

PENTINGNYA ADMINISTRASI RUMAH SAKIT YANG TERTATA DENGAN BAIK : PANDUAN LENGKAP UNTUK MENGELOLA RUMAH SAKIT



Penulis :

Dian Agnesa Sembiring, Ichsan Trisutrisno,
Emanuel Hindro Cahyono, Nurri Cholifatul Izza,
Ardiansyah Mahlia, Nurlindawati, Abdurrohimi,
Ryryn Suryaman Prana Putra, Ayu Muthia,
Sri Aisyah Hidayati

**PENTINGNYA ADMINITRASI RUMAH SAKIT YANG
TERTATA DENGAN BAIK : PANDUAN LENGKAP
UNTUK MENGELOLA RUMAH SAKIT**

**Dian Agnesa Sembiring
Ichsan Trisutrisno
Emanuel Hindro Cahyono
Nurriil Cholifatul Izza
Ardiansyah Mahlia
Nurlindawati
Abdurrohim
Ryryn Suryaman Prana Putra
Ayu Muthia
Sri Aisyah Hidayati**



GET PRESS INDONESIA

PENTINGNYA ADMINITRASI RUMAH SAKIT YANG TERTATA DENGAN BAIK : PANDUAN LENGKAP UNTUK MENGELOLA RUMAH SAKIT

Penulis :

Dian Agnesa Sembiring
Ichsan Trisutrisno
Emanuel Hindro Cahyono
Nurriil Cholifatul Izza
Ardiansyah Mahlia
Nurlindawati
Abdurrohimi
Ryryn Suryaman Prana Putra
Ayu Muthia
Sri Aisyah Hidayati

ISBN : 978-623-198-706-8

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

Rantika Maida Sahara, S.Tr.Kes.

Penyunting : Aulia Syaharani, S.Tr.Kes.

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

Penerbit : GET PRESS INDONESIA

Anggota IKAPI No. 033/SBA/2022

Redaksi :

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

Cetakan pertama, September 2023

Hak cipta dilindungi undang-undang

Dilarang memperbanyak karya tulis ini dalam bentuk dan
dengan cara apapun tanpa izin tertulis dari penerbit.

KATA PENGANTAR

Segala Puji dan syukur atas kehadiran Allah SWT dalam segala kesempatan. Sholawat beriring salam dan doa kita sampaikan kepada Nabi Muhammad SAW. Alhamdulillah atas Rahmat dan Karunia-Nya penulis telah menyelesaikan Buku Pentingnya Adminitrasi Rumah Sakit Yang Tertata Dengan Baik : Panduan Lengkap Untuk Mengelola Rs ini.

Buku ini membahas Struktur administrasi rumah sakit, Aspek legal administrasi rumah sakit, Pengelolaan keuangan, Manajemen SDM, Penglolaan pasien, Komunikasi efektif, Pengelolaan inventaris, System informasi rumah sakit, Pelatihan dan pengembangan administrasi rumah sakit, Mengukur dan meningkatkan kualitas.

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, September 2023

Penulis

DAFTAR ISI

KATA PENGANTAR	i
DAFTAR ISI	ii
DAFTAR GAMBAR	vi
DAFTAR TABEL	vii
BAB 1 STRUKTUR ADMINISTRASI RUMAH SAKIT	1
1.1 Pendahuluan	1
1.2 Struktur Organisasi Rumah Sakit	1
1.2.1 Pimpinan/Direktur/Kepala RS	4
1.2.2 Unsur Pelayanan Medis	5
1.2.3 Unsur Keperawatan	6
1.2.4 Unsur Penunjang Medis	6
1.2.5 Unsur Administrasi Umum dan Keuangan	7
1.2.6 Komite Medik	8
1.2.7 Komite Lainnya	10
1.2.8 Satuan Pemeriksaan Internal (SPI)	10
DAFTAR PUSTAKA	12
BAB 2 ASPEK LEGAL ADMINISTRASI RUMAH SAKIT	13
2.1 Konsep Aspek Legal Administrasi Rumah Sakit	13
2.2 Azas-Azas Rumah Sakit	14
2.3 Fungsi Legal Rumah Sakit	16
2.4 Hukum, Etika, dan Etika Profesi	16
2.5 Perizinan Rumah Sakit	19
2.5.1 Persyaratan	19
2.5.2 Prosedur Izin Mendirikan	22
DAFTAR PUSTAKA	25
BAB 3 PENGELOLAAN KEUANGAN RUMAH SAKIT	27
3.1 Pendahuluan	27
3.2 Konsep Manajemen Keuangan Komprehensif	28
3.3 Fungsi Manajemen Keuangan	30
3.4 Akuntansi	31
3.4.1 Neraca	32

3.4.2 Laporan Laba Rugi.....	33
3.4.3 Laporan Arus Kas	36
3.5 Indikator Keberhasilan Pengelolaan Keuangan.....	41
DAFTAR PUSTAKA	49
BAB 4 MANAJEMEN SUMBER DAYA MANUSIA.....	51
4.1 Konsep Manajemen Sumber Daya Manusia	51
4.2 Perencanaan Sumber Daya Manusia.....	52
4.3 Rekrutmen dan Seleksi Sumber Daya Manusia.....	54
4.4 Penilaian Kinerja Sumber Daya Manusia	57
4.5 Pelatihan dan Pengembangan Sumber Daya Manusia	60
4.6 Pemeliharaan Sumber Daya Manusia.....	62
4.7 Pemberhentian Kerja Sumber Daya Manusia.....	64
DAFTAR PUSTAKA	66
BAB 5 PENGELOLAAN PASIEN	69
5.1 Definisi dan Konsep Dasar	69
5.2 Pengumpulan Data Pasien	72
5.3 Penilaian Pasien	74
5.4 Perencanaan Perawatan.....	75
5.5 Pelaksanaan Perawatan	76
5.6 Pemantauan dan Evaluasi Perawatan.....	79
5.7 Discharge dan Tindak Lanjut	83
DAFTAR PUSTAKA	86
BAB 6 KOMUNIKASI EFEKTIF	89
6.1 Definisi Komunikasi.....	89
6.2 Unsur –unsur dalam Proses Komunikasi.....	90
6.3 Tujuan Komunikasi	93
6.4 Hambatan	94
6.5 Komunikasi Efektif.....	96
6.6 Kunci sukses Komunikasi yang Efektif	98
DAFTAR PUSTAKA	100
BAB 7 PEMELIHARAAN INVENTARIS	101
7.1 Pemeliharaan dan perawatan inventaris.....	101

7.2 Pemeliharaan dan pengawasan inventaris perusahaan dilakukan melalui aplikasi	105
7.3 Pentingnya pemeliharaan inventaris bagi kelangsungan bisnis	107
7.4 Pemeliharaan inventaris pada rumah sakit.....	111
DAFTAR PUSTAKA.....	114
BAB 8 SISTEM INFORMASI RUMAH SAKIT	119
8.1 Konsep Sistem Informasi Rumah Sakit (SIRS)	119
8.2 Aplikasi SIRS Sistem Informasi Rumah Sakit (SIRS)	123
8.3 Pelaporan Sistem Informasi Rumah Sakit (SIRS)	124
8.4 Pengembangan Sistem Informasi Rumah Sakit (SIRS).....	125
8.5 Pengintegrasian Sistem Informasi Rumah Sakit (SIRS).....	131
8.6 Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit (SIMRS) ...	132
DAFTAR PUSTAKA.....	137
BAB 9 PELATIHAN DAN PENGEMBANGAN SDM ADMINISTRASI RUMAH SAKIT	139
9.1 Pendahuluan	139
9.2 Pelatihan	142
9.2.1 Pengertian Pelatihan.....	142
9.2.2 Manfaat dan Tujuan Pelatihan	142
9.2.3 Teknik Pelatihan.....	144
9.2.4 Jenis Pelatihan.....	144
9.2.5 Tantangan dalam Pelatihan	145
9.2.6 Manajemen Pelatihan	145
9.3 Pengembangan SDM	148
9.3.1 Pengertian Pengembangan SDM.....	148
9.3.2 Faktor yang mempengaruhi pengembangan SDM	148
9.3.3 Pelatihan sebagai upaya pengembangan SDM	148
9.4 Diklat Rumah Sakit.....	148
9.4.1 Pengertian.....	149

9.4.2 Tujuan.....	149
9.4.3 Fungsi.....	149
9.5 Pendekatan Sistem dalam Manajemen Pelatihan di Rumah Sakit	150
DAFTAR PUSTAKA	151
BAB 10 MENGUKUR DAN MENINGKATKAN	
KUALITAS RUMAH SAKIT	153
10.1 Pelayanan Kesehatan.....	153
10.1.1 Mutu Pelayanan Kesehatan	153
10.1.2 Kepuasan Pelanggan.....	155
10.1.3 Mengukur Mutu Pelayanan Kesehatan.....	156
10.2 Indikator dan Standar Mutu Pelayanan Kesehatan ...	160
10.2.1 Indikator Pelayanan kesehatan	160
10.2.2 Standar Mutu Pelayanan Kesehatan.....	163
10.2.3 Penyusunan Standar Pelayanan Kesehatan.....	165
DAFTAR PUSTAKA	168
BIODATA PENULIS	

DAFTAR GAMBAR

Gambar 1.1. Level strategi dan struktur oleh Henry Mintzberg	2
Gambar 1.2. Dimensi mutu yang harus dijalankan oleh rumah sakit	3
Gambar 1.3. Bagan Struktur Organisasi RSUP Tipe I.....	11
Gambar 3.1. Manajemen Keuangan Komprehensif.....	29
Gambar 7.1. Order Persediaan Barang	101
Gambar 7.2. Penggunaan Aplikasi Persediaan.....	105
Gambar 7.3. Shareholder Value.....	108
Gambar 7.4. Pengelolaan Persediaan Inventaris.....	112
Gambar 9.1. Siklus Pelatihan	146

DAFTAR TABEL

Tabel 3.1. Contoh Neraca Rumah Sakit	34
Tabel 3.2. Contoh Laporan Laba Rugi Rumah Sakit	35
Tabel 3.3. Contoh Laporan Arus Kas Rumah Sakit dengan Metode Langsung	39
Tabel 3.4. Contoh Laporan Arus Kas Rumah Sakit dengan Metode Tidak Langsung	40
Tabel 4.1. Pertukaran Informasi pada Rekrutmen dan Seleksi	56

BAB 1

STRUKTUR ADMINISTRASI RUMAH SAKIT

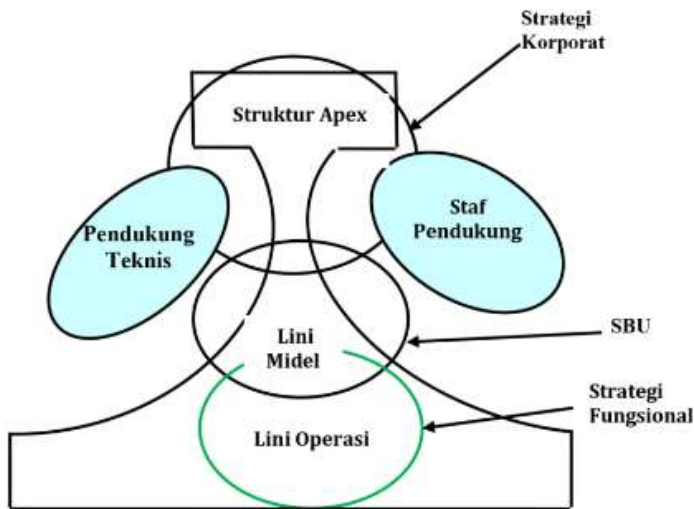
Oleh Dian Agnesa Sembiring

1.1 Pendahuluan

Rumah Sakit (RS) perlu mempunyai kepemimpinan efektif dalam rangka memberikan pelayanan prima bagi pasien. Pencapaian visi dan misi sesuai dengan tata kelola perusahaan serta klinis yang baik (*good corporate and clinical governance*) dilakukan melalui organisasi RS yang efektif, efisien dan akuntabel. Kerjasama dan koordinasi positif antar pemilik/representasi pemilik/dewan pengawas, pimpinan, dan kepala bidang pelayanan RS perlu dilakukan guna tercapainya kepemimpinan yang efektif. Pimpinan RS berkolaborasi dengan seluruh kepala bidang pelayanan dan unit kerja agar saling bertanggungjawab dalam pengelolaan unsur-unsur pokok administrasi : input dan proses agar tercapai luaran, sasaran dan dampak terhadap mutu,keselamatan pasien,kontrak, dan SDM (Sumber Daya Manusia) di RS (Peraturan Presiden Republik Indonesia Nomor 77, 2015; Kartikasari, 2019; Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor HK.01.07/MENKES/1128, 2022).

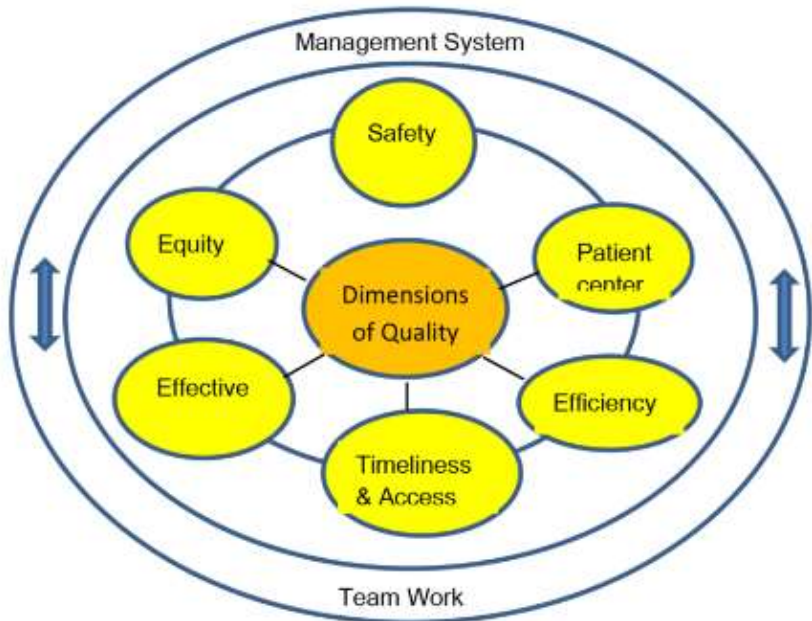
1.2 Struktur Organisasi Rumah Sakit

Secara teori, struktur berfungsi untuk mempermudah tercapainya tujuan organisasi. Menurut Henry Mintzberg, ada lima elemen dasar dalam design struktur organisasi yang efektif, yaitu: *Strategy apex, operating score, middle line, techno structure, dan support staff* (Djuari, 2021).



Gambar 1.1. Level strategi dan struktur oleh Henry Mintzberg
(Supriyanto *et al.*, 2023)

Organisasi RS adalah organisasi yang cukup kompleks namun unik. Proses yang dihasilkan menyerupai jasa perhotelan sekaligus jasa perawatan dan medik dalam bentuk pelayanan rawat inap, rawat jalan dan kegawatdaruratan membuat organisasi RS menjadi unik. Selain itu RS merupakan organisasi yang padat modal, karya, dan teknologi dengan latar belakang pendidikan berbeda-beda, fasilitas peralatan teknologi yang beragam serta permasalahan sangat rumit dan orang yang dihadapi merupakan pribadi yang memiliki emosi tidak stabil karena sedang sakit, termasuk keluarga pasien, menyebabkan organisasi RS menjadi kompleks. Tujuan pengelolaan RS agar menghasilkan produk dan pelayanan kesehatan yang mampu memenuhi kebutuhan pasien sehingga menghasilkan kualitas mutu yang terbaik sesuai dengan dimensi mutu dibawah ini:



Gambar 1.2. Dimensi mutu yang harus dijalankan oleh rumah sakit (Setyawan and Supriyanto, 2019)

Kebutuhan, beban kerja, klasifikasi, dan besar kegiatan RS menyesuaikan dengan organisasi RS sehingga struktur organisasi yang ada harus membagi seluruh fungsi dan tugas RS. Klasifikasi Rumah Sakit Umum (RSU) di Indonesia terdiri dari beberapa Kelas:

1. A : jumlah tempat tidur min.250
2. B: jumlah tempat tidur min.200
3. C: jumlah tempat tidur min.100
4. D: jumlah tempat tidur min.50.
5. D Pratama

Adapun klasifikasi RSU tersebut, disesuaikan pula dengan jenis layanan, SDM, gedung, sarana-prasarana, dan alat teknologi

yang dimiliki oleh RS dan diatur dalam Peraturan Menteri Kesehatan No. 3 Tahun 2020 .

Wewenang dan struktur organisasi pemilik/ representasi pemilik/dewan pengawas RS dijelaskan dalam peraturan internal RS (*Hospital by Law*) yang ditandatangani oleh pemilik RS. Struktur organisasi pemilik/ representasi pemilik/dewan pengawas berbeda dengan struktur organisasi RS dan menyesuaikan dengan kepemilikan badan hukum serta aturan perundang-undangan. Direktur RS tidak diperkenankan menjadi pemilik/ representasi pemilik, dan posisi pemilik/representasi pemilik/dewan pengawas berada diatas Kepala RS. Tanggung jawab seorang pemilik/representasi pemilik/dewan pengawas RS adalah persetujuan dan pengawasan terhadap kepemimpinan RS apakah dijalankan secara efisien, bermutu, aman, dan tercapai misi serta perencanaannya (Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor HK.01.07/MENKES/1128, 2022).

Asas integrasi, sinkronisasi, simplifikasi, mekanisasi dan koordinasi dalam lingkungan kerja dengan unit lainnya perlu diterapkan oleh seluruh pimpinan organisasi di RS. Adapun organisasi RS setidaknya berisi : kepala/pimpinan RS, medik, keperawatan, penunjang medik, keuangan dan administrasi umum, komite medik, dan SPI (Satuan Pemeriksaan Internal). Adapun unsur organisasi RS di luar pimpinan/direktur RS, dapat berupa departemen, direktorat, instalasi, komite, divisi, unit kerja, dan/atau satuan menyesuaikan beban kerja serta kebutuhan RS.

1.2.1 Pimpinan/Direktur/Kepala RS

Pimpinan tertinggi RS adalah direktur RS. Dalam menjalankan jabatannya dibantu oleh wakil direktur, dan kelompok ini disebut dengan direksi RS. Adapun persyaratan seorang kepala/direktur RS merupakan tenaga medis yang memiliki pendidikan, pengalaman, keahlian dan kemampuan di bidang perumahsakitkan (Peraturan Presiden Republik Indonesia

Nomor 77, 2015; Calundu, 2018; Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor HK.01.07/MENKES/1128, 2022).

Tugas, fungsi dan tanggungjawab pimpinan/direktur/kepala RS antara lain:

1. Mematuhi hukum yang berlaku
2. Mencapai visi dan misi RS
3. Menentukan arah kebijakan rumah sakit dan mengusulkan sejumlah kebijakan (rencana strategis dan anggaran) kepada pemilik/dewan pengawas untuk disetujui
4. Menanggapi setiap laporan inspeksi regulator
5. Mengelola dan mengendalikan SDM, keuangan dan sumber daya lain.
6. Menetapkan prioritas perbaikan di RS, khususnya perbaikan yang berdampak luas dan menyeluruh terhadap RS dan diukur sebagai indikator mutu prioritas RS
7. Melaporkan pelaksanaan program mutu dan keselamatan pasien, termasuk pengukuran data dan melaporkan setiap kejadian keselamatan pasien secara berkala setiap 3 bulan kepada pemilik/Dewan Pengawas
8. Melaporkan pelaksanaan program manajemen risiko kepada pemilik/Dewan Pengawas setiap 6 bulan.

1.2.2 Unsur Pelayanan Medis

Adalah salah satu bagian organisasi RS yang bergerak dalam bidang medis yang dipimpin oleh seorang direktur/ wakil direktur/ kepala bidang/ manajer (disesuaikan berdasarkan struktur organisasi yang terdapat dalam *Hospital by Law*) serta berada di bawah wewenang dan tanggung jawab pimpinan/kepala RS. Unsur pelayanan medis terdiri dari layanan gawat darurat, rawat jalan, dan rawat inap.

Adapun penyelenggaraan fungsi unsur pelayanan medis dalam melaksanakan tugas yaitu:

1. Menyusun rencana pemberian layanan medik

2. Mengkoordinasikan dan melaksanakan layanan medik
3. Menerapkan pengendalian mutu, biaya, serta keselamatan pasien dalam layanan medik
4. Monitoring-evaluasi layanan medik.

1.2.3 Unsur Keperawatan

Adalah salah satu bagian organisasi RS yang bergerak dalam bidang keperawatan yang dipimpin oleh seorang direktur/ wakil direktur/ kepala bidang/ manajer serta berada di bawah wewenang dan tanggung jawab pimpinan/kepala RS. Adapun penyelenggaraan fungsi unsur keperawatan dalam melaksanakan tugas yaitu:

1. Menyusun rencana pemberian layanan keperawatan
2. Mengkoordinasikan dan melaksanakan layanan keperawatan
3. Menerapkan pengendalian mutu, biaya, serta keselamatan pasien dalam layanan keperawatan
4. Monitoring-evaluasi layanan keperawatan.

1.2.4 Unsur Penunjang Medis

Adalah salah satu bagian organisasi RS yang bergerak di bidang penunjang medis yang dipimpin oleh seorang direktur/ wakil direktur/ kepala bidang/ manajer serta berada di bawah wewenang dan tanggung jawab pimpinan/kepala RS. Berdasarkan Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 47 Tahun 2021, pelayanan penunjang nonmedik yaitu pelayanan yang diberikan oleh petugas non kesehatan, seperti:

1. Manajemen rumah sakit
2. Komunikasi dan informasi
3. Pemeliharaan infrastruktur dan peralatan medis
4. Layanan binatu
5. Pemulasaran jenazah
6. Layanan penunjang lain

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

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

Cakupan layanan/bidang yang termasuk ke dalam unsur penunjang medik dan penunjang non medik RS dipilih oleh pimpinan/ kepala RS. Adapun penyelenggaraan fungsi unsur penunjang medik dalam melaksanakan tugas yaitu :

1. Menyusun rencana pemberian layanan penunjang medik
2. Mengkoordinasikan dan melaksanakan layanan penunjang medik
3. Menerapkan pengendalian mutu, biaya, serta keselamatan pasien dalam layanan penunjang medik
4. Mengelola rekam medis
5. Monitoring-evaluasi layanan penunjang medik.

1.2.5 Unsur Administrasi Umum dan Keuangan

Adalah salah satu bagian organisasi RS yang bergerak di bidang administrasi umum dan keuangan yang dipimpin oleh seorang direktur/ wakil direktur/ kepala bidang/ manajer serta berada di bawah wewenang dan tanggung jawab pimpinan/ kepala RS. Tugas unsur ini menyelenggarakan fungsi pengelolaan :

1. Kesekretariatan
2. Kerumahtanggaan
3. Layanan hukum dan kemitraan
4. Pemasaran
5. Humas (Hubungan Masyarakat)
6. Pencatatan, pelaporan, dan evaluasi

7. Litbang (Penelitian dan Pengembangan)
8. SDM
9. Pendidikan dan pelatihan.

Dalam pelaksanaan tugas keuangan, unsur ini menyelenggarakan fungsi: perencanaan anggaran, kas dan keuangan, serta pembukuan/akuntansi. Apabila dibutuhkan, pelaksanaan fungsi dalam unsur ini dapat menjadi bagian tersendiri.

1.2.6 Komite Medik

Adalah salah satu bagian organisasi RS yang bertanggungjawab dalam penerapan *good clinical governance* (tata kelola klinis yang baik) di RS. Komite medik dibentuk dan bertanggung jawab kepada pimpinan/ kepala RS. Tugas komite medik adalah meningkatkan profesionalisasi staf medik RS dengan cara :

1. Memberikan kredensial kepada seluruh tenaga medik RS yang akan memberikan layanan medik
2. Memelihara mutu profesi tenaga medik
3. Mengawasi disiplin, etika dan perilaku profesi tenaga medik.

Penyelenggaraan fungsi Komite Medis dalam melaksanakan tugas kredensial, yaitu:

1. Penyusunan dan kompilasi daftar kewenangan klinis berdasarkan masukan dari kelompok staf medis sesuai dengan standar profesi yang telah ditetapkan
2. Penyelenggaraan pemeriksaan dan penilaian terhadap kompetensi, kesehatan jasmani dan rohani, perilaku dan etik profesi
3. Penilaian informasi pendidikan profesional berkelanjutan dokter/dokter gigi

4. Wawancara kepada pemohon kewenangan klinis
5. Penilaian dan keputusan kewenangan klinis yang sesuai
6. Pelaporan hasil tinjauan kelayakan dan kredensial serta memberikan rekomendasi kewenangan klinis kepada komite medik
7. Penyelenggaraan proses rekredensial ketika masa berlaku penugasan klinisnya telah habis dan terdapat permohonan oleh komite medik
8. Rekomendasi kewenangan klinis dan mengeluarkan surat penugasan klinis.

Penyelenggaraan fungsi Komite Medis dalam melaksanakan tugas memelihara mutu profesi staf medis yaitu:

1. Penyelenggaraan audit medik
2. Rekomendasi kegiatan ilmiah internal guna pelatihan dan pendidikan berkelanjutan bagi staf medik
3. Rekomendasi kegiatan eksternal guna pelatihan dan pendidikan berkelanjutan bagi staf medik
4. Rekomendasi proses pendampingan (*proctoring*) bagi staf medik yang membutuhkan.

Penyelenggaraan fungsi Komite Medis dalam melaksanakan tugas menjaga disiplin, etika, dan perilaku profesi staf medis yaitu:

1. Pembinaan etik dan disiplin kedokteran
2. Pemeriksaan staf medik yang dicurigai melakukan kesalahan disiplin
3. Rekomendasi kegiatan disiplin pelaku profesional RS
4. Pemberian nasehat guna pengambilan keputusan etis yang berkaitan dengan layanan medis pasien.

1.2.7 Komite Lainnya

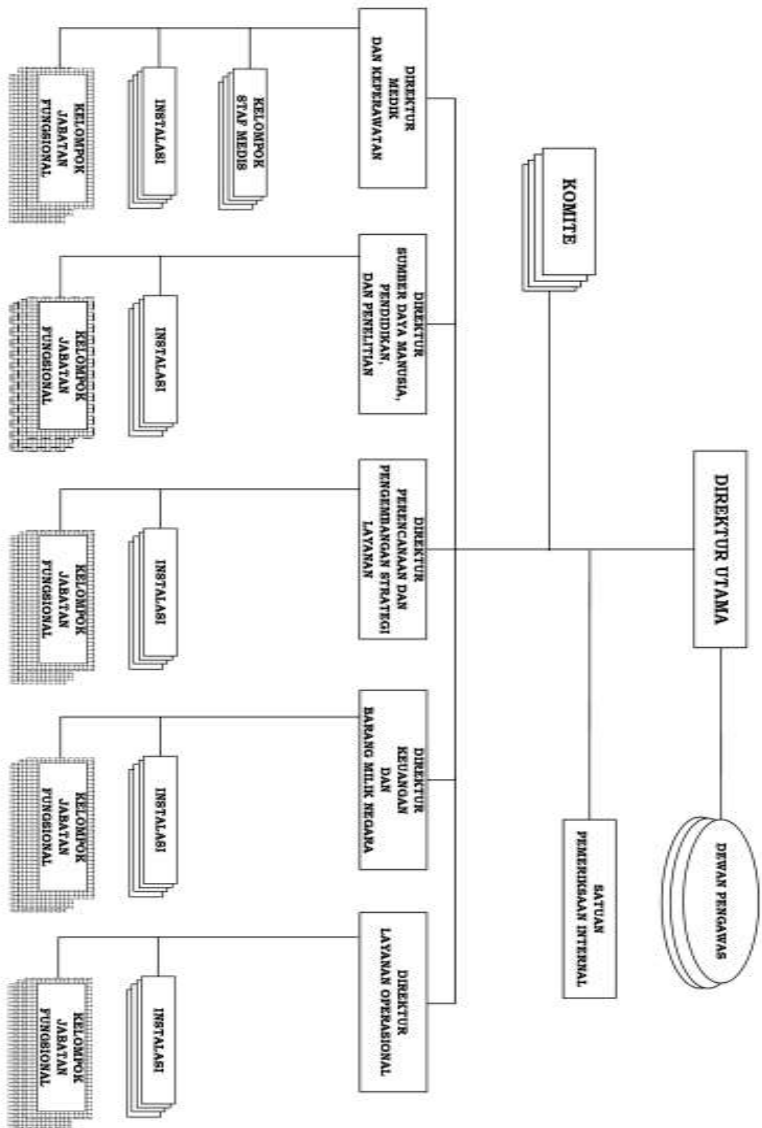
Rumah Sakit dapat membentuk komite- komite lain guna melaksanakan fungsi tertentu di RS berdasarkan kebutuhan dan perkembangan Iptek, sehingga meningkatkan mutu dan keselamatan pasien. Komite lain dapat berbentuk komite :

1. Keperawatan
2. Farmasi dan terapi
3. Pencegahan dan pengendalian infeksi
4. Pengendalian resistensi antimikroba
5. Etika dan hukum
6. Penyelenggara mutu
7. Tenaga kesehatan lain.

1.2.8 Satuan Pemeriksaan Internal (SPI)

Adalah salah satu bagian organisasi RS yang bertugas melaksanakan kegiatan audit internal RS. Unsur ini berada di bawah wewenang dan tanggung jawab pimpinan/ kepala RS. Penyelenggaraan fungsi SPI dalam melaksanakan tugasnya yaitu:

1. Monitoring-evaluasi penerapan manajemen risiko pada unit kerja RS
2. Mengevaluasi sistem pengendalian, pengelolaan, efektifitas-efisiensi sistem dan prosedur, serta administratif dan keuangan
3. Melakukan tugas khusus dalam kerangka pengendalian internal yang ditetapkan oleh pimpinan/ kepala RS
4. Mengawasi kegiatan dan ketepatan pelaksanaan tindak lanjut laporan audit
5. Melakukan konsultasi,advokasi,pembimbingan dan dukungan pelaksanaan kegiatan sehari-hari RS.



Gambar 1.3. Bagan Struktur Organisasi RSUP Tipe I
(Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 26,
2022)

DAFTAR PUSTAKA

- Calundu, R. 2018. *Manajemen Kesehatan*. SAH MEDIA (1). Available at: <https://books.google.co.id/books?id=W1RtDwAAQBAJ>.
- Djuari, L. 2021. *Buku Ajar Manajemen Pelayanan Kesehatan*. Airlangga University Press. Available at: <https://books.google.co.id/books?id=MYEqEAAAQBAJ>.
- Kartikasari, D. 2019. *Administrasi Rumah Sakit*. Edited by I. T. R and T. R. A. Malang: Wineka Media. Available at: <http://fik.um.ac.id/wp-content/uploads/2020/10/3.-ADMINISTRASI-RUMAH-SAKIT.pdf>.
- Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor HK.01.07/MENKES/1128. 2022. *Standar Akreditasi Rumah Sakit*. Indonesia.
- Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 3. 2020. *Klasifikasi dan Perizinan Rumah Sakit*. Available at: http://hukor.kemkes.go.id/uploads/produk_hukum/PMK_No_3_Th_2020_ttg_Klasifikasi_dan_Perizinan_Rumah_Sakit.pdf.
- Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 26. 2022. *Organisasi Dan Tata Kerja Rumah Sakit di Lingkungan Kementerian Kesehatan*. Indonesia.
- Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 47. 2021. *Penyelenggaraan Bidang Perumahsakitan*. Available at: https://jdih.setkab.go.id/PUUdoc/176340/PP_Nomor_47_Tahun_2021.pdf.
- Peraturan Presiden Republik Indonesia Nomor 77. 2015. *Pedoman Organisasi Rumah Sakit*.
- Setyawan, F. E. B. and Supriyanto, S. 2019. *Manajemen Rumah Sakit*. 1st edn. Sidoarjo: Zifatama Jawaara.
- Supriyanto, S. et al. 2023. *Administrasi Rumah Sakit*. Zifatama Jawaara. Available at: <https://books.google.co.id/books?id=ygOzEAAAQBAJ>.

BAB 2

ASPEK LEGAL ADMINISTRASI RUMAH SAKIT

Oleh Ichsan Trisutrisno

2.1 Konsep Aspek Legal Administrasi Rumah Sakit

Aspek hukum pada dasarnya tidak dapat lepas dari kehidupan manusia (Sudikno Mertokusumo, 2019). Selain itu, bagi setiap orang, kesehatan adalah aset yang berharga, sehingga setiap individu akan selalu berusaha untuk menjaga kesehatannya dan sebisa mungkin menghindari faktor yang dapat menimbulkan penyakit (Nainggolan and Herning Sitabuana, 2022). Sebegitu pentingnya arti kesehatan, sehingga kesehatan dimasukkan sebagai salah satu hak yang paling mendasar bagi manusia dan tertuang pada Undang-undang Dasar 1945 misalnya, menegaskan pada Pasal 28 H ayat (1) bahwa “setiap orang berhak memperoleh pelayanan kesehatan”.

Pelayanan kesehatan di rumah sakit merupakan salah satu bentuk sarana kesehatan yang dapat meningkatkan kualitas kesehatan masyarakat (Samsudin, 2021). Dalam menjalankan operasionalnya rumah sakit diharapkan selalu mengacu pada aspek legal yang disusun. Aspek legal di rumah sakit menentukan serangkaian hal pokok seperti dasar hukum suatu kegiatan, aturan bagaimana dan oleh siapa kegiatan itu dilakukan/proses administrasinya, bagaimana bentuk legalitasnya, serta penegakan hukumnya.

Pada prinsipnya administrasi rumah sakit adalah rangkaian kegiatan/upaya kesehatan mulai dari perencanaan (*palnning*), pengorganisasian (*orginizing*), pengarahan (*directing*),

pengawasan (*controlling*), pengoordinasian (*coordinating*), serta penilaian (*evaluating*), sehingga kebutuhan yang berkaitan dengan kesehatan dapat terpenuhi baik pada perorangan, kelompok, maupun masyarakat (Kartikasari, 2019). Dalam pelaksanaannya, aspek legal administrasi rumah sakit merupakan keseluruhan asas-asas yang mengatur pelayanan kesehatan (mulai dari perencanaan, pengorganisasian, pelaksanaan, dan pengawasan pengelolaannya) dan juga meliputi lembaga-lembaga, serta berbagai proses yang mewujudkan berlakunya asas itu dalam masyarakat. Dengan demikian, aspek hukum administrasi rumah sakit tidak hanya merupakan kumpulan aturan-aturan, akan tetapi juga meliputi pelaksanaan aturan yang dibuat institusi (pranata) dan proses yang menjadikan aturan tersebut berlaku, serta dilaksanakan dalam masyarakat.

