

Penulis:

dr. Dhian Kartikasari, S. Ked

# ADMINISTRASI RUMAH SAKIT



# **ADMINISTRASI RUMAH SAKIT**



# **ADMINISTRASI RUMAH SAKIT**

**PENULIS:**  
**dr. Dhian Kartikasari, S. Ked**

**Editor:**  
**Indana Tri R., S.KM**  
**Tahani Ratna A., S.KM**

**ADMINISTRASIRUMAH SAKIT**

dr. Dhian Kartikasari, S. Ked

ISBN: 978-602-5973-62-8

Copyright © 2019

Penerbit Wineka Media



Anggota IKAPI No.115/JT I/09  
Jl. Palmerah XIII N29B, Vila Gunung Buring Malang 65138  
Telp./Faks : 0341-711221  
Website: <http://www.winekamedia.com>  
E-mail: [winekamedia@gmail.com](mailto:winekamedia@gmail.com)

---

Hak cipta dilindungi Undang-Undang. Dilarang mengutip sebagian atau seluruh isi buku ini dengan cara apapun, termasuk dengan cara penggunaan mesin fotokopi, tanpa izin sah dari penerbit.

---

# KATA PENGANTAR

Puji syukur atas kehadiran Tuhan Yang Maha Esa atas segala rahmat serta hidayah-Nya, sehingga penyusunan Buku Administrasi Rumah Sakit ini dapat diselesaikan.

Buku ini disusun sebagai pengenalan tentang Administrasi Rumah Sakit yang terdiri atas 10 BAB antara lain membahas tentang Konsep Administrasi; Konsep Rumah Sakit; Pelayanan Medik yang ada di Rumah Sakit; Pelayanan Penunjang Medik di Rumah Sakit; Alur Proses Unit-Unit di Rumah Sakit; SIMRS; Medikolegal, Rahasia Medis, dan *Informed Consent*; *Patient Safety*; Akreditasi Rumah Sakit; dan Etika Promosi Rumah Sakit.

Ucapan terima kasih penulis sampaikan kepada keluarga, sahabat, rekan serta berbagai pihak lainnya yang telah membantu secara moral dan material bagi tersusunnya buku ini.

Buku ini tentu masih memiliki banyak kekurangan dan jauh dari sempurna. Untuk itu, penulis sangat mengharapkan kritik dan saran yang bersifat membangun untuk penyempurnaan penulisan buku ini. Penulis berharap buku ini dapat bermanfaat bagi pembaca dan bagi penulis khususnya.

Malang, 13 Agustus 2019

Penulis

# DAFTAR ISI

Kata Pengantar .....	i
Daftar isi .....	ii
<b>BAB 1: Konsep Administrasi</b>	
1. Definisi Administrasi.....	1
2. Unsur Pokok Administrasi.....	2
3. Administrasi dan Manajemen.....	4
Fungsi dan Proses Manajemen dalam Organisasi Rumah Sakit.....	5
<b>BAB 2: Konsep Dasar Rumah Sakit</b>	
1. Pengertian Rumah Sakit.....	9
2. Klasifikasi Rumah Sakit .....	9
3. Organisasi Perumahsakitatan di Indonesia .....	10
4. Unit Kerja di Rumah Sakit.....	15
Perhitungan Indikator Mutu Pelayanan Rumah Sakit.....	20
<b>BAB 3: Pelayanan Medik di Rumah Sakit</b>	
1. Rawat Jalan.....	23
2. Rawat Inap .....	25
3. UGD.....	27
4. Kamar Tindakan.....	29
5. ICU/HCU.....	29
<b>BAB 4: Pelayanan Penunjang Medik di Rumah Sakit</b>	
1. Rekam Medik.....	30
2. Laboratorium .....	30
3. Apotek/Farmasi .....	30
4. Radiologi.....	31
5. Gizi .....	31
6. Rehab Medik.....	32

**BAB 5: Alur Proses Unit-Unit Rumah Sakit**

1. Alur Pelayanan Pasien di Rumah Sakit.....	33
2. Alur Pelayanan Pasien Gawat Darurat (IGD) di Rumah Sakit.....	34
3. Alur Pelayanan Unit Rawat Jalan (URJ) di Rumah Sakit.....	34
4. Alur Pelayanan Unit Rawat Inap (URI) di Rumah Sakit.....	35

**BAB 6: Sistem Infomasi Manajemen Rumah Sakit (SIM-RS)**

1. Pengertian Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit (SIM-RS).....	37
2. Tugas Tim Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit (SIM-RS).....	40
3. Kendala Implementasi Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit .....	40

**BAB 7: Medikolegal, Rahasia Medis, dan *Informed Conccent***

1. Medikolegal.....	41
a. Pengertian Medikolegal .....	41
b. Aspek Medikolegal.....	41
c. Pelayanan Medikolegal di Rumah Sakit.....	41
d. Surat Keterangan Medis .....	41
2. Rahasia Medis.....	42
a. Pengertian Rahasia Medis .....	42
b. Landasan Etika dan Hukum .....	42
c. Sanksi.....	43
3. <i>Informed Conccent</i> .....	44
a. Pengertian <i>Informed Conccent</i> .....	44
b. Landasan Hukum <i>Informed Conccent</i> .....	44
c. Fungsi <i>Informed Conccent</i> .....	44
d. Penerapan <i>Informed Conccent</i> .....	44



e. Jenis <i>Informed Consent</i> .....	45
f. Prosedur <i>Informed Consent</i> .....	45
g. Pemberian Informasi .....	46
h. Pemberian Persetujuan.....	47
i. Kondisi Gawat Darurat.....	47
j. Penolakan.....	47
k. Ketentuan Sanksi .....	47
<b>BAB 8: Patient Safety</b>	
1. Pengertian <i>Patient Safety</i> .....	49
2. Aspek Hukum <i>Patient Safety</i> .....	49
3. Implementasi <i>Patient Safety</i> .....	49
4. Program <i>Patient Safety</i> di Rumah Sakit.....	55
5. Indikator <i>Patient Safety</i> .....	59
6. Pengembangan Budaya <i>Patient Safety</i> .....	59
<b>BAB 9: Akreditasi Rumah Sakit</b>	
1. Pengertian Akreditasi Rumah Sakit.....	63
2. Tujuan dan Manfaat Akreditasi Rumah Sakit.....	63
3. Dasar Hukum Akreditasi Rumah Sakit .....	64
4. Pelaksanaan Survei Akreditasi Rumah Sakit.....	65
5. Penilaian Standar Pelayanan.....	66
6. Kriteria Kelulusan Akreditasi Rumah Sakit.....	67
7. Ketentuan Penilaian Akreditasi Rumah Sakit.....	68
<b>BAB 10: Etika Promosi Rumah Sakit</b>	
1. Pengertian Promosi Rumah Sakit .....	71
2. Dasar Hukum Promosi Rumah Sakit .....	71
3. Tujuan Promosi Rumah Sakit.....	72
4. Asas Promosi Rumah Sakit.....	72
5. Media Promosi Rumah Sakit.....	74
6. Materi dan Bentuk Promosi Rumah Sakit .....	75
7. Penyelenggara, Pengawasan & Pembinaan, serta Pelanggaran Promosi Rumah Sakit.....	75
<b>Daftar Pustaka</b> .....	<b>77</b>

# BAB I | KONSEP ADMINISTRASI

## 1. Definisi Administrasi

Awal mula istilah admisnistrasi berasal dari bahasa latin “*ad*” dan “*ministrare*” yaitu pemberian bantuan atau jasa. Sedangkan dalam bahasa Belanda (*Administratie*), administrasi memiliki makna suatu kegiatan surat-menyurat, pengarsipan surat, catat-mencatat, pembukuan ringan yang bersifat teknis ketatausahaan sehingga nantinya dapat mempermudah dalam memperoleh informasi ketika dibutuhkan (Ismaniar, 2013).

Dalam bidang kesehatan, administrasi memiliki pengertian serangkaian kegiatan yang terdiri dari perencanaan (*planning*), pengorganisasian (*organizing*), pengarahan (*directing*), pengawasan (*controlling*), pengoordinasian (*coordinating*), serta penilaian (*evaluating*), sehingga tuntutan dan kebutuhan yang berkaitan dengan kesehatan dapat dipenuhi melalui penyediaan serta penyelenggaraan berbagai upaya kesehatan yang ditujukan kepada perorangan, kelompok, ataupun masyarakat (Ismaniar, 2013).

Sehingga, administrasi juga dapat diartikan sebagai kegiatan yang terdiri dari proses perencanaan, pengorganisasian, pengendalian, hingga pergerakan yang dilakukan untuk mencapai tujuan organisasi yang telah ditetapkan sebelumnya.

## 2. 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).

a. Masukan (*Input*)

Yang dimaksud dengan masukan yaitu semua aspek yang diperlukan dalam proses kegiatan administrasi sehingga seluruh rangkaian kegiatan administrasi dapat dilakukan. Masukan juga dikenal dengan perangkat administrasi (*tools of administration*):

1) Sumber (*resources*)

Sumber (*resources*) adalah semua hal yang digunakan untuk menghasilkan barang atau jasa. Dalam hal ini dapat dibedakan dalam 4 jenis, antara lain:

- a) Sumber Tenaga (*labour resources/human resources*)
- b) Sumber Modal (*capital resources*)
- c) Sumber Hukum (*legitimate resources*)
- d) Sumber Alamiah (*natural resources*)

2) Ilmu pengetahuan dan teknologi

3) Kemampuan dan kesanggupan

Selain 3 hal tersebut, 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 (Rifa'i & Fadhli, 2013). Berikut ini pemaparan masing-masing unsur-unsur dari manajemen tersebut:

- 1) *Man* yaitu tenaga kerja manusia, baik tenaga kerja pimpinan maupun tenaga kerja operasional/pelaksana.
- 2) *Money* yaitu uang yang dibutuhkan untuk mencapai tujuan yang diinginkan.
- 3) *Methods* yaitu cara-cara yang dipergunakan dalam usaha mencapai tujuan
- 4) *Materials* yaitu bahan-bahan yang diperlukan untuk mencapai tujuan.

- 5) *Machines* yaitu mesin-mesin/alat-alat yang diperlukan atau dipergunakan untuk mencapai tujuan.
- 6) *Market* yaitu pasar untuk menjual barang dan jasa-jasa yang dihasilkan.

Keenam unsur ini memiliki fungsi masing-masing dan saling berinteraksi atau mempengaruhi dalam mencapai tujuan organisasi terutama proses pencapaian tujuan secara efektif.

b. Proses

Yang dimaksud dengan proses dalam administrasi adalah langkah-langkah yang harus dilakukan untuk mencapai tujuan yang telah ditentukan. Proses dalam administrasi dikenal dengan sebutan fungsi administrasi. Pada umumnya fungsi administrasi menjadi tanggung jawab pimpinan (pejabat manajemen). Pada saat ini dengan semakin berkembangnya ilmu administrasi, untuk memudahkan pelaksanaannya, fungsi-fungsi administrasi disederhanakan menjadi 4, yaitu :

- 1) Perencanaan (*planning*)
- 2) Pengorganisasian (*Organizing*)
- 3) Pelaksanaan (*implementing*)
- 4) Penilaian (*evaluation*)

c. Keluaran (*output*)

Yang dimaksud dengan keluaran (*output*) adalah hasil dari suatu pekerjaan administrasi.

d. Sasaran (*Target*)

Yang dimaksud dengan sasaran adalah adalah tujuan keluaran yang dihasilkan antara lain instansi atasan, masyarakat umum, keperluan intern dan ekstern organisasi.

e. Dampak (*impact*)

Yang dimaksud dengan dampak adalah akibat yang ditimbulkan keluaran.

### **3. Administrasi dan Manajemen**

Manajemen dan administrasi sering disamakan, namun yang jelas memang tidak dapat dipisahkan. Perlu dibedakan pengertian Administrasi dalam arti sempit (Tata usaha, pekerjaan Perkantoran - *office work*) dan Administrasi dalam arti luas (manajemen keseluruhan: Asas manajemen, proses manajemen, fungsi manajemen dan kelembagaan).

Untuk itu ada dua pendapat yang ditemukan, yakni (Ismaniar, 2013):

#### **a. Administrasi berbeda dengan manajemen**

Pendapat pertama membedakan administrasi dengan manajemen. Untuk itu ada dua pendapat pula yang ditemukan, yakni

- 1) Administrasi lebih rendah dari manajemen
- 2) Administrasi lebih tinggi dari manajemen

#### **b. Administrasi sama dengan manajemen**

Pendapat kedua tidak membedakan administrasi dengan manajemen, menurut pendapat terakhir ini, kedua istilah tersebut sering dipakai secara bergantian untuk macam kegiatan yang sama.

### **4. Fungsi dan Proses Manajemen dalam Organisasi Rumah Sakit**

Manajemen sebagai suatu proses dapat dilihat dari fungsi-fungsi manajemen yang dilakukan oleh seorang manajer. Banyak ahli manajemen yang menyampaikan tentang fungsi manajemen ini, namun pada dasarnya tidak ada perbedaan yang prinsip,

bahkan pendapat satu dengan lainnya saling melengkapi. Para ahli manajemen, antara lain ; George Terry, L. Gullick, H. Fayol dan Koonzt O'Donnel.

Dari keempat ahli manajemen tersebut, ternyata banyak kesamaan, dan secara garis besar dapat dikelompokkan menjadi perencanaan, penmgorganisian, penggerakan, dan pengawasan (Wijaya & Rifa'i, 2016):

a. Fungsi perencanaan (*Planning*)

Perencanaan merupakan tindakan awal dalam aktivitas manajerial pada setiap organisasi. Perencanaan merupakan salah satu fungsi manajemen, sehingga dengan demikian perencanaan adalah merupakan salah satu syarat mutlak untuk dapat melaksanakan manajemen yang baik. Dan untuk membuat suatu perencanaan yang baik kita harus memikirkan secara matang jauh-jauh sebelumnya tindakan-tindakan yang akan dilakukan kemudian (Wijaya & Rifa'i, 2016).

Hal ini berarti untuk dapat membuat perencanaan yang baik kita harus mampu melihat jauh ke depan. Dengan memikirkan jauh-jauh sebelumnya tindakan yang akan dilakukan, maka dapat diharapkan tindakan-tindakan yang akan kita lakukan hanya kecil kemungkinannya mengalami kekeliruan.

Hal ini berarti kita telah memperkecil risiko yang mungkin timbul baik risiko kekeliruan maupun risiko kemungkinan kegagalan.

Dalam implementasinya kegiatan perencanaan yang disusun hendaknya mempertibangkan hal-hal berikut ini: 1) Perencanaan adalah Menetapkan Alternatif; 2) Perencanaan Harus Realistis dan Ekonomis; 3) Perlunya koordinasi dalam perencanaan; 4) Perencanaan harus didasarkan pengalaman, pengetahuan, dan Intuisi; 5) Perencanaan harus dilandasi partisipasi; 6) Perencanaan harus memperhitungkan segala kemungkinan; 7) Perencanaan harus fleksibel (luwes); 8)

Perencanaan harus dapat menjadi landasan bagi fungsi-fungsi manajemen yang lain; 9) Perencanaan harus dapat mendayagunakan secara maksimal fasilitas-fasilitas yang tersedia; 10) Perencanaan harus dinamis; 11) Perencanaan harus cukup waktu; 12) Perencanaan seharusnya didasarkan penelitian (Wijaya & Rifa'i, 2016).

Dalam membuat suatu perencanaan maka diperlukan tahap-tahap/ langkah-langkah tertentu. Tahap-tahap tersebut merupakan prosedur yang harus dilalui dalam setiap pembuatan perencanaan, sebab tanpa melalui tahap-tahap tersebut akan kurang sempurna perencanaan yang dibuatnya.

Tahap-tahap tersebut antara lain adalah sebagai berikut: 1) Penetapan tujuan; 2) Mengumpulkan data serta menetapkan dugaan-dugaan serta ramalan-ramalan; 3) Menetapkan alternatif cara bertindak; 4) Mengadakan penilaian alternatif; 5) Memilih alternatif (Wijaya & Rifa'i, 2016).

b. Fungsi pengorganisasian (*Organizing*)

Pengorganisasian merupakan fungsi manajemen yang kedua dan merupakan langkah strategis untuk mewujudkan suatu rencana organisasi. Pengorganisasian merupakan usaha penciptaan hubungan tugas yang jelas antara personalia, sehingga dengan demikian setiap orang dapat bekerja bersama-sama dalam kondisi yang baik untuk mencapai tujuantujuan organisasi.

