



EDITOR
Dr. Sartini Risky, MS, SKM., M.Kes
Ida Mardhiah Afrini Kasman, SKM., M.Kes



DASAR-DASAR ADMINISTRASI RUMAH SAKIT DAN PUSKESMAS

La Rangki | Putri Widya Herman | Lita Agustia | Desi Aryani | Fitri Kurniawati
Hernawati Permata Sari | Enny Khotimah | Nurhayati Marada | Muhammad Yashir
Sabarina Elfrida Manik | Sinta Dewi Lestyoningrum | Iffa Setiana | Legabina Adzkie
Muh. Yusuf | Nasiatul Aisyah Salim | Deby

DASAR-DASAR ADMINISTRASI RUMAH SAKIT DAN PUSKESMAS

Buku dasar-dasar administrasi rumah sakit dan puskesmas yang berada ditangan pembaca ini terdiri dari 16 bab, yaitu :

- Bab 1 Konsep Administrasi
- Bab 2 Sistem Infomasi Manajemen Rumah Sakit
- Bab 3 Medikolegal, Rahasia Medis, dan Informed Conccent
- Bab 4 Pelayanan Medik di Rumah Sakit
- Bab 5 Pelayanan Penunjang Medik di Rumah Sakit
- Bab 6 Akreditasi Rumah Sakit
- Bab 7 Etika Promosi Rumah Sakit
- Bab 8 Konsep Dasar Administrasi Puskesmas
- Bab 9 Pengorganisasian Puskesmas
- Bab 10 Sumber Daya Manusia Puskesmas
- Bab 11 Konsep Perencanaan Tingkat Puskesmas
- Bab 12 Tahapan Kegiatan Puskesmas (RUK, RPK, POA)
- Bab 13 Program-Program Puskesmas
- Bab 14 Puskesmas di Era Desentralisasi
- Bab 15 Akreditasi Puskesmas
- Bab 16 Patient Safety



eureka
media aksara
Anggota IKAPI
No. 225/JTE/2021

☎ 0858 5343 1992
✉ eurekaediaaksara@gmail.com
📍 Jl. Banjaran RT.20 RW.10
Bojongsari - Purbalingga 53362

ISBN 978-623-120-802-6



9 786231 208026

DASAR-DASAR ADMINISTRASI RUMAH SAKIT DAN PUSKESMAS

La Rangki, S.Kep., Ns., M.Kep.
Putri Widya Herman, S.K.M., M.Kes.
Lita agustia, drg., M.H.Kes.
Desi Aryani, AMAK., S.E., M.A.
Fitri Kurniawati, S.K.M., M.M.R.
Hernawati Permata Sari, S.K.M., M.K.M., CRP.
Dr. Enny Khotimah, AMAK., M.M.
Nurhayati Marada, S.K.M., M.Kes
Muhammad Yashir, S.E., M.K.M.
Sabarina Elfrida Manik, S.K.M., M.Pd.
Sinta Dewi Lestyoningrum, S.K.M., M.Kes.
Iffa Setiana, S.KM., M.K.M.
Legabina Adzkia, S.Tr.Keb., M.K.M.
Dr. Muh. Yusuf, M.Hum.
Nasiatul Aisyah Salim, S.K.M., M.P.H.
dr. Deby, M.A.R.S., M.Biomed.



eureka
media aksara

PENERBIT CV.EUREKA MEDIA AKSARA

DASAR-DASAR ADMINISTRASI RUMAH SAKIT DAN PUSKESMAS

Penulis : La Rangki, S.Kep., Ns., M.Kep. | Putri Widya Herman, S.K.M., M.Kes. | Lita agustia, drg., M.H.Kes. | Desi Aryani, AMAK., S.E., M.A. | Fitri Kurniawati, S.K.M., M.M.R. | Hernawati Permata Sari, S.K.M., M.K.M., CRP. | Dr. Enny Khotimah, AMAK., M.M. | Nurhayati Marada, S.K.M., M.Kes | Muhammad Yashir, S.E., M.K.M. | Sabarina Elfrida Manik, S.K.M., M.Pd. | Sinta Dewi Lestyoningrum, S.K.M., M.Kes. | Iffa Setiana, S.K.M., M.K.M. | Legabina Adzkia, S.Tr.Keb., M.K.M. | Dr. Muh. Yusuf, M.Hum. | Nasiatul Aisyah Salim, S.K.M., M.P.H. | dr. Deby, M.A.R.S., M.Biomed.

Editor : Dr. Sartini Risky, M.S., S.K.M., M.Kes.
Ida Mardhiah Afrini Kasman, S.K.M., M.Kes.

Desain Sampul : Ardyan Arya Hayuwaskita

Tata Letak : Ayu May Lisa

ISBN : 978-623-120-802-6

Diterbitkan oleh : **EUREKA MEDIA AKSARA, APRIL 2024**
ANGGOTA IKAPI JAWA TENGAH
NO. 225/JTE/2021

Redaksi:

Jalan Banjaran, Desa Banjaran RT 20 RW 10 Kecamatan Bojongsari
Kabupaten Purbalingga Telp. 0858-5343-1992

Surel : eurekamediaaksara@gmail.com

Cetakan Pertama : 2024

All right reserved

Hak Cipta dilindungi undang-undang

Dilarang memperbanyak atau memindahkan sebagian atau seluruh isi buku ini dalam bentuk apapun dan dengan cara apapun, termasuk memfotokopi, merekam, atau dengan teknik perekaman lainnya tanpa seizin tertulis dari penerbit.

KATA PENGANTAR

Puji dan syukur kami panjatkan kehadirat Tuhan Yang Maha Kuasa, yang telah memberikan taufik dan rahmat-Nya serta kesehatan dan kesempatan kepada tim penulis sehingga buku Administrasi Rumah Sakit ini dapat diselesaikan dengan baik, Buku ini dimaksudkan untuk memudahkan Mahasiswa/pembaca untuk memahami konsep Administrasi Rumah Sakit. Sebagai pembaca, dengan cara memahami berbagai konsep dan ide dengan sejumlah kriteria dan tolok ukurnya, akan memudahkan untuk melihat dan menerawang sejauh mana terjadi kesenjangan antara tuntutan dan kenyataan dalam bidang Administrasi Rumah Sakit.

Dengan cara itu pula setelah dipelajari, dapat dipikirkan sejumlah langkah untuk mencari solusi agar kesenjangan antara tuntutan dan kenyataan itu dapat didekatkan atau diminimalkan sehingga gap yang terjadi akan semakin dihilangkan. Ini berarti sekaligus untuk menguji apakah konsep Administrasi Rumah Sakit yang diselenggarakan selama ini masih valid untuk diterapkan atau memang sudah harus dipikirkan teori-teori baru yang lebih sesuai tuntutan, sehingga melahirkan Paradigma baru Administrasi Rumah Sakit. Sesuatu yang bersifat ilmiah sebenarnya tidak lain adalah upaya mendeskripsikan secara jelas kenyataan kenyataan yang ada dan memahami hakekatnya.

Buku dasar-dasar administrasi rumah sakit dan puskesmas yang berada ditangan pembaca ini terdiri dari 16 bab, yaitu :

Bab 1 Konsep Administrasi

Bab 2 Sistem Infomasi Manajemen Rumah Sakit

Bab 3 Medikolegal, Rahasia Medis, Dan Informed Conccent

Bab 4 Pelayanan Medik Di Rumah Sakit

Bab 5 Pelayanan Penunjang Medik Di Rumah Sakit

Bab 6 Akreditasi Rumah Sakit

Bab 7 Etika Promosi Rumah Sakit

Bab 8 Konsep Dasar Administrasi Puskesmas

Bab 9 Pengorganisasian Puskesmas

Bab 10 Sumber Daya Manusia Puskesmas

Bab 11 Konsep Perencanaan Tingkat Puskesmas

Bab 12 Tahapan Kegiatan Puskesmas (RUA, RPK, POA)

Bab 13 Program-Program Puskesmas

Bab 14 Puskesmas Di Era Desentralisasi

Bab 15 Akreditasi Puskesmas

Bab 16 Patient Safety

Kami menyampaikan terima kasih yang sebesar-besarnya kepada semua pihak yang telah membantu terbitnya buku ini, utamanya terima kasih yang sedalam-dalamnya kepada tim penulis yang telah berupaya semaksimal mungkin demi terwujudnya buku ini tepat pada waktunya serta melahirkan karya yang akan membawa manfaat bagi insan kesehatan dan masyarakat pada umumnya.

Penulis menyadari bahwa penyusunan buku ini masih jauh dari kesempurnaan, untuk itu sangat diharapkan kritik dan saran maupun masukan semua pembaca demi kesempurnaan dikemudian hari. Akhirnya penulis berharap semoga buku ini dapat memberikan manfaat pemahaman bagi kita semua.

Kendari, 09 April 2024

Tim Penulis

DAFTAR ISI

KATA PENGANTAR	iii
DAFTAR ISI	v
BAB 1 KONSEP ADMINISTRASI	
Oleh : La Rangki, S.Kep., Ns., M.Kep.	1
A. Pendahuluan	1
B. Definisi Administrasi	2
C. Unsur Pokok Administrasi.....	3
D. Administrasi dan Manajemen.....	5
E. Fungsi dan Proses Manajemen	6
F. Tugas dan Kewajiban Administrasi	9
DAFTAR PUSTAKA	10
BAB 2 SISTEM INFORMASI MANAJEMEN RUMAH SAKIT	
Oleh : Putri Widya Herman, S.K.M., M.Kes.	11
A. Pengertian Sistem Informasi Rumah Sakit.....	11
B. Regulasi SIMRS.....	13
C. Peran Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit (SIMRS).....	14
D. Pertimbangan dalam membangun SIMRS.....	14
E. Komponen Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit (SIMRS).....	16
F. Evaluasi SIMRS.....	18
G. Permasalahan SIMRS	19
H. SIMRS GOS.....	20
DAFTAR PUSTAKA	23
BAB 3 MEDIKOLEGAL, RAHASIA MEDIS DAN INFORMED CONCENT	
Oleh : Putri Widya Herman, S.K.M., M.Kes.	24
A. Pendahuluan	24
B. Medikolegal.....	25
C. Rahasia Medis	29
D. <i>Informed Consent</i>	33
E. Kesimpulan.....	37
DAFTAR PUSTAKA	39

BAB 4	PELAYANAN MEDIK DI RUMAH SAKIT	
	Oleh : Putri Widya Herman, S.K.M., M.Kes.	40
	A. Pendahuluan	40
	B. Fungsi Rumah Sakit	41
	C. Pelayanan Medik di Rumah Sakit	42
	D. Fasilitas Pelayanan Kesehatan Tingkat Satu	43
	E. Fasilitas Pelayanan Kesehatan Tingkat Dua	45
	F. Fasilitas Pelayanan Kesehatan Tingkat Tiga	47
	G. Masalah yang Timbul dalam Manajemen Pelayanan Medik	49
	DAFTAR PUSTAKA	51
BAB 5	PELAYANAN PENUNJANG MEDIK DI RUMAH SAKIT	
	Oleh : Fitri Kurniawati, S.K.M., M.M.R.	52
	A. Pendahuluan	52
	B. Infrastruktur Penunjang Medik di Rumah Sakit	53
	C. Tim Penunjang Medik	54
	D. Prosedur dan Protokol Penunjang Medik	56
	E. Pelayanan Penunjang Khusus	58
	F. Manajemen Kualitas Pelayanan	59
	G. Tantangan dan Inovasi dalam Pelayanan Penunjang Medik	61
	H. Etika dan Aspek Legal	62
	I. Pengalaman Pasien dalam Pelayanan Penunjang Medik	64
	J. Tantangan Masa Depan dan Perkembangan Terbaru	66
	DAFTAR PUSTAKA	68
BAB 6	AKREDITASI RUMAH SAKIT	
	Oleh : Hernawati Permata Sari, S.K.M, M.K.M, CRP.	71
	A. Pendahuluan	71
	B. Pengertian Akreditasi Rumah Sakit	71
	C. Tujuan Akreditasi Rumah Sakit	74
	D. Pengaruh Akreditasi Terhadap Keselamatan Pasien Rumah Sakit	74
	E. Kelompok Standar Akreditasi Rumah Sakit	75
	F. Lembaga Akreditasi Rumah Sakit di Indonesia	76

	G. Penyelenggaraan Akreditasi Rumah Sakit.....	78
	DAFTAR PUSTAKA	89
BAB 7	ETIKA PROMOSI RUMAH SAKIT	
	Oleh : Dr. Enny Khotimah, AMAK., S.E., M.M.	90
	A. Pendahuluan	90
	B. Promosi Rumah Sakit (<i>Hospital marketing</i>)	91
	C. Dasar Hukum.....	92
	D. Penyelenggara Promosi rumah sakit	93
	E. Etika Promosi Kesehatan	94
	F. Media Promosi	96
	DAFTAR PUSTAKA	100
BAB 8	KONSEP DASAR ADMINISTRASI	
	PUSKESMAS	
	Oleh : Nurhayati Marada, S.K.M., M.Kes.	101
	A. Pendahuluan	101
	B. Pengertian Administrasi dan Puskesmas	102
	C. Peran Puskesmas	104
	D. Visi Dan Misi Puskesmas.....	105
	E. Tujuan Dan Fungsi Puskesmas.....	106
	F. Empat Asas Pengelolaan Program Kerja	
	Puskesmas	107
	G. Program Kesehatan Dasar Puskesmas.....	109
	H. Organisasi Dan Tenaga Kerja.....	110
	I. Pemantauan Pelaksanaan SP2TP (Sistem	
	Pencatatan Dan Pelaporan Terpadu Puskesmas).....	112
	DAFTAR PUSTAKA	115
BAB 9	PENGGORGANISASIAN PUSKESMAS	
	Oleh : Muhammad Yashir, S.E., M.K.M.	116
	A. Pendahuluan	116
	B. Tugas dan Fungsi Puskesmas	118
	C. Struktur Organisasi Puskesmas	119
	D. Pengorganisasian Mutu	122
	E. Penerapan Tata Kelola Mutu	126
	DAFTAR PUSTAKA	129

BAB 10	SUMBER DAYA MANUSIA PUSKESMAS	
	Oleh : Sabarina Elprida Manik, S.K.M., M.Pd.	130
	A. Pendahuluan	130
	B. Fungsi Sumber Daya Manusia	131
	C. Perencanaan Sumber Daya Manusia (SDM)	132
	D. Kebutuhan Sumber Daya Manusia	134
	E. Kelompok Sumber Daya Manusia (SDM).....	135
	F. Pentingnya Sumber Daya Manusia (SDM)	
	Dalam Organisasi	136
	G. Sumber Daya Manusia di Puskesmas	137
	DAFTAR PUSTAKA.....	140
BAB 11	KONSEP PERENCANAAN TINGKAT PUSKESMAS	
	Oleh : Sinta Dewi Lestyoningrum, S.K.M., M.Kes.	141
	A. Konsep Dasar Perencanaan.....	141
	B. Peran Puskesmas Dalam Sistem Kesehatan	147
	C. Perencanaan Tingkat Puskesmas (PTP)	148
	D. Penyusunan Rencana Kerja Puskesmas	150
	E. Pelaksanaan Rencana Puskesmas	156
	F. Monitoring Dan Evaluasi Rencana Puskesmas	156
	DAFTAR PUSTAKA.....	158
BAB 12	TAHAPAN KEGIATAN PUSKESMAS (RUK, RPK, POA)	
	Oleh : Iffa Setiana, S.K.M., M.K.M.....	159
	A. Pendahuluan	159
	DAFTAR PUSTAKA.....	179
BAB 13	PROGRAM - PROGRAM PUSKESMAS	
	Oleh : Legabina Adzkie, S.Tr.KEB., M.K.M.	180
	A. Pendahuluan	180
	B. Program Puskesmas.....	181
	C. Program Pokok	185
	DAFTAR PUSTAKA.....	191
BAB 14	PUSKESMAS DI ERA DESENTRALISASI	
	Oleh : Dr. Muh. Yusuf, M.Hum.....	192
	A. Pendahuluan	192
	B. Pengenalan Desentralisasi Dalam Konteks	
	Pelayanan Kesehatan	193

C.	Peran Puskesmas dalam Sistem Kesehatan Desentralisasi	199
D.	Evaluasi Kinerja Puskesmas Dalam Konteks Desentralisasi	202
E.	Hal-Hal yang Perlu Diperhatikan Berkaitan dengan Peran Puskesmas di Era Desentralisasi	208
	DAFTAR PUSTAKA	212
BAB 15	AKREDITASI PUSKESMAS	
	Oleh : Nasiatul Aisyah Salim, S.K.M., M.P.H.....	213
A.	Perkembangan Akreditasi Puskesmas.....	213
B.	Dampak Akreditasi Puskesmas	215
C.	Standar Akreditasi Puskesmas	217
D.	Kepemimpinan dan Manajemen Puskesmas.....	218
E.	Penyelenggaraan Upaya Kesehatan Masyarakat (UKM) yang Berorientasi pada Upaya Promotif dan Preventif.....	222
F.	Penyelenggaraan Upaya Kesehatan Perseorangan (UKP), Laboratorium dan Kefarmasian.....	225
G.	Program Prioritas Nasional.....	227
H.	Peningkatan Mutu Puskesmas.....	227
I.	Survei Akreditasi Puskesmas.....	230
	DAFTAR PUSTAKA	232
BAB 16	PATIENT SAFETY	
	Oleh : dr. Deby, M.A.R.S., M.Biomed	233
A.	Pendahuluan	233
B.	Pentingnya Keselamatan Pasien.....	234
C.	Definisi <i>Patient Safety</i>	235
D.	Tujuan <i>Patient Safety</i>	236
E.	Insiden Keselamatan Pasien (IKP).....	236
F.	Penyelenggaraan Keselamatan Pasien.....	238
G.	Standar Keselamatan Pasien Rumah Sakit.....	238
H.	Sasaran Keselamatan Pasien	240
I.	Tujuh Langkah Keselamatan Pasien Rumah Sakit	241
J.	Pelaporan Insiden Keselamatan Pasien.....	242

DAFTAR PUSTAKA.....	243
TENTANG PENULIS.....	245

BAB

1

KONSEP ADMINISTRASI

La Rangki, S.Kep., Ns., M.Kep.

A. Pendahuluan

Administrasi merupakan bagian yang terpenting dalam dari kehidupan manusia, adanya saling membutuhkan antara satu dengan yang lainnya untuk memenuhi kebutuhannya. Dengan begitu administrasi dapat disimpulkan sebagian terencana yang dilakukan sekelompok orang dalam bekerjasama untuk mencapai tujuan dasar efektif, efisien dan rasional (Marliani, 2019)

Kegiatan administrasi berada pada organisasi, yang mana organisasi adalah alat saling hubungan satuan-satuan kerja yang memberikan mereka kepada orang-orang yang ditempatkan dalam struktur wewenang sehingga pekerjaan dapat dikoordinasikan oleh perintah para atasan kepada para bawahan, yang menjangkau dari puncak sampai ke bawah dari seluruh organisasi (Rahman, 2017)

Untuk mengatur berbagai kegiatan dalam organisasi diperlukan manajemen yaitu suatu proses khusus yang terdiri dari perencanaan, pengorganisasian, pelaksanaan dan pengawasan yang dilakukan untuk menentukan serta mencapai sasaran yang telah ditentukan melalui pemanfaatan sumber daya manusia yang lainnya (Meutia, 2017).

B. Definisi Administrasi

Awal mula istilah administrasi berasal dari bahasa latin “ad” dan “*ministrate*” yaitu pemberian bantuan atau jasa. Sedangkan dalam bahasa Belanda (*Administratie*), administrasi memiliki makna suatu kegiatan surat-menyurat, pengarsipan surat, catat mencatat, pembukuan ringan yang bersifat teknis ketatausahaan sehingga nantinya dapat mempermudah dalam memperoleh informasi ketika dibutuhkan (Kartikasari, 2019b).

Menurut (Kasihta & Sadat, 2020) dalam bukunya Pengantar Studi Ilmu Administrasi dan Manajemen sebagai berikut : Administrasi secara sempit berasal dari kata *Administratie* (bahasa Belanda) yaitu meliputi kegiatan catat-mencatat, surat-menyurat, pembukuan ringan, ketik-mengetik, agenda dan sebagainya yang bersifat teknis ketatausahaan (clerical work).

Dari definisi tersebut dapat disimpulkan administrasi dalam arti sempit merupakan kegiatan ketatausahaan yang meliputi kegiatan catat-mencatat, surat-menyurat, pembukuan dan pengarsipan surat serta hal-hal lainnya yang dimaksudkan untuk menyediakan informasi serta mempermudah memperoleh informasi kembali jika dibutuhkan Administrasi berasal dari bahasa Belanda yakni *Administratie* yang berarti kegiatan catat-mencatat, surat-menyurat, pembukuan ringan, ketik-mengetik, agenda dan sebagainya yang bersifat teknis ketatausahaan.

Administrasi dalam pengertian luas dapat ditinjau dari sudut proses, fungsi, dan dari sudut kepranataan (institution). Ditinjau dari sudut proses, administrasi merupakan keseluruhan proses yang dimulai dari proses pemikiran, perencanaan, pengaturan, penggerakan, pengawasan sampai dengan proses pencapaian tujuan (Mansyur, 2013; Zauhar, 2007).

Ditinjau dari sudut fungsi atau tugas, administrasi berarti keseluruhan tindak (aktivitas) yang mau atau tidak mau harus dilakukan dengan sadar oleh seseorang atau kelompok orang-orang yang berkedudukan sebagai administrator atau manajemen puncak suatu organisasi usaha. Sedangkan

administrasi dari sudut kepranataan atau institusi, administrasi berarti kelompok orang-orang yang secara tertentu melakukan aktivitas-aktivitas di dalam organisasi (Kartikasari, 2019a).

Dalam bidang kesehatan, administrasi memiliki pengertian serangkaian kegiatan yang terdiri dari perencanaan (*planning*), pengorganisasian (*organizing*), pengarahan (*directing*), pengawasan (*controlling*), pengoordinasian (*coordinating*), serta penilaian (*evaluating*), sehingga tuntutan dan kebutuhan yang berkaitan dengan kesehatan dapat dipenuhi melalui penyediaan serta penyelenggaraan berbagai upaya kesehatan yang ditujukan kepada perorangan, kelompok, ataupun masyarakat (Kartikasari, 2019b).

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

C. Unsur Pokok Administrasi

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

1. Masukan (*Input*)

Yang dimaksud dengan masukan yaitu semua aspek yang diperlukan dalam proses kegiatan administrasi sehingga seluruh rangkaian kegiatan administrasi dapat dilakukan.

Masukan juga dikenal dengan perangkat administrasi (*tools of administration*):

a. Sumber (*resources*)

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

- 1) Sumber Tenaga (*labour resources/human resources*)
- 2) Sumber Modal (*capital resources*)

- 3) Sumber Hukum (*legitimate resources*)
 - 4) Sumber Alamiah (*natural resources*)
- b. Ilmu pengetahuan dan teknologi
- c. Kemampuan dan kesanggupan

Selain 3 hal tersebut, unsur-unsur masukan dalam administrasi juga terdiri dari orang (*man*), uang (*money*), metode (*methods*), bahan-bahan (*materials*), mesin-mesin (*machines*), dan pemasaran (*market*) disingkat dengan 6M (Rifa'i & Fadhli, 2013). Berikut ini pemaparan masing-masing unsur-unsur dari manajemen tersebut:

- 1) *Man* yaitu tenaga kerja manusia, baik tenaga kerja pimpinan maupun tenaga kerja operasional/pelaksana.
- 2) *Money* yaitu uang yang dibutuhkan untuk mencapai tujuan yang diinginkan.
- 3) *Methods* yaitu cara-cara yang dipergunakan dalam usaha mencapai tujuan
- 4) *Materials* yaitu bahan-bahan yang diperlukan untuk mencapai tujuan.
- 5) *Machines* yaitu mesin-mesin/alat-alat yang diperlukan atau dipergunakan untuk mencapai tujuan.
- 6) *Market* yaitu pasar untuk menjual barang dan jasa-jasa yang dihasilkan.

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

2. Proses

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

memudahkan pelaksanaannya, fungsi-fungsi administrasi disederhanakan menjadi 4, yaitu :

- a. Perencanaan (*planning*)
- b. Pengorganisasian (*Organizing*)
- c. Pelaksanaan (*implementing*)
- d. Penilaian (*evaluation*)
- e. Keluaran (*output*)

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

- a. Sasaran (*Target*)

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

- b. Dampak (*impact*)

Yang dimaksud dengan dampak adalah akibat yang ditimbulkan keluaran.

D. Administrasi dan Manajemen

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

Untuk itu ada dua pendapat yang ditemukan, yakni. Administrasi berbeda dengan manajemen (Kartikasari, 2019b). Pendapat pertama membedakan administrasi dengan manajemen. Untuk itu ada dua pendapat pula yang ditemukan, yakni:

1. Administrasi lebih rendah dari manajemen
2. Administrasi lebih tinggi dari manajemen
3. Administrasi sama dengan manajemen

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

E. Fungsi dan Proses Manajemen

Manajemen sebagai suatu proses dapat dilihat dari fungsi-fungsi manajemen yang dilakukan oleh seorang manajer. Banyak ahli manajemen yang menyampaikan tentang fungsi manajemen ini, namun pada dasarnya tidak ada perbedaan yang prinsip, bahkan pendapat satu dengan lainnya saling melengkapi. Para ahli manajemen, antara lain ; George Terry, L. Gullick, H. Fayol dan Koontz O'Donnel

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

1. Fungsi perencanaan (*Planning*)

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

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

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

perencanaan yang disusun hendaknya mempertimbangkan hal-hal berikut ini: 1) Perencanaan adalah Menetapkan Alternatif; 2) Perencanaan Harus Realistis dan Ekonomis; 3) Perlunya koordinasi dalam perencanaan; 4) Perencanaan harus didasarkan pengalaman, pengetahuan, dan Intuisi; 5) Perencanaan harus dilandasi partisipasi; 6) Perencanaan harus memperhitungkan segala kemungkinan; 7) Perencanaan harus fleksibel (luwes); 8) Perencanaan harus dapat menjadi landasan bagi fungsi-fungsi manajemen yang lain; 9) Perencanaan harus dapat mendayagunakan secara maksimal fasilitas-fasilitas yang tersedia; 10) Perencanaan harus dinamis; 11) Perencanaan harus cukup waktu; 12) Perencanaan seharusnya didasarkan penelitian (Wijaya & Rifa'i, 2016).

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

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

2. Fungsi pengorganisasian (*Organizing*)

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

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

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

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

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

4. Fungsi pengawasan dan pengendalian (*controlling, reporting*)

Sebagai salah satu fungsi manajemen, pengawasan merupakan tindakan terakhir yang dilakukan para manajer pada suatu organisasi. Pengawasan (*controlling*) merupakan

proses pengamatan atau pemantauan terhadap pelaksanaan kegiatan organisasi untuk menjamin agar supaya semua pekerjaan yang sedang dilakukan berjalan sesuai dengan rencana yang telah ditentukan sebelumnya (Rifa'i & Fadhli, 2013).

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

F. Tugas dan Kewajiban Administrasi

Tugas administrasi:

1. Segala yang terkait pengaturan dan pencatatan administrasi keuangan secara umum. Ini akan jadi penilai bagaimana kondisi organisasi secara umum apakah dalam kondisi yang baik atau tidak.
2. Mengatur administrasi seputar kepegawaian di sebuah lembaga
3. Mencatat administrasi penerimaan.
4. Pencatatan seputar fasilitas kesehatan yang tersedia
5. Pencatatan administrasi umum (tata usaha dan pengarsipan), dan lain-lain.

Kewajiban administrasi:

1. Menyelenggarakan proses pelayanan administrasi kepada pasien dengan sebaik-baiknya sehingga pasien merasa puas dan nyaman dengan pelayanan yang ada.
2. Melakukan pencatatan keuangan terkait pasien, pegawai dan rumah sakit secara transparan dan terstruktur sehingga memudahkan proses penilaian, koordinasi dan pengaturan.
3. Penyelenggaraan administrasi rumah sakit secara umum, terkoordinasi, teratur dan transparan. Administrasi juga mencakup tata usaha dan pengarsipan umum lainnya.

DAFTAR PUSTAKA

- Kartikasari, D. (2019a). *Administrasi Rumah Sakit*. Malang: *Wineka Media*.
- Kartikasari, D. (2019b). Penulis.
- Kasihta, N. B., & Sadat, A. (2020). Kualitas Pelayanan Publik Bidang Administrasi Kependudukan di Kantor Kelurahan Teladan Barat Kecamatan Medan Kota. *INSPIRASI: JURNAL ILMU-ILMU SOSIAL*, 17(1), 239-250.
- Mansyur, S. (2013). Efektivitas Pelayanan Publik Dalam Perspektif Konsep Administrasi Publik. *Academica*, 5(1).
- Marliani, L. (2019). Definisi Administrasi Dalam Berbagai Sudut Pandang. *Dinamika: Jurnal Ilmiah Ilmu Administrasi Negara*, 5(4), 17-21.
- Meutia, I. F. (2017). Reformasi Administrasi Publik. In: AURA CV. Anugrah Utama Raharja.
- Rahman, M. (2017). *Ilmu administrasi* (Vol. 1). Sah Media.
- Rifa'i, H. M., & Fadhli, M. (2013). *Manajemen organisasi*. Cv. Pusdikra Mitra Jaya.
- Wijaya, C., & Rifa'i, M. (2016). *Dasar-Dasar Manajemen: Mengoptimalkan Pengelolaan Organisasi Secara Efektif dan Efisien*.
- Zauhar, S. (2007). *Reformasi Administrasi Konsep, Dimensi, dan Strategi*.

BAB 2

SISTEM INFORMASI MANAJEMEN RUMAH SAKIT

Putri Widya Herman, S.K.M., M.Kes.

A. Pengertian Sistem Informasi Rumah Sakit

Sistem adalah sekelompok subsistem, bagian, atau konstituen yang bekerja sama guna mencapai tujuan bersama dan menghasilkan hasil yang telah ditentukan sebelumnya. (Mulyani, 2016). Sedangkan fasilitas atau teknologi yang mengubah data menjadi informasi yang bisa dipakai oleh pengambil keputusan disebut sistem informasi. Cara lain untuk mendefinisikan tentang sistem informasi adalah sarana yang digunakan untuk berbagi dan mendistribusikan informasi dengan cepat dan tepat kepada konsumen informasi. (Hidayat, 2019).

Software, netware, brainware dan data merupakan berbagai komponen sistem yang membentuk suatu sistem informasi. Komponen-komponen ini menggunakan perangkat lunak, database, hingga proses manual terkait untuk mengumpulkan, memproses, menyimpan, dan menyampaikan keluaran dari informasi apa pun yang diperlukan dalam proses bisnis dan aplikasi. Mengingat hal ini, dapat dikatakan kalau sistem informasi ialah kumpulan modul-modul yang terurut yang asalnya dari bagian-bagian yang terhubung dengan manusia, jaringan, perangkat keras, dan perangkat lunak yang didasarkan pada kumpulan komputer dan menghasilkan data guna mencapai hal yang hendak dituju (Mulyani, 2016).

Era informasi berkembang pesat, dan hal ini telah menyebabkan perubahan dalam struktur pemerintahan sosial, nasional, dan negara. Untuk dapat melakukan berbagai penyesuaian dan modifikasi, pelayanan data dan informasi RS yang merupakan salah satu unit kerja yang punya tanggung jawab pada kegiatan mengelola data dan informasi harus mempunyai peran tertentu (Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia, 2013).

Sistem informasi khususnya berguna untuk mempercepat dan memfasilitasi pembentukan kebijakan yang bertujuan untuk menambah kualitas sistem pelayanan kesehatan, terkhusus di bidang administrasi RS di Indonesia. Bisa dipakai bagi kegiatan pelayanan data dan informasi secara lebih produktif, transparan, tertib, cepat, mudah, akurat, terpadu, aman, dan efisien (Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia, 2013).

Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit yang disebut juga SIMRS merupakan sistem teknologi informasi komunikasi yang merupakan salah satu komponen Sistem Informasi Kesehatan. Melakukan pengolahan dan mengintegrasikan keseluruhan alur proses pelayanan RS sebagai sebuah jaringan prosedur administrasi, pelaporan, dan koordinasi guna mendapatkan informasi yang tepat dan akurat. Tujuan penataan SIMRS ialah guna meningkatkan akses dan pelayanan rumah sakit sekaligus meningkatkan efisiensi, efektivitas, profesionalisme, dan kinerja (Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia, 2013)

Seluruh rumah sakit wajib menyiapkan SIMRS, baik yang menggunakan aplikasi yang dikembangkan oleh institusi maupun yang *open source code* yang disediakan Kementerian Kesehatan. SIMRS harus menjadi komponen Sistem Informasi Kesehatan dan mampu berinteraksi dengan inisiatif Pemerintah dan Pemerintah Daerah. (Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia, 2013)

Rumah sakit yang memiliki sistem informasi diharuskan untuk memberikan pasien akses cepat terhadap informasi, dan mereka pasti akan menghadapi tekanan untuk meningkatkan

pelayanan pasien, menurunkan kesalahan medis, memantau pemberian layanan, dan mengelola biaya operasional. Oleh karena itu RS memerlukan SIM (Sistem Informasi Manajemen) yang bisa menggabungkan dan menyebarkan data secara tepat, akurat, dan real-time. Jika tidak ada sistem perangkat lunak bisnis atau sistem perangkat lunak yang tertanam di server rumah sakit, maka sistem informasi manajemen ini tidak akan beroperasi secara otomatis (Molly and Itaar, 2021).

Fungsi sistem informasi rumah sakit (SIMRS) dapat diidentifikasi berdasarkan data dan penawaran layanan yang disediakan. Sistem informasi adalah sebuah sistem yang tujuan dasarnya dibatasi untuk menggunakan enam jenis operasi berbeda untuk menangani informasi, yakni menangkap (*capturing*), mentransmisikan (*transmitting*), melakukan penyimpanan (*storing*), mengambil (*retrieving*), memanipulasi (*manipulating*), dan menampilkan (*displaying*) informasi (Molly and Itaar, 2021).

Pelayanan kesehatan rumah sakit dapat mengatasi tantangan dengan penggunaan SIMRS. SIMRS merupakan teknik manajemen yang mutlak diperlukan untuk memenangkan persaingan perusahaan dan meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan. Agar bisa menghasilkan informasi yang tepat waktu dan berguna guna memudahkan dalam mengambil keputusan manajemen, sistem informasi manajemen ialah prosedur pengolahan data berbasis teknologi informasi yang telah diintegrasikan dengan operasional manual dan prosedur lainnya (Molly and Itaar, 2021).

B. Regulasi SIMRS

Penyelenggaraan SIMRS Rumah Sakit diatur dengan beberapa peraturan, antara lain:

1. UU No. 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit: Tiap RS berkewajiban melakukan pencatatan dan pelaporan perihal semua kegiatan penyelenggaraan RS dalam bentuk SIMRS.
2. Permenkes No. 82 Tahun 2013: Setiap rumah sakit WAJIB menyelenggarakan SIMRS.

3. Permenkes No. 1171 Tahun 2011, Tentang SIRS: Setiap RS wajib melaksanakan Sistem Informasi Rumah Sakit (SIRS).

C. Peran Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit (SIMRS)

Pengelolaan data RS sebenarnya cakupannya luas dan kompleks, baik menyangkut data administratif maupun data medis yang dimiliki rumah sakit serta data pasien. Jika dikelola secara tradisional tanpa bantuan SIMRS, dampak berikut akan terjadi: (Handiwidjojo, 2009)

1. *Redudansi Data*, Mencatat data medis yang sama berulang kali bisa berakibat pada adanya duplikasi data, karenanya meningkatkan jumlah data yang dapat disimpan. Karena banyaknya file, prosedur pengambilan data menjadi lambat, sehingga memperlambat layanan.
2. *Unintegrated Data*, Pengelolaan dan penyimpanan data yang tidak terintegrasikan mengakibatkan data tidak sinkron; informasi setiap komponen diduga berbeda berdasarkan kebutuhan setiap unit atau instalasi.
3. *Out of date Information*, Penyusunan informasi memerlukan rekapitulasi manual sehingga menyebabkan penyajian informasi tertunda dan mengurangi kebenaran materi.
4. *Human Error*, Kerentanan manusia meliputi kebosanan, kelelahan, dan ketelitian. Hal ini menyebabkan tingginya frekuensi kesalahan dalam prosedur pencatatan dan pemrosesan data secara manual, terutama ketika menangani data dalam jumlah yang besar sekali. Tentulah, entri data yang tidak sinkron untuk pasien atau item yang sama akan mempersulit pemrosesan data dan sering kali menyebabkan rumah sakit mengalami kerugian material yang besar.

D. Pertimbangan dalam membangun SIMRS

Pengembangan SIMRS harus dilakukan secara terpadu dengan mempertimbangkan beberapa faktor, dan tidak dilakukan secara parsial. Kita perlu mempertimbangkannya dari dua sudut: sisi administratif, yang menangani informasi pasien, transaksi, dll., dan sudut pandang pasien, yang mengutamakan

pelayanan medis. Jika rumah sakit bisa memudahkan pasien untuk mendaftar, memilih dokter, dan mendapatkan nomor antrian—yang semuanya bisa dilakukan melalui telepon, SMS, atau bahkan internet—maka pasien akan puas. Rumah sakit dapat menawarkan banyak pilihan yang lebih nyaman, seperti kemampuan membayar biaya pengobatan dengan kartu kredit atau kartu debit dibandingkan dengan uang tunai. Karenanya, ada hal-hal yang perlu diperhatikan pada pengembangan SIMRS, seperti:(Handiwidjojo, 2009)

1. Kebutuhan Pasien

Pasien menginginkan layanan yang cepat, nyaman, dan berkualitas tinggi dari penyedia layanan kesehatan mereka. Karena tingginya tingkat perpindahan pasien, pelayanan dan komunikasi yang cepat diperlukan terlebih dahulu antara pasien dan fasilitas medis, dan kemudian antara pasien dan dokter. Jika sistem rumah sakit dapat memberikan kemudahan bagi pasien untuk melakukan pendaftaran ke dokter, semisal melalui SMS atau situs web rumah sakit, maka hal ini akan sangat membantu pasien. Pada kenyataannya, pasien tidak terlalu peduli dengan cara mereka berkomunikasi; yang paling penting bagi mereka adalah kenyamanan, kecepatan, dan keakuratan data yang direkam.

2. Kebutuhan Pengelola Rumah Sakit

Manajemen RS tentu menghendaki suatu sistem yang sempurna, unik, dan dapat menangani seluruh transaksi terkini secara tepat, cepat, dan efisien. Dengan demikian, laporan setiap unit pelayanan medis dapat diselesaikan dan diserahkan tanpa penundaan karena seluruh laporan akan dicetak dan dikirim secara otomatis. Manajer akan mendapatkan keuntungan besar dari hal ini jika sistem dapat menangani dan menampilkan data dengan benar dengan BENAR. Sebab, hal ini akan sangat menurunkan beban kerja seluruh komponen rumah sakit, sehingga menghasilkan efisiensi (penghematan uang). Pengelola rumah sakit dapat menggunakan tabungan tersebut untuk mendanai

peningkatan kesejahteraan staf, pengembangan fasilitas rumah sakit, dan pengembangan sumber daya manusia.

3. Kemampuan Pengembang

Beberapa pengembang menyediakan beragam solusi guna memenuhi kebutuhan sistem informasi rumah sakit. dari permainan satu orang hingga yang melibatkan badan usaha (CV/PT). Administrator rumah sakit perlu berhati-hati saat memilih pengembang SIMRS. Kelemahan yang dimiliki banyak pengembang adalah mereka "tidak mengetahui kondisi rumah sakit". karena fakta bahwa sebagian besar pengembang memulai dengan menguasai komputer daripada sistem medis. Artinya, seorang mediator, yang sering disebut sebagai "analisis sistem", harus bertindak sebagai penghubung antara rumah sakit dan pengembang. Individu ini mengetahui RS dan sistem yang akan datang. Seorang analisis sistem tidak perlu menjadi spesialis di bidang komputer; yang penting adalah individu tersebut memiliki pemahaman yang cukup atas administrasi rumah sakit dan pemahaman dasar perihal sistem komputer. Hal ini tidak mengecualikan individu untuk menjadi dokter atau perawat.

E. Komponen Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit (SIMRS)

Enam komponen sistem informasi diperlukan untuk mengimplementasikan SIMRS, dan setiap komponen memerlukan seperangkat standar. Komponen masukan, proses, dan keluaran merupakan tiga kategori yang dapat dibagi ke dalam enam komponen tersebut (WHO, 2012), yaitu:

1. Input

Sumber daya untuk sistem informasi kesehatan meliputi:

- a. Manajemen koordinasi sistem informasi kesehatan,
- b. Kerangka kebijakan informasi kesehatan
- c. Sumber daya manusia (*user*)
- d. Sumber pembiayaan
- e. Infrastruktur sistem informasi kesehatan

2. Proses

SIMRS secara internal didorong oleh tugas-tugas rutin, komponen sistem, dan komponen proses. Dalam hal ini, keterpaduan yang perlu dicapai dalam aktivitas, prosedur, dan penerapan “lokal” yang ada harus menjadi perhatian utama kita. Dengan kata lain, aplikasi SIMRS berbasis klinis seperti EMR, CPOE, dan CDSS, serta SIMRS berbasis administrasi yang sudah ada misalnya sistem informasi keuangan, sistem informasi SDM, sistem pemanfaatan fasilitas dan penjadwalan, sistem manajemen material, dan otomatisasi kantor sistem, harus dibangun untuk mengumpulkan informasi untuk pemrosesan tugas organisasi dan aktivitas pengambilan keputusan. Kemungkinan juga terjadi jika struktur, prosedur, dan peraturan organisasi berubah seiring berjalannya waktu, beberapa proses rutin yang telah diterapkan sebelumnya mungkin perlu dimodifikasi atau dihilangkan seluruhnya untuk memberikan ruang bagi tugas, penerapan, dan proses baru. Oleh karena itu, untuk memastikan fungsionalitas maksimum di antara berbagai proses tugas dan aplikasi, diperlukan perspektif sistem.

3. Output

Sebuah SIMRS menghasilkan data dan informasi sebagai outputnya. Dengan nilai inheren yang kecil, data merupakan bahan mentah yang dihasilkan oleh kerangka sistem informasi kesehatan. Informasi dihasilkan oleh data hanya setelah dikumpulkan, diorganisasikan, dan diperiksa. Informasi akan jauh lebih berharga jika digabungkan dengan informasi lain dan dinilai berdasarkan permasalahan yang dihadapi sistem kesehatan saat ini.

Informasi kini memenuhi syarat sebagai bukti yang bisa dipakai mereka yang mengambil keputusan. Ketika sintesis bukti ini disajikan, dikomunikasikan, atau didistribusikan kepada para pengambil keputusan dengan cara yang mengubah persepsi mereka mengenai masalah dan persyaratan kesehatan, maka hal ini akan menjadi lebih

potensial. Ini adalah proses mengubah data menjadi pengetahuan, yang bila dipraktikkan, dapat menghasilkan pilihan-pilihan yang secara langsung punya dampak ke kesehatan masyarakat dan kesetaraan kesehatan. Sistem informasi kesehatan kemudian dapat mengukur perubahan indikator kesehatan untuk melacak dampak nyata terhadap kesehatan.

Dalam pelaksanaannya, SIMRS di rumah sakit memiliki berbagai fitur/menu/Modul SIMRS, diantaranya: (Trisnanto, 2023)

1. Modul Pendaftaran Pasien
2. Modul Menu Rawat Inap
3. Modul Menu Layanan Rawat Jalan
4. Modul Pelayanan IGD
5. Modul Menu Layanan Gizi
6. Modul Pelayanan Farmasi
7. Modul Menu Surer User

F. Evaluasi SIMRS

Suatu objek, program, atau proses dievaluasi dengan membandingkan keluarannya dengan spesifikasi dan persyaratan yang telah ditentukan. Proses evaluasi menghasilkan informasi yang digunakan untuk membuat penilaian tentang entitas yang direview.

Tujuan evaluasi adalah sebagai berikut: (Akbar and Mohi, 2018)

1. Menentukan tingkat kinerja sebuah kebijakan.
Melalui evaluasi maka bisa diperoleh informasi derajat pencapaian tujuan dan sasaran kebijakan.
2. Mengukur tingkat efisiensi sebuah kebijakan.
Adanya evaluasi membuat bisa diketahuinya berapa biaya dan manfaat dari sebuah kebijakan.
3. Mengukur tingkat keluaran (outcome) sebuah kebijakan.
Satu diantara beberapa hal yang jadi tujuan dari evaluasi ialah melakukan pengukuran berapa besar dan kualitas pengeluaran atau output dari sebuah kebijakan

4. Mengukur dampak sebuah kebijakan.
Pada tahap lebih lanjut, diperlihatkan guna mengamati dampak dari sebuah kebijakan, baik dampak positif atau negatif
5. Untuk mengetahui apabila terjadi penyimpangan.
Evaluasi juga punya tujuan guna memperoleh pengetahuan ada atau tidaknya penyimpangan-penyimpangan yang barangkali terjadi, dengan cara melakukan perbandingan antara tujuan dan sasaran dengan pencapaian target.
6. Sebagai bahan masukan (input) bagi kebijakan yang akan datang.

Beberapa metode Evaluasi SIMRS yang sering digunakan yaitu:

1. Metode HOT fit
2. Metode TAM
3. Metode TTF
4. Metode UTAUT
5. Metode COBIT 5

Tujuan akhir evaluasi ialah guna menghadirkan masukan bagi proses kebijakan selanjutnya supaya hasil kebijakan yang diperoleh ialah hasil yang baik.

G. Permasalahan SIMRS

Pelaksanaan SIMRS di Rumah Sakit tidak lepas dari berbagai masalah yang dapat muncul, diantaranya yaitu dari sisi: (Kementerian Kesehatan, 2019)

1. Pengembangan SIMRS
2. Dikembangkan pihak ke-3
3. *Source code* tidak *open*
4. Sumber daya manusia IT
 - a. Jumlah tenaga IT tidak memadai bahkan tidak ada
 - b. Kompetensi SDM IT untuk melakukan pengembangan SIMRS yang belum sesuai standar seharusnya
5. Tata Kelola IT
Ketidakjelasan pengelolaan IT di Rumah Sakit

6. Biaya
 - a. Biaya pengembangan SIMRS yang relatif tinggi
 - b. Biaya untuk infrastruktur

H. SIMRS GOS

SIMRS GOS merupakan sistem informasi RS yang disediakan oleh Kementerian Kesehatan yang sifatnya *open source* dan bisa dipakai oleh RS dengan cara gratis, dalam memudahkan RS dalam mengimplementasikannya, SIMRS GOS Integrasi dengan SISROUTE, SIRANAP, Pendaftaran Online & Dashboard Yankes dll sehingga RS bisa melakukan pengimplementasian SIMRS, serta KEMENKES dan DINKES bisa melakukan monitoring data dan informasi yang ada di RS lewat dashboard. (Kementerian Kesehatan, 2019)

MODUL SIMRS GOS

MODUL FRONT OFFICE

1. Pendaftaran
2. Admission Rawat Inap
3. Pelayanan Rawat Jalan
4. Pelayanan Rawat Inap
5. Pelayanan IGD
6. Pelayanan Laboratorium
7. Pelayanan Radiologi
8. Pelayanan Apotik
9. Pelayanan Kamar Operasi
10. Billing/ Pembayaran

MODUL BACK OFFICE

1. Gudang
2. Gizi dan Nutrisi (optional)
3. Akuntansi / Keuangan
4. Decision Support Systems (optional)
5. Administrator
6. Ketersediaan Tempat Tidur
7. Business Intelligence (Android, IOS)

MODUL INTEGRASI

1. e-Klaim
2. SEP BPJS
3. SIRS
4. Dashboard RS yang terintegrasi dengan Dashboard Kemkes
5. SIRANAP
6. SISRUITE (Plus Telemedicine)
7. Pendaftaran Online
8. SMS Gateway
9. Dashboard Farmasi

Gambar 2. 1. Modul SIMRS GOS (Kementerian Kesehatan, 2019)



Gambar 2. 2. Fitur SIMRS Versi 2 (Kementerian Kesehatan, 2019)

DAFTAR PUSTAKA

- Akbar, M. F. and Mohi, W. K. (2018) *Studi Evaluasi Kebijakan (Evaluasi Beberapa Kebijakan di Indonesia)*. Gorontalo: Ideas Publishing.
- Handiwidjojo, W. (2009) 'Sistem informasi manajemen rumah sakit', *Jurnal EKSIS*, 02(02), p. halaman 32-38.
- Hidayat, F. (2019) *Sistem Informasi Kesehatan*. Yogyakarta: Deepublish.
- Kementerian Kesehatan, D. J. P. Ke. (2019) 'Sosialisasi Simrs', *Kementerian Kesehatan, Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan*.
- Molly, R. and Itaar, M. (2021) 'Analisis Pemanfaatan Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit (SIMRS) Pada RSUD DOK II Jayapura', *Journal of Software Engineering Ampera*, 2(2), pp. 95-101. doi: 10.51519/journalsea.v2i2.127.
- Mulyani, S. (2016) *Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit : Analisis dan Perancangan*. 2nd edn. Bandung: Abdi Sistematika.
- Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia (2013) *Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 82 Tahun 2013 Tentang Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit*. Indonesia.
- Trisnanto, P. Y. (2023) *Buku Fitur SIMRS Terintegrasi Layanan Informasi Kesehatan*. Malang: Poltekkes Kemenkes Malang.

BAB 3

MEDIKOLEGAL, RAHASIA MEDIS DAN INFORMED CONCENT

Lita Agustia, drg., M.H.Kes.

A. Pendahuluan

Dalam menyelenggarakan pelayanan kesehatan yang berkualitas, baik dirumah sakit, klinik ataupun di Puskesmas, tenaga kesehatan harus bekerja secara profesional dan bersikap adil tanpa membedakan suku, agama serta kelompok-kelompok tertentu. Komitmen tersebut sangat diperlukan untuk menjaga kualitas pelayanan kesehatan dan untuk meningkatkan kepercayaan masyarakat kepada pihak sarana pelayanan kesehatan dan juga kepada tenaga kesehatan Indonesia, oleh karenanya setiap sarana pelayanan kesehatan di Indonesia harus melakukan administrasi yang baik serta mempunyai aturan-aturan yang mengikat sesuai perUndang-Undangan yang berlaku.

Agar tenaga kesehatan dapat bekerja sesuai dengan nyaman dan aman tanpa merasa khawatir dengan tindakan pengobatan atau pelayanan kesehatan yang diberikan pada pasien atau masyarakat yang membutuhkan, maka perlu mengetahui tentang tindakan apa saja yang termasuk dalam medikolegal serta lingkup aplikasinya dalam kasus-kasus kesehatan, prosedur dalam medikolegal agar tidak menyalahi aturan hukum, prinsip medikolegal apa saja yang harus diterapkan agar praktik kedokteran berjalan sesuai standar etika dan hukum yang berlaku dalam memberikan pelayanan yang berkualitas. Disamping itu juga harus mengetahui bagaimana menjaga rahasia medis serta apa resikonya bila mengungkapkan

rahasia medis tersebut dan bagaimana partisipasi pasien dalam mengambil keputusan terkait perawatan medisnya yang disetujui dalam bentuk *informed consent*.

B. Medikolegal

Medikolegal adalah ilmu terapan yang memiliki dua aspek yaitu kedokteran dan ilmu hukum. Medikolegal digunakan pada sebuah kasus hukum yang memerlukan evaluasi medis independent dan kesaksian ahli untuk menyelesaikannya. Ini mencakup aplikasi prinsip-prinsip kedokteran dalam proses hukum, seperti penyelidikan kematian, evaluasi cedera, dan memberikan kesaksian ahli dalam pengadilan.

Medikolegal mempunyai peran penting dalam praktik kedokteran yang berjalan seiring dengan standar hukum yang berlaku dan membantu sistem peradilan dalam menyelesaikan kasus-kasus yang melibatkan aspek-aspek medis (Kambey et.al, 2013).

1. Peran medikolegal dalam praktik kedokteran

a. Evaluasi Kesehatan dalam Konteks Hukum:

Dokter medikolegal dapat diminta untuk mengevaluasi kondisi medis seseorang dalam konteks hukum, seperti dalam kasus kecelakaan lalu lintas atau penyalahgunaan narkoba.

b. Penyelidikan Kematian:

Dokter medikolegal bertanggung jawab untuk melakukan otopsi dan menyelidiki penyebab kematian dalam kasus yang mencurigakan atau tidak jelas, seperti kasus pembunuhan atau bunuh diri.

c. Pemberian Kesaksian Ahli:

Dokter medikolegal sering diminta untuk memberikan kesaksian ahli dalam pengadilan terkait dengan aspek medis dari suatu kasus, seperti tingkat cedera atau kondisi kesehatan seseorang.

d. Pendokumentasian Kedokteran:

Medikolegal juga melibatkan pendokumentasian yang akurat dan lengkap dari temuan medis, seperti laporan otopsi, rekaman medis, dan bukti lainnya, yang dapat digunakan dalam proses hukum.

e. Penegakan Standar Kesehatan dan Keamanan:

Dalam beberapa kasus, medikolegal juga terlibat dalam menilai kepatuhan praktik medis dengan standar kesehatan dan keamanan yang berlaku, misalnya dalam kasus kelalaian medis.

2. Ruang Lingkup Medikolegal

Lingkup prosedur medikolegal bisa berupa pengadaaan visum et repertum, pemeriksaan kedokteran terhadap tersangka, pemberian keterangan ahli pada masa sebelum persidangan dan pemberian keterangan ahli dalam persidangan, kaitan visum et repertum dengan rahasia kedokteran, tentang penerbitan surat keterangan kematian dan surat keterangan medis, tentang fitness/kompetensi pasien untuk menghadapi pemeriksaan penyidik. Lingkup aplikasi medikolegal dalam kasus-kasus kesehatan meliputi:

- a. Kasus Kematian : Penyelidikan kematian yang mencurigakan atau tidak jelas, termasuk kasus bunuh diri, pembunuhan, atau kematian yang tidak disengaja.
- b. Kasus Kecelakaan : Evaluasi cedera atau kondisi medis yang terkait dengan kecelakaan lalu lintas, kecelakaan kerja, atau kecelakaan lainnya yang melibatkan pertanggungjawaban hukum.
- c. Kasus Kesehatan Mental : Penilaian kondisi kesehatan mental seseorang dalam konteks hukum, seperti dalam kasus-kasus kejahatan atau kompetensi hukum.
- d. Kasus Penganiayaan : Evaluasi cedera fisik dan kondisi medis yang terkait dengan kasus penganiayaan atau pelecehan fisik.

- e. Kasus Kedokteran Forensik : Penggunaan ilmu forensik dalam mengumpulkan bukti medis dan menganalisisnya dalam rangka penyelidikan kriminal atau peradilan.

