



ADMINISTRASI RUMAH SAKIT

Iha Nursolihah, Sekar Ayu Runggandini,
Dian Agnesa Sembiring, Chandrainy Puri, Siwi Talinta,
Afif Wahyudi Hidayat, Lyliana Endang Setianingsih,
Emmelia Kristina Hutagaol, Febriantika

ADMINISTRASI RUMAH SAKIT

**Iha Nursolihah
Sekar Ayu Runggandini
Dian Agnesa Sembiring
Chandrany Puri
Siwi Talinta
Afif Wahyudi Hidayat
Lyliana Endang Setianingsih
Emmelia Kristina Hutagaol
Febriantika**



GET PRESS INDONESIA

ADMINISTRASI RUMAH SAKIT

Penulis :

Iha Nursolihah
Sekar Ayu Runggandini
Dian Agnesa Sembiring
Chandrainy Puri
Siwi Talinta
Afif Wahyudi Hidayat
Lyliana Endang Setianingsih
Emmelia Kristina Hutagaol
Febriantika

ISBN : 978-623-198-646-7

Editor : Mila Sari,S.ST., M.Si

Rantika Maida Sahara, S.Tr.Kes

Penyunting : Aulia Syaharani, S.Tr.Kes

Desain Sampul dan Tata Letak : Atyka Trianisa, S.Pd

Penerbit : GET PRESS INDONESIA

Anggota IKAPI No. 033/SBA/2022

Redaksi :

Jln. Palarik Air Pacah No 26 Kel. Air Pacah
Kec. Koto Tangah Kota Padang Sumatera Barat

Website : www.getpress.co.id

Email : adm.getpress@gmail.com

Cetakan pertama, 29 Agustus 2023

Hak cipta dilindungi undang-undang
Dilarang memperbanyak karya tulis ini dalam bentuk dan
dengan cara apapun tanpa izin tertulis dari penerbit.

KATA PENGANTAR

Segala Puji dan syukur atas kehadiran Allah SWT dalam segala kesempatan. Sholawat beriring salam dan doa kita sampaikan kepada Nabi Muhammad SAW. Alhamdulillah atas Rahmat dan Karunia-Nya penulis telah menyelesaikan Buku Administrasi Rumah Sakit ini.

Buku ini membahas Konsep dasar rumah sakit, Pelayanan medik di rumah sakit, Pelayanan penunjang medik di rumah sakit, Alur proses unit - unit rumah sakit, Medikolegal, Rahasia medis, Patient safety, Akreditasi rumah sakit.

Proses penulisan buku ini berhasil diselesaikan atas kerjasama tim penulis. Demi kualitas yang lebih baik dan kepuasan para pembaca, saran dan masukan yang membangun dari pembaca sangat kami harapkan.

Penulis ucapkan terima kasih kepada semua pihak yang telah mendukung dalam penyelesaian buku ini. Terutama pihak yang telah membantu terbitnya buku ini dan telah mempercayakan mendorong, dan menginisiasi terbitnya buku ini. Semoga buku ini dapat bermanfaat bagi masyarakat Indonesia.

Padang, 29 Agustus 2023

Penulis

DAFTAR ISI

| | |
|---|-----------|
| KATA PENGANTAR | i |
| DAFTAR ISI | ii |
| DAFTAR TABEL | v |
| BAB 1 KONSEP DASAR RUMAH SAKIT..... | 1 |
| 1.1 Definisi Rumah Sakit | 1 |
| 1.2 Bentuk dan Jenis Rumah Sakit | 2 |
| 1.3 Struktur Organisasi Rumah Sakit Secara Umum..... | 4 |
| 1.4 Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit | 8 |
| 1.5 Indikator Pelayanan Rumah Sakit..... | 9 |
| DAFTAR PUSTAKA | 12 |
| BAB 2 PELAYANAN MEDIS RUMAH SAKIT | 13 |
| 2.1 Pendahuluan..... | 13 |
| 2.2 Pelayanan Medik Rumah Sakit | 15 |
| 2.3 Standar Pelayanan Medik Rumah Sakit | 15 |
| 2.4 Jenis Pelayanan Medik Rumah Sakit..... | 16 |
| 2.5 Jenis Prasarana Pelayanan Medik Rumah Sakit..... | 16 |
| 2.6 Organisasi Pelayanan Medik Rumah Sakit..... | 16 |
| DAFTAR PUSTAKA | 24 |
| BAB 3 PELAYANAN PENUNJANG MEDIK DI RUMAH SAKIT | 27 |
| 3.1 Pendahuluan..... | 27 |
| 3.2 Pelayanan Darah Dan Laboratorium Rumah Sakit..... | 28 |
| 3.2.1 Laboratorium RS | 29 |
| 3.2.2 Pengorganisasian Laboratorium RS | 33 |
| 3.2.3 BDRS (Bank Darah Rumah Sakit)..... | 35 |
| 3.3 Rekam Medis RS | 37 |
| 3.4 Radiologi RS | 40 |
| DAFTAR PUSTAKA | 44 |
| BAB 4 ALUR PROSES UNIT - UNIT RUMAH SAKIT | 47 |
| 4.1 Unit Medis..... | 48 |
| 4.2 Unit Rawat Inap..... | 52 |

| | |
|--|-----------|
| 4.3 Unit Keperawatan | 54 |
| 4.4 Unit Administrasi..... | 55 |
| 4.5 Unit House Keeping dan Teknis..... | 56 |
| DAFTAR PUSTAKA..... | 60 |
| BAB 5 MEDIKOLEGAL | 61 |
| 5.1 Pengertian Medikolegal | 61 |
| 5.2 Aspek Medikolegal..... | 61 |
| 5.3 Pelayanan Medikolegal Di Rumah Sakit..... | 64 |
| 5.4 Kasus Medikolegal Dan Penyelesaiannya | 65 |
| DAFTAR PUSTAKA..... | 71 |
| BAB 6 RAHASIA MEDIS..... | 73 |
| 6.1 Pendahuluan | 73 |
| 6.2 Definisi Rahasia Medis | 74 |
| 6.3 Pentingnya Rahasia Medis..... | 75 |
| 6.4 Hukum dan Etika Rahasia Medis | 76 |
| 6.5 Perlindungan Rahasia Medis | 86 |
| 6.6 Tantangan dalam Menjaga Rahasia Medis | 88 |
| 6.7 Penyelesaian Tantangan dalam Menjaga Rahasia Medis..... | 88 |
| DAFTAR PUSTAKA..... | 89 |
| BAB 7 PATIENT SAFETY | 91 |
| 7.1 Pendahuluan | 91 |
| 7.2 Konsep Keselamatan Pasien | 92 |
| 7.3 Medical Error | 93 |
| 7.3.1 Jenis-jenis Medical Error..... | 95 |
| 7.3.2 Pencegahan Medical Error | 98 |
| 7.4 Sasaran Keselamatan Pasien..... | 99 |
| 7.5 Membangun Budaya Keselamatan Pasien..... | 101 |
| 7.5.1 Petingnya Implementasi Budaya Keselamatan Pasien | 101 |
| 7.5.2 Pelaporan Insiden..... | 102 |
| 7.5.3 Tujuh Langkah Menuju Keselamatan Pasien | 103 |
| DAFTAR PUSTAKA..... | 105 |

| | |
|---|------------|
| BAB 8 AKREDITASI RUMAH SAKIT | 107 |
| 8.1 Pendahuluan..... | 107 |
| 8.2 Dasar Hukum | 108 |
| 8.3 Lembaga Akreditasi | 108 |
| 8.4 Tata Cara Akreditasi (Dirjen YanMed Kemenkes RI, n.d.) | 109 |
| 8.4.1 Pendaftaran Akreditasi | 109 |
| 8.4.2 Kegiatan Survei Akreditasi RS | 110 |
| 8.4.3 Kualifikasi Surveior Akreditasi RS | 112 |
| 8.5 Standar Akreditasi Rumah Sakit (SNARS 2022, n.d.) | 113 |
| DAFTAR PUSTAKA..... | 123 |
| BIODATA PENULIS | |

DAFTAR TABEL

| | |
|--|-----|
| Tabel 8.1. Pelaksanaan Survei RS..... | 110 |
| Tabel 8.1. Hasil Penilaian Survei | 111 |
| Tabel 8.3. Penilaian Pada Survei | 118 |

BAB 1

KONSEP DASAR RUMAH SAKIT

Oleh Iha Nursolihah

1.1 Definisi Rumah Sakit

Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit menyebutkan bahwa rumah sakit adalah lembaga atau institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan pada setiap orang secara paripurna melalui pelayanan rawat inap, pelayanan rawat jalan, dan pelayanan gawat darurat. Dalam definisi tersebut dijelaskan bahwa rumah sakit harus menyediakan pelayanan yang paripurna, artinya pelayanan rumah sakit bukan hanya berfokus pada pelayanan pengobatan (*kuratif*), tetapi juga memberikan pelayanan pemulihan (*rehabilitatif*), pelayanan promosi kesehatan (*promotif*), dan pelayanan pencegahan (*preventif*).

Maka jika dilihat dari tugasnya diatas, rumah sakit memiliki fungsi diantaranya:

1. Penyelenggaraan pengobatan dan pemulihan sesuai dengan standar pelayanan rumah sakit yang telah ditetapkan
2. Pemeliharaan dan peningkatan kesehatan individu melalui pelayanan kesehatan paripurna tingkat kedua dan ketiga sesuai kebutuhan medis
3. Penyelenggaraan pendidikan dan pelatihan sumber daya manusia untuk meningkatkan kemampuan dalam memberikan pelayanan kesehatan
4. Melakukan penelitian dan pengembangan dan penapisan teknologi kesehatan dengan mempertimbangkan etika ilmu pengetahuan kesehatan (Indonesia, 2009).

1.2 Bentuk dan Jenis Rumah Sakit

Di Indonesia, bentuk dan jenis rumah sakit dijelaskan dalam Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 3 Tahun 2020 Tentang Klasifikasi Rumah Sakit bahwa rumah sakit di Indonesia dapat didirikan oleh siapa saja, baik swasta maupun pemerintah pusat. Rumah sakit yang didirikan oleh pemerintah pusat dan pemerintah daerah harus berbentuk Unit Pelaksana Teknis dari instansi yang bertanggung jawab di bidang kesehatan, atau instansi tertentu yang dikelola oleh Badan Layanan Umum atau Badan Layanan Umum Daerah sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan. Rumah sakit yang didirikan oleh swasta harus berbentuk badan hukum, baik yang bersifat nirlaba atau badan hukum dengan tujuan profit yang berbentuk perseroan terbatas atau persero.

Berdasarkan bentuknya, rumah sakit di Indonesia terdiri dari:

1. Rumah sakit statis, yaitu rumah sakit yang didirikan di suatu lokasi dan bertahan lama untuk menyediakan layanan kesehatan individu yang meliputi rawat inap, rawat jalan, dan kegawatdaruratan.
2. Rumah sakit bergerak, yaitu rumah sakit yang siap guna dan sementara yang dapat dipindahkan dari satu tempat ke tempat lain. Rumah sakit ini dapat berupa bus, pesawat, atau kontainer. Biasanya didirikan di daerah tertinggal, perbatasan, kepulauan, dan tempat yang tidak memiliki rumah sakit dan kondisi bencana dan darurat lainnya. Jika rumah sakit bergerak memberikan layanan kesehatan, mereka harus melaporkannya kepada kepala dinas kesehatan daerah kabupaten/kota tempat layanan diberikan.
3. Rumah sakit lapangan adalah rumah sakit yang terletak di lokasi tertentu dan berfungsi secara sementara selama situasi darurat, masa tanggap darurat bencana, atau selama

kegiatan tertentu. Ini bisa berupa tenda, kontainer, atau bangunan permanen yang sedang digunakan sebagai rumah sakit.

Sedangkan berdasarkan jenis pelayanan yang diberikan, rumah sakit dikategorikan menjadi:

1. Rumah sakit umum, yaitu rumah sakit yang menyediakan layanan kesehatan untuk semua jenis penyakit, termasuk layanan medik dan penunjang medik, layanan keperawatan dan kebidanan, dan layanan nonmedik. Rumah sakit umum diklasifikasikan menjadi:
 - a. Rumah sakit umum kelas A, yaitu rumah sakit umum yang memiliki jumlah tempat tidur minimal sebanyak 250 tempat tidur.
 - b. Rumah sakit umum kelas B, yaitu rumah sakit umum yang memiliki jumlah tempat tidur minimal sebanyak 200 tempat tidur.
 - c. Rumah sakit umum kelas C, yaitu rumah sakit umum yang memiliki jumlah tempat tidur minimal sebanyak 100 tempat tidur.
 - d. Rumah sakit umum kelas D, terdiri dari rumah sakit umum kelas D dan rumah sakit kelas D pratama, yaitu rumah sakit umum yang memiliki jumlah tempat tidur minimal sebanyak 50 tempat tidur.
2. Rumah sakit khusus, yaitu rumah sakit yang memberikan layanan utama untuk satu bidang atau satu jenis penyakit tertentu berdasarkan disiplin ilmu, golongan umur, organ, jenis penyakit, atau kekhususan lain. Namun, dalam penyelenggaraannya dapat melakukan pelayanan lain di luar kekhususannya, meliputi pelayanan rawat inap, rawat jalan, dan kegawatdaruratan. Penyelenggaraan pelayanan lain untuk rawat inap persentasenya tidak boleh melebihi 40% dari seluruh jumlah tempat tidur. Contoh kekhususan

pada rumah sakit khusus diantaranya ibu dan anak, mata, gigi dan mulut, kanker, otak, jiwa, ketergantungan obat, jantung dan pembuluh darah, paru, dan lain-lain. Pelayanan kesehatan yang diberikan rumah sakit khusus diantaranya pelayanan medik dan penunjang medik, pelayanan keperawatan dan/atau kebidanan, serta pelayanan nonmedik. Adapun klasifikasi untuk rumah sakit khusus diantaranya:

- a. Rumah sakit khusus kelas A, yaitu rumah sakit khusus yang memiliki jumlah tempat tidur minimal sebanyak 100 tempat tidur.
- b. Rumah sakit khusus kelas B, yaitu rumah sakit khusus yang memiliki jumlah tempat tidur minimal sebanyak 75 tempat tidur.
- c. Rumah sakit khusus kelas C, yaitu rumah sakit khusus yang memiliki jumlah tempat tidur minimal sebanyak 25 tempat tidur (Permenkes, 2020).

1.3 Struktur Organisasi Rumah Sakit Secara Umum

Pada dasarnya organisasi rumah sakit dapat disesuaikan dengan banyaknya kegiatan dan besarnya beban kerja di rumah sakit tersebut. Sehingga, struktur organisasi rumah sakit harus dapat membagi setiap tugas dan fungsi pada rumah sakit. Secara umum, struktur organisasi rumah sakit diatur dalam Peraturan Presiden Republik Indonesia Nomor 77 Tahun 2015 tentang Pedoman Organisasi Rumah Sakit. Pengaturan pedoman tersebut berlaku bagi seluruh rumah sakit di Indonesia, didalamnya dijelaskan bahwa paling sedikit organisasi rumah sakit terdiri atas:

1. Direktur rumah sakit atau kepala rumah sakit, merupakan pimpinan tertinggi yang bertanggung jawab atas penyelenggaraan rumah sakit. Direktur rumah sakit memiliki fungsi berikut dalam pelaksanaan tugasnya:
 - a. koordinasi tugas dan fungsi setiap bagian organisasi;

- b. menetapkan kebijakan penyelenggaraan rumah sakit sesuai dengan kewenangannya;
 - c. penyelenggaraan tugas dan fungsi rumah sakit;
 - d. pembinaan, pengawasan, dan pengendalian pelaksanaan tugas dan fungsi unsur organisasi; dan
 - e. evaluasi, pencatatan, dan pelaporan.
2. Unsur pelayanan medis, unsur ini mencakup pelayanan rawat jalan, rawat inap, dan gawat darurat, dan diawasi oleh direktur, wakil direktur, kepala bidang, atau manajer. Unsur ini berada di bawah dan bertanggung jawab kepada direktur rumah sakit. Unsur pelayanan medis melakukan fungsi berikut untuk memenuhi tugasnya:
 - a. menyusun rencana pemberian pelayanan medis;
 - b. koordinasi dan pelaksanaan pelayanan medis;
 - c. melaksanakan kendali mutu, biaya, dan keselamatan pasien dalam pelayanan medis; dan
 - d. memantau dan menilai pelayanan medis.
3. Unsur keperawatan, merupakan komponen organisasi yang bertanggung jawab untuk menyediakan layanan keperawatan, dipimpin oleh direktur, wakil direktur, kepala bidang, atau manajer. Unsur keperawatan berada di bawah dan bertanggung jawab kepada direktur rumah sakit. Unsur keperawatan melakukan fungsi berikut untuk memenuhi tugasnya:
 - a. membuat rencana pemberian pelayanan keperawatan;
 - b. mengkoordinasikan dan melaksanakan pelayanan keperawatan;
 - c. melakukan kendali mutu, biaya, dan keselamatan pasien di bidang keperawatan; dan
 - d. memantau dan menilai pelayanan keperawatan.
4. Unsur penunjang medis, unit ini bertanggung jawab untuk menyediakan layanan penunjang medis dan dipimpin oleh direktur, wakil direktur, kepala bidang, atau manajer. Jika

diperlukan, rumah sakit juga dapat membentuk unsur penunjang non medis. Unsur penunjang medis berada di bawah dan bertanggung jawab kepada direktur rumah sakit. Direktur rumah sakit akan menetapkan pelayanan atau bidang yang termasuk dalam unsur penunjang medis dan non medis. Unsur penunjang medis melakukan fungsi berikut:

- a. menyusun rencana pemberian pelayanan penunjang medis;
 - b. koordinasi dan pelaksanaan pelayanan penunjang medis;
 - c. melakukan pengendalian mutu, biaya, dan keselamatan pasien;
 - d. mengelola rekam medis; dan
 - e. memantau dan menilai pelayanan penunjang medis.
5. Unsur administrasi umum dan keuangan, unit ini dipimpin oleh direktur, wakil direktur, kepala bidang, atau manajer, dan berada di bawah dan bertanggung jawab kepada direktur rumah sakit. Dalam melaksanakan tugas administrasi umum, unsur ini menyelenggarakan fungsi pengelolaan, antara lain:
- a. ketatausahaan;
 - b. kerumahtanggaan;
 - c. pelayanan hukum dan kemitraan;
 - d. pemasaran;
 - e. kehumasan;
 - f. pencatatan, pelaporan, dan evaluasi;
 - g. penelitian dan pengembangan;
 - h. sumber daya manusia; dan
 - i. pendidikan dan pelatihan.

Namun, jika dalam penyelenggaraan fungsinya nanti diperlukan, maka fungsi penelitian dan pengembangan, fungsi sumber daya manusia, dan fungsi pendidikan dan pelatihan dapat dipisah menjadi unsur tersendiri.

Sedangkan, dalam melaksanakan tugas keuangan, unsur ini menyelenggarakan fungsi:

- a. perencanaan anggaran;
 - b. perbendaharaan dan mobilisasi dana; dan
 - c. akuntansi
6. Komite medis, dibentuk dan diawasi oleh direktur rumah sakit. Komite ini bertanggung jawab untuk menerapkan tata kelola klinis yang baik. Untuk meningkatkan profesionalisme staf medis yang bekerja di rumah sakit, komite medis bertanggung jawab untuk:
- a. meningkatkan kemampuan seluruh staf medis yang akan memberikan layanan medis;
 - b. menjaga standar profesi; dan
 - c. menjaga disiplin, etika, dan perilaku profesi.

Rumah sakit dapat membentuk komite tambahan sesuai dengan perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi. Misalnya, membentuk komite keperawatan, farmasi dan terapi, pencegahan dan pengendalian infeksi, etika dan hukum, dan lain-lain.

7. Satuan pemeriksaan internal, adalah bagian dari organisasi yang bertanggung jawab untuk melakukan pemeriksaan audit kinerja internal rumah sakit. Satuan pemeriksaan internal berada di bawah direktur rumah sakit dan bertanggung jawab untuk melaksanakan fungsi berikut:
- a. memantau dan mengevaluasi pelaksanaan manajemen risiko di unit kerja rumah sakit;
 - b. menilai pengendalian, pengelolaan, dan pemantauan yang efektif dan efisien sistem dan prosedur dalam bidang administrasi pelayanan, serta administrasi umum dan keuangan;
 - c. pelaksanaan tugas khusus dalam lingkup pengawasan intern yang ditugaskan oleh kepala Rumah Sakit atau direktur Rumah Sakit;

- d. pemantauan pelaksanaan dan ketepatan pelaksanaan tindak lanjut atas laporan hasil audit; dan
 - e. pemberian konsultasi, advokasi, pembimbingan, dan pendampingan dalam pelaksanaan kegiatan operasional rumah sakit.
8. Dewan Pengawas Rumah Sakit adalah organisasi nonstruktural yang didirikan dan diawasi oleh pemilik rumah sakit (Indonesia, 2015).

1.4 Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit

Standar pelayanan minimal rumah sakit merupakan spesifikasi teknis tentang tolok ukur pelayanan minimum yang diberikan oleh rumah sakit kepada masyarakat. Berikut jenis-jenis pelayanan rumah sakit seperti yang dijelaskan dalam Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 129 Tahun 2008 tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit:

1. Pelayanan gawat darurat
2. Pelayanan rawat jalan
3. Pelayanan rawat inap
4. Pelayanan bedah
5. Pelayanan persalinan dan perinatologi
6. Pelayanan intensif
7. Pelayanan radiologi
8. Pelayanan laboratorium patologi klinik
9. Pelayanan rehabilitasi medik
10. Pelayananfarmasi
11. Pelayanan gizi
12. Pelayanan transfusi darah
13. Pelayanan keluarga miskin
14. Pelayanan rekam medis
15. Pelayanan limbah
16. Pelayanan administrasi manajemen
17. Pelayanan ambulans/kereta jenazah

18. Pelayanan pemulasaran jenazah
19. Pelayanan laundry
20. Pelayanan pemeliharaan sarana rumah sakit
21. Pencegah Pengendalian Infeksi (PPI) (Kesehatan, 2008).

1.5 Indikator Pelayanan Rumah Sakit

Untuk mengukur keberhasilan pelayanan yang diberikan di rumah sakit, maka perlu adanya evaluasi layanan kesehatan. Evaluasi ini dapat menentukan tingkat keberhasilan dari pelaksanaan suatu kegiatan dalam rangka mengendalikan dan mempertahankan mutu pelayanan. Sehingga perlu adanya indikator-indikator yang dapat menjadi patokan dalam mengetahui kinerja rumah sakit. Berikut beberapa indikator pelayanan rumah sakit:

1. *Bed Occupancy Rate* (BOR) adalah persentase penggunaan tempat tidur pada waktu tertentu. Nilai BOR ideal adalah 60%-85%. Indikator ini menilai tingkat pemanfaatan atau efisiensi pemakaian tempat tidur. Jika angka BOR tinggi (>85%) maka tingkat pemanfaatan tempat tidur tinggi, sehingga perlu adanya penambahan tempat tidur dan pengembangan rumah sakit. Sebaliknya, jika angka BOR rendah maka menunjukkan kurangnya pemanfaatan fasilitas perawatan rumah sakit oleh masyarakat. BOR dihitung dengan menggunakan rumus berikut ini:

$$BOR = \frac{\text{Jumlah hari perawatan pada periode tertentu} \times 100}{\text{Jumlah tempat tidur tersedia} \times \text{Jumlah hari pada periode yang sama}}$$

Contoh:

Pada bulan Mei 2023, total hari perawatan RS Bunda adalah 1.400 dengan tempat tidur tersedia adalah 50. Hitunglah BOR pada bulan Mei 2023!

Dari contoh diatas diketahui:

Jumlah hari perawatan = 1.400

Jumlah tempat tidur = 50

Jumlah hari pada bulan Mei 2023 = 31

$$BOR = \frac{1400 \times 100}{50 \times 31} = \frac{140000}{1550} = 90,32\%$$

Maka persentase pemakaian tempat tidur RS Bunda pada bulan Mei 2023 adalah 90,32%.

2. *Average Length of Stay (AVLOS)* adalah rata-rata hari perawatan pasien pada periode tertentu. Idealnya nilai AVLOS adalah 6-9 hari. Indikator ini dapat menilai tingkat efisiensi pelayanan dan memberi gambaran mutu pelayanan. Berikut perhitungan AVLOS:

AVLOS

$$= \frac{\text{Total hari perawatan pada periode tertentu (tidak termasuk bayi)}}{\text{Jumlah hari periode tertentu}}$$

Contoh:

Pada bulan Juni 2023, total hari perawatan RS Bunda adalah 2.099, maka rata-rata hari perawatan di bulan Juni 2023 adalah...

$$AVLOS = \frac{2099}{30} = 70$$

Maka rata-rata hari perawatan RS Bunda pada bulan Juni 2023 adalah 70.

3. *Bed Turn Over (BTO)* adalah angka perputaran tempat tidur, atau frekuensi pemakaian satu tempat tidur digunakan dalam periode tertentu. Idealnya satu tempat tidur rata-rata digunakan 40-50 kali dalam satu tahun. Indikator ini dapat menjadi ukuran intensitas pemanfaatan tempat tidur. Berikut perhitungan BTO:

$$BTO = \frac{\text{Jumlah pasien keluar pada periode tertentu}}{\text{Rata – rata tempat tidur pada periode tertentu}}$$

Contoh:

Pada bulan Juni 2023, terdapat 736 pasien keluar RS Bunda (termasuk meninggal) dengan jumlah tempat tidur sebanyak 210. Berapakah BTO pada bulan tersebut?

$$BTO = \frac{736}{210} = 3,5$$

Maka frekuensi penggunaan satu tempat tidur di RS Bunda dalam bulan Juni 2023 adalah 4 kali.

