuk memahami bagaimana meningkatkan efisiensi proses, menggunakan sumber daya dengan lebih bijaksana, dan mengurangi risiko fisik.

Standar PMKP memiliki cakupan yang sangat luas di rumah sakit termasuk kerangka kerja untuk meningkatkan aktivitas dan mengurangi risiko yang terkait dengan variasi (ketidakseragaman) dalam proses pelayanan. Oleh karena itu, kerangka standar sangat sesuai dengan perubahan ariasi dalam struktur program dan metode yang kurang formal terhadap peningkatan mutu dan keselamatan pasien.

Kerangka standar juga dapat diintegrasikan dengan program pengukuran yang sudah diterapkan, seperti masalah insiden (manajemen risiko) dan pemanfaatan sumber daya manajemen utilisasi). Seiring berjalananya waktu, rumah sakit yang mengikuti kerangka kerja ini kan:

1. Memberikan dukungan dari direktur dan Kepala Bidang/Divisi serta Kepala Unit/ Instalasi pelayanan terhadap program keseluruhan rumah sakit;
2. Melatih dan melibatkan lebih banyak staf
3. Menetapkan prioritas yang lebih jelas tentang apa yang akan diukur dan dievaluasi
4. Membuat keputusan berdasarkan pengukuran data, dan
5. Membuat perbaikan berdasarkan perbandingan dengan rumah sakit lainnya baik nasional dan internasional.

Fokus area standar peningkatan mutu dan standar keselamatan pasien adalah:

1. Pengelolaan kegiatan peningkatan mutu dan keselamatan pasien
2. Pemilihan, pengumpulan, analisis dan validasi data indikator mutu
3. Pelaporan dan analisis insiden keselamatan pasien
4. Pencapaian dan mempertahankan perbaikan
5. Manajemen risiko

Rumah sakit mempunyai Komite Mutu atau bentuk organisasi lainnya yang kompeten untuk mengelola kegiatan Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien (PMKP) sesuai dengan peraturan perundang-undangan. Perlu diingat, kegiatan peningkatan mutu dan keselamatan pasien tidak bisa dipisahkan secara tegas,

karena ada kegiatan yang sering tumpang tindih (*overlapping*), isalnya terkait dengan pemilihan indikator mutu untuk pelayanan bedah yaitu salah operasi, salah orang dan salah prosedur, data tersebut juga merupakan data insiden keselamatan pasien. arena itu kegiatan peningkatan mutu dan kegiatan keselamatan pasien sebaiknya dilaksanakan secara terintegrasi yang dikelola komite/tim atau bentuk organisasi lainnya sesuai dengan eraturan perundang-undangan.

Mengingat yang dikelola adalah data mutu dan data insiden maka dibawah komite dapat ibentuk sub komite/sub tim/penanggung jawab yang mengelola mutu dan keselamatan pasien, isesuaikan dengan kondisi rumah sakit dan peraturan perundang-undangan. Selain komite mutu, umah sakit juga perlu mempunyai penanggungjawab data di setiap unit kerja yang diharapkan apat membantu komite mutu dalam pengumpulan dan analisis data.

Komite Mutu mempunyai tugas sebagai berikut:

1. Sebagai motor penggerak penyusunan program PMKP rumah sakit;
2. Melakukan monitoring dan memandu penerapan program PMKP di unit kerja;
3. Membantu dan melakukan koordinasi dengan pimpinan unit pelayanan dalam memilih prioritas perbaikan, pengukuran mutu/indikator mutu, dan menindak- lanjuti hasil capaian indikator
4. Melakukan koordinasi dan pengorganisasian pemilihan prioritas program di tingkat unit kerja serta menggabungkan menjadi prioritas rumah sakit secara keseluruhan. Prioritas program rumah sakit ini harus terkoordinasi dengan baik dalam pelaksanaanya;
5. Menentukan profil indikator mutu, metode analisis, dan validasi data dari data indikator mutu yang dikumpulkan dari seluruh unit kerja di rumah sakit;
6. Menyusun formulir untuk mengumpulkan data, menentukan jenis data, serta bagaimana alur data dan pelaporan dilaksanakan;
7. Menjalin komunikasi yang baik dengan semua pihak terkait serta menyampaikan masalah terkait perlaksanaan program mutu dan keselamatan pasien;

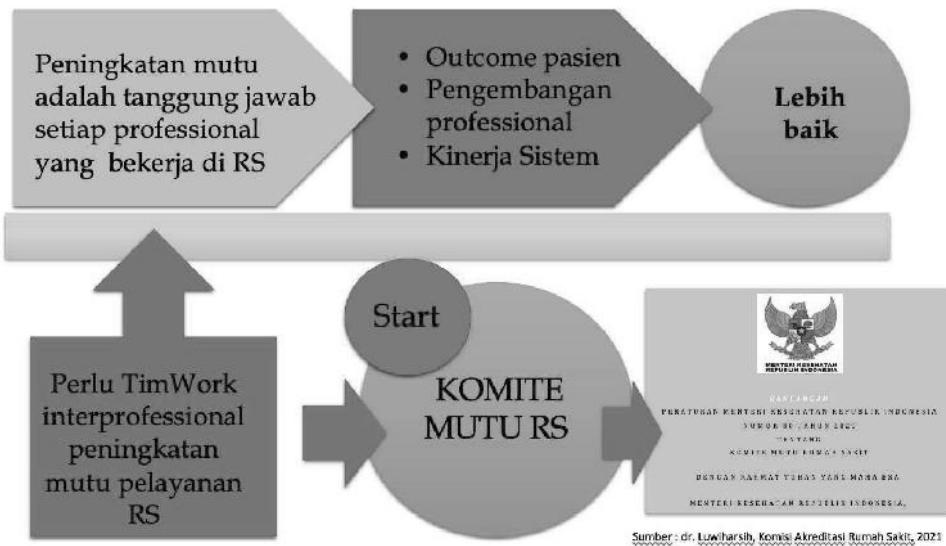
8. Terlibat secara penuh dalam kegiatan pendidikan dan pelatihan PMKP;
9. Bertanggung jawab untuk mengomunikasikan masalah-masalah mutu secara rutin kepada semua staf;
10. Menyusun regulasi terkait dengan pengawasan dan penerapan program PMKP.
11. Menangani insiden keselamatan pasien yang meliputi pelaporan, verifikasi, investigasi, dan analisis penyebab Insiden keselamatan pasien
12. Mengkoordinasikan penyusunan program manajemen risiko rumah sakit

Komite Mutu dan juga penanggung jawab data di unit kerja perlu mendapat pelatihan terkait dengan manajemen data rumah sakit yaitu pengumpulan, analisa dan r encana perbaikan. Selain itu, agar komite Mutu dapat melakukan koordinasi dan pengorganisasian yang baik maka perlu pelatihan tentang manajemen komunikasi. Pelatihan tersebut dapat dilaksanakan di rumah sakit. Komite mutu adalah unsur organisasi konstruktural yang membantu kepala atau direktur rumah sakit dalam mengelola dan memandu program peningkatan mutu rumah sakit dan keselamatan pasien, serta mempertahankan standar pelayanan rumah sakit.

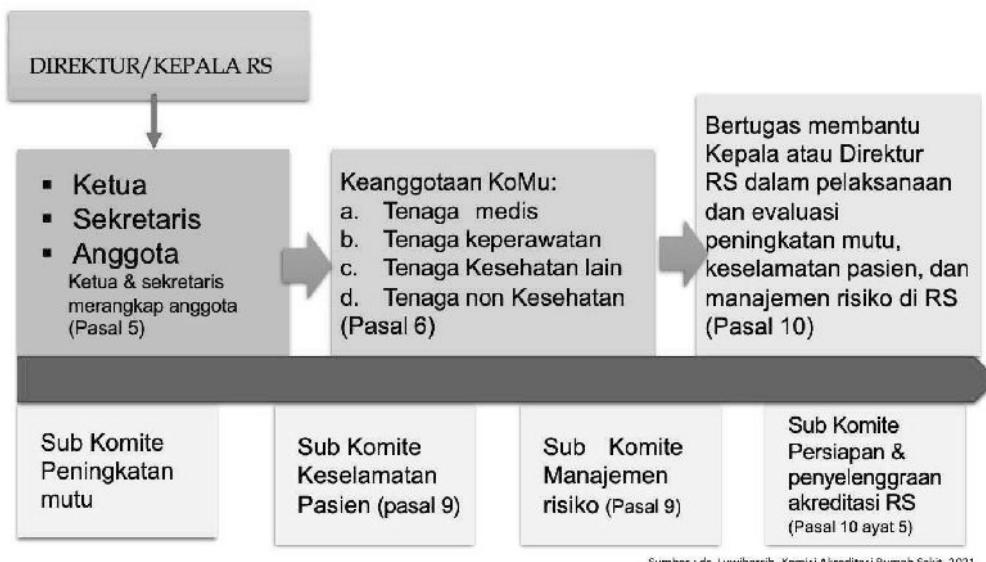
Komite Mutu atau Sub Komite Mutu

1. Komite mutu atau subkomite mutu sering disebut “Team Sport” karena mereka harus terus bergerak dan berlari untuk menghasilkan hasil yang lebih baik daripada yang dapat dicapai oleh individu yang bekerja sendiri. Tim dapat memaksimalkan pengalaman organisasi dan menyatukan perspektif yang berbeda.
2. Kerja tim di sektor pelayanan kesehatan dapat menghasilkan hasil yang lebih baik, kepuasan yang lebih tinggi (antara pasien dan karyawan), dan biaya perawatan yang lebih rendah. Mengorganisir tim yang tepat dan mengelolanya secara efektif sangat penting untuk keberhasilan proyek peningkatan mutu.

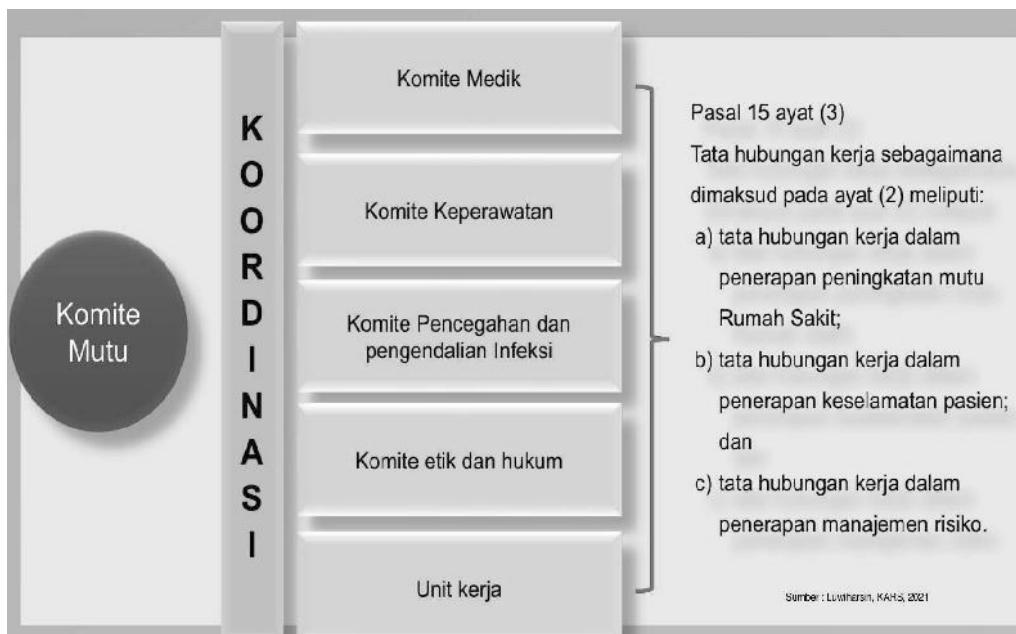
Penting untuk mengelola tim, mengadakan pertemuan yang efektif, membuat keputusan dan mengelola tugas untuk meningkatkan mutu perawatan klinis



Gambar 9. Komite Mutu Rumah Sakit berdasarkan PMK No 80 Tahun 2020



Gambar 10. Bagan Komite Mutu Rumah Sakit



Gambar 11. Komite Mutu berkoordinasi dengan Komite Lainnya

SISTEM MANAJEMEN DATA TERINTEGRASI

DEFINISI

Prinsip dasar upaya peningkatan mutu pelayanan adalah pemilihan aspek yang akan ditingkatkan dengan menetapkan indikator, kriteria serta standar yang digunakan untuk mengukur mutu pelayanan rumah sakit. Berikut beberapa definisi aspek-aspek dalam pelaksanaan indikator mutu. Indikator mempunyai lima karakter utama yang sering disingkat dengan “SMART”. Specific (Spesifik/Khusus), measurable (terukur dan terhitung), achievable (dapat tercapai), realistic (realistik, wajar), time frame (berjangka waktu). Indikator adalah suatu cara untuk menilai penampilan kerja suatu kegiatan dengan menggunakan instrumen. Indikator merupakan variabel yang digunakan untuk memulai suatu perubahan dan indicator

yang baik, sensitive dan spesifik. Indikator haruslah cukup mudah dipahami, dihitung, dikumpulkan data dasarnya, dan dikerjakan tepat waktu oleh pelaksana. Selain itu, indikator harus dipilih sehingga akurat dan bisa dipercaya. Indikator mutu pelayanan rumah sakit dapat mengacu pada indikator yang relevan berkaitan dengan struktur, proses, dan outcomes. Indikator struktur: tenaga kesehatan profesional (dokter, paramedis, dan sebagainya), anggaran biaya yang tersedia untuk operasional dan lain-lain. Perlengkapan dan peralatan kedokteran termasuk obat-obatan, metode berupa adanya standar operasional prosedur masing-masing unit, dan sebagainya. Indikator proses berupa memberikan petunjuk tentang pelaksanaan kegiatan pelayanan kesehatan, prosedur pelayanan yang ditempuh oleh tenaga kesehatan dalam menjalankan tugasnya, Apakah sebagaimana mestinya sesuai dengan prosedur, diagnosa, pengobatan, dan penanganan seperti yang seharusnya sesuai standar. Indikator outcomes merupakan indikator hasil dari pada keadaan sebelumnya, yaitu Input dan Proses. Untuk memahami seberapa baik kemampuan rumah sakit, tergantung dari hasil analisis data, nformasi yang terkumpul dibandingkan dengan rumah sakit lain. Pada rumah sakit besar dan kompleks sifatnya dibutuhkan teknologi dan/atau staf yang mempunyai kompetensi mengelola ata. Rumah sakit memahami prioritas pengukuran dan perbaikan sebagai dukungan yang penting. Mereka memberikan dukungan secara konsisten sesuai sumber daya rumah sakit dan peningkatan mutu. Karena itu rumah sakit perlu mempunyai sistem manajemen data yang idukung dengan teknologi informasi yang mulai dari pengumpulan, pelaporan, analisa, validasi an publikasi data untuk internal rumah sakit dan eksternal rumah sakit. Publikasi data tetap arus memperhatikan kerahasiaan pasien sesuai peraturan perundang-undangan.

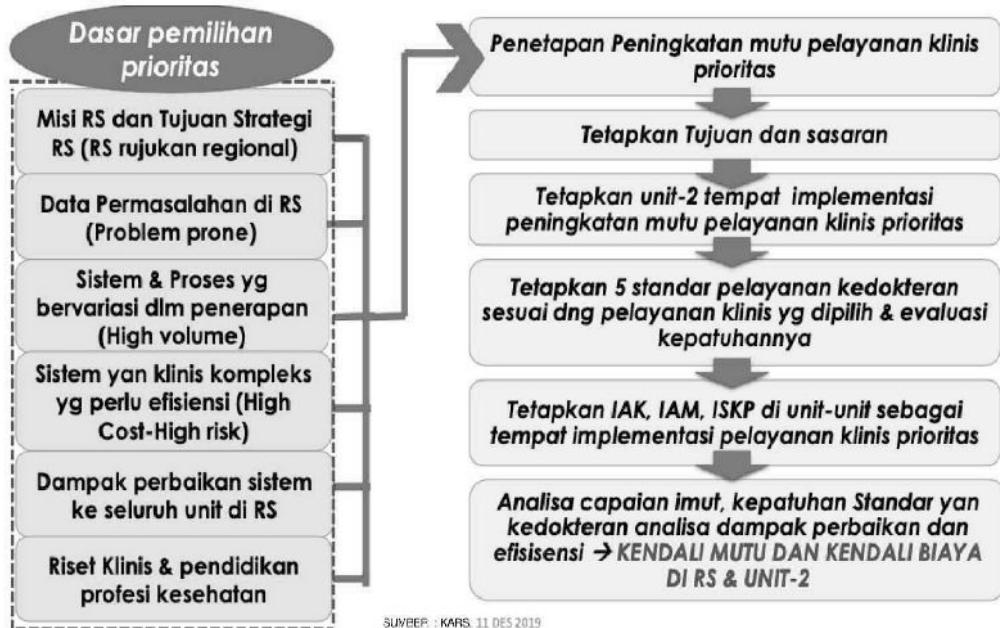
Rumah sakit mempunyai regulasi data sistem manajemen data, antara lain meliputi :

1. RS perlu mempunyai sistem manajemen data yang didukung dengan teknologi informasi, mulai dari pengumpulan, pelaporan, analisis, validasi, serta publikasi data untuk internal rumah sakit dan eksternal RS. Publikasi

data tetap harus memperhatikan kerahasiaan pasien sesuai dengan peraturan perundang-undangan.

2. Data yang dimaksud meliputi, data dari indikator mutu pelayanan klinis prioritas rumah sakit, indikator mutu unit pelayanan, indikator mutu pelayanan (misalnya, Pelayanan Anestesi Bedah), indikator mutu program (misalnya program nasional) dan indikator mutu nasional;
3. Data hasil surveilen pencegahan dan pengendalian infeksi;
4. Data dari pelaporan insiden keselamatan pasien;
5. Data hasil monitoring kinerja staf klinis (bila monitoring kinerja menggunakan indikator mutu)
6. Data hasil pengukuran budaya keselamatan
7. Integrasi seluruh data diatas baik di tingkat rumah sakit dan unit kerja meliputi:
 - a. Pengumpulan
 - b. Pelaporan
 - c. Analisis
 - d. Validasi
 - e. Publikasi indikator mutu

Pemilihan indikator menjadi tanggungjawab pimpinan program. Standar menjelaskan bagaimana rumah sakit menetapkan mutu pelayanan klinis prioritas untuk diukur di tingkat umah sakit, sedangkan standar menjelaskan proses pemilihan indikator mutu di tingkat unit elayanan. Pemilihan indikator di unit pelayanan klinis maupun manajemen dipilih berdasarkan prioritas di unit tersebut. Jika indikator mutu yang dipilih di suatu unit pelayanan sama dengan unit pelayanan lain atau beberapa unit pelayanan, maka diperlukan koordinasi dan integrasi dalam pengumpulan data. Integrasi semua sistem ukuran akan memberikan kesempatan adanya penyelesaian dan perbaikan terintegrasi . Integrasi indikator oleh beberapa unit pelayanan bisa dilaksanakan di rumah sakit besar seperti kegiatan pengurangan penggunaan antibiotik di rumah sakit yang merupakan integrasi pelayanan farmasi, pencegahan pengendalian infeksi termasuk integrasi dengan indikator sasaran keselamatan pasien.



Gambar 12. Pemilihan Prioritas Masalah

Komite Mutu terlibat dalam pemilihan pengukuran mutu pelayanan klinis prioritas rumah sakit dan melakukan koordinasi dan integrasi pengukuran mutu di unit pelayanan serta melakukan supervisi dalam proses pengumpulan data. Setiap indikator mutu baik indikator mutu n asional, indikator mutu pelayanan klinis prioritas dan indikator mutu unit agar dilengkapi dengan profil indikator atau gambaran singkat tentang indikator sebagai berikut:

1. Judul Indikator
2. Dasar pemikiran
3. Dimensi Mutu
4. Tujuan
5. Definisi Operasional

6. Jenis Indikator
7. Numerator (Pembilang)
8. Denominator (Penyebut)
9. Target Pencapaian
10. Kriteria inklusi dan eksklusi
11. Formula
12. Sumber data
13. Frekuensi pengumpulan data
14. Periode analisis
15. Cara Pengumpulan Data
16. Sampel
17. Rencana Analisis
18. Instrumen Pengambilan Data
19. Penanggung jawab

Judul Indikator	Nama Indikator	Fokus Pengumpulan Data	Waktu yang ditentukan untuk mengambil data dari sumber data untuk setiap indikator
Dasar Pemantauan	Alasan mengapa indikator mengacu pada sasaran peningkatan		
Dimensi Mutu	6 Dimensi Mutu WHO (kesesuaian, efektivitas, efisiensi, keteraksesan dan keamanan, kelinmauan dan relevansi, berorientasi pada pasien)	Periode analisis	Periode waktu per akhiran kalender terhadap indikator dirinya yang diukur
Tujuan	Sejauh hasil yang ingin dicapai dengan melakukan pengukuran terhadap indikator	Cara Pengumpulan Data	Metode yang digunakan untuk menambahkan data Metode yang digunakan berupa: a. Retrospektif : pengumpulan data yang jumlahnya di data masa lalu b. Concurrent : pengumpulan data yang dilakukan secara langsung pada saat proses berjalan.
Definisi Operasional	Batasan pengertian yang disediakan pada hari untuk melakukan serupa kerjadian, pengukuran indikator untuk mendidik kerjasama	Sampl	Kegunaan metode sampel data agar sampel besar sampai disesuaikan dengan kalah-kalih statistik
Jenis Indikator	Sesuai dengan judul indikator yang dimaksud dalam pengukuran input, proses, outcome dan proses & outcome Input : pengukuran sumber data yang disusun untuk aktivitas/proses Proses : menggambarkan komponen-komponen sejalan Outcome : mengukur kewujudan besar aktifitas dan hasil layanan Proses & Outcome : mengukur produk yang dihasilkan untuk penilaian hasil layanan	Barisan Analisis	Metode / cara yang dilakukan untuk mengubah data yang dikumpulkan menjadi informasi yang berasa untuk memudahkan tindak lanjut pemecahan masalah dan pembuatan keputusan. Biasanya diklasifikasikan dalam garis, diagram batang, diagram pie, dan lain-lain sesuai karakteristik data <ul style="list-style-type: none">- Diagram garis digunakan untuk menampilkan data secara waktu berjalan- Diagram batang digunakan untuk menampilkan data pembanding beberapa kategori- Diagram pie digunakan untuk menampilkan proporsi
Numerator (Pembilang)	Besaran sebuah nilai pembilang dalam numerus indikator	Instrument Pengukuran Data	Nama formulir pengambilan data Nama formulir rekoduan data Nama formulir validasi data
Denominator (Penyebut)	Besaran sebuah nilai penyebut dalam numerus indikator	Evaluasi Layak	Pada tahap yang pertama dan tahap berikutnya capaian indikator mutu
Target Pengukuran	Capaian yang ditetapkan berdasarkan benchmark interna dan eksternal	Evaluasi data	Evaluasi data External..... Internal.....
- Individu	Batasan yang termasuk dalam catatan pengukuran indikator		
- Eksklusi	Batasan yang tidak termasuk dalam catatan pengukuran		
Formula	Bentuk sulit menggunakan bentuk data indikator		
Sumber data	Sumber atau tempat ditarik sampel atau keseluruhan data yang akan digunakan untuk melakukan pengukuran		

Tabel 1. Contoh Template Indikator



RUMAH SAKIT GIGI DAN MULUT
FAKULTAS KEDOKTERAN GIGI
UNIVERSITAS PROF. DR. MOESTOPO (BERAGAMA)
Jl. Bintaro Permai Raya No.3 Jakarta Selatan 12330
TeleFax (021) 73186251, (021) 73186254 Ext. 407 WebSite: <http://rsrumuniv.unnes.ac.id>

1	Judul Indikator	
2	Dasar Pemikiran	
3	Dimensi Mutu	<ul style="list-style-type: none">1. Efisiensi <input type="checkbox"/>2. Efektifitas <input type="checkbox"/>3. Aksesibilitas <input type="checkbox"/>4. Keselamatan <input type="checkbox"/>5. Fokus kepada pasien <input type="checkbox"/>6. Kesirambungan <input type="checkbox"/>
4	Tujuan	
5	Definisi Operasional	
6	Jenis Indikator	Struktur <input type="checkbox"/> Proses <input type="checkbox"/> Outcome <input type="checkbox"/> Proses & Outcome <input type="checkbox"/>
7	Numerator	
8	Denominator	
9	Target Pencapaian	
10	Kriteria	
	- Inklusi	
	- Eksklusi	
11	Formula Pengukuran	
12	Sumber Data	
13	Frekuensi Pengumpulan Data	
14	Periode Analisis Data	
15	Cara Pengumpulan Data	
16	Rencana Analisis Data	
17	Instrumen Pergambilan data	
18	Penanggungjawab pengumpul data	

Tabel 2. Profil Indikator Mutu

JUDUL	KEPUASAN PELANGGAN
Dimensi mutu	Kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya persepsi pelanggan terhadap pelayanan rekam medis
Definisi Operasional	Kepuasan pelanggan adalah pernyataan puas oleh pelanggan terhadap pelayanan rekam medis
Frekuensi pengumpulan data	1 (satu) bulan
Periode analisis	3 (tiga) bulan
Numerator	Jumlah kumulatif hasil penilaian kepuasan dari pasien yang disurvei (dalam persen) dalam 1 bulan
Denominator	Jumlah pasien yg disurvei dalam 1 bulan (N minimal 50)
Sumber data	Survei
Standar	≥80 %
Penanggung jawab	Panitia Mutu

Tabel 3. Kepuasan Pelanggan

JUDUL	KELENGKAPAN PENGISIAN REKAM MEDIS 24 JAM SETELAH PELAYANAN
Dimensi mutu	Kesinambungan pelayanan dan keselamatan
Tujuan	Tergambarnya tanggung jawab dokter dalam kelengkapan informasi rekam medis
Definisi Operasional	Rekam medis yang lengkap adalah, rekam medis yang telah diisi lengkap oleh dokter dalam waktu ≤24 jam setelah selesai pelayanan rawat jalan atau setelah pasien rawat inap diputuskan untuk pulang, yang meliputi identitas pasien, anamnesis, rencana asuhan, pelaksanaan asuhan, tindak lanjut, dan resume.
Frekuensi pengumpulan data	1 (satu) bulan
Periode analisis	3 (tiga) bulan
Numerator	Jumlah rekam medis yang disurvei dalam 1 bulan yang diisi lengkap.
Denominator	Jumlah rekam medis yang disurvei dalam 1 bulan
Sumber data	Survei
Standar	100 %
Penanggung jawab	Kepala Instalasi Rekam Medis /Wadir Pelayanan Medik

Tabel 4. Kelengkapan Pengisian Rekam Medis 24 Jam Setelah Pelayanan

PROGRAM MUTU RUMAH SAKIT

INDIKATOR KINERJA RUMAH SAKIT YANG BERHUBUNGAN DENGAN MUTU (STANDAR KREDITASI RUMAH SAKIT, KEMKES- KARS)

Peningkatan mutu dan keselamatan pasien dilakukan berdasarkan tersedianya data. Penggunaan data secara efektif dapat dilakukan berdasarkan *evidence-based* praktik klinik dan *vidence-based* praktik manajemen. Setiap tahun rumah sakit harus memilih fokus perbaikan, proses dan hasil praktik klinis dan manajemen mengacu pada misi rumah sakit, kebutuhan pasien dan jenis pelayanan. Pemilihan ini didasarkan pada proses yang berimplikasi risiko tinggi, diberikan dalam volume besar atau cenderung menimbulkan masalah. Fokus perbaikan praktik klinis melibatkan komite medis dan kelompok staf medis terkait. Direktur rumah sakit bersama-sama dengan para pimpinan/manajer pelayanan dan manajemen memilih dan menetapkan pengukuran mutu pelayanan klinis prioritas untuk dilakukan evaluasi. Pengukuran mutu pelayanan klinis prioritas tersebut dilakukan dengan menggunakan indikator-indikator mutu sesuai kebutuhan, sebagai berikut:

1. Indikator mutu area klinik (I AK) yaitu indikator mutu yang bersumber dari area pelayanan
2. Indikator mutu area manajemen (I AM) yaitu indikator mutu yang bersumber dari area manajemen
3. Indikator mutu Sasaran Keselamatan Pasien yaitu indikator mutu yang mengukur kepatuhan staf dalam penerapan sasaran keselamatan pasien dan budaya keselamatan

Pemilihan indikator adalah tanggung jawab dari pimpinan. menjelaskan bagaimana Pimpinan rumah sakit memutuskan area prioritas untuk pengukuran di seluruh rumah sakit, dan menjelaskan proses pemilihan indikator untuk setiap unit pelayanan/unit kerja. Semua unit pelayanan - baik klinis dan manajerial - memilih indikator yang terkait dengan prioritas unit. Di rumah sakit yang besar

dapat diantisipasi adanya kemungkinan indikator yang serupa dipilih oleh beberapa unit pelayanan. Indikator mutu di unit pelayanan/kerja dipergunakan untuk menilai mutu unit pelayanan/kerja. Komite Mutu melakukan koordinasi dan mengorganisasi pemilihan indicator mutu di unit kerja tersebut sehingga indikator yang dipilih tersebut valid, *reliable*, *sensitive* dan pesifik. Pengukuran mutu perlu juga memperhatikan enam dimensi mutu dari WHO yaitu: *effective*, *efficient*, *accessible*, *acceptable/patient-centred*, *equitable*, and *safe*". Setelah pimpinan unit memilih indikator mutu unit maka Komite Mutu atau bentuk organisasi lainnya membantu menyusun profil indikatornya.

Pimpinan unit kerja terlibat langsung dalam pemilihan dan penetapan yang ingin diukur di unit kerja. Indikator mutu unit kerja dapat menggunakan indikator mutu yang tercantum di dalam standar pelayanan minimal. Indikator mutu di unit pelayanan dapat meliputi indikator mutu area klinis, indikator mutu area manajemen dan indikator mutu penerapan sasaran keselamatan pasien, dan indikator mutu unit kerja (non pelayanan), minimal meliputi indikator area manajemen.

Dalam memilih indikator mutu, kepala unit kerja dan unit pelayanan agar memperhatikan hal-hal sebagai berikut:

1. Indikator mutu nasional, dimana sumber data ada di unit tersebut
2. Prioritas pengukuran mutu pelayanan klinis di rumah sakit. Indikator mutu yang dipergunakan untuk mengukur mutu di prioritas pengukuran mutu rumah sakit, sumber data pasti dari unit dan menjadi indikator mutu unit.
3. Fokus mengukur hal-hal yang ingin diperbaiki
4. Melakukan koordinasi dengan komite medis, bila evaluasi penerapan panduan praktik klinis dan evaluasi kinerja dokter menggunakan indikator mutu
5. Indikator mutu yang dipergunakan untuk melakukan evaluasi kontrak pelayanan klinis atau non klinis, bila sumber data ada di unit tersebut.

Komite Mutu agar memfasilitasi pemilihan indikator mutu unit kerja dan unit pelayanan. sebagai contoh, unit pelayanan farmasi, pengendalian infeksi dan penyakit menular mungkin masing-masing memilih prioritas yang terkait dengan pengurangan penggunaan antibiotik di rumah sakit. Program mutu dan keselamatan pasien yang dijabarkan dalam standar-standar PMKP ini empunya peran yang penting dalam membantu unit pelayanan untuk menyetujui pendekatan bersama terhadap pengukuran dan memudahkan pengambilan data untuk pengukuran yang ditetapkan.