Pengorganisasian yang dilaksanakan para manajer secara efektif, akan dapat: (1) menjelaskan siapa yang akan melakukan apa (2) menjelaskan siapa memimpin siapa (3) menjelaskan saluran-saluran komunikasi (4) memusatkan sumber-sumber data terhadap sasaran-sasaran (Wijaya & Rifa'i, 2016).

- c. Fungsi penggerakan pelaksanaan (*staffing, commanding, directing, coordinating*)

Sebagai langkah selanjutnya aktivitas manajerial ialah pengarahan (*directing*). Melalui kegiatan pengarahan setiap orang dalam organisasi diajak atau dibujuk untuk memberikan kontribusinya melalui kerjasama dalam mencapai tujuan organisasi. Pengarahan meliputi pemberian petunjuk/memberi gambaran tentang kegiatan-kegiatan yang akan dilakukan sehingga para manajer harus memotivasi staf dan personil organisasi agar secara sukarela mau melakukan kegiatan sebagai manifestasi rencana yang dibuat (Rifa'i & Fadhli, 2013).

Selanjutnya yaitu koordinasi. Koordinasi adalah salah satu fungsi manajemen. Dalam organisasi keberadaan pengorganisasian sangat penting bagi terintegrasinya seluruh kegiatan organisasi untuk mencapai tujuan. Koordinasi di sini dipahami sebagai usaha penyesuaian bagian-bagian yang berbeda-beda agar kegiatan daripada bagian-bagian itu selesai pada waktunya dan dapat memberikan sumbangan usahanya secara maksimal untuk mencapai tujuan secara keseluruhan. Segala aktivitas dari masing-masing unit harus sinkron satu sama lain, sebab semua level manajemen memerlukan adanya koordinasi dalam tindakan untuk mencapai tujuan organisasi (Rifa'i & Fadhli, 2013).

- d. Fungsi pengawasan dan pengendalian (*controlling, reporting*).

Sebagai salah satu fungsi manajemen, pengawasan merupakan tindakan terakhir yang dilakukan para manajer pada suatu organisasi. Pengawasan (*controlling*) merupakan proses pengamatan atau pemantauan terhadap pelaksanaan kegiatan organisasi untuk menjamin agar supaya semua



pekerjaan yang sedang dilakukan berjalan sesuai dengan rencana yang telah ditentukan sebelumnya (Rifa'i & Fadhli, 2013).

Dengan pengawasan diharapkan penyimpangan dalam berbagai hal dapat dihindari sehingga tujuan dapat tercapai. Apa yang direncanakan dijalankan dengan benar sesuai hasil musyawarah dan pendayagunaan sumber daya material akan mendukung terwujudnya tujuan organisasi (Rifa'i & Fadhli, 2013).

# BAB | KONSEP

## II | RUMAH SAKIT

### 1. Definisi 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. Rumah sakit merupakan sarana pelayanan kesehatan, tempat berkumpulnya orang sakit maupun orang sehat, atau dapat menjadi tempat penularan penyakit serta memungkinkan terjadinya pencemaran lingkungan dan gangguan kesehatan (Permenkes RI No. 1204, 2004).

Dari definisi di atas diketahui bahwa rumah sakit melakukan beberapa jenis pelayanan diantaranya pelayanan medik, pelayanan penunjang medik, pelayanan perawatan, pelayanan rehabilitasi, pencegahan dan peningkatan kesehatan, sebagai tempat pendidikan dan atau pelatihan medik dan para medik, sebagai tempat penelitian dan pengembangan ilmu dan teknologi bidang kesehatan serta untuk menghindari risiko dan gangguan kesehatan.

### 2. Klasifikasi Rumah Sakit

Rumah sakit dapat diklasifikasikan menjadi beberapa golongan berdasarkan jenis pelayanan, kepemilikan, jangka waktu pelayanan, kapasitas tempat tidur dan fasilitas pelayanan, dan afiliasi pendidikan (Permenkes RI No. 340, 2010).

- a. Berdasarkan jenis pelayanannya rumah sakit dapat digolongkan menjadi:

- 1) Rumah Sakit Umum
  - 2) Rumah Sakit Khusus
- b. Berdasarkan kepemilikan, rumah sakit dibagi atas:
- 1) Rumah Sakit Umum Pemerintah
  - 2) Rumah Sakit Umum Swasta, terdiri atas:
    - a) Rumah Sakit Umum Swasta Pratama
    - b) Rumah Sakit Umum Swasta Madya
    - c) Rumah Sakit Umum Swasta Utama
- c. Berdasarkan Fasilitas Pelayanan dan Kapasitas Tempat Tidur
- 1) Rumah Sakit Kelas A
  - 2) Rumah Sakit Kelas B
  - 3) Rumah Sakit Kelas C
  - 4) Rumah Sakit Kelas D

### **3. Organisasi Perumahsakit di Indonesia**

#### **a. Sejarah PERSI**

Sejarah PERSI dimulai sejak agenda "*Hospital Management and Administration Workshop*" ke-I tahun 1968 yang diadakan di Bandung. Pada agenda tersebut disadari bersama diantara peserta dan penyelenggara bahwa peningkatan kemampuan di bidang manajemen dan administrasi rumah sakit perlu diupayakan terus menerus. Sementara itu dikalangan pengelola rumah sakit, terutama pada rumah sakit milik pemerintah semakin dirasakan kurangnya kemampuan manajemen dan administrasi rumah sakit dibandingkan dengan kemajuan yang telah dicapai negara lain. Ilmu pengetahuan tentang manajemen dan administrasi rumah sakit sudah berkembang begitu maju di negara lain.

Pada tahun 1968 Pemerintah DKI Jakarta memulai menjalin kerja sama dengan beberapa rumah sakit swasta di Jakarta, untuk lebih mengintensifkan pelayanan kepada

masyarakat, baik yang mampu maupun yang tidak mampu, dengan sistem pembiayaan yang mampu membayar yang kurang mampu. Kondisi ini mendorong keinginan untuk berhimpun diantara rumah sakit, baik rumah sakit milik swasta maupun milik pemerintah, sehingga lahirlah Ikatan Rumah Sakit Jakarta Metropolitan (IRSJAM) dengan surat Keputusan Gubernur DKI Jakarta pada tahun 1973.

Kemudian ditunjang dengan kesepakatan 3 (tiga) rumah sakit pendidikan besar yaitu: RS Dr. Hasan Sadikin Bandung, RS Dr. Cipto Mangunkusumo, RS Dr. Soetomo Surabaya untuk menyelenggarakan pertemuan berkala antar pimpinan rumah sakit pendidikan pada tanggal 30 Juni 1974 di RS Dr. Soetomo Surabaya. Dalam pertemuan tersebut juga disepakati terbentuknya Himpunan Rumah Sakit Pendidikan Indonesia (HIRSPI), setelah dibahas lebih lanjut maka Anggaran Dasar dan Anggaran Rumah Tangga dapat disahkan tanggal 28 Pebruari 1978 di RS Karyadi Semarang.

Pada setiap pertemuan baik resmi maupun tidak resmi selalu dipergunaka pula untuk saling mengisi dengan berkonsultasi tentang perkembangan perumahsakitian di Indonesia. Undangan dari *Internasional Hospital Federation Congress* di Tokyo, tanggal 24-27 Mei 1977, pada waktu itu Delegasi Indonesia diajak untuk membentuk *Asian Hospital Federation*, namun delegasi Indonesia tidak dapat berbuat banyak karena wadah internal Indonesia belum ada.

Pemerintahpun menyadari bahwa perlu suatu wadah organisasi perumahsakitian di Indonesia, maka Direktur Jenderal Pelayanan Kesehatan dengan surat nomor 751/Yankes/I.0/77 tanggal 19 September 1977 menganjurkan kepada rumah sakit-rumah sakit untuk membentuk suatu wadah organisasi nasional bagi seluruh rumah sakit di Indonesia. Kemudian Kepala Direktorat Rumah Sakit

Departemen Kesehatan RI tanggal 7 Januari 1978 mengundang rumah sakit-rumah sakit, dan pada pertemuan tersebut terbentuklah Panitia Lima yang terdiri atas wakil Ikatan Rumah Sakit Propinsi yang telah ada.

Panitia Lima ditambah dengan Direktur Rumah Sakit Pendidikan Dokter yang lain menjadi Panitia Pendiri Organisasi Nasional Rumah Sakit Seluruh Indonesia, kemudian pada rapat tanggal 4-5 Pebruari 1978 di Bandung, memilih Dr. Soeraryo Darsono sebagai Ketua Panitia dan menyusun Anggaran Dasar dan Anggaran Rumah Tangga. Akhirnya pada rapat Panitia Pendiri tanggal 9 Maret 1978 di Rumah Sakit Pusat Pertamina Jakarta tersusunlah calon Pengurus Pusat dan beberapa perubahan Anggaran Dasar dan Anggaran Rumah Tangga.

Dalam Anggaran Dasar dan Anggaran Rumah Tangga tercantum nama wadah organisasi ini adalah Perhimpunan Rumah Sakit Seluruh Indonesia disingkat PERSI. Dengan berdirinya Perhimpunan Rumah Sakit Seluruh Indonesia (PERSI) sebagai satu-satunya organisasi perumahsakitian seluruh Indonesia maka HIRSPI melebur ke dalam PERSI, menjadi Departemen Pendidikan PERSI

#### **b. Visi, Misi, Tujuan, dan Nilai**

##### **VISI**

Terwujudnya PERSI sebagai wadah pemersatu komunitas perumahsakitian di Indonesia yang handal, mandiri, tangguh dan berstandar internasional serta dipercaya seluruh lapisan masyarakat dan anggota.

##### **MISI**

- 1) Berperan aktif mewujudkan kebijakan dan regulasi yang berpihak pada rumah sakit dalam kendali mutu kendali biaya.

- 2) Berperan aktif mewujudkan tatakelola korporasi rumah sakit yang baik.
- 3) Berperan aktif mewujudkan tatakelola klinis rumah sakit yang baik.
- 4) Berperan aktif mewujudkan tatakelola etik yang baik.
- 5) Berperan aktif mewujudkan tatakelola pelayanan yang baik.
- 6) Mewujudkan kerjasama dengan stakeholder dan shareholder di bidang perumahsakit.

#### TUJUAN

- 1) Menghimpun dan mewakili rumah-rumah sakit di Indonesia dengan menghormati kedaulatan masing-masing.
- 2) Mensukseskan program Pemerintah dalam bidang kesehatan pada umumnya dan rumah sakit replica orologi svizzeri pada khususnya dalam kaitannya dengan pengembangan Sistem Kesehatan Nasional.
- 3) Menyempurnakan pengelolaan rumah sakit demi peningkatan pelayanan bagi masyarakat.
- 4) Memperjuangkan kepentingan rumah sakit sebagai suatu lembaga.
- 5) Memfasilitasi timbulnya kesadaran, kemauan dan pembiayaan dari rumah sakit serta pemilik untuk terakreditasi paripurna.

#### NILAI

- 1) Transparansi
- 2) Akuntabel
- 3) Responsibel
- 4) Independen
- 5) Fairness

### c. PD PERSI

Pusat Data & Informasi PERSI dibangun dan diciptakan sebagai perwujudan hasil pemikiran dan peran aktif PERSI selama ini terhadap kehidupan perumahsakitannya di Indonesia, yang sampai saat ini perlu diakui masih menemukan banyak kendala. Dan sesuai dengan misi PERSI, maka Pusat Data & Informasi ini dibangun dengan mengemban misi sosial kepada kehidupan Rumah Sakit di Indonesia.

Pusat Data & Informasi PERSI berfungsi sebagai *Intermediary*, dengan menerapkan teknologi komputer dan internet yang tinggi. Sistem ini dibangun bertujuan menghubungkan Rumah Sakit beserta komponen lainnya dalam industri ini sehingga dapat saling berkomunikasi, bertukar informasi, dan melakukan transaksi, sehingga akan memotong mata rantai suatu proses yang pada akhirnya dapat mengurangi biaya, dapat memberikan keluaran dengan kualitas yang lebih baik serta kemudahan dalam hal pengaksesan.

PERSI sangat menyadari akan kompleksnya industri perumahsakitannya di Indonesia karena bentuk geografi dan ukuran dari negara ini, karena itu penerapan internet sebagai media utama untuk melakukan komunikasi adalah hal yang sangat cocok. Umumnya suatu proses dan transaksi yang dilakukan pada dunia perumahsakitannya di Indonesia masih sangat bergantung pada kertas serta sering terjadinya duplikasi pekerjaan yang mengakibatkan ketidak-efisienan, pemborosan serta penundaan. Internet yang mempunyai sifat yang global dan universal ini dapat dikatakan sebagai media yang sangat ideal untuk berkomunikasi karena selain berteknologi tinggi, sistem ini juga dapat tersedia dengan biaya relatif murah.

#### **d. Asosiasi Rumah Sakit**

Asosiasi bersama PERSI, antara lain:

- 1) ARSADA (Asosiasi RS Daerah)
- 2) PELKESI (Persatuan Pelayanan Kristen Untuk Kesehatan di Indonesia)
- 3) MUKISI (Majelis Syuro Upaya Kesehatan Islam Seluruh Indonesia)
- 4) PERDHAKI (Persatuan Karya Dharma Kesehatan Indonesia)
- 5) ARSPI (Asosiasi RS Pendidikan Indonesia)
- 6) ARSSI (Asosiasi RS Swasta Indonesia)
- 7) AS. RS TNI/POLRI
- 8) AS. RS BUMN
- 9) ARVI (Asosiasi RS Vertikal Indonesia)
- 10) ARSABAPI (Asosiasi RS dan Balai Kesehatan Paru Indonesia)
- 11) ARSAWAKOI (Asosiasi RS Jiwa & Ketergantungan Obat Indonesia)
- 12) Asosiasi RS Gigi Mulut Pendidikan
- 13) ARSANI (Asosiasi RS Nirlaba Indonesia)
- 14) ARSAMI (Assosiasi RS Mata Indonesia)
- 15) ARSBI (Asosiasi RS Bedah Indonesia)
- 16) ARSINU (Asosiasi RS Nahdatul Ulama)
- 17) ARSAMU (Asosiasi RS Aisyiyah Muhammadiyah)
- 18) ARSPTN (Asosiasi Rumah Sakit Perguruan Tinggi Negeri)

#### **4. Unit Kerja di RS**

Organisasi Rumah Sakit paling sedikit terdiri atas: a. kepala Rumah Sakit atau direktur Rumah Sakit; b. unsur pelayanan medis; c. unsur keperawatan; d. unsur penunjang medis; e. unsur administrasi umum dan keuangan; f. komite medis; dan g. satuan pemeriksaan internal (Perpres RI No. 77, 2015).



Sesuai penjelasan dalam Perpres RI No. 77 tahun 2015, diketahui unit-unit di rumah sakit adalah sebagai berikut:

a. Kepala Rumah Sakit atau direktur Rumah Sakit

Kepala Rumah Sakit atau direktur Rumah Sakit adalah pimpinan tertinggi dengan nama jabatan kepala, direktur utama, atau direktur. Kepala Rumah Sakit atau direktur Rumah Sakit bertugas memimpin penyelenggaraan Rumah Sakit. Dalam melaksanakan tugas kepala Rumah Sakit atau direktur Rumah Sakit menyelenggarakan fungsi: 1) koordinasi pelaksanaan tugas dan fungsi unsur organisasi; 2) penetapan kebijakan penyelenggaraan Rumah Sakit sesuai dengan kewenangannya; 3) penyelenggaraan tugas dan fungsi Rumah Sakit; 4) pembinaan, pengawasan, dan pengendalian pelaksanaan tugas dan fungsi unsur organisasi; dan 5) evaluasi, pencatatan, dan pelaporan.

b. Unsur pelayanan medis

Unsur pelayanan medis merupakan unsur organisasi di bidang pelayanan medis yang berada di bawah dan bertanggung jawab kepada kepala Rumah Sakit atau direktur Rumah Sakit. Unsur pelayanan medis meliputi pelayanan rawat jalan, rawat inap, dan gawat darurat.

Dalam melaksanakan tugas, unsur pelayanan medis menyelenggarakan fungsi: 1) penyusunan rencana pemberian pelayanan medis; 2) koordinasi dan pelaksanaan pelayanan medis; 3) pelaksanaan kendali mutu, kendali biaya, dan keselamatan pasien di bidang pelayanan medis; dan 4) pemantauan dan evaluasi pelayanan medis.

c. Unsur keperawatan

Unsur keperawatan merupakan unsur organisasi di bidang pelayanan keperawatan yang berada di bawah dan bertanggung jawab kepada kepala Rumah Sakit atau direktur

Rumah Sakit. Unsur keperawatan bertugas melaksanakan pelayanan keperawatan.

