

Buku Panduan Modul

Modul Pilihan

Pengantar Manajemen RS (PAMERS)

T A H U N A K A D E M I K 2 0 2 4 / 2 0 2 5



UNIVERSITAS TRISAKTI

Program Studi Pendidikan Dokter
Fakultas Kedokteran Universitas Trisakti
Jakarta

T I M P E N Y U S U N

dr. Rudy Pou, MARS (RP)

Dr. dr. Rina K.Kusumaratna, M.Kes (RK)

dr. Gita Handayani Tarigan, MPH (GT)

dr. Juni Chudri, MARS (JC)

dr. Aditya Krishna Murthi, M.Biomed, AIFO-K (KRIS)

The purpose of the hospital is to improve the health
care

and living conditions of my people.

-Dikembe Mutombo

DAFTAR ISI

LEMBAR PENGESAHAN

DAFTAR ISI

KATA PENGANTAR

DAFTAR ISTILAH

PENDAHULUAN

INFORMASI UMUM

KARAKTERISTIK MAHASISWA

CAPAIAN PEMBELAJARAN

SUMBER DAYA

- A. MATRIKS KEGIATAN
- B. SUMBER DAYA MANUSIA
- C. SARANA DAN PRASARANA

EVALUASI

- A. RANCANGAN TUGAS DAN LATIHAN
- B. KRITERIA, INDIKATOR, DAN BOBOT PENILAIAN
- C. RUBRIK PENILAIAN
- D. EVALUASI PROGRAM

LAMPIRAN - LAMPIRAN

- 1. TATA TERTIB
- 2. LEMBAR EVALUASI PROSES / WORKSHOP
- 3. LEMBAR PENILAIAN TUGAS AKHIR
- 4. LOGBOOK FIELD STUDY
- 5. TOPIK TUGAS AKHIR DAN PEMBAGIAN KELOMPOK
- 6. PENANGGUNG JAWAB DAN KONTRIBUTOR MODUL
- 7. HANDOUT / MATERI KULIAH

KATA PENGANTAR

Puji dan syukur ke hadirat Tuhan yang Maha Esa atas segala berkat dan rahmatNya sehingga Buku Rancangan Pembelajaran (BRP) dan Buku Panduan Modul Pilihan ini dapat terselesaikan dengan baik dan tepat pada waktunya.

Buku ini merupakan panduan pelaksanaan proses pembelajaran modul mulai dari capaian pembelajaran lulusan (CPL), capaian pembelajaran mata kuliah/modul (CPMK), bahan kajian/topik, metode pembelajaran, metode *assessment*, serta narasumber/kontributor yang terlibat pada modul. Buku ini juga dilengkapi dengan sumber referensi dan jadwal pembelajaran.

Modul Pilihan adalah salah satu mata kuliah yang bertujuan untuk membekali mahasiswa untuk mencapai kompetensi sesuai Level-6 Kerangka Kualifikasi Nasional Indonesia (KKNI), Standar Kompetensi Dokter Indonesia (SKDI) 2012, Standar Nasional Pendidikan Tinggi (SNPT) dan Standar Nasional Pendidikan Kedokteran (SNPK).

Setelah mengikuti Modul Pilihan mahasiswa diharapkan dapat menguasai konsep teoritis secara mendalam terkait bidang - bidang dalam Ilmu Kedokteran secara komprehensif, holistik dan berkesinambungan. Mahasiswa juga diharapkan dapat memiliki sikap dan keterampilan umum yang mencerminkan Trikrama Trisakti.

Akhir kata, kami mengucapkan terimakasih kepada semua pihak yang telah membantu kami dalam penyelesaian buku ini. Kami menyadari bahwa buku ini jauh dari sempurna. Kritik dan saran sangat kami harapkan untuk perbaikan buku ini di kemudian hari.

Jakarta, 1 Juli 2024

Ketua Pengelola Modul Pilihan

dr. Gita Handayani Tarigan, M.PH., M.M.

DAFTAR ISTILAH

1. Capaian Pembelajaran (CP)

Kemampuan yang diperoleh melalui internalisasi **pengetahuan, sikap, ketrampilan, kompetensi dan akumulasi pengalaman kerja**. Capaian pembelajaran ini merupakan penentu (alat ukur) dari apa yang diperoleh seseorang dalam menyelesaikan proses pembelajaran, baik terstruktur maupun tidak terstruktur.

2. Diskusi kelompok tutorial (PBL)

Diskusi kelompok tutorial adalah kegiatan yang menekankan pada *student centered* dan dosen berperan sebagai fasilitator (tutor). Mahasiswa dibagi dalam kelompok diskusi kecil terdiri dari 5-10 orang, untuk mendiskusikan pembelajaran yang dipicu oleh sebuah masalah (*Problem based learning/PBL*). Tutorial ini dibagi dalam 2 sesi yang masing-masing sesi berdurasi 2 jam dan diselingi dengan sesi belajar mandiri. Setelah diskusi akan dilanjutkan dengan pleno.

3. Pleno/seminar

Mahasiswa akan mempresentasikan hasil diskusi/tugas akhir di hadapan teman dan narasumber. Kegiatan ini melatih mahasiswa dalam berkomunikasi dan mendiseminasikan hasil pemikiran kepada orang lain, selain dapat melihat sejauh mana pemahaman mahasiswa terhadap materi yang disampaikan.

4. Praktikum

Praktikum merupakan salah satu metode pembelajaran yang termasuk dalam simulasi. Mahasiswa diajak untuk belajar dari model yang membawa situasi yang mirip dengan sesungguhnya ke dalam kelas. Diharapkan mahasiswa dapat mengintegrasikan kemampuan kognitif, psikomotor, dan a

fektif serta mempermudah pemahaman materi pembelajaran.

5. Keterampilan Klinik Dasar (KKD)/*Skill' s Lab/Workshop*

Pelatihan keterampilan klinik melibatkan instruktur yang telah dilatih sesuai dengan keterampilan yang dilatihkan, manekin, pasien simulasi, serta alat-alat yang dibutuhkan dalam tindakan sesuai dengan standar yang telah ditentukan. Mahasiswa dibagi menjadi kelompok kecil yang akan dibimbing oleh seorang instruktur dan diberi kesempatan untuk melakukan keterampilan tersebut dibawa bimbingan dan secara mandiri.

6. Kuliah interaktif/*Interactive Lecture*

Kegiatan kuliah interaktif bertujuan untuk membantu mahasiswa memahami konsep belajar yang mengaitkan isi mata kuliah dengan situasi nyata dalam kehidupan sehari-hari dan memotivasi mahasiswa untuk membuat keterhubungan antara pengetahuan dan aplikasinya dalam kehidupan sehari-hari.

PENDAHULUAN

Profesi kedokteran adalah struktur sosial, dan pekerjaan dari sekelompok orang yang dididik secara formal, serta diberikan wewenang untuk menerapkan ilmu kedokteran. Ilmu kedokteran adalah cabang ilmu kesehatan yang mempelajari tentang cara mempertahankan kesehatan manusia dan mengembalikan manusia pada keadaan sehat dengan memberikan pengobatan pada penyakit dan cedera. Ilmu kedokteran sendiri terdiri dari banyak bidang kekhususan.

Perkembangan dunia saat ini membuat manusia menjadi lebih cerdas dalam segala hal. Berbagai bidang ilmu berkembang sangat pesat, salah satunya adalah bidang kesehatan. Teknologi bidang kesehatan semakin beragam dan manfaatnya sangat mendukung kesembuhan pasien. Seiring dengan kemajuan jaman pula industri kesehatan semakin berkembang. Hal ini berdampak pada semakin beragamnya pelayanan kesehatan yang ditawarkan, yang juga berdampak pada pelayanan yang diberikan dokter kepada pasien.

Dalam rangka mencapai visi dan misi Universitas Trisakti dan Fakultas Kedokteran Universitas Trisakti untuk mencetak dokter yang profesional dan unggul, FK Trisakti memilih menggunakan strategi SPICES yaitu *Student Centered, Problem Based, Integrated, Elective atau Early Clinically Exposure, serta Systematic*. Salah satu strategi SPICES yaitu *elective*, merupakan strategi belajar yang memberi kesempatan kepada mahasiswa untuk dapat mengembangkan diri dan kemampuannya sesuai dengan pilihan atau minat masing-masing. Hal ini bertujuan agar mahasiswa dapat mengembangkan diri melampaui capaian pembelajaran yang telah ditetapkan oleh pendidik.

Fakultas Kedokteran Universitas Trisakti membuka membuka banyak peminatan dalam Modul Pilihan karena profesi dokter yang ditawarkan oleh industri kesehatan nantinya pun sangat beragam. Modul Pilihan memfasilitasi mahasiswa mencapai berbagai capaian pembelajaran yang telah ditentukan, terutama membuat mereka dapat menjadi seorang yang dapat menerapkan

an *long live learning* yang sangat dibutuhkan oleh seorang dokter. Selain itu, mahasiswa juga diharapkan dapat menguasai berbagai keterampilan seperti komunikasi, literasi, pemanfaatan teknologi informasi dan menciptakan inovasi pada berbagai bidang sesuai peminatan mereka.

Tujuan Umum

Modul Pilihan bertujuan memberikan pengetahuan dan keterampilan terkait dengan berbagai pilihan profesi atau berbagai bidang sesuai peminatan mahasiswa.

Tujuan Khusus

Modul ini secara lebih spesifik bertujuan untuk membekali mahasiswa dengan berbagai kemampuan meliputi:

1. Memberikan pengetahuan dasar kepada mahasiswa sebagai tim manajerial rumah sakit

INFORMASI UMUM

UNIVERSITAS TRISAKTI FAKULTAS KEDOKTERAN PROGRAM STUDI SARJANA KEDOKTERAN				
Tanggal Penyusunan: Juni 2024				
Mata Kuliah (MK)	Modul Pilihan	MK yang menjadi prasyarat	Menjadi prasyarat untuk MK	Integrasi Antar MK
Kode	[...]	Modul Basic Science	Tidak ada	Tidak ada
Bobot (SKS)	2 SKS	Tim Penyusun Modul	Ketua Modul	Ketua Program Studi
Semester	5 atau 6	1. Program Studi Pendidikan Dokter 2. MEU 3. KPM dan SM Modul 4. Kontributor Modul	dr. Gita Handayani Tarigan, MPH., M.M.	dr. Fransisca Chondro, M.Bio Med, AIFO-K
Dosen Pengampu	1. dr. Rudy Pou, M.A.R.S., M.M. 2. Dr. dr. Rina K. Kusumaratna, MKes. 3. dr. Gita Handayani Tarigan, MPH, M.M. .			

	4. dr. Juni Chudri, M.A.R.S., AIFO-K			
--	--------------------------------------	--	--	--

KARAKTERISTIK MAHASISWA

Mahasiswa yang mengikuti Modul Pilihan adalah mahasiswa semester 5 atau 6 yang telah lulus seluruh modul *Basic Science* dan telah mengikuti modul 1 *Clinical Science* sehingga dapat menentukan keminatan yang sesuai.

CAPAIAN PEMBELAJARAN

Deskripsi Mata Kuliah	Modul Pilihan merupakan modul yang memfasilitasi mahasiswa mencapai berbagai capaian pembelajaran yang telah ditentukan, terutama membuat mereka dapat menjadi seorang yang dapat menerapkan <i>long live learning</i> yang sangat dibutuhkan oleh seorang dokter. Selain itu, mahasiswa juga diharapkan dapat menguasai berbagai keterampilan seperti komunikasi, literasi, pemanfaatan teknologi informasi dan menciptakan inovasi pada berbagai bidang sesuai peminatan mereka. Modul Pilihan terdiri dari 8 modul yang dapat dipilih oleh mahasiswa, yaitu ALH, CAM, KO, ME, PAMERS.
Tautan Kelas Daring	https://lms.trisakti.ac.id
CPL-PRODI (Capaian Pembelajaran Lulusan Program Studi) yang dibebankan kepada Mata Kuliah/Modul	
Sa	Memiliki sikap ketakwaan kepada Tuhan YME dan menjunjung tinggi nilai kemanusiaan dengan menginternalisasi nilai, norma, hukum, dan etika akademik dalam keberagaman kehidupan berbangsa dan bernegara
Sb	Memiliki sikap dan perilaku profesional, bermoral, beretika, berdisiplin, sadar dan taat pada hukum, dan berwawasan sosial budaya yang sesuai prinsip praktik kedokteran, Kode Etik Kedokteran Indonesia dan Tri Krama Trisakti (Taqwa, Tekun, Terampil, Asah, Asih, Asuh, Satria, Setia, Sportif).
Pa	Menguasai secara mendalam konsep ilmu Biomedik, ilmu Humaniora, ilmu Kedokteran Klinik, dan ilmu Kesehatan Masyarakat/Kedokteran Pencegahan/Kedokteran Komunitas yang terkini untuk menjelaskan m

	mekanisme normal tubuh manusia dan mekanisme terjadinya masalah kesehatan baik secara molekuler maupun seluler secara holistik dan komprehensif mulai dari etiologi, patogenesis, patofisiologi, gejala klinik, pemeriksaan penunjang, penegakan diagnosis, tatalaksana non farmakoterapi dan farmakoterapi, edukasi, komplikasi, dan prognosis
Pb	Menguasai secara mendalam prinsip ilmu Biomedik, ilmu Humaniora, ilmu Kedokteran Klinik, dan ilmu Kesehatan Masyarakat/Kedokteran Pencegahan/Kedokteran Komunitas yang berhubungan dengan etika profesi, kepentingan hukum dan peradilan.
Pc	Menguasai secara mendalam prinsip ilmu Biomedik, ilmu Humaniora, ilmu Kedokteran Klinik, dan ilmu Kesehatan Masyarakat/Kedokteran Pencegahan/Kedokteran Komunitas untuk menentukan tindakan promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif masalah kesehatan individu, keluarga, masyarakat dan kedokteran kerja.
KUa	Menyadari kemampuan dan keterbatasan diri berkaitan dengan praktik kedokterannya dan mempraktikkan belajar sepanjang hayat dengan selalu mengikuti perkembangan ilmu dan praktek kedokteran mutakhir.
KUb	Melakukan komunikasi efektif secara verbal maupun non-verbal dalam rangka mengemukakan pendapat dengan santun dan benar baik dengan pasien dan keluarganya, mitra kerja (sejawat dan profesi lain), dan dengan masyarakat, termasuk dalam prosedur klinik (anamnesis, pemeriksaan fisik, pemeriksaan penunjang, edukasi) dan empatik dalam memberikan informasi tentang berita buruk (breaking bad news) kepada pasien standar
Capaian Pembelajaran Mata Kuliah (CPMK)	
CPMK 1	Bila dihadapkan pada kasus dan data sekunder, mahasiswa semester 5 dan 6 mampu menganalisis masalah dengan mempertimbangkan literatur terkini dan menunjukkan sikap perilaku sebagai pemimpin, pembelajar dewasa yang profesional dan seorang tim manajerial rumah sakit

CPMK 2	Terkait psikomotor: Bila dihadapkan pada kasus terkait keterampilan, mahasiswa mampu melakukan keterampilan yang diharapkan sesuai dengan SOP				
CPMK 3	Bila dihadapkan pada kasus, mahasiswa mampu melakukan kajian ilmiah, menyusun perencanaan dan pelaporan penelitian serta penyusunan karya tulis ilmiah.				
Sub-CPMK (ABCD - kemampuan yang dinilai, indikator, kondisi)					
Bila dihadapkan pada kasus dan data sekunder, mahasiswa mampu:					
Sub-CPMK 1	Memahami teori dan konsep dasar manajemen rumah sakit				
Sub-CPMK 2	Memahami etika dan hukum rumah sakit				
Sub-CPMK 3	Memahami dasar pengelolaan pelayanan medik				
Sub-CPMK 4	Memahami dasar pengelolaan penunjang medik				
Sub-CPMK 5	Mengevaluasi data, argumen dan bukti secara ilmiah, serta menarik kesimpulan ilmiah sehingga menghasilkan karya ilmiah sesuai dengan kaidah penulisan laporan ilmiah				
Korelasi CPMK Terhadap Sub-CPMK					
	Sub CPMK				
	1	2	3	4	5
CPMK 1	√	√	√	√	√
CPMK 2			√		
CPMK 3			√		√

Bahan Kajian /Materi Pembelajaran		PAMERS 1. Dasar struktur organisasi dan manajemen rumah sakit 2. Dasar pengelolaan pelayanan medik dan penunjang medik 3. Dasar pengelolaan sumber daya manusia rumah sakit 4. Dasar teknik komunikasi, edukasi dan pemasaran rumah sakit 5. Dasar pengelolaan risiko pada staf, pasien dan pengunjung rumah sakit 6. Dasar manajemen keselamatan dan kesehatan kerja rumah sakit 7. Dasar pengelolaan logistik medis dan umum 8. Dasar pengelolaan keuangan rumah sakit 9. Dasar pengelolaan Sistem Informasi RS dan Rekam Medik
Daftar Pustaka		REFERENSI BUKU 1. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit. 2. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan. 3. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 32 Tahun 2009 tentang Perlindungan dan Pengelolaan Lingkungan Hidup. 4. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 13 Tahun 2003 tentang Ketenagakerjaan. 5. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 29 Tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran. 6. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional.

		7. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial 8. Peraturan Presiden Republik Indonesia Nomor 77 Tahun 2015 tentang Pedoman Organisasi Rumah Sakit. 9. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 56 Tahun 2014 tentang Klasifikasi dan Perizinan Rumah Sakit. 10. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 69 Tahun 2014 tentang Kewajiban Rumah Sakit dan Kewajiban Pasien. 11. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 82 Tahun 2013 tentang Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit. 12. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 269 Tahun 2008 tentang Rekam Medis. 13. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 34 Tahun 2017 tentang Akreditasi Rumah Sakit. 14. Peraturan Presiden Republik Indonesia Nomor 72 Tahun 2012 tentang Sistem Kesehatan Nasional. 15. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. Rencana Strategis Kementerian Kesehatan Tahun 2015-2019. 16. Standar Nasional Akreditasi Rumah Sakit (SNARS) 2018.
--	--	---

RENCANA PEMBELAJARAN

(Topik)	Sub-CPMK	Penilaian		Metode Pembelajaran *; Pengalaman Belajar dalam moda Asinkron dan Sinkron (O-L-U)**		Materi Pembelajaran/ Topik Bahasan	Bobot penerapan (%)
		Indikator	Teknik dan Kriteria	Daring (Online)	Luring (Offline)		
PAMERS	1 s/d 5	1. Mahasiswa mampu memahami dasar struktur organisasi dan manajemen rumah sakit 2. Mahasiswa mampu memahami etika dan hukum rumah sakit 3. Mahasiswa mampu memahami dasar pengelolaan pelayanan medis dan penunjang medis 4. Mahasiswa mampu memahami dasar pengelolaan sumber daya manusia rumah sakit 5. Mahasiswa mampu memahami dasar teknik komunikasi, edukasi dan pemasaran rumah sakit 6. Mahasiswa mampu mengidentifikasi risiko dan memahami dasar pengelolaan risiko pada staf, pasien dan peng	.Formatif: ● Borang pengamatan dan umpan balik dari kontributor ● Borang pengamatan dan umpan balik keterampilan dari pembimbing lapangan Sumatif: ● Makalah ● Presentasi seminar hasil	Latihan dan umpan balik : ● Menonton video pembelajaran ● Forum diskusi LMS	Orientasi : ● Kuliah interaktif :12 jam ● Tugas baca mahasiswa ● Logbook fieldstudy ● Penilaian 360 derajat	Topik Bahasan: <i>1.Dasar struktur organisasi dan manajemen rumah sakit</i> <i>2.Dasar pengelolaan pelayanan medis dan penunjang medis</i> <i>3.Dasar pengelolaan sumber daya manusia rumah sakit</i> <i>4.Dasar teknik komunikasi, edukasi dan pemasaran rumah sakit</i> <i>5.Dasar pengelolaan risiko pada staf, pasien dan pengunjung rumah sakit</i>	100%

(Topik)	Sub-CPMK	Penilaian		Metode Pembelajaran *; Pengalaman Belajar dalam moda Asinkron dan Sinkron (O-L-U)**		Materi Pembelajaran/ Topik Bahasan	Bobot penerapan (%)
		Indikator	Teknik dan Kriteria	Daring (<i>Online</i>)	Luring (<i>Offline</i>)		
		ujung rumah sakit 7. Mahasiswa mampu memahami dasar manajemen keselamatan dan kesehatan kerja rumah sakit 8. Mahasiswa mampu memahami dasar pengelolaan logistik medis dan umum 9. Mahasiswa mampu memahami dasar pengelolaan keuangan rumah sakit 10. Mahasiswa mampu memahami dasar pengelolaan Sistem Informasi RS dan Rekam Medik				6.Dasar manajemen keselamatan dan kesehatan kerja rumah sakit 7.Dasar pengelolaan logistik medis dan umum 8.Dasar pengelolaan keuangan rumah sakit 9.Dasar pengelolaan Sistem Informasi RS dan Rekam Medik Referensi : sesuai di after referensi	

METODE PENGAJARAN

1. Kuliah interaktif: setiap dosen memberikan materi / teori menggunakan powerpoint presentation. Mahasiswa diharapkan untuk ikut aktif dalam membuat pertanyaan dan tanggapan terhadap materi yang diberikan. Dosen dapat memberikan pertanyaan - pertanyaan sehingga kegiatan belajar mengajar dapat lebih interaktif.
2. *Workshop*: kegiatan melatih keterampilan tertentu yang diharapkan. Mahasiswa akan dibagi dalam kelompok kecil dan setiap kelompok akan didampingi oleh instruktur.
3. *Field study* adalah metode pembelajaran melalui pengumpulan data secara langsung dengan pengamatan, wawancara, mencatat, atau mengajukan pertanyaan-pertanyaan.
4. Seminar Akhir: setiap mahasiswa akan mempresentasikan hasil penelusuran literatur sesuai dengan topik yang diberikan dan memberikan analisa pemecahan berbagai masalah terkait topik berdasarkan teori. Pengujian akan memberikan pertanyaan dan umpan balik terkait topik untuk menilai pemahaman mahasiswa.

Tabel Perhitungan SKS Modul

Kegiatan pembelajaran	Estimasi waktu	SKS
Kuliah Interaktif	16 jam	1
Bimbingan	6 jam	
Field Study 6 hari + Workshop	30 jam	1
Diskusi mandiri dan tugas x @ 1 jam	5 jam	
Total SKS	57 jam	2

MATRIKS KEGIATAN

J

JADWAL KEGIATAN MODUL PILIHAN PAMERS (Pengantar Administrasi & Manajemen RS)					
SEMESTER GASAL 2024/2025					
Minggu Ke-1					
	Hari & tanggal	Waktu	Topik Materi Perkuliahan	Dosen/Kontributor	Ruangan
	Senin, 06 Januari 2025	08.00 - 09.00	KULIAH PENDAHULUAN MODUL PILIHAN	dr. Gita Handayani Tarigan, MPH, MM	701-702
		09.00 - 10.00	Organisasi dan Manajemen RS	dr. Gita Handayani Tarigan, MPH, MM	702
		10.00 - 11.00			
		11.00 - 12.00			

		12.00 - 13.00	ISHOMA		
		13.00 - 14.00	Manajemen Pelayanan Medis dan Penunjang Medis	dr. Gita Handayani Tarigan, MPH, MM	702
		14.00 - 15.00			
Selasa, 07 Januari 2025		08.00 - 09.00	Manajemen Logistik Medis dan Non Medis RS	dr. Juni Chudri, MARS, AIFO-K	702
		09.00 - 10.00			
		10.00 - 11.00	Pengantar Manajemen Keuangan RS	Dosen Tamu/ Kontributor Eksternal	702
		11.00 - 12.00			
		12.00 - 13.00	ISHOMA		
		13.00 - 14.00	Manajemen Sistem Informasi RS	Dr. dr. Rina Kurniasri Kusumaratna, M. Kes	702
		14.00 - 15.00			
			08.00 - 09.00	Manajemen Pemasaran, Pelayanan Konsumen dan Humas RS	dr. Juni Chudri, MARS, AIFO-K
		09.00 - 10.00			

	Rabu, 08 Januari 2025	10.00 - 11.00	Manajemen SDM/ Sumber Daya Manusia RS	dr. Gita Handayani Tarigan, MPH, MM	702	
		11.00 - 12.00				
		12.00 - 13.00	ISHOMA			
		13.00 - 14.00	Manajemen Sarana-Prasarana dan Pemeliharaan RS	Dosen Tamu/ Kontributor Eksternal	702	
		14.00 - 15.00	Manajemen Resiko, Keselamatan Pasien dan K3RS			
	Kamis, 09 Januari 2025	08.00 - 09.00	Diskusi Topik Tugas Akhir dengan Dosen Pembimbing			
		09.00 - 10.00				
		10.00 - 11.00				
		11.00 - 12.00				
		12.00 - 13.00	ISHOMA			
		13.00 - 14.00				

		14.00 - 15.00			
	Jumat, 10 Januari 2025	08.00 - 09.00	Diskusi Topik Tugas Akhir dengan Dosen Pembimbing		
		09.00 - 10.00			
		10.00 - 11.00			
		11.00 - 12.00	ISHOMA		
		12.00 - 13.00			
		13.00 - 14.00			
		14.00 - 15.00			
Sabtu & Minggu (11 & 12 Januari 2025)		Keberangkatan menuju wahana field study masing-masing			
Minggu Ke-2					
	Senin s.d Jumat (13-17)	08.00 - 09.00	Field Study Modul Pilihan Gasal 2024/2025	Mengikuti alokasi jadwal masing-masing wahana	Sesuai lokasi wahana FS
		09.00 - 10.00			

	Januari 2025)	10.00 - 11.00				
		11.00 - 12.00				
		12.00 - 13.00	ISHOMA			
		13.00 - 14.00				
		14.00 - 15.00				
Minggu Ke-3						
	Senin s.d Jumat (20-24 Januari 2025)	08.00 - 09.00	Bimbingan Makalah/ Tugas Akhir dengan Pembimbing			
		09.00 - 10.00				
		10.00 - 11.00				
		11.00 - 12.00				
		12.00 - 13.00	ISHOMA			
		13.00 - 14.00				

		14.00 - 15.00	
Minggu Ke-4 (27-29 Januari 2025 = Libur Nasional)			
	Kamis, 30 Januari 2025	08.00 - 09.00	Seminar Akhir Modul Pilihan Gasal 2024/2025
		09.00 - 10.00	
		10.00 - 11.00	
		11.00 - 12.00	
		12.00 - 13.00	ISHOMA
		13.00 - 14.00	
		14.00 - 15.00	
	Jumat, 31 Januari 2025	08.00 - 09.00	Seminar Akhir Modul Pilihan Gasal 2024/2025
		09.00 - 10.00	
		10.00 - 11.00	

		11.00 - 12.00	ISHOMA
		12.00 - 13.00	
		13.00 - 14.00	
		14.00 - 15.00	

adwal Kegiatan Umum

Pengelola Modul Pilihan:

Ketua : dr. Gita Handayani Tarigan, M.PH, M.M.