2.2 Azas-Azas Rumah Sakit

Azas hukum merupakan dasar berdirinya peraturan hukum yakni suatu nilai yang dipandang berkaitan dengan penataan masyarakat dalam mencapai suatu kehidupan yang tertib dan adil. Kebenaran materiil dari tata hukum menjadi landasan formal sistem hukum dan sekaligus menjadi fondasi dari keseluruhan aturan-aturan hukum yang berlaku sebagai hukum positif yang harus ditaati (Atmadja, 2018)

Menurut Undang-Undang No. 44 Tahun 2009, penyelenggaraan kesehatan di Rumah Sakit berasaskan pada Pancasila dan didasarkan kepada azas kemanusiaan, etika dan profesionalitas, manfaat, keadilan, pemerataan, mempunyai fungsi sosial, persamaan hak dan anti diskriminasi, serta memperhatikan perlindungan dan keselamatan pasien.

1. Azas Kemanusiaan

Setiap pembangunan kesehatan senantiasa berdasar pada perikemanusiaan yang berdasarkan pada sila pertama

- yakni Ketuhanan Yang Maha Esa dengan tanpa membedakan golongan, ras, agama dan bangsa
2. Azas Etika dan Profesionalitas
Pengaturan tenaga kesehatan harus dapat mencapai dan meningkatkan profesionalisme tenaga kesehatan dalam menjalankan praktik serta memiliki etika profesi dan sikap profesional
 3. Azas Manfaat
Pelayanan kesehatan harus mampu memberikan manfaat yang sebesar-besarnya bagi kemakmuran dan memementingkan kesehatan bagi setiap warga negara
 4. Azas Keadilan
Penyelenggaraan kesehatan senantiasa dapat berorientasi pada pelayanan yang adil dan seimbang kepada semua lapisan masyarakat dengan pembiayaan terjangkau.
 5. Azas Persamaan Hak dan Anti Diskriminasi
Pembangunan kesehatan tidak membedakan perlakuan terhadap jenis gender atau jenis kelamin baik itu perempuan maupun laki-laki.
 6. Azas Pemerataan
Pemberian pelayanan kesehatan dapat dijangkau oleh seluruh lapisan masyarakat untuk mencapai derajat kesehatan yang setinggi-tingginya
 7. Azas Perlindungan
Pembangunan kesehatan dapat memberikan kepastian hukum atau perlindungan kepada pemberi maupun penerima pelayanan kesehatan
 8. Azas Sosial
Pemberian layanan harus memperhatikan dan menghormati serta tidak membedakan status sosial masyarakat

2.3 Fungsi Legal Rumah Sakit

Hukum mempunyai fungsi penting sesuai dengan maksud yang hendak diwujudkan oleh hukum itu sendiri, yaitu melindungi, menjaga ketertiban dan ketentraman di masyarakat. Sejalan dengan asas hukum, maka fungsi hukum pun ada tiga, yaitu fungsi manfaat, fungsi keadilan, dan fungsi kepastian hukum.

Ketiga fungsi hukum ini pada prinsipnya adalah ingin memberikan perlindungan kepada setiap orang atau pihak . Dengan kata lain, jika terjadi persoalan hukum dalam kehidupan sosial di masyarakat, maka perlindungan hukum perlu diterapkan.

Di dalam dunia Pelayanan Kesehatan (*Health Care*) di rumah sakit, pada dasarnya terdapat dua kelompok orang yang selalu menginginkan adanya kepastian hukum, agar setiap orang akan merasa terlindungi secara hukum. Kedua kelompok tersebut ialah:

1. Kelompok Penerima Layanan Kesehatan (*Health Receiver*)
Pasien dan orang-orang yang ingin memelihara atau meningkatkan derajat kesehatannya.
 - a. Kepastian Hukumnya : antara lain, adanya ijazah dan Surat Izin Praktek Dokter.
 - b. Perlindungan Hukumnya : adanya ketentuan hukum (Perdata) yang memberi jaminan ganti rugi jika terjadi hal-hal yang tidak sesuai dengan yang diperjanjikan.
2. Kelompok Pemberi Layanan Kesehatan (*Health Providers*)
Para *medical providers* yaitu tenaga medis dan penunjang seperti dokter, perawat, bidan, apoteker, analis atau laboran, ahli gizi, dan lain-lain.

2.4 Hukum, Etika, dan Etika Profesi

Etika dan hukum secara umum adalah alat untuk mengatur kehidupan dalam bermasyarakat agar terciptanya ketertiban. Keduanya sama-sama mengajak untuk bersikap dan berperilaku manusiawi, dan juga sama-sama mengatur hak dan kewajiban

individu dan interaksi sosial (Novekawati, 2019). Hanya saja sanksi terhadap pelanggaran dari keduanya berbeda. Pelanggaran terhadap etika atau kode etik profesi berupa sanksi moral atau dapat pula dikeluarkan dari organisasi profesi, sedangkan pelanggaran terhadap hukum kesehatan sanksinya dapat berupa, sanksi pidana, sanksi perdata, dan sanksi administrasi

Hukum sering diartikan sebagai adil, peraturan, perundang-undangan, dan hak. Hukum dalam arti sebagai peraturan perundang-undangan, sebenarnya adalah hukum obyektif. Sedangkan hukum dalam artian hak dan adil merupakan hukum subyektif. Dalam kaitannya dengan sistem sosial, hukum obyektif mempunyai fungsi sebagai berikut :

1. Menjaga keseimbangan susunan masyarakat;
2. Mengukur perbuatan-perbuatan manusia dalam masyarakat, apakah telah sesuai dengan norma-norma hukum yang telah ditetapkan;
3. Mendidik manusia tentang kebenaran, perbuatan, dan perasaan berdasarkan ukuran-ukuran yang telah ditetapkan.

Istilah etika dan etik sering digunakan dalam istilah kehidupan sehari-hari, etika merupakan ilmu yang mempelajari asas akhlak sedangkan etik seperangkat asas atau nilai yang berkaitan dengan akhlak. Istilah etis biasanya digunakan untuk menyatakan suatu sikap atau pandangan yang dapat diterima atau tidak dapat diterima (Suganda, 2017)

Menurut Wiramiharja dan Abdullah pada dasarnya etika meliputi 4 (empat) pengertian:

1. Etika merupakan nilai kebiasaan dalam kehidupan kelompok manusia;
2. Etika digunakan pada suatu di antara sistem-sistem khusus tersebut, yaitu “moralitas” yang melibatkan makna dan kebenaran dan kesalahan seperti salah dan malu;

3. Etika merupakan sistem moralitas itu sendiri yang mengacu pada prinsip-prinsip moral aktual
4. Etika adalah suatu daerah dalam filsafat yang memperbincangkan telaah etika dalam pengertian pengertian lain.

Membahas mengenai profesi tidak akan terlepas dari moral dan etika, karena ketiganya merupakan hal yang saling berkesinambungan, jika melihat dari definisi profesi, maka dapat diuraikan bahwa “profesi merupakan suatu jabatan, Profesional adalah orang yang melakukan dan hidup dari suatu pekerjaan dengan mengandalkan keahlian yang tinggi sedangkan profesionalisme adalah jiwa dari suatu profesi dan profesional.

Profesi dapat dimaknai sebagai janji terhadap tugas dan jabatannya atau bahkan pekerjaannya. Profesi semata-mata tidak dimaksudkan atau tidak berorientasi pada keuntungan diri sendiri, melainkan pada keuntungan yang lebih besar yakni untuk mengabdikan kepada masyarakat

Menurut Franz Magnis Suseno, etika profesi adalah bagian dari etika sosial, yaitu filsafat atau pemikiran kritis rasional tentang kewajiban dan tanggung jawab manusia sebagai anggota umat manusia. Pengertian profesi lebih khusus dari pengertian pekerjaan. Sebuah profesi akan mampu memperoleh kepercayaan dari orang lain jika didalam dirinya ada kesadaran kuat untuk mengindahkan etika profesi pada saat mereka memberikan jasa keahlian profesi kepada orang lain.

Tanpa etika profesi, suatu pekerjaan akan berakhir dengan tidak adanya respek maupun kepercayaan kepada profesi tersebut. Munculnya etika profesi sebenarnya berasal dari adanya penyimpangan perilaku dari oknum terhadap sistem nilai, norma, aturan ketentuan yang berlaku dalam profesinya.

Berdasarkan definisi kode dan etika dapat dijelaskan bahwa kode etik adalah ketentuan yang telah ditetapkan dan menjadi

pedoman bagi masyarakat dalam berperilaku yang didasari pada moral.

2.5 Perizinan Rumah Sakit

2.5.1 Persyaratan

Setiap rumah sakit wajib memiliki perizinan, Rumah Sakit yang beroperasi tanpa memiliki izin akan diberikan hukuman sesuai dengan perundang-undangan berlaku. Pada dasarnya perizinan adalah bentuk legalitas dalam mengendalikan setiap kegiatan atau perilaku baik individu maupun kolektivitas yang sifatnya preventif.

Sebagai institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan rawat inap, rawat jalan, dan gawat darurat, maka perizinan rumah sakit adalah dokumen yang dikeluarkan oleh pemerintah kepada institusi pelayanan kesehatan untuk melakukan pengendalian atas eksternalitas negatif yang mungkin akan ditimbulkan oleh aktivitas sosial dan ekonomi

Untuk melakukan pendirian rumah sakit, maka pemilik atau pengelola harus mengajukan permohonan izin kepada institusi yang berwenang sebelum pendirian bangunan dilakukan sesuai dengan klasifikasi rumah sakit (Kemenkes RI, 2017)

1. Surat rekomendasi dari tim ahli bangunan dari Dinas Pelayanan Terpadu Satu Pintu bidang kesehatan atau bisa juga dari Dinas Pekerjaan Umum setempat
2. Surat rekomendasi dari pejabat yang berwenang di bidang kesehatan pada Pemerintah Daerah, baik pada tingkat Provinsi, Kabupaten, maupun Kota, sesuai dengan klasifikasi Rumah Sakit
3. Fotokopi akta pendirian badan hukum yang sah sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan, kecuali instansi Pemerintah atau Pemerintah Daerah
4. Studi kelayakan (*feasibility study*) rumah sakit

Studi kelayakan ini menggambarkan tentang kegiatan perencanaan rumah sakit secara fisik dan non-fisik yang terdiri atas:

1. Kajian tentang kebutuhan pelayanan rumah sakit
 - a. Demografi yaitu kajian yang mempertimbangkan kepadatan penduduk, luas wilayah, dan karakteristik penduduk (umur, jenis kelamin, dan status perkawinan)
 - b. Sosial ekonomi yaitu kajian yang mempertimbangkan kultur, tingkat pendidikan, angkatan kerja, lapangan pekerjaan, dan pendapatan domestik rata-rata bruto
 - c. Angka kejadian morbiditas dan mortalitas yaitu kajian yang mempertimbangkan sepuluh penyakit utama, angka persalinan, dan angka kematian (GDR, NDR)
 - d. Kebijakan dan regulasi yaitu kajian yang mempertimbangkan regulasi pengembangan wilayah pembangunan sektor non kesehatan, kesehatan, dan perumahsakit
 - e. Kajian aspek internal rumah sakit merupakan rancangan sistem-sistem yang akan dilaksanakan atau dioperasionalkan, termasuk sistem manajemen unit-unit pelayanan, sistem unggulan pelayanan, sistem tarif, rencana kinerja dan keuangan, serta teknologi peralatan
2. Kajian kebutuhan sarana dan prasarana sesuai kriteria klasifikasi rumah sakit yang meliputi:
 - a. Lahan dan bangunan dalam satu kesatuan lokasi saling berhubungan dengan ukuran, luas, bentuk lahan serta bangunan yang mengikuti ketentuan tata ruang daerah setempat yang berlaku
 - b. Persyaratan lokasi meliputi:
 - 1) Tidak berada di area berbahaya seperti dekat anak sungai atau badan air yang dapat mengikis fondasi,

- di tepi lereng, dekat kaki gunung yang rawan terhadap longsor, dan lain-lain
- 2) Tersedia aksesibilitas infrastruktur untuk jalur transportasi.
 - 3) Ketersediaan utilitas publik seperti air bersih, listrik, jalur komunikasi/telepon, dan lain-lain
 - 4) Ketersediaan lahan parkir.
- c. Kajian cakupan jenis pelayanan kesehatan, dan fasilitas lain
 - d. Ketersediaan sumber daya manusia
 - e. Ketersediaan peralatan mulai dari peralatan sederhana hingga peralatan canggih
3. Kajian kemampuan pendanaan/pembiayaan yang meliputi:
- a. Jumlah sumber dana dan kebutuhan dana investasi
 - b. Proyeksi pendapatan terhadap perkiraan jumlah kunjungan dan pengisian tempat tidur
 - c. Proyeksi biaya tetap dan biaya tidak tetap terhadap perkiraan sumber daya manusia
 - d. Proyeksi arus kas 5 sampai 10 tahun
 - e. Proyeksi laba atau rugi 5 sampai 10 tahun
4. *Master plan*
Master plan memuat strategi pengembangan aset untuk 10 tahun ke depan yang meliputi identifikasi proyek perencanaan, tren masa depan, modal, pembiayaan, demografis, dan fasilitas
5. *Detail Engineering Design (DED)*
Desain perencanaan lengkap rumah sakit yang akan dibangun yang meliputi struktur, gambar arsitektur, dan mekanika elektrik
6. Dokumen pengelolaan dan pemantauan lingkungan
Terdiri atas upaya pengelolaan lingkungan, upaya pemantauan lingkungan, atau analisis dampak lingkungan (AMDAL) berdasarkan klasifikasi rumah sakit

7. Fotokopi sertifikat atau bukti kepemilikan tanah atas nama pemilik rumah sakit
8. Izin Undang-Undang Gangguan (*Hinder Ordonantie*/HO)
9. Surat Izin Tempat Usaha (SITU)
10. Izin Mendirikan Bangunan (IMB)
11. Untuk rumah sakit PMA harus melampirkan izin prinsip PMA

2.5.2 Prosedur Izin Mendirikan

Pelayanan kesehatan seperti rumah sakit harus mendapatkan izin dengan memperhatikan prosedur berikut ini (Kemenkes RI, 2017) :

1. Pemilik atau Pimpinan rumah sakit mengajukan surat permohonan izin pendirian kepada Badan atau Dinas Pelayanan Terpadu Satu Pintu bidang kesehatan dengan melampirkan persyaratan administrasi
2. Surat permohonan tembusannya disampaikan kepada:
 - a) Direktur Jenderal Pelayanan Kesehatan
 - b) Kepala Dinas Kesehatan Provinsi setempat
 - c) Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota
3. Kelengkapan dokumen permohonan izin pendirian diperiksa oleh Badan atau Dinas Pelayanan Terpadu Satu Pintu bidang kesehatan
4. Penerbit izin pendirian menerbitkan bukti penerimaan berkas permohonan yang telah lengkap atau memberikan informasi apabila berkas permohonan belum lengkap kepada pemilik paling lama 6 hari kerja sejak berkas permohonan diterima.
5. Penerbit izin pendirian memberikan kelengkapan berkas permohonan izin mendirikan kepada Direktur Jenderal di lingkungan Kementerian Kesehatan di bidang pembinaan perumahsakitan atau pejabat yang berwenang di Bidang

- Kesehatan pada Pemerintah Daerah Provinsi/Kabupaten/Kota;
6. Direktur Jenderal di lingkungan Kementerian Kesehatan di Bidang Pembinaan Perumahsakitan mendelegasikan wewenang dengan pembentukan Tim Visitasi
 7. Berdasarkan kelengkapan berkas permohonan, Direktur di lingkungan Kementerian Kesehatan di Bidang Pembinaan Perumahsakitan atau pejabat yang berwenang di Bidang Kesehatan pada Pemerintah Daerah Provinsi/Kabupaten/Kota melakukan:
 - a) Telaah terhadap kelengkapan dokumen
 - b) Audit analisa studi kelayakan bangunan, *master plan*, dan dokumen lainnya
 - c) Untuk mendapatkan rekomendasi, pemilik berkoordinasi dengan tim ahli pada Badan atau Dinas Pelayanan Terpadu Satu Pintu bidang kesehatan atau Dinas Pekerjaan Umum setempat
 - d) Membentuk Tim Visitasi izin mendirikan
 8. Berdasarkan penunjukan Tim Visitasi, Tim bertugas:
 - a. Untuk melakukan audit *masterplan* dan penilaian kelayakan pembangunan rumah sakit, maka Tim berkoordinasi dengan tim ahli bangunan pada Badan atau Dinas Pelayanan Terpadu Satu Pintu bidang kesehatan atau Dinas Pekerjaan Umum setempat
 - b. Tim Visitasi melakukan kunjungan ke rumah sakit sesuai jadwal yang ditentukan untuk melakukan penilaian dokumen dan peninjauan lapangan atas kelayakan paling lama 7 hari setelah penunjukan
 9. Tim Visitasi harus menyampaikan laporan hasil kepada Direktur di lingkungan Kementerian Kesehatan di Bidang Pembinaan Perumahsakitan atau pejabat yang berwenang di bidang kesehatan di tingkat provinsi atau kabupaten/kota dan umpan balik (*feed back*) kepada

Pemohon yang ditandatangani oleh Direktur di lingkungan Kementerian Kesehatan yang tugas dan tanggung jawabnya di bidang pembinaan perumahsakitan atau pejabat yang berwenang di Bidang Kesehatan di tingkat Provinsi atau Kabupaten/Kota kepada pemohon

10. Berdasarkan laporan hasil visitasi oleh Tim Visitasi, Direktur di lingkungan Kementerian Kesehatan yang tugas dan tanggung jawabnya di bidang perumahsakitan menyampaikan laporan kelayakan pembangunan rumah sakit kepada Direktur Jenderal di lingkungan Kementerian Kesehatan yang tugas dan tanggung jawabnya di bidang perumahsakitan;
11. Berdasarkan laporan kelayakan pembangunan, Direktur Jenderal di lingkungan Kementerian Kesehatan di Bidang Perumahsakitan atau pejabat yang berwenang di Bidang Kesehatan pada Pemerintah Daerah menyampaikan surat rekomendasi penerbitan atau penolakan izin kepada penerbit izin paling lama 7 hari kerja
12. Penerbit izin harus mengeluarkan surat penerbitan atau penolakan izin sesuai rekomendasi teknis dalam jangka waktu 7 hari kerja sejak rekomendasi teknis diterima

DAFTAR PUSTAKA

- Atmadja, D. G. 2018 .Asas-asas hukum dalam sistem hukum', *Kertha Wicaksana*, 12(2), pp. 145–155. Available at: <https://www.ejournal.warmadewa.ac.id/index.php/kertawicaksana/article/view/721>.
- Kartikasari, D. 2019. *Administrasi Rumah Sakit*. Edited by T. R. Indana, Tri. Malang: Wineka Media.
- Kemenkes RI 2017. 'Petunjuk Teknis Izin Mendirikan, Izin Operasional dan Peningkatan Kelas Rumah Sakit'. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI, Direktorat Jendral Pelayanan Kesehatan.
- Nainggolan, V. and Herning Sitabuana, T. 2022 'Jaminan Kesehatan Bagi Rakyat Indonesia Menurut Hukum Kesehatan', *Sibatik Journal*, 1(6), pp. 907–916. doi: 10.54443/sibatik.v1i6.109.
- Novekawati.2019. *Hukum Kesehatan*. Semarang: Sai Wawai Publsing.
- Samsudin.2021. 'Pengaruh Pelayanan Administrasi Terhadap Kepuasan PasienDi RSUD.Pasar Rebo', *Jurnal Ekonomi, Manajemen, Bisnis, dan Sosial (EMBISS)*, 1(4), pp. 397–398.
- Sudikno Mertokusumo.2019. *Mengenal Hukum Liberty*. Yogyakarta: Maha Karya Pustaka.
- Suganda, M. W. 2017. *Hukum kedokteran*. Bandung: Alfabeta.

BAB 3

PENGELOLAAN KEUANGAN RUMAH SAKIT

Oleh Emanuel Hindro Cahyono

3.1 Pendahuluan

Dalam suatu organisasi bisnis, uang memiliki fungsi seperti darah. Darah arus tersedia cukup dan dapat mengalir ke semua organ yang membutuhkan agar tubuh bisa berfungsi dengan normal untuk menjalankan aktivitas secara optimal. Seperti tubuh yang kekurangan darah, jika bisnis kekurangan uang maka proses operasional bisnis akan tersendat. Demikian juga jika uang dalam organisasi bisnis tidak dikelola dengan benar dan didukung dengan sistem pengendalian internal yang memadai bisa berakibat terjadinya berbagai kebocoran uang, yang ibaratnya terjadi pendarahan yang bisa mengancam keberlangsungan hidup organisasi bisnis.

Rumah sakit adalah unit bisnis yang kompleks karena didalamnya terdapat berbagai layanan yang terintegrasi dari layanan klinis, layanan rawat inap yang ada unsur layanan yang mirip dengan hotel dan restoran, layanan Farmasi yang ada kemiripan dengan layanan perdagangan. Di dalamnya terdapat berbagai macam tenaga profesional yang terlibat dalam pelayanan rumah sakit yang perlu dikelola dengan baik dan benar untuk mencapai tujuan. Pemerintah juga telah mengatur sedemikian rupa sehingga usaha rumah sakit menjadi salah satu bidang usaha yang padat regulasi. Berbagai regulasi ini menuntut manajemen dan pemilik RS untuk melakukan penyesuaian baik dalam standar

pelayanan, standar SDM maupun standar fasilitas yang tentu saja membawa konsekuensi pendanaan yang tidak murah.

Dalam perkembangan saat ini, khususnya dalam aspek keuangan rumah sakit perlu dikelola secara lebih serius. Pertumbuhan jumlah RS yang sangat cepat dalam 10 tahun terakhir telah menyebabkan situasi persaingan sedemikian tajam. Demikian juga dengan adanya perubahan pola pembayaran retrospektif menjadi system prospektif yang diterapkan oleh Pemerintah dalam system pembiayaan Kesehatan di RS bagi pasien peserta BPJS Kesehatan menuntut manajemen RS merubah cara berpikir yang harus memperhatikan aspek pengelolaan keuangan dengan sungguh-sungguh.

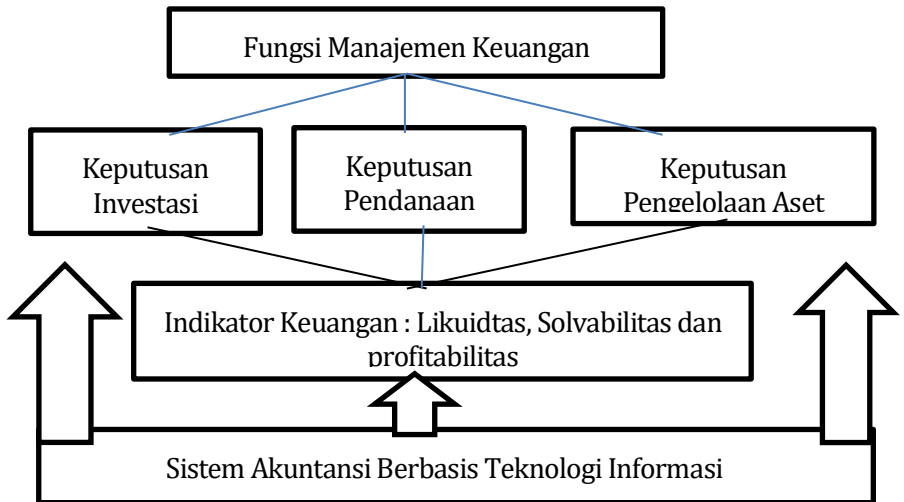
3.2 Konsep Manajemen Keuangan Komprehensif

Topik utama dalam manajemen keuangan adalah bagaimana seorang manajer keuangan yang membuat suatu keputusan keuangan pada hari ini akan mempengaruhi hasil dan risiko yang akan diterima perusahaan di masa yang akan datang.

Manajemen keuangan (*financial management*) adalah segala aktivitas perusahaan yang berhubungan dengan bagaimana memperoleh dana, menggunakan dana, dan mengelola aset sesuai tujuan perusahaan secara menyeluruh (Agus Harjito dan Martono, 2010).

Untuk memahami manajemen keuangan secara komprehensif dapat digambarkan dalam bagan berikut :

MANAJEMEN KEUANGAN KOMPREHENSIVE



Gambar 3.1. Manajemen Keuangan Komprehensif

Dari tabel di atas dapat dijelaskan bahwa ada 3 fungsi pokok manajemen keuangan yaitu keputusan investasi, keputusan pendanaan dan keputusan pengelolaan aset. Dalam menjalankan ketiga fungsi pokok tersebut indikator keberhasilan manajemen keuangan akan dilihat melalui indikator keuangan yang terdiri dari likuiditas, solvabilitas dan profitabilitas.

Agar keputusan-keputusan utama keuangan tersebut diatas efektif maka perlu ditopang dengan system informasi akuntansi yang kredibel. Data akuntansi ini yang akan membantu manajemen keuangan dalam mengambil keputusan secara efektif sekaligus memberikan informasi untuk mengukur efektivitas hasil dari keputusan keuangan yang sudah diambil oleh manajemen. Mengingat rumah sakit adalah usaha yang sangat kompleks maka

system informasi akuntansi harus dibangun berbasis teknologi informasi. Secara lebih detail hal tersebut akan diuraikan lebih lanjut dalam beberapa sub bab dibawah.

3.3 Fungsi Manajemen Keuangan

Menurut Agus Harjito dan Martono, (Harjito dan Martono, 2010) fungsi pokok manajemen keuangan terdiri dari 3 keputusan Utama yaitu keputusan investasi, keputusan pendanaan dan keputusan pengeloaan aset.

1. Keputusan Investasi

Kepitusan investasi berhubungan dengan keputusan manajemen dalam penempatan dana di berbagai jenis aset yang diperlukan dalam mengelola rumah sakit. Investasi ini dapat berupa kas setara kas, deposito, surat berharga, persediaan barang farmasi dan barang umum, peralatan medis, mesin, tanah dan bangunan dan asset lainnya. Aset ini akan dimanfaatkan oleh rumah sakit dalam kegiatannya untuk mencapai tujuan rumah sakit. Keputusan investasi yang dilakukan oleh rumah sakit dapat dilakukan dengan beberapa langkah, antara lain:

- a. Manajemen menetapkan kebutuhan aset secara keseluruhan (*total assets*) yang diperlukan dalam mengelola rumah sakit.
- b. Dari aset yang diperlukan ditetapkan komposisi dari aset-aset tersebut yaitu berapa jumlah aset lancar (*current assets*) dan berapa jumlah aset tetap (*fixed assets*).
- c. Memanfaatan aset secara optimal, dan mengevaluasi aset-aset yang tidak ekonomis untuk dikurangi, dihilangkan atau diganti dengan aset yang baru.

2. Keputusan Pendanaan

Keputusan pendanaan berhubungan dengan pencarian sumber dana untuk memenuhi kebutuhan investasi rumah

sakit . Keputusan pendanaan menyangkut beberapa hal, antara lain:

- a. Menetapkan berbagai sumber dana yang diperlukan untuk membiayai investasi asset rumah sakit. Sumber dana yang akan digunakan untuk membiayai investasi tersebut dapat berupa sumber internal yaitu dari laba ditahan dan penyusutan. Sumber dari eksternal yaitu hutang jangka pendek, hutang jangka panjang dan tambahan modal dari pemilik.
- b. Penetapan tentang struktur modal yang optimum. Struktur modal optimum adalah perimbangan hutang jangka panjang dan modal sendiri dengan biaya modal rata-rata minimal. Oleh karena itu, perlu ditetapkan apakah rumah sakit akan menggunakan sumber modal eksternal yang berasal dari hutang atau tidak karena akan mempengaruhi beban biaya modal yang ditanggung rumah sakit. Kekeliruan dalam pengambilan keputusan pendanaan ini dapat berakibat biaya yang ditanggung rumah sakit tidak optimal.

3. Keputusan Pengelolaan Aset

Pada keputusan pengelolaan aset ini adalah tanggungjawab semua manajer di berbagai tingkatan operasi dari aset-aset yang ada saling bekerja sama dengan baik agar aset yang telah diperoleh dengan pendanaan yang tepat dapat dikelola secara efisien dan menghasilkan pengembalian yang layak.

3.4 Akuntansi

Untuk mendukung pengambilan keputusan dibidang keuangan maka diperlukan system informasi keuangan atau yang biasa dikenal dengan istilah Akuntansi. Akuntansi merupakan suatu sistem untuk menghasilkan informasi keuangan yang digunakan oleh para pemakaiannya dalam

proses pengambilan keputusan bisnis (Ikhsan dan Dhramanegara, 2014). Ditinjau dari segi prosesnya, akuntansi merupakan proses identifikasi, pencatatan dan pelaporan data-data atau informasi ekonomi yang bermanfaat sebagai penilaian dan pengambilan keputusan (Agie Hanggara (2019). Dari definisi diatas cukup jelas bahwa peran akuntansi sangat penting karena menjadi sumber informasi utama dalam pengambilan keputusan manajemen dalam bidang keuangan. Oleh karena itu proses penyusunan informasi keuangan harus melalui proses akuntansi yang benar, dikelola dengan sistem yang terpercaya dan dikerjakan oleh orang yang kompeten agar kualitas laporan keuangan yang dihasilkan dapat diyakini kebenarannya.

Bidang akuntansni yang sangat penting dan wajib dibuat oleh rumah sakit adalah Akuntansi Keuangan. Akuntansi keuangan adalah akuntansi yang wajib dibuat oleh manajemen dengan tujuan untuk menghasilkan laporan keuangan kepada pemilik dan pihak eksternal sekaligus berguna bagi pengambilan keputusan manajemen. Output dari Akuntansi Keuangan ini meliputi Neraca, laporan Laba Rugi, Laporan Arus Kas, Laporan Perubahan Modal dan Catatan Atas Laporan Keuangan. Laporan Keuangan ini dihasilkan melalui proses akuntansi.

3.4.1 Neraca

Neraca (*Balance Sheet*) atau dalam istilah lain disebut Laporan Posisi Keuangan adalah laporan keuangan yang berisi ringkasan keadaan atau posisi keuangan suatu rumah sakit di suatu saat tertentu (biasanya akhir periode) yang meliputi nilai asset (kekayaan), liabilitas (hutang) dan ekuitas (modal). Aset adalah kekayaan RS yang bisa terdiri dari Kas, surat berharga, piutang usaha, persediaan, dan asset tetap tanah, bangunan peralatan medis, mesin dan asset tetap lain. Liabilitas adalah kewajiban atau utang yang harus dilunasi rumah sakit kepada pihak lain pada saat

jatuh tempo. Sedangkan Ekuitas adalah modal pemilik atau pemegang saham. Penyajian Neraca biasanya disajikan dengan Neraca periode tahun sebelumnya. Penyajian dengan tahun sebelumnya dilakukan agar secara mudah bisa dilakukan perbandingan untuk melihat perubahan akun-akun dalam Laporan Neraca sehingga memudahkan dalam analisis jika ada perubahan yang signifikan. Contoh Neraca rumah sakit adalah seperti tabel 3.1.

3.4.2 Laporan Laba Rugi

Laporan laba Rugi (*Income Statement*) atau Laporan Aktivitas adalah laporan keuangan yang menunjukkan pendapatan, beban dan laba bersih suatu rumah sakit selama periode waktu tertentu, biasanya selama satu tahun. Laporan ini memberikan gambaran mengenai kinerja keuangan rumah sakit. Laporan Laba Rugi menjadi salah satu sumber informasi penting yang berguna untuk menilai kesehatan keuangan rumah sakit dan sangat diperlukan untuk membuat keputusan keuangan yang tepat.

Laporan laba rugi terdiri dari pendapatan, beban, dan laba. Pendapatan mencakup semua sumber pendapatan yang diterima oleh rumah sakit selama periode waktu tertentu, seperti pendapatan pelayanan rawat inap, farmasi, laboratorium dan pendapatan rumah sakit lainnya. Sedangkan biaya mencakup semua beban yang dikeluarkan oleh rumah sakit selama periode waktu tertentu, seperti beban gaji, harga pokok penjualan, beban penyusutan, beban administrasi, dan beban-beban lainnya. Dari total pendapatan setelah dikurangi total beban dari maka diperoleh laba. Seperti Neraca, Laporan Laba Rugi juga biasanya disajikan dengan laporan tahun sebelumnya. Penyajian dengan tahun sebelumnya dilakukan agar secara mudah bisa dilakukan perbandingan untuk melihat perubahan akun-akun dalam Laporan Laba Rugi sehingga memudahkan dalam analisis jika ada perubahan yang

signifikan. Perubahan bisaContoh Laporan Laba Rugi RS seperti nampak dalam tabel 3.2.

