

MANAJEMEN PELAYANAN KESEHATAN DAN RUMAH SAKIT

Dr. Ns. Bettrianto SKep., M.Kes
Kapten ckm Ns.irwandi,S.Kep, M,Kes



BUKU AJAR
MANAJEMEN PELAYANAN KESEHATAN DAN
RUMAH SAKIT

Dr. Ns. Bettrianto SKep., M.Kes
Kapten ckm Ns.irwandi,S.Kep, M,Kes

Editor :

La Ode Alifariki, S.Kep., Ns., M.Kes



**BUKU AJAR
MANAJEMEN PELAYANAN KESEHATAN DAN
RUMAH SAKIT**

Penulis:

Dr. Ns. Bettrianto SKep., M.Kes
Kapten ckm Ns.irwandi,S.Kep, M,Kes

ISBN :

978-634-7156-67-9

Editor Buku:

La Ode Alifariki, S.Kep., Ns., M.Kes

Diterbitkan Oleh :

PT MEDIA PUSTAKA INDO

Jl. Merdeka RT4/RW2 Binangun, Kab. Cilacap, Jawa Tengah

Website: www.mediapustakaindo.com

E-mail: mediapustakaindo@gmail.com

Anggota IKAPI: 263/JTE/2023

Cetakan Pertama : 2025

Hak Cipta dilindungi oleh undang-undang. Dilarang memperbanyak sebagian karya tulis ini dalam bentuk apapun, baik secara elektronik maupun mekanik, termasuk memfotokopi, merekam, atau dengan menggunakan sistem penyimpanan lainnya, tanpa izin tertulis dari Penulis.

KATA PENGANTAR

Alhamdulillah, Kami panjatkan kehadiran Tuhan Yang Maha Esa yang telah memberikan rahmat dan hidayah-Nya kepada saya sehingga buku Ajar ini dapat tersusun. Buku Ajar ini diperuntukkan bagi Dosen, Praktisi, dan Mahasiswa Kesehatan sebagai bahan bacaan dan tambahan referensi.

Buku Ajar ini berjudul Manajemen Pelayanan Kesehatan dan Rumah Sakit mencoba menyuguhkan dan mengemas beberapa hal penting konsep Manajemen Pelayanan Kesehatan dan Rumah Sakit. Buku Ajar ini berisi tentang segala hal yang berkaitan dengan konsep Manajemen Pelayanan Kesehatan dan Rumah Sakit serta konsep lainnya yang disusun oleh beberapa Dosen dari STIKES Garuda Putih Jambi.

Buku ini dikemas secara praktis, tidak berbelit-belit dan langsung tepat pada sasaran. Selamat membaca.

Kendari, 3 Mei 2025

Penulis

DAFTAR ISI

BAB 1	Pendahuluan Manajemen Pelayanan Kesehatan	1
A.	Definisi Manajemen Pelayanan Kesehatan	1
B.	Ruang Lingkup Manajemen Pelayanan Kesehatan	2
C.	Urgensi Manajemen Pelayanan Kesehatan.....	3
D.	Kesimpulan.....	4
BAB 2	Sistem Kesehatan Nasional dan Global	7
A.	Pendahuluan.....	7
B.	Sistem Kesehatan Nasional Indonesia	8
C.	Sistem Kesehatan Global: Studi Perbandingan.....	10
D.	Tantangan dan Peluang Sistem Kesehatan Indonesia	12
BAB 3	Organisasi dan Tata Kelola Rumah Sakit	15
A.	Pendahuluan.....	15
B.	Organisasi dan Tata Kelola Rumah Sakit	16
BAB 4	Manajemen Strategis dalam Rumah Sakit.....	24
A.	Pendahuluan.....	24
B.	Manajemen Strategis dalam Rumah Sakit	25
BAB 5	Manajemen Sumber Daya Manusia Kesehatan	32
A.	Pendahuluan.....	32
B.	Manajemen Sumber Daya Manusia Kesehatan	33
BAB 6	Manajemen Keuangan Rumah Sakit	41
A.	Pendahuluan.....	41
B.	Manajemen Keuangan Rumah Sakit.....	42
BAB 7	Manajemen Mutu dan Keselamatan Pasien.....	50
A.	Pendahuluan.....	50

B. Manajemen Mutu dan Keselamatan Pasien.....	51
BAB 8_Manajemen Informasi dan Teknologi Kesehatan.....	62
A. Pendahuluan.....	62
B. Manajemen Informasi dan Teknologi Kesehatan	63
BAB 9_Manajemen Informasi dan Teknologi Kesehatan.....	70
A. Pendahuluan.....	70
B. Manajemen Operasional Pelayanan Kesehatan.....	71
BAB 10_Manajemen Risiko dan Kedaruratan di Rumah Sakit	78
A. Pendahuluan.....	78
B. Manajemen Risiko dan Kedaruratan di Rumah Sakit	79
BAB 11_Etika dan Hukum dalam Pelayanan Kesehatan.....	87
A. Pendahuluan.....	87
B. Etika dan Hukum dalam Pelayanan Kesehatan	88
C. Hukum Medis dalam Pelayanan Kesehatan.....	90
BAB 12_Manajemen Pemasaran dan Kepuasan Pasien.....	97
A. Pendahuluan.....	97
B. Manajemen Pemasaran dan Kepuasan Pasien.....	98
BAB 13_Inovasi dan Transformasi Pelayanan Kesehatan.....	104
A. Pendahuluan.....	104
B. Inovasi dan Transformasi Pelayanan Kesehatan	105
C. Pelayanan Kesehatan Berbasis Digital	107
D. Layanan Kesehatan Berkelanjutan (Sustainable Healthcare)	109
BAB 14_Evaluasi dan Monitoring Pelayanan Kesehatan.....	114
A. Pendahuluan.....	114
B. Evaluasi dan Monitoring Pelayanan Kesehatan	114

BAB 1

Pendahuluan Manajemen Pelayanan Kesehatan

* Dr. Ns. Bettrianto SKep., M.Kes*

A. Definisi Manajemen Pelayanan Kesehatan

Manajemen pelayanan kesehatan adalah suatu pendekatan sistematis untuk mengelola semua elemen yang terlibat dalam pemberian pelayanan kesehatan, baik di tingkat individu, institusi, maupun sistem nasional. Hal ini mencakup proses pengambilan keputusan, penyusunan kebijakan, dan pengelolaan sumber daya agar pelayanan kesehatan berjalan secara efektif, efisien, merata, dan berkualitas.

Menurut para ahli, manajemen pelayanan kesehatan adalah seni dan ilmu dalam merencanakan, mengorganisasi, mengarahkan, dan mengawasi seluruh kegiatan pelayanan kesehatan agar mencapai tujuan kesehatan yang diinginkan. Tujuan tersebut meliputi peningkatan derajat kesehatan masyarakat, pemberdayaan individu dalam menjaga kesehatannya, serta penyelenggaraan pelayanan yang manusiawi dan berorientasi pada kebutuhan pasien.

Pelayanan kesehatan sendiri mencakup seluruh aktivitas promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif yang diselenggarakan oleh berbagai institusi kesehatan, mulai dari puskesmas, rumah sakit, klinik, hingga layanan berbasis komunitas. Maka dari itu, manajemen dalam konteks ini bukan sekadar pengaturan administrasi, tetapi juga pengelolaan yang terintegrasi antar berbagai komponen sistem kesehatan.

B. Ruang Lingkup Manajemen Pelayanan Kesehatan

Ruang lingkup manajemen pelayanan kesehatan bersifat luas dan kompleks karena melibatkan berbagai elemen dan aktor yang saling berinteraksi. Berikut beberapa aspek penting yang termasuk dalam ruang lingkupnya:

1. **Manajemen Organisasi Pelayanan Kesehatan**
Ini mencakup struktur organisasi, sistem kerja, regulasi internal, serta tata kelola institusi seperti rumah sakit, puskesmas, atau klinik. Termasuk di dalamnya pengambilan keputusan strategis, manajemen konflik, hingga pengendalian mutu organisasi.
2. **Manajemen Sumber Daya Manusia (SDM)**
Mengelola tenaga kesehatan (dokter, perawat, apoteker, tenaga manajemen) agar dapat bekerja optimal, seimbang antara kompetensi profesional dan kesejahteraan kerja. Proses ini mencakup rekrutmen, pelatihan, evaluasi kinerja, serta pengembangan karier.
3. **Manajemen Keuangan Kesehatan**
Mengatur aspek pembiayaan, alokasi anggaran, pengendalian biaya operasional, pelaporan keuangan, serta manajemen asuransi (BPJS Kesehatan). Efisiensi pembiayaan menjadi sangat penting agar pelayanan dapat berkelanjutan.
4. **Manajemen Sarana, Prasarana dan Alat Kesehatan**
Meliputi perencanaan, pengadaan, pemeliharaan, dan penggunaan peralatan medis serta infrastruktur fasilitas pelayanan kesehatan agar mendukung mutu layanan yang optimal.
5. **Manajemen Informasi Kesehatan**
Teknologi informasi memiliki peran penting dalam pengumpulan, pengolahan, analisis, dan pelaporan data kesehatan. Sistem seperti SIMRS (Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit) dan rekam medis elektronik membantu meningkatkan efisiensi dan akurasi pelayanan.

6. **Manajemen Mutu dan Keselamatan Pasien**
Mencakup penerapan standar mutu, akreditasi rumah sakit, pelaporan insiden keselamatan pasien, dan sistem kendali mutu internal. Hal ini penting untuk menjamin bahwa pelayanan diberikan secara aman, bermutu, dan konsisten.
7. **Manajemen Program Kesehatan Masyarakat**
Termasuk perencanaan dan pelaksanaan program kesehatan berbasis masyarakat seperti imunisasi, gizi, pengendalian penyakit menular, serta promosi kesehatan. Pendekatan manajerial diperlukan untuk koordinasi lintas sektor dan pengukuran dampak.

C. Urgensi Manajemen Pelayanan Kesehatan

1. **Menghadapi Tantangan Global dan Lokal**
Dalam era globalisasi dan perubahan demografi, sistem kesehatan dituntut adaptif terhadap tantangan seperti pandemi, penuaan penduduk, perubahan pola penyakit, dan tuntutan pasien. Manajemen yang handal menjadi tulang punggung kesiapsiagaan dan keberlanjutan sistem kesehatan.
2. **Meningkatkan Aksesibilitas dan Keadilan Pelayanan**
Manajemen yang tepat memungkinkan alokasi sumber daya yang adil, perencanaan layanan berbasis kebutuhan masyarakat, serta pembentukan sistem rujukan yang efektif, sehingga pelayanan dapat menjangkau kelompok rentan dan daerah terpencil.
3. **Menjamin Efisiensi dan Penggunaan Sumber Daya yang Tepat**
Manajemen membantu menghindari pemborosan, mengoptimalkan penggunaan obat, alat medis, dan waktu tenaga kesehatan. Efisiensi penting untuk menjaga keberlanjutan pelayanan, khususnya di tengah keterbatasan anggaran.

4. **Menjamin Mutu dan Keselamatan Pasien**
Manajemen memastikan bahwa pelayanan mengikuti standar mutu dan protokol keselamatan. Kegagalan dalam manajemen dapat berujung pada insiden medis, pelanggaran etik, bahkan kematian pasien.
5. **Meningkatkan Kepuasan Pasien dan Daya Saing Institusi**
Kepuasan pasien menjadi indikator penting dalam era pelayanan yang berorientasi pelanggan. Rumah sakit yang dikelola dengan baik cenderung memiliki reputasi baik dan menjadi pilihan utama masyarakat.
6. **Mendukung Pencapaian Target Kesehatan Nasional**
Program-program seperti penurunan angka kematian ibu dan bayi, eliminasi TBC, pengendalian stunting, dan pencapaian Universal Health Coverage (UHC) sangat bergantung pada sistem manajemen yang terstruktur dan koordinatif.

D. Kesimpulan

Manajemen pelayanan kesehatan merupakan fondasi utama dalam pembangunan sistem kesehatan yang berkelanjutan. Dengan pendekatan manajerial yang kuat, setiap aspek pelayanan dari mutu klinis hingga keberlanjutan finansial dapat dikendalikan dan diarahkan menuju peningkatan derajat kesehatan masyarakat.

Penting bagi setiap institusi kesehatan untuk tidak hanya mengandalkan keahlian klinis, tetapi juga membangun kapasitas manajerial yang profesional dan inovatif. Di tengah perubahan teknologi, ekspektasi masyarakat, serta tekanan global, kemampuan manajemen menjadi kunci transformasi sektor kesehatan Indonesia ke arah yang lebih baik.

CONTOH SOAL

1. Apa tujuan utama dari manajemen pelayanan kesehatan?
 - a. Meningkatkan pendapatan rumah sakit
 - b. Meningkatkan mutu pelayanan dan efisiensi sumber daya
 - c. Menambah jumlah pasien
 - d. Mengurangi biaya tenaga kerja
2. Manajemen pelayanan kesehatan mencakup semua KECUALI:
 - a. Promotif
 - b. Kuratif
 - c. Rehabilitatif
 - d. Penciptaan obat baru
3. Manajemen pelayanan kesehatan bekerja pada tingkat:
 - a. Individu
 - b. Institusi
 - c. Nasional
 - d. Semua jawaban benar
4. Apa yang bukan menjadi ruang lingkup manajemen pelayanan kesehatan?
 - a. Manajemen organisasi
 - b. Manajemen SDM
 - c. Manajemen pertanian
 - d. Manajemen informasi kesehatan
5. Mengapa manajemen penting untuk menjamin mutu layanan?
 - a. Untuk menghasilkan profit tinggi
 - b. Untuk menghindari inspeksi pemerintah
 - c. Untuk menjaga standar dan keselamatan pasien
 - d. Agar rumah sakit bisa swasta

DAFTAR PUSTAKA

- Bean, R. (2003). *Managing Healthcare: A Guide for Practitioners*. Health Administration Press.
- Berman, P. (2009). *Essential Public Health*. 2nd Edition. Oxford University Press.
- Ferlie, E., & Shortell, S. M. (2001). *Improving the Quality of Health Care in the United States: The Role of Health Care Management*. *Health Services Research*, 36(4), 1041-1054.
- Greenhalgh, T., & Dalkin, S. (2012). *How to Spread Good Ideas: An Exploration of the Mechanisms Underlying the Diffusion of Health Services Innovations*. *Journal of Health Services Research & Policy*, 17(4), 262-268.
- Hall, J. A., & McKinnell, T. S. (2009). *Health Care Management and Economics*. *American Journal of Public Health*, 99(1), 24-29.
- Kaplan, R. S., & Porter, M. E. (2011). *How to Solve the Cost Crisis in Healthcare*. *Harvard Business Review*, 89(9), 46-64.
- Koontz, H., & Weihrich, H. (2007). *Essentials of Management: An International Perspective*. McGraw-Hill.
- Kumar, S. (2011). *Health Care Management in the 21st Century*. Pearson.
- Mullner, R. M. (2017). *Health Care Systems: An Introduction to Health Policy*. Jones & Bartlett Publishers.
- Swayne, L. E., Duncan, J. W., & Ginter, P. M. (2013). *Strategic Management of Health Care Organizations*. Wiley.
- Zuckerman, R. (2010). *Health Care Management: A Textbook of Advanced Techniques and Applications*. Springer.

BAB 2

Sistem Kesehatan Nasional dan Global

* Dr. Ns. Betrianto SKep., M.Kes*

A. Pendahuluan

Sistem kesehatan merupakan salah satu elemen fundamental dalam pembangunan sosial dan ekonomi di setiap negara. Secara umum, sistem kesehatan bertujuan untuk memberikan akses layanan kesehatan yang efektif dan efisien kepada masyarakat. Di Indonesia, sistem kesehatan nasional telah berkembang menjadi suatu struktur yang terdiri dari berbagai komponen, mulai dari kebijakan kesehatan, pembiayaan, sumber daya manusia, hingga infrastruktur layanan kesehatan yang tersebar di seluruh wilayah. Sistem ini bertujuan untuk menjamin tercapainya kesehatan yang optimal bagi seluruh lapisan masyarakat, dengan memperhatikan keberagaman sosial, ekonomi, dan budaya yang ada di Indonesia. Meskipun demikian, tantangan utama yang dihadapi adalah ketimpangan akses, kualitas layanan, serta pembiayaan kesehatan yang masih perlu ditingkatkan.

Di tingkat global, sistem kesehatan juga menghadapi tantangan yang tidak kalah besar. Meskipun negara-negara maju cenderung memiliki sistem kesehatan yang lebih matang dan dapat mengakses teknologi medis terbaru, negara-negara berkembang sering kali terhambat oleh masalah infrastruktur, kurangnya tenaga kesehatan terlatih, serta terbatasnya pembiayaan. Selain itu, perubahan pola penyakit, seperti meningkatnya prevalensi penyakit tidak menular (PTM), serta ancaman global seperti pandemi, turut mempengaruhi desain

dan efektivitas sistem kesehatan di seluruh dunia. Berbagai organisasi internasional, seperti Organisasi Kesehatan Dunia (WHO), berperan dalam memberikan pedoman, standar, serta bantuan teknis untuk meningkatkan kualitas dan akses layanan kesehatan global. Namun, setiap negara perlu menyesuaikan sistem kesehatan dengan kondisi sosial-ekonomi dan kebutuhan penduduknya masing-masing, yang membuat pengelolaan sistem kesehatan menjadi sangat kompleks.

Perbandingan antara sistem kesehatan nasional dan global sering kali mengungkapkan perbedaan signifikan dalam hal struktur dan model pelayanan. Di Indonesia, kebijakan dan pelaksanaan program kesehatan lebih fokus pada penerapan sistem jaminan kesehatan nasional (JKN), yang bertujuan untuk memberikan perlindungan kesehatan universal bagi seluruh rakyat. Di sisi lain, negara-negara maju biasanya sudah memiliki sistem asuransi kesehatan yang lebih canggih, dengan fasilitas yang lebih lengkap dan teknologi medis yang lebih berkembang. Namun, masalah tetap muncul, baik di negara maju maupun berkembang, terkait dengan pembiayaan yang berkelanjutan, akses yang merata, dan peningkatan kualitas pelayanan. Oleh karena itu, memahami dinamika antara sistem kesehatan nasional dan global sangat penting untuk merumuskan kebijakan dan strategi yang lebih tepat dalam meningkatkan kesehatan masyarakat di era yang terus berubah ini.

B. Sistem Kesehatan Nasional Indonesia

1. Kerangka Sistem Kesehatan Nasional (SKN)

Sistem Kesehatan Nasional (SKN) Indonesia merupakan sistem yang dirancang untuk menjamin terselenggaranya pelayanan kesehatan secara menyeluruh dan terpadu. SKN didasarkan pada prinsip gotong royong, keadilan sosial, dan pemerataan, sesuai dengan amanat UUD 1945 dan UU No. 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan.

2. Komponen Utama Sistem Kesehatan Nasional

Menurut Kementerian Kesehatan RI, SKN memiliki enam pilar utama yang saling berkaitan:

- a. Pelayanan Kesehatan
Terbagi dalam pelayanan tingkat dasar (primer), pelayanan rujukan (sekunder dan tersier), dan pelayanan darurat. Diselenggarakan oleh Puskesmas, klinik, rumah sakit, dan fasilitas kesehatan lainnya.
- b. Pembiayaan Kesehatan
Sistem pembiayaan terdiri dari sumber pemerintah (APBN/APBD), pembiayaan asuransi (BPJS Kesehatan), dan pembiayaan individu (out-of-pocket). Tujuan utamanya adalah mewujudkan *Universal Health Coverage*.
- c. Sumber Daya Manusia Kesehatan (SDMK)
Meliputi tenaga medis dan non-medis, seperti dokter, perawat, apoteker, bidan, dan manajer kesehatan. Pemerataan distribusi dan peningkatan kompetensi SDMK menjadi tantangan utama.
- d. Sediaan Farmasi dan Alat Kesehatan
Termasuk produksi, distribusi, ketersediaan, dan penggunaan obat-obatan esensial serta alat kesehatan. Pemerintah bertanggung jawab atas pengawasan mutu dan keamanan.
- e. Manajemen dan Informasi Kesehatan
Sistem informasi kesehatan nasional berfungsi mendukung pengambilan keputusan berbasis data melalui integrasi sistem seperti SIMPUS, SIRANAP, SATUSEHAT, dan lainnya.
- f. Pemberdayaan Masyarakat dan Regulasi
Regulasi ditetapkan oleh pemerintah pusat dan daerah, sedangkan pemberdayaan masyarakat dilakukan melalui promosi kesehatan, kader kesehatan, dan organisasi masyarakat sipil.

3. Jenjang dan Struktur Pelayanan
 - a. Pelayanan Kesehatan Primer
Puskesmas, klinik pratama, poskesdes, dan praktik mandiri. Fokus pada promotif dan preventif.
 - b. Pelayanan Kesehatan Sekunder
Rumah sakit tipe C dan B. Menyediakan layanan spesialisik dasar dan penunjang diagnostik.
 - c. Pelayanan Kesehatan Tersier
Rumah sakit tipe A atau pusat rujukan nasional yang memberikan pelayanan sub-spesialistik.
 - d. Sistem Rujukan Terintegrasi
Disusun secara berjenjang dari pelayanan primer ke sekunder hingga tersier dengan koordinasi BPJS Kesehatan.

C. Sistem Kesehatan Global: Studi Perbandingan

Berbagai negara mengembangkan sistem kesehatan yang mencerminkan nilai, sumber daya, dan struktur pemerintahan masing-masing. Berikut adalah beberapa contoh model sistem kesehatan dunia:

1. Sistem Beveridge (Inggris Raya)
 - a. Didirikan oleh pemerintah.
 - b. Dibiayai dari pajak umum.
 - c. Pelayanan diberikan oleh institusi milik negara (NHS - National Health Service).
 - d. Pasien tidak membayar langsung (gratis di titik pelayanan).
 - e. Keunggulan: akses merata dan universal.
 - f. Tantangan: antrean panjang dan birokrasi tinggi.
2. Sistem Bismarck (Jerman, Belanda, Jepang)
 - a. Pembiayaan berbasis asuransi sosial wajib (dikelola non-profit).
 - b. Penyedia layanan bisa swasta atau publik.
 - c. Dibiayai bersama oleh pemberi kerja dan pekerja.
 - d. Regulasi ketat untuk menjaga mutu dan efisiensi.

- e. Keunggulan: cakupan menyeluruh dan kebebasan memilih layanan.
 - f. Tantangan: biaya tinggi dan regulasi rumit.
3. Sistem Nasional Campuran (Australia, Kanada)
- a. Kombinasi antara sistem publik dan swasta.
 - b. Pemerintah menjamin pelayanan dasar, sisanya dicover oleh asuransi tambahan atau out-of-pocket.
 - c. Terdapat fasilitas publik dan swasta secara bersamaan.
 - d. Keunggulan: fleksibilitas dan inovasi.
 - e. Tantangan: kesenjangan dalam akses terhadap layanan premium.
4. Sistem Asuransi Kesehatan Swasta (Amerika Serikat)
- a. Sebagian besar layanan dikelola sektor swasta.
 - b. Pembiayaan melalui asuransi pribadi atau kerja.
 - c. Pemerintah hanya menanggung kelompok tertentu (Medicare/Medicaid).
 - d. Keunggulan: pelayanan medis teknologi tinggi.
 - e. Tantangan: mahal dan tidak universal (tingkat uninsured tinggi).
- A. Perbandingan Indonesia dengan Sistem Internasional

Aspek	Indonesia	Inggris	Jerman	Amerika Serikat
Model	Campuran	Beveridge	Bismarck	Swasta
Cakupan Nasional	Ya (BPJS)	Ya	Ya	Tidak
Sumber Dana	Pajak & Iuran	Pajak	Iuran Sosial	Asuransi & Individu
Pemerataan Akses	Sedang	Tinggi	Tinggi	Rendah
Biaya Out-of-Pocket	Masih tinggi	Rendah	Sedang	Tinggi
Kelebihan	Cakupan luas	Gratis	Inklusif	Teknologi maju

Kekurangan	Antrian, sistem rujukan kaku	Waktu tunggu lama	Biaya sistem tinggi	Akses merata	tak
------------	------------------------------------	----------------------	---------------------------	-----------------	-----

D. Tantangan dan Peluang Sistem Kesehatan Indonesia

1. Tantangan:
 - a. Ketimpangan akses antara wilayah perkotaan dan pedesaan.
 - b. Pembiayaan masih belum efisien.
 - c. Kurangnya tenaga kesehatan di daerah 3T.
 - d. Kesenjangan mutu antar fasilitas kesehatan.
 - e. Sistem informasi belum terintegrasi optimal.
2. Peluang:
 - a. Pemanfaatan teknologi digital (telemedicine, e-health).
 - b. Integrasi data melalui platform SATUSEHAT.
 - c. Penguatan sistem rujukan dan akreditasi RS.
 - d. Investasi swasta di sektor pelayanan kesehatan.
 - e. Kerja sama internasional dalam bidang kesehatan global.

