

PENGANTAR MANAJEMEN RUMAH SAKIT: PANDUAN KOMPREHENSIF

Sanksi Pelanggaran Pasal 113

Undang-Undang No. 28 Tahun 2014 Tentang Hak Cipta

- I. Setiap Orang yang dengan tanpa hak melakukan pelanggaran hak ekonomi sebagaimana dimaksud dalam Pasal 9 ayat (1) huruf i untuk Penggunaan Secara Komersial dipidana dengan pidana penjara paling lama 1 (satu) tahun dan/atau pidana denda paling banyak Rp 100.000.000 (seratus juta rupiah).
- II. Setiap Orang yang dengan tanpa hak dan/atau tanpa izin Pencipta atau pemegang Hak Cipta melakukan pelanggaran hak ekonomi Pencipta sebagaimana dimaksud dalam Pasal 9 ayat (1) huruf c, huruf d, huruf f, dan/atau huruf h untuk Penggunaan Secara Komersial dipidana dengan pidana penjara paling lama 3 (tiga) tahun dan/atau pidana denda paling banyak Rp 500.000.000,00 (lima ratus juta rupiah).
- III. Setiap Orang yang dengan tanpa hak dan/atau tanpa izin Pencipta atau pemegang Hak Cipta melakukan pelanggaran hak ekonomi Pencipta sebagaimana dimaksud dalam Pasal 9 ayat (1) huruf a, huruf b, huruf e, dan/atau huruf g untuk Penggunaan Secara Komersial dipidana dengan pidana penjara paling lama 4 (empat) tahun dan/atau pidana denda paling banyak Rp1.000.000.000,00 (satu miliar rupiah).
- IV. Setiap Orang yang memenuhi unsur sebagaimana dimaksud pada ayat (3) yang dilakukan dalam bentuk pembajakan, dipidana dengan pidana penjara paling lama 10 (sepuluh) tahun dan/atau pidana denda paling banyak Rp 4.000.000.000,00 (empat miliar rupiah).

PENGANTAR MANAJEMEN RUMAH SAKIT: PANDUAN KOMPREHENSIF

**Ronald
Nurfitriani
Sri Siswati
Nasiatul Aisyah Salim
Nur Arifah
Hernawati Permata Sari**



**PENGANTAR MANAJEMEN RUMAH SAKIT: PANDUAN
KOMPREHENSIF**

Penulis:

**Ronald
Nurfitriani
Sri Siswati
Nasiatul Aisyah Salim
Nur Arifah
Hernawati Permata Sari**

Tata Letak:

Bhaskara B.B. Barung

Desainer:

Tim SMI-Kesehatan

Sumber Gambar Cover:

www.freepik.com

Ukuran:

vii, 132 hlm., 15,5 cm x 23 cm

ISBN: **978-623-8789-12-2**

Cetakan Pertama:

Oktober 2024

**Hak Cipta Dilindungi oleh Undang-undang. Dilarang
menerjemahkan, memfotokopi, atau memperbanyak sebagian atau
seluruh isi buku ini tanpa izin tertulis dari Penerbit.**

PT MAFY MEDIA LITERASI INDONESIA

ANGGOTA IKAPI 041/SBA/2023

Kota Solok, Sumatera Barat, Kode Pos 27312

Kontak: 081374311814

Website: www.penerbitmafy.com

E-mail: penerbitmafy@gmail.com

Dengan gembira kami persembahkan buku "Pengantar Manajemen Rumah Sakit: Panduan Komprehensif" ini kepada para pembaca.

Buku yang ditulis oleh tim kami ini bertujuan memberikan pemahaman menyeluruh tentang pengelolaan rumah sakit modern. Di dalamnya, pembaca akan menemukan pembahasan tentang berbagai aspek penting dalam manajemen rumah sakit, mulai dari dasar-dasar sistem kesehatan hingga keselamatan pasien dan manajemen risiko.

Kami berharap buku ini bermanfaat bagi mahasiswa, praktisi rumah sakit, dan siapa pun yang tertarik dengan manajemen kesehatan. Tujuan akhirnya adalah meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan di Indonesia.

Kritik dan saran dari pembaca sangat kami hargai untuk perbaikan di masa depan. Selamat membaca!

Tim Penulis

BAB 1
DASAR-DASAR SISTEM
KESEHATAN (1)

BAB 2
PENGENALAN
MANAJEMEN RUMAH
SAKIT (18)

BAB 3
STRUKTUR ORGANISASI
RUMAH SAKIT (37)

BAB 4
DASAR-DASAR
MANAJEMEN KEUANGAN
RUMAH SAKIT (61)

BAB 5
EMPLOYEE
ENGAGEMENT (82)

BAB 6
KESELAMATAN PASIEN &
MANAGEMEN RISIKO (109)



BAB 1 DASAR-DASAR SISTEM KESEHATAN

RONALD



DEFINISI DAN KOMPONEN SISTEM KESEHATAN

Sistem kesehatan merupakan sebuah konsep yang kompleks dan multidimensi, mencakup berbagai elemen yang saling terkait untuk mencapai tujuan kesehatan masyarakat. World Health Organization (WHO) mendefinisikan sistem kesehatan sebagai semua organisasi, institusi, dan sumber daya yang ditujukan untuk menghasilkan tindakan kesehatan (World Health Organization, 2010). Definisi ini menekankan bahwa sistem kesehatan bukan hanya tentang rumah sakit atau klinik, tetapi juga mencakup upaya-upaya untuk mencegah penyakit, mempromosikan kesehatan, dan meningkatkan kualitas hidup masyarakat. Dalam konteks yang lebih luas, sistem kesehatan dapat dipahami sebagai jaringan yang terdiri dari berbagai pemangku kepentingan, termasuk pemerintah, penyedia layanan kesehatan, masyarakat, dan sektor swasta, yang bekerja sama untuk mewujudkan kesehatan optimal bagi populasi (Kruk et al., 2018). Sistem ini tidak hanya berfokus pada pengobatan penyakit, tetapi juga pada pencegahan, promosi kesehatan, dan rehabilitasi.

Untuk memahami sistem kesehatan secara komprehensif, penting untuk mengidentifikasi komponen-komponen utamanya. WHO telah mengembangkan kerangka kerja yang terdiri dari enam building blocks atau komponen utama sistem kesehatan (World Health Organization, 2010):

1. Penyediaan Layanan (Service Delivery): Mencakup mekanisme untuk memberikan intervensi kesehatan yang efektif, aman, dan berkualitas kepada mereka yang membutuhkannya.
2. Tenaga Kesehatan (Health Workforce): Meliputi personel yang terlibat dalam kegiatan yang bertujuan utama untuk meningkatkan kesehatan.
3. Sistem Informasi Kesehatan (Health Information Systems): Memastikan produksi, analisis, diseminasi, dan penggunaan informasi yang andal dan tepat waktu tentang faktor-faktor penentu kesehatan, kinerja sistem kesehatan, dan status kesehatan.
4. Akses ke Obat-obatan Esensial (Access to Essential Medicines): Menjamin ketersediaan dan keterjangkauan obat-obatan esensial, vaksin, dan teknologi kesehatan yang berkualitas.
5. Pembiayaan Kesehatan (Health Financing): Menggalang dana yang cukup untuk kesehatan, memastikan perlindungan risiko finansial, dan mengalokasikan sumber daya secara efisien.
6. Kepemimpinan dan Tata Kelola (Leadership and Governance): Memastikan kerangka kebijakan strategis yang ada dikombinasikan dengan pengawasan yang efektif, pembentukan koalisi, regulasi, perhatian terhadap desain sistem, dan akuntabilitas.

Meskipun setiap komponen memiliki peran yang berbeda, mereka saling terkait dan berinteraksi untuk membentuk sistem kesehatan yang efektif. Misalnya, tanpa tenaga kesehatan yang memadai, penyediaan layanan akan terhambat. Demikian pula, tanpa sistem informasi yang baik, akan sulit untuk membuat kebijakan berbasis bukti atau mengevaluasi kinerja sistem.

Pemahaman tentang komponen-komponen ini penting dalam manajemen rumah sakit karena rumah sakit merupakan bagian integral dari sistem kesehatan yang lebih luas. Manajer rumah sakit perlu memahami bagaimana institusi mereka berinteraksi dengan dan dipengaruhi oleh komponen-komponen lain dalam sistem kesehatan.

Selain enam komponen utama tersebut, beberapa ahli juga menekankan pentingnya faktor-faktor kontekstual seperti determinan sosial kesehatan, partisipasi masyarakat, dan kerjasama lintas sektor dalam membentuk efektivitas sistem kesehatan (Sacks et al., 2020). Faktor-faktor ini memengaruhi bagaimana komponen-komponen sistem kesehatan berinteraksi dan berfungsi dalam konteks tertentu.

Dalam era globalisasi dan kemajuan teknologi, sistem kesehatan juga menghadapi tantangan dan peluang baru. Inovasi dalam teknologi informasi dan komunikasi, misalnya, membuka peluang untuk meningkatkan efisiensi sistem informasi kesehatan dan memperluas akses ke layanan kesehatan melalui telemedicine (Ghiga dan Pitchforth, 2022).

Pemahaman yang mendalam tentang definisi dan komponen sistem kesehatan ini menjadi dasar penting bagi para manajer rumah sakit dan pembuat kebijakan kesehatan untuk mengembangkan strategi yang efektif dalam meningkatkan kinerja sistem kesehatan secara keseluruhan.

TUJUAN DAN FUNGSI SISTEM KESEHATAN

Sistem kesehatan memiliki peran vital dalam menjaga dan meningkatkan kesehatan populasi. Tujuan utama dan fungsi-fungsi yang dijalankan oleh sistem kesehatan mencerminkan kompleksitas dan luasnya cakupan tanggung jawabnya dalam masyarakat modern.

Tujuan Utama Sistem Kesehatan

World Health Organization (WHO) menegaskan bahwa tujuan utama sistem kesehatan adalah meningkatkan kesehatan populasi (World Health Organization, 2010). Namun, dalam perkembangannya, tujuan ini telah diperluas dan diperinci. Menurut Murray dan Frenk (2000), sistem kesehatan memiliki tiga tujuan fundamental:

1. Meningkatkan kesehatan populasi
2. Merespons harapan non-medis masyarakat (responsiveness)
3. Memberikan perlindungan finansial terhadap biaya kesehatan

Peningkatan kesehatan populasi mencakup upaya untuk meningkatkan status kesehatan rata-rata dan mengurangi

kesenjangan kesehatan antar kelompok populasi. Responsiveness mengacu pada kemampuan sistem untuk memenuhi ekspektasi masyarakat terkait aspek non-medis dari pelayanan kesehatan, seperti martabat, otonomi, dan kerahasiaan. Perlindungan finansial bertujuan untuk memastikan bahwa biaya kesehatan tidak mendorong individu atau keluarga ke dalam kemiskinan. Kruk et al. (2018) lebih lanjut menekankan pentingnya kualitas dalam pencapaian tujuan sistem kesehatan. Mereka berpendapat bahwa sistem kesehatan yang berkualitas tinggi harus mampu memperbaiki kesehatan, menjadi terpercaya, dan mampu beradaptasi dengan perubahan kebutuhan populasi.

Fungsi Sistem Kesehatan

Untuk mencapai tujuan-tujuan tersebut, sistem kesehatan menjalankan beberapa fungsi kunci. WHO mengidentifikasi empat fungsi utama sistem kesehatan (World Health Organization, 2010):

1. Stewardship (Penatalayanan): Fungsi ini melibatkan pengawasan dan panduan terhadap keseluruhan sistem kesehatan. Ini mencakup perumusan kebijakan kesehatan, regulasi, dan penegakan standar kualitas.
2. Resource Generation (Pengembangan Sumber Daya): Meliputi investasi dalam sumber daya manusia, fasilitas fisik, peralatan, dan pengetahuan. Fungsi ini penting untuk memastikan ketersediaan input yang diperlukan untuk memberikan layanan kesehatan.

3. **Financing (Pembiayaan):** Mencakup pengumpulan pendapatan, penggabungan risiko, dan pembelian layanan kesehatan. Fungsi ini bertujuan untuk memastikan ketersediaan dana yang cukup dan distribusi risiko finansial yang adil.
4. **Service Delivery (Penyampaian Layanan):** Merupakan fungsi yang paling terlihat, melibatkan pemberian intervensi kesehatan personal dan non-personal kepada individu atau populasi.

Sacks et al. (2020) memperluas pemahaman tentang fungsi sistem kesehatan dengan menekankan pentingnya keterlibatan masyarakat. Mereka berpendapat bahwa fungsi tambahan seperti pemberdayaan masyarakat dan akuntabilitas sosial juga penting untuk sistem kesehatan yang efektif.

Dalam konteks global yang berubah cepat, fungsi-fungsi sistem kesehatan juga harus beradaptasi. Misalnya, pandemi COVID-19 telah menyoroti pentingnya fungsi kesiapsiagaan dan respons terhadap krisis kesehatan (Legido-Quigley et al., 2020). Ini mencakup kemampuan untuk mendeteksi ancaman kesehatan secara dini, mobilisasi sumber daya dengan cepat, dan koordinasi respons lintas sektor.

Kemajuan teknologi juga membawa dimensi baru pada fungsi sistem kesehatan. Penggunaan big data dan kecerdasan buatan, misalnya, membuka peluang baru dalam fungsi pengawasan kesehatan dan pengambilan keputusan berbasis bukti (Panch et al., 2018).

MODEL-MODEL SISTEM KESEHATAN

Sistem kesehatan di seluruh dunia memiliki beragam struktur dan pendekatan dalam mencapai tujuan kesehatan populasi. Perbedaan ini mencerminkan variasi dalam konteks historis, politik, ekonomi, dan sosial-budaya masing-masing negara. Beberapa model sistem kesehatan yang umum dikenal dan diterapkan di berbagai negara adalah sebagai berikut:

1. Model Beveridge

Model ini, yang dinamai sesuai dengan perancangannya William Beveridge, ditandai dengan pembiayaan melalui pajak umum dan penyediaan layanan kesehatan oleh pemerintah. Dalam model ini, sebagian besar fasilitas kesehatan dimiliki dan dioperasikan oleh pemerintah, dan tenaga kesehatan umumnya adalah pegawai negeri (Toth, 2016).

Contoh penerapan model Beveridge dapat dilihat di Inggris dengan National Health Service (NHS)-nya. Model ini menekankan pada akses universal dan kesetaraan dalam pelayanan kesehatan. Kelebihan utamanya adalah biaya administrasi yang relatif rendah dan cakupan yang luas, namun tantangannya termasuk waktu tunggu yang panjang untuk beberapa jenis perawatan dan keterbatasan pilihan bagi pasien (Cylus et al., 2015).

2. Model Bismarck

Model Bismarck, yang berasal dari Jerman pada akhir abad ke-19, mengandalkan asuransi kesehatan wajib yang dibiayai bersama oleh pemberi kerja dan karyawan melalui pemotongan gaji. Penyedia layanan kesehatan umumnya bersifat swasta, meskipun dana asuransi bersifat nirlaba dan diatur ketat oleh pemerintah (van der Zee dan Kroneman, 2007).

Negara-negara yang menerapkan variasi model Bismarck termasuk Jerman, Prancis, dan Jepang. Kelebihan model ini meliputi pilihan yang lebih banyak bagi pasien dan waktu tunggu yang lebih singkat. Namun, biaya administratif cenderung lebih tinggi dibandingkan model Beveridge, dan mungkin ada kesenjangan cakupan bagi mereka yang tidak bekerja (Böhm et al., 2013).

3. Model Asuransi Kesehatan Nasional

Model ini menggabungkan elemen-elemen dari model Beveridge dan Bismarck. Pembiayaan berasal dari premi asuransi wajib, tetapi penyedia layanan kesehatan umumnya berada di sektor swasta. Pemerintah berperan sebagai pembayar tunggal, yang memberikan daya tawar yang kuat dalam negosiasi harga (Tuohy et al., 2004).

Kanada dan Taiwan adalah contoh negara yang menerapkan model ini. Kelebihannya termasuk cakupan universal dan biaya administratif yang lebih rendah dibandingkan model Bismarck murni. Tantangannya meliputi potensi waktu tunggu yang panjang untuk perawatan non-

darurat dan keterbatasan dalam inovasi karena kontrol pemerintah yang ketat (Cheng, 2003).

4. Model Out-of-Pocket

Di banyak negara berpenghasilan rendah dan menengah, tidak ada sistem asuransi kesehatan yang komprehensif. Akibatnya, sebagian besar pembiayaan kesehatan berasal dari pembayaran langsung oleh pasien saat menerima perawatan. Model ini sering kali mengakibatkan ketidaksetaraan yang signifikan dalam akses ke perawatan kesehatan dan risiko pengeluaran katastrofik bagi rumah tangga (McIntyre et al., 2006).

Meskipun model ini tidak ideal, masih banyak negara yang bergantung padanya karena keterbatasan sumber daya dan infrastruktur. Upaya global sedang dilakukan untuk beralih dari model ini menuju cakupan kesehatan universal (Wagstaff, 2010).

Penting untuk dicatat bahwa dalam praktiknya, banyak negara menerapkan sistem hibrida yang menggabungkan elemen-elemen dari berbagai model. Misalnya, Amerika Serikat memiliki campuran sistem yang kompleks, termasuk program pemerintah seperti Medicare dan Medicaid, asuransi berbasis kerja, dan pembayaran out-of-pocket (Rice et al., 2013).

Pemahaman tentang berbagai model sistem kesehatan ini penting bagi manajer rumah sakit dan pembuat kebijakan kesehatan. Ini membantu dalam mengevaluasi kekuatan dan kelemahan sistem yang ada, mengidentifikasi peluang untuk

perbaikan, dan mempertimbangkan reformasi potensial yang dapat meningkatkan efisiensi dan efektivitas sistem kesehatan secara keseluruhan

- Ghiga, I. dan Pitchforth, E., 2022. What influences healthcare professionals' adoption of digital health technologies in primary care? A systematic review. *BMC Health Services Research*, 22(1), p.1094. <https://doi.org/10.1186/s12913-022-08461-w>
- Kruk, M.E., Gage, A.D., Arsenault, C., Jordan, K., Leslie, H.H., Roder-DeWan, S., Adeyi, O., Barker, P., Daelmans, B., Doubova, S.V. dan English, M., 2018. High-quality health systems in the Sustainable Development Goals era: time for a revolution. *The Lancet Global Health*, 6(11), pp.e1196-e1252. [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(18\)30386-3](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(18)30386-3)
- Sacks, E., Morrow, M., Story, W.T., Shelley, K.D., Shanklin, D., Rahimtoola, M., Rosales, A., Ibe, O. dan Sarriot, E., 2020. Beyond the building blocks: integrating community roles into health systems frameworks to achieve health for all. *BMJ Global Health*, 3(Suppl 3), p.e001384. <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2018-001384>
- World Health Organization, 2010. Monitoring the building blocks of health systems: a handbook of indicators and their measurement strategies. World Health Organization. <https://doi.org/10.1093/heapol/czz058>
- Kruk, M.E., Gage, A.D., Arsenault, C., Jordan, K., Leslie, H.H., Roder-DeWan, S., Adeyi, O., Barker, P., Daelmans, B., Doubova, S.V. and English, M., 2018. High-quality health systems in the Sustainable Development Goals era: time for a revolution. *The Lancet Global Health*,

- 6(11), pp.e1196-e1252.
[https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(18\)30386-3](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(18)30386-3)
- Legido-Quigley, H., Asgari, N., Teo, Y.Y., Leung, G.M., Oshitani, H., Fukuda, K., Cook, A.R., Hsu, L.Y., Shibuya, K. and Heymann, D., 2020. Are high-performing health systems resilient against the COVID-19 epidemic?. *The Lancet*, 395(10227), pp.848-850.
[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30551-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30551-1)
- Murray, C.J. and Frenk, J., 2000. A framework for assessing the performance of health systems. *Bulletin of the World Health Organization*, 78, pp.717-731.
<https://doi.org/10.1590/S0042-96862000000600004>
- Panch, T., Szolovits, P. and Atun, R., 2018. Artificial intelligence, machine learning and health systems. *Journal of Global Health*, 8(2).
<https://doi.org/10.7189/jogh.08.020303>
- Sacks, E., Morrow, M., Story, W.T., Shelley, K.D., Shanklin, D., Rahimtoola, M., Rosales, A., Ibe, O. and Sarriot, E., 2020. Beyond the building blocks: integrating community roles into health systems frameworks to achieve health for all. *BMJ Global Health*, 3(Suppl 3), p.e001384.
<https://doi.org/10.1136/bmjgh-2018-001384>
- World Health Organization, 2010. *Monitoring the building blocks of health systems: a handbook of indicators and their measurement strategies*. World Health Organization.
<https://doi.org/10.1093/heapol/czz058>

- Böhm, K., Schmid, A., Götze, R., Landwehr, C. and Rothgang, H., 2013. Five types of OECD healthcare systems: Empirical results of a deductive classification. *Health Policy*, 113(3), pp.258-269. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2013.09.003>
- Cheng, T.M., 2003. Taiwan's new national health insurance program: genesis and experience so far. *Health Affairs*, 22(3), pp.61-76. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.22.3.61>
- Cylus, J., Richardson, E., Findley, L., Longley, M., O'Neill, C. and Steel, D., 2015. United Kingdom: Health system review. *Health Systems in Transition*, 17(5), pp.1-126. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckz185.096>
- McIntyre, D., Thiede, M., Dahlgren, G. and Whitehead, M., 2006. What are the economic consequences for households of illness and of paying for health care in low-and middle-income country contexts?. *Social science & medicine*, 62(4), pp.858-865. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2005.07.001>
- Rice, T., Rosenau, P., Unruh, L.Y., Barnes, A.J., Saltman, R.B. and van Ginneken, E., 2013. United States of America: Health system review. *Health Systems in Transition*, 15(3), pp.1-431. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckz185.346>
- Toth, F., 2016. Classification of healthcare systems: Can we go further?. *Health Policy*, 120(5), pp.535-543. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2016.03.011>
- Tuohy, C.H., Flood, C.M. and Stabile, M., 2004. How does private finance affect public

health care systems? Marshaling the evidence from OECD nations. *Journal of health politics, policy and law*, 29(3), pp.359-396.