Implementasi standar pelayanan kedokteran di rumah sakit berupa standar prosedur operasional yang disusun dalam bentuk panduan praktik klinis (PPK) yang dapat dilengkapi dengan alur klinik/ *clinical pathway* (CP), protokol, algoritme, prosedur atau *standing order*. Terkait dengan pengukuran mutu pelayanan klinis prioritas, maka Direktur RS bersama-sama dengan Pimpinan medis, Ketua Komite Medis dan Kelompok Staf Medis terkait menetapkan paling sedikit 5 (lima) evaluasi prioritas standar pelayanan kedokteran berupa panduan praktik klinis (PPK) atau alur klinik/ *clinical pathway* (CP) atau protokol, algoritme, prosedur atau *standing order* yang dimonitor implementasinya oleh Komite Medik dan atau Sub Komite Mutu Profesi. Tujuan dari monitoring pelaksanaan evaluasi prioritas standar pelayanan kedokteran sebagai berikut:

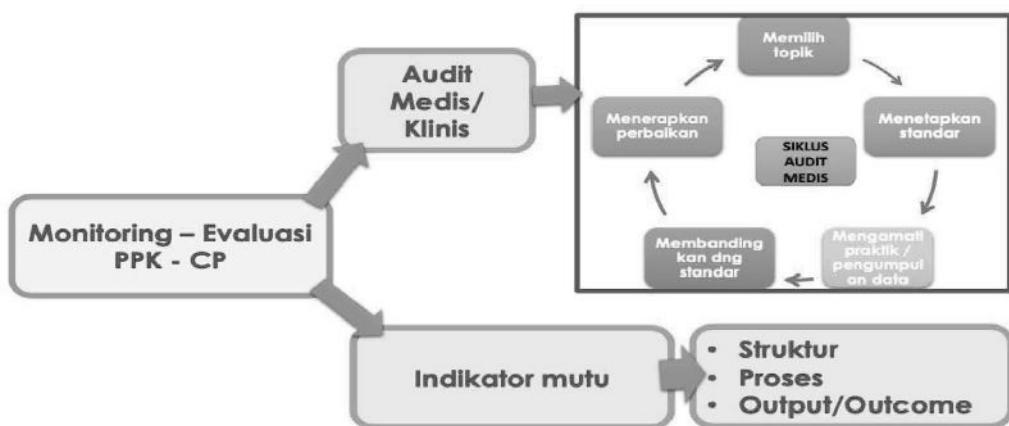
1. Mendorong tercapainya standarisasi proses asuhan klinik
2. Mengurangi risiko dalam proses asuhan, terutama yang berkaitan asuhan kritis
3. Memanfaatkan sumber daya yang tersedia dengan efisien dalam memberikan asuhan klinik tepat waktu dan efektif
4. Memanfaatkan indikator prioritas sebagai indikator dalam penilaian kepatuhan penerapan alur klinik di area yang akan diperbaiki di tingkat rumah sakit
5. Secara konsisten menggunakan praktik berbasis bukti (*evidence based practices*) dalam memberikan asuhan bermutu tinggi



- PMK No 5 tahun 2014 tentang Panduan Praktik Klinis bagi Dokter di Fasilitas Pelayanan Kesehatan Primer
- Kemenkes Nomor HK. 02.02 tahun 2015 tentang panduan praktik klinis (PPK) ICD X

Sumber : dr. Luwiharsih, Komisi Akreditasi Rumah Sakit, 2021

Gambar 12. Pedoman/Panduan berdasarkan PMK 1438 Tahun 2010



SUMBER : KARS, 11 DES 2019

Gambar 14. Proses Monitoring dan Evaluasi PPK-Cinical Pathway

Evaluasi prioritas standar pelayanan kedokteran tersebut dipergunakan untuk mengukur keberhasilan dan efisiensi peningkatan mutu pelayanan klinis prioritas rumah sakit. Evaluasi prioritas standar pelayanan kedokteran dapat dilakukan melalui audit medis dan atau audit klinis, dan dapat menggunakan indikator mutu. Tujuan dari evaluasi adalah untuk menilai efektivitas penerapan standar pelayanan kedokteran di rumah sakit sehingga dapat dibuktikan bahwa penggunaan standar pelayanan kedokteran di rumah sakit telah mengurangi adanya variasi dari proses dan hasil serta berdampak terhadap efisiensi (kendali biaya). Indikator area klinis (IAK), indikator area manajemen (IAM) dan indikator sasaran keselamatan pasien (ISKP) dapat digunakan untuk melakukan evaluasi terhadap kepatuhan standar pelayanan kedokteran di rumah sakit misalnya kepatuhan terhadap pemberian terapi, pemeriksaan penunjang dan lama hari rawat (LOS).

A. Indikator Mutu Nasional (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia)

1. Kepatuhan penggunaan Clinical Pathway
2. Kelengkapan Asesmen awal keperawatan dalam 24 hari
3. Penulisan resep sesuai dengan formularium
4. Angka kejadian penundaan operasi elektif
5. Waktu tunggu rawat jalan
6. Ketepatan jam visite dokter spesialis
7. Kepuasan pasien dan keluarga di IGD, Rawat Jalan dan Rawat Inap
8. Respon Time IGD < 5 menit
9. Waktu tunggu pelayanan laboratorium
10. Angka pasien jatuh
11. Angka infeksi luka operasi
12. Kelengkapan informed consent

Indikator Mutu Nasional di SISMADAK

1. Kepatuhan Identifikasi Pasien
2. Emergency Respon Time (EMT)

3. Waktu Tunggu Rawat Jalan
4. Penundaan Operasi Elektif
5. Kepatuhan jam visite dokter
6. Waktu Lapor Hasil Tes Kritis Laboratorium
7. Kepatuhan Penggunaan Formularium Nasional (FORNAS) à hanya untuk RS provider BPJS
8. Kepatuhan Cuci Tangan
9. Kepatuhan Upaya Pencegahan Risiko Cedera Akibat Pasien Jatuh
10. Kepatuhan terhadap Clinical Pathway
11. Kepuasan Pasien dan Keluarga
12. Kecepatan Respon Terhadap Komplain

B. Indikator dengan area klinis

Indikator mutu area klinis adalah cara untuk menilai mutu atau kualitas dari suatu kegiatan dalam hal ini mutu pelayanan di rumah sakit yang berkaitan langsung dengan proses perawatan dan pelayanan terhadap penyakit pasien (kepentingan klinis).

1. Asesmen pasien

- a. Angka ketidak lengkapan asesmen awal dokter di rawat jalan
- b. Angka ketidaklengkapan asesmen awal perawat di rawat jalan
- c. Kejadian tidak dilaksanakannya asesmen pra anastesi
- d. Angka tidak dilaksanakannya asesmen ulang nyeri
- e. Angka tidak dilaksanakannya asesmen ulang pasien risiko jatuh
- f. Pengkajian awal pasien baru dalam 24 jam
- g. Pre visit anastesi
- h. Pasien stroke yang dilakukan assessment rehabilitasi medik

2. Pelayanan laboratorium

- a. Angka keterlambatan penyerahan hasil laboratorium rutin
- b. Angka keterlambatan pemeriksaan cito AGD untuk ICU
- c. Angka kerusakan sampel darah

- d. Angka pengulangan sampel darah
- e. Angka kesalahan menyampaikan hasil pemeriksaan
- f. Angka identifikasi hasil laboratorium
- g. Angka kesalahan penyampaian hasil laboratorium
- h. Pelaporan nilai kritis laboratorium

3. Pelayanan radiologi dan diagnostic imaging

- a. Angka pemeriksaan ulang
- b. Angka penolakan expertise
- c. Kejadian kesalahan ekspertis
- d. Angka keterlambatan penyerahan hasil radiologi tanpa kontras
- e. Angka kesalahan posisi pemeriksaan
- f. Angka reaksi obat kontras
- g. Penyampaian hasil radiologis kristis kepada dokter pengirim
- h. Waktu Tunggu Pemeriksaan Radiologi *cito*
- i. respon time pem cito dari IGD
- j. respon time USG cito dari IGD non obsgyn
- k. respon time thorax konvensional

4. Prosedur bedah

- a. Angka penundaan operasi elektif
- b. Angka keterlambatan pelaksanaan operasi elektif
- c. Angka ketidaklengkapan surgical check list
- d. Angka infeksi luka operasi
- e. Angka ketidak lengkapan informed consent
- f. Angka ketidak lengkapan laporan operasi
- g. Kejadian tidak dilaksanakannya penandaan lokasi operasi pada operasi organ 2 sisi
- h. Kepatuhan melaksanakan proses time out pada pasien pre operasi
- i. Ketidaksesuaian Diagnosis pra dan pasca bedah
- j. Angka ketidak lengkapan dokumen site marking

5. Penggunaan antibiotika dan obat lainnya

- a. Penggunaan antibiotika di ICU sesuai dengan hasil resistensi test
- b. Angka pemberian antibiotika ganda
- c. Kejadian pemberian antibiotika > 1
- d. Kejadian pemberian antibiotika profilaksis menjadi terapeutik
- e. Kejadian pemberian obat di luar formularium
- f. Kejadian pemberian terapi polifarmasi
- g. Operasi Bersih tanpa Penggunaan Antibiotik Profilaksis

6. Kesalahan medikasi (*medication error*) dan Kejadian Nyaris Cedera (KNC)

- a. Ketepatan waktu pemberian antibiotika
- b. Kejadian kesalahan penyiapan obat rawat jalan
- c. Kejadian kesalahan penyiapan obat rawat inap
- d. Kejadian kesalahan penyiapan obat pada double check
- e. Kejadian kesalahan baca resep
- f. Kejadian salah dosis dalam resep
- g. Ketetapkan waktu pemberian injeksi antibiotik pada pasien rawat inap.
- h. Kejadian Nyaris Cedera Pereseptan Obat
- i. Kesalahan dan Kejadian Nyaris Cedera Medikasi, Pencegahan *Adverse Drug Event*
- j. Respon time permintaan darah cito < 1 jam

7. Penggunaan anestesi dan sedasi induksi

- a. Angka ketidaklengkapan asesmen pra anastesi
- b. Kejadian tidak dilaksanakannya asesmen pra anastesi
- c. Angka ketidak lengkapan monitoring status fisiologis saat operasi atau pemulihan
- d. Kejadian tidak dilaksanakannya monitoring status fisiologis pemberian sedasi
- e. Kejadian tidak dilaksanakannya monitoring status fisiologis tindakan bedah tanpa anastesi umum

- f. Pasien paska pembiusan di transfer dari recovery room IBS ke ruang rawat inap sesuai dengan Aldrette Score
- g. Efek samping anestesi pada pasien SC
- h. Efek samping sedasi pada pasien endoscopy

8. Penggunaan darah dan produk darah

- a. Kejadian kesalahan penyedia darah
- b. Kejadian perbedaan golongan darah PMI dengan crossmatch
- c. Kejadian tidak digunakannya darah yang diminta
- d. Angka keterlambatan penyediaan darah untuk pasien SC (> 1 jam)
- e. Angka keterlambatan penyediaan darah untuk operasi elektif
- f. Angka kesalahan golongan darah
- g. Angka kesalahan jenis darah
- h. Angka reaksi transfusi darah
- i. Angka perbedaan hasil skrining
- j. efektifitas penggunaan darah à crossmatch dan yang dipakai.

9. Ketersediaan,isi dan penggunaan rekam medis pasien

- a. Kelengkapan catatan laporan operasi
- b. Tingkat kelengkapan RM à pilih 1 form yang dilakukan evaluasi

10. Pencegahan dan pengendalian infeksi, sureilans dan pelaporan

- a. Infeksi Aliran Darah Primer (IADP)
- b. Ventilator Associated Pneumonia (VAP)
- c. Infeksi Luka Operasi (ILO)
- d. Infeksi Saluran Kemih (ISK)
- e. Angka Phlebitis
- f. HAP/ *Hospital Acquired Pneumonia*
- g. IDO/ Infeksi Daerah Operasi Bersih

11. Riset klinis

Penelitian dengan *ethical clearance*

Paling sedikit 5 (lima) penilaian terhadap upaya klinis harus dipilih dari indikator yang ditetapkan.

C. Indikator dengan area manajemen

Indikator mutu area manajerial adalah cara untuk menilai mutu atau kualitas dari suatu kegiatan dalam hal ini mutu pelayanan di rumah sakit yang berkaitan dengan proses *me-manage/mengatur* dalam hal perencanaan, pengorganisasian, pengkoordinasian, dan pengontrolan sumber daya untuk mencapai sasaran secara efektif dan efisien. Di mana penyelesaian pekerjaan inti melalui orang lain (definisi menurut Mary Parker Follet). Efektif berarti bahwa tujuan dapat dicapai sesuai dengan perencanaan, sementara efisien berarti bahwa tugas yang ada dilaksanakan secara benar, terorganisir, dan sesuai dengan jadwal/ target.

1. Pengadaan rutin peralatan kesehatan dan obat penting untuk memenuhi kebutuhan pasien

- a. Ketersediaan obat & alkes emergensi di ruang resusitasi IGD
- b. Ketersediaan obat di RS
- c. Ketersediaan obat kemoterapi di RS

2. Pelaporan aktivitas yang diwajibkan oleh peraturan perundangan

- a. Ketepatan waktu penyampaian keuangan sesuai Pedoman Akutansi RS (PARS)
- b. Ketepatan waktu laporan insiden keselamatan pasien
- c. Ketepatan waktu laporan dari unit kerja
- d. Ketepatan waktu laporan RS (RL)
- e. Kejadian keterlambatan laporan obat narkotika
- f. Kelengkapan laporan HIV

3. Manajemen Risiko

- a. Kejadian tertusuk limbah benda tajam infeksius
- b. Kejadian tidak dilaksanakannya asesmen ulang pasien rawat inap dengan risiko jatuh
- c. Kejadian ketidak pahaman staf dalam proses dekontaminasi bahan berbahaya
- d. Kejadian tertusuk jarum suntik
- e. Kejadian pasien pulang APS
- f. Dilakukan FMEA setahun sekali
- g. Pengadaan Barang beracun berbahaya (B-3) yang dilengkapi MSDS (Material Safety Data Sheet)

4. Manajemen penggunaan Sumber Daya Manusia

- a. Utilisasi MRI
 - b. Kejadian listrik padam > 7 detik di area kritis
 - c. Utilisasi spine endoskopi
 - d. Utilitasi ruang VVIP
 - e. Utilisasi peralatan kedokteran canggih
- Pilih alat yang bermasalah : over atau under utilisasi. Formula: angka penggunaan sebenarnya/ angka penggunaan seharusnya.

5. Harapan dan Kepuasan Pasien dan Keluarga

- a. Tingkat kepuasan pasien RJ, IGD, RI
- b. Survei kepuasan pasien menggunakan Index Kepuasan Masyarakat (IKM)
- c. Prosentase pasien yang mengisi formulir angket pasien
- d. Survei kepuasan pasien satu bulan sekali
- e. Survei kepuasan asuhan dokter, perawat dan nakes lainnya

6. Harapan dan Kepuasan Staf

- a. Tingkat kepuasan karyawan
- b. Tingkat kepuasan dokter
- c. Tingkat kepuasan perawat

7. Demografi Pasien dan Diagnosis Klinis

- a. Laporan 10 besar penyakit (demografi pasien)
- b. Pola Pendidikan pasien, termasuk yang buta huruf
- c. Pola bahasa yang digunakan pasien
- d. Pola kondisi pasien dengan hambatan fisik dalam berkomunikasi
- e. Pola 10 diagnosis atau kondisi pasien terbanyak yang dirawat
- f. Demografi pasien dengan diagnosis klinik DHF

8. Manajemen Keuangan

- a. Cost recovery rate
- b. Kejadian keterlambatan pengajuan klaim asuransi atau BPJS
- c. Angka piutang yang tidak tertagih
- d. Current Ratio
- e. Return of Invesment (ROI)

9. Pencegahan dan Pengendalian dari Kejadian yang dapat menimbulkan masalah bagi Keselamatan Pasien, Keluarga Pasien dan Staf.

- a. Edukasi hand hygiene
- b. Pola pemahaman staf dalam penanganan bencana
- c. Ketaatan cuci tangan pengunjung
- d. Ketaatan penggunaan Alat Pelindung Diri

D. Indikator Sasaran Keselamatan Pasien

Indikator mutu area sasaran keselamatan pasien adalah cara untuk menilai mutu atau kualitas dari suatu kegiatan dalam hal ini mutu pelayanan di rumah sakit dalam upaya menurunkan angka kejadian/ insiden di rumah sakit untuk meningkatkan keselamatan pasien.

1. Ketepatan identifikasi pasien

- a. Survei pelaksanaan identifikasi sebelum pemberian obat
- b. Survei pelaksanaan identifikasi sebelum pengambilan specimen

- c. Kejadian ketidak lengkapan identitas pada gelang pasien
- d. Kejadian kesalahan identitas pada gelang pasien

2. Peningkatan komunikasi yang efektif

- a. Kejadian ketidak lengkapan verifikasi *the read back process*
- b. Survei pemahaman staf dalam komunikasi *the read back process*
- c. Kejadian tidak dilaporkannya hasil nilai kritis

3. Peningkatan keamanan obat yang perlu diwaspadai

- a. Kejadian kesalahan label pada obat LASA
- b. Kejadian tidak adanya label high alert pada obat
- c. high alert di unit kerja (IGD, ICU, kamar operasi)

4. Kepastian tepat lokasi, tepat prosedur, tepat pasien operasi

- a. Kejadian ketidak lengkapan formulir penandaan lokasi operasi
- b. Angka ketidak lengkapan *surgical safety check list*

5. Pengurangan resiko infeksi terkait pelayanan kesehatan

- a. Survei pelaksanaan cuci tangan sebelum pemeriksaan pasien oleh dokter
- b. Survei pelaksanaan cuci tangan sebelum pemeriksaan pasien oleh perawat/bidan

6. Pengurangan resiko pasien jatuh

- a. Survei pemahaman pasien tentang risiko jatuh
- b. Kejadian tidak dilaksanakannya asesmen ulang pasien bedah dengan risiko jatuh
- c. Kejadian tidak terpasangnya gelang pada pasien bedah dengan risiko jatuh
- d. Kejadian tidak terpasangnya *bed rail* pada pasien bedah dengan risiko jatuh

E. Program Nasional

1. Program Menurunkan Angka Kematian ibu dan Bayi

- e. Angka keterlambatan operasi section caesaria (SC) (> 30 menit)
- f. Angka keterlambatan penyediaan darah (> 60 menit)
- g. Angka kematian ibu dan bayi
- h. Kejadian tidak dilakukan inisiasi menyusui dini (IMD) pada bayi baru lahir sumber data di unit pelayanan

2. Penyelenggaraan Pengendalian Resistensi Antimikroba (PPRA)

- a. Perbaikan kuantitas penggunaan antibiotik
- b. Perbaikan kualitas penggunaan antibiotic
- c. Peningkatan mutu penanganan kasus infeksi secara multidisiplin dan terintegrasi
- d. Penurunan angka infeksi rumah sakit yang disebabkan oleh mikroba resisten
- e. Indikator mutu PPRA terintegrasi pada indikator mutu PMKP

3. Penyelenggaraan Pelayanan Geriatri

4. Program Menurunkan Angka Kesakitan HIV/AIDS

5. Program Menurunkan Kesakitan TB

F. Integrasi Pelayanan Dalam Pendidikan Kliniks Di Rumah Sakit

INDIKATOR MUTU YANG BERHUBUNGAN DENGAN STANDAR PELAYANAN MINIMAL RUMAH SAKIT (KEPMENKES 129/MENKES/ SK/II/2008)

1. Gawat Darurat
2. Rawat Jalan
3. Rawat Inap
4. Bedah
5. Persalinan,perinatologi
6. Intensif
7. Radiologi
8. Lab Patologi Klinik
9. Rehabilitasi Medik
10. Farmasi
11. Gizi
12. Tranfusi darah
13. Pelayanan GAKIN
14. Rekam medik
15. Pengelolaan limbah
16. Administrasi dan manajemen
17. Ambulance/kereta jenazah
18. Pemulasaraan jenazah
19. Pelayanan pemeliharaan sarana rumah sakit
20. Pelayanan Laundry
21. Pencegahan dan pengendalian infeksi (PPI)

INDIKATOR MUTU NASIONAL DI SISMADAK

1.	Kepatuhan Identifikasi Pasien;	7.	Kepatuhan Penggunaan Formularium Nasional (FORNAS); --> hanya utk RS provider BPJS
2.	Emergency Respon Time (EMT);	8.	Kepatuhan Cuci Tangan;
3.	Waktu Tunggu Rawat Jalan;	9.	Kepatuhan Upaya Pencegahan Risiko Cedera Akibat Pasien Jatuh
4.	Penundaan Operasi Elektif;	10	Kepatuhan terhadap Clinical Pathway;
5.	Kepatuhan jam visite dokter	11	Kepuasan Pasien dan Keluarga;
6.	Waktu Lapor Hasil Tes Kritis Laboratorium;	12	Kecepatan Respon Terhadap Komplain

Luwiharsih, KARS

Gambar 15. Indikator Mutu Nasional Di Sismadak

PENGUKURAN INDIKATOR MUTU RUMAH SAKIT			INTEGRASI SISMADAK
1	Kepatuhan penggunaan <i>Clinical Pathway</i> EFFECTIVE	7	Kepuasan Pasien dan Keluarga di IGD, Rawat Jalan dan Rawat Inap ACCEPTABLE
2	Kelengkapan Asesmen Awal Keperawatan dalam 24 Jam	8	Respon Time IGD < 5 menit EQUITABLE
3	Penulisan Resep sesuai dengan Formularium EFFICIENT	9	Waktu tunggu pelayanan laboratorium EQUITABLE
4	Angka kejadian Penundaan Operasi Elektif EFFICIENT	10	Angka Pasien Jatuh SAFE
5	Waktu Tunggu Rawat Jalan ACCESSIBLE	11	Angka Infeksi Luka Operasi SAFE
6	Ketepatan Jam Visite dokter Spesialis ACCESSIBLE	12	Kelengkapan <i>Informed consent</i> SAFE

Luwiharsih, KARS, 2019

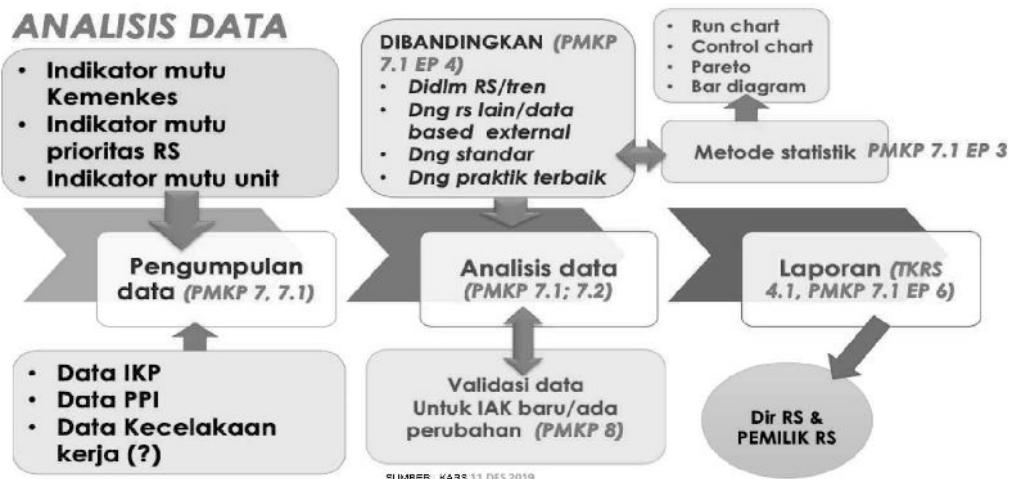
Gambar 16. Indikator Mutu Nasional Kementerian Kesehatan

Untuk mencapai kesimpulan dan membuat keputusan, data harus dikumpulkan, dianalisis danubah menjadi informasi yang berguna. Analisis data melibatkan individu di dalam Komite mutu yang memahami manajemen informasi, mempunyai keterampilan dalam metode-metode pengumpulan data, dan mengetahui cara menggunakan berbagai alat statistik. Hasil analisis data harus dilaporkan kepada para pimpinan yang bertanggung jawab akan proses atau hasil yang diukur dan yang mampu menindaklanjuti. Dengan demikian, data menyediakan masukan berkesinambungan yang membantu individu tersebut mengambil keputusan dan terus-menerus memperbaiki proses klinis dan manajerial.

Pengertian terhadap teknik statistik dapat berguna dalam proses analisa data, khususnya dalam menafsirkan variasi dan memutuskan area yang paling membutuhkan perbaikan. *Run charts*, diagram kontrol [*control charts*], histogram, dan diagram Pareto adalah contoh dari metode statistic yang sangat berguna dalam memahami pola dan variasi dalam pelayanan kesehatan. Program mutu berpartisipasi dalam menetapkan seberapa sering data harus dikumpulkan dan dianalisis.

Frekuensi dari proses ini bergantung dari kegiatan program tersebut dan area yang diukur serta frekuensi pengukuran. Sebagai contoh, pemeriksaan data mutu dari laboratorium klinis mungkin dilakukan setiap minggu untuk mematuhi peraturan perundangan-undangan, dan data tentang asien jatuh mungkin dianalisis setiap bulan apabila jatuhnya pasien jarang terjadi. Maka, pengumpulan data pada titik-titik waktu tertentu akan memungkinkan rumah sakit untuk menilai stabilitas dari proses tertentu ataupun menilai dapat diprediksinya hasil tertentu terkait dengan ekspektasi yang ada. Oleh karena itu, rumah sakit agar menyusun regulasi analisis data yang meliputi:

1. Penggunaan statistik dalam melakukan analisis data
2. Analisis yang harus dilakukan yaitu :
 - a. Membandingkan data di rumah sakit dari waktu kewaktu data (analisis trend), misalnya dari bulanan ke bulan, dari tahun ke tahun. Perlu diperhatikan dalam melakukan analisa tren, data atau titik yang ada di gambar grafik minimal 5-6 titik, bila di gambar grafik baru ada 3 titik data maka dapat diartikan analisa tren belum dilakukan
 - b. Membandingkan dengan rumah sakit lain, bila mungkin yang sejenis, seperti melalui database eksternal baik nasional maupun internasional
 - c. Membandingkan dengan standar-standar, seperti yang ditentukan oleh badan akreditasi atau organisasi profesional ataupun standar-standar yang ditentukan oleh peraturan perundang-undangan
 - d. Membandingkan dengan praktik-praktik yang diinginkan yang dalam literatur digolongkan sebagai *best practice* (praktik terbaik) atau *better practice* (praktik yang lebih baik) atau *practice guidelines* (*panduan praktik klinik*)



Gambar 17. Analisis Data



Gambar 18. Hasil Analisis Yang Sudah Tercapai Dan Yang Belum Tercapai
Dengan Melanjutkan engan Rencana Perbaikan menggunakan PDSA

Form PDSA

Topik uji coba :

Cara : **Siklus :**

PLAN :

Saya berencana :

Saya berharap :

Langkah-langkah yg akan dilakukan :

DO

Apa yang diamati :

STUDY

Apa yg dapat dipelajari

Apakah sesuai dng measurement goal

ACTION :

Apa yg dapat anda simpulkan dari siklus ini

SUMBER : KARS 7 maret 2019

Gambar 19. Formulir PDSA

Indikator mutu yang sudah dipilih bila sudah tercapai terus menerus selama setahun, tidak bermanfaat untuk melakukan perbaikan, karena sudah tidak ada lagi yang perlu diperbaiki, maka sebaiknya diganti dengan indikator mutu baru. RS mempunyai regulasi validasi data indikator area klinik yang baru atau mengalami perubahan dan data yang akan dipublikasikan dengan menggunakan proses internal validasi data. Validasi data adalah alat penting untuk memahami mutu dari data dan untuk menetapkan tingkat kepercayaan (*confidence level*) para pengambil keputusan terhadap data itu sendiri. Validasi data menjadi salah satu langkah dalam proses menetapkan prioritas penilaian, memilih apa yang harus dinilai, memilih dan mengetes indikator, engumpulkan data, validasi data dan menggunakan data untuk peningkatan.

Keabsahan dan keterpercayaan pengukuran adalah inti dari semua perbaikan dalam program peningkatan mutu. proses validasi data secara internal perlu dilakukan karena program mutu dianggap valid jika data ang dikumpulkan sudah sesuai, benar dan bermanfaat.

Untuk memastikan bahwa data yang dikumpulkan baik, proses validasi perlu dilakukan. Rumah sakit agar menetapkan regulasi validasi data yang antara lain meliputi:

- a) Kebijakan data yang harus divalidasi yaitu:
 - Merupakan pengukuran area klinik baru;
 - Bila ada perubahan sistem pencatatan pasien dari manual ke elektronik sehingga sumber data berubah;
 - Bila data dipublikasi ke masyarakat baik melalui di web site rumah sakit atau media lain
 - Bila ada perubahan pengukuran/perubahan profil indikator
 - Bila ada perubahan data pengukuran tanpa diketahui sebabnya
 - Bila ada perubahan subyek data seperti perubahan umur rata rata pasien, protokol riset diubah, panduan praktik klinik baru diberlakukan, ada teknologi dan metodologi pengobatan baru

- b) proses validasi data mencakup namun tidak terbatas sebagai berikut :
- Mengumpulkan ulang data oleh orang kedua yang tidak terlibat dalam proses pengumpulan data sebelumnya (data asli)
 - Menggunakan sampel tercatat, kasus dan data lainnya yang sah secara statistik. Sample 100 % hanya dibutuhkan jika jumlah pencatatan, kasus atau data lainnya sangat kecil jumlahnya.
 - Membandingkan data asli dengan data yang dikumpulkan ulang
 - Menghitung keakuratan dengan membagi jumlah elemen data yang sama dengan total jumlah elemen data dikalikan dengan 100. Tingkat akurasi 90 % adalah patokan yang baik.
 - Jika elemen data yang diketemukan ternyata tidak sama, dengan catatan alasannya (misalnya data tidak Koleksi sample baru setelah semua tindakan koreksi dilakukan untuk memastikan tindakan menghasilkan tingkat akurasi yang diharapkan.

Rumah sakit dapat menggunakan cara/ proses lain sesuai dengan referensi ilmiah terkini. Karena ilmu pengetahuan terus berkembang, maka rumah sakit wajib menyediakan referensi sesuai perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi yang dapat dipergunakan untuk mendukung pelaksanaan program peningkatan mutu dan keselamatan pasien. Referensi yang harus disediakan oleh rumah sakit dapat berupa literatur ilmiah terkait pasien dan manajemen, *international clinical guidelines*, pedoman nasional praktik kedokteran, panduan praktik klinis (*clinical practice guidelines*), panduan asuhan keperawatan temuan penelitian dan metodologi pendidikan, fasilitas internet, bahan cetak di perpustakaan, sumber-sumber pencarian *online*, bahan-bahan pribadi, dan peraturan perundang-undangan merupakan sumber informasi terkini yang berharga. Secara rinci referensi dan formasi terkini yang diperlukan rumah sakit dalam meningkatkan mutu dan keselamatan pasien meliputi:

- a. Literatur ilmiah dan informasi lainnya yang dapat dipergunakan untuk mendukung asuhan pasien terkini, misalnya pedoman nasional pelayanan kedokteran, *international clinical guidelines*, pedoman nasional asuhan

keperawatan dan informasi lainnya sesuai kebutuhan rumah sakit, misalnya data indikator mutu di tingkat nasional atau internasional.

- b. Literatur ilmiah dan informasi lainnya yang dapat dipergunakan untuk mendukung penelitian (khusus untuk rumah sakit Pendidikan)
 - c. Literatur ilmiah dan informasi lainnya yang dapat dipergunakan untuk mendukung terselenggaranya manajemen yang baik.
 - d. Literatur dan Informasi lainnya sesuai kebutuhan rumah sakit, misalnya data indikator mutu di tingkat nasional atau internasional.
 - e. peraturan perundang-undangan terkait dengan mutu dan keselamatan pasien di rumah sakit termasuk pedoman-pedoman yang dikeluarkan oleh pemerintah.
- c) Proses validasi data yang akan dipublikasi di website atau media lainnya agar diatur tersendiri/prosedur tersendiri tidak sama dengan validasi indikator area klinik, dan dapat menjamin kerahasiaan pasien dan keakuratan data jelas definisinya dan dilakukan tindakan koreksi bila ditemukan data belum valid. Validasi data yang dipublikasikan dilakukan setiap data tersebut kan di publikasi baik melalui website maupun media lainnya di rumah sakit. Data tersebut diperiksa kebenarannya dengan melakukan verifikasi data melalui form pengumpul data dan form rekapitulasi data yang dapat dilakukan di rumah sakit secara manual dan/atau elektronik.