Sekretaris : dr. Aditya Krishna Murthi, M.Biomed, AI
FO-K

PJ Modul ME : dr. Rudy Pou, M.A.R.S., M.M.

Pelaksana Peminatan Pengantar Manajemen Rumah Sakit (PAMERS):

dr. Rudy Pou (RPO)

Dr. dr. Rina K. Kusumaratna (RKK)

dr. Gita Handayani Tarigan (GHT)

dr. Juni Chudri (JCH)

C. Sarana Prasarana

Seluruh kebutuhan sarana prasarana Modul Pilihan dipersiapkan oleh Tim Pengelola Modul berkoordinasi dengan pimpinan Fakultas Kedokteran Universitas Trisakti dan tenaga penunjang lainnya. Adapun sarana prasarana yang digunakan selama perkuliahan Modul Pilihan sebagai berikut:

1. Satu ruangan kelas besar
2. Tiga ruangan kecil
3. 3 ruang tutorial/KKD
4. Perpustakaan
5. Jaringan internet
6. LCD proyektor
7. Lokasi Field study
 - a. RS Hermina Jatinegara dan Daan Mogot
 - b. Universiti Sains of Malaysia (USM)

EVALUASI

A. RANCANGAN TUGAS DAN LATIHAN

Minggu Ke/ Topik	Nama Tugas	Sub-CPMK	Penugasan	Ruang Lingkup	Cara Pengerjaan	Batas Waktu	Luaran Tugas yang di hasilkan
1	Mandiri individu	1	Tugas baca tentang teori dan konsep dasar manajemen rumah sakit	1. Teori dan konsep dasar manajemen rumah sakit	Mandiri individu/berkelompok	Sebelum pemberian seluruh kuliah materi p amers	Catatan individu tentang materi yang dipelajari dan membuat tugas terstruktur
2	Mandiri individu	3, 4	Tugas baca tentang dasar pengelolaan pelayanan medik & penunjang medik	2. Pelayanan medik dan penunjang medik			Catatan individu tentang materi yang dipelajari dan membuat tugas terstruktur
3	Mandiri individu	3, 4, 5	Tugas baca tentang manajemen risiko	3. Manajemen risiko	Mandiri individu/berkelompok	Sebelum pemberian kuliah materi keselamatan pasien dan K3RS	Catatan individu tentang materi yang dipelajari dan membuat tugas terstruktur

B. KRITERIA, INDIKATOR DAN BOBOT PENILAIAN (EVALUASI HASIL PEMBELAJARAN)

Bentuk Evaluasi	Sub-CPMK	Instrumen Penilaian [Frekuensi]		Tagihan (bukti)	Bobot penilaian (%)
		Formatif	Sumatif		
Fields tudy	7-12	Umpan balik saat field study	Rubrik penilaian	Borang Penilaian field study	20%
Proses	1-6	- Umpan balik saat kuliah dan bimbingan lapangan - Logbook	Penilaian pengetahuan	Borang Penilaian Proses	10%
Tugas Akhir	1 - 6, 13	Umpan balik saat pembimbingan	Penilaian Tugas Akhir	Borang Penilaian Tugas Akhir	30%
Seminar Akhir	1 - 13	Umpan balik saat seminar TA	Penilaian Seminar TA	Borang Penilaian Seminar TA	40%
Total					100%

C. RUBRIK PENILAIAN

Setelah mengikuti perkuliahan Modul Pilihan, semua penilaian akan dihitung dalam angka, kemudian dikonversikan dalam nilai huruf sebagai berikut:

Nilai Angka	Nilai Huruf	Nilai Mutu
-------------	-------------	------------

80 - 100	A	4.00
77 - 79.99	A-	3.70
74 - 76.99	B+	3.30
68 - 73.99	B	3.00
65 - 67.99	B-	2.70
62 - 64.99	C+	2.30
56 - 61.99	C	2.00
45 - 55.99	D	1.00
<45	E	0.0

D. EVALUASI PROGRAM

Evaluasi program di tingkat modul/mata kuliah adalah sebagai berikut:

1. Kepuasan mahasiswa terkait proses pembelajaran modul dan pengajar yang terlibat dalam modul (kuesioner akhir semester dari program studi).
2. Nilai modul minimal B oleh 80% mahasiswa.
3. Seluruh aktivitas pembelajaran berjalan sesuai rencana pembelajaran.

P E R A T U R A N (T A T A T E R T I B)

1. Mahasiswa hadir dalam setiap aktivitas pembelajaran minimal 80% dari jumlah pertemuan yang telah ditentukan.
2. Setiap mahasiswa wajib hadir dalam 2 sesi KKD / Tutorial.
3. Setiap mahasiswa harus aktif dan partisipatif dalam setiap aktivitas pembelajaran,
4. Mahasiswa hadir tepat waktu pada setiap aktivitas pembelajaran.
5. Toleransi keterlambatan adalah 15 menit. Jika melewati batas waktu toleransi, maka mahasiswa dapat mengikuti perkuliahan tetapi tidak dicatat sebagai kehadiran.
6. Mahasiswa tidak melakukan aktivitas/kegiatan lain yang tidak berhubungan dengan proses pembelajaran selama proses pembelajaran berlangsung, seperti: bermain HP, makan, minum, dan lain-lain, kecuali dengan izin dari dosen terkait.
7. Menunjukkan sikap menghargai orang lain dan tata krama yang baik saat mengemukakan pendapat.
8. Menunjukkan sikap saling menghargai dan tidak membuat kegaduhan/gangguan/kerusakan dalam kelas,
9. Menggunakan pakaian yang rapi dan sopan selama aktivitas pembelajaran.
10. Tidak melakukan pelanggaran terhadap norma yang berlaku termasuk melakukan plagiasi.

LAMPIRAN 2

FORM PENILAIAN PROSES / WORKSHOP

Nama Dosen / Pembimbing :

Topik / Materi :

[illegible]

FORM PENILAIAN TUGAS AKHIR MODUL PILIHAN

Modul :

Pembimbing :

Judul :

Kelompok :

[illegible]

Keterangan :

Nilai Ak	<u>Jumlah skor x bobot</u>
hir	
=	3

L O G B O O K K E G I A T A N F I E L D S T U D Y

[illegible]

[illegible]

--	--	--	--

P E M B A G I A N K E L O M P O K & P E M B I M B I N G T U G A S A K H I R

NO	NAMA MAHASISWA	NIM	Nomor kontak /WA	KEL	DOSEN PEMBIMBING
1	AGUNG JUNNATA	30002200007	081363007175	1	dr. Juni Chudri, MARS, AIFO-K
2	DAVINA PUSPA ZERLINDA	30002200043	082339351317		
3	FIRSTANDIKA ARIA PRADEWA	30002200071	081270081779		
4	CHINTYA EKA ARUSYAH PUTRI	30001900031	082340664077	2	Dr. dr. Rina K Kusumaratna, M. Kes
5	ALVIN VENANTIUS PHIENTERCAHYADI	30002200167	085256033270		
6	ZALFA KAILA PRAMARIZA	30002200165	087878475710		
7	NAJWA ATHIRA DELAN	30002200117	081289991044	3	dr. Gita Handayani Tarigan, MPH, MM
8	JASMINE SHAFa KURNIA	30002200082	081285086549		
9	NAJWA SHAFa MAULIDIA KOSWARA	30002200114	087810627616	4	dr. Juni Chudri, MARS, AIFO-K
10	NABILA YUDIANTIKA FITRIANISSA	30002200107	0895335955852		
11	NISRINA MAHARANI	30002200124	081367088303		
12	CALLISTA NADIRA YUBAITSa	30002200039	081314254247	5	dr. Gita Handayani Tarigan, MPH,

13	MUHAMMAD NUR MUSAWWIR	30002200106	087878460435		MM
14	NADHIRA PUTRI RAMDANIA	30002200108	085173311046	6	dr. Juni Chudri, MARS, AIFO-K
15	NIKITA ASTAMI DWINANDA	30002200123	081273456189		
16	RATNASARI PUTRI WINASIS	30002200133	087780122947	7	Dr. dr. Rina K Kusumaratna, M. Kes
17	ZAHRAH ZAHIRA INDRA PASYA	30002200164	085318888119		
18	MUHAMMAD DAFFA ALGHIFARI	30002200212	08128533281	8	Dr. dr. Rina K Kusumaratna, M. Kes
19	ASTRI AULIA ANWAR	30002200217	081356326093		
20	AMANDA SERILDA AZRA	30002200021	081397178647	9	dr. Juni Chudri, MARS, AIFO-K
21	ANGELA EXCELLCIA LARASATY SUSETYO	30002200024	081289542446		
22	AYU FATIMAH SULENRA	30002200035	082258991026	10	dr. Gita Handayani Tarigan, MPH, MM
23	DANASTRI RATYA RIYADI PUTRI	30002200042	081317080630		
24	ASA AULIA KUSUMA	30002200030	082256587021		
25	XENA AURA DWIPUTRI	30002200216	081284185794	11	dr. Gita Handayani Tarigan, MPH, MM
26	MAULANA MALIK HIDAYAT	30002200222	082150036046		
27	SYARIFAH MARLIANDA	30002200225	08118868667	12	Dr. dr. Rina K Kusumaratna, M. Kes
28	NAURAH SILMY NAZHIFAH	30002200227	081290489378		

H A N D O U T M O D U L

ORGANISASI & MANAJEMEN RUMAH SAKIT

dr. Rudy Pou, MARS, M.M.

Mata Kuliah Pilihan (MKP) Pengantar Organisasi dan Manajemen Rumah Sakit adalah mata kuliah pilihan dari sekian banyak mata kuliah pilihan yang ada di Fakultas Kedokteran Universitas Trisakti. Sebagai pengantar tentu yang disampaikan dalam perkuliahan hanya bersifat superfisial untuk memahami tentang dasar organisasi, dasar manajemen dan manajemen rumah sakit secara umum.

A. ORGANISASI

Manusia modern adalah manusia organisasi, yaitu manusia yang mempunyai kemauan, kemampuan untuk bekerjasama dalam suatu wadah yang disebut organisasi. Manusia mulai sadar, hanya melalui kerjasama (*teamwork*) di dalam organisasi, akan memperoleh hasil karya yang efektif dan efisien, karena itu manusia sangat membutuhkan organisasi. Organisasi sudah menjadi bagian dari aktivitas kehidupan manusia. Karena tanpa sebuah organisasi, mustahil bagi manusia untuk dapat mengatur ataupun membangun sebuah sistem kerja yang efektif dan efisien. Organisasi dibutuhkan untuk membimbing sebuah kerja tim dalam menjalankan sebuah perusahaan ataupun instansi. Namun sebuah organisasi tidak hanya terpaku kepada perusahaan semata, namun lebih luasnya organisasi telah mencakup seluruh kehidupan manusia.

Dalam [ilmu-ilmu sosial](#), organisasi dipelajari oleh peneliti dari berbagai bidang [ilmu](#), terutama [sosiologi](#), [ekonomi](#), [ilmu politik](#), [psikologi](#) dan [manajemen](#), tidak terkecuali ilmu kesehatan. Banyak pengertian yang disampaikan tentang organisasi, organisasi pada dasarnya digunakan sebagai tempat bagi orang-orang untuk berkumpul, bekerja sama (*team work*) secara rasional, sistematis, terencana, dipimpin dan terkendali dalam memanfaatkan sumber daya / *resources* (uang, material, mesin, metode, lingkungan), sarana-prasarana, data dan lain sebagainya yang digunakan secara efisien dan efektif untuk mencapai tujuan organisasi.

[Stephen P. Robbins](#) menyatakan bahwa organisasi adalah kesatuan (*entity*) sosial yang dikoordinasikan secara sadar, dengan sebuah batasan yang relatif dapat diidentifikasi, yang bekerja atas dasar yang relatif terus-menerus untuk mencapai suatu tujuan bersama atau sekelompok tujuan. Sedangkan menurut *James A. Stoner*, organisasi adalah suatu pola hubungan-hubungan yang melalui mana orang-orang di bawah pengarahan atasan mengejar tujuan bersama.

Organisasi berasal dari bahasa Yunani: ὄργανον, organon yang berarti alat, adalah suatu kelompok orang dalam suatu wadah untuk tujuan bers

ama. Sedangkan definisi organisasi menurut Marshall E. Dimock, organisasi adalah suatu cara yang sistematis untuk memadukan bagian-bagian yang saling tergantung menjadi suatu kesatuan yang utuh dimana kewenangan, koordinasi, dan pengawasan dilatih untuk mencapai tujuan yang telah ditentukan.

Syarat sebuah organisasi terdiri atas: (1) **Interaksi**, anggota-anggota seharusnya berinteraksi satu sama lain; (2) **Interdependen**, apa yang terjadi pada seorang anggota akan mempengaruhi perilaku anggota yang lain; (3) **Stabil**, hubungan antar anggota ada lamanya waktu yang berarti (bulanan, tahunan); (4) **Tujuan**, beberapa tujuan bersifat umum bagi semua anggota; (5) **Struktur**, fungsi tiap anggota harus memiliki beberapa macam struktur sehingga mereka memiliki set peran; (6) **Persepsi**, anggota harus merasakan diri mereka sebagai bagian dari kelompok organisasi.

Rumah sakit adalah sebuah organisasi yang memenuhi persyaratan di atas, akan dijelaskan secara detail dalam Pedoman Organisasi Rumah Sakit yang dikeluarkan oleh Presiden pada tahun 2015. Pedoman Organisasi Rumah Sakit bertujuan untuk mewujudkan organisasi rumah sakit yang efektif, efisien dan akuntabel dalam rangka mencapai visi dan misi rumah sakit sesuai tata kelola perusahaan yang baik (*good corporate governance*) dan tata kelola klinis yang baik (*good clinical governance*). Sehingga sebuah organisasi rumah sakit disesuaikan dengan besarnya kegiatan dan beban kerja rumah sakit, hal ini dapat dilihat pada struktur organisasi rumah sakit yang harus membagi habis seluruh tugas dan fungsi rumah sakit.

Organisasi Rumah Sakit paling sedikit terdiri atas kepala (direktur) rumah sakit, unsur pelayanan medis, unsur keperawatan, unsur penunjang medis, unsur administrasi umum dan keuangan, komite medis dan satuan pemeriksaan internal. Unsur organisasi rumah sakit juga dapat berupa direktorat, departemen, divisi, instalasi, unit kerja, komite dan/atau satuan sesuai dengan kebutuhan dan beban kerja rumah sakit tersebut. Unsur-unsur organisasi ini dapat digabungkan sesuai kebutuhan, beban kerja, dan klasifikasi rumah sakit (Peraturan Presiden No 77 Tahun 2015).

Menurut *James A. Stoner* struktur organisasi dapat dikatakan sebagai pengaturannya antar hubungan bagian-bagian komponen dan posisi-posisi suatu perusahaan. Sedangkan menurut *Miles* struktur organisasi adalah suatu yang menunjukkan hierarki organisasi yang bersagkutan, struktur otoritas dan hubungan antara atasan dan bawahan. Dalam referensi lain dijelaskan bahwa struktur organisasi adalah struktur yang menunjukkan kerangka dan susunan perwujudan pola tetap hubungan diantara fungsi-fungsi, bagian-bagian atau posisi, maupun orang-orang yang menunjukkan kedudukan tugas dan wewenang dan tanggung jawab yang berbeda-beda dalam suatu organisasi.

Dalam sebuah organisasi, struktur organisasi sangat diperlukan untuk menjelaskan dan menerangkan tata kepemimpinan / tata kelola yang terdapat dalam organisasi tersebut. Disamping itu struktur organisasi juga mempermudah bagi siapapun untuk mengetahui subjek-subjek yang diberi wewenang dan tu

gas-tugas yang dijalankan. Oleh karena itu struktur organisasi memiliki unsur-unsur yang terdiri dari:

1. Spesialisasi pekerjaan, mengenai spesifikasi tugas-tugas individu dan kelompok kerja dalam organisasi (pembagian kerja) dan penyatuan tugas-tugas tersebut menjadi satuan-satuan kerja (departementalisasi).
2. Standarisasi kegiatan, merupakan prosedur-prosedur yang digunakan organisasi untuk menjamin terlaksananya kegiatan seperti yang direncanakan.
3. Koordinasi kegiatan, menunjukkan prosedur-prosedur yang meningkatkan fungsi-fungsi satuan-satuan kerja dalam organisasi.
4. Sentralisasi dan desentralisasi pembuatan keputusan, yang menunjukkan lokasi (letak) kekuasaan pembuatan keputusan.
5. Ukuran satuan kerja, menunjukkan jumlah karyawan dalam satuan kelompok kerja.

Dikenal beberapa struktur organisasi yaitu: (1) struktur organisasi lini; (2) struktur organisasi lini dan staf; (3) struktur organisasi fungsional; (4) struktur organisasi lini dan fungsional; (5) struktur organisasi matriks dll.

Menurut *David H. Holt* pengorganisasian adalah fungsi mengumpulkan sumber daya, mengalokasikan sumber daya dan tugas penataan untuk memenuhi rencana organisasi. Dari pengertian ini dapat dipahami bahwa dalam pengorganisasian, pihak manajemen perlu menetapkan tugas-tugas apa yang perlu dilaksanakan, siapa yang harus melaksanakan dan siapa saja yang akan mengambil keputusan-keputusan tentang tugas tersebut.

Pengorganisasian (*organizing*) merupakan proses penyusunan struktur organisasi yang sesuai dengan tujuan organisasi, sumber daya yang dimiliki dan lingkungan yang melingkupinya. Merupakan proses penyusunan sesuai dengan tujuan organisasi yang berarti bahwa lembaga yang ingin menyusun sebuah organisasi harus menentukan tujuan atau target-target yang akan dicapai oleh lembaga tersebut. Hal ini bertujuan agar ketika organisasi tersebut sudah berjalan, mereka mengetahui hal apa yang harus dikerjakan untuk mencapai tujuan tersebut. Juga dalam pelaksanaannya tidak melenceng dari target yang sudah ditentukan. Sebuah organisasi juga harus memperhatikan sumber daya yang tersedia (*resource available*) baik itu sumber daya manusia atau alam. Hal ini akan mempengaruhi jalannya organisasi juga kebijakan-kebijakan yang akan diputuskan. Berkaitan pula dengan tujuan didirikannya organisasi tersebut.

B. MANAJEMEN

Kata manajemen berasal dari bahasa Italia (1561) "*maneggiare*" yang berarti "mengendalikan", terutama dalam konteks mengendalikan kuda, yang berasal dari bahasa latin manus yang berarti "tangan". Bahasa Perancis lalu m

engadopsi kata ini dari bahasa Inggris menjadi “*ménagement*”, yang memiliki arti “seni melaksanakan dan mengatur”.

Mary Parker Follet, mendefinisikan “*management as the art of getting things through others*”; manajemen sebagai seni menyelesaikan pekerjaan melalui orang lain. *Ricky W. Griffin* mendefinisikan manajemen sebagai sebuah proses perencanaan, pengorganisasian, pengkoordinasian dan pengontrolan sumber daya untuk mencapai sasaran secara efektif dan efisien. Efektif berarti bahwa tujuan dapat dicapai sesuai dengan perencanaan, sementara efisien berarti bahwa tugas yang ada dilaksanakan secara benar, terorganisir dan sesuai dengan jadwal.

Menurut *Stephen P. Robbins* dan *Mary Coulter*, apakah manajemen itu? Manajemen (pengelolaan) adalah hal yang dilakukan oleh para manajer. Manajemen melibatkan aktivitas koordinasi dan pengawasan terhadap pekerjaan orang lain, sehingga pekerjaan tersebut dapat diselesaikan secara efisien dan efektif. Selain itu, manajemen juga melibatkan tanggung jawab.

Efisiensi ialah menghasilkan output sebanyak mungkin dari input sesedikit mungkin. Efektivitas yaitu mengerjakan hal yang tepat atau menjalankan aktivitas-aktivitas secara langsung yang mendorong tercapainya sasaran-sasaran organisasi. Efisiensi lebih ke cara mencapai suatu tujuan, sedangkan efektivitas lebih berkenaan dengan hasil atau pencapaian tujuan tersebut.

Pembahasan dalam ilmu manajemen yaitu proses untuk mencapai tujuan, yang meliputi perencanaan (*planning*), pengorganisasian (*organizing*), pengarahan (*directing*) dan pengendalian (*controlling*). Oleh karena itu manajemen digunakan di semua organisasi dalam rangka mencapai tujuannya, baik organisasi profit (perusahaan/organisasi bisnis) maupun organisasi non-profit (pemerintahan, lembaga sosial, organisasi kemasyarakatan); di semua sektor: perbankan, manufaktur, pertambangan, perdagangan, kesehatan, pariwisata, dll; yang ukurannya kecil, menengah maupun besar.

Sehingga definisi singkat manajemen adalah suatu proses dalam rangka mencapai tujuan dengan bekerja bersama melalui orang-orang dan sumber daya organisasi lainnya. Yang dimaksud proses (fungsi) manajemen adalah (1) perencanaan (*planning*); (2) pengorganisasian (*organizing*); (3) pengarahan (*directing*); dan (4) pengendalian (*controlling*).

C. RUMAH SAKIT

Definisi rumah sakit menurut UU No 44 Tahun 2009 adalah institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan, dan gawat darurat.

Manajemen rumah sakit adalah suatu proses perencanaan, pengorganisasian, pengarahan dan pengendalian sumber daya yang dimiliki yang dilakukan secara efektif dan efisien untuk mencapai tujuan rumah sakit. Manajemen rumah sakit membidangi manajemen sumber daya manusia, manajemen keuangan, manajemen pelayanan medik, manajemen penunjang medik, manajemen keperawatan, manaj

emen farmasi, manajemen pemasaran, manajemen sistem informasi, manajemen logistik dll.

Rumah sakit merupakan organisasi yang bersifat padat sumber daya manusia, padat karya, padat modal, padat teknologi yang memerlukan pengelolaan secara profesional. Dalam hal rujukan medik, rumah sakit diandalkan untuk memberikan pengayoman medik (pusat rujukan) untuk pusat-pusat pelayanan yang ada di wilayah kerjanya. Sifat rujukan sangat erat kaitannya dengan klasifikasi rumah sakit. Ada 4 (empat) jenis rumah sakit berdasarkan klasifikasi perumahsakit di Indonesia yaitu kelas A, B, C, dan D. Rumah sakit kelas A yang paling tinggi menjadi rujukan kelas rumah sakit yang lebih rendah dan memiliki rujukan wilayah yang lebih luas. Rujukan dilaksanakan melalui dua sistem rujukan yaitu sistem rujukan kesehatan (berkaitan dengan upaya promotif dan preventif seperti bantuan teknologi, bantuan sarana dan operasionalnya) dan rujukan medik (berkaitan dengan pelayanan yang bersifat kuratif dan rehabilitatif). Klasifikasi rumah sakit ditentukan oleh jenis pelayanan, sumber daya manusia, bangunan dan prasarana dan peralatan.