Tabel 3.1. Contoh Neraca Rumah Sakit
RS X
NERACA
Per 31 Desember 2022

	2022	2021
ASET		
ASET LANCAR		
Kas & setara Kas	14,110,000,000	7,000,000,000
Piutang Usaha	25,000,000,000	26,000,000,000
Persediaan	3,500,000,000	2,800,000,000
Jumlah Aktiva Lancar	42,610,000,000	35,800,000,000
ASET TETAP		
Tanah	5,100,000,000	5,100,000,000
Bangunan	40,000,000,000	40,000,000,000
Peralatan Medik	20,000,000,000	18,000,000,000
Sarana Fisik lainnya	5,000,000,000	4,510,000,000
Akum Penyusutan Akt Tetap	(30,000,000,000)	(28,000,000,000)
Jumlah Aset Tetap	40,100,000,000	39,610,000,000
JUMLAH ASET	82,710,000,000	75,410,000,000
LIABILITAS DAN EKUITAS		
LIABILITAS JANGKA PENDEK		
Utang Usaha	4,000,000,000	3,800,000,000
Utang Jangka Pendek Lain	6,000,000,000	5,000,000,000
Jumlah Liablitas Jk Pendek	10,000,000,000	8,800,000,000
UTANG JANGKA PANJANG		
Utang Bank	15,000,000,000	16,000,000,000
Jumlah Utang Jangka Panjang	15,000,000,000	16,000,000,000

	2022	2021
EKUITAS		
Modal	50,610,000,000	45,000,000,000
Laba tahun berjalan	7,100,000,000	5,610,000,000
Jumlah Ekuitas	57,710,000,000	50,610,000,000
JUMLAH LIABILITAS DAN EKUITAS	82,710,000,000	75,410,000,000

Tabel 3.2. Contoh Laporan Laba Rugi Rumah Sakit
RS X

LAPORAN LABA RUGI
Untuk Tahun Yang Berakhir Pada 31 Desember 2022

PENDAPATAN	2022	2021
A. PENDAPATAN OPERASIONAL		
Pendapatan Rawat Jalan & IGD	10,000,000,000	8,000,000,000
Pendapatan Rawat Inap	25,000,000,000	24,000,000,000
Pendapatan Farmasi	30,000,000,000	27,000,000,000
Pendapatan Laboratorium	8,000,000,000	7,000,000,000
Pendapatan Radiologi	6,000,000,000	5,000,000,000
Pendapatan Operasional Lain	8,150,000,000	8,000,000,000
Total Pendapatan Operasional	87,150,000,000	79,000,000,000
C. PENDAPATAN NON OPERASI		
Pendapatan Parkir dan Sewa tenant	300,000,000	300,000,000
Pendapatan Non Operasi Lainnya	1,700,000,000	1,700,000,000
Total Pendapatan Non Operasional	2,000,000,000	2,000,000,000
TOTAL PENDAPATAN	89,150,000,000	81,000,000,000

PENDAPATAN	2022	2021
B E B A N		
A. BEBAN OPERASIONAL		
Beban Gaji dan upah	26,000,000,000	23,000,000,000
Beban Barang Farmasi dan Medik	29,000,000,000	24,000,000,000
Beban Penyusutan dan Amortisasi	2,000,000,000	5,500,000,000
Beban Bahan Makanan	5,000,000,000	4,500,000,000
Beban Umum dan Rumah Tangga	12,000,000,000	10,000,000,000
Beban Administrasi	1,000,000,000	1,000,000,000
Beban Listrik, ar & telpon	3,000,000,000	2,700,000,000
Beban Operasional Lain	4,000,000,000	3,000,000,000
Total Beban Operasional	82,000,000,000	73,700,000,000
B. BEBAN NON OPERASIONAL		
Beban Non Operasional	50,000,000	50,000,000
TOTAL BEBAN	82,050,000,000	73,750,000,000
LABA	7,100,000,000	7,250,000,000

3.4.3 Laporan Arus Kas

Laporan Arus Kas (*Cash Flow Statement*) adalah laporan keuangan yang memberikan informasi arus kas masuk maupun arus kas keluar rumah sakit selama periode tertentu. Dari laporan arus kas ini dapat diperoleh informasi tentang kemampuan rumah sakit dalam menghasilkan kas dari 3 aktivitas pokok arus kas yaitu aktivitas operasi, investasi dan pendanaan selama satu periode tertentu. Arus kas dari operasi adalah seluruh aktivitas rumah sakit untuk memperoleh pendapatan baik pendaptan operasional maupun non operasional yang pada umumnya berasal dari

transaksi yang mempengaruhi laba atau rugi rumah sakit. Arus kas masuk dari operasi ini diantaranya penerimaan tunai dari pelayanan pasien, penerimaan piutang usaha, penerimaan dari bunga. Arus kas keluar dari aktifitas operasi misalnya pengeluaran untuk pembelian obat dan bahan medis, membayar gaji, membayar utang usaha dan membayar pengeluaran biaya operasional dan biaya non operasional lainnya. Arus kas dari aktivitas investasi adalah arus masuk dan keluarnya kas rumah sakit yang berasal dari perolehan dan pelepasan aktiva tetap, investasi jangka panjang dan investasi lain yang tidak termasuk dalam kategori aktiva lancar. Arus kas masuk dari aktivitas investasi ini diantaranya adalah pelepasan atau penjualan aktiva tetap rumah sakit, pelepasan investasi jangka panjang seperti surat berharga negara, pencairan deposito yang jauh temponya lebih dari 3 bulan. Arus kas keluar dari aktivitas investasi diantaranya adalah pembelian aktiva tetap (alat medis, mesin-mesin, tanah dan bangunan dll), pembelian/penempatan dana di instrument investasi jangka panjang (Surat Berharga Negara, obligasi, deposito dengan jangka waktu lebih 3 bulan). Sedangkan arus kas dari aktivitas pendanaan adalah arus masuk dan keluarnya kas yang mempengaruhi perubahan dalam komposisi ekuitas/modal pemilik dan utang. Arus kas masuk dari aktivitas pendanaan ini diantaranya adalah setoran kas dari tambahan modal pemilik dan penerimaan uang yang berasal dari pinjaman bank atau pihak lain. Arus kas keluar yang berasal dari aktivitas pendanaan ini misalnya adalah pembayaran utang pokok kepada kreditur bank atau pihak lain dan pembayaran deviden kepada pemilik atau investor. Laporan arus kas bisa menggunakan 2 (dua) metode yaitu metode langsung dan metode tidak langsung. Metode langsung adalah penyusunan laporan arus kas dengan cara mengambil langsung dari transaksi kas rumah sakit dan mengelompokkan dalam 3 kelompok yaitu arus kas dari operasi, dari investasi dan dari pendanaan. Sedangkan metode tidak langsung dilakukan dengan cara

menghitung pergerakan arus kas dari aktivitas operasional dengan menggunakan informasi akuntansi dalam, laporan keuangan yaitu Laporan laba Rugi dan Neraca. Perhitungan arus kas dengan metode tidak langsung dimulai dengan jumlah laba rugi rumah sakit yang tertuang dalam Laporan laba Rugi. Dari jumlah laba atau rugi kemudian disesuaikan dari perubahan dalam akun aset dan kewajiban di laporan neraca dibandingkan dengan periode sebelumnya. Perbedaan tersebut yang akan menambah atau mengurangi nilai laba atau rugi untuk mendapatkan nilai arus kas.

Perhitungan arus kas dengan menggunakan metode langsung atau tidak langsung akan menghasilkan angka yang sama.

Dengan mengelompokkan arus kas menjadi 3 aktivitas akan memudahkan manajemen dalam melacak arus keluar masuknya kas rumah sakit dalam satu periode. Jika terjadi penurunan nilai kas tidak selalu bermakna negative. Bisa terjadi arus kas netto dari operasi positif, namun terjadi penurunan kas karena rumah sakit melakukan keputusan ekspansi dengan menambah berbagai fasilitas baru untuk meningkatkan pendapatan dan kinerja keuangan ditahun mendatang, Sebaliknya nilai kas yang meningkat belum tentu berarti rumah sakitnya bertumbuh karena bisa terjadi uang kas bertambah berasal dari pinjaman bank atau tambahan modal dari pemilik bukan berasal dari arus kas dari aktivitas operasi,

Contoh perhitungan Laporan Arus Kas dengan metode langsung bisa dilihat pada tabel 3.3. Sedangkan contoh Laporan Arus Kas dengan metode tidak langsung bisa dilihat ada tabel 3.4

Laporan arus kas ini dapat bermanfaat untuk memprediksi kemampuan rumah sakit untuk menghasilkan arus kas di masa mendatang, menilai kemampuan rumah sakit

untuk membayar kewajibannya dan menjelaskan penyebab perbedaan antara laba bersih dan arus kas bersih.

Tabel 3.3. Contoh Laporan Arus Kas Rumah Sakit dengan Metode Langung

RS X

LAPORAN ARUS KAS

Untuk Tahun Yang Berakhir Pada 31 Desember 2022

	2022	
Arus kas dari aktivitas operasi		
Kas diterima dari pelayanan tunai	30.000.000.000	
Kas diterima dari piutang usaha	60.000.000.000	
Kas diterima dari pendapatan lain	2.000.000.000	
		92.000.000.000
Dikurangi :		
Kas untuk membayar utang usaha	30.000.000.000	
Kas untuk membayar gaji	35.000.000.000	
Kas untuk membayar pajak	2.000.000.000	
Kas untuk membayar biaya lain	18.000.000.000	
		85.000.000.000
Arus kas bersih dari aktivitas operasi		7.000.000.000
B. ARUS KAS DARI INVESTASI		
Penjualan Aset Tetap Kendaraan	300.000.000	
Kas keluar untuk Pembelian Alat medik	(1.000.000.000)	

Kas keluar untuk Pembelian Mesin	(200.000.000)	
Arus kas bersih dari aktivitas investasi		(900.000.000)
B. ARUS KAS DARI PENDANAAN		
Kas diterima dari Utang bank	1.000.000.000	
Pembayaran deviden kepada pemilik	(2.000.000.000)	
Arus Kas Neto dari Pendanaan		(1.000.000,000)
Kenaikan kas		5.100.000.000
Saldo Kas awal Tahun		6.000.000.000
Saldo Kas Akhir tahun 2022		11.100.000.000

Tabel 3.4. Contoh Laporan Arus Kas Rumah Sakit dengan Metode Tidak Langsung

RS X

LAPORAN ARUS KAS

Untuk Tahun Yang Berakhir Pada 31 Desember 2022

	2022	
Arus kas dari aktivitas operasi		
Laba Bersih menurut Lap Laba Rugi		5.000.000.000
Ditambah :		
Biaya Penyusutan/depresiasi	2,000,000,000	
Penurunan Piutang Usaha	1,000,000,000	
Kenaikan Utang Usaha	300.000.000	
Kenaikan Utang Beban	200.000.000	
		3.500.000.000
Dikurangi :		
Kenaikan persediaan barang	500.000.000	

	2022	
Penurunan Utang Jasa dokter	400.000.000	
Kenaikan Uang muka pembelian	600.000.000	
		1.500.000.000
Arus kas bersih dari aktivitas operasi		7.000.000.000
B. ARUS KAS DARI INVESTASI		
Penjualan Aset Tetap Kendaraan	300.000.000	
Kas keluar untuk Pembelian Alat medik	(1.000.000.000)	
Kas keluar untuk Pembelian Mesin	(200.000.000)	
Arus kas bersih dari aktivitas investasi		(900.000.000)
B. ARUS KAS DARI PENDANAAN		
Kas diterima dari Utang bank	1.000.000.000	
Pembayaran deviden kepada pemilik	(2.000.000.000)	
Arus Kas Neto dari Pendanaan		(1.000.000.000)
Kenaikan kas		5.100.000.000
Saldo Kas awal Tahun		6.000.000.000
Saldo Kas Akhir tahun 2022		11.100.000.000

3.5 Indikator Keberhasilan Pengelolaan Keuangan

Sebagaimana sudah diketahui dalam menjalankan tugasnya manajemen bertujuan untuk mencapai tujuan bisnis secara efektif dan efisien. Dalam pengelolaan keuangan rumah sakit juga memiliki tujuan yaitu kondisi keuangan yang sehat. Kesehatan keuangan ini bisa diukur secara jelas karena dapat dihitung secara kuantitatif. Indikator keuangan ini dapat ditetapkan sebagai

indikator keberhasilan manajemen rumah sakit dalam mengelola keuangan rumah sakit. Indikator ini biasa dikenal melalui Analisa rasio keuangan.

Secara garis besar indikator ini dapat diuraikan sebagai berikut :

1. Likuiditas

Likuiditas secara sederhana diartikan sebagai kemampuan rumah sakit untuk memenuhi kewajiban jangka pendeknya. Rumah sakit yang likuid adalah rumah sakit yang mampu memenuhi seluruh kewajiban jangka pendeknya tepat waktu Sedangkan rumah sakit yang illikuid adalah rumah sakit yang tidak mampu memenuhi kewajiban jangka pendeknya. Akibatnya kadang terjadi keterlambatan pembayaran hutang pembelian obat-obatan atau kewajiban lain sehingga mengganggu relasi atau hubungan dengan para rekanan yang pada akhirnya bisa menyebabkan gangguan ketersediaan obat karena pembelian terkunci tidak bisa pesan obat karena keterlambatan pembayaran hutang obat kepada rekanan.

Likuiditas bisa diukur dengan beberapa rasio diantaranya adalah :

- a. Current Ratio

Rasio ini umum digunakan untuk menilai posisi modal kerja rumah sakit. Current ratio ini diukur dengan cara membandingkan asset lancar dengan utang lancar (liabilitas jangka pendek). Angka asset lancar dan utang lancar bisa dengan mudah dilihat dalam akun di Laporan Neraca rumah sakit. Rasio ini menggambarkan berapa besar asset lancar dibandingkan dengan hutang lancar. Agar rumah sakit tidak mengalami kesulitan dalam memenuhi kewajiban jangka pendeknya, maka angka rasio ini tidak boleh dibawah 1 atau 100 %. Meski tidak ada pedoman yang baku namun ada pandangan konservatif rasio ini

idealnya sekitar 2x atau 200 %. Angka rasio idelanya sebaiknya dihitung secara spesifik di masing-masing rumah sakit dengan memperhatikan karakteristik asset lancar dan hutang lancarnya. Namun rasio ini sangat tergantung dari karakteristik masing-masing rumah sakitnya. Berdasarkan Neraca RS X pada tabel 3.1, maka *Current Ratio* tahun 2022 adalah sebagai berikut :

Aset Lancar : 42.610.000.000

Liabilitas Jangka Pendek : 10.000.000.000

Current Ratio =

$$(42.610.000.000 / 10.000.000.000) \times 100 \% = 426,10\%$$

b. Cash ratio

Cash ratio atau rasio kas adalah rasio antara total kas dan setara kas dengan hutang lancar (laibilitas jangka pendek) suatu rumah sakit pada saat tertentu. *Cash ratio* ini merupakan rasio likuiditas yang bersifat konservatif yang mengukur kemampuan rumah sakit dengan ketersediaan kas dan setara kasnya untuk melunasi hutang jangka pendeknya. Cash ratio ini dihitung dengan cara membandingkan jumlah kas dan setara kas dengan hutang lancar (laibilitas jangka pendek). Nilai kas dan setara kas serta hutang lancar bisa dengan mudah dilihat dalam akun di Laporan Neraca rumah sakit. Berapa angka rasio yang sehat, tidak *ada* pedomannya, namun bisa dihitung secara spesifik di masing-masing rumah sakit. Berdasarkan Neraca RS X pada tabel 3.1, maka *Cash Ratio* tahun 2022 adalah sebagai berikut :

Kas dan Setara Kas : 14.110.000.000

Liabilitas Jangka Pendek : 10.000.000.000

Cash Ratio =

$$(14.110.000.000/10.000.000.000) \times 100 \% = 141,10\%$$

2. Solvabilitas

Solvabilitas adalah indikator kemampuan rumah sakit untuk memenuhi seluruh kewajibannya jika rumah sakit dilikuidasi. Rumah sakit yang solvable adalah rumah sakit yang mampu memenuhi seluruh kewajibannya jika per tanggal laporan keuangan dilikuidasi. Sedangkan rumah sakit yang tidak solvable adalah rumah sakit yang tidak mampu memenuhi seluruh kewajibannya jika per tanggal laporan keuangan dilikuidasi.

Solvabilitas bisa diukur dengan beberapa rasio diantaranya adalah:

a. Debt to Equity Ratio

Debt Equity ratio atau Rasio Utang Terhadap Ekuitas/Modal ini mengukur porsi relatif antara utang dan ekuitas yang digunakan untuk mendanai aset rumah sakit. Nilai utang dan ekuitas atau modal bisa dilihat dalam akun di Laporan Neraca rumah sakit Secara konservatif jumlah total utang dijaga agar tidak lebih besar dibandingkan dengan jumlah ekuitas atau modal pemilik atau dinyatakan dengan rasio maximal adalah 100% atau 1:1. Namun pendapat ini bukanlah standar yang bisa digunakan sebagai acuan secara umum. Rumus perhitungannya adalah : *Debt to Equity Ratio (DER) = Total Utang / Ekuitas (Modal) x 100%*.

Berdasarkan tabel 3.1 dapat dihitung DER tahun 2022 sbb :

Total Utang : 25.000.000.000

Ekuitas : 57.710.000.000

DER : $(25.000.000.000/57.710.000.000) \times 100 \% = 43 \%$.

b. *Long Term Debt to Total Aset Ratio*

Long Term to Debt Total Aset Ratio atau rasio utang jangka panjang terhadap total aset adalah rasio utang jangka panjang (*long term debt*) dibagi dengan total aset rumah sakit. Jumlah utang jangka panjang dan total aset bisa dilihat dalam akun di Laporan Neraca rumah sakit. Rasio ini menggambarkan proporsi total aset rumah sakit yang dibiayai dari utang jangka panjang. Semakin kecil rasio ini menunjukkan semakin sedikitnya aset rumah sakit yang berasal dari utang jangka panjang sehingga risikonya juga semakin kecil. Rumus perhitungannya adalah : *Long term Debt to Total Aset Ratio* = $(\text{Total Utang jangka Panjang} / \text{Total Aset}) \times 100 \%$.

Berdasarkan tabel 3.1 dapat dihitung *Long Term Debt to Total Aset Ratio* tahun 2022 sbb :

Total Utang Jangka Panjang : 15.000.000.000

Total Aset : 82.710.000.000

Long Term Debt to Total Aset Ratio = $(15.000.000.000 / 82.710.000.000) \times 100 \% = 18,14 \%$.

3. Profitabilitas

Profitabilitas adalah kemampuan rumah sakit dalam menghasilkan laba dalam satu periode tertentu. Rasio profitabilitas merupakan indikator keuangan yang sangat penting dan sering dipakai oleh pemilik, para investor, kreditor dan manajemen untuk mengukur dan mengevaluasi kemampuan rumah sakit dalam menghasilkan laba relatif terhadap pendapatan, aset, dan ekuitas pemilik selama periode waktu tertentu.

Profitabilitas adalah indikator kinerja rumah sakit yang dihasilkan dari keputusan investasi, keputusan pendanaan

dan keputusan pengelolaan asset yang telah diambil oleh manajemen rumah sakit sebelumnya.

Profitabilitas bisa diukur dengan beberapa rasio diantaranya adalah:

a. *Profit margin (PM)*

Profit margin atau margin laba merupakan rasio laba terhadap pendapatan yang dihasilkan dari jasa pelayanan rumah sakit. Rasio profitabilitas ini, mengukur seberapa besar dari setiap pendapatan rumah sakit yang menjadi laba yang dinyatakan dalam angka rasio atau persentase. Perhitungan profit margin ini dilakukan dengan cara membandingkan laba dengan pendapatan pelayanan rumah sakit. Jumlah laba dan pendapatan rumah sakit bisa dilihat dalam akun di Laporan Laba Rugi rumah sakit. Nilai profit margin yang cukup tinggi mencerminkan efisiensi operasional rumah sakit yang baik dimana pendapatan bisa menutup seluruh biaya sekaligus memberikan laba bersih kepada pemilik rumah sakit. Semakin tinggi profit margin semakin baik kinerja rumah sakit. Untuk rumus menghitung profit margin atau margin laba adalah : $Profit\ margin = (Laba / Total\ Pendapatan) \times 100\%$.

Berdasarkan tabel 3.2 dapat dihitung *Profit Margin* tahun 2022 sbb :

Laba : 7.100.000.000

Total Pendapatan : 89.150.000.000

Profit Margin =

$(7.100.000.000 / 89.150.000.000) \times 100 \% = 19,45 \%$.

b. *Return on Assets (ROA)*

Return on Assets atau tingkat pengembalian aset adalah rasio profitabilitas untuk menilai seberapa besar

kemampuan asset yang dimiliki oleh rumah sakit untuk menghasilkan laba. Perhitungan ROA ini dilakukan dengan cara membandingkan laba dengan total aset rumah sakit. Jumlah laba bisa dilihat dalam Laporan Laba Rugi, sedangkan total asset bisa dilihat dalam Neraca. Semakin tinggi rasio *return on assets*, semakin baik kinerja rumah sakit. Rumus rasio return on assets adalah : $ROA = (Laba / Total\ assets) \times 100 \%$.

Berdasarkan tabel 3.1 dan 3.2 dapat dihitung ROA tahun 2022 sbb :

Laba : 7.100.000.000

Total Pendapatan : 89.150.000.000

$ROA = (7.100.000.000 / 89.150.000.000) \times 100 \% = 7,96 \%$.

c. *Return on Equity (ROE)*

Return on equity ratio atau tingkat pengembalian modal adalah rasio profitabilitas untuk menilai kemampuan rumah sakit dalam menghasilkan laba dari investasi pemilik yang tercermin dalam nilai ekuitas pemilik atau modal. Rasio ini dihitung dari laba yang diperoleh rumah sakit terhadap modal yang ditanamkan oleh pemilik. Jumlah laba bisa dilihat dalam Laporan Laba Rugi, sedangkan jumlah ekuitas atau modal pemilik bisa dilihat dalam Neraca. Seperti rasio profitabilitas lain, semakin tinggi angka rasio ini akan semakin baik kinerja keuangan rumah sakit. Rumus *Return on Equity* adalah : $ROE = (Laba / Ekuitas\ atau\ modal) \times 100 \%$.

Berdasarkan tabel 3.1 dan 3.2 dapat dihitung ROE tahun 2022 sbb :

Laba : 7.100.000.000

Ekuitas : 57.710.000.000

$ROE = (7.100.000.000 / 57.710.000.000) \times 100 \% = 12,30$
%.

DAFTAR PUSTAKA

- Hanggara, Agie. 2019. *Pengantar Akuntansi*. Surabaya : CV. Jakad Publishing
- Harjito, A., Martono. 2010. *Manajemen Keuangan*. Yogyakarta : Ekonisia
- Ikhsan, A., Dharmanegara, I. 2014. *Akuntansi dan Manajemen Keuangan Rumah Sakit*. Yogyakarta : Graha Ilmu

BAB 4

MANAJEMEN SUMBER DAYA MANUSIA

Oleh Nurriil Cholifatul Izza

4.1 Konsep Manajemen Sumber Daya Manusia

Penggunaan sumber daya manusia dan sumber daya lainnya secara efektif dan efisien untuk mencapai suatu tujuan tertentu disebut ilmu manajemen. *Men, money, methods, materials, machines*, dan *market* merupakan komponen yang berhubungan langsung dengan manajemen ini. Oleh karena itu, dalam aspek *men* (manusia) muncul cabang ilmu manajemen yang dikenal dengan manajemen sumber daya manusia (*man power management*) (Hasibuan, 2019). Satu-satunya sumber daya yang memiliki emosi, keinginan, keterampilan, pengetahuan, dorongan, kekuatan, dan usaha. Potensi sumber daya manusia secara keseluruhan mempengaruhi upaya organisasi untuk mencapai tujuannya (Soetrisno, 2017).

Proses menggunakan sumber daya manusia sebagai sumber daya atau aset utama dengan menerapkan fungsi manajerial dan operasional untuk berhasil mencapai tujuan organisasi yang ditetapkan dikenal sebagai manajemen sumber daya manusia. Tugas perencanaan, pengorganisasian, pengarahan, koordinasi, dan pengawasan termasuk dalam peran manajemen SDM. Analisis dan desain pekerjaan, perencanaan SDM, seleksi, penempatan, pelatihan, motivasi, kompensasi, pengembangan, integrasi, pemeliharaan, dan penghentian adalah beberapa tugas SDM operasional (Sinambela, 2016).

Apa yang dimaksud dengan "sumber daya manusia di rumah sakit" dalam konteks pembahasan di atas? Pengelolaan sumber daya, baik berupa personel, sarana, dan prasarana merupakan hal yang sangat penting bagi rumah sakit sebagai perusahaan penyedia jasa. Rumah sakit adalah instansi padat sumber daya manusia karena ada beberapa macam profesi dan jumlah tenaga kerja yang ada didalamnya. Sumber daya ini mencakup profesional kesehatan (seperti dokter, perawat, apoteker, analis, ahli diet, fisioterapis, dan perekam medis) dan profesional non-kesehatan (seperti di bidang keuangan, administrasi, personel, keamanan, dll) (Raziansyah, 2021).

4.2 Perencanaan Sumber Daya Manusia

Perencanaan sebagai salah satu fungsi manajemen, yang pada dasarnya merupakan pengambilan keputusan saat ini tentang hal-hal yang akan dikerjakan di masa akan datang. Perencanaan sumber daya manusia atau *Human Resources Planning* ialah merencanakan sumber daya manusia agar sesuai dengan kebutuhan organisasi serta efektif dan efisien dalam membantu terwujudnya tujuan. Sumber daya manusia di rumah sakit terdiri dari beberapa profesi kesehatan seperti dokter, perawat, bidan dan non-kesehatan lainnya, yang membutuhkan pengetahuan, sikap dan keterampilan tersendiri dari seorang manajer rumah sakit untuk mengelolanya. Dalam hal ini, tidak terlepas dari peran dan fungsi manajer sumber daya manusia, yang sangat dibutuhkan dalam melakukan perencanaan sumber daya manusia kemudian dilanjut dengan bagaimana pengelolaan sumber daya manusia yang baik (Raziansyah, 2021).

Dalam perencanaan sumber daya manusia (SDM), ada beberapa hal yang perlu direncanakan oleh manajer SDM, seperti:

1. Kebutuhan SDM di rumah sakit
2. Peluang SDM dari internal rumah sakit, dengan memanfaatkan SDM yang sudah ada di rumah sakit secara

- maksimal, seperti promosi, mutasi jabatan dan peningkatan kemampuan melaksanakan tugas lainnya
3. Jumlah SDM rumah sakit yang pensiun
 4. Jumlah SDM yang keluar dari rumah sakit
 5. Jumlah SDM yang mengikuti pelatihan/*training*
 6. Jumlah SDM yang mengikuti magang
 7. Jumlah SDM yang studi lanjut
 8. Jumlah kebutuhan SDM yang sesuai program kerja manajemen rumah sakit (Zebua, 2021).

Tujuan dari perencanaan sumber daya rumah sakit adalah untuk menjamin bahwa sumber daya manusia digunakan seefektif mungkin saat ini sekaligus menyediakan kualitas dan kuantitas sumber daya manusia yang akan dibutuhkan di masa depan. Menurut Priyo (2015), tujuan perencanaan adalah sebagai berikut: pertama, menentukan mutu dan jumlah tenaga kerja yang dibutuhkan untuk mengisi semua peran dan kategori pekerjaan di rumah sakit. Kedua, memastikan tersedianya sumber daya manusia yang cukup, baik sekarang maupun di masa mendatang, untuk bertanggungjawab dalam setiap pekerjaan. Ketiga, mencegah terjadinya kesalahan manajemen dan bercampuraduk dalam penugasan. Keempat, untuk meningkatkan produktivitas kerja, dengan mempermudah koordinasi, integrasi, dan sinkronisasi. Kelima, menghindari terlalu sedikit atau terlalu banyak pegawai yang dimiliki oleh rumah sakit. Keenam, menjadi panduan untuk mengembangkan kebijakan dan prosedur penarikan, seleksi, pengembangan, remunerasi, integrasi, pemeliharaan, pemberian sanksi, dan pemutusan sumber daya manusia rumah sakit. Ketujuh, menjadi panduan bagi rumah sakit pada saat pemindahan dan pemberhentian pegawai. Kedelapan; berfungsi sebagai dasar untuk evaluasi sumber daya manusia rumah sakit (Raziansyah, 2021).

4.3 Rekrutmen dan Seleksi Sumber Daya Manusia

Ada beberapa pengertian terkait rekrutmen sebagai berikut :

1. Menurut Rivai dan Sagala (2009), rekrutmen adalah proses memilih dan menarik kandidat yang dapat bekerja di suatu organisasi. Prosedur ini dimulai dengan pencarian kandidat dan diakhiri dengan pengajuan aplikasi tersebut. Hasilnya adalah sekelompok calon pegawai baru yang dapat dianalisis dan dipilih.
2. Menurut Yuniarsih dan Suwatno (2008), rekrutmen adalah proses pemilihan sejumlah besar orang dari berbagai sumber, berdasarkan kualitas mereka untuk menjalankan tujuan organisasi dan mencapai visi dan tujuannya.
3. Menurut Dubois dan Rothwell (2004), perekrutan adalah praktik memikat sebanyak mungkin calon yang kompeten untuk posisi terbuka. Pencarian bakat sedang dilakukan untuk menemukan kandidat yang paling memenuhi syarat untuk peran terbuka.
4. Menurut Pynes (2004), perekrutan adalah proses memikat pelamar yang memenuhi syarat untuk mengajukan lamaran pekerjaan terbuka di dalam bisnis. Tahap pengambilan keputusan dari proses perekrutan, seleksi menentukan siapa yang akan dipilih untuk pekerjaan yang terbuka.

Dari beberapa definisi yang diberikan di atas, dapat disimpulkan bahwa perekrutan mengacu pada serangkaian prosedur yang digunakan untuk mengidentifikasi calon pekerja yang memiliki bakat, kompetensi, dan keterampilan yang dibutuhkan oleh organisasi untuk memenuhi kebutuhan kepegawaianya dan mencapai tujuan organisasinya (Sinambela, 2016).

Tujuan perekrutan adalah untuk menarik sebanyak mungkin kandidat yang memenuhi syarat ke organisasi yang sesuai

dengan kebutuhan mereka. Dalam pendekatan ini, perusahaan sengaja mempublikasikan lowongan pekerjaan yang memungkinkan pelamar mengirimkan lamaran mereka secara langsung, melalui surat, atau melalui email. Selain mempekerjakan calon pekerja yang melamar langsung dari informasi yang diberikan, organisasi dapat mengambil surat lamaran yang sudah masuk di organisasi sebelum membuka lowongan. Ini menunjukkan bahwa selama jangka waktu tertentu, organisasi memasukkan dan menyimpan beberapa surat lamaran (Noor, Asmirin, 2023).

Dalam lingkup rumah sakit, diwakili oleh manajer SDM untuk melakukan rekrutmen sesuai dengan kebutuhan, dengan beberapa sumber, yaitu :

1. Sumber dari dalam rumah sakit

Rekrutmen SDM dari dalam rumah sakit seperti : promosi SDM, dan mutasi/pemindahan SDM

2. Sumber dari luar rumah sakit

Rekrutmen SDM dari luar rumah sakit, dengan menggunakan sumber dari : perguruan tinggi yang sesuai program studi SDM yang dibutuhkan, asosiasi profesi dari SDM yang dibutuhkan, teman/anggota keluarga/rekomendasi SDM rumah sakit, melalui iklan media massa daring atau luring, dan lamaran kerja yang sudah diterima bagian SDM (Zebua, 2021).

Untuk melamar pekerjaan di rumah sakit, calon pekerja seringkali membutuhkan informasi tentang fasilitas secara umum, jenis pekerjaan yang tersedia, potensi rumah sakit di masa mendatang, gaji dan tunjangan yang diberikan, dan kemungkinan peluang melanjutkan pendidikan. Kontz dan Weirich (1990), menyebutkan bahwa dalam proses rekrutmen dan seleksi harus ada pertukaran informasi dari pemberi kerja dan sang calon, seperti tabel di bawah ini (Aditama, 2015).

Tabel 4.1. Pertukaran Informasi pada Rekrutmen dan Seleksi

Dari Pemberi Kerja	Dari Calon
* Kemungkinan berkembang	* Pengetahuan tentang pekerjaan
* Kemungkinan tantangan	* Kemampuan/skill
* Skala penggajian	* Kebiasaan
* Kompensasi lainnya	* Pengalaman sebelumnya
* Keamanan dalam bekerja	* Motivasi
* Keterbatasan yang ada	

Sinambela (2016) sampai pada kesimpulan bahwa seleksi adalah proses memilih pegawai potensial yang paling sesuai dengan persyaratan yang ditetapkan oleh manajemen untuk mengisi lowongan pekerjaan. Proses seleksi ini merupakan langkah dalam prosedur perekrutan.

Hampir semua organisasi yang melakukan seleksi memiliki tujuan yang sama, yaitu mengembangkan tenaga kerja dengan kualitas yang diperlukan untuk seleksi. Secara umum, proses seleksi karyawan dan sumber daya manusia memiliki tujuan utama sebagai berikut:

1. Mendapatkan pegawai/sumber daya manusia yang jujur dan memiliki moral yang baik
2. Mendapatkan pegawai/sumber daya manusia yang mau dan mampu
3. Mendapatkan pegawai/sumber daya manusia yang rasa memiliki organisasi
4. Mendapatkan pegawai/sumber daya manusia yang loyal dan integritas tinggi
5. Mendapatkan pegawai/sumber daya manusia yang memiliki inovasi dan motivasi (Noor, Asmirin, 2023).

Kontz dan Weirich, menyatakan bahwa proses seleksi dapat berupa wawancara, berbagai tes, serta *assesment center*. Berbagai tes disini meliputi : tes intelegensia, tes *proficiency* dan *aptitude* (menilai minat dan keterampilan), tes vokasional (untuk mencari posisi yang tepat bagi calon pegawai), dan tes personalitas (hubungan antarmanusia maupun kepemimpinan). *Assessment center* merupakan suatu metode seleksi dengan mensimulasi situasi pekerjaan tertentu dan calon pegawai diminta untuk langsung berhadapan dengan simulasi pekerjaan tersebut, untuk dapat dilihat bagaimana calon pegawai masalah dan pekerjaan itu (Aditama, 2015).

Setelah melakukan rekrutmen dan seleksi, calon pegawai yang diterima dengan proses yang benar, maka selanjutnya calon pegawai tersebut akan langsung ditempatkan atau dipekerjakan, apabila manajer SDM membutuhkan pegawai segera. Namun, adapula pegawai baru yang masih harus melakukan pelatihan (*training*) dalam beberapa waktu terlebih dahulu (Noor, Asmirin, 2023). Untuk memacu motivasi dan semangat kerja pegawai dalam menyelesaikan pekerjaan untuk mencapai prestasi kerja yang optimal, maka sebaiknya dilakukan penempatan yang tepat sesuai dengan spesialisasi/keahlian masing-masing pegawai (Hasibuan, 2019).

4.4 Penilaian Kinerja Sumber Daya Manusia

Kinerja mengacu pada sejauh mana suatu kegiatan, program, atau kebijakan telah dilaksanakan dalam mencapai tujuan, sasaran, visi, dan tujuan perusahaan seperti yang didefinisikan oleh perencanaan strategisnya. Jika individu atau kelompok pekerja memiliki kriteria atau standar keberhasilan yang ditetapkan oleh perusahaan, maka kinerja akan dapat diketahui dan dinilai (Kurianto, 2021). Penilaian kinerja adalah prosedur yang ditetapkan oleh perusahaan untuk mengevaluasi kinerja individu setiap karyawan. Hasil tinjauan kinerja digunakan untuk

menilai keberhasilan sumber daya manusia yang berbeda. Dengan benar-benar mengevaluasi kinerja pekerjaan individu yang dievaluasi, evaluasi yang berhasil harus dapat memberikan gambaran akurat tentang kinerja yang sedang diukur. Evaluasi tersebut harus dikaitkan dengan pekerjaan (job-related), khususnya dengan menilai perilaku atau pekerjaan pekerja secara akurat (Sugijono, 2015).

