



Lingkar Edukasi  
Indonesia



# ADMINISTRASI KEBIJAKAN RUMAH SAKIT

dr. Rezky Putri Indarwati Abdullah M.Kes, FISPH, FISCN | dr. Muhammad Alim Jaya, MARS, Ph.D., Sp.KJ  
Agnes Ratna Saputri, S.Tr.Keb, MARS | Mega Astriana, S.K.M., M.Kes | dr. Astari Pratiwi Nuhrintama, MARS  
Resty Amalia Putri, S.K.M., M.Kes | Yunita Fitri Widiyawati, S.K.M., MARS  
Dr. apt. Atika Dalili Akhmad, S. Farm., M.Sc | Prof. Dr. drg. Wachyu Sulistiadi, MARS  
Eni Efanti S.Kp, MARS | dr. Iin Widya Ningsi, MARS | dr. Milano Wibi Takbiranda

Editor : Rania Fatrizza Pritami, SKM., M.Kes

# ADMINISTRASI KEBIJAKAN RUMAH SAKIT

## **Penulis:**

dr. Rezky Putri Indarwati Abdullah M.Kes, FISPH, FISCM

dr. Muhammad Alim Jaya, MARS, Ph.D., Sp.KJ

Agnes Ratna Saputri, S.Tr.Keb, MARS

Mega Astriana, S.K.M., M.Kes

dr. Astari Pratiwi Nuhrintama, MARS

Resty Amalia Putri, S.K.M., M.Kes

Yunita Fitri Widiyawati, S.KM., MARS

Dr. apt. Atika Dalili Akhmad, S. Farm., M. Sc

Prof. Dr. drg. Wachyu Sulistiadi, MARS

Eni Efanti S.Kp, MARS

dr. Iin Widya Ningsi, MARS

dr. Milano Wibi Takbiranda



Lingkar Edukasi  
Indonesia

## **LINGKAR EDUKASI INDONESIA**

# ADMINISTRASI KEBIJAKAN RUMAH SAKIT

## Penulis :

dr. Rezky Putri Indarwati Abdullah M.Kes, FISPH, FISCAM; dr. Muhammad Alim Jaya, MARS, Ph.D., Sp.KJ; Agnes Ratna Saputri, S.Tr.Keb; MARS Mega Astriana, S.K.M., M.Kes; dr. Astari Pratiwi Nuhrintama, MARS; Resty Amalia Putri, S.K.M., M.Kes; Yunita Fitri Widiyawati, S.K.M., MARS; Dr. apt. Atika Dalili Akhmad, S. Farm., M. Sc Prof. Dr. drg. Wachyu Sulistiadi, MARS; Eni Efanti S.Kp, MARS; dr. Iin Widya Ningsi, MARS; dr. Milano Wibi Takbiranda

---

**Editor:** Rania Fatrizza Pritami, S.K.M., M.Kes

**Penyunting:** Nadila Rahma Putri, S.Hum

**Desain Sampul dan Tata Letak:** Neza Sartika

---

## Diterbitkan oleh :

Lingkar Edukasi Indonesia

Anggota IKAPI No. 058/SBA/2024

Kolam Janiah, Nagari Kudu Ganting

Kec. V Koto Timur, Kabupaten Padang Pariaman

Email : [lingkaredukasiindonesia.id@gmail.com](mailto:lingkaredukasiindonesia.id@gmail.com)

Website : [www.lingkaredukasiindonesia.com](http://www.lingkaredukasiindonesia.com)

---

**ISBN : 978-623-10-5383-1**

---

Cetakan pertama, Desember 2024

---

© Hak cipta dilindungi undang-undang.

Dilarang keras memperbanyak, memfotokopi, sebagian atau seluruh isi buku tanpa izin tertulis dari penerbit.



# KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis panjatkan ke hadirat Tuhan Yang Maha Esa, karena atas rahmat dan karunia-Nya, buku yang berjudul "*Administrasi Kebijakan Rumah Sakit*" ini dapat diselesaikan. Buku ini hadir sebagai upaya untuk memberikan wawasan yang mendalam mengenai kebijakan dan tata kelola administrasi rumah sakit, yang merupakan elemen penting dalam menjaga kualitas pelayanan kesehatan dan keberlanjutan operasional rumah sakit.

Dalam dunia pelayanan kesehatan, rumah sakit berfungsi sebagai institusi yang kompleks dengan berbagai tantangan, baik dari sisi manajemen sumber daya manusia, pengelolaan keuangan, hingga pelayanan medis. Oleh karena itu, kebijakan administrasi yang jelas, terstruktur, dan berorientasi pada efisiensi sangat dibutuhkan. Buku ini disusun untuk membantu pembaca memahami bagaimana kebijakan administrasi yang baik dapat mendukung kinerja rumah sakit secara keseluruhan.

Buku ini dirancang tidak hanya untuk para praktisi kesehatan dan manajemen rumah sakit, tetapi juga untuk mahasiswa, akademisi, dan pembuat kebijakan di bidang kesehatan. Penulis menyadari bahwa buku ini masih memiliki kekurangan, dan penulis sangat terbuka terhadap masukan serta kritik yang membangun dari pembaca untuk perbaikan di masa mendatang. Harapan penulis, buku ini dapat menjadi referensi yang bermanfaat dan berkontribusi bagi pengembangan sistem administrasi rumah sakit di Indonesia.

Akhir kata, penulis mengucapkan terima kasih kepada semua pihak yang telah mendukung penyusunan buku ini, baik secara langsung maupun tidak langsung. Semoga buku ini dapat memberikan manfaat yang luas bagi dunia kesehatan di Indonesia.

Makassar, Desember 2024  
Penulis

# DAFTAR ISI

<b>KATA PENGANTAR.....</b>	<b>i</b>
<b>DAFTAR ISI.....</b>	<b>ii</b>
<b>DAFTAR GAMBAR.....</b>	<b>v</b>
<b>DAFTAR TABEL.....</b>	<b>vi</b>
<b>BAB 1 PENGANTAR ADMINISTRASI KEBIJAKAN RUMAH SAKIT .</b>	<b>1</b>
A. Pendahuluan .....	1
B. Konsep Administrasi.....	2
C. Konsep Kebijakan.....	5
D. Konsep Rumah Sakit.....	7
<b>DAFTAR PUSTAKA .....</b>	<b>10</b>
<b>BAB 2 STRUKTUR ORGANISASI DAN TATA KELOLA RUMAH SAKIT .....</b>	<b>11</b>
A. Pendahuluan .....	11
B. Struktur Organisasi Rumah Sakit .....	12
C. Tata Kelola Rumah Sakit.....	14
<b>DAFTAR PUSTAKA .....</b>	<b>19</b>
<b>BAB 3 Kebijakan Kesehatan Di Rumah Sakit.....</b>	<b>21</b>
A. Pendahuluan .....	21
B. Konsep Dasar Kebijakan Kesehatan.....	22
C. Model Kebijakan Kesehatan.....	24
D. Prinsip-prinsip Kebijakan Kesehatan di Rumah Sakit.....	25
E. Tantangan dalam Implementasi Kebijakan Kesehatan .....	26
<b>DAFTAR PUSTAKA .....</b>	<b>31</b>
<b>BAB 4 MANAJEMEN SUMBER DAYA MANUSIA RUMAH SAKIT ....</b>	<b>33</b>
A. Pendahuluan .....	33
B. Definisi Manajemen Sumber Daya Manusia Rumah Sakit....	34
C. Rekrutmen Sumber Daya Manusia.....	35
<b>DAFTAR PUSTAKA .....</b>	<b>48</b>
<b>BAB 5 MANAJEMEN KEUANGAN DAN ANGGARAN RUMAH SAKIT .....</b>	<b>49</b>
A. Pendahuluan .....	49
B. Definisi Manajemen Keuangan dan Anggaran Rumah Sakit	50
C. Landasan Teori dan Konsep Dasar.....	52

D. Metode dan Strategi Manajemen Keuangan .....	57
E. Tantangan dan Solusi dalam Manajemen Keuangan Rumah Sakit .....	60
<b>DAFTAR PUSTAKA.....</b>	<b>65</b>
<b>BAB 6 MANAJEMEN PELAYANAN KESEHATAN.....</b>	<b>67</b>
A. Pendahuluan .....	67
B. Defenisi Manajemen Pelayanan Kesehatan.....	68
C. Fungsi – Fungsi Manajemen Pelayanan .....	72
D. Ciri-Ciri Pelayanan Kesehatan .....	75
E. Sistem Pelayanan Kesehatan .....	77
F. Manajemen Pelayanan Rumah Sakit.....	78
G. Manajemen Pelayanan Puskesmas .....	80
<b>DAFTAR PUSTAKA.....</b>	<b>82</b>
<b>BAB 7 SISTEM INFORMASI MANAJEMEN RUMAH SAKIT (SIMRS)</b>	<b>85</b>
A. Pendahuluan .....	85
B. Konsep dan Definisi SIMRS .....	91
C. Komponen Utama dalam SIMRS.....	93
D. Proses Implementasi SIMRS di Rumah Sakit.....	95
E. Keamanan dan Privasi Data dalam SIMRS .....	98
F. Evaluasi dan Pemeliharaan SIMRS .....	99
G. Tantangan Dalam Implementasi SIMRS.....	104
H. Peluang dan Inovasi dalam Pengembangan SIMRS.....	104
<b>DAFTAR PUSTAKA.....</b>	<b>106</b>
<b>BAB 8 MANAJEMEN FASILITAS DAN PERALATAN MEDIS .....</b>	<b>109</b>
A. Pendahuluan .....	109
B. Pengertian dan Ruang Lingkup Manajemen Fasilitas dan Peralatan Medis .....	110
C. Standar dan Regulasi Manajemen Fasilitas Rumah Sakit...	112
D. Standar dan Regulasi Manajemen Peralatan Medis.....	116
<b>DAFTAR PUSTAKA.....</b>	<b>125</b>
<b>BAB 9 HUBUNGAN PASIEN DAN PELAYANAN PUBLIK.....</b>	<b>129</b>
A. Pendahuluan .....	129
B. Hak dan Kewajiban Pasien .....	129
C. Kualitas Pelayanan Publik di Rumah Sakit .....	136
D. Komunikasi Pasien dan Tenaga Kesehatan.....	144
E. Peran Teknologi dalam Pelayanan Publik.....	147

F. Tantangan dalam Hubungan Pasien dan Pelayanan Publik.....	150
G. Pentingnya Umpan Balik dan Resolusi Keluhan.....	153
H. Peran Rumah Sakit dalam Edukasi Kesehatan Publik.....	156
<b>DAFTAR PUSTAKA .....</b>	<b>159</b>
<b>BAB 10 PENGELOLAAN RISIKO KLINIS DAN KESELAMATAN PASIEN.....</b>	<b>163</b>
A. Pendahuluan .....	163
B. Keselamatan Pasien.....	164
C. Program Keselamatan Pasien Rumah Sakit sebagai Langkah Strategis .....	171
D. Manajemen Risiko dalam Layanan Kesehatan.....	172
E. Manajemen Risiko Klinis dan Keselamatan (Pasien <i>Patient Safety</i> ) .....	173
F. Integrasi Aktivitas Pengelolaan Risiko .....	177
<b>DAFTAR PUSTAKA .....</b>	<b>180</b>
<b>BAB 11 ETIKA DAN HUKUM DALAM ADMINISTRASI RUMAH SAKIT .....</b>	<b>181</b>
A. Pendahuluan .....	181
B. Definisi Etika .....	182
C. Definisi Hukum.....	185
D. Hubungan Administrasi Rumah Sakit dengan Etika dan Hukum .....	190
<b>DAFTAR PUSTAKA .....</b>	<b>196</b>
<b>BAB 12 INOVASI DAN TREN MASA DEPAN DALAM ADMINISTRASI RUMAH SAKIT .....</b>	<b>197</b>
A. Pendahuluan .....	197
B. Digitalisasi dan Rekam Medis Elektronik (EMR) .....	197
C. Pemanfaatan <i>Artificial Intelligence</i> (AI) .....	200
D. <i>Telemedicine</i> .....	201
E. Pusat Layanan Terintegrasi ( <i>Center of Excellence</i> ).....	204
F. Standarisasi Data dan Interoperabilitas .....	205
<b>DAFTAR PUSTAKA .....</b>	<b>207</b>
<b>BIODATA PENULIS .....</b>	<b>208</b>



# DAFTAR GAMBAR

Gambar 3.1 <i>Evidence-Informed Policy and Practice Pathway</i> .....	22
Gambar 8.1 Konsep Terkait Peralatan Rumah Sakit.....	117
Gambar 8.2 Siklus Manajemen Peralatan Medis Rumah Sakit .....	118
Gambar 8.3 Langkah-langkah Kalibrasi Peralatan Medis .....	122
Gambar 10.1 Pengelolaan Manajemen Risiko Klinik dan Keselamatan Pasien .....	177
Gambar 12.1 Kerangka Konseptual <i>Telemedicine</i> untuk Penyakit Virus Corona 2019 (COVID-19) .....	203

# DAFTAR TABEL

Tabel 3.1 Prinsip-prinsip Kebijakan Kesehatan.....	25
Tabel 3.2 Tantangan dalam Implementasi Kebijakan Kesehatan.....	28
Tabel 8.1 Gambaran Umum Manajemen Fasilitas dan Peralatan Medis di Rumah Sakit .....	111
Tabel 8.2 Komponen Utama dalam Manajemen Fasilitas Rumah Sakit.....	114
Tabel 10.1 Rumus Regulasi Keselamatan Pasien .....	170

# **BAB 1**

## **PENGANTAR ADMINISTRASI KEBIJAKAN RUMAH SAKIT**

**Oleh: dr. Rezky Putri Indarwati Abdullah M.Kes, FISPH,  
FISCM**

### **A. Pendahuluan**

Integrasi kemajuan ilmu pengetahuan dan teknologi di sektor kesehatan memainkan peran penting dalam mengatasi berbagai masalah kesehatan; Namun, ditemukan bahwa hanya mengandalkan kemajuan ilmu pengetahuan dan teknologi kesehatan saja tidak akan mampu mewujudkan tujuan pelayanan kesehatan secara menyeluruh. Sebaliknya, telah terbukti secara efektif bahwa bahkan dengan kemajuan yang terbatas dalam ilmu pengetahuan dan teknologi kesehatan, jika kita secara efektif merencanakan, mengatur, memobilisasi, dan memantau sumber daya yang tersedia melalui implementasi administratif, kita masih dapat mencapai tujuan implementasi kesehatan (Sarwadhamana, 2023).

Terdapat konsensus bahwa setiap administrasi kesehatan perlu menggunakan perkembangan terkini dalam ilmu pengetahuan dan teknologi administrasi. Untuk meningkatkan efektivitas dalam mengatasi berbagai masalah kesehatan yang ditemukan di masyarakat, kemajuan ilmu pengetahuan dan teknologi administrasi diterapkan. Artinya, fokus utama adalah penyelesaian permasalahan yang telah teridentifikasi dan harus dilakukan dengan sumber daya yang tersedia (Sarwadhamana, 2023).

Kekhawatiran utama sehubungan dengan penerapan kemajuan teknologi dan ilmu administrasi adalah bahwa kemajuan tersebut berbeda dari satu negara ke negara lain. Dikatakan bahwa mengelola kompleksitas dan keragaman layanan kesehatan yang ditawarkan saat ini merupakan permasalahan terbesar di negara-negara berkembang. Namun, di negara berkembang, fokus utama tetap pada mengatasi berbagai kendala yang mereka hadapi sehingga mereka dapat terus menawarkan layanan kesehatan yang sesuai dengan kebutuhan masyarakat (Sarwadhamana, 2023).

## B. Konsep Administrasi

Kata "*ad*" dan "*ministrate*" adalah bahasa Latin untuk "administrasi," yang berarti menawarkan bantuan atau dukungan. Dalam bahasa Belanda, "*administratie*" mengacu pada segala kegiatan teknis, seperti mencatat, menulis surat, pembukuan ringan, mengetik, membuat agenda, dan lain sebagainya, yang dilakukan dengan tujuan untuk memberikan informasi dan memudahkan mendapatkannya di kemudian hari jika diperlukan (Sarwadhamana, 2023).

Pendapat para ahli mengenai administrasi adalah sebagai berikut:

1. Sondang P. Siagian, menjelaskan bahwa administrasi didasarkan pada beberapa rasionalitas untuk mencapai proses kerjasama antara dua atau lebih orang yang menyadari tujuan bersama yang diharapkan.
2. Robert D Calkins, mengungkapkan bahwa administrasi merupakan perpaduan dari penetapan keputusan dan pencapaian tujuan yang ditetapkan.
3. George R. Terry, administrasi merupakan usaha demi terwujudnya tujuan dengan menggunakan orang lain.
4. Sutarto, administrasi merupakan proses mengatur dan memproses semua kegiatan/tindakan untuk bekerja dengan sekelompok orang untuk mencapai tujuan.
5. Dwight Waldo, administrasi merupakan wujud upaya kerjasama dan memiliki rasionalitas tinggi.

6. Koontz O'Donnel, menyatakan bahwa administrasi adalah upaya mencapai tujuan yang diinginkan dengan menciptakan lingkungan kerja yang menguntungkan.

Berdasarkan beberapa pengertian diatas, maka dapat disimpulkan karakteristik administrasi sebagai berikut:

- a. Administrasi dapat diartikan sebagai suatu kegiatan yang dilakukan dengan cara berkelompok dengan menjunjung Kerjasama yang tinggi untuk mendapatkan penyelesaian dari suatu pekerjaan yang sudah ditetapkan sebelumnya berupa tujuan dari suatu organisasi.
- b. Pada proses administrasi yang dilakukan oleh 2 orang/lebih serta terdiri dari kelompok-kelompok yang berada dalam suatu organisasi untuk mencapai tujuan yang sudah ditentukan dari awal.
- c. Administrasi merupakan suatu tindakan yang bisa berupa kepemimpinan, pengawasan, pengarahan dan usaha usaha yang efektif untuk mencapai tujuan bersama yang sudah ditentukan.

Secara umum, administrasi dapat dipisahkan menjadi dua kategori: terbatas dan luas. Luasnya tugas pengelolaan perkantoran, termasuk menulis, mengetik surat, agenda, pembukuan, dan tugas administratif lainnya yang dimaksudkan untuk memudahkan pemberian informasi kembali bila diperlukan, merupakan definisi terbatas dari administrasi.

Ketika sekelompok orang atau lebih bekerja sama untuk dapat memproses sumber daya, seperti pengorganisasian perencanaan tata ruang dan pengelolaan dokumen dalam bisnis untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan, hal ini disebut sebagai administrasi. Operasi komersial kooperatif antar individu yang dilakukan secara logis dan efektif untuk mencapai tujuan bersama merupakan administrasi.

Administrasi di sektor kesehatan didefinisikan sebagai serangkaian kegiatan yang meliputi pengorganisasian, perencanaan, pengarahan, pengendalian, koordinasi, dan evaluasi dalam rangka menyediakan dan melaksanakan berbagai inisiatif kesehatan yang

ditujukan kepada individu, kelompok, atau masyarakat luas dalam rangka memenuhi tuntutan dan kebutuhan terkait kesehatan ( Dhian Kartikasari, 2019).

## **Unsur Pokok Administrasi**

Jika diperhatikan dari definisi administrasi menurut para ahli, setidaknya terdapat lima unsur pokok administrasi, antara lain: masukan, proses, keluaran, sasaran, dan dampak (Ismaniar, 2013).

### **1) Masukan (*Input*)**

Input mengacu pada elemen apa pun yang dibutuhkan untuk proses aktivitas administratif guna menyelesaikan seluruh rangkaian tugas administratif. Nama alternatif untuk input adalah perangkat administrasi (*tools of administration*).

Adapun unsur-unsur masukan dalam administrasi juga terdiri dari orang (*man*), uang (*money*), metode (*methods*), bahan-bahan (*materials*), mesin-mesin (*machines*), dan pemasaran (*market*) disingkat dengan 6M.

### **2) Proses**

Tindakan yang harus dilakukan untuk mencapai tujuan yang ditetapkan. Fungsi administratif adalah istilah untuk proses administratif, yang biasanya merupakan peran pemimpin. Fungsi administratif telah direduksi menjadi empat komponen dengan kemajuan ilmu administrasi: perencanaan, pengorganisasian, pelaksanaan, dan evaluasi.

### **3) Keluaran (*output*)**

Keluaran merupakan hasil dari pekerjaan administrasi. Dan maksud dari keluaran yaitu mengenai pelayanan kesehatan baik pelayanan kedokteran dan pelayanan kesehatan masyarakat.

### **4) Sasaran (*Target*)**

Sasaran merupakan individu, keluarga, kelompok, dan masyarakat merupakan sasaran langsung dan tidak langsung dari administrasi rumah sakit.

### 5) Dampak (*impact*)

Dari segi dampak yang dihasilkan, peningkatan kesehatan diharapkan terjadi. Jika kebutuhan dan keinginan ditangani dengan tepat, tingkat kesehatan dapat meningkat.

## C. Konsep Kebijakan

Kebijakan adalah kumpulan pilihan yang dibuat oleh individu yang bertanggung jawab atas bidang kebijakan tertentu, seperti perdagangan, pendidikan, lingkungan, atau kesehatan.

Pembuat kebijakan, atau mereka yang membuat kebijakan, terlibat dalam perumusan kebijakan. Setiap tingkat pemerintahan, termasuk pemerintah pusat dan daerah, dunia usaha, lembaga pendidikan, dan fasilitas kesehatan, menyiapkan kebijakan. Orang-orang ini, yang memegang posisi penting dalam suatu lembaga dan sering kali memiliki kontak unik dengan pejabat tinggi dari organisasi yang sama atau terpisah, kadang-kadang juga disebut sebagai elit kebijakan. Misalnya, para menteri di kabinet mungkin merupakan elit kebijakan pemerintah, dan mereka semua dapat berkomunikasi dan bertemu dengan perwakilan senior organisasi asing atau perusahaan multinasional, seperti Organisasi Kesehatan Dunia (WHO).

Baik sektor publik maupun swasta dapat membuat kebijakan. Kebijakan ekonomi atau kesehatan yang disiapkan pemerintah yang berfungsi sebagai batasan atas tindakan atau usulan tertentu yang dimulai pada tahun mendatang disebut sebagai kebijakan. Memastikan bahwa OSIS mewakili semua mahasiswa akan menjadi kebijakan universitas.

Terkadang suatu kebijakan disebut program. Misalnya, program kesehatan sekolah yang disponsori pemerintah dapat mencakup berbagai kebijakan, seperti menolak calon siswa untuk diterima sebelum mereka menerima vaksinasi penyakit anak, melakukan pemeriksaan kesehatan, memberikan subsidi makanan di sekolah, dan mewajibkan pendidikan kesehatan sebagai bagian dari kurikulum.

Salah satu kebijakan bagi anak usia sekolah adalah program kesehatan sekolah. Dari contoh ini terlihat jelas bahwa kebijakan bukanlah hasil dari satu keputusan, melainkan beberapa keputusan yang seiring berjalannya waktu akan menghasilkan serangkaian tindakan. Disengaja atau tidak, pilihan atau perilaku ini dapat diklasifikasikan sebagai kebijakan. Anggapan yang lebih formal bahwa semua kebijakan dimaksudkan untuk mencapai tujuan tertentu tampaknya bertentangan dengan pernyataan Thomas Dye yang menyatakan bahwa kebijakan umum adalah apa yang dilakukan dan tidak dilakukan oleh pemerintah.

### **Faktor yang Mempengaruhi Implementasi Kebijakan**

Adapun faktor yang dapat mempengaruhi kebijakan antara lain: (Sarwadamana, 2023).

#### **1. Komunikasi**

Proses penyampaian informasi dari satu pihak ke pihak lain agar pesan tersebut dapat dipahami disebut dengan komunikasi. Komunikasi verbal dan nonverbal dimungkinkan. Para ahli mengatakan bahwa cara lain untuk mendefinisikan komunikasi adalah sebagai suatu proses yang memungkinkan seseorang menggunakan isyarat atau rangsangan linguistik untuk mempengaruhi perilaku orang lain.

Komunikasi *intrapersonal*, *interpersonal*, kelompok, organisasi, dan massa adalah contoh bentuk komunikasi. Tujuan komunikasi adalah untuk mempertemukan orang-orang atau kelompok dan membina hubungan.

#### **2. Sumber Daya**

Frasa sumber dan kekuatan adalah asal kata *literal* dari kata sumber daya. Biasanya istilah "sumber" mengacu pada permulaan, tempat awal yang dapat berkembang atau berpindah. Misalnya saja di dataran tinggi terdapat sumber air panas yang tidak pernah berhenti mengalir dan bergerak. Kata lain untuk sumber sering kali digunakan untuk mengartikan titik utama atau titik awal dari sesuatu. Kekuatan sering dipahami sebagai kekuatan atau kemampuan untuk



mengerakkan benda. Oleh karena itu, sumber daya umumnya dipahami sebagai sumber energi atau tenaga yang dapat digunakan untuk mengaktifkan proses atau tindakan tertentu untuk menghasilkan apa pun.

Manusia adalah makhluk sosial dan biologis dengan berbagai macam keinginan yang secara alamiah tidak dapat terpuaskan. Manusia memerlukan berbagai cara untuk memuaskan keinginannya, termasuk produk dan jasa, guna memenuhi permintaannya. Produksi adalah proses dimana orang menciptakan komoditas dan jasa yang mereka butuhkan. Manusia membutuhkan sumber daya tertentu untuk melakukan produksi ini.

### 3. Disposisi/ Sikap

Jika kebijakan berhasil diimplementasikan, sikap atau watak pelaksana berfungsi sebagai alat yang membantu implementasi kebijakan. Mereka yang melaksanakan kebijakan harus mampu melaksanakannya; mereka tidak perlu menyadari tanggung jawab mereka. Sikap dan dedikasi mereka yang melaksanakan program atau kebijakan, terutama mereka yang melaksanakan program itu sendiri, dikenal sebagai watak. Dalam hal ini, aparat birokrasi adalah yang utama. Kehadiran pejabat pelaksana memiliki pengaruh yang signifikan dalam menentukan seberapa baik kebijakan diimplementasikan.

### 4. Kondisi Ekonomi, Sosial dan Politik

Kemampuan memenuhi keinginan, penghasilan, dan jenis kegiatan ekonomi semuanya memengaruhi kondisi ekonomi seseorang, yang merupakan tempat atau kedudukan mereka dalam kelompok manusia.

## **D. Konsep Rumah Sakit**

Beberapa pengertian rumah sakit, antara lain:

- a. Rumah Sakit adalah institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara

paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan, dan gawat darurat (UU RI No. 44, 2009).

- b. Menurut WHO menyatakan bahwa rumah sakit merupakan komponen penting dari organisasi kesehatan yang melayani masyarakat dengan memberikan layanan komprehensif, menyembuhkan dan mencegah penyakit, mendidik tenaga medis, dan melakukan penelitian medis. Rumah sakit dibagi menjadi dua kelompok utama berdasarkan layanan yang diberikannya: rumah sakit biasa dan rumah sakit khusus. Layanan rawat inap, rawat jalan, gawat darurat, bedah, dan layanan medis lainnya termasuk di antara sekian banyak layanan kesehatan umum dan komprehensif yang ditawarkan oleh rumah sakit umum (Rangki et al., 2024).

Berdasarkan definisi yang diberikan di atas, rumah sakit menawarkan berbagai layanan, seperti medis, dukungan medis, perawatan, rehabilitasi, pencegahan, dan peningkatan kesehatan; juga berfungsi sebagai tempat pendidikan dan/atau pelatihan kedokteran; dan mereka melakukan penelitian ilmiah dan teknologi. sektor kesehatan dan untuk mencegah penyakit dan bahaya (Rangki et al., 2024).

Salah satu komponen utama sistem perawatan kesehatan suatu negara adalah rumah sakitnya. Rumah sakit adalah pusat perawatan medis terpadu yang berkontribusi pada pencegahan penyakit, diagnosis, pengobatan, rehabilitasi, penelitian medis, dan pengajaran selain menyediakan tempat untuk merawat pasien yang sakit atau cedera. Meskipun tidak serumit atau secanggih rumah sakit kontemporer, sejarah rumah sakit itu sendiri berawal dari zaman kuno, ketika sudah ada akomodasi untuk orang sakit dan cedera. Seiring berjalannya waktu, rumah sakit telah mengalami perubahan substansial dalam evolusinya (Rangki et al., 2024).

Rumah sakit telah berkembang menjadi fasilitas perawatan kesehatan canggih yang menawarkan berbagai macam perawatan dan layanan, mulai dari pemeriksaan sederhana hingga prosedur bedah besar, dari layanan darurat hingga perawatan jangka panjang. Awalnya, rumah sakit hanya berfungsi sebagai tempat tinggal dan

perawatan bagi orang yang membutuhkan bantuan medis. Rumah sakit memainkan peran penting dalam sistem perawatan kesehatan suatu negara. Selain menyediakan perawatan medis, rumah sakit berfungsi sebagai pusat penelitian dan pendidikan medis serta sebagai penyedia layanan kesehatan masyarakat (Rangki et al., 2024).

## DAFTAR PUSTAKA

- Kartikasari, D. (2019). *Administrasi Rumah Sakit*. Malang. Diakses dari <http://fik.um.ac.id/wp-content/uploads/2020/10/3.-ADMINISTRASI-RUMAH-SAKIT.pdf>.
- Rangki, L., & rekan-rekan. (2024). *Dasar-Dasar Administrasi Rumah Sakit dan Puskesmas*.
- Sarwadamana, R. J. (2023). *Dasar-dasar administrasi kebijakan kesehatan*. Dalam M. K., Dr. Drs. H. La Ode Saafi, DAP&E, M.Sc.H.Ec., & Dr. Suhadi, S.K.M. (Eds.), *Dasar-dasar administrasi kebijakan kesehatan*. Eureka Media Aksara.
- UU RI No. 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit. (2009). Jakarta: Menteri Hukum dan Hak Asasi Manusia Republik Indonesia.

## **BAB 2**

# **STRUKTUR ORGANISASI DAN TATA KELOLA RUMAH SAKIT**

**Oleh: dr. Muhammad Alim Jaya, MARS, Ph.D., Sp.KJ**

### **A. Pendahuluan**

Struktur organisasi dan tata kelola merupakan elemen kunci dalam operasional rumah sakit. Sebagai entitas yang kompleks, rumah sakit tidak hanya berfokus pada pemberian layanan kesehatan tetapi juga pada manajemen sumber daya, efisiensi biaya, dan kepuasan pasien. Oleh karena itu, pemahaman yang mendalam tentang struktur organisasi dan tata kelola yang baik sangat diperlukan untuk mencapai tujuan tersebut (Robbins, 2022).

Struktur organisasi rumah sakit adalah kerangka kerja yang mengatur bagaimana tugas, tanggung jawab, dan aliran informasi dikoordinasikan di antara berbagai unit dan individu dalam sebuah rumah sakit. Struktur yang efektif sangat penting untuk memastikan efisiensi operasional, kualitas pelayanan kesehatan, serta kepuasan pasien. Dalam lingkungan yang dinamis dan kompleks seperti rumah sakit, struktur organisasi tidak hanya mempengaruhi kinerja klinis tetapi juga kemampuan adaptasi terhadap perubahan regulasi, teknologi, dan kebutuhan pasien (Jones & Bartlett, 2019).

Struktur organisasi rumah sakit mencerminkan hubungan formal antara berbagai fungsi dan tingkat manajerial yang berbeda. Rumah sakit dapat memiliki beragam struktur organisasi tergantung pada ukuran, kompleksitas, jenis layanan yang ditawarkan, serta strategi manajemen yang diadopsi (Mintzberg, 2018).

Tata kelola rumah sakit yang efektif adalah salah satu pilar utama dalam memastikan kualitas pelayanan kesehatan, efisiensi

operasional, serta kepuasan pasien. Dalam konteks yang lebih luas, tata kelola rumah sakit merupakan bagian dari *good governance* di sektor kesehatan, yang bertujuan untuk mencapai keseimbangan antara kebutuhan masyarakat dan efisiensi dalam penggunaan sumber daya (World Health Organization, 2020). Rumah sakit yang menerapkan prinsip tata kelola yang baik mampu meningkatkan transparansi, akuntabilitas, dan partisipasi pemangku kepentingan, termasuk pasien, staf medis, serta pihak manajemen (Bovaird & Löffler, 2020).

Dengan demikian, struktur organisasi di rumah sakit mencerminkan bagaimana tugas, tanggung jawab, dan otoritas didistribusikan di antara staf medis dan administratif. Selain itu, tata kelola yang efektif memastikan bahwa rumah sakit beroperasi secara transparan, akuntabel, dan responsif terhadap kebutuhan pasien serta pemangku kepentingan lainnya (Daft, 2021).

## B. Struktur Organisasi Rumah Sakit

### 1. Struktur Organisasi Rumah Sakit

Struktur organisasi rumah sakit umumnya beragam dan dapat diklasifikasikan ke dalam beberapa model, seperti struktur fungsional, matriks, dan *divisional*. Struktur yang diterapkan oleh sebuah rumah sakit sering kali bergantung pada ukuran, kompleksitas, dan spesialisasi layanan yang ditawarkan.

#### a. Struktur Fungsional

Struktur fungsional adalah model yang paling umum digunakan di rumah sakit. Dalam struktur ini, staf dikelompokkan berdasarkan fungsi atau spesialisasi mereka, seperti departemen bedah, keperawatan, laboratorium, dan administrasi. Kelebihan dari struktur fungsional adalah adanya spesialisasi yang mendalam di setiap unit, yang dapat meningkatkan efisiensi dan kualitas layanan (Jones & Bartlett, 2019). Namun, struktur ini juga memiliki kelemahan, yaitu potensi silang antar departemen yang dapat menghambat komunikasi dan kolaborasi lintas fungsi.

Contoh nyata dari struktur fungsional adalah ketika rumah sakit memiliki departemen yang terpisah untuk manajemen keuangan, sumber daya manusia, dan teknologi informasi, di mana masing-masing dipimpin oleh seorang kepala departemen yang melapor kepada direktur rumah sakit.

b. Struktur Matriks

Model struktur matriks menggabungkan elemen dari struktur fungsional dan proyek. Dalam sistem ini, staf medis dapat bekerja di berbagai departemen sekaligus, tergantung pada kebutuhan proyek tertentu. Struktur matriks memungkinkan kolaborasi lintas disiplin, yang dapat meningkatkan inovasi dan responsivitas terhadap perubahan kebutuhan pasien (Daft, 2021). Namun, tantangan utama dari struktur ini adalah potensi konflik antara manajer fungsional dan manajer proyek terkait prioritas tugas.

Contohnya, seorang perawat dapat ditugaskan untuk bekerja dalam proyek penelitian klinis sambil tetap bertanggung jawab pada departemen keperawatan. Hal ini memungkinkan penggunaan sumber daya manusia yang lebih efisien dan responsif terhadap kebutuhan yang berubah.

c. Struktur *Divisional*

Struktur *divisional* biasanya diterapkan di rumah sakit besar yang memiliki berbagai layanan dan unit yang beroperasi secara independen. Setiap divisi dapat memiliki departemen keuangan, sumber daya manusia, dan operasionalnya sendiri, yang memungkinkan fleksibilitas dalam pengambilan keputusan (Mintzberg, 2018). Struktur ini cocok untuk rumah sakit yang ingin lebih responsif terhadap kebutuhan spesifik dari masing-masing unit layanan, seperti unit onkologi, kardiologi, atau pediatri.

Keuntungan utama dari struktur *divisional* adalah fleksibilitas dan kemampuan untuk fokus pada kebutuhan khusus dari masing-masing divisi. Namun, kekurangannya adalah potensi duplikasi sumber daya dan biaya yang lebih tinggi.

## 2. Elemen Kunci dalam Struktur Organisasi Rumah Sakit

Struktur organisasi rumah sakit harus dirancang untuk mendukung pencapaian visi, misi, dan tujuan strategis rumah sakit. Beberapa elemen kunci yang harus diperhatikan antara lain:

### a. Hierarki Manajerial

Hierarki manajerial yang jelas sangat penting untuk memastikan bahwa alur kerja dan otoritas dikelola dengan baik. Struktur hierarki ini mencakup mulai dari direktur rumah sakit, kepala departemen, hingga tenaga medis dan staf pendukung. Hierarki yang baik membantu dalam penentuan tanggung jawab, pengambilan keputusan, dan penyelesaian konflik (Jones, 2020).

### b. Komunikasi dan Koordinasi

Efektivitas struktur organisasi sangat bergantung pada sistem komunikasi dan koordinasi yang ada. Komunikasi yang terbuka dan transparan antara manajemen dan staf medis penting untuk menciptakan lingkungan kerja yang kolaboratif dan meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan (Daft, 2021).

### c. Desentralisasi vs Sentralisasi

Keputusan terkait desentralisasi atau sentralisasi wewenang sangat mempengaruhi efektivitas struktur organisasi. Rumah sakit dengan struktur desentralisasi memberikan otonomi lebih besar kepada masing-masing unit atau departemen, yang dapat meningkatkan fleksibilitas dan responsivitas (Robbins & Coulter, 2021). Sebaliknya, struktur yang lebih sentralisasi memungkinkan kontrol yang lebih ketat dan standarisasi dalam operasional.

## C. Tata Kelola Rumah Sakit

### 1. Tata Kelola Rumah Sakit

Tata kelola rumah sakit yang baik mencakup serangkaian prinsip, kebijakan, dan prosedur yang dirancang untuk memastikan bahwa rumah sakit dikelola secara efektif, efisien, dan etis. *Good governance* di rumah sakit melibatkan empat pilar utama: akuntabilitas,



transparansi, partisipasi, dan *fairness* (World Health Organization, 2020).

a. Akuntabilitas

Akuntabilitas adalah kemampuan rumah sakit untuk bertanggung jawab atas keputusan dan tindakan mereka. Ini termasuk memastikan bahwa sumber daya digunakan secara efisien dan bahwa rumah sakit mempertanggungjawabkan kinerja mereka kepada pemangku kepentingan seperti pasien, staf, dan pemerintah (Johnson & Sollecito, 2021). Ini termasuk penggunaan anggaran yang transparan, pengelolaan sumber daya manusia, dan kepatuhan terhadap standar etika dan regulasi.

b. Transparansi

Transparansi dalam tata kelola rumah sakit berarti bahwa proses pengambilan keputusan dapat diakses dan dipahami oleh semua pemangku kepentingan (Bovaird & Löffler, 2020). Rumah sakit harus menyediakan informasi yang jelas dan dapat diakses mengenai kebijakan, keputusan, dan kinerja mereka. Transparansi membantu membangun kepercayaan antara rumah sakit dan masyarakat, serta memfasilitasi pengambilan keputusan yang lebih partisipatif (Daft, 2021).

c. Partisipasi

Partisipasi aktif dari seluruh pemangku kepentingan, termasuk staf medis, pasien, dan komunitas, adalah elemen penting dalam tata kelola yang baik. Partisipasi ini dapat meningkatkan kualitas keputusan dan memastikan bahwa kebijakan yang diterapkan sesuai dengan kebutuhan dan harapan masyarakat (Daft, 2021). Melalui partisipasi, rumah sakit dapat lebih responsif terhadap kebutuhan pasien dan dapat membuat keputusan yang lebih inklusif (Johnson & Sollecito, 2021).

d. *Fairness*

Prinsip *fairness* memastikan bahwa semua pasien mendapatkan akses yang adil terhadap layanan kesehatan tanpa diskriminasi. Hal

ini mencakup akses terhadap perawatan, sumber daya, dan informasi medis yang berkualitas (WHO, 2020).

## **2. Model Tata Kelola Rumah Sakit**

Terdapat beberapa model tata kelola yang dapat diterapkan oleh rumah sakit, tergantung pada ukuran, kompleksitas, dan konteks regulasi dari setiap institusi. Beberapa model yang umum digunakan antara lain:

### **a. Tata Kelola Berbasis Dewan Pengawas**

Model ini melibatkan dewan pengawas yang bertanggung jawab atas pengawasan dan evaluasi kinerja manajemen rumah sakit. Dewan pengawas memiliki wewenang untuk mengaudit keuangan, meninjau kebijakan, serta memastikan bahwa rumah sakit mematuhi standar etika dan regulasi (Jones, 2020). Kelebihan model ini adalah adanya *check and balance* yang kuat, namun tantangannya adalah potensi konflik kepentingan antara dewan dan manajemen.

### **b. Tata Kelola Berbasis Klinis**

Model tata kelola berbasis klinis menekankan peran aktif tenaga medis dalam pengambilan keputusan strategis. Ini melibatkan dokter dan perawat dalam proses manajemen untuk memastikan bahwa keputusan yang diambil berdasar pada bukti klinis dan kebutuhan pasien (Sollecito & Johnson, 2021). Kelebihan dari pendekatan ini adalah meningkatkan kualitas pelayanan melalui pengambilan keputusan yang lebih tepat sasaran.

### **c. Tata Kelola Berbasis Jaringan**

Rumah sakit yang tergabung dalam jaringan atau grup layanan kesehatan dapat menerapkan model tata kelola berbasis jaringan. Dalam model ini, terdapat kolaborasi antar rumah sakit untuk berbagi sumber daya, informasi, dan praktik terbaik (Bovaird & Löffler, 2020). Hal ini memungkinkan efisiensi operasional yang lebih tinggi dan kualitas pelayanan yang lebih baik.

### 3. Tantangan dalam Tata Kelola Rumah Sakit

Meskipun banyak rumah sakit yang berupaya menerapkan prinsip tata kelola yang baik, mereka tetap menghadapi berbagai tantangan. Beberapa tantangan utama dalam tata kelola rumah sakit meliputi:

#### a. Kompleksitas Regulasi

Industri kesehatan sangat diatur oleh berbagai regulasi pemerintah yang bertujuan untuk melindungi pasien. Namun, regulasi yang berlebihan dapat menjadi beban bagi manajemen rumah sakit, terutama dalam hal kepatuhan administratif (Daft, 2021).

#### b. Keterbatasan Anggaran

Rumah sakit sering kali harus beroperasi dengan anggaran yang terbatas, terutama rumah sakit yang bergantung pada pendanaan pemerintah. Keterbatasan anggaran ini dapat mempengaruhi kemampuan rumah sakit untuk berinvestasi dalam infrastruktur, teknologi, dan pelatihan staf (Robbins & Coulter, 2021).

#### c. Perubahan Teknologi

Transformasi digital di sektor kesehatan menghadirkan peluang sekaligus tantangan. Penerapan teknologi seperti sistem manajemen informasi rumah sakit (*Hospital Information System*) dapat meningkatkan efisiensi, namun memerlukan investasi yang signifikan serta perubahan dalam budaya organisasi (Mintzberg, 2018).

#### d. Manajemen Krisis dan Risiko

Pandemi COVID-19 menunjukkan pentingnya tata kelola yang adaptif dalam menghadapi krisis. Rumah sakit harus mampu menyesuaikan kebijakan dan operasional mereka dengan cepat untuk menangani lonjakan pasien, keterbatasan sumber daya, dan perubahan regulasi darurat (WHO, 2021).

#### 4. Pengaruh Struktur Organisasi terhadap Kinerja Rumah Sakit

Struktur organisasi yang efektif dapat memberikan dampak positif terhadap kinerja rumah sakit. Studi menunjukkan bahwa rumah sakit dengan struktur yang fleksibel dan tata kelola yang baik memiliki tingkat kepuasan pasien yang lebih tinggi serta efisiensi operasional yang lebih baik (Jones & Bartlett, 2019).

Struktur fungsional yang kaku mungkin efektif untuk rumah sakit kecil, tetapi rumah sakit besar cenderung lebih berhasil dengan struktur matriks atau *divisional* yang lebih dinamis. Struktur matriks, misalnya, memungkinkan integrasi yang lebih baik antara perawatan klinis dan manajemen proyek, yang penting dalam lingkungan kesehatan yang cepat berubah (Johnson & Sollecito, 2021).

#### 5. Inovasi dalam Tata Kelola Rumah Sakit

Transformasi digital dalam manajemen rumah sakit adalah salah satu inovasi terkini yang dapat meningkatkan tata kelola. Implementasi sistem manajemen informasi rumah sakit (*Hospital Information System, HIS*) dapat meningkatkan efisiensi, mengurangi biaya, dan meningkatkan kualitas layanan (Bovaird & Löffler, 2020).

Selain itu, akreditasi internasional seperti *Joint Commission International (JCI)* telah menjadi standar untuk menilai kualitas tata kelola dan manajemen rumah sakit. Akreditasi ini membantu rumah sakit memastikan bahwa mereka mematuhi standar global untuk keselamatan pasien dan kualitas layanan (*Joint Commission International, 2022*).

#### KESIMPULAN:

Struktur organisasi dan tata kelola yang baik merupakan fondasi yang esensial bagi keberhasilan rumah sakit. Struktur yang tepat dapat meningkatkan efisiensi dan kualitas layanan, sementara tata kelola yang baik memastikan akuntabilitas dan transparansi. Rumah sakit perlu terus menyesuaikan struktur organisasi dan tata kelola mereka agar tetap relevan dengan perubahan kebutuhan masyarakat dan teknologi yang berkembang.

## DAFTAR PUSTAKA

- Bovaird, T. & Löffler, E. (2020) Public Management and Governance. 4th edn. London: Routledge.
- Daft, R.L. (2021) Organization Theory and Design. 13th edn. Mason: Cengage Learning.
- Johnson, J.K. & Sollecito, W.A. (2021) McLaughlin and Kaluzny's Continuous Quality Improvement in Health Care. 5th edn. Burlington: Jones & Bartlett Learning.
- Joint Commission International (2022) 'Standards for Hospital Accreditation', JCI Accreditation Standards. Available at: <https://www.jointcommissioninternational.org/> (Accessed: 16 November 2024).
- Jones, G.R. & Bartlett, J.R. (2019) Essentials of Contemporary Management. 8th edn. New York: McGraw-Hill Education.
- Mintzberg, H. (2018) Structure in Fives: Designing Effective Organizations. 3rd edn. New Jersey: Prentice Hall.
- Robbins, S.P. (2022) Organizational Behavior. 18th edn. Harlow: Pearson Education.
- World Health Organization (2020) 'Good Governance in the Health Sector', WHO Guidelines. Available at: <https://www.who.int/publications> (Accessed: 15 November 2024).



# **BAB 3**

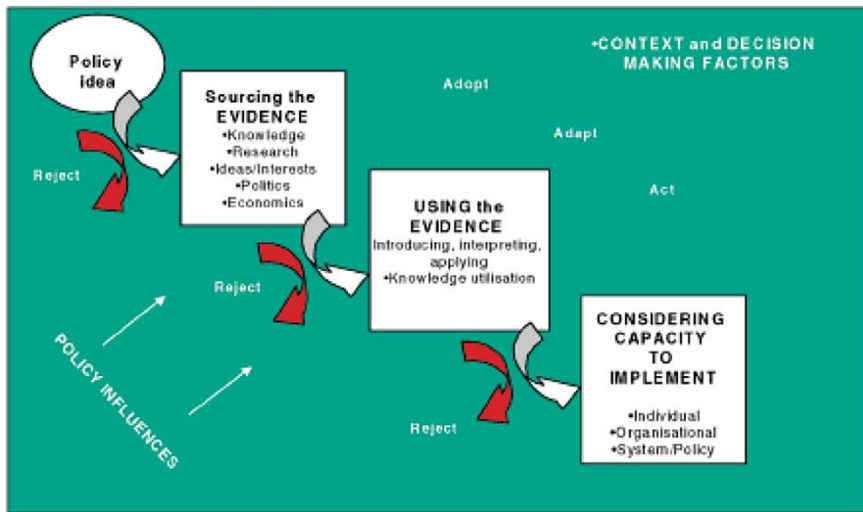
## **KEBIJAKAN KESEHATAN DI RUMAH SAKIT**

**Oleh: Agnes Ratna Saputri, S.Tr.Keb, MARS**

### **A. Pendahuluan**

Kebijakan kesehatan rumah sakit sangat penting untuk menjamin layanan kesehatan yang aman dan berkualitas tinggi yang mematuhi standar hukum dan regulasi. Rumah sakit merupakan bagian integral dari sistem perawatan kesehatan, mempengaruhi kesehatan masyarakat luas melalui aturan yang mengatur penyampaian layanan, keselamatan pasien, manajemen risiko, dan efisiensi operasional. Rumah sakit harus mematuhi berbagai regulasi kesehatan, termasuk undang-undang yang berhubungan dengan akreditasi, lisensi tenaga medis, dan manajemen fasilitas. Regulasi ini memastikan bahwa standar pelayanan terpenuhi dan rumah sakit bertanggung jawab secara hukum serta moral dalam memberikan perawatan terbaik kepada masyarakat (Phillips et al., 2023).

Isi bab ini bertujuan untuk memberikan wawasan komprehensif tentang bagaimana kebijakan kesehatan dikembangkan, diimplementasikan, dan dipantau di lingkungan rumah sakit. Selain itu, buku ini bertujuan membantu para praktisi dan manajer dalam memahami pentingnya pendekatan berbasis bukti untuk pengambilan keputusan.



**Gambar 3.1 Evidence-Informed Policy and Practice Pathway**

Sumber: (Boven and Zwi, 2005)

Gambar di atas menggambarkan aliran bukti yang menginformasikan kebijakan. Konsep kebijakan mencakup tiga proses: pengumpulan, pemanfaatan, dan penerapan bukti. Proses ini mencakup elemen-elemen yang relevan dengan pengambilan keputusan, yang ditandai dengan tahap-tahap mengadopsi, menyesuaikan, dan bertindak. Setelah diadopsi, bukti tersebut biasanya diubah atau disesuaikan sebelum diterapkan dalam konteks kebijakan. Pembuat kebijakan dan praktisi harus memahami dan membedakan bukti yang paling efektif yang berlaku untuk setiap situasi. Proses ini mempertimbangkan berbagai macam orang, organisasi, dan prinsip yang telah ditetapkan (Bowen & Zwi, 2005).

## B. Konsep Dasar Kebijakan Kesehatan

Kebijakan kesehatan adalah bagian integral dari sistem kesehatan yang berfungsi untuk meningkatkan derajat kesehatan masyarakat. Dalam konteks ini, kebijakan kesehatan mencakup berbagai keputusan dan tindakan yang diambil oleh pemerintah dan lembaga



terkait untuk mengatur dan mengelola layanan kesehatan (Pengantar Analisis Kebijakan Kesehatan, 2019).

## **1. Definisi Kebijakan Kesehatan**

Kebijakan kesehatan dijelaskan sebagai kumpulan keputusan yang diambil oleh pemerintah dan pemangku kepentingan lainnya untuk menangani masalah kesehatan masyarakat. Anderson (2000) mendefinisikan kebijakan sebagai serangkaian kegiatan dengan tujuan yang ditentukan yang dilaksanakan oleh orang atau organisasi untuk menangani masalah tertentu. Ini termasuk pembuatan, pelaksanaan, dan penilaian kebijakan yang berkaitan dengan kesehatan Masyarakat (UNUSA, 2022).

Definisi Kebijakan Kesehatan adalah suatu keputusan strategis yang dirumuskan oleh pemerintah atau lembaga kesehatan untuk mencapai tujuan tertentu dalam sektor kesehatan. Kebijakan ini mencakup berbagai aspek, mulai dari pencegahan penyakit hingga peningkatan pelayanan kesehatan. Menurut *World Health Organization* (WHO), kebijakan kesehatan bertujuan untuk memastikan bahwa setiap individu memiliki akses terhadap layanan kesehatan yang berkualitas dan terjangkau (WHO, 2021). Di Indonesia, keberadaan kebijakan kesehatan sangat penting, terutama dalam konteks pandemi COVID-19, di mana pemerintah harus cepat merespons dengan kebijakan yang efektif dan efisien untuk melindungi masyarakat.