4. *Turn Over Internal* (TOI) adalah rata-rata hari dimana tempat tidur pada periode tertentu tidak terisi antara pasien keluar atau meninggal sampai pasien masuk berikutnya. Idealnya tempat tidur kosong selama 1-3 hari. Indikator ini memberikan gambaran tingkat efisiensi penggunaan tempat tidur. Berikut perhitungan TOI:

TOI

$$= \frac{(\text{Jumlah tempat tidur} \times \text{Jumlah hari}) - \text{Jumlah hari perawatan}}{\text{Jumlah pasien keluar}}$$

Contoh:

Pada bulan Juni 2023, terdapat 736 pasien keluar RS Bunda (termasuk meninggal) dan total hari perawatan 4.780, dengan jumlah tempat tidur sebanyak 210. Berapakah TOI pada bulan tersebut?

$$TIO = \frac{(210 \times 30) - 4.780}{736} = 2,06$$

Maka rata-rata tempat tidur tidak terisi di RS Bunda dalam bulan Juni 2023 adalah 2 hari (Hosizah, 2018).

DAFTAR PUSTAKA

- Hosizah, Y.M. 2018. 'Sistem Informasi Kesehatan II: Statistik Pelayanan Kesehatan', Jakarta. Pusat Pendidikan Sumber Daya Manusia Kesehatan Kementerian Kesehatan RI [Preprint].
- Indonesia. 2009. *Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 Rumah Sakit, Indonesia.*
- Indonesia, R. 2015. *Peraturan Presiden Republik Indonesia Nomor 77 Tahun 2015 tentang Pedoman Organisasi Rumah Sakit.*
- Kesehatan, K. 2008. *Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 129 Tahun 2008 tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit.*
- Permenkes, R.I. 2020. 'Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 3 Tahun 2020 Tentang Klasifikasi Rumah Sakit', *Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia* [Preprint].

BAB 2

PELAYANAN MEDIS RUMAH SAKIT

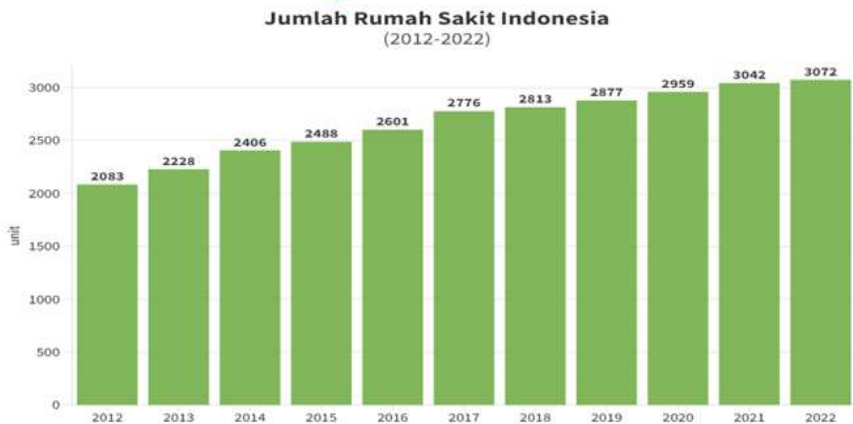
Oleh Sekar Ayu Runggandini

2.1 Pendahuluan

Rumah sakit adalah suatu tempat untuk pemeriksaan dan perawatan medis, orang yang menjalani perawatan rawat jalan atau rawat inap. Dimana perawatan dan pemeriksaan ada dalam supervisi dokter dan profesional medis lainnya (Badan Pusat Statistik, 2023).

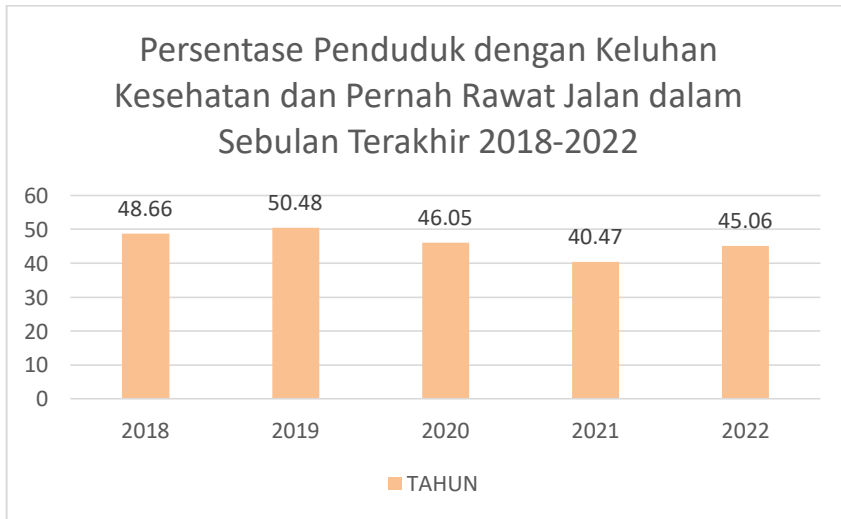
Rumah sakit di Indonesia begitu berkembang, pada tahun 2022 tercatat sebanyak 3.072 Rumah Sakit di Indonesia (Badan Pusat Statistik, 2023).

Melihat jumlah Rumah Sakit di Indonesia dari tahun 2012-2022 yang bersumber dari Badan Pusat Statistik nampak terjadi peningkatan yang sangat signifikan, yang dapat dilihat pada diagram berikut (Sadya, 2023):



Source: Badan Pusat Statistik (BPS)

Jumlah persentase penduduk yang memiliki keluhan kesehatan dan sudah pernah mendapatkan perawatan rawat jalan pada tahun 2018 48,66% dari total penduduk 2018 meningkat menjadi 50,48%, kemudian menurun sampai 2021 sebanyak 40,47 % namun meningkat pada tahun 2022 , sebanyak 43,06% berikut gambaran diagramnya (Badan Pusat Statistik, 2023).



Sumber (Badan Pusat Statistik, 2023) diolah penulis

Ini menggambarkan bahwa kebutuhan pelayanan medis begitu tinggi sehingga dalam pelayanan medis perlu perhatian khusus.

Dalam menjalankan fungsinya menurut UU 44 Tahun 2009, terdapat berbagai macam kegiatan pelayanan di rumah sakit salah satunya pelayanan medis (Arifin *et al.*, 2013) :

2.2 Pelayanan Medik Rumah Sakit

Pelayanan merupakan suatu kegiatan untuk memberikan kemudahan orang lain dalam memenuhi kebutuhannya (Badan Pengembangan dan Pembinaan Bahasa Kemdikbud, 2022).

Pada pelayanan rumah sakit yang menjadi pusat kegiatannya adalah pelayanan medik. Mayoritas masyarakat datang ke Rumah Sakit bertujuan mendapatkan pelayanan medik.

Pelayanan medis dapat diartikan sebagai rangkaian proses yang didapatkan oleh orang yang berobat sesuai standar pelayanan, dengan mengoptimalkan sumber daya serta fasilitas. Pelayanan ini dilaksanakan oleh tenaga kesehatan dan tenaga medis (UPK Kemenkes, 2021)

2.3 Standar Pelayanan Medik Rumah Sakit

Sejarah standar pelayanan medik diawali pada tahun 1992 dimana pada bulan April tahun 1992 Departemen Kesehatan Kementerian Republik Indonesia menerbitkan standar pelayanan medik diterbitkan berdasarkan KMK RI No.436 tahun 1993. Penyusunan Standar pelayanan medik ini dilakukan oleh IDI dengan tujuan mengoptimalkan tujuan pelayanan dengan menggunakan segala sumber daya di rumah sakit. Isi dari standar pelayanan medik ini diantaranya berbagai macam penyakit, penentuan diagnosa, berapa lama rawat inap, pemeriksaan penunjang medis yang diperlukan, dan terapi bagi penyakit tertentu. Dan kemudian disusun kembali oleh masing masing profesi dan di rumah sakit akan dilakukan penyusunan *standard operating procedure* (Adisasmito, 2008).

2.4 Jenis Pelayanan Medik Rumah Sakit

Menurut PMK RI Nomor 3 Tahun 2020, pelayanan medik terbagi atas (Kemenkes RI, 2020) :

1. Pelayanan medik umum
Pelayanan medik umum adalah pelayanan yang didalamnya terdapat :
 - a. Pelayanan medik dasar.
 - b. Pelayanan KIA/KIB
2. Pelayanan medik spesialis
Pelayanan medis spesialis diantaranya :
 - a. Spesialis dasar
 - b. Spesialis lain
 - c. Pelayanan medik subspecialis terdiri dari :
 - Subspesialis dasar
 - Subspesialis lain

2.5 Jenis Prasarana Pelayanan Medik Rumah Sakit

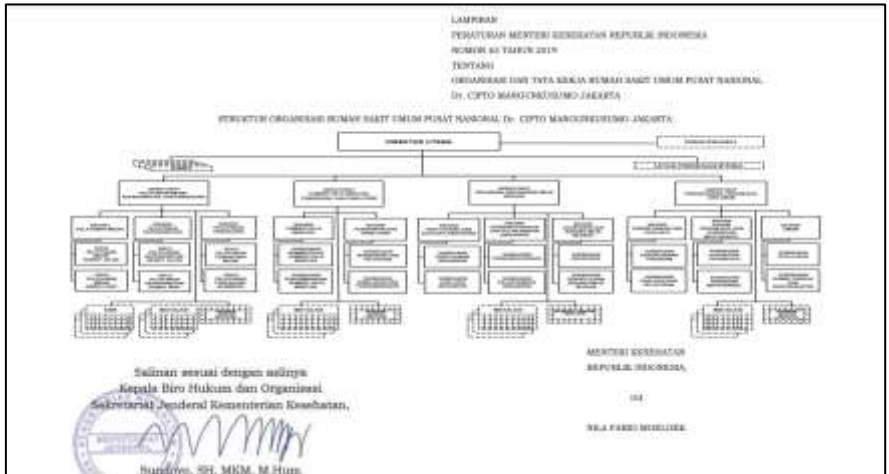
Pelayanan medik di rumah sakit masing masing memiliki prasarana dan untuk pelayanan yang berbeda beda. Prasarana Pelayanan Medik Rumah sakit adalah (Kemenkes RI, 2020)

1. Ruang gawat darurat,
2. Rawat jalan
3. Rawat inap
4. Operasi,
5. Ruang rawat intensif

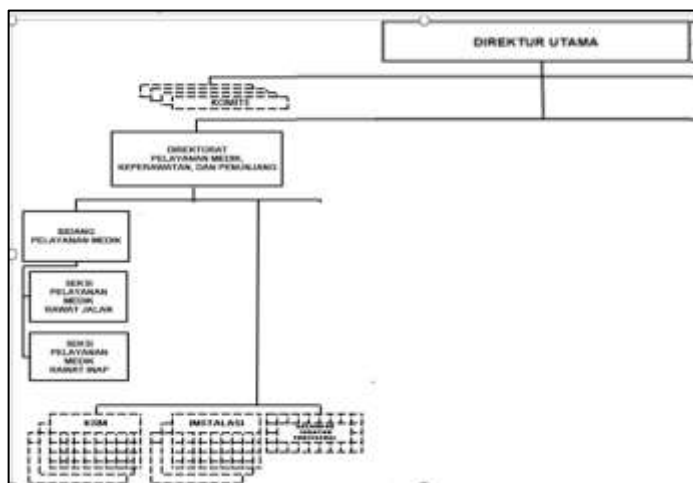
2.6 Organisasi Pelayanan Medik Rumah Sakit

Organisasi pelayanan medik tergantung kepada Jenis rumah sakit, untuk rumah sakit swasta besar kecil organisasi pelayanan medis dikembalikan kepada sumber daya masing masing rumah sakit. untuk rumah sakit pemerintah ditentukan dari keputusan menteri kesehatan melalui kepala biro hukum dan organisai sekretariat jenedral kementerian kesehatan contohnya

dari RSUPN Dr. Cipto Mangunkusumo Jakarta (Kementerian Kesehatan, 2019):



(Kementerian Kesehatan, 2019):



Keterangan Struktur Organisasi Pelayanan Medik Rumah Sakit (Kementerian Kesehatan, 2019):

1. Direktur
merupakan pimpinan rumah sakit (Kementerian Kesehatan, 2019)
2. Komite
Sebagai institusi tentunya rumah sakit tentunya harus selalu berkembang, maka dibutuhkan wadah diluar struktural baik yang didalamnya terdapat tenaga ahli ataupun profesi yang dapat memberikan informasi strategis kepada pimpinan RS. , maka dibentuklah komite yang diangkat dan diberhentikan oleh pimpinan rumah sakit (Kementerian Kesehatan, 2019) .
3. Direktorat Pelayanan Medik, Keperawatan, dan Penunjang
Pada Pelayanan Medik, Keperawatan, dan Penunjang diperlukan suatu direktorat yang bertanggung jawab langsung kepada direktur terkait dengan mengelola pelayanan medik, keperawatan, penunjang medis, dan penunjang non medis. (Kementerian Kesehatan, 2019).
4. Bidang Pelayanan Medik
Bidang ini terdiri dari seksi pelayanan medik rawat jalan dan inap dan juga pelayanan gawat darurat dikelola oleh bidang pelayanan medik, bidang ini memiliki fungsi dalam pelayanan dan pelaksanaan kendali mutu dan biaya serta keselamatan pasien. (Kementerian Kesehatan, 2019)
5. Kelompok Staf Medis
Kelompok ini terdiri dari dokter gigi, dokter spesialis, dan dokter gigi spesialis yang bertanggung jawab terhadap pelayanan. Kelompok staf medis merupakan wadah bukan struktural yang memiliki satu pimpinan yang diangkat dan diberhentikan langsung oleh direktur (Kementerian Kesehatan, 2019).

6. Instalasi

Instalasi, unit layanan non-struktural yang dijalankan oleh seorang kepala, bertanggung jawab kepada direktur pada pelayanan, pendidikan, pelatihan, penelitian, pengembangan, dan operasi penyaringan teknologi rumah sakit.(Kementerian Kesehatan, 2019).

7. Kelompok jabatan Fungsional

Pejabat fungsional yang terbagi dalam jenis dan jenjang kompetensi dikelompokkan menjadi kelompok jabatan fungsional sebagai kelompok diluar struktural sesuai dengan kebutuhan organisasi (Kementerian Kesehatan, 2019)

Komite medik

Komite medik merupakan komite yang bertanggung jawab menjaga penerapan tata kelola klinis pada pelayanan medis. Staf medis dalam penerapan tata kelola klinis dalam pelaksanaannya dijaga ke profesionalismenya melalui beberapa mekanisme yaitu kredensial, penjagaan mutu profesi medis, dan pemeliharaan etika dan disiplin profesi medis. Komite ini adalah organisasi non struktural yang mewadahi perwakilan dari staf medis yang dibentuk pimpinan rumah sakit. Dalam menjamin komite medik berfungsi dengan baik maka organisasi dan tata laksana komite medik dimasukkan pada peraturan internal staf medis (*medical staff bylaws*) bertujuan terciptanya suatu budaya profesi dengan baik dan akuntabel (Kementerian Kesehatan, 2011).

Organisasi komite medik paling sedikit terdiri dari :

1. Ketua
2. Sekretaris
3. Sub komite medik yang terdiri dari :
 - a. Sub komite kredensial
 - b. Sub komite mutu profesi
 - c. Sub komite etika dan disiplin profesi).

Jika dalam keterbatasan sumber daya manusia maka dapat terdiri dari :

1. Ketua dan sekretaris tanpa sub komite medik
2. Ketua komite medik dan sekretaris merangkap ketua dan anggota sub komite medik (Kementerian Kesehatan, 2011)

Sub komite Kredensial

Sub komite kredensial dibentuk untuk memastikan staf medis yang bekerja adalah staf medis yang kredibel untuk menjaga keselamatan pasien tujuan umum memastikan keselamatan pasien terlindungi. Proses kredensial merupakan suatu mekanisme verifikasi kompetensi profesi medis dengan asas keterbukaan, adil, obyektif, sesuai dengan prosedur dan terdokumentasi. Tahapan prosesnya menyusun mitra bestari kemudian tim sub komite kredensial melakukan penilaian kompetensi dan merekomendasikan kepada pimpinan untuk disahkan. Dasar instrumen yang digunakan adalah kebijakan rumah sakit, kewenangan klinis, pedoman penilaian kompetensi klinis, formulir yang diperlukan. (Kementerian Kesehatan, 2011)

Anggota sub komite kredensial paling sedikit tiga orang staf medis yang memiliki surat penugasan klinis. Organisasi sub komite kredensial paling sedikit ialah:

1. Ketua.
2. Sekretaris.
3. Anggota.

Tujuan khusus dari sub komite kredensial adalah (Kementerian Kesehatan, 2011) :

1. Terdapat staf medis yang profesional dan akuntabel
2. Terdapat jenis-jenis kewenangan klinis (*clinical privilege*) yang ditetapkan oleh Kolegium;
3. Merekomendasikan penugasan klinis (*clinical appointment*) ;

4. Menjaga Reputasi dan kredibilitas para staf medis serta rumah sakit .

Sub komite Mutu Profesi

Sub komite mutu profesi dalam upaya menjaga kualitas pelayanan medis dengan cara memelihara kompetensi staf medis. dalam mempertahankan mutu dapat dilalui dengan pemantauan kualitas seperti morning report, pengkajian kasus, audit medis, journal reading, ronde ruangan, kasus kematian, kemudian dengan tindak lanjut seperti pelatihan, pendidikan berkelanjutan, penambahan pendidikan kewenangan. Keanggotaan sub komite mutu profesi paling sedikit tiga orang staf medis yang memiliki surat penugasan klinis. Organisasi sub komite kredensial paling sedikit ialah :

1. Ketua
2. Sekretaris
3. Anggota.

Mekanisme kerja sub komite ini berdasarkan kebijakan dan prosedur yang ditetapkan oleh direktur berdasarkan masukan komite medis. Mekanisme yang dilakukan oleh komite medis diantaranya audit medis dan Merekomendasikan pendidikan berkelanjutan.

Sub komite mutu profesi memiliki tanggung jawab terhadap mutu profesi medis terjaga dengan tujuan (Kementerian Kesehatan, 2011) :

1. Staf medis yang bekerja memiliki mutu kompetensi etsi dan profesional sebagai upaya Perlindungan terhadap pasien.
2. Memastikan staf medis kompetensi dan kewenangan klinisnya terjaga
3. Mencegah terjadinya kejadian yang tidak diharapkan

Kegiatan Audit Medis dilakukan dengan menjunjung tinggi respek kepada staf medis, tidak menyebutkan nama, tidak memperlmasalahkan dan tidak memperlmalukan. Secara umum pelaksanaan audit medis harus memiliki 4 peran penting yaitu (Kementerian Kesehatan, 2011) :

1. Sarana penilaian kompetensi staf medis
2. Dasar pemberian kewenangan klinis
3. Dasar untuk merekomendasikan pencabutan maupun penangguhan kewenangan klinis staf medis
4. Sebagai dasar rekomendasi perubahan / modifikasi rincian kewenangan klinis

Sub komite Etika Dan Disiplin Profesi

Sub komite ini dibentuk sebagai upaya pendisiplinan oleh komite medik terhadap staf medis, dan tidak ada hubungannya dengan penegakan disiplin di lembaga pemerintah, organisasi profesi maupun hukum. Penegakan disiplin berlandaskan dengan peraturan internal rumah sakit dan staf medis, etika rumah sakit serta norma etika medis dan norma-norma bioetika.

Organisasi sub komite kredensial paling sedikit ialah :

1. Ketua
2. Sekretaris
3. Anggota

Paling sedikit berjumlah 3 orang staf medis yang sudah memiliki surat penugasan klinis Sub komite etika dan disiplin profesi dibentuk dengan tujuan:

1. Pasien mendapatkan pelayanan dengan asuhan klinis standar dan layak
2. Terpelihara dan meningkatnya mutu profesionalisme staf medis di rumah sakit.

Mekanisme kerja sub komite ini dengan membuat panel yang terdiri 3 staf medis atau lebih berjumlah ganjil 1 orang dari disiplin ilmu yang berbeda , 2 atau lebih dari disiplin ilmu yang sama dapat dari internal rumah sakit maupun eksternal rumah sakit, Panel tersebut memiliki tahapan sebagai berikut untuk :

1. Upaya pendisiplinan perilaku profesional dengan mekanisme sebagai berikut
 - a. Pemeriksaan sumber laporan dan laporan yang berdasarkan dari non perorangan
 - b. Dasar dugaan pelanggaran disiplin profesi
 - c. Pemeriksaan
 - d. Keputusan
 - e. Tindakan pendisiplinan perilaku profesional
 - f. Pelaksanaan keputusan
2. Pembinaan Profesionalisme Kedokteran
Pada tahap ini komite membuat materi terkait pembinaan profesionalisme kedokteran dapat berupa diskusi, ceramah, simposium, lokakarya dan lainnya
3. Pertimbangan Keputusan Etis
Pada tahap ini staf medis dapat mengajukan pertimbangan pengambilan keputusan etis terhadap kompetensi pada staf medis tersebut.

DAFTAR PUSTAKA

- Adisasmito, W. 2008. 'Kebijakan Standar Pelayanan Medik dan Diagnosis Related Group (DRG), Kelayakan Penerapannya di Indonesia', *Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Indonesia*, pp. 2–24.
- Arifin, S. *et al.* 2013. 'Buku Dasar-dasar Manajemen Kesehatan', *Journal of Chemical Information and Modeling*, 53(9), pp. 1689–1699.
- Badan Pengembangan dan Pembinaan Bahasa Kemdikbud. 2022. *Badan Pengembangan dan Pembinaan Bahasa, KBBI Daring, Badan Pengembangan dan Pembinaan Bahasa*. Available at: <https://kbbi.kemdikbud.go.id/entri/pelayanan> (Accessed: 22 June 2023).
- Badan Pusat Statistik. 2023. *STATISTIK INDONESIA (STATISTICAL YEARBOOK OF INDONESIA) 2023*. 1st edn, *Statistik Indonesia 2020*. 1st edn. Edited by D.D. Statistik. JAKARTA: Badan Pusat Statistik/BPS-Statistics Indonesia. Available at: <https://www.bps.go.id/publication/2020/04/29/e9011b3155d45d70823c141f/statistik-indonesia-2020.html>.
- Kemenkes RI. 2020. *Permenkes No 3 Tahun 2020 Tentang Klasifikasi dan Perizinan Rumah Sakit, Tentang Klasifikasi dan Perizinan Rumah Sakit*. Indonesia. Available at: <http://bppsdmk.kemkes.go.id/web/filesa/peraturan/119.pdf>.
- Kementerian Kesehatan. 2019. *Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 63 Tahun 2019 Tentang Organisasi Dan Tata Kerja Rumah Sakit Umum Pusat Nasional Dr. Cipto Mangunkusumo Jakarta, Kementerian Kesehatan*. Indonesia.
- Kementerian Kesehatan. 2011. *Peraturan Menteri Kesehatan RI No 42 Tahun 2011 Tentang Komite Etik dan Hukum Rumah Sakit, Kementerian Kesehatan*.

- Sadya, S. 2023. *Ada 3.072 Rumah Sakit di Indonesia pada 2022*, *dataindonesia.id*. Available at: <https://dataindonesia.id/ragam/detail/ada-3072-rumah-sakit-di-indonesia-pada-2022>.
- UPK Kemenkes. 2021. *Pelayanan Medis, UPK Kemenkes*. Available at: <https://upk.kemkes.go.id/new/layanan/pelayanan-medis>.

BAB 3

PELAYANAN PENUNJANG MEDIK DI RUMAH SAKIT

Oleh Dian Agnesa Sembiring

3.1 Pendahuluan

Rumah Sakit merupakan fasilitas pelayanan kesehatan perseorangan yang memberikan layanan rawat inap, rawat jalan, dan kegawatdaruratan melalui promosi, pencegahan, pengobatan, rehabilitatif, paliatif yang diselenggarakan secara paripurna. Dalam menjalankan kegiatan operasional, RS mempunyai struktur organisasi seperti Kepala RS, unsur pelayanan medik, keperawatan, penunjang medik dan nonmedik, komite medik dan komite kesehatan, riset dan pengembangan, teknologi informasi, pemasaran, administrasi umum dan keuangan (Rancangan Undang-Undang Republik Indonesia, 2023).

Rumah sakit diklasifikasikan menjadi Rumah Sakit Khusus dan Rumah Sakit Umum (RSK dan RSU) berdasarkan jenis pelayanan yang diberikan. Klasifikasi tersebut dilakukan oleh Pemerintah menyesuaikan kegiatan, fasilitas, sarana-prasarana pendukung dan tenaga yang bekerja di RS (Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 47, 2021).

Pelayanan penunjang terdiri dari dua yaitu penunjang medik dan penunjang nonmedik. Pelayanan penunjang nonmedik yaitu pelayanan yang diberikan oleh petugas non kesehatan, seperti:

1. Manajemen rumah sakit
2. Komunikasi dan informasi
3. Pemeliharaan infrastruktur dan peralatan medis

4. Layanan binatu
5. Pemulasaran jenazah
6. Layanan penunjang lain

Sedangkan pelayanan penunjang medik yaitu pelayanan yang diberikan oleh petugas kesehatan, seperti :

1. Pelayanan Darah dan Laboratorium
2. Rekam Medis
3. Radiologi
4. Pelayanan penunjang lainnya, seperti: gizi, pelayanan sterilisasi yang tersentral, dll.

Adapun bab ini akan secara khusus membahas mengenai pelayanan penunjang medik rumah sakit.

3.2 Pelayanan Darah dan Laboratorium Rumah Sakit

Laboratorium merupakan salah satu layanan RS yang tersedia 24 jam guna memenuhi kebutuhan pasien, pelayanan darurat dan rujukan. Kegiatan pengelolaan laboratorium klinik di rumah sakit harus memiliki izin dari dinas kesehatan setempat. Sarana dan prasarana serta peralatan laboratorium juga telah memenuhi persyaratan berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 24 Tahun 2016.