3. Prosedur Medikolegal

Prosedur medikolegal merupakan tatacara atau prosedur penatalaksanaan dan berbagai aspek yang berkaitan pelayanan kedokteran untuk kepentingan hukum. Secara garis besar prosedur medikolegal mengacu kepada peraturan perundang-undangan yang berlaku di Indonesia dan pada beberapa bidang juga mengacu kepada sumpah dokter dan etika kedokteran (Sampurna, 2005). Ini seringkali berkaitan dengan investigasi kematian, kecelakaan, malpraktik medis, atau masalah-masalah lain yang memerlukan pemahaman dan integrasi antara ilmu kedokteran dan hukum.

Berikut adalah beberapa langkah umum dalam prosedur medikolegal:

- a. Pendokumentasian : Langkah pertama adalah memastikan bahwa semua informasi yang relevan telah didokumentasikan secara lengkap dan akurat. Ini termasuk catatan medis, hasil pemeriksaan fisik, tes diagnostik, dan informasi lain yang dapat mendukung investigasi.
- b. Pemeriksaan Forensik : Kasus-kasus medikolegal seringkali memerlukan pemeriksaan oleh ahli forensik untuk menentukan penyebab kematian atau cedera, mengumpulkan bukti, dan memberikan kesaksian di pengadilan jika diperlukan.
- c. Penyelidikan : Proses penyelidikan dilakukan untuk mencari tahu apa yang terjadi, mengidentifikasi pihak-pihak yang terlibat, dan menentukan tanggung jawab serta kewajiban hukum. Ini dapat melibatkan wawancara dengan saksi-saksi, analisis bukti-bukti fisik, dan evaluasi ulang terhadap catatan medis.

- d. Konsultasi dengan Ahli : Dalam beberapa kasus, mungkin diperlukan konsultasi dengan ahli medis atau hukum untuk mendapatkan pendapat atau saran tentang masalah-masalah tertentu yang kompleks.
- e. Rapat Medikolegal : Dalam beberapa yurisdiksi, terdapat forum medikolegal yang mengumpulkan para ahli kedokteran dan hukum untuk meninjau kasus-kasus yang kompleks, membahas temuan-temuan, dan membuat rekomendasi.
- f. Pelaporan : Setelah penyelidikan selesai, temuan dan kesimpulan biasanya dilaporkan kepada pihak-pihak yang berwenang, seperti otoritas kesehatan atau pihak berwenang hukum.
- g. Pengadilan : Jika kasus medikolegal berakhir di pengadilan, para ahli medis mungkin diminta memberikan kesaksian untuk membantu pengadilan memahami aspek-aspek medis dari kasus tersebut.
- h. Evaluasi Keamanan dan Perbaikan Sistem : Kasus-kasus medikolegal seringkali menjadi titik awal untuk mengevaluasi keamanan pasien dan sistem kesehatan secara lebih luas, dengan tujuan mencegah terjadinya kejadian serupa di masa depan.

Prosedur medikolegal dapat bervariasi tergantung pada yurisdiksi dan kompleksitas kasusnya. Dalam semua langkah ini, penting untuk memastikan bahwa standar etika medis dan hukum diikuti untuk memastikan keadilan dan keselamatan pasien.

4. Prinsip-prinsip Medikolegal

Medikolegal harus mengikuti beberapa prinsip, antara lain adalah:

- a. Prinsip Keadilan dan kepatuhan hukum

Keadilan maksudnya adalah prinsip ini menggarisbawahi pentingnya perlakuan yang adil dan setara terhadap semua individu, termasuk dalam hal akses terhadap layanan kesehatan dan penegakan hukum.

Sedangkan Kepatuhan Hukum dimaksudkan agar dokter medikolegal harus mematuhi semua peraturan, regulasi, dan undang-undang yang berkaitan dengan praktik kedokteran dan proses hukum.

b. Prinsip Etika Medis dan Profesionalisme

Prinsip Etika Medis menekankan pentingnya perilaku dokter yang sesuai dengan norma-norma moral dan nilai-nilai yang terkait dengan praktik kedokteran. Dokter medikolegal harus menjaga standar profesionalisme yang tinggi dalam praktik kedokteran, termasuk integritas, kompetensi, dan tanggung jawab.

c. Prinsip Keterbukaan dan Kejujuran dalam Praktik Kedokteran .

Prinsip ini menekankan pentingnya transparansi dalam berkomunikasi dengan pasien dan dalam memberikan informasi terkait dengan perawatan kesehatan. Serta dokter medikolegal harus jujur dalam semua interaksi dengan pasien, termasuk dalam memberikan diagnosis, prognosis, dan opsi perawatan.

Dengan memahami dan menerapkan prinsip-prinsip medikolegal ini, dokter dapat memastikan bahwa praktik kedokteran mereka berjalan sesuai dengan standar etika dan hukum yang berlaku, serta memberikan pelayanan yang berkualitas dan berintegritas kepada pasien (General Medical Council, 2013).

C. Rahasia Medis

Menjaga kerahasiaan merupakan suatu bentuk kewajiban yang dilakukan untuk menunjang kepercayaan. Disaat proses konsultasi yang merupakan awal dari munculnya tindakan pengobatan, informasi mengenai seorang pasien diutarakan secara langsung kepada seorang tenaga kesehatan yang dalam hal ini adalah seorang dokter. Tujuan dari pengutaraan informasi tersebut dilakukan agar dokter sebagai tenaga kesehatan dapat menjalankan tugasnya dalam mengobati pasien secara efektif. Namun seorang tenaga Kesehatan perlu

menyadari bahwa informasi dari seorang pasien dapat berpotensi mengandung informasi yang bersifat sensitif. Hal ini menyebabkan tenaga kesehatan sebagai penerima informasi wajib menjaga informasi yang telah dipercayakan kepada dirinya agar informasi yang bersifat sensitif tertutup oleh publik (Wijaya, et al, 2020).

Menjaga rahasia kedokteran merupakan kewajiban bagi profesi kedokteran dalam menjalankan tugas dan praktiknya sebagai penghormatan terhadap harkat dan martabat manusia. Rahasia kedokteran diatur dalam hukum Internasional terutama hukum tentang hak asasi manusia Declaration of Human Rights dan UUD 1945 dan lebih khusus lagi dalam Pasal 48 Undang-undang Nomor 29 Tahun 2004 tentang Praktik kedokteran. Rahasia kedokteran tidak bersifat absolut karena dapat dibuka dalam keadaan tertentu sesuai peraturan perundang-undangan. Apabila rahasia kedokteran ini dibocorkan dapat dimintai pertanggungjawaban hukum bagi pelanggarnya khususnya Pasal 322 Kitab Undang-Undang Hukum Pidana (KUHP) (Ridwan, 2019).

Rahasia medis adalah prinsip etika yang mengharuskan para profesional kesehatan untuk menjaga kerahasiaan informasi yang diperoleh dari pasien mereka. Ini termasuk segala bentuk informasi yang diperoleh selama proses pelayanan kesehatan. Penting untuk diingat bahwa rahasia medis adalah hak yang dilindungi oleh hukum, dan para profesional kesehatan memiliki kewajiban moral dan hukum untuk menjaga kerahasiaan informasi medis pasien mereka kecuali ada keadaan tertentu yang memungkinkan atau memerlukan pengungkapan informasi tersebut, seperti persetujuan pasien atau kewajiban hukum untuk melaporkan keadaan tertentu.

Informasi yang dianggap rahasia medis dalam pelayanan kesehatan adalah:

1. Riwayat Medis: Informasi tentang kondisi kesehatan pasien, riwayat penyakit, diagnosis sebelumnya, dan hasil tes medis.

2. Informasi Identitas Pasien: Nama, alamat, tanggal lahir, nomor rekam medis, dan informasi identifikasi lainnya yang berkaitan dengan pasien.
3. Catatan Pengobatan: Catatan tentang perawatan medis yang diberikan kepada pasien, termasuk resep obat, prosedur medis, dan catatan keperawatan.
4. Informasi Tentang Konseling dan Terapi: Diskusi rahasia antara pasien dan penyedia layanan kesehatan tentang masalah-masalah pribadi, emosional, atau psikologis.
5. Hasil Tes Laboratorium: Hasil tes darah, urin, dan tes diagnostik lainnya yang mengungkapkan informasi tentang kondisi kesehatan pasien.
6. Informasi Tentang Kesehatan Mental: Informasi tentang kondisi kesehatan mental pasien, termasuk diagnosis, gejala, dan riwayat pengobatan.
7. Informasi Tentang HIV/AIDS: Informasi tentang status HIV/AIDS pasien, termasuk hasil tes dan riwayat pengobatan.
8. Informasi Tentang Kesehatan Reproduksi: Informasi tentang kondisi kesehatan reproduksi pasien, termasuk riwayat kelahiran, kehamilan, dan riwayat kontrasepsi.
9. Informasi Tentang Kesehatan Seksual: Informasi tentang praktek seksual pasien, riwayat penyakit menular seksual, dan perlindungan terhadap penyakit menular seksual.
10. Catatan Tentang Penyalahgunaan Zat: Informasi tentang penggunaan alkohol, obat-obatan terlarang, atau zat lainnya yang berpotensi berbahaya bagi kesehatan pasien.

Mengungkapkan rahasia medis oleh tenaga kesehatan dapat memiliki konsekuensi serius baik bagi pasien maupun bagi tenaga kesehatan itu sendiri. Beberapa risiko yang terkait dengan pelanggaran kerahasiaan medis antara lain:

1. Pelanggaran Etika Profesional

Mengungkapkan informasi rahasia medis tanpa izin pasien merupakan pelanggaran terhadap prinsip etika profesi kedokteran dan praktik kesehatan lainnya. Ini dapat merusak kepercayaan pasien terhadap tenaga kesehatan dan reputasi lembaga pelayanan kesehatan.

2. Kerugian Privasi Pasien

Pengungkapan rahasia medis tanpa izin dapat mengancam privasi dan keamanan pasien. Informasi medis pribadi dapat digunakan untuk merugikan pasien, seperti penyalahgunaan oleh pihak ketiga atau diskriminasi.

3. Dampak Psikologis pada Pasien

Pengungkapan informasi rahasia medis tanpa izin dapat menyebabkan stres, kecemasan, dan penurunan kepercayaan diri pada pasien. Hal ini juga dapat mempengaruhi hubungan pasien-dokter dan kualitas perawatan medis.

4. Potensi Hukuman Hukum

Pelanggaran kerahasiaan medis dapat mengakibatkan tuntutan hukum terhadap tenaga kesehatan atau lembaga kesehatan yang terlibat. Di banyak yurisdiksi, ada undang-undang yang melindungi kerahasiaan informasi medis dan memberikan sanksi bagi pelanggaran.

5. Kerugian Profesional

Pelanggaran kerahasiaan medis dapat merusak reputasi profesional tenaga kesehatan dan mengancam lisensi atau sertifikasi mereka. Ini dapat berdampak pada karir mereka di masa depan dan membatasi kesempatan kerja.

6. Pengaruh Terhadap Hubungan Kerja

Pengungkapan informasi rahasia medis tanpa izin juga dapat mempengaruhi hubungan kerja antara tenaga kesehatan dan rekan kerja mereka. Ini dapat menciptakan ketidakpercayaan dan ketegangan di antara tim perawatan kesehatan.

Oleh karena itu, penting bagi tenaga kesehatan untuk selalu menghormati kerahasiaan informasi medis pasien dan mengikuti pedoman etika profesi serta hukum yang berlaku. Komunikasi yang jelas dengan pasien tentang privasi dan kerahasiaan informasi medis serta mendapatkan persetujuan mereka sebelum mengungkapkan informasi merupakan langkah-langkah penting untuk menghindari risiko tersebut.

Pembukaan rahasia medis dapat dilakukan untuk kepentingan kesehatan pasien, meliputi kepentingan pemeliharaan kesehatan, pengobatan dan penyembuhan pasien, dan juga untuk kepentingan administrasi, pembayaran asuransi atas persetujuan pasien. Pembukaan rahasia medis juga dapat dilakukan untuk memenuhi permintaan aparaturnya penegak hukum dalam rangka penegakan hukum pada proses penyelidikan, penyidikan, dan sidang pengadilan yang diminta secara tertulis dari pihak berwenang. Dalam hal pihak pasien menggugat tenaga kesehatan dan/atau fasilitas pelayanan kesehatan maka tenaga kesehatan dan/atau fasilitas pelayanan kesehatan yang digugat berhak membuka rahasia kedokteran dalam rangka pembelaannya di dalam sidang pengadilan (Kementerian Kesehatan RI, 2012).

D. *Informed Consent*

Kewajiban dalam memberikan penjelasan atau informasi kepada pasien merupakan tanggung jawab seorang dokter terhadap pasien. *Informed consent* merupakan konsep etika yang sangat penting dalam dunia medis dan penelitian ilmiah. Ini merujuk pada proses di mana individu memberikan persetujuan secara sukarela dan dipahami sepenuhnya terhadap tindakan medis atau penelitian yang akan dilakukan atas dirinya. Hal ini untuk menghindari terjadinya malpraktek yang diakibatkan wanprestasi atau perbuatan melawan hukumnya dokter.

Istilah *informed consent* (persetujuan tindakan) merupakan salah satu istilah yang paling sering disebut atau paling sering digunakan dalam praktek kedokteran, karena setiap kali dokter akan melakukan suatu tindakan medik tertentu kepada pasien

akan selalu berhubungan dengan istilah ini. Meskipun istilah ini sudah sering disebutkan dan digunakan dalam praktek kedokteran, namun esensi dari *Informed consent* belum semua dipahami dengan baik dan benar oleh dokter, sehingga dalam penerapannya terkadang masih dijumpai permintaan persetujuan tindakan medis kepada pasien atau keluarganya asal seadanya saja, tanpa melalui proses atau mekanisme yang benar sesuai dengan ketentuan yang diatur dalam Undang-Undang Praktek Kedokteran (UU RI, 2004). Sebagai bentuk kurangnya pemahaman terhadap *informed consent*, masih sering dijumpai seorang dokter mewakili permintaan persetujuan tindakan medis dari pasien atau keluarganya melalui perawat, bidan atau penata anestesi yang bertugas di kamar operasi. Dalam hal demikian, biasanya pasien atau keluarganya hanya disodorkan berkas persetujuan tindakan medis untuk ditandatangani tanpa mendapatkan penjelasan yang cukup mengenai tindakan apa yang akan dilakukan, cara pelaksanaan tindakan dan kemungkinan resiko yang dapat terjadi atas pelaksanaan tindakan tersebut.

Informed consent terdiri dari dua kata yaitu *informed* dan *consent*. John M. Echols (2003) memberi pengertian *informed* yaitu telah mendapatkan penjelasan atau keterangan telah disampaikan atau diinformasikan. Sedangkan *consent* yang berarti persetujuan yang telah diberikan pada seseorang untuk berbuat sesuatu. Jadi *informed consent* dapat diartikan sebagai persetujuan yang diberikan oleh pasien kepada dokter untuk melakukan tindakan kedokteran tertentu setelah mendapatkan penjelasan dari dokter yang bersangkutan (M. Echols et al, 2003). Menurut Permenkes 290/2008, Persetujuan Tindakan Kedokteran (*informed Consent*) adalah persetujuan yang diberikan oleh pasien atau keluarga terdekatnya setelah mendapatkan penjelasan secara lengkap mengenai tindakan kedokteran atau kedokteran gigi yang akan dilakukan terhadap pasien (Kementerian Kesehatan, 2008).

Setiap tindakan kedokteran yang akan dilakukan oleh dokter harus mendapatkan persetujuan dari pasien. Persetujuan tersebut diberikan oleh pasien setelah mendapatkan penjelasan yang cukup dari dokter yang akan melakukan tindakan medis tersebut. Pemberian penjelasan oleh dokter kepada pasien sekurang-kurangnya mencakup diagnosis dan tata cara tindakan medis; tujuan tindakan medis yang dilakukan, alternatif tindakan lain dan risikonya, risiko dan komplikasi yang mungkin terjadi; dan prognosis terhadap tindakan yang dilakukan.

1. Komponen utama Informed consent

Sebelum dilakukan Tindakan medis, seorang pasien harus diberikan informasi yang memadai tentang diagnosis, prognosis, opsi perawatan yang tersedia, risiko dan manfaatnya, serta alternatif lainnya, sehingga mereka dapat membuat keputusan yang berdasarkan pemahaman yang utuh. Ini merupakan prinsip etika medis yang mendasar dan diperlukan sebelum melakukan tindakan medis atau perawatan.

Elemen-elemen utama yang harus ada dalam *Informed Consent* adalah :

- a. Informasi lengkap : Pasien harus diberikan informasi lengkap tentang kondisi kesehatan mereka, termasuk diagnosis, prognosis, dan opsi perawatan yang tersedia. Informasi ini harus disampaikan dengan cara yang mudah dipahami oleh pasien.
- b. Risiko dan manfaat : Pasien harus diberitahu tentang risiko dan manfaat dari setiap tindakan medis atau perawatan yang direkomendasikan, termasuk kemungkinan komplikasi atau efek samping yang mungkin terjadi.
- c. Alternatif : Pasien harus diberikan informasi tentang alternatif perawatan yang ada, termasuk tidak melakukan tindakan medis sama sekali, sehingga mereka dapat membuat keputusan yang berdasarkan pengetahuan yang lengkap.

- d. Pemahaman : Pasien harus memahami informasi yang disampaikan kepada mereka dan dapat mengajukan pertanyaan atau klarifikasi jika diperlukan. Dokter harus memastikan bahwa pasien benar-benar memahami implikasi dari keputusan yang akan mereka buat.
- e. Keputusan Sukarela : Informed consent harus diberikan secara sukarela oleh pasien, tanpa tekanan atau paksaan dari pihak lain. Pasien harus diberi waktu yang cukup untuk mempertimbangkan opsi perawatan yang ada sebelum membuat keputusan.

2. Hubungan dokter dengan pasien dalam pembuatan Informed consent

Proses *informed consent* melibatkan komunikasi yang terbuka dan jujur antara dokter dan pasien. Dokter memiliki peran penting dalam memfasilitasi *informed consent*, termasuk:

- a. Memberikan informasi : Dokter bertanggung jawab untuk memberikan informasi yang memadai kepada pasien tentang kondisi kesehatan mereka, opsi perawatan yang tersedia, risiko dan manfaatnya, serta alternatif lainnya.
- b. Mengklarifikasi pertanyaan dan ketidakpahaman: Dokter harus siap untuk menjawab pertanyaan pasien dan mengklarifikasi segala ketidak pahaman yang mungkin timbul tentang kondisi kesehatan mereka atau opsi perawatan yang direkomendasikan.
- c. Memastikan Pemahaman : Dokter harus memastikan bahwa pasien benar-benar memahami informasi yang disampaikan kepada mereka, termasuk implikasi dari keputusan yang akan mereka buat.
- d. Mendokumentasikan *Consent* : Dokter harus mendokumentasikan bahwa informed consent telah diberikan oleh pasien atau wakil hukumnya, serta rincian informasi yang telah disampaikan dan pemahaman pasien tentangnya.

Dengan memfasilitasi *informed consent* secara baik, dokter dapat memastikan bahwa pasien membuat keputusan yang sesuai dengan kebutuhan dan preferensi mereka, sambil mempertimbangkan risiko dan manfaat dari setiap tindakan medis atau perawatan. Ini juga merupakan langkah penting dalam menjaga hubungan yang baik antara dokter dan pasien, berdasarkan prinsip saling pengertian dan kepercayaan.

E. Kesimpulan

Setiap tenaga kesehatan yang bekerja dalam sebuah sarana pelayanan kesehatan harus mengerti dan menguasai faktor apa saja yang menjadi aspek medikolegal sehingga dalam melakukan tindakan terhadap pasien yang ditanganinya akan terlindungi dari tuntutan hukum bila terjadi hal yang tidak diharapkan. Kewajiban dan tanggung jawab seorang tenaga medis adalah memberikan standar pelayanan yang sesuai, bertanggungjawab pada keselamatan pasien dan mengelola rekam medis serta mendokumentasikannya dengan baik.

Menjaga kerahasiaan informasi yang diperoleh dari pasien adalah prinsip etika yang harus dijaga oleh setiap tenaga medis yang bertugas dalam sarana pelayanan kesehatan, termasuk segala bentuk informasi yang diperoleh selama proses pelayanan kesehatan. Informasi yang merupakan rahasia medis adalah berupa identitas pasien, riwayat penyakit, diagnosis dan hasil tes medis, catatan pengobatan termasuk resep obat, prosedur medis dan catatan keperawatan. Mengungkapkan rahasia medis oleh tenaga kesehatan dapat memiliki konsekuensi serius bagi tenaga kesehatan yaitu pelanggaran etika profesi. Ini dapat merusak kepercayaan pasien terhadap tenaga kesehatan dan reputasi lembaga pelayanan kesehatan. Pelanggaran kerahasiaan medis dapat mengakibatkan tuntutan hukum terhadap tenaga kesehatan atau lembaga kesehatan yang terlibat. Di banyak yurisdiksi, ada undang-undang yang melindungi kerahasiaan informasi medis dan memberikan sanksi bagi pelanggaran.

Seorang pasien diberikan informasi yang memadai tentang diagnosis, prognosis, opsi perawatan yang tersedia, risiko dan manfaatnya, serta alternatif lainnya, sehingga mereka dapat membuat keputusan yang berdasarkan pemahaman yang utuh didalam melaksanakan tindakan perawatan. Pemberian informasi lengkap tentang kondisi kesehatan mereka harus disampaikan dengan jujur, komunikasi yang terbuka dan cara yang mudah dipahami oleh pasien. Dengan memfasilitasi *informed consent* dengan baik, merupakan langkah penting dalam menjaga hubungan yang baik antara dokter dan pasien, berdasarkan prinsip saling pengertian dan kepercayaan. Tindakan beresiko tinggi harus diberikan persetujuan tertulis oleh pasien.

DAFTAR PUSTAKA

- General Medical Council. (2013). *Good Medical Practice*
- Kambey, Tomuka, Mallo; (2013), *Aspek Medikolegal Tatalaksana Kematian di kota manado* Jurnal e-Biomedik (eBM), Vol 1 (1), 111-117.
- M.Echols, John dan Hassan Shadily,(2003). *Kamus Inggris Indonesia*, Jakarta: PT. Gramedia Pustaka Utama
- Permenkes RI no 290 tahun 2008 tentang *Persetujuan Tindakan Kedokteran* .
- Permenkes RI no 36 tahun 2012 tentang *Rahasia Kedokteran*
- Ridwan (2019) "*Pertanggungjawaban hukum pidana terhadap pelanggaran rahasia medis*," Jurnal Hukum & Pembangunan: Vol. 49 (2), Article 8.
- Sampurna Budi, Syamsu Z., Siswaja TD. (2005) *Bioetik dan Hukum Kedokteran.:* Pengantar bagi mahasiswa kedokteran dan hukum, Jakarta: Pustaka Dwipar.
- Undang-Undang Negara Republik Indonesia Nomor 29 Tahun 2004 Tentang *Praktek Kedokteran dan Kedokteran Gigi*.
- YY Wijaya, Suyanto edy, Tanuwijaya Fanny (2020) *Penggunaan informasi medis pasien dalam pelaksanaan perlindungan hukum atas privasi* Journal Univ katolik Parahiyangan VeJ vol 6 (2), 399 -423.

BAB 4

PELAYANAN MEDIK DI RUMAH SAKIT

Desi Aryani, S.E., M.A.

A. Pendahuluan

Berdasarkan Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 44 Tahun 2009 tentang rumah sakit, Rumah Sakit adalah institusi pelayanan kesehatan bagi masyarakat dengan karakteristik tersendiri yang dipengaruhi oleh perkembangan ilmu pengetahuan kesehatan, kemajuan teknologi, dan kehidupan sosial ekonomi masyarakat yang harus tetap mampu meningkatkan pelayanan yang lebih bermutu dan terjangkau oleh masyarakat agar terwujud derajat kesehatan yang setinggi-tingginya. Rumah Sakit adalah institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan, dan gawat darurat.

Rumah Sakit menurut *World Health Organization* adalah bagian integral dari suatu organisasi kesehatan dengan fungsi menyediakan pelayanan paripurna, penyembuhan penyakit dan pencegahan penyakit kepada masyarakat, serta merupakan pusat pelatihan bagi tenaga kesehatan dan pusat penelitian medik. Berdasarkan jenis pelayanan, rumah sakit dibagi menjadi dua kategori utama yaitu, rumah sakit umum dan rumah sakit khusus. Rumah sakit umum menyediakan berbagai macam layanan kesehatan yang umum dan menyeluruh, seperti pelayanan rawat inap, rawat jalan, gawat darurat, operasi dan pelayanan medis lainnya. Rumah sakit umum biasanya memiliki fasilitas dan personel yang lengkap untuk menangani berbagai

jenis penyakit dan kondisi medis. Rumah sakit khusus, fokus pada penyediaan layanan kesehatan tertentu untuk spesialisasi dalam bidang medis tertentu. Rumah sakit khusus biasanya dilengkapi dengan fasilitas dan personel yang memiliki keahlian khusus dalam bidang tertentu. Keduanya memiliki peranan penting dalam sistem pelayanan kesehatan untuk memenuhi berbagai kebutuhan medis masyarakat.

B. Fungsi Rumah Sakit

Menurut UU No. 44 Tahun 2009 tentang rumah sakit, fungsi rumah sakit adalah:

1. Penyelenggara pelayanan pengobatan dan pemulihan kesehatan sesuai dengan standar pelayanan rumah sakit
2. Pemeliharaan dan peningkatan kesehatan perorangan melalui pelayanan kesehatan yang paripurna tingkat kedua dan ketiga sesuai kebutuhan medis penyelenggara pelayanan pengobatan dan pemulihan kesehatan sesuai dengan standar pelayanan rumah sakit.
3. Penyelenggara pendidikan dan pelatihan sumber daya manusia dalam rangka peningkatan kemampuan dalam pemberian pelayanan kesehatan.
4. Penyelenggara penelitian dan pengembangan serta penapisan teknologi bidang kesehatan dalam rangka peningkatan pelayanan kesehatan dengan memperhatikan etika ilmu pengetahuan bidang kesehatan .

Dalam upaya menyelenggarakan fungsinya, maka rumah sakit umum menyelenggarakan kegiatan :

1. Pelayanan medis
2. Pelayanan dan asuhan keperawatan
3. Pelayanan penunjang medis dan non medis
4. Pelayanan kesehatan masyarakat dan rujukan
5. Pendidikan, penelitian dan pengembangan

C. Pelayanan Medik di Rumah Sakit

Pelayanan medis dasar adalah komponen penting dalam sistem kesehatan masyarakat yang menyediakan layanan yang sangat dibutuhkan oleh individu atau keluarga. Ini meliputi diagnosis, pengobatan, serta tindakan medis dasar lainnya yang diperlukan untuk menjaga kesehatan dan kesejahteraan pasien. Tenaga kesehatan seperti dokter umum atau dokter gigi biasanya memberikan pelayanan ini kepada pasien di tingkat masyarakat. Pelayanan medis dasar yang efektif dan terjangkau sangat penting untuk memastikan bahwa semua individu memiliki akses yang sama terhadap perawatan kesehatan yang berkualitas.

Tujuan dari pelayanan medis memang mengupayakan kesembuhan penyakit pada pasien, dengan tindakan yang sesuai prosedur dan dapat dipertanggungjawabkan. Namun, pelayanan medis tidak hanya terbatas pada kesembuhan individual pasien, melainkan juga bertujuan untuk meningkatkan kesehatan dan kesejahteraan masyarakat secara keseluruhan. Pelayanan medis bertujuan untuk memberikan perawatan yang berkualitas kepada pasien. Ini melibatkan diagnosis yang akurat, perawatan yang efektif, dan manajemen penyakit yang baik untuk memastikan pasien mendapatkan hasil terbaik untuk mengurangi angka kematian dan tingkat morbiditas di antara populasi. Ini dilakukan melalui diagnosis dini, pengobatan yang tepat, dan pencegahan penyakit. Untuk meningkatkan aksesibilitas pelayanan kesehatan bagi semua lapisan masyarakat, termasuk yang berada di daerah terpencil atau yang kurang mampu secara ekonomi (Gadisty, et al. (2022). Tujuan lainnya adalah memberikan pelayanan holistik yang memperhatikan aspek fisik, mental, dan sosial dari kesehatan pasien. Ini mencakup perawatan yang tidak hanya fokus pada gejala penyakit, tetapi juga aspek psikologis dan sosial pasien. Rumah sakit juga berperan dalam mendukung penelitian dan pengembangan dalam bidang medis untuk meningkatkan pemahaman tentang penyakit, pengembangan terapi baru, dan peningkatan teknologi medis.

Berdasarkan Peraturan Menteri Republik Indonesia Nomor 32 Tahun 1996 tentang Tenaga Kesehatan, tenaga kesehatan adalah setiap orang yang mengabdikan diri dalam bidang kesehatan serta memiliki pengetahuan dan/atau keterampilan melalui pendidikan di bidang kesehatan yang untuk di jenis tertentu memerlukan kewenangan untuk melakukan upaya kesehatan.

Hal-hal yang perlu diperhatikan agar menghasilkan pelayanan medik yang optimal yaitu, tujuan pelayanan medis untuk mengupayakan kesembuhan pasien secara optimal sesuai prosedur yang dapat dipertanggungjawabkan (Henni, 2009). Dapat membuat kebijakan untuk melakukan pelayanan medis yang sudah ditetapkan. Penetapan staf dan hak kewajiban yang akan ditentukan oleh pejabat yang berwenang. Memastikan tenaga medis yang berkualitas tinggi, termasuk dokter, perawat, dan tenaga medis lainnya, dengan keahlian dan pengalaman yang memadai. Memiliki fasilitas dan peralatan medis yang modern dan terkini, untuk mendukung diagnosis, pengobatan, dan perawatan pasien. Mengikuti protokol dan prosedur standar yang telah ditetapkan untuk setiap jenis pelayanan medis, termasuk tindakan pencegahan infeksi, prosedur bedah, dan penanganan emergensi.

D. Fasilitas Pelayanan Kesehatan Tingkat Satu

Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 71 Tahun 2013 tentang Pelayanan Kesehatan pada Jaminan Kesehatan Nasional Fasilitas Kesehatan adalah fasilitas pelayanan kesehatan yang digunakan untuk menyelenggarakan upaya pelayanan kesehatan perorangan, baik promotif, preventif, kuratif maupun rehabilitatif yang dilakukan oleh Pemerintah, Pemerintah Daerah, dan/atau Masyarakat. Pelayanan Kesehatan Tingkat Pertama adalah pelayanan kesehatan perorangan yang bersifat non spesialisik (primer) meliputi pelayanan rawat jalan dan rawat inap.

Pelayanan medik di pelayanan kesehatan tingkat satu, seperti puskesmas atau klinik, mencakup berbagai jenis layanan yang diberikan oleh tenaga kesehatan untuk memenuhi kebutuhan kesehatan masyarakat di tingkat primer. Berikut adalah beberapa contoh pelayanan medik yang biasanya tersedia di puskesmas atau klinik:

1. Pelayanan konsultasi medis melibatkan pertemuan antara pasien dengan tenaga medis, seperti dokter umum atau perawat, untuk mendiskusikan masalah kesehatan pasien, mendiagnosis penyakit atau kondisi medis, dan merencanakan pengobatan atau tindakan lanjutan.
2. Tenaga medis melakukan pemeriksaan fisik untuk mengevaluasi kondisi fisik pasien, seperti mengukur tekanan darah, memeriksa detak jantung, mendengarkan suara napas, dan melakukan pemeriksaan lainnya sesuai dengan keluhan atau kebutuhan pasien.
3. Berdasarkan hasil pemeriksaan fisik dan wawancara dengan pasien, tenaga medis melakukan diagnosis sederhana terhadap penyakit atau kondisi medis yang dialami pasien, seperti infeksi saluran pernapasan, demam, atau luka ringan.
4. Puskesmas atau klinik biasanya menyediakan pengobatan untuk penyakit atau kondisi medis ringan hingga sedang, seperti memberikan obat-obatan, perban, atau tindakan sederhana lainnya untuk mengurangi gejala atau mengobati penyakit.
5. Puskesmas sering kali menjadi tempat untuk program imunisasi, di mana vaksinasi diberikan kepada individu untuk mencegah penyakit menular tertentu, seperti campak, polio, atau hepatitis.
6. Puskesmas atau klinik juga dapat menyediakan pemeriksaan kesehatan rutin, seperti pemeriksaan kesehatan ibu dan anak, pemeriksaan kehamilan, dan pemeriksaan kesehatan lainnya sesuai dengan program kesehatan masyarakat yang berlaku.

7. Selain pelayanan medis langsung, tenaga medis di puskesmas atau klinik juga memberikan edukasi kesehatan kepada pasien tentang cara menjaga kesehatan, mencegah penyakit, dan mengelola kondisi medis tertentu.

Pelayanan medik di puskesmas atau klinik bertujuan untuk memberikan akses yang mudah, terjangkau, dan berkualitas tinggi kepada masyarakat untuk mendapatkan perawatan kesehatan primer yang sesuai dengan kebutuhan mereka.

E. Fasilitas Pelayanan Kesehatan Tingkat Dua

Fasilitas pelayanan kesehatan tingkat kedua, seperti rumah sakit tipe C dan rumah sakit tipe D, memiliki peran penting dalam sistem pelayanan kesehatan karena mereka mampu memberikan pelayanan yang lebih spesialis dan kompleks dibandingkan dengan fasilitas pelayanan kesehatan tingkat pertama, seperti puskesmas atau klinik. Rumah sakit tipe C adalah rumah sakit kelas menengah yang menyediakan pelayanan medis tingkat kedua. Mereka biasanya dilengkapi dengan fasilitas dan personel yang memadai untuk menyediakan perawatan rawat inap dan rawat jalan yang lebih kompleks. Rumah sakit tipe D sering menjadi pusat rujukan untuk kasus-kasus yang lebih kompleks atau kondisi yang membutuhkan perawatan medis tingkat tinggi (Suci Rahmadani et al., 2019).

Berikut merupakan penjelasan mengenai fasilitas pelayanan pada rumah sakit tipe C dan rumah sakit tipe D :

Tabel 4. 1. Penjelasan Mengenai Fasilitas Kesehatan Rumah Sakit Tipe C

Rumah Sakit Tipe C	
Fasilitas Kesehatan	Penjelasan
Rawat inap	Pasien yang membutuhkan perawatan lebih intensif dan observasi. Fasilitas rawat inap ini dilengkapi dengan tempat tidur, ruang

Rumah Sakit Tipe C	
Fasilitas Kesehatan	Penjelasan
	perawatan, dan fasilitas penunjang lainnya untuk memenuhi kebutuhan pasien yang memerlukan pengawasan medis lebih lanjut.
Rawat jalan	Pasien yang membutuhkan perawatan medis tetapi tidak perlu dirawat di rumah sakit secara langsung. Ini termasuk konsultasi dokter, pemeriksaan medis, terapi, dan tindakan medis lainnya yang dilakukan pada basis rawat jalan.
Fasilitas Diagnostik	Mencakup berbagai jenis pemeriksaan diagnostik, seperti radiologi (sinar-X, CT scan, MRI), laboratorium (tes darah, urin, dan lain-lain), dan pencitraan medis lainnya untuk membantu dalam diagnosis dan pengelolaan penyakit.
Pelayanan Gawat Darurat	Dilengkapi dengan unit gawat darurat untuk menangani kasus-kasus medis yang memerlukan perhatian segera dan darurat. Unit gawat darurat ini dilengkapi dengan peralatan medis dan tenaga medis yang terlatih untuk menangani berbagai keadaan darurat.
Pelayanan Bedah	Melakukan prosedur-prosedur bedah umum, seperti operasi hernia, operasi orthopedi, dan prosedur bedah minor lainnya.
Pelayanan Rehabilitasi	Menyediakan layanan rehabilitasi, seperti fisioterapi, terapi okupasi, dan terapi lainnya untuk membantu pasien pulih setelah operasi atau mengelola kondisi medis kronis.
Pelayanan Konsultasi dan	Tenaga medis di rumah sakit tipe C juga memberikan pelayanan konsultasi dan edukasi kepada pasien dan keluarganya

Rumah Sakit Tipe C	
Fasilitas Kesehatan	Penjelasan
Edukasi	tentang kondisi medis, pengobatan, dan langkah-langkah pencegahan.

F. Fasilitas Pelayanan Kesehatan Tingkat Tiga

Fasilitas pelayanan kesehatan tingkat tiga atau *tertiary health care* memang fokus pada pelayanan subspesialis dan manajemen penyakit yang kompleks dan serius. Pelayanan ini melibatkan diagnosis, pengobatan dan manajemen penyakit yang memerlukan tingkat keahlian dan sumber daya yang lebih spesifik. Layanan ini diberikan oleh dokter-dokter subspesialis yang memiliki keahlian dan pengetahuan yang mendalam dalam bidang tertentu, seperti kardiologi, onkologi, neurologi, dan sebagainya. Pelayanan ini sering kali melibatkan perawatan rawat inap di rumah sakit untuk pasien yang membutuhkan pemantauan dan intervensi medis yang intensif. Namun, juga mencakup pelayanan jalan untuk diagnosis lanjutan, penanganan kondisi kronis, dan manajemen penyakit yang rumit. Pelayanan kesehatan tingkat ketiga sangat penting untuk menangani kondisi medis yang kompleks dan berat, serta untuk memberikan perawatan yang sangat spesifik kepada kelompok tertentu dalam masyarakat yang membutuhkan perhatian khusus dari para ahli subspesialis.

Rumah sakit tipe A atau tipe B merujuk pada tingkat atau kualitas layanan yang diberikan serta fasilitas yang dimiliki oleh rumah sakit. Rumah sakit tipe A biasanya merujuk pada rumah sakit dengan tingkat pelayanan primer atau sekunder, yang dapat memberikan layanan medis dasar dan beberapa layanan spesialis tertentu, tetapi mungkin tidak memiliki fasilitas dan sumber daya untuk menyediakan layanan medis tingkat ketiga. Rumah sakit tipe B termasuk dalam kategori yang mampu memberikan pelayanan kesehatan tingkat ketiga. Ini bisa mencakup rumah sakit umum daerah (RSUD), rumah sakit umum pusat (RSUP), atau rumah sakit swasta yang memiliki

sumber daya dan fasilitas yang memadai untuk menyediakan layanan tersebut. Rumah sakit tipe B ini biasanya dilengkapi dengan fasilitas dan tim medis yang dapat menangani penyakit dan kondisi medis yang kompleks serta serius. Namun, penting untuk memeriksa definisi atau kriteria rumah sakit tipe A dan tipe B dalam konteks setempat untuk memahami dengan lebih tepat tingkat layanan yang disediakan oleh masing-masing.

Rumah sakit tipe A dan tipe B biasanya dilengkapi dengan fasilitas dan tenaga medis yang memadai, termasuk dokter-dokter subspesialis dan subspesialis luas, serta peralatan medis yang canggih (Meidi, et al 2016). Mereka juga dapat menyediakan layanan rawat inap dan rawat jalan untuk berbagai jenis kondisi medis yang kompleks dan serius.

Tabel 4. 2. Penjelasan Mengenai Fasilitas Kesehatan Rumah Sakit Tipe A

Rumah Sakit Tipe A	
Fasilitas Kesehatan	Penjelasan
Rawat inap	Memberikan perawatan intensif kepada pasien yang memerlukan pemantauan dan intervensi medis dalam jangka waktu yang lebih lama.
Rawat jalan	Menyediakan pelayanan medis kepada pasien yang tidak memerlukan rawat inap, seperti konsultasi dokter, pemeriksaan rutin, dan penanganan kondisi medis ringan hingga sedang.
Fasilitas Diagnostik	Meliputi berbagai macam pemeriksaan diagnostik seperti radiologi (X-ray, CT scan, MRI), laboratorium, ultrasonografi, dan lain-lain untuk membantu dalam diagnosis penyakit.
Pelayanan Gawat Darurat	Memberikan penanganan medis segera kepada pasien yang mengalami keadaan darurat atau kecelakaan.

Rumah Sakit Tipe A	
Fasilitas Kesehatan	Penjelasan
Pelayanan Bedah	Menyediakan fasilitas dan tenaga medis untuk melakukan berbagai jenis prosedur bedah, mulai dari operasi minor hingga operasi mayor
Pelayanan Rehabilitasi	Memberikan perawatan untuk pemulihan fisik, psikologis, atau sosial pasien setelah mengalami penyakit atau cedera serius.
Pelayanan Konsultasi dan Edukasi	Memberikan konsultasi medis kepada pasien dan keluarganya tentang diagnosis, pengobatan, dan perawatan. Selain itu, juga memberikan edukasi tentang kesehatan dan pencegahan penyakit.

G. Masalah yang Timbul dalam Manajemen Pelayanan Medik

Salah satu masalah utama dalam manajemen pelayanan medis adalah keterbatasan sumber daya seperti peralatan medis, tenaga medis, dan fasilitas. Hal ini dapat mengakibatkan antrian panjang, keterlambatan dalam pelayanan, atau bahkan penurunan kualitas perawatan. Manajemen pelayanan medis harus menghadapi tekanan untuk meningkatkan efisiensi sambil mempertahankan standar perawatan yang tinggi. Pengelolaan biaya perawatan medis sering kali menjadi tantangan besar bagi rumah sakit. Manajemen pelayanan medis harus menghadapi tekanan untuk meningkatkan efisiensi sambil mempertahankan standar perawatan yang tinggi. Pengelolaan biaya perawatan medis sering kali menjadi tantangan besar bagi rumah sakit. Manajemen pelayanan medis harus berupaya keras untuk mengurangi kesalahan medis dan meningkatkan keselamatan pasien. Hal ini melibatkan implementasi prosedur yang ketat, pelatihan staf, dan penggunaan teknologi yang canggih. Penggunaan teknologi dalam pelayanan medis dapat memberikan banyak manfaat, tetapi juga dapat menimbulkan

tantangan, termasuk integrasi sistem yang kompleks, keamanan data, dan pelatihan staf.

Rumah sakit harus mematuhi berbagai regulasi dan standar yang ditetapkan oleh pemerintah dan badan akreditasi. Menjaga kepatuhan terhadap peraturan ini sering kali memerlukan sumber daya tambahan dan waktu yang signifikan. Perubahan demografi, seperti penuaan populasi atau peningkatan jumlah pasien dengan penyakit kronis, dapat mempengaruhi tuntutan terhadap pelayanan medis. Manajemen harus mampu menyesuaikan diri dengan perubahan ini untuk memenuhi kebutuhan pasien. Semakin banyak pasien dan keluarga yang terlibat dalam pengambilan keputusan terkait perawatan medis. Manajemen harus mencari cara untuk meningkatkan keterlibatan pasien dan keluarga dalam proses perawatan.

Memperkenalkan perubahan dalam perilaku dan budaya organisasi dapat menjadi tantangan. Manajemen harus mampu mengelola perubahan ini dengan baik agar diterima oleh seluruh staf dan memperbaiki pelayanan. (Manahan, 2020). Rumah sakit harus bersaing dengan rumah sakit lain dan penyedia layanan kesehatan lainnya. Perubahan dalam industri kesehatan, seperti perubahan dalam model pembayaran atau perkembangan teknologi baru, dapat mempengaruhi strategi manajemen pelayanan medis.

DAFTAR PUSTAKA

- Gadisty Bunga, Susilawati (2022) *Faktor-faktor yang Mempengaruhi Akses Pelayanan Kesehatan di Indonesia* . Sumatera Utara: Universitas Islam Negeri Sumatera Utara
- Henni D. Supriadi .(2009) *.Pengembangan Pelayanan Medik dan Keperawatan Di Rumah Sakit.*
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia (2022) *Alur dan Pelayanan Pasien.* Yogyakarta: Politeknik Kesehatan Kemenkes Yogyakarta
- Manahan P. Tampubolon (2020) *Change Management* . Mitra Wacana Media
- Meidi Priandana, DB. Pranoan, Achmad Djumlani (2016) *Peningkatan Kualitas Pelayanan Publik Pada Rumah Sakit Umum Daerah Kota Tarakan* .
- Suci Rahmadani, Nasrah, Rosdiana, Muhammad Al F, Nur Annisa Hamka, Arvina P (2019) *Sistem Rujukan Pelayanan Kesehatan Primer Era JKN.* Jawa Timur: Uwais Inspirasi Indonesia

BAB 5

PELAYANAN PENUNJANG MEDIK DI RUMAH SAKIT

Fitri Kurniawati, S.K.M., M.M.R.

A. Pendahuluan

Rumah sakit merupakan sebuah institusi yang memegang peran penting dalam sistem pelayanan kesehatan sebuah negara. Sebagai pusat pelayanan medis terpadu, rumah sakit tidak hanya menyediakan tempat untuk perawatan pasien yang sakit atau terluka, tetapi juga berperan dalam pencegahan penyakit, diagnosis, pengobatan, rehabilitasi, serta penelitian dan pendidikan medis. Sejarah rumah sakit sendiri dapat ditelusuri kembali ke zaman kuno, di mana tempat-tempat penginapan bagi orang sakit atau luka sudah ada, meskipun tidak sekompleks atau sesophistikasinya dengan rumah sakit modern seperti yang kita kenal sekarang (Garrick et al., 2019)

Perkembangan rumah sakit dari masa ke masa telah mengalami transformasi yang signifikan. Dari awalnya hanya sebagai tempat perlindungan dan perawatan bagi mereka yang membutuhkan pertolongan medis, kini rumah sakit telah menjadi pusat pelayanan kesehatan yang kompleks, menyediakan berbagai jenis perawatan dan pelayanan mulai dari pelayanan darurat hingga perawatan jangka panjang, dari pemeriksaan rutin hingga tindakan bedah yang rumit.

Peran rumah sakit dalam sistem kesehatan sebuah negara sangatlah vital. Rumah sakit tidak hanya berfungsi sebagai tempat untuk merawat pasien yang sakit, tetapi juga sebagai pusat pendidikan dan penelitian medis, serta sebagai penyedia layanan kesehatan masyarakat. Rumah sakit juga sering kali

menjadi tempat rujukan bagi kasus-kasus yang memerlukan perawatan khusus atau spesialis, serta menjadi pusat koordinasi dalam sistem pelayanan kesehatan.

Evolusi pelayanan kesehatan dalam rumah sakit terus berlanjut seiring dengan perkembangan teknologi, pengetahuan medis, dan kebutuhan masyarakat. Berbagai kemajuan dalam bidang ilmu kedokteran dan teknologi medis telah memungkinkan rumah sakit untuk memberikan pelayanan yang lebih canggih dan efektif bagi pasien. Dari penggunaan teknologi imaging yang canggih dalam diagnosis hingga pengembangan terapi genetik yang revolusioner, rumah sakit terus berusaha untuk menghadirkan inovasi-inovasi terbaru dalam rangka meningkatkan kualitas pelayanan dan meningkatkan harapan hidup serta kualitas hidup pasien (Bhatia, 2021)

B. Infrastruktur Penunjang Medik di Rumah Sakit

Infrastruktur penunjang medik di rumah sakit merupakan tulang punggung dari pelayanan kesehatan yang berkualitas. Seiring dengan perkembangan teknologi dan pengetahuan medis, rumah sakit telah dilengkapi dengan fasilitas dan peralatan medis yang canggih untuk mendukung diagnosis, pengobatan, dan pemulihan pasien. Fasilitas ini mencakup ruang operasi, unit perawatan intensif, ruang radiologi, laboratorium klinis, serta fasilitas rehabilitasi. Peralatan medis seperti CT scan, MRI, alat endoskopi, dan peralatan monitoring pasien menjadi bagian integral dari infrastruktur rumah sakit modern (Luxon, 2015)

Struktur organisasi rumah sakit memainkan peran penting dalam mengelola infrastruktur penunjang medik dengan efektif. Departemen-departemen yang berbeda, seperti departemen bedah, radiologi, laboratorium, farmasi, dan gizi, bekerja sama untuk menyediakan pelayanan yang holistik bagi pasien. Koordinasi antar departemen sangat penting untuk memastikan pasien mendapatkan pelayanan yang tepat dan terkoordinasi sesuai dengan kebutuhan medisnya.

Salah satu aspek penting dari infrastruktur penunjang medik adalah penggunaan teknologi kesehatan terkini. Rumah sakit mengadopsi teknologi medis yang baru dan terbaru untuk meningkatkan diagnosis, pengobatan, dan pemantauan pasien. Sistem informasi kesehatan elektronik (e-Health) memungkinkan pertukaran informasi medis antara berbagai departemen dan penyedia layanan kesehatan, memfasilitasi koordinasi perawatan yang terintegrasi. Selain fasilitas fisik dan peralatan medis, sumber daya manusia juga merupakan bagian integral dari infrastruktur penunjang medik di rumah sakit. Tim medis yang terdiri dari dokter, perawat, teknisi medis, ahli gizi, dan personel lainnya berperan dalam memberikan pelayanan yang berkualitas kepada pasien. Pelatihan yang terus-menerus dan pengembangan keterampilan penting untuk memastikan tim medis mampu mengoperasikan infrastruktur penunjang medik dengan efektif dan aman (Stoumpos et al., 2023)

Infrastruktur penunjang medik di rumah sakit bukan hanya tentang bangunan dan peralatan, tetapi juga tentang bagaimana semua komponen ini bekerja sama secara sinergis untuk memberikan pelayanan kesehatan yang optimal bagi pasien. Dengan infrastruktur yang kuat dan tim medis yang terampil, rumah sakit dapat memainkan peran yang sangat penting dalam menjaga kesehatan dan kesejahteraan masyarakat secara keseluruhan.

C. Tim Penunjang Medik

Tim penunjang medik di rumah sakit terdiri dari beragam tenaga medis yang memiliki peran dan tanggung jawab masing-masing. Paramedis, perawat, teknisi medis, dan personel lainnya membentuk tim yang saling melengkapi untuk memberikan pelayanan kesehatan yang holistik kepada pasien. Peran dan tanggung jawab anggota tim penunjang medik sangat beragam, namun semuanya memiliki tujuan yang sama, yaitu memastikan pasien mendapatkan perawatan yang terbaik sesuai dengan kebutuhan medisnya (McLaney et al.,

2022).

Paramedis, seperti teknisi darurat medis (EMT) dan petugas ambulans, memiliki peran kritis dalam merespons keadaan darurat dan memberikan perawatan pre-hospital. Mereka dilatih untuk memberikan pertolongan pertama pada kecelakaan atau kondisi medis akut, serta menjaga stabilitas pasien sebelum tiba di rumah sakit. Perawat merupakan tulang punggung dalam perawatan pasien di rumah sakit. Mereka bertanggung jawab untuk mengelola perawatan harian pasien, memantau kondisi kesehatan, memberikan obat-obatan, dan memberikan dukungan emosional kepada pasien dan keluarganya.

Teknisi medis, seperti teknisi radiologi dan teknisi laboratorium, bertanggung jawab atas operasional dan pemeliharaan peralatan medis serta melakukan prosedur-prosedur diagnostik yang diperlukan untuk membantu dokter dalam mendiagnosis penyakit. Selain itu, terdapat pula personel administratif dan dukungan, seperti resepsionis dan petugas administrasi medis, yang berperan dalam mengkoordinasikan jadwal pasien, mengelola data medis, dan menyediakan dukungan administratif lainnya bagi tim medis.

Koordinasi antar tim dalam pelayanan pasien sangat penting untuk memastikan bahwa setiap aspek perawatan medis dipertimbangkan dan dikoordinasikan dengan baik. Komunikasi yang efektif antara anggota tim penunjang medik memungkinkan pertukaran informasi yang tepat waktu dan akurat, memastikan bahwa semua perawatan yang diberikan sesuai dengan rencana perawatan yang telah ditetapkan. Dengan demikian, kolaborasi yang baik antara paramedis, perawat, teknisi medis, dan personel administratif memainkan peran kunci dalam memberikan pelayanan kesehatan yang terkoordinasi dan berkualitas kepada pasien (Karam et al., 2021).

Keberadaan tim penunjang medik yang terlatih dan terkoordinasi dengan baik merupakan salah satu faktor utama dalam kesuksesan rumah sakit dalam memberikan pelayanan

kesehatan yang berkualitas. Dengan kerja sama yang sinergis antara anggota tim, rumah sakit dapat merespons kebutuhan medis pasien dengan cepat dan efisien, meningkatkan hasil perawatan, dan memastikan pengalaman pasien yang lebih baik secara keseluruhan. Oleh karena itu, investasi dalam pembinaan dan pengembangan tim penunjang medik merupakan investasi yang sangat penting bagi setiap rumah sakit yang berorientasi pada kualitas pelayanan yang tinggi.

D. Prosedur dan Protokol Penunjang Medik

Prosedur penunjang medik umum merupakan langkah-langkah diagnostik yang dilakukan untuk membantu dokter dalam menentukan diagnosis dan merencanakan perawatan yang tepat bagi pasien. Pemeriksaan radiologi, seperti sinar-X, CT scan, dan MRI, adalah salah satu prosedur umum yang digunakan untuk memvisualisasikan struktur internal tubuh dan mendeteksi adanya kelainan atau penyakit. Pemeriksaan laboratorium, seperti tes darah, urin, dan biopsi, digunakan untuk menganalisis komponen-komponen tubuh dan mengevaluasi fungsi organ tertentu (Balogh et al., 2016)

Protokol keamanan dan sterilisasi merupakan langkah-langkah yang diimplementasikan untuk memastikan lingkungan dan peralatan medis di rumah sakit tetap bersih, aman, dan bebas dari risiko infeksi. Protokol ini meliputi prosedur-prosedur sterilisasi alat dan peralatan medis sebelum digunakan untuk memastikan bahwa tidak ada kuman atau patogen yang dapat ditularkan kepada pasien. Selain itu, protokol keamanan juga mencakup tindakan-tindakan pencegahan kebakaran, kecelakaan, dan penyebaran penyakit di dalam rumah sakit.

Pemeriksaan radiologi merupakan salah satu prosedur penunjang medik yang sangat penting dalam diagnosis penyakit. Dengan menggunakan teknik pencitraan seperti sinar-X, CT scan, dan MRI, dokter dapat melihat struktur internal tubuh secara detail dan mengidentifikasi adanya kelainan atau penyakit. Misalnya, pemeriksaan sinar-X

digunakan untuk mendeteksi fraktur tulang atau pneumonia, sedangkan CT scan dan MRI dapat membantu mendeteksi tumor otak atau cedera tulang belakang.

Pemeriksaan laboratorium merupakan langkah penting dalam proses diagnosis dan pengelolaan penyakit. Tes darah digunakan untuk mengevaluasi fungsi organ vital seperti hati, ginjal, dan jantung, serta mendeteksi adanya infeksi atau gangguan imunologi. Tes urin juga dapat memberikan informasi tentang kondisi kesehatan pasien, seperti adanya infeksi saluran kemih atau gangguan ginjal. Selain itu, biopsi jaringan merupakan prosedur laboratorium yang digunakan untuk mendiagnosis kanker atau penyakit autoimun.