## **2. Tujuan dan Fungsi Kebijakan Kesehatan**

Tujuan utama kebijakan kesehatan adalah untuk meningkatkan akses dan kualitas layanan kesehatan, sambil memastikan kesehatan yang adil bagi semua individu. Tugas kebijakan kesehatan mencakup pengendalian distribusi sumber daya, koordinasi antara penyedia layanan kesehatan, dan penetapan standar keselamatan dan kualitas untuk layanan. Strategi ini juga bertujuan untuk mengurangi disparitas kesehatan dengan menangani determinan sosial ekonomi kesehatan, termasuk pendidikan dan kondisi tempat tinggal.

## C. Model Kebijakan Kesehatan

Model kebijakan kesehatan beragam dan dibentuk untuk menangani kompleksitas dalam pelayanan kesehatan, perumusan kebijakan, dan pengelolaan sistem kesehatan. Berikut adalah beberapa model kebijakan kesehatan yang sering digunakan:

1. Pendekatan rasional: Pendekatan ini memprioritaskan pembuatan kebijakan yang didasarkan pada fakta dan pengetahuan yang tepat. Pengambilan keputusan dilakukan melalui prosedur yang logis dan metodis, mengevaluasi semua kemungkinan yang ada. Kebijakan ini bertujuan untuk meningkatkan hasil secara efisien.
2. Model Inkremental: Berbeda dengan pendekatan rasional, model ini menganjurkan modifikasi secara progresif. Keputusan tersebut diambil melalui konsultasi dengan pihak-pihak yang terlibat. Teknik ini sering digunakan ketika perubahan besar terlalu berbahaya atau sulit untuk dilaksanakan.
3. Model *Mixed Scanning*: Sebuah gabungan dari metodologi rasional dan inkremental. Pembuat kebijakan memberikan penilaian yang komprehensif sambil juga mempertimbangkan elemen-elemen tambahan dalam pelaksanaannya. Paradigma ini memfasilitasi fleksibilitas dalam pengambilan keputusan.
4. Model *Punctuated Equilibria* menekankan kekhawatiran kritis yang sangat relevan bagi para pembuat kebijakan. Model ini memandang perubahan kebijakan sebagai respons terhadap tekanan mendadak yang memerlukan tindakan segera, meskipun sebelumnya kebijakan tersebut stabil.
5. Model *Bottom-Up* dan *Top-Down*: Pengembangan kebijakan dapat terjadi melalui pendekatan top-down, di mana otoritas menetapkan kebijakan untuk implementasi penuh, atau melalui pendekatan bottom-up, yang melibatkan keterlibatan komunitas dan pemangku kepentingan lokal dalam proses pembuatan kebijakan. Model Rasional memprioritaskan pembuatan kebijakan yang didasarkan pada fakta dan pengetahuan yang tepat. Pengambilan keputusan dilakukan melalui prosedur yang logis

dan metodis, mengevaluasi semua kemungkinan yang ada. Kebijakan ini bertujuan untuk meningkatkan hasil secara efisien (kebijakan kesehatan 1, 2019).

## D. Prinsip-prinsip Kebijakan Kesehatan di Rumah Sakit

**Tabel 3.1 Prinsip-prinsip Kebijakan Kesehatan**

Prinsip	Deskripsi	Contoh Penerapan
Keadilan ( <i>Equity</i> )	Distribusi layanan kesehatan yang adil untuk semua kelompok tanpa diskriminasi.	Rumah sakit menyediakan layanan khusus bagi pasien yang kurang mampu tanpa biaya atau dengan subsidi, memastikan setiap pasien mendapat akses perawatan yang sama, terlepas dari latar belakang ekonomi atau sosial.
Efektivitas dan Efisiensi	Mengoptimalkan penggunaan sumber daya untuk hasil kesehatan yang terbaik.	Penerapan sistem triase di unit gawat darurat (UGD) untuk memprioritaskan pasien yang membutuhkan penanganan segera, mengurangi waktu tunggu dan penggunaan sumber daya dengan lebih baik.
Transparansi ( <i>Transparency</i> )	Keterbukaan dalam proses pembuatan keputusan dan komunikasi kebijakan yang jelas.	Rumah sakit mengadakan rapat terbuka dengan komunitas untuk menjelaskan kebijakan tarif layanan dan menerima umpan balik dari publik, serta mempublikasikan laporan keuangan tahunan.

Tabel 3.1 menunjukkan bagaimana prinsip-prinsip kebijakan diterapkan dalam praktik untuk memastikan perawatan kesehatan yang adil, efisien, dan bertanggung jawab. Tabel tersebut merangkum tiga prinsip utama yang menjadi landasan dalam pengelolaan layanan kesehatan, yaitu keadilan, efektivitas dan efisiensi, serta transparansi. Masing-masing prinsip dijelaskan melalui definisi dan contoh penerapannya, yang menunjukkan bagaimana prinsip tersebut dapat diimplementasikan secara praktis dalam sistem pelayanan kesehatan. Keseluruhan prinsip ini mencerminkan upaya menciptakan sistem kesehatan yang inklusif, efisien, dan akuntabel, yang bertujuan memberikan layanan terbaik kepada masyarakat dengan meminimalkan kesenjangan dan meningkatkan kepercayaan publik.

## **E. Tantangan dalam Implementasi Kebijakan Kesehatan**

Ketersediaan sumber daya menjadi salah satu kendala utama dalam implementasi kebijakan kesehatan di rumah sakit. Menurut data Kementerian Kesehatan RI, sekitar 60% rumah sakit di Indonesia mengalami defisiensi dalam peralatan medis dan obat-obatan (Kemenkes RI, 2022). Hal ini menghambat kemampuan rumah sakit untuk menerapkan kebijakan kesehatan yang telah ditetapkan. Misalnya, dalam penanganan penyakit infeksi, kurangnya ventilator dan alat diagnostik dapat mengakibatkan keterlambatan dalam diagnosis dan pengobatan, yang pada akhirnya berpengaruh terhadap tingkat kesembuhan pasien.

Implementasi kebijakan kesehatan di rumah sakit merupakan proses yang kompleks dan sering kali dipenuhi dengan berbagai tantangan. Berikut adalah penjelasan mendetail tentang tantangan-tantangan yang dihadapi dalam pelaksanaan kebijakan kesehatan:

### **1. Keterbatasan Sumber Daya**

Sumber daya manusia, finansial, dan infrastruktur yang terbatas sering kali menjadi kendala utama dalam implementasi kebijakan kesehatan. Banyak rumah sakit beroperasi dengan anggaran yang

ketat, sehingga sulit untuk merekrut dan mempertahankan tenaga medis yang berkualitas. Selain itu, infrastruktur yang tidak memadai, seperti ruang perawatan yang terbatas atau peralatan medis yang ketinggalan zaman, dapat menghambat pelaksanaan kebijakan yang dirancang untuk meningkatkan kualitas layanan (Li et al., 2017).

## **2. Perlawanan dari *Stakeholder***

Perubahan kebijakan sering kali tidak disambut baik oleh tenaga medis atau manajemen rumah sakit, yang mungkin merasa bahwa kebijakan baru akan mengubah proses kerja mereka secara signifikan. Resistensi ini bisa muncul karena ketidakpastian mengenai manfaat kebijakan, kekhawatiran tentang peningkatan beban kerja, atau kurangnya pelatihan yang memadai untuk menyesuaikan diri dengan kebijakan baru. Komunikasi yang tidak efektif antara manajemen dan staf juga dapat memperburuk situasi ini.

## **3. Kompleksitas Regulasi**

Kepatuhan terhadap berbagai peraturan kesehatan yang sering kali tumpang tindih dan berubah-ubah dapat memperlambat proses implementasi. Rumah sakit harus memastikan bahwa semua kebijakan yang diterapkan sesuai dengan regulasi lokal, nasional, dan internasional, yang terkadang saling bertentangan. Hal ini memerlukan sumber daya tambahan untuk memantau, memahami, dan menerapkan regulasi tersebut, yang sering kali tidak tersedia.

## **4. Evaluasi dan *Monitoring***

Salah satu tantangan terbesar dalam implementasi kebijakan kesehatan adalah kesulitan dalam mengevaluasi dan memantau dampak kebijakan secara efektif. Banyak kebijakan tidak memiliki indikator yang jelas untuk mengukur keberhasilan atau kegagalannya. Tanpa data yang tepat dan akurat, sulit bagi rumah sakit untuk menilai apakah kebijakan yang diterapkan benar-benar mencapai tujuannya atau jika ada kebutuhan untuk penyesuaian lebih lanjut (Li et al., 2017).

Tabel 3.2 Tantangan dalam Implementasi Kebijakan Kesehatan

Langkah	Deskripsi Prosedur
1. Audit Internal	<b>Pemeriksaan Dokumen:</b> Menganalisis kebijakan saat ini, SOP, dan dokumen lainnya.
	<b>Wawancara:</b> Melaksanakan wawancara dengan personel untuk menilai pemahaman dan penerapan kebijakan.
	<b>Pengamatan:</b> Memantau langsung proses layanan untuk memverifikasi kepatuhan terhadap kebijakan yang telah ditetapkan.
Manfaat	Menentukan area untuk perbaikan dan menjamin kepatuhan terhadap protokol yang ditentukan.
2. Survei Kepuasan Pasien	<b>Penilaian Metrik Kepuasan:</b> Menggunakan survei untuk mengevaluasi ketepatan waktu layanan, sikap personel, kebersihan, dan efektivitas perawatan.
	<b>Analisis Data:</b> Menganalisis informasi survei untuk mengidentifikasi tren dan pola dalam kepuasan pasien.
	<b>Tindak lanjut:</b> Memanfaatkan pengetahuan yang diperoleh untuk menerapkan peningkatan berkelanjutan dalam layanan.
Manfaat	Memperoleh wawasan pasien dan meningkatkan pengalaman mereka secara keseluruhan.
3. Perbandingan Referensi ( <i>Benchmarking</i> )	<b>Menetapkan Standar:</b> Mengidentifikasi indikator kinerja utama (KPI) yang relevan dengan layanan kesehatan.
	<b>Akuisisi Data:</b> Mengumpulkan metrik kinerja dari sumber kredibel (fasilitas kesehatan, organisasi profesional, atau basis data kesehatan).
	<b>Evaluasi dan Perbandingan:</b> Menilai hasil yang diperoleh dan membandingkannya dengan kinerja rumah sakit.
Manfaat	Mengidentifikasi praktik terbaik di industri dan menerapkan modifikasi yang diperlukan untuk meningkatkan hasil.

Tabel 3.2 menggambarkan tiga langkah penting yang digunakan untuk mengevaluasi dan meningkatkan kualitas layanan kesehatan, yaitu Audit Internal, Survei Kepuasan Pasien, dan Perbandingan Referensi (*Benchmarking*). Setiap langkah diikuti dengan deskripsi prosedur yang jelas dan manfaat yang diperoleh dari pelaksanaan langkah. Secara keseluruhan, ketiga langkah ini bertujuan untuk meningkatkan kualitas layanan, memastikan kepatuhan terhadap standar yang ada, serta memberikan dasar untuk perbaikan berkelanjutan berdasarkan masukan dari pasien dan perbandingan dengan praktik terbaik di industri.

### **KESIMPULAN:**

Dalam ranah penyampaian layanan kesehatan, kebijakan kesehatan yang baik merupakan fondasi utama untuk kualitas perawatan di rumah sakit. Kebijakan-kebijakan ini mencakup regulasi dan rekomendasi yang eksplisit sambil juga menunjukkan dedikasi rumah sakit terhadap keselamatan pasien dan standar layanan yang tinggi. Aturan yang efektif memungkinkan rumah sakit untuk memberikan layanan yang terorganisir dan seragam, sehingga menciptakan suasana yang aman dan mendukung bagi pasien.

Pentingnya melibatkan semua pemangku kepentingan dalam proses pembuatan kebijakan sangatlah penting. Pemangku kepentingan, seperti administrasi rumah sakit, profesional kesehatan, pasien, dan keluarga mereka, sangat penting dalam merumuskan kebijakan yang relevan dan efektif. Keterlibatan mereka dalam proses ini memungkinkan rumah sakit untuk memperoleh berbagai sudut pandang dan memahami berbagai masalah yang dihadapi dalam operasi sehari-hari. Kebijakan yang dihasilkan tidak hanya didasarkan pada teori atau standar, tetapi juga pada pengalaman langsung dari mereka yang terlibat dalam layanan kesehatan.

Setelah penerapan kebijakan tersebut, tinjauan berkala sangat penting untuk memastikan efektivitas dan relevansinya. Melalui pengumpulan dan analisis data kinerja layanan, rumah sakit dapat mengevaluasi efek kebijakan terhadap hasil kesehatan dan kepuasan pasien. Prosedur ini memfasilitasi identifikasi area untuk perbaikan

dan modifikasi kebijakan yang diperlukan untuk memenuhi tuntutan yang berubah. Akibatnya, penilaian melampaui sekadar prosedur formal; ia berfungsi sebagai mekanisme untuk mendorong inovasi dan peningkatan berkelanjutan dalam layanan kesehatan.

Ketika rumah sakit berhasil mengintegrasikan kebijakan kesehatan yang baik dengan keterlibatan aktif pemangku kepentingan dan penilaian yang komprehensif, mereka akan meningkatkan kualitas layanan dan mendorong kepercayaan serta kepuasan di antara pasien. Kepuasan pasien yang meningkat meningkatkan reputasi rumah sakit, menarik pasien tambahan, dan pada akhirnya meningkatkan hasil kesehatan secara keseluruhan. Akibatnya, kebijakan kesehatan yang baik mencakup tidak hanya kepatuhan terhadap standar tetapi juga pengembangan hubungan konstruktif antara rumah sakit dan komunitas yang mereka layani.

Temuan ini menekankan bahwa kebijakan kesehatan yang kuat dan inklusif sangat penting bagi rumah sakit yang berusaha meningkatkan layanan kesehatan dan memperbaiki pengalaman pasien. Ini adalah proses yang berkelanjutan, di mana setiap kemajuan menuju peningkatan akan memberikan keuntungan yang berkelanjutan bagi semua pemangku kepentingan dalam ekosistem kesehatan.



## DAFTAR PUSTAKA

- Bowen, S., & Zwi, A. B. (2005). Pathways to "evidence-informed" policy and practice: A framework for action. *PLoS Medicine*, 2(7), e166. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.0020166>
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (n.d.). *Laporan kinerja Kementerian Kesehatan Tahun 2022*.
- Li, Y., Li, Y., Zhang, J., Zhang, Y., Wang, J., & Guo, H. (2017). Organization and regulation of soybean SUMOylation system under abiotic stress conditions. *Frontiers in Plant Science*, 8. <https://doi.org/10.3389/fpls.2017.01458>
- Phillips, K. A., Wilks, A., Padrez, K., Buntin, M. B., & Frakt, A. B. (2023). Ten health policy challenges for the next 10 years. *Health Affairs Scholar*, 1(1). <https://doi.org/10.1093/haschl/qxad010>
- Universitas Nahdlatul Ulama Surabaya (UNUSA). (2022). *Pentingnya menerapkan konsep policy cycle dalam pembuatan kebijakan kesehatan*. UNUSA.



## **BAB 4**

# **MANAJEMEN SUMBER DAYA MANUSIA RUMAH SAKIT**

**Oleh: Mega Astriana, S.K.M., M.Kes**

### **A. Pendahuluan**

Peran manajemen SDM dalam organisasi sangatlah penting. Manajer SDM bertanggung jawab untuk memastikan bahwa organisasi memiliki jumlah, jenis, dan kualitas tenaga kerja yang tepat untuk mencapai tujuan daripada organisasi. Manajemen SDM juga berperan dalam membangun budaya organisasi yang bertujuan mendukung pertumbuhan dan kesejahteraan karyawan. Dengan strategi yang tepat, manajemen SDM dapat menjadi sumber keunggulan dalam persaingan bagi perusahaan. Hal ini dikarenakan karyawan yang berkualitas dan terampil dapat memberikan kontribusi yang besar terhadap kesuksesan organisasi (Fandarina & Nurlaili, 2022).

Paradigma manajemen SDM telah mengalami perubahan besar seiring berjalannya waktu. Administrasi personalia dan kepatuhan terhadap peraturan ketenagakerjaan dulunya merupakan fokus utama dalam manajemen SDM (Lubis & Munawaroh, 2020). Namun, pendekatan manajemen SDM saat ini lebih menekankan pada pengembangan karyawan sebagai aset bagi perusahaan yang memungkinkan perusahaan untuk bersaing di dunia bisnis yang semakin dinamis dan kompleks. Ini menandai pergeseran paradigma dari manajemen SDM konvensional ke manajemen SDM yang proaktif dan berorientasi pada nilai (Hanafiah, 2024).

Dalam konteks globalisasi, organisasi harus mengawasi keragaman karyawan dari berbagai latar belakang budaya, bahasa,

dan nilai. Selain itu, teknologi informasi telah mengubah cara perusahaan mempekerjakan, melatih, dan memotivasi SDM mereka (Simanjuntak, 2022). Untuk memaksimalkan produktivitas dan efisiensi, manajemen SDM harus mampu menggabungkan teknologi dan strategi SDM yang ada.

## **B. Definisi Manajemen Sumber Daya Manusia Rumah Sakit**

Saat ini sektor kesehatan sedang berkembang. Dalam perkembangan sektor kesehatan ini berdampak pada muncul masalah baru yang dihadapi oleh SDM mengingat SDM adalah faktor terakhir yang menentukan seberapa efektif kualitas sistem manajemen dalam implementasinya. Rumah sakit adalah organisasi pelayanan jasa dengan sumber daya manusia (SDM), sarana prasarana, dan peralatan yang digunakan yang unik. Dalam suatu rumah sakit, divisi SDM atau departemen personalia menangani pengelolaan sumber daya manusia. Divisi ini bertanggung jawab untuk memperoleh, mendorong, dan menjaga SDM. Upaya untuk menilai pelaksanaan divisi manajemen SDM muncul sebagai akibat dari semakin pentingnya peran manajemen SDM dalam organisasi (Tejanegara et al., 2022).

Perencanaan, pengorganisasian, pengarahan, dan aspek lain dari manajemen termasuk dalam kategori manajemen SDM. MSDM menangani sumber daya manusia (SDM) artinya individu yang siap, bersedia, dan mampu berkontribusi terhadap tujuan dari organisasi. Untuk memastikan bahwa seseorang dapat bekerja sama dengan baik dan berkontribusi pada kesuksesan perusahaan, MSDM berfokus pada kesejahteraan manusia. MSDM adalah sistem yang memiliki berbagai fungsi, kebijakan, aktivitas, atau praktik. Dalam hal ini termasuk pengambilan, pemilihan, pengembangan, kompensasi, retensi, penilaian, promosi, dan lain-lain (Kaswan, 2012). Selain itu, ada penjelasan yang lebih spesifik mengenai MSDM: "MSDM merupakan kegiatan perencanaan, pengadaan, pengembangan, pemeliharaan, serta penggunaan SDM untuk mencapai tujuan baik secara individu maupun organisasi" (Sutrisno, 2012).

Berdasarkan beberapa definisi-definisi diatas, maka dapat disimpulkan bahwa manajemen sumber daya manusia (MSDM) merupakan suatu kegiatan atau sistem manajemen yang mengadakan dan mengelola sumber daya manusia yang siap, bersedia, dan mampu memberikan kontribusi yang baik agar dapat bekerjasama secara efektif untuk mencapai tujuan baik secara individu ataupun organisasi (Bukit, et al., 2017).

## **C. Rekrutmen Sumber Daya Manusia**

Rekrutmen SDM biasanya terkait dengan ketersediaan pekerjaan di organisasi dan/atau permintaan oleh kepala gugus kerja sesuai dengan persyaratan. Oleh karena itu, perekrutan karyawan baru bertujuan untuk memenuhi kebutuhan dan kekurangan karyawan yang tidak terlepas dari pertumbuhan organisasi, perubahan struktur organisasi, dan pergantian jabatan karyawan (Rachmawati, 2008).

### **1. Selesksi SDM**

Dalam organisasi, seperti rumah sakit yang bergerak di bidang jasa kesehatan seleksi merupakan tugas yang penting dalam perekrutan SDM. Sebuah organisasi melakukan upaya untuk mendapatkan karyawan yang memenuhi kualifikasi dan memiliki kemampuan untuk melaksanakan tugas-tugasnya di perusahaan melalui proses seleksi. Dengan demikian, setiap karyawan yang ingin bekerja di rumah sakit harus dipilih. Tujuan seleksi termasuk (Utomo & Sugiarto, 2007):

1. Menjamin bahwa organisasi memiliki pekerja yang tepat untuk posisi tertentu
2. Memastikan manfaat investasi sumber daya manusia perusahaan
3. Mengevaluasi proses penempatan pelamar berdasarkan minat
4. Menjaga pelamar (calon tenaga kerja) secara adil dan menghindari diskriminasi
5. Mencegah tindakan buruk karyawan yang tidak seharusnya terjadi.

Selain itu, tujuan dari proses seleksi ini adalah untuk memilih karyawan yang tidak hanya mampu melakukan pekerjaannya dengan baik tetapi juga dapat membantu mencapai visi dan misi rumah sakit untuk memberikan pelayanan kesehatan yang unggul dan terakreditasi.

Melalui proses seleksi SDM ini dapat memastikan bahwa tenaga kerja yang akan diterima benar-benar dapat membantu pengembangan pelayanan rumah sakit dengan baik di masa depan. Selama proses seleksi ini, bagian SDM harus memastikan bahwa tidak ada pihak yang intervensi dalam mendukung calon SDM tertentu.

Setelah rekrutmen selesai, proses seleksi dilakukan dalam manajemen SDM suatu organisasi. Pada proses ini dibagian SDM dapat melakukan tugas untuk memilih karyawan yang akan dan tidak akan diterima di rumah sakit. Artinya, pemilihan tenaga kerja yang bekerja di rumah sakit sangat bergantung pada hasil ujian tertulis dan wawancara, serta gugus kerja pada penempatan atau posisi tertentu di kemudian hari (Rivai, 2006).

Keberhasilan rumah sakit dapat dilihat dari dukungan karyawan yang tepat melalui proses seleksi SDM. Meskipun manajemen memberikan rekomendasi, semua kandidat SDM harus melewati proses seleksi. Untuk mendukung kinerja rumah sakit secara keseluruhan, diharapkan pilihan yang tepat guna memastikan bahwa karyawan yang dipilih mampu dan memiliki kemampuan.

Jika SDM diterima berdasarkan rekomendasi tanpa melalui proses seleksi yang ketat, ini dapat mengakibatkan penurunan kinerja dalam suatu pekerjaan. Sumber daya manusia yang dipekerjakan melalui rekomendasi cenderung merasa terlindungi dan tidak bekerja sepenuhnya. Kondisi ini juga dapat menyebabkan perselisihan antara kepala gugus kerja dan staf SDM, yang pada gilirannya dapat menyebabkan masalah bagi manajemen rumah sakit.

Pemeriksaan dokumen seperti sertifikat, pendidikan formal, prestasi akademik, keahlian, ujian tertulis, tes kesehatan, tes

psikologi, dan wawancara terkait pengalaman kerja merupakan bagian dari proses seleksi. Tes tertulis melibatkan pertanyaan tentang pelayanan rumah sakit dan penanganan keluhan pasien. Wawancara mendalam memberikan gambaran tentang seberapa memahami calon SDM pekerjaan rumah sakit. Selain itu, pewawancara dapat memeriksa kemampuan calon dalam menyelesaikan masalah dan bagaimana meningkatkan pelayanan. Orang-orang yang dipekerjakan harus memiliki kualitas pelayanan yang baik, seperti sikap ramah, berkomunikasi dengan baik, dan dapat menangani pasien yang marah. Hal ini sangat penting untuk menjaga kualitas layanan yang diberikan di rumah sakit.

## **2. Perencanaan SDM**

Perencanaan adalah pemilihan serangkaian tindakan dalam keputusan selanjutnya memikirkan tentang kapan, bagaimana, dan oleh siapa tindakan tersebut harus dilakukan. Dengan kata lain, perencanaan merupakan penentuan awal dari apa yang akan dilakukan seseorang atau suatu gugus kerja dalam sebuah organisasi (Handoko, 2003).

Perencanaan berkaitan dengan upaya seorang pemimpin untuk melaksanakan tanggung jawab utamanya, yaitu perencanaan untuk mencapai tujuan organisasi rumah sakit. Oleh karena itu, tugas perencanaan ini adalah penentuan awal dari apa yang akan dilakukan oleh pengelola sumber daya manusia (SDM) rumah sakit untuk mencapai tujuan pelayanannya (Zebua, 2016).

Berikut ini adalah komponen perencanaan SDM diantaranya:

- a. Jumlah SDM yang dibutuhkan dimana Kepala Bagian SDM harus menetapkan jumlah SDM yang diperlukan dengan mempertimbangkan jumlah pekerja yang akan pensiun, jumlah pekerja yang telah keluar, dan kebutuhan pekerja untuk mengikuti pendidikan atau pelatihan lanjutan.
- b. Pemenuhan SDM baru dimana beban kerja di setiap gugus kerja harus menentukan jumlah sumber daya manusia yang diperlukan. Kepala SDM juga harus mempertimbangkan mutasi atau promosi SDM.

- c. Pelatihan dan pengembangan SDM ditujukan untuk menjaga kualitas pelayanan, karyawan yang membutuhkan kompetensi tambahan dapat dilibatkan dalam pelatihan, magang, atau studi lanjut.
- d. Anggaran SDM dimana anggaran SDM harus dimasukkan dalam perencanaan, karena sangat penting untuk memastikan pelaksanaan program kerja SDM baik dalam jangka pendek maupun panjang.

Berdasarkan struktur organisasi, kebutuhan SDM meliputi:

- a. Gugus kerja dimana semua gugus kerja rumah sakit, baik medis maupun non-medis, membutuhkan jumlah tenaga kerja yang berbeda. Hubungan kerja aktif antara gugus kerja dan bagian sumber daya manusia harus memastikan kebutuhan ini diketahui.
- b. Struktur rumah sakit dimana organisasi rumah sakit terutama antara pemerintah dan swasta, memengaruhi pengelolaan sumber daya manusia. Rumah sakit pemerintah yang lebih besar memiliki struktur organisasi yang lebih "miskin struktur" namun "kaya fungsi".

Selanjutnya pada komponen perencanaan SDM terkait penanganan bagi karyawan yang pensiun/keluar meliputi:

- a. Pensiun dimana setiap tahun, kepala SDM harus merencanakan pengganti untuk pekerja yang akan pensiun berdasarkan usia mereka dan riwayat kerja mereka.
- b. Keluarnya SDM dimana jika banyak karyawan mengundurkan diri karena berbagai alasan, kepala sumber daya manusia harus berusaha untuk mengurangi jumlah posisi kosong dengan merekrut atau menyarankan karyawan baru.

### **3. Pelatihan dan Pengembangan SDM**

Untuk meningkatkan kompetensi dan kapasitas individu dalam sektor kesehatan, pelatihan dan pengembangan SDM sangat penting dilakukan. Fokusnya tidak hanya pada peningkatan pengetahuan



teknis saja, tetapi juga keterampilan *interpersonal*, kepemimpinan, dan berpikir kritis yang diperlukan untuk menangani masalah layanan kesehatan (Hanafiah, 2024).

Dalam melakukan pelatihan dan pengembangan SDM, terdapat beberapa hal yang harus dilakukan diantaranya:

- 1) Tentukan kebutuhan pelatihan yang bertujuan untuk menemukan perbedaan antara kompetensi yang dibutuhkan oleh tenaga kesehatan dan yang ada saat ini. Oleh karena itu, program pelatihan dapat dirancang secara relevan dan terarah.
- 2) Desain pemilihan metode pembelajaran yang tepat, seperti kelas tradisional, e-learning, dan simulasi, adalah komponen program. Semakin banyak orang yang menggunakan teknologi informasi untuk meningkatkan efisiensi dan aksesibilitas pelatihan.
- 3) Proses evaluasi dilakukan dengan menggunakan evaluasi formatif dan evaluasi sumatif. Selama proses pelatihan, evaluasi formatif dilakukan, sementara evaluasi sumatif dilakukan setelah pelatihan untuk mengukur dampak jangka panjangnya.

Dalam pelatihan dan pengembangan SDM kesehatan, perencanaan yang efektif sangat penting. Perancangan program dan evaluasi harus mempertimbangkan aspek sumber daya seperti dana, tenaga pengajar, dan fasilitas selain menganalisis kebutuhan sektor kesehatan.

Hal lainnya yang perlu diperhatikan dalam program pelatihan, yaitu kurikulum. Kurikulum harus mencakup topik-topik yang relevan, dari aspek medis hingga manajerial, dengan penekanan pada pembelajaran berbasis praktik. Setelah itu dilakukannya evaluasi berkelanjutan untuk memastikan relevansi dan keberhasilannya. Program harus memiliki dukungan yang berkelanjutan dari pemerintah dan mitra untuk menjaga keberlangsungan dalam jangka panjang.

Beberapa metode yang umum digunakan dalam pelatihan dan pengembangan SDM adalah sebagai berikut (Hanafiah, 2024):

- a. Ceramah dan demonstrasi lebih sering digunakan daripada interaksi langsung.
- b. Pendekatan pembelajaran berbasis tim dan proyek mendorong kerja sama dan pengembangan keterampilan praktis.
- c. E-learning berkaitan dengan fleksibilitas waktu dan tempat. Demikianlah kedua hal ini menjadi kelebihan utama dari pendekatan ini, meskipun ada masalah untuk mempertahankan motivasi peserta.
- d. Simulasi, yaitu memberi peserta pengalaman praktik tanpa risiko untuk meningkatkan keterampilan klinis mereka.

Selanjutnya, berikut beberapa pelatihan dan pengembangan SDM yang bisa dilakukan antara lain:

- a. Pelatihan dan IHT sering dilakukan untuk meningkatkan kompetensi SDM, terutama jika ada keluhan pasien, atau untuk meningkatkan daya saing rumah sakit. IHT efisien dan relevan dengan persyaratan rumah sakit.
- b. Rumah sakit atau organisasi lain dapat memanfaatkan SDM untuk meningkatkan keterampilan, baik di bidang medis (seperti ruang ICU atau bedah) maupun non-medis (seperti akuntansi).
- c. Sejumlah besar karyawan terus belajar untuk meningkatkan kemampuan mereka. Agar pelayanan rumah sakit tidak terganggu, bagian SDM harus mengatur jadwal studi lanjut.
- d. Visi dan misi rumah sakit harus disesuaikan dengan perencanaan SDM. Program kerja SDM, baik jangka pendek, menengah, maupun panjang, dirancang untuk mendukung keberhasilan manajemen dan daya saing rumah sakit.

Perencanaan yang cermat dan pemantauan yang ketat diperlukan untuk implementasi yang efektif. Keterbatasan sumber daya dan ketakutan terhadap perubahan adalah masalah yang sering muncul. Untuk mengetahui seberapa efektif dan berdampak

program tersebut diperlukan pemantauan dan evaluasi. Kecepatan perkembangan teknologi dan ketersediaan sumber daya adalah kendala dalam pelatihan SDM kesehatan. Peluang besar seperti kolaborasi dengan institusi pendidikan dan penggunaan teknologi digital, bagaimanapun, dapat meningkatkan aksesibilitas dan efektivitas pelatihan.

#### **4. Prestasi Kerja**

Salah satu langkah penting dalam manajemen sumber daya manusia (SDM) adalah evaluasi prestasi kerja yang bertujuan untuk mengukur dan menilai kontribusi dan kualitas kinerja setiap karyawan dalam perusahaan. Evaluasi prestasi kerja mencakup menetapkan tujuan kinerja, melakukan pengukuran pencapaian, dan memberikan umpan balik untuk membantu perusahaan menjadi lebih efisien. Tujuan dari proses ini adalah untuk menilai pencapaian tujuan, kompetensi, dan perilaku karyawan serta memberikan panduan tentang kekuatan, kelemahan, dan peluang pengembangan (Hanafiah, 2024).

Berbagai elemen kinerja dimasukkan dalam evaluasi agar menjadi lebih efektif termasuk pencapaian tujuan, keterampilan teknis, perilaku, dan kontribusi tim. Beberapa metode evaluasi yang umum digunakan, yaitu evaluasi 360 derajat (menilai karyawan dari berbagai sudut pandang atasan, rekan kerja, bawahan, dan pelanggan) dan penilaian berbasis kinerja. Dalam memastikan bahwa karyawan berkembang sesuai dengan kebutuhan perusahaan, penilaian berbasis kompetensi, yang menilai keterampilan dan perilaku yang terkait dengan pekerjaan, juga relevan. Selain itu, untuk memungkinkan penilaian kinerja yang objektif, indikator yang digunakan harus jelas dan dapat diukur. Selain itu, organisasi harus melakukan peninjauan berkala terhadap standar dan indikator untuk memastikan bahwa mereka sesuai dengan pertumbuhan pekerjaan dan kondisi tempat kerja (Hanafiah, 2024).

Setelah melakukan perencanaan yang merupakan langkah pertama dalam proses evaluasi prestasi kerja. Selanjutnya adalah implementasi, yang mencakup pengumpulan data dan umpan balik. Selama proses ini, manajer harus berkomunikasi dengan jelas dan

jujur. Setelah evaluasi selesai, hasilnya dianalisis untuk menemukan pola dan tren kinerja dan rencana pengembangan lanjutan untuk karyawan. Untuk membuat lingkungan kerja produktif dan berintegritas, proses evaluasi juga harus dilakukan secara adil dan etis (Ali, 2024).

Hasil evaluasi dapat digunakan untuk merencanakan bagaimana karir karyawan akan berkembang. Untuk merencanakan pelatihan atau promosi, evaluasi dapat membantu menentukan kekuatan dan area pengembangan karyawan. Hasil evaluasi membantu promosi berdasarkan kinerja dan potensi karyawan selain pelatihan. Manajer harus memberikan umpan balik yang jelas dan menawarkan dukungan, seperti *mentorship* dan *coaching*, untuk membantu karyawan mencapai tujuan karir mereka.

## 5. Kompensasi

Kompensasi adalah imbalan, baik berupa uang maupun non-uang, yang diberikan kepada Sumber Daya Manusia (SDM) sebagai balas jasa atas pekerjaan yang telah dilakukan dengan baik. Kompensasi biasanya diberikan secara berkala, biasanya bulanan, dan merupakan salah satu cara perusahaan untuk meningkatkan prestasi kerja, motivasi pekerja, dan kepuasan karyawan (Rachmawati, 2008).

Salah satu tujuan kompensasi adalah sebagai berikut:

- 1) Mendukung kinerja SDM, yaitu diharapkan dengan kompensasi dapat memberikan motivasi karyawan untuk bekerja secara maksimal.
- 2) Mendapatkan tenaga kerja berkualitas, yaitu dengan menarik karyawan berkualitas.
- 3) Menjaga sumber daya manusia dengan mengurangi jumlah karyawan yang keluar atau masuk.
- 4) Kesesuaian antara posisi dan kompetensi yang berarti bahwa posisi akan dipenuhi oleh tenaga kerja yang sesuai.
- 5) Sebagai pengakuan atas upaya dan kontribusi SDM.

- 6) Meningkatkan prestasi dimana kompensasi dapat meningkatkan kinerja karyawan untuk mencapai hasil yang lebih baik.
- 7) Menjaga profesionalisme, yaitu mendukung kinerja SDM sebagai bagian penting dari layanan, terutama di rumah sakit.

Dengan mempertimbangkan tujuan kompensasi tersebut, dapat disimpulkan bahwa kompensasi memiliki efek positif. Sangat penting bagi manajemen rumah sakit untuk memahami peran kompensasi sebagai cara untuk menjaga stabilitas dan kinerja SDM. Semangat kerja dan pelayanan profesional dapat terganggu karena kompensasi yang tertunda atau tidak sesuai. Akibatnya, manajemen yang efektif memerlukan sistem kompensasi yang terukur, jelas, dan adil.

Selain kompensasi memiliki dampak yang baik, sistem kompensasi yang buruk juga bisa memberikan dampak yang buruk. Misalnya, motivasi, kinerja, dan kepuasan karyawan menurun ketika direktur rumah sakit menunda atau memotong kompensasi setiap tahun. Sumber daya manusia menjadi marah dan kecewa, yang berdampak pada kinerja mereka dan memungkinkan mereka untuk dipecat. Kondisi ini menunjukkan bahwa kompensasi yang tidak dikelola dengan baik dapat merusak kepercayaan, menimbulkan konflik, dan mengganggu kinerja perusahaan.

Berikut ini merupakan jenis-jenis kompensasi antara lain:

- a. Kompensasi langsung seperti gaji pokok, bonus, insentif berdasarkan kinerja.
- b. Kompensasi tidak langsung seperti tunjangan seperti asuransi, kesehatan, uang makan, pensiun, dan tunjangan hari raya.

## **6. Kepuasan Kerja**

Kepuasan kerja dalam industri kesehatan dipengaruhi oleh berbagai faktor penting diantaranya (Hanafiah, 2024):

1. Lingkungan kerja yang menyenangkan di mana karyawan akan lebih bahagia jika mereka merasa dihargai, dibantu, dan diperhatikan. Agar karyawan tetap merasa bahagia di tempat

kerja, maka organisasi harus memiliki lingkungan kerja yang memungkinkan semua orang bergabung dan bekerja sama.

2. Gaya kepemimpinan yang baik, komunikasi yang efektif, dan keadilan dalam pengambilan keputusan manajerial meningkatkan motivasi dan kesejahteraan karyawan.
3. Kepuasan bergantung pada pelatihan, pengembangan karir, dan kemajuan, terutama karena banyak karyawan kesehatan memiliki keinginan untuk berkembang.
4. Beban kerja dan keseimbangan hidup, yaitu menyangkut keseimbangan antara pekerjaan dan kehidupan pribadi sangat berpengaruh pada kepuasan karena karyawan kesehatan sering menghadapi jadwal yang padat dan tekanan emosional.
5. Kepuasan berdampak pada kompensasi dan manfaat, seperti gaji yang kompetitif, tunjangan, dan insentif tambahan seperti asuransi kesehatan.
6. Untuk meningkatkan kepuasan karyawan, budaya organisasi dan prinsip seperti integritas dan pelayanan pasien sangat penting.
7. Kepuasan kerja juga dipengaruhi oleh sumber luar, seperti peraturan, persaingan di tempat kerja, dan dinamika industri.

Berikut beberapa metode pengukuran yang digunakan meliputi dalam kepuasan kerja antara lain:

1. Survei karyawan dengan kuesioner untuk mengetahui pendapat karyawan tentang lingkungan kerja dan manajemen.
2. Wawancara individu dimana cara ini menggali lebih dalam tentang apa yang dipikirkan pekerja.
3. Analisis data kinerja dimana menghubungkan data seperti produktivitas dan absensi dengan tingkat kepuasan karyawan.
4. Observasi langsung dilakukan dengan cara memperhatikan bagaimana karyawan berperilaku di tempat kerja
5. Mengevaluasi kepuasan karyawan dengan standar industri atau organisasi lain.

6. Skala Likert, yang mengukur tingkat persetujuan karyawan terhadap elemen lingkungan tempat kerja mereka.
7. Mempelajari bahasa tubuh karyawan untuk menilai kepuasan emosional melalui observasi non-verbal.

Kepuasan kerja yang tinggi berdampak pada meningkatnya produktivitas karyawan dalam berbagai cara:

1. Motivasi dan keterlibatan dimana karyawan yang puas cenderung lebih terlibat dalam pekerjaannya dan termotivasi untuk memberikan hasil terbaik.
2. Absensi dan *turnover*, yaitu kepuasan kerja menurunkan tingkat absensi dan *turnover*, yang penting untuk menjaga tenaga kerja yang stabil dan berkualitas.
3. Kualitas layanan dimana karyawan yang puas memberikan layanan yang lebih baik kepada pasien, yang berpengaruh pada kepercayaan dan kepuasan pasien.
4. Kerja tim dan kolaborasi, yaitu kepuasan mendorong kolaborasi yang lebih baik, meningkatkan inovasi, dan kualitas perawatan.
5. Efisiensi operasional, yaitu karyawan yang puas lebih efisien dan terampil dalam pekerjaan mereka, sehingga meningkatkan operasional.
6. Loyalitas pasien dan reputasi organisasi, yaitu karyawan yang puas menjadi duta merek yang baik bagi organisasi, mendukung reputasi dan pertumbuhan jangka panjang.

Beberapa strategi yang dapat diterapkan dalam meningkatkan kepuasan kerja meliputi:

1. Pengembangan karir, yaitu memberikan akses pelatihan dan kesempatan untuk berkembang guna meningkatkan motivasi karyawan.
2. Keseimbangan kerja-hidup, yaitu mengurangi stres melalui kebijakan fleksibilitas kerja dan dukungan kesehatan mental.

3. Pengakuan dan penghargaan, yaitu pengakuan atas kontribusi karyawan melalui program penghargaan yang terstruktur guna meningkatkan semangat kerja.
4. Komunikasi dan keterlibatan, yaitu meningkatkan keterbukaan komunikasi dan melibatkan karyawan dalam pengambilan keputusan.
5. Manajemen kinerja yang efektif, yaitu memberikan umpan balik yang jelas dan terarah serta menetapkan tujuan kinerja yang realistis.
6. Lingkungan kerja yang inklusif, yaitu menghargai keberagaman dan mempromosikan budaya inklusi.
7. Evaluasi kebijakan SDM, yaitu melakukan evaluasi rutin terhadap kebijakan SDM untuk memastikan relevansi dan responsif terhadap kebutuhan karyawan.

Terdapat beberapa tantangan yang dihadapi dalam meningkatkan kepuasan kerja antara lain:

1. Tekanan kerja yang tinggi dimana karyawan kesehatan menghadapi tingkat stres yang tinggi yang dapat menyebabkan kelelahan dalam melakukan suatu pekerjaan.
2. Kekurangan sumber daya dimana keterbatasan sumber daya dan anggaran dapat memengaruhi kesejahteraan karyawan.
3. Kompleksitas regulasi seperti kebijakan industri kesehatan yang ketat sering membatasi fleksibilitas dalam merancang program kesejahteraan.
4. Ketidakseimbangan antara kebutuhan profesional dan pribadi yang merupakan konflik antara tuntutan pekerjaan dan kebutuhan pribadi menjadi tantangan dalam menjaga keseimbangan hidup.
5. Keberagaman dan inklusi merupakan tantangan menciptakan budaya kerja yang inklusif dan beragam.



6. Pengukuran kepuasan yang tepat menyangkut kesulitan dalam memilih alat pengukuran yang valid dan akurat.
7. Implementasi strategi dimana strategi peningkatan kepuasan kerja perlu disesuaikan dengan karakteristik industri kesehatan dan membutuhkan kerjasama yang kuat antar level organisasi.

## DAFTAR PUSTAKA

- Bukit, B., Malusa, T., & Rahmat, A. (2017). Pengembangan Sumber Daya Manusia Cetakan Pertama. Penerbit Zahir Publishing, Yogyakarta.
- Hanafiah, A. (2024). Manajemen Sumber Daya Manusia dalam Sektor Kesehatan. Penerbit PT. Literasi Nusantara Abadi Grup, Malang.
- Kaswan. (2012). Manajemen Sumber Daya Manusia untuk Keunggulan Bersaing Organisasi. Penerbit Graha Ilmu, Yogyakarta.
- Rachmawati, I.K. (2008). Manajemen Sumber Daya Manusia. Penerbit C.V. Andi Offset, Yogyakarta.
- Rivai, V. (2006). Manajemen Sumber Daya Manusia untuk Perusahaan. Penerbit PT. RajaGrafindo Persada, Jakarta.
- Sutrisno, E. (2012). Manajemen Sumber Daya Manusia, Cetakan Ketiga. Penerbit Kencana Prenada Media Group, Jakarta.
- Tejanagara, F. C. H., Rizan, M., & Handaru, A. W. (2022). Manajemen Sumber Daya Manusia Rumah Sakit. 2022. Penerbit Widina Bhakti Persada, Bandung.
- Utomo, H. J. N. dan Sugiarto, M. (2007). Manajemen Sumber Daya Manusia. Penerbit Ardana Media, Yogyakarta.
- Zebua, M. (2016). Manajemen Rumah Sakit: Fungsikan Manajemen Instalasi di Rumah Sakit. Penerbit Valemba, Yogyakarta.

# **BAB 5**

## **MANAJEMEN KEUANGAN DAN ANGGARAN RUMAH SAKIT**

**Oleh: dr. Astari Pratiwi Nuhrintama, MARS**

### **A. Pendahuluan**

Manajemen keuangan dan anggaran rumah sakit merupakan komponen vital dalam memastikan keberlanjutan operasional dan kualitas pelayanan kesehatan. Rumah sakit sebagai institusi pelayanan kesehatan memiliki karakteristik unik, seperti tingginya biaya operasional, kompleksitas pelayanan, serta ketergantungan pada berbagai sumber pendapatan, baik dari pasien, asuransi, maupun pemerintah. Oleh karena itu, pengelolaan keuangan yang efisien dan transparan menjadi kebutuhan utama untuk mendukung visi dan misi organisasi kesehatan tersebut (Reiter & Song, 2021).

Dalam konteks anggaran, rumah sakit harus menghadapi tantangan dalam menyusun dan mengelola alokasi sumber daya yang terbatas untuk memenuhi kebutuhan pelayanan yang terus meningkat. Anggaran berfungsi sebagai alat perencanaan, pengendalian, dan evaluasi yang membantu manajemen rumah sakit mencapai efisiensi operasional. Selain itu, anggaran yang disusun dengan baik dapat mendukung pengambilan keputusan strategis, terutama dalam menghadapi perubahan regulasi dan dinamika pasar kesehatan (Cleverley & Cleverley, 1999).

Pendekatan manajemen keuangan rumah sakit juga harus mempertimbangkan aspek transparansi dan akuntabilitas. Hal ini penting mengingat banyaknya sumber pendapatan rumah sakit yang berasal dari dana publik, seperti program Jaminan Kesehatan

Nasional (JKN) di Indonesia. Pelaporan keuangan yang transparan tidak hanya memenuhi aspek legalitas, tetapi juga meningkatkan kepercayaan masyarakat terhadap institusi kesehatan (Carrin et al., 2008).

Komponen utama dalam manajemen keuangan rumah sakit meliputi perencanaan anggaran, pengendalian biaya, dan analisis pendapatan. Perencanaan anggaran yang baik harus berbasis data dan didukung oleh teknologi informasi terkini untuk memastikan akurasi dan efisiensi. Selain itu, evaluasi kinerja keuangan juga menjadi langkah penting dalam mengidentifikasi area yang membutuhkan perbaikan serta mendukung pengambilan keputusan berbasis data (Nowicki, 2018).

Tantangan yang dihadapi dalam pengelolaan anggaran rumah sakit meliputi meningkatnya biaya kesehatan, tekanan dari pemangku kepentingan, serta kebutuhan untuk menyesuaikan dengan perkembangan teknologi dan inovasi medis. Dalam menghadapi tantangan ini, penting bagi manajemen rumah sakit untuk menerapkan pendekatan berbasis nilai (*value-based healthcare*), yang menekankan pada efisiensi biaya sambil mempertahankan atau meningkatkan kualitas pelayanan (Porter & Lee, 2014).

Dengan demikian, manajemen keuangan dan anggaran yang efektif menjadi elemen kunci dalam menciptakan keberlanjutan rumah sakit. Upaya ini tidak hanya mempengaruhi kelangsungan finansial rumah sakit, tetapi juga berdampak pada pencapaian tujuan jangka panjang, yaitu meningkatkan akses dan kualitas layanan kesehatan bagi masyarakat.

## **B. Definisi Manajemen Keuangan dan Anggaran Rumah Sakit**

Manajemen keuangan dalam konteks rumah sakit adalah proses perencanaan, pengelolaan, dan pengendalian sumber daya keuangan untuk mencapai tujuan organisasi kesehatan secara efisien dan efektif. Manajemen ini mencakup pengelolaan arus kas, pengendalian

biaya, perencanaan anggaran, hingga pengambilan keputusan investasi. Tujuan utama dari manajemen keuangan rumah sakit adalah memastikan keberlanjutan operasional rumah sakit sambil tetap memberikan pelayanan kesehatan yang berkualitas tinggi kepada pasien (Reiter & Song, 2021).

Secara spesifik, anggaran rumah sakit adalah dokumen yang merangkum rencana alokasi sumber daya keuangan untuk berbagai kegiatan dan kebutuhan operasional dalam suatu periode tertentu. Anggaran ini mencerminkan prioritas strategis rumah sakit, termasuk pengembangan fasilitas, pembelian peralatan medis, dan peningkatan kualitas pelayanan. Anggaran tidak hanya berfungsi sebagai alat perencanaan tetapi juga sebagai panduan dalam pengendalian keuangan, yang membantu manajemen menjaga keseimbangan antara pendapatan dan pengeluaran (Cleverley & Cleverley, 1999).

Manajemen keuangan rumah sakit mencakup tiga elemen utama, yaitu pengelolaan pendapatan, pengelolaan biaya, dan pengelolaan investasi. Pengelolaan pendapatan melibatkan identifikasi dan optimalisasi berbagai sumber pendapatan, seperti pembayaran pasien, klaim asuransi, dan subsidi pemerintah. Sementara itu, pengelolaan biaya bertujuan untuk meminimalkan pemborosan dan memastikan penggunaan sumber daya yang efisien tanpa mengorbankan kualitas pelayanan (Nowicki, 2018).

Dalam implementasinya, manajemen keuangan rumah sakit tidak hanya melibatkan aspek teknis tetapi juga strategis. Misalnya, rumah sakit harus mampu beradaptasi dengan perubahan regulasi, seperti implementasi sistem pembiayaan berbasis prospektif dalam program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN). Sistem ini memerlukan pengelolaan anggaran yang lebih cermat, mengingat pembayaran dilakukan berdasarkan paket layanan yang telah ditentukan sebelumnya (Carrin et al., 2008).

Selain itu, anggaran rumah sakit sering kali digunakan sebagai alat komunikasi antara manajemen dan pemangku kepentingan, seperti pemerintah, lembaga donor, dan masyarakat. Melalui penyusunan anggaran yang transparan dan akuntabel, rumah sakit

dapat meningkatkan kepercayaan dan dukungan dari para pemangku kepentingan. Hal ini juga mendukung upaya rumah sakit dalam mendapatkan pendanaan tambahan untuk pengembangan program-program strategis (Porter & Lee, 2014).

Secara keseluruhan, manajemen keuangan dan anggaran rumah sakit adalah pilar penting dalam mendukung keberlanjutan organisasi. Proses ini tidak hanya bertujuan untuk mencapai kestabilan finansial tetapi juga untuk meningkatkan akses dan kualitas pelayanan kesehatan. Dengan pengelolaan yang baik, rumah sakit dapat menghadapi tantangan operasional sekaligus memenuhi kebutuhan masyarakat secara optimal.

Dari beberapa definisi-definisi diatas, maka dapat ditarik kesimpulan bahwa manajemen sumber daya manusia (MSDM) merupakan suatu kegiatan atau sistem manajemen yang mengadakan dan mengelola sumber daya manusia yang siap, bersedia, dan mampu memberikan kontribusi yang baik agar dapat bekerjasama secara efektif untuk mencapai tujuan baik secara individu ataupun organisasi.