Pengorganisasian laboratorium juga harus mematuhi perundangan-undangan dan persyaratan akreditasi RS yang dilakukan secara terintegrasi. Kepala Pelayanan Laboratorium terdiri dari satu orang yang membawahi pelayanan laboratorium lainnya seperti Patologi Anatomi, Patologi Klinik, Mikrobiologi, dan lainnya, termasuk pelayanan Bank Darah Rumah Sakit (BDRS). BDRS adalah salah satu unit layanan RS yang menangani permintaan darah dari dokter RS 24 jam sehari dan memiliki tanggung jawab terhadap ketersediaan darah yang aman, bermutu,

dan cukup untuk transfusi guna menunjang pelayanan kesehatan di RS (Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 83, 2014). Pelayanan darah di BDRS umumnya melayani permintaan darah, penyimpanan darah, dan pengujian kompatibilitas golongan darah terhadap darah yang akan ditransfusikan serta melakukan administrasi bank darah.

3.2.1 Laboratorium RS

Laboratorium merupakan salah satu intalasi di RS, yang beroperasi selama 24 jam, dengan hasil pelayanan yang diperlukan untuk menunjang diagnosis, penatalaksanaan pengobatan, pemantauan hasil pengobatan serta konfirmasi diagnosa. Rumah sakit wajib memiliki sistem yang menyediakan layanan laboratorium utama (induk), seperti layanan patologi klinik, patologi anatomi, mikrobiologi dan layanan laboratorium lainnya. Oleh karenanya, hasil pemeriksaan wajib berkualitas mutunya dan memperhatikan keselamatan pasien, staf dan lingkungan.

Pelayanan laboratorium didasari dengan tiga komponen utama yaitu pra analisis, analisis dan pasca analisis. Komponen pra analisis terdiri dari persiapan pasien, kelayakan sampel, kesesuaian sampel, dan administrasi. Komponen analisis yaitu keakuratan alat pemeriksa sampel sedangkan yang terakhir, pasca analisis, mencakup kegiatan administrasi. Ketiga komponen tersebut terdapat kriteria yang memiliki aturan khusus untuk terciptanya pelayanan laboratorium yang berkualitas dan bertujuan untuk keselamatan pasien dan petugas yang bekerja laboratorium.

Laboratorium di rumah sakit memiliki dua kegiatan (Ginting, 2019) :

1. Layanan spesifik dan umum, merupakan pelayanan pengujian kimia klinis, hematologi, imunologi, serologi, serta parasitologi melalui metoda semi kualitatif, semi kuantitatif, kuantitatif dan dilaksanakan dengan cara manual, semi otomatis, otomatis dan robotika.

Mikrobiologi, toksikologi, kimia lingkungan patologi anatomi (histologi dan sitologi), biologi dan fisika juga termasuk kedalam pelayanan ini.

2. Layanan manajemen laboratorium, merupakan layanan administrasi, informasi dan promosi, manajemen sumber daya manusia dan logistik. Ini termasuk kepegawaian, perencanaan, pengalokasian, dan penganggaran.

Seluruh pelayanan laboratorium RS dilaksanakan secara terintegrasi dan satu pintu. Permintaan pemeriksaan laboratorium dapat berasal dari: dokter spesialis dan umum yang bertugas merawat pasien di ruangan, dokter jaga di UGD, dokter poliklinik, dokter MCU, dokter rumah sakit lain dan laboratorium lain yang merujuk ke laboratorium RS. Selain itu jika ada pemeriksaan yang dirujuk ke rumah sakit lain, harus melalui rujukan laboratorium RS. Kebutuhan alat laboratorium disesuaikan dengan kemampuan laboratorium dan hasil yang diharapkan, maka harus dilakukan selesai dan pengujian saat pembelian alat agar alat yang dibutuhkan memenuhi hasil yang diharapkan. Alat-alat di laboratorium juga memerlukan kontrol kualitas, kalibrasi, dan perawatan berkala.

Quality assurance/pemantapan mutu laboratorium merupakan rangkaian kegiatan yang bertujuan guna menjamin keakuratan dan kebenaran hasil uji laboratorium. Dalam menjaga kualitas dan akurasi hasil tes, proses pemeriksaan laboratorium harus dimonitor dan dievaluasi secara komprehensif dan berkesinambungan.

Secara umum pemantapan mutu terbagi atas:

1. PMI/ Pemantapan Mutu Internal

Kegiatan pencegahan dan pengendalian dilakukan oleh laboratorium secara berkesinambungan untuk mendapatkan hasil pengujian yang konsisten. Kegiatan ini

terdiri dari tiga tahapan proses yaitu pra analisis, analisis dan pasca analisis.

2. PME/ Pemantapan Mutu Eksternal

Penyelenggaraan PME dilakukan secara berkala oleh pihak lain di luar laboratorium guna memantau dan mengevaluasi kinerja laboratorium di area pengujian tertentu. Adapun kegiatannya dilaksanakan oleh pihak swasta/ internasional, pemerintah serta diikuti oleh semua laboratorium yang terkait dengan akreditasi laboratorium serta perijinan laboratorium swasta.

3. Verifikasi

Merupakan tindakan pencegahan yang dilakukan agar tidak terjadi kesalahan dalam pelaksanaan operasional laboratorium yang dimulai dari tahap pra analisis, analisis hingga pasca analisis. Adapun masing-masing langkah tersebut wajib berorientasi mutu berdasarkan standar mutu yang telah ditetapkan.

4. Validasi

Merupakan usaha memastikan kualitas hasil uji yang diperoleh dengan pengujian ulang oleh laboratorium rujukan. Kegiatan ini menghindari keraguan terhadap hasil laboratorium yang dikeluarkan.

5. Audit

Merupakan proses mengevaluasi atau meninjau berbagai kegiatan yang dilakukan di laboratorium secara kritis. Kegiatan ini terdiri dari :

a. Audit Internal

Dilakukan oleh tenaga senior dan penilaian yang dilakukan harus mampu mengukur berbagai indikator kinerja laboratorium, seperti kecepatan layanan, ketepatan pelaporan hasil pemeriksaan, dan identifikasi kelemahan laboratorium yang menjadi penyebab terjadinya kesalahan.

b. Audit Eksternal

Dimaksudkan untuk menerima saran/input dari pihak lain di luar laboratorium atau pengguna jasa laboratorium tentang mutu dan layanan laboratorium. Pertemuan antara pemimpin laboratorium guna membahas serta membandingkan metode, alur kerja, biaya, dll adalah contoh audit eksternal.

6. Pelatihan dan pendidikan

Kegiatan ini dilakukan guna peningkatan mutu layanan laboratorium baik pelatihan teknis, seminar, lokakarya, simposium, pendidikan formal, dll. Selain itu pelatihan dan pendidikan wajib dilakukan secara berkesinambungan dan dipantau realisasinya.

Laboratorium RS harus mengembangkan program manajemen risiko (identifikasi risiko, analisa dan upaya pengelolaan) guna diterapkan, dievaluasi, dan didokumentasikan. Peraturan/regulasi yang dibutuhkan oleh laboratorium RS berdasarkan Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor HK.01.07/MENKES/1128 Tahun 2022 ,yaitu:

- 1) Mengurangi risiko paparan bahan dan limbah biohazard
- 2) Mengurangi risiko infeksi dari darah serta komponennya
- 3) Menetapkan waktu penyelesaian laboratorium reguler dan cito.
- 4) Tata cara pelaporan laboratorium kritis
- 5) Perawatan dan kalibrasi rutin dilakukan dan didokumentasi
- 6) Prosedur pengelolaan untuk semua reagen esensial serta evaluasi pelaksanaannya secara berkala
- 7) Pengambilan, pengumpulan, identifikasi, penanganan, pendistribusian, penyimpanan dan pemusnahan spesimen
- 8) Penentuan nilai normal dan rentang nilai guna interpretasi serta pengkomunikasian hasil laboratorium klinis
- 9) Prosedur kontrol kualitas layanan laboratorium

10) Berkas MoU (kerjasama) dengan laboratorium rujukan terakreditasi.

Persyaratan minimal gedung, sarpras, peralatan serta kemampuan pengujian laboratorium klinik diatur oleh Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No. 411/MENKES/PER/III/2010. Kriteria organisasi, ruang dan fasilitas, peralatan, bahan, sampel, metode pengujian, mutu, keamanan, pencatatan dan pelaporan adalah persyaratan minimum yang wajib diikuti dalam pengelolaan laboratorium klinik yang diatur di Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No. 43 Tahun 2013.

3.2.2 Pengorganisasian Laboratorium RS

Layanan laboratorium terintegrasi secara organisatoris membawahi semua jenis layanan laboratorium di RS dan memiliki satu pimpinan laboratorium. Sebagai sistem pelayanan, laboratorium harus memiliki struktur organisasi yang baku untuk memberikan pelayanan berdasarkan kompetensi dari masing – masing individu didalamnya. Kegiatan penyelenggaraan pelayanan laboratorium hanya dilakukan oleh tenaga kesehatan bidang laboratorium yang telah mendapatkan pendidikan formal dan non formal yang diakui oleh Kementerian Kesehatan dan Profesi, berpengalaman di bidangnya, dan telah mendapatkan kredensial guna melakukan pelayanan sesuai tanggungjawab dan tugasnya. Struktur organisasi utama laboratorium meliputi:

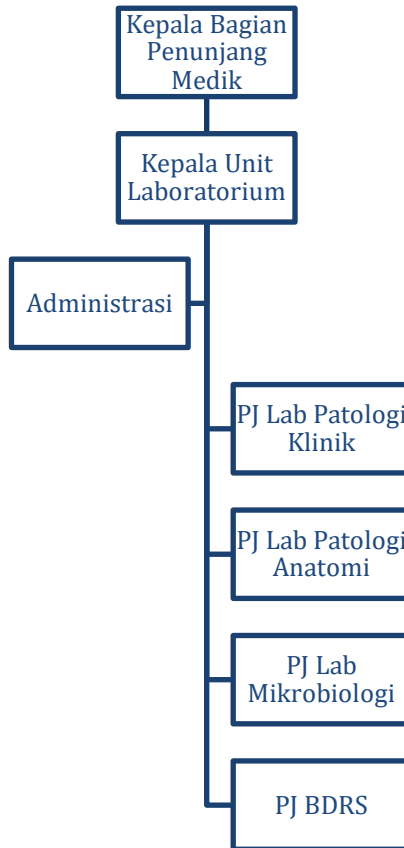
1. Jabatan Struktural
 - a. Kepala : mengarahkan dan memastikan seluruh proses pelayanan selaras dengan kebijaksanaan organisasi.
Seorang kepala pelayanan laboratorium memiliki kompetensi sebagai berikut :
 - Menyusun dan mengevaluasi regulasi
 - Mengawasi pelaksanaan administrasi

- Melaksanakan program pengendalian mutu di laboratorium (PMI dan PME)
 - Memantau dan evaluasi agar pelayanan laboratorium terlaksana sesuai regulasi.
- b. Bidang/seksi-seksi : menjalankan tata kerja organisasi dan kerjasama antar departemen lainnya dengan cara koordinasi dan supervisi Kepala.
 - c. Administrasi: mengelola sistem manajemen dokumen, baik dokumen ke luar ataupun ke dalam organisasi.
2. Jabatan Fungsional
- Termasuk staf teknis yang melakukan pelayanan laboratorium dan bukan termasuk jabatan struktural, serta melaksanakan kegiatan berdasarkan kompetensi.

Proses pengorganisasian untuk menjalin koordinasi dan kerjasama yang baik, antara lain:

1. Pengembangan struktur yang baik untuk membangun alur kerja yang baik
Meliputi penentuan jenis pekerjaan yang ingin dipenuhi, pembagian pekerjaan, perkiraan kebutuhan SDM dan sarana-prasarana, serta pengelompokan SDM kedalam struktur organisasi.
2. Hubungan dan gambaran interaksi yang baik
Meliputi pengarahan pekerjaan sesuai tanggung jawab dan wewenang, jabatan fungsional yang spesifik, serta tertulis pada mekanisme kerja dan uraian tugas.

Setiap SDM yang bertugas pada laboratorium RS memiliki tata kerja saling berinteraksi satu dengan lainnya melalui penetapan garis wewenang, komunikasi, tanggungjawab, serta alur kerja yang ditunjukkan melalui bagan struktur organisasi. Berikut adalah contoh struktur organisasi Laboratorium Rumah Sakit :



3.2.3 BDRS (Bank Darah Rumah Sakit)

Pelayanan Bank Darah Rumah Sakit (BDRS) di RS Tipe A dan B biasanya memiliki instalasi sendiri sedangkan RS Tipe C dan D merupakan bagian dari instalasi Laboratorium. BDRS melayani permintaan darah dari para dokter di Rumah Sakit selama 24 jam. Pelayanan darah yang diberikan adalah melayani permintaan darah, menyimpan persediaan darah, melakukan pemeriksaan uji cocok serasi golongan darah terhadap darah yang akan ditransfusikan serta melakukan administrasi bank darah.

Penyelenggaraan pelayanan darah harus melaksanakan pengendalian kualitas mutu dari seluruh layanan dan tercatat. Petugas harus memastikan donor darah dan proses transfusi dilaksanakan sesuai dengan peraturan. Sebelum melakukan pemberian darah, DPJP (Dokter Penanggung Jawab Pasien) harus memberikan penjelasan dan mendapatkan izin pasien/keluarga. Proses transfusi darah juga wajib dilaksanakan monitor dan evaluasi, serta melaporkan kejadian reaksi transfusi.

Pengorganisasian BDRS terdiri dari Kepala/Pimpinan BDRS (satu orang), tenaga medik (satu orang), Paramedis Teknologi Transfusi Darah/PTTD (lima orang), staf administrasi/keuangan (satu orang), dan staf penunjang (satu orang). Kepala BDRS adalah seorang dokter dengan setidaknya 80 jam pelatihan transfusi darah. PTTD adalah analis dengan setidaknya 120 jam pelatihan transfusi darah sesuai standard dan telah tersertifikasi. Tenaga administrasi/ keuangan adalah petugas yang mendukung kegiatan pelayanan dan keuangan BDRS.

Tugas dan tanggung jawab penanggungjawab BDRS yaitu :

1. Melaksanakan dan mengawasi seluruh kegiatan pelayanan BDRS serta mengontrol kualitas kerja dan peralatan di bank darah sehingga dapat dipastikan bahwa darah yang diberikan kepada pasien kualitasnya baik.
2. Membuat permintaan terkait bahan serta fasilitas yang dibutuhkan.
3. Melakukan koordinasi dengan departemen sarpras ketika muncul dengan alat inventaris dan hasil laboratorium.
4. Membuat laporan keuangan bulanan kepada kepala keuangan rumah sakit setelah kepala laboratorium mengetahui.
5. Menyiapkan pelaporan layanan bulanan serta tahunan BDRS serta menyerahkan kepada bagian Rekam Medis dan Kepala Penunjang Medis setelah diketahui oleh kepala instalasi.

6. Mengatur jadwal jaga dinas setiap bulannya.
7. Melakukan koordinasi dengan Palang Merah Indonesia (PMI) dalam rangka kelangsungan penyediaan darah dan melakukan pengecekan tagihan bulanan dari PMI.
8. Merencanakan pengembangan ilmu pengetahuan staf Bank darah dengan mengikutsertakan dalam seminar atau pelatihan yang diselenggarakan oleh PMI.

Persyaratan gedung, sarpras, BHP/Bahan Habis Pakai dan peralatan, serta formulir laporan bulanan BDRS harus disesuaikan dengan Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No. 83 Tahun 2014.

3.3 Rekam Medis RS

Rekam medis merupakan dokumen data yang berisi identitas pasien, pemeriksaan, pengobatan, tindakan, dan layanan lain yang sudah diterima oleh pasien. Saat ini rekam medis elektronik digunakan oleh RS sebagai sistem pengelolaan rekam medis. Unit/instalasi rekam medis beroperasi 24 jam sehari guna menyediakan rekam medis pasien. Pengelolaan rekam medis RS dilaksanakan mulai dari pasien masuk dan menerima penanganan medis, keperawatan dan pemberi pelayanan lain hingga pasien dirujuk, meninggal atau pulang.

Pelayanan rekam medis meliputi : Registrasi pasien, assembling, analisis pengkodean, pengindeksan, pengarsipan, pembuatan laporan (internal-eksternal) serta penghancuran. Dokumen rekam medis adalah milik RS, namun isinya adalah milik pasien yang disampaikan kepada pasien atau keluarga terdekat. Keluarga yang berhak atas isi rekam medis adalah pasien dibawah umur 18 tahun, pasien dalam keadaan darurat, dan keluarga yang telah mendapatkan persetujuan dari pasien. Rekam medis pasien berisi: data pasien, hasil pemeriksaan fisik-penunjang, diagnosa, obat-

obatan, rencana perawatan, dan tanda tangan serta nama seluruh staf kesehatan yang memberikan layanan.

Isi dari rekam medis bersifat rahasia dan hanya PPA (Profesional Pemberi Asuhan) yang dapat melakukan pengisian dan mengakses dokumen rekam medis pasien. Hak akses rekam medis dapat juga diberikan kepada Direktur RS dan tenaga kesehatan lainnya atas izin dari Direktur Rumah Sakit. Non pasien dapat menerima informasi terkait pasien atas izin dari pasien, meskipun yang meminta adalah pihak ketiga pembayar layanan medis pasien. Permintaan wajib dilakukan secara tertulis disertai bukti izin dari pasien seperti surat kuasa. Dokter/tenaga medis lainnya yang membutuhkan informasi terkait kesehatan pasien guna kebutuhan penelitian, wajib mendapatkan izin dari pasien agar bisa membuka rekam medis pasien. Pengadilan/ aparat penegak hukum, sebagai bagian dari penegakan hukum, boleh meminta informasi kesehatan pasien secara tertulis tanpa memerlukan persetujuan pasien. Dalam hal ini, RS akan memberikan Salinan resmi dari rekam medis.

Petugas rekam medis dan informasi kesehatan adalah orang yang bertugas di rekam medis dan telah lulus pendidikan formal rekam medis dan informasi kesehatan sesuai dengan Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No. HK.01.07/MENKES/312 Tahun 2020. Instalasi/unit rekam medis mempunyai struktur organisasi, uraian tugas, fungsi, tanggung jawab, serta tata hubungan kerja dengan unit lain. Penyelenggaraan instalasi ini dipimpin oleh seorang Kepala yang mempunyai pendidikan formal rekam medis dan informasi kesehatan dan memiliki pengetahuan serta pengalaman di bidangnya.

Berikut adalah contoh struktur organisasi instalasi rekam medis rumah sakit :



Rekam medis perlu diatur dengan maksud : a) peningkatan kualitas RS, b) pemberian kepastian hukum saat pengelolaan serta penyelenggaraan rekam medis, c) penjaminan keamanan, kerahasiaan, ketersediaan dan keseluruhan data, serta d) terwujudnya penyelenggaraan berbasis teknologi yang saling terhubung (Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No. 42 Tahun 2022).

Penyimpanan data fisik pasien rawat inap dilakukan selama 5 tahun, sedangkan ringkasan persetujuan tindakan medis disimpan selama 10 tahun, dan data pasien yang menjalani pemeriksaan kesehatan di luar rumah sakit disimpan selama 2 tahun. Sedangkan penyimpanan data elektronik pasien dilakukan di rumah sakit setidaknya 25 tahun mulai dari kunjungan berobat terakhir pasien. Selebihnya dokumen harus dimusnahkan.

Syarat penyimpanan data fisik pasien berdasarkan Dirjen Bina Pelayanan Medis Departemen Kesehatan RI (2006) yaitu: memiliki letak yang strategis, memiliki pemisah ruangan antara rekam medis aktif dan inaktif, memiliki pencahayaan yang

terang, bebas dari hama, terpisah dari ruang kantor lainnya, memiliki rak model terbuka, aman dari panas, terlindung dari air dan api, hanya boleh diakses oleh personel berwenang dan pada tingkat suhu dan kelembapan yang benar. Sedangkan informasi medis yang diselenggarakan melalui elektronik wajib memastikan keselamatan dan keamanan data dalam tiga area, antara lain: server di rumah sakit, salinan data berkala dan data virtual/salinan data di luar RS.

3.4 Radiologi RS

Pelayanan radiologi klinik di rumah sakit adalah layanan medis menggunakan segala modalitas dengan menggunakan sumber radiasi pengion serta non pengion untuk membantu dokter mendiagnosa dan merencanakan pengobatan bagi pasien menggunakan panduan citra *imejing* (Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No. 24 Tahun 2020). Penggunaan sinar-X di RS meliputi X-Ray konvensional, *Computed Tomography Scan* (CT-Scan), serta *Mammography*. Layanan pencitraan diagnostik adalah layanan dengan radiasi non-pengion seperti MRI (*Magnetic Resonance Imaging*), USG (Ultrasonografi), radiologi intervensional dengan menggunakan peralatan radiologi X-Ray (Angiografi) (Ginting, 2019).

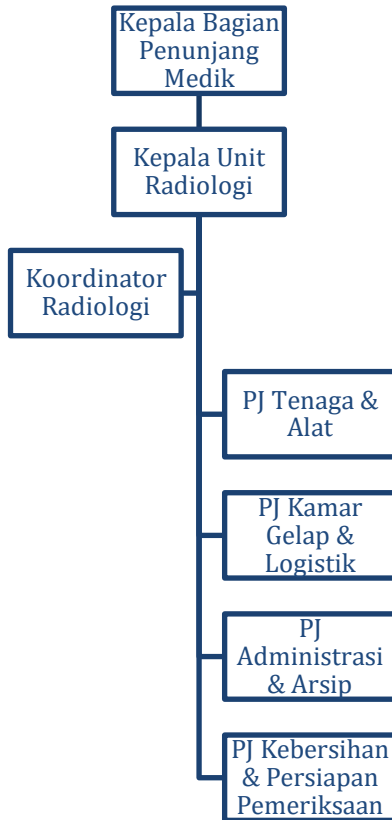
Radiologi klinik rumah sakit wajib buka 24 jam sehari sesuai kebutuhan pasien. Layanan Radiodiagnostik, Imajing dan Radiologi Intervensial (RIR), terdiri dari: a) radiodiagnostik, b) pencitraan diagnostik, dan c) radiologi intervensional. Rumah sakit membuat sistem terintegrasi guna pengelolaan layanan RIR yang diperlukan oleh pasien, asuhan klinis, dan Profesional Pemberi Asuhan (PPA). Selain itu layanan radiologi klinik di RS perlu diatur agar : a) menjamin keselamatan, keamanan dan kesehatan staf medis, pasien, masyarakat dan lingkungan hidup sekitar RS; b) menyediakan

layanan radiologi klinik standar di RS; c) meningkatkan mutu pelayanan di RS.

Struktur organisasi instalasi radiologi klinik di RS sekurang-kurangnya meliputi seorang pimpinan, staf medis radiologi, dan pelaksana. Layanan RIR di RS dikepalai oleh seorang dokter spesialis radiologi/ dokter/ dokter spesialis lain di bawah pengawasan dokter spesialis radiologi dari RS lain jika RS penyelenggara tidak mempunyai dokter spesialis radiologi klinik. Pimpinan pelayanan radiologi klinik RS wajib memiliki kompetensi, wewenang, dan tanggung jawab dalam pengelolaan pelayanan RIR sesuai dengan aturan perundang-undangan. Tugas dan tanggungjawab pimpinan pelayanan RIR di RS antara lain :

1. Penyusunan dan evaluasi regulasi pelayanan RIR, termasuk pelatihan, manajemen logistik, dsb.
2. Pemantauan kegiatan administratif.
3. Pelaksanaan program pengendalian kualitas mutu (PMI dan PME) serta integrasi antara program mutu radiologi dengan program Manajemen Fasilitas dan Keamanan (MFK) dan program Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI) di RS.
4. Monitor dan evaluasi semua kegiatan layanan
5. Melakukan revidi serta tindak lanjut hasil pemeriksaan pelayanan RIR rujukan.

Staf medis radiologi adalah dokter spesialis radiologi/dokter lain yang sudah terlatih. Pelaksana pelayanan radiologi klinik RS terdiri dari : tenaga kesehatan seperti radiografer, fisikawan medik, elektromedis, perawat, dan tenaga non kesehatan seperti petugas proteksi radiasi medik atau tenaga administrasi. Semua staf yang bekerja di pelayanan radiologi klinik wajib memiliki pendidikan, pelatihan, kualifikasi, dan pengalaman yang dipersyaratkan untuk melakukan pemeriksaan. Contoh struktur organisasi instalasi radiologi yaitu :



Rumah sakit menetapkan penugasan kepada staf radiologi dan diagnostik imajing yang kompeten dan berwenang melakukan pemeriksaan RIR intervensional, pembacaan diagnostik imajing, pelayanan pasien di tempat tidur (POCT/ *point-of-care testing*), membuat interpretasi, melakukan verifikasi dan serta melaporkan hasilnya, serta mereka yang mengawasi prosesnya. Staf pengawas dan staf pelaksana teknis wajib memiliki latar belakang pelatihan, pengalaman, keterampilan dan telah menjalani orientasi tugas pekerjaannya. Staf teknis diberi tugas pekerjaan sesuai latar

belakang pendidikan dan pengalamannya. Sebagai tambahan, jumlah staf cukup tersedia untuk melakukan tugas, membuat interpretasi, dan melaporkan segera hasilnya untuk layanan darurat.

Penyelesaian pemeriksaan RIR dilaporkan sesuai kebutuhan pasien. Hasil pemeriksaan cito berasal dari unit darurat, kamar operasi, unit intensif diberi perhatian khusus terkait kecepatan hasil pemeriksaan. Jika pemeriksaan dilakukan melalui kontrak (pihak ketiga) atau radiologi rujukan, kerangka waktu melaporkan hasil pemeriksaan mengikuti ketentuan rumah sakit dan MOU dengan RIR rujukan.

Dalam menjamin pelayanan radiologi berjalan lancar maka pimpinan rumah sakit harus memastikan ketersediaan sarana dan prasarana pelayanan radiologi. Perencanaan kebutuhan dan pengelolaan bahan habis pakai dilakukan sesuai ketentuan yang berlaku. Selain itu rumah sakit juga perlu menetapkan program kendali mutu yang dilaksanakan, divalidasi, dan didokumentasikan. Kendali mutu dalam pelayanan radiodiagnostik terdiri dari PMI dan PME. Kedua hal tersebut wajib dilakukan sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan. Ketentuan mengenai peralatan, bangunan, dan prasarana pelayanan radiologi klinik harus memenuhi keselamatan radiasi sesuai dengan ketentuan Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 24 Tahun 2020.

