

MANAJEMEN RUMAH SAKIT

PENULIS:

Sekar Ayu Runggandini

Heriyati

Restu Prihandini Widjar

Rudy Dwi Laksono

Andi Yaumil Bay R. Thaifur

Cynthia Hardivianty

Reny Marliadireny

Agustina Pujilestari



MANAJEMEN RUMAH SAKIT

**Sekar Ayu Runggandini
Heriyati
Restu Prihandini Widiar
Rudy Dwi Laksono
Andi Yaumil Bay R. Thaifur
Cynthia Hardivianty
Reny Marliadireny
Agustina Pujilestari**



GET PRESS INDONESIA

MANAJEMEN RUMAH SAKIT

Penulis :

Sekar Ayu Runggandini
Heriyati
Restu Prihandini Widiar
Rudy Dwi Laksono
Andi Yaumil Bay R. Thaifur
Cynthia Hardivianty
Reny Marliadireny
Agustina Pujilestari

ISBN : 978-623-125-474-0

Editor : Dr. Oktavianis, M.Biomed.

Penyunting : Ilda Melisa, A.Md., Kep.

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

Penerbit : GET PRESS INDONESIA

Anggota IKAPI No. 033/SBA/2022

Redaksi :

Jln. Palarik Air Pacah No 26 Kel. Air Pacah
Kec. Koto Tangah Kota Padang Sumatera Barat
Website : www.getpress.co.id
Email : adm.getpress@gmail.com

Cetakan pertama, November 2024

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

KATA PENGANTAR

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

Buku Ini Membahas Konsep Dasar Manajemen, Manajemen Strategi Rumah Sakit, Konsep Pemasaran Rumah Sakit, Health Care Quality, Kinerja Rumah Sakit, Sasaran Keselamatan Pasien, Anggaran Dan Akutansi Rumah Sakit, Akreditasi Rumah Sakit.

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

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

Padang, Oktober 2024

Penulis

DAFTAR ISI

KATA PENGANTAR	i
DAFTAR ISI	ii
DAFTAR TABEL	vii
DAFTAR GAMBAR	viii
BAB 1 KONSEP DASAR MANAJEMEN	1
1.1 Pendahuluan.....	1
1.2 Sejarah Manajemen	1
1.3 Fungsi Manajemen.....	2
1.3.1 Fungsi Perencanaan.....	3
1.3.2 Fungsi Organisasi.....	5
1.3.3 Fungsi Pengerakan.....	7
1.3.4 Fungsi pengendalian (<i>Controlling</i>)	9
1.3.5 Fungsi Monitoring dan Evaluasi Dalam Manajemen	9
1.4 Unsur-Unsur Manajemen.....	10
DAFTAR PUSTAKA	12
BAB 2 MANAJEMEN STRATEGI RUMAH SAKIT	13
2.1 Pendahuluan.....	13
2.2 Dasar-Dasar Manajemen Strategi Rumah Sakit.....	13
2.2.1 Pengertian Manajemen Strategis.....	13
2.2.2 Tahapan Manajemen Strategis	14
2.2.3 Proses Manajemen Strategis	15
2.3 Analisis Lingkungan Rumah Sakit.....	18
2.2.1 Analisis Lingkungan Internal.....	18
2.2.2 Analisis Lingkungan Eksternal.....	20
DAFTAR PUSTAKA	23
BAB 3 KONSEP PEMASARAN RUMAH SAKIT	25
3.1 Latar Belakang Pemasaran Rumah Sakit.....	25
3.2 Definisi Pemasaran Rumah Sakit.....	26
3.3 Konsep Inti Pemasaran Rumah Sakit.....	27
3.3.1 Kebutuhan, Keinginan dan Permintaan	27
3.3.2 Segmentasi, Targeting dan Positioning.....	27
3.3.3 Penawaran dan Merk.....	27
3.3.4 Proses Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan di Rumah Sakit.....	28

3.4 Konsep Pemasaran Jasa Pelayanan Kesehatan.....	29
3.4.1 Karakteristik Pelayanan Kesehatan	29
3.4.2 Strategi Pemasaran Rumah Sakit.....	30
3.4.3 Mengelola Kualitas Pelayanan Kesehatan	31
3.5 Strategi Pemasaran Rumah Sakit Di Era Ekonomi Digital	32
3.5.1 Bergerak Dari Pemasaran Tradisional Ke Digital..	33
3.5.2 Memadukan Pemasaran Tradisional dan Digital..	33
3.6 Mengelola Komunikasi Pemasaran Terintegrasi.....	33
3.6.1 Peran Komunikasi Pemasaran	34
3.6.2 Mengembangkan Komunikasi Efektif.....	34
DAFTAR PUSTAKA.....	38
BAB 4 HEALTH CARE QUALITY.....	39
4.1 Pendahuluan	39
4.1.1 Pengertian Manajemen Rumah Sakit	39
4.1.2 Sejarah dan Evolusi Manajemen Rumah Sakit.....	39
4.1.3 Peran Manajemen dalam Sistem Kesehatan	39
4.1.4 Tantangan dan Peluang dalam Manajemen Rumah Sakit.....	40
4.2 Struktur dan Fungsi Rumah Sakit.....	40
4.2.1 Organisasi dan Struktur Rumah Sakit.....	40
4.2 Fungsi dan Tugas Utama Rumah Sakit	40
4.2.3 Hubungan Antara Berbagai Departemen.....	41
4.2.4 Peran Teknologi dalam Manajemen Rumah Sakit.....	41
4.3 Manajemen Operasional	41
4.3.1 Manajemen Pelayanan Kesehatan.....	41
4.3.2 Manajemen Sumber Daya Manusia	42
4.3.3 Manajemen Keuangan.....	42
4.3.4 Manajemen Fasilitas dan Infrastruktur	42
4.4 Strategi dan Perencanaan.....	43
4.4.1 Perencanaan Strategis di Rumah Sakit.....	43
4.4.2 Analisis SWOT dan Implementasinya	43
4.4.3 Pengembangan Program dan Layanan Baru	43
4.4.4 Evaluasi dan Penyesuaian Strategi	44
4.5 Kualitas Perawatan Kesehatan.....	44

4.5.1 Definisi dan Pentingnya Kualitas Perawatan Kesehatan.....	44
4.5.2 Dimensi Kualitas dalam Perawatan Kesehatan.....	45
4.5.3 Pengukuran Kualitas Perawatan	45
4.5.4 Metode dan Alat untuk Meningkatkan Kualitas Perawatan	45
4.5.5 Manajemen Risiko dan Keselamatan Pasien	46
4.5.6 Akreditasi dan Standar Kualitas.....	46
4.5.7 Implementasi Program <i>Continuous Quality Improvement</i> (CQI).....	48
4.5.8 Studi Kasus: Contoh Praktik Terbaik dalam Kualitas Perawatan Kesehatan	48
4.6 Manajemen Pasien dan Pelayanan	49
4.6.1 Pendaftaran dan Penerimaan Pasien.....	49
4.6.2 Manajemen Pelayanan Rawat Inap dan Rawat Jalan.....	49
4.6.3 Manajemen Pelayanan Gawat Darurat	49
4.6.4 Manajemen Rekam Medis dan Informasi Pasien.....	50
4.6.5 Pengalaman dan Kepuasan Pasien	50
4.7 Manajemen Sumber Daya Manusia.....	51
4.7.1 Rekrutmen dan Seleksi Tenaga Kesehatan.....	51
4.7.2 Pelatihan dan Pengembangan Profesional	51
4.7.3 Manajemen Kinerja dan Evaluasi	51
4.7.4 Kesejahteraan dan Retensi Staf	52
4.8 Manajemen Keuangan dan Pengendalian Biaya.....	52
4.8.1 Penganggaran dan Perencanaan Keuangan.....	52
4.8.2 Pengelolaan Pendapatan dan Pengeluaran	53
4.8.3 Analisis Biaya dan Efektivitas	53
4.8.4 Pembiayaan Kesehatan dan Asuransi.....	53
4.9 Teknologi Informasi dan Inovasi	54
4.9.1 Peran Teknologi Informasi dalam Manajemen Rumah Sakit	54
4.9.2 Sistem Informasi Kesehatan Elektronik.....	54
4.9.3 Inovasi dalam Pelayanan Kesehatan	54
4.9.4 Keamanan Data dan Privasi Pasien.....	55

4.10 Etika dan Hukum dalam Manajemen Rumah Sakit	55
4.10.1 Prinsip Etika dalam Manajemen Kesehatan	55
4.10.2 Hukum dan Regulasi yang Mempengaruhi Rumah Sakit	56
4.10.3 Isu Hukum yang Sering Muncul dalam Pelayanan Kesehatan	56
4.10.4 Tanggung Jawab Hukum dan Etika Manajemen Rumah Sakit	56
4.11 Masa Depan Manajemen Rumah Sakit	57
4.11.1 Tren dan Perkembangan di Manajemen Rumah Sakit	57
4.11.2 Tantangan Masa Depan dalam Pelayanan Kesehatan	57
4.11.3 Peran Rumah Sakit dalam Kesehatan Global	58
4.11.4 Kesimpulan dan Rekomendasi untuk Masa Depan	58
DAFTAR PUSTAKA	59
BAB 5 KINERJA RUMAH SAKIT	67
5.1 Pendahuluan	67
5.2 Kinerja	68
5.2.1 Penilaian Kinerja	69
5.2.2 Indikator Kinerja RS	70
5.3 Kinerja dengan Pendekatan Sistem	71
5.3.1 Performance Prism	72
5.3.2 <i>Analytical Hierarchy Process</i> (AHP)	76
5.3.3 Balanced Scorecard (BSC)	79
5.3.4 Objective Matrix (OMAX)	81
DAFTAR PUSTAKA	84
BAB 6 SASARAN KESELAMATAN PASIEN	85
6.1 Keselamatan Pasien	85
6.2 Sasaran Keselamatan Pasien	86
6.2.1 Sasaran I. Ketepatan Identifikasi Pasien	87
6.2.2 Sasaran II : Peningkatan Komunikasi Yang Efektif	88
6.2.3 Sasaran III : Peningkatan Keamanan Obat Yang Perlu Diwaspadai (<i>High Alert</i>)	89

6.2.4 Sasaran IV : Kepastian Tepat-Lokasi, Tepat-Prosedur, Tepat-Pasien Operasi.....	90
6.2.5 Sasaran V : Pengurangan Risiko Infeksi Terkait Pelayanan Kesehatan.....	92
6.2.6 Sasaran VI : Pengurangan Risiko Infeksi Terkait Pelayanan Kesehatan	92
6.3 Standar Keselamatan Pasien.....	93
6.4 Standar Keselamatan Pasien.....	95
6.5 Dimensi Keselamatan Pasien.....	96
DAFTAR PUSTAKA	97
BAB 7 ANGGARAN DAN AKUNTANSI RUMAH SAKIT	99
7.1 Pendahuluan.....	99
7.2 Perencanaan dan Penganggaran	99
7.2.1 Anggaran Operasional	102
7.2.2 Proses Perencanaan dan Penganggaran Operasional	105
7.2.3 Metode Penyusunan Anggaran.....	107
7.3 Akuntansi Rumah Sakit.....	108
7.3.1 Akuntansi Keuangan.....	109
7.3.2 Akuntansi Biaya.....	110
7.3.3 Akuntansi Manajemen.....	111
7.3.4 Akuntansi Pajak.....	112
DAFTAR PUSTAKA	113
BAB 8 AKREDITASI RUMAH SAKIT	115
8.1 Pendahuluan.....	115
8.2 Lembaga Independen Pelaksana Akreditasi.....	116
8.3 Standar Akreditasi Rumah Sakit 2022	119
8.4 Ketentuan Penilaian Akreditasi Rumah Sakit	127
DAFTAR PUSTAKA	132
BIODATA PENULIS	

DAFTAR TABEL

Tabel 5.1. Skala Penilaian Perbandingan Berpasangan	78
Tabel 8.1. Transformasi Jumlah Standar dan Elemen Penilaian (EP) Akreditasi Rumah Sakit	117
Tabel 8.2. Tarif Survei Akreditasi Rumah Sakit	119
Tabel 8.3. Kriteria Penilaian Standar Akreditasi Rumah Sakit	129

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1. Model Sistem Manajemen Strategi.....	17
Gambar 5.1. Kerangka <i>Performance Prism</i>	73
Gambar 7.1. Jenis Anggaran dan Isinya	103
Gambar 7.2. Ilustrasi Anggaran Pendapatan Rumah Sakit	103
Gambar 7.3. Ilustrasi Penyajian Anggaran Belanja Rumah Sakit	104
Gambar 7.4. Keterkaitan Bidang dalam Akuntansi.....	112

BAB 1

KONSEP DASAR MANAJEMEN

Oleh Sekar Ayu Runggandini

1.1 Pendahuluan

Kata manajemen berasal dari kata bahasa Inggris “manage”, menurut Mary Parker Follett, dalam bukunya yang dirujuk oleh Hani Handoko dan dikutip Nuryadin (2022) menegaskan bahwa manajemen adalah seni untuk mencapai tujuan melalui orang lain, yang mengindikasikan bahwa manajemen adalah mencapai tujuan melalui orang lain. Seni yang dimaksud mengacu pada kapasitas atau kemahiran individu atau kolektif untuk memanipulasi alat atau individu untuk menciptakan keindahan dan kemajuan. Ricky W. Griffin mendefinisikan manajemen sebagai sebuah metode sistematis dalam perencanaan, pengorganisasian, pengkoordinasian, dan pengontrolan sumber daya untuk mencapai tujuan secara efektif dan efisien. Efektif menunjukkan keberhasilan pencapaian tujuan sesuai dengan yang diinginkan, sedangkan efisien menandakan pelaksanaan tugas yang tepat, terstruktur, dan tepat waktu. Definisi yang disebutkan di atas menyoroti dua istilah penting: seni dan proses, dengan yang terakhir menandakan langkah-langkah sistematis untuk mencapai tujuan. Langkah-langkah berurutan dalam manajemen adalah perencanaan, pengorganisasian, pengarahan, dan diakhiri dengan pengawasan (Nuryadin *et al.*, 2022)

1.2 Sejarah Manajemen

Pendekatan manajemen modern telah berkembang dari waktu ke waktu, dengan akarnya di Ur (Irak) sekitar tahun 3000 SM. Para pendeta Sumeria memelopori dokumentasi tertulis untuk mencatat transaksi ekonomi, dan papyrus Mesir dari tahun 1300 SM menekankan pentingnya organisasi dan administrasi dalam pemerintahan birokrasi. Tiongkok Kuno juga memiliki catatan serupa. (Nuryadin *et al.*, 2022)

Dalimunthe (2005) dalam Arifin dkk. (2016) menegaskan bahwa ilmu manajemen merupakan salah satu disiplin ilmu dalam ilmu-ilmu sosial. Pada tahun 1886, Frederick W. Taylor melakukan eksperimen time and motion study dengan menggunakan hipotesis ban berjalannya. Hal ini menyebabkan munculnya teori efisiensi dan efektivitas. Taylor kemudian menulis sebuah buku berjudul *The Principle of Scientific Management* (1911), yang menandai dimulainya manajemen sebagai sebuah disiplin ilmu. Selanjutnya, ilmu manajemen memiliki sifat-sifat sebagai berikut (Arifin *et al.*, 2016):

1. Terdapat sekumpulan manusia, yaitu kelompok yang terdiri dari dua individu atau lebih.
2. Kelompok tersebut menunjukkan kerja sama tim.
3. Terdapat proses.
4. Terdapat tujuan.

1.3 Fungsi Manajemen.

Fungsi manajemen digambarkan sebagai kumpulan kegiatan yang mencakup beragam tugas yang dikategorikan ke dalam satu kelompok untuk membentuk unit administratif (Arifin *et al.*, 2016). Peran manajemen dilakukan untuk mencapai tujuan tertentu. Tujuan yang telah ditetapkan akan tercapai jika sumber daya perusahaan berhasil dikelola dengan baik. Keberhasilan pelaksanaan fungsi-fungsinya harus digunakan untuk menilai efektivitas manajemen dalam memenuhi tujuan yang telah ditetapkan. (Rohman, 2017)

Fungsi manajemen menurut para ahli diantaranya sebagai berikut: Fungsi-fungsi manajemen lazim menggunakan akronim POAC, yaitu:

1. *Planning* (perencanaan)
2. *Organizing* (pengorganisasian)
3. *Actuating* (pengaktualisasian)
4. *Controlling* (pengawasan)

Pandangan Sondang P. Siagian (dikutip oleh Rohman, 2017) mengenai fungsi-fungsi manajemen adalah sebagai berikut:

1. *Planning* (perencanaan)

2. *Organizing* (pengorganisasian)
3. *Motivating* (pemberian motivasi), dan
4. *Controlling* (pengawasan)
5. *Evaluating* (evaluasi)

Masih banyak fungsi manajemen dari para ahli dalam bab ini kita akan lebih bahas secara mendalam mengenai *forecasting* (peramalan), *planning* (perencanaan), *organizing* (pengorganisasian), *actuating* (pengaktualisasian), *controlling* (pengawasan), *evaluating* (evaluasi).

1.3.1 Fungsi Perencanaan.

Perencanaan didefinisikan sebagai perhitungan dan penentuan apa yang akan dilakukan untuk mencapai tujuan tertentu, termasuk di mana tindakan tersebut akan dilakukan, siapa yang akan menjadi aktor atau pelaksana, dan bagaimana cara mencapainya (Arifin *et al.*, 2016).

Perencanaan didefinisikan sebagai perhitungan dan penentuan apa yang akan dilakukan untuk mencapai tujuan tertentu, termasuk di mana tindakan tersebut akan dilakukan, siapa yang akan menjadi aktor atau pelaksana, dan bagaimana cara mencapainya (Rohman, 2017).

Beberapa tujuan umum perencanaan organisasi atau bisnis adalah sebagai berikut:

1. Meminimalkan risiko dan perubahan di masa depan.
2. Memfokuskan upaya pada tujuan tertentu.
3. Memastikan proses pencapaian tujuan yang efektif dan efisien
4. Pengawasan menjadi lebih mudah.

Tahap Dasar Perencanaan

Athoillah (yang dikutip oleh (Rohman, 2017)) memaparkan langkah-langkah dalam membuat perencanaan sebagai berikut:

1. Menetapkan tujuan atau serangkaian tujuan. Dalam menetapkan penentuan tujuan, diperlukan pengaturan prioritas utama dan sumber daya yang tersedia untuk memungkinkan pelaksanaannya.
2. Mengidentifikasi keadaan, situasi, dan kondisi saat ini.

3. Tentukan elemen-elemen mana yang mendukung dan mana yang menghambat.
4. Menciptakan dan menyempurnakan rencana

Kegiatan Perencanaan

Menurut Louis A. Allen (1958) (yang dikutip oleh Arifin et al., 2016) kegiatan-kegiatan fungsi perencanaan yaitu (Arifin *et al.*, 2016):

1. Forecasting, yaitu memperkirakan pekerjaan di masa depan yang akan diselesaikan oleh manajemen.
2. Menetapkan objektivitas, yaitu menetapkan tujuan yang ingin dicapai dari apa yang telah direncanakan secara keseluruhan, termasuk tujuan setiap pekerjaan dan tujuan secara luas.
3. Pembuatan program yang terdiri dari sekumpulan tindakan kegiatan yang dirancang untuk mencapai tujuan tertentu tergantung pada prioritas pelaksanaannya.
4. Penjadwalan, atau membuat jadwal kerja untuk memastikan bahwa pekerjaan tersebut selesai tepat waktu.
5. Penganggaran, yaitu pembuatan anggaran untuk mengalokasikan sumber daya yang ada dengan cara seefisien dan seefektif mungkin;

Proses Perencanaan

Perencanaan, sebagai salah satu langkah dalam rangkaian proses, adalah pendekatan sistematis untuk menyelesaikan tugas. Perencanaan terdiri dari serangkaian aktivitas yang saling berhubungan yang dirancang untuk mencapai tujuan tertentu. Perencanaan adalah serangkaian kegiatan yang digunakan manajer untuk merencanakan ke depan dan membuat keputusan di masa sekarang yang akan membantu mereka mengantisipasi dan menghadapi berbagai masalah di masa depan. Berikut proses perencanaan (Krisnandi, Efendi and Sugiono, 2019) :

1. Menentukan misi dan tujuan. Misi organisasi yang dinyatakan dengan jelas akan membantu para manajer merancang dan mengimplementasikan strategi untuk mencapai tujuan organisasi. Pernyataan misi harus dapat mengidentifikasi bidang kegiatan organisasi, seperti klien yang dilayani, produk

- yang dijual, layanan yang ditawarkan, dan lokasi tempat organisasi beroperasi. Misi juga harus mencakup filosofi yang mendasari untuk memandu kinerja karyawan. Penetapan tujuan biasanya diperumit dengan banyaknya tujuan lain yang sama bermanfaatnya. Akibatnya, sejumlah aspek harus dipertimbangkan, termasuk sumber daya manusia yang ada saat ini serta bakat dan kapasitas ekonomi.
2. Memahami situasi saat ini Tujuan dikembangkan untuk memprediksi situasi masa depan yang memenuhi sejumlah persyaratan yang diinginkan. Untuk memahami skenario masa depan, kondisi saat ini harus dikarakterisasi, dan penelitian serta pengumpulan data diperlukan. Data-data ini kemudian akan dinilai secara menyeluruh dalam hal signifikansi tindakan dan tujuan organisasi, sehingga prospek masa depan dapat diramalkan.
 3. Mempertimbangkan Dukungan dan Hambatan dalam Mencapai Tujuan Berbagai elemen pendukung dan penghambat dalam mencapai tujuan harus dikenali sesegera mungkin agar tindakan pencegahan yang sesuai dapat diterapkan. Di satu sisi, perusahaan dapat memperoleh keuntungan dari sejumlah aspek pendukung sekaligus memaksimalkan peluang yang ada. Di sisi lain, perusahaan harus mengantisipasi kemungkinan hambatan dan menyusun taktik untuk mengatasinya.
 4. Mengembangkan strategi untuk mencapai tujuan Tujuan dapat dicapai dengan cara-cara berikut:
 - a. Mengembangkan kebijakan dan tindakan alternatif.
 - b. Mengevaluasi dan menganalisis keuntungan dan kerugian dari setiap kegiatan atau kebijakan yang potensial.
 - c. Memilih dan menentukan alternatif yang paling tepat.

1.3.2 Fungsi Organisasi

Organisasi dapat didefinisikan menjadi dua. definisi pertama mengacu pada institusi atau kelompok fungsional, seperti organisasi bisnis. Definisi kedua terkait dengan pengorganisasian, yang merupakan serangkaian proses untuk menciptakan struktur organisasi berdasarkan tujuan organisasi (Krisnandi, Efendi and Sugiono, 2019)

Pengorganisasian merupakan pekerjaan manajerial kedua yang dilakukan sesuai dengan rencana yang telah ditetapkan sebelumnya. Setelah mengembangkan rencana, para manajer ditugaskan untuk mengelola sumber daya yang beragam tergantung pada tujuan. Mereka yang akan memimpin dan bertanggung jawab atas setiap kegiatan pengelolaan sumber daya, serta mereka yang secara langsung melaksanakan berbagai tindakan pengelolaan sumber daya untuk mencapai tujuan, selama proses pengorganisasian. definisi ini menunjukkan bahwa proses pengorganisasian melibatkan (Krisnandi, Efendi and Sugiono, 2019):

1. Memahami tujuan.
2. Memahami kebijakan yang diterapkan untuk mencapai tujuan.
3. Menyajikan kegiatan yang harus diselesaikan untuk memenuhi tujuan dan mengkategorikannya sesuai dengan tujuan.
4. Rangkaian tugas ini menjadi dasar untuk menentukan komponen berdasarkan sumber daya yang tersedia.
5. Memastikan bahwa kegiatan dari berbagai bagian atau kelompok seimbang secara horizontal dan vertikal melalui koordinasi.

Struktur organisasi itu sendiri adalah manifestasi (bentuk nyata) dari organisasi semua personel yang diberi peran dan kewajiban untuk setiap kegiatan, dan pada dasarnya mencerminkan hubungan antara fungsi-fungsi otoritas dan tanggung jawab yang berbeda, struktur organisasi adalah sistem pelaporan kerja dan komunikasi untuk berbagai tugas yang menghubungkan aktivitas individu dan kelompok. Struktur organisasi menguraikan pembagian kerja di beberapa divisi, serta aliran koordinasi hasil kerja tersebut, yang terutama diarahkan untuk memenuhi tujuan organisasi.

Desain struktur organisasi dipengaruhi oleh faktor-faktor seperti ukuran organisasi. Struktur organisasi akan sangat dipengaruhi oleh ukuran organisasi secara keseluruhan dan juga unit-unit kerjanya.

Struktur Organisasi

Struktur organisasi itu sendiri adalah manifestasi (bentuk nyata) dari organisasi semua personel yang diberi peran dan kewajiban untuk setiap kegiatan, dan pada dasarnya mencerminkan hubungan antara fungsi-fungsi otoritas dan tanggung jawab yang berbeda, struktur organisasi adalah sistem pelaporan kerja dan komunikasi untuk berbagai tugas yang menghubungkan aktivitas individu dan kelompok. Struktur organisasi menguraikan pembagian kerja di beberapa divisi, serta aliran koordinasi dari hasil kerja tersebut, yang terutama diarahkan untuk memenuhi tujuan organisasi (Krisnandi, Efendi and Sugiono, 2019).

Berikut ini adalah faktor-faktor yang mempengaruhi desain struktur organisasi : (Krisnandi, Efendi and Sugiono, 2019)

1. Ukuran Organisasi Struktur organisasi akan sangat dipengaruhi oleh ukuran organisasi secara keseluruhan dan juga unit-unit kerjanya. Struktur organisasi akan menjadi semakin kompleks seiring dengan semakin besarnya ukuran organisasi, begitu pula sebaliknya.
2. Strategi organisasi. Temuan studi pada perusahaan-perusahaan Amerika menunjukkan hubungan antara strategi dan struktur. Dalam situasi ini, struktur mencerminkan strategi.
3. Teknologi yang digunakan dalam produksi akan mempengaruhi desain struktur organisasi. Perusahaan teknologi modern memiliki struktur yang lebih canggih daripada perusahaan teknologi sebelumnya.
4. Karyawan, Kompetensi dan keterampilan karyawan juga akan mempengaruhi desain struktur organisasi.

1.3.3 Fungsi Penggerakan

Menurut G.R. Terry, Actuating atau penggerakan adalah proses memotivasi semua anggota kelompok agar mau mencapai tujuan dan kemudian berusaha mencapai tujuan tersebut secara bebas dan sejalan dengan perencanaan manajerial dan upaya-upaya organisasi (Arifin *et al.*, 2016).

1. Fungsi actuating atau penggerakan seperti yang didefinisikan oleh Sukwiaty dkk yang dikutip oleh Rohman (2017), adalah aplikasi atau implementasi dari rencana yang telah ditetapkan.

Dengan kata lain, *actuating* mengacu pada tindakan yang terlibat dalam menempatkan sebuah rencana ke dalam tindakan dalam kondisi dunia nyata, melibatkan semua sumber daya manusia yang tersedia untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan. Frasa keterlibatan mengacu pada upaya dan penggerakan sumber daya manusia sehingga mereka bersedia bekerja sendiri atau secara sadar bersama-sama untuk mencapai tujuan yang diinginkan. Jadi, dalam skenario ini, diperlukan suatu kekuatan yang mampu mengupayakan dan menggerakkan apa yang dikenal dengan kepemimpinan (Rohman, 2017).

2. Kegiatan dalam *actuating*

Penggerakan, yang sering dikenal sebagai pengarahan, adalah fungsi manajemen yang terkait erat dengan berbagai tugas manajemen lainnya. Penggerakan, pengarahan, pemberian inspirasi, dan pengaruh, semuanya disepakati memiliki arti yang sama: gerakan pelaksanaan yang bertujuan untuk mencapai tujuan perusahaan. Jadi, penggerakan melibatkan motivasi orang untuk bekerja secara mandiri atau kolaboratif untuk mencapai tujuan yang diinginkan. (Arifin *et al.*, 2016).

Menurut Disman yang dikutip arifin (2016) Fungsi penggerakan adalah untuk membina lingkungan kerja sama di antara para profesional pelaksana program untuk mencapai tujuan organisasi dengan cara yang efektif dan efisien. Fungsi penggerakan tidak dapat dipisahkan dari fungsi-fungsi manajemen lainnya. Penggerakan dan pengimplementasian juga dikenal dengan istilah *actuating* (memberikan bimbingan), *motivating* (menciptakan motivasi), *directing* (memberikan pengarahan), *influencing* (mempengaruhi), dan *commanding* (memerintah). Jadi, penggerakan adalah kegiatan yang dilakukan oleh seorang pemimpin untuk membimbing, menggerakkan, dan mengorganisir semua kegiatan yang ditugaskan pada suatu tugas dalam rangka melaksanakan suatu kegiatan komersial. Motivasi dapat bersifat persuasif, membujuk, atau mendidik, tergantung metode mana yang

paling efektif. Motivasi dapat dikatakan efektif jika direncanakan dan dilaksanakan dengan tepat oleh staf yang ditugaskan untuk itu (Arifin *et al.*, 2016).

1.3.4 Fungsi pengendalian (*Controlling*)

Pengendalian dapat didefinisikan sebagai proses pelaksanaan kegiatan sesuai dengan tujuan. Pengendalian didefinisikan sebagai tindakan mengamati, memantau, meneliti, dan menilai serangkaian kegiatan manajemen untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan, pengendalian didefinisikan sebagai suatu upaya sistematis untuk menstandarkan kinerja dengan tujuan perencanaan, merancang sistem umpan balik informasi, membandingkan kinerja aktual dengan standar yang telah ditetapkan, mengidentifikasi penyimpangan kemudian mengukur signifikansinya, dan mengambil tindakan korektif untuk memastikan penggunaan semua sumber daya perusahaan secara efektif dan efisien untuk mencapai tujuan (Krisnandi, Efendi and Sugiono, 2019).

Langkah langkah Pengendalian

Langkah-langkah pengendalian Berdasarkan kendala-kendala tersebut, pengendalian dilaksanakan dalam empat langkah:

1. Menetapkan standar dan teknik untuk menilai kinerja.
2. Menilai kinerja.
3. Membandingkan kinerja dengan standar.
4. Mengambil tindakan perbaikan.

1.3.5 Fungsi Monitoring dan Evaluasi Dalam Manajemen

Menurut Asep dalam Arifin, dkk (2016) Monitoring dan Evaluasi adalah dua kata yang merujuk pada bagian kegiatan yang berbeda, yaitu Pemantauan dan Evaluasi. Monitoring adalah kegiatan yang menentukan apakah program berjalan dengan baik sesuai dengan rencana, apakah ada kendala yang muncul, dan bagaimana pelaksana program mengatasi kendala tersebut. Memantau hasil perencanaan yang sedang berjalan merupakan teknik kontrol yang efektif selama proses implementasi (Arifin *et al.*, 2016)

Tujuan Evaluasi

Menurut Soewardi yang dikutip oleh Arifin, dkk (2016) Tujuan evaluasi adalah mengumpulkan informasi yang relevan sebagai bahan pertimbangan untuk membuat keputusan tentang desain program, keputusan tentang komponen input program, pelaksanaan program yang mengarah pada kegiatan, dan keputusan tentang output tentang hasil dan dampak kegiatan program. Secara lebih spesifik, pemantauan berupaya untuk :

1. Mengumpulkan fakta dan informasi yang relevan.
2. Memberikan masukan tentang persyaratan pelaksanaan program.
3. Setelah latihan, dapatkan gambaran umum tentang target yang Anda capai.
3. Berikan informasi tentang cara yang tepat untuk melaksanakan operasi.
4. Kumpulkan informasi tentang kesulitan atau hambatan yang ditemui selama latihan.
6. Memberikan umpan balik tentang sistem penilaian program.
6. Memberikan pernyataan yang diidentifikasi sebagai fakta dan nilai.

Proses Evaluasi

Menurut Dunn dalam Arifin, dkk (2016) Proses Pemantauan dan Evaluasi Langkah-langkah pemantauan dan penilaian adalah sebagai berikut:

1. Merencanakan kegiatan pemantauan dan evaluasi, termasuk langkah-langkah, prosedur, dan komponen konten.
2. Melaksanakan kegiatan pemantauan dan evaluasi.
3. Melaporkan hasil dalam bentuk laporan tertulis untuk evaluasi dan umpan balik program.

1.4 Unsur-Unsur Manajemen.

unsur manajemen secara sederhana dapat dianggap sebagai elemen dasar yang harus ada di dalamnya, karena manajemen tidak akan lengkap dan bahkan tidak dapat disebut manajemen tanpa adanya komponen-komponen utama tersebut. Dengan kata lain, manajemen terdiri dari komponen-komponen dasar yang bekerja

sama untuk membangun sebuah organisme yang utuh dan terintegrasi (Rohman, 2017).

Phiffner Jhon F. dan Presthus Robert V. (1960) mengutip pendapat Harrington Emerson, bahwa manajemen mengandung lima unsur pokok, yang dikenal dengan 5M, yaitu (Rohman, 2017):

1. Men yang dalam bahasa indonesia diartikan manusia/orang
2. Money yang dalam bahasa indonesia diartikan uang
3. Materials yang dalam bahasa indonesia diartikan material
4. Machines yang dalam bahasa indonesia diartikan mesin, dan
5. Methods yang dalam bahasa indonesia diartikan metode/cara

DAFTAR PUSTAKA

- Arifin, S. et al. (2016) Buku Dasar-dasar Manajemen Kesehatan. 1st edn, Journal of Chemical Information and Modeling. 1st edn. Banjarmasin: Pustaka Banua.
- Krisnandi, H., Efendi, S. and Sugiono, E. (2019) Pengantar Manajemen, Pengantar Manajemen. Jakarta: LPU-UNAS. Available at: <https://doi.org/10.21070/2018/978-602-5914-18-8>.
- Nuryadin, Afriyana Amelia et al. (2022) Dasar-dasar Manajemen. Surakarta: TAHTA MEDIA GROUP.
- Rohman, A. (2017) Dasar dasar Manajemen. 1st edn. Malang: Inteligensia Media.

BAB 2

MANAJEMEN STRATEGI RUMAH SAKIT

Oleh Heriyati

2.1 Pendahuluan

Dalam dunia pelayanan kesehatan yang terus berubah, tantangan dan kompleksitas dalam mengelola rumah sakit menjadi semakin mendalam. Dari menghadapi tuntutan klinis yang kompleks hingga menavigasi pasar yang kompetitif, manajemen strategis adalah kunci untuk mencapai keberhasilan jangka panjang dan memberikan pelayanan yang berkualitas kepada pasien. Pada bab ini akan dibahas mengenai gambaran dari manajemen strategis, analisis lingkungan rumah sakit dan visi, misi, tujuan pada organisasi rumah sakit.