<https://doi.org/10.1215/03616878-29-3-359>

van der Zee, J. and Kroneman, M.W., 2007. Bismarck or Beveridge: a beauty contest between dinosaurs. *BMC health services research*, 7(1), pp.1-11.

<https://doi.org/10.1186/1472-6963-7-94>

Wagstaff, A., 2010. Social health insurance reexamined. *Health economics*, 19(5), pp.503-517.

<https://doi.org/10.1002/hec.1492>



Ronald, S.K.M., M.Kes, lahir di Pare-pare, pada 9 Oktober 1987. Penulis Menyelesaikan Studi S1 pada Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Haluoleo & Studi S2 pada Pascasarjana Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin. Saat ini penulis berdomisili di Ujung Timur Nusantara tepatnya di Ibukota Provinsi Papua Selatan, Kota Merauke dan mengabdikan sebagai dosen di Satu-satunya Perguruan Tinggi Negeri di Provinsi Papua Selatan, Universitas Musamus Merauke



BAB 2

PENGENALAN

MANAJEMEN RUMAH

SAKIT

NURFITRIANI



PENDAHULUAN

Pasal 28 H ayat (1) Undang-undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945 (UUD 1945) telah ditegaskan bahwa setiap orang berhak hidup sejahtera lahir batin, bertempat tinggal, dan mendapatkan lingkungan hidup yang baik dan sehat serta berhak memperoleh pelayanan kesehatan. Selain itu, Pasal 34 ayat (3) menyatakan bahwa negara bertanggung jawab atas penyediaan fasilitas pelayanan kesehatan dan fasilitas pelayanan umum yang layak.

Rumah Sakit sebagai salah satu fasilitas pelayanan kesehatan merupakan bagian dari sumber daya kesehatan yang sangat diperlukan dalam mendukung penyelenggaraan upaya kesehatan. Penyelenggaraan pelayanan kesehatan di Rumah Sakit mempunyai karakteristik dan organisasi yang sangat kompleks. Berbagai jenis tenaga kesehatan dengan perangkat keilmuannya masing-masing berinteraksi satu sama lain.

Rumah sakit merupakan salah satu institusi pelayanan kesehatan yang memiliki peran penting dalam memberikan pelayanan kesehatan kepada masyarakat. Untuk dapat menjalankan penyelenggaraan pelayanan kesehatan secara maksimal, perlu adanya suatu proses pengelolaan yang berperan dalam menjaga kelancaran operasional sekaligus meningkatkan pelayanan kesehatan. Proses pengelolaan dalam suatu rumah sakit disebut dengan manajemen rumah sakit.

KONSEP DASAR RUMAH SAKIT

Konsep dasar rumah sakit mencakup berbagai aspek yang saling terkait untuk memastikan fungsionalitas, efisiensi, dan keselamatan dalam penyelenggaraan layanan kesehatan. Berikut adalah beberapa konsep dasar yang menjadi landasan operasional rumah sakit :

1. Pelayanan Kesehatan Terpadu

Fungsi utama rumah sakit sebagai pusat pelayanan kesehatan yang menyediakan berbagai jenis perawatan, mulai dari pencegahan, diagnosis, pengobatan, hingga rehabilitasi. Sedangkan pelayanan komprehensif rumah sakit meliputi layanan rawat inap, rawat jala, bedah, laboratorium, radiologi, dan unit gawat darurat.

2. Keselamatan dan Kualitas Pelayanan

Rumah sakit harus menerapkan standar keselamatan pasien yang ketat untuk mengurangi risiko cedera, infeksi, dan kesalahan medis. Kualitas pelayanan dipastikan melalui protocol medis yang baik, pelatihan keberlanjutan untuk staf, serta audit dan evaluasi berkala.

3. Struktur Organisasi

Organisasi rumah sakit terdiri dari berbagai departemen seperti manajemen, administrasi, medis, keperawatan, serta departemen teknis dan penunjang. Pelayanan kesehatan dirumah sakit melibatkan tim multidisiplin yang terdiri dari dokter, perawat, ahli gizi, terapis, dan tenaga kesehatan lainnya.

4. Fasilitas dan Infrastruktur

Bangunan dan ruang rumah sakit dirancang dengan mempertimbangkan alur pelayanan yang efisien dan aksesibilitas bagi pasien dan staf. Fasilitas harus dilengkapi dengan peralatan medis modern untuk mendukung diagnosis dan pengobatan.

5. Keuangan dan Manajemen Biaya

Pembiayaan rumah sakit mencakup sumber pendapatan seperti pembayaran pasien, asuransi kesehatan, dan subsidi pemerintah. Rumah sakit harus mampu mengelola biaya operasional dengan efisien tanpa mengurangi kualitas pelayanan.

6. Kepatuhan Terhadap Regulasi

Standar kesehatan rumah sakit harus mematuhi peraturan dan standar kesehatan yang ditetapkan oleh pemerintah dan badan akreditasi. Seluruh tenaga kesehatan di rumah sakit harus mematuhi etika medis dalam praktik sehari-hari.

7. Kebutuhan Pasien

Pelayanan rumah sakit harus berpusat pada kebutuhan pasien, dengan pendekatan humanis dan empati. Memberikan perhatian khusus pada privasi, kenyamanan, dan hak-hak pasien selama berada di rumah sakit.

8. Sistem Informasi Kesehatan

Rekam medis elektronik sebagai sistem informasi kesehatan yang canggih untuk pengelolaan data pasien, manajemen administrasi, dan komunikasi antar departemen rumah sakit yang menjamin kerahasiaan dan keamanan data pasien.

9. Penelitian Dan Pendidikan

Rumah sakit juga berfungsi sebagai pusat penelitian klinis untuk pengembangan ilmu kesehatan meliputi dokter, perawat, dan tenaga kesehatan lainnya.

DEFINISI MANAJEMEN RUMAH SAKIT

Manajemen rumah Sakit merupakan suatu proses pengelolaan terhadap sumber daya, kegiatan, serta personel dalam suatu rumah sakit. manajemen rumah sakit ini diperlukan agar rumah sakit dapat memberikan pelayanan kesehatan yang berkualitas, aman, efektif, serta efisien sehingga dapat memberikan manfaat secara langsung kepada masyarakat. Adanya manajemen rumah sakit yang efektif menjadi komitmen untuk memberikan perawatan pelayanan yang baik. hal ini sekaligus untuk memastikan bahwa setiap individu dapat memperoleh perlindungan, pelayanan kesehatan, serta pengobatan yang sebagaimana mestinya, sejalan dengan apa yang tertuang dalam uud 1945.

MANFAAT MANAJEMEN RUMAH SAKIT

1. Meningkatkan Efisiensi Operasional

Manajemen rumah sakit menjadi salah satu langkah utama untuk meningkatkan efisiensi rumah sakit meliputi pengelolaan sumber daya manusia, pengoptimalan fasilitas, juga peralatan medis. Apabila semua aspek tersebut dapat secara optimal dapat dimaksimalkan, maka akan memberikan dampak positif dari

segi produktivitas penyelenggaraan pelayanan kesehatan termasuk efisiensi waktu tunggu pasien.

2. Meningkatkan Kualitas Pelayanan Masyarakat

Adanya manajemen rumah sakit yang memadai dapat meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan. Hal ini tentu akan memberikan dampak baik pada perawatan terhadap pasien sehingga kepuasan pasien juga meningkat.

3. Upaya Pengelolaan Risiko yang Lebih Baik

Dalam penyelenggaraan pelayanan kesehatan tentu ada berbagai risiko yang mungkin terjadi. Manajemen rumah sakit berguna sebagai upaya pencegahan terhadap risiko yang lebih baik menyangkut kesalahan medis, kurangnya stok obat, serta implementasi protokol keamanan pasien.

4. Meningkatkan Koordinasi serta Wadah Pertukaran Informasi

Adanya manajemen rumah sakit sebagai “wadah” untuk memfasilitasi koordinasi antar berbagai pihak dalam institusi rumah sakit. Sebut saja antara berbagai departemen, hingga tenaga kesehatan dengan tenaga medis. Koordinasi ini mampu menghasilkan pertukaran informasi yang tepat, sehingga dapat meningkatkan kerja sama dalam perencanaan dan pelaksanaan tindakan medis.

DASAR HUKUM MANAJEMEN RUMAH SAKIT

Rumah sakit sebagai salah satu institusi pelayanan kesehatan harus patuh terhadap aturan hukum serta ketentuan terkait. Hal ini dilakukan dengan tujuan agar penyelenggaraan praktik pelayanan kesehatan yang dilakukan telah sesuai dengan pedoman, sehingga meminimalisir terjadinya pelanggaran hukum sekaligus kesalahan dalam penanganan medis.

Bentuk kepatuhan regulasi atau aturan hukum dapat terlihat misalnya pada Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 24 Tahun 2022 (Permenkes 24/2022) tentang Rekam Medis yang menyebutkan bahwa seluruh Fasilitas Pelayanan Kesehatan menyelenggarakan Rekam Medis Elektronik paling lambat pada tanggal 31 Desember 2023 mendatang. Mandatory dalam Permenkes 24/2024 tersebut guna mendukung terwujudnya manajemen dalam institusi pelayanan kesehatan yang efektif, efisien, juga berkualitas. Selain Permenkes 24/2022, beberapa Peraturan Perundang-undangan yang menjadi landasan hukum manajemen rumah saki tantara lain:

1. Peraturan Pemerintah Nomor 23 Tahun 2018 (PP 23/2018)
2. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 4 Tahun 2019 (Permenkes 4/2019) tentang Standar Teknis Pemenuhan Mutu Pelayanan Dasar Pada Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan

3. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 3 Tahun 2020 (Permenkes 3/2020) tentang Klasifikasi dan Perizinan Rumah Sakit
4. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 12 Tahun 2020 (Permenkes 12/2020) tentang Akreditasi Rumah Sakit
5. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 68 Tahun 2020 (Permenkes 68/2020) dan berbagai Peraturan Menteri Kesehatan tentang Organisasi dan Tata Kerja Rumah Sakit
6. Peraturan Pemerintah Nomor 47 Tahun 2021 (PP 47/2021) tentang Penyelenggaraan Bidang Perumahsakit
7. Undang-undang Nomor 17 Tahun 2023 (UU 17/2023) tentang Kesehatann

Selain dasar hukum diatas, ketentuan yang mengatur tentang hal-hal terkait rumah sakit juga terdapat pada peraturan mengenai ketenagakerjaan, keuangan, pajak, perlindungan data pribadi, dan lingkungan hidup.

PENERAPAN MANAJEMEN RUMAH SAKIT

Untuk melakukan penerapan manajemen rumah sakit yang berkualitas, terdapat beberapa aspek yang perlu diperhatikan sebagai berikut :

1. Aspek Perencanaan

Penting untuk diingat bahwa penerapan manajemen rumah sakit yang baik diawali dengan perencanaan yang

matang. Perencanaan ini meliputi tujuan pencapaian yang ingin diwujudkan dalam jangka panjang dan jangka pendek. Hal ini berguna untuk memudahkan langkah demi langkah yang hendak dilakukan agar dapat secara maksimal dan bijaksana dalam menjalankan manajemen rumah sakit yang telah ditetapkan guna tercapainya penyelenggaraan pelayanan kesehatan yang efektif, efisien, dan berkualitas.

2. Aspek Organisasi

Sebagai komponen penting, organisasi rumah sakit juga berperan dalam menciptakan lingkungan kerja yang terstruktur. Aspek organisasi ini juga melibatkan sumber daya manusia yang terlibat dalam penyelenggaraan pelayanan kesehatan dalam instansi rumah sakit. Dengan demikian, pelayanan kesehatan yang diberikan kepada pasien dapat lebih berkualitas hingga meningkatkan kepuasan pasien.

3. Aspek Peningkatan Kualitas

Peningkatan kualitas pelayanan kesehatan merupakan salah satu tujuan utama dari penyelenggaraan pelayanan kesehatan. Untuk dapat meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan, rumah sakit perlu memperhatikan standar kualitas yang relevan, baik itu standar akreditasi maupun standar pedoman praktik klinis yang telah ditetapkan oleh lembaga yang berwenang. Peningkatan kualitas juga dapat diwujudkan dengan pelaksanaan pelatihan bagi tenaga kesehatan, baik medis maupun non-medis. Hal ini dilakukan sebagai upaya menghadirkan tenaga kesehatan yang terlatih dan kompeten,

sehingga penyelenggaraan pelayanan kesehatan dapat berjalan dengan aman, nyaman, sekaligus memperkecil kemungkinan terjadinya kesalahan medis yang diakibatkan kurangnya kompetensi dalam melakukan berbagai tindakan medis terhadap pasien.

4. Aspek Teknologi Kesehatan

Seiring dengan perkembangan teknologi, rumah sakit perlu menerapkan system informasi dengan memanfaatkan teknologi guna meningkatkan pelayanan kesehatan. Adanya teknologi kesehatan yang memadai dapat berperan dalam melakukan pengelolaan data pasien, pemantauan kondisi pasien, pemantauan stok obat, hingga pelaporan yang lebih akurat. Dengan demikian, aspek ini mampu memberikan kemudahan akses, baik bagi pasien maupun bagi tenaga kesehatan terkait.

5. Aspek Pengelolaan Risiko dan Evaluasi

Hal tak kalah penting lainnya yang harus dimiliki oleh rumah sakit adalah pengelolaan risiko meliputi proses identifikasi dan analisis untuk menjaga keselamatan pasien. Selain itu, perlu dilakukan evaluasi sebagai upaya perbaikan berkelanjutan guna meminimalisir serta menghindari terjadinya kesalahan dalam penanganan medis.

SISTEM INFORMASI MANAJEMEN RUMAH SAKIT

Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit (SIMRS) adalah suatu sistem yang dirancang untuk mengelola data dan

informasi terkait dengan seluruh operasional rumah sakit secara efisien. SIMRS mencakup berbagai modul yang terintegrasi untuk mendukung berbagai fungsi rumah sakit, termasuk manajemen pasien, manajemen keuangan, manajemen sumber daya manusia, dan lainnya. Tujuan utama dari SIMRS adalah untuk meningkatkan efisiensi operasional, meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan, dan memudahkan pengambilan keputusan berdasarkan data yang akurat dan real-time.

Manfaat utama SIMRS adalah sebagai peningkatan efisiensi yang merupakan mengurangi waktu yang dihabiskan untuk tugas administrative manual, sehingga staf medis dapat lebih focus pada perawatan pasien, menjamin kualitas layanan yang lebih baik sehingga memungkinkan tenaga medis untuk mengambil Keputusan yang lebih baik dan cepat dengan akses informasi yang lengkap dan uptodate, pengambilan Keputusan berdasarkan data sehingga manajemen rumah sakit dapat membuat Keputusan yang lebih baik dan strategis dengan data yang akurat dan analisis yang kuat, dan meningkatkan transparansi dalam operasi rumah sakit dan memfasilitasi audit serta pelaporan.

REGULASI DAN KEBIJAKAN RUMAH SAKIT

Regulasi dan kebijakan rumah sakit merupakan pedoman yang mengatur operasional rumah sakit untuk memastikan bahwa pelayanan kesehatan diberikan sesuai dengan standar

yang telah ditetapkan oleh pemerintah, badan akreditasi, dan organisasi kesehatan internasional. Regulasi ini mencakup berbagai aspek mulai dari keselamatan pasien, hak pasien, operasional rumah sakit, hingga manajemen keuangan dan sumber daya manusia. Berikut adalah beberapa poin penting terkait regulasi dan kebijakan rumah sakit:

1. Regulasi Keselamatan dan Kesehatan

a) Keselamatan Pasien

Rumah sakit wajib mematuhi standar keselamatan pasien yang diterapkan oleh badan regulasi nasional dan internasional, seperti WHO dan Joint Commission International (JCI). Ini mencakup prosedur pencegahan kesalahan medis, infeksi nosocomial, dan insiden keselamatan lainnya.

Rumah sakit harus memiliki kebijakan untuk mencegah dan mengendalikan infeksi di lingkungan rumah sakit, termasuk penggunaan alat pelindung diri (APD), sterilisasi peralatan, dan prosedur higienis lainnya sebagai program pencegahan dan pengendalian infeksi.

b) Keselamatan Kerja

Rumah sakit harus menerapkan program K3 untuk melindungi tenaga kerja dan risiko kecelakaan dan penyakit akibat kerja. Ini mencakup penyediaan peralatan keselamatan, pelatihan K3, dan pemantauan kesehatan pekerja. Kebijakan yang melindungi tenaga kesehatan dari risiko fisik, kimia, dan biologi, termasuk prosedur penanganan limbah medis berbahaya sebagai perlindungan tenaga kesehatan.

2. Regulasi Hak dan Privasi Pasien

a) Hak Pasien

Pasien berhak untuk mendapatkan informasi yang jelas dan lengkap mengenai kondisi kesehatan, diagnosis, pengobatan yang diusulkan, risiko dan manfaat pengobatan, serta alternatif pengobatan. Sebelum menjalani prosedur medis atau pengobatan, pasien harus memberikan persetujuan yang didasarkan pada informasi lengkap yang diberikan oleh dokter. Rumah sakit harus memastikan bahwa proses informed consent dijalankan dengan benar.

b) Privasi dan Kerahasiaan

Rumah sakit harus mematuhi regulasi yang mengatur perlindungan data pribadi pasien, seperti GDPR di Uni Eropa atau HIPAA di Amerika Serikat. Ini mencakup kerahasiaan rekam medis dan pembatasan akses data hanya kepada pihak yang berwenang. Pasien memiliki hak untuk menolak pengobatan atau prosedur medis tertentu, dan keputusan mereka harus dihormati setelah mereka diberi informasi yang memadai mengenai konsekuensi dari penolakan tersebut.

3. Regulasi Operasional Rumah Sakit

a) Perizinan dan Akreditasi

Rumah sakit harus memperoleh izin operasional dari pemerintah atau badan regulasi terkait sebelum dapat beroperasi. Proses ini mencakup verifikasi bahwa rumah sakit memenuhi semua persyaratan hukum dan standar operasional. Rumah sakit sering kali harus menjalani proses akreditasi oleh

badan independen seperti Komisi Akreditasi Rumah Sakit (KARS) di Indonesia atau JCI untuk memastikan mereka memenuhi standar internasional dalam pelayanan kesehatan.

b) Manajemen Risiko Klinis

Rumah sakit memiliki kebijakan untuk penanganan krisis, seperti bencana alam, wabah penyakit, atau insiden besar lainnya. Ini mencakup rencana evakuasi, penyediaan sumber daya darurat, dan koordinasi dengan otoritas kesehatan. Regulasi terkait pengelolaan dan penggunaan obat di rumah sakit, termasuk penyimpanan, distribusi, dan pemberian obat kepada pasien, harus mematuhi standar yang ditetapkan untuk mencegah kesalahan pengobatan.

4. Regulasi Manajemen Sumber Daya Manusia

a) Kualifikasi dan Sertifikasi

Rumah sakit harus mematuhi regulasi terkait rekrutmen, pelatihan, dan sertifikasi tenaga medis dan non-medis. Semua tenaga medis harus memiliki lisensi yang sesuai dengan standar yang ditetapkan oleh badan kesehatan yang berwenang. Rumah sakit harus menyediakan program pelatihan berkelanjutan untuk memastikan tenaga medis terus mengembangkan keterampilan dan pengetahuan mereka sesuai dengan perkembangan terbaru dalam ilmu kedokteran.

b) Kesejahteraan dan Hak Tenaga Kerja

Regulasi mengenai gaji, tunjangan, dan jam kerja harus dipatuhi untuk memastikan kesejahteraan tenaga kerja. Ini termasuk kepatuhan terhadap undang-undang ketenagakerjaan yang berlaku. Kebijakan yang mendukung keseimbangan antara pekerjaan dan kehidupan pribadi, seperti cuti tahunan, cuti sakit, dan cuti hamil.

5. Regulasi Keuangan dan Akuntansi

a) Transparansi Keuangan

Rumah sakit harus mematuhi regulasi yang mengatur pelaporan keuangan, termasuk penyusunan laporan keuangan yang transparan dan akurat. Ini penting untuk memastikan akuntabilitas dan mencegah penyimpangan keuangan. Rumah sakit harus menjalani audit keuangan secara berkala, baik internal maupun eksternal, untuk memastikan kepatuhan terhadap standar akuntansi dan pengelolaan dana yang efisien.

b) Pengelolaan Dana Publik dan Asuransi

Rumah sakit harus mematuhi regulasi yang mengatur proses klaim asuransi kesehatan, termasuk dokumentasi yang diperlukan dan waktu pengajuan klaim. Jika rumah sakit menerima dana publik atau hibah, mereka harus mematuhi regulasi yang mengatur penggunaan dan pelaporan penggunaan dana tersebut.