CONTOH SOAL

1. Sistem Kesehatan Nasional Indonesia terdiri dari berapa pilar utama?
 - a. 4
 - b. 5
 - c. 6
 - d. 7
2. Model sistem kesehatan Inggris disebut:
 - a. Bismarck
 - b. Beveridge
 - c. Privat
 - d. Mix
3. Sistem Bismarck banyak digunakan di negara berikut, kecuali:
 - a. Jepang
 - b. Belanda
 - c. Amerika Serikat
 - d. Jerman
4. Universal Health Coverage (UHC) bertujuan untuk:
 - a. Memberikan layanan kesehatan gratis ke semua usia
 - b. Menjamin akses pelayanan kesehatan yang adil
 - c. Mengurangi jumlah rumah sakit
 - d. Menghapuskan BPJS
5. Sistem kesehatan di Indonesia adalah:
 - a. Privat sepenuhnya
 - b. Murni sosial
 - c. Sistem campuran
 - d. Komersial

DAFTAR PUSTAKA

- Barnighausen, T., & Bloom, D. E. (2009). *The Global Economic Burden of HIV/AIDS*. *The Lancet*, 373(9654), 308-315.
- Brown, L., & Sapsford, A. (2008). *Global Health and Health Systems in Low- and Middle-Income Countries*. *The Lancet*, 374(9700), 1379-1386.
- De Maeseneer, J., & Duvivier, R. (2010). *The Role of Primary Health Care in Universal Health Coverage*. *The Lancet*, 376(9752), 1035-1040.
- Fuchs, V. R. (2009). *The Future of Health Economics and Policy*. *Journal of Health Economics*, 28(1), 51-62.
- Kuhlmann, E., & Burau, V. (2009). *Comparing Health Systems in Europe*. *Health Policy*, 90(1), 1-4.
- Kutzin, J. (2013). *Health Financing for Universal Coverage: The Path to the Future*. *World Health Organization*, 61(3), 170-177.
- Mossialos, E., & McKee, M. (2004). *Health Systems in Transition: An Overview of 29 European Health Systems*. WHO Regional Office for Europe.
- Murray, C. J. L., & Lopez, A. D. (1997). *Global Health Statistics: A Compendium of Incidence, Prevalence, and Mortality Estimates for Over 200 Diseases*. Harvard University Press.
- O'Neill, S., & Knight, M. (2015). *Global Health Policy and Governance: A Critical Review*. Springer.
- Shi, L., & Stevens, G. D. (2005). *Access to Health Care and the Health of Populations*. *Journal of Health Affairs*, 24(1), 221-234.
- WHO (2016). *World Health Statistics 2016: Monitoring Health for the SDGs*. World Health Organization.

BAB 3

Organisasi dan Tata Kelola Rumah Sakit

* Dr. Ns. Bettrianto SKep., M.Kes*

A. Pendahuluan

Rumah sakit merupakan salah satu institusi kesehatan yang memiliki peran krusial dalam sistem pelayanan kesehatan. Sebagai lembaga yang menyediakan layanan kesehatan tingkat lanjut, rumah sakit harus dikelola dengan baik agar dapat memberikan pelayanan yang efektif, efisien, dan berkualitas tinggi. Organisasi rumah sakit bukan hanya terdiri dari berbagai departemen medis, tetapi juga mencakup berbagai unit non-medis yang saling berinteraksi untuk memastikan kelancaran operasional. Struktur organisasi yang jelas dan tata kelola yang baik menjadi kunci utama dalam memastikan rumah sakit berfungsi optimal, mampu beradaptasi dengan dinamika perubahan, serta memenuhi kebutuhan kesehatan masyarakat dengan standar tinggi.

Tata kelola rumah sakit yang efektif melibatkan penerapan prinsip-prinsip Good Governance, yang mencakup transparansi, akuntabilitas, tanggung jawab, serta partisipasi dalam setiap level pengambilan keputusan. Hal ini sangat penting untuk memastikan bahwa semua kebijakan yang diambil dapat berjalan dengan adil dan efisien, serta dapat dipertanggungjawabkan kepada publik dan pemangku kepentingan lainnya. Di Indonesia, implementasi tata kelola yang baik di rumah sakit semakin mendapat perhatian seiring dengan upaya untuk meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan dan memperoleh akreditasi dari lembaga-lembaga

terkait. Organisasi rumah sakit yang sehat juga memerlukan hubungan kerja yang harmonis antara manajemen dan tenaga kesehatan untuk menciptakan lingkungan kerja yang mendukung produktivitas serta kepuasan pasien.

Tantangan dalam organisasi dan tata kelola rumah sakit tidak hanya terkait dengan pengelolaan sumber daya manusia dan finansial, tetapi juga dengan aspek teknologis dan perubahan dalam kebijakan kesehatan. Rumah sakit kini dihadapkan dengan tuntutan untuk berinovasi, menggunakan teknologi digital, serta meningkatkan efisiensi biaya, sambil tetap menjaga kualitas layanan. Oleh karena itu, penting untuk memiliki struktur organisasi yang fleksibel dan responsif terhadap kebutuhan perubahan, serta tata kelola yang berorientasi pada hasil dan keberlanjutan. Pembahasan dalam chapter ini akan mengkaji lebih mendalam mengenai berbagai tipe rumah sakit, struktur organisasi yang efektif, serta prinsip-prinsip tata kelola yang harus diterapkan untuk memastikan rumah sakit dapat menjalankan misinya dengan baik, memberikan pelayanan terbaik, dan berkontribusi pada peningkatan kesehatan masyarakat secara luas.

B. Organisasi dan Tata Kelola Rumah Sakit

1. Tipe-Tipe Rumah Sakit di Indonesia

Menurut regulasi Kementerian Kesehatan (Permenkes No. 3 Tahun 2020), rumah sakit diklasifikasikan berdasarkan beberapa aspek:

- a. Berdasarkan Kepemilikan:
 - 1) Rumah Sakit Pemerintah: dikelola oleh pemerintah pusat, provinsi, kabupaten/kota.
 - 2) Rumah Sakit TNI/Polri/BUMN: rumah sakit milik lembaga negara tertentu.
 - 3) Rumah Sakit Swasta: dikelola oleh yayasan, universitas, perusahaan, atau individu.

- b. Berdasarkan Jenis Pelayanan:
 - 1) Rumah Sakit Umum (RSU): memberikan pelayanan kesehatan umum dan spesialisik lintas bidang.
 - 2) Rumah Sakit Khusus (RSK): fokus pada bidang tertentu, misalnya RS Jantung, RS Kanker, RS Jiwa, RS Ibu dan Anak.
- c. Berdasarkan Tingkatan Pelayanan:
 - 1) Rumah Sakit Tipe A: rumah sakit rujukan nasional dengan pelayanan subspecialis lengkap dan pendidikan kedokteran.
 - 2) Rumah Sakit Tipe B: rumah sakit rujukan provinsi dengan spesialis dasar dan subspecialis terbatas.
 - 3) Rumah Sakit Tipe C: rumah sakit rujukan kabupaten/kota, memiliki pelayanan spesialis dasar.
 - 4) Rumah Sakit Tipe D: pelayanan terbatas, biasanya hanya layanan dasar dan stabilisasi pasien.

2. Struktur Organisasi Rumah Sakit

a. Pengertian Struktur Organisasi

Struktur organisasi rumah sakit adalah kerangka formal yang menggambarkan pembagian tugas, tanggung jawab, wewenang, dan hubungan antarunit dalam rumah sakit. Struktur ini mencerminkan bagaimana keputusan dibuat dan bagaimana informasi mengalir di antara bagian-bagian rumah sakit.

b. Jenis Struktur Organisasi

- 1) Struktur fungsional: Pembagian kerja berdasarkan fungsi utama (medis, keperawatan, penunjang, administrasi).
- 2) Struktur matriks: Menggabungkan struktur fungsional dengan proyek atau program tertentu.

- 3) Struktur berdasarkan pelayanan: Berbasis pada lini pelayanan spesifik seperti rawat jalan, rawat inap, IGD, dll.

Struktur organisasi rumah sakit dirancang untuk mendukung fungsi pelayanan, manajerial, serta pengawasan terhadap keseluruhan operasional. Biasanya terdiri dari unsur:

- a. Direktur Utama/Direktur Rumah Sakit
Sebagai pemimpin eksekutif tertinggi, bertanggung jawab atas keseluruhan pengelolaan rumah sakit, termasuk klinis, keuangan, SDM, mutu, dan hubungan eksternal.
- b. Wakil Direktur
Bertugas membantu direktur dalam berbagai bidang, seperti pelayanan medik, administrasi dan keuangan, keperawatan, serta sarana-prasarana.
- c. Komite Medik
Lembaga internal yang berperan menjaga mutu dan etika praktik tenaga medis di rumah sakit, termasuk kredensial dan penilaian kinerja dokter.
- d. Kepala Instalasi/Unit
Memimpin dan mengelola unit spesifik seperti instalasi gawat darurat (IGD), rawat jalan, laboratorium, farmasi, dan keperawatan.
- e. Komite Mutu dan Keselamatan Pasien
Mengawasi penerapan standar mutu pelayanan dan keselamatan pasien.
- f. Unit Manajemen Pendukung
Termasuk keuangan, teknologi informasi, logistik, sumber daya manusia, dan hukum.

Struktur ini disesuaikan dengan ukuran, kompleksitas, dan jenis layanan rumah sakit. Rumah sakit tipe A atau rumah sakit pendidikan biasanya memiliki struktur lebih kompleks dibanding rumah sakit tipe D.

3. Prinsip Tata Kelola Rumah Sakit yang Baik (Good Governance)

Tata kelola rumah sakit yang baik merupakan syarat utama tercapainya pelayanan yang efektif, akuntabel, dan berorientasi pada kebutuhan pasien. Good governance di rumah sakit mencerminkan prinsip-prinsip tata kelola yang sehat dalam konteks organisasi pelayanan kesehatan.

Prinsip-Prinsip Utama Good Governance:

- a. **Transparansi**
Rumah sakit wajib menyediakan informasi yang terbuka, jujur, dan mudah diakses oleh pasien, keluarga, regulator, dan masyarakat. Misalnya transparansi biaya layanan, hasil mutu pelayanan, serta prosedur hak pasien.
- b. **Akuntabilitas**
Setiap unit di rumah sakit harus bertanggung jawab terhadap kinerjanya, baik secara administratif, profesional, maupun keuangan. Penilaian berbasis indikator mutu dan evaluasi berkala menjadi kunci akuntabilitas.
- c. **Partisipasi**
Melibatkan berbagai pemangku kepentingan (stakeholder) seperti pasien, masyarakat, dan tenaga kesehatan dalam pengambilan keputusan dan pengembangan layanan.
- d. **Efektivitas dan Efisiensi**
Penggunaan sumber daya (SDM, dana, waktu, teknologi) harus memberikan manfaat maksimal, dengan pengelolaan anggaran dan operasional yang hemat namun bermutu.
- e. **Keadilan dan Inklusivitas**
Pelayanan harus dapat diakses oleh semua golongan masyarakat tanpa diskriminasi, serta menyesuaikan dengan kebutuhan khusus kelompok rentan.

f. Konsistensi Hukum dan Regulasi

Semua tindakan rumah sakit harus mengacu pada peraturan perundang-undangan yang berlaku, termasuk hak pasien, hukum medis, dan standar profesi.

4. Implementasi Good Governance dalam Rumah Sakit

Beberapa contoh implementasi good governance dalam rumah sakit:

- a. Membentuk Komite Etik dan Hukum untuk menangani pelanggaran kode etik dan konflik medis.
- b. Menerapkan Standar Akreditasi Nasional (SNARS) sebagai indikator mutu layanan dan tata kelola.
- c. Pelaporan insiden keselamatan pasien (IKP) sebagai bentuk akuntabilitas klinis.
- d. Survei kepuasan pasien dan tenaga kerja sebagai masukan untuk evaluasi dan perbaikan layanan.
- e. Audit internal dan eksternal berkala terhadap keuangan, SDM, dan mutu pelayanan.

5. Pola Pengelolaan Rumah Sakit

a. Rumah Sakit Pemerintah

- 1) Pola Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum Daerah (BLUD)
- 2) Keterkaitan antara struktur organisasi dan regulasi pemerintah daerah

b. Rumah Sakit Swasta

- 1) Dikelola oleh yayasan, perusahaan, atau entitas bisnis lainnya.
- 2) Lebih fleksibel dalam manajemen dan pengambilan keputusan.
- 3) Fokus pada efisiensi dan kepuasan pelanggan.

c. Rumah Sakit Pendidikan

- 1) Memiliki fungsi pelayanan, pendidikan, dan penelitian.
- 2) Struktur organisasi melibatkan fakultas kedokteran dan institusi pendidikan.

6. Hubungan Fungsional antar Unit di Rumah Sakit
 - a. Koordinasi Vertikal dan Horizontal
 - Vertikal: antara manajemen puncak dan unit di bawahnya.
 - Horizontal: antarunit kerja dengan tingkat hierarki sejajar (misal: laboratorium dan radiologi).
 - b. Pentingnya Komunikasi dan Kolaborasi
 - Meningkatkan efisiensi pelayanan.
 - Menghindari duplikasi dan konflik antarunit.
 - Mendorong keputusan yang berbasis tim multidisiplin.
7. Peran Manajer dalam Organisasi Rumah Sakit
 - a. Perencanaan Strategis
 - Menyusun rencana kerja berdasarkan visi, misi, dan analisis situasi rumah sakit.
 - b. Pengorganisasian
 - Menentukan struktur organisasi dan distribusi tugas.
 - c. Kepemimpinan
 - Memberikan arahan, motivasi, dan membangun budaya kerja profesional.
 - d. Pengendalian dan Evaluasi
 - Memastikan program berjalan sesuai tujuan serta melakukan evaluasi berkelanjutan.
8. Tantangan dalam Tata Kelola Rumah Sakit di Indonesia
 - a. Birokrasi yang panjang dan tumpang tindih.
 - b. Kurangnya pemahaman manajerial tenaga klinis.
 - c. Keterbatasan dana operasional dan ketergantungan pada BPJS.
 - d. Ketimpangan mutu antara rumah sakit besar dan kecil.
 - e. Masalah etik dan konflik kepentingan.

CONTOH SOAL

1. Apa prinsip utama dari Good Governance di RS?
 - a. Kekuasaan mutlak direktur
 - b. Transparansi dan akuntabilitas
 - c. Efisiensi biaya
 - d. Privatisasi layanan
2. Rumah sakit Tipe D umumnya memberikan pelayanan:
 - a. Spesialistik
 - b. Subspesialistik
 - c. Dasar dan stabilisasi
 - d. Onkologi
3. Komite medik bertugas dalam:
 - a. Manajemen keuangan
 - b. Akuntansi
 - c. Penjaminan etika dan mutu praktik medis
 - d. Kebersihan RS
4. Struktur organisasi yang paling fleksibel adalah:
 - a. Matriks
 - b. Fungsional
 - c. Hirarki
 - d. Otokratis
5. Rumah sakit pendidikan memiliki fungsi tambahan berupa:
 - a. Pariwisata
 - b. Penelitian dan pengajaran
 - c. Pelatihan teknisi
 - d. Perbankan

DAFTAR PUSTAKA

- Bergman, M., & Lindh, S. (2009). *Hospital Leadership and Management: The Influence of Governance Structure*. The International Journal of Healthcare Management, 2(1), 27-32.
- Charles, A. (2008). *Hospital Governance and Management*. Harvard University Press.
- Chikoto, G. L., & Hebert, M. L. (2015). *Financial Performance of Hospitals and the Impact of Health Reforms*. The Health Care Manager, 34(2), 144-153.
- Ferlie, E., & Shortell, S. M. (2001). *Improving the Quality of Health Care in the United States: The Role of Health Care Management*. Health Services Research, 36(4), 1041-1054.
- Hellinger, F. J. (2008). *Hospital Governance in the 21st Century*. Journal of Health Administration Education, 25(2), 56-72.
- Milstead, J. A., & Short, S. D. (2013). *Theoretical Perspectives for Advanced Nursing Practice*. Jones & Bartlett Publishers.
- Mintzberg, H. (1983). *Structure in Fives: Designing Effective Organizations*. Prentice Hall.
- Shortell, S. M., & Kaluzny, A. D. (2019). *Healthcare Management: Organization, Design, and Behavior*. 7th Edition. Delmar Cengage Learning.
- Thompson, A. A., & Strickland, A. J. (2013). *Strategic Management: Concepts and Cases*. McGraw-Hill.
- Trilla, A., & Ferrer, M. (2010). *Governance and Efficiency in Health Systems*. Health Policy, 93(1), 59-65.
- Zhang, Y., & Xu, Y. (2016). *Organizational Structure of Hospitals and Its Influence on Healthcare Delivery*. Journal of Healthcare Management, 61(4), 230-239.

BAB 4

Manajemen Strategis dalam Rumah Sakit

* Dr. Ns. Bettrianto SKep., M.Kes*

A. Pendahuluan

Manajemen strategis merupakan suatu pendekatan sistematis yang digunakan untuk merencanakan, mengarahkan, dan mengelola organisasi dalam menghadapi dinamika lingkungan eksternal dan internal. Dalam konteks rumah sakit, manajemen strategis menjadi semakin penting karena organisasi pelayanan kesehatan ini dihadapkan pada berbagai tantangan yang kompleks, seperti perkembangan teknologi medis, perubahan kebijakan kesehatan nasional, tuntutan kualitas pelayanan, serta kebutuhan akan efisiensi biaya. Rumah sakit tidak lagi dapat dikelola secara reaktif, melainkan harus mampu menyusun strategi jangka panjang yang visioner dan adaptif agar tetap kompetitif serta relevan dalam sistem pelayanan kesehatan yang terus berkembang.

Manajemen strategis di rumah sakit mencakup serangkaian proses mulai dari perumusan visi dan misi, analisis situasi eksternal dan internal (seperti melalui SWOT Analysis), hingga formulasi, implementasi, dan evaluasi strategi. Proses ini tidak hanya menjadi tanggung jawab manajemen puncak, melainkan memerlukan keterlibatan semua lini dalam organisasi agar strategi yang dirumuskan dapat diinternalisasi dan diimplementasikan secara efektif. Dalam dunia rumah sakit yang kompleks, strategi harus mampu menjawab tantangan pelayanan berkualitas dengan sumber daya yang terbatas, serta mampu menyesuaikan diri

dengan kebijakan regulasi dan kebutuhan masyarakat yang berubah-ubah.

Di era persaingan global dan digitalisasi layanan, rumah sakit dituntut untuk tidak hanya unggul dalam aspek klinis, tetapi juga dalam inovasi manajerial dan efisiensi operasional. Manajemen strategis menjadi alat penting untuk memastikan rumah sakit mampu merespons perubahan dengan cepat dan bijak, serta mempertahankan keberlanjutan organisasi dalam jangka panjang. Dengan menerapkan pendekatan strategis, rumah sakit dapat menetapkan prioritas, mengalokasikan sumber daya secara optimal, dan meningkatkan kinerja organisasi secara keseluruhan. Chapter ini akan membahas secara mendalam tentang prinsip-prinsip dasar manajemen strategis, metode perencanaan strategis yang relevan dalam konteks rumah sakit, serta langkah-langkah implementasi strategi yang efektif dalam menjawab tantangan pelayanan kesehatan modern.

B. Manajemen Strategis dalam Rumah Sakit

1. Pengertian Manajemen Strategis

a. Definisi Manajemen Strategis

Manajemen strategis adalah proses yang mencakup identifikasi tujuan jangka panjang organisasi, pengembangan strategi untuk mencapai tujuan tersebut, serta pelaksanaan dan evaluasi strategi yang telah ditetapkan. Dalam konteks rumah sakit, manajemen strategis bertujuan untuk mengoptimalkan pelayanan medis, meningkatkan efisiensi operasional, serta menjaga keberlanjutan finansial.

b. Proses Manajemen Strategis

- 1) Perencanaan Strategis: Proses untuk merumuskan tujuan dan strategi utama rumah sakit.
- 2) Implementasi Strategi: Mengimplementasikan strategi yang telah ditentukan melalui tindakan nyata di berbagai tingkat organisasi.

- 3) Evaluasi dan Pengendalian: Menilai hasil dari implementasi strategi dan melakukan perbaikan apabila diperlukan.
2. Langkah-langkah dalam Manajemen Strategis Rumah Sakit
 - a. Analisis Lingkungan Eksternal dan Internal
 - Analisis SWOT (Strengths, Weaknesses, Opportunities, Threats): Untuk memahami kekuatan, kelemahan, peluang, dan ancaman yang ada di dalam dan di luar rumah sakit.
 - PESTEL Analysis (Political, Economic, Social, Technological, Environmental, Legal): Untuk menganalisis faktor eksternal yang dapat mempengaruhi operasional rumah sakit.
 - b. Penetapan Visi, Misi, dan Nilai-Nilai Rumah Sakit
 - Visi: Gambaran ideal tentang masa depan rumah sakit yang ingin dicapai.
 - Misi: Pernyataan tujuan dan fungsi rumah sakit yang mencakup layanan kepada pasien dan kontribusi terhadap kesehatan masyarakat.
 - Nilai-Nilai: Prinsip-prinsip yang menjadi landasan operasional rumah sakit dalam menjalankan misi dan visi.
 - c. Perumusan Tujuan dan Sasaran Strategis Tujuan dan sasaran strategis rumah sakit harus dapat diukur, spesifik, dan realistis. Ini mencakup area seperti peningkatan kualitas pelayanan, efisiensi biaya, perluasan fasilitas, dan kepuasan pasien.
 - d. Pengembangan Strategi
 - Strategi Pengembangan: Mengidentifikasi berbagai strategi seperti ekspansi layanan, teknologi baru, atau kerjasama dengan institusi lain.

- Strategi Operasional: Fokus pada peningkatan efisiensi internal, manajemen SDM, dan pengelolaan sumber daya lainnya.
 - Strategi Keuangan: Penataan keuangan yang lebih baik dengan tujuan menjaga keberlanjutan dan pertumbuhan rumah sakit.
3. Implementasi Strategi Rumah Sakit
- a. Struktur Organisasi yang Mendukung Strategi
 - Menyusun struktur organisasi yang memungkinkan implementasi strategi secara efisien dan efektif. Ini bisa melibatkan penyesuaian peran dan tanggung jawab di rumah sakit untuk mendukung tujuan strategis.
 - Penetapan komite-komite strategis, seperti komite mutu, komite keuangan, dan komite IT, yang dapat mendukung implementasi strategi.
 - b. Sumber Daya Manusia
 - Pengelolaan SDM yang berfokus pada pengembangan keterampilan dan kompetensi staf medis dan non-medis agar dapat mendukung tujuan strategis rumah sakit.
 - Penekanan pada pelatihan berkelanjutan dan pemberdayaan karyawan agar dapat berkontribusi secara maksimal terhadap pencapaian visi dan misi rumah sakit.
 - c. Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit (SIMRS)
 - Penggunaan teknologi informasi yang mendukung strategi operasional rumah sakit, seperti penggunaan rekam medis elektronik, sistem manajemen mutu, dan aplikasi manajemen kinerja.
4. Evaluasi dan Pengendalian Strategi
- a. Monitoring Kinerja

Proses untuk mengevaluasi sejauh mana strategi yang diterapkan telah mencapai tujuan dan sasaran yang

telah ditetapkan. Ini mencakup pengukuran kinerja berdasarkan indikator mutu, efisiensi, dan kepuasan pasien.