Empat faktor berikut ini diukur sebagai bagian dari proses peninjauan kinerja karyawan:

1. Hasil kerja, efisiensi dimana pekerja melakukan tugas mereka (output),
2. Perilaku, aspek perilaku karyawan saat melakukan pekerjaan, termasuk cara mereka memperlakukan pelanggan dan rekan kerja dengan hormat dan sopan.
3. Atribut dan kompetensi, kompetensi dan kemampuan pegawai sesuai dengan tuntutan pekerjaan, pengetahuan, kemampuan, dan pengalaman, termasuk kepemimpinan, dedikasi, dan inisiatif dalam bekerja
4. Komparatif, membandingkan kinerja karyawan dengan kinerja karyawan lainnya, berdasarkan kebutuhan pekerjaan (Kurianto, 2021).

Menurut Hasibuan (2002), prestasi, kedisiplinan, kreativitas, kerjasama, keterampilan, dan tanggung jawab merupakan faktor-faktor yang digunakan dalam evaluasi organisasi terhadap kinerja pegawai (Gunawan, 2016).

1. Prestasi
Evaluasi pekerjaan yang mampu dihasilkan oleh karyawan, baik secara kualitas maupun jumlahnya
2. Kedisiplinan
Evaluasi kedisiplinannya dalam menaati hukum dan melaksanakan tugasnya sesuai dengan petunjuk yang diberikan kepadanya.

3. Kreativitas
Evaluasi kapasitas pekerja untuk menggunakan imajinasi untuk menyelesaikan tugas sehingga mereka dapat beroperasi dengan lebih sukses dan efisien.
4. Bekerja sama
Evaluasi kesediaan karyawan untuk berkolaborasi dan berinteraksi satu sama lain di dalam dan di luar tempat kerja, baik secara vertikal maupun horizontal, untuk meningkatkan hasil kerja.
5. Kecakapan
Menggunakan penilaian sambil menyatukan semua komponen yang terlibat dalam membuat kebijakan dan mengelola situasi bersama dan menyelaraskannya.
6. Tanggung jawab
Evaluasi kesiapan pekerja untuk menerima tanggung jawab atas kebijakan mereka, pekerjaan dan hasil pekerjaan, penggunaan sarana dan prasarana, dan perilaku di tempat kerja.

Sedangkan manfaat dilakukannya penilaian kinerja antara lain adalah : manajer SDM dan pegawai mendapatkan umpan balik untuk memperbaiki prestasi kerja, pegawai terjamin dalam memperoleh kesempatan kerja yang adil untuk menempati posisi sesuai dengan kemampuannya, diketahui kemampuan setiap pegawai sehingga berguna dalam program pelatihan dan pengembangan untuk meningkatkan kemampuan mereka, membantu manajer dalam pengambilan keputusan (perbaikan pemberian kompensasi, promosi pegawai yang berprestasi, demosi bagi yang kurang berprestasi, diagnosa kesalahan-kesalahan desain kerja, evaluasi penyimpangan proses rekrutmen dan seleksi pegawai yang telah berlalu) (Sugijono, 2015).

4.5 Pelatihan dan Pengembangan Sumber Daya Manusia

Dalam mengembangkan sumber daya manusia yang unggul dan kompeten, program pelatihan dan pengembangan di dalam perusahaan tidak lagi hanya dianggap sebagai tanggung jawab, tetapi sebagai kebutuhan. Peningkatan pengetahuan, sikap, dan bakat seorang pekerja untuk pekerjaan mereka merupakan manfaat dari pelatihan, yang terdiri dari serangkaian latihan yang direncanakan dan berorientasi pada tujuan yang dirancang untuk melakukan hal itu. Organisasi yang mengadakan pelatihan bertujuan untuk meningkatkan kemampuan karyawannya dalam melakukan berbagai tugas (Nugroho, 2019).

Sementara itu, pengembangan sumber daya manusia merupakan unsur utama produktivitas dalam kinerja. Pengembangan SDM dapat dilakukan seperti diadakannya pelatihan dan pendidikan, peningkatan karir, dan keahlian. Sebagai alat manajemen, pengembangan sumber daya manusia juga dapat membantu meningkatkan kinerja dan membangun profesionalisme (Kadir & Badwi, 2023) dan meningkatkan produktivitas. Pengembangan sumber daya manusia dimaksudkan untuk membuat pekerja lebih efisien untuk mencapai tujuan yang ditetapkan. Program pelatihan dan pendidikan dirancang untuk membantu pekerja melakukan pekerjaan mereka dengan lebih baik sehingga mereka dapat memberikan hasil yang diinginkan secara lebih efisien. Pengetahuan, kemampuan, dan sikap terhadap pekerjaan pegawai dapat ditingkatkan dengan memperbaiki efektivitas dan produktivitas kerja (Bariqi, 2018).

Pengembangan sumber daya manusia sering terjadi dalam dua pengaturan: pengalaman kerja dan pendidikan tambahan. Pengalaman kerja, di bawah pengawasan manajer, dapat dicapai melalui rotasi kerja, sesi peninjauan, dan pemecahan masalah kolaboratif. Pelatihan di tempat kerja, kursus dan seminar rumah

sakit, dan studi kelas tradisional adalah semua pilihan yang layak untuk melanjutkan pendidikan seseorang (Aditama, 2015).

Ada beberapa metode dalam pengembangan SDM, terdiri atas pelatihan dan pendidikan, sebagai berikut (Hasibuan, 2019):

1. Pelatihan

- a. *On The Job*, metode belajar dengan melakukan tugas-tugas di tangan di bawah pengawasan pekerja yang lebih berpengalaman.
- b. *Vestibule*, metode pelatihan yang dilakukan didalam kelas menggunakan peralatan yang sama dengan situasi sebenarnya dalam melakukan pekerjaan.
- c. *Demonstration and Example*, pelatihan dilakukan dengan menunjukkan dan menjelaskan bagaimana melakukan sesuatu melalui contoh atau percobaan.
- d. *Simulation*, setiap upaya dilakukan untuk memberikan representasi akurat dari keadaan atau peristiwa yang ditampilkan, tetapi hanya tiruan.
- e. *Apprenticeship*, satu pendekatan untuk melatih pekerja sehingga mereka dapat menjadi mahir dalam semua aspek posisi mereka.
- f. *Classroom Methods*, Metode yang digunakan dalam kelas atau seminar, seperti ceramah, pertemuan, kursus, program, role play, diskusi, dan seminar.

2. Pendidikan

- a. *Training Methods*, adalah alat pengajaran yang dapat digunakan di kelas karena manajer juga pekerja.
- b. *Under Study*, adalah metode melatih seseorang untuk mengambil alih ketika atasannya siap untuk mundur melalui pengalaman langsung.
- c. *Job Rotation*, metode di mana karyawan dirotasi melalui peran yang berbeda secara teratur untuk meningkatkan keahlian mereka secara keseluruhan.

- d. *Coaching and Counseling*, strategi instruksional dimana atasan memberikan pengetahuan dan kemampuan kepada atasan bawahan melalui dialog dan instruksi.
- e. *Comitte Assignment*, menyusun kelompok untuk melihat masalah dan melaporkan kembali ke manajemen.

4.6 Pemeliharaan Sumber Daya Manusia

Pemeliharaan sumber daya manusia adalah proses yang dilakukan oleh manajer sumber daya manusia sebagai upaya agar semua pegawai dapat melaksanakan pekerjaan dengan situasi yang nyaman, aman dan kondusif. (Ramadhani, 2023). Menurut Hasibuan (2019), berikut adalah tujuan khusus pemeliharaan SDM:

1. Untuk meningkatkan produktivitas kerja pegawai
2. Meningkatkan disiplin dan menurunkan absensi pegawai
3. Meningkatkan loyalitas dan menurunkan turnover pegawai
4. Memberikan ketenangan, keamanan, dan kesehatan pegawai
5. Meningkatkan kesejahteraan pegawai dan keluarganya
6. Memperbaiki kondisi fisik, mental, dan sikap pegawai
7. Mengurangi konflik serta menciptakan suasana yang harmonis
8. Mengefektifkan pengadaan pegawai

Sangat penting untuk memilih prosedur pemeliharaan untuk memastikan bahwa pelaksanaannya berkontribusi secara efektif untuk pencapaian tujuan perusahaan atau rumah sakit. Metode yang termasuk dalam pemeliharaan ini adalah (Gunawan, 2016):

1. Komunikasi

Interaksi terjadi ketika komunikasi berhasil dan dipahami, karena ini memfasilitasi penyampaian informasi dari komunikator ke komunikan. Suara, teks, gambar, warna,

gerak tubuh, kedipan mata, dan sebagainya adalah contoh simbol yang digunakan dalam komunikasi.

2. Insentif

Tujuan dari penawaran insentif adalah untuk mendorong pekerja melakukan pekerjaan yang lebih baik dengan memberi penghargaan kepada mereka karena melakukannya. Metode yang adil, tepat waktu, dan cocok yang ditawarkan secara terbuka akan menghasilkan pemeliharaan yang sangat baik, yang pada gilirannya akan meningkatkan sikap loyal pekerja, meningkatkan kegairahan di tempat kerja, dan mengurangi ketidakhadiran dan perputaran.

3. Kesejahteraan

Manfaat material dan immaterial yang didistribusikan sesuai dengan kebijakan perusahaan atau rumah sakit merupakan bentuk dari kesejahteraan bagi pegawai. Manfaat yang cukup besar sehingga mendorong pemberi kerja untuk membuat program kesejahteraan bagi pegawai, tetapi rencana ini harus dibuat sesuai dengan hukum, dengan keadilan dan kesopanan, dipandu oleh kemampuan perusahaan, dan harus selektif serta efektif dalam memotivasi pencapaian tujuan organisasi, karyawan, dan keluarganya.

4. Keselamatan dan Kesehatan Kerja (K3)

Peningkatan pemeliharaan pekerja adalah akibat langsung dari peningkatan perhatian terhadap kesehatan dan keselamatan kerja. Setiap pekerja harus memiliki K3 yang diajarkan dalam diri mereka melalui konseling dan pembinaan yang efektif sehingga mereka dapat melihat nilai keselamatan di tempat kerja baik untuk diri mereka sendiri maupun bisnis. K3 adalah sejenis kontrol preventif yang mewujudkan pemeliharaan pegawai yang baik.

5. Hubungan Industrial Pancasila (HIP)

Hubungan antara pekerja, pemilik usaha, dan pemerintah yang mendorong tumbuh dan berkembangnya identitas dan budaya bangsa inilah yang kami sebut HIP. Nilai-nilai ini merupakan ekspresi dari seluruh Pancasila dan Undang-Undang Dasar. HIP merupakan sarana untuk mendorong pertumbuhan ekonomi dan kesejahteraan sosial bagi suatu negara.

4.7 Pemberhentian Kerja Sumber Daya Manusia

Pemberhentian atau pemutusan kerja sumber daya manusia adalah fungsi operasional terakhir dari seorang manajer sumber daya manusia. Rumah sakit dapat memutuskan untuk memberhentikan pegawai karena berbagai alasan, seperti ketidakmampuan, pelanggaran peraturan, tindakan negatif, dan sebagainya. Seorang pegawai juga dapat memutuskan untuk berhenti kerja yang merupakan akibat akibat ketidakpuasan karyawan terhadap lingkungan kerjanya, seperti perlakuan tidak baik, suasana atau budaya kerja yang tidak sesuai (Hasibuan, 2019).

Disebutkan juga beberapa alasan-alasan dalam pemberhentian pekerja atau pegawai, sebagai berikut :

1. Undang-Undang, yang mengatur kebijakan dalam kepegawaian dan tenaga kerja. Misalnya, pekerja yang masih di bawah umur atau anggota kelompok terlarang
2. Setiap karyawan dapat diberhentikan dari jabatannya, baik dengan atau tanpa sebab, atas kebijakan bisnis atau rumah sakit. Bergantung pada apakah karyawan tersebut P4D atau P4P, pemutusan hubungan kerja diatur dalam UU No. 12 Tahun 1964.

Perusahaan dapat memberhentikan pekerja disebabkan pegawai tidak dapat menyelesaikan pekerjaannya, memiliki perilaku dan disiplin yang buruk, melanggar

aturan dan peraturan perusahaan, gagal bekerja sama dengan baik dengan orang lain, dan terlibat dalam aktivitas yang negatif.

3. Pekerja dapat mengajukan permohonan pengunduran diri atas permintaannya sendiri. Permohonan tersebut hendaknya diberitahukan pula alasan dan waktunya. Agar perusahaan tetap berjalan dengan baik, manajer sumber daya manusia harus segera mendapatkan pengganti untuk dapat menghandel pekerjaan yang akan ditinggalkan pegawai tersebut.
4. Pensiun, pemutusan hubungan kerja atas kebijakan perusahaan, pemerintah, atau karyawan. Perusahaan dapat memensiunkan pekerja karena faktor-faktor seperti usia, kecacatan, cedera terkait pekerjaan, dan sebagainya.
5. Ketika masa kontrak habis, pekerja akan diputus atau diberhentikan. Biasanya telah ditetapkan dalam kontrak pada saat pekerjaan diperoleh, bahwa pemutusan hubungan kerja dengan alasan berakhirnya kontrak kerja tidak akan berakibat yang merugikan perusahaan
6. Status kesehatan pekerja dapat menjadi pertimbangan dalam menetapkan pemutusan hubungan kerja.
7. Hubungan antara pekerja dengan perusahaan atau rumah sakit berakhir segera setelah kematiannya. Perusahaan mematuhi hukum dengan memberikan pesangon atau dana pensiun kepada anggota keluarga yang masih hidup.
8. Jika terjadi kebangkrutan atau likuidasi, semua pekerja akan dikeluarkan dari perusahaan. Pekerja yang diberhentikan karena perusahaan bankrut harus diberikan kompensasi pesangon sesuai dengan ketentuan hukum.

DAFTAR PUSTAKA

- Aditama, T. Y. 2015. *Manajemen Administrasi Rumah Sakit* (2nd ed.). Universitas Indonesia (UI-Press).
- Bariqi, M. D. 2018. Pelatihan dan Pengembangan Sumber Daya Manusia. *Jurnal Studi Manajemen Dan Bisnis*, 05.
- Gunawan, I. D. 2016. *Pengaruh Pengembangan dan Pemeliharaan Pegawai Terhadap Kinerja Pegawai pada RS Hasan Sadikin Bandung*.
<https://repository.widyatama.ac.id/items/cee3aada-91b3-4564-a62e-546e797171b8>
- Hasibuan, M. S. 2019. *Manajemen Sumber Daya Manusia* (23rd ed.). Bumi Aksara.
- Kadir, E., & Badwi, A. 2023. Pengembangan Sumber Daya Manusia Pegawai Rumah Sakit Tahun 2021. *Jurnal Kesehatan Dan Kedokteran*.
- Kurianto, A. D. 2021. *Penilaian Kinerja Rumah Sakit dengan Pendekatan Balanced Scorecard di RSUD Abdoel Wahab Sjahranie Samarinda Kalimantan Timur*.
- Noor, Asmirin, dkk. 2023. *Human Resource Management (Manajemen Sumber Daya Manusia)* (Issue March). Sonpedia Publishing Indonesia.
- Nugroho, Y. B. 2019. *Pelatihan dan Pengembangan SDM : Teori dan Aplikasi*. Universitas Katolik Indonesia Atma Jaya.
- Ramadhani, dkk. 2023. *Manajemen Sumber Daya Manusia (Mengoptimalkan Potensi dan Kinerja Organisasi)*. Sonpedia Publishing Indonesia.
- Raziansyah, D. 2021. *Manajemen Sumber Daya Rumah Sakit*. Nasya Expanding Management.
- Sinambela, L. P. 2016. *Manajemen Sumber Daya Manusia*. PT Bumi Aksara.
- Soetrisno, E. 2017. *Manajemen Sumber Daya Manusia*. Kencana.

- Sugijono. 2015. Penilaian Kinerja Dalam Manajemen Sumber Daya Manusia. *Orbith*, 11(3), 214–222.
- Zebua, M. 2021. *Manajemen Sumber Daya Manusia Rumah Sakit*. Guepedia.

BAB 5

PENGELOLAAN PASIEN

Oleh Ardiansyah Mahlia

5.1 Definisi dan Konsep Dasar

Pengelolaan pasien adalah pengaturan sistematis dari penerimaan, perawatan, pemantauan, dan pemulangan pasien yang melibatkan koordinasi yang efektif antara berbagai layanan kesehatan dan profesional Kesehatan (American Hospital Association, 2017).

Pengelolaan Pasien adalah rangkaian strategi dan tindakan yang dilakukan oleh tim medis untuk mengoordinasikan, memantau, dan memberikan perawatan yang terencana dan terintegrasi kepada pasien selama periode perawatan mereka. Tujuan utama dari pengelolaan pasien adalah untuk mencapai hasil kesehatan yang optimal dengan memastikan pemberian perawatan yang tepat, efektif, efisien, aman, dan berkelanjutan (Dusek & Yurkovich, 2017).

Pengelolaan pasien melibatkan perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi perawatan pasien secara holistik. Ini mencakup kolaborasi antara tim perawatan kesehatan, penggunaan teknologi medis terkini, pemantauan pasien secara terus-menerus, serta pendidikan pasien untuk memastikan perawatan yang optimal (Buchbinder & Shanks, 2017)

Komponen utama dalam pengelolaan pasien ada beberapa yaitu :

1. Evaluasi Medis

Evaluasi medis melibatkan pengumpulan informasi yang komprehensif mengenai kondisi kesehatan pasien. Hal ini mencakup riwayat kesehatan, gejala, hasil pemeriksaan fisik, dan data diagnostik seperti tes laboratorium, gambaran

radiologi, dan lainnya. Tujuan dari evaluasi medis adalah untuk mendapatkan pemahaman yang mendalam tentang kondisi kesehatan pasien, yang akan membantu dalam merumuskan diagnosis yang akurat.

2. Perencanaan Perawatan

Setelah evaluasi medis dilakukan, langkah selanjutnya adalah merencanakan perawatan yang tepat. Ini melibatkan membuat rencana perawatan yang mencakup langkah-langkah yang akan diambil untuk mengatasi masalah kesehatan pasien. Rencana ini harus mempertimbangkan aspek seperti terapi medis, prosedur bedah (jika diperlukan), pengobatan, terapi fisik, serta manajemen nyeri dan gejala lainnya.

3. Kolaborasi Antara Tim Medis

Pengelolaan pasien sering melibatkan kerja sama antara berbagai anggota tim medis. Tim medis terdiri dari berbagai spesialis, seperti dokter umum, spesialis, perawat, ahli gizi, fisioterapis, pekerja sosial, dan lain-lain. Kolaborasi ini penting untuk memastikan bahwa pasien menerima perawatan yang terintegrasi dan holistik, serta memastikan pertukaran informasi yang tepat antara anggota tim.

4. Komunikasi dengan Pasien dan Keluarga

Komunikasi yang baik antara tim medis, pasien, dan keluarga sangat penting. Ini termasuk memberikan informasi yang jelas dan akurat tentang kondisi kesehatan pasien, opsi perawatan yang tersedia, risiko dan manfaatnya, serta membantu pasien dan keluarga dalam membuat keputusan yang informasi. Komunikasi yang efektif juga membantu membangun hubungan yang kuat antara pasien, keluarga, dan tim medis.

5. Pemantauan Progres dan Penyesuaian Rencana Perawatan

Setelah perawatan dimulai, pemantauan teratur terhadap progres pasien sangat penting. Tim medis harus memantau

bagaimana pasien merespons perawatan, apakah ada perubahan dalam kondisi kesehatan, serta apakah ada dampak dari terapi yang diberikan. Jika diperlukan, rencana perawatan dapat disesuaikan berdasarkan pemantauan ini (Catherine Harris & Campo, 2012).

Prinsip-prinsip dasar dalam pengelolaan pasien yaitu :

1. Prinsip Keterlibatan Pasien dan Keluarga
Prinsip ini menekankan pentingnya melibatkan pasien dan keluarga dalam pengambilan keputusan terkait perawatan, serta merencanakan perawatan yang sesuai dengan nilai, preferensi, dan kebutuhan mereka.
2. Prinsip Kolaborasi Tim Medis
Prinsip ini menggarisbawahi pentingnya kerja sama antara berbagai anggota tim medis dan profesional kesehatan untuk menyediakan perawatan terintegrasi dan komprehensif.
3. Prinsip Penerapan Bukti Ilmiah
Prinsip ini mencakup penggunaan bukti ilmiah terbaru dan pedoman klinis dalam merencanakan dan memberikan perawatan yang efektif dan berdasarkan bukti.
4. Prinsip Keamanan dan Keselamatan Pasien
Prinsip ini menekankan perlunya melindungi pasien dari risiko, cedera, atau efek yang tidak diinginkan selama perawatan kesehatan.
5. Prinsip Komunikasi Efektif
Prinsip ini mengajarkan pentingnya berkomunikasi dengan jelas dan terbuka dengan pasien, keluarga, dan anggota tim medis untuk memastikan pemahaman yang akurat tentang kondisi kesehatan dan rencana perawatan.
6. Prinsip Privasi dan Kerahasiaan
Prinsip ini menekankan perlunya menjaga kerahasiaan informasi pasien dan menghormati hak privasi mereka,

serta melindungi data medis dari pengungkapan yang tidak sah.

7. Prinsip Individualisasi Perawatan

Prinsip ini berfokus pada pentingnya merencanakan perawatan yang disesuaikan dengan kebutuhan dan karakteristik unik pasien.

8. Prinsip Kontinuitas Perawatan

Prinsip ini menjamin adanya kelanjutan perawatan yang terkoordinasi saat pasien berpindah dari satu setting perawatan ke yang lain.

9. Prinsip Pemantauan dan Evaluasi

Prinsip ini mengajarkan pentingnya melakukan pemantauan teratur terhadap respons pasien terhadap perawatan, mengevaluasi efektivitasnya, dan melakukan penyesuaian jika diperlukan.

10. Prinsip Etika dan Nilai

Prinsip ini menegaskan pentingnya menjalankan praktik perawatan dengan integritas etis, menghormati nilai-nilai pasien, dan berperilaku sesuai dengan kode etik profesi kesehatan.

(Stewart *et al.*, 2014)

5.2 Pengumpulan Data Pasien

Pengumpulan Data Pasien adalah proses yang esensial dalam praktik perawatan kesehatan yang melibatkan pengumpulan informasi yang relevan dan akurat tentang pasien untuk membantu dalam pengambilan keputusan klinis. Tujuan dari pengumpulan data pasien adalah untuk memahami kondisi kesehatan pasien secara komprehensif, membuat diagnosis yang tepat, merencanakan perawatan yang sesuai, dan memantau perkembangan pasien (Jarvis, 2021).

Metode-metode pengumpulan data pasien yaitu :

1. Wawancara
Mencakup interaksi langsung dengan pasien untuk mendapatkan riwayat kesehatan, gejala, dan informasi lainnya.
2. Observasi
Mengamati tanda-tanda fisik atau perilaku pasien untuk mendapatkan informasi tentang kondisi kesehatannya.
3. Pemeriksaan Fisik
Melibatkan pemeriksaan tubuh pasien oleh tenaga medis untuk mengidentifikasi tanda-tanda klinis.
4. Pemeriksaan Laboratorium
Menggunakan tes laboratorium seperti darah, urine, atau pencitraan untuk mendapatkan informasi lebih lanjut tentang kondisi pasien.
5. Rekaman Medis
Mengumpulkan data dari catatan medis pasien, termasuk riwayat kesehatan sebelumnya, diagnosa, dan hasil tes.

Etika dalam pengumpulan data pasien yaitu :

1. Memastikan persetujuan informasi
Mendapatkan izin pasien sebelum mengumpulkan data dan menjelaskan tujuan serta penggunaan data tersebut.
2. Privasi dan kerahasiaan
Melindungi kerahasiaan data pasien dan menghindari pengungkapan yang tidak sah.
3. Komunikasi sensitif
Berkomunikasi dengan empati dan hormat saat mengumpulkan informasi pribadi pasien.
4. Penggunaan data yang etis
Memastikan data digunakan hanya untuk tujuan perawatan dan tidak disalahgunakan
(Weber & Kelley, 2020)

5.3 Penilaian Pasien

Penilaian Pasien merupakan tahap kritis dalam pengelolaan pasien yang melibatkan evaluasi menyeluruh terhadap kondisi kesehatan pasien. Tujuannya adalah untuk mendapatkan pemahaman yang komprehensif tentang status kesehatan pasien, yang pada gilirannya memandu pengambilan keputusan klinis, perencanaan perawatan, dan tindakan lebih lanjut.

Penilaian pasien penting karena membantu mengidentifikasi masalah kesehatan, merencanakan intervensi yang sesuai, dan memantau respons terhadap perawatan. Hal ini juga membantu membangun hubungan yang kuat antara pasien dan profesional kesehatan, serta memastikan perawatan yang terkoordinasi dan efektif.

Komponen-komponen penilaian pasien yaitu :

1. Riwayat Medis
Mendapatkan informasi tentang riwayat kesehatan pasien, termasuk gejala, riwayat penyakit sebelumnya, riwayat keluarga, obat-obatan yang digunakan, dan alergi.
2. Pemeriksaan Fisik
Melakukan pemeriksaan fisik langsung untuk mengamati, mendengarkan, meraba, dan memeriksa tanda-tanda klinis yang dapat mengindikasikan masalah kesehatan.
3. Tes Laboratorium
Mengevaluasi data dari tes darah, urine, dan tes laboratorium lainnya untuk mendapatkan informasi objektif tentang kondisi biologis pasien.
4. Pencitraan Medis
Menggunakan hasil dari pencitraan seperti sinar-X, MRI, atau CT scan untuk mendapatkan gambaran lebih rinci tentang struktur internal tubuh pasien.

Interpretasi hasil penilaian melibatkan analisis data yang dikumpulkan dari berbagai komponen penilaian. Hal ini

memungkinkan profesional kesehatan untuk membuat diagnosa yang akurat, merencanakan perawatan yang sesuai, dan memantau respons pasien terhadap intervensi (Jarvis, 2021).

5.4 Perencanaan Perawatan

Proses Perencanaan Perawatan yang Efektif melibatkan serangkaian langkah yang terstruktur untuk merumuskan rencana perawatan yang komprehensif dan terarah. Tujuan dari proses ini adalah untuk memberikan perawatan yang efektif, aman, dan berkualitas tinggi kepada pasien.

Langkah-langkah dalam proses perencanaan perawatan yang efektif antara lain:

1. **Evaluasi Komprehensif**
Mengumpulkan informasi tentang riwayat medis, gejala, kondisi fisik, dan hasil tes diagnostik pasien untuk memahami kondisi kesehatannya secara menyeluruh.
2. **Pengembangan Tujuan Perawatan**
Menetapkan tujuan yang jelas, spesifik, terukur, dan realistis untuk perawatan pasien. Tujuan ini harus menggambarkan hasil yang diinginkan dari perawatan.
3. **Perumusan Rencana Intervensi**
Menentukan tindakan-tindakan konkret yang akan dilakukan untuk mencapai tujuan perawatan, seperti pemberian obat-obatan, prosedur medis, pendidikan pasien, dan dukungan psikososial.
4. **Penetapan Prioritas**
Mengidentifikasi intervensi yang memiliki dampak paling signifikan terhadap kondisi pasien dan menetapkan urutan prioritas pelaksanaan.
5. **Kolaborasi Tim Perawatan**
Berkoordinasi dengan anggota tim perawatan kesehatan lainnya, seperti dokter, perawat, ahli gizi, dan terapis, untuk

memastikan rencana perawatan yang terintegrasi dan koheren.

6. Keterlibatan Pasien

Melibatkan pasien dan keluarga dalam proses pengambilan keputusan, menghormati preferensi pasien, dan memastikan kesepakatan bersama terhadap rencana perawatan.

7. Pemantauan dan Penyesuaian

Melakukan pemantauan terhadap respons pasien terhadap intervensi, mengevaluasi perkembangan kondisi, dan menyesuaikan rencana perawatan jika diperlukan (Ackley & Ladwig, 2021).

Tujuan Perawatan yang Spesifik dan Terukur adalah panduan yang penting dalam merumuskan rencana perawatan yang efektif dan memberikan arah yang jelas dalam merawat pasien. Tujuan ini haruslah jelas, dapat diukur, mencapai, realistis, dan memiliki batasan waktu tertentu (SMART) untuk memastikan pemantauan dan evaluasi yang akurat (Gulanick & Myers, 2020).

Pengembangan Rencana Perawatan yang Sesuai dengan Kebutuhan Pasien melibatkan proses merumuskan intervensi yang tepat dan relevan untuk memenuhi kebutuhan unik pasien. Rencana perawatan haruslah disesuaikan dengan kondisi fisik, emosional, sosial, dan budaya pasien untuk memastikan perawatan yang efektif dan berkualitas (Gulanick & Myers, 2020).

5.5 Pelaksanaan Perawatan

Pelaksanaan Perawatan adalah tahap penting dalam pengelolaan pasien yang melibatkan implementasi rencana perawatan yang telah direncanakan sebelumnya. Proses ini melibatkan tindakan konkret yang diambil untuk memberikan perawatan yang tepat dan sesuai dengan kebutuhan pasien, dengan tujuan meningkatkan kesehatan dan kesejahteraan pasien (Gulanick & Myers, 2020).

1. Implementasi Rencana Perawatan

Implementasi Rencana Perawatan adalah langkah kritis dalam pengelolaan pasien di mana tindakan medis dan intervensi perawatan yang telah direncanakan dijalankan. Tujuannya adalah untuk mencapai tujuan perawatan yang telah ditetapkan dan memberikan perawatan yang efektif dan berkualitas kepada pasien.

Implementasi rencana perawatan melibatkan:

a. Pemberian Obat dan Intervensi Medis

Melaksanakan pemberian obat-obatan sesuai dengan dosis dan jadwal yang telah direncanakan. Ini juga mencakup pelaksanaan prosedur medis, tindakan keperawatan, serta intervensi lain yang relevan.

b. Edukasi Pasien

Memberikan informasi kepada pasien tentang perawatan yang akan dilakukan, efek samping yang mungkin terjadi, serta langkah-langkah untuk mendukung pemulihan dan kesehatan mereka.

c. Kolaborasi Tim Perawatan

Bekerja sama dengan tim medis lainnya, seperti dokter, perawat, terapis, dan ahli gizi, untuk memastikan koordinasi yang baik dalam melaksanakan intervensi perawatan.

d. Pemantauan Respons Pasien

Memantau respons pasien terhadap intervensi perawatan, mengidentifikasi perubahan kondisi, serta membuat penyesuaian jika diperlukan (Gulanick & Myers, 2020).

2. Keterlibatan Pasien dalam Pelaksanaan Perawatan

Keterlibatan Pasien dalam Pelaksanaan Perawatan adalah pendekatan penting dalam praktik perawatan kesehatan di mana pasien dan keluarga aktif terlibat dalam pengambilan keputusan dan pelaksanaan perawatan. Ini meningkatkan

kepatuhan, kepuasan pasien, dan hasil perawatan yang lebih baik.

Keterlibatan pasien dalam pelaksanaan perawatan melibatkan:

- a. Informasi Pasien
Memberikan informasi yang komprehensif tentang kondisi kesehatan, prosedur perawatan, dan tujuan pengobatan kepada pasien dan keluarga.
 - b. Partisipasi dalam Pengambilan Keputusan
Melibatkan pasien dalam pengambilan keputusan terkait rencana perawatan, termasuk alternatif perawatan yang tersedia dan potensi risiko dan manfaatnya.
 - c. Kerjasama Aktif
Pasien dan keluarga berkolaborasi dengan tim perawatan dalam merencanakan dan melaksanakan perawatan yang sesuai dengan kebutuhan dan preferensi pasien.
 - d. Pemantauan dan Pelaporan
Pasien dan keluarga dapat membantu dalam pemantauan respons terhadap perawatan, mengidentifikasi perubahan kondisi, dan memberikan umpan balik kepada tim perawatan (David et al., 2017).
3. Pengelolaan Obat, Prosedur Medis, dan Intervensi Lainnya
- Pengelolaan obat adalah komponen penting dalam perawatan pasien yang melibatkan penyediaan, pengendalian, dan pemantauan penggunaan obat-obatan. Ini melibatkan proses pemilihan obat yang sesuai, dosis yang tepat, serta pengawasan terhadap efek samping dan interaksi obat.
- Prosedur medis melibatkan rangkaian tindakan klinis yang dilakukan oleh tenaga medis untuk diagnosis, pengobatan, atau tindakan lain pada pasien. Pelaksanaan prosedur medis memerlukan kepatuhan terhadap pedoman klinis, prinsip

aseptik, serta peralatan yang steril dan aman (American Nurses Association, 2019).

Intervensi lainnya seperti terapi fisik, rehabilitasi, atau konseling juga merupakan bagian penting dalam perawatan pasien. Intervensi ini didesain untuk memulihkan fungsi fisik atau mental pasien, mengurangi gejala, dan meningkatkan kualitas hidup. Penyusunan rencana intervensi yang tepat dan pemantauan respons pasien secara cermat adalah kunci keberhasilan dalam mencapai hasil yang diinginkan (World Confederation for Physical Therapy, 2019).

5.6 Pemantauan dan Evaluasi Perawatan

Pemantauan dan evaluasi pasien merupakan proses penting dalam praktik medis yang bertujuan untuk mengawasi perkembangan kondisi kesehatan pasien seiring waktu. Pemantauan melibatkan pengumpulan data terkait gejala, parameter fisik, hasil tes laboratorium, dan respons terhadap perawatan. Proses ini dapat membantu tenaga medis mengidentifikasi perubahan yang mungkin terjadi dan membuat keputusan yang tepat terkait perawatan yang diberikan kepada pasien. Pemantauan pasien dapat dilakukan secara teratur melalui kunjungan rutin ke fasilitas kesehatan atau menggunakan teknologi canggih seperti alat pemantauan wearable atau sensor yang terhubung ke platform digital. Dengan teknologi ini, data kesehatan pasien dapat dicatat secara real-time dan diakses oleh tenaga medis, memungkinkan untuk deteksi dini perubahan yang signifikan (Molinaro et al., 2020).

1. Pemantauan Perawatan

Pemantauan perawatan mencakup berbagai aspek, termasuk evaluasi efektivitas intervensi medis, pemantauan gejala dan tanda vital pasien, serta pengukuran hasil klinis yang relevan. Melalui pemantauan ini, tim medis dapat

mengidentifikasi perubahan yang mungkin terjadi dalam kondisi pasien, merespons secara cepat terhadap komplikasi atau masalah, dan mengoptimalkan rencana perawatan (McGonigle & Mastrian, 2018).