Berdasarkan kepemilikan, rumah sakit dimiliki pemerintah atau swasta. Dimana pemerintah yang dimaksud adalah pemerintah pusat, pemerintah provinsi, pemerintah kabupaten/kota. Sedangkan rumah sakit swasta dimiliki perorangan atau sekelompok orang. Berdasarkan bentuk, rumah sakit terdiri atas rumah sakit statis, rumah sakit bergerak dan rumah sakit lapangan. Berdasarkan jenis pelayanan rumah sakit terbagi atas rumah sakit umum dan rumah sakit khusus. Rumah sakit yang didirikan oleh swasta harus berbentuk badan hukum yang kegiatan usahanya hanya bergerak di bidang perumahsakit. Badan hukum yang dimaksud berupa badan hukum yang bersifat nirlaba (misal yayasan); dan badan hukum dengan tujuan profit (misal perseroan terbatas atau persero), sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

It's not the strongest nor most intelligent of the species that survive;

It is the one most adaptable to change.

--Charles Darwin

REFERENSI

- Adikoesoemo, S. (2012). *Manajemen Rumah Sakit*. Jakarta: Pustaka Sinar Harapan.
- Graham, P. (1995). *Mary Parket Follet - Prophet of Management: A Celebration of Writings from the 1920's*. Cambridge, MA: Harvard Business School Press, 1995.

- Griffin, R.W. (2012). *Fundamentals of Management*. 11th Edition. New Jersey: Pearson.
- Hasibuan, M. (2011). *Manajemen: Dasar, Pengertian dan Masalah*. Jakarta: Bumi Aksara.
- Herlambang, S. (2016). *Manajemen Pelayanan Kesehatan Rumah Sakit. Cara Mudah Memahami Manajemen Pelayanan di Rumah Sakit dan Organisasi Pelayanan Kesehatan lainnya*. Yogyakarta: Gosyen Publishing.
- Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 30 Tahun 2009 tentang Klasifikasi dan Perizinan Rumah Sakit
- Peraturan Presiden Republik Indonesia Nomor 77 Tahun 2015 tentang Pedoman Organisasi Rumah Sakit
- Robbins, S.P., Coulter, M. (2012). *Management*. 11th Edition. Boston - Tokyo: Pearson Education, Inc.
- Robbins, S.P. (1990). *Organization Theory: Structure, Design, and Application*. Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice Hall Inc. 1990.
- Sarinah. (2017). *Pengantar Manajemen*. Yogyakarta: Deepublish.
- Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit.

Hukum & Etika Rumah Sakit

dr. Gita Handayani Tarigan, M. PH., M. M.

A. Hukum Rumah Sakit

Definisi Hukum

Menurut Grotius:

“Law is the rule of moral action obliging to that which is right”. (De Jure Belli ac Pacis, 1625)

Menurut E. Utrecht:

Himpunan peraturan-peraturan yang mengurus tata tertib suatu masyarakat, dan karena itu harus ditaati oleh masyarakat”

Menurut Prof. E. M. Meyers:

“Semua aturan yang mengandung pertimbangan kesusilaan, yang ditujukan kepada tingkah laku manusia dalam masyarakat, dan yang menjadi pedoman bagi penguasa Negara dalam melakukan tugasnya” .

Pengertian Hukum Secara umum:

“Keseluruhan kumpulan peraturan-peraturan atau kaidah - kaidah dalam suatu kehidupan bersama, atau keseluruhan peraturan tingkah laku yang berlaku dalam suatu kehidupan bersama yang dapat dipaksakan pelaksanaannya dengan suatu sanksi” .

Hukum Kesehatan

Adalah semua ketentuan hukum yang berhubungan langsung dengan pemeliharaan/pelayanan kesehatan dan penerapannya serta hak dan kewajiban baik dari perorangan dan segenap lapisan masyarakat sebagai penerima pelayanan kesehatan maupun dari pihak penyelenggara kesehatan dalam segala aspek organisasi, sarana pedoman medis nasional/internasional, hukum di bidang kesehatan, yurisprudensi serta ilmu pengetahuan bidang kedokteran/kesehatan (PERHUKI)

Hukum kesehatan bertumpu pada hak atas pemeliharaan kesehatan sebagai hak dasar sosial (*the right to health care*) yang ditopang oleh 2 (dua) hak dasar individual , yaitu hak atas informasi (*the right to information*) dan hak untuk menentukan nasib sendiri (*the right of self determination*)

Hukum Rumah Sakit

Rumah sakit sebagai “orang” dalam bentuk badan hukum akan bertanggung jawab terhadap perbuatan hukum yang dilakukan oleh organ-organ yang menjalankan tugas rumah sakit dan tanggung jawab tersebut juga ditanggung oleh yang mengendalikan dan menjalankan fungsi dan tugas badan hukum tersebut (badan hukum baik badan hukum kenegaraan maupun badan hukum pribadi (Pasal 1653 KUH Perdata)

UU No.44 Tahun 2009 Tentang Rumah Sakit

Undang - undang No.44 Tahun 2009 Tentang Rumah Sakit mengatur tentang hak dan kewajiban rumah sakit sebagai penyelenggara pelayanan kesehatan. Undang - undang ini bersifat mengikat pemilik dan pengelola rumah sakit untuk menyelenggarakan pelayanan kesehatan yang bertanggung jawab baik bagi pasien maupun masyarakat. Undang - undang ini juga mengatur tanggung jawab spesifik rumah sakit, tanggung jawab institusi, serta tanggung jawab nakes. UU RS menyatakan tanggungjawab Institusi Δ RS harus mampu “menguasai” seluruh RS, termasuk SDM nya. Sementara menurut UU Kesehatan dan UU Praktik Kedokteran Rumah Sakit dan tenaga kesehatan berbagi sesuai dengan “Peraturan Internal RS” atau “Perjanjian” .

Pasal 1 angka 1

Rumah Sakit adalah institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan, dan gawat darurat.

Pasal 1 angka 3

Pelayanan Kesehatan Paripurna adalah pelayanan kesehatan yang meliputi promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif.

Pasal 2

Rumah Sakit diselenggarakan berdasarkan Asas Pancasila:

1. Nilai kemanusiaan (*Humanity*)
2. Nilai etika dan profesionalitas (*Ethics and professionalism*)
3. Nilai manfaat (*Benefit*)
4. Nilai keadilan (*Justice*)
5. Nilai persamaan hak dan anti diskriminasi (*Equality and Non Discrimination*)

6. Nilai pemerataan (*Equal et Bono or Fairness*)
7. Nilai perlindungan dan keselamatan pasien (*Patient Safety and Protection*)
8. Mempunyai fungsi sosial (*Social Function*)

Pasal 4

Tugas Rumah Sakit:

Rumah Sakit mempunyai tugas memberikan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna.

Pasal 5

Fungsi Rumah Sakit

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

Dasar Hukum Persetujuan Tindakan Medis (*Informed consent*) Dalam Pelayanan Medis

Menurut Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 290 Tahun 2008 tentang Persetujuan Tindakan Kedokteran, Persetujuan tindakan kedokteran adalah persetujuan yang diberikan oleh pasien atau keluarga terdekat setelah mendapat penjelasan secara lengkap mengenai tindakan kedokteran atau kedokteran gigi yang akan dilakukan terhadap pasien.

Informed consent adalah persetujuan bebas yang diberikan oleh pasien terhadap suatu tindakan medis, setelah pasien mendapatkan semua informasi terkait tindakan yang akan dilakukan mengenai sifat serta konsekuensi tindakan tersebut. *Informed consent* dibuat berdasarkan prinsip otonomi, beneficentia dan nonmaleficentia, yang berakar pada martabat manusia di mana otonomi dan integritas pribadi pasien dilindungi dan dihormati. Jika pasien tidak kompeten, maka persetujuan diberikan oleh keluarga atau wali sah. Jika keluarga/wali hadir tetapi tidak kompeten juga, maka tenaga medis harus memutuskan sendiri untuk melakukan tindakan medis tertentu sesuai keadaan pasien. *Informed consent* terutama dibutuhkan dalam kasus-kasus luar biasa. Namun untuk pasien kritis atau darurat yang harus

segera diambil tindakan medis untuk menyelamatkannya, *proxy consent* tidak dibutuhkan.

Permasalahan Hukum Terkait Rekam Medis dan Audit Medis

Rekam Medis adalah berkas yang berisi catatan dan dokumen antara lain identitas pasien, hasil pemeriksaan, pengobatan yang telah diberikan, serta tindakan dan pelayanan lain yang telah diberikan kepada pasien. (Peraturan Menteri Kesehatan No.269 Tahun 2008).

Audit Medis adalah upaya evaluasi secara profesional terhadap mutu pelayanan medis yang diberikan kepada pasien dengan menggunakan rekam medis yang dilaksanakan oleh profesi medis.

B. Etika Rumah Sakit

Teori Etika

1. Utilitarianisme

Menurut teori ini, suatu tindakan dikatakan baik jika membawa manfaat bagi sebanyak mungkin anggota masyarakat (*the greatest happiness of the greatest number*). Pahami utilitarianisme sebagai berikut: (1) Ukuran baik tidaknya suatu tindakan dilihat dari akibat, konsekuensi, atau tujuan dari tindakan itu, apakah memberi manfaat atau tidak; (2) dalam mengukur akibat dari suatu tindakan, satu-satunya parameter yang penting adalah jumlah kebahagiaan atau jumlah ketidakbahagiaan; (3) kesejahteraan setiap orang sama pentingnya.

2. Teori Keutamaan (*Virtue Theory*)

Teori keutamaan berangkat dari manusianya (Bertens, 2000). Teori keutamaan tidak menanyakan tindakan mana yang etis dan tindakan mana yang tidak etis. Teori ini tidak lagi mempertanyakan suatu tindakan, tetapi berangkat dari pertanyaan mengenai sifat-sifat atau karakter yang harus dimiliki oleh seseorang agar bisa disebut sebagai manusia utama, dan sifat-sifat atau karakter yang mencerminkan manusia hina. Karakter/sifat utama dapat didefinisikan sebagai disposisi sifat/watak yang telah melekat/dimiliki oleh seseorang dan memungkinkan dia untuk selalu bertingkah laku yang secara moral dinilai baik. Bertens (2000) memberikan contoh sifat keutamaan, antara lain: kebijaksanaan, keadilan, dan kerendahan hati. Sedangkan untuk pelaku bisnis, sifat utama yang perlu dimiliki antara lain: kejujuran, kewajaran (*fairness*), kepercayaan dan keuletan.

Etika Rumah Sakit

Weber (2001) berpendapat bahwa dalam menjalankan etika, lembaga pelayanan kesehatan harus memperhatikan tiga hal yaitu: (1) sebagai pemberi pelayanan kesehatan; (2) sebagai pemberi pekerjaan; dan (3) sebagai warga negara. Weber menyatakan bahwa tiga hal tersebut merupakan ciri-ciri o

rganisasi pelayanan kesehatan yang membedakannya dengan perusahaan biasa . Dasar etika bisnis pelayanan kesehatan adalah komitmen memberikan pelayanan terbaik dan menjaga hak-hak pasien. Berdasarkan buku Weber (2001) terdapat sebagian etika bisnis rumah sakit yang berhubungan langsung dengan prinsip-prinsip ekonomi yaitu biaya dan mutu pelayanan, insentif untuk pegawai, kompensasi yang wajar, dan eksternalitas. Ciri-ciri ini dapat dipergunakan sebagai pedoman dalam menyusun strategi rumah sakit.

Kode Etik Rumah Sakit Indonesia

Menurut KODERSI, kewajiban rumah sakit bukan semata pada penyelenggaraan pelayanan kesehatan, tetapi juga kewajiban terhadap pasien, masyarakat, serta karyawan/staf rumah sakit . Rumah sakit harus mengutamakan pelayanan yang baik dan bermutu secara berkesinambungan serta tidak mendasakan urusan biaya; rumah sakit harus melaksanakan fungsi sosial dengan menyediakan fasilitas pelayanan kepada pasien tidak mampu/miskin, pasien gawat darurat, dan korban bencana. Rumah sakit berkewajiban memberikan pelayanan yang menghargai martabat dan kehormatan pasien; karyawan rumah sakit menunjukkan sikap dan perilaku yang sopan dan santun, sesuai dengan norma sopan santun dan adat istiadat yang berlaku setempat.

Rumah sakit juga bertanggung jawab terhadap perilaku tenaga kesehatan. Setiap tenaga kesehatan yang bekerja di rumah sakit harus mengikuti kode etik perilaku yang tercantum dalam peraturan internal staf rumah sakit. Kode etik perilaku merupakan seperangkat peraturan yang dijadikan pedoman perilaku di rumah sakit. Kode etik perilaku bertujuan membantu menciptakan dan mempertahankan integritas, membantu menciptakan lingkungan kerja yang aman, sehat, nyaman, dan dimana setiap orang dihargai dan dihormati martabatnya setara sebagai anggota tim asuhan pasien.

Setiap rumah sakit wajib mendirikan Komite Etik Rumah Sakit (KERS), yang merupakan perangkat organisasi rumah sakit dibentuk di Rumah Sakit dalam rangka membantu pimpinan rumah sakit menerapkan Kode Etik Rumah Sakit di rumah sakit. Secara umum KERS bertugas membantu pimpinan rumah sakit menerapkan Kode Etik Rumah Sakit di rumah sakit, baik diminta maupun tidak diminta.

Tanggung jawab Etika Dalam Pelayanan Kesehatan

Meskipun setiap bisnis bertujuan mencari keuntungan, namun dalam bisnis rumah sakit tanggung jawab etika sangat harus diperhatikan. Tanggung jawab etika tersebut sekaligus mengikat tenaga kesehatan dan staf rumah sakit dalam memberikan pelayanan. Tanggung jawab etika meskipun tidak mengikat seperti hukum, namun bila tidak dilakukan dampak sosial yang dihasilkan bisa sangat besar, dan dapat sangat merugikan bagi rumah sakit.

Tujuan penting dalam penyelenggaraan pelayanan rumah sakit adalah peningkatan efisiensi dan penjaminan bagi semua orang untuk mendapatkan pelayanan rumah sakit. Bagi sebagian orang rumah sakit masih merupakan barang mahal yang membutuhkan banyak uang sehingga yang tidak mampu tidak bis

a mendapatkan akses terhadap pelayanan kesehatan. Namun kenyataannya masih banyak diberitakan rumah sakit menolak merawat orang miskin karena tidak mampu bayar. Kenyataannya bilamana rumah sakit merawat orang yang tidak mampu bayar, maka rumah sakit akan merugi dan berdampak juga pada semua karyawan yang bekerja di rumah sakit tersebut. Sehingga strategi bisnis rumah sakit kemudian menjadi lebih menantang, bagaimana manajemen rumah sakit dapat menggerakkan ekonomi namun juga menjamin tersedianya layanan bagi orang yang tidak mampu.

“One allocation is defined as Pareto superior to another if and only if it makes at least one person better off and no one worse off”

~Wilfredo Pareto

Referensi

1. Kementerian Kesehatan RI. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 42 Tahun 2018 Tentang Komite Etik Dan Hukum Rumah Sakit.
2. Kementerian Kesehatan RI. Peraturan Menteri Kesehatan No. 290 Tahun 2008 Tentang Persetujuan Tindakan Kedokteran.
3. Kementerian Kesehatan RI. KMK No 496 Tahun 2005 Tentang Pedoman Audit Medis di Rumah Sakit.
4. Kementerian Kesehatan RI. Peraturan Menteri Kesehatan No.269 Tahun 2008 Tentang Rekam Medis.
5. MKEK PB IDI. Kode Etik Kedokteran Indonesia (KODEKI)
6. PERSI. Kode Etik Rumah sakit di Indonesia (KODERSI) 2018.
7. UU No 44 Tahun 2009 Tentang Rumah Sakit
8. UU No 36 Tahun 2009 Tentang Kesehatan
9. UU No 29 Tahun 2004 Tentang Praktek Kedokteran
10. Weber. Business Ethics in Health Care: Beyond Compliance. 2001.

Manajemen Sumber Daya Manusia Rumah Sakit

dr. Gita Handayani Tarigan, M.PH., M.M.

A. Manajemen Sumber Daya Manusia (SDM)

Menurut Straub dan Attner (dalam buku CHR. Jimmny L.Gaol, 2014), manusia merupakan sumber daya yang paling penting dari sebuah organisasi. Manusia berkontribusi dalam hal bakat, keahlian, pengetahuan, keterampilan dan pengalaman untuk mencapai tujuan - tujuan organisasi. Sementara menurut Nawawi (dalam buku CHR. Jimmny L.Gaol, 2014) SDM adalah orang yang bekerja dan berfungsi sebagai aset organisasi / perusahaan yang dapat dihitung jumlahnya. Dikatakan juga bahwa SDM adalah potensi yang menjadi motor penggerak organisasi.

Edwin B. Filippo (dalam buku CHR. Jimmny L.Gaol, 2014) mengatakan bahwa manajemen sumber daya manusia adalah proses merencanakan, mengorganisir atau mengorganisasikan, mengarahkan dan mengendalikan pengadaan, pengembangan, kompensasi, penyatuan, perawatan / pemeliharaan, dan pemisahan / pelepasan sumber daya manusia kepada tujuan - tujuan akhir individu organisasi dan masyarakat yang telah dicapai.

Komponen - komponen dalam pengelolaan sumber daya manusia:

1. Fungsi Manajemen

a. Perencanaan (*Planning*)

Proses perencanaan SDM menentukan kemajuan program dan pencapaian tujuan organisasi.

b. Pengorganisasian (*Organizing*)

Setelah masing - masing fungsi personel telah ditentukan maka selanjutnya bagian SDM harus merancang pengorganisasian dengan pembentukan struktur organisasi kemudian membaginya dalam unit - unit yang sesuai dengan fungsi yang berbeda - beda namun mempunyai tujuan yang sama sehingga hubungan antar unit pun harus dikelola baik.

c. Pengarahan (*Directing*)

Fungsi ini biasa dikenal sebagai penggerakan atau motivasi agar karyawan dapat menjalankan pekerjaan secara optimal. Pengarahan juga berarti memberi petunjuk dan mengajak karyawan untuk bekerja mencapai tujuan organisasi.

d. Pengendalian (*Controlling*)

Pengendalian yang dimaksud adalah pengawasan terhadap kinerja karyawan dan pengkoreksian apabila ditemukan penyimpangan, serta pengaturan dan penyesuaian kembali terhadap penyimpangan yang terjadi.

2. Fungsi Operasi

a. Pengadaan (*Procurement*)

Fungsi pengadaan dalam manajemen SDM berkaitan dengan mendapatkan jenis dan jumlah tenaga kerja yang dibutuhkan untuk mencapai tujuan organisasi. Fungsi ini termasuk perekrutan, penyeleksian, dan penempatan tenaga kerja.

b. Pengembangan (*Development*)

Setiap tenaga kerja yang telah diperoleh harus dilakukan pengembangan. Pengembangan ini terkait dengan peningkatan keahlian atau keterampilan yang penting bagi kinerja perusahaan.

c. Kompensasi (*Compensation*)

Kompensasi biasanya diterima tenaga kerja dalam bentuk uang sebagai gaji bulanan ditambah dengan tunjangan - tunjangan tertentu sesuai dengan perjanjian.

d. Integrasi (*Integration*)

Seringkali meskipun telah dikembangkan dan diberikan kompensasi yang memadai perusahaan masih menghadapi persoalan terkait penyatuan atau integrasi. Integrasi yang dimaksud adalah menyatukan pandangan dan sikap yang sesuai dengan tujuan organisasi.

e. Perawatan / Pemeliharaan (*Maintenance*)

Pemeliharaan berarti upaya untuk mempertahankan dan meningkatkan kondisi yang sudah ada.

f. Pemisahan / Pelepasan / Pensiun (*Separation*)

Fungsi ini berhubungan dengan karyawan yang telah lama bekerja pada perusahaan dan harus dilakukan pensiun. Juga terhadap karyawan yang melakukan pelanggaran atau tidak mencapai kinerja yang diharapkan dilakukan pemutusan hubungan kerja.

Diskusi 1:

Berdasarkan penjabaran di atas, diskusikan apa saja yang cakupan pekerjaan bagian SDM di sebuah organisasi rumah sakit?

B. Sumber Daya Manusia (SDM) Rumah Sakit

Rumah sakit adalah organisasi unik, karena di dalamnya terdapat padat teknologi, padat karya dan padat modal, sehingga pengelolaan rumah sakit menjadi disiplin ilmu tersendiri yang menghasilkan dua hal sekaligus, yaitu teknologi dan perilaku manusia di dalam organisasi. Pengelolaan rumah sakit merupakan hal yang kompleks terutama pada pengelolaan sumber daya manusia, dimana di rumah sakit SDM-nya terdiri dari tenaga kesehatan

n dan non kesehatan. Rumah sakit sendiri merupakan organisasi yang memberikan pelayanan atau jasa, maka sumber daya manusia rumah sakit merupakan aset rumah sakit yang sangat berharga karena manusialah yang mengendalikan seluruh kegiatan pelayanan yang ada di rumah sakit.

Menurut Peraturan Menteri Kesehatan No.33 Tahun 2015 Tentang Pedoman Penyusunan Perencanaan Kebutuhan Sumber Daya Manusia Kesehatan, yang dimaksud dengan Sumber Daya Manusia Kesehatan yang selanjutnya disingkat SDM Kesehatan adalah seseorang yang bekerja secara aktif di bidang kesehatan, baik yang memiliki pendidikan formal kesehatan maupun tidak yang untuk jenis tertentu memerlukan kewenangan dalam melakukan upaya kesehatan. Sedangkan tenaga Kesehatan adalah setiap orang yang mengabdikan diri dalam bidang kesehatan serta memiliki pengetahuan dan/atau keterampilan melalui pendidikan di bidang kesehatan yang untuk jenis tertentu memerlukan kewenangan untuk melakukan upaya kesehatan.

Diskusi 2:

1. Siapa saja yang disebut dengan tenaga kesehatan di rumah sakit?
2. Siapa saja yang disebut dengan tenaga non kesehatan di rumah sakit?
3. Menurut anda apakah ada perbedaan pengelolaan SDM rumah sakit baik tenaga kesehatan maupun non kesehatan?
4. Kendala atau tantangan pengelolaan SDM RS tenaga kesehatan maupun non kesehatan

C. Strategic Human Resources Management

Organisasi bisnis berada di lingkungan yang sangat kompetitif. Strategi SDM merupakan rencana kegiatan yang berkaitan dengan pengelolaan SDM secara keseluruhan demi perubahan yang diharapkan oleh perusahaan. Strategi SDM seharusnya merupakan bagian dari strategi bisnis, tetapi pada kenyataannya banyak organisasi yang membuat perencanaan SDM terpisah dari keseluruhan strategi bisnis. Padahal strategi SDM merupakan pendekatan untuk menjawab tantangan kompetitif yang dihadapi organisasi.

Menurut William F. Glueck dan Lawrence R. Jauch, manajemen strategis merupakan aliran keputusan dan tindakan - tindakan yang membawa kepada perkembangan strategi efektif dalam membantu mencapai tujuan perusahaan. Proses manajemen yang strategis adalah cara perencanaan dalam menentukan tujuan dan membuat keputusan strategis.

Strategic Human Resources Management merupakan *framework* yang menghubungkan manajemen orang dan praktik pengembangan dengan tujuan dan hasil bisnis jangka panjang. Ini berfokus pada masalah sumber daya jangka panjang dalam konteks tujuan organisasi dan sifat pekerjaan yang berkembang

ng. Perusahaan lebih mungkin berhasil ketika semua tim bekerja menuju tujuan yang sama. Dalam konteks *Strategic Human Resources Management*, perusahaan melakukan analisis terhadap karyawan dan menentukan tindakan yang diperlukan untuk meningkatkan nilainya bagi perusahaan, kemudian menggunakan hasil analisis ini untuk mengembangkan teknik SDM untuk mengatasi kelemahan karyawan. Manfaat *Strategic Human Resources Management* diantaranya: meningkatkan kepuasan kerja, budaya kerja menjadi lebih baik, peningkatan tingkat kepuasan pelanggan, manajemen sumber daya yang efisien, pendekatan proaktif untuk mengelola karyawan, meningkatkan produktivitas dan kreatifitas.

Dalam pengelolaan organisasi rumah sakit *Strategic Human Resources Management* merupakan faktor penting bagi keberlanjutan bisnis rumah sakit. *Strategic Human Resources Management* melalui pendekatan personel maupun lingkungan kerja akan meningkatkan performa karyawan dan organisasi, serta yang tidak kalah penting juga akan meningkatkan pelayanan dan kinerja rumah sakit itu sendiri.

Diskusi 3:

1. Apa relevansinya *SHRM* dengan keberlanjutan bisnis sebuah rumah sakit?
2. Diskusikan apa saja contoh - contoh perencanaan SDM yang strategis?