Dalam melaksanakan tugasnya, unsur keperawatan menyelenggarakan fungsi: 1) penyusunan rencana pemberian pelayanan keperawatan; 2) koordinasi dan pelaksanaan pelayanan keperawatan; 3) pelaksanaan kendali mutu, kendali biaya, dan keselamatan pasien di bidang keperawatan; dan 4) pemantauan dan evaluasi pelayanan keperawatan.

d. Unsur penunjang medis

Unsur penunjang medis merupakan unsur organisasi di bidang pelayanan penunjang medis yang berada di bawah dan bertanggung jawab kepada kepala Rumah Sakit atau direktur Rumah Sakit. Unsur penunjang medis bertugas melaksanakan pelayanan penunjang medis. Rumah Sakit dapat membentuk unsur pelayanan penunjang non medis sesuai dengan kebutuhan.

Dalam melaksanakan tugasnya, unsur penunjang medis menyelenggarakan fungsi: 1) penyusunan rencana pemberian pelayanan penunjang medis; 2) koordinasi dan pelaksanaan pelayanan penunjang medis; 3) pelaksanaan kendali mutu, kendali biaya, dan keselamatan pasien di bidang pelayanan penunjang medis; 4) pengelolaan rekam medis; dan 5) pemantauan dan evaluasi pelayanan penunjang medis.

e. Unsur administrasi umum dan keuangan

Unsur administrasi umum dan keuangan merupakan unsur organisasi di bidang pelayanan administrasi umum dan keuangan yang berada di bawah dan bertanggung jawab kepada kepala Rumah Sakit atau direktur Rumah Sakit. Unsur administrasi umum dan keuangan bertugas melaksanakan administrasi umum dan keuangan.

Dalam melaksanakan tugas administrasi umum, unsur administrasi umum dan keuangan menyelenggarakan fungsi

pengelolaan: 1) ketatausahaan; 2) kerumahtanggaan; 3) pelayanan hukum dan kemitraan; 4) pemasaran; 5) kehumasan; 6) pencatatan, pelaporan, dan evaluasi; 7) penelitian dan pengembangan; 8) sumber daya manusia; dan 9) pendidikan dan pelatihan.

Dalam melaksanakan tugas keuangan, unsur administrasi umum dan keuangan menyelenggarakan fungsi: 1) perencanaan anggaran; 2) perbendaharaan dan mobilisasi dana; dan 3) akuntansi.

f. Komite medis

Komite Medis merupakan unsur organisasi yang mempunyai tanggung jawab untuk menerapkan tata kelola klinis yang baik (*good clinical governance*). Komite Medis dibentuk oleh dan bertanggung jawab kepada kepala Rumah Sakit atau direktur Rumah Sakit.

Komite Medis bertugas meningkatkan profesionalisme staf medis yang bekerja di rumah sakit dengan cara: 1) melakukan kredensial bagi seluruh staf medis yang akan melakukan pelayanan medis di rumah sakit; 2) memelihara mutu profesi staf medis; dan 3) menjaga disiplin, etika, dan perilaku profesi staf medis.

Dalam melaksanakan tugas kredensial Komite Medis menyelenggarakan fungsi: 1) penyusunan dan pengkompilasian daftar kewenangan klinis sesuai dengan masukan dari kelompok staf medis berdasarkan norma keprofesian yang berlaku; 2) penyelenggaraan pemeriksaan dan pengkajian kompetensi, kesehatan fisik dan mental, perilaku, dan etika profesi; 3) evaluasi data pendidikan profesional kedokteran atau kedokteran gigi berkelanjutan; 4) wawancara terhadap pemohon kewenangan klinis; 5) penilaian dan keputusan kewenangan klinis yang adekuat; 6) pelaporan hasil penilaian kredensial dan menyampaikan rekomendasi

kewenangan klinis kepada komite medik; 7) pelaksanaan proses rekredensial pada saat berakhirnya masa berlaku surat penugasan klinis dan adanya permintaan dari komite medik; dan 8) rekomendasi kewenangan klinis dan penerbitan surat penugasan klinis.

Dalam melaksanakan tugas memelihara mutu profesi staf medis, Komite Medis menyelenggarakan fungsi: 1) pelaksanaan audit medis; 2) rekomendasi pertemuan ilmiah internal dalam rangka pendidikan berkelanjutan bagi staf medis; 3) rekomendasi kegiatan eksternal dalam rangka pendidikan berkelanjutan bagi staf medis rumah sakit tersebut; dan 4) rekomendasi proses pendampingan (*proctoring*) bagi staf medis yang membutuhkan.

Dalam melaksanakan tugas menjaga disiplin, etika, dan perilaku profesi staf medis, Komite Medis menyelenggarakan fungsi: 1) pembinaan etika dan disiplin profesi kedokteran; 2) pemeriksaan staf medis yang diduga melakukan pelanggaran disiplin; 3) rekomendasi pendisiplinan pelaku profesional di rumah sakit; dan 4) pemberian nasehat atau pertimbangan dalam pengambilan keputusan etis pada asuhan medis pasien.

Selain Komite Medis dapat dibentuk komite lain untuk penyelenggaraan fungsi tertentu di Rumah Sakit sesuai kebutuhan dan perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi dalam rangka meningkatkan mutu pelayanan dan keselamatan pasien. Komite lain dapat berupa komite: 1) keperawatan; 2) farmasi dan terapi; 3) pencegahan dan pengendalian infeksi; 4) pengendalian resistensi antimikroba; 5) etika dan hukum; 6) koordinasi pendidikan; dan 7) manajemen risiko dan keselamatan pasien.

g. Satuan pemeriksaan internal

Satuan pemeriksaan internal merupakan unsur organisasi yang bertugas melaksanakan pemeriksaan audit kinerja

internal rumah sakit. Satuan pemeriksaan internal berada di bawah dan bertanggung jawab kepada kepala Rumah Sakit atau direktur Rumah Sakit.

Dalam melaksanakan tugas, satuan pemeriksaan internal menyelenggarakan fungsi: 1) pemantauan dan evaluasi pelaksanaan manajemen risiko di unit kerja rumah sakit; 2) penilaian terhadap sistem pengendalian, pengelolaan, dan pemantauan efektifitas dan efisiensi sistem dan prosedur dalam bidang administrasi pelayanan, serta administrasi umum dan keuangan; 3) pelaksanaan tugas khusus dalam lingkup pengawasan intern yang ditugaskan oleh kepala Rumah Sakit atau direktur Rumah Sakit; 4) pemantauan pelaksanaan dan ketepatan pelaksanaan tindak lanjut atas laporan hasil audit; dan 5) pemberian konsultasi, advokasi, pembimbingan, dan pendampingan dalam pelaksanaan kegiatan operasional rumah sakit.

## 5. Perhitungan Indikator Mutu Pelayanan Rumah Sakit

Indikator-indikator pelayanan rumah sakit dapat dipakai untuk mengetahui tingkat pemanfaatan, mutu, dan efisiensi pelayanan rumah sakit. Indikator-indikator berikut bersumber dari sensus harian rawat inap (Depkes RI, 2005).

a. BOR (*Bed Occupancy Ratio* = Angka penggunaan tempat tidur)

Menurut Depkes RI (2005), BOR adalah prosentase pemakaian tempat tidur pada satuan waktu tertentu. Indikator ini memberikan gambaran tinggi rendahnya tingkat pemanfaatan tempat tidur rumah sakit. Nilai parameter BOR yang ideal adalah antara 60-85%.

Rumus :

$$\text{BOR} = \left[ \frac{\text{Jml hari perawatan rs}}{\text{Jml tempat tidur} \times \text{Jml hari dalam 1 periode}} \right] \times 100\%$$

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

AVLOS menurut Depkes RI (2005) adalah rata-rata lama rawat seorang pasien. Indikator ini disamping memberikan gambaran tingkat efisiensi, juga dapat memberikan gambaran mutu pelayanan, apabila diterapkan pada diagnosis tertentu dapat dijadikan hal yang perlu pengamatan yang lebih lanjut. Secara umum nilai AVLOS yang ideal antara 6-9 hari.

Rumus :

$$\text{AVLOS} = \frac{\text{Jml hari perawatan pasien keluar}}{\text{Jml pasien keluar (hidup dan mati)}}$$

- c. TOI (*Turn Over Interval* = Tenggang perputaran)

TOI menurut Depkes RI (2005) adalah rata-rata hari dimana tempat tidur tidak ditempati dari telah diisi ke saat terisi berikutnya. Indikator ini memberikan gambaran tingkat efisiensi penggunaan tempat tidur. Idealnya tempat tidur kosong tidak terisi pada kisaran 1-3 hari.

Rumus :

$$\text{TOI} = \frac{(\text{Jml Tempat Tidur} \times \text{Periode}) - \text{Hari Perawatan}}{\text{Jml Pasien Keluar (Hidup dan Mati)}}$$

- d. BTO (*Bed Turn Over* = Angka perputaran tempat tidur)

BTO menurut Depkes RI (2005) adalah frekuensi pemakaian tempat tidur pada satu periode, berapa kali tempat tidur dipakai dalam satu satuan waktu tertentu. Idealnya dalam satu tahun, satu tempat tidur rata-rata dipakai 40-50 kali.

Rumus :

$$\text{BTO} = \frac{\text{Jml Pasien Keluar (hidup dan mati)}}{\text{Jml Tempat Tidur}}$$

e. NDR (*Net Death Rate*)

NDR menurut Depkes RI (2005) adalah angka kematian 48 jam setelah dirawat untuk tiap-tiap 1000 penderita keluar. Indikator ini memberikan gambaran mutu pelayanan di rumah sakit.

Rumus :

$$\text{NDR} = \frac{\text{Jml Pasien Mati} > 48 \text{ jam}}{\text{Jml Pasien Keluar (Hidup dan mati)}} \times 1000\text{‰}$$

f. GDR (*Gross Death Rate*)

GDR menurut Depkes RI (2005) adalah angka kematian umum untuk setiap 1000 penderita keluar.

Rumus :

$$\text{GDR} = \frac{\text{Jml Pasien Mati Seluruhnya}}{\text{Jml Pasien Keluar (Hidup dan Mati)}} \times 1000\text{‰}$$

# BAB | PELAYANAN MEDIK

## III | DI RUMAH SAKIT

### 1. Rawat jalan

Rawat jalan adalah pelayanan medis kepada seorang pasien untuk tujuan pengamatan, diagnosis, pengobatan, rehabilitasi, dan pelayanan kesehatan lainnya, tanpa mengharuskan pasien tersebut dirawat inap. Keuntungannya, pasien tidak perlu mengeluarkan biaya untuk menginap.

Unit Rawat Jalan adalah bagian dari Rumah Sakit yang memberikan pelayanan berupa tindakan/perawatan dan pengobatan kepada pasien, serta melakukan pencatatan/perekaman kondisi pasien dan bertanggung jawab atas segala kegiatannya di rawat jalan.

Ciri-ciri unit rawat jalan :

- a. Melayani pasien baik pasien yang berobat maupun yang membutuhkan pelayanan kesehatan.
- b. Buka pada jam-jam tertentu
- c. Menentukan apakah pasien tersebut dapat dirujuk di sarana pelayanan kesehatan atau di rawat inap.
- d. Biasanya melayani pasien dalam jumlah banyak, oleh karena itu membutuhkan kartu tunggu agar pasien dapat antri
- e. Melayani pasien yang memiliki penyakit/ gangguan yang tidak mendesak.

Tugas pokok Unit rawat jalan :

- a. Menyiapkan segala peralatan dan perlengkapan yang dibutuhkan di Unit Rawat Jalan.
- b. Melakukan pencatatan pasien di buku register



- c. Memberikan pelayanan dan informasi medis serta pengobatan
- d. Melakukan pencatatan/ perekaman kondisi pasien di DRM rawat jalan dengan lengkap.
- e. Membuat dan menerima surat rujukan
- f. Membuat surat pengantar ke IPP (Instalasi Pemeriksaan Penunjang), URI (Unit Rawat Jalan) dan surat keterangan sehat (bila perlu).
- g. Membuat Sensus Harian Rawat Jalan (SHRJ).
- h. Menerima DRM rawat jalan dari TPPRJ dan mengirimkan ke bagian assembling dengan buku ekspedisi.
- i. Membuat *informed consent*, *visum et repertum* dan general consent (bila perlu).

Dokumen-dokumen yang harus ada di Unit Rawat Jalan :

- a. Surat perintah rawat inap (*Admission Note*)
- b. Sensus Harian Rawat Jalan (SHRJ)
- c. Dokumen Rekam Medis Rawat Jalan
- d. Buku register poliklinik
- e. Buku resep
- f. Surat Pengantar rujukan
- g. Surat Jawaban rujukan
- h. Surat Keterangan Sehat
- i. Surat Keterangan Kematian
- j. *Informed consent*
- k. Kartu tunggu pasien
- l. Buku ekspedisi rawat jalan
- m. Buku Catatan Tindakan rawat jalan
- n. Formulir pengantar pembayaran jasa pelayanan dan tindakan.

Informasi yang dihasilkan di unit rawat jalan :

- a. Identitas pasien

- b. Jumlah kunjungan pasien di Unit Rawat Jalan (per poliklinik), baik pasien lama dan baru.
- c. Jumlah pasien yang dirujuk, pasien rujukan dan jumlah pasien yang dirawat
- d. Jumlah pasien rawat jalan BPJS, asuransi maupun mandiri.
- e. Riwayat penyakit, anamnesis dan pemeriksaan fisik, diagnosa/ jenis penyakit, terapi (pengobatan) dan tindakan
- f. Penanggung jawab pasien (dokter dan perawat)
- g. Jumlah pembayaran jasa pelayanan medis dan tindakan dari pasien rawat jalan

## **2. Rawat inap**

Rawat inap adalah istilah yang berarti proses perangkapan pasien oleh tenaga kesehatan profesional akibat penyakit tertentu, di mana pasien diinapkan di suatu ruangan di rumah sakit. Ruang rawat inap adalah ruang tempat pasien dirawat. Ruangan ini dulunya sering hanya berupa bangsal yang dihuni oleh banyak orang sekaligus. Saat ini, ruang rawat inap di banyak rumah sakit sudah sangat mirip dengan kamar-kamar hotel. Pasien yang berobat jalan di Unit Rawat Jalan, akan mendapatkan surat rawat dari dokter yang merawatnya, bila pasien tersebut memerlukan perawatan di dalam rumah sakit, atau menginap di rumah sakit.

Unit Rawat Inap adalah bagian dari Rumah Sakit yang memberikan pelayanan berupa tindakan/ perawatan dan pengobatan kepada pasien, serta melakukan pencatatan/ perekaman kondisi pasien dan bertanggung jawab atas segala kegiatannya di Unit Rawat Inap.

Ciri-ciri unit rawat inap :

- a. Buka 24 jam
- b. Terdiri dari dua orang perawat jaga untuk tiap kelas.

- c. Melayani pasien yang di rawat inap termasuk memberikan perawatan dan pengobatan.

Tugas Pokok Unit Rawat Inap :

- a. Mempersiapkan peralatan dan perlengkapan yang dibutuhkan di Unit Rawat Inap (ruang perawat)
- b. Memberikan pengawasan, perawatan, dan pengobatan secara intensif kepada pasien
- c. Memberikan informasi kesehatan yang jelas dan transparan kepada pasien atau orang yang bertanggung jawab terhadap pasien dan kepada dokter penanggung jawab pasien.
- d. Melakukan pencatatan/perekaman kondisi pasien ke DRM Rawat Inap, dan rencana penatalaksanaan/ tindak lanjut pasien.
- e. Melakukan registrasi pasien ke dalam buku register
- f. Membuat surat pengantar rujukan, Instalasi Pemeriksaan Penunjang, surat keterangan sehat, *informed consent*, *visum et repertum* (bila perlu)
- g. Setiap ada mutasi pasien melaporkan ke TPPRI
- h. Membuat Sensus Harian Rawat Inap (SHRI)
- i. Melakukan kontrol pendapatan jasa pelayanan bersama dengan Kassa.