DAFTAR PUSTAKA

- Dirjen Bina Pelayanan Medis Departemen Kesehatan RI. 2006. *Pedoman Penyelenggaraan dan Prosedur Rekam Medis Rumah Sakit di Indonesia Revisi II*. Indonesia.
- Ginting, D. 2019. *Kebijakan Penunjang Medis Rumah Sakit (SNARS)*. Deepublish. Available at: <https://books.google.co.id/books?id=--2NDwAAQBAJ>.
- Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor HK.01.07/MENKES/1128. 2022. *Standar Akreditasi Rumah Sakit*. Indonesia. Available at: <https://drive.google.com/file/d/1mNLQyPyFtiTU1lNzk6qMdtieBgnbUFRB/view>.
- Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor HK.01.07/MENKES/312. 2020. *Standar Profesi Perekam Medis dan Informasi Kesehatan*. Indonesia.
- Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 24. 2016. *Persyaratan Teknis Bangunan dan Prasarana Rumah Sakit*. Available at: https://dinkes.kedirikab.go.id/konten/uu/97467PMK_No_24_ttg_Persyaratan_Teknis_Bangunan_dan_Prasarana_Rumah_Sakit.pdf.
- Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 24. 2020. *Pelayanan Radiologi Klinik*. Indonesia.
- Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 411/MENKES/PER/III. 2010. *Laboratorium Klinik*. Indonesia.
- Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 42. 2022. *Rekam Medis*. Indonesia.
- Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 43. 2013. *Cara Penyelenggaraan Laboratorium Klinik Yang Baik*. Indonesia.

- Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 83. 2014. *Unit Transfusi Darah, Bank Darah Rumah Sakit, Dan Jejaring Pelayanan Transfusi Darah*. Indonesia.
- Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 47. 2021. *Penyelenggaraan Bidang Perumahsakit*. Available at: https://jdih.setkab.go.id/PUUdoc/176340/PP_Nomor_47_Tahun_2021.pdf.
- Rancangan Undang-Undang Republik Indonesia. 2023. *Kesehatan Indonesia*. Available at: <https://mmc.tirto.id/documents/2023/07/14/768-balegrj-20230214-012516-3408.pdf?x=2706>.

BAB 4

ALUR PROSES UNIT – UNIT RUMAH SAKIT

Oleh Chandrainy Puri

Dalam mewujudkan tujuan Rumah Sakit secara keseluruhan dibutuhkan aktivitas manajerial untuk mengarahkan setiap orang personalia berkontribusi kerja sama satu sama lain baik diajak, dibujuk, suka rela, dari masing-masing unit harus sinkron dan dalam untuk yang sama secara bersama-sama menghasilkan sumbangan hasil kerja secara maksimal dan terintegrasi.

Alur adalah proses menampilkan langkah-langkah beserta urutannya. Pelayanan kesehatan adalah upaya yang diselenggarakan sendiri atau secara bersama-sama dalam suatu Rumah Sakit untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan, mencegah dan menyembuhkan penyakit serta memelihara kesehatan perorangan, keluarga, atau kelompok.

Alur merupakan urutan atau tahapan yang diberikan kepada pasien. Alur akan mudah dipahami apabila dibuat dalam bentuk bagan atau skema. Alur erat kaitannya dengan prosedur atau proses. Setiap tahapan alur terdapat beberapa kegiatan pelayanan yang diberikan. Tahapan kegiatan tersebut dituliskan dalam prosedur atau proses.

Fungsi prosedur adalah memberikan intruksi tahapan pelayanan yang konsisten sehingga pelayanan yang diberikan sesuai dengan standar yang telah ditetapkan.

Prinsip pembuatan alur adalah mudah dipahami sebaiknya alur dibuat dari satu tempat ketempat yang lain atau dari satu kegiatan ke kegiatan yang lain. Prosedur dapat dilaksanakan

dengan baik apabila ada komitmen dari petugas dan manajemen penyelenggara pelayanan.

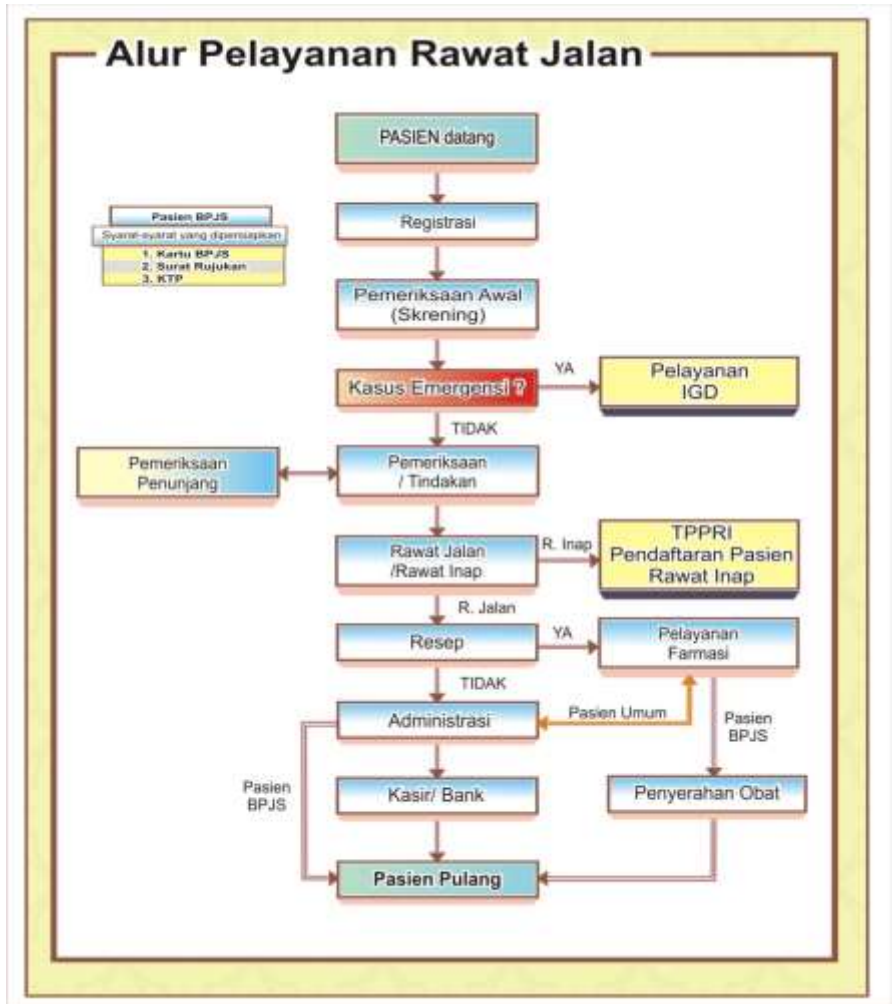
Seluruh alur dan proses pelayanan rumah sakit dibutuhkan suatu jaringan terkoordinasi dan terintegrasi dalam memudahkan pelaporan, memudahkan prosedur, administrasi, pekerjaan efektif dan efisien, profesionalisme, dan memudahkan akses pelayanan Rumah Sakit.

Dalam melaksanakan pelayanan melayani pasien di Rumah Sakit ada 5 (lima) unit pelayanan yaitu unit medis, unit rawat inap, unit keperawatan, unit administrasi, dan unit house keeping dan teknis.

4.1 Unit Medis

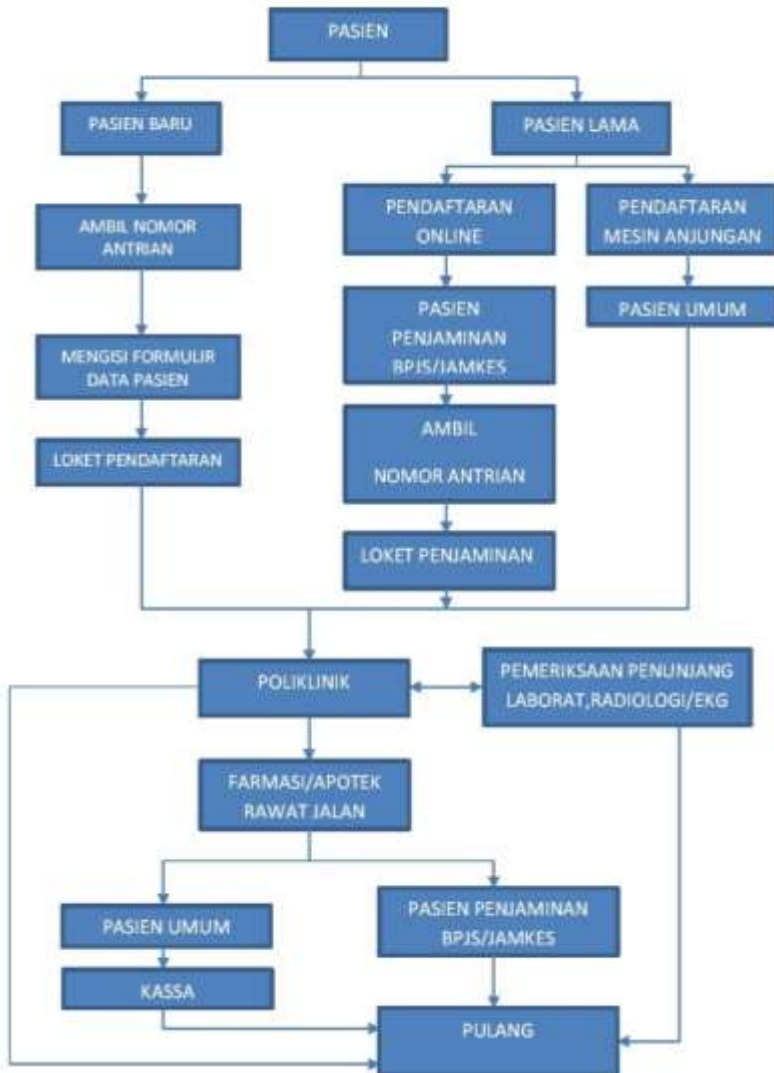
Unit medis adalah unit terdepan dalam hal pelayanan Rumah Sakit. Unit medis ini terdiri dari poliklinik, UGD, ruangan operasi, ruangan dokter, laboratorium klinis, gudang medis, ruang tunggu pasien, radiologi, rehabilitasi patologi, psioterapi. Agar unit medis ini berjalan baik dalam menangani banyak hal maka diperlukan SIM RS (Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit).

Untuk memudahkan alur proses medis dapat dilihat dari gambar dibawah ini :



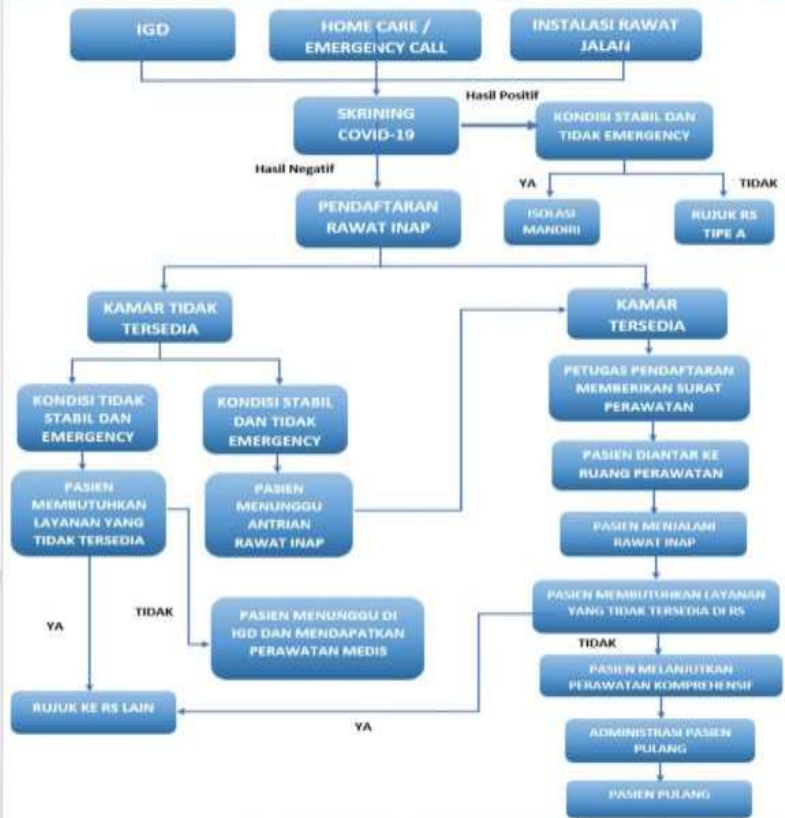
Rumah Sakit Roemani Muhammadiyah 2020

ALUR PELAYANAN PASIEN RAWAT JALAN RSUD WATES



RSUD WATES

Alur Layanan Pasien Rawat Inap

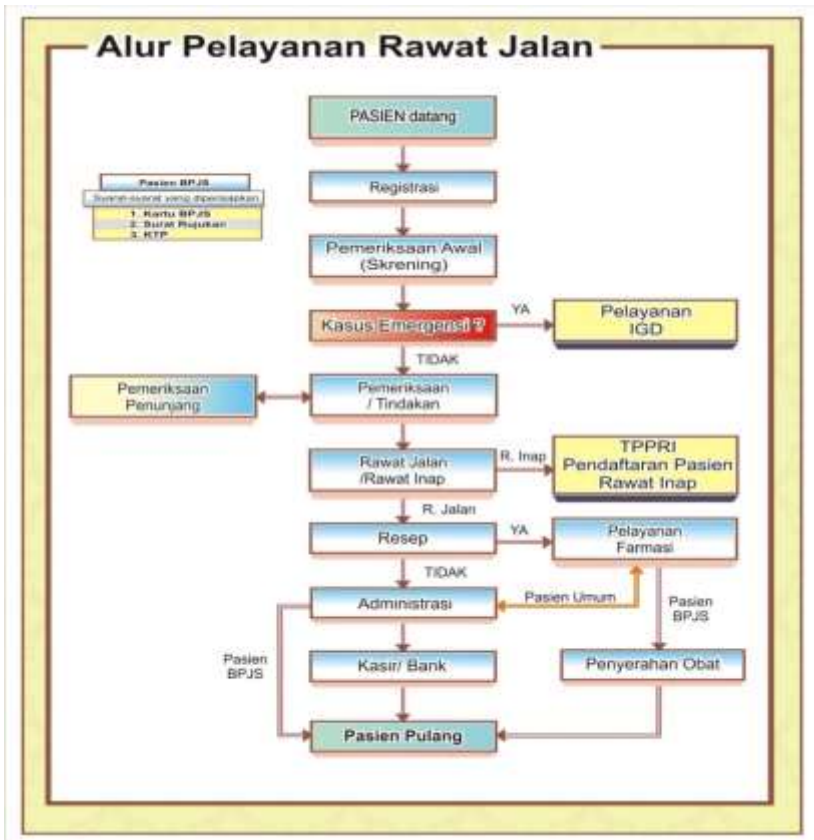


Rumah Sakit Ibu Surakarta, 2019

4.2 Unit Rawat Inap

Unit rawat inap terdiri dari rawat medis, ruangan obat, ruangan tidur, konsultasi, nursesation, dan pentry. Semua bagian ini saling membantu untuk selama diruang inap. Unit rawat inap ini juga membutuhkan SIM RS untuk mengelolah data pasien yang berada dirawat inap. Dirawat inap ini banyak data yang harus dikelola dengan baik. Untuk pasien rawat inap bagian kandungan biasanya disatukan dalam suatu ruangan rawat inap yang sama.

Untuk melihat alur proses rawat inap dapat dilihat dibawah ini :



Rumah Sakit Roemani Muhammadiyah 2020

PASIE LAMA

PENDAFTARAN LEWAT HAND PHONE ANDROID

Bisa Diakses Mulai Pukul 00.00-09.00 WIB Setiap Hari Buka Poliklinik

a.Pasien Umum



b.Pasien Penjaminan



PENDAFTARAN MELALUI ANJUNGAN

(Bisa Diakses Mulai Pukul 06.00 WIB Setiap Hari Buka Poliklinik)

a.Pasien Umum



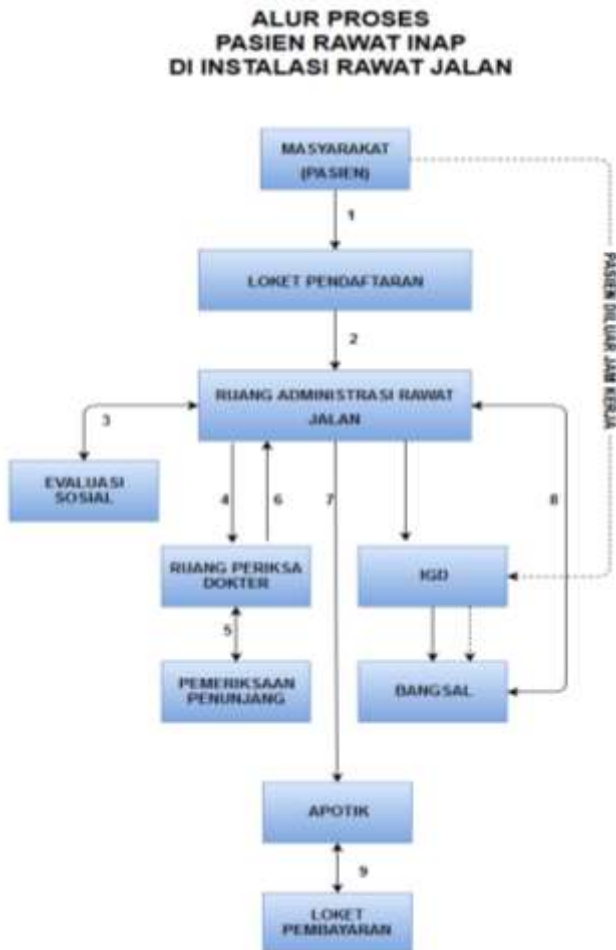
b.Pasien Penjaminan



RSUD Wates, 2019

4.3 Unit Keperawatan

Unit keperawatan berkaitan dengan farmasi, rekam medis, ruang perawat, perawatan poliklinis, sterilisasi, dan ruang konseling. Alur keperawatan dapat dilihat :



Rumah Sakit Roemani Muhammadiyah 2020



SOP Pukesmas Kalibaru Kulon, 2016

4.4 Unit Administrasi

Unit administrasi terdiri dari pengelola keuangan data pasien dan arsip pendataan. Didalam unit ini sangat diperlukan adanya SIM RS untuk mendapatkan kinerja yang bermutu. Alur administrasi dapat dilihat dibawah ini :



Rumah Sakit Unain – Universitas Airlangga, 2017

4.5 Unit *House Keeping* dan Teknis

Hal yang sangat penting dan perlu diperhatikan adalah kebersihan dan kelancaran dalam menunjang kinerja Rumah Sakit. Unit *house keeping* terdiri dari gudang ambulan, gudang umum, mechanical, efektrical, ruang serbaguna, loudry, clening service dan engineering. Alur ini dapat dilihat pada gambar dibawah ini :

PROSEDUR Standar Pelayanan Unit Ambulance (Rujuk)



RSUD Kota Bogor, 2019

STANDAR PELAYANAN AMBULANCE

1 Persyaratan
1. Fotocopy KK/KTP
2. Fotocopy BPJS/KIS

2 Prosedur



Daftar Isi :

1. Identifikasi panggilan darurat/kegawatdaruratan yang menimbulkan pertolongan medis
2. Menentukan identitas pasien (nama, alamat, nomor telepon) dan memverifikasi layanan layanan
3. Mengambil pasien dengan menggunakan alat pemadam/bedah
4. Menentukan perawatan/obat-obatan yang perlu
5. Mengantarkan pasien dengan selamat dan tanpa cedera melalui perjalanan di darat/air di jalan umum dan di jalur di jalan tol
6. Menunggu perawatan lanjutan
7. Membuat laporan kegiatan pelayanan selama transportasi, yang disertai adanya lembar catatan pasien, yang mencakup identitas, alamat dan keadaan pasien
8. Menyerahkan laporan/kegiatan di saat jam dinas, kepada PIC di nomor handphone 0811-2880-0110

3 Waktu Layanan
Respon time
<30 menit

4 Produk Layanan
Jasa Pelayanan
Ambulance

5 Biaya/Tarif

GRATIS



6 Pengelolaan Pengaduan
Petugas : Loket Pengaduan
SMS Center : 0822-3185-8210

Berdasarkan Keputusan PLT UPT Puskesmas Sekeloa Nomor : 448/02.3/SK/422.104.07/2022 Tentang Standar Pelayanan Publik di UPT Puskesmas Sekeloa

RSUD Kota Bogor, 2019

ALUR PELAYANAN LAUNDRY



Rumah Sakit Unain – Universitas Airlangga, 2017

DAFTAR PUSTAKA

<https://id.scribid.com>

<https://jurnal.vgm.ac.id>

<https://klnikdata.co.id>

<https://eprintspoltekesjogya.ac.id>

BAB 5

MEDIKOLEGAL

Oleh Siwi Talinta Fitra Medica

5.1 Pengertian Medikolegal

Medikolegal sebagai bidang interdisipliner antara ilmu hukum dan kedokteran. Medikolegal ialah sebuah ilmu terapan yang didalamnya terdapat dua aspek ilmu yakni *legal* artinya ilmu hukum dan *medico* artinya ilmu kedokteran. Pusat medikolegal pada standar pelayanan operasional kedokteran dalam bidang dan standar pelayanan kesehatan serta hukum yang sifatnya khusus seperti kesehatan dan kedokteran pada khususnya ataupun hukum yang ada pada umumnya. (I.B PUTRA ATMADJA, 2018)

Layanan medikolegal yaitu bentuk layanan medis yang dilaksanakan oleh petugas kesehatan dengan memanfaatkan teknologi dan ilmu kedokteran berdasarkan wewenang yang dipunyai untuk menjalankan aturan yang ada serta untuk kepentingan hukum.

5.2 Aspek Medikolegal

Hakikat aspek medikolegal bukan merupakan hal baru, yaitu sebagai pendekatan medikolegal dalam ilmu pengetahuan hukum, sebab pada ilmu pengetahuan hukum telah memahami bermacam *jurisprudence*, antara lain terkait *medical jurisprudence*, yang menjadi pembeda yaitu pendekatannya, terutama terhadap permasalahan yang muncul dikarenakan pelaksanaan profesi medik. Pendekatan tersebut tidak sama dengan pendekatan dari segi ilmu hukum seperti biasanya, sebab perlu mempertimbangkan dua bidang ilmu, yakni ilmu hukum ataupun kedokteran/medik. Pada dasarnya pendekatan medikolegal ini berlawanan dengan

hak atas perawatan medis, yakni hak atas informasi dan hak untuk memilih nasib sendiri. (Koeswadi, 1992)

Aspek medikolegal yaitu :

a. **Hak dan kewajiban pasien.**

Pasien dilindungi hak dan kewajibannya oleh peraturan undang-undang di Indonesia. UU No. 29 Tahun 2004 mengenai Praktik Kedokteran Pasal 52 mengatur tentang hak pasien yaitu diantaranya : meminta pendapat dokter gigi ataupun dokter lain; memperoleh keterangan dengan lengkap terkait tindakan medis; mendapat layanan berdasarkan keperluan medis; memperoleh isi rekam medis; serta menolak tindakan medis. Sementara dalam Pasal 53 ditetapkan kewajiban pasien diantaranya: memberi imbalan jasa atas layanan yang diperoleh; mematuhi aturan yang ada di sarana layanan medis; patuh pada petunjuk maupun nasihat dokter gigi atau dokter; serta menginformasikan secara jujur dan lengkap terkait permasalahan kesehatannya.

Hak yang dimiliki seorang pasien ditetapkan seperti halnya sebagai pelanggan layanan medis. Pasal 4 Huruf d UU Negara RI No. 8 Tahun 1999 terkait Perlindungan Konsumen yang artinya "hak untuk didengar keluhan juga pendapatnya atas jasa dan/atau yang barang dipergunakan".

b. **Hak dan kewajiban provider.**

Penjelasan terkait rumah sakit pada Pasal 1 angka 1 UU No. 44 Tahun 2009 bahwa Rumah Sakit yaitu lembaga layanan medis yang mengadakan layanan medis perorangan secara paripurna yang memberi layanan gawat darurat, rawat jalan, dan rawat inap.

Rumah Sakit bertugas memberi layanan medis perorangan secara paripurna. Maksudnya ialah pelayanan medis yang mencakup preventif, rehabilitatif, kuratif, dan promotif.

c. Jaminan bahwa pelayanan medik yang diberikan dengan cara dan mutu yang dapat dipertanggungjawabkan.

Artinya pelayanan medik yang sesuai dengan dengan standar pemberian layanan rumah sakit yakni setiap standar layanan yang ada di rumah sakit, yaitu standar asuhan keperawatan.g diberikan rumah sakit, standar pelayanan medis, Standar Prosedur Operasional.

d. Sistem dan prosedur menjamin hak dan kewajiban serta menjamin tindakan yang dilaksanakan di rumah sakit dapat diadakan evaluasinya.

Setiap pelayanan medik di rumah sakit harus menerapkan system *hospital by laws* atau kebijakan internal rumah sakit agar dapat terjamin pelayanan medik. Maksud dari *Hospital bylaws* ialah *corporate bylaws* (aturan organisasi Rumah Sakit) dan *medical staff bylaw* (peraturan staf medis Rumah Sakit) yang disusun untuk menjalankan *good corporate governance* dan *good clinical governance*. Dalam *medical staff bylaw* ialah ditetapkan *Clinical Privilege* (kewenangan klinis).

e. Hak dan kewajiban pemilik dan pengelola.