RECENT POSTS

- PENGUMUMAN
- Survei Verifikasi SNARS Edisi 1 Tahun Pertama RSGM FKG UPDM/B
- Syukuran RSGM FKG UPDM/B Terakreditasi Penuh
- Survei Simulasi SNARS Edisi 1

INDIKATOR AREA MANAJEMEN (IAM)

TAM.1 Angka Waktu Tunggu Pelayanan Konservasi Gigi (dalam menit)

Bulan	Tahun	Jan-18	Feb-18	Mar-18	Apr-18	May-18	Jun-18	Juli-18	Agustus-18	Sep-18	Okt-18	Nov-18	Des-18
Target		40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40
Capai		50	47	45	35	40	40	48	40	40	40	40	40

Aksi:
Angka waktu tunggu layanan konservasi gigi sudah mencapai target pada bulan Agustus sampai Oktober 2018. Hal ini seharusnya prioritas pendekatan untuk meningkatkan SIM RS yang terpadu.

Asip: RSGM FKG UPDMB

Angka Waktu Tunggu Layanan Konservasi Gigi

REKAPITULASI INDIKATOR AREA MANAJERIAL LAYANAN KONSERVASI GIGI DI RSGM FKG UPDM(B)

NO	JUDUL INDIKATOR	Jan-18	Feb-18	Mar-18	Apr-18	May-18	Jun-18	Jul-18	Agustus-18	Sep-18	Okt-18	Nov-18	Des-18	STANDAR	KESIMPULAN
1	Waktu antar pemeriksaan	50	47	45	35	40	40	48	40	40	40	40	40	>40 menit	SESUAI STANDAR
2	Ketersediaan fasilitas konservasi gigi	70%	70%	70%	70%	70%	70%	70%	70%	70%	70%	70%	70%	=70%	SESUAI STANDAR
3	Penyebarluasan informasi	ada	ada	ada	ada	ada	sesuai standar	SESUAI STANDAR							
4	Pengembangan dan pelatihan	ada	ada	ada	ada	ada	sesuai standar	SESUAI STANDAR							
5	Penerapan teknologi	ada	ada	ada	ada	ada	sesuai standar	SESUAI STANDAR							
6	Perbaikan dan pengembangan	ada	ada	ada	ada	ada	sesuai standar	SESUAI STANDAR							
7	Angka keterpenuilan target dan rata-rata	70%	70%	70%	70%	70%	70%	70%	70%	70%	70%	70%	70%	=70%	SESUAI STANDAR
8	Angka keterpenuilan pengembangan dan pelatihan	ada	ada	ada	ada	ada	sesuai standar	SESUAI STANDAR							

Gambar 20. Website RSGM FKG UPDM (Beraqama)

INSIDEN KESELAMATAN PASIEN

Insiden keselamatan pasien yang selanjutnya disebut insiden adalah setiap kejadian yang tidak disengaja dan kondisi yang mengakibatkan atau berpotensi mengakibatkan cedera yang dapat dicegah pada pasien, terdiri dari kejadian tidak diharapkan, kejadian nyaris cedera, kejadian tidak cidera, kejadian potensial cedera dan kejadian sentinel. Pelaporan insiden keselamatan pasien yang selanjutnya disebut pelaporan insiden adalah suatu sistem untuk mendokumentasikan laporan

insiden keselamatan pasien, analisis dan solusi untuk pembelajaran. Sistem pelaporan diharapkan dapat mendorong individu di dalam rumah sakit untuk peduli akan bahaya atau potensi bahaya yang dapat terjadi pada pasien. Pelaporan juga penting digunakan untuk memonitor upaya pencegahan terjadinya kesalahan (*error*) sehingga dapat mendorong dilakukan investigasi. Di sisi lain pelaporan akan menjadi awal proses pembelajaran untuk mencegah kejadian yang sama terulang kembali.

Menetapkan sistem pelaporan insiden antara lain meliputi:

- a. kebijakan,
- b. alur pelaporan,
- c. formulir pelaporan
- d. prosedur pelaporan
- e. insiden yang harus dilaporkan yaitu kejadian yang sudah terjadi, potensial terjadi ataupun yang nyaris terjadi
- f. siapa saja yang membuat laporan
- g. batas waktu pelaporan

Selain laporan internal, rumah sakit juga wajib membuat laporan ke Komite Nasional Keselamatan Pasien sesuai peraturan perundangan-undangan dan dijamin keamanannya, bersifat rahasia, anonim (tanpa identitas), tidak mudah diakses oleh yang tidak berhak. Disamping itu juga rumah sakit wajib membuat laporan sentinel ke Komisi Akreditasi Rumah Sakit (KARS) melalui SISMADAK dalam waktu 5x24 jam. Agar pelaporan dapat berjalan baik, maka rumah sakit perlu melaksanakan pelatihan bagi para staf mengenai system pelaporan dan cara investigasi termasuk melakukan analisa akar masalah dan mengirimkan kepada KARS melalui SISMADAK paling lama 45 hari. Pelaporan ini bertujuan agar rumah sakit dapat melakukan proses pembelajaran.

DEFINISI KTD, KNC, dan SENTINEL

1. Kejadian tidak diharapkan (KTD) (*Adverse Event*):

Kejadian yang mengakibatkan cedera pasien akibat pelaksanaan suatu tindakan atau tidak mengambil tindakan.

2. Kejadian Nyaris Cedera (KNC) (*Near miss*):

Kesalahan akibat melaksanakan/tidak melaksanakan suatu tindakan yang dapat mencederai pasien tapi tidak terjadi karena keberuntungan, pencegahan atau peringatan.

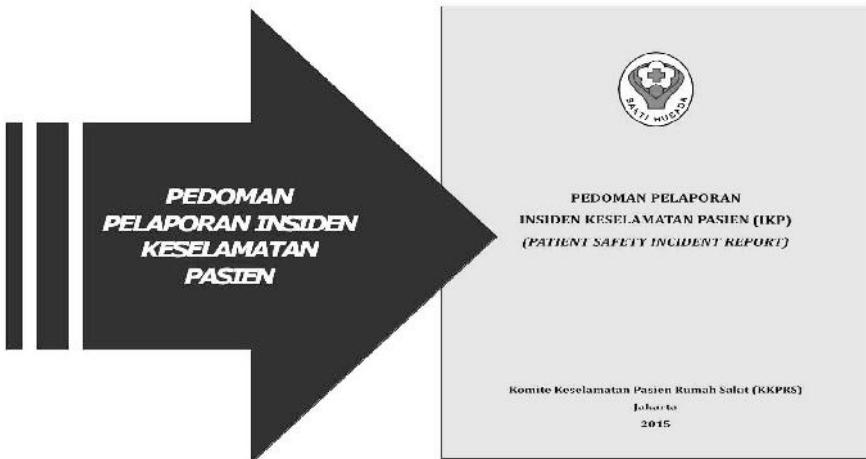
3. Kejadian Sentinel (*sentinel event*)

KTD yang mengakibatkan kematian atau cedera serius.

Selain itu rumah sakit menetapkan definisi operasional dari kejadian sentinel yang meliputi :

- a. Kematian tidak terduga dan tidak terkait dengan perjalanan alamiah penyakit pasien atau kondisi yang mendasari penyakitnya (contoh : bunuh diri).
- b. Kehilangan fungsi utama (major) secara permanen yang tidak terkait dengan perjalanan alamiah penyakit pasien atau kondisi yang mendasari penyakitnya.
- c. Salah lokasi-salah prosedur, salah pasien operasi

Penculikan bayi atau bayi yang dipulangkan bersama orang yang bukan orang tuanya



Gambar 21. Pedoman Insiden Keselamatan Pasien (IKP)

BUDAYA KESELAMATAN

Budaya keselamatan dapat diartikan: "*The safety culture of an organization is the product of individual and group values, attitudes, perceptions, competencies, and patterns of behavior that determine the commitment to, and the style and proficiency of, an organization's health and safety management. Organizations with a positive safety culture are characterized by communications founded on mutual trust, by shared perceptions of the importance of safety, and by confidence in the efficacy of preventive measures*" (HRQ, U.S. Department of Health and Human Services. 2016. Hospital Survey on Patient Safety Culture, User's Guide)"

Budaya keselamatan rumah sakit adalah sebuah lingkungan yang kolaboratif dengan staf klinis memperlakukan satu sama lain secara hormat dan melibatkan pasien dan keluarganya. Pimpinan mendorong staf perawat, staf klinis pemberi asuhan efektif bekerja bersama-sama dalam mendukung proses kolaborasi interprofessional dalam perawatan yang berpusat pada pasien. Budaya keselamatan juga merupakan hasil dari nilai, sikap, persepsi, kompetensi dan pola perilaku

individu dan kelompok, yang menentukan manajemen kesehatan dan Komitmen dan kapabilitas pelayanan keselamatan. Karakteristik budaya keselamatan adalah pertukaran berdasarkan rasa saling percaya, pemahaman bersama tentang pentingnya keselamatan, dan keyakinan akan manfaat tindakan pencegahan. Tim telah melaporkan ke KTD (kejadian yang tidak diharapkan) dan KNC (kejadian nyaris cidera). staf klinis menyadari keterbatasan kinerja manusia dalam sistem yang kompleks dan memiliki proses pembelajaran dan penerapan perbaikan yang terlihat melalui briefing

Keselamatan dan mutu berkembang dalam lingkungan yang mendukung kerja sama dan rasa hormat terhadap sesama, terlepas dari posisi jabatan di rumah sakit. Direktur rumah sakit menunjukkan komitmennya terhadap budaya keselamatan dan membudayakan keselamatan bagi seluruh staf rumah sakit.

Perilaku yang tidak mendukung budaya keselamatan adalah:

- Perilaku yang tidak pantas, seperti ucapan atau bahasa tubuh rekan kerja yang merendahkan atau menghina, seperti memaki dan mengumpat;
- Perilaku tidak pantas yang berulang, melukai atau mengintimidasi staf lain dengan perilaku merusak Verbal atau non-perilaku verbal, serta “lelucon” adalah komentar tidak baik tentang pasien, yang akan mengurangi kredibilitas staf klinis lainnya. Contoh komentar negatif atas tindakan atau hasil pengobatan staf lain di depan pasien, seperti “Ini obatnya salah, lulusan mana...?”, perawat dilarang melaporkan KTD dan memarahi staf lain di depan pasien, kemarahan yang diperlihatkan dengan membuang alat bedah di ruang operasi dan membuang rekam medis di ruang rawat inap
- perilaku pelecehan terkait dengan ras, agama dan etnis, termasuk gender
- Pelecehan seksual.

Hak-hal penting untuk membangun budaya keselamatan:

- 1) Staf rumah sakit mengetahui bahwa risiko kegiatan operasional rumah sakit tinggi dan bertekad untuk melaksanakan tugas mereka secara konsisten dan aman.

- 2) Peraturan/ regulasi dan lingkungan kerja mendorong staf untuk tidak takut dihukum saat membuat pelaporan KTD dan KNC.
- 3) Direktur rumah sakit mendorong tim keselamatan pasien untuk melaporkan insiden keselamatan pasien secara nasional sesuai dengan peraturan hukum perundang-undangan
- 4) Membina kerjasama antara staf klinis dengan pimpinan untuk mencari solusi penyelesaian masalah keselamatan pasien.

Organisasi berkomitmen untuk menyediakan sumber daya, seperti staf, pelatihan, metode pelaporan keselamatan yang aman untuk mengatasi masalah keselamatan. Masih banyak rumah sakit yang masih memiliki budaya menyalahkan satu pihak, yang pada akhirnya merusak kemajuan budaya keselamatan. Just culture adalah model terbaru untuk membentuk budaya terbuka, adil dan tepat, menciptakan budaya belajar, merancang sistem keamanan, dan mengelola perilaku terpilih (human error, at risk egavior, dan reckless behavior). Model tidak melihat peristiwa sebagai hal yang perlu ditingkatkan, melainkan sebagai peluang untuk meningkatkan emahaman baik tentang risiko dari sistem maupun risiko perilaku.

Terkadang, ada saat-saat individu tidak seharusnya disalahkan atas suatu kesalahan atau kekeliruan ; misalnya, ketika ada komunikasi yang buruk antara pasien dan staf, ketika keputusan perlu dibuat dengan cepat, dan ketika ada kekurangan faktor manusia dalam model proses pelayanan. namun, ada beberapa kesalahan yang merupakan akibat dari perilaku sembrono, yang membutuhkan tanggung jawab. Contoh perilaku sembrono termasuk tidak mengikuti pedoman cara melakukan kebersihan tangan, tidak melakukan time-out sebelum memulai operasi, atau tidak memberi tanda di lokasi pembedahan.

Budaya keselamatan termasuk mengidentifikasi dan memecahkan masalah terkait sistem yang mengarah pada perilaku tidak aman. Pada saat yang sama, rumah sakit harus pertenggungjawabkan dengan tidak mentoleransi perilaku sembrono.

Akuntabilitas membedakan antara kesalahan manusia (seperti kesalahan), perilaku berisiko (seperti mengambil jalan pintas), dan perilaku sembrono seperti mengabaikan langkah-langkah keselamatan yang sudah ditetapkan). Direktur rumah sakit melakukan evaluasi berkala dengan jadwal yang tetap melalui berbagai metode, survei resmi, wawancara karyawan, analisis data, dan diskusi kelompok. Direktur rumah sakit mendorong kerjasama untuk menciptakan struktur, proses dan program untuk membuka jalan bagi pengembangan budaya positif ini. Direktur rumah sakit harus menanggapi elanggaran dari semua individu semua tingkatan rumah sakit, termasuk manajemen, staf administrasi, staf klinis, dokter tamu atau paruh waktu, dan anggota representatif pemilik.

Ada 6 Ranah Budaya Keselamatan menurut (Leading a Culture of Safety: A blueprint for Success, American College of Healthcare Executives, and The National Patient Safety foundation's Lucian Leape Institute, 2016)

1. Menetapkan visi yang meyakinkan untuk keselamatan.
2. Bangun kepercayaan, rasa hormat, dan inklusi.
3. Memilih, mengembangkan, dan melibatkan Dewan.
4. Prioritaskan keselamatan dalam pemilihan dan pengembangan pemimpin.
5. Memimpin dan menghargai budaya yang adil – just culture.
6. Menetapkan harapan perilaku organisasi.

Tingkat Kematangan Dalam Budaya Keselamatan

1. Pathological: organisasi dengan sikap yang berlaku “mengapa membuang waktu kita pada keselamatan” dan hanya sedikit atau tidak ada investasi dalam meningkatkan keselamatan.
2. Reactive: organisasi yang hanya memikirkan keamanan setelah insiden terjadi.
3. Bureaucratic: organisasi yg sangat berbasis kertas dan keselamatan melibatkan kotak centang untuk membuktikan kepada auditor dan penilai bahwa mereka berfokus pada keselamatan.

4. Proactive: organisasi yang menempatkan nilai tinggi pada peningkatan keselamatan, aktif berinvestasi dalam peningkatan keselamatan berkelanjutan dan memberi penghargaan kepada staf yang meningkatkan masalah terkait keselamatan.
5. Generative: nirwana dari semua organisasi keselamatan di mana keselamatan merupakan bagian integral dari semua yang mereka lakukan. Dalam organisasi generatif, keselamatan benar-benar ada dalam hati dan pikiran semua orang, mulai dari manajer senior hingga staf garis depan.

DIMENSI BUDAYA KESELAMATAN PASIEN

Budaya keselamatan pasien didefinisikan sebagai:

Nilai-nilai yang dianut di antara staf rumah sakit tentang apa yang penting, keyakinan mereka tentang bagaimana segala sesuatu beroperasi dalam rumah sakit, dan interaksinya dengan unit kerja dan struktur organisasi dan sistem, yang bersama-sama menghasilkan norma perilaku dalam organisasi rumah sakit yang mempromosikan keselamatan”

Melalui meta-analisis kualitatif tujuh keselamatan budaya pasien diidentifikasi sebagai berikut (Botwinick, Bisognano & Haraden, 2006) :

- . Leadership culture : Pemimpin mengakui lingkungan yang kesadaran lingkungan berisiko tinggi dan berusaha menyelaraskan visi / misi, kompetensi staf, dan sumber daya fiskal dan manusia dari ruang rapat ke garis depan.
- . Teamwork culture : Semangat kolegialitas, kolaborasi, dan kerja sama ada di kalangan eksekutif, staf, dan praktisi independen. Hubungan terbuka, aman, hormat, dan fleksibel.
- . Culture of Evidence-based practice : Praktik asuhan pasien didasarkan pada bukti. Standardisasi utk mengurangi variasi terjadi pada setiap kesempatan. Prosesnya dirancang utk mencapai kehandalan yg tinggi.

- . Communication : Lingkungan ada di tempat anggota staf individu, tidak peduli apa deskripsi pekerjaannya, memiliki hak dan tanggungjawab untuk berbicara atas nama pasien.
- . Learning culture : Rumah sakit belajar dari kesalahannya dan mencari peluang baru untuk peningkatan kinerja. Belajar dihargai diantara semua staf, termasuk staf medis.
- . Just culture : Budaya yg mengenali kesalahan sebagai kegagalan sistem daripada kegagalan individu dan, pada saat yang sama, akuntabilitas individu atas tindakan tidak mengecil
- . Patient centered culture: Asuhan pasien berpusat di sekitar pasien dan keluarga. Pasien bukan hanya peserta aktif dalam asuhannya sendiri, tapi juga bertindak sebagai penghubung antara RS dan masyarakat.

Enam domain kepemimpinan yang membutuhkan fokus dan dedikasi untuk mengembangkan dan mempertahankan budaya keselamatan

1. Menetapkan visi yang meyakinkan untuk keselamatan.

Visi organisasi mencerminkan prioritas bahwa, jika diselaraskan dengan misinya, memberikan landasan yang kuat bagi pekerjaan organisasi. Dengan menanamkan visi untuk keselamatan pasien dan keselamatan SDM secara keseluruhan di dalam organisasi, pemimpin layanan kesehatan menunjukkan bahwa keselamatan adalah nilai inti

2. Membangun kepercayaan, rasa hormat, dan inklusi.

Membangun kepercayaan, menunjukkan rasa hormat, dan mempromosikan inklusi dan menunjukkan prinsip-prinsip di seluruh organisasi dan dengan pasien dan keluarga sangat penting bagi kemampuan seorang pemimpin untuk menciptakan dan mempertahankan budaya keselamatan. Untuk mencapai zero harm, para pemimpin harus memastikan bahwa tindakan mereka konsisten dengan semua tingkatan organisasi. Kepercayaan, rasa hormat, dan inklusi adalah standar yang tidak dapat dinegosiasikan yang harus mencakup dewan direksi, departemen klinis, dan keseluruhan staf

3. Memilih, mengembangkan, dan melibatkan Dewan Direksi Dewan direksi memainkan peran penting dalam menciptakan dan memelihara budaya keselamatan. CEO bertanggung jawab untuk memastikan bahwa anggota Dewan menerima Pendidikan mengenai ilmu keselamatan dasar, termasuk pentingnya dan prosedur untuk menjaga pasien dan staf tetap aman. Dewan harus memastikan bahwa indikator untuk menilai budaya keselamatan dan keamanan organisasi tersedia dan dianalisis secara sistematis, dan hasilnya ditindaklanjuti.
4. Prioritaskan keselamatan dalam pemilihan dan pengembangan pemimpin. CEO memiliki tanggung jawab untuk bekerja sama dengan Dewan direksi dan menjadikan tanggung jawab keselamatan sebagai bagian dari strategi pengembangan kepemimpinan bagi organisasi. Selain itu, mengidentifikasi dokter, perawat, dan pemimpin klinis lainnya sebagai pendukung keselamatan adalah kunci untuk menutup kesenjangan antara pengembangan kepemimpinan administratif dan klinis. Harapan untuk merancang dan mengirimkan pelatihan keselamatan yg relevan untuk semua pemimpin eksekutif dan klinis harus ditetapkan oleh CEO dan kemudian menyebar ke seluruh organisasi.
5. Memimpin dan menghargai budaya yang adil – just culture. Pemimpin harus memiliki pemahaman menyeluruh tentang prinsip dan perilaku budaya yang adil, dan berkomitmen untuk mengajar dan memberi model mereka. Kesalahan manusia adalah dan selalu akan menjadi kenyataan. Dalam kerangka budaya yang adil, fokusnya adalah pada pemecahan masalah sistem yang mengarah pada kesalahan dan kerugian. Meskipun dokter dan staf bertanggung jawab untuk secara aktif mengabaikan protokol dan prosedur, mereka didorong untuk melaporkan kesalahan, penyimpangan, nyaris celaka, dan efek samping kejadian yang buruk. Ketika sistem gagal dan kesalahan terjadi, staf harus didukung. Dalam budaya yang benar- benar adil, semua

staf klinis maupun non-klinis memiliki hak dan tanpa rasa takut untuk menyuarakan kekhawatiran tentang ancaman terhadap keselamatan pasien dan staf.

6. Menetapkan harapan perilaku organisasi.

Pemimpin senior bertanggung jawab untuk membangun kesadaran keselamatan untuk semua dokter dan staf, dan mungkin yang lebih penting, mencontohkan perilaku dan tindakan ini. Perilaku ini meliputi, namun tidak terbatas pada, transparansi, kerja tim yang efektif, komunikasi aktif, kesopanan, dan umpan balik langsung dan tepat waktu. Komitmen budaya ini harus dipahami dan diterapkan secara universal untuk keseluruhan tenaga kerja, terlepas dari tingkat, peran, atau departemen



Gambar 22. Kepemimpinan Dalam Mempertahankan Budaya Keselamatan

KONSEP DASAR DAN STANDAR OPERASIONAL PROSEDUR (SOP)

PENGERTIAN DAN TUJUAN STANDAR

Standar adalah rumusan dari penampilan yang diinginkan atau nilai yang dapat dicapai berdasarkan parameter yang ditetapkan. Yang lain menafsirkan standar sebagai spesifikasi fungsi atau tujuan yang harus dipenuhi oleh fasilitas agar pengguna pelayanan mendapatkan manfaat maksimal dari pelayanan yang diberikan.

Kualitas pelayanan dapat dikatakan sebagai tingkat pelayanan yang memenuhi standar yang telah ditetapkan. Oleh karena itu, standar sangat penting dan bertujuan untuk menerapkan, memelihara dan mengevaluasi kualitas pelayanan. Hal ini menunjukkan bahwa setiap pelaksana pelayanan harus memiliki standar pelayanan.

PERSYARATAN STANDAR

Standar yang baik harus memenuhi persyaratan berikut.

1. Bersifat jelas, ini berarti dapat diukur, termasuk besarnya penyimpangan yang terjadi.
2. Masuk akal, standar yang tidak masuk akal tidak hanya sulit digunakan, tetapi juga membuat frustasi pelaksana.
3. Mudah dimengerti, standar yang tidak mudah dimengerti juga akan menyulitkan tenaga pelaksana untuk mematuhiya.
4. Dapat dicapai; Tidak ada gunanya menetapkan standar yang sulit karena tidak dapat dicapai. Oleh karena itu, ketika menentukan standar, itu harus didasarkan pada keadaan dan kondisi organisasi berada.
5. Absah, artinya terdapat hubungan yang kuat dan dapat dibuktikan antara standar dengan mutu pelayanan yang diwakilinya.
6. Meyakinkan; menunjukkan bahwa itu merupakan persyaratan yang ditetapkan. Jika terlalu rendah, persyaratannya tidak ada artinya, dan jika terlalu tinggi, sulit dicapai.

7. Mantap, spesifik dan eksplisit, artinya tidak terpengaruh oleh perubahan waktu, Bersifat khas dan gamblang.

STANDAR OPERASIONAL PROSEDUR (SOP)

Pengertian dan Tujuan Standar Operasional Prosedur (SOP) merupakan alat yang menjadi pedoman bagi setiap orang dalam suatu organisasi dan unit kerja untuk secara konsisten melaksanakan kegiatan untuk mencapai tujuan yang diharapkan. Oleh karena itu, SOP merupakan pedoman untuk memastikan bahwa kegiatan operasional organisasi berjalan dengan lancar.

Tujuan penggunaan SOP dalam suatu organisasi adalah untuk memastikan bahwa organisasi beroperasi secara konsisten, efektif, efisien, sistematis dan baik untuk menghasilkan produk/jasa yang bermutu sesuai dengan standar yang ditetapkan.

Tahapan penting dari perumusan SOP adalah menganalisis sistem dan prosedur kerja, menganalisis tugas, dan menganalisis prosedur kerja. Analisis sistem dan program kerja adalah kegiatan mengidentifikasi fungsi utama dan langkah-langkah yang diperlukan untuk melaksanakan pekerjaan. Sistem dalam kesatuan unsur tersebut saling terkait dan berhubungan dalam bentuk keseluruhan pekerjaan. Analisis tugas adalah proses manajemen di tempat kerja, arena perencanaan organisasi memerlukan analisis tugas. Prosedur kerja dirumuskan sebagai angkaian langkah kerja yang saling berkaitan, biasanya dilakukan oleh beberapa orang.

Analisis proses kerja akan menghasilkan diagram alur (*flow chart*) dari kegiatan organisasi dan mengidentifikasi hal-hal kritis yang akan mempengaruhi keberhasilan organisasi. Kegiatan tersebut harus didokumentasikan dalam bentuk prosedur dan untuk selanjutnya memastikan bahwa fungsi dan kegiatan tersebut dikendalikan oleh prosedur kerja yang terstandarisasi. prosedur kerja merupakan

bagian penting dalam pencapaian tujuan organisasi, karena prosedur memberikan beberapa keuntungan, antara lain memberikan pengawasan kegiatan yang lebih efektif dan efisien untuk memperoleh hasil yang terbaik.

MANFAAT STANDAR OPERASIONAL PROSEDUR (SOP)

Beberapa manfaat standar operasional prosedur (SOP) di organisasi antara lain sebagai berikut.

1. Berfungsi sebagai dokumen referensi untuk kebijakan yang ditentukan oleh organisasi.
2. Sebagai pedoman baku pelaksanaan kegiatan instansi, termasuk operasional/ teknis dan administrasi, jelaskan ruang lingkup kegiatan, alur kegiatan, dan ruang lingkup kewenangan pejabat atau unit kerja terkait.
3. Sebagai pedoman birokrasi/tingkat untuk pengambilan keputusan dan verifikasi kegiatan rangkaian lembaga.
4. Memastikan konsistensi dan keandalan kegiatan produksi dan mengirimkan produk ke pelanggan.
5. Memastikan efektivitas dan efisiensi kegiatan kerja serta mencegah pemborosan sumber daya (tenaga kerja, biaya, material, waktu)
6. Menjaga tingkat kinerja setiap unit kerja konsisten dengan penetapan indikator kinerja untuk setiap unit kerja.
7. Meminimalkan risiko kesalahan, pelanggaran, atau kegagalan di setiap aktivitas kerja.
8. Menghindari terjadinya one man show dalam organisasi sehingga organisasi dapat beroperasi secara berkelanjutan, meskipun personel yang bertanggung jawab atas aktivitas kerja tersebut berganti.
9. Memastikan seluruh kegiatan kerja dilakukan sesuai dengan standar kesehatan dan keselamatan kerja untuk menjamin keselamatan personel/unit kerja terlibat atau lingkungan sekitar.
10. Sebagai acuan dalam memeriksa atau mengaudit organisasi, audit internal dan eksternal.

11. Ketika Anda menemui hambatan, keluhan, perselisihan atau konflik, jadikan sebagai referensi untuk pemecahan masalah.
12. Jika ada laporan kecurangan atau pelanggaran, sebagai alat untuk melindungi tenaga kerja.
13. Sebagai acuan/dasar hukum untuk bertindak jika terjadi penipuan atau pelanggaran.
14. Materi pelatihan yang digunakan apabila ada pekerja baru, perubahan struktur kelembagaan atau kegiatan kerja baru yang memerlukan sosialisasi.
15. Sebagai acuan/referensi pengembangan uraian tugas dan indikator kinerja.
16. Sebagai acuan untuk melakukan tindakan perbaikan dan pencegahan.
17. Sebagai acuan bagi organisasi untuk mengembangkan sistem informasi manajemen terpadu.
18. Sebagai acuan bagi manajemen organisasi untuk menjelaskan kepada pihak eksternal (auditor, inspektur, media dan publik) bagaimana proses atau kegiatan internal organisasi dilakukan.

PRINSIP-PRINSIP DALAM MENYUSUN STANDAR OPERASIONAL PROSEDUR (SOP)

Standar Operasional Prosedur (SOP) yang berlaku untuk organisasi harus mematuhi tujuh prinsip dasar berikut:

1. SOP ditetapkan secara tertulis dan disusun secara komprehensif dan sistematis.
2. Mengkomunikasikan SOP secara sistematis kepada seluruh unit kerja dan individu di organisasi.
3. SOP harus sesuai dengan kebijakan organisasi dan memenuhi standar yang menjadi tolak ukur organisasi dan peraturan perundang-undangan yang berlaku.
4. SOP harus mencerminkan struktur hierarki dalam organisasi dan proses pelayanan yang terjadi di dalam organisasi.

5. SOP harus mampu mendorong terselenggaranya rangkaian kegiatan kelembagaan dan mencapai tujuan secara efektif dan efisien.
6. SOP harus memiliki mekanisme untuk mengawasi dan mengendalikan pelaksanaan rangkaian kegiatan agar tidak terjadi pelanggaran atau pelanggaran.
7. SOP harus dievaluasi secara berkala dan disesuaikan dengan kondisi terkini atau kebutuhan kelembagaan.

DOKUMEN STANDAR OPERASIONAL PROSEDUR (SOP)

Menurut standar, dokumen SOP mencakup dokumen-dokumen berikut:

1. Kebijakan

Kebijakan adalah dokumen tingkat tertinggi yang mengungkapkan tujuan organisasi, mengapa melakukan ini, dan komitmen apa yang akan dibuat untuk mencapai tujuan tersebut dalam bentuk pernyataan organisasi.

2. Pedoman

Pedoman adalah dokumen lini pertama yang digunakan untuk menentukan apa yang dilakukan suatu organisasi, mengapa ia melakukannya, dan bagaimana hal itu dilakukan untuk mencapai kebijakan yang telah ditetapkan sebelumnya. Dalam beberapa SOP, kebijakan kelembagaan biasanya tertuang dalam dokumen yang sama dengan pedoman.

3. Prosedur

Prosedur adalah dokumen baris kedua, yang menggambarkan kegiatan, metode atau proses yang digunakan untuk melaksanakan hal-hal yang ditentukan dalam pedoman, serta fungsi/metode/proses organisasi atau jabatan yang bertanggung jawab atas kegiatan. Prosedur dapat digunakan untuk mengatur kegiatan administrasi karena melibatkan pelaksana pada lebih dari satu jabatan atau unit kerja.

4. Instruksi Kerja

Instruksi kerja lebih rinci daripada prosedur dan bersifat lokal untuk individu, kelompok/unit kerja, peralatan/fasilitas, atau kegiatan spesifik tertentu. Instruksi kerja biasanya digunakan untuk mengatur kegiatan teknis. Uraian pekerjaan juga dapat berupa uraian langkah-langkah prosedural yang relevan.

5. Catatan

Catatan adalah dokumen yang menyatakan bahwa SOP yang dijelaskan dalam pedoman, prosedur, dan instruksi kerja telah dilaksanakan. Catatan dapat berupa formulir lengkap, lembar kerja yang ditandatangani, dokumen persetujuan produk yang disegel, atau foto kejadian. Jika aktivitas/proses dijalankan dengan benar atau terjadi kesalahan atau pelanggaran, maka rekaman juga dapat digunakan sebagai alat pelacakan berbagai tindakan yang dilakukan selama pelaksanaan SOP.

Pelaksanaan Standar Operasional Prosedur di Rumah Sakit

Rumah sakit pada umumnya merupakan sarana pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan kegiatan pelayanan dan dapat digunakan untuk pendidikan dan pelatihan tenaga kesehatan.