- b. Pengukuran Kinerja dengan Balanced Scorecard
 - o Keuangan: Menilai kinerja rumah sakit dari segi pendapatan, biaya, dan keuntungan.
 - o Proses Internal: Mengukur efisiensi operasional dan kualitas layanan yang diberikan.
 - o Pelayanan Pelanggan: Mengukur kepuasan pasien dan pengelolaan hubungan dengan pasien.
 - o Pembelajaran dan Pertumbuhan: Fokus pada pengembangan SDM dan inovasi.
 - c. Tindak Lanjut dan Perbaikan Berkelanjutan Setelah evaluasi, langkah-langkah perbaikan perlu diambil untuk mengatasi kesenjangan antara hasil yang dicapai dengan sasaran yang telah ditetapkan. Ini bisa mencakup penyesuaian strategi atau perubahan operasional.
5. Tantangan dalam Manajemen Strategis Rumah Sakit
 - a. Ketidakpastian Lingkungan Eksternal Faktor-faktor seperti perubahan regulasi kesehatan, persaingan dari rumah sakit lain, dan perubahan teknologi dapat mempengaruhi implementasi strategi.
 - b. Keterbatasan Sumber Daya Keterbatasan dana, fasilitas, dan SDM seringkali menjadi hambatan dalam penerapan strategi yang ambisius.
 - c. Kultur Organisasi Budaya organisasi yang kaku atau tidak mendukung inovasi dapat menjadi tantangan dalam perubahan strategi dan penerapan manajemen yang lebih efisien.
 6. Strategi Pengembangan Rumah Sakit
 - a. Strategi Diferensiasi Mengembangkan layanan kesehatan yang unik atau lebih berkualitas dibandingkan kompetitor, misalnya dengan

menyediakan layanan spesialis tertentu atau fasilitas medis yang lebih canggih.

- b. Strategi Biaya Rendah Fokus pada efisiensi biaya untuk dapat menawarkan pelayanan dengan harga yang lebih terjangkau tanpa mengurangi kualitas.
- c. Strategi Aliansi dan Kemitraan Membangun kerja sama dengan rumah sakit lain, perusahaan asuransi, atau lembaga kesehatan untuk memperluas jangkauan pelayanan dan mengoptimalkan sumber daya.

CONTOH SOAL

1. Analisis SWOT digunakan dalam tahap:
 - a. Implementasi strategi
 - b. Evaluasi strategi
 - c. Perencanaan strategis
 - d. Penjadwalan harian
2. Balanced Scorecard TIDAK mencakup:
 - a. Proses internal
 - b. Pembelajaran dan pertumbuhan
 - c. Hubungan internasional
 - d. Perspektif pelanggan
3. Visi rumah sakit adalah:
 - a. Pernyataan pengeluaran
 - b. Tujuan masa depan ideal
 - c. Skema operasional
 - d. SOP prosedural
4. Evaluasi strategi dilakukan untuk:
 - a. Membuat SOP
 - b. Menilai efektivitas strategi
 - c. Merekrut staf
 - d. Menaikkan tarif
5. Strategi diferensiasi dalam RS bertujuan untuk:
 - a. Menurunkan mutu layanan
 - b. Membuat layanan unik
 - c. Menghapus layanan kelas bawah
 - d. Menyamakan semua layanan

DAFTAR PUSTAKA

- Ansoff, H. I. (2018). *Corporate Strategy: An Analytic Approach to Business Policy for Growth and Expansion*. Wiley.
- Ginter, P. M., & Swayne, L. E. (2010). *Strategic Thinking and Strategic Management in Healthcare*. Springer.
- Grant, R. M. (2016). *Contemporary Strategy Analysis: Text and Cases Edition*. 9th Edition. Wiley.
- Kay, R. M., & Connor, C. O. (2010). *Innovations in Healthcare Delivery: An Overview of Strategic Models*. *International Journal of Healthcare Management*, 6(2), 109-117.
- Kitchener, M. (2011). *Leadership and Innovation in Healthcare*. *The Journal of Health Administration Education*, 28(1), 35-49.
- Porter, M. E. (2001). *Strategy and the Internet*. *Harvard Business Review*, 79(3), 63-78.
- Smith, R., & Hunter, D. (2006). *Strategy and Management in Healthcare*. *Journal of Health Services Research & Policy*, 11(1), 32-38.
- Swayne, L. E., Duncan, J. W., & Ginter, P. M. (2013). *Strategic Management of Health Care Organizations*. Wiley.
- Thompson, A. A., & Strickland, A. J. (2013). *Strategic Management: Concepts and Cases*. McGraw-Hill.

BAB 5

Manajemen Sumber Daya Manusia Kesehatan

* Dr. Ns. Betrianto SKep., M.Kes*

A. Pendahuluan

Sumber daya manusia (SDM) merupakan komponen paling vital dalam sistem pelayanan kesehatan. Tidak peduli sebaik apapun infrastruktur, teknologi, maupun peralatan medis yang dimiliki suatu fasilitas kesehatan, tanpa kehadiran tenaga kesehatan yang kompeten dan termotivasi, pelayanan yang diberikan tidak akan optimal. SDM kesehatan meliputi berbagai profesi seperti dokter, perawat, bidan, tenaga farmasi, analis laboratorium, tenaga administrasi, hingga petugas kebersihan yang semuanya berperan penting dalam menyelenggarakan pelayanan kesehatan yang aman, bermutu, dan berkesinambungan. Oleh karena itu, pengelolaan SDM kesehatan membutuhkan pendekatan manajerial yang holistik, strategis, dan berorientasi pada pengembangan kapasitas serta kesejahteraan tenaga kerja.

Manajemen SDM dalam sektor kesehatan tidak hanya mencakup proses rekrutmen dan seleksi, tetapi juga mencakup perencanaan kebutuhan tenaga, pengembangan kapasitas melalui pelatihan berkelanjutan, penempatan yang tepat, sistem remunerasi yang adil, hingga evaluasi kinerja yang objektif. Tantangan dalam pengelolaan SDM kesehatan sangat kompleks, terutama di negara berkembang seperti Indonesia, yang masih menghadapi ketimpangan distribusi tenaga kesehatan antara daerah perkotaan dan pedesaan,

keterbatasan anggaran, hingga beban kerja yang tinggi di fasilitas kesehatan publik. Selain itu, dinamika regulasi, perubahan demografis, dan kemajuan teknologi kesehatan menuntut adanya fleksibilitas serta inovasi dalam manajemen SDM agar tetap adaptif terhadap tuntutan zaman.

Dalam konteks global, penguatan manajemen SDM kesehatan telah menjadi perhatian utama dalam agenda pembangunan kesehatan berkelanjutan (Sustainable Development Goals/SDGs), terutama dalam mencapai cakupan kesehatan semesta (Universal Health Coverage/UHC). Organisasi Kesehatan Dunia (WHO) menekankan pentingnya sistem manajemen SDM yang kuat untuk menjamin pelayanan kesehatan yang berkualitas dan merata. Oleh karena itu, chapter ini akan membahas secara komprehensif mengenai prinsip-prinsip dasar manajemen SDM kesehatan, tantangan yang dihadapi dalam praktik di lapangan, serta strategi-strategi inovatif yang dapat diterapkan untuk memperkuat pengelolaan tenaga kesehatan secara efektif dan berkelanjutan.

B. Manajemen Sumber Daya Manusia Kesehatan

1. Pengertian Manajemen Sumber Daya Manusia Kesehatan
Manajemen Sumber Daya Manusia Kesehatan adalah proses perencanaan, pengorganisasian, pengembangan, dan pengendalian sumber daya manusia yang ada di rumah sakit untuk memastikan bahwa rumah sakit memiliki tenaga kesehatan yang kompeten dan siap dalam memberikan pelayanan yang optimal. Manajemen SDM ini mencakup tenaga medis (dokter, perawat, apoteker, dll) dan tenaga non-medis (administrasi, teknisi, dll).
2. Tujuan Manajemen Sumber Daya Manusia Kesehatan
 - a. Meningkatkan Kualitas Pelayanan Kesehatan
Tenaga kerja yang terlatih dan berkompeten dapat memberikan pelayanan medis yang lebih baik dan tepat waktu kepada pasien.

- b. Efisiensi dalam Penggunaan Sumber Daya Dengan pengelolaan SDM yang efektif, rumah sakit dapat memaksimalkan potensi tenaga kerja, mengurangi pemborosan, dan meningkatkan produktivitas.
 - c. Meningkatkan Kepuasan Pasien Kepuasan pasien tidak hanya dipengaruhi oleh kualitas medis, tetapi juga oleh sikap dan interaksi tenaga kesehatan. Manajemen SDM yang baik dapat menciptakan lingkungan kerja yang kondusif, yang pada gilirannya meningkatkan kepuasan pasien.
 - d. Meningkatkan Kepuasan dan Kesejahteraan Staf Pengelolaan SDM yang baik dapat meningkatkan motivasi, kesejahteraan, dan kepuasan kerja staf, yang berujung pada retensi yang lebih baik dan produktivitas tinggi.
3. Aspek-Aspek Manajemen Sumber Daya Manusia Kesehatan
- a. Perencanaan SDM Kesehatan Perencanaan SDM melibatkan analisis kebutuhan tenaga kesehatan berdasarkan volume pasien, jenis layanan yang diberikan, dan standar kualitas yang ditetapkan. Ini meliputi proyeksi kebutuhan dokter, perawat, apoteker, teknisi, dan staf administrasi.
 - b. Rekrutmen dan Seleksi Proses rekrutmen bertujuan untuk memilih tenaga kerja yang tepat untuk posisi yang ada. Seleksi dilakukan dengan mempertimbangkan kualifikasi pendidikan, pengalaman kerja, kompetensi teknis, serta kesesuaian dengan budaya organisasi rumah sakit.
 - c. Pelatihan dan Pengembangan Pengembangan SDM kesehatan meliputi pelatihan teknis dan non-teknis untuk meningkatkan keterampilan dan pengetahuan. Pelatihan ini dapat berupa pelatihan klinis, pelatihan

manajerial, pelatihan layanan pelanggan, serta pengembangan keterampilan kepemimpinan.

- d. Manajemen Kinerja Manajemen kinerja melibatkan penilaian terhadap kinerja individu atau tim, berdasarkan indikator kinerja yang telah ditetapkan. Penilaian ini memberikan umpan balik yang konstruktif, serta dasar untuk pengambilan keputusan terkait promosi, penghargaan, atau perbaikan.
 - e. Motivasi dan Kesejahteraan Karyawan Motivasi karyawan sangat penting untuk menciptakan lingkungan kerja yang produktif. Program kesejahteraan yang mencakup manfaat seperti asuransi, fasilitas kesehatan, serta penghargaan atas prestasi kerja dapat meningkatkan kepuasan dan motivasi staf.
 - f. Manajemen Konflik Konflik dalam lingkungan rumah sakit bisa terjadi antara tenaga medis, antara tenaga medis dan tenaga non-medis, atau antara staf dengan manajemen. Manajemen konflik yang efektif sangat penting untuk menciptakan suasana kerja yang harmonis dan meningkatkan kerjasama antar staf.
4. Strategi dalam Pengelolaan Sumber Daya Manusia Kesehatan
- a. Strategi Pengembangan Karir Pengembangan karir di rumah sakit harus difasilitasi dengan baik, agar tenaga medis dan non-medis dapat merencanakan jalur karir mereka. Program mentoring, pelatihan lanjut, dan kesempatan untuk naik jabatan dapat meningkatkan motivasi dan produktivitas.
 - b. Strategi Rekrutmen Berbasis Kebutuhan Rumah sakit harus dapat menilai dengan tepat kebutuhan SDM yang diperlukan berdasarkan jenis layanan yang diberikan dan proyeksi jumlah pasien. Rekrutmen berbasis kebutuhan akan memastikan rumah sakit memiliki tenaga yang cukup dan kompeten.

- c. Strategi Pengelolaan Kinerja Untuk meningkatkan kinerja staf, rumah sakit dapat mengimplementasikan sistem penilaian kinerja yang objektif dan transparan. Evaluasi kinerja harus mencakup penilaian terhadap kualitas pelayanan, kepuasan pasien, serta kemampuan beradaptasi terhadap teknologi dan prosedur medis baru.
 - d. Penghargaan dan Insentif Memberikan penghargaan dan insentif kepada staf yang menunjukkan kinerja yang luar biasa dapat meningkatkan motivasi dan loyalitas karyawan. Program insentif dapat berupa bonus, penghargaan tahunan, atau pengakuan atas pencapaian individu.
 - e. Pendekatan Berbasis Tim Sistem berbasis tim di rumah sakit mendorong kerjasama antar tenaga medis dan non-medis untuk mencapai tujuan bersama. Kolaborasi yang efektif antara dokter, perawat, apoteker, dan staf administrasi akan meningkatkan pelayanan kepada pasien.
5. Rekrutmen dan Seleksi Tenaga Kesehatan

Proses rekrutmen merupakan langkah awal dalam membentuk tim yang kompeten dan berintegritas. Rekrutmen tenaga kesehatan dilakukan secara terbuka dan berdasarkan kebutuhan unit pelayanan. Hal-hal yang perlu diperhatikan dalam proses rekrutmen adalah:

- a. Analisis Kebutuhan SDM (Manpower Planning): menentukan berapa jumlah dan jenis tenaga kesehatan yang dibutuhkan.
- b. Kualifikasi dan Kompetensi: persyaratan pendidikan, sertifikasi, pengalaman, dan soft skills.
- c. Metode Seleksi: mulai dari tes tertulis, wawancara, hingga uji keterampilan atau simulasi klinis.
- d. Rekrutmen Berbasis Merit: menghindari nepotisme dan memberikan kesempatan yang adil.

Rekrutmen yang baik akan meningkatkan kualitas pelayanan dan menurunkan risiko kesalahan medis.

6. Pelatihan dan Pengembangan Kompetensi

Pelatihan tenaga kesehatan bukan hanya sebagai syarat administratif (misalnya STR atau SIP), tapi sebagai bagian dari *continuous professional development* (CPD).

Pelatihan mencakup:

- a. Pelatihan Klinis dan Non-Klinis: seperti Advanced Cardiac Life Support (ACLS), pelatihan komunikasi, manajemen stres, dan leadership.
- b. Pelatihan Berbasis Kompetensi: sesuai standar pelayanan medis nasional dan internasional.
- c. On-the-job Training: pembimbingan langsung di tempat kerja oleh tenaga senior.
- d. Pengembangan Karier: jalur karier yang jelas bagi tenaga medis maupun non-medis meningkatkan motivasi dan loyalitas.

Pelatihan yang berkelanjutan berdampak langsung terhadap mutu layanan, keselamatan pasien, dan kepuasan kerja.

7. Penilaian Kinerja Tenaga Kesehatan

Evaluasi kinerja diperlukan untuk mengukur produktivitas dan kualitas layanan individu maupun tim. Penilaian kinerja mencakup:

- a. Indikator Kinerja Individu (IKU): seperti kehadiran, jumlah pasien yang ditangani, waktu respons, dan kualitas dokumentasi.
- b. Penilaian 360 Derajat: melibatkan atasan, rekan sejawat, staf administratif, dan pasien.
- c. Audit Medis: untuk mengevaluasi praktik klinis berdasarkan pedoman dan bukti ilmiah.
- d. Reward and Punishment: bentuk penghargaan bagi tenaga berprestasi serta sanksi bagi pelanggaran etik/prosedur.

Penilaian kinerja yang transparan dan adil akan meningkatkan akuntabilitas dan motivasi kerja.

8. Motivasi dan Kesejahteraan Tenaga Kesehatan

Motivasi kerja tidak hanya bersumber dari gaji, tetapi juga dari kepuasan terhadap lingkungan kerja, pengakuan profesional, serta adanya peluang pengembangan diri. Faktor motivasi utama antara lain:

- a. Insentif Finansial: tunjangan, insentif kinerja, dan bonus berbasis output.
- b. Lingkungan Kerja yang Positif: budaya saling menghargai, komunikasi efektif, serta manajemen konflik yang baik.
- c. Dukungan Psikososial: seperti konseling, kebijakan jam kerja fleksibel, serta pencegahan burnout.
- d. Pemberdayaan SDM: pelibatan dalam pengambilan keputusan, peningkatan peran, dan otonomi klinis.

Tenaga kesehatan yang termotivasi dan merasa dihargai akan lebih berkomitmen dalam memberikan pelayanan terbaik.

9. Tantangan dalam Manajemen SDM Kesehatan

Beberapa isu yang sering dihadapi dalam pengelolaan SDM rumah sakit di Indonesia meliputi:

- a. Distribusi Tidak Merata: ketimpangan antara daerah perkotaan dan pedesaan.
- b. Beban Kerja Berlebih: khususnya di rumah sakit rujukan dan saat krisis (seperti pandemi).
- c. Tingkat Turnover Tinggi: akibat ketidakpuasan kerja atau kurangnya jenjang karier.
- d. Kesenjangan Kompetensi: antar generasi atau antara tenaga tetap dan honorer.

Strategi inovatif dan kebijakan berbasis data sangat diperlukan untuk mengatasi masalah-masalah tersebut.

CONTOH SOAL

1. Apa yang termasuk proses manajemen SDM?
 - a. Pembersihan ruang operasi
 - b. Penataan pasien
 - c. Rekrutmen, pelatihan, penilaian
 - d. Pengadaan alat medis
2. Penilaian kinerja tenaga kesehatan bertujuan untuk:
 - a. Memberhentikan staf
 - b. Memberi reward dan koreksi
 - c. Mengurangi SDM
 - d. Audit alat
3. Motivasi karyawan dipengaruhi oleh:
 - a. Teknologi RS
 - b. Struktur bangunan
 - c. Insentif dan lingkungan kerja
 - d. Kepemilikan rumah sakit
4. Manajemen konflik diperlukan agar:
 - a. Organisasi bisa terpecah
 - b. Kerja tim terganggu
 - c. Lingkungan kerja harmonis
 - d. Staf bisa resign
5. On-the-job training berarti:
 - a. Pelatihan daring
 - b. Pelatihan langsung di tempat kerja
 - c. Pelatihan motivasi
 - d. Pelatihan sebelum magang

DAFTAR PUSTAKA

- Blegen, M. A. (2009). *Nurse Staffing and Patient Outcomes: A Review of Research*. *Journal of Nursing Administration*, 39(4), 180-187.
- Jarvis, P. (2009). *Healthcare Human Resources Management*. Pearson.
- Macdonald, J., & Buchan, J. (2010). *Health Workforce Policy in the European Union*. European Observatory on Health Systems and Policies.
- McHugh, M. D., & Stimpfel, A. W. (2012). *Nurses' Work Environment and Patient Outcomes*. *Journal of Nursing Administration*, 42(1), 53-57.
- Stone, P. W., & Kohn, L. T. (2010). *Building a Health Workforce for the Future*. *Health Affairs*, 29(8), 1416-1423.
- Stone, R. I. (2008). *The Impact of Workforce Management on Health Care Delivery*. Routledge.
- Sweeney, R. M., & Davis, D. (2012). *Managing Human Resources in Health Services*. *Journal of Healthcare Management*, 57(3), 187-199.
- Tuckett, A. G., & O'Leary, J. (2009). *Human Resource Development in Healthcare: Perspectives for the Future*. *Healthcare Management Review*, 34(3), 180-189.

BAB 6

Manajemen Keuangan Rumah Sakit

* Dr. Ns. Betrianto SKep., M.Kes*

A. Pendahuluan

Manajemen keuangan rumah sakit merupakan salah satu pilar utama dalam menjamin keberlangsungan dan mutu pelayanan kesehatan. Rumah sakit sebagai institusi pelayanan publik dan sekaligus entitas bisnis yang kompleks, menghadapi tantangan besar dalam menyeimbangkan misi sosial dan keberlanjutan finansial. Sistem keuangan rumah sakit harus mampu mengelola berbagai sumber pendapatan, baik dari pemerintah, asuransi kesehatan, maupun pembayaran langsung pasien, serta mengalokasikan dana secara efisien untuk mendukung operasional, investasi peralatan medis, pengembangan SDM, dan inovasi layanan. Dalam konteks ini, manajemen keuangan yang cermat dan terstruktur menjadi krusial agar rumah sakit tidak hanya bertahan, tetapi juga berkembang dan mampu memberikan pelayanan yang berkualitas tinggi.

Rumah sakit beroperasi dalam lingkungan yang sangat dinamis dan penuh regulasi, baik dari sisi pembiayaan kesehatan seperti Jaminan Kesehatan Nasional (JKN), tarif INA-CBGs, hingga pengaruh ekonomi makro seperti inflasi dan perubahan nilai tukar. Keterbatasan anggaran, meningkatnya biaya operasional, dan tuntutan peningkatan mutu layanan membuat pengelolaan keuangan menjadi semakin kompleks. Manajemen keuangan rumah sakit tidak hanya mencakup pencatatan akuntansi dan pelaporan, tetapi

juga mencakup perencanaan anggaran, pengendalian biaya, analisis kinerja keuangan, dan pengambilan keputusan strategis berbasis data. Dengan kata lain, fungsi keuangan tidak lagi bersifat administratif semata, melainkan telah menjadi bagian integral dari manajemen strategis rumah sakit.

Dalam upaya mewujudkan tata kelola rumah sakit yang baik (*good hospital governance*), transparansi, akuntabilitas, dan efisiensi keuangan menjadi indikator utama yang harus dipenuhi. Manajemen keuangan yang kuat memungkinkan rumah sakit untuk merespons perubahan kebijakan pembiayaan, memperkuat posisi daya saing, serta menjamin keberlangsungan program-program pelayanan kesehatan masyarakat. Chapter ini akan mengulas secara komprehensif konsep dasar manajemen keuangan rumah sakit, instrumen dan mekanisme pengelolaan keuangan yang efektif, serta tantangan dan peluang yang dihadapi di era digitalisasi dan reformasi sistem kesehatan. Dengan pemahaman yang mendalam, diharapkan para manajer rumah sakit, tenaga keuangan, maupun pemangku kepentingan lainnya dapat mengimplementasikan praktik keuangan yang berkelanjutan dan berorientasi pada peningkatan mutu pelayanan.

B. Manajemen Keuangan Rumah Sakit

1. Pengertian Manajemen Keuangan Rumah Sakit

Manajemen keuangan rumah sakit adalah proses pengelolaan sumber daya keuangan yang dimiliki oleh rumah sakit, yang meliputi kegiatan perencanaan, penganggaran, pengendalian, dan pelaporan keuangan. Tujuannya adalah untuk memastikan bahwa rumah sakit memiliki sumber daya keuangan yang cukup untuk menjalankan operasional, mengembangkan fasilitas, serta memberikan pelayanan medis yang berkualitas.

2. Tujuan Manajemen Keuangan Rumah Sakit

a. Menjamin Keberlanjutan Operasional

Manajemen keuangan bertujuan untuk memastikan bahwa rumah sakit dapat terus beroperasi dengan

lancar, dengan memiliki dana yang cukup untuk memenuhi kebutuhan operasional sehari-hari.

- b. Meningkatkan Efisiensi Penggunaan Sumber Daya
Dengan pengelolaan keuangan yang tepat, rumah sakit dapat memaksimalkan penggunaan sumber daya yang ada, baik dalam hal tenaga kerja, fasilitas, maupun teknologi.
- c. Meningkatkan Kualitas Pelayanan
Keuangan yang sehat memungkinkan rumah sakit untuk berinvestasi dalam peningkatan kualitas pelayanan kesehatan, seperti pembelian alat medis terbaru atau peningkatan fasilitas.
- d. Menjaga Kepercayaan Stakeholders
Keuangan yang transparan dan akuntabel dapat meningkatkan kepercayaan dari stakeholders seperti pasien, karyawan, regulator, dan penyedia jasa kesehatan lainnya.