2.2 Dasar-Dasar Manajemen Strategi Rumah Sakit

Manajemen strategis membantu organisasi untuk merumuskan rencana strategis yang relevan dengan tujuan organisasi tersebut, mengalokasikan sumber daya dengan bijaksana, dan mengelola perubahan dengan efektif. Manajemen strategis ini menjadi landasan bagi rumah sakit untuk merumuskan dan melaksanakan strategi yang efektif dalam menyediakan pelayanan kesehatan berkualitas tinggi kepada pasien mereka serta memastikan keberlanjutan organisasi dalam jangka panjang

2.2.1 Pengertian Manajemen Strategis

Manajemen strategis adalah suatu proses yang melibatkan perencanaan, pelaksanaan, dan penilaian keputusan yang bertujuan memfasilitasi pencapaian tujuan jangka panjang sebuah organisasi. Hal ini melibatkan pemahaman akan arah yang ingin dicapai oleh organisasi, menentukan strategi terbaik untuk mencapai tujuan

tersebut, dan terus-menerus beradaptasi dengan perubahan lingkungan bisnis yang dinamis..

1. **Porter (1996)**: Mendefinisikan strategi sebagai “penciptaan posisi unik dan berharga yang diperoleh dengan melakukan serangkaian kegiatan”.
2. **Barney, (2007:27)** Manajemen strategis dapat dipahami sebagai proses memilih dan menerapkan strategi. Strategi sendiri adalah pola alokasi sumber daya yang memungkinkan organisasi untuk mempertahankan kinerjanya.
3. **Fred R David dan Forest R David (2016;23)**, manajemen strategik adalah seni dan sains dalam memformulasikan, mengimplementasikan dan mengevaluasi keputusan lintas fungsional yang membuat organisasi memperoleh tujuannya.

2.2.2 Tahapan Manajemen Strategis

Dalam mencapai keberhasilan, sebuah organisasi harus menjalani serangkaian langkah terstruktur yang disebut proses manajemen strategis. Proses ini tidak hanya menetapkan arah, tetapi juga menyediakan peta jalan yang jelas untuk mencapai tujuan tersebut. Proses manajemen strategis terdiri dari beberapa tahap penting, masing-masing dengan peran unik dan krusialnya. (David, 2004):

1. **Formulasi Strategi**: Tahap ini mencakup pengembangan visi dan misi, identifikasi peluang dan ancaman eksternal, penentuan kekuatan dan kelemahan internal, penetapan tujuan jangka panjang, pembuatan berbagai strategi alternatif, dan pemilihan strategi yang akan diimplementasikan. Keputusan dalam formulasi strategi ini mengikat produk, pasar, sumber daya, dan teknologi tertentu untuk jangka waktu yang panjang.
2. **Pelaksanaan Strategi**: Fase implementasi melibatkan penetapan tujuan atau target, manajemen kebijakan, alokasi sumber daya, dorongan motivasi terhadap karyawan, serta pengembangan budaya kerja yang mendukung strategi tersebut. Tahap ini juga melibatkan penyesuaian struktur organisasi agar efisien. Pelaksanaan strategi merupakan fase yang kompleks karena

melibatkan seluruh individu dalam organisasi. Ini memerlukan disiplin, komitmen, dan pengorbanan dari setiap individu yang terlibat. Keberhasilan implementasi strategi tergantung pada kemampuan manajer untuk memotivasi karyawan. Meskipun strategi telah dirumuskan dengan baik, tanpa implementasi yang tepat, strategi tersebut tidak akan bermakna.

3. **Evaluasi Strategi:** Proses evaluasi melibatkan analisis faktor internal dan eksternal, penilaian kinerja, serta pembuatan keputusan dan langkah-langkah perbaikan. Evaluasi ini krusial untuk memastikan kesuksesan strategi yang telah diterapkan serta penyesuaian terhadap perubahan dalam lingkungan organisasi dan eksternal. Penilaian strategi merupakan tahap akhir dalam manajemen strategis, dan merupakan sumber informasi pertama. Evaluasi strategis meliputi tiga aspek utama: (1) peninjauan ulang faktor internal dan eksternal yang menjadi dasar strategi saat ini, (2) pengukuran kinerja, dan (3) pelaksanaan tindakan korektif. Evaluasi strategis penting karena kesuksesan saat ini membentuk dasar untuk kesuksesan di masa depan. Setiap tahap dalam manajemen strategis memiliki peran penting untuk memastikan bahwa strategi organisasi tidak hanya direncanakan dengan baik, tetapi juga diterapkan dan dievaluasi secara efektif untuk mencapai tujuan organisasi.

2.2.3 Proses Manajemen Strategis

Manajemen strategis adalah serangkaian langkah atau fase yang memberikan kerangka kerja bagi manajer untuk mengatasi berbagai tantangan yang unik bagi organisasi, memperoleh wawasan tentang peluang baru dengan lebih mudah, serta untuk mengevaluasi kekuatan yang dapat dimanfaatkan dan kelemahan yang harus diatasi. Proses ini mengintegrasikan misi dan tujuan organisasi dengan faktor-faktor internal dan eksternal yang mempengaruhinya. Menurut Hitt et al., dalam buku "Manajemen Strategis" oleh Amirullah, proses manajemen strategis terdiri dari lima tahap yang mencakup :

1. Menetapkan arah dan misi organisasi

Setiap organisasi termasuk rumah sakit memiliki visi, misi, dan tujuan yang menentukan arah yang akan dikejar oleh organisasi tersebut. Kehadiran visi, misi, dan tujuan ini memberikan kejelasan dan fokus dalam kinerja organisasi. Tanpa adanya visi, misi, dan tujuan, kinerja organisasi cenderung tidak terarah dan kurang jelas, serta rentan terhadap perubahan dan pengaruh eksternal yang dapat mengganggu. Perubahan yang tidak didasari oleh visi, misi, dan tujuan seringkali tidak terencana dan kurang sistematis, mirip dengan reaksi spontan seperti yang dilakukan oleh pedagang kecil hanya untuk memenuhi kebutuhan sehari-hari. Hal ini tidak diinginkan dalam konteks organisasi bisnis, terutama organisasi skala menengah dan besar.

2. Memahami lingkungan internal dan eksternal

Tujuan dari analisis lingkungan adalah untuk memperoleh pemahaman yang mendalam tentang lingkungan di mana organisasi beroperasi. Hal ini bertujuan agar manajemen dapat merespons dengan tepat terhadap setiap perubahan yang terjadi, serta memiliki kemampuan untuk mengatasi berbagai isu penting yang berkaitan dengan lingkungan yang memiliki dampak signifikan terhadap organisasi.

3. Merumuskan strategi

Proses formulasi strategi mencakup penetapan rangkaian langkah-langkah yang sesuai untuk mencapai tujuan organisasi. Langkah-langkah ini termasuk pengembangan misi, analisis SWOT, serta penetapan tujuan jangka panjang.

4. Mengimplementasikan strategi

Dalam proses implementasi strategi, organisasi perlu menetapkan atau merumuskan tujuan tahunan, merancang kebijakan, memotivasi karyawan, dan mengalokasikan sumber daya untuk melaksanakan strategi yang telah ditetapkan. Implementasi berarti mendorong karyawan dan manajer untuk mengubah strategi menjadi tindakan nyata.

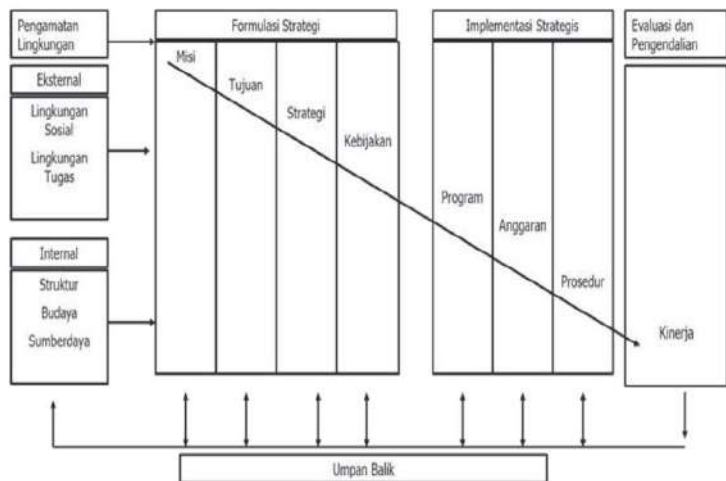
Proses ini memerlukan kinerja dan disiplin yang tinggi, namun harus disertai dengan imbalan yang sesuai.

5. Mengevaluasi dan mengawasi strategi

Evaluasi dan pengawasan strategi merupakan langkah terakhir dalam proses manajemen strategi. Evaluasi ini melibatkan tiga aspek yakni:

- a. Meninjau faktor-faktor internal dan eksternal yang menjadi dasar strategi yang sedang dilaksanakan.
- b. Mengukur kinerja yang telah dicapai.
- c. Mengambil langkah-langkah perbaikan yang diperlukan.

Evaluasi strategi sangat penting karena kesuksesan organisasi saat ini tidak menjamin kesuksesan di masa depan. Menurut Wheelen dan Hunger (2012), manajemen strategis umumnya mengikuti prinsip-prinsip dasar yang terdiri dari analisis lingkungan, formulasi strategi, implementasi strategi, evaluasi, dan pengendalian. Ini adalah gambaran umum dari model sistem manajemen strategi. Berikut gambar model manajemen strategi :



Gambar 2.1. Model Sistem Manajemen Strategi
(Sumber : Wheelen dan Hunger 2012)

2.3 Analisis Lingkungan Rumah Sakit

Rumah sakit senantiasa dipengaruhi oleh lingkungan sekitar, baik itu dari faktor eksternal maupun internal yang selalu berubah. Jika rumah sakit tidak fleksibel dan tidak berusaha beradaptasi dengan perubahan lingkungan, maka keberlangsungannya akan terancam. Sebaliknya, rumah sakit yang mampu beradaptasi dengan lingkungan sekitarnya dan mengambil langkah-langkah untuk terus berkembang akan tetap eksis dan bahkan memiliki potensi untuk berkembang lebih jauh serta siap menghadapi persaingan di masa mendatang. Perubahan dalam lingkungan bisa memaksa rumah sakit untuk mengubah paradigma manajemennya, yang pada akhirnya juga akan mempengaruhi sistem manajemen rumah sakit itu sendiri. Secara umum, rumah sakit saat ini sedang mengalami pergeseran dari lembaga yang didasarkan pada aspek sosial dan birokrasi yang kuat menjadi lembaga yang berorientasi bisnis. (Trisnantoro, 2009).

2.2.1 Analisis Lingkungan Internal

Seluruh rumah sakit tentunya memiliki tantangan umum terutama dari faktor internal. Utamanya, hal ini terlihat dari kekurangan sarana dan infrastruktur yang memadai serta kurangnya kemampuan bersaing dalam lingkup organisasi, yang semakin diperparah oleh ketidakresponsifan dan kurangnya kecepatan dalam mengantisipasi persaingan di pasar lokal dan global oleh para pimpinan rumah sakit. Sementara itu, rumah sakit juga harus menghadapi berbagai ancaman dan tantangan seperti kemajuan IPTEK yang cepat, perubahan dinamis dalam skala regional dan global, kritikan yang semakin tajam dari masyarakat terhadap pelayanan, serta adopsi paradigma baru terkait organisasi dan kepemimpinan di masa depan. Komponen internal rumah sakit sendiri terdiri dari berbagai sumber daya, baik yang berwujud maupun tidak, yang menjadi landasan bagi operasional rumah sakit.

Lingkungan internal organisasi mencakup kekuatan dan kelemahan. Kekuatan adalah semua perihal yang diperlukan bagi internal organisasi agar kegiatan organisasi dapat berjalan secara optimal (Sulistiani, 2014). Sementara itu, kelemahan adalah kekurangan yang ada dalam kondisi internal organisasi, yang

menyebabkan kegiatan organisasi belum dapat terlaksana secara maksimal (Nasution, 2018; Dian Pertiwi, 2018).

Analisis lingkungan internal rumah sakit adalah tahap penting dalam proses manajemen strategis yang membantu pemangku kepentingan dalam memahami kekuatan dan kelemahan internal rumah sakit serta menentukan strategi yang sesuai untuk mencapai tujuan organisasi. Berikut adalah bagaimana analisis lingkungan internal memainkan peran dalam manajemen strategis rumah sakit :

1. Mengidentifikasi Kekuatan (*Strengths*) Internal
 - a. Tenaga Kerja Berkualitas: Rumah sakit yang memiliki dokter, perawat, dan staf medis yang berkualitas dan berpengalaman dapat meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan.
 - b. Infrastruktur Modern: Adanya fasilitas fisik yang modern dan peralatan medis terkini dapat meningkatkan efisiensi dalam diagnosis dan perawatan pasien.
 - c. Proses Operasional yang Efisien: Proses pendaftaran pasien, perawatan medis, dan manajemen persediaan yang efisien dapat meningkatkan produktivitas dan mengurangi waktu tunggu pasien.
2. Mengidentifikasi Kelemahan (*Weaknesses*) Interna
 - a. Kekurangan Tenaga Kerja: Rumah sakit mungkin menghadapi kekurangan dokter atau perawat yang dapat mengganggu pelayanan dan menyebabkan kelelahan staf.
 - b. Infrastruktur Tidak Memadai: Fasilitas yang tua atau peralatan medis yang usang dapat menyebabkan penurunan efektivitas dan keselamatan pasien.
 - c. Proses Operasional yang Lamban: Proses administrasi yang rumit atau tidak efisien dapat menghambat kinerja staf dan mengganggu pengalaman pasien.
3. Menentukan Strategi Berbasis Kekuatan dan Kelemahan
 - a. Pengembangan Sumber Daya Manusia: Rumah sakit dapat mengembangkan program pelatihan dan pengembangan untuk meningkatkan keterampilan dan kualifikasi staf medis.

- b. Investasi dalam Infrastruktur: Aliran dana dapat dialokasikan untuk pembaruan infrastruktur fisik dan investasi dalam teknologi medis terbaru.
- c. Optimalisasi Proses Operasional: Langkah-langkah perbaikan proses dapat diimplementasikan untuk meningkatkan efisiensi dan mengurangi biaya operasional.

Melalui analisis lingkungan internal yang komprehensif, rumah sakit dapat mengidentifikasi potensi unik dan tantangan yang mereka hadapi, serta merumuskan strategi yang tepat untuk meningkatkan kinerja operasional dan memberikan pelayanan yang berkualitas kepada pasien.

2.2.2 Analisis Lingkungan Eksternal

Lingkungan eksternal organisasi mencakup peluang dan ancaman. Peluang adalah faktor positif dari lingkungan eksternal yang dapat mengarahkan kegiatan organisasi menuju hasil yang diinginkan. Sebaliknya, ancaman adalah faktor eksternal yang berpotensi menghambat kemajuan organisasi. Untuk menyusun rencana antisipasi yang efektif, rumah sakit harus memahami kondisi internal organisasi guna menilai keunggulan kompetitif dan kelemahan yang ada dalam menghadapi perubahan eksternal. Pada analisis lingkungan eksternal diperlukan pemahaman terkait analisis peluang dan ancaman.

1. Analisis Peluang (*Opportunities*)

Setiap organisasi memiliki sumber daya yang membuatnya unik dibandingkan dengan organisasi lain. Beberapa peluang dan keunggulan bersaing tertentu memerlukan modal besar untuk dapat dimanfaatkan. Di sisi lain, organisasi-organisasi baru terus bermunculan. Peluang pemasaran adalah area kebutuhan pembeli di mana organisasi dapat beroperasi dengan menguntungkan.

2. Analisis Ancaman (*Threats*)

Ancaman adalah tantangan yang timbul dari tren atau perkembangan yang merugikan dalam lingkungan, yang dapat menyebabkan penurunan posisi organisasi. Ancaman merupakan kebalikan dari peluang. Jika tidak ditangani,

ancaman ini akan menjadi hambatan bagi organisasi seperti rumah sakit baik saat ini maupun di masa depan.

Analisis lingkungan eksternal rumah sakit dalam konteks manajemen strategis memungkinkan pemangku kepentingan untuk memahami faktor-faktor di luar kendali langsung mereka yang dapat mempengaruhi kinerja organisasi. Berikut adalah beberapa aspek penting dalam analisis lingkungan eksternal rumah sakit:

1. Tren Demografis
 - a. Pertumbuhan dan Penuaan Penduduk: Pertumbuhan penduduk dan perubahan dalam struktur demografis dapat memengaruhi permintaan akan layanan kesehatan.
 - b. Pola Penyakit: Perubahan dalam pola penyakit seperti meningkatnya penyakit kronis atau wabah penyakit menular dapat mempengaruhi permintaan dan jenis layanan yang dibutuhkan.
2. Perkembangan Teknologi Medis
 - a. Inovasi dan Perkembangan Teknologi: Perkembangan teknologi medis baru dapat mengubah cara diagnosis, pengobatan, dan perawatan dilakukan, serta mempengaruhi persaingan di industri kesehatan.
 - b. Penerapan Sistem Informasi Kesehatan: Implementasi sistem informasi kesehatan dapat meningkatkan efisiensi operasional dan kualitas pelayanan, tetapi juga memerlukan investasi dan adaptasi.
3. Regulasi Pemerintah
 - a. Kebijakan Kesehatan Publik: Perubahan dalam kebijakan kesehatan publik, seperti program asuransi kesehatan universal atau peraturan tentang standar pelayanan, dapat mempengaruhi struktur dan operasi rumah sakit.
 - b. Peraturan tentang Pembiayaan dan Reimbursement: Perubahan dalam aturan pembayaran dan reimbursement dari pemerintah atau organisasi asuransi dapat mempengaruhi pendapatan dan keuangan rumah sakit.

4. Persaingan di Industri Kesehatan
 - a. Rumah Sakit Bersaing: Persaingan antara rumah sakit lokal, regional, dan nasional dapat memengaruhi pangsa pasar, tarif, dan kualitas pelayanan.
 - b. Peningkatan Layanan Alternatif: Peningkatan dalam layanan kesehatan alternatif seperti klinik jalan atau perawatan kesehatan berbasis rumah dapat menjadi ancaman bagi rumah sakit tradisional.
5. Harapan Pasien dan Pengguna Layanan Kesehatan
 - a. Kualitas Pelayanan: Harapan pasien terhadap kualitas pelayanan, keamanan pasien, dan kepuasan pengalaman pasien dapat mempengaruhi reputasi dan pemilihan rumah sakit.
 - b. Keterlibatan Pasien: Perubahan dalam preferensi pasien terhadap keterlibatan dalam pengambilan keputusan tentang perawatan mereka dapat memengaruhi pendekatan yang diambil oleh rumah sakit dalam memberikan pelayanan.
6. Perubahan Sosial dan Budaya
 - a. Tren Gaya berat dan Gaya Hidup: Perubahan dalam gaya hidup, preferensi masyarakat, dan kesadaran akan kesehatan dapat mempengaruhi permintaan dan preferensi terhadap layanan kesehatan.
 - b. Nilai-Nilai Budaya: Nilai budaya dan keyakinan masyarakat terhadap kesehatan dan penyembuhan dapat memengaruhi permintaan dan penerimaan terhadap layanan kesehatan tertentu.

Analisis lingkungan eksternal ini membantu rumah sakit untuk mengidentifikasi peluang dan ancaman yang ada di lingkungan eksternal mereka. Dengan pemahaman yang mendalam tentang faktor-faktor eksternal ini, rumah sakit dapat merumuskan strategi yang lebih efektif dan responsif untuk mencapai tujuan organisasi mereka dalam konteks yang terus berubah dan kompleks.

DAFTAR PUSTAKA

- Barney, J. (2007). Gaining and Sustaining Competitive Advantage. *Journal of Management*, 27-47.
- David, F. R., & David, F. R. (2016). *Strategic Management: Concepts and Cases*. Cengage Learning.
- David, F. R. (2004). *Strategic Management: Concepts and Cases*. Cengage Learning.
- Hitt, M. A., Ireland, R. D., & Hoskisson, R. E. (n.d.). *Strategic Management: Concepts and Cases*. Cengage Learning.
- Nasution, H. N. (2018). Analisis Lingkungan Internal dan Eksternal Dalam Manajemen Strategis. *Jurnal Manajemen*, 1-10.
- Porter, M. E. (1996). What Is Strategy? *Harvard Business Review*, 61-78.
- Sulistiani, E. (2014). Analisis Lingkungan Internal dan Eksternal Dalam Manajemen Strategis. *Jurnal Manajemen*, 1-12.
- Trisnantoro, L. (2009). Perubahan Dalam Manajemen Rumah Sakit. *Jurnal Manajemen*, 1-10.
- Wheelen, T. L., & Hunger, J. D. (2012). *Strategic Management and Business Policy: Towards Global Sustainability*. Pearson Education.

BAB 3

KONSEP PEMASARAN RUMAH SAKIT

Oleh Restu Prihandini Widiar

3.1 Latar Belakang Pemasaran Rumah Sakit

Dewasa ini, fasilitas pelayanan kesehatan telah memasuki kondisi dimana tingkat persaingan semakin tinggi. Salah satu usaha untuk dapat menjadi pemenang dalam persaingan tersebut adalah dengan memperbaiki mutu pelayanan sehingga pelayanan yang diberikan sesuai dengan kebutuhan pasien. Dengan begitu terciptalah kepuasan bagi pasien. Kepedulian kepada pasien merupakan wujud usaha dalam perbaikan mutu pelayanan di rumah sakit. Dalam hal itu rumah sakit perlu memperhatikan kebutuhan dan harapan pasien dengan baik agar dapat dilakukan perbaikan yang tepat.

Dari sudut pemasaran, pada kondisi persaingan yang ketat pihak pengelola rumah sakit harus dapat membuat strategi dalam pelaksanaan kegiatan pemasaran. Tujuan dari strategi tersebut agar dapat memunculkan, mempertahankan dan meningkatkan kepuasan pasien yang pada akhirnya proses tersebut mempengaruhi pengambilan keputusan pasien terhadap pelayanan (Dumpapa *et al.*, 2010).

Saat membuat keputusan membeli atau pemanfaatan jasa pelayanan kesehatan, pasien biasanya didorong oleh preferensi individu serta keinginan akan kesesuaian sosial. Mengingat hubungan saat ini faktor sosial lebih dominan sehingga pasien lebih peduli masukan –masukan dari orang lain. Selain itu juga saling bertukar pikiran dan tentang suatu rumah sakit. Secara tidak langsung pasien-pasien tersebut menggambarkan kualitas dari pelayanan rumah sakit yang seringnya sangat berbeda dengan citra rumah sakit yang ingin diwujudkan oleh pihak manajemen rumah sakit itu sendiri (Kotler, Kartajaya and Setiawan, 2019).

Pada umumnya rumah sakit di Indonesia sudah melaksanakan pengumpulan data dan informasi tentang pasien. Contohnya melalui rekam medis. Sebagian melaksanakannya

dengan baik, tetapi ada juga yang melaksanakannya dengan kurang baik. Namun, dengan cara ini data dan informasi yang dikumpulkan hanyalah data dan informasi demografik. Jarang sekali rumah sakit yang memperhatikan data dan informasi tentang pemanfaatan pelayanan, sikap atau pendapat pasien berkaitan dengan pelayanan yang dirasakan.

Padahal seharusnya rumah sakit meneliti untuk memahami bagaimana pasien melihat, merasakan, memikirkan, dan melakukan tindakan dalam kaitannya dengan pelayanan kesehatan yang diberikan. Dengan begitu dapat dikatakan rumah sakit berorientasi pada konsumen. Memahami perilaku pasien sebagai konsumen adalah dasar dari dikembangkannya pelayanan kesehatan, penyesuaian tarif dan ditentukannya tempat pelayanan dan diselenggarakannya promosi yang efektif (Hartono, 2010).

Dari uraian diatas menggambarkan bahwa pemasaran rumah sakit sangat diperlukan demi keberlangsungan pelayanan di rumah sakit itu sendiri.

3.2 Definisi Pemasaran Rumah Sakit

Pemasaran Rumah Sakit adalah kegiatan sosial dimana setiap orang maupun kumpulan beberapa orang mengupayakan untuk memenuhi apa yang dibutuhkan dan mendapatkan apa yang diinginkan dengan cara penciptaan, penawaran, tukar menukar barang dan jasa pelayanan kesehatan yang dilaksanakan oleh rumah sakit. Selain itu pemasaran juga merupakan kegiatan untuk menciptakan sinergi pada kegiatan rencana layanan kesehatan, penentuan tarif, komunikasi/promosi dan pengadaan lahan untuk kegiatan pelayanan kesehatan di rumah sakit, dalam suatu alat dengan istilah bauran pemasaran (Lestari and Rindu, 2018).

Bauran Pemasaran yang disebut juga *Marketing Mix* terdiri dari kombinasi dari empat/lebih variabel inti dari sistem pemasaran rumah sakit. Berikut ini elemen bauran pemasaran di rumah sakit yaitu *product, price, place, promotion, people, process, dan physical evidence* (Agustine and Sulistiadi, 2018).

3.3 Konsep Inti Pemasaran Rumah Sakit

3.3.1 Kebutuhan, Keinginan dan Permintaan

Salah satu syarat hidup dasar bagi manusia yaitu kebutuhan. Air, Pakaian, tempat tinggal, udara, makanan adalah beberapa kebutuhan dasar manusia untuk dapat bertahan hidup. Selain itu seseorang juga butuh rekreasi, pengetahuan yang didapat dari kegiatan pendidikan, serta pelayanan kesehatan. Kebutuhan tersebut berubah menjadi keinginan jika ditujukan pada sesuatu yang bisa memenuhi kebutuhan tersebut. Sedangkan permintaan merupakan keinginan akan suatu produk/jasa yang disupport adanya kekuatan untuk melakukan pembayaran (Kotler and Keller, 2009a).

3.3.2 Segmentasi, Targeting dan Positioning

Seorang manajer pemasaran perlu melakukan segmentasi dengan melakukan investigasi berbagai kelompok konsumen sehingga dapat diketahui apa yang disukai dan diinginkan terhadap bauran produk / jasa yang akan ditawarkan. Yang dapat diteliti yaitu beberapa perilaku konsumen & gambaran psikografis serta kondisi demografis konsumen di rumah sakit.

Setelah itu manajer pemasaran menentukan segmen yang menjadi targetnya. Pada setiap segmen, rumah sakit seharusnya mengembangkan penawaran pelayanan kesehatan tertentu yang ditempatkan di dalam benak pasien/ konsumen yang menjadi sasaran. Misalkan suatu rumah sakit mengembangkan pelayanan yang memperhatikan kenyamanan terutama pasien anak-anak. Karena itu rumah sakit memposisikan sebagai fasilitas pelayanan kesehatan yang paling ramah anak. Rumah sakit akan sukses bila dapat menentukan sasaran secara teliti dan membuat promosi sesuai kebutuhan (Kotler and Keller, 2009a).

3.3.3 Penawaran dan Merk

Rumah sakit menawarkan jasa pelayanan kesehatan yang menguntungkan untuk memenuhi kebutuhan. Pada dasarnya penawaran nilai bersifat tidak berwujud diubah menjadi suatu penawaran berwujud yaitu kombinasi produk, jasa, informasi serta pengalaman yang didapatkan oleh pasien.

Merk (*brand*) merupakan penawaran yang datang dari fasilitas pelayanan kesehatan yang sudah dikenali. Rumah sakit perlu membangun citra merk yang kuat, disukai serta unik dimata pasien/pelanggan(Kotler and Keller, 2009a).

3.3.4 Proses Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan di Rumah Sakit

Konsumen adalah orang yang menjadi sasaran dari upaya pemasaran rumah sakit. Berikut ini adalah proses pemanfaatan pelayanan kesehatan di rumah sakit:

1. Kebutuhan
Merupakan sesuatu yang diperlukan dan diinginkan membuat konsumen sehingga berminat untuk mendapatkan pelayanan. Tugas utama rumah sakit yaitu mencari tahu permulaan awal bagaimana konsumen tertarik sehingga sampai pada pengambilan keputusan.
2. Mencari Informasi
Merupakan kegiatan konsumen dalam mendapatkan data-data terkait dengan kebutuhannya yang harus dipenuhi. Dalam pencarian informasi ini sangat bervariasi, misalnya pasien yang mengambil keputusan dalam kondisi darurat sampai ada juga yang berbulan-bulan mencari data dan informasi sebelum mengambil keputusan contohnya dalam memilih pertolongan persalinan. Sehubungan dengan itu, kita dapat membedakan pencarian data dan informasi menjadi dua yaitu pencarian pasif dan pencarian aktif. Pencarian pasif yaitu mendapatkan informasi yang datang pada dirinya melalui siaran TV, melihat baliho, mendengar orang berbincang dll. Sedangkan pencarian aktif yaitu berupaya mendapatkan informasi yang diperlukan dengan membaca brosur, menanyakan kepada orang lain, mendatangi rumah sakit secara langsung dll.
3. Menimbang
Merupakan tahap dimana calon pasien mempertimbangkan atau mengevaluasi pilihan-pilihan pelayanan kesehatan yang ada. Lima konsep dalam proses pemilihan yaitu menggunakan daftar pilihan, menimbang atribut pelayanan, menimbang

- kesan, menimbang manfaat dan menimbang bobot kepentingan.
4. Memanfaatkan Pelayanan Kesehatan
Yaitu proses dimana pasien memanfaatkan pelayanan kesehatan yang dia pilih. Pada tah ini ternyata ada 2 faktor yang bisa mengintervensi proses perubahan niatnya menjadi pemanfaatan, yaitu sikap dari orang lain disekitarnya dan faktor situasional yang diantisipasi misalnya berkaitan dengan biaya.
 5. Keputusan Pasca Pelayanan Kesehatan
Merupakan akibat dari serangkaian kejadian yang dialami pasien setelah mendapatkan pelayanan kesehatan terhadap sikap dan perilaku selanjutnya. Setelah mendapatkan pelayanan kesehatan pasien akan merasa puas atau kecewa, atas dasar inilah pasien akan melakukan tindakan-tindakan pasca pemanfaatan yang dapat berdampak pada rumah sakit. Jika pasien puas, maka kemungkinan besar dia akan datang kembali pada waktu yang akan datang. Pasien yang puas juga punya kecenderungan akan menginformasikan berita yang positif kepada orang lain terkait pelayanan yang di berikan rumah sakit. Sedangkan pasien yang mengalami kekecewaan akan merespon berbeda, kemungkinan dia akan menghentikan pemanfaatan pelayanan kesehatan di rumah sakit tersebut (Hartono, 2010).

3.4 Konsep Pemasaran Jasa Pelayanan Kesehatan

3.4.1 Karakteristik Pelayanan Kesehatan

Pelayanan kesehatan merupakan suatu bentuk jasa yang mempunyai karakteristik Tidak berwujud, Tidak terpisahkan, bervariasi dan bisa musnah.

1. Tidak Berwujud

Pelayanan kesehatan tidak seperti barang fisik yang dapat dilihat dengan jelas fitur produknya. Sebelum pelayanan kesehatan diberikan pasien tidak dapat melihat maupun merasakannya. Pasien yang melakukan operasi belum bisa mengetahui hasilnya sebelum operasi tersebut dilaksanakan. Untuk mengurangi suatu ketidakpastian, calon pasien akan mencari bukti kualitas dengan mengumpulkan informasi dari

tempat, orang, peralatan, bahan, komunikasi, simbol-simbol serta biaya. Oleh karena itu manajemen rumah sakit perlu mengelola bukti-bukti tersebut dengan berbagai cara. Rumah sakit harus dapat mentransformasikan pelayanan kesehatan ke dalam manfaat konkret dan pengalaman yang dapat diterima dengan baik.

2. Tidak Terpisahkan

Suatu pelayanan kesehatan merupakan jasa yang dilaksanakan langsung oleh petugas yang bersangkutan. Jika seseorang memberikan jasa maka petugas menjadi bagian dari jasa itu , interaksi antara pasien dan petugas merupakan fitur khusus pada pemasaran jasa pelayanan kesehatan.

3. Bervariasi

Suatu pelayanan kesehatan kualitasnya tergantung pada siapa yang melaksanakannya, kapan, dimana dan kepada siapa diberikan. Jadi jasa pelayanan kesehatan sangat bervariasi. Beberapa dokter dapat memberikan perhatian yang baik kepada pasien, namun beberapa yang lain kurang berempati. Pasien menyadari variabilitas ini dan sering membicarakannya dengan orang lain sebelum memilih fasilitas pelayanan kesehatan yang akan didatangi.

4. Dapat Musnah

Jasa atau pelayanan kesehatan tidak dapat disimpan, jadi sifat ini dapat menjadi masalah saat permintaan meningkat. Misalnya sebuah rumah sakit harus menyediakan kamar rawat inap lebih banyak karena saat ada pandemi tertentu jumlah pasien meningkat pesat. Manajemen permintaan atau manajemen hasil merupakan hal yang penting, jasa yang tepat perlu disediakan untuk pelanggan yang tepat pada tempat yang tepat disaat yang tepat dan harga yang tepat agar dapat memaksimalkan profitabilitas (Kotler and Keller, 2009b).

3.4.2 Strategi Pemasaran Rumah Sakit

Pada masa lalu, perusahaan yang bergerak di bidang jasa termasuk rumah sakit dianggap perusahaan yang kecil sehingga pelaksanaan kegiatan pemasaran dianggap belum perlu bahkan sebagian ada yang tidak melakukan kegiatan pemasaran sama

sekali. Namun saat ini sudah berubah, karena persaingan sudah semakin ketat.

Pentingnya dilakukan pemasaran holistik di rumah sakit, karena kita tidak mengetahui apakah seseorang akan setia menjadi pelanggan, dan hal itu dipengaruhi oleh beberapa variabel. Suatu penelitian mengidentifikasi > 800 perilaku pelanggan menyebabkan beralih ke tempat lain. Perilaku tersebut dibagi menjadi 8 kategori yaitu penetapan harga, ketidaknyamanan, kegagalan pelayanan inti, kegagalan pemenuhan jasa, respon terhadap kegagalan pelayanan, persaingan, masalah etika serta peralihan tidak secara sukarela.