Teknologi kesehatan memainkan peran penting dalam pemantauan perawatan. Perangkat medis canggih, alat pemantauan portable, dan sistem informasi kesehatan digital memungkinkan pengumpulan data kesehatan secara real-time, analisis yang lebih akurat, dan peringatan dini terhadap perubahan yang berpotensi berbahaya bagi pasien (Topol, 2019). Penggunaan teknologi dalam pemantauan pasien telah mengalami perkembangan yang signifikan, memberikan manfaat besar dalam mengawasi kondisi kesehatan individu secara lebih efektif dan akurat. Salah satu teknologi yang banyak digunakan adalah alat pemantauan wearable, seperti perangkat fitness tracker atau smartwatch. Teknologi ini memungkinkan pasien untuk memantau denyut jantung, tingkat aktivitas fisik, kualitas tidur, dan parameter kesehatan lainnya dalam waktu nyata (Steinhubl et al., 2015).

Selain itu, teknologi Internet of Things (IoT) juga telah diterapkan dalam pemantauan pasien. Alat-alat kesehatan seperti pengukur glukosa darah, tekanan darah, atau alat monitor pernapasan dapat terhubung secara otomatis ke sistem berbasis cloud, sehingga data kesehatan pasien dapat diakses dan dianalisis oleh tenaga medis dengan lebih mudah (Catarinucci et al., 2015).

2. Evaluasi Perawatan Pasien

Evaluasi Perawatan adalah tahap penting dalam pengelolaan pasien di mana efektivitas dan hasil dari rencana perawatan dievaluasi. Tujuannya adalah untuk menilai apakah tujuan perawatan telah tercapai, memantau perkembangan pasien,

dan membuat penyesuaian jika diperlukan (Gayatri et al., 2019).

a. Evaluasi Hasil Perawatan

Evaluasi hasil perawatan melibatkan:

1. Penilaian Tujuan Perawatan

Membandingkan hasil aktual pasien dengan tujuan yang telah ditetapkan dalam rencana perawatan untuk menilai sejauh mana tujuan-tujuan tersebut telah tercapai.

2. Pemantauan Kondisi Pasien

Melakukan pemantauan terhadap perubahan kondisi fisik, emosional, dan psikososial pasien setelah dilakukan intervensi perawatan.

3. Kualitas Hidup Pasien

Mengevaluasi dampak perawatan terhadap kualitas hidup pasien, termasuk aspek fungsional, sosial, emosional, dan psikologis.

4. Umpan Balik Pasien

Menggali pandangan pasien tentang hasil perawatan, kepuasan, dan perubahan yang dirasakan pasien dalam kondisi kesehatannya.

b. Mengevaluasi Keefektifan Rencana Perawatan

Mengevaluasi keefektifan rencana perawatan melibatkan:

1. Penilaian Terhadap Tujuan

Memeriksa apakah tujuan-tujuan yang telah ditetapkan dalam rencana perawatan telah tercapai dengan mengukur perkembangan pasien.

2. Pemantauan Respons Pasien

Memantau perubahan dalam kondisi fisik, emosional, dan psikososial pasien sebagai akibat dari intervensi perawatan.

3. Umpan Balik Pasien

Mengumpulkan pandangan pasien tentang perubahan yang mereka rasakan setelah menjalani perawatan.

4. Penyesuaian Rencana

Jika diperlukan, melakukan penyesuaian terhadap rencana perawatan berdasarkan hasil evaluasi.

c. Mengidentifikasi Kebutuhan Perawatan yang Belum Terpenuhi

Mengidentifikasi kebutuhan perawatan yang belum terpenuhi melibatkan:

1. Wawancara Mendalam

Berbicara dengan pasien dan keluarga untuk menggali informasi tentang kondisi kesehatan, gejala, dan perasaan yang mungkin belum terungkap sebelumnya.

2. Analisis Data

Melihat data medis, hasil tes, dan informasi lainnya untuk mencari tanda-tanda atau gejala yang belum diperhatikan.

3. Kolaborasi dengan Tim Perawatan

Berdiskusi dengan anggota tim perawatan lainnya, seperti dokter, perawat, dan ahli terapi, untuk mendapatkan sudut pandang yang berbeda tentang kebutuhan pasien.

4. Umpan Balik Pasien

Mendengarkan pandangan pasien tentang apa yang mereka butuhkan untuk merasa lebih baik dan lebih nyaman.

(Ulfiana et al., 2018)

5.7 Discharge dan Tindak Lanjut

Discharge atau pemulangan pasien adalah tahap dalam perawatan kesehatan di mana pasien dinyatakan siap dan aman untuk meninggalkan fasilitas perawatan, seperti rumah sakit atau pusat perawatan. Proses ini melibatkan berbagai tindakan untuk mempersiapkan pasien dalam menghadapi perawatan mandiri setelah pulang. Discharge mencakup beberapa langkah penting, seperti memastikan bahwa pasien telah pulih dengan cukup baik untuk melanjutkan perawatan di rumah, mengatur obat-obatan yang diperlukan, memberikan instruksi perawatan di rumah, dan mengatur tindak lanjut dengan dokter atau fasilitas perawatan lain jika diperlukan (Boulding *et al.*, 2011).

Tindak Lanjut adalah serangkaian langkah yang diambil setelah pasien pulang untuk memastikan bahwa perawatan yang diberikan di rumah berjalan dengan baik dan kondisi kesehatan pasien terus dimonitor. Ini termasuk pelaksanaan rencana perawatan di rumah, kunjungan follow-up dengan dokter atau tim perawatan kesehatan, serta pemantauan kondisi pasien. Tujuannya adalah untuk memastikan bahwa perawatan yang tepat diteruskan dan pasien tetap mendapatkan dukungan medis yang diperlukan (Spath, 2018)

1. Persiapan Pasien untuk Pulang

Proses ini melibatkan penyiapan pasien secara menyeluruh sebelum mereka meninggalkan fasilitas perawatan. Persiapan ini mencakup berbagai aspek seperti evaluasi klinis, perencanaan tindak lanjut, serta koordinasi dengan pasien dan keluarga mengenai langkah-langkah yang harus diambil setelah pulang. Proses persiapan pasien untuk pulang melibatkan identifikasi kebutuhan pasien, termasuk pengaturan obat-obatan, alat bantu medis, dan dukungan perawatan lanjut yang mungkin diperlukan di rumah. Selain itu, aspek penting dari persiapan pasien untuk pulang adalah komunikasi yang efektif antara tim medis, pasien, dan

keluarga. Proses ini melibatkan penjelasan kepada pasien tentang rencana perawatan di rumah, termasuk instruksi penggunaan obat-obatan, perawatan luka, dan tindakan pencegahan yang perlu diikuti (Agency for Healthcare Research and Quality, 2013).

2. Edukasi Pasien tentang Perawatan Lanjut di Rumah
Memberikan edukasi yang efektif kepada pasien mengenai perawatan yang harus dilakukan setelah pulang dari fasilitas kesehatan dapat membantu memastikan bahwa pasien mampu menjalani perawatan mandiri dengan aman dan berhasil. Edukasi ini mencakup berbagai hal, termasuk penggunaan obat-obatan yang tepat, perawatan luka atau tindakan medis lain yang mungkin diperlukan, serta pemahaman tentang tanda-tanda peringatan yang perlu diwaspadai dan langkah-langkah pencegahan yang harus diikuti. Tujuan dari edukasi ini adalah untuk memberikan pengetahuan dan keterampilan kepada pasien agar mereka dapat merawat diri sendiri dengan efektif dan menghindari komplikasi yang mungkin terjadi (Oermann et al., 2016).

3. Penyusunan Rencana Tindak Lanjut dan Follow-Up
Rencana tindak lanjut adalah panduan yang dirancang untuk memandu pasien dalam mengikuti langkah-langkah perawatan yang telah ditentukan setelah mereka pulang. Rencana ini mencakup berbagai aspek, termasuk jadwal kunjungan follow-up, pengaturan tes lanjutan, serta langkah-langkah khusus yang harus diambil jika ada perubahan kondisi atau masalah yang muncul. Penyusunan rencana tindak lanjut melibatkan kolaborasi antara pasien, tim medis, dan keluarga pasien. Rencana ini harus disusun secara individu sesuai dengan kebutuhan dan kondisi pasien. Tujuannya adalah untuk memastikan pasien dapat mengikuti perawatan yang direkomendasikan dengan tepat dan memiliki dukungan yang diperlukan untuk memastikan

kesuksesan perawatan. Selain penyusunan, pelaksanaan rencana tindak lanjut juga melibatkan proses pemantauan kondisi pasien secara berkala, evaluasi respons terhadap perawatan, serta penyesuaian rencana jika diperlukan. Komunikasi terbuka antara pasien, keluarga, dan tim medis sangat penting dalam memastikan bahwa pasien mendapatkan perawatan yang sesuai dan efektif (Hesselink et al., 2014).

DAFTAR PUSTAKA

- Ackley, B. J., & Ladwig, G. B. 2021. *Nursing Diagnosis Handbook: An Evidence-Based Guide to Planning Care*. Amsterdam : Elsevier.
- Agency for Healthcare Research and Quality. 2013. Re-Engineered Discharge (RED) Toolkit.
- American Hospital Association. 2017. Guiding Principles for Patient and Family Partnership in Care: The New Framework for Patient-Centered Care. Health Research & Educational Trust.
- American Nurses Association. 2019. Nursing: Scope and Standards of Practice. American Nurses Association.
- Boulding, W., Glickman, S. W., Manary, M., Schulman, K. A., & Staelin, R. 2011. Relationship between patient satisfaction with inpatient care and hospital readmission within 30 days. *American Journal of Managed Care*, 17(1), 41-48.
- Buchbinder, S. B., & Shanks, N. H. 2017. *Introduction to Health Care Management*. Burlington : Jones & Bartlett Learning.
- Catarinucci, L., de Donno, D., Mainetti, L., Palano, L., & Stefanizzi, M. L. 2015. An IoT-aware architecture for smart healthcare systems. *IEEE Internet of Things Journal*, 2(6), 515-526.
- Catherine Harris, & Campo, T. M. 2012. *Patient Management and Clinical Decision Making*. Philadelphia : F.A. Davis Company.
- Davis, R. E., Jacklin, R., Sevdalis, N., & Vincent, C. A. 2017. Patient involvement in patient safety: what factors influence patient participation and engagement? *Health Expectations*, 15(3), 259-267.
- Dusek, B., & Yurkovich, E. 2017. *Care Coordination and Management: Essential Knowledge for the Nursing Professional*. Berlin : Springer.

- Gayatri, D., Notobroto, H. B., & Djuari, L. 2019. Implementasi Sistem Manajemen Mutu Pelayanan Kesehatan dalam Upaya Peningkatan Kualitas Pelayanan Kesehatan di RSUD Dr. Soetomo Surabaya. *Jurnal Manajemen Pelayanan Kesehatan*, 22(02), 95–100. <https://doi.org/10.22435>
- Gulanick, M., & Myers, J. L. 2020. *Nursing Care Plans: Diagnoses, Interventions, and Outcomes*. Amsterdam : Elsevier.
- Hesselink, G., Flink, M., Olsson, M., Barach, P., Dudzik-Urbaniak, E., Orrego, C., ... & Vernooij-Dassen, M. 2014. Are patients discharged with care? A qualitative study of perceptions and experiences of patients, family members and care providers. *BMJ Quality & Safety*, 23(1), 58-65.
- Jarvis, C. 2021. *Physical Examination and Health Assessment*. Philadelphia : Saunders.
- McGonigle, D., & Mastrian, K. G. 2018. *Nursing informatics and the foundation of knowledge*. Burlington : Jones & Bartlett Learning.
- Molinaro, A. M., Sajda, P., & Brown, M. P. 2020. Machine learning for personalized medicine: predicting human drug response. *Trends in Molecular Medicine*, 26(6), 604-615.
- Oermann, M. H., & Gaberson, K. B. (2016). *Evaluation and Testing in Nursing Education* (4th ed.). New York : Springer Publishing Company.
- Spath, P. L. 2018. *Introduction to healthcare quality management*. Washington, D.C : Health Administration Press.
- Steinhubl, S. R., Muse, E. D., & Topol, E. J. 2015. The emerging field of mobile health. *Science Translational Medicine*, 7(283), 283rv3.
- Stewart, M., Brown, J. B., Weston, W. W., McWhinney, I. R., & Freeman, T. R. 2014. *Patient-Centered Medicine: Transforming the Clinical Method*. Florida : CRC Press.

- Topol, E. J. 2019. High-performance medicine: the convergence of human and artificial intelligence. *Nature Medicine*, 25(1), 44-56.
- Ulfiana, E., Dewi, S. K., & Kustiyah, K. 2018. Analisis Evaluasi Diri Pencegahan Infeksi Nosokomial oleh Perawat Pelaksana di Rumah Sakit Umum Universitas Muhammadiyah Malang. *Jurnal Keperawatan Muhammadiyah*, 3(2), 169–179. <https://doi.org/10.30651/jkm.v3i2.1145>
- Weber, J. R., & Kelley, J. H. 2020. *Health Assessment in Nursing*. Alphen aan den Rijn : Wolters Kluwer.
- World Confederation for Physical Therapy. 2019. WCPT guideline for standards of physical therapy practice. World Confederation for Physical Therapy.

BAB 6

KOMUNIKASI EFEKTIF

Oleh Nurlindawati

6.1 Defenisi Komunikasi

Komunikasi didefinisikan sebagai hubungan antara manusia atau kegiatan saling bertukar pendapat, baik individu maupun kelompok. Komunikasi yang terjadi pada manusia merupakan proses pembentukan makna diantara dua orang atau lebih. Dari pernyataan ini dapat dikatakan bahwa komunikasi berhubungan dengan makna yang dapat diperoleh diantara pihak-pihak yang melakukan komunikasi.

Menurut A.W. Wijaya (2000: 15) komunikasi adalah penyampaian informasi dan pengertian dari seseorang kepada orang lain. komunikasi dimaknai berhasil jika adanya saling pengertian, yaitu informasi dapat dipahami oleh kedua belah pihak, baik si pengirim dan si penerima. Hal ini bukan berarti kedua belah pihak harus menyetujui adanya gagasan tersebut, tetapi terlebih pada adanya saling paham antara kedua belah pihak terhadap gagasan tersebut. Dalam keadaan seperti inilah sehingga dapat dikatakan komunikasi telah berhasil baik (komunikatif).

Komunikasi merupakan proses yang menjadi dasar pertama memahami hakikat manusia. Dikatakan sebagai proses karena ada aktivitas yang melibatkan peranan banyak elemen atau tahapan yang meskipun terpisah-pisah, Namun semua tahapan ini saling terkait sepanjang waktu. Selain itu, Jhon B. Hoben, mengatakan komunikasi (harus) berhasil: "Komunikasi merupakan pertukaran antara verbal pikiran atau gagasan." Dibalik asumsi pengertian itu ialah bahwa berhasilnya suatu

pikiran atau gagasan dipertukaran (Mulyana, 2010: 61). Menurut Harold Laswell, untuk menggambarkan komunikasi cara terbaik yaitu menjawab pertanyaan berikut : *Who Says What In Whicy Channel To Whoam With What Effect?* (mulyana, 2010:69).

Dari beberapa definisi komunikasi para ahli tersebut dapat disimpulkan bahwa komunikasi adalah suatu proses penyampaian atau pertukaran informasi dari komunikan kepada komunikator sehingga mendapat pemahaman yang sesuai dengan yang diberikan komunikator yang kemudian menimbulkan pengaruh seperti memberikan tanggapan kembali sehingga terjadi proses penyampaian pesan yang lebih lanjut.

Proses komunikasi

Berikut tahap dalam proses komunikasi, diantaranya:

1. Proses Komunikasi secara primer;
Merupakan proses penyampaian pikiran dan atau perasaan dengan menggunakan lambang (simbol) sebagai media seseorang kepada orang lain.
2. Proses Komunikasi secara Sekunder;
Merupakan proses penyampaian pesan dengan menggunakan alat atau sarana sebagai media kedua setelah memakai lambang sebagai media pertama oleh seseorang kepada orang lain.

6.2 Unsur –unsur dalam Proses Komunikasi

Unsur-unsur dalam proses komunikasi sebagai berikut :

1. **Sender**: Komunikator yang menyampaikan pesan kepada seseorang atau sejumlah orang.
2. **Encoding**: Penyandian, yakni proses pengalihan pikiran ke dalam bentuk lambang.
3. **Message**: Pesan yang merupakan seperangkat lambang bermakna yang disampaikan olehkomunikator

4. **Media**: Saluran komunikasi tempat berlalunya pesan dari komunikator ke pada komunikan.
5. **Decoding** : Proses komunikan menetapkan makna pada lambang yang disampaikan olehkomunikator kepadanya
6. **Receiver** : Komunikan yang menerima pesan dari komunikator.
7. **Response**: Tanggapan, seperangkat reaksi pada komunikan setelah menerima pesan.
8. **Feedback**: Umpan balik, yakni tanggapan komunikan yang tersampaikan atau disampaikan kepada komunikator.
9. **Noise**: Gangguan tak terencana yang terjadi dalam proses komunikasi sebagai akibat diterimanya pesan lain oleh komunikan yang berbeda dengan pesan yang disampaikan oleh komunikator kepadanya.

Menurut A.W. Wijaya (2000: 30) sebagai berikut:

1. Sumber
Penyampaian pesan memerlukan landasan sehingga memperkuat pesan itu sendiri dalam proses penyampaian dinamakan sumber. Macam-macam sumber dapat berasal dari orang, lembaga, buku, dokumen, dan lain-lain.
2. Komunikator
Yaitu Setiap orang baik satu ataupun lebih yang menyampaikan pesan-pesan. Komunikan dapat menjadi komunikator sebaliknya komunikator dapat menjadi komunikan.
3. Pesan
Keseluruhan dari apa yang disampaikan oleh komunikator disebut dengan pesan. Inti pesan menjadi suatu pedoman arah dalam usaha mencoba mengubah sikap dan tingkah laku komunikan.
4. Channel/saluran
Media penyampaian pesan. Media tersebut berupa media

massa, media cetak, radio, televisi, film, dan lain-lain.

5. *Effect/hasil*

Merupakan sikap dan ingkah laku orang, sesuai atau tidak sesuai dengan yang diinginkan yang diperoleh dari hasil akhir suatu komunikasi.

Unsur komunikasi oleh A.W. Wijaya, Deddy Mulyana (2001: 7) dikemas ke dalam model komunikasi, yang terdiri dari sebagai berikut :

1. Komunikator 1: pengirim/penerima

Kegiatan komunikator 1 adalah mengirimkan sekaligus menerima pesan. Selanjutnya fungsi komunikator 1 menjadi penerima pesan.

2. Pesan

Pesan yang tersampaikan dari komunikator 1 berupa pesan verbal maupun non verbal. Pesan tersebut dapat disengaja maupun tidak disengaja. sehingga ada empat jenis pesan, diantaranya : pesan verbal disengaja, pesan verbal tidak disengaja, pesan nonverbal disengaja, dan pesan nonverbal tidak disengaja.

3. Saluran

Saluran dapat berupa media massa/ elektronik, alat indera, papan pengumuman, dll.

4. Gangguan

Segala sesuatu yang mengganggu dan mengalihkan informasi yang disampaikan kepada penerima dinamakan gangguan. Gangguan tersebut berupa udara panas, gaya yang norak, gangguan bunyi/pendengaran, gangguan bau/penciuman.

Gangguan dibedakan 2 macam:

- a. Teknis: faktor yang menyebabkan komunikator merasakan perubahan dalam informasi yang diterima.
- b. Semantik: bila komunikator memberi arti yang

berlainan atas sinyal yang disampaikan pengirim.

5. Komunikator 2: penerima/pengirim

Jika komunikator 1 menyampaikan pesan maka komunikator 2 melakukan kegiatan menerima 1. Selanjutnya mengirimkan pesan kepada komunikator 1 sebagai bentuk feedback atau umpan balik. Aspek penting dalam penerimaan pesan adalah mendengarkan. Ada 4 proses yang terjadi dalam tahap mendengarkan diantaranya : mendengar, memperhatikan, memahami, dan mengingat.

6. Umpan balik/feedback

6.3 Tujuan Komunikasi

Carl I. Hovland menjelaskan Ilmu Komunikasi sebagai upaya yang sistematis sebagai rumusan secara tegas terhadap asas-asas penyampaian informasi serta pembentukan pendapat dan sikap. Pembentukan pendapat umum (*public opinion*) dan sikap public (*public attitude*) merupakan objek studi ilmu komunikasi yang tidak hanya pada penyampaian informasi saja.

1. Perubahan sikap (*attitude change*)

Perubahan sikap komunikasi setelah menerima pesan baik kearah positif maupun negatif. Dalam berbagai kondisi kita berusaha mempengaruhi sikap orang lain dan berusaha agar orang lain bersikap positif sesuai keinginan kita.

2. Perubahan pendapat (*opinion change*)

3. Setelah memahami apa yang di maksud komunikator maka akan tercipta pendapat yang berbeda-beda bagi komunikasi. Perubahan perilaku (*behavior change*).

4. Perubahan sosial (*social change*)

Komunikasi yang baik tentu akan tercipta dan terbangun serta terpelihara ikatan hubungan dengan orang lain semakin baik.

Secara umum, menurut Wilbur Scramm (1974), tujuan komunikasi dapat dilihat dari dua perspektif kepentingan yakni: kepentingan penerima dan kepentingan pengirim. Seperti yang terlihat sebagai berikut.

Tujuan Komunikasi dari SudutKepentingan Sumber	Tujuan Komunikasi dariSudut Kepentingan Penerima
1. Memberikan informasi. 2. Mendidik Menyenangkan/ menghibur. 3. Mengajukan suatu tindakan/persuasi.	1. Memahami informasi. 2. Mempelajari. 3. Menikmati. 4. Menerima atau menolak anjuran.

6.4 Hambatan

1. Hambatan dari Proses Komunikasi

a. Hambatan dari pengirim pesan.

Sebagai contoh, pesan yang akan disampaikan belum jelas bagi dirinya atau pengirim pesan, Hal ini dipengaruhi oleh perasaan atau situasi emosional sehingga mempengaruhi motivasi, yaitu mendorong seseorang untuk bertindaksesuai keinginan, kebutuhan atau kepentingan.

b. Hambatan dalam simbol.

Hal ini dapat terjadi karena bahasa yang dipergunakan tidak jelas sehingga mempunyai arti lebih dari satu, simbol yang dipergunakan antara si pengirim dan penerima tidak sama atau bahasa yang dipergunakan terlalu sulit.

c. Hambatan media.

Hambatan yang terjadi karena factor media baik cetak maupun elektronik. Contohnya adanya gangguan aliran listrik atau suara radio sehingga tidak dapat mendengarkan pesan atau justru pesan sama sekali tidak tersampaikan.

d. Hambatan dalam bahasa sandi.

Hambatan terjadi dalam menafsirkan sandi oleh si penerima.

e. Hambatan dari penerima pesan,

Hambatan yang terjadi disebabkan oleh si penerima pesan itu sendiri. Misalnya kurang seksama saat menerima/mendengarkan pesan, tidak memahami atau adanya tanggapan yang keliru dan tidak mencari informasi lebih lanjut terhadap pesan yang diterima.

f. Hambatan dalam memberikan balikan.

Balasan atau balikan yang diberikan justru interpretatif, tidak tepat waktu atau tidak jelas dan sebagainya tidak menggambarkan apa adanya.

2. Hambatan Fisik

Hambatan fisik dapat mengganggu komunikasi yang efektif, cuaca gangguan alat komunikasi dan lain-lain. Misalnya:

a. Gangguan kesehatan karena banyak masyarakat menjadi korban baik luka berat maupun ringan akibat tertimpa reruntuhan serta kondisi mereka yang masih berada di tenda tenda darurat sehingga keadaan fisik mereka tidak terjamin.

b. Akibat terputusnya jaringan listrik dan telekomunikasi pasca gempa di beberapa wilayah di cianjur jawa barat menyebabkan komunikasi terganggu.

3. Hambatan Sematik

Adanya kata-kata atau bahasa dalam komunikasi antara

pemberi pesan dan penerima mempunyai arti yang berbeda, tidak jelas

4. Hambatan Psikologi

Hambatan psikologis dan sosial kadang-kadang mengganggu komunikasi.

Bencana yang telah mengambil keluarga dan harta benda mereka menimbulkan dampak traumatik yang sangat tinggi sehingga pada saat diajak untuk berkomunikasi menjadi 'tidak nyambung' bahkan ketidakmampuan mereka dalam menghadapi bencana ini menimbulkan stress yang berkepanjangan sehingga berpengaruh pada proses rekonstruksi.

6.5 Komunikasi Efektif

1. Definisi Komunikasi Efektif

Komunikasi efektif adalah komunikasi yang mampu menghasilkan pemahaman dan perubahan sikap pada penerima pesan tersebut. Adapun tujuan komunikasi efektif adalah memberi kemudahan dalam memahami pesan yang disampaikan dengan bahasa lebih jelas, lengkap antara pemberi dan penerima, sehingga terjadi umpan balik dan melatih menggunakan bahasa non verbal secara baik.

Ada beberapa pendapat para ahli mengenai komunikasi efektif, antara lain: Menurut Jalaluddin dalam bukunya Psikologi Komunikasi (2008:13) menyebutkan, komunikasi yang efektif ditandai dengan adanya pengertian, dapat menimbulkan kesenangan, mempengaruhi sikap, menimbulkan suatu tindakan yang baik, dan pada akhirnya meningkatkan hubungan sosial.

Menurut Johnson, Sutton dan Harris (2001: 81) cara-cara agar komunikasi efektif dapat dicapai, komunikasi efektif dapat terjadi melalui atau didukung oleh aktivitas diskusi, role-playing, aktivitas kelompok kecil dan materi-materi

pengajaran yang relevan.

Menurut Mc. Crosky Larson dan Knapp (2001) bahwa komunikasi efektif akan tercapai apabila setiap komunikasi memerhatikan ketepatan (*accuracy*) antara komunikator dan komunikan.

2. Teori Komunikasi Efektif

Menurut Sondang P. Siagian (2001: 24) bahwa “Efektivitas adalah pemanfaatan sarana dan prasarana dan sumber daya dalam jumlah tertentu yang secara sadar ditetapkan sebelumnya agar menghasilkan sejumlah barang atas jasa atas kegiatan yang dijalankan. Tercapai tidaknya sasaran yang telah ditetapkan menunjukkan efektivitas kegiatannya. Semakin tinggi efektivitasnya maka hasilkegiatan semakin mendekati sasaran”.

Sementara itu Abdurahmat (2003 : 92) “Efektivitas adalah pemanfaatan sumber daya, sarana dan prasarana dalam jumlah tertentu yang secara sadar ditetapkan sebelumnya untuk menghasilkan sejumlah pekerjaan tepat pada waktunya. Efektifitas secara umum menunjukan sampai seberapa jauh tercapainya suatu tujuan yang terlebih dahulu ditentukan.

3. Unsur-unsur Komunikasi Efektif

Adapun komunikasi mempunyai dasar sebagai berikut :

A. Niat menyangkut:

- Apa yang akan disampaikan
- Siapa sasarannya
- Apa yang akan dicapai

B. Minat, ada dua faktor yang mempengaruhi yaitu:

- Faktor objektif : merupakan rangsangan yang kita terima
- Faktor subjektif : merupakan faktor yang menyangkut diri si penerimastimulus.

C. Pandangan, merupakan makna dari informasi yang

disampaikan pada sasaran, menafsirkan informasi yang diterima tergantung pada pendidikan, pekerjaan, pengalaman dan kerangka pikir seseorang.

D. Lekat, merupakan informasi yang disimpan oleh si penerima.

Libat, merupakan keterlibatan panca indra sebanyak banyaknya.

6.6 Kunci sukses Komunikasi yang Efektif

Beberapa aturan dan kaidah yang harus dilakukan diantaranya, yaitu:

1. Komunikator memahami siapa penerima pesan baik individu, orang maupun kelompok yang dijadikan sasaran komunikasi.

Hal ini bahwa komunikator harus lebih pandai dalam menempatkan diri, tidak menganggap orang lain tidak tahu apa-apa dan sebaliknya menganggap dirinya sebagai orang yang paling tahu dan paling benar dalam suatu proses komunikasi.

2. Situasi atau kondisi apapun komunikator harus bisa menempatkan diri pada yang dihadapi orang lain, mampu mendengar serta siap menerima masukan apapun dengan sikap lapang dada. Kemampuan untuk menerima apapun kritik dan masukan dengan lapang dada dan sikap baik tentu akan membawa pengaruh positif pada komunikator.
3. Pesan dapat diterima dan didengarkan dengan baik oleh penerima pesan.

Hal ini berkaitan dengan media yang digunakan. Tidak jarang pesan tidak dapat dipahami oleh penerima pesan karena media atau alat yang digunakan tidak mendukung,. Misalnya, suara di telepon putus-putus karena jaringan, atau suara di telepon yang terlalu kecil.

4. Memahami isi pesan.

Isi pesan jelas sehingga tidak menimbulkan multi interpretasi bagi penerima pesan.

Misalnya pemberi pesan menggunakan istilah-istilah atau Bahasa yang sulit dipahami oleh penerima pesan, maka jelas penerima pesan akan sulit untuk memahami isi pesan dan akhirnya tidak ada umpan balik. Demikian juga bila penggunaan bahasa yang tidak menyesuaikan dengan latar belakang penerima pesan, maka akan muncul berbagai interpretasi. Akhirnya isi pesan akan susah dipahami, dan komunikasi tidak sesuai harapan.

5. Berkaitan dengan mau mendengarkan orang lain dan sikap rendah hati

Hal ini berkaitan dengan karakter dan sikap individu masing-masing, baik karakter dan sikap pemberi maupun penerima pesan tersebut. Termasuk di dalam sikap dan sifat ini adalah kerelaan untuk rendah hati, menghargai, dan mau mendengarkan orang lain.

DAFTAR PUSTAKA

- A.W. Wijaya. 2000. Ilmu Komunikasi Pengantar Studi. Jakarta: Rineka Cipta.
- Deddy Mulyana. 2000. Human Communication. Bandung: PT Remaja Rosdakarya.
- <http://repository.maranatha.edu/2548/1/Komunikasi%20Efektif.pdf>
- <https://eprints.umm.ac.id/37034/3/jiptummpg-gdl-bakhtiar20-51204-3-babii.pdf>

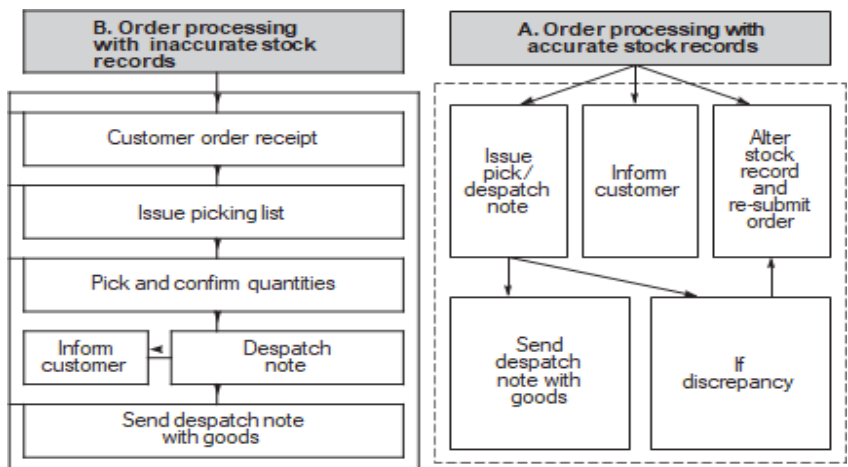
BAB 7

PEMELIHARAAN INVENTARIS

Oleh Abdurohim

7.1 Pemeliharaan dan perawatan inventaris

Inventaris (Najy *et al.*, 2023) Rumah Sakit haruslah dipelihara dengan baik, sebab dengan perbaikan yang baik umur inventaris yang dimiliki memiliki umur panjang, meskipun secara ekonomis telah memiliki unsur yang memenuhi sesuai dengan ketentuan yang berlaku. Inventaris merupakan aset yang memiliki unsur panjang dan juga harganya tidak sedikit, karena itu dalam pembelian ataupun penghapusan inventaris tersebut haruslah dilakukan perencanaan tidak bisa langsung kapan dibeli ataupun dihapus dari pencatatan karena berdampak pada modal yang dimiliki oleh perusahaan.



Gambar 7.1. Order Persediaan Barang

Sumber: (Tony, 2002)

Pelaksanaan pemeliharaan inventaris yang dilakukan oleh bagian umum, dengan terlebih dahulu melakukan penelitian terhadap persediaan inventaris (Mehrzaad Egan *et al.*, 2022), sehingga diketahui ketersediaan untuk melakukan penggantian inventaris tersebut seperti gambar 6.1, memudahkan dalam melakukan pemeliharaan, setelah bisa mengklasifikasikan inventaris dengan kategori rusak berat, dilakukan pemeliharaan serta inventaris masih representatif, sehingga bila ada inventaris yang mengalami kerusakan berat untuk segera dilakukan penggantian dengan terlebih dahulu melihat persediaan yang tersedia, sedangkan inventaris yang rusak diperlukan perbaikan sebagaimana yang diinginkan semula.

Untuk tertibnya pemeliharaan inventaris yang dimiliki oleh perusahaan atau organisasi maka terlebih dahulu dilakukan pencatatan sesuai dengan regulasi yang ditetapkan mulai dari kelompok inventaris, kode inventaris (Ba *et al.*, 2023), nama inventaris, tanggal pembelian, tarif penyusutan, lokasi inventaris, keterangan yang memberikan informasi inventaris tersebut kondisinya seperti apa. Dalam pencatatan inventaris sebaiknya dipergunakan aplikasi sistem yang bisa merekam semua inventaris yang dimiliki, sehingga pemilik atau pengelola inventaris tidak kesulitan dalam melakukan pemeliharaan maupun ketika diperhitungkan beban penyusutan, melalui aplikasi yang dimiliki maka setiap bulan untuk menetapkan besarnya penyusutan yang diperlukan untuk keperluan keuangan, bisa langsung di transfer ke bagian keuangan. Sedangkan untuk bagian umum yang memiliki tanggung jawab pemeliharaan inventaris dapat melihat dan memonitor inventaris di lokasi mana yang mengalami kerusakan.