Protokol keamanan dan sterilisasi bertujuan untuk menjaga lingkungan rumah sakit tetap steril dan bebas dari risiko infeksi. Peralatan medis, seperti instrumen bedah, alat medis, dan peralatan steril lainnya, harus dibersihkan dan disterilkan dengan benar sebelum digunakan untuk menghindari penularan infeksi nosokomial atau infeksi yang terjadi di rumah sakit. Selain itu, langkah-langkah pencegahan kebakaran, kecelakaan, dan penyebaran penyakit juga harus diimplementasikan sesuai dengan protokol yang ditetapkan oleh rumah sakit (Rutala, 2020)

Implementasi prosedur dan protokol penunjang medik yang tepat sangat penting untuk memastikan bahwa pasien menerima perawatan yang aman dan efektif di rumah sakit. Dokter dan tenaga medis lainnya harus memahami dan mengikuti prosedur-prosedur tersebut dengan ketat untuk menghindari kesalahan atau risiko komplikasi selama proses diagnosis dan perawatan. Dengan menjaga keamanan dan sterilisasi lingkungan rumah sakit, risiko infeksi dan komplikasi dapat diminimalkan, sehingga pasien dapat mendapatkan perawatan yang berkualitas dan terhindar dari risiko tambahan yang tidak diinginkan.

E. Pelayanan Penunjang Khusus

Pelayanan penunjang khusus merupakan bagian integral dari pelayanan kesehatan di rumah sakit yang bertujuan untuk mendukung diagnosis, pengobatan, dan pemulihan pasien secara holistik. Ini termasuk pelayanan radiologi dan imaging, laboratorium klinis, farmasi dan distribusi obat, pelayanan gizi dan dietetika, serta rehabilitasi medis. Setiap layanan ini memiliki peran khusus dalam memberikan perawatan yang komprehensif kepada pasien (World Health Organization. Global Malaria Programme, 2018)

Pelayanan radiologi dan imaging menggunakan teknologi pencitraan medis untuk membantu dokter dalam mendiagnosis penyakit dan cedera. Metode ini meliputi sinar-X, CT scan, MRI, dan ultrasonografi. Dengan menggunakan teknik ini, dokter dapat melihat struktur internal tubuh pasien dengan jelas dan mendeteksi adanya kelainan atau penyakit, yang membantu dalam perencanaan pengobatan yang tepat.

Laboratorium klinis melakukan berbagai tes dan analisis laboratorium untuk mengevaluasi kesehatan pasien. Ini mencakup tes darah, urin, tinja, serta tes khusus seperti tes fungsi organ dan tes penyakit menular. Hasil dari laboratorium klinis membantu dokter dalam mendiagnosis penyakit, memantau respons terhadap pengobatan, dan memonitor kondisi kesehatan pasien secara keseluruhan.

Farmasi dan distribusi obat bertanggung jawab atas manajemen obat-obatan di rumah sakit, termasuk pengadaan, penyimpanan, dan distribusi obat kepada pasien. Farmasis berkolaborasi dengan dokter untuk memastikan bahwa pasien menerima obat yang sesuai dengan kebutuhan medisnya dan menghindari interaksi obat yang berbahaya. Mereka juga memberikan edukasi kepada pasien tentang penggunaan obat dengan benar.

Pelayanan gizi dan dietetika memberikan konsultasi dan rekomendasi diet kepada pasien untuk meningkatkan kesehatan dan mendukung proses penyembuhan. Ahli gizi merancang diet yang sesuai dengan kondisi medis pasien,

seperti diabetes, hipertensi, atau gangguan pencernaan. Mereka juga memberikan edukasi tentang pentingnya nutrisi yang seimbang dalam menjaga kesehatan.

Rehabilitasi medis merupakan proses pemulihan fisik, mental, atau emosional pasien setelah mengalami penyakit atau cedera. Ini mencakup fisioterapi, terapi okupasi, dan terapi bicara, yang bertujuan untuk memulihkan kemampuan fungsional pasien dan meningkatkan kualitas hidupnya. Program rehabilitasi medis disesuaikan dengan kebutuhan individu pasien untuk mencapai hasil yang optimal.

Pelayanan penunjang khusus di rumah sakit berperan penting dalam memberikan perawatan yang komprehensif dan terkoordinasi kepada pasien. Dengan menggunakan teknologi canggih, analisis laboratorium yang akurat, manajemen obat yang efisien, dukungan nutrisi yang tepat, dan program rehabilitasi medis yang terencana dengan baik, rumah sakit dapat memastikan bahwa setiap pasien menerima perawatan yang sesuai dengan kebutuhan medisnya dan mendukung proses penyembuhan secara optimal (De Regge et al., 2017)

F. Manajemen Kualitas Pelayanan

Manajemen kualitas pelayanan merupakan pendekatan sistematis untuk meningkatkan standar pelayanan dan efektivitas dalam memberikan perawatan kepada pasien. Ini melibatkan penetapan standar pelayanan yang tinggi, pengukuran kinerja secara teratur, evaluasi hasil, serta implementasi perbaikan berkelanjutan berdasarkan temuan evaluasi tersebut (Al-Ibrahim, 2014)

Standar pelayanan adalah panduan atau pedoman yang menetapkan tingkat kualitas yang diharapkan dalam memberikan perawatan kepada pasien. Standar ini mencakup aspek-aspek seperti keamanan pasien, efektivitas pengobatan, aksesibilitas layanan, serta pengalaman pasien. Dengan memiliki standar yang jelas, rumah sakit dapat memastikan bahwa setiap pasien menerima perawatan yang konsisten dan berkualitas.

Pengukuran kinerja adalah proses untuk menilai sejauh mana rumah sakit memenuhi standar pelayanan yang telah ditetapkan. Ini melibatkan pengumpulan data dan informasi terkait kualitas pelayanan, seperti tingkat kepuasan pasien, tingkat kepatuhan terhadap protokol klinis, dan hasil pengobatan pasien. Pengukuran kinerja yang berkala membantu rumah sakit untuk mengidentifikasi area-area di mana perbaikan diperlukan.

Evaluasi merupakan langkah penting dalam mengevaluasi efektivitas pelayanan yang diberikan dan mengidentifikasi area-area di mana perbaikan dapat dilakukan. Evaluasi dilakukan dengan membandingkan hasil pengukuran kinerja dengan standar yang ditetapkan, serta menganalisis penyebab dari hasil yang tidak memenuhi harapan. Hasil evaluasi digunakan sebagai dasar untuk mengidentifikasi rencana perbaikan yang spesifik dan relevan.

Implementasi perbaikan berkelanjutan melibatkan penerapan tindakan perbaikan yang bertujuan untuk meningkatkan kualitas pelayanan secara berkelanjutan. Ini dapat mencakup penyempurnaan protokol klinis, pelatihan staf, perbaikan infrastruktur, atau perbaikan proses kerja. Perbaikan berkelanjutan adalah proses iteratif di mana rumah sakit terus menerus mengevaluasi, merencanakan, melaksanakan, dan mengevaluasi kembali tindakan perbaikan untuk mencapai hasil yang diinginkan (Lameijer et al., 2023)

Dengan menerapkan manajemen kualitas pelayanan secara efektif, rumah sakit dapat meningkatkan kualitas perawatan yang diberikan kepada pasien, meningkatkan kepuasan pasien, serta mengurangi risiko komplikasi dan kesalahan medis. Ini juga membantu rumah sakit untuk tetap mempertahankan kompetitivitasnya di pasar yang semakin kompetitif dan memenuhi harapan-harapan yang semakin tinggi dari pasien dan pemangku kepentingan lainnya.

Manajemen kualitas pelayanan adalah komponen penting dari operasi rumah sakit yang berhasil. Dengan memprioritaskan standar pelayanan yang tinggi, melaksanakan

pengukuran kinerja yang teratur, melakukan evaluasi yang teliti, dan menerapkan perbaikan berkelanjutan, rumah sakit dapat memastikan bahwa mereka terus memberikan pelayanan kesehatan yang berkualitas, aman, dan efektif kepada pasien mereka.

G. Tantangan dan Inovasi dalam Pelayanan Penunjang Medik

Tantangan dalam menyediakan pelayanan penunjang medik berkualitas merupakan salah satu aspek penting yang dihadapi oleh rumah sakit dan penyedia layanan kesehatan lainnya. Tantangan ini termasuk meningkatnya beban kerja, keterbatasan sumber daya, dan permintaan akan pelayanan yang lebih cepat dan lebih baik dari pasien. Terkadang, ini dapat mengakibatkan penurunan kualitas pelayanan dan peningkatan risiko kesalahan medis. Namun, inovasi dalam teknologi dan praktik pelayanan kesehatan telah menjadi solusi yang menjanjikan untuk mengatasi tantangan ini (Mohebi et al., 2018)

Peran teknologi dalam meningkatkan efisiensi dan keamanan dalam pelayanan penunjang medik semakin menjadi fokus utama bagi rumah sakit dan penyedia layanan kesehatan. Teknologi kesehatan seperti sistem informasi kesehatan elektronik (e-Health), rekam medis elektronik (EMR), dan platform telemedicine telah membantu meningkatkan aksesibilitas data pasien, mengurangi kesalahan pengobatan, dan memungkinkan kolaborasi yang lebih baik antar tim medis. Selain itu, teknologi imaging seperti CT scan dan MRI terus mengalami inovasi untuk meningkatkan ketepatan diagnosis dan pengobatan (Haleem, 2020)

Inovasi dalam pelayanan penunjang medik merupakan kunci untuk mengatasi tantangan yang dihadapi oleh rumah sakit. Salah satu inovasi yang menonjol adalah pengembangan sistem otomatisasi dalam distribusi obat di farmasi rumah sakit. Sistem ini memungkinkan penggunaan robot untuk mengambil, mengemas, dan mendistribusikan obat-obatan kepada pasien, mengurangi waktu tunggu dan risiko kesalahan

dalam proses pengobatan. Selain itu, program penggunaan obat yang lebih cerdas dan terintegrasi telah membantu meningkatkan pemantauan dan manajemen obat pasien secara lebih efektif (Flessa & Huebner, 2021)

Teknologi wearable, seperti monitor detak jantung dan alat pengukur glukosa darah, juga telah memungkinkan pasien untuk memantau kondisi kesehatan mereka sendiri secara real-time di rumah. Hal ini memberikan kesempatan untuk intervensi lebih cepat dan penanganan yang lebih tepat waktu oleh tenaga medis. Di samping itu, pemanfaatan big data dan analitik dalam manajemen rumah sakit telah membantu mengidentifikasi pola-pola kesehatan populasi, mengoptimalkan penggunaan sumber daya, dan meramalkan kebutuhan perawatan di masa depan.

Dengan menghadapi tantangan dalam menyediakan pelayanan berkualitas, rumah sakit dan penyedia layanan kesehatan terus berusaha untuk mengimplementasikan inovasi-inovasi yang memanfaatkan teknologi untuk meningkatkan efisiensi, keamanan, dan kualitas pelayanan. Dengan demikian, mereka dapat memastikan bahwa setiap pasien menerima perawatan yang terbaik dan terdepan sesuai dengan standar kesehatan yang tinggi. Inovasi dalam pelayanan penunjang medik tidak hanya membawa manfaat bagi pasien secara individu, tetapi juga membantu membangun masa depan kesehatan yang lebih baik bagi masyarakat secara keseluruhan.

H. Etika dan Aspek Legal

Etika dalam pelayanan kesehatan merupakan prinsip-prinsip moral yang mengatur perilaku dan keputusan dalam praktik medis. Hal ini mencakup prinsip-prinsip seperti otonomi pasien, keadilan, tidak merugikan, serta mengutamakan kepentingan pasien. Dalam konteks pelayanan penunjang medik, etika memainkan peran penting dalam memastikan bahwa pasien diperlakukan dengan hormat, adil, dan sesuai dengan nilai-nilai moral yang berlaku.

Kewajiban hukum dan tanggung jawab dalam memberikan pelayanan penunjang medik mengacu pada kewajiban yang ditetapkan oleh undang-undang dan peraturan dalam praktek medis. Ini mencakup kewajiban untuk memberikan pelayanan yang sesuai dengan standar medis yang berlaku, melindungi kerahasiaan informasi pasien, serta melaporkan kasus-kasus yang mencurigakan atau melanggar hukum. Pelanggaran terhadap kewajiban hukum ini dapat mengakibatkan sanksi hukum, seperti sanksi disiplin atau tuntutan perdata (Dewiangraeni, 2021)

Dalam pelayanan penunjang medik, etika dan aspek hukum saling terkait dan saling mendukung satu sama lain. Etika membimbing praktek medis dalam memutuskan tindakan yang tepat dan menghormati hak-hak pasien, sementara aspek hukum memberikan kerangka kerja yang jelas dan penegakan hukum untuk melindungi hak-hak tersebut. Misalnya, prinsip-prinsip etika seperti kerahasiaan informasi pasien juga dilindungi oleh undang-undang privasi kesehatan, seperti Health Insurance Portability and Accountability Act (HIPAA) di Amerika Serikat (Varkey, 2021)

Tantangan dalam mengintegrasikan etika dan aspek hukum dalam pelayanan penunjang medik melibatkan penyeimbangan antara hak-hak pasien dan kewajiban profesi medis. Terkadang, keputusan etis dan legal mungkin saling bertentangan, seperti dalam kasus ketika pasien menolak perawatan medis yang dapat menyelamatkan nyawa. Dalam situasi-situasi seperti ini, dokter dan tenaga medis lainnya harus mempertimbangkan prinsip-prinsip etika serta kewajiban hukum mereka dengan bijaksana untuk memutuskan tindakan yang paling sesuai dengan kepentingan pasien.

Pendidikan dan pelatihan yang komprehensif dalam bidang etika medis dan aspek hukum merupakan kunci untuk membantu tenaga medis dalam menghadapi tantangan ini dengan baik. Tenaga medis harus dilengkapi dengan pengetahuan dan keterampilan yang diperlukan untuk

mengidentifikasi dan menyelesaikan dilema etis serta memahami kewajiban hukum mereka dalam memberikan pelayanan penunjang medik yang berkualitas.

Integrasi antara etika dan aspek hukum dalam pelayanan penunjang medik merupakan hal yang penting untuk memastikan bahwa pasien diperlakukan dengan hormat, adil, dan sesuai dengan hukum yang berlaku. Dengan mematuhi prinsip-prinsip etika dan kewajiban hukum, rumah sakit dan tenaga medis dapat memastikan bahwa pelayanan kesehatan yang diberikan kepada pasien adalah yang terbaik dan sesuai dengan standar yang tinggi.

I. Pengalaman Pasien dalam Pelayanan Penunjang Medik

Aspek kenyamanan dan kepuasan pasien menjadi hal yang sangat penting dalam pelayanan penunjang medik di rumah sakit. Pasien seringkali menghadapi situasi yang menegangkan ketika menjalani pemeriksaan atau prosedur medis, sehingga penting bagi rumah sakit untuk menciptakan lingkungan yang nyaman dan mendukung. Ini dapat mencakup desain ruang tunggu yang ramah, fasilitas yang bersih dan terawat, serta staf yang ramah dan penuh perhatian terhadap kebutuhan pasien (Ferreira et al., 2023)

Komunikasi dengan pasien dan keluarganya juga merupakan faktor kunci dalam menciptakan pengalaman pasien yang positif. Komunikasi yang efektif membantu pasien merasa didengar, dipahami, dan terlibat dalam proses perawatan mereka. Ini melibatkan memberikan informasi yang jelas dan akurat tentang prosedur yang akan dilakukan, memberikan kesempatan bagi pasien untuk mengajukan pertanyaan atau kekhawatiran mereka, serta memberikan dukungan emosional yang diperlukan selama perawatan.

Penting bagi staf medis untuk berkomunikasi dengan bahasa yang mudah dimengerti oleh pasien dan keluarganya, menghindari penggunaan istilah medis yang rumit atau tidak dikenal. Menggunakan bahasa yang sopan dan empatik juga membantu membangun hubungan yang positif antara staf

medis dan pasien, meningkatkan kepercayaan dan rasa aman pasien dalam pelayanan yang mereka terima.

Melibatkan keluarga pasien dalam proses perawatan juga merupakan komponen penting dari pengalaman pasien yang positif. Keluarga seringkali berperan sebagai pendukung dan penasihat pasien, dan mereka membutuhkan informasi dan dukungan yang sama seperti pasien itu sendiri. Membuka saluran komunikasi dengan keluarga pasien, melibatkan mereka dalam pengambilan keputusan, dan memberikan informasi yang memadai tentang kondisi dan perawatan pasien adalah langkah-langkah yang penting untuk menciptakan pengalaman pasien yang berarti dan mendukung (Gwaza & Msiska, 2022)

Tantangan dalam menciptakan pengalaman pasien yang positif dalam pelayanan penunjang medik melibatkan pemahaman dan pengelolaan berbagai kebutuhan dan preferensi pasien yang berbeda-beda. Setiap pasien memiliki pengalaman dan kebutuhan yang unik, dan rumah sakit perlu mampu menyesuaikan pelayanan mereka sesuai dengan kebutuhan individu setiap pasien.

Pendidikan dan pelatihan staf medis dalam komunikasi yang efektif dan pemahaman tentang kebutuhan pasien dapat membantu mengatasi tantangan ini. Menyediakan ruang bagi pasien dan keluarganya untuk memberikan umpan balik tentang pengalaman mereka juga merupakan langkah yang penting untuk terus meningkatkan kualitas pelayanan.

Dengan fokus pada aspek kenyamanan, kepuasan pasien, dan komunikasi yang baik dengan pasien dan keluarganya, rumah sakit dapat menciptakan lingkungan yang mendukung dan berorientasi pada pasien dalam pelayanan penunjang medik. Ini tidak hanya meningkatkan pengalaman pasien secara keseluruhan, tetapi juga dapat berdampak positif pada hasil perawatan dan kepuasan pasien secara keseluruhan.

J. Tantangan Masa Depan dan Perkembangan Terbaru

Perubahan tren dalam pelayanan penunjang medik merupakan refleksi dari dinamika yang terus berubah dalam dunia kesehatan. Salah satu tren yang signifikan adalah peningkatan permintaan akan pelayanan kesehatan yang lebih terjangkau, cepat, dan tepat. Pasien menginginkan akses yang lebih mudah ke pelayanan kesehatan, termasuk pelayanan penunjang medik, tanpa harus menunggu lama atau mengalami kesulitan dalam mendapatkan perawatan yang dibutuhkan (Milella et al., 2021)

Perkembangan teknologi memiliki dampak yang besar pada pelayanan kesehatan, termasuk pelayanan penunjang medik. Inovasi seperti telemedicine, dan teknologi pencitraan medis yang canggih telah mengubah cara diagnosis, pengobatan, dan pemantauan kondisi medis dilakukan. Teknologi ini memungkinkan pelayanan kesehatan menjadi lebih efisien, akurat, dan dapat diakses dari jarak jauh, memungkinkan pasien untuk menerima perawatan yang lebih baik dan lebih terfokus (Kasoju et al., 2023)

Salah satu tantangan utama yang dihadapi dalam menghadapi perubahan tren dan perkembangan teknologi adalah menciptakan sistem yang mampu menyesuaikan dan mengintegrasikan inovasi ini dengan baik. Hal ini memerlukan investasi dalam infrastruktur teknologi yang canggih, pelatihan staf medis dalam penggunaan teknologi tersebut, serta penyesuaian kebijakan dan regulasi untuk mendukung implementasi teknologi kesehatan yang inovatif. Ada juga tantangan terkait dengan keamanan data pasien dalam konteks penggunaan teknologi kesehatan. Dengan semakin banyaknya data medis yang dihasilkan dan dibagikan melalui sistem digital, penting untuk memastikan bahwa data tersebut dilindungi dengan baik dari ancaman keamanan cyber dan dikelola sesuai dengan standar privasi yang ketat.

Perkembangan terbaru dalam pelayanan penunjang medik juga mencakup penelitian dan pengembangan terhadap teknologi baru, metode diagnosis yang lebih sensitif, dan terapi

yang lebih efektif. Misalnya, pengembangan teknologi pencitraan medis yang terus berkembang memungkinkan deteksi dini penyakit dan cedera yang lebih baik, sedangkan terapi genetik dan imunoterapi membawa harapan baru dalam pengobatan penyakit-penyakit yang sulit diobati.

Dalam menghadapi tantangan masa depan dan perkembangan terbaru dalam pelayanan penunjang medik, penting bagi rumah sakit dan penyedia layanan kesehatan untuk tetap fleksibel, beradaptasi dengan cepat terhadap perubahan, dan terus berinovasi untuk memenuhi kebutuhan pasien yang terus berkembang. Dengan memanfaatkan teknologi dan berkolaborasi dengan pihak terkait, rumah sakit dapat meningkatkan kualitas, aksesibilitas, dan efisiensi pelayanan penunjang medik, serta membantu mewujudkan visi kesehatan yang lebih baik untuk masa depan.

DAFTAR PUSTAKA

- Al-Ibrahim, A. (2014). Quality Management and Its Role in Improving Service Quality in Public Sector. *Journal of Business and Management Sciences*, 2(6), 123–147. <https://doi.org/10.12691/jbms-2-6-1>
- Balogh, E. P., Miller, B. T., & Ball, J. R. (2016). Improving diagnosis in health care. In *Improving Diagnosis in Health Care*. <https://doi.org/10.17226/21794>
- Bhatia, R. (2021). Emerging Health Technologies and How They Can Transform Healthcare Delivery. *Journal of Health Management*, 23(1), 63–73. <https://doi.org/10.1177/0972063421995025>
- De Regge, M., De Pourcq, K., Meijboom, B., Trybou, J., Mortier, E., & Eeckloo, K. (2017). The role of hospitals in bridging the care continuum: A systematic review of coordination of care and follow-up for adults with chronic conditions. *BMC Health Services Research*, 17(1). <https://doi.org/10.1186/s12913-017-2500-0>
- Dewiangraeni, R. R. (2021). The Legal Policy of Doctors ' Responsibilities in Hospitals in the Indonesian Legal System. *THE American Journal of Humanities and Social Sciences Research (THE AJHSSR)*, 06, 1–8.
- Ferreira, D. C., Vieira, I., Pedro, M. I., Caldas, P., & Varela, M. (2023). Patient Satisfaction with Healthcare Services and the Techniques Used for its Assessment: A Systematic Literature Review and a Bibliometric Analysis. *Healthcare (Switzerland)*, 11(5). <https://doi.org/10.3390/healthcare11050639>
- Flessa, S., & Huebner, C. (2021). Innovations in health care—a conceptual framework. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(19). <https://doi.org/10.3390/ijerph181910026>

- Garrick, R., Sullivan, J. J., Doran, M., & Keenan, J. (2019). The Role of the Hospital in the Healthcare System. *The Modern Hospital: Patients Centered, Disease Based, Research Oriented, Technology Driven*, 47–60. https://doi.org/10.1007/978-3-030-01394-3_6
- Gwaza, E., & Msiska, G. (2022). Family Involvement in Caring for Inpatients in Acute Care Hospital Settings: A Systematic Review of Literature. *SAGE Open Nursing*, 8. <https://doi.org/10.1177/23779608221089541>
- Haleem, A. (2020). *Telemedicine for Healthcare: Capability, feature, barrier, and applications*. January. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8590973/pdf/main.pdf>
- Karam, M., Chouinard, M. C., Poitras, M. E., Couturier, Y., Vedel, I., Grgurevic, N., & Hudon, C. (2021). Nursing care coordination for patients with complex needs in primary healthcare: A scoping review. *International Journal of Integrated Care*, 21(1), 1–21. <https://doi.org/10.5334/ijic.5518>
- Kasoju, N., Remya, N. S., Sasi, R., Sujesh, S., Soman, B., Kesavadas, C., Muraleedharan, C. V., Varma, P. R. H., & Behari, S. (2023). Digital health: trends, opportunities and challenges in medical devices, pharma and bio-technology. *CSI Transactions on ICT*, 11(1), 11–30. <https://doi.org/10.1007/s40012-023-00380-3>
- Lameijer, B. A., Boer, H., Antony, J., & Does, R. J. M. M. (2023). Continuous improvement implementation models: a reconciliation and holistic metamodel. *Production Planning and Control*, 34(11), 1062–1081. <https://doi.org/10.1080/09537287.2021.1974114>
- Luxon, L. (2015). Infrastructure - the key to healthcare improvement. *Future Hospital Journal*, 2(1), 4–7. <https://doi.org/10.7861/futurehosp.15.002>

- McLaney, E., Morassaei, S., Hughes, L., Davies, R., Campbell, M., & Di Prospero, L. (2022). A framework for interprofessional team collaboration in a hospital setting: Advancing team competencies and behaviours. *Healthcare Management Forum*, 35(2), 112-117. <https://doi.org/10.1177/08404704211063584>
- Milella, F., Minelli, E. A., Strozzi, F., & Croce, D. (2021). Change and innovation in healthcare: Findings from literature. *ClinicoEconomics and Outcomes Research*, 13, 395-408. <https://doi.org/10.2147/CEOR.S301169>
- Mohebi, S., Parham, M., Sharifirad, G., & Gharlipour, Z. (2018). *Social Support and Self - Care Behavior Study*. January, 1-6. <https://doi.org/10.4103/jehp.jehp>
- Rutala, W. A. (2020). *Since January 2020 Elsevier has created a COVID-19 resource centre with free information in English and Mandarin on the novel coronavirus COVID- 19 . The COVID-19 resource centre is hosted on Elsevier Connect , the company ' s public news and information . January.*
- Stoumpos, A. I., Kitsios, F., & Talias, M. A. (2023). Digital Transformation in Healthcare: Technology Acceptance and Its Applications. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 20(4). <https://doi.org/10.3390/ijerph20043407>
- Varkey, B. (2021). Principles of Clinical Ethics and Their Application to Practice. *Medical Principles and Practice*, 30(1), 17-28. <https://doi.org/10.1159/000509119>
- World Health Organization. Global Malaria Programme. (2018). Delivering quality health services. In *World Health Organization* (Issue July). <http://apps.who.int/bookorders>.

BAB 6

AKREDITASI RUMAH SAKIT

Hernawati Permata Sari, S.K.M, M.K.M,
CRP.

A. Pendahuluan

Peningkatan mutu pelayanan merupakan tantangan penting bagi rumah sakit, agar mampu memberikan pelayanan yang optimal dan terstandar kepada pasien sesuai dengan perkembangan saat ini.

Dalam rangka meningkatkan mutu pelayanan medis di rumah sakit, seluruh rumah sakit di Indonesia wajib melakukan akreditasi secara berkala, yakni minimal tiga tahun sekali, sebagaimana diamanatkan Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009. (Pasal 40 Ayat 1).

Salah satu manfaat dari proses akreditasi adalah dapat meningkatkan kepercayaan masyarakat bahwa suatu rumah sakit fokus pada keselamatan pasien dan mutu pelayanan. Tujuan dari proses akreditasi adalah untuk meningkatkan budaya keselamatan dan mutu rumah sakit serta memastikan bahwa rumah sakit senantiasa berupaya meningkatkan mutu dan pelayanan.

B. Pengertian Akreditasi Rumah Sakit

Akreditasi rumah sakit yang dilakukan oleh badan akreditasi independen yang ditunjuk oleh Menteri Kesehatan disebut dengan akreditasi rumah sakit. Evaluasi ini dilakukan untuk menilai rumah sakit yang memenuhi standar sertifikasi,

dengan harapan dapat terus meningkatkan mutu pelayanan rumah sakit.

Akreditasi rumah sakit merupakan salah satu cara untuk menilai mutu pelayanan rumah sakit. Kegiatan akreditasi adalah penilaian sendiri (*self assessment*) yang dilakukan oleh rumah sakit dan proses penilaian dari luar (*external peer review*) untuk menilai mutu layanan dihubungkan dengan standar dan cara penerapannya (KARS, 2017).

Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 1128 Tahun 2022 tentang Standar Akreditasi Rumah Sakit memberikan pedoman bagi Rumah Sakit dalam melaksanakan akreditasi untuk meningkatkan mutu dan keselamatan pasien. Peningkatan mutu dan keselamatan pasien merupakan proses yang tidak pernah berhenti dan harus terus dilakukan oleh rumah sakit demi mempertahankan mutu rumah sakit yang unggul bertaraf internasional.

Standar akreditasi yang berfokus pada pasien, bersifat dinamis dan mengikuti perkembangan dibutuhkan sebagai acuan rumah sakit pada pelaksanaan akreditasi dalam meningkatkan mutu pelayanan.

Proses penyusunan standar akreditasi rumah sakit merupakan upaya tim untuk membandingkan dan melakukan *benchmarking* standar akreditasi dengan mengacu pada Standar Nasional Akreditasi Rumah Sakit edisi 1.1 *Joint Commission International Standards for Hospital* edisi 7, serta Peraturan dan Panduan Rumah Sakit. edisi ke-5 yang diterbitkan oleh *International Society for Quality Healthcare (ISQUA)*.

Selain itu, diskusi juga dilakukan dengan perwakilan organisasi independen yang mengatur akreditasi rumah sakit, asosiasi profesi, asosiasi rumah sakit, rumah sakit, dan akademisi. Hasil diskusi tersebut mendapat masukan tertulis dari organisasi independen yang mengatur akreditasi rumah sakit dan selanjutnya dibahas oleh panelis mengenai pengembangan standar akreditasi rumah sakit. Standar akreditasi rumah sakit dibuat sederhana agar mudah dipahami dan diterapkan oleh rumah sakit.

Rumah Sakit melaksanakan persiapan akreditasi baik secara mandiri maupun di bawah bimbingan Kementerian Kesehatan, dinas kesehatan , dinas kesehatan masyarakat kabupaten/kota, atau instansi terkait lainnya. Langkah-langkah persiapan sertifikasi meliputi pemenuhan persyaratan sertifikasi dengan melengkapi dokumentasi kinerja dan perizinan secara lengkap, meningkatkan kompetensi staf melalui pelatihan, dan menyiapkan fasilitas layanan sesuai dengan peraturan perundang-undangan.

Untuk menunjukkan kemampuan rumah sakit dalam memenuhi standar akreditasi yang ditetapkan, rumah sakit dapat melakukan penilaian mandiri secara berkala terhadap kepatuhannya terhadap standar akreditasi rumah sakit. Apabila manajemen rumah sakit menetapkan bahwa rumah sakit tersebut bersedia dan mampu mengejar akreditasi, maka permohonan peninjauan akan diajukan kepada lembaga akreditasi independen pilihan rumah sakit tersebut. Pemilihan lembaga akreditasi independen merupakan kebijaksanaan rumah sakit dan tidak dipaksakan oleh pihak manapun.

Status akreditasi ditetapkan oleh Direktur Jenderal Pelayanan Medik Kementerian Kesehatan berdasarkan usulan dari KARS. Ada empat kemungkinan status sertifikasi yaitu :

1. Tidak dapat diakreditasi

Rumah sakit yang tidak dapat memenuhi standar yang ditetapkan maka rumah sakit tersebut tidak dapat diakreditasi.

2. Akreditasi Bersyarat

Jika skor keseluruhan Anda lebih besar dari 65% tetapi kurang dari 75%, Anda tidak mempunyai skor. Jika kurang dari 60% akan dievaluasi kembali dalam waktu satu tahun.

3. Akreditasi Penuh

Apabila nilai total lebih besar dari 75%, tidak ada nilai kurang dari 60%, berlaku selama 3 tahun.

4. Akreditasi Khusus, berlaku selama 5 tahun.

Hal ini dicapai setelah tiga sertifikasi penuh berturut-turut.

C. Tujuan Akreditasi Rumah Sakit

Proses akreditasi bertujuan untuk meningkatkan budaya keselamatan dan budaya mutu rumah sakit agar rumah sakit senantiasa berupaya meningkatkan mutu dan keselamatan pelayanannya.

Tujuan umum akreditasi adalah untuk memahami seberapa baik rumah sakit di Indonesia memenuhi standar yang ditetapkan dan mampu mempertanggungjawabkan mutu pelayanan rumah sakit. Melalui proses akreditasi rumah sakit dapat :

1. Meningkatkan kepercayaan masyarakat bahwa rumah sakit fokus pada keselamatan pasien dan mutu pelayanan.
2. Memastikan kepuasan staf, mendengarkan pasien dan keluarganya, menghormati hak-hak pasien, dan memberikan pelayanan serta memperlakukan pasien sebagai mitra.
3. Menciptakan budaya pembelajaran proaktif dari pelaporan insiden keselamatan pasien.
4. Membangun pemimpin yang mengutamakan kolaborasi. Kepemimpinan ini menetapkan prioritas dan menciptakan kepemimpinan yang berkelanjutan untuk mencapai kualitas dan keselamatan pasien di semua tingkatan.

Akreditasi rumah sakit mempengaruhi persepsi positif tenaga kesehatan terhadap budaya keselamatan pasien. Akreditasi rumah sakit merupakan prasyarat bagi rumah sakit untuk memberikan pelayanan kesehatan yang terbaik. Akreditasi menunjukkan bahwa suatu rumah sakit memberikan mutu pelayanan yang memenuhi standar, terutama dalam hal keselamatan pasien.

D. Pengaruh Akreditasi Terhadap Keselamatan Pasien Rumah Sakit

Peningkatan mutu dan keselamatan pasien dapat berujung pada akreditasi rumah sakit. Hubungan yang dimaksud sama dengan dampak akreditasi rumah sakit terhadap keselamatan pasien. Dalam kedua kasus tersebut, akreditasi dilakukan oleh lembaga yang dapat mengevaluasi

rumah sakit berdasarkan keadaannya. Jika kondisi rumah sakit baik dan partisipasi tim tenaga medis bersifat kooperatif maka akan membantu meningkatkan mutu pelayanan rumah sakit, pasien serta keluarganya akan merasa bahwa hal ini dapat dilihat sebagai pelayanan yang bagus dan kerjasama yang baik antar tim secara keseluruhan Akreditasi rumah sakit, selain status rumah sakit dan kerjasama seluruh tim profesional kesehatan, telah menunjukkan bahwa mutu pelayanan dapat diangkat ke tingkat internasional. Namun komitmen sangat dibutuhkan. sehingga organisasi yang dibentuk di lingkungan rumah sakit dapat berfungsi dengan baik dan berkontribusi satu dan yang lainnya.

Rumah Sakit yang terakreditasi adalah rumah sakit yang memenuhi standar pelayanan untuk mempertahankan dan meningkatkan mutu pelayanan rumah sakit (Kementerian Kesehatan, 2020).

Tidak hanya masyarakat yang menuntut kebutuhan hidup sehat, pola pikir masyarakat juga ikut berkembang dalam memberikan jawaban dan kebutuhan layanan kesehatan agar masyarakat dapat memperoleh pelayanan kesehatan yang berkualitas. Rumah sakit harus menerapkan standar akreditasi untuk meningkatkan kepuasan pasien, keselamatan pasien dan mutu pelayanan.

E. Kelompok Standar Akreditasi Rumah Sakit

Standar akreditasi rumah sakit dikelompokkan berdasarkan ciri-ciri utama yang umum pada organisasi rumah sakit. Standar tersebut dikelompokkan berdasarkan fungsi-fungsi yang terkait dengan pemberian layanan kepada pasien dan upaya membangun organisasi rumah sakit yang aman, efektif dan dikelola dengan baik.

Standar Akreditasi Rumah Sakit dikelompokkan sebagai berikut:

1. Kelompok Manajemen Rumah Sakit terdiri atas:
 - a. Tata Kelola Rumah Sakit (TKRS),
 - b. Kualifikasi dan Pendidikan Staf (KPS),

- c. Manajemen Fasilitas dan Keselamatan (MFK)
 - d. Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien (PMKP)
 - e. Manajemen Rekam Medik dan Informasi Kesehatan (MRMIK)
 - f. Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI)
 - g. Pendidikan dalam Pelayanan Kesehatan (PPK)
2. Kelompok Pelayanan Berfokus pada Pasien terdiri atas:
 - a. Akses dan Kontinuitas Pelayanan (AKP)
 - b. Hak Pasien dan Keluarga (HPK)
 - c. Pengkajian Pasien (PP)
 - d. Pelayanan dan Asuhan Pasien (PAP)
 - e. Pelayanan Anestesi dan Bedah (PAB)
 - f. Pelayanan Kefarmasian dan Penggunaan Obat (PKPO)
 - g. Komunikasi dan Edukasi (KE)
 3. Kelompok Sasaran Keselamatan Pasien (SKP).
 4. Kelompok Program Nasional (PROGNAS).

F. Lembaga Akreditasi Rumah Sakit di Indonesia

Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan No. 12 tahun 2020, akreditasi rumah sakit harus dilakukan oleh lembaga independen penyelenggara akreditasi yang berasal dari dalam atau luar negeri. Sesuai Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 12 Tahun 2020, akreditasi rumah sakit harus dilakukan oleh badan akreditasi nasional atau internasional yang independen.

1. Komisi Akreditasi Rumah Sakit (KARS)

KARS adalah organisasi independen nirlaba dalam bidang akreditasi rumah sakit yang memiliki surveyor terbesar yang tersebar di seluruh Indonesia. Per 2022 tercatat KARS memiliki 946 surveyor yang terdiri dari 355 orang surveyor manajemen, 315 orang surveyor medis dan 276 surveyor keperawatan.

2. Lembaga Akreditasi Mutu dan Keselamatan Pasien Rumah Sakit (LAM-KPRS)

LAM-KPRS merupakan lembaga akreditasi yang didirikan oleh para dokter rumah sakit dan akademisi serta berlandaskan pada prinsip berorientasi pada hasil (kepuasan pelanggan), digitalisasi, pemberdayaan masyarakat, keterjangkauan, dan menjaga kesinambungan pelaksanaan akreditasi.

3. Lembaga Akreditasi Fasilitas Kesehatan (LAFKI)

Tujuan dari lembaga ini adalah untuk memberikan penilaian dan jaminan terhadap fasilitas kesehatan di Indonesia dengan tujuan meningkatkan mutu dan keselamatan pasien.

4. Lembaga Akreditasi Rumah Sakit Damar Husada Paripurna (LARS DHP)

LARS DHP memiliki visi untuk menjadi badan akreditasi rumah sakit terkemuka di tingkat nasional dan internasional dengan mengutamakan standar mutu rumah sakit dan keselamatan pasien.

5. Lembaga Akreditasi Rumah Sakit (LARS)

LARS bertujuan untuk memantau, mengendalikan dan mengevaluasi standarisasi mutu pelayanan medis di rumah sakit dengan mengedepankan tata kelola yang baik, keselamatan pasien dan pelayanan prima yang didirikan oleh komunitas profesional kesehatan.

6. Lembaga Akreditasi Rumah Sakit Indonesia (LARSI)

Sejak November 2021, LARSI menjadi lembaga independen yang mengelola akreditasi rumah sakit berdasarkan Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia. Visi LARSI adalah menjadi badan akreditasi terpercaya untuk meningkatkan kualitas layanan, keselamatan pasien, dan keberlanjutan rumah sakit.

G. Penyelenggaraan Akreditasi Rumah Sakit

1. Persiapan

Segala persiapan dilakukan oleh rumah sakit secara mandiri atau di bawah bimbingan Kementerian Kesehatan, dinas kesehatan provinsi, dinas kesehatan kabupaten/kota, atau instansi terkait lainnya.

Langkah-langkah persiapan akreditasi meliputi pemenuhan persyaratan sertifikasi dengan melengkapi dokumentasi kinerja dan perizinan secara lengkap, meningkatkan kompetensi staf melalui pelatihan, dan menyiapkan fasilitas layanan sesuai dengan undang-undang.

Rumah Sakit yang mengajukan survei akreditasi sekurang-kurangnya harus memenuhi persyaratan sebagai berikut:

- a. Rumah sakit mempunyai izin usaha yang sah dan terdaftar di Kementerian Kesehatan.
- b. Pimpinan atau direktur rumah sakit haruslah seorang tenaga medis yang mempunyai keterampilan dan pengetahuan di bidang rumah sakit.
- c. Rumah sakit mempunyai Izin Pengolahan Limbah Cair (IPLC) yang masih berlaku.
- d. Rumah sakit bekerja sama dengan pihak ketiga yang mempunyai izin sah sebagai pengolah dan/atau pengangkut limbah B3 atau izin alat pengolahan limbah B3.
- e. Seluruh tenaga kesehatan (petugas kesehatan) di rumah sakit yang memberikan pelayanan medis mempunyai Surat Tanda Registrasi (STR) dan Surat Izin Praktik (SIP) atau Surat Kuasa yang masih berlaku sesuai peraturan perundang-undangan.
- f. Rumah sakit siap memenuhi kewajibannya untuk meningkatkan mutu dan keselamatan pasien.
- g. Sarana dan Peralatan Kesehatan (SPA) minimal 60% memenuhi persyaratan ASPAK dan 100% terverifikasi oleh Kementerian Kesehatan atau dinas kesehatan masyarakat setempat sesuai kewenangannya.

2. Pelaksanaan

Lembaga independen penyelenggara akreditasi Melakukan penilaian terhadap persyaratan rumah sakit yang mengajukan permohonan. Setelah rumah sakit memenuhi persyaratan, lembaga akan menetapkan waktu pelaksanaan akreditasi. Penilaian akreditasi dilakukan secara online atau offline tergantung tahapan pelaksanaan akreditasi.

Berikut adalah tahapan pelaksanaan akreditasi :

a. Persiapan dan penjelasan

Merupakan fase dimana organisasi pengelola akreditasi mengkomunikasikan rangkaian kegiatan akreditasi mulai dari persiapan survei, pelaksanaan survei hingga akhir survei. Penjelasan dapat diberikan secara online melalui media informasi yang tersedia di rumah sakit.

b. Penyampaian dan pemeriksaan dokumen

Rumah Sakit menyampaikan dokumen kepada lembaga independen penyelenggara akreditasi melalui sistem informasi yang disediakan oleh lembaga independen penyelenggara akreditasi. Jenis dokumen yang diserahkan rumah sakit tunduk pada persyaratan lembaga akreditasi independen yang memenuhi standar akreditasi.

Lembaga sertifikasi independen ini melakukan evaluasi dan analisis terhadap dokumen dan meneruskan dokumen tersebut ke rumah sakit. Kegiatan ini dilakukan secara online melalui sistem informasi yang dapat diakses oleh pihak rumah sakit.

c. Kunjungan Lapangan

Lembaga independen penyelenggara akreditasi akan menetapkan jadwal pelaksanaan survei dan kunjungan lapangan.

Kunjungan lapangan dilakukan oleh lembaga akreditasi independen setelah klarifikasi dokumen yang diserahkan oleh rumah sakit. Tujuan dari kunjungan lapangan adalah untuk memastikan bahwa kondisi

lapangan sesuai dengan dokumen yang diserahkan dan untuk mendapatkan hal-hal yang memerlukan konfirmasi oleh para surveyor.

Dalam kunjungan lapangan ini surveyor akan melakukan observasi, wawancara terhadap petugas, pasien, anggota keluarga, dan pengunjung, serta simulasi.

Jumlah hari dan Jumlah surveyor yang melakukan kunjungan lapangan sesuai dengan ketentuan sebagai berikut :

Tabel 6. 1. Ketentuan Jumlah Hari dan Surveyor Sesuai Kategori RS

Klasifikasi	Kelas	Lama hari	Surveyor
RS Umum	A	3	4
	B	2	3
	C	2	2
	D	2	2
RS Khusus	A	2	2
	B	2	2
	C	2	2

3. Penilaian

Lembaga independen penyelenggara akreditasi menentukan tata cara dan jenjang evaluasi akreditasi berdasarkan kriteria akreditasi yang digunakan dalam kajian akreditasi.

Tingkat penilaian ditentukan oleh lembaga akreditasi independen berdasarkan prinsip ketidakberpihakan, profesionalisme dan menghindari konflik kepentingan.

Lembaga independen yang melaksanakan akreditasi membuat alat, daftar periksa dan alat pendukung bagi evaluator ketika melakukan penilaian, untuk memastikan bahwa hasil yang dicapai obyektif dan mudah dipahami.

Penentuan nilai unsur penilaian dilakukan dengan memperhatikan kelengkapan dokumentasi, hasil penelusuran, kunjungan lapangan, simulasi dengan petugas,

wawancara dan penjelasan kriteria akreditasi, dengan ketentuan sebagai berikut:

- a. TL : Terpenuhi Lengkap
- b. TS : Terpenuhi Sebagian
- c. TT : Tidak Terpenuhi
- d. TDD : Tidak Dapat Diterapkan

No	Kriteria	Nilai 10 (TL)	Nilai 5 (TS)	Nilai 0 (TT)	TDD
1	Elemen penilaian terpenuhi	≥80%	20% s.d <80%	<20%	Tidak dapat diterapkan
2	Bukti kepatuhan	Bukti kepatuhan ditemukan konsisten pada Seluruh unit	Sebagian kepatuhan ditemukan tidak konsisten pada sebagian unit	Kepatuhan tidak ditemukan pada semua unit	
3	Wawancara dari pemenuhan EP	Sesuai standar dan dapat dibuktikan dengan dokumen dan pengamatan	Sebagian menjelaskan sesuai standar dan dibuktikan dengan dokumen	Tidak sesuai standar dan dibuktikan dengan dokumen dan pengamatan	
4	Regulasi	Regulasi lengkap sesuai dengan EP	Regulasi hanya sebagian yang sesuai EP	Tidak ada regulasi yang sesuai	

No	Kriteria	Nilai 10 (TL)	Nilai 5 (TS)	Nilai 0 (TT)	TDD
5	UMAN rapat (Undangan, materi, absensi, notulen)	Lengkap 80% s.d 100%	50% s.d <80% lengkap	Kelengkapan < 50%	
6	Dokumen pelatihan seperti kerangka acuan (TOR) pelatihan yang dilampiri UMAN	80% s.d 100% lengkap	50% s.d <80% lengkap	Kelengkapan < 50%	
7	Dokumen orientasi staf seperti kerangka Acuan (TOR) orientasi yang dilampiri Jadwal acara, undangan, absensi/ laporan, penilaian hasil orientasi dari kepala SDM	80% s.d 100% lengkap	50% s.d <80% lengkap	Kelengkapan < 50%	

No	Kriteria	Nilai 10 (TL)	Nilai 5 (TS)	Nilai 0 (TT)	TDD
	(orientasi umum) atau kepala unit (orientasi khusus)				
8	Hasil observasi Pelaksanaan pelayanan	80% s.d 100% Pelaksanaan pelayanan sesuai regulasi dan standar	50% s.d <80% Pelaksanaan pelayanan sesuai regulasi dan standar	<50% Pelaksanaan pelayanan sesuai regulasi dan standar	
9	Hasil simulasi	80% s.d 100% Staf dapat melakukan simulasi sesuai regulasi/ standar:	50% s.d <80% Staf dapat melakukan simulasi sesuai regulasi/ standar:	< 50% Staf dapat melakukan simulasi sesuai regulasi/ standar:	
10	Kelengkapan Rekam medik (Telaah rekam medik tertutup), pada survei awal 4	80%-100% Rekam medik lengkap	50% s.d <80% Rekam medis	< 50% Rekam medik lengkap	

No	Kriteria	Nilai 10 (TL)	Nilai 5 (TS)	Nilai 0 (TT)	TDD
	bulan sebelum survei, pada Survei ulang 12 bulan sebelum survei				

Setelah dilakukan telusur dan kunjungan termasuk klarifikasi kepada rumah sakit, hal-hal penting akan disampaikan oleh surveyor kepada rumah sakit dengan tujuan memberi gambaran kepada rumah sakit tentang proses akreditasi yang telah dilaksanakan dan segala hal yang harus diperbaiki untuk meningkatkan mutu pelayanan rumah sakit.

Hasil akreditasi disampaikan oleh Lembaga independen penyelenggara akreditasi kepada Kementerian Kesehatan melalui Direktur Jenderal Pelayanan Kesehatan paling lambat 5 (lima) hari kerja setelah dilakukan survei. Ketentuan hasil akreditasi berdasarkan pemenuhan standar akreditasi dalam Keputusan Menteri adalah sebagai berikut:

Setelah dilakukan penelurusan, termasuk klarifikasi terhadap rumah sakit, surveyor akan memberikan gambaran kepada rumah sakit mengenai proses akreditasi yang dilakukan dan segala hal yang perlu diperbaiki untuk meningkatkan mutu pelayanan rumah sakit.

Hasil akreditasi akan disampaikan oleh lembaga independen penyelenggara sertifikasi kepada Kementerian Kesehatan melalui Direktur Pelayanan Kesehatan dalam waktu lima hari kerja setelah survei dilakukan.

Berikut adalah ketentuan hasil sertifikasi berdasarkan pemenuhan standar sertifikasi dalam peraturan menteri yaitu :

Tabel 6. 2. Ketentuan Hasil Akreditasi

Hasil Akreditasi	Kriteria
Paripurna	Nilai minimal 80% pada seluruh bab
Utama	Nilai 80% pada bab SKP Nilai 80% pada 12 - 15 Bab Rumah sakit pendidikan 12 - 14 bab lulus dan minimal 80% untuk bab SKP
Madya	Nilai minimal SKP 70% Nilai 80% untuk 8 sampai 11 Bab
Tidak terakreditasi	a. Kurang dari 8 Bab di nilai minimal 80%; dan/atau b. Kurang 70% nilai Bab SKP

Rumah sakit mempunyai kesempatan untuk menerapkan kembali kriteria yang memenuhi kurang dari 80% dalam waktu tiga bulan dan paling lambat enam bulan sejak survei sebelumnya

Lembaga independen yang menyelenggarakan akreditasi akan memberikan rekomendasi hasil evaluasi kepada rumah sakit, termasuk hal-hal yang perlu ditindaklanjuti dan ditingkatkan, kepada rumah sakit setelah penyerahan sertifikat akreditasi.

Rencana Perbaikan Strategis (PPS) dikembangkan oleh rumah sakit berdasarkan rekomendasi dari Badan Pengelola Akreditasi. Pengajuan rencana perbaikan harus dilakukan dalam waktu 45 hari setelah menerima rekomendasi dari badan akreditasi. Strategi perencanaan perbaikan akan disampaikan kepada lembaga akreditasi, Dinas Kesehatan daerah untuk RS Kelas B, C, dan D, serta Kementerian Kesehatan untuk RS Kelas A.

Laporan kegiatan akreditasi disampaikan oleh fasilitas kepada Departemen Kesehatan melalui Sistem Informasi Akreditasi Rumah Sakit. Laporan tersebut memuat rekomendasi perbaikan dan tingkat akreditasi yang dicapai rumah sakit. Laporan ini juga harus dapat diakses oleh pemerintah negara bagian dan layanan kesehatan kabupaten/kota.

Umpan balik dari rumah sakit harus diminta setelah setiap survei untuk memastikan akuntabilitas dan kualitas pelaksanaan survei akreditasi dan pelaksanaan survei mengenai kinerja dan perilaku surveyor. Lembaga independen pengelola akreditasi rumah sakit menyampaikan masukan tersebut kepada Kementerian Kesehatan melalui Sistem Informasi Akreditasi Rumah Sakit. Masukan tersebut menjadi dasar upaya peningkatan kualitas pelaksanaan survei akreditasi.

Departemen Kesehatan dapat menggunakan informasi dari umpan balik ini untuk memberikan bimbingan dan pengawasan dalam melakukan survei akreditasi terhadap lembaga independen dalam waktu tiga bulan dan paling lambat enam bulan sejak survei sebelumnya.

Sertifikat akreditasi rumah sakit harus mencantumkan masa berlaku akreditasi sesuai dengan peraturan perundang-undangan dan diserahkan dalam waktu 14 hari setelah akreditasi.

DAFTAR PUSTAKA

- Kemendes, (2022). <https://yankes.kemkes.go.id/read/508/lembaga-independen-penyelenggara-akreditasi>
- Kusumawardhani, O.B., (2021). Pemahaman akreditasi dan karakteristik individu terhadap kinerja karyawan rumah sakit. *Jurnal Manajemen Dayasaing*, 23(1), pp.51-58.
- Miandi, R.K. and Peristiowati, Y., (2022). Pengaruh Akreditasi Untuk Meningkatkan Mutu Pelayanan dan Keselamatan Pasien di Rumah Sakit (Studi Sistematis Review). *Jurnal Ilmiah Perkam Dan Informasi Kesehatan Imelda (JIPIKI)*, 7(1), pp.80-87.
- Purwanto, S.G. and Nugraheni, S.A., (2023). Pengaruh Akreditasi Rumah Sakit Terhadap Budaya Keselamatan Pasien Menggunakan Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPSC): Systematic Review. *Jurnal Keperawatan*, 15(4), pp.1947-1960.
- Sakit, K.A.R., (2012). Instrumen akreditasi rumah sakit standar akreditasi versi 2012. *Jakarta: KARS*.
- Sakit, K.A.R., (2012). Panduan penyusunan dokumen akreditasi. *Jakarta: KARS*.
- Sakit, K.A.R., (2014). Pedoman Tatalaksana Survei Akreditasi Rumah Sakit.
- SAKIT, K.A.R., (2018). Komisi Akreditasi Rumah Sakit.
- Solehudin, S. and Sihura, S.S.G., (2023). Pengaruh Akreditasi Terhadap Peningkatan Mutu Pelayanan Rumah Sakit. *Jurnal Medika Husada*, 3(1), pp.25-36.

BAB 7

ETIKA PROMOSI RUMAH SAKIT

Dr. Enny Khotimah, AMAK., S.E., M.M.

A. Pendahuluan

Promosi yang transparan dan informatif dapat membantu masyarakat untuk lebih memahami layanan kesehatan yang tersedia dan memilih rumah sakit sesuai dengan kebutuhan mereka. Dalam konteks ini, promosi bukanlah sekedar upaya penjualan , tetapi juga merupakan sarana untuk memberikan informasi yang berguna bagi masyarakat. Di Indonesia promosi rumah sakit masih jarang dilakukan , karena dianggap oleh sebagian orang bahwa promosi berarti mengarahkan seseorang untuk berobat ke rumah sakit tertentu.

Adanya promosi yang efektif membantu rumah sakit untuk meningkatkan keterjangkauan pelayanan kesehatan bagi masyarakat. Namun , penting untuk memastikan bahwa promosi dilakukan dengan memperhatikan etika dan standar yang berlaku dalam industri kesehatan. Sementara di Indonesia, banyak rumah sakit masih ragu untuk melakukan promosi. Mereka tidak hanya memasang iklan, tetapi juga melakukan kegiatan public relations dan pemasaran yang lebih luas untuk menarik minat masyarakat Indonesia. Akibatnya, beberapa orang Indonesia memilih untuk berobat ke luar negeri karena mereka merasa lebih percaya dengan layanan yang ditawarkan di sana.

Dalam menghadapi dinamika ini, rumah sakit di Indonesia perlu mempertimbangkan untuk lebih terbuka terhadap promosi yang dilakukan dengan etika dan

transparansi. Hal ini dapat membantu mereka untuk lebih kompetitif dalam menyediakan layanan kesehatan yang berkualitas dan meningkatkan aksesibilitas bagi masyarakat Indonesia. Namun, tentu saja, promosi harus dilakukan dengan memperhatikan kepentingan dan kesejahteraan masyarakat serta prinsip-prinsip etika yang berlaku.

B. Promosi Rumah Sakit (*Hospital marketing*)

Merupakan serangkaian strategi dan aktivitas yang dilakukan oleh rumah sakit untuk mempromosikan layanan kesehatan mereka kepada masyarakat. Tujuan utama dari *hospital marketing* adalah untuk meningkatkan kesadaran masyarakat tentang layanan yang tersedia di rumah sakit, meningkatkan jumlah pasien yang datang dan memperkuat citra serta reputasi rumah sakit. Berikut merupakan metode-metode yang digunakan sebagai kegiatan promosi rumah sakit:

1. Pemasaran Digital

Menggunakan media sosial, situs web, dan kampanye online lainnya untuk mempromosikan layanan rumah sakit, memberikan informasi kepada masyarakat, dan berinteraksi dengan pasien potensial.