## **C. Landasan Teori dan Konsep Dasar**

### **1. Konsep Dasar Manajemen Keuangan**

Manajemen keuangan dalam konteks layanan kesehatan mencakup serangkaian kegiatan yang bertujuan untuk mengelola sumber daya keuangan guna mendukung operasional dan pencapaian tujuan strategis organisasi kesehatan. Hal ini melibatkan perencanaan, pengorganisasian, pengendalian, dan evaluasi sumber daya keuangan untuk memastikan kelangsungan pelayanan berkualitas tinggi kepada masyarakat. Efisiensi, akuntabilitas, dan keberlanjutan menjadi prinsip utama dalam penerapannya (Zelman et al., 2012).

#### **Fungsi-Fungsi Manajemen Keuangan:**

##### **1) Perencanaan Keuangan**

Perencanaan keuangan mencakup penyusunan anggaran dan proyeksi pendapatan serta pengeluaran berdasarkan kebutuhan

rumah sakit. Dalam layanan kesehatan, hal ini melibatkan pengelolaan berbagai sumber pendapatan, seperti pembayaran langsung pasien, klaim asuransi, dan subsidi pemerintah, untuk memastikan bahwa layanan yang diberikan dapat beroperasi tanpa hambatan finansial (Baker, 1998).

## 2) Pengelolaan Arus Kas

Fungsi ini bertujuan untuk memastikan rumah sakit memiliki likuiditas yang cukup untuk memenuhi kewajiban keuangan jangka pendek, seperti pembayaran gaji, pembelian obat, dan pemeliharaan fasilitas. Pengelolaan arus kas yang baik membantu organisasi menghindari defisit keuangan yang dapat mengganggu operasional (Porter & Kaplan, 2011)

## 3) Pengendalian Biaya

Fungsi ini menitikberatkan pada pengurangan pemborosan dan pengelolaan pengeluaran untuk memastikan efisiensi. Dalam layanan kesehatan, pengendalian biaya sering kali dilakukan melalui evaluasi aktivitas, seperti penerapan *activity-based costing*, untuk menentukan alokasi anggaran yang optimal (Drummond et al., 2005)

## 4) Pengambilan Keputusan Investasi

Investasi dalam layanan kesehatan melibatkan evaluasi kebutuhan teknologi medis, pembangunan fasilitas, atau pelatihan staf. Keputusan ini dibuat berdasarkan analisis biaya-manfaat untuk memastikan bahwa investasi yang dilakukan memberikan dampak positif pada kualitas pelayanan dan efisiensi operasional (Rosko & Mutter, 2010).

## 5) Evaluasi Kinerja Keuangan

Evaluasi kinerja dilakukan melalui analisis laporan keuangan dan indikator kinerja, seperti rasio likuiditas dan solvabilitas. Fungsi ini bertujuan untuk memastikan bahwa pengelolaan keuangan organisasi berjalan sesuai dengan rencana dan memberikan hasil yang diharapkan (Li & Zhao, 2003).

## **Prinsip-Prinsip Keuangan dalam Layanan Kesehatan:**

### **a. Akuntabilitas**

Prinsip ini memastikan bahwa pengelolaan keuangan dilakukan secara transparan dan bertanggung jawab kepada pemangku kepentingan. Dalam layanan kesehatan, akuntabilitas mencakup pelaporan penggunaan dana dari sumber publik dan swasta (Carrin et al., 2008).

### **b. Efisiensi**

Efisiensi adalah prinsip untuk memaksimalkan hasil yang dicapai dengan biaya minimal tanpa mengorbankan kualitas pelayanan. Misalnya, rumah sakit dapat menggunakan teknologi informasi untuk mengurangi biaya administrasi (Zelman et al., 2012).

### **c. Ekuitas**

Prinsip ini memastikan bahwa semua individu, termasuk kelompok rentan, memiliki akses yang adil terhadap layanan kesehatan. Ekuitas dalam alokasi anggaran menjadi fokus utama untuk mendukung kesehatan masyarakat secara luas (Berman & Bitran, 2016).

### **d. Keberlanjutan**

Keberlanjutan mengacu pada kemampuan rumah sakit untuk mempertahankan operasional jangka panjang dengan menggunakan sumber daya secara bijak. Prinsip ini penting terutama dalam menghadapi peningkatan kebutuhan kesehatan yang terus berkembang (Gilmartin & D'Aunno, 2007).

### **e. Pengelolaan Risiko**

Dalam manajemen keuangan layanan kesehatan, pengelolaan risiko mencakup identifikasi, evaluasi, dan mitigasi potensi ancaman terhadap stabilitas finansial, seperti perubahan regulasi atau fluktuasi pendapatan (Nowicki, 2018).

Dengan menerapkan fungsi dan prinsip manajemen keuangan yang tepat, layanan kesehatan dapat menghadapi tantangan kompleksitas



operasional dan kebutuhan masyarakat yang terus meningkat dengan lebih baik.

## **2. Konsep Anggaran Rumah Sakit**

### **Jenis-Jenis Anggaran Rumah Sakit:**

#### **1. Anggaran Operasional**

Anggaran operasional mencakup semua biaya yang terkait dengan aktivitas rutin rumah sakit, seperti pembayaran gaji, pembelian obat-obatan, dan pemeliharaan fasilitas. Anggaran ini berfungsi untuk memastikan bahwa operasional sehari-hari berjalan lancar tanpa gangguan keuangan. Penyusunan anggaran operasional memerlukan analisis yang cermat terhadap volume pasien dan kebutuhan operasional (Reiter & Song, 2021).

#### **2. Anggaran Modal**

Anggaran modal mencakup investasi dalam aset tetap yang bernilai besar, seperti pembangunan fasilitas baru, pembelian alat medis, atau pengembangan teknologi informasi. Jenis anggaran ini biasanya mencakup analisis biaya-manfaat untuk memastikan investasi memberikan dampak positif terhadap kualitas layanan kesehatan (Nowicki, 2018).

#### **3. Anggaran *Cash Flow***

Anggaran *cash flow* digunakan untuk mengelola arus masuk dan keluar kas rumah sakit. Tujuannya adalah memastikan bahwa rumah sakit memiliki likuiditas yang cukup untuk memenuhi kebutuhan keuangan jangka pendek, seperti pembayaran utang dan biaya operasional mendesak. Anggaran ini penting untuk menjaga stabilitas keuangan dalam menghadapi fluktuasi pendapatan, seperti penundaan pembayaran klaim asuransi (Drummond et al., 2005).

### **Siklus Anggaran Rumah Sakit:**

#### **1. Perencanaan Anggaran**

Tahap ini melibatkan pengumpulan data historis, proyeksi kebutuhan masa depan, dan analisis sumber daya yang tersedia.

Perencanaan dilakukan dengan melibatkan berbagai pihak, seperti manajemen, kepala departemen, dan staf keuangan, untuk memastikan anggaran yang realistis dan mencakup semua aspek operasional (Cleverley & Cleverley, 1999).

### 2. Penyusunan Anggaran

Setelah data dikumpulkan, rumah sakit menyusun anggaran formal yang mencakup semua elemen keuangan. Dokumen anggaran ini kemudian disahkan oleh manajemen dan pemangku kepentingan lainnya untuk digunakan sebagai panduan keuangan selama periode anggaran (Baker, 1998).

### 3. Implementasi Anggaran

Pada tahap ini, rumah sakit melaksanakan rencana keuangan sesuai dengan anggaran yang telah disusun. Pemantauan dilakukan untuk memastikan bahwa pengeluaran dan pendapatan sesuai dengan proyeksi yang telah direncanakan (Porter & Kaplan, 2011).

### 4. Evaluasi dan Revisi Anggaran

Rumah sakit secara rutin mengevaluasi kinerja anggaran dengan membandingkan realisasi terhadap rencana awal. Jika ditemukan penyimpangan, dilakukan revisi untuk menyesuaikan anggaran dengan kondisi aktual. Evaluasi ini penting untuk meningkatkan akurasi dan efektivitas perencanaan anggaran di masa depan (McKinney, 2024).

## 3. Regulasi Terkait Keuangan Rumah Sakit

Regulasi keuangan rumah sakit di Indonesia tahun 2024 dipengaruhi oleh sejumlah peraturan yang bertujuan meningkatkan efisiensi, transparansi, dan akuntabilitas manajemen keuangan di fasilitas kesehatan. Salah satu peraturan utama adalah *Peraturan Pemerintah (PP) Nomor 28 Tahun 2024*, yang merupakan pelaksanaan dari Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan. PP ini mencakup pengelolaan dana kesehatan, standar pelayanan, dan tata kelola rumah sakit yang lebih ketat untuk memastikan kelangsungan layanan dan peningkatan kualitas pelayanan kesehatan.

Selain itu, Permenkes terbaru tahun 2024 menyoroti pengelolaan dana Badan Layanan Umum Daerah (BLUD) rumah sakit. Regulasi ini mengatur fleksibilitas dalam pengelolaan anggaran, sekaligus menekankan pentingnya audit dan laporan keuangan yang transparan untuk mencegah penyalahgunaan dana publik.

Dalam konteks pendanaan universal, pemerintah juga memperkuat regulasi tentang klaim dan pembayaran BPJS Kesehatan, dengan tujuan mempercepat proses pembayaran klaim kepada rumah sakit dan mencegah defisit anggaran. Hal ini diatur melalui revisi aturan teknis terkait tarif layanan kesehatan berbasis *Diagnosis-Related Groups* (DRG) yang diimplementasikan pada tahun ini.

Peningkatan pengawasan dan tata kelola juga tercermin dalam regulasi yang mengharuskan rumah sakit memiliki laporan kinerja keuangan yang sesuai dengan Standar Akuntansi Pemerintahan (SAP) serta regulasi tambahan terkait pelaporan *online* yang diperkenalkan oleh Kementerian Kesehatan.

## **D. Metode dan Strategi Manajemen Keuangan**

### **1. Perencanaan Keuangan**

#### **1) Perencanaan Keuangan Jangka Pendek**

Perencanaan keuangan jangka pendek berfokus pada pengelolaan kebutuhan dana dalam waktu kurang dari satu tahun. Strategi ini mencakup manajemen likuiditas, seperti pengelolaan arus kas, pembayaran utang jangka pendek, dan pendanaan modal kerja. Perusahaan menggunakan sumber dana seperti kredit bank jangka pendek, kredit pemasok, atau diskon faktur untuk mempertahankan operasional sehari-hari. Tujuan utama adalah memastikan kelancaran arus kas dan kemampuan memenuhi kewajiban keuangan saat jatuh tempo (Hadiwardoyo, 2020; Saraswati and Nugroho, 2021).

## 2) Perencanaan Keuangan Jangka Panjang

Perencanaan keuangan jangka panjang dirancang untuk memenuhi kebutuhan perusahaan dalam jangka waktu 3 hingga 10 tahun. Langkah-langkah utama mencakup analisis lingkungan (internal dan eksternal), penetapan visi, misi, dan tujuan strategis, hingga pengembangan rencana investasi. Strategi jangka panjang biasanya terkait dengan akuisisi aset, pengembangan produk baru, ekspansi pasar, dan penyesuaian struktur modal. Implementasi strategi jangka panjang ini juga melibatkan pemantauan secara berkala untuk memastikan kesesuaian dengan perubahan lingkungan bisnis (Garg & Singht, 2017).

## 3) Implementasi dan Pemantauan

Dalam praktiknya, kedua strategi ini memerlukan kolaborasi lintas departemen dan pendekatan holistik. Perencanaan jangka pendek sering menjadi dasar bagi pengambilan keputusan strategis jangka panjang. Pemantauan berkelanjutan memastikan bahwa perusahaan dapat beradaptasi dengan perubahan lingkungan eksternal, seperti perubahan regulasi atau kondisi pasar (Garg & Singht, 2017).

# 2. Pengendalian Biaya dan Efisiensi Operasional

## 1) Identifikasi Biaya Tetap dan Variabel

Dalam manajemen keuangan, pengendalian biaya operasional dimulai dengan identifikasi biaya tetap dan variabel. Biaya tetap adalah biaya yang tidak berubah terlepas dari volume aktivitas, seperti gaji karyawan tetap dan penyusutan aset. Sementara itu, biaya variabel berubah seiring dengan tingkat layanan yang diberikan, seperti obat-obatan dan bahan habis pakai. Rumah sakit dapat menggunakan analisis struktur biaya untuk memisahkan komponen tetap dan variabel, yang membantu dalam pengelolaan anggaran secara lebih akurat (Osterwalder et al., no date; Sujarweni, 2015).

## 2) Pendekatan Cost-Effectiveness

Pendekatan *cost-effectiveness analysis* (CEA) menjadi metode penting untuk menilai efisiensi penggunaan sumber daya. Teknik ini membandingkan biaya program dengan hasilnya dalam bentuk nonmoneter, seperti jumlah kematian yang dapat dicegah (*death averted*) atau tambahan tahun hidup berkualitas (*Quality Adjusted Life Year/QALY*). Misalnya, rumah sakit dapat membandingkan antara strategi pengobatan baru dan metode yang ada untuk memaksimalkan manfaat kesehatan sambil meminimalkan biaya. Strategi ini relevan untuk pengambilan keputusan terkait program kesehatan yang terbatas sumber dayanya (Weinstein & Stason, 2010).

## 3) Efisiensi Operasional di Rumah Sakit

- a. Efisiensi Ekonomi: Penggunaan input berbiaya rendah, seperti obat generik dan tenaga kesehatan yang sesuai kebutuhan.
- b. Efisiensi Teknis: Pengurangan pemborosan akibat kombinasi sumber daya yang kurang tepat, seperti penggunaan alat canggih tanpa operator yang kompeten.
- c. Efisiensi Skala: Memastikan investasi besar, seperti alat medis, memberikan hasil optimal tanpa biaya tambahan yang signifikan

## 3. Pendekatan Analisis Keuangan

### 1) Analisis Rasio Keuangan

#### a. Rasio Profitabilitas

Rasio profitabilitas digunakan untuk mengukur kemampuan perusahaan menghasilkan laba dibandingkan dengan penjualan, aset, atau ekuitas. Contoh rasio profitabilitas meliputi *return on assets (ROA)*, *return on equity (ROE)*, dan margin laba bersih. Rasio ini membantu manajemen dan pemangku kepentingan untuk mengevaluasi efisiensi perusahaan dalam memanfaatkan sumber dayanya.

b. Rasio Likuiditas

Rasio likuiditas mengukur kemampuan perusahaan untuk memenuhi kewajiban jangka pendeknya. Rasio yang sering digunakan adalah *current ratio* dan *quick ratio*. Perusahaan dengan rasio likuiditas tinggi dianggap memiliki manajemen keuangan yang baik karena mampu menghadapi risiko likuiditas.

c. Rasio Solvabilitas

Rasio solvabilitas mengukur kemampuan perusahaan dalam memenuhi kewajiban jangka panjangnya. Rasio seperti *debt to equity ratio (DER)* atau *debt to assets ratio* menunjukkan sejauh mana perusahaan bergantung pada utang dalam struktur modalnya. Solvabilitas yang sehat mencerminkan keberlanjutan operasional perusahaan dalam jangka panjang.

2) *Break-Even Point (BEP)*

BEP adalah titik di mana total pendapatan sama dengan total biaya, sehingga perusahaan tidak mengalami keuntungan maupun kerugian. BEP dapat dihitung menggunakan rumus:

$$BEP \text{ (unit)} = \frac{\text{Total Fixed Costs}}{\text{Price per unit} - \text{Variable Cost per Unit}}$$

Analisis BEP membantu manajer dalam menentukan volume penjualan minimum yang harus dicapai untuk menutup semua biaya, baik tetap maupun variabel. BEP juga digunakan untuk pengambilan keputusan seperti harga jual, target produksi, dan efisiensi operasional.

## **E. Tantangan dan Solusi dalam Manajemen Keuangan Rumah Sakit**

### **1. Tantangan Internal**

1) Keterbatasan Sumber Daya Manusia yang Kompeten

Salah satu tantangan utama dalam organisasi adalah kurangnya SDM yang memiliki kompetensi memadai untuk memenuhi tuntutan kerja.

Kesenjangan ini dapat terjadi karena rendahnya tingkat pendidikan, pelatihan yang terbatas, atau minimnya pengalaman di sektor tertentu. Misalnya, dalam sektor publik, meskipun jumlah SDM melimpah, kemampuan mereka sering kali tidak sejalan dengan kebutuhan perubahan teknologi atau kebijakan global. Hal ini menimbulkan kesulitan dalam memberikan pelayanan publik yang optimal. Selain itu, pengembangan SDM yang strategis melalui pelatihan formal dan nonformal, seperti pendidikan profesional atau pelatihan digitalisasi, masih kurang memadai untuk menghadapi era disrupsi.

## 2) Administrasi yang Tidak Efisien

Administrasi yang tidak efisien menjadi hambatan signifikan dalam mencapai tata kelola organisasi yang baik. Ketidakefisienan ini sering kali diakibatkan oleh birokrasi yang terlalu panjang, kurangnya integrasi sistem digital, atau penggunaan sumber daya yang tidak optimal. Reformasi administrasi di sektor pemerintahan, misalnya, memerlukan perubahan sistematis dan strategi untuk memastikan pengelolaan yang lebih efisien. Tanpa reformasi ini, kebijakan cenderung terhambat dalam implementasi karena kurangnya koordinasi antarunit atau ketidaksesuaian antara prosedur kerja dengan kebutuhan lapangan.

## 3) Solusi Strategis

Untuk mengatasi keterbatasan SDM dan administrasi yang tidak efisien, beberapa langkah dapat diambil. Pertama, organisasi perlu berinvestasi pada pengembangan kompetensi melalui pelatihan berkelanjutan yang sesuai dengan kebutuhan zaman, termasuk pelatihan berbasis teknologi. Kedua, reformasi sistem administrasi dapat dilakukan dengan mengadopsi teknologi informasi dan komunikasi untuk mempercepat proses kerja dan meningkatkan transparansi. Ketiga, perlu adanya kebijakan insentif yang mendorong motivasi dan retensi SDM berkualitas, seperti promosi berbasis kinerja dan pengembangan karir yang terencana.

## 2. Tantangan Eksternal

### 1) Ketidakpastian Pendanaan Asuransi Kesehatan

Ketidakpastian dalam pendanaan asuransi kesehatan menjadi tantangan besar bagi penyedia layanan kesehatan dan peserta asuransi. Salah satu faktor utama ketidakpastian ini adalah fluktuasi anggaran yang disediakan oleh pemerintah untuk program asuransi kesehatan, terutama dalam sistem Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) di Indonesia. Sistem ini menghadapi defisit anggaran akibat meningkatnya klaim kesehatan dan pengeluaran rumah sakit. Selain itu, banyak peserta yang tidak membayar iuran tepat waktu, yang menyebabkan ketidakseimbangan antara pendapatan dan biaya. Ini menciptakan ketidakstabilan yang berdampak pada kualitas layanan kesehatan yang diberikan kepada masyarakat (Fauzi, 2023).

### 2) Perubahan Regulasi Pemerintah

Perubahan regulasi yang sering terjadi juga merupakan tantangan besar, terutama bagi penyedia layanan kesehatan. Regulasi yang berubah-ubah tentang tarif, mekanisme pembayaran, dan prosedur administratif dapat membingungkan dan mempengaruhi kestabilan operasional rumah sakit serta penyedia layanan kesehatan lainnya. Selain itu, peraturan baru yang mengatur tentang batasan tarif atau jenis layanan yang ditanggung oleh asuransi sering kali tidak sesuai dengan realitas biaya di lapangan. Hal ini dapat menyebabkan ketegangan antara rumah sakit dan lembaga asuransi atau pemerintah, serta mempengaruhi keberlanjutan dan kualitas layanan (Suryaningsih, 2021).

### 3) Dampak Ketidakpastian Pendanaan dan Regulasi terhadap Layanan Kesehatan

Ketidakpastian dalam pendanaan dan perubahan regulasi yang tidak terduga dapat berpengaruh pada kinerja dan keberlanjutan sistem kesehatan. Rumah sakit dan penyedia layanan kesehatan sering kali menghadapi kesulitan dalam merencanakan anggaran dan sumber daya mereka ketika dana asuransi yang diterima tidak stabil atau sulit diprediksi. Akibatnya, mereka dapat terpaksa melakukan penghematan yang berpotensi mengurangi kualitas pelayanan. Di sisi



lain, perubahan regulasi yang tidak jelas dan tidak transparan bisa menciptakan ketidakpastian dalam perencanaan layanan, baik dalam hal tarif, jenis layanan yang ditanggung, maupun prosedur klaim.

#### 4) Solusi untuk Mengatasi Ketidakpastian Pendanaan dan Perubahan Regulasi

Untuk menghadapi ketidakpastian dalam pendanaan asuransi kesehatan dan perubahan regulasi, penyedia layanan kesehatan perlu mengadopsi pendekatan yang lebih fleksibel dan responsif terhadap perubahan. Salah satu solusi adalah dengan meningkatkan efisiensi operasional dan pengelolaan anggaran yang lebih akurat, termasuk penerapan teknologi informasi untuk memonitor dan mengelola klaim asuransi secara lebih efektif. Selain itu, penting bagi rumah sakit dan penyedia layanan untuk membangun komunikasi yang lebih baik dengan regulator dan asuransi kesehatan untuk memastikan keberlanjutan dan kestabilan pembiayaan kesehatan di masa depan (Supriyadi, 2023).

### **KESIMPULAN:**

Manajemen keuangan dan anggaran rumah sakit memiliki peran yang sangat vital dalam memastikan keberlanjutan operasional dan kualitas pelayanan kesehatan. Rumah sakit, sebagai lembaga yang memberikan layanan penting bagi masyarakat, harus mampu mengelola sumber daya keuangan dengan efisien agar dapat terus beroperasi secara optimal tanpa mengorbankan kualitas pelayanan. Melalui perencanaan anggaran yang tepat, pengendalian biaya yang baik, dan penggunaan sistem manajemen keuangan yang transparan, rumah sakit dapat menjaga keseimbangan antara pendapatan dan pengeluaran, serta meningkatkan kinerja keuangannya (Fauzi, 2023).

Manajemen keuangan rumah sakit harus memperhatikan aspek-aspek seperti analisis rasio keuangan, termasuk profitabilitas, likuiditas, dan solvabilitas, yang memungkinkan rumah sakit untuk mengevaluasi kinerja keuangannya secara menyeluruh. Selain itu, dengan sistem anggaran yang terstruktur dan pengendalian biaya yang efektif, rumah sakit dapat memaksimalkan penggunaan dana yang ada dan mengurangi pemborosan (Suryaningsih, 2021).

## **Rekomendasi untuk Peningkatan Sistem Keuangan Rumah Sakit:**

### **1. Penerapan Teknologi Informasi yang Lebih Canggih**

Penggunaan teknologi dalam pengelolaan keuangan sangat penting untuk meningkatkan efisiensi dan transparansi. Sistem informasi manajemen rumah sakit (SIMRS) yang terintegrasi dengan modul keuangan dan anggaran dapat mempercepat proses pencatatan transaksi, pengelolaan anggaran, serta laporan keuangan yang lebih akurat dan *real-time*.

### **2. Peningkatan Kompetensi Sumber Daya Manusia (SDM)**

Pengelolaan keuangan yang baik memerlukan SDM yang kompeten. Oleh karena itu, pelatihan berkelanjutan bagi staf keuangan rumah sakit, baik dalam aspek akuntansi maupun dalam memahami regulasi yang berlaku, sangat penting untuk menjaga keberlanjutan operasional keuangan rumah sakit.

### **3. Reformasi Regulasi dan Pembiayaan Asuransi Kesehatan**

Perubahan regulasi pemerintah dan ketidakpastian dalam pendanaan asuransi kesehatan harus ditanggapi dengan strategi adaptasi yang cepat. Rumah sakit perlu membangun hubungan yang baik dengan pihak asuransi dan pemerintah, serta selalu memantau perkembangan regulasi yang dapat mempengaruhi aliran dana dan biaya operasional rumah sakit.

### **4. Penguatan Sistem Pengendalian Internal**

Untuk menghindari penyalahgunaan anggaran dan pemborosan, rumah sakit perlu memperkuat sistem pengendalian internal dan audit keuangan yang rutin. Pengawasan yang ketat terhadap penggunaan dana dan anggaran dapat meningkatkan akuntabilitas serta mengurangi risiko keuangan (Sudrajat, 2009).

## DAFTAR PUSTAKA

- Baker, J. J. (1998). *Activity-based costing and activity-based management for health care*. Gaithersburg, United States.
- Berman, P., & Bitran, R. (2016). *Health systems analysis for better health system strengthening*. The World Bank.
- Carrin, G., Evans, D., & Xu, K. (2008). Universal coverage of health services: Tailoring its implementation. *Bulletin of the World Health Organization*, 86(11), 857–863. <https://doi.org/10.2471/BLT.07.049387>
- Cleverley, W. O., & Cleverley, J. O. (1999). *Essentials of health care finance* (8th ed.). *The Journal of Risk and Insurance*. <https://doi.org/10.2307/253883>
- Drummond, M. E., Sculpher, M. J., Torrance, G. W., O'Brien, B. J., & Stoddart, G. L. (2005). *Methods for the economic evaluation of health care programmes*. <https://doi.org/10.1093/oso/9780198529446.001.0001>
- Fauzi, M. (2023). Analisis pendanaan JKN dan implikasinya pada kualitas layanan kesehatan. *Jurnal Ekonomi Kesehatan*, 10(2), 123–134.
- Garg, N., & Singh, S. (2017). Financial literacy among youth. *International Journal of Social Economics*.
- Gilmartin, M. J., & D'Aunno, T. A. (2007). Leadership research in healthcare. *Academy of Management Annals*, 1(1), 387–438. <https://doi.org/10.5465/078559813>
- Hadiwardoyo, W. (2020). Kerugian ekonomi nasional akibat pandemi Covid-19. *Baskara: Journal of Business and Entrepreneurship*, 2(2), 83–92. <https://doi.org/10.24853/baskara.2.2.83-92>
- Li, E. Y., & Zhao, X. (2003). Total quality management and business excellence: Editorial. *Total Quality Management and Business Excellence*, 14(6), 639–640. <https://doi.org/10.1080/1478336032000053799>
- McKinney, J. B. (2024). *Understanding financial management: Effective financial management in public and nonprofit agencies*. <https://doi.org/10.5040/9798400644191.ch-001>

- Nowicki, M. (2018). *Introduction to the financial management of healthcare organizations* (7th ed.). Gateway to Healthcare Management.
- Osterwalder, A., Pigneur, Y., Smith, A., Bernarda, G., & Papadakos, T. (n.d.). *Value proposition design: How to create products and services customers want*.
- Porter, M. E., & Kaplan, R. (2011). How to solve the cost crisis in health care. *Harvard Business Review*.
- Porter, M. E., & Lee, T. H. (2014). The strategy that will fix healthcare. *Harvard Business Review*, June, 1–19.
- Reiter, K. L., & Song, P. H. (2021). *Gapenski's healthcare finance: An introduction to accounting and financial management* (7th ed.).
- Rosko, M. D., & Mutter, R. L. (2010). Inefficiency differences between critical access hospitals and prospectively paid rural hospitals. *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 35(1), 95–126. <https://doi.org/10.1215/03616878-2009-042>
- Saraswati, A. M., & Nugroho, A. W. (2021). Perencanaan keuangan dan pengelolaan keuangan generasi Z di masa pandemi Covid-19 melalui penguatan literasi keuangan. *Warta LPM*, 24(2), 309–318.
- Sudrajat, T. (2009). Perwujudan good governance melalui format reformasi birokrasi publik.
- Sujarweni, V. W. (2015). *Manajemen biaya rumah sakit*.
- Supriyadi. (2023). Pendekatan teknologi dalam pengelolaan klaim asuransi kesehatan di rumah sakit. *Jurnal Teknologi Informasi Kesehatan*, 8(1), 34–45.
- Suryaningsih, M. (2021). Pengaruh regulasi pemerintah terhadap penyedia layanan kesehatan di Indonesia. *Jurnal Kebijakan Kesehatan*, 14(2), 78–79.
- Weinstein, M. C., & Stason, W. B. (2010). Foundations of cost-effectiveness analysis for health and medical practices.
- Zelman, W. N., McCue, M. J., & Glick, N. D. (2012). Financial management of health care organizations: An introduction to fundamental tools, concepts, and applications. <https://doi.org/10.1108/ijhcqa.2012.06225caa.015>

# **BAB 6**

## **MANAJEMEN PELAYANAN KESEHATAN**

**Oleh: Resty Amalia Putri, S.K.M., M.Kes**

### **A. Pendahuluan**

Manajemen kesehatan merupakan aktivitas atau seni yang bertujuan untuk menetapkan petugas kesehatan dan nonpetugas kesehatan untuk mengatur, meningkatkan kesejahteraan masyarakat melalui program kesehatan. Pelaksanaan program kesehatan masyarakat perlu dikelola secara seksama manajemen yang efektif pada dasarnya mirip dengan manajemen konvensional, yakni bertujuan untuk mencapai target yang telah ditetapkan. Signifikasi pengelolaan kesehatan akan meningkatkan mutu hidup masyarakat.

Pelayanan kesehatan merupakan salah satu hak asasi masyarakat yang pemberiannya wajib diselenggarakan oleh pemerintah sebagaimana diamanatkan dalam pasal 28 H ayat (1) UUD 1945 "Setiap individu memiliki hak untuk hidup sejahtera secara fisik dan mental, tinggal di lingkungan yang layak, bersih, dan sehat, serta berhak atas pelayanan kesehatan yang memadai" Pasal 34 ayat (3) "Pemerintah bertanggung jawab terhadap penyediaan fasilitas pelayanan kesehatan dan fasilitas pelayanan umum yang layak".

Salah satu jenis fasilitas layanan kesehatan yang dikelola oleh pemerintah adalah rumah sakit yang diharapkan untuk memberikan. Pelayanan yang baik kepada masyarakat akan diselenggarakan dengan harapan masyarakat. Fasilitas pelayanan kesehatan merupakan sebuah pusat pengembangan kesehatan masyarakat yang bertujuan untuk membina peran aktif masyarakat dan memberikan pelayanan yang komprehensif dan terintegrasi kepada seluruh masyarakat.

Menurut peraturan di Indonesia, yaitu Undang – Undang Republik Indonesia Nomor 44 Tahun 2009 Tentang Rumah Sakit, Rumah Sakit adalah tempat dimana kita bias mendapatkan perawatan kesehatan secara menyeluruh, termasuk layanan rawat inap, rawat jalan, dan gawat darurat. Karena itu, untuk meningkatkan layanan rumah sakit diperlukan sistem manajemen pelayanan kesehatan yang baik, dimulai dari perencanaan, pengorganisasian, hingga pengawasan agar manajemen pelayanan kesehatan mencapai standar yang optimal (Peraturan Menteri Kesehatan RI No 44, 2009)

## **B. Defenisi Manajemen Pelayanan Kesehatan**

### **1. Defenisi Manajemen**

Istilah “*Manajemen*” berasal dari kata Prancis kuno *management*, yang berarti seni melaksanakan dan mengorganisasi. Manajemen belum memiliki defenisi yang mapan dan diterima secara universal. kata manajemen berasal dari Bahasa Italia *Maneggiare* berarti “Mengendalikan” khususnya “Mengendalikan Kuda” yang berassal dari kata latin manus, yang berarti “tangan”. Kata tersebut dipengaruhi oleh Bahasa Prancis *manege* yang berarti “manajemen kuda” (dari Bahasa inggris berarti seni menangani kuda), maka kata bahasi inggris juga berasal dari Italia. Orang prancis mengambil kata dari Bahasa inggris menjadi *management*, yang bererti seni melaksanakan dan mengatur.

Berikut ini beberapa pengertian manajemen menurut para ahli:

- 1) Manajemen adalah suatu proses dimana sekelompok orang bekerja sama dan membimbing orang lain menuju tujuan bersama (Ir. Hendra Hamid, 2018).
- 2) Manajemen adalah suatu proses kalaborasi dengan pihak lain yang bertujuan untuk mencapai tujuan organisasi secara efektif dan efisien, dengan memanfaatkan sumber daya yang terbatas dilingkungan yang dinamis (Mamduh, 2015).

- 3) Manajemen adalah seni dan ilmu menggunakan orang dan sumber daya secara produktif guna mencapai tujuan (Tijaniyatul Habibah et al., 2023).
- 4) Manajemen adalah seni dan ilmu perencanaan, pengorganisasian, pengarahan, prngndalian dan pengawasan sumberd daya manusia untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan (Pratama, 2011).

Dari pengertian diatas terlihat bahwa manajemen adalah suatu bentuk proses yang ditunjukkan oelh garis- garis yang mengarah pada proses perencanaan, pengorganisasian, pengarahan dan pengendalian, yang didalamnya keempat proses tersebut mempunyai fungsi masing-masing untuk mencapai suatu tujuan organisasi.

Manajemen adalah suatu kegiatan yang disebut manajing dan individu yang melaksanakannya disebut manajemen. Manajemen diperlukan setidaknya untuk mencapai tujuan, menjaga keseimbangan antara tujuan – tujuan yang saling bertentangan, dan untuk mencapai efisiensi dan efektivitas. Manajemen terdiri dari berbagai unsur, yakni *man, money, method, mechine, market, marterial* dan *information*.

- a. *Man*: sumber daya manusia
- b. *Money*: uang dibutuhkan untuk mencapai tujuan
- c. *Method*: metode atau sistem untuk mencapai tujuan
- d. *Machine*: mesin atau peralatan untuk prosuksi
- e. *Material*: bahan–bahan yang di butuhkan dalam kegiatan terrsebut
- f. *Market*: pasar atau tempat melancarkan hasil prosuksi
- g. *Information*: faktor–faktor yang dapat membantu mencapai tujuan

Dari semua defenisi–defenisi yang telah dikemukakan diatas dapat disimpulkan bahwa manajemen meerupakan suatu alat untuk mencapai tujuan yang diinginkan. Manajemen yang baik memudahkan terwujudnya tujuan perusahaan karyawan, dan masyarakat. Dengan pengelolaan yang tepat, efektif dan efektivitas elemen manajemen dapat meningkat.

## 2. Defenisi Pelayanan Kesehatan

Menurut bahas Indonesia "*Pelayanan kesehatan*" terdiri dari dua kata: yang pertama "*Pelayanan*" berasal dari kata "*layanan*" yang berarti suatu tindakan atau perbuatan yang dilakukan untuk memenuhi kebutuhan orang lain. Kata ini juga mengandung makna memberi bantuan, kemudahan atau melayani. Kedua "*Kesehatan*" keadaan sejahtera atau kondisi optimal dari tubuh, pikiran, dan jiwa seseorang, yang ditandai dengan tidak adanya penyakit atau gangguan fisik maupun mental.

Berikut ini beberapa pengertian pelayanan kesehatan menurut para ahli:

- 1) Pelayanan kesehatan adalah upaya kolektif suatu organisasi untuk meningkatkan derajat kesehatan, pencegahan dan pengobatan penyakit bagi individu, kelompok, keluarga atau komunitas (Alim et al., 2019).
- 2) Pelayanan kesehatan adalah tindakan pemenuhan kebutuhan individu dan pekerjaan orang lain (Pratama, 2011).
- 3) Pelayanan kesehatan adalah suatu cara untuk memberikan ulasan kepada pengguna dengan mengelola produk yang ingin di capai pengguna tanpa biaya atau konsekuensi apa pun (Dano, 2023).
- 4) Pelayanan kesehatan adalah suatu pelayanan yang diberikan oleh suatu pihak kepada pihak lain yang tidak dapat dilaksanakan tanpa adanya hak cipta, namun pelayanan ini mempunyai tujuan untuk meningkatkan mutu produk, jasa atau yang dikirimkan, lebih lanjut harapan pelanggan (S Putra, 2022).

Dapat disimpulkan bahwa pelayanan kesehatan adalah suatu ukuran kegiatan individual atau perseorangan dalam suatu lembaga atau organisasi dengan tujuan untuk meningkatkan taraf kesehatan dengan menyediakan produk atau jasa yang berkualitas dan memenuhi harapan pelanggan.

Pelayanan kesehatan mengacu pada upaya yang dilakukan baik secara individu atau berkelompok dalam suatu organisasi untuk



menegakkan dan meningkatkan kesehatan, mencegah dan mengobati penyakit, serta memulihkan individu, keluarga, kelompok dan komunitas. Pelayanan kesehatan mencakup semua layanan yang berfokus pada diagnosis suatu penyakit dan pengobatan yang harus diberikan, atau sistem untuk meningkatkan, memelihara, dan memulihkan kesehatan. Pelayanan kesehatan adalah salah satu fungsi yang paling terlihat dari semua sistem pelayanan kesehatan, baik terhadap pengguna maupun masyarakat umum. Dalam memberikan pelayanan kesehatan, suatu rumah sakit atau klinik tentunya memiliki pendekatan manajemen pelayanan yang berbeda-beda, yang semuanya memiliki tujuan yang sama yaitu memenuhi kebutuhan pasien dan membantu pencegahan atau pengobatan penyakit.

### 3. Defenisi Manajemen Pelayanan Kesehatan

Manajemen pelayanan kesehatan adalah penerapan prinsip-prinsip manajemen dalam pelayanan kesehatan untuk memastikan bahwa sistem dan praktik pelayanan kesehatan berfungsi dengan baik, secara *procedural*, tertib, dan dikelola oleh orang-orang yang terbaik dan yang penting, orang yang tepat terhadap bidang pekerjaan yang memungkinkan konsumen merasa senang atau puas terhadap pelayanan kesehatan yang diberikan (Tristanti, 2019).

Berikut ini beberapa pengertian pelayanan kesehatan menurut para ahli:

- 1) Manajemen pelayanan kesehatan adalah pengelolaan upaya kesehatan yang manajemen adalah sistem pelayanan kesehatan. Dengan kata lain, manajemen kesehatan bertujuan meningkatkan kesehatan masyarakat melalui program-program kesehatan (Dinata & Agustina, 2023).
- 2) Manajemen pelayanan kesehatan adalah penerapan manajemen umum dalam dalam sistem pelayanan kesehatan masyarakat, sehingga yang menjadi objek atau sasaran manajemen adalah sistem yang berlangsung (Rosad, 2020).
- 3) Manajemen pelayanan kesehatan adalah suatu proses khusus yang terjadi dari perencanaan, pengorganisasian, pelaksanaan,

dan pengawasan yang dilakukan untuk menentukan serta mencapai sasaran yang telah ditentukan melalui pemanfaatan sumber daya manusia dan lainnya (Agustina et al., 2023).

- 4) Manajemen pelayanan kesehatan adalah ilmu dan seni mengatur proses pemanfaatan sumber daya manusia dan sumber – sumber lainnya secara efektif untuk mencapai suatu tujuan tertentu (Sampurno et al., 2024).

Dari beberapa definisi yang telah disebutkan di atas, dapat disimpulkan bahwa manajemen pelayanan kesehatan merupakan suatu proses yang kompleks yang melibatkan perencanaan, pengorganisasian, pelaksanaan, dan pemantauan. Tujuan utamanya adalah untuk memastikan bahwa pelayanan kesehatan yang diberikan bermutu tinggi, terjangkau, dan memenuhi kebutuhan masyarakat.

## **C. Fungsi-Fungsi Manajemen Pelayanan**

Tugas-tugas yang dilakukan oleh manajer dalam mengelola suatu perusahaan dapat dikategorikan ke dalam kelompok tanggung jawab yang mempunyai tujuan tertentu yang disebut manajemen pelayanan. Fungsi manajemen pelayanan diartikan sebagai serangkaian kegiatan yang mencakup berbagai jenis tugas yang dikelompokkan dalam satu kelompok, sehingga membentuk suatu kesatuan administratif (Fardiansyah, 2021).

Sedangkan, fungsi-fungsi pokok manajemen pelayanan menurut GR. Terry yang membentuk manajemen sebagai suatu proses adalah sebagai berikut (Syahputra & Aslami, 2023):

1. Perencanaan adalah proses menetapkan berbagai tujuan dan menyusun alasan untuk tindakan selanjutnya yang meliputi (Syahputra & Aslami, 2023):
  - a. Menjelaskan, menetapkan, dan memastikan tujuan yang akan dicapai.
  - b. Menjelaskan keadaan atau peristiwa di masa depan.
  - c. Membayangkan spesifikasi tugas yang akan dikerjakan.

- d. Mengevaluasi dan melaksanakan tindakan yang tepat untuk mencapai tujuan.
  - e. Membuat rencana secara komprehensif dengan penekanan pada kreativitas, untuk mendapatkan hasil yang inovatif dan superior
  - f. Menyusun pedoman, protokol, peraturan, dan prosedur untuk melaksanakan tugas.
  - g. Memikirkan mengenai peristiwa yang mungkin akan terjadi.
2. Pengorganisasian adalah Proses pengaturan sumber daya dan tugas yang diperlukan untuk mencapai tujuan. Pengorganisasian melibatkan pembagian tugas dan penentuan hubungan kerja antara anggota. Adapun tugas – tugas yang dimaksud adalah (Syahputra & Aslami, 2023):
- a. Membagi pekerjaan ke dalam tugas-tugas operasional.
  - b. Mengorganisasikan tugas ke dalam area fungsional yang ditentukan
  - c. Mengintergrasikan jabatan operasional ke dalam unit – unit yang saling terkait.
  - d. Memilih dan menempatkan individu untuk pekerjaan yang sesuai.
  - e. Menentukan persyaratan untuk setiap posisi
  - f. Menyesuaikan tanggung jawab dan wewenang bagi semua anggota
  - g. Pastikan bahwa staf memiliki akses ke berbagai fasilitas
  - h. Menetapkan pedoman organisasi berdasarkan hasil pemantauan.
3. Pelaksanaan adalah kegiatan yang melibatkan anggota kelompok dalam pelaksanaan pekerjaan sesuai dengan tugas individu mereka (Syahputra & Aslami, 2023):

- a. Melakukan kegiatan berarti berpartisipasi dengan senang hati dalam setiap keputusan, perbuatan, atau perbuatan yang dilakukan.
  - b. memberi motivasi dan tantangan kepada karyawan untuk melakukan pekerjaan terbaik mereka.
  - c. Memberi motivasi kepada anggota.
  - d. Berkomunikasi dengan baik.
  - e. Meningkatkan pemahaman anggota tentang potensinya.
  - f. Memberikan imbalan atau penghargaan atas pekerjaan yang dilakukan dengan baik.
  - g. Mencukupi keperluan pegawai sesuai dengan pekerjaannya.
4. Pengawasan adalah kegiatan yang bertujuan untuk menyesuaikan pelaksanaan rencana yang telah ditetapkan Kegiatan-kegiatannya yaitu meliputi (Syahputra & Aslami, 2023):
- a. Membandingkan hasil kerja dengan rencana keseluruhan
  - b. Mengevaluasi hasil kerja sesuai standar presentasi kerja.
  - c. Buat dokumentasi implementasi yang sesuai
  - d. Beritahu lingkungan pengukuran kerja
  - e. Pindahkan data melihat perbandingan sehingga anda dapat melihat perbandingan dan perbedaannya.
  - f. Membuat rekomendasi tindakan perbaiki jika dianggap perlu oleh anggotanya
  - g. Beritahu anggota yang bertanggung jawab
  - h. Sesuaikan pemantauan sesuai arahan hasil pemantauan

Berkaitan dengan itu, menurut *Terry*, perlu dipahami konsep *PIRO* yang berarti *People*, yang merupakan sumber daya manajemen terpenting yang dimiliki manajer. *Ide* merupakan aset paling berharga bagi seorang manajer berupa pengetahuan tentang

sesuatau dan konsep pemikiran tertentu yang diperlukan (Fardiansyah, 2021).

Harold Koontz dan Cyril O'Donel menyebutkan bahwa terdapat lima fungsi pokok dalam manajemen pelayanan yaitu *Planning, Organizing, Staffing, Directing and Leading dan Controlling* (Fardiansyah, 2021).

Luther Gulick sekitar 1930 mengatakan bahwa fungsi manajemen pelayanan adalah *Planning, Organizing, Staffing, Directing, Coordinating, Reporting dan Budgeting* (POSDCORB) (Fardiansyah, 2021).

## **D. Ciri-Ciri Pelayanan Kesehatan**

Pelayanan kesehatan yang berkualitas memiliki beberapa ciri khas yang membedakannya dengan yang kurang baik. Berikut adalah beberapa ciri utama yang perlu Anda perhatikan (S Putra, 2022):

1. Aksesibilitas adalah suatu gagasan yang mengacu pada seberapa mudah atau mudah bagi seseorang untuk mencapai suatu hal, layanan, atau lingkungan. Sederhananya, aksesibilitas mengacu pada kemudahan mendapatkan dan menggunakan sesuatu.
  - a. Mudah dijangkau: Fasilitas kesehatan dapat diakses dengan mudah dan tidak terbatas oleh faktor geografis, ekonomi, atau sosial.
  - b. Pelayanan jam yang fleksibel: layanan darurat tersedia 24 jam sehari.
2. Kualitas adalah kualitas menunjukkan seberapa baik atau buruk suatu produk, layanan, atau proses.
  - a. Tenaga medis yang kompeten: Dokter, perawat, dan karyawan medis lainnya memiliki kualifikasi dan pengalaman yang cukup.
  - b. Peralatan medis yang lengkap dan modern: Fasilitas medis memiliki peralatan medis canggih dan terawat dengan baik.

- c. Prosedur medis yang sesuai standar: Semua prosedur dilakukan sesuai dengan standar yang berlaku dan medis berdasarkan bukti.
3. Keselamatan adalah suatu kondisi di mana seseorang atau sesuatu yang terlindung dari bahaya, risiko, atau ancaman yang dapat menyebabkan kerugian, cedera, kerusakan, atau bahkan kematian. Dalam arti yang lebih luas, keselamatan juga berarti kondisi di mana seseorang atau sesuatu berada dalam keadaan aman secara fisik, mental, sosial, dan emosional.
- a. Lingkungan yang bersih dan higienis: Untuk mencegah infeksi, fasilitas kesehatan selalu menjaga kebersihan dan sanitasi.
  - b. Penggunaan obat yang aman: Obat diberikan dengan hati-hati dan sesuai dosis yang tepat.
  - c. Minimal kesalahan medis: Kesalahan yang dapat membahayakan pasien dihindari selama prosedur medis.
4. Kemanusiaan adalah suatu kondisi di mana seseorang atau sesuatu yang terlindung dari bahaya, risiko, atau ancaman yang dapat menyebabkan kerugian, cedera, kerusakan, atau bahkan kematian.
- a. Perlakuan yang ramah dan empati: Tenaga kesehatan memperlakukan pasien dengan ramah dan penuh empati.
  - b. Kerahasiaan terjaga: Data pribadi pasien dilindungi.
  - c. Pasien terlibat dalam pengambilan keputusan tentang perawatan mereka.
5. Kontinuitas adalah untuk memberikan pelayanan kesehatan yang terintegrasi, berkesinambungan, dan tanpa hambatan bagi pasien sepanjang perjalanan perawatan mereka.
- a. Rekaman medis yang terintegrasi: Rekaman medis pasien dikelola dengan baik dan tersedia untuk semua tenaga medis yang terlibat.

- b. Rujukan yang tepat: Pasien dengan kelancaran dirujuk ke fasilitas kesehatan tingkat atas jika diperlukan.
- 6. Keadilan adalah sebuah konsep yang menjamin setiap individu, tanpa memandang latar belakang sosial, ekonomi, atau kondisi kesehatan mereka, memiliki akses yang sama terhadap layanan kesehatan yang berkualitas.
  - a. Kesempatan yang sama: Pelayanan kesehatan yang baik dan tanpa diskriminasi tersedia untuk semua orang.
  - b. Biaya yang terjangkau: Pelayanan kesehatan tidak merugikan orang-orang.

## E. Sistem Pelayanan Kesehatan

Sistem pelayanan kesehatan adalah suatu *system* yang bekerja secara bersama-sama atau mandiri untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan, serta mencegah, mengobati, dan memulihkan kesehatan pada individu, keluarga, kelompok, atau masyarakat. Menurut kementerian kesehatan Indonesia, pelayanan kesehatan mencakup tindakan yang dilakukan oleh individual tau kelompok untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan, mencegah dan menyembuhkan penyakit, serta memulihkan kesehatan masyarakat (Muninjaya, 2011). Berdasarkan pengertian di atas dapat disimpulkan bahwa pelayanan kesehatan merupakan suatu subsistem pelayanan kesehatan yang tujuan pokoknya adalah promosi (pemeliharaan dan peningkatan kesehatan), pencegahan (pencegahan penyakit), kuratif (penyembuhan) dan rehabilitatif (pemulihan) kesehatan perorangan. Kesehatan Individu, keluarga, kelompok atau komunitas. Yang dimaksud dengan subsistem disini adalah subsistem pelayanan kesehatan, khususnya *input*, proses, *outcome*, dampak, *feedback* dan lingkungan (Muninjaya, 2011).

Berikut ini penjelasan tentang setiap subsistem diatas:

1. *Input* merupakan subsistem yang akan menyediakan semua masukan untuk berfungsiya sebuah *system*. *Input* dalam sistem

- pelayanan kesehatan mencakup potensi masyarakat, tenaga kesehatan, dan sarana kesehatan.
2. Proses merupakan kegiatan yang mengubah masukan mejadi keluaran sistem yang diharapkan. Proses dalam pelayanan kesehatan: kegiatan lain dalam pelayanan kesehatan
  3. *Outcome* merupakan Merupakan *outcome* yang diperoleh dari suatu proses. Hasil pelayanan kesehatan: pelayanan yang berkualitas dan terjangkau sehingga masyaraakat sembuh dan sehat.
  4. Dampak merupakan konsekuensi dari *output* atau hasil suatu sistem, terjadi dalam periode yang cukup Panjang. Dapak sistem pelayanan kesehatan: terlihat pada masyarakat, di mana terjadi peningkatan kesehatan, serta penurunan angka kesakitan dan kematian.
  5. *Feedback* merupakan suatu hasil yang sekaligus menjadi masukan. Terjadi dari sebuah sistem yang saling berhubungan dan saling mempengaruhi. *Feedback* dalam pelayanan kesehatan: kualitas tenaga kesehatan.
  6. Lingkungan merupakan Semua kasus berada diluar sistem namun dapat berdampak pada layanan kesehatan.

## **F. Manajemen Pelayanan Rumah Sakit**

Rumah sakit merupakan sarana pelayanan kesehatan masyarakat yang memiliki ciri khas yang dipengaruhi oleh perkembangan ilmu kesehatan, kemajuan teknologi, dan kehidupan sosial ekonomi masyarakat setempat, sehingga menjadi lebih bermutu, terjangkau dan bermutu tinggi sehingga menjadi lebih bermutu, terjangkau dan bermutu tinggi sehingga dapat mencapai kebaikan masyarakat akan tercapai. Rumah sakit sebagai subsistem kesehatan memberikan dua jenis pelayanan kepada masyarakat: pelayanan medis dan pelayanan administrasi (Suyadi, 2011).