Daftar Rujukan

1. CHR, JIMMY L. GAOL. *A to Z Human Capital*. Manajemen Sumber Daya Manusia: Konsep, Teori dan Pengembangan Dalam Konteks Organisasi Publik dan Bisnis. 2013.
2. GD Kunders. *Hospital Facilities Planning and Management*. 2004.
3. International Organization on Standardization. *ISO 26000 Social Responsibility*. 2010.
4. Kementerian Kesehatan. Peraturan Menteri Kesehatan No.33 Tahun 2015 Tentang Pedoman Penyusunan Perencanaan Kebutuhan Sumber Daya Manusia Kesehatan.
5. Kementerian Kesehatan. Peraturan Menteri Kesehatan No.36 Tahun 2014 Tentang Tenaga Kesehatan.
6. Max Lucas and Jill Grant. *Strategic Human Resource Management: Perspectives, Implementation and Challenges*. 2018.
7. MKEK PB IDI. Kode Etik Kedokteran Indonesia (Kodeki)
8. PERSI. Kode Etik Rumah Sakit Di Indonesia (Kodersi) 2018.
9. Millmore, M., Lewis, P., Saunders, M., Thornhill, A., Moorow, T., *Strategic Human Resources Management*. 2007.
10. Notoatmodjo S. *Pengembangan Sumber Daya Manusia*. 2009.
11. Tjandra Yoga Aditama. *Manajemen Administrasi Rumah Sakit*. 2006.
12. UNESCO-UNEVOC. *Platform for Advancing Green Human Capital. A Framework for Analysis Policy and Guidance*. 2017
13. UU No 44 Tahun 2009 Tentang Rumah Sakit
14. UU No 36 Tahun 2009 Tentang Kesehatan

Beyond strategic human resource management is a sustainable human resource management



A. MANAJEMEN PELAYANAN MEDIK

Rumah sakit memiliki kewajiban untuk memberikan pelayanan kesehatan yang aman, bermutu, anti diskriminasi, dan efektif dengan mengutamakan kepentingan pasien sesuai dengan standar pelayanan rumah sakit. Pelayanan kesehatan yang bermutu adalah pelayanan kesehatan yang selalu berupaya memenuhi harapan pasien agar selalu puas akan pelayanan yang diberikan oleh seorang dokter dan perawat. Untuk dapat menjaga mutu pelayanan kesehatan banyak upaya yang dapat dilakukan. Upaya tersebut jika dilaksanakan secara terarah dan terencana dalam Ilmu Administrasi Kesehatan, disebut dengan program Menjaga Mutu (*Quality Assurance*). Pengukuran pelayanan umum suatu jasa tidak sederhana pengukuran mutu suatu barang atau benda konkrit, oleh karena itu diperlukan komponen-komponen yang dianggap relevan dan menunjukkan aspek-aspek yang diperlukan dalam pengukuran mutu tersebut. Persepsi kualitas pelayanan medik dari sudut pandang pasien yang mengakses layanan kesehatan dari fasilitas layanan kesehatan sekarang dianggap sangat penting dalam industri kesehatan.

Pelayanan medik adalah salah satu jenis pelayanan rumah sakit yang mengelola pelayanan langsung kepada pasien, bersama-sama dengan pelayanan keperawatan dan pelayanan penunjang, yang diberikan oleh tenaga medik. Manajemen pelayanan medik di rumah sakit merupakan suatu pengelolaan yang meliputi perencanaan, penggerakan, pengawasan dan evaluasi dari berbagai sumber daya medik, sehingga pelayanan medik yang merupakan bagian dari sistem pelayanan di rumah sakit dapat terlaksana dengan baik. Jenis pelayanan medik yang diberikan setiap rumah sakit harus mengikuti standar pelayanan medik minimal rumah sakit yang telah ditetapkan. Pelayanan Medik yang minimal diberikan di rumah sakit:

1. Instalasi Rawat Jalan

Tempat untuk diselenggarakan pelayanan preventif, promotif dan kuratif dan rehabilitatif yang diselenggarakan dengan standar tertentu tanpa

a menginap. Sarana prasarana yang dibutuhkan untuk instalasi rawat jalan:

- a. ruang pemeriksaan yang disesuaikan dengan pelayanan umum dan spesialisistik yang tersedia di rumah sakit
- b. ruang perawat dan administrasi
- c. ruang tindakan
- d. ruang tunggu
- e. ruang pertemuan dokter
- f. Toilet pasien dan petugas

2. Instalasi Rawat Inap

Standar pelayanan minimal rumah sakit yang juga wajib ada adalah ketersediaan pelayanan rawat inap dengan pemenuhan sarana prasarana dan SDM yang sesuai kebutuhan.

3. Instalasi Gawat Darurat

Standar pelayanan medik untuk IGD:

- Pelayanan 24 jam
- Kemampuan menangani *life saving* anak dan dewasa
- Pemberi pelayanan kegawatdaruratan yang bersertifikat yang masih berlaku ATLS/BTLS/ACLS/PPGD
- Waktu tanggap pelayanan dokter dan proses penatalaksanaan hingga pasien ditransfer ke rawat inap / fasilitas lain atau dipulangkan.

Komponen proses manajemen pelayanan medik:

1. Perencanaan

Perencanaan meliputi menentukan jenis pelayanan medik yang ingin diberikan, program unggulan rumah sakit, dan sumber daya yang dibutuhkan untuk mendukung pelayanan medik yang telah ditentukan. Perencanaan dapat dibuat untuk jangka panjang maupun perencanaan jangka pendek, hingga perencanaan bulanan / mingguan / harian. Perencanaan membutuhkan keselarasan dengan visi dan misi rumah sakit serta tujuan organisasi.

2. Pengorganisasian

Setiap pelayanan yang diberikan oleh tenaga medik diorganisir melalui staf medik fungsional dari komite medik, sedangkan pengelolaan pelayanan medik di bawah Wadir Pelayanan Medik. Pengorganisasian ini harus

memperhatikan tipe rumah sakit dan ketentuan yang mengatur masing - masing tipe rumah sakit.

3. Penggerakan dan Pelaksanaan

Pelayanan medis yang diberikan harus sesuai dengan ilmu pengetahuan kedokteran mutakhir serta memanfaatkan kemampuan dan fasilitas rumah sakit secara optimal. Tujuan pelayanan medis adalah mengupayakan kesembuhan pasien secara optimal melalui prosedur dan tindakan yang dapat dipertanggungjawabkan sesuai dengan standar masing - masing profesi. Seorang Direktur medis harus memiliki kemampuan pemecahan masalah yang mumpuni dan analisis situasi yang kritis, serta harus memiliki kemampuan komunikasi, kepemimpinan klinis sehingga dapat menggerakan tenaga medis yang bekerja di rumah sakit.

4. Pengawasan dan Pengendalian

Pengawasan pelaksanaan pelayanan termasuk medikolegal oleh wadir pelayanan medik dan pengawasan teknis medis oleh komite medis. Keduanya bertanggung jawab kepada Direktur Rumah Sakit. Pengawasan ini harus secara periodik dan kontinyu dilakukan baik dengan audit medis / audit manajemen maupun dengan upaya - upaya peningkatan mutu lainnya. Pengawasan dan pengendalian ini dimaksud untuk memastikan pelayanan medik yang diberikan sudah sesuai standar / prosedur dan berkualitas sehingga memberikan kepuasan bagi penerima layanan. Wadir Medis bertanggung jawab untuk menghindarkan para tenaga medis dalam mendapatkan masalah malpraktik dan oleh karenanya harus ada asuransi malpraktik yang melindungi mereka.

Diskusi 1:

Di rumah sakit permasalahan terkait manajemen pelayanan medik biasanya terkait dengan sumber daya yang mengakibatkan pelayanan medik tidak berjalan sesuai standar dan tujuan organisasi. Menurut anda apa saja permasalahan terkait dengan sumber daya tersebut dan apa dampaknya pada pelayanan medik di rumah sakit?

B. MANAJEMEN PENUNJANG MEDIK

Ruang lingkup tugas:

- 1) mengatur kebutuhan tenaga dan fasilitas pelayanan penunjang medik
- 2) penyediaan kebutuhan fasilitas pelayanan penunjang medik
- 3) mengkoordinasikan pelaksanaan pelayanan penunjang medik
- 4) menyelenggarakan pengawasan dan pengendalian pasien
- 5) menyelenggarakan pengawasan dan pengendalian penggunaan fasilitas penunjang medik

Bidang penunjang medik sekurang - kurangnya meliputi pelayanan:

- 1) Radiologi
- 2) Farmasi
- 3) Gizi
- 4) Rehabilitasi Medik
- 5) Patologi Klinis
- 6) Patologi Anatomi
- 7) Pemusalaran Jenazah

Menurut John R. Griffith dalam buku Manajemen Administrasi Rumah Sakit oleh Tjandra Yoga (2006), jenis pelayanan penunjang medik di rumah sakit meliputi pelayanan diagnostik, terapeutik, dan kegiatan di masyarakat umum. Pelayanan penunjang medik diagnostik dan terapeutik berhubungan dengan pasien secara individu, sementara pelayanan penunjang medik di masyarakat umum merupakan kegiatan yang dilakukan di luar rumah sakit yang tidak berdasarkan penanganan individual.

Pelayanan penunjang medik diagnostik meliputi:

- Laboratorium: kimiawi, hematologi, histopatologi, bakteriologi, virologi
- Diagnostik *imaging*: radiografi, tomografi, radioisotop, ultrasonografi, CT scan
- Laboratorium kardiopulmoner: EKG, tes fungsi paru, kateterisasi jantung

Pelayanan penunjang medik terapeutik meliputi:

- Farmasi
- Ruang Operasi
- Ruang VK
- IGD
- Bank Darah
- Rehabilitasi medik
- Radioterapi
- Psikologi klinik

- *Homecare* dan *Hospice*

Pelayanan penunjang medik di masyarakat sesuai dengan program pemerintah di bidang kesehatan untuk pelayanan rumah sakit meliputi:

- Imunisasi
- Skrining penyakit
- Keluarga Berencana
- Inisiasi menyusui dini dan ASI eksklusif
- Program stop merokok dan adiksi (obat/alkohol)
- Program kebugaran jasmani dan pengendalian berat badan
- sistem penanggulangan gawat darurat terpadu

Diskusi 2:

Dalam menentukan pemilihan pelayanan penunjang medik, menurut anda faktor - faktor apa saja yang perlu diperhatikan dan mengapa? Apakah dampak yang mungkin terjadi bila faktor tersebut tidak dipertimbangkan dalam perencanaan pelayanan penunjang medik?

Referensi

1. GD Kunders. *Hospital Facilities Planning and Management*. 2004.
2. Kementerian Kesehatan. Keputusan Menteri Kesehatan No.129 Tahun 2008 Tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit.
3. Kementerian Kesehatan. Peraturan Menteri Kesehatan No.4 Tahun 2018 Tentang Kewajiban Rumah Sakit Dan Kewajiban Pasien.
4. Kwane Owusu Kwateng. *Service quality in public and private hospitals: A comparative study on patient satisfaction*. 2017.
5. Low Sui Pheng. *Service Quality for Facilities Management in Hospitals*. 2016.
6. MKEK PB IDI. Kode Etik Kedokteran Indonesia (Kodeki)
7. PERSI. Kode Etik Rumah Sakit Di Indonesia (Kodersi) 2018.
8. Sharon B. Buchbinder. *Introduction to Health Care Management*. 2016.
9. Susatyo Herlambang. *Manajemen Pelayanan Kesehatan Rumah Sakit*. 2016.
10. Thi Le Ha Nguyen. *The influence of total quality management on customer satisfaction*. 2019.
11. Tjandra Yoga Aditama. *Manajemen Administrasi Rumah Sakit*. 2006.

Pengantar Manajemen Pemasaran

dr. Juni Chudri, MARS

Penyedia usaha dalam rangka mempersiapkan pembukaan usahanya selalu berpikiran untuk menyiapkan dari aspek produksi dimana fasilitas produksi dan produk unggulan dari perusahaan tersebut sudah disiapkan. Tetapi, yang menjadi pertanyaan apabila investasi untuk persiapan buka usaha sudah memenuhi dan fasilitas dan produk sudah tersedia sedangkan customer yang akan menggunakan produk tersebut belum ada, maka sebenarnya yang harus disiapkan terlebih dahulu untuk memulai suatu usaha apakah modal atau pemasaran? Untuk menjawab ini, maka pihak yang ingin memulai usaha tersebut harus mengetahui segmentasi pasar dari produk yang akan dijual untuk dilakukan pemasaran dari produk yang dimiliki tadi. Pemasaran menjadi aspek terpenting dari suatu usaha karena dengan adanya pemasaran maka informasi produk yang tersedia akan sampai pada customer dan upaya untuk adanya interaksi penjualan dari penyedia usaha dan customer.

Menurut Kotler, pemasaran adalah proses dimana perusahaan menciptakan nilai bagi pelanggan dan membangun hubungan yang kuat dengan pelanggan dengan tujuan untuk menangkap nilai dari pelanggan sebagai imbalannya. Menurut American Marketing Association, pemasaran adalah aktivitas, serangkaian institusi, dan proses untuk menciptakan, berkomunikasi, memberikan, dan bertukar penawaran yang memiliki nilai bagi pelanggan, klien, mitra, dan masyarakat pada umumnya.

Pemasaran merupakan proses manajemen yang meliputi analisis, perencanaan, implementasi dan pengendalian program yang dirancang secara hati-hati untuk pertukaran nilai dengan target pasar untuk mencapai tujuan organisasi target pasar dengan harga, komunikasi dan distribusi yang efektif. Oleh karena itu, kegiatan pemasaran merupakan bagian dari kegiatan dalam sebuah perusahaan, kegiatan yang terpadu dengan target pasar tertentu untuk mencapai tujuan dari kegiatan pemasaran tersebut. Konsep pemasaran yang dikembangkan saat ini adalah pelanggan sebagai intinya sehingga perlu diperhatikan adanya kepuasan pelanggan secara total (Total Customer Satisfaction).

Dalam mencapai tujuan untuk memusatkan perhatian pada pelanggan, maka perusahaan harus memenangkan pelanggan dari pesaing, lalu mempertahankan dan menumbuhkan pelanggan dengan menghantarkan nilai yang lebih baik. Oleh karena itu, perusahaan harus memilih segmen terbaik dan merancang strategi untuk melayani segmen terpilih dengan baik. Proses ini melibatkan strategi pemasaran antara lain penentuan segmentasi pasar, penetapan target pasar, diferensiasi dan positioning.

Proses Marketing

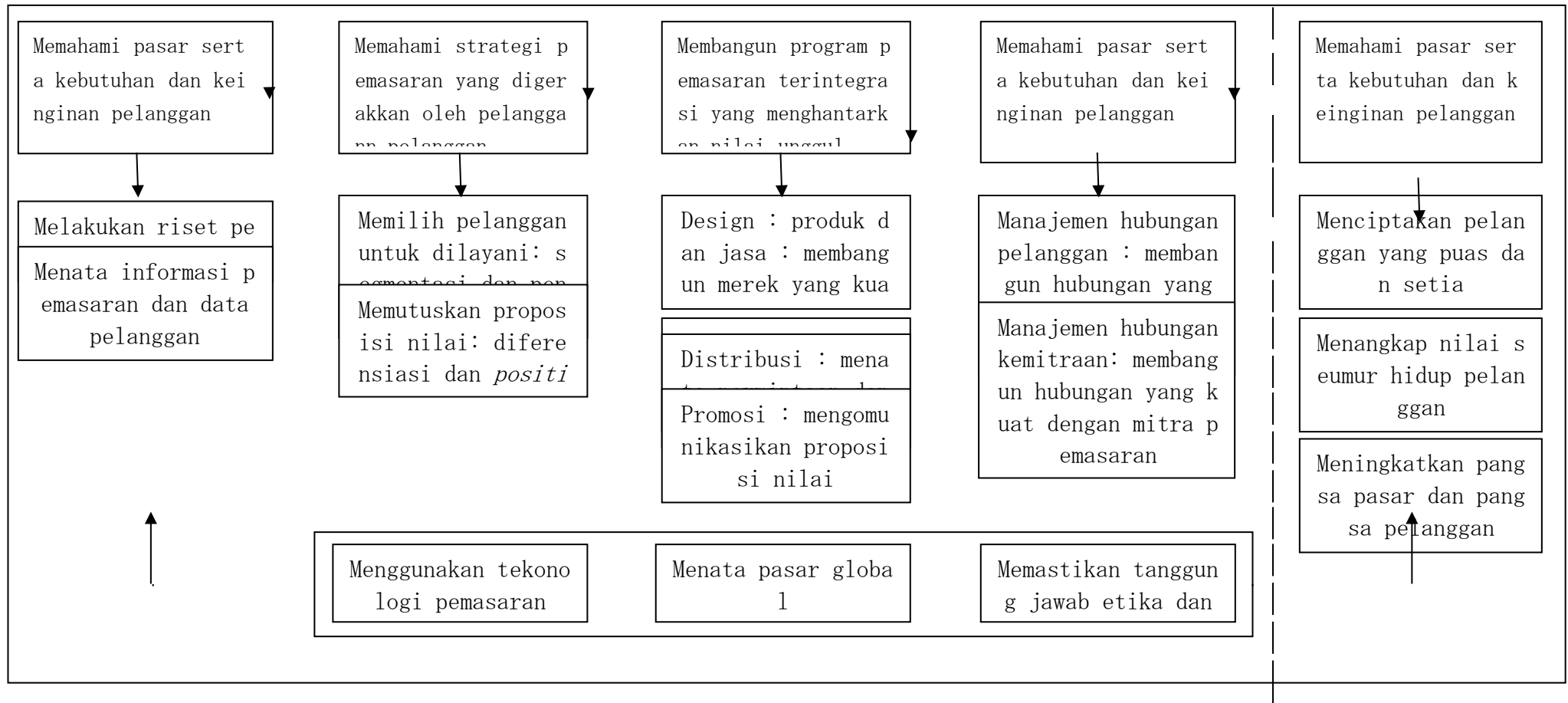
ai

Menciptakan nilai bagi pelanggan dan

membangun hubungan pelanggan

Menangkap nilai

dari pelanggan



Strategi pemasaran dibagi menjadi :

1. Strategi penetrasi pasar

Usaha meningkatkan penjualan dari produk yang sama (lama) dan dalam pasar yang sekarang melalui peningkatan usaha penjualan dan periklanan. Pada langkah ini perusahaan menentukan segmentasi dan target pasar dari produk.

2. Strategi pengembangan pasar

Usaha meningkatkan penjualan dengan memperkenalkan produk atau jasa yang sama (lama) kepada pasar atau segmen yang baru. Pada langkah ini perusahaan melakukan diferensiasi dan positioning dari produk yang ada.

3. Strategi Pengembangan produk

Usaha meningkatkan penjualan dengan menambah produk dan jasa baru pada pasar yang sekarang. Pada langkah ini perusahaan menciptakan kepuasan pelanggan sehingga pelanggan kembali melakukan transaksi atau terjadi rekomendasi kepada pihak lain.

Rumah Sakit sebagai salah satu badan usaha yang bergerak di bidang jasa. Jasa merupakan kegiatan yang dapat diidentifikasi secara tersendiri dimana salah satu karakteristiknya tidak dapat diraba secara fisik (intangible) tetapi dapat dipergunakan untuk pemenuhan kebutuhan pelanggan. Menurut Permenkes no. 44 tahun 2018, Rumah Sakit adalah institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan, dan gawat darurat. Rumah sakit merupakan salah satu institusi pelayanan kesehatan yang mempunyai peran penting dalam meningkatkan derajat kesehatan masyarakat.

Pada saat ini rumah sakit sudah bergeser ke arah profit oriented, hal ini disebabkan karena masuknya Indonesia ke dalam persaingan pasar bebas yang mengharuskan kita untuk merubah cara pandang terhadap rumah sakit. Perkembangan teknologi informasi dan komunikasi mengantarkan kita memasuki era pasar bebas dimana batas geografi tidak lagi menjadi masalah sehingga persaingan antara RS menjadi semakin ketat dan pelanggan sangat menentukan keberhasilan hidup rumah sakit, pemenuhan kepuasan akan kebutuhan dan keinginan pelanggan dalam intensitas persaingan yang tinggi menyebabkan rumah sakit harus melakukan tindakan pemasaran.

Tujuan pemasaran rumah sakit adalah memperkenalkan rumah sakit pada masyarakat luas, menginformasikan se jelas-jelasnya mengenai fasilitas dan kemampuan pelayanan yang dimiliki oleh rumah sakit pada masyarakat dan segmen warga rumah sakit, membentuk dan membina citra rumah sakit melalui kepercayaan dan penghargaan masyarakat terhadap kemampuan rumah sakit, pemanfaatan sumber daya rumah sakit secara optimal dan disamping itu rumah sakit juga mengharapkan terjadinya peningkatan penghasilan.

Dasar Peraturan Pemasaran Rumah Sakit :

1. UU tentang Perumahasakitan no 44 / 2009.
2. PERATURAN MENTERI KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA NOMOR 44 TAHUN 2018

3. PERATURAN MENTERI KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA NOMOR 004 TAHUN 2012
4. PMK 1787/Menkes/PER/XII/2010 tentang iklan dan publikasi pelayanan kesehatan.
5. Kode Etik Rumah Sakit Indonesia Tahun 2015.
6. Pedoman Etika Promosi Rumah Sakit Tahun 2011.
7. Kode etik masing-masing profesi kesehatan.
8. Kode etik pariwisata Indonesia (EPI) tahun 2014.
9. UU tentang Perlindungan Konsumen no 8 / 1999.

Kegiatan pemasaran rumah sakit yang merupakan kegiatan pemasaran di bidang jasa, dalam membangun program pemasaran terintegrasi untuk mencapai nilai unggul dapat menggunakan konsep Bauran Pemasaran / Marketing Mix yang dilakukan secara bersamaan dan terpadu dengan tujuan mempengaruhi perilaku pelanggan. Ketujuh unsur bauran pemasaran jasa tersebut di atas pada rumah sakit dapat diuraikan sebagai berikut :

1. Product (Produk)

Merupakan jasa atau pelayanan rumah sakit yang ditawarkan kepada pasien atau konsumen. Rumah sakit harus memiliki layanan unggulan sebagai kelebihan dari rumah sakit dan sebagai pembeda dari rumah sakit lain.

2. Price (Harga / tarif)

Merupakan sejumlah biaya yang harus dikeluarkan pelanggan untuk memperoleh pelayanan rumah sakit. Dalam sistem pembiayaan rumah sakit saat ini, Rumah Sakit harus betul betul mengatur semua pendapatan dan pengeluaran secara efisiensi dan efektif agar tidak rugi. Rumah Sakit harus berinovasi mencari sumber pendapatan lain dengan optimalisasi aset yang ada.

3. Place (Tempat)

Pelaksanaan program penyaluran pelayanan melalui lokasi, tempat dan waktu serta jumlah yang tepat, sesuai dengan kebutuhan dan keinginan konsumen. Tempat dan alamat rumah sakit harus mudah diakses melalui alat informasi seperti HP atau Web, dan mengoptimalkan media sosial.

4. Promotion (Promosi)

Promosi Kesehatan adalah proses untuk memberdayakan masyarakat melalui kegiatan menginformasikan, mempengaruhi dan membantu masyarakat agar berperan aktif untuk mendukung perubahan perilaku dan lingkungan serta menjaga dan meningkatkan kesehatan menuju derajat kesehatan yang optimal.

5. People (Orang)

Adalah orang - orang yang terlibat langsung dalam menjalankan segala aktifitas pelayanan RS, dan merupakan faktor yang memegang peranan penting bagi semua organisasi. Perilaku orang - orang yang terlibat langsung ini sangat penting dalam mempengaruhi mutu jasa yang ditawarkan rumah sakit.

6. Process (Proses)

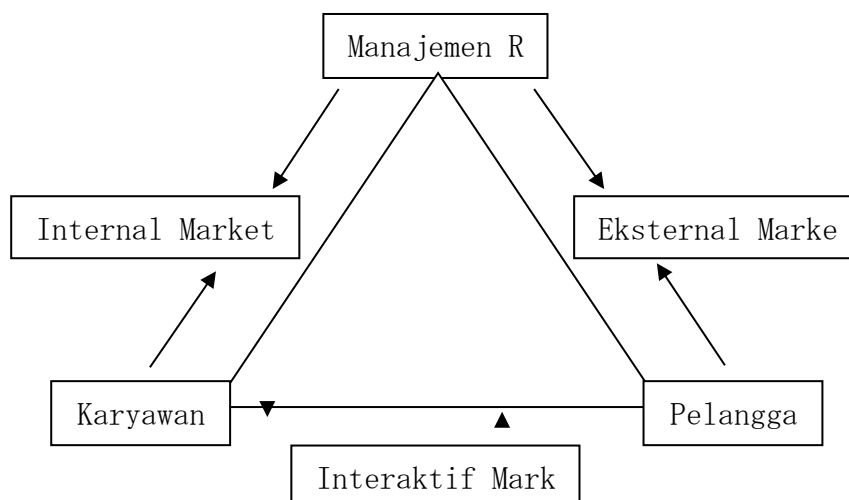
Mempunyai arti suatu upaya RS, dalam menjalankan dan melaksanakan aktifitasnya untuk memenuhi kebutuhan dan keinginan konsumennya. Kerjasama antara marketing dan operasional sangat penting dalam elemen process ini, terutama dalam melayani segala kebutuhan dan keinginan pelanggan (konsumen) secara cepat dan tepat.