Dokumen-dokumen yang harus ada di Unit Rawat Inap :

- a. DRM rawat inap yang sesuai dengan jenis penyakitnya.
- b. Sensus Harian Rawat Inap (SHRI)
- c. *Informed consent*, surat-surat persetujuan, surat pengantar rujukan dan dirujuk, serta surat keterangan sehat.
- d. Formulir laporan penyakit menular
- e. Formulir laporan individual pasien
- f. Buku laporan perawatan
- g. Buku resep

- h. Buku register rawat inap
- i. Buku ekspedisi rawat inap
- j. Buku Catatan Tindakan rawat inap
- k. Formulir pengantar pembayaran jasa pelayanan dan tindakan rawat inap.

### 3. UGD

Unit Gawat Darurat (UGD) adalah salah satu bagian di rumah sakit yang menyediakan penanganan awal bagi pasien yang menderita sakit dan cedera, yang dapat mengancam kelangsungan hidupnya. Di UGD dapat ditemukan dokter dari berbagai spesialisasi bersama sejumlah perawat dan juga asisten dokter.

Saat tiba di UGD, pasien biasanya menjalani pemilahan terlebih dahulu, anamnesis untuk membantu menentukan sifat dan keparahan penyakitnya. Penderita yang terkena penyakit serius biasanya lebih sering mendapat *visite* oleh dokter daripada mereka yang penyakitnya tidak begitu parah. Setelah penaksiran dan penanganan awal, pasien bisa dirujuk ke RS, distabilkan dan dipindahkan ke RS lain karena berbagai alasan, atau dikeluarkan. Kebanyakan UGD buka 24 jam, meski pada malam hari jumlah staf yang ada di sana akan lebih sedikit.

Unit Rawat Darurat adalah bagian dari Rumah Sakit yang memberikan pelayanan berupa tindakan/perawatan dan pengobatan kepada pasien, serta melakukan pencatatan/perekaman kondisi pasien dan bertanggung jawab atas segala kegiatannya di Unit Gawat Darurat.

Ciri-ciri unit rawat Darurat :

- a. Buka 24 jam
- b. Terdiri dari minimal satu orang dokter jaga dan satu orang perawat yang harus ada di UGD

- c. Melayani pasien yang membutuhkan pertolongan yang bersifat segera dan mengancam nyawa.
- d. Terdapat obat dan alat kesehatan yang mencukupi dan dapat digunakan untuk merawat pasien yang membutuhkan pertolongan mendesak dan mengancam nyawa.

Tugas Pokok Unit Rawat Darurat :

- a. Mempersiapkan peralatan dan perlengkapan yang dibutuhkan di Unit Rawat Darurat.
- b. Menerima pasien dengan baik dan segera memberikan pertolongan/perawatan dengan cepat dan tepat.
- c. Melakukan perekaman/pencatatan kondisi pasien di DRM Gawat Darurat dengan lengkap.
- d. Menerima DRM Gawat Darurat dari TPPGD dan mengirimkan ke bagian *Assembling* dengan buku ekspedisi.
- e. Memberikan tindak lanjut atas pasien dengan cepat (bisa dirujuk, dirawat inap maupun rawat jalan).
- f. Membuat surat pengantar rawat inap (*Admission Note*), Instalasi Pemeriksaan Penunjang, rujukan, surat keterangan sehat dan surat kematian (bila perlu)
- g. Melakukan registrasi di Buku Register Rawat Darurat
- h. Membuat Sensus Harian Rawat Darurat (SHRD)

Dokumen-dokumen yang harus ada di Unit Gawat Darurat :

- a. Surat Perintah Rawat Inap (*Admission Note*)
- b. Sensus Harian Rawat Darurat
- c. DRM Rawat Darurat
- d. Buku register rawat darurat
- e. Buku resep
- f. Surat pengantar rujukan
- g. Surat jawaban rujukan
- h. Surat keterangan sehat

- i. Surat keterangan kematian
- j. Informed consent
- k. Buku ekspedisi rawat darurat
- l. Buku Catatan Tindakan rawat darurat
- m. Formulir pengantar pembayaran jasa pelayanan dan tindakan.

#### **4. Kamar tindakan**

kamar operasi adalah bagian dari sebuah pelayanan rumah sakit yang diperlukan untuk memberikan sarana dan prasarana tindakan bedah

#### **5. ICU/HCU**

ICU (*Intensive Care Unit*) adalah ruang khusus untuk pasien krisis yang memerlukan perawatan intensif dan observasi berkelanjutan. HCU (*High Care Unit*) adalah ruang perawatan pasien ICU yang dianggap sudah menunjukkan perbaikan tetapi masih dalam pengawasan ketat.

# BAB | PELAYANAN PENUNJANG MEDIK

## IV | DI RUMAH SAKIT

### 1. Rekam Medik

Penyelenggaraan pelayanan rekam medis adalah merupakan proses kegiatan yang dimulai pada saat diterimanya pasien di rumah sakit, diteruskan kegiatan pencatatan data medik pasien selama pasien itu mendapat pelayanan medik di rumah sakit. Dan dilanjutkan dengan penanganan berkas rekam medis yang meliputi penyelenggaraan penyimpanan serta pengeluaran berkas dari tempat penyimpanan untuk melayani permintaan / peminjaman apabila dari pasien atau untuk keperluan lainnya.

### 2. Laboratorium

Instalasi laboratorium adalah salah satu instalasi di rumah sakit yang merupakan pelayanan penunjang yang bertujuan :

- a. Membantu diagnose suatu penyakit sehingga dokter dapat menangani suatu penyakit dengan tepat, cepat, dan akurat.
- b. Menentukan resiko terhadap suatu penyakit dengan harapan suatu penyakit dapat terdeteksi secara dini.
- c. Menentukan prognosis/perjalanan penyakit sehingga dapat digunakan sebagai pemantau perkembangan dan keberhasilan pengobatan suatu penyakit.

### 3. Apotek/Farmasi

Instalasi Farmasi Rumah Sakit adalah bagian yang tidak terpisahkan dari sistem pelayanan kesehatan Rumah Sakit yang utuh dan berorientasi kepada pelayanan pasien, penyediaan obat yang bermutu, termasuk pelayanan farmasi klinik yang terjangkau bagi semua lapisan masyarakat.

Instalasi Farmasi memberikan pelayanan yang profesional, bermutu, berorientasi kepada pelanggan, terjangkau hingga memuaskan pelanggan. Jenis pelayanan :

- a. Pelayanan Farmasi Rawat Jalan
- b. Pelayanan Farmasi Rawat Inap
- c. Pelayanan Farmasi IGD
- d. Pelayanan Informasi Obat (PIO) dan Konseling Obat

Tindakan pencegahan obat palsu di rumah sakit, antara lain (Pahlemy, 2016):

- a. Penerapan sistem satu pintu dalam pengadaan Sediaan Farmasi : oleh IFRS
- b. Pengadaan Sediaan Farmasi mengikut ketentuan yang berlaku
- c. Apoteker harus terlibat dan bertanggung jawab mulai dari perencanaan, pengadaan sd distribusi obat dan vaksin.
- d. Melakukan Evaluasi Terhadap Pemasok Sediaan Farmasi

#### **4. Radiologi**

Instalasi Radiologi adalah salah satu instalasi pehnujng medis di suatu rumah sakit. Keberadaan instalasi radiologi ini mempunyai peranan yang sangat penting dalam membantu menegakkan diagnosa. Radiologi memberikan gambaran anatomi tubuh yang ditampilkan dalam film radiografi (Kemenkes RI, 2008).

#### **5. Gizi**

Instalasi gizi merupakan bagian dari rumah sakit yang bertugas melayani kebutuhan makan dan minum khususnya bagi pasien rawat inap juga untuk karyawan rumah sakit. Instalasi Gizi sangat identik dengan dapur jadi sering awam beranggapan bahwa dapur itu tempat yang kotor dan jorok, namun sebenarnya tidaklah demikian. Dapur merupakan tempat memproses bahan makanan mentah menjadi makanan siap saji, dimana ditempat



tersebut dibutuhkan alat-alat yang memadai serta didukung oleh sumber daya manusia yang terampil dan cekatan.

Dapur rumah sakit bukan hanya sekedar dapur, karena didalamnya memproses menu yang dibutuhkan oleh pasien yang juga menunjang kesembuhan pasien. Instalasi Gizi sangat menunjang proses kesembuhan, karena pasien sangat memerlukan asupan gizi selama menjalani rawat inap. Diharapkan Bagian Instalasi Gizi bisa menyajikan makanan atau minuman yang sehat, bersih, bergizi dan menarik.

## **6. Rehab Medik**

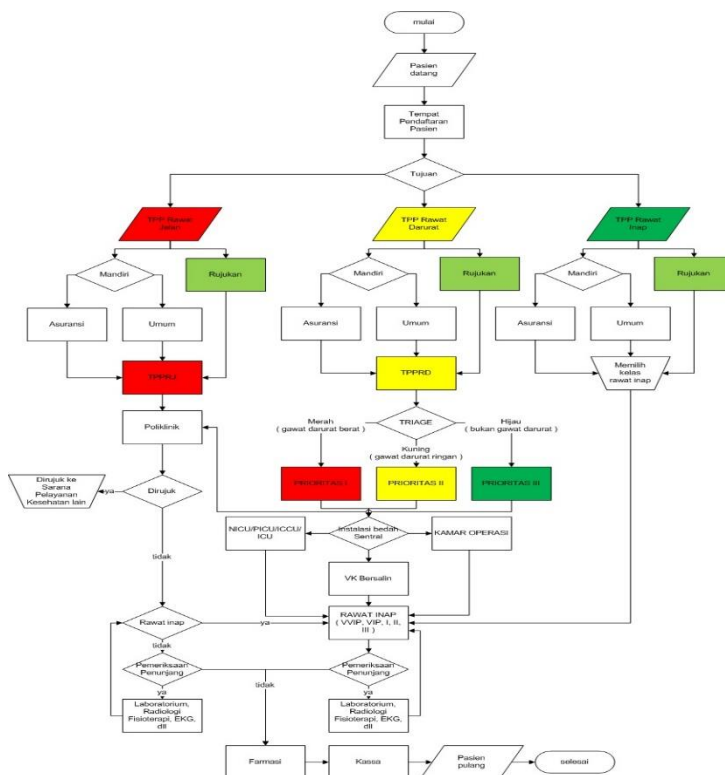
Pelayanan rehabilitasi medik adalah pelayanan kesehatan terhadap gangguan fisik dan fungsi yang diakibatkan oleh keadaan kondisi sakit, penyakit, atau cedera melalui paduan intervensi medik, keterampilan fisik dan atau rehabilitatif untuk mencapai kemampuan fungsi yang optimal. Tujuan dari adanya pelayanan rehabilitasi medik di rumah sakit ini adalah :

- a. Agar dapat mengatasi keadaan/kondisi sakit melalui intervensi medik, keterampilan fisik, keteknisian medik dan tenaga lain yang terkait.
- b. Mencegah komplikasi tirah baring dan atau penyakitnya yang mungkin membawa dampak kecacatan.
- c. Memaksimalkan kemampuan fungsi, meningkatkan aktifitas dan partisipasi pada difabel.
- d. Mempertahankan kualitas hidup atau mengupayakan kehidupan yang berkualitas.

# BAB | ALUR PROSES UNIT-UNIT V | RUMAH SAKIT

## 1. Alur Pelayanan Pasien di Rumah Sakit

Penerimaan pasien yang akan berkunjung ke poliklinik, unit rawat jalan, unit gawat darurat, ataupun yang akan dirawat adalah bagian dari sistem prosedur pelayanan rumah sakit. Pelayanan kesehatan di Rumah Sakit harus memiliki alur yang jelas sehingga bisa diukur dan ditelusur jika terjadi *error*. Alur pelayanan pasien di rumah sakit secara umum dapat dilihat pada Gambar 5.1.

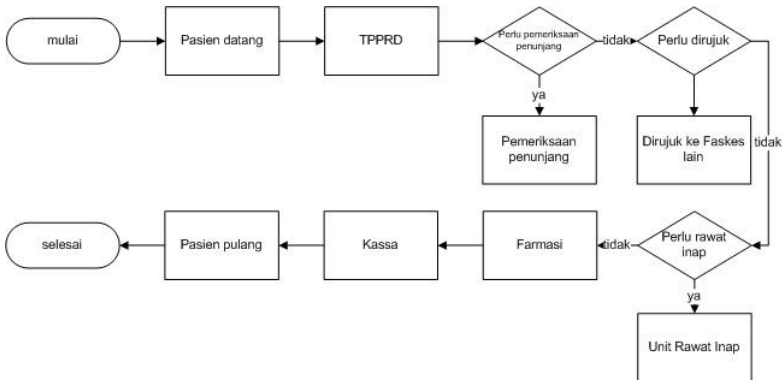


Gambar 5.1 Alur Pasien di Rumah Sakit

## 2. Alur Pelayanan Pasien Rawat Darurat di Rumah Sakit

Rumah Sakit dapat berfungsi sebagai tempat pelayanan akhir dalam penanganan Pasien sesuai dengan kemampuannya. Oleh karena itu sarana, prasarana, dan sumber daya Instalasi Gawat Darurat (IGD) harus memadai, sehingga mampu menanggulangi Pasien (*to save life and limb*) (PMK No. 47, 2018).

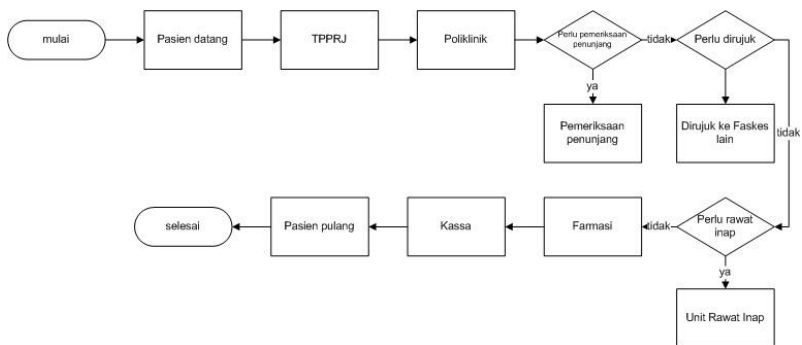
IGD berfungsi menerima, menstabilkan dan mengatur Pasien yang membutuhkan penanganan kegawatdaruratan segera, baik dalam kondisi sehari-hari maupun bencana. Alur pelayanan pasien rawat darurat di rumah sakit dapat dilihat pada Gambar 5.2.



**Gambar 5.2 Alur Pasien Rawat Darurat di Rumah Sakit**

## 3. Alur Pelayanan Unit Rawat Jalan di Rumah Sakit

Alur pelayanan unit rawat jalan di rumah sakit merupakan alur yang dibuat untuk mempermudah dalam penanganan dan pelayanan pasien di poliklinik. Alur pelayanan unit rawat jalan di rumah sakit ditujukan agar pasien dapat memperoleh pengobatan dan perawatan yang lebih sempurna. Alur pelayanan pasien rawat jalan di rumah sakit dapat dilihat pada Gambar 5.3.



**Gambar 5.3 Alur Pasien Rawat Jalan di RS**

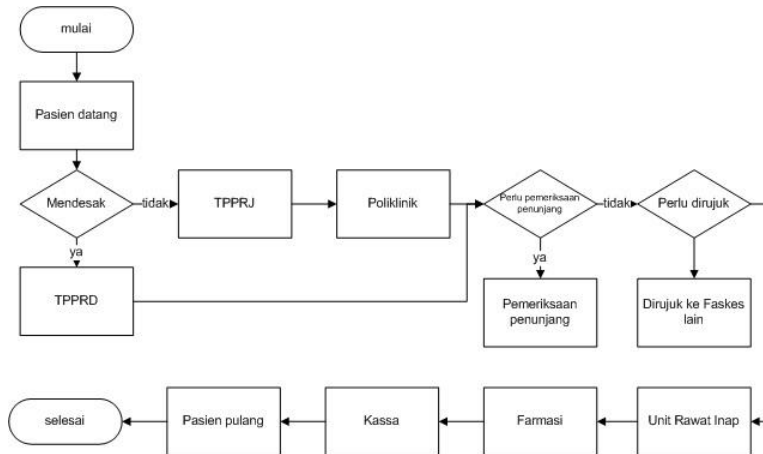
#### **4. Alur Pelayanan Unit Rawat Inap di Rumah Sakit**

Arus pelayanan pasien rawat inap dimulai dari pelayanan pasien masuk di bagian penerimaan pasien, pelayanan ruang perawatan (pelayanan tenaga medis, pelayanan tenaga perawat, lingkungan langsung, penyediaan peralatan medis/ non medis, pelayanan makanan/gizi), dilanjutkan pelayanan administrasi dan keuangan, terakhir pelayanan pasien pulang (Dewi, 2015).