Menurut Peraturan Kementerian Kesehatan Republik Indonesia Nomor 3 Tahun 2020, rumah sakit adalah institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna, menyelenggarakan pelayanan rawat inap, rawat jalan, dan gawat darurat (Kesehatan, 2010). Rumah sakit juga menawarkan pelayanan promotive, preventif dan rehabilitatif (Philips, 2012).

Adapun rumah sakit tersebut juga memiliki fungsi pelayanan medis, pelayanan penunjang medis dan non medis, keperawatan, pendidikan, penelitian, pengembangan, serta manajemen umum dan keuangan (Ruslan, 2016). Rumah Sakit, khususnya salah satu organisasi sektor publik yang bergerak di bidang pelayanan kesehatan, mempunyai tugas memberikan prioritas atau perhatian

terhadap penyembuhan dan pemulihan rumah sakit secara komprehensif, agar dapat menyelenggarakan pelayanan kesehatan yang efektif dalam perbaikan dan penyembuhan penyakit.

Rumah Sakit tidak hanya menerima pasien, tetapi juga memperhatikan kepuasan pasien. Kegiatan evaluasi kinerja rumah sakit dan organisasi atau lembaga lain memiliki banyak manfaat, terutama bagi pemangku kepentingan rumah sakit.

Rumah sakit dapat memberikan informasi tentang kinerja manajemen yang dipercayakan untuk mengelola sumber daya rumah sakit. Dan masyarakat dapat dijadikan acuan untuk mempertimbangkan siapa (rumah sakit) yang akan mempercayakan perawatan kesehatan.

Manajemen rumah sakit dulu dianggap sebagai usaha sosial, tetapi sekarang manajemen didasarkan pada ekonomi dan manajemen. Ini berarti menghadapi beragam situasi persaingan global, memprediksi perubahan lingkungan yang cepat dan menjaga kelangsungan bisnis rumah sakit itu sendiri. Oleh karena itu, diperlukan indeks untuk mengukur keberhasilan suatu rumah sakit untuk mengukur sejauh mana efektifitas operasionalnya.

SOP memuat informasi mengenai jangka waktu pelaksanaan kegiatan, pengguna jasa, hierarki struktur organisasi, dan beban kerja pelaksana kegiatan. Pelaksanaan SOP rumah sakit memiliki multifungsi, yang dapat digunakan sebagai sarana untuk mendeteksi kemungkinan penyimpangan dari tugas pokok dan fungsi, atau sebagai alat koreksi. Setiap penyimpangan yang ada sebagai alat evaluasi untuk meningkatkan kinerja yang efektif, efisien, profesional, transparan dan terpercaya. Kinerja unit kerja yang efisien merupakan syarat mutlak bagi rumah sakit untuk mencapai tujuannya, dan merupakan salah satu sarana penting untuk mencapai visi dan misi rumah sakit.

Evaluasi kinerja rumah sakit memiliki kekhasan yang berbeda dengan evaluasi kinerja organisasi yang berorientasi pada pelayanan dan yang berorientasi pada keuntungan. Di unit kerja rumah sakit, standar evaluasi kinerja eksternal didasarkan pada indikator daya tanggap, tanggung awab, dan akuntabilitas. Sementara itu, standar evaluasi kinerja internal didasarkan pada engendalian SOP dan rencana kerja rumah sakit. Ini berarti bahwa standar eksternal dan internal ada akhirnya akan mengarah pada evaluasi input, output, hasil, manfaat, dan dampak yang diharapkan dari suatu program rumah sakit.

Pada prinsipnya SOP lebih menitikberatkan pada evaluasi kinerja lembaga internal terutama dalam hal alur kerja internal organisasi, termasuk kejelasan unit kerja yang bertanggung jawab. standar operasional prosedur berbeda dengan pengendalian program, yang lebih fokus pada evaluasi pelaksanaan dan realisasi hasil program. Namun keduanya saling terkait karena standar operasional prosedur menjadi acuan bagi rumah sakit untuk memenuhi tugas dan kewajibannya termasuk pelaksanaan program).

SOP dapat digunakan untuk evaluasi kinerja eksternal dan pedoman internal, dikombinasikan dengan pedoman eksternal berupa responsivitas, responsibilitas, dan akuntabilitas, untuk mengarah terwujudnya tanggung jawab kinerja rumah sakit. Selama ini penilaian akuntabilitas kinerja rumah sakit umumnya didasarkan pada standar eksternal. Sebagai bentuk organisasi ublik, rumah sakit memiliki karakteristik birokrasi internal rumah sakit. Oleh karena itu, untuk mengevaluasi pelaksanaan mekanisme kerja internal, unit pelayanan dan unit kerja harus memiliki acuan untuk mengevaluasi pelaksanaan kinerja rumah sakit berdasarkan indikator teknis, administratif, dan procedural berupa SOP yang sesuai dengan hubungan kerja di organisasi yang bersangkutan. Pentingnya standar operasional prosedur dalam pengelolaan rumah sakit dapat meningkatkan tanggung jawab kinerja seluruh unit sesuai dengan pedoman penyusunan prosedur operasional.

Pimpinan fasilitas pelayanan kesehatan wajib memprakarsai dalam penyusunan SOP sesuai dengan jenis dan jenjang organisasi pelayanan kesehatan yang dipimpinnya. Standar operasional prosedur harus dijadikan pedoman bagi semua tenaga kesehatan di institusi pelayanan kesehatan untuk melaksanakan pelayanan kesehatan. SOP disusun dalam bentuk panduan praktik klinis (clinical practice guidelines), yang dapat dilengkap alur klinis (clinical pathway), algoritma, protokol, prosedur, atau perintah. Pedoman Praktik Klinik (PPK) sekurang-urangnya memuat definisi, riwayat penyakit, pemeriksaan fisik, kriteria diagnostik, diagnosis anding, pemeriksaan penunjang, terapi, pendidikan, prognosis, dan kepustakaan

	ANALISIS MODUS KEGAGALAN DAN DAMPAKNYA (AMKD) / FAILURE MODE EFFECT ANALYSIS (FMEA)		
RSGM FKU UNIVERSITAS PROF. DR. MOESTopo (BERACAMA)	No. Dokumen : 17/SOP/AMKD/Yan/Had/Jang Mud/XII/2017	No. Revisi : -	Halaman : 11
STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL (SPO)	Tanggal Terbit : 24 Oktober 2017	Ditetapkan di Jakarta Direktor,	
Dr. San Dewiyan, dr., Sp.KG NIP. 6912090400213204			
PENGERTIAN	Failure Mode Effect Analysis (FMEA) adalah suatu analisis modus kegagalan secara mendalam dan sistematis model-modus efek yang mungkin terjadi dan solusinya terhadap hasil kerja kesehatan dalam proses.		
TUJUAN	<ol style="list-style-type: none"> Menjamin penerapan baku kesehatan pasien sampai pada akhir masaab. Untuk mencapai tujuan kesehatan pasien bersamaan dengan pasien. Dapat diketahui pertambahan untuk membantu pasien kecemasan dan kebutuhan untuk pertambahan asuhan kerja kesehatan. 		
KEBIJAKAN	Kepala Unit RSGM FKU UPDM (B) Nomor 226 SKR/RSGM/AMKD/2017 tentang Panduan Manajemen Risiko RSGM/KG UPDM (B)		
PROSEDUR	<ol style="list-style-type: none"> Bila proses yang berlaku tidak dapat membuat Lm. Buat diagram proses atau autoproses dengan flowchart yang ring. Identifikasi untuk setiap kemungkinan kegagalan (failure mode) efek yang mungkin terjadi ko pasien ("the effect"). Telepon kemungkinan tingkat keparahan dari efek tersebut ke pasien (RPN (Risk Priority Number)). Lakukan root cause analysis cari failure mode. Rancang ulang proses. Analisa dan ukur teknik proses yang baru. Implementasi dan monitoring proses baru. 		
UNIT TERKAIT	Tim FMEA, Tim GRS, Tim Manajemen Risiko, Tim RGA dan FMEA		
	PENETAPAN DAN PEMBERLAKUAN INDIKATOR SASARAN KESELAMATAN PASIEN PELAYANAN KONSERVASI GIGI		
RSGM FKU UNIVERSITAS PROF. DR. MOESTopo (BERACAMA)	No. Dokumen : 5/SPO/PMK/Konservasi/Gigi 2017	No. Revisi : -	Halaman : 1
STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL (SPO)	Tanggal Terbit : 24 Oktober 2017	Ditelaah dan Jakarta Direktor,	
PENGERTIAN	Pengukuran indikator mutu berdasarkan indikator keselamatan pasien adalah kegiatan pencatatan output suatu pelayanan. Metode pengukuran ini lebih mempermudah mutu hasil pelayanan. Indikator keselamatan pasien yang dipantau untuk memonitor keselamatan pasien dalam pelayanan		
TUJUAN	<ol style="list-style-type: none"> Memantau bahwa pelayanan diberikan sesuai dengan standar pelayanan mutu dan keperluan. Menjamin pemberian pelayanan sesuai dengan standar pelayanan medis, keselamatan pasien dan dilaksanakan secara terpadu sesuai dengan kewajiban pasien. Mengupayakan peningkatan mutu pelayanan dan keselamatan pasien melalui peningkatan kinerja dan pembenaran pola/tujuan kesehatan. Tersusunnya sistem monitoring pelayanan RSGM FKU UPDM (B) melalui indikator keselamatan pasien dalam pelayanan rumah sakit. 		
KEBIJAKAN	Rumah sakit ini bertujuan rencana kerja, melaksanakan dan dapat melakukan perubahan kebijakan-kebijakan dalam rangka meningkatkan mutu dan kinerjanya monitor		
PROSEDUR	<ol style="list-style-type: none"> Angka kelebihan/dikurangi/kurang di unit radiologi dengan nama & taratal lahir. Angka kelebihan/cap TDAK dan Jatalesi Captopril ke DPJP. Angka telengkong/pembentukan obat high alert di unit radiologi. Angka kelebihan penandaan site marking sebelum intubasi endotrakeal. Angka kelebihan dokter melakukan cuci tangan 4 moments di Unit Stuktur Sussalls. Angka kelebihan prosedur pasien casus jatuh di RSGM FKU UPDM (B). 		
UNIT TERKAIT	Seluruh Unit Kerja RSGM FKU UPDM(B)		

Gambar 23. Standar Operasional Prosedur (SOP)

SISMADAK (SISTEM MANAJEMEN DOKUMEN AKREDITASI)

Sehubungan dengan berlakunya Standar Akreditasi Rumah Sakit Nasional (SNARS) edisi pertama di awal tahun 2018, seperti yang diarahkan oleh Ketua Eksekutif Komite Akreditasi Rumah Sakit (KARS), maka rumah sakit (RS) wajib menggunakan aplikasi SISMADAK, baik saat menyiapkan okumen dan sebagai surveior saat melakukan assessment. Rumah sakit menyediakan teknologi dan dukungan lainnya untuk mendukung sistem manajemen data pengukuran mutu terintegrasi sesuai dengan perkembangan teknologi informasi dan setiap unit kerja dirumah sakit memilih dan menetapkan indikator mutu yang dipergunakan untuk mengukur mutu unit kerja

Aplikasi SISMADAK atau sistem manajemen pengelolaan dokumen akreditasi (baik regulasi maupun bukti implementasi) dengan menggunakan aplikasi alat bantu teknologi informasi (IT) serta dokumentasi manajemen mutu dan keselamatan pasien bagi rumah sakit yang mengikuti program akreditasi yang diselenggarakan oleh Komisi Akreditasi Rumah Sakit (KARS).

SISMADAK dapat digunakan untuk mempersiapkan rumah sakit terakreditasi dengan mengumpulkan, menyimpan dan mengambil bukti terkait dokumen kreditasi. Aplikasi SISMADAK ini dioperasikan oleh pihak rumah sakit sendiri, sehingga perlu adanya kerjasama dan koordinasi dengan staf IT rumah sakit dan penanggung jawab akreditasi (PJ) rumah sakit terutama dalam penyediaan server, jaringan dan prosedur pemeliharaan.

DIBUTUHKAN SISTEM TEKNOLOGI INFORMASI TERINTEGRASI

- a. Ada banyak dokumen yang perlu disiapkan oleh rumah sakit
- b. Dokumen regulasi berupa kebijakan, pedoman, panduan, program sampai SOP, dll.
- c. Dokumen regulasi tidak hanya dibutuhkan oleh satu unit, tetapi seringkali regulasi digunakan oleh beberapa unit pelayanan/unit kerja

- d. Terdapat banyak dokumen bukti dalam arsip rekam medis, dan terdapat banyak variasi di berbagai unit pelayanan/unit kerja
- e. Selain dokumen rekam medis, dokumen bukti implementasi juga dalam bentuk formulir-formulir yang jumlahnya cukup
- f. Dokumen Peningkatan mutu dan keselamatan pasien sangat banyak seperti data mutu unit dan prioritas, insiden keselamatan pasien (IKP), indikator kinerja staf klinik, pengukuran budaya keselamatan
- g. Indikator mutu harus dikelola dengan baik

PERAN SISMADAK DALAM PELAKSANAAN SURVEI AKREDITASI

- a. Dokumen regulasi dan dokumen bukti rumah sakit tertata secara sistematis
- b. Surveyor dapat meninjau dokumen regulasi sebelum hari survei
- c. Selama survei, pelaksanaan telusur regulasi dapat menghemat waktu dan tidak membuat staf/kelompok kerja putus asa mencari dokumen regulasi
- d. Dokumen regulasi dapat dilihat dari manapun setiap saat selama waktu survey
- e. Dokumen regulasi dan dokumen bukti rumah sakit telah tersusun secara sistematis
- f. Surveyor dapat mempelajari dokumen regulasi sebelum hari investigasi
- g. Selama pelaksanaan survei telusur regulasi menghemat waktu dan tidak membingungkan staf / Kelompok kerja mencari dokumen regulasi
- h. Dokumen regulasi dapat dilihat sewaktu-waktu selama survey berlangsung

MANFAAT SISMADAK

Melalui pemanfaatan aplikasi SISMADAK, rumah sakit, direktur rumah sakit dan KARS akan mendapatkan banyak manfaat, antara lain :

- 1. Dapat memonitor capaian mutu dari indikator mutu , baik indikator mutu nasional, mutu unit, mutu area klinis, manajerial maupun sasaran keselamatan pasien.

2. Memiliki data base profil RS secara lengkap dan langsung dapat melihatnya, misalnya data base kepegawaian, data base Pendidikan
3. Dapat memonitor mutu rumah sakitnya dibandingkan dengan mutu tingkat nasional maupun tingkat provinsi (benchmark)
4. Dapat memonitor seberapa jauh persiapan akreditasi yang telah dilakukan melalui sistem dasboard
5. Dapat melaporkan insiden keselamatan pasien secara tertutup kepada KARS, serta memperoleh feedback-Nya
6. Memangkas Biaya dan Percepatan Proses Akreditasi
7. Memiliki Penyimpanan dokumen yang terintegrasi (antar pokja dan unit)
8. Meningkatkan kemampuan Asesor Internal rumah sakit untuk melakukan evaluasi dan monitoring (MONEV) persiapan akreditasi
9. Mendukung program pemerintah dalam hal pengumpulan data indikator mutu rumah sakit secaranasional
10. Surveyor memiliki waktu yang banyak untuk melakukan penelusuran dokumen (2 minggu sebelum dan 1 minggu setelah survey)
11. Surveior memiliki waktu yang banyak untuk melakukan penelusuran di lapangan sehingga terjadi peningkatan kualitas hasil laporan survei
12. Menghemat ruang penyimpanan
13. Mengurangi penularan virus
14. Mengurangi risiko kehilangan data
15. Dapat di akses melalui smartphone
16. Mendorong pemantauan masa berlaku izin praktek

TAMPILAN APLIKASI SISMADAK



Versi Demo : <http://rumahsakit.kars.or.id>

Sumber : Divurman, KARS.

Gambar 24. Login Aplikasi Sismadak

User: Administrator

HOME **PERAWATAN** **KEGIATAN** **FILE MANAGER** **LOGOUT**

SURVEI REGULER DAN PROSESUS

- Akreditasi Reguler
- Penercian Dokumen



INDIKATOR NASIONAL

- Indikator Mutu Area Klinik
- Indikator Mutu Area Manajemen
- Rencana Laporan Indikator Mutu
- Indikator Mutu (Wajib)



LOGBOOK BIMBINGAN

- Logbook
- Daftar Residenc
- Kategori
- Daftar Lokasi
- Daftar Level
- Daftar Status



INDIKATOR LOKAL

- Penerbitan Indikator
- Data Indikator
- Rencana Laporan Indikator Mutu Loka

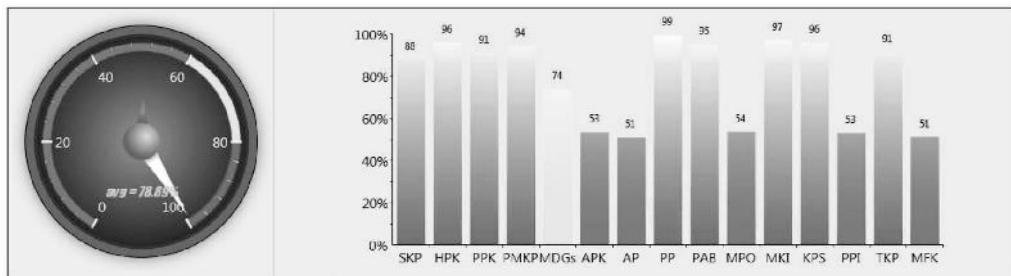


INSIDEN KESELAMATAN PASIEN

- Laporan Insiden

DIYURMAN, KARS

Gambar 25. Tampilan Kegiatan



PELAYANAN BERFOKUS PADA PASIEN

MANAJEMEN RUMAH SAKIT

SASARAN KESELAMATAN PASIEN

SASARAN MILENIUM DEVELOPMENT GOALS

Pelayanan Pasien berfokus pada :

1. Akses ke Polyclinic dan Kontinuitas Pelayanan (APK)
2. Hak Pasien dan Keluarga (HPK)
3. Asesmen Pasien (AP)
4. Pelayanan Pasien (PP)
5. Pelayanan Anestesi dan Bedah (PAB)
6. Manajemen Penggunaan Obat (MPO)
7. Pendidikan Pasien dan Keluarga (PPK)

slide Drdr Sutoto -KARS

Gambar 26. Tampilan Dasboard

Daftar Bab Standar Akreditasi			
	Nama Bab Standar Akreditasi	Nilai	Action
1	Sesaran Keselamatan Pasien (SKP)	10.81	Verifikasi
2	Akses ke Rumah Sakit dan Kontinuitas (ARIC)	1.01	Verifikasi
3	Hak Pasien dan Kewajiban (HPK)	7.07	Verifikasi
4	Assesmen Pasien (AP)	2.45	Verifikasi
5	Pelayanan Asuhan Pasien (PAP)	1.23	Verifikasi
6	Pelayanan Anestesi dan Bedah (PAB)	2.85	Verifikasi
7	Pelayanan Kafarmatik dan Penggunaan Obat (PKPO)	7.5	Verifikasi
8	Manajemen Komunikasi dan Edukasi (MKE)	4.08	Verifikasi
9	Penilaian Mutu dan Keselamatan Pasien (PMK)	1.00	Verifikasi
10	Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI)	1.46	Verifikasi
11	Tata Kelola Rumah Sakit (TKRS)	3.15	Verifikasi
12	Manajemen Fasilitas dan Keselamatan (MFK)	0.48	Verifikasi
13	Kompetensi & Kewenangan Staf (KKS)	1.04	Verifikasi
14	Manajemen Informasi dan Reklam Medis (MTRM)	0.67	Verifikasi
15	Program Nasional	8.62	Verifikasi
16	Integral Pendidikan Kesehatan dalam Pelayanan Rumah Sakit (IPKP)	19.05	Verifikasi

slide Dr.dr Sutoto -KARS

Gambar 27. Tampilan Halaman Verifikasi Nilai Self ssessment

Elemen Penilaian				
ID	Elemen Penilaian	Dokumen Pendukung	Skor	Actions
<input checked="" type="checkbox"/> ARK.1 (Rumah sakit menetapkan regulasi tentang penerimaan pasien dirawat inap atau pemeriksaan pasien dirawat jalan sesuai dengan kebutuhan pelayanan kesehatan yang telah ditentukan)				
1	Ada regulasi untuk proses skrining baik di dalam maupun di luar rumah sakit termasuk pemeriksaan penunjang yang diperlukan/specifik untuk mengetahui apakah pasien diterima atau ditolak. (R)	Dokumen (.J)	10	
2	Ada pelaksanaan proses skrining baik di dalam maupun di luar rumah sakit. (C,W)	Dokumen (.J)	0	
3	Ada proses pemeriksaan penunjang yang diperlukan/specifik untuk mengetahui apakah pasien diterima atau ditolak. (D,W)	Dokumen (.J)	0	
4	Berdasarkan hasil skrining ditentukan apakah pasien sesuai dengan kemampuan rumah sakit. (lihat juga TKRS 3.1, EP.1). (D,W)	Dokumen (.J)	0	
5	Pasien diterima bila rumah sakit dapat memberi pelayanan rawat jalan dan rawat inap yang dibutuhkan pasien. (D,O,W)	Dokumen (.J)	0	
6	Pasien tidak dirawat, tidak dipindahkan atau dirujuk sebelum diperoleh hasil tes yang dibutuhkan tersedia. (D,O,W)	Dokumen (.J)	0	
			Jumlah Skor :	10
<input checked="" type="checkbox"/> ARK.1.1 (Pasien dengan kebutuhan darurat, sangat mendesak, atau yang membutuhkan pertolongan segera diberikan prioritas untuk assesmen dan tindakan.) - 4 Elemen Penilaian				
1	Ada regulasi tentang proses triase berbasis bukti. (R)	Dokumen (.J)	0	
2	Ada pelaksanaan penggunaan proses triase berbasis bukti yang digunakan untuk memprioritaskan pasien sesuai dengan kebutuhannya. (D,W)	Dokumen (.J)	0	
3	Staf sudah terlatih menggunakan kriteria. (D,W,S)	Dokumen (.J)	0	
4	Pasien dengan kebutuhan mendesak diberikan prioritas. (D,W,S)	Dokumen (.J)	0	
			Jumlah Skor :	0

slide Dr.dr Sutoto -KARS

Gambar 28. Tampilan Halaman Elemen Penilaian

Pengertian Kepemimpinan

Pemimpin (leader) merupakan individu yang melakukan proses untuk mempengaruhi sebuah kelompok atau organisasi agar mencapai tujuan yang telah disepakati bersama. Definisi pemimpin dalam Kamus Besar Bahasa Indonesia adalah orang yang memimpin. Jadi, seorang pemimpin wajib memiliki kemampuan untuk memengaruhi atau memandu sekelompok orang/pihak.

Sedangkan kepemimpinan (leadership) adalah sifat yang diterapkan individu yang bertindak sebagai pemimpin untuk mempengaruhi anggota kelompoknya agar bisa mencapai sasaran dan tujuan yang telah disepakati bersama. Seorang pemimpin adalah individu yang mampu menunjukkan perilaku dan peran tertentu untuk mempengaruhi sikap dan perilaku orang lain.

Pemimpin adalah juga seorang yang bertugas mengarahkan dan mengkoordinasi aktivitas-aktivitas yang ada dalam tugas-tugas kelompok. Seorang pemimpin yang karena kecakapan pribadinya dengan atau tanpa pengangkatan resmi dapat mempengaruhi kelompok yang dipimpinnya. Untuk mengarahkan usaha, seorang pemimpin dapat mempengaruhi kelompok yang dipimpinnya untuk kerjasama ke arah pencapaian sasaran tertentu (Setiawati,2007).

Sedangkan kepemimpinan meliputi proses mempengaruhi dalam menentukan tujuan organisasi, memotivasi perilaku pengikut untuk mencapai tujuan dan mempengaruhi untuk memperbaiki kelompok. Selain itu juga mempengaruhi interpretasi mengenai peristiwa-peristiwa para pengikutnya, pengorganisasian, dan aktivitas-aktivitas untuk mencapai sasaran, memelihara hubungan kerjasama dan kerja kelompok, mencari dukungan, dan kerjasama dari orang-orang di luar kelompok atau organisasi (Veithzal Rivai dan Dedy Mulyadi, 2012).

Menurut George R.Terry, *leadership is activity of influencing people to strive willing for mutual objective*. Kepemimpinan adalah suatu proses mempengaruhi aktivitas kelompok dalam upaya perumusan dan pencapaian tujuan (Sedarmayanti, 2011).

Menurut Stoner, kepemimpinan dapat didefinisikan sebagai suatu proses pengarahan dan pemberian pengaruh pada kegiatan-kegiatan dari sekelompok anggota yang saling berhubungan (Handoko, 2008). Sementara Amstrong (2003) dalam Sudarmanto (2009) menyebutkan, kepemimpinan adalah proses memberi inspirasi kepada semua karyawan agar bekerja sebaik-baiknya untuk mencapai hasil yang diharapkan. Kepemimpinan adalah cara mengajak karyawan agar bertindak benar, mencapai komitmen dan memotivasi mereka untuk mencapai tujuan bersama (Sudarmanto, 2009).

Setidaknya ada 3 teori tentang asal-usul terbentuk seorang pemimpin, di antaranya sebagaimana berikut:

1. Teori Genetik – menyatakan bahwa pemimpin itu terlahir dengan bakat yang sudah terpendam di dalam diri seseorang.
2. Teori Sosial – menyatakan bahwa seseorang dapat menjadi pemimpin melalui latihan, kesempatan dan pendidikan.
3. Teori Ekologis – teori ini merupakan gabungan dari 2 teori di atas.

Karakteristik penting dari seorang pemimpin yang baik adalah kemampuan untuk mengeksplorasi motif/keyakinan pribadi dan tim dalam mencapai perubahan atau visi kesuksesan yang dirasakan. Sebagai bagian dari proses ini, kepemimpinan sejati membutuhkan kemampuan untuk menilai secara kritis proses tim dan hasil di jalan untuk mencapai tujuan bersama.

Kepemimpinan membutuhkan penyesuaian diri yang konstan serta refleksi pada kebutuhan individu dan karakteristik tim. Pemimpin harus memiliki wawasan tentang gaya kepemimpinan dan tanggungjawab untuk mendapatkan pemahaman yang lebih dalam tentang atribut yang dibutuhkan untuk menjadi, atau mendukung, ‘pemimpin’ dalam organisasi.

Sifat-sifat Pemimpin

Beberapa sifat yang biasanya melekat pada diri seorang pemimpin, di antaranya adalah sebagai berikut.

1. Intelejensi – Kemampuan bicara, menafsir, dan bernalar yang lebih kuat daripada para anggota yang dipimpin.
2. Kepercayaan Diri – Keyakinan akan kompetensi dan keahlian yang dimiliki
3. Determinasi – Hasrat untuk menyelesaikan pekerjaan yang meliputi ciri seperti berinisiatif, kegigihan, mempengaruhi, dan cenderung menyetir
4. Integritas – Kualitas kejujuran dan dapat dipercaya oleh para anggota
5. Sosialibilitas – Kecenderungan pemimpin untuk menjalin hubungan yang menyenangkan, bersahabat, ramah, sopan, bijaksana, dan diplomatis. Menunjukkan rasa sensitif terhadap kebutuhan orang lain dan perhatian atas kehidupan mereka.

Pengertian Kepemimpinan secara umum adalah sebuah kemampuan yang terdapat di dalam diri seseorang untuk bisa memengaruhi orang lain atau memandu pihak tertentu untuk mencapai tujuan.

Pengertian Kepemimpinan Menurut Para Ahli

1. Menurut Stoner - Kepemimpinan adalah sebuah proses dalam mengarahkan atau memengaruhi kegiatan terkait sebuah organisasi atau kelompok demi mencapai tujuan tertentu.
2. Menurut Wahjusumidjo - Kepemimpinan merupakan kemampuan dalam diri seseorang dan mencakup sifat-sifat, seperti kepribadian, kemampuan, dan kesanggupan. Kepemimpinan tidak dapat dipisahkan dari gaya, perilaku, dan kedudukan pemimpin bersangkutan dan interaksinya dengan para pengikut serta situasi.
3. Menurut Sondang P. Siagian - Kepemimpinan dapat diartikan sebagai kemampuan seseorang saat menjabat sebagai pimpinan organisasi tertentu dalam memengaruhi orang lain, khususnya bawahannya. Ini dilakukan supaya mereka mampu bertindak dan berpikir sesuai dengan arahan tertentu supaya tujuan dapat tercapai dengan mudah.
4. Menurut Hemhie dan Coons - Kepemimpinan adalah perilaku individu ketika memimpin aktivitas dalam kelompok atau organisasi untuk mencapai tujuan bersama atau *shared goal*.

Teori Kepemimpinan

Setiap perusahaan -- tidak peduli apa pun industrinya dan seberapa besar perusahaan tersebut – dibutuhkan kepemimpinan yang baik untuk menjadi sukses. Pemimpin yang baik adalah bagian penting dari praktik bisnis yang efektif. Dan bagi kebanyakan orang, menjadi pemimpin yang baik tidak datang begitu saja. Itulah mengapa ada seluruh program gelar yang didedikasikan untuk manajemen dan membantu seseorang menjadi pemimpin hebat dalam bisnis mereka.

Dalam dunia kepemimpinan ada banyak teori tentang bagaimana kepemimpinan bekerja, apa yang membuat seseorang bisa menjadi pemimpin yang baik, dan bagaimana seorang memiliki efektivitas. Ada banyak gaya kepemimpinan yang dapat diterapkan oleh para manajer dan dampaknya bervariasi berdasarkan kelompok yang mereka pimpin dan industri tempat mereka berada.

Teori-teori kepemimpinan ini menjelaskan bagaimana gaya kepemimpinan bekerja dalam sebuah perusahaan untuk membawa kesuksesan. Jika Anda belajar untuk menjadi pemimpin atau manajer bisnis, penting untuk memahami berbagai teori kepemimpinan ini dan bagaimana pengaruhnya terhadap gaya kepemimpinan dan manajemen Anda.

Teori kepemimpinan adalah penjelasan tentang bagaimana dan mengapa orang-orang tertentu menjadi pemimpin. Mereka fokus pada sifat dan perilaku yang dapat diadopsi orang lain untuk meningkatkan kemampuan kepemimpinan mereka. Beberapa ciri utama yang menurut para pemimpin sangat penting untuk kepemimpinan yang baik meliputi:

1. Etika yang kuat dan standar moral yang tinggi
2. Keterampilan pengorganisasian diri yang hebat
3. Pembelajaran yang efisien
4. Memelihara pertumbuhan karyawan
5. Menumbuhkan koneksi dan rasa memiliki

Penelitian menunjukkan bahwa sifat-sifat ini dianggap paling penting bagi para pemimpin di seluruh dunia. Dan teori kepemimpinan membantu menjelaskan bagaimana para pemimpin memanfaatkan dan mengembangkan sifat-sifat ini. Baru-baru ini teori kepemimpinan telah lebih diformalkan, membuatnya lebih mudah untuk dipahami, didiskusikan, dan dianalisis dalam tindakan.

Ralph Nader mengatakan ‘Fungsi kepemimpinan adalah menghasilkan lebih banyak pemimpin, bukan pengikut.’ Ini disebut kepemimpinan transformasional, yakni seorang pemimpin dapat mengubah perspektif atau psikologi pengikut dan menggeser mereka untuk ingin menjadi pemimpin juga. Ini menunjukkan bahwa pada akhirnya, kepemimpinan harus mengangkat dan menginspirasi.

Para pemimpin harus mendorong orang-orang yang mereka pimpin ke tingkat yang baru, membantu mereka tumbuh menjadi apa dan mereka tahu bisa menjadi apa. Kepemimpinan transformasional adalah perspektif psikologis yang penting bagi para pemimpin untuk dipelajari dan dipahami jika mereka ingin benar-benar memengaruhi dan memengaruhi orang lain. Teori kepemimpinan yang berbeda ditujukan untuk menciptakan kepemimpinan yang lebih kuat dan lebih efektif, membantu pengikut untuk menjadi pemimpin itu sendiri.