2. Iklan

Menggunakan media cetak, radio, televisi, dan luar ruangan untuk menjangkau audiens yang lebih luas dan meningkatkan kesadaran tentang rumah sakit dan layanan yang mereka tawarkan.

3. Hubungan masyarakat

Memanfaatkan kegiatan PR seperti konferensi pers, acara amal, atau program kemitraan dengan organisasi atau tokoh terkenal untuk memperkuat citra positif rumah sakit.

4. Kemitraan dengan komunitas

Berkolaborasi dengan organisasi masyarakat setempat, sekolah, atau bisnis lokal untuk memberikan edukasi kesehatan, program pencegahan, atau layanan kesehatan gratis kepada masyarakat.

5. Layanan pelanggan yang unggul

Menyediakan pengalaman pasien yang positif dan pelayanan yang ramah serta berkualitas untuk memperoleh kepuasan pelanggan dan mendapatkan rekomendasi positif dari pasien yang puas kepada orang lain.

6. Penelitian pasar

Mengumpulkan data dan analisis untuk memahami kebutuhan dan preferensi pasien serta tren pasar, sehingga rumah sakit dapat menyesuaikan strategi pemasaran mereka secara efektif.

Hospital marketing merupakan bagian penting dalam menjalankan rumah sakit secara efektif, karena membantu meningkatkan aksesibilitas pelayanan kesehatan, memperluas jangkauan pasien, dan memperkuat hubungan antara rumah sakit dan komunitasnya. Namun, penting untuk melakukan hospital marketing dengan etika dan integritas, serta memprioritaskan kepentingan kesehatan dan kesejahteraan masyarakat.

C. Dasar Hukum

Penyelenggaraan promosi kesehatan rumah sakit diatur dalam peraturan Menteri kesehatan Republik Indonesia Nomor 44 Tahun 2018. Promosi Kesehatan adalah proses untuk memberdayakan masyarakat melalui kegiatan menginformasikan, mempengaruhi dan membantu masyarakat agar berperan aktif untuk mendukung perubahan perilaku dan lingkungan serta menjaga dan meningkatkan kesehatan menuju derajat kesehatan yang optimal. Manajemen PKRS meliputi , pengkajian merupakan tahap awal dalam manajemen promosi kesehatan rumah sakit adalah pengkajian. Ini melibatkan analisis mendalam terhadap situasi, kebutuhan, dan karakteristik target pasar atau audiens. Pengkajian ini mencakup pemahaman tentang masalah kesehatan masyarakat, persepsi terhadap layanan kesehatan, dan faktor-faktor yang mempengaruhi perilaku kesehatan., perencanaan dilakukan setelah pengkajian ,langkah selanjutnya adalah perencanaan

strategi promosi. Dalam tahap ini, rumah sakit merumuskan tujuan promosi yang jelas, menentukan target audiens, mengidentifikasi pesan-pesan kunci yang ingin disampaikan, dan merancang strategi komunikasi yang sesuai.

Perencanaan juga mencakup alokasi sumber daya, seperti anggaran dan personel, serta penentuan metrik untuk mengukur keberhasilan promosi., pelaksanaan adalah saat promosi kesehatan rumah sakit dilakukan sesuai dengan rencana yang telah dirumuskan. Ini melibatkan implementasi berbagai kegiatan promosi, seperti peluncuran kampanye iklan, penyelenggaraan acara promosi kesehatan, atau penggunaan media sosial untuk menyebarkan informasi kepada masyarakat dan monitoring dan evaluasi proses pengawasan terhadap pelaksanaan promosi untuk memastikan bahwa semua kegiatan berjalan sesuai rencana. Hal ini melibatkan pemantauan terhadap kinerja promosi, termasuk pengukuran eksposur pesan, respon masyarakat, dan efektivitas media yang digunakan. Monitoring juga memungkinkan identifikasi perubahan atau masalah yang mungkin timbul selama pelaksanaan promosi. Tahap evaluasi merupakan penilaian terhadap hasil promosi kesehatan rumah sakit. Evaluasi dilakukan untuk mengevaluasi pencapaian tujuan promosi, mengidentifikasi kekuatan dan kelemahan dari strategi yang digunakan, serta mengevaluasi dampak promosi terhadap perilaku kesehatan masyarakat. Evaluasi yang baik memberikan wawasan yang berharga untuk meningkatkan promosi di masa mendatang.

D. Penyelenggara Promosi rumah sakit

Promosi rumah sakit dapat diselenggarakan oleh beberapa pihak yang berbeda termasuk , pihak rumah sakit itu sendiri yang memiliki departemen atau tim khusus yang bertanggung jawab untuk merancang dan melaksanakan strategi promosi mereka sendiri. Tim ini dapat terdiri dari personel internal seperti manajer pemasaran, staf kreatif, dan petugas hubungan masyarakat yang bekerja sama untuk mengembangkan dan melaksanakan kampanye promosi rumah

sakit, perusahaan periklanan dimana rumah sakit mungkin memilih departemen atau tim khusus yang bertanggung jawab untuk merancang dan melaksanakan strategi promosi mereka sendiri. Tim ini dapat terdiri dari personel internal seperti manajer pemasaran, staf kreatif, dan petugas hubungan masyarakat yang bekerja sama untuk mengembangkan dan melaksanakan kampanye promosi rumah sakit. Selain itu, promosi rumah sakit juga dapat diselenggarakan oleh pihak-pihak lain yang bekerja sama dengan rumah sakit, seperti organisasi nirlaba, mitra bisnis, atau influencer kesehatan. Namun, dalam melakukan promosi, pihak-pihak lain ini perlu tetap mengacu pada pedoman etika promosi rumah sakit yang berlaku, untuk memastikan bahwa semua informasi yang disampaikan kepada masyarakat akurat, jujur, dan tidak menyesatkan.

Dalam semua kasus, penting untuk memastikan bahwa promosi rumah sakit dilakukan dengan memperhatikan etika dan integritas, serta memprioritaskan kepentingan kesehatan dan kesejahteraan masyarakat. Promosi yang dilakukan secara bertanggung jawab dapat membantu meningkatkan kesadaran masyarakat tentang pelayanan kesehatan yang tersedia, memperluas aksesibilitas pelayanan kesehatan, dan memberikan manfaat positif bagi masyarakat secara keseluruhan.

E. Etika Promosi Kesehatan

1. Asas umum

- a. Promosi harus jujur, bertanggung jawab dan tidak bertentangan dengan hukum yang berlaku
- b. Promosi tidak boleh menyinggung perasaan dan merendahkan martabat negara, agama, tata susila, adat, budaya, suku, dan golongan
- c. Promosi harus dijiwai oleh asas persaingan yang sehat.
- d. Promosi yang dilakukan harus tetap memiliki tanggung jawab sosial;

- 1) Layanan yang ditawarkan harus profesional dan bermutu. Setiap institusi/ pelaku pelayanan kesehatan harus selalu mengacu kepada etika profesi dan etika rumah sakit, serta bekerja sesuai pedoman dan standar layanan yang ada.
 - 2) Tarif layanan yang ditawarkan wajar dan dapat dipertanggungjawabkan serta memperhatikan ketentuan yang ada.
 - 3) Layanan yang ditawarkan harus merata dan ditujukan kepada seluruh anggota masyarakat.
 - 4) Layanan yang ditawarkan harus mampu memberikan rasa aman dan nyaman bagi pengguna layanan
- e. Promosi layanan kesehatan adalah fundamental, yang mengacu kepada :
- 1) Falsafah promosi, setiap institusi/pelaku Pelayanan kesehatan harus berada pada koridor kompetisi yang sehat.
 - 2) Misi promosi, tidak hanya ditujukan untuk meningkatkan pengguna jasa (yang sekaligus akan meningkatkan pendapatan), akan tetapi juga harus sejalan dengan manfaat sosialnya.
 - 3) Sistem promosi, bukan hanya menjual, tetapi sekaligus akan meningkatkan pengetahuan anggota masyarakat untuk memilih bentuk layanan kesehatan yang paling tepat bagi dirinya.
- f. Secara umum promosi harus bersifat :
- 1) Informatif
Memberikan pengetahuan mengenai hal ihwal yang ada relevansinya dengan berbagai pelayanan dan program rumah sakit yang efektif bagi pasien / konsumen.
 - 2) Edukatif
Memperluas cakrawala khalayak ramai tentang berbagai fungsi dan Program rumah sakit, penyelenggaraan

3) Preskriptif

Pemberian petunjuk-petunjuk kepada khalayak ramai umumnya dan pasien khususnya tentang peran pencari pelayanan kesehatan dalam proses diagnosis dan terapi

4) Preparatif

Membantu pasien/keluarga pasien dalam proses pengambilan keputusan diberikan secara konkret dan berdasarkan Kode Etik Rumah Sakit Indonesia.

2. Asas Khusus

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

F. Media Promosi

Merupakan sarana komunikasi yang digunakan oleh rumah sakit untuk menyampaikan pesan-pesan promosi kepada masyarakat. Berikut adalah beberapa contoh media promosi rumah sakit yang umum digunakan:

1. Media Cetak

- a. Iklan di surat kabar, majalah dan tabloid kesehatan
- b. Brosur, pamflet dan leaflet yang ditempatkan di rumah sakit atau didistribusikan ke tempat-tempat umum
- c. Buku panduan atau direktori rumah sakit

2. Media Elektronik

- a. Iklan di televisi, baik dalam bentuk spot iklan maupun program kesehatan yang disponsori oleh rumah sakit.
- b. Iklan di radio, termasuk pengumuman dan wawancara dengan tenaga medis rumah sakit.

- c. Situs web resmi rumah sakit yang menyediakan informasi detail tentang layanan, fasilitas, dokter, dan berita terkini.
3. Media Sosial
 - a. Penggunaan platform seperti Facebook, Instagram, Twitter, dan LinkedIn untuk membagikan konten terkait kesehatan, cerita sukses pasien, dan informasi terbaru dari rumah sakit.
 - b. Kampanye iklan digital yang ditargetkan kepada audiens yang spesifik berdasarkan demografi, minat, atau lokasi geografis.
 4. Kegiatan publik dan acara komunitas
 - a. Pameran kesehatan dan acara promosi kesehatan di pusat perbelanjaan, sekolah, atau tempat umum lainnya.
 - b. Seminar atau lokakarya kesehatan yang diselenggarakan oleh rumah sakit untuk memberikan edukasi kepada masyarakat tentang topik-topik kesehatan tertentu.
 5. Hubungan masyarakat
 - a. Konferensi pers atau siaran pers yang mengumumkan berbagai kegiatan dan prestasi rumah sakit.
 - b. Kolaborasi dengan influencer atau tokoh masyarakat untuk mendukung promosi kesehatan atau menghadiri acara-acara penting yang diselenggarakan oleh rumah sakit.
 6. Media *display*
 - a. Papan reklame atau spanduk di sekitar rumah sakit atau di tempat-tempat strategis dalam kota.
 - b. Layar digital atau monitor interaktif di ruang tunggu atau area publik rumah sakit yang menampilkan informasi tentang layanan dan kegiatan rumah sakit.

Promosi rumah sakit harus dilakukan dengan memperhatikan etika dan standar yang berlaku dalam industri kesehatan. Berikut adalah beberapa hal yang boleh dilakukan saat melakukan promosi rumah sakit, memastikan semua informasi yang disampaikan dalam promosi rumah sakit adalah

akurat, jelas, dan dapat dipercaya. Hindari menyampaikan klaim yang tidak dapat dibuktikan secara ilmiah atau menyesatkan. Fokuslah pada promosi layanan kesehatan yang memberikan manfaat nyata bagi masyarakat. Misalnya, promosikan layanan pemeriksaan kesehatan rutin, program pencegahan penyakit, atau layanan *emergency* yang tersedia di rumah sakit. Sertakan informasi tentang pola makan sehat, olahraga teratur, dan praktik kesehatan lainnya yang dapat meningkatkan kualitas hidup.

Tawarkan layanan konsultasi atau klinik kesehatan gratis sebagai bagian dari promosi rumah sakit. Ini dapat membantu masyarakat untuk mendapatkan informasi lebih lanjut tentang kondisi kesehatan mereka dan mendapatkan saran medis yang diperlukan. Ikut serta dalam kegiatan komunitas seperti pameran kesehatan, acara amal, atau program sosial untuk memperkenalkan rumah sakit kepada masyarakat dan memberikan kontribusi positif bagi komunitas. Manfaatkan platform media sosial untuk berkomunikasi dengan masyarakat secara langsung, membagikan informasi kesehatan yang berguna, dan menjawab pertanyaan atau kekhawatiran pasien potensial. Pastikan untuk mengikuti pedoman dan aturan yang berlaku dalam menggunakan media sosial dalam konteks kesehatan. Memastikan semua promosi rumah sakit sesuai dengan standar etika medis dan hukum yang berlaku. Hindari praktek-praktek promosi yang dapat merugikan atau menyesatkan masyarakat, seperti memberikan janji-janji yang tidak realistis atau menggunakan testimonial palsu. Melakukan pengukuran terhadap efektivitas promosi yang dilakukan dengan memantau jumlah pasien baru yang datang, tingkat kepuasan pasien, atau dampak promosi terhadap kesadaran masyarakat tentang pelayanan kesehatan. Evaluasi ini akan membantu dalam meningkatkan strategi promosi di masa mendatang.

Etika adalah seperangkat prinsip dan nilai yang membimbing perilaku dan keputusan dalam suatu konteks tertentu, dan dalam kasus promosi rumah sakit, itu berarti

menetapkan standar untuk bagaimana informasi kesehatan dan layanan medis disampaikan kepada masyarakat.

Perkembangan nilai-nilai dalam masyarakat serta kemajuan ilmu dan teknologi dapat mempengaruhi cara kita memandang dan memperlakukan isu-isu etis dalam promosi kesehatan. Sebagai contoh, dengan adanya teknologi informasi yang terus berkembang, cara promosi rumah sakit melalui media sosial atau platform online dapat menjadi topik penting dalam etika promosi, terutama dalam hal privasi pasien dan keamanan data.

Evaluasi berkala terhadap pedoman etika promosi rumah sakit sangat penting untuk memastikan bahwa mereka tetap relevan dan efektif dalam menghadapi perubahan-perubahan tersebut. Hal ini juga memungkinkan untuk mengidentifikasi area-area di mana pedoman mungkin perlu disesuaikan atau diperbaiki sesuai dengan perkembangan dalam pelayanan kesehatan dan dinamika masyarakat

Pada akhirnya, jika ditemukan perluasan atau perubahan dalam pedoman etika promosi rumah sakit, pihak yang bertanggung jawab dalam pembuatan pedoman tersebut, seperti lembaga pengatur atau asosiasi profesi kesehatan, dapat mengeluarkan kebijakan atau petunjuk baru untuk memperbarui pedoman yang ada, sesuai dengan kebutuhan dan perkembangan terbaru dalam bidang kesehatan.

DAFTAR PUSTAKA

- Erlina P. Mahadewi (2001, 2006) *Pedoman Etika Promosi dan Pemasaran Rumah Sakit* .
- Peraturan Menteri Kesehatan RI (2018) *Penyelenggara Promosi Kesehatan Rumah Sakit* . Jakarta
- Robert Imam Sutedja (2006) *Pedoman Etika Promosi Rumah Sakit* . Jakarta

BAB 8

KONSEP DASAR ADMINISTRASI PUSKESMAS

Nurhayati Marada, S.K.M., M.Kes.

A. Pendahuluan

Administrasi adalah proses penyelenggaraan kerja yang dilakukan bersama-sama untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan. Administrasi diwujudkan melalui fungsi-fungsi manajemen, yang terdiri dari perencanaan, pengorganisasian, pelaksanaan dan pengawasan. Administrasi dibagi menjadi dua unsur pengertian yaitu statis administrasi atau disebut organisasi dan unsur dinamis administrasi atau disebut manajemen. Organisasi merupakan suatu wadah atau institusi atau kelompok ikatan formal dimana terdapat orang-orang yang saling bekerja sama untuk mencapai tujuan tertentu yang telah ditetapkan sebelumnya. Sedangkan manajemen merupakan suatu proses atau kegiatan kerjasama yang dilakukan oleh anggota-anggota organisasi untuk menggerakkan unsur-unsur manajemen dalam mencapai tujuan.

Sebagai pusat pelayanan tingkat pertama di wilayah kerjanya, Puskesmas merupakan sarana pelayanan kesehatan pemerintah yang wajib menyelenggarakan pelayanan kesehatan secara bermutu, terjangkau, adil dan merata yaitu pelayanan kesehatan yang meliputi : Kuratif (pengobatan), Preventif (pencegahan), Promotif (peningkatan kesehatan) dan Rehabilitatif (pemulihan kesehatan). Semua jenis pelayanan ini di tunjukan kepada semua jenis golongan umur dan dimulai sejak dimulainya pembuahan dalam kandungan hingga tutup usia. Selain itu juga, Puskesmas adalah suatu unit pelaksana

fungsional yang berfungsi sebagai pusat pembangunan kesehatan, pusat pembinaan peran serta masyarakat dalam bidang kesehatan.

B. Pengertian Administrasi dan Puskesmas

1. Pengertian Administrasi

Administrasi dalam kehidupan sehari-hari sudah tidak asing didengar dan sudah sering digunakan termasuk di dunia kesehatan. Apa yang dimaksud dengan administrasi itu sendiri. Administrasi berasal dari bahasa Latin yaitu *administrare* yang berarti melayani atau membantu. Sedangkan dalam bahasa Inggris, menggunakan istilah *administration* yang sebenarnya berasal dari kata Ad (intensif) dan ministrare (to serve) yang berarti melayani, membantu, memenuhi. Menurut Robert D. Calkins administrasi adalah kombinasi antara pengambilan keputusan dan pelaksanaan dari keputusan tersebut untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan. Menurut George R. Terry, administrasi adalah pencapaian tujuan yang sudah ditentukan dengan menggunakan orang lain.

Menurut buku "Ilmu Administrasi" oleh Dr. Hj. Mariati Rahman, M.Si. ada 3 ciri administrasi yaitu : Rasionalitas (masuk akal), Kalkulus (berdasarkan perhitungan), dan Metode (penggunaan cara yang akan dipakai). Menurut Sondang P Siagian, administrasi adalah proses kerjasama antara dua orang atau lebih berdasarkan rasionalitas tertentu untuk mencapai tujuan bersama yang telah ditentukan.

Menurut Alemina Henuk-Kacaribu dalam buku Pengantar Ilmu Administrasi (2020), secara etimologis, administrasi berasal dari bahasa Yunani, yakni *administrare*, berarti melayani atau membantu. Administrasi adalah seluruh kegiatan, mulai dari pengaturan hingga pengurusan segala halnya, yang dilakukan untuk mencapai tujuan bersama. Administrasi tidak bisa dilakukan oleh satu orang saja, karena membutuhkan kerja sama antar dua orang atau

lebih. Menurut Dwight Waldo, administrasi adalah kegiatan kerjasama secara rasional yang tercermin pada pengelompokan kegiatan menurut fungsi yang dilakukan.

Dari pengertian diatas dapat disimpulkan bahwa administrasi mengandung unsur-unsur, yaitu adanya orang-orang, adanya pedoman/petunjuk, adanya kegiatan-kegiatan, adanya kerjasama, adanya rasionalisme dan adanya tujuan yang hendak dicapai.

2. Pengertian Puskesmas

Puskesmas menurut Permenkes RI Nomor 43 Tahun 2019 tentang Puskesmas menyatakan Pusat Kesehatan Masyarakat yang selanjutnya disebut Puskesmas adalah fasilitas pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan upaya kesehatan masyarakat dan upaya kesehatan perseorangan tingkat pertama, dengan lebih mengutamakan upaya promotif dan preventif di wilayah kerjanya.

Puskesmas adalah organisasi kesehatan fungsional yang merupakan pusat pengembangan kesehatan masyarakat yang juga membina peran serta masyarakat dan memberikan pelayanan secara menyeluruh dan terpadu kepada masyarakat di wilayah kerjanya dalam bentuk kegiatan pokok (Depkes RI, 1991). Menurut Kepmenkes RI No.128/Menkes/SK/II/2004 puskesmas merupakan Unit Pelayanan Teknis Dinas Kesehatan kabupaten/kota yang bertanggung jawab menyelenggarakan pembangunan kesehatan di suatu wilayah kerja.

Puskesmas adalah suatu unit pelaksana fungsional yang berfungsi sebagai pusat pembangunan kesehatan, pusat pembinaan peran serta masyarakat dalam bidang kesehatan serta pusat pelayanan kesehatan tingkat pertama yang menyelenggarakan kegiatannya secara menyeluruh, terpadu dan berkesinambungan pada suatu masyarakat yang bertempat tinggal dalam suatu wilayah tertentu (Azwar, 2010).

Pelayanan kesehatan yang diberikan Puskesmas merupakan pelayanan yang menyeluruh yang meliputi pelayanan kuratif (pengobatan), preventif (pencegahan), promotif (peningkatan kesehatan), dan rehabilitatif (pemulihan kesehatan). Pelayanan tersebut ditujukan kepada semua penduduk dengan tidak membedakan jenis kelamin dan golongan umur, sejak dari pembuahan dalam kandungan sampai tutup usia (Effendi, 2009).

C. Peran Puskesmas

1. Unit Pelaksana Teknis

Sebagai unit pelaksana teknis dinas kesehatan Kab/Kota (UPTD), puskesmas berperan menyelenggarakan sebagian dari tugas teknis operasional dinas kesehatan Kab/Kota dan merupakan unit pelaksana tingkat pertama serta ujung tombak pembangunan kesehatan di Indonesia.

2. Pembangunan Kesehatan

Pembangunan kesehatan adalah penyelenggaraan upaya kesehatan oleh bangsa Indonesia untuk meningkatkan kesadaran, kemauan, dan kemampuan hidup sehat bagi setiap orang agar terwujud derajat kesehatan masyarakat yang optimal.

3. Pertanggungjawaban Penyelenggara

Penanggung jawab utama penyelenggaraan seluruh upaya pembangunan kesehatan di wilayah Kab/Kota adalah Dinas Kesehatan Kab/Kota, sedangkan Puskesmas bertanggung jawab hanya untuk sebagian upaya pembangunan kesehatan yang dibebankan oleh Dinas Kesehatan Kab/Kota sesuai dengan kemampuannya.

4. Wilayah Kerja

Secara nasional standar wilayah kerja puskesmas adalah satu kecamatan, tetapi apabila di satu kecamatan terdapat lebih dari satu Puskesmas, maka tanggung jawab wilayah kerja dibagi antara Puskesmas dengan memperhatikan keutuhan konsep wilayah (desa/kelurahan atau RW). Masing-masing Puskesmas tersebut secara

operasional bertanggung jawab langsung kepada Dinas Kesehatan Kab/Kota.

D. Visi Dan Misi Puskesmas

1. Visi Puskesmas

Dalam Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 75 Tahun 2014 Tentang Puskesmas tertera visi pembangunan kesehatan yang harus diselenggarakan oleh Puskesmas. Puskesmas melaksanakan pembangunan kesehatan yang sesuai dengan paradigma sehat, pertanggungjawaban wilayah, kemandirian masyarakat, pemerataan, teknologi tepat guna dan keterpaduan dan kesinambungan.

2. Misi Puskesmas

Dalam Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 75 Tahun 2014 Tentang Puskesmas dimuat juga tentang Misi Puskesmas. Dalam misi pembangunan kesehatan yang harus diselenggarakan oleh Puskesmas adalah mendukung tercapainya visi pembangunan kesehatan nasional. Misi Puskesmas adalah sebagai berikut :

- a. Mendorong seluruh pemangku kepentingan untuk berkomitmen dalam upaya mencegah dan mengurangi resiko kesehatan yang dihadapi individu, keluarga, kelompok dan masyarakat.
- b. Menggerakkan dan bertanggung jawab terhadap pembangunan kesehatan di wilayah kerjanya.
- c. Mendorong kemandirian hidup sehat bagi individu, keluarga, kelompok dan masyarakat.
- d. Menyelenggarakan Pelayanan Kesehatan yang dapat diakses dan terjangkau oleh seluruh masyarakat di wilayah kerjanya secara adil tanpa membedakan status sosial, ekonomi, agama, budaya dan kepercayaan.
- e. Menyelenggarakan Pelayanan Kesehatan dengan memanfaatkan teknologi tepat guna yang sesuai dengan kebutuhan pelayanan, mudah dimanfaatkan dan tidak berdampak buruk bagi lingkungan

- f. Mengintegrasikan dan mengkoordinasikan penyelenggaraan UKM dan UKP lintas program dan lintas sektor serta melaksanakan Sistem Rujukan yang didukung dengan manajemen Puskesmas.

E. Tujuan Dan Fungsi Puskesmas

1. Tujuan Puskesmas

Puskesmas adalah Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP) yang bertanggung jawab atas kesehatan masyarakat di wilayah kerjanya pada satu atau bagian wilayah Kecamatan, memiliki tujuan yaitu mengacu pada kebijakan pembangunan kesehatan Pemerintah Daerah Kabupaten/Kota bersangkutan, yang tercantum dalam Rencana Pembangunan Jangka Menengah Daerah (RPJMD) dan Rencana Lima Tahunan Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota (Kementerian Kesehatan RI, 2016).

Tujuan pembangunan kesehatan yang dilaksanakan oleh Puskesmas yang tertera pada Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 75 tahun 2014 pasal 2 yang mana tujuan tersebut untuk mewujudkan masyarakat yang memiliki perilaku sehat yang meliputi kesadaran, kemauan dan kemampuan hidup sehat; untuk mewujudkan masyarakat yang mampu menjangkau pelayanan kesehatan bermutu; untuk mewujudkan masyarakat yang hidup dalam lingkungan sehat; untuk mewujudkan masyarakat yang memiliki derajat kesehatan yang optimal, baik individu, keluarga, kelompok dan masyarakat (Kementerian kesehatan RI, 2014).

2. Fungsi Puskesmas

Dalam Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 75 Tahun 2014 Tentang Puskesmas, dimana Puskesmas menyelenggarakan fungsi yaitu penyelenggaraan Upaya Kesehatan Perorangan (UKP) tingkat pertama di wilayah kerjanya dan Upaya Kesehatan Masyarakat (UKM) tingkat pertama di wilayah kerjanya. Dalam menyelenggarakan fungsinya, Puskesmas berwenang untuk:

- a. Melaksanakan perencanaan berdasarkan analisis masalah kesehatan masyarakat dan analisis kebutuhan pelayanan yang diperlukan
- b. Melaksanakan advokasi dan sosialisasi kebijakan kesehatan
- c. Melaksanakan komunikasi, informasi, edukasi, dan pemberdayaan masyarakat dalam bidang kesehatan
- d. Menggerakkan masyarakat untuk mengidentifikasi dan menyelesaikan masalah kesehatan pada setiap tingkat perkembangan masyarakat yang bekerja sama dengan sektor lain terkait
- e. Melaksanakan pembinaan teknis terhadap jaringan pelayanan dan upaya kesehatan berbasis masyarakat
- f. Melaksanakan peningkatan kompetensi sumber daya manusia Puskesmas
- g. Memantau pelaksanaan pembangunan agar berwawasan kesehatan
- h. Melaksanakan pencatatan, pelaporan, dan evaluasi terhadap akses, mutu, dan cakupan pelayanan kesehatan
- i. Memberikan rekomendasi terkait masalah kesehatan masyarakat, termasuk dukungan terhadap sistem kewaspadaan dini dan respon penanggulangan penyakit.

F. Empat Asas Pengelolaan Program Kerja Puskesmas

Sebagai sarana pelayanan kesehatan tingkat pertama di Indonesia pengelolaan program kerja Puskesmas berpedoman pada empat asas kerja, yaitu sebagai berikut :

1. Asas Pertanggungjawaban Wilayah

Puskesmas harus bertanggung jawab atas pembangunan kesehatan di wilayah kerjanya. Program Puskesmas yang dilaksanakan selain menunggu kunjungan masyarakat ke Puskesmas (kegiatan di dalam gedung Puskesmas/kegiatan pasif) juga memberikan pelayanan kesehatan kepada masyarakat melalui kegiatan-kegiatan diluar gedung (kegiatan aktif). Program kesehatan yang

dilaksanakan lebih mengutamakan program pemeliharaan kesehatan dan pencegahan penyakit.

2. Asas Peran Serta Masyarakat

Puskesmas juga harus selalu mengupayakan untuk melibatkan dan bekerja sama dengan masyarakat, mulai dari kegiatan mengidentifikasi masalah kesehatan, mencari dan menggali sumber daya, merumuskan dan merencanakan program kegiatan kesehatan, melaksanakan program kegiatan kesehatan sampai mengevaluasi dan menilai hasil kegiatannya.

3. Asas Keterpaduan

Dalam usahanya mewujudkan keberhasilan pembangunan kesehatan di wilayah kerjanya, maka Puskesmas harus bermitra kerja dan berkoordinasi dengan instansi yang terkait, swasta dan lembaga swadaya masyarakat dalam upaya untuk menyelaraskan dan mengintegrasikan program kegiatan Puskesmas, sehingga program tersebut dapat berjalan lebih efektif dan efisien, bermutu dan berkesinambungan.

4. Asas Rujukan

Puskesmas merupakan fasilitas pelayanan kesehatan tingkat pertama, sehingga bila puskesmas tidak mampu menangani masalah kesehatan yang ada karena pertimbangan ketidakmampuan sumber daya, keterbatasan kewenangan Puskesmas dan lain-lain, maka Puskesmas dapat melakukan rujukan secara vertikal maupun horizontal.

Untuk memajukan fungsi Puskesmas ada lima pendekatan, yaitu sebagai berikut :

1. Meningkatkan jangkauan keberadaan Puskesmas
2. Meningkatkan jangkauan pencapaian
3. Meningkatkan jangkauan penerimaan dan penggarapan
4. Meningkatkan jangkauan kontak
5. Meningkatkan jangkauan keefektifan

G. Program Kesehatan Dasar Puskesmas

Dalam era desentralisasi program Puskesmas dibedakan menjadi program dasar adalah program minimal yang harus dilaksanakan oleh tiap Puskesmas yang dikenal dengan *Basic Six*, yaitu sebagai berikut :

1. Promosi Kesehatan
2. Kesehatan Lingkungan
3. Kesehatan Ibu dan Anak serta Keluarga Berencana
4. Pemberantasan Penyakit Menular
5. Pelayanan Medis dan Perawatan Kesehatan
6. Laboratorium Sederhana

Selain program kesehatan dasar tersebut, tiap Puskesmas diperkenankan untuk membangun program lain sesuai dengan situasi, kondisi, masalah dan kemampuan Puskesmas setempat. Program lain di luar tujuh program kesehatan dasar tersebut disebut sebagai program kesehatan pengembangan. Berdasarkan *community* diagnosis yang dilakukan oleh Puskesmas, ada 18 pokok Puskesmas yang juga merupakan pelayanan kesehatan dasar, yang dilakukan sesuai dengan kebutuhan masyarakat di wilayah kerjanya disesuaikan dengan fungsi Puskesmas dan kemampuan sumber daya yang tersedia. Adapun Kegiatan pokok tersebut, yaitu sebagai berikut :

1. Kesehatan Ibu dan Anak (KIA)
2. Keluarga Berencana (KB)
3. Perbaikan Gizi
4. Kesehatan Lingkungan
5. Surveillance, Pencegahan dan Pemberantasan Penyakit dan Imunisasi
6. Penyuluhan Kesehatan Masyarakat
7. Pengobatan termasuk Pelayanan Darurat karena Kecelakaan
8. Kesehatan Sekolah
9. Perawatan Kesehatan Masyarakat
10. Kegiatan Gigi dan Mulut
11. Kesehatan Jiwa
12. Kesehatan Mata
13. Kesehatan Lanjut Usia

14. Kesehatan Olahraga
15. Pembinaan Pengobatan Tradisional
16. Kesehatan Kerja
17. Laboratorium Sederhana
18. Pencatatan dan Pelaporan dalam rangka Sistem Informasi Kesehatan

Dari ke 18 program pokok Puskesmas, Basic Six WHO harus lebih diprioritaskan untuk dikembangkan sesuai dengan prioritas masalah kesehatan utama yang berkembang di wilayah kerjanya, kemampuan sumber daya manusia (staf) yang dimiliki oleh Puskesmas, dukungan sarana/prasarana yang tersedia di Puskesmas, dan peran serta masyarakat.

Bila kita mengacu definisi *Public Health* menurut Winslow, pengembangan program kesehatan masyarakat di suatu wilayah akan terdiri dari tiga komponen pokok yaitu kegiatan yang berhubungan dengan upaya pencegahan penyakit (*Preventing Disease*) dan memperpanjang hidup (*Prolonging Life*) melalui usaha kesehatan lingkungan, imunisasi, pendidikan kesehatan, dan pengenalan penyakit secara dini (surveilans, penimbangan balita, ANC, dsb). Kedua upaya tersebut harus dilakukan dengan membina peran serta masyarakat (*Community Participation*) melalui kelompok-kelompok masyarakat yang terorganisir.

H. Organisasi Dan Tenaga Kerja

1. Organisasi

Susunan organisasi Puskesmas terdiri dari :

- a. Unsur Pimpinan : Kepala Puskesmas mempunyai tugas memimpin, mengawasi dan mengkoordinasi kegiatan Puskesmas yang dapat dilakukan dalam jabatan struktural dan jabatan fungsional.
- b. Unsur Pembantu Pimpinan : Urusan tata usaha bertugas dibidang kepegawaian, keuangan, perlengkapan dan surat menyurat serta pencatatan dan pelaporan.

2. Unsur Pelaksana :

- a. Unit yang terdiri dari tenaga atau pegawai dalam jabatan fungsional
- b. Jumlah unit tergantung kepada kegiatan, tenaga dan fasilitas daerah masing-masing.

3. Adapun Unit-unit terdiri dari, yaitu sebagai berikut :

- a. Unit I : Bertugas melaksanakan kegiatan kesejahteraan ibu dan anak, keluarga berencana dan perbaikan gizi.
- b. Unit II : Bertugas melaksanakan kegiatan pencegahan dan pemberantasan penyakit khususnya imunisasi, kesehatan lingkungan dan Lab sederhana.
- c. Unit III : Bertugas melaksanakan kegiatan kesehatan gigi dan mulut, kesehatan tenaga kerja dan manula.
- d. Unit IV : Bertugas melaksanakan kegiatan perawatan kesehatan masyarakat, kesehatan sekolah dan olahraga, kesehatan jiwa, kesehatan mata dan kesehatan khusus lainnya.
- e. Unit V : Melaksanakan kegiatan pembinaan dan pengembangan upaya kesehatan masyarakat dan penyuluhan kesehatan masyarakat.
- f. Unit VI : Melaksanakan kegiatan pengobatan rawat jalan dan rawat inap
- g. Unit VII : Melaksanakan kefarmasian

Kepala Puskesmas wajib menetapkan prinsip koordinasi, integrasi Dan sinkronisasi baik dalam lingkungan Puskesmas maupun dengan satuan organisasi diluar Puskesmas sesuai dengan tugasnya masing-masing. Kepala Puskesmas wajib mengikuti dan memenuhi petunjuk-petunjuk atasan yang ditetapkan oleh kantor departemen kesehatan Kabupaten/Kotanya sesuai dengan perundang-undangan yang berlaku. Setiap unsur di lingkungan Puskesmas wajib mengikuti dan mematuhi petunjuk dan bertanggung jawab kepada Kepala Puskesmas.

I. Pemantauan Pelaksanaan SP2TP (Sistem Pencatatan Dan Pelaporan Terpadu Puskesmas)

Dalam manajemen diperlukan adanya data yang akurat, tepat waktu dan kontinu serta mutakhir secara periodik. Berdasarkan SK Menteri Kesehatan No 63/Menkes/II/1981, berlaku sistem pencatatan dan pelaporan terpadu Puskesmas. SP2TP adalah tata cara pencatatan dan pelaporan yang lengkap untuk pengelolaan Puskesmas, meliputi keadaan fisik, tenaga, sarana, dan kegiatan pokok yang dilakukan serta hasil yang dicapai oleh Puskesmas.

Dengan melakukan SP2TP sebaik-baiknya, akan didapat data dan informasi yang diperlukan untuk perencanaan, penggerakan pelaksanaan, pemantauan, pengawasan, pengendalian dan penilaian penampilan Puskesmas serta situasi kesehatan masyarakat umumnya.

1. Tujuan SP2TP

- a. Tujuan umumnya adalah tersedianya data dan informasi yang akurat, tepat waktu dan mutakhir secara periodik/teratur untuk pengelolaan program kesehatan masyarakat melalui Puskesmas di berbagai tingkat administrasi.
- b. Tujuan khususnya
 - 1) Tersedianya data yang meliputi keadaan fisik, tenaga, sarana dan kegiatan pokok Puskesmas yang akurat, tepat waktu dan mutakhir secara teratur.
 - 2) Terlaksananya pelaporan data tersebut secara teratur di berbagai jenjang administrasi, sesuai dengan peraturan yang berlaku.
 - 3) Termanfaatnya data tersebut untuk pengambilan keputusan dalam rangka pengelolaan program kesehatan masyarakat melalui puskesmas di berbagai tingkat administrasi.

SP2TP dilakukan oleh semua Puskesmas (termasuk Puskesmas dengan perawatan, Puskesmas pembantu dan Puskesmas keliling).

2. Pencatatan dan Pelaporan Puskesmas

Pencatatan dan pelaporan mencakup, yaitu :

- a. Data umum dan demografi wilayah kerja Puskesmas
- b. Data ketenagaan di Puskesmas
- c. Data sarana yang dimiliki Puskesmas
- d. Data kegiatan pokok Puskesmas yang dilakukan baik didalam maupun diluar gedung Puskesmas

Pelaporan dilakukan secara periodik (bulanan, tribulanan, semester dan tahunan), dengan menggunakan formulir yang baku. Laporan bulanan mencakup data kesakitan, gizi, KIA, imunisasi, KB, dan penggunaan obat-obat. Laporan tribulanan meliputi kegiatan Puskesmas antara lain kunjungan Puskesmas, rawat tinggal, kegiatan rujukan Puskesmas pelayanan medik kesehatan gigi. Laporan tahunan terdiri dari data dasar yang meliputi fasilitas pendidikan, kesehatan lingkungan, peran serta masyarakat dan lingkungan kedinasan, data ketenagaan Puskesmas dan Puskesmas pembantu. Pengambilan keputusan di tingkat kabupaten dan kecamatan memerlukan data yang dilaporkan dalam SP3 yang bernilai, yaitu data atau informasi harus lengkap dan data tersebut harus diterima tepat waktu oleh Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota, sehingga dapat dianalisis dan diinformasikan.

3. Pelaksanaan SP2TP

Pelaksanaan SP2TP terdiri dari 3 kegiatan, yaitu sebagai berikut :

- a. Pencatatan dengan menggunakan format
- b. Pengiriman laporan dengan menggunakan format secara periode
- c. Pengolahan analisis dan pemanfaatan data/informasi

Pencatatan dilakukan dalam gedung Puskesmas pembantu, yaitu mengisi :

- a. Family folder (kartu individu dan kartu tanda pengenal keluarga)
- b. Buku register

- c. Kartu indek penyakit (kelompok penyakit)
- d. Kartu perusahaan
- e. Kartu murid
- f. Sensus harian (penyakit dan kegiatan Puskesmas)

4. Alur Pelaporan Puskesmas

- a. Laporan dari puskesmas dikirim ke Dinas Kesehatan tingkat II untuk diolah sesuai dengan petunjuk, dan selanjutnya di rekapitulasi, laporan dikirim ke Dinkes tingkat I dan Departemen Kesehatan bagian informasi Ditjen pembinaan kesehatan masalah.
- b. Umpan balik dari Departemen Kesehatan dikirim ke kepala Kanwil Departemen Kesehatan Provinsi.
- c. Alur pengiriman laporan jangka panjang (mulai pelita VI) adalah mengikuti jalur jenjang administrative organisasi. Departemen Kesehatan menerima laporan dari kantor wilayah Departemen Kesehatan RI.

Pengolahan, analisis dan pemanfaatan data SP2TP dilaksanakan di tiap jenjang administrasi yang pemanfaatannya disesuaikan dengan tugas dan fungsinya dalam mengambil keputusan. Di tingkat Puskesmas, untuk tindakan segera serta untuk pemantauan pelaksanaan program (*operative*) sebagai *early warning system*. Pada tingkat Dati II dapat digunakan juga untuk perencanaan program dan pemberian bantuan yang diperlukan. Pada tingkat pusat digunakan dalam pengambilan kebijaksanaan yang diperlukan.

DAFTAR PUSTAKA

- Ahmad, M., Laenggeng, A. H., & Andri, M. (2018). Evaluasi Kesehatan Dasar Basic Six Program Pokok Puskesmas Tombiano Kecamatan Tojo Barat Kabupaten Tojo Una-Una. *Jurnal Kolaboratif Sains*, 1(1), 423-434.
- Koerniawan, I., Rachmawati, R. N., & Utomo, W. (2022). Sistem Informasi Administrasi Puskesmas Berbasis Multi User. *Kompak :Jurnal Ilmiah Komputerisasi Akuntansi*, 15(2), 512-526. <https://doi.org/10.51903/kompak.v15i2.929>
- Mustofa, A. dkk. (2020). *Administrasi Pelayanan Kesehatan Masyarakat* (Issue September). file:///D:/RENCANA/Gabungan Administrasi Pelayanan Kesehatan Masyarakat_Revisi.pdf
- Posumah, J. H., & Kolondam, H. F. (2022). Kualitas Pelayanan Kesehatan Masyarakat Lanjut Usia Di Puskesmas Duono Kecamatan Ibu Tabaru Kabupaten Halmahera Barat. *Jurnal Administrasi Publik JAP No*, 117(117), 1-9.
- Pustaka, D., & Kunci, K. (2018). *Kesehatan di Puskesmas Gandus Palembang Tahun 2018*
- Saguni, D. S., Widyawati, & Muhammad Hidayat Djabbari. (2023). Pengaruh Kinerja Pegawai Terhadap Kualitas Pelayanan di Puskesmas Biru Kecamatan Tanete Riattang Kabupaten Bone. *Jurnal Administrasi Publik*, 19(1), 146-164. <https://doi.org/10.52316/jap.v19i1.136>
- SEMARANG, R. P. (2019). Pengertian Puskesmas Menurut Permenkes Ri No 4. *Repository Poltekkes Semarang*, 8-19.
- Sitio, W. (2020). Sistem Informasi Administrasi Pelayanan Kesehatan Pada Puskesmas Minas Jaya. *Prosiding SEMASTER, 1* (Sistem Informasi Administrasi Pelayanan Kesehatan), 300-307.
- Sri Irmawati, H. Sultan M., dan N. (2019). Kualitas Pelayanan Kesehatan di Puskesmas Kecamatan Tatanga Kota Palu. *Jurnal Katalogis*, 5, 188-197.

BAB 9

PENGGORGANISASIAN PUSKESMAS

Muhammad Yashir, S.E., M.K.M.

A. Pendahuluan

Organisasi pelayanan kesehatan di Indonesia salah satunya adalah Puskesmas. Puskesmas dalam menyelenggarakan organisasinya menggunakan manajemen sebagai alat penggerakannya. Dalam manajemen, fungsi pengorganisasian menjadi penting peranannya. Akreditasi adalah cara agar manajemen pengorganisasian sesuai dengan standar yang ada dan berjalan dengan baik.

Puskesmas merupakan garda terdepan dalam penyelenggaraan upaya kesehatan dasar di masyarakat. Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 75 Tahun 2014 tentang Pusat Kesehatan Masyarakat memberikan penjelasan bahwa Puskesmas yang merupakan Unit Pelaksana Teknis Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota adalah fasilitas pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan upaya kesehatan masyarakat dan upaya kesehatan perseorangan tingkat pertama, dengan lebih mengutamakan upaya promotif dan preventif untuk mencapai derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya di wilayah kerjanya.

Pengorganisasian adalah langkah untuk menetapkan, menggolongkan, dan mengatur berbagai macam kegiatan, menetapkan tugas-tugas pokok dan wewenang, dan pendelegasian wewenang oleh pimpinan kepada staf dalam rangka mencapai tujuan organisasi. Pengorganisasian puskesmas didefinisikan sebagai proses penetapan pekerjaan-

pekerjaan pokok untuk dikerjakan, pengelompokan pekerjaan, dan sumber-sumber daya untuk mencapai tujuan puskesmas secara efektif dan efisien (Agustina, 2021). Secara aplikatif pengorganisasian puskesmas adalah pengaturan pegawai puskesmas dengan mengisi struktur organisasi dan tata kerja puskesmas yang ditetapkan oleh peraturan daerah kabupaten /kota disertai dengan pembagian tugas dan tanggung jawab serta uraian tugas pokok dan fungsi, serta pengaturan tugas dan sumber daya puskesmas untuk melaksanakan kegiatan dan program puskesmas dalam rangka pencapaian tujuan puskesmas (Agustina, 2021).

Dalam setiap organisasi untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan sebelumnya, akan berhasil bila organisasi tersebut mampu melaksanakan fungsi manajemen dengan baik. Manajemen merupakan inti dari administrasi yang ditujukan bagi tercapainya tujuan yang telah ditetapkan dalam batas-batas kebijaksanaan umum yang telah dirumuskan sebelumnya. Dalam penerapannya harus mengandung prinsip pokok yakni efisien dalam pemanfaatan sumber daya, efektif dalam memilih alternatif kegiatan untuk mencapai tujuan organisasi, dan rasional dalam pengambilan keputusan.

Puskesmas didirikan untuk memberikan pelayanan kesehatan dasar, menyeluruh, paripurna, dan terpadu bagi seluruh penduduk yang tinggal di wilayah kerja Puskesmas. Program dan upaya kesehatan yang diselenggarakan oleh Puskesmas merupakan program pokok (*public health essential*) yang wajib dilaksanakan oleh pemerintah untuk mewujudkan kesejahteraan masyarakat.

Dalam menjalankan program kesehatan tentunya harus didukung dengan penerapan manajemen sumber daya manusia yang baik yang terdiri dari perencanaan, pengorganisasian, pelaksanaan dan pengawasan. Hal ini harus dipahami bersama oleh pihak-pihak yang terkait dalam pelaksanaan pelayanan kesehatan di masyarakat. Puskesmas haruslah memainkan perannya dengan baik agar dapat mencapai tujuannya secara efektif dan efisien.

B. Tugas dan Fungsi Puskesmas

Tugas puskesmas adalah melaksanakan kebijakan kesehatan untuk mencapai tujuan pembangunan kesehatan di wilayah kerjanya dalam rangka mendukung terwujudnya kecamatan sehat. Tugas pokok puskesmas berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 43 Tahun 2019 adalah sebagai berikut:

1. Melaksanakan kebijakan kesehatan untuk mencapai tujuan pembangunan kesehatan di wilayah kerjanya.
2. Puskesmas mengintegrasikan program yang dilaksanakannya dengan pendekatan keluarga.
3. Pendekatan keluarga merupakan salah satu cara Puskesmas mengintegrasikan program untuk meningkatkan jangkauan sasaran dan mendekatkan akses pelayanan kesehatan di wilayah kerjanya dengan mendatangi keluarga.

Dalam Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 75 Tahun 2014 Tentang Puskesmas, puskesmas memiliki fungsi berupa penyelenggaraan Upaya Kesehatan Perorangan (UKP) tingkat pertama di wilayah kerjanya dan Upaya kesehatan masyarakat (UKM) tingkat pertama di wilayah kerjanya.

1. Melaksanakan perencanaan berdasarkan analisis masalah kesehatan masyarakat dan analisis kebutuhan pelayanan yang diperlukan.
2. Melaksanakan advokasi dan sosialisasi kebijakan kesehatan.
3. Melaksanakan komunikasi, informasi, edukasi, dan pemberdayaan masyarakat dalam bidang kesehatan.
4. Menggerakkan masyarakat untuk mengidentifikasi dan menyelesaikan masalah kesehatan pada setiap tingkat perkembangan masyarakat yang bekerjasama dengan sektor lain terkait.
5. Melaksanakan pembinaan teknis terhadap jaringan pelayanan dan upaya kesehatan berbasis masyarakat.
6. Melaksanakan peningkatan kompetensi sumber daya manusia Puskesmas.

7. Memantau pelaksanaan pembangunan agar berwawasan kesehatan.
8. Melaksanakan pencatatan, pelaporan, dan evaluasi terhadap akses, mutu, dan cakupan pelayanan kesehatan.
9. Memberikan rekomendasi terkait masalah kesehatan masyarakat, termasuk dukungan terhadap sistem kewaspadaan dini dan respons penanggulangan penyakit.

C. Struktur Organisasi Puskesmas

Menurut E. Sutisna, Pengorganisasian Puskesmas adalah struktur organisasi dan tata kerja Puskesmas yang merupakan perpaduan antara kegiatan dan tenaga pelaksana Puskesmas. Struktur organisasi puskesmas menetapkan bagaimana tugas akan dibagi, siapa melapor siapa, dan mekanisme koordinasi formal serta pola interaksi yang akan diikuti.

Adapun faktor-faktor yang menentukan perancangan struktur organisasi Puskesmas adalah :

1. Strategi untuk mencapai tujuan Puskesmas. Strategi akan menjelaskan bagaimana aliran wewenang dan saluran komunikasi dapat disusun antara pimpinan dengan pegawai Puskesmas.
2. Ukuran organisasi Puskesmas. Besarnya organisasi Puskesmas secara keseluruhan maupun unit-unit kerja fungsional akan mempengaruhi struktur organisasi Puskesmas.
3. Tingkat penggunaan teknologi, yaitu tingkat rutinitas penggunaan teknologi oleh Puskesmas untuk memberikan jasa layanan kesehatan Puskesmas. Pada layanan kesehatan dengan menggunakan teknologi tinggi akan memerlukan tingkat standarisasi dan spesialisasi yang lebih tinggi dibanding dengan pelayanan kesehatan dasar.
4. Tingkat ketidakpastian lingkungan organisasi Puskesmas.
5. Preferensi(kesukaan) yang menguntungkan pribadi dari individu atau kelompok yang memegang kekuasaan dan kontrol dalam organisasi Puskesmas.

6. Pegawai dan *stakeholder* dalam organisasi Puskesmas. Kemampuan dan cara berpikir para pegawai dan *stakeholder* Puskesmas serta kebutuhan mereka untuk bekerjasama harus diperhatikan dalam merancang struktur organisasi Puskesmas. Kebutuhan pegawai dan *stakeholder* Puskesmas dalam pembuatan keputusan akan mempengaruhi saluran komunikasi, wewenang dan hubungan antara unit-unit kerja fungsional (Sutisna, 2011).

Pembuatan pola struktur organisasi Puskesmas dapat mengacu pada Kebijakan Dasar Puskesmas (Keputusan Menteri Kesehatan RI No.128/Menkes/SK/II/2004), menetapkan pola struktur organisasi Puskesmas sebagai berikut :

1. Kepala Puskesmas, yaitu seorang sarjana di bidang kesehatan yang kurikulum pendidikannya mencakup kesehatan masyarakat. Struktur tergantung jenis kegiatan dan beban kerja.
2. Unit Tata Usaha yang bertanggung jawab membantu Kepala Puskesmas dalam mengelola :
 - a. Data dan informasi
 - b. Perencanaan dan penilaian
 - c. Keuangan
 - d. Umum dan kepegawaian

Pengorganisasian karyawan Puskesmas mengacu kepada peraturan dan perundangan pemerintah yang berlaku dimana setiap karyawan akan ditetapkan pembagian kerja, hubungan kerja, delegasi wewenang integrasi dan koordinasinya dalam struktur organisasi Puskesmas.

Penyusunan perencanaan kebutuhan daya manusia kesehatan seperti tercantum dalam Kepmenkes no. 81 tahun 2004, tetapi masih terdapat kekurangan dalam pedoman analisis jabatan. Dengan demikian sosialisasi tentang pedoman analisis jabatan dan pedoman Kepmenkes no. 81 tahun 2004 yang dipakai sebagai standar perencanaan kebutuhan sumber daya manusia kesehatan menjadi sangat diperlukan sebagai sarana untuk meningkatkan kapasitas sumber daya manusia perencana

baik kepala puskesmas maupun kepala kepegawaian di dinas kesehatan dalam merencanakan kebutuhan sumber daya manusia kesehatan pada tahun-tahun berikutnya baik dari jumlah, jenis dan distribusi dengan menggunakan metode yang ada.

Penyusunan struktur organisasi di puskesmas melihat dari jumlah program puskesmas dan menempatkan nama-nama yang bertanggung jawab untuk mengelola program-program yang ada yang ditunjuk langsung oleh kepala puskesmas yang disesuaikan dengan aturan.

Puskesmas sering berjalan sesuai dengan struktur kerja yang sudah dibuat, dengan kegiatan dan tanggung jawab masing-masing pegawai dalam mencapai tujuan dan memberikan pelayanan kesehatan. sumber daya manusia di Puskesmas sering sudah terpenuhi dalam hal jumlah namun untuk kebutuhan masih ada misalnya tenaga kesmas di bagian promkes yang sementara ini masih dikelola tenaga perawat dan juga untuk pelaksana kegiatan program masih sangat kurang. Pengarahan Sumber Daya Manusia (SDM).

Pengarahan karyawan Puskesmas ditentukan dengan kebijakan Kepala Puskesmas. Tiap karyawan akan diarahkan agar dapat bekerjasama dan bekerja efektif serta efisien dalam membantu tercapainya tujuan Puskesmas. Tiap karyawan diharuskan memiliki rencana kerja program masing-masing dan langkah-langkah strategi untuk pencapaian rencana kegiatan tersebut.

Kepemimpinan berorientasi pada mutu merupakan faktor vital dan memiliki peran strategis dalam mendukung proses penerapan tata kelola mutu (TKM) di Puskesmas, karena dengan melakukan kepemimpinan mutu yang efektif maka akan meningkatkan daya saing pelayanan melalui upaya-upaya inovasi peningkatan mutu bagi Puskesmas. Kepemimpinan yang berorientasi mutu meliputi tiga fungsi manajemen yaitu perencanaan, pengendalian dan peningkatan mutu secara berkesinambungan.

Pada fungsi yang pertama yaitu perencanaan, Kepala Puskesmas menjalankan fungsinya dalam memimpin proses penyusunan perencanaan seperti menyusun rencana lima tahunan bersama tim perencanaan Puskesmas, yang selanjutnya akan dirinci ke dalam rencana tahunan dalam bentuk Rencana Usulan Kegiatan (RUK) sesuai dengan siklus perencanaan daerah. Selanjutnya Puskesmas menyusun Rencana Pelaksanaan Kegiatan (RPK) berisi jadwal pelaksanaan kegiatan.