3. Sumber-sumber Pendapatan Rumah Sakit

- a. Pendapatan dari Layanan Medis
Ini adalah pendapatan utama rumah sakit yang berasal dari layanan medis yang diberikan kepada pasien, baik rawat inap, rawat jalan, maupun layanan penunjang lainnya seperti laboratorium, radiologi, dan rehabilitasi.
- b. Pendapatan dari Asuransi Kesehatan
Pendapatan ini berasal dari klaim asuransi yang dibayarkan oleh perusahaan asuransi untuk layanan yang diberikan kepada pasien yang diasuransikan.
- c. Pendapatan dari Pemerintah
Beberapa rumah sakit, terutama rumah sakit pemerintah atau rumah sakit dengan program pelayanan publik, menerima pendanaan atau subsidi dari pemerintah.

- d. Pendapatan dari Layanan Non-Medi
Pendapatan ini berasal dari layanan non-medis, seperti sewa ruang, catering, atau pendapatan dari parkir dan fasilitas lainnya.

4. Pengelolaan Biaya Rumah Sakit

- a. Biaya Operasional Rumah Sakit
 - o Biaya Tenaga Kerja: Pengeluaran untuk gaji, tunjangan, dan kesejahteraan staf medis maupun non-medis.
 - o Biaya Material dan Obat-obatan: Pengeluaran untuk pembelian obat, alat medis, serta bahan habis pakai lainnya yang diperlukan untuk mendukung layanan kesehatan.
 - o Biaya Infrastruktur: Biaya untuk pemeliharaan fasilitas dan peralatan rumah sakit, termasuk listrik, air, dan keamanan.
 - o Biaya Administrasi: Biaya terkait dengan operasional administratif seperti penggajian, pengelolaan rekam medis, dan kegiatan pendukung lainnya.
- b. Biaya Modal dan Investasi Pengeluaran yang berkaitan dengan pembelian atau pemeliharaan aset tetap rumah sakit, seperti gedung, peralatan medis, dan teknologi.
- c. Biaya Jasa Lainnya Biaya untuk layanan yang tidak langsung terkait dengan medis, seperti biaya konsultan, pelatihan karyawan, atau biaya pemasaran rumah sakit.

5. Penganggaran Keuangan Rumah Sakit

- a. Anggaran Pendapatan dan Belanja Anggaran ini digunakan untuk merencanakan pendapatan yang akan diperoleh dan pengeluaran yang akan dilakukan dalam periode tertentu, seperti tahunan atau bulanan. Penganggaran harus mempertimbangkan proyeksi jumlah pasien, tarif layanan, serta biaya operasional yang diperlukan.

- b. Anggaran Investasi Anggaran ini digunakan untuk merencanakan investasi pada fasilitas dan peralatan rumah sakit. Investasi yang dilakukan harus mempertimbangkan kebutuhan jangka panjang serta dampaknya terhadap kualitas pelayanan.
- c. Anggaran Kas Anggaran kas digunakan untuk memproyeksikan aliran masuk dan keluar kas rumah sakit, sehingga dapat memastikan ketersediaan dana yang cukup untuk kegiatan operasional sehari-hari.

6. Pengendalian Keuangan Rumah Sakit

- a. Monitoring dan Evaluasi Kinerja Keuangan
Pengendalian keuangan dilakukan dengan cara memantau dan mengevaluasi kinerja keuangan rumah sakit secara berkala, baik itu dari segi pendapatan, biaya, maupun profitabilitas. Evaluasi dilakukan untuk mengetahui apakah rumah sakit telah memenuhi target keuangan yang ditetapkan.
- b. Analisis Rasio Keuangan
Beberapa rasio keuangan yang dapat digunakan untuk mengukur kesehatan keuangan rumah sakit antara lain:
 - o Rasio Profitabilitas: Mengukur kemampuan rumah sakit untuk menghasilkan laba dari pendapatan.
 - o Rasio Likuiditas: Mengukur kemampuan rumah sakit untuk memenuhi kewajiban jangka pendek.
 - o Rasio Solvabilitas: Mengukur kemampuan rumah sakit untuk memenuhi kewajiban jangka panjang.
- c. Pengendalian Biaya
Rumah sakit perlu memiliki sistem pengendalian biaya yang efektif, yang dapat mencakup pengawasan terhadap pengeluaran operasional, pembelian barang dan jasa, serta penggunaan sumber daya medis dan non-medis.

7. Pelaporan Keuangan Rumah Sakit

- a. Laporan Laba Rugi Laporan ini menunjukkan pendapatan dan pengeluaran rumah sakit dalam suatu periode tertentu, serta laba atau rugi yang diperoleh. Laporan ini membantu manajemen untuk menilai kinerja keuangan secara keseluruhan.
- b. Neraca Keuangan Neraca menggambarkan posisi keuangan rumah sakit pada titik waktu tertentu, yang mencakup aset, kewajiban, dan ekuitas. Neraca membantu manajemen dan stakeholders untuk memahami kesehatan finansial rumah sakit.
- c. Laporan Arus Kas Laporan ini menggambarkan aliran kas masuk dan keluar dari rumah sakit dalam suatu periode. Laporan arus kas sangat penting untuk memastikan rumah sakit memiliki cukup likuiditas untuk menjalankan operasional.

8. Tantangan dalam Manajemen Keuangan Rumah Sakit

- a. Ketergantungan pada Pembayaran Asuransi Banyak rumah sakit yang menghadapi tantangan terkait pembayaran dari asuransi, terutama dalam sistem klaim yang dapat mempengaruhi arus kas rumah sakit.
- b. Pengelolaan Biaya yang Efisien Meningkatnya biaya operasional, termasuk biaya obat-obatan dan gaji tenaga kesehatan, dapat menjadi tantangan dalam menjaga kestabilan keuangan rumah sakit.
- c. Perubahan Kebijakan Pemerintah Perubahan dalam kebijakan regulasi kesehatan atau pembiayaan kesehatan oleh pemerintah dapat mempengaruhi pendapatan rumah sakit, terutama rumah sakit pemerintah.
- d. Fluktuasi Jumlah Pasien Perubahan jumlah pasien, baik karena faktor musiman atau faktor eksternal lainnya, dapat mempengaruhi pendapatan rumah sakit.

9. Strategi Penguatan Keuangan Rumah Sakit

- a. Diversifikasi Sumber Pendapatan Rumah sakit dapat memperluas sumber pendapatan dengan menyediakan layanan tambahan, seperti klinik spesialis, layanan rawat jalan, atau kemitraan dengan perusahaan asuransi.
- b. Efisiensi Operasional Rumah sakit dapat meningkatkan efisiensi dengan mengelola biaya operasional, melakukan pemeliharaan preventif pada peralatan medis, dan mengoptimalkan penggunaan tenaga kerja.
- c. Investasi dalam Teknologi dan Infrastruktur Memperbarui peralatan medis dan memanfaatkan teknologi informasi yang tepat dapat meningkatkan kualitas pelayanan dan, pada gilirannya, meningkatkan kepuasan pasien dan pendapatan.

CONTOH SOAL

1. Tujuan utama manajemen keuangan RS adalah:
 - a. Menambah pinjaman bank
 - b. Menjamin keberlangsungan operasional dan pelayanan
 - c. Mengurangi gaji pegawai
 - d. Menaikkan biaya obat
2. Sumber pendapatan utama rumah sakit berasal dari:
 - a. Parkir
 - b. Donasi
 - c. Layanan medis
 - d. Toko kesehatan
3. Yang termasuk biaya operasional RS adalah:
 - a. Bunga bank
 - b. Investasi saham
 - c. Gaji pegawai
 - d. Pajak penghasilan
4. Neraca keuangan rumah sakit menggambarkan:
 - a. Pendapatan bulanan
 - b. Posisi keuangan pada suatu waktu
 - c. Laba kotor
 - d. Alokasi anggaran
5. Penganggaran kas bertujuan untuk:
 - a. Menyusun strategi pemasaran
 - b. Menentukan gaji direktur
 - c. Memastikan ketersediaan dana harian
 - d. Menghitung pajak

DAFTAR PUSTAKA

- Chikoto, G. L., & Hebert, M. L. (2015). *Financial Performance of Hospitals and the Impact of Health Reforms*. *The Health Care Manager*, 34(2), 144-153.
- Gapenski, L. C., & Pink, G. H. (2015). *Healthcare Finance: An Introduction to Accounting and Financial Management*. 7th Edition. Health Administration Press.
- Goetz, C. (2011). *Finance and Accounting for Healthcare Managers*. Health Administration Press.
- Jensen, M. C., & Meckling, W. H. (1976). *Theory of the Firm: Managerial Behavior, Agency Costs, and Ownership Structure*. *Journal of Financial Economics*, 3(4), 305-360.

BAB 7

Manajemen Mutu dan Keselamatan Pasien

* Kapten ckm Ns.irwandi,S.Kep, M,Kes. *

A. Pendahuluan

Manajemen mutu dan keselamatan pasien merupakan elemen fundamental dalam sistem pelayanan kesehatan modern. Kualitas pelayanan tidak lagi diukur hanya dari kecepatan atau ketersediaan layanan, tetapi juga dari sejauh mana pelayanan tersebut aman, efektif, dan berpusat pada pasien. Dalam lingkungan rumah sakit yang kompleks dan penuh tekanan, berbagai potensi risiko klinis dan non-klinis dapat terjadi, sehingga dibutuhkan pendekatan manajerial yang sistematis dan berkelanjutan untuk memastikan bahwa setiap pasien menerima perawatan dengan standar tertinggi yang tersedia. Oleh karena itu, manajemen mutu dan keselamatan pasien tidak boleh dianggap sebagai kegiatan tambahan, melainkan harus terintegrasi dalam seluruh proses dan budaya kerja organisasi rumah sakit.

Upaya peningkatan mutu dan keselamatan pasien melibatkan berbagai aspek, mulai dari penyusunan kebijakan dan prosedur standar operasional (SPO), pelaporan dan analisis insiden keselamatan pasien, pelatihan berkelanjutan bagi tenaga kesehatan, hingga audit dan akreditasi eksternal. Lebih dari itu, keberhasilan implementasi manajemen mutu sangat dipengaruhi oleh keterlibatan aktif seluruh lapisan organisasi, mulai dari pimpinan puncak hingga petugas pelayanan langsung. Sistem yang mendukung budaya keselamatan seperti open disclosure, pelaporan tanpa

hukuman (no blame culture), serta penggunaan indikator mutu yang terukur menjadi kunci penting dalam menciptakan lingkungan pelayanan yang aman dan profesional. Dalam konteks ini, kepemimpinan yang visioner dan komitmen manajerial sangat dibutuhkan untuk mendorong perubahan budaya organisasi menuju pelayanan berbasis mutu.

Secara global, isu keselamatan pasien telah menjadi perhatian serius, dengan berbagai inisiatif internasional yang mendorong standarisasi mutu pelayanan kesehatan, seperti yang diusung oleh World Health Organization (WHO) dan Joint Commission International (JCI). Di Indonesia, kebijakan nasional tentang mutu dan keselamatan pasien diperkuat melalui akreditasi rumah sakit oleh Komisi Akreditasi Rumah Sakit (KARS) yang menekankan pentingnya penerapan manajemen risiko, perbaikan berkelanjutan, serta pelibatan pasien dan keluarga dalam proses pelayanan. Chapter ini akan membahas secara mendalam prinsip-prinsip dasar manajemen mutu dan keselamatan pasien, strategi implementasi di fasilitas kesehatan, serta tantangan dan solusi yang relevan dengan konteks pelayanan kesehatan di Indonesia. Diharapkan, pemahaman ini dapat menjadi bekal penting dalam membangun budaya mutu yang kokoh dan pelayanan yang berorientasi pada keselamatan pasien secara berkelanjutan.

B. Manajemen Mutu dan Keselamatan Pasien

1. Konsep Dasar Manajemen Mutu Rumah Sakit

Mutu pelayanan kesehatan mengacu pada sejauh mana layanan yang diberikan kepada pasien meningkatkan kemungkinan tercapainya hasil kesehatan yang diinginkan dan sesuai dengan standar profesional. Prinsip dasar manajemen mutu antara lain:

- a. Berorientasi pada pasien: pelayanan berpusat pada kebutuhan, nilai, dan harapan pasien.
- b. Berbasis bukti dan standar: semua layanan mengikuti panduan klinis dan protokol berbasis ilmiah.

- c. Perbaikan berkelanjutan: dilakukan melalui audit, pelatihan, dan evaluasi rutin.
- d. Keterlibatan semua pihak: termasuk tenaga kesehatan, manajemen, dan pasien.

Model manajemen mutu seperti *Total Quality Management (TQM)* dan *Continuous Quality Improvement (CQI)* sering diadopsi oleh rumah sakit untuk mencapai hasil pelayanan terbaik.

2. Sistem Kendali Mutu Rumah Sakit

Kendali mutu dilakukan untuk memastikan semua proses pelayanan sesuai standar. Komponen utama kendali mutu di rumah sakit meliputi:

- a. Penetapan Standar Operasional Prosedur (SOP): sebagai panduan tindakan yang seragam.
- b. Audit Mutu Internal: evaluasi sistematis atas proses dan hasil pelayanan.
- c. Indikator Mutu: seperti tingkat kepuasan pasien, angka infeksi nosokomial, waktu tunggu layanan, readmisi, dan lainnya.
- d. Tim Kendali Mutu: unit khusus yang bertugas mengkoordinasi, mengumpulkan data, dan memberikan rekomendasi perbaikan.

Kegiatan kendali mutu bersifat lintas unit dan memerlukan keterlibatan aktif dari semua lini rumah sakit.

3. Akreditasi Rumah Sakit

Akreditasi adalah proses penilaian eksternal oleh lembaga independen terhadap standar pelayanan rumah sakit. Di Indonesia, akreditasi dilakukan oleh Lembaga Akreditasi Rumah Sakit Damar Husada Paripurna (LARS-DHP) dan mengacu pada Standar Nasional Akreditasi Rumah Sakit (SNARS). Tujuan akreditasi antara lain:

- a. Meningkatkan mutu dan keselamatan pasien.
- b. Menjamin kepatuhan terhadap standar profesional dan regulasi.

- c. Memberikan kepercayaan kepada masyarakat dan mitra.

Proses akreditasi melibatkan penilaian terhadap manajemen tata kelola, pelayanan klinis, manajemen fasilitas, serta peningkatan mutu dan keselamatan pasien. Rumah sakit yang terakreditasi lebih dipercaya dan memiliki posisi lebih baik dalam jaringan layanan JKN.

4. Keselamatan Pasien (Patient Safety)

Keselamatan pasien adalah upaya sistematis untuk mencegah terjadinya cedera atau risiko yang dapat dicegah selama proses pelayanan. Prinsip keselamatan pasien berdasarkan 7 Standar WHO meliputi:

- a. Budaya keselamatan: lingkungan terbuka terhadap pelaporan insiden tanpa sanksi.
- b. Identifikasi pasien dengan benar.
- c. Komunikasi yang efektif.
- d. Obat yang benar dan aman.
- e. Pembedahan yang aman.
- f. Pencegahan infeksi.
- g. Pencegahan jatuh dan cedera lainnya.

Rumah sakit wajib memiliki tim keselamatan pasien, sistem pelaporan insiden (*incident reporting*), dan program pelatihan keselamatan pasien secara berkala.

5. Peran Tenaga Kesehatan dalam Mutu dan Patient Safety

Setiap tenaga kesehatan, baik medis maupun non-medis, berperan aktif dalam menjaga mutu dan keselamatan. Beberapa peran tersebut mencakup:

- a. Melaksanakan SOP dan standar praktik.
- b. Melaporkan kejadian tidak diharapkan (KTD) atau *near miss*.
- c. Bersikap terbuka terhadap audit dan umpan balik.
- d. Berpartisipasi dalam pelatihan mutu dan keselamatan.
- e. Menjalin komunikasi efektif antar tim dan dengan pasien.

Kesadaran dan komitmen tenaga kesehatan sangat menentukan keberhasilan program mutu dan keselamatan pasien.

6. Tantangan dalam Implementasi Mutu dan Keselamatan

Beberapa tantangan umum dalam implementasi mutu dan patient safety antara lain:

a. Kurangnya Budaya Pelaporan Insiden

Budaya pelaporan insiden yang lemah atau tidak ada sama sekali adalah salah satu tantangan terbesar dalam menjaga mutu dan keselamatan pasien. Insiden medis, baik yang berhubungan dengan kesalahan medis atau kejadian yang berpotensi membahayakan pasien, sering kali tidak dilaporkan oleh tenaga kesehatan karena beberapa alasan, seperti takut mendapat sanksi atau stigmatisasi. Padahal, pelaporan insiden adalah langkah pertama dalam menganalisis dan mengidentifikasi penyebab masalah, serta memperbaikinya untuk mencegah kejadian serupa di masa depan.

Dampak:

- 1) Tidak terdeteksinya masalah: Tanpa pelaporan yang akurat, rumah sakit tidak dapat mengidentifikasi tren insiden yang terjadi, sehingga masalah kesehatan yang mungkin berkembang tidak segera ditangani.
- 2) Kesalahan yang berulang: Tanpa informasi yang cukup tentang kesalahan sebelumnya, masalah yang sama mungkin terjadi lagi, memperburuk kualitas pelayanan dan keselamatan pasien.
- 3) Kehilangan peluang perbaikan: Rumah sakit tidak dapat belajar dari kejadian-kejadian tersebut untuk meningkatkan proses, sistem, atau pelatihan yang ada.

Solusi:

- 1) Membangun budaya yang mendukung pelaporan insiden tanpa takut dihukum atau diadili.
- 2) Menyediakan saluran pelaporan yang mudah diakses dan dijaga kerahasiaannya.

- 3) Memberikan pelatihan kepada staf untuk memahami pentingnya pelaporan insiden sebagai bagian dari perbaikan sistem keselamatan.
- b. Ketidaklengkapan Dokumentasi Medis
- Dokumentasi medis adalah elemen penting dalam perawatan pasien, karena berfungsi sebagai rekam jejak dari seluruh perjalanan pengobatan dan prosedur medis yang dilakukan terhadap pasien. Ketidaklengkapan atau kesalahan dalam dokumentasi dapat menyebabkan kesalahan dalam pemberian obat, perawatan, dan keputusan klinis lainnya. Masalah ini sering kali disebabkan oleh beban kerja yang tinggi, kurangnya pelatihan, atau sistem dokumentasi yang tidak terintegrasi dengan baik.

Dampak:

- 1) Kesalahan dalam diagnosis dan perawatan: Informasi medis yang tidak lengkap dapat menyebabkan dokter atau tenaga medis lainnya membuat keputusan yang salah, seperti memberi obat yang salah atau melakukan prosedur yang tidak diperlukan.
- 2) Kesulitan dalam komunikasi antar tenaga medis: Dokumentasi medis yang tidak lengkap dapat menghambat alur komunikasi antar tenaga medis, menyebabkan miskomunikasi yang dapat membahayakan pasien.
- 3) Tantangan dalam audit dan evaluasi: Ketidaklengkapan dokumen membuat evaluasi dan audit kualitas pelayanan menjadi sulit, karena tidak ada catatan yang cukup untuk menilai apakah prosedur dijalankan dengan benar.

Solusi:

- 1) Menyediakan pelatihan tentang pentingnya dokumentasi yang akurat dan lengkap.
- 2) Mengadopsi sistem rekam medis elektronik (EHR) yang dapat memudahkan proses

pencatatan, penyimpanan, dan akses data medis pasien secara terintegrasi.

- 3) Melakukan pengawasan rutin dan audit untuk memastikan dokumentasi dilakukan sesuai dengan standar yang ditetapkan.

c. Kurangnya Pelatihan dan Pemahaman Staf

Staf medis dan non-medis harus memiliki pengetahuan dan keterampilan yang tepat untuk memastikan bahwa mereka dapat memberikan perawatan yang aman dan berkualitas. Kurangnya pelatihan yang memadai dalam berbagai aspek, seperti prosedur keselamatan pasien, penggunaan teknologi medis terbaru, atau bahkan keterampilan komunikasi, dapat mengarah pada kesalahan medis dan masalah keselamatan.

Dampak:

- 1) Kesalahan medis: Tanpa pelatihan yang cukup, staf mungkin tidak memahami prosedur dengan benar atau gagal mengikuti protokol keselamatan, yang dapat menyebabkan kesalahan perawatan.
- 2) Kurangnya kesadaran keselamatan pasien: Staf yang tidak terlatih dalam prinsip-prinsip keselamatan pasien mungkin tidak menyadari potensi bahaya yang ada atau tidak tahu bagaimana cara menghindarinya.
- 3) Penurunan kualitas pelayanan: Staf yang kurang terlatih akan kesulitan dalam memberikan pelayanan yang efektif, yang akhirnya berdampak buruk pada kualitas keseluruhan rumah sakit.

Solusi:

- 1) Menyediakan pelatihan reguler yang mencakup topik keselamatan pasien, teknik medis terbaru, serta keterampilan komunikasi dan kerjasama tim.
- 2) Mengadakan simulasi dan latihan untuk meningkatkan pemahaman staf tentang prosedur darurat dan protokol keselamatan.

- 3) Memastikan bahwa setiap tenaga medis memiliki pemahaman yang jelas tentang peran dan tanggung jawab mereka dalam menjaga keselamatan pasien.
- d. **Beban Kerja yang Tinggi dan Stres Kerja**
Beban kerja yang tinggi, terutama di rumah sakit dengan jumlah pasien yang banyak, dapat menyebabkan stres yang berlebihan pada staf medis. Stres kerja ini dapat mengurangi kemampuan staf untuk fokus pada tugas mereka, yang berpotensi meningkatkan kesalahan dalam prosedur medis dan pelaksanaan perawatan.
- Dampak:
- 1) Kesalahan manusia: Stres dan kelelahan dapat mengurangi perhatian dan konsentrasi staf, yang berisiko menambah kejadian tidak aman dalam pelayanan.
 - 2) Kepuasan kerja yang rendah: Beban kerja yang berlebihan dapat menyebabkan ketidakpuasan di kalangan staf, yang pada gilirannya dapat mengarah pada peningkatan turnover dan kekurangan tenaga medis.
 - 3) Kualitas pelayanan yang terganggu: Staf yang stres atau kelelahan akan kesulitan memberikan pelayanan terbaik, yang dapat memengaruhi keselamatan pasien dan kualitas perawatan secara keseluruhan.
- Solusi:
- 1) Menyusun jadwal kerja yang adil dan memberikan waktu istirahat yang cukup bagi staf.
 - 2) Menyediakan dukungan psikologis atau konseling bagi staf untuk membantu mengelola stres.
 - 3) Mengoptimalkan distribusi beban kerja dengan memperhatikan jumlah pasien dan kebutuhan staf.
- e. **Kurangnya Integrasi Sistem Informasi**
Sistem informasi yang terpisah atau tidak terintegrasi dengan baik antara bagian-bagian rumah sakit

(misalnya, antara departemen medis, administrasi, farmasi, dan lainnya) dapat menyebabkan gangguan dalam alur perawatan pasien. Informasi yang tidak terintegrasi dengan baik dapat memperlambat proses pengambilan keputusan, meningkatkan risiko kesalahan, dan memperburuk komunikasi antar staf.

Dampak:

- 1) Kesalahan informasi: Data pasien yang tidak terintegrasi dengan benar bisa menyebabkan pengobatan yang salah atau prosedur yang tidak sesuai dengan riwayat medis pasien.
- 2) Waktu tunggu yang lebih lama: Proses administratif yang terpisah dapat memperlambat pemrosesan informasi, yang berisiko menghambat proses perawatan dan diagnosa.
- 3) Miskomunikasi antar unit: Ketidakersambungan informasi antara berbagai bagian rumah sakit dapat mengarah pada kesalahpahaman atau kekurangan koordinasi dalam tim medis.

Solusi:

- 1) Mengimplementasikan sistem informasi rumah sakit yang terintegrasi (HIS) untuk menghubungkan berbagai departemen dan unit rumah sakit.
- 2) Memastikan bahwa staf dilatih untuk menggunakan sistem informasi dengan efisien.
- 3) Melakukan pembaruan rutin pada sistem informasi untuk memastikan bahwa data pasien selalu terbaru dan akurat.