6. Kebijakan Lingkungan

a) Pengelolaan Limbah Medis

Rumah sakit harus memiliki kebijakan untuk pengelolaan limbah medis berbahaya, termasuk limbah infeksius, kimia, dan radioaktif, sesuai dengan regulasi lingkungan yang berlaku. Rumah sakit didorong untuk menerapkan prosedur daur ulang dan pengolahan limbah yang ramah lingkungan untuk mengurangi dampak lingkungan dari operasional mereka.

7. Regulasi dan Kebijakan Teknologi Informasi

Kebijakan yang mengatur perlindungan data elektronik, termasuk penggunaan firewall, enkripsi, dan autentikasi pengguna untuk mencegah akses tidak sah ke data pasien dan informasi sensitif lainnya. Regulasi yang mengatur bagaimana data medis dan informasi pasien disimpan dan diarsipkan, termasuk durasi penyimpanan dan prosedur pemusnahan data yang sudah tidak diperlukan.

8. Regulasi Etika dan Etik Rumah Sakit

Rumah sakit harus memiliki komite etik yang bertugas meninjau dan memberikan rekomendasi mengenai isu-isu etika dalam perawatan pasien, penelitian klinis, dan keputusan medis kompleks. Jika rumah sakit terlibat dalam penelitian klinis, harus ada regulasi yang memastikan penelitian dilakukan sesuai dengan standar etika dan mendapatkan persetujuan dari komite etik yang berwenang

- Azwar, A. (2010). *Metode Penelitian Kesehatan*. Jakarta: Bina Pustaka
- Flodgren, G., Gonçalves-Bradley, D.C., & Pomey, M.P. (2016). External Inspection of Compliance with Standards for Improved Healthcare Outcomes. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (12).
- Gibis, B., Busse, R., & Scheller-Kreinsen, D. (2011). *Health System Performance Comparison: An Agenda for Policy, Information and Research*. Maidenhead: Open University Press.
- Ilyas, Y. (2014). *Manajemen Kesehatan*. Jakarta: Penerbit FKM UI.
- Lafta, R. (2013). *Hospital Administration: A Problem-Solving Approach*. New Delhi: Jaypee Brothers Medical Publishers.
- Mannion, R., & Braithwaite, J. (2012). Unintended Consequences of Performance Measurement in Healthcare: 20 Salutory Lessons from the English National Health Service. *Internal Medicine Journal*, 42(5), 569-574.
- McKee, M., & Healy, J. (Eds.). (2002). *Hospitals in a Changing Europe*. Buckingham: Open University Press.
- Notoatmodjo, S. (2012). *Promosi Kesehatan dan Ilmu Perilaku*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Syamsuddin, S., & Hasan, S. (2015). *Manajemen Rumah Sakit: Teori dan Praktik*. Jakarta: Salemba Medika.



Nurfitriani, S.KM, M.KM, lahir di Makassar, pada 7 Mei 1995. menyelesaikan pendidikan S1 di Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin (2013-2017). Kemudian melanjutkan pendidikan magister Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin (2018-2021). Saat ini bekerja sebagai dosen di salah satu universitas swasta di Makassar yaitu pengajar aktif pada Prodi S1 Administrasi Rumah Sakit Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Cokroaminoto Makassar.



BAB 3

STRUKTUR ORGANISASI

RUMAH SAKIT

SRI SISWATI



PENDAHULUAN

Rumah sakit adalah jenis layanan kesehatan yang memberikan perawatan medis komprehensif kepada pasien. Rumah sakit tidak hanya menyediakan rawat inap, rawat jalan, dan gawat darurat, tetapi juga terlibat dalam berbagai program kesehatan, seperti pencegahan, pengobatan, rehabilitasi, dan paliatif. Rumah sakit harus memiliki manajemen yang baik, termasuk manajemen klinis, untuk mendukung pendidikan dan penelitian di bidang kesehatan selain menyediakan layanan medis. Rumah sakit juga harus memiliki pengelolaan yang efektif untuk memberikan layanan terbaik dan membantu dalam pengembangan ilmu pengetahuan kesehatan. Dengan memiliki struktur manajemen dan administrasi yang kokoh, kualitas layanan ditingkatkan (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2023).

Rumah Sakit yang didirikan oleh pemerintah daerah diatur sebagai organisasi tersendiri yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan profesional, sesuai dengan Peraturan Pemerintah No. 17 Tahun 2023. Badan Layanan Umum Daerah. Rumah Sakit dapat meningkatkan efisiensi dan efektivitas pelayanan kesehatan dengan menggunakan fleksibilitas dalam pengelolaan keuangan. Sebaliknya, rumah sakit komunitas harus ditetapkan sebagai badan hukum yang hanya fokus pada layanan kesehatan, dengan memastikan bahwa tujuan utama mereka adalah menyediakan layanan medis. Namun, rumah sakit yang dikelola oleh badan hukum nirlaba tidak tunduk pada

ketentuan ini; sebaliknya, mereka dapat menjalankan bisnisnya berdasarkan peraturan berbeda yang disesuaikan dengan status nirlaba mereka (Pemerintah Republik Indonesia, 2024).

Rumah sakit diklasifikasikan menurut kapasitas mereka untuk menyediakan layanan, yang mencakup berbagai hal seperti jenis layanan yang disediakan, ketersediaan sarana dan prasarana, peralatan, dan tenaga medis yang terlibat. Rumah sakit harus diklasifikasikan dengan cara ini untuk memenuhi kebutuhan medis yang beragam dan memberikan layanan yang optimal. Klasifikasi ini penting untuk memastikan bahwa rumah sakit dapat menyediakan berbagai jenis layanan medis, seperti layanan medis, intensif, bedah, serta keperawatan dan kebidanan. Rumah sakit juga harus memiliki laboratorium, farmasi, radiologi, gizi, pengurusan jenazah, dan sterilisasi sentral. Untuk memastikan standar pelayanan yang tinggi, rumah sakit juga harus memelihara sarana, prasarana, dan alat kesehatan (Pemerintah Republik Indonesia, 2024).

Rumah Sakit harus dirancang secara efektif, efisien dan bertanggung jawab untuk mencapai visi dan misinya melalui tata kelola yang baik. Seorang direktur rumah sakit tidak dapat menggabungkan tugas direktur rumah sakit lain. Harus memiliki pengalaman dan pengalaman manajemen rumah sakit di bidang pelayanan medis, keperawatan, medis dan non medis, administrasi dan operasional. Untuk menjamin berfungsinya rumah sakit, penting untuk memberikan dukungan yang

memadai terhadap semua layanan medis dan non-medis (Pemerintah Republik Indonesia, 2024).

Menariknya, di tengah perdebatan mengenai masuknya tenaga medis asing ke Indonesia, ditetapkan bahwa pimpinan organisasi yang mengelola pelayanan medis, keperawatan, dan sumber daya manusia harus berkewarganegaraan Indonesia. Kebijakan ini memberikan jaminan bagi tenaga kesehatan lokal untuk tetap berperan aktif dalam profesinya dan memastikan bahwa keputusan strategis dalam pelayanan kesehatan tetap dipengaruhi oleh perspektif lokal.

ORGANISASI RUMAH SAKIT

Rumah sakit diklasifikasi menjadi tiga jenis utama, yaitu Rumah Sakit Umum (RSU), Rumah Sakit Khusus (RSK), dan rumah sakit pendidikan. Klasifikasi ini memastikan bahwa setiap jenis RS memiliki struktur yang sesuai dengan fungsinya dan dapat melayani kebutuhan kesehatan masyarakat dengan efektif. Tata kelola rumah sakit disesuaikan dengan tingkat kelasnya, seperti kelas A, B, C, atau D, yang ditetapkan oleh Kementerian Kesehatan Republik Indonesia (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2020).

Pembentukan berbagai divisi, bidang kerja, instalasi, dan unit di dalam rumah sakit dipengaruhi oleh kelas rumah sakitnya serta faktor-faktor seperti kepemilikan dan kebutuhan spesifik lainnya (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2005). Setiap rumah sakit dirancang untuk memenuhi standar

pelayanan yang sesuai dengan klasifikasinya, sehingga dapat menyediakan layanan kesehatan yang optimal. Penyesuaian ini penting untuk memastikan bahwa rumah sakit dapat berfungsi dengan baik dalam memenuhi berbagai kebutuhan pasien dan masyarakat.

Rumah sakit yang berstatus sebagai Badan Layanan Umum (BLU) atau Badan Layanan Umum Daerah (BLUD) memiliki struktur organisasi yang lebih fleksibel dalam hal pengelolaan keuangan. Keberadaan Dewan Pengawas dalam struktur ini bertujuan untuk memastikan akuntabilitas dan efisiensi dalam pengelolaan rumah sakit. Struktur yang fleksibel ini memungkinkan rumah sakit BLU atau BLUD untuk menyesuaikan diri dengan dinamika kebutuhan layanan kesehatan dan regulasi yang berlaku (Kementerian Keuangan Republik Indonesia, 2006).

Struktur organisasi rumah sakit memiliki karakteristik unik yang membedakannya dari organisasi lainnya. Keunikan ini muncul dari hubungan kompleks antara staf medis (dokter), administrator atau CEO (manajemen), dan badan pengatur (governing body). Sebagai profesional, dokter tidak cocok ditempatkan dalam struktur organisasi rumah sakit secara hierarkis seperti dalam piramida, melainkan mereka memiliki struktur tersendiri yang dikenal sebagai Medical Staff Organization, yang memberikan mereka ruang untuk beroperasi secara lebih otonom. Struktur ini memungkinkan dokter untuk fokus pada fungsi medis mereka sambil tetap terhubung dengan

sistem manajerial rumah sakit. Dengan demikian, pembagian peran dan tanggung jawab dalam rumah sakit memfasilitasi kolaborasi efektif dan pengelolaan yang efisien (Sihotang, 2021).

Di Amerika Serikat, struktur organisasi rumah sakit tradisional dikenal sebagai "organisasi yang terpisah" karena adanya interaksi antara otoritas formal, seperti administrator atau CEO (manajemen), dan otoritas internal, yang terdiri dari pemilik, administrator, dan staf medis yang menerima wewenang langsung dari badan pimpinan. Untuk memastikan hubungan yang efektif antara ketiga komponen ini, Amerika Serikat telah menetapkan undang-undang rumah sakit yang mengatur tugas, wewenang, serta hubungan fungsional dan tanggung jawab antara pemerintah, administrator (CEO), dan tenaga medis di rumah sakit (Sihotang, 2021).

Ketiga organ ini dapat dianalogikan sebagai kaki-kaki dari sebuah kursi yang memerlukan dukungan satu sama lain untuk memastikan kestabilan kursi tersebut. Setiap organ memiliki sumber kekuasaan yang berbeda, sehingga penting untuk mengelola keseimbangan dan keserasian dalam pelaksanaan tugas, wewenang, dan tanggung jawab mereka. Pengaturan yang efektif di antara ketiga organ ini sangat krusial untuk memastikan pencapaian misi dan tujuan keseluruhan organisasi rumah sakit (Sihotang, 2021).

Sebagai wakil pemilik yang merupakan badan hukum, peran pengawasan dan pengelolaan rumah sakit memberikan kekuatan signifikan kepada badan pemerintah. Dalam

menjalankan fungsi manajemen rumah sakit, administrator atau CEO mendapatkan wewenang formal dari badan pengatur. Sementara itu, pengaruh dan kekuatan pekerja medis lebih bergantung pada faktor sejarah, sosial, dan kompetensi akademis serta teknis mereka, selain kebutuhan masyarakat akan keahlian mereka. Dengan demikian, jelas bahwa otoritas, tanggung jawab moral, dan kewenangan hukum tertinggi berada di tangan pemerintah (Sihotang, 2021).

Kemiripan dengan model ini juga terlihat pada struktur organisasi rumah sakit di Indonesia, dimana komite medis merupakan bagian dari organisasi tenaga medis dan bertanggung jawab langsung kepada pemilik rumah sakit (Sihotang, 2021). Struktur organisasi rumah sakit di Indonesia harus mengikuti pedoman PP Nomor 28 Tahun 2024, dan secara khusus mengikuti Peraturan Menteri Kesehatan yang mengatur rincian struktur tersebut. Hal ini dapat menjamin bahwa rumah sakit beroperasi sesuai standar yang ditetapkan dan memenuhi kebutuhan administratif dan klinis. Pengaturan ini penting untuk memastikan keselarasan dalam manajemen dan layanan rumah sakit di seluruh negeri.

PENGGORGANISASI RUMAH SAKIT

Seiring perkembangan sejarah, sosial, politik, ekonomi, dan budaya suatu negara, rumah sakit menjadi institusi yang melakukan fungsi sosial. Perkembangan ini menghasilkan penemuan fitur baru yang tidak ada di negara lain (Wirawan,

2009). Rumah sakit pemerintah terbagi menjadi dua kategori, menurut Samsi Jacobalis (2002): rumah sakit pemerintah yang bukan Badan Layanan Umum dan rumah sakit pemerintah yang merupakan Badan Layanan Umum. Rumah sakit BLU atau BLUD termasuk dalam kategori Badan Layanan Umum Daerah (BLUD), dan mereka memiliki lebih banyak fleksibilitas dalam pengelolaan keuangan dibandingkan dengan rumah sakit non-Badan Layanan Umum (Jacobalis, 2022).

Rumah Sakit Daerah Provinsi yang disebut juga Unit Pelaksana Teknis Daerah (UPTD) merupakan institusi yang berfungsi, rumah sakit mempunyai tanggung jawab untuk memberikan pelayanan medis dengan tingkat profesionalisme dan tata kelola yang baik. Rumah sakit ini juga harus mengelola aspek klinis sesuai standar yang ketat. Selain itu, pengelolaan keuangan rumah sakit mengikuti peraturan yang berlaku pada badan layanan umum daerah (BLUD). Sistem manajemen dirancang untuk menjamin efisiensi dan transparansi dalam penggunaan anggaran (Kementerian Dalam Negeri Republik Indonesia, 2017).

Meski demikian, jika rumah sakit daerah provinsi belum mengadopsi pola pengelolaan keuangan BLUD, mereka masih mengelola keuangan secara mandiri. Proses ini mencakup perencanaan, pelaksanaan, dan pertanggungjawaban keuangan sesuai dengan peraturan pengelolaan keuangan daerah yang berlaku. Pengelolaan tersebut tetap berada di bawah pengawasan dinas yang bertanggung jawab atas pemerintahan

dan kesehatan (Kementerian Dalam Negeri Republik Indonesia, 2017).

STRUKTUR RUMAH SAKIT MILIK PEMERINTAH

Rumah Sakit Umum (RSU) dan Rumah Sakit Khusus (RSK) biasanya diklasifikasikan berlandaskan oleh jenis layanan yang diberikan dengan sub tipe yang paling umum adalah RSU kelas A, RSU kelas B pendidikan dan non pendidikan, RSU kelas C, dan RSU kelas D. Setiap klasifikasi memiliki tujuan tertentu, yaitu untuk memberikan layanan medis yang sesuai serta berkontribusi pada penelitian dan pendidikan medis. Klasifikasi ini memfasilitasi pembagian tugas dan spesialisasi, sehingga rumah sakit dapat memenuhi berbagai kebutuhan kesehatan masyarakat dengan lebih efektif. Selain itu, sistem ini mendukung pengembangan berkelanjutan dalam praktik medis dan pendidikan di bidang kesehatan.

1. Rumah Sakit Umum Kelas A

Struktur organisasi rumah sakit terdiri dari hingga empat direktorat yang dipimpin oleh seorang direktur utama dan terdiri dari hingga tiga bidang atau bagian, dengan tiga seksi untuk setiap bidang dan tiga subbagian untuk setiap bagian (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2006).

2. Rumah Sakit Umum Kelas B Pendidikan

Rumah sakit dipimpin oleh seorang direktur utama, yang bertanggung jawab atas hingga tiga direktorat, yang masing-masing terdiri dari tiga bidang atau bagian dengan tiga seksi, dan setiap bagian dapat memiliki hingga tiga subbagian (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2006).

3. Rumah Sakit Umum Kelas B Non Pendidikan

Rumah sakit dipimpin oleh seorang direktur utama, yang bertanggung jawab atas dua direktorat, yang masing-masing terdiri dari tiga bidang atau bagian dengan tiga seksi dan tiga subbagian (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2006).

4. Rumah Sakit Umum Kelas C

Direktur rumah sakit bertanggung jawab atas dua bidang dan satu bagian, masing-masing dengan tiga seksi dan tiga subbagian (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2006).

5. Rumah Sakit Umum Kelas D

Rumah sakit dipimpin oleh seorang Direktur yang mengawasi dua seksi dan tiga bagian (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2006).

Rumah Sakit Khusus (RSK) adalah rumah sakit yang menyediakan layanan untuk penyakit tertentu, seperti Rumah Sakit Jiwa, Rumah Sakit Ibu dan Anak, dan Rumah Sakit Mata. RSK dikategorikan dalam tiga kelas, yaitu Kelas A, Kelas B, dan Kelas C (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2006).

1. Rumah Sakit Khusus Kelas A

Rumah Sakit Khusus Kelas A dipimpin oleh seorang Direktur Utama yang mengelola empat direktorat, yang masing-masing terdiri dari tiga bidang atau tiga bagian, dengan hingga tiga seksi di dalam setiap bidang dan hingga tiga subbagian di dalam setiap bagian (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2006).

2. Rumah Sakit Khusus Kelas B

Rumah Sakit Khusus Kelas B dipimpin oleh seorang Direktur Utama, yang mengelola dua direktorat, masing-masing dengan tiga seksi dan tiga subbagian (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2006).

3. Rumah Sakit Khusus Kelas C

Rumah Sakit Khusus Kelas C dipimpin oleh seorang Direktur yang mengelola dua seksi dan tiga subbagian (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2006).

Pada RS yang tidak memiliki komponen struktural, unit non struktural meliputi Komite, Bagian dan Unit Audit Internal (IAU). SPI bertanggung jawab melakukan pengawasan internal dan diarahkan serta melapor langsung ke rumah sakit. Pada saat yang sama, Komite merupakan forum tidak terstruktur yang berisi para ahli atau profesional yang bertujuan memberikan nasihat kepada para manajer RS tentang cara meningkatkan dan mengembangkan layanan mereka. Komite ini harus mencakup komite medis dan komite etika dan hukum, dan dipimpin oleh manajemen

rumah sakit. Ketua panitia dipilih oleh administrasi rumah sakit dan diberhentikan oleh manajemen (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2006).

Institusi adalah unit pelayanan berbasis RS yang menawarkan fasilitas dan mengawasi pelayanan, edukasi dan pengajaran, dan penelitian. Pimpinan RS memutuskan kapan instalasi didirikan, dan pimpinan RS memilih dan memecat kepala instalasi. Tenaga pembantu dan tenaga non medis mendukung pemimpin instalasi. Rumah Sakit Pemerintah Pusat harus mengirimkan email kepada Direktur Jenderal Pelayanan Medis jika ada perubahan dalam jumlah atau jenis fasilitas. Rumah sakit milik pemerintah daerah harus membentuk komite dengan persetujuan Biro Organisasi Pemerintah Daerah, pemerintah provinsi, pemerintah kabupaten/kota, dan gubernur, bupati, atau walikota yang biasanya bertanggung jawab atas pengelolaan rumah sakit (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2006).

STRUKTURAL RUMAH SAKIT

Susunan pengurus RS sekurang-kurangnya terdiri atas pimpinan atau direktur rumah sakit, bagian pelayanan kesehatan, bagian keperawatan, bagian penunjang kesehatan, bagian administrasi dan keuangan, komite kesehatan, dan bagian audit internal. Struktur ini diciptakan untuk memfasilitasi pengelolaan seluruh aspek rumah sakit, mulai

dari layanan kesehatan hingga manajemen dan keuangan. Selain perangkat dasar tersebut, struktur organisasi RS dapat diperluas dengan menyesuaikan dengan kebutuhan dan tanggung jawab rumah sakit. Hal ini mencakup keberadaan departemen, divisi, bagian, fasilitas, komite atau bagian yang menyediakan pengaturan struktural untuk mengakomodasi berbagai fungsi dan keahlian yang diperlukan dalam pengelolaan rumah sakit. Pengaturan ini mendukung kemudahan dan efisiensi pengelolaan kesehatan dan manajemen rumah sakit (Pemerintah Indonesia, 2015).

1. Kepala atau Direktur Rumah Sakit

Rumah sakit dipimpin oleh kepala eksekutif, yang juga disebut direktur rumah sakit. Di rumah sakit kelas D dan C, jabatan ini disebut direktur rumah sakit. Di rumah sakit kelas A dan B, serta di bawah yurisdiksi Badan Layanan Umum (BLU) dan Badan Layanan Umum Daerah (BLUD), jabatan ini sering disebut operator atau manajer umum (Pemerintah Indonesia, 2015).