Pemasaran holistik untuk rumah sakit memerlukan pemasaran eksternal, pemasaran internal dan pemasaran interaktif. Pemasaran eksternal yaitu kegiatan persiapan, penetapan tarif, pemberian pelayanan dan standar promosi layaknya fasilitas pelayanan kesehatan pada umumnya kepada pasien. Pemasaran internal dapat berupa kegiatan yang meningkatkan skill karyawan agar bisa memberikan pelayanan yang terbaik untuk pelanggan. Sedangkan pemasaran interaktif merupakan suatu skill yang diterapkan oleh petugas dalam memberikan layanan yang berorientasi pada kepuasan pasien. Misalnya pada pasien yang dilakukan operasi di kamar bedah, pasien tidak hanya menilai keberhasilan operasinya saja namun juga menilai petugas yang ditemuinya menunjukkan empatinya dan yakin dapat memberikan pelayanan yang terbaik. Dalam hal ini sangat dipengaruhi oleh kerja tim dan mendelegasikan wewenang kepada petugas garis depan dapat memberikan fleksibilitas. Petugas yang dapat beradaptasi dengan kondisi pekerjaannya berpeluang lebih besar bisa menyelesaikan berbagai masalah yang ditemui. Selain itu diperlukan juga kerjasama petugas yang solid dan transfer data/informasi yang transparan dan tepat waktu (Kotler and Keller, 2009b).

3.4.3 Mengelola Kualitas Pelayanan Kesehatan

Kualitas jasa rumah sakit dapat diuji pada setiap pelayanan kesehatan dilaksanakan. Jika pada saat pelayanan petugas membuat pasien bosan, serta tidak dapat memberikan informasi sederhana atau meninggalkan begitu saja menghampiri petugas yang lain dan

membuat pasien menjadi menunggu lama, maka pasien akan berpikir lagi untuk berkunjung kembali.

Pasien sebagai pelanggan jasa pelayanan kesehatan membuat gambaran harapan tentang pelayanan yang ingin didapatkan dari banyak sumber, misalnya dari pengalaman sebelumnya, kabar dari orang lain ataupun berita iklan. Pada umumnya pasien membandingkan pelayanan kesehatan yang dirasakan setelah mendapatkannya dengan pelayanan yang diharapkan. Jika pelayanan kesehatan yang dirasakan dibawah harapannya, maka pasien kecewa. Rumah sakit perlu memikirkan untuk membuat pasien mendapatkan pengalaman yang melebihi harapannya sehingga pasien merasa puas, misalnya dengan menambahkan metode atau pelayanan tertentu yang bermanfaat untuk pasien bahkan yang tidak disangka yang menjadikan pasien sangat puas.

Berbagai penelitian yang telah dilakukan menunjukkan implementasi manajemen kualitas jasa di rumah sakit terbaik memperhatikan beberapa hal berikut ini: mengembangkan konsep strategis, komitmen manajemen rumah sakit pada kualitas pelayanan, ditetapkan standar tinggi, teknologi swalayan, aplikasi pengamat kinerja pelayanan kesehatan serta kritik dari pasien, dan yang terakhir memperhatikan kepuasan petugas yang menjalankannya (Kotler and Keller, 2009b).

3.5 Strategi Pemasaran Rumah Sakit Di Era Ekonomi Digital

Menurut *the Organization for Economic Cooperation and Development* (OECD), inovasi digital dapat membuat negara menjadi makmur secara terus-menerus karena teknologi meningkatkan perkembangan banyak sektor termasuk sektor kesehatan. Namun dalam perjalanannya teknologi juga menimbulkan beberapa permasalahan, salah satunya dilema yang paling signifikan disebabkan oleh internet ponsel. Internet ponsel melancarkan konektivitas rekan ke rekan dan membuat pelanggan menjadi kritis dan mudah mendapatkan informasi negatif maupun positif dibandingkan di masa lalu (Kotler, Kartajaya and Setiawan, 2019).

3.5.1 Bergerak Dari Pemasaran Tradisional Ke Digital

Jika dilihat dengan konvensional kegiatan pemasaran pasti diawali dengan segmentasi yaitu menentukan kelompok berdasarkan kondisi geografis, demografis, psikografis dan perilaku. Selanjutnya menentukan target dengan pemilihan segmen yang menjadi sasaran rumah sakit sesuai dengan pelayanan kesehatan yang ditawarkan oleh rumah sakit tersebut.

Pada era ekonomi digital, komunitas pasien sebagai pelanggan mempunyai hubungan sosial yang kuat yang merupakan segmen baru dalam pemasaran rumah sakit. Komunitas ini terbentuk oleh pasien dengan kriteria atau batasan yang mereka tentukan sendiri. Komunitas yang loyal terhadap rumah sakit tertentu tidak akan termakan oleh iklan yang tidak relevan. Bahkan bisa jadi mereka dapat menolak usaha rumah sakit lain yang berusaha masuk dalam komunitas relasi mereka.

3.5.2 Memadukan Pemasaran Tradisional dan Digital

Pemasaran digital diadakan dengan tujuan untuk melengkapi pemasaran tradisional, bukan untuk menggantikannya. Kedua pemasaran tersebut mempunyai peran yang berbeda namun beriringan sepanjang jalur pelanggan sampai memanfaatkan pelayanan kesehatan. Pemasaran tradisional sangat berperan penting untuk membangun kesadaran dan minat pelanggan pada tahap interaksi awal antara rumah sakit dan pasien. Kemudian interaksi itu terus berlanjut sehingga pemasaran digital mengambil alih untuk mewujudkan hubungan yang lebih erat antara rumah sakit dan pasien. Pemasaran tradisional berperan memprakarsai interaksi pelanggan sedangkan pemasaran digital berperan mewujudkan tercapainya tujuan pelayanan kesehatan secara menyeluruh (Kotler, Kartajaya and Setiawan, 2019).

3.6 Mengelola Komunikasi Pemasaran Terintegrasi

Komunikasi pemasaran perlu dikelola untuk mewujudkan beberapa tujuan antara lain memunculkan keinginan terhadap produk/jasa, menyadarkan pelanggan pada merk, membangkitkan sikap positif yang berpengaruh pada niat serta memfasilitasi pemanfaatan pelayanan kesehatan di rumah sakit.

Dalam proses pemanfaatan pelayanan kesehatan, pasien akan terfokus pada proses psikologi dari awal mengetahui hingga mengambil keputusan untuk menggunakan jasa pelayanan kesehatan di suatu rumah sakit. Untuk mendorong pelanggan mencari informasi suatu produk/jasa yang kurang diketahuinya maka perlu komunikasi pemasaran yang dilaksanakan dengan baik. Komunikasi pemasaran dilakukan oleh rumah sakit dengan menginformasikan berbagai pesan kepada stakeholder dan masyarakat luas untuk mewujudkan tujuan dari rumah sakit, memberikan informasi, melakukan upaya persuasif, membangun ingatan pelanggan atau citra rumah sakit itu sendiri (Hermawati, Utari and Arifi, 2014).

3.6.1 Peran Komunikasi Pemasaran

Komunikasi pemasaran yaitu suatu media yang dimiliki rumah sakit untuk membagikan informasi, upaya persuasif dan membangun ingatan calon pasien tentang pelayanan kesehatan yang ditawarkan oleh rumah sakit. Komunikasi pemasaran menggambarkan cara rumah sakit bersuara dan dapat berdialog untuk menjalin *public relation*.

Manfaat komunikasi pemasaran bagi konsumen ada beberapa misalnya menginformasikan tentang bagaimana dan mengapa suatu pelayanan kesehatan itu diperlukan, siapa orang yang membutuhkan, kapan serta dimana bisa didapatkan.

Rumah sakit harus mengupayakan untuk terus melakukan komunikasi pemasaran dalam lingkungan persaingan yang semakin keras. Karena beberapa faktor diluar kendali manajemen rumah sakit serta faktir teknologi telah banyak mengubah cara pelanggan melakukan komunikasi (Kotler and Keller, 2009b).

3.6.2 Mengembangkan Komunikasi Efektif

Untuk mengaplikasikan komunikasi efektif ada 8 langkah yang harus diterapkan : mengidentifikasi khalayak sasaran, menentukan tujuan komunikasi, merancang komunikasi, memilih saluran komunikasi, menetapkan anggaran, memutuskan bauran media, mengukur hasil dan mengelola komunikasi pemasaran terintegrasi (Kotler and Keller, 2009b).

1. Mengidentifikasi khalayak sasaran
Diawali dengan penentuan khalayak sasaran yang jelas dalam pikiran calon pasien potensial yang memanfaatkan jasa pelayanan kesehatan, pasien dimasa sekarang, orang-orang yang mengambil keputusan atau yang mempengaruhi. Khalayak sasaran berpengaruh pada apa yang disampaikan, kapan, dimana, bagaimana, dan kepada siapa seorang komunikator memberikan informasi. Meskipun kita dapat menentukan profil pemirsa sasaran berdasarkan semua segmen pasar yang dapat diidentifikasi, sering kali lebih bermanfaat bila kita menentukan profil berdasarkan penggunaan dan loyalitas.
2. Menentukan tujuan komunikasi
Rumah sakit dapat menentukan tujuan komunikasi pada semua tingkat model hierarki pengaruh. Rossiter dan Percy mengidentifikasi empat kemungkinan tujuan yaitu kebutuhan kategori, kesadaran merk, sikap merk dan maksud pembelian merk.
3. Merancang komunikasi
Merumuskan komunikasi untuk mencapai respons yang diinginkan akan memerlukan penyelesaian tiga masalah: apa yang harus dikatakan (strategi pesan), bagaimana mengatakannya (strategi kreatif), dan siapa yang harus mengatakannya (sumber pesan).
4. Memilih saluran komunikasi
Memilih sarana yang efisien untuk membawa pesan menjadi semakin sulit ketika saluran komunikasi semakin terpecah dan semakin sesak. Saluran komunikasi bisa bersifat pribadi dan nonpribadi.
Saluran komunikasi pribadi memungkinkan dua orang atau lebih berkomunikasi tatap muka, antara seseorang dengan pemirsa, melalui telepon, atau e-mail. Saluran komunikasi pribadi menghasilkan efektivitas mereka melalui presentasi yang disesuaikan untuk individu dan umpan balik.
Saluran komunikasi nonpribadi adalah komunikasi yang diarahkan ke lebih dari satu orang dan meliputi media, promosi

pelayanan kesehatan, acara dan pengalaman serta hubungan masyarakat.

Dalam saluran komunikasi ini terdapat integrasi yaitu meskipun komunikasi pribadi sering lebih efektif dibandingkan komunikasi nonpribadi, namun komunikasi pribadi melalui media massa bisa menjadi sarana utama untuk menstimulasikan komunikasi pribadi.

5. Menetapkan anggaran komunikasi

Salah satu keputusan pemasaran paling sulit adalah menetapkan berapa besar dana yang akan dihabiskan dalam komunikasi pemasaran atau promosi. Rumah sakit mempunyai pengeluaran komunikasi pemasaran atau promosi yang sangat bervariasi. Ada 4 metode umum yang dapat digunakan dalam memutuskan anggaran komunikasi pemasaran yaitu metode terjangkau, metode persentase penjualan, metode paritas kompetitif dan metode tugas & tujuan.

6. Memutuskan bauran media

Rumah sakit harus mengalokasikan anggaran komunikasi pemasaran berdasarkan 8 model komunikasi utama yaitu iklan, promosi pelayanan kesehatan, hubungan masyarakat dan publisitas, acara dan pengalaman, pemasaran langsung, pemasaran interaktif, pemasaran dari mulut kemulut serta tenaga pelayanan kesehatan personal.

7. Mengukur hasil komunikasi

Setelah mengimplementasikan rencana komunikasi, manajer komunikasi pemasaran harus mengukur dampaknya terhadap pemirsa sasaran. Anggota pemirsa sasaran ditanya apakah mereka menyadari atau mengingat pesan, berapa kali mereka melihatnya, point apa yang mereka ingat, apa yang mereka rasakan tentang pesan tersebut dan sikap mereka sebelumnya dan saat ini terhadap pelayanan kesehatan yang diberikan rumah sakit. Manajer komunikasi pemasaran juga harus mengumpulkan ukuran perilaku respons pemirsa, seperti berapa banyak orang yang memanfaatkan pelayanan kesehatan di rumah sakit, menyukainya dan membicarakannya kepada orang lain.

8. Mengelola komunikasi pemasaran terintegrasi

Komunikasi pemasaran terintegrasi atau *Integrated Marketing Communication (IMC)* adalah konsep perencanaan komunikasi pemasaran yang mengakui nilai tambah rencana komprehensif. Rencana semacam ini mengevaluasi peran strategis berbagai disiplin komunikasi.

Pada saat melaksanakan *IMC* menjadi penyebab kegiatan komunikasi pemasaran terintegrasi tidak segera dilaksanakan. Beberapa rumah sakit lebih memilih untuk bekerjasama dengan spesialis komunikasi lainnya.

Fungsi dari dilaksanakannya komunikasi pemasaran terintegrasi yaitu menciptakan konsistensi pesan yang kuat sehingga dapat membangun ekuitas merek dan berdampak pada meningkatnya pelayanan kesehatan yang diberikan kepada pasien. Komunikasi pemasaran terintegrasi mengharuskan rumah sakit menganalisis cara pasien berhubungan dengan rumah sakit, bagaimana rumah sakit mengkomunikasikan posisinya, nilai relatif yang dimiliki setiap individu dan pelayanan tepat waktu.

Kondisi seperti ini memberikan tugas pada seseorang untuk mengkombinasikan citra merek dan pesan dari rumah sakit melalui berbagai kegiatan yang dilaksanakan di rumah sakit. *IMC* harus meningkatkan kemampuan rumah sakit untuk menjangkau pasien, informasi, waktu serta di tempat yang tepat (Kotler and Keller, 2009b).

DAFTAR PUSTAKA

- Agustine, E. D. and Sulistiadi, W. (2018) 'Analisis Elemen Bauran Pemasaran Yang Mempengaruhi Loyalitas Pelanggan Rumah Sakit: Systematic Review Analysis of Marketing Mix Elements that Affect Loyalty Hospital Customers : Systematic Review Sumber Data Artikel bahasa Bahasa Indonesia yang relevan S', *Jurnal ARSI*, 4, pp. 48–56.
- Dumpapa, Y. *et al.* (2010) 'Hubungan Lokasi, Biaya, Personil, dan Informasi Rumah Sakit dengan Keputusan Memilih Rawat Inap di Rumah Sakit Umum Daerah Bitung', *Media Kesehatan*, 4(2), pp. 40–46.
- Hartono, B. (2010) *Manajemen Pemasaran Untuk Rumah Sakit*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Hermawati, T., Utari, P. and Arifi, H. (2014) 'Strategi Komunikasi Pemasaran Rumah Sakit Sebagai Upaya Peningkatan Publisitas (Pengembangan Model Strategi Komunikasi Pemasaran Terpadu Pada Tiga Rumah Sakit Swasta)', *Jurnal Komunikasi Massa*, 7(2), pp. 111–120.
- Kotler, P., Kartajaya, H. and Setiawan, I. (2019) *Marketing 4.0 Bergerak Dari Tradisional Ke Digital*. Jakarta: PT Gramedia Pustaka Utama.
- Kotler, P. and Keller, K. L. (2009a) *Manajemen Pemasaran Jilid 1*. Edisi keti. Jakarta: Erlangga.
- Kotler, P. and Keller, K. L. (2009b) *Manajemen Pemasaran Jilid 2*. Edisi Ket. Jakarta: Erlangga.
- Lestari, P. and Rindu, R. (2018) 'Hubungan Pemasaran Rumah Sakit (Marketing Mix 7P) terhadap Tingkat Kunjungan Pasien', *Jurnal Ilmu Kesehatan Masyarakat*, 7(02), pp. 120–130. doi: 10.33221/jikm.v7i02.114.

BAB 4

HEALTH CARE QUALITY

Oleh Rudy Dwi Laksono

4.1 Pendahuluan

4.1.1 Pengertian Manajemen Rumah Sakit

Manajemen rumah sakit adalah penerapan teori dan metode manajemen modern untuk merencanakan, mengorganisir, mengkoordinasi, dan mengendalikan sumber daya manusia, uang, materi, informasi, waktu, dan sumber daya lainnya berdasarkan hukum objektif pekerjaan rumah sakit. Tujuannya adalah untuk mencapai manfaat komprehensif yang optimal dengan memanfaatkan fungsi operasional keseluruhan secara maksimal (Qi-we, 2013).

4.1.2 Sejarah dan Evolusi Manajemen Rumah Sakit

Sejarah manajemen rumah sakit dimulai dari pengenalan program manajemen risiko pada tahun 1970-an di AS, yang menekankan tanggung jawab hukum rumah sakit atas kualitas perawatan. Seiring waktu, manajemen rumah sakit telah berkembang dengan memperkenalkan konsep-konsep seperti manajemen etis, yang menekankan pentingnya manajemen berorientasi pada manusia untuk membangun hubungan harmonis antara dokter dan pasien (Singh, 2012).

4.1.3 Peran Manajemen dalam Sistem Kesehatan

Manajemen rumah sakit memiliki peran penting dalam sistem kesehatan dengan memastikan pengelolaan sumber daya yang efisien dan peningkatan kualitas layanan kesehatan. Manajer rumah sakit harus memiliki kompetensi strategis dan keterampilan dalam perencanaan strategis, yang mencakup pengembangan visi, misi, dan tujuan strategis rumah sakit. Program pelatihan manajemen terbukti meningkatkan kemampuan pengambilan keputusan strategis tim manajemen rumah sakit, yang merupakan

keharusan dalam konteks yang semakin kompetitif dan kompleks (Terzic-Supic et al., 2015).

4.1.4 Tantangan dan Peluang dalam Manajemen Rumah Sakit

Manajemen rumah sakit menghadapi berbagai tantangan seperti keterbatasan sumber daya, meningkatnya tuntutan pasien, dan kebutuhan untuk peningkatan kualitas secara terus-menerus. Namun, juga terdapat peluang seperti implementasi manajemen performa yang dapat mengoptimalkan kualitas operasi rumah sakit dengan mengidentifikasi dan mengatasi masalah yang ada, serta memanfaatkan teknologi informasi untuk meningkatkan manajemen informasi medis (Zang, 2015).

Manajemen rumah sakit adalah bidang yang krusial dan kompleks yang mencakup berbagai aspek untuk memastikan operasi yang efisien dan pelayanan kesehatan yang berkualitas tinggi. Sejarahnya yang panjang dan terus berkembang mencerminkan pentingnya adaptasi terhadap perubahan dan inovasi dalam menghadapi tantangan dan memanfaatkan peluang yang ada.

4.2 Struktur dan Fungsi Rumah Sakit

4.2.1 Organisasi dan Struktur Rumah Sakit

Organisasi dan struktur rumah sakit memainkan peran penting dalam menentukan kualitas layanan yang diberikan kepada pasien. Struktur rumah sakit biasanya terdiri dari berbagai departemen dan unit yang masing-masing memiliki fungsi spesifik untuk memastikan operasi yang efisien dan efektif. Studi menunjukkan bahwa struktur organisasi yang baik dapat meningkatkan kepuasan pasien dengan memastikan aliran informasi yang jelas, lingkungan yang nyaman, dan proses administrasi yang efisien (Amoah-Binfoh, Lakhawat and Agyapong, 2021).

4.2 Fungsi dan Tugas Utama Rumah Sakit

Fungsi utama rumah sakit meliputi pelayanan kesehatan baik rawat inap maupun rawat jalan, layanan darurat, serta dukungan diagnostik dan terapeutik. Penelitian menunjukkan

bahwa tugas-tugas ini harus dikelola dengan baik untuk memastikan kualitas layanan yang tinggi dan kepuasan pasien yang optimal. Pelayanan yang terkoordinasi dengan baik antara berbagai departemen sangat penting untuk efektivitas keseluruhan rumah sakit (Jenoui, 2020).

4.2.3 Hubungan Antara Berbagai Departemen

Hubungan antara berbagai departemen dalam rumah sakit sangat penting untuk keberhasilan operasional. Penelitian menunjukkan bahwa integrasi dan diferensiasi tugas dalam sistem logistik rumah sakit dapat meningkatkan koordinasi dan efektivitas layanan. Kolaborasi lintas fungsi, terutama antara perawat dan dokter, terbukti esensial dalam menjalankan tugas-tugas integratif yang kompleks (van der Ham et al., 2020).

4.2.4 Peran Teknologi dalam Manajemen Rumah Sakit

Teknologi memainkan peran penting dalam manajemen rumah sakit modern. Penggunaan sistem manajemen teknologi kesehatan yang terintegrasi dapat meningkatkan efisiensi operasional dan kualitas layanan kesehatan. Implementasi teknologi informasi dan sistem manajemen data elektronik telah terbukti meningkatkan interoperabilitas dan berbagi data antar rumah sakit, yang penting untuk peningkatan kualitas layanan kesehatan secara keseluruhan (Holmgren and Ford, 2018).

Struktur dan fungsi rumah sakit yang baik serta hubungan yang erat antara berbagai departemen sangat penting untuk operasi yang efisien dan layanan kesehatan berkualitas tinggi. Teknologi memainkan peran krusial dalam manajemen rumah sakit modern dengan meningkatkan efisiensi dan kualitas layanan melalui sistem manajemen yang terintegrasi dan interoperabilitas data yang lebih baik.

4.3 Manajemen Operasional

4.3.1 Manajemen Pelayanan Kesehatan

Manajemen pelayanan kesehatan adalah profesi yang memberikan kontrol dan panduan kepada penyedia layanan kesehatan. Berbagai teknik kuantitatif dan kualitatif, termasuk

teknik penelitian operasi, analisis statistik, dan pengambilan keputusan multi-kriteria, telah diterapkan pada masalah-masalah kesehatan untuk meningkatkan kualitas layanan sambil menjaga biaya tetap optimal. Tren dalam industri kesehatan, seperti teknologi kesehatan yang berkembang, meningkatnya permintaan, dan pola penyakit yang berubah, menuntut efisiensi dan penetapan tolok ukur untuk mengatasi tantangan di sektor ini (Cevik Onar, Oztaysi and Kahraman, 2018).

4.3.2 Manajemen Sumber Daya Manusia

Manajemen sumber daya manusia (SDM) di rumah sakit melibatkan pengelolaan kompetensi dan pengembangan profesional manajer layanan kesehatan. Studi menunjukkan bahwa ada perbedaan signifikan dalam latar belakang pendidikan dan komitmen terhadap pengembangan profesional antara manajer di berbagai tingkat manajemen dan sektor rumah sakit di China. Manajer rumah sakit cenderung lebih tua dan memiliki kualifikasi pascasarjana yang lebih tinggi dibandingkan manajer di layanan kesehatan masyarakat (Liang et al., 2020).

4.3.3 Manajemen Keuangan

Manajemen keuangan di rumah sakit sangat penting untuk memastikan penggunaan sumber daya yang efisien dan efektif. Studi menunjukkan bahwa kualitas manajemen fasilitas kesehatan memediasi hubungan antara kepuasan pasien dan beberapa aspek utama dari pelayanan kesehatan inti. Hal ini menunjukkan bahwa manajemen fasilitas yang baik dapat meningkatkan kepuasan pasien dan efisiensi operasional rumah sakit (Amankwah, Choong and Mohammed, 2019).

4.3.4 Manajemen Fasilitas dan Infrastruktur

Manajemen fasilitas dan infrastruktur rumah sakit melibatkan pengelolaan layanan manajemen fasilitas kesehatan (HFM) yang berkualitas untuk mendukung pelayanan inti dan memastikan kepuasan pelanggan. Studi literatur menunjukkan bahwa aplikasi HFM yang baik dapat mendukung layanan kesehatan

inti dan memastikan keberlanjutan layanan kesehatan di rumah sakit modern (Lavy and Terzioğlu, 2023).

Manajemen operasional dalam pelayanan kesehatan meliputi berbagai aspek yang esensial untuk memastikan kualitas dan efisiensi layanan kesehatan. Manajemen yang efektif dari pelayanan kesehatan, sumber daya manusia, keuangan, serta fasilitas dan infrastruktur adalah kunci untuk mencapai layanan kesehatan yang optimal dan memuaskan bagi pasien.

4.4 Strategi dan Perencanaan

4.4.1 Perencanaan Strategis di Rumah Sakit

Perencanaan strategis di rumah sakit adalah proses penting yang melibatkan pengembangan peta jalan tingkat tinggi untuk memandu organisasi dalam perencanaan, prioritas, dan alokasi sumber daya. Perencanaan strategis yang optimal dimulai dengan pengembangan misi, visi, dan nilai-nilai organisasi yang jelas. Perencanaan strategis yang sukses melibatkan staf, konsumen, dan pihak eksternal, serta harus futuristik namun realistis, dan selaras dengan perencanaan operasional termasuk proses penganggaran (Clarke, 2019).

4.4.2 Analisis SWOT dan Implementasinya

Analisis SWOT (*Strengths, Weaknesses, Opportunities, Threats*) adalah alat yang efektif dalam perencanaan strategis rumah sakit. Studi menunjukkan bahwa kesadaran dan partisipasi manajer senior dalam proses perencanaan strategis sangat penting untuk keberhasilan implementasi. Faktor-faktor seperti struktur organisasi dan budaya organisasi memiliki pengaruh signifikan terhadap proses perencanaan strategis (Bahadori et al., 2018).

4.4.3 Pengembangan Program dan Layanan Baru

Pengembangan program dan layanan baru di rumah sakit harus didasarkan pada analisis kebutuhan pasien dan tren industri. Studi kasus menunjukkan bahwa perencanaan strategis dapat membantu rumah sakit mencapai tujuan strategisnya dengan mengembangkan layanan medis berkualitas tinggi yang sesuai dengan kebutuhan masyarakat. Implementasi perencanaan

strategis secara organisasi dan fungsional dapat diintegrasikan ke dalam model sistem manajemen mutu untuk memastikan keberhasilan jangka panjang (Bacina, Popsuyko and Artamonova, 2020).

4.4.4 Evaluasi dan Penyesuaian Strategi

Evaluasi dan penyesuaian strategi merupakan langkah penting dalam perencanaan strategis untuk memastikan bahwa rumah sakit tetap sesuai dengan tujuan dan dapat merespons perubahan lingkungan. Studi menunjukkan bahwa proses evaluasi yang terstruktur dan sistematis, termasuk penggunaan sistem informasi strategis, sangat penting untuk memperkuat implementasi rencana strategis di rumah sakit (Dharyanti, Jati and Pramukarso, 2019). Evaluasi yang baik memungkinkan identifikasi masalah dan penyesuaian strategi yang diperlukan untuk mencapai hasil yang diinginkan.

Perencanaan strategis di rumah sakit melibatkan proses yang komprehensif mulai dari pengembangan misi dan visi, analisis SWOT, pengembangan program baru, hingga evaluasi dan penyesuaian strategi. Implementasi yang efektif dari rencana strategis dapat meningkatkan kualitas layanan kesehatan dan memastikan keberlanjutan operasi rumah sakit.

4.5 Kualitas Perawatan Kesehatan

4.5.1 Definisi dan Pentingnya Kualitas Perawatan Kesehatan

Kualitas perawatan kesehatan merujuk pada sejauh mana layanan kesehatan yang diberikan kepada individu dan populasi meningkatkan hasil kesehatan yang diinginkan dan konsisten dengan pengetahuan profesional terkini (Ilse Deutsch and Laura Pardo Muñagorri, 2017). Kualitas yang baik dalam perawatan kesehatan adalah komponen esensial untuk meningkatkan kepercayaan publik dan memastikan bahwa layanan kesehatan efektif, aman, berpusat pada pasien, tepat waktu, efisien, dan adil (M. Kieny et al., 2018).

4.5.2 Dimensi Kualitas dalam Perawatan Kesehatan

Dimensi kualitas dalam perawatan kesehatan mencakup beberapa aspek utama (Hanefeld, Powell-Jackson and Balabanova, 2017):

1. **Efektivitas.** Menyediakan perawatan dan hasil yang didukung oleh bukti ilmiah.
2. **Keselamatan.** Menghindari cedera kepada pasien dari perawatan yang dimaksudkan untuk membantu mereka.
3. **Efisiensi.** Memaksimalkan kualitas perawatan yang diberikan untuk setiap unit sumber daya yang digunakan.
4. **Kesetaraan.** Memberikan perawatan kesehatan yang berkualitas sama kepada semua orang tanpa memandang karakteristik pribadi.
5. **Berpusat pada Pasien.** Memenuhi kebutuhan dan preferensi pasien serta memberikan pendidikan dan dukungan.

4.5.3 Pengukuran Kualitas Perawatan

Pengukuran kualitas perawatan melibatkan penggunaan indikator-indikator universal yang membantu dalam menilai tingkat keberhasilan atau kegagalan metode terapeutik yang diterapkan. Indikator kualitas termasuk hasil terapi, kepuasan pasien, dan kepatuhan terhadap protokol perawatan yang ditetapkan (Nadziakiewicz and Mikolajczyk, 2019). Evaluasi ini penting untuk menganalisis informasi dan meningkatkan kualitas serta keselamatan layanan kesehatan.

4.5.4 Metode dan Alat untuk Meningkatkan Kualitas Perawatan

Metode dan alat untuk meningkatkan kualitas perawatan meliputi:

1. **Penggunaan Protokol Berbasis Bukti.** Mengembangkan dan menerapkan protokol yang didukung oleh bukti ilmiah untuk meningkatkan hasil perawatan pasien.
2. **Pendekatan Multidisiplin.** Meningkatkan kolaborasi antar profesional kesehatan untuk menyediakan perawatan yang komprehensif.
3. **Sistem Manajemen Kualitas.** Menggunakan standar seperti ISO 9001 untuk memastikan bahwa kegiatan pelayanan kesehatan terstruktur dan efisien.

4. Pelaporan dan Analisis Kesalahan. Sistem pelaporan kesalahan yang efektif untuk mencegah terulangnya kesalahan yang sama dan meningkatkan keselamatan pasien (Gu and Dupre, 2021).

4.5.5 Manajemen Risiko dan Keselamatan Pasien

Manajemen risiko dan keselamatan pasien adalah aspek penting dalam perawatan kesehatan yang berfokus pada pengurangan risiko cedera kepada pasien dan memastikan penyediaan layanan yang aman. Penerapan manajemen risiko yang efektif melibatkan identifikasi risiko, penilaian, dan pengelolaan risiko dalam berbagai proses perawatan kesehatan. Sebuah studi menunjukkan bahwa pendekatan proaktif dalam mengelola risiko, termasuk penggunaan teknologi dan pelatihan staf, dapat meningkatkan keselamatan pasien di ruang operasi (Kabiri et al., 2017). Selain itu, integrasi manajemen risiko dalam perawatan primer juga menunjukkan bahwa keterlibatan perawat dalam strategi keselamatan dapat membangun budaya keselamatan di pusat-pusat kesehatan (Coronado-Vázquez et al., 2017).

4.5.6 Akreditasi dan Standar Kualitas

Akreditasi dan standar kualitas memainkan peran penting dalam memastikan bahwa rumah sakit dan fasilitas kesehatan memenuhi tingkat kualitas yang diharapkan dalam pelayanan kesehatan. Standar ISO 9001 dan akreditasi dari badan-badan seperti Joint Commission International (JCI) membantu rumah sakit dalam membangun sistem manajemen kualitas yang kuat. Sebuah studi menunjukkan bahwa penerapan standar akreditasi dapat meningkatkan kualitas layanan kesehatan dan memastikan keselamatan pasien melalui penerapan prosedur dan protokol yang ketat (Christos Iliadis et al., 2021).

Di Indonesia, akreditasi rumah sakit dilakukan oleh beberapa lembaga independen yang bertujuan memastikan mutu dan keselamatan layanan kesehatan. Berikut adalah beberapa lembaga akreditasi rumah sakit yang ada di Indonesia (Kemenkes Direktorat Jendral Pelayanan Kesehatan, 2022):

1. **KARS (Komisi Akreditasi Rumah Sakit).** KARS adalah lembaga utama yang telah lama berperan dalam akreditasi rumah sakit di Indonesia. Mereka menggunakan standar yang telah ditetapkan oleh Kementerian Kesehatan dan memberikan sertifikasi kepada rumah sakit yang memenuhi persyaratan.
2. **LAM KPRS (Lembaga Akreditasi Mutu dan Keselamatan Pasien Rumah Sakit).** Lembaga ini juga menyediakan layanan akreditasi dengan fokus pada peningkatan mutu pelayanan dan keselamatan pasien. Mereka menawarkan program-program yang membantu rumah sakit dalam meningkatkan standar operasional dan manajemen.
3. **LARS (Lembaga Akreditasi Rumah Sakit Indonesia).** Lembaga ini juga berperan dalam mengakreditasi rumah sakit di Indonesia dengan menawarkan pelayanan yang independen dan bersaing. LARS telah bermitra dengan banyak rumah sakit di seluruh Indonesia untuk meningkatkan mutu dan keselamatan pasien.
4. **LAFKI (Lembaga Akreditasi Fasilitas Kesehatan Indonesia).** LAFKI adalah salah satu dari beberapa lembaga yang baru disetujui untuk melakukan akreditasi rumah sakit di Indonesia. Mereka juga menggunakan standar yang telah ditetapkan oleh Kementerian Kesehatan.
5. **LARSI (Lembaga Akreditasi Rumah Sakit Indonesia).** LARSI merupakan salah satu lembaga yang diakui pemerintah untuk menyelenggarakan akreditasi rumah sakit dengan tujuan yang sama yaitu peningkatan mutu layanan dan keselamatan pasien.
6. **LARSI-DHP (Lembaga Akreditasi Rumah Sakit Damar Husada Paripurna).** Lembaga ini fokus pada akreditasi rumah sakit dengan pendekatan yang lebih spesifik dan terfokus pada aspek tertentu dalam manajemen rumah sakit dan keselamatan pasien.

Pentingnya akreditasi dari berbagai lembaga ini adalah untuk memastikan bahwa rumah sakit dapat terus meningkatkan kualitas pelayanan mereka, mengikuti standar yang telah ditetapkan, dan memberikan pelayanan yang aman serta efektif kepada masyarakat. Adanya beberapa lembaga akreditasi

memberikan pilihan bagi rumah sakit untuk memilih lembaga yang sesuai dengan kebutuhan dan visi mereka dalam meningkatkan mutu pelayanan kesehatan.

4.5.7 Implementasi Program Continuous Quality Improvement (CQI)

Program Continuous Quality Improvement (CQI) adalah metode yang digunakan untuk secara berkelanjutan meningkatkan kualitas perawatan kesehatan melalui siklus perbaikan berkelanjutan. CQI melibatkan analisis berkelanjutan terhadap proses dan hasil perawatan untuk menemukan area yang memerlukan perbaikan. Implementasi program CQI di rumah sakit telah terbukti meningkatkan efisiensi operasional dan kepuasan pasien. Sebuah studi menunjukkan bahwa penerapan CQI di rumah sakit dapat meningkatkan kualitas perawatan melalui pendekatan sistematis dan kolaboratif untuk mengidentifikasi dan mengatasi masalah yang ada (Aggarwal, Aeran and Rathee, 2019).