Setiap pasien yang mendapatkan pelayanan admisi di rumah sakit, khususnya pasien rawat inap akan menjalani beberapa tahap yaitu:

- a. Tahap Pra Admisi (*pre admission*), pada tahap ini pasien harus jelas dulu apakah masuk dari unit rawat jalan atau gawat darurat dan harus berdasarkan keputusan dokter.
- b. Tahap Admisi (*electif admission*) yaitu perencanaan, bagian ini bertanggung jawab dalam pendaftaran pra penerimaan pasien, penerimaan pasien dan dalam penentuan ruang perawatan. Tata cara penerimaan pasien yang disebut *admitting procedure* harus wajar sesuai dengan keperluannya.
- c. Tahap Pembayaran, baik itu secara langsung maupun dengan jaminan asuransi dll.

Alur pelayanan pasien rawat inap di rumah sakit dapat dilihat pada Gambar 5.3.



**Gambar 5.4 Alur Pasien Rawat Inap di RS**

# BAB | SISTEM INFORMASI MANAJEMEN

## VI | RUMAH SAKIT (SIM-RS)

### 1. Pengertian Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit (SIM-RS)

Sistem adalah suatu kesatuan yang utuh dan terdiri dari berbagai faktor yang berhubungan atau diperkirakan berhubungan serta satu sama lain saling mempengaruhi, yang kesemuanya dengan sadar dipersiapkan untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan. Menurut WHO (World Health Organization), Informasi adalah hasil analisis, manipulasi dan presentasi data untuk mendukung proses pengambilan keputusan. Berguna atau tidaknya suatu informasi bergantung pada tujuan penerima informasi, ketelitian dan Informasi adalah hasil analisis, manipulasi dan presentasi data untuk penyampaian dan pengolahan data, waktu, ruang atau tempat, pada waktu yang tepat dan dalam bentuk yang tepat (Setyawan, 2016).

Sistem Informasi Rumah Sakit (SIRS) adalah suatu proses pengumpulan, pengolahan dan penyajian data rumah sakit se-Indonesia. Sistem informasi ini mencakup semua Rumah Sakit umum maupun khusus, baik yang dikelola secara publik maupun privat sebagaimana diatur dalam Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit (Kemenkes RI, 2011)

SIMRS atau Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit adalah sebuah Sistem Informasi Terpadu yang digunakan untuk melaksanakan segala bentuk kegiatan maupun transaksi yang terjadi di Rumah Sakit untuk meningkatkan kualitas Pelayanan dan memudahkan Manajemen Rumah Sakit dalam berbagai rutinitas transaksi yang dilaksanakan.

SIMRS diajukan untuk dapat diaplikasikan dan memenuhi kebutuhan Rumah Sakit yang dirancang berdasarkan System Framework Standard dibanyak perusahaan/organisasi International. Dengan pengalaman yang kami miliki diharapkan dapat memberikan solusi sesuai harapan Rumah Sakit.

Institusi rumah sakit selalu mendapat tekanan untuk dapat memperbaiki pelayanan medis, mengurangi kesalahan medis, menyediakan akses informasi yang tepat waktu, dan pada saat yang sama harus bisa memonitor aktifitas pelayanan serta mengendalikan biaya operasional. Untuk dapat memenuhi tuntutan ini, rumah sakit harus memiliki sistem informasi manajemen (SIM) terintegrasi yang bisa sharing informasi real-time, tepat dan akurat.

Sistem informasi manajemen ini tidak bisa berjalan secara otomatis apabila tidak didukung sistem perangkat lunak (*software system*) atau sistem enterprise (*enterprise software*) yang sudah tertanam dalam server rumah sakit tersebut.

Menurut badan dunia WHO, sistem informasi adalah suatu sistem yang menyediakan informasi untuk proses pengambilan keputusan di setiap level dalam sebuah organisasi; dan sistem informasi rumah sakit (SIRS) adalah suatu sistem yang mengintegrasikan pengumpulan data, pemrosesan, pelaporan, dan penggunaan informasi yang diperlukan untuk meningkatkan efisiensi dan efektifitas pelayanan kesehatan melalui manajemen yang lebih baik di berbagai level pelayanan kesehatan; sedangkan sistem informasi manajemen rumah sakit (SIMRS) adalah sebuah sistem informasi yang khusus didisain untuk membantu manajemen dan perencanaan program kesehatan (Setyawan, 2016).

Pengelolaan data Rumah Sakit sesungguhnya cukup besar dan kompleks, baik data medis pasien maupun data-data administrasi yang dimiliki oleh rumah Sakit sehingga bila dikelola

secara konvensional tanpa bantuan SIMRS akan mengakibatkan beberapa hal berikut (Handiwidjojo, 2009):

- a. Redudansi Data, pencatatan data medis yang sama dapat terjadi berulang-ulang sehingga menyebabkan duplikasi data dan ini berakibat membengkaknya kapasitas penyimpanan data. Pelayanan menjadi lambat karena proses retrieving (pengambilan ulang) data lambat akibat banyaknya tumpukan berkas.
- b. Unintegrated Data, penyimpanan dan pengelolaan data yang tidak terintegrasi menyebabkan data tidak sinkron, informasi pada masing-masing bagian mempunyai asumsi yang berbeda-beda sesuai dengan kebutuhan masing-masing unit /Instalasi.
- c. Out of date Information, dikarenakan dalam penyusunan informasi harus direkap secara manual maka penyajian informasi menjadi terlambat dan kurang dapat dipercaya kebenarannya
- d. Human Error, kelemahan manusia adalah kelelahan, ketelitian dan kejenuhan hal ini berakibat sering terjadi kesalahan dalam proses pencatatan dan pengolahan data yang dilakukan secara manual terlebih lagi jika jumlah data yang dicatat atau di olah sangatlah besar. Pemasukan data yang tidak sinkron untuk pasien atau barang yang sama tentu saja akan meyulitkan pengolahan data dan tidak jarang berdampak pada kerugian materi yang tidak sedikit bagi rumah sakit.

Dengan bantuan SIMRS kelemahan diatas dapat di kurangi bahkan dihindari. SIMRS membuat fungsi dari bagian perawatan lebih dikonsentrasikan pada pelayanan perawatan/jasa medis secara profesional, fungsi penagihan dilakukan oleh bagian keuangan sedangkan pemberian potongan menjadi wewenang direksi (Handiwidjojo, 2009).



## **2. Tugas Tim Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit (SIM-RS)**

Tim sistem informasi manajemen rumah sakit (SIMRS) memiliki tugas, antara lain:

- a. Menentukan spesifikasi aplikasi yang diinginkan yaitu output atau laporan yang diinginkan. Selain itu proses pemasukan data yang diinginkan
- b. Memberikan data yang berkaitan dengan spesifikasi aplikasi
- c. Memberikan feedback yang cepat dan akurat kepada pengembang

## **3. Kendala Implementasi Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit (SIM-RS)**

Beberapa kendala implementasi Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit (SIM-RS) antara lain:

- a. Ketidaksiapan rumah sakit dalam menerapkan sistem informasi yang terintegrasi dan berbasis komputer
- b. Penyajian data yang belum semua menjadi data elektronik yang akan memudahkan pada proses migrasi data
- c. Komitmen yang dilaksanakan secara bersamaan dan menyeluruh sehingga menimbulkan kekacauan
- d. Koordinasi antar unit bagian yang terkesan mementingkan unit masing-masing
- e. Berubah-ubahnya kebijakan
- f. Mengubah pola kerja yang sudah terbiasa manual ke komputerisasi
- g. Pemahaman yang belum merata antara SDM terkait

# BAB VII | MEDIKOLEGAL, RAHASIA MEDIS DAN INFORMED CONCENT

## 1. Medikolegal

### a. Pengertian Medikolegal

Medikolegal adalah bidang interdisipliner antara ilmu kesehatan/kedokteran dengan ilmu hukum. Pelayanan medikolegal adalah bentuk pelayanan kesehatan yang dilakukan oleh tenaga medis dengan menggunakan ilmu dan teknologi kedokteran atas dasar kewenangan yang dimiliki untuk kepentingan hukum dan untuk melaksanakan peraturan yang berlaku.

### b. Aspek Medikolegal

Jaminan bahwa pelayanan medik yang diberikan dengan cara dan mutu yang dapat dipertanggung jawabkan Sistem dan prosedur menjamin hak dan kewajiban serta menjamin tindakan yang dilaksanakan di rumah sakit dapat diadakan evaluasinya

### c. Pelayanan Medikolegal di RS

Mencakup 2 hal yaitu:

- 1) Kepemilikan dan pengoperasian rumah sakit
- 2) Proses pekerjaan yang menjadi fungsi pokok rumah sakit yaitu tempat untuk upaya penyembuhan

### d. Surat Keterangan Medis

Surat Keterangan Medis merupakan surat keterangan yang dibuat untuk diberikan kepada pihak ketiga, harus ada persetujuan dari pihak kedua (pasien), dan harus mengikuti aturan umum dilingkup profesi pihak pertama (dokter). Surat Keterangan Medis, antara lain:

- 1) surat keterangan kelahiran

- 2) Surat keterangan sehat
- 3) Surat keterangan sakit
- 4) Surat keterangan medik pengujian kesehatan
- 5) Surat keterangan bebas narkoba
- 6) Surat keterangan bebas penyakit tertentu
- 7) Surat keterangan kegadisan
- 8) Surat kematian
- 9) Surat keterangan untuk asuransi
- 10) Surat keterangan untuk melanjutkan pengobatan (konsul)

## 2. Rahasia Medis

### a. Pengertian Rahasia Medis

Yang dimaksud dengan rahasia kedokteran ialah segala sesuatu yang diketahui oleh orang-orang tersebut dalam pasal 3 pada waktu atau selama melakukan pekerjaannya dalam lapangan kedokteran.

Dengan kata-kata "segala sesuatu yang diketahui", dimaksud : Segala fakta yang didapat dalam pemeriksaan penderita interpretasinya untuk menegakkan diagnose dan melakukan pengobatan: dari anamnese pemeriksaan jasmaniah pemeriksaan dengan alat-alat kedokteran dan sebagainya. Juga termasuk fakta yang dikumpulkan oleh pembantu-pembantunya. Seorang ahli obat dan mereka yang bekerja dalam apotik harus pula merahasiakan obat dan khasiatnya yang diberikan dokter kepada pasiennya. Merahasiakan resep-dokter adalah sesuatu yang penting dari etik : pejabat yang bekerja dalam Apotik

### b. Landasan Etika dan Hukum

#### 1) Landasan Etika

##### a) *Declaration of Geneve*

*"I will respect the secrets which are confided in me, even after the patient has died"*

- b) *International Code of Medical Ethics (1968)*  
*“A doctor shall preserve absolute secrecy on all he knows about his patients because the confidence entrusted in him”*
  - c) *Declaration of Lisbon (1981)*  
*“The patient has the right to expect that his physician will respect the confidential nature of all his medical and personal details”*
  - d) Sumpah Dokter
  - e) Kode Etik Kedokteran Indonesia
- 2) Landasan Hukum
- a) UU No. 36 Tahun 2009 Tentang Kesehatan; Pasal 57
  - b) UU No. 29 Tahun 2004 Tentang Praktik Kedokteran; Pasal 48
  - c) Peraturan Pemerintah No. 10 Tahun 1966 tentang Wajib Simpan Rahasia Kedokteran
  - d) Permenkes No. 1419/MENKES/PER/X/2005 Tentang Penyelenggaraan Praktik Dokter dan Dokter Gigi; Pasal 18
  - e) Permenkes No. 269/MENKES/PER/III/2008 Tentang Rekam Medis; Pasal 10
- c. Sanksi
- KUHP Pasal 322:
- 1) Barang siapa dengan sengaja membuka rahasia yang wajib disimpannya karena jabatan atau pencariannya, baik yang sekarang maupun yang dahulu, diancam dengan pidana penjara paling lama sembilan bulan atau pidana denda paling banyak sembilan ribu rupiah.
  - 2) Jika kejahatan dilakukan terhadap seseorang tertentu, maka perbuatan itu hanya dapat dituntut atas pengaduan orang itu

### **3. *Informed Consent***

#### **a. Pengertian *Informed Consent***

*Informed consent* adalah suatu proses yang menunjukkan komunikasi yang efektif antara dokter dengan pasien, dan bertemunya pemikiran tentang apa yang akan dan apa yang tidak akan dilakukan terhadap pasien

#### **b. Landasan Hukum *Informed Consent***

- 1) Fatwa PB IDI melalui SK PB-IDI No. 319/PB/A.4/88 pada tahun 1988
- 2) Permenkes No. 290/MENKES/PER/III/2008 tahun 2008
- 3) UU No. 29 Tahun 2004 Tentang Praktek Kedokteran
- 4) KUH Perdata Pasal 1338
- 5) Peraturan Pemerintah No. 32 Tahun 1996 Tentang Tenaga Kesehatan

#### **c. Fungsi *Informed Consent***

- 1) Penghormatan terhadap harkat dan martabat pasien selaku manusia dalam menentukan nasibnya sendiri
- 2) Untuk mendorong dokter melakukan kehati-hatian dalam mengobati pasien
- 3) Secara tidak langsung merupakan pemberian ijin oleh pasien pada dokter untuk melakukan tindakan medis
- 4) Merupakan Risk Transfer

#### **d. Penerapan *Informed Consent***

- 1) Dalam kasus-kasus yang menyangkut dengan pembedahan / operasi
- 2) Dalam kasus-kasus yang menyangkut dengan pengobatan yang memakai teknologi baru yang sepenuhnya belum dipahami efek sampingnya
- 3) Dalam kasus-kasus yang memakai terapi atau obat yang kemungkinan banyak efek samping, seperti terapi dengan sinar laser, dll.
- 4) Dalam kasus-kasus penolakan pasien

- 5) Dalam kasus-kasus dimana di samping mengobati, dokter juga melakukan riset dan eksperimen dengan berobjek pasien
- e. Jenis *Informed Consent*
- 1) Dinyatakan
    - a) Tertulis
    - b) Lisan
  - 2) Tidak Dinyatakan
    - a) Tindakan Pasien
    - b) Aturan Hukum pada situasi tertentu (keawat daruratan)
- f. Prosedur *Informed Consent*

Secara sederhana terdapat empat langkah praktis untuk melakukan *informed consent*, dimulai pada saat dokter memberikan informasi kepada pasien, dan diakhiri sewaktu pasien telah memberikan consent kepada dokter. Empat langkah tersebut yaitu:

1) *Communication*

Komunikasi dengan pasien. Komunikasi yang dilakukan adalah yang bisa memberi pencerahan kepada pasien, yang etis dimana tidak melanggar etika-etika medis. Penggunaan bahasa komunikasi pun bertujuan agar pasien dapat memahaminya, sehingga dokter harus menjelaskan dengan bahasa yang dapat dimengerti oleh pasien.

2) *Condition*

Dalam hal ini dokter secara langsung harus memahami bagaimana kondisi klinis dan kompetensi dari pasien pada saat dokter memberikan informasi tersebut. Jika yang dihadapi pasien dewasa yang sadar dan kompeten, tentu *informed consent* harus terjadi pada dokter dan pasien. Tetapi untuk pasien anak-anak dan pasien yang tidak

kompeten maka *consent* diberikan pada pihak ketiga, boleh orang tua, wali atau orang yang dikuasakan. Menurut hukum pasien yang tidak kompeten yaitu orang yang tidak sadar, keterbelakangan mental, pikun dan sebagainya.

3) *Clarification*

Dokter juga harus memberikan *clarification* (penjelasan). Minimal pasien harus tahu mengapa perlu dilakukan tindakan medis, apa saja komplikasinya, bagaimana prosedur tindakan medis yang akan dilakukan, dan seberapa besar keberhasilannya. Pasien/keluarganya harus mendapatkan masalah-masalah ini dengan jelas. Bila diperlukan, seorang dokter boleh memberikan *second opinion* pada dokter lain sesuai dengan kompetensi dokter tersebut. Dari hasil klarifikasi ini diharapkan pemahaman pasien/keluarga akan semakin tercerahkan (*enlightened*).

4) Mendapatkan *consent* dari pasien/keluarga. Dengan pemahaman yang diperoleh setelah mendapatkan klarifikasi, pasien dapat mengambil keputusan untuk mengabdikan tindakan medis. *Consent* ini harus murni benar-benar terjadi karena kesadaran dari pasien.

g. Pemberian Informasi

Dalam pemberian informed consent penjelasan lebih penting dari pada penandatanganan. Hal ini disebabkan karena seseorang tidak akan menyetujui suatu tindakan yang tidak diketahui terlebih dahulu dan secara yuridis persetujuan tanpa informasi adalah tidak sah (Hendrik, 2009).