2. Unsur Pelayanan Medis

Unsur pelayanan medis adalah bagian dari organisasi rumah sakit yang langsung bertanggung jawab kepada kepala atau direktur rumah sakit. Unsur ini biasanya dipimpin oleh direktur, wakil direktur, kepala bidang, atau manajer, dan memiliki banyak tanggung jawab untuk menyusun rencana pelayanan medis, merencanakan dan melaksanakan layanan, serta

mengawasi mutu, biaya, dan keselamatan pasien. Selain itu, mereka ditugaskan untuk memantau dan mengevaluasi layanan kesehatan secara teratur. Salah satu tanggung jawab tambahan adalah memastikan bahwa standar pelayanan dipenuhi dan melakukan perbaikan berkelanjutan untuk meningkatkan kualitas layanan (Pemerintah Indonesia, 2015).

3. Unsur Keperawatan

Dalam organisasi rumah sakit, unsur keperawatan bertanggung jawab atas semua aspek pelayanan keperawatan, dan mereka berada di bawah pengawasan kepala atau direktur rumah sakit. Seorang direktur, wakil direktur, kepala bidang, atau manajer mengelola unit ini, yang bertanggung jawab atas manajemen berbagai kegiatan keperawatan. Penyusunan rencana pelayanan keperawatan, koordinasi dan pelaksanaan layanan, dan pengendalian kualitas, biaya, dan keselamatan pasien adalah fungsi utama dari unsur keperawatan. Selain itu, unsur keperawatan juga bertanggung jawab untuk secara teratur mengawasi dan mengevaluasi kualitas pelayanan keperawatan (Pemerintah Indonesia, 2015).

4. Unsur Penunjang Medis

Unsur penunjang medis di rumah sakit berada di bawah pengawasan kepala atau direktur rumah sakit dan bertanggung jawab atas pelayanan di bidang penunjang medis. Bagian ini dipimpin oleh seorang direktur, wakil

direktur, kepala bidang, atau manajer yang mengatur pelaksanaan layanan. Penyusunan rencana pelayanan, koordinasi dan pelaksanaan layanan, serta pengendalian mutu, biaya, dan keselamatan pasien adalah tanggung jawab utama dari unsur penunjang medis. Selain itu, mereka juga memantau dan mengevaluasi layanan medis serta mengelola rekam medis. Sesuai dengan kebutuhan khusus, rumah sakit juga dapat membentuk ruang penunjang non-medis. Kepala rumah sakit menetapkan lingkup pelayanan untuk masing-masing ruang tersebut (Pemerintah Indonesia, 2015).

5. Unsur Administrasi Umum dan Keuangan

Unsur ini berada di bawah pengawasan langsung pimpinan rumah sakit atau direktur/kepala rumah sakit dan bertanggung jawab atas administrasi dan pengelolaan keuangan. Unsur ini dapat dipimpin oleh seorang direktur, wakil direktur, kepala bidang, atau manajer, dan bertanggung jawab atas berbagai bagian administrasi dan keuangan. Pengelolaan ketatausahaan, kerumahtanggaan, pelayanan hukum, pemasaran, kehumasan, dan pencatatan dan pelaporan adalah tugas administrasi umum. Perencanaan anggaran, pengelolaan dana, dan akuntansi adalah tugas keuangan. Semua peran ini sangat penting untuk pengelolaan sumber daya yang efektif dan operasi rumah sakit yang lancar. Komponen ini

seringkali berdiri sendiri di rumah sakit besar, terutama kelas A dan B (Pemerintah Indonesia, 2015).

6. Komite Medis

Rumah sakit memiliki komite medis yang bertanggung jawab atas penerapan standar manajemen klinis yang baik. Pimpinan rumah sakit membentuk komite ini, yang bertanggung jawab untuk meningkatkan profesionalisme staf medis. Untuk memenuhi tugas ini, Komite Medis membuat daftar kewenangan klinis, melakukan pemeriksaan kompetensi dan kesehatan, menilai pendidikan profesional, dan melakukan wawancara dan penilaian terhadap pemohon kewenangan klinis. Ini juga melibatkan pengawasan disiplin, etika, dan perilaku staf. Selain itu, komite ini bertanggung jawab untuk melakukan audit medis, menyarankan pertemuan ilmiah internal dan eksternal, dan membantu staf medis yang membutuhkan (Pemerintah Indonesia, 2015).

Komite medis bertanggung jawab atas pengawasan etika dan disiplin dalam profesi medis, termasuk menetapkan standar etika, menilai pelanggaran, memberikan rekomendasi tindakan disiplin, serta memberikan nasihat mengenai keputusan etis dalam perawatan pasien. Untuk meningkatkan kualitas layanan dan *patient safety*, rumah sakit dapat membentuk berbagai komite medis tambahan yang meliputi bidang seperti keperawatan, farmasi, pencegahan infeksi,

pengendalian resistensi antimikroba, etika, koordinasi pendidikan, dan manajemen risiko. Semua komite ini diharuskan beroperasi sesuai dengan aturan dan hukum yang berlaku (Pemerintah Indonesia, 2015).

7. Satuan Pemeriksaan Internal

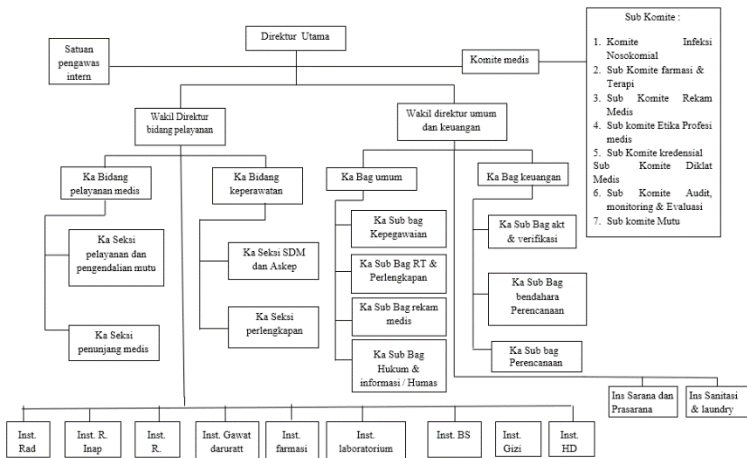
Sesuai dengan Pasal 21 dan 22 Peraturan Presiden Nomor 77 Tahun 2015, Satuan Pemeriksaan Internal (SPI) di setiap rumah sakit bertanggung jawab untuk melakukan audit kinerja internal. SPI bertanggung jawab langsung kepada pimpinan rumah sakit dan melakukan hal-hal seperti memantau dan menilai manajemen risiko, menilai sistem pengendalian, dan mengawasi prosedur administrasi yang berjalan dengan baik. Selain itu, SPI menawarkan konsultasi dan pendampingan operasional serta memantau tindak lanjut laporan audit. Sementara SPI idealnya terdiri dari anggota yang independen dengan berbagai pekerjaan, banyak anggota juga melakukan pekerjaan lain di rumah sakit dan hanya berfungsi sebagai SPI saat diperlukan (Pemerintah Indonesia, 2015).

8. Dewan Pengawas

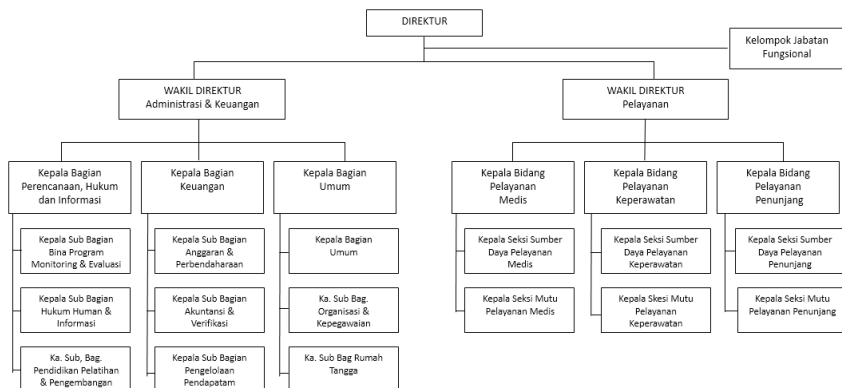
Dewan Pengawas dapat dibentuk Rumah Sakit sebagai unit nonstruktural yang independen. Dewan ini bertanggung jawab langsung kepada pemilik rumah sakit dan berfungsi untuk memastikan akuntabilitas dan efektivitas pengelolaan rumah sakit. Dengan adanya Dewan Pengawas, diharapkan kualitas pengawasan dan

manajemen internal rumah sakit akan meningkat. Setelah peraturan ini berlaku, seluruh rumah sakit wajib untuk menyelaraskan diri dalam waktu tiga tahun dengan peraturan baru ini sehingga struktur dan manajemen mereka dapat sesuai dengan peraturan (Pemerintah Indonesia, 2015).

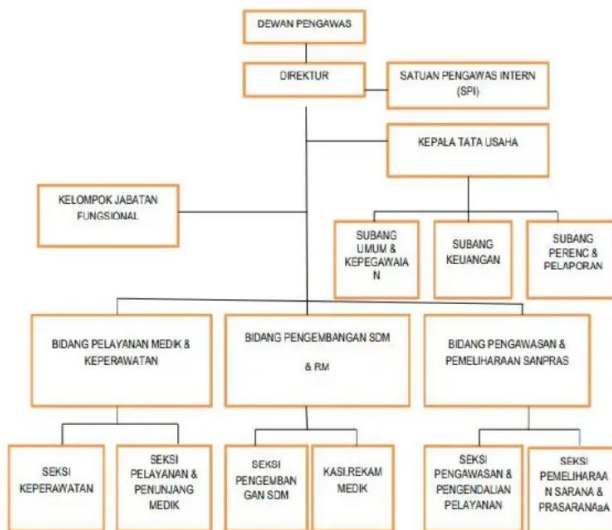
CONTOH BAGAN STRUKTUR RUMAH SAKIT



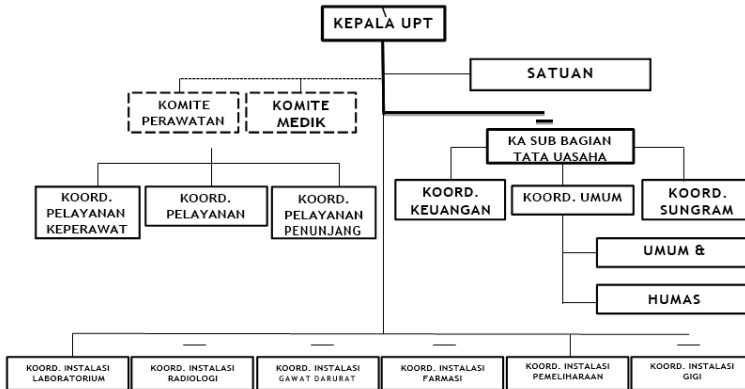
Gambar 3. 1 Struktur Rumah Sakit Tipe A



Gambar 3. 2 Struktur Rumah Sakit Tipe B



Gambar 3. 3 Struktur Rumah Sakit Kelas C



Gambar 3. 4 Struktur Rumah Sakit Kelas D

STRUKTUR RUMAH SAKIT MILIK BUMN DAN SWASTA

Saat ini, banyak rumah sakit yang dimiliki oleh BUMN dan swasta beroperasi sebagai badan hukum berbentuk Perseroan Terbatas (PT) dan dikelola secara independen sebagai anak perusahaan. Struktur manajemen dan organisasi rumah sakit tersebut umumnya mengikuti model PT, yang melibatkan Dewan Komisaris atau Pengawas serta Direksi. Selain bentuk PT, terdapat juga rumah sakit swasta yang dikelola sebagai yayasan, seperti Rumah Sakit Islam Ibnu Sina dan Rumah Sakit Yos Sudarso, yang biasanya diurus oleh kelompok agama. Dalam struktur yayasan, terdapat tiga organ utama dengan peran yang berbeda: Pembina, Pengawas, dan Pengurus, di mana Pembina memegang kekuasaan tertinggi. Untuk rumah sakit yang dikelola oleh yayasan, organ yang paling mendekati fungsi *Governing Body* adalah Pengurus Yayasan (Wirawan, 2009).

- Jacobalis, S. (2022). *Merancang Hospital Bylaws Indonesia*. Rakernas PERSI.
- Kementerian Dalam Negeri Republik Indonesia. (2017). *Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 12 Tahun 2017 tentang Pedoman Pembentukan dan Klasifikasi Cabang Dinas dan Unit Pelaksana Teknis Daerah*.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2005). *Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 631 Tahun 2005 tentang Pedoman Peraturan Internal Staf Medis (Medical Staff By Laws) di Rumah Sakit*.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2006). *Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 1045 Tahun 2006 tentang Pedoman Organisasi Rumah Sakit di Lingkungan Departemen Kesehatan*.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2020). *Permenkes Nomor 3 Tahun 2020 tentang Klasifikasi dan Perizinan Rumah Sakit*.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2023). *Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan*.
- Kementerian Keuangan Republik Indonesia. (2006). *Peraturan Menteri Keuangan Nomor 9 Tahun 2006 tentang Pembentukan Dewan Pengawas pada Badan Layanan Umum*.
- Pemerintah Indonesia. (2015). *Permenkes Nomor 77 Tahun 2015 tentang Pedoman Organisasi Rumah Sakit*.
- Pemerintah Indonesia. (2024). *Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 28 Tahun 2024 tentang Peraturan Pelaksanaan Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 Tentang Kesehatan*.

- Sihotang, E. (2021). *Prinsip Hukum Dalam Tata Kelola Rumah Sakit*. Menara Madinah.
- Wirawan, M. W. (2009). *Organisasi Rumah Sakit, Governing Body, Fungsi, Peran, Tugas, Tanggung Jawab dan Wewenang*. http://eprints.undip.ac.id/921/1/3_materi_ORGANISASI_RUMAH_SAKIT.pdf



Dr. Dra. Sri Siswati, SH., Apt., M. Kes. lahir di Bukittinggi, pada 8 Maret 1964. Penulis merupakan lulusan S1 Hukum Unpad (1989) dan Farmasi ITB (1990), lulusan profesi apoteker ITB (1991), lulusan S2 Kesmas UI (2001) dan lulusan pendidikan Doktor dengan prodi Pendidikan Teknologi Kejuruan di UNP Padang (2021). Sri Siswati sudah mulai berkarir sejak tahun 1991 di Ditjen POM Jakarta, 1996 Kasubbag Organisasi, Hukum dan Humas Depkes Provinsi Sumbar, 2004-2006 Kasubdin Promkes dan Pemberdayaan Masyarakat, dan 2006-2014 Wakil Direktur Umum dan Keuangan di RSJ Prof. H.B. Saanin Padang. Dari 2014-sekarang alih fungsi menjadi dosen tetap di FKM Unand dan mengajar beberapa mata kuliah, seperti Farmakologi Gizi, Sistem Teknologi dan Informasi Kesehatan, Manajemen Strategik, Manajemen Pemasaran, Manajemen Logistik, dan Etika dan Hukum Kesehatan.



BAB 4

DASAR-DASAR

MANAJEMEN KEUANGAN

RUMAH SAKIT

NASIATUL AISYAH SALIM



FUNGSI KEUANGAN DALAM RUMAH SAKIT

Aktivitas keuangan, spesifik terbagi dalam 4 C yaitu costs (biaya), cash (kas), capital (modal) dan control (pengendalian). Pengukuran dan minimalisasi biaya sangat penting bagi kesuksesan keuangan bisnis apapun. Uang tunai adalah “pelumas” yang membuat roda bisnis berjalan lancar. Tanpa uang, bisnis akan terhenti. Modal merupakan dana yang digunakan untuk memperoleh tanah, bangunan dan peralatan. Tanpa modal, bisnis tidak akan memiliki sumber daya fisik yang diperlukan untuk menyediakan barang dan jasa. Terakhir, suatu perusahaan harus mempunyai mekanisme pengendalian yang memadai untuk memastikan bahwa modalnya digunakan secara bijaksana dan sumber daya fisiknya dilindungi untuk penggunaan di masa depan.

Pada saat profitabilitas tinggi dan sumber daya keuangan berlimpah, fungsi keuangan cenderung menurun peranannya. Fungsi keuangan yang paling penting adalah identifikasi biaya karena memperhitungkan biaya lebih penting daripada mengendalikannya. Fungsi keuangan harus mendukung aktivitas yang lebih luas, termasuk pengembangan strategi, upaya pengendalian biaya, negosiasi kontrak dengan pihak ketiga, manajemen risiko dan integrasi klinis. Intinya, keuangan harus membantu mengarahkan organisasi ke masa depan bukan sekedar mencatat apa yang telah terjadi di masa lalu (Paterson, 2014).

AKUNTANSI BIAYA MEDIS

Akuntansi biaya medis adalah suatu metode atau cara akuntansi dimana semua biaya dan pengeluaran yang terjadi dalam melaksanakan aktivitas atau layanan medis atau mencapai tujuan perawatan pasien, dikumpulkan, di klasifikasikan dan dicatat. Data ini kemudian di analisis untuk menghasilkan layanan, faktur atau harga jual atau untuk menentukan dimana penghematan biaya dapat dilakukan.

Akuntansi biaya dianggap sebagai proses mengumpulkan, menganalisis, merangkum dan mengevaluasi berbagai alternatif tindakan yang melibatkan biaya dan kemudian memberi nasehat kepada manajemen mengenai tindakan yang paling tepat berdasarkan efisiensi biaya dan kemampuan manajemen. Mengetahui biaya layanan dan produk medis sangat penting untuk membuat keputusan mengenai harga dan layanan. Akibatnya terdapat variasi yang luas dalam sistem akuntansi biaya untuk berbagai rumah sakit (Marcinko and Hertico, 2013).

1. Cost Behavior

Perilaku biaya adalah studi tentang bagaimana biaya berubah sehubungan dengan variasi aktivitas, layanan atau penggunaan. Menerapkan budaya penetapan biaya Kaizen adalah proses top-down dan bottom-up. Seperti akuntansi biaya itu sendiri, tidak ada satu pun cara terbaik untuk menerapkannya. Sebaliknya, rumah sakit yang matang dan baru harus menemukan cara mereka sendiri untuk mengelola biaya secara efektif.

Biaya organisasi layanan kesehatan dapat dibagi menjadi beberapa kategori termasuk biaya tetap, variabel, campuran, terkendali, peluang, relevan, tercatat, masa depan dan sumber daya manusia. Biaya-biaya ini diperhitungkan melalui beberapa kisaran yang relevan yang merupakan prinsip ekonomi yang dapat didefinisikan sebagai kisaran kegiatan pelayanan medis dimana asumsi-asumsi tertentu tidak terlalu tinggi atau terlalu rendah, dan berhubungan dengan perilaku biaya variabel dan tetap dengan validitas. Tipe Biaya terdiri dari

a. Fixed Cost (Biaya Tetap)

Biaya tetap dapat dilihat secara per unit, namun selalu tetap konstan. Misalnya sewa klinik tidak bertambah jika jam kerjanya ditambah menjadi hari Sabtu atau Minggu. Total biaya tetap biasanya tidak dipengaruhi oleh perubahan aktivitas (misalnya sewa klinik, pajak, asuransi, gaji karyawan). Sewa tetap harus dibayar meskipun tidak ada pasien yang datang. Biaya tetap akan tetap konstan, pada rentang yang relevan, meskipun tingkat aktivitas berubah (misalnya kesibukan di musim panas atau musim dingin melambat). Namun biaya tetap menurun per unit seiring dengan naiknya tingkat aktivitas dan meningkat per unit seiring menurunnya tingkat aktivitas. Umumnya, keputusan atau perubahan tidak mengubah biaya tetap dalam jangka pendek. Jumlah

totalnya tetap konstan pada berbagai aktivitas klinik dan berbanding terbalik dengan aktivitas jika dinyatakan dalam basis per unit atau per pasien.

Contoh:

Asumsi bahwa klinik mengeluarkan peralatan medis tahan lama untuk berbagai kondisi biomekanik. Sewanya ditetapkan selama masa sewa sebesar Rp 20.000.000 per bulan. Oleh karena itu, biaya sewa total dan per unit pada berbagai tingkat aktivitas perangkat akan digambarkan sebagai berikut:

Sewa Tetap		
Biaya per bulan	Jumlah penggunaan	Biaya sewa tetap per penggunaan
20.000.000	1	20.000.000
20.000.000	10	2.000.000
20.000.000	100	200.000
20.000.000	200	100.000

Tabel diatas menunjukkan pengaruh volume (biaya per bulan dan jumlah penggunaan) terhadap biaya sewa per penggunaan. Dengan kata lain, semakin sering perangkat peralatan medis digunakan, semakin rendah biaya tetap per unitnya.

b. Variable Cost (Biaya variabel)

Total biaya variabel meningkat dan menurun sebanding dengan aktivitas, sedangkan biaya variabel per unit tetap konstan per unit. Biaya variabel berubah total secara proporsional terhadap perubahan tingkat aktivitas, namun konstan dalam basis per unit. Biaya klinik yang biasanya bervariasi terhadap volume meliputi: tenaga kerja tidak langsung, bahan tidak langsung seperti AC, biaya administrasi dan perlengkapan medis lainnya. Umumnya, biaya variabel berubah sebagai akibat langsung dari pengambilan keputusan atau perubahan tindakan.