7. Physical Evidence (Sarana Fisik)

Merupakan suatu hal yang secara nyata turut mempengaruhi keputusan konsumen, untuk membeli dan menggunakan produk jasa yang ditawarkan. Unsur-unsur yang termasuk di dalam physical evidence antara lain lingkungan fisik, dalam hal ini bangunan fisik, perabot / peralatan, perlengkapan, logo, warna dan barang-barang lainnya yang disatukan dengan service yang diberikan seperti karcis, sampul, label, dan lain sebagainya

Setelah strategi dan program pemasaran terintegrasi tercipta, maka diperlukan langkah yang paling penting dalam pemasaran modern yaitu membangun hubungan pelanggan. Manajemen Hubungan Pelanggan (*Customer Relationship Management* / CRM) adalah keseluruhan proses membangun dan memelihara hubungan pelanggan yang menguntungkan dengan menghantarkan nilai dan kepuasan pelanggan yang unggul. CRM melibatkan penataan informasi detail tentang pelanggan per seorangan yang merupakan titik utama penentu kesetiaan maximal pelanggan. Proses ini berhubungan dengan aspek meraih, mempertahankan dan menumbuhkan pelanggan.

Unsur penting pemasaran rumah sakit



Tiga unsur penting pemasaran dalam rumah sakit yaitu manajemen rumah sakit, karyawan dan pelanggan yang menghasilkan internal, eksternal dan interaktif marketing. Pemasaran Rumah Sakit dirancang dengan target pasar dokter, pasien dan pemakai institusi lainnya seperti perusahaan dan asuransi dengan tujuan pemasaran yang berbeda-beda.

Pemasaran rumah sakit menurut kebijakan Depkes dapat berupa promosi dan PERSI tidak disebutkan adanya larangan berpromosi. Pemasaran rumah sakit

menurut kebijakan Depkes dapat berupa promosi dan PERSI tidak disebutkan adanya larangan berpromosi. Etika promosi Rumah Sakit harus mengikuti azas umum dari PERSI, Kode Etik Rumah Sakit Indonesia, Permenkes 04 tahun 2012 dan Permenkes 44 tahun 2018.

Promosi rumah sakit adalah salah satu bentuk dari pemasaran rumah sakit (Hospital Marketing), dengan cara penyebarluasan informasi tentang jasa pelayanan rumah sakit serta kondisi rumah sakit itu sendiri secara jujur, mendidik, informatif dan dapat membuat seseorang memahami tentang pelayanan kesehatan yang akan didapatkannya. Promosi Kesehatan oleh Rumah Sakit (PKRS) adalah upaya rumah sakit untuk meningkatkan kemampuan pasien, klien, dan kelompok - kelompok masyarakat, agar pasien dapat mandiri dalam mempercepat kesembuhan dan rehabilitasinya, klien dan kelompokkelompok masyarakat dapat mandiri dalam meningkatkan kesehatan, mencegah masalah - masalah kesehatan, dan mengembangkan upaya kesehatan bersumber daya masyarakat, melalui pembelajaran dari, oleh, untuk, dan bersama mereka, sesuai sosial budaya mereka, serta didukung kebijakan publik yang berwawasan kesehatan. Penyelenggaraan PKRS telah diatur dalam Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 004 Tahun 2012 tentang Petunjuk Teknis Promosi Kesehatan Rumah Sakit.

Strategi dasar utama untuk promosi kesehatan menurut Keputusan Menteri Kesehatan no. 1193/Menkes/SK/X/2004 tentang Kebijakan Nasional Promosi Kesehatan dan Keputusan Menteri Kesehatan No. 1114/Menkes/SK/VIII/2005 tentang Pedoman Pelaksanaan Promosi Kesehatan di Daerah adalah :

1. Pemberdayaan

Pemberdayaan adalah ujung tombak dari upaya Promosi Kesehatan di rumah sakit. Pada hakikatnya pemberdayaan adalah upaya membantu atau memfasilitasi pasien/klien, sehingga memiliki pengetahuan, kemauan, dan kemampuan untuk mencegah dan atau mengatasi masalah kesehatan yang dihadapinya. Karena itu, pemberdayaan hanya dapat dilakukan terhadap pasien/klien.

2. Bina Suasana

Pemberdayaan akan lebih cepat berhasil bila didukung dengan kegiatan menciptakan suasana atau lingkungan yang kondusif. Tentu saja lingkungan yang dimaksud adalah lingkungan yang diperhitungkan memiliki pengaruh terhadap pasien yang sedang diberdayakan. Kegiatan menciptakan suasana atau lingkungan yang kondusif ini disebut bina suasana.

3. Advokasi serta dijiwai semangat

Advokasi perlu dilakukan, bila dalam upaya memberdayakan pasien dan klien, rumah sakit membutuhkan dukungan dari pihakpihak lain.

4. Kemitraan

Kemitraan dikembangkan antara petugas rumah sakit dengan sasarannya (para pasien/kliennya atau pihak lain) dalam pelaksanaan pemberdayaan, bina suasana, dan advokasi.

Berdasarkan pengertian PKRS, maka terdapat persamaan dan perbedaan PKRS dengan kegiatan pemasaran (marketing) rumah sakit dan kegiatan kehumasan (public relation) rumah sakit. Persamaannya terutama terletak pada sasaran (target group), sedang perbedaannya adalah sebagai berikut:

PKRS Pasien dan klien Rumah Sakit serta masyarakat tahu, mau dan mampu berPHBS untuk menangani masalah - masalah kesehatan. lingkungan Rumah Sakit aman, nyaman, bersih dan sehat, kondusif untuk PHBS.	Pemasaran Rumah Sakit Tersedianya pelayanan kesehatan yang layak “jual” , dengan harga yang dapat dijangkau masyarakat Tumbuhnya permintaan (demand) akan pelayanan yang “dijual” .	Humas Rumah Sakit Tersebar nya informasi seluk - beluk Rumah Sakit Dapat diketahuinya isu / umpan balik dari masyarakat Dapat disampaikan respon terhadap isu - isu tentang Rumah Sakit .
---	---	--

Referensi :

1. Philip T. Kotler & Kevin Lane Keller, Marketing Management, Edisi 15, Pearson, 2016.
2. Philip T. Kotler & Gary Armstrong, Prinsip - prinsip Pemasaran, Edisi 12, Erlangga, 2008.
3. UU tentang Perumahasakitan no 44 / 2009.
4. Pedoman Etika Promosi Rumah Sakit, Jakarta, 2011.
5. Kode Etik Rumah Sakit Indonesia (KODERSI) dan Penjelasannya, Jakarta 2015.
6. Peraturan Menteri Kesehatan No. 1787/Menkes/PER/XII/2010
7. PERATURAN MENTERI KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA NOMOR 44 TAHUN 2018
8. PERATURAN MENTERI KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA NOMOR 004 TAHUN 2012
9. Dr. dr. H. Boy S. Sabarguna, MARS, Buku Pegangan Mahasiswa Manajemen Rumah Sakit Jilid 3, Sagung Seto, Jakarta, 2009.
10. Dr. dr. H. Boy S. Sabarguna, MARS, Aplikasi Customer Relationship Management untuk Rumah Sakit, Sagung Seto, Jakarta, 2008.
11. Dr. dr. H. Boy S. Sabarguna, MARS, Pemasaran Pelayanan Rumah Sakit, Sagung Seto, Jakarta, 2008.
12. Dr. Bambang Hartono, SKM, MSc, MM, Manajemen Pemasaran untuk Rumah Sakit, Rineka Cipta, Jakarta, 2010.
13. Drs. Danang Sunyoto, SH., SE., MM, Dasar - dasar Manajemen Pemasaran, Buku Seru, Jakarta, 2013.
14. Hery SE., Manajemen Pemasaran, Grasindo, Jakarta, 2019.

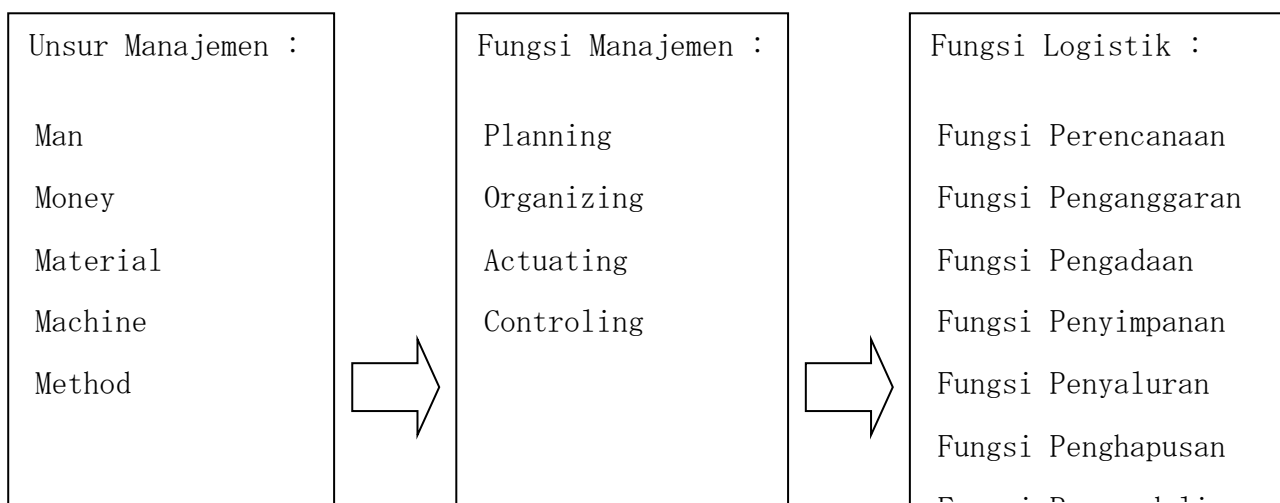
Pengantar Manajemen Logistik

dr. Juni Chudri, MARS

Setiap usaha menghendaki adanya upaya pelaksanaan yang disertai dengan total biaya pengeluaran yang serendah mungkin. Oleh karena itu dalam dunia usaha diperlukan adanya pengaturan yang seimbang dari seluruh komponen yang terlibat sehingga dapat mencapai daya guna (efisiensi) yang optimal, sehingga diperlukan adanya manajemen logistik.

Manajemen logistik adalah suatu penerapan pada prinsip-prinsip manajemen dalam kegiatan logistik dengan tujuan supaya pergerakan personil dan barang juga bisa dilakukan secara efektif dan efisien. Manajemen logistik juga merupakan salah satu bagian dari proses Supply Chain Management (SCM) yang memiliki fungsi paling penting dalam perencanaan, pelaksanaan, dan pengendalian efektifitas dan efisiensi penyimpanan serta aliran barang, pelayanan dan juga informasi, hingga ke titik konsumsi untuk dapat memenuhi keperluan konsumen. Tujuan dari manajemen logistik adalah menyampaikan barang jadi dan bermacam-macam material dalam jumlah yang tepat, waktu yang tepat dengan total biaya yang terendah.

SISTEM ADMINISTRASI MANAJEMEN LOGISTIK

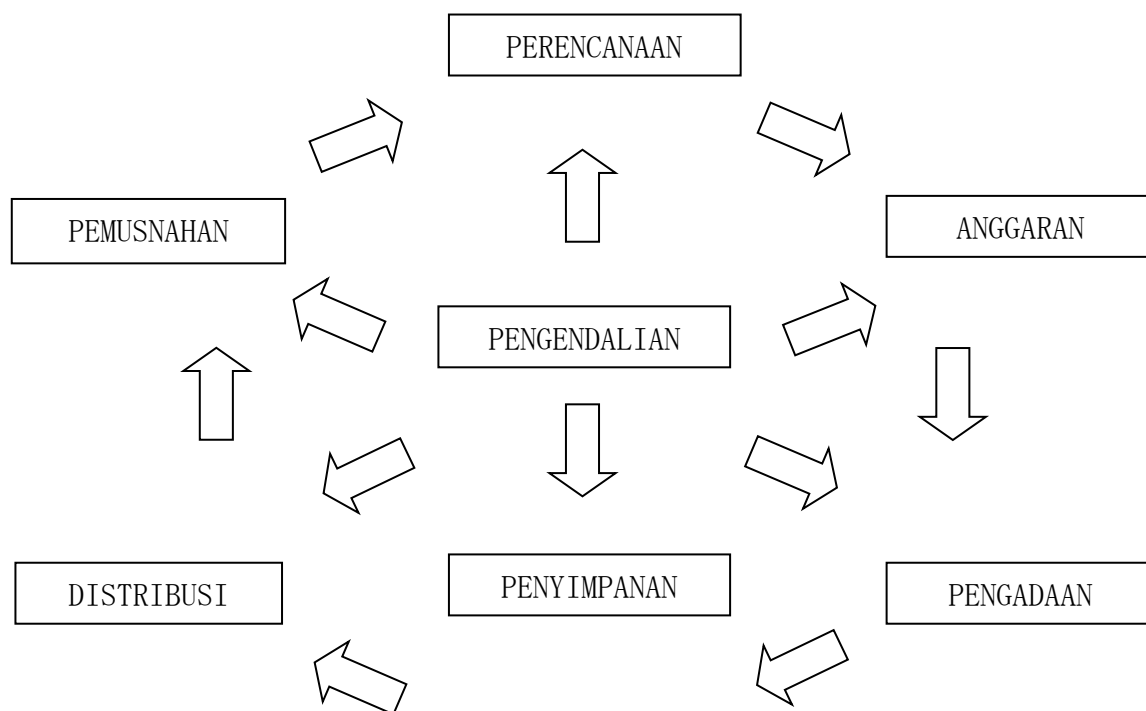


Keberhasilan pengelolaan logistik baik kesehatan maupun non-kesehatan sama-sama dilihat dari kompetensi manajer logistik tersebut. Manajer berfungsi untuk mengelola logistik melalui fungsi antara lain mengidentifikasi, merencanakan pengadaan, pendistribusian alat hingga mengembangkan sistem pengelolaan logistik yang efektif dan efisien. Manajemen logistik di bidang kesehatan khususnya di rumah sakit perlu dilaksanakan secara efektif dan efisien.

sien yang artinya segala jenis barang, bahan maupun peralatan harus dapat disediakan tepat waktu, dalam jumlah yang cukup, tidak kurang ataupun lebih dan yang terpenting yaitu ketersediaan dengan mutu memadai, dengan biaya se rendah - rendahnya serta tidak terganggu dari faktor eksternal seperti kerusakan, penyusutan dan lainnya.

Logistik dalam rumah sakit bermula dari suatu proses pengolahan secara strategis terhadap perencanaan, pengadaan, penerimaan, penyimpanan, pendistribusian serta pencatatan / pemantauan persediaan barang (*stock, material, supplies, inventory dan lain - lain*) yang diperlukan bagi produksi jasa rumah sakit serta penghapusan barang yang tidak diperlukan.

SIKLUS LOGISTIK



Menurut bidang pemanfaatannya, barang dan bahan yang harus disediakan di rumah sakit dapat dikelompokkan menjadi logistik obat, logistik alat kesehatan, logistik *Food and Beverages*, logistik habis pakai, logistik barang - barang kuasi, logistik peralatan medis dan non-medis, logistik sarana dan prasarana gedung, logistik linen.

Referensi :

1. Dasar - dasar Manajemen Logistik, Sutarman, Refika Aditama, Indonesia, 2017.
2. Manajemen Logistik, Ricky Martono, Gramedia Pustaka Utama, 2018.

3. Manajemen Logistik Farmasi Rumah Sakit, Henni Febriawati, Gosyen Publishing, 2013.
4. Logistics Management, Reji Ismail, New Delhi, First Edition, 2008.
5. Supply Chain “ Logistics Management” Donald J. Bowersox, Michigan State University, New York, 2002.
6. LOGISTICS & SUPPLY CHAIN MANAGEMENT, MARTIN CHRISTOPHER, Prentice Hall Financial Times, Fourth Edition, 2011.
7. Logistics & Supply Chain, Konsep Dasar - Logistik Kontemporer - Praktik Terbaik, Dr. Zaroni, CISC.P., CFMP., Prasetya Mulya Publishing, Jakarta, 2017.

MANAJEMEN SARANA PRASARANA & PEMELIHARAAN RUMAH SAKIT

dr. Rudy Pou, MARS, M.M.

A. SARANA – PRASARANA RUMAH SAKIT

Prasarana atau sistem utilitas rumah sakit adalah sistem dan peralatan yang mendukung pelayanan mendasar perawatan kesehatan yang aman. Sistem ini mencakup distribusi listrik, air, ventilasi dan aliran udara, gas medis, pipa air, pemanasan, limbah dan sistem komunikasi dan data. Pengelolaan prasarana rumah sakit dari aspek keselamatan dan kesehatan kerja adalah upaya memastikan sistem utilitas aman bagi sumber daya manusia rumah sakit, pasien, pendamping pasien, pengunjung maupun lingkungan rumah sakit.

Menciptakan lingkungan kerja yang aman dengan memastikan kehandalan prasarana atau sistem utilitas dan meminimalisasi risiko yang mungkin terjadi. Aspek keselamatan dan kesehatan kerja pada sistem utilitas mencakup strategi-strategi untuk pengawasan pemeliharaan utilitas yang memastikan komponen-komponen sistem kunci seperti listrik, air, lift, limbah, ventilasi dan gas medis dan lain lain diperiksa, dipelihara dan diperbaiki secara berkala.

Menurut pasal 7, UU No 44 Tahun 2009 menjelaskan bahwa rumah sakit harus memenuhi persyaratan lokasi, bangunan, prasarana, sumber daya manusia, kefarmasian, dan peralatan.

Penjabaran persyaratan secara ringkas akan dijelaskan di bawah ini:

- Persyaratan lokasi harus memenuhi ketentuan mengenai kesehatan, keselamatan lingkungan dan tata ruang, serta sesuai dengan hasil kajian kebutuhan dan kelayakan penyelenggaraan rumah sakit.
- Persyaratan bangunan harus memenuhi persyaratan administratif dan persyaratan teknis bangunan gedung pada umumnya, sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.
- Persyaratan prasarana harus memenuhi standar pelayanan, keamanan, serta keselamatan dan kesehatan kerja penyelenggaraan rumah sakit, dimana prasarana harus dalam keadaan terpelihara dan berfungsi dengan baik.
- Persyaratan sumber daya manusia harus memiliki tenaga tetap yang meliputi tenaga medis dan penunjang medis, tenaga keperawatan, tenaga kefarmasian, tenaga manajemen rumah sakit, dan tenaga non-kesehatan.
- Persyaratan kefarmasian harus menjamin ketersediaan sediaan farmasi dan alat kesehatan yang bermutu, bermanfaat, aman dan terjangkau.
- Persyaratan peralatan (peralatan medis dan nonmedis) harus memenuhi standar pelayanan, persyaratan mutu, keamanan, keselamatan dan laik pakai.

Manajemen sarana prasarana rumah sakit adalah pengelolaan sarana prasarana dengan menjalankan fungsi manajemen yaitu perencanaan, pengorganisasian, pengarahan dan pengendalian yang dilakukan secara efektif dan efisien untuk mencapai tujuan / visi rumah sakit. Pengoperasian dan pemeliharaan sarana prasarana rumah sakit dilakukan oleh petugas yang mempunyai kompetensi di bidangnya, serta harus didokumentasikan dan dievaluasi secara berkala dan berkelanjutan.

Rumah sakit harus memenuhi persyaratan teknis sarana dan prasarana rumah sakit yang menunjang pelayanan kesehatan secara paripurna. Keseluruhan persyaratan tersebut harus direncanakan sesuai dengan standard dan kaidah-kaidah yang berlaku. Adapun secara umum yang dimaksud dengan sarana adalah segala sesuatu hal yang menyangkut fisik gedung/ bangunan serta ruangan. Sedangkan prasarana adalah segala sesuatu yang membuat sarana tersebut dapat berfungsi seperti pengadaan air bersih, listrik, instalasi air limbah dan lain-lain. Persyaratan teknis sarana rumah sakit meliputi persyaratan atap, langit-langit, dinding, lantai, struktur dan konstruksi, pintu dan toilet. Persyaratan teknis prasarana rumah sakit meliputi persyaratan, ventilasi, listrik, air bersih, drainase, pengolahan limbah, sistem proteksi terhadap bahaya kebakaran, sistem komunikasi, sistem tata suara, pencahayaan, sistem gas medis, sarana transportasi vertikal (*ramp* dan tangga serta *lift*) dan sebagainya.

Prasarana Rumah Sakit

1. Sistem Proteksi Kebakaran
2. Sistem Komunikasi
3. Sistem Penangkal Petir
4. Sistem Kelistrikan
5. Sistem Penghawaan (Ventilasi) dan Pengkondisian Udara (HVAC)
6. Sistem Pencahayaan
7. Sistem Fasilitas Sanitasi
8. Sistem Instalasi Gas Medik
9. Sistem Pengendalian Kebisingan & Getaran
10. Sistem Hubungan Horizontal
11. Sistem Hubungan Vertikal
12. Sistem Evakuasi
13. Aksesibilitas Penyandang Cacat
14. Fasilitas Umum

Sarana (Bangunan) Rumah Sakit

1. Instalasi Rawat Jalan (*outpatient*)
2. Instalasi Rawat Inap (*inpatient*)
3. Instalasi Gawat Darurat (IGD)
4. Instalasi Perawatan Intensif (*Intensive Care Unit / ICU*)

5. Instalasi Bedah Sentral (*Central Operation Theater / COT*)
6. Instalasi Kebidanan dan Penyakit Kandungan
7. Instalasi Farmasi
8. Instalasi Radiologi
9. Instalasi Sterilisasi Pusat (*Central Supply Sterilization Departement / CSSD*)
10. Instalasi Laboratorium
11. Instalasi Rehabilitasi Medik
12. Perkantoran (Administrasi & Kesekretariatan)
13. Pemulasaraan Jenazah
14. Instalasi Gizi
15. Instalasi Pencucian Linen (*laundry*)
16. Bengkel Mekanikal & Elektrikal (*workshop*)

B. PEMELIHARAAN SARANA – PRASARANA RS

Instalasi Pemeliharaan Sarana – Prasarana Rumah Sakit (IPSRS) adalah suatu unit fungsional untuk melaksanakan kegiatan teknis instalasi, pemeliharaan dan perbaikan, agar fasilitas yang menunjang pelayanan kesehatan di rumah sakit yaitu sarana, prasarana dan peralatan alat kesehatan rumah sakit selalu berada dalam keadaan layak. Upaya pelayanan kesehatan di rumah sakit tidak dapat dipisahkan dari pelayanan pemeliharaan sarana dan prasarana rumah sakit. IPSRS merupakan organisasi dalam rumah sakit yang bersifat teknis dan koordinatif yang pelaksanaannya meliputi perbaikan sarana dan peralatan yang ada di Rumah Sakit. Tujuannya adalah meningkatkan mutu pelayanan dan efisiensi rumah sakit. Di beberapa rumah sakit ada yang menyebut bagian SARPRAS (sarana prasarana), bagian teknis, bagian umum, Unit Pemeliharaan Sarana & Prasarana Rumah Sakit (UPSRS). Layanan rumah sakit yang baik tentunya ditunjang dengan keberadaan peralatan dan perlengkapan pendukung yang prima pula. Jangan sampai ketika pasien membutuhkan, peralatan tersebut tidak tersedia sehingga akan menghambat proses layanan kepada pasien. Sehingga pasien dapat segera terlayani dan meminimalisasi risiko bagi pasien.

Tugas dan Fungsi IPSRS

1. Penyediaan

- a. Penyediaan air bersih yang memenuhi standar atau kriteria untuk dapat dijadikan air minum
- b. Penyediaan air panas untuk kegiatan mandi dan sterilisasi
- c. Penyediaan gas teknik dan gas medis
- d. Penyediaan tenaga listrik
- e. Penyediaan udara segar
- f. Penyediaan komunikasi

- g. Penyediaan jasa teknis

2. Pengelolaan

- a. Pengelolaan instalasi air bersih
- b. Pengelolaan gas medis
- c. Pengelolaan sistem alarm
- d. Pengelolaan peralatan pembasmi hama, instrumen dan bahan lain

3. Pemeliharaan dan perbaikan

- a. Bangunan, yaitu gedung perawatan, kantor, poliklinik, instalasi lain-lain
- b. Instalasi air bersih, air panas
- c. Instalasi listrik
- d. Instalasi gas teknik, gas medis
- e. Peralatan komunikasi
- f. Peralatan elektronika dan elektromedik
- g. Peralatan radiasi dan laboratorium

4. Pelatihan

- a. Operator peralatan listrik dan elektromedik.
- b. Paramedis guna menjaga keselamatan kerja peralatan bagi petugas/operator, penderita dan pekerja lainnya.
- c. Pemeliharaan berkala bagi operator dalam menjaga peralatan laik pakai.
- d. Teknisi selaku pemeliharaan dan perbaikan sarana, prasarana dan peralatan.
- e. Pengukuran dan kalibrasi peralatan

Manajemen IPSRS

1. Perencanaan (*planning*)

- a. Menyusun rencana kerja dan kegiatan UPSRS tahunan, bulanan, minggu an dan harian.
- b. Menyusun petunjuk teknis dan petunjuk operasional dari pemakaian sarana dan peralatan.
- c. Menyusun peraturan kelaikan operasional sarana, prasarana dan peralatan yang menunjang pelayanan kesehatan.