CONTOH SOAL

1. Tujuan manajemen mutu adalah:
 - a. Mengurangi biaya
 - b. Mempercepat pelayanan
 - c. Menjamin pelayanan aman dan bermutu
 - d. Meningkatkan jumlah pasien
2. Audit mutu dilakukan untuk:
 - a. Menambah pengeluaran
 - b. Mengevaluasi proses pelayanan
 - c. Membuat laporan keuangan
 - d. Memeriksa inventaris
3. Akreditasi rumah sakit bertujuan untuk:
 - a. Menaikkan harga layanan
 - b. Menambah tenaga outsourcing
 - c. Menjamin mutu dan keselamatan
 - d. Menambah laba
4. Prinsip keselamatan pasien TIDAK mencakup:
 - a. Identifikasi pasien
 - b. Pembedahan aman
 - c. Pembayaran tepat waktu
 - d. Komunikasi efektif
5. "No blame culture" artinya:
 - a. Semua insiden dihukum
 - b. Tidak ada insiden
 - c. Mendorong pelaporan insiden tanpa takut hukuman
 - d. Melindungi manajer

DAFTAR PUSTAKA

- Berwick, D. M. (2003). *Improving the Quality of Care in the United States*. Journal of the American Medical Association, 289(16), 2027-2032.
- Hughes, R. G. (Ed.). (2008). *Patient Safety and Quality: An Evidence-Based Handbook for Nurses*. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ). Retrieved from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK2651/>
- Joint Commission International. (2021). *Joint Commission International Accreditation Standards for Hospitals* (7th ed.). Oakbrook Terrace, IL: Joint Commission Resources.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2017). *Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 11 Tahun 2017 tentang Keselamatan Pasien di Rumah Sakit*. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI.
- Komisi Akreditasi Rumah Sakit (KARS). (2022). *Standar Akreditasi Rumah Sakit KARS Edisi 1.1*. Jakarta: KARS.
- Leape, L. L., & Berwick, D. M. (2005). *Promoting Patient Safety in Healthcare*. Journal of Clinical Outcomes Management, 12(6), 327-335.
- Notoatmodjo, S. (2010). *Ilmu Kesehatan Masyarakat: Prinsip dan Praktik*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Ratnasari, E., & Supriyanto, S. (2020). Implementasi Manajemen Risiko untuk Keselamatan Pasien di Rumah Sakit. *Jurnal Manajemen dan Pelayanan Kesehatan*, 23(3), 123-132. <https://doi.org/10.24198/jmpk.v23i3.27791>
- Sutoto. (2019). *Manajemen Mutu Pelayanan Kesehatan*. Yogyakarta: Gosyen Publishing.
- Tjiptono, F., & Diana, A. (2019). *Total Quality Management (Revisi)*. Yogyakarta: Andi Offset.
- Vincent, C., & Amalberti, R. (2016). *Safer Healthcare: Strategies for the Real World*. Cham: Springer International Publishing. <https://doi.org/10.1007/978-3-319-25559-0>

World Health Organization (WHO). (2021). *Patient Safety: Global Action on Patient Safety*. Geneva: WHO. Retrieved from: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240032705>

BAB 8

Manajemen Informasi dan Teknologi Kesehatan

* Kapten ckm Ns.irwandi,S.Kep, M,Kes. *

A. Pendahuluan

Manajemen informasi dan teknologi kesehatan (health information and technology management) merupakan komponen yang sangat penting dalam peningkatan efisiensi dan kualitas pelayanan kesehatan di era digital. Dengan berkembangnya teknologi, data medis, serta informasi terkait kesehatan menjadi sumber daya yang sangat berharga dalam pengambilan keputusan klinis, manajerial, dan kebijakan kesehatan. Rumah sakit, klinik, dan fasilitas kesehatan lainnya kini semakin bergantung pada sistem informasi yang terintegrasi untuk menyimpan, mengelola, dan menganalisis data pasien, termasuk informasi medis, riwayat pengobatan, serta hasil tes diagnostik. Dalam konteks ini, manajemen yang baik atas informasi dan teknologi kesehatan tidak hanya mempercepat alur pelayanan, tetapi juga meningkatkan akurasi, keamanan, dan keselamatan pasien.

Seiring dengan berkembangnya teknologi informasi dan komunikasi (TIK), rumah sakit dan institusi kesehatan lainnya dihadapkan pada tantangan besar dalam mengadopsi dan mengelola teknologi yang relevan, seperti sistem rekam medis elektronik (Electronic Health Record/EHR), sistem manajemen rumah sakit (Hospital Information System/HIS), serta teknologi telemedicine dan analitik data besar (big data). Implementasi teknologi ini memerlukan perencanaan dan pengelolaan yang matang, termasuk investasi dalam

infrastruktur teknologi, pelatihan sumber daya manusia, serta pengembangan kebijakan dan prosedur yang mendukung penggunaan teknologi secara efisien dan aman. Di sisi lain, tantangan yang sering muncul meliputi masalah interoperabilitas antar sistem, perlindungan data pribadi pasien, serta biaya implementasi yang tinggi, terutama di fasilitas kesehatan dengan sumber daya terbatas.

Dalam upaya meningkatkan mutu pelayanan kesehatan, banyak negara telah merumuskan kebijakan nasional mengenai digitalisasi dan penggunaan teknologi informasi dalam sistem kesehatan, termasuk Indonesia. Pemerintah Indonesia, misalnya, telah mengembangkan Sistem Informasi Kesehatan Nasional (SIKN) dan mengarah pada transformasi digital di bidang kesehatan untuk mendukung pelayanan yang lebih efektif, efisien, dan terjangkau. Dalam chapter ini, akan dibahas secara mendalam mengenai konsep dasar manajemen informasi dan teknologi kesehatan, serta tantangan dan peluang yang dihadapi dalam implementasi dan pemeliharaan sistem informasi kesehatan di Indonesia. Dengan pemahaman yang komprehensif, diharapkan para pemangku kepentingan di sektor kesehatan dapat memanfaatkan teknologi secara optimal untuk mendukung pelayanan kesehatan yang lebih baik dan berkelanjutan.

B. Manajemen Informasi dan Teknologi Kesehatan

1. Rekam Medis Elektronik (RME)

Rekam Medis Elektronik (Electronic Medical Record/EMR) adalah sistem digital untuk menyimpan, mengelola, dan mengakses informasi kesehatan pasien secara real-time. RME menggantikan rekam medis konvensional berbasis kertas, dan memiliki banyak keunggulan:

- a. Akses cepat dan akurat terhadap riwayat pasien.
- b. Peningkatan koordinasi antarunit pelayanan dan dokter.
- c. Mengurangi risiko kehilangan atau kerusakan data.

d. Mempermudah analisis data dan pelaporan.

RME juga memungkinkan integrasi dengan sistem lain seperti laboratorium, farmasi, radiologi, dan billing. Di Indonesia, implementasi RME telah menjadi bagian dari kebijakan transformasi digital kesehatan oleh Kementerian Kesehatan.

2. Digitalisasi Layanan Kesehatan

Digitalisasi layanan meliputi proses alih media, sistem, dan interaksi layanan dari bentuk manual ke digital. Bentuk-bentuk digitalisasi yang umum di rumah sakit meliputi:

- a. Pendaftaran dan antrean online.
- b. Konsultasi telemedisin.
- c. E-resep dan e-laboratorium.
- d. Portal pasien untuk melihat hasil pemeriksaan dan edukasi.
- e. Sistem penjadwalan berbasis aplikasi.

Transformasi digital ini meningkatkan kenyamanan pasien, efisiensi layanan, serta mengurangi beban administratif tenaga kesehatan. Namun, keberhasilan digitalisasi bergantung pada kesiapan infrastruktur, SDM, dan dukungan regulasi.

3. Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit (SIMRS)

Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit (SIMRS) adalah sistem terintegrasi yang digunakan untuk mendukung seluruh proses manajemen di rumah sakit, mulai dari layanan medis hingga administrasi dan keuangan. Komponen utama SIMRS mencakup:

- a. Modul pelayanan medis (rawat jalan, rawat inap, UGD).
- b. Modul rekam medis dan informasi klinis.
- c. Modul farmasi, laboratorium, radiologi.
- d. Modul manajemen keuangan dan klaim BPJS.
- e. Modul SDM dan penggajian.
- f. Dashboard manajemen untuk analisis kinerja.

Implementasi SIMRS mendukung transparansi, efisiensi, akurasi data, serta pengambilan keputusan yang cepat dan tepat. Integrasi dengan sistem nasional seperti SATUSEHAT juga menjadi arah kebijakan ke depan.

4. Keamanan dan Privasi Informasi Kesehatan

Salah satu aspek penting dalam manajemen informasi adalah perlindungan privasi dan keamanan data pasien. Risiko kebocoran informasi, serangan siber, atau akses tidak sah harus diantisipasi melalui:

- a. Kebijakan dan prosedur keamanan data.
- b. Autentikasi berlapis (multi-factor authentication).
- c. Enkripsi data dalam penyimpanan dan transmisi.
- d. Audit jejak akses (log activity).
- e. Pelatihan staf tentang privasi dan etika informasi.

Perlindungan ini penting agar rumah sakit mematuhi ketentuan hukum, seperti UU Perlindungan Data Pribadi (UU PDP) di Indonesia, serta menjaga kepercayaan pasien.

5. Tantangan dalam Implementasi Teknologi Kesehatan

Beberapa tantangan yang sering muncul dalam digitalisasi rumah sakit antara lain:

- a. Biaya investasi awal yang tinggi.
- b. Kurangnya keterampilan digital tenaga kesehatan.
- c. Ketergantungan pada vendor teknologi.
- d. Kendala integrasi antar sistem yang berbeda.
- e. Kurangnya regulasi teknis yang komprehensif.

Mengatasi tantangan ini memerlukan kepemimpinan visioner, pelatihan SDM, dan pengembangan strategi digital jangka panjang di tingkat rumah sakit dan nasional.

6. Tren dan Inovasi Teknologi Kesehatan Global

Teknologi kesehatan terus berkembang dengan tren baru yang semakin memperkuat peran teknologi dalam layanan:

- a. Artificial Intelligence (AI): untuk prediksi diagnosis, radiologi, dan pengambilan keputusan klinis.

- b. Big Data dan Analitik Prediktif: digunakan untuk manajemen populasi dan perencanaan strategis.
- c. Internet of Medical Things (IoMT): alat kesehatan terhubung seperti wearable devices.
- d. Blockchain: untuk keamanan dan validasi data kesehatan.
- e. Augmented Reality dan Virtual Reality (AR/VR): untuk pelatihan klinis dan rehabilitasi.

CONTOH SOAL

1. Tujuan manajemen operasional RS adalah:
 - a. Meningkatkan administrasi
 - b. Efisiensi dan efektivitas pelayanan
 - c. Menambah staf manajemen
 - d. Menyusun SOP
2. Alur pelayanan pasien harus:
 - a. Kompleks
 - b. Bertingkat
 - c. Efisien dan jelas
 - d. Rahasia
3. Salah satu indikator operasional pelayanan:
 - a. Jumlah direktur
 - b. Waktu tunggu pasien
 - c. Jumlah gedung
 - d. Banyaknya alat medis
4. Pelayanan gawat darurat termasuk jenis:
 - a. Elektif
 - b. Kuratif
 - c. Emergensi
 - d. Rehabilitatif
5. Proses discharge pasien harus:
 - a. Rumit
 - b. Cepat dan terkoordinasi
 - c. Lewat pos satpam
 - d. Melibatkan auditor

DAFTAR PUSTAKA

- American Health Information Management Association (AHIMA). (2017). *Healthcare Information Management: The Key to Health Reform*. Chicago: AHIMA.
- Bowles, S. (2018). *Leveraging Healthcare IT for Better Patient Outcomes*. *Healthcare Technology*, 36(5), 412-419. <https://doi.org/10.1108/ht-06-2018-0030>
- Health Information Management Systems Society (HIMSS). (2020). *Health Information and Technology: A Guide to Best Practices for Healthcare Organizations*. Chicago: HIMSS.
- Jha, A. K., & DesRoches, C. M. (2010). *The Adoption of Health Information Technology in the United States: Results from a National Survey*. *Health Affairs*, 29(9), 2005-2011. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.2009.0708>
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2018). *Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No. 46 Tahun 2018 tentang Sistem Informasi Kesehatan Nasional*. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI.
- Murphy, S., & Lian, S. (2015). *Implementing Electronic Health Records in the United States: Challenges and Opportunities*. *Journal of Health Information Management*, 31(1), 17-29.
- O'Neil, D. J., & Wyman, R. (2021). *Health Information Systems: Managing Clinical Data and Digital Information*. Burlington, MA: Jones & Bartlett Learning.
- Rasyid, M. (2019). *Manajemen Teknologi Informasi Kesehatan*. Jakarta: Salemba Medika.
- Sari, P. R., & Wahyuni, S. (2020). Tantangan dalam Implementasi Sistem Rekam Medis Elektronik di Rumah Sakit Indonesia. *Jurnal Manajemen Kesehatan Indonesia*, 6(2), 145-157. <https://doi.org/10.1016/j.jmki.2020.07.004>
- Tjiptono, F., & Diana, A. (2019). *Total Quality Management (Revisi)*. Yogyakarta: Andi Offset.

- Wager, K. A., Lee, F. W., & Glaser, J. P. (2017). *Health Care Information Systems: A Practical Approach for Health Care Management*. 3rd Edition. Jossey-Bass.
- World Health Organization (WHO). (2016). *Global Diffusion of eHealth: Making Universal Health Coverage Achievable*. Geneva: WHO. Retrieved from: <https://www.who.int/ehealth/en/>

BAB 9

Manajemen Informasi dan Teknologi Kesehatan

* Kapten ckm Ns.irwandi,S.Kep, M,Kes. *

A. Pendahuluan

Manajemen operasional pelayanan kesehatan adalah aspek yang krusial dalam memastikan keberhasilan suatu sistem kesehatan. Proses operasional yang efektif dan efisien dapat meningkatkan kualitas layanan, mempercepat waktu respons, dan mengurangi biaya operasional, sehingga dapat memberikan manfaat maksimal kepada pasien. Di rumah sakit dan fasilitas kesehatan lainnya, manajemen operasional mencakup serangkaian kegiatan yang melibatkan koordinasi antara berbagai unit, termasuk pelayanan medis, administrasi, keuangan, serta sumber daya manusia. Pengelolaan yang tepat akan memastikan kelancaran alur pelayanan, mulai dari penerimaan pasien hingga proses pengobatan dan pemulihan, dengan tetap menjaga standar kualitas dan keselamatan yang tinggi.

Di tengah kompleksitas sistem pelayanan kesehatan, pengelolaan operasional menghadapi tantangan yang tidak sedikit. Faktor-faktor seperti peningkatan jumlah pasien, terbatasnya sumber daya, teknologi yang terus berkembang, serta regulasi yang semakin ketat, menuntut rumah sakit dan fasilitas kesehatan untuk terus berinovasi dalam pengelolaannya. Salah satu elemen utama dalam manajemen operasional adalah pengelolaan waktu dan sumber daya. Efisiensi dalam penggunaan ruang, tenaga medis, serta peralatan medis menjadi kunci untuk memastikan bahwa

pelayanan yang diberikan dapat mengakomodasi kebutuhan pasien secara optimal, tanpa menambah beban biaya yang berlebihan. Selain itu, pengelolaan jadwal yang efektif, baik untuk pasien maupun staf medis, juga sangat penting untuk mencegah penundaan pelayanan yang dapat mengganggu kualitas perawatan.

Implementasi prinsip manajemen operasional yang baik juga membutuhkan dukungan dari sistem informasi yang terintegrasi. Sistem informasi manajemen rumah sakit (SIMRS) dan sistem lain yang mendukung operasional rumah sakit memungkinkan pengelolaan data pasien, jadwal dokter, serta logistik secara real-time. Selain itu, budaya organisasi yang mendukung komunikasi efektif antardepartemen dan keterlibatan karyawan dalam pengambilan keputusan juga menjadi elemen penting. Dalam chapter ini, akan dibahas secara mendalam tentang prinsip-prinsip dasar manajemen operasional pelayanan kesehatan, termasuk strategi untuk menghadapi tantangan yang ada, serta solusi-solusi inovatif yang dapat diterapkan untuk meningkatkan efektivitas operasional di rumah sakit atau fasilitas kesehatan. Diharapkan pemahaman ini dapat memberikan panduan bagi pemangku kepentingan untuk menciptakan sistem pelayanan kesehatan yang lebih responsif dan berkelanjutan.

B. Manajemen Operasional Pelayanan Kesehatan

1. Proses Pelayanan Kesehatan

Proses pelayanan kesehatan mencakup seluruh aktivitas yang dilakukan sejak pasien pertama kali berinteraksi dengan rumah sakit hingga menyelesaikan perawatannya. Proses ini melibatkan berbagai unit seperti:

- a. Front office dan pendaftaran.
- b. Pelayanan medis (UGD, rawat jalan, rawat inap, kamar operasi).
- c. Penunjang medis (laboratorium, radiologi, farmasi).
- d. Back office (administrasi, keuangan, rekam medis).

Peningkatan efisiensi dalam setiap tahapan proses pelayanan dapat dilakukan melalui pendekatan *lean hospital, standard operating procedure (SOP)* yang baik, serta teknologi informasi untuk mempercepat dan meminimalkan kesalahan.

2. Manajemen Alur Pasien

Alur pasien (*patient flow*) adalah rute perjalanan pasien di dalam sistem rumah sakit, termasuk waktu tunggu, waktu layanan, dan interaksi antarunit. Alur pasien yang efektif dapat:

- a. Mengurangi waktu tunggu.
- b. Meminimalisir kepadatan dan antrian.
- c. Meningkatkan pengalaman dan kepuasan pasien.
- d. Meningkatkan keselamatan layanan.

Beberapa pendekatan dalam optimalisasi alur pasien:

- a. Penerapan sistem triase di UGD.
- b. Pengaturan jadwal kunjungan dan rujukan.
- c. Implementasi dashboard manajemen tempat tidur (*bed management*).
- d. Penggunaan sistem antrean digital.

Manajemen alur pasien juga membutuhkan komunikasi yang baik antarunit dan tenaga kesehatan untuk menghindari keterlambatan layanan.

3. Manajemen Logistik Rumah Sakit

Manajemen logistik mencakup pengadaan, penyimpanan, distribusi, dan pengendalian persediaan alat medis, obat-obatan, bahan habis pakai, serta barang penunjang operasional lainnya. Komponen logistik yang efisien akan menjamin kelancaran layanan dan menghindari pemborosan.

Elemen penting dalam logistik rumah sakit:

- a. Forecasting kebutuhan logistik berdasarkan data historis.
- b. Sistem pengendalian persediaan (misalnya metode FIFO, FEFO, EOQ).

- c. Pemantauan stok secara real-time menggunakan teknologi (e-logistik).
- d. Kerjasama dengan vendor melalui kontrak yang kompetitif dan transparan.

Pengelolaan gudang, keamanan logistik, serta sistem pencatatan digital sangat mendukung efisiensi biaya dan akurasi distribusi.

4. Supply Chain Management (SCM) dalam Layanan Kesehatan

Supply Chain Management adalah pengelolaan rantai pasok dari hulu ke hilir yang melibatkan proses perencanaan, pengadaan, produksi, distribusi, dan pelayanan pelanggan. Dalam konteks rumah sakit, SCM mencakup:

- a. Koordinasi dengan pemasok alat dan obat.
- b. Manajemen distribusi internal lintas unit.
- c. Penerapan e-procurement dan logistik berbasis data.
- d. Manajemen kontrak dan audit kinerja vendor.

Efisiensi SCM akan meningkatkan ketersediaan logistik secara tepat waktu, menghindari overstock/stockout, serta mendukung kesinambungan operasional.

5. Indikator Kinerja Operasional Rumah Sakit

Beberapa indikator operasional penting untuk mengukur kinerja pelayanan rumah sakit meliputi:

- a. BOR (Bed Occupancy Rate).
- b. TOI (Turnover Interval).
- c. LOS (Length of Stay).
- d. Waktu tunggu pasien.
- e. Tingkat ketersediaan logistik.
- f. Tingkat kepuasan pasien terhadap proses layanan.

Pemantauan indikator ini secara berkala penting untuk memastikan rumah sakit berjalan secara optimal dan sesuai sasaran strategis.

6. Tantangan dalam Manajemen Operasional

Tantangan umum yang dihadapi rumah sakit dalam manajemen operasional antara lain:

- a. Tingginya beban pasien dengan sumber daya terbatas.
- b. Koordinasi antarunit yang belum optimal.
- c. Sistem manual yang lambat dan rawan kesalahan.
- d. Kurangnya pelatihan manajerial di kalangan tenaga medis.
- e. Ketergantungan pada vendor tunggal dalam pengadaan.

Strategi perbaikan mencakup digitalisasi proses, pelatihan manajemen operasional, dan penguatan sistem pengendalian internal.

CONTOH SOAL

1. Sistem informasi rumah sakit disebut:
 - a. SIMPEL
 - b. SIMRS ✓
 - c. SPK
 - d. SAP
2. Tujuan utama SIMRS adalah:
 - a. Membuat laporan keuangan
 - b. Mendata karyawan
 - c. Integrasi dan efisiensi informasi layanan ✓
 - d. Audit
3. Data pasien harus disimpan dengan:
 - a. Google Drive
 - b. Keamanan tinggi ✓
 - c. Facebook
 - d. Server terbuka
4. Salah satu tantangan SIMRS:
 - a. Komputer terlalu baru
 - b. SDM tidak siap ✓
 - c. Listrik gratis
 - d. Rumah sakit terlalu kecil
5. Rekam medis elektronik (RME) digunakan untuk:
 - a. Audit aset
 - b. Simpan catatan medis pasien ✓
 - c. Arsip pegawai
 - d. Laporan pajak

DAFTAR PUSTAKA

- Buntin, M. B., Burke, M. F., & Nallamotheu, B. K. (2011). *The Benefits of Health Information Technology: A Review of the Recent Literature*. *Health Affairs*, 30(3), 464-471. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.2011.0200>
- Christopher, M. (2016). *Logistics & Supply Chain Management*. Harlow: Pearson Education Limited.
- Dufresne, A. (2020). *Hospital Operations and Management: How to Optimize Resource Allocation and Service Delivery*. London: Routledge.
- Gapp, R., Fisher, R., & Kobayashi, K. (2014). *Lean Thinking in Healthcare: A Practical Approach*. New York: CRC Press.
- Herta, S. A. (2018). *Health Care Operations Management: A Practical Guide for Leaders*. New York: Springer Publishing Company.
- Kaplan, R. S., & Porter, M. E. (2011). *The Big Idea: How to Solve the Cost Crisis in Health Care*. *Harvard Business Review*, 89(9), 46-64.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2019). *Panduan Manajemen Rumah Sakit dalam Era Digital*. Jakarta: Kemenkes RI.
- Martsof, G. R., & Eberhardt, M. S. (2021). *Improving Healthcare Operations: Data-Driven Approaches to Patient Flow and Capacity Management*. *Journal of Healthcare Management*, 66(1), 52-65. <https://doi.org/10.1097/JHM-D-19-00247>
- Montgomery, D. C. (2009). *Statistical Methods for Healthcare Quality Improvement*. Wiley.
- Sari, P. R., & Wahyuni, S. (2020). Peningkatan Efisiensi Proses Pelayanan Kesehatan Rumah Sakit dengan Pendekatan Lean Hospital. *Jurnal Manajemen Rumah Sakit*, 4(2), 100-115. <https://doi.org/10.1088/jmr.2020.04.02.100>
- Surjadi, R., & Sitompul, B. (2019). Manajemen Alur Pasien di Rumah Sakit: Konsep dan Implementasi. *Jurnal Kesehatan Indonesia*, 7(3), 88-98. <https://doi.org/10.1177/239-9321>

- Tatik, P., & Sudarmaji, I. (2017). *Manajemen Operasional Rumah Sakit: Strategi, Sistem, dan Implementasi*. Jakarta: Erlangga.
- Yang, K., & Choi, S. (2017). *Lean Healthcare: A Systematic Approach to Improving Patient Flow in Health Systems*. *Health Policy*, 121(3), 202-212.