Hukum mempunyai pandangan bahwa rumah sakit bukan hanya sebagai tempat praktiknya layanan medis, tetapi juga sebuah organisasi yakni institusi. Sehingga, rumah sakit mempunyai elemen kelembagaan untuk melaksanakan layanan medis untuk publik. Rumah sakit sebagai lembaga ialah badan hukum sebab lembaga ini mendapat kewenangan pendukung hak dan kewajiban dari hukum. Hal tersebut sudah diterangkan pada pasal 29 dan 30 UU No. 44 tahun 2009 terkait rumah sakit, yang memberi kewenangan pendukung yakni hak maupun kewajiban. Pada dasarnya, pengurus badan hukum rumah sakit bisa dikelompokkan menjadi tiga kategori yang

menjadi perwujudan 3 jenis wewenang di rumah sakit yakni staff medis, pemilik rumah sakit dan management (Griffin, 2006). Baik pelaksana pelayanan kesehatan, pemilik dan management sebagai bagian yang menciptakan unsur organisasi badan hukum korporasi rumah sakit. Mereka diikat dalam satu peraturan hukum rumah sakit yang dinamakan *hospital bylaw-corporate bylaw* dan berintegrasi pada sebuah kesatuan korporasi rumah sakit. Ketentuan hukum yang tidak otonom dalam memperlihatkan hubungan management, pendiri serta layanan medis di sebuah korporasi disebut *hospital bylaw-corporate bylaw* ialah. (Pujiyono, 2021)

5.3 Pelayanan Medikolegal Di Rumah Sakit

Terdapat dua hal pada pelayanan medikolegal di rumah saki, yakni:

1. Proses pekerjaan sebagai fungsi pokok rumah sakit yakni tempat untuk usaha menyembuhkan
2. Pengoperasian dan kepemilikan rumah sakit

Selain 2 (dua) hal tersebut, landasan hukum terkait pelayanan medikolegal di rumah sakit pun ditetapkan pada peraturan perundangan di bawah ini :

1. UU Republik Indonesia No. 29 Tahun 2004 Tentang Praktik Kedokteran
2. UU Republik Indonesia No. 36 Tahun 2014 terkait Tenaga Kesehatan
3. Undang Undang Republik Indonesia No. 44 Tahun 2009 mengenai Rumah Sakit
4. UU Republik Indonesia No. 25 Tahun 2009 terkait : Pelayanan Publik

5. Permen Pendayagunaan Aparatur Negara Reformasi Birokrasi RI No. 15 Tahun 2014 mengenai Standar Pelayanan Publik
6. Permen Kesehatan RI No. 2052 / Menkes / Per / V / 2011 terkait Standar Pelayanan Kedokteran

5.4 Kasus Medikolegal Dan Penyelesaiannya

Kasus medikolegal bisa diartikan sebagai kasus cacat, meninggal ataupun cedera yang mana sangat pentingnya lembaga penegak hukum menyelidiki siapa yang memegang tanggung jawab atas meninggal, cedera, atau cacat tersebut, Apakah rumah sakit yang memegang tanggung jawab? Ataupun pasien sendiri yang bertanggung jawab atas meninggal, cedera atau cacat tersebut? apakah dokter yang bertanggung jawab? Lebih simpelnya suatu kasus hukum yang membutuhkan keterampilan medis untuk menyelesaikannya.

Kasus medikolegal dapat diartikan juga sebagai sengketa medik. Sengketa medik adalah masalah etik/disiplin yang mempunyai potensi menjadi permasalahan hukum pidana maupun perdata serta berdampak pada rumah sakit yang menjadi entitas pegawai rumah sakit ataupun organisasi, juga pimpinan rumah sakit.

Keterkaitan antara pasien dengan Rumah Sakit dan/atau dokter serta dokter gigi sifatnya *terapeutik*, yakni tidak menjamin kesembuhan tetapi terkait dengan proses maupun upaya yang diambil menurut SOP (*standard operational procedure*). Kemungkinan dalam keterkaitan ini ditemukan kesalahan ataupun kekeliruan yang kapan saja bisa terjadi.

1) Tanggung Jawab Hukum Rumah Sakit

Permenkes RI No. 4 Tahun 2018 mengenai Kewajiban Pasien Dan Kewajiban Rumah Sakit Pasal 23 butir (1) menetapkan Kewajiban Rumah Sakit memberi perlindungan juga bantuan hukum untuk setiap petugas

Rumah Sakit dalam menjalankan tugasnya, seperti yang termuat pada Pasal 2 angka (1) huruf s dijalankan melalui pemberian konsultasi hukum, memberi fasilitasi proses peradilan dan proses mediasi, mengalokasikan anggaran untuk pendanaan ganti rugi dan proses hukum, memberikan advokasi hukum, dan mendampingi untuk menyelesaikan sengketa medik.

Rumah sakit mempunyai tanggung jawab hukum jika melawan peraturan undang-undang, dilandaskan pada jenis pengelolaan rumah sakit yang terkait. Berlandaskan pengelolaannya, rumah sakit dibagi atas rumah sakit publik dan privat, hal tersebut diterangkan pada Pasal 20 UU Negara Republik Indonesia No. 44 Tahun 2009 mengenai Rumah Sakit. Pengelola Rumah Sakit publik ialah badan hukum yang sifatnya nirlaba, pemerintah dan pemerintah daerah, sementara pengelola rumah sakit privat yaitu badan hukum dalam bentuk persero dengan tujuan profit ataupun perseroan terbatas. Menurut pengelolaannya yang berbeda tersebut, maka pertanggungjawaban hukumnya pun berbeda. (Heriani, 2019)

Rumah sakit privat mempunyai tanggung jawab hukum yang berupa Perseroan Terbatas letaknya pada wewenang Direksi PT tersebut, sementara pada rumah sakit publik akan berhubungan dengan instansi Pemerintah yang berkaitan (bisa terkait dengan Kemenkes). Menurut Pasal 1 butir (5) UU No. 40 Tahun 2007 terkait Perseroan Terbatas menerangkan bahwa definisi Direksi dalam Perseroan Terbatas ialah organ Perseroan yang mempunyai tanggung jawab ataupun kewenangan penuh untuk mengurus Perseroan demi kepentingan Perseroan, berdasar pada tujuan ataupun maksud Perseroan dan

mewakili Perseroan, baik di luar ataupun di dalam pengadilan berlandaskan anggaran dasar.

2) Penyelesaian Sengketa Medik

Terdapat dua cara untuk menempuh penyelesaian sengketa yakni dengan proses non-litigasi juga litigasi. Suatu cara pada proses non-litigasi ialah Mediasi (Junaidi, 2011). Litigasi yaitu suatu tahap yang mana pengadilan memberi putusan yang mengikat sejumlah pihak yang bersengketa pada sebuah proses hukum yang ada pada sebuah tingkatan. Pelaksanaan proses litigasi di setiap tingkatan peradilan, baik peradilan tingkat banding, kasasi, juga tingkat pertama. Kedua proses, antara mediasi ataupun litigasi sangat jauh berbeda, namun keduanya sebagai bentuk penuntasan masalah medik. Litigasi sering dipergunakan dalam menyelesaikan sengketa medik, namun mediasi mulai dianggap efektif untuk penyelesaian sengketa medik. Harus dipahami bahwa kedua cara tersebut sebetulnya sama-sama saling berhubungan, yang mana sebelum diadakannya proses litigasi perlu mengadakan mediasi terlebih dahulu. Untuk menuntaskan litigasi harus di garis bawah kerugian pada tahapan litigasi untuk dokter gigi ataupun dokter ataupun Rumah Sakit yakni dari segi pengaruh nama yang menjadi buruk bagi Rumah Sakit serta biaya premi asuransi dokter gigi maupun dokter yang naik. Hal demikian secara psikologis mengakibatkan publik menganggap buruk pada dokter gigi atau dokter maupun Rumah Sakit yang sedang melaksanakan proses Litigasi.

Pada Proses Litigasi ada 4 jalur yakni melalui jalur perdata, pidana, administrasi dan mediasi:

a. Sengketa Perdata

Dasar hukum melalui peradilan perdata, al: Pasal 32 huruf q UU No. 44 Tahun 2009 mengenai Rumah Sakit;

Pasal 66 UU No. 29 Tahun 2004 terkait Praktik Kedokteran; Pasal 1366 KUHPerdata, Pasal 1238- 1239 Pasal 1365. Gugatan tindakan melanggar hukum ataupun wanprestasi. Kewajiban yang diberikan pada penggugat yakni menunjukkan kebenaran dalil-dalil gugatannya. Sementara, Tergugat mempunyai hak untuk membantah dalil-dalil yang diungkapkan penggugat.

b. Sengketa Pidana

Pada kasus pidana pihak yang dirugikan memberikan pengaduan Polisi bahwa diirnya sudah mengalami tindak pidana. Terkait dengan tindak pidana bidang kesehatan baik yang ditetapkan di luar ataupun dalam KUHP. Sejumlah tahapan untuk menyelesaikan kasus pidana ialah: mengadukan ataupun melaporkan terkait terjadinya sebuah perbuatan hukum; Klarifikasi; Proses menyelidiki; memanggil sejumlah pihak; Penyusunan berita acara klarifikasi; Memanggil beberapa saksi; bila dibuat kesimpulan terdapat dugaan tindakan pidana masuk ke penyidikan (di Kepolisian); Penuntutan (di Kejaksaan); Persidangan (di Pengadilan). Sementara tahapan persidangan yakni: membacakan Surat Dakwaan; Eksepsi (bila ada); JPU menanggapi; Hakim Ketua Majelis memberi Putusan Sela; Pemeriksaan saksi / Keterangan ahli (Pembuktian); *Requisitor* (Pembacaan Tuntutan); Pembacaan Replik (Tanggapan JPU atas Pledoi Penasihat Hukum); Pledoi (Pembacaan Pembelaan); Pembacaan Duplik (Penasihat Hukum menanggapi atas Replik dari JPU); serta Penjatuhan Putusan.

c. Sengketa Administrasi/PTUN

Pada prinsipnya sama dengan jalur pengadilan perdata, namun terdapat "*Proses Dismissel*". Pada

proses ini hakim akan menilai sengketa kedua pihak, apakah permasalahan ini perlu dilanjutkan ke Pengadilan Tata Usaha Negara. Hakim lebih aktif untuk menggali kasus. Berdasar UU No. 5 Tahun 1986 mengenai Peradilan Tata Usaha Negara terakhir diubah dengan UU No. 51 Tahun 2009 dan seperti yang diubah dengan UU No. 9 Tahun 2004, Sengketa Tata Usaha Negara: Sengketa yang muncul di sektor tata usaha negara antara pejabat atau badan tata usaha negara dengan badan hukum perdata ataupun orang, baik di daerah ataupun di pusat, sebagai akibat diterbitkannya putusan tata usaha negara, juga sengketa kepegawaian menurut ketentuan undang-undang yang ada. Menurut hasil proses sengketa tata usaha negara diterbitkan Keputusan Tata Usaha Negara, yakni sebuah ketetapan tertulis oleh pejabat atau badan tata usaha negara yang memuat perbuatan pidana tata usaha negara yang dberlandaskan ketentuan undang-undang yang ada, sifatnya final, konkret, dan individual, yang menyebabkan akibat hukum untuk badan hukum perdata ataupun seseorang,

d. Mediasi

Terdapat sejumlah faktor yang membuat sejumlah pihak dalam sengketa medis ingin memenuhi hak-hak hukumnya, seperti kebutuhan psikologis ataupun emosi yang juga bisa disalurkan. Hal demikian bisa terpenuhi serta sebagai bagian dari manfaat jika mengambil mediasi. Kepentingan para pihak akan di utamakan dalam mediasi, maka selain hak hukum, tetapi juga melalui diskusi yang ditengahi oleh mediator akan menyalurkan hak psikologis (Seomartono, 2006). Kunci utama dari mediasi ialah keterbukaan, maka lebi tepat dipergunakan dalam

menuntaskan masalah medis. Di samping itu, konsumen yang menjadi pihak yang tidak mempunyai kekuatan dari sisi pendidikan dan materi, dengan menempun mediasi bisa menyampaikan harapannya kepada pihak lain secara langsung yakni rumah sakit maupun dokter ataupun dokter gigi. Inti dari pengadaan mediasi yaitu iktikad baik yang menjadi acuan berlangsungnya tahap penuntasan sengketa. Jika melanggar persetujuan mediasi, maka dapat dijadikan landasan gugatan ke pengadilan, yang mana akan mengakibatkan penumpukan kasus sengketa medis di tiap jenjang pengadilan sebab memerlukan proses yang lama. Usaha penuntasan permasalahan medis yang lebih melindungi pasien yaitu menempuh jalur non litigasi, sebab memberi ruang bagi pasien dalam menyampaikan keinginan maupun keluhannya secara terbuka kepada rumah sakit maupun dokter serta dokter gigi dalam sengketa medis yang ia alami.

Mediasi sengketa medik bisa melalui Lembaga BPSK yakni lembaga khusus yang pembentukannya menurut Pasal 31 UU No. 8 Tahun 1999 terkait Perlindungan Konsumen. BPSK dibentuk untuk penyelesaian sengketa di luar pengadilan di Daerah Tingkat II. UU No. 8/1999 mengenai Perlindungan Konsumen pun bisa digunakan pada bidang kesehatan.

BPSK memiliki sejumlah tugas, tetapi tugas pokok BPSK yaitu mengatasi ataupun menuntaskan sengketa antara pasien dan pengusaha. Anggota BPSK meliputi unsur pemerintah, pelaku usaha, dan konsumen, setiap unsur jumlahnya maksimal 5 (lima) orang, serta minimal 3 (tiga) orang.

DAFTAR PUSTAKA

- Griffin, D., 2006. *Hospitals : What they are and how they work*. Massachusetts: Jones and Bartlett Publishers.
- Heriani, I., 2019. PERLINDUNGAN HUKUM ATAS HAK PASIEN DARI PENYELESAIAN SENGKETA MEDIK ANTARA PASIEN DENGAN DOKTER DAN/ATAU. *AL - ULUM ILMU SOSIAL DAN HUMANIORA*, 5(2).
- I.B PUTRA ATMADJA, 2018. *ASPEK MEDIKOLEGAL DALAM PELAYANAN MASYARAKAT*. Denpasar: Udayana University Press.
- Junaidi, E., 2011. *Mediasi dalam penyelesaian sengketa medik*. Jakarta : Rajawali Pers.
- Koeswadi, H. H., 1992. *Beberapa Permasalahan Hukum dan Medik*. Bandung: PT Chitra Aditya Bakti.
- Pujiyono, E., 2021. Kedudukan Korporasi Rumah Sakit Dalam Tanggung Gugat Kelalaian. *Jurnal Hukum dan Etika Kesehatan*, Volume 1 , p. 179.
- Seomartono, G., 2006. *Arbitrase dan mediasi di Indonesia*. Jakarta: Gramedia Pustaka Utama.

BAB 6

RAHASIA MEDIS

Oleh Afif Wahyudi Hidayat

6.1 Pendahuluan

Dalam dunia medis, terdapat banyak rahasia yang harus dijaga dan dijaga kerahasiaannya. Rahasia medis adalah informasi yang berkaitan dengan kesehatan pasien yang harus dijaga kerahasiaannya oleh tenaga medis yang menanganinya. Hal ini dilakukan untuk menjaga privasi pasien dan mencegah informasi medis yang sensitif tersebar ke publik. Namun, dalam praktiknya, menjaga kerahasiaan medis bukanlah hal yang mudah. Terdapat banyak tantangan yang harus dihadapi oleh tenaga medis dalam menjaga kerahasiaan medis, seperti adanya tekanan dari pihak keluarga pasien, keinginan pasien untuk membagikan informasi medisnya ke publik, dan adanya kebocoran informasi medis oleh tenaga medis yang tidak bertanggung jawab (Beauchamp & Childress, 2013).

Tantangan ini semakin rumit dengan pesatnya perkembangan data dan inovasi korespondensi. Data klinis yang harus dirahasiakan dapat dengan mudah disebarkan melalui hiburan virtual atau platform berbasis internet lainnya. Akibatnya, staf klinis benar-benar harus memahami pentingnya menjaga privasi klinis dan menemukan cara yang tepat untuk mengikuti klasifikasi ini. Hal ini juga penting bagi pihak-pihak terkait, seperti pihak keluarga pasien dan pihak asuransi kesehatan, untuk memahami pentingnya menjaga kerahasiaan medis dan tidak memaksa tenaga medis untuk membocorkan informasi medis yang sensitif.

Trilogi Rahasia Medis adalah bidang hukum medis sistematis yang terdiri dari beberapa poin. Dinamakan demikian karena hubungan antara ketiga bidang tersebut sangat dekat sehingga jika Anda memeriksa satu bidang, bidang lain juga akan terhubung. arti disini adalah Persetujuan Tindakan Medis (*Informed Consent*), Rekam Medis (*Medical Records*), dan Rahasia Medis (*Medical Secrecy*). Masing - masing bidang tersebut saling berhubungan satu sama lainnya. Saya akan berkonsentrasi pada Rahasia Medis (*Medical Secrecy*), bagian ketiga dari trilogi, dalam buku ini.

6.2 Definisi Rahasia Medis

Kata rahasia sebagaimana di dalam Kamus Besar Bahasa Indonesia (KBBI) memiliki beberapa makna. Dua di antaranya adalah *“sesuatu yang sengaja disembunyikan supaya tidak diketahui orang lain”* dan *“sesuatu yang dipercayakan kepada seseorang agar tidak diceritakan kepada orang lain yang tidak berwenang mengetahuinya”*(K. B. B. Indonesia, 2020).

Rahasia adalah sesuatu yang dirahasiakan dan hanya dapat diketahui oleh satu orang, sekelompok kecil orang, atau satu orang. Karena kebanyakan orang tidak mengatakan kebenaran tentang rahasia orang lain, bisa dikatakan mereka terpaksa melakukannya.

Rahasia medis adalah informasi medis yang dijaga kerahasiaannya oleh dokter atau tenaga medis lainnya. Informasi ini meliputi riwayat kesehatan pasien, hasil tes medis, dan informasi lainnya yang berkaitan dengan kesehatan pasien. Rahasia medis dijaga untuk melindungi privasi pasien dan mencegah informasi medis yang sensitif jatuh kepada pihak-pihak yang tidak bertanggung jawab.

Rahasia Medis terdapat di dalam Sumpah Hippokrates, Rahasia kedokteran ini merupakan kewajiban moral berdasarkan norma kesusilaan yang berasal dari sumpah Hippokrates (Ridwan, 2019).

Selain itu, kewajiban untuk melindungi rahasia medis diuraikan dalam Deklarasi Jenewa, Kode Etik Kedokteran Internasional, Deklarasi Lisbon tahun 1981, Kode Etik Kedokteran Indonesia tahun 2002, dan Peraturan Pemerintah Nomor 26 Tahun 1966 dan Peraturan Pemerintah Nomor 10 tahun 1966.

Rahasia Medis adalah kebebasan umum (HAM) yang harus dihormati dan dijaga oleh semua pihak yang terkait dengan perawatan medis. Informasi medis yang rahasia harus dilindungi dengan ketat untuk mencegah penyalahgunaan dan pengungkapan yang tidak sah. Sehingga penting bagi pasien untuk memberikan informasi medis yang lengkap dan akurat kepada dokter mereka dan memilih perangkat medis dan aplikasi kesehatan yang aman dan terjamin.

6.3 Pentingnya Rahasia Medis

Rahasia medis sangat penting untuk menjaga privasi pasien, keamanan pasien dan membangun kepercayaan antara pasien dan tenaga medis. Namun, terkadang informasi medis ini dapat diungkapkan tanpa izin pasien, yang dapat menyebabkan masalah serius. Jika informasi medis pasien bocor, pasien dapat merasa malu atau merasa tidak nyaman dengan dokter atau tenaga medis lainnya. Selain itu, Diskriminasi asuransi kesehatan atau penggunaan tidak etis lainnya dapat dilakukan terhadap informasi medis yang sensitif. Sejalan dengan itu, kita harus memahami apa itu penjelasan rahasia medis dan bagaimana kita dapat melindungi informasi klinis kita sendiri. Rahasia Medis adalah pedoman yang sah dan etika yang menyatakan bahwa data spesifik mulai dari hubungan pasien spesialis tidak dapat dibagikan dengan sembarangan. Hubungan pasien dan dokter adalah hubungan berlandaskan kepercayaan (*fiduciary relationship*). Kemampuan seorang pasien untuk mempercayai dokternya membentuk dasar dari hubungan ini (*trust, vertrouwen*). Dia harus dapat dengan bebas dan aman mendekati dokter untuk meminta bantuan.

Dibebaskan dari ketidakpastian, belum lagi ketidakpercayaan. Pasien perlu tenang dan tidak perlu khawatir mengungkapkan semua keluhan fisik dan mentalnya. Dia perlu memiliki keyakinan bahwa dokter tidak akan membicarakan hal yang sangat pribadi ini dengan orang lain. (Konsil Kedokteran Indonesia, 2006).

Fakta bahwa dokter yang merawat pasien juga akan melakukan pemeriksaan sebenarnya, atau sebaliknya, dengan pemeriksaan tambahan yang penting juga, setelah mendapatkan data yang memadai terkait penyakit pasien menjadi pertimbangan penting lainnya. dilakukan, seperti rontgen dan tes di laboratorium, Dokter dapat menentukan penyakit melalui penilaian ini, menentukan dugaan penyakitnya, dan membuat pengaturan terapi yang harus diselesaikan. Pasien memberikan informasi diagnosis, prognosis, rencana pengobatan, dan pemeriksaan penunjang, serta informasi hasil pemeriksaan fisik. Oleh karena itu, hal-hal yang harus dirahasiakan tidak hanya terbatas pada data yang berkaitan dengan infeksi dan karakter pasien, tetapi juga mencakup data tentang efek samping dari penilaian aktual, penilaian pendukung, analisis, visualisasi, dan pengobatan. Data ini kemudian disimpan dalam rekam medis pasien dan disinggung sebagai data klinis pasien atau informasi medis pasien. Komitmen untuk menjaga kerahasiaan data pasien kemudian disinggung sebagai komitmen untuk tetap menjaga kerahasiaan.

6.4 Hukum dan Etika Rahasia Medis

Hukum dan etika memainkan peran penting dalam menjaga rahasia medis. Di banyak negara, ada undang-undang yang mengatur rahasia medis dan mengharuskan dokter dan tenaga medis lainnya untuk menjaga kerahasiaan informasi medis pasien. Selain itu, etika medis juga menekankan pentingnya menjaga rahasia medis dan membangun kepercayaan antara pasien dan tenaga medis.

Pada dunia medis di Indonesia terdapat regulasi-regulasi yang mengatur seperti:

Undang-Undang:

1. Undang - Undang No. 29 Tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran
2. Undang - Undang No. 11 Tahun 2008 tentang Informasi Elektronik
3. Undang - Undang No. 19 Tahun 2016 tentang Perubahan Undang - Undang No. 11/2008
4. Undang - Undang No. 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan
5. Undang - Undang No. 36 Tahun 2016 tentang Tenaga Kesehatan

Peraturan Pemerintah:

Peraturan Pemerintah No. 46 Tahun 2014 tentang Sistem Informasi Kesehatan.

Peraturan Presiden:

Peraturan Presiden No. 18 Tahun 2021 tentang Kementerian Kesehatan.

Peraturan Menteri Kesehatan:

1. PMK Nomor 290 Tahun 2008 tentang Persetujuan Tindakan Kedokteran
2. PMK Nomor 36 Tahun 2012 tentang Rahasia Kedokteran
3. PMK Nomor 5 Tahun 2022 tentang Organisasi dan Tata Kerja Kementerian Kesehatan
4. PMK No. 24 Tahun 2022 tetntang Rekam Medis

Dokter jarang menyadari bahwa ketika menerima pasien untuk menangani masalah kesehatan dalam bidang *kuratif*, *preventif*, *rehabilitatif*, dan *promotif*, sebenarnya telah terjadi transaksi atau kesepakatan antara dua pihak di bidang kesehatan. Hal inilah yang jarang disadari oleh para dokter ketika menjalankan profesi kedokteran atau kesehatan. (Hanafiah & Amir,

2019). Sebagaimana ditunjukkan oleh pengaturan yang sah, hubungan tersebut berlaku sebagai peraturan. Hal ini mengandung arti bahwa masing-masing pihak memiliki kebebasan dan komitmen yang harus dipatuhi. Apabila salah satu pihak tidak memenuhi komitmennya, maka pihak yang dilecehkan dapat menggugat atau menggugat pihak lainnya (Susanto, 2008). Anda dapat memulainya dengan melihat pasal 1313 KUH Perdata untuk melihat atau memposisikan hubungan antara dokter dan pasien yang mempunyai dasar hukum: "Suatu pembuktian dengan mana sekurang-kurangnya satu orang mengikatkan diri kepada satu orang atau lebih." (KUH Perdata Nusantara, 2021).

Dalam bidang kedokteran jelas ada hubungan atau kesepahaman antara pasien atau keluarga pasien dengan satu atau beberapa dokter. Selanjutnya, karena kesepahaman ini akan ada pengaturan antara kedua pertemuan tersebut. Kedua belah pihak sepakat dan berjanji akan melakukan sesuatu yang berhubungan dengan kesehatan atau pengobatan.

Karena pengertian dan pemahaman inilah maka akan terjadi "ikatan" antara kedua perkumpulan diatas (pasien dan dokter). Dalam undang-undang dimaklumi bahwa yang dimaksud dengan suatu kesepahaman adalah hubungan yang sah antara sekurang-kurangnya dua orang, dengan pihak yang satu berhak untuk meminta sesuatu dari pihak yang lain, sedangkan pihak yang lain berkewajiban untuk memenuhi kepentingan itu. (Hanafiah & Amir, 2019).

Ada berbagai hubungan kontraktual antara dokter dan pasien, yaitu (Guwandi, 2009):

1. Kontrak yang nyata (*expressed contract*)

Di sini, sifat atau derajat pengaturan manfaat klinis telah disampaikan oleh spesialis dengan cara yang asli dan jelas, baik yang dicatat sebagai hard copy maupun secara lisan.