Teori kepemimpinan yang lebih umum ini penting untuk dipahami dan dikenali, terutama jika Anda saat ini, atau sedang belajar untuk menjadi pemimpin bisnis pada masa depan. Memahami dampak psikologis dan sosial dari kepemimpinan yang efektif akan membantu Anda menentukan jenis kepemimpinan yang Anda inginkan.

Jika Anda seorang calon pemimpin bisnis yang saat ini masih bersekolah, penting untuk memahami teori kepemimpinan dan bagaimana pengaruhnya terhadap Anda dan gaya kepemimpinan Anda. Mengenali gaya kepemimpinan apa yang Anda sukai, atau teori kepemimpinan apa yang ingin Anda terapkan, dapat membantu Anda menentukan bagaimana menjadi pemimpin yang paling efektif. Sangatlah berharga untuk mengenali teori dan gaya kepemimpinan di perusahaan tempat Anda bekerja, dan memahami apa yang dapat Anda lakukan untuk melanjutkan teori kepemimpinan itu atau memperbaikinya.

Ada beberapa teori yang harus dipahami terkait kepemimpinan. Teori-teori tersebut adalah sebagai berikut:

1. Teori Karakter

Teori karakter merupakan sebuah teori yang menitikberatkan karakter-karakter tertentu yang mampu menyukkseskan kepemimpinan. Contohnya, seperti karakter fisik, inteligensi, ketegasan, dan sebagainya. Teori ini dipercaya oleh banyak orang, tetapi tak jarang juga kritik, salah satunya terkait karakteristik fisik. Dalam teori karakter, fisik yang terlihat tegap dan kuat dianggap sebagai karakter pemimpin terbaik. Tentu Anda tahu betul bahwa hal ini tidak sepenuhnya tepat. Pasalnya, belum tentu orang yang terlihat kuat punya jiwa kepemimpinan yang tinggi.

2. Teori Perilaku

Dalam teori perilaku, dijelaskan mengenai beberapa perilaku yang mencerminkan karakter pemimpin. Perilaku tersebut terbagi menjadi dua. Yang pertama adalah *job centered* dan yang kedua adalah *employee centered*. *Job centered* adalah sifat kepemimpinan yang berfokus pada pekerjaan. Sedangkan *employee centered* berfokus pada kondisi para karyawan atau bawahan di sebuah proyek. Teori perilaku berfokus pada bagaimana pemimpin berperilaku, dan mengasumsikan bahwa sifat-sifat ini dapat disalin oleh pemimpin lain. Kadang-kadang disebut teori gaya, ini menunjukkan bahwa para pemimpin tidak dilahirkan dengan sukses, tetapi dapat diciptakan berdasarkan perilaku yang dapat dipelajari.

Teori perilaku sangat berfokus pada tindakan seorang pemimpin yang menunjukkan bahwa prediktor terbaik keberhasilan kepemimpinan adalah melihat bagaimana seorang pemimpin bertindak. Tindakan daripada kualitas adalah titik fokus dari teori belajar perilaku. Pola perilaku diamati dan dikategorikan sebagai “gaya kepemimpinan” dalam teori ini. Beberapa gaya kepemimpinan termasuk pemimpin yang berorientasi pada tugas, pemimpin yang berorientasi pada orang,

pemimpin status quo, pemimpin diktator, dan banyak lagi. Pada akhirnya, tindakan dan perilaku nyata seorang pemimpin adalah yang mendefinisikan kesuksesan dalam teori ini.

Teori perilaku memiliki banyak keuntungan, terutama bahwa para pemimpin dapat mempelajari dan memutuskan tindakan apa yang ingin mereka terapkan untuk menjadi pemimpin seperti yang mereka inginkan. Hal ini memungkinkan para pemimpin untuk menjadi fleksibel dan beradaptasi berdasarkan keadaan mereka.

Manfaat besar lainnya dari gaya kepemimpinan ini adalah bahwa hal itu menunjukkan bahwa setiap orang mampu menjadi seorang pemimpin. Beberapa kelemahan dari teori perilaku adalah bahwa meskipun memungkinkan fleksibilitas, teori ini tidak secara langsung menyarankan bagaimana berperilaku dalam keadaan tertentu. Ada lusinan gaya kepemimpinan yang berasal dari teori perilaku, tetapi tidak ada yang tepat untuk setiap keadaan.

Contoh teori perilaku adalah melihat pemimpin yang berorientasi pada tugas versus pemimpin yang berorientasi pada orang. Jika ada masalah dengan tim, pemimpin yang berorientasi tugas akan melihat proses untuk melihat apakah ada sesuatu yang perlu disesuaikan dengan alur kerja. Seorang pemimpin yang berorientasi pada orang akan melihat individu dan langsung ke mereka, menanyakan apa masalahnya. Apa pun perilaku yang Anda pilih, teori kepemimpinan perilaku membantu para pemimpin fokus pada tindakan mereka dan memanfaatkan keputusan mereka untuk menjadi pemimpin yang hebat.

3. Teori Situasional atau Kontingensi

Teori kepemimpinan kontingensi atau kadang disebut teori situasional, berfokus pada konteks seorang pemimpin. Teori-teori ini melihat efek situasional dari keberhasilan atau kegagalan atau seorang pemimpin. Efektivitas seorang

pemimpin secara langsung ditentukan oleh konteks situasional. Sementara kepribadian seorang pemimpin adalah faktor kecil dalam keberhasilan mereka, faktor yang paling penting adalah konteks dan situasi pemimpin.

Teori ini mengambil gaya kepemimpinan tertentu dan menyarankan bahwa pemimpin yang baik dapat menyesuaikan gaya kepemimpinan mereka secara situasional. Ini juga menunjukkan bahwa mungkin yang terbaik adalah menemukan jenis pemimpin yang tepat untuk situasi tertentu. Jenis teori kontingensi termasuk Teori Situasional Hershey dan Blanchard, Teori Jalan-Tujuan Evans dan Rumah, dan Teori Kontingensi Fiedler.

Teori kontingensi memiliki keuntungan besar, termasuk bahwa para pemimpin mampu menjadi efektif terlepas dari konteks situasional mereka. Namun, teori ini memang memiliki kritik yang menunjukkan bahwa tidak ada cukup detail yang masuk ke dalam konteks situasi apa pun.

Teori kontingensi berfokus pada pentingnya situasi, tetapi mungkin tidak cukup fokus pada psikologi karyawan atau perusahaan itu sendiri. Ini juga mungkin tidak cukup fokus pada bagaimana gaya kepemimpinan dapat berubah dari waktu ke waktu.

Ada faktor internal dan eksternal yang mempengaruhi seorang pemimpin dan situasi mereka. Jenis perusahaan, ukuran tim, dan gaya kepemimpinan bawaan dari seorang individu adalah faktor internal. Faktor eksternal mungkin termasuk perasaan pelanggan dan pasar. Semua situasi ini memainkan faktor dalam teori kontingensi.

Teori yang dikembangkan oleh Hersey dan Blanchard ini memiliki titik berat pada kematangan para pengikut atau bawahan. Kesuksesan suatu tujuan bergantung pada matang-tidaknya para bawahan, maka dari itu pemimpin diharapkan mampu menganalisis apakah para bawahannya sudah cukup matang atau belum. Dapat disimpulkan bahwa ada berbagai perbedaan pendapat terkait

teori kepemimpinan. Namun, yang jelas, kepemimpinan yang sukses tidak hanya berlandaskan pada faktor pemimpin saja,tetapi juga para bawahan.

4. Teori Orang Hebat

Teori kepemimpinan orang hebat, kadang-kadang disebut teori sifat, menunjukkan bahwa pemimpin yang baik dilahirkan. Mereka memiliki sifat dan keterampilan bawaan yang membuat mereka hebat, dan ini adalah hal-hal yang tidak dapat diajarkan atau dipelajari.Teorisifat menunjukkan bahwa para pemimpin pantas berada di posisi mereka karenasifat-sifat khusus mereka.

Ada banyak kritik untuk teori sifat,terutama bahwa pemimpin itu dilahirkan atau tidak, bahwa tidak ada pekerjaan atau usaha yang perlu dilakukan agar Anda bisa menjadi seorang pemimpin. Ini menunjukkan bahwa para pemimpin sosial atau psikologis telah ditentukan sebelumnya dan bahwa para pemimpin tidak dapat datang dari bayang-bayang – mereka dipilih atau tidak. Ada juga kritik bahwa sebagian besar sifat yang terkait dengan teori ini secara inheren maskulin, dan tidak cocok dengan psikologi sebenarnya dari para pemimpin yang baik.

Orang-orang mengutip Abraham Lincoln, Alexander Agung, Ratu Elizabeth I, dan banyak lainnya sebagai contoh teori orang hebat. Raksasa sosial ini memanfaatkan keterampilan mereka untuk memimpin negara. Tingkat ambisi dan tekad yang tinggi biasanya terlihat pada para pemimpin yang muncul untuk menghidupkan teori ini. Saat ini, para pemimpin yang naik ke puncak mungkin melihat sifat dan kemampuan mereka sebagai bagian dari teori “orang hebat”.Jadi mungkin tampak bahwa para pemimpin mendapatkan posisi mereka berdasarkan hadiah warisan mereka.

5. Teori Manajemen

Teori manajemen kadang-kadang disebut kepemimpinan transaksional, dan berfokus pada pengawasan, organisasi, dan kinerja kelompok. Kepemimpinan transaksional adalah sistem penghargaan dan hukuman, dan kepemimpinan transaksional secara teratur digunakan dalam bisnis. Ketika karyawan melakukan sesuatu yang berhasil, manajer menghargai mereka.

Ketika mereka gagal, mereka mungkin akan dihukum. Penghargaan dan hukuman transaksional diberikan berdasarkan gagasan bahwa orang benar-benar hanya melakukan sesuatu untuk mendapatkan imbalan. Psikologi mereka tidak mengizinkan manusia melakukan sesuatu karena kebaikan, melainkan karena menjanjikan imbalan.

Gaya kepemimpinan manajemen bisa sangat efektif. Penguanan positif dikenal karena melakukan keajaiban dengan karyawan, mendorong dan memotivasi mereka untuk berhasil. Tetapi ada banyak kritik seputar kepemimpinan yang juga bersifat transaksional. Konsekuensi dan hukuman dapat menurunkan moral dalam suatu organisasi, berdampak negatif pada karyawan. Ini juga dapat dilihat sebagai gaya kepemimpinan yang malas, hadiah dan hukuman adalah cara yang relatif sederhana untuk memimpin karyawan.

Contoh umum dari gaya manajemen ini adalah seorang pemimpin yang menawarkan bonus tunai bagi karyawan yang mencapai tujuan. Atau seorang pemimpin yang membuat karyawan melakukan pekerjaan administrasi ekstra jika mereka melewatkannya tenggat waktu.

6. Teori Partisipatif

Kepemimpinan partisipatif tidak umum di dunia korporasi. Kadang-kadang disebut kepemimpinan demokratis, teori kepemimpinan ini menunjukkan bahwa

karyawan terlibat langsung dalam pengambilan keputusan dalam organisasi mereka. Pemimpin hanya memfasilitasi percakapan dan kemudian mengambil semua saran, dan menghasilkan tindakan terbaik. Dalam teori ini, setiap orang sangat terlibat dengan keputusan untuk tim dan organisasi, dengan pemimpin hanya membantu mendarahkan tugas.

Ada banyak keuntungan dari teori ini. Karyawan merasa lebih terlibat dan termotivasi ketika mereka terlibat langsung dalam keputusan dan hasil untuk perusahaan mereka. Namun teori ini bukannya tanpa kritik—beberapa menyarankan bahwa jenis gaya ini membuat para pemimpin tampak lemah atau tidak perlu. Ini juga merupakan kritik bahwa para pemimpin dalam teori ini tidak benar-benar mendapatkan hasil terbaik, karena mereka terlalu terlibat dalam apa yang diinginkan orang lebih dari apa yang dibutuhkan perusahaan.

Bill Gates adalah contoh terkenal dari teori partisipatif. Sementara teori ini masih hangat diperdebatkan, ada banyak contoh perusahaan yang bekerja untuk lebih melibatkan karyawan dalam proses pengambilan keputusan. Dalam teori ini, seorang pemimpin mungkin mengadakan pertemuan untuk menanyakan karyawan bagaimana memecahkan masalah tertentu.

Mereka mendorong karyawan untuk terbuka dan jujur tentang pemikiran mereka. Mereka menerima semua saran, dan bertemu dengan pemimpin lain untuk membahasnya. Pemimpin kemudian membuat keputusan berdasarkan masukan dari karyawan dan pengambilan keputusan mereka sendiri. Karyawan cenderung menghargai gaya ini, meskipun secara keseluruhan bisa kurang efektif.

7. Teori Kekuatan

Teori ini melihat cara seorang pemimpin menggunakan kekuatan dan pengaruhnya untuk menyelesaikan sesuatu. Lima Bentuk Kekuasaan Prancis dan Raven adalah teori kekuasaan kepemimpinan yang umum dikenal. Ini melihat pada

kekuatan posisional dan kekuatan pribadi dan bagaimana mereka memengaruhi pilihan dan hasil pemimpin.

Teori ini mungkin tampak sangat efektif—pemimpin dengan kekuatan besar mungkin tampak sangat efisien dan menyelesaikan sesuatu dengan cepat. Namun, sebagian besar karyawan tidak menghargai kepemimpinan yang berkuasa. Mereka menginginkan seorang pemimpin yang tidak memegang kekuasaan atas mereka, tetapi bekerja dengan mereka dan mendorong mereka. Jadi kritik terbesar dari teori ini adalah bahwa teori ini tidak mencapai tujuan akhir untuk menginspirasi dan mendorong karyawan, melainkan membuat mereka merasa didominasi.

Teori kekuasaan dapat dilihat dalam organisasi di mana hierarki dan promosi adalah kunci keberhasilan. Karyawan di perusahaan teori kekuatan melihat bahwa satu-satunya cara mereka untuk mempengaruhi perubahan atau dampak perusahaan adalah untuk mendapatkan kekuasaan mereka sendiri. Hal ini dapat mengakibatkan rendahnya moral, politik, dan iklim klik di kantor.

8. Teori Hubungan

Teori hubungan kepemimpinan berfokus pada para pemimpin yang terutama memperhatikan interaksi mereka dengan orang lain. Mereka sering menjadi mentor bagi karyawan, menjadwalkan waktu untuk berbicara dengan mereka dan bekerja untuk memenuhi kebutuhan mereka. Pemimpin seperti ini berfokus untuk membuat pekerjaan menyenangkan bagi sebanyak mungkin orang, dan mereka ingin mengembangkan lingkungan kerja yang positif.

Studi menunjukkan bahwa perilaku kepemimpinan semacam ini bisa menjadi yang paling efektif bagi banyak karyawan. Manajer yang berorientasi pada hubungan sering kali mendapatkan hasil yang lebih baik dari karyawan mereka.

Ada banyak keuntungan dari kepemimpinan semacam ini. Karyawan merasa percaya diri dengan pemimpin mereka dan ingin mengikuti mereka. Mereka juga terinspirasi untuk menjadi pemimpin yang baik bagi orang lain. Bimbingan memberikan peluang besar untuk mendorong pertumbuhan karyawan, dan mendorong mereka untuk tinggal di organisasi untuk jangka waktu yang lebih lama.

Namun ada beberapa kritik untuk kepemimpinan semacam ini, termasuk pemikiran bahwa pemimpin yang didorong oleh hubungan mungkin tidak mau melihat karyawan yang menyebabkan masalah pada nilai nominal, mereka dapat membiarkan hubungan menghalangi pekerjaan, dan mereka dapat dibimbing untuk menguntungkan orang atas produktivitas. Namun, sebagian besar ahli setuju bahwa pemimpin yang didorong oleh hubungan sebenarnya lebih efektif di penghujung hari.

Contoh teori hubungan adalah seorang manajer yang mengambil karyawan baru di bawah sayapnya. Dia bekerja untuk membantu karyawan ini memahami bagaimana mereka cocok dalam organisasi, mendorong mereka untuk terbuka tentang pertanyaan dan masalah, dan menciptakan hubungan kerja yang positif. Karyawan ini kemudian didorong untuk bekerja keras, menunjukkan masalah, dan membantu memecahkan masalah bagi perusahaan.

Tipe-tipe Kepemimpinan

Sepanjang sejarah, para pemimpin besar telah hadir dengan gaya kepemimpinan tertentu dalam memberikan arahan, melaksanakan rencana, dan memotivasi orang. Pada titik tertentu dalam berkarier, Anda mungkin pernah mengambil peran kepemimpinan. Baik sebagai memimpin rapat, pemimpin proyek, pemimpin tim, atau menjadi pemimpin seluruh departemen.

Anda dapat mempertimbangkan untuk mengidentifikasi atau mengadopsi gaya kepemimpinan yang diinginkan. Sebagian besar profesional mengembangkan gaya kepemimpinan mereka sendiri berdasarkan faktor-faktor seperti pengalaman dan kepribadian, serta kebutuhan unik perusahaan mereka dan budaya organisasinya.

Meskipun setiap pemimpin berbeda, ada 10 gaya kepemimpinan yang biasa digunakan di tempat kerja:

1. Gaya Kepemimpinan Pelatih

Pemimpin Pelatih adalah seseorang yang dapat dengan cepat mengenali kekuatan, kelemahan, dan motivasi anggotanya untuk membantu setiap individu agar bisa berkembang. Tipe pemimpin ini sering membantu anggota tim dalam menetapkan tujuan yang cerdas untuk kemudian memberikan umpan balik reguler dengan proyek-proyek yang menantang untuk mendorong pertumbuhan.

Mereka terampil dalam menetapkan harapan yang jelas dan menciptakan lingkungan yang positif dan memotivasi. Gaya kepemimpinan pelatih adalah salah satu yang paling menguntungkan bagi pengusaha serta karyawan yang mereka kelola. Sayangnya, ini sering juga merupakan salah satu gaya yang paling jarang digunakan -- terutama karena bisa lebih memakan waktu -- dari pada jenis kepemimpinan lainnya.

2. Gaya Kepemimpinan Visioner

Pemimpin visioner memiliki kemampuan yang kuat untuk mendorong kemajuan dan mengantar periode perubahan dengan menginspirasi karyawan dan mendapatkan kepercayaan untuk ide-ide baru. Seorang pemimpin visioner juga mampu membangun ikatan organisasi yang kuat. Mereka berusaha untuk menumbuhkan kepercayaan di antara bawahan langsung dan rekan kerja.

Gaya Kepemimpinan Visioner sangat membantu untuk organisasi kecil yang berkembang pesat, atau organisasi yang lebih besar yang mengalami transformasi atau restrukturisasi perusahaan.

3. Gaya Kepemimpinan Pelayan

Pemimpin yang melayani hidup dengan pola pikir yang mengutamakan orang dan percaya bahwa ketika anggota tim merasa terpenuhi secara pribadi dan profesional, mereka lebih efektif dan lebih mungkin untuk secara teratur menghasilkan pekerjaan yang hebat. Karena penekanan mereka pada kepuasan dan kolaborasi karyawan, mereka cenderung mencapai tingkat rasa hormat yang lebih tinggi.

Gaya pelayan adalah gaya kepemimpinan yang sangat baik untuk organisasi dari industri dan ukuran apa pun, tetapi sangat lazim di organisasi nirlaba. Tipe pemimpin seperti ini sangat terampil dalam membangun moral karyawan dan membantu orang-orang terlibat kembali dengan pekerjaan mereka.

4. Gaya Kepemimpinan Otokratis

Gaya Kepemimpinan Otokratis sering juga disebut ‘gaya kepemimpinan otoriter’ merupakan tipe pemimpin yang berfokus terutama pada hasil dan efisiensi. Mereka sering membuat keputusan sendiri atau dengan kelompok kecil yang tepercaya dan mengharapkan karyawan untuk melakukan persis seperti yang diminta. Akan sangat membantu untuk memikirkan tipe pemimpin seperti ini sebagai komandan militer.

Gaya otokratis dapat berguna dalam organisasi dengan pedoman yang ketat atau industri berat kepatuhan. Ini juga dapat bermanfaat bila digunakan dengan karyawan yang membutuhkan banyak pengawasan, seperti mereka yang

memiliki sedikit atau tanpa pengalaman. Namun, gaya kepemimpinan ini dapat melumpuhkan kreativitas dan membuat karyawan merasa terkekang.

5. Gaya Kepemimpinan Laissez-faire atau Lepas Tangan

Gaya Laissez-faire adalah kebalikan dari tipe kepemimpinan otokratis, yang sebagian besar berfokus pada pendelegasian banyak tugas kepada anggota tim dan memberikan sedikit atau tanpa pengawasan. Karena pemimpin laissez-faire tidak menghabiskan waktu mereka secara intensif untuk mengelola karyawan, mereka sering kali memiliki lebih banyakwaktu untuk mendedikasikandiri pada proyek lain.

Manajer dapat mengadopsi gaya kepemimpinan ini ketika semua anggota tim sangat berpengalaman, terlatih dan memerlukan sedikit pengawasan. Namun, itu juga dapat menyebabkan penurunan produktivitas jika karyawan bingung tentang harapan pemimpin mereka, atau jika beberapa anggota tim membutuhkan motivasi dan batasan yang konsisten untuk bekerja dengan baik.

6. Gaya Kepemimpinan Demokratis atau Partisipatif

Gaya Demokratis atau yang sering juga disebut Gaya Partisipatif adalah kombinasi dari tipe pemimpin otokratis dan laissez-faire. Pemimpin yang demokratis adalah seseorang yang meminta masukan dan mempertimbangkan umpan balik dari timnya sebelum mengambil keputusan. Karena anggota tim merasa suara mereka didengar dan kontribusi mereka penting, gaya kepemimpinan yang demokratis sering kali dipuji karena mendorong tingkat keterlibatan karyawan dan kepuasan kerja yang lebih tinggi.

Karena jenis kepemimpinan ini mendorong diskusi dan partisipasi, ini adalah gaya yang sangat baik untuk organisasi yang berfokus pada kreativitas dan inovasi, seperti industri teknologi.

7. Gaya Kepemimpinan Pacesetter atau Pembuka Jalan

Gaya Kepemimpinan Pacesetter atau Pembuka Jalan adalah salah satu yang paling efektif untuk mencapai hasil yang cepat. Pemimpin penentu kecepatan terutama berfokus pada kinerja, sering kali menetapkan standar tinggi dan meminta pertanggungjawaban anggota tim mereka untuk mencapai tujuan mereka.

Sementara gaya kepemimpinan penentu kecepatan adalah motivasi dan membantu dalam lingkungan yang serba cepat di mana anggota tim perlu diberi energi, itu tidak selalu merupakan pilihan terbaik bagi anggota tim yang membutuhkan bimbingan dan umpan balik.

8. Gaya Kepemimpinan Transformasional

Gaya transformasional mirip dengan gaya pelatih karena berfokus pada komunikasi yang jelas, penetapan tujuan, dan motivasi karyawan. Namun, alih-alih menempatkan sebagian besar energi ke dalam tujuan individu setiap karyawan, pemimpin transformasional didorong oleh komitmen terhadap tujuan organisasi.

Karena para pemimpin transformasional menghabiskan banyak waktu mereka untuk tujuan yang menyeluruh, gaya kepemimpinan ini adalah yang terbaik untuk tim yang dapat menangani banyak tugas yang didelegasikan tanpa pengawasan terus-menerus.

9. Gaya Kepemimpinan Transaksional

Pemimpin transaksional adalah seseorang yang berfokus pada kinerja, mirip dengan gaya kepemimpinan pembuka jalan. Di bawah gaya kepemimpinan ini, manajer menetapkan insentif yang telah ditentukan sebelumnya—biasanya dalam bentuk hadiah uang untuk keberhasilan dan tindakan disipliner untuk kegagalan. Berbeda dengan gaya kepemimpinan penentu kecepatan, pemimpin transaksional

juga berfokus pada bimbingan, instruksi, dan pelatihan untuk mencapai tujuan dan menikmati imbalannya.

Meskipun tipe pemimpin ini sangat bagus untuk organisasi atau tim yang ditugaskan untuk mencapai tujuan tertentu, seperti penjualan dan pendapatan, itu bukan gaya kepemimpinan terbaik untuk mendorong kreativitas.

10. Gaya Kepemimpinan Birokrasi

Pemimpin birokrasi mirip dengan pemimpin otokratis dalam hal mereka mengharapkan anggota tim mereka untuk mengikuti aturan dan prosedur persis seperti yang tertulis. Gaya birokrasi berfokus pada tugas tetap dalam hierarki di mana setiap karyawan memiliki daftar tanggung jawab, dan hanya ada sedikit kebutuhan untuk kolaborasi dan kreativitas.

Gaya kepemimpinan ini paling efektif di industri atau departemen yang sangat diatur, seperti keuangan, perawatan kesehatan, atau pemerintahan.

Kekuasaan

Kekuasaan merupakan kemampuan untuk mempengaruhi pihak lain menurut kehendak yang ada pada pemegang kekuasaan tersebut. Kekuasaan terdapat di semua bidang kehidupan dan dijalankan. Kekuasaan mencakup kemampuan untuk memerintah (agar yang diperintah patuh) dan juga memberi keputusan-keputusan yang secara langsung dan tidak langsung mempengaruhi tindakan-tindakan pihak lainnya.

Max Weber menyatakan bahwa kekuasaan adalah kesempatan seseorang atau sekelompok orang untuk menyadarkan masyarakat akan kemauan-kemauannya sendiri sekaligus menerapkannya terhadap tindakan-tindakan perlawan dari orang-orang atau golongan-golongan tertentu.

Kekuasaan dapat bersumber pada bermacam-macam faktor, sehingga apabila dikaitkan dengan kegunaannya, maka akan diperoleh gambaran sebagai berikut:

Sumber Kekuasaan			
1	Sumber	2.	Kegunaan
a.	Militer, Polisi, Kriminal	a.	Pengendalian kekerasan
b.	Ekonomi	b.	Mengendalikan tanah, buruh, kekayaan material, produksi
c.	Politik	c.	Pengambilan keputusan
d.	Hukum	d.	Mempertahankan, mengubah, melancarkan interaksi
e.	Tradisi	e.	System kepercayaan, nilai- nilai
f.	Ideology	f.	Pandangan hidup, integrasi
g.	Diversionary power	g.	Kepentingan rekreatif

Sumber : Soerjono Soekanto, *Sosiologi Suatu Pengantar*, RadjaGrafindo Persada, Jakarta, 2006, hal. 232.

Sarana pelaksanaan kekuasaan dapat berupa :

1. Saluran Militer

Tujuannya adalah untuk menimbulkan rasa takut dalam diri masyarakat sehingga mereka tunduk pada kemauan penguasa. Untuk itu dalam organisasi militernya sering dibentuk pasukan khusus, dinas rahasia dan satuan pengamanan

kerusuhan. Apabila pengaruh militer ditujukan ke negara lain, tujuannya adalah menciptakan rasa aman (security) agar penguasa dicintai warganya.

2. Saluran Ekonomi

Pengusaha berusaha menguasai segala jaringan ekonomi, sehingga penguasa dapat menyalurkan perintah-perintahnya, melalui berbagai peraturan perekonomian, baik masalah modal, buruh, eksport-impor dan sebagainya.

3. Saluran Politik

Penguasa sengaja membuat berbagai peraturan yang harus ditaati masyarakat agar berbagai perintahnya berjalan lancar. Untuk itu sengaja diangkat pejabat yang loyal.

4. Saluran Tradisi

Penguasa mempelajari dan memanfaatkan tradisi yang berlaku dalam masyarakat, guna kelancaran pemerintahan.

5. Saluran Ideologi

Penguasa mengemukakan serangkaian ajaran dan doktrin sehingga menjadi ideologi bangsa sekaligus menjadi dasar pemberian segala sikap dan tindakannya sebagai penguasa.

6. Saluran Lainnya

Berupa pers, kebudayaan, keagamaan dan sebagainya.

Kekuasaan juga dapat dilihat pada interaksi sosial antarmanusia maupun antarkelompok yang mempunyai beberapa unsur pokok,yaitu:

1. Rasa Takut

Perasaan takut pada seseorang akan menimbulkan kepatuhan terhadap segala kemajuan dan tindakan orang yang ditakuti tersebut. Rasa takut merupakan gejala universal yang terdapat di segala tempat dan biasanya dipergunakan sebaik-baiknya dalam masyarakat yang mempunyai pemerintahan otoriter.

2. Rasa

Rasa cinta menghasilkan perbuatan yang pada umumnya bersifat posesif, apabila ada suatu reaksi positif dari masyarakat yang dikuasai maka sistem kekuasaan akan dapat berjalan dengan baik dan teratur.

3. Kepercayaan

Kepercayaan bisa timbul sebagai hasil hubungan langsung antara dua orang atau lebih yang bersifat asosiatif. Soal kepercayaan sangat penting demi kelanggengan kekuasaan.

4. Pemujaan

Sistem kepercayaan mungkin dapat disangkal oleh orang lain, tetapi sistem pemujaan membawa seseorang dan kelompok untuk membenarkan segala sesuatu yang datang dari penguasa tersebut.

Kekuasaan yang telah dilaksanakan, memerlukan serangkaian cara atau usaha-usaha untuk mempertahankannya. Setiap penguasa (pemimpin) yang telah memegang kekuasaan di dalam masyarakat, demi stabilnya masyarakat, akan berusaha untuk mempertahankannya.

Cara-cara atau usaha-usaha yang dapat dilakukannya adalah antara lain:

1. Dengan jalan menghilangkan segenap peraturan-peraturan lama, terutama peraturan dalam bidang politik yang merugikan kedudukan penguasa. Peraturan-peraturan tersebut akan digantikan oleh peraturan-peraturan baru yang akan menguntungkan penguasa. Keadaan tersebut biasanya terjadi pada waktu ada pergantian kekuasaan dari seseorang penguasa kepada penguasa lain (yang baru).
2. Mengadakan sistem-sistem kepercayaan (belief-systems) yang akan dapat memperkokoh kedudukan penguasa atau golongannya. Sistem kepercayaan meliputi agama, ideologi dan seterusnya.
3. Pelaksanaan administrasi dan birokrasi yang baik.
4. Mengadakan konsolidasi horizontal dan vertikal.

Cara mengetahui siapa atau siapa saja yang berkuasa dalam suatu sistem politik atau dalam suatu masyarakat, dapat dikemukakan tiga analisis sebagai berikut:

Analisi Pertama - Analisis posisi, ialah suatu analisis untuk mengetahui siapa yang berkuasa atau mempunyai pengaruh yang besar dalam pembuatan keputusan politik dengan melihat posisinya dalam lembaga pemerintahan. Hak ini, sebenarnya didasarkan pada suatu asumsi bahwa pejabat-pejabat yang menduduki posisi-posisi yang tinggi dalam lembaga pemerintahan cenderung secara politis mempunyai kekuasaan yang besar pula.

Untuk mengetahui siapa yang menduduki posisi yang tinggi itu tidaklah sukar, karena pada umumnya telah diarsipkan dalam dokumen yang lengkap, akan tetapi, kelemahan analisis ada dua, yaitu memasukkan ke dalam kategori membuat

keputusan tokoh-tokoh boneka tetapi tidak mempunyai kekuasaan apa-apa karena orang lain yang memutuskan untuknya, hanya sekedar mengesahkan keputusan yang telah dibuat orang lain.

Lainnya bahwa mungkin dapat dimasukkan orang-orang yang secara informasi mempunyai pengaruh pada kelompok-kelompok pembuat keputusan. Analisis posisi ini cenderung membesar-besarkan pengaruh semua dan meremehkan pengaruh tidaklangsung.

Analisis Kedua - Analisis reputasi, yaitu analisis untuk mengidentifikasi pihak berkuasa yang tidak didasarkan pada bagian organisasi resmi akan tetapi pada reputasi kekuasaan mereka secara informal. Hal ini dapat diketahui dengan menanyai informan-informan yang mengetahui mekanisme politik dari dekat.