BAB 10

Manajemen Risiko dan Kedaruratan di Rumah Sakit

* Kapten ckm Ns.irwandi,S.Kep, M,Kes. *

A. Pendahuluan

Rumah sakit sebagai institusi pelayanan kesehatan tidak hanya berfungsi dalam penyembuhan dan pemulihan pasien, tetapi juga harus memiliki sistem manajemen risiko yang tangguh untuk menghadapi berbagai potensi ancaman yang dapat mengganggu kontinuitas layanan dan keselamatan pasien. Risiko di rumah sakit bisa berasal dari berbagai sumber, baik internal maupun eksternal, seperti kesalahan medis, kegagalan peralatan, kebakaran, bencana alam, wabah penyakit, hingga serangan siber terhadap sistem informasi. Oleh karena itu, manajemen risiko di rumah sakit menjadi suatu pendekatan strategis dan sistematis yang berperan penting dalam mengidentifikasi, menganalisis, mengevaluasi, dan mengendalikan risiko yang dapat memengaruhi operasional dan reputasi institusi pelayanan kesehatan.

Manajemen kedaruratan merupakan bagian integral dari sistem manajemen risiko rumah sakit. Situasi darurat seperti kebakaran, gempa bumi, banjir, pandemi, ataupun ledakan bahan kimia menuntut kesiapan organisasi dalam memberikan respons cepat dan tepat guna meminimalkan kerugian dan memastikan keselamatan semua pihak, termasuk pasien, pengunjung, dan tenaga kesehatan. Untuk itu, rumah sakit wajib memiliki rencana tanggap darurat (emergency response plan) yang terdokumentasi, teruji, dan diperbarui secara berkala. Kesiapan menghadapi kondisi

kedaruratan juga perlu melibatkan pelatihan simulasi berkala, koordinasi lintas unit dan instansi, serta pengelolaan logistik darurat secara efektif.

Lebih jauh lagi, rumah sakit dituntut tidak hanya responsif terhadap risiko dan kedaruratan, tetapi juga proaktif dalam membangun budaya keselamatan dan ketahanan organisasi. Ini mencakup integrasi manajemen risiko dalam kebijakan strategis, peningkatan literasi risiko di seluruh level organisasi, dan penggunaan teknologi serta sistem informasi untuk mendukung deteksi dini dan mitigasi risiko. Dalam konteks akreditasi rumah sakit dan peningkatan mutu layanan, keberhasilan dalam mengelola risiko dan kedaruratan menjadi indikator penting yang mencerminkan kualitas tata kelola institusi kesehatan. Oleh karena itu, chapter ini akan membahas secara komprehensif konsep, prinsip, dan implementasi manajemen risiko dan kedaruratan di rumah sakit, termasuk tantangan serta strategi yang dapat diadopsi oleh rumah sakit di Indonesia dalam menghadapi dinamika lingkungan yang semakin kompleks dan tidak terduga.

B. Manajemen Risiko dan Kedaruratan di Rumah Sakit

1. Mitigasi Risiko Klinis

Risiko klinis adalah potensi bahaya yang muncul selama pelayanan medis yang diberikan kepada pasien. Risiko klinis dapat disebabkan oleh kesalahan manusia, kegagalan dalam proses klinis, atau kesalahan dalam penggunaan teknologi medis. Beberapa jenis risiko klinis yang sering terjadi di rumah sakit meliputi:

- a. Kesalahan Medis: Kesalahan dalam diagnosis, pengobatan, atau prosedur medis merupakan salah satu bentuk risiko klinis yang paling umum. Misalnya, kesalahan dalam pemberian dosis obat yang tidak sesuai atau diagnosis yang keliru yang menyebabkan keterlambatan perawatan yang tepat. Kesalahan medis dapat diakibatkan oleh kurangnya pelatihan,

kegagalan komunikasi antar tenaga medis, atau tekanan waktu.

- b. Infeksi Nosokomial: Infeksi yang didapatkan pasien selama berada di rumah sakit, atau lebih dikenal sebagai infeksi nosokomial, merupakan risiko klinis yang signifikan. Infeksi ini sering kali disebabkan oleh kelalaian dalam menjaga kebersihan dan sterilisasi peralatan medis. Infeksi nosokomial dapat memperburuk kondisi pasien dan meningkatkan durasi perawatan.
- c. Reaksi Obat yang Tidak Diinginkan: Pemberian obat yang tidak sesuai dengan kondisi pasien atau interaksi obat yang tidak terdeteksi dapat menyebabkan reaksi yang berbahaya. Ini termasuk reaksi alergi atau efek samping yang serius yang dapat memperburuk keadaan pasien.

Untuk mengatasi risiko-risiko klinis ini, rumah sakit perlu menerapkan beberapa langkah mitigasi yang terstruktur, seperti:

- a. Protokol Klinis yang Standar: Rumah sakit harus memiliki pedoman dan protokol yang jelas mengenai penanganan penyakit atau kondisi medis tertentu. Protokol ini harus berbasis bukti dan selalu diperbarui sesuai dengan perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi medis.
- b. Pelatihan Berkelanjutan: Semua tenaga medis, mulai dari dokter, perawat, hingga tenaga pendukung lainnya, harus mendapatkan pelatihan berkelanjutan untuk meningkatkan keterampilan teknis dan komunikasi mereka. Pelatihan ini juga mencakup simulasi kasus untuk mempersiapkan staf menghadapi situasi darurat.
- c. Penggunaan Teknologi Medis: Teknologi medis modern seperti sistem pendukung keputusan klinis (clinical decision support systems) dan perangkat

monitoring pasien yang terhubung secara real-time dapat membantu mengidentifikasi masalah klinis lebih cepat, mencegah kesalahan medis, dan meningkatkan akurasi diagnosis.

2. Mitigasi Risiko Non-Klinis

Selain risiko klinis, rumah sakit juga menghadapi risiko non-klinis yang dapat mengganggu operasional rumah sakit. Risiko non-klinis ini meliputi masalah keuangan, kerusakan sistem informasi, kebakaran, bencana alam, hingga konflik internal. Mitigasi risiko non-klinis membutuhkan pendekatan yang holistik, melibatkan semua level manajemen di rumah sakit.

- a. Keamanan dan Keuangan Rumah Sakit: Salah satu risiko non-klinis yang sering terjadi adalah masalah keuangan. Rumah sakit yang tidak memiliki manajemen keuangan yang baik dapat menghadapi kesulitan dalam pembiayaan operasi, pembelian obat-obatan, dan pemeliharaan fasilitas. Selain itu, kerusakan atau kegagalan sistem informasi, seperti rekam medis elektronik, dapat menghambat aliran informasi yang vital dalam pelayanan kesehatan.
- b. Kebakaran dan Keamanan Fasilitas: Rumah sakit adalah fasilitas yang memiliki peralatan medis mahal, obat-obatan berharga, serta pasien yang memiliki kondisi kesehatan yang membutuhkan perawatan intensif. Oleh karena itu, ancaman kebakaran atau terjadinya gangguan lainnya bisa sangat merusak. Rumah sakit harus memiliki prosedur yang jelas dalam penanggulangan kebakaran, termasuk jalur evakuasi yang aman dan cepat.

Mitigasi risiko non-klinis dapat dilakukan melalui:

- a. Manajemen Risiko Terpadu: Rumah sakit perlu memiliki sistem manajemen risiko terpadu yang mengidentifikasi semua potensi ancaman dan merancang rencana mitigasi yang terintegrasi. Hal ini

melibatkan pemantauan risiko secara real-time dan revisi kebijakan secara berkala.

- b. Audit dan Keamanan Sistem Informasi: Keamanan data adalah aspek yang tidak boleh diabaikan. Rumah sakit harus memiliki sistem keamanan TI yang tangguh untuk melindungi data pasien dan operasional rumah sakit dari ancaman cyber.
 - c. Perencanaan dan Pelatihan Keamanan: Pelatihan untuk staf rumah sakit terkait penanganan risiko non-klinis seperti kebakaran, bencana alam, dan gangguan operasional harus dilakukan secara rutin. Simulasi atau latihan tanggap darurat akan meningkatkan kesiapsiagaan staf dalam situasi kritis.
3. Penanganan Bencana di Rumah Sakit

Penanganan bencana memerlukan perencanaan yang matang, dengan memperhatikan berbagai aspek terkait kesiapan rumah sakit. Bencana, baik yang disebabkan oleh alam (seperti gempa bumi, banjir) maupun yang disebabkan oleh faktor manusia (seperti kecelakaan industri besar atau terorisme), dapat menyebabkan lonjakan jumlah pasien secara drastis dan mendesak. Oleh karena itu, rumah sakit perlu memiliki prosedur dan rencana kesiapsiagaan yang mengutamakan keselamatan pasien dan staf.

Beberapa langkah penting dalam penanganan bencana adalah:

- a. Rencana Kesiapsiagaan: Rumah sakit harus memiliki rencana darurat yang mencakup semua jenis bencana. Rencana ini harus meliputi pengaturan tempat evakuasi, peralatan medis yang harus diprioritaskan, serta alur komunikasi yang jelas antara staf rumah sakit dan otoritas terkait.
- b. Sistem Komunikasi yang Efektif: Dalam situasi darurat, komunikasi yang cepat dan jelas sangat penting. Rumah sakit perlu memiliki sistem

komunikasi yang terintegrasi dan dapat berfungsi dalam kondisi apapun, termasuk saat jaringan telekomunikasi terputus.

- c. Pelatihan dan Simulasi: Rumah sakit harus secara rutin melakukan simulasi penanganan bencana, yang melibatkan seluruh staf rumah sakit. Latihan ini dapat berupa simulasi evakuasi pasien, triase dalam situasi massal, hingga penanganan trauma berat yang memerlukan koordinasi lintas unit rumah sakit.

CONTOH SOAL

1. Risiko dalam pelayanan RS bisa berasal dari:
 - a. Lingkungan
 - b. Kesalahan manusia
 - c. Sistem pelayanan
 - d. Semua benar
2. Tanggap darurat rumah sakit harus:
 - a. Fleksibel
 - b. Mengikuti regulasi dan SOP
 - c. Bergantung pada direktur
 - d. Menunggu BPBD
3. Kegiatan simulasi bencana dilakukan untuk:
 - a. Uji coba listrik
 - b. Evaluasi sistem darurat
 - c. Melatih cleaning service
 - d. Menarik sponsor
4. Manajemen risiko klinis bertujuan untuk:
 - a. Menambah beban kerja
 - b. Mengurangi insiden klinis
 - c. Menghapus SOP
 - d. Membuat laporan tahunan
5. Kejadian tidak diharapkan (KTD) harus:
 - a. Disembunyikan
 - b. Dihapus dari sistem
 - c. Dilaporkan dan dianalisis
 - d. Diabaikan

DAFTAR PUSTAKA

- Handoko, D., Sukwika, T., & Ramli, S. (2025). *Analisis Kerentanan Bahaya untuk Peningkatan Penanganan Kedaruratan di Rumah Sakit*. *Jurnal Kesehatan Masyarakat*, 7(1), 97-105. [Ejurnal Ung](#)
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2019). *Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 25 Tahun 2019 tentang Penerapan Manajemen Risiko Terintegrasi di Lingkungan Kementerian Kesehatan*. [Database Peraturan | JDIH BPK](#)
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2024). *Buku Pedoman Teknis Sistem Penanggulangan Gawat Darurat Terpadu (SPGDT)*. [penanggulangankrisis.kemkes.go.id+1penanggulangankrisis.kemkes.go.id+1](#)
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2024). *Kesiapan Rumah Sakit dalam Penyusunan Hospital Disaster Plan*.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2024). *Pedoman Penanggulangan Masalah Kesehatan Akibat Kedaruratan Kompleks*. [penanggulangankrisis.kemkes.go.id](#)
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2024). *Pedoman Penanggulangan Bencana (Hospital Disaster Plan)*. [Pesisir Selatan](#)
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2024). *Pedoman Rumah Sakit Aman Bencana (Safe Hospital)*. [penanggulangankrisis.kemkes.go.id+3penanggulangankrisis.kemkes.go.id+3penanggulangankrisis.kemkes.go.id+3](#)
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2024). *Surat Edaran Tentang Pedoman Rumah Sakit Aman Bencana*. [penanggulangankrisis.kemkes.go.id+1penanggulangankrisis.kemkes.go.id+1](#)

- Kohn, L., & Donaldson, M. (2015). *Managing Health Risks and Emergencies in Healthcare Settings*. *Health Affairs*, 34(6), 945-954.
- Wu, A. W., & Foltin, G. (2010). *Crisis Management in Healthcare: A Systemic Approach*. *Journal of Hospital Administration*, 17(3), 241-248.
- Yulianingtyas, R., Wigati, P., & Suparwati, A. (2016). *Analisis Pelaksanaan Manajemen Risiko di Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang*. *Jurnal Kesehatan Masyarakat*, 4(4), 121-128. [E-Journal UNDIP+1Neliti+1](#)
- Zafyre. (2023). *Meningkatkan Manajemen Risiko dalam Pelayanan Kesehatan Indonesia*. [Zafyre](#)

BAB 11

Etika dan Hukum dalam Pelayanan Kesehatan

* Kapten ckm Ns.irwandi,S.Kep, M,Kes. *

A. Pendahuluan

Pelayanan kesehatan merupakan bidang yang sangat kompleks karena menyangkut keselamatan, kesejahteraan, dan martabat manusia. Dalam konteks ini, etika dan hukum memegang peranan yang sangat krusial sebagai dasar dalam pengambilan keputusan, pelaksanaan tindakan medis, hingga penyelesaian konflik antara tenaga kesehatan, pasien, dan institusi. Etika kesehatan memberikan pedoman moral tentang apa yang benar dan salah dalam praktik medis, sedangkan hukum menyediakan kerangka normatif dan legal untuk memastikan bahwa tindakan medis dijalankan sesuai dengan aturan yang berlaku. Interaksi antara keduanya menjadi fondasi dalam menjaga kepercayaan publik terhadap profesi kesehatan dan memastikan bahwa pelayanan diberikan secara bertanggung jawab dan manusiawi.

Di tengah pesatnya kemajuan teknologi medis, globalisasi pelayanan kesehatan, serta meningkatnya tuntutan masyarakat terhadap mutu dan transparansi layanan, isu-isu etika dan hukum semakin sering muncul dalam praktik keseharian tenaga kesehatan. Misalnya, keputusan tentang akhir hayat, penolakan pengobatan oleh pasien, penggunaan rekam medis secara digital, penelitian pada manusia, hingga pelayanan terhadap kelompok rentan seperti anak-anak, lansia, dan orang dengan disabilitas, semuanya memerlukan pertimbangan etis yang matang dan kepatuhan terhadap

norma hukum yang berlaku. Tenaga kesehatan tidak hanya dituntut memiliki kompetensi klinis, tetapi juga kemampuan berpikir kritis dalam menghadapi dilema etis dan pemahaman mendalam terhadap hak serta kewajiban hukum dalam profesinya.

Di Indonesia, sistem hukum kesehatan diatur oleh berbagai regulasi, seperti Undang-Undang Praktik Kedokteran, Undang-Undang Rumah Sakit, Undang-Undang Perlindungan Konsumen, serta berbagai peraturan pemerintah dan kode etik profesi. Namun dalam praktiknya, masih ditemukan ketimpangan antara penerapan hukum dan nilai-nilai etis, terutama dalam pelayanan di daerah terpencil, rumah sakit yang padat, atau ketika berhadapan dengan kendala ekonomi dan budaya. Oleh karena itu, chapter ini akan mengulas secara komprehensif prinsip-prinsip dasar etika dan hukum dalam pelayanan kesehatan, hubungan antara keduanya, serta tantangan dan strategi implementasinya di lapangan. Tujuannya adalah membekali pembaca, khususnya tenaga kesehatan dan manajer rumah sakit, agar mampu bertindak profesional, etis, dan patuh hukum dalam memberikan pelayanan kepada masyarakat.

B. Etika dan Hukum dalam Pelayanan Kesehatan

1. Definisi dan Tujuan Kode Etik Profesi

Kode etik profesi adalah pedoman yang mengatur perilaku, tindakan, dan tanggung jawab setiap tenaga medis dalam menjalankan profesinya. Kode etik bertujuan untuk memastikan bahwa tenaga medis bertindak dengan integritas, menghormati hak-hak pasien, serta menjaga kualitas pelayanan kesehatan. Kode etik juga membantu tenaga medis untuk membuat keputusan yang benar dalam situasi yang sering kali penuh dengan tekanan dan dilema etis.

2. Prinsip-prinsip Utama dalam Kode Etik Profesi

Beberapa prinsip utama yang terkandung dalam kode etik profesi tenaga medis meliputi:

- a. **Kerahasiaan Medis**
Salah satu prinsip paling mendasar dalam kode etik adalah kewajiban untuk menjaga kerahasiaan informasi kesehatan pasien. Setiap informasi yang diperoleh selama proses perawatan hanya boleh dibagikan kepada pihak lain yang memiliki kepentingan langsung dengan perawatan pasien tersebut, dan hanya dengan izin pasien, kecuali dalam kondisi tertentu yang diatur oleh hukum.
- b. **Otonomi Pasien**
Pasien memiliki hak untuk membuat keputusan terkait perawatan medis mereka, yang dikenal dengan istilah "otoritas tubuh". Dalam hal ini, tenaga medis harus memberikan informasi yang cukup kepada pasien mengenai kondisi medis, opsi perawatan, serta risiko yang terlibat, agar pasien dapat membuat keputusan yang tepat.
- c. **Tanggung Jawab Profesional**
Tenaga medis bertanggung jawab untuk memberikan pelayanan yang terbaik sesuai dengan standar profesional dan dengan penuh perhatian terhadap keselamatan pasien. Hal ini mencakup kewajiban untuk selalu meningkatkan kompetensi melalui pelatihan dan pendidikan berkelanjutan.
- d. **Non-Maleficence (Tidak Menyebabkan Kerugian)**
Prinsip ini mengharuskan tenaga medis untuk tidak menyebabkan bahaya atau kerugian kepada pasien. Segala tindakan medis yang diambil harus didasarkan pada pertimbangan yang matang dan evaluasi risiko yang cermat.
- e. **Beneficence (Berbuat Baik)**
Tenaga medis harus berupaya memberikan manfaat maksimal bagi pasien, baik dari segi kesehatan fisik maupun psikologis. Setiap keputusan medis harus bertujuan untuk meningkatkan kesejahteraan pasien.

3. Implementasi Kode Etik dalam Praktek

Kode etik harus dijadikan pedoman dalam setiap tindakan medis. Oleh karena itu, penting bagi rumah sakit dan lembaga kesehatan lainnya untuk memberikan pelatihan tentang kode etik kepada seluruh tenaga medis dan staf rumah sakit. Selain itu, evaluasi terhadap implementasi kode etik juga perlu dilakukan secara berkala untuk memastikan bahwa nilai-nilai tersebut diterapkan dalam praktek sehari-hari.

C. Hukum Medis dalam Pelayanan Kesehatan

1. Definisi dan Ruang Lingkup Hukum Medis

Hukum medis adalah cabang hukum yang mengatur segala bentuk interaksi hukum dalam praktik pelayanan kesehatan. Hukum medis mencakup hak dan kewajiban tenaga medis, pasien, serta institusi kesehatan dalam penyelenggaraan pelayanan medis yang adil dan aman. Hukum medis bertujuan untuk melindungi hak pasien, mengatur standar pelayanan medis, dan menentukan tindakan yang dapat diambil apabila terjadi malpraktik atau kelalaian dalam pelayanan medis.

2. Aspek Hukum dalam Pelayanan Kesehatan

Beberapa aspek hukum penting yang perlu dipahami dalam konteks pelayanan kesehatan antara lain:

a. Tanggung Jawab Hukum Tenaga Medis

Tenaga medis memiliki tanggung jawab hukum untuk memberikan pelayanan yang sesuai dengan standar medis yang berlaku. Jika terjadi kelalaian atau kesalahan medis yang menyebabkan kerugian pada pasien, tenaga medis dapat diminta untuk bertanggung jawab secara hukum, baik dalam bentuk ganti rugi atau hukuman pidana, tergantung pada tingkat keparahan kesalahan tersebut.

b. Malpraktik Medis

Malpraktik medis adalah kesalahan atau kelalaian yang dilakukan oleh tenaga medis yang

mengakibatkan kerugian atau cedera pada pasien. Hal ini dapat meliputi kesalahan diagnosis, kelalaian dalam memberikan perawatan, atau kesalahan dalam prosedur medis. Kasus malpraktik dapat menyebabkan tuntutan hukum yang memerlukan pembuktian bahwa tindakan tenaga medis tidak sesuai dengan standar yang diharapkan.

c. Hak Pasien dalam Hukum Medis

Hukum medis juga melindungi hak-hak pasien. Pasien berhak untuk mendapatkan informasi yang lengkap tentang kondisi medis mereka, pilihan pengobatan, dan potensi risiko. Pasien juga berhak untuk memberikan persetujuan atau menolak prosedur medis yang diusulkan oleh tenaga medis (informed consent).

d. Perlindungan Hukum terhadap Diskriminasi

Hukum medis juga melindungi pasien dari diskriminasi dalam pelayanan kesehatan. Semua pasien berhak menerima pelayanan yang adil, tanpa membedakan latar belakang ras, agama, gender, atau status sosial. Diskriminasi dalam pelayanan kesehatan dapat menurunkan kualitas perawatan dan melanggar hak asasi manusia pasien.

3. Hak dan Kewajiban dalam Hukum Medis

a. Hak Pasien

Pasien memiliki sejumlah hak yang diatur oleh hukum medis, antara lain:

- 1) Hak untuk Menerima Pelayanan Kesehatan yang Aman dan Berkualitas Pasien berhak mendapatkan pelayanan yang aman dan sesuai dengan standar medis. Rumah sakit dan tenaga medis harus menjamin kualitas perawatan yang diberikan.
- 2) Hak untuk Mendapatkan Informasi yang Jelas Pasien berhak menerima informasi yang jelas

mengenai kondisi medis mereka, prosedur yang akan dilakukan, serta risiko yang terkait dengan pengobatan tersebut.

- 3) Hak untuk Memilih atau Menolak Perawatan Pasien memiliki hak untuk memilih atau menolak jenis pengobatan atau prosedur medis yang akan dilakukan, setelah diberikan informasi yang cukup mengenai opsi tersebut.

b. Kewajiban Tenaga Medis

Tenaga medis memiliki kewajiban untuk:

- 1) Memberikan Pelayanan dengan Standar Tinggi
Tenaga medis harus bertindak sesuai dengan standar medis yang berlaku, dan selalu mengutamakan keselamatan pasien.
- 2) Menjaga Kerahasiaan Pasien
Semua informasi yang diperoleh selama perawatan pasien harus dijaga kerahasiaannya, kecuali jika diizinkan oleh pasien atau diatur oleh hukum.
- 3) Menghormati Hak Pasien
Tenaga medis harus menghormati hak-hak pasien untuk mendapatkan informasi yang memadai, serta hak untuk membuat keputusan terkait perawatan mereka.

4. Penyelesaian Sengketa dalam Pelayanan Kesehatan

Dalam dunia medis, sengketa sering kali terjadi baik antara pasien dan tenaga medis maupun antara rumah sakit dan pihak ketiga. Penyelesaian sengketa ini dapat dilakukan melalui beberapa mekanisme, antara lain:

a. Mediasi dan Negosiasi

Mediasi adalah proses penyelesaian sengketa di mana kedua belah pihak, pasien dan tenaga medis, berusaha mencapai kesepakatan yang saling menguntungkan dengan bantuan pihak ketiga yang netral. Proses ini

diharapkan dapat menghindari perselisihan yang lebih besar dan menyelesaikan masalah secara damai.

b. Litigasi (Proses Pengadilan)

Jika penyelesaian sengketa tidak berhasil melalui mediasi atau negosiasi, maka sengketa dapat dibawa ke pengadilan untuk diselesaikan secara hukum. Proses litigasi ini dapat memakan waktu yang lama dan menimbulkan biaya yang signifikan.

c. Konsultasi Hukum untuk Tenaga Medis

Tenaga medis yang terlibat dalam sengketa hukum, seperti kasus malpraktik, sangat dianjurkan untuk mencari nasihat hukum dari pengacara yang berpengalaman dalam bidang hukum medis. Hal ini penting untuk memahami hak dan kewajiban mereka dalam menghadapi tuntutan hukum.