Mengingat dalam suatu informed consent unsur informasi adalah hal yang penting dan merupakan yang paling utama, maka setiap penyampaian informasi harus diukur pada sejauh mana pemahaman pasien terhadap informasi tersebut. Pemberian informasi tersebut harus diberikan oleh tenaga kesehatan yang terlibat dalam perawatan yang akan dilakukan

terhadap pasien, hal ini bukan semata-mata suatu kewajiban bagi tenaga kesehatan yang terlibat tetapi juga karena merupakan hak pasien untuk mendapatkan informasi.

Hasil yang diharapkan pasien dapat memberikan hak otonominya yang lebih besar dan tenaga kesehatan profesional dapat memperluas dan meningkatkan pengetahuan terhadap pasien untuk menghilangkan kekhawatirannya karena pemberian informasi yang salah.

h. Pemberian Persetujuan

Jika pasien sudah dewasa (sudah berumur 21 tahun atau sudah pernah menikah) dan sehat akalnya maka yang berhak memberikan persetujuan adalah pasien yang bersangkutan. Jika pasien belum dewasa atau tidak sehat akalnya maka yang berhak adalah orang tuanya atau walinya sebab mereka dianggap tidak cakap untuk melakukan perbuatan hukum

i. Kondisi Gawat Darurat

- 1) Tidak ada kesempatan lagi untuk meminta informed consent
- 2) Tidak ada waktu lagi untuk menunda-nunda
- 3) Suatu tindakan harus segera diambil
- 4) Untuk menyelamatkan jiwa pasien atau anggota tubuhnya (*life or limb saving*)
- 5) Permenkes No. 290 tahun 2008 pasal 4

j. Penolakan

Pasien atau keluarga berhak menolak usul tindakan medis. Disebut sebagai *informed refusal*. Diatur dalam Permenkes No. 290 Tahun 2008 Pasal 16

k. Ketentuan Sanksi

KUHP pasal 351

- 1) "Penganiayaan diancam dengan pidana penjara paling lama dua tahun delapan bulan atau pidana denda paling banyak empat ribu lima ratus rupiah."



- 2) “Jika perbuatan mengakibatkan luka-luka berat, yang bersalah diancam dengan pidana penjara paling lama lima tahun.”
- 3) “Jika mengakibatkan mati, diancam dengan pidana penjara paling lama tujuh tahun.”

# BAB | PATIENT VIII | SAFETY

## 1. Pengertian *Patient Safety*

Keselamatan pasien (*patient safety*) adalah suatu sistem dimana rumah sakit membuat asuhan pasien lebih aman, mencegah terjadinya cedera yang disebabkan oleh kesalahan akibat melaksanakan suatu tindakan atau tidak mengambil tindakan yang seharusnya diambil. Sistem tersebut meliputi pengenalan resiko, identifikasi dan pengelolaan hal yang berhubungan dengan resiko pasien, pelaporan dan analisis insiden, kemampuan belajar dari insiden, tindak lanjut dan implementasi solusi untuk meminimalkan resiko.

Tujuan Sistem Keselamatan Pasien rumah Sakit adalah:

- a. Terciptanya budaya keselamatan pasien di rumah Sakit
- b. Meningkatnya akuntabilitas rumah Sakit terhadap pasien dan masyarakat
- c. Menurunnya KTD di rumah Sakit

## 2. Aspek Hukum *Patient Safety*

Undang-Undang yang mengatur:

- a. Keselamatan pasien sebagai isu hukum
- b. Tanggung jawab hukum rumah sakit
- c. Hak pasien
- d. Kebijakan yang mendukung keselamatan pasien

## 3. Implementasi *Patient Safety*

- a. Sembilan solusi keselamatan Pasien di rumah sakit (WHO *Collaborating Centre for Patient Safety*, 2 May 2007), yaitu:

- 1) Perhatikan nama obat, rupa dan ucapan mirip (*look-alike, sound-alike medication names*)
  - 2) Pastikan identifikasi pasien
  - 3) Komunikasi secara benar saat serah terima pasien
  - 4) Pastikan tindakan yang benar pada sisi tubuh yang benar
  - 5) Kendalikan cairan elektrolit pekat
  - 6) Pastikan akurasi pemberian obat pada pengalihan pelayanan
  - 7) Hindari salah kateter dan salah sambung slang
  - 8) Gunakan alat injeksi sekali pakai
  - 9) Tingkatkan kebersihan tangan untuk pencegahan infeksi nosokomial.
- b. Tujuh Standar Keselamatan Pasien (mengacu pada “*Hospital Patient Safety Standards*” yang dikeluarkan oleh *Joint Commision on Accreditation of Health Organizations*, Illinois, USA, tahun 2002), yaitu:
- 1) Hak pasien  
Standarnya adalah
    - a) Pasien dan keluarganya mempunyai hak untuk mendapatkan informasi tentang rencana dan hasil pelayanan termasuk kemungkinan terjadinya KTD (Kejadian Tidak Diharapkan).Kriterianya adalah
    - a) Harus ada dokter penanggung jawab pelayanan
    - b) Dokter penanggung jawab pelayanan wajib membuat rencana pelayanan
    - c) Dokter penanggung jawab pelayanan wajib memberikan penjelasan yang jelas dan benar kepada pasien dan keluarga tentang rencana dan hasil pelayanan, pengobatan atau prosedur untuk pasien termasuk kemungkinan terjadinya KTD

2) Mendidik pasien dan keluarga

Standarnya adalah

- a) Rumah sakit harus mendidik pasien dan keluarganya tentang kewajiban dan tanggung jawab pasien dalam asuhan pasien.

Kriterianya adalah:

Keselamatan dalam pemberian pelayanan dapat ditingkatkan dengan keterlibatan pasien adalah partner dalam proses pelayanan. Karena itu, di rumah sakit harus ada sistem dan mekanisme mendidik pasien dan keluarganya tentang kewajiban dan tanggung jawab pasien dalam asuhan pasien. Dengan pendidikan tersebut diharapkan pasien dan keluarga dapat:

- a) Memberikan informasi yang benar, jelas, lengkap dan jujur
  - b) Mengetahui kewajiban dan tanggung jawab
  - c) Mengajukan pertanyaan untuk hal yang tidak dimengerti
  - d) Memahami dan menerima konsekuensi pelayanan
  - e) Mematuhi instruksi dan menghormati peraturan rumah sakit
  - f) Memperlihatkan sikap menghormati dan tenggang rasa
  - g) Memenuhi kewajiban finansial yang disepakati
- 3) Keselamatan pasien dan kesinambungan pelayanan

Standarnya adalah:

- a) Rumah sakit menjamin kesinambungan pelayanan dan menjamin koordinasi antar tenaga dan antar unit pelayanan.

Kriterianya adalah:

- a) koordinasi pelayanan secara menyeluruh
- b) koordinasi pelayanan disesuaikan kebutuhan pasien dan kelayakan sumber daya

- c) koordinasi pelayanan mencakup peningkatan komunikasi
  - d) komunikasi dan transfer informasi antar profesi kesehatan
- 4) Penggunaan metode-metode peningkatan kinerja untuk melakukan evaluasi dan program peningkatan keselamatan pasien

Standarnya adalah:

- a) Rumah sakit harus men-*design* proses baru atau memperbaiki proses yang ada, memonitor dan mengevaluasi kinerja melalui pengumpulan data, menganalisis secara intensif KTD, serta melakukan perubahan untuk meningkatkan kinerja serta *patient safety*.

Kriterianya adalah:

- a) Setiap rumah sakit harus melakukan proses perancangan (*design*) yang baik, sesuai dengan "Tujuh Langkah Menuju Keselamatan Pasien Rumah Sakit".
  - b) Setiap rumah sakit harus melakukan pengumpulan data kinerja
  - c) Setiap rumah sakit harus melakukan evaluasi intensif
  - d) Setiap rumah sakit harus menggunakan semua data dan informasi hasil analisis
- 5) Peran kepemimpinan dalam meningkatkan keselamatan pasien

Standarnya adalah:

- a) Pimpinan mendorong dan menjamin implementasi program *patient safety* melalui penerapan "7 Langkah Menuju Keselamatan Pasien Rumah Sakit".

- b) Pimpinan menjamin berlangsungnya program proaktif identifikasi risiko *patient safety* dan program mengurangi KTD.
- c) Pimpinan mendorong dan menumbuhkan komunikasi dan koordinasi antar unit dan individu berkaitan dengan pengambilan keputusan tentang *patient safety*.
- d) Pimpinan mengalokasikan sumber daya yang adekuat untuk mengukur, mengkaji, dan meningkatkan kinerja rumah sakit serta meningkatkan *patient safety*.
- e) Pimpinan mengukur dan mengkaji efektifitas kontribusinyadalam meningkatkan kinerja rumah sakit dan *patient safety*.

Kriterianya adalah:

- a) Terdapat tim antar disiplin untuk mengelola program keselamatan pasien.
- b) Tersedia program proaktif untuk identifikasi risiko keselamatan dan program meminimalkan insiden,
- c) Tersedia mekanisme kerja untuk menjamin bahwa semua komponen dari rumah sakit terintegrasi dan berpartisipasi
- d) Tersedia prosedur “cepat-tanggap” terhadap insiden, termasuk asuhan kepada pasien yang terkena musibah, membatasi risiko pada orang lain dan penyampaian informasi yang benar dan jelas untuk keperluan analisis.
- e) Tersedia mekanisme pelaporan internal dan eksternal berkaitan dengan insiden,
- f) Tersedia mekanisme untuk menangani berbagai jenis insiden
- g) Terdapat kolaborasi dan komunikasi terbuka secara sukarela antar unit dan antar pengelola pelayanan

- h) Tersedia sumber daya dan sistem informasi yang dibutuhkan
  - i) Tersedia sasaran terukur, dan pengumpulan informasi menggunakan kriteria objektif untuk mengevaluasi efektivitas perbaikan kinerja rumah sakit dan keselamatan pasien
- 6) Mendidik staf tentang keselamatan pasien

Standarnya adalah

- a) Rumah sakit memiliki proses pendidikan, pelatihan dan orientasi untuk setiap jabatan mencakup keterkaitan jabatan dengan *patient safety* secara jelas.
- b) Rumah sakit menyelenggarakan pendidikan dan pelatihan yang berkelanjutan untuk meningkatkan dan memelihara kompetensi staf serta mendukung pendekatan interdisiplin dalam pelayanan pasien.

Kriterianya adalah:

- a) memiliki program diklat dan orientasi bagi staf baru yang memuat topik keselamatan pasien
  - b) mengintegrasikan topik keselamatan pasien dalam setiap kegiatan *inservice training* dan memberi pedoman yang jelas tentang pelaporan insiden.
  - c) menyelenggarakan pelatihan tentang kerjasama kelompok (*teamwork*) guna mendukung pendekatan interdisiplin dan kolaboratif dalam rangka melayani pasien.
- 7) Komunikasi merupakan kunci bagi staf untuk mencapai keselamatan pasien.

Standarnya adalah:

- a) Rumah sakit merencanakan & mendesain proses manajemen informasi *patient safety* untuk memenuhi kebutuhan informasi internal dan eksternal.

- b) Transmisi data dan informasi harus tepat waktu dan akurat.

Kriterianya adalah

- a) disediakan anggaran untuk merencanakan dan mendesain proses manajemen untuk memperoleh data dan informasi tentang hal-hal terkait dengan keselamatan pasien.
- b) Tersedia mekanisme identifikasi masalah dan kendala komunikasi untuk merevisi manajemen informasi yang ada

#### **4. Program di Rumah Sakit *Patient Safety***

7 langkah menuju keselamatan pasien di rumah sakit, yaitu:

- a. Bangun kesadaran akan nilai keselamatan Pasien, “ciptakan kepemimpinan & budaya yang terbuka dan adil”
  - 1) Bagi Rumah sakit:
    - a) Kebijakan: tindakan staf segera setelah insiden, langkah kumpul fakta, dukungan kepada staf, pasien, keluarga
    - b) Kebijakan: peran & akuntabilitas individual pada insiden
    - c) Tumbuhkan budaya pelaporan & belajar dari insiden
    - d) Lakukan asesmen dengan menggunakan survei penilaian *patient safety*
  - 2) Bagi Tim:
    - a) Anggota mampu berbicara, peduli & berani lapor bila ada insiden
    - b) Laporan terbuka & terjadi proses pembelajaran serta pelaksanaan tindakan/solusi yg tepat
- b. Pimpin dan dukung staf “bangunlah komitmen dan fokus yang kuat dan jelas tentang *patient safety* di rumah sakit”
  - 1) Bagi Rumah Sakit:



- a) Ada anggota Direksi yg bertanggung jawab atas *patient safety*
  - b) Terdapat orang yang dapat menjadi “Pengerak” (*champion*) *patient safety* di setiap unit kerja
  - c) Prioritaskan *patient safety* dalam agenda rapat Direksi/Manajemen
  - d) Masukkan *patient safety* dalam semua program latihan staf
- 2) Bagi Tim:
- a) Ada “pengerak” dalam tim untuk memimpin Gerakan *patient safety*
  - b) Ada keterangan/kejelasan relevansi dan pentingnya, serta manfaat gerakan *patient safety*
  - c) Tumbuhkan sikap kesatria yang menghargai pelaporan insiden
- c. Integrasikan aktivitas pengelolaan risiko, “kembangkan sistem dan proses pengelolaan risiko, serta lakukan identifikasi dan asesmen hal yang potensial bermasalah”
- 1) Bagi Rumah Sakit:
- a) Struktur dan proses manajemen risiko klinis dan non klinis, mencakup *patient safety*
  - b) Kembangkan indikator kinerja bagi sistem pengelolaan risiko
  - c) Gunakan informasi dari sistem pelaporan insiden dan asesmen risiko serta tingkatkan kepedulian terhadap pasien
- 2) Bagi Tim:
- a) Diskusi isu *patient safety* dalam forum, untuk umpan balik kepada manajemen terkait
  - b) Penilaian risiko pd individu pasien
  - c) Proses asesmen risiko teratur, tentukan akseptabilitas tiap risiko, dan langkah memperkecil risiko tersebut

- d. Kembangkan sistem pelaporan, “pastikan staf Anda agar dengan mudah dapat melaporkan kejadian/insiden serta rumah sakit mengatur pelaporan kepada KKP-RS”
  - 1) Bagi Rumah sakit:
    - a) Melengkapi rencana implementasi sistem pelaporan insiden, ke dalam maupun ke luar yang harus dilaporkan ke KKPRS – PERSI
  - 2) Bagi Tim:
    - a) Mendorong anggota untuk melaporkan setiap insiden & insiden yang telah dicegah tetapi tetap terjadi juga sebagai bahan pelajaran yang penting
- e. Libatkan dan berkomunikasi dengan pasien, “kembangkan cara-cara komunikasi yang terbuka dengan pasien”
  - 1) Bagi Rumah Sakit
    - a. Kebijakan : komunikasi terbuka tentang insiden dengan pasien dan keluarga
    - b. Pasien dan keluarga mendapat informasi bila terjadi insiden
    - c. Dukungan, pelatihan dan dorongan semangat kepada staf agar selalu terbuka kepada pasien dan keluarga (dalam seluruh proses asuhan pasien)
  - 2) Bagi Tim:
    - a) Hargai dan dukung keterlibatan pasien dan keluarga bila telah terjadi insiden
    - b) Prioritaskan pemberitahuan kepada pasien dan keluarga bila terjadi insiden
    - c) Segera setelah kejadian, tunjukkan empati kepada pasien dan keluarga.
- f. Belajar dan berbagi pengalaman tentang Keselamatan pasien, “dorong staf anda utk melakukan analisis akar masalah utk belajar bagaimana dan mengapa kejadian itu timbul”
  - 1) Bagi Rumah Sakit:

- a) Staf terlatih mengkaji insiden secara tepat, mengidentifikasi sebab
  - b) Kebijakan: kriteria pelaksanaan Analisis Akar Masalah (*Root Cause Analysis/RCA*) atau *Failure Modes & Effects Analysis* (FMEA) atau metoda analisis lain, mencakup semua insiden dan minimum 1 x per tahun untuk proses risiko tinggi
- 2) Bagi Tim:
- a) Diskusikan dalam tim pengalaman dari hasil analisis insiden
  - b) Identifikasi bagian lain yang mungkin terkena dampak dan bagi pengalaman tersebut
- g. Cegah cedera melalui implementasi sistem Keselamatan pasien, “Gunakan informasi yang ada tentang kejadian/masalah untuk melakukan perubahan pada sistem pelayanan”
- 1) Bagi Rumah Sakit:
- a) Tentukan solusi dengan informasi dari sistem pelaporan, asesmen risiko, kajian insiden, audit serta analisis
  - b) Solusi mencakup penjabaran ulang sistem, penyesuaian pelatihan staf dan kegiatan klinis, penggunaan instrumen yang menjamin KP
  - c) Asesmen risiko untuk setiap perubahan
  - d) Sosialisasikan solusi yang dikembangkan oleh KKPRS-PERSI
  - e) Umpan balik kepada staf tentang setiap tindakan yang diambil atas insiden
- 2) Bagi Tim:
- a) Kembangkan asuhan pasien menjadi lebih baik dan lebih aman

- b) Telaah perubahan yang dibuat tim dan pastikan pelaksanaannya
- c) Umpan balik atas setiap tindak lanjut tentang insiden yang dilaporkan

## **5. Indikator *Patient Safety***

### a. Indikator tingkat Rumah sakit

Indikator tingkat rumah sakit (*hospital level indicator*) digunakan untuk mengukur potensi komplikasi yang sebenarnya dapat dicegah saat pasien mendapatkan berbagai tindakan medik di rumah sakit. Indikator ini hanya mencakup kasus-kasus yang merupakan diagnosis sekunder akibat terjadinya risiko pasca tindakan medik.