2. Kontrak yang tersirat (*implied contract*)

Dalam struktur ini adanya kesepakatan tertutup dari kegiatan silaturahmi. Itu muncul bukan karena pengesahan, namun dianggap ada oleh peraturan mengingat pertimbangan penilaian yang sehat, kebiasaan dan keadilan.

Hubungan antara dokter dan pasien sangat penting, karena pada saat itu dokter harus memenuhi tanggung jawab yang sah dan menumbuhkan tanggung jawab terhadap pasiennya. Dalam kebanyakan kasus, awal suatu hubungan sangat jelas dalam banyak hal. Dokter dan pasien telah mengadakan hubungan kontraktual jika pasien meminta dokter untuk merawatnya dan dokter menyetujuinya. (Guwandi, 2009).

Dalam perjanjian remedial antara pasien dan dokter spesialis, tentunya dokter spesialis mengutamakan kebebasan pasien karena pekerjaannya adalah mata pencaharian filantropis. Namun, pasien yang telah membuat komitmen untuk berobat ke dokter juga harus memperhatikan tanggung jawabnya agar hubungan dokter-pasien terlihat baik. (Guwandi, 2009).

Dalam Kode Etik Kedokteran Indonesia ada pasal-pasal mengenai komitmen dokter spesialis terhadap pasien yang juga merupakan kebebasan pasien yang perlu diperhatikan. Pada dasarnya, pasien memiliki hak sebagai berikut: (Guwandi, 2009):

1. Hak untuk hidup, hak atas tubuhnya sendiri, dan pilihan untuk mewariskan secara normal.
2. Sesuai dengan standar profesi, mendapatkan perawatan medis yang manusiawi.
3. Dokter yang merawat harus memberikan penjelasan tentang diagnosis dan pengobatannya.
4. Menolak metode analitik dan bermanfaat yang diatur, dapat mencoba dan menarik diri dari perjanjian perbaikan.
5. Dapatkan klarifikasi tentang eksplorasi klinis yang akan diikuti.

6. Menolak atau menoleransi dukungan dalam pemeriksaan klinis.
7. Bila perlu konsultasikan dengan dokter spesialis, dan setelah konsultasi atau pengobatan selesai, kembalilah ke dokter yang merujuk untuk pengobatan atau tindak lanjut.
8. Sekresi dan catatan klinis untuk masalah individu.
9. Dapatkan klarifikasi pedoman klinik.
10. Selama perawatan di rumah sakit, berhubungan dengan keluarga, pendeta, atau individu lain yang diperlukan.
11. Dapatkan klarifikasi seluk-beluk biaya rawat inap.

Menjaga rahasia pasien sebagai rahasia bisa jadi sulit bagi seorang dokter, terutama jika hal itu membuat mereka bertentangan dengan pihak lain atau bahkan kepentingan publik. Situasi berikut harus dikecualikan dari persyaratan untuk merahasiakan informasi pasien jika tidak bertentangan dengan kepentingan umum: (Koswara, 2020):

1. Jika pasien telah memberikan izin untuk membagikan informasi ini.
2. Jika pasien berkomunikasi dengan dokter lain.
3. Jika informasi tersebut tidak dianggap rahasia.

Bandingkan dengan ketentuan dalam Undang-Undang Nomor 29 Tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran yang juga menentukan pengecualian terhadap kewajiban membuka rahasia dokter tersebut yaitu sebagai berikut (Hanafiah & Amir, 2019):

1. Dengan asumsi selesai melayani kesejahteraan pasien, atau
 2. Setiap kali dilakukan sejalan dengan pemolisian,
 3. Setiap kali dilakukan sejalan dengan pasien itu sendiri, atau
 4. Pada saat diselesaikan berdasarkan rencana sah lainnya.
- (Ayat 2 Pasal 48 UU Nomor 29 Tahun 2004).

Selanjutnya, sebagai kasus khusus, seorang spesialis harus diizinkan untuk mengungkapkan data pasien rahasia secara terbatas untuk pertemuan tertentu, selama ada legitimasi yang masuk akal. Tiga (tiga) kondisi batas yang tercantum di bawah berlaku dalam hal ini:

1. Syarat-syarat pembatasan para pihak, seperti larangan bahwa rahasia hanya boleh diungkapkan kepada pihak-pihak yang berkepentingan, misalnya pengadilan, pihak yang mungkin terkena penyakit, dan lain-lain.
2. Prasyarat untuk data yang dibatasi, khususnya informasi hanya diungkapkan sejauh yang diharapkan oleh pihak yang memperoleh informasi tersebut.
3. Keperluan syarat - syarat yang dibatasi, khususnya data yang mungkin diungkapkan dalam hal terpenuhinya keadaan-keadaan tertentu, termasuk syarat-syarat yang menyertainya:
 - a. Keluarga atau teman dekat pasien berisiko tertular penyakit.
 - b. Secara terapeutik data ini harus dibuka.

Oleh karena itu, dokter sebagai seorang profesional wajib menjaga rahasia pasien yang dilindungi undang-undang. Namun, pengaturan ini tidak memiliki pengaruh yang signifikan sama sekali karena alasan berikut (Koswara, 2020):

1. Dokter bukan hanya alter ego pasien mereka; sebaliknya, mereka adalah profesional yang mempraktikkan etika profesi dalam pekerjaan mereka.
2. Ada pertimbangan lain yang lebih penting daripada menjaga kerahasiaan pasien dan dokter.

Hukum untuk menggugat tentang Kerahasiaan Medis dapat ditemukan di (Koswara, 2020):

1. Yurisprudensi Belanda berdasarkan sifat dari:
 - a) Hoge Raad 21 April Tahun 1913
 - b) Arrondissementsrechtbank Haarlem Tanggal 11 Desember Tahun 1984 tentang larangan mengungkapkan Rahasia Medis,
2. Hukum Perdata Indonesia
 - a) Perjanjian terapeutik antara dokter dan pasien (hukum),
 - b) Pasal 1909 tentang hak Tolak Mengungkap (*verschoningsrecht*),
 - c) Pasal 1365 tentang perbuatan melawan hukum(*onrechtmatigedaad*).
3. Hukum Pidana
 - a) Pasal 322 tentang wajib menyimpan rahasia
 - b) Pasal 224 tentang Panggilan Menghadap sebagai Saksi Ahli
4. Hukum Acara Pidana (KUHAP)
 - a) Pasal 170 tentang Wajib menyimpan rahasia,
 - b) Pasal 179 tentang Wajib memberikan keterangan sebagai Ahli Kedokteran Kehakiman, atau sebagai Dokter.
5. Hukum Acara Perdata (Reglemen Indonesia yang diperbaharui).
 - (a) Pasal 146 ayat 3.
(Reglemen Luar Jawa)
 - (b) Pasal 174.
6. Hukum Administrasi
Peraturan Pemerintah No. 10 tahun 1946 Yang memperluas jangkauan Wajib simpan Rahasia Kedokteran terhadap tenaga kesehatan lainnya.
7. Konvensi Internasional (sesudah Ratifikasi)
 - (a) *United Nations Declaration of Human Rights*,

(b) *Declaration of Lisbon* tentang Hak Rahasia atas diri pribadi.

Prof. Eck mengemukakan 4 (empat) justifikasi pengecualian pengungkapan, yaitu:

1. Izin dari yang berhak (*de toestemming van degeheimgerechtigde*)

Alasan utama legitimasi (*rechtsvaardigingsgrond*) adalah persetujuan dari individu yang sah, in casu dari pasien itu sendiri. Karena dianggap melanggar rahasia yang dipercayakan kepada pelanggarnya, maka Pasal 322 KUHP mengatur bahwa pelaku dapat dikenakan pembalasan. Dengan asumsi persetujuan telah diberikan, spesialis melepaskan komitmennya untuk tetap diam (*zwijgplicht*). Pemberian izin itu bisa secara terbatas, dalam arti terbatas terhadap orang-orang tertentu. Bisa juga dibatasi ruang lingkup rahasia itu sendiri, misalnya terbatas hanya kepada apa yang diperlukan saja (Guwandi, 2009).

2. Keadaan mendesak atau terpaksa (*de noodtoestand of the overmacht*),

Dalam kondisi terbatas - juga tanpa persetujuan pasien - seorang spesialis dapat mengungkap wawasan istimewa klinis pasien. Yang dimaksud dengan "constrained condition" adalah apa yang terjadi dimana suatu standar dapat dikesampingkan untuk kepentingan yang lebih menonjol. Dalam KUHP hal ini disinggung sebagai "overmacht" sebagaimana ditentukan dalam KUHP pasal 48. Bisa juga secara khusus melibatkan pasien, seperti pasien yang mencoba bunuh diri (*suicidal intent*). Ini mungkin kasus yang melibatkan kepentingan orang lain. Selain itu, kepentingan Negara dapat dikompromikan, atau untuk menjaga kesejahteraan umum.

3. Peraturan perundang-undangan (*het wettelijk voorschrift*)

Dalam beberapa kasus, undang-undang tidak hanya berwenang, tetapi juga berkewajiban untuk mengungkapkan data klinis tertentu. Untuk situasi ini jelas dinyatakan dalam KUHP Pasal 50. Secara resmi diputuskan bahwa mereka tidak akan ditolak: setiap individu yang mengabaikan standar menurut hukum. Misalnya komitmen untuk melaporkan kelahiran, kematian, komitmen untuk melaporkan infeksi tertentu, dan lain-lain. Untuk situasi ini cenderung dipandang secara nyata oleh Undang-undang telah diatur, bahwa ada kepentingan yang lebih menonjol. Secara resmi, justifikasinya terletak pada adanya undang - undangan.

4. Perintah jabatan (*het bevoegd gegeven ambtelijk bevel*)

Sebagai satu lagi alasan legitimasi (*rechtvaardigingsgrond*) untuk bertentangan dengan standar adalah permintaan jabatan yang diarahkan dalam KUHP Pasal 51. Contoh yang paling jelas yang berkaitan dengan Rahasia Medis dalam kaitan pasal 51 ini adalah dalam kaitan kemiliteran, di mana juga terdapat tenaga profesi medis. Sebagai tentara berdasarkan Hukum Militer ia harus patuh terhadap perintah atasannya, namun sebagai dokter ia pun terikat terhadap profesinya. Terdapat di sini suatu dualisme, dua kepentingan atau dua kewajiban yang saling bertentangan. Kepentingan yang mana yang dianggap lebih tinggi: perintah atasan yang sebagai seorang militer harus dipatuhi, atau peraturan perundang-undangan yang mewajibkan kepadanya sebagai pemegang profesi medis untuk memegang rahasia medis.

Bagi dokter yang menjadi pedoman dalam menentukan sikapnya ialah: Yang pertama-tama didahulukan adalah rahasia jabatan dokter, terutama karena kewajiban moral. Alasan melepaskan rahasia jabatan yang mungkin terpaksa ditempuh adalah pertumbuhan akal sehat, yaitu ada tidaknya kepentingan yang lebih utama atau kepentingan umum.

Demikian pula ahli yang dalam hal ini adalah orang yang pada akhirnya mengetahui telah terjadi kesalahan, maka ahli wajib melaksanakan Pasal 108 yang mengatur tentang unjuk rasa dan pengungkapan unjuk rasa pidana, yang berbunyi sebagai berikut:

1. Setiap orang yang menjumpai, melihat, menyaksikan, dan menjadi korban dari suatu peristiwa yang merupakan suatu tindak pidana, dapat menyampaikan laporan atau pengaduan kepada ahli atau calon pemeriksa, baik secara lisan maupun tertulis dalam bentuk hard copy.
2. Setiap orang yang mengetahui adanya skema untuk melakukan pelanggaran terhadap permintaan dan keamanan publik, harus segera melaporkan masalah ini kepada spesialis atau penguji.
3. Setiap pegawai negeri dalam rangka menjalankan kewajibannya mengetahui adanya peristiwa yang berupa tindak pidana wajib melaporkan hal tersebut kepada pemeriksa atau ahli.

Pada Dasarnya Rahasia Medis memuat sebagai berikut:

- a) Seorang dokter wajib merahasiakan segala sesuatu yang diketahuinya tentang pasien karena kepercayaan yang diberikan kepadanya bahkan juga setelah pasien meninggal dunia (Kode Etik Kedokteran Indonesia).
- b) Komitmen menjaga rahasia medis diarahkan kepada peraturan perundang-undangan, dan Kode etik kedokteran Indonesia yang berlaku, bahkan hukuman atas pelanggaran dapat diberikan berdasar KUHP, KUH Perdata dan sanksi dari organisasi profesi.
- c) Aturan tentang menjaga rahasia medis tidak selalu berlaku. Ini berarti bahwa dokter dapat dan terkadang harus memberi tahu orang-orang tertentu tentang rahasia yang mereka miliki tentang pasien mereka jika itu untuk kepentingan umum dan

untuk mencegah terjadinya hal-hal yang dapat merugikan kepentingan orang lain.

- d) Mengingat Peraturan Kesejahteraan Republik Indonesia No. 68 Tahun 2013 tentang Komitmen Koperasi Ahli Kesejahteraan Untuk Memberikan Data Dugaan Kebrutalan Terhadap Anak Muda maka Dokter Spesialis diharapkan dapat mengungkap fakta insider klinis.
- e) Peraturan Menteri Kesehatan RI No 68 Tahun 2013 merupakan tindak lanjut Pasal 108 KUHP dan Undang-undang perlindungan anak nomor 23 tahun 2002.

6.5 Perlindungan Rahasia Medis

Perlindungan rahasia medis sangat penting untuk menjaga privasi dan hak asasi manusia. Undang - undang dan peraturan - peraturan kesehatan mengatur tentang perlindungan rahasia medis, seperti Undang - Undang No. 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan dan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 24 Tahun 2022. Namun, dalam beberapa kasus, rahasia medis dapat diungkapkan tanpa persetujuan pasien, seperti dalam kasus tindakan medis yang diperlukan untuk menyelamatkan nyawa pasien atau dalam kasus hukum yang memerlukan informasi medis sebagai bukti.

Bagaimana Melindungi Informasi Medis anda sendiri, selain perlindungan hukum dan kebijakan rumah sakit, ada beberapa hal yang dapat anda lakukan untuk melindungi informasi medis anda sendiri:

1. Berbicara dengan dokter anda tentang Rahasia Medis, pastikan anda memahami hak anda sebagai pasien dan apa yang dilindungi oleh rahasia medis. Berbicara dengan dokter anda tentang kebijakan privasi dan keamanan rumah sakit atau klinik tempat anda menerima perawatan.
2. Jaga Kertas Kerja Medis anda, Pastikan anda menyimpan semua kertas kerja medis anda dengan aman dan hanya

- memberikannya kepada orang-orang yang sah. Jangan meninggalkan kertas kerja medis anda di tempat umum atau membuangnya di tempat sampah.
3. Gunakan Portal Pasien, Banyak rumah sakit dan klinik sekarang memiliki portal pasien yang memungkinkan anda untuk mengakses informasi medis anda secara online. Ini adalah cara yang aman dan mudah untuk melihat riwayat kesehatan anda dan memastikan bahwa informasi medis anda tetap rahasia.
 4. Jangan Berbagi Informasi Medis anda dengan orang lain, jangan berbagi informasi medis anda dengan orang lain kecuali jika anda memberikan izin tertulis. Jangan memberikan informasi medis anda kepada orang yang tidak berwenang atau tidak dikenal.
 5. Gunakan Password yang Kuat, Jika anda menggunakan portal pasien atau aplikasi kesehatan lainnya, pastikan anda menggunakan password yang kuat dan tidak mudah diprediksi. Jangan memakai password yang mirip atau sama untuk akun lain atau berbagi password anda dengan orang lain.

Rahasia Medis sangat penting untuk melindungi privasi dan keamanan pasien. Informasi medis seseorang dapat mengandung informasi yang sangat pribadi dan sensitif, dan jika diungkapkan tanpa izin, dapat menyebabkan masalah serius. Oleh karena itu, sangat penting bagi kita untuk mengetahui tentang Kerahasiaan Medis dan bagaimana melindungi data medis kita sendiri. Dengan memahami hak anda sebagai pasien dan mengambil langkah-langkah untuk melindungi informasi medis anda, anda dapat memastikan bahwa informasi medis anda tetap rahasia dan aman.

6.6 Tantangan dalam Menjaga Rahasia Medis

Tantangan dalam menjaga kerahasiaan medis sudah dapat dipastikan akan selalu ada meskipun ada undang - undang dan peraturan yang mengatur tentang perlindungan rahasia medis. Beberapa tantangan tersebut antara lain:

1. Kurangnya kesadaran dan pemahaman tentang pentingnya menjaga rahasia medis oleh dokter atau tenaga medis lainnya,
2. Ancaman keamanan siber yang dapat mengakibatkan informasi medis bocor atau dicuri oleh pihak yang tidak berwenang,
3. Keterbatasan teknologi dan infrastruktur yang dapat mengakibatkan informasi medis tidak terlindungi dengan baik,
4. Kurangnya pengawasan dan penegakan hukum terhadap pelanggaran rahasia medis.

6.7 Penyelesaian Tantangan dalam Menjaga Rahasia Medis

Penyelesaian tantangan dalam menjaga rahasia medis menjadi sangat penting. Diperlukan upaya dari berbagai pihak, seperti dokter atau tenaga kesehatan lainnya, pemerintah, dan masyarakat. Beberapa upaya yang harus dilakukan antara lain:

1. Tingkatkan perhatian dan pemahaman tentang pentingnya mempertahankan rahasia medis melalui pelatihan dan sosialisasi,
2. Meningkatkan keamanan siber dengan mengimplementasikan teknologi dan infrastruktur yang memadai,
3. Mengembangkan sistem informasi kesehatan yang terintegrasi dan terlindungi dengan baik,
4. Meningkatkan pengawasan dan penegakan hukum terhadap pelanggaran rahasia medis.

DAFTAR PUSTAKA

- Beauchamp, T. L., & Childress, J. F. 2013. *Principles of Biomedical Ethics*. 7. Aufl New York. Oxford.
- Guwandi, J. 1992. *Trilogi Rahasia Kedokteran*. Balai Penerbit FKUI.
- Guwandi, J. 2009. *Dugaan malpraktek medik & draft RPP: perjanjian terapeutik antara dokter dan pasien*. Fakultas Kedokteran, Universitas Indonesia.
- Hanafiah, M. J., & Amir, A. 2019. *Etika kedokteran & hukum kesehatan*.
- Indonesia, K. B. B. 2017. Kamus versi online/daring (dalam jaringan). *Kata Dasar Refresif* Dalam <https://www.kbbi.web.id/Represif>.
- Indonesia, K. K. 2006. *Komunikasi efektif dokter-pasien*. Jakarta: KKI.
- Koswara, I. Y. 2020. *Malpraktik Kedokteran Perspektif Dokter Dan Pasien Kajian Hukum Dan Kode Etik Kedokteran Indonesia (KODEKI)*. Deepublish.
- Nusantara, T. L. 2021. *KUHPer (Kitab Undang-Undang Hukum Perdata) dan KUHAPer (Kitab Undang-Undang Hukum Acara Perdata) Beserta Penjelasannya*. CV Literasi Nusantara Abadi.
- Ridwan, R. 2019. Pertanggungjawaban Hukum Pidana Terhadap Pelanggaran Rahasia Medis. *Jurnal Hukum & Pembangunan*, 49(2). <https://doi.org/10.21143/jhp.vol49.no2.2007>
- Suharnoko, H. P. 2004. *Teori dan Analisa Kasus*. Jakarta, Kencana Prenada Media.
- Susanto, H. 2008. *Hak-hak konsumen jika dirugikan*. Visimedia.

BAB 7

PATIENT SAFETY

Oleh Lyliana Endang Setianingsih

7.1 Pendahuluan

Keselamatan pasien dalam sistem pelayanan Kesehatan merupakan hal yang diprioritaskan oleh Organisasi Kesehatan Dunia (WHO). Perhatian dunia meningkat terhadap terjadinya malpraktek di dunia pelayanan kesehatan. Keselamatan pasien dapat dipahami sebagai terbebasnya pasien dari bahaya yang dapat membahayakan pasien dalam menerima pelayanan kesehatan. Fasilitas pelayanan kesehatan sebagai pihak penyedia jasa berkewajiban memberikan jaminan keselamatan terhadap pasien sebagai pelanggannya. (Corte-Real *et al.*, 2021; Wianti *et al.*, 2021)

Keselamatan pasien meliputi tindakan-tindakan pencegahan untuk menurunkan risiko terjadinya cedera kepada pasien saat menerima pelayanan di fasilitas kesehatan. Keberhasilan pelayanan kesehatan tidak dapat tercapai optimal jika pasien merasa tidak aman atau berada dalam kondisi yang tidak aman saat menerima pelayanan kesehatan. Oleh karena itu, jaminan keselamatan pasien membutuhkan Kerjasama dari seluruh pihak yang ada di dalam tim penyedia layanan kesehatan. (Ismail & Khalid, 2022)

Berdasarkan data yang disajikan oleh WHO, setiap tahunnya rata-rata 1 dari 10 pasien mengalami kejadian yang tidak diharapkan saat menerima pelayanan kesehatan. Data dari Komite Keselamatan Pasien Rumah Sakit (KKPRS) tahun 2019 menunjukkan bahwa dari 7.465 data laporan yang masuk, 25% merupakan kejadian cedera, mulai dari cedera ringan sebesar 16%,

cedera sedang sebesar 5%, cedera berat sebesar 1,7%, dan kematian 2,3%. (Daud, 2020; WHO, 2021)

Besarnya angka pasien yang mengalami cedera atau bahkan meninggal, dikarenakan praktik pelayanan kesehatan yang tidak aman, menyebabkan tingginya beban akibat kematian dan kecacatan yang terjadi di seluruh dunia, termasuk di negara-negara maju. Implementasi keselamatan pasien dengan melakukan koordinasi yang baik antar seluruh bagian di sistem pelayanan kesehatan, menjadi prioritas dalam pencegahan terjadinya cedera kepada pasien. Menciptakan budaya keselamatan pasien yang baik menjadi yang utama dalam upaya menuju *universal health coverage*. (WHO, 2021)

7.2 Konsep Keselamatan Pasien

Keselamatan pasien didefinisikan sebagai terbebasnya pasien dari cedera yang semestinya tidak terjadi dan/atau cedera yang berpotensi terjadi saat pasien menerima pelayanan kesehatan, mulai dari cedera ringan sampai berat, yang dapat menyebabkan terjadinya dampak negatif terhadap kehidupan pasien baik dari aspek fisik, psikologis dan sosial. Keselamatan pasien mencakup kegiatan mulai dari penilaian risiko, yaitu mengidentifikasi risiko apa saja yang dapat terjadi kepada pasien di suatu unit pelayanan, pelaporan insiden dan analisis insiden, tindak lanjut terhadap suatu insiden yang terjadi, untuk kemudian mencari solusi yang terbaik dan menerapkannya dalam menurunkan terjadinya risiko tersebut. (Kemenkes RI, 2017)

Badan Kesehatan Dunia (WHO) mendefinisikan keselamatan pasien sebagai suatu kerangka sistem dari kegiatan-kegiatan yang teratur dalam menciptakan budaya, perilaku, prosedur, teknologi dan lingkungan pelayanan kesehatan yang secara konsisten dan berkesinambungan menurunkan angka risiko, mengurangi terjadinya cedera yang semestinya dapat dihindari, membuat kesalahan medis lebih jarang terjadi serta

mengurangi dampak negatif dari sebuah insiden jikapun terjadi. (WHO, 2021)

Keselamatan pasien memiliki tujuan utama sebagai berikut (Winarti, 2021):

1. Menciptakan budaya keselamatan pasien di fasilitas pelayanan kesehatan, sehingga setiap staf dan tenaga kesehatan menyadari pentingnya keselamatan bagi pasien.
2. Mengurangi timbulnya kejadian yang tidak diharapkan saat proses penyampaian layanan kesehatan di fasilitas kesehatan.
4. Meningkatkan pertanggungjawaban fasilitas penyedia layanan kesehatan terhadap masyarakat.
5. Menjamin pelaksanaan program-program keselamatan pasien sebagai upaya mencegah timbulnya kejadian yang tidak diinginkan di fasilitas pelayanan kesehatan.
6. Memberikan pelayanan kesehatan yang berfokus kepada pasien (*patient-centered care*) sehingga menjamin pelayanan kesehatan yang diterima pasien sesuai dengan kebutuhannya.
7. Memberikan pelayanan yang efektif dan efisien, yaitu pelayanan yang sesuai dengan kompetensi masing-masing staf dan tenaga kesehatan dan dengan memanfaatkan sumber daya yang tersedia untuk mencapai mutu pelayanan kesehatan yang optimal.

7.3 Medical Error

Istilah *medical error* mencakup jenis-jenis peristiwa yang sangat bervariasi tingkat keparahan dan tingkat kerugian yang dapat ditimbulkan kepada pasien. Berdasarkan perspektif yang diyakini dahulu, *medical error* merupakan peristiwa yang sangat jarang terjadi, namun di abad ini perspektif ini sudah banyak berubah. *Medical error* yang sejatinya adalah peristiwa yang dapat dicegah telah menjadi perhatian masyarakat dunia. Langkah

pertama dalam meningkatkan keselamatan pasien tentunya adalah mengenali jenis-jenis *medical error* dan proses pelayanan kesehatan yang berpotensi menimbulkan *medical error*. Upaya-upaya harus selalu dilakukan untuk menurunkan angka kejadian *medical error* untuk meningkatkan hasil pelayanan kesehatan dan meningkatkan kepuasan pasien. (Carver *et al.*, 2023; Rahmani *et al.*, 2021)

The Institute of Medicine (IOM) sebagai Komite Mutu Pelayanan Kesehatan di United States, mendefinisikan *medical error* sebagai kegagalan untuk menyelesaikan suatu tindakan yang sudah direncanakan, atau penggunaan rencana yang tidak sesuai dalam mencapai suatu tujuan. The IOM mengidentifikasi suatu kejadian yang tidak diharapkan sebagai suatu cedera yang lebih disebabkan oleh manajemen pelayanan kesehatan daripada karena kondisi pasien itu sendiri. (Carver *et al.*, 2023)

Medical error menjadi penyebab terhadap terjadinya insiden keselamatan pasien. Kementerian Kesehatan RI mendefinisikan insiden keselamatan pasien sebagai setiap kejadian yang terjadi tanpa disengaja, dan merupakan situasi dan kondisi yang menyebabkan atau memiliki potensi menyebabkan adanya cedera pasien yang seharusnya dapat dicegah. Insiden keselamatan pasien dapat berupa (Kemenkes RI, 2017):

1. Kejadian Tidak Diharapkan (KTD) yang merupakan terjadinya insiden yang berdampak cedera terhadap pasien.
2. Kejadian Nyaris Cedera (KNC) yang merupakan terjadinya insiden namun tidak sampai terpapar kepada pasien.
3. Kejadian Tidak Cedera (KTC) yang merupakan terjadinya insiden yang sudah terpapar kepada pasien namun tidak sampai mencederai pasien.
4. Kondisi Potensial Cedera (KPC), yang merupakan situasi kondisi yang memiliki potensi menimbulkan insiden yang dapat mencederai pasien, namun belum terjadi.