2. Pelaksanaan (*actuating*)

- a. Melakukan penilaian uji fungsi dan uji coba sarana, prasarana dan peralatan baik yang baru maupun yang selesai diperbaiki

- b. Melakukan pemeliharaan (*maintenance*)
- c. Melakukan kegiatan teknis dalam kegiatan medis, yaitu:
 - o Mempersiapkan pelayanan teknis dalam tim medis
 - o Melakukan pelayanan medis teknisi dalam tim medis
 - o Melakukan tindakan dalam keadaan darurat terhadap peralatan medis dan penunjangnya
- d. Melakukan penilaian terhadap sarana, prasarana dan peralatan, yaitu:
 - o Dalam rangka pengadaan
 - o Dalam rangka pemeliharaan dan perbaikan
 - o Dalam rangka pengukuran dalam kalibrasi
 - o Dalam rangka pendayagunaan dan penghapusan
- e. Menyusun laporan, yaitu:
 - o Menyusun data keadaan atau inventarisasi
 - o Menyusun laporan kegiatan
- f. Melakukan pengelolaan teknis, yaitu:
 - o Melaksanakan pengelolaan teknis pengelolaan lingkungan
 - o Mengelola kegiatan teknis dalam jam kerja 24 jam
 - o Bertugas dalam tim penerimaan barang dan pengujian teknis
- g. Melakukan rapat.
 - o Rapat internal IPSRS
 - o Rapat koordinasi dengan Ka. Inst. dan Ka. Instalasi unit terkait
 - o Rapat dengan pihak eksternal (pihak ke-3)

3. Pengawasan (*controlling*)

Pengawasan terhadap kegiatan pembangunan, pemasangan, pemeliharaan dan perbaikan sarana-prasarana atau peralatan yang dilakukan oleh pihak ke-III.

4. Pelatihan

Terjadwal berlaku bagi operator maupun petugas teknik sehingga program pelayanan pemeliharaan dan perbaikan berjalan lancar.

Contoh kegiatan:

1. Melakukan identifikasi / inventarisasi komponen-komponen sistem utilitas dan memetakan pendistribusiannya □ meng-inventarisasi, mapping (*planning*)

2. Melakukan pemeriksaan, pengujian dan pemeliharaan (*maintenance*) terhadap semua komponen-komponen sistem utilitas yang beroperasi (ditingkatkan bila perlu) □ *check, test, maintenance (organizing)*
3. Mengidentifikasi jangka waktu (*time schedule*) untuk pemeriksaan, pengujian dan pemeliharaan semua komponen-komponen sistem utilitas yang beroperasi di dalam daftar inventaris (berdasarkan kriteria seperti rekomendasi produsen, tingkat risiko dan pengalaman rumah sakit) □ *time schedule (planning)*
4. Memberikan label tuas-tuas kontrol sistem utilitas untuk membantu pemadaman darurat secara keseluruhan atau sebagian □ *labelling (actuating)*
5. Memastikan dokumentasi setiap kegiatan sistem utilitas □ *documentation (actuating)*

REFERENSI

- Departemen Kesehatan Republik Indonesia. Direktorat Jenderal Pelayanan Medik. (1992). Pedoman Penyelenggaraan Instalasi Pemeliharaan Sarana Rumah Sakit Kelas B.
- Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations. (2009). *Planning, Design, and Construction of Health Care Facilities, 2nd Edition*. USA.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2015). Pedoman Pengelolaan Peralatan Kesehatan di Fasilitas Pelayanan Kesehatan.
- Mutia, D., Kihui, J., Maranga, S. (2012). *Maintenance Management of Medical Equipment in Hospitals*. Industrial Engineering Letters. Vol 2, No.3, 2012.
- Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 54 Tahun 2015 Tentang Pengujian Dan Kalibrasi Alat Kesehatan.
- Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 24 Tahun 2016 Tentang Persyaratan Teknis Bangunan Dan Prasarana Rumah Sakit.
- Peraturan Menteri Pekerjaan Umum Republik Indonesia Nomor 24 Tahun 2008 Tentang Pemeliharaan Dan Perawatan Bangunan Gedung.
- Rania, N.A.A, Baharum, M.R., Akbar, A.R.N., Nawawi, A.H. (2015). *Perception of Maintenance Management Strategy on Healthcare Facilities*. Procedia - Social and Behavioral Sciences 170 (2015) 272 - 281.
- Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 28 Tahun 2002 Tentang Bangunan Gedung.
- Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 44 Tahun 2009 Tentang Rumah Sakit.

MANAJEMEN RISIKO DAN KESELAMATAN PASIEN

dr. Rudy Pou, MARS, M.M.

A. MANAJEMEN RISIKO

Peristiwa dalam kehidupan sehari-hari terkadang menyimpang dari perkiraan (*expectation*), ada yang menguntungkan ada pula yang merugikan. *Wideman* mengatakan, ketidakpastian yang dapat menimbulkan kemungkinan menguntungkan disebut dengan istilah peluang (*opportunity*). Risiko adalah ketidakpastian (*uncertainty*) yang terjadi karena kurang atau tidak tersedianya informasi yang cukup tentang yang akan terjadi. Risiko adalah suatu keadaan yang dihadapi seseorang atau perusahaan dimana terjadi kemungkinan yang merugikan. Kegiatan didalamnya juga mengandung risiko yang harus ditangani agar tidak menimbulkan kerugian yang fatal. Untuk menangani risiko tersebut dapat dilakukan dengan manajemen risiko.

Risiko adalah kesempatan kerugian (*risk is the chance of loss*), *chance of loss* biasanya dipergunakan untuk menunjukkan suatu keadaan dimana terdapat suatu keterbukaan (*exposure*) terhadap kerugian atau suatu kemungkinan kerugian. Istilah risiko sudah biasa dipakai dalam kehidupan sehari-hari, secara umum tidak memahami apa yang dimaksud, namun pengertian risiko secara ilmiah sampai saat ini masih tetap beragam.

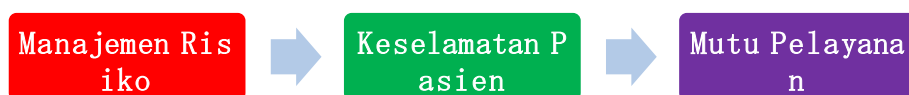
ISO 31000 *risk definition*, *risk is the affect of uncertainty on your objectives. Risk can be threat or an opportunity. Anything that could harm, prevent, delay or enhance your ability to achieve your objective is a risk.*

ISO 31000 *risk management definition*, *coordinated activities to direct and control an organisation with regards to risk. It generally include risk: assessment, treatment, acceptance and communication.*

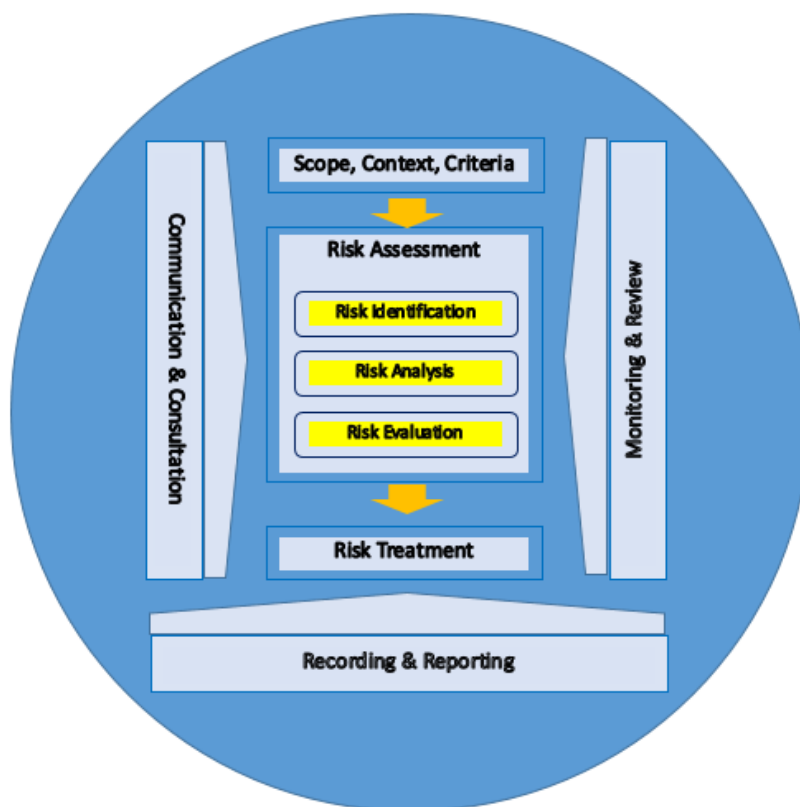
Manajemen risiko adalah suatu cara untuk mengorganisir suatu risiko yang nantinya akan dihadapi baik itu sudah diketahui ataupun yang belum diketahui, juga yang tak terpikirkan dengan cara memindahkan risiko kepada pihak lain, menghindari risiko, mengurangi efek negatif dari risiko, dan menampung baik sebagian atau semua konsekuensi risiko. Manajemen risiko juga dapat disebut suatu pendekatan terstruktur untuk mengelola suatu ketidakpastian yang berkaitan dengan ancaman (*threat*). Oleh sebab itu, melalui manajemen risiko, diharapkan ketidakpastian yang menimbulkan kerugian dapat dikurangi bahkan dihilangkan untuk keberlangsungan kegiatan di bidangnya.

Rumah sakit yang menerapkan prinsip keselamatan pasien berkewajiban untuk mengidentifikasi dan mengendalikan seluruh risiko strategis dan operasional yang penting. Hal ini mencakup seluruh area baik manajerial maupun fungsional, termasuk area pelayanan, tempat pelayanan, juga area klinis. Rumah sakit perlu menjamin berjalannya sistem untuk mengendalikan dan mengurangi risiko (*treatment*). Manajemen risiko berhubungan erat dengan pelaksanaan

keselamatan pasien rumah sakit dan berdampak kepada pencapaian sasaran mutu rumah sakit. Ketiganya berkaitan erat dalam suatu rangkaian yang tidak dapat dipisahkan. Keselamatan pasien rumah sakit adalah suatu sistem dimana rumah sakit membuat asuhan pasien lebih aman yang meliputi asesmen risiko, identifikasi dan pengelolaan hal yang berhubungan dengan risiko pasien, pelaporan dan analisis insiden, kemampuan belajar dari insiden dan tindak lanjutnya serta implementasi solusi untuk meminimalkan timbulnya risiko dan mencegah terjadinya cedera yang disebabkan oleh kesalahan akibat melaksanakan suatu tindakan atau tidak mengambil tindakan yang seharusnya diambil (Kemenkes RI, 2011).



Proses Manajemen Risiko (ISO 31000; 2018)



Cara menyikapi risiko:

1. Menghindari risiko (*risk avoidance*)

2. Mengurangi risiko (*risk reduction*)
3. Membagi risiko (*risk sharing*)
4. Mengalihkan risiko (*risk transfer*)
 - Mitigasi risiko negatif (*negative risk mitigation*)
 - Eksploitasi risiko positif (*positive risk exploitation*)

Sehingga secara ringkas dapat disimpulkan proses manajemen risiko, terdiri atas:

1. Perencanaan Risiko (*planning*)

- Perencanaan manajemen risiko bisa dimulai dengan menetapkan visi, misi dan tujuan yang berkaitan dengan manajemen risiko. Kemudian perencanaan manajemen risiko bisa diteruskan dengan penetapan target, kebijakan dan prosedur yang berkaitan dengan manajemen risiko.

2. Pelaksanaan Risiko (*actuating*)

- Pelaksanaan manajemen risiko meliputi aktivitas operasional yang berkaitan dengan manajemen risiko. Proses identifikasi dan pengukuran risiko kemudian diteruskan dengan pengelolaan risiko yang merupakan aktivitas operasional yang utama dari manajemen risiko. Termasuk di dalamnya identifikasi risiko dan analisis risiko.

3. Pengendalian / Kelola Risiko (*controlling & treatment*)

- Tahap berikutnya dari proses manajemen risiko adalah pengendalian yang meliputi evaluasi secara periodik pelaksanaan manajemen risiko, output pelaporan yang dihasilkan oleh manajemen risiko dan umpan balik (*feedback*).

B. KESELAMATAN PASIEN

Pelayanan kesehatan telah berkembang sangat pesat dalam 20 tahun terakhir. Pengetahuan kita tentang penyakit dan inovasi teknologi berkontribusi untuk meningkatkan harapan hidup selama abad ke-20. Tapi salah satu tantangan terbesar hari ini bukan tentang bagaimana menerapkan prosedur klinis terbaru atau peralatan berteknologi tinggi terkini. Sebaliknya, isu penting yang harus diperhatikan adalah tentang memberikan perawatan medis yang lebih aman dalam lingkungan institusi medis dan sistem yang kompleks, penuh tekanan dan bergerak cepat. Dalam lingkungan semacam itu, insidens dapat terjadi, tanpa disengaja, cedera serius dapat terjadi pada pasien yakni situasi yang membahayakan kondisi kesehatan pasien. Kerugian yang tidak disengaja, tapi serius terjadi pada pasien selama praktek klinis rutin, atau sebagai aki

bat dari keputusan klinis tertentu. Banyak negara di dunia telah mengakui bahwa keselamatan pasien penting dan berusaha membangun pendekatan untuk meningkatkan kualitas dan keamanan pelayanan. Pemerintah di berbagai negara juga menyadari pentingnya mendidik profesional kesehatan dengan memberikan pemahaman terhadap prinsip-prinsip dan konsep-konsep keselamatan pasien. Penguatan kompetensi tersebut diperlukan untuk mengimbangi kompleksitas dari sistem dan tuntutan kebutuhan tenaga kerja.

Keselamatan adalah landasan dari kualitas pelayanan kesehatan dan kesuksesan sehingga membutuhkan individu dan komitmen tim medis bersama. Individu medis dan proses yang tidak terintegrasi menjadi salah satu penyebab kesalahan. Sebaliknya, elemen-elemen yang terpisah jika digabungkan dan bersama-sama menghasilkan situasi medis yang juga berisiko tinggi. Memahami risiko dalam proses medis kompleks dan perawatannya memerlukan informasi tentang kesalahan yang komprehensif.

Oleh karena itu, sangat penting untuk menerapkan budaya keselamatan non-punitif untuk mengatasi kesalahan dalam prosedur medis yakni dengan mekanisme pelaporan yang membantu mencegah dan memperbaiki kegagalan sistem dan kesalahan manusia daripada mencari kesalahan individu atau organisasi. Dalam tata kelola kesehatan budaya ini masih perlu dikembangkan. Satu langkah penting dalam proses ini adalah untuk mendidik profesional kesehatan pada konsep keselamatan dalam praktek pelayanan kesehatan, kolaboratif dan bagaimana untuk menerapkannya dalam pekerjaan sehari-hari mereka di masa depan.

Pelayanan kesehatan yang berpusat pada pasien menjadi lebih kompleks. Hal ini memerlukan lebih banyak perhatian untuk mengelola *teamwork* dalam pelayanan kesehatan. Praktek kolaboratif antar praktisi kesehatan menuntut komunikasi tingkat tinggi, pemberian dan pembagian tugas yang akurat, hasil, peran dan tanggung jawab yang sesuai. Pemahaman risiko yang melekat dalam kedokteran modern yang realistis membuatnya diperlukan bahwa semua kesehatan profesional mampu bekerjasama dengan pihak terkait, mengadopsi pendekatan proaktif sistem keselamatan dan melakukan dengan tanggung jawab profesional.

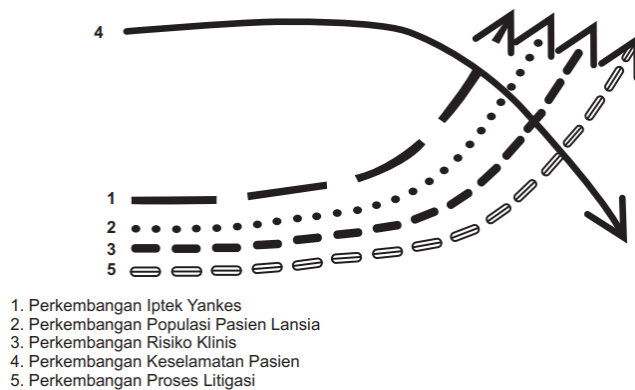
Sebuah studi yang dilakukan oleh *Universitas Harvard* pada tahun 1991 telah menggambarkan luasnya ancaman keselamatan pasien. Beberapa negara lain telah melaporkan hasil yang sama bahwa keselamatan pasien menjadi isu genung, meskipun terdapat perbedaan budaya dan sistem kesehatan. Realitas yang terjadi di dunia kesehatan benar-benar membahayakan pasien sehingga meningkatkan pengawasan pasien dalam konteks sistem kesehatan yang semakin kompleks. Kompleksitas sistem ini semakin meningkat drastis dengan perubahan teknologi kedokteran yang cepat, sehingga tuntutan pelayanan kesehatan kepada dokter, perawat, bidan, apoteker dan profesional kesehatan lainnya diharapkan dapat mengelola kompleksitas ini dalam pekerjaan sehari-hari mereka dan mampu menyediakan layanan berbasis kesehatan yang aman.

Pada tahun 2000 Institute of Medicine di Amerika Serikat menerbitkan laporan yang mengagetkan banyak pihak : *“TO ERR IS HUMAN” , Building a Safer Health System*. Laporan itu mengemukakan penelitian di rumah sakit di Utah dan Colorado serta New York. Di Utah dan Colorado ditemukan KTD (*Adverse Event*) sebesar 2,9%, dimana 6,6% diantaranya meninggal. Sedangkan di New York KTD adalah sebesar 3,7% dengan angka kematian 13,6%. Angka kematian akibat KTD pada pasien rawat inap di seluruh Amerika yang berjumlah 33,6 juta per tahun berkisar 44.000 - 98.000 per tahun. Publikasi WHO pada tahun 2004, mengumpulkan angka penelitian rumah sakit di berbagai Negara: Amerika, Inggris, Denmark dan Australia, ditemukan KTD dengan rentang 3,2 - 16,6%. Dengan data-data tersebut, berbagai negara segera melakukan penelitian dan mengembangkan Sistem Keselamatan Pasien.

WHO definition, *patient safety is the absence of preventable harm to a patient during the process of health care*. Program WHO dalam keselamatan pasien adalah *“WHO Patient Safety”* dimulai tahun 2004, dengan Visi WHO adalah *Every patient receives safe health care, every time, everywhere*. Misi WHO adalah *to coordinate, facilitate and accelerate patient safety improvements around the world by: being a leader and advocating for change; generating and sharing knowledge and expertise; supporting Member States in their implementation of patient safety action*.

Di dalam pelayanan kesehatan, selain **kemampuan teknis** (*technical skill*) yaitu kemampuan medis (diagnosis dan terapi) dan ketrampilan klinis, **kemampuan non teknis** (*non technical skill*) / *behavioral skills* (mental, kognitif, sosial dan interpersonal) terdiri dari leadership, kemampuan komunikasi dan kerjasama, serta *situation awareness* adalah hal-hal yang perlu diperhatikan dalam keberhasilan program keselamatan pasien. Dikarenakan 70-80% penyebab kejadian yang tak diinginkan (*adverse events*) adalah kegagalan pada kemampuan non teknis / *behavioral skills*. Amerika dan Eropa yang dalam 2 dekade belakangan ini telah menerapkan kemampuan ini dalam pelayanan kesehatan, juga menemukan bahwa 70-80% Insiden Keselamatan Pasien (IKP) disebabkan oleh kurangnya kemampuan non teknis tersebut. Insiden Keselamatan Pasien adalah setiap kejadian atau situasi yang dapat mengakibatkan atau berpotensi mengakibatkan harm (penyakit, cedera, cacat, kematian dan lain-lain) yang tidak seharusnya terjadi.

Mengapa Keselamatan Pasien?



Di rumah sakit terdapat ratusan macam obat, ratusan tes dan prosedur, banyak alat dengan teknologinya, bermacam jenis tenaga profesi dan non profesi yang siap memberikan pelayanan pasien 24 jam terus menerus. Keberagaman dan kerutinan pelayanan tersebut apabila tidak dikelola dengan baik dapat mengakibatkan insiden keselamatan pasien (IKP). Sehingga rumah sakit wajib menerapkan standar keselamatan pasien, yang dilaksanakan melalui pelaporan insiden, menganalisa, dan menetapkan pemecahan masalah dalam rangka menurunkan angka kejadian yang tidak diharapkan. Setiap rumah sakit melaporkan kegiatan kepada komite yang membidangi keselamatan pasien yang ditetapkan oleh Menteri. (UU Rumah Sakit, pasal 43).

Definisi keselamatan pasien menurut Permenkes Nomor 11 Tahun 2017 adalah suatu sistem yang membuat asuhan pasien lebih aman, meliputi asesmen risiko, identifikasi dan pengelolaan risiko pasien, pelaporan dan analisis insiden, kemampuan belajar dari insiden dan tindak lanjutnya, serta implementasi solusi untuk meminimalkan timbulnya risiko dan mencegah terjadinya cedera yang disebabkan oleh kesalahan akibat melaksanakan suatu tindakan atau tidak mengambil tindakan yang seharusnya diambil. Pengaturan keselamatan pasien bertujuan untuk meningkatkan mutu pelayanan fasilitas pelayanan kesehatan melalui penerapan manajemen risiko dalam seluruh aspek pelayanan yang disediakan oleh fasilitas pelayanan kesehatan.

Penyelenggaraan Keselamatan Pasien dilakukan melalui pembentukan sistem pelayanan yang menerapkan (a) standar keselamatan pasien; (b) sasaran keselamatan pasien; dan (c) tujuh langkah menuju keselamatan pasien.

(a) Standar Keselamatan Pasien

Standar keselamatan pasien rumah sakit yang disusun mengacu pada “*Hospital Patient Safety Standards*” yang dikeluarkan oleh *Joint Commission on Accreditation of Health Organizations*, Illinois, USA, tahun 2002, yang disesuaikan dengan situasi dan kondisi perumahnya di Indonesia. Standar Kes

keselamatan Pasien wajib diterapkan rumah sakit dan penilaiannya dilakukan dengan menggunakan Instrumen Akreditasi Rumah Sakit.

Standar keselamatan pasien tersebut terdiri dari tujuh standar yaitu (1) hak pasien; (2) mendidik pasien dan keluarga; (3) keselamatan pasien dan kesinambungan pelayanan; (4) penggunaan metoda-metoda peningkatan kinerja untuk melakukan evaluasi dan program peningkatan keselamatan pasien; (5) peran kepemimpinan dalam meningkatkan keselamatan pasien; (6) mendidik staf tentang keselamatan pasien; (7) komunikasi merupakan kunci bagi staf untuk mencapai keselamatan pasien.

(b) Sasaran Keselamatan Pasien (SKP)

1. SKP 1: Ketepatan identifikasi pasien
2. SKP 2: Peningkatan komunikasi yang efektif
3. SKP 3: Peningkatan keamanan obat yang perlu diwaspadai / *high - alert*
4. SKP 4: Kepastian tepat lokasi, tepat prosedur, tepat pasien operasi
5. SKP 5: Pengurangan risiko infeksi terkait pelayanan kesehatan
6. SKP 6: Pengurangan risiko cedera karena jatuh

(c) Tujuh Langkah menuju Keselamatan Pasien

1. membangun kesadaran akan nilai keselamatan pasien
2. pimpin dan dukung staf anda
3. integrasikan aktivitas pengelolaan risiko
4. kembangkan sistem pelaporan
5. libatkan dan berkomunikasi dengan pasien
6. belajar dan berbagi pengalaman tentang keselamatan pasien
7. cegah cedera melalui implementasi sistem keselamatan pasien

Program peningkatan mutu pelayanan rumah sakit selain program keselamatan pasien juga telah dilakukan melalui standar pelayanan rumah sakit, *quality assurance* (QA), *total quality management* (TQM), *continuous quality improvement* (CQI), perizinan, akreditasi, kredensialing, audit medis, indikator klinis, *clinical governance*, ISO 9001:2015 dan lain sebagainya.

An incident is just the tip of the iceberg,
a sign of a much larger problem below the surface

Don Brown

REFERENSI

- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2015). Pedoman Nasional Keselamatan Pasien Rumah Sakit (*Patient Safety*). Edisi III.
- Komite Keselamatan Pasien Rumah Sakit (KKPRS). (2015). Pedoman Pelaporan Insiden Keselamatan Pasien (*Patient Safety Incident Report*).
- Komisi Akreditasi Rumah Sakit. Standar Nasional Akreditasi Rumah Sakit (SNA RS) Edisi 1.
- Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 11 Tahun 2017 Tentang Keselamatan Pasien.
- Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 44 Tahun 2009 Tentang Rumah Sakit.
- World Health Organization. (2011). *Patient Safety Curriculum Guide. Multi Professional Edition*.

KESEHATAN & KESELAMATAN KERJA RUMAH SAKIT (K3-RS)

dr. Rudy Pou, MARS, M.M.

Menurut pasal 164 Undang-Undang Kesehatan, disebutkan bahwa upaya kesehatan kerja ditujukan untuk melindungi pekerja agar hidup sehat dan terbebas dari gangguan kesehatan serta pengaruh buruk yang diakibatkan oleh pekerjaan, meliputi pekerja di sektor formal dan informal. Rumah sakit harus menjamin kesehatan dan keselamatan baik terhadap pasien, penyedia layanan atau pekerja maupun masyarakat sekitar dari berbagai potensi bahaya di rumah sakit. Oleh karena itu, rumah sakit dituntut untuk melaksanakan upaya Kesehatan dan Keselamatan Kerja (K3) yang dilaksanakan secara terintegrasi dan menyeluruh sehingga risiko terjadinya Penyakit Akibat Kerja (PAK) dan Kecelakaan Akibat Kerja (KAK) di rumah sakit dapat dihindari.