Selanjutnya pada fungsi pengendalian, Kepala Puskesmas memantau pelaksanaan kegiatan yang telah dijalankan oleh masing-masing pelayanan. Berdasarkan hasil pelaksanaan kegiatan yang dilakukan akan diketahui kesesuaian kegiatan-kegiatan yang berjalan dengan RPK yang telah ditetapkan. Dalam hal ditemui permasalahan yang tidak sesuai maka, Kepala Puskesmas dapat memberikan masukan sesuai dengan kewenangannya agar kegiatan dapat terlaksana berdasarkan jadwal yang telah disepakati dan tertuang di dalam RPK. Dalam pembahasan pelaksanaan kegiatan, juga dibahas tentang kendala-kendala yang ditemui pada pelaksanaan kegiatan. Kendala ini menjadi input bagi Kepala Puskesmas untuk menindaklanjuti dalam bentuk rencana upaya peningkatan mutu bersama dengan Penanggung Jawab Mutu dan Tim Mutu Puskesmas, merupakan penerapan dari fungsi peningkatan mutu berkesinambungan.

D. Pengorganisasian Mutu

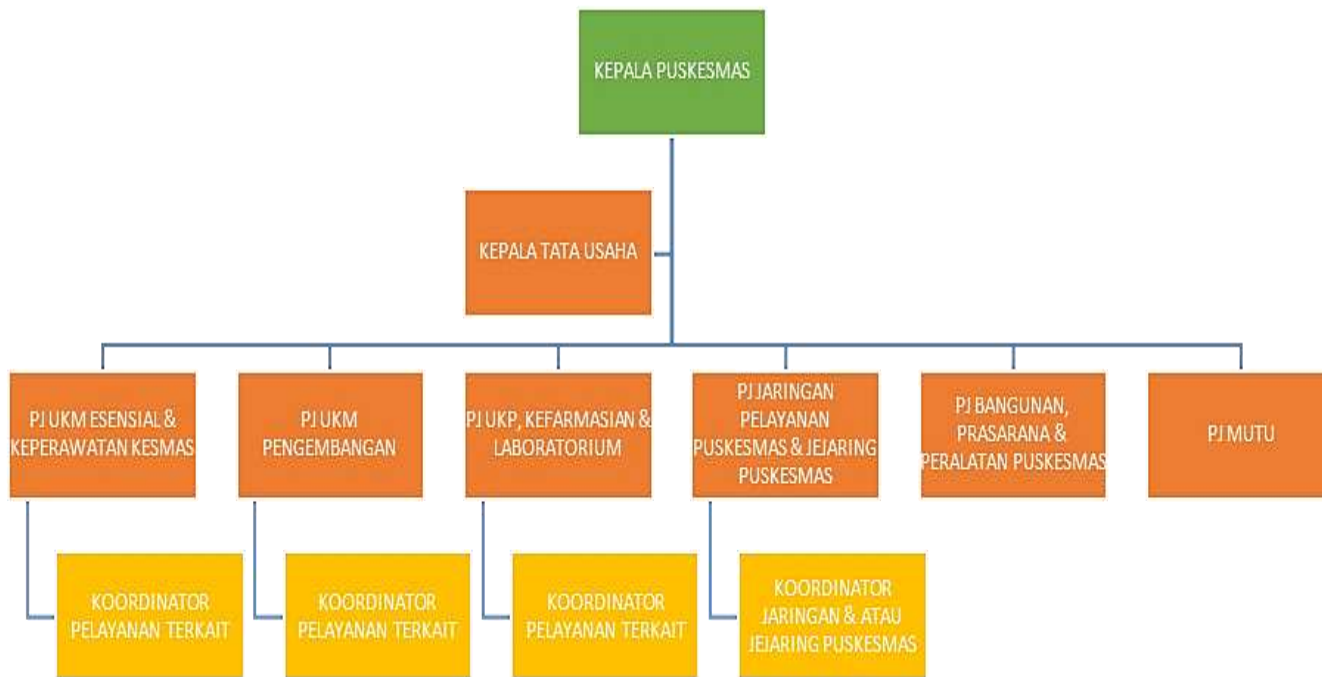
Setelah mengetahui pentingnya komitmen dan kepemimpinan dalam menerapkan tata kelola mutu (TKM) di Puskesmas, maka selanjutnya pada bagian ini akan dijelaskan secara singkat bagaimana pengorganisasian mutu di Puskesmas agar pelaksanaan TKM dapat terorganisasi dalam mendukung peningkatan mutu secara berkesinambungan di Puskesmas.

Sebagaimana yang diamanatkan dalam peraturan yang mengatur tentang Puskesmas bahwa setiap Puskesmas harus menetapkan seorang Penanggung Jawab Mutu (PJM) yang bertanggungjawab untuk mengkoordinir pelaksanaan program

peningkatan mutu di Puskesmas. Agar PJM dapat melaksanakan tugas dan fungsi dalam melakukan peningkatan mutu di Puskesmas melalui TKM maka tentunya diperlukan dukungan dari seluruh komponen yang ada di Puskesmas.

Dukungan tersebut dapat dibentuk Tim Mutu Puskesmas (TMP) yang merupakan representasi dari berbagai unit/bagian/upaya pelayanan yang ada di Puskesmas. Pembentukan TMP tersebut harus mempertimbangkan ketersediaan sumberdaya. Penanggung Jawab Mutu Puskesmas bertanggung jawab dan mengkoordinir terlaksananya program mutu, mulai dari perencanaan, pelaksanaan, pemantauan dan diakhiri dengan evaluasi peningkatan mutu di Puskesmas. TMP adalah tim yang diberi tugas dan fungsi untuk melaksanakan program mutu mulai dari perencanaan, pelaksanaan, pemantauan dan evaluasi serta upaya peningkatan mutu secara berkesinambungan.

Penanggungjawab Mutu dan TMP tersebut ditetapkan dan berada dibawah pengendalian Kepala Puskesmas. Oleh karena itu Penanggung Jawab mutu bertanggung jawab langsung kepada kepala Puskesmas, dan semua penetapan dan keputusan strategis mutu tetap menjadi tanggungjawab dan kewenangan Kepala Puskesmas.



Gambar 9.1. Struktur Organisasi ; Sumber; Permenkes No.43 Tahun 2019.

Dalam menggambarkan fungsi-fungsi mutu ke dalam struktur mutu di Puskesmas disesuaikan dengan ketersediaan sumber daya di Puskesmas. Jika Puskesmas tidak memiliki SDM yang memadai maka 1 (satu) orang Koordinator dapat merangkap, misal Koordinator Keselamatan Pasien merangkap juga sebagai Koordinator PPI. Prinsipnya adalah meskipun sumber daya manusia terbatas namun fungsi-fungsi mutu tetap terlaksana pada upaya KMP, UKM dan UKPP, keselamatan pasien, PPI, manajemen risiko, audit internal serta K3. Berikut adalah contoh pengorganisasian mutu dengan jumlah SDM yang memadai.



Gambar 9. 2. Pengorganisasian Mutu Puskesmas
Sumber; <https://galihendradita.wordpress.com/>

Mengingat pentingnya peran Penanggung Jawab Mutu maka perlu ditetapkan kualifikasi minimal yang harus dimiliki sebagai PJM Puskesmas, yaitu:

1. Pendidikan minimal D3 Kesehatan
2. Pengalaman bekerja di Puskesmas minimal 2 (dua) tahun
3. Telah mengikuti pelatihan/workshop/sosialisasi tentang mutu, manajemen risiko dan atau standar akreditasi Puskesmas.
4. Memiliki komitmen terhadap peningkatan mutu dan keselamatan pasien.

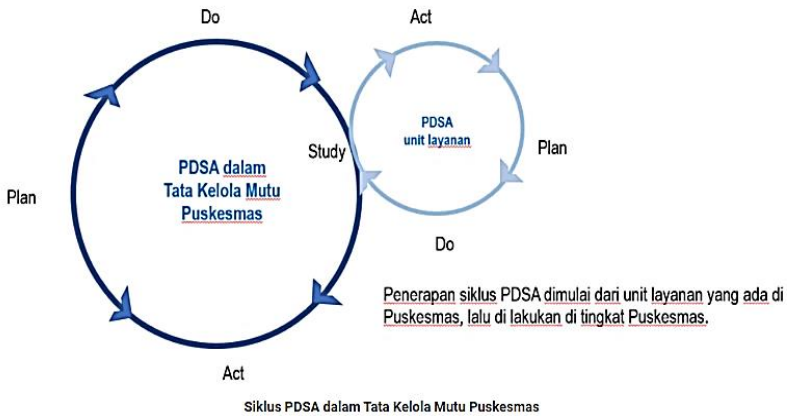
Secara rinci tugas dan fungsi Penanggung Jawab Mutu dan TMP sebagai berikut:

1. Menyusun program mutu yang mencakup mutu pelayanan, pengendalian dan pencegahan infeksi, sasaran keselamatan pasien, keselamatan dan kesehatan kerja, manajemen fasilitas dan keselamatan serta manajemen risiko.
2. Melaksanakan program mutu Puskesmas yang mencakup: mutu pada masing-masing unit/bagian pelaksana pelayanan yang meliputi aspek Kepemimpinan Manajemen Puskesmas (KMP), Upaya Kesehatan Masyarakat UKM), dan Upaya Kesehatan Perseorangan (UKP).
3. Melaksanakan pemantauan dan evaluasi implementasi program mutu pada masing-masing unit/bagian pelaksana pelayanan yang meliputi aspek Kepemimpinan Manajemen Puskesmas (KMP), Upaya Kesehatan Masyarakat UKM), dan Upaya Kesehatan Perseorangan dan Penunjang (UKPP) termasuk pengukuran indikator mutu.
4. Melaksanakan pengukuran indikator mutu dan pelaporan eksternal indikator nasional mutu dan insiden keselamatan pasien
5. Menyelenggarakan audit internal mutu.
6. Melakukan analisis hasil penilaian dan evaluasi sebagai dasar menyusun tindak lanjut, umpan balik dan perencanaan peningkatan mutu secara berkesinambungan.
7. Memastikan ketersediaan pedoman, kebijakan dan SOP mutu pelayanan Kesehatan di Puskesmas.
8. Peningkatan pengetahuan dan kemampuan/skill SDM secara periodik dan berkesinambungan.

E. Penerapan Tata Kelola Mutu

Penerapan TKM memiliki dua komponen utama yang harus dipahami yaitu upaya membangun organisasi dan penerapan TKM itu sendiri. Membangun organisasi menjadi faktor kunci yang dilakukan melalui komitmen manajemen dan membangun budaya mutu Sebagai bentuk implementasi siklus

peningkatan mutu secara berkesinambungan maka TKM di Puskesmas dapat dijelaskan pada gambar berikut;



Gambar 9. 3. Tahapan penerapan TKM di Puskesmas yang merupakan siklus PDSA

Sumber; <https://galihendradita.wordpress.com/>

Tahap Pertama: Plan (P) yang yaitu penyusunan perencanaan mutu dalam bentuk Program/Kegiatan Peningkatan Mutu Puskesmas, Tahap kedua: DO (D) yaitu Pelaksanaan uji coba Program/Kegiatan Peningkatan Mutu, Tahap ketiga: Study (S) yaitu lakukan analisa lanjutan, bandingkan hasil uji coba dengan tujuan/target, buat kesimpulan, lakukan pemantauan, pengendalian dan penilaian yang dapat melalui audit internal dan Pertemuan Tinjauan Manajemen. Hal lain yang sangat penting dalam siklus PDSA ini adalah adanya proses pembelajaran terhadap upaya peningkatan mutu, Tahap ke empat: Act (A) yaitu standarisasi dari hasil uji coba jika rencana perbaikan menunjukkan peningkatan kinerja maupun mutu, atau mencoba lagi melakukan upaya baru jika belum berhasil. Tahapan siklus peningkatan mutu ini dilakukan oleh Puskesmas sampai dengan unit pelayanan dimana pada unit pelayanan akan diawali pada

titik masuk dari tahapan studi melalui pemantauan, pengendalian dan penilaian dari target kinerja dan mutu yang ditetapkan.

Ruang lingkup TKM di Puskesmas meliputi mutu pada pelayanan administrasi dan manajemen, Upaya Kesehatan Masyarakat, dan Upaya Kesehatan Perseorangan. Disamping pelayanan mutu Admen, UKM, UKP maka setiap pelayanan juga harus bertanggung jawab dalam mencapai sasaran keselamatan pasien, pengendalian dan pencegahan infeksi, keselamatan dan kesehatan kerja, manajemen fasilitas dan keselamatan dan menerapkan manajemen risiko yang menjadi lingkup mutu yang harus dikelola oleh Puskesmas

DAFTAR PUSTAKA

- Allen, Louis A.1958; Karya Manajemen, terjemahan JMA Tahuteru. Jakarta. PT.Pembangunan.
- Darma,S.,, 2009 ; Manajemen Kinerja. Yogyakarta; Pustaka Pelajar.
- Dewi, Agustina.,2021; Modul Administrasi Puskesmas, Fakultas Kesehatan Masyarakat, Sumatera Utara.
- Endang, Sutisna.,2021; Manajemen Kesehatan Teori dan Praktek di Puskesmas ; Gadjah Mada University Press, Edisi Revisi, Yogyakarta.
- <https://galihendradita.wordpress.com/2023/06/24/kepemimpinan-dan-pengorganisasian-mutu-di-puskesmas>
- Ismail, 2009; Pengantar Manajemen ; Erlangga . Jakarta
- Kepmenkes RI No.81 tahun 2004 tentang Pedoman Penyusunan Perencanaan Sumber Daya Manusia Kesehatan di Tingkat Provinsi, Kabupaten/Kota serta Rumah Sakit.
- Maulana,A.,2004; Sistem Manajemen, Jilid 1 Edisi 6. Jakarta. Bina Rupa Aksara
- Permenkes RI No,75 tahun 2014 tentang Pusat Kesehatan Masyarakat.
- Permenkes RI No.43 tahun 2019 tentang Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan.
- Sulaeman dan Endang Sutisna, 2011, "Manajemen Kesehatan Teori dan Praktik di Puskesmas," Gadjah Mada University Press, Yogyakarta.

BAB

10

SUMBER DAYA MANUSIA PUSKESMAS

Sabarina Elprida Manik, S.K.M., M.Pd.

A. Pendahuluan

Manusia memiliki kemampuan merencanakan, mengorganisir, dan melaksanakan sebuah tugas untuk mencapai tujuan organisasi. Manusia membawa keahlian, kreativitas dan pengetahuan untuk inovasi dan kemajuan organisasi. Dalam kehidupan organisasi yang telah lama beroperasi seperti di bidang pemerintahan, ekonomi, dan kemasyarakatan, pengelolaan sumber daya manusia menjadi sangat penting.

Revolusi Industri yang dimulai di Inggris pada abad ke-18 merupakan salah satu tonggak sejarah yang sangat penting dalam menandai kebutuhan akan pengelolaan sumber daya manusia (SDM) secara sistematis. Revolusi Industri tidak hanya mengubah cara produksi dengan adopsi mesin-mesin dan teknologi baru, tetapi juga mengubah struktur sosial dan ekonomi secara luas. Dampak Revolusi Industri terhadap penanganan sumber daya manusia sangat signifikan. Sebelumnya, banyak pekerja bekerja dalam kondisi yang tidak teratur dan tidak diatur dengan baik. Mereka seringkali dieksploitasi, diperlakukan tidak adil, dan bekerja dalam kondisi yang tidak aman dan tidak sehat. Revolusi Industri menyebabkan urbanisasi massal dengan orang-orang pindah dari desa ke kota-kota industri untuk mencari pekerjaan di pabrik-pabrik.

Pengelolaan Sumber Daya Manusia menjadi semakin penting , karena melibatkan pengorganisasian tenaga kerja , pembayaran yang adil dan menciptakan kondisi kerja yang lebih aman dan manusiawi. dengan demikian, Revolusi Industri tidak hanya mengubah cara produksi, tetapi juga memicu perubahan besar dalam penanganan sumber daya manusia, mendorong perkembangan praktik-praktik manajemen SDM modern yang kita kenal saat ini.

B. Fungsi Sumber Daya Manusia

Fungsi SDM berperan penting dalam mengelola aspek-aspek yang berkaitan dengan karyawan dan tenaga kerja organisasi. Berikut adalah beberapa fungsi utama dari departemen SDM:

1. Rekrutmen dan Seleksi

Fungsi ini melibatkan menarik calon karyawan yang potensial untuk mengisi posisi-posisi yang tersedia dalam organisasi, serta melakukan proses seleksi untuk memilih karyawan yang paling sesuai dengan kebutuhan dan kriteria yang ditetapkan.

2. Pelatihan dan Pengembangan

SDM bertanggung jawab untuk menyediakan pelatihan kepada karyawan agar mereka dapat meningkatkan keterampilan dan pengetahuan mereka sesuai dengan kebutuhan organisasi. Selain itu, fungsi ini juga mencakup pengembangan karir karyawan dan program pengembangan kepemimpinan.

3. Manajemen Kinerja

Fungsi ini melibatkan pembuatan dan implementasi sistem evaluasi kinerja karyawan, serta memberikan umpan balik dan saran untuk membantu karyawan meningkatkan kinerja mereka. Tujuannya adalah untuk memastikan bahwa karyawan bekerja sesuai dengan standar yang ditetapkan oleh organisasi.

4. Manajemen Komunikasi

Departemen SDM memainkan peran penting dalam memfasilitasi komunikasi antara manajemen dan karyawan, serta memastikan bahwa informasi-informasi terkait dengan kebijakan, prosedur, dan perubahan organisasi disampaikan dengan jelas kepada semua pihak yang terlibat.

5. Manajemen Kesejahteraan Karyawan

Fungsi ini melibatkan penyediaan program-program kesejahteraan untuk meningkatkan kesejahteraan fisik, mental, dan emosional karyawan. Ini termasuk manajemen benefit, program kesehatan, dan fasilitas-fasilitas lain yang mendukung kesejahteraan karyawan.

6. Manajemen Konflik dan Penyelesaian Sengketa

Departemen SDM berperan dalam menangani konflik antara karyawan atau antara karyawan dan manajemen, serta memfasilitasi penyelesaian sengketa dengan cara yang adil dan profesional.

7. Perencanaan Strategis SDM

Fungsi ini melibatkan perencanaan jangka panjang terkait dengan kebutuhan SDM organisasi, termasuk peramalan kebutuhan tenaga kerja, pengembangan strategi perekrutan, dan perencanaan suksesi untuk posisi-posisi kunci dalam organisasi.

Secara keseluruhan, fungsi SDM sangat penting dalam mendukung kesuksesan dan keberlanjutan organisasi dengan mengelola sumber daya manusia secara efektif dan efisien.

C. Perencanaan Sumber Daya Manusia (SDM)

Sumber Daya Manusia dalam arti mikro secara sederhana mengacu pada individu atau manusia yang bekerja dalam aktivitas tertentu pada suatu organisasi. SDM merujuk pada karyawan, pekerja, atau anggota tim yang berkontribusi dalam menjalankan tugas dan mencapai tujuan organisasi. SDM pada tingkat mikro adalah orang-orang yang secara langsung terlibat dalam pelaksanaan pekerjaan, tugas atau proyek dalam lingkungan kerja tertentu.

Secara makro, SDM (Sumber Daya Manusia) mengacu pada semua individu manusia yang merupakan penduduk atau warga negara suatu negara, atau dalam batas wilayah tertentu, yang telah memasuki usia angkatan kerja. Ini mencakup semua orang dewasa yang secara potensial dapat berkontribusi pada ekonomi negara melalui partisipasi dalam dunia kerja. Pengertian SDM secara makro ini mencakup berbagai jenis pekerjaan, tingkat pendidikan, keterampilan, dan latar belakang yang beragam yang dimiliki oleh populasi usia kerja dalam suatu wilayah atau negara. Perhatian pada SDM secara makro penting dalam perencanaan ekonomi, pembangunan sosial, dan kebijakan ketenagakerjaan suatu negara.

Merencanakan kebutuhan Sumber Daya Manusia (SDM) secara efektif membutuhkan pemahaman yang mendalam mengenai apa yang seharusnya dibutuhkan oleh perusahaan, baik saat ini hingga kebutuhan kedepannya.

Beberapa faktor yang perlu dipertimbangkan dalam merencanakan kebutuhan Sumber Daya Manusia, meliputi :

1. Analisis Pekerjaan dan Kebutuhan Karyawan

Perusahaan perlu melakukan analisis pekerjaan untuk memahami tugas-tugas apa yang harus dilakukan dalam organisasi, serta keterampilan dan kompetensi apa yang diperlukan untuk menyelesaikan tugas-tugas tersebut. Hal ini memungkinkan perusahaan untuk mengidentifikasi kebutuhan karyawan yang spesifik untuk setiap posisi.

2. Evaluasi Karyawan Saat ini

Perusahaan harus mengevaluasi karyawan yang saat ini ada di dalam organisasi untuk mengetahui kemampuan, keterampilan, dan kompetensi yang mereka miliki. Ini membantu dalam menentukan sejauh mana karyawan yang sudah ada dapat memenuhi kebutuhan organisasi saat ini dan di masa depan.

3. Pengembangan karyawan

Penting untuk memperhatikan bagaimana karyawan saat ini dikembangkan dan dikelola. Ini termasuk program pelatihan, pembinaan, dan pengembangan karir yang ada

untuk membantu karyawan meningkatkan keterampilan dan kompetensi mereka sesuai dengan kebutuhan organisasi.

4. Perencanaan Suksesi

Perusahaan perlu memiliki rencana suksesi yang jelas untuk posisi-posisi kunci dalam organisasi. Ini melibatkan identifikasi calon-calon internal yang memiliki potensi untuk mengisi posisi-posisi strategis di masa depan dan mengembangkan mereka sesuai dengan kebutuhan.

5. Analisis kesenjangan keterampilan

Perusahaan harus melakukan analisis untuk mengidentifikasi kesenjangan antara kemampuan yang dimiliki oleh karyawan saat ini dengan kebutuhan yang akan datang. Hal ini memungkinkan perusahaan untuk mengidentifikasi area di mana mereka perlu memperkuat pengembangan karyawan atau mencari karyawan baru dengan keterampilan yang diperlukan.

Dengan memperhatikan semua faktor ini, perusahaan dapat merencanakan kebutuhan SDM dengan lebih efektif, memastikan bahwa mereka memiliki tenaga kerja yang sesuai dengan kebutuhan organisasi saat ini dan di masa depan.

D. Kebutuhan Sumber Daya Manusia

Perhitungan dalam konteks kebutuhan sumber daya manusia (SDM) untuk organisasi dapat dipengaruhi oleh beberapa faktor yang mencakup ukuran organisasi. Organisasi yang lebih besar cenderung memiliki kebutuhan SDM yang lebih kompleks dan bervariasi. Oleh karena itu, untuk organisasi besar mungkin memerlukan lebih banyak rincian dan analisis yang mendalam untuk memperkirakan kebutuhan SDM dengan akurat. Ketersediaan dan kualitas informasi yang digunakan dalam perhitungan kebutuhan sumber daya manusia akan mempengaruhi keakuratan hasilnya. Organisasi yang memiliki data yang lengkap, terperinci, dan terkini tentang karyawan, kebutuhan pekerjaan, dan tren industri akan dapat membuat perhitungan kebutuhan SDM akan lebih mudah dan tepat. Rencana khusus organisasi dan faktor eksternal juga

mempengaruhi. Contohnya rencana ekspansi , restrukturisasi, atau inisiatif strategis lainnya yang dapat mempengaruhi kebutuhan SDM di masa depan.

Selain itu, faktor eksternal lainnya seperti kondisi ekonomi, persaingan pasar, dan perkembangan teknologi juga mempengaruhi perhitungan kebutuhan SDM. Jika organisasi sedang mengalami pertumbuhan atau perubahan yang signifikan, perhitungan kebutuhan SDM harus memperhitungkan proyeksi pertumbuhan ini untuk memastikan bahwa organisasi memiliki jumlah dan jenis karyawan yang tepat untuk mendukung perkembangan tersebut. Perhitungan kebutuhan SDM dipengaruhi oleh faktor-faktor demografis seperti tingkat *turnover*, tingkat pension dan perubahan dalam preferensi pekerjaan generasi baru. Selain itu, kondisi industri dan tren pasar juga dapat memengaruhi kebutuhan SDM dalam jangka panjang.

Dengan mempertimbangkan faktor-faktor secara komprehensif, organisasi dapat membuat perhitungan kebutuhan SDM yang lebih akurat dan relevan untuk kebutuhan organisasi.

E. Kelompok Sumber Daya Manusia (SDM)

Secara umum, SDM (Sumber Daya Manusia) dalam organisasi dapat dibagi menjadi tiga kelompok utama :

1. Pegawai Tetap

Kelompok ini terdiri dari karyawan yang dipekerjakan secara tetap oleh organisasi. Mereka biasanya memiliki kontrak kerja yang jelas dan berkomitmen untuk bekerja dalam jangka waktu yang panjang dengan organisasi tersebut. Pegawai tetap ini dapat mencakup manajemen tingkat atas, manajer, staf profesional, teknisi, dan pekerja operasional lainnya yang merupakan anggota inti dari tim organisasi.

2. Pegawai Kontrak

Kelompok ini terdiri dari karyawan yang dipekerjakan oleh organisasi dalam jangka waktu tertentu atau untuk proyek-proyek spesifik. Mereka mungkin tidak memiliki status pegawai tetap dan biasanya dipekerjakan untuk memenuhi kebutuhan sementara atau proyek-proyek khusus. Pegawai kontrak ini seringkali memiliki keahlian atau spesialisasi tertentu yang dibutuhkan oleh organisasi untuk jangka waktu tertentu.

3. Pekerja Sementara

Kelompok ini terdiri dari karyawan yang dipekerjakan oleh pihak ketiga atau lembaga outsourcing untuk bekerja dalam organisasi. Mereka mungkin ditempatkan di berbagai posisi atau departemen sesuai dengan kebutuhan organisasi. Pekerja sementara ini seringkali tidak memiliki keterikatan jangka panjang dengan organisasi dan mungkin diperlakukan sebagai tenaga kerja fleksibel.

F. Pentingnya Sumber Daya Manusia (SDM) Dalam Organisasi

Sumber Daya Manusia (SDM) memiliki peran yang sangat penting dalam keseluruhan keberhasilan dan kinerja organisasi. Sumber Daya Manusia merupakan sumber daya utama yang menyediakan tenaga kerja untuk organisasi, yang dapat memastikan bahwa kebutuhan tenaga kerja dalam berbagai bidang dan tingkatan jabatan dapat terpenuhi. SDM yang berkualitas dapat menjadi sumber inovasi dan kreativitas bagi organisasi. Karyawan yang terampil dan terlatih memiliki kemampuan untuk menghasilkan ide-ide baru, meningkatkan proses kerja, dan mengembangkan produk atau layanan yang inovatif. Sumber Daya Manusia yang terampil dan terlatih memberikan kontribusi pada pengembangan dan pertumbuhan organisasi. Dengan memberikan pelatihan dan pengembangan kepada karyawan, organisasi dapat meningkatkan keterampilan dan pengetahuan mereka dan meningkatkan produktivitas dan efisiensi. Memainkan peran penting dalam pengelolaan kinerja organisasi. Karyawan yang termotivasi dan terlibat cenderung

mencapai kinerja yang lebih baik, yang pada akhirnya berkontribusi pada kesuksesan keseluruhan organisasi. Karyawan yang berkomitmen, berintegritas, dan berkolaborasi dapat membentuk budaya kerja yang positif, yang dapat meningkatkan kepuasan karyawan, retensi, dan reputasi organisasi.

Dengan memiliki tim yang terampil, terlatih, dan terampil, organisasi dapat bersaing lebih efektif di pasar, mengatasi tantangan, dan memanfaatkan peluang bisnis yang ada. Pada akhirnya, SDM berperan dalam membantu organisasi mencapai tujuan dan visinya. Dengan memiliki karyawan yang berkinerja tinggi, berkomitmen, dan berorientasi pada hasil, organisasi memiliki peluang yang lebih besar untuk mencapai keberhasilan jangka panjang. Keseluruhan, SDM adalah aset yang berharga bagi setiap organisasi. Penting bagi organisasi untuk mengelola SDM dengan baik, mengembangkan, dan memotivasi karyawan untuk mencapai keberhasilan dan pertumbuhan jangka panjang.

G. Sumber Daya Manusia di Puskesmas

Sumber Daya Manusia (SDM) di Pusat Kesehatan Masyarakat (Puskesmas) memiliki peran yang sangat penting dalam menyediakan pelayanan kesehatan masyarakat yang berkualitas. Tenaga medis termasuk dokter umum atau dokter spesialis, perawat, bidan, dan tenaga kesehatan lainnya yang bertanggung jawab untuk memberikan pelayanan kesehatan langsung kepada masyarakat. Mereka melakukan diagnosis, pengobatan, dan tindakan medis lainnya sesuai dengan kebutuhan pasien. Tenaga Non-medis termasuk administrasi, keuangan, teknisi laboratorium, apoteker, petugas gizi, promotor kesehatan, dan karyawan lainnya yang mendukung operasional Puskesmas. Mereka membantu dalam administrasi dan manajemen Puskesmas, serta menyediakan layanan pendukung seperti pengukuran dan pemeriksaan kesehatan, penyaluran obat, dan penyuluhan kesehatan kepada masyarakat. Manajemen dan pengawasan melibatkan manajer Puskesmas, koordinator program kesehatan, dan tim manajemen lainnya

yang bertanggung jawab atas perencanaan, pengorganisasian, pelaksanaan, dan pengendalian operasional Puskesmas. Mereka memastikan bahwa sumber daya manusia, keuangan, dan fisik Puskesmas digunakan secara efisien untuk memberikan pelayanan kesehatan yang optimal kepada masyarakat.

Pengembangan SDM melibatkan pelatihan, pengembangan, dan pengawasan karyawan untuk memastikan bahwa mereka memiliki keterampilan dan pengetahuan yang diperlukan untuk memberikan pelayanan kesehatan yang berkualitas. Program pengembangan SDM ini dapat mencakup pelatihan klinis, pelatihan manajemen, dan pelatihan kesehatan masyarakat. Penting bagi Puskesmas untuk memiliki SDM yang cukup, terlatih, dan terampil untuk memenuhi kebutuhan kesehatan masyarakat di wilayahnya. Dengan memiliki SDM yang kompeten dan berkomitmen, Puskesmas dapat memberikan pelayanan kesehatan yang berkualitas, mendorong kesejahteraan masyarakat, dan mencapai tujuan pembangunan kesehatan nasional.

Tenaga kesehatan bertanggung jawab untuk menyediakan pelayanan kesehatan kepada individu, keluarga, dan masyarakat. Mereka melakukan diagnosis, pengobatan, dan perawatan sesuai dengan standar medis dan etika profesi. Keterampilan dan pendidikan yang dimiliki oleh tenaga kesehatan memungkinkan mereka untuk menjalankan tugas-tugas kesehatan dengan baik dan profesional. Pelatihan dan pendidikan yang diterima memungkinkan mereka untuk memahami berbagai kondisi kesehatan, menerapkan pengetahuan medis yang relevan, dan memberikan layanan yang berkualitas.

SDM kesehatan merupakan input yang sangat penting dalam setiap program kesehatan. Mereka tidak hanya memberikan pelayanan langsung kepada pasien, tetapi juga berkontribusi pada perencanaan, implementasi, dan evaluasi program-program kesehatan yang ada. Tenaga kesehatan memiliki dampak yang kuat pada kinerja sistem kesehatan secara keseluruhan. Kualitas pelayanan kesehatan yang

diberikan oleh mereka mempengaruhi hasil kesehatan individu, keluarga, dan masyarakat secara keseluruhan.

Dengan demikian, investasi dalam pengembangan SDM kesehatan, termasuk pendidikan, pelatihan, dan dukungan dalam lingkungan kerja, sangat penting untuk meningkatkan kualitas dan aksesibilitas pelayanan kesehatan. Tenaga kesehatan yang terlatih, terampil, dan berkomitmen akan menjadi aset berharga dalam meningkatkan kesehatan dan kesejahteraan masyarakat.

Peningkatan pelayanan bagi masyarakat di Puskesmas (Pusat Kesehatan Masyarakat) sangat penting dan membutuhkan keterampilan dan kemampuan yang sesuai dengan kompetensi dari pegawai yang bekerja di sana. Untuk memastikan bahwa staf di Puskesmas memiliki keterampilan dan kemampuan yang diperlukan, Dinas Kesehatan biasanya menyelenggarakan berbagai kursus dan pelatihan.

Ini termasuk pelatihan untuk dokter, perawat, bidan, dan staf lainnya sesuai dengan tugas dan tanggung jawab masing-masing. Pelatihan ini bisa meliputi berbagai topik seperti manajemen penyakit, pelayanan kesehatan masyarakat, kebersihan, teknik pelayanan pasien, dan aspek-aspek lain yang relevan dengan tugas mereka di Puskesmas.

Pelatihan ini penting untuk memastikan bahwa staf di Puskesmas dapat memberikan pelayanan kesehatan yang berkualitas kepada masyarakat. Selain itu, pelatihan juga membantu meningkatkan profesionalisme, efisiensi, dan efektivitas dalam menjalankan tugas-tugas mereka.

Selain pelatihan, pemantauan dan evaluasi terus-menerus dari kinerja staf juga penting untuk memastikan bahwa standar pelayanan kesehatan yang tinggi dipertahankan di Puskesmas. Dengan demikian, melalui upaya pelatihan dan pengembangan karyawan, diharapkan pelayanan kesehatan yang lebih baik dan lebih responsif dapat diberikan kepada masyarakat.

DAFTAR PUSTAKA

Alviananda Zahra, Fadia Shafa, Faradisa Mulya *Analisis Manajemen Sumber Daya Manusia Kesehatan Terhadap Kualitas Pelayanan UKM di Puskesmas Ciomas* . Depok: Universitas Indonesia.

Priyono (2010) *Manajemen Sumber Daya Manusia*. Sidoarjo: Zifatama Publisher.

BAB

11

KONSEP PERENCANAAN TINGKAT PUSKESMAS

Sinta Dewi Lestyoningrum, S.K.M.,
M.Kes.

A. Konsep Dasar Perencanaan

1. Definisi Perencanaan

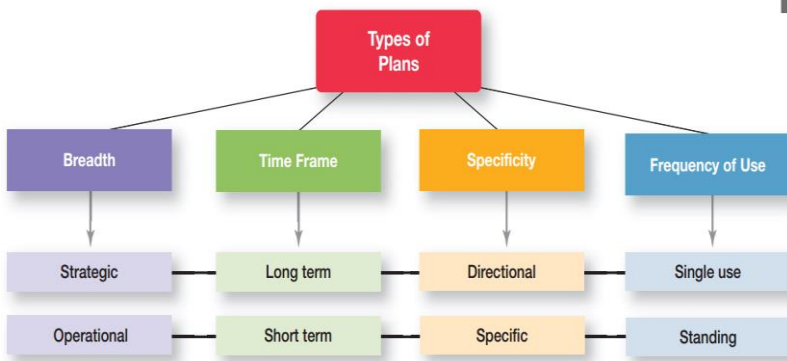
Perencanaan merupakan bagian dari manajemen, beberapa definisi dari perencanaan menurut para ahli adalah sebagai berikut:

- a. Perencanaan merupakan aktivitas untuk memilih dan menghubungkan fakta, menyusun dan melakukan *forecasting* dengan menjabarkan dan memformulasi aktivitas spesifik yang dipandang penting untuk mencapai tujuan (Terry, 1971).
- b. Perencanaan adalah proses untuk menjabarkan tujuan dan aksi atau misi yang sesuai dan selaras dengan tujuan akhir organisasi (Stoner, Freeman and Gilbert, 2006).
- c. Perencanaan adalah rangkaian kegiatan untuk menyelaraskan tujuan, spesifik hingga bagaimana mencapai tujuan tersebut, bagaimana mengimplementasikan dan mengevaluasi tujuan dengan hasil yang dicapai (Boddy, 2008).
- d. Perencanaan adalah kegiatan untuk mendefinisikan tujuan organisasi, menyusun strategi untuk mencapai hal tersebut dengan melakukan integrasi dan koordinasi setiap kegiatan di dalam organisasi (Robbins and Coulter, 2012).

Berdasarkan beberapa definisi tersebut, dapat disimpulkan bahwa perencanaan merupakan proses yang dilakukan oleh organisasi dalam rangka menentukan dan menjabarkan tujuan organisasi berdasarkan perhitungan dan analisis *forecasting* untuk dapat menyusun kegiatan spesifik agar tujuan tersebut dapat tercapai.

2. Jenis Perencanaan

Perencanaan memiliki beberapa jenis, yakni sebagai berikut.



Gambar 11. 1. Jenis Perencanaan (Robbins and Coulter, 2012)

- Breadth* yakni jenis perencanaan menurut tingkat penilaian yang akan diaplikasikan di organisasi terdiri dari perencanaan strategis dan operasional.
- Time frame* yakni perencanaan berdasarkan jangka waktu yang akan digunakan, yakni rencana jangka panjang (*long term*) dan jangka pendek (*short term*).
- Specificity* yakni perencanaan berdasarkan spesifikasi perencanaan yakni perencanaan direksional, dan spesifik.
- Frequency of use* yakni perencanaan berdasarkan tingkat penggunaan dari perencanaan tersebut, terdiri dari *single use* (pada kondisi tertentu), dan *standing* (tetap di kurun waktu).

Menurut Kinicki dan Williams (2019), terdapat beberapa jenis perencanaan beserta jenjang manajemen untuk melakukan penyusunan perencanaan.

- a. Perencanaan strategis; merupakan perencanaan yang dilakukan oleh jajaran top manajemen seperti direktur, jika di Pemerintahan bisa pada jajaran pimpinan daerah seperti Gubernur/Bupati/Wali Kota. Perencanaan strategis yang bersifat lama (*long term*) merupakan keputusan yang mengatur seluruh tindakan di organisasi. Perencanaan strategis umumnya disusun untuk 1-5 tahun ke depan, dengan memperhatikan beberapa asumsi masa depan (*forecasting*) baik kondisi yang pasti dan tidak pasti.
- b. Perencanaan taktis; merupakan perencanaan yang disusun oleh manajemen tengah seperti Kepala Dinas, Kepala Puskesmas, dan lainnya. Implementasi dari perencanaan strategis dengan melakukan supervisi dan koordinasi seluruh kegiatan pada jajaran bawah (*coordinator unit*). Pada perencanaan taktis ini umumnya berlaku untuk kurun waktu antara 6 - 24 bulan. Perencanaan ini seringkali terdapat pembuatan keputusan yang bersifat mendesak tanpa adanya dasar pasti untuk prosedur informasi ke atasan.
- c. Perencanaan operasional merupakan perencanaan yang bersifat operasional yang terdiri dari tugas langsung harian yang sifatnya dilakukan oleh pegawai non-manajerial. Perencanaan ini sifatnya tidak untuk dilaksanakan dalam jangka waktu panjang namun dalam hitungan minggu yakni 1-52 minggu atau satu tahun. Perencanaan ini menjabarkan secara rinci prosedur kegiatan yang dilaksanakan selama waktu tersebut.

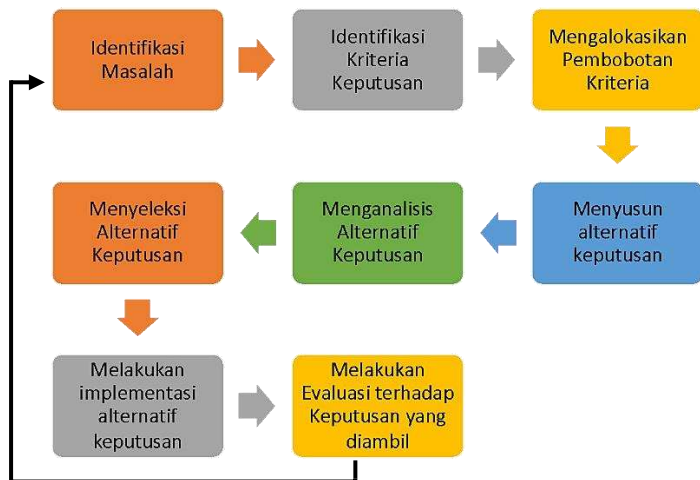
3. Tahapan Perencanaan

Perencanaan memiliki beberapa tahapan yang dapat diaplikasikan di setiap organisasi. Beberapa ahli memiliki pendapat berbeda terhadap tahapan tersebut. Berikut

merupakan pendapat beberapa ahli terhadap perencanaan tersebut.

- a. Perencanaan menurut Robbins and Coulter (2012) menyebut bahwa terdapat 8 tahapan perencanaan. Secara umum, perencanaan tersebut adalah sebagai berikut.
- b. Identifikasi Masalah; pada tahapan ini jajaran manajemen dapat dimulai dari level atas maupun menengah untuk melakukan identifikasi terhadap masalah yang dihadapi oleh organisasi saat ini maupun hasil dari *forecasting* ke masa depan. Identifikasi masalah di sebuah organisasi merupakan tantangan tersendiri, meskipun terlihat mudah untuk dilaksanakan.
- c. Identifikasi Kriteria Keputusan; merupakan tahapan kedua dengan menyusun kriteria keputusan yang penting dan relevan terhadap masalah yang telah berhasil diidentifikasi oleh manajemen. Masalah apa saja yang akan dilanjutkan ke tahapan berikutnya.
- d. Alokasi Bobot untuk Kriteria; merupakan tahapan penentuan bobot setiap kriteria baik masalah maupun keputusan yang telah dirancang oleh manajemen. Penentuan bobot ini dapat menggunakan skala angka 0-10 atau dengan *tools* pembobotan lainnya, seperti USG (Urgency, Seriousness, and Growth), dan lainnya.
- e. Menyusun Alternatif; merupakan tahapan para manajemen dalam penyusunan alternatif berdasarkan masalah dan keputusan yang telah dihitung bobotnya. Penyusunan alternatif sebelumnya belum dilakukan, namun pada tahapan keempat ini diperlukan untuk membuat keputusan yang akan digunakan dalam menangani masalah menjadi lebih tepat sasaran dengan pertimbangan alternatif yang sesuai.
- f. Analisis Alternatif; merupakan tahapan kelima untuk melakukan evaluasi satu per satu alternatif yang telah disusun. Beberapa organisasi melakukan pembobotan ulang pada alternatif keputusan yang telah disusun. Kemudian dari hasil pembobotan terakhir, maka penilaian terhadap alternatif keputusan dapat ditentukan.

- g. Seleksi Alternatif; merupakan tahapan penentuan alternatif yang akan benar-benar diimplementasikan oleh organisasi. Tahapan ini mendorong manajemen untuk melakukan analisis yang mendalam terhadap setiap risiko alternatif keputusan yang akan diambil.
- h. Implementasi Alternatif; merupakan tahapan implementasi dari alternatif keputusan yang disepakati bersama. Implementasi ini dilakukan oleh seluruh bagian organisasi, khususnya pada implementasi alternatif keputusan yang bersifat long term. Implementasi sebuah alternatif keputusan yang baru, diperlukan upaya untuk monitoring setiap perubahan baik pada budaya kerja maupun perubahan dari sisi SDM organisasi. Hasil monitoring selama implementasi yang dijadikan dasar pada kegiatan evaluasi keputusan.
- i. Evaluasi Efektivitas Keputusan; merupakan tahapan perencanaan terakhir yakni dengan melakukan evaluasi hasil dari implementasi alternatif keputusan. Jika hasil dari evaluasi masih didapatkan adanya permasalahan, maka dapat Kembali ke tahapan pertama untuk mengatasi masalah tersebut. Secara umum, diagram dari tahapan perencanaan menurut Robbins and Coulter (2012) adalah sebagai berikut.



Gambar 11. 2. Tahapan Perencanaan melalui Cara Decision Making (Robbins and Coulter, 2012)

- j. Perencanaan menurut Angelo Kinicki, dkk (2010) terdapat enam tahapan untuk membuat sebuah keputusan dalam rangka perencanaan organisasi. Berikut merupakan tahapan tersebut.
- k. Mengidentifikasi dan mendefinisikan masalah; merupakan tahapan awal untuk menentukan perencanaan ke depan. Masalah yang didapatkan berdasarkan hasil dari identifikasi situasi yang dihadapi oleh organisasi dimasukkan untuk selanjutnya dilakukan *listing* terhadap permasalahan tersebut. Masalah di dalam tahapan pertama ini harus di jelas, sehingga mempermudah langkah selanjutnya.
- l. Mengidentifikasi Kriteria; tahapan ini mengakomodir seluruh kemungkinan alternatif permasalahan yang ditemukan pada tahapan pertama. Identifikasi kriteria dilakukan oleh beberapa individu pengambil keputusan atau *decision maker* dengan ide relevan yang berbeda satu dengan yang lain. Beberapa faktor untuk menentukan seberapa tingkat relevansi dari kriteria masalah tidak dilakukan pada tahapan ini, namun kriteria masalah harus dalam koridor luas yang relevan. Seperti, masalah yang ditemukan saat ini adalah jumlah pasien yang menurun karena minimnya keinginan pasien untuk melakukan upaya preventif kesehatan. Hal tersebut, untuk di organisasi bidang kesehatan masih relevan untuk dijadikan kriteria permasalahan pelanggan. Kriteria yang diidentifikasi dalam tahapan ini harus memperhatikan beberapa hal yakni:
 - 1) Kesesuaian dengan tujuan organisasi
 - 2) Kemampuan dari organisasi dalam memberikan solusi terhadap kriteria masalah tersebut;
 - 3) Kriteria masalah dapat dievaluasi nantinya;
 - 4) Masalah tersebut memiliki dampak terhadap organisasi;
 - 5) Termasuk dalam risiko kinerja organisasi.

- m. Mengalokasikan Bobot per Kriteria; merupakan tahapan ketiga dilakukan dengan tujuan kriteria masalah yang telah berhasil diidentifikasi dan dikriteriakan, dapat diurutkan berdasarkan beberapa pertimbangan. Bobot diperlukan untuk dapat memberikan nilai prioritas dari kriteria masalah yang ada.
- n. Menyusun Alternatif; yakni tahapan untuk saling berdiskusi guna menyusun alternatif solusi masalah. Tahapan ini manajemen diberikan kesempatan untuk menyusun listing dari solusi masalah.
- o. Mengevaluasi Alternatif; merupakan tahapan untuk melakukan evaluasi pada setiap alternatif solusi yang telah ditemukan pada tahapan sebelumnya. Kelebihan dan kekurangan dari setiap solusi dibandingkan dengan menggunakan sistem pembobotan atau sistem lainnya.
- p. Melakukan Seleksi Alternatif Terbaik; merupakan tahapan paling akhir dari perencanaan dengan pengambilan keputusan. Setelah dilakukan evaluasi terhadap alternatif yang paling memungkinkan untuk dapat dilakukan, maka keputusan alternatif solusi tersebut dapat diterapkan.

B. Peran Puskesmas Dalam Sistem Kesehatan

Puskesmas merupakan salah satu fasilitas pelayanan kesehatan yang ada di Indonesia. Berdasarkan Permenkes Nomor 43 Tahun 2019 tentang Pusat Kesehatan Masyarakat, mendefinisikan fasilitas pelayanan kesehatan dan Puskesmas sebagai berikut:

1. Fasilitas pelayanan kesehatan adalah suatu tempat yang dimanfaatkan untuk melaksanakan pelayanan kesehatan yang dilakukan oleh pemerintah, dan/atau masyarakat (swasta maupun pribadi).
2. Puskesmas atau Pusat Kesehatan Masyarakat merupakan salah satu jenis dari fasilitas pelayanan kesehatan yang melaksanakan tugas dan fungsi pelayanan kesehatan pada masyarakat dan perseorangan di tingkat pertama.

Puskesmas dalam Peraturan tersebut memiliki tugas dan fungsi yang lebih mengutamakan pada tindakan preventif dan promotive kepada masyarakat. Puskesmas merupakan salah satu perangkat organisasi milik pemerintah daerah di bawah Dinas Kesehatan Kab./Kota daerah tersebut. Puskesmas diberikan keleluasaan untuk menyusun perencanaan, melakukan implementasi, monitoring, evaluasi terhadap kegiatan yang ada di lingkup organisasi mereka. Selain itu, Puskesmas juga diberikan fasilitas untuk melakukan pencatatan, dan pelaporan yang terintegrasi dalam satu sistem terpadu baik di tingkat Puskesmas, Dinas Kesehatan, hingga ke Kementerian Kesehatan(Kemenkes RI, 2019).

C. Perencanaan Tingkat Puskesmas (PTP)

Perencanaan di tingkat Puskesmas tertuang di dalam Permenkes Nomor 43 tahun 2019 untuk melaksanakan salah satu tugas dan fungsi Puskesmas, yakni penyelenggaraan UKP dan UKM. Pelaksanaan UKP dan UKM di tingkat Puskesmas, dengan menyusun perencanaan kegiatan berdasarkan hasil analisis masalah dan kebutuhan kesehatan masyarakat. Puskesmas sebagai salah satu Unit Pelaksana Teknis Daerah (UPTD) di bawah Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota. Hal ini menuntut Puskesmas untuk membuat perencanaan di wilayah kerjanya dengan menyesuaikan pada kebijakan pembangunan kesehatan Pemda Kab./Kota (KOMPAK, 2016).

Perencanaan tingkat puskesmas disusun secara komprehensif, dengan efektif, efisien, dan dapat dipertanggungjawabkan. Umumnya perencanaan tingkat Puskesmas menerapkan rangkaian proses manajemen yakni *Planning, organizing, actuating, dan controlling*. Tujuan dari perencanaan tingkat Puskesmas terpadu adalah sebagai berikut:

1. Menyusun rencana 5 (lima) tahunan yang menjadi pedoman penyusunan rencana tahunan Puskesmas.
2. Penyelenggarakan upaya kesehatan baik masyarakat maupun perseorangan secara efektif dan efisien;
3. Mengelola sumber daya secara efektif dan efisien;

4. Menyusun rencana kegiatan dan anggaran kegiatan untuk dapat menyelenggarakan upaya kesehatan masyarakat dan perseorangan dengan rutin dan berkesinambungan pada masyarakat.
5. Membentuk komitmen, kohesivitas, dan kerja sama dalam tim kerja di Puskesmas, sehingga pelayanan kesehatan pada masyarakat dapat dilaksanakan dengan efektif dan berkualitas.

Beberapa tujuan perencanaan tingkat Puskesmas terpadu tersebut di atas memiliki tujuan besar dalam mendukung tugas dan fungsi dari Puskesmas itu sendiri. Selain itu, perencanaan tingkat Puskesmas terpadu memiliki manfaat sebagai berikut:

1. Menjadi kompas kegiatan upaya kesehatan masyarakat dan perseorangan agar terselenggara dengan efektif dan efisien;
2. Mendukung manajemen untuk melakukan identifikasi kebutuhan Puskesmas baik dalam bentuk trend beberapa tahun, maupun untuk melakukan forecasting berdasarkan trend tersebut.
3. Mempermudah upaya monitoring, evaluasi dan kontrol setiap kegiatan di Puskesmas;
4. Mempermudah manajemen Puskesmas untuk melakukan evaluasi situasi yang memiliki dampak terhadap Puskesmas.

Perencanaan tingkat Puskesmas di Kab/Kota memiliki peranan untuk dapat memonitoring realisasi anggaran dan pelaksanaan kegiatan yang ada di Puskesmas. Di dalam tingkat manajemen, perencanaan tingkat Puskesmas dapat menjadi *tools* penting untuk menentukan teknis dan operasional dalam pelaksanaan kegiatan yang sistematis, *valuable*, efektif dan efisien. Di dalam manajemen Puskesmas, Perencanaan dikenal sebagai P1, penggerakan dan pelaksanaan (P2), dan pengawasan, pengendalian dan penilaian (P3).

P1 merupakan kegiatan perencanaan di tingkat Puskesmas. Penyusunan rencana kegiatan berupa RUK (Rencana Usulan Kegiatan) yang disusun untuk satu tahun mendatang, umumnya dilakukan di bulan Mei hingga

Desember di tahun berjalan (Kementerian Kesehatan RI, 2017). Pelaksanaan-pengendalian merupakan rangkaian kegiatan dari pengorganisasian, penyelenggaraan, pemantauan (dapat dilakukan melalui lokakarya mini Puskesmas). Sedangkan pengawasan pertanggungjawaban dilakukan secara internal dan eksternal.

D. Penyusunan Rencana Kerja Puskesmas

Perencanaan di tingkat Puskesmas memiliki beberapa tahapan yang harus diaplikasikan oleh Puskesmas agar perencanaan yang disusun dapat aplikatif di lapangan. Keempat tahapan tersebut adalah sebagai berikut.

1. Tahap Persiapan

Tahapan persiapan merupakan tahapan pertama yang melibatkan staf Puskesmas untuk bersama-sama menyusun perencanaan tingkat Puskesmas. Tahapan persiapan ini, khususnya di organisasi Pemerintah, menjadi dasar untuk menentukan tujuan baik jangka panjang maupun jangka pendek. Dalam tahapan ini tim Puskesmas akan saling melakukan analisis beberapa hal yakni rencana jangka panjang Puskesmas (lima tahun). Selain itu, beberapa hal lain yang diperhatikan dalam tahapan ini adalah.

- a. Target SPM (Standar Pelayanan Minimal) Kabupaten/Kota
- b. Kesepakatan target bersama antara Puskesmas dengan Dinkes Kab./Kota;
- c. Pedoman umum program kesehatan yang saat ini berlaku sesuai dengan peraturan terbaru;
- d. Manajemen Puskesmas dengan Pendekatan Keluarga;
- e. Peraturan dan kondisi terbaru yang berdampak terhadap penyusunan rencana Puskesmas.

2. Tahap Analisa Situasi

Tahapan analisis situasi merupakan tahapan yang penting dalam penyusunan rencana puskesmas. Beberapa hal yang harus dilakukan dalam tahapan ini adalah sebagai berikut:

a. Identifikasi dan Pengumpulan Data Kinerja Puskesmas

Kegiatan ini membutuhkan komitmen dari Puskesmas untuk disiplin dalam pencatatan, pelaporan serta sistem arsiparis dokumen kinerja Puskesmas. Data kinerja Puskesmas selama dua tahun sebelumnya dan tahun berjalan. Data kinerja tersebut dapat diakses melalui Sistem Informasi Puskesmas (SIP). Beberapa data yang diperlukan untuk mendukung perencanaan adalah sebagai berikut.

- 1) Data geografis dan demografi masyarakat, meliputi jumlah RT/RW, jumlah desa binaan, luas wilayah dan batasannya. Selain itu data demografi termasuk jumlah penduduk, penduduk berdasarkan usia dan jenis kelamin, jumlah penduduk berdasarkan status perkawinan dan agama. Data sekolah juga diperlukan dalam penyusunan rencana Puskesmas.
- 2) Data sosio-ekonomi masyarakat, yakni jumlah penduduk berdasarkan pendidikan, pekerjaan, rumah (jumlah rumah dan rumah sehat), akses menuju Puskesmas ataupun fasyankes tingkat lanjut.
- 3) Data epidemiologi masyarakat, mencakup data penyakit 10 besar, angka kematian, angka kesakitan, dan program yang berjalan saat ini, jumlah KLB, pola penyakit dan jumlah kunjungan baru dan lama. Selain itu diperlukan data cakupan program penyakit baik menular maupun tidak menular.
- 4) Data kebutuhan masyarakat seperti hasil survey kepuasan pelanggan, data pemanfaatan pelayanan kesehatan, data lokakarya yang telah dilaksanakan selama 2 tahun sebelumnya dan tahun berjalan.