6. Kejadian Sentinel, termasuk ke dalam Kejadian Tidak Diharapkan (KTD), yang berdampak cedera yang serius atau bahkan kematian pasien.

Medical error yang memiliki konsekuensi serius terhadap keselamatan pasien lebih sering terjadi dimana situasi dan kondisi mengindikasikan adanya kegawatdaruratan saat memberikan pelayanan kesehatan kepada pasien, seperti di Unit Gawat Darurat (UGD) atau Intensive Care Unit (ICU). *Medical error* dikaitkan dengan tingginya angka morbiditas dan mortalitas, yang memberi dampak kerugian kepada pasien dan keluarga juga kepada pihak penyedia layanan kesehatan. (Carver *et al.*, 2023; Lecturio, 2023)

7.3.1 Jenis-jenis *Medical Error*

Secara umum, *medical error* dapat digolongkan menjadi dua kategori, yaitu (Rodziewicz & Hipskind, 2018):

1. *Error of omission*, yang merupakan kesalahan akibat tidak dilakukannya suatu tindakan yang seharusnya dilakukan. Contohnya adalah tidak terpasangnya alat pengaman di kursi roda saat membawa pasien yang berisiko jatuh. Contoh lainnya adalah tidak stabilnya brankar saat memindahkan pasien yang berisiko jatuh atau pasien yang tidak sadarkan diri.
2. *Error of commission*, yang merupakan kesalahan akibat dilakukannya tindakan yang seharusnya tidak dilakukan. Contohnya adalah memberikan obat kepada pasien yang memiliki alergi terhadap obat tersebut. Contoh lainnya adalah memberi label identitas pasien yang salah pada spesimen darah untuk diuji di laboratorium.

Medical error juga dapat dikategorikan berdasarkan tingkat keparahan, prosedur pelayanan medis, serta kesalahan di tingkat individu dan di tingkat organisasi. (Lecturio, 2023)

1. Jenis-jenis *medical error* berdasarkan kategori tingkat keparahan:
 - a. Tidak adanya *error*.
 - b. *Error* yang dilakukan pencegahan sebelum berdampak kepada pasien.
 - c. *Error* yang terjadi dan mempengaruhi pasien namun tidak dianggap sebagai sumber bahaya yang dapat mencederai pasien.
 - d. *Error* yang terjadi pada pasien sehingga membutuhkan pemantauan oleh tenaga medis untuk mencegah terjadinya cedera kepada pasien.
 - e. *Error* yang dapat menyebabkan cedera yang tidak permanen.
 - f. *Error* yang dapat menyebabkan cedera yang tidak permanen namun membutuhkan perawatan yang berkepanjangan.
 - g. *Error* yang dapat menyebabkan dampak negatif dan cedera yang permanen.
 - h. *Error* yang dapat menyebabkan kematian pasien jika tidak dilakukan intervensi medis.
 - i. *Error* yang dapat menyebabkan kematian pasien.
2. Jenis-jenis *medical error* berdasarkan kategori prosedur pelayanan medis:
 - a. *Diagnostic Error*, merupakan kesalahan atau keterlambatan dalam tahapan penegakan diagnosa. *Diagnostic error* juga mencakup kegagalan dalam memberikan instruksi pemeriksaan penunjang yang dibutuhkan pasien, tidak menggunakan pemeriksaan penunjang yang baku dan sesuai standar serta kegagalan dalam menindaklanjuti hasil pemeriksaan penunjang.
 - b. *Treatment Error*, merupakan kesalahan saat melakukan tindakan operasi atau saat pemeriksaan

penunjang, termasuk juga kesalahan dalam pemberian jenis dan dosis obat-obatan serta penundaan tindakan terhadap hasil pemeriksaan penunjang yang tidak normal.

- c. *Preventive Error*, merupakan kesalahan dalam pencegahan terjadinya suatu penyakit atau pencegahan bertambah buruknya kondisi pasien, seperti kegagalan untuk memberikan antibiotik profilaksis untuk mencegah komplikasi infeksi ataupun kegagalan dalam pemantauan kondisi pasien paska tindakan medis.
2. Faktor-faktor lain yang menyebabkan terjadinya *medical error* baik di tingkat individu maupun organisasi:
 - a. Kegagalan komunikasi antar tenaga medis dan antara tenaga medis dengan pasien.
 - b. Kegagalan fungsi alat medis.
 - c. Kurangnya informasi saat menuliskan resep obat untuk pasien.
 - d. Koordinasi yang tidak baik antar unit di fasilitas pelayanan kesehatan.
 - e. Tenaga medis yang tidak patuh pada standar prosedur operasi (SPO) dan kebijakan lain yang berlaku di fasilitas pelayanan kesehatan, serta kurangnya kompetensi tenaga medis baik dari aspek pengetahuan maupun keterampilan.
 - f. Tidak cukupnya transfer pengetahuan berupa seminar dan pelatihan yang disediakan oleh pihak fasilitas pelayanan kesehatan terhadap staf dan tenaga medis.
 3. Masalah-masalah terkait pasien:
 - a. Kesalahan dalam identifikasi pasien dan pemeriksaan pasien.
 - b. Kegagalan dalam mendapatkan persetujuan medis dari pasien atau keluarganya.

7.3.2 Pencegahan *Medical Error*

Sistem pencegahan yang baik dapat membantu pihak penyedia pelayanan kesehatan dalam menurunkan angka kejadian *medical error*. Contohnya adalah dengan menggunakan rekam medis elektronik, prosedur pengukuran tanda-tanda vital pasien yang sesuai standar, penetapan dosis obat sesuai dengan berat badan pasien serta melibatkan apoteker dalam mengkalkulasi dosis obat yang paling sesuai. Semua pihak yang terlibat dalam sistem pelayanan kesehatan, sepatutnya bekerjasama, dalam pemberian obat, tindakan dan pemantauan kondisi pasien. (Rodziewicz & Hipskind, 2018)

Terdapat beberapa teknik yang dapat dipakai untuk keperluan deteksi terjadinya *medical error* di lingkungan rumah sakit, yaitu (Puspowardoyo, 2015):

1. *Chart Review*, yang merupakan tindakan mengevaluasi data pasien yang ada di dalam rekam medis pasien secara retrospektif.
2. *Claim Data*, yang merupakan data yang mencakup diagnosis, tindakan medis, lama perawatan dan data lainnya, untuk kepentingan claim kepada pihak penjamin biaya Kesehatan.
3. Laporan Insiden, yang merupakan pelaporan secara tertulis setiap kejadian yang tidak diharapkan maupun kejadian nyaris cedera yang terjadi.
4. Wawancara kepada pihak pasien dan keluarga terkait pengalaman saat menerima pelayanan kesehatan dari aspek keselamatan pasien.

Pembentukan tim audit medik internal dapat dilakukan untuk pencegahan terjadinya insiden atau kondisi berpotensi insiden yang dapat merugikan pasien dan pihak penyedia layanan kesehatan. Metode yang dapat digunakan untuk penanggulangan masalah *medical error* diantaranya adalah dengan metode Analisis

Akar Masalah atau *Root Cause Analysis* (RCA) yang menganalisis semua faktor yang berpotensi menyebabkan masalah, atau *Failure Mode Effect Analysis* (FMEA) yang menganalisis potensi terjadinya masalah di masa yang akan datang berdasarkan data yang ada. (Puspowardoyo, 2015)

7.4 Sasaran Keselamatan Pasien

Sasaran Keselamatan Pasien (SKP) adalah suatu sistem yang fokus pada 6 area pelayanan kesehatan yang berpotensi terjadi masalah yang dapat membahayakan pasien, dengan bertujuan meningkatkan mutu pelayanan dan keselamatan bagi pasien. Sasaran keselamatan pasien ditetapkan untuk menyusun bukti dan memberikan solusi jalan keluar terkait masalah keselamatan pasien, dengan melibatkan pakar di bidang pelayanan kesehatan. Prinsip dari penetapan sasaran keselamatan pasien adalah untuk menjamin pemberian pelayanan kesehatan yang aman bagi pasien dan bermutu tinggi. (Winarti, 2021)

Sasaran Keselamatan Pasien di tingkat nasional mencakup hal berikut (Kemenkes RI, 2015):

SKP 1 Melakukan Identifikasi Pasien Secara Benar

Implementasi dari sasaran pertama ini dapat tercapai dengan memperbaiki dan meningkatkan tingkat ketelitian pihak penyedia pelayanan kesehatan dalam proses identifikasi pasien, salah satunya adalah adanya kebijakan dan standar prosedur operasional (SPO) tentang pemasangan gelang identifikasi.

SKP 2 Menerapkan Teknik Komunikasi yang Efektif

Komunikasi yang efektif harus terwujud antar seluruh pihak yang terlibat dalam pelayanan kesehatan. Pihak penyedia layanan kesehatan dapat mengembangkan kebijakan dan merancang standar prosedur operasional (SPO) terkait alur informasi dan proses komunikasi (seperti kapan harus tertulis, kapan harus konfirmasi lewat telepon,

dll), SPO terkait serah terima pasien, SPO terkait penyampaian informasi kondisi pasien, dan sebagainya.

SKP 3 Menjamin Keamanan Pemberian Obat yang Harus Diwaspadai

Untuk tercapainya sasaran ini, pihak penyedia pelayanan kesehatan mengembangkan kebijakan dan standar prosedur operasional (SPO) terkait pengelolaan obat yang aman, contohnya seperti SPO identifikasi dan pemberian label obat-obatan yang harus diwaspadai, SPO penyediaan obat dan penyerahan obat yang harus diwaspadai, SPO pemberian obat yang benar serta pembuatan daftar obat yang harus diwaspadai.

SKP 4 Pelaksanaan Pembedahan dengan Lokasi yang Benar, Prosedur yang Benar dan Pasien yang Benar

Sasaran ini dapat dicapai, dengan pihak penyedia pelayanan kesehatan mengembangkan kebijakan dan standar prosedur operasional (SPO) untuk tindakan operasi yang tepat lokasi, tepat prosedur dan tepat pasien, seperti SPO terkait pemberian tanda identifikasi lokasi operasi, SPO terkait daftar cek untuk keselamatan pasien operasi serta SPO terkait daftar pemeriksaan alat dan bahan operasi.

SKP 5 Menurunkan Risiko Terjadinya Infeksi Terkait Pelayanan Kesehatan

Sasaran ini dapat tercapai dengan cara pihak penyedia pelayanan Kesehatan mengembangkan kebijakan dan standar prosedur operasional (SPO) untuk mengurangi infeksi yang terjadi saat pasien menerima pelayanan kesehatan, seperti Pedoman Pencegahan Infeksi di lingkungan fasilitas pelayanan kesehatan, SPO mencuci tangan, penyediaan fasilitas untuk mencuci tangan serta mensosialisasikannya kepada seluruh pihak yang ada di lingkungan fasilitas pelayanan kesehatan.

SKP 6 Menurunkan Risiko Terjadinya Cedera Akibat Pasien Jatuh
Sasaran ini dapat tercapai dengan cara pihak penyedia pelayanan kesehatan mengembangkan kebijakan dan standar prosedur operasional (SPO) terkait pencegahan pasien jatuh, seperti SPO untuk menilai kondisi awal pasien yang memiliki risiko jatuh, penggunaan Formulir Monitoring Risiko Jatuh dan alat bantu bagi pasien yang berisiko jatuh.

7.5 Membangun Budaya Keselamatan Pasien

Budaya keselamatan pasien merupakan sebuah komponen dalam lingkungan organisasi penyedia pelayanan kesehatan yang langsung berkaitan dengan nilai-nilai keselamatan pasien yang diterapkan dalam sistem pelayanan kesehatan. Memahami cara pandang setiap staf dan tenaga kesehatan terhadap kegiatan-kegiatan yang berhubungan dengan keselamatan pasien, merupakan hal yang penting demi tercapai keberhasilan pengembangan budaya keselamatan pasien. Pengetahuan ini akan sangat membantu pemimpin organisasi pelayanan kesehatan sebagai pembuat kebijakan untuk meningkatkan keselamatan pasien. (Zabin *et al.*, 2022)

7.5.1 Pentingnya Implementasi Budaya Keselamatan Pasien

Medical error merupakan masalah kesehatan masyarakat yang perlu mendapat perhatian besar karena dapat menjadi salah satu penyebab kematian pasien. Analisis akar permasalahan terkait *medical error* dan menemukan solusi yang paling tepat untuk mencegah terulangnya insiden merupakan tantangan tersendiri. Salah satu solusi adalah untuk mempertahankan budaya yang fokus pada peningkatan mutu dengan melihat identifikasi *medical error* sebagai tantangan yang harus dihadapi. (Rodziewicz & Hipskind, 2018)

7.5.2 Pelaporan Insiden

Pelaporan insiden merupakan kegiatan pelaporan tertulis yang dilakukan di lingkungan internal rumah sakit secara anonim terkait kejadian yang tidak diharapkan ataupun kejadian nyaris cedera, yang dilaporkan kepada Komite Nasional Keselamatan Pasien Rumah Sakit. Pelaporan insiden ini meliputi laporan Kejadian Tidak Diharapkan (KTD), Kejadian Nyaris Cedera (KNC) dan Kejadian Tidak Cedera (KTC). Sistem pelaporan insiden menjamin keamanan dan kerahasiaan pelapor dan data laporan itu sendiri, karena prinsip dari pelaporan insiden adalah bukan untuk menyalahkan pihak-pihak tertentu, namun untuk memperbaiki sistem yang bertujuan meningkatkan keselamatan pasien. (Kemenkes RI, 2017)

Rendahnya pelaporan insiden merupakan penghambat dalam upaya peningkatan keselamatan pasien, dan hal ini dapat disebabkan oleh beberapa faktor, yaitu (Wianti *et al.*, 2021):

1. Persepsi staf dan tenaga medis bahwa pelapor adalah pihak yang akan disalahkan.
2. Rendahnya komitmen untuk meningkatkan keselamatan pasien, baik dari pihak manajemen maupun unit terkait.
3. Pihak penyedia pelayanan kesehatan kurang termotivasi dalam mengirikan pelaporan karena tidak adanya penghargaan atau *reward*.
4. Kurangnya pengetahuan dan pemahaman pihak penyedia pelayanan kesehatan terkait batasan kejadian apa yang harus dilaporkan.
5. Kurangnya sosialisasi terkait insiden keselamatan pasien kepada seluruh staf dan tenaga kesehatan.
6. Tingginya beban kerja staf dan tenaga kesehatan sehingga pelaporan insiden tidak optimal.

7.5.3 Tujuh Langkah Menuju Keselamatan Pasien

Keselamatan pasien yang optimal dapat dicapai dengan dukungan seluruh pimpinan, staf dan tenaga kesehatan yang terlibat dalam sistem pelayanan kesehatan. Rumah sakit membentuk Tim Keselamatan Pasien Rumah Sakit (KPRS), yang melibatkan seluruh bagian, yaitu dokter, dokter gigi, perawat, tenaga kefarmasian serta tenaga kesehatan lainnya. Rumah sakit juga sebaiknya mengembangkan sistem informasi untuk pencatatan insiden di internal rumah sakit. Pelaporan insiden tersebut kemudian dilaporkan kepada KKPRS dengan menjaga kerahasiaan data. (Salawati, 2020)

Optimalisasi upaya menerapkan keselamatan pasien di fasilitas pelayanan kesehatan mengacu tujuh langkah strategis mencapai keselamatan pasien yang ditetapkan oleh WHO dalam *Global Patient Safety Action Plan 2021 – 2030*, yaitu (WHO, 2021):

1. Memiliki kesadaran untuk tidak membuat kesalahan yang dapat mencederai pasien, dan terapkan ke dalam perencanaan dan proses pelayanan pasien.
2. Membangun sistem pelayanan kesehatan yang dapat diandalkan dalam melindungi pasien dari bahaya yang terdapat di lingkungan fasilitas pelayanan kesehatan.
3. Menjamin keamanan dari setiap proses dalam sistem pelayanan kesehatan.
4. Melibatkan dan memberdayakan pasien serta keluarganya dalam mendukung upaya menciptakan lingkungan yang aman dalam pemberian pelayanan kesehatan.
5. Memotivasi serta meningkatkan pengetahuan dan keterampilan dari setiap staf dan tenaga kesehatan yang terlibat dalam proses pemberian pelayanan kesehatan.
6. Memastikan untuk selalu mengikuti perkembangan informasi dan pengetahuan sehingga dapat mengembangkan sistem mitigasi risiko yang bertujuan

menurunkan angka risiko bahaya serta meningkatkan mutu dan keselamatan pasien.

7. Mengembangkan kerjasama multisector untuk meningkatkan keselamatan pasien yang berkesinambungan.

DAFTAR PUSTAKA

- Carver, N., Gupta, V., & Hipskind, J. E. 2023, May 7. *Medical Errors*. National Library of Medicine .
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK430763/>
- Corte-Real, A., Caetano, C., Alves, S., Pereira, A. D., Rocha, S., & Nuno Vieira, D. 2021. Patient Safety in Dental Practice: Lessons to Learn About the Risks and Limits of Professional Liability. *International Dental Journal*, 71(5), 378–383.
<https://doi.org/10.1016/j.identj.2020.12.014>
- Daud, A. 2020. Sistem Pelaporan Insiden Keselamatan Pasien. In *Wakil Direktorat Medik & Asist Direktorat RS Sentra Medika*.
- Ismail, A., & Khalid, S. N. M. 2022. Patient safety culture and its determinants among healthcare professionals at a cluster hospital in Malaysia: A cross-sectional study. *BMJ Open*, 12(8). <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2021-060546>
- Kemenkes RI. 2015. *Pedoman Nasional Keselamatan Pasien Rumah Sakit Kementerian Kesehatan Republik Indonesia* (Edisi III). Kementerian Kesehatan Republik Indonesia .
- Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 11 Tahun 2017 tentang Keselamatan Pasien, Kementerian Kesehatan Republik Indonesia (2017).
- Lecturio. 2023, March 28. *Patient Safety: Types of Medical Errors* . Lecturio.
- Puspowardoyo, H. 2015. *Pencegahan Medical Error di Rumah Sakit* . Mutu Pelayanan Kesehatan.
<https://mutupelayanankesehatan.net/19-headline/1788-pencegahan-medical-error-di-rumah-sakit>
- Rahmani, S., Deldar, K., & Ali, S. H. 2021. Medical errors during covid-19 pandemic: The role of emergency medicine. *Journal of Emergency Practice and Trauma*, 7(2), 133–134.
<https://doi.org/10.34172/jept.2020.28>

- Rodziewicz, T. L., & Hipskind, J. E. 2018. *Medical Error Prevention*.
NCBI Bookshelf
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK499956/>
- Salawati, L. 2020. Penerapan Keselamatan Pasien Rumah Sakit.
Jurnal Averrous, 6(1).
- WHO. 2021. *Global Patient Safety Action Plan 2021 - 2030: Towards Eliminating Avoidable Harm in Health Care*. World Health Organization .
- Wianti, A., Setiawan, A., Murtiningsih, M., Budiman, B., & Rohayani, L. 2021. Karakteristik dan Budaya Keselamatan Pasien terhadap Insiden Keselamatan Pasien. *Jurnal Keperawatan Silampari*, 5(1), 96–102.
<https://doi.org/10.31539/jks.v5i1.2587>
- Winarti, R. 2021. *Buku Ajar Manajemen Keselamatan Pasien dalam Keperawatan*. Weha Press.
- Zabin, L. M., Zaitoun, R. S. A., & Abdullah, A. A. 2022. Patient safety culture in Palestine: university hospital nurses' perspectives. *BMC Nursing*, 21(1).
<https://doi.org/10.1186/s12912-022-00987-y>

BAB 8

AKREDITASI RUMAH SAKIT

Oleh Emmelia Kristina Hutagaol

8.1 Pendahuluan

Sebagai pusat pelayanan Kesehatan perorangan maka rumahsakit sudah sepatutnya menyelenggarakan pelayanan rawat inap, rawat jalan, dan kegawatdaruratan secara paripurna. Untuk pelayanan yang bermutu dan berfokus pada pasien harus diperhatikan. (PMK RI No.4 Tahun 2019, 2019)

Standar akreditasi rumah sakit dikelompokkan menjadi empat bagian yaitu:

1. Manajemen rumah sakit
2. Pelayanan yang berfokus pada pasien
3. Kelompok nasional.

Peningkatan Mutu Internal (*Internal Continuous Quality Improvement*) diupayakan melalui adanya ketetapan, implementasi dari ketetapan, laporan, dan evaluasi dengan menggunakan indikator mutu dan insiden keselamatan pasien. Peningkatan Mutu Eksternal (*External Continuous Quality Improvement*) dilaksanakan melalui perijinan, sertifikasi dan akreditasi.

Akreditasi merupakan pengakuan bahwa telah dilaksanakannya penilaian bahwa mutu pelayanan di rumah sakit tersebut telah terstandar yang ditetapkan oleh pemerintah baik secara internal maupun eksternal. Akreditasi memiliki harapan agar dalam menyelenggarakan pelayanan memiliki mutu yang terjamin secara internal dan eksternal dengan berpusat pada pasien yaitu aman, tepat waktu, efektif dan efisien yang adil dan berintegritas. (Simamora, 2019)

Akreditasi dapat dilaksanakan oleh lembaga independen dari dalam dan luar negeri yang telah mendapatkan ketetapan dari Kementerian Kesehatan RI.(PMK RI No.12 Tahun 2020, 2020)

Pengajuan pelaksanaan akreditasi maksimal 2 (dua) tahun setelah rumah sakit mendapatkan ijin operasional dan akreditasi dilaksanakan setiap empat tahun sekali

Harapan pemerintah yang tertuang dalam RPJMN Tahun 2020-2024 adalah rumah sakit di Indonesia terakreditasi seluruhnya pada tahun 2024. Hal ini mendorong terbentuknya lembaga independent penyelenggara akreditasi sebagai bentuk transformasi system akreditasi Indonesia.

8.2 Dasar Hukum

1. UU N 36 Tahun 2009 Tentang Kesehatan
2. PMKRI No. 4 Tahun 2019 Tentang Standar Teknis Pemenuhan Mutu Pelayanan Dasar Pada Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan
3. PMK No. 12 Tahun 2020 Tentang Akreditasi Rumah Sakit
4. Keputusan Menkes RI No.HK.01.07/Menkes/1119/2022 Tentang Tarif Survei Akreditasi Rumah Sakit
5. Keputusan Menkes RI No. HK.01.07Menkes/1128/2022 Tentang Standar Akreditasi Rumah Sakit.

8.3 Lembaga Akreditasi

Lembaga penyelenggara akreditasi merupakan lembaga berbadan hukum yang dindependen dalam melakukan penilaian terhadap rumah sakit atas ijin dari Kementerian Kesehatan RI.Lembaga itu adalah:

1. KARS
2. LAM-KPRS
3. LAFKI
4. Lembaga Akreditasi Rumah Sakit Damar Husada Paripurna
5. LARS

6. LARSI

Keterangan: K = komisi, L= lembaga, A=Akreditasi, F=Facilitas, R=rumahsakit, I=Indonesia

8.4 Tata Cara Akreditasi (Dirjen YanMed Kemenkes RI, n.d.)

8.4.1 Pendaftaran Akreditasi

Sebelum m pihak rumah sakit dilakukan pendaftaran akreditasi maka pihak rumah sakit dapat melakukan persiapan sendiri ataupun dengan pembinaan dari Kementerian Kesehatan, dinas Kesehatan kesehatan terkait yang dianggap kompeten.

Persyaratan minimal yang dimiliki rumah sakit untuk mengajukan survey akreditasi adalah : (Dirjen Kemenkes RI, n.d.)

1. Memiliki surat ijin operasional yang berlaku dan telah didaftarkan di kementerian Kesehatan
2. Direktur /Kepala rumah sakit adalah dr/drg yang ahli di bidang perumahsakit
3. Masih berlakunya Ijin pengelolaan limbah cair (IPCL)
4. Bekerja sama pihak ke tiga yang mempunyai ijin pengolahan dan/atau memiliki ijin pengelolaan limbah B3 yang masih berlaku
5. Seluruh tenaga medis yang memberikan layanan medis memiliki Surat Tanda Registrasi (STR) dan Surat Ijin Praktek (SIP) yang masih berlaku sesuai undang-undang.
6. Memiliki kesanggupan dalam peningkatan mutu dan keselamatan pasien
7. Minimal memiliki Sarana Prasarana dan Alat Kesehatan (SPA) 60% bedasarkan ASPAK da telah tervaliditasi 100% oleh Kemenkes ataupun dinas Kesehatan terkait.