Contoh:

Klinik terapi fisik yang sama membagikan belat pergelangan tangan lateks yang dibuat khusus seharga Rp 30.000,- per perangkat. Biaya per unit dan total biaya belat pada berbagai tingkat aktivitas akan digambarkan sebagai berikut:

Jumlah Belat yang diberikan	Biaya per Belat	Total Biaya Variabel per Belat
1	Rp 30.000,-	Rp 30.000,-
10	Rp 30.000,-	Rp 300.000,-
100	Rp 30.000,-	Rp 3.000.000,-
200	Rp 30.000,-	Rp 6.000.000,-

Tren organisasi layanan kesehatan saat ini yang beralih ke akuntansi biaya variabel mengarah pada perhitungan biaya berikut

Perhitungan biaya sederhana :

Total biaya = total biaya tetap + total biaya variabel

Total biaya variabel untuk sebuah rumah sakit dapat disamakan dengan

Total biaya variabel = total biaya variabel per kunjungan x jumlah kunjungan

Jadi

Total biaya = Total biaya Tetap + ((biaya variabel/visit) x jumlah kunjungan)

Dan jika dinyatakan sebagai *total laba = pendapatan (harga x volume) – Biaya*

Maka, *total keuntungan = (harga x volume) – (Biaya Tetap + Biaya variabel)*

c. Hybrid Cost

Biaya hybrid adalah biaya yang mengandung elemen tetap dan variabel. Meskipun penunjukan dapat berubah dari satu rumah sakit ke rumah sakit lainnya, konsistensi internal penting untuk tujuan perilaku biaya. Misalnya unit sinar X disewa dengan harga 120 juta per tahun, ditambah 2 juta per film. Dalam hal ini, sewa tahunan adalah elemen tetap sedangkan biaya film per unit bervariasi tergantung penggunaan.

d. Extraneous Cost

Biaya tambahan tidak terkait dengan produk, departemen, prosedur, intervensi, obat, pasien atau layanan kesehatan tertentu dan mencakup biaya penurunan, langsung dan tidak langsung.

- Biaya penurunan berada di puncak hierarki dimana pusat utama menyediakan sumber daya ke pusat

biaya lainnya seperti sumber daya manusia atau keperawatan. Biaya dari pusat utama dialokasikan ke pusat lainnya. Kemudian, pusat utama ditutup dan tidak ada biaya lain yang dialokasikan kesana.

- Biaya langsung dapat ditelusuri dari tujuannya dan dapat ditelusuri secara khusus pada pelaksanaan suatu prosedur. Semakin banyak prosedur dilakukan, semakin tinggi biaya langsungnya. Di rumah sakit, radiografi, perlengkapan bedah, peralatan medis tahan lama dan prosedur lainnya dapat ditelusuri ke pasien tertentu, sementara persalinan ditelusuri ke staf rumah sakit.
- Biaya tidak langsung harus dialokasikan ke overhead rumah sakit dan bukan secara khusus di bebankan ke cost driver yang bersangkutan. Pengeluaran seperti sewa, hak milik, atau gaji manajer kantor adalah konstan. Mereka tidak ada hubungannya dengan frekuensi penggunaan.

2. Break Even Cost / Volume Analysis and Profit

Analisis titik impas adalah konsep yang digunakan untuk menentukan atau menggambarkan berapa banyak unit suatu produk (intervensi medis) atau layanan (pasien) yang harus dijual (dilihat atau dirawat) untuk memperoleh keuntungan pada setiap tingkat volume penjualan. Rata-

rata jumlah pasien aktif bervariasi menurut dokter dan spesialisasinya. Contoh: ketiga dokter praktek ABC memiliki klinik yang biaya tetapnya (Fixed cost) adalah \$200.000. biaya variabel rata-rata per pasien (Variabel cost/patient) adalah \$22. Titik impas (Break Even Point) tercapai ketika pendapatan dan total biaya perpotongan pada sekitar 2.500 pasien. VC ($\$22 \times 2.500 = \55.000) ditambah Fixed Cost ($\$200.000$) sama dengan total biaya \$255.000 yang pada BEP sama dengan total pendapatan, sehingga menghasilkan operasional klinis yang netral secara ekonomi (titik impas) seperti terlihat pada tabel dibawah ini:

Dokter	Break Even Analysis						
	Fixed Cost	VC/ PP	REV/ PP	Volume	Total Cost	Total Revenue	Profit
	200.000	\$22	\$102	2.500	\$255.000	\$255.000	0
A	200.000	\$22	\$102	3.000	266.000	306.000	40.000
B	200.000	\$22	\$102	6.000	332.000	612.000	280.000
C	200.000	\$22	\$102	9.000	398.000	918.000	520.000

Untuk menentukan pendapatan per pasien (REV/PP) pertama-tama bagi total pengumpulan dengan jumlah kunjungan unik pasien. Dari REV rata-rata ini, kurangi biaya overhead rata-rata per kunjungan. Namun dengan pembedahan mendatangkan lebih banyak pendapatan dibandingkan layanan lainnya, REV per pasien pembedahan dapat dihitung secara terpisah. Lebih jauh lagi, dapat dipahami bahwa, ketika volume meningkat,

total keuntungan meningkat lebih cepat dibandingkan total biaya.

MEMAHAMI LAPORAN KEUANGAN

Akuntansi keuangan melibatkan identifikasi, pengukuran, pencatatan dan komunikasi tentang peristiwa ekonomi dan status suatu organisasi. Informasi ini dirangkum dan disajikan dalam satu set laporan keuangan. Manajer organisasi layanan kesehatan harus memahami dasar-dasar akuntansi keuangan karena laporan keuangan adalah cara terbaik untuk merangkum status dan kinerja keuangan suatu bisnis.

Satu set laporan keuangan mengkomunikasikan informasi tentang posisi keuangan organisasi, perubahan posisi keuangan, transaksi dengan pemilik, arus kas dan informasi tambahan apapun yang diperlukan untuk menafsirkan atau memahami informasi yang disediakan dalam laporan. Tujuan laporan keuangan adalah membuat keputusan keuangan yang baik. Ada tiga laporan keuangan (atau akuntansi) dasar yaitu

Laporan laba rugi

Tujuan dasar laporan laba rugi menunjukkan keuntungan perusahaan selama periode waktu tertentu. Biasanya bulanan, triwulan atau tahunan. Bentuk format dasarnya adalah pendapatan (penjualan) dikurangi pengeluaran menghasilkan keuntungan. Laporan laba rugi dimulai dengan penjualan

(pendapatan). Penjualan (pendapatan) adalah unit terjual dikalikan harga jual per unit. Laba kotor didapat dari Penjualan (pendapatan) dikurangi harga pokok penjualan. Harga pokok penjualan didapat dari biaya per unit dikalikan jumlah unit terjual. Pendapatan operasional (laba sebelum bunga & pajak) didapat dari laba kotor dikurangi biaya operasional. Biaya operasional yaitu selain harga pokok penjualan seperti tagihan listrik yang harus dibayar, biaya pemasaran, biaya umum & administrasi, biaya penyusutan (jika memiliki peralatan & bangunan).

Pendapatan operasional adalah total keuntungan yang diperoleh perusahaan dari menjalankan bisnis sebelum membayar kreditor (beban bunga) untuk penggunaan utang, membayar pajak penghasilan kepada pemerintah. Pendapatan operasional adalah indikator laba terbaik yang menunjukkan seberapa baik kinerja perusahaan dalam bisnisnya. Penghasilan sebelum pajak didapat dari pendapatan operasional dikurangi beban bunga untuk mendapatkan laba sebelum pajak. Pemberi pinjaman membebankan bunga atas uang pinjaman, yang ditampilkan sebagai beban bunga dalam laporan laba rugi peminjam. Beban bunga adalah hasil dari tingkat bunga dan jumlah yang dipinjam. Contoh: jika suatu perusahaan mempunyai pendapatan operasional sebesar \$15.000 dan utang sebesar \$50.000 dengan tingkat bunga 6 %. maka beban bunga sebesar $(\$50.000 \times 0,06) = \3.000 . Sehingga penghasilan sebelum

pajak adalah pendapatan operasional (\$15.000) dikurangi beban bunga (\$3.000) yaitu \$12.000.

Untuk menghitung laba bersih diperoleh dari laba sebelum pajak dikurangi pajak penghasilan. Contoh: Jika suatu perusahaan mempunyai pendapatan operasional sebesar \$15.000 dan laba sebelum pajak sebesar \$12.000 dan membayar 25 % pajak penghasilan. Maka berapa pendapatan bersihnya ?
Pendapatan bersih = Laba sebelum pajak (\$12.000) – tarif pajak (25%) x laba sebelum pajak (\$12.000) = \$9.000

Contoh laporan laba rugi:

Penjualan		\$850
Harga pokok penjualan		<u>550</u>
Laba Kotor atas penjualan		\$300
Biaya operasional:		
Beban pemasaran	90	
Beban Umum & administrasi	80	
Penyusutan	30	
Total Biaya Operasional		<u>\$200</u>
Pendapatan operasional		\$100
Beban Bunga		<u>20</u>
Penghasilan sebelum pajak		80
Pajak penghasilan (25 %)		<u>20</u>
Penghasilan bersih		60

Jadi laporan laba rugi menjawab pertanyaan “Seberapa menguntungkankah bisnis ini?”. Laporan laba rugi melaporkan lima bidang besar yaitu

- Penjualan (pendapatan)
- Biaya produksi atau perolehan barang atau jasa perusahaan
- Biaya operasional
- Biaya pendanaan (beban bunga)

e. Pembayaran pajak

Neraca

Neraca yaitu potret posisi keuangan suatu perusahaan dalam kaitannya dengan asset yang dimiliki dan bagaimana asset tersebut dibiayai oleh hutang dan ekuitas pemilik di suatu waktu tertentu. Laporan laba rugi mencakup satu periode waktu (1 Januari – 31 Desember). Sedangkan neraca mewakili momen tertentu (31 Desember) dalam bentuknya yang paling sederhana, neraca adalah

Jumlah asset = Hutang yang belum dibayar + Ekuitas Pemilik

Tiga bagian utama dari neraca:

Assets yaitu sumber daya bernilai yang dimiliki atau dikendalikan oleh perusahaan. Total asset merupakan penjumlahan dari

1. Current asset (kas, persediaan). Asset lancar disebut juga modal kerja kotor. Asset lancar terdiri dari asset yang relative likuid seperti uang tunai, piutang usaha, persediaan, asset lancar lainnya (biaya dibayar dimuka) yang diharapkan dapat diubah menjadi uang tunai dalam satu periode akuntansi (contoh dalam satu tahun). Konversi current assets menjadi uang tunai diharapkan dapat menyediakan seluruh atau sebagian dana yang diperlukan untuk melunasi kewajiban yang telah jatuh tempo. Jadi current asset merupakan salah satu elemen yang berkontribusi pada likuiditas organisasi (bisnis

dikatakan likuid jika mempunyai uang tunai untuk membayar tagihan pada saat jatuh tempo).

2. Fixed Asset (Mesin dan peralatan, bangunan, tanah).
Harga perolehan aset tetap dicatat di neraca dan disusutkan selama masa manfaatnya. Laporan laba rugi melaporkan biaya penyusutan setiap tahun. Neraca melaporkan akumulasi penyusutan yang dilakukan atas suatu aset sepanjang umurnya. Ketika aset tetap dibeli, perusahaan membayar tunai sehingga peningkatan aset tetap di neraca. Kas berkurang di neraca. Namun biaya penyusutan bukan merupakan peristiwa tunai. Beban penyusutan dicatat dalam laporan laba rugi. Akumulasi kenaikan penyusutan di neraca tidak ada uang tunai yang terlibat. Aset tetap bruto adalah jumlah awal yang dibayarkan untuk aset tetap perusahaan. Aktiva tetap bersih adalah jumlah aktiva tetap bruto dikurangi dengan jumlah penyusutan (akumulasi penyusutan) yang diambil atas aktiva tetap tersebut.

Contoh penyusutan:

Anda membeli peralatan seharga \$10.000 dengan perkiraan umur 5 tahun. Berapa biaya penyusutan setiap tahunnya, seperti yang dilaporkan dalam laporan laba rugi ? ($\$10.000 / 5 \text{ tahun} = \2.000) Seperti apa neraca selama 5 tahun ?

Akhir Tahun	1	2	3	4	5
Aset tetap kotor	\$10.000	\$10.000	\$10.000	\$10.000	\$10.000
Akumulasi penyusutan	\$2000	\$4000	\$6000	\$8000	\$10000
Asset tetap bersih	\$8000	\$6000	\$4000	\$2000	\$0

3. Aset lainnya termasuk aset tidak berwujud seperti investasi jangka panjang, paten, hak cipta.

a. Liabilities (Debt) / Kewajiban (Hutang) yaitu hutang perusahaan atau pembiayaan yang diberikan oleh kreditor. Total hutang meliputi Current debt / hutang lancar (hutang usaha, biaya yang masih harus dibayar, surat utang jangka pendek).

Kewajiban jatuh tempo dalam waktu 12 bulan hutang usaha atau kredit dagang. Kredit yang diberikan oleh pemasok untuk pembelian persediaan. Biasanya diberikan waktu 30-60 hari untuk membayar. Biaya yang masih harus dibayar yaitu biaya operasional yang terutang tetapi belum dibayar.

Hutang jangka panjang (surat utang jangka panjang)

Pinjaman dari bank atau sumber lain yang jatuh tempo setelah 12 bulan. Biasanya pinjaman untuk membiayai investasi modal jangka panjang seperti mesin dan peralatan.

- b. Ekuitas Pemilik (kekayaan bersih) yaitu jumlah yang diinvestasikan oleh pemilik (pemegang saham). Ekuitas terdiri dari (1) jumlah yang diinvestasikan saat membeli kepemilikan dalam bisnis dan (2) laba ditahan (seluruh keuntungan yang ditahan dalam perusahaan. Keuntungan tidak dibayarkan dalam bentuk dividen kepada pemilik). Laba ditahan adalah akumulasi keuntungan (keuntungan dan kerugian) bisnis, dikurangi dividen yang dibayarkan kepada pemegang saham sejak perusahaan didirikan.

Laporan Arus Kas (Cash Flow)

Kas adalah raja. Masalah arus kas adalah alasan utama kegagalan perusahaan kecil bahkan pada saat bisnis sedang menguntungkan. Kehabisan uang tunai dan bisnis Anda akan gagal.

Keuntungan dan arus kas (cash flow) tidak sama. Keuntungan tidak akan pernah memberitahu berapa banyak uang yang dihasilkan. Perbedaan antara laba dan arus kas dapat disebabkan oleh:

- Penjualan yang dilaporkan pada laporan laba rugi meliputi penjualan tunai dan kredit
- Beberapa pembelian dibiayai dengan kredit jika tidak ada uang tunai yang terlibat
- Beban penyusutan merupakan beban non tunai
- Pajak penghasilan atas laporan laba rugi dapat dibebankan dan dibayar pada periode berikutnya

Laporan arus kas menjawab pertanyaan yang sangat penting yaitu darimana uang itu berasal dan kemana perginya uang tersebut. Data yang dibutuhkan untuk menghitung arus kas:

- Dari laporan laba rugi berupa beban penyusutan, pendapatan operasional, beban bunga, beban pajak penghasilan
- Perubahan neraca awal tahun (akhir tahun lalu) dan neraca akhir tahun berjalan

Kas bertambah jika (1) mengurangi asset, (2) pinjam lebih banyak uang (menambah hutang); (3) pemilik berinvestasi lebih banyak dalam bisnisnya. Sedangkan kas berkurang apabila (1) menambah harga, (2) membayar (mengurangi) hutang, (3) pemilik menarik uang dari perusahaan. Arus kas masuk dan arus keluar dihasilkan dari tiga aktivitas:

- Kegiatan operasi: arus kas dari operasi normal

Arus kas dari operasi terdiri dari arus kas bersih dari aktivitas bisnis sehari-hari. Mulai dengan pendapatan operasional lalu tambahkan biaya non tunai (biaya penyusutan) lalu kurangi pajak penghasilan, kurangi peningkatan modal kerja bersih

- Kegiatan investasi: arus kas terkait dengan investasi atau penjualan aset

Kegiatan investasi terdiri dari pembelian atau penjualan aset tetap (perubahan aset tetap bruto) dan pembelian atau penjualan aset jangka panjang lainnya (paten, dll)

- Kegiatan pendanaan: arus kas terkait dengan pembiayaan perusahaan

Kegiatan pendanaan meliputi (1) membayar dividen dan beban bunga, (2) menambah atau mengurangi hutang jangka pendek dan jangka panjang. Peningkatan jika meminjam lebih banyak uang. Penurunan jika melunasi hutang; (3) pemilik berinvestasi lebih banyak atau lebih sedikit dalam bisnis dengan beli lebih banyak stock dan perusahaan membeli kembali saham pemilik.

Untuk memahami apa yang disampaikan dalam laporan arus kas, lihatlah tanda (+ atau -) dari ketiga aktivitas arus kas yaitu (1) apakah arus kas dari operasi positif atau negative ? (2) apakah arus kas dari aktivitas investasi positif atau negative (3) apakah arus kas dari aktivitas pendanaan positif atau negative ? (Reiter and Song, 2021)

- Marcinko, D. E. and Hertico, H. R. (2013) *Financial Management Strategies for Hospitals and Healthcare Organizations: Tools, Techniques, Checklists and Case Studies*. CRC Press.
- Nowicki, M. (2004) *The financial management of hospitals and healthcare organizations*. Health Administration Press Chicago, IL.
- Paterson, M. A. (2014) *Healthcare finance and financial management: Essentials for advanced practice nurses and interdisciplinary care teams*. DEStech Publications, Inc.
- Reiter, K. L. and Song, P. H. (2021) *Gapenski's healthcare finance: an introduction to accounting and financial management*. Health Administration Press.



Nasiatul Aisyah Salim, SKM., MPH , lahir di Tegal, 18 Februari 1988. Anak ke empat dari Salim Mas'ood dan Sitti Hartinah. Menyelesaikan pendidikan Sarjana di Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Diponegoro Semarang dan Magister di Manajemen Rumah Sakit Universitas Gadjah Mada Yogyakarta. Memilliki pengalaman sebagai peneliti di Pusat Kebijakan Manajemen Kesehatan FK UGM tahun 2012-2014 dan dosen di STIKES Wira Husada Yogyakarta tahun 2015-2021. Sejak tahun 2022 hingga sekarang menjadi dosen tetap di Program Studi S1 Administrasi Rumah Sakit Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Singaperbangsa Karawang.



BAB 5 EMPLOYEE ENGAGEMENT

NUR ARIFAH



PENDAHULUAN

Employee engagement (keterikatan karyawan) dewasa ini kerap digunakan dalam pengelolaan human capital sebagai hal yang penting guna menggerakkan dan mempertahankan karyawan untuk menghasilkan tingkat produktivitas yang lebih tinggi, sehingga secara signifikan dapat mempengaruhi kinerja organisasi. (Stephanie and Gustomo, 2015). Berbagai macam bukti penelitian yang menunjukkan bahwa keberhasilan organisasi sangat bergantung pada tingkat keterikatan karyawannya, akan dibahas secara lengkap pada bab ini.

Karyawan yang merasa "terikat" dengan organisasi mereka akan lebih cenderung untuk tetap bertahan dengan organisasi dan melakukan pekerjaannya 20 persen lebih baik daripada rekan-rekan mereka yang tidak merasa terikat, selanjutnya karyawan yang terikat ini akan berperan sebagai pendukung bisnis. Individu yang terikat sepenuhnya pada organisasi, akan berinvestasi dalam pekerjaan mereka, menghasilkan peningkatan efisiensi diri dan efek positif pada kesehatan dan kesejahteraan. Pada akhirnya, hal ini akan berakibat pada peningkatan dukungan karyawan untuk organisasi (Robertson-smith and Markwick, 2009). Sebuah penelitian yang dilakukan di Inggris yang bertujuan untuk melihat hubungan antara *employee engagement* (E2) dengan kualitas pelayanan menunjukkan bahwa skor *employee engagement* (E2) di National Health Service (NHS) menunjukkan bahwa memang benar *employee engagement*

mempengaruhi tingkat kualitas pelayanan, semakin tinggi tingkat keterikatan karyawan, maka kualitas pelayanan yang diberikan pun semakin baik. (Wake and Green, 2019).

DEFINISI *EMPLOYEE ENGAGEMENT*

Employee engagement, sebagai konsep yang telah berevolusi dari waktu ke waktu, telah didefinisikan dalam berbagai cara di literatur. Pendefinisian ini seringkali tidak konsisten, sehingga membuat istilah itu ambigu bagi banyak orang dan sulit untuk ditemukan dua orang yang mendefinisikan istilah *employee engagement* dengan cara yang sama. Kurangnya konsensus dalam literatur tentang definisi yang tepat, atau setidaknya model "yang paling sesuai" untuk *employee engagement* menyebabkan pemahaman mengenai *employee engagement* menjadi tantangan penting namun kompleks, dan perlu ada banyak ruang diskusi untuk mendiskusikan berbagai pendekatan untuk hal ini (Macey and Schneider, 2008; Robertson-smith and Markwick, 2009).

Employee engagement telah dikonseptualisasikan dengan cara yang berbedar-beda, misalnya Kahn (1990) mendefinisikan *employee engagement* sebagai *work engagement* dan menunjukkan bahwa ada karakteristik yang signifikan yang menyarankan *work engagement* harus mengacu pada hubungan psikologis dengan kinerja karyawan daripada sikap terhadap ciri-ciri organisasi atau pekerjaan. Oleh karena itu, *engagement* mewakili kesamaan di antara fisik, emosi, dan energi kognitif

yang dimiliki individu yang dibawa ke peran pekerjaan mereka (Kahn, 1990). Konsep Kahn ini muncul dari teori peran dan didefinisikan sebagai pengalaman yang menyertai “perilaku terlibat karyawan secara pribadi” yang melibatkan penyaluran energi pribadi karyawan ke dalam fisik, pekerjaan kognitif, dan emosi (Kahn, 1990 dalam Schaufeli and Bakker, 2004)).