- 5) Data kemampuan atau sumber daya yang ada di Puskesmas. Kemampuan atau sumber daya mencakup data fasilitas yang tersedia di Puskesmas, SDM, data keuangan baik dari data BLUD, BOK yang teralokasi untuk tahun depan. Selain itu, juga melakukan identifikasi beberapa hal yang memungkinkan untuk menjadi dukungan dan hambatan, seperti dukungan pemimpin desa/daerah, akses, peraturan Pemda, dll.
- 6) Data situasi peran serta masyarakat. Data ini memegang peranan penting terkait dengan pelaksanaan kegiatan Puskesmas yang erat dengan masyarakat. Data seperti posyandu yang aktif, tidak aktif; jumlah kader setiap desa; jumlah apotek di wilayah kerja; jumlah desa sehat. Selain itu juga diperlukan data lingkungan yang berkaitan erat dengan kesadaran masyarakat atas kesehatan, seperti kepemilikan jamban, jenis jamban. Sumber air bersih untuk kebutuhan rumah tangga dan air minum di masyarakat, karakteristik sumur, perilaku personal *hygiene*, kebiasaan membuang sampah dan kebiasaan perilaku ketika sakit. Selain itu, penting pula untuk melakukan identifikasi tempat yang dapat atau terbiasa dijadikan lokasi penyuluhan kesehatan.

b. Melakukan Analisa data

Kegiatan ini merupakan langkah kedua setelah data berhasil dikumpulkan, untuk kemudian ditelaah dengan seksama oleh manajemen Puskesmas. Seluruh data tersebut disesuaikan dengan kriteria yang telah disepakati serta termasuk dalam program yang menjadi rencana jangka panjang Pemda dan Pemerintah Pusat (RPJMN) dan disesuaikan dengan format yang telah tersedia (Format F). Beberapa hal yang menjadi panduan dalam menganalisis data adalah sebagai berikut:

- 1) Kecenderungan pencapaian status kesehatan masyarakat dan hasil kinerja selama dua tahun sebelum dan kemungkinan tahun berjalan;

- 2) Hasil kinerja dan mutu pelayanan di tahun sebelumnya;
- 3) Prediksi status kesehatan dan tingkat kinerja Puskesmas di tahun berjalan, serta mitigasi hambatan yang dialami.
- 4) Teridentifikasinya faktor-faktor yang mendukung dan menghambat kemungkinan keberhasilan kinerja.

c. Melakukan Analisis Masalah

Analisis masalah merupakan tahapan paling krusial dalam penyusunan rencana Puskesmas. Masalah merupakan *gap* antara harapan dan realisasi di lapangan. Identifikasi masalah dapat dilakukan secara berkelompok untuk saling berdiskusi untuk dapat nantinya dapat ditentukan masalah prioritas di wilayah kerja. Pendekatan paling umum dalam melakukan identifikasi masalah adalah dengan pendekatan teori HL. Blum. Teori HL. Blum menyebutkan bahwa masalah kesehatan di masyarakat dipengaruhi oleh empat faktor utama, yakni faktor lingkungan, faktor perilaku, faktor pelayanan kesehatan dan faktor genetic.

Analisis masalah dilakukan dengan mengidentifikasi kemungkinan determinan faktor yang mempengaruhi masalah tersebut dengan menjawab pertanyaan "*why*" pada setiap poin masalah yang berhasil diidentifikasi. Faktor yang mempengaruhi masalah dengan panduan teori ataupun hasil penelitian terbaru, yang relevan dengan data yang tersedia. Dalam analisis masalah dilakukan juga penentuan prioritas masalah, penentuan alternatif solusi.

Penentuan prioritas masalah dilakukan dengan beberapa *tools*, misalnya USG (*Urgency, Seriousness, and Growth*), MCUA (*Multiple Criteria Utility Assessment*), metode FGD (*Forum Group Discussion*), atau dengan NGT (*Nominal Group Technique*). Penentuan prioritas masalah dengan mempertimbangkan kondisi analisis situasi yang dilakukan sebelumnya.

Setelah penentuan prioritas masalah, dilakukan akar penyebab masalah. Meskipun telah dilakukan identifikasi sebelumnya, namun diperlukan upaya untuk melakukan analisis terkait akar penyebab yang dikonfirmasi dengan data di Puskesmas. Metode *fishbone* ataupun dengan metode pohon masalah umum diterapkan untuk langkah ini.

Langkah selanjutnya adalah dengan menentukan solusi terhadap masalah tersebut. Solusi masalah dilakukan dengan mempertimbangkan faktor penyebab serta sumber daya yang saat ini tersedia di Puskesmas. Umumnya, solusi dinilai dengan mempertimbangkan penilaian metode MEER (*Methods Effectiveness Efficiency and Readiness*), ataupun dengan metode CARL (*Capability, Accessibility, Readiness, and Leverage*). Penentuan solusi masalah dilakukan dengan *brainstorming* sehingga didapatkan ide/gagasan/pendapat seluruh anggota Puskesmas, hingga disepakati ide/gagasan/pendapat yang paling relevan dan aplikatif.

d. Tahap Penyusunan Rencana Usulan Kegiatan (RUK)

Tahapan penyusunan rencana usulan kegiatan di Puskesmas memiliki tatanan sendiri menyesuaikan dengan program kesehatan yang menjadi tugas fungsi utamanya. Matriks RUK Puskesmas terdiri dari matriks khusus untuk UKM Esensial yakni program KIA dan KB, Promosi Kesehatan, Kesehatan Lingkungan, Gizi, Pencegahan dan Pengendalian Penyakit. Selain itu terdapat UKM Pengembangan, UKP yakni kegiatan rawat jalan maupun rawat inap, pelayanan farmasi, laboratorium dan kegiatan lain yang menjadi tanggung jawab Puskesmas. Matriks RUK Puskesmas, terdiri dari program tersebut di atas, diikuti dengan rincian kegiatan setiap program. Diikuti tujuan, sasaran, target sasaran, penanggungjawab kegiatan, kebutuhan sumber daya, mitra kerja, waktu pelaksanaan, anggaran, indikator, dan sumber pembiayaan.

Dalam penyusunan RUK, kegiatan yang telah berhasil mencapai target pada periode tahun sebelumnya dipertahankan dan ditingkatkan agar dapat mempertahankan hasil yang telah dicapai. Sedangkan rincian kegiatan pada program yang belum berhasil diperlukan detail kegiatan yang sesuai dengan kesepakatan solusi yang diambil selama program analisis data. Penyusunan RUK memerlukan detail pembiayaan yang harus diperjuangkan agar kegiatan berjalan dengan optimal. RUK yang komprehensif diperlukan rincian RKA (Rincian Kegiatan Anggaran), untuk mendukung *justifikasi* dari kebutuhan anggaran yang diajukan. Selain itu, penyusunan dari RUK diperlukan bagan gantt yang menjadi pedoman waktu pelaksanaan kegiatan.

e. Tahapan Penyusunan Rencana Pelaksanaan Kegiatan

Tahapan penyusunan Rencana Pelaksanaan Kegiatan (RPK) dilakukan dengan lintas sektor di wilayah kerja Puskesmas. Kerjasama lintas sektor diperlukan mengingat bahwa masalah kesehatan di masyarakat merupakan tanggung jawab bersama yang harus diselesaikan secara komprehensif. Kerjasama lintas sektor dilakukan agar program kesehatan dilaksanakan secara efisien, efektif, bermutu, dengan tujuan yang dapat tercapai. Pada RPK diperlukan integrasi antar program yang telah dirancang pada RUK.

Penyusunan RPK dilakukan setelah RUK disetujui. Sehingga, RPK perlu memperhatikan alokasi kegiatan dan biaya yang disetujui, apakah perlu dilakukan rekonstruksi kegiatan maupun anggaran. Selain itu, RPK memungkinkan bagi Puskesmas untuk melakukan penyusunan ulang dari jadwal yang direncanakan sebelumnya, serta mengalokasikan waktu khusus untuk lokakarya mini tahunan dan bulanan. Susunan dari matriks RPK sama dengan matriks pada RUK.

E. Pelaksanaan Rencana Puskesmas

Pelaksanaan rencana Puskesmas merupakan kegiatan lanjutan dari Rencana Kegiatan Puskesmas. Penggerakan dan pelaksanaan program dilakukan sesuai dengan susunan RPK yang telah disetujui, dan akan terus dilakukan upaya perbaikan di dalam forum Lokakarya Mini Puskesmas. Lokakarya Mini Puskesmas dilakukan secara bulanan, dan triwulan.

Lokakarya mini baik bulanan dan triwulan dilakukan untuk mendapatkan *feedback* pada setiap kegiatan yang telah dilakukan pada bulan berjalan. Kepala Puskesmas selaku pimpinan dapat memberikan umpan balik hasil kinerja sekaligus hasil analisis, diseminasi informasi terbaru, serta melakukan monitoring terhadap kinerja petugas Puskesmas. Selain itu, pada kegiatan lokakarya mini terdapat masukan dari setiap petugas Puskesmas, serta analisis beban kerja setiap pegawai sehingga distribusi tugas dapat sesuai dengan kompetensi dan kemampuan dari setiap petugas Puskesmas.

F. Monitoring Dan Evaluasi Rencana Puskesmas

Upaya monitoring dan evaluasi merupakan rangkaian dari setiap perencanaan. Upaya tersebut dilakukan secara komprehensif melalui kegiatan lokakarya mini Puskesmas yang merupakan bagian dari monitoring internal Puskesmas. Sementara, monitoring dan evaluasi eksternal dilakukan oleh instansi di luar Puskesmas, seperti Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota, institusi lainnya, dan/atau masyarakat.

Upaya monitoring dan evaluasi dilakukan baik dari aspek administratif, sumber daya, IKI (Indikator Kinerja Instansi), dan pelayanan yang diberikan pada masyarakat. Penilaian kinerja Puskesmas adalah sebagai berikut:

1. Pencapaian cakupan pelayanan kesehatan pada program UKM esensial, UKM Pengembangan, UKP.
2. Pelaksanaan manajemen Puskesmas dalam pelaksanaan kegiatan, meliputi proses perencanaan, penggerakkan dan pelaksanaan, penilaian kinerja. Manajemen sumber daya, keuangan dan BMN, pemberdayaan masyarakat, manajemen

data dan informasi, program dan mutu pelayanan puskesmas. Penilaian terhadap mutu pelayanan puskesmas yakni dengan membandingkan dengan target kinerja program yang telah ditentukan sebelumnya.

DAFTAR PUSTAKA

- Angelo Kinicki, B. W. (2019) *Management: A Practical Introduction*. 9th edition. New York, NY: McGraw Hill.
- Angelo Kinicki, Nina Cole, Victoria Digby, Natasha Koziol, R. K. (2010) *Organizational Behaviour, Third CDN Edition*. 3rd Ed. McGraw-Hill Ryerson Higher Education.
- Boddy, D. (2008) *Management: An Introduction*. FT Prentice Hall.
- Kemendes RI (2019) *Peraturan Menteri Kesehatan RI No 43 tahun 2019 tentang Puskesmas, Peraturan Menteri Kesehatan RI No 43 tahun 2019 tentang Puskesmas*.
- Kementerian Kesehatan RI (2017) *Permenkes Nomor 48 Tahun 2017 tentang Pedoman Perencanaan dan Penganggaran Bidang Kesehatan*.
- KOMPAK (2016) *Buku Panduan Perencanaan Tingkat Puskesmas Terpadu, Kolaborasi Masyarakat dan Pelayanan untuk Kesejahteraan Kemitraan Pemerintahan Australia-Indonesia (KOMPAK)*.
- Robbins, S. P. and Coulter, M. K. (2012) *Management*. Pearson.
- Stoner, J. A. F., Freeman, R. E. and Gilbert, D. R. (2006) *Management*. Prentice-Hall of India Privated Limited.
- Terry, G. R. (1971) *Principles of Management*.

BAB 12

TAHAPAN KEGIATAN PUSKESMAS (RUK, RPK, POA)

Iffa Setiana, S.K.M., M.K.M.

A. Pendahuluan

Pusat Kesehatan Masyarakat (Puskesmas) merupakan Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP) yang bertanggung jawab atas kesehatan masyarakat di wilayah kerjanya dalam satu atau bagian wilayah kecamatan. Dalam Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 75 Tahun 2014 tentang Pusat Kesehatan Masyarakat dinyatakan bahwa Puskesmas berfungsi menyelenggarakan Upaya Kesehatan Masyarakat (UKM) dan Upaya Kesehatan Perseorangan (UKP) tingkat pertama. Puskesmas merupakan Unit Pelaksana Teknis Daerah (UPTD) dinas kesehatan kabupaten/kota, sehingga dalam melaksanakan tugas dan fungsinya, akan mengacu pada kebijakan pembangunan kesehatan Pemerintah Daerah Kabupaten/Kota bersangkutan, yang tercantum dalam Rencana Pembangunan Jangka Menengah Daerah (RPJMD) dan Rencana Lima Tahunan dinas kesehatan kabupaten/kota (Moeloek, 2016).

Penyelenggaraan kegiatan kesehatan di puskesmas dapat terlaksana secara optimal melalui pengelolaan yang baik. Pengelolaan Puskesmas adalah serangkaian kegiatan yang dilakukan secara sistematis untuk menghasilkan hasil Puskesmas secara efektif dan efisien. Pengelolaan Puskesmas meliputi perencanaan, pelaksanaan, pengelolaan, serta pengawasan dan akuntabilitas. Semua kegiatan di atas membentuk suatu kesatuan yang koheren dan

berkesinambungan. Perencanaan merupakan suatu proses serangkaian kegiatan yang harus dilakukan untuk mengatasi permasalahan guna mencapai tujuan yang telah ditentukan dengan menggunakan sumber daya yang tersedia secara efektif dan efisien. Perencanaan pada tingkat puskesmas diartikan sebagai proses penyusunan rencana kegiatan puskesmas pada tahun yang akan datang, yang dilakukan secara sistematis untuk mengatasi permasalahan di tempat kerja atau beberapa permasalahan kesehatan masyarakat (Karman, 2023).

1. Rencana Usulan Kegiatan (RUK)

Langkah pertama dalam mekanisme perencanaan puskesmas adalah menyusun Rencana Usulan Kegiatan yang berisi usulan kegiatan penting dan usulan kegiatan pembangunan. Berikut merupakan hal yang harus diperhatikan dalam menyusun Rencana Usulan Kegiatan (RUK) yaitu:

- a. Melakukan penyusunan Rencana Usulan Kegiatan dengan tujuan agar dapat mempertahankan kegiatan yang sudah dicapai pada periode sebelumnya dan memperbaiki program yang masih bermasalah.
- b. Melakukan penyusunan rencana kegiatan baru yang disesuaikan dengan kondisi kesehatan di wilayah tersebut serta kemampuan Puskesmas tersebut (Ewink, 2020).

Selain itu, dalam melakukan penyusunan RUK Puskesmas juga harus memperhatikan berbagai pedoman yang berlaku secara global, nasional, dan regional, sesuai dengan hasil penelitian terhadap data dan informasi yang ada di Puskesmas. Alat bukti yang dimaksud adalah RPJMD, Renstra Departemen Kesehatan, dan Renstra Puskesmas. Puskesmas harus memperhatikan masukan masyarakat melalui forum kesehatan desa. RUK juga harus memiliki usulan pendanaan untuk kebutuhan rutin, sarana, prasarana, dan operasional Puskesmas. RUK yang disusun merupakan RUK tahun yang akan datang (H+1). Penyusunan RUK tersebut disusun pada bulan Januari tahun berjalan (H), berdasarkan hasil kajian pencapaian kegiatan tahun

sebelumnya (H-1), dan diharapkan proses penyusunan RUK telah selesai dilaksanakan di Puskesmas pada akhir bulan Januari tahun berjalan (H). RUK yang telah disusun dibahas di Dinas Kesehatan Kabupaten, diajukan ke Pemerintah Daerah Kabupaten melalui Dinas Kesehatan Kabupaten. Kemudian RUK Puskesmas yang telah disusun menjadi proposal oleh Dinas Kesehatan Kabupaten akan diserahkan kepada DPRD untuk mendapatkan persetujuan pendanaan dan dukungan politik. Setelah mendapat persetujuan DPRD, akan diserahkan ke puskesmas melalui dinas kesehatan kabupaten/kota. Berdasarkan alokasi biaya yang telah disetujui tersebut, Puskesmas menyusun Rencana Pelaksanaan Kegiatan. Sumber pembiayaan Puskesmas selain dari anggaran daerah (DAU) adalah dari pusat yang dialokasikan melalui Dinas Kesehatan Kabupaten (Moeloek, 2016).

Penyusunan Rencana Usulan Kegiatan sendiri terdiri dari 2 (dua) langkah, yaitu Analisis Masalah dan Penyusunan Rencana Usulan Kegiatan.

a. Perumusan Masalah

Analisis Masalah dapat dilakukan melalui kesepakatan kelompok Tim Penyusun Perencanaan Tingkat Puskesmas dan Forum Kesehatan melalui tahapan:

1) Identifikasi masalah

Masalah adalah kesenjangan antara harapan dan kenyataan. Identifikasi masalah dapat dilakukan dengan membuat daftar masalah yang diperoleh untuk dikelompokkan menurut jenis program, cakupan, mutu, serta ketersediaan sumber dayanya.

2) Menetapkan Urutan Prioritas Masalah

Dalam menentukan prioritas permasalahan dapat digunakan berbagai macam metode, seperti metode USG (Urgency, Seriousness, Growth) yang merupakan alat untuk menentukan prioritas permasalahan yang akan diselesaikan. Untuk itu,

urgensi, keparahan, dan beratnya masalah ditentukan dengan menggunakan skala penilaian 1 sampai 5 atau 1 sampai 10. Isu dengan total skor tertinggi adalah isu prioritas. Untuk lebih jelasnya, dapat diuraikan sebagai berikut:

- a) *Urgency*: Seberapa mendesak suatu permasalahan perlu dibahas akan bergantung pada waktu yang tersedia dan tekanan waktu untuk menyelesaikan permasalahan yang menyebabkannya.
 - b) *Seriousness*: Seberapa serius suatu permasalahan tersebut perlu dibahas serta dikaitkan dengan akibat yang akan timbul dengan penundaan pemecahan masalah yang menimbulkan permasalahan tersebut atau akibat yang menimbulkan masalah-masalah lain kalau masalah penyebab permasalahan tidak dipecahkan.
 - c) *Growth*: Seberapa kemungkinannya permasalahan tersebut menjadi berkembang dikaitkan kemungkinan masalah penyebab permasalahan akan makin memburuk kalau dibiarkan.
- 3) Mencari akar penyebab masalah
- Mencari akar masalah dapat dilakukan dengan menggunakan metode:
- a) Diagram sebab akibat dari Ishikawa, atau yang disebut diagram tulang ikan Fishbone
 - b) Pohon masalah (*problem trees*).
- 4) Menetapkan cara memecahkan masalah
- Menetapkan cara memecahkan suatu permasalahan dapat dilaksanakan dengan melakukan kesepakatan diantara anggota tim (Ewink, 2020).

b. Penyusunan Rencana Usulan Kegiatan (RUK)

Setelah melakukan analisis masalah kemudian dilanjutkan dengan Penyusunan Rencana Usulan Kegiatan. Penyusunan Rencana Usulan Kegiatan meliputi upaya kesehatan esensial, upaya kesehatan

pengembangan dan upaya kesehatan penunjang, yang meliputi:

- 1) Kegiatan tahun yang akan datang (meliputi kegiatan rutin, sarana/prasarana, operasional dan program hasil analisis masalah).
- 2) Kebutuhan sumber daya berdasarkan ketersediaan sumber daya yang ada pada tahun sekarang.
- 3) Rekapitulasi Rencana Usulan Kegiatan dan sumber daya yang dibutuhkan ke dalam format RUK Puskesmas.

Rencana Usulan Kegiatan disusun dalam bentuk matriks dengan memperhatikan berbagai kebijakan yang berlaku, baik kesepakatan global, nasional, maupun daerah sesuai dengan masalah yang ada sebagai hasil dari kajian data dan informasi yang tersedia di Puskesmas (Ewink, 2020). Berikut ini merupakan contoh matriks Rencana Usulan Kegiatan Puskesmas.

No	Upaya Kesehatan	Kegiatan	Tujuan	Sasaran	Target Sasaran	Penanggung Jawab	Kebutuhan Sumber Daya	Mitra Kerja	Waktu Pelaksanaan	Kebutuhan Anggaran	Indikator Kinerja	Sumber Pembiayaan
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)	(11)	(12)	(13)
UKM ESENSIAL												
1.	KIA dan KB											
2.	Promkes											
3.	Keceling											
4.	Gizi											
5.	Pencegahan dan Pengendalian Peny.											
UKM PENGEMBANGAN												
1.	Kestradi											
UKP												
1.	Rawat Jalan											
PELAYANAN KEFARMASIAN												
1.	Dst											
PELAYANAN PERKESMAS												
1.	Dst											
PELAYANAN LABORATORIUM												
1.	Dst											

Gambar 12. 1. Contoh Matrik Rencana Usulan Kegiatan Puskesmas

Keterangan:

- 1) Matriks tersebut diatas merupakan kegiatan yang dilakukan Puskesmas. Target indikator Kegiatan pada contoh formulir diatas selanjutnya dapat ditambah berdasarkan masalah prioritas kesehatan diwilayah kerja Puskesmas berdasarkan hasil analisa dan mengacu pada rencana lima tahunan puskesmas
- 2) Matriks diatas dapat dikembangkan sesuai kebutuhan dan kebijakan daerah, dengan tidak mengurangi variabel kolom yang ada.
- 3) Kolom (2). Upaya Kesehatan diisi dengan UKM, UKP, pelayanan kefarmasian, keperawatan kesehatan masyarakat, dan pelayanan laboratorium yang dilaksanakan di Puskesmas.
- 4) Kolom (3). Kegiatan diisi dengan penjabaran kegiatan dari masing-masing upaya yang harus dilaksanakan dalam rangka mencapai target yang telah ditetapkan.
- 5) Kolom (4). Tujuan diisi dengan tujuan dari setiap kegiatan yang dilaksanakan.
- 6) Kolom (5). Sasaran adalah jumlah populasi atau area di wilayah kerja yang akan dicakup dalam kegiatan.
- 6) Kolom (6). Target sasaran adalah jumlah dari sasaran/area yang akan diberikan pelayanan oleh Puskesmas, dihitung berdasarkan faktor koreksi kondisi geografis, jumlah sumber daya, target indikator kinerja, dan pencapaian terdahulu.
- 7) Kolom (7). Penanggungjawab diisi Penanggungjawab kegiatan di Puskesmas.
- 8) Kolom (8). Kebutuhan sumber daya diisi sumber daya yang dibutuhkan untuk dapat melaksanakan kegiatan, diluar pembiayaan (Man, Method, Material, Machine).
- 9) Kolom (9). Mitra kerja diisi unit lintas sektor yang harus terlibat untuk mendukung pelaksanaan kegiatan.
- 10) Kolom (10). Waktu Pelaksanaan diisi periode pelaksanaan kegiatan dalam satu tahun.

- 11) Kolom (11) Kebutuhan anggaran diisi dengan perkiraan anggaran yang diperlukan untuk melaksanakan kegiatan yang telah dirumuskan.
- 12) Kolom (12). Indikator Kinerja diisi dengan indikator kinerja yang didukung oleh pelaksanaan kegiatan tersebut.
- 13) Kolom (13) Sumber Pembiayaan dapat berasal dari pemerintah, swasta, JKN, masyarakat atau sumber pendanaan lain yang sah (Moeloek, 2016).

RENCANA USULAN KEGIATAN

Tabel 3 Rencana Usulan Kegiatan KIA Puskesmas Sekupang Tahun 2017

No	Kegiatan	Tujuan	Sasaran	Target	Waktu Pelaksanaan	Penanggung jawab dan Pelaksana	Lokasi Kegiatan	Sumber Anggaran	Indikator Keberhasilan
1	Mengadakan Kelas ibu hamil	Memberikan informasi tentang kesehatan bumil, bulin dan bufas	Ibu hamil	15 Kelas	Sesuai jadwal	Bikor Bidan KIA BPM	BPM Posyandu	Bok	Meningkatkan pengetahuan ibu hamil tentang pentingnya kesehatan ibu hamil Melakukan PMTCT
2	Melakukan Audit maternal perinatal	Mengetahui penyebab kematian	Keluarga	Sesuai kejadian	Disesuaikan	KIA SURVAILE N PROMKES	Rumah keluarga	Bok	Mengetahui penyebab kematian
3	Kunjungan ibu hamil/ ibu nifas resiko tinggi	Memberikan informasi tentang bahaya kehamilan persalinanan dan nifas. Dan memberikan motivasi untuk melakukan ANC secara rutin	Ibu hamil, ibu nifas	Semua ibu hamil dan ibu nifas dengan resiko tinggi	Disesuaika	KIA LS promkes	Rumah ibu hamil dan ibu nifas	Bok	Meningkatnya pengetahuan ibu tentang kehamilan, nifas dan akan rutin berkunjung ke petugas kesehatan
4	Suvervisi Bpm bermasalah	Meningkatkan kompetensi petugas	BPM	BPM bermasalah	Disesuaikan	LP IBI ranting	BPM	Bok	Meningkatnya wawasan dan Pengetahuan BPM
5	Mengadakan kelas ibu balita	Memberikan informasi tentang kesehatan kesehatan balita	Ibu balita	5 kelurahan	Sesuai Jadwal	Bikor Bidan KIA GIZI P2P	Posyandu Bpm	Bok	Meningkatnya pengetahuan ibu balita tentang kesehatan balita

Gambar 12. 2. Contoh Rencana Usulan Kegiatan

2. Rencana Pelaksanaan Kegiatan (RPK)

Tahap penyusunan RPK dilaksanakan melalui pendekatan keterpaduan lintas program dan lintas sektor dalam lingkup siklus kehidupan. Mengingat terbatasnya sumber daya puskesmas, integrasi menjadi penting untuk dilakukan. Integrasi akan memungkinkan kita memanfaatkan peluang dan melaksanakan kegiatan puskesmas secara efisien, efektif dan bermutu tinggi, sehingga mencapai tujuan utama yang ditetapkan dalam rencana lima tahun. Penyusunan RPK terintegrasi kedalam sistem perencanaan didaerah, dengan tahapan:

- a. Mempelajari alokasi kegiatan dan biaya yang sudah disetujui.
- b. Membandingkan alokasi kegiatan yang disetujui dengan RUK yang diusulkan dan situasi pada saat penyusunan RPK.
- c. Menyusun rancangan awal, rincian dan volume kegiatan yang akan dilaksanakan serta sumber daya pendukung menurut bulan dan lokasi pelaksanaan.
- d. Mengadakan Lokakarya Mini Bulanan Pertama untuk membahas kesepakatan RPK.
- e. Membuat RPK tahunan yang telah disusun dalam bentuk matriks. Rencana Pelaksanaan Kegiatan tahunan dibuat sesuai contoh pada formulir 5 terlampir.
- f. RPK dirinci menjadi RPK bulanan bersama dengan target pencapaiannya, dan direncanakan kegiatan pengawasan dan pengendaliannya. Rencana Pelaksanaan Kegiatan bulanan dibuat sesuai contoh format 6 terlampir.
- g. RPK dimungkinkan untuk diubah/disesuaikan dengan kebutuhan saat itu apabila dalam hasil analisis pengawasan dan pengendalian kegiatan bulanan dijumpai kondisi tertentu (bencana alam, konflik, Kejadian Luar Biasa, perubahan kebijakan mendesak, dll) yang harus dituangkan kedalam RPK. Perubahan RPK dilakukan dengan pendampingan dinas kesehatan

kabupaten/kota, dan tidak mengubah pagu anggaran yang ada.

h. Untuk semua kegiatan yang akan dilaksanakan, agar dapat dipertanggungjawabkan dengan baik, perlu didukung dokumen yang relevan. Dengan tuntunan dokumen yang dibuat, dipastikan bahwa kegiatan yang dimaksud dapat diselesaikan, sehingga sasaran dan tujuan akan tercapai. Dokumen tersebut antara lain berupa:

- 1) Peraturan/Keputusan Kepala Puskesmas;
- 2) Kerangka Acuan Kegiatan;
- 3) Standar Operasional Prosedur; dan
- 4) Dokumen lain yang dibutuhkan.

Pada Puskesmas yang telah melaksanakan pola pengelolaan keuangan BLUD, format untuk formulir perencanaan lima tahunan Puskesmas dan perencanaan tahunan Puskesmas, disesuaikan dengan peraturan pola pengelolaan BLUD yang berlaku (Moeloek, 2016).

FORMULIR 5. RENCANA PELAKSANAAN KEGIATAN (RPK) TAHUNAN PUSKESMAS

No	Upaya Kesehatan	Kegiatan	Tujuan	Sasaran	Target Sasaran	Penanggung Jawab	Volume Kegiatan	Jadwal	Rincian Pelaksanaan	Lokasi Pelaksanaan	Biaya
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)	(11)	(12)
UKM ESENSIAL											
1.	KIA & KB										
2.	Promkes										
3.	Kesling										
4.	Gizi										
5.	Pencegahan dan Pengendalian Peny.										
UKM PENGEMBANGAN											
1.	Kestrad										
UKP											
1.	Rawat Jalan										
PELAYANAN KEFARMASIAN											
1.	Dst										
PELAYANAN PERKESMAS											
1.	Dst										
PELAYANAN LABORATORIUM											
1.	Dst										

Gambar 12. 3. Contoh Matrik Rencana Pelaksanaan Kegiatan Tahunan Puskesmas

Keterangan:

- a. Matriks tersebut diatas merupakan kegiatan yang dilakukan Puskesmas. Target Indikator kegiatan pada contoh formulir diatas selanjutnya dapat ditambah berdasarkan dengan masalah prioritas kesehatan diwilayah kerja Puskesmas sesuai RUK Puskesmas yang telah disetujui.
- b. Matriks tersebut dapat dikembangkan sesuai kebutuhan dan kebijakan daerah, dengan tidak mengurangi variabel kolom yang ada.
- c. Kolom (2). Upaya Kesehatan diisi dengan UKM, UKP, pelayanan kefarmasian, keperawatan kesehatan masyarakat, dan pelayanan laboratorium yang dilaksanakan di Puskesmas.
- d. Kolom (3). Kegiatan diisi dengan penjabaran kegiatan dari masing-masing upaya yang harus dilaksanakan dalam rangka mencapai target yang telah ditetapkan.
- e. Kolom (4). Tujuan diisi dengan tujuan dari setiap kegiatan yang dilaksanakan.
- f. Kolom (5). Sasaran adalah jumlah populasi atau area di wilayah kerja yang akan dicakup dalam kegiatan.
- g. Kolom (6). Target sasaran adalah jumlah dari sasaran/area yang akan diberikan pelayanan oleh Puskesmas, dihitung berdasarkan faktor koreksi kondisi geografis, jumlah sumber daya, target indikator kinerja, dan pencapaian terdahulu.
- h. Kolom (7). Penanggungjawab diisi Penanggungjawab kegiatan di Puskesmas.
- i. Kolom (8). Volume kegiatan diisi jumlah pelaksanaan kegiatan dalam kurun waktu 1 (satu) tahun.
- j. Kolom (9). Jadwal diisi dengan waktu pelaksanaan kegiatan dalam kurun waktu 1 (satu) tahun.
- k. Kolom (10). Rincian Pelaksanaan diisi rincian kegiatan dalam 1 (satu) tahun yang disesuaikan dengan jadwal kegiatan.

- l. Kolom (11). Lokasi Pelaksanaan diisi lokasi pelaksanaan kegiatan.
- m. Kolom (12). Biaya diisi anggaran yang diperlukan untuk melaksanakan kegiatan yang telah dirumuskan (Moeloek, 2016).

FORMULIR 6. RENCANA PELAKSANAAN KEGIATAN (RPK) BULANAN PUSKESMAS

No	Kegiatan	Tujuan	Sasaran	Target Sasaran	Penanggung Jawab	Volume Kegiatan	Jadwal	Rincian Pelaksanaan	Lokasi Pelaksanaan	Biaya
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)	(11)
1.										
2.										
3.										
4.										
5.										

Keterangan:

1. Matriks tersebut diatas dibuat dan diisi oleh masing-masing penanggungjawab program/ kegiatan berdasarkan RPK Puskesmas yang telah disusun.
2. Matriks tersebut dapat dikembangkan sesuai kebutuhan dan kebijakan daerah, dengan tidak mengurangi variabel kolom yang ada.
3. Kolom (2). Kegiatan diisi dengan penjabaran kegiatan dari masing-masing upaya yang ada pada RPK Puskesmas
4. Kolom (3). Tujuan diisi dengan tujuan dari setiap kegiatan yang dilaksanakan.
5. Kolom (4). Sasaran adalah jumlah populasi atau area di wilayah kerja yang akan dicakup dalam kegiatan.

Gambar 12. 4. Contoh Matrik Rencana Pelaksanaan Kegiatan Bulanan Puskesmas

Keterangan:

- a. Matriks tersebut diatas dibuat dan diisi oleh masing-masing penanggungjawab program/ kegiatan berdasarkan RPK Puskesmas yang telah disusun.
- b. Matriks tersebut dapat dikembangkan sesuai kebutuhan dan kebijakan daerah, dengan tidak mengurangi variabel kolom yang ada.
- c. Kolom (2). Kegiatan diisi dengan penjabaran kegiatan dari masing-masing upaya yang ada pada RPK Puskesmas
- d. Kolom (3). Tujuan diisi dengan tujuan dari setiap kegiatan yang dilaksanakan.
- e. Kolom (4). Sasaran adalah jumlah populasi atau area di wilayah kerja yang akan dicakup dalam kegiatan.
- f. Kolom (5). Target sasaran adalah jumlah dari sasaran/area yang akan diberikan pelayanan oleh Puskesmas, dihitung berdasarkan faktor koreksi kondisi geografi s, jumlah sumber daya, target indikator kinerja, dan pencapaian terdahulu.
- g. Kolom (6). Penanggungjawab diisi Penanggungjawab kegiatan di Puskesmas. 8. Kolom (7). Volume kegiatan diisi jumlah pelaksanaan kegiatan dalam kurun waktu 1 (satu) tahun.
- h. Kolom (8). Jadwal diisi dengan waktu pelaksanaan kegiatan dalam kurun waktu 1 (satu) tahun.
- i. Kolom (9). Rincian Pelaksanaan diisi rincian kegiatan tanggal dan bulan pelaksanaannya dalam 1 (satu) tahun yang disesuaikan dengan jadwal kegiatan.
- j. Kolom (10). Lokasi Pelaksanaan diisi lokasi pelaksanaan kegiatan.
- k. Kolom (11). Biaya diisi anggaran yang diperlukan untuk melaksanakan kegiatan yang telah dirumuskan (Moeloek, 2016).

RENCANA PELAKSANAAN KEGIATAN (RPK) PROGRAM PROMOSI KESEHATAN

Tabel 4 Rencana Pelaksanaan Kegiatan (RPK) Program KIA

No	Kegiatan	Sasaran	Target	Volume Kegiatan	Rincian Pelaksanaan	Lokasi Pelaksanaan	Tenaga Pelaksana	Jadwal	Biaya	Sumber Biaya
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
1.	Mengadakan Kelas ibu hamil	bumil	Semua bumil	15 x	Materi	Posyandu 5 kelurahan BPM	Bikor Bidan KIA BPM	Febuari S/D Agustus		BOK
2.	Kunjungan ibu hamil/ ibu nifas resiko tinggi	Bumil bufas resti	Semua ibu hamil, ibu nifas dengan resiko tinggi	disesuaikan		5 Kelurahan yang mempunyai bumil risti	Bikor Bidan KIA Surfeilen	Febuari s/d Desember		BOK
3.	Melakukan Audit maternal perinatal	Keluarga dan nakes	Sesui kasus	Disesuaikan		Sesuai kasus	Bikor Bidan KIA Surfeilen	disesuaikan		BOK
4.	Suervisi Bpm bermasalah	BPM	BPM Bermasalah	Disesuaikan		BPM	Bikor Bidan KIA IBI Ranting	Disesuaikan jadwal		BOK
5.	Mengadakan kelas ibu balita	Ibu balita	Ibu yang mempunyai balita	Sesuai jadwal		Posyandu di 5 kelurahan	Bikor Bidan KIA	Sesuai jadwal		BOK

Gambar 12. 5. Contoh Rencana Pelaksanaan Kegiatan

3. *Plan of Action (POA)*

a. Pengertian *Planning of Action (POA)*

Plan of Action (PoA) atau disebut juga Rencana Usulan Kegiatan (RUK) merupakan sebuah proses yang ditempuh untuk mencapai sasaran kegiatan. Rencana kegiatan memiliki beberapa bentuk sebagai berikut:

- 1) Rangkaian sasaran yang lebih spesifik dengan jangka waktu lebih pendek,
- 2) Rangkaian kegiatan yang saling terkait akibat dipilihnya alternatif pemecahan masalah
- 3) Rencana kegiatan yang memiliki jangka waktu spesifik, kebutuhan sumber daya yang spesifik, dan akuntabilitas untuk setiap tahapannya (Dhaci, 2018).

b. Tujuan *Plan of Action (POA)*

Adapun Tujuan *Plan of Action (POA)*, antara lain:

- 1) Mengidentifikasi apa saja yang harus dilakukan
- 2) Menguji dan membuktikan bahwa:
 - a) Sasaran dapat tercapai sesuai dengan waktu yang telah dijadualkan
 - b) Adanya kemampuan untuk mencapai sasaran
 - c) Sumber daya yang dibutuhkan dapat diperoleh
 - d) Semua informasi yang diperlukan untuk mencapai sasaran dapat diperoleh
 - e) Adanya beberapa alternatif yang harus diperhatikan.
- 3) Berperan sebagai media komunikasi
 - a) Hal ini menjadi lebih penting apabila berbagai unit dalam organisasi memiliki peran yang berbeda dalam pencapaian
 - b) Dapat memotivasi pihak yang berkepentingan dalam pencapaian sasaran (Dhaci, 2018).
 - c) Kriteria *Plan of Action (POA)*

Plan of Action (PoA) harus tepat dan efektif dalam implementasinya agar program kegiatan yang direncanakan dapat dilaksanakan secara tepat sasaran.

Berikut ini beberapa kriteria *Plan of Acton* (PoA) dikatakan baik, antara lain:

- 1) *Specific* (spesifik): Rencana kegiatan harus spesifik dan berkaitan dengan keadaan yang ingin dirubah. Rencana kegiatan perlu penjelasan mulai dari Sumber Daya Manusia (SDM) yang dibutuhkan, siapa saja mereka, bagaimana dan kapan mengkomunikasikannya.
- 2) *Measurable* (terukur): Rencana kegiatan harus dapat menunjukkan apa yang sesungguhnya telah dicapai.
- 3) *Attainable/achievable* (dapat dicapai): Rencana kegiatan harus dapat dicapai dengan biaya yang masuk akal. Ini berarti bahwa rencana tersebut harus sederhana tetapi efektif, tidak harus membutuhkan anggaran yang besar.
- 4) *Relevant* (sesuai): Rencana kegiatan harus sesuai dan bisa diterapkan di suatu organisasi atau di suatu wilayah yang ingin di intervensi. Harus sesuai dengan pegawai atau masyarakat di wilayah tersebut.
- 5) *Timely* (sesuai waktu): Rencana kegiatan harus merupakan sesuatu yang dibutuhkan sekarang atau sesuatu yang segera dibutuhkan. Jadi waktu yang sesuai sangat diperlukan dalam rencana kegiatan agar kegiatan dapat berjalan efektif (Dhaci, 2018).

c. Langkah *Plan of Action* (POA)

Berikut ini adalah langkah-langkah dalam membuat *Planning of Action* (POA):

- 1) Mengidentifikasi masalah dengan pernyataan masalah (Diagram 6 kata: *What, Who, When, Where, Why, How*), sebagai berikut:
 - a) Masalah apa yang terjadi?
 - b) Dimana masalah tersebut terjadi?
 - c) Kapan masalah tersebut terjadi?
 - d) Siapa yang mengalami masalah tersebut?
 - e) Mengapa masalah tersebut terjadi?
 - f) Bagaimana cara mengatasi masalah tersebut?

- 2) Setelah masalah diidentifikasi, tentukan solusi apa yang bisa dilakukan.
- 3) Menyusun Rencana Usulan Kegiatan (RUK) (Dhaci, 2018).

DAFTAR PUSTAKA

- Dhaci, R. A. (2018). Modul Perencanaan dan Evaluasi Kesehatan. Jakarta: *Universitas Esa Unggul*
- Ewink. (2020). *Dokumen Perencanaan Tingkat Puskesmas Upt Puskesmas Tarogong*. Diakses pada 24 Maret 2024. <http://pkm-tarogong.garutkab.go.id/2020/01/dokumen-perencanaan-tingkat-puskesmas.html>
- Karman, A. (2023). *Pendampingan Penyusunan RUK dan RPK Puskesmas Kokap II*. Diakses pada 24 Maret 2024. <https://puskesmaskokap2.kulonprogokab.go.id/detil/45/pendampingan-penyusunan-ruk-dan-rpk-puskesmas-kokap-ii>
- Moeloek, N. F. (2016). Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 44 Tahun 2016 Tentang Pedoman Manajemen Puskesmas. In *Kementerian Kesehatan RI*.

BAB

13

PROGRAM - PROGRAM PUSKESMAS

Legabina Adzkie, S.Tr.KEB., M.K.M.

A. Pendahuluan

Peraturan Menteri Kesehatan RI No. 75 Tahun 2014 Pasal 1, Pusat Kesehatan Masyarakat yang selanjutnya disebut Puskesmas adalah fasilitas pelayanan kesehatan tingkat pertama yang menyelenggarakan upaya kesehatan masyarakat dan upaya kesehatan perorangan tingkat pertama, dengan mengutamakan upaya promosi dan pencegahan untuk mencapai derajat kesehatan masyarakat yang setinggi mungkin di wilayah kerjanya.

Berdasarkan kemampuan penyelenggaraannya sesuai dengan Permenkes RI No. 75 Tahun 2014 Pasal 25, Puskesmas dikategorikan menjadi Puskesmas Non Rawat Inap dan Puskesmas Rawat Inap. Puskesmas non rawat inap adalah Puskesmas yang tidak memberikan pelayanan rawat inap kecuali pertolongan persalinan normal.

Puskesmas rawat inap adalah puskesmas yang diberi tambahan sumber daya untuk memberikan pelayanan rawat inap sesuai dengan pertimbangan kebutuhan pelayanan.

1. Fungsi Puskesmas

Fungsi dari Puskesmas menurut Permenkes RI No. 75 Tahun 2014.

- a. Penyelenggaraan UKM tingkat pertama di wilayah kerjanya.
- b. Penyelenggaraan UKP tingkat pertama di wilayah kerjanya.

c. Wahana pendidikan tenaga kesehatan.

2. Kategori Puskesmas

Kategori ini diatur dalam Permenkes RI Nomor 75 Tahun 2014, sebagaimana dijelaskan pada pasal 20 sampai dengan pasal 31 dalam peraturan tersebut adalah :

- a. Karakteristik Wilayah Kerja
- b. Puskesmas kawasan perkotaan.
- c. Puskesmas kawasan pedesaan.
- d. Puskesmas kawasan terpencil dan sangat terpencil.
- e. Kemampuan Penyelenggaraan
- f. Puskesmas non rawat inap.
- g. Puskesmas rawat inap.

B. Program Puskesmas

Program puskesmas terdiri dari program kesehatan dasar yaitu:

1. Program Promosi Kesehatan,
2. Program Kesehatan Ibu dan Anak,
3. Program keluarga Berencana,
4. Program Pemberantasan Penyakit Menular,
5. Program Peningkatan Gizi, Program Kesehatan Lingkungan,
6. Program Pengobatan, dan program kesehatan pengembangan

Pelayanan UKM (Promotif dan Preventif/ Upaya Pencegahan/ Penyuluhan dan Pendidikan Kesehatan)

1. Pelayanan UKS (Usaha Kesehatan Sekolah)
2. UKK (Upaya Kesehatan Kerja)
3. Kesehatan Indera.
4. Upaya Kesehatan Gigi Masyarakat (UKGM)
5. Pembinaan TOGA dan Batra (Pengobatan Tradisional)
6. UKBM (Upaya Kesehatan Berbasis Masyarakat)

Upaya Kesehatan Masyarakat yang selanjutnya disingkat UKM adalah setiap kegiatan untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan serta mencegah dan menanggulangi timbulnya masalah kesehatan dengan sasaran keluarga, kelompok, dan masyarakat.

Beberapa contoh UKM Pengembangan yang dapat dilaksanakan di Puskesmas adalah sebagai berikut:

1. Pelayanan kesehatan jiwa.
2. Pelayanan kesehatan gigi masyarakat.
3. Pelayanan kesehatan tradisional komplementer.
4. Pelayanan kesehatan olahraga.
5. Pelayanan kesehatan indera.
6. Pelayanan kesehatan lansia.
7. Pelayanan kesehatan kerja

UKM Esensial merupakan upaya kesehatan yang wajib dilaksanakan di suatu puskesmas. Jumlah UKM Esensial terdiri dari 5 dan tidak bisa dikurangi, jadi UKM Esensial antara puskesmas yang satu dengan yang lainnya tetap sama. UKM Esensial meliputi :

1. Pelayanan KIA & KB.
2. Pelayanan Gizi dengan kegiatan deteksi dini dan pelayanan.
3. Pelayanan Pencegahan dan Pengendalian Penyakit dengan kegiatan pencegahan dan pengendalian penyakit tidak menular dan penyakit menular.
4. Pelayanan Promosi Kesehatan dengan kegiatan penyuluhan, pemberdayaan masyarakat, pelatihan dan advokasi.
5. UKM Pengembangan merupakan upaya kesehatan yang dilaksanakan di Puskesmas berdasarkan prioritas masalah kesehatan, ketersediaan sumber daya, anggaran, dan keadaan geografis yang ada di puskesmas tersebut. Jumlah UKM Pengembangan dapat menyesuaikan dengan keadaan puskesmas sebagaimana di atas. Jadi UKM Pengembangan antara satu puskesmas dengan puskesmas yang lain bisa saja berbeda.

UOBF Puskesmas Beji memiliki UKM Pengembangan diantaranya :

1. DBD
2. Diare
3. HIV
4. Imunisasi

5. Kusta
6. Perkesmas
7. PTM
8. TB
9. UKS
10. Surveillance

Program UKP Puskesmas

UKP adalah suatu kegiatan dan/atau serangkaian kegiatan pelayanan kesehatan yang ditujukan untuk peningkatan, pencegahan, penyembuhan penyakit, pengurangan penderitaan akibat penyakit dan memulihkan kesehatan perorangan.

Upaya Kesehatan Perorangan

1. Pelayanan Pemeriksaan Umum.
2. Pelayanan Kesehatan Gigi dan Mulut.
3. Pelayanan Kesehatan Keluarga.
4. Pelayanan Gizi.
5. Pelayanan Gawat Darurat.
6. Pelayanan Persalinan.
7. Pelayanan Rawat Inap.

Pelayanan Umum

Puskesmas sebagai fasilitas pelayanan kesehatan tingkat I berperan menyediakan pelayanan pemeriksaan kesehatan secara umum bagi masyarakat. Di Puskesmas Bendil Wungu, fasilitas pelayanan ini disebut sebagai Pelayanan Umum/BP Umum. Pelayanan ini menyediakan pemeriksaan, konsultasi, dan pengobatan untuk keluhan kesehatan secara umum selain kondisi gawat darurat. Pelayanan kesehatan di BP Umum dilakukan oleh beberapa orang dokter umum dan perawat. Untuk memenuhi kebutuhan masyarakat, pelayanan BP Umum juga terintegrasi dengan semua pelayanan-pelayanan lain di Puskesmas Bendilwungu.

Pelayanan Gigi

Penyakit gigi & mulut termasuk 10 besar penyakit yang banyak dikeluhkan oleh masyarakat Indonesia. Hasil Riskesdas 2013 menunjukkan sekitar 25,9 % penduduk Indonesia mengalami permasalahan gigi & mulut namun baru 31,1 % yang menerima pelayanan kesehatan gigi & mulut. Untuk menjawab kebutuhan masyarakat tersebut tersedia pelayanan kesehatan gigi & mulut di Puskesmas. Balai pengobatan gigi & mulut Puskesmas Bendilwungu dilakukan secara integratif dengan unit pelayanan yang lain.

Pelayanan Kesehatan Ibu & Anak (KIA)

Pembangunan kesehatan diarahkan untuk meningkatkan kesadaran, kemauan, dan kemampuan hidup sehat bagi setiap orang untuk mencapai derajat kesehatan masyarakat. Perhatian khusus harus diberikan terhadap peningkatan kesehatan ibu dan anak meliputi ibu hamil, bayi baru lahir (BBL), Balita, Wanita Usia Subur (WUS) dan peri-menopause/menopause. Untuk menurunkan angka kematian ibu dan bayi pada masa itu, dilakukan pelayanan kesehatan terpadu (Pelayanan Gizi, Laboratorium, BP Gigi & Mulut, BP Umum, dan Pelayanan Psikologi).

Pelayanan KB dan Kesehatan Reproduksi

Pelayanan keluarga berencana dan kesehatan reproduksi merupakan suatu upaya yang dilakukan secara sengaja untuk mengatur kehamilan dalam keluarga dengan cara-cara yang sesuai norma hukum dan moral agar tercapai kesehatan keluarga. Tujuan dari pelayanan ini adalah untuk memperbaiki kesehatan dan kesejahteraan ibu, anak, dan keluarga; Meningkatkan taraf hidup dengan mengurangi angka kelahiran; Memenuhi kebutuhan masyarakat akan pelayanan KB yang berkualitas; Menjadi bagian dari upaya menurunkan angka kematian ibu dan bayi; serta Penanggulangan masalah kesehatan reproduksi.

Pelayanan Farmasi

Pelayanan farmasi di Puskesmas meliputi pengelolaan obat dan bahan medis habis pakai serta pelayanan farmasi klinik yang dilakukan untuk mengidentifikasi, mencegah, dan menyelesaikan masalah obat dan masalah yang berkaitan dengan kesehatan. Salah satu kegiatan dalam farmasi klinik adalah konsultasi obat yang bertujuan untuk memberikan pemahaman yang benar mengenai obat (tujuan dan jadwal pengobatan, cara dan lama penggunaan obat, efek samping obat, cara dan lama penyimpanan obat).

Laboratorium

Laboratorium sebagai salah satu sarana penunjang pelayanan kesehatan yang berperan melaksanakan pengukuran, penetapan, pengujian terhadap bahan yang berasal dari seseorang untuk penentuan jenis penyakit, penyebaran penyakit, kondisi kesehatan atau faktor yang dapat berpengaruh pada kesehatan seseorang atau kelompok masyarakat. Pelayanan laboratorium menyediakan berbagai layanan untuk memenuhi kebutuhan masyarakat dalam upaya peningkatan kesehatan.

Pelayanan Gizi dan Klinik Sanitasi

Pelayanan gizi bertujuan untuk meningkatkan pengetahuan gizi dan kemampuan individu/keluarga dalam mengatasi masalah gizi yang dihadapi melalui perubahan pola makan. Pelayanan gizi dilakukan kepada individu sepanjang tahap perkembangannya, mulai dari bayi, balita, anak, remaja, dewasa, hingga lansia untuk mengatasi berbagai permasalahan dan penyakit terkait pola makan. Pelayanan gizi Puskesmas Bendilwungu juga menyediakan konseling laktasi kepada ibu untuk membantu proses menyusui berjalan dengan baik dan nyaman sehingga program ASI eksklusif dapat tercapai.

C. Program Pokok

1. Kesehatan Ibu, Anak dan KB

Pemantauan Wilayah Setempat Kesehatan Ibu dan Anak (PWS KIA) adalah alat manajemen untuk melakukan pemantauan program KIA di suatu wilayah kerja secara terus

menerus, agar dapat dilakukan tindak lanjut yang cepat dan tepat. Program KIA yang dimaksud meliputi pelayanan ibu hamil, ibu bersalin, ibu nifas, ibu dengan komplikasi kebidanan, keluarga berencana, bayi baru lahir, bayi baru lahir dengan komplikasi, bayi, dan balita. Dengan manajemen PWS KIA diharapkan cakupan pelayanan dapat menjangkau seluruh sasaran di suatu wilayah kerja sehingga kasus dengan risiko/komplikasi kebidanan dapat ditemukan sedini mungkin untuk dapat memperoleh penanganan yang memadai.

Penyajian PWS KIA juga dapat dipakai sebagai alat motivasi, informasi dan komunikasi kepada sektor terkait, khususnya aparat setempat yang berperan dalam pendataan dan penggerakan sasaran maupun membantu dalam memecahkan masalah non teknis misalnya: bumil KEK, rujukan kasus dengan risiko. Pelaksanaan PWS KIA baru berarti bila dilengkapi dengan tindak lanjut berupa perbaikan dalam pelaksanaan pelayanan KIA. PWS KIA dikembangkan untuk intensifikasi manajemen program. Walaupun demikian, hasil rekapitulasinya di tingkat puskesmas dan kabupaten dapat dipakai untuk menentukan puskesmas dan desa/kelurahan yang rawan. Demikian pula rekapitulasi PWS KIA di tingkat provinsi dapat dipakai untuk menentukan kabupaten yang rawan.

Tujuan :

- a. Berupaya menurunkan angka kematian ibu bersalin, angka kematian bayi dan angka kematian balita dengan meningkatkan cakupan K1, K4 serta persalinan Nakes serta imunisasi pada bayi.
- b. Pelayanan deteksi dan stimulasi dini tumbuh kembang balita Melaksanakan Rujukan masalah kesehatan ibu dan anak serta pelayanan Akseptor KB dengan masalahnya



Gambar 13. 1. Pelayanan Kesehatan Ibu dan Anak serta Keluarga Berencana

2. Perbaikan Gizi

Program Perbaikan Gizi Masyarakat adalah salah satu program pokok Puskesmas yaitu program kegiatan yang meliputi peningkatan pendidikan gizi, penanggulangan Kurang Energi Protein, Anemia Gizi Besi, Gangguan Akibat Kekurangan Yodium (GAKY), Kurang Vitamin A, Keadaan zat gizi lebih, Peningkatan Surveilans Gizi, dan Pemberdayaan Usaha Perbaikan Gizi Keluarga/Masyarakat.

Kegiatan-kegiatan program ini ada yang dilakukan harian, bulanan, semesteran (6 bulan sekali) dan tahun (setahun sekali) serta beberapa kegiatan investigasi dan intervensi yang dilakukan setiap saat jika ditemukan masalah gizi misalnya ditemukan adanya kasus gizi buruk. Kegiatan program Perbaikan Gizi Masyarakat dapat dilakukan dalam maupun di luar gedung Puskesmas.

Tujuan :

- a. Mengupayakan promosi dan mendorong terlaksananya ASI eksklusif.
- b. Memberi PMT pemulihan pada balita dengan gizi buruk.
- c. Melaksanakan pemantauan hasil penimbangan dengan SKDN
- d. Memberi kapsul Vit. A dosis tinggi pada ibu nifas, juga pada anak balita dan bayi 6 - 11 bln (100.000 SI).
- e. Memberikan tablet besi (Fe 90) pada Ibu hamil

- f. Mengadakan pelayanan konsultasi gizi bagi penderita penyakit kronis atau metabolik yang membutuhkan diet khusus.