Melalui pemeliharaan inventaris dalam pemakaian (Neves-Moreira *et al.*, 2022), tanpa ,merubah, menambah dan mengurangi bentuk dan konstruksi semula, sehingga dapat dipergunakan

secara efektif serta memberikan keindahan, kerusakan inventaris disebabkan adanya:

1. Cuaca, suhu dan sinar
2. Air dan kelembaban
3. Fisik yang meliputi proses penuaan, pengotoran debu, barang tersebut mudah rusak bila tidak diperhatikan atas pengaruhnya, terjadi benturan, tekanan dan getaran.
4. Serta lainnya yang berakibat pada berkurangnya mutu, kualitas dan lainnya.

Pemeliharaan yang dilakukan supaya barang inventaris yang dimiliki ketika dipergunakan tidak mengalami hambatan dan kendala, banyak barang inventaris yang terlihat sangat baik namun ketika dipergunakan tidak bisa memberikan hasil yang optimal.

Melaksanakan kegiatan pemeliharaan barang inventaris untuk tertib dan memperoleh hasil yang terbaik (Alderighi *et al.*, 2022), maka bagian umum yang diberikan tanggung jawab untuk memelihara inventaris tersebut, harus menyusun rencana perawatan dan pemeliharaan untuk barang inventaris dimaksud, sehingga waktu dan biaya yang diperlukan dapat dikendalikan. Perawatan dan pemeliharaan tersebut dibuat kelompok inventarisnya, seperti:

1. Perawatan dan pemeliharaan kendaraan

Kendaraan bermotor yang dimiliki oleh perusahaan/organisasi haruslah dipelihara dengan baik, sebab melalui pemeliharaan dan perawatan yang baik berdampak pada umur ekonomis dari inventaris tersebut. Inventaris kendaraan bermotor terbagi oleh kendaraan roda empat atau lebih dan juga roda dua untuk pendukung aktivitas kegiatan operasional sehingga bila sewaktu-waktu dipergunakan bisa langsung dipergunakan.

2. Perawatan dan pemeliharaan peralatan kantor, meliputi berbagai macam inventaris yang terbuat dari besi dan kayu.

Guna mendukung inventaris tersebut secara optimal maka memerlukan adanya perawatan dan pemeliharaan yang konsisten dan juga secara terus menerus dilakukan secara terjadwal, sebab inventaris

3. Perawatan dan pemeliharaan peralatan medis, merupakan aktivitas yang diperuntukan dalam rangka untuk menjamin mutu pelayanan para tenaga medis maupun para dokter, inventaris yang dikelola haruslah benar-benar terjamin baik untuk teknologi maupun kebersihannya, karena peralatan yang dimiliki untuk menangani kesehatan manusia.

Pemeliharaan dan perawatan inventaris yang dilakukan untuk mendukung kelancaran operasional perusahaan (Osma et al., 2023), sangat penting untuk memelihara inventaris perusahaan sehingga inventaris yang dimiliki terus bisa digunakan dan juga memiliki ketahanan untuk dipergunakan dalam jangka panjang. Banyak perusahaan yang memperlakukan inventaris sesuai dengan ketentuan yang digariskan, sehingga banyak yang mengalami kerusakan bahkan harus diganti dengan yang baru, sehingga bagi perusahaan sangat berdampak pada likuiditas keuangan, yang seharusnya tidak mengeluarkan jumlah dana yang harus dialokasikan untuk penggantian inventaris, namun karena terpaksa tidak bisa lagi diganti dengan inventaris yang dibutuhkan.

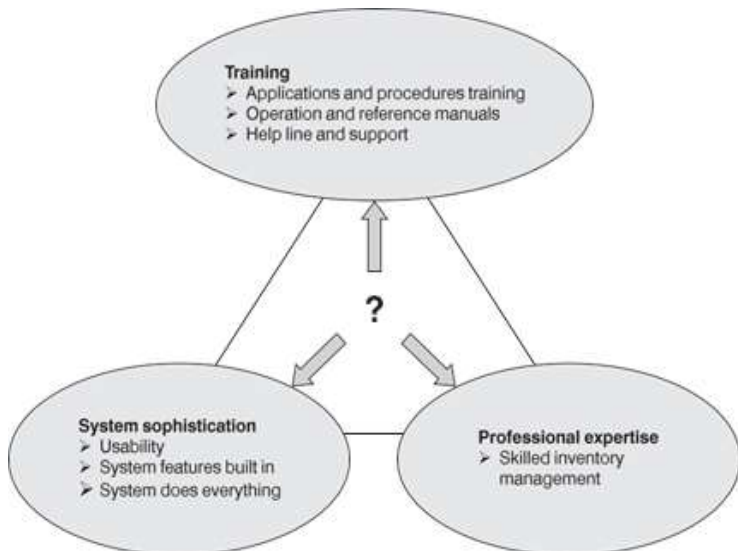
Inventaris yang telah dibeli menjadi aset perusahaan secara garis besar memiliki fungsi sebagai berikut:

1. Inventaris yang telah dibeli dan dicatat pada daftar inventaris bila terus dilakukan pemeliharaan maka inventaris tersebut tidak hilang atau rusak
2. Pemeliharaan inventaris juga tidak terbatas pada pemeliharaan fisik juga termasuk pada pemeliharaan administrasi sebab dengan terus dilakukan update daftar inventaris sehingga melalui daftar yang tercantum bisa dilakukan pengecekan pada fisik inventaris yang berlokasi serta kondisinya.

3. Pemeliharaan pada inventaris yang berkaitan dengan pencatatan akan memberikan pengaruh terhadap kemudahan pada pengawasan dan monitoring inventaris yang telah diakui sebagai inventaris yang telah dibeli oleh perusahaan.

7.2 Pemeliharaan dan pengawasan inventaris perusahaan dilakukan melalui aplikasi

Pengelolaan inventaris untuk keperluan pemeliharaan, maka perusahaan tidak lagi dilakukan secara manual, namun harus dilakukan secara sistematis dan lebih cepat untuk diketahui dengan memberikan informasi yang jelas dan dilakukan secara cepat. Penggunaan aplikasi pengelolaan inventaris disesuaikan dengan kebutuhan yang diperlukan oleh perusahaan, serta disesuaikan juga dengan dana yang tersedia untuk pembelian aplikasi yang dibutuhkan (El Mehdi *et al.*, 2023).



Gambar 7.2. Penggunaan Aplikasi Persediaan. Sumber: (Tony, 2002)

Penggunaan aplikasi sangatlah mutlak karena membantu bagi pengelola inventaris, dalam penggunaan aplikasi, maka disesuaikan dengan keahlian yang dimiliki seperti gambar 2. Aplikasi yang dipergunakan untuk pemeliharaan inventaris tersebut minimal harus memiliki fitur sebagai berikut:

1. Aplikasi untuk mengelola inventaris harus yang memiliki kelengkapan fitur untuk mencatat data inventaris dimiliki oleh perusahaan, memberikan informasi riwayat inventaris dari mulai pembelian, pemeliharaan sehingga pengelola inventaris tidak susah dalam menghitung atau mencatat inventaris yang ada.
2. Kartu aset yang dipergunakan untuk mengetahui data inventaris sehingga tidak susah lagi mencatat inventaris yang dimiliki sehingga pengelola tidak perlu membuat daftar cukup dengan melihat pada aplikasi yang dibuat secara terhubung dengan server utama.
3. Menunjang untuk memberikan kemudahan bagi pengelola inventaris terutama untuk mengetahui nomor, lokasi serta data lainnya, maka aplikasi yang dipergunakan memiliki fasilitas yang bisa dipergunakan untuk pembuatan QR code dan kode sistem.
4. Aplikasi yang dipergunakan juga memiliki fasilitas untuk bisa memuat foto dan lampiran data inventaris yang dikelola, sehingga bila dilakukan pengecekan atas fisik inventaris tersebut, bisa dengan cepat ditemukan.
5. Memiliki kemampuan untuk mencatat riwayat aset yang dimiliki mulai dari pembelian, invoice serta lainnya tersusun jangka panjang maupun jangka pendek untuk diketahui
6. Memiliki fasilitas untuk mencatat pengeluaran dan pemasukan inventaris yang ada seperti pajak, biaya service, penggantian suku cadang, perawatan.

7. Memberikan informasi kepada pengelola inventaris mengenai perawatan sehingga inventaris yang dimiliki terkelola dengan baik.
8. Memberikan kemudahan bagi pengelola untuk melakukan perhitungan penyusutan, nilai buku, umur aset dan juga tanggal pembelian sehingga pengelola inventaris mudah dalam mengelolanya, tidak disibukan dengan pembuatan daftar inventaris selain jumlahnya banyak juga tersebar di setiap tempat.

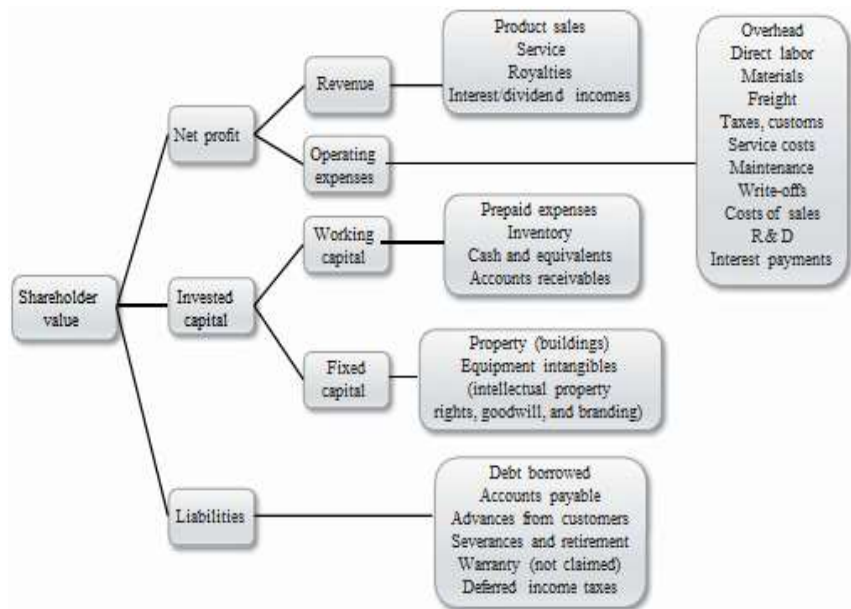
Pemanfaatan teknologi untuk pengelolaan inventaris ini ditujukan untuk memudahkan bagi para pengelola aset untuk mengawasi serta bila waktunya untuk melakukan pemeliharaan juga mudah karena aplikasi akan melakukan penilaian dan perekaman data inventaris secara otomatis berjalan sesuai dengan yang diperintahkan untuk mengelola inventaris yang dimiliki perusahaan (Kachergus *et al.*, 2022).

Aplikasi yang dipergunakan dalam mendukung pengelolaan inventaris menggunakan basis cloud untuk kegiatan melakukan penyimpanan data inventaris secara lengkap, sehingga ketika pengelola perusahaan membutuhkan data dapat dilakukan di mana saja serta kapan saja dibutuhkan (Tian *et al.*, 2022). Terpeliharanya data yang dibutuhkan memudahkan untuk mengelola inventaris yang dimiliki, serta kapan dilakukan pemeliharaan inventaris yang telah terdaftar menjadi aset perusahaan.

7.3 Pentingnya pemeliharaan inventaris bagi kelangsungan bisnis

Pengelolaan inventaris (Wang & Huang, 2023) bagi perusahaan merupakan hal yang sangat penting, mengingat jalannya perusahaan dalam melakukan kegiatan operasional didukung oleh ketersediaan aset yang digunakan. Seperti

kendaraan roda dua maupun roda empat lebih berperan untuk membantu untuk melakukan kegiatan dari satu unit ke unit lain maupun untuk pengiriman barang hasil produksi, melalui inventaris yang dimiliki mampu memberikan kemudahan dan kelancaran untuk mencapai target bisnis yang dikehendaki.



Gambar 7.3. Shareholder Value
Sumber: (Edward et al., 2017)

Memelihara inventaris dengan baik (Pepin *et al.*, 2023), maka akan memberikan dampak positif bagi perusahaan, sebab melalui pemeliharaan inventaris yang konsisten memberikan pengaruh besar pada keuntungan perusahaan seperti Gambar 3, seperti inventaris yang memberikan dukungan kelancaran produksi barang yang lancar mengakibatkan produk yang dijual akan semakin banyak, sehingga memberikan kesempatan untuk

meraup pendapatan yang banyak dengan demikian memberikan kesempatan untuk memperbesar keuntungan.

Bila perusahaan yang melakukan produksi namun tidak didukung oleh inventaris yang baik, seperti mesin sering mengalami gangguan, mobil juga banyak yang mogok akibat pemeliharaan dan perawatan mesinnya tidak tepat waktu maka mengakibatkan produksi barang yang dihasilkan tidak memenuhi target yang ditetapkan, demikian pula halnya dengan kegiatan pengiriman/ekspedisi juga mengalami hambatan karena banyak kendaraan yang tidak berfungsi, mengakibatkan pengiriman barang tidak lancar. Dampak yang akan diterima oleh perusahaan yaitu konsumen merasa tidak puas dan akan mengalihkan pembelian produk pada perusahaan lain (Liu *et al.*, 2023).

Pengelolaan inventaris oleh bagian umum haruslah baik, teratur dan konsisten, sehingga mampu mendukung program dari bagian bisnis untuk menjual produk atau memenuhi pesanan yang telah tercatat dari beberapa waktu yang lalu, karena itu bila pengelolaan inventaris dengan baik (Kim *et al.*, 2023), maka akan berdampak pada perusahaan, yaitu:

1. Pengelolaan inventaris yang baik dan konsisten

Semakin baik dalam mengelola inventaris maka memberikan pengaruh terhadap pengeluaran biaya yang semakin menurun, sebab inventaris yang dipergunakan untuk meningkatkan volume usaha fisiknya masih baik meskipun telah lama dipergunakan untuk mendukung perusahaan.

2. Melakukan penataan barang produksi berdasarkan kode yang dibuat oleh aplikasi inventaris

Barang persediaan bagi rumah sakit berupa obat-obatan yang bentuk dan ragamnya banyak, dan memerlukan kerja keras untuk menata yang baik pada rak yang telah dipersiapkan melalui bantuan aplikasi inventaris melakukan pengaturan tata letak, pembuatan QR code untuk bisa menata obat-obatan pada rak yang tersedia dan tersusun dengan rapi, sehingga

memudahkan bagi petugas obat-obatan untuk mengambil obat-obatan dengan mudah.

3. Meningkatkan layanan pada konsumen yang optimal

Melayani konsumen banyak ragamnya bisa melalui layanan untuk mengirimkan barang pesanan, membantu layanan kepada konsumen secara langsung seperti memberikan nomor antri, ataupun menata letak barang persediaan. Pengaturan barang, dan pemanggilan pasien tentunya bila dalam melakukan layanan tersebut dibantu oleh inventaris yang baik, maka dilakukan layanan secara cepat dan akurat.

4. Dipergunakan sebagai pendukung untuk pencapaian kinerja

Melaksanakan aktivitas yang dilakukan oleh unit atau individu untuk mencapai target yang ditetapkan membutuhkan dukungan selain tenaga, pikiran dan biaya juga harus didukung oleh peralatan inventaris yang memadai dan juga bekerja dengan baik, sebab meskipun tenaga yang telah dipergunakan besar, namun belum didukung sepenuhnya oleh keberadaan inventaris menyebabkan akan mengganggu jalannya operasional.

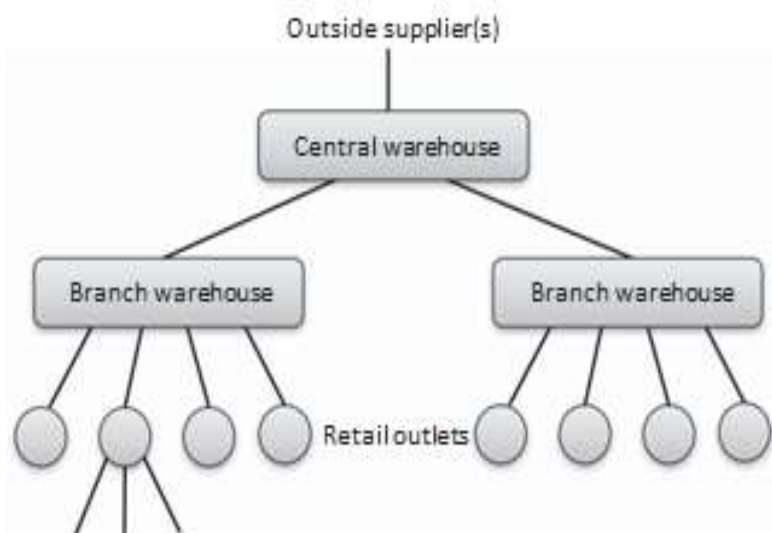
Banyak aktivitas yang terhambat akibat fasilitas inventaris kurang memadai, sehingga meskipun dilakukan upaya berbagai macam mala hanyalah menghasilkan produk yang sedikit tidak seperti harapan yang ingin dicapai. Karena itu pentingnya pengelola inventaris untuk selalu memperhatikan keberadaan maupun kondisinya.

Inventaris yang dikelola dengan baik akan berdampak pada segala hal yang berkaitan dengan kegiatan operasional yang dilaksanakan (Song & Wu, 2023), sehingga pencapaian yang diperoleh akan berdampak pada penilaian Key Performance Index (KPI) para individual yang diberikan tanggung jawab dan target yang telah ditandatangani.

7.4 Pemeliharaan inventaris pada rumah sakit

Rumah sakit milik pemerintah dan swasta memiliki ketentuan berbeda dalam melakukan pengelolaan dan pemeliharaan inventarisnya, hal ini disebabkan masing-masing rumah sakit untuk melakukan pembelian inventaris berasal dari dana pemerintah pusat/daerah, yayasan maupun individual, sehingga dalam perlakuannya berbeda, tergantung dari regulasi masing-masing sebagaimana diatur untuk tujuan tertentu, namun dalam melakukan pemeliharaan tidak ada yang berbeda baik dalam administrasi, perbaikan serta pembuatan code inventarisnya hampir sama, ada yang sudah menggunakan aplikasi, ada yang masih semi aplikasi dan juga masih dilakukan secara manual (San-José *et al.*, 2022).

Pengelolaan dan pemeliharaan inventaris milik pemerintah pusat dan daerah merupakan kekayaan negara, merupakan kekayaan pusat/daerah yang tidak dipisahkan untuk melaksanakan kegiatan operasional Badan Layanan Umum Daerah dimana rumah sakit berada, sehingga untuk pengelolaan dan pemeliharaan harus mengacu pada peraturan Kementerian Dalam Negeri, semua barang milik Rumah Sakit tersebut benar-benar mengacu pada regulasi tersebut. Dalam pengadaan serta pemeliharaan juga tidak diperbolehkan keluar dari regulasi yang mengaturnya, sebab jika berlawanan untuk pengelolaan dan pemeliharannya bisa dianggap merugikan atau menyebabkan kerugian pada negara, sehingga bisa berhadapan dengan aparat penegakan hukum (Salehi Shahrabi, 2023).



Gambar 7.4. Pengelolaan Persediaan Inventaris
Sumber: (Edward et al., 2017)

Pelaksanaan pengelolaan dan pemeliharaan inventaris milik Rumah Sakit Pemerintah meliputi pada perencanaan kebutuhan, penganggaran, pengadaan, pemusnahan, penghapusan, penatausahaan, pemeliharaan, penilaian serta lainnya untuk benar-benar ditaati dan diperhatikan bagi segenap unsur yang terlibat pada pengelolaan dan pemeliharaan inventaris Rumah Sakit tersebut. Regulasi ini sifatnya mengikat, sehingga dalam pelaksanaannya harus benar-benar memperhatikan aturan tersebut, sebab Rumah Sakit yang dikelola merupakan aset milik pemerintah, sehingga kegiatan operasional maupun pengelolaan dan pemeliharaan inventaris yang dimiliki tidak boleh bertentangan dengan regulasi yang diterapkan (Hofstra & Spiliotopoulos, 2022).

Dalam melakukan pengelolaan dan pemeliharaan kadang menghadapi dilema seperti banyak inventaris yang berasal dari bantuan negara-negara lain (NGO) ataupun dari perusahaan-

perusahaan yang peduli pada bidang kesehatan memberikan bantuan berupa peralatan medis yang dipergunakan untuk kegiatan operasional Rumah Sakit tersebut, dan sudah tidak memiliki nilai ataupun inventaris milik Rumah Sakit tersebut yang telah mengalami kerusakan maupun secara nilai ekonomisnya sudah menunjukkan satu rupiah, maka bagi pihak pengelola dan pemelihara inventaris melakukan penerapan kebijakan sesuai dengan regulasi yaitu dengan penghapusan, hal ini didasari pada efektif dan efisiensi ataupun untuk dipergunakan (Achamrah *et al.*, 2022).

Rumah Sakit Swasta dalam melakukan pengelolaan dan pemeliharaan inventaris berdasarkan pada kebutuhan dan tujuan dari para pemilik Rumah Sakit tersebut yang tentunya berpedoman pada efektivitas dan efisiensi dalam mendukung layanan serta tujuan rumah sakit itu sendiri, sebab anggaran dalam pengadaan serta pemeliharaan inventaris didasarkan pada perencanaan anggaran Rumah sakit, sehingga dalam penggunaannya haruslah optimal serta mengedepankan kemanfaatan untuk memperoleh keuntungan atas penggunaan peralatan inventaris tersebut guna menjamin sustainable usaha rumah sakit sendiri. Rumah Sakit Swasta tentunya berupaya untuk mampu bisa membiayai kegiatan operasionalnya, tanpa ada bantuan dari pemerintah, sehingga bila terjadi kegagalan dalam pengadaan inventaris serta kerusakan atas inventarisnya, maka akan berdampak pada keuangan dan operasionalnya (Kiran, 2022).

DAFTAR PUSTAKA

- Achamrah, F. E., Riane, F., Di Martinelly, C., & Limbourg, S. 2022. A matheuristic for solving inventory sharing problems. *Computers & Operations Research*, 138, 105605. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.cor.2021.105605>
- Alderighi, M., Gaggero, A. A., & Piga, C. A. 2022. Hidden prices with fixed inventory: Evidence from the airline industry. *Transportation Research Part B: Methodological*, 157, 42–61. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.trb.2022.01.001>
- Ba, L., Xie, Y., & Ma, L. 2023. Finite-horizon joint inventory-pricing optimization with non-concave demand and lost sales. *Transportation Research Part E: Logistics and Transportation Review*, 172, 103067. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.tre.2023.103067>
- Edward, A. S., David, F. P., & Douglas, J. T. 2017. *Inventory and Production Management in Supply Chains Fourth Edition*.
- El Mehdi, E. R., Ilyas, H., Nizar, E. H., Issmail, E. H., & François, S. 2023. Incremental LNS framework for integrated production, inventory, and vessel scheduling: Application to a global supply chain. *Omega*, 116, 102821. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.omega.2022.102821>
- Hofstra, N., & Spiliotopoulou, E. 2022. Behavior in rationing inventory across retail channels. *European Journal of Operational Research*, 299(1), 208–222. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.ejor.2021.08.020>

- Kachergis, E., Miller, S. W., McCord, S. E., Dickard, M., Savage, S., Reynolds, L. V., Lepak, N., Dietrich, C., Green, A., Nafus, A., Prentice, K., & Davidson, Z. 2022. Adaptive monitoring for multiscale land management: Lessons learned from the Assessment, Inventory, and Monitoring (AIM) principles. *Rangelands*, 44(1), 50–63. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.rala.2021.08.006>
- Kim, N., Montreuil, B., Klibi, W., & Zied Babai, M. 2023. Network inventory deployment for responsive fulfillment. *International Journal of Production Economics*, 255, 108664. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.ijpe.2022.108664>
- Kiran, D. R. 2022. Chapter Twenty-one - Scientific inventory control. In D. R. Kiran (Ed.), *Principles of Economics and Management for Manufacturing Engineering* (pp. 243–258). Butterworth-Heinemann. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/B978-0-323-99862-8.00008-X>
- Liu, X., Zhao, D., Ji, Q., Zeng, Y., & Hu, X. 2023. Managing strategic inventory under retailer competition. *European Journal of Operational Research*, 308(3), 1206–1219. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.ejor.2023.01.003>
- Mirzadegan, E., Ghandehari, M., & Ketabi, S. 2022. A joint dynamic inventory-slot allocation model for liner shipping using revenue management concepts. *Computers & Industrial Engineering*, 170, 108333. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.cie.2022.108333>
- Najy, W., Archetti, C., & Diabat, A. 2023. Collaborative truck-and-drone delivery for inventory-routing problems. *Transportation Research Part C: Emerging Technologies*, 146, 103791. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.trc.2022.103791>

- Neves-Moreira, F., Almada-Lobo, B., Guimarães, L., & Amorim, P. 2022. The multi-product inventory-routing problem with pickups and deliveries: Mitigating fluctuating demand via rolling horizon heuristics. *Transportation Research Part E: Logistics and Transportation Review*, 164, 102791. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.tre.2022.102791>
- Osma, J., Martínez-Loredo, V., Quilez-Orden, A., Peris-Baquero, O., Ferreres-Galán, V., Prado-Abril, J., Torres-Alfosea, M. A., & Rossellini, A. J. 2023. Multidimensional emotional disorders inventory: Reliability and validity in a Spanish clinical sample. *Journal of Affective Disorders*, 320, 65–73. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.jad.2022.09.140>
- Pepin, E. W., Unachukwu, E., Schultz, S., & Ananthakrishnan, L. 2023. Optimization of Iodinated Contrast Media Inventory Management: Effect of Inventory Diversification on Waste Reduction. *Journal of the American College of Radiology*. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.jacr.2023.06.032>
- Salehi Shahrabi, M. 2023. A quantitative analysis of inaccuracy inventory reduction in multi-period mode: Comparison between RFID and inventory counting. *Computers & Industrial Engineering*, 177, 109089. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.cie.2023.109089>
- San-José, L. A., Sicilia, J., Pando, V., & Alcaide-López-de-Pablo, D. 2022. An inventory system with time-dependent demand and partial backordering under return on inventory investment maximization. *Computers & Operations Research*, 145, 105861. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.cor.2022.105861>
- Song, L., & Wu, Z. 2023. An integrated approach for optimizing location-inventory and location-inventory-routing problems for perishable products. *International Journal of Transportation Science and Technology*, 12(1), 148–172. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.ijtst.2022.02.002>

- Tian, X., An, C., Nik-Bakht, M., & Chen, Z. 2022. Assessment of reductions in NO₂ emissions from thermal power plants in Canada based on the analysis of policy, inventory, and satellite data. *Journal of Cleaner Production*, 341, 130859. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.jclepro.2022.130859>
- Tony, W. 2002. *Best Practice in Inventory Management*.
- Wang, S. Y., & Huang, G. Q. 2023. Meta-inventory. *Robotics and Computer-Integrated Manufacturing*, 81, 102503. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.rcim.2022.102503>

BAB 8

SISTEM INFORMASI RUMAH SAKIT

Oleh Ryryn Suryaman Prana Putra

8.1 Konsep Sistem Informasi Rumah Sakit (SIRS)

Dalam menjalankan fungsi pembinaan upaya kesehatan, Direktorat Jenderal yang menyelenggarakan urusan di bidang bina upaya kesehatan Kementerian Kesehatan membutuhkan informasi yang handal, tepat, cepat dan terbaru (*up to date*) untuk mendukung proses pengambilan keputusan dan penetapan kebijakan secara tepat. Sistem Informasi Kesehatan adalah seperangkat tatanan yang meliputi data, informasi, indikator, prosedur, teknologi, perangkat, dan sumber daya manusia yang saling berkaitan dan dikelola secara terpadu untuk mengarahkan tindakan atau keputusan yang berguna dalam mendukung pembangunan kesehatan (Monalizabeth dkk, 2015 dalam Aini dkk, 2022).

Sistem Informasi Rumah Sakit (SIRS) adalah suatu proses pengumpulan, pengolahan, dan penyajian data rumah sakit se-Indonesia. Sistem Informasi ini mencakup semua Rumah Sakit umum maupun khusus, baik yang dikelola secara publik maupun privat sebagaimana diatur dalam Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit (Fairuzabadi, 2020). Sistem informasi yang lama perlu diperbaiki atau diganti disebabkan karna adanya permasalahan yang timbul pada sistem lama, untuk memperoleh peluang, serta adanya instruksi (Wilarso, 2000; Asmaripa, 2012 dalam Tiara, 2012).

Sistem informasi rumah sakit memiliki peranan penting dalam pelayanan klinis dan administratif. Pengelolaan informasi di rumah sakit sudah mulai menggunakan sistem berbasis elektronik

(SIRS), terutama dalam mendukung pengambilan keputusan. Sistem informasi rumah sakit (SIRS) dapat dicirikan dengan fungsinya melalui informasi dan jenis layanan yang ditawarkan. Untuk mendukung perawatan pasien dan administrasinya, SIMRS mendukung penyediaan informasi, terutama tentang pasien, dalam cara yang benar, relevan dan terbaru, mudah diakses oleh orang yang tepat pada tempatlokasi yang berbeda di dalam format yang dapat digunakan. Transaksi data pelayanan dikumpulkan, disimpan, dan diproses dan didokumentasikan untuk menghasilkan informasi tentang kualitas perawatan pasien dan tentang kinerja rumah sakit serta biaya. Ini mengisyaratkan bahwa sistem informasi rumah sakit harus mampu mengkomunikasikan data berkualitas tinggi antara berbagai unit di rumah sakit. Selain komunikasi internal, tujuan penting lain dari SIMRS adalah pertukaran data elektronik antar penyedia layanan jasa Kesehatan (dokter praktik, fasilitas primer dan rumah sakit) sehingga dapat menjamin ketersediaan informasi pasien secara komprehensif dan efisiensi pelayanan (Enny & Mandasari, 2022). Sistem informasi mempunyai 3 peranan penting dalam mendukung proses pelayanan kesehatan, yaitu (Hariyadi & Ekayanti, 2012):

1. Mendukung proses dan operasi pelayanan kesehatan.
2. Mendukung pengambilan keputusan staf dan manajemen.
3. Mendukung berbagai strategi untuk keunggulan kompetitif.

Sistem Informasi Rumah Sakit (SIRS) memiliki tujuan sebagai berikut (Fairuzabadi, 2020):

1. Merumuskan kebijakan di bidang perumahsakit.
2. Menyajikan informasi rumah sakit secara nasional.
3. Melakukan pemantauan, pengendalian, dan evaluasi penyelegaraan rumah sakit secara nasional.

Fungsi dari Sistem Informasi Rumah Sakit (SIRS) di bagian-bagian sub sistem yang ada dalam sistem (rumah sakit), yaitu (Wilarso, 2000; Asmaripa, 2012 dalam Tiara, 2012) :

1. Subsistem Layanan Kesehatan, yang mengelola kegiatan layanan kesehatan.
2. Subsistem Rekam Medis, yang mengelola data pasien.
3. Subsistem Personalia, yang mengelola data maupun aktivitas tenaga medis maupun tenaga administratif Rumah sakit.
4. Subsistem Keuangan, yang mengelola data-data dan transaksi keuangan.
5. Subsistem Sarana/ Prasarana, yang mengelola sarana dan prasarana yang ada di dalam rumah sakit tersebut, termasuk peralatan medis, persediaan obat-obatan dan bahan habis pakai lainnya.
6. Subsistem Manajemen Rumah Sakit, yang mengelola aktivitas yang ada didalam rumah sakit tersebut, termasuk pengelolaan data untuk plan jangka panjang, menengah, pendek, pengambilan keputusan dan untuk layanan pihak luar.

Sistem Informasi Rumah Sakit (SIRS) memiliki manfaat yang dapat dijelaskan sebagai berikut (Fairuzabadi, 2020):

1. Sebagai pertimbangan dalam pengalokasian anggaran DAK (data penyelenggara dan lokasi rumah sakit).
2. Sebagai pertimbangan pengalokasian SDM Kesehatan (data jumlah tenaga di rumah sakit).
3. BPJS Kesehatan dan e-Claim (data kode, kelas, dan jenis rumah sakit).
4. Penyusunan Profil Fasilitas Pelayanan Kesehatan di Indonesia.
5. Pemanfaatan data RL.1.1 oleh Ditjen Pajak dalam Aksi Pencegahan dan Pemberantasan Korupsi.

6. Sistem Rujukan dan Sistem Penanggulangan Gawat Darurat Terpadu (SPGDT).
7. Pemanfaatan data jumlah pasien kecelakaan oleh Jasa Raharja.
8. Pemanfaatan data morbiditas penyakit menular dan tidak menular oleh Ditjen P2P.
9. Pemanfaatan data Rumah Sakit Online di dalam aplikasi JAGA KPK.

Sistem informasi rumah sakit juga memiliki beberapa manfaat yang didapat oleh sebuah rumah sakit apabila menerapkannya dengan baik seperti berikut (Wilarso, 2000; Asmaripa, 2012 dalam Tiara, 2012) :

1. Pengendalian mutu pelayanan medis.
2. Pengendalian mutu dan penilaian produktivitas.
3. Analisa pemanfaatan dan perkiraan kebutuhan.
4. Perencanaan dan evaluasi program.
5. Menyederhanakan pelayanan.
6. Mengembangkan dan memperbaiki sistem yang telah ada sehingga memberikan suatu nilai tambah bagi manajemen.
7. Meningkatkan efisiensi dan efektifitas dalam rangka pengelolaan rumah sakit.

Jenis-jenis Sistem Informasi Rumah Sakit (SIRS) meliputi (Fairuzabadi, 2020):

1. Sistem Informasi Klinis. Sistem informasi yang langsung untuk membantu pasien dalam kegiatan pelayanan pasien. Contohnya seperti : Sistem Informasi di ICU, Sistem Informasi pada alat seperti CT Scan, USG, dan lain-lain.
2. Sistem Informasi Administrasi. Sistem informasi yang membantu pelaksanaan administrasi di rumah sakit. Contohnya Sistem Informasi Billing System, Sistem

Informasi Apotek, Sistem Informasi Penggajian, dan lain-lain.

3. Sistem Informasi Manajemen. Sistem informasi yang membantu manajemen rumah sakit dalam pengambilan keputusan. Contohnya Sistem Informasi Manajemen Pelayanan, Sistem Informasi Keuangan, Sistem Informasi Pemasaran, dan lain-lain.

8.2 Aplikasi SIRS Sistem Informasi Rumah Sakit (SIRS)

Sistem Informasi Rumah Sakit (SIRS) merupakan aplikasi sistem pelaporan rumah sakit kepada Kementerian Kesehatan yang meliputi (Fairuzabadi, 2020):

1. Data identitas rumah sakit.
2. Data ketenagaan yang bekerja di rumah sakit.
3. Data rekapitulasi kegiatan pelayanan kompilasi penyakit/morbiditas pasien rawat inap.
4. Data kompilasi penyakit/morbiditas pasien rawat jalan.