Hal ini didasarkan atas anggapan bahwa partisipan dalam suatu sistem mengetahui siapa yang ikut dalam pengambilan keputusan atau siapa yang berpengaruh kuat dan siapa yang tidak terpengaruh. Dengan cara ini, akan termasuk dalam kategori yang berkuasa aktor-aktor yang tidak menduduki jabatan resmi tetapi memiliki kekuasaan tidak langsung.

Analisis reputasi ini juga mempunyai kelemahan yaitu subjektivitas informan dalam memberikan informasi, artinya informan mungkin hanya menunjuk pada okoh-tokoh yang disukainya sebagai orang-orang yang berpengaruh dan menutupi/tidak menunjuk tokoh-tokoh lain yang berpengaruh tetapi tak disukainya.

Selain itu, yang diketahui informan mungkin hanya tokoh-tokoh hanya dalam bidang-bidang tertentu saja, tidak untuk bidang lain. Oleh karena itu, analisis pertama dan kedua ini seringkali digunakan bersama-sama, yaitu analisis posisi digunakan sebagai pelengkap analisis reputasi, artinya menghubungi orang-orang yang menduduki posisi penting untuk menanyai siapa-siapa yang ikut dalam pembuatan keputusan.

Analisis Ketiga-Analisis keputusan, yakni analisis untuk mengetahui siapa-siapa yang berkuasa dengan cara mengamati dan meneliti siapa-siapa yang ikut mengambil keputusan melalui beberapa kasus pengambilan keputusan yang dianggap cukup representative.

Dapat diasumsikan bahwa yang mempunyai kekuasaan dalam pengambilan keputusan itu bisa terdiri atas orang-orang yang mempunyai pengaruh langsung dan tidak langsung dalam proses pengambilan keputusan, maka kiranya analisis keputusan inilah yang paling tepat dan efektif dalam memperoleh gambaran tentang hubungan kekuasaan dalam suatu masyarakat, karena dengan analisis ini, maka akan dapat diketahui proses pengambilan keputusan sejak awal sampai akhir, sehingga tokoh-tokoh yang terlibat di dalamnya akan dengan mudah diketahui.

Sosiologi tidak memandang kekuasaan sebagai sesuatu yang baik atau yang buruk, namun sosiologi mengakui kekuasaan sebagai unsur penting dalam kehidupan suatu masyarakat. Kekuasaan ada dalam setiap bentuk masyarakat, baik yang bersahaja maupun masyarakat yang kompleks.

Adanya kekuasaan tergantung dari hubungan antara yang berkuasa dengan yang dikuasai, atau dengan kata lain, antara pihak yang memiliki kemampuan untuk melancarkan pengaruh dan pihak lain yang menerima pengaruh itu, dengan rela atau karena terpaksa, sehingga apabila kekuasaan itu diterjemahkan pada diri seseorang, biasanya orang itu dinamakan pemimpin, dan mereka yang menerima pengaruh-pengaruhnya adalah pengikut-pengikutnya.

Kepemimpinan Pelayanan Kesehatan

Keberhasilan bidang pelayanan kesehatan tak lepas dari peran seorang pemimpin. Efektivitas seorang pemimpin ditentukan oleh kepiawaiannya untuk mempengaruhi dan mengarahkan para anggotanya dalam melaksanakan tugas.

Seorang pemimpin harus mempelajari bagaimana organisasi berfungsi, bekerja, dan mengintegrasikan kegiatan organisasi kemasyarakatan yang mereka layani.

Pemimpin di bidang kesehatan harus berpikir secara sistematis dan strategis untuk melihat keadaan kesehatan masyarakat. Mampu mempromosikan, memantau, dan mengevaluasi dampak perubahan dalam kepemimpinannya. Kepemimpinan di bidang kesehatan bukan sekedar kepemimpinan individual, karena kepemimpinan merupakan kreativitas dalam suatu tindakan.

Kepemimpinan dalam bidang kesehatan secara menyeluruh terlibat sebagai agen perubahan sosial dengan mengidentifikasi masalah kesehatan dan risikonya serta mencari tindakan untuk mengatasinya. Kepemimpinan yang baik bergantung pada sebuah perencanaan yang matang, karena tipe kepemimpinan ini berfokus pada perencanaan yang akan disusun baik dalam jangka pendek maupun jangka panjang.

Sehingga pemimpin bertanggungjawab untuk menyampaikan kepada para anggota serta masyarakat mengenai langkah-langkah yang diambil dalam merespon berbagai macam isu tentang kesehatan secara menyeluruh. Proses tersebut mutlak penting. Pemimpin harus menghindari sikap terlalu pasif atau agresif dalam berkomunikasi.

Banyak pemimpin dalam bidang kesehatan yang terlalu percaya diri bahwa mereka memiliki keterampilan interpersonal yang terasah dengan baik, namun faktanya, observasi menunjukkan bahwa pemimpin tersebut seringkali memiliki masalah dalam berkomunikasi dengan anggotanya. Sebagai pemimpin harus berhati-hati dalam bertindak, khususnya harus lebih cermat dalam mengendalikan emosi.

Selain itu, pemimpin harus selalu menghargai orang yang mereka ajak berbicara. Setiap pembicaraan harus didasarkan pada rasa saling percaya.

Pemimpin juga harus menggunakan bahasa yang dapat dipahami anggotanya, seperti mengabaikan istilah khusus dalam kesehatan. Mereka harus berbicara dari hati ke hati dan menggunakan prospektif yang positif.

Pemimpin dalam bidang kesehatan tidak hanya pembicara yang pandai tetapi juga harus menjadi pendengar yang aktif. Pendengar yang aktif membutuhkan konsentrasi, empati terhadap pesan dan maksud orang lain, lalu dapat menerima pesan dari anggotanya tanpa menghakimi sampai orang tersebut selesai berbicara. Tujuannya adalah untuk memahami apa yang orang lain sampaikan sehingga pemimpin mendapatkan semua informasi dan dapat menyimpulkan pembicaraan.

Komunikasi harus lebih banyak dilakukan oleh para pemimpin kepada anggotanya agar mendapatkan umpan balik, sebaiknya membiasakan diri untuk banyak melakukan interaksi berbicara dengan masyarakat luas. Dalam menyiapkan bahan pembicaraan dan menyajikannya kepada anggota, pemimpin kesehatan masyarakat harus memahami secara mendalam mengenai topik pembicaraan, mempelajari karakter anggota, membuat pembicaraan menjadi informatif, persuatif, menyenangkan, mengintegrasikan opini dan fakta serta bersikap jujur.

Perencanaan dalam bidang kesehatan merupakan aspek penting dalam promosi layanan kesehatan masyarakat. Pengumpulan data dan penilaian akan memberikan informasi kepada pimpinan lembaga kesehatan mengenai kebutuhan masyarakat yang harus segera dipenuhi, sehingga mereka dapat mengarahkan aktivitas perencanaannya pada pengembangan kebijakan dan program dalam merespon kebutuhan tersebut. Ketika program dan kebijakan telah dibuat, ke efektifannya harus dievaluasi, sehingga program yang kebijakannya diketahui kurang efektif, dapat diperbaiki.

Pemimpin dalam bidang kesehatan memiliki tanggung jawab untuk mempromosikan lembaganya. Mereka memastikan bahwa lembaga dilihat

sebagai sumber informasi kesehatan masyarakat serta penyediaan program dan layanan berkualitas tinggi. Pimpinan dalam bidang pelayanan Kesehatan memiliki tanggung jawab penting terhadap anggotanya. Mereka harus benarbenar memantau dan mengevaluasi kinerja serta kepuasan kerja para anggota.

Jika evaluasi kinerja dilakukan dengan baik dan berkelanjutan, maka anggota dapat mempelajari tanggung jawab kerja sepenuhnya dan memahami tanggungjawab tersebut dengan lebih efektif. Selain itu, pimpinan dalam bidang kesehatan harus memiliki rasa kepedulian terhadap perlindungan kesehatan masyarakat dan dapat memotivasi para anggotanya untuk menjadi semangat dalam bekerja.

Kepemimpinan dalam bidang kesehatan sangat diperlukan. Sosok pemimpin merupakan figur yang paling bertanggung jawab atas sebuah organisasi. Hal ini dikarenakan dalam suatu organisasi diperlukan sosok pemimpin untuk memandu anggotanya dalam melaksakan berbagai macam aktivitas untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan. Kebutuhan kepemimpinan saat ini jauh lebih besar dibanding masa lalu, karena organisasi saat ini sangat rumit dalam menghadapi berbagai tantangan yang sangat kuat baik dari tekanan internal maupun eksternal organisasi. Tuntutan masyarakat akan layanan kesehatan pun sudah sangat tinggi.

Masyarakat dapat mengetahui berbagai macam sumber informasi tentang pelayanan kesehatan melalui berbagai macam media elektronik maupun media cetak, walaupun cara- cara lama masih dapat dilakukan, misalnya memberitahu ke kerabat tentang suatu lembaga kesehatan apakah lembaga tersebut baik atau tidak. Hal tersebut menjadi suatu tantangan oleh para pimpinan di bidang pelayanan kesehatan dalam menyikapi permasalahan tersebut.

Oleh sebab itu demi memenuhi kepuasan masyarakat yang semakin tinggi dalam pelayanan kesehatan, dibutuhkan sosok seorang pimpinan yang dapat membawa atau mempengaruhi anggotanya untuk menjalankan usaha yang lebih

baik dan Kepemimpinan yang efektif ditentukan oleh sinergi yang positif antara Pemilik RS, direktur rumah sakit, para pimpinan di rumah sakit dan kepala unit kerja & unit pelayanan. Direktur rumah sakit secara kolaboratif mengoperasionalkan rumah sakit bersama dengan para pimpinan, kepala unit kerja dan unit pelayanan untuk mencapai visi misi yang ditetapkan dan memiliki tanggung jawab dalam pengelolaan manajemen peningkatan mutu dan keselamatan pasien, manajemen kontrak serta manajemen sumber daya

Ada banyak faktor yang mempengaruhi untuk menjadi seorang pemimpin yang dapat menjadikan usaha kesehatannya menjadi lebih baik. Faktanya ada banyak hal yang mempengaruhi kepemimpinan itu sendiri, terlebih fakta organisasi satu dengan lainnya sangat beragam sehingga ada banyak hal yang mempengaruhi kepemimpinan. Kita tidak bisa memungkiri kemajuan bidang teknologi di zaman sekarang sangat mempengaruhi keadaan. Penting bagi pemimpin untuk mengetahui kemajuan teknologi tersebut.

Layanan media sosial belakangan ini menyediakan layanan untuk berbicara dengan banyak orang, pengiriman tugas atau pekerjaan dapat dilakukan melalui e-mail, dan sebagainya. Dengan memanfaatkan kemajuan teknologi tersebut, pemimpin dapat membuat jaringan komunikasi dengan para anggotanya untuk memudahkan pekerjaan.

Pada tahap ini bukan hanya konsep kepemimpinan yang mempunyai pengaruh besar, tetapi juga keterampilan spontan dan teknis pemimpin itu sendiri mengingat fakta organisasi tersebut beragam. Sebagai pemimpin harus mampu memberikan bimbingan atau tuntunan yang diperlukan dan senantiasa menjadi contoh teladan dalam perkataan, perbuatan, sehingga akan menimbulkan serta memelihara kewibawaan. Akhlak yang baik dan iman yang kuat juga diperlukan untuk seorang pemimpin. Dengan selalu percaya bahwa adanya Tuhan dan meningkatkan kemampuan spiritual, seorang pemimpin menjadi takut untuk berbuat kecurangan yang dapat merugikan organisasinya.

Pemimpin harus bersikap inovatif dan kreatif sehingga mampu menciptakan suasana yang baru untuk menjalankan kepemimpinannya. Jika seorang pemimpin kurang inovatif dalam bertindak, pemimpin tersebut pasti akan ditinggalkan oleh para anggotanya bahkan masyarakat. Sebagai contoh, cara kepemimpinan otoriter sudah tidak dapat dilakukan dimasa sekarang. Para anggota sudah dapat berpikir cerdas, kemajuan teknologi dan berkembangnya ilmu pengetahuan menjadi dasar permasalahan tersebut.

Kepemimpinan yang masih berpegang teguh pada tindakan-tindakan yang ketinggalan zaman sudah tidak dapat diterima masyarakat, walaupun kita tetap harus memegang teguh kesopanan dan prilaku. Oleh sebab itu sebagai pemimpin harus dapat mengikuti keadaan masyarakat sekitar. Selain itu pemimpin harus menguasai makna fungsi pembinaan yang meliputi perencanaan, penyusunan, pengarahan dan pengawasan. Sehingga tercapailah suatu keberhasilan suatu layanan kesehatan masyarakat. perencanaan serta kemungkinan perubahan keadaan yang dapat mempengaruhi sasaran dan tujuan dicapai. Tahap ketiga memutuskan tindakan, kebijakan, serta program apa yang akan di jalankan.

Perlu diperhatikan bahwa perencanaan itu adalah hal yang baik jika proses berjalannya pekerjaan tertuju pada pencapaian sasaran dan tujuan yang diinginkan. Oleh sebab itu seorang pemimpin harus tetap selalu waspada terhadap faktor-faktor yang dapat menghalangi proses bekerja sehingga sebagai pemimpin diharapkan mempunyai solusi dalam menyikapi berbagai masalah.

Leadership Trend

Banyak pemimpin perusahaan yang masih menganggap bahwa senioritas masih harus menjadi pertimbangan utama ketika memilih pemimpin baru. Kenyataannya, banyak karyawan milenial yang justru sangat berambisi untuk menjadi pemimpin dan mereka lebih memiliki waktu dan tenaga untuk bekerja secara produktif.

Oleh sebab itu, pemimpin yang dibutuhkan saat ini dan pada masa mendatang adalah yang mampu menghilangkan kesenjangan usia dalam organisasinya dan menerapkan keadilan serta persaingan yang sehat. Meski demikian, peran penting human resources (HR) di perusahaan juga tak boleh diabaikan dengan tugasnya merancang program pengembangan kepemimpinan karyawan. Peran ini bukan sekadar membantu organisasi mempercepat pencapaian tujuan, tetapi juga menyiapkan para kandidat pemimpin masa depan.

Kepemimpinan didefinisikan sebagai proses yang dilakukan individu untuk menentukan arah, memengaruhi kelompok, dan mengarahkan mereka ke sebuah tujuan. Secara sederhana, kepemimpinan adalah tentang apa yang dilakukan seorang pemimpin. Kepemimpinan bukan sebuah posisi, melainkan perilaku yang menginspirasi orang untuk mewujudkan visi, misi, dan nilai organisasi.

Seorang pemimpin hebat tidak hanya memerintahkan orang-orang untuk melakukan sesuatu, tetapi mendorong mereka membuat keputusan untuk mendukung tujuan kelompok dan mencari solusi cerdas. Tugas seorang pemimpin adalah menginspirasi dan memotivasi.

Perilaku kepemimpinan dapat dipelajari, meski ada beberapa orang yang lahir dengan bakat kepemimpinan. Orang-orang yang mengambil tanggungjawab penuh dan menjalankan tugasnya dengan baik dalam kelompoknya juga punya perilaku kepemimpinan.

Kepemimpinan tidak sama dengan manajemen. Manajer memfasilitasi orang, proses, dan produk, serta menjalankan strategi dan menemukan solusi atas masalah. Sebaliknya, seorang pemimpin mendorong dan melibatkan sebanyak mungkin orang untuk mewujudkan sebuah tujuan.

Oleh sebab itu, tanggungjawab HR adalah membantu karyawan memiliki skill kepemimpinan. Dalam hal ini, HR mengidentifikasi kebutuhan kepemimpinan dalam organisasi, dan merumuskan strategi program pengembangan kepemimpinan karyawan yang efektif.

Berbagai instrumen pengembangan *leadership skill*, termasuk pengukuran hasil, dikembangkan oleh HR expert di belahan dunia. Setidaknya, ada empat tren global program pengembangan kepemimpinan karyawan di masa depan, yaitu:

a. Pengembangan Vertikal

Fokus tradisional, yang dikenal sebagai pengembangan kepemimpinan horizontal, adalah pada upaya penguatan keterampilan dasar dan kompetensi yang dibutuhkan untuk berkinerja baik di level seseorang saat ini. Meski itu masih penting, di saat yang sama, ketidakpastian dunia kerja semakin membutuhkan penekanan yang lebih kuat pada pengembangan kapasitas kepemimpinan karyawan dalam peran yang lebih kompleks. Karena itu, dibutuhkan pengembangan kepemimpinan vertikal.

b. Kepemilikan Individu

Model pengembangan kepemimpinan yang sudah ada mengandalkan struktur organisasi, termasuk sumber daya manusia, untuk mensponsori dan mengoordinasikan inisiatif pengembangan kepemimpinan. Tetapi manfaat terkuat didapat ketika karyawan bisa menentukan agenda pelatihan mereka sendiri. Ini akan menjadi tren di masa depan, di mana karyawan memiliki program pengembangan kepemimpinan mandiri sesuai dengan kebutuhan mereka.

c. Kepemimpinan Kolektif

Pergeseran organisasi ke arah struktur hierarki yang lebih sedikit dan fluiditas yang lebih banyak akan membutuhkan skill kepemimpinan kolektif di tempat kerja. Alih-alih mengandalkan pada kualitas individu, tren pengembangan kepemimpinan ke depan lebih banyak mendistribusikan leadership skill secara kolektif bagi seluruh karyawan.

d. Inovasi

Perubahan dunia bisnis dan terciptanya lingkungan baru menuntut organisasi untuk lebih gesit dan lebih banyak eksperimen. Inovasi menjadi kebutuhan yang tak terelakkan agar organisasi terus bergerak ke depan mencapai tujuan. Program pengembangan kepemimpinan masa depan perlu menaruh perhatian pada upaya-upaya untuk menghasilkan pemimpin yang inovatif. Upaya program pengembangan kepemimpinan karyawan tersebut dapat dimulai sejak dini, yakni ketika HR dan para pemimpin organisasi jeli mengidentifikasi potensi leadership kandidat yang akan direkrut. Mengapa perlu mengenalisa skill kepemimpinan sejak rekrutmen?

Memang tidak semua pemimpin hebat dilahirkan, tetapi lebih karena dibentuk lewat pendidikan, latihan, dan pengalaman. Tetapi, orang-orang yang terlahir dengan karakter kepemimpinan yang menonjol akan memberikan nilai lebih bagi organisasi. Mereka adalah top talent.

Saat ini diperlukan adalah pemimpin yang mengerti tentang ekonomi,budaya, hukum, dan dampak politik. Akan diperlukan pemimpin yang melihat dirinya sebagai penduduk dunia dengan visi dan nilai-nilai yang luas. Kepemimpinan global sangat dibutuhkan sehubungan dengan perdagangan global dan integrasi teknologi secara global, seperti *e-commerce*.

Pemimpin masa depan harus dapat mempelajari bagaimana menangani produksi global, pemasaran, dan tim sales untuk meraih keuntungan yang kompetitif. Teknologi baru mewajibkan pemimpin masa depan untuk berpikir global. Teknologi baru memudahkan kerjasama antar negara di seluruh dunia. Teknologi dapat mengurangi hambatan dalam bisnis global. Pemimpin yang dapat bekerja secara global akan memperoleh keuntungan yang besar.

Lima karakteristik kepemimpinan global:

1. Berpikir global
2. Menghargai perbedaan budaya
3. Membangun teknologi
4. Membangun kemitraan dan aliansi
5. Membagi kepemimpinan

Berpikir Global

Pemimpin sukses harus memahami bisnis global, termasuk:

1. Mengerti keuangan ekonomidunia
2. Memahami perbedaan budaya – contohnya, perbedaan budaya kerja Amerika dan Jepang yang tidak akan dapat disatukan
3. Memahami pasar global dan regional.

Globalisasi berdampak pada setiap area dalam perusahaan mulai dari customer, produsen dan distributor, dan strategi pemasaran, mitra kerja dan pesaing. Pemimpin global harus peduli pada regulasi pada suatu negara, bangsa, hukum, dan regulasi bisnis, kejadian sosial dan politik, dan keterlibatan pemerintah dalam bisnis.

Setiap negara memiliki berbagai cara yang berbeda dalam menjalankan bisnis, kunci dari keahlian seorang pemimpin global di masa depan adalah fleksibilitas dan kemampuan dalam menggunakan berbagai perspektif daripada menyatakan perspektif orang lain benar atau salah. Seiring dengan perkembangan bisnis, banyak solusi dan pendekatan yang diterapkan dalam dunia bisnis. Setiap budaya, perusahaan, dan individu akan membawa cara komunikasi dan etika kerja tersendiri.

Pengambilan keputusan dan gaya kepemimpinan akan berbeda bagi setiap orang, organisasi, dan budaya. Penting untuk menerapkan cara yang objektif, kemudian membiarkan organisasi untuk melakukan pekerjaannya sesuai dengan peraturan yang berguna bagi lingkungan dan budaya organisasi. Dengan menerapkan satu cara tertentu dalam menjalankan bisnis dalam organisasi di berbagai negara tidak akan memberikan lingkungan kerja yang nyaman. Segalanya tidak bisa distandarisasi.

Setiap pelaku bisnis melihat interaksi diantara berbagai macam orang, unit bisnis, dan lain-lain di dunia global, dan melihat bagaimana input dari setiap keputusan berdampak terhadap perusahaan. Mereka harus keluar dari negara (regional) dan melihat ke dunia untuk mendapatkan cara dan perspektif global. Mereka sebaiknya tidak memaksa untuk melihat hanya sesuai dengan budaya dan nilai-nilai dari negaramereka.

Pemimpin global di masa depan perlu memiliki perspektif global dan pengalaman. Dia harus tinggal di negara dan budaya berbeda dengan kemampuan berbahasa yang baik. Pemimpin global dapat memperoleh pengetahuan dan pengalaman dalam perjalanan bisnis di luar negeri, kerjasama di berbagai lokasi, kunjungan, partisipasi dalam proyek multikultural, dan penjelajahan umum terhadap masyarakat dan pemikiran dari berbagai latar belakang budaya melalui pembacaan, pelatihan akademis, Kerjasama personal dan pribadi, film, dan sebagainya.

Mengidentifikasi dan mendefinisikan pemimpin untuk abad ke-21 merupakan tantangan yang unik. Kepemimpinan telah menjadi kompetensi baru sebagai organisasi, individu dan influencer mencoba untuk membentuk agenda kepemimpinan. Setiap influencer berdesak-desakan untuk taksonomi itu yang akan memahami tantangan dan bertahan lebih lama dari penciptanya.

Tren Kepemimpinan Terbaru

a. Employee Engagement

Karyawan masa kini mengharapkan pemimpin yang dapat berbaur, berinteraksi dan memiliki kedekatan personal sehingga membuat mereka lebih loyal dan membangun kekompakan tim. Sebagai pemimpin, Anda harus fokus kepada soft skill, seperti emotional intelligence dan people management agar karyawan merasa nyaman bekerja dalam tim Anda.

b. Investasi pada Karyawan

Tidak peduli seberapa canggih teknologi akan selalu berkembang, tetapi saja tidak dapat menggantikan karyawan sebagai aset yang paling berharga untuk kesuksesan perusahaan. Untuk itu, jangan ragu untuk berinvestasi pada sumber daya manusia (SDM) yang dimiliki melalui program Training Karyawan, Coaching Karyawan, maupun Mentoring.

c. Meningkatkan Coaching

Sebagai pemimpin yang baik, selain dituntut menjadi panutan ideal, Anda juga harus menjadi coaching yang handal untuk membantu karyawan memberikan performance kerja yang optimal. Agar Anda dapat menjadi coaching yang baik, ada perlunya untuk mengambil sesi leadership coaching maupun executive coaching bagi diri Anda sendiri agar lebih memahami cara kerja seorang coach.

d. Mengoptimalkan Teknologi

Tidak dapat dipungkiri, perkembangan teknologi yang pesat membuat persaingan di segala bidang industri semakin cepat, terbuka dan lebih efisien. Oleh sebab itu, sebagai pemimpin yang baik, Anda pun harus beradaptasi dengan kemajuan teknologi dan memanfaatkannya untuk mengoptimalkan kinerja karyawan dan mempercepat sistem di perusahaan Anda.

e. Mengubah Dunia Organisasi

Tahun 2020 merupakan tahun awal dekade baru dalam periode waktu yang disebut era revolusi industri 4.0. para pengamat ekonomi dunia menyebutkan bahwa selama dekade terakhir ini perkembangan leadership (kepemimpinan) berjalan stagnan. Materi training, bagaimana training dijalankan, dan siapa yang mendapatkan training sama seperti yang dilakukan pada 10 atau 20 tahun yang lalu.

Agar bisa menyesuaikan diri dengan dekade baru, Anda harus melakukan transformasi di berbagai area training juga pendidikan eksekutif. Karena perubahan leadership tentu akan mengubah juga kepemimpinan di dalam sebuah organisasi. Sejauh ini ada beberapa tren leadership yang bisa mengubah dunia organisasi, seperti berikut ini:

1. Perampingan Struktur Organisasi

Masa-masa dimana pemimpin dianggap bak pahlawan atau orang tercerdas di kantor yang tahu banyak hal dan bisa mengelola report secara langsung akan menjadi masa lalu. Jika Anda tahu istilah ‘One man show’ itulah yang dimaksud dengan gaya kepemimpinan lalu yang sekarang sudah tidak banyak digunakan lagi.

Organisasi di masa kini lebih menyukai struktur yang ramping dan memerlukan pemimpin yang bisa berkolaborasi dan berfungsi secara menyilang dengan berbagai lingkungan divisi. Pemimpin harus bisa berbaur dengan semua staf dan bekerjasama dengan semua divisi untuk mencapai tujuan yang ditetapkan.

2. Meningkatnya Kebutuhan Akan Pengembangan Diri

Untuk terus berada di posisi atas dalam kompetisi yang berubah dengan cepat diiringi kecepatan teknologi kini, para pemimpin tidak lagi bisa hanya duduk tenang dan berkata, "Saya tahu segala hal yang saya butuhkan." Hal seperti itu sudah dianggap ketinggalan zaman. Sekarang ini muncul kebutuhan yang lebih besar lagi yaitu pengembangan diri juga tim.

Jika hanya mengasah kemampuan dan keahlian diri sendiri tanpa melibatkan tim maka tujuan bersama akan sulit dicapai. Pemimpin sekarang ada baiknya tidak memikirkan diri sendiri. Karena tanpa bantuan anggota tim maka pekerjaan juga tidak bisa diselesaikan dengan baik.

3. Memperhatikan Keseimbangan Gender

Kita juga bisa melihat bahwa kepemimpinan wanita terbukti bisa membawa organisasi mencapai tujuan dengan lebih baik. Oleh karena itu, program pengembangan kepemimpinan yang sukses perlu memanfaatkan sumber daya yang seringkali kurang dimanfaatkan yaitu para pemimpin wanita.

4. Mengalihkan Fokus pada Pengembangan Soft Skill

Peran pemimpin zaman sekarang mulai beralih ke arah mengelola tim yang terdiridari beragam anggota dengan keterampilan dan bidang keahlian berbeda. Muncul kebutuhan besar dimana pemimpin harus mengembangkan soft skill

mereka menjadi lebih baik lagi karena tanpa itu pemimpin akan sulit mengelola timnya dengan baik.

5. Mengadopsi Pendekatan Kepemimpinan dan Pengembangan Manajemen

Bukan hanya perubahan tren kepemimpinan saja yang terjadi sekarang, namun cara mengelola tim juga mengalami pengembangan yang sama agar bisa berjalan beriringan untuk berevolusi. Tanpa adanya perubahan maka organisasi akan kesulitan menghadapi lingkungan kerja modern yang memerlukan banyak keahlian dari pemimpin dan timnya. Dengan mengetahui tren kepemimpinan seperti yang disebutkan di atas maka organisasi harus bisa melengkapi para pemimpin dengan kunci kompetensi yang dibutuhkan untuk mencapai keberhasilan dan tujuan organisasi.

BAB V

MANAJEMEN SUMBERDAYA MANUSIA PELAYANAN KESEHATAN

MANAJEMEN SUMBERDAYA MANUSIA PELAYANAN KESEHATAN

Pengertian

Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945 mengamanatkan, bahwa kesehatan merupakan hak asasi manusia. Negara merupakan institusi yang paling ideal untuk menyelenggarakan pemenuhan kebutuhan hak asasi tersebut, di mana bentuk yang paling kongkrit adalah pelayanan publik, yakni pelayanan yang diberikan negara kepada rakyat.

Pasal 28 H Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945 menyatakan bahwa setiap orang berhak hidup sejahtera lahir dan batin, bertempat tinggal dan mendapatkan lingkungan hidup yang baik dan sehat serta berhak memperoleh pelayanan kesehatan.

Juga dalam Undang- Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan dinyatakan bahwa pembangunan Kesehatan bertujuan untuk meningkatkan kesadaran, kemauan, dan kemampuan hidup sehat bagi setiap orang agar terwujud derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya, sebagai investasi bagi pembangunan sumber daya manusia (SDM) yang produktif secara sosial dan ekonomis.

Agar kondisi tersebut dapat terwujud, diperlukan upaya pemenuhan kesehatan secara komprehensif yang didukung oleh sumber daya kesehatan. Salah satu sumber daya di bidang kesehatan yang sangat strategis adalah Sumber Daya Manusia Kesehatan (SDMK).

Tersedianya SDMK yang bermutu dapat mencukupi kebutuhan, terdistribusi secara adil dan merata, serta termanfaatkan secara berhasil-guna dan berdaya-guna untuk menjamin terselenggaranya pembangunan kesehatan guna meningkatkan derajat kesehatan masyarakat yang tinggi-tingginya mutlak diperlukan secara berkesinambungan.

Untuk itu perencanaan kebutuhan SDMK yang mengawali aspek manajemen SDMK secara keseluruhan harus disusun sebagai acuan dalam menentukan pengadaan yang meliputi pendidikan dan pelatihan SDMK, pendayagunaan SDMK, termasuk peningkatan kesejahteraannya, dan pembinaan serta pengawasan mutu SDMK. Perencanaan kebutuhan SDMK dilakukan dengan menyesuaikan kebutuhan pembangunan kesehatan, baik lokal, nasional, maupun global dan memantapkan komitmen dengan unsur terkait lainnya.

Perencanaan sumber daya manusia adalah proses menganalisis kebutuhan staf organisasi dan menentukan bagaimana cara terbaik untuk memenuhi kebutuhan mereka (Schermerhorn, 2012). Sedangkan menurut Dessler (2014) Perencanaan tenaga kerja (atau pekerjaan atau personil) adalah proses untuk menentukan posisi apa yang harus harus dipenuhi, dan bagaimana cara memenuhinya.

Perencanaan Kebutuhan SDMK adalah proses sistematis dalam upaya menetapkan jumlah, jenis, dan kualifikasi SDMK yang dibutuhkan sesuai dengan kondisi suatu wilayah dalam rangka mencapai tujuan pembangunan kesehatan (Kemenkes, 2015). Sedangkan menurut Fried dan Fottler (2008) perencanaan SDMK adalah penilaian kebutuhan sumber daya manusia. Ini Prosesnya yang sangat formal dan kompleks dan dapat diterapkan pada organisasi atau praktik kecil dan juga pada sistem pelayanan kesehatan nasional dan internasional.

Perencanaan tenaga kerja cocok dengan perencanaan sistem kesehatan secara keseluruhan dan pengembangan sumber daya manusia dan manajemen. Satu konsep melihat perencanaan tenaga kerja sebagai salah satu tiga langkah dalam pengembangan tenaga kerja (De Geyndt 2000):

1. Perencanaan memperhatikan kuantitas
2. Pelatihan memperhatikan berkualitas
3. Manajemen memperhatikan kinerja dan dampak

Health Human Resources

Menurut Word Health Organization (WHO), SDM di Bidang Kesehatan adalah semua yang kegiatan pokoknya ditujukan untuk meningkatkan kesehatan. Mereka terdiri atas orang- orang yang memberikan pelayanan kesehatan seperti dokter, perawat, apoteker, teknisi laboratorium, manajemen, serta tenaga pendukung seperti bagian keuangan, sopir, dan lain sebagainya.