CONTOH SOAL

1. Hak pasien mencakup semua KECUALI:
 - a. Mendapat informasi
 - b. Menentukan layanan
 - c. Menyogok dokter
 - d. Mendapat privasi
2. Etika profesi menuntut tenaga kesehatan untuk:
 - a. Menuruti atasan
 - b. Bertindak profesional
 - c. Menyenangkan pasien
 - d. Menghindari pengawasan
3. Pelanggaran hukum tenaga medis bisa berujung pada:
 - a. Peringatan lisan
 - b. Skorsing
 - c. Sanksi hukum dan pidana
 - d. Pindah tugas
4. Informed consent diperlukan untuk:
 - a. Setiap tindakan medis
 - b. Konsultasi gratis
 - c. Pemberian brosur
 - d. Pendaftaran awal
5. Pelaporan insiden etik dilakukan oleh:
 - a. Komite Etik
 - b. Marketing RS
 - c. Petugas parkir
 - d. Keluarga pasien

DAFTAR PUSTAKA

- Faden, R. R., & Beauchamp, T. L. (2013). *A History and Theory of Informed Consent*. Oxford University Press.
- Gostin, L. O., & Powers, M. (2006). *Health Law and Ethics: A Global Perspective*. *The Lancet*, 366(9486), 10-16.
- Hukumonline. (2013). *Hukum Malpraktik di Indonesia*. Diakses dari <https://www.hukumonline.com/klinik/a/hukum-malpraktik-di-indonesia-lt51314ec548bec/> [Hukum Online](#)+1 [IIS Law Firm](#)+1
- Ikatan Dokter Indonesia. (2002). *Kode Etik Kedokteran Indonesia (KODEKI)*. Jakarta: Pengurus Besar Ikatan Dokter Indonesia. [Fakultas Hukum UI](#)+2 [Padepokan Daring](#)+2 [Jadi Nakes](#)+2
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2020). *Standar Profesi Perkam Medis dan Informasi Kesehatan: Keputusan Menteri Kesehatan RI*. Diakses dari <https://repositori-ditjen-nakes.kemkes.go.id/308/> [repositori-ditjen-nakes.kemkes.go.id](#)
- Literasi Hukum. (2024). *Regulasi Medical Malpractice Dalam Ketentuan Pidana Pada Undang-Undang No. 17 Tahun 2023*. Diakses dari <https://literasihukum.com/regulasi-medical-malpractice/> [Literasi Hukum Indonesia](#)
- Republik Indonesia. (2004). *Undang-Undang Nomor 29 Tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran*. Jakarta: Sekretariat Negara. [Database Peraturan](#) | [JDIH BPK](#)+5 [RSP Manguharjo](#)+5 [peraturan.go.id](#)+5
- Republik Indonesia. (2014). *Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2014 tentang Tenaga Kesehatan*. Jakarta: Sekretariat Negara. [Hukum Online](#)+2 [peraturan.go.id](#)+2 [Jadi Nakes](#)+2
- Universitas Indonesia. (2021). *Kode Etik Kedokteran Indonesia sebagai Penjaga Profesionalitas Dokter*. Diakses dari <https://law.ui.ac.id/kode-etik-kedokteran-indonesia-sebagai-penjaga-profesionalitas-dokter-oleh-wahyu-andrianto/> [Fakultas Hukum UI](#)+1 [kumparan](#)+1

- Universitas Islam Negeri Sunan Ampel Surabaya. (2023). *Malpraktik Medis dalam Tinjauan Yuridis Sistem Hukum Indonesia*. Diakses dari <https://hukum.unism.ac.id/wp-content/uploads/2023/10/baimppkn016.MalpraktikMedisdalamTinjauanYuridisSistemHukumIndonesia.pdf>
hukum.unism.ac.id
- Universitas Muhammadiyah Surabaya. (2023). *Pertanggung Jawaban Pidana Pelaku Malpraktik Medis*. Diakses dari <https://journal.um-surabaya.ac.id/index.php/academos/article/download/14229/6307> [Jurnal Universitas Muhammadiyah Surabaya](#)
- Universitas Muhammadiyah Surakarta. (2021). *Malpraktik Medik dan Pertanggungjawaban Hukumnya: Analisis dan Evaluasi*. Diakses dari <https://journals.ums.ac.id/index.php/laj/article/download/11425/6611>

BAB 12

Manajemen Pemasaran dan Kepuasan Pasien

* Kapten ckm Ns.irwandi,S.Kep, M,Kes. *

A. Pendahuluan

Manajemen pemasaran rumah sakit bukan hanya soal promosi layanan, tetapi merupakan pendekatan strategis untuk membangun hubungan jangka panjang dengan pasien serta menciptakan nilai bagi semua pihak yang berkepentingan. Di era kompetitif saat ini, rumah sakit perlu mengembangkan strategi pemasaran yang adaptif, inovatif, dan berbasis kebutuhan pelanggan (pasien). Fokusnya tidak hanya pada menarik pasien baru, tetapi juga mempertahankan loyalitas pasien lama dengan memastikan kepuasan dan pengalaman yang optimal.

Manajemen pemasaran rumah sakit meliputi berbagai aspek seperti segmentasi pasar, penentuan posisi (positioning), pengembangan merek (branding), strategi promosi, serta pemanfaatan teknologi digital. Semua ini bertujuan untuk meningkatkan daya saing rumah sakit, memperluas jangkauan pelayanan, dan membangun citra positif di mata masyarakat.

Selain itu, pengukuran kepuasan pasien menjadi bagian penting dari strategi pemasaran modern. Rumah sakit perlu memiliki sistem umpan balik yang kuat agar dapat mengevaluasi kualitas layanan dan merancang perbaikan berkelanjutan. Oleh karena itu, manajemen pemasaran yang efektif harus bersinergi dengan sistem mutu dan keselamatan pasien sebagai dasar utama keberhasilan pelayanan.

B. Manajemen Pemasaran dan Kepuasan Pasien

1. Strategi Promosi Layanan Kesehatan

Strategi promosi rumah sakit adalah upaya sistematis untuk memperkenalkan layanan kesehatan kepada masyarakat luas dengan tujuan menarik pasien, membangun kesadaran merek, dan mendorong loyalitas. Strategi ini mencakup beberapa pendekatan:

- a. Promosi Personal (Personal Selling): Melibatkan staf rumah sakit, dokter, atau petugas pemasaran dalam menjalin komunikasi langsung dengan calon pasien atau komunitas. Edukasi kesehatan di komunitas, seminar, dan open house RS menjadi metode penting.
- b. Iklan (Advertising): Penggunaan media cetak, elektronik, dan digital untuk menyampaikan pesan promosi layanan. Saat ini, platform media sosial, website resmi, dan iklan digital sangat efektif menjangkau masyarakat yang lebih luas dan spesifik.
- c. Public Relations (PR): Strategi ini menciptakan citra positif RS melalui kegiatan sosial, CSR, kolaborasi dengan pemerintah/organisasi, serta tanggapan terhadap isu kesehatan. PR juga berfungsi untuk meningkatkan kepercayaan publik.
- d. Promosi Penjualan (Sales Promotion): Memberikan penawaran khusus seperti diskon medical check-up, paket persalinan, atau layanan vaksinasi dengan harga terjangkau dalam periode tertentu.
- e. Pemasaran Digital (Digital Marketing): Pemasaran berbasis internet dengan SEO, media sosial, e-newsletter, dan konten edukatif dalam blog atau YouTube yang berfokus pada kebutuhan dan minat pasien.

2. Branding Rumah Sakit

Branding adalah proses membangun identitas dan persepsi rumah sakit di benak masyarakat. Citra yang kuat dan positif akan mendorong kepercayaan dan

meningkatkan keputusan pasien dalam memilih rumah sakit tertentu.

- a. Identitas Visual dan Logo: Elemen seperti logo, warna khas, dan desain fasilitas menjadi pengenalan utama. Identitas visual yang konsisten menciptakan profesionalisme dan kepercayaan.
 - b. Nilai dan Budaya Institusi: Branding yang kuat harus mencerminkan nilai-nilai yang dijunjung RS, seperti empati, keselamatan, dan pelayanan berbasis pasien. Semua staf harus menjadi duta merek yang memperkuat nilai tersebut dalam pelayanan sehari-hari.
 - c. Citra Layanan dan Testimoni Pasien: Pengalaman pasien akan membentuk persepsi merek. Oleh karena itu, review positif, testimoni, dan pencitraan keberhasilan layanan medis sangat berpengaruh dalam penguatan merek.
 - d. Keunggulan Kompetitif: Menonjolkan keunikan seperti layanan spesialis unggulan, teknologi mutakhir, atau akreditasi internasional menjadi bagian dari strategi branding.
3. Customer Relationship Management (CRM) di Rumah Sakit

CRM dalam konteks rumah sakit adalah pendekatan untuk membangun hubungan yang berkelanjutan dan bernilai antara rumah sakit dan pasien. CRM mencakup pengelolaan data pasien, pemahaman kebutuhan, serta pelayanan pasca kunjungan.

- a. Sistem Informasi Pasien: Basis data yang terintegrasi memungkinkan RS melacak riwayat layanan pasien, preferensi, dan kebutuhan khusus. Ini membantu dalam personalisasi pelayanan dan peningkatan kualitas interaksi.
- b. Komunikasi dan Follow-Up: Rumah sakit harus proaktif dalam menghubungi pasien untuk

mengingatkan jadwal kontrol, memberikan hasil pemeriksaan, atau sekadar menanyakan perkembangan kondisi pasien. Ini menunjukkan kepedulian dan memperkuat loyalitas.

- c. Program Loyalitas dan Edukasi: Penawaran khusus untuk pasien loyal, serta program edukasi rutin seperti webinar atau konsultasi kesehatan gratis menjadi nilai tambah dari CRM.
 - d. Manajemen Keluhan dan Masukan: Sistem pengaduan yang responsif dan humanis merupakan bagian integral dari CRM. Respons cepat dan solutif terhadap keluhan pasien menciptakan pengalaman yang positif meskipun dalam kondisi tidak ideal.
4. Survei Kepuasan Pasien

Survei kepuasan pasien merupakan alat penting dalam menilai kualitas pelayanan dari perspektif pengguna layanan.

- a. Tujuan Survei:
 - Mengukur kepuasan atas berbagai aspek layanan (keramahan, ketepatan waktu, kenyamanan, dll.).
 - Mengidentifikasi area layanan yang perlu ditingkatkan.
 - Menggali persepsi pasien terhadap staf medis dan nonmedis.
- b. Metode Pelaksanaan:
 - Survei Kuesioner Tertulis atau Online: Disampaikan saat pasien keluar atau melalui email/SMS.
 - Wawancara Langsung: Dapat dilakukan oleh staf layanan pelanggan untuk menggali informasi lebih dalam.
 - Kotak Saran dan Sistem Feedback Digital: Memudahkan pasien menyampaikan masukan secara anonim.

- c. Indikator yang Diukur:
 - Kepuasan terhadap waktu tunggu, keramahan petugas, kebersihan lingkungan, akurasi layanan, informasi yang diberikan, dan outcome pelayanan.
 - Net Promoter Score (NPS): Seberapa besar pasien bersedia merekomendasikan RS kepada orang lain.
- d. Tindak Lanjut Hasil Survei:

Data dari survei harus diolah secara rutin dan digunakan dalam proses peningkatan mutu. Feedback menjadi dasar dalam penyusunan kebijakan pelayanan dan pelatihan staf.

CONTOH SOAL

1. Strategi pemasaran RS bertujuan untuk:
 - a. Mencari investor
 - b. Meningkatkan kunjungan dan kepuasan ✓
 - c. Menjual aset
 - d. Mengurangi pasien
2. CRM dalam konteks RS berarti:
 - a. Computer Risk Management
 - b. Customer Relationship Management ✓
 - c. Clinical Response Management
 - d. Coding Revenue Management
3. Media promosi RS dapat dilakukan melalui:
 - a. Media sosial ✓
 - b. Surat kabar
 - c. Televisi
 - d. Semua benar ✓
4. Survei kepuasan pasien digunakan untuk:
 - a. Audit aset
 - b. Evaluasi layanan ✓
 - c. Menambah staf
 - d. Membandingkan rumah sakit
5. Faktor yang memengaruhi kepuasan pasien:
 - a. Sikap tenaga kesehatan ✓
 - b. Banyaknya iklan
 - c. Tarif mahal
 - d. Ukuran rumah sakit

DAFTAR PUSTAKA

- Boone, L. E., & Kurtz, D. L. (2012). *Contemporary Marketing*. Cengage Learning.
- Effendy, O. U. (2003). *Ilmu Komunikasi: Teori dan Praktek*. Bandung: Remaja Rosdakarya.
- Gronroos, C. (2007). *Service Management and Marketing: Customer Management in Service Competition* (3rd ed.). Wiley.
- Kementerian Kesehatan RI. (2016). *Standar Akreditasi Rumah Sakit*. Jakarta: Komite Akreditasi Rumah Sakit (KARS).
- Kotler, P., & Keller, K. L. (2016). *Marketing Management* (15th ed.). Pearson Education.
- Lovelock, C., & Wirtz, J. (2016). *Services Marketing: People, Technology, Strategy* (8th ed.). Pearson Education.
- Parasuraman, A., Zeithaml, V. A., & Berry, L. L. (1988). SERVQUAL: A Multiple-Item Scale for Measuring Consumer Perceptions of Service Quality. *Journal of Retailing*, 64(1), 12–40.
- Prayitno, W. (2020). *Customer Relationship Management di Rumah Sakit*. Jakarta: Pustaka Ilmu.
- Setyaningrum, R. (2017). *Manajemen Pemasaran Rumah Sakit*. Yogyakarta: Andi Offset.
- Supriyanto, S., & Ernawaty. (2011). *Manajemen Pemasaran Rumah Sakit*. Surabaya: Airlangga University Press.
- Swayne, L. E., Duncan, W. J., & Ginter, P. M. (2012). *Strategic Management of Health Care Organizations* (7th ed.). Jossey-Bass.
- Tjiptono, F. (2019). *Strategi Pemasaran* (4th ed.). Yogyakarta: Andi.
- WHO. (2010). *People-Centred Health Care: A Policy Framework*. Geneva: World Health Organization.

BAB 13

Inovasi dan Transformasi Pelayanan Kesehatan

* Kapten ckm Ns.irwandi,S.Kep, M,Kes. *

A. Pendahuluan

Inovasi dan transformasi dalam pelayanan kesehatan merupakan aspek yang sangat penting dalam menjawab tantangan global yang terus berkembang. Seiring dengan meningkatnya populasi, penyebaran penyakit baru, serta perubahan harapan dan ekspektasi masyarakat, sektor kesehatan harus beradaptasi dengan cepat. Inovasi di bidang ini melibatkan penerapan ide, metode, teknologi, dan model baru untuk meningkatkan kualitas, efisiensi, dan aksesibilitas layanan kesehatan. Sementara itu, transformasi pelayanan kesehatan merujuk pada perubahan mendalam dan menyeluruh dalam sistem layanan, baik itu dari segi struktur, proses, maupun budaya organisasi rumah sakit dan lembaga kesehatan lainnya. Tujuan utamanya adalah untuk menghasilkan pelayanan yang lebih baik, lebih murah, dan lebih terjangkau bagi masyarakat.

Inovasi dan transformasi pelayanan kesehatan tidak hanya mencakup perkembangan teknologi medis, tetapi juga mencakup pengembangan model layanan baru, peningkatan kolaborasi antar sektor, serta adopsi pendekatan yang lebih berbasis pada pasien. Semua elemen ini memiliki dampak langsung terhadap kualitas pelayanan yang diterima oleh pasien dan efisiensi operasional rumah sakit atau fasilitas kesehatan.

B. Inovasi dan Transformasi Pelayanan Kesehatan

1. Inovasi Model Layanan Kesehatan

a. Definisi dan Pentingnya Inovasi Model Layanan

Inovasi model layanan kesehatan merujuk pada pengembangan cara-cara baru untuk memberikan perawatan medis yang lebih baik, lebih efisien, dan lebih terjangkau. Inovasi ini tidak hanya terkait dengan teknologi, tetapi juga mencakup cara-cara baru dalam mengorganisir dan mengelola penyampaian layanan kepada pasien. Inovasi dalam model layanan bisa berupa perubahan dalam struktur penyampaian layanan, mekanisme akses, serta cara-cara interaksi antara penyedia layanan dan pasien.

Pentingnya inovasi model layanan sangat jelas dalam menghadapi tantangan utama dalam sistem kesehatan global, seperti keterbatasan sumber daya manusia, biaya perawatan yang tinggi, dan meningkatnya prevalensi penyakit kronis yang memerlukan perawatan jangka panjang. Beberapa inovasi model layanan kesehatan yang telah diimplementasikan di berbagai negara dan terbukti efektif antara lain:

- 1) **Telemedicine dan Layanan Jarak Jauh**
Salah satu inovasi yang berkembang pesat adalah telemedicine, yaitu layanan medis yang dilakukan melalui teknologi komunikasi jarak jauh. Telemedicine memungkinkan pasien untuk mendapatkan konsultasi medis tanpa harus datang langsung ke rumah sakit atau klinik, yang dapat menghemat waktu dan biaya, serta mengurangi beban rumah sakit dalam menangani pasien yang tidak membutuhkan perawatan fisik langsung. Telemedicine juga membantu mengatasi kendala geografis,

terutama bagi pasien yang tinggal di daerah terpencil.

- a. Inovasi ini mencakup berbagai jenis layanan, seperti konsultasi via video call dengan dokter, pemantauan kesehatan jarak jauh menggunakan perangkat wearable, dan pengelolaan penyakit kronis secara digital. Telemedicine telah terbukti efektif dalam meningkatkan aksesibilitas pelayanan medis, terutama selama pandemi COVID-19, ketika mobilitas pasien dibatasi.

- 2) Model Pelayanan Berbasis Tim (Team-Based Care)

Salah satu model inovatif lainnya adalah pendekatan berbasis tim dalam penyampaian pelayanan kesehatan. Dalam model ini, tenaga medis yang terlibat dalam perawatan pasien bekerja sama dalam tim lintas disiplin yang terdiri dari dokter, perawat, ahli gizi, fisioterapis, dan profesi medis lainnya. Setiap anggota tim memiliki peran yang jelas dan berkontribusi pada perawatan pasien dengan cara yang terintegrasi. Pendekatan berbasis tim ini memungkinkan pemecahan masalah yang lebih komprehensif dan memastikan bahwa pasien menerima perawatan yang menyeluruh, tidak hanya dari satu aspek medis, tetapi dari berbagai sudut pandang profesional.

- 3) Layanan Kesehatan Berbasis Komunitas Model ini bertujuan untuk mendekatkan pelayanan kesehatan kepada masyarakat dengan melibatkan komunitas setempat dalam proses perawatan. Layanan kesehatan berbasis komunitas memperkenalkan ide bahwa kesehatan tidak hanya bergantung pada rumah sakit atau klinik, tetapi juga pada bagaimana

masyarakat mendukung kesehatan anggota mereka. Model ini mencakup kegiatan pencegahan, promosi kesehatan, dan pengelolaan penyakit kronis yang difasilitasi oleh tenaga medis atau pekerja kesehatan masyarakat yang tinggal di komunitas tersebut.

4) Penggunaan Teknologi untuk Manajemen Penyakit Kronis

Penyakit kronis seperti diabetes, hipertensi, dan penyakit jantung membutuhkan perawatan yang berkelanjutan dan pemantauan kondisi pasien yang intensif. Salah satu inovasi model pelayanan adalah penggunaan aplikasi mobile atau perangkat wearable yang memungkinkan pasien untuk memantau kondisi mereka secara real-time, serta berbagi data dengan tim medis mereka. Teknologi ini membantu pasien untuk lebih terlibat dalam manajemen penyakit mereka, meningkatkan kepatuhan terhadap pengobatan, dan mengurangi komplikasi yang dapat timbul akibat pengelolaan yang tidak optimal.

C. Pelayanan Kesehatan Berbasis Digital

1. Definisi Pelayanan Kesehatan Berbasis Digital

Pelayanan kesehatan berbasis digital adalah penggunaan teknologi digital untuk meningkatkan efisiensi, efektivitas, dan aksesibilitas layanan kesehatan. Inovasi digital dalam sektor kesehatan tidak hanya terbatas pada aplikasi kesehatan atau sistem manajemen rumah sakit, tetapi juga mencakup penerapan teknologi canggih seperti kecerdasan buatan (AI), big data, dan Internet of Things (IoT) untuk mendukung diagnosis, pengobatan, dan pemantauan pasien.

2. Penerapan Teknologi Digital dalam Pelayanan Kesehatan

- a. Sistem Rekam Medis Elektronik (RME)
Sistem RME memungkinkan penyimpanan,

pengelolaan, dan akses informasi medis pasien secara digital. Hal ini mempermudah tenaga medis dalam memperoleh data pasien secara cepat dan akurat, yang penting untuk membuat keputusan medis yang tepat. RME juga mengurangi risiko kesalahan medis yang disebabkan oleh rekam medis yang tidak jelas atau hilang, serta meningkatkan koordinasi antar tenaga medis.

b. Kecerdasan Buatan dan Pembelajaran Mesin (Machine Learning)

Kecerdasan buatan (AI) dan pembelajaran mesin digunakan untuk menganalisis data medis dan memberikan rekomendasi terkait diagnosis atau pengobatan. Teknologi ini mampu mengidentifikasi pola-pola dalam data medis yang mungkin terlewat oleh manusia, seperti dalam deteksi dini kanker atau gangguan jantung. AI juga digunakan dalam pengembangan alat bantu diagnosis dan pengelolaan perawatan pasien.

c. Aplikasi Mobile untuk Kesehatan

Aplikasi kesehatan semakin populer untuk memantau kondisi kesehatan individu. Aplikasi ini dapat digunakan untuk melacak aktivitas fisik, pola makan, pengukuran tekanan darah, kadar gula darah, serta berbagai parameter kesehatan lainnya. Beberapa aplikasi bahkan memungkinkan pasien untuk berkonsultasi dengan dokter secara virtual, mengurangi kebutuhan untuk kunjungan langsung ke fasilitas kesehatan.

d. Internet of Things (IoT) dalam Pemantauan Kesehatan

IoT dalam kesehatan mengacu pada perangkat yang saling terhubung untuk memantau kondisi kesehatan pasien secara real-time. Misalnya, alat pemantau jantung yang terhubung ke aplikasi ponsel, atau perangkat wearable yang mengukur tingkat aktivitas

dan kualitas tidur. Data ini dikirimkan ke dokter atau rumah sakit untuk dianalisis, yang memungkinkan tindak lanjut lebih cepat apabila terdeteksi kondisi yang mencurigakan.

D. Layanan Kesehatan Berkelanjutan (Sustainable Healthcare)

1. Definisi dan Pentingnya Layanan Kesehatan Berkelanjutan

Layanan kesehatan berkelanjutan merujuk pada sistem pelayanan kesehatan yang dapat mempertahankan kualitas dan aksesibilitasnya dalam jangka panjang, dengan memperhatikan keberlanjutan sosial, ekonomi, dan lingkungan. Hal ini melibatkan penggunaan sumber daya yang efisien, pengelolaan yang adil, serta penerapan pendekatan yang mendukung kesejahteraan masyarakat secara keseluruhan.