Gambar 13. 2. Pelayanan Gizi

3. Pemberantasan Penyakit Menular

Definisi epidemiologi menurut WHO (1989) adalah ilmu yang mempelajari distribusi dan determinan dari peristiwa kesehatan dan peristiwa yang berkaitan dengan kesehatan yang menimpa sekelompok masyarakat dan menerapkan ilmu tersebut untuk memecahkan masalah-masalah kesehatan. Pengertian Surveilans (WHO) adalah proses pengumpulan, pengolahan, analisis dan interpretasi data secara sistematis dan terus menerus serta penyebaran informasi kepada unit yang membutuhkan untuk dapat mengambil tindakan. Surveilans epidemiologi adalah kegiatan analisis secara sistematis dan terus menerus terhadap penyakit atau masalah-masalah kesehatan dan kondisi yang mempengaruhi terjadinya peningkatan dan penurunan penyakit atau masalah-masalah kesehatan tersebut, agar dapat melakukan tindakan penanggulangan secara efektif dan efisien melalui proses pengumpulan data, pengolahan dan penyebaran informasi epidemiologi kepada penyelenggara program kesehatan.

Tujuan surveilans:

- a. Menentukan data dasar/besarnya masalah kesehatan
- b. Memantau atau mengetahui kecenderungan penyakit
- c. Mengidentifikasi adanya kejadian luar biasa
- d. Membuat rencana, pemantauan, penilaian atau evaluasi program kesehatan.

Subsistem surveilans epidemiologi kesehatan:

- a. Surveilans Epidemiologi Penyakit Menular
- b. Surveilans Epidemiologi Penyakit Tidak Menular
- c. Surveilans Epidemiologi Kesehatan Lingkungan dan Perilaku
- d. Surveilans Epidemiologi Masalah Kesehatan
- e. Surveilans Epidemiologi Kesehatan Matra

Keputusan Menteri Kesehatan RI No. 1116/Menkes/SK/VIII/2003 tentang Pedoman Penyelenggaraan Sistem Surveilans Epidemiologi Kesehatan. Jenis-jenis penyakit yang diamati di Puskesmas (STP):

- a. Kolera
- b. Diare
- c. Diare Berdarah
- d. Tifus perut klinis
- e. TB Paru BTA +
- f. TB Paru Klinis
- g. Kusta PB
- h. Kusta MB
- i. Campak
- j. Difteri
- k. Batuk Rejan
- l. Tetanus
- m. Hepatitis Klinis
- n. Malaria Klinis
- o. Malaria Vivax
- p. Malaria Falciparum
- q. Malaria mix
- r. Demam Berdarah Dengue

- s. Demam Dengue
- t. Pneumonia
- u. Sifilis
- v. Gonore
- w. Frambusia

DAFTAR PUSTAKA

Peraturan Menteri Kesehatan RI. No 75 tentang Pusat Kesehatan Masyarakat, 2014.

Profil Dinas Kesehatan Kota Makassar tahun 2013.

Trihono. Arrimes Manajemen Puskesmas. Jakarta: CV sagung Seto, 2013.

BAB

14

PUSKESMAS DI ERA DESENTRALISASI

Dr. Muh. Yusuf, M.Hum.

A. Pendahuluan

Di era desentralisasi, peran Puskesmas (Pusat Kesehatan Masyarakat) sebagai unit pelayanan kesehatan yang berada di tingkat paling bawah dalam sistem kesehatan Indonesia menjadi semakin penting. Era desentralisasi mengacu pada pergeseran kekuasaan dan tanggung jawab dari pemerintah pusat ke pemerintah daerah dalam berbagai aspek, termasuk pelayanan kesehatan. Sejak awal dekade 2000an (JKKI, 2019) : Indonesia mengalami desentralisasi di bidang kesehatan, sebagai konsekuensi desentralisasi di bidang politik. Kebijakan ini merupakan perubahan yang sangat drastis namun tidak disiapkan secara teknis. Dampaknya, selama hampir tujuh tahun terjadi situasi yang tidak stabil karena kebijakan penting pemerintah belum stabil. Sampai dikeluarkannya PP no 38 tahun 2007, praktis kebijakan desentralisasi masih belum mempunyai dasar hukum yang tepat.

Melalui proses desentralisasi, pemerintah provinsi dan kabupaten mendapat kewenangan untuk merumuskan kebijakan, termasuk dalam bidang kesehatan dan medis. Selain transfer kebijakan dari pemerintah pusat ke daerah, konsep otonomi rumah sakit juga dikenal. Konsep ini bertujuan memberikan fleksibilitas dalam pengelolaan keuangan sehingga mutu layanan dapat meningkat. Fleksibilitas ini juga mencakup alokasi anggaran untuk penelitian kebijakan di rumah sakit yang banyak terkait dengan aspek medis. Berikut ini akan diuraikan

Transformasi puskesmas di era desentralisasi menuju pelayanan kesehatan yang lebih efektif.

B. Pengenalan Desentralisasi Dalam Konteks Pelayanan Kesehatan

1. Definisi dan Konsep Dasar Desentralisasi

Pengertian desentralisasi kaitannya dengan pelayanan kesehatan:

Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 23 Tahun 2014 Tentang Pemerintahan Daerah pada Bab I Ketentuan Umum Pasal 1 angka 8. Desentralisasi diatur sebagai proses penyerahan kewenangan pemerintahan dari Pemerintah Pusat kepada daerah otonom sesuai dengan prinsip otonomi (Indonesia, 2014).

Berdasarkan Pasal 1 Undang-Undang Nomor 32 tahun 2004, desentralisasi adalah pemberian wewenang oleh pemerintah kepada daerah otonom untuk mengatur dan mengurus pemerintahan dalam sistem negara Kesatuan Republik Indonesia.

Asas Desentralisasi Asas desentralisasi selanjutnya klasifikasi menjadi empat hal, yaitu:

- a. Desentralisasi diatur sebagai proses penyerahan kewenangan pemerintahan dari Pemerintah Pusat kepada daerah otonom sesuai dengan prinsip otonomi..
- b. Desentralisasi sebagai pelimpahan kekuasaan dan kewenangan.
- c. Desentralisasi sebagai pembagian, penyebaran, perencanaan, pemberian kekuasaan dan wewenang.
- d. Desentralisasi berfungsi sebagai alat untuk membagi dan membentuk wilayah pemerintahan.

Pendelegasian berwenang dalam desentralisasi berlangsung antara lembaga-lembaga otonom di pusat dengan lembaga-lembaga otonom di daerah. Desentralisasi memberikan kesempatan bagi pemerintah daerah untuk memberikan izin atau mengelola urusan dari tingkat yang

lebih tinggi ke tingkat yang lebih rendah di dalam struktur pemerintahan.

Desentralisasi di bidang kesehatan, sebagai dampak dari otonomi daerah, telah menghasilkan transformasi yang signifikan dalam lingkungan kesehatan. Melalui desentralisasi ini, diharapkan dapat dibentuk pelayanan kesehatan yang menyeluruh, logis, dan efisien, serta mampu merespons permintaan masyarakat akan pelayanan kesehatan yang berkualitas. Akan tetapi masalah mendasar yang dialami daerah-daerah otonom di Indonesia dalam melaksanakan pembangunan kesehatan adalah keterbatasan sumber daya yang dimilikinya (Cyntia Rosa Dewi, 2002).

2. Pengertian Desentralisasi Menurut Para Ahli

Berikut akan dijelaskan mengenai pengertian dan definisi desentralisasi menurut para ahli dan pakar pemerintahan, baik dari dalam negeri maupun dari luar negeri (Zakky, 2016) :

Menurut Henry Maddick (1963): Desentralisasi, menurut Henry Maddick, adalah penyerahan wewenang secara hukum untuk mengurus bidang-bidang atau fungsi-fungsi tertentu kepada daerah otonom.

Menurut Rondinelli, Nellis, dan Chema (1983): Desentralisasi memiliki makna sebagai pembentukan atau penguatan, baik dari segi keuangan maupun hukum, kepada unit-unit pemerintahan subnasional yang pengelolaannya secara substansial berada di luar kendali langsung dari pemerintah pusat.

Rondinelli (1983): Definisi desentralisasi menurut Rondinelli adalah penyerahan perencanaan, pengambilan keputusan, atau kewenangan administratif dari pemerintah pusat kepada organisasi wilayah, unit administratif daerah, organisasi semi otonom, pemerintah daerah, atau organisasi non-pemerintah.

Irawan Soejipto: Desentralisasi diartikan sebagai pelimpahan wewenang pemerintah kepada pihak lain untuk pelaksanaan. Desentralisasi merupakan sistem yang berlawanan dengan sentralisasi dalam pemerintahan.

Menurut Patrick Sills: Desentralisasi merupakan penyerahan wewenang dari tingkat pemerintahan yang lebih tinggi kepada yang lebih rendah, termasuk dalam aspek legislatif, yudikatif, atau administratif.

Prof. Dr. J. Salusu: Desentralisasi adalah pemberian wewenang yang cukup besar, terutama dalam pengambilan keputusan penting, yang didelegasikan dari organisasi ke tingkat yang lebih rendah melalui rantai komando.

Jha S.N dan Mathur P.C: Definisi desentralisasi secara umum adalah pemindahan wewenang dari pemerintah pusat melalui dekonsentrasi kepada pejabat wilayah atau melalui devolusi kepada badan-badan daerah.

Koesoemahatmadja, R. D. H. (Raden Djenal Hoesen): Desentralisasi memiliki dua bentuk, yaitu dekonsentrasi dan desentralisasi politik atau ketatanegaraan.

Menurut PBB: Desentralisasi diartikan sebagai pemindahan kekuasaan dari pemerintah pusat, baik melalui dekonsentrasi pada pejabat wilayah maupun melalui devolusi pada badan-badan otonom daerah.

Desentralisasi adalah konsep manajemen yang berkaitan dengan pengelolaan kewenangan. Dalam konteks pemerintahan, desentralisasi merujuk pada penyerahan kekuasaan dari pusat ke daerah. Dalam konteks kesehatan, desentralisasi dapat diartikan sebagai penyerahan kewenangan dalam mengatur dan menjalankan sistem kesehatan dari pemerintah pusat ke pemerintah daerah.

Menurut Henry Maddick, desentralisasi adalah penyerahan kekuasaan secara hukum untuk dapat menangani bidang-bidang atau fungsi-fungsi tertentu kepada daerah otonom (Zakky, 2016). Dalam konteks kesehatan, ini berarti pemerintah daerah memiliki

kewenangan untuk mengatur dan menjalankan sistem kesehatan di wilayahnya.

Desentralisasi dalam konteks kesehatan mengacu pada proses transfer kekuasaan dan tanggung jawab dari pemerintah pusat ke tingkat yang lebih rendah, seperti pemerintah daerah atau lembaga kesehatan di level lokal. Hal ini bertujuan untuk memberikan otonomi dan kewenangan yang lebih besar kepada pihak-pihak terkait di tingkat lokal dalam pengambilan keputusan terkait masalah kesehatan.

Penerapan desentralisasi dalam sistem kesehatan dapat memiliki beberapa manfaat.

Pertama, desentralisasi dapat meningkatkan responsivitas terhadap kebutuhan kesehatan masyarakat di tingkat lokal. Karena pemerintah daerah atau lembaga kesehatan di tingkat lokal memiliki pemahaman yang lebih baik tentang kebutuhan dan dinamika masyarakat setempat, mereka dapat merancang kebijakan dan program yang lebih sesuai dengan kondisi lokal.

Kedua, desentralisasi juga dapat meningkatkan partisipasi masyarakat dalam pengambilan keputusan terkait kesehatan. Dengan memberikan kewenangan kepada pihak lokal, masyarakat dapat lebih aktif terlibat dalam perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi program kesehatan. Hal ini dapat meningkatkan akuntabilitas dan transparansi dalam pengelolaan sumber daya kesehatan.

Namun, implementasi desentralisasi dalam kesehatan juga memiliki tantangan. Diperlukan koordinasi yang baik antara pemerintah pusat dan pemerintah daerah agar tidak terjadi tumpang tindih atau ketimpangan dalam penyediaan layanan kesehatan. Selain itu, sumber daya manusia dan keuangan yang memadai juga perlu dipastikan di tingkat lokal agar desentralisasi dapat berjalan dengan baik.

Secara keseluruhan, desentralisasi dalam kesehatan merupakan upaya untuk memberikan kewenangan dan tanggung jawab yang lebih besar kepada pemerintah daerah atau lembaga kesehatan di tingkat lokal. Tujuannya adalah

untuk meningkatkan responsivitas terhadap kebutuhan kesehatan masyarakat setempat dan melibatkan masyarakat secara aktif dalam pengambilan keputusan terkait kesehatan.

3. Implikasi desentralisasi dalam pelayanan kesehatan.

Desentralisasi dalam konteks pelayanan kesehatan membawa berbagai implikasi, baik positif maupun negatif. Dari sisi positif, desentralisasi dapat memacu sikap inisiatif dan kreatif aparatur pemerintah daerah yang selama ini hanya mengacu pada petunjuk atasan. Desentralisasi juga dapat menumbuhkembangkan pola kemandirian pelayanan kesehatan termasuk pembiayaan kesehatan, serta optimalisasi potensi pembangunan kesehatan di daerah yang selama ini belum tergarap. Diharapkan, melalui desentralisasi ini, tercipta pelayanan kesehatan yang terpadu, rasional, dan efisien, serta mampu untuk merespon kebutuhan publik akan pelayanan kesehatan yang baik (Cyntia Rosa Dewi, 2002).

Namun, desentralisasi juga membawa beberapa tantangan. Salah satunya adalah pemerintah daerah yang belum sepenuhnya siap untuk melakukan desentralisasi. Jika pemerintah daerah tidak memiliki sumber daya yang handal dalam menganalisis kebutuhan, mengevaluasi program, dan membuat program, maka program yang dibuat tidak akan bermanfaat. (Cyntia Rosa Dewi, 2002) Selain itu, terdapat masalah keterbatasan sumber daya yang dimiliki oleh daerah-daerah otonom di Indonesia dalam melaksanakan pembangunan kesehatan (Cyntia Rosa Dewi, 2002).

Dalam konteks rumah sakit, desentralisasi diharapkan dapat memberikan pelayanan kesehatan secara menyeluruh. Namun, kemampuan rumah sakit daerah masih minim untuk bisa mendukung proses perubahan yang diharapkan dengan adanya kebijakan ini.

Secara keseluruhan, desentralisasi dalam pelayanan kesehatan memiliki potensi untuk meningkatkan kualitas dan efisiensi pelayanan kesehatan. Namun, untuk mencapai

potensi ini, diperlukan peningkatan kapasitas dan kesiapan pemerintah daerah dalam mengelola dan menjalankan sistem kesehatan di wilayahnya.

4. Sejarah Desentralisasi dalam Sistem Kesehatan Indonesia

Berikut adalah Penjelasan tentang perkembangan desentralisasi dalam sistem kesehatan Indonesia sejak reformasi politik pada tahun 1998, Indonesia mengalami transformasi besar dalam sistem pemerintahan, termasuk dalam sektor kesehatan. Desentralisasi menjadi salah satu konsep utama yang diperkenalkan untuk meningkatkan efisiensi dan efektivitas pelayanan kesehatan di tingkat lokal. Berikut adalah perkembangan desentralisasi dalam sistem kesehatan Indonesia sejak reformasi:

- a. Awal Reformasi (Akhir 1990-an - Awal 2000-an): pada awal reformasi, pemerintah Indonesia mulai mengadopsi konsep desentralisasi dalam berbagai sektor, termasuk kesehatan. Undang-Undang Nomor 22 Tahun 1999 tentang Otonomi Daerah dan Undang-Undang Nomor 25 Tahun 1999 tentang Sistem Kesehatan Nasional menjadi landasan hukum bagi pelaksanaan desentralisasi di sektor kesehatan.
- b. Pelaksanaan Desentralisasi (Awal 2000-an - Pertengahan 2000-an): pada periode ini, pemerintah daerah mulai mengambil alih tanggung jawab dalam pengelolaan pelayanan kesehatan di tingkat lokal. Puskesmas dan fasilitas kesehatan lainnya dikelola secara langsung oleh pemerintah kabupaten/kota sesuai dengan prinsip-prinsip desentralisasi.
- c. Tantangan dan Adaptasi (Pertengahan 2000-an - Akhir 2000-an): meskipun desentralisasi telah diterapkan, banyak tantangan muncul dalam pelaksanaannya. Salah satu tantangan utama adalah ketidaksetaraan dalam pelayanan kesehatan antara daerah perkotaan dan pedesaan. Pemerintah pusat dan daerah berupaya untuk mengatasi tantangan ini dengan meningkatkan

aksesibilitas dan kualitas pelayanan kesehatan di seluruh wilayah.

- d. Perubahan Kebijakan (Awal 2010-an - Sekarang): seiring berjalannya waktu, terjadi perubahan kebijakan untuk memperbaiki sistem desentralisasi kesehatan. Pemerintah mengadopsi program-program seperti Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) untuk meningkatkan akses dan kualitas pelayanan kesehatan bagi seluruh rakyat Indonesia. Program-program tersebut diintegrasikan dengan prinsip desentralisasi untuk memastikan pemerataan pelayanan kesehatan yang lebih baik di seluruh wilayah.
- e. Pengembangan Infrastruktur Kesehatan (Sekarang): Saat ini, pemerintah terus berupaya mengembangkan infrastruktur kesehatan di tingkat lokal, termasuk memperkuat peran Puskesmas sebagai pusat pelayanan kesehatan primer. Desentralisasi tetap menjadi prinsip utama dalam pengelolaan pelayanan kesehatan, namun dengan penekanan pada koordinasi antara pemerintah pusat dan daerah serta peningkatan kualitas layanan.

Dengan demikian, sejarah perkembangan desentralisasi dalam sistem kesehatan Indonesia sejak reformasi mencerminkan upaya pemerintah untuk meningkatkan akses dan kualitas pelayanan kesehatan melalui pemberdayaan pemerintah daerah dan pengembangan infrastruktur kesehatan di tingkat lokal.

C. Peran Puskesmas dalam Sistem Kesehatan Desentralisasi

1. Fungsi dan Peran Puskesmas

Penjelasan tentang fungsi utama Puskesmas dalam menyediakan pelayanan kesehatan masyarakat berdasarkan Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 17 Tahun 2023 Tentang Kesehatan Bab I Ketentuan umum Pasal I angka 9 mengatur tentang Pusat Kesehatan Masyarakat yang selanjutnya disebut Puskesmas adalah Fasilitas Pelayanan Kesehatan tingkat pertama yang menyelenggarakan dan

mengkoordinasikan Pelayanan Kesehatan promotif, preventif, kuratif, rehabilitatif, dan/atau paliatif dengan mengutamakan promotif dan preventif di wilayah kerjanya.(Dewan Perwakilan Rakyat RI, 2023)

2. Adaptasi Puskesmas terhadap Desentralisasi

Dalam pelaksanaan Desentralisasi pembangunan kesehatan merupakan suatu kebutuhan dalam penyelenggaraan sistem pelayanan kesehatan. Kebijakan kesehatan merupakan suatu rangkaian konsep, asas, ketentuan pokok dan keputusan yang diambil oleh seseorang atau sekelompok Aktor yang menjadi asas dan dasar untuk melaksanakan kegiatan untuk mencapai suatu tujuan sehingga keadaan yang seimbang dan dinamis antara fisik, mental sosial maupun spiritual tidak mengalami gangguan atau penyakit sehingga masyarakat dapat hidup produktif baik secara sosial maupun ekonomi, sebagai indikator derajat kesehatan yang dipengaruhi oleh beberapa faktor (Trisnantoro, 2011)(Dewi *et al.*, 2020).

Desentralisasi dalam konteks kesehatan mengacu pada proses pemindahan keputusan, wewenang, dan sumber daya kesehatan dari tingkat pusat ke tingkat daerah atau lokal. Hal ini bertujuan untuk memberikan kontrol yang lebih besar kepada pemerintah daerah atau masyarakat setempat dalam pengelolaan layanan kesehatan. Pakar kesehatan meyakini bahwa desentralisasi dapat meningkatkan aksesibilitas, pemerataan, dan kualitas layanan kesehatan serta memperkuat partisipasi masyarakat dalam pengambilan keputusan terkait kesehatan.

Pusat Kesehatan Masyarakat (Puskesmas) memiliki peran yang sangat penting dalam menyediakan pelayanan kesehatan dasar kepada masyarakat di tingkat lokal. Berikut ini adalah fungsi utama Puskesmas:

Pelayanan promotif dan preventif: Puskesmas bertanggung jawab untuk memberikan pelayanan promotif dan preventif kepada masyarakat. Ini meliputi penyuluhan kesehatan, promosi kesehatan, imunisasi, pemantauan

pertumbuhan anak, program kesehatan reproduksi, pemeriksaan kesehatan rutin, dan penyuluhan tentang gaya hidup sehat.

Pelayanan kuratif: Puskesmas juga memberikan pelayanan medis dasar untuk mendiagnosis, merawat, dan menyembuhkan penyakit umum. Pelayanan kuratif ini termasuk pemeriksaan medis, pengobatan ringan, pengobatan infeksi umum, dan rujukan ke fasilitas kesehatan yang lebih tinggi jika diperlukan.

Pelayanan rehabilitatif: Puskesmas dapat memberikan pelayanan rehabilitatif kepada pasien yang membutuhkan, seperti pemulihan pasca operasi, rehabilitasi fisik, dan dukungan psikososial.

Pelayanan kesehatan ibu dan anak: Puskesmas memiliki peran penting dalam memberikan pelayanan kesehatan ibu dan anak. Ini termasuk pemeriksaan kehamilan, persalinan normal, perawatan nifas, pemeriksaan bayi baru lahir, imunisasi anak, dan pemantauan pertumbuhan dan perkembangan anak.

Pengelolaan penyakit menular: Puskesmas terlibat dalam pengendalian dan pengelolaan penyakit menular di masyarakat. Ini meliputi deteksi dini, pencegahan penyebaran penyakit, perawatan pasien, dan pelaporan penyakit ke otoritas yang berwenang.

Kegawatdaruratan dan pertolongan pertama: Puskesmas juga berperan dalam memberikan pertolongan pertama dalam keadaan darurat serta merujuk pasien yang membutuhkan penanganan lebih lanjut ke rumah sakit atau fasilitas kesehatan lainnya.

Pemantauan dan evaluasi kesehatan masyarakat: Puskesmas memiliki tugas untuk melakukan pemantauan dan evaluasi kesehatan masyarakat di wilayah kerjanya. Hal ini meliputi pemantauan epidemiologi, surveilans penyakit, pengumpulan data kesehatan, dan analisis situasi kesehatan masyarakat.

Pelayanan Kesehatan Ibu dan Anak (KIA): Puskesmas memberikan pelayanan kesehatan khusus untuk ibu hamil, bersalin, nifas, bayi, dan anak balita, termasuk persalinan, imunisasi, dan pemantauan tumbuh kembang anak.

Selain fungsi-fungsi di atas, Puskesmas juga berperan sebagai pusat koordinasi dan kolaborasi dengan berbagai pihak terkait, termasuk organisasi masyarakat, lembaga pemerintah, dan fasilitas kesehatan lainnya, untuk meningkatkan pelayanan kesehatan dan kesejahteraan masyarakat di daerahnya.

D. Evaluasi Kinerja Puskesmas Dalam Konteks Desentralisasi

1. Indikator Kinerja Puskesmas

Landasan hukum yang mengatur indikator kinerja Puskesmas adalah Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 43 Tahun 2019 tentang Puskesmas (Menkes RI, 2006). Namun, peraturan tersebut belum memuat detail indikator mutu dan pelaporan terbaru.

2. Komponen Kinerja Puskesmas:

Meskipun belum ada peraturan terbaru terkait indikator kinerja Puskesmas, secara umum kinerjanya dinilai berdasarkan beberapa komponen yaitu (Kemenkes RI, 2023):

- a. Indikator Kinerja Prioritas: yaitu target yang ditetapkan berdasarkan permasalahan kesehatan di wilayah kerja Puskesmas.
- b. Indikator Kinerja Pelayanan: yaitu target yang ditetapkan berdasarkan standar pelayanan di setiap unit pelayanan Puskesmas.

3. Contoh Indikator Kinerja Puskesmas:

- a. Capaian program kesehatan nasional dan daerah, seperti penurunan angka kematian bayi, ibu, dan penyakit menular.
- b. Kualitas pelayanan kesehatan, dinilai dari keahlian petugas, ketersediaan obat, dan durasi tunggu.

- c. Keterlibatan masyarakat dalam kegiatan kesehatan.
- d. Infrastruktur dan sarana prasarana Puskesmas.
- e. Pengelolaan keuangan dan sumber daya manusia.

Di Indonesia, penyelenggaraan pelayanan kesehatan primer dilaksanakan oleh Puskesmas yang saat ini berjumlah 10.374 Puskesmas dengan 27.768 Puskesmas Pembantu bersama fasilitas pelayanan kesehatan tingkat pertama lainnya dan berbagai Upaya Kesehatan Bersumberdaya Masyarakat (UKBM) (Pusdatin, 2022).

Kehadiran berbagai Unit Kegiatan Bersama Masyarakat (UKBM) sebagai bagian dari jaringan Puskesmas, seperti Poskesdes (42.051) dan Posyandu (301.068, Komdat Kesmas 2022), Posyandu Lansia (109.415, Komdat Kesmas 2022), Posyandu Remaja (18.300, Komdat Kesmas 2022), Posbindu (79.099, SIPTM 2022), menunjukkan bahwa upaya pemberdayaan masyarakat di tingkat desa/kelurahan masih belum terintegrasi sepenuhnya. Di sisi lain, masih ada 18.193 desa/kelurahan yang tidak memiliki fasilitas kesehatan seperti Pustu/Poskesdes/Posyandu (laporan daerah per tanggal 20 Desember 2022) untuk memenuhi kebutuhan layanan kesehatan. Berdasarkan situasi tersebut, pemerintah melakukan transformasi dalam pelayanan kesehatan primer dengan menerapkan konsep Pelayanan Kesehatan Primer (PHC) melalui integrasi pelayanan kesehatan primer. Sistem ini tidak dapat dijalankan hanya melalui Puskesmas dan jejaringnya, namun memerlukan peran serta aktif masyarakat serta pemerintah daerah setempat untuk dapat diimplementasikan. (Kemenkes RI, 2023).

4. Tantangan dan Peluang dalam Meningkatkan Kinerja Puskesmas

Tantangan desentralisasi dari sisi kewenangan pengelolaan kesehatan, undang-undang otonomi daerah juga membagi kewenangan pengelolaan kesehatan kepada pemerintah daerah. Secara teori, pemerintah daerah dapat lebih responsif terhadap kebutuhan dan prioritas kesehatan

spesifik masyarakat setempat. Pemerintah daerah juga dapat mengalokasikan sumber daya secara lebih efisien untuk memenuhi kebutuhan kesehatan daerah mereka. Selain itu, secara teori pemerintah daerah dapat lebih cepat dalam mendorong inovasi pelayanan kesehatan di daerah dengan pendekatan yang berbeda untuk mengatasi masalah kesehatan di wilayahnya. Kewenangan pengelolaan kesehatan di daerah oleh pemerintah daerah ini, di sisi lain positif untuk mempercepat pembangunan kesehatan, tetapi berpotensi “menggantikan” peran Kemenkes oleh pemerintah daerah. Kewenangan pengelolaan kesehatan di daerah oleh pemerintah daerah ini, di sisi lain positif untuk mempercepat pembangunan kesehatan, tetapi berpotensi “menggantikan” peran Kemenkes oleh pemerintah daerah. Selain itu, beberapa indikator kesehatan penting, seperti penyediaan dokter di puskesmas juga adalah kewenangan pemerintah daerah, sehingga untuk mencapai target Kemenkes harus berbagi peran dengan pemerintah daerah (RI, 2024).

Namun demikian, pada kenyataannya Kementerian Kesehatan tetap menjadi motor penggerak dalam meningkatkan indikator kesehatan nasional, mengingat masih besarnya anggaran kesehatan yang disediakan oleh pemerintah pusat, dan lebih jauh lagi Kementerian Kesehatan memiliki kewenangan dalam membuat peraturan dan regulasi. Sangat disayangkan kalau Kementerian Kesehatan tidak memanfaatkan kesempatan tersebut (RI, 2024).

Dari sisi kewenangan pengelolaan kesehatan, undang-undang otonomi daerah juga membagi kewenangan pengelolaan kesehatan kepada pemerintah daerah. Secara teori, pemerintah daerah dapat lebih responsif terhadap kebutuhan dan prioritas kesehatan spesifik masyarakat setempat. Pemerintah daerah juga dapat mengalokasikan sumber daya secara lebih efisien untuk memenuhi kebutuhan kesehatan daerah mereka. Selain itu, secara teori pemerintah daerah dapat lebih cepat dalam mendorong inovasi

pelayanan kesehatan di daerah dengan pendekatan yang berbeda untuk mengatasi masalah kesehatan di wilayahnya (RI, 2024).

Berbagai indikator kesehatan tersebut, menunjukkan bahwa tantangan pengelolaan kesehatan di Indonesia masih sangat besar. Untuk memperbaikinya, dibutuhkan upaya yang tidak biasa. Tidak dengan cara yang sama dengan saat ini, tetapi dengan pendekatan baru yang lebih efektif. Indikator kesehatan nasional lainnya yang sering digunakan sebagai ukuran keberhasilan pembangunan kesehatan di sebuah negara adalah indikator angka kematian ibu (AKI) dan angka kematian bayi (AKB). Pada tahun 2022 terdapat perbaikan target untuk dua indikator tersebut, namun sama halnya dengan stunting, indikator AKI per 100.000 angka kelahiran hidup tahun 2020, yakni 189, hanya lebih baik dari Myanmar (250) dan tertinggal jauh dari Malaysia (29). Sementara itu, indikator AKB per 1.000 kelahiran hidup pada tahun yang sama, yakni 16,8 hanya lebih baik dari Myanmar (22,3) dan tertinggal jauh dari Malaysia (4,6). Indikator kesehatan nasional tersebut, menunjukkan bahwa tantangan pengelolaan kesehatan di Indonesia masih sangat besar. Untuk memperbaikinya, membutuhkan upaya yang tidak biasa. Tidak dengan cara yang sama dengan saat ini, tetapi dengan pendekatan baru yang lebih efektif. Untuk itu Kemenkes sebagai ujung tombak pengelolaan kesehatan nasional harus berbenah serius. (RI, 2024)

Buku Pedoman Perubahan Budaya Kerja Kemenkes yang diterbitkan tahun 2024 (RI, 2024) berisi visi, strategi, pendekatan, dan rencana kerja internalisasi perubahan budaya kerja sebagai bagian dari pilar 7 yaitu Transformasi Internal Kementerian Kesehatan. Buku tersebut disusun agar seluruh elemen Kemenkes mengetahui, memahami dan turut berpartisipasi dalam pelaksanaan Program Perubahan Budaya Kerja, disusun menggunakan metodologi Change Management Model, yang dikembangkan oleh Dr. John P.

Kotter dari the Harvard Business School. Panduan ini dibagi dalam 8 tahapan sesuai dengan Kotter's 8 Step Model.



Gambar 14. 1. Kotter 8-Step Change Management Model 08.

Puskesmas di era desentralisasi memiliki peran penting dalam menyediakan berbagai program kesehatan kepada masyarakat di wilayahnya. Berikut adalah beberapa contoh program kesehatan yang dapat dilakukan oleh Puskesmas di era desentralisasi:

- a. Program Imunisasi: Puskesmas bertanggung jawab dalam melaksanakan program imunisasi untuk mencegah penyakit menular melalui pemberian vaksin kepada anak-anak dan dewasa sesuai dengan jadwal imunisasi yang ditetapkan. Puskesmas juga dapat melakukan kegiatan pemantauan dan pelaporan terkait cakupan imunisasi di wilayah kerjanya.

- b. Program Kesehatan Ibu dan Anak: Puskesmas memiliki peran kunci dalam menjalankan program kesehatan ibu dan anak. Ini meliputi pelayanan antenatal, persalinan, pelayanan postnatal, pemantauan pertumbuhan anak, imunisasi anak, dan penyuluhan kesehatan kepada ibu dan keluarga mengenai perawatan ibu dan anak.
- c. Program Penyakit Menular: Puskesmas dapat melaksanakan program pencegahan dan pengendalian penyakit menular, seperti penyakit menular seksual, tuberkulosis, HIV/AIDS, malaria, dan demam berdarah. Ini meliputi penyuluhan, deteksi dini, pengobatan, dan pemantauan kasus penyakit menular.
- d. Program Gizi: Puskesmas dapat menyelenggarakan program gizi untuk mencegah kekurangan gizi dan malnutrisi pada anak-anak dan ibu hamil. Ini termasuk penimbangan balita, pemberian makanan tambahan, penyuluhan gizi kepada ibu dan keluarga, serta pengelolaan kasus gizi buruk.
- e. Program Kesehatan Lingkungan: Puskesmas dapat melakukan program kesehatan lingkungan untuk memastikan kondisi lingkungan yang sehat bagi masyarakat. Ini meliputi pengawasan sanitasi, pengendalian vektor penyakit, pengelolaan limbah, pemantauan kualitas air minum, dan promosi perilaku hidup bersih dan sehat.
- f. Program Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Tidak Menular: Puskesmas dapat melaksanakan program pencegahan dan pengendalian penyakit tidak menular, seperti hipertensi, diabetes, penyakit jantung, dan kanker. Ini melibatkan penyuluhan mengenai pola hidup sehat, deteksi dini, pengelolaan kasus, dan pemantauan kondisi kesehatan masyarakat terkait penyakit-penyakit tersebut.
- g. Program Kesehatan Jiwa: Puskesmas juga dapat menyediakan program kesehatan jiwa, termasuk pelayanan konseling, deteksi dini gangguan mental, pengobatan, dan pemantauan pasien dengan masalah

kesehatan jiwa. Puskesmas juga dapat berperan dalam kampanye kesadaran dan pencegahan bunuh diri serta penyalahgunaan narkoba.

- h. Program Promosi Kesehatan: Puskesmas dapat melaksanakan program promosi kesehatan dengan menyediakan penyuluhan dan pendidikan kesehatan kepada masyarakat. Ini meliputi peningkatan kesadaran tentang kesehatan, pembentukan perilaku hidup sehat, upaya pencegahan penyakit, dan peningkatan kualitas hidup masyarakat.
- i. Program-program ini merupakan contoh dari berbagai kegiatan yang dapat dilakukan oleh Puskesmas di era desentralisasi. Namun, program kesehatan yang dilaksanakan oleh Puskesmas dapat bervariasi tergantung pada kebijakan dan kebutuhan kesehatan masyarakat di wilayah setempat.

E. Hal-Hal yang Perlu Diperhatikan Berkaitan dengan Peran Puskesmas di Era Desentralisasi

Berikut adalah beberapa hal yang berkaitan dengan peran Puskesmas di era desentralisasi:

1. Peningkatan Otonomi

Dalam era desentralisasi, otonomi daerah diperkuat, termasuk otonomi dalam pengelolaan kesehatan. Puskesmas menjadi unit pelayanan kesehatan yang dikelola oleh pemerintah daerah setempat, sehingga mereka memiliki lebih banyak kebebasan dan tanggung jawab dalam mengelola dan menyediakan pelayanan kesehatan kepada masyarakat di wilayah mereka.

Puskesmas (Pusat Kesehatan Masyarakat) memiliki peran yang penting dalam peningkatan otonomi kesehatan masyarakat. Berikut adalah penjelasan secara detail mengenai peran Puskesmas dalam konteks peningkatan otonomi:

- a. Pelayanan Kesehatan Primer: Puskesmas adalah pintu masuk utama bagi masyarakat untuk mendapatkan pelayanan kesehatan primer. Melalui pelayanan ini, masyarakat dapat mengakses layanan promotif (pencegahan), preventif (penyuluhan dan imunisasi), kuratif (pengobatan), dan rehabilitatif (pemulihan) secara terpadu.
- b. Pemberdayaan Masyarakat: Puskesmas memainkan peran penting dalam pemberdayaan masyarakat dalam hal kesehatan. Mereka mengadakan program-program penyuluhan dan pelatihan untuk meningkatkan pengetahuan dan keterampilan masyarakat dalam menjaga kesehatan, seperti program pengelolaan sampah, sanitasi, gizi, dan perilaku hidup sehat.
- c. Penyedia Informasi Kesehatan: Puskesmas menyediakan informasi kesehatan yang akurat dan mudah diakses oleh masyarakat. Hal ini membantu masyarakat untuk mengambil keputusan yang tepat terkait dengan kesehatan mereka sendiri dan keluarga.
- d. Upaya Promosi Kesehatan: Puskesmas secara aktif terlibat dalam promosi kesehatan dengan mengadakan berbagai kegiatan seperti kampanye deteksi dini penyakit, kegiatan olahraga, dan program-program kesehatan lainnya yang bertujuan untuk mendorong masyarakat hidup sehat.
- e. Penyediaan Obat dan Vaksinasi: Puskesmas menyediakan obat-obatan dan vaksinasi secara berkala untuk mencegah dan mengobati penyakit yang umum di masyarakat. Hal ini membantu meningkatkan aksesibilitas masyarakat terhadap pelayanan kesehatan.
- f. Pencatatan dan Pelaporan: Puskesmas bertanggung jawab untuk mencatat data kesehatan masyarakat secara akurat dan melaporkannya ke instansi terkait. Data ini penting untuk perencanaan program kesehatan serta evaluasi dan monitoring terhadap kesehatan masyarakat.

- g. Kolaborasi dengan Pihak Terkait: Puskesmas bekerja sama dengan berbagai pihak terkait seperti rumah sakit, lembaga pemerintah, organisasi non-pemerintah, dan komunitas untuk meningkatkan efektivitas dan cakupan pelayanan kesehatan.

Dengan menjalankan peran-peran tersebut, Puskesmas dapat secara signifikan meningkatkan otonomi kesehatan masyarakat dengan memberdayakan mereka untuk mengambil peran aktif dalam menjaga dan meningkatkan kesehatan mereka sendiri serta lingkungan sekitar.

2. Penyesuaian dengan Kebijakan Daerah

Dalam era desentralisasi, kebijakan kesehatan tidak hanya ditetapkan oleh pemerintah pusat, tetapi juga oleh pemerintah daerah. Puskesmas harus mampu menyesuaikan diri dengan kebijakan kesehatan yang ditetapkan oleh pemerintah daerah, baik dalam hal prioritas program kesehatan maupun alokasi sumber daya yang tersedia.

3. Peningkatan Pembiayaan

Desentralisasi juga berdampak pada pembiayaan kesehatan. Pemerintah daerah memiliki tanggung jawab untuk mengalokasikan anggaran kesehatan, termasuk untuk operasional Puskesmas. Oleh karena itu, Puskesmas harus bekerja sama dengan pemerintah daerah dalam memastikan pendanaan yang cukup untuk menjalankan operasional mereka dan menyediakan pelayanan kesehatan yang berkualitas kepada masyarakat.

4. Peningkatan Peran Puskesmas sebagai Pintu Masuk Utama

Dalam era desentralisasi, Puskesmas menjadi pintu masuk utama bagi masyarakat dalam mendapatkan pelayanan kesehatan. Puskesmas diharapkan mampu memberikan pelayanan promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif yang komprehensif. Masyarakat dapat mengakses layanan kesehatan dasar di Puskesmas, termasuk

pemeriksaan kesehatan, vaksinasi, pengobatan, dan konsultasi dengan tenaga medis.

Kolaborasi dengan Pemerintah Daerah dan Stakeholder Lainnya: Puskesmas di era desentralisasi perlu menjalin kolaborasi yang erat dengan pemerintah daerah dan stakeholder lainnya, seperti rumah sakit, lembaga kesehatan lainnya, dan masyarakat setempat. Kolaborasi ini diperlukan untuk mengoptimalkan penggunaan sumber daya, mengkoordinasikan program-program kesehatan, dan meningkatkan aksesibilitas serta kualitas pelayanan kesehatan.

5. Pemberdayaan Masyarakat

Puskesmas di era desentralisasi juga memiliki peran penting dalam pemberdayaan masyarakat. Mereka harus melibatkan masyarakat dalam perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi program-program kesehatan. Puskesmas dapat memberikan edukasi kesehatan kepada masyarakat, melibatkan masyarakat dalam kegiatan promotif dan preventif, serta memfasilitasi partisipasi aktif masyarakat dalam pengambilan keputusan terkait kesehatan.

Puskesmas di era desentralisasi memiliki tantangan dan peluang yang unik. Dengan peningkatan otonomi dan tanggung jawab yang diberikan, Puskesmas diharapkan dapat menjadi pusat pelayanan kesehatan yang efektif, responsif terhadap kebutuhan masyarakat, dan berperan aktif dalam mencapai tujuan pembangunan kesehatan secara keseluruhan.

DAFTAR PUSTAKA

- Cyntia Rosa Dewi (2002) 'Analisis Kebijakan Desentralisasi Kesehatan: Studi Kasus Pelayanan Kesehatan Pada RSU Tidar Magelang', *HAPIZ, Pebriadin, Dr. Pratikno.*, 52(1), pp. 1-5.
- Dewan Perwakilan Rakyat RI (2023) *Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 17 Tahun 2023 Tentang Kesehatan, Undang-Undang*. Available at: <https://peraturan.bpk.go.id/Details/258028/uu-no-17-tahun-2023>.
- Dewi, N. P. et al. (2020) *Kebijakan-Manajemen-Pelayanan-Kesehatan*.
- Indonesia, K. S. N. R. (2014) *UU RI No 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah*. Sekretaris Negara RI. Available at: <https://peraturan.bpk.go.id/Home/Details/38685/uu-no-23-tahun-2014>.
- JKKI (2019) 'Desentralisasi di Sektor Kesehatan dan Otonomi Rumah Sakit', pp. 1-154.
- Kemenkes RI (2023) 'Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Tahun 2023', *Pedoman Pelaksanaan Promosi Kesehatan di Puskesmas*, pp. 1-60.
- Menkes RI (2006) *Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 43 Tahun 2019 Tentang Pusat Kesehatan Masyarakat*. doi: 10.1093/bioinformatics/btk045.
- RI, P. P. K. A. S. N. K. K. (2024) 'Perubahan budaya kerja kementerian kesehatan Untuk Akselerasi Transformasi Internal'.
- Zakky (2016) 'Pengertian Desentralisasi Menurut Para Ahli Beserta Artinya [Lengkap] Home', pp. 1-23.

BAB 15

AKREDITASI PUSKESMAS

Nasiatul Aisyah Salim, S.K.M., M.P.H.

A. Perkembangan Akreditasi Puskesmas

Puskesmas sebagai garda terdepan pelayanan kesehatan sudah seharusnya memberikan jaminan mutu pelayanan kesehatan kepada seluruh warga di wilayah kerjanya. Untuk menghasilkan pelayanan kesehatan yang optimal di Puskesmas diperlukan suatu mutu pelayanan yang baik. Salah satu metode yang semakin banyak digunakan untuk meningkatkan kualitas di tingkat organisasi pelayanan kesehatan adalah akreditasi.

Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 46 Tahun 2015 telah mengamanatkan pelaksanaan akreditasi puskesmas. Upaya peningkatan mutu pelayanan kesehatan di Puskesmas telah dilaksanakan secara nasional sejak tahun 2015. Akreditasi adalah proses penilaian dan pemantauan melalui pengukuran kepatuhan terhadap standar.

Menurut Komisi Akreditasi FKTP per 31 Desember 2020, Puskesmas yang terakreditasi sebanyak 9.153 dari 10.203 (89,7 %) yang tersebar di 34 provinsi. Data sebaran status kelulusan akreditasi puskesmas meliputi puskesmas terakreditasi paripurna sebanyak 239 puskesmas (3 %), terakreditasi utama sebanyak 1.669 puskesmas (18 %) terakreditasi madya sebanyak 5.068 puskesmas (55,3 %), dan terakreditasi tingkat dasar sebanyak 2.177 puskesmas (24 %).

Menurut Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor HK.01.07/MENKES/2099/2023 tentang Data Pusat Kesehatan Masyarakat Teregistrasi Semester I Tahun 2023, meliputi tabel dibawah ini:

Tabel 15. 1. Jumlah Puskesmas Menurut Provinsi Tahun 2023

No	Provinsi	Non Rawat Inap	Rawat Inap	Total
1	Aceh	189	176	365
2	Sumatera Utara	430	186	616
3	Sumatera Barat	168	112	280
4	Riau	121	117	238
5	Jambi	111	97	208
6	Sumatera Selatan	231	117	348
7	Bengkulu	127	52	179
8	Lampung	157	162	319
9	Kep. Bangka Belitung	38	26	64
10	Kepulauan Riau	62	32	94
11	DKI Jakarta	309	6	315
12	Jawa Barat	798	302	1.100
13	Jawa Tengah	506	374	880
14	DI Yogyakarta	74	47	121
15	Jawa Timur	348	624	972
16	Banten	179	72	251
17	Bali	83	37	120
18	Nusa Tenggara Barat	45	131	176
19	Nusa Tenggara Timur	260	173	433
20	Kalimantan Barat	99	150	249
21	Kalimantan Tengah	114	90	204
22	Kalimantan Selatan	190	51	241
23	Kalimantan Timur	89	99	188
24	Kalimantan Utara	36	22	58
25	Sulawesi Utara	103	96	199
26	Sulawesi Tengah	106	112	218
27	Sulawesi Selatan	200	274	474
28	Sulawesi Tenggara	212	94	306

No	Provinsi	Non Rawat Inap	Rawat Inap	Total
29	Gorontalo	69	26	95
30	Sulawesi Barat	53	45	98
31	Maluku	136	92	228
32	Maluku Utara	97	52	149
33	Papua	77	42	119
34	Papua Barat	50	26	76
35	Papua Selatan	28	51	79
36	Papua Tengah	91	26	117
37	Papua Pegunungan	119	29	148
38	Papua Barat Daya	73	18	91
Total		6.178	4.238	10.416

B. Dampak Akreditasi Puskesmas

Sistem pelayanan kesehatan primer yang responsive dan komprehensif akan menghasilkan sistem kesehatan yang lebih efisien, tingkat rawat inap yang lebih rendah, kesenjangan kesehatan yang lebih sedikit, hasil kesehatan yang lebih baik dan biaya yang lebih rendah (Schoen *et al.*, 2009). Tantangan utama yang menghambat dalam pemberian pelayanan kesehatan primer adalah membangun dan mempertahankan kualitas tinggi.

Menurut penelitian, pelayanan kesehatan primer yang terakreditasi lebih cenderung memiliki staf yang berdedikasi pada manajemen risiko, keselamatan lingkungan dan peningkatan kualitas. Selain itu, pelayanan kesehatan primer yang terakreditasi melaporkan lebih banyak kegiatan jaminan mutu dibandingkan yang tidak terakreditasi, lebih sering mengaudit catatan klinis, menggunakan metode kredensial, meninjau penyedia layanan dan staf yang terlatih. Akreditasi pada pelayanan kesehatan primer menghasilkan peningkatan kerjasama tim, peningkatan akses terhadap layanan, peningkatan kesadaran akan keselamatan pasien, peningkatan sistem praktik dan proses perawatan serta peningkatan kualitas layanan (BScH, PMP and Lait, 2013).

Untuk meningkatkan pelayanan melalui akreditasi, penting untuk menetapkan komitmen kepemimpinan dan peraturan untuk melaksanakan akreditasi, mengalokasikan sumber daya yang memadai, memastikan ketersediaan data dan memfasilitasi penggunaannya.

Akreditasi telah menghasilkan peningkatan kualitas di beberapa bidang khususnya dalam dokumentasi (55 %) termasuk pencatatan rapat, melengkapi catatan medis secara menyeluruh dan mendokumentasikan peraturan. Manfaat lain dari akreditasi adalah menerjemahkan teori mutu menjadi tindakan (41 %) misalnya penerapan standar, kebijakan dan prosedur serta aturan dan regulasi diterjemahkan ke dalam visi, misi dan nilai-nilai. Akreditasi dianggap meningkatkan kesadaran dan keterlibatan karyawan dalam masalah kualitas (32 %) dengan membimbing karyawan dalam melaksanakan tugas dan terlibat dalam pengambilan keputusan, peningkatan kondisi kerja (18 %), peningkatan manajemen & kepemimpinan (14 %) dan penguatan hubungan antara pusat kesehatan dengan pasien (14 %) (El-Jardali *et al.*, 2014).

Pelatihan dan pendidikan telah diberikan ke staf untuk lebih mempersiapkan dalam menghadapi proses akreditasi yang mana membantu karyawan memahami akreditasi sebagai kesempatan untuk pengembangan profesional dan penyediaan layanan berkualitas tinggi (45 %). Akreditasi membantu meningkatkan komunikasi dan kerja tim di antara staf dan staf dengan manajemen. Sehubungan dengan kepuasan pasien, akreditasi dikaitkan dengan peningkatan kepercayaan dan kepuasan pasien terhadap lingkungan dan kualitas layanan serta penurunan jumlah kekhawatiran dan keluhan (36 %) (El-Jardali *et al.*, 2014).

Studi menjelaskan bahwa hubungan yang signifikan antara hasil kualitas dan keterlibatan staf (El-Jardali *et al.*, 2014). Studi lain menemukan bahwa staf yang tidak terlibat dalam proses kepuasan tidak dapat merasakan manfaat dari proses akreditasi pada organisasi pelayanan kesehatan (Paccioni, Sicotte and Champagne, 2008). Sehingga penting melibatkan staf dalam

penerapan perubahan dan untuk mengurangi resistensi terhadap perubahan (Seren and Baykal, 2007).

C. Standar Akreditasi Puskesmas

Standar akreditasi puskesmas dikelompokkan menurut fungsi-fungsi penting dalam organisasi Puskesmas meliputi penyediaan pelayanan bagi pasien dan upaya menciptakan organisasi puskesmas yang aman, efektif dan dikelola dengan baik.

Tabel 15. 2. Struktur Standar Akreditasi Puskesmas

Bab	Judul	Jumlah Standar	Jumlah Kriteria	Jumlah Elemen Penilaian
I	Kepemimpinan dan Manajemen Puskesmas	7	26	102
II	Penyelenggaraan Upaya Kesehatan Masyarakat yang Berorientasi pada Upaya Promotif & Preventif	8	20	94
III	Penyelenggaraan Upaya Kesehatan Perseorangan, Laboratorium & Kefarmasian	10	11	42
IV	Program Prioritas Nasional	5	5	34
V	Peningkatan Mutu Puskesmas	5	20	56
Total		35	82	328

D. Kepemimpinan dan Manajemen Puskesmas

1. Standar 1. Perencanaan dan kemudahan akses bagi pengguna layanan

a. Kriteria 1.1.1

Puskesmas wajib menyediakan jenis-jenis pelayanan yang ditetapkan berdasarkan visi, misi, tujuan, tata nilai, hasil analisis kebutuhan dan harapan masyarakat, hasil analisis peluang pengembangan pelayanan, hasil analisis risiko pelayanan, hasil analisis data kinerja dan ketentuan peraturan perundang-undangan yang dituangkan dalam perencanaan

b. Kriteria 1.1.2

Masyarakat sebagai penerima manfaat layanan lintas program dan lintas sektor mendapatkan kemudahan akses informasi tentang hak dan kewajiban pasien, jenis-jenis pelayanan dan kegiatan-kegiatan Puskesmas serta akses terhadap pelayanan dan akses penyampaian umpan balik.

2. Standar 2. Tata kelola organisasi

a. Kriteria 1.2.1

Struktur organisasi ditetapkan dengan kejelasan tugas, wewenang, tanggung jawab, tata hubungan kerja dan persyaratan jabatan

b. Kriteria 1.2.2

Kebijakan, pedoman/panduan, prosedur dan kerangka acuan terkait pelaksanaan kegiatan, disusun, didokumentasikan dan dikendalikan serta didasarkan pada ketentuan peraturan perundang-undangan, termasuk pengendalian dokumen bukti pelaksanaan kegiatan.

c. Kriteria 1.2.3

Jaringan pelayanan dan jejaring di wilayah kerja Puskesmas dikelola dan dioptimalkan untuk meningkatkan akses dan mutu pelayanan kepada masyarakat.

- d. Kriteria 1.2.4
Puskesmas menjamin ketersediaan data dan informasi melalui penyelenggaraan sistem informasi puskesmas
- e. Kriteria 1.2.5
Penyelenggaraan pelayanan UKM dan UKP dilaksanakan dengan pertimbangan etik dalam pengambilan keputusan pelayanan.

3. Standar 3. Manajemen sumber daya manusia

- a. Kriteria 1.3.1
Tersedia SDM dengan jenis, jumlah dan kompetensi sesuai kebutuhan pelayanan dan ketentuan peraturan perundang-undangan.
- b. Kriteria 1.3.2
Setiap pegawai Puskesmas mempunyai uraian tugas yang menjadi dasar dalam pelaksanaan kegiatan pelayanan maupun penilaian kinerja pegawai
- c. Kriteria 1.3.3
Setiap pegawai mendapatkan kesempatan untuk mengembangkan ilmu dan keterampilan yang diperlukan
- d. Kriteria 1.3.4
Setiap pegawai mempunyai dokumen kepegawaian yang lengkap dan mutakhir
- e. Kriteria 1.3.5
Pegawai baru dan pegawai alih tugas wajib mengikuti orientasi agar memahami dan mampu melaksanakan tugas pokok dan tanggung jawab yang diberikan kepadanya
- f. Kriteria 1.3.6
Puskesmas menyelenggarakan pelayanan keselamatan dan kesehatan kerja

4. Standar 4. Manajemen fasilitas dan keselamatan

- a. Kriteria 1.4.1
Disusun dan diterapkan program manajemen fasilitas dan keselamatan (MFK) yang meliputi manajemen

keselamatan dan keamanan fasilitas, manajemen bahan berbahaya beracun (B3) dan limbah B3, manajemen kedaruratan dan bencana, manajemen pengamanan kebakaran, manajemen alat kesehatan, manajemen sistem utilitas dan pendidikan MFK

b. Kriteria 1.4.2

Puskesmas merencanakan dan melaksanakan manajemen keselamatan dan keamanan fasilitas

c. Kriteria 1.4.3

Inventarisasi, pengelolaan, penyimpanan dan penggunaan bahan berbahaya beracun (B3), pengendalian dan pembuangan limbah B3 dilakukan berdasarkan perencanaan dan ketentuan peraturan perundang-undangan

d. Kriteria 1.4.4

Puskesmas menyusun, memelihara, melaksanakan dan mengevaluasi manajemen kedaruratan dan bencana

e. Kriteria 1.4.5

Puskesmas menyusun, memelihara, melaksanakan dan melakukan evaluasi manajemen pengamanan kebakaran termasuk sarana evakuasi

f. Kriteria 1.4.6

Puskesmas menyusun dan melaksanakan pengelolaan program untuk memastikan semua peralatan kesehatan berfungsi dan mencegah terjadinya ketidakterersediaan dan kegagalan fungsi alat kesehatan

g. Kriteria 1.4.7

Puskesmas menyusun dan melaksanakan pengelolaan untuk memastikan semua sistem utilitas berfungsi dan mencegah terjadinya ketidakterersediaan dan kegagalan fungsi sistem utilitas

h. Kriteria 1.4.8

Puskesmas menyusun dan melaksanakan pendidikan manajemen fasilitas dan keselamatan (MFK) bagi petugas.