### b. Indikator tingkat area

Indikator tingkat area mencakup semua risiko komplikasi akibat tindakan medik yang didokumentasikan di tingkat pelayanan setempat (kabupaten/kota). Indikator ini mencakup diagnosis utama maupun diagnosis sekunder untuk komplikasi akibat tindakan medik.

Indikator *patient safety* bermanfaat untuk mengidentifikasi area-area pelayanan yang memerlukan pengamatan dan perbaikan lebih lanjut, seperti misalnya untuk menunjukkan:

- 1) Adanya penurunan mutu pelayanan dari waktu ke waktu.
- 2) bahwa suatu area pelayanan ternyata tidak memenuhi standar klinik atau terapi sebagaimana yang diharapkan
- 3) tingginya variasi antar rumah sakit dan antar pemberi pelayanan
- 4) disparitas geografi antar unit-unit pelayanan kesehatan (pemerintah vs swasta atau urban vs rural)

## **6. Pengembangan Budaya *Patient Safety***

8 langkah untuk mengembangkan budaya pasien:

a. *Put the focus back on safety*

Setiap staf yang bekerja di rumah sakit pasti ingin memberikan yang terbaik dan teraman untuk pasien. Tetapi supaya keselamatan pasien ini bisa dikembangkan dan semua staf merasa mendapatkan dukungan, patient safety ini harus menjadi prioritas strategis dari rumah sakit atau unit pelayanan kesehatan lainnya. Empat CEO rumah sakit yang terlibat dalam *safer patient initiatives* di Inggris mengatakan bahwa tanggung jawab untuk keselamatan pasien tidak bisa didelegasikan dan mereka memegang peran kunci dalam membangun dan mempertahankan fokus *patient safety* di dalam rumah sakit.

b. *Think small and make the right thing easy to do*

Memberikan pelayanan kesehatan yang aman bagi pasien mungkin membutuhkan langkah-langkah yang agak kompleks. Tetapi dengan memecah kompleksitas ini dan membuat langkah-langkah yang lebih mudah mungkin akan memberikan peningkatan yang lebih nyata.

c. *Encourage open reporting*

Belajar dari pengalaman, meskipun itu sesuatu yang salah adalah pengalaman yang berharga. Koordinator *patient safety* dan manajer rumah sakit harus membuat budaya yang mendorong pelaporan. Mencatat tindakan-tindakan yang membahayakan pasien sama pentingnya dengan mencatat tindakan-tindakan yang menyelamatkan pasien. Diskusi terbuka mengenai insiden-insiden yang terjadi bisa menjadi pembelajaran bagi semua staf.

d. *Make data capture a priority*

Dibutuhkan sistem pencatatan data yang lebih baik untuk mempelajari dan mengikuti perkembangan kualitas dari waktu ke waktu. Misalnya saja data mortalitas. Dengan perubahan

data mortalitas dari tahun ke tahun, klinisi dan manajer bisa melihat bagaimana manfaat dari penerapan *patient safety*.

e. *Use systems-wide approaches*

Keselamatan pasien tidak bisa menjadi tanggung jawab individual. Pengembangan hanya bisa terjadi jika ada sistem pendukung yang adekuat. Staf juga harus dilatih dan didorong untuk melakukan peningkatan kualitas pelayanan dan keselamatan terhadap pasien. Tetapi jika pendekatan *patient safety* tidak diintegrasikan secara utuh kedalam sistem yang berlaku di RS, maka peningkatan yang terjadi hanya akan bersifat sementara.

f. *Build implementation knowledge*

Staf juga membutuhkan motivasi dan dukungan untuk mengembangkan metodologi, sistem berfikir, dan implementasi program. Pemimpin sebagai pengarah jalannya program disini memegang peranan kunci. Di Inggris, pengembangan mutu pelayanan kesehatan dan keselamatan pasien sudah dimasukkan ke dalam kurikulum kedokteran dan keperawatan, sehingga diharapkan sesudah lulus kedua hal ini sudah menjadi bagian dalam budaya kerja.

g. *Involve patients in safety efforts*

Keterlibatan pasien dalam pengembangan *patient safety* terbukti dapat memberikan pengaruh yang positif. Perannya saat ini mungkin masih kecil, tetapi akan terus berkembang. Dimasukkannya perwakilan masyarakat umum dalam komite keselamatan pasien adalah salah satu bentuk kontribusi aktif dari masyarakat (pasien). Secara sederhana pasien bisa diarahkan untuk menjawab ketiga pertanyaan berikut: apa masalahnya? Apa yang bisa kubantu? Apa yang tidak boleh kukerjakan?

h. *Develop top-class patient safety leaders*

Prioritisasi keselamatan pasien, pembangunan sistem untuk pengumpulan data-data berkualitas tinggi, mendorong budaya tidak saling menyalahkan, memotivasi staf, dan melibatkan pasien dalam lingkungan kerja bukanlah sesuatu hal yang bisa tercapai dalam semalam. Diperlukan kepemimpinan yang kuat, tim yang kompak, serta dedikasi dan komitmen yang tinggi untuk tercapainya tujuan pengembangan budaya *patient safety*. Seringkali rumah sakit harus bekerja dengan konsultan leadership untuk mengembangkan kerjasama tim dan keterampilan komunikasi staf. Dengan kepemimpinan yang baik, masing-masing anggota tim dengan berbagai peran yang berbeda bisa saling melengkapi dengan anggota tim lainnya melalui kolaborasi yang erat.

# BAB | AKREDITASI IX | RUMAH SAKIT

## 1. Pengertian Akreditasi RS

Pada Permenkes Nomor 012 Tahun 2012 tentang Akreditasi Rumah Sakit disebutkan bahwa pengertian akreditasi rumah sakit adalah pengakuan terhadap rumah sakit yang diberikan oleh lembaga independen penyelenggara akreditasi yang ditetapkan oleh Menteri Kesehatan, setelah dinilai bahwa Rumah Sakit itu memenuhi Standar Pelayanan Rumah Sakit yang berlaku untuk meningkatkan mutu pelayanan rumah sakit secara berkesinambungan (Kemenkes RI, 2012).

Di Indonesia ketentuan akreditasi rumah sakit baik tingkat nasional maupun internasional sudah diatur oleh pemerintah melalui Undang-Undang maupun peraturan tertulis, yaitu Undang-Undang Nomor 44 tahun 2009 tentang rumah sakit pasal 40 yang mengatakan bahwa dalam upaya peningkatan mutu pelayanan rumah sakit wajib dilakukan akreditasi secara berkala minimal 3 (tiga) tahun sekali.

## 2. Tujuan dan Manfaat Akreditasi RS

### a. Tujuan Akreditasi Rumah Sakit

Tujuan akreditasi rumah adalah meningkatkan mutu pelayanan kesehatan, sehingga sangat dibutuhkan oleh masyarakat Indonesia yang semakin selektif dan berhak mendapatkan pelayanan yang bermutu. Dengan demikian mutu pelayanan kesehatan diharapkan dapat mengurangi minat masyarakat untuk berobat keluar negeri (KARS, 2017).

Menurut Permenkes Nomor 012 Tahun 2012 Pasal 2, akreditasi bertujuan untuk :



- 1) Meningkatkan mutu pelayanan rumah sakit;
  - 2) Meningkatkan keselamatan pasien rumah sakit;
  - 3) Meningkatkan perlindungan bagi pasien, masyarakat, sumber daya manusia rumah sakit dan rumah sakit sebagai institusi;
  - 4) Mendukung program pemerintah di bidang kesehatan.
- b. Manfaat Akreditasi Rumah Sakit

Manfaat akreditasi rumah sakit adalah sebagai berikut (Kemenkes RI, 2012) :

- 1) Bagi pasien dan masyarakat, antara lain : pasien dan masyarakat memperoleh pelayanan sesuai dengan standar yang terukur.
- 2) Bagi petugas kesehatan di rumah sakit, antara lain : menimbulkan rasa aman dalam melaksanakan tugasnya oleh karena rumah sakit memiliki sarana, prasarana dan peralatan yang telah memenuhi standar.
- 3) Bagi rumah sakit, antara lain : sebagai alat ukur untuk negosiasi dengan pihak ketiga misalnya asuransi, perusahaan dan lain-lain.
- 4) Bagi pemilik rumah sakit, antara lain : sebagai alat mengukur kinerja pengelola rumah sakit.
- 5) Bagi perusahaan asuransi, antara lain : acuan untuk memilih dan mengadakan kontrak dengan rumah sakit.

### **3. Dasar Hukum Akreditasi RS**

- a. Undang-undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit.
- b. Undang-undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan.
- c. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 147/Menkes/Per/I/2010 tentang Perizinan Rumah Sakit.

- d. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 340/Menkes/Per/I/2010 tentang klasifikasi Rumah Sakit.
- e. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 012 Tahun 2012 tentang Akreditasi Rumah Sakit
- f. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 428/Menkes/SK/XII/2012 tentang Penetapan Lembaga Independen Pelaksana Akreditasi Rumah Sakit di Indonesia.

#### **4. Pelaksanaan Survei Akreditasi RS**

Pelaksanaan survei akreditasi rumah sakit dijelaskan oleh Komisi Akreditasi Rumah Sakit (KARS) dalam buku Pedoman Tata Laksana Survei Akreditasi Rumah Sakit Edisi II Tahun 2013.

Tujuan survei akreditasi ialah untuk menilai seberapa jauh rumah sakit mematuhi standar yang ditetapkan. Rumah sakit yang menjalani survei akreditasi untuk pertama kali diharuskan memiliki catatan balik ke belakang 4 (empat) bulan bukti sudah mematuhi standar. Rumah sakit yang menjalani survei ulang diharuskan dapat menunjukkan catatan balik ke belakang selama 12 (dua belas) bulan.

Pelaksanaan survei menggunakan metode telusur untuk mengikuti contoh dari pengalaman pasien memperoleh pelayanan di rumah sakit dan melakukan evaluasi komponen dan sistem pelayanan.

Karakteristik penting proses survei adalah edukasi setempat oleh surveior. Pelaksanaan survei memuat langkah-langkah yaitu sebagai berikut :

- a. Pembukaan pertemuan.
- b. Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien dan MDGs.
- c. Perencanaan survei.
- d. Telaah dokumen.
- e. Verifikasi dan masukan.

- f. Telaah rekam medis pasien secara tertutup (pasien sudah pulang).
- g. Kunjungan ke area pelayanan pasien yang di pandu oleh kegiatan telusur.
- h. Kegiatan survei yang terarah (terfokus/diluar rencana; karena ada temuan).
- i. Telaah dari lingkungan, bangunan, sarana dan prasarana.
- j. Wawancara dengan pimpinan (beberapa jenjang).
- k. Persiapan survei membuat laporan.
- l. Pertemuan penutup survei dengan pimpinan (exit conference).

## **5. Penilaian Standar Pelayanan**

Standar akreditasi rumah sakit edisi 1 tahun 2012 mengelompokkan standar ke dalam 4 (empat) kelompok yang dinilai yaitu sebagai berikut:

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

- 5) BAB 5 : Kualifikasi dan Pendidikan Staf (KPS).
- 6) BAB 6 : Manajemen Komunikasi dan Informasi (MKI).
- c. Sasaran Keselamatan Pasien, yaitu :
  - 1) Sasaran I : Ketepatan Identifikasi Pasien.
  - 2) Sasaran II : Peningkatan Komunikasi yang Efektif.
  - 3) Sasaran III : Peningkatan Keamanan Obat yang Perlu Diwaspadai.
  - 4) Sasaran IV : Kepastian Tepat Lokasi, Tepat Prosedur, Tepat Pasien Operasi.
  - 5) Sasaran V : Pengurangan Risiko Infeksi Terkait Pelayanan Kesehatan.
  - 6) Sasaran VI : Pengurangan Risiko Pasien Jatuh.
- d. Sasaran Program SDGs, yaitu :
  - 1) Sasaran I : Penurunan Angka Kematian Bayi dan Peningkatan Kesehatan Ibu.
  - 2) Sasaran II : Penurunan Angka Kematian HIV/AIDS.
  - 3) Sasaran III : Penurunan Angka Kesakitan TB.

## 6. Kriteria Kelulusan Akreditasi RS

Kriteria kelulusan akreditasi rumah sakit menurut KARS (2013) adalah sebagai berikut :

### a. Kriteria Lulus

Kelulusan dibagi menjadi 4 tingkat, yaitu :

#### 1) Akreditasi Tingkat Dasar

Rumah sakit mendapat sertifikat akreditasi tingkat dasar bila hanya 4 (empat) bab yang mempunyai nilai diatas 80% dan 11 (sebelas) bab lainnya minimal nilainya diatas 20 %.

#### 2) Akreditasi Tingkat Madya

Rumah sakit mendapat sertifikat tingkat madya bila 8 (delapan) bab mendapat nilai 80% dan nilai 7 (tujuh) bab lainnya minimal diatas 20 %.

- 3) Akreditasi Tingkat Utama  
Rumah sakit mendapat sertifikat akreditasi tingkat utama bila ada 12 (dua belas) bab mempunyai nilai minimal 80% dan 3 (tiga) bab lainnya minimal diatas 20%. Bila nilai bab yang lainnya diatas 60% maka rumah sakit dapat mengajukan Re-survei (Remedial).
  - 4) Akreditasi Tingkat Paripurna
- b. Kriteria Re-survei (remedial)  
Re-survei atau remedial adalah survei yang dilakukan pada rumah sakit yang nilai bab-babnya minimal 60%.
- c. Kriteria Tidak Lulus
- 1) Bab 4 dasar dibawah 80%.
  - 2) Dan atau ada bab 11 lain dibawah 20%.
  - 3) Rumah sakit dapat mengajukan akreditasi secepat-cepatnya 1 tahun, selambat-lambatnya 3 tahun.
  - 4) Rumah sakit TIDAK diberi kesempatan remedial.

## **7. Ketentuan Penilaian Akreditasi RS**

Ketentuan penilaian akreditasi rumah sakit menurut KARS (2013) adalah sebagai berikut :

- a. Penilaian akreditasi rumah sakit dilakukan melalui evaluasi penerapan Standar Akreditasi Rumah Sakit KARS yang terdiri dari 4 kelompok standar yang telah dijelaskan.
- b. Penilaian suatu bab ditentukan oleh penilaian pencapaian (semua) standar pada bab tersebut, dan menghasilkan nilai persentase bagi standar tersebut.
- c. Penilaian suatu standar dilaksanakan melalui penilaian terpenuhinya Elemen Penilaian (EP), menghasilkan nilai persentase bagi standar tersebut.
- d. Penilaian suatu EP dinyatakan sebagai :
  - 1) Tercapai Penuh (TP) diberikan skor 10.
  - 2) Tercapai Sebagian (TS) diberikan skor 5.