4.5.8 Studi Kasus: Contoh Praktik Terbaik dalam Kualitas Perawatan Kesehatan

Studi kasus tentang praktik terbaik dalam kualitas perawatan kesehatan menunjukkan bagaimana rumah sakit dapat mengimplementasikan strategi-strategi efektif untuk meningkatkan kualitas layanan. Misalnya, studi tentang Rumah Sakit Franca di Brasil menunjukkan bahwa penerapan strategi berbasis teknologi untuk identifikasi pasien dapat mengurangi kesalahan dalam proses pelayanan kesehatan (Cicero da Silva, Pantaleão da Silva and Eduardo da Silva, 2023).

Penelitian yang dilakukan oleh (Jonny and Kriswanto, 2017) mengembangkan model TQM untuk industri kesehatan di Indonesia. Studi ini mengidentifikasi delapan praktik terbaik dalam penerapan TQM di industri kesehatan, termasuk Komitmen Manajemen Puncak, Kerjasama dan Partisipasi, Manajemen Proses, Fokus dan Kepuasan Pelanggan, Manajemen Sumber Daya, Perilaku dan Budaya Organisasi, Peningkatan Berkelanjutan, serta Pelatihan dan Pendidikan. Penerapan TQM di rumah sakit terbukti meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan secara signifikan.

Dengan implementasi TQM, rumah sakit dapat mengidentifikasi dan mengatasi masalah kualitas secara proaktif, meningkatkan efisiensi operasional, dan meningkatkan kepuasan pasien.

Manajemen risiko dan keselamatan pasien, akreditasi dan standar kualitas, serta implementasi program *Continuous Quality Improvement* (CQI) adalah elemen kunci dalam meningkatkan kualitas perawatan kesehatan. Studi kasus menunjukkan bahwa penerapan strategi-strategi ini dapat membawa perbaikan signifikan dalam efisiensi operasional dan keselamatan pasien di rumah sakit.

4.6 Manajemen Pasien dan Pelayanan

4.6.1 Pendaftaran dan Penerimaan Pasien

Pendaftaran dan penerimaan pasien merupakan langkah awal dalam perjalanan pasien di rumah sakit, yang melibatkan pengumpulan data pribadi, medis, dan administratif. Implementasi sistem pendaftaran elektronik telah terbukti mengurangi waktu registrasi dan meningkatkan efisiensi proses penerimaan pasien. Studi di Rumah Sakit Weill Cornell menunjukkan bahwa penerapan pendaftaran elektronik dan integrasi catatan medis elektronik dapat mengurangi waktu registrasi dan memastikan dokumentasi yang konsisten (Morgan and Hensler, 2019).

4.6.2 Manajemen Pelayanan Rawat Inap dan Rawat Jalan

Manajemen pelayanan rawat inap dan rawat jalan mencakup pengelolaan sumber daya rumah sakit untuk memberikan perawatan medis yang optimal bagi pasien yang dirawat maupun yang datang untuk konsultasi. Penggunaan sistem manajemen rumah sakit berbasis web telah membantu meningkatkan efisiensi pelayanan dengan menyediakan akses cepat terhadap informasi pasien dan memfasilitasi proses pembayaran elektronik di apotek dan laboratorium (Pallavi Chaudhari et al., 2022).

4.6.3 Manajemen Pelayanan Gawat Darurat

Pelayanan gawat darurat membutuhkan respon cepat dan efisien untuk menangani pasien yang memerlukan perawatan segera. Implementasi teknologi dan sistem manajemen risiko di

ruang gawat darurat telah terbukti meningkatkan keselamatan pasien. Penelitian menunjukkan bahwa penerapan strategi manajemen risiko proaktif dan penggunaan teknologi dalam proses penerimaan dapat meningkatkan efisiensi dan keselamatan pasien di ruang gawat darurat (Kabiri et al., 2017).

4.6.4 Manajemen Rekam Medis dan Informasi Pasien

Manajemen rekam medis dan informasi pasien adalah aspek krusial dalam menyediakan perawatan yang berkualitas. Sistem informasi manajemen rumah sakit (HIMS) memungkinkan penyimpanan dan pengambilan data pasien secara efisien, yang mendukung proses pengambilan keputusan klinis dan administrasi. Studi menunjukkan bahwa penggunaan HIMS dapat meningkatkan kualitas perawatan dan efisiensi operasional rumah sakit dengan mengotomatisasi proses administratif dan medis (Nikolaev et al., 2021).

4.6.5 Pengalaman dan Kepuasan Pasien

Pengalaman dan kepuasan pasien merupakan indikator penting dari kualitas pelayanan kesehatan. Mengukur kepuasan pasien melalui survei dan alat evaluasi lainnya dapat membantu rumah sakit dalam mengidentifikasi area yang memerlukan perbaikan. Studi menunjukkan bahwa program perbaikan berkelanjutan yang melibatkan umpan balik pasien secara langsung dapat meningkatkan kualitas layanan dan kepuasan pasien secara signifikan (Leyenaar et al., 2018).

Manajemen pasien dan pelayanan di rumah sakit melibatkan berbagai aspek mulai dari pendaftaran dan penerimaan, manajemen layanan rawat inap dan rawat jalan, pelayanan gawat darurat, manajemen rekam medis, hingga pengalaman dan kepuasan pasien. Implementasi teknologi dan sistem manajemen yang efisien dapat meningkatkan kualitas pelayanan dan keselamatan pasien di rumah sakit.

4.7 Manajemen Sumber Daya Manusia

4.7.1 Rekrutmen dan Seleksi Tenaga Kesehatan

Rekrutmen dan seleksi tenaga kesehatan merupakan proses kritis dalam manajemen sumber daya manusia yang mempengaruhi kuantitas dan kualitas tenaga kerja kesehatan. Penelitian menunjukkan bahwa rekrutmen dan seleksi yang efektif dapat memperbaiki hasil organisasi dan memastikan bahwa tenaga kerja yang direkrut memiliki kompetensi yang dibutuhkan untuk memberikan pelayanan kesehatan berkualitas. Implementasi sistem otomatis untuk seleksi tenaga medis telah terbukti mempercepat proses dan meningkatkan akurasi dalam pemilihan kandidat terbaik (Yamburenko et al., 2023). Selain itu, pendekatan berbasis nilai dalam rekrutmen, yang mempertimbangkan nilai-nilai calon pekerja, dapat meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan dengan memastikan bahwa tenaga kerja memiliki komitmen terhadap perawatan pasien yang berpusat pada manusia (Heaslip et al., 2018).

4.7.2 Pelatihan dan Pengembangan Profesional

Pelatihan dan pengembangan profesional adalah elemen penting dalam manajemen sumber daya manusia di rumah sakit. Penelitian menunjukkan bahwa pelatihan yang efektif dapat meningkatkan kompetensi staf dan kualitas pelayanan kesehatan. Program pelatihan klinis yang baik dapat meningkatkan kesiapan tenaga kesehatan untuk bekerja di rumah sakit di mana mereka dilatih, serta meningkatkan persepsi mereka terhadap lingkungan kerja dan budaya keselamatan psikologis (Keitz et al., 2019). Selain itu, pengembangan profesional berkelanjutan diperlukan untuk memastikan bahwa tenaga kesehatan tetap *up-to-date* dengan praktik terbaik dan teknologi terbaru dalam bidang mereka.

4.7.3 Manajemen Kinerja dan Evaluasi

Manajemen kinerja dan evaluasi adalah proses yang digunakan untuk mengukur dan meningkatkan kinerja tenaga kerja kesehatan. Evaluasi kinerja yang sistematis dapat membantu mengidentifikasi area di mana perbaikan diperlukan dan memberikan umpan balik yang konstruktif kepada staf. Studi

menunjukkan bahwa penerapan sistem manajemen kinerja berbasis teknologi dapat meningkatkan efisiensi operasional dan kualitas layanan kesehatan dengan memungkinkan pengawasan dan analisis kinerja secara real-time (Surve et al., 2017).

4.7.4 Kesejahteraan dan Retensi Staf

Kesejahteraan dan retensi staf adalah aspek penting dalam manajemen sumber daya manusia yang bertujuan untuk memastikan bahwa tenaga kesehatan tetap termotivasi dan bertahan di organisasi. Penelitian menunjukkan bahwa program kesejahteraan yang efektif dapat meningkatkan kepuasan dan loyalitas staf, serta mengurangi tingkat turnover. Studi menunjukkan bahwa lingkungan kerja yang mendukung, termasuk kebijakan kesejahteraan dan pengembangan profesional, dapat meningkatkan kesejahteraan staf dan mengurangi stres kerja (Jeremiah M. Ongori and Kulimankudya D. Vasco, 2021). Selain itu, upaya retensi yang proaktif, seperti memberikan peluang karier yang jelas dan dukungan kesejahteraan mental, dapat membantu mempertahankan tenaga kerja yang berkualitas di rumah sakit. Manajemen sumber daya manusia di rumah sakit mencakup berbagai aspek penting, mulai dari rekrutmen dan seleksi, pelatihan dan pengembangan profesional, manajemen kinerja, hingga kesejahteraan dan retensi staf. Implementasi strategi yang efektif dalam setiap aspek ini dapat meningkatkan kualitas layanan kesehatan dan memastikan bahwa rumah sakit memiliki tenaga kerja yang kompeten dan termotivasi.

4.8 Manajemen Keuangan dan Pengendalian Biaya

4.8.1 Penganggaran dan Perencanaan Keuangan

Penganggaran dan perencanaan keuangan merupakan elemen kritis dalam manajemen keuangan rumah sakit. Proses ini melibatkan perencanaan penggunaan sumber daya finansial untuk mencapai tujuan strategis dan operasional rumah sakit. Penelitian menunjukkan bahwa penganggaran yang efektif dapat membantu rumah sakit dalam mencapai efisiensi operasional dan mengurangi pemborosan. Selain itu, perencanaan keuangan yang baik dapat

mendukung pengambilan keputusan yang lebih tepat dan alokasi sumber daya yang lebih efisien (Liu, 2020).

4.8.2 Pengelolaan Pendapatan dan Pengeluaran

Pengelolaan pendapatan dan pengeluaran melibatkan pengawasan dan kontrol atas arus kas masuk dan keluar di rumah sakit. Pentingnya manajemen pendapatan dan pengeluaran yang efisien terlihat dalam penelitian yang menunjukkan bahwa pemantauan ketat terhadap pendapatan dan pengeluaran dapat meningkatkan stabilitas keuangan rumah sakit dan memastikan keberlanjutan operasional. Penggunaan sistem manajemen keuangan internal yang baik dapat membantu mengidentifikasi dan mengatasi masalah keuangan sejak dini (Sun et al., 2019).

4.8.3 Analisis Biaya dan Efektivitas

Analisis biaya dan efektivitas adalah alat penting untuk mengukur efisiensi operasional dan menentukan nilai dari berbagai layanan kesehatan yang diberikan. Penelitian menunjukkan bahwa metode seperti analisis berbasis aktivitas (ABC) dapat memberikan wawasan yang lebih mendalam tentang biaya per layanan dan membantu dalam pengambilan keputusan yang lebih baik mengenai alokasi sumber daya. Dengan mengidentifikasi pusat biaya dan melakukan evaluasi berkelanjutan, rumah sakit dapat meningkatkan efisiensi dan kualitas layanan kesehatan (Lutitsky and Juroš, 2017).

4.8.4 Pembiayaan Kesehatan dan Asuransi

Pembiayaan kesehatan dan asuransi adalah komponen penting dari manajemen keuangan rumah sakit yang memastikan bahwa pasien memiliki akses ke perawatan yang diperlukan tanpa harus menghadapi beban finansial yang berat. Penelitian menunjukkan bahwa sistem pembiayaan yang baik dapat meningkatkan aksesibilitas dan kualitas layanan kesehatan. Selain itu, penggunaan teknologi dalam manajemen klaim asuransi dapat mengurangi kesalahan dan meningkatkan efisiensi proses pembayaran (Benenson et al., 2020).

Manajemen keuangan dan pengendalian biaya di rumah sakit adalah aspek yang sangat penting untuk memastikan stabilitas dan keberlanjutan operasional. Penganggaran yang efektif, pengelolaan pendapatan dan pengeluaran yang efisien, analisis biaya yang mendalam, dan sistem pembiayaan kesehatan yang baik semuanya berkontribusi pada peningkatan kualitas dan efisiensi layanan kesehatan.

4.9 Teknologi Informasi dan Inovasi

4.9.1 Peran Teknologi Informasi dalam Manajemen Rumah Sakit

Teknologi informasi (TI) memainkan peran penting dalam manajemen rumah sakit dengan meningkatkan efisiensi operasional, meningkatkan kualitas pelayanan, dan mengurangi biaya. Penggunaan sistem informasi yang terintegrasi memungkinkan pengelolaan data pasien secara lebih efektif, yang dapat mempercepat proses administratif dan klinis. Studi menunjukkan bahwa manajemen teknologi kesehatan yang efektif dapat membantu dalam penanganan masalah kesehatan dengan teknologi yang aman, berfungsi, dan hemat biaya (Low and Phillips, 2013).

4.9.2 Sistem Informasi Kesehatan Elektronik

Sistem informasi kesehatan elektronik (EHR) adalah komponen kunci dalam modernisasi manajemen rumah sakit. EHR memungkinkan penyimpanan, pengambilan, dan berbagi data medis pasien secara digital, yang meningkatkan koordinasi perawatan dan keamanan pasien. Implementasi EHR telah terbukti meningkatkan efisiensi dan mengurangi kesalahan medis. Sebuah penelitian di Nigeria menunjukkan bahwa penggunaan EHR dapat meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan dengan memberikan informasi pasien yang lebih akurat dan terperinci (Musa, Aina and Opeyemi, 2020).

4.9.3 Inovasi dalam Pelayanan Kesehatan

Inovasi dalam pelayanan kesehatan mencakup berbagai aspek mulai dari pengembangan teknologi baru hingga

implementasi praktik terbaik dalam perawatan pasien. Contoh inovasi termasuk penggunaan telemedicine, perangkat medis cerdas, dan aplikasi mobile untuk manajemen kesehatan. Studi menunjukkan bahwa teknologi informasi kesehatan dapat mengubah cara rumah sakit beroperasi, meningkatkan efisiensi, dan memperbaiki hasil perawatan pasien. Di Australia, penerapan rumah sakit digital sepenuhnya di St Stephen's Hospital telah menunjukkan peningkatan signifikan dalam kualitas dan keamanan pelayanan kesehatan (Woods and Trujillo, 2019).

4.9.4 Keamanan Data dan Privasi Pasien

Keamanan data dan privasi pasien adalah aspek kritis dalam manajemen informasi kesehatan. Dengan meningkatnya penggunaan sistem digital, risiko pelanggaran data dan privasi meningkat. Oleh karena itu, rumah sakit harus menerapkan langkah-langkah keamanan yang ketat untuk melindungi data pasien. Studi menunjukkan bahwa manajemen yang baik terhadap keamanan informasi dapat mengurangi risiko pelanggaran dan memastikan bahwa data pasien tetap aman dan rahasia (Keshvari et al., 2018). Selain itu, sistem kontrol internal yang efektif dapat membantu mengidentifikasi dan mengatasi kerentanan dalam pengelolaan data kesehatan (Morim, Inácio and Vieira, 2020).

Teknologi informasi dan inovasi memainkan peran kunci dalam meningkatkan efisiensi dan kualitas manajemen rumah sakit. Implementasi EHR, inovasi dalam pelayanan kesehatan, serta langkah-langkah keamanan data dan privasi pasien adalah elemen penting yang dapat mengubah cara rumah sakit beroperasi dan meningkatkan hasil perawatan pasien.

4.10 Etika dan Hukum dalam Manajemen Rumah Sakit

4.10.1 Prinsip Etika dalam Manajemen Kesehatan

Prinsip etika dalam manajemen kesehatan meliputi penghormatan terhadap martabat manusia, integritas, tanggung jawab, keadilan, dan akses yang adil terhadap layanan kesehatan. Etika organisasi rumah sakit mencakup seperangkat prinsip, kode, dan nilai yang mengatur tindakan tenaga medis. Penelitian

menunjukkan bahwa manajemen rumah sakit harus memiliki kompetensi etika yang mencakup pengambilan keputusan, tanggung jawab sosial, dan pengembangan profesional untuk memastikan bahwa tindakan mereka sesuai dengan nilai-nilai etika (Rego and Araújo, 2019).

4.10.2 Hukum dan Regulasi yang Mempengaruhi Rumah Sakit

Hukum dan regulasi yang mempengaruhi rumah sakit mencakup berbagai aspek, termasuk kepatuhan terhadap undang-undang kesehatan, perlindungan data pasien, dan standar akreditasi. Undang-undang kesehatan mencakup kewajiban hukum untuk memberikan perawatan yang aman dan berkualitas, serta menjaga kerahasiaan informasi pasien. Penelitian menunjukkan bahwa pemahaman yang mendalam tentang hukum dan regulasi ini adalah penting bagi manajemen rumah sakit untuk menghindari masalah hukum dan meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan (Danis et al., 2021).

4.10.3 Isu Hukum yang Sering Muncul dalam Pelayanan Kesehatan

Isu hukum yang sering muncul dalam pelayanan kesehatan termasuk malpraktik medis, pelanggaran privasi, dan perselisihan mengenai keputusan akhir hayat. Studi menunjukkan bahwa perselisihan etika dan hukum sering kali muncul dalam situasi yang kompleks secara klinis dan etis, seperti keputusan akhir hayat dan penggunaan teknologi medis yang kontroversial. Manajer rumah sakit dan pengacara harus bekerja sama untuk menangani isu-isu ini dengan pendekatan yang etis dan berbasis hukum (West, 2020).

4.10.4 Tanggung Jawab Hukum dan Etika Manajemen Rumah Sakit

Tanggung jawab hukum dan etika manajemen rumah sakit mencakup kewajiban untuk memastikan bahwa semua tindakan yang diambil sesuai dengan standar etika dan hukum yang berlaku. Manajer rumah sakit harus bertanggung jawab untuk mengembangkan dan mengimplementasikan kebijakan yang mendukung etika dan kepatuhan hukum, serta memastikan bahwa

staf dilatih dan sadar akan pentingnya prinsip-prinsip ini. Penelitian menunjukkan bahwa pelatihan yang efektif dalam aspek hukum dan etika dapat meningkatkan kinerja dan kepatuhan staf medis (Mahmoud Mohamed, Salman Taie and Hassan El-Sayed, 2021).

Etika dan hukum memainkan peran penting dalam manajemen rumah sakit dengan memastikan bahwa tindakan yang diambil oleh manajer dan staf medis sesuai dengan prinsip-prinsip moral dan hukum yang berlaku. Memahami dan menerapkan prinsip-prinsip ini dapat membantu meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan dan menghindari masalah hukum yang dapat merugikan rumah sakit.

4.11 Masa Depan Manajemen Rumah Sakit

4.11.1 Tren dan Perkembangan di Manajemen Rumah Sakit

Tren masa depan dalam manajemen rumah sakit menunjukkan peningkatan penggunaan teknologi digital dan inovasi untuk meningkatkan efisiensi dan kualitas layanan kesehatan. Rumah sakit di masa depan diharapkan menjadi lebih terintegrasi dengan teknologi seperti kecerdasan buatan (AI), *Internet of Things* (IoT), dan blockchain untuk mengelola data pasien dan operasional secara lebih efektif (Singh and Gupta, 2021). Selain itu, penerapan model rumah sakit yang berfokus pada pasien, seperti KIWI (Knowledgeable, Intelligent, Wise, Interoperable), juga akan menjadi penting untuk memastikan layanan yang holistik dan berkelanjutan (Martins, 2021).

4.11.2 Tantangan Masa Depan dalam Pelayanan Kesehatan

Tantangan masa depan dalam pelayanan kesehatan mencakup perubahan demografi dengan meningkatnya populasi lanjut usia, peningkatan prevalensi penyakit kronis, dan kebutuhan untuk menyesuaikan layanan kesehatan dengan teknologi baru. Pandemi COVID-19 telah mengungkapkan kelemahan dalam sistem kesehatan global dan mendorong rumah sakit untuk beradaptasi dengan cepat terhadap perubahan yang tak terduga. Manajemen rumah sakit harus siap menghadapi tantangan ini dengan mengembangkan strategi yang fleksibel dan inovatif (Marinelli, 2020).

4.11.3 Peran Rumah Sakit dalam Kesehatan Global

Rumah sakit memainkan peran penting dalam kesehatan global dengan menyediakan layanan kesehatan yang esensial, mendukung penelitian medis, dan berkontribusi pada kebijakan kesehatan. Mereka harus mengadopsi pendekatan global yang mencakup pencegahan penyakit, perawatan kesehatan primer, dan respon cepat terhadap krisis kesehatan. Peran ini semakin penting dalam konteks globalisasi dan mobilitas tinggi, di mana penyakit dapat menyebar dengan cepat lintas negara (Schiavone and Ferretti, 2021).

4.11.4 Kesimpulan dan Rekomendasi untuk Masa Depan

Kesimpulan dari analisis di atas menunjukkan bahwa masa depan manajemen rumah sakit akan sangat dipengaruhi oleh kemajuan teknologi, perubahan demografi, dan kebutuhan untuk layanan kesehatan yang lebih terintegrasi dan responsif. Untuk menghadapi tantangan ini, rumah sakit harus:

1. Mengadopsi teknologi digital seperti AI, IoT, dan blockchain untuk meningkatkan efisiensi dan keamanan data.
2. Mengembangkan model layanan yang berfokus pada pasien dan holistik.
3. Menyusun strategi fleksibel untuk menghadapi perubahan demografi dan krisis kesehatan.
4. Meningkatkan peran dalam kesehatan global dengan mendukung penelitian dan kebijakan kesehatan yang inovatif.

Dengan mengimplementasikan rekomendasi ini, rumah sakit dapat memastikan bahwa mereka tetap relevan dan efektif dalam menyediakan layanan kesehatan yang berkualitas tinggi di masa depan.

DAFTAR PUSTAKA

- Aggarwal, A., Aeran, H. and Rathee, M. (2019) 'Quality management in healthcare: The pivotal desideratum', *Journal of Oral Biology and Craniofacial Research*, 9(2), pp. 180–182. Available at: <https://doi.org/10.1016/j.jobcr.2018.06.006>.
- Amankwah, O., Choong, W.-W. and Mohammed, A.H. (2019) 'Modelling the influence of healthcare facilities management service quality on patients satisfaction', *Journal of Facilities Management*, 17(3), pp. 267–283. Available at: <https://doi.org/10.1108/JFM-08-2018-0053>.
- Amoah-Binfoh, K., Lakhawat, P.S. and Agyapong, R. (2021) 'The Impact Of Organizational Structure And Administrative Policies Of Hospitals On Delivering Quality Of Service For Patients Satisfaction', *Hospital Management Studies Journal*, 2(3), pp. 127–136. Available at: <https://doi.org/10.24252/hmsj.v2i3.21053>.
- Bacina, E., Popsuyko, A. and Artamonova, G. (2020) 'Strategic Planning in a Medical Research Organization: Case Study', *Bulletin of Kemerovo State University. Series: Political, Sociological and Economic sciences*, 2020(3), pp. 330–338. Available at: <https://doi.org/10.21603/2500-3372-2020-5-3-330-338>.
- Bahadori, M. *et al.* (2018) 'Factors affecting strategic plan implementation using interpretive structural modeling (ISM)', *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 31(5), pp. 406–414. Available at: <https://doi.org/10.1108/IJHCQA-05-2017-0075>.
- Benenson, S. *et al.* (2020) 'Is it financially beneficial for hospitals to prevent nosocomial infections?', *BMC Health Services Research*, 20(1), p. 653. Available at: <https://doi.org/10.1186/s12913-020-05428-7>.
- Cevik Onar, S., Oztaysi, B. and Kahraman, C. (2018) 'A Comprehensive Survey on Healthcare Management', in, pp. 23–51. Available at: https://doi.org/10.1007/978-3-319-65455-3_2.

- Christos Iliadis *et al.* (2021) 'Quality and accreditation in health care services', *World Journal of Advanced Research and Reviews*, 12(2), pp. 539–543. Available at: <https://doi.org/10.30574/wjarr.2021.12.2.0628>.
- Cicero da Silva, L., Pantaleão da Silva, C. and Eduardo da Silva, R. (2023) 'Improving Patient Safety Using Technology', *Revista Gênero e Interdisciplinaridade*, 4(02), pp. 173–183. Available at: <https://doi.org/10.51249/gei.v4i02.1324>.
- Clarke, C. (2019) 'Strategic Planning in Healthcare', in *Textbook of Medical Administration and Leadership*. Singapore: Springer Singapore, pp. 31–46. Available at: https://doi.org/10.1007/978-981-10-5454-9_3.
- Coronado-Vázquez, V. *et al.* (2017) 'Nursing involvement in risk and patient safety management in Primary Care', *Enfermería Clínica (English Edition)*, 27(4), pp. 246–250.
- Danis, M. *et al.* (2021) 'Health care ethics programs in U.S. Hospitals: results from a National Survey', *BMC Medical Ethics*, 22(1), p. 107. Available at: <https://doi.org/10.1186/s12910-021-00673-9>.
- Dharyanti, F., Jati, S.P. and Pramukarso, D.T. (2019) 'Implementation Process Of Strategic Planning At District General Hospital', *Jurnal Administrasi Kesehatan Indonesia*, 7(2), p. 123. Available at: <https://doi.org/10.20473/jaki.v7i2.2019.123-131>.
- Gu, D. and Dupre, M.E. (eds) (2021) 'Health Care Quality', in *Encyclopedia of Gerontology and Population Aging*. Berlin/Heidelberg: Springer-Verlag. Available at: https://doi.org/10.1007/SpringerReference_82755.
- van der Ham, A. *et al.* (2020) 'Identifying integration and differentiation in a Hospital's logistical system: a social network analysis of a case study', *BMC Health Services Research*, 20(1), p. 857. Available at: <https://doi.org/10.1186/s12913-020-05514-w>.
- Hanefeld, J., Powell-Jackson, T. and Balabanova, D. (2017) 'Understanding and measuring quality of care: dealing with complexity', *Bulletin of the World Health Organization*, 95(5), pp. 368–374. Available at: <https://doi.org/10.2471/BLT.16.179309>.

- Heaslip, V. *et al.* (2018) 'Service user engagement in healthcare education as a mechanism for value based recruitment: An evaluation study', *Nurse Education Today*, 60, pp. 107–113. Available at: <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2017.09.021>.
- Holmgren, A.J. and Ford, E.W. (2018) 'Assessing the impact of health system organizational structure on hospital electronic data sharing', *Journal of the American Medical Informatics Association*, 25(9), pp. 1147–1152. Available at: <https://doi.org/10.1093/jamia/ocy084>.
- Ilse Deutsch and Laura Pardo Muñagorri (2017) 'Quality of Care', *Thrombosis Research*, 160, p. 129. Available at: <https://doi.org/10.1016/j.thromres.2017.11.018>.
- Jenoui, K. (2020) 'A Study of the Impact of the Organizational Purchasing Structure on Supplier's Performance in the Hospital Sector', in *Proceedings of the 2nd International Conference on Advanced Technologies for Humanity*. SCITEPRESS - Science and Technology Publications, pp. 210–216. Available at: <https://doi.org/10.5220/0010433202100216>.
- Jeremiah M. Ongori and Kulimankudya D. Vasco (2021) 'Effect of Recruitment and deployment practices on Performance of Healthcare Workers in Kenya.', *Editon Consortium Journal Of Physical And Applied Sciences*, 1(1). Available at: <https://doi.org/10.51317/ecjpas.v1i1.252>.
- Jonny and Kriswanto (2017) 'Developing a total quality management model for healthcare industry: An Indonesian hospital case study', in *2017 IEEE International Conference on Industrial Engineering and Engineering Management (IEEM)*. IEEE, pp. 765–769. Available at: <https://doi.org/10.1109/IEEM.2017.8289994>.
- Kabiri, N. *et al.* (2017) '109: Risk Management And Patient Safety In Operating Room: A Systematic Review', *BMJ Open*, 7(Suppl 1), p. bmjopen-2016-015415.109. Available at: <https://doi.org/10.1136/BMJOPEN-2016-015415.109>.
- Keitz, S.A. *et al.* (2019) 'Impact of clinical training on recruiting graduating health professionals', *Am J Manag Care*, 25(4), pp. e111–e118.

- Kemenkes Direktorat Jendral Pelayanan Kesehatan (2022) *Lembaga Independen Penyelenggara Akreditasi*, <https://yankes.kemkes.go.id/>.
- Keshvari, M. *et al.* (2018) 'Barriers for the Using of Information Systems in Hospitals: A Qualitative Study', *Shiraz E-Medical Journal*, 19(8). Available at: <https://doi.org/10.5812/semj.66180>.
- Lavy, S. and Terzioğlu, S. (2023) 'Delivery of healthcare facility management services: A literature review', *IOP Conference Series: Earth and Environmental Science*, 1176(1), p. 012017. Available at: <https://doi.org/10.1088/1755-1315/1176/1/012017>.
- Leyenaar, J.K. *et al.* (2018) 'Paediatric hospital admission processes and outcomes: a qualitative study of parents' experiences and priorities', *BMJ Quality & Safety*, 27(10), pp. 790–798. Available at: <https://doi.org/10.1136/bmjqs-2017-007442>.
- Liang, Z. *et al.* (2020) 'Managers in the publicly funded health services in China - characteristics and responsibilities', *BMC Health Services Research*, 20(1), p. 721. Available at: <https://doi.org/10.1186/s12913-020-05577-9>.
- Liu, Y. (2020) 'The Discussion on Countermeasures of Perfecting the Operating Cost Control and Strengthening the Hospital Financial Management', *Lifelong Education*, 9(4), p. 174. Available at: <https://doi.org/10.18282/le.v9i4.1067>.
- Low, A.F.H. and Phillips, A.B. (2013) 'Financial Effects of Health Information Technology: A Systematic Review', *The American Journal of Managed Care*, 19(SP 10).
- Lutitsky, I.D. and Juroš, L. (2017) 'Business Processes in the Function of Cost Management in Healthcare Institutions', in, pp. 571–589. Available at: https://doi.org/10.1007/978-3-319-46319-3_35.
- M. Kieny *et al.* (2018) *Delivering Quality Health Services: A Global Imperative for Universal Health Coverage*. Geneva: World Health Organization. Available at: <https://doi.org/10.1596/978-92-4-151390-6>.
- Mahmoud Mohamed, S., Salman Taie, E. and Hassan El-Sayed, H. (2021) 'Enhance Nurse Managers' Legal and Ethical Aspects at

- Benha University Hospital', *Journal of Nursing Science Benha University*, 2(2), pp. 241–260. Available at: <https://doi.org/10.21608/jnsbu.2021.186457>.
- Marinelli, M. (2020) 'Emergency Healthcare Facilities: Managing Design in a Post Covid-19 World', *IEEE Engineering Management Review*, 48(4), pp. 65–71. Available at: <https://doi.org/10.1109/EMR.2020.3029850>.
- Martins, H. (2021) 'Kiwi Hospitals: "Future-Looking" Principles for a Hospital Maturity Model', *International Journal of Digital Health*, 1(1), p. 13. Available at: <https://doi.org/10.29337/ijdh.38>.
- Morgan, K. and Hensler, K. (2019) 'Going Paperless: Improving the Patient Admission and Registration Process', *Journal of PeriAnesthesia Nursing*, 34(4), pp. e29–e30. Available at: <https://doi.org/10.1016/j.jopan.2019.05.074>.
- Morim, A.C.V.P., Inácio, H. and Vieira, E. (2020) 'The Implementation of Internal Control in the Financial Services Expenditure in a Hospital Department', in, pp. 290–323. Available at: <https://doi.org/10.4018/978-1-7998-1385-9.ch011>.
- Musa, A.K., Aina, O.M. and Opeyemi, O.P. (2020) 'Perception of Health Information Management Professionals on the Importance of Computer System in Health Information Management in Obafemi Awolowo Teaching Hospital, ILE- IFE, Osun State, Nigeria', *International Journal of Innovative Science and Research Technology*, 5(7), pp. 314–318. Available at: <https://doi.org/10.38124/IJISRT20JUL264>.
- Nadziakiewicz, M. and Mikolajczyk, A. (2019) 'The Quality and Safety of Health Care Services', *Management Systems in Production Engineering*, 27(2), pp. 100–104. Available at: <https://doi.org/10.1515/MSPE-2019-0017>.
- Nikolaev, N.S. *et al.* (2021) 'Information technology in hospitalization management in a federal medical organization', *Physical and rehabilitation medicine, medical rehabilitation*, 3(3), pp. 329–336. Available at: <https://doi.org/10.36425/rehab70730>.
- Pallavi Chaudhari *et al.* (2022) 'A System Using Web Technology for Hospital Management', *International Journal of Scientific*

- Research in Computer Science, Engineering and Information Technology*, pp. 87–93. Available at: <https://doi.org/10.32628/CSEIT228315>.
- Qi-we, Q. (2013) 'Effect of medical records management in hospital management', *China Medicine and Pharmacy* [Preprint].
- Rego, A. and Araújo, B. (2019) 'Ethics guiding the action of the hospital manager', *Journal of Hospital Administration*, 8(2), p. 14. Available at: <https://doi.org/10.5430/jha.v8n2p14>.
- Schiavone, F. and Ferretti, M. (2021) 'The FutureS of healthcare', *Futures*, 134, p. 102849. Available at: <https://doi.org/10.1016/j.futures.2021.102849>.
- Singh, B. (2012) 'Risk Management in Hospitals', *International Journal of Innovation, Management and Technology*, 3(4). Available at: <https://doi.org/10.7763/IJIMT.2012.V3.266>.
- Singh, B. and Gupta, A. (2021) 'Blockchain Technology for Hospital Management: A Visualisation and Review of Research Trends', in *2021 2nd International Conference on Smart Electronics and Communication (ICOSEC)*. IEEE, pp. 395–399. Available at: <https://doi.org/10.1109/ICOSEC51865.2021.9591880>.
- Sun, H. *et al.* (2019) 'Problems and countermeasures of hospital financial management', in, p. 020040. Available at: <https://doi.org/10.1063/1.5092418>.
- Surve, K.M. *et al.* (2017) 'Study of haematological parameters in malaria', *Int J Res Med Sci*, 5(6), pp. 2552–2557.
- Terzic-Supic, Z. *et al.* (2015) 'Training hospital managers for strategic planning and management: A prospective study', *BMC Medical Education*, 15(1), pp. 1–9. Available at: <https://doi.org/10.1186/S12909-015-0310-9/TABLES/8>.
- West, J. (2020) 'What Is an Ethically Informed Approach to Managing Patient Safety Risk During Discharge Planning?', *AMA Journal of Ethics*, 22(11), pp. E919–923. Available at: <https://doi.org/10.1001/amajethics.2020.919>.
- Woods, N. and Trujillo, M. (2019) 'Health Information Technology and Its Evolution in Australian Hospitals', in *Textbook of Medical Administration and Leadership*. Singapore: Springer Singapore, pp. 255–280. Available at: https://doi.org/10.1007/978-981-10-5454-9_15.