8.4.2 Kegiatan Survei Akreditasi RS

1. Pada tanggal yang disepakati maka paling lambat 1 (satu) minggu rumah sakit harus menyampaikan dokumen minimal (diserahkan menggunakan media elektronik) pada lembaga independen yaitu :
 - a. Stuktur organisasi
 - b. Nama lengkap direksi, nama staf beserta jabatan,nama unit dan indikator mutu
 - c. Denah rumah sakit
 - d. Daftar perijinan fasilitas RS (masih berlaku)
 - e. Jadwal dokter rawat jalan dan *on call*
 - f. Program dan Laporan PMKP per 3 bulan untuk survei awal dan untuk survei ulang ada laporan 12 (dua belas) bulan untuk survei ulang
 - g. Surat pemberitahuan Kepala Dinkes Provinsi/Kab/kota tentang pelaksanaan survei
2. Survei dilaksanakan dengan ketentuan jumlah surveior sesuai dengan kriteria rumah sakit

Tabel 8.1. Pelaksanaan Survei RS

| Klasifikasi RS | Tipe RS | Jumlah | Jumlah Surveior (orang) | Tarif survei akreditasi |
|----------------|---------|--------|-------------------------|-------------------------|
| RS Umum | A | 3 hari | 4 | Rp.56 juta |
| | B | 2 hari | 3 | Rp.30 juta |
| | C | 2 hari | 2 | Rp.20 juta |
| | D | 2 hari | 2 | Rp.20 juta |
| RS Khusus | A | 2 hari | 2 | Rp.20 juta |
| | B | 2 hari | 2 | Rp.20 juta |
| | C | 2 hari | 2 | Rp.20 juta |

Sumber : (Dirjen Kemenkes RI, n.d.)

3. Penutupan dilakukan setelah telusur dokumen dan kunjungan lapangan secara langsung untuk mendapatkan gambaran kepada rumah sakit segala sesuatu yang harus mendapatkan perbaikan guna meningkatkan mutu pelayanan.
4. Hasil Akreditasi dan Akreditasi Ulang
Maksimal 5 (lima) hari kerja setelah survei maka Lembaga independent penyelenggara akreditasi menyampaikan hasil pada Dirjen Pelayanan Kesehatan Kemenkes RS untuk membuat surat keputusan yaitu :

Tabel 8.2.Hasil Penilaian Survei

| Nilai akhir Akreditasi | Memenuhi Syarat |
|------------------------|---|
| Pariipurna | Seluruh standar atau Bab mendapatkan nilai $\geq 80\%$ |
| Utama | Terdapat 12-15 BAB dan BAB SKP mendapatkan nilai 80%. Rumah sakit (kecuali RS Pendidikan) kelulusan adalah 12-14 BAB dan \geq SKP 80% |
| Madya | Terdapat 8-11 BAB mendapatkan nilai minimal 80 % sementara BAB SKP $\geq 70\%$ |
| Tidak Terakreditasi | Kurang dari 8 BAB yang mendapatkan penilaian 80% dan/atau $\leq 70\%$ nilai BAB SKP |

Sumber: (Dirjen YanMed Kemenkes RI, 2020)

Untuk memperbaiki pencapaian pemenuhan standar minimal 80% maka rumah sakit diberikan keempatan

mengulang akreditasi 3 bulan - 6 bulan sejak survei terakhir.

5. Penyampaian sertifikasi akreditasi dilaksanakan minimal 14 (empat belas) hari kerja setelah survei dengan masa berlaku sesuai dengan yang tertulis pada sertifikat.
6. Penyampaian Sertifikat Akreditasi dilaksanakan paling lambat setelah 14 (empat belas) hari setelah survei.
7. Rekomendasi disampaikan kepada rumah sakit oleh lembaga independen penyelenggara akreditasi
Rumah sakit menyampaikan PPS atau Perencanaan Perbaikan Strategi sesuai rekomendasi surveior.
8. Laporan akreditasi dilaksanakan oleh lembaga penyelenggara kepada Kemenkes RI melalui system informasi akreditasi RS yang dapat diakses oleh pemerintah daerah dan dinas Kesehatan terkait.
9. Pelaksanaan umpan balik dilaksanakan oleh pihak rumah sakit terkait dengan penyelenggaraan survei, kinerja dan perilaku surveior. Hal ini sebagai Upaya pembinaan dan pengawasan terhadap lembaga penyelenggara akreditasi.

8.4.3 Kualifikasi Surveior Akreditasi RS

1. WNI yang berbadan sehat dan berusia minimal 35 tahun
2. Memiliki kemampuan komunikasi yang baik dan tidak tersandung masalah hukum dibuktikan dengan putusan pengadilan serta berkekuatan hukum tetap.
3. Kualifikasi profesional : dokter spesialis, dr/drg dengan Magister kesehatan yang relevan, untuk sarjana perawat dengan perawat berkualifikasi Ners dan/atau magister kesehatan yang relevan
4. Keahlian khusus ilmu kesehatan lain bila dibutuhkan maka akan dipertimbangkan contoh : apoteker, ahli gizi dan lainnya.

5. Beberapa ketentuan bagi surveior dan RS yang akan di survei untuk menghindari *conflict of interest* adalah :
 - a. Memiliki pengalaman kerja dari organisasi rumahsakit
 - b. Adanya hubungan keluarga dengan pemilik/direksi RS
 - c. Terlibat dalam survei akreditasi siklus sebelumnya
 - d. Pernah membimbing di rumah sakit secara mandiri
 - e. Memiliki pengalaman berkonflikdengan rumah sakit
 - f. Adanya kejadian yang berpotensi menjadi *conflict of interest*

8.5 Standar Akreditasi Rumah Sakit (SNARS 2022, n.d.)

Penilaian dalam akreditasi rumah sakit memiliki prinsip keadilan, professional dan menghindari *conflict of interest* dan meningkatkan obyektifitas dengan membuat daftar tilik, alat bantu dan bagi surveior. Penentuan skor berdasarkan apakan dokumen lengkap, yang didukung dengan hasil telusur, melihat siruasi langan, adanya simulasi,klarifikasi termasuk dengan wawancara. Pengelompokan standar akreditasi rumah sakit terbagi menjadi:

- A. Kelompok Manajemen Rumah sakit
 1. Tata Kelola Rumah Sakit (TKRS)
 - a. Representasi dari Pemilik RS ataupun Pengawas
 - b. Akuntabiliti dari Kepala RS ataupun Direktur Utama
 - c. Akuntabiliti dari Pimpinan dari RS
 - d. Kepemimpinan dari RS bagi pengawasan dan peningkatan mutu serta keselamatan pasien
 - e. Kontrak dari Pemimpin RS
 - f. Kepemimpinan RS tertang keputusan sumber daya
 - g. Organisasi dan Akuntabilitas Komite Medik/Keperawatan/Tenaga Kesehatan lainnya.

- h. Akuntabilitas Kepala Unit Klinis maupun Non Klinis
 - i. Etika Rumahsakit
 - j. Kepemimpinan pelaksanaan budaya keselamatan lingkungan rumah sakit
 - k. Pelaksanaan *Risk Management*
 - l. Pelaksanaan dari program penelitian yang bersubjek manusia di RS
2. Kualifikasi dan Pendidikan staf
 - a. Perencanaan dari dan Pengelolaannya
 - b. Pelatihan dan Pendidikan
 - c. Kesehatan dan keselamatan kerja staf
 - d. Tenaga kerja bidang medis
 - e. Tenaga kerja perawat
 - f. Tenaga Kesehatan lain
 3. Manajemen Fasilitas dan Keselamatan (MFR)
 - a. Kepemimpinan dan perencanaan
 - b. Keselamatan
 - c. Keamanan
 - d. Pengelolaan Bahan Berbahaya dan Beracun (B3) dan Limbah B3
 - e. Proteksi terhadap kejadian Kebakaran
 - f. Ketersediaan Peralatan Medis
 - g. *System Utilitas*
 - h. Penanganan kegawatdaruratan dan bencana
 - i. Konstruksi dan Renovasi
 - j. Pelatihan
 4. Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien (PMKP)
 - a. Tata kelola kegiatan peningkatan mutu, keselamatan pasien dan *risk management*
 - b. Tata cara memilih dan mengumpulkan data indikator mutu

- c. Melakukan analisis dan memvalidasi data tentang indikator mutu
 - d. Pencapaian yang sudah dilaksanakan dan upaya untuk mempertahankan adanya perbaikan mutu
 - e. Sistem Pelaporan dan Pembelajaran keselamatan pasien rumah sakit (SP2KP-RS)
 - f. Cara menerapkan manajemen resiko
5. Manajemen Rekam Medis dan Informasi Kesehatan Pasien (PMKP)
- a. Pengelolaan informasi
 - b. Pengelolaan dokumen
 - c. Pengelolaan rekam medis pasien
 - d. Pengelolaan teknologi informasi kesehatan dalam pelayanan kesehatan
6. Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI)
- a. Cara penyelenggaraan di rumah sakit
 - b. Program-program yang dilaksanakan
 - c. Melakukan kajian tentang risiko
 - d. Peralatan medis dan /atau bahan habis pakai yang tersedia
 - e. Pengelolaan kebersihan dari lingkungan rumah sakit
 - f. Pengelolaan linen
 - g. Pengelolaan limbah bersifat infeksius
 - h. Pengelolaan dan cara melayani makanan
 - i. Pengelolaan risiko pontesi infeksi pada konstruksi dan renovasi
 - j. Pengelolaan infeksi yang berpotensi menular
 - k. *Hand hygiene*
 - l. Upaya meningkatkan mutu dan program edukasi
 - m. Pelaksanaan Pendidikan dan pelatihan
7. Pendidikan Dalam Pelayanan Kesehatan (PPK)
- a. Kebijakan dalam menyelenggarakan pendidikan

- b. Sejauh mana telah dilaksanakan peningkatan kompetensi dan supervisi
- c. Dalam melaksanakan Pendidikan memperhatikan mutu dan keselamatan

B. Kelompok Pelayanan Berfokus Pada Pasien

1. Akses dan Kesenambungan Pelayanan (AKP)
 - a. *Skrinning* pasien
 - b. Proses pendaftaran dan adminsi di rumah sakit
 - c. Adanya pelayanan yang berkesinambungan
 - d. Pemindahan pasien internal secara internal atau dalam rumah sakit
 - e. Proses memulangkan atau , rujukan serta upaya menindaklanjuti pasien
 - f. Transportasi yang tersedia bagi pasien
2. Hak Pasien dan Keterlibatan Keluarga (HPK)
 - a. Implementasi pelaksanaan hak atas pasien dan keluarga
 - b. Pelaksanaan *informed concent*
3. Pengkajian Pasien (PP)
 - a. Pelaksanaan kajian pasien
 - b. Pelaksanaan kajian ulang pada pasien
 - c. Standar layanan pada laboratorium dan penyediaan darah
 - d. Radiologi Klinik
4. Pelayanan dan Asuhan Pasien (PAP)
 - a. Pelaksanaan layanan bagi semua pasien
 - b. Pelaksanaan layanan pasien dengan risiko dan risiko tinggi
 - c. Pemberian makanan dan terapi nutrisi
 - d. Manajemen nyeri pada pasien
 - e. Pelayanan saat menjelang akhir kehidupan
 1. Pelaksanaan layanan anestesi dan bedah (PAB)

2. Pelayanan Kefarmasian & Penggunaan Obat (PKPO)
 3. Komunikasi dan Edukasi (KE)
- C. Kelompok Sasaran Keselamatan Pasien
1. Tata pelaksanaan identifikasi pasien yang benar
 2. Upaya peningkatan komunikasi yang efektif
 3. Upaya peningkatan pengawasan obat-obatan tertentu
 4. Kepastian pelaksanaan pada sisi pelaksanaan yang benar, SOP benar, pasien yang benar pada pembedahan/Tindakan invasive dengan cara memastikan aturan ditaati sebelum operasi, memberikan penandaan sisi operasi, *time out* dilakukan sesaat sebelum tindakan.
 5. Pengurangan risiko infeksi akibat perawatan Kesehatan
 6. Pengurangan risiko cedera pasien akibat jatuh
- D. Program Nasional
1. Peningkatan Kesehatan ibu dan bayi rumahsakit dengan melakukan program PONEK 24 jam selama 7 hari dalam seminggu
 2. Angka kesakitan tuberculosis menurun
 3. Angka kesakitan HIV/AIDS menurun
 4. Prevalensi stunting dan wasting menurun
 5. Adanya pelayanan keluarga berencana di RS

Tabel 8.3. Penilaian Pada Survei

| No. | Kriteriaan | Skor 10 (TL=Tidak Lengkap) | Skor 5 (TS=Terpenuhi Sebagian) | Skor 0 TT=(Tidak Terpenuhi) | TDD= Tidak Dapat Diterapkan |
|-----|---|--|--|--|-----------------------------|
| 1. | Pemenuhan elemen penilaian | ≥80% | 20% - minimal 80% | <20% | Penerapan tidak ada |
| 2. | Bukti Keterlaksanaan | Terlaksanakan secara terus-menerus pada semua unit dengan berlaku. (yang dimaksud temuan bila terjadi lebih dari 1 pengamatan/observasi) | Konsistensi kepatuhan hanya Sebagian unit dengan prasyarat yang telah ditentukan | Bukti kepatuhan tidak ditemukan pada semua unit dengan prasyarat yang ditentukan | |
| 3. | Hasil wawancara dari pemenuhan syarat Elemen Penilaian (EP) | Hasil wawancara menjelaskan standar yang diminta EP dan dibuktikan oleh dokumen dan pengamatan | Dapat menjelaskan Sebagian dari standar EP | Tidak sesuai dengan standar dan pembuktian pengamatan dan ketersediaan dokumen | |

| No. | Kriteria | Skor 10 (TL=Tidak Lengkap) | Skor 5 (TS=Terpenuhi Sebagian) | Skor 0 TT=(Tidak Terpenuhi) | TDD= Tidak Dapat Diterapkan |
|-----|--|--|------------------------------------|---|-----------------------------|
| 4. | Regulasi sesuai dengan penjelasan (maksud dan tujuan pada standar) | Ketersediaan dokumen lengkap sesuai dengan maksud dan tujuan standar | Hanya sebagian dari standar EP | Tidak ada kesesuaian dokumen dan pengamatan | |
| 5. | Kelengkapan dokumen 1 siklus | Dokumen 80%-100% lengkap dan dipastikan dengan wawancara | Kelengkapan dokumen 50% - 80% | Kelengkapan bukti dokumen < 50% | |
| 6. | Dokumen pelatihan: kerangka acuan (TOR), 1 siklus | Adanya 80%-100% dokumen lengkap | Kelengkapan dokumen 50% - 80% | Kelengkapan bukti dokumen < 50% | |
| 7. | Dokumen pelaksanaan orientasi | Terdapat 80%-100% lengkap | Kelengkapan dokumen sebanyak 50% - | Kelengkapan bukti dokumen < 50% | |

| No. | Kriteriaan | Skor 10 (TL=Tidak Lengkap) | Skor 5 (TS=Terpenuhi Sebagian) | Skor 0 TT= (Tidak Terpenuhi) | TDD= Tidak Dapat Diterapkan |
|-----|---|---|---|---|-----------------------------|
| | staf: kerangka acuan (TOR), dokumen satu siklus | | 80% | | |
| 8. | Kesesuaian hasil observasi kegiatan/pelayanan sesuai regulasi dan standar | 80% - 100% kegiatan pelayanan yang diobservasi sesuai standar | 50% - < 80% yang diobservasi sudah memenuhi standar | Pelaksana kegiatan standar 50% | |
| 9. | Kesesuaian hasil simulasi dengan regulasi/standar | 80% - 100% peragaan yang di simulasikan staf sesuai regulasi atau standar | Hanya 80% - 100% peragaan yang di simulasikan staf sesuai regulasi atau standar 80% - 100% peragaan | Staf hanya bisa mens standar 50% dari standar yang ditetapkan | |

| No. | Kriteriaan | Skor 10 (TL=Tidak Lengkap) | Skor 5 (TS=Terpenuhi Sebagian) | Skor 0 (TT= (Tidak Terpenuhi)) | TDD= Tidak Dapat Diterapkan |
|-----|--|--------------------------------------|--|--|-----------------------------|
| | | | yang di simulasikan staf sesuai regulasi atau standar peragaan yang di simulasikan staf sesuai regulasi atau standar | | |
| 10. | Kelengkapan Rekam Medik. Catatan: telaah dilakukan secara tertutup, survei awal dilaksanakan empat bulan sebelum | Hasil telaah 80%-100% sesuai standar | Hasil telaah hanya 50%-80% yang lengkap atau sesuai standar | Hasil telaah kelengkapan rekam medik di bawah 50% yang sesuai standa | |

| No. | Kriteriaan | Skor 10 (TL=Tidak Lengkap) | Skor 5 (TS=Terpenuhi Sebagian) | Skor 0 TT= (Tidak Terpenuhi) | TDD= Tidak Dapat Diterapkan |
|-----|--|----------------------------|--------------------------------|------------------------------|-----------------------------|
| | survei dan diulang duabelas bulan sebelum survei | | | | |

Sumber: (Dirjen Kemenkes RI, n.d.)

Catatan penjelasan tabel : dokumen 1 siklus : undangan, materi rapat, daftar hadir, jadwal kegiatan dan notulensi/laporan kegiatan

DAFTAR PUSTAKA

- Dirjen Kemenkes RI. (n.d.). *Pedoman Survei Akreditasi Rumah Sakit*.
- Dirjen YanMed Kemenkes RI. 2020. Keputusan Dirjen Pelayanan Kesehatan Nomor: HK.02.02/1/1130/2020. *Peraturan Tentang Pedoman Akreditasi Rumah Sakit*.
- PMK RI No.4 Tahun 2019, 6 Peraturan Menteri Kesehatan tentang Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan 5. 2019. <https://doi.org/10.1109/MTAS.2004.1371634>
- PMK RI No.12 Tahun 2020, 9 Peraturan tentang Akreditasi Rumah Sakit 6. 2020. https://www.slideshare.net/maryamkazemi3/stability-of-colloids%0Ahttps://barnard.edu/sites/default/files/inline/student_user_guide_for_spss.pdf%0Ahttp://www.ibm.com/support%0Ahttp://www.spss.com/sites/dm-book/legacy/ProgDataMgmt_SPSS17.pdf%0Ahttps://www.n
- SNARS 2022.
- Simamora, N. F. 2019. *Standar Akreditasi Rumah Sakit Dalam Meningkatkan Mutu Pelayanan Dan Keamanan*. <https://doi.org/10.31227/osf.io/aj4y8>

BIODATA PENULIS



Iha Nursolihah, S.S.T., M.K.M.

Dosen Program Studi Administrasi Rumah Sakit
Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Singaperbangsa Karawang

Penulis lahir di Karawang tanggal 23 Oktober 1991. Pada tahun 2019, penulis menyelesaikan Strata2 (S2) pada peminatan Biostatistika dan Kependudukan, Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia. Setelah menamatkan S2, penulis bekerja di Rumah Sakit Anak dan Bunda Harapan Kita, sebagai Analis Data dan Informasi Rawat Inap pada Substansi Pelayanan Medik. Sejak tanggal 1 Maret 2022, Penulis menjadi salah satu dosen tetap pada Fakultas Ilmu Kesehatan, Universitas Singaperbangsa Karawang dan mengabdikan diri sebagai Pegawai Negeri Sipil (PNS). Penulis merupakan dosen pada program studi Administrasi Rumah Sakit, beberapa mata kuliah yang diampu diantaranya Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit, Biostatistik dan Statistika Kesehatan, Manajemen dan Analisis Data Rumah Sakit, dan mata kuliah lainnya.

BIODATA PENULIS



Sekar Ayu Runggandini

Dosen Fakultas Ilmu Kesehatan
Universitas Singaperbangsa Karawang

Penulis lahir di Jakarta Pada tahun 1989. Penulis adalah dosen di Perguruan Tinggi Negeri Universitas Singaperbangsa Karawang. Menyelesaikan pendidikan Sarjana Kedokteran Gigi pada tahun 2011, kemudian melanjutkan Profesi dokter gigi dan lulus pada tahun 2013 dari Fakultas Kedokteran Gigi Universitas Trisakti. Penulis melanjutkan S2 pada Jurusan Magister Administrasi Rumah Sakit di URINDO Jakarta dan lulus pada tahun 2020. Selain aktif sebagai dosen di Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Singaperbangsa Karawang, penulis juga aktif pada bidang kesehatan sebagai praktisi dokter gigi. Sebagai bentuk kecintaan di bidang manajemen penulis juga menekuni bidang manajemen rumah sakit yang dibuktikan dengan pengalaman beliau menjadi manajer di beberapa rumah sakit dan juga penulis aktif sebagai surveior rumah sakit di salah satu Lembaga Independen Pelaksana Akreditasi (LIPA) rumah sakit, serta aktif di berbagai organisasi kesehatan untuk dapat selalu memperbaharui perkembangan baik ilmu kesehatan, manajemen rumah sakit maupun manajemen kesehatan, dengan harapan ilmu yang didapat

dapat dikembangkan dan disebarluaskan untuk kemajuan negara pada umumnya dan kemajuan manajemen kesehatan di indonesia pada khususnya.

BIODATA PENULIS



Dian Agnesa Sembiring, S.K.M., M.A.R.S.
Dosen Fakultas Ilmu Kesehatan
Universitas Singaperbangsa Karawang

Penulis lahir di Medan dan saat ini bekerja sebagai dosen tetap PNS di Fakultas Ilmu Kesehatan, Universitas Singaperbangsa Karawang. Penulis menyelesaikan pendidikan S1 pada Jurusan Ilmu Kesehatan Masyarakat, Universitas Sumatera Utara dan melanjutkan S2 pada Jurusan Kajian Administrasi Rumah Sakit, Universitas Indonesia.

Penulis memiliki pengalaman kerja praktisi di RS selama 6 tahun sebagai sekretaris direktur dan staf *quality & risk* di Siloam Hospitals Group. Oleh sebab itu anak pertama dari dua bersaudara ini memiliki minat keilmuan di bidang administrasi RS dan kesehatan masyarakat.

Penulis mulai menekuni bidang menulis sejak menjadi dosen. Saat ini sudah ada dua karya penulis sudah dimuat di media, baik media digital maupun media cetak daerah. Menulis merupakan *skill* baru yang terus menerus perlu dilatih dan harapannya penulis bisa mengeluarkan minimal tiga tulisan secara rutin setiap tahunnya.

BIODATA PENULIS



Dr. dr. Chandrainy Puri, M. Si

Dosen Kesehatan Masyarakat Stikes Tri Mandiri Sakti Bengkulu

Penulis dilahirkan dipekan baru pada tanggal 02 april 1968. Penulis adalah Dosen Tetap pada Program Kesehatan Masyarakat di Stikes Tri Mandiri Sakti Bengkulu. Menyelesaikan Pendidikan SI pada Fakultas Kedokteran Universitas Yarsi Jakarta, dan melanjutkan S2 pada Fakultas Fisipol Universitas Bengkulu, S3 pada Doktor Ilmu Manajemen Universitas Bengkulu. Pengalaman kerja Direktur RSKJ Soeprpto Provinsi Bengkulu, Kepala Puskesmas Kabupaten Bengkulu Utara, dan pernah mendapat peredikat Tenaga Kesehatan Teladan Nasional.

BIODATA PENULIS



Siwi Talinta Fitra Medica, S.H.,M.Hkes.,C.M.C,

Dosen Administrasi Rumah Sakit di Institut Ilmu Kesehatan Bhakti Wiyata

Siwi Talinta Fitra Medica, S.H.,M.Hkes.,C.M.C, Lahir pada 23 Januari 1999 di Kediri, Jawa Timur berasal dari keluarga yang berlatar belakang kesehatan. Selepas meraih gelar Sarjana Hukum di Universitas Wijaya Kusuma Surabaya penulis melanjutkan pendidikan Profesi Advokat dan mengambil studi S2 Hukum Kesehatan di Universitas Hang Tuah Surabaya lulus tahun 2022.

Saat ini penulis bekerja sebagai dosen Administrasi Rumah Sakit di Institut Ilmu Kesehatan Bhakti Wiyata mengampu mata kuliah Etika Profesi dan Hukum Kesehatan.

BIODATA PENULIS



Afif Wahyudi Hidayat, S.Pd., MARS.

Dosen Program Studi Sarjana Administrasi kesehatan
Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Medika Suherman

Penulis lahir di Bekasi tanggal 04 Juli 1989. Penulis adalah dosen tetap pada Program Studi Sarjana Administrasi Kesehatan Fakultas Ilmu Kesehatan, Universitas Medika Suherman.

Pengalaman bekerja di Pendidikan Tinggi di mulai sejak tahun 2012 dan aktif di berbagai kegiatan kampus.

Menyelesaikan pendidikan S1 pada Fakultas Ilmu Sosial dan melanjutkan S2 pada Jurusan Administrasi Rumah Sakit. Penulis menekuni bidang Menulis. Selain sebagai dosen saat ini Penulis mengelola Klinik Pratama yang sudah bekerjasama dengan BPJS Kesehatan serta terlibat menjadi Surveior Akreditasi Klinik dan Puskesmas.

“Motto Hidup Penulis adalah berjuang sampai tetes darah penghabisan”

BIODATA PENULIS



drg. Lyliana Endang Setianingsih, MPH

Dosen Program Studi Sarjana Administrasi Kesehatan
Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Medika Suherman

Penulis lahir di Jakarta, 29 Oktober 1980. Penulis adalah dosen tetap pada Program Studi Sarjana Administrasi Kesehatan, Universitas Medika Suherman. Menyelesaikan pendidikan S1 di Fakultas Kedokteran Gigi Universitas Indonesia, dan melanjutkan S2 pada jurusan Manajemen Rumah Sakit, Prodi Ilmu Kesehatan Masyarakat, FK KMK Universitas Gadjah Mada.

BIODATA PENULIS



Drg. Emmelia Kristina Hutagaol, MARS

Penulis lahir di Jakarta 24 Juli 1973, menyelesaikan pendidikan S1 pada Fakultas Kedokteran Gigi Universitas Triskti dan pendidikan S2 pada program studi Kajian Administrasi Rumah Sakit FKM Universitas Indonesia.

Penulis memulai profesi sebagai dokter gigi sejak tahun 1998 hingga kini selain bertugas sebagai Dosen pada Program Studi Administrasi Kesehatan di Universitas Medika Suherman. Dalam menjalani profesinya Penulis aktif menjalani kegiatan pengabdian masyarakat di bidang Kesehatan khususnya mitigasi dalam penanggulangan bencana.