Penerapan Sistem Informasi Rumah Sakit (SIRS) dapat dilakukan dengan proses sebagai berikut (Fairuzabadi, 2020):

1. Untuk dapat menggunakan aplikasi SIRS ONLINE, setiap rumah sakit wajib melakukan registrasi pada Kementerian Kesehatan.
2. Registrasi digunakan untuk pencatatan data dasar rumah sakit pada Kementerian Kesehatan untuk mendapatkan Nomor Identitas Rumah Sakit yang berlaku secara Nasional.
3. Registrasi dilakukan secara online pada situs resmi Direktorat Bina Upaya Kesehatan.

8.3 Pelaporan Sistem Informasi Rumah Sakit (SIRS)

Pelaporan adalah output yang dihasilkan dari data yang dikelola dalam Sistem Informasi Rumah Sakit (SIRS). Formulir pelaporan Sistem Informasi Rumah Sakit (SIRS) terdiri dari 5 RL (Rekapitulasi Laporan), yaitu (Fairuzabadi, 2020):

1. Rekapitulasi Laporan. Data dasar rumah sakit yang dilaporkan setiap waktu apabila ada perubahan data dasar dari rumah sakit shg data ini dapat dikatakan bersifat terbaru setiap saat (*updated*).
2. Rekapitulasi Laporan. Data ketenagaan yang dilaporkan periodik setiap tahun.
3. Rekapitulasi Laporan. Data kegiatan pelayanan rumah sakit yang dilaporkan secara periodik setiap tahun.
4. Rekapitulasi Laporan. Data morbiditas/ mortalitas pasien yang dilaporkan secara periodik setiap tahun.
5. Rekapitulasi Laporan. Data bulanan yang dilaporkan secara periodik setiap bulan berisi data kunjungan dan data 10 besar penyakit di rumah sakit.

Sifat pelaporan Sistem Informasi Rumah Sakit (SIRS) ditetapkan oleh Direktur Jenderal Bina Upaya Kesehatan yang terdiri dari (Fairuzabadi, 2020):

1. Pelaporan yang bersifat terbaru, setiap saat (*updated*), ditetapkan berdasarkan kebutuhan informasi untuk pengembangan program dan kebijakan dalam bidang perumahsakit.
2. Pelaporan yang bersifat periodik dilakukan 2(dua) kali dalam 1(satu) tahun yang terdiri dari laporan tahunan dan rekapitulasi laporan bulanan (otomatis).

Adapun Pengisian laporan Sistem Informasi Rumah Sakit (SIRS) mengacu pada pedoman sistem informasi rumah sakit sebagai berikut (Fairuzabadi, 2020):

1. Direktorat Jenderal Bina Upaya kesehatan bersama Dinas Kesehatan Provinsi dan Dinas Kesehatan Kabupaten /Kota melakukan pembinaan dan pengawasan terhadap pelaksanaan Sistem Informasi Rumah Sakit (SIRS) di rumah sakit.
2. Pembinaan oleh Direktorat Jenderal Bina Upaya Kesehatan, dilakukan melalui bimbingan teknis pelaksanaan Sistem Informasi Rumah Sakit (SIRS) kepada rumah sakit dan Dinas Kesehatan Provinsi dan Dinas Kesehatan Kabupaten /Kota.
3. Pengawasan pelaksanaan Sistem Informasi Rumah Sakit (SIRS) dilaksanakan oleh Direktorat Jenderal Bina Upaya Kesehatan bersama-sama seluruh Dinas Kesehatan Provinsi dan Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota.
4. Dalam rangka pembinaan dan pengawasan untuk meningkatkan efektivitas pelaporan SIRS, Direktorat Jenderal dapat memberikan penghargaan kepada rumah sakit maupun Dinas Kesehatan Provinsi dan /atau Dinas Kesehatan Kabupaten /Kota.

8.4 Pengembangan Sistem Informasi Rumah Sakit (SIRS)

Pengembangan perlu dilakukan untuk melatih serta meningkatkan kemampuan system yang ada secara nyata untuk dapat menyelesaikan pekerjaan dengan lebih efektif dan efisien. Dampak dari pengembangan Sistem Informasi Rumah Sakit (SIRS) adalah sebagai berikut (Wilarso, 2000; Asmaripa, 2012 dalam Tiara, 2012):

1. Terjadi peningkatan kinerja para pegawai dalam organisasi.
2. Adanya peningkatan informasi yang dibutuhkan organisasi.

3. Meningkatnya efisiensi.
4. Meningkatnya pengendalian.
5. Meningkatnya operasional pelayanan.

Konsep dasar dalam pengembangan Sistem Informasi Rumah Sakit (SIRS) adalah sebagai berikut (Wilarso, 2000; Asmaripa, 2012 dalam Tiara, 2012):

1. Sistem informasi tidak indentik dengan sistem komputerisasi (sistem informasi dengan cara manual dan system informasi berbasis computer/ *Computer Based Information System* atau CBIS).
2. Sistem informasi adalah sistem yang dinamis, yaitu ditentukan oleh dinamika perkembangan organisasi dengan konsekuensi perkembangan informasi tidak pernah berhenti.
3. Sistem informasi mengikuti siklus hidup system, yaitu lahir (berubah dari system lain), berkembang, mantap dan mati (berubah menjadi sistem lain) dengan konsekuensi ada umur layak guna, dimana umur layak guna ditentukan oleh perkembangan organisasi, perkembangan teknologi, dan perkembangan tingkat kemampuan *user* (tingkat pemahaman TI, tingkat kemampuan belajar, dan tingkat kemampuan beradaptasi atau yang dikenal dengan *End User Computing/ EUC*).
4. Daya guna sistem informasi ditentukan oleh tingkat integritas sistem informasi yang artinya perlu adanya sinkronisasi antara aspek manual (yang berisi prosedur operasional standar) dan sangat dipengaruhi oleh karakteristik user termasuk kemampuan manajerial pimpinan organisasi dengan aspek otomasi/ komputer yang dipengaruhi oleh kemampuan teknik pengembang.
5. Keberhasilan program ditentukan oleh strategi yang dipilih atau tahapan-tahapan dalam pengembangan SIRS, yaitu

pembuatan rencana induk pengembangan, pembuatan rancangan global (penjabaran sistem sampai ke aplikasi, keterkaitan antara sub-sub sistem dan sebagainya), pembuatan rancangan detail/ rinci (pembuatan kamus elemen data, data *flow diagram*, dan sebagainya), implementasi (pengembangan software aplikasi), dan operasionalisasi. Dalam pemilihan strategi harus dipertimbangkan berbagai faktor seperti keadaan yang sekarang dihadapi, keadaan pada waktu sistem informasi siap dioperasikan dan keadaan di masa mendatang, termasuk antisipasi perkembangan organisasi dan perkembangan teknologi.

6. Pengembangan dengan pendekatan fungsi dan dilakukan secara menyeluruh (holistik). Adapun kelemahan pendekatan berdasarkan struktur organisasi di antaranya struktur organisasi seringkali tidak menggambarkan fungsi-fungsi yang ada dalam organisasi tersebut, dan terjebak dalam kompleksitas struktur organisasi dan kelemahan berdasarkan secara sektoral/ segmental, diantaranya ada sistem yang tidak terdeteksi, menghasilkan sistem yang terfrekmentasi dan kesulitan dalam proses integrasi.
7. Informasi telah menjadi aset organisasi. Penguasaan informasi internal dan eksternal merupakan salah satu keunggulan kompetitif dan keberadaan informasi tersebut (menentukan kelancaran dan kualitas kerja, menjadi ukuran kinerja organisasi, dan menjadi acuan atau menentukan peringkat organisasi dalam persaingan baik di tingkat lokal maupun global) serta biaya pengembangan dan pemeliharaan sistem informasi.
8. Penjabaran sistem dengan struktur hirarki yaitu ada sistem (terdiri dari 1/ lebih sub sistem), sub sistem (terdiri dari 1/ lebih modul), modul (terdiri dari 1/ lebih sub modul), dan sub modul (terdiri dari 1/ lebih aplikasi).

Pengembangan Sistem Informasi Rumah Sakit (SIRS) haruslah berdasarkan 2 hal penting yaitu “Kriteria dan Kebijakan Pengembangan Sistem Informasi Rumah Sakit (SIRS)” dan “Sasaran Pengembangan Sistem Informasi Rumah Sakit (SIRS)” tersebut (Fairuzabadi, 2020).

1. Kriteria dan Kebijakan Pengembangan Sistem Informasi Rumah Sakit (SIRS)
 - a. Sistem Informasi Rumah Sakit (SIRS) harus dapat berperan sebagai subsistem dari Sistem Kesehatan Nasional dalam memberikan informasi yang relevan, akurat dan tepat waktu.
 - b. Sistem Informasi Rumah Sakit (SIRS) harus mampu mengaitkan dan mengintegrasikan seluruh arus informasi dalam jajaran Rumah Sakit dalam suatu sistem yang terpadu.
 - c. Sistem Informasi Rumah Sakit (SIRS) dapat menunjang proses pengambilan keputusan dalam proses perencanaan maupun pengambilan keputusan operasional pada berbagai tingkatan.
 - d. Sistem Informasi Rumah Sakit (SIRS) yang dikembangkan harus dapat meningkatkan daya guna dan hasil guna terhadap usaha-usaha pengembangan sistem informasi rumah sakit yang telah ada maupun yang sedang dikembangkan.
 - e. Sistem Informasi Rumah Sakit (SIRS) yang dikembangkan harus mempunyai kemampuan beradaptasi terhadap perubahan dan perkembangan dimasa datang.
 - f. Usaha pengembangan sistem informasi yang menyeluruh dan terpadu dengan biaya investasi yang tidak sedikit harus diimbangi pula dengan hasil dan manfaat yang berarti (*rate of return*) dalam waktu yang relative singkat.

- g. Sistem Informasi Rumah Sakit (SIRS) yang dikembangkan harus mampu mengatasi kerugian sedini mungkin.
 - h. Pentahapan pengembangan Sistem Informasi Rumah Sakit (SIRS) harus disesuaikan dengan keadaan masing-masing subsistem serta sesuai dengan kriteria dan prioritas.
 - i. Sistem Informasi Rumah Sakit (SIRS) yang dikembangkan harus mudah dipergunakan oleh petugas, bahkan bagi petugas yang awam sekalipun terhadap teknologi komputer (*user friendly*).
 - j. Sistem Informasi Rumah Sakit (SIRS) yang dikembangkan sedapat mungkin menekan seminimal mungkin perubahan, karena keterbatasan kemampuan pengguna SIRS di Indonesia, untuk melakukan adaptasi dengan sistem yang baru.
 - k. Pengembangan diarahkan pada subsistem yang mempunyai dampak yang kuat terhadap pengembangan Sistem Informasi Rumah Sakit (SIRS).
2. Sasaran Pengembangan Sistem Informasi Rumah Sakit (SIRS)
- a. Memiliki aspek pengawasan terpadu, baik yang bersifat pemeriksaan atau pengawasan (*auditable*) maupun dalam hal pertanggung-jawaban penggunaan dana (*accountable*) oleh unit-unit yang ada di lingkungan rumah sakit.
 - b. Terbentuknya sistem pelaporan yang sederhana dan mudah dilaksanakan, akan tetapi cukup lengkap dan terpadu.
 - c. Terbentuknya suatu sistem informasi yang dapat memberikan dukungan akan informasi yang relevan,

akurat dan tepat waktu melalui dukungan data yang bersifat dinamis.

- d. Meningkatkan daya guna dan hasil guna seluruh unit organisasi dengan menekan pemborosan.
- e. Terjaminnya konsistensi data.
- f. Orientasi ke masa depan.
- g. Pendayagunaan terhadap usaha-usaha pengembangan sistem informasi yang telah ada maupun sedang dikembangkan, agar dapat terus dikembangkan dengan mempertimbangkan integrasinya sesuai Rancangan Global Sistem Informasi Rumah Sakit (SIRS).

Sistem Informasi Rumah Sakit (SIRS) merupakan suatu sistem informasi yang, cakupannya luas (terutama untuk rumah sakit tipe A dan B) dan mempunyai kompleksitas yang cukup tinggi. Oleh karena itu penerapan sistem yang dirancang harus dilakukan dengan memilih pentahapan yang sesuai dengan kondisi masing-masing subsistem, atas dasar kriteria dan prioritas yang ditentukan. Kesenambungan antara tahapan yang satu dengan tahapan berikutnya harus tetap terjaga. Secara garis besar tahapan pengembangan Sistem Informasi Rumah Sakit (SIRS) adalah sebagai berikut (Fairuzabadi, 2020):

1. Penyusunan Rencana Induk Pengembangan Sistem Informasi Rumah Sakit (SIRS).
2. Penyusunan Rancangan Global Sistem Informasi Rumah Sakit (SIRS).
3. Penyusunan Rancangan Detail/ Rinci Sistem Informasi Rumah Sakit (SIRS).
4. Pembuatan Prototipe, terutama untuk aplikasi yang sangat spesifik.

5. Implementasi, dalam arti pembuatan aplikasi, pemilihan dan pengadaan perangkat keras maupun perangkat lunak pendukung.
6. Operasionalisasi dan Pemantapan Sistem Informasi Rumah Sakit (SIRS).

Metode dalam Pengembangan Sistem Informasi Rumah Sakit (SIRS) yang dapat dipilih adalah sebagai berikut (Fairuzabadi, 2020):

1. Metode SDLC (*System Development Life Cycle*) yang meliputi tahapan analisis, desain, implementasi dan perawatan.
2. Metode Paket (*Package*) merupakan pembelian modul dalam bentuk paket sistem informasi.
3. Metode *Prototype* mengandalkan pengembangan paket kecil secara terus-menerus selama digunakan sampai prototype tersebut memiliki bentuk jadi yang diinginkan.
4. Metode EUC (*End User Computing*) yang dikembangkan para praktisi dari dalam/ *insourcing*.
5. Metode *Outsourcing*, merupakan sistem informasi yang dikembangkan dan dioperasikan oleh pihak ketiga/ vendor.

8.5 Pengintegrasian Sistem Informasi Rumah Sakit (SIRS)

Manfaat dari suatu sistem informasi dalam suatu organisasi memerlukan suatu evaluasi yang cermat. Hal ini disebabkan karena keberhasilan pengimplementasian sistem informasi dipengaruhi oleh banyak faktor, bukan hanya sekedar penggunaan teknologi perangkat keras , perangkat lunak maupun piranti terbaru. Isu organisasi dan isu sosial merupakan komponen utama dari sistem informasi yang harus diperhatikan. Yusof et.al (2008) mengungkapkan bahwa potensi manfaat dari pengimplementasian suatu sistem informasi dapat maksimal apabila teknologi, manusia dan organisasi dapat saling mendukung satu dengan yang lainnya

(*human, organization and technology-fit*). Oleh sebab itu, keberhasilan Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit (SIMRS) juga sangat bergantung pada kebijakan manajemen, budaya organisasi dan terlebih lagi sumber daya manusia yang ada pada rumah sakit tersebut (Radjab & Mandasari, 2022).

Pelaksanaan integrasi Sistem Informasi Rumah Sakit (SIRS) merupakan suatu hal yang penting dalam SIRS yang baik. Secara manual integrasi dapat juga dicapai, misalnya dari data satu bagian dibawa ke bagian yang lain dan oleh petugas administrasi data tersebut digabung dengan data dari sistem lain. Berbagai sistem di rumah sakit dapat saling berhubungan dengan sistem yang lain melalui berbagai cara yang sesuai dengan kebutuhannya. Aliran informasi di antara sistem sangat bermanfaat bila data dari suatu yang tersimpan dalam suatu sistem diperlukan juga oleh sistem yang lainnya, atau output suatu sistem menjadi input bagi system lainnya (Wilarso, 2000; Asmaripa, 2012 dalam Tiara, 2012).

Keuntungan utama dari integrasi sistem Sistem Informasi Rumah Sakit (SIRS) adalah meningkatnya kualitas arus informasi di dalam rumah sakit mengingat bahwa rumah sakit memiliki berbagai unit yang operasionalnya saling tergantung. Atau keuntungan itu merupakan sifatnya yang mendorong manajer untuk mendistribusikannya/ mengkomunikasikan informasi yang dihasilkan oleh departmen/ bagian/ unitnya agar secara rutin mengalir ke sistem lain yang dibutuhkan (Wilarso, 2000; Asmaripa, 2012 dalam Tiara, 2012).

8.6 Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit (SIMRS)

Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit (SIMRS) adalah suatu sistem teknologi informasi komunikasi yang memproses dan mengintegrasikan seluruh alur proses pelayanan Rumah Sakit dalam bentuk jaringan koordinasi, pelaporan dan prosedur administrasi untuk memperoleh informasi secara tepat dan akurat,

dan merupakan bagian dari Sistem Informasi Kesehatan. Arsitektur SIMRS paling sedikit terdiri atas kegiatan pelayanan utama (*front office*), kegiatan administratif (*back office*), dan komunikasi dan kolaborasi. Serta adanya arsitektur pendukung yang berupa *Picture Archiver System (PACS)*, Sistem Manajemen Dokumen (*Document Management System*), Sistem Antar Muka Peralatan Klinik, serta Data Warehouse dan *Bussines Intelegence*. SIMRS yang diselenggarakan oleh rumah sakit harus memenuhi 3 (tiga) unsur yang meliputi keamanan secara fisik, jaringan, dan sistem aplikasi (Permenkes No 82 Tahun 2013).

SIMRS adalah sebuah sistem informasi yang terintegrasi yang disiapkan untuk menangani keseluruhan proses manajemen rumah sakit, mulai dari pelayanan diagnosa dan tindakan untuk pasien, rekam medik, apotek, gudang farmasi, penagihan, basis data personalia, penggajian karyawan, proses akuntansi sampai dengan pengendalian oleh manajemen rumah sakit. Saat ini SIMRS merupakan bagian penting dari pelayanan rumah sakit terhadap *stakeholder*. Kewajiban menyelenggarakan SIMRS bahkan telah dianjurkan oleh pemerintah yang tertuang dalam UU Nomor 44 tentang Rumah Sakit dan Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No. 82 Tahun 2013. Menurut Sabarguna (2008), fungsi manajemen informasi pada rumah sakit terdiri dari perencanaan (*planning*), pengorganisasian (*organizing*), mengimplementasikan (*actuating*), mengendalikan (*controlling*), mengevaluasi (*evaluation*) dan inovasi (*innovation*). Proses ini berlangsung terus secara iterator, berdasarkan hasil evaluasi ditemukan permasalahan dan inovasi pengembangan sistem yang harus direncanakan untuk pengembangan sistem selanjutnya, dan seterusnya. Peran SIMRS menjadi sangat penting dalam setiap tahap manajemen informasi tersebut (Enny & Mandasari, 2022).

Sistem informasi rumah sakit (SIMRS) dapat dicirikan dengan fungsinya melalui informasi dan jenis layanan yang ditawarkan. Untuk mendukung perawatan pasien dan

administrasinya, SIMRS mendukung penyediaan informasi, terutama tentang pasien, dalam cara yang benar, relevan dan terbaru, mudah diakses oleh orang yang tepat pada tempat/lokasi yang berbeda dan dalam format yang dapat digunakan. Transaksi data pelayanan dikumpulkan, disimpan, diproses, dan didokumentasikan untuk menghasilkan informasi tentang kualitas perawatan pasien dan tentang kinerja rumah sakit serta biaya. Ini mengisyaratkan bahwa sistem informasi rumah sakit harus mampu mengkomunikasikan data berkualitas tinggi antara berbagai unit di rumah sakit (Hartono, Sari, Jannah, & Anonim, n.d. dalam Darmawanti dkk, 2019).

Manfaat Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit (SIMRS) adalah sebagai berikut (Darmawanti dkk, 2019):

1. Kecepatan penyelesaian pekerjaan-pekerjaan administrasi rumah sakit (pengadaan barang atau alat kesehatan).
2. Kecepatan dalam melacak data pasien baik data rekam medis, maupun data histori kesehatan yang diperlukan pada proses diagnosis.
3. Kecepatan pelayanan (untuk menyelesaikan administrasi rawat inap ataupun rawat jalan)
4. Kecepatan dalam penyusunan laporan bagi manajemen rumah sakit.
5. Dapat meningkatkan kualitas pelayanan.
6. Menjaga standar praktek medis yang baik dan benar.
7. Menjadi alat koordinasi yang sangat efektif.
8. Mendukung fungsi kontrol yang konsisten.
9. Dapat meningkatkan pendapatan rumah sakit.

Penerapan SIMRS dapat dimanfaatkan oleh pengguna informasi dengan istilah *End User* yaitu petugas operator yang bertanggung jawab pada seluruh unit rumah sakit, dan petugas yang menggunakan output dari sistem ini baik pihak manajemen ataupun direksi, serta pasien rumah sakit. Data yang dihasilkan

merupakan sistem yang saling berkesinambungan sangat menguntungkan bagi manajemen dalam pengambilan keputusan. Pengambilan keputusan dari SIMRS dimanfaatkan untuk mengetahui keinginan dan pendapat pengguna dari aspek yang berpengaruh pada sistem informasi, maka perlu adanya evaluasi dari pengguna mengenai aspek performa, informasi, ekonomi, keamanan, efisiensi serta pelayanan (Enny & Mandasari, 2022).

Penerapan suatu Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit (SIMRS) merupakan solusi penerapan teknologi Informasi bidang kesehatan dan juga secara langsung memiliki manfaat yang begitu besar bagi rumah sakit. Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit (SIMRS) mampu mengelola data dan menyajikan informasi dengan baik untuk mendukung kegiatan rumah sakit. Sistem ini dapat mengintegrasikan seluruh alur proses bisnis layanan kesehatan rumah sakit itu dalam suatu jaringan koordinasi sejak pelaporan dan proses administrasi dan penyediaan informasi secara cepat, tepat dan akurat. Tentu sistem ini harus berbasis komputer merupakan sarana pendukung utama sistem. Banyak rumah sakit yang menggunakan administrasi konvensional merasa kehilangan peluang memperoleh keuntungan-keuntungan akibat lemahnya atau lambatnya koordinasi antar departemen maupun kurangnya dukungan informasi yang cepat, tepat, akurat, dan terintegrasi (Darmawanti dkk, 2019).

Pelaksanaan pengelolaan dan pengembangan SIMRS yang dijelaskan bahwa harus mampu meningkatkan dan mendukung proses pelayanan kesehatan di Rumah Sakit yang meliputi (Permenkes No 82 Tahun 2013) :

1. Kecepatan, akurasi, integrasi, peningkatan pelayanan, peningkatan efisiensi, kemudahan pelaporan dalam pelaksanaan operasional.
2. Kecepatan mengambil keputusan, akurasi dan kecepatan identifikasi masalah dan kemudahan dalam penyusunan strategi dalam pelaksanaan manajemen.

3. Budaya kerja, transparansi, koordinasi antar unit, pemahaman sistem dan pengurangan biaya administrasi dalam pelaksanaan organisasi.

SIMRS harus dapat diintegrasikan dengan program Pemerintah dan Pemerintah Daerah serta merupakan bagian dari Sistem Informasi Kesehatan. Pengintegrasian dengan program Pemerintah dan Pemerintah Daerah dilaksanakan dalam bentuk kemampuan komunikasi data (interoperabilitas). SIMRS harus memiliki kemampuan komunikasi data (interoperabilitas) dengan:

1. Sistem Informasi Manajemen dan Akuntansi Barang Milik Negara (SIMAK BMN) (mencakup pengkodean barang).
2. Pelaporan Sistem Informasi Rumah Sakit (SIRS).
3. *Indonesia Case Base Group's* (INACBG's).
4. Aplikasi lain yang dikembangkan oleh Pemerintah.
5. Sistem informasi manajemen fasilitas pelayanan kesehatan lainnya.

DAFTAR PUSTAKA

- Darmawanti, Ismail Efendy, Anto J. Hadi, dan Idawati. 2019. *Analisis Kualitas Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit Umum Dr. Fauziah Bireun*. Jurnal Biology Education
- Enny Radjab dan Nur Fitriayu Mandasari. 2022. *Analisis Pemanfaatan Sistem Informasi Rumah Sakit (SIMRS) pada RS. Ibnu sina YW-UMI Makassar*. Paradigma: Jurnal Masalah Sosial, Politik, dan Kebijakan. <http://jurnal.upnyk.ac.id/index.php/paradigma/index>. P-ISSN: 1410-3133. E-ISSN: 2829-1778. <https://doi.org/10.31315/>
- Hariyadi, D., & Ekayanti, I. 2012. *Analisis Pengaruh Perilaku Keluarga Sadar Gizi terhadap Stunting di Propinsi Kalimantan Barat*. Teknologi Dan Kejuruan, 34(1).
- Mitra Tiara. 2012. Sistem Informasi Rumah Sakit.
- Monalizabeth, L., Holil, A. N., & Herdiyanti, A. 2015. *Implementasi Kerangka Kerja Evaluasi Human, Organization, and Technology-Fit (Hot-Fit) pada Sistem Informasi Rekam Medis Elektronik (RME) di Rumah Sakit Kristen Mojowarno, Jombang*.
- Muhammad Fairuzabadi. 2020. *Sistem Informasi Rumah Sakit (SIRS)*. Universitas PGRI Yogyakarta
- Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No. 82 Tahun 2013 tentang Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit
- Sabarguna, B. 2008. *Atlas of Managing Information in Hospital*. Sagung Seto.
- Undang-Undang Nomor 44 tentang Rumah Sakit

Zuhrotul Aini, Nurwijayanti, Supriyanto, dan Heru Eko Susanto. 2022. *Strategi Pengembangan Transformasi Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit (SIM-RS) di RSUD dr. Iskak Tulungagung*. Journal of Community Engagement in Health <https://jceh.org/><https://doi.org/10.30994/jceh.v5i2.2.383> ISSN: 2620-3758 (print); 2620-3766 (online). Vol. 5 No 2. September 2022. Page. 128-139

BAB 9

PELATIHAN DAN PENGEMBANGAN SDM ADMINISTRASI RUMAH SAKIT

Oleh Ayu Muthia

9.1 Pendahuluan

Pemerintah telah memperkenalkan visi Indonesia, yang bercita-cita untuk mentransformasi Indonesia menjadi negara maju pada tahun 2025. Pemerintah juga menyadari bahwa meskipun ada peningkatan dalam hal SDM, pencapaian tujuan ini masih menjadi tantangan. Para ahli sumber daya manusia menyatakan bahwa akses yang mudah terhadap layanan kesehatan dan institusi pendidikan berkualitas tinggi memiliki dampak yang besar terhadap kualitas sumber daya manusia.

Dalam upaya mencapai visi dan tujuannya, pilar utama dan penggerak organisasi adalah sumber daya manusia (SDM). Agar sumber daya ini dapat memberikan kontribusi seefektif mungkin, maka harus dikelola dengan sebaik-baiknya. Untuk mencapai tujuan yang diinginkan di masa kini dan masa depan, diperlukan pengelolaan yang sistematis dan terencana, proses ini dikenal dengan manajemen sumber daya manusia (MSDM). Mengelola atau meningkatkan kompetensi karyawan dalam rangka menjalankan misi organisasi dan mencapai visinya merupakan tujuan dari manajemen sumber daya manusia (MSDM). (Yani, 2012)

Bagi masyarakat yang ingin mendapatkan layanan kesehatan baik untuk pengobatan maupun pemulihan kesehatan, rumah sakit adalah fasilitas rujukan utama. Rumah sakit menawarkan layanan penuh untuk setiap pasien karena dijadikan sebagai pusat rujukan kesehatan utama. Bergantung pada

kebutuhan pasien, tim multidisiplin dapat menawarkan berbagai layanan kepada pelanggan, SDM di rumah sakit memainkan peran penting dalam pertumbuhan di dalam sektor kesehatan dan berfungsi sebagai tolok ukur dalam peningkatan kualitas layanan. (Dewi & Sari, 2022)

Rumah sakit adalah bisnis jasa dengan persyaratan unik dalam penggunaan infrastruktur, sumber daya manusia, dan peralatan. Ungkapan "padat modal," "padat sumber daya manusia," "padat teknologi dan ilmu pengetahuan," dan "padat regulasi" sering digunakan untuk menggambarkan rumah sakit. Rumah sakit padat modal karena membutuhkan investasi yang signifikan untuk memenuhi kebutuhan saat ini. Rumah sakit membutuhkan banyak tenaga kerja karena perlu mempekerjakan banyak orang dalam berbagai bidang pekerjaan. rumah sakit adalah fasilitas yang sangat maju secara teknologi dan ilmu pengetahuan dengan peralatan canggih dan mahal serta kebutuhan yang terus meningkat untuk berbagai spesialisasi. Peraturan yang kuat karena kondisi pelaksanaan layanan di rumah sakit tunduk pada banyak aturan dan regulasi yang mengikat. (Satrianegara, 2014)

Peningkatan kualitas rumah sakit terkait dengan pertumbuhan kompetensi SDM. Kemampuan untuk melakukan pekerjaan seseorang membutuhkan kombinasi pengetahuan, kemampuan, dan sikap, yang dapat dipandang sebagai kompetensi secara umum. Menurut beberapa ahli, sikap dan perilaku merupakan *soft competencies*, sedangkan pengetahuan dan keterampilan dianggap sebagai *hard competencies*. Agar dapat menjadi kekuatan untuk membantu mencapai tujuan perusahaan, kompetensi harus dikembangkan secara terencana sesuai dengan perkembangan bisnis. Rumah sakit membutuhkan anggota staf yang senantiasa menjunjung tinggi kompetensi mereka karena penelitian dan teknologi di bidang layanan kesehatan berkembang dengan sangat cepat. Teknologi baru dan modalitas pengobatan

yang terus berkembang adalah dua contoh betapa pentingnya pengembangan kompetensi. (Herlambang S., 2012)

Pendidikan dan pelatihan, magang di rumah sakit lain, rotasi, dan mutasi adalah beberapa kegiatan pengembangan kompetensi. *Hard competency* mencakup pengetahuan dan keterampilan, dengan pengetahuan sebagai hasil dari sekolah formal. Sedangkan keterampilan merupakan hasil dari pengalaman seseorang dan seberapa sering keterampilan tersebut digunakan. Pelatihan dapat digunakan untuk mengasah keterampilan. Pelatihan adalah upaya untuk meningkatkan kinerja karyawan dalam tugas tertentu yang berada dalam kendali mereka atau pekerjaan yang relevan dengan pekerjaan mereka.

Hard competency yang meliputi pengetahuan dan kemampuan biasanya lebih mudah diperoleh, tidak memerlukan banyak pelatihan, dan dapat dicapai oleh rumah sakit mana pun.. Sedangkan pengembangan *soft competencies* meliputi sifat-sifat kepribadian, motivasi karyawan, serta sikap dan perilaku yang merepresentasikan konsep nilai yang dianut. Karyawan akan bekerja lebih baik ketika mereka dipandu oleh konsep nilai bahwa bekerja adalah ibadah, membantu orang lain adalah tanggung jawab, dan bersikap menyenangkan dan tersenyum kepada semua orang adalah suatu keharusan. *Soft competencies* merupakan kemampuan yang mahal dan tidak semua orang memilikinya. Motivasi untuk terus bersemangat dalam bekerja dan belajar untuk meningkatkan kompetensi diri. *Soft skill* ini sering luput dari perhatian dan membutuhkan waktu yang lama untuk menguasainya. Rumah sakit dapat meningkatkan kunjungan pasien dan disertai dengan rasa puas dan nyaman bagi pasien jika dapat mengembangkan *soft competencies* dengan mendorong sikap dan perilaku positif pada seluruh karyawannya. Hal ini juga akan menciptakan lingkungan yang kondusif dan memacu motivasi pada seluruh karyawan untuk berkembang dan maju.

Pelatihan dan pendidikan (Diklat) dalam manajemen rumah sakit merupakan inisiatif manajemen strategis yang berupaya mengembangkan sumber daya manusia untuk meningkatkan kinerja organisasi. (Hafizurrachman, 2009)

19.2 Pelatihan

SDM merupakan komponen penting dalam menciptakan dan memberikan layanan berkualitas tinggi di rumah sakit karena rumah sakit adalah bisnis jasa yang memproduksi barang tak berwujud (*intangible*), sehingga dibutuhkan pelatihan dan perbaikan secara terus menerus. (Hafizurrachman, 2009)

9.2.1 Pengertian Pelatihan

Pelatihan adalah serangkaian aktivitas individu yang membantu orang mengembangkan kemampuan dan pengetahuan mereka dengan cara yang metodis sehingga mereka dapat bekerja secara kompeten di bidangnya secara profesional. Karyawan dapat melakukan tugas mereka saat ini sesuai dengan standar berkat pelatihan. (Hamalik, 2005)

9.2.2 Manfaat dan Tujuan Pelatihan

Karyawan diharapkan dapat memanfaatkan kesempatan pelatihan yang akan memberikan sejumlah keuntungan, demikian pula organisasi rumah sakit juga akan mendapatkan keuntungan dari program pelatihan karyawan. Setelah mengikuti pelatihan, baik staf rumah sakit maupun organisasi dapat memperoleh keuntungan dari hal-hal berikut ini: (Bangun, 2012)

1. Memiliki Kemampuan

Kemampuan karyawan dalam melaksanakan tugas dan kewajibannya di tempat kerja dapat ditingkatkan, sehingga dapat bekerja dengan lebih efisien, akurat, dan sempurna berkat latihan-latihan yang diberikan.

2. **Kerjasama**
Pelatihan karyawan bertujuan untuk menciptakan rasa hormat di antara teman-teman melalui kemampuan untuk bekerja sama, sehingga kepentingan individu dapat diminimalkan dengan pengembangan kerja sama yang efektif.
3. **Disiplin Kerja**
Karyawan yang berpartisipasi dalam kegiatan pelatihan akan belajar tentang disiplin kerja, sehingga mereka dapat memahami dengan lebih mendalam tentang disiplin kerja, dan mulai menginternalisasi pekerjaannya. Disiplin di tempat kerja mengacu pada pemahaman karyawan tentang nilai dari mematuhi peraturan dan waktu jam kerja, mulai dari kedatangannya di tempat kerja, penyelesaian semua tugas, dan waktu kepulangan yang sesuai dengan kebijakan rumah sakit.
4. **Perilaku positif**
Beberapa penelitian mengatakan bahwa karyawan yang mengikuti pelatihan di rumah sakit berdampak positif, antara lain dengan bekerja lebih keras, menjadi lebih giat dan tidak mudah menyerah.
5. **Loyalitas**
Berpartisipasi dalam pelatihan memungkinkan untuk meningkatkan komitmen karyawan terhadap rumah sakit. Loyalitas karyawan juga meningkatkan keterlibatan, yang memotivasi karyawan untuk bekerja keras dan berdedikasi pada pekerjaannya.
6. **Pengetahuan Baru**
Karyawan mempelajari informasi baru dengan mengikuti sesi pelatihan. Sebagai hasilnya, karyawan akan merasa lebih mudah melakukan pekerjaan yang berada dalam lingkup dan tanggung jawabnya.