## **1. Fungsi Rumah Sakit**

Berdasarkan Undang-undang RI No. 44 tahun 2009 tentang Rumah Sakit, Rumah sakit mempunyai beberapa fungsi, diantaranya (Peraturan Menteri Kesehatan RI No 44, 2009):

- 1) Melaksanakan pelayanan pengobatan dan pemulihan sesuai dengan standar rumah sakit.
- 2) Peningkatan kesehatan dan perawatan individu melalui upaya pelayanan kesehatan yang optimal di tingkat kedua dan ketiga disesuaikan kebutuhan kesehatan.
- 3) Pelaksanaan Pendidikan dan pelatihan sumber daya manusia dalam upaya meningkatkan kemampuan dalam penyediaan layanan kesehatan.
- 4) Melaksanakan riset dan pengembangan serta penyaringan teknologi dalam bidang kesehatan digunakan untuk meningkatkan kualitas layanan yang di berikan kesehatan harus dipertimbangkan dengan memperhatikan etika ilmu pengetahuan bidang. Penapisan teknologi bertujuan untuk perlindungan terhadap keamanan dan keselamatan pasien adalah penting.

## **2. Klasifikasi Rumah Sakit**

Berdasarkan Undang-Undang Republik Indonesia No. 44 Tahun 2009 mengenai fasilitas kesehatan, rumah sakit umum dikategorikan berdasarkan kapasitas serta tingkat layanan mereka dalam sistem perujukan dan penanganan kesehatan berjenjang (Peraturan Menteri Kesehatan RI No 44, 2009):

1. Rumah sakit umum kelas A adalah sebuah fasilitas layanan kesehatan umum yang dikategorikan dalam kelas A memiliki beragam fasilitas dan kemampuan pelayanan media spesialis yang luas.
2. Rumah sakit umum kelas B adalah fasilitas umum yang memiliki fasilitas dan kapasitas layanan media setidaknya dalam sebelas spesialisasi dan subspecialisasi yang luas.

3. Rumah sakit umum kelas C adalah sebuah fasilitas kesehatan yang berkualitas dan terpercaya mempunyai fasilitas serta kemampuan pelayanan medik spesialistik dasar.
4. Rumah sakit umum kelas D adalah sebuah fasilitas pelayanan kesehatan umum yang memiliki tingkat pelayanan medik yang dasar.

## **G. Manajemen Pelayanan Puskesmas**

Pusat kesehatan masyarakat (Puskesmas) adalah fasilitas pelayanan kesehatan yang menyediakan program pelayanan kesehatan masyarakat dan upaya kesehatan perseorangan di tingkat pertama lebih memberikan penekanan pada upaya promosi dan pencegahan (Peraturan Menteri Kesehatan RI No 43, 2019)

### **1. Tujuan Puskesmas Wilayah Kerja Puskesmas**

Tujuan pembangunan kesehatan yang dilaksanakan oleh Puskesmas membantu dalam mencapai tujuan pembangunan kesehatan nasional. Meningkatkan kesadaran, motivasi, dan ketrampilan individu dalam menjalani gaya hidup sehat. Warga yang tinggal di wilayah puskesmas diminta untuk mencapai derajat keehatan yang setinggi-tingginya (Peraturan Menteri Kesehatan RI No 43, 2019).

### **2. Wilayah Kerja Puskesmas**

Wilayah kerja Puskesmas mencakup satu Kecamatan atau sebagian dari Kecamatan. Faktor-faktor seperti kepadatan penduduk, luas wilayah, dan kondisi lingkungan harus di pertimbangkan. Aspek geografi dan kondisi infrastruktur lainnya menjadi faktor penentu pertimbangan dalam menentukan wilayah kerja puskesmas. Sasaran penduduk yang menerima pelayanan dari sebuah Puskesmas berjumlah rata- rata 30.000 orang perpuskesmas, sementara untuk memperluas cakupan layanan agar kesehatan terjamin, penting bagi Puskesmas untuk didukung dengan unit pelayanan kesehatan yang lebih sedehana yang di kenal sebagai Puskesmas Pembantu dan Puskesmas Keliling. Khusus bagi kota metropolitan dengan jumlah populasi yang besar dengan populasi mencapai satu juta atau lebih,

wilayah oprasional Puskesmas dapat mencakup satu Kelurahan (Peraturan Menteri Kesehatan RI No 43, 2019).

### 3. Fungsi Puskesmas

Puskesmas sesuai dengan fungsinya (sebagai pusat pembangunan berwawasan kesehatan, pusat pemberdayaan masyarakat dan keluarga, serta pusat pelayanan kesehatan dasar) berkewajiban mengupayakan, menyediakan dan menyelenggarakan pelayanan yang bermutu dalam memenuhi kebutuhan masyarakat akan pelayanan kesehatan yang berkualitas dalam rangka mencapai tujuan pembangunan kesehatan nasional yaitu terwujudnya derajat kesehatan yang setinggi-tingginya bagi masyarakat (Peraturan Menteri Kesehatan RI No 43, 2019).

## DAFTAR PUSTAKA

- Agustina, D., Amalia, I., & Rahmah, L. A. (2023). Kepuasan Pasien Di Upt Puskesmas Tanjung Morawa. *Jurnal Kesehatan Tambusai*, 4(2), 894–899. <http://journal.universitaspahlawan.ac.id/index.php/jkt/article/view/14773>
- Alim, A., Tangdilambi, N., & Badwi, A. (2019). Jurnal Kualitas Pelayanan Kesehatan (Studi Analitik Terhadap Pasien Rawat Jalan di RSUD Makassar). *Jurnal Manajemen Kesehatan Yayasan RS.Dr. Soetomo*, 5(2), 165. <https://doi.org/10.29241/jmk.v5i2.164>
- Dano, M. G. (2023). Analisis Manajemen Pelayanan Rumah Sakit Terhadap Kualitas Pelayanan Publik Pada Rumah Sakit Umum Daerah Dr. L. M. Baharuddin, M.Kes Kabupaten Muna. *Jurnal Promotif Preventif*, 6(6), 846–853. <https://journal.unpacti.ac.id/index.php/JPP/article/view/1027/601>
- Dinata, A. S., & Agustina, D. (2023). 14880-Article Text-52998-1-10-20230721. 4(September), 2714–2718.
- Fardiansyah, et all. (2021). Konsep Dasar Manajemen Kesehatan. In *Manajemen Kesehatan* (Vol. 4, Issue 3). <http://marefateadyan.nashriyat.ir/node/150>
- Hamid, H. (2018). Manajemen Pemberdayaan Masyarakat. In *De La Macca* (Vol. 1, Issue 1).
- Mamduh, H. (2015). Konsep Dasar dan Perkembangan Teori Manajemen. *Manajemen*, 1(1), 7. <http://repository.ut.ac.id/4533/1/EKMA4116-M1.pdf>
- Muninjaya, A. A. G. (2011). *Manajemen Kesehatan Ed. 3*.
- Peraturan Menteri Kesehatan RI No 43 tahun 2019. (2019). *Peraturan Menteri Kesehatan RI No 43 Tahun 2019 Tentang Puskesmas, Nomor 65(879)*, 2004–2006.
- Peraturan Menteri Kesehatan RI No 44, 2009. (2009). *Peraturan Menteri Kesehatan RI No 44 Tahun 2009 Tentang Rumah Sakit*, 19(19), 19.

- Pratama, R. C. (2011). *Manajemen Pelayanan Kesehatan di Rumah Sakit Umum DR. Saiful Anwar Malang ( Studi Pada Poli Komplementer Rumah Sakit Dr. Saiful Anwar Malang )*.
- S Putra, R. A. A. H. S. (2022). Sistem Pelayanan Kesehatan Masyarakat. *File:///D:/Jurnal and Ebook Ruang Lingkup Sistem Pelayanan Kesehatan/Perbup\_No\_32\_2018\_tentang\_Sistem\_Rujukan\_Pelayanan\_Kesehatan.Pdf, April*.
- Sampurno, A., Taufik, A., Balya, K., RPL, S., RPL, S., & Helviningrum, H. (2024). Mendorong Pertumbuhan Umkm dan Kesejahteraan Keluarga: Menumbuhkan Sistem Manajemen Pelayanan Kesehatan di Kebon Pedas, Sukabumi. *Lentera: Multidisciplinary Studies*, 2(3), 369–375. <https://doi.org/10.57096/lentera.v2i3.107>
- Suparyanto & Rosad. (2020). Manajemen Kualitas Pelayanan Rumah Sakit Umum Daerah Batara Siang Kabupate Pangkep. *Suparyanto Dan Rosad*, 5(3), 248–253. <https://jpii.upri.ac.id/index.php/jurnalkaizen/article/view/50>
- Suyadi. (2011). Manajemen Pelayanan Kesehatan : Suatu Pendekatan Interdisipliner (Health. *Health Services Management: An Interdisciplinary Approah*), 1–11.
- Syahputra, D. R., & Aslami, N. (2023). Prinsip-Prinsip Utama Manajemen George R. Terry. *Manajemen Kreatif Jurnal (MAKREJU)*, 1(3), 51–56.
- Habibah, P. T. (2023). Manajemen Infrastruktur Teknologi Informasi: Studi Literature. *Jurnal Manajemen Kreatif Dan Inovasi*, 1(2), 149–168.
- Trisanti, S. (2019). *Penulis: dr. Sendhi Trisanti P, M.Kes.*



# **BAB 7**

## **SISTEM INFORMASI MANAJEMEN RUMAH SAKIT (SIMRS)**

**Oleh: Yunita Fitri Widiyawati, S.KM., MARS.**

### **A. Pendahuluan**

#### **1. Latar Belakang**

Sistem Manajemen Informasi Rumah Sakit (SIMRS) menjadi salah satu elemen yang sangat penting dalam mendukung proses operasional dan pelayanan di rumah sakit. Dengan berkembangnya teknologi informasi, penerapan SIMRS memberikan kemudahan dalam pengelolaan data pasien, keuangan, obat-obatan, serta sumber daya manusia. Buku ini akan mengupas tuntas tentang konsep, penerapan, dan tantangan yang dihadapi dalam implementasi SIMRS (Williams & Hallowell, 2020).

Di Indonesia, pengembangan dan penerapan SIMRS mulai mendapat perhatian serius, seiring dengan kebijakan pemerintah untuk meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan melalui pemanfaatan teknologi informasi. Pemerintah Indonesia melalui Kementerian Kesehatan terus mendorong rumah sakit untuk mengadopsi SIMRS guna meningkatkan efisiensi pelayanan kesehatan serta memenuhi tuntutan kebijakan sistem kesehatan nasional yang lebih terintegrasi. Walaupun demikian, adopsi SIMRS di Indonesia masih menghadapi tantangan dalam hal infrastruktur teknologi dan kesiapan sumber daya manusia di berbagai rumah sakit (Sulaiman & Ismail, 2017).

Di era digital ini, penerapan SIMRS menjadi sangat penting karena mempermudah rumah sakit dalam mengelola alur informasi

yang kompleks, meningkatkan efisiensi operasional, serta mendukung pengambilan keputusan yang berbasis data. Rumah sakit yang tidak menerapkan sistem informasi yang terintegrasi seringkali menghadapi kesulitan dalam mengelola data yang tersebar, baik dalam bentuk rekam medis pasien, laporan keuangan, atau bahkan dalam manajemen sumber daya rumah sakit yang memerlukan koordinasi yang intensif. Tanpa sistem yang terorganisir, kualitas pelayanan dapat terhambat dan bahkan berisiko menurunkan kepuasan pasien (Gulati & Jain, 2019).

Selain itu, tantangan lainnya adalah tingginya volume data yang harus dikelola oleh rumah sakit. Proses pengolahan data secara manual, terutama dalam hal administrasi, dapat memperlambat layanan, meningkatkan kemungkinan terjadinya kesalahan, dan berisiko pada kesalahan medis. Kesalahan dalam pengelolaan data medis atau administrasi sering kali berdampak serius pada keselamatan pasien. Oleh karena itu, integrasi teknologi dalam sistem manajemen rumah sakit menjadi solusi yang sangat relevan dan dibutuhkan dalam menjawab tantangan tersebut (Bansal et al., 2018). SIMRS membantu mengurangi kesalahan pengolahan data dan mempermudah akses terhadap informasi penting dalam waktu yang lebih cepat dan akurat (Mansouri et al., 2017).

Penerapan SIMRS tidak hanya terbatas pada pengelolaan data medis dan administrasi. SIMRS juga berperan dalam aspek keuangan rumah sakit. Dalam pengelolaan keuangan, SIMRS membantu rumah sakit dalam mengelola pembukuan, pembayaran pasien, klaim asuransi, dan laporan keuangan lainnya secara lebih efisien. Sistem ini juga memungkinkan rumah sakit untuk mengurangi kesalahan dalam penghitungan biaya dan mempercepat proses klaim asuransi (Tiwari et al., 2019). Dalam konteks logistik, SIMRS juga berfungsi untuk mengelola persediaan obat, alat medis, serta peralatan rumah sakit lainnya, yang menjadi aspek penting dalam menjaga kelancaran operasional rumah sakit (Williams & Hallowell, 2020).

Pentingnya penerapan SIMRS di rumah sakit semakin diperkuat oleh tuntutan regulasi dan kebijakan yang semakin ketat mengenai perlindungan data pribadi pasien, seperti *General Data*



*Protection Regulation* (GDPR) di Eropa dan *Health Insurance Portability and Accountability Act* (HIPAA) di Amerika Serikat. Rumah sakit dituntut untuk mengelola data pasien dengan aman dan sesuai dengan ketentuan hukum yang berlaku. Oleh karena itu, SIMRS yang dapat menjamin keamanan data pasien dengan menggunakan enkripsi dan kontrol akses yang ketat menjadi sangat penting untuk memastikan perlindungan data pasien yang lebih baik (Sarkar et al., 2020).

Namun demikian, implementasi SIMRS juga menghadapi berbagai tantangan. Salah satunya adalah biaya implementasi dan pemeliharaan sistem yang relatif tinggi, yang bisa menjadi beban bagi rumah sakit, terutama yang ada di daerah terpencil dengan keterbatasan anggaran dan infrastruktur teknologi. Selain itu, faktor sumber daya manusia juga menjadi tantangan tersendiri. Rumah sakit perlu melibatkan tenaga ahli yang memiliki pengetahuan dan keterampilan dalam teknologi informasi untuk mengelola sistem ini (Al-Kahtani, 2016). Oleh karena itu, perlu adanya upaya pelatihan dan peningkatan kapasitas sumber daya manusia di rumah sakit agar SIMRS dapat dioperasikan dengan optimal.

Sistem Manajemen Informasi Rumah Sakit (SIMRS) adalah sistem berbasis teknologi informasi yang dirancang untuk mengelola, mengolah, serta menyebarkan informasi dalam berbagai aspek operasional rumah sakit. SIMRS tidak hanya menangani informasi medis, tetapi juga mencakup pengelolaan administratif, keuangan, logistik, dan sumber daya manusia (Al-Kahtani, 2016). Dengan menggunakan teknologi informasi, SIMRS memungkinkan rumah sakit untuk meningkatkan efisiensi operasional, meminimalkan kesalahan medis, serta mempercepat pengambilan keputusan berbasis data yang lebih akurat (Pardo, 2017).

Sebagai sistem informasi yang terintegrasi, SIMRS mencakup berbagai modul yang saling terkait, seperti:

- a. Modul Rekam Medis Elektronik (EMR), yang digunakan untuk mendigitalkan data medis pasien, mengurangi penggunaan kertas, dan meningkatkan kualitas serta keamanan data pasien (Gulati & Jain, 2019).

- b. Modul Keuangan, yang mengelola seluruh transaksi keuangan rumah sakit, termasuk tagihan pasien, pembayaran, klaim asuransi, dan laporan keuangan lainnya (Bansal et al., 2018).
- c. Modul Administrasi, yang mencakup jadwal dokter, pendaftaran pasien, manajemen kamar, dan fasilitas rumah sakit lainnya (Williams & Hallowell, 2020).
- d. Modul Logistik, yang digunakan untuk mengelola inventaris, obat-obatan, serta peralatan medis (Zhang & Lee, 2018).

Dalam konteks global, penerapan SIMRS telah menjadi bagian integral dari transformasi digital di sektor kesehatan. Dengan sistem yang terintegrasi, berbagai bagian rumah sakit seperti medis, administrasi, dan keuangan dapat saling berkomunikasi dan berbagi informasi tanpa hambatan, yang akhirnya meningkatkan pelayanan kepada pasien (Harrison et al., 2019).

Secara keseluruhan, SIMRS adalah alat yang sangat penting dalam meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan, baik dalam hal pelayanan medis yang lebih cepat dan tepat, manajemen rumah sakit yang lebih transparan, serta pengelolaan sumber daya yang lebih efisien (Shah & Figueroa, 2017).

## **2. Tujuan SIMRS**

Tujuan utama dari implementasi Sistem Manajemen Informasi Rumah Sakit (SIMRS) adalah untuk meningkatkan efisiensi, efektivitas, dan kualitas pelayanan kesehatan di rumah sakit. SIMRS bertujuan untuk menyediakan sistem informasi yang terintegrasi, yang menghubungkan berbagai bagian dalam rumah sakit (administrasi, medis, keuangan, logistik) sehingga memudahkan aliran informasi yang akurat dan tepat waktu (Tanenbaum, 2016).

Tujuan lainnya adalah untuk mempermudah pengambilan keputusan manajerial dengan menyediakan data yang valid dan real-time, sehingga manajemen rumah sakit dapat membuat keputusan yang berbasis bukti dan data yang relevan. Dengan demikian, rumah sakit dapat mengoptimalkan sumber daya dan merespons kebutuhan pasien secara lebih cepat dan efisien (Pardo, 2017). Implementasi

SIMRS juga bertujuan untuk mengurangi kesalahan medis dan administrasi, yang dapat terjadi akibat pengelolaan data yang kurang akurat atau terlambat (Gulati & Jain, 2019).

Lebih lanjut, SIMRS bertujuan untuk meningkatkan pelayanan pasien, dengan memberikan akses yang lebih cepat dan akurat terhadap informasi medis, riwayat perawatan, serta status pembayaran atau klaim asuransi. Hal ini berkontribusi pada kepuasan pasien, yang merupakan salah satu tujuan penting dalam sistem pelayanan kesehatan (Shah & Figueroa, 2017).

### **3. Manfaat SIMRS**

#### **1) Peningkatan Efisiensi Operasional**

Salah satu manfaat utama dari SIMRS adalah peningkatan efisiensi operasional di rumah sakit. Dengan menggunakan sistem informasi terintegrasi, berbagai proses seperti pendaftaran pasien, pengelolaan keuangan, dan penjadwalan dokter dapat dilakukan secara otomatis dan terkoordinasi (Sulaiman & Ismail, 2017). Hal ini mengurangi kebutuhan akan proses manual yang seringkali memakan waktu dan rawan kesalahan. Misalnya, proses rekam medis yang sebelumnya dilakukan secara manual dapat digantikan dengan sistem rekam medis elektronik (EMR), yang memungkinkan staf medis untuk mengakses data pasien dengan lebih cepat dan akurat (Williams & Hallowell, 2020).

#### **2) Pengurangan Kesalahan Medis**

Dengan adanya SIMRS, pengelolaan informasi medis menjadi lebih terorganisir dan akurat. Kesalahan medis yang sering terjadi akibat informasi yang salah atau tertunda dapat dikurangi secara signifikan. Misalnya, sistem pengingat untuk pemberian obat, interaksi obat, atau hasil tes medis dapat membantu dokter dan perawat dalam memastikan bahwa pasien mendapatkan perawatan yang tepat (Gulati & Jain, 2019). Penggunaan rekam medis elektronik (EMR) memungkinkan dokter untuk mengakses informasi pasien secara langsung, mengurangi kemungkinan kesalahan dalam pencatatan atau pemberian obat yang dapat berdampak buruk bagi pasien (Mansouri et al., 2017).

### 3) Peningkatan Keamanan dan Privasi Data Pasien

Keamanan dan privasi data pasien merupakan salah satu aspek penting dalam pelayanan kesehatan. SIMRS membantu meningkatkan keamanan data dengan menggunakan teknologi enkripsi dan kontrol akses yang ketat. Hal ini memastikan bahwa data pasien hanya dapat diakses oleh pihak yang berwenang, mengurangi risiko kebocoran informasi medis atau pelanggaran privasi (Agarwal et al., 2017). SIMRS juga membantu rumah sakit untuk mematuhi peraturan privasi yang berlaku, seperti HIPAA (*Health Insurance Portability and Accountability Act*) di AS atau GDPR (*General Data Protection Regulation*) di Eropa, yang mengatur perlindungan data pribadi pasien (Sarkar et al., 2020).

### 4) Pengelolaan Keuangan yang Lebih Baik

SIMRS juga memiliki manfaat besar dalam pengelolaan keuangan rumah sakit. Sistem ini mengintegrasikan berbagai aspek keuangan, termasuk pembayaran pasien, klaim asuransi, dan pembukuan rumah sakit, sehingga memberikan transparansi yang lebih besar dalam aliran keuangan (Bansal et al., 2018).

### 5) Peningkatan Kualitas Pelayanan Kesehatan

SIMRS juga memberikan manfaat dalam hal peningkatan kualitas pelayanan kesehatan. Dengan adanya akses mudah dan cepat ke informasi medis pasien, dokter dan tenaga medis dapat memberikan diagnosis dan perawatan yang lebih cepat dan tepat. SIMRS memungkinkan pengumpulan dan analisis data medis secara lebih efisien, yang pada gilirannya dapat meningkatkan pengambilan keputusan berbasis bukti (Tiwari et al., 2019). Rumah sakit yang mengadopsi SIMRS cenderung memiliki tingkat kepuasan pasien yang lebih tinggi karena pelayanan yang lebih cepat, terorganisir, dan bebas dari kesalahan (Boudier & Mignot, 2020).

### 6) Pengelolaan Sumber Daya yang Lebih Efisien

SIMRS memungkinkan rumah sakit untuk mengelola sumber daya manusia dan inventaris dengan lebih efisien. Dengan modul manajemen sumber daya manusia yang terintegrasi, SIMRS

memungkinkan rumah sakit untuk merencanakan jadwal kerja tenaga medis dan non-medis secara lebih efektif, mengurangi kekurangan atau kelebihan staf di berbagai bagian rumah sakit (Venkatesh & Agarwal, 2016). Begitu juga dengan modul logistik, yang dapat membantu dalam mengelola persediaan obat-obatan dan peralatan medis, memastikan bahwa rumah sakit tidak kehabisan persediaan penting dan dapat memenuhi kebutuhan pasien dengan lebih baik (Zhang & Lee, 2018).

#### 7) Mempercepat Proses Pengambilan Keputusan

Dengan SIMRS, manajer rumah sakit dapat mengakses laporan dan data secara real-time, yang mempercepat proses pengambilan keputusan. Misalnya, analisis data operasional dan finansial dapat dilakukan secara langsung tanpa perlu menunggu laporan manual yang memakan waktu (Harrison et al., 2019). Keputusan terkait perencanaan rumah sakit, seperti penambahan fasilitas atau perawatan baru, dapat dibuat lebih cepat berdasarkan data yang lebih akurat dan terbaru (Shah & Figueroa, 2017).

### 4. Ruang Lingkup Pembahasan

Buku ini bertujuan untuk memberikan gambaran menyeluruh mengenai Sistem Manajemen Informasi Rumah Sakit (SIMRS), yang merupakan sistem berbasis teknologi informasi yang digunakan untuk mengelola dan mengintegrasikan berbagai data serta proses operasional di rumah sakit. Ruang lingkup pembahasan buku ini meliputi beberapa aspek utama yang terkait dengan konsep dasar SIMRS, Komponen – Komponennya, Proses implementasi, manfaat, tantangan, dan Inovasi Pengembangan SIMRS di Rumah Sakit.

## B. Konsep dan Definisi SIMRS

### 1. Pengertian SIMRS

Sistem Manajemen Informasi Rumah Sakit (SIMRS) merupakan gabungan dari perangkat keras, perangkat lunak, serta prosedur untuk mengelola, menyimpan, dan mengolah data yang berkaitan dengan operasional rumah sakit (Tanenbaum, 2016). Dengan

penerapan SIMRS, proses administrasi dan pelayanan medis menjadi lebih efisien dan terintegrasi (Williams & Hallowell, 2020).

Sistem Manajemen Informasi Rumah Sakit (SIMRS) adalah suatu sistem yang mengintegrasikan berbagai informasi yang ada di rumah sakit untuk mendukung pengambilan keputusan yang lebih cepat dan akurat (Al-Kahtani, 2016). Penerapan SIMRS di rumah sakit bertujuan untuk meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan, efisiensi operasional, serta memberikan kemudahan dalam pengelolaan data pasien (Sulaiman & Ismail, 2017).

Sistem Manajemen Informasi Rumah Sakit (SIMRS) merupakan solusi teknologi informasi yang dirancang untuk mengintegrasikan berbagai data dan proses operasional rumah sakit, termasuk pelayanan medis, administrasi, keuangan, dan logistik, ke dalam satu sistem yang terkoordinasi. SIMRS memanfaatkan teknologi informasi untuk mempermudah pengumpulan, pengolahan, penyimpanan, serta distribusi informasi secara real-time dan akurat. Sistem ini dapat mengelola data pasien, jadwal dokter, rekam medis, pengelolaan keuangan, klaim asuransi, hingga logistik rumah sakit dalam satu platform yang terintegrasi (Pardo, 2017).

## **2. Komponen SIMRS**

Komponen utama SIMRS terdiri dari beberapa subsistem yang saling terhubung, seperti rekam medis elektronik, sistem manajemen keuangan, dan sistem manajemen sumber daya manusia (Pardo, 2017). Setiap komponen ini memiliki peran vital dalam mendukung operasional rumah sakit (Alharbi & Albarrak, 2018).

Sistem Manajemen Informasi Rumah Sakit (SIMRS) merupakan sistem berbasis teknologi informasi yang berfungsi untuk mengelola dan mengintegrasikan berbagai jenis data dan proses operasional rumah sakit secara efisien. Untuk mendukung kelancaran operasional rumah sakit, SIMRS terdiri dari beberapa komponen utama yang masing-masing memiliki peran vital dalam meningkatkan kualitas pelayanan, efisiensi, dan pengelolaan sumber daya. Komponen-komponen ini bekerja secara terintegrasi dalam

satu platform untuk mendukung pengambilan keputusan berbasis data yang lebih cepat dan akurat (Shah & Figueroa, 2017).

## **C. Komponen Utama dalam SIMRS**

Berikut adalah komponen utama SIMRS yang sering ditemukan dalam implementasi sistem di rumah sakit:

### **1. Sistem Rekam Medik Elektronik (EMR)**

Sistem Rekam Medis Elektronik (EMR) adalah komponen SIMRS yang berfokus pada pengelolaan data medis pasien. Sistem ini menggantikan rekam medis manual dengan data elektronik yang memudahkan akses dan pengolahan informasi medis (Gulati & Jain, 2019). EMR memfasilitasi dokter dan tenaga medis dalam memberikan diagnosis yang lebih cepat dan akurat (Mansouri et al., 2017).

Manfaat utama dari EMR adalah mengurangi risiko kesalahan medis yang sering terjadi akibat kelalaian dalam pencatatan manual atau kekurangan informasi medis yang diperlukan. Selain itu, EMR memungkinkan adanya interoperabilitas, yaitu kemampuan sistem untuk saling bertukar informasi antara rumah sakit dengan lembaga lain, seperti laboratorium atau asuransi kesehatan (Tiwari et al., 2019). Dalam beberapa sistem SIMRS, EMR dapat diintegrasikan dengan sistem Rekam Medis Terpadu (EHR) yang memungkinkan akses data medis pasien di berbagai fasilitas kesehatan.

### **2. Sistem Pengelolaan Keuangan**

Sistem pengelolaan keuangan dalam SIMRS mempermudah proses pencatatan transaksi rumah sakit, termasuk tagihan pasien dan klaim asuransi. Keberhasilan sistem ini bergantung pada integrasi yang baik dengan sistem lainnya, seperti sistem manajemen rekam medis (Bansal et al., 2018). Hal ini memungkinkan rumah sakit untuk melacak aliran keuangan secara real-time (Venkatesh & Agarwal, 2016).

Salah satu fungsi utama dari sistem informasi keuangan adalah mengotomatisasi pengelolaan transaksi pembayaran dan

pengeluaran rumah sakit. Selain itu, sistem ini memungkinkan manajemen rumah sakit untuk membuat laporan keuangan secara periodik yang memudahkan dalam pengambilan keputusan strategis, baik dalam pengelolaan biaya maupun dalam perencanaan anggaran rumah sakit (Bansal et al., 2018).

Sistem Informasi Keuangan adalah komponen yang sangat penting dalam SIMRS yang digunakan untuk mengelola seluruh aspek keuangan rumah sakit, termasuk pembayaran pasien, klaim asuransi, biaya operasional, dan laporan keuangan. Sistem ini memungkinkan rumah sakit untuk memantau dan mengelola arus kas secara efektif serta memastikan keuangan rumah sakit berjalan dengan transparan dan akuntabel (Williams & Hollowell, 2020).

### **3. Sistem Manajemen Sumber Daya Manusia**

Sistem manajemen sumber daya manusia di rumah sakit memainkan peran penting dalam mengelola tenaga kerja, seperti jadwal dokter, perawat, dan administrasi rumah sakit. Dengan adanya SIMRS, rumah sakit dapat memonitor kinerja dan efisiensi dari tenaga medis secara lebih transparan (Boudier & Mignot, 2020).

Komponen berikutnya dalam SIMRS adalah Sistem Manajemen Sumber Daya Manusia (SDM). Sistem ini digunakan untuk mengelola informasi terkait pegawai rumah sakit, mulai dari tenaga medis seperti dokter, perawat, hingga tenaga administrasi dan operasional lainnya. Beberapa fungsi utama dari sistem SDM ini meliputi manajemen jadwal kerja, penggajian, pelatihan, absensi, serta manajemen kinerja pegawai (Sulaiman & Ismail, 2017).

Sistem ini sangat penting untuk memastikan rumah sakit dapat menjalankan operasionalnya dengan sumber daya manusia yang terkelola dengan baik. Melalui sistem SDM yang terintegrasi, rumah sakit dapat lebih mudah mengelola kebutuhan pegawai sesuai dengan beban kerja yang ada dan memastikan pelayanan rumah sakit dapat dilakukan dengan maksimal (Venkatesh & Agarwal, 2016).



## **D. Proses Implementasi SIMRS di Rumah Sakit**

### **1. Tahapan Implementasi SIMRS**

Implementasi SIMRS dimulai dengan analisis kebutuhan dan perencanaan sistem. Tahapan ini harus melibatkan berbagai pihak terkait, mulai dari manajemen rumah sakit hingga tenaga medis (Harrison et al., 2019). Setelah perencanaan, langkah selanjutnya adalah pengujian dan pelatihan pengguna agar sistem dapat berjalan efektif (Zhang & Lee, 2018).

Implementasi Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit (SIMRS) merupakan proses yang kompleks dan memerlukan perencanaan yang matang. Tahapan implementasi SIMRS harus dilakukan dengan hati-hati untuk memastikan sistem berjalan dengan lancar dan memberikan manfaat yang maksimal bagi rumah sakit. Setiap tahap dalam implementasi SIMRS memiliki tujuan tertentu dan membutuhkan keterlibatan dari berbagai pihak, mulai dari manajemen puncak, tim IT, hingga tenaga medis. Implementasi SIMRS yang baik akan menghasilkan sistem yang efisien, meningkatkan kualitas pelayanan, dan mendukung pengambilan keputusan berbasis data (Venkatesh & Agarwal, 2016).

Selama tahap perencanaan ini, rumah sakit harus mempertimbangkan beberapa faktor, seperti ukuran rumah sakit, jumlah pasien, serta kompleksitas operasi rumah sakit. Selain itu, penilaian kebutuhan juga mencakup identifikasi fitur dan modul SIMRS yang diperlukan, seperti rekam medis elektronik (EMR), pengelolaan keuangan, logistik, dan sumber daya manusia. Keterlibatan tim IT yang kompeten sangat penting dalam memastikan bahwa sistem yang dipilih dapat terintegrasi dengan infrastruktur teknologi yang ada di rumah sakit (Gulati & Jain, 2019).

Berikut Tahapan dalam Implementasi SIMRS :

- a. Pengembangan dan Kustomisasi Sistem
- b. Implementasi dan Pengujian Sistem
- c. Pelatihan Pengguna
- d. Evaluasi dan Pemeliharaan Sistem

## **2. Studi Kasus Implementasi SIMRS**

Di beberapa rumah sakit besar, penerapan SIMRS telah terbukti mengurangi waktu tunggu pasien dan mempercepat proses administrasi. Misalnya, di Rumah Sakit A, pengenalan sistem rekam medis elektronik berhasil meningkatkan kecepatan pengolahan data pasien hingga 30% (Miller et al., 2021). Namun, tidak semua rumah sakit berhasil melakukan implementasi dengan lancar (Wang, 2020).

## **3. Studi Kasus Implementasi SIMRS di Rumah Sakit B**

Rumah Sakit B adalah rumah sakit pemerintah yang berlokasi di wilayah rural dengan kapasitas 100 tempat tidur. Rumah sakit ini memiliki keterbatasan anggaran, tetapi tetap ingin meningkatkan kualitas pelayanan dan efisiensi operasional dengan mengimplementasikan SIMRS.

### **1) Latar Belakang**

Sebelum implementasi SIMRS, Rumah Sakit B mengelola data pasien, administrasi, dan keuangan secara manual dengan menggunakan buku dan dokumen kertas. Proses manual ini sangat menyita waktu dan rentan terhadap kesalahan serta kehilangan data penting. Rumah sakit ini memutuskan untuk mengimplementasikan SIMRS sebagai solusi untuk mengatasi masalah-masalah tersebut dan untuk memperbaiki manajemen rumah sakit secara keseluruhan.

### **2) Tahapan Implementasi**

Implementasi SIMRS di Rumah Sakit B dimulai dengan perencanaan anggaran yang ketat. Rumah sakit bekerja sama dengan vendor lokal yang menawarkan sistem dengan harga terjangkau namun tetap memiliki fitur yang sesuai dengan kebutuhan rumah sakit kecil. Tahap berikutnya adalah analisis kebutuhan untuk menentukan modul yang diperlukan, seperti rekam medis, penjadwalan pasien, pengelolaan keuangan, dan manajemen obat-obatan.

Proses implementasi dilakukan secara bertahap. Rumah Sakit B memilih untuk memulai dengan modul rekam medis dan manajemen antrian pasien terlebih dahulu. Pengujian dilakukan secara menyeluruh dengan melibatkan staf medis dan administrasi. Proses

pelatihan dimulai dengan pelatihan dasar untuk tenaga medis dan kemudian dilanjutkan dengan pelatihan lanjutan mengenai penggunaan lanjutan sistem.

### 3) Tantangan yang dihadapi

Tantangan yang dihadapi oleh Rumah Sakit B antara lain:

- a. Keterbatasan anggaran: Rumah sakit ini tidak memiliki anggaran yang cukup untuk membeli sistem SIMRS yang sangat canggih, sehingga harus memilih sistem dengan fitur dasar terlebih dahulu.
- b. Keterbatasan infrastruktur IT: Rumah sakit B memiliki infrastruktur yang terbatas, terutama dalam hal koneksi internet dan perangkat keras yang digunakan.
- c. Kesulitan dalam adopsi teknologi: Beberapa tenaga medis yang sudah terbiasa dengan sistem manual merasa kesulitan menggunakan sistem baru dan menganggap teknologi sebagai penghalang dalam proses kerja mereka.

Untuk mengatasi masalah tersebut, rumah sakit melakukan pencarian sumber daya tambahan, seperti *sponsorship* dari pihak ketiga dan kerjasama dengan penyedia layanan internet untuk meningkatkan kualitas infrastruktur IT. Rumah sakit juga mengadakan sesi pendampingan secara langsung untuk membantu staf medis beradaptasi dengan teknologi baru.

### 4) Hasil dan Manfaat

Meskipun dihadapkan pada tantangan yang signifikan, implementasi SIMRS di Rumah Sakit B berhasil memberikan manfaat besar:

- a. Peningkatan akurasi data: Proses pencatatan rekam medis menjadi lebih akurat dan dapat diakses dengan mudah oleh tenaga medis.
- b. Pengurangan antrian pasien: Dengan adanya sistem penjadwalan *online*, pasien dapat diberi waktu kunjungan yang lebih tepat, mengurangi waktu tunggu yang berlebihan.

- c. Peningkatan transparansi keuangan: Pengelolaan biaya dan klaim pasien menjadi lebih transparan dan efisien.

Studi kasus Rumah Sakit B menunjukkan bahwa meskipun rumah sakit dengan sumber daya terbatas dapat mengalami kesulitan dalam implementasi, dengan perencanaan yang matang dan dukungan yang tepat, SIMRS dapat membawa perubahan signifikan dalam meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan (Tiwari et al., 2019).

## **E. Keamanan dan Privasi Data dalam SIMRS**

### **1. Keamanan Data Pasien**

Keamanan data pasien merupakan prioritas dalam penerapan SIMRS. Sistem harus dilengkapi dengan enkripsi data dan kontrol akses yang ketat untuk melindungi informasi medis (Sarkar et al., 2020). Dalam konteks ini, penting untuk mengikuti regulasi terkait privasi data, seperti HIPAA di Amerika Serikat (Agarwal et al., 2017).

Aspek Keamanan Data Pasien dalam SIMRS

Terdapat beberapa aspek yang perlu diperhatikan dalam memastikan keamanan data pasien dalam SIMRS. Aspek-aspek tersebut mencakup kontrol akses, enkripsi data, audit trail, perlindungan dari ancaman eksternal, dan pengelolaan kebijakan privasi.

Berikut Aspek Keamanan Data Pasien dalam SIMRS:

- a. Pengendalian Akses dan Otentikasi Pengguna
- b. Enkripsi Data
- c. Pemantauan dan Audit Data
- d. Perlindungan dari Ancaman Eksternal
- e. Perlindungan Data Sensitif dan Kebijakan Privasi

### **2. Perlindungan Data Pribadi**

Dengan semakin canggihnya teknologi, ancaman terhadap keamanan data semakin meningkat. Oleh karena itu, rumah sakit harus mengadopsi kebijakan perlindungan data yang ketat, termasuk

mengimplementasikan audit sistem secara berkala (Duan et al., 2019). Penggunaan *firewall* dan sistem pemantauan juga sangat diperlukan untuk mencegah kebocoran data (Wang & Liu, 2020).

## **F. Evaluasi dan Pemeliharaan SIMRS**

### **1. Pemeliharaan Sistem**

Pemeliharaan SIMRS sangat penting untuk memastikan bahwa sistem terus berfungsi dengan baik. Hal ini mencakup pembaruan perangkat lunak, perbaikan *bug*, dan peningkatan kapasitas penyimpanan data (Xu et al., 2021). Pemeliharaan yang baik juga mencakup pelatihan berkelanjutan bagi staf rumah sakit (Chang & Jung, 2018).

Pemeliharaan SIMRS merupakan serangkaian kegiatan yang bertujuan untuk menjaga sistem tetap berjalan dengan baik dan melakukan perbaikan atau pembaruan yang diperlukan untuk menanggapi perubahan teknologi dan kebutuhan rumah sakit. Pemeliharaan ini meliputi pemeliharaan preventif, korektif, dan evolutif yang dilakukan secara berkelanjutan (Gulati & Jain, 2019).

#### **1) Pemeliharaan Preventif**

Pemeliharaan preventif bertujuan untuk mencegah kerusakan sistem atau kegagalan fungsional sebelum terjadi. Beberapa kegiatan yang termasuk dalam pemeliharaan preventif antara lain:

Pembaruan perangkat lunak (*software updates*): Pembaruan berkala untuk memperbaiki *bug*, mengatasi kerentanannya, atau menambahkan fitur baru yang relevan dengan kebutuhan rumah sakit (Gulati & Jain, 2019).

Penyempurnaan sistem keamanan: Melakukan audit keamanan secara rutin dan memperbarui sistem keamanan untuk melindungi data pasien dan mencegah potensi ancaman dari serangan siber, seperti ransomware atau pencurian data (Gulati & Jain, 2019).

Pengecekan perangkat keras (*hardware check*): Pemeliharaan preventif juga mencakup pemeriksaan fisik perangkat keras yang

mendukung SIMRS, seperti *server*, komputer, dan perangkat jaringan, untuk memastikan perangkat keras berfungsi optimal dan tidak mengalami kerusakan (Gulati & Jain, 2019).

## 2) Pemeliharaan Evolutif

Pemeliharaan evolutif bertujuan untuk meningkatkan SIMRS seiring dengan berkembangnya kebutuhan rumah sakit dan perubahan teknologi. Pemeliharaan evolutif ini meliputi:

Pembaruan fungsionalitas sistem: Penambahan fitur baru atau perbaikan fungsionalitas yang sudah ada untuk memastikan SIMRS dapat memenuhi kebutuhan yang semakin berkembang, baik dalam pelayanan medis maupun pengelolaan administrasi rumah sakit (Tiwari et al., 2019).

Integrasi dengan teknologi baru: Integrasi dengan sistem baru atau perangkat baru, seperti alat medis canggih, perangkat *Internet of Things* (IoT), atau sistem asuransi kesehatan digital, guna meningkatkan fungsionalitas dan efisiensi SIMRS (Tiwari et al., 2019).

## 3) Pelatihan dan Pengembangan Pengguna

Salah satu bagian penting dari pemeliharaan SIMRS adalah pelatihan berkelanjutan untuk pengguna sistem, baik bagi dokter, perawat, maupun staf administrasi. Pelatihan ini memastikan bahwa pengguna dapat memanfaatkan seluruh fitur SIMRS dengan optimal, serta mengetahui cara mengatasi masalah teknis dasar. Pelatihan juga membantu mengurangi kemungkinan kesalahan pengguna yang dapat memengaruhi efektivitas sistem (Bansal et al., 2018).

## 2. Evaluasi Kinerja SIMRS

Evaluasi sistem dilakukan untuk menilai sejauh mana SIMRS memberikan manfaat bagi rumah sakit. Kinerja sistem dapat diukur berdasarkan efisiensi operasional dan kepuasan pasien (Brackett & Robbins, 2017). Penilaian ini juga meliputi analisis terhadap kesalahan teknis dan keberhasilan sistem dalam mengintegrasikan berbagai modul (Tiwari et al., 2019).

Evaluasi kinerja Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit (SIMRS) adalah langkah penting untuk menilai sejauh mana sistem yang diterapkan dapat mendukung tujuan operasional, meningkatkan efisiensi, serta memberikan manfaat bagi rumah sakit dan pasien. Evaluasi ini melibatkan berbagai aspek teknis, fungsional, serta dampak jangka panjang terhadap pengelolaan rumah sakit. Berdasarkan berbagai literatur tentang sistem informasi rumah sakit, berikut adalah rincian mengenai aspek-aspek evaluasi kinerja SIMRS.

### 1) Evaluasi Kinerja Teknis SIMRS

**Keandalan Sistem:** Keandalan sistem merupakan faktor utama dalam evaluasi SIMRS. Sistem yang andal tidak hanya berarti sistem tersebut jarang mengalami kerusakan atau *downtime*, tetapi juga dapat menangani volume data yang besar tanpa gangguan. Dalam hal ini, penting untuk mengevaluasi apakah SIMRS mampu berjalan secara stabil dalam berbagai kondisi operasional rumah sakit, mulai dari penggunaan data pasien yang tinggi hingga pengolahan data keuangan rumah sakit (Kasmir, 2018)

**Keamanan dan Perlindungan Data:** Mengingat banyaknya data sensitif yang diproses oleh SIMRS, keamanan data adalah aspek penting dalam evaluasi. Evaluasi dilakukan untuk menilai apakah SIMRS sudah dilengkapi dengan mekanisme proteksi data yang kuat, termasuk enkripsi data, kontrol akses pengguna, dan audit *trail* untuk mencegah kebocoran informasi medis (Indriantoro & Supomo, 2015)

**Kinerja Sistem dalam Pengolahan Data:** Sistem harus mampu memproses data dengan cepat dan akurat. Oleh karena itu, evaluasi juga mencakup pengujian terhadap kecepatan pemrosesan data, waktu respons, serta kemampuan sistem untuk mengelola berbagai transaksi secara *real-time* (Tjan, 2017).

### 2) Evaluasi Kinerja Fungsional SIMRS

**Kemudahan Penggunaan (*Usability*):** Salah satu faktor penting yang harus dievaluasi adalah seberapa mudah dan intuitif SIMRS digunakan oleh seluruh pengguna, mulai dari dokter, perawat, hingga staf administrasi rumah sakit. Sistem yang baik harus meminimalkan

kurva pembelajaran dan memungkinkan pengguna untuk melakukan tugasnya dengan efisien tanpa mengalami kesulitan berarti. Evaluasi ini sering melibatkan pengujian dari sudut pandang pengguna untuk melihat sejauh mana antarmuka sistem mendukung pekerjaan sehari-hari (Wijayanto, 2014)

**Integrasi Antar Modul:** SIMRS terdiri dari berbagai modul, seperti manajemen rekam medis, keuangan, farmasi, dan administrasi. Oleh karena itu, evaluasi kinerja SIMRS juga mengukur sejauh mana sistem dapat mengintegrasikan data dari berbagai modul ini secara mulus. Evaluasi integrasi ini bertujuan untuk memastikan bahwa informasi yang dibutuhkan di berbagai bagian rumah sakit dapat diakses dengan cepat dan tepat (Kasmir, 2018)

**Kesesuaian Fitur dengan Kebutuhan Operasional Rumah Sakit:** Fitur-fitur dalam SIMRS harus sesuai dengan kebutuhan dan alur kerja rumah sakit. Evaluasi ini meliputi penilaian apakah SIMRS dapat mendukung kegiatan operasional seperti pendaftaran pasien, pencatatan rekam medis, penjadwalan, pengelolaan obat, hingga pembuatan laporan keuangan dan pengawasan mutu pelayanan (Tjan, 2017).

### 3) Evaluasi Kinerja Organisasi dan Manajerial

**Dukungan terhadap Pengambilan Keputusan:** SIMRS harus mampu memberikan data dan informasi yang diperlukan untuk mendukung pengambilan keputusan manajerial yang cepat dan tepat. Evaluasi ini melihat apakah sistem menyediakan laporan yang cukup jelas dan mudah dipahami oleh manajemen rumah sakit, serta apakah laporan tersebut relevan dalam pengambilan keputusan strategis dan operasional (Indriantoro & Supomo, 2015)

**Penghematan Biaya dan Efisiensi Operasional:** Salah satu manfaat utama dari implementasi SIMRS adalah penghematan biaya operasional dan peningkatan efisiensi. Evaluasi ini bertujuan untuk menilai apakah SIMRS dapat mengurangi pemborosan sumber daya, meningkatkan pengelolaan inventaris, serta mempercepat proses administratif, yang pada gilirannya dapat mengurangi biaya operasional rumah sakit (Kasmir, 2018).



**Kepuasan Pengguna Sistem:** Kepuasan pengguna adalah indikator penting dari keberhasilan SIMRS. Oleh karena itu, evaluasi ini melibatkan pengumpulan umpan balik dari pengguna sistem mengenai kenyamanan, kemudahan penggunaan, dan efektivitas sistem dalam mendukung pekerjaan mereka sehari-hari. Tingkat kepuasan pengguna dapat memberikan gambaran yang jelas mengenai sejauh mana SIMRS memenuhi kebutuhan dan harapan mereka (Wijayanto, 2014).

#### 4) Evaluasi Dampak dan Manfaat SIMRS

**Peningkatan Kualitas Pelayanan Kesehatan:** Evaluasi kinerja SIMRS juga mencakup dampaknya terhadap kualitas pelayanan rumah sakit. Sistem informasi yang baik dapat membantu rumah sakit dalam memberikan pelayanan yang lebih cepat, lebih akurat, dan lebih aman kepada pasien. Evaluasi ini menilai apakah SIMRS membantu mengurangi kesalahan medis, mempercepat proses administrasi, dan meningkatkan koordinasi antar petugas medis dalam merawat pasien (Tjan, 2017).

**Peningkatan Pengelolaan Rumah Sakit Secara Keseluruhan:** SIMRS juga diharapkan dapat meningkatkan pengelolaan rumah sakit secara keseluruhan, termasuk dalam hal pengelolaan sumber daya manusia, pengawasan keuangan, dan perencanaan jangka panjang. Evaluasi ini bertujuan untuk menilai sejauh mana SIMRS membantu manajer rumah sakit dalam merencanakan dan mengelola operasional rumah sakit secara lebih efektif dan efisien (Kasmir, 2018).

#### 5) Evaluasi Keberlanjutan dan Pengembangan SIMRS

**Skalabilitas dan Kemampuan untuk Beradaptasi dengan Perubahan:** Evaluasi sistem harus mencakup penilaian terhadap kemampuan SIMRS untuk berkembang seiring dengan pertumbuhan rumah sakit dan perubahan teknologi. Sebuah SIMRS yang baik harus dapat dengan mudah diubah dan disesuaikan dengan kebutuhan baru tanpa memerlukan investasi besar dalam penggantian sistem secara keseluruhan (Indriantoro & Supomo, 2015).

**Pemeliharaan dan Dukungan Teknis:** Evaluasi keberlanjutan SIMRS juga melibatkan bagaimana sistem dapat dipelihara dan diperbarui.

Ini mencakup aspek teknis seperti pembaruan perangkat lunak, perbaikan *bug*, serta dukungan teknis yang dapat membantu rumah sakit mengatasi masalah yang muncul (Wijayanto, 2014).

## **G. Tantangan Dalam Implementasi SIMRS**

### **1. Tantangan Teknologi**

Salah satu tantangan utama dalam implementasi SIMRS adalah keterbatasan infrastruktur teknologi yang ada di rumah sakit (Thomas & Chou, 2018). Rumah sakit sering kali harus berinvestasi besar untuk meningkatkan kapasitas teknologi dan perangkat keras yang diperlukan (Deng et al., 2020).

Ketergantungan pada teknologi yang cepat berubah dapat menyebabkan kesulitan dalam melakukan pembaruan dan integrasi sistem, terutama jika SIMRS harus kompatibel dengan sistem lama atau perangkat medis tertentu (Shah & Figueroa, 2017).

### **2. Tantangan Sumber Daya Manusia**

Kurangnya keterampilan teknis pada staf rumah sakit juga dapat menjadi hambatan dalam penerapan SIMRS (Patel et al., 2020). Oleh karena itu, pelatihan dan pengembangan keterampilan menjadi faktor kunci dalam kesuksesan implementasi SIMRS (Mansouri et al., 2017).

## **H. Peluang dan Inovasi dalam Pengembangan SIMRS**

### **1. Teknologi Baru dalam SIMRS**

Teknologi seperti kecerdasan buatan (AI) dan *machine learning* (ML) berpotensi besar dalam meningkatkan kinerja SIMRS, terutama dalam pengolahan data medis dan prediksi penyakit (Sweeney, 2019). Implementasi AI dapat membantu meningkatkan akurasi diagnosis dan perawatan pasien (Zhang et al., 2020).

## 2. Inovasi dalam Integrasi Sistem

Peningkatan kemampuan integrasi antara SIMRS dan sistem lain, seperti sistem informasi rumah sakit pemerintah dan asuransi, juga menjadi peluang besar untuk mengoptimalkan pelayanan kesehatan (Li et al., 2018).

### **KESIMPULAN DAN SARAN:**

SIMRS memainkan peran penting dalam meningkatkan efisiensi operasional dan kualitas pelayanan di rumah sakit. Penerapan yang sukses memerlukan perencanaan yang matang, dukungan teknologi yang memadai, serta pelatihan yang terus-menerus untuk pengguna sistem. Ke depan, SIMRS diharapkan dapat terus berinovasi dan mengadopsi teknologi terbaru untuk menjawab tantangan dalam sektor kesehatan (Chung et al., 2020).

Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit (SIMRS) sangat penting dalam meningkatkan efisiensi operasional, pengelolaan data pasien, dan kualitas pelayanan kesehatan di rumah sakit. SIMRS membantu dalam pengelolaan administrasi, rekam medis, serta pengambilan keputusan manajerial dengan menyediakan data yang akurat dan tepat waktu. Namun, implementasi SIMRS juga menghadapi tantangan seperti biaya tinggi, kebutuhan pelatihan pengguna, dan masalah keamanan data. Oleh karena itu, penting untuk melakukan evaluasi dan pembaruan sistem secara berkala agar dapat mengatasi hambatan tersebut dan terus berkembang sesuai kebutuhan rumah sakit (Kasmir, 2018; Indriantoro & Supomo, 2015; Tjan, 2017).

## DAFTAR PUSTAKA

- Agarwal, R., et al. (2017). Health Information Systems Security and Privacy: Challenges and Solutions. *Healthcare Management Review*, 42(3).
- Alharbi, A., & Albarrak, M. (2018). The Role of Information Systems in Healthcare Management. *Journal of Medical Systems*, 42(5).
- Al-Kahtani, N. (2016). The Impact of Information Systems on Healthcare Services in Saudi Arabia. *International Journal of Health Management*, 13(2).
- Bansal, A., et al. (2018). Financial Management in Healthcare: Role of Information Systems. *Financial Innovations in Healthcare*, 19(1).
- Boudier Mignot, C. (2020). *Digital Transformation in Healthcare: Managing the Evolution of Information Systems*. Paris: Springer.
- Brackett, L., & Robbins, J. (2017). Evaluating Healthcare Information Systems: Methods and Applications. *Journal of Health Informatics*, 15(4).
- Chang, J. (2018). *Smart Healthcare: Technologies and Applications*. Berlin: Springer.
- Chung, J., et al. (2020). The Future of Healthcare Information Systems: Emerging Trends. *Medical Informatics Europe*, 33(2).
- Deng, J., et al. (2020). Technological Barriers in Implementing Healthcare Information Systems. *International Journal of Technology in Healthcare*, 11(6).
- Duan, W., et al. (2019). Data Security in Health Information Systems: Current Challenges and Solutions. *Health Information Privacy Journal*, 22(3).
- Gulati, A., & Jain, S. (2019). *Healthcare Information Systems: Opportunities and Challenges*. *Journal of Healthcare Technology*, 14(3).
- Harrison, J., et al. (2019). *Healthcare Information Systems: An Overview*. *Journal of Health Informatics*, 34(4).

- Indrianoro, N., & Supomo, B. (2015). *Metodologi Penelitian Bisnis*. Yogyakarta: BPFE.
- Kasmir. (2018). *Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit*. Jakarta: Kencana.
- Li, J., et al. (2018). *Health Information Systems and Data Security: Global Perspectives and Challenges*. London: Routledge.
- Mansouri, M., et al. (2017). *Implementation of Electronic Medical Records in Healthcare: A Case Study*. *International Journal of Medical Informatics*, 97(5).
- Miller, R. H. (2021). Health IT and the Changing Role of Healthcare Providers: Challenges and Opportunities. *Health Affairs*, 40(5), 758-764.
- Pardo, T. (2017). *Healthcare Information Systems and Management*. *Medical Informatics Journal*, 22(4).
- Patel, V. L., et al. (2020). *Health Informatics: A Systems Perspective*. Boca Raton: CRC Press.
- Sarkar, P. (2020). *Health Information Systems: Concepts, Methodologies, Tools, and Applications*. Hershey: IGI Global.
- Shah, M., & Figueroa, J. (2017). *Advances in Healthcare Information Systems: Technology, Applications, and Challenges*. *Health Information Science*, 28(3).
- Sulaiman Ismail, H. (2017). *Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit: Teori dan Praktik*. Jakarta: Salemba Empat.
- Sweeney, L. (2019). *Data Privacy in Health Information Systems: Ethical and Legal Issues*. New York: Oxford University Press.
- Tanenbaum, A. S. (2016). *Computer Networks* (5th ed.). Boston: Pearson.
- Tiwari, P. (2019). *Data Management in Healthcare: Integrating Data for Better Decision-Making*. Singapore: Springer.
- Tjan, A. S. (2017). *Evaluasi Kinerja Sistem Informasi Rumah Sakit*. Jakarta: Salemba Empat.
- Venkatesh, V., & Agarwal, R. (2016). Technology Acceptance and Use in Healthcare: A Literature Review. *Journal of Health Information Systems Research*, 6(4), 101-115.
- Wang, J. (2020). *Managing Healthcare Information Systems: Trends and Challenges*. Cambridge: Cambridge University Press.

- Wang, Y., & Liu, L. (2020). *Healthcare Information Systems: Opportunities and Challenges*. Springer.
- Wijayanto, D. (2014). *Manajemen Rumah Sakit dan Sistem Informasi Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Williams, S., & Hallowell, R. (2020). *Effective Use of Information Systems in Healthcare Organizations*. *Journal of Healthcare Management*, 39(2).
- Xu, J., et al. (2021). Big Data and Artificial Intelligence in Healthcare: A Review and Future Directions. *Journal of Healthcare Engineering*, 2021(6), 35-47.
- Zhang, X., et al. (2020). *Big Data Analytics for Healthcare Applications*. Springer.
- Zhang, Y., & Lee, M. (2018). *Logistics Management in Healthcare: The Role of Information Systems*. *Journal of Supply Chain Management*, 24(6).

## **BAB 8**

# **MANAJEMEN FASILITAS DAN PERALATAN MEDIS**

**Oleh: Dr. apt, Atika Dalili Akhmad, S. Farm., M. Sc**

### **A. Pendahuluan**

Kebutuhan untuk layanan dan fasilitas pelayanan kesehatan terus meningkat hingga saat ini karena pertumbuhan populasi, harapan hidup yang meningkat diikuti dengan peningkatan standar hidup. Saat ini, rumah sakit sebagai salah satu fasilitas pemberi layanan kesehatan, perlu menyediakan serangkaian pelayanan yang beragam kepada pasien yang berjumlah besar. Jumlah pasien yang banyak menyebabkan kepadatan pengunjung, hal ini menunjukkan pentingnya manajemen fasilitas di sektor pelayanan kesehatan (Yousefli, Nasiri and Moselhi, 2017).

Manajemen fasilitas didefinisikan sebagai perencanaan integral, realisasi dan pengelolaan bangunan dan akomodasi, layanan dan sumber daya yang berkontribusi terhadap pencapaian tujuan organisasi yang efektif, efisien, dan fleksibel dalam lingkungan yang dinamis (Shohet and Lavy, 2004). Fasilitas dan lingkungan dalam rumah sakit harus aman, berfungsi baik, dan memberikan lingkungan pelayanan yang aman bagi *stakeholder*. Oleh karena itu, sarana fisik, bangunan, infrastruktur, peralatan kesehatan, serta sumber daya lainnya harus dikelola secara efektif guna meminimalkan dan mengendalikan potensi bahaya serta risiko, sekaligus mencegah terjadinya kecelakaan, cedera, dan penyakit akibat kerja (Kemenkes RI, 2022b).

Manajemen fasilitas dan peralatan medis di rumah sakit tidaklah mudah karena kerumitan dalam desain dan fungsinya, seringkali teknologi baru harus diintegrasikan kedalam fasilitas yang sudah ada. Selain itu, manajemen fasilitas di rumah sakit mencakup berbagai layanan dan tanggung jawab yang dikelola mulai dari infrastruktur fisik hingga sistem kompleks, yang seluruhnya ditujukan untuk mendukung misi utama rumah sakit dalam menyediakan pelayanan berkualitas tinggi. Ketika berbicara tentang manajemen fasilitas, kita melihat pengelolaan seluruh operasi pelayanan kesehatan dari kebutuhan pembaruan teknologi, pengelolaan limbah serta efisiensi biaya, ketersediaan dan pemeliharaan peralatan medis (Lucas, 2017).

Standar dan peraturan terkait manajemen fasilitas dan peralatan medis di rumah sakit diatur melalui beberapa regulasi yang dikeluarkan pemerintah untuk memastikan keselamatan, efektifitas, dan kualitas pelayanan kesehatan. Implementasi regulasi ini memerlukan kepatuhan yang ketat dari pihak rumah sakit serta pengawasan berkala oleh pemerintah.

## **B. Pengertian dan Ruang Lingkup Manajemen Fasilitas dan Peralatan Medis**

Manajemen fasilitas medis merupakan seluruh proses pengelolaan pada aspek fisik dan infrastruktur rumah sakit. Proses ini meliputi perencanaan, pemeliharaan, pengawasan, dan pengembangan fasilitas fisik yang digunakan mendukung pelayanan kesehatan. Tujuan pengelolaan fasilitas ini adalah memastikan bahwa semua fasilitas bekerja secara optimal dan aman, mendukung efisiensi operasional, dan memberikan kepuasan pasien serta staf. Selain fasilitas medis, rumah sakit juga perlu melakukan pengelolaan peralatan medis yang digunakan dalam diagnosis, perawatan, dan rehabilitasi pasien.



**Tabel 8.1 Gambaran Umum Manajemen Fasilitas dan Peralatan Medis di Rumah Sakit**

Aspek	Fasilitas	Peralatan Medis
Ruang lingkup	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pemeliharaan Gedung</li> <li>2. Keamanan dan keselamatan</li> <li>3. Pengelolaan lingkungan</li> <li>4. Manajemen energi</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pengadaan dan inventarisasi</li> <li>2. Kalibrasi dan perawatan rutin</li> <li>3. Penggunaan peralatan medis</li> <li>4. Pengelolaan resiko dan keamanan peralatan</li> </ol>
Fokus Pengelolaan	Lingkungan fisik dan operasional fasilitas kesehatan secara keseluruhan	Kinerja, keamanan, dan keberlangsungan operasional alat medis
Keterkaitan dengan pasien	Mendukung seluruh proses pelayanan pasien dari pendaftaran hingga rawat inap melalui lingkungan yang nyaman dan aman	Berhubungan langsung dengan prosedur medis atau perawatan pasien melalui penggunaan alat medis yang tepat dan memiliki kondisi baik.
Aktivitas utama	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pemeliharaan dan perbaikan fasilitas</li> <li>2. Pengelolaan limbah medis</li> <li>3. Pengelolaan energi</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pengadaan alat medis</li> <li>2. Pemeliharaan dan perbaikan alat</li> <li>3. Kalibrasi dan pengujian alat</li> </ol>
Stakeholder utama	Manajemen fasilitas, teknisi pemeliharaan, staf keamanan, manajemen lingkungan	Teknisi peralatan medis, staf medis, manajemen rumah sakit, penyedia alat medis.

Sumber: (Kemenkes RI, 2015a; Sodri, 2016; *International Standardization Organization* (ISO), 2018).

Tabel di atas memberikan gambaran umum mengenai pengelolaan fasilitas dan peralatan medis dalam lingkungan pelayanan kesehatan. Penjelasan ini mencakup beberapa aspek utama, seperti ruang lingkup, fokus pengelolaan, keterkaitan dengan pasien, aktivitas utama, dan pihak-pihak yang terlibat (*stakeholder*). Kegiatan ini mencakup pengadaan, perawatan preventif, kalibrasi, perbaikan, dan pemantauan kinerja peralatan medis. Tujuan dari pengelolaan alat-alat medis ini untuk memastikan setiap peralatan berfungsi sesuai standar, aman, dan memiliki umur operasional yang optimal. Tabel 8.1 dapat memberikan gambaran berbagai aspek yang perlu diperhatikan dalam manajemen fasilitas dan peralatan medis di rumah sakit secara umum.

### **C. Standar dan Regulasi Manajemen Fasilitas Rumah Sakit**

Dalam rangka pengelolaan fasilitas dan lingkungan yang aman, berfungsi secara baik, dan aman maka fasilitas fisik, kelengkapan bangunan (ruang tunggu, ruang gawat darurat, ruang operasi, ruang Tindakan kebidanan, ruang bank darah rumah sakit, ruang radiologi, ruang laboratorium, ruang pendaftaran pelayanan dan pengelolaan rekam medis, ruang pengelolaan limbah, ruang *Central Sterile Supply Departement/CSSD*, ambulans) harus dikelola secara efektif untuk mengurangi dan mengendalikan biaya, serta menjaga keamanan kerja. Pada pengelolaan fasilitas dan lingkungan ini, rumah sakit perlu menyusun program pengelolaan fasilitas dan lingkungan serta program pengelolaan risiko untuk pemantauan keselamatan lingkungan rumah sakit. Pimpinan rumah sakit merencanakan ruang, peralatan, dan sumber daya pendukung pelayanan klinis, edukasi tenaga medis dan non medis termasuk entitas non medis seperti kantin atau kafe mengenai fasilitas termasuk edukasi cara mengurangi risiko dan pemantauan situasi berisiko diseluruh fasilitas untuk keselamatan kerja (Kemenkes RI, 2024).

Rumah sakit harus mematuhi ketentuan dan peraturan yang berlaku sebagai bentuk tanggung jawab kepada seluruh pemangku kepentingan sebagai penyedia layanan kesehatan. Mengacu kepada

standar akreditasi rumah sakit, fokus standar manajemen fasilitas di rumah sakit sekaligus didalamnya pengelolaan keamanan meliputi 10 standar (Kemenkes RI, 2024):

1. Kepemimpinan dan perencanaan;
2. Keselamatan;
3. Keamanan;
4. Pengelolaan bahan berbahaya dan beracun (B3) dan limbah B3;
5. Proteksi kebakaran;
6. Peralatan medis;
7. Sistem utilitas;
8. Penanganan kedaruratan dan bencana;
9. Konstruksi dan renovasi; dan
10. Pelatihan

Dalam pendiriannya, rumah sakit tanpa memperhatikan kelas rumah sakit dan sumber daya wajib mematuhi peraturan perundang-undangan terkait persyaratan bangunan baik secara umum dan khusus. Persyaratan tersebut yaitu menyediakan bangunan dan fasilitas yang aman sebagai tanggungjawab kepada pasien, keluarga, pengunjung, dan staf/pegawai rumah sakit, termasuk mempunyai izin dan atau sertifikasi sesuai peraturan perundang-undangan (SNARS, 2018).

Manajemen fasilitas yang terstruktur dan sesuai standar mendukung pelayanan yang berkualitas, aman, dan efisien. Hal ini mencakup perencanaan desain, pemeliharaan, pengelolaan resiko, kesiapsiagaan, dan pemanfaatan teknologi. Komponen utama dalam manajemen fasilitas rumah sakit dirangkum pada Tabel 8.2 dengan mengacu kepada standar nasional dan internasional.

**Tabel 8.2 Komponen Utama dalam Manajemen Fasilitas Rumah Sakit**

Komponen	Deskripsi	Sumber Acuan
Standar fasilitas	<p>Bangunan dan prasarana pada rumah sakit harus memadai dan sesuai dengan:</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Aspek keandalan teknis bangunan gedung dan konstruksi bangunan dan prasarana yang diatur dalam peraturan perundang-undangan</li><li>2. Tingkat pelayanan yang diberikan (Rumah sakit Umum tipe A, B, C, dan D, serta rumah sakit khusus tipe A, B, dan C)</li></ol>	(Kemenkes RI, 2010, 2019; Peraturan Pemerintah, 2021; <i>Joint Commission international</i> , 2023)
Perencanaan dan Desain Fasilitas	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Tata letak: Desain tata letak mendukung alur kerja dan meminimalkan risiko kontaminasi</li><li>2. Ergonomi dan aksesibilitas: Desain yang mempertimbangkan kenyamanan pasien dan aksesibilitas bagi penyandang disabilitas</li><li>3. Keamanan fisik: sistem pemadam kebakaran, alarm, dan rencana evakuasi</li></ol>	(Kemenkes RI, 2022a; <i>Joint Commission international</i> , 2023)
Pemeliharaan dan Pengawasan Infrastruktur	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Pemeliharaan preventif: Pemeliharaan rutin peralatan medis dan infrastruktur (<i>Heating, Ventilation, and Air Conditioning</i>/HVAC, air, sanitasi, pencahayaan, Listrik, dll)</li><li>2. Pengawasan dan audit berkala: Inspeksi kondisi fasilitas dan</li></ol>	(JCI, 2011; SNARS, 2018; Kemenkes RI, 2022a)

Komponen	Deskripsi	Sumber Acuan
	ketersediaan peralatan darurat.	
Pengelolaan Risiko Kesehatan dan Keselamatan	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pengendalian infeksi: pembersihan rutin, disinfeksi, dan pemisahan area steril.</li> <li>2. Keamanan pasien: <i>Monitoring</i> akses, CCTV, dan prosedur evakuasi untuk melindungi pasien.</li> <li>3. Pengelolaan limbah medis: Pemisahan dan pembuangan limbah medis berbahaya sesuai regulasi.</li> </ol>	(JCI, 2011; Kemenkes RI, 2016, 2019; SNARS, 2018)
Pengelolaan Energi dan Sumber Daya	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Efisiensi energi: Penggunaan teknologi hemat energi</li> <li>2. Pengelolaan air bersih dan limbah cair: Ketersediaan air bersih dan sistem pembuangan limbah cair yang aman.</li> </ol>	(JCI, 2011; Kemenkes RI, 2016, 2019, 2022a; SNARS, 2018)
Kesiapsiagaan dan Manajemen Bencana	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Rencana tanggap darurat: Protokol kesiapsiagaan bencana pada berbagai kondisi</li> <li>2. Simulasi dan Pelatihan: pelatihan dan simulasi rutin untuk kesiapan staf.</li> </ol>	(JCI, 2011; Kemenkes RI, 2016, 2019; SNARS, 2018)
Teknologi dan Sistem Informasi	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Automatisasi manajemen fasilitas: penggunaan perangkat lunak untuk pemeliharaan, inventarisasi, dan penjadwalan</li> <li>2. Sistem pelaporan dan <i>monitoring</i>: Sistem berbasis teknologi untuk pelaporan langsung dari berbagai area rumah sakit.</li> </ol>	(JCI, 2011; SNARS, 2018)

Setelah pemenuhan komponen utama fasilitas, rumah sakit perlu menyusun program manajemen risiko fasilitas dan lingkungan yang mencakup enam bidang, mengacu kepada Standar Nasional Akreditasi Rumah Sakit (SNARS) yaitu:

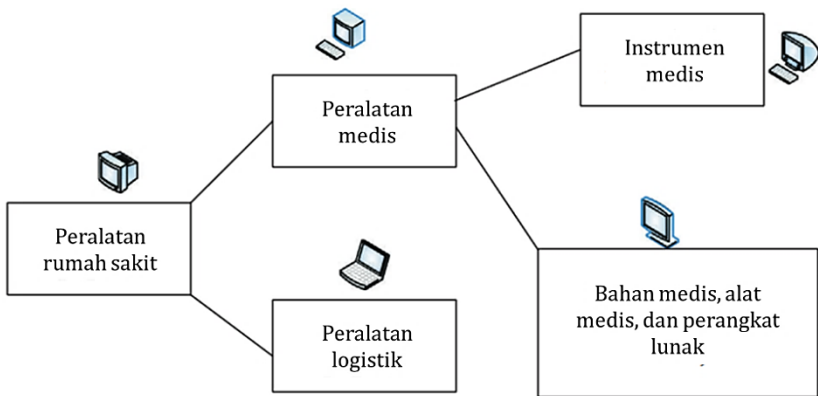
- 1) Keselamatan dan Keamanan, meliputi keadaan gedung, lantai, halaman rumah sakit, termasuk peralatan yang tidak menimbulkan risiko bagi *stakeholder*. Selain itu, adanya perlindungan keamanan akibat kehilangan, pengrusakan dan kerusakan, serta penggunaan akses oleh pihak yang tidak berwenang.
- 2) Bahan Berbahaya dan Beracun (B3) serta limbahnya, seperti penanganan, penyimpanan, dan penggunaan bahan radioaktif serta pengendalian bahan berbahaya lainnya dan limbah B3 yang dibuang secara aman.
- 3) Manajemen Penanggulangan Bencana, melakukan mitigasi risiko bencana, penanganan bencana dan keadaan emergensi perlu direncanakan secara efektif.
- 4) Sistem Proteksi Kebakaran, memberikan perlindungan terhadap *property*, pengunjung, serta penghuni dari kebakaran dan asap.
- 5) Peralatan Medis, melakukan pemilihan, pemeliharaan, dan digunakan sedemikian rupa untuk mengurangi risiko.
- 6) Sistem Penunjang, meliputi Listrik, air, dan sistem pendukung lainnya dipelihara untuk meminimalkan risiko kegagalan pengoperasian.

Program manajemen risiko diatas harus tertulis dan selalu diperbarui sehingga mencerminkan kondisi lingkungan rumah sakit terkini.

## **D. Standar dan Regulasi Manajemen Peralatan Medis**

Peralatan rumah sakit terutama mencakup dua bagian utama: peralatan medis dan peralatan logistik. Konsep peralatan rumah sakit

dapat dilihat pada **Error! Reference source not found.** Pada anajemen fasilitas, tim manajemen berfokus pada pengelolaan infrastruktur fisik dan lingkungan rumah sakit seperti yang sudah dijelaskan pada sub bab sebelumnya, maka manajemen peralatan medis memastikan bahwa peralatan medis berfungsi dengan baik, aman, dan akurat (Li, Mao and Zhang, 2022).



**Gambar 8.1 Konsep Terkait Peralatan Rumah Sakit**

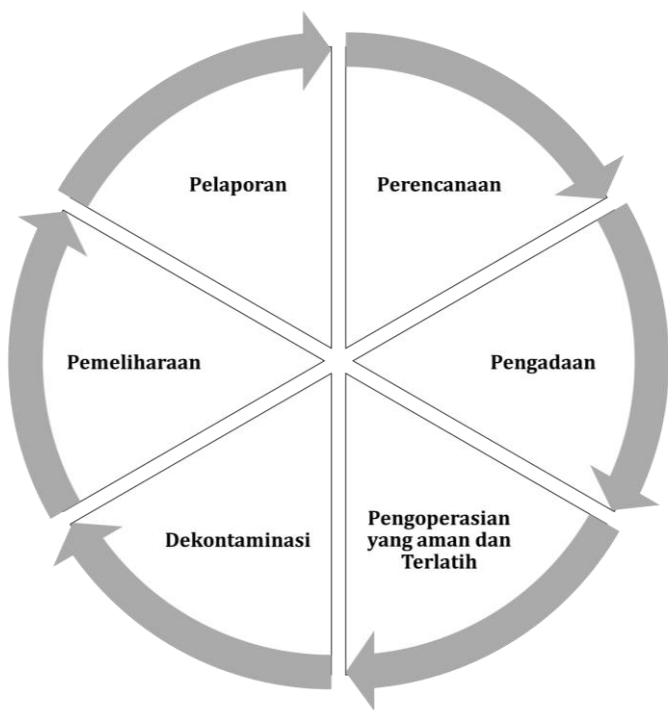
Sumber: Li, Mao and Zhang, (2022)

Menurut SNARS, dalam rangka menjamin peralatan medis dapat digunakan dan layak pakai maka rumah sakit perlu:

1. Menginventarisasi peralatan medis yang mencakup peralatan medis milik rumah sakit dan peralatan medis Kerjasama Operasional (KSO) dari pihak ketiga;
2. Memeriksa peralatan medis sesuai dengan fungsi dan petunjuk pabrikan;
3. Melaksanakan pemeliharaan pencegahan dan kalibrasi.

Manajemen peralatan medis di rumah sakit merupakan proses yang meliputi pengadaan, pemeliharaan, pengoperasian, dan

pengawasan perlatan medis. Manajemen yang baik dari peralatan medis sangat penting untuk mendukung diagnosis, perawatan, dan pemulihan pasien serta memastikan kualitas dan keamanan pelayanan rumah sakit (Bahreini, Doshmangir and Imani, 2019; Arab-Zozani *et al.*, 2021). Proses manajemen peralatan medis mengikuti siklus yang dimuat pada Gambar 8.2.



**Gambar 8.2 Siklus Manajemen Peralatan Medis Rumah Sakit**

Sumber: data olahan berbagai sumber (SNARS, 2018; Kemenkes RI, 2022a)

Berikut ini siklus manajemen peralatan medis di rumah sakit yang dikumpulkan dari berbagai sumber (Huntoyungo and Tilome, 2009; Diaconu *et al.*, 2017; SNARS, 2018; Kemenkes RI, 2022a):



## 1. Perencanaan Peralatan Medis

Perencanaan alat kesehatan di dalam pelayanan adalah untuk menentukan kebutuhan terkait jenis, jumlah, dan spesifikasi peralatan sesuai dengan pelayanan dan sumber daya yang ada dalam pengelolaan. Pada proses perencanaan terdapat dua aspek yang perlu diperhatikan:

- a. Analisis kebutuhan: rumah sakit perlu melakukan analisis kebutuhan berdasarkan jenis layanan yang diberikan, volume pasien, dan potensi jangka Panjang penggunaan peralatan.
- b. Seleksi peralatan: Pemilihan peralatan dilakukan dengan memperhatikan spesifikasi teknis, keandalan, kemudahan perawatan, dan biaya peralatan. Pertimbangan dalam perencanaan juga memperhatikan standar alat yang telah memperoleh sertifikasi dari Lembaga pengujian dan pemantauan mutu.

## 2. Pengadaan Peralatan Medis

Proses pengadaan melibatkan prosedur yang transparan dengan pengujian dan evaluasi kualitas peralatan untuk menjamin kesesuaian dengan kebutuhan pelayanan. Rumah sakit umumnya melakukan pengadaan peralatan medis berdasarkan kontrak (*e-purchasing* melalui e-katalog untuk rumah sakit pemerintah). Selama proses penerimaan alat perlu dilakukan inventarisasi dan pelacakan peralatan. Tiga hal yang perlu dilakukan dalam proses ini yaitu:

Setiap peralatan medis didaftarkan dalam sistem inventaris yang mencatat informasi seperti lokasi, spesifikasi, tanggal pembelian, kondisi, dan riwayat pemeliharaan. Penggunaan label atau kode dan peralatan untuk memudahkan pelacakan, pemeliharaan, dan pemantauan keberadaan peralatan medis di seluruh rumah sakit.

Pembaruan data inventaris secara berkala untuk mencerminkan status terkini peralatan (sedang digunakan, dalam pemeliharaan, atau tidak berfungsi).

### 3. Pengoperasian yang Aman dan Terlatih

Alat kesehatan kesehatan dapat berfungsi dengan baik dan aman apabila dioperasikan dengan benar dan sesuai prosedur. Persyaratan pengoperasian mencakup seluruh aspek yang berhubungan dengan pengoperasian peralatan yang terdiri dari:

Sumber daya manusia, yang terdiri dari:

- a. Memiliki pengetahuan dan keterampilan
- b. Mempunyai kompetensi sesuai bidangnya
- c. Mengikuti pelatihan pengoperasian alat saat
- d. Mempelajari operasional manual, SOP alat, dan prosedur tetap pelayanan.
- e. Kelengkapan alat/aksesori
- f. Bahan operasional memadai
- g. Sarana pendukung tersedia dan memenuhi persyaratan manufaktur alat kesehatan.

Pemantauan penggunaan juga perlu dilakukan untuk memastikan kesesuaian penggunaan dengan SOP dan mencegah kesalahan atau kerusakan akibat penggunaan yang tidak tepat.

### 4. Dekontaminasi

Mikroorganisme patogen di fasilitas pelayanan kesehatan dapat memengaruhi kesehatan individu yang rentan. Dekontaminasi menjadi langkah penting dalam mencegah infeksi pada pasien dan tenaga kesehatan. Semua peralatan yang akan digunakan kembali, dipelihara, diperbaiki, atau dimusnahkan harus didekontaminasi untuk memastikan keamanan dalam penanganan selanjutnya. Tingkat dekontaminasi ditentukan oleh jenis peralatan dan prosedur tertentu, dan mencakup pembersihan, pembersihan diikuti dengan desinfeksi, serta pembersihan diikuti dengan sterilisasi.

### 5. Pemeliharaan Peralatan Medis

Pemeliharaan peralatan medis dibagi menjadi dua kategori meliputi Inspeksi Pemeliharaan Preventif (*Inspection Preventif Maintenance*) dan Pemeliharaan Korektif (*Corrective Maintenance*). Inspeksi adalah

kegiatan yang direncanakan dan terjadwal untuk memastikan peralatan berfungsi optimal.

Pemeliharaan Preventif merupakan kegiatan evaluasi yang dilakukan terjadwal yang bertujuan untuk memperpanjang umur alat dan mencegah kegagalan alat. Pemeliharaan ini dapat dilakukan dengan kalibrasi, penggantian bagian, pelumasan, pembersihan dan kegiatan lain yang ditujukan untuk menjaga keandalan peralatan.

Kegiatan perbaikan terhadap peralatan untuk mengembalikan fungsi awal peralatan disebut pemeliharaan korektif. Pemeliharaan korektif ini biasanya tidak terjadwal dan dilakukan berdasarkan permintaan *user*. Kegiatan ini seperti perbaikan dan *troubleshooting*, dimana dibagi menjadi beberapa tingkatan dari tingkatan perangkat lunak sampai perangkat keras.

Fokus kegiatan manajemen peralatan medis adalah perawatan dan pengelolaan perangkat perawatan yang memerlukan kalibrasi. Setiap fasilitas kesehatan wajib melaksanakan kalibrasi secara berkala pada peralatan medis yang digunakan dalam pelayanan untuk memastikan bahwa alat berfungsi sesuai spesifikasi dan menghasilkan data yang akurat, terutama yang berhubungan langsung dengan diagnostik dan terapi pasien. Di Indonesia, ketentuan terkait kalibrasi alat kesehatan diatur dalam beberapa peraturan Menteri Kesehatan (Permenkes), di antaranya adalah:

- a. Permenkes No. 54 Tahun 2015 tentang Pengujian dan Kalibrasi Alat Kesehatan
- b. Permenkes No. 8 Tahun 2019 tentang Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien

Berdasarkan peraturan menteri kesehatan tersebut, kalibrasi harus dilakukan oleh laboratorium kalibrasi terakreditasi atau instansi yang sudah berizin. Pentingnya Kalibrasi secara berkala (setidaknya setahun sekali) di rumah sakit diperlukan untuk:

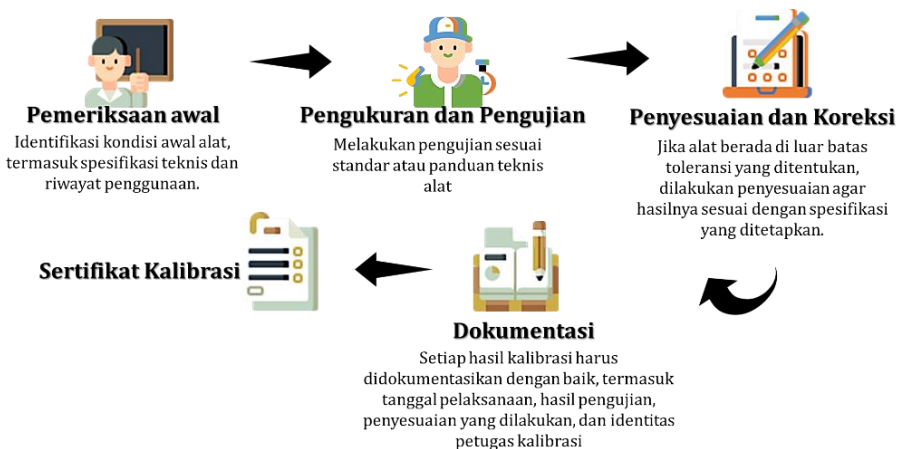
- 1) Menjamin Keamanan dan Kualitas Pelayanan: Alat yang terkalibrasi dengan baik mendukung hasil diagnosis dan terapi yang tepat.

- 2) Mengurangi Risiko Kesalahan Medis: Kalibrasi mengurangi kemungkinan kesalahan yang mungkin terjadi akibat alat yang tidak berfungsi sesuai standar.
- 3) Memenuhi Standar Akreditasi Rumah Sakit: Akreditasi rumah sakit sering kali mensyaratkan pelaksanaan kalibrasi sebagai bagian dari pemenuhan standar mutu dan keselamatan.

Proses kalibrasi meliputi langkah-langkah sistematis yang dilakukan untuk memastikan fungsi alat sesuai standar teknis yang ditetapkan. Proses ini penting untuk menjamin keamanan, efektivitas, dan akurasi alat yang digunakan dalam pelayanan kesehatan. Terdapat lima tahapan yang dilakukan dalam proses kalibrasi yakni:

- a) Pemeriksaan awal;
- b) Pengukuran dan pengujian;
- c) Penyesuaian dan koreksi;
- d) Dokumentasi;
- e) Penerbitan sertifikat kalibrasi.

Gambar 8.3 menjelaskan Langkah-langkah yang perlu dilakukan dalam kalibrasi alat.



**Gambar 8.3 Langkah-langkah Kalibrasi Peralatan Medis**

Sumber: Kemenkes RI, (2015b)

## 6. Pelaporan

Setiap inspeksi peralatan medis yang dilakukan harus dicatat, tujuannya adalah untuk memastikan pengelolaan peralatan berjalan efektif, efisien, dan sesuai dengan regulasi. Dokumentasi pemeliharaan peralatan ini juga bentuk dari tim manajemen risiko rumah sakit (Kemenkes RI, 2015b).

### Komponen Pelaporan

Laporan manajemen peralatan medis meliputi beberapa komponen berikut:

- 1) Inventarisasi Peralatan: jenis, jumlah, lokasi, dan kondisi alat medis, informasi teknis alat (merek, model, nomor seri).
- 2) Riwayat Pemeliharaan dan kalibrasi: Jadwal pemeliharaan preventif dan kalibrasi, hasil pemeliharaan atau perbaikan.
- 3) Hasil Inspeksi dan pengujian: laporan pengujian fungsi alat, dokumen kalibrasi yang mencantumkan hasil pengujian dan sertifikat.
- 4) Laporan penggunaan: catatan penggunaan alat, termasuk operator yang bertanggung jawab, frekuensi penggunaan untuk evaluasi efisiensi.
- 5) Kondisi dan keberlanjutan: informasi alat yang rusak, memerlukan perbaikan, atau penggantian, estimasi umur ekonomis alat.
- 6) Dokumentasi penghapusan atau pemusnahan: prosedur pemusnahan alat yang tidak layak digunakan.

Pelaporan dilakukan melalui mekanisme internal dan eksternal. Pelaporan kepada manajemen rumah sakit, seperti direktur atau kepala bagian pemeliharaan fasilitas. Pelaporan kepada regulator juga diperlukan sesuai kewajiban peraturan.

## **KESIMPULAN:**

Melalui pengelolaan fasilitas yang terorganisir dan sesuai dengan standar yang ditetapkan, rumah sakit mampu menyelenggarakan pelayanan kesehatan yang berkualitas, aman, dan efisien. Pendekatan ini tidak hanya meningkatkan mutu layanan kepada pasien, tetapi juga mengurangi risiko operasional serta mendukung keberlanjutan fasilitas kesehatan. Selain pengelolaan fasilitas, pengelolaan peralatan medis yang efektif di rumah sakit memastikan ketersediaan alat yang handal, aman, dan siap digunakan, sehingga mendukung keselamatan pasien, efektivitas klinis, serta efisiensi operasional rumah sakit, dengan mematuhi standar regulasi dan menerapkan sistem pemeliharaan yang optimal, rumah sakit dapat memaksimalkan investasi dalam peralatan medis dan meningkatkan kualitas layanan kesehatan.

## DAFTAR PUSTAKA

- Arab-Zozani, M. *et al.* (2021). 'Assessment of medical equipment maintenance management: proposed checklist using Iranian experience', *BioMedical Engineering Online*, 20(1), pp. 1–23. Available at: <https://doi.org/10.1186/s12938-021-00885-5>.
- Bahreini, R., Doshmangir, L. and Imani, A. (2019). 'Influential factors on medical equipment maintenance management: In search of a framework', *Journal of Quality in Maintenance Engineering*, 25(1), pp. 128–143. Available at: <https://doi.org/10.1108/JQME-11-2017-0082>.
- Diaconu, K. *et al.* (2017). 'Methods for medical device and equipment procurement and prioritization within low- and middle-income countries: Findings of a systematic literature review', *Globalization and Health*, 13(1), pp. 1–17. Available at: <https://doi.org/10.1186/s12992-017-0280-2>.
- Huntoyungo, S.N. and Tilome, E. (2009) 'Analysis Of Medical Equipment Procurement', pp. 1–10.
- International Standardization Organization (ISO) (2018). *Occupational health and safety management systems — Requirements with guidance for use (ISO 45001:2018)*. ISO. Available at: <https://bit.ly/2Z5Lm07>.
- JCI (2011). *Joint Commission International: Standar Akreditasi Rumah Sakit [Edisi ke 4]*.
- Joint Commission international (2023). 'JCI Accreditation Standards for Hospital 7th Edition', *Joint Commission international - Accredited Organizations*, p. 1. Available at: <https://www.jointcommissioninternational.org/standards/international-patient-safety-goals/>.
- Kemendes RI (2010). 'Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 340/MENKES/PER/III/2010 Tentang Klasifikasi Rumah Sakit', p. 116.
- Kemendes RI (2015a). 'Pedoman Pengelolaan Peralatan Kesehatan Di Fasilitas Pelayanan Kesehatan', *Direktorat Jenderal Bina Upaya Kesehatan*, p. hlm. 10.

- Kemenkes RI (2015b). 'Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 54 Tahun 2015 Tentang Pengujian dan Kalibrasi Alat Kesehatan', p. 6.
- Kemenkes RI (2016). 'Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 66 Tahun 2016 Tentang Keselamatan dan Kesehatan Kerja Rumah Sakit'.
- Kemenkes RI (2019). 'Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 7 Tahun 2019 Tentang Kesehatan Lingkungan Rumah Sakit', pp. 1–23.
- Kemenkes RI (2022a). 'Peraturan Menteri Kesehatan No. 40 Tahun 2022 tentang Persyaratan Teknis Bangunan, Prasarana, dan Peralatan Kesehatan Rumah Sakit', *Menteri Kesehatan Republik Indonesia*, (1309), pp. 1–290. Available at: [www.peraturan.go.id](http://www.peraturan.go.id).
- Kemenkes RI (2022b). *Standar Akreditasi Rumah Sakit*. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI.
- Kemenkes RI (2024) *Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor Hk.01.07/Menkes/1596/2024 Tentang Standar Akreditasi Rumah Sakit*. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI.
- Li, J., Mao, Y. and Zhang, J. (2022). 'Maintenance and Quality Control of Medical Equipment Based on Information Fusion Technology', *Computational Intelligence and Neuroscience*, 2022. Available at: <https://doi.org/10.1155/2022/9333328>.
- Lucas, H. (2017). 'Healthcare Facilities Management'. Available at: <https://digitalcommons.murraystate.edu/bis437/15>.
- Mansyur, A.R. (2020). 'Dampak COVID-19 Terhadap Dinamika Pembelajaran Di Indonesia', *Education and Learning Journal*, Vol. 1, No, pp. 113–123.
- Peraturan Pemerintah (2021). 'Peraturan Pemerintah Nomor 47 Tahun 2021 tentang Penyelenggaraan Bidang Perumahsakitan', (086146).
- Shohet, I.M. and Lavy, S. (2004). 'Healthcare facilities management: State of the art review', *Facilities*, 22(April), pp. 210–220. Available at: <https://doi.org/10.1108/02632770410547570>.
- SNARS (2018) 'Standar Nasional Akreditasi Rumah Sakit MIRM 15', *Standar Nasional Akreditasi Rumah Sakit*, 1, p. 266.



- Sodri, A.I. (2016). 'S5-Manajemen-Sarana-Medis', *Manajemen Peralatan Medis: Sesuai dengan Standar KARS Tahun 2012* [Preprint]. Available at: <https://persi.or.id/wp-content/uploads/2018/08/s5-manajemen-sarana-medis.pdf>.
- Yousefli, Z., Nasiri, F. and Moselhi, O. (2017). 'Healthcare facilities maintenance management: a literature review', *Journal of Facilities Management*, 15(4), pp. 352–375. Available at: <https://doi.org/10.1108/JFM-10-2016-0040>.
- .



## **BAB 9**

# **HUBUNGAN PASIEN DAN PELAYANAN PUBLIK**

**Oleh: Prof. Dr. drg. Wachyu Sulistiadi, MARS**

### **A. Pendahuluan**

Hubungan pasien dengan pelayanan publik di rumah sakit memainkan peran sentral dalam membangun kepercayaan, kepuasan pasien, loyalitas pasien serta menjadi indikator utama keberhasilan pelayanan kesehatan. Hubungan ini patut diatur dan dikelola dengan pendekatan yang efektif dan manusiawi untuk memastikan bahwa pasien mendapatkan pelayanan yang bermutu dan sesuai dengan kebutuhan yang biasanya keluhannya dapat teratasi dengan pelayanan bermutu. Melalui kebijakan yang transparan dan responsif, rumah sakit dapat menciptakan lingkungan yang mendukung tercapainya pelayanan kesehatan yang optimal, sekaligus memperkuat fungsi sosial rumah sakit sebagai penyedia layanan publik. Rumah sakit sebagai penyedia layanan publik memiliki tanggung jawab untuk memberikan pelayanan yang profesional dan berlandaskan etika dalam setiap interaksi. Sinergi yang baik antara kedua pihak ini penting untuk mencapai tujuan kesehatan masyarakat yang lebih luas dan meningkatkan kepercayaan publik terhadap administrasi dan pelayanan rumah sakit.

### **B. Hak dan Kewajiban Pasien**

Hak dan kewajiban pasien merupakan dua sisi kehidupan penting dalam sistem pelayanan kesehatan yang bertujuan untuk

menciptakan hubungan yang adil, transparan, dan saling menghormati antara pasien dan tenaga kesehatan. Pemahaman yang baik mengenai hak-hak dan kewajiban ini tidak hanya melindungi hak-hak pasien, tetapi juga membantu pasien yang berperan aktif dalam proses pengobatan, penyembuhan dan pemulihan. Dengan mengetahui hak dan kewajibannya, pasien dapat lebih memahami layanan yang berhak mereka dapatkan serta tanggung jawab yang harus mereka penuhi dalam upaya mencapai hasil kesehatan yang optimal. Setiap pasien berhak mendapatkan informasi yang jelas tentang penyakit, prosedur medis, dan pilihan perawatan. Pasien mempunyai hak atas kerahasiaan data medis dan keputusan sendiri mengenai perawatan dan pelayanan medik yang akan diterimanya.

## 1. Konsep Hak Pasien

Hak pasien mencakup hak-hak yang dimiliki oleh setiap individu yang menerima layanan kesehatan. Hak ini memberikan landasan etis dan hukum yang melindungi pasien selama menerima perawatan medis, memastikan mereka diperlakukan dengan hormat, diberi informasi yang memadai, dan memiliki kendali atas keputusan kesehatan mereka. (Kenneth V Iserson, 1999). Jika ditelisik akan banyak hak pasien yang diinginkan, akan tetapi berikut ini ditampilkan beberapa hak pasien diantaranya:

- a. Hak atas Informasi: Pasien berhak mendapatkan informasi yang lengkap mengenai kondisi kesehatannya, rencana pengobatan, alternatif terapi, risiko yang mungkin terjadi, serta prognosis (hasil yang diharapkan).
- b. Hak atas Persetujuan Tindakan Medis (*Informed Consent*): Sebelum suatu tindakan medis dilakukan, pasien harus memahami prosedurnya dan memberikan persetujuan secara sadar tanpa paksaan.
- c. Hak atas Privasi dan Kerahasiaan: Informasi medis pasien wajib dijaga kerahasiaannya oleh semua pihak yang terlibat dalam perawatan.

- d. Hak atas Perawatan yang Aman dan Bermutu: Pasien berhak mendapatkan perawatan yang aman, memadai, dan sesuai standar etika profesi medis.
- e. Hak Menolak atau Menghentikan Pengobatan: Pasien memiliki hak untuk menolak atau menghentikan pengobatan meskipun hal tersebut mungkin bertentangan dengan saran medis, selama mereka memahami risiko yang terkait.
- f. Hak atas Perlakuan yang Adil dan Tanpa Diskriminasi: Semua pasien, tanpa memandang ras, jenis kelamin, agama, atau status sosial, berhak atas pelayanan yang setara.

Pasien memiliki berbagai hak yang harus dihormati dalam pelayanan kesehatan. Pasien berhak mendapatkan informasi lengkap mengenai kondisi dan rencana pengobatan, serta harus memberikan persetujuan sadar (*informed consent*) sebelum tindakan medis dilakukan. Hak atas privasi dan kerahasiaan informasi medis pasien juga harus dijaga. Selain itu, pasien berhak mendapatkan perawatan yang aman dan bermutu, serta memiliki kebebasan untuk menolak atau menghentikan pengobatan dengan pemahaman atas risikonya. Semua pasien berhak diperlakukan secara adil dan tanpa diskriminasi dalam memperoleh layanan kesehatan

## 2. Teori Hak Pasien

Hak pasien didasarkan pada teori etika medis dan hukum yang membingkai hubungan antara pasien dan penyedia layanan kesehatan. Dua teori utama yang mendasari hak pasien adalah adanya teori otonomi dan teori keadilan (Kenneth V Iserson, 1999).

### a. Teori Otonomi

- Otonomi pasien berarti pasien memiliki kendali penuh atas keputusan medis yang menyangkut tubuh dan kesehatannya. Menurut prinsip otonomi, setiap tindakan medis harus mendapatkan persetujuan dari pasien setelah mereka diberi penjelasan yang jelas tentang risiko dan manfaat tindakan tersebut.

- Teori ini sangat relevan dalam penerapan konsep informed consent di mana pasien harus diberikan kebebasan untuk membuat keputusan secara mandiri tanpa tekanan dari dokter atau pihak rumah sakit.
- b. Teori Keadilan
  - Keadilan dalam konteks layanan kesehatan berarti memberikan akses dan perawatan yang setara bagi semua orang tanpa adanya diskriminasi. Pasien berhak mendapatkan perlakuan yang setara terlepas dari latar belakang ekonomi, sosial, atau demografi.
  - Teori ini menekankan pada keadilan distribusi sumber daya kesehatan dan akses ke layanan yang berkualitas. Dalam hal ini, rumah sakit wajib memberikan pelayanan yang adil kepada seluruh pasien (Daniels, N. 2001).

### **3. Hak Pasien dalam Hukum dan Etik**

Hak pasien diatur dalam berbagai kerangka hukum dan standar etika medis di seluruh dunia. Beberapa regulasi internasional yang berperan dalam pengembangan hak pasien meliputi Deklarasi Universal Hak Asasi Manusia (1948) yang menyatakan bahwa setiap individu memiliki hak atas perawatan kesehatan yang layak. Juga Deklarasi Lisbon tentang Hak-Hak Pasien (1981) oleh Asosiasi Medis Dunia yang merupakan panduan etis yang memperjelas hak-hak pasien dalam menerima perawatan medis.

Di Indonesia, hak-hak pasien pernah diatur dalam Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan, pada Pasal 276, antara lain mendapatkan informasi mengenai kesehatan dirinya, mendapatkan penjelasan yang memadai mengenai pelayanan kesehatan yang diterimanya, mendapatkan pelayanan kesehatan sesuai dengan kebutuhan medis, standar profesi, dan pelayanan yang bermutu, menolak atau menyetujui tindakan medis, mendapatkan akses terhadap informasi yang terdapat di dalam rekam medis, Meminta pendapat tenaga medis atau tenaga kesehatan lain, memperoleh hak lain sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan No. 17 tahun 2023 tentang Kesehatan dan Peraturan

Menteri Kesehatan No. 290 Tahun 2008 tentang Persetujuan Tindakan Kedokteran (*Informed Consent*).

Dengan memahami hak-hak pasien, diharapkan pelayanan kesehatan dapat lebih adil, transparan, dan berbasis pada prinsip otonomi serta keadilan dalam pelayanan Kesehatan.

#### **4. Kewajiban Pasien**

Pasien memiliki kewajiban untuk memberikan informasi yang benar dan lengkap tentang kondisi kesehatannya serta mematuhi aturan dan kebijakan rumah sakit, termasuk pembayaran layanan.

Kewajiban pasien merupakan bagian integral dari etika medis dan hubungan antara pasien dengan penyedia layanan kesehatan. Di samping hak-hak pasien, kewajiban ini menjamin bahwa pasien berperan aktif dalam proses perawatan mereka, menjaga hubungan yang konstruktif dengan tenaga kesehatan, serta mendukung kualitas dan keberhasilan layanan kesehatan.

Kewajiban pasien mengacu pada tanggung jawab yang dimiliki pasien selama mereka menerima perawatan kesehatan. Kewajiban-kewajiban ini penting agar pelayanan kesehatan berjalan efektif, adil, dan aman, serta memungkinkan penyedia layanan kesehatan memberikan perawatan yang sesuai dengan kebutuhan pasien.

Begitu pula akan banyak kewajiban pasien, akan tetapi berikut ini ditelisik beberapa Kewajiban Pasien:

- a. Memberikan Informasi yang Jujur dan Lengkap: Pasien memiliki kewajiban untuk memberikan informasi yang benar dan akurat tentang kondisi kesehatan, riwayat penyakit, dan pengobatan yang pernah dijalani. Informasi yang tidak lengkap atau tidak benar dapat mengganggu diagnosis dan penanganan.
- b. Mematuhi Instruksi Medis: Pasien diharapkan mematuhi saran, rekomendasi, dan instruksi yang diberikan oleh tenaga kesehatan terkait pengobatan, perawatan, serta gaya hidup yang harus diikuti.

- c. Menghormati Hak dan Kewajiban Tenaga Kesehatan: Pasien juga berkewajiban untuk menghormati profesionalisme, hak, dan waktu yang dimiliki tenaga kesehatan, termasuk mematuhi prosedur dan peraturan rumah sakit.
- d. Tanggung Jawab Finansial: Pasien memiliki kewajiban untuk memenuhi kewajiban finansial terhadap layanan kesehatan yang diterima, sesuai dengan kebijakan rumah sakit atau peraturan yang berlaku.
- e. Menjaga Kerjasama yang Baik: Pasien harus bersikap kooperatif, berpartisipasi dalam perawatan mereka, dan tidak melakukan tindakan yang dapat mengganggu proses pelayanan kesehatan.

Pasien memiliki kewajiban yang penting dalam mendukung efektivitas dan kualitas layanan kesehatan yang diterima. Dengan memberikan informasi yang jujur dan lengkap, pasien membantu tenaga medis dalam menentukan diagnosis dan perawatan yang tepat. Kepatuhan terhadap instruksi medis memastikan proses penyembuhan berjalan optimal. Selain itu, sikap saling menghormati terhadap hak dan kewajiban tenaga kesehatan menciptakan lingkungan pelayanan yang profesional dan efisien. Memenuhi tanggung jawab finansial dan menjaga kerjasama yang baik juga menunjukkan partisipasi aktif pasien dalam perawatan, yang pada akhirnya mendukung keberhasilan terapi dan keberlanjutan sistem kesehatan.

## 5. Teori Kewajiban Pasien

Kewajiban pasien didasarkan pada teori etika yang menyeimbangkan hubungan timbal balik antara hak-hak pasien dan tanggung jawab mereka dalam sistem layanan kesehatan.