Menurut sistem kesehatan nasional (SKN) yang dikutip oleh Adisasmoro (2007), SDM kesehatan adalah tatanan yang menghimpun berbagai upaya perencanaan, pendidikan, dan pelatihan serta terpadu dan saling mendukung guna menjamin tercapainya derajat Kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya.

Sementara itu, SDM kesehatan menurut PP No. 32/1996 yang juga dikutip oleh Adisasmoro (2007), adalah semua orang yang bekerja secara aktif di bidang kesehatan, baik yang memiliki pendidikan formal kesehatan, maupun tidak yang untuk jenis tertentu memerlukan kewenangan dalam melaksanakan upaya kesehatan.

Definisi lain dari tenaga kesehatan adalah setiap orang yang mengabdikan diri dalam kesehatan, serta memiliki pengetahuan dan atau keterampilan melalui pendidikan di bidang kesehatan yang untuk jenis tertentu memerlukan kewenangan untuk melakukan upaya kesehatan (PP32,1996; UU 36,2009).

Ditetapkan bahwa tenaga kesehatan terdiri atas medis (dokter dan dokter gigi), tenaga keperawatan (perawat dan bidan), tenaga kefarmasian (apoteker, analis farmasi, dan analis apoteker), tenaga kesehatan masyarakat (epidemiologi kesehatan, entomolog kesehatan, mikrobiolog kesehatan, peyuluhan kesehatan, administrator kesehatan, dan sanitarian), tenaga gizi (nutrisionis dan dietisien), tenaga keterampilan fisik (fisioterapis, okupasiterapis, dan terapis wicara), serta tenaga keteknisian medis (radiografer, radioterapis, teknisi gigi, teknisi elektromedis, analis kesehatan, refraksi optisien, otorik prostetik, teknisi transfusi, dan perekammedis).

SDM kesehatan menurut SKN 2009 adalah tenaga kesehatan profesi termasuk tenaga kesehatan strategis, tenaga kesehatan nonprofesi, serta tenaga pendukung/penunjang kesehatan, yang terlibat dan bekerja secara mengabdikan dirinya dalam upaya dan manajemen kesehatan. Tenaga kesehatan strategis di sini merupakan tenaga kesehatan yang tidak diproduksi secara merata di provinsi, tidak dapat disubstitusi oleh tenaga kesehatan lain dan mempunyai daya ungkit yang besar bagi pelayan kesehatan.

Unsur-unsur dalam SDM kesehatan meliputi SDM Kesehatan itu sendiri, sumber daya pengembangan dan pemberdayaan SDM kesehatan, serta penyelenggaraan pengembangan dan pemberdayaan SDM (Kemkes, 2009).

Sementara tenaga kesehatan menurut SKN yang dikutip oleh adisasmito (2007), adalah semua orang yang bekerja secara aktif dan profesional di bidang kesehatan, baik yang memiliki pendidikan formal kesehatan, maupun tidak yang untuk jenis tertentu memerlukan upaya kesehatan.

Sedangkan menurut PP No. 32/1999 yang juga dikutip oleh adisasmito (2007), tenaga kesehatan adalah setiap orang yang mengabdikan diri di bidang kesehatan serta memiliki pengetahuan dan keterampilan melalui pendidikan formal di bidang kesehatan yang untuk jenis tertentu memerlukan kewenangan dalam upaya kesehatan.

Berdasarkan dari beberapa definisi di atas dapat disimpulkan bahwa tenaga kesehatan adalah setiap orang yang memperoleh pendidikan baik formal maupun non-formal yang mendedikasikan diri dalam berbagai upaya yang bertujuan mencegah, mempertahankan, serta meningkatkan derajat kesehatan masyarakat.

SDM atau tenaga kesehatan adalah semua orang yang bekerja secara aktif dan professional di bidang kesehatan, berpendidikan formal kesehatan atau tidak, yang untuk jenis tertentu memerlukan upaya kesehatan. SDM atau tenaga kesehatan berperan sebagai perencana, penggerak, dan sekaligus pelaksana pembangunan kesehatan sehingga tanpa tersedianya tenaga dalam jumlah dan jenis yang sesuai, maka pembangunan kesehatan tidak akan dapat berjalan secara optimal.

SDM kesehatan juga merupakan tenaga kesehatan profesi termasuk tenaga kesehatan strategis dan tenaga kesehatan non profesi serta tenaga pendukung penunjang kesehatan yang terlibat dan bekerja serta mengabdikan dirinya seperti dalam upaya dan manajemen kesehatan.

Kebijakan tentang pendayagunaan tenaga kesehatan sangat dipengaruhi oleh kebijakan- kebijakan sektor lain, seperti kebijakan sektor pendidikan, kebijakan sektor ketenagakerjaan, sektor keuangan, dan peraturan kepegawaian. Kebijakan sektor kesehatan yang berpengaruh terhadap pendayagunaan tenaga kesehatan antara lain kebijakan tentang arah dan strategi pembangunan kesehatan, kebijakan tentang pelayanan kesehatan, kebijakan tentang pendidikan dan pelatihan tenaga Kesehatan, dan kebijakan tentang pembiayaan kesehatan.

Selain dari pada itu, beberapa faktor makro yang berpengaruh terhadap pendayagunaan tenaga kesehatan yaitu desentralisasi, globalisasi, menguatnya komersialisasi pelayanan kesehatan, teknologi kesehatan dan informasi. SDM dalam kesehatan mempunyai berbagai keahlian sesuai dengan profesi masing-masing seperti dokter, perawat, bidan, tenaga Kesehatan masyarakat, fisioterapis, apoteker, analis farmasi dan sebagainya yang mempunyai pendidikan atau keahlian

khusus untuk melakukan pekerjaan tertentu yang berhubungan dengan jiwa dan fisik manusia, serta lingkungannya.

Rumah sakit kini menghadapi berbagai tantangan termasuk di dalamnya adalah peningkatan pengeluaran, penurunan pembiayaan, dan perkembangan intervensi medis yang kompleks. Dua hal penting yang kini semakin sering ditekankan adalah terkait pelaksanaan pelayanan Kesehatan yang efektif dan efisien.

Dalam memperbaiki pelayanan kesehatan yang berfokus pada kepuasan pasien selama penanganan, dibutuhkan tenaga kesehatan yang berkemampuan tinggi yang dapat saling berkoordinasi, dukungan pegawai rumah sakit, serta dukungan infrastruktur. Manusia menjadi salah satu sumber daya yang penting di rumah sakit yang mampu mengaplikasikan fungsi perencanaan, pengorganisasian, pengarahan serta pengendalian terhadap berbagai tugas manajemen sumber daya manusia (SDM).

Manajemen SDM inilah yang kini menjadi salah satu topik yang mulai digali oleh peneliti dan praktisi klinis. Manajemen SDM kini memiliki tugas untuk mencapai pemanfaatan sumber daya manusia yang efektif, hubungan kerja yang baik antar pegawai, pengembangan pegawai yang maksimum, moral yang tinggi dalam organisasi, serta pengembangan dan apresiasi aset manusia yang berkelanjutan.

Sebagian besar rumah sakit telah cukup memahami pentingnya perencanaan sumber daya manusia dengan prinsip memberikan pekerjaan yang sesuai dengan individu sehingga dapat mencapai pelayanan yang efisien dan kepuasan pasien. Penilaian kinerja menjadi hal yang penting untuk dapat memperbaiki sumber daya manusia melalui berbagai prosedur seleksi.

Permasalahan dalam mengimplementasikan manajemen SDM yang strategis dapat dikategorikan dalam lima kunci masalah. Masalah yang pertama adalah terkait dengan struktur suatu organisasi dengan bagian manajemen SDM. Manajemen SDM kerap kali mendapatkan posisi yang dianggap rendah dalam suatu organisasi, namun hal ini mengalami perubahan dengan adanya peningkatan peran dan pengaruh bagian manajemen SDM dalam beberapa tahun terakhir.

Dalam bagian pelayanan kesehatan yang berorientasi pada pelayanan dan berdasarkan pengetahuan, manajemen SDM memiliki peran yang lebih signifikan dibandingkan dengan organisasi di bidang lainnya.

Isu kedua adalah terkait dengan kesesuaian bagian SDM dengan strategi organisasi. Organisasi sebaiknya memiliki pemahaman terhadap strategi yang dijalankan yang kemudian akan diaplikasikan dalam praktik manajemen SDM sehingga dapat menghasilkan perilaku pegawai yang mendukung objektif organisasi. Budaya menjadi permasalahan ketiga dalam manajemen SDM. Bagian manajemen SDM memiliki peran yang penting dalam membangun kultur pembelajaran yang adaptif dengan juga memiliki kapasitas untuk mengikuti perubahan yang drastis dengan menciptakan perilaku dan nilai yang sesuai untuk tenaga kerja kesehatan.

Permasalahan yang keempat terkait dengan kompetensi dari bagian manajemen SDM. Salah satu alasan bagian manajemen SDM jarang dilibatkan dalam perencanaan strategis suatu organisasi adalah akibat kurangnya kompetensi dari yang diharapkan, oleh karena itu tingkat kompetensi dari eksekutif dari bagian manajemen SDM memiliki peran besar dalam integrasi fungsi dan strategi manajemen SDM. Isu yang terakhir adalah terkait hubungan antara manajemen SDM dengan hasil akhir klinis.

Suatu penelitian yang dilakukan di Afrika Sub-Sahara mengamati hubungan antara manajemen SDM dan performa di beberapa rumah sakit di negara tersebut dengan melihat empat kategori performa yaitu individu, tim, organisasi dan hasil akhir pasien. Dalam penelitian tersebut ditemukan bahwa peningkatan performa yang spesifik dapat dicapai dengan berbagai jenis praktik manajemen SDM dalam bentuk satuan maupun kumpulan praktik.

Salah satu praktik dari bagian manajemen SDM yang juga telah banyak diteliti adalah terkait dengan pelatihan terbukti memiliki dampak positif terhadap empat kategori performa diatas. Pelatihan dalam bidang non teknis menjadi salah satu tren di rumah sakit dan terbukti meningkatkan performa tim, keselamatan pasien serta performa organisasi. Praktik lainnya yang juga banyak diteliti adalah terkait dengan delegasi tugas yang terbukti memiliki dampak terhadap organisasi dan hasil akhir pasien. Sedangkan untuk kumpulan praktik yang diterapkan sebagian besar meliputi beberapa domain seperti peningkatan motivasi, kemampuan serta pemberdayaan. Salah satu contohnya adalah terkait dengan meningkatkan kepuasan terhadap pekerjaan dapat dengan kombinasi praktik yang melibatkan pelatihan, dukungan manajemen, kerjasama dalam tim, promosi, autonomi, insentif finansial, penjadwalan dan penilaian kerja.

Setiap rumah sakit sebaiknya mengaplikasikan model praktik manajemen sumber daya manusia yang disesuaikan dengan permasalahan yang dihadapi oleh rumah sakit tersebut dengan memperhatikan aspek penilaian performa yang hendak diperbaiki. Penerapan manajemen SDM ini akan menjadi faktor yang akan mempengaruhi efektivitas dan efisiensi pelayanan kesehatan yang ditawarkan oleh rumah sakit. Penelitian yang kini sudah banyak diperhatikan adalah terkait dampak manajemen SDM terhadap organisasi dan masih dibutuhkan penelitian lainnya terutama terkait dengan dampak terhadap hasil akhir pasien.

Fungsi-Fungsi Manajemen SDM Bidang Kesehatan

Di balik setiap sistem yang hebat, ada tim yang terorganisir. Hal ini terutama berlaku di industri perawatan kesehatan, di mana manajemen sumber daya manusia yang solid ada perekutan karyawan yang efektif, pelatihan staf, dan penerapan langkah-langkah keselamatan di tempat kerja. Pentingnya sumber daya manusia di bidang kesehatan juga berarti menyediakan fasilitas yang berjalan tertib dan efektif secara menyeluruh.

Bayangkan jika seseorang memulai pekerjaan baru di rumah sakit, namun tidak pernah benar-benar tahu persis apa yang dibutuhkan oleh posisi yang akan ditempatinya. Hal ini dipastikan akan membuat canggung dan membuat frustrasi. Oleh sebab itu, memiliki pengetahuan yang tepat sangat penting bagi individu dalam perawatan kesehatan yang bekerja di lingkungan serba cepat.

Jika staf tidak dapat mengikuti arus, fasilitas tidak dapat berkembang dengan baik! Selain itu, pengetahuan dan pengalaman yang diperoleh staf di posisi mereka dapat membantu mempersiapkan mereka untuk posisi tingkat yang lebih tinggi di masa depan. Pelatihan adalah salah satu cara tidak hanya untuk memastikan staf memiliki informasi penting, tetapi mereka juga menerima umpan balik mengenai bagaimana fasilitas harus dijalankan.

Faktanya, sekitar 11 persen rumah sakit yang melaporkan pada tahun 2012 memiliki tingkat pergantian 25 hingga 78 persen, menurut sebuah penelitian. Dalam industri di mana kesehatan dan bahkan nyawa pasien dipertaruhkan, rumah sakit tidak dapat secara fisik atau etis mampu mempekerjakan staf tanpa keterampilan yang memadai yang diperlukan untuk melakukan berbagai tugas.

SDM memiliki banyak fungsi penting dalam organisasi. Ini termasuk rekrutmen, manajemen kinerja, pembelajaran dan pengembangan, dan banyak lagi. Pada artikel ini, kami akan menjelaskan 12 fungsi utama Manajemen Sumber Daya Manusia (MSDM).

Manajer SDM sangat penting untuk industri perawatan kesehatan. Bekerja di rumah sakit, klinik, dan perusahaan asuransi, mereka berinteraksi dengan administrator kesehatan, dokter, dan pasien. Kebijakan yang diberlakukan oleh manajer SDM mendukung tujuan fasilitas dan membantu memastikan perawatan yang berkualitas. Manajer sumber daya manusia juga menunjukkan keterampilan komunikasi dan kepemimpinan yang hebat yang memungkinkan mereka mengelola perekrutan, pelatihan, klaim, dan urusan administrasi dalam suatu organisasi.

Mereka yang mencari karir dalam manajemen sumber daya manusia dalam perawatan kesehatan dapat mempersiapkan diri dengan mengejar gelar yang lebih tinggi dalam administrasi kesehatan.

MSDM dalam perawatan kesehatan membutuhkan profesional sumber daya manusia untuk menavigasi dunia yang berkembang dari industri perawatan kesehatan. Manajer SDM terutama bertanggungjawab untuk memastikan layanan yang efisien untuk staf administrasi, dokter, dan pasien. Mereka juga membahas banyak bidang yang menjadi perhatian dalam industri perawatan kesehatan, termasuk mengelola keuangan, mempromosikan retensi karyawan, dan memastikan bahwa peraturan perawatan kesehatan dipenuhi.

Untuk mengatasi semua masalah ini, manajer SDM harus fokus pada gambaran besar dan memiliki keterampilan organisasi untuk mengelola area yang berbeda ini. Manajer SDM membantu fasilitas mereka mempertahankan karyawan dan mematuhi peraturan perawatan kesehatan dengan menyediakan program pelatihan dan memastikan bahwa semua personel mengikuti pelatihan mereka.

Manajer SDM menyusun strategi dengan administrator kesehatan dalam proses perencanaan dan pengambilan keputusan untuk menjalankan fasilitas perawatan kesehatan. Manajemen sumber daya manusia dalam perawatan kesehatan membutuhkan profesional untuk mengambil pendekatan yang lebih langsung yang jauh melampaui pencatatan dan penegakan perawatan kesehatan dan peraturan profesional.

Agar fasilitas perawatan kesehatan berfungsi secara efektif, manajer sumber daya manusia harus dapat mempekerjakan kandidat yang tepat untuk setiap pekerjaan. Mereka memeriksa dan mempekerjakan pelamar, serta memberi saran kepada manajemen tentang gaji dan tunjangan perawatan kesehatan bagi karyawan. Di samping mempekerjakan dokter, manajer SDM juga bertanggung jawab untuk mempekerjakan administrator perawatan kesehatan, staf sumber daya manusia, dan staf layanan.

Manajer SDM diharuskan untuk tetap mengikuti undang-undang dan peraturan perawatan kesehatan, seperti Medicare and Medicaid Patient Program and Protection Act, dan mereka harus bekerja sama dengan pengacara untuk memastikan kepatuhan fasilitas perawatan kesehatan. Mereka juga menangani dan menangani klaim untuk pasien, serta mengembangkan program pelatihan karyawan. Saat mempekerjakan perawat dan dokter, manajer SDM dapat memahami kontrak medis dan mendiskusikannya dengan dokter ini. Kemampuan mereka untuk memahami undang-undang dan peraturan dalam pengaturan perawatan kesehatan membantu mencegah organisasi dari tanggung jawab tuntutan hukum.

Manajer SDM juga harus bekerja sama dengan karyawan organisasi. Mereka harus mampu berkomunikasi secara efektif dengan semua anggota staf, mulai dari dokter hingga profesional administrasi dan layanan. Mereka harus secara efektif menyampaikan harapan masing-masing departemen, serta berkolaborasi dengan divisi lain dalam organisasi untuk memberikan perawatan yang lebih baik bagi pasien dan lingkungan kerja yang lebih baik bagi karyawan. Selain itu, manajer SDM bertanggung jawab untuk mengetahui bagaimana berinteraksi dengan karyawan dari latar belakang yang berbeda, yang mungkin memerlukan tingkat empati untuk mengomunikasikan informasi sensitif secara tepat seputar pemecatan, PHK, dan keluhan pasien, misalnya.

Tanggung jawab lain dari manajemen sumber daya manusia dalam perawatan kesehatan adalah untuk memastikan pelatihan yang diperlukan diberikan kepada staf untuk tetap mengikuti peraturan lokal, negara bagian, dan federal, serta memastikan bahwa perawat dan dokter memiliki sertifikasi yang sesuai. Manajer SDM harus memverifikasi bahwa semua dokter disertifikasi dengan benar, serta memberi tahu mereka yang sertifikasinya telah kedaluwarsa tentang langkah-langkah yang perlu mereka ambil untuk sertifikasi ulang. Manajer SDM juga bertanggung jawab untuk melakukan pemeriksaan latar belakang karyawan untuk mencegah masalah kewajiban di tempat kerja.

Selain itu, manajer SDM bertanggung jawab untuk berkolaborasi dengan departemen TI untuk memahami bagaimana teknologi mengubah cara industri menangani data, terutama dengan transisi ke catatan kesehatan elektronik (EHR). Bersama-sama, profesional SDM dan TI bekerja untuk melindungi catatan kesehatan pasien agar tidak disalahgunakan oleh karyawan atau peretas. Mereka juga mencatat teknologi apa yang digunakan secara efektif dan teknologi mana yang menghalangi dokter untuk memberikan perawatan yang memadai kepada pasien mereka.

Jenis Sumber Daya Manusia Kesehatan

MSDM dalam perawatan kesehatan adalah karier yang bermanfaat yang memberikan kesempatan bagi para profesional dengan pendidikan dan keterampilan yang tepat. Manajer SDM biasanya memiliki gelar sarjana dalam bidang bisnis, administrasi kesehatan, atau keuangan. Mereka yang ingin memajukan kemajuan profesional mereka di lapangan dapat mengejar gelar master dalam administrasi kesehatan.

Program pascasarjana ini dapat mempersiapkan para profesional untuk mengembangkan keterampilan yang diperlukan untuk berhasil dalam manajemen sumber daya manusia dalam perawatan kesehatan. Manajer SDM memiliki keterampilan dalam komunikasi, pengambilan keputusan, dan penganggaran.

Dikombinasikan dengan pengetahuan hukum dan empati mereka, keahlian ini memungkinkan mereka untuk mengisi berbagai posisi manajemen sumber daya manusia. Manajer SDM adalah profesional berpengetahuan luas yang bertanggungjawab atas berbagai tugas dalam sebuah organisasi dan menunjukkan kecerdasan emosional untuk mengelola harapan pasien dan kepuasan karyawan.

Manajer SDM merupakan bagian integral dari manajemen dan efisiensi organisasi perawatan kesehatan. Mereka mengawasi urusan karyawan dan memastikan majikan mereka mematuhi semua hukum dan peraturan. Seorang Master Administrasi Kesehatan mempersiapkan untuk mengambil tanggung jawab profesional ini.

Master of Health Administration (MHA) online Ohio University membekali siswa dengan keterampilan untuk mengejar pekerjaan sebagai manajer sumber daya manusia, administrator kesehatan, dan manajer operasi. Kurikulum mencakup kursus-kursus seperti Pengantar Sistem Pengiriman Perawatan Kesehatan A.S., Kepemimpinan Organisasi Kesehatan, dan Keuangan Perawatan Kesehatan.

Jelajahi bagaimana Master of Health Administration online Ohio University mempersiapkan siswa untuk menjadi pemimpin yang efektif dalam industri perawatan kesehatan abad ke-21.

Program Pengembangan dan Pemberdayaan SDM Kesehatan

Sesuai dengan Rencana Pembangunan Jangka Panjang Nasional (RPJPN) 2005-2025, sasaran pembangunan jangka menengah 2020-2024 adalah mewujudkan masyarakat Indonesia yang mandiri, maju, adil, dan makmur melalui percepatan pembangunan di berbagai bidang dengan menekankan terbangunnya struktur perekonomian yang kokoh berlandaskan keunggulan kompetitif di berbagai bidang yang didukung oleh sumber daya manusia berkualitas dan berdayasaing.

Tatanan masyarakat Indonesia yang mandiri, maju, adil dan makmur, khususnya dalam bidang kesehatan ditandai dengan:

1. Terjaminnya keamanan kesehatan negara melalui kemampuan dalam melakukan pencegahan, deteksi dan respon terhadap ancaman Kesehatan global;
2. Kesejahteraan masyarakat yang terus meningkat yang ditunjukkan dengan jangkauan bagi setiap warga negara terhadap lembaga jaminan sosial yang lebih menyeluruh;
3. Status kesehatan dan gizi masyarakat yang semakin meningkat serta proses tumbuh kembang yang optimal, yang ditandai dengan meningkatnya Umur Harapan Hidup (UHH) dan Healthy Adjusted Life Expectancy (HALE).

Akan tetapi, untuk mencapai tatanan masyarakat di atas masih terdapat permasalahan bidang kesehatan dari segi:

1. Angka Kematian Ibu (AKI) yang masih jauh dari target global Sustainable Development Goals (SDG's) untuk menurunkan AKI menjadi 183 per 100.000 KH pada tahun 2024
2. HALE orang Indonesia secara merata 62,65 tahun, artinya terdapat 8,85 tahun yang hilang karena kualitas hidup yang buruk akibat menderita penyakit dan disabilitas
3. Indonesia mengalami beban ganda, di satu sisi PTM naik dengan signifikan, namun masih dihadapkan pada penyakit menular yang belum tuntas
4. Ancaman kesehatan masyarakat lainnya yang tidak dapat diabaikan salah satunya adalah ancaman penyakit yang baru muncul seperti adanya pandemi COVID-19 di tahun 2020 yang masih memerlukan kesiapsiagaan khususnya dalam menyiapkan sistem kesehatan yang mampu merespon kegawatdaruratan kesehatan masyarakat
5. Masalah krusial lain yang dihadapi adalah dalam pemenuhan SDM Kesehatan baik jumlah, sebaran dan kualitas tenaga kesehatan. Kekurangan berbagai jenis tenaga kesehatan masih terjadi di sejumlah fasilitas pelayanan kesehatan.

Kementerian Kesehatan menyusun arah kebijakan dan strategi untuk menjamin dan mendukung pelaksanaan berbagai upaya kesehatan yang efektif dan efisien. Program-program yang dianggap prioritas dan mempunyai daya ungkit besar di dalam pencapaian hasil pembangunan kesehatan, dilakukan upaya secara terintegrasi dalam fokus dan lokus dan fokus kegiatan pembangunan kesehatan.

Untuk itu, Badan PPSDM Kesehatan berupaya mendukung arah, kebijakan dan strategi Kementerian Kesehatan dalam meningkatkan pemenuhan SDM Kesehatan dan kompetensi sesuai standar yang tertuang dalam Rencana Aksi Program Badan PPSDM Kesehatan Tahun 2020 – 2024 dan merupakan indikator tujuan Badan PPSDM Kesehatan:

1. Puskesmas tanpa dokter sebesar 0 %,
2. Terpenuhinya Puskesmas dengan jenis tenaga Kesehatan sesuai standar sebesar 83%,
3. Terpenuhinya RSUD Kab/Kota yang memiliki dokter spesialis dasar dan spesialis lainnya sebesar 90%,
4. Tersedianya SDM Kesehatan yang ditingkatkan kompetensinya sebanyak 167.742 orang

Indikator Badan PPSDM Kesehatan akan dicapai melalui program atau kegiatan:

1. Perencanaan dan Pendayagunaan Sumber Daya Manusia Kesehatan
2. Pendidikan Sumber Daya Manusia Kesehatan
3. Pelatihan Sumber Daya Manusia Kesehatan
4. Peningkatan Mutu Sumber Daya Manusia Kesehatan
5. Pembinaan dan Pengelolaan Pendidikan Tinggi,
6. Pelaksanaan Internsip Tenaga Kesehatan
7. Registrasi, Standardisasi, Pembinaan, dan Pengawasan Tenaga Kesehatan
8. Dukungan Manajemen dan Pelaksanaan Program

Berdasarkan hal tersebut, maka perlu disusun Rencana Aksi Kegiatan Pusat Pendidikan SDM Kesehatan Tahun 2020 – 2024 untuk mendukung arah, kebijakan dan strategi dari Kementerian Kesehatan dan program Badan PPSDM Kesehatan yang memuat tujuan, sasaran dan pokok-pokok kegiatan Pusat Pendidikan SDM Kesehatan (Pusdik SDM Kesehatan) dalam 5 (lima) tahun ke depan.

Kondisi Umum, Potensi, dan Permasalahan

Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2014 Tentang Tenaga Kesehatan Pasal 18 menyebutkan bahwa pembinaan teknis pendidikan tinggi bidang Kesehatan dilakukan oleh Kementerian Kesehatan dan pembinaan akademik Pendidikan bidang Kesehatan dilakukan oleh Kementerian Riset Teknologi dan Pendidikan Tinggi, sehingga Badan PPSDM Kesehatan melalui Pusdik SDM Kesehatan melakukan pembinaan teknis terhadap institusi penyelenggaran pendidikan tinggi bidang kesehatan.

Sejalan dengan hal tersebut sesuai dengan Permenkes Nomor 64 Tahun 2015, maka Pusat Pendidikan SDM Kesehatan mempunyai tugas melaksanakan penyusunan kebijakan teknis, pelaksanaan, dan pemantauan, evaluasi, dan pelaporan di bidang pendidikan sumber daya manusia kesehatan.

Dengan demikian, sesuai dengan tugas Pusdik SDM Kesehatan di atas, maka gambaran kondisi umum, potensi dan permasalahan bidang pendidikan sumber daya manusia kesehatan dipaparkan berdasarkan dari hasil pencapaian program yang telah dilakukan sebelumnya dan menjadi input dalam menentukan arah kebijakan dan sasaran strategi Pusdik SDM Kesehatan.

1. Pengembangan Pendidikan SDM Kesehatan

Kondisi SDM Kesehatan saat ini terus membaik dalam jumlah, kualitas dan penyebarannya, namun belum mampu memenuhi kebutuhan pelayanan kesehatan

di seluruh wilayah terutama pada daerah tertinggal, terpencil, perbatasan dan kepulauan. Distribusi tenaga kesehatan yang belum merata dan komposisi jenis tenaga yang belum berimbang masih menjadi permasalahan dalam memenuhi standar tenaga kesehatan di Puskesmas sesuai Permenkes 75 tahun 2014. Adapun 9 jenis tenaga kesehatan sesuai standar adalah dokter, dokter gigi, perawat, bidan, tenaga kefarmasian, tenaga kesehatan masyarakat, tenaga kesehatan lingkungan, tenaga gizi dan ahli teknologi laboratorium medik.

Data SISDMK Badan PPSDM Kesehatan terpenuhinya Puskesmas dengan jenis tenaga Kesehatan sesuai standar sebanyak 3.965 dari 10.230 Puskesmas (38,76 %). Disisi lain data mahasiswa kesehatan berdasarkan PDDIKTI Tahun 2019, saat ini jumlah mahasiswa bidang kesehatan ada sebanyak 532.935 orang yang berasal dari 3.640 prodi bidang kesehatan. Di mana nantinya mahasiswa tersebut akan menjadi tenaga kesehatan yang berpotensi untuk mengisi kekurangan tenaga kesehatan di Puskesmas dan fasyankes lainnya.

Saat ini jenis pendidikan yang diselenggarakan oleh institusi Pendidikan tinggi bidang kesehatan di seluruh Indonesia sesuai dengan UU Nomor 36 Tahun 2014 tentang Tenaga Kesehatan, dikelompokkan sebagai berikut:

1. TenagaMedis (Dokter Umum,Dokter Spesialis,Dokter Gigi Spesialis)
2. Tenaga Psikologi Klinis (Psikologi Klinis)
3. Tenaga Keperawatan (Perawat dan Perawat Spesialis)
4. Tenaga Kebidanan (Bidan)
5. TenagaKefarmasian (Apoteker danTenagaTeknikKefarmasian)
6. Tenaga Kesehatan Masyarakat (Epidemiolog Kesehatan, Tenaga Promosi Kesehatan dan Ilmu Perilaku, Pembimbing Kesehatan Kerja, Tenaga Administasi dan Kebijakan Kesehatan, Tenaga Biostatistik dan Kependudukan, serta Tenaga Kesehatan Reproduksi dan Keluarga)
7. Tenaga Kesehatan Lingkungan (Sanitasi Lingkungan, Entomolog Kesehatan, dan Mikrobiolog Kesehatan)

8. Tenaga Gizi (Nutrisionis dan Dietisien)
9. Kenaga Keterapi Fisik (Fisioterapis, Okupasi Terapis, Terapis Wicara dan Akupuntur)
10. Tenaga Keteknisan Medis (Perekam Medis dan Informasi Kesehatan, Tehniksi Kardiovaskuler, Teknisi Pelayanan Darah, Refraksionis Optisien/Optometris, Teknisi Gigi, Penata Anastesi, Terapis Gigi dan Mulut, dan Audiologis)
11. Tenaga Teknik Biomedika (Rediografer, Elektromedis, Ahli Teknologi Laboratorium Medik, Fisikawan Medik, Radioterapis dan Ortotik Prostetik)
12. Tenaga Kesehatan Tradisional (Tenaga Kesehatan Tradisional Ramuan dan Tenaga Kesehatan Tradisional Keterampilan)

Dari pengelompokan tenaga kesehatan di atas, jenis pendidikan tenaga kesehatan yang diselenggarakan di 38 Poltekkes Kemenkes seluruh Indonesia sebanyak 21 jenis yang tersebar di 500 prodi (D-III: 293, D-IV/Sarjana Terapan: 153, D-III PJJ: 4, Profesi: 46, S2 Terapan: 4) dengan jumlah mahasiswa sebanyak 101.585 orang dan lulusan yang dihasilkan dari Poltekkes Kemenkes pada tahun 2019 sebanyak 37.725 orang.

Berdasarkan data di atas, terdapat permasalahan pendidikan tenaga kesehatan yaitu masih kurang serasinya antara kebutuhan tenaga kesehatan di fasylanes dengan pengadaan jenis pendidikan tenaga kesehatan di institusi pendidikan bidang kesehatan. Sehingga perlu dilakukan sinkronisasi dan integrasi jenis penyelenggaraan pendidikan tenaga kesehatan yang akan dikembangkan dengan perencanaan kebutuhan tenaga kesehatan, agar pelayanan kesehatan di seluruh wilayah Indonesia dapat terlaksana sesuai standar.