Teori Kahn ini menitikberatkan pengertian *employee engagement* pada faktor psikologi dan perilaku karyawan Hal senada juga dinyatakan oleh R. May, L. Gilson and M. Harter (2004) yang mendefinisikan *employee engagement* sebagai keadaan psikologis dimana karyawan merasa bahwa mereka memiliki kepentingan dalam kesuksesan perusahaan dan mereka memang sangat bersedia dan termotivasi untuk melakukan pekerjaan pada tingkat yang melebihi dari yang ada dalam deskripsi pekerjaan mereka. Keterikatan karyawan (*employee engagement*) pada dasarnya adalah sebuah konsep motivasi yang mewakili alokasi aktif sumber daya pribadi terhadap tugas-tugas yang terkait dengan suatu peran dalam pekerjaan. Demikian pula Macey and Schneider (2008) menyatakan bahwa *employee engagement* dipahami sebagai keadaan psikologis atau afektif, misalnya komitmen, keterlibatan, keterikatan, dan lain-lain. Konstruksi kinerja misalnya kinerja peran, usaha, perilaku yang dapat diamati, perilaku kewarganegaraan organisasi atau sikap.

Sementara itu, (Jewe, Oppenheimer and Konje, 2015), mendefinisikan E2 sebagai komitmen emosional karyawan

terhadap organisasi dan tujuan organisasi tersebut. Kemudian beberapa peneliti mendefinisikan *employee engagement* sebagai mekanisme yang memberi karyawan cara atau peluang yang berarti untuk berpartisipasi dan merasa diri mereka bagian dari organisasi mereka, termasuk berbagi informasi, partisipasi dalam tim, keterlibatan dalam pengambilan keputusan, dan praktik pemberdayaan atau keterlibatan lainnya (Adquisiciones *et al.*, 2019).

Berdasarkan beberapa definisi yang telah dikemukakan, dapat disimpulkan bahwa sebagian ilmuwan menitikberatkan pengertian *employee engagement* pada faktor psikologi dan perilaku karyawan (Kahn, 1990; Luth, M. T., & May, 2012; Schaufeli *et al.*, 2002). Ada pula yang mendefinisikannya sebagai sikap positif yang dimiliki karyawan terhadap organisasi dan nilai-nilai yang dimiliki oleh organisasi (Men, 2015), sementara ilmuwan lain mendefinisikannya sebagai komitmen emosional karyawan terhadap organisasi dan tujuan organisasi tersebut (Jeve, *et.al.* 2015) dan sebagian lainnya mendefinisikan *employee engagement* sebagai mekanisme yang memberi karyawan cara atau peluang yang berarti untuk berpartisipasi dan merasa diri sebagai bagian dari organisasi mereka, termasuk berbagi informasi, partisipasi dalam tim, keterlibatan dalam pengambilan keputusan dan praktik pemberdayaan atau keterlibatan lainnya (Johansen and Sowa, 2019).

Penjelasan tentang *employee engagement* juga dapat ditemukan pada teori pertukaran social (*social exchange theory*). SET dianggap memberikan landasan teoritis untuk menjelaskan mengapa karyawan memilih untuk menjadi lebih atau kurang terlibat dalam pekerjaan atau organisasi mereka. SET menganggap bahwa *employee engagement* adalah proses pertukaran sosial antara karyawan dengan organisasinya, dimana karyawan menerima sumber daya dari organisasi dan karenanya merasa berkewajiban untuk membayar kembali (memberikan pengembalian investasi) kepada organisasi dalam bentuk *employee engagement*. Artinya, jumlah kognitif, emosional dan sumber daya fisik yang disiapkan karyawan untuk dicurahkan dalam kinerja peran pekerjaannya tergantung pada seberapa besar dan seberapa banyak sumber daya yang diterimanya dari organisasi tempatnya bekerja (Saks, 2006). Robertson Smith dan Marwick dalam bukunya berjudul "*Employee engagement, a review of current thinking*" juga sampai pada kesimpulan bahwa *employee engagement* merupakan pilihan, tergantung atas hal-hal apa saja yang menurut karyawan layak diinvestasikan kepada organisasi mereka (Robertson-smith and Markwick, 2009). Pada buku ini, Robertson dan Markwick membagi definisi *employee engagement* berdasarkan pada tiga (3) kategori yaitu: pengertian berdasarkan perspektif organisasi, pengertian dari perspektif akademik (literatur ilmiah), pengertian dari perspektif psikologi, engagement sebagai dampak perilaku.

PERBEDAAN *EMPLOYEE ENGAGEMENT* DENGAN *WORK ENGAGEMENT*

Istilah *employee engagement* bahkan juga sering digunakan secara keliru, dianggap sama dengan “*job engagement*” atau “*work engagement*”. Kata ‘*work engagement*’ dan ‘keterikatan karyawan’ sering digunakan sebagai sinonim. Namun sebenarnya, keterikatan kerja adalah komitmen karyawan menuju pekerjaan di tingkat individu dan keterikatan karyawan adalah proses di tingkat organisasi (Jave et al., 2015). Jadi *work engagement* merupakan keterlibatan atau keterikatan karyawan dengan pekerjaannya pada level individu, sedangkan *employee engagement* merupakan keterikatan karyawan dengan organisasi dimana ia bekerja. Dibandingkan dengan *work engagement*, pemahaman tentang *employee engagement* sangat bervariasi menurut berbagai peneliti yang berbeda (Saks, 2006; Shantz et al., 2013). *Work engagement* dianggap memiliki satu skala pengukuran yang sudah mapan, yaitu UWES, sementara itu tidak ada skala pengukuran serupa untuk *employee engagement*; hanya terdapat beberapa skala yang disusun secara paralel. Di antara ini adalah skala pengukuran *employee engagement* yang dikembangkan oleh Shuck, Adelson, dan Reio (2017) dan didasarkan pada perspektif bahwa keterikatan terhadap pekerjaan dan keterikatan karyawan adalah konsep yang berbeda. Dalam skalanya, keterikatan karyawan terdiri dari tiga sub-faktor. Pertama,

keterikatan kognitif, didefinisikan sebagai intensitas energi mental yang diekspresikan untuk hasil organisasi yang positif dengan tujuan menghasilkan hasil positif bagi organisasi.

Kedua, keterikatan emosional, didefinisikan sebagai intensitas dan kemauan karyawan untuk menginvestasikan emosionalitas terhadap hasil organisasi yang positif - emosi yang dengan sukarela dimasukkan untuk tujuan menghasilkan hasil positif bagi organisasi dan intensitas emosi tersebut. Ketiga, keterlibatan perilaku, didefinisikan sebagai keadaan psikologis niat untuk berperilaku dengan cara yang secara positif mempengaruhi kinerja - bertindak dengan tujuan untuk berdampak positif pada hasil (Shuck, Adelson and Reio Jr, 2017).

Jika dilihat sekilas, jelas terlihat bahwa skala keterikatan kerja yang dikembangkan oleh Schaufeli dkk. (2004), yaitu UWES, hanya mencakup item-item yang berkaitan dengan "pekerjaan" atau "tugas" seseorang (Schaufeli and Bakker, 2004). Sementara itu, lima item di antara 12 item skala keterikatan karyawan yang dikembangkan oleh Shuck dkk. (2017) merupakan pertanyaan-pertanyaan yang berhubungan dengan "perusahaan saya," "organisasi saya," dan "tim saya". Selain itu, terdapat perbedaan yang signifikan dalam frekuensi penggunaan istilah "keterikatan kerja" dan "keterikatan karyawan" dalam praktik (Shuck, Adelson and Reio Jr, 2017).

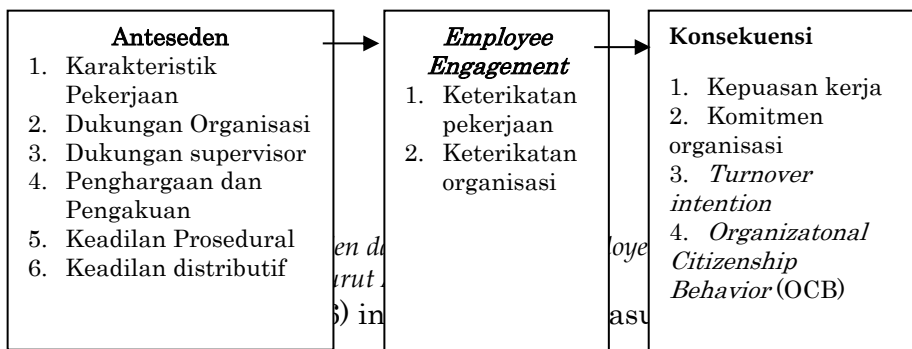
Shuck dkk. (2017) mengklaim bahwa *work engagement* dan *employee engagement* jelas berbeda dalam hal fokus dan definisinya. Schaufeli dkk. (2004) mendefinisikan *work*

engagement sebagai perasaan seseorang terhadap pekerjaannya, sementara Shuck dkk. (2017) mendefinisikan *employee engagement* sebagai perasaan seseorang terhadap organisasi dan pekerjaannya. Oleh karena itu, salah satu perbedaan yang jelas pada kedua konsep ini terletak pada apakah konsep tersebut juga mencakup perasaan tentang organisasi. Hal ini juga terlihat jelas dalam perbandingan antara skala-skala tersebut. Terdapat perbedaan perspektif terhadap pendapat mengenai apakah aspek hubungan dengan organisasi merupakan aspek yang positif. Shuck (2017) memandang *employee engagement* sebagai konsep yang lebih komprehensif dan hubungan dengan organisasi sebagai hal yang positif berkaitan dengan *employee engagement* (Shuck, Adelson and Reio Jr, 2017).

Berdasarkan pengkajian di atas, dapat disimpulkan bahwa *employee engagement* berbeda dengan *work engagement*, ruang lingkup *employee engagement* lebih luas daripada ruang lingkup *work engagement* karena pada *work engagement* hanya mencakup keterikatan karyawan dengan pekerjaannya, sedangkan *employee engagement* mencakup keterikatan karyawan dengan pekerjaan dan lebih luas lagi, mencakup keterikatan karyawan dengan organisasinya atau Perusahaan tempatnya bekerja.

BERBAGAI KONSTRUK *EMPLOYEE ENGAGEMENT*

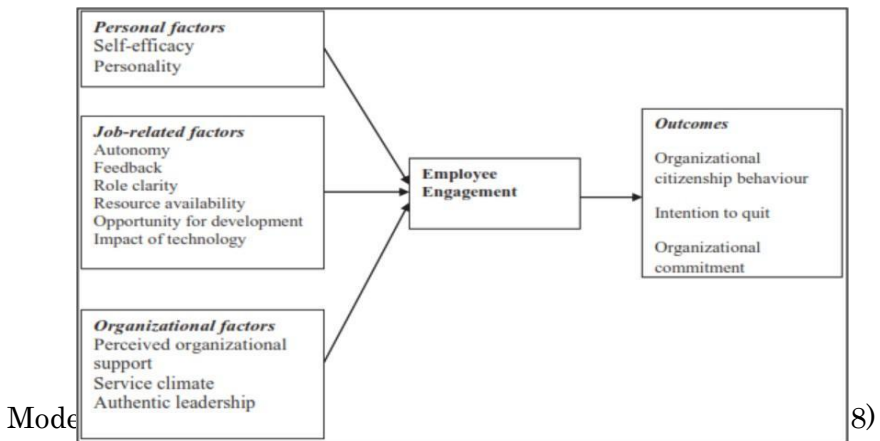
Berbagai penelitian dan peneliti telah mengembangkan konstruk *employee engagement*. Salah satunya adalah penelitian yang dilakukan oleh Saks (2006), dimana tujuan dari penelitian ini adalah untuk menguji latar belakang dan konsekuensi dari pekerjaan dan keterikatan karyawan pada tingkat organisasi berdasarkan teori pertukaran sosial. Keterikatan karyawan terhadap pekerjaan dan organisasi tempat mereka bekerja, menjembatani keterkaitan antara anteseden dan kepuasan kerja karyawan, komitmen organisasi, *turnover intention* (niat untuk berhenti) dan *organizational citizenship behavior* (OCB). Saks (2006) kemudian menyusun sebuah konsep anteseden dan konsekuensi untuk *employee engagement* menjadi seperti model berikut ini:



a. Terdapat perbedaan yang signifikan antara keterikatan kerja dan keterikatan organisasi;

- b. Beberapa item pada variabel anteseden memprediksi keterikatan pekerjaan dan keterikatan organisasi;
- c. Keterikatan pekerjaan dan keterikatan organisasi berhubungan dengan konsekuensi individu;
- d. Teori pertukaran sosial merupakan dasar teoritis yang sangat penting untuk memahami dan mempelajari keterikatan karyawan.

Pada tahun 2018, studi lain juga dilakukan oleh Borah & Barua (Borah and Barua, 2018), juga memberikan sebuah gambaran konseptual model mengenai faktor-faktor yang mempengaruhi *employee engagement* dan dampak yang ditimbulkan *employee engagement*. Hasil temuan tersebut dapat dilihat pada gambar berikut:



menarik karena "pemimpin yang otentik" kemudian disebut sebagai konstruksi keterikatan karyawan. Hal ini dikonfirmasi

oleh penelitian analisis meta oleh (Li *et al.*, 2021), mengenai variasi dalam hubungan antara kepemimpinan dan keterikatan karyawan dalam berbagai budaya nasional. Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa dari 56 budaya nasional yang diteliti, 10 di antaranya menunjukkan bahwa gaya kepemimpinan berbagai negara dipengaruhi oleh budaya nasional mereka, yang pada akhirnya juga mempengaruhi keterikatan karyawan. Hasil ini mengkonfirmasi bahwa kepemimpinan juga dipengaruhi oleh budaya. Selain itu, meta-analisis mengungkapkan bahwa korelasi antara kepemimpinan dan komitmen karyawan lebih kuat di negara-negara yang memprioritaskan kepemimpinan etis dan memberdayakan kepemimpinannya (Li *et al.*, 2021).

***EMPLOYEE ENGAGEMENT* DI RUMAH SAKIT**

Telah menjadi jelas bahwa sejumlah besar konstruksi yang melibatkan keterikatan karyawan membutuhkan penelitian tambahan, seperti yang dibuktikan oleh berbagai model konseptual yang menyediakan berbagai bentuk konstruksi terkait dengan keterikatan karyawan. Selain itu, berbagai bukti yang menunjukkan bahwa literatur yang meneliti kerangka konsep keterikatan karyawan yang secara fokus pada organisasi rumah sakit (RS) masih sangat kurang jika dibandingkan dengan penelitian yang mengkaji tentang keterikatan karyawan pada perusahaan komoditas dan jasa, swasta dan BUMN.

Employee engagement atau keterikatan karyawan saat ini sangat lazim dipergunakan dalam bidang manajemen modal

manusia (*human capital*) sebagai strategi dalam mempertahankan karyawan serta memotivasi mereka dalam meningkatkan produktivitas, kemudian hal ini akan berpengaruh secara langsung terhadap kinerja organisasi (Stephanie and Gustomo, 2015). Menurut berbagai temuan penelitian, organisasi yang berhasil sangat bergantung pada apakah karyawan dalam organisasi tersebut terikat (*engage*) atau tidak (Crabtree, 2005).

Pentingnya pengkajian keterikatan karyawan (*employee engagement*) dapat dilihat dari berbagai penelitian yang terus menerus menunjukkan hasil bahwa *employee engagement* sangat memiliki hubungan dengan faktor-faktor pendorong kesuksesan organisasi seperti: efisiensi dan kinerja karyawan (Harter, J. K., Schmidt, F. L., & Hayes, 2002; Holbeche and Park, 2004; Andrew and Sofian, 2012; Imandin, Bisschoff and Botha, 2014), keamanan (Kahn, 1990), loyalitas pelanggan dan profitabilitas (Seijts and Crim, 2006), kehadiran dan retensi karyawan (Holbeche and Park, 2004; Hallberg and Schaufeli, 2006), kualitas layanan dan kepuasan pelanggan (Wake and Green, 2019), produktivitas organisasi (Maslach, Schaufeli and Leiter, 2001; Laschinger and Grau, 2012; Lowe, 2012; Ferinia, Yuniarsi and Disman, 2016; Nawaz, M. S., Hassan, M., Hassan, S., Shaukat, S., & Asadullah, 2016; Sendawula *et al.*, 2018; Tannady *et al.*, 2019).

Shantz *et al* (2023) juga melakukan penelitian yang menguji keterikatan karyawan (*employee engagement*) serta

kemungkinan keterikatan karyawan menjadi mediasi pada hubungan antara desain pekerjaan dengan kinerja karyawan. Hasil penelitian ini menunjukkan adanya kecenderungan bahwa karyawan yang dipekerjakan di posisi dengan otonomi tinggi, tanggung jawab yang beragam dan signifikan, serta umpan balik dari atasan akan lebih terikat. Dampaknya, mereka akan menerima penilaian kinerja yang lebih baik dari supervisor mereka, memperlihatkan perilaku kewarganegaraan organisasi yang lebih baik, dan lebih jarang melakukan perilaku menyimpang di tempat kerja (Shantz *et al.*, 2013).

Hipotesis yang menyatakan adanya pengaruh keterikatan karyawan terhadap OCB, juga dikemukakan oleh Handayani dkk., (2017) dengan hasil penelitian menemukan adanya pengaruh keterikatan karyawan terhadap OCB selanjutnya menjelaskan lebih jauh mengenai karyawan yang memiliki rasa keterikatan terhadap organisasinya secara sukarela melakukan upaya-upaya kerja secara maksimal untuk bekerja lembur, serta memaksimalkan knowledge maupun tenaga yang dimilikinya, dan cenderung melakukan inisiatif individu yang berpengaruh terhadap *extra-mile* yang dilakukannya (Handayani *et al.*, 2017).

Banyak penelitian yang telah dan terus membuktikan pengaruh keterikatan karyawan terhadap performa organisasi dan juga performa karyawannya. Sebuah studi di 23 rumah sakit di Jakarta mengkaji berbagai faktor yang berdampak pada kinerja karyawan dan hasilnya menunjukkan bahwa

keterikatan karyawan termasuk dalam variabel penghubung dalam budaya organisasi dengan kinerja karyawan (Tannady *et al.*, 2019). Keterikatan karyawan juga terbukti berpengaruh signifikan pada kepuasan pasien (Lowe, 2012; Wake and Green, 2019), mortalitas di rumah sakit, tingkat infeksi, ketidakhadiran dan perputaran tenaga di rumah sakit (Jeve, Oppenheimer and Konje, 2015; Wake and Green, 2019).

Sejalan pula dengan salah satu studi yang dilakukan di Inggris untuk melihat hubungan antara hasil penilaian *employee engagement* dengan tingkat kualitas pelayanan pada National Health Service (NHS), memperlihatkan bahwa *employee engagement* mempengaruhi tingkat kualitas pelayanan, di mana semakin baik *employee engagement* maka kualitas pelayanan yang diberikan akan semakin baik pula (Wake and Green, 2019).

Secara global, data terkait *employee engagement* menunjukkan bahwa pada awal tahun 2020, 41% karyawan secara global mengalami keterikatan (*engaged*). 38% karyawan tidak mengalami keterikatan (*disengaged*), dan 21% karyawan tidak mengalami keterikatan secara aktif (Peakon, 2020). Sejumlah karyawan yang tidak terikat dinilai sangat merugikan organisasi di Amerika Serikat sebesar antara \$250 dan \$350 miliar setahun. Dalam survei yang dilakukan sekitar 14 tahun lalu pada kurang lebih 600 CEO dari berbagai negara di seluruh dunia menunjukkan hasil bahwa meningkatkan *employee engagement* merupakan salah satu isu yang sangat

penting yang kerap dihadapi oleh manajemen. Di Asia sendiri, data menunjukkan bahwa dari 100% karyawan, 41% karyawan menunjukkan keterikatan, 37% tidak terikat, dan 22% lainnya tidak terikat secara aktif (Peakon, 2020).

Seperti yang telah dipaparkan sebelumnya, salah satu konsekuensi dari buruknya keterikatan (*engagement*) yang buruk adalah terjadinya turnover karyawan. Turnover dapat memberikan akibat yang buruk bagi kualitas pelayanan kepada pasien dan membuat rumah sakit mengalami kerugian finansial yang cukup tinggi (Globerson, S., & Malki, 1980; O'Connell, M., & Kung, 2007; Moran, 2011). Pada industri perumahnyasakit diketahui bahwa pada tahun 2018, angka turnover rumah sakit di seluruh dunia adalah 19,1% dan mengalami penurunan sebesar 1,3% pada tahun 2019 menjadi 17,8% (NSI, 2020). Meskipun diprediksi akan ada penurunan, namun angka turnover rumah sakit tersebut, masih tergolong tinggi

Berbagai hasil penelitian dan teori-teori telah banyak membuktikan bahwa *employee engagement* memiliki hubungan yang sangat signifikan dengan turnover (Harter, J. K., Schmidt, F. L., & Hayes, 2002; De Lange, De Witte and Notelaers, 2008; Memon, Salleh and Baharom, 2015; Wake and Green, 2019; Sun, Sik and Hyun, 2020). Penelitian lain meyakini bahwa dengan adanya intervensi yang bertujuan untuk mengukur dan meningkatkan *employee engagement*, dapat berdampak pada berkurangnya angka turnover (Maslach, Schaufeli and Leiter, 2001; Saks, 2006; Collini, Guidroz and Perez, 2015; Tullar *et al.*,

2016). Dampak lain dari rendahnya keterikatan karyawan meningkatnya angka ketidakhadiran pegawai, hal ini diakibatkan oleh pegawai merasa tidak terikat dengan organisasi tempat mereka bekerja, akan berdampak pada rendahnya motivasi mereka dalam bekerja (Holbeche and Park, 2004; Hallberg and Schaufeli, 2006).