### a. Teori Tanggung Jawab Sosial (*Social Responsibility Theory*)

Teori yang menekankan bahwa setiap individu dalam masyarakat memiliki tanggung jawab sosial untuk memastikan kesejahteraan bersama. Dalam konteks kesehatan, pasien memiliki tanggung jawab untuk mengikuti protokol medis, memberikan informasi yang benar, dan mendukung lingkungan yang kondusif bagi pelayanan yang



berkualitas. Pasien tidak hanya memiliki hak, tetapi juga kewajiban untuk berpartisipasi secara aktif dalam pelayanannya, baik demi kepentingan pribadi maupun masyarakat secara luas (Johnstone, M. J. (2009).

b. Teori Kontrak Sosial (*Social Contract Theory*)

Teori ini menyatakan bahwa hubungan antara individu dan institusi (seperti rumah sakit) didasarkan pada kontrak sosial yang melibatkan hak dan kewajiban timbal balik. Pasien, sebagai bagian dari kontrak sosial dalam sistem kesehatan, memiliki kewajiban untuk berperan aktif dalam proses perawatan dan mematuhi peraturan yang berlaku. Pasien tidak hanya meminta hak pasien dipenuhi, tetapi juga wajib mengikuti instruksi dan protokol yang ditetapkan demi kelancaran pelayanan dan keselamatan mereka serta tenaga kesehatan.

c. Teori Etika Deontologi (*Deontological Ethics*)

Dalam etika deontologi, tindakan dinilai benar atau salah berdasarkan kewajiban moral, bukan hanya berdasarkan hasil atau konsekuensinya. Pasien memiliki kewajiban moral untuk mengikuti arahan tenaga kesehatan karena itu merupakan tindakan yang secara etis benar, sesuai dengan prinsip-prinsip moral dalam perawatan kesehatan. Kewajiban pasien untuk mematuhi instruksi medis bukan hanya soal hasil yang akan dicapai, tetapi juga merupakan kewajiban moral untuk bekerja sama demi kesejahteraan diri sendiri dan orang lain (Kant, I,1993).

Di berbagai negara, kewajiban pasien diatur dalam kerangka hukum dan kode etik medis, yang bertujuan untuk menjaga keseimbangan antara hak pasien dan kewajiban mereka sebagai penerima layanan kesehatan. Di Indonesia, kewajiban pasien diatur dalam Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan, kewajiban pasien diatur dalam Pasal 277, yang mencakup:

- a) Memberikan informasi yang lengkap dan jujur tentang masalah kesehatannya: Pasien wajib menyampaikan informasi yang akurat mengenai kondisi kesehatannya kepada tenaga medis atau tenaga kesehatan.

- b) Mematuhi nasihat dan petunjuk tenaga medis dan tenaga kesehatan: Pasien diharapkan mengikuti saran dan instruksi yang diberikan oleh tenaga medis atau tenaga kesehatan terkait perawatan dan pengobatannya.
- c) Mematuhi ketentuan yang berlaku pada fasilitas pelayanan kesehatan: Pasien harus menaati peraturan dan prosedur yang ditetapkan oleh fasilitas pelayanan kesehatan tempat mereka menerima perawatan.
- d) Memberikan imbalan jasa atas pelayanan yang diterima: Pasien berkewajiban membayar biaya layanan kesehatan sesuai dengan ketentuan yang berlaku, kecuali bagi mereka yang dibebaskan berdasarkan peraturan perundang-undangan.

Disamping itu ada juga prinsip kewajiban pasien menurut Kode Etik Kedokteran yang memberikan Kewajiban untuk bersikap kooperatif dalam perawatan. Kewajiban memberikan informasi yang lengkap tentang kondisi Kesehatan, Kewajiban mematuhi peraturan rumah sakit, serta kewajiban memenuhi kewajiban finansial. Dengan kata lain kewajiban pasien, ketika dijalankan dengan benar, akan membantu meningkatkan efektivitas dan kualitas layanan kesehatan, sekaligus memastikan bahwa hubungan antara pasien dan tenaga kesehatan berjalan harmonis.

## **C. Kualitas Pelayanan Publik di Rumah Sakit**

Kualitas pelayanan publik di rumah sakit merupakan salah satu tolok ukur utama dalam menilai efektivitas dan efisiensi penyelenggaraan layanan kesehatan. Dalam administrasi kebijakan rumah sakit menimbang kualitas pelayanan tidak hanya mencakup aspek medis, tetapi juga mencakup kenyamanan, keamanan, dan kepuasan pasien. Membangun dan menjaga standar kualitas yang tinggi membutuhkan strategi kebijakan yang terarah dan komitmen penuh dari seluruh elemen rumah sakit. Dengan pendekatan yang tepat, rumah sakit dapat meningkatkan kualitas pelayanan yang diberikan, sehingga tercapai kepercayaan dan kepuasan yang berkelanjutan dari Masyarakat.

Dalam menjaga kualitas pelayanan publik di rumah sakit perlu mempertimbangkan hal berikut:

## **1. Aksesibilitas**

Rumah sakit harus memastikan layanan mudah diakses oleh semua kalangan, termasuk penyediaan fasilitas untuk pasien dengan disabilitas.

Aksesibilitas pelayanan kesehatan adalah kemampuan setiap orang dalam mencari pelayanan kesehatan sesuai dengan yang mereka dibutuhkan. Dimensi akses meliputi secara fisik (termasuk masalah geografis), biaya, maupun akses secara sosial. Ada 3 (tiga) hal yang sangat berperan mempengaruhi aksesibilitas pelayanan kesehatan yaitu *supply*/ketersediaan, *barrier*/hambatan, dan *demand*/pemanfaatan (Agung Dwi Laksono, 2016).

Peraturan Menteri PUPR No.30/PRT/M/2006, persyaratan teknis fasilitas dan aksesibilitas pada bangunan gedung dan lingkungan diantaranya meliputi ukuran dasar ruang, pintu, rambu dan marka, jalur pemandu, jalur pedestrian, area parkir, ram, tangga, lif, toilet, dan furnitur. Kemudian untuk persyaratan teknis fasilitas dan aksesibilitas pada bangunan gedung dan lingkungan dalam rumah sakit dengan mengikuti Peraturan Menteri PUPR ini diharapkan akan meraih:

- a. Kemudahan, yaitu kemudahan semua pasien dalam menggunakan atau mencapai elemen bangunan.
- b. Kegunaan, yaitu setiap pasien dapat menggunakan elemen akses.
- c. Keselamatan, yaitu setiap bangunan dapat mengakomodasi keamanan setiap pasien yang mengakses/ menggunakan elemen bangunan.
- d. Kemandirian, yaitu setiap orang atau pasangan pasien dengan pendampingnya dapat mengakses elemen bangunan tanpa bantuan orang lain.

Penerapan persyaratan teknis fasilitas dan aksesibilitas pada bangunan rumah sakit sesuai Peraturan Menteri PUPR bertujuan

untuk menciptakan lingkungan yang ramah bagi semua pasien. Dengan memastikan *kemudahan* akses ke setiap elemen bangunan, rumah sakit menjadi lebih nyaman bagi pasien. Persyaratan ini juga mendukung *kegunaan* semua fasilitas agar dapat dimanfaatkan oleh seluruh pasien tanpa terkecuali. Selain itu, aspek *keselamatan* dijamin, sehingga setiap pasien dapat mengakses bangunan dengan aman. Untuk kemandirian pasien diprioritaskan, memungkinkan mereka untuk mengakses fasilitas rumah sakit tanpa perlu bantuan tambahan. Secara keseluruhan, standar ini mewujudkan rumah sakit yang lebih inklusif, aman, dan mendukung kualitas layanan yang lebih baik.

Berbagai aspek dari aksesibilitas di rumah sakit (Silvya Bintang Ayu Candradewi & Kharista Astrini Sakya, 2021);

- a) Akses Fisik: Penyediaan fasilitas seperti ramp, lift, toilet khusus, serta jalur yang memudahkan pengguna kursi roda sangat penting. Penerapan desain universal bertujuan untuk memastikan setiap area di rumah sakit dapat dijangkau oleh semua orang.
- b) Akses Informasi: Informasi tentang layanan dan fasilitas rumah sakit perlu disediakan dalam format yang mudah dijangkau, termasuk bagi individu dengan keterbatasan penglihatan atau pendengaran. Hal ini mencakup penggunaan bahasa isyarat, huruf braille, atau teks yang mudah dibaca.
- c) Akses Pelayanan: Pelayanan kesehatan harus dapat diakses oleh semua lapisan masyarakat, termasuk mereka yang berada di daerah terpencil. Upaya seperti pembangunan rumah sakit di daerah terpencil bertujuan meningkatkan aksesibilitas dan ekuitas pelayanan Kesehatan (Ade Nasihudin Al Ansori, 2024).
- d) Akses Digital: Pemanfaatan teknologi digital, seperti aplikasi kesehatan dan rekam medis elektronik, mampu memperluas akses terhadap layanan kesehatan. Transformasi digital di rumah sakit berfokus pada peningkatan kualitas, efisiensi, dan kemudahan akses dalam pelayanan Kesehatan (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2024).

Berbagai aspek aksesibilitas di rumah sakit menjadi elemen kunci dalam memastikan layanan kesehatan dapat diakses oleh semua orang, tanpa memandang keterbatasan fisik, informasi, lokasi, atau teknologi. Aspek pertama, *akses fisik*, melibatkan penyediaan fasilitas yang memudahkan mobilitas, seperti ramp, lift, toilet khusus, dan jalur yang ramah bagi pengguna kursi roda. Desain universal ini bertujuan agar setiap area rumah sakit dapat diakses oleh siapa saja, termasuk mereka dengan keterbatasan fisik.

Berikutnya akses informasi mencakup penyediaan informasi layanan dan fasilitas rumah sakit dalam format yang mudah dijangkau oleh individu dengan keterbatasan penglihatan atau pendengaran. Penggunaan bahasa isyarat, huruf braille, dan teks yang mudah dibaca menjadi solusi penting untuk memastikan bahwa informasi kesehatan dapat diakses oleh semua pasien.

Aspek akses pelayanan menekankan pentingnya keterjangkauan layanan kesehatan bagi masyarakat, termasuk mereka yang berada di daerah terpencil. Pembangunan rumah sakit di wilayah-wilayah ini bertujuan untuk meningkatkan aksesibilitas dan menciptakan ekuitas dalam pelayanan kesehatan, sehingga layanan esensial tersedia di seluruh lapisan masyarakat.

Akses digital berperan dalam memperluas jangkauan layanan melalui teknologi, seperti aplikasi kesehatan dan rekam medis elektronik. Transformasi digital di rumah sakit bertujuan meningkatkan kualitas, efisiensi, dan kemudahan akses, menjadikan pelayanan kesehatan lebih inklusif dan responsif terhadap kebutuhan pasien.

Aspek-aspek ini, yang mencakup akses fisik, informasi, pelayanan, dan digital, mendukung terciptanya layanan rumah sakit yang lebih inklusif, memastikan bahwa seluruh masyarakat dapat memperoleh pelayanan kesehatan yang adil dan berkualitas.

## **2. Efisiensi dan Kecepatan Layanan**

Pelayanan publik di rumah sakit harus responsif dan efisien agar dapat mengurangi waktu tunggu pasien dan meningkatkan

pengalaman layanan. Beberapa strategi yang dapat diterapkan untuk mencapai tujuan efisiensi dan kecepatan layanan antara lain:

a. Implementasi *Lean Management*

*Lean Management* adalah metode yang berfokus pada pengurangan pemborosan serta peningkatan nilai layanan bagi pasien. Dengan menerapkan prinsip-prinsip Lean, rumah sakit mampu mengenali dan menghilangkan proses-proses yang kurang efisien, sehingga waktu pelayanan menjadi lebih cepat dan kualitas layanan meningkat (Willi Fragcana Putra, 2024).

b. Digitalisasi Pelayanan Kesehatan

Pemanfaatan teknologi digital, seperti Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit (SIMRS) dan Rekam Medis Elektronik (RME), memungkinkan otomatisasi dalam proses administrasi dan klinis. Teknologi ini tidak hanya meningkatkan efisiensi operasional, tetapi juga mempercepat akses informasi bagi tenaga medis, sehingga mempercepat layanan yang diberikan kepada pasien (Silfa, 2024).

c. Inovasi Pelayanan

Penggunaan inovasi seperti telemedicine memungkinkan dokter dan pasien untuk berkonsultasi dari jarak jauh, sehingga mengurangi keharusan bagi pasien untuk datang langsung ke rumah sakit. Selain itu, penerapan sistem antrian berbasis teknologi membantu mempersingkat waktu tunggu pasien, sehingga efisiensi dan kecepatan layanan dapat ditingkatkan (Annisa Yolanda, 2024).

d. Peningkatan Manajemen Operasional

Manajemen strategis yang efektif dapat meningkatkan efisiensi operasional rumah sakit. Dengan perencanaan yang tepat, alokasi sumber daya yang efisien, dan pengawasan yang ketat, rumah sakit dapat memberikan layanan yang lebih cepat dan berkualitas kepada pasien (Purwadhi, Yani Restiani Widjaja, Apriana Clara, & Rahmat Ilham, 2024).

e. Humanisasi Layanan

Memanusiakan pelayanan rumah sakit dengan empati dan sikap menghargai pasien sangat penting dalam membangun hubungan yang baik. Ini melibatkan upaya untuk menciptakan pengalaman yang lebih manusiawi bagi pasien, keluarga, dan staf medis.

Untuk mencapai tujuan efisiensi dan kecepatan layanan, rumah sakit dapat menerapkan beberapa strategi yang berfokus pada peningkatan nilai bagi pasien dan pengurangan pemborosan. Salah satu pendekatannya adalah *Lean Management*, yang berorientasi pada identifikasi dan eliminasi proses-proses yang kurang efisien. Dengan prinsip ini, rumah sakit dapat mempercepat waktu pelayanan sekaligus meningkatkan kualitas layanan.

Selain itu, *digitalisasi pelayanan kesehatan* melalui pemanfaatan Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit (SIMRS) dan Rekam Medis Elektronik (RME) memainkan peran penting dalam mempercepat proses administrasi dan akses informasi medis. Hal ini membantu tenaga medis memberikan layanan yang lebih responsif dan efisien kepada pasien.

Inovasi dalam pelayanan, seperti *telemedicine* dan sistem antrian berbasis teknologi, juga berdampak positif dalam meningkatkan efisiensi dan kenyamanan pasien. Telemedicine memungkinkan konsultasi jarak jauh, mengurangi kebutuhan pasien untuk datang langsung ke rumah sakit, sementara sistem antrian digital mempersingkat waktu tunggu pasien. Peningkatan manajemen operasional melalui strategi yang efektif memungkinkan alokasi sumber daya secara optimal, perencanaan yang matang, dan pengawasan ketat terhadap operasional rumah sakit. Hal ini berdampak pada efisiensi yang lebih tinggi dan layanan berkualitas.

Humanisasi layanan melalui sikap empati dan penghargaan terhadap pasien membantu menciptakan pengalaman yang lebih manusiawi. Humanisasi layanan membangun hubungan positif dengan pasien, keluarga, dan staf medis, serta meningkatkan kenyamanan dalam keseluruhan proses pelayanan. Strategi-strategi ini secara terpadu mendukung efisiensi dan kecepatan layanan yang

lebih optimal, memberikan manfaat nyata bagi pasien dan rumah sakit

Perlakuan yang diberikan oleh petugas kesehatan terhadap pasien masih saja mengundang permasalahan. Padahal segala peraturan perundang-undangan yang ada sudah jelas mengatakan bahwa tidak ada pelayanan yang diskriminatif terhadap semua pasien. Setiap petugas kesehatan wajib mendahulukan keselamatan pasien dibanding aspek yang lain seperti administrasi. Peraturan yang ada saat ini tidak bisa menjalankan fungsinya dengan baik. Terlihat dari masih adanya kasus yang merugikan pasien baik secara materi maupun fisik. Seperti kasus yang menimpa seorang pasien lanjut usia di rumah sakit provinsi Lampung. Pasien tersebut dibuang dipinggir jalan oleh beberapa oknum petugas rumah sakit dengan menggunakan mobil ambulans milik rumah sakit tersebut. Pada akhirnya pasien tersebut meninggal dunia. Ini menjadi bukti bahwa masih ada kesenjangan yang besar dalam pelayanan kesehatan di Indonesia (Ahmad Ahid Mudayana, 2014).

Humanisasi layanan kepada pasien di rumah sakit secara umum melalui beberapa cara antara lain:

a. Empati dalam Pelayanan

Setiap interaksi dengan pasien sebaiknya disertai sikap empati dan pemahaman. Tenaga medis diharapkan untuk mengerti perasaan dan kekhawatiran pasien, memberikan perhatian secara menyeluruh, serta menjawab pertanyaan atau kekhawatiran mereka dengan sabar dan penuh pengertian.

b. Komunikasi Terbuka dan Jelas

Humanisasi layanan mencakup penyampaian informasi yang transparan dan jelas kepada pasien serta keluarganya terkait diagnosis, perawatan, dan prosedur medis. Menggunakan bahasa yang sederhana dan penjelasan yang tidak teknis sangat membantu dalam membangun kepercayaan pasien.



c. Pelibatan Pasien dan Keluarga

Pasien dan keluarganya diberikan kesempatan untuk berpartisipasi dalam keputusan terkait perawatan. Hal ini dapat meningkatkan perasaan kontrol dan kepuasan pasien terhadap layanan yang diterima, serta memberikan pengalaman yang lebih positif selama mereka berada di rumah sakit.

d. Lingkungan yang Ramah

Mewujudkan suasana rumah sakit yang nyaman, bersih, dan ramah merupakan aspek penting dari humanisasi layanan. Ini meliputi penyediaan fasilitas fisik, seperti ruang tunggu yang menyenangkan, serta sikap yang lebih personal dari para karyawan .

e. Penghargaan terhadap Martabat Pasien

Humanisasi layanan menitikberatkan pada penghargaan terhadap privasi dan martabat pasien. Contohnya, dengan menjaga kerahasiaan informasi medis pasien serta menghormati hak-hak mereka selama menjalani perawatan.

f. Peningkatan Kualitas Hidup Pasien

Pendekatan ini juga berfokus pada peningkatan kualitas hidup pasien, khususnya bagi mereka yang menjalani perawatan jangka panjang atau memiliki penyakit kronis. Humanisasi layanan memastikan bahwa pasien merasa dihargai, diperhatikan, dan dilayani dengan baik (Kementerian Kesehatan (2024b)).

Humanisasi layanan di rumah sakit bertujuan untuk menjadikan pengalaman perawatan lebih manusiawi dan berpusat pada kebutuhan serta kenyamanan pasien. Langkah pertama adalah menunjukkan empati dalam pelayanan. Tenaga medis diharapkan memahami perasaan dan kekhawatiran pasien, memberikan perhatian penuh, dan menjawab pertanyaan dengan sabar serta penuh pengertian, sehingga pasien merasa didengar dan dihargai. Selain itu, komunikasi terbuka dan jelas sangat penting dalam humanisasi layanan. Informasi mengenai diagnosis, perawatan, dan prosedur medis disampaikan dengan transparan dan sederhana agar

mudah dipahami, baik oleh pasien maupun keluarganya, sehingga membangun kepercayaan mereka terhadap layanan yang diberikan.

Pelibatan pasien dan keluarga dalam pengambilan keputusan juga menjadi elemen penting, karena meningkatkan perasaan kontrol pasien atas perawatan yang dijalani. Hal ini menciptakan pengalaman yang lebih positif selama mereka berada di rumah sakit dan memperkuat kepuasan mereka. Lingkungan rumah sakit yang ramah dan nyaman menjadi bagian lain dari humanisasi layanan, mulai dari fasilitas fisik seperti ruang tunggu yang menyenangkan hingga sikap ramah dan perhatian dari para karyawan. Suasana ini membantu pasien merasa lebih tenang dan nyaman.

Menghargai martabat pasien juga merupakan aspek utama dalam humanisasi layanan. Menjaga privasi dan kerahasiaan informasi medis pasien serta menghormati hak-hak mereka membantu meningkatkan rasa aman dan dihargai selama perawatan.

Terakhir, peningkatan kualitas hidup pasien, terutama bagi yang menjalani perawatan jangka panjang atau dengan kondisi kronis, adalah fokus penting. Dengan pendekatan humanisasi, rumah sakit memastikan bahwa pasien merasa diperhatikan dan dilayani dengan baik, sehingga perjalanan perawatan mereka tidak hanya berfokus pada pengobatan, tetapi juga pada kenyamanan dan kesejahteraan holistik pasien

## **D. Komunikasi Pasien dan Tenaga Kesehatan**

Tenaga kesehatan perlu berkomunikasi Efektif dengan memberikan informasi secara jelas dan mudah dipahami oleh pasien. Ini termasuk menjelaskan diagnosis, perawatan, dan prognosis dengan bahasa yang bisa dimengerti pasien. Interaksi yang baik dapat meningkatkan kualitas perawatan, kepuasan pasien, dan mengurangi risiko kesalahan medis. Berikut beberapa alasan mengapa komunikasi efektif ini krusial:

### **1. Meningkatkan Kepuasan dan Kepercayaan Pasien**

Komunikasi yang efektif membuat pasien merasa diperhatikan dan dihargai, yang pada gilirannya meningkatkan kepercayaan mereka pada tenaga kesehatan. Pasien yang merasa puas umumnya lebih

patuh terhadap arahan medis dan mencapai hasil kesehatan yang lebih optimal (Dadan Suradan Pratama, 2023).

## 2. Mengurangi Risiko Kesalahan Medis

Komunikasi yang jelas antara tenaga kesehatan dan pasien berperan penting dalam mencegah kesalahpahaman yang bisa memicu kesalahan dalam diagnosis atau pengobatan. Hal ini sangat krusial demi keselamatan pasien dan peningkatan kualitas pelayanan (Sujiasih, 2014).

## 3. Meningkatkan Efisiensi Pelayanan

Melalui komunikasi yang efektif, informasi penting dapat disampaikan secara tepat waktu, memungkinkan tenaga kesehatan memberikan perawatan yang lebih efisien dan responsif terhadap kebutuhan pasien (Chyntia Karina Wibowo, 2024).

## 4. Mendukung Pengambilan Keputusan Bersama

Komunikasi yang efektif memungkinkan pasien berpartisipasi dalam pengambilan keputusan mengenai perawatan pasien, yang dapat meningkatkan kepuasan serta hasil kesehatan pasien (Abdul Hanif Fakhruddin, 2024).

Komunikasi yang efektif antara tenaga kesehatan dan pasien berperan krusial dalam meningkatkan kualitas perawatan dan keselamatan pasien. Interaksi yang baik dapat meningkatkan kepuasan dan kepercayaan pasien, yang membuat mereka lebih patuh terhadap arahan medis dan mencapai hasil kesehatan yang lebih baik. Selain itu, komunikasi yang jelas membantu mengurangi risiko kesalahan medis dengan mencegah kesalahpahaman dalam diagnosis dan pengobatan. Efisiensi pelayanan juga meningkat karena informasi disampaikan tepat waktu, memungkinkan respons yang lebih cepat terhadap kebutuhan pasien. Partisipasi pasien dalam pengambilan keputusan juga didukung, yang memperkuat rasa kontrol pasien terhadap perawatan dan meningkatkan kepuasan serta hasil kesehatan pasien.

Komunikasi juga dilakukan melalui pendekatan yang Holistik, yakni Pendekatan komunikasi tidak hanya melibatkan aspek medis

tetapi juga mencakup aspek psikososial pasien. Pendekatan komunikasi holistik dalam hubungan pasien dan pelayanan publik adalah pendekatan yang mempertimbangkan berbagai aspek komunikasi, termasuk: Keterampilan verbal dan non-verbal, Kecerdasan emosional, Kesadaran diri, penghargaan dari sudut pandang pasien.

Komponen Utama Pendekatan Komunikasi Holistik:

- a. Empati dan Mendengarkan Aktif: Tenaga kesehatan harus menunjukkan empati dan mendengarkan secara aktif keluhan serta kebutuhan pasien, sehingga pasien merasa dihargai dan dipahami.
- b. Komunikasi Terapeutik: Menggunakan teknik komunikasi yang mendukung proses penyembuhan, seperti memberikan dorongan positif dan membangun hubungan saling percaya antara pasien dan tenaga kesehatan.
- c. Penghormatan terhadap Nilai dan Budaya Pasien: Memahami dan menghormati latar belakang budaya, nilai, dan keyakinan pasien untuk memberikan pelayanan yang sesuai dan sensitif terhadap kebutuhan individu.
- d. Kolaborasi dalam Pengambilan Keputusan: Melibatkan pasien dalam proses pengambilan keputusan terkait perawatan mereka, sehingga meningkatkan rasa kontrol dan kepuasan pasien terhadap layanan yang diterima.

Pendekatan komunikasi holistik dalam pelayanan kesehatan mencakup komponen penting yang bertujuan untuk menciptakan hubungan yang mendukung kesembuhan pasien secara menyeluruh. Dengan empati dan mendengarkan aktif, tenaga kesehatan dapat memahami kebutuhan pasien, membangun rasa dihargai dan dipahami. Komunikasi terapeutik memperkuat proses penyembuhan melalui dorongan positif dan kepercayaan antara tenaga kesehatan dan pasien. Penghormatan terhadap nilai dan budaya pasien memungkinkan pelayanan yang sesuai dengan latar belakang individu, sementara kolaborasi dalam pengambilan keputusan

meningkatkan kontrol pasien atas perawatan mereka, sehingga meningkatkan kepuasan dan kualitas layanan kesehatan.

Manfaat yang dihasilkan dari pendekatan komunikasi holistik:

- a) Peningkatan Kepuasan Pasien: Pasien merasa lebih dihargai dan dipahami, yang meningkatkan kepuasan terhadap pelayanan yang diberikan.
- b) Kualitas Pelayanan yang Lebih Baik: Komunikasi yang efektif dan empatik dapat meningkatkan kualitas pelayanan dan hasil kesehatan pasien.
- c) Pengurangan Konflik dan Kesalahpahaman: Pendekatan ini membantu mengurangi risiko kesalahpahaman dan konflik antara pasien dan tenaga kesehatan.

Pendekatan komunikasi holistik memberikan manfaat dalam pelayanan Kesehatan dengan meningkatkan kepuasan pasien melalui perasaan dihargai dan dipahami, pendekatan ini berkontribusi pada kualitas pelayanan yang lebih baik dan hasil kesehatan yang optimal. Komunikasi yang efektif dan empatik juga mengurangi risiko kesalahpahaman dan konflik antara pasien dan tenaga kesehatan, menciptakan lingkungan perawatan yang harmonis dan saling mendukung.

## **E. Peran Teknologi dalam Pelayanan Publik**

Peran teknologi dalam pelayanan publik di rumah sakit semakin signifikan seiring dengan perkembangan digitalisasi di sektor kesehatan. Teknologi tidak hanya mempermudah proses administrasi dan manajemen rumah sakit, tetapi juga meningkatkan efisiensi, akurasi, dan aksesibilitas layanan yang diterima oleh pasien. Penerapan teknologi yang tepat dapat membantu rumah sakit mencapai standar pelayanan yang lebih baik, mempercepat respon terhadap kebutuhan pasien, dan memastikan bahwa sistem kesehatan lebih adaptif terhadap perubahan. Dengan memanfaatkan inovasi teknologi secara strategis, rumah sakit dapat memenuhi tuntutan pelayanan publik yang semakin kompleks dan dinamis.

## 1. Sistem Antrian Digital

Sistem antrian digital adalah penggunaan teknologi untuk mempercepat proses antrian dan meningkatkan kenyamanan pasien saat menunggu pelayanan. Sistem antrian digital dalam pelayanan pasien merupakan inovasi yang bertujuan meningkatkan efisiensi dan kualitas layanan kesehatan di rumah sakit dan klinik. Dengan memanfaatkan teknologi, sistem ini memungkinkan pasien mendaftar dan mengatur jadwal kunjungan secara *online*, sehingga mengurangi waktu tunggu dan meningkatkan kepuasan pasien.

Manfaat Sistem Antrian Digital dalam Pelayanan Pasien antara lain :

- a. Pengurangan Waktu Tunggu: Pasien dapat mendaftar dan memilih jadwal kunjungan melalui aplikasi atau situs web, sehingga menghindari antrian panjang di lokasi pelayanan.
- b. Peningkatan Efisiensi Operasional: Tenaga medis dapat mengelola jadwal dengan lebih baik, memungkinkan alokasi waktu yang optimal untuk setiap pasien.
- c. Kemudahan Akses Informasi: Pasien memiliki akses real-time terhadap informasi jadwal dokter, ketersediaan layanan, dan status antrian, yang membantu perencanaan kunjungan mereka.
- d. Integrasi dengan Sistem Informasi Rumah Sakit (SIMRS): Sistem antrian digital dapat terhubung dengan SIMRS, memungkinkan sinkronisasi data pasien dan mempermudah proses administrasi.

Sistem antrian digital memberikan manfaat signifikan dalam pelayanan pasien dengan mengurangi waktu tunggu dan meningkatkan efisiensi operasional. Pasien dapat mendaftar dan memilih jadwal secara *online*, sehingga menghindari antrian panjang. Tenaga medis juga dapat mengelola waktu secara optimal, meningkatkan efisiensi dan kualitas layanan. Selain itu, pasien memiliki akses mudah ke informasi real-time mengenai jadwal dan status antrian, membantu mereka merencanakan kunjungan dengan lebih baik. Integrasi dengan Sistem Informasi Rumah Sakit (SIMRS) memungkinkan sinkronisasi data yang mendukung administrasi lebih lancar dan terkoordinasi.

## 2. *Telemedicine*

*Telemedicine* adalah Penggunaan teknologi untuk menyediakan konsultasi jarak jauh bagi pasien, terutama yang berada di daerah terpencil atau tidak bisa datang langsung ke rumah sakit. *Telemedicine* adalah penggunaan teknologi informasi dan komunikasi untuk memberikan layanan kesehatan jarak jauh, memungkinkan interaksi antara tenaga medis dan pasien tanpa pertemuan fisik. Di Indonesia, *telemedicine* telah menjadi bagian integral dari pelayanan publik, terutama dalam meningkatkan aksesibilitas layanan kesehatan bagi masyarakat di daerah terpencil dan selama situasi pandemi.

### **Peran *Telemedicine* dalam Pelayanan Publik:**

- a. Meningkatkan Akses Layanan Kesehatan: *Telemedicine* memungkinkan pasien di wilayah terpencil atau dengan keterbatasan mobilitas untuk mendapatkan konsultasi medis tanpa harus melakukan perjalanan jauh (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2024c).
- b. Efisiensi Waktu dan Biaya: Dengan *telemedicine*, pasien dapat menghemat waktu dan biaya transportasi, sementara tenaga medis dapat melayani lebih banyak pasien dalam waktu yang sama (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2024d).
- c. Kontinuitas Perawatan: Pasien dengan kondisi kronis dapat memantau kesehatannya secara rutin melalui *telemedicine*, memastikan perawatan yang berkelanjutan tanpa harus sering ke fasilitas Kesehatan (Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 20 Tahun 2019).
- d. Pengurangan Risiko Penularan Penyakit: Selama pandemi COVID-19, *telemedicine* menjadi solusi untuk mengurangi kontak fisik, sehingga menekan risiko penularan penyakit (Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 20 Tahun 2019). Meskipun *telemedicine* menawarkan berbagai manfaat, tantangan seperti keterbatasan infrastruktur teknologi, literasi digital masyarakat, dan regulasi yang perlu disesuaikan masih perlu diatasi. Namun, dengan dukungan pemerintah dan kolaborasi berbagai pihak,

telemedicine memiliki potensi besar untuk meningkatkan kualitas dan aksesibilitas layanan kesehatan di Indonesia.

## **F. Tantangan dalam Hubungan Pasien dan Pelayanan Publik**

Tantangan dalam hubungan antara pasien dan pelayanan publik di rumah sakit mencakup berbagai aspek yang dapat mempengaruhi kualitas dan efektivitas layanan. Mulai dari keterbatasan sumber daya, kebutuhan akan komunikasi yang transparan, hingga pengelolaan harapan pasien yang beragam, semua faktor ini membutuhkan perhatian khusus dalam kebijakan administrasi rumah sakit. Untuk membangun hubungan yang harmonis dan produktif, rumah sakit dalam menghadapi tantangan ini dengan strategi kebijakan yang adaptif dan pendekatan pelayanan yang berpusat pada pasien. Pemahaman mendalam terhadap tantangan ini penting bagi setiap elemen rumah sakit guna menciptakan lingkungan pelayanan yang responsif, profesional, dan terpercaya bagi masyarakat

### **1. Ketidakpuasan Pasien**

Ketidakpuasan terhadap pelayanan publik di rumah sakit seringkali terjadi akibat minimnya komunikasi, waktu tunggu yang lama, atau kualitas layanan yang tidak memenuhi ekspektasi. Beberapa faktor yang sering menjadi penyebab ketidakpuasan tersebut antara lain:

- a. Keterbatasan Sumber Daya dan Fasilitas: Banyak fasilitas kesehatan yang mengalami kekurangan tenaga medis, peralatan, dan obat-obatan, sehingga pelayanan menjadi kurang optimal. Hal ini dapat menyebabkan penundaan dalam penanganan pasien dan menurunkan kualitas layanan.
- b. Waktu Tunggu yang Lama: Antrian panjang dan waktu tunggu yang tidak menentu seringkali membuat pasien merasa tidak nyaman dan tidak dihargai. Situasi ini dapat mengakibatkan ketidakpuasan terhadap sistem pelayanan yang ada.



- c. Sikap dan Perilaku Tenaga Medis: Komunikasi yang kurang efektif, kurangnya empati, dan sikap tidak ramah dari tenaga medis dapat menimbulkan ketidakpuasan pasien. Interaksi yang kurang baik antara pasien dan tenaga medis dapat mempengaruhi persepsi pasien terhadap kualitas layanan.
- d. Keterbatasan Informasi: Kurangnya informasi yang jelas mengenai prosedur, jadwal, dan hak-hak pasien dapat menyebabkan kebingungan dan ketidakpuasan. Pasien yang tidak mendapatkan informasi yang memadai mungkin merasa diabaikan atau tidak dihargai.
- e. Pembatasan Layanan bagi Peserta BPJS Kesehatan: Beberapa rumah sakit memberlakukan kuota atau pembatasan layanan bagi peserta BPJS Kesehatan, yang dianggap diskriminatif dan menimbulkan ketidakpuasan di kalangan pasien (Ombudsman, 2023).

Ketidakpuasan pasien terhadap layanan kesehatan dipengaruhi oleh berbagai faktor yang saling terkait. Keterbatasan sumber daya dan fasilitas, seperti kekurangan tenaga medis dan peralatan, mengakibatkan pelayanan yang kurang optimal dan menurunkan kualitas perawatan. Waktu tunggu yang lama memperburuk pengalaman pasien, menimbulkan perasaan tidak nyaman dan tidak dihargai. Sikap dan perilaku tenaga medis yang kurang empati serta komunikasi yang tidak efektif memperburuk persepsi pasien terhadap layanan. Selain itu, minimnya informasi yang jelas mengenai prosedur dan hak pasien menyebabkan kebingungan. Pembatasan layanan bagi peserta BPJS Kesehatan juga menambah ketidakpuasan karena dianggap diskriminatif. Faktor-faktor ini menekankan pentingnya peningkatan sumber daya, keterbukaan informasi, dan sikap empati dalam pelayanan kesehatan untuk memenuhi harapan pasien

## **2. Keterbatasan Sumber Daya**

Rumah sakit, terutama yang berfungsi sebagai layanan publik, sering menghadapi keterbatasan anggaran, tenaga medis, atau fasilitas yang memadai, yang dapat mempengaruhi kualitas pelayanan. Pada

umumnya penyebab keterbatasan sumber daya dalam pelayanan kesehatan:

- 1) Distribusi Tenaga Kesehatan yang Tidak Merata: Tenaga kesehatan sering terkonsentrasi di perkotaan, sementara daerah terpencil kekurangan tenaga medis (Fikha Alievia, Rofiq Firzatullah, dan Maulidyah Ananda, 2021)
- 2) Keterbatasan Anggaran: Pendanaan yang tidak memadai menghambat pengadaan fasilitas, peralatan, dan obat-obatan yang diperlukan.
- 3) Infrastruktur yang Kurang Memadai: Banyak fasilitas kesehatan, terutama di daerah terpencil, tidak memiliki infrastruktur yang memadai untuk memberikan layanan optimal (Yandrizal Yandrizal, Desri Suryani, Betri Anita, & Henni Febriawati, 2014).

Sumber daya dalam pelayanan kesehatan sering kali terbatas akibat ketimpangan distribusi tenaga kesehatan, anggaran yang tidak memadai, dan infrastruktur yang kurang mendukung. Ketimpangan tenaga kesehatan, yang cenderung terkonsentrasi di wilayah perkotaan, menciptakan kesenjangan pelayanan di daerah terpencil. Keterbatasan anggaran semakin memperburuk situasi, karena membatasi pengadaan fasilitas, peralatan, dan obat-obatan yang diperlukan untuk layanan optimal. Selain itu, infrastruktur yang kurang memadai, terutama di daerah terpencil, menjadi penghambat utama dalam mewujudkan pelayanan kesehatan yang merata dan berkualitas. Faktor-faktor ini saling berhubungan, menciptakan tantangan besar dalam memastikan akses yang setara terhadap layanan kesehatan.

Dengan sumber daya mengalami keterbatasan yang dapat mengakibatkan hal berikut ini:

- a. Penurunan Kualitas Pelayanan: Keterbatasan sumber daya menyebabkan layanan kesehatan menjadi kurang efektif dan efisien (Siswanto, 2010).

- b. Akses Layanan yang Terbatas: Masyarakat di daerah terpencil kesulitan mengakses layanan kesehatan berkualitas (Fikha Alievia, Rofiq Firzatullah, dan Maulidyah Ananda (2021).
- c. Peningkatan Angka Morbiditas dan Mortalitas: Kurangnya layanan kesehatan yang memadai dapat meningkatkan angka kesakitan dan kematian (Erwin Purwaningsih, 2023).

Keterbatasan sumber daya dalam pelayanan kesehatan berimplikasi signifikan pada kualitas dan aksesibilitas layanan. Terbatasnya sumber daya mengakibatkan penurunan kualitas layanan, menjadikannya kurang efektif dan efisien, yang berdampak pada kepuasan pasien dan hasil pengobatan. Selain itu, akses layanan menjadi terbatas, terutama bagi masyarakat di daerah terpencil yang sulit mendapatkan layanan kesehatan berkualitas. Hal ini pada akhirnya berpotensi meningkatkan angka morbiditas dan mortalitas akibat ketidakcukupan layanan kesehatan yang memadai. Ketiga dampak ini menunjukkan bahwa keterbatasan sumber daya tidak hanya memengaruhi operasional kesehatan tetapi juga keselamatan dan kesejahteraan masyarakat secara umum.

## **G. Pentingnya Umpan Balik dan Resolusi Keluhan**

Umpan balik dan resolusi keluhan pasien memainkan peran penting dalam meningkatkan kualitas pelayanan rumah sakit serta memperkuat hubungan antara rumah sakit dan pasien. Melalui sistem yang efektif untuk menerima, menanggapi, dan menyelesaikan keluhan, rumah sakit dapat mengidentifikasi area perbaikan, meningkatkan kepuasan pasien, dan memastikan bahwa setiap pengalaman pasien menjadi sumber pembelajaran. Respons yang tepat terhadap umpan balik dan keluhan tidak hanya membantu menciptakan lingkungan yang lebih transparan dan responsif, tetapi juga menunjukkan komitmen rumah sakit terhadap peningkatan mutu pelayanan dan kepercayaan masyarakat.

### **1. Mekanisme Pengaduan**

Rumah sakit harus menyediakan jalur yang jelas dan transparan untuk menerima keluhan pasien serta menindaklanjuti keluhan

tersebut dengan solusi yang memadai. Mekanisme pengaduan keluhan pasien di rumah sakit merupakan prosedur yang dirancang untuk menangani dan menindaklanjuti keluhan pasien secara efektif, dengan tujuan meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan. Proses ini melibatkan beberapa tahapan, antara lain:

- 1) **Penerimaan Keluhan:** Pasien atau keluarga dapat menyampaikan keluhan melalui berbagai saluran, seperti kotak saran, layanan pelanggan, telepon, email, atau aplikasi khusus. Penting bagi rumah sakit untuk menyediakan akses yang mudah dan jelas bagi pasien dalam menyampaikan keluhan pasien (Irene Waine, Andreasta Meliala, & Valentina Dwi Yuli Siswianti, 2020).
- 2) **Pencatatan dan Klasifikasi:** Setelah menerima keluhan, petugas mencatat detail keluhan dan mengklasifikasikannya berdasarkan tingkat keparahan dan jenis masalah. Hal ini membantu dalam menentukan prioritas penanganan dan penugasan kepada departemen terkait (Farhan Atha Fajaryanto, Retna Hanani, Hesti Lestari, & R. Slamet Santoso, 2022).
- 3) **Investigasi dan Analisis:** Tim yang ditunjuk melakukan investigasi untuk memahami akar permasalahan. Proses ini melibatkan pengumpulan informasi dari berbagai sumber, termasuk staf terkait dan dokumen medis, guna memastikan pemahaman yang komprehensif terhadap keluhan yang diajukan (Lina Marlina, 2017).
- 4) **Tindak Lanjut dan Penyelesaian:** Berdasarkan hasil investigasi, rumah sakit mengambil tindakan korektif yang diperlukan untuk menyelesaikan masalah. Pasien atau keluarga diberi informasi mengenai langkah-langkah yang diambil dan hasil dari penanganan keluhan tersebut (Siti Kurnia Widi Hastuti, Nikita Cahyani Baginda, Selly Aprianda, 2022).
- 5) **Evaluasi dan Umpan Balik:** Setelah penyelesaian, rumah sakit mengevaluasi proses penanganan keluhan untuk mengidentifikasi area yang perlu perbaikan. Umpan balik dari pasien digunakan sebagai bahan evaluasi untuk meningkatkan kualitas pelayanan di masa mendatang.

Mekanisme pengaduan keluhan pasien di rumah sakit merupakan prosedur penting yang dirancang untuk meningkatkan kualitas pelayanan melalui penanganan keluhan secara sistematis dan transparan. Proses ini dimulai dari penerimaan keluhan melalui berbagai saluran yang memudahkan akses pasien, diikuti oleh pencatatan dan klasifikasi keluhan untuk menentukan prioritas penanganan. Selanjutnya, investigasi dilakukan secara mendalam untuk memahami akar permasalahan, diikuti dengan tindakan korektif dan penyelesaian yang diinformasikan kepada pasien atau keluarga. Tahapan terakhir berupa evaluasi dan umpan balik memungkinkan rumah sakit untuk terus mengidentifikasi area yang perlu perbaikan, menjadikan mekanisme ini sebagai alat evaluasi yang berkelanjutan untuk peningkatan kualitas layanan kesehatan.

Penerapan mekanisme pengaduan yang efektif tidak hanya mempermudah penyelesaian masalah yang dialami pasien, tetapi juga menjadi sarana evaluasi untuk memperbaiki kualitas layanan secara menyeluruh. Melalui perhatian dan respons terhadap keluhan pasien, rumah sakit dapat memperkuat kepercayaan serta meningkatkan kepuasan pasien terhadap layanan yang disediakan.

## **2. Umpan Balik Pasien**

Umpan balik dari pasien sangat penting untuk evaluasi dan perbaikan berkelanjutan dalam sistem pelayanan rumah sakit. Umpan balik pasien adalah informasi yang diberikan oleh pasien mengenai pengalaman mereka selama menerima layanan kesehatan. Umpan balik ini mencakup penilaian terhadap berbagai aspek pelayanan, seperti kualitas perawatan, interaksi dengan tenaga medis, fasilitas, dan waktu tunggu. Mengumpulkan dan menganalisis umpan balik pasien sangat penting bagi penyedia layanan kesehatan untuk meningkatkan kualitas pelayanan. Umpan balik pasien akan sangat berharga bagi rumah sakit untuk melakukan:

- a. **Identifikasi Area Perbaikan:** Umpan balik membantu mengidentifikasi kelemahan dalam pelayanan yang perlu diperbaiki dan memenuhi harapan pasien (Wahyu Firman Syahputra, 2024).

- b. Meningkatkan Kepuasan Pasien: Dengan menanggapi umpan balik secara proaktif, fasilitas kesehatan dapat meningkatkan kepuasan dan loyalitas pasien.
- c. Meningkatkan Kualitas Pelayanan: Umpan balik menyediakan wawasan berharga untuk pengembangan dan peningkatan standar pelayanan.

Setelah umpan balik terkumpul, langkah berikutnya adalah menganalisis data guna mengenali pola dan area yang membutuhkan peningkatan. Menindaklanjuti umpan balik dengan tindakan nyata, seperti pelatihan bagi staf, perbaikan fasilitas, atau penyesuaian prosedur operasional, sangatlah penting. Informasikan kepada pasien bahwa masukan mereka diperhatikan dan dipakai untuk meningkatkan layanan, sehingga tercipta kepercayaan dan hubungan yang lebih solid antara pasien dan penyedia layanan kesehatan. Dengan memprioritaskan umpan balik pasien, fasilitas kesehatan dapat terus memperbaiki kualitas layanan, mempererat hubungan dengan pasien, dan mewujudkan tujuan jangka panjang.

## **H. Peran Rumah Sakit dalam Edukasi Kesehatan Publik**

Rumah sakit memiliki peran strategis dalam edukasi kesehatan publik yang bertujuan untuk meningkatkan kesadaran masyarakat terhadap pentingnya pencegahan penyakit dan pola hidup sehat. Sebagai institusi pelayanan kesehatan, rumah sakit tidak hanya berfokus pada aspek kuratif, tetapi juga berperan aktif dalam menyebarkan informasi kesehatan dan membimbing masyarakat untuk lebih peduli terhadap kesehatan mereka. Edukasi kesehatan publik adalah langkah penting untuk menciptakan masyarakat yang lebih sehat dan mandiri, sekaligus mengurangi beban layanan kesehatan dengan mendorong upaya preventif

Pada penyuluhan dan pendidikan Kesehatan di rumah sakit memiliki tanggung jawab untuk memberikan edukasi kepada masyarakat tentang pencegahan penyakit, pola hidup sehat, dan perawatan kesehatan dasar melalui kampanye atau program

penyuluhan. Peran-peran utama rumah sakit dalam edukasi kesehatan publik di rumah sakit dapat sebagai:

1. Penyedia Informasi Kesehatan yang Akurat dan Terpercaya

Rumah sakit berperan sebagai sumber informasi yang valid dan akurat mengenai kesehatan untuk masyarakat. Melalui edukasi langsung dan penyebaran materi kesehatan, rumah sakit membantu masyarakat memahami berbagai isu kesehatan serta cara pencegahannya. Hal ini sesuai dengan tugas rumah sakit sebagai pusat kesehatan yang memberikan layanan promotif dan preventif, bukan hanya kuratif (Zeng, J., & Kelly, P.2018).

2. Penggerak Kampanye Kesehatan

Rumah sakit sering kali berpartisipasi dalam atau memimpin kampanye kesehatan yang bertujuan untuk meningkatkan kesadaran masyarakat tentang pencegahan penyakit. Misalnya, kampanye mengenai vaksinasi, pola makan sehat, pencegahan diabetes, dan pengelolaan stres. Rumah sakit dapat melibatkan komunitas lokal dan bekerja sama dengan lembaga lain untuk memperluas dampak kampanye ini (Maeda, S., & Garcia, C. (2020).

3. Pusat Pelatihan Kesehatan Masyarakat

Beberapa rumah sakit menyediakan program pelatihan dan seminar untuk masyarakat umum tentang berbagai topik kesehatan, seperti pertolongan pertama, pengelolaan penyakit kronis, dan pola hidup sehat. Kegiatan ini membantu masyarakat mendapatkan keterampilan praktis yang berguna dalam menangani keadaan darurat atau menjaga kesehatan pribadi dan keluarga (*World Health Organization, 2019*).

4. Pemberdayaan Pasien dan Keluarga

Edukasi kesehatan juga diarahkan pada pasien dan keluarganya, terutama terkait pengelolaan penyakit yang memerlukan perawatan jangka panjang. Rumah sakit dapat membimbing pasien dan keluarganya untuk memahami kondisi medis yang dihadapi serta tindakan-tindakan yang perlu diambil untuk menjaga kualitas hidup yang baik *Grol, R., & Wensing, M. (2021)*.

## 5. Penggunaan Media Sosial dan Teknologi untuk Edukasi Kesehatan

Banyak rumah sakit kini menggunakan media sosial dan situs web untuk menyebarkan informasi kesehatan secara luas, termasuk infografis, video edukatif, dan artikel kesehatan. Teknologi ini memungkinkan rumah sakit mencapai audiens yang lebih besar dan memberikan akses ke informasi kesehatan yang mudah dipahami *Thackeray, R., & Neiger, B. L. (2018)*.