Kemitraan dan Kerjasama Pendidikan SDM Kesehatan

Dalam rangka pembentukan pasar tunggal yang diistilahkan dengan Masyarakat Ekonomi ASEAN (MEA) dimana satu negara menjual barang dan jasa dengan mudah ke negara-negara lain di seluruh Asia Tenggara sehingga kompetisi

akan semakin ketat dan tidak hanya arus perdagangan barang atau jasa, tetapi juga pasar tenaga kerja profesional, seperti dokter, perawat, dan tenaga kesehatan lainnya.

Kementerian Kesehatan telah melaksanakan perjanjian kerjasama antarnegara di ASEAN dalam hal pengiriman tenaga kesehatan, seperti pengiriman perawat ke Jepang atau Korea untuk penempatan di RS dan panti jompo. Selain untuk Negara ASEAN, permintaan pengiriman tenaga Kesehatan Indonesia ke luar negeri cukup banyak antara lain Timur Tengah, Amerika, Eropa, Australia, dan lain-lain.

Menindaklanjuti hal di atas, Pusdik SDM Kesehatan sebagai pembina teknis Poltekkes Kemenkes dalam penyelenggaraan pendidikan tenaga Kesehatan telah memfasilitasi kerjasama Poltekkes Kemenkes dengan mitra baik di dalam maupun di luar negeri, untuk bidang pertukaran dosen dan mahasiswa ke luar negeri, penelitian dalam dan luar negeri, pengembangan kurikulum kelas internasional, akreditasi internasional, magang dosen dan mahasiswa dalam dan luar negeri dan lain-lain.

Untuk memenuhi kebutuhan tenaga kesehatan di dalam dan luar negeri diperlukan pendidikan tinggi bidang kesehatan yang berkualitas, khususnya di Poltekkes Kemenkes masih terdapat disparitas yang tinggi dari segi kualitas pendidikan kesehatan. Disparitas ini mencakup berbagai aspek, mulai dari manajemen, sumber daya manusia, kurikulum, proses belajar-mengajar, sampai sumber daya pendukung. Penyelesaian permasalahan disparitas kualitas pendidikan tenaga kesehatan dalam rangka peningkatan SDM Kesehatan yang profesional memerlukan kemitraan dan kerjasama dengan berbagai pihak.

Penyelenggaraan Pendidikan SDM Kesehatan (Teknis dan Penunjang)

Sesuai dengan Permenkes 64 Tahun 2015 pasal 796 yang menyebutkan bahwa salah satu tugas Pusdik SDM Kesehatan adalah menyiapkan kebijakan teknis dan penyelenggaraan pelaksanaan di bidang fasilitasi teknis Pendidikan penunjang penyelenggaraan pendidikan SDM Kesehatan. Untuk itu Pusdik SDM Kesehatan melakukan upaya peningkatan kualitas tenaga kesehatan melalui pembinaan terhadap institusi pendidikan tinggi bidang kesehatan dalam pelaksanaan Tridharma Perguruan Tinggi.

Sejalan dengan hal tersebut bertambah dan merataanya tempat-tempat pelayanan kesehatan, diperlukan penambahan berbagai jenis tenaga kesehatan, baik berupa penambahan jumlah maupun peningkatan mutu pengetahuan dan keterampilan. Selain itu perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi yang semakin meningkat terutama di bidang kesehatan dan masyarakat yang semakin kritis, menuntut agar SDM kesehatan khususnya lulusan pendidikan bidang kesehatan dapat mengantisipasi perkembangan tersebut.

Kurikulum merupakan hal yang mendasar dan dianggap penting sebagai acuan bagi institusi pendidikan tenaga kesehatan dalam menjalankan proses belajar mengajar, selain itu kurikulum dalam proses pendidikan sangat diperlukan sebagai pedoman dan arah dalam interaksi antar seluruh elemen dalam proses belajar mengajar sehingga dapat dicapai kualitas lulusan yang handal dan profesional untuk menjawab tantangan di atas.

Namun, belum seluruh kurikulum disesuaikan dengan kurikulum Pendidikan tinggi (KPT) yang mengacu pada Kerangka Kualifikasi Nasional Indonesia (KKNI). Karena sejak terbitnya Peraturan Presiden Nomor 8 tahun 2012 tentang KKNI dan dikukuhkan dengan dicantumkannya KKNI dalam Undang-Undang Nomor 12 Tahun 2012, maka kurikulum pendidikan tinggi di Indonesia menyesuaikan dalam penyusunannya dengan pola pikir yang berkembang saat ini.

Proses Penyusunan kurikulum di Pusdik SDM Kesehatan berlangsung siklus maksimal 5 tahunan, dimana tahun ke-5 dilakukan revisi kurikulum untuk menjawab perkembangan IPTEKS, perubahan regulasi dan kebutuhan program Kemenkes. Kegiatan penyiapan bahan kurikulum ini akan menghasilkan kurikulum inti yang menjadi acuan bagi institusi Pendidikan dalam mengembangkan kurikulum institusi. Dengan demikian, setiap lulusan pendidikan tenaga kesehatan di seluruh Indonesia akan memiliki kompetensi inti yang sama sehingga berdampak pada meningkatnya pembangunan Kesehatan di Indonesia.

Selain itu, tantangan dunia pendidikan tinggi di Indonesia pada era industry 4.0 dituntut untuk dapat mengatasi gejolak perubahan yang terjadi dikarenakan transformasi digital. Pendidik dan tenaga kependidikan sebagai pilar dalam perguruan tinggi memegang peranan startegis dalam menghasilkan lulusan yang memiliki daya saing dan siap berkompetisi di era industri 4.0. Dengan demikian, pendidik dan tenaga kependidikan harus memiliki kualifikasi dan kompetensi inti keilmuan (core competencies) yang kuat, memiliki soft skill, kreatif, komunikatif.

Perubahan dalam Pengukuran Kinerja Staf Medis

Rumah sakit merupakan lembaga yang memberikan pelayanan klinik dengan badan dan jiwa manusia sebagai sasaran kegiatannya, maka mutu pelayanan medik menjadi indikator penting untuk menilai baik buruknya pelayanan rumah sakit. Oleh karena itu, untuk mewujudkan suatu pelayanan medis yang bermutu sangat diperlukan adanya tata pengaturan yang baik terhadap kegiatan pelayanan medis yang dilaksanakan oleh para dokter, perawat, dan tenaga klinik lainnya.

Sebagaimana system governance di bidang manajemen, pada saat ini telah dikembangkan sistem governance di bidang klinik dengan menggunakan istilah clinical governance, yaitu suatu kerangka kerja yang bertujuan untuk menjamin agar pelayanan kesehatan dapat terselenggara dengan baik berdasarkan standar pelayanan yang tinggi serta dilakukan pada lingkungan kerja yang memiliki tingkat profesionalisme tinggi.

Dalam konsep ini setiap petugas yang terlibat dalam pelayanan klinik harus memahami dan menerapkan prosedur-prosedur yang dapat mencegah terjadinya resiko akibat penatalaksanaan medis.

Kepuasan pasien merupakan hal yang sangat penting dalam menilai mutu pelayanan kesehatan. Ada dua faktor utama yang mempengaruhi mutu pelayanan kesehatan yaitu pelayanan yang diharapkan (expected service), dan pelayanan yang dirasakan (perceived service). Jika harapannya terlampaui maka pelayanan tersebut dirasakan sebagai mutu pelayanan yang ideal dan sangat memuaskan.

Jika harapan sesuai dengan pelayanan yang diterima maka mutu pelayanannya memuaskan, dan jika harapannya tidak terpenuhi pada pelayanan yang diterima maka mutu pelayanan tersebut dianggap kurang memuaskan. Penilaian mutu pelayanan kesehatan dapat ditinjau dari beberapa sisi, yaitu sisi pemakai jasa pelayanan kesehatan dan penyelenggara pelayanan kesehatan.

Dari sisi pemakai, pelayanan kesehatan yang bermutu adalah suatu pelayanan kesehatan yang dapat memenuhi kebutuhan, diselenggarakan dengan cara yang sopan dan santun, tepat waktu, tanggap dan mampu menyembuhkan keluhannya serta mencegah berkembang dan meluasnya penyakit.

Sumber daya manusia yang mempunyai peran paling utama dalam meningkatkan mutu pelayanan kesehatan adalah tenaga profesi medic. Pleh karena itu pihak managemen rumah sakit tentunya mengharapkan tenaga medis yang bekerja dilingkungan rumah sakit harus mempunyai mutu pelayanan kesehatanyang baik, bertanggung jawab dan disiplin yang tinggi. Sebagai upaya untuk mencapai tujuan dimaksud , maka komite medic dalam menyelesaikan masalah yang berkaitan dengan tenaga medis serta melakukan pemantauan dan pembinaan.

Berdasarkan Undang-Undang Rumah Sakit pasal 29 tentang Kewajiban Rumah Sakit bahwa setiap Rumah Sakit Wajib memberi pelayanan kesehatan yang aman, bermutu, anti diskriminasi, dan efektif dengan mengutamakan kepentingan pasien sesuai dengan standar pelayanan Rumah Sakit dan membuat, melaksanakan, dan menjaga standar mutu pelayanan kesehatan di Rumah Sakit bertanggungjawab sebagai acuan dalam melayani pasien.

Berdasarkan UU RS pasal 46 Rumah Sakit bertanggung jawab secara hukum terhadap semua kerugian yang ditimbulkan atas kelalaian yang dilakukan oleh tenaga kesehatan di Rumah Sakit. Untuk dapat melaksanakan nya maka rumah sakit melakukan evaluasi secara terus menerus terhadap semua setiap staf medis yang bekerja di Rumah Sakit sebagai acuan untuk meningkatkan mutu pelayanan dan mengurangi dampak tuntutan dari pasien.

Merupakan suatu proses pengumpulan data, menganalisa informasi terhadap setiap kinerja staf medis yang dilaksanakan berdasarkan data yang komperhensif untuk menilai pencapaian program dan mendeteksi serta menyelesaikan masalah yang dihadapi. Dalam melaksanakan tugas seseorang atau kelompok orang atau unit-unit yang sesuai dengan standar kinerja dan tujuan rumah sakit.

Proses evaluasi yang terus menerus terhadap praktisi professional dilakukan secara objektif dan berbasis bukti. Hasil proses review bisa tidak ada perubahan dalam tanggung jawab staf medis fungsional, perluasan tanggung jawab, pembatasan tanggung jawab masa konseling dan pengawasan atau kegiatan yang lainnya. Setiap waktu sepanjang tahun, bila bukti yang didapat dipertanyakan kurangnya peningkatan kinerja, ada review dan kegiatan sesuai lainnya yang diambil. Hasil review, tindakan yang diambil dari setiap dampak atas kewenangan didokumentasikan dalam file kredential staf medis fungsional atau file lainnya.

Ada evaluasi terus menerus terhadap kualitas dan kemampuan asuhan klinis yang diberikan oleh setiap staf medis fungsional diperlukan untuk meningkatkan

mutu pelayanan masing – masing staf medis dan untuk mengurangi kesalahan dalam memberikan pelayanan medis yang akan dilaksanakan.

Pelaksanaan Evaluasi tenaga medis Rumah Sakit

Elemen Penilaian Monitoring dan Evaluasi staf:

1. Ada evaluasi praktik professional terus menerus dari kualitas dan keamanan pelayanan pasien yang diberikan oleh setiap anggota staf medis fungsional yang direview dan dikomunikasikan kepada setiap anggota staf medis fungsional setidaknya setiap tahun.
2. Evaluasi praktik professional terus menerus dan review tahunan dan setiap anggota staf medis fungsional dilaksanakan dengan proses yang seragam yang ditentukan oleh kebijakan rumah sakit.
3. Evaluasi mempertimbangkan dan menggunakan data komparatif secara proaktif seperti membandingkan dengan literatur kedokteran.
4. Evaluasi mempertimbangkan dan menggunakan kesimpulan dari analisa mendalam terhadap komplikasi yang dikenal dan berlaku.
5. Informasi dari proses evaluasi praktik professional tersebut didokumentasikan dalam file kredential anggota staf medis fungsional dan file lainnya yang relevan.

Kriteria evaluasi praktik professional berkelanjutan:

- a. Review terhadap prosedur-prosedur operatif dan klinis lain serta hasilnya: kepatuhan SPO/outcome misal Ilo, Reoperasi, Pneumonia pasca operasi/anestesi
- b. Pola menggunakan darah/obat/alkes: jumlah kantung darah yang tidak digunakan, kepatuhan terhadap formularium, dan penggunaan alkes yang tidak sesuai SPO
- c. Pola permintaan tes/prosedur/tindakan: Kepatuhan permintaan penunjang/ prosedur/tindakan sesuai SPO
- d. Length of stay: Berbasis dokter dan penyakit
- e. Data morbiditas dan mortalitas: morbiditas sesuai indicator yang digunakan kinerja staf klinis yang dievaluasi adalah:
 - a. Perawatan pasien/Asuhan pasien (Patient Care)
 - b. Pengetahuan Medis/Klinik (Medical Clinical Knowledge)
 - c. Pembelajaran dan Perbaikan Berbasis Praktik (Practice base learning improvement)
 - d. Keterampilan Interpersonal dan Komunikasi/Hubungan antara Manusia (Interpersonal and Skill Communication)
 - e. Praktek Berbasis Sistem (System Base Practice)
 - f. Pengembangan Profesionalisme.

Informasi didapat dari:

- a. Grafikreview berkala darirekam medis :Jumlah pasien rawat jalan / rawat inap dan Jumlahoperasi/prosedur
- b. Observasi langsung: kepatuhan terhadap kebijakan/SPO contoh:output asuhan pasien
- c. Monitoring terhadap teknik diagnostic dan pengobatan : sesuai dengan PPK
- d. Monitoring kualitas klinis : outcome dan komplikasi
- e. Diskusi/survei dengan sejawat/medis lainnya

Informasi dari proses evaluasi praktik profesional tersebut didokumentasikan dalam file kredensial anggota staf medis fungsional dan file lainnya yang relevan.

Tujuan Evaluasi Kinerja Staf Medis

Evaluasi kinerja terhadap staf medis bertujuan untuk:

1. Mempertahankan dan meningkatkan kualitas pelayanan.
2. Bahan pertimbangan untuk penerbitan penugasan klinis ulang (reappointment).
3. Sebagai panduan bagi masing-masing ketua SMF (Staf Medis Fungsional) untuk melakukan penilaian kompetensi dokter.
4. Melidungi pasien serta staf medis yang bersangkutan, atas tindakan yang dilakukan.

Kebijakan Evaluasi Staf Medis

Ketentuan Evaluasi

1. Seluruh dokter akan dilakukan evaluasi 1 (satu) kali dalam setahun.
2. Manajer Pelayanan Medis bertanggung jawab terhadap pelaksanaan evaluasi staf medis di setiap SMF. Evaluasi staf medis akan dilakukan oleh masing-masing ketua SMF untuk mendapatkan dokter yang memiliki kompetensi sesuai kualifikasi, baik di sisi hard-skill maupun soft-skill.
3. Evaluasi kinerja terhadap staf medis harus berpedoman pada Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 1438/MENKES/PER/IX/2010 tentang Standar Pelayanan Kedokteran di Indonesia, meliputi kedisiplinan, pelayanan terhadap pasien, pengetahuan medis/klinis, pengembangan diri dan practice-based learning, ketrampilan komunikasi, profesionalisme, serta system-based practice.

Kriteria Evaluasi Kinerja Staf Medis

1. Kedisiplinan - Kedisiplinan diukur berdasarkan ketepatan waktu dokter dalam melayani pasien sesuai jam praktik dokter di Rumah Sakit. Selain itu, kedisiplinan juga diukur berdasarkan kontinuitas dan rutinitas dokter dalam melakukan visite kepada pasien. Ketepatan waktu dokter dalam melayani pasien, sumber penilaianya diperoleh dari laporan kehadiran dokter oleh kepala instalasi rawat jalan. Sedangkan untuk penilaian kontinuitas dan rutinitas visite dokter, sumber penilaianya diperoleh dari laporan aktivitas dokter visite oleh kepala instalasi rawat inap.
2. Pelayanan - Pelayanan terhadap pasien adalah kegiatan dokter dalam melakukan pelayanan terhadap pasien. Sumber penilaianya berasal dari kuesioner rawat jalan yang dilakukan oleh bagian Pemasaran.
3. Pengetahuan Medis/Klinis - Pengetahuan medis/klinis didasarkan pada sejauh mana dokter yang bersangkutan menguasai bidang medis dan klinis tertentu. Sumber penilaian dalam hal pengetahuan medis/klinis tersebut diperoleh dari rekomendasi Ketua SMF.
4. Pengembangan Diri dan Practice-Based Learning - Dalam hal kemampuan individu dokter, pengembangan diri dan practice-based learning diperoleh dari pelatihan- pelatihan kompetensi yang telah diikuti oleh dokter yang bersangkutan. Sedangkan sumber penilaian terhadap kategori pengembangan diri dan practice-based learning ini didasarkan pada sertifikat-sertifikat pelatihan yang telah diikuti dokter. Pelatihan-pelatihan yang akan dipertimbangkan untuk dinilai adalah pelatihan yang diikuti dalam masa periode penilaian di tahun yang sedang berjalan.
5. Ketrampilan Berkomunikasi - Seorang dokter harus memiliki ketrampilan komunikasi yang baik dalam melakukan pelayanan kepada pasien. Kemampuan

komunikasi tersebut akan dapat diketahui berdasarkan penilaian orang-orang yang terdapat hubungan komunikasi dengannya. Oleh sebab itu, penilaian ketrampilan komunikasi dokter diperoleh dari kuisioner rawat jalan yang dilaksanakan oleh bagian Pemasaran.

6. Profesionalisme - Profesionalisme berkaitan dengan kepandaian atau keahlian dokter dalam menekuni bidang keahliannya, kemudian diterapkan dalam memberikan pelayanan kepada pasien. Sumber penilaianya diperoleh dari data yang telah diolah berdasarkan hasil penilaian dengan pembagian kuisioner kepada pasien yang dilakukan oleh bagian Pemasaran.
7. System-Based Practice - System-based practice adalah kegiatan yang berkaitan dengan sistem pelayanan di Rumah Sakit. Penilaiannya didasarkan pada kepatuhan dokter terhadap penggunaan formularium serta tinjauan terhadap ada/tidaknya KNC (Kejadian Nyaris Cedera) dan KTD (Kejadian yang tidak diharapkan) yang terkait dengan dokter yang bersangkutan, dalam masa periode penilaian di tahun yang sedang berjalan.

DAFTAR PUSTAKA

BUKU

Arthur J. Keown, David F. Scott, Jr., John D. Martin, J. William Petty. 2001. *Dasar-dasar Manajemen Keuangan*.Alih bahasa: Chaerul D.Djakman.Jakarta: Salemba Empat

Ali, M. 2006. *Manajemen Risiko: Strategi Perbankan dan Dunia Usaha Menghadapi Tantangan dan Globalisasi Bisnis*. Jakarta: PT. RajaGrafindo Persada.

Arfan ikhsan. 2010. *Akuntansi dan Manajemen Keuangan Rumah Sakit*. Graha Ilmu.

Yogyakarta

Al-Touby SS. 2012. *Functional results-oriented healthcare leadership: a novel leadership model*. Oman Med J . Mar;27(2):104-107.

Al-Sawai A.2013. *Leadership of healthcare professionals: where do we stand?* Oman Med.

Jul;28(4):285-287.

Atchison TA, Bujak JS. 2001. *Leading transformational change: the physician-executive partnership*.Chicago(IL):HealthAdministrationPress

Amanchukwu RN, Stanley GI, Oloolute NP. 2015. *A review of leadership theories, principles and styles and their relevance to educational management*. Management;5(1):6-14.

Arief Tarmansyah, Dewi Lena, 2017. *Manajemen Mutu Informasi Kesehatan I : QUALITY ASSURANCE*. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia

Bolman LG, Deal TE. 2003. *Reframing leadership*. Business leadership. San Francisco (CA): Jossey-Bass. pp. 86-110.

Bell J,Breslin JM.2008. *Healthcare provider moral distress as a leadership challenge*. JONAS HealthcLawEthicsRegul Oct-Dec;10(4):94-97,quiz98-99.

Burns JM. 1978. *Leadership*. New York: Harper and Row

Bass BM, Avolio, BJ. 1990. *The implications of transactional and transformational leadership for individual team and organizational development*. In: Woodman RW, Pasmore WA, editors. *Research in organizational change and development*. Vol. 4. Greenwich (CT): JAI Press.Pp 231-272.

Bustami. 2016. *Penjaminan Mutu Pelayanan Kesehatan dan Askep Tabilitasnya*. EMS (Erlangga Medical Series)

Baily, M.A. 2004. *The Ethics of Improving Health Care Quality & Safety :A Hastings Center/AHRQ Project*. Oktober. New York: Hasting Center

Cut Sriyanti. 2016. *Mutu Layanan Kebidanan dan Kebijakan Kesehatan*. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia

Culp, C. L. 2001. *The Risk Management: Business Strategy and Tactics*. New York: John Wiley & Sons, Inc.

Diyurman. 2018. *Petunjuk Teknis Instalasi Dan Penggunaan Aplikasi Sistem Manajemen Dokumen Akreditasi (SISMADAK) Bagi Rumah Sakit Di Indonesia*. Komisi Akreditasi Rumah Sakit

Dyson, J.R. 2004. *Accounting for Non-Accounting Students*, sixth edition. England: Pearsoneducation

Drucker P. 2002. *Managing in the next society. Common competencies for all healthcare managers*. NewYork:TrumanTalleyBooks, St.Martin's Griffin

Griffin, Michael P. 2009. *MBA Fundamentals: Accounting and Finance*. NY: Kaplan Publishing

Harrison B. 1999. *The Nature of leadership: historical perspectives & the future*. J Calif Law Enforcement ; 33(1):24-30.

James C Van Horne, John M. Wachowiez, JR. 2005. *Fundamental of Financial Management*. Alih bahasa: Dewi Fitriasari dan Deny Arnos Kwary. Edisi 12 (Buku 1 dan buku 2). Jakarta: Salemba Empat

Komisi Akreditasi Rumah Sakit, 2018. SNARS Ed.1 Komisi Akreditasi Rumah Sakit, 2020. SNARS Ed. 1.1

Malnutrition Quality Improvement Initiative (MQII). 2021. *Principles and Models of Quality*

- Improvement.* Washington, DC. Academy of Nutrition and Dietetics and Avalere Health Nowicki, Michael 2006. *HFMA's Introduction to Hospital Accounting 5th edition.* Chicago: Health Administration Press
- PleskPE.2001.*Complexity, leadership, and management in healthcare organisations.* BMJ;323:746.
- Raymond, T .2001, *Dasar-Dasar Akuntansi dan Keuangan Institusi Pendidikan dan Tenaga Kesehatan*, PMPK FK UGM,Yogyakarta
- Suad Husnan dan Enny Pudjiastuti. 2004. *Dasar-dasar Manajemen Keuangan*. EdisiKeempat.
- Cetakan Pertama (Agustus).Yogyakarta:BPFE.
- Stefl ME. 2008.*Common competencies for all healthcare managers: the Healthcare Leadership Alliance model.* J Healthc Manag Nov-Dec;53(6):360-374.
- Surachman. 2020. *Sistem Manajemen Mutu.* LPKN
- Sutoto, M. Kes. 2013. *Pedoman Tata Laksana Survei Akreditasi Rumah Sakit* Edisi II.
- Komisi Akreditasi Rumah Sakit
- ToussaintJS.2016.*How healthcare systems can effectively manage process.* Waltham (MA): NEJM Catalyst. [cited 2016 Jun

PERATURAN DAN PERUNDANG-UNDANGAN

Peraturan Pemerintah No 47 tahun 2021 tentang Penyelenggaraan Bidang Perumahsakitan

Peraturan Pemerintah No 77 tahun 2015 tentang Pedoman Organisasi Rumah Sakit

Peraturan Pemerintah No 93 tahun 2015 tentang Rumah Sakit Pendidikan

Peraturan Pemerintah No 60 tahun 2015 tentang Rencana Kerja Pemerintah tahun 2016 (RPJ Nasional 2005-2025)

Peraturan Presiden N 8 tahun 2012 tentang KKNI Undang-Undang No 44 tahun 2009 tentang Rumah Sakit Undang-Undang No 36 tahun 2009 tentang Kesehatan

Undang-Undang No 29 tahun 2004 tentang Praktek Kedokteran Undang-Undang No 36 tahun 2014 tentang Tenaga Kesehatan

Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No 3 tahun 2020 tentang Klasifikasi dan Perizinan Rumah Sakit

Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No 80 tahun 2020 tentang Komite Mutu Rumah Sakit

Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No 269 tahun 2008 tentang Rekam Medis Peraturan

Menteri Kesehatan Republik Indonesia No 4 tahun 2018 tentang Kewajiban Pasien dan kewajiban Rumah Sakit

Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No 1173 tahun 2004 tentang RSGM

Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No 1069 tahun 2008 tentang Pedoman Klasifikasi dan Standar Rumah Sakit Pendidikan

Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No 129 tahun 2008 Tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit

Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No 1438 tahun 2010 tentang Standar Pelayanan Kedokteran

Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No 64 tahun 2015 tentang Organisasi dan Tata Kerja Kementerian Kesehatan

Departemen Kesehatan Republik Indonesia, 2005. Indikator Kinerja Rumah Sakit. Direktorat jendral Pelayanan Medik, Jakarta.

Departemen Kesehatan RI, 2004. Pedoman Upaya Peningkatan Mutu Rumah Sakit Konsil Kedokteran Indonesia, 2016. Manual Rekam Medis.

JURNAL/WEBSITE

Anonyms. Chapter 10: *leadership and management*. 2016. Available from: http://www.who.int/hiv/pub/imai/om_10_leadership_management.pdf?.

Abd Rohman Taufiq. *Penerapan Standar Operasional Prosedur (SOP) Dan Akuntabilitas Kinerja Rumah Sakit*. J Komunikasi Ilmiah Akun dan Perpajakan. 2019;12(1):56-66

Almgren G. *Health care politics, policy, and services: a social justice analysis*. 2nd ed. New York(NY): Springer Publishing Company; 2012. [cited 2012 Mar 26]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18727749>.

Biro Hukum dan Organisasi Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. *Klasifikasi Dan Perizinan Rumah Sakit*. 2020. Available from : <https://www.scribd.com/presentation/446829413/PMK-3-th-2020-ppt>

Botwinick, L., Bisognano, M., & Haraden, C. 2006. *Leadership guide to patient safety*. Cambridge, MA: Institute for Healthcare Improvement. Retrieved from www.ihi.org/knowledge/Pages/IHIWhitePapers/LeadershipGuidetoPatientSafety-WhitePaper.aspx

Institute of Medicine (IOM). (2000). *To err is human: Building a safer health system*.

Washington, DC: National Academy Press.

Institute of Medicine (IOM). (2001). Crossing the quality chasm: A new health system for the 21st Century. Washington, DC: National Academies Press. Retrieved from <http://iom.edu/Reports/2001/Crossing-the-QualityChasm-A-New-Health-System-forthe-21st-Century.aspx>

Luwiharsih, 2021. *Peningkatan Mutu Pelayanan Mutu Prioritas PMKP 5 – TKRS 5. WIA Training*.

Komisi Akreditasi Rumah Sakit

L.L., Berwick, D.M., & Bates, D.W. (2002). *What practices will most improve safety? Evidence-based medicine meets patient safety*. Journal of the American Medical Association, 288(4), 501–507.

Retrieved from <http://www.iom.edu/Reports/1999/To-Err-isHuman-Building-A-Safer-HealthSystem.aspx>

Rizanda Machmud. *Manajemen Mutu Pelayanan Kesehatan. J Kesehat Masy.* 2008;2(2):186-190 undoyo. 2021. *Aspek Legal Peraturan Pemerintah No 47 Tahun 2021. Biro Hukum dan Organisasi Kementerian Kesehatan.* Available from: <https://blogrekammedis.blogspot.com/2021/02/kebijakan-perumahsakitan-pp-47-thn-2021.html>

Sutoto, 2021. *Konsep Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien Dalam SNARS Ed 1.1. Komisi Akreditasi Rumah Sakit*

Sutoto, 2018. *Peran Sismadak Dalam Standar Nasional Akreditasi Rumah Sakit Edisi 1.*

Komisi Akreditasi Rumah Sakit

Sauqiq, 2020. *Dimensi Mutu Dan Tahapan Peningkatan Mutu Berkesinambungan (CQI).* Dit Mutu dan Akreditasi Yankes Primer. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia ,Available from: <https://www.scribd.com/presentation/490333272/Konsep-Dan-Tahapan-Cqi>

The Joint Commission. (2009). *Joint Commission Standards.* Retrieved February 16, 2009, from <http://www.jointcommission.org/><https://www.scribd.com/presentation/437091957/MATERI-KEBIJAKAN-SUBDIT-RS-PENDIDIKAN-KEMKES-ppt>

Hanifa, Lisza Anisa. *Perancangan Rumah Sakit Pendidikan dan Pusat Penelitian Universitas Trisakti dengan Pendekatan eco-Technologi di Jakarta.*

Tersedia di : https://www.academia.edu/8703496/Rumah_Sakit_Pendidikan

Dr. Supraryanto 2011. *Mutu Pelayanan Kesehatan.* [Online] <http://dr-suparyant.com/2011/04/mutu-pelayanan-kesehatan.html> (Diakses September 2019)

Nurahmah, Ayu. 2015. *Aspek Substansi Mutu Pelayanan Kesehatan* [Online] <https://www.scribd.com/doc/264780950/Aspek-Substansi-Mutu-Pelayanan-Kesehatan-Ppt>



Riwayat Penulis **drg. Irma Binarti, MARS.**

Irma Binarti lahir di Surabaya tanggal 23 Februari 1980. Penulis menyelesaikan Pendidikan dasar Situgintung II Pagi (1986-1992), Sekolah Menengah Pertama Muhammadiyah 9 Jakarta (1992-1995), Sekolah Menengah Atas 46 Jakarta (1995-1998), S1 di FKG Universitas Prof. Dr. Moestopo Beragama (1998-2005) dan S2 Pasca Sarjana Manajemen Administrasi Rumah Sakit Universitas Respati Indonesia (2012-2014).

Penulis pernah mengadakan Pelatihan Komunikasi Efektif seluruh Puskesmas Jakarta Selatan di Hotel Santika, Bogor tahun 2014, menggelar Diklat Manajemen Rumah Sakit di RSUD Kota Tangerang tahun 2014, menyelenggarakan TOT Basic Clinical Health Educator di BBPK Cilandak tahun 2015, hingga menjadi narasumber Edukasi Online Kesehatan Gigi dan Mulut Selama Pandemi Covid-19 BKGN FKG UPDM (B) dan Pembawa Acara Webinar New Normal For Dentist BKGN FKG UPDM (B) pada tahun 2020

Penulis juga pernah menjadi dokter gigi PTT Puskesmas Kabupaten Tengaran, Provinsi Semarang pada tahun 2006-2009, dokter gigi Klinik Nusaloka, BSD tahun 2006, dokter Klinik K24 Ciputat tahun 2011, hingga menjadi Direktur Keuangan dan Consultant Manajemen Kesehatan di PT CIP pada tahun 2014-2016 dan berpraktek di Klinik Pribadi Irma tahun 2021 hingga sekarang.

Sejak tahun 2016, penulis menjadi staf pengajar di Fakultas Kedokteran Gigi Universitas Prof. Dr. Moestopo (Beragama) dibidang Ilmu Kesehatan Gigi Masyarakat sejak tahun 2016 sampai dengan sekarang. Penulis menjabat Direktur Pelayanan Medik dan Keperawatan RSGM FKG UPDM (B) sampai dengan sekarang, Ketua SNARS Ed 1 RSGM FKG UPDM (B), Anggota ARSGMPI Bidang Pelayanan, Pendidikan, Penelitian dan Pengembangan RSGM pada tahun (2017-2020), Tim Standar 1 RSGMP, hingga saat ini menjadi Ketua SNARS Ed 1.1 RSGM FKG UPDM (B),

Penulis berharap agar buku ini dapat bermanfaat bagi para pembaca.



Penerbit :
Moestopo Publishing
Universitas Prof. Dr. Moestopo (Beragama)
Jl. Hang Lekir I/8 Jakarta Pusat