Dari serangkaian hasil penelitian yang telah diuraikan sebelumnya, menunjukkan bahwa kajian mengenai employee engagement sangat penting dilakukan untuk meningkatkan performa dan produktivitas rumah sakit, serta untuk mempertahankan karyawan yang berkompeten dan berharga bagi organisasi, sekaligus karyawan yang memiliki keahlian yang tidak dimiliki oleh karyawan lain. Pada akhirnya, penelitian terkait *employee engagement* dapat memberikan gambaran bagi pimpinan dan manajer rumah sakit dalam membuat intervensi-intervensi maupun strategi untuk meningkatkan keterikatan karyawan dalam rumah sakit mereka. Berdasarkan hal tersebut, kajian dan penelitian terkait employee engagement khususnya di rumah sakit sangat penting untuk terus dilakukan.

- dquisiciones, L.E.Y.D.E. et al. (2019) 'FACTORS INFLUENCING EMPLOYEE ENGAGEMENT IN PUBLIC HOSPITALS A CASE OF EMBU LEVEL 5 HOSPITAL', Duke Law Journal, 1(1).
- Andrew, O.C. and Sofian, S. (2012) 'Individual Factors and Work Outcomes of Employee Engagement', *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 40(December 2012), pp. 498–508. Available at: <https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2012.03.222>.
- Borah, N. and Barua, M. (2018) 'EMPLOYEE ENGAGEMENT: A CRITICAL REVIEW OF LITERATURE', *Journal of Organisation & Human Behaviour*, 7(4), pp. 22–30. Available at: <https://doi.org/10.1002/ert.21639>.
- Collini, S.A., Guidroz, A.M. and Perez, L.M. (2015) 'Turnover in health care: The mediating effects of employee engagement', *Journal of Nursing Management*, 23(2), pp. 169–178. Available at: <https://doi.org/10.1111/jonm.12109>.
- Crabtree, S. (2005) 'Engagement Keeps the Doctor Away A happy employee is a healthy employee, according to a GMJ survey', *Gallup Management Journal* [Preprint]. Available at: <http://gmj.gallup.com>.
- Ferinia, R., Yuniarsi, T. and Disman, H. (2016) 'Relationship between selected factors of motivation, employee engagement and employee performance among nurses at adventist hospital', *International Journal of Basic and Applied Sciences*, 5(3), p. 177. Available at: <https://doi.org/10.14419/ijbas.v5i3.5948>.
- Globerson, S., & Malki, N. (1980) 'Estimating the expenses resulting from labor turnover: an

- Israelian study', *Management International Review*, pp. 111–117.
- Hallberg, U.E. and Schaufeli, W.B. (2006) "Same Same " But Different? Can Work Engagement Be Discriminated from Job Involvement and Organizational Commitment?', *European Psychologist*, 11(2), pp. 119–127. Available at: <https://doi.org/10.1027/1016-9040.11.2.119>.
- Handayani, S. et al. (2017) 'Analysis of antecedent and consequence of employee engagement in small and medium-sized enterprises in Central Java, Indonesia', *European Research Studies Journal*, 20(3), pp. 500–510. Available at: <https://doi.org/10.35808/ersj/724>.
- Harter, J. K., Schmidt, F. L., & Hayes, T.L. (2002) 'Business-unit-level relationship between employee satisfaction, employee engagement, and business outcomes: a meta-analysis', *Journal of applied psychology*, 87(2), p. 268.
- Holbeche, L. and Park, R. (2004) 'HR and the high performance organization: HR's role in creating a high performance culture', *Strategic HR Review*, 3(2), pp. 32–35.
- Imandin, L., Bisschoff, C.A. and Botha, C. (2014) 'SECTION 2 . Management in firms and organizations', (November 2015).
- Jeve, Y.B., Oppenheimer, C. and Konje, J. (2015) 'Employee engagement within the NHS: A cross-sectional study', *International Journal of Health Policy and Management*, 4(2), pp. 85–90. Available at: <https://doi.org/10.15171/ijhpm.2015.12>.
- Johansen, M.S. and Sowa, J.E. (2019) 'Human resource management, employee engagement, and nonprofit hospital performance', *Nonprofit Management and*

- Leadership, 29(4), pp. 549–567. Available at: <https://doi.org/10.1002/nml.21352>.
- Kahn, W.A. (1990) 'Psychological conditions of personal engagement and disengagement at work', *Academy of Management Journal*, 33(4), pp. 692–724. Available at: <https://doi.org/10.5465/256287>.
- De Lange, A.H., De Witte, H. and Notelaers, G. (2008) 'Should I stay or should I go? Examining longitudinal relations among job resources and work engagement for stayers versus movers', *Work and Stress*, 22(3), pp. 201–223. Available at: <https://doi.org/10.1080/02678370802390132>.
- Laschinger, H.K.S. and Grau, A.L. (2012) 'Predictors of new graduate nurses' workplace well-being: Testing the job demands Y resources model', *Health Care Management Review*, 37(2), pp. 175–186. Available at: <https://doi.org/10.1097/HMR.0b013e31822aa456>.
- Li, P. et al. (2021) 'Country differences in the relationship between leadership and employee engagement: A meta-analysis', *Leadership Quarterly*, 32(1), p. 101458. Available at: <https://doi.org/10.1016/j.leaqua.2020.101458>.
- Lowe, G. (2012) 'How employee engagement matters for hospital performance.', *Healthcare quarterly (Toronto, Ont.)*, 15(2), pp. 29–39. Available at: <https://doi.org/10.12927/hcq.2012.22915>.
- Macey, W.H. and Schneider, B. (2008) 'The Meaning of Employee Engagement', 1, pp. 3–30.
- Maslach, C., Schaufeli, W.B. and Leiter, M.P.

- (2001) 'Job Burnout', *Annual Review Psychology*, 52, pp. 397–422.
- Memon, M.A., Salleh, R. and Baharom, M.N.R. (2015) 'Linking person-job fit, person-organization fit, employee engagement and turnover intention: A three-step conceptual model', *Asian Social Science*, 11(2), pp. 313–320. Available at: <https://doi.org/10.5539/ass.v11n2p313>.
- Men, L.R. (2015) 'Engaging Employees in China'. Available at: <https://doi.org/10.1108/CCIJ-02-2015-0009>.
- Moran, G. (2011) 'The Hidden Costs of Employee Turnover', *Entrepreneur* [Preprint].
- Nawaz, M. S., Hassan, M., Hassan, S., Shaukat, S., & Asadullah, M.A. (2016) 'Impact of employee training and empowerment on employee creativity through employee engagement: Empirical evidence from the manufacturing sector of Impact of Employee Training and Empowerment on Employee Creativity Through Employee Engagement: Empirical', *Middle-East Journal of Scientific Research*, 19(4)(February), pp. 593–601. Available at: <https://doi.org/10.5829/idosi.mejsr.2014.19.4.13618>.
- O'Connell, M., & Kung, M.C. (2007) 'The Cost of Employee Turnover', *Industrial Management*, 49(1).
- Peakon (2020) *Global Employee Engagement Report*.
- R. May, D., L. Gilson, R. and M. Harter, L. (2004) 'The psychological conditions of meaningfulness, safety and availability and the engagement of the human spirit at work', *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, 77, pp. 11–37.
- Robertson-smith, G. and Markwick, C. (2009)

- ‘Employee Engagement A Review of Current Thinking’.
- Saks, A.M. (2006) ‘Antecedents and consequences of employee engagement’, *Journal of Managerial Psychology*, 21(7), pp. 600–619. Available at: <https://doi.org/10.1108/02683940610690169>.
- Schaufeli, W.B. and Bakker, A.B. (2004) ‘Utrecht work engagement scale Preliminary Manual Version 1.1’, Occupational Health Psychology Unit Utrecht University, (December), pp. 1–60. Available at: <https://doi.org/10.1037/t01350-000>.
- Seijts, B.G.H. and Crim, D. (2006) ‘What engages employees the most or, The Ten C’s of employee engagement’, *Ivey Business Journal*, 70(April), pp. 1–5.
- Sendawula, K. et al. (2018) ‘Training, employee engagement and employee performance: Evidence from Uganda’s health sector’, *Cogent Business and Management*, 5(1), pp. 1–12. Available at: <https://doi.org/10.1080/23311975.2018.1470891>.
- Shantz, A. et al. (2013) ‘The role of employee engagement in the relationship between job design and task performance, citizenship and deviant behaviours’, *International Journal of Human Resource Management*, 24(13), pp. 2608–2627. Available at: <https://doi.org/10.1080/09585192.2012.744334>.
- Shuck, B., Adelson, J.L. and Reio Jr, G. (2017) ‘THE EMPLOYEE ENGAGEMENT SCALE: INITIAL EVIDENCE FOR CONSTRUCT VALIDITY AND IMPLICATIONS FOR THEORY AND PRACTICE BRAD’, *Human Resource*

- Management, 56(6), pp. 953–977. Available at: <https://doi.org/10.1002/hrm>.
- Stephanie and Gustomo, A. (2015) ‘Proposal to Improve Employee Engagement in PT Maju Sentosa by AON Hewitt Model and Mercer Model’, *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 169(August 2014), pp. 363–370. Available at: <https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2015.01.321>.
- Sun, H., Sik, Y. and Hyun, H. (2020) ‘International Journal of Hospitality Management COVID-19: The effects of job insecurity on the job engagement and turnover intent of deluxe hotel employees and the moderating role of generational characteristics’, *International Journal of Hospitality Management*, 92(September 2020), p. 102703. Available at: <https://doi.org/10.1016/j.ijhm.2020.102703>.
- Tannady, Hendy et al. (2019) ‘The effect of organizational culture and employee engagement on job performance of healthcare industry in province of Jakarta, Indonesia’, *Quality - Access to Success*, 20(169), pp. 18–22.
- Tullar, J.M. et al. (2016) ‘Improve employee engagement to retain your workforce’, *Health Care Management Review*, 41(4), pp. 316–324. Available at: <https://doi.org/10.1097/HMR.0000000000000079>.
- Wake, M. and Green, W. (2019) ‘Relationship between employee engagement scores and service quality ratings: Analysis of the National Health Service staff survey across 97 acute NHS Trusts in England and concurrent Care Quality Commission outcomes (2012-2016)’, *BMJ Open*, 9(7).

DAFTAR PUSTAKA

Available at:
<https://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-026472>.



Dr. Nur Arifah, SKM., MA, lahir di Bone, pada 4 September 1978. Ia merupakan lulusan *Magister of Arts in Hospital Management* dari *The University of Leeds*, Inggris, dan telah menyelesaikan pendidikan doktoral di bidang Sumber Daya Manusia Rumah Sakit pada Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Hasanuddin. Nur Arifah saat ini merupakan salah satu dosen pada Departemen Manajemen Rumah Sakit Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin dan sejak tahun 2019 menjabat sebagai manajer SDM pada Rumah Sakit Universitas Hasanuddin.



BAB 6

KESELAMATAN PASIEN &

MANAGEMENTEN RISIKO

HERNAWATI PERMATA SARI



PENDAHULUAN

Institute of Medicine(IOM) tahun 2020 melaporkan bahwa di Amerika Serikat mengalami 98.000 kasus kematian akibat kesalahan medis yang dapat dicegah (James, 2013). Berdasarkan penelitian di Rumah Sakit yang dilakukan oleh *Joint Commision International* (JCI) menemukan bahwa terdapat 52 insiden pada 11 Rumah Sakit di 5 Negara. Kasus tertinggi berada di Hongkong dengan total 31% kasus, Australia 25% kasus, India 23% kasus, Amerika 12% kasus, dan Canada 10% kasus. Insiden keselamatan pasien di Indonesia diketahui bahwa terdapat 7.465 kasus pada tahun 2016, yang terdiri dari 171 kematian, 80 cedera berat, 372 cedera ringan, 1183 cedera ringan, 5659 tidak terdapat cedera. Di Indonesia terdapat 2.877 rumah sakit yang telah terakreditasi, namun hanya 12% insiden keselamatan pasien dengan jumlah laporan sebanyak 7.465, jumlah tersebut terdiri dari 38% kejadian nyaris cedera (KNC), 31% kejadian tidak cedera (KTC), dan 31% kejadian tidak diharapkan (KTD) (Kemenkes, 2020).

Rumah Sakit merupakan fasilitas kesehatan yang mempunyai peranan penting dalam memelihara dan meningkatkan mutu kesehatan masyarakat. Sebagai institusi yang memberikan pelayanan kesehatan secara menyeluruh, rumah sakit merupakan tempat dimana pasien dapat menerima pelayanan medis, diagnosis dan pengobatan berbagai masalah kesehatan. Dalam situasi ini,

waktu pasien menerima pelayanan medis merupakan faktor penting yang perlu diperhatikan untuk menjamin standar pelayanan dan keselamatan pasien.(Al-Harajin dkk., 2019).

Keamanan dan keselamatan pasien masih menjadi fokus perhatian utama dalam pelayanan kesehatan karena risiko yang terkait dengan pemberian pelayanan tersebut tidak dapat dihilangkan sepenuhnya dan dampak yang ditimbulkan sangat besar.Layanan kesehatan yang tidak aman dan memiliki potensi risiko yang mengancamnyawa menjadi penyebab utama kematian dan peningkatan angka mortalitas pada pasien yang dirawat di rumah sakit di berbagai negara.

Selain dampak yang ditimbulkan kepada pasien, masalah ini juga memiliki pengaruh yang signifikan terhadap faktor sosioekonomi dan menyebabkan beban finansial yang sangat signifikan terhadap sistem pelayanan kesehatan (Farokhzadian et al., 2015) . Oleh karena itu maka program identifikasi risiko menjadi sangat penting untuk efisiensi dan efektifitas pelayanan, dan untuk mengatasi tantangan ini maka perlu penerapan dan pengembangan Manajemen Risiko Klinis yang sistematis (Briner et al., 2013), (Adibi et al., 2012).

KESELAMATAN PASIEN

Keselamatan Pasien adalah suatu sistem yang membuat asuhan pasien lebih aman, meliputi asasmen resiko, identifikasi dan pengelolaan resiko pasien, pelaporan dan analisis insiden,

kemampuan belajar dari insiden dan tindak lanjutnya serta implementasi solusi untuk meminimalkan timbulnya resiko dan mencegah terjadinya cedera yang disebabkan oleh kesalahan akibat melaksanakan suatu tindakan atau tidak mengambil tindakan yang seharusnya diambil. Insiden keselamatan pasien yang selanjutnya disebut insiden, adalah setiap kejadian yang tidak disengaja dan kondisi yang mengakibatkan atau berpotensi mengakibatkan cedera yang dapat dicegah pada pasien.

(Patient Safety) didefinisikan sebagai *freedom from accidental injury*. *Accidental injury* disebabkan karena *error* yang meliputi kegagalan suatu perencanaan atau memakai rencana yang salah dalam mencapai tujuan. *Accidental injury* juga akibat dari melaksanakan tindakan yang salah (*commission*) atau tidak mengambil tindakan yang seharusnya diambil (*omission*). *Accidental injury* dalam prakteknya akan berupa kejadian tidak diinginkan (*near miss*).

Setiap fasilitas pelayanan kesehatan harus menyelenggarakan Keselamatan Pasien, harus menjamin bahwa asuhan pasien lebih aman, melalui upaya yang 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. Semua hal tersebut dilakukan melalui pembentukan sistem pelayanan yang menerapkan:

- a. Standar Keselamatan Pasien;
- b. Sasaran Keselamatan Pasien; dan
- c. Tujuh langkah menuju Keselamatan Pasien.

STANDAR KESELAMATAN PASIEN

Keselamatan pasien merupakan permasalahan yang harus segera diatasi pada fasilitas kesehatan di Indonesia, dan diperlukan adanya standar keselamatan pasien pada fasilitas kesehatan yang dapat menjadi acuan bagi fasilitas kesehatan Indonesia dalam menjalankan aktivitasnya. Standar keselamatan pasien harus diterapkan dan penilaian dilakukan menggunakan instrumen skreditasi yang sudah ditentukan.

Standar keselamatan pasien tersebut terdiri dari tujuh standar yaitu:

1. Hak pasien.

Pasien dan keluarganya mempunyai hak untuk mendapatkan informasi tentang rencana dan hasil pelayanan termasuk kemungkinan terjadinya insiden

2. Mendidik pasien dan keluarga.

Keselamatan dalam pemberian pelayanan dapat ditingkatkan dengan keterlibatan pasien yang merupakan partner dalam proses pelayanan. Karena itu, di fasilitas pelayanan kesehatan harus ada sistem dan mekanisme mendidik pasien dan

keluarganya tentang kewajiban dan tanggung jawab pasien dalam asuhan pasien.

3. Keselamatan pasien dan kesinambungan pelayanan.

Terdapat koordinasi pelayanan secara menyeluruh mulai dari saat pasien masuk, pemeriksaan, diagnosis, perencanaan pelayanan, tindakan pengobatan, rujukan dan saat pasien keluar dari fasilitas pelayanan kesehatan. Koordinasi pelayanan disesuaikan dengan kebutuhan pasien dan kelayakan sumber daya secara berkesinambungan sehingga pada seluruh tahap pelayanan transisi antar unit pelayanan dapat berjalan baik dan lancar.

4. Penggunaan metoda-metoda peningkatan kinerja untuk melakukan evaluasi dan program peningkatan keselamatan pasien.

Fasilitas pelayanan kesehatan harus mendesain proses baru atau memperbaiki proses yang ada, memonitor dan mengevaluasi kinerja melalui pengumpulan data, menganalisis secara intensif insiden, dan melakukan perubahan untuk meningkatkan kinerja serta keselamatan pasien.

5. Peran kepemimpinan dalam meningkatkan keselamatan pasien.

Pimpinan mendorong dan menjamin implementasi program keselamatan pasien secara terintegrasi dalam organisasi melalui penerapan “Tujuh Langkah Menuju Keselamatan Pasien”.

6. Mendidik staf tentang keselamatan pasien.

Fasilitas pelayanan kesehatan terutama rumah sakit memiliki proses pendidikan, pelatihan dan orientasi untuk setiap jabatan mencakup keterkaitan jabatan dengan keselamatan pasien secara jelas serta menyelenggarakan pendidikan dan pelatihan yang berkelanjutan untuk meningkatkan dan memelihara kompetensi staf serta mendukung pendekatan interdisipliner dalam pelayanan pasien.

7. Komunikasi merupakan kunci bagi staf untuk mencapai keselamatan pasien.

Fasilitas pelayanan kesehatan merencanakan dan mendesain proses manajemen informasi keselamatan pasien untuk memenuhi kebutuhan informasi internal dan eksternal. Transmisi data dan informasi harus tepat waktu dan akurat.

Sasaran Keselamatan Pasien

Tujuan Sasaran Keselamatan Pasien adalah untuk memfasilitasi perbaikan spesifik dalam masalah keselamatan pasien. Sasaran yang ada dalam keselamatan pasien menyoroti area masalah dalam perawatan kesehatan, memberikan bukti dan solusi hasil konsensus yang berdasarkan saran para ahli. Dengan mempertimbangkan bahwa untuk menyediakan perawatan kesehatan yang aman dan berkualitas tinggi diperlukan desain sistem yang baik, sasaran biasanya sedapat mungkin berfokus pada solusi yang berlaku untuk keseluruhan sistem.

Di Indonesia secara nasional untuk seluruh Fasilitas pelayanan Kesehatan, diberlakukan Sasaran Keselamatan Pasien Nasional yang terdiri

dari :

Sasaran 1 : Melakukan Identifikasi Pasien dengan benar

Kebijakan dan/atau prosedur yang secara kolaboratif dikembangkan untuk memperbaiki proses identifikasi, khususnya proses yang digunakan untuk mengidentifikasi pasien ketika pemberian obat, darah atau produk darah; pengambilan darah dan spesimen lain untuk pemeriksaan klinis; atau memberikan pengobatan atau tindakan lain.

Kebijakan dan/atau prosedur memerlukan sedikitnya dua cara untuk mengidentifikasi seorang pasien, seperti nama pasien, dengan dua nama pasien, nomor identifikasi menggunakan nomor rekam medis, tanggal lahir, gelang (identitas pasien) dengan *bar-code*, atau cara lain. Nomor kamar atau lokasi pasien tidak bisa digunakan untuk identifikasi.

Kebijakan dan/atau prosedur juga menjelaskan penggunaan dua pengidentifikasi/penanda yang berbeda pada lokasi yang berbeda di fasilitas pelayanan kesehatan, seperti di pelayanan *ambulatori* atau pelayanan rawat jalan yang lain, unit gawat darurat, atau kamar operasi. Termasuk identifikasi terhadap pasien koma yang tanpa identitas.