- 3) Tidak Tercapai (TT) diberikan skor 0.
  - 4) Tidak Dapat Diterapkan (TDD) tidak masuk dalam proses penilaian dan perhitungan.
- e. Penentuan skor 10 (Sepuluh)
- 1) Temuan tunggal negatif tidak menghalangi nilai “tercapai penuh” dari minimal 5 telusur pasien/pimpinan/staf.
  - 2) Nilai 80%-100% dari temuan atau yang dicatat dalam wawancara, observasi, dan dokumen (misalnya, 8 dari 10) dipenuhi.
  - 3) Data mundur “tercapai penuh” adalah sebagai berikut :
  - 4) Untuk survei awal : selama 4 bulan ke belakang.
  - 5) Survei lanjutan : selama 12 bulan ke belakang.
- f. Penentuan skor 5 (Lima)
- 1) Jika 20% sampai 79% (misalnya, 2 sampai 7 dari 10) dari temuan atau yang dicatat dalam wawancara, observasi dan dokumen.
  - 2) Bukti pelaksanaan hanya dapat ditemukan di sebagian area atau unit kerja yang seharusnya dilaksanakan.
  - 3) Regulasi tidak dilaksanakan secara penuh/lengkap.
  - 4) Kebijakan/proses sudah ditetapkan dan dilaksanakan tetapi tidak dapat dipertahankan.
  - 5) Data mundur sebagai berikut :
    - a) Untuk survei awal : 1 sampai 3 bulan mundur..
    - b) Untuk survei lanjutan : 5 sampai 11 bulan mundur.
- g. Penentuan skor 0 (Nol)
- 1) Jika < 19% dari temuan atau yang dicatat dalam wawancara, observasi dan dokumen.
  - 2) Bukti pelaksanaan tidak dapat ditemukan di area atau unit kerja dimanan harus dilaksanakan.
  - 3) Regulasi tidak dilaksanakan.
  - 4) Kebijakan/prosedur tidak dilaksanakan.

- 5) Data mundur sebagai berikut :
  - a) Untuk survei awal : kurang 1 bulan mundur
  - b) Untuk survei lanjutan : kurang 5 sampai 11 bulan mundur.
- h. Penentuan Tidak Dapat Diterapkan (TDD)
  - 1) Jika persyaratan dari EP tidak dapat diterapkan berdasar atas organisasi rumah sakit, pelayanan, populasi, pasien dan sebagainya, contohnya organisasi rumah sakit tidak melakukan riset.

# BAB | ETIKA PROMOSI X | RUMAH SAKIT

## 1. Pengertian Promosi RS

Yang dimaksud dengan promosi rumah sakit adalah salah satu bentuk dan pemasaran rumah sakit (*Hospital Marketing*), dengan cara penyebarluasan informasi tentang jasa pelayanan rumah sakit serta kondisi rumah sakit itu sendiri secara jujur, mendidik, informatif dan dapat membuat seseorang memahami tentang pelayanan kesehatan yang akan didapatkannya (Sutedja, et al., 2006).

## 2. Dasar Hukum Promosi RS

- a. Undang-undang Nomor 8 Tahun 1999 tentang Perlindungan Konsumen.
- b. Perundang-undangan R.I yang mengacu kepada “Tata Krama dan Tata Cara Perildanan Indonesia yang Disempurnakan” 19 Agustus 1996 berbunyi “Jasa jasa pengobatan dan perawatan, termasuk klinik-klinik spesialis tidak boleh diiklankan, kecuali merupakan pengumuman tentang buka, tutup, dan pindah praktek, sesuai dengan Kode Etik Profesi masing-masing.
- c. KODERSI 2001, Bab VI, Lain-lain, Pasal 23 ; Rumah Sakit dalam melakukan promosi pemasaran barns bersifat informatif, tidak komparatif, berpijak path dasar yang nyata, tidak berlebihan, dan berdasarkan Kode Etik Rumah Sakit Indonesia. Dengan penjelasan sebagai berikut : Dalam pelayanan kesehatan konsep “pemasaran” (*marketing*) nampaknya lebih berkonotasi negatifdani pada positif, karena membangkitkan pemikiran ke arah promosi



perildanan dan penjualan (sales), padahal sanipati pemasaran adalah komunikasi. Dengan demikian promosi sebagai alat pemasaran rumah sakit dapat dilakukan dan lebih merupakan penyuluhan yang bersifat informatif, edukatif, preskriptif dan preparatif bagi khalayak ramai umumnya dan pasien khususnya

- d. Keputusan Rapat Kerja Nasional MAKERSI tanggal 23 Juli 2005 di Semarang.

### **3. Tujuan Promosi RS**

Mewujudkan pedoman promosi rumah sakit sesuai dengan tata cara dan tata krama periklanan Indonesia yang berlandaskan kepada Kode Etik Rumah Sakit Indonesia (KODERSI) untuk ditaati dan dilaksanakan oleh seluruh rumah sakit yang berada di wilayah Republik Indonesia (Sutedja, et al., 2006).

### **4. Asas Promosi RS**

#### **a. Asas Umum**

- 1) Promosi harus jujur, bertanggung jawab dan tidak bertentangan dengan hukum yang berlaku
- 2) Promosi tidak boleh menyinggung perasaan dan merendahkan martabat negara, agama, tata susila, adat, budaya, suku, dan golongan.
- 3) Promosi harus dijiwai oleh asas persaingan yang sehat.
- 4) Promosi yang dilakukan harus tetap memiliki tanggung jawab sosial;
  - a) Layanan yang ditawarkan harus profesional dan bermutu. Setiap institusi/ pelaku layanan kesehatan harus selalu mengacu kepada etika profesi dan etika rumah sakit, serta bekerja sesuai pedoman dan standar layanan yang ada.

- b) Tarif layanan yang ditawarkan wajar dan dapat dipertanggungjawabkan serta memperhatikan ketentuan yang ada.
  - c) Layanan yang ditawarkan harus merata dan ditujukan kepada seluruh anggota masyarakat.
  - d) Layanan yang ditawarkan harus mampu memberikan rasa aman dan nyaman bagi pengguna layanan.
- 5) Promosi layanan kesehatan adalah fundamental, yang mengacu kepada :
- a) Falsafah promosi, setiap institusi/pelaku Layanan kesehatan harus berada pada koridor kompetisi yang sehat.
  - b) Misi promosi, tidak hanya ditujukan untuk meningkatkan pengguna jasa (yang sekaligus akan meningkatkan pendapatan), akan tetapi juga harus sejalan dengan manfaat sosialnya.
  - c) Sistem promosi, bukan hanya menjual, tetapi sekaligus akan meningkatkan pengetahuan anggota masyarakat untuk memilih bentuk layanan kesehatan yang paling tepat bagi dirinya.
- 6) Secara umum promosi harus bersifat :
- a) Informatif: memberikan pengetahuan mengenai hal ihwal yang ada relevansinya dengan berbagai pelayanan dan program rumah sakit yang efektif bagi pasien / konsumen.
  - b) Edukatif: memperluas cakrawala khalayak ramai tentang berbagai fungsi dan Program rumah sakit, penyelenggaraan
  - c) Preskriptif: Pemberian petunjuk-petunjuk kepada khalayak ramai umumnya dan pasien khususnya

tentang peran pencari pelayanan kesehatan dalam proses diagnosis dan terapi

- d) Preparatif: membantu pasien/keluarga pasien dalam proses pengambilan keputusan Kesemuanya mi hams dibenikan secara kongkret dan berdasarkan Kode Etik Rumah Sakit Indonesia.

b. Asas Khusus

- 1) Harus selalu tetap mencerminkan jatidiri rumah sakit sebagai institusi yang memiliki tanggung jawab sosial.
- 2) Penampilan tenaga profesi. Dokter, ahli farmasi, tenaga medis, dan paramedis lain atau atribut-atribut profesinya tidak boleh digunakan untuk mengiklankan jasa pelayanan kesehatan/rumah sakit dan alat-alat kesehatan.
- 3) Menghargai hak-hak pasien sebagai pelanggan

## 5. Media Promosi RS

- a. Promosi dilakukan di dalam ramah sakit Untuk masyarakat pengunjung rumah sakit
  - 1) Brosur/*leaflet*;
  - 2) Buku saku;
  - 3) TV/*Home Video*;
  - 4) Majalah dinding;
  - 5) CCTV;
  - 6) CD;
  - 7) Spanduk;
  - 8) Umbul-umbul;
  - 9) Seminar untuk awam;
  - 10) Ceramah/pertemuan;
  - 11) Poster;
  - 12) Audiovisual;
  - 13) Majalah rumah sakit;

- 14) Pameran;
  - 15) Gathering pasien;
  - 16) Kemasan produk (paket melahirkan & mendapatkan tas bayi).
- b. Promosi dilakukan diluar rumah sakit
- 1) Media cetak;
  - 2) Kegiatan sosial;
  - 3) *Website*;
  - 4) Pameran perdagangan;
  - 5) *Press release*;
  - 6) Advertensi;
  - 7) *Billboard*;
  - 8) Telepon, sms, *email*, *direct mail*.

## 6. Materi dan Bentuk Promosi RS

Misalnya menyampaikan informasi tentang:

- a. Letak rumah sakit;
- b. Jenis dan kapasitas rumah sakit;
- c. Kemudahan-kemudahan yang dapat diperoleh terkait dengan pelayanan rumah sakit
- d. Fasilitas pelayanan yang dimiliki dengan sarana pendukung/ penunjangnya;
- e. Kualitas dan mutu pelayanan yang telah dicapai seperti
  - 1) Telah mengikuti dan lulus akreditasi.
  - 2) Telah mendapatkan sertifikat ISO dan lain-lain.
  - 3) Telah mendapatkan *award* dalam pelayanan.

## 7. Penyelenggara, Pengawasan & Pembinaan, serta Pelanggaran Promosi RS

Promosi rumah sakit dapat diselenggarakan oleh:

- a. Pihak rumah sakit sendiri;
- b. Perusahaan periklanan;

### Pengawasan & Pembinaan

- a. Dilakukan oleh: Departemen Kesehatan, Dinas Kesehatan, dan PERSI.
- b. MAKERSI secara khusus melakukan pemantauan dalam pelaksanaan sehari-hari.

Pelanggaran terhadap etika promosi di rumah sakit ini akan diberikan sanksi etik berupa:

- a. Teguran lisan/maupun tertulis oleh MAKERSI.
- b. Informasi kepada masyarakat lewat media masa.
- c. Rekomendasi kepada yang berwenang untuk meninjau kembali ijin rumah sakit.

## DAFTAR PUSTAKA

- Depkes RI. (2005). *Buku Petunjuk Pengisian, Pengolahan, dan Penyajian Data Rumah Sakit*. Jakarta: Buku Petunjuk Pengisian, Pengolahan, dan Penyajian Data Rumah Sakit.
- Dewi, P. (2015). Analisis Alur Proses Penerimaan Pasien Rawat Inap di Rumah Sakit "X" Tahun 2015 dengan Pendekatan Lean Hospital. *Jurnal Administrasi Rumah Sakit*, 1-16.
- Handiwidjojo, W. (2009). Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit. *Jurnal EKSIS Vol 02 No 02*, 32-38.
- Ismaniar, H. (2013). *Administrasi Kesehatan Masyarakat: Bagi Perekam Medis dan Informatika Kesehatan*. Yogyakarta: DEEPUBLISH.
- KARS. (2017). *Standar Nasional Akreditasi Rumah Sakit Edisi 1*. Jakarta: KARS.
- Kemenkes RI. (2008). *Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 1014/MENKES/SK/XI/2008 tentang Standar pelayanan radiologi diagnostik di sarana pelayanan kesehatan*. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI.
- Kemenkes RI. (2011). *Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 1171/Menkes/Per/Vi/2011 No. Sistem Informasi Rumah Sakit*. Jakarta: Kementerian Kesehatan.
- Kemenkes RI. (2012). *Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 012 Tahun 2012 Tentang Akreditasi Rumah Sakit*. Jakarta: Kemenkes RI.
- Pahlemy, H. (2016). *Kebijakan Obat Dan Pelayanan Kefarmasian Di Rumah Sakit*. Jakarta: Direktorat Pelayanan Kefarmasian.
- Permenkes RI No. 1204. (2004). *Permenkes RI No. 1204/Menkes/SK/X/2004 tentang Persyaratan Kesehatan Lingkungan Rumah Sakit*. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI.

- Permenkes RI No. 340. (2010). *Permenkes RI No. 340/Menkes/Per/III/2010 Tentang Klasifikasi Rumah Sakit*. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI.
- Perpres RI No. 77 Tahun 2015 Tentang Pedoman Organisasi Rumah Sakit. (2015). *Perpres RI No. 77 Tahun 2015 Tentang Pedoman Organisasi Rumah Sakit*. Jakarta: Menteri Hukum Dan Hak Asasi Manusia RI.
- Rifa'i, M., & Fadhli, M. (2013). *Manajemen Organisasi*. Medan: Citapustaka Media Perintis.
- Setyawan, D. (2016). Analisis Implementasi Pemanfaatan Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit (SIMRS) Pada RSUD Kardinah Tegal. *Indonesian Journal on Computer and Information Technology*, 54-61.
- Sutedja, R., Andry, Jacobalis, S., Lumenta, A., Nefro, K., Nadapdap, B., et al. (2006). *Pedoman Etika Rumah Sakit*. Jakarta: PERSI.
- UU RI No. 44. (2009). *UU RI No. 44 Tahun 2009 Tentang Rumah Sakit*. Jakarta: Menteri Hukum Dan Hak Asasi Manusia Republik Indonesia.
- Wijaya, C., & Rifa'i, M. (2016). *Dasar-Dasar Manajemen: Mengoptimalkan Pengelolaan Organisasi Secara Efektif dan Efisien*. Medan: Perdana Publishing.
- Komalawati, Veronica. (2010) Community&Patient Safety Dalam Perspektif Hukum Kesehatan.
- Lestari, Trisasi. Konteks Mikro dalam Implementasi Patient Safety: Delapan Langkah Untuk Mengembangkan Budaya Patient Safety. *Buletin IHQN Vol II/Nomor.04/2006 Hal.1-3*
- Pabuti, Aumas. (2011) Tujuh Langkah Menuju Keselamatan Pasien (KP) Rumah Sakit. *Proceedings of expert lecture of medical student of Block 21st of Andalas University, Indonesia*

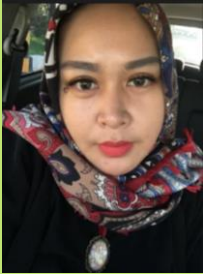
Panduang Nasional Keselamatan Pasien Rumah Sakit (Patient Safety). 2005

Tim keselamatan Pasien RS RSUD Panembahan Senopati. Patient Safety.

Mulyati, L. dan Sufyan. A. 2008. Pengembangan Budaya Patient Safety Dalam Praktik Keperawatan. <http://www.stikku.ac.id>



# ADMINISTRASI RUMAH SAKIT



dr. Dhian Kartikasari, S. Ked Iahir di Malang, 20 April 1987. Menempuh pendidikan profesi dokter tahun 2005 di FK Universitas Brawijaya Malang. Sekarang bekerja sebagai Dosen di jurusan Ilmu Kesehatan Masyarakat Fakultas Ilmu Keolahragaan Universitas Negeri Malang

Buku Administrasi Rumah Sakit ini terdiri atas 10 BAB antara lain membahas tentang Konsep Administrasi; Konsep Rumah Sakit; Pelayanan Medik yang Ada di Rumah Sakit; Pelayanan Penunjang Medik di Rumah Sakit; Alur Proses Unit-Unit di Rumah Sakit; SIMRS; Medikolegal, Rahasia Medis, dan *Informed Consent*, *Patient Safety*, Akreditasi Rumah Sakit; dan Etika Promosi Rumah Sakit.

Ucapkan terima kasih penulis sampiakan kepada keluarga, sahabat, rekan, serta berbagai pihak lainnya yang telah membantu secara moral dan material bagi tersusunnya buku ini.

Buku ini tentu masih memiliki banyak kekurangan dan jauh dari sempurna. Untuk itu, penulis sangat mengharapkan kritik dan saran yang bersifat membangun untuk penyempurnaan penulisan buku ini. Penulis berharap buku ini dapat bermanfaat bagi pembaca dan bagi penulis khususnya.

Penerbit: Wineka Media  
Anggota IKAPI No.115/JTI/09  
Jl. Palmerah XIII N29B, Vila Gunung Buring Malang 65138  
Telp./Faks : 0341-711221  
Website: <http://www.winekamedia.com>  
E-mail: [winekamedia@gmail.com](mailto:winekamedia@gmail.com)  
Playstore: Wineka Media

ISBN 978-602-5973-62-8



9 786025 973628