- Yamburenko, V. *et al.* (2023) 'Algorithm And Software Of Medical Personnel Selection System', *Bulletin of National Technical University 'KhPI'. Series: System Analysis, Control and Information Technologies*, (2 (10)), pp. 46–52. Available at: <https://doi.org/10.20998/2079-0023.2023.02.07>.
- Zang, B. (2015) 'Implementation of performance management to optimize the quality of the hospital operation', *China Modern Medicine* [Preprint].

BAB 5

KINERJA RUMAH SAKIT

Oleh Andi Yaumil Bay R. Thaifur

5.1 Pendahuluan

Rumah sakit adalah lembaga pelayanan kesehatan yang lengkap yang memberikan perawatan pasien secara menyeluruh, baik rawat inap, rawat jalan, maupun penanganan darurat. Rumah sakit bertanggung jawab untuk memberikan pelayanan kesehatan terbaik. Rumah sakit juga membantu meningkatkan kesehatan masyarakat melalui pendidikan dan penelitian selain mengutamakan penyembuhan dan pemeliharaan kesehatan. Rumah sakit sangat penting untuk perawatan pasien yang sakit atau cedera.

Secara umum, rumah sakit memiliki beberapa fungsi utama. Pertama, menyelenggarakan pelayanan medis yang meliputi diagnosis dan pengobatan penyakit. Kedua, menyediakan layanan penunjang medis dan non-medis untuk mendukung proses perawatan pasien. Ketiga, memberikan pelayanan keperawatan yang berkualitas. Keempat, berperan dalam pendidikan dan pelatihan tenaga kesehatan. Kelima, melakukan penelitian dan pengembangan di bidang kesehatan. Keenam, menjadi rujukan bagi fasilitas kesehatan lainnya. Terakhir, mengelola aspek administrasi dan keuangan rumah sakit.

Rumah sakit biasanya melakukan beberapa tugas utama, seperti menyediakan layanan medis termasuk diagnosis dan pengobatan penyakit, menyediakan layanan penunjang medis dan non-medis untuk mendukung perawatan pasien, menyediakan keperawatan yang baik, bertanggung jawab atas pendidikan dan pelatihan tenaga kesehatan, bertanggung jawab atas penelitian dan pengembangan dalam bidang kesehatan, serta berfungsi sebagai referensi untuk fasilitas kesehatan lainnya. Terakhir, mengawasi keuangan dan administrasi rumah sakit.

Rumah sakit memiliki berbagai jenis karyawan. Tenaga kesehatan adalah yang paling penting. Tenaga kesehatan adalah

orang yang memiliki pengetahuan dan keterampilan dalam bidang kesehatan dan memiliki otoritas untuk memberikan layanan kesehatan tertentu kepada pasien. Mereka termasuk tenaga medis, paramedis, dan non-medis. Tenaga kesehatan memainkan peran yang sangat penting dalam menentukan seberapa baik layanan yang diberikan oleh rumah sakit. Kepuasan pasien akan meningkat sebagai hasil dari tenaga kesehatan yang baik.

5.2 Kinerja

Kinerja berasal dari kata *to perform* yang berarti (1) melakukan, menjalankan, atau melaksanakan (melakukan atau membawa tindakan), (2) memenuhi atau melaksanakan kewajiban suatu niat atau tujuan (memenuhi pelaksanaan), (3) melaksanakan atau menyempurnakan tanggung jawab (melaksanakan atau menyelesaikan pemahaman), dan (4) melakukan sesuatu yang diharapkan seseorang atau mesin dari referensi. Menurut J Hanlon dalam Supriyanto (2009) kinerja atau prestasi adalah kombinasi upaya dan pencapaian.

Kinerja suatu organisasi dapat dilihat sebagai bukti keberhasilannya dalam mencapai tujuannya. Kinerja sangat penting untuk mengevaluasi seberapa baik proses dilakukan untuk mencapai tujuan.. Hakim (2006) mengatakan kinerja adalah hasil kerja seseorang yang sesuai dengan tanggung jawab dan peran mereka dalam organisasi selama periode tertentu, yang kemudian dibandingkan dengan standar yang telah ditetapkan.

Selain itu, kinerja dirumuskan sebagai berikut:

$$Performance (P) = Efforts (E) + Achievement (A)$$

Setiap organisasi terdiri dari kumpulan orang yang masing-masing memiliki pekerjaan dan tanggung jawab. Jika kita berbicara tentang kinerja, kita harus mempertimbangkan proses, hasil, dan keuntungan yang diperoleh. Kinerja individu adalah hasil kerja yang dihasilkan dalam melaksanakan tugas yang diberikan, baik dari segi kualitas maupun kuantitas. Kinerja dapat dipengaruhi oleh banyak hal, termasuk tempat kerja, sarana dan prasarana, motivasi, kemampuan individu, struktur organisasi, dan kepemimpinan.

5.2.1 Penilaian Kinerja

Penilaian kinerja (*performance appraisal*) adalah prosedur sistematis untuk mengevaluasi dan mengevaluasi tingkat pencapaian individu atau kelompok terhadap tujuan yang telah ditetapkan (Marwansyah 2010). Menurut Gary Dessler (2010), penilaian prestasi kinerja adalah proses evaluasi berkala terhadap pencapaian seorang karyawan berdasarkan tanggung jawab yang diberikan kepada mereka. Sementara itu, Handoko (1996) melihat penilaian kinerja sebagai proses menilai dan mengevaluasi kinerja seorang karyawan. Ini dapat digunakan sebagai dasar untuk pengambilan keputusan sumber daya manusia dan memberikan umpan balik kepada karyawan.

Nurmianto dan Wijaya (2003) mengidentifikasi dua tujuan utama penilaian kinerja.

1. Acuan dalam hal administrasi personalia untuk:
 - a. Membuat keputusan manajemen tentang promosi, mutasi, demosi, dan pemberhentian pegawai.
 - b. Media balas budi/jasa.
 - c. Penyusunan program pendidikan dan pelatihan untuk membantu unit-unit kerja organisasi bekerja dengan lebih maksimal.
 - d. Seleksi dan penetapan pegawai.
 - e. Memberikan data tentang produktivitas organisasi secara keseluruhan serta unit-unit kerja dan masing-masing pegawai pada khususnya.
2. Dalam hal bimbingan dan konseling sebagai:
 - a. Forum bagi atasan dan pegawainya untuk memperbaiki atau mengembangkan kemampuan individual pegawai.
 - b. Identifikasi kelebihan atau kekurangan pegawai yang selanjutnya menjadi dasar pertimbangan dalam pelibatan pegawai dalam program pelatihan dan pengembangan.
 - c. Alat untuk meningkatkan motivasi kerja pegawai sehingga mereka dapat melakukan pekerjaan mereka secara lebih optimal demi mencapai tujuan organisasi dan unit kerja.
 - d. Alat untuk mendorong atau membiasakan para atasan atau *stakeholders* lainnya dalam menganalisis perilaku kerja

secara keseluruhan sehingga menjadi acuan dalam mengetahui kebutuhan pegawai.

Manfaat penilaian kinerja menurut Allen (2007) dalam Wibowo (2016) antara lain sebagai berikut:

1. Membantu mengoptimalkan performa pegawai setiap periode waktu tertentu apabila dilaksanakan dengan tepat.
2. Membantu pencapaian tujuan organisasi karena merupakan bagian penting dari manajemen manajemen sumber daya (SDM).
3. Membantu mempercepat keberhasilan organisasi atau unit kerja karena merupakan bagian penting dari strategi kompetitif.

Penilaian atas kinerja individu, tim, dan organisasi dilakukan berdasarkan masukan dan evaluasi pemantauan kinerja. Hasil dari penilaian tersebut menentukan seberapa efektif seorang pegawai melakukan pekerjaannya dalam jangka waktu tertentu (Bacal 2012). Abdullah (2014) menjabarkan cara melakukan penilaian kinerja melalui dua pendekatan yakni sebagai berikut.

1. Penilaian formatif
Dilakukan pada saat karyawan melaksanakan pekerjaan mereka dan segera dilakukan tindakan sesuai dengan hasil penilaian. Tujuan dari pendekatan ini ialah menemukan kemungkinan ketidaksesuaian antara performa karyawan dengan standar atau acuan yang ditetapkan.
2. Penilaian sumatif
Dilakukan pada akhir periode tertentu. Penilaian ini dilakukan oleh manajer penilai dengan membandingkan hasil performa karyawan dengan standar atau acuan yang pada waktu penetapannya telah disepakati oleh karyawan yang bersangkutan.

5.2.2 Indikator Kinerja RS

Untuk dapat turut andil dalam persaingan di tingkat internasional, para *stakeholders* rumah sakit di Indonesia harus mampu mengoptimalkan perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi

strategi mereka. Strategi dan kinerja rumah sakit harus selalu berpusat pada kebutuhan dan ekspektasi pasien sebagai konsumen karena pasien memiliki kebebasan penuh untuk memilih layanan kesehatan yang paling memuaskan, profesional, dan terjangkau sesuai dengan preferensi mereka, terkhusus di era liberalisasi pasar saat ini.

Menurut Lailiana (2013), ada lima faktor utama yang dapat digunakan untuk menilai kinerja rumah sakit, antara lain:

1. Kepuasan pasien, yaitu bagaimana metrik ini berubah dari waktu ke waktu.
2. Layanan medis yang terdiri dari banyak indikator, termasuk di bidang Gawat Darurat, Bedah, Penyakit Dalam, Anak, Radiologi, dan Laboratorium, dan lain sebagainya.
3. Efisiensi, yakni metrik di bidang keuangan yang mencakup rentabilitas, likuiditas, dan profit margin. Dalam industri produktivitas mencakup BOR (*Bed Occupancy Rate*), ALOS (*Average Length of Stay*), dan sebagainya.
4. Kepuasan karyawan dan staf yang juga merupakan indikator penting dari kinerja rumah sakit.
5. Kualitas Kesehatan Lingkungan, yakni mencakup hal-hal seperti sanitasi, penanganan limbah, pengamanan resiko keselamatan sanitasi, dan lain sebagainya.

5.3 Kinerja dengan Pendekatan Sistem

Sistem evaluasi kinerja konvensional dianggap tidak cukup untuk mengatasi perubahan cepat dalam lingkungan bisnis dan persaingan yang semakin ketat. Metrik non-finansial dan finansial seharusnya bekerja sama dalam satu kerangka evaluasi yang lengkap. Mengukur kinerja non-finansial untuk menyesuaikan strategi organisasi menjadi lebih penting bagi para pemimpin bisnis.

Pengukuran kinerja secara terintegrasi terjadi ketika strategi organisasi diintegrasikan dengan hasil pemantauan bisnis yang berkelanjutan. Dengan dasar strategi ini, evaluasi kinerja akan lebih terfokus dan lebih jelas tentang tujuan yang ingin dicapai. Keberhasilan pendekatan ini didorong oleh kebutuhan pemangku kepentingan, terutama pelanggan. Organisasi harus dapat memenuhi harapan semua pemangku kepentingan.

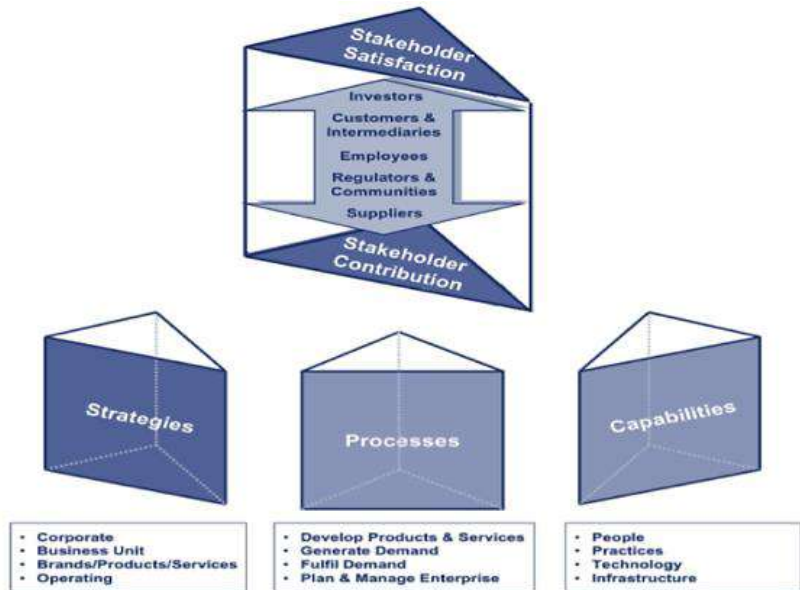
Dalam proses membuat sistem evaluasi kinerja organisasi, diperlukan suatu model yang dapat memberikan gambaran mendalam tentang bagaimana sebuah organisasi bekerja. *Performance Prism* dari kolaborasi antara *Accenture* dengan *Cambridge University*, *Analytical Hierarchy Process (AHP)*, *Balanced Scorecard (BSC)* dari *Harvard Business School*, dan *Objective Matrix (OMAX)* adalah beberapa model evaluasi kinerja yang telah dikembangkan oleh akademisi dan praktisi.

5.3.1 Performance Prism

Salah satu ide awal abad ke-21 oleh Neely dan Adams adalah *Performance Prism*, sebuah metode inovatif untuk menilai kinerja organisasi. *Performance Prism* mempertimbangkan kebutuhan pemangku kepentingan sebagai titik awal analisis. Ini membedakannya dari metode konvensional yang lebih berfokus pada strategi perusahaan (Neely dan Adams, 2002). *Performance Prism* menggabungkan komponen strategis, proses bisnis, dan kemampuan organisasi untuk memahami bagaimana nilai yang diciptakan dapat memenuhi harapan para stakeholder. Metode ini membantu organisasi dalam menentukan strategi yang tepat, merancang proses yang efisien, dan membangun kemampuan yang diperlukan untuk mencapai tujuan bisnis.

Seperti yang terjabarkan dalam Neely dan Adams (2002), bergantung pada *stakeholder* terkait daripada strategi bisnis. Saat ini, lingkungan bisnis berusaha untuk mendapatkan pemahaman yang jelas tentang stakeholder penting dan keinginan mereka. *Performance Prism* berusaha menguraikan strategi yang dimaksudkan untuk memastikan bahwa nilai atau *value* telah diberikan kepada *stakeholders* sehingga melahirkan pemahaman tentang proses yang diperlukan perusahaan jika strategi ini diterapkan. Selain itu juga untuk mendefinisikan kompetensi dalam rangka menyelesaikan proses. Para ahli berusaha menentukan kebutuhan *stakeholders* perusahaan atau organisasi, seperti kesetiaan tenaga kerja, keuntungan pelanggan, dan investasi jangka panjang.

Gambar berikut menunjukkan *Performance Prism* yang terdiri dari lima sisi atau elemen dalam strukturnya.



Gambar 5.1. Kerangka *Performance Prism*
(Sumber : Neely dan Adams, 2002)

1. Sisi Pertama: *Stakeholder Satisfaction*

Setiap organisasi memiliki banyak pihak yang memiliki kepentingan yang harus diperhatikan. Ini termasuk *investor*, karyawan, konsumen, mitra bisnis, pemasok, pemerintah, dan masyarakat umum.

a. *Investor*

Perusahaan bertujuan untuk meningkatkan nilai bagi pemegang saham dalam jangka panjang, tetapi investor seringkali lebih tertarik pada kenaikan harga saham dalam jangka pendek. Salah satu tantangan bagi manajemen puncak adalah untuk memberi tahu pemegang saham secara jelas tentang strategi perusahaan untuk menciptakan nilai jangka panjang.

b. Konsumen

Konsumen sangat mengharapkan apa yang mereka beli. Kehilangan pelanggan berarti perusahaan kehilangan sumber pendapatan utamanya. Oleh sebab itu, perusahaan atau organisasi perlu untuk melakukan adaptasi terhadap

kebutuhan dan preferensi konsumen yang mungkin saja mengalami perubahan dari waktu ke waktu.

c. Tenaga Kerja

Memenuhi kebutuhan dan keinginan karyawan adalah tantangan unik bagi suatu organisasi atau perusahaan. Di satu sisi, karyawan dengan kualitas mumpuni sangat dibutuhkan untuk meningkatkan produktivitas, tetapi di lain sisi biaya merupakan hal yang tidak kalah penting untuk dipertimbangkan. Tingkat pergantian karyawan yang tinggi juga dapat memengaruhi kinerja organisasi atau perusahaan.

d. *Supplier*

Perusahaan seringkali dituntut untuk mempertahankan hubungan baik dengan banyak pemasok karena keberlangsungan produksi sangat bergantung pada mereka. Hal ini dapat mengakibatkan peningkatan tanggung jawab manajemen dan biaya operasional. Untuk mencapai hal ini, perusahaan harus memaksimalkan proses pemilihan dan pengelolaan pemasok mereka.

e. Peraturan dan Masyarakat

Setiap perusahaan harus mematuhi peraturan pemerintah. Perusahaan juga harus mempertimbangkan dampak aktivitas bisnisnya terhadap masyarakat sekitar dan lingkungan.

2. Sisi Kedua: Strategi

Elemen utama strategi secara umum ialah sebagai berikut:

- a. Meningkatkan neraca keuangan organisasi atau perusahaan dengan mengurangi biaya dan mengejar kesempatan untuk menghasilkan pendapatan secara optimal.
- b. Mengelola anggaran biaya dengan tepat agar dapat memenuhi rencana organisasi atau perusahaan yang telah ditetapkan sebelumnya.
- c. Memastikan bahwa performa yang dilakukan sejalan dengan keuntungan pada level unit bisnis.

- d. Mencapai dan mempertahankan keuntungan dari perubahan yang dicapai seperti peningkatan pangsa pasar, kompetisi dan posisi pasar.
- e. Memberikan influence atau pengaruh pada pasar dengan merek, produk dan pelayanan yang disediakan oleh organisasi atau perusahaan.

Strategi *performance prism* berusaha mengukur dan menganalisis tujuan organisasi atau perusahaan dengan memberikan data untuk membantu pihak *top management* dalam pengambilan keputusan.

3. Sisi Ketiga: Proses

Proses bisnis berperan sebagai jantung operasional suatu perusahaan. Layaknya mesin yang menghasilkan nilai tambah, proses bisnis juga berperan krusial dalam meningkatkan pendapatan perusahaan. Hal ini tercapai melalui pemenuhan permintaan pasar, efisiensi biaya produksi, serta optimalisasi rantai pasok. Keputusan bisnis yang strategis juga sangat bergantung pada hasil riset dan pengembangan (R&D). Oleh karena itu, penting untuk secara berkala mengevaluasi tingkat kematangan proses bisnis dalam rangka pengembangan produk atau layanan baru.

4. Sisi Keempat: Kapabilitas

Kapabilitas yang terdiri dari keahlian karyawan, pelatihan, teknologi, dan infrastruktur fisik merupakan aset berharga bagi suatu organisasi atau perusahaan. Elemen-elemen tersebut saling bekerja sama untuk menciptakan *value* yang bermakna bagi semua pihak yang terlibat. Kemampuan perusahaan untuk bersaing di dunia bisnis sangat ditentukan oleh kapasitas yang dimiliki.

5. Sisi Kelima: *Stakeholder Contribution*

Komponen ini menunjukkan pentingnya memenuhi kebutuhan dan ekspektasi dari para *stakeholders* dan bagaimana organisasi atau perusahaan mengharapkan kontribusi mereka.

Untuk membangun hubungan yang saling menguntungkan, komunikasi dengan para *stakeholders* (*investor*, konsumen, *supplier*, dan tenaga kerja) merupakan kebutuhan utama. Meskipun perusahaan pada idealnya harus sering berkomunikasi dengan para *stakeholders*, akan tetapi seringkali hal tersebut sulit untuk dilakukan. Oleh karena itu, sangat penting untuk merencanakan dan memantau komunikasi dengan cermat.

5.3.2 *Analytical Hierarchy Process (AHP)*

AHP diusulkan oleh Thomas L. Saaty dan merupakan suatu metode sistematis untuk menyelesaikan masalah kompleks. Prinsip utama *Analytical Hierarchy Process (AHP)* adalah menguraikan masalah menjadi bagian yang lebih kecil dan kemudian membuat struktur hierarki. Oleh karena itu, masalah yang kompleks dapat terselesaikan secara sistematis. Selain itu, AHP melibatkan penilaian subjektif terhadap berbagai faktor yang terkait, yang mana kemudian dikonversi menjadi nilai numerik untuk memudahkan perbandingan. Tujuan akhir dari metode ini ialah untuk menentukan alternatif terbaik berdasarkan prioritas yang telah ditetapkan.

Proses perhitungan menggunakan metode AHP terjabarkan dalam langkah-langkah berikut.

1. Mendefinisikan Masalah Dan Menentukan Solusi Yang Diinginkan
Pada tahap ini, masalah yang akan dibahas ditentukan secara rinci dan mudah dipahami untuk kemudian ditemukan solusi yang tepat. Solusi mungkin lebih dari satu, dan solusi tersebut akan dikembangkan lebih lanjut di tahap berikutnya.
2. Membuat Struktur Hierarki Yang Diawali Dengan Tujuan Utama
Setelah membuat tujuan utama sebagai level teratas, level di bawahnya akan disusun dengan kriteria yang tepat untuk mempertimbangkan atau menilai pilihan yang ditawarkan lalu menentukan pilihan terbaik. Setiap kriteria harus memiliki tingkat keparahan yang berbeda. Jika diperlukan, subkriteria ditambahkan ke hierarki.

3. Membuat Matriks Perbandingan Berpasangan Yang Menggambarkan Kontribusi Relatif Atau Pengaruh Setiap Elemen Terhadap Tujuan Atau Kriteria Yang Setingkat Di Atasnya.

Matriks yang digunakan bersifat digunakan sederhana, kuat untuk kerangka konsistensi, mendapatkan informasi tambahan yang mungkin dibutuhkan untuk setiap perbandingan yang mungkin, dan memiliki kemampuan untuk menganalisis kepekaan prioritas secara keseluruhan untuk perubahan dalam pertimbangan. Mendominasi dan didominasi adalah dua elemen prioritas yang ditunjukkan dalam pendekatan matriks. Pengambil keputusan menilai seberapa penting satu aspek dibandingkan dengan yang lain untuk melakukan perbandingan.

4. Mendefinisikan Perbandingan Berpasangan Sehingga Diperoleh Jumlah Penilaian

Seluruhnya sebanyak $N \times [(N-1)/2]$ buah, di mana N adalah jumlah elemen yang sebanding. Jika suatu elemen dalam matriks dibandingkan dengan dirinya sendiri, hasil perbandingan dari masing-masing elemen akan ditandai dengan nilai 1 hingga 9, yang menunjukkan tingkat kepentingan masing-masing elemen. Skala 9 telah terbukti dapat diterima dan memiliki kemampuan untuk membedakan intensitas elemen. Hasil dari perbandingan dimasukkan ke dalam sel yang sesuai dengan elemen yang dibandingkan.

Tabel berikut menunjukkan skala perbandingan perbandingan berpasangan dan maknanya.

Tabel 5.1. Skala Penilaian Perbandingan Berpasangan

Intensitas Kepentingan	Keterangan	Penjelasan
1	Kedua elemen sama penting	Dua elemen mempunyai pengaruh yang sama besar terhadap tujuan
3	Elemen yang satu sedikit lebih penting	Pengalaman dan penilaian sedikit menyokong satu elemen dibandingkan elemen lainnya
5	Elemen yang satu lebih penting	Pengalaman dan penilaian sangat kuat menyokong satu elemen dibandingkan elemen lain
7	Elemen yang satu jelas lebih mutlak	Satu elemen yang kuat disokong dan dominan terlibat dalam praktik
9	Elemen yang satu lebih mutlak penting	Bukti yang mendukung elemen yang satu terhadap elemen yang lainnya memiliki tingkat penegasan tertinggi yang mungkin menguatkan
2,4,6,8	Nilai antara dua nilai pertimbangan yang berdekatan	Nilai ini diberikan bila ada dua kompromi di antara dua pilihan
Kebalikan (1/3, 1/5, ...)	Jika untuk aktifitas I mendapat satu angka dibandingkan dengan aktifitas j, maka mempunyai nilai kebalikan I.	

Sumber: Vanany (2009)

5.3.3 Balanced Scorecard (BSC)

Robert Kaplan dan David Norton memperkenalkan pendekatan manajemen strategis yang dikenal sebagai *balanced scorecard* pada awal tahun 1990-an. Istilah ini berasal dari dua kata, yakni *balanced* (seimbang) yang berarti seimbang dan *scorecard* (kartu skor) yang berarti skor. Konsep ini menekankan betapa pentingnya menjaga keseimbangan antara kinerja non-finansial dan finansial, serta antara aspek internal dan eksternal perusahaan. Alat yang selanjutnya disebut *scorecard* digunakan dalam pengukuran dan pelacakan kinerja, baik saat ini maupun di masa depan. *Balanced scorecard* pada awalnya disusun dengan tujuan meningkatkan sistem penilaian kinerja eksekutif.

Dengan menggunakan pendekatan *balanced scorecard*, *top management* menguraikan strateginya ke dalam tolak ukur kinerja sehingga karyawan dapat memahaminya dan melakukan sesuatu untuk mencapainya. Angraini (2015) menyatakan bahwa pada awal penggunaan, kinerja eksekutif hanya dapat diukur melalui metrik keuangan. Kemudian menjadi luas dan digunakan untuk mengukur kinerja organisasi secara keseluruhan, termasuk keuangan, pelanggan, proses bisnis internal, dan pembelajaran dan pertumbuhan. Salah satu bagian dari sistem manajemen yang dapat membantu mengimplementasikan tujuan dan strategi perusahaan dalam kehidupan nyata adalah *balanced scorecard*. Ada bukti bahwa *balanced scorecard* dapat membantu banyak perusahaan dalam menerapkan strategi bisnis mereka.

Balanced scorecard dalam penerapannya memiliki empat perspektif, antara lain:

1. Perspektif Keuangan

Perspektif ini memberikan tujuan dan indikator untuk mengetahui seberapa baik bisnis menghasilkan keuntungan. Pendapatan operasional dan tingkat pengembalian investasi adalah indikator kinerja keuangan yang menunjukkan apakah strategi bisnis telah berhasil meningkatkan nilai bagi para pemegang saham. Pertumbuhan pendapatan dan efisiensi operasional adalah dua metode utama yang dapat digunakan untuk meningkatkan kinerja keuangan.

2. Perspektif Pelanggan

Perusahaan yang berfokus pada pelanggan akan berusaha untuk mengetahui segmen pasar mana yang ingin mereka targetkan. Selanjutnya, perusahaan harus menemukan indikator yang tepat untuk mengukur kepuasan konsumen dan kesetiaan merek. Perusahaan harus terus berinovasi dan membuat barang atau layanan baru untuk memenuhi kebutuhan pelanggan yang terus berubah jika mereka ingin mencapai kinerja keuangan jangka panjang yang kuat.

3. Perspektif Proses Bisnis Internal

Perspektif ini menilai seberapa efektif dan efisien proses yang dilakukan oleh perusahaan. Tujuannya adalah untuk memastikan bahwa setiap langkah yang diambil, mulai dari produksi hingga layanan pelanggan, berkontribusi pada penciptaan nilai bagi pelanggan dan pemegang saham.

4. Perspektif proses pembelajaran dan pertumbuhan

Perspektif ini menekankan betapa pentingnya investasi dalam sistem, prosedur, dan sumber daya manusia untuk mendukung pertumbuhan jangka panjang bisnis. Perusahaan harus memiliki kemampuan untuk belajar dan beradaptasi dengan perubahan dalam lingkungan bisnis mereka jika mereka ingin sukses.

Melalui indikator kinerja yang saling melengkapi, keempat perspektif tersebut saling terkait. Jika kualitas produk atau jasa yang dihasilkan oleh karyawan ditingkatkan oleh peningkatan kemampuan sistem informasi (dalam perspektif pembelajaran dan pertumbuhan), maka secara langsung akan berdampak pada peningkatan kepuasan pelanggan (dalam perspektif pelanggan). Peningkatan kepuasan pelanggan kemudian akan mendorong peningkatan penjualan dan keuntungan organisasi (dalam perspektif keuangan). Dengan demikian, dapat disimpulkan bahwa perspektif pembelajaran dan pertumbuhan

Hubungan ini dimulai dengan upaya perusahaan untuk meningkatkan kompetensi dan komitmen karyawannya. Dengan menggunakan berbagai program peningkatan kesejahteraan, perusahaan berusaha mencapai tingkat kepuasan karyawan yang

tinggi untuk mengurangi perputaran karyawan. Karyawan yang merasa puas akan lebih setia dan produktif dalam menjalankan tugasnya, yang menghasilkan kualitas yang lebih baik.

Dengan peningkatan kompetensi karyawan, proses layanan internal yang lebih baik dapat menghasilkan barang atau jasa yang lebih baik, yang dapat memenuhi bahkan melebihi ekspektasi pelanggan. Karena produk dan jasa yang lebih baik dan layanan yang lebih baik, kepercayaan dan kepuasan pelanggan akan meningkat. Pada akhirnya, peningkatan kepercayaan dan kepuasan pelanggan ini akan berdampak positif pada kinerja keuangan perusahaan, yang akan meningkat dalam pendapatan dan keuntungan.

5.3.4 Objective Matrix (OMAX)

Objective matrix yang juga dikenal sebagai OMAX adalah sebuah metode pengukuran kinerja yang dibuat oleh Prof. James L. Riggs pada tahun 1987 dengan tujuan untuk mengukur produktivitas spesifik pada setiap bagian dari suatu perusahaan. Kriteria pengukuran yang digunakan dalam OMAX disesuaikan dengan karakteristik unik dari setiap unit kerja, dan OMAX mendorong semua karyawan untuk berpartisipasi secara aktif dalam meningkatkan kinerja mereka. Konsep OMAX berasal dari penelitian Riggs tahun 1975 tentang cara mengukur tingkat perawatan yang diberikan di bidang kesehatan.

Metode ini menggabungkan teknik kuantitatif dan kualitatif. OMAX juga dapat digunakan untuk mengukur semua aspek kinerja yang dipertimbangkan dalam suatu unit kerja; indikator kinerja untuk setiap input dan output didefinisikan dengan jelas dan memasukkan pertimbangan manajemen saat menentukan skor, membuatnya terlihat lebih fleksibel. *Performance* OMAX berkisar dari 0 hingga 10, dengan demikian ada sebelas tingkat pencapaian untuk setiap indikator.

1. *Productivity Criteria*

Setiap kegiatan yang menunjukkan tingkat produktivitas dalam bentuk perbandingan, seperti jumlah waktu kerja atau ketidakhadiran, jumlah pelanggan baru atau total pelanggan, dan sebagainya.

2. *Performance*

Setiap kegiatan yang menunjukkan tingkat produktivitas dalam bentuk perbandingan, seperti jumlah waktu kerja atau ketidakhadiran, jumlah pelanggan baru atau total pelanggan, dan sebagainya.

3. *Scales*

Merupakan kerangka acuan dengan tingkatan 0–10, dengan tingkatan 0 menunjukkan kinerja terburuk dan tingkatan 10 menunjukkan kinerja terbaik yang dapat dicapai.

4. *Score*

Skor berada di bawah kerangka acuan. Kerangka acuan tersebut akan digunakan untuk mengkonversi setiap nilai kinerja menjadi skor. Perubahan nilai ini terjadi sesuai dengan aturan tertentu. Nilai kinerja dimasukkan ke dalam tingkatan sebelumnya jika nilainya lebih rendah dari nilai pada tingkatan sebelumnya.

5. *Weight*

Nilai untuk setiap kriteria diperoleh dengan mengalikan nilainya dengan skor masing-masing kriteria, menunjukkan seberapa penting setiap kriteria. Kriteria yang dianggap paling penting akan memiliki nilai yang lebih besar daripada kriteria lainnya.

6. *Value*

Merupakan nilai total untuk setiap kriteria adalah seratus persen.

7. *Performance Indicator*

Nilai kinerja indikator terdiri dari nilai kinerja periode saat ini, yang merupakan hasil dari penjumlahan semua nilai dan nilai kinerja periode sebelumnya. Selain itu, indeks diperoleh dengan mengurangi nilai periode saat ini dari nilai periode sebelumnya, membagi nilai periode sebelumnya, dan kemudian kalikan hasilnya dengan 100 %.

OMAX terdiri dari tiga tahap evaluasi produktivitas utama, antara lain:

1. Langkah pertama pendefisian (*Defining*)
Beberapa kriteria ditampilkan di bagian atas matriks sebagai ukuran produktivitas suatu unit kerja. Pilihan kriteria ini didasarkan pada pengaruhnya terhadap tingkat produktivitas dan menjadi subjek penelitian dan pengembangan. Setiap kriteria memiliki satuan pengukuran unik.
2. Langkah kedua pengukuran (*Quantifying*)
Bagian tengah matriks menunjukkan tingkat pencapaian kinerja untuk setiap kriteria sebagai langkah kedua dari pengukuran. Skala pengukurannya terdiri dari sepuluh tingkat. Standar minimum digunakan untuk menentukan nilai awal pengukuran. Jika hasil pengukuran kurang dari standar minimum, maka nilainya dianggap nol.
3. Langkah ketiga pencatatan (*Monitoring*)
Pada langkah ini hasil perbandingan kinerja aktual dicatat dan disesuaikan dengan standar yang telah ditetapkan pada bagian atas matriks. Kemudian, hasil perbandingan ini dicocokkan dengan skala pengukuran di tengah matriks dan dicatat pada baris nilai yang sesuai.

DAFTAR PUSTAKA

- Abdullah, M. 2014. *Manajemen Dan Evaluasi Kinerja Karyawan*. Yogyakarta: Penerbit Aswaja Pressindo.
- Bacal, Robert. 2012. *Performance Management*. New York: McGraw-Hill.
- Gary Dessler. 2010. *Manajemen Sumber Daya Manusia*. 10th ed. Jakarta: PT. Prenhallindo.
- Hakim, A. 2006. "Analisis Pengaruh Motivasi, Komitmen Organisasi Dan Iklim Organisasi Terhadap Kinerja Pegawai Pada Dinas Perhubungan Dan Telekomunikasi Provinsi Jawa Tengah." *JBRI* 165-80.
- Handoko, T. Hani. 1996. *Manajemen Personalia Dan Sumber Daya Manusia*. Yogyakarta: BPFE.
- Lailiana, Ilsa. 2013. "Analisis Kinerja Rumah Sakit Dengan Pendekatan Balanced Scorecard (Kasus Pasa RSUD Haji Makassar)." Universitas Hasanuddin.
- Marwansyah. 2010. *Manajemen Sumber Daya Manusia*. Bandung: Alfabeta.
- Neely, A., and C. Adams. 2002. "Performance Prism Can Boost M & A Success." Cranfield School of Management, UK.
- Nurmianto, Eko, and Fajar Hengki Wijaya. 2003. "Evaluasi Jabatan Dan Perancangan Sistem Penilaian Kinerja Karyawan (SPKK) Berbasis Kompetensi Di PT Pelindo III Cabang Surabaya (Studi Kasus Di Divisi Terminal Nilam Dan Berlian)." in *Seminar Nasional IMP3*. Surabaya.
- Riggs, James L. 1987. *Production System Planning, Analysis and Control*. Singapore: John Wiley & Sons Inc.
- Sari Angraini. 2015. "Penerapan Balanced Scorecard Sebagai Alat Pengukuran Kinerja Pada Rumah Sakit Islam Surabaya." *Jurnal Ilmu Dan Riset Akuntansi* 4(11).
- Supriyanto, Budi. 2009. *Managemen Pemerintahan*. Jakarta: CV. Media Brilian.
- Vanany, Iwan. 2009. *Performance Measurement: Model & Aplikasi*. Surabaya: ITS Press.
- Wibowo. 2016. *Manajemen Kinerja*. Jakarta: PT. Raja Grafindo Persada.