Sasaran 2 : Meningkatkan Komunikasi yang Efektif

Kesalahan dapat cegah dengan komunikasi efektif, yang tepat waktu, akurat, lengkap, jelas, dan yang dipahami oleh

penerima informasi, Komunikasi dapat secara elektronik, lisan, atau tertulis. Komunikasi yang paling mudah mengalami kesalahan adalah perintah diberikan secara lisan dan yang diberikan melalui telpon.

Komunikasi lain yang mudah terjadi kesalahan adalah pelaporan kembali hasil pemeriksaan kritis, seperti hasil laboratorium, hasil radiologi karena petugas wajib menelpon dokter yang meminta pemeriksaan atau unit pelayanan pasien untuk melaporkan hasil pemeriksaan segera. Fasilitas pelayanan kesehatan secara kolaboratif mengembangkan suatu kebijakan dan/atau prosedur untuk perintah lisan dan melalui telepon termasuk: menuliskan (atau memasukkan ke komputer) perintah secara lengkap atau hasil pemeriksaan oleh penerima informasi; penerima membacakan kembali (*read back*) perintah atau hasil pemeriksaan; dan mengkonfirmasi bahwa apa yang sudah dituliskan dan dibacakan ulang dengan akurat. untuk obat-obat yang termasuk obat NORUM/LASA dilakukan eja ulang.

Kebijakan dan/atau prosedur alternatif yang diperbolehkan bila proses pembacaan kembali (*read back*) tidak memungkinkan seperti di kamar operasi dan dalam situasi gawat darurat di IGD atau ICU maka proses dapat dilakukan dengan cara mengulang kembali (*repeat back*).

Sasaran 3 : Meningkatkan keamanan terhadap obat kewaspadaan tinggi

Obat-obatan yang perlu diwaspadai (*high-alert medications*) adalah obat yang sering menyebabkan terjadi kesalahan dan/atau kejadian sentinel (*sentinel event*), obat yang berisiko tinggi menyebabkan dampak yang tidak diinginkan (*adverse outcome*) demikian pula obat-obat yang tampak mirip/ucapan mirip (Nama Obat, Rupa dan Ucapan Mirip/NORUM, atau *Look-Alike Sound-Alike/* LASA).

Daftar obat-obatan yang sangat perlu diwaspadai tersedia di WHO. Yang menjadi perhatian adalah pemberian elektrolit konsentrat secara tidak sengaja (misalnya, kalium/potasium klorida [sama dengan 2 mEq/ml atau yang lebih pekat]), kalium/potasium fosfat [(sama dengan atau lebih besar dari 3 mmol/ml)], natrium/sodium klorida [lebih pekat dari 0.9%], dan magnesium sulfat [sama dengan 50% atau lebih pekat]. Kesalahan ini bisa terjadi bila staf tidak mendapatkan orientasi dengan baik di unit asuhan pasien atau pada keadaan gawat darurat. Cara yang paling efektif untuk mengurangi atau mengeliminasi kejadian tersebut adalah dengan mengembangkan proses pengelolaan obat-obat yang perlu diwaspadai termasuk hanya boleh disimpan sebagai stok di unit farmasi.

Fasilitas pelayanan kesehatan secara kolaboratif mengembangkan suatu kebijakan dan/atau prosedur untuk menyusun daftar obat-obat yang perlu diwaspadai . Kebijakan dan/atau prosedur juga mengidentifikasi area mana yang membutuhkan elektrolit konsentrat secara klinis sebagaimana

ditetapkan oleh petunjuk dan praktek profesional, seperti di IGD atau kamar operasi, serta menetapkan cara pemberian label yang jelas serta bagaimana penyimpanannya di area tersebut sedemikian rupa, sehingga membatasi akses untuk mencegah pemberian yang tidak disengaja/kurang hati-hati.

Sasaran 4 : Tepat Lokasi, Tepat Prosedur dan Tepat Pasien pada Prosedur Pembedahan .

Salah-lokasi, salah-prosedur, salah-pasien operasi, adalah kejadian yang mengkhawatirkan dan biasa terjadi di fasilitas pelayanan kesehatan. Kesalahan ini adalah akibat dari komunikasi yang tidak efektif atau tidak adekuat antara anggota tim bedah, kurang/ tidak melibatkan pasien di dalam penandaan lokasi (*site marking*), dan tidak ada prosedur untuk memverifikasi lokasi operasi.

Di samping itu juga asesmen pasien yang tidak adekuat, penelaahan ulang catatan medis tidak adekuat, budaya yang tidak mendukung komunikasi terbuka antar anggota tim bedah, permasalahan yang berhubungan dengan resep yang tidak terbaca (*illegible handwriting*) dan pemakaian singkatan adalah merupakan faktor-faktor kontribusi yang sering terjadi.

Fasilitas pelayanan kesehatan perlu untuk secara kolaboratif mengembangkan suatu kebijakan dan/atau prosedur yang efektif di dalam mengeliminasi masalah yang mengkhawatirkan ini. Kebijakan termasuk definisi dari operasi yang memasukkan sekurang-kurangnya prosedur yang menginvestigasi dan/atau mengobati penyakit dan kelainan

pada tubuh manusia dengan cara menyayat, membuang, mengubah, atau menyisipkan kesempatan diagnostik/terapeutik.

Kebijakan berlaku atas setiap lokasi di fasilitas pelayanan kesehatan dimana prosedur ini dijalankan. Praktek berbasis bukti, seperti yang diuraikan dalam *Surgical Safety Checklist* dari *WHO Patient Safety* (2009), juga di *The Joint Commission's Universal Protocol for Preventing Wrong Site, Wrong Procedure, Wrong Person Surgery*. Penandaan lokasi operasi melibatkan pasien dan dilakukan dengan tanda yang segera dapat dikenali. Tanda itu harus digunakan secara konsisten di seluruh fasilitas pelayanan kesehatan; dan harus dibuat oleh orang yang akan melakukan tindakan; harus dibuat saat pasien terjaga dan sadar; jika memungkinkan, dan harus terlihat sampai pasien disiapkan dan diselimuti. Lokasi operasi ditandai pada semua kasus termasuk sisi (*laterality*), struktur multipel (jari tangan, jari kaki, lesi), atau multiple level (tulang belakang). \

Maksud dari proses verifikasi praoperatif adalah untuk memverifikasi lokasi, prosedur, dan pasien yang benar; memastikan bahwa semua dokumen, foto (images), dan hasil pemeriksaan yang relevan tersedia, diberi label dengan baik, dan dipampang; Memverifikasi keberadaan peralatan khusus dan/atau implant-implant yang dibutuhkan. Tahap "Sebelum insisi" Time out memungkinkan setiap pertanyaan yang belum terjawab atau kesimpang-siuran dibereskan. Time out

dilakukan di tempat tindakan akan dilakukan, tepat sebelum dilakukan tindakan.

Sasaran 5 : Mengurangi Risiko Infeksi Terkait Pelayanan Kesehatan

Pencegahan dan pengendalian infeksi merupakan tantangan praktisi dalam kebanyakan tatanan pelayanan kesehatan, dan peningkatan biaya untuk mengatasi infeksi yang berhubungan dengan pelayanan kesehatan merupakan keprihatinan besar bagi pasien maupun para profesional pelayanan kesehatan.

Infeksi umumnya dijumpai dalam semua bentuk pelayanan kesehatan termasuk infeksi saluran kemih-terkait kateter, infeksi aliran darah (*blood stream infections*) dan pneumonia (sering kali dihubungkan dengan ventilasi mekanis). Pokok dari eliminasi infeksi ini maupun infeksi lain adalah cuci tangan (*hand hygiene*) yang tepat.

Pedoman kebersihan tangan yang berlaku secara internasional bisa diperoleh dari WHO, fasilitas pelayanan kesehatan mempunyai proses kolaboratif untuk mengembangkan kebijakan dan/atau prosedur yang menyesuaikan atau mengadopsi pedoman kebersihan tangan yang diterima secara umum untuk implementasi pedoman itu di fasilitas pelayanan Kesehatan.

Sasaran 6 : Mengurangi Risiko Cedera Akibat Pasien Jatuh

Jumlah kasus jatuh menjadi bagian yang bermakna penyebab cedera pasien rawat inap. Dalam konteks

populasi/masyarakat yang dilayani, pelayanan yang diberikan, dan fasilitasnya, fasilitas pelayanan kesehatan perlu mengevaluasi risiko pasien jatuh dan mengambil tindakan untuk mengurangi risiko cedera bila sampai jatuh.

Evaluasi bisa meliputi riwayat jatuh, obat dan telaah terhadap obat dan konsumsi alkohol, penelitian terhadap gaya/cara jalan dan keseimbangan, serta alat bantu berjalan yang digunakan oleh pasien. Program ini memonitor baik konsekuensi yang dimaksudkan atau yang tidak sengaja terhadap langkah-langkah yang dilakukan untuk mengurangi jatuh. Misalnya penggunaan yang tidak benar dari alat penghalang atau pembatasan asupan cairan bisa menyebabkan cedera, sirkulasi yang terganggu, atau integrasi kulit yang menurun. Program tersebut harus diterapkan di fasilitas pelayanan kesehatan.

Tujuh langkah menuju Keselamatan Pasien

Asuhan yang diberikan dipastikan dapat menjadi aman jika Tujuh langkah menuju keselamatan pasien dilakukan. Tujuh langkah ini juga bisa membantu Fasilitas pelayanan Kesehatan mencapai sasaran-sasarannya untuk Tata Kelola Klinik, Manajemen Risiko, dan Pengendalian Mutu.

Tujuh langkah menuju keselamatan pasien terdiri dari :

Langkah 1 : Bangun kesadaran akan nilai Keselamatan Pasien. Agar staf berani melapor dan penanganan insiden dilakukan secara sistematis maka diperlukan lingkungan dengan budaya adil dan terbuka. Fasilitas pelayanan Kesehatan harus

menciptakan lingkungan yang terbuka dan tidak menyalahkan sehingga aman untuk melakukan pelaporan.

Langkah 2 : Memimpin dan mendukung staf.

Tegakkan fokus yang kuat dan jelas tentang keselamatan pasien di fasilitas pelayanan Kesehatan. Keselamatan pasien melibatkan setiap orang dalam Fasilitas pelayanan Kesehatan. Membangun budaya keselamatan sangat tergantung kepada kepemimpinan yang kuat dan kemampuan organisasi mendengarkan pendapat seluruh anggota.

Langkah 3 : Mengintegrasikan aktivitas pengelolaan risiko.

Sistem manajemen risiko akan membantu Fasilitas pelayanan Kesehatan mengelola insiden secara efektif dan mencegah kejadian berulang kembali. Keselamatan pasien adalah komponen kunci dari manajemen risiko, dan harus diintegrasikan dengan keselamatan staf, manajemen komplain, penanganan litigasi dan klaim serta risiko keuangan dan lingkungan. Sistem manajemen risiko ini harus di dukung oleh strategi manajemen risiko Fasilitas pelayanan Kesehatan, yang mencakup program-program asesmen risiko secara pro-aktif dan risk register.

Langkah 4 : Mengembangkan sistem pelaporan

Sistem pelaporan sangat vital di dalam pengumpulan informasi sebagai dasar analisa dan menyampaikan rekomendasi. Pastikan staf pada pelayanan kesehatan mudah untuk melaporkan insiden secara internal (lokal) maupun eksternal (nasional).

Langkah 5 : Melibatkan dan berkomunikasi dengan pasien

Peran aktif pasien dalam proses asuhannya harus diperkenalkan dan di dorong. Pasien memainkan peranan kunci dalam membantu penegakan diagnosa yang akurat, dalam memutuskan tindakan pengobatan yang tepat, dalam memilih fasilitas yang aman dan berpengalaman, dan dalam mengidentifikasi Kejadian Tidak Diharapkan (KTD) serta mengambil tindakan yang tepat. Kembangkan cara-cara berkomunikasi cara terbuka dan mendengarkan pasien.

Langkah 6 : Belajar dan berbagi pengalaman tentang Keselamatan Pasien.

Jika terjadi insiden keselamatan pasien, isu yang penting bukan siapa yang harus disalahkan tetapi bagaimana dan mengapa insiden itu terjadi. Salah satu hal yang terpenting yang harus kita pertanyakan adalah apa yang sesungguhnya terjadi dengan sistem kita ini. Dorong staf untuk menggunakan analisa akar masalah guna pembelajaran tentang bagaimana dan mengapa terjadi insiden.

Langkah 7: Mencegah cedera melalui implementasi sistem Keselamatan Pasien

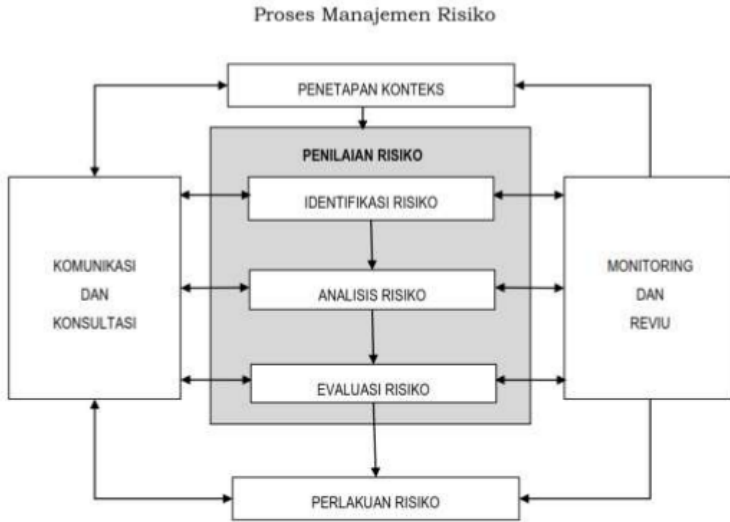
Pembelajaran lewat perubahan-perubahan didalam praktek, proses atau sistem. Untuk sistem yang sangat komplek seperti Fasilitas pelayanan Kesehatan untuk mencapai hal-hal diatas dibutuhkan perubahan budaya dan komitmen yang tinggi bagi seluruh staf dalam waktu yang cukup lama.

MANAJEMEN RISIKO

Risiko adalah kemungkinan terjadinya suatu peristiwa yang berdampak negatif terhadap pencapaian sasaran organisasi. Manajemen Risiko adalah proses yang proaktif dan kontinu meliputi identifikasi, analisis, evaluasi, pengendalian, informasi komunikasi, pemantauan, dan pelaporan Risiko, termasuk berbagai strategi yang dijalankan untuk mengelola Risiko dan potensinya.

Manajemen Risiko Terintegrasi adalah proses identifikasi, analisis, evaluasi dan pengelolaan semua Risiko yang potensial dan diterapkan terhadap semua unit/bagian/program/kegiatan mulai dari penyusunan rencana strategis, penyusunan dan pelaksanaan program dan anggaran, pertanggungjawaban dan monitoring dan evaluasi serta pelaporan.

Tujuan manajemen risiko adalah mengantisipasi dan menangani segala bentuk risiko secara efektif dan efisien, meningkatkan kepatuhan terhadap regulasi, memberikan dasar pada setiap pengambilan keputusan dan perencanaan dan meningkatkan pencapaian tujuan dan peningkatan kinerja. Secara umum, proses manajemen risiko terdiri dari langkah-langkah sebagai berikut :



1. Menetapkan Konteks

Beberapa hal yang perlu dilakukan dalam menetapkan konteks yaitu mendefinisikan tujuan dan sasaran kegiatan manajemen risiko, mendefinisikan tanggung jawab dan ruang lingkup, mendeskripsikan faktor penghambat dan pendukung dan membuat struktur organisasi manajemen risiko.

2. Identifikasi Risiko

Adalah usaha mengidentifikasi situasi yang dapat menyebabkan cedera, tuntutan atau kerugian secara finansial. Identifikasi akan membantu langkah-langkah yang akan diambil manajemen terhadap risiko tersebut.

3. Analisis Risiko

Merupakan proses untuk membantu organisasi menilai tentang luasnya risiko yg dihadapi, kemampuan mengontrol frekuensi dan dampak risiko. Penilaian risiko harus dilakukan oleh seluruh staf dan semua pihak yang terlibat termasuk pasien dan publik bila memungkinkan. Area yang dinilai terdiri dari operasional, finansial, sumber daya manusia, strategik, hukum/regulasi dan teknologi.

Penilaian risiko akan menentukan prioritas risiko dan membantu proses pengambilan keputusan berdasarkan hasil analisis risiko. Menentukan prioritas risiko dengan menggunakan rumus:

$$\text{Risk Priority Number (RPN)} = \text{Occurrence (O)} \times \text{Severity (S)} \times$$

4. Evaluasi Risiko

Terdiri dari ranking resiko, prioritas resiko, analisis *cost benefit*, dan tentukan apakah resiko akan diterima atau tidak. Keputusan untuk menerima resiko dan pengelolaannya berdasarkan pertimbangan kriteria klinis, operasional, teknis, kemanusiaan, kebijakan, dan tujuan. Sasaran dan kepentingan *stake holder*, keuangan, hukum, dan sosial.

5. Pengelolaan Risiko

Perlakuan risiko adalah upaya untuk menyeleksi pilihan-pilihan yang dapat mengurangi atau meniadakan dampak serta kemungkinan terjadi risiko. Teknik penanganan risiko antara lain: □

a. Pengendalian

Merupakan upaya-upaya untuk mengubah risiko yang merupakan langkah-langkah antisipatif yang direncanakan dan dilakukan secara rutin untuk mengurangi risiko. □

b. Penanganan

Merupakan langkah-langkah yang diambil untuk mengurangi risiko jika tindakan pengendalian belum memadai. Dapat juga bermakna langkah-langkah yang telah direncanakan dan akan dilakukan apabila risiko benar-benar terjadi.

Tabel 1. Perlakuan Risiko

Klasifikasi	Jenis Pengendalian
Menghindari risiko	<ul style="list-style-type: none">▪ Menghentikan kegiatan▪ Tidak melakukan kegiatan
Mengurangi risiko	<ul style="list-style-type: none">▪ Membuat Kebijakan▪ Membuat SPO▪ Mengganti atau membeli alat▪ Mengembangkan sistem informasi▪ Melaksanakan prosedur Pengadaan,▪ Perbaikan dan pemeliharaan bangunan dan instrumen yang sesuai dengan persyaratan▪ Pengadaan bahan habis pakai sesuai dengan prosedur dan persyaratan □▪ Pembuatan dan pembaruan prosedur, standar dan check-list, Pelatihan penyegaran bagi personil, seminar, pembahasan kasus, poster, stiker
Mentransfer risiko	Asuransi
Mengeksploitasi risiko	Mengambil kesempatan dengan kondisi yang ada dengan mempertimbangkan keuntungan lebih besar daripada kerugian

Klasifikasi	Jenis Pengendalian
Menerima risiko	Tidak melakukan tindakan pengendalian apapun

6. Monitoring dan Review

Monitoring dan review adalah bagian dari proses manajemen risiko yang memastikan seluruh proses berjalan baik.

Monitoring dilakukan untuk memantau rutin kinerja proses manajemen risiko apakah sesuai dengan rencana tindak lanjut yang sudah dijadwalkan

- Afandi, A.T., Pramita, A.D., Nur, K.R.M. and Handoko, Y.T., 2023. Gambaran Budaya Keselamatan Pasien di Rumah Sakit: Studi Kasus pada Area Manajemen Pelayanan. *SEHATMAS: Jurnal Ilmiah Kesehatan Masyarakat*, 2(4), pp.894-902.
- Condro, L., 2020. Tinjauan Pelaksanaan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 11 Tahun 2017 Tentang Keselamatan Pasien. *Maksigama*, 12(1), pp.38-45.
- Hidayati, R.N., 2021. ANALISIS PENERAPAN SASARAN KESELAMATAN PASIEN OLEH PERAWAT DI RUMAH SAKIT (SKRIPSI LITERATURE REVIEW) (Doctoral dissertation, STIKES Yayasan RS Dr. Soetomo Surabaya).
- Lika, N.P., 2024. Pengaruh Tingkat Pengetahuan Perawat Terhadap Keselamatan Pasien (Pasien Safety) Di Rumah Sakit. *Gudang Jurnal Multidisiplin Ilmu*, 2(7), pp.122-128.
- Olii, M.W., Rivai, F. and Palutturi, S., 2019. Implementasi manajemen risiko klinis dan faktor-faktor yang mempengaruhi pada rumah sakit di kota Makassar. *Jurnal Kesehatan Masyarakat Maritim*, 2(2)
- Putu, I. and Arta, S., 2021. Manajemen Risiko. Bandung: WIDINA BHAKTI PERSADA BANDUNG.



Hernawati Permata Sari, S.KM, M.KM, CRP lahir di Jakarta 5 Agustus 1976 menyelesaikan pendidikan Sarjana pada Fakultas Ilmu Kesehatan dan melanjutkan Sekolah Pascasarjana Program Studi Ilmu Kesehatan Masyarakat pada Universitas Muhammadiyah PROF.DR.HAMKA. Saat ini bekerja di Primaya Hospital Tangerang dibagian Komite Mutu & Keselamatan Pasien Rumah Sakit. Mengikuti pelatihan/seminar untuk mengembangkan diri terkait Mutu & Keselamatan Pasien , mendapatkan gelar Certified Risk Professional pada pelatihan sertifikasi yang diselenggarakan oleh Komisi Akreditasi Rumah Sakit.