Rumah sakit memiliki peran penting dalam edukasi kesehatan publik dengan berbagai pendekatan yang efektif. Sebagai penyedia informasi kesehatan yang akurat dan terpercaya, rumah sakit membantu masyarakat memahami isu kesehatan dan langkah pencegahan yang tepat. Rumah sakit juga berfungsi sebagai penggerak kampanye kesehatan, yang bertujuan untuk meningkatkan kesadaran masyarakat melalui kegiatan seperti kampanye vaksinasi dan pola hidup sehat. Selain itu, perannya sebagai pusat pelatihan kesehatan masyarakat memberi masyarakat keterampilan praktis untuk menghadapi situasi darurat dan mengelola kesehatan pribadi. Edukasi yang ditujukan bagi pasien dan keluarganya juga meningkatkan pemahaman tentang pengelolaan penyakit jangka panjang, mendukung kualitas hidup yang lebih baik. Melalui pemanfaatan media sosial dan teknologi, rumah sakit mampu menjangkau audiens yang lebih luas, memperluas akses masyarakat terhadap informasi kesehatan yang mudah dipahami



## DAFTAR PUSTAKA

- Al Ansori, A. N. (2024). Soal pembangunan rumah sakit di daerah terpencil, IDI: Ini tentang aksesibilitas dan ekuitas. Diakses tanggal 24-10-2024, dari <https://www.liputan6.com/disabilitas/read/5758675>
- Alievia, F., Firzatullah, R., & Ananda, M. (2021). Solusi terhadap permasalahan ketidakseimbangan persebaran SDM kesehatan di Indonesia: Kajian literatur. <https://www.researchgate.net/publication/357449466>
- Alievia, F., Firzatullah, R., & Ananda, M. (2021). Solusi terhadap permasalahan ketidakseimbangan persebaran SDM kesehatan di Indonesia: Kajian literatur. <https://www.researchgate.net/publication/357449466>
- Candradewi, S. B. A., & Sakya, K. A. (2021). Studi penerapan desain universal terhadap aksesibilitas pasien dengan keterbatasan fisik di RSUD Dr. Iskak. *Jurnal Arsitektur ARCADE*, 5(1), Maret.
- Daniels, N. (2001). Justice, health, and healthcare. *The American Journal of Bioethics*, 1(2), 2–16. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11951872/>
- Fajaryanto, F. A., Hanani, R., Lestari, H., & Santoso, R. S. (2022). Penanganan pengaduan dalam meningkatkan pelayanan publik di RSUD Dr. R. Soetrasno Rembang. <http://www.fisip.undip.ac.id/>
- Fakhruddin, A. H. (2024). Penting! Penerapan komunikasi dalam meningkatkan mutu pelayanan kesehatan. <https://www.kompasiana.com/abdulhaniffakhruddin0177/671f3089ed6415152e40c412>
- Grol, R., & Wensing, M. (2021). Patient and family education in hospitals: From theory to practice. *BMC Health Services Research*.
- Hastuti, S. K. W., Baginda, N. C., & Aprianda, S. (2022). A qualitative study: Hospital patient complaint management. *Indonesian Journal of Health Administration (Jurnal Administrasi Kesehatan*

- Indonesia), 10(1), 31-40.  
<https://doi.org/10.20473/jaki.v10i1.2022.31-40>
- Johnstone, M. J. (2009). *Bioethics: A nursing perspective* (5th ed.). Elsevier.
- Kant, I. (1993). *Grounding for the metaphysics of morals*. Hackett Publishing Company.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2024). Transformasi digital di rumah sakit. Diakses tanggal 16-08-2024, dari <https://rc.kemkes.go.id/transformasi-digital-di-rumah-sakit-b88db6>
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2024b). Transformasi internal tingkatan kualitas layanan kesehatan di rumah sakit. <https://kemkes.go.id/id/transformasi-internal-tingkatkan-kualitas-layanan-kesehatan-di-rumah-sakit/>
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2024c). Kemenkes RI hasilkan 12 rekomendasi kebijakan terkait telekesehatan di Indonesia. <https://sehatnegeriku.kemkes.go.id/baca/rilis-media/20240504/0045399/kemenkes-ri-hasilkan-12-rekomendasi-kebijakan-terkait-telekesehatan-di-indonesia/>
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2024d). Kemenkes RI hasilkan 12 rekomendasi kebijakan terkait telekesehatan di Indonesia. <https://kemkes.go.id/id/rilis-kesehatan/kemenkes-ri-hasilkan-12-rekomendasi-kebijakan-terkait-telekesehatan-di-indonesia/>
- Laksono, A. D. (2016). *Aksesibilitas pelayanan kesehatan di Indonesia*. PT Kanisius.
- Maeda, S., & Garcia, C. (2020). Hospital roles in community health promotion: A case study approach. *Health Promotion International*.
- Marliana, L. (2017). Analisis manajemen layanan keluhan pasien terhadap kualitas layanan kesehatan di RSUD Am. Parikesit Tenggara. *Jurnal Administrative Reform*, 5(2), 69-78.
- Mudayana, A. A. (2014). Memanusiakan pasien. <https://uad.ac.id/memanusiakan-pasien/>
- Ombudsman. (2023). Pembatasan layanan pasien BPJS kesehatan diskriminatif. <https://ombudsman.go.id/news/r/pembatasan-layanan-pasien-bpjs-kesehatan-diskriminatif>

- Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 20 Tahun 2019 tentang Penyelenggaraan Pelayanan Telemedicine Antar Fasilitas Pelayanan Kesehatan.  
<https://regulasi.bkpk.kemkes.go.id/detail/a4f766dc-83a4-4045-9c2f-d6e4d472b9d0/unduh/>
- Pratama, D. S. (2023). Komunikasi efektif dalam pelayanan kesehatan. <https://homecare24.id/komunikasi-efektif-dalam-pelayanan-kesehatan/>
- Purwadhi, Y., Widjaja, Y. R., Clara, A., & Ilham, R. (2024). Peran manajemen strategis dalam meningkatkan efisiensi operasional dan kepuasan pasien di rumah sakit swasta: Systematic literature review. *EKOMA*, 3(6).  
<https://doi.org/10.56799/ekoma.v3i6.5315>
- Purwaningsih, E. (2023). Kebijakan terkait krisis kesehatan: Analisa kebutuhan tenaga kesehatan selama pandemi Covid-19 di Indonesia. *Jurnal Kebijakan Kesehatan Indonesia: JKKI*, 12(2), 66–73.
- Putra, W. F. (2024). Implementasi lean management dalam peningkatan efisiensi rumah sakit.  
<https://hosclinhealthcare.com/implementasi-lean-management-dalam-peningkatan-efisiensi-rumah-sakit/>
- Serson, K. V. (1999). *Principles of biomedical ethics* (7th ed.). The University of Arizona.  
<https://www.researchgate.net/publication/12869379>
- Silfa. (2024). SIMRS dan RME: 4 strategi sukses optimisasi layanan kesehatan. <https://medminutes.io/simrs-dan-rme-kunci-keberhasilan-layanan-kesehatan/>
- Siswanto. (2010). Analisis trade-off dalam reformasi sistem pelayanan kesehatan di Indonesia. *Jurnal Manajemen Pelayanan Kesehatan*, 13(2), 61–68.
- Sujiasih. (2014). Komunikasi efektif dalam pelayanan kesehatan. [https://www.persi.or.id/wp-content/uploads/2018/04/komunikasi\\_efektif.pdf](https://www.persi.or.id/wp-content/uploads/2018/04/komunikasi_efektif.pdf)
- Syahputra, W. F. (2024). Menggunakan feedback pasien untuk meningkatkan layanan klinik.  
<https://vmedis.com/menggunakan-feedback-pasien-untuk-meningkatkan-layanan-klinik/>

- Thackeray, R., & Neiger, B. L. (2018). Social media's role in public health education: A hospital perspective. *American Journal of Public Health*.
- Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan.
- Waine, I., Meliala, A., & Siswianti, V. D. Y. (2020). Penanganan komplain di rumah sakit. *Jurnal Manajemen Pelayanan Kesehatan*, 23(4), 127–132.
- Wibowo, C. K. (2024). Sistem informasi rumah sakit: Kunci kolaborasi efektif antar tenaga kesehatan. <https://kumparan.com/cynthiakarinaa08/sistem-informasi-rumah-sakit-kunci-kolaborasi-efektif-antar-tenaga-kesehatan-23uFORM0aUq>
- World Health Organization. (2019). The role of hospitals in community health: Guidelines for community health promotion.
- Yandrizal, Y., Suryani, D., Anita, B., & Febriawati, H. (2014). Analisis ketersediaan fasilitas kesehatan dan pemerataan pelayanan pada pelaksanaan jaminan kesehatan nasional di Kota Bengkulu, Kabupaten Seluma, dan Kabupaten Kaur. *Jurnal Kebijakan Kesehatan Indonesia*, 3(2). <https://jurnal.ugm.ac.id/jkki/article/view/36383>
- Yolanda, A. (2024). Pengaruh inovasi pelayanan terhadap efisiensi operasional rumah sakit. <https://klikmedika.id/pengaruh-inovasi-pelayanan-terhadap-efisiensi-operasional-rumah-sakit/>
- Zeng, J., & Kelly, P. (2018). Health promotion in hospitals: Key features and strategic planning. *Journal of Public Health*.

# **BAB 10**

## **PENGELOLAAN RISIKO KLINIS DAN KESELAMATAN PASIEN**

**Oleh: Eni Efanti S.Kp, MARS**

### **A. Pendahuluan**

Keselamatan pasien merupakan salah satu aspek penting dalam sistem pelayanan kesehatan yang bertujuan untuk memastikan bahwa setiap tindakan medis yang dilakukan aman bagi pasien. Definisi keselamatan pasien mencakup serangkaian proses yang dirancang untuk mengidentifikasi dan mengelola risiko yang mungkin timbul dalam perawatan pasien, serta meminimalkan kemungkinan cedera yang disebabkan oleh kesalahan dalam pelaksanaan tindakan medis. Hal ini mencakup asesmen risiko, identifikasi, pengelolaan risiko, pelaporan dan analisis insiden, serta kemampuan untuk belajar dari insiden tersebut dan menindaklanjutinya dengan solusi yang efektif. Dengan penerapan sistem yang baik, diharapkan dapat tercapai kondisi di mana cedera akibat tindakan medis bisa diminimalkan atau bahkan dihilangkan, sebagaimana yang diupayakan dalam visi *zero harm* yang digagas oleh Organisasi Kesehatan Dunia (WHO).

Manajemen risiko klinik menjadi bagian integral dari keselamatan pasien, di mana proses ini melibatkan identifikasi, pengendalian, dan pemantauan potensi risiko yang ada dalam layanan medis. Melalui pendekatan yang sistematis, manajemen risiko klinik bertujuan untuk mengurangi atau mengendalikan kerugian yang mungkin terjadi akibat faktor risiko dalam manajemen pasien. Dengan melakukan evaluasi dan perbaikan yang berkelanjutan, sistem ini berperan penting dalam menciptakan

lingkungan yang aman dan efektif dalam memberikan pelayanan kesehatan.

Pembangunan kesehatan, yang merupakan bagian dari tujuan nasional untuk meningkatkan kesejahteraan masyarakat, bertujuan untuk memberikan akses layanan kesehatan yang berkualitas tinggi. Dengan memfasilitasi masyarakat untuk menjalani gaya hidup sehat, pembangunan kesehatan dapat membantu mencapai derajat kesehatan yang optimal. Salah satu elemen penting dari pencapaian tersebut adalah sistem pelayanan yang aman dan berkualitas. Oleh karena itu, fasilitas pelayanan kesehatan harus mampu menyelenggarakan sistem keselamatan pasien yang dapat diimplementasikan secara menyeluruh, baik di rumah sakit maupun di fasilitas kesehatan tingkat pertama (FKTP).

Dalam sistem keselamatan pasien dan manajemen risiko klinik, pendekatan yang diambil harus melibatkan berbagai langkah proaktif, termasuk asesmen risiko yang menyeluruh, pelaporan insiden, serta penerapan tindakan korektif seperti *Root Cause Analysis* (RCA) untuk mengatasi akar permasalahan yang muncul. Selain itu, penting untuk memastikan bahwa setiap langkah yang diambil dalam mengelola risiko pasien efektif dan dapat mencegah terjadinya kesalahan medis yang lebih lanjut. Kesalahan medis atau *medical error* dapat terjadi dalam dua bentuk, yaitu *commission* yang mengarah pada cedera akibat tindakan yang salah, atau *omission* yang terjadi karena kelalaian dalam mengambil tindakan yang diperlukan. Mengelola dan mencegah kedua jenis kesalahan ini menjadi salah satu tujuan utama dari sistem keselamatan pasien yang diharapkan dapat mengurangi angka cedera dan komplikasi pada pasien.

## B. Keselamatan Pasien

Keselamatan pasien adalah suatu sistem yang dirancang untuk memastikan bahwa asuhan medis yang diberikan kepada pasien dilakukan dengan cara yang aman, efektif, dan dapat mencegah cedera yang disebabkan oleh kesalahan dalam pelaksanaan tindakan medis. Sistem keselamatan pasien mencakup beberapa elemen

penting, seperti evaluasi risiko, identifikasi potensi risiko, serta pengelolaan risiko yang terkait dengan pasien. Selain itu, sistem ini juga melibatkan pelaporan insiden, analisis kejadian yang tidak diinginkan, serta pembelajaran dari insiden tersebut guna memperbaiki prosedur yang ada dan mencegah terulangnya kesalahan serupa di masa depan. Dalam hal ini, rumah sakit dan fasilitas kesehatan lainnya memiliki tanggung jawab untuk melakukan tindakan proaktif guna meminimalkan potensi cedera dan kesalahan medis yang dapat terjadi.

Untuk memastikan pelaksanaan keselamatan pasien, setiap fasilitas pelayanan kesehatan, terutama rumah sakit, harus menerapkan tujuh standar keselamatan pasien yang telah ditetapkan. Standar ini diatur dalam Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 11 Tahun 2017 dan diterapkan melalui proses akreditasi rumah sakit. Penilaian terhadap penerapan standar keselamatan ini dilakukan dengan menggunakan instrumen akreditasi yang telah ditentukan. Tujuh standar keselamatan pasien yang harus diterapkan oleh fasilitas kesehatan meliputi:

#### 1) Hak Pasien

Setiap pasien berhak mendapatkan informasi yang jelas mengenai hak-haknya, termasuk hak untuk mengetahui prosedur medis yang akan dilakukan, serta hak untuk memberikan persetujuan atau penolakan terhadap perawatan yang diterima. Hal ini harus disampaikan dengan cara yang mudah dipahami oleh pasien dan keluarga.

#### 2) Pendidikan untuk Pasien dan Keluarga

Fasilitas kesehatan wajib memberikan edukasi yang memadai kepada pasien dan keluarganya mengenai kondisi kesehatan pasien, rencana perawatan, serta langkah-langkah pencegahan yang dapat diambil untuk mendukung pemulihan. Pendidikan ini bertujuan agar pasien dan keluarga dapat berperan aktif dalam proses pengobatan dan menjaga keselamatan selama perawatan berlangsung.

### 3) Keselamatan Pasien dan Kestinambungan Pelayanan

Keselamatan pasien harus dijaga sepanjang perjalanan perawatan pasien, mulai dari penerimaan di rumah sakit hingga pasien pulang atau dirujuk ke fasilitas lain. Fasilitas kesehatan harus memastikan kesinambungan pelayanan dengan memberikan perawatan yang terkoordinasi dan memadai di setiap tahap.

### 4) Metode Peningkatan Kinerja

Penggunaan metode peningkatan kinerja seperti audit, evaluasi, dan pengembangan program keselamatan pasien sangat penting untuk menilai dan meningkatkan kualitas perawatan. Proses evaluasi ini bertujuan untuk mengidentifikasi area yang perlu diperbaiki dan mengimplementasikan program yang dapat meningkatkan keselamatan pasien secara berkelanjutan.

### 5) Peran Kepemimpinan dalam Keselamatan Pasien

Komitmen dan keterlibatan pimpinan rumah sakit atau fasilitas kesehatan dalam mendukung program keselamatan pasien sangat penting. Kepemimpinan yang kuat dan aktif akan memastikan bahwa kebijakan keselamatan pasien diterapkan dengan baik dan menjadi bagian dari budaya rumah sakit.

### 6) Pendidikan Staf tentang Keselamatan Pasien

Staf medis dan non-medis harus diberi pelatihan yang memadai mengenai prinsip-prinsip keselamatan pasien. Pendidikan ini bertujuan untuk meningkatkan kesadaran dan keterampilan staf dalam mendeteksi, mencegah, dan mengelola potensi risiko yang dapat membahayakan pasien selama proses perawatan.

### 7) Komunikasi yang Efektif

Komunikasi yang jelas dan efektif antar staf medis serta antara staf dengan pasien dan keluarga adalah kunci untuk mencapai keselamatan pasien. Komunikasi yang baik akan meminimalkan kesalahpahaman dan memastikan bahwa setiap tindakan medis dilakukan dengan tepat dan sesuai dengan kebutuhan pasien.



Dalam rangka memastikan implementasi yang optimal dari standar-standar tersebut, fasilitas pelayanan kesehatan harus secara terus-menerus merancang ulang atau memperbaiki proses yang ada. Hal ini meliputi pengumpulan data secara sistematis, menganalisis kejadian tidak diinginkan (KTD) secara menyeluruh, serta melakukan evaluasi berkala untuk mengetahui apakah langkah-langkah yang diambil sudah efektif. Dengan pendekatan yang berfokus pada keselamatan pasien ini, rumah sakit dapat memastikan bahwa perawatan yang diberikan tidak hanya berkualitas tetapi juga aman, mengurangi potensi cedera, dan meningkatkan hasil perawatan pasien.

## **1. Insiden Keselamatan Pasien**

Menurut Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 11 Tahun 2017 tentang Keselamatan Pasien Rumah Sakit, insiden keselamatan pasien mencakup kejadian yang terjadi baik secara sengaja maupun tidak sengaja, yang dapat menyebabkan cedera pada pasien. Dalam kategori ini terdapat beberapa jenis kejadian, yaitu Kejadian Tidak Diharapkan (KTD), Kejadian Nyaris Cedera (KNC), Kejadian Tidak Cedera (KTC), dan Kejadian Potensial Cedera (KPC). Kejadian-kejadian ini sering kali tidak direncanakan, namun dapat berisiko bagi keselamatan pasien dan menghambat pencapaian hasil perawatan yang diharapkan.

Sistem keselamatan pasien bertujuan untuk meningkatkan keamanan dalam setiap aspek perawatan pasien. Sistem ini mencakup beberapa komponen penting, antara lain penilaian risiko, identifikasi dan pengelolaan risiko yang terkait dengan pasien, serta pelaporan dan analisis insiden. Selain itu, sistem ini juga berfokus pada kemampuan untuk belajar dari insiden yang terjadi, tindak lanjut yang diperlukan, serta penerapan solusi yang dapat mengurangi risiko dan mencegah cedera akibat kesalahan dalam pelaksanaan atau ketidakterlaksanaan tindakan medis.

Tujuan dari penerapan sistem keselamatan pasien di rumah sakit adalah untuk menciptakan budaya keselamatan yang kuat di lingkungan rumah sakit, meningkatkan akuntabilitas rumah sakit terhadap pasien dan masyarakat, serta mengurangi kejadian tidak

diharapkan (KTD). Selain itu, rumah sakit juga diwajibkan untuk menerapkan program pencegahan guna mencegah terulangnya KTD di masa depan.

## **2. Budaya Keselamatan Pasien**

Budaya keselamatan pasien di rumah sakit adalah suatu pendekatan yang menekankan pentingnya menciptakan lingkungan kerja yang kondusif, di mana tim medis dapat bekerja sama dengan lebih efektif, merasa aman, dan diberi ruang untuk belajar dari setiap insiden keselamatan yang terjadi. Dalam konteks ini, keselamatan pasien bukan hanya tanggung jawab individu, melainkan merupakan komitmen bersama seluruh anggota tim medis dan manajemen rumah sakit.

Membangun budaya keselamatan pasien melibatkan pembentukan sikap terbuka terhadap pelaporan insiden atau potensi risiko yang ada, serta memastikan bahwa setiap kejadian, baik yang berakhir pada cedera atau tidak, menjadi bahan pembelajaran untuk meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan. Salah satu cara strategis yang dapat dilakukan oleh rumah sakit untuk mewujudkan budaya ini adalah dengan meluncurkan program keselamatan pasien yang terintegrasi dalam setiap proses pelayanan. Program ini bertujuan untuk meningkatkan akuntabilitas rumah sakit terhadap pasien, masyarakat, dan pihak-pihak terkait lainnya. Dengan demikian, rumah sakit dapat mengurangi insiden tidak diharapkan (KTD) dan memastikan bahwa perawatan yang diberikan memenuhi standar keselamatan yang tinggi.

Budaya keselamatan pasien yang berhasil diimplementasikan akan menciptakan lingkungan yang lebih aman bagi pasien dan staf medis. Dalam jangka panjang, hal ini berkontribusi pada peningkatan kualitas perawatan, kepuasan pasien, serta reputasi rumah sakit sebagai penyedia layanan kesehatan yang profesional dan aman. Lebih jauh lagi, budaya ini mendukung keberlanjutan program-program keselamatan lainnya dengan membentuk suatu sistem yang tidak hanya fokus pada pencegahan cedera fisik, tetapi juga pada pencegahan kesalahan medis yang dapat dihindari.

### 3. Regulasi Keselamatan Pasien

Sebagai bagian dari upaya nasional untuk meningkatkan kualitas layanan kesehatan, Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 11 Tahun 2017 tentang Keselamatan Pasien Rumah Sakit memberikan kerangka kerja yang jelas mengenai standar keselamatan yang harus diterapkan di rumah sakit. Dalam peraturan ini, dijelaskan bahwa untuk mencapai keselamatan pasien secara menyeluruh, rumah sakit harus memenuhi rumus yang dikenal dengan istilah 7-7-6.

Rumus 7-7-6 mencakup tiga komponen penting dalam sistem keselamatan pasien. Pertama, 7 Standar Keselamatan Pasien yang mencakup berbagai aspek pelayanan yang harus diterapkan untuk menjamin keselamatan pasien, seperti komunikasi yang jelas, pengelolaan risiko, dan perlindungan terhadap pasien dari potensi bahaya. Kedua, 7 Budaya Keselamatan Pasien, yang berfokus pada pembentukan sikap dan perilaku seluruh anggota tim medis dan tenaga kesehatan yang mendukung terciptanya lingkungan kerja yang aman dan responsif terhadap masalah keselamatan pasien. Ketiga, 6 Standar Keselamatan Pasien yang secara khusus mengatur prosedur dan pedoman yang harus diikuti oleh rumah sakit untuk menilai dan meningkatkan keselamatan pasien secara terus-menerus.

Melalui penerapan rumus 7-7-6 ini, diharapkan rumah sakit dapat menciptakan sistem yang tidak hanya fokus pada perawatan medis, tetapi juga pada pencegahan risiko dan peningkatan kualitas keselamatan pasien. Hal ini menunjukkan bahwa keselamatan pasien bukanlah sebuah hal yang terpisah dari pelayanan kesehatan lainnya, melainkan bagian integral dari sistem pelayanan yang lebih besar. Penerapan regulasi ini memastikan bahwa rumah sakit tidak hanya memberikan layanan medis yang baik, tetapi juga berkomitmen untuk mengurangi risiko cedera, meningkatkan kepercayaan pasien, dan meminimalkan terjadinya insiden yang dapat merugikan pasien.

Tabel 10.1 Rumus Regulasi Keselamatan Pasien

7 Standar Keselamatan pasien	7 Langkah menuju Keselamatan Pasien	6 Sasaran Keselamatan Pasien
<div>1. Hak pasien</div> <div>2. Mendidik pasien dan keluarga</div> <div>3. Keselamatan pasien dan kesinambungan pelayanan</div> <div>4. Penggunaan metode peningkatan kinerja untuk melakukan evaluasi dan program peningkatan keselamatan pasien</div> <div>5. Peran kepemimpinan dalam meningkatkan keselamatan pasien</div> <div>6. Mendidik staf tentang keselamatan pasien</div> <div>7. Komunikasi merupakan kunci bagi staf untuk mencapai keselamatan pasien</div>	<div>1. Membangun kesadaran akan pentingnya keselamatan pasien</div> <div>2. Memimpin dan mendukung staf</div> <div>3. Mengintegrasikan pengelolaan risiko</div> <div>4. Mengembangkan sistem pelaporan</div> <div>5. Melibatkan dan berkomunikasi dengan pasien</div> <div>6. Belajar dan berbagi pengalaman tentang keselamatan pasien</div> <div>7. Mencegah cedera melalui sistem keselamatan pasien</div>	<div>1. Ketepatan identifikasi pasien</div> <div>2. Peningkatan komunikasi yang efektif</div> <div>3. Peningkatan kewaspadaan pada obat-obatan high-alert</div> <div>4. Kepastian tepat-lokasi, tepat-prosedur, tepat pasien operasi</div> <div>5. Pengurangan risiko infeksi terkait pelayanan kesehatan</div> <div>6. Pengurangan risiko pasien jatuh</div>

## **C. Program Keselamatan Pasien Rumah Sakit sebagai Langkah Strategis**

Salah satu langkah strategis untuk meningkatkan kualitas dan reputasi rumah sakit adalah dengan meluncurkan program keselamatan pasien. Tujuan utama dari program ini adalah untuk mengurangi kejadian tidak diharapkan (KTD), meningkatkan akuntabilitas rumah sakit terhadap pasien dan masyarakat, serta memperkuat tanggung jawab rumah sakit dalam memberikan perawatan yang aman. Melalui program ini, rumah sakit berkomitmen untuk menciptakan lingkungan yang lebih aman bagi pasien, mengurangi risiko kesalahan medis, dan memastikan kualitas pelayanan yang optimal.

### **Indikator Keselamatan Pasien (*Patient Safety*)**

Indikator keselamatan pasien digunakan untuk mengukur sejauh mana keselamatan pasien terjaga selama perawatan di rumah sakit. Indikator ini sangat berguna untuk memantau dan mengevaluasi masalah yang dihadapi pasien, terutama terkait dengan prosedur medis yang dapat berisiko. Dengan menggunakan indikator ini, rumah sakit dapat merencanakan tindakan pencegahan untuk mengurangi kemungkinan hasil klinik yang tidak diinginkan.

Indikator keselamatan pasien terbagi menjadi dua tingkat pengukuran:

#### **1. Indikator Tingkat Area**

Indikator ini mencakup risiko komplikasi akibat tindakan medis yang terjadi di tingkat pelayanan setempat, seperti di kabupaten atau kota. Indikator ini mengidentifikasi komplikasi yang mungkin timbul setelah pasien menerima tindakan medis, yang dapat berpengaruh pada proses pemulihan mereka.

#### **2. Indikator Tingkat Rumah Sakit**

Indikator ini mengukur potensi komplikasi yang dapat dicegah selama pasien mendapatkan perawatan medis di rumah sakit. Fokusnya adalah pada komplikasi yang dapat terjadi akibat tindakan

medis yang tidak sesuai dengan prosedur atau standar yang diharapkan.

Tujuan utama penggunaan indikator keselamatan pasien adalah untuk mengidentifikasi area pelayanan yang membutuhkan perhatian lebih, serta untuk menilai dan memperbaiki kualitas pelayanan yang mungkin menurun. Indikator ini juga membantu untuk mengidentifikasi area yang tidak memenuhi standar klinik atau terapi yang telah ditetapkan, sehingga tindakan korektif dapat segera dilakukan untuk meningkatkan kualitas perawatan pasien.

## **D. Manajemen Risiko dalam Layanan Kesehatan**

Manajemen risiko dalam layanan kesehatan bertujuan untuk memastikan bahwa setiap layanan yang diberikan memenuhi standar yang telah ditetapkan, serta untuk meminimalkan potensi kerugian bagi pasien, tenaga medis, dan rumah sakit secara keseluruhan. Tujuan utama dari manajemen risiko adalah untuk menciptakan lingkungan yang aman bagi semua pihak yang terlibat dalam proses perawatan, baik itu pasien maupun staf medis.

Manajemen risiko sangat berkaitan dengan operasional rumah sakit, mencakup tindakan preventif untuk menghindari berbagai potensi bahaya yang dapat menimbulkan kerugian, baik itu kerugian materiil, cedera fisik, atau akibat dari malpraktik medis. Setiap bagian di rumah sakit, mulai dari petugas medis hingga staf administrasi, memiliki tanggung jawab untuk ikut serta dalam pelaksanaan manajemen risiko. Jika seluruh elemen rumah sakit tidak bekerja sama dan berpartisipasi dalam upaya ini, tujuan untuk mengidentifikasi dan mengendalikan risiko secara strategis dan operasional tidak akan tercapai.

Untuk dapat mengukur efektivitas manajemen risiko, setiap potensi risiko harus dijelaskan secara jelas sejak awal. Penjabaran ini mencakup langkah-langkah pencegahan risiko sebelum terjadinya insiden, serta bagaimana menangani risiko setelah terjadi. Respons terhadap risiko yang mungkin timbul sangat penting untuk menciptakan sistem yang proaktif dalam memitigasi bahaya.

Dalam penanganan risiko, penting untuk mengikuti serangkaian tahapan yang terstruktur. Langkah pertama adalah mengidentifikasi semua risiko yang ada, diikuti dengan analisis kemungkinan risiko tersebut terjadi. Selanjutnya, dilakukan upaya untuk mengurangi atau menghilangkan potensi risiko, serta merencanakan tindakan pencegahan yang sesuai. Selain itu, rumah sakit juga harus menghitung estimasi potensi kerugian finansial yang dapat timbul akibat risiko tersebut.

Proses analisis risiko melibatkan pengumpulan dan pemrosesan data serta situasi yang relevan untuk menilai kecenderungan atau pola yang muncul. Analisis ini juga berfungsi untuk menentukan tingkat frekuensi risiko, seberapa sering suatu insiden dapat terjadi dan hal ini menjadi dasar untuk merencanakan langkah-langkah pengendalian yang tepat. Dengan pemahaman yang lebih baik tentang seberapa sering risiko terjadi, rumah sakit dapat menyusun strategi yang lebih efektif untuk mencegah atau mengatasi risiko di masa depan.

## **E. Manajemen Risiko Klinis dan Keselamatan (Pasien *Patient Safety*)**

Manajemen risiko klinis merupakan elemen penting yang harus diperhatikan dalam sistem pelayanan kesehatan untuk memastikan kualitas layanan dan keselamatan pasien. Tujuan utama dari manajemen risiko klinis adalah mengurangi terjadinya kesalahan medis, bahaya, dan peristiwa negatif yang dapat dialami pasien selama proses perawatan. Selain itu, manajemen risiko ini juga berfungsi untuk meningkatkan rasa aman pasien, mengurangi kemungkinan klaim terhadap rumah sakit, serta mengontrol biaya yang harus ditanggung oleh institusi kesehatan.

Berbagai risiko klinis yang perlu diperhatikan mencakup infeksi nosokomial, komplikasi pascaoperasi, kesalahan medis, keterlambatan diagnosis, cedera akibat peralatan medis, komplikasi penggunaan obat, masalah dalam koordinasi data pasien, serta kehilangan barang medis. Semua hal ini langsung berkaitan dengan

perawatan yang diterima oleh pasien dan perlu dikelola dengan hati-hati dalam manajemen risiko klinis.

Manajemen risiko klinis, keselamatan pasien, dan peningkatan kualitas pelayanan memiliki hubungan yang erat. Ketiganya berkontribusi dalam meningkatkan mutu pelayanan rumah sakit secara keseluruhan. Dengan mengelola risiko klinis dengan baik, rumah sakit dapat menciptakan lingkungan yang lebih aman bagi pasien, yang pada gilirannya meningkatkan kualitas pelayanan.

Ada tujuh pilar yang menjadi dasar dalam menciptakan kualitas pelayanan kesehatan yang optimal, yaitu:

- 1) Kemanjuran (*Efficacy*): Fokus pada peningkatan pelayanan kesehatan yang dapat membantu pasien sembuh dengan lebih cepat.
- 2) Efisiensi (*Efficiency*): Mengupayakan perbaikan terbaik dengan biaya yang paling hemat.
- 3) Optimalitas (*Optimality*): Menyeimbangkan biaya dan manfaat, baik dari segi materi maupun imateri.
- 4) Keterterimaan (*Acceptability*): Memberikan pelayanan yang berorientasi pada keinginan, ekspektasi, dan kepuasan pasien.
- 5) Legitimasi (*Legitimacy*): Menjamin bahwa pelayanan yang diberikan diterima dan diakui secara luas oleh masyarakat.
- 6) Keadilan (*Equity*): Menjamin distribusi pelayanan secara merata kepada seluruh pasien.
- 7) Biaya (*Cost*): Memastikan bahwa keuntungan yang diperoleh sesuai dengan biaya yang dikeluarkan, dengan optimalisasi rasio keuntungan terhadap biaya.

Keseluruhan pilar-pilar ini merupakan bagian dari proses yang kompleks dan menjadi prinsip dasar dalam penyelenggaraan layanan kesehatan yang berkualitas.



## **1. Pengukuran Manajemen Risiko**

Pengukuran atau metrik dalam manajemen risiko adalah alat untuk menilai dan mengukur kinerja atau proses yang ada. Pengukuran ini sering digunakan dalam konteks keselamatan pasien dan mencakup pendekatan reaktif maupun proaktif. Salah satu contoh pengukuran yang umum digunakan adalah rasio pasien jatuh, yang dihitung dengan membagi jumlah pasien yang jatuh selama periode tertentu dengan total jumlah pasien rawat inap. Metrik ini membantu untuk menilai efektivitas upaya keselamatan pasien. Sebagai contoh, rasio pasien jatuh dapat menunjukkan apakah inisiatif yang diterapkan untuk meningkatkan keselamatan pasien berhasil mengurangi kejadian tersebut.

Metode pengukuran lainnya melibatkan penilaian terhadap langkah-langkah pencegahan, seperti mengukur persentase pasien yang dinilai memiliki risiko jatuh atau yang termasuk dalam kategori berisiko tinggi. Hal ini membantu rumah sakit dalam mengevaluasi apakah proses yang diterapkan efektif dalam mengurangi insiden cedera akibat jatuh.

## **2. Pengelolaan Risiko Klinis**

Pengelolaan risiko klinis melibatkan serangkaian langkah untuk memastikan bahwa risiko-risiko yang dapat membahayakan pasien dapat diidentifikasi, dianalisis, dikendalikan, dan dievaluasi dengan baik. Berikut adalah empat langkah dasar dalam pengelolaan risiko klinis:

### **1. Identifikasi Risiko**

Langkah pertama dalam manajemen risiko adalah mengidentifikasi potensi bahaya yang dapat mengancam pasien. Identifikasi ini meliputi pengumpulan data dari keluhan pasien, klaim medis, laporan insiden, dan hasil audit medis. Dengan mengenali risiko potensial sejak awal, fasilitas kesehatan dapat lebih siap menghadapi masalah yang mungkin terjadi.

## 2. Analisis Risiko

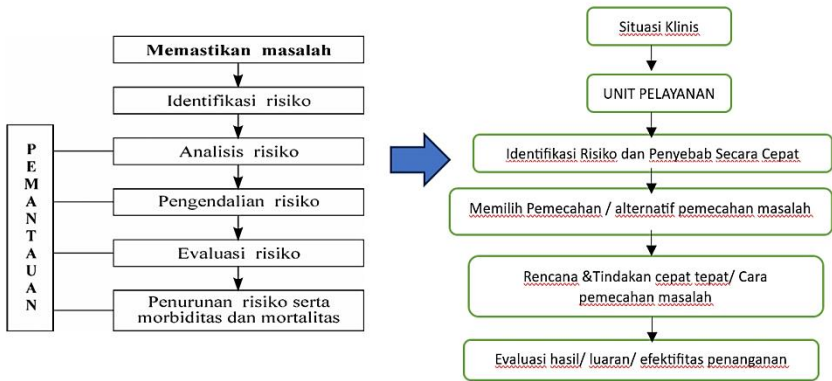
Setelah risiko diidentifikasi, langkah berikutnya adalah menganalisis tingkat keparahan dan kemungkinan terjadinya risiko tersebut. Analisis ini membantu dalam menentukan prioritas penanganan dan pengalokasian sumber daya untuk mengatasi risiko yang paling signifikan.

## 3. Pengendalian Risiko

Pengendalian risiko mencakup tindakan preventif dan korektif untuk mengurangi dampak risiko yang teridentifikasi. Tindakan ini dapat berupa pelatihan bagi staf, penerapan teknologi terbaru, serta penyempurnaan prosedur operasional standar (SOP). Langkah-langkah ini bertujuan untuk menciptakan lingkungan klinis yang lebih aman dan meminimalkan potensi bahaya bagi pasien.

## 4. Evaluasi Risiko

Langkah terakhir dalam manajemen risiko adalah melakukan *monitoring* dan evaluasi rutin. Proses evaluasi ini memastikan bahwa langkah-langkah pengelolaan risiko yang telah diterapkan berjalan efektif dan dapat diperbaiki jika diperlukan. Evaluasi yang baik memungkinkan rumah sakit untuk melakukan perbaikan berkelanjutan dalam upaya mengurangi risiko terhadap pasien.



**Gambar 10.1 Pengelolaan Manajemen Risiko Klinik dan Keselamatan Pasien**

## F. Integrasi Aktivitas Pengelolaan Risiko

Keselamatan Pasien Rumah Sakit (KPRS) adalah sistem yang bertujuan menciptakan lingkungan pelayanan kesehatan yang lebih aman bagi pasien. Sistem ini dirancang untuk mencegah, mengidentifikasi, dan mengelola risiko yang dapat memengaruhi keselamatan pasien selama proses asuhan. Beberapa komponen utama dari KPRS meliputi:

1. **Evaluasi Risiko:** Melakukan penilaian secara berkala terhadap potensi risiko yang dapat mengganggu keselamatan pasien, termasuk analisis faktor-faktor internal dan eksternal.
2. **Identifikasi dan Pengelolaan Risiko:** Mengidentifikasi sumber risiko secara proaktif dan mengembangkan langkah-langkah mitigasi untuk mencegah atau mengurangi dampaknya.
3. **Pelaporan dan Analisis Insiden:** Mendorong budaya pelaporan insiden tanpa rasa takut, diikuti dengan analisis mendalam untuk memahami penyebab dan mencari solusi.

4. Pembelajaran dari Insiden: Menggunakan hasil analisis insiden untuk memberikan pelatihan, meningkatkan protokol, dan memastikan kesalahan serupa tidak terulang.
5. Penerapan Solusi: Mengimplementasikan langkah-langkah yang dirancang untuk mengurangi risiko, seperti penguatan prosedur standar operasional, penggunaan teknologi pendukung, atau pelatihan tambahan bagi staf.

Selain itu, KPRS bertujuan mencegah risiko yang timbul akibat kesalahan dalam pelaksanaan prosedur, termasuk kesalahan manusia, ketidaksesuaian alat medis, atau kurangnya komunikasi antar tenaga kesehatan. Integrasi pengelolaan risiko ini menjadi bagian penting dari budaya keselamatan rumah sakit, yang tidak hanya berfokus pada pencegahan insiden tetapi juga pada peningkatan kualitas pelayanan secara berkesinambungan.

Dengan adanya sistem KPRS, rumah sakit dapat memastikan bahwa setiap langkah dalam proses pelayanan kesehatan dilakukan dengan standar tinggi, memberikan rasa aman bagi pasien dan meningkatkan kepercayaan masyarakat terhadap fasilitas kesehatan.

### **KESIMPULAN:**

Manajemen risiko klinik bertujuan menciptakan dan meningkatkan sistem pelayanan kesehatan yang aman dengan mengidentifikasi, mengendalikan, memantau, dan mengurangi semua risiko secara terencana dan sistematis. Langkah ini dilakukan untuk menjaga keselamatan pasien dalam setiap proses pelayanan dan memastikan kualitas pelayanan tetap optimal.

Program keselamatan pasien (*patient safety*) dan keselamatan staf menjadi bagian penting dari manajemen risiko klinik. Program ini dirancang untuk mengurangi risiko yang dapat membahayakan pasien maupun tenaga kesehatan. Dengan menerapkan protokol standar, memberikan pelatihan rutin, serta memanfaatkan teknologi pendukung, program ini memastikan terciptanya lingkungan kerja yang lebih aman, efisien, dan efektif.

Selain itu, manajemen risiko klinik juga membantu membangun budaya keselamatan di lingkungan pelayanan kesehatan. Budaya ini mendorong keterbukaan dalam pelaporan insiden tanpa rasa takut, sehingga memungkinkan analisis mendalam untuk mencegah kejadian serupa di masa depan. Dengan langkah-langkah tersebut, rumah sakit atau fasilitas kesehatan tidak hanya melindungi pasien dan staf, tetapi juga meningkatkan kepercayaan masyarakat terhadap kualitas dan keamanan pelayanan yang diberikan.

## DAFTAR PUSTAKA

- Anonim. (2006). *Buku panduan problem solving for better health*. Jakarta: Yayasan Menuju Sehat.
- Departemen Kesehatan Republik Indonesia. (1994). *Buku pedoman upaya mutu*. Jakarta: Depkes RI.
- Departemen Kesehatan Republik Indonesia. (2006). *Buku panduan nasional keselamatan pasien rumah sakit (Patient Safety)*. Jakarta: Depkes RI.
- Departemen Kesehatan Republik Indonesia. (2008). *Standar pelayanan minimal rumah sakit*. Jakarta: Direktorat Jenderal Bina Pelayanan Medik.
- Hadianto, T. (2000). *Kode etik rumah sakit (KODERSI)*. Jakarta: Depkes RI.
- Ilyas, Y. (1999). *Kinerja: Teori, penilaian & penelitian*. Jakarta: Badan Penerbit FKM UI.
- KKP-RS. (2008). *Pedoman pelaporan insiden kesehatan pasien (IKP)*. Jakarta: PERSI-KKP-RS.
- Machmud, R. (2008). Manajemen mutu pelayanan kesehatan. *Jurnal Kesehatan Masyarakat*.
- Menteri Kesehatan Republik Indonesia. (2008). *Standar praktik kedokteran (PMK No. 1348 tahun 2008)*. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI.
- Menteri Kesehatan Republik Indonesia. (2011). *Keselamatan pasien rumah sakit (Permenkes No. 1691 tahun 2011)*. Jakarta: Menteri Kesehatan RI.
- Persi-Makersi. (2010). *Pedoman pengorganisasian komite etik rumah sakit dan majelis kehormatan etik rumah sakit Indonesia*.
- Rumah Sakit Syarif Hidayatullah. (2017). *Renstra RS Syarif Hidayatullah*.
- Rumah Sakit Syarif Hidayatullah. (n.d.). *Profil RS Syarif Hidayatullah*.
- Willams, J. R. (2005). *Panduan etika medis* (P. SIK FK UMY, Penerjemah). Yogyakarta: PSIK FK UMY.
- Wiyono, D. (2000). *Manajemen mutu pelayanan kesehatan: Teori, strategi, dan aplikasi*. Surabaya: Airlangga University Press.

# **BAB 11**

## **ETIKA DAN HUKUM DALAM ADMINISTRASI RUMAH SAKIT**

**Oleh: dr. Iin Widya Ningsi, MARS**

### **A. Pendahuluan**

Budaya etik dan moral di bidang kesehatan mencakup berbagai aspek yang luas, dimulai dari pandangan bahwa kesehatan merupakan hak dan kebutuhan dasar setiap manusia. Etik berfungsi sebagai seperangkat aturan yang secara jelas mengatur jenis perilaku yang sebaiknya diterapkan di tempat bekerja. Undang-Undang No. 8 Tahun 1974 mengenai Ketenagakerjaan dapat memberikan wawasan mengenai etika profesi, termasuk mengenai tata tertib, sikap, perilaku, dan tindakan yang harus dilakukan dalam menjalankan tugas sehari-hari.

Hukum dibuat berdasarkan budaya, prinsip-prinsip budaya, serta peradaban individu atau kelompok masyarakat tertentu. Dalam pembentukan sistem hukum terdapat tiga elemen utama: pertama, substansi hukum disebut juga (*legal substance*), yang merupakan suatu produk struktur hukum baik yang berasal dari peraturan formal maupun kebiasaan; kedua, struktur hukum (*legal structure*), yang mencakup mekanisme dalam pembuatan dan pelaksanaan peraturan; dan ketiga, budaya hukum (*legal culture*), yang mencerminkan nilai-nilai, pemikiran, dan harapan terkait norma dalam kehidupan sosial masyarakat.

Pemahaman mengenai etik dan hukum dalam konteks kesehatan sangat penting untuk menciptakan suasana kerja yang baik, benar, dan bermanfaat, serta mendukung budaya integritas di tempat kerja secara jelas dan efektif.

## B. Definisi Etika

Etik atau kata lain dari etika berasal dari sebuah kata Yunani "*ethos*," yang dapat diartikan sebagai karakter, tentang sifat moral, atau tentang adat. Secara definisi, etika dapat juga diartikan sebagai "disiplin yang dapat berfungsi sebagai indeks kinerja atau referensi untuk sistem pengendalian kita." Etika memberikan standar atau batasan dalam mengatur hubungan antar manusia dan kelompok sosial, yang kemudian diatur dalam kode tertulis secara sistematis, berdasarkan prinsip moral. Ketika diperlukan, etika berfungsi sebagai alat untuk menilai dan menghakimi tindakan yang secara rasional dianggap menyimpang dari norma yang telah ditetapkan dalam kode etik tersebut (Martin, 1993).

### 1. Etika bertujuan dalam profesi pelayanan kesehatan sebagai berikut:

- a. Terlaksananya pembinaan etika secara baik dan benar dengan tepat bagi seluruh *stakeholder* di Rumah Sakit
- b. Terciptanya budaya integritas berwujud Etik yang benar dan bermanfaat serta perilaku yang baik di tempat kerja lingkungan Rumah Sakit
- c. Terciptanya kordinasi kerja lingkungan yang positif bagi semua pegawai Rumah Sakit
- d. Terwujudnya persepsi karyawan tentang standar perilaku dalam menciptakan lingkungan kerja yang baik, aman dan tertib.

Ada berbagai macam etika terbagi atas klasifikasi:

- 1) Etika Deskriptif adalah cabang etika yang berfokus pada penilaian terhadap objek yang diamati. Etika ini mengkaji perilaku manusia secara rasional sebagai sesuatu yang memiliki nilai.
- 2) Etika Normatif memberikan penilaian mengenai apa yang dianggap benar atau salah, baik atau buruk, serta tindakan yang seharusnya diambil. Etika ini menetapkan standar perilaku ideal



yang harus dimiliki setiap individu dalam kehidupan, sebagai suatu nilai yang penting.

- 3) Etika Individual berkaitan dengan makna dan tujuan hidup individu.
- 4) Etika Sosial mempelajari perilaku manusia sebagai makhluk sosial dan bagaimana interaksi serta hubungan antar manusia berlangsung.

Secara umum, masalah kesehatan dapat dibagi menjadi dua kategori utama:

- a) Penyakit menular dan penyakit yang tidak menular, serta berbagai masalah kesehatan lainnya yang disebabkan oleh gangguan atau ketidaknormalan, seperti kecelakaan.
- b) Faktor-faktor risiko yang dapat memengaruhi gangguan kesehatan lainnya, sebagai berikut:
  - Makanan dan minuman
  - Lingkungan fisik dan nonfisik
  - Perilaku

## **2. Hubungan Etika dan Hukum dalam Administrasi Rumah Sakit**

Etika berkaitan erat dengan setiap keputusan dan tindakan yang diambil oleh manusia, menjadikannya sebagai suatu bidang yang sangat luas dan kompleks, dengan berbagai cabang dan subdivisi. Etika kedokteran fokus pada masalah yang muncul dalam praktik medis, sementara bioetika mencakup isu moral yang lebih luas, terkait dengan perkembangan dalam ilmu biologi.

Etika kedokteran juga sangat terkait dengan hukum, dan hampir di semua negara ada regulasi yang mengatur bagaimana dokter seharusnya bertindak dalam hal etika terkait perawatan pasien dan penelitian. Meskipun demikian, etika dan hukum memiliki perbedaan. Etika seringkali menetapkan standar perilaku yang lebih tinggi daripada hukum, dan dalam beberapa kasus, etika memberikan kesempatan bagi dokter untuk mengabaikan hukum

yang mengharuskan mereka melakukan tindakan yang tidak sesuai dengan prinsip etika. Hukum dapat bervariasi antar negara, sementara etika bersifat universal dan berlaku tanpa memandang batas negara.

Secara umum, etika dan hukum kesehatan memiliki perbedaan dalam dunia kesehatan, meskipun keduanya saling mendukung. Hukum cenderung lebih *rigid* dan memerlukan waktu yang lebih lama dalam proses penyusunan dan pengesahan, dan sering kali tidak mencakup semua aspek, sementara norma etika mengisi kekosongan tersebut, memungkinkan sistem kesehatan untuk lebih cepat menanggapi perubahan yang terjadi dalam masyarakat.

Etika dalam pelayanan kesehatan melibatkan pemahaman terhadap aturan dan prinsip yang diterima dalam masyarakat, seperti pemberian obat dan layanan kesehatan kepada masyarakat oleh pemerintah, yang dilakukan sebagai bentuk tanggung jawab publik untuk memenuhi janji dan kebutuhan masyarakat. Pentingnya etika dalam pelayanan kesehatan juga mencakup pemisahan antara administrasi dan politik, di mana administrator pelayanan harus tetap netral dan bebas dari pengaruh politik. Keberhasilan tim medis dalam memberikan pelayanan tidak hanya diukur dari efisiensi, ekonomi, dan prinsip administrasi lainnya, tetapi juga berdasarkan standar moralitas, terutama yang berkaitan dengan kepentingan umum atau publik *interest* (Henry, 1995).

Masalah penyakit muncul melalui hubungan antara penyedia layanan, seperti dokter, dokter gigi, perawat, dan tenaga medis lainnya, dengan pasien. Sementara itu, risiko penyakit atau masalah kesehatan lainnya menciptakan hubungan antara penyedia layanan pencegahan dan masyarakat yang sehat. Layanan kesehatan difokuskan pada faktor risiko, dengan pemberi layanan berperan sebagai petugas pencegahan (*preventif*) dan peningkatan (*promotif*) untuk masyarakat yang sehat.

## C. Definisi Hukum

Menurut Arnold (dalam Achamad Ali, 1996:27), sebagai seorang sosiolog, ia mengakui bahwa hingga kini hukum masih belum dapat didefinisikan secara komprehensif dan jelas. Namun, Arnold juga menyadari bahwa para pakar hukum terus berupaya menemukan metode yang tepat untuk mendefinisikan hukum, karena hukum merupakan elemen penting dalam menjadikannya sebagai suatu ilmu. Untuk membantu pemahaman bagi mereka yang baru mempelajari hukum, diperlukan sebuah definisi hukum sebagai acuan. Oleh karena itu, beberapa ahli hukum menyusun definisi hukum berdasarkan aliran paham yang mereka anut, sebagai berikut:

1. Paham tentang Hukum Alam
2. Paham tentang Antropologis
3. Paham tentang Historis
4. Paham tentang positivis dan dogmatis
5. Paham tentang sosiologis
6. Paham tentang realis

Hukum kesehatan merujuk pada seluruh peraturan hukum yang mengatur pemberian layanan kesehatan, yang dapat diberlakukan melalui sanksi administratif maupun dalam ranah hukum pidana dan perdata. Secara umum, hukum kesehatan mencakup aturan-aturan yang mengatur penyelenggaraan dan pemeliharaan layanan kesehatan di fasilitas kesehatan. Hal ini mencakup hak dan kewajiban baik bagi individu dalam masyarakat, sebagai penerima atau pelaksana layanan, maupun bagi penyelenggara layanan itu sendiri, mencakup berbagai aspek seperti organisasi, sarana, pedoman standar medis, ilmu kesehatan, serta sumber daya terkait lainnya.

Pada dasarnya, hukum adalah aturan yang ditetapkan oleh otoritas untuk mengatur hubungan sosial dalam masyarakat. Dalam masyarakat modern yang terus berkembang, aturan-aturan tidak lagi cukup hanya berdasarkan kebiasaan yang diturunkan dari generasi ke generasi, seperti yang berlaku sebelum peradaban modern. Oleh karena itu, masyarakat atau negara memerlukan peraturan yang

tertulis, yang dikenal sebagai hukum, untuk mengatur kehidupan bersama.

Hukum kesehatan mencakup berbagai bidang, seperti hukum tentang kedokteran, hukum mengenai keperawatan, hukum tentang kesehatan masyarakat, hukum mengenai farmasi, hukum tentang apotek, hukum mengenai perawatan, dan hal lainnya. Setiap bidang ini diatur oleh peraturan perundang-undangan yang berbeda. Namun, secara umum, para profesional di bidang kesehatan tetap mengutamakan dan menerapkan kode etik profesi mereka, menjalankan tugas dengan lebih teliti dan mendetail, dan selalu melakukan koordinasi dalam memberikan layanan kesehatan di klinik, "rumah sakit, atau fasilitas layanan kesehatan lainnya."

Hal ini sejalan dengan definisi kesehatan yang diakui secara internasional, yang menyatakan "keadaan sehat yang mencakup fisik, mental, dan sosial, bukan hanya sekadar ketiadaan penyakit atau kelemahan" (Koeswadi, 1992:17).

## **1. Hukum dalam Administrasi Rumah Sakit**

Rumah sakit, sebagai pusat layanan kesehatan dan "sebagai penyelenggara pelayanan publik, rumah sakit memiliki kewajiban hukum serta berhak memperoleh perlindungan dan tanggung jawab hukum sesuai dengan ketentuan yang diatur dalam Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009.", yang mencakup hal-hal berikut:

- a. Rumah sakit berhak menolak untuk mengungkapkan informasi terkait rahasia kedokteran kepada publik.
- b. Jika pasien atau keluarganya mengajukan tuntutan hukum terhadap Rumah sakit dan pihak yang menyebarkan informasi melalui media dianggap telah melepaskan hak atas kerahasiaan kedokteran, sehingga informasi tersebut dapat dipublikasikan.
- c. Memberikan informasi kepada media massa dapat dianggap sebagai pemberian izin kepada rumah sakit untuk mengungkapkan rahasia kedokteran pasien, sebagai bagian dari hak jawab yang dimiliki oleh rumah sakit.