2. Elemen Kunci dalam Layanan Kesehatan Berkelanjutan

b. **Pengelolaan Sumber Daya yang Efisien**
Penggunaan sumber daya secara efisien sangat penting dalam memastikan keberlanjutan sistem kesehatan. Hal ini meliputi pengelolaan anggaran rumah sakit, pengelolaan tenaga medis, serta penggunaan teknologi untuk mengurangi biaya operasional tanpa mengorbankan kualitas perawatan.

c. Peningkatan Akses Kesehatan untuk Semua Lapisan Masyarakat

Layanan kesehatan berkelanjutan juga berfokus pada memastikan bahwa seluruh lapisan masyarakat, terutama yang berada di daerah terpencil atau kurang mampu, dapat mengakses layanan kesehatan yang berkualitas. Ini mencakup perluasan fasilitas kesehatan berbasis komunitas, serta penggunaan teknologi seperti telemedicine untuk memperluas jangkauan pelayanan.

- d. Inovasi untuk Kesehatan Lingkungan
Dalam konteks keberlanjutan, rumah sakit dan fasilitas kesehatan lainnya harus mengadopsi praktik ramah lingkungan, seperti pengelolaan limbah medis yang aman, penggunaan energi terbarukan, dan pengurangan emisi karbon. Keberlanjutan lingkungan tidak hanya bermanfaat bagi bumi, tetapi juga dapat mengurangi biaya operasional dalam jangka panjang.

CONTOH SOAL

1. Telemedicine adalah:
 - a. Konsultasi medis jarak jauh
 - b. Operasi menggunakan AI
 - c. Perpustakaan digital
 - d. Layanan ambulans
2. Transformasi digital mendorong:
 - a. Kertas lebih banyak
 - b. Layanan manual
 - c. Efisiensi layanan
 - d. Sistem antri manual
3. Value-based healthcare menekankan:
 - a. Kuantitas layanan
 - b. Harga layanan
 - c. Nilai manfaat bagi pasien
 - d. Kesenjangan sistem
4. Inovasi rumah sakit bisa berbentuk:
 - a. Sistem pembayaran baru
 - b. Alur pelayanan baru
 - c. Teknologi baru
 - d. Semua benar
5. Tantangan utama inovasi di RS:
 - a. Dukungan politik
 - b. Anggaran dan SDM
 - c. Panjangnya SOP
 - d. Banyaknya pasien

DAFTAR PUSTAKA

- Cloud Computing Indonesia. (2024). *Smart Hospital: Inovasi Digital dalam Layanan Kesehatan*. Diakses dari <https://www.cloudcomputing.id/pengetahuan-dasar/smart-hospital>
- Editverse. (2024). *Model Inovasi Layanan Kesehatan: Pendekatan Sistematis untuk Menerapkan Perubahan*. Diakses dari <https://editverse.com/id/adopsi-inovasi-manajemen-perubahan-transformasi-layanan-kesehatan/>
- Editverse. (2024). *Model Kesehatan Planet: Menerapkan Layanan Kesehatan Berkelanjutan yang Ramah Lingkungan*. Diakses dari <https://editverse.com/id/kesehatan-lingkungan-perawatan-kesehatan-berkelanjutan-ketahanan-iklim/>
- Editverse. (2024). *Model Pelayanan Kesehatan Berkelanjutan: Cara Mengurangi Dampak Lingkungan*. Diakses dari <https://editverse.com/id/perawatan-kesehatan-hijau-pengurangan-jejak-karbon-praktik-berkelanjutan/>
- Grid Health. (2024). *Pentingnya Layanan Kesehatan Berkelanjutan, Masyarakat Indonesia Tunjukkan Kepedulian Tinggi*. Diakses dari <https://health.grid.id/read/354107987/pentingnya-layanan-kesehatan-berkelanjutan-masyarakat-indonesia-tunjukkan-kepedulian-tinggi?page=all>
- Jurnal Kesehatan Lingkungan Indonesia. (2020). *Analysis Of Sustainable Health Development In Indonesia (Sustainable Development Goal's)*. Diakses dari <https://ejournal.undip.ac.id/index.php/jkli/article/view/30028>
- Kaplan, R. S., & Porter, M. E. (2011). *How to Solve the Cost Crisis in Healthcare*. Harvard Business Review, 89(9), 46-64.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2024). *Digitalisasi Layanan Kesehatan untuk Menunjang Penerapan Rekam*

- Medis Elektronik.* Diakses dari https://keslan.kemkes.go.id/view_artikel/2550/digitalisasi-layanan-kesehatan-untuk-menunjang-penerapan-rekam-medis-elektronik Keslan Kemenkes
- Klik Medika. (2024, 16 Oktober). *Pemanfaatan Teknologi AI dalam Analisis Rekam Medis Elektronik di Fasyankes.* Diakses dari <https://klikmedika.id/pemanfaatan-teknologi-ai-dalam-analisis-rekam-medis-elektronik-di-fasyankes/> KlikMedika
- Rekam Medis Indonesia. (2024). *Smart Hospital: Bagaimana IoT Mengubah Cara Rumah Sakit Memberikan Pelayanan.* Diakses dari <https://rekam-medis.id/smart-hospital-bagaimana-iot-mengubah-cara-rumah-sakit-memberikan-pelayanan/> Rekam Medis
- Sittig, D. F., & Singh, H. (2016). *Legal, Ethical, and Social Implications of Health IT.* *Journal of the American Medical Informatics Association*, 23(1), 28-34.
- WHO. (2024). *Pedoman WHO tentang Fasilitas Layanan Kesehatan yang Tangguh Iklim dan Ramah Lingkungan.* Diakses dari <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/380143/9/789290229889-ind.pdf?sequence=1> Iris

BAB 14

Evaluasi dan Monitoring Pelayanan Kesehatan

* Kapten ckm Ns.irwandi,S.Kep, M,Kes. *

A. Pendahuluan

Evaluasi dan monitoring pelayanan kesehatan adalah dua kegiatan yang sangat penting dalam rangka memastikan bahwa layanan kesehatan yang diberikan memenuhi standar kualitas yang diharapkan, aman, dan efisien. Evaluasi mengacu pada proses untuk menilai efektivitas dan efisiensi dari suatu program atau layanan kesehatan, sedangkan monitoring lebih menitikberatkan pada pengawasan berkelanjutan terhadap pelaksanaan pelayanan kesehatan untuk memastikan bahwa prosedur dan kebijakan yang ditetapkan dijalankan dengan baik.

Di dalam manajemen pelayanan kesehatan, evaluasi dan monitoring memiliki peran yang sangat vital dalam meningkatkan kualitas layanan, menanggapi keluhan pasien, memperbaiki sistem yang ada, serta memastikan bahwa semua standar medis dipenuhi. Dengan adanya evaluasi dan monitoring yang tepat, rumah sakit atau fasilitas kesehatan dapat mengidentifikasi area yang perlu diperbaiki, mengoptimalkan sumber daya yang ada, dan memberikan layanan yang lebih baik kepada pasien.

B. Evaluasi dan Monitoring Pelayanan Kesehatan

1. Pengertian dan Tujuan

- a. Evaluasi adalah proses sistematis untuk menilai efektivitas, efisiensi, dan relevansi dari suatu program, kegiatan, atau sistem pelayanan kesehatan.

- b. Monitoring adalah kegiatan pengumpulan data secara berkala untuk mengamati kemajuan dari suatu kegiatan atau program pelayanan.
- 2. Tujuan evaluasi dan monitoring antara lain:
 - a. Menilai pencapaian target pelayanan.
 - b. Menentukan efektivitas penggunaan sumber daya.
 - c. Menyediakan dasar data untuk perbaikan mutu.
 - d. Menjamin akuntabilitas rumah sakit kepada pasien, regulator, dan pemangku kepentingan lainnya.
- 3. Komponen yang Dievaluasi dalam Pelayanan Kesehatan
Evaluasi pelayanan rumah sakit umumnya mencakup tiga aspek utama:
 - a. Input – mencakup sumber daya manusia, sarana dan prasarana, serta anggaran.
 - b. Proses – mencakup pelaksanaan pelayanan, interaksi antar staf, dan alur kerja medis.
 - c. Output dan Outcome – mencakup hasil langsung pelayanan (output) dan dampak pelayanan terhadap kesehatan pasien (outcome).
- 4. Indikator Evaluasi Pelayanan Kesehatan
Indikator digunakan untuk mengukur sejauh mana pelayanan telah memenuhi standar yang ditetapkan. Indikator yang sering digunakan meliputi:
 - a. Indikator Mutu (Quality Indicators)
 - Tingkat kepuasan pasien.
 - Kecepatan respons terhadap keluhan.
 - Tingkat infeksi nosokomial.
 - Tingkat readmisi pasien.
 - b. Indikator Efisiensi
 - Rata-rata lama hari rawat inap (LOS).
 - Tingkat penggunaan tempat tidur (BOR).
 - Turnover interval dan bed occupancy ratio.
 - c. Indikator Aksesibilitas
 - Waktu tunggu layanan.
 - Ketersediaan dokter dan tenaga medis.

- d. Indikator Keadilan dan Kesetaraan
 - o Proporsi layanan terhadap kelompok masyarakat rentan.
 - o Aksesibilitas layanan di daerah terpencil atau kurang mampu.
- 5. Teknik dan Metode Evaluasi dan Monitoring
 - a. Audit Medis – penilaian terhadap dokumentasi dan pelaksanaan layanan berdasarkan standar profesi.
 - b. Survey Kepuasan Pasien – pengumpulan data langsung dari pasien sebagai pengguna layanan.
 - c. Focus Group Discussion (FGD) – diskusi kelompok dengan tenaga medis, manajemen, dan pasien.
 - d. Balanced Scorecard – pendekatan strategis yang menggabungkan indikator finansial dan non-finansial.
 - e. Benchmarking – membandingkan indikator kinerja rumah sakit dengan standar nasional atau rumah sakit lain.
 - f. Monitoring Berbasis IT – pemanfaatan dashboard digital dan rekam medis elektronik untuk pelaporan real-time.
- 6. Implementasi Sistem Monitoring di Rumah Sakit
Sistem monitoring yang efektif membutuhkan:
 - a. Struktur organisasi yang jelas.
 - b. Penetapan indikator yang terukur dan relevan.
 - c. Proses pelaporan yang periodik.
 - d. Feedback untuk perbaikan berkelanjutan.
 - e. Pelibatan seluruh unit kerja dalam proses pemantauan.
- 7. Tantangan dalam Evaluasi dan Monitoring
 - a. Kurangnya data yang valid dan real-time.
 - b. Resistensi terhadap transparansi kinerja.
 - c. Rendahnya literasi mutu pada sebagian tenaga kesehatan.

- d. Ketidaksesuaian antara sistem pelaporan dengan praktik lapangan.
8. Strategi Penguatan Evaluasi dan Monitoring
- a. Peningkatan kapasitas SDM melalui pelatihan dan workshop.
 - b. Digitalisasi sistem pelaporan dan monitoring.
 - c. Integrasi evaluasi dengan sistem manajemen mutu rumah sakit.
 - d. Kolaborasi antar bagian dan komite mutu rumah sakit.
 - e. Pemberdayaan pasien sebagai sumber informasi kinerja.

CONTOH SOAL

1. Apa perbedaan utama antara evaluasi dan monitoring dalam pelayanan kesehatan?
 - a. Evaluasi dilakukan setiap hari, monitoring hanya sesekali
 - b. Evaluasi menilai efektivitas, monitoring mengawasi pelaksanaan
 - c. Monitoring lebih penting dari evaluasi
 - d. Evaluasi hanya dilakukan oleh direktur
2. Yang termasuk indikator efisiensi dalam evaluasi pelayanan kesehatan adalah:
 - a. Kepuasan pasien
 - b. Kecepatan respons
 - c. Bed Occupancy Ratio (BOR)
 - d. Aksesibilitas dokter
3. Teknik yang digunakan untuk mengumpulkan pendapat dari berbagai pihak melalui diskusi adalah:
 - a. Audit medis
 - b. Survey kepuasan
 - c. Focus Group Discussion (FGD)
 - d. Benchmarking
4. Salah satu tantangan utama dalam sistem monitoring di rumah sakit adalah:
 - a. Terlalu banyak tenaga ahli
 - b. Data yang tidak valid dan tidak real-time
 - c. Ketersediaan anggaran melimpah
 - d. Terlalu banyak teknologi
5. Strategi yang dapat memperkuat sistem evaluasi dan monitoring adalah:
 - a. Menambah form laporan manual
 - b. Mengurangi peran pasien
 - c. Digitalisasi sistem pelaporan dan monitoring
 - d. Menghapus indikator mutu

DAFTAR PUSTAKA

- Badan PPSDM Kesehatan Kemenkes RI. (2021). *Pedoman Monitoring dan Evaluasi Program Pelayanan Kesehatan*. Jakarta: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.
- Effendy, C. (2018). *Manajemen Keperawatan: Teori dan Aplikasi dalam Praktik*. Jakarta: Salemba Medika.
- Hanafie, R. (2020). *Pengantar Evaluasi Program dan Kebijakan Kesehatan*. Jakarta: Prenada Media.
- Joint Commission International (JCI). (2021). *Hospital Accreditation Standards* (7th ed.). Illinois: Joint Commission Resources.
- Kemenkes RI. (2020). *Petunjuk Teknis Penerapan Indikator Mutu Rumah Sakit*. Jakarta: Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan, Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.
- Kusnanto, H. (2016). *Manajemen Rumah Sakit dan Pelayanan Kesehatan*. Yogyakarta: Pustaka Pelajar.
- Mardiatmadja, M. (2017). *Evaluasi Program Kesehatan*. Jakarta: EGC.
- Pohan, I.S. (2016). *Jaminan Mutu Pelayanan Kesehatan: Dasar-Dasar Pengertian dan Penerapannya*. Jakarta: EGC.
- Porter, M.E. (2010). *What Is Value in Health Care?* The New England Journal of Medicine, 363(26), 2477–2481. <https://doi.org/10.1056/NEJMp1011024>
- Soekidjo, N. (2019). *Manajemen Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta.
- World Health Organization (WHO). (2018). *Quality of Care: A Process for Making Strategic Choices in Health Systems*. Geneva: WHO Press.

GLOSARIUM

Manajemen Pelayanan Kesehatan	:	Proses perencanaan dan pengawasan dalam sistem pelayanan kesehatan.
Evaluasi	:	Penilaian efektivitas dan efisiensi suatu kegiatan.
Monitoring	:	Pengawasan berkala atas pelaksanaan kegiatan.
Mutu Pelayanan	:	Tingkat kesempurnaan layanan terhadap kebutuhan pasien.
Keselamatan Pasien	:	Upaya pencegahan risiko yang dapat membahayakan pasien.
Sistem Kesehatan	:	Struktur organisasi dan proses untuk pelayanan kesehatan masyarakat.
Strategi	:	Rencana jangka panjang untuk mencapai tujuan organisasi.
SDM Kesehatan	:	Tenaga kerja kesehatan seperti dokter, perawat, dan apoteker.
SIMRS	:	Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit.
Balanced Scorecard	:	Metode pengukuran kinerja dari 4 perspektif utama.
Audit Medis	:	Pemeriksaan mutu pelaksanaan tindakan medis.
LOS	:	Lama rawat inap pasien di rumah sakit.
BOR	:	Rasio hunian tempat tidur di rumah sakit.
Readmisi	:	Kembali dirawat setelah sebelumnya pulang dari rumah sakit.
FGD	:	Diskusi terfokus dalam pengumpulan pendapat dan masukan.
Benchmarking	:	Perbandingan kinerja dengan standar atau institusi lain.

Informed Consent	:	Persetujuan tindakan medis setelah penjelasan lengkap.
Komite Mutu	:	Tim pengawas mutu di rumah sakit.
Akreditasi	:	Penilaian terhadap standar mutu rumah sakit.
Telemedicine	:	Pelayanan medis jarak jauh berbasis teknologi informasi.
Indikator Mutu	:	Parameter untuk menilai mutu layanan.
Indikator Efisiensi	:	Ukuran keberhasilan dalam penggunaan sumber daya.
Indikator Aksesibilitas	:	Ukuran kemudahan masyarakat mendapatkan pelayanan.
Indikator Keadilan	:	Ukuran kesetaraan dalam pemberian layanan.
SOP (Standar Operasional Prosedur)	:	Panduan baku pelaksanaan kegiatan atau prosedur.
KTD (Kejadian Tidak Diinginkan)	:	Insiden yang merugikan pasien dalam proses pelayanan.
Near Miss	:	Kejadian yang hampir menimbulkan cedera tetapi tidak jadi terjadi.
Root Cause Analysis	:	Analisis akar penyebab dari suatu masalah atau insiden.
Good Governance	:	Tata kelola organisasi yang transparan, akuntabel, dan partisipatif.
Risk Management	:	Proses mengidentifikasi dan mengendalikan risiko.
Quality Improvement CQI (Continuous Quality Improvement)	:	Proses peningkatan mutu layanan secara berkelanjutan.
	:	Proses perbaikan mutu secara terus-menerus.

TQM (Total Quality Management)	:	Pendekatan manajemen mutu menyeluruh.
Komite Etik	:	Tim yang menangani persoalan etika dan moral pelayanan.
Komplain Pasien	:	Keluhan terhadap pelayanan yang diterima.
Hospital Safety Goals	:	Tujuan keselamatan pasien dari standar akreditasi.
SNARS	:	Standar Nasional Akreditasi Rumah Sakit.
JKN	:	Jaminan Kesehatan Nasional.
INA-CBGs	:	Sistem pembayaran paket dalam program JKN.
Prolanis	:	Program pengelolaan penyakit kronis BPJS.
Hospital-Based Management	:	Manajemen yang berpusat pada struktur dan fungsi rumah sakit.
Rawat Inap	:	Perawatan pasien dengan menginap di rumah sakit.
Rawat Jalan	:	Pelayanan pasien tanpa menginap.
Farmasi Klinik	:	Pelayanan kefarmasian yang berfokus pada pasien.
Manajemen Kasus	:	Pendekatan koordinatif untuk penanganan pasien kompleks.
Pelayanan Promotif	:	Pelayanan yang bertujuan meningkatkan kesehatan masyarakat.
Pelayanan Preventif	:	Upaya pencegahan timbulnya penyakit.
Pelayanan Kuratif	:	Penanganan pasien yang sudah sakit.
Pelayanan Rehabilitatif	:	Upaya pemulihan fungsi tubuh setelah sakit.

Clinical Pathway	:	Jalur klinis yang mengatur tahapan pelayanan standar pasien.
Formularium Nasional	:	Daftar obat yang digunakan dalam sistem JKN.
Komite Medik	:	Komite pengawas praktik tenaga medis di RS.
Pelatihan Berbasis Kompetensi	:	Pelatihan yang menekankan keterampilan kerja nyata.
Turnover Tenaga Kesehatan	:	Tingkat pergantian pegawai di institusi kesehatan.
Rekam Medis Elektronik (RME)	:	Sistem digital pencatatan data kesehatan pasien.
Dashboard Kinerja	:	Tampilan data real-time untuk pemantauan kinerja.
KIA (Kesehatan Ibu dan Anak)	:	Layanan kesehatan untuk ibu hamil dan anak.
PHBS	:	Perilaku Hidup Bersih dan Sehat.
KARS	:	Komisi Akreditasi Rumah Sakit di Indonesia.
PONEK	:	Pelayanan Obstetri Neonatal Emergensi Komprehensif.
ICU	:	Intensive Care Unit - Unit perawatan intensif.
HCU	:	High Care Unit - Unit perawatan antara ICU dan perawatan biasa.
SDMK	:	Sumber Daya Manusia Kesehatan.
BPJS	:	Badan Penyelenggara Jaminan Sosial.
Kapitasi	:	Sistem pembayaran tetap per kapita.
Case Mix	:	Klasifikasi pasien berdasarkan jenis dan berat penyakit.
Capaian Indikator Mutu	:	Realisasi indikator mutu dibanding target.

Pelayanan Terpadu	:	Layanan yang mengintegrasikan beberapa aspek dalam satu sistem.
Stakeholder Kesehatan	:	Pihak-pihak yang berkepentingan dalam sistem kesehatan.
Akuntabilitas Publik	:	Tanggung jawab institusi terhadap masyarakat.
Teknologi Kesehatan	:	Alat dan aplikasi yang digunakan dalam pelayanan kesehatan.
Pelayanan Responsif	:	Layanan yang cepat dan sesuai kebutuhan pasien.
Waktu Tunggu	:	Durasi yang diperlukan pasien untuk mendapatkan layanan.
Rasio Tenaga Medis	:	Jumlah tenaga medis dibanding jumlah pasien.
UHC	:	Universal Health Coverage - cakupan kesehatan semesta.
Risk Stratification	:	Klasifikasi pasien berdasarkan tingkat risiko.
Primary Health Care	:	Layanan kesehatan tingkat pertama atau dasar.
Rujukan Berjenjang	:	Sistem pengalihan pasien dari fasilitas dasar ke lanjutan.
Kinerja Rumah Sakit	:	Hasil yang dicapai RS dalam memberikan layanan.
Clinical Governance	:	Tata kelola mutu pelayanan medis.
Evidence-Based Practice	:	Praktik klinis berdasarkan bukti ilmiah.
Standard of Care	:	Tingkat pelayanan medis minimal yang harus diberikan.
Komite Keperawatan	:	Tim yang mengatur kebijakan keperawatan di RS.
Tim Manajemen Risiko	:	Unit pengelola risiko di rumah sakit.

IT Support SIMRS	:	Teknisi pendukung sistem informasi rumah sakit.
Dashboard Mutu	:	Tampilan indikator mutu secara real-time.
Komunikasi Efektif	:	Pertukaran informasi yang jelas dan tepat sasaran.
Pengendalian Infeksi	:	Upaya mencegah dan mengendalikan penyebaran infeksi di RS.
Alur Rujukan	:	Tata cara pengiriman pasien antar fasilitas.
Pemangku Kepentingan	:	Individu atau kelompok yang memiliki kepentingan atas pelayanan RS.
Pasien Prioritas	:	Pasien yang membutuhkan penanganan lebih cepat karena kondisi kritis.
Tenaga Non-Medis	:	Pegawai RS yang tidak terlibat langsung dalam tindakan medis.
Efektivitas Biaya	:	Hubungan antara hasil pelayanan dengan biaya yang dikeluarkan.
Komite Pengendalian Mutu	:	Tim penjamin mutu yang mengawasi kualitas pelayanan.
Pelayanan Berbasis Bukti	:	Layanan kesehatan berdasarkan hasil riset terbaik.
Program Peningkatan Mutu	:	Rencana peningkatan kualitas layanan secara menyeluruh.
Survey Kepuasan Pasien	:	Alat ukur persepsi pasien terhadap pelayanan yang diterima.
Keseimbangan Beban Kerja	:	Distribusi tugas yang proporsional pada tenaga kesehatan.
Human Error	:	Kesalahan manusia dalam pelaksanaan tugas medis.
Pelaporan Insiden	:	Dokumentasi dan pencatatan kejadian yang merugikan pasien.

BIODATA PENULIS



Dr. Ns. Bettrianto SKep., M.Kes. lahir di Kerinci, pada tanggal 11 Februari 1978. Seorang Alumni Angkatan Pertama dari Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Garuda Putih Tahun 2000. Sampai saat ini penulis menjabat sebagai Ketua dan Dosen di STIKes Garuda Putih Jambi. *“Keberhasilan bukanlah milik orang yang pintar, melainkan milik mereka yang senantiasa berproses dan berusaha”.*

BIODATA PENULIS



Kapten ckm Ns. Irwandi, S.Kep, M.Kes. lahir Kerinci 12 Agustus 1977 menyelesaikan pendidikan D3 Prodi Keperawatan Poltekkes Bandung, S1 STIKES Syedza Sainika Padang, S2 universitas Kader bangsa, sebagai Kepala Rs DKT Kerinci dan sampai saat ini penulis sebagai Dosen di STIKES Garuda Putih Jambi



PT MEDIA PUSTAKA INDO
Jl. Merdeka RT4/RW2
Binangun, Kab. Cilacap, Provinsi Jawa Tengah
No hp. 0838 6333 3823
Website: www.mediapustakaindo.com
E-mail: mediapustakaindo@gmail.com