Kesehatan dan Keselamatan Kerja Rumah Sakit (K3RS) merupakan salah satu upaya untuk meningkatkan mutu pelayanan rumah sakit, khususnya dalam hal kesehatan dan keselamatan bagi staf rumah sakit, pasien, pengunjung/ pengantar pasien, masyarakat sekitar rumah sakit. Hal ini secara tegas dinyatakan di dalam Undang-Undang No 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit, pasal 40 ayat 1 yaitu *"Dalam upaya peningkatan mutu pelayanan Rumah Sakit wajib dilakukan akreditasi secara berkala minimal 3 (tiga) tahun sekali"*. Kesehatan dan keselamatan kerja (K3) termasuk sebagai salah satu standar pelayanan yang dinilai di dalam akreditasi rumah sakit, disamping standar pelayanan lainnya.

Bahaya - bahaya potensial di rumah sakit yang disebabkan oleh faktor biologi (virus, bakteri, jamur, parasit); faktor kimia (antiseptik, *reagent*, gas anestesi); faktor ergonomi (lingkungan kerja, cara kerja dan posisi kerja yang salah); faktor fisik (suhu, cahaya, bising, listrik, getaran dan radiasi); faktor psikososial (kerja bergilir, beban kerja, hubungan sesama pekerja / atasan) dapat mengakibatkan penyakit dan kecelakaan akibat kerja. Penyakit akibat kerja di rumah sakit, umumnya berkaitan dengan faktor biologi (kuman patogen yang berasal umumnya dari pasien); faktor kimia (pemaparan dalam dosis kecil yang terus menerus seperti antiseptik pada kulit, gas anestesi pada hati); faktor ergonomi (cara duduk salah, cara mengangkat pasien salah); faktor fisik (panas pada kulit, tegangan tinggi pada sistem reproduksi, radiasi pada sistem produksi sel darah); faktor psikologis (ketegangan di kamar bedah. penerimaan pasien gawat darurat, bangsal penyakit jiwa dan lain-lain).

ILO Definition, *Occupational Safety and Health (OSH) is an important component of social protection of employees against negative aspects of work, work accidents and occupational diseases.*

WHO Definition, *Occupational health deals with all aspects of health and safety in the workplace and has a strong focus on primary prevention of hazards.*

Joint ILO/WHO Committee on Occupational Health, "The main focus in occupational health is on three different objectives: (i) the maintenance and promotion of workers' health and working capacity; (ii) the improvement of working environment and work to become conducive to safety and health and (iii) development of work organizations and working cultures in a direction which supports health and safety at work and in doing so also promotes a positive social climate and smooth operation and may enhance productivity of the undertakings."

Kesehatan kerja menurut WHO / ILO (1995), kesehatan kerja bertujuan untuk peningkatan dan pemeliharaan derajat kesehatan fisik, mental dan sosial yang setinggi-tingginya bagi pekerja di semua jenis pekerjaan, pencegahan terhadap gangguan kesehatan pekerja yang disebabkan oleh kondisi pekerjaan; perlindungan bagi pekerja dalam pekerjaannya dari risiko akibat faktor yang merugikan kesehatan; dan penempatan serta pemeliharaan pekerja dalam suatu lingkungan kerja yang disesuaikan dengan kondisi fisiologi dan psikologisnya. Sedangkan kesehatan dan keselamatan kerja (K3) adalah upaya untuk memberikan jaminan keselamatan dan meningkatkan derajat kesehatan pekerja dengan cara pencegahan kecelakaan dan penyakit akibat kerja, pengendalian bahaya di tempat kerja, promosi kesehatan, pengobatan dan rehabilitasi.

Definisi K3RS adalah segala upaya untuk menjamin dan melindungi keselamatan dan kesehatan bagi sumber daya manusia rumah sakit, pasien, pendamping pasien, pengunjung, maupun lingkungan rumah sakit melalui upaya pencegahan kecelakaan kerja dan penyakit akibat kerja di rumah sakit.

Prinsip K3RS

Agar K3RS dapat dipahami secara utuh, perlu diketahui pengertian 3 (tiga) komponen yang saling berinteraksi, yaitu :

1. **Kapasitas kerja** adalah status kesehatan kerja dan gizi kerja yang baik serta kemampuan fisik yang prima setiap pekerja agar dapat melakukan pekerjaannya dengan baik. Contoh; bila seorang pekerja kekurangan zat besi yang menyebabkan anemia, maka kapasitas kerja akan menurun karena pengaruh kondisi lemah dan lesu.
2. **Beban kerja** adalah beban fisik dan mental yang harus ditanggung oleh pekerja dalam melaksanakan tugasnya. Contoh; pekerja yang bekerja melebihi waktu kerja maksimum dll.
3. **Lingkungan kerja** adalah lingkungan terdekat dari seorang pekerja. Contoh; seorang yang bekerja di instalasi radiologi, maka lingkungannya adalah ruangan-ruangan yang berkaitan dengan proses pekerjaannya di instalasi radiologi (kamar X Ray, kamar gelap, kedokteran nuklir dan lain-lain).

Pelaksanaan standar K3RS meliputi: (1) manajemen risiko K3RS; (2) keselamatan dan keamanan di rumah sakit; (3) pelayanan kesehatan kerja; (4) pengelolaan bahan berbahaya dan beracun (B3) dari aspek K3; (5) pencegahan dan pengendalian kebakaran; (6) pengelolaan prasarana rumah sakit dari aspek K3; (7) pengelolaan peralatan medis dari aspek K3; dan (8) kesiapsiagaan menghadapi kondisi darurat atau bencana.

(1)Manajemen Risiko K3RS

Manajemen risiko K3RS bertujuan untuk meminimalkan risiko keselamatan dan kesehatan di rumah sakit sehingga tidak menimbulkan efek buruk terhadap keselamatan dan kesehatan SDM rumah sakit, pasien, pendamping pasien, dan pengunjung. Manajemen risiko K3RS harus dilakukan secara menyeluruh yang meliputi (a) persiapan/penentuan konteks kegiatan yang akan dikelola risikonya; (b) identifikasi bahaya potensial; (c) analisis risiko; (d) evaluasi risiko; (e) pengendalian risiko; (f) komunikasi dan konsultasi; dan (g) pemantauan dan telaah ulang.

(2)Keselamatan dan Keamanan di RS

Keselamatan dan keamanan di rumah sakit bertujuan untuk mencegah terjadinya kecelakaan dan cedera serta mempertahankan kondisi yang aman bagi SDM rumah sakit, pasien, pendamping pasien, dan pengunjung. Keselamatan dan keamanan di Rumah Sakit dilakukan melalui (a) identifikasi dan penilaian risiko; (b) pemetaan area risiko; dan (c) upaya pengendalian.

- a. Identifikasi dan penilaian risiko dilakukan dengan cara inspeksi keselamatan dan kesehatan kerja di area Rumah Sakit.
- b. Pemetaan area risiko merupakan hasil identifikasi area risiko terhadap kemungkinan kecelakaan dan gangguan keamanan di rumah sakit.
- c. Upaya pengendalian merupakan tindakan pencegahan terhadap risiko kecelakaan dan gangguan keamanan.

(3) Pelayanan Kesehatan Kerja

Pelayanan Kesehatan Kerja dilakukan secara komprehensif melalui kegiatan yang bersifat promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif. Kegiatan yang bersifat promotif meliputi pemenuhan gizi kerja, kebugaran, dan pembinaan mental dan rohani. Kegiatan yang bersifat preventif paling sedikit meliputi imunisasi, pemeriksaan kesehatan, surveilans lingkungan kerja, dan surveilans medik. Kegiatan yang bersifat kuratif paling sedikit meliputi pelayanan tata laksana penyakit baik penyakit menular, tidak menular, penyakit akibat kerja dan kecelakaan akibat

t kerja, dan penanganan pasca pajanan (*post exposure profilaksis*). Kegiatan yang bersifat rehabilitatif paling sedikit meliputi rehabilitasi medik dan program kembali bekerja (*return to work*).

(4)Pengelolaan B3 dari Aspek K3

Pengelolaan Bahan Berbahaya dan Beracun (B3) dari aspek K3 bertujuan untuk melindungi SDM rumah sakit, pasien, pendamping pasien, pengunjung, maupun lingkungan rumah sakit dari pajanan dan limbah B3. Pengelolaan B3 dilaksanakan melalui (a) identifikasi dan inventarisasi B3 di Rumah Sakit; (b) menyiapkan dan memiliki lembar data keselamatan bahan (*material safety data sheet*); (c) menyiapkan sarana keselamatan B3; (d) pembuatan pedoman dan standar prosedur operasional pengelolaan B3 yang aman; dan (e) penanganan keadaan darurat B3.

(5)Pencegahan dan Pengendalian Kebakaran

Pencegahan dan pengendalian kebakaran bertujuan untuk memastikan SDM rumah sakit, pasien, pendamping pasien, pengunjung, dan aset rumah sakit aman dari bahaya api, asap, dan bahaya lain. Pencegahan dan pengendalian kebakaran dilakukan melalui (a) identifikasi area berisiko bahaya kebakaran dan ledakan; (b) pemetaan area berisiko bahaya kebakaran dan ledakan; (c) pengurangan risiko bahaya kebakaran dan ledakan; (d) pengendalian kebakaran; dan (e) simulasi kebakaran

Pengendalian kebakaran:

- a. alat pemadam api ringan
- b. deteksi asap dan api
- c. sistem alarm kebakaran
- d. penyemprot air otomatis (sprinkler)
- e. pintu darurat
- f. jalur evakuasi
- g. tangga darurat
- h. pengendali asap
- i. tempat titik kumpul aman
- j. penyemprot air manual (*hydrant*)
- k. pembentukan tim penanggulangan kebakaran
- l. pelatihan dan sosialisasi

(6)Pengelolaan Prasarana Rumah Sakit dari Aspek K3

Pengelolaan prasarana rumah sakit dari aspek K3 bertujuan untuk menciptakan lingkungan kerja yang aman dengan memastikan kehandalan sistem utilitas dan meminimalisasi risiko yang mungkin terjadi.

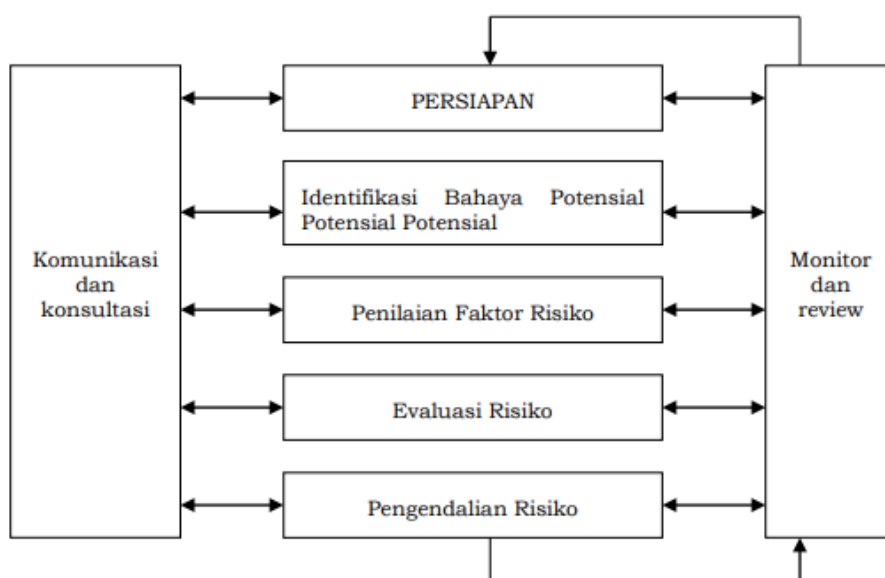
(7)Pengelolaan Peralatan Medis dari Aspek K3

Pengelolaan peralatan medis dari aspek K3 bertujuan untuk melindungi SDM rumah sakit, pasien, pendamping pasien, pengunjung, maupun lingkungan rumah sakit dari potensi bahaya peralatan medis baik saat digunakan maupun saat tidak digunakan. Pengelolaan berupa pengawasan untuk memastikan seluruh proses pengelolaan peralatan medis telah memenuhi aspek K3.

(8)Kesiapsiagaan Menghadapi Kondisi Darurat atau Bencana

Kesiapsiagaan menghadapi kondisi darurat atau bencana bertujuan untuk meminimalkan dampak terjadinya kejadian akibat kondisi darurat dan bencana yang dapat menimbulkan kerugian fisik, material, dan jiwa, mengganggu operasional, serta menyebabkan kerusakan lingkungan, atau mengancam finansial dan citra rumah sakit.

Langkah-langkah Manajemen K3RS



It's not the strongest nor most intelligent of the species that survive;
It is the one most adaptable to change.

Charles Darwin

REFERENSI

Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 1087 Tahun 2010 Tentang Kesehatan Dan Keselamatan Kerja Di Rumah Sakit.

Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 66 Tahun 2016 Tentang Keselamatan Dan Kesehatan Kerja Rumah Sakit.

Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 36 Tahun 2009 Tentang Kesehatan.

Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 44 Tahun 2009 Tentang Rumah Sakit.

Alli, B.O. (2008). *Fundamental Principles of Occupational Health and Safety*. 2nd Edition. International Labour Office - Geneva: ILO, 2008.

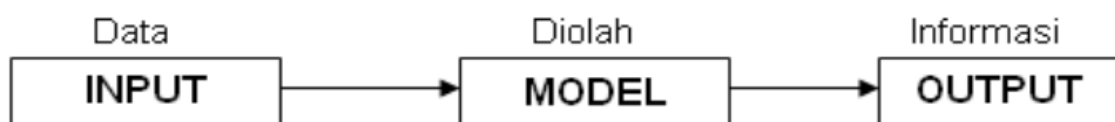
SISTEM INFORMASI MANAJEMEN RUMAH SAKIT DAN REKAM MEDIK

Dr. dr. Rina K. Kusumaratna, M. Kes

Konsep Sistem Informasi

Suatu sistem dapat didefinisikan sebagai suatu kesatuan yang terdiri dari dua atau lebih komponen atau subsistem yang berinteraksi untuk mencapai suatu tujuan. Sedangkan informasi dapat didefinisikan sebagai hasil dari pengolahan data dalam suatu bentuk yang lebih berguna dan lebih berarti bagi penerimanya yang menggambarkan suatu kejadian nyata (*fact event*) yang digunakan untuk pengambilan keputusan.

Sumber dari informasi adalah data. Data merupakan bentuk jamak dari bentuk tunggal atau data-item, dimana kenyataan yang menggambarkan suatu kejadian. Kejadian (*event*) adalah sesuatu yang terjadi pada saat yang tertentu. Kesatuan nyata (*fact dan entity*) adalah berupa suatu objek nyata seperti tempat, benda, dan orang yang betul-betul ada dan terjadi. Agar menjadi informasi berguna, data perlu diolah melalui sebuah siklus dan siklus disebut siklus pengolahan data (*data processing life cycle*). Informasi dikatakan berharga bila informasi dapat mempengaruhi proses pengambilan keputusan yang lebih baik di setiap tingkat manajemen Rumah Sakit.

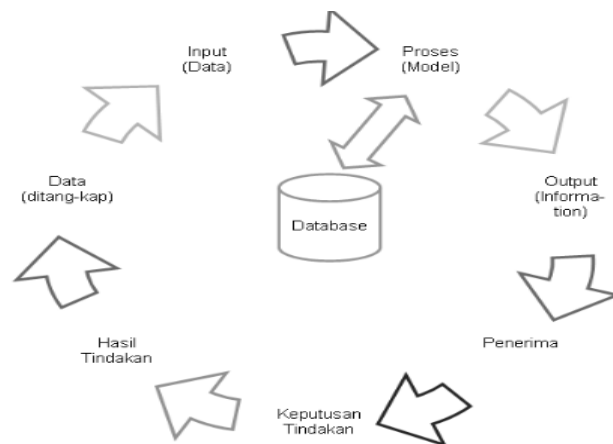


Gambar 1. Siklus Pengolahan Data

Siklus Informasi

Data diolah melalui model tertentu menjadi informasi yang dapat dimanfaatkan oleh penerima dalam membuat keputusan dan melakukan tindakan, yang berarti melakukan suatu tindakan lain yang akan membuat sejumlah data kembali. Data yang masih belum diolah akan disimpan dalam bentuk

basis data. Data yang disimpan ini nantinya dapat diambil kembali untuk diolah kembali menjadi informasi. Data tersebut akan ditangkap sebagai input, diproses kembali lewat suatu model tertentu dan seterusnya membentuk suatu siklus. Siklus ini oleh John Burch disebut dengan siklus informasi (*information cycle*).



Gambar 2. Siklus Informasi

Kualitas Informasi

Kualitas dari suatu informasi tergantung dari 3 hal, yaitu: akurat (accurate), tepat pada waktunya (timeliness), dan relevan (relevance). Burch dan Grudnitski menggambarkan kualitas informasi dengan bentuk bangunan yang ditunjang oleh tiga buah pilar.



Gambar 3. Pilar Kualitas Informasi

Nilai Informasi (*Cost-effectiveness*)

Nilai dari suatu informasi ditentukan dari dua hal, yaitu *manfaat* dan *biaya* mendapatkannya. Secara umum, suatu informasi dikatakan bernilai bila manfaatnya lebih efektif dibandingkan dengan biaya mendapatkannya. Menurut Synanski dan Pulschen (1995), selain *Accuracy*, *Relevance*, *Timeliness*, *Cost-effectiveness*, terdapat tiga atribut informasi lagi, yaitu:

- ***Completeness***. Informasi menguraikan segala sesuatu yang harus diketahui untuk memahami situasi. Tujuannya adalah untuk mengumpulkan informasi selengkap mungkin.
- ***Auditability***. Mengacu pada kemampuan untuk memeriksa kelengkapan dan keakuratan informasi. Tanpa kemampuan audit tidaklah mungkin untuk menentukan keakuratan, yang akan menjawab ke dalam pertanyaan apakah kegunaan dari informasi.
- ***Reliability***. Informasi tidaklah sempurna atau akurat 100%. Dengan reliabilitas maka dapat diambil rata-rata dari keenam atribut (*accuracy*, *relevance*, *timeliness*, *cost-effectiveness*, *auditability*, *reliability*) yang lain.

Sistem Informasi Manajemen (SIM)

Sistem Informasi Manajemen (SIM) merupakan penerapatan sistem informasi di dalam organisasi untuk mendukung informasi - informasi yang dibutuhkan oleh semua tingkatan manajemen. SIM didefinisikan oleh Scott, GM sebagai suatu kumpulan dari interaksi sistem informasi yang menyediakan informasi baik untuk kebutuhan manajerial maupun kebutuhan operasional.

Menurut BE. Cushing SIM adalah sekumpulan dari manusia dan sumber daya modal di dalam suatu organisasi yang bertanggung jawab mengumpulkan dan mengolah data untuk menghasilkan informasi yang berguna

ntuk semua tingkatan manajemen di dalam kegiatan perencanaan dan pengendalian.

Sedangkan menurut Gordon BD, SIM adalah sistem manusia atau mesin yang menyediakan informasi untuk mendukung operasi manajemen dan fungsi pengambilan keputusan dari suatu organisasi. Lebih lanjut Gordon BD juga menegaskan bahwa SIM selalu berhubungan dengan pengolahan informasi yang berbasis pada komputer (*computer-based information processing*). SIM merupakan suatu sistem yang melakukan fungsi-fungsi untuk menyediakan semua informasi yang mempengaruhi semua operasi organisasi.

Saat ini pengetahuan sistem informasi manajemen menjadi penting bagi para pengelola organisasi terutama para manajer di dalam perusahaan, termasuk rumah sakit. Hal ini berkaitan dengan terjadinya perubahan lingkungan pada dunia bisnis yang semakin kompetitif serta lahirnya teknologi digital yang mampu melayani berbagai kegiatan secara cepat dan efisien. Kenneth C. Loudon menyatakan bahwa SIM menjadi sangat penting di karenakan terjadi perubahan, yaitu *pertama*, semakin kuatnya ekonomi global, *kedua*, transformasi masyarakat ekonomidan industri ke dalam layanan ekonomi berbasis pengetahuan dan informasi. *ketiga*, transformasi perusahaan bisnis, *keempat* lahirnya perusahaan digital. Sebenarnya sistem informasi telah digunakan oleh para manajer atau para pengusaha didalam mengelola organisasi atau perusahaannya terutama dalam pengambilan keputusan, seperti top level management (strategic level) dengan executive management yang terdiri dari direktur dan executive lainnya pada fungsi pemasaran, pelayanan, keuangan dan akuntansi. Middle level management (tactical level) terdiri dari manajer divisi, serta Lower level management yang disebut sebagai operating management (technical level)

Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit (SIM-RS)

Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 82 Tahun 2013 dijelaskan bahwa *Setiap Rumah Sakit wajib menyelenggarakan SIMRS atau Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit*. Aplikasi penyelenggaraan SIMRS yang dibuat oleh Rumah Sakit harus memenuhi persyaratan minimal yang ditetapkan oleh Menteri Kesehatan. Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit yang selanjutnya disingkat SIMRS adalah suatu sistem teknologi informasi komunikasi yang memproses dan mengintegrasikan seluruh alur proses pelayanan Rumah Sakit dalam bentuk jaringan koordinasi, pelaporan dan prosedur administrasi untuk memperoleh informasi secara tepat dan akurat, dan merupakan bagian dari Sistem Informasi Kesehatan.

Tata kelola sistem informasi yang baik harus selaras dengan fungsi, visi, misi dan strategi organisasi. Secara generik fungsi Rumah Sakit (WHO, 1957) adalah memberikan pelayanan kesehatan lengkap kepada masyarakat baik kuratif maupun rehabilitatif, dimana output layanannya menjangkau pelayanan keluarga dan lingkungan, Rumah Sakit juga merupakan pusat pelatihan tenaga kesehatan serta penelitian biososial. Rumah sakit juga merupakan pusat pelayanan rujukan medis spesialis dan sub-spesialis dengan fungsi utama menyediakan dan menyelenggarakan upaya kesehatan yang bersifat penyembuhan (*kuratif*) dan pemulihan (rehabilitasi pasien). SIMRS adalah suatu sistem teknologi informasi komunikasi yang memproses dan mengintegrasikan seluruh alur proses pelayanan Rumah Sakit dalam bentuk jaringan koordinasi, pelaporan dan prosedur administrasi untuk memperoleh informasi secara tepat dan akurat, serta merupakan bagian dari Sistem Informasi Kesehatan.

Secara umum Sistem Informasi Rumah Sakit harus selaras dengan bisnis utama (*core-business*) dari Rumah Sakit itu sendiri, terutama untuk informasi riwayat kesehatan pasien atau rekam medis (tentang identitas pasien, pemeriksaan, pengobatan, tindakan dan pelayanan lain yang diberikan kepada pasien), informasi kegiatan operasional (termasuk informasi

sumber daya manusia, material, alat kesehatan, penelitian serta bank data.

Apabila tanpa menggunakan teknologi, pengelolaan data Rumah Sakit yang sangat besar, baik data medik pasien maupun data administrasi Rumah Sakit terkadang mengakibatkan :

1. ***Redudansi Data***, yaitu pencatatan data yang berulang, sehingga menyebabkan duplikasi data sehingga kapasitas yang diperlukan membengkak, menyebabkan pelayanan menjadi lambat, tumpukan *filing* sehingga memerlukan kapasitas *filing* yang luas.
2. ***Unintegrated Data***, yaitu penyimpanan data tidak terpusat menyebabkan data tidak sinkron, sehingga informasi pada setiap bagian mempunyai asumsi yang berbeda sesuai dengan kebutuhan masing-masing unit / Instalasinya.
3. ***Human Error***, akibat proses pencatatan dilakukan secara manual menyebabkan terjadinya kesalahan pencatatan semakin besar dan tidak *sinkron* antar satu unit dengan unit lainnya, sehingga akan menimbulkan banyaknya perubahan data. Hal ini dapat berefek pada banyak pelayanan akan berdasarkan sesuka perawat / dokter, sehingga dokter / perawat bisa menambah bahkan mengurangi data / tarif sesuai dengan kondisi saat itu, contohnya yang berobat adalah kerabatnya dan diberikan resep obat, maka dapat dengan sekenanya dokter / perawat memberikan discount tanpa melalui prosedur yang tepat. Hal ini akan menimbulkan kerugian pada rumah sakit.
4. ***Terlambatnya Informasi***, dikarenakan dalam penyusunan informasi harus direkap secara manual maka penyajian informasi menjadi terlambat dan kurang dapat dipercaya kebenarannya.