BAB 6

SASARAN KESELAMATAN PASIEN

Oleh Cynthia Hardivianty

6.1 Keselamatan Pasien

Keselamatan pasien (*patient safety*) adalah suatu sistem dimana rumah sakit membuat asuhan pasien lebih aman dalam upaya mencegah terjadinya cedera yang disebabkan oleh kesalahan akibat melaksanakan suatu tindakan atau tidak mengambil tindakan yang seharusnya diambil. Keselamatan pasien (*Patient safety*) adalah prinsip dasar dari perawat kesehatan. Keselamatan pasien merupakan sebuah sistem yang membuat asuhan pasien lebih aman. Sistem tersebut terdiri dari 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 melakukan suatu tindakan atau tidak mengambil tindakan yang seharusnya diambil.

(*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*). 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, terdiri dari Kejadian Tidak Diharapkan dan Kejadian Nyaris Cedera. Kejadian Tidak Diharapkan, selanjutnya disingkat KTD adalah insiden yang mengakibatkan cedera pada pasien. Kejadian Nyaris Cedera, selanjutnya disingkat disingkat KNC adalah terjadinya insiden yang belum sampai terpapar ke pasien.

Kejadian Tidak Cedera, selanjutnya disingkat KTC adalah insiden yang sudah terpapar ke pasien, tetapi tidak timbul cedera. Kondisi Potensial Cedera, selanjutnya disingkat KPC adalah kondisi yang sangat berpotensi untuk menimbulkan cedera, tetapi belum terjadi insiden. Kejadian sentinel adalah suatu KTD yang mengakibatkan kematian atau cedera yang serius (Permenkes Nomor 1691/Menkes/Per/VIII/2011).

Menurut Komite Keselamatan Pasien Rumah Sakit (KPRS) Tujuan program keselamatan pasien di rumah sakit antara lain :

1. Terciptanya budaya keselamatan pasien di rumah sakit
2. Meningkatnya akuntabilitas rumah sakit terhadap pasien dan masyarakat
3. Menurunnya kejadian yang tidak diharapkan (KTD) di rumah sakit.
4. Terlaksananya program-program pencegahan sehingga tidak terjadi pengulangan kejadian tidak diharapkan

6.2 Sasaran Keselamatan Pasien

Sasaran keselamatan pasien (Alfiah, 2016) merupakan syarat untuk ditetapkan disemua rumah sakit yang diakreditasi oleh komisis akreditasi rumah sakit. Penyusunan sasaran ini mengacu *Nine Life-Saving Patient Safety Solution dari WHO patient safety (2007)* yang digunakan juga oleh Komite Keselamatan Pasien Rumah Sakit PERSI (KPPRS PERSI), dan dari *Joint Commision International (JCI)*. Maksud dari Sasaran Keselamatan Pasien adalah mendorong perbaikan spesifik dalam keselamatan pasien. Sasaran menyoroti bagian-bagian yang bermasalah dalam pelayanan kesehatan dan menjelaskan bukti serta solusi dari konsensus berbasis bukti dan keahlian atas permasalahan ini. Diakui bahwa desain sistem yang baik secara intrinsik adalah untuk memberikan pelayanan kesehatan yang aman dan bermutu tinggi, sedapat mungkin sasaran secara umum difokuskan pada solusi-solusi yang menyeluruh. Enam sasaran keselamatan pasien adalah tercapainya hal-hal sebagai berikut :

6.2.1 Sasaran I. Ketepatan Identifikasi Pasien

Kesalahan karena keliru dalam mengidentifikasi pasien dapat terjadi di hampir semua aspek/tahapan diagnosis dan pengobatan. Kesalahan identifikasi pasien bisa terjadi pada pasien yang dalam keadaan terbius/tersedasi, mengalami disorientasi, tidak sadar, bertukar tempat tidur/kamar/lokasi di rumah sakit, adanya kelainan sensori, atau akibat situasi lain. Maksud sasaran ini adalah untuk melakukan dua kali pengecekan yaitu : pertama, untuk identifikasi pasien sebagai individu yang akan menerima pelayanan atau pengobatan; dan kedua untuk kesesuaian pelayanan atau pengobatan terhadap individu tersebut.

Kebijakan dan/ atau prosedur yang secara kolaboratif dikembangkan untuk memperbaiki proses identifikasi, khususnya pada proses untuk mengidentifikasi pasien ketika pemberian obat, darah, atau produk darah; pengambilan darah dan specimen lain untuk pemeriksaan klinis; atau pemberian pengobatan atau Tindakan lain. Kebijakan dan/atau prosedur memerlukan sedikitnya dua acara untuk mengidentifikasi seorang pasien, seperti nama pasien, nomor rekam medis, tanggal lahir, gelang identifikasi pasien dengan bar-code, dan lain-lain. Nomor kamar pasien atau lokasi tidak bisa digunakan untuk identifikasi. Kebijakan dan/atau prosedur juga menjelaskan penggunaan dua identitas berbeda di lokasi yang berbeda di rumah sakit, seperti di pelayanan rawat jalan, unit gawat darurat, atau ruang operasi termasuk identifikasi pada pasien koma tanpa identitas. Suatu proses kolaboratif digunakan untuk mengembangkan kebijakan dan/atau prosedur agar dapat memastikan semua kemungkinan situasi untuk dapat diidentifikasi.

Elemen Penilaian Sasaran I

1. Pasien diidentifikasi menggunakan dua identitas pasien, tidak boleh menggunakan nomor kamar atau lokasi pasien.
2. Pasien diidentifikasi sebelum pemberian obat, darah, atau produk darah.
3. Pasien diidentifikasi sebelum mengambil darah dan specimen lain untuk pemeriksaan klinis.

4. Pasien diidentifikasi sebelum pemberian pengobatan dan tindakan/ prosedur.
5. Kebijakan dan prosedur mengarahkan pelaksanaan identifikasi yang konsisten pada semua situasi dan lokasi.

6.2.2 Sasaran II : Peningkatan Komunikasi Yang Efektif

Komunikasi efektif, yang tepat waktu, akurat, lengkap, jelas, dan yang dipahami oleh pasien, akan mengurangi kesalahan, dan menghasilkan peningkatan keselamatan pasien. Komunikasi dapat berbentuk elektronik, lisan, atau tertulis. Komunikasi yang mudah terjadi kesalahan kebanyakan terjadi pada saat perintah diberikan secara lisan atau melalui telepon. Komunikasi yang mudah terjadi kesalahan yang lain adalah pelaporan kembali hasil pemeriksaan kritis, seperti melaporkan hasil laboratorium klinik *cito* melalui telepon ke unit pelayanan.

Rumah sakit secara kolaboratif mengembangkan suatu kebijakan dan/ atau prosedur untuk perintah lisan dan telepon termasuk: mencatat (memasukkan ke komputer) perintah yang lengkap atau hasil pemeriksaan oleh penerima perintah; kemudian penerima perintah membacakan kembali (*read back*) perintah atau hasil pemeriksaan; dan mengkonfirmasi bahwa apa yang sudah dituliskan dan dibaca ulang adalah akurat. Kebijakan dan/atau prosedur pengidentifikasian juga menjelaskan bahwa diperbolehkan tidak melakukan pembacaan kembali (*read back*) bila tidak memungkinkan seperti di kamar operasi dan situasi gawat darurat di IGD atau ICU.

Elemen Penilaian Sasaran II

1. Perintah lengkap secara lisan dan yang melalui telepon atau hasil pemeriksaan dituliskan secara lengkap oleh penerima perintah.
2. Perintah lengkap lisan dan telpon atau hasil pemeriksaan dibacakan kembali secara lengkap oleh penerima perintah.
3. Perintah atau hasil pemeriksaan dikonfirmasi oleh pemberi perintah atau yang menyampaikan hasil pemeriksaan.
4. Kebijakan dan prosedur mengarahkan pelaksanaan verifikasi keakuratan komunikasi lisan atau melalui telepon secara konsisten

6.2.3 Sasaran III : Peningkatan Keamanan Obat Yang Perlu Diwaspadai (*High Alert*)

Rumah sakit mengembangkan suatu pendekatan untuk memperbaiki keamanan obat-obat yang perlu diwaspadai (*high-alert*). Bila obat-obatan menjadi bagian dari rencana pengobatan pasien, manajemen harus berperan secara kritis untuk memastikan keselamatan pasien. Obat-obatan yang perlu diwaspadai (*high-alert medications*) adalah obat yang sering menyebabkan terjadi kesalahan/kesalahan serius (*sentinel event*), obat yang berisiko tinggi menyebabkan dampak yang tidak diinginkan (*adverse outcome*) seperti obat-obat yang terlihat mirip dan kedengarannya mirip (Nama Obat Rupa dan Ucapan Mirip/NORUM, atau *Look Alike Soun Alike/LASA*).

Obat-obatan yang sering disebutkan dalam isu keselamatan pasien adalah pemberian elektrolit konsentrat secara tidak sengaja (misalnya, kalium klorida 2meq/ml atau yang lebih pekat, kalium fosfat, natrium klorida lebih pekat dari 0.9%, dan magnesium sulfat =50% atau lebih pekat). Kesalahan ini bisa terjadi bila perawat tidak mendapatkan orientasi dengan baik di unit pelayanan pasien, atau bila perawat kontrak tidak diorientasikan terlebih dahulu sebelum ditugaskan, atau pada keadaan gawat darurat. Cara yang paling efektif untuk mengurangi atau mengeliminasi kejadian tersebut adalah dengan meningkatkan proses pengelolaan obat-obat yang perlu diwaspadai termasuk memindahkan elektrolit konsentrat dari unit pelayanan pasien ke farmasi.

Rumah sakit secara kolaboratif mengembangkan suatu kebijakan dan/atau prosedur untuk membuat daftar obat-obat yang perlu diwaspadai berdasarkan data yang ada di rumah sakit. Kebijakan dan/atau prosedur juga mengidentifikasi area mana saja yang membutuhkan elektrolit konsentrat, seperti di IGD atau kamar operasi, serta pemberian label secara benar pada elektrolit dan bagaimana penyimpanannya di area tersebut, sehingga membatasi akses, untuk mencegah pemberian yang tidak sengaja/kurang hati-hati.

Elemen Penilaian Sasaran III

1. Kebijakan dan/atau prosedur dikembangkan agar memuat proses identifikasi, menetapkan lokasi, pemberian label, dan penyimpanan elektrolit konsentrat.
2. Implementasi kebijakan dan prosedur.
3. Elektrolit konsentrat tidak berada di unit pelayanan pasien kecuali jika dibutuhkan secara klinis dan tindakan diambil untuk mencegah pemberian yang kurang hati-hati di area tersebut sesuai kebijakan.
4. Elektrolit konsentrat yang disimpan pada unit pelayanan pasien harus diberi label yang jelas, dan disimpan pada area yang dibatasi ketat (*restricted*).

6.2.4 Sasaran IV : Kepastian Tepat-Lokasi, Tepat-Prosedur, Tepat-Pasien Operasi

Rumah sakit mengembangkan suatu pendekatan untuk memastikan tepat-lokasi, tepat-prosedur, dan tepat-pasien. Salah-lokasi, salah-prosedur, salah-pasien pada operasi, adalah sesuatu yang mengkhawatirkan dan tidak jarang terjadi di rumah sakit. Kesalahan ini adalah akibat dari komunikasi yang tidak efektif atau yang tidak adekuat antara anggota tim bedah, kurang/tidak melibatkan pasien di dalam penandaan lokasi (*site marking*), dan tidak ada prosedur untuk verifikasi lokasi operasi. Di samping itu, 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 tulisan tangan yang tidak terbaca (*illegible handwriting*) dan pemakaian singkatan adalah faktor-faktor kontribusi yang sering terjadi.

Rumah sakit perlu untuk secara kolaboratif mengembangkan suatu kebijakan dan/atau prosedur yang efektif di dalam mengeliminasi masalah yang mengkhawatirkan ini. Digunakan juga praktek berbasis bukti, seperti yang digambarkan di *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 perlu melibatkan pasien dan dilakukan atas satu pada tanda yang dapat

dikenali. Tanda itu harus digunakan secara konsisten di rumah sakit dan harus dibuat oleh operator/orang yang akan melakukan tindakan, dilaksanakan saat pasien terjaga dan sadar jika memungkinkan, dan harus terlihat sampai saat akan disayat.

Penandaan lokasi operasi dilakukan pada semua kasus termasuk sisi (*laterality*), multipel struktur (jari tangan, jari kaki, lesi) atau multipel level (tulang belakang). Maksud proses verifikasi praoperatif adalah untuk:

1. Memverifikasi lokasi, prosedur, dan pasien yang benar;
2. Memastikan bahwa semua dokumen, foto (*imaging*), hasil pemeriksaan yang relevan tersedia, diberi label dengan baik, dan dipampang; dan
3. Melakukan verifikasi ketersediaan peralatan khusus dan/ atau implant- implant yang dibutuhkan.

Tahap “Sebelum insisi” (*Time out*) memungkinkan semua pertanyaan atau kekeliruan diselesaikan. *Time out* dilakukan di tempat, dimana tindakan akan dilakukan, tepat sebelum tindakan dimulai, dan melibatkan seluruh tim operasi. Rumah sakit menetapkan bagaimana proses itu didokumentasikan secara ringkas, misalnya menggunakan *checklist*.

Elemen Penilaian Sasaran IV

1. Rumah sakit menggunakan suatu tanda yang jelas dan dimengerti untuk identifikasi lokasi operasi dan melibatkan pasien di dalam proses penandaan.
2. Rumah sakit menggunakan suatu *checklist* atau proses lain untuk memverifikasi saat preoperasi tepat lokasi, tepat prosedur, dan tepat pasien dan semua dokumen serta peralatan yang diperlukan tersedia, tepat, dan fungsional.
3. Tim operasi yang lengkap menerapkan dan mencatat prosedur “sebelum insisi/*time-out*” tepat sebelum dimulainya suatu prosedur/tindakan pembedahan.
4. Kebijakan dan prosedur dikembangkan untuk mendukung proses yang seragam untuk memastikan tepat lokasi, tepat prosedur, dan tepat pasien, termasuk prosedur medis dan dental yang dilaksanakan di luar kamar operasi.

6.2.5 Sasaran V : Pengurangan Risiko Infeksi Terkait Pelayanan Kesehatan

Rumah sakit mengembangkan suatu pendekatan untuk mengurangi risiko infeksi yang terkait pelayanan kesehatan. Pencegahan dan pengendalian infeksi merupakan tantangan terbesar dalam 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 biasanya dijumpai dalam semua bentuk pelayanan kesehatan termasuk infeksi saluran kemih, infeksi pada aliran darah (*blood stream infections*) dan pneumonia (sering kali dihubungkan dengan ventilasi mekanis).

Pusat dari eliminasi infeksi ini maupun infeksi-infeksi lain adalah cuci tangan (*hand hygiene*) yang tepat. Pedoman *hand hygiene* bisa dibaca kepustakaan WHO, dan berbagai organisasi nasional dan internasional. Rumah sakit mempunyai proses kolaboratif untuk mengembangkan kebijakan dan/ atau prosedur yang menyesuaikan atau mengadopsi petunjuk *hand hygiene* yang diterima secara umum dan untuk implementasi petunjuk itu di rumah sakit.

Elemen Penilaian Sasaran V

1. Rumah sakit mengadopsi atau mengadaptasi pedoman *hand hygiene* terbaru yang diterbitkan dan sudah diterima secara umum (al.dari *WHO Patient Safety*).
2. Rumah sakit menerapkan program *hand hygiene* yang efektif.
3. Kebijakan dan/ atau prosedur dikembangkan untuk mengarahkan pengurangan secara berkelanjutan risiko dari infeksi yang terkait pelayanan kesehatan.

6.2.6 Sasaran VI : Pengurangan Risiko Infeksi Terkait Pelayanan Kesehatan

Rumah sakit mengembangkan suatu pendekatan untuk mengurangi risiko pasien dari cedera karena jatuh. Jumlah kasus jatuh cukup bermakna sebagai penyebab cedera bagi pasien rawat inap. Dalam konteks populasi/masyarakat yang dilayani, pelayanan yang disediakan, dan fasilitasnya, rumah sakit perlu mengevaluasi

risiko pasien jatuh dan mengambil tindakan untuk mengurangi risiko cedera bila sampai jatuh. Evaluasi bisa termasuk riwayat jatuh, obat dan telaah terhadap konsumsi alkohol, gaya jalan dan keseimbangan, serta alat bantu berjalan yang digunakan oleh pasien. Program tersebut harus diterapkan rumah sakit.

Elemen Penilaian Sasaran VI

1. Rumah sakit menerapkan proses asesmen awal atas pasien terhadap risiko jatuh dan melakukan asesmen ulang pasien bila diindikasikan terjadi perubahan kondisi atau pengobatan, dan lain-lain.
2. Langkah-langkah diterapkan untuk mengurangi risiko jatuh bagi mereka yang pada hasil asesmen dianggap berisiko jatuh.
3. Langkah-langkah dimonitor hasilnya, baik keberhasilan pengurangan cedera akibat jatuh dan dampak dari kejadian tidak diharapkan.
4. Kebijakan dan/atau prosedur dikembangkan untuk mengarahkan pengurangan berkelanjutan risiko pasien cedera akibat jatuh di rumah sakit

6.3 Standar Keselamatan Pasien

Standar keselamatan pasien rumah sakit yang disusun ini mengacu pada *"Hospital Patient safety Standards"* yang dikeluarkan oleh *Joint Commision on Accreditation of Health Organizations*, Illinois, USA, tahun 2002, yang disesuaikan dengan situasi dan kondisi perumahnyasakit di Indonesia. Standar keselamatan pasien tersebut terdiri dari tujuh standar menurut Depkes (2006) yaitu :

1. Standar I: Hak Pasien dan keluarganya mempunyai hak untuk mendapatkan informasi tentang rencana dan hasil pelayanan termasuk kemungkinan terjadinya Kejadian Tidak Diharapkan.
2. Standar II: Mendidik pasien dan keluarga Rumah sakit harus mendidik pasien dan keluarganya tentang kewajiban dan tanggung jawab pasiendalam asuhan pasien
3. Standar III: Keselamatan pasien dan kesinambungan pelayanan Rumah Sakit menjamin kesinambungan pelayanan dan menjamin koordinasi antar tenaga dan antar unit pelayanan.
4. Standar IV : Penggunaan metoda- metoda peningkatan kinerja untuk melakukan evaluasi dan program peningkatan

keselamatan pasien

5. Standar V : Peran kepemimpinan dalam meningkatkan keselamatan pasien.
 - a. Pimpinan mendorong dan menjamin implementasi program keselamatan pasien secara terintegrasi dalam organisasi melalui penerapan Tujuh Langkah Menuju Keselamatan Pasien Rumah Sakit. Pimpinan menjamin berlangsungnya program proaktif untuk identifikasi risiko keselamatan pasien dan program menekan atau mengurangi Kejadian Tidak Diharapkan.
 - b. Pimpinan mendorong dan menumbuhkan komunikasi dan koordinasi antar unit dan individu berkaitan dengan pengambilan keputusan tentang keselamatan pasien.
 - c. Pimpinan mengalokasikan sumber daya yang adekuat untuk mengukur, mengkaji, dan meningkatkan kinerja rumah sakit serta meningkatkan keselamatan pasien.
 - d. Pimpinan mengukur dan mengkaji efektifitas kontribusinya dalam meningkatkan kinerja rumah sakit dan keselamatan pasien.
6. Standar VI: Mendidik staf tentang keselamatan pasien.
 - a. Rumah sakit memiliki proses pendidikan, pelatihan dan orientasi untuk setiap jabatan mencakup keterkaitan jabatan dengan keselamatan pasien secara jelas.
 - b. Rumah sakit menyelenggarakan pendidikan dan pelatihan yang berkelanjutan Untuk meningkatkan dan memelihara kompetensi staf serta mendukung pendekatan interdisiplin dalam pelayanan pasien.
7. Standar VII: Komunikasi merupakan kunci bagi staff untuk mencapai keselamatan pasien
 - a. Rumah sakit merencanakan dan mendesain proses manajemen informasi keselamatan pasien untuk memenuhi kebutuhan informasi internal dan eksternal.
 - b. Transmisi data dan informasi harus tepat waktu dan akurat.

Menurut Pedoman Nasional Keselamatan Pasien Rumah Sakit (Kemenkes RI, 2015), dalam menerapkan standar keselamatan

pasien maka rumah sakit harus melaksanakan tujuh langkah menuju keselamatan pasien. Tujuh langkah menuju keselamatan pasien yaitu sebagai berikut.

1. Membangun Kesadaran Akan Nilai Keselamatan Pasien Menciptakan kepemimpinan dan budaya yang terbuka dan adil.
2. Pimpinan dan Dukung Staf Anda Bangunlah Dorong staf Anda melakukan analisis akar masalah untuk belajar bagaimana dan mengapa kejadian itu timbul. Bangunlah komitmen dan fokus yang kuat dan jelas tentang penerapan program keselamatan pasien rumah sakit Anda.
3. Integrasikan aktivitas pengelolaan risiko Kembangkan sistem dan proses pengelolaan risiko, serta lakukan identifikasi dan asesmen hal yang potensial bermasalah.
4. Kembangkan Sistem Pelaporan Pastikan staf Anda agar dengan mudah dapat melaporkan kejadian/insiden, serta rumah sakit mengatur pelaporan kepada Komite Keselamatan Pasien Rumah Sakit (KKP-RS).
5. Libatkan dan Berkomunikasi dengan Pasien Mengembangkan cara- cara komunikasi yang terbuka dengan pasien.
6. Belajar dan Berbagi Pengalaman Tentang Keselamatan Pasien Dorong staf Anda melakukan analisis akar masalah untuk belajar bagaimana dan mengapa kejadian itu timbul
7. Cegah Cedera Melalui Implementasi Sistem Keselamatan Pasien Gunakan informasi yang ada tentang kejadian/masalah untuk melakukan perubahan pada sistem pelayanan.

6.4 Standar Keselamatan Pasien

Hal-hal penting menuju budaya keselamatan dalam SNARS (2017) yaitu sebagai berikut.

1. Staf RS mengetahui bahwa kegiatan operasional RS berisiko tinggi dan bertekad untuk melaksanakan tugas dengan konsisten serta aman.
2. Regulasi serta lingkungan kerja mendorong staf tidak takut untuk mendapat hukuman bila membuat laporan tentang KTD dan KNC.
3. Direktur RS mendorong tim keselamatan pasien melaporkan insiden keselamatan pasien ke tingkat nasional sesuai dengan

peraturan perundang- undangan.

4. Mendorong kolaborasi antar staf klinis dengan pimpinan untuk mencari penyelesaian masalah keselamatan pasien.

6.5 Dimensi Keselamatan Pasien

Ada 12 dimensi yang terkandung didalam budaya keselamatan pasien yakni:

1. Frekuensi pelaporan insiden.
2. Persepsi tentang keselamatan pasien secara menyeluruh.
3. Harapan dan tindakan manajer dalam meningkatkan keselamatan pasien.
4. Pembelajaran organisasi- perbaikan berkelanjutan.
5. Kerjasama tim dalam unit.
6. Komunikasi terbuka.
7. Umpan balik dan komunikasi tentang kesalahan.
8. Respon tidak menghukum terhadap kesalahan.
9. Staffing
10. Dukungan manajemen rumah sakit terhadap program keselamatan pasien.
11. Kerjasama tim antar unit.
12. Overan dan transisi

DAFTAR PUSTAKA

- Departemen Kesehatan RI. 2006. "PANDUAN NASIONAL KESELAMATAN PASIEN RUMAH SAKIT (Patient Safety)". Jakarta : Departemen Kesehatan RI
- Komalawati, Veronica. (2010) *Community&Patient Safety* Dalam Perspektif Hukum Kesehatan.
- Lestari, Trisasi. Knteks Mikro dalam Implementasi *Patient Safety*: Delapan Langkah Untuk Mengembangkan Budaya *Patient Safety*. Buletin IHQN Vol II/Nomor.04/2006 Hal.1-3
- Muninjaya,Gde., 1999. *Manajemen Kesehatan*. Jakarta: EGC.
- Mubarak Wahit Iqbal, SKM dan Ns. Nurul Chayatin, S.Kep. 2008. Buku Ajar Kebutuhan Dasar Manusia: Teori dan Aplikasi Dalam Praktik. Jakarta: EGC
- Nenny, dkk., 2014. *Konsep Manajemen Keselamatan Pasien Berbasis Program di RSUD Kapuas Provinsi Kalimantan Tengah*.
- Pabuti, Aumas. (2011) *Tujuh Langkah Menuju Keselamatan Pasien (KP) Rumah Sakit*. Proceedings of expert lecture of medical student of Block 21st of Andalas University, Indonesia
- Tarwoto dan Wartonah. 2011. *Kebutuhan Dasar Manusia dan Proses Keperawatan Edisi 4*. Jakarta: Salemba Medika). Hal: 146
- Regina pung pung, A., 2014. *Patient Safety Administrasi Dan Manajemen Kesehatan*
- Tim keselamatan Pasien RS RSUD Panembahan Senopati. *Patient Safety*.
- Wijono,Joko., 1999. *Manajemen Mutu Pelayanan Kesehatan*. Surabaya : AirLangga Press
- Yahya, Adib A. (2006) Konsep dan Program "*Patient Safety*". Proceedings of National Convention VI of The Hospital Quality

BAB 7

ANGGARAN DAN AKUNTANSI RUMAH SAKIT

Oleh Reny Marliadi

7.1 Pendahuluan

Manajemen rumah sakit melibatkan kegiatan pengelolaan atas sejumlah aspek, salah satunya adalah aspek keuangan yang di dalamnya termasuk kegiatan penganggaran dan akuntansi. Penganggaran merupakan kegiatan perencanaan atas perolehan sumber dana dan rencana alokasi dana selama satu periode (satu tahun). Sedangkan akuntansi merupakan rangkaian kegiatan yang ditujukan untuk menyajikan laporan keuangan. Anggaran dan akuntansi saling berkaitan karena pada akhir periode, realisasi anggaran yang telah ditetapkan dan laporan keuangan yang dihasilkan akan menjadi bahan pertimbangan pengambilan keputusan bagi pihak manajemen.

7.2 Perencanaan dan Penganggaran

Perencanaan merupakan salah satu fungsi manajemen yang tujuannya mengambil keputusan sekarang menyangkut kegiatan dan tujuan di masa depan. Apabila ditinjau lebih jauh, perencanaan adalah proses mempersiapkan secara sistematis kegiatan-kegiatan atau cara-cara yang akan dilakukan untuk mencapai tujuan yang ditentukan. Perencanaan secara umum dibagi menjadi 2 (dua), yakni perencanaan strategis dan perencanaan operasional.

1. Perencanaan strategis, yakni konsep perencanaan yang bersifat kualitatif dan abstrak. Perencanaan strategis biasanya diwujudkan dalam bentuk rumusan visi, misi, dan tujuan serta strategi pencapaian tujuan organisasi. Perencanaan ini bersifat jangka panjang dengan jangka waktu ≥ 5 (lima) tahunan.
2. Perencanaan operasional, yakni konsep perencanaan yang sifatnya lebih konkret dan biasanya disajikan dalam bentuk

kuantitatif seperti target dan anggaran. Berbeda dengan perencanaan strategis, perencanaan operasional biasanya disusun untuk periode yang lebih singkat yakni ≤ 1 (satu) tahunan. Umapathy (1987) dalam Merchant dan Van der Stede (2007) mengemukakan bahwa mayoritas organisasi melakukan penganggaran formal tahunan, sebagian kecil (3%) di antaranya melakukan penganggaran per 6 (enam) bulan atau setengah tahunan, dan 1% lainnya melakukan penganggaran per tri wulan.

Perencanaan adalah tahap vital dalam pengelolaan atau manajemen suatu organisasi, tidak terkecuali rumah sakit. Perencanaan keuangan dalam konteks ini dituangkan atau diwujudkan dalam bentuk perumusan target dan anggaran atau penganggaran. Perencanaan dan sistem penganggaran diperlukan untuk menghasilkan sebuah rencana tertulis yang jelas mengenai target dan arah yang diharapkan (Merchant and Van der Stede, 2007). Setidaknya terdapat 4 (empat) fungsi perencanaan dan penganggaran yang dikemukakan oleh Merchant and Van der Stede (2007) dan Adnyana (2020):

1. Fungsi Perencanaan

Penganggaran memiliki fungsi perencanaan sebab dalam proses penyusunannya, manajemen harus memetakan dan menimbang sejumlah informasi sebelum mengambil keputusan terkait penentuan sumber dana maupun penentuan alokasi dana. Pada tahap penyusunan anggaran, manajer akan dipaksa untuk berpikir jauh ke masa depan atau meramalkan posisi rumah sakit berdasarkan data dan informasi yang ada saat ini untuk mengambil keputusan. Peramalan yang didukung data dan informasi yang akurat diharapkan dapat meminimalisir potensi risiko keuangan yang mungkin terjadi dan memaksimalkan keuntungan yang mungkin diperoleh. Selain itu, manajemen juga harus memerhatikan kaitan satu anggaran yang diajukan dengan anggaran lainnya. Sehingga proses ini memerlukan proses berpikir kritis, logis, sistematis dan terarah mengenai tujuan perusahaan, pengembangan kondisi lingkungan agar tujuan tersebut dapat dicapai, pemilihan

tindakan yang akan dilakukan untuk mencapai tujuan tersebut, penentuan langkah-langkah untuk menerjemahkan rencana menjadi kegiatan yang sebenarnya, dan melakukan perencanaan kembali untuk memperbaiki kekurangan yang terjadi (Adnyana, 2020).

2. Fungsi Koordinasi dan Komunikasi

Proses penganggaran biasanya melibatkan proses *bottom-up* dan hasilnya disosialisasikan secara *top-down*. Anggaran yang telah ditetapkan wajib dikoordinasikan oleh *top-level* manajemen kepada seluruh unit kerja rumah sakit. Hal ini dikarenakan realisasi dari anggaran tersebut akan dilaksanakan oleh unit kerja melalui kegiatan operasional rumah sakit. Pada saat yang sama, pihak *top-level* manajemen juga harus memberikan penjelasan mengenai prioritas anggaran yang mungkin saja menyebabkan anggaran yang diajukan oleh unit kerja tidak disetujui sepenuhnya berdasarkan sejumlah pertimbangan, baik dari sisi kemampuan sumber daya, peluang, tantangan, dan risiko yang dapat terjadi. Proses koordinasi dan komunikasi ini harus diusahakan, sehingga tidak dapat diharapkan berjalan secara otomatis karena setiap individu di dalam rumah sakit mempunyai kepentingan dan persepsi yang berbeda terhadap tujuan. Anggaran yang dikoordinasikan kepada seluruh unit kerja dan dipahami dengan baik oleh seluruh lapisan manajemen diharapkan mendorong munculnya sikap kooperatif atau selaras dalam pencapaian tujuan bersama.

3. Fungsi Evaluasi, Pengendalian, dan Pengawasan

Proses perencanaan dan penganggaran pada akhirnya mampu menyediakan ruang bagi rumah sakit untuk mencapai target kinerja yang realistis namun juga menantang sesuai dengan tujuan yang ingin dicapai. Di sisi lain, anggaran yang dihasilkan akan berperan sebagai *action control* atau alat kendali bagi manajemen selama satu periode yang akan datang. Fungsi pengendalian bermula dari membandingkan antara rencana anggaran yang telah ditetapkan dengan pelaksanaan atau realisasinya, sehingga dapat ditentukan penyimpangan yang

timbul dan dampaknya bagi unit kerja maupun rumah sakit. Selanjutnya, penyimpangan dan dampak yang teridentifikasi harus segera dirumuskan rencana tindak lanjut atau pemecahannya agar tidak menimbulkan dampak yang berkelanjutan dan mengancam eksistensi rumah sakit.

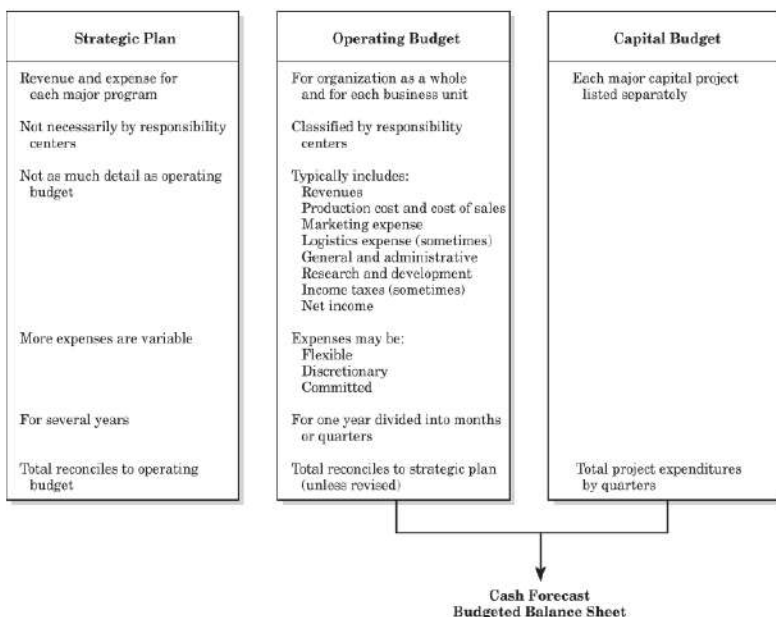
4. Fungsi Motivasi

Anggaran yang telah ditetapkan menjadi target yang secara otomatis akan mendorong atau memotivasi manajer serta unit kerja untuk mewujudkannya karena berkaitan dengan evaluasi kinerja mereka. Tambahan pula, apabila evaluasi kinerja tersebut diikuti oleh sistem penghargaan dan sanksi (Saputra and Yahya, 2016; Pratama and Handayani, 2022).