5. Standar 5. Manajemen keuangan

Kriteria 1.5.1

Kepala puskesmas dan penanggung jawab keuangan melaksanakan manajemen keuangan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan

6. Standar 6. Pengawasan, pengendalian dan penilaian kinerja

a. Kriteria 1.6.1

Dilakukan pengawasan, pengendalian, dan penilaian kinerja dengan menggunakan indikator kinerja yang ditetapkan sesuai dengan jenis pelayanan yang disediakan dan kebijakan pemerintah

b. Kriteria 1.6.2

Lokakarya mini lintas program dan lokakarya mini lintas sektor dilakukan sesuai dengan kebijakan dan prosedur

c. Kriteria 1.6.3

Kepala Puskesmas dan penanggung jawab melakukan pengawasan, pengendalian kinerja, dan kegiatan perbaikan kinerja melalui audit internal dan pertemuan tinjauan manajemen yang terencana sesuai dengan masalah kesehatan prioritas, masalah kinerja, risiko, maupun rencana pengembangan pelayanan.

7. Standar 7. Pembinaan Puskesmas oleh Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota

Kriteria 1.7.1

Puskesmas harus mendapatkan pembinaan dan pengawasan terpadu dari dinas kesehatan daerah kabupaten/kota dalam rangka perbaikan kinerja, termasuk peningkatan mutu pelayanan di Puskesmas

E. Penyelenggaraan Upaya Kesehatan Masyarakat (UKM) yang Berorientasi pada Upaya Promotif dan Preventif

1. Standar 1. Perencanaan Terpadu pelayanan UKM

a. Kriteria 2.1.1

Perencanaan pelayanan UKM Puskesmas disusun secara terpadu berbasis wilayah kerja Puskesmas dengan melibatkan lintas program dan lintas sektor sesuai dengan analisis kebutuhan dan harapan masyarakat, data hasil penilaian kinerja (capaian indikator kinerja) Puskesmas termasuk memperhatikan hasil pelaksanaan program Indonesia Sehat dengan pendekatan Keluarga (PIS-PK) dan capaian target standar pelayanan minimal (SPM) daerah kabupaten/kota.

b. Kriteria 2.1.2

Perencanaan pelayanan UKM Puskesmas memuat kegiatan pemberdayaan masyarakat untuk mengatasi permasalahan kesehatan dan meningkatkan perilaku hidup bersih dan sehat yang proses kegiatan pemberdayaan masyarakat tersebut dilakukan oleh masyarakat sendiri dengan difasilitasi oleh Puskesmas.

c. Kriteria 2.1.3

Rencana pelaksanaan kegiatan (RPK) Pelayanan UKM terintegrasi lintas program dan mengacu pada rencana usulan kegiatan (RUK) Puskesmas.

2. Standar 2. Kemudahan akses sasaran dan masyarakat terhadap pelayanan UKM

a. Kriteria 2.2.1

Penjadwalan pelaksanaan pelayanan UKM Puskesmas disepakati bersama dengan memperhatikan masukan sasaran masyarakat, kelompok masyarakat, lintas program dan lintas sektor yang dilaksanakan sesuai dengan rencana.

b. **Kriteria 2.2.2**

Penanggung jawab UKM, coordinator pelayanan dan pelaksana kegiatan UKM memastikan akses sasaran dan masyarakat untuk menyampaikan umpan balik dan keluhan.

3. Standar 3. Penggerakkan dan pelaksanaan pelayanan UKM

Kriteria 2.3.1

Dilakukan komunikasi dan koordinasi dalam penyelenggaraan pelayanan UKM Puskesmas

4. Standar 4. Pembinaan berjenjang pelayanan UKM

Kriteria 2.4.1

Penanggung jawab UKM, coordinator pelayanan dan pelaksana kegiatan UKM Puskesmas bertanggung jawab terhadap pencapaian tujuan, pencapaian kinerja, pelaksanaan kegiatan UKM dan penggunaan sumber daya.

5. Standar 5. Penguatan pelayanan UKM dengan PIS-PK

a. **Kriteria 2.5.1**

Penanggung jawab UKM, coordinator pelayanan dan pelaksana kegiatan UKM bersama dengan tim Pembina keluarga melaksanakan pemetaan dan intervensi kesehatan berdasarkan permasalahan keluarga sesuai dengan jadwal yang sudah disepakati.

b. **Kriteria 2.5.2**

Intervensi lanjut ditujukan pada wilayah kerja Puskesmas berdasarkan permasalahan yang sudah dipetakan dan dilaksanakan terintegrasi dengan pelayanan UKM Puskesmas

c. **Kriteria 2.5.3**

Pelaksanaan gerakan masyarakat hidup sehat (Germas) sebagai bagian dari intervensi lanjut dalam bentuk peran serta masyarakat terhadap masalah-masalah kesehatan.

6. Standar 6. Penyelenggaraan UKM esensial

- a. Kriteria 2.6.1
Cakupan dan pelaksanaan UKM esensial Promosi kesehatan
- b. Kriteria 2.6.2
Cakupan dan pelaksanaan UKM Esensial Penyehatan Lingkungan
- c. Kriteria 2.6.3
Cakupan dan pelaksanaan UKM Esensial Kesehatan Keluarga
- d. Kriteria 2.6.4
Cakupan dan pelaksanaan UKM Esensial Gizi
- e. Kriteria 2.6.5
Cakupan dan pelaksanaan UKM Esensial Pencegahan dan Pengendalian Penyakit

7. Standar 7. Penyelenggaraan UKM pengembangan

Kriteria 2.7.1

Cakupan dan pelaksanaan UKM Pengembangan dilakukan untuk mencapai tujuan pembangunan kesehatan di wilayah kerjaya.

8. Standar 8. Pengawasan, pengendalian dan penilaian kinerja pelayanan UKM

- a. Kriteria 2.8.1
Kepala puskesmas dan penanggung jawab UKM Puskesmas melakukan supervisi untuk pengawasan pelaksanaan pelayanan UKM Puskesmas yang dapat dilakukan secara terjadwal atau sewaktu-waktu.
- b. Kriteria 2.8.2
Penanggung jawab UKM wajib melakukan pemantauan dalam upaya pelaksanaan kegiatan UKM sesuai dengan jadwal yang sudah disusun agar dapat mengambil langkah tindak lanjut untuk perbaikan.

c. Kriteria 2.8.3

Kepala Puskesmas dan penanggung jawab UKM melakukan upaya perbaikan terhadap hasil penilaian capaian kinerja pelayanan UKM

d. Kriteria 2.8.4

Penilaian kinerja terhadap penyelenggaraan pelayanan UKM dilaksanakan secara periodic untuk menunjukkan akuntabilitas dalam pengelolaan pelayanan UKM.

F. Penyelenggaraan Upaya Kesehatan Perseorangan (UKP), Laboratorium dan Kefarmasian

1. Standar 1. Penyelenggaraan pelayanan klinis

Kriteria 3.1.1

Penyelenggaraan pelayanan klinis mulai dari penerimaan pasien dilaksanakan dengan efektif dan efisien sesuai dengan kebutuhan pasien, serta mempertimbangkan hak dan kewajiban.

2. Standar 2. Pengkajian, rencana asuhan dan pemberian asuhan

Kriteria 3.2.1

Penapisan (skrining) dan proses kajian awal dilakukan secara paripurna, mencakup berbagai kebutuhan dan harapan pasien/keluarga, serta dengan mencegah penularan infeksi. Asuhan pasien dilaksanakan berdasarkan rencana asuhan medis, keperawatan, dan asuhan klinis yang lain dengan memperhatikan kebutuhan pasien dan berpedoman pada panduan praktik klinis.

3. Standar 3. Pelayanan gawat darurat

Kriteria 3.3.1

Prosedur penanganan pasien gawat darurat disusun berdasar panduan praktik klinis untuk penanganan gawat darurat dengan referensi yang dapat dipertanggungjawabkan.

4. Standar 4. Pelayanan anestesi lokal dan tindakan

Kriteria 3.4.1

Pelayanan anestesi local di Puskesmas dilaksanakan sesuai dengan standar dan peraturan perundang-undangan

5. Standar 5. Pelayanan Gizi

Kriteria 3.5.1

Pelayanan gizi dilakukan sesuai dengan status gizi pasien dan konsisten dengan asuhan klinis yang tersedia secara reguler

6. Standar 6. Pemulangan dan tindak lanjut pasien

Kriteria 3.6.1

Pemulangan dan tindak lanjut pasien yang bertujuan untuk kelangsungan layanan dipandu oleh prosedur baku

7. Standar 7. Pelayanan Rujukan

a. Kriteria 3.7.1

Pelaksanaan pelayanan rujukan dilakukan sesuai dengan ketentuan kebijakan dan prosedur yang telah ditetapkan dan mengacu pada ketentuan peraturan perundang-undangan

b. Kriteria 3.7.2

Dilakukan tindak lanjut terhadap rujukan balik dari FKRTL

8. Standar 8. Penyelenggaraan rekam medis

Kriteria 3.8.1

Tata kelola penyelenggaraan rekam medis dilakukan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

9. Standar 9. Penyelenggaraan pelayanan laboratorium

Kriteria 3.9.1

Pelayanan laboratorium dikelola sesuai dengan kebijakan dan prosedur yang ditetapkan

10. Standar 10. Penyelenggaraan pelayanan kefarmasian

Kriteria 3.10.1

Pelayanan kefarmasian dikelola sesuai dengan kebijakan dan prosedur yang ditetapkan

G. Program Prioritas Nasional

1. Standar 1. Pencegahan dan penurunan stunting

Kriteria 4.1.1

Pencegahan dan penurunan stunting direncanakan, dilaksanakan, dipantau dan dievaluasi dengan melibatkan lintas program, lintas sektor dan pemberdayaan masyarakat

2. Standar 2. Penurunan jumlah kematian ibu dan jumlah kematian bayi

Kriteria 4.2.1

Puskesmas melaksanakan pelayanan kesehatan ibu hamil, pelayanan kesehatan ibu bersalin, pelayanan kesehatan masa sesudah melahirkan dan pelayanan kesehatan bayi baru lahir.

3. Standar 3. Peningkatan cakupan dan mutu imunisasi

Kriteria 4.3.1

Program imunisasi direncanakan, dilaksanakan, dipantau dan dievaluasi dalam upaya peningkatan capaian cakupan dan mutu imunisasi

4. Standar 4. Program penanggulangan tuberkulosis

Kriteria 4.4.1

Puskesmas melaksanakan pelayanan kepada pasien TBC mulai dari penemuan kasus TBC pada orang yang terduga TBC, penegakan diagnosis, penetapan klasifikasi dan tipe pengguna layanan TBC, serta tata laksana kasus yang terdiri atas pengobatan pasien beserta pemantauan dan evaluasinya.

5. Standar 5. Pengendalian penyakit tidak menular dan faktor risikonya

Kriteria 4.5.1

Program pencegahan dan pengendalian penyakit tidak menular serta faktor risikonya direncanakan, dilaksanakan, dipantau, dan ditindaklanjuti.

H. Peningkatan Mutu Puskesmas

1. Standar 1. Peningkatan mutu berkesinambungan

a. Kriteria 5.1.1

Kepala puskesmas menetapkan penanggung jawab mutu, tim mutu dan program peningkatan mutu puskesmas

- b. Kriteria 5.1.2
Kepala Puskesmas dan tim atau petugas yang diberi tanggung jawab untuk peningkatan mutu dan keselamatan pasien berkomitmen untuk membudayakan peningkatan mutu secara berkesinambungan melalui pengelolaan indikator mutu
- c. Kriteria 5.1.3
Dilakukan validasi dan analisis hasil pengumpulan data indikator mutu sebagai bahan pertimbangan dalam pengambilan keputusan untuk peningkatan mutu puskesmas dan kinerja
- d. Kriteria 5.1.4
Peningkatan mutu dicapai dan dipertahankan.

2. Standar 2. Program manajemen risiko

- a. Kriteria 5.2.1
Risiko dalam penyelenggaraan berbagai upaya Puskesmas terhadap pengguna layanan, keluarga, masyarakat, petugas dan lingkungan diidentifikasi dan dianalisis
- b. Kriteria 5.2.2
Puskesmas melaksanakan penatalaksanaan risiko sesuai dengan ketentuan yang berlaku

3. Standar 3. Sasaran keselamatan pasien

- a. Kriteria 5.3.1
Proses identifikasi pasien dilakukan dengan benar.
- b. Kriteria 5.3.2
Proses untuk meningkatkan efektivitas komunikasi dalam pemberian asuhan ditetapkan dan dilaksanakan
- c. Kriteria 5.3.3
Proses untuk meningkatkan keamanan terhadap obat-obat yang perlu diwaspadai ditetapkan dan dilaksanakan

- d. Kriteria 5.3.4
Proses untuk memastikan tepat pasien, tepat prosedur, dan tepat sisi pada pasien yang menjalani operasi/tindakan medis ditetapkan dan dilaksanakan
- e. Kriteria 5.3.5
Proses kebersihan tangan diterapkan untuk menurunkan risiko infeksi yang terkait dengan pelayanan kesehatan
- f. Kriteria 5.3.6
Proses untuk mengurangi risiko pasien jatuh disusun dan dilaksanakan

4. Standar 4. Pelaporan insiden keselamatan pasien dan pengembangan budaya keselamatan

- a. Kriteria 5.4.1
Dilakukan pelaporan, dokumentasi, analisis akar masalah dan penyusunan tindakan korektif sebagai upaya perbaikan dan pencegahan potensi insiden keselamatan pasien
- b. Kriteria 5.4.2
Tenaga kesehatan pemberi asuhan berperan penting dalam memperbaiki perilaku dalam pemberian pelayanan yang mencerminkan budaya mutu dan budaya keselamatan

5. Standar 5. Program pencegahan dan pengendalian infeksi

- 1. Kriteria 5.5.1
Regulasi dan program pencegahan dan pengendalian infeksi dilaksanakan oleh seluruh karyawan puskesmas secara komprehensif untuk mencegah dan meminimalkan risiko terjadinya infeksi yang terkait dengan pelayanan kesehatan
- 2. Kriteria 5.5.2
Dilakukan identifikasi berbagai risiko infeksi dalam penyelenggaraan pelayanan sebagai dasar untuk menyusun dan menerapkan strategi untuk mengurangi risiko tersebut

3. Kriteria 5.5.3
Puskesmas yang mengurangi risiko infeksi terkait dengan pelayanan kesehatan perlu melaksanakan dan mengimplementasikan program PPI untuk mengurangi risiko infeksi baik bagi pasien, petugas, keluarga pasien, masyarakat, maupun lingkungan.
4. Kriteria 5.5.4
Puskesmas melakukan upaya kebersihan tangan sesuai standar
5. Kriteria 5.5.5
Dilakukan upaya pencegahan penularan infeksi dengan penerapan kewaspadaan berdasar transmisi dalam penyelenggaraan pelayanan pasien yang dapat ditularkan melalui transmisi.
6. Kriteria 5.5.6
Ditetapkan dan dilakukan proses untuk menangani outbreak infeksi, baik di puskesmas maupun di wilayah kerja puskesmas

I. Survei Akreditasi Puskesmas

Berdasarkan Permenkes No 34 Tahun 2022 tentang Akreditasi Puskesmas, Klinik, Labkes, UTD, TPMD dan TPMDG dan Keputusan Direktur Jenderal Pelayanan Kesehatan Nomor HK.02.02/I/3991/2022 tentang Petunjuk Teknis Survei Akreditasi Puskesmas, Klinik, Labkes, UTD, TPMD dan TPMDG telah dikembangkan aplikasi Sistem Informasi Akreditasi Fasyankes/SINAF (<https://sinaf.kemkes.go.id>) dan aplikasi Data Fasyankes Online/DFO (<https://dfo.kemkes.go.id>). Kategori user DFO adalah Puskesmas, Dinas kesehatan Provinsi, Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota. Sedangkan Kategori user SINAF adalah Admin lembaga penyelenggaraan akreditasi (LPA), Surveyor LPA, Verifikator LPA, Ketua LPA, dan Kementerian Kesehatan.

Modal dasar yang harus dilakukan Puskesmas ketika ingin melakukan usulan survei akreditasi adalah Puskesmas sudah harus memiliki username dan password untuk login ke

DPO melalui registrasi fasyankes di situs registrasifasyankes.kemkes.go.id.

Tahapan awal ketika login ke DPO untuk mengajukan usulan survey, Puskesmas diminta untuk memilih terlebih dahulu lembaga penyelenggara akreditasi yang diinginkan, tanggal survey yang diharapkan, domisili surveyor LPA, dan metode survey (daring atau luring atau hybrid). Ketika usulan sudah disetujui oleh admin LPA, Puskesmas harus melengkapi persyaratan administrasi yaitu (1) surat permohonan Puskesmas untuk dilakukan survey, ditujukan kepada LPA, (2) laporan hasil penilaian mandiri (self assessment), (3) hasil perencanaan perbaikan strategis (PPS) untuk fasyankes reakreditasi, (4) Melampirkan surat usulan Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota setelah dinyatakan siap untuk disurvei (5) data lainnya. Setelah itu, akan di verifikasi oleh admin LPA. Ketika admin LPA sudah melakukan pengecekan dan dinyatakan sesuai persyaratannya maka Puskesmas akan diminta untuk melengkapi dokumen-dokumen pendukung dari setiap elemen penilaian yang ada di standar akreditasi Puskesmas.

Persyaratan mutlak yang harus dilengkapi oleh Puskesmas yaitu

1. Aplikasi Registrasi Puskesmas yang dikelola oleh Pusdatin yaitu memiliki Perizinan berusaha dan teregistrasi di Kemenkes
2. Aplikasi ASPAK. Pengisian ASPAK sudah harus terupdate 100 %, sudah tervalidasi 100 %. Untuk Reakreditasi & SPA minimal 60 %
3. Aplikasi Mutu Fasyankes. Pelaporan INM dan Pelaporan IKP untuk 12 bulan terakhir
4. Aplikasi SISDMK mengenai Pimpinan fasyankes (Kepala puskesmas minimal S1 kesehatan kecuali daerah terpencil/sangat terpencil. Bila tidak ada bisa oleh jabatan fungsional tenaga kesehatan minimal D3 kesehatan), keberadaan dokter, memiliki SIP yang masih berlaku (80 % tenaga medis), memiliki STR yang masih berlaku (100 % tenaga medis dan 100 % tenaga kesehatan)

DAFTAR PUSTAKA

- BScH, K. Z., PMP, P. D. S. Bs. and Lait, J. (2013) 'The status of accreditation in primary care', *Quality in primary care*, 21, pp. 23-31.
- El-Jardali, F. *et al.* (2014) 'The impact of accreditation of primary healthcare centers: successes, challenges and policy implications as perceived by healthcare providers and directors in Lebanon', *BMC health services research*. Springer, 14, pp. 1-10.
- Paccioni, A., Sicotte, C. and Champagne, F. (2008) 'Accreditation: a cultural control strategy', *International journal of health care quality assurance*. Emerald Group Publishing Limited, 21(2), pp. 146-158.
- Schoen, C. *et al.* (2009) 'A Survey Of Primary Care Physicians In Eleven Countries, 2009: Perspectives On Care, Costs, And Experiences: Doctors say problems exist across all eleven countries, although some nations are doing a better job than others.', *Health affairs*. Project HOPE-The People-to-People Health Foundation, Inc., 28(Suppl1), pp. w1171-w1183.
- Seren, S. and Baykal, U. (2007) 'Relationships between change and organizational culture in hospitals', *Journal of Nursing Scholarship*. Wiley Online Library, 39(2), pp. 191-197.

BAB 16

PATIENT SAFETY

dr. Deby, M.A.R.S., M.Biomed.

A. Pendahuluan

Keselamatan pasien (*patient safety*) menjadi prioritas utama yang harus dilaksanakan dalam pelayanan Kesehatan di rumah sakit maupun di puskesmas. Pelayanan Kesehatan merupakan upaya yang diberikan untuk menyelamatkan pasien sehingga harus dikelola dengan baik untuk mencegah terjadinya insiden keselamatan pasien (IKP) (Kemenkes RI, 2015). Insiden keselamatan pasien menurut Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 11 tahun 2017 adalah setiap kejadian yang tidak disengaja dan kondisi yang mengakibatkan atau berpotensi mengakibatkan cedera yang dapat dicegah pada pasien (Kemenkes, 2017).

Insiden keselamatan pasien dapat menyebabkan kerugian bagi pasien antara lain kematian, kecacatan, penderitaan bagi korban dan keluarganya (WHO, 2021). Terjadinya insiden keselamatan pasien berdampak terhadap mutu dan citra dari rumah sakit. Menciptakan budaya keselamatan pasien di rumah sakit maupun di puskesmas menjadi penting untuk mencegah insiden keselamatan pasien sehingga dapat meningkatkan akuntabilitas fasilitas pelayanan Kesehatan terhadap pasien dan masyarakat (Kemenkes RI, 2015).

B. Pentingnya Keselamatan Pasien

Keselamatan pasien sangat penting dalam pelayanan kesehatan untuk mengurangi frekuensi kesimpulan negative, kesalahan medis, serta cedera pasien yang dapat dihindari (Mistri IU dkk, 2023). Terjadinya cedera medis mengakibatkan luka permanen, keluar masuk rumah sakit berulang, waktu rawat inap lebih lama di rumah sakit hingga kematian. Peristiwa tersebut terjadi akibat sistem pelayanan Kesehatan yang kompleks sehingga mempengaruhi keberhasilan pelayanan medis untuk pasien (WHO, 2011).

Pelaksanaan keselamatan pasien dengan menghindari terjadinya kesalahan medis dapat membantu fasilitas kesehatan untuk mengurangi biaya perawatan kesehatan. Bila terjadi kesalahan medis maka cenderung meningkatkan perawatan tambahan, waktu rawat inap lebih lama, dan biaya hukum (Mistri IU dkk, 2023). Sengketa medis, tuntutan dan proses hukum, konflik antara petugas kesehatan dengan pasien, adanya tuduhan malpraktek, kemudian pemberitaan oleh media massa secara masif sehingga timbul perspektif negatif masyarakat terhadap pelayanan di rumah sakit akibat terjadinya insiden keselamatan pasien (Kemenkes RI, 2015).

Pada suatu Kejadian yang Tidak Diinginkan (KTD) di fasilitas kesehatan terdapat beban biaya kemanusiaan dan ekonomi yang jumlahnya tidak sedikit. The Australian Patient Safety Foundation tahun 1997-1998 memperkirakan tuntutan biaya klaim dan premi asuransi mencapai 18 juta dolar akibat kelalaian medis. Pada tahun 1999, The United States Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) menyatakan dengan melakukan pencegahan atas kesalahan tindakan medis akan menghemat dana sekitar 8,8 juta dolar per tahun. The Institute of Medicine (IOM) pada tahun 1999 memperkirakan sekitar 44.000-98.000 orang meninggal setiap tahun akibat kesalahan medis di rumah sakit (WHO, 2011).

Insiden Keselamatan Pasien rumah sakit di Indonesia tahun 2023 mencapai 5.710 kasus dan Kejadian Tidak Diharapkan (KTD) merupakan insiden terbanyak. Provinsi

dengan angka kejadian insiden tertinggi antara lain Jawa Timur sebanyak 1.258 kasus (22%). Jawa Tengah 835 kasus (14,6%), Jawa Barat 798 kasus (13,9%), DKI Jakarta 536 kasus (9,3%), dan D.I. Yogyakarta 301 kasus (5,2%) (Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan, 2024).

Di Indonesia kepatuhan pelaporan Insiden Keselamatan Pasien (IKP) di rumah sakit masih tergolong rendah rendah karena dipengaruhi oleh berbagai faktor seperti faktor individu, faktor psikologi, dan faktor organisasi. Bila terjadi peningkatan pelaporan IKP diharapkan dapat meningkatkan angka keselamatan pasien yang membantu mengurangi terjadinya kesalahan (Tirzaningrum, A. dkk, 2022).

C. Definisi *Patient Safety*

Patient Safety menurut World Health Organization adalah *the absence of preventable harm to a patient and reduction of risk unnecessary harm associated with health care to an acceptable minimum*. Pemahaman ini membawa keselamatan pasien dalam aktivitas suatu organisasi kesehatan untuk menciptakan budaya, proses, prosedur, perilaku, teknologi, dan lingkungan yang secara konsisten dapat menurunkan risiko dan meminimalkan kesalahan (WHO, 2023).

Keselamatan pasien menurut Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 11 tahun 2017 adalah suatu sistem yang membuat asuhan pasien lebih aman, meliputi asesmen risiko, identifikasi dan pengelolaan risiko pasien, pelaporan dan Analisis insiden, kemampuan belajar dari insiden dan tindak lanjutnya, serta implementasi solusi untuk meminimalkan timbulnya risiko dan mencegah terjadinya cedera yang disebabkan oleh kesalahan akibat melaksanakan suatu tindakan atau tidak mengambil tindakan yang seharusnya diambil (Kemenkes, 2017).

Komite Keselamatan Pasien Rumah Sakit (KKP-RS) menyatakan keselamatan pasien adalah pasien bebas dari harm atau cedera yang tidak seharusnya terjadi atau bebas dari harm yang potensial akan terjadi (penyakit, cedera fisik/ sosial/

psikologis, cacat, kematian, dll). Harm atau cedera merupakan dampak yang terjadi akibat gangguan struktur atau penurunan fungsi tubuh dapat berupa fisik, social, dan psikologis. Yang termasuk dalam harm yaitu penyakit, cedera, penderitaan, cacat, dan kematian (Komite Keselamatan Pasien Rumah Sakit, 2015).

D. Tujuan *Patient Safety*

Pelaksanaan keselamatan pasien memiliki tujuan antara lain untuk:

1. Menciptakan budaya keselamatan pasien di rumah sakit.
2. Meningkatkan akuntabilitas fasilitas kesehatan.
3. Menurunkan angka insiden keselamatan pasien di rumah sakit.
4. Melaksanakan program - program pencegahan sehingga tidak terjadi pengulangan kejadian tidak diharapkan (Kemenkes RI, 2015).

Winarti R., (2021) menjelaskan tujuan lain dari keselamatan pasien antara lain :

1. *Safety* (aman) bagi pasien yang menerima pelayanan kesehatan terbebas dari luka atau cedera.
2. *Effective* (efektif) dalam memberikan pelayanan sesuai dengan kompetensi dan ilmu pengetahuan.
3. *Patient centered* (berfokus pada pasien) dalam memberikan pelayanan yang sesuai dengan kebutuhan pasien.
4. *Efficient* (efisien) dalam menggunakan bahan dan alat sesuai dengan kebutuhan.
5. *Equitable* (pelayanan sesuai standar) yaitu petugas Kesehatan yang memberikan pelayanan kepada pasien harus sesuai dengan standar pelayanan yang telah ditetapkan (Winarti R., 2021).

E. Insiden Keselamatan Pasien (IKP)

Menurut Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 11 tahun 2017 bahwa setiap kejadian yang tidak disengaja dan kondisi yang mengakibatkan atau berpotensi mengakibatkan cedera yang dapat dicegah pada

pasien merupakan sebuah insiden keselamatan pasien (Kementerian Kesehatan, 2017). Komite Keselamatan Pasien Rumah Sakit menyatakan bahwa setiap kejadian atau situasi yang dapat mengakibatkan atau berpotensi mengakibatkan harm (penyakit, cedera, cacat, kematian, dan lain lain) yang tidak seharusnya terjadi adalah insiden keselamatan pasien (Komite Keselamatan Pasien Rumah Sakit, 2015).

Terdapat beberapa jenis insiden di fasilitas pelayanan Kesehatan yang telah ditetapkan dalam Peraturan Menteri Kesehatan No. 11 tahun 2017 antara lain :

1. Kondisi Potensial Cedera (KPC) merupakan kondisi yang sangat berpotensi menimbulkan cedera, tetapi belum terjadi insiden. Contohnya penyimpanan obat-obat dengan Nama Obat Rupa dan Ucapan Mirip (NORUM) yang berdekatan.
2. Kejadian Nyaris Cedera (KNC) merupakan terjadinya insiden yang belum sampai terpapar ke pasien. Contohnya bila ada rencana pemberian obat yang overdosis mencapai dosis letal akan diberikan ke pasien namun sempat diketahui staf lainnya sebelum obat tersebut diberikan kepada pasien.
3. Kejadian Tidak Cedera (KTC) merupakan insiden yang sudah terpapar ke pasien, tetapi tidak timbul cedera. Contohnya perawat memberikan obat yang salah kepada pasien dan pasien meminumnya, namun tidak muncul efek samping yang merugikan.
4. Kejadian Tidak Diharapkan (KTD) merupakan insiden yang mengakibatkan cedera pada pasien. Contohnya perawat salah memberikan obat kepada pasien dan pasien sudah meminumnya, kemudian terjadi alergi obat pada pasien tersebut (Rachman I., 2023).

Selain insiden diatas, ada pula Kejadian Sentinel yaitu suatu Kejadian Tidak Diharapkan (KTD) yang mengakibatkan kematian, cedera permanen, atau cedera berat yang temporer dan membutuhkan intervensi untuk mempertahankan kehidupan, baik fisik maupun psikis, yang tidak terkait dengan perjalanan penyakit atau keadaan pasien (Kemenkes, 2017). Contohnya ketika dokter bedah melakukan pembedahan pada

bagian tubuh pasien yang keliru (Winarti R.,2021). Apabila terdapat kejadian sentinel yang berdampak luas/nasional dan/atau kejadian sentinel yang melibatkan beberapa fasilitas kesehatan lain, Menteri harus diberitahukan melalui Direktur Jenderal dan Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota (Kemenkes, 2017).

Komite Nasional Keselamatan Pasien (KKNP) melaporkan bahwa tahun 2019 laporan insiden keselamatan pasien mencapai 7.465 laporan dengan 38% KNC, 31% KTC, dan 31% KTD. Akibat dari insiden yang ditimbulkan antara lain 2,3% kematian, 80% cedera berat, 5% cedera sedang, 16% cedera ringan dan 75% tidak ada cedera (Daud, A., 2020).

F. Penyelenggaraan Keselamatan Pasien

Setiap fasilitas kesehatan harus menerapkan keselamatan pasien dengan menetapkan sistem pelayanan yang menerapkan standar keselamatan pasien, tujuan keselamatan pasien, dan tujuh langkah menuju keselamatan pasien. Sistem pelayanan harus menjamin pelaksanaan :

1. Asuhan pasien lebih aman, melalui upaya asesmen risiko, identifikasi, dan pengelolaan risiko pasien.
2. Pelaporan dan analisis insiden, kemampuan belajar dari insiden, dan tindak lanjutnya.
3. Implementasi solusi untuk meminimalkan timbulnya risiko dan mencegah terjadinya cedera yang disebabkan oleh kesalahan akibat melaksanakan suatu Tindakan atau tidak mengambil Tindakan yang seharusnya diambil (Kemenkes, 2017).

G. Standar Keselamatan Pasien Rumah Sakit

Standar keselamatan pasien terdiri dari tujuh standar yang mengacu pada *Hospital Patient Safety Standards yang dirilis oleh Joint Commission on Accreditation of Health Organization* tahun 2002. Standar keselamatan pasien mencakup :

1. Hak pasien.

Pasien dan keluarganya berhak memperoleh informasi mengenai segala sesuatu yang berhubungan dengan diagnosis, tindakan medis yang akan dilakukan hingga risiko dan komplikasi yang mungkin terjadi, serta perkiraan biaya pengobatan.

2. Mendidik pasien dan keluarga.

Fasilitas Kesehatan wajib memberikan Pendidikan bagi pasien dan keluarganya mengenai tanggung jawab pasien selama perawatan.

3. Keselamatan pasien dan kesinambungan pelayanan.

Fasilitas pelayanan kesehatan menjamin kesinambungan pelayanan dan koordinasi antara tenaga kesehatan dan unit pelayanan.

4. Penggunaan metode-metode peningkatan kerja untuk melakukan evaluasi dan program peningkatan keselamatan pasien.

Fasilitas kesehatan dapat merancang proses baru, meningkatkan proses yang ada, memantau dan mengevaluasi kinerja melalui pengumpulan data, menganalisis insiden, dan membuat perubahan untuk meningkatkan kinerja dan keselamatan pasien. Proses desain mengikuti Tujuh Langkah Keselamatan Pasien untuk memenuhi visi, misi, tujuan rumah sakit, kebutuhan pasien dan penyedia layanan, prinsip-prinsip klinis saat ini, praktik bisnis yang baik, dan potensi risiko terhadap pasien.

5. Peran kepemimpinan dalam meningkatkan keselamatan pasien.

Pemimpin mampu melakukan kegiatan berikut ini :

- a. Mendorong dan menjamin implementasi keselamatan pasien secara terintegrasi dalam organisasi melalui penerapan tujuh Langkah menuju keselamatan pasien.
- b. Menjamin berlangsungnya kegiatan identifikasi risiko keselamatan pasien dan menekan atau mengurangi insiden secara proaktif.

- c. Menumbuhkan komunikasi dan koordinasi antar unit dan individu berkaitan dengan pengambilan keputusan tentang keselamatan pasien.
 - d. Mengalokasikan sumber daya yang adekuat untuk mengukur, mengkaji, dan meningkatkan kinerja fasilitas pelayanan Kesehatan serta peningkatan keselamatan pasien.
 - e. Mengukur dan mengkaji efektivitas kontribusi setiap unsur dalam meningkatkan kinerja fasilitas pelayanan Kesehatan dan keselamatan pasien.
6. Mendidik staf tentang keselamatan pasien.
- Fasilitas pelayanan kesehatan menyediakan pelatihan berkelanjutan untuk meningkatkan dan mempertahankan keterampilan staf dan mendukung pendekatan multidisiplin dalam pelayanan kesehatan.
7. Komunikasi merupakan kunci bagi staf untuk mencapai keselamatan pasien.
- Fasilitas pelayanan kesehatan merencanakan dan merancang proses manajemen informasi keselamatan pasien untuk menyediakan informasi internal dan eksternal yang tepat waktu dan akurat. (Kemenkes, 2017 ; Kemenkes, 2015 ; Winarti R., 2021).

H. Sasaran Keselamatan Pasien

Salah satu tujuan keselamatan pasien untuk mengurangi angka insiden keselamatan pasien, yang dicapai dengan penyusunan sasaran keselamatan pasien (Pasaribu T.A.A, 2020). Sasaran keselamatan pasien diberlakukan secara nasional untuk seluruh fasilitas pelayanan Kesehatan di Indonesia yang mencakup:

1. Identifikasi pasien dengan benar.
2. Meningkatkan komunikasi efektif.
3. Meningkatkan keamanan obat-obatan yang harus diwaspadai.
4. Memastikan lokasi pembedahan, prosedur, dan pembedahan pada pasien yang benar.

5. Mengurangi risiko infeksi akibat perawatan kesehatan.
6. Mengurangi risiko cedera pasien jatuh (Kemenkes, 2017).

Implementasi tujuan keselamatan pasien di rumah masih kurang baik dan tidak sesuai dengan peraturan KARS (Komisi Akreditasi Rumah Sakit), terutama dalam mengurangi risiko infeksi terkait pelayanan kesehatan dan pengurangan risiko pasien jatuh (Kholillurrahman M., dkk, 2023). Sejumlah faktor mempengaruhi implementasi Sasaran Keselamatan Pasien (SKP) antara lain aspek ekonomi, kepemimpinan, budaya, sistem pelayanan kesehatan, pengetahuan, sikap, dan tindakan tenaga profesional, analisis situasi dan kondisi tempat kerja, sistem manajemen risiko, durasi jam kerja perawat, dan evaluasi penerapan SKP (Mastuty A., dkk, 2021).

I. Tujuh Langkah Keselamatan Pasien Rumah Sakit

Tujuh Langkah keselamatan pasien dilaksanakan untuk menerapkan standar keselamatan pasien di fasilitas pelayanan kesehatan. Tujuh Langkah keselamatan pasien mencakup :

1. Membangun kesadaran akan nilai keselamatan pasien.
2. Memimpin dan mendukung staf.
3. Mengintegrasikan aktivitas pengelolaan risiko.
4. Mengembangkan sistem pelaporan.
5. Melibatkan dan berkomunikasi dengan pasien.
6. Belajar dan berbagi pengalaman tentang keselamatan pasien.
7. Mencegah cedera melalui implementasi sistem keselamatan pasien (Kemenkes, 2017).

Penelitian di suatu rumah sakit menunjukkan bahwa tujuh langkah keselamatan pasien belum semua diterapkan akibat kurangnya komitmen manajemen rumah sakit pada budaya keselamatan pasien seperti terlambat melaporkan kejadian, tidak terbuka dalam komunikasi kepada pasien dan keluarganya, serta tidak ada pembelajaran mengenai insiden yang melibatkan seluruh departemen di rumah sakit (Rachmawati, A. R., dkk., 2017).

J. Pelaporan Insiden Keselamatan Pasien

Secara umum tujuan pelaporan insiden keselamatan pasien untuk menurunkan angka insiden keselamatan pasien (KTD, KNC, KTC, dan KTD) serta meningkatkan mutu pelayanan kesehatan dan keselamatan pasien (Kemenkes, 2015). Setiap fasilitas pelayanan Kesehatan minimal harus memiliki tim keselamatan pasien yang bertanggung jawab kepada pimpinan fasilitas pelayanan Kesehatan. Bila terjadi insiden keselamatan pasien maka harus dilaporkan secara internal kepada tim keselamatan pasien dalam waktu 2x24 jam. Tim keselamatan pasien kemudian melakukan verifikasi laporan, kemudian investigasi berupa wawancara dan pemeriksaan dokumen. Dari hasil investigasi kemudian ditentukan derajat insiden dan melakukan Root Cause Analysis (RCA) (Kemenkes, 2017).

Derajat insiden keselamatan pasien diklasifikasikan menjadi grade biru, grade hijau, grade kuning, dan grade merah. Bila ditetapkan risiko insiden grade biru maka akan dilakukan investigasi oleh atasan langsung dengan waktu maksimal 1 minggu. Bila grade hijau maka investigasi oleh atasan langsung dengan waktu maksimal 2 minggu. Bila ditetapkan grade kuning atau grade merah maka dilakukan investigasi komprehensif dengan RCA oleh tim keselamatan pasien dalam waktu maksimal 45 hari. Kemudian setelah RCA maka tim keselamatan pasien membuat laporan dan rekomendasi perbaikan serta pembelajaran berupa petunjuk guna mencegah insiden berulang. Hasil RCA, rekomendasi, dan rencana kerja dilaporkan ke Direksi RS. Rekomendasi diberikan ke unit kerja terkait dan dilakukan sosialisasi ke seluruh unit RS. Analisa kejadian dibuat oleh unit kerja masing-masing. Kemudian dilakukan monitoring dan evaluasi perbaikan oleh tim keselamatan pasien di RS (Kemenkes, 2015).

DAFTAR PUSTAKA

- Daud, A. (2020) Sistem Pelaporan Insiden Keselamatan Pasien. Available at : https://persi.or.id/wp-content/uploads/2020/08/materi_drarjaty_ereport_web060820.pdf. (Accessed : March 27, 2024)
- Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan (2024). Pelaporan Insiden Keselamatan Pasien (IKP) Rumah Sakit Tahun 2023. Bogor : Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia (2015) *Pedoman Nasional Keselamatan Pasien Rumah Sakit (Patient Safety) Edisi III*.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia (2017) *Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 11 tahun 2017 tentang Keselamatan Pasien*. Jakarta : Kementerian Kesehatan RI.
- Kholillurrahman M., Pertiwiwati E., Setiawan H. (2023) *Gambaran penerapan 6 sasaran keselamatan pasien di rumah sakit : Studi Literatur*. Nerspedia, 5(5), 507-519.
- Komite Keselamatan Pasien Rumah Sakit (2015) *Pedoman Pelaporan Insiden Keselamatan Pasien (IKP)*. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.
- Mastuty A., Suhamdani H., Yulandsari V., Achmalona T. (2021) *Analisis Faktor Penerapan Budaya Sasaran Keselamatan Pasien Di Rumah Sakit : A Literature Review*. Jurnal kesehatan Qamarul Huda, 9(1), 71-7
- Mistri, IU., Badge A., and Shahu S. (2023) Enhancing Patient Safety Culture in Hospitals. *Cureus*, 15(2), 1-7. Doi10.7759/cureus.51159.
- Pasaribu, T. A. A. (2020) *Pentingnya Pelaksanaan Sasaran Keselamatan Pasien Dalam Keperawatan*. <https://doi.org/10.31219/osf.io/2cmuy>

- Rachman, I. (2023) *Learn More About Patient Safety*. Center of Excellence for Patient Safety and Quality. Available at : [https://www.centerforpatientsafety-indonesia.com/post/learn-more-about-patient-safety#:~:text=Kondisi%20Potensial%20Cedera%20\(KPC\)%20adalah,sound%20a%20like\)%%20disimpan%20berdekatan.](https://www.centerforpatientsafety-indonesia.com/post/learn-more-about-patient-safety#:~:text=Kondisi%20Potensial%20Cedera%20(KPC)%20adalah,sound%20a%20like)%%20disimpan%20berdekatan.) (Accessed : March 26, 2024).
- Rachmawati, A. R., Wigati, P. A., and Sriatmi, A., (2017) *Analisis Pelaksanaan Tujuh Langkah Menuju Keselamatan Pasien Di Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang*. Jurnal Kesehatan Masyarakat, [Online] Volume 5(1), pp. 1-7. <https://doi.org/10.14710/jkm.v5i1.14852> [Accessed : 27 Mar. 2024]
- Tirzaningrum, A., Pramesona BA., Berawi KN., Sutarto (2022) *Literature Review Terkait Faktor Yang Mempengaruhi Pelaporan Insiden Keselamatan Pasien Pada Tenaga Kesehatan*. Agromedicine, 9(2), 81-6.
- Winarti, R. (2021) *Buku Ajar Manajemen Keselamatan Pasien Dalam Keperawatan*. Semarang : Weha Press.
- World Health Organization (2011) *Panduan Kurikulum Keselamatan Pasien Edisi Multi Profesional (terjemahan)*. Jakarta: Lembaga Kesehatan Budi Kemuliaan.
- World Health Organization (2021) *Global patient safety action plan 2021 -2030 : towards eliminating avoidable harm in health care*.
- World Health Organization (2023) *Key facts patient safety*. Available at : <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/patient-safety>. (Accessed : March 26, 2024).

TENTANG PENULIS



La Rangki, S.Kep.Ns., M.Kep, lahir di Muna, Provinsi Sulawesi Tenggara pada 5 Juli 1979, Penulis merupakan anak dari pasangan La Mussali alm (ayah) dan Wa Ijo (ibu). Ia tercatat sebagai lulusan S1 dan Profesi Ners PSIK FK UGM Yogyakarta tahun 2009 dan Magister Keperawatan Universitas Padjadjaran Bandung tahun 2014. Penulis merupakan dosen tetap pada program Studi Keperawatan Fakultas Kedokteran Universitas Halu Oleo Kendari.



Putri Widya Herman, S.K.M., M.Kes, lahir di Kota Padang, pada 7 Agustus 1995. Anak ke dua dari tiga orang bersaudara, lulusan S1 Kesehatan Masyarakat (Peminatan Administrasi Kebijakan Kesehatan) dan S2 Kesehatan masyarakat (Peminatan Kajian Administrasi Rumah Sakit) Universitas Andalas Padang. Wanita yang kerap disapa Putri ini adalah anak dari pasangan DRS. Suherman, M.Pd (ayah) dan DRA. Nurmainar (ibu). Saat ini beliau berprofesi sebagai salah satu dosen pada program Studi Administrasi Rumah Sakit, di Universitas Mohammad Natsir Bukittinggi



Lita Agustia, drg., M.H.Kes, lahir di Jakarta, pada 24 Agustus 1957. Ia tercatat sebagai dokter gigi lulusan Fakultas Kedokteran Gigi Universitas Indonesia tahun 1983, dan menyelesaikan S2 Hukum Kesehatan di Universitas Katolik Soegijapranata Semarang tahun 2011. Wanita yang kerap disapa Lita, adalah purnawirawan TNI AL (KOWAL) dengan pangkat Laksamana Pertama dan bertugas aktif terakhir sebagai Kepala Lembaga Kedokteran Gigi

TNI AL R.E Martadinata Jakarta. Setelah purna dari TNI AL, Istri dari Surya Perdamaian SH. M.H ini dipercaya menjadi Dekan FKG Universitas Hang Tuah Surabaya (2017-2020) dan Direktur RSGM Nala Husada Surabaya (2021-2023). Saat ini beliau menjadi dosen tetap FKG Universitas Hang Tuah mengampu mata kuliah Etika dan Hukum Kesehatan.



Desi Aryani, A.MAK., S.E., M.A., lahir di Jakarta, lulusan SMAK DITKESAD tahun 1994, S1 Ekonomi manajemen tahun 1996, Teknologi Laboratorium Poltekkes Jakarta III tahun 2003, Penulis juga menyelesaikan Pendidikan S2K3 tahun 2016. Penulis bekerja disalah satu Rumah Sakit di daerah Jakarta Timur, mengajar di beberapa tempat, juga aktif di kegiatan organisasi DPC PATELKI Jakarta Timur dan DPW PATELKI DKI Jakarta. Menulis beberapa buku dan bahan ajar dengan harapan dapat memberikan kontribusi positif untuk penerus masa depan bangsa.



Fitri Kurniawati, S.K.M., M.M.R., Dilahirkan di Pongo, Kabupaten Wakatobi, Provinsi Sulawesi Tenggara pada 10 Mei 1989, Fitri telah meniti karier yang menginspirasi di dunia kesehatan. Sebagai seorang Dosen Tetap di Program Studi S1 Administrasi Rumah Sakit di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan (STIKes) Pelita Ibu di Kendari, dia telah menjadi sosok yang memimpin dan mendorong perkembangan ilmu pengetahuan di bidangnya.

Fitri meraih gelar sarjana (S1) pada Konsentrasi Sistem Informasi Kesehatan dan Rekam Medis (SIK-RM) dari Jurusan Kesehatan Masyarakat di STIKES Surya Global Yogyakarta pada tahun 2011. Kemudian, keinginan untuk terus berkembang membawanya mengejar gelar magister (S2) dengan jurusan Manajemen Rumah Sakit dari Fakultas Kedokteran Universitas

Muhammadiyah Yogyakarta (UMY), yang berhasil diselesaikannya pada tahun 2016.

Prestasinya tak berhenti di situ. Fitri juga aktif sebagai Sekretaris di Ikatan Ahli Manajemen dan Administrasi Rumah Sakit Indonesia (IAMARSI) Wilayah Sulawesi Tenggara. Dengan perannya di organisasi ini, dia turut berkontribusi dalam mengembangkan dan meningkatkan standar pelayanan kesehatan di daerahnya.

Sebelum meniti karier akademiknya Fitri telah mengabdikan dirinya di layanan kesehatan. Dari tahun 2011 hingga 2013, dia berkarir di RSUD Kabupaten Wakatobi. Setelah itu, dia melanjutkan perjalanan profesionalnya di RSUD Aliyah 1 Kota Kendari dari tahun 2016 hingga 2018, dengan jabatan sebagai Kepala Instalasi Rekam Medis. Pengalaman ini telah membentuknya menjadi pemimpin yang berpengalaman dan berkualifikasi dalam bidang administrasi rumah sakit.



Hernawati Permata Sari, S.K.M, M.K.M., CRP® lahir di Jakarta 5 Agustus 1976 menyelesaikan pendidikan Sarjana pada Fakultas Ilmu Kesehatan dan melanjutkan Sekolah Pascasarjana Program Studi Ilmu Kesehatan Masyarakat pada Universitas Muhammadiyah PROF.DR.HAMKA. Saat ini bekerja di Primaya Hospital Tangerang di bagian Komite Mutu & Keselamatan Pasien Rumah Sakit. Mengikuti pelatihan/seminar untuk mengembangkan diri terkait Mutu & Keselamatan Pasien , mendapatkan gelar Certified Risk Professional pada pelatihan sertifikasi yang diselenggarakan oleh Komisi Akreditasi Rumah Sakit.



Dr. Enny Khotimah, A.MAK., M.M., Lahir di Jakarta pada 18 Juni 1973. Pada tahun 1993 sampai dengan tahun 2005 bekerja di Rumah Sakit Pondok Indah Jakarta Selatan. Pada tahun 2005 - 2007 Bekerja di Medika Plaza International Clinic. Tahun 2008-2009 Bekerja di Parahita Laboratorium Jakarta. Tahun 2012-2014 Bekerja di Rumah Sakit Premier Jatinegara. Tahun 2015-2018 Bekerja di Jakarta Kyoai Medical Service Jakarta. Tahun 2017 sampai sekarang bekerja sebagai Tenaga Pengajar di Universitas Binawan Jakarta.



Nurhayati Marada, S.K.M., M.Kes., lahir di Gorontalo, pada 9 Juli 1994. Ia tercatat sebagai lulusan dari Universitas Negeri Gorontalo pada tahun 2017 dan menamatkan studi S2 di Universitas Airlangga Surabaya di tahun 2019. Wanita yang kerap disapa Nur ini adalah anak dari pasangan Gustamin Marada (ayah) dan Warni Tolinggi, S.Ag (ibu) dan merupakan istri dari Deddy Velix Pangulimang, S.KM sekaligus seorang ibu dari Kenzie Al Gibran Pangulimang. Saat ini penulis bekerja sebagai dosen tetap di Universitas Gorontalo Fakultas Kesehatan Masyarakat.



Muhammad Yashir, S.E., M.K.M., lahir di Jakarta, pada 10 Juli 19xx. Ia tercatat sebagai lulusan SMAK LABIOMED DITKESAD TH 2001, UHAMKA 2009 & 2022. Muhammad Yashir adalah seorang yang gemar berorganisasi, Yasser tercatat sebagai karyawan di Unika Atma Jaya sebagai laboran Pendidikan dan Biosafety officer. Di Organisasi Profesi PATELKI sebagai Asesor Kompetensi BNSP, Auditor Internal dan Fasilitator tamatan TPK Kemenkes RI, sampai sekarang pengurus di Lembaga Pendidikan Pelatihan Profesi Laboratorium Medik Utama (LPPP-LMU).



Sabarina Elprida Manik, A.MAK, S.K.M, M.Pd. Ketertarikan penulis terhadap ilmu pendidikan dan kesehatan dimulai pada tahun 2006 silam. Hal tersebut membuat penulis memilih untuk masuk ke Sekolah Menengah Kejuruan sebagai asisten pengajar. Kemudian Penulis melanjutkan tingkat pendidikan ke D3 di POLTEKKES KEMENKES BANDUNG prodi Ahli Teknologi Laboratorium Medis (ATLM) dan berhasil lulus pada tahun 2014. Dua tahun kemudian, penulis menyelesaikan studi S1k3 di prodi Kesehatan Masyarakat di Universitas Respati Indonesia dan menyelesaikan pendidikan tahun 2016 . Kemudian, pada tahun 2017 penulis melanjutkan studi magister pendidikan di prodi MIPA (Matematika dan Ilmu Pengetahuan Alam) di Universitas Persatuan Guru Republik Indonesia (PGRI) kemudian lulus pada tahun 2019 Saat ini dalam proses melanjutkan Program Doktor BIOMEDIS



Sinta Dewi Lestyoningrum, S.K.M., M.Kes., lahir di Malang tahun 1990. Mengawali pendidikan sebagai bidan di Poltekkes RS dr. Soepraoen Malang dan lulus di tahun 2011. Kemudian melanjutkan pendidikan ke jenjang S1 di bidang Kesehatan Masyarakat Universitas Airlangga tahun 2012 dengan peminatan Administrasi dan Kebijakan Kesehatan. Tahun 2017, dia melanjutkan kuliah jenjang Magister S2 di Prodi Magister Administrasi dan Kebijakan Kesehatan dengan minat Manajemen Kesehatan di Universitas Airlangga. Saat ini dia tercatat sebagai Peneliti Ahli Muda di Badan Riset dan Inovasi Nasional, bergabung sebagai periset di Kelompok Riset Kesehatan Keluarga, Pusat Riset Kesehatan Masyarakat dan Gizi, Organisasi Riset Kesehatan.



Iffa Setiana, S.K.M., M.K.M. lahir di Padang Panjang, Sumatera Barat pada 15 April 1998. Menyelesaikan pendidikan S1 di Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Fort De Kock Bukittinggi dan S2 di Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Fort De Kock Bukittinggi. Sampai saat ini penulis sebagai Dosen di Jurusan D-III Administrasi Rumah Sakit di Universitas Muhammadiyah Sumatera Barat.



Legabina Adzkia, S.Tr.Keb., M.K.M. lahir di Rao, Pasaman Timur pada 12 April 1995. Menyelesaikan pendidikan D-III Kebidanan di Poltekkes Kemenkes Padang, D-IV Kebidanan Stikes Fort D ck Bukittinggi dan S2 Magister kesehatan Masyarakat Universitas Fort De KockK bukittinggi. Sampai saat ini penulis sebagai Dosen D-III Administrasi Rumah Sakit Fakultas Kesehatan Universitas Muhammadiyah Sumatera Barat



Muh. Yusuf, lahir di Lise Kabupaten Sidrap Provinsi Sulawesi Selatan pada 31 Desember 1966. Ia tercatat sebagai lulusan Civic/ Pendidikan Kewarganegaraan IKIP Makassar, S2 dan S3 Ilmu Hukum konsentrasi Hukum Tata Negara dan Hukum Administrasi Negara Universitas Hasanuddin, Makassar. Pria yang merupakan bapak dari 3 orang putri, khumaira, khadja dan khalisa ini merupakan seorang dosen Tetap di Fakultas Keguruan dan Ilmu Pendidikan UHO dan saat ini juga merupakan tenaga pengajar di S2 PIPS UHO.



Nasiatul Aisyah Salim, S.K.M., M.P.H., lahir di Tegal, 18 Februari 1988. Anak ke empat dari Salim Mas' oed dan Sitti Hartinah. Menyelesaikan pendidikan Sarjana di Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Diponegoro Semarang dan Magister di Manajemen Rumah Sakit Universitas Gadjah Mada Yogyakarta. Memiliki pengalaman sebagai peneliti di Pusat Kebijakan Manajemen Kesehatan FK UGM tahun 2012-2014 dan dosen di STIKES Wira Husada Yogyakarta tahun 2015-2021. Sejak tahun 2022 hingga sekarang menjadi dosen tetap di Program Studi S1 Administrasi Rumah Sakit Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Singaperbangsa Karawang.



Dr. Deby, M.A.R.S, M.Biomed, lahir di Jakarta, pada 6 April 1985. Ia tercatat pada tahun 2010 sebagai lulusan profesi dokter dari Fakultas Kedokteran Universitas Kristen Krida Wacana, kemudian menyelesaikan pendidikan Magister Administrasi Rumah Sakit Universitas Respati Indonesia tahun 2018, dan telah menyelesaikan pendidikan program Magister Ilmu Biomedik tahun 2023. Dr. Deby merupakan staf pengajar di Departemen Histopatologi Anatomi Fakultas Kedokteran dan Ilmu Kesehatan Universitas Kristen Krida Wacana sejak tahun 2013 hingga sekarang