Oleh karena itu, pada era globalisasi yang ditandai dengan perdagangan bebas maka mengharuskan sektor kesehatan terutama Rumah Sakit untuk meningkatkan daya saingnya dengan selain memberikan pelayanan sebaik

-baiknya kepada pelanggan ataupun pasien, akan tetapi harus pula dapat memberikan dan menyajikan laporan yang akurat bagi para pengambil keputusan (level manajerial). Guna mengatasi hambatan-hambatan dalam pelayanan kesehatan di Rumah Sakit, maka keberadaan “Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit” menjadi sangat dibutuhkan, sebagai salah satu strategi manajemen dalam meningkatkan mutu pelayanan kesehatan dan memenangkan persaingan bisnis. Guna menunjang kelancaran penerapan sistem yang tertata dengan rapih dan baik, maka dibutuhkan suatu Sistem Informasi Manajemen yang terdiri dari 5 komponen utama untuk menunjang terlaksananya penerapan sistem informasi yang benar dan sesuai kebutuhan:

1. *Software* . Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit.
2. *Hardware* . Perangkat Keras berupa Komputer, printer dan lainnya
3. *Networking*. Jaringan LAN, Wireless dan lainnya
4. *SOP*. Standar Operasional Prosedur
5. *Komitment* (Komitmen semua unit/instalasi terkait untuk bersama menjalankan sistem)
6. *Manusia*. Sumberdaya manusia adalah faktor utama suksesnya sebuah sistem, oleh karena data input dan proses harus dilakukan oleh tenaga terampil dan kompeten.

Keberhasilan implementasi sistem informasi bukan hanya ditentukan oleh teknologi informasi tetapi juga oleh faktor lain, seperti proses bisnis, perubahan manajemen, tata kelola IT dan lainnya. Oleh karena itu bukan hanya teknologi tetapi juga kerangka kerja secara komprehensif tentang Sistem Informasi Rumah Sakit perlu untuk diperhatikan

Rekam Medis

Dalam perkembangannya, praktik pendokumentasian layanan kesehatan dan pengelolaan informasi yang dihasilkannya sangat dipengaruhi oleh 4 hal utama, yaitu perkembangan kedokteran (medis), manajemen pelayanan k

esehatan, hukum kesehatan (peraturan perundangan yang terkait rekam medis), dan teknologi informasi & komunikasi (TIK). Perkembangan dan perubahan dari salah satu atau bersama-sama lingkup tersebut ternyata akan mengubah perilaku profesi ini dalam mengelola informasi kesehatan. Masuknya teknologi informasi dan komunikasi dalam dunia pelayanan kesehatan telah banyak mengubah pola layanan kesehatan. Mulai dari pendaftaran pasien, pendokumentasian, pengolahan, penyimpanan, pemusnahan, hingga penggunaan teknologi untuk membantu menegakkan diagnosis dan melakukan tindakan. Salah satu unsur utama dalam sistem pelayanan kesehatan yang prima adalah tersedianya pelayanan medis oleh dokter dan dokter gigi dengan kualitasnya yang terpelihara sesuai dengan amanah **Undang-Undang Nomor 29 Tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran**. Dalam penyelenggaraan praktik kedokteran, setiap dokter dan dokter gigi wajib mengacu pada standar, pedoman dan prosedur yang berlaku sehingga masyarakat mendapat pelayanan medis secara profesional dan aman. Sebagai salah satu fungsi pengaturan dalam UU Praktik Kedokteran yang dimaksud adalah pengaturan tentang rekam medis yaitu pada Pasal 46 dan Pasal 47. Dalam penjelasan Pasal 46 ayat (1) UU Praktik Kedokteran, yang dimaksud dengan rekam medis adalah berkas yang berisi catatan dan dokumen tentang identitas pasien, pemeriksaan, pengobatan, tindakan dan pelayanan lain yang telah diberikan kepada pasien.

Dalam **Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 749a/Menkes/Per/XII/1989 tentang Rekam Medis** dijelaskan bahwa rekam medis adalah berkas yang berisikan catatan dan dokumen tentang identitas pasien, pemeriksaan, pengobatan, tindakan dan pelayanan lain kepada pasien pada sarana pelayanan kesehatan. Kedua pengertian rekam medis diatas menunjukkan perbedaan yaitu Permenkes hanya menekankan pada sarana pelayanan kesehatan, sedangkan dalam UU Praktik Kedokteran tidak. Ini menunjukan pengaturan rekam medis pada UU Praktik Kedokteran lebih luas, berlaku baik untuk sarana kesehatan maupun di luar sarana kesehatan.

Kepemilikan rekam medis, sesuai UU Praktik Kedokteran, berkas rekam medis menjadi milik dokter, dokter gigi, atau sarana pelayanan kesehatan, sedangkan isi rekam medis dan lampiran dokumen menjadi milik pasien. Penyimpanan rekam medis harus disimpan dan dijaga kerahasiaan oleh dokter, dokter gigi dan pimpinan sarana kesehatan. Batas waktu lama penyimpanan menurut Peraturan Menteri Kesehatan paling lama 5 tahun dan resume rekam medis paling sedikit 25 tahun.

Rekam medis sangat terkait dengan manajemen informasi kesehatan karena data-data di rekam medis dapat dipergunakan sebagai :

- a. Alat komunikasi (informasi) dan dasar pengobatan bagi dokter, dokter gigi dalam memberikan pelayanan medis.
- b. Masukan untuk menyusun laporan epidemiologi penyakit dan demografi (data sosial pasien) serta sistem informasi manajemen rumah sakit
- c. Masukan untuk menghitung biaya pelayanan
- d. Bahan untuk statistik kesehatan
- e. Sebagai bahan/pendidikan dan penelitian data.

Manajemen informasi kesehatan adalah pengelolaan yang memfokuskan kegiatannya pada pelayanan kesehatan dan sumber informasi pelayanan kesehatan dengan menjabarkan sifat alami data, struktur dan menerjemahkannya ke berbagai bentuk informasi demi kemajuan kesehatan dan pelayanan kesehatan perorangan, pasien dan masyarakat. Penanggung jawab manajemen informasi kesehatan berkewajiban untuk mengumpulkan, mengintegrasikan dan menganalisis data pelayanan kesehatan primer dan sekunder, mendistribusikan informasi, menata sumber informasi bagi kepentingan penelitian, pendidikan, perencanaan dan evaluasi pelayanan kesehatan secara komprehensif dan terintegrasi. Agar data di rekam medis dapat memenuhi permintaan informasi diperlukan standar universal yang meliputi :

- a. Struktur dan isi rekam medis
- b. keseragaman dalam penggunaan simbol, tanda, istilah, singkatan dan ICD
- c. kerahasiaan dan keamanan data.

Undang-undang No. 44 tahun 2009 tentang Rumah Sakit pada Bab VIII Pasal 29 ayat 1 (h) menyebutkan bahwa "Setiap Rumah Sakit mempunyai kewajiban menyelenggarakan rekam medis. Dalam penjelasan dari butir ayat tersebut tercantum bahwa "yang dimaksud dengan penyelenggaraan rekam medis dalam ayat ini adalah dilakukan sesuai dengan standar yang secara bertahap diupayakan mencapai standar internasional".

Pustaka

1. Schultheis and Sumner, 1989. Management Information System: The Manager's View. Homewood, Boston; IRWIN.
2. Gorgon. Davis B, 1995. Kerangka Dasar Sistem Informasi Manajemen. Jakarta : Penerbit Gramedia.
3. Developing Health Management Information Systems - A Practical Guide for Developing Countries. 2004. WHO Regional Office for the Western Pacific.
4. C.Laudon, P. J Laudon, Kenneth. 2006. Management Information System. Pearson International.
5. Konsil Kedokteran Indonesia, 2006. Manual Rekam Medis
6. Handiwijoyo, W, 2009. Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit. Jurnal EKSI S, 02(2): November 2009: 32-38.
7. Kathleen M. La Tour, 2010. Health Information Management Concept, Principles, and
8. Practice, 3rd Edition. Chicago, Illinois; AHIMA.
9. Kemenkes, 2019. Sosialisasi Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit.

(Maksimum 20 kata. Judul diketik dengan huruf *Tahoma*, ukuran *font* 14, *bold UPPERCASE*, center, jarak 1 spasi)

¹⁻²Asal Institusi Penulis

Xxxxx xxxxx xxxxx xxxxx xxxxx xxxxx xxxxx xxxxx xxxxx xxxxx xxxxx xxxxx xxxxx
 xxxxx xxxxx xxxxx xxxxx xxxxx xxxxx xxxxx xxxxx xxxxx. Xxxxx xxxxx xxx
 x xxxxx xxxxx xxxxx xxxxx xxxxx xxxxx xxxxx xxxxx xxxxx xxxxx xxxxx xxx
 xx xxxxx xxxxx xxxxx xxxxx xxxxx xxxxx xxxxx xxxxx xxxxx xxxxx xxxxx xxx
 xxx xxxxx. Ditulis dalam bahasa Indonesia, Abstrak dalam Bahasa Indonesia di
 ketik dengan huruf *Arial*, ukuran font 11, jarak 1 spasi, dibatasi 250 kata da
 lam satu paragraf, bersifat utuh dan mandiri.Tidak boleh ada referensi. Abstr
 ak terdiri dari: latar belakang, tujuan, metode, hasil dan pembahasan, dan si
 mpulan. Disertai kata kunci/ *keywords*.Xxxxx xxxxx xxxxx xxxxx xxxxx xxxxx xxx
 xx xxxxx xxxxx xxxxx xxxxx xxxxx xxxxx xxxxx xxxxx xxxxx xxxxx xxxxx xxx
 xxx xxxxx xxxxx xxxxx xxxxx xxxxx xxxxx xxxxx xxxxx xxxxx xxxxx xxxxx. Xxxxx xxxxx
 xxxxx xxxxx xxxxx xxxxx xxxxx xxxxx xxxxx xxxxx xxxxx xxxxx xxxxx xxxxx
 xxxxx xxxxx xxxxx xxxxx xxxxx xxxxx xxxxx xxxxx xxxxx xxxxx xxxxx xxxxx
 . Xxxxx xxxxx xxxxx xxxxx xxxxx xxxxx xxxxx xxxxx xxxxx xxxxx xxxxx xxxxx xxx
 xx xxxxx xxxxx xxxxx xxxxx xxxxx xxxxx xxxxx xxxxx xxxxx xxxxx xxxxx xxxxx
 xxx xxxxx xxxxx. Xxxxx xxxxx xxxxx xxxxx xxxxx xxxxx xxxxx xxxxx xxxxx xxxxx
 xxxxx xxxxx xxxxx xxxxx xxxxx xxxxx xxxxx

ABSTRACT

*XX
XX
X XXXXX XXXXX XXXXX XXXXX XXXXX XXXXX XXXXX XXXXX XXXXX XXXXX XXXX
XX XXXXX XXXXX XXXXX XXXXX XXXXX XXXXX XXXXX XXXXX XXXXX XXXXX XX
xxx xxxxx.* Ditulis dalam bahasa inggris, Abstrak Bahasa Inggris diketik deng
an huruf Arial, ukuran font 11, italic, jarak lspasi. dibatasi 250 kata dalam
satu paragraf, bersifat utuh dan mandiri.Tidak boleh ada referensi. Abstrak t
erdiri dari: latar belakang, tujuan, metode, hasil analisa statistik, dan kes

*impulan. Disertai kata kunci/ keywords. XXXXX XXXXX XXXXX XXXXX XXXXX XXXXX XX
XXX XXXXX XXXXX XXXXX XXXXX XXXXX XXXXX XXXXX XXXXX XXXXX XXXXX XXXXX X
XXXX XXXXX XXXXX XXXXX XXXXX XXXXX XXXXX XXXXX XXXXX XXXXX XXXXX. XXXXX XXXXX
XXXXX XXXXX XXXXX XXXXX XXXXX XXXXX XXXXX XXXXX XXXXX XXXXX XXXXX XXXXX XXXXX
XXXXX XXXXX XXXXX XXXXX XXXXX XXXXX XXXXX XXXXX XXXXX XXXXX XXXXX XXXXX XXXXX
. XXXXX XXXXX XXXXX XXXXX XXXXX XXXXX XXXXX XXXXX XXXXX XXXXX XXXXX XXX
XX XXXXX XXXXX XXXXX XXXXX XXXXX*

Keywords: *Hypertension, progressive muscle relaxation therapy, blood pressure
(max. 5 kata)*

PENDAHULUAN

Pendahuluan berisi alasan pengambilan judul penelitian, dan hal-hal lain yang mendasari penelitian ini. Bisa berasal dari data primer ataupun data sekunder. Selain itu dalam latar belakang juga berisi tujuan penelitian dan rangkuman kajian teoritik yang berkaitan dengan masalah yang diteliti [1]. Panjang latar belakang sekitar 2 halaman. Diketik menggunakan font arial 12 pt, spasi 1,5 [2].

Pendahuluan berisi alasan pengambilan judul penelitian, dan hal-hal lain yang mendasari penelitian ini. Bisa berasal dari data primer ataupun data sekunder. Selain itu dalam latar belakang juga berisi tujuan penelitian dan rangkuman kajian teoritik yang berkaitan dengan masalah yang diteliti [3]. Panjang latar belakang sekitar 2 halaman. Diketik menggunakan font arial 12 pt, spasi 1,5 [4].

Pendahuluan berisi alasan pengambilan judul penelitian, dan hal-hal lain yang mendasari penelitian ini. Bisa berasal dari data primer ataupun data sekunder. Selain itu dalam latar belakang juga berisi tujuan penelitian dan rangkuman kajian teoritik yang berkaitan dengan masalah yang diteliti [5]. Panjang latar belakang sekitar 2 halaman. Diketik menggunakan font arial 12 pt, spasi 1,5 [6].

METODE PENELITIAN

Berisi tentang: jenis penelitian, desain dan rancangan penelitian, populasi, jumlah sampel, teknik *sampling*, karakteristik responden, waktu dan tempat penelitian, instrumen yang digunakan, serta uji analisis s

tatistik atau teknik pengolahan yang digunakan disajikan dengan jelas. [7]

Berisi tentang: jenis penelitian, desain dan rancangan penelitian, populasi, jumlah sampel, teknik *sampling*, karakteristik responden, waktu dan tempat penelitian, instrumen yang digunakan, serta uji analisis statistik atau teknik pengolahan yang digunakan disajikan dengan jelas. [8]

HASIL DAN PEMBAHASAN

Bagian hasil dan pembahasan memuat hasil temuan penting penelitian yang dideskripsikan secara naratif. Dapat dibuat sub bab secara terpisah antara hasil dan pembahasan. Sub bab hasil berisi data secara kuantitatif ataupun narasi hasil penelitian kualitatif. Dapat ditampilkan dalam bentuk tabel ataupun grafik sehingga lebih menarik dan mudah dipahami. Judul tabel berada diatas tabel dengan font arial 11 bold, letak center. Judul grafik berada dibawah grafik dengan font arial 11 bold, dengan posisi center. [9]

Sub bab pembahasan berisi mengenai penjelasan hubungan antar variabel penelitian. Dapat ditambahkan pembahasan yang berasal dari sumber primer lain. Setiap pembahasan yang mengutip dari artikel lain harus menuliskan sumber rujukannya dengan sistem Vancouver. [10]

Total jumlah tabel dan gambar tidak boleh lebih dari 5 buah, dengan format seperti di bawah ini.

Tabel 1
Karakteristik Responden Penelitian

No.	Karakteristik	Frekuensi	Persentase (%)
Usia			
1.	21 - 30	3	15

2.	31 - 40	12	60
----	---------	----	----

3.	41 - 50 tahun	5	25
----	---------------	---	----

Pendidikan

1.	SD	7	35
----	----	---	----

2.	SMP	5	25
----	-----	---	----

3.	SMA	8	40
----	-----	---	----

Lama menjadi Kader

1.	0 - 5	10	50
----	-------	----	----

2.	6 - 10	4	20
----	--------	---	----

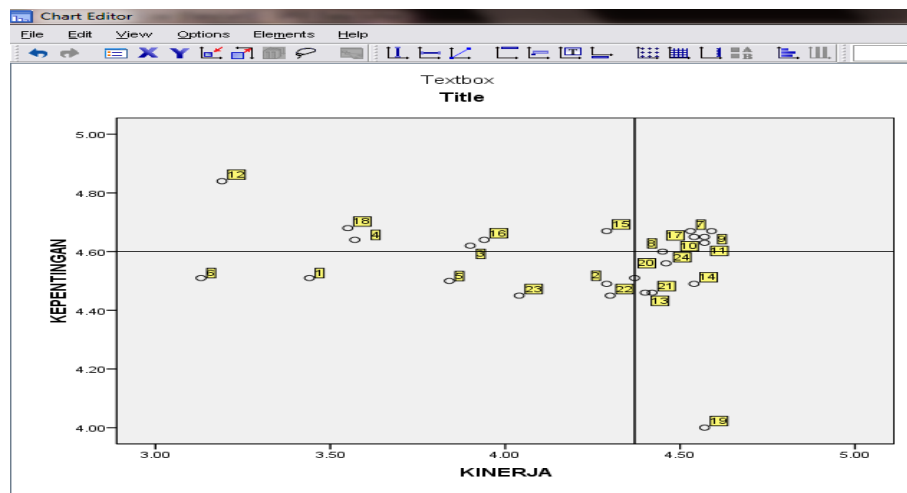
3.	> 10	6	30
----	------	---	----

Bagian hasil dan pembahasan memuat hasil temuan penting penelitian yang dideskripsikan secara naratif. Dapat dibuat sub bab secara terpisah antara hasil dan pembahasan. Sub bab hasil berisi data secara kuantitatif ataupun narasi hasil penelitian kualitatif. Dapat ditampilkan dalam bentuk tabel ataupun grafik sehingga lebih menarik dan mudah dipahami. Judul tabel berada diatas tabel dengan font arial 11 bold, letak center. Judul grafik berada dibawah grafik dengan font arial 11 bold, dengan posisi center. [11]

Sub bab pembahasan berisi mengenai penjelasan hubungan antar variabel penelitian. Dapat ditambahkan pembahasan yang berasal dari sumber primer lain. Setiap pembahasan yang mengutip dari artikel lain harus menuliskan sumber rujukannya dengan sistem Vancouver. [12]

Total jumlah tabel dan gambar tidak boleh lebih dari 5 buah, dengan format seperti di bawah ini.

Format Gambar



Gambar 1. Deskripsi Gambar
Sumber : Data Primer, 2021

SIMPULAN DAN SARAN

Simpulan

XXXX xxx xxxxxxxxxxx xxxxxx xxxxxxxxxxxxxxx xxxxxxxxxxxxxxx xxxxxxxxxxx xxxxxx
xxxxx. XXXxxxxx xxxxxxxxxxx xxxxxxxxxxxxxxx xxxxxxxxxxxxxxx xxxxxxxxxxxxxxx xxx
xxxxx. XXXxxxxxxxxxxxx xxxxxx, xxxxxxxxxxx, xxxxxx, xxxxxxxxxxx xxxxxxxxxxxxxxx
x xxxxxxxxxxx xxxxxxxxxxx xxxx.

XXXX xxx xxxxxxxxxxx xxxxxx xxxxxxxxxxxxxxx xxxxxxxxxxxxxxx xxxxxxxxxxx xxxxxx
xxxxx. XXXxxxxx xxxxxxxxxxx xxxxxxxxxxxxxxx xxxxxxxxxxxxxxx xxxxxxxxxxxxxxx xxx
xxxxx. XXXxxxxxxxxxxxx xxxxxx, xxxxxxxxxxx, xxxxxx, xxxxxxxxxxx xxxxxxxxxxxxxxx
x xxxxxxxxxxx xxxxxxxxxxx xxxx.

XXXX xxx xxxxxxxxxxx xxxxxx xxxxxxxxxxxxxxx xxxxxxxxxxxxxxx xxxxxxxxxxx xxxxxx
xxxxx. XXXxxxxx xxxxxxxxxxx xxxxxxxxxxxxxxx xxxxxxxxxxxxxxx xxxxxxxxxxxxxxx xxx
xxxxx. XXXxxxxxxxxxxxx xxxxxx, xxxxxxxxxxx, xxxxxx, xxxxxxxxxxx xxxxxxxxxxxxxxx
x xxxxxxxxxxx xxxxxxxxxxx xxxx.

Saran

Xxxx xxx xxxxxxxx xxxxxx xxxxxxxxxxxx xxxxxxxxxxxx xxxxxxxx xxxxxx
xxxxx. Xxxxxxx xxxxxxxxxxxx xxxxxxxxxxxx xxxxxxxxxxxx xxxxxxxxxxxx xxx
xxxxx. Xxxxxxxxxxxxxx xxxxxx, xxxxxxxx, xxxxxx, xxxxxxxx xxxxxxxxxxxxxxx
x xxxxxxxxxxxx xxxxxxxx xxxx.

UCAPAN TERIMA KASIH (Bila Ada)

Xxxx xxx xxxxxxxx xxxxxx xxxxxxxxxxxx xxxxxxxxxxxx xxxxxxxx xxxxxx
xxxxx. Xxxxxxx xxxxxxxxxxxx xxxxxxxxxxxx xxxxxxxxxxxx xxxxxxxxxxxx xxx
xxxxx. Xxxxxxxxxxxxxx xxxxxx, xxxxxxxx, xxxxxx, xxxxxxxx xxxxxxxxxxxxxxx
x xxxxxxxxxxxx xxxxxxxx xxxx.

DAFTAR PUSTAKA

- [1] Rujukan menggunakan font Arial 12. Literature yang digunakan minimal 5 tahun terakhir dari sumber primer.
- [2] Ardiansyah, M. (2012). *Medikal bedah untuk mahasiswa*. Diva Press: Jogjakarta.
- [3] Tyani, E. S., Utomo, W. dan Hasneli, Y. (2015). Efektivitas relaksasi otot progresif terhadap tekanan darah pada penderita hipertensi esensial, *JOM*, vol. 2 no. 2, hal. 1068-1075.
- [4] Widharto. (2007). *Bahaya hipertensi*. PT Sunda Kelapa Pustaka: Jakarta.
- [5] Kumutha, Aruna dan Poongodi. (2014). Effectiveness of progressive muscle relaxation technique on stress and blood pressure among elderly with hypertension, *IOSR Journal of Nursing and Health Science (IOSR-JNHS)*, vol. 3, issue 4, p. 1-6.
- [6] Prasetyo, E., & Wahyuningsih, S. (2014). Pengembangan Model Kebijakan Behaviour Safety Culture dalam Rangka Peningkatan Keamanan dan Kesehatan Lingkungan Kerja. *Jurnal Kesehatan Masyarakat (JKM) CENDEKIA UTAMA*
- [7] Anggraeni, Mekar Dewi dan Saryono. 2010. *Metodologi Penelitian Kualitatif dalam bidang kesehatan*. Yogyakarta : Nuha Medika.

Jumlah halaman untuk setiap manuscript minimal 10 halaman dan menggunakan model penulisan kutipan Vancouver

P E N A N G G U N G J A W A B M O D U L P I L I H A N

KPM MODUL PILIHAN



dr. Gita Handayani Tarigan, M.PH., M.M.

Email: gita.tarigan@trisakti.ac.id

HP: 081386244093

SEKRETARIS MODUL PILIHAN



dr. Aditya Krishna Murthi, M.Biomed, AIFO-K

Email: krishna.md.06@trisakti.ac.id

HP: 081328984933

PENANGGUNG JAWAB MODUL PAMERS

dr. Rudy Pou, MARS, M.M.

Email: rudypou@trisakti.ac.id

HP: 081808822883

K O N T R I B U T O R M O D U L

	dr. Rudy Pou, MARS, M.M. Email: rudypou@trisakti.ac.id HP: 081808822883 Education : ● Fakultas Kedokteran, Universitas Trisakti ● Magister Manajemen Rumah Sakit, Universitas Indonesia ● Magister <i>Management in Sustainability</i>, Universitas Trisakti Working Experiences : 1. Direktur Utama RS Almah Belitung; 2. Direktur SDM & Umum RS Mata AINI; 3. Pengelola Klinik Asha 4. Pengelola Klinik Tempo Grup 5. Pusat Medis Trisakti; Direktur Utama
	Dr. dr. Rina K. Kusumaratna, M. Kes Email: rkusumaratna@trisakti.ac.id HP: 0818127306 Education : ● Fakultas Kedokteran, Universitas Diponegoro ● Magister Manajemen Rumah Sakit, Universitas Gadjah Mada ● Program Doktor, Universitas Indonesia Working Experiences : 1. Lecturer 2. Researcher
	dr. Gita Handayani Tarigan, M.PH., M.M. Email: gita.tarigan@trisakti.ac.id HP: 081386244093 Education : ● Fakultas Kedokteran, Universitas Trisakti ● Magister Public Health, Universitas Gadjah Mada ● Magister <i>Management in Sustainability</i>, Universitas Trisakti Working Experiences : 1. World Health Organization; National Program Officer 2. UNDP; SC-DRR Project Officer 3. Universitas M.H. Thamrin; Direktur Prodi Administrasi RS 4. Pemilik Klinik The Geeta



dr. Juni Chudri, MARS

Email: drjunichudri@trisakti.ac.id | HP: 0813812400
00

Education :

- Fakultas Kedokteran, Universitas Trisakti
- Magister Manajemen Rumah Sakit, Universitas Indonesia

Working Experiences :

1. Penanggung jawab Klinik Home Beauty Centre
2. Penanggung jawab Klinik Nirmala