Secara umum, Anthony and Govindrajan (2007) memetakan beberapa jenis anggaran sesuai dengan tujuan dan fungsinya, yakni perencanaan strategis, anggaran operasional, dan anggaran modal yang disajikan pada Gambar 7.1.

7.2.1 Anggaran Operasional

Anggaran operasional secara umum disajikan dalam bentuk tabel yang memuat kolom uraian dan nominal dengan satuan moneter. Umumnya unsur-unsur yang dimuat dalam penyajian anggaran adalah Penerimaan atau Sumber Dana, Pengeluaran atau Alokasi Dana atau Belanja, selisih antara penerimaan dengan pengeluaran, serta disajikan pula bersama realisasi anggaran periode (tahun) sebelumnya. Masing-masing rumah sakit biasanya memiliki kategori lain untuk penerimaan maupun pendapatan, begitu pula untuk kategori pengeluaran atau alokasi dana atau belanja.



Gambar 7.1. Jenis Anggaran dan Isinya
(Sumber: (Anthony and Govindrajan, 2007))

Jenis dan bentuk kepemilikan rumah sakit dapat memengaruhi perbedaan kategori yang muncul, baik pada akun penerimaan atau pengeluaran. Pada Gambar 7.2 dapat dilihat bahwa kategori pendapatan dibedakan menjadi 2 (dua) kategori utama, yaitu Pendapatan BLU dan Penerimaan Rupiah Murni (RM).

Kode	Uraian Unit/Kode Program/Kegiatan	Tahun 2020		Target Tahun 2021	Target Tahun 2022
Akun Pendapatan		Target	Realisasi s/d Desember		
520611	RSAB HARAPAN KITA				
A	PENDAPATAN BLU	232.136.968.000	268.523.830.680	255.350.666.000	305.350.777.000
424111	Pendapatan Jasa Pelayanan RS	221.889.189.000	248.585.575.856	234.415.498.000	282.097.705.000
424311	Pendapatan kerjasama Perorangan	9.164.462.000	14.089.227.229	12.711.463.000	14.618.182.000
424421	Pendapatan dari Pelayanan BLU yang bersumber dari Entitas Pemerinatah Pusat dalam Satu Kementerian Negara/Lembaga	222.281.000	3.594.254.857	6.194.410.000	6.504.130.000
424911	Pendapatan Jasa layanan Perbankan BLU	861.036.000	2.254.772.738	2.029.295.000	2.130.760.000
B	PENERIMAAN RUPIAH MURNI (RM)	117.918.689.000	105.403.052.435	60.912.254.000	89.528.581.000
1	Belanja Pegawai	53.538.630.000	46.656.785.133	48.673.274.000	49.182.522.000
2	Belanja Barang	20.399.007.000	19.450.875.377	8.500.000.000	15.346.059.000
3	Belanja Modal	43.981.052.000	39.295.391.925	3.738.980.000	25.000.000.000
TOTAL PENDAPATAN		350.055.657.000	373.926.883.115	316.262.920.000	394.879.358.000

Gambar 7.2. Ilustrasi Anggaran Pendapatan Rumah Sakit
(Sumber: Rumah Sakit Anak dan Bunda Harapan Kita (2022))

Kode	Uraian Unit/Kode Program/Kegiatan	Vol Satuan	Tahun 2021			Tahun 2022	
			Target	Restilasi s.d Juni	Prognosa	Target	SD
I	INSTALASI RAWAT JALAN		13.054.511.124	5.408.106.104	12.332.255.387	21.555.224.757	
024.04.DG	Program Pelayanan Kesehatan dan JKN		10.003.764.606	3.768.571.483	9.403.538.729	18.472.559.560	BLU
	Sasaran Program :						
	02 Meningkatkan akses pelayanan Kesehatan dasar dan rujukan yang berkualitas bagi masyarakat						
	Indikator Kinerja Program :						
02.01	Persentase fasilitas kesehatan tingkat pertama (FKTP)						
02.02	Persentase rumah sakit terakreditasi						
	Meningkatnya ketersediaan dan mutu fasilitas pelayanan kesehatan dasar dan rujukan						
	Indikator Output Program :						
	FTKP yang memenuhi standar						
	RS yang terakreditasi						
6389	Dukungan Pelayanan Kesehatan Unit Pelaksana Teknis Ditjen Yankes						
	Indikator Kinerja Kegiatan :						
01	Jumlah UPT Vertikal yang ditingkatkan sarana, prasarana dan aksesnya						
	BELANJA BLU	12 Bln	10.003.764.606	3.768.571.483	9.403.538.729	18.472.559.560	BLU
52	Belanja Barang		8.675.499.506	2.758.571.483	8.154.969.629	8.345.559.560	
6388.CCB	OM Sarana Bidang Kesehatan		1.736.829.669	636.728.387	1.632.619.889	48.231.481	
6388.CCB.001	Operasional dan Pemeliharaan UPT BLU		1.736.829.669	636.728.387	1.632.619.889	48.231.481	
525112	Belanja Barang		-	-	-	-	
525113	Belanja Jasa		1.658.598.187	615.171.943	1.559.082.296	-	
525115	Belanja Perjalanan Dinas		78.231.481	21.553.454	73.537.593	48.231.481	
525121	Belanja Barang Persediaan Barang Konsumsi - BLU		-	-	-	-	
6388.EBA	Layanan Dukungan Manajemen Internal		6.938.669.937	3.131.846.095	6.522.349.741	8.297.328.079	
6388.EBA.001	Layanan Umum		6.938.669.937	3.131.846.095	6.522.349.741	8.297.328.079	
525111	Belanja Gaji dan Tunjangan		6.938.669.937	3.131.846.095	6.522.349.741	8.297.328.079	
53	Belanja Modal		1.328.265.000	-	1.248.569.100	10.127.000.000	
6388.CAB	Sarana Bidang Kesehatan		1.328.265.000	-	1.248.569.100	10.127.000.000	
6388.CAB.001	Gedung Layanan		-	-	-	10.127.000.000	
537113	Belanja Modal Gedung dan Bangunan		-	-	-	10.127.000.000	
6388.CAB.002	Alat Kesehatan Pelayanan Reguler		1.328.265.000	-	1.248.569.100	-	
537112	Belanja Modal Peralatan dan Mesin (Peralatan Medik)		1.328.265.000	-	1.248.569.100	-	
024.04.WA	Program Dukungan Manajemen		3.050.746.519	1.639.534.611	2.928.716.658	3.082.665.197	RM
	Sasaran Program :						
01	Meningkatnya koordinasi pelaksanaan tugas, pembinaan dan pemberian dukungan manajemen Kementerian Kesehatan						
	Indikator Kinerja Program :						
01.01	Nilai Reformasi Birokrasi Kementerian Kesehatan						
	Tata kelola pelaksanaan tugas Kementerian Kesehatan						
	Indikator Output Program :						
4813	Dukungan Manajemen Pelaksanaan di Ditjen Pelayanan Kesehatan						
	Indikator Kinerja Kegiatan :						
01	Indeks Reformasi Birokrasi Direktorat Jenderal Pelayanan						
02	Persentase kinerja RKA/KL Kementerian Kesehatan yang efektif dan efisien pada program pembinaan pelayanan kesehatan						
	BELANJA RUPIAH MURNI (RM)	12 Bln	3.050.746.519	1.639.534.611	2.928.716.658	3.082.665.197	RM
4813.EBA	Layanan Dukungan Manajemen Internal		3.050.746.519	1.639.534.611	2.928.716.658	3.082.665.197	
4813.EBA.001	Layanan Perkantoran		3.050.746.519	1.639.534.611	2.928.716.658	3.082.665.197	
001	Gaji dan Tunjangan		3.050.746.519	1.639.534.611	2.928.716.658	3.082.665.197	
511111	Belanja Gaji dan Tunjangan		3.050.746.519	1.639.534.611	2.928.716.658	3.082.665.197	
TOTAL RINCIAN BELANJA BLU			10.003.764.606	3.768.571.483	9.403.538.729	18.472.559.560	BLU
TOTAL RINCIAN BELANJA RM			3.050.746.519	1.639.534.611	2.928.716.658	3.082.665.197	RM
TOTAL RINCIAN BELANJA KESELURUHAN			13.054.511.124	5.408.106.104	12.332.255.387	21.555.224.757	

Gambar 7.3. Ilustrasi Penyajian Anggaran Belanja Rumah Sakit
(Sumber: Rumah Sakit Anak dan Bunda Harapan Kita (2022))

Pengkategorian ini dipengaruhi oleh bentuk rumah sakit yang merupakan Badan Layanan Umum (BLU) yang berada di bawah dan bertanggungjawab kepada Menteri Kesehatan Republik Indonesia melalui pembinaan Direktur Jenderal Pelayanan Kesehatan Republik Indonesia. Demikian pula pada Gambar 7.3 terlihat bahwa alokasi belanja untuk instalasi rawat jalan pada rumah sakit tersebut dibedakan menjadi Program Pelayanan Kesehatan dan JKN dan Belanja BLU yang bersumber dari dana BLU. Serta Program Dukungan Manajemen dan Belanja Rupiah Murni (RM) yang

bersumber dari Anggaran Pendapatan dan Belanja Negara (APBN). Rincian pengeluaran atau alokasi dana atau belanja tidak jarang pula disajikan secara detil untuk masing-masing unit kerja untuk memudahkan komunikasi dan koordinasi pada tiap-tiap unit kerja rumah sakit.

7.2.2 Proses Perencanaan dan Penganggaran Operasional

Proses perencanaan dan penganggaran operasional biasanya disusun sebelum akhir tahun berjalan untuk periode 1 (satu) tahun anggaran berikutnya. Proses penyusunan anggaran meliputi sejumlah kegiatan sebagai berikut:

1. Penetapan Kebijakan

Sebelum proses penyusunan anggaran dilaksanakan, manajemen rumah sakit harus terlebih dahulu menetapkan kebijakan umum dan panduan penyusunan anggaran, termasuk menetapkan dan mengatur pihak-pihak yang dilibatkan dalam proses penyusunan anggaran serta format yang akan digunakan. Hal ini diperlukan agar terbentuk dasar penugasan dan sistem koordinasi yang jelas.

2. Tahap Persiapan

Tahap persiapan diawali dengan permintaan usulan rencana anggaran oleh *top-level* manajer kepada tiap-tiap unit kerja di rumah sakit. Pada tahap ini, masing-masing unit kerja akan mengajukan rencana program/kegiatan yang akan dilaksanakan selama satu periode berikutnya dengan format yang sama yang telah ditetapkan. Pada tahap ini juga dilakukan peramalan atas kemungkinan-kemungkinan yang terjadi yang akan berdampak pada anggaran rumah sakit. Anthony dan Govindrajan (2007) mengemukakan pertimbangan atas perubahan eksternal dan internal perlu dikaji pada saat menyusun usulan anggaran. Perubahan pada lingkungan eksternal di antaranya berkaitan dengan situasi ekonomi negara, potensi perubahan harga bahan baku produksi, upah tenaga kerja. Sedangkan dari sisi internal terdapat potensi perubahan biaya produksi yang disebabkan oleh perubahan

metode atau teknologi, jumlah beban kerja, maupun perubahan kebijakan pasar.

3. Tahap Pertimbangan dan Negosiasi

Tahap pertimbangan dan negosiasi adalah tahap di mana anggaran yang diusulkan oleh masing-masing unit kerja akan ditelaah oleh kepala unit sebelum diteruskan kepada pimpinan. Pimpinan akan menilai kelayakan dan kewajaran usulan yang diajukan dan tidak jarang meminta untuk dilakukan penyesuaian. Fenomena yang terjadi pada tahap ini adalah *budgetary slack* atau perilaku penyesuaian anggaran di mana tim penyusun menetapkan anggaran penerimaan lebih rendah daripada potensi kemampuan yang sebenarnya dan di sisi lain menetapkan anggaran pengeluaran lebih besar atau lebih tinggi. Hal demikian dilakukan agar realisasi anggaran dapat lebih mudah dicapai. Oleh karena itu, pada tahap ini, kepala unit harus memiliki dasar argumentasi untuk menjelaskan ataupun mempertahankan usulan anggaran yang diajukan oleh unit kerjanya kepada pimpinan.

4. Tahap Review

Tahapan selanjutnya ialah terkumpulnya usulan anggaran dari masing-masing unit kerja kepada pimpinan rumah sakit. Pada tahap ini, pimpinan rumah sakit akan melakukan review atas konsistensi, relevansi, dan dasar atas tiap-tiap usulan program/kegiatan dari masing-masing unit kerja. Pada akhirnya, pimpinan akan menyusun prioritas anggaran berdasarkan pertimbangan kesesuaian dengan target strategis, kemampuan sumber daya, maupun pertimbangan lainnya sebelum diajukan telaah kepada dewan direksi.

5. Tahap Penetapan

Anggaran yang telah direview oleh pimpinan rumah sakit, selanjutnya disesuaikan kembali apabila terdapat catatan dari pimpinan. Anggaran yang disetujui biasanya jika mencerminkan upaya/rencana kerja yang berpotensi meningkatkan *value* bagi rumah sakit. Persetujuan akhir dari

pimpinan rumah sakit akan diajukan kepada dewan eksekutif untuk ditetapkan. Penetapan anggaran untuk tahun berikutnya biasanya dilakukan pada bulan Desember tahun anggaran berakhir (t-1).

6. Anggaran Perubahan

Mekanisme perubahan atau revisi atas anggaran yang telah disetujui dapat dilakukan jika terdapat urgensi keadaan khusus atau dapat pula rumah sakit merencanakan mekanisme anggaran perubahan secara sistematis, misal pada pertengahan tahun anggaran, misal ternyata anggaran yang disusun tidak realistis berdasarkan aktualisasinya.

7.2.3 Metode Penyusunan Anggaran

1. Line Item Budgeting

Line item budgeting merupakan metode penyusunan anggaran tradisional yang sering digunakan. Penyusunan anggaran menggunakan metode ini didasarkan pada sumber dan jenis alokasi dana. Sebagai ilustrasi, pada rumah sakit milik pemerintah, terdapat alokasi anggaran untuk gaji dan tunjangan pegawai, belanja operasional, dan belanja modal. Pengelompokan biaya seperti disebutkan ditujukan untuk memudahkan kontrol atas alokasi biaya dan pengeluaran. Metode ini menurut Cadiente (2008) cocok diterapkan pada model penganggaran rasional yang telah memiliki kepastian sumber dana.

2. Penganggaran Inkremental

Pendekatan inkremental dapat dijelaskan sebagai penggunaan anggaran tahun sebelumnya sebagai dasar penganggaran tahun berikutnya dengan sejumlah penyesuaian. Fincke (2008) dalam Cadiente (2008) mengemukakan bahwa pendekatan ini termasuk pendekatan yang menggunakan sudut pandang makro yakni melihat anggaran secara *top-down* dan memakan lebih sedikit waktu, namun kurang cermat. Penyesuaian (inkremental) dapat disebabkan oleh inflasi, dinamika kependudukan, tingkat atau jenis layanan, dan produktivitas.

3. *Zero Based Budgeting*

Berbanding terbalik dengan penganggaran inkremental, *Zero based budgeting* adalah pendekatan penganggaran yang menggunakan sudut pandang mikro secara *bottom-up* dan memerlukan waktu lebih lama, namun cenderung lebih cermat. Metode ini tidak bergantung pada data tahun sebelumnya dan bertujuan untuk memberikan kepastian jumlah anggaran, arah kebijakan yang lebih jelas dengan mengeliminasi program kerja yang kurang efektif (Abdalla, 2020).

4. Anggaran Berbasis Kinerja

Anggaran berbasis kinerja atau yang juga dikenal dengan istilah *performance budgeting* merupakan metode penyusunan anggaran yang dirumuskan berdasarkan kinerja dari sejumlah aktivitas/kegiatan, namun juga didukung oleh pengklasifikasian seperti *line-item budgeting* (Cadiente, 2008; Abdalla, 2020). Anggaran berbasis kinerja memusatkan pada efisiensi anggaran pada kegiatan-kegiatan yang meningkatkan *value* rumah sakit dengan menetapkan biaya standar. Metode berfungsi sebagai alat pengendalian internal bagi manajemen dengan berfokus pada hasil/luaran/*outcome* kegiatan yang dibiayai melalui anggaran.

7.3 Akuntansi Rumah Sakit

Rumah sakit merupakan institusi pelayanan kesehatan yang menyediakan pelayanan kesehatan perseorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan, dan gawat darurat. Pelayanan kesehatan paripurna ialah pelayanan kesehatan yang meliputi promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif. Hal-hal yang berkaitan dengan rumah sakit diatur dalam Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 17 Tahun 2023 Tentang Kesehatan. Rumah sakit sebagai organisasi memerlukan aspek keuangan untuk menjalankan aktivitas operasionalnya dalam jangka panjang. Aspek keuangan merujuk pada aktivitas yang berhubungan dengan pemerolehan dan pengelolaan dana secara efektif dan efisien. Aspek keuangan rumah sakit mencakup manajemen keuangan dan akuntansi.

Akuntansi adalah sistem informasi yang mengukur aktivitas bisnis, mengolah data menjadi laporan, dan mengomunikasikan hasilnya kepada para pengambil keputusan. Akuntansi adalah proses pencatatan, penggolongan, peringkasan, pelaporan, dan penganalisan data keuangan suatu entitas. Akuntansi tidak hanya terbatas pada penyajian laporan keuangan, namun juga terdapat proses akuntansi pada sejumlah departemen seperti akuntansi biaya dalam departemen produksi, akuntansi pajak dalam departemen keuangan, akuntansi manajemen dalam sistem pengambilan keputusan.

7.3.1 Akuntansi Keuangan

Akuntansi keuangan adalah salah satu bidang akuntansi yang bertujuan menghasilkan informasi berupa laporan keuangan. pada rumah sakit swasta, laporan keuangan yang wajib disusun merujuk pada Standar Akuntansi Keuangan minimal mencakup:

1. Laporan Posisi Keuangan (Neraca);
2. Laporan Laba/Rugi;
3. Laporan Perubahan Ekuitas;
4. Laporan Arus Kas;
5. Catatan Atas Laporan Keuangan (CALK).

Adapun pada rumah sakit milik pemerintah, laporan keuangan yang harus disusun oleh manajemen merujuk pada Peraturan Pemerintah Nomor 71 Tahun 2010 tentang Standar Akuntansi Pemerintah. Peraturan tersebut mengamanatkan instansi pemerintah untuk menyusun 7 (tujuh) laporan keuangan yang terdiri dari:

1. Laporan Realisasi Anggaran;
2. Laporan Operasional;
3. Laporan Perubahan Saldo Anggaran Lebih (LP SAL);
4. Laporan Neraca;
5. Laporan Perubahan Ekuitas;
6. Laporan Arus Kas;
7. Catatan Atas Laporan Keuangan (CALK).

Pelaporan keuangan selain sebagai bagian dari kegiatan operasional yang harus dijalankan entitas, juga bertujuan untuk memperbaharui (*updating*) data keuangan yang dilaporkan kepada pemangku kepentingan (Karam, 2024). Sehingga output dari siklus pelaporan keuangan adalah dokumen laporan keuangan yang memuat informasi keuangan terkini. Informasi tersebut akan digunakan sebagai bahan evaluasi dengan membandingkan dengan capaian tahun sebelumnya.

7.3.2 Akuntansi Biaya

Akuntansi biaya merupakan bidang akuntansi yang tujuan utamanya menetapkan biaya produksi dan mengadakan kontrol atas biaya yang dikeluarkan. Akuntansi biaya dapat diartikan sebagai kunci atau alat informasi bagi manajemen untuk membantu dalam pertimbangan, perencanaan, pengawasan, serta penilaian kegiatan perusahaan. Tujuan akuntansi biaya adalah menyediakan informasi biaya bagi manajemen guna membantu dalam pengelolaan perusahaan. Akuntansi biaya secara umum memiliki fungsi:

1. Melakukan analisis perbandingan antara manfaat yang dihasilkan oleh bisnis terhadap biaya yang telah dikeluarkan disebut juga *Cost-Benefit Analysis*;
2. Membuat perencanaan keuangan dalam bentuk anggaran atau disebut dengan proses penganggaran;
3. Mengendalikan biaya yang terjadi dalam bisnis; dan
4. Menentukan harga produk/jasa atau *pricing*.

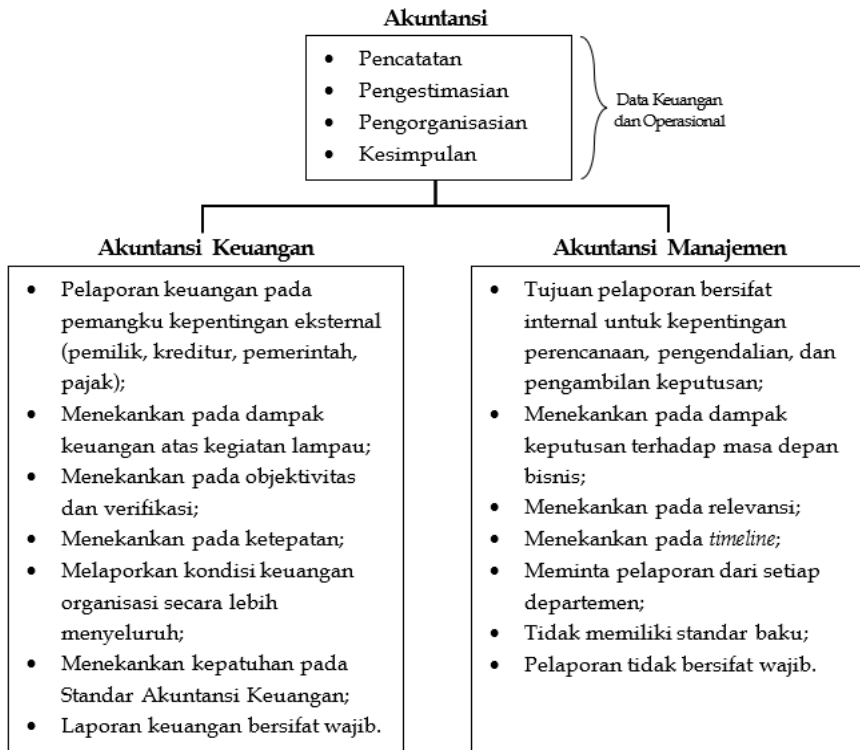
Demikian pula pada organisasi bisnis sektor kesehatan seperti rumah sakit, akuntansi biaya membantu manajemen dalam sejumlah kegiatan seperti yang disebutkan oleh Bastian (2015) sebagai berikut:

1. Analisis biaya dengan menghitung berbagai biaya untuk berbagai jenis pelayanan, termasuk di dalamnya:
 - a. Mengidentifikasi jumlah biaya langsung atau tidak langsung dalam sebuah program kesehatan;
 - b. Menentukan harga pokok pada berbagai jenis pelayanan di rumah sakit atau puskesmas;

- c. Menganalisis biaya yang berkontribusi paling besar dalam program kesehatan.
2. Menyusun tarif untuk tiap layanan kesehatan yang ditawarkan;
3. Pengukuran efisiensi dan efektivitas biaya;
4. Analisis volume-laba biaya; maupun
5. Penghitungan kebutuhan pembiayaan pasien miskin.

7.3.3 Akuntansi Manajemen

Akuntansi manajemen merupakan bidang akuntansi yang bertujuan menyediakan informasi untuk pihak-pihak intern perusahaan yang berguna untuk menilai hasil yang sudah dicapai ataupun untuk membuat perencanaan dan kebijakan pada masa yang akan datang. Sesuai dengan istilahnya, akuntansi manajemen bertujuan mendukung manajer dalam melaksanakan proses manajerial (perencanaan, pengorganisasian, pengaktualisasian, pengendalian dan pengawasan). Garrison, Noreen and Brewer (2018) menggambarkan hubungan antara akuntansi keuangan dan akuntansi manajemen dengan akuntansi itu sendiri dalam peta konsep yang disajikan pada Gambar 7.4.



Gambar 7.4. Keterkaitan Bidang dalam Akuntansi
(Sumber: Garrison, Noreen and Brewer (2018))

7.3.4 Akuntansi Pajak

Bidang akuntansi yang tujuan utamanya menyiapkan data-data yang diperlukan untuk penetapan pajak. Tugas utama akuntan pajak adalah untuk membantu dalam perencanaan pajak dan menyusun surat pemberitahuan pajak (SPT). Akuntansi perpajakan melibatkan berbagai aktivitas perhitungan pajak seperti Pajak Penghasilan (PPh), Pajak Pertambahan Nilai (PPN), pajak penjualan, dan pajak lainnya yang relevan. Selain itu, akuntansi perpajakan juga mencakup penyusunan laporan keuangan yang sesuai dengan standar akuntansi dan peraturan perpajakan, serta penyusunan strategi untuk mengurangi beban pajak secara legal (Handayani, 2024).

DAFTAR PUSTAKA

- Abdalla, A. (2020) 'Line Item Budgeting on Labor Costs to the Level of Income', *Journal of Asian Multicultural Research for Economy and Management Study*, 1(1), pp. 27–32. Available at: <https://doi.org/10.47616/jamrems.v1i1.5>.
- Adnyana, I.M. (2020) *Penganggaran Perusahaan*. Edited by Melati. Jakarta: Lembaga Penerbitan Universitas Nasional.
- Anthony, R. and Govindrajana, V. (2007) *Management Control Systems*. 12th edn, Govindrajana, V. Dan R. N. Anthony. 12th edn. New Delhi: McGraw-Hill.
- Bastian, I. (2015) *Akuntansi Kesehatan*. 2nd edn. Yogyakarta: BPFE.
- Cadiente, K. (2008) 'The Effectiveness of Line-Item Budgeting: A Study of Marina Coast Water District'.
- Garrison, R.H., Noreen, E.W. and Brewer, P.C. (2018) *Managerial Accounting*. 16th edn. New York: McGraw Hill Education.
- Handayani, R. (2024) *Konsep Dasar Akuntansi Perpajakan dan Contoh Perhitungannya*. Available at: <https://www.pajak.com/pajak/konsep-dasar-akuntansi-perpajakan-dan-contoh-perhitungannya/> (Accessed: 9 October 2024).
- Karam, E. (2024) *Reporting Cycle - Overview, Regulations, and Benefits*, *Wall Street Oasis*. Available at: <https://www.wallstreetoasis.com/resources/skills/accounting/reporting-cycle> (Accessed: 16 May 2024).
- Merchant, K.A. and Van der Stede, W.A. (2007) *Management Control Systems Performance Measurement, Evaluations and Incentives*. 2nd edn. Harlow: Pearson Education Limited.
- Pratama, M.F.A. and Handayani, W.P.P. (2022) 'Pengaruh Reward Dan Punishment Terhadap Kinerja Karyawan', *Jurnal Sosial Ekonomi Bisnis*, 2(2), pp. 62–70. Available at: <https://doi.org/10.55587/jseb.v2i2.46>.
- Presiden Republik Indonesia (2023) *Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 17 Tahun 2023 Tentang Kesehatan*. Indonesia. Available at: <https://peraturan.bpk.go.id/Details/258028/uu-no-17-tahun-2023>.

- Rumah Sakit Anak dan Bunda Harapan Kita (2022) *Rencana Bisnis Dan Anggaran Definitif Rumah Sakit Anak dan Bunda Harapan Kita Tahun 2022*. Jakarta: Rumah Sakit Anak dan Bunda Harapan Kita. Available at: www.rsabhk.co.id.
- Saputra, R. and Yahya, A.S. (2016) 'Pengaruh Disiplin Kerja, Reward Dan Punishment Terhadap Kinerja Pegawai (Studi Kasus Di Direktorat Jenderal Bina Keuangan Daerah Kementerian Dalam Negeri)', *Civil Service*, 10(2), pp. 55–69. Available at: <https://jurnal.bkn.go.id/index.php/asn/article/download/189/179>.
- Umapathy, S. (1987) 'Current Budgeting Practices in U.S. Industry: The State of the Art', in *New York: Quorum*, p. 137.

BAB 8

AKREDITASI RUMAH SAKIT

Oleh Agustina Pujilestari

8.1 Pendahuluan

Akreditasi didefinisikan sebagai, “Proses penilaian mandiri dan tinjauan sejawat eksternal yang digunakan oleh organisasi perawatan kesehatan dan sosial untuk menilai secara akurat tingkat kinerja mereka dalam kaitannya dengan standar yang ditetapkan dan untuk menerapkan cara-cara untuk terus meningkatkan sistem perawatan kesehatan atau sosial” (ISQua, 2018).

Tujuan akreditasi yakni untuk menetapkan penyediaan layanan kesehatan yang aman pada tingkat dasar yang diikuti dengan peningkatan kualitas secara bertahap melalui standar yang terus berkembang. Ambisi untuk mendorong peningkatan layanan kesehatan membedakan akreditasi dari program tinjauan eksternal seperti inspeksi regulasi terhadap serangkaian standar minimum.

Akreditasi telah didefinisikan secara berbeda dari Sertifikasi ataupun Lisensi, sebagaimana berikut:

Akreditasi	Sertifikasi	Lisensi
Pengakuan secara umum oleh Lembaga Independen Pelaksana Akreditasi yang diakui dan ditetapkan secara nasional atas pencapaian standar akreditasi oleh fasilitas pelayanan kesehatan, yang	Pengakuan formal organisasi pelayanan kesehatan untuk atas kepatuhan terhadap standar yang ditetapkan (misalnya seri ISO 9001:2015 untuk Sistem Manajemen Mutu) yang divalidasi oleh evaluasi eksternal oleh auditor yang	Proses yang dilakukan oleh otoritas Pemerintah yang berwewenang untuk memberikan izin, biasanya setelah dilakukan pemeriksaan terhadap standar hukum minimal, kepada praktisi perorangan atau organisasi pelayanan kesehatan untuk menjalankan

Akreditasi	Sertifikasi	Lisensi
dibuktikan melalui penilaian dari eksternal secara independen terhadap capaian tingkat kinerja sehubungan dengan standar.	berwenang.	atau terlibat dalam pekerjaan atau profesi tertentu.

Sumber: ISQUA, 2018

8.2 Lembaga Independen Pelaksana Akreditasi

Komisi Akreditasi Rumah Sakit (KARS) adalah Lembaga Independen Pelaksana Akreditasi (LIPA) pertama di Indonesia yang perdana melakukan asesmen terhadap standar akreditasi rumah sakit. KARS sendiri didirikan pada tahun 1995 dimana standar akreditasi senantiasa diperbarui dan mengalami perkembangan. Akreditasi Rumah Sakit perdana di Indonesia dilaksanakan di tahun 1995, melalui penilaian 5 standar pelayanan. Selanjutnya 3 tahun kemudian pada tahun 1998 bertambah menjadi 12 standar pelayanan dan pada tahun 2001 berkembang menjadi 16 pelayanan. Seiring perubahan dan perkembangan yang dilakukan terhadap standar akreditasi, juga terjadi perubahan paradigma pada standar akreditasi rumah sakit dari awalnya berfokus pada penyedia pelayanan Kesehatan berubah menjadi berfokus pada pasien. Perubahan paradigma ini terjadi setelah dilakukan penyesuaian dengan standar akreditasi internasional yang ditetapkan oleh *Joint Commission International* (JCI). Terakhir per-tahun 2022 telah terjadi transformasi pada standar akreditasi rumah sakit yang dilatarbelakangi beberapa permasalahan, yaitu:

1. Biaya akreditasi rumah sakit sebelumnya dianggap sangat mahal
2. Belum terbentuknya budaya mutu pasca akreditasi, fokus terhadap mutu pelayanan hanya dilakukan pada periode persiapan dan pelaksanaan akreditasi.

3. Hanya ada 1 Lembaga Independen sebagai pelaksana akreditasi pada rumah sakit yang dianggap mendominasi sehingga muncul konflik kepentingan.
4. Permasalahan terkait Surveior meliputi; kompetensi, subjektifitas, jumlah surveyor, dan lain-lain.

Berikut adalah beberapa hal yang mengalami penyesuaian setelah dilakukan transformasi akreditasi rumah sakit, yaitu:

1. Pengurangan Standar dan Elemen Penilaian

Tabel 8.1. Transformasi Jumlah Standar dan Elemen Penilaian (EP) Akreditasi Rumah Sakit

Kelompok	Fokus pada Manajemen RS	Pelayanan yang Berfokus pada Pasien	Sasaran Keselamatan Pasien (SKP)	Program Nasional (PROGNAS)	Total
Lingkup Penilaian	<i>Good Corporate Governance</i>	<i>Good Clinical Governance</i>	Upaya rumah sakit dalam meningkatkan keselamatan pasien	Upaya rumah sakit dalam melaksanakan program nasional	
SNARS 1.1					
Bab	7	7	1	1	16
Standar	152	164	10	12	338
EP	615	644	36	58	1.346
STARKES					
Bab	7	7	1	1	16
Standar	107	101	8	10	226
EP	403	330	24	32	789

2. Penambahan Lembaga Independen Pelaksana Akreditasi
Terdapat beberapa penambahan Lembaga Independen Pelaksana Akreditasi (LIPA) Rumah Sakit dari sebelumnya hanya dilakukan oleh KARS, sehingga saat ini terdapat 6 (enam) LIPA yang diakui oleh Pemerintah sebagai penyelenggara akreditasi rumah sakit yaitu:
 - a. Komisi Akreditasi Rumah Sakit (KARS)

- b. Lembaga Akreditasi Mutu dan Keselamatan Pasien Rumah Sakit (LAM-KPRS)
 - c. Lembaga Akreditasi Rumah Sakit (LARS)
 - d. Lembaga Akreditasi Rumah Sakit Indonesia (LARS)
 - e. Lembaga Akreditasi Rumah Sakit Darma Husada Paripurna (LARS-DHP)
 - f. Lembaga Akreditasi Fasilitas Kesehatan Indonesia (LAFKI)
3. Alur Penyelenggaraan Akreditasi melibatkan Kementerian Kesehatan dan Dinas Kesehatan
- Prosedur pelaksanaan akreditasi rumah sakit dimulai dengan pengajuan status akreditasi oleh rumah sakit pemohon kepada Lembaga Independen yang telah dipilih secara independen. Selanjutnya Lembaga Independen tersebut melakukan pemeriksaan terhadap pemenuhan persyaratan untuk dapat melaksanakan Akreditasi serta sekaligus menentukan penentuan jadwal pelaksanaan survey Akreditasi. Selama periode persiapan, Lembaga Independen yang telah dipilih rumah sakit dapat memberikan pendampingan kepada rumah sakit pemohon terkait pemenuhan standar akreditasi. Proses pelaksanaan Akreditasi akan dilaksanakan secara *hybrid* yaitu secara online dan offline. Pelaksanaan tahap online akan dilakukan pemeriksaan, penelusuran dan klarifikasi bukti dokumen bukti pemenuhan standar akreditasi rumah sakit oleh surveyor. Kemudian pelaksanaan tahap offline, surveyor akan melakukan kunjungan lapangan secara langsung ke rumah sakit dan melakukan konfirmasi penilaian pemenuhan elemen penilaian standar Akreditasi. Surveyor akan melaporkan hasil temuan yang diperoleh selama melakukan kunjungan langsung ke rumah sakit pemohon yang temuan tersebut akan dilaporkan langsung ke Kementerian Kesehatan Republik Indonesia untuk selanjutnya menjadi dasar dalam penentuan status akreditasi beserta bukti sertifikat akreditasi yang akan diberikan kepada rumah sakit pemohon.