- d. Rumah sakit tidak dapat dianggap bertanggung jawab secara hukum jika pasien atau keluarganya menolak atau menghentikan pengobatan yang berisiko fatal, setelah diberikan penjelasan medis yang lengkap.
- e. Rumah sakit tidak dapat dimintai pertanggungjawaban hukum dalam melaksanakan tugasnya untuk menyelamatkan nyawa manusia.
- f. Rumah sakit bertanggung jawab secara hukum atas kerugian yang disebabkan oleh kelalaian tenaga kesehatan yang bekerja di fasilitas tersebut.

Ketentuan pidana dalam UU No. 44 Tahun 2009, pasal 62-63 mengatur sebagai berikut:

- 1) Setiap orang yang secara sengaja mengelola rumah sakit tanpa izin dapat dikenakan hukuman penjara paling lama 2 (dua) tahun dan denda maksimal Rp. 5.000.000.000 (lima miliar rupiah).
- 2) Jika pelanggaran dilakukan oleh suatu korporasi, selain hukuman penjara dan denda kepada pengurusnya, korporasi juga dapat dikenakan denda tambahan yang besarnya dapat mencapai tiga kali lipat dari denda yang telah ditentukan.
- 3) Selain denda, korporasi juga bisa dikenakan pidana tambahan berupa: Pencabutan izin usaha dan Pencabutan status badan hukum.

## **2. Tujuan Hukum Kesehatan**

Salah satu tujuan negara adalah meningkatkan kesejahteraan rakyat, yang mencakup pemenuhan kebutuhan dasar manusia seperti makanan, pakaian, pendidikan, kesehatan, pekerjaan, dan kualitas hidup. Tujuan pembangunan kesehatan adalah memastikan tiap individu memiliki akses untuk hidup sehat. Dengan demikian, pencapaian tingkat kesehatan yang optimal merupakan tanggung jawab bersama antara seluruh elemen masyarakat Indonesia, baik pemerintah maupun sektor swasta, yang harus saling bekerja sama.

### **3. Asas Hukum Kesehatan**

- a. Asas Kemanusiaan yang berlandaskan pada Ketuhanan Yang Maha Esa, yang mengandung makna bahwa pelaksanaan layanan kesehatan harus didasarkan pada prinsip-prinsip kemanusiaan yang sejalan dengan ajaran Ketuhanan Yang Maha Esa.
- b. Asas Kerjasama dan Kekeluargaan, yang menegaskan bahwa penyelenggaraan layanan kesehatan harus dilakukan secara bersama oleh seluruh elemen masyarakat dengan semangat kebersamaan dan kekeluargaan.
- c. Asas Manfaat, yang bertujuan untuk memberikan manfaat bagi kemanusiaan dan mendukung terciptanya kehidupan yang sejahtera dan sehat bagi setiap warga negara Indonesia.
- d. Asas Kepercayaan dan Kemampuan, yang menekankan bahwa penyelenggaraan layanan kesehatan harus didasarkan pada rasa kepercayaan serta kemampuan individu, serta mengoptimalkan pemanfaatan potensi dan sumber daya yang ada.
- e. Asas Kehidupan yang Seimbang, yang berarti penyelenggaraan kesehatan harus mengedepankan keseimbangan antara kepentingan individu dan masyarakat, serta antara aspek fisik dan mental, serta aspek material dan spiritual.
- f. Asas Keadilan dan Pemerataan, yang mengharuskan penyelenggaraan layanan kesehatan untuk memberikan pelayanan yang adil dan merata kepada seluruh masyarakat, dengan biaya yang wajar dan dapat dijangkau.

### **4. Hak Pasien**

- a. Hak untuk menerima pelayanan kesehatan yang berkualitas, sesuai dengan standar profesi kedokteran atau kedokteran gigi, tanpa adanya diskriminasi.
- b. Hak untuk mendapatkan pelayanan yang bersifat manusiawi, adil, dan terbuka, yang menjunjung prinsip-prinsip keadilan dan transparansi.

- c. Hak untuk memperoleh informasi mengenai aturan dan kebijakan yang berlaku di rumah sakit.
- d. Hak untuk menerima perawatan keperawatan yang sesuai dengan standar profesi keperawatan, serta memberikan persetujuan terhadap tindakan medis yang akan dilakukan.
- e. Hak untuk memilih dokter dan menentukan kelas perawatan sesuai keinginan serta ketentuan rumah sakit.
- f. Hak untuk menerima perawatan dari dokter dan bebas memilih klinik serta tindakan medis yang tepat, tanpa intervensi dari pihak luar.
- g. Hak untuk menolak tindakan medis yang akan diberikan dan menghentikan pengobatan atau perawatan, dengan mempertimbangkan tanggung jawab pribadi setelah mendapatkan informasi yang jelas tentang kondisinya.
- h. Hak untuk meminta pendapat kedua (*second opinion*) dari dokter atau dokter gigi.
- i. Hak atas privasi atau kerahasiaan informasi medis, kecuali jika diatur lain oleh peraturan yang berlaku.
- j. Hak untuk menjalankan ibadah sesuai dengan agama dan keyakinan, selama tidak mengganggu ketertiban atau kenyamanan pasien lain.
- k. Hak untuk mendapatkan informasi yang lengkap dan jelas mengenai prosedur medis yang akan dilakukan.
- l. Hak untuk memberikan masukan atau saran terkait perbaikan pelayanan yang diterima di rumah sakit.
- m. Hak untuk didampingi oleh keluarga atau penasihat saat melaksanakan ibadah atau dalam situasi lain, seperti ketika dalam kondisi kritis atau mendekati akhir hayat.
- n. Hak untuk merasa aman dan terlindungi selama menjalani perawatan di rumah sakit.

- o. Hak untuk menerima atau menolak bimbingan moral atau spiritual sesuai dengan keinginan.
- p. Hak untuk mengakses rekam medis pribadi serta mendapatkan informasi terkait isinya.
- q. Hak untuk mendapatkan transparansi mengenai biaya pengobatan atau tindakan medis yang diberikan.

## **5. Kewajiban Pasien**

- a. Memberikan informasi yang akurat, lengkap, dan jujur mengenai kondisi kesehatan kepada dokter yang menangani.
- b. Mengikuti saran dan instruksi dari dokter, dokter gigi, atau perawat selama proses pengobatan.
- c. Mematuhi peraturan dan ketentuan yang berlaku di rumah sakit.
- d. Membayar sesuai dengan biaya yang ditentukan untuk pelayanan yang diterima.
- e. Bertanggung jawab untuk memenuhi kewajiban yang telah disepakati atau dijanjikan bersama.

## **D. Hubungan Administrasi Rumah Sakit dengan Etika dan Hukum**

Berdasarkan Pengaturan Menteri Kesehatan 42 Tahun 2018 Rumah Sakit harus membuat.

### **1. Tata Kelola Etika dan Hukum**

Proses yang mencakup usaha untuk mengarahkan, membimbing, mengontrol, dan memantau perilaku tenaga medis serta pengelola rumah sakit, supaya sejalan dengan prinsip etika dan peraturan yang ada di rumah sakit.

### **2. Panduan Etika dan Perilaku**

Panduan yang mencakup etika umum, etika pelayanan, dan etika pengelolaan rumah sakit sebagai acuan perilaku bagi tenaga medis dan pengelola dalam menyelenggarakan pelayanan kesehatan,



dengan tujuan untuk membangun perilaku dan budaya kerja yang baik di rumah sakit.

### 3. Etika Pelayanan Rumah Sakit

Sistem nilai atau prinsip-prinsip yang menjadi dasar perilaku dalam pelayanan klinis di rumah sakit.

### 4. Etika Penyelenggaraan Rumah Sakit

Sistem nilai atau kaidah perilaku institusi dan penyelenggaraan RS.

### 5. Panduan Etika Pelayanan

Petunjuk pelaksanaan Etika Pelayanan Etika rumah sakit di Indonesia disusun oleh PERSI (Persatuan Rumah Sakit Seluruh Indonesia) yang meliputi:

- a. Tanggung jawab umum yang harus dipenuhi oleh rumah sakit
- b. Tanggung jawab rumah sakit terhadap masyarakat
- c. Tanggung jawab rumah sakit terhadap pasien
- d. Tanggung jawab rumah sakit terhadap karyawan yang bekerja di rumah sakit
- e. Tanggung jawab rumah sakit terhadap rumah sakit lainnya

## **1) Tugas Komite Etika dan Hukum**

1. Menyusun pedoman perilaku dan etika (*Code of Conduct*).
2. Menyusun pedoman etika dalam pelayanan kesehatan.
3. Membimbing penerapan etika pelayanan, etika manajerial, dan peraturan hukum yang relevan dengan operasi rumah sakit.
4. Mengawasi pelaksanaan dan implementasi etika pelayanan serta etika manajerial.
5. Menyediakan analisis dan pertimbangan etis serta hukum dalam menangani pengaduan hukum secara internal.

6. Mendukung bagian hukum dalam memilih metode penyelesaian sengketa (ADR) dan/atau memberikan bantuan hukum terkait pengaduan hukum.
7. Menyelesaikan kasus pelanggaran etika pelayanan yang tidak dapat diselesaikan oleh komite profesi atau masalah etika antar profesi di rumah sakit.
8. Memberikan pertimbangan kepada kepala atau direktur rumah sakit mengenai kebijakan, peraturan, pedoman, atau standar yang berpengaruh terhadap aspek etika dan/atau hukum.
9. Memberikan pertimbangan atau rekomendasi terkait pemberian bantuan hukum dan pemulihan sumber daya manusia di rumah sakit.

## **2) Fungsi Komite Etik dan Hukum RS**

1. Pengelolaan data dan informasi yang berkaitan dengan etika rumah sakit.
2. Penilaian terhadap etika dan hukum dalam pelaksanaan operasional rumah sakit, mencakup aspek profesionalisme, kolaborasi antar profesi, pendidikan, penelitian, serta prinsip-prinsip bioetika dan humaniora.
3. Sosialisasi dan promosi Panduan Etik dan Perilaku (*Code of Conduct*) serta pedoman etika dalam pelayanan kesehatan.
4. Langkah-langkah untuk mencegah pelanggaran terhadap Panduan Etik dan Perilaku (*Code of Conduct*) serta pedoman Etika Pelayanan.
5. Pemantauan dan evaluasi pelaksanaan Panduan Etik dan Perilaku serta pedoman Etika Pelayanan.
6. Menyediakan dukungan dan konsultasi dalam penerapan Panduan Etik dan Perilaku (*Code of Conduct*) serta pedoman Etika Pelayanan.

7. Penelusuran dan tindak lanjut kasus yang berhubungan dengan Etika Pelayanan dan Etika Pengelolaan sesuai dengan regulasi internal rumah sakit.
8. Tindak lanjut atas keputusan etika profesi yang belum bisa diselesaikan oleh komite profesi atau permasalahan etika antar profesi.

### **3) Kewenangan Komite Etik dan Hukum**

1. Mengajak pihak-pihak yang relevan untuk menyelesaikan permasalahan etik di rumah sakit.
2. Melakukan klarifikasi dengan pihak terkait untuk menyusun dasar rekomendasi.
3. Memberikan saran kepada Kepala atau Direktur Rumah Sakit mengenai tindakan sanksi yang perlu dikenakan kepada pelaku pelanggaran Panduan Etik dan Perilaku (*Code of Conduct*) serta pedoman Etika Pelayanan.

### **4) Peran Komite Etik dan Hukum menerapkan etika, disiplin dan hukum**

1. Pengelolaan data dan informasi yang berkaitan dengan etika di rumah sakit.
2. Evaluasi terkait etika dan hukum dalam operasional rumah sakit, termasuk aspek profesionalisme, kolaborasi antar profesi, pendidikan, penelitian, serta prinsip-prinsip bioetika dan humaniora.
3. Sosialisasi dan promosi Panduan Etik dan Perilaku (*Code of Conduct*) serta pedoman etika dalam pelayanan kesehatan.
4. Tindakan pencegahan terhadap pelanggaran Panduan Etik dan Perilaku (*Code of Conduct*) dan pedoman Etika Pelayanan.
5. Pemantauan dan evaluasi terhadap penerapan Panduan Etik dan Perilaku serta pedoman Etika Pelayanan.

6. Memberikan pendampingan dan konsultasi dalam penerapan Panduan Etik dan Perilaku (*Code of Conduct*) serta pedoman Etika Pelayanan.
7. Penelusuran dan tindak lanjut terhadap kasus yang berkaitan dengan Etika Pelayanan dan Etika Pengelolaan sesuai peraturan rumah sakit.
8. Tindak lanjut terhadap keputusan etik profesi yang belum dapat diselesaikan oleh komite profesi terkait atau masalah etik antar profesi.
9. Menjamin bahwa pelayanan di rumah sakit dilaksanakan dengan baik sesuai dengan etika, disiplin, dan peraturan hukum yang berlaku di institusi tersebut.

Berdasarkan penjelasan di atas, dapat disimpulkan bahwa Etika dan Hukum Kesehatan memiliki kesamaan, namun juga perbedaan yang jelas, sebagai berikut:

Kesamaan antara Etika dan Hukum Kesehatan:

1. Keduanya berfungsi untuk mengatur kehidupan bermasyarakat dalam konteks kesehatan.
2. Masing-masing berkaitan dengan subjek yang serupa, yaitu masyarakat yang sehat maupun yang sakit.
3. Keduanya mengatur hak dan kewajiban antara penyedia dan penerima layanan kesehatan untuk menghindari kerugian atau ketidakadilan.
4. Kedua aspek ini menekankan prinsip kemanusiaan dalam pelayanan kesehatan, baik untuk penyelenggara maupun penerima layanan.

Perbedaan antara Etika Kesehatan dan Hukum Kesehatan:

1. Etika kesehatan berlaku dalam lingkup profesi kesehatan, sementara hukum kesehatan berlaku lebih luas, untuk seluruh masyarakat.

2. Etika kesehatan disusun berdasarkan kesepakatan profesi, sedangkan hukum kesehatan dibuat oleh lembaga pemerintah dalam bentuk undang-undang atau peraturan daerah.
3. Etika kesehatan seringkali tidak tertulis dan hanya berupa pedoman dalam komunitas profesional, sedangkan hukum kesehatan selalu tertulis dalam peraturan resmi.
4. Sanksi atas pelanggaran etika kesehatan biasanya datang dari organisasi profesi, sementara pelanggaran hukum kesehatan dapat dikenakan sanksi pidana.
5. Penyelesaian pelanggaran etika kesehatan dilakukan oleh Majelis Kehormatan Etik Profesi atau badan internal, sementara pelanggaran hukum kesehatan diselesaikan melalui jalur peradilan.
6. Penyelesaian pelanggaran etika kesehatan tidak selalu membutuhkan bukti fisik, sedangkan pelanggaran hukum kesehatan seringkali memerlukan bukti yang jelas dan konkrit.

## DAFTAR PUSTAKA

- Fresley, R. H. (2021). *Etik dan hukum dalam praktik pelayanan kesehatan* (Terjemahan). Universitas Esa Unggul, Jakarta.
- Friedmann, W. (1994). *Teori dan filsafat hukum: Susunan I* (Terjemahan).
- Isnanto, R. R. (2009). *Buku ajar etika profesi*. Semarang: Universitas Diponegoro.
- Koeswadji, H. H. (1984). *Hukum dan masalah medik*. Surabaya: Airlangga University Press.
- Muhamad Sadi Is. (2015). *Etika dan hukum kesehatan*. Jakarta: Kencana.
- Notoadmodjo, S. (2010). *Etika dan hukum kesehatan*. Jakarta: PT Rineka Cipta.
- Rahman Syamsuddin, & Amiruddin Pabbu. (2012). *Kode etik dan hukum kesehatan*. Makassar: Kedai Aksara.
- Rudi, H., Nandang, I., Irwan, H., & Handayani. (2020). *Etika profesi dan aspek hukum bidang kesehatan*. Bandung: Widina Bakti Persada.
- Stefanus, S., Minarni, M., David, S., & Lilik, D. (2023). *Administrasi rumah sakit*. Zifatama Jawara.

# **BAB 12**

## **INOVASI DAN TREN MASA DEPAN DALAM ADMINISTRASI RUMAH SAKIT**

**Oleh: dr. Milano Wibi Takbiranda**

### **A. Pendahuluan**

Layanan kesehatan berjalan secara efisien dan efektif merupakan hal yang sangat penting dalam administrasi rumah sakit. Dengan kebutuhan yang semakin kompleks dalam sistem kesehatan kontemporer, tanggung jawab ini mencakup pengelolaan operasional serta menyediakan lingkungan yang mendukung layanan berkualitas tinggi. Ada pergeseran besar menuju penggunaan inovasi berbasis teknologi dan pendekatan yang berpusat pada kebutuhan dan pengalaman pasien. Ini adalah tren masa depan dalam administrasi rumah sakit. Berikut adalah beberapa tren dan inovasi utama yang diharapkan berkembang.

### **B. Digitalisasi dan Rekam Medis Elektronik (EMR)**

Selama dekade terakhir, hampir setiap industri besar berinvestasi besar dalam komputerisasi. Dibandingkan dengan satu dekade lalu, saat ini lebih banyak orang Amerika membeli tiket pesawat dan *check in* untuk penerbangan secara *online*, membeli barang di *Web*, dan bahkan memperoleh gelar secara *online* dalam disiplin ilmu seperti keperawatan, hukum, dan bisnis, dan lainnnnya. Namun, meskipun ada kemajuan dalam masyarakat kita, mayoritas pasien diberi resep obat yang ditulis tangan, dan sangat sedikit pasien yang dapat mengirim email ke dokter mereka atau bahkan menjadwalkan janji temu untuk bertemu penyedia layanan tanpa harus berbicara dengan resepsionis langsung.

Sistem rekam medis elektronik (EMR) berpotensi mengubah sistem perawatan kesehatan dari industri yang sebagian besar berbasis kertas menjadi industri yang memanfaatkan informasi klinis dan informasi lainnya untuk membantu penyedia layanan dalam memberikan perawatan berkualitas lebih tinggi kepada pasien mereka. Undang-Undang Teknologi Informasi Kesehatan untuk Kesehatan Ekonomi dan Klinis (HITECH) tahun 2009, yang merupakan bagian dari Undang-Undang Pemulihan dan Investasi Amerika (ARRA) (alias "paket stimulus"), disahkan menjadi undang-undang dengan tujuan yang jelas untuk memberi insentif kepada penyedia layanan (misalnya, rumah sakit dan dokter) untuk mengadopsi sistem EMR (Menachemi & Collum, 2011).

*Electronic Medical Record* adalah sistem komputerisasi yang digunakan untuk merekam, menyimpan, dan mengelola informasi medis pasien secara digital. Ini termasuk riwayat kesehatan pasien, diagnosis, tindakan medis, resep obat, hasil tes laboratorium, dan informasi lainnya yang terkait dengan perawatan pasien (Afni, 2024).

Rekam medis elektronik (RME) adalah inovasi penting dalam bidang kesehatan yang memungkinkan pengelolaan data pasien menjadi lebih aman, terorganisir, dan mudah diakses oleh staf administrasi dan tenaga medis. RME menyimpan data pasien dalam format digital yang terstruktur, yang mengurangi risiko kehilangan atau kerusakan dokumen fisik sekaligus meningkatkan keamanan data melalui protokol keamanan canggih. Digitalisasi ini memungkinkan analisis data secara *real-time*, yang memungkinkan tenaga kesehatan untuk menemukan pola dan tren dalam data pasien yang relevan. Ini membantu pengambilan keputusan berbasis bukti. Hasilnya adalah diagnosa yang lebih akurat, perencanaan pengobatan yang lebih baik, dan manajemen kasus yang lebih efektif.

Informasi demografis, diagnosis, informasi obat-obatan, hasil tes laboratorium, catatan imunisasi, dan informasi alergi adalah semua bagian penting dari catatan medis elektronik. EMR juga memungkinkan pasien mengakses data medis mereka melalui portal pasien *online*, membantu penyedia meresepkan obat-obatan, memesan tes laboratorium, dan mengkodekan tagihan medis.



### 1. Keuntungan Rekam Medis Elektronik (RME)

Para peneliti telah meneliti manfaat EMR dengan mempertimbangkan hasil klinis, organisasi, dan sosial. Hasil klinis mencakup peningkatan kualitas perawatan, pengurangan kesalahan medis, dan peningkatan lain dalam ukuran tingkat pasien yang menggambarkan kesesuaian perawatan.

### 2. Kerugian Rekam Medis Elektronik (RME)

Kerugian tersebut meliputi masalah keuangan, perubahan alur kerja, hilangnya produktivitas sementara yang terkait dengan adopsi RME, masalah privasi dan keamanan, dan beberapa konsekuensi yang tidak diinginkan.

Masalah keuangan, termasuk biaya adopsi dan implementasi, biaya pemeliharaan berkelanjutan, hilangnya pendapatan yang terkait dengan hilangnya produktivitas sementara, dan penurunan pendapatan, menjadi faktor yang menghambat rumah sakit dan dokter untuk mengadopsi dan mengimplementasikan RME. Biaya adopsi dan implementasi RME mencakup pembelian dan pemasangan perangkat keras dan perangkat lunak, mengubah grafik kertas menjadi grafik elektronik, dan melatih pengguna akhir. Banyak penelitian telah mendokumentasikan biaya ini baik di lingkungan rawat inap maupun rawat jalan.

Dalam studi tahun 2002 yang dilakukan di rumah sakit perawatan akut dengan 280 tempat tidur, total biaya yang diproyeksikan untuk proyek pemasangan RME selama 7 tahun adalah sekitar US\$19 juta. Dalam pengaturan rawat jalan, peneliti awal memperkirakan biaya awal rata-rata US\$50.000–US\$70.000 per dokter untuk kantor tiga dokter. Namun, seiring dengan semakin lazimnya teknologi RME selama dekade terakhir, biaya awal sistem telah turun drastis. Satu kelompok industri memperkirakan biaya perangkat keras, perangkat lunak, layanan, dan telekomunikasi sekitar US\$14.000 per dokter pada tahun pertama penerapan untuk praktik dengan enam dokter dan US\$19.000 per dokter dengan tiga dokter atau kurang. Demikian pula, sebuah studi terkini memperkirakan biaya awal perangkat lunak, pelatihan, dan

pemasangan sebesar US\$22.038 dan biaya perangkat keras sebesar US\$13.000 per penyedia setara waktu penuh (FTE) dalam praktik perawatan primer tunggal atau kelompok kecil.

### **C. Pemanfaatan *Artificial Intelligence* (AI)**

Sektor kesehatan telah mengalami banyak perubahan karena adopsi AI. AI mampu menganalisis data besar dengan kecepatan dan akurasi yang tinggi. Ini memungkinkan untuk menemukan tren penyakit, pola kesehatan, dan faktor risiko yang sebelumnya sulit ditemukan. Selain itu, teknologi ini digunakan untuk memprediksi kebutuhan pasien, seperti jadwal rawat inap, obat yang dibutuhkan, dan kemungkinan komplikasi, sehingga membantu perencanaan perawatan yang lebih proaktif dan efisien.

AI membantu rumah sakit mengoptimalkan alokasi staf, peralatan, dan fasilitas berdasarkan prediksi beban kerja dan kebutuhan pasien dalam pengelolaan sumber daya. Di bidang klinis, AI telah menunjukkan kemampuan luar biasa untuk membantu diagnosis penyakit secara cepat dan presisi, seperti melalui penggunaan teknologi pembelajaran mesin (ML) untuk menganalisis gambar medis, seperti *scan* CT atau MRI. Selain itu, AI meningkatkan hasil klinis dan kepuasan pasien dengan merekomendasikan rencana perawatan berdasarkan riwayat medis dan preferensi pasien (Obermeyer & Emanuel, 2016).

### ***Internet of Things* (IoT)**

Perangkat *wearable* seperti *smartwatch*, sensor medis, dan monitor vital telah merevolusi cara orang memantau kesehatan pasien secara *real-time* berkat teknologi *Internet of Things* (IoT). Perangkat ini bertujuan untuk mengumpulkan data rutin, seperti tekanan darah, kadar oksigen, detak jantung, dan pola tidur. Data ini kemudian dikirim ke platform berbasis *cloud* untuk dianalisis. Dengan pemantauan yang konsisten, IoT meningkatkan efisiensi layanan kesehatan dan mengurangi kebutuhan untuk kunjungan langsung ke fasilitas medis. Selain itu, IoT menawarkan manfaat besar dalam

deteksi dini. Jika kondisi penting seperti aritmia jantung, hipoksia, atau komplikasi diabetes ditemukan lebih awal, intervensi cepat dapat menyelamatkan nyawa (Comer, 2015).

Integrasi *Internet of Things* (IoT) dengan AI membuatnya cepat menganalisis data pasien dan memberikan rekomendasi klinis kepada penyedia layanan kesehatan. Selain itu, teknologi ini memungkinkan *monitoring* jarak jauh yang lebih akurat untuk pasien di daerah terpencil dan memperluas akses ke layanan kesehatan. Sehingga, Internet of Things tidak hanya meningkatkan kualitas perawatan yang diberikan kepada individu tetapi juga meningkatkan efisiensi sistem kesehatan secara keseluruhan.

#### **D. Telemedicine**

Salah satu inovasi paling penting dalam pelayanan kesehatan adalah *telemedicine*, yang secara signifikan meningkatkan akses pasien di wilayah terpencil atau sulit dijangkau. Pasien dapat berkonsultasi dengan tenaga medis tanpa harus datang langsung ke rumah sakit dengan teknologi komunikasi seperti video *conference*, aplikasi seluler, dan platform digital lainnya. Dokter dapat membuat diagnosis, pengobatan, dan tindak lanjut yang lebih baik dengan menggunakan ini, selain memudahkan pasien yang memiliki keterbatasan mobilitas atau tinggal di daerah dengan akses kesehatan terbatas.

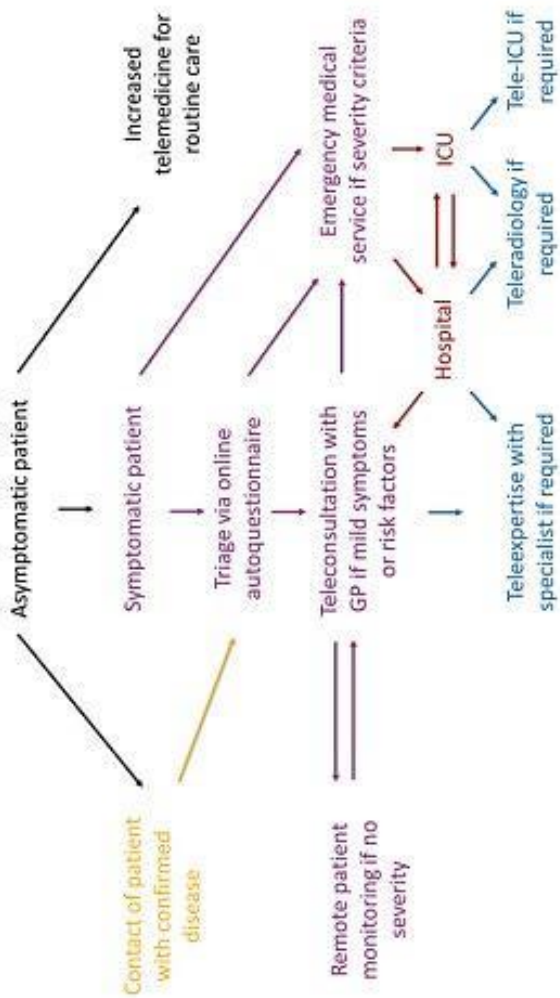
Layanan kesehatan melalui internet yang menjadi tren ini mempercepat proses layanan kesehatan, mengurangi waktu tunggu pasien, dan mengurangi kepadatan di fasilitas kesehatan. Dalam konteks pandemi saat ini, telemedicine telah terbukti menjadi alat penting untuk mengurangi kontak fisik dan risiko penyebaran penyakit menular, sekaligus memastikan kelanjutan pelayanan kesehatan. Selain itu, melalui konsultasi jarak jauh dan pengelolaan data kesehatan secara *real-time*, *telemedicine* membantu *monitoring* pasien kronis, yang meningkatkan kualitas dan efektivitas perawatan.

Pada tanggal 11 Maret 2020, Organisasi Kesehatan Dunia (WHO) mengumumkan wabah penyakit virus korona 2019 (COVID-19) sebagai pandemi, dengan lebih dari 720.000 kasus dilaporkan di lebih dari 203 negara hingga tanggal 31 Maret. Pengumuman ini menyusul pernyataan Keadaan Darurat Kesehatan Masyarakat yang Meresahkan Dunia (PHEIC) pada tanggal 30 Januari. Strategi respons yang diambil mencakup diagnosis dini, isolasi pasien, pemantauan gejala, dan pemantauan status imunisasi (Ohannessian, Tu , & Odone, 2020).

Pembatasan populasi dan dampak wabah pada sistem perawatan kesehatan mengganggu perawatan rutin untuk pasien non-COVID-19. Dalam konteks ini, *telemedicine*, khususnya konsultasi video, telah dipromosikan dan ditingkatkan untuk mengurangi risiko penularan, terutama di Inggris Raya dan Amerika Serikat.

*Telemedicine* terbukti bermanfaat dalam penanggulangan wabah sebelumnya, termasuk wabah virus corona seperti SARS-CoV (virus corona terkait sindrom pernapasan akut berat) dan MERS-CoV (virus corona sindrom pernapasan Timur Tengah), atau PHEIC yang terkait dengan virus Ebola dan Zika.

Kerangka kerja terbaru untuk *telemedicine* selama pandemi COVID-19 telah didefinisikan dalam Gambar 12.1 Kerangka kerja ini dapat diterapkan dalam skala besar untuk meningkatkan respons kesehatan masyarakat nasional, dan harus dibentuk berdasarkan bukti ilmiah yang muncul dari aktivitas *telemedicine* yang diterapkan.



Gambar 12.1 Kerangka Konseptual *Telemedicine* untuk Penyakit Virus Corona 2019 (COVID-19)

## **E. Pusat Layanan Terintegrasi (*Center of Excellence*)**

Meningkatkan kenyamanan pasien dan efisiensi operasional rumah sakit, model Pusat Layanan Terintegrasi, atau *Center of Excellence* (CoE), menggabungkan layanan kesehatan dengan spesialisasi tertentu ke dalam satu lokasi atau unit yang terintegrasi. Ini memungkinkan pasien mendapatkan perawatan menyeluruh dalam satu area tanpa berpindah antar bagian rumah sakit.

Misalnya, sebuah CoE untuk penyakit jantung dapat mencakup layanan mulai dari pemeriksaan kehamilan, ruang bersalin, hingga dukungan pascapersalinan dalam satu lokasi terpadu. Sebuah CoE untuk penyakit jantung juga dapat mencakup klinik konsultasi kardiologi, laboratorium diagnostik, ruang tindakan minimal invasif, dan fasilitas rehabilitasi jantung.

Konsep ini tidak hanya membuat pasien lebih mudah mendapatkan berbagai layanan spesialis, tetapi juga meningkatkan kualitas perawatan melalui pendekatan yang terstandarisasi dan berfokus pada kolaborasi multidisipliner. Selain itu, rumah sakit dapat menempatkan dirinya sebagai pemimpin dalam bidang spesialisasi tertentu karena model CoE biasanya melibatkan teknologi canggih dan tim yang sangat terlatih. Selain itu, hal ini meningkatkan efisiensi operasi dengan mengoptimalkan sumber daya, mengurangi waktu tunggu, dan meningkatkan kepuasan pasien.

### **Automasi Proses Administrasi**

Automasi yang terjadi dalam proses administrasi rumah sakit telah menjadi langkah penting menuju peningkatan efisiensi operasional dan kualitas layanan kesehatan. Teknologi seperti sistem penjadwalan otomatis dan chatbot layanan informasi sangat membantu menyederhanakan alur kerja kantor. Misalnya, chatbot dapat tanpa keterlibatan langsung staf manusia memberikan jawaban instan terhadap pertanyaan pasien seperti jadwal dokter, informasi rawat inap, atau panduan prosedur medis. Sistem penjadwalan otomatis juga memudahkan pasien untuk membuat, mengubah, atau membatalkan janji temu dengan dokter, yang

mengurangi waktu tunggu dan mengurangi risiko kesalahan dalam manajemen jadwal (McKinsey, 2021).

Keuntungan utama dari automasi ini adalah bahwa itu mengurangi kesalahan manusia yang sering terjadi dalam tugas administratif manual seperti mengelola data pasien atau mengatur alokasi sumber daya. Selain itu, automasi mempercepat proses, yang tidak hanya meningkatkan kepuasan pasien tetapi juga memungkinkan staf rumah sakit untuk berkonsentrasi pada tugas yang lebih kompleks dan bernilai tambah, seperti membangun strategi operasional atau merawat pasien secara langsung.

Automasi juga mendukung transparansi dengan memberikan pelaporan data yang lebih akurat dan real-time. Ketika diintegrasikan ke dalam sistem rekam medis elektronik, yang juga dikenal sebagai *Electronic Health Records*, data pasien dapat diakses dengan cepat, yang memungkinkan tenaga medis membuat keputusan berbasis bukti.

## **F. Standarisasi Data dan Interoperabilitas**

Transformasi digital rumah sakit bergantung pada standarisasi data dan interoperabilitas, yang diperlukan untuk membangun sistem pelayanan kesehatan yang terhubung dan efisien. Rumah sakit dapat berbagi data secara aman dan terstandar di antara berbagai sistem dan penyedia layanan kesehatan dengan platform berbasis *Application Programming Interface* (API) terbuka. Platform ini memungkinkan integrasi informasi pasien, rekam medis elektronik (EHR), sistem laboratorium, dan data dari perangkat IoT secara *real-time*, mendukung alur kerja yang lebih efisien (Tripathi M., et al., 2021).

Kemungkinan berbagi data yang konsisten dan terstruktur antar laboratorium, klinik, rumah sakit, apotek, dan bahkan dengan pasien, interoperabilitas meningkatkan kolaborasi lintas institusi. Pasien yang dirujuk ke fasilitas kesehatan lain, misalnya, dapat mendapatkan layanan lebih cepat karena riwayat medisnya dapat diakses dalam format standar yang dapat diakses oleh semua

penyedia layanan yang relevan. Selain itu, hal ini memastikan *continuity of care* dengan memastikan keputusan medis didasarkan pada informasi terkini.

Standarisasi data adalah landasan penting dalam penerapan teknologi canggih di bidang kesehatan. Standarisasi memungkinkan analitik berbasis *big data* dioptimalkan untuk mendukung penelitian medis, mengidentifikasi pola penyakit, dan menemukan solusi untuk masalah kesehatan masyarakat. Analitik ini juga membantu institusi kesehatan menemukan tren yang relevan, seperti pola penyebaran penyakit menular atau faktor risiko tertentu, sekaligus meningkatkan efisiensi operasional.

Selain itu, platform interoperabilitas yang dirancang dengan baik memungkinkan berbagai lembaga kesehatan untuk mengintegrasikan sistem mereka. Hal ini menjadi faktor utama dalam pengembangan solusi berbasis AI. Teknologi kecerdasan buatan memiliki kemampuan untuk menganalisis data kesehatan yang sangat besar untuk mengidentifikasi gejala awal penyakit, memproyeksikan kebutuhan perawatan, dan merekomendasikan intervensi medis yang paling cocok.

Inovasi dalam dunia administrasi kesehatan ini tidak hanya meningkatkan kualitas layanan kesehatan, tetapi juga mengurangi biaya dan mengurangi kemungkinan kesalahan dalam diagnosis dan pengobatan.



## DAFTAR PUSTAKA

- Afni, K. (2024, Mei 13). *Mengenal Electronic Medical Record (EMR) di DuniaKesehatan*. Retrieved from <https://ehealth.co.id/blog/post/mengenal-electronic-medical-record-emr-di-dunia-kesehatan/>.
- Comer, d. F. (2015). *Computer networks and internets*. United States of America: British Library Cataloguing-in-Publication Data.
- McKinsey, C. (2021). *Transforming healthcare through integrated centers of excellence*.
- Menachemi, N., & Collum, T. H. (2011). *Benefits and drawbacks of electronic health record systems* (Vol. 4). USA: Risk Management and Healthcare Policy.
- Obermeyer, Z., & Emanuel, E. J. (2016). *Predicting the future—Big data, machine learning, and clinical medicine*. Boston : New England Journal of Medicine.
- Ohannessian, R., Tu , D. A., & Odone, A. (2020). *Global Telemedicine Implementation and Integration Within Health Systems to Fight the COVID-19 Pandemic: A Call to Action*. JMIR Public Health Surveill.
- Tripathi M., et al. (2021). *Progress on interoperability: Updates from the Office of the National Coordinator for Health IT*. JAMA.

## BIODATA PENULIS



**dr. Rezky Putri Indarwati Abdullah, M.Kes, FISPH, FISCN**

Dosen Program Studi Sarjana Kedokteran  
Fakultas Kedokteran, Universitas Muslim Indonesia

Penulis lahir di Ujung Pandang tanggal 07 Februari 1992 dan merupakan anak ketiga dari Ayah Abdullah Hasan dan Ibu Haniah Yusuf. Penulis adalah dosen tetap pada Program Studi Sarjana Kedokteran Fakultas Kedokteran, Universitas Muslim Indonesia. Menyelesaikan pendidikan S1 dan profesi dokter dan melanjutkan S2 pada jurusan Administrasi Rumah Sakit Fakultas Kesehatan Masyarakat di Universitas Hasanuddin. Buku ini buku kolaborasi pertama penulis yang diharapkan dapat menjadi langkah awal dalam menyebarkan ilmu pengetahuan yang berkontribusi positif bagi bangsa dan negara.

## BIODATA PENULIS



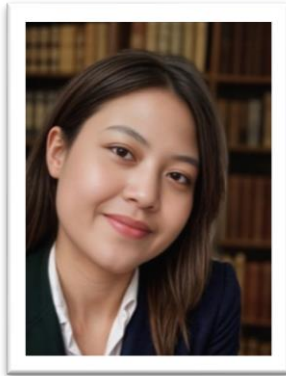
**dr. Muhammad Alim Jaya, S.Ked., M.Kes., Ph.D., Sp.KJ**

Lahir di Ujung Pandang, 24 Februari 1988 dan merupakan anak pertama dari empat bersaudara. Menyelesaikan pendidikan S1 Kedokteran (S.Ked.) di Fakultas Kedokteran, Universitas Muslim Indonesia, Makassar tahun 2010 dan menyelesaikan pendidikan profesi dokter di kampus yang sama untuk mendapatkan gelar dokter (dr.) pada tahun 2012. Selanjutnya, lulus S2 pasca-sarjana di Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Hasanuddin, Makassar konsentrasi Manajemen Administrasi Rumah Sakit pada tahun 2015. Sementara itu, penulis diterima sebagai dosen tetap di Fakultas Kedokteran, Universitas Muslim Indonesia, Makassar pada tahun 2015. Selanjutnya, pada tahun 2016, penulis melanjutkan studi ke jenjang pendidikan dokter spesialis kedokteran jiwa (psikiatri) di Fakultas Kedokteran, Universitas Hasanuddin, Makassar dan berhasil menyelesaikan pendidikan pada Februari 2024. Penulis juga berhasil menyelesaikan pendidikan S3 (*Ph.D. course*) di *School of Medicine, Shimane University, Japan* dengan *major education* adalah psikiatri pada Juni 2022.

Saat ini, penulis aktif sebagai dosen dalam melaksanakan tri darma pendidikan seperti pengajaran dan pembimbingan kepada mahasiswa, penelitian dan mempublikasikan hasil penelitiannya di berbagai jurnal ilmiah, serta aktif melakukan pengabdian kepada masyarakat melalui penyelenggaraan bakti sosial, menulis di berbagai media cetak maupun *online*, sebagai narasumber di radio, dan lain-lain.

***"Mens sana in corpore sano" - "a healthy mind in a healthy body"***

## BIODATA PENULIS



**Agnes Ratna Saputri, S.Tr.Keb, MARS**

Dosen Program Studi Administrasi Rumah Sakit  
Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Fatmawati Jakarta

Penulis lahir di Klaten, 20 Februari 1993. Penulis adalah dosen tetap Program Studi Administrasi Rumah Sakit di STIKes Fatmawati Jakarta. Menyelesaikan pendidikan Sarjana (S1) Program Studi Bidan Pendidik di Universitas Nasional (2015). Setelah itu melanjutkan kuliah Magister (S2) Manajemen Administrasi Rumah Sakit di Universitas Respati Indonesia Jakarta (2018).

## BIODATA PENULIS



**Mega Astriana, S.K.M., M.Kes**

Dosen Program Studi Administrasi Kesehatan  
Institut Teknologi Sains dan Bisnis Muhammadiyah Selayar

Penulis lahir di Dopi (Sulawesi Tenggara) tanggal 18 September 1992. Penulis adalah dosen tetap pada Program Studi Administrasi Kesehatan di Institut Teknologi Sains dan Bisnis Muhammadiyah Selayar. Penulis menyelesaikan pendidikan S1 pada Jurusan Kesehatan Masyarakat dan melanjutkan S2 pada Jurusan Magister Kesehatan di Universitas Muslim Indonesia, Makassar. Penulis menekuni bidang Menulis.

Penulis bisa dihubungi melalui email: [megaastriana992@gmail.com](mailto:megaastriana992@gmail.com).

## BIODATA PENULIS



**dr. Astari Pratiwi Nuhrintama, MARS**

Dosen Program Studi Administrasi Kesehatan  
Institut Teknologi, Sains, dan Bisnis Muhammadiyah Selayar

Penulis lahir di Jayapua tanggal 26 November 1991. Penulis adalah dosen tetap pada Program Studi Administrasi Kesehatan di Institut Teknologi, Sains, dan Bisnis Muhammadiyah Selayar. Menyelesaikan pendidikan S1 pada Jurusan Pendidikan Kedokteran melanjutkan S2 pada Jurusan Administrasi Rumah Sakit di Universitas Hasanuddin Makassar.

## BIODATA PENULIS



### **Resty Amalia Putri, S.K.M., M.Kes**

Dosen Program Studi Administrasi Kesehatan  
Institut Teknologi Sains dan Bisnis Muhammadiyah Selayar

Penulis lahir di Sengakang (Sulawesi Selatan) tanggal 26 Juni 1995. Penulis adalah dosen tetap pada Program Studi Administrasi Kesehatan. Menyelesaikan pendidikan S1 pada Jurusan Kesehatan Masyarakat dan melanjutkan S2 pada Jurusan Magister Kesehatan di Universitas Muslim Indonesia Makassar.

Penulis bisa dihubungi melalui email: [restyamaliahpr@gmail.com](mailto:restyamaliahpr@gmail.com).

## BIODATA PENULIS



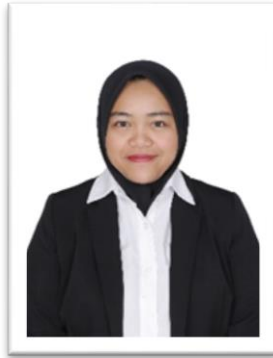
**Yunita Fitri Widiyawati, S.KM., MARS**

Dosen Program Studi Administrasi Rumah Sakit  
STIKes Fatmawati Jakarta Selatan

Penulis lahir di Jakarta tanggal 24 Oktober 1991. Penulis adalah Dosen Tetap pada Program Studi Administrasi Rumah Sakit di STIKes Fatmawati Jakarta Selatan. Menyelesaikan pendidikan S1 pada Jurusan Kesehatan Masyarakat Peminatan Manajemen Rumah Sakit dan melanjutkan S2 pada Jurusan Magister Administrasi Rumah Sakit di Universitas Esa Unggul Jakarta Barat. Penulis menekuni bidang Menulis.



## BIODATA PENULIS



**Dr. apt. Atika Dalili Akhmad, S. Farm., M. Sc**

Dosen Program Studi Farmasi  
Fakultas Sains, Institut Teknologi Sumatera

Penulis lahir di Bandar Lampung tanggal 9 Maret 1991, merupakan dosen tetap di Program Studi Farmasi, Fakultas Sains, ITERA. Penulis telah menyelesaikan pendidikan S1, profesi apoteker, S2 dan S3 di Universitas Gadjah Mada. Bidang keilmuan penulis adalah manajemen farmasi, farmasi sosial, dan kebijakan farmasi. Saat ini penulis aktif melakukan penelitian pada pengelolaan perbekalan farmasi di fasilitas kesehatan. Penulis mengampu berbagai mengampu mata kuliah terkait manajemen farmasi termasuk pengelolaan perbekaln farmasi di apotek, klinik, dan rumah sakit. Penulis bersama tim Program Studi Doktor Ilmu Farmasi UGM mendapatkan HKI berupa karya sinematografi terkait pengelolaan obat di apotek. Karya Sinematografi ini sudah digunakan sebagai bahan edukasi pada masyarakat di berbagai daerah di Indonesia.

## BIODATA PENULIS

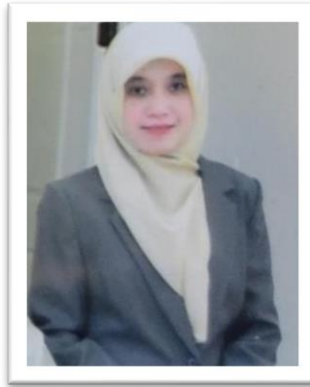


### **Prof. Dr. drg. Wachyu Sulistiadi, MARS**

Penulis lahir di Jakarta pada 27 Mei 1965, merupakan lulusan sarjana Kedokteran Gigi dari Universitas Indonesia. Melanjutkan pendidikan magister, doctoral dan guru besarnya dalam bidang Kesehatan Masyarakat serta Administrasi Kebijakan Kesehatan di universitas yang sama. Saat ini, aktif sebagai dosen tetap dan konsultan di bidang Kesehatan Masyarakat, Administrasi Pelayanan Kesehatan, Manajemen Rumah sakit, dan Kebijakan Kesehatan di Universitas Indonesia. Selain itu, penulis juga aktif dalam berbagai kegiatan Tridharma Perguruan Tinggi meliputi Pendidikan, Penelitian dan Pengabdian Masyarakat yang tergabung dalam berbagai organisasi profesi dan asosiasi kesehatan.

Email : [wahyus@ui.ac.id](mailto:wahyus@ui.ac.id)

## BIODATA PENULIS



**Eni Efanti, S.Kp, MARS**

Penulis lahir di Balikpapan pada 8 Mei 1977, memiliki pengalaman lebih dari 19 tahun di bidang kesehatan. Penulis menyelesaikan pendidikan Sarjana Keperawatan (S.Kp) di Universitas Padjadjaran Bandung pada tahun 2002 dan meraih gelar Magister Administrasi Rumah Sakit (MARS) dari Universitas Esa Unggul Jakarta pada tahun 2018 dengan predikat Cumlaude (IPK 3,83/4,0). Saat ini, penulis menjabat sebagai Ketua Sub Komite Mutu di Rumah Sakit Syarif Hidayatullah (UIN Jakarta) sejak Januari 2023, setelah sebelumnya menjadi Ketua Komite Mutu (2022) dan Ketua Sub Komite Keamanan Pasien (2020-2022). Penulis juga menjabat sebagai Manajer Keperawatan di rumah sakit tersebut sejak 2010. Sebelumnya, penulis berpengalaman sebagai dosen di Sekolah Tinggi Kesehatan Pertamedika Jakarta (2009-2010) dan Politeknik Kesehatan Karya Husada Jakarta (2004-2009).

Penulis aktif dalam berbagai organisasi, termasuk sebagai anggota tim Komite Ujian Akhir DKI Jakarta untuk bidang Pediatri pada tahun 2008. Selain itu, penulis juga pernah menjabat sebagai Ketua ROHIS FIK Unpad (1999-2000), Bendahara OSIS SMU Negeri 1 Balikpapan (1993), dan Ketua OSIS SMP Patra Dharma 1 Balikpapan (1991). Pengalaman penulis di manajemen rumah sakit dan pendidikan menunjukkan dedikasi untuk meningkatkan kualitas layanan kesehatan dan pengembangan profesional kesehatan.

## BIODATA PENULIS



**dr. Iin Widya Ningsi, MARS**

Dosen Program Studi Pendidikan Kedokteran  
Fakultas Kedokteran, Universitas Muslim Indonesia

Penulis lahir di Watampone tanggal 04 Juli 1989. Penulis adalah dosen tetap pada Program Studi Pendidikan Kedokteran Fakultas Kedokteran, Universitas Muslim Indonesia Sulawesi Selatan. Menyelesaikan pendidikan S1 pada Jurusan Pendidikan Dokter di Universitas Muslim Indonesia dan melanjutkan S2 pada Jurusan Manajemen Administrasi Rumah Sakit di Universitas Esa Unggul Jakarta Barat.

## BIODATA PENULIS



**dr. Milano Wibi Takbiranda**

Universitas Riau

Penulis merupakan alumni dari Fakultas Kedokteran Universitas Riau, Lulus Sarjana kedokteran th 2018, Lulus Profesi Dokter, 2021 dan melanjutkan kuliah Magister (S2), Universitas Sangga Buana YPKP, Jurusan Magister Manajemen Rumah Sakit. Saat ini bertugas di klinik tni daerah Dumai. Prov Riau.



# ADMINISTRASI KEBIJAKAN RUMAH SAKIT

Buku Administrasi Kebijakan Rumah Sakit merupakan kajian menyeluruh yang membahas berbagai aspek manajemen dan pengambilan kebijakan di lingkungan rumah sakit. Ditulis untuk kalangan akademisi, profesional kesehatan, dan pengambil keputusan, buku ini mengupas secara rinci peran administrasi dalam memastikan pelayanan kesehatan yang efektif, efisien, dan berorientasi pada kebutuhan pasien.

Melalui pendekatan teoritis dan praktis, buku ini menjelaskan prinsip-prinsip dasar administrasi rumah sakit, proses penyusunan kebijakan, analisis dampak kebijakan, hingga strategi implementasi yang sukses. Topik utama yang dibahas meliputi struktur organisasi rumah sakit dan alur kerja administrasi, penyusunan kebijakan berbasis data dan kebutuhan masyarakat, pengelolaan sumber daya manusia, keuangan, dan teknologi kesehatan, serta tantangan dalam menghadapi perubahan regulasi dan dinamika sistem kesehatan.

Selain itu, buku ini juga dilengkapi dengan studi kasus keberhasilan dan kegagalan kebijakan rumah sakit yang memberikan pembelajaran berharga. Ditunjang dengan ilustrasi, tabel, dan contoh-contoh praktis, pembaca dapat memahami kompleksitas pengelolaan rumah sakit secara lebih terstruktur. Bagi pembaca yang ingin memahami lebih jauh dinamika administrasi dan menciptakan kebijakan yang berdaya guna, buku ini menjadi referensi yang sangat relevan dan dapat diandalkan dalam berbagai konteks pengelolaan rumah sakit.



ISBN 978-623-10-5383-1



✉ [lingkaredukasiindonesia.id@gmail.com](mailto:lingkaredukasiindonesia.id@gmail.com)

🌐 <https://www.lingkaredukasiindonesia.com>

📱 @Lingkar\_Edukasi\_Indonesia