4. Penetapan Biaya Akreditasi oleh Kementerian Kesehatan

Tabel 8.2. Tarif Survei Akreditasi Rumah Sakit

Jenis RS	Kelas/ Tipe RS	Jumlah Surveior	Jumlah Hari Asesmen Dokumen	Jumlah Hari Asesmen Lapangan	Tarif Survei Akreditasi
Umum	A	4	1	3	Rp 56.000.000
	B	3	1	2	Rp 30.000.000
	C	2	1	2	Rp 20.000.000
	D	2	1	2	Rp 20.000.000
Khusus	A	3	1	2	Rp 30.000.000
	B	2	1	2	Rp 20.000.000
	C	2	1	2	Rp 20.000.000

8.3 Standar Akreditasi Rumah Sakit 2022

Secara garis besar Standar Akreditasi Rumah Sakit yang telah ditetapkan oleh Kementerian Kesehatan Republik Indonesia terdiri dari 4 Kelompok Standar. Berikut merupakan kelompok Standar Akreditasi Rumah Sakit (Kemenkes RI, 2022):

Kelompok Standar yang Berfokus pada Manajemen Rumah Sakit :

1. Tata Kelola Rumah Sakit (TKRS)

Secara umum standar ini mengukur sejauh mana kepemimpinan efektif dilakukan oleh jajaran pimpinan rumah sakit. Keseluruhan standar Tata Kelola Rumah Sakit (TKRS) terdiri dari 17 standar dan 71 elemen penilaian. Penilaian standar TKRS berfokus pada hal berikut ini, yaitu:

- Representasi dari Pemilik atau Pengawas RS
- Akuntabilitas dari Direktur Utama/ Direktu/ Kepala RS
- Akuntabilitas Pimpinan Rumah Sakit seperti Wakil Direktur atau Manajer seperti Kepala Bidang
- Kepemimpinan terhadap Mutu dan Kesematan Pasien
- Kepemimpinan terkait Kontrak
- Kepemimpinan terkait Pengelolaan Sumber Daya di RS
- Pengorganisasian dan Akuntabilitas dari Komite yang ada di rumah sakit seperti Komite Medik, Komite Keperawatan dan Komite Tenaga Kesehatan Lainnya
- Akuntabilitas Kepala Unit Klinis dan/atau Non-Klinis
- Etika Rumah Sakit
- Kepemimpinan dalam Budaya Keselamatan Pasien
- Manajemen Risiko

1. Program Penelitian Bersubjek Manusia di Rumah Sakit

2. Kualifikasi dan Pendidikan Staf (KPS)

Secara umum standar ini mengatur tentang keterampilan dan kualifikasi sumber daya manusia yang ada di rumah sakit agar mencapai tingkat kinerja yang diharapkan dengan tetap mempertimbangkan aspek keamanan, keselamatan, kesehatan dan kepuasan kerja staf. Pada standar Kualifikasi dan Pendidikan Staf (KPS) terdiri dari 21 standar dan 81 elemen penilaian. Sebelumnya standar ini merupakan standar Kompetensi dan Kewenangan Staf pada Standar Akreditasi versi SNARS. Berikut merupakan beberapa hal yang menjadi fokus penilaian pada standar KPS yaitu:

- a. Perencanaan dan Pengelolaan Staf
- b. Pendidikan dan Pelatihan Staf
- c. Keselamatan dan Kesehatan Kerja Staf
- d. Tenaga Medis, seperti Dokter dan Dokter Gigi
- e. Tenaga Perawat, serta
- f. Tenaga Kesehatan Lainnya, seperti Tenaga Kefarmasian, Analis Kesehatan, Nutrisisionis, dan lain-lain

3. Manajemen Fasilitas dan Keselamatan (MFK)

Secara umum standar MFK mengatur terkait keamanan dan keselamatan mencakup fasilitas fisik, bangunan, prasarana dan alat Kesehatan yang ada di lingkungan rumah sakit. Manajemen Fasilitas dan Keselamatan (MFK) terdiri dari 16 standar dan 72 elemen penilaian. Fokus penilaian pada standar MFK yaitu:

- a. Kepemimpinan dan Perencanaan dalam Pengelolaan Fasilitas RS
- b. Keselamatan terkait Fasilitas
- c. Keamanan terkait Fasilitas
- d. Pengelolaan Bahan dan Limbah Berbahaya dan Beracun (B3)
- e. Proteksi Kebakaran
- f. Peralatan Medis
- g. Sistem Utilitas

- h. Penanganan Kedaruratan dan Bencana
 - i. Konstruksi dan Renovasi
 - j. Pelatihan terkait Manajemen Fasilitas dan Keselamatan
4. Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien (PMKP)
- Secara umum standar ini membahas terkait program yang harus dimiliki rumah sakit sebagai bukti adanya upaya peningkatan mutu dan tetap menjamin keselamatan pasien. Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien (PMKP) terdiri dari 12 standar dan 44 elemen penilaian. Fokus pada standar PMKP yaitu:
- a. Pengelolaan Kegiatan Peningkatan Mutu, Keselamatan Pasien dan Manajemen Risiko
 - b. Pemilihan dan Pengumpulan Data Indikator Mutu
 - c. Analisis dan Validasi terkait Data Indikator Mutu
 - d. Pencapaian dan Upaya Mempertahankan Perbaikan Mutu
 - e. Sistem Pelaporan dan Pembelajaran Keselamatan Pasien
 - f. Penerapan dari Manajemen Risiko
5. Manajemen Rekam Medis dan Informasi Kesehatan (MRMIK)
- Rumah sakit tentunya melakukan pengelolaan dan menggunakan informasi yang dihasilkan dari penyelenggaraan pelayanan rumah sakit. Oleh karena itu, terkait aktivitas tersebut rumah sakit harus memiliki aturan terkait manajemen informasi yang diatur pada standar MRMIK ini. Tujuannya adalah agar pelayanan yang diberikan di Rumah Sakit senantiasa terkoordinasi dan terintegrasi. Manajemen Rekam Medis dan Informasi Kesehatan (MRMIK) terdiri dari 16 standar dan 51 elemen penilaian. Sebelumnya standar ini adalah standar Manajemen Informasi dan Rekam Medis pada Standar Akreditasi versi SNARS. Standar MRMIK ini berfokus pada:
- a. Manajemen Informasi
 - b. Manajemen Dokumen
 - c. Rekam Medis
 - d. Teknologi Informasi Kesehatan seperti Sistem Informasi Rumah Sakit (SIRS/ SIMRS)

6. Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI)

Seluruh area rumah sakit tidak luput dari adanya risiko terkait infeksi penyakit yang dapat menulari orang-orang yang berkegiatan di rumah sakit. Kementerian Kesehatan telah menetapkan Tingkat kejadian infeksi yang dapat ditolerir terjadi di rumah sakit dan untuk mencapai standar yang telah ditetapkan tersebut maka perlu adanya upaya dari rumah sakit dalam hal pencegahan dan pengendalian dari infeksi penyakit. Salah satu bukti adanya upaya tersebut adalah dengan terbentuknya Komite atau Tim PPI di rumah sakit yang menjalankan berbagai program pencegahan infeksi. Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI) terdiri dari 19 standar dan 62 elemen penilaian. Adapun fokus pada standar PPI yaitu:

- a. Penyelenggara PPI RS
- b. Program PPI
- c. Pengkajian Risiko
- d. Peralatan Medis dan atau Bahan Medis Habis Pakai (BMHP)
- e. Kebersihan Lingkungan
- f. Manajemen Linen
- g. Limbah Infeksius
- h. Pelayanan Makanan
- i. Risiko Infeksi pada Kontruksi dan Renovasi
- j. Penularan Infeksi
- k. Kebersihan Tangan
- l. Peningkatan Mutu dan Program Edukasi
- m. Edukasi, Pendidikan dan Pelatihan terkait PPI

7. Pendidikan dalam Pelayanan Kesehatan (PPK)

Salah satu fungsi rumah sakit adalah melaksanakan fungsi Pendidikan dan dalam rangka menjalankan fungsi tersebut, tidak jarang rumah sakit menerima peserta didik yang berasal dari institusi pendidikan untuk mendapatkan Pendidikan di rumah sakit dengan ketentuan waktu yang telah diatur. Adanya peserta didik di rumah sakit yang sedang menempuh proses Pendidikan tidak jarang dilibatkan dalam proses pelayanan pasien di rumah sakit. Sehingga untuk menjamin keselamatan

pasien dari keterbatasan kompetensi peserta didik maka perlu diatur protokol selama praktik di rumah sakit. Pendidikan Pendidikan dalam Pelayanan Kesehatan (PPK) terdiri dari 6 standar dan 23 elemen penilaian. Sebelumnya standar ini merupakan standar Integrasi Pendidikan Kesehatan dalam Pelayanan Rumah Sakit pada Standar Akreditasi versi SNARS. Adapun yang menjadi fokus penilaian pada standar PPK adalah:

- a. Kebijakan Penyelenggaraan Pendidikan
- b. Kompetensi dan Supervisi Instruktur Klinis atau Pembimbing Lapangan
- c. Mutu dan Keselamatan dalam Pelaksanaan Pendidikan

Kelompok Standar Pelayanan yang Berfokus pada Pasien

1. Akses dan Kesenambungan Pelayanan (AKP)

Rumah sakit dalam memberikan pelayanan kepada pasien harus mempertimbangkan kesinambungan dan keterintegrasian pelayanan yang diperoleh pasien. Hal ini karena dalam proses pelayanan tersebut tidak hanya melibatkan 1 (satu) orang melainkan melibatkan berbagai Professional Pemberi Asuhan (PPA). Banyaknya PPA yang terlibat dalam pemberian pelayanan kepada pasien mengharuskan para PPA harus saling berkoordinasi. Standar ini juga membahas terkait keterjangkauan akses pasien ataupun Masyarakat terhadap pelayanan rumah sakit juga keberlanjutan pengobatan setelah pemulangan pasien. Akses dan Kesenambungan Pelayanan (AKP) terdiri dari 18 standar dan 67 elemen penilaian. Sebelumnya standar ini merupakan standar Akses ke Rumah Sakit dan Kontinuitas Pelayanan pada versi SNARS. Standar ini berfokus pada:

- a. Skrining Pasien
- b. Registrasi dan Admisi di RS
- c. Kesenambungan Pelayanan
- d. Transfer/ Pemindahan Pasien Internal dalam RS
- e. Pemulangan, Rujukan dan Tindak Lanjut
- f. Transportasi, untuk merujuk atau memulangkan pasien

2. Hak Pasien dan Keluarga (HPK)

Rumah sakit harus menjamin bahwa hak pasien dilindungi. Standar ini bertujuan untuk mengoptimalkan peran pasien dan keluarga pasien untuk terlibat dalam proses Keputusan tindakan perawatan atau pengobatan. Hak Pasien dan Keluarga (HPK) terdiri dari 13 standar dan 39 elemen penilaian. Fokus pada standar HPK yaitu:

- a. Hak Pasien dan Keluarga
- b. Permintaan Persetujuan Pasien, termasuk *informed consent* dan *general consent*

3. Pengkajian Pasien (PP)

Keputusan yang tepat dalam rencana tindakan perawatan/ pengobatan pasien dihasilkan dari proses pengkajian yang tepat. Pengkajian pasien terdiri dari proses pengumpulan informasi termasuk pemeriksaan fisik, psikologis, sosial, Riwayat medis, pemeriksaan penunjang, dan Menyusun rencana perawatan pasien sesuai pelayanan yang dibutuhkan. Standar Pengkajian Pasien (PP) terdiri dari 21 standar dan 58 elemen penilaian. Dahulunya standar ini merupakan Asesmen Pasien pada standar Akreditasi versi SNARS. Adapun fokus dari standar Pengkajian Pasien terdiri dari beberapa berikut ini:

- a. Pengkajian Awal
- b. Pengkajian Ulang
- c. Pelayanan Pemeriksaan Laboratorium dan Pelayanan Darah
- d. Pelayanan Radiologi Klinik

4. Pelayanan dan Asuhan Pasien (PAP)

Proses pelayanan dan asuhan kepada pasien secara umum melibatkan berbagai Professional Pemberi Asuhan (PPA). Seluruh PPA yang terlibat dalam proses pelayanan pasien harus memastikan bahwa pelayanan yang diberikan efektif dan aman untuk pasien. Sehingga untuk menjamin itu semua, beberapa elemen penilaian diatur pada standar PAP ini. Pelayanan dan Asuhan Pasien (PAP) terdiri dari 12 standar dan 43 elemen penilaian. Standar PAP ini berfokus pada:

- a. Pemberian Pelayanan yang Seragam
 - b. Pelayanan Pasien yang Berisiko Tinggi dan Penyediaan Pelayanan Berisiko Tinggi
 - c. Pelayanan Makanan dan Terapi Nutrisi
 - d. Manajemen Nyeri
 - e. Pelayanan Menjelang Akhir Hayat/ Upaya Paliatif
5. Pelayanan Anestesi dan Bedah (PAB)
- Tindakan bedah merupakan salah satu pelayanan yang terbilang kompleks di rumah sakit karena pelayanan tersebut memerlukan pengkajian pasien menyeluruh, asuhan terintegrasi, monitoring pasien secara intens, proses pemindahan pasien berdasarkan kriteria tertentu ke ruang perawatan, upaya pemulihan pasca tindakan bedah, dan pemulangan pasien. Keseluruhan rangkaian pelayanan bedah tersebut termasuk dalam pelayanan dengan Tingkat risiko tinggi. Oleh karena itu, pada standar ini diatur terkait pelayanan bedah serta pelayanan pendukungnya seperti pelayanan Sedasi dan Anestesi untuk menjamin efektifitas tindakan dan keselamatan pasien. Pelayanan Anestesi dan Bedah (PAB) terdiri dari 14 standar dan 38 elemen penilaian. Fokus standar PAB ini meliputi:
- a. Pengorganisasian dan Pengelolaan Pelayanan Sedasi dan Anestesi
 - b. Pelayanan Sedasi
 - c. Pelayanan Anestesi
 - d. Pelayanan Bedah
6. Pelayanan Kefarmasian dan Penggunaan Obat (PKPO)
- Rangkaian pelayanan kesehatan pada Pasien biasanya tidak terlepas dari penggunaan obat untuk mendukung efektifitas tindakan perawatan yang diberikan kepada pasien. Hampir di setiap pelayanan kepada Pasien, Dokter atau PPA lain memberikan resep obat untuk pasien. Penggunaan obat pada pasien dalam pelayanan kesehatan seyogyanya harus diatur dan mempertimbangkan asas kerasionalan dalam pemberian obat. Tidak jarang pelayanan obat yang tidak teliti dan tidak

memperhatikan standar prosedur seharusnya dapat menyebabkan terjadinya *medication error* yang dapat mengancam keselamatan pasien. Pelayanan Kefarmasian dan Penggunaan Obat (PKPO) terdiri dari 16 standar dan 61 elemen penilaian. Standar PKPO ini berfokus pada hal berikut:

- a. Pengorganisasian Obat dan Bahan Medis Habis Pakai (BMHP)
- b. Pemilihan, Perencanaan, dan Pengadaan Obat dan BMHP
- c. Penyimpanan Obat dan BMHP
- d. Peresepan Obat
- e. Penyiapan (*Dispensing*) Obat dan BMHP
- f. Pemberian Obat
- g. Pemantauan Terapi Obat
- h. Program Pengendalian Resistensi Antimikroba

7. Komunikasi dan Edukasi (KE)

Komunikasi yang efektif sangat dibutuhkan untuk meyakinkan pasien efektifitas dari pelayanan, perawatan, tindakan dan pengobatan yang diberikan. Komunikasi dan Edukasi juga sangat penting untuk mengoptimalkan peran pasien untuk turut berpartisipasi selama proses pelayanan berlangsung. Komunikasi dan Edukasi (KE) terdiri dari 7 standar dan 25 elemen penilaian. Sebelumnya pada standar Akreditasi versi SNARS, standar ini merupakan standar Manajemen Komunikasi dan Edukasi. Adapun fokus pada standar Komunikasi dan Edukasi yaitu:

- a. Pengelolaan Kegiatan Promosi Kesehatan Rumah Sakit (PKRS)
- b. Komunikasi dengan Pasien dan atau Keluarga Pasien

Kelompok Standar Sasaran Keselamatan Pasien

Keselamatan Pasien adalah salah satu tujuan pelayanan yang harus dijamin oleh rumah sakit. Tujuan dari standar ini adalah agar pasien terhindar dari kerugian-kerugian serta kejadian yang tidak diharapkan terjadi selama proses pelayanan berlangsung di rumah sakit. Sasaran Keselamatan Pasien secara keseluruhan terdiri dari 8

standar dan 24 elemen penilaian. Sasaran Keselamatan Pasien secara umum terdiri dari 6 sasaran yaitu:

1. Identifikasi Pasien dengan Benar; minimal identifikasi menggunakan 2 jenis indentitas
2. Meningkatkan Komunikasi Efektif
3. Meningkatkan Keamanan Obat-obatan yang harus diwaspadai; *hight alert, look alike – sound alike (LASA)*, atau kemasan obat yang mirip harus dilakukan *double checking*
4. Memastikan Sisi Benar, Prosedur Benarr, Pasien yang Benar pada Tindakan Pembedahan/ Invasif
5. Mengurangi Risiko Infeksi Akibat Perawatan
6. Mengurangi Risiko Cedera Pasien Jatuh; khususnya untuk kelompok pasien beresiko seperti Pasien Anak, Lansia, Disabilitas, atau pasien dengan tingkat kesadaran yang kurang.

Standar Program Nasional

Salah satu tujuan pemenuhan Standar Akreditasi Rumah Sakit yaitu dengan turut serta mendukung tercapainya target Pembangunan Nasional. Program Nasional (Prognas) memiliki 10 standar dan 34 elemen penilaian. Program Nasional ini meliputi:

1. Kesehatan Ibu dan Anak (KIA); seperti Pelayanan Obstetri Neonatal Emergensi Komprehensif (PONEK)
2. Penurunan Angka Kesakitan Tuberkulosis (TBC)
3. Penurunan Angka Kesakitan HIV/AIDS
4. Penurunan Angka Kejadian Stunting dan Wasting
5. Keluarga Berencana (KB) Rumah Sakit

8.4 Ketentuan Penilaian Akreditasi Rumah Sakit

Regulasi yang digunakan dalam melakukan Akreditasi pada rumah sakit khususnya di Indonesia dikenal sebagai Standar Akreditasi Rumah Sakit (STARKES) yang diberlakukan per tahun 2022 memiliki komponen pada Instrumen sebagai berikut:

1. *Standar*, Mencakup harapan tingkat kinerja, struktur, atau fungsi yang harus dicapai dan dilaksanakan agar RS dapat terakreditasi
2. *Maksud dan Tujuan*, membantu menjelaskan makna dari standar, serta menentukan parameter untuk setiap

ketentuan yang ada

3. *Elemen Penilaian*, menjabarkan perihal-perihal apa yang akan ditinjau oleh surveior akreditasi.

Ketentuan pada setiap Elemen Penilaian (EP):

Setiap elemen penilaian dilengkapi dg simbol/keterangan (Re), (D), (O), (W), (S), (Ko) atau kombinasi beberapa simbol/keterangan.

1. **(Re) Regulasi**, adalah dokumen yang disusun oleh RS seperti; kebijakan, SPO, pedoman, SK, dsb
2. **(D) Dokumen**, adalah bukti proses kegiatan atau pelayanan, seperti; Dokumen RM, Laporan, Notulen Rapat, Ijazah, dsb
3. **(O) Observasi**, penilaian dilakukan melalui pengamatan langsung oleh surveior.
4. **(W) Wawancara**, berupa kegiatan tanya-jawab yang dilakukan surveior yang ditujukan pada *stakeholder*, pimpinan RS, staf RS, pasien/keluarganya, dan lain-lain
5. **(S) Simulasi**, adalah berupa peragaan kegiatan dilakukan oleh staf RS yang diminta oleh surveyor, seperti peragaan Cuci Tangan, dan lain-lain
6. **(Ko)**, Setelah Surveior mengkaji terhadap regulasi dan bukti dokumen, surveyor melakukan konfirmasi pelaksanaan standar melalui wawancara, observasi dan simulasi.

Kebijakan Pemberian Skor pada tiap elemen penilaian (EP):

1. **10: TL (Telah Terpenuhi)**, Yaitu apabila RS dapat memenuhi EP tersebut *minimal 80%*
2. **5 : TS (Terpenuhi Sebagian)**, Yaitu apabila RS dapat memenuhi EP tersebut *Antara 20-79%*
3. **0 : TT (Tidak Terpenuhi)**, Yaitu apabila RS dapat memenuhi EP tersebut *< 20%*

Catatan:

Pada pemberian Skor terdapat pula penilaian “TDD” atau Tidak Dapat Dinilai. Hal ini karena elemen penilaian yang disurvei tidak aplikatif/ tidak dilakukan di RS tersebut.

Tabel 8.3. Kriteria Penilaian Standar Akreditasi Rumah Sakit

Kriteria	Skor		
	10 TL ($\geq 80\%$)	5 TS (20-79%)	0 TT ($< 20\%$)
(Re), Regulasi	Regulasi lengkap tersedia	-	Regulasi tidak tersedia
(D), Dokumentasi Contoh: <i>Kelengkapan Rekam Medis</i>	Kelengkapan minimal 80% Contoh: minimal 8 dari 10 rekam medis yang ditelaah telah lengkap	Kelengkapan minimal 20-79% Contoh: 2 hingga 7 dari 10 rekam medis yang ditelaah telah lengkap	Kelengkapan $< 20\%$ Contoh: maksimal hanya 1 dari 10 rekam medis yang ditelaah telah lengkap
(O), Observasi	Minimal 80% Contoh: minimal 8 dari 10 kegiatan atau pelayanan yang diobservasi sudah memenuhi elemen penilaian	20-79% Contoh: 2 hingga 7 dari 10 kegiatan atau pelayanan yang diobservasi memenuhi elemen penilaian	$< 20\%$ Contoh: hanya 1 atau tidak ada sama sekali dari 10 kegiatan atau pelayanan yang diobservasi yang memenuhi elemen penilaian
(W), Wawancara	Jawaban “ya” atau “selalu”	Jawaban “biasanya” atau “kadang-kadang”	Jawaban “jarang” atau “tidak pernah”
(S), Simulasi	Minimal 80% Contoh: minimal 8 dari 10 orang yang memperagakan kegiatan yang sudah memenuhi elemen penilaian	20-79% Contoh: terdapat 2 hingga 7 orang yang memperagakan kegiatan yang sudah memenuhi elemen penilaian	$< 20\%$ Contoh: hanya 1 orang yang memperagakan kegiatan yang memenuhi elemen penilaian

Secara keseluruhan penyelenggaraan akreditasi rumah sakit terbagi menjadi 3 tahapan utama, yaitu:

1. Persiapan Akreditasi

Tahapan ini merupakan tatan awal rumah sakit melakukan persiapan antara lain memenuhi syarat sesuai dengan standar setiap elemen penilaian yang didukung dengan bukti implementasi, termasuk peningkatan kompetensi melalui pelatihan, juga pemenuhan peningkatan fasilitas yang dibutuhkan. Selanjutnya rumah sakit melakukan penilaian secara mandiri terkait capaian pemenuhan standar akreditasi dengan pembinaan dari Kementerian Kesehatan, dinas Kesehatan daerah provinsi, dan dinas kesehatan daerah kabupaten/kota maupun lembaga lain yang kompeten. Pada tahapan ini juga rumah sakit mulai mempertimbangkan dan memilih Lembaga Independen untuk melaksanakan penilaian akreditasi yang dipilih secara sukarela tanpa paksaan pihak manapun. Kemudian rumah sakit membuat permohonan resmi kepada Lembaga Independen tersebut untuk melakukan penilaian akreditasi kepada rumah sakit.

2. Pelaksanaan Penilaian Akreditasi

Lembaga Independen yang telah dipilih selanjutnya melakukan penilaian pemenuhan standar akreditasi kepada rumah sakit yang telah membuat permohonan sebelumnya. Pelaksanaan penilaian akreditasi ini dilaksanakan secara *hybrid* yaitu Daring dan Luring. Pemeriksaan dokumen bukti implementasi yang sebelumnya telah diunggah pada sistem manajemen dokumen akreditasi diperiksa secara Daring oleh Surveior. Selanjutnya konfirmasi hasil penilaian bukti dokumen kepada rumah sakit akan dilakukan pada proses kunjungan lapangan yang dilakukan secara Luring dengan melakukan penelusuran bukti regulasi dan dokumen, serta melakukan wawancara, observasi dan simulasi.

3. Pasca Akreditasi

Lembaga Independen selanjutnya akan menyampaikan hasil akreditasi pada Kementerian Kesehatan dan paling lama 5

(lima) hari setelah dilaksanakannya survey dan kunjungan lapangan ke rumah sakit, hasil akreditasi akan dikeluarkan oleh Direktur Jenderal Pelayanan Kesehatan dari Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. Berikut merupakan ketentuan hasil akreditasi rumah sakit:

- a. *Tidak Terakreditasi*; pemenuhan kurang dari 8 bab yang mendapat setidaknya 80% serta capaian SKP kurang dari 70%.
- b. *Madya*; pemenuhan 8 hingga 11 bab yang mendapat nilai setidaknya 80% dan SKP mencapai kriteria minimum 70%.
- c. *Utama*; pemenuhan 12 hingga 15 bab yang memperoleh nilai setidaknya 80% dan SKP mencapai kriteria minimal 80% untuk Rumah Sakit Pendidikan atau Wahana untuk pendidikan. Sedangkan untuk Rumah Sakit selain itu, pemenuhannya adalah 12 hingga 14 bab setidaknya mencapai 80% dan begitu pula untuk SKP.
- d. *Paripurna*; pemenuhan seluruh bab mendapat nilai minimum 80%.

Rumah sakit diberikan kesempatan paling lama 6 bulan untuk mengulang penilaian terhadap pemenuhan standar yang kurang dari 80%. Sertifikat Akreditasi akan diterima oleh rumah sakit paling lama 14 (empat belas) hari setelah asesmen lapangan dilakukan.

DAFTAR PUSTAKA

- ISQUA. 2018. *Guidelines and Principles for the Development of Health and Social Care Standards*. Fifth edition
- Kemenkes RI. 2022. Permenkes Nomor HK.01.07/MENKES/1119/2022 Tentang Tarif Survei Akreditasi Rumah Sakit
- Kemenkes RI. 2022. Permenkes Nomor HK.01.07/MENKES/1128/2022 Tentang Standar Akreditasi Rumah Sakit. Jakarta.
- Kemenkes RI. 2022. Pedoman Survei Akreditasi Rumah Sakit. Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan Kementerian Kesehatan RI. Jakarta

BIODATA PENULIS



Sekar Ayu Runggandini

Dosen Fakultas Ilmu Kesehatan
Universitas Singaperbangsa Karawang

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

BIODATA PENULIS



Heriyati, S.K.M., M.Kes.

Dosen Program Studi Administrasi Kesehatan
Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Sulawesi Barat

Penulis lahir di Parepare tanggal 13 Oktober 1991. Penulis adalah dosen tetap pada Program Studi Administrasi Kesehatan dengan fokus pada bidang Manajemen. Mutu dan Strategi. Menyelesaikan pendidikan S1 pada Prodi Kesehatan Masyarakat Peminatan Manajemen Rumah Sakit dan melanjutkan S2 pada Prodi Kesehatan Masyarakat Peminatan Administrasi Rumah Sakit.

BIODATA PENULIS



Restu Prihandini Widiar, S.Si.T., M.Kes.

Dosen Program Studi DIII Administrasi Rumah Sakit
Akademi Kesehatan Kartini Batam

Penulis lahir di Kendal tanggal 3 Mei 1989. Penulis adalah dosen tetap pada Program Studi DIII Administrasi Rumah Sakit, Akademi Kesehatan Kartini Batam. Penulis merupakan lulusan S2 Kesehatan Masyarakat Universitas Negeri Semarang pada tahun 2018. Keilmuan yang digeluti penulis dalam melaksanakan Tri Dharma Perguruan Tinggi salah satunya yaitu bidang pemasaran rumah sakit. Mata kuliah yang diampu oleh penulis adalah Manajemen Pemasaran Rumah Sakit, Riset Pemasaran, Komunikasi Efektif, Psikologi Kesehatan, Manajemen Teknologi Pelayanan Kesehatan serta Ekonomi Kreatif & dan Kewirausahaan.

BIODATA PENULIS



**dr. Rudy Dwi Laksono, Sp.PD, M.Ked (PD), FINASIM,
SH, MH, MARS, M.Psi**

Dosen Program Studi Kedokteran
Fakultas Kedokteran, Universitas Jenderal Ahmad Yani Cimahi

Seorang Penulis dan Dosen Fakultas Kedokteran Universitas Jendral Ahmad Yani Cimahi. Lahir di Madiun Jawa Timur pada tanggal 18 Februari 1970. Penulis merupakan anak kedua dari tiga bersaudara dari pasangan Siti Fathonah dan Suwito Jasin. Ia menamatkan pendidikan program Sarjana (S1) dan profesi dokter di Fakultas Kedokteran Universitas Airlangga dan lulus pada tahun 1996. Menempuh Pendidikan Spesialis Penyakit Dalam dan Magister Kedokteran di Universitas Sumatera Utara dan lulus pada tahun 2011. Pendidikan Magister Administrasi Rumah Sakit di Universitas Muhammadiyah Yogyakarta lulus pada tahun 2021 dan Magister Hukum peminatan Hukum Kesehatan di Universitas Soegijapranata Semarang pada tahun 2021, Magister Psikologi peminatan Psikologi Klinis di Universitas Semarang lulus pada tahun 2023 dan Sarjana Hukum di Sekolah Tinggi Ilmu Hukum Dharma Andigha pada tahun yang sama. Saat ini sedang menjalani Program Doktorat di Universitas Merdeka Malang dengan peminatan Manajemen Sumber Daya Manusia dan Magister Ilmu Komunikasi peminatan Komunikasi Kesehatan di Universitas Islam Bandung.

BIODATA PENULIS



Dr. Andi Yaumil Bay R. Thaifur, SKM., M.Kes.

Dosen Program Studi Kesehatan Masyarakat
Fakultas Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Dayanu
Ikhsanuddin

Penulis adalah anak pertama dari tiga bersaudara, dengan ayahnya bernama Andi Effendi Husain Thaifur dan ibunya bernama Wa Ode Sumarni Bay. Dia belajar di SDN 2 Kota Baubau sebelum melanjutkan SMP di SMP Katolik Rajawali di Makassar, sebelum menyelesaikan SMA di SMA Katolik Cendrawasih. Penulis kemudian pergi ke perguruan tinggi negeri di Makassar. Pada tahun 2008, dia lulus dari Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin. Setelah menyelesaikan Strata 1 dan mendapatkan gelar Sarjana pada tahun 2012, penulis melanjutkan studi ke program pascasarjana Prodi Magister Administrasi Rumah Sakit (MARS) dan menyelesaikannya pada tahun 2014.

Penulis adalah anak pertama dari tiga bersaudara. Ayahnya bernama Andi Effendi Husain Thaifur dan ibunya bernama Wa Ode Sumarni Bay. Dia belajar di SDN 2 Kota Baubau sebelum pergi ke SMP di SMP Katolik Rajawali di Makassar dan kemudian menyelesaikan SMA di SMA Katolik Cendrawasih. Setelah itu, penulis melanjutkan pendidikannya di perguruan tinggi negeri Makassar. Dia lulus dari Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin pada tahun 2008. Setelah menyelesaikan Strata 1 dan mendapatkan gelar Sarjana pada tahun 2012, penulis beralih ke

program pascasarjana Prodi Magister Administrasi Rumah Sakit (MARS), yang dia selesaikan pada tahun 2014.

BIODATA PENULIS



Cynthia Hardivianty, S.Kep.,Ns.,M.M.R
Dosen Program Studi Sarjana Keperawatan
Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Indramayu

Penulis lahir di Jakarta 27 Juni 1993. Saat ini bekerja sebagai Dosen tetap di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Indramayu Program Studi Sarjana Keperawatan. Sebelumnya mengikuti Pendidikan Program Sarjana dan Profesi di Fakultas Kesehatan dan Kedokteran Universitas Muhammadiyah Yogyakarta dan melanjutkan pendidikan Magister Manajemen Rumah Sakit di Fakultas Pasca sarjana Universitas Muhammadiyah Yogyakarta.

BIODATA PENULIS

Reny Marliadireny

Dosen tetap pada Program Studi Sarjana Administrasi Rumah Sakit

Penulis saat ini merupakan dosen tetap pada Program Studi Sarjana Administrasi Rumah Sakit dan mengampu mata kuliah di bidang akuntansi dan keuangan untuk pengimplementasian di rumah sakit. Penulis menyelesaikan Program Studi S1 pada Jurusan Akuntansi dan melanjutkan S2 pada Program Studi Magister Akuntansi di Universitas Lambung Mangkurat dengan konsentrasi penulis adalah akuntansi sektor publik.

BIODATA PENULIS



Agustina Pujilestari, S.KM., M.Kes.

Dosen Program Studi Administrasi Rumah Sakit
Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Kusuma Husada Surakarta

Penulis lahir di Karanganyar, Jawa Tengah tanggal 1 Agustus 1991. Penulis menyelesaikan pendidikan S1 dan S2 Ilmu Kesehatan Masyarakat Departemen Manajemen Rumah Sakit di Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin. Penulis aktif mengikuti berbagai pelatihan terkait Mutu Pelayanan baik Mutu Pelayanan Rumah Sakit dan Institusi Pendidikan seperti Kelas Online KARS, Pelatihan Manajemen Risiko, Pelatihan SPMI, Pelatihan Penguatan Mutu, dan Workshop Akreditasi. Penulis juga telah melakukan berbagai kegiatan penelitian terkait Akreditasi Rumah Sakit. Saat ini Penulis merupakan dosen tetap di Program Studi S1 Administrasi Rumah Sakit di Universitas Kusuma Husada Surakarta. Penulis pernah aktif menjabat sebagai Sekretaris Program Studi pada tahun 2022 hingga 2023 dan saat ini aktif menjabat sebagai Koordinator Pembelajaran Prodi.