9.2.3 Teknik Pelatihan

Menurut Kasmir, ada dua kategori strategi pelatihan dan pengembangan staf: (Kasmir, 2016)

1. Metode Praktis (*On the Job Training*)

Pelatihan di tempat kerja dengan menggunakan metode praktis ini yaitu karyawan menerima pelatihan sambil melakukan pekerjaannya. Karyawan menerima pelatihan langsung untuk tugas-tugas yang akan mereka lakukan. Biasanya, pendekatan ini direkomendasikan karena kebutuhan yang mendesak.

2. Teknik Membuat Presentasi dan Simulasi

Pelatihan ini menggunakan pendekatan presentasi dalam pertemuan tatap muka yang membantu karyawan untuk memahami secara langsung. Peserta dapat menanggapi konten yang ditawarkan oleh pengajar, serta memberikannya secara langsung kepada peserta pelatihan.

9.2.4 Jenis Pelatihan

Pelatihan dapat dibedakan tergantung pada siapa yang menerimanya dalam lingkungan organisasi, termasuk: (Badriyah, 2015)

1. Karyawan baru menerima pelatihan induksi, yang merupakan pelatihan pengenalan.
2. Pelatihan kerja, yang mengacu pada instruksi yang diberikan kepada semua karyawan dengan tujuan memberi mereka petunjuk terperinci untuk melaksanakan kegiatan tertentu.
3. Pelatihan *supervisor*, atau instruksi yang diberikan kepada para pemimpin di tingkat *supervisor*.
4. Pelatihan manajemen, yaitu pelatihan yang diberikan kepada pemegang jabatan manajemen.

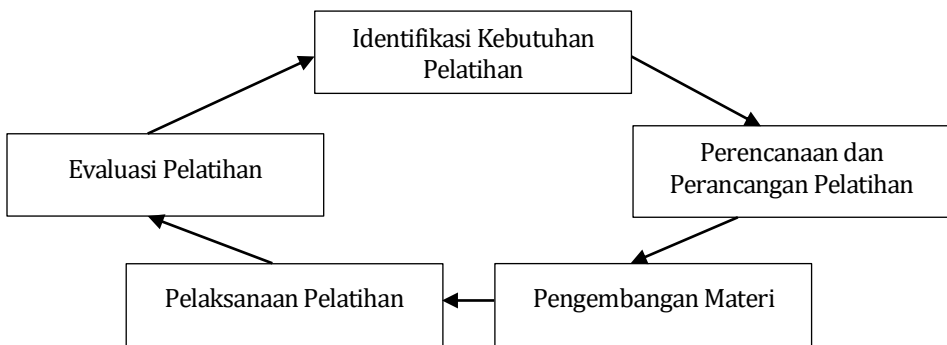
5. Pengembangan bagi eksekutif, merupakan pelatihan yang bertujuan untuk meningkatkan keterampilan para pejabat tinggi.

9.2.5 Tantangan dalam Pelatihan

Tantangan dan hambatan dapat terjadi karena kurangnya manajemen pelatihan, sumber daya manusia, program pelatihan, dan sistem pelatihan. Jika rencana pelatihan dibuat tanpa merinci sistem pelatihan dan tanpa mempertimbangkan ketersediaan waktu, maka rencana tersebut akan menjadi hambatan. (Atmodiwirio, 2002)

9.2.6 Manajemen Pelatihan

Pelatihan memiliki tujuan dan manfaat, sehingga sebaiknya diselenggarakan dan dikelola dengan baik untuk mencapai tujuan dan manfaat sesuai dengan tujuan yang telah ditetapkan. Pencapaian tujuan pelatihan yang efektif akan dihasilkan dari pengelolaan pelatihan yang optimal. Jika pelaksanaan manajemen dilakukan secara efektif, maka tujuan penyelenggaraan pelatihan dapat tercapai dengan baik. Istilah "manajemen" mengacu pada metode yang digunakan untuk mencapai tujuan organisasi melalui serangkaian tindakan yang dapat dilihat di dalam model siklus pelatihan. (Badriyah, 2015)



Gambar 9.1. Siklus Pelatihan

Model siklus pelatihan memuat tahapan pokok dalam penyelenggaraan pelatihan, terdiri atas : (Atmodiwirio, 2002)

1. Identifikasi Kebutuhan Pelatihan

Tujuan utama dari identifikasi pelatihan adalah proses mencari dengan seksama pelatihan apa yang dibutuhkan dan, menyediakan data yang diperlukan untuk membuat program pelatihan. Data yang diperlukan untuk membuat program pelatihan dilakukan dengan menganalisis organisasi, analisis orang, dan analisis tugas yang membentuk identifikasi kebutuhan pelatihan.

2. Perencanaan dan perancangan pelatihan

Dalam merencanakan dan merancang pelatihan, maka dibutuhkan :

a. Perumusan Tujuan

Tujuan ini dirumuskan untuk memberikan arah dalam bahan pembelajaran dan pelatihan.

b. Penyusunan Anggaran

Perkiraan ini digunakan dalam proses penganggaran untuk menentukan berapa banyak uang yang dibutuhkan untuk pelatihan tersebut, sehingga

kemampuan untuk memperkirakan secara akurat berapa banyak uang yang akan digunakan merupakan keterampilan yang dibutuhkan.

c. Penyusunan Pedoman Pelatihan

Tujuan dari buku panduan pelatihan adalah untuk memberikan koordinasi terkait pelatihan. Perangkat tersebut diperlukan untuk melaksanakan pelatihan sesuai dengan langkah-langkah awal yang dipilih. Jika ada panduan yang tersedia, maka akan lebih mudah bagi penyelenggara untuk memberikan pelatihan sesuai dengan protokol yang telah ditetapkan.

3. Pengembangan Materi

Pengembangan materi juga sangat dibutuhkan dalam pelatihan, antara lain dengan pemilihan instruktur, adanya modul pelatihan yang terbaru, ketersediaan alat bantu serta ruang pelatihan yang memadai.

4. Pelaksanaan Pelatihan

Pelaksanaan pelatihan dimulai dengan *pre-test* atau test awal dan diakhiri dengan *post-test* atau post akhir. Test ini dilakukan untuk dijadikan sebagai evaluasi pembelajaran dalam pelatihan. Dan digunakan untuk menilai seberapa jauh kemampuan peserta pelatihan saat sebelum program pelatihan dan setelah pelatihan.

5. Evaluasi Pelatihan

Evaluasi pelatihan dilakukan untuk memastikan bahwa langkah perencanaan dan pelaksanaan pelatihan telah sesuai atau diperlukan pembaharuan. Hal ini tercatat dengan jelas dalam laporan hasil penyelenggaraan pelatihan.

9.3 Pengembangan SDM

9.3.1 Pengertian Pengembangan SDM

Pengembangan dalam konteks SDM dipahami sebagai peningkatan kualitas sumber daya manusia melalui inisiatif pelatihan dan pendidikan. Praktik pengembangan melibatkan kerja sama dengan program-program MSDM untuk mencapai tujuan. (Satrianegara, 2014)

9.3.2 Faktor yang mempengaruhi pengembangan SDM

Unsur-unsur internal, seperti visi dan misi rumah sakit, strategi penetapan tujuan, jenis dan tipe kegiatan organisasi, serta teknologi yang digunakan, semuanya berdampak pada pengembangan SDM. Kebijakan pemerintah, sosial budaya masyarakat, dan kemajuan ilmu pengetahuan dan teknologi merupakan faktor yang mempengaruhi pengembangan SDM.

9.3.3 Pelatihan sebagai upaya pengembangan SDM

Siklus pelatihan harus terus berlanjut dalam sebuah organisasi untuk meningkatkan SDM. Hal ini terjadi karena organisasi harus berevolusi untuk mempersiapkan diri menghadapi perubahan yang terjadi di luar organisasi. Kemampuan sumber daya manusia harus ditingkatkan secara teratur sesuai dengan pertumbuhan dan perkembangan perusahaan.

9.4 Diklat Rumah Sakit

Pelatihan rumah sakit bertujuan untuk menciptakan kemitraan dalam pengelolaan pendidikan dan pelatihan selain memperluas kemampuan sumber daya manusia rumah sakit. Dalam membuat dan menilai program pendidikan serta pelatihan bagi sumber daya manusia rumah sakit membutuhkan pengetahuan dan keterampilan agar dapat memberikan perawatan terbaik bagi pasien dan keluarganya.. (Satrianegara, 2014)

9.4.1 Pengertian

Diklat merupakan Instalasi Pendidikan dan Pelatihan rumah sakit, yang merupakan unit layanan struktural dan bertanggung jawab dalam penyelenggaraan kegiatan pendidikan disertai pelatihan baik di dalam maupun di luar rumah sakit.

9.4.2 Tujuan

Tujuan dari Diklat rumah sakit antara lain untuk dapat melaksanakan tugas secara profesional berdasarkan kepribadian dan etika sesuai dengan kebutuhan organisasi, pelatihan diupayakan untuk meningkatkan pengetahuan, keterampilan, bakat, dan sikap. Pendidikan dan pelatihan, khususnya di bidang intelektualitas dan kepribadian, digunakan untuk memperkuat sumber daya manusia. Sementara pelatihan terutama difokuskan pada peningkatan kompetensi karyawan saat ini yang telah memiliki posisi atau kegiatan tertentu, pendidikan sering dikaitkan dengan mendidik karyawan potensial yang akan digunakan oleh organisasi. (Hafizurrachman, 2009)

9.4.3 Fungsi

1. Membantu dalam perencanaan beberapa kegiatan pendidikan dan pelatihan di rumah sakit, baik di dalam maupun di luar rumah sakit.
2. Mempermudah unit, bagian, dan bidang instalasi yang membutuhkan dalam melaksanakan penyelenggaraan pendidikan dan pelatihan.
3. Membuat berbagai perencanaan pendidikan dan pelatihan berdasarkan permintaan internal dan eksternal rumah sakit.
4. Memberikan dukungan terhadap kebutuhan pendidikan dengan membangun sarana, prasarana, dan alat yang diperlukan untuk proses pendidikan dan pelatihan.

9.5 Pendekatan Sistem dalam Manajemen Pelatihan di Rumah Sakit

Pendekatan sistem untuk mengelola pelatihan karyawan melibatkan input, proses, dan output. Sistem untuk mengelola pelatihan karyawan di rumah sakit meliputi input untuk mengelola pelatihan, dana yang diperuntukkan untuk mengelola pelatihan, teknik yang digunakan untuk memberikan pelatihan, serta sarana dan prasarana yang digunakan rumah sakit untuk memberikan pelatihan. Metode pelaksanaan dan bahan acuan yang digunakan dalam pengelolaan pelatihan, seperti modul pelatihan untuk karyawan dan pedoman pelatihan untuk penyelenggara pelatihan, merupakan pendekatan sistem untuk mengelola pelatihan karyawan di rumah sakit. Pencapaian kegiatan pelayanan pelatihan karyawan merupakan outcome atau hasil dari sistem dalam manajemen pelatihan.

DAFTAR PUSTAKA

- Atmodiwirio, Soebagio. 2002. *Manajemen Pelatihan*. Ardadizya Jaya.
- Badriyah, M. 2015. *Manajemen Pelatihan* (1st ed.). Pustaka Setia.
- Bangun, W. 2012. *Manajemen Sumber Daya Manusia*. Edited by Tim Perti. (1st ed.). Erlangga.
- Dewi, R. S., & Sari, A. R. 2022. *Administrasi dan Kebijakan Kesehatan*. Media Sains Indonesia.
- Hafizurrachman. 2009. Sumber Daya Manusia Rumah Sakit di Q-Hospital. . *Journal of the Indonesian Medical Association*.
- Hamalik, O. 2005. *Pengembangan Sumber Daya Manusia (Manajemen Pelatihan Ketenagakerjaan) Pendekatan Terpadu*. . Bumi Aksara.
- Herlambang S. 2012. *Cara Mudah Memahami Manajemen Kesehatan dan Rumah Sakit*. Gosyen Publishing.
- Kasmir. 2016. *Manajemen Sumber Daya Manusia*. Rajawali Pers.
- Satrianegara. 2014. *Organisasi dan Manajemen Pelayanan Kesehatan*. Salemba Medika.
- Yani, H. M. 2012. *Manajemen Sumber Daya Manusia* (1st ed.). Mitra Wacana Media.

BAB 10

MENGUKUR DAN MENINGKATKAN KUALITAS RUMAH SAKIT

Oleh Sri Aisyah Hidayati

10.1 Pelayanan Kesehatan

10.1.1 Mutu Pelayanan Kesehatan

Mutu pelayanan rumah sakit menurut Direktorat Pelayanan medik adalah suatu derajat kesempurnaan pelayanan rumah sakit untuk memenuhi kebutuhan masyarakat konsumen akan pelayanan kesehatan yang sesuai dengan standar profesi sumber daya yang tersedia di rumah sakit secara wajar, efisien dan efektif serta diberikan secara aman dan memuaskan sesuai norma, etika, hukum dan sosial budaya dengan memperhatikan keterbatasan dan kemampuan pemerintah dan masyarakat konsumen (Depkes, 1988).

Menurut Wijono (1997) mutu pelayanan kesehatan yang sering juga diartikan mutu pemeliharaan kesehatan atau mutu perawatan yang menjadi acuan pelaksanaan operasional sehari-hari adalah derajat terpenuhinya standar profesi yang baik dalam pelayanan pasien dan terwujudnya hasil, hasil seperti yang diharapkan yang menyangkut pelayanan diagnosa, prosedur atau tindakan pemecahan masalah klinis

Ada tiga indikator kualitas: kualitas berbeda U. Edwards Deming, Joseph Juran dan Philip Crosby.

Menurut B. Edward Deming, kualitas adalah kesesuaian dengan kebutuhan pasar atau pelanggan. Kualitas merupakan tindakan penguasaan pangsa pasar karena hasil produksi memenuhi kebutuhan pelanggan dan bermuara pada kepuasan

pelanggan. Ketika seorang pelanggan puas, dia setia untuk membeli produk perusahaan dalam bentuk produk atau layanan.

Menurut Philip B. Crosby, kualitas adalah apa yang dituntut atau dibakukan. Kualitas yang baik adalah produk yang memenuhi atau memenuhi standar kualitas untuk bahan baku, proses manufaktur, dan produk jadi.

Joseph M. Juran kualitas adalah kesesuaian (kegunaan) suatu produk untuk memenuhi kebutuhan dan kepuasan pelanggan. Kompatibilitas pengguna produk memiliki lima karakteristik utama: (1) teknologi; berarti kuat. (2) preferensi atau kondisi psikologis atau semantik; (3) waktu, yaitu keandalan; (4) Ada jaminan kontraktual. (5) Menghormati berarti menghormati. Joseph M. Juran terkenal karena konsep "trilogi" kualitasnya yang didefinisikan oleh tiga karya. setiap. Perencanaan kualitas: ketahu siapa pelanggan Anda, rencanakan kebutuhan mereka, tingkatkan produk Anda dan, jika perlu, tingkatkan proses produksi Anda. 2. Kontrol kualitas: Mengevaluasi kinerja untuk mengidentifikasi perbedaan antara hasil aktual dan tujuan. Tiga. Peningkatan kualitas: membangun infrastruktur dan tim untuk mengimplementasikan peningkatan kualitas. Setiap kegiatan digambarkan sebagai langkah yang terkait dengan kegiatan peningkatan kualitas.

Menurut Azwar (2010), kualitas layanan memiliki beberapa keterbatasan yang dianggap sangat penting. A. Kualitas adalah penerimaan sepenuhnya terhadap sesuatu. b Kualitas adalah properti dari sebuah program. c) Kualitas adalah sekumpulan fitur dan karakteristik produk atau jasa, termasuk kepuasan kebutuhan pengguna atau keamanan. D. Kualitas memenuhi standar yang ditetapkan. Kualitas pelayanan dapat ditingkatkan dengan menggunakan teknologi yang tepat dalam pengembangan kedokteran untuk mencapai kesehatan yang optimal dengan tetap memberikan pelayanan sesuai standar yang efisien dan profesional. kebutuhan pasien. (Nursalam, 2011). Tidak mudah

membuat penilaian seperti itu dalam kehidupan sehari-hari. Alasan utama untuk ini adalah sifat kualitas layanan yang multidimensi. Setiap orang dapat dinilai pada tingkatan yang berbeda-beda karena mereka dinilai berdasarkan pendapat dan kepentingannya.

10.1.2 Kepuasan Pelanggan

Produk yang memuaskan pelanggan disebut kualitas. Kepuasan dapat didefinisikan sebagai kepuasan, kesenangan atau kelegaan yang kita rasakan sebagai hasil dari mengkonsumsi suatu produk atau jasa. Menurut Oliver (Supranto, 2001), kepuasan diartikan sebagai tingkat yang kita rasakan setelah membandingkan hasil dengan harapan kita. Budiastuti (2002) mengusulkan beberapa faktor untuk mengevaluasi kepuasan pasien terhadap pelayanan yang diterima. Saat mengevaluasi kualitas suatu produk atau layanan, semakin baik produk atau layanan tersebut, semakin tinggi kepuasan pasien. Dua faktor yang mempengaruhi persepsi konsumen terhadap kualitas produk atau jasa adalah kualitas sebenarnya dari produk atau jasa dan komunikasi korporat, khususnya iklan rumah sakit. 1) Kualitas layanan ini memainkan peran penting dalam sektor jasa. Dalam hal ini, pasien merasa puas ketika mendapatkan pelayanan yang baik atau ketika harapannya terpenuhi. 2) Faktor emosional Pasien yang bangga dengan dirinya sendiri dan percaya bahwa orang lain akan mengesankan kliennya umumnya puas ketika memilih rumah sakit dengan sikap "rumah sakit mahal". 3) Harga memang penting, tetapi kualitas adalah faktor terpenting dalam kepuasan pasien. Namun faktor ini mempengaruhi biaya pasien, dan pada umumnya semakin tinggi biaya pengobatan maka semakin tinggi harapan pasien. Selain itu, rumah sakit dengan kualitas yang sama namun dengan harga yang lebih murah akan sangat diapresiasi oleh pasien. 4) Kompensasi pasien yang tidak memerlukan tambahan biaya atau waktu untuk menerima produk atau jasa umumnya merasa puas dengan pelayanan tersebut. Dalam konsep quality

assurance (QA), kepuasan pelanggan dipandang sebagai penentu ketidakpuasan rumah sakit. Penentu lain dari empat komponen yang mempengaruhi kepuasan adalah aspek klinis, efisiensi dan efektivitas, dan keamanan konsumen. Sisi klinis adalah departemen yang menyediakan layanan dokter, perawat, dan teknisi. Efisiensi dan efektivitas berarti layanan yang dapat diakses, efektif dan bebas dari overdiagnosis dan overtreatment. Salah satu aspek keselamatan konsumen adalah melindungi konsumen dari jatuh, kebakaran, dan bahaya keselamatan lainnya. Dalam layanan kesehatan, di mana pasien adalah konsumen layanan kesehatan, penting untuk memahami bagaimana mengukur kepuasan pasien karena alasan berikut: setiap. Kepuasan pasien merupakan bagian dari kualitas pelayanan. 1. Perawatan medis harus memuaskan, bukan menyembuhkan. 2. pemasaran rumah sakit setiap. Pasien yang puas memberi tahu teman, kerabat, dan tetangga mereka. huan. Pasien yang puas kembali untuk penelitian atau pertanyaan perawatan lainnya. benih. Dari mulut ke mulut adalah iklan gratis yang menarik pelanggan baru. 3. Berpartisipasi dalam memprioritaskan peningkatan layanan berdasarkan kebutuhan pasien. 4. Setelah diproses dan dievaluasi, dapat digunakan sebagai sumber data digital untuk berbagai operasional rumah sakit.

10.1.3 Mengukur Mutu Pelayanan Kesehatan

Pengukuran mutu pelayanan medis perlu dilakukan untuk menjamin mutu pelayanan medis yang diberikan sehingga pasien dapat memperoleh pelayanan yang berkualitas. Evaluasi mutu pelayanan kesehatan masyarakat meliputi: setiap. Kualitas dukungan teknologi medis (*technical support*). Mutu teknis pelayanan kesehatan berkaitan dengan kesesuaian proses pelayanan kesehatan dengan standar yang telah ditetapkan. 2. kualitas layanan artistik. Kualitas keterampilan layanan tergantung pada lingkungan, sikap dan perilaku penyedia layanan, termasuk manajemen interpersonal. Artinya, mengelola interaksi sosial dan

psikososial, termasuk hubungan antara pasien dan pengasuh lainnya. Mengukur kualitas layanan memerlukan analisis akar penyebab masalah dalam input dan proses, termasuk sikap dan perilaku pelanggan, dan membuat penyesuaian bertahap untuk mengatasinya. Ada alasannya. perawat. Pengukuran kualitas dimulai dengan pembentukan tim penjaminan kualitas. Tugas kelompok ini adalah mengembangkan standar pelayanan kesehatan, memilih ukuran kualitas yang tepat untuk menilai kualitas pelayanan kesehatan yang diberikan, dan membandingkan situasi dengan standar pelayanan kesehatan yang disepakati. Menurut Donabedian, kualitas pelayanan dapat diukur dengan tiga variabel yaitu input, proses dan output/hasil, yang interpretasinya adalah sebagai berikut: setiap. Input adalah semua sumber daya yang diperlukan untuk melaksanakan suatu kegiatan, seperti orang, uang, obat-obatan, peralatan, teknologi, organisasi, dan informasi. 2. Proses adalah interaksi profesional antara penyedia layanan dan konsumen (pasien dan masyarakat). Nilai-nilai pasien harus selalu diperhatikan dalam semua kegiatan pelayanan. Tiga. Outcome adalah hasil pelayanan kesehatan berupa perubahan klien, termasuk kepuasan klien. (Nursalam, 2011)

Untuk mencapai tingkat pelayanan yang tinggi dengan meningkatkan kualitas pelayanan, empat hal berikut harus diperhatikan. setiap. Pelanggan, ekspektasi dan ekspektasi mereka adalah kekuatan pendorong di balik upaya kami untuk meningkatkan kualitas layanan kami. Institusi medis memiliki banyak pelanggan potensial. Mengukur kesuksesan membutuhkan ekspektasi, prioritas, dan pengembangan kinerja. 2. Setelah harapan klien untuk hasil yang lebih baik diidentifikasi, langkah selanjutnya adalah menilai kinerja staf dan dokter dan menggunakannya untuk membimbing, mengenali, dan memberi penghargaan. Tiga. Perbaikan Proses Perbaikan proses juga penting. Produktivitas sering mengarah pada masalah layanan dan ketidakpuasan pelanggan ketika proses itu sendiri dirancang

dengan buruk untuk mendukung layanan. Dengan melibatkan karyawan dalam proses layanan, Anda dapat mengidentifikasi masalah proses yang memengaruhi kepuasan pelanggan, mengidentifikasi akar penyebab, serta mengidentifikasi dan menguji solusi atau peningkatan.

4. Budaya yang mendukung perbaikan berkelanjutan Karena pelayanan yang baik membutuhkan organisasi yang disiplin, Anda harus menciptakan budaya organisasi yang mendukung peningkatan kualitas. Ada empat konsep dasar mutu dan peningkatan mutu. setiap. Konsep pengukuran yang paling mendasar dalam peningkatan kualitas adalah pengukuran dan statistik terkait. Pengukuran adalah interpretasi kuantitatif dari peristiwa yang diamati, sedangkan pengukuran adalah cara merekam peristiwa yang sebenarnya. Pengukuran yang baik dimulai dengan definisi yang jelas tentang konsep yang diukur. Selain itu, pengukuran harus menggunakan metode pengukuran yang reliabel (konsisten), valid (tepat), dan memberikan pengukuran konseptual. Definisi yang tepat berarti bahwa konsep yang diukur (seperti latensi) harus didefinisikan dalam istilah yang sangat spesifik. Definisi ini harus lengkap dan mencakup satuan ukuran. Misalnya, waktu tunggu dapat didefinisikan sebagai selang waktu antara saat pasien tiba di kantor dokter dan saat pasien pertama kali mengunjungi dokter. Meskipun satuan pengukurannya adalah waktu, titik awal dan titik akhir sangat penting saat menilai reliabilitas dan validitas suatu pengukuran. Keandalan suatu pengukuran biasanya berarti bahwa pengukurannya sama (yaitu, tidak berbeda nyata) bila diukur pada waktu yang berbeda atau oleh orang yang berbeda. Contoh: Jika seseorang mengukur suhunya setiap pagi, seharusnya sekitar 37°C jika mereka tidak sakit. Jika pembacaan sangat berbeda dari angka ini, pasien mungkin sakit atau termometer mungkin rusak dan tidak memberikan pembacaan yang dapat diandalkan.

2. Variasi Proses Variasi proses adalah rentang nilai yang dapat diwakili oleh sistem pengukuran kualitas yang berbeda dalam suatu proses

karena berbagai alasan. Menurut Shewhart, alasan tersebut dapat berupa berbagai alasan khusus dan umum (Shewhart, 1931). Semua alasan khusus dapat berubah. Hal ini disebabkan oleh kejadian yang tidak biasa, langka atau unik yang menyebabkan penyimpangan sistem pengukuran kualitas yang signifikan secara statistik dari rata-rata. hujan. Kelainan dari penyebab umum.

Proses perubahan karena sebab-sebab alamiah. Tiga. Manajemen Proses Statistik (SPM). Ini adalah cara untuk mengukur, memantau, dan mengendalikan perubahan teknologi untuk meningkatkan kualitas. 4. alat perbaikan berkualitas tinggi Selain penggunaan peta kendali, ada beberapa alat lain yang biasa digunakan dalam upaya peningkatan kualitas. Perangkat ini dapat dibagi menjadi tiga kategori. setiap. Register data adalah bentuk sederhana dari pengumpulan data untuk merekam frekuensi suatu peristiwa atau kegiatan, seperti menghitung. 2. Diagram proses adalah cara utama untuk merepresentasikan suatu proses, dan diagram proses adalah urutan langkah-langkah dalam suatu proses. .3 Analisis proses

Diagram sebab-akibat membantu mengidentifikasi dan melacak potensi penyebab masalah dalam format terstruktur. Pelayanan kesehatan publik dan swasta yang baik harus memenuhi sejumlah persyaratan dasar. Istilah kunci untuk dipertimbangkan adalah:

1. Murah dan tahan lama
Kondisi dasar pertama dari perawatan medis yang baik adalah dapat diakses dan berkelanjutan di masyarakat.
2. Cocok sempurna
Kondisi penting kedua untuk perawatan kesehatan yang baik adalah penerimaan sosial dan kepatuhan terhadap pengobatan. Dengan kata lain, perawatan kesehatan tidak boleh bertentangan dengan sikap dan kepercayaan masyarakat. Pelayanan kesehatan yang tidak wajar dan bertentangan dengan adat, budaya, keyakinan dan

keyakinan masyarakat bukanlah pelayanan kesehatan yang baik.

3. Tersedia

Kondisi penting ketiga untuk perawatan medis yang berkualitas adalah aksesibilitas penduduk. Definisi produktivitas di sini terutama tentang lokasi. Desentralisasi institusi medis penting untuk memberikan layanan medis yang berkualitas. Perawatan yang terlalu terkonsentrasi di kota tidak baik di pedesaan. 4. ketersediaan yang sangat baik

Kondisi penting keempat untuk kesehatan adalah aksesibilitas dalam masyarakat. Definisi keterjangkauan yang disebutkan di sini terutama terkait dengan biaya. Untuk mencapai tujuan ini, orang perlu fokus pada keterampilan mereka. Pengobatan mahal dan murah bukanlah pengobatan yang baik. 5. Kualitas

Kondisi penting kelima untuk manajemen yang efektif adalah kualitas. Di sini, kualitas didefinisikan sebagai kematangan layanan medis, kepuasan pengguna, dan manajemen etis. Pengaturan dasar.

10.2 Indikator dan Standar Mutu Pelayanan Kesehatan

10.2.1 Indikator Pelayanan kesehatan

Syarat utama pelayanan kesehatan adalah mutu, artinya mutu pelayanan kesehatan yang diberikan dapat memuaskan klien dan prosedur pengobatan klien sesuai dengan Kode Etik. Standar yang ditetapkan harus terukur, dapat diverifikasi dan dapat diverifikasi. Pengukuran adalah konsep kunci dalam peningkatan kualitas. Pengukuran menjelaskan apa yang sebenarnya dilakukan oleh fasilitas pelayanan kesehatan dan membandingkannya dengan tujuan atau harapan tertentu untuk mengidentifikasi peluang peningkatan kualitas (Shaw, 2003). Indikator/Panduan Pedoman

atau panduan untuk mengukur unit perawatan disebut indikator. Metrik atau tolok ukur/statistik adalah fenomena yang dapat diukur. Contoh indikator atau ukuran status kesehatan antara lain kematian ibu, kematian bayi, dan status gizi. Indikator kesehatan dapat mengacu pada indikator yang berkaitan dengan struktur, proses dan hasil. Struktur/Statistik Pendapatan:

Setiap tenaga kesehatan profesional

Contoh indikator ini adalah adanya tenaga kesehatan dalam jumlah tertentu per penduduk (misalnya jumlah dokter per 300.000 penduduk). Dibayar, Contoh indikator ini adalah adanya dana atau anggaran khusus untuk memerangi penyakit tertentu. obat-obatan dan obat-obatan. Contoh indikator ini adalah adanya berbagai obat untuk menghilangkan penyakit tertentu. metode atau tugas standar. Contoh metrik ini adalah layanan POS di fasilitas kesehatan.

1. Indikator proses

Menyediakan layanan perawatan kesehatan yang memberikan pelatihan tentang prosedur medis yang digunakan oleh petugas layanan. Dalam bidang manajemen, fungsi manajemen seperti perencanaan, pengorganisasian, pengarahan, pengawasan, pengendalian dan evaluasi harus dilakukan. Berikut adalah contoh indikator proses. Setiap. Pembentukan kelompok kerja/komite pencegahan epidemi

Cuci tangan pakai sabun di semua sekolah

Tiga. Ada pertemuan evaluasi untuk menilai keberhasilan. Tiga. Indikator keluaran

Ini termasuk jumlah bangsal yang dibangun, jumlah tenaga kesehatan yang dilatih, jumlah jamban yang dibangun dan jumlah pasien yang dirawat. Hasil dari program adalah tindakan tertentu (angka). Indeks profitabilitas

Ukur dampak program, termasuk peningkatan status kesehatan dan penurunan morbiditas pada anak di bawah usia 5 tahun. Indeks paparan (Paparan jangka panjang).

Peningkatan harapan hidup, peningkatan nutrisi atau penerimaan: hunian tempat tidur (BOR), lama tinggal (LOS), interval perjalanan (TOI) dan indikator klinis lainnya: jumlah penerimaan kembali, kematian gout setelah 48 jam, penerimaan, dll. . darah . .darah. . Beberapa contoh statistik kesehatan. Setiap Kemudahan akses pelayanan kesehatan ibu dan anak.

Perawatan nifas oleh tenaga terlatih

Proporsi anak yang berisiko divaksinasi terhadap infeksi pediatrik

Ketersediaan obat-obatan yang diperlukan sepanjang tahun dengan keadilan

Semua jenis komunikasi dan rujukan antara residen dan profesional perawatan primer. Indikator status kesehatan: Setiap. Persentase anak yang lahir dengan berat lebih dari 2500 g

2. Persentase berat badan anak menurut umur dengan norma tertentu
3. Indikator perkembangan psikososial anak
5. Kematian bayi
6. Kematian bayi
7. Kematian anak di bawah 5 tahun
8. Harapan hidup pada usia tertentu
9. Kematian ibu
10. Angka kematian untuk jenis penyakit tertentu
11. Derajat kecacatan
12. Indikator kualitas psikopatologi seperti bunuh diri, kecanduan narkoba, kriminalitas, kenakalan remaja, konsumsi alkohol, merokok, obesitas dan kecanduan narkoba. Namun menggabungkan nilai yang tepat tidaklah mudah. Kita patut belajar dari pengalaman beberapa lembaga yang telah berhasil mengembangkan indikator

mutu pelayanan kesehatan yang dapat digunakan secara efektif untuk mengukur dan meningkatkan mutu.

10.2.2 Standar Mutu Pelayanan Kesehatan

Azvarda (2010) percaya bahwa masalah kualitas terjadi ketika input, proses, lingkungan dan output menyimpang dari standar yang telah ditentukan sebelumnya. Status bawaan:

Setiap. Pada dasarnya, bentuk atau nilai rumus yang diinginkan bergantung pada parameter yang ditentukan. hujan. Standar adalah spesifikasi atau tujuan khusus yang harus dipenuhi oleh penyedia layanan untuk memastikan bahwa pengguna layanan dapat memperoleh hasil maksimal dari layanan yang ditawarkan. Meskipun standar ini umumnya independen, namun bersifat wajib dan tidak boleh digunakan sebagai pedoman untuk membedakan antara performa produksi digital yang baik dan buruk. Menurut Al-Assaf (2009), norma secara luas didefinisikan sebagai pernyataan atau harapan tentang masukan, proses, perilaku dan hasil dari sistem pelayanan kesehatan. Sederhananya, standar adalah apa yang harus dilakukan untuk mencapai perawatan kesehatan yang berkualitas. Berikut beberapa definisi baku menurut para ahli. setiap. Standar adalah keadaan ideal atau tingkat paling ideal yang digunakan sebagai ambang minimum penerimaan (Clinical Practice Guidelines, 1990; Azwar, 1996). hujan. Definisi standar adalah deskripsi dari aspek yang dapat dicapai atau nilai yang diinginkan dalam kaitannya dengan sekumpulan parameter (Donabedian, 1980; Azwar, 1996). benih. Definisi standar adalah spesifikasi fungsi atau tujuan yang harus dipenuhi oleh suatu layanan sehingga pengguna layanan dapat memanfaatkan sepenuhnya layanan yang disediakan (Rowland dan Rowland, 1983; Azwar, 1996). Beberapa larangan utama di atas memiliki istilah yang berbeda, namun maknanya sama. Dengan kata lain, kualitas mewakili tingkat ideal kinerja yang diinginkan. Standar perawatan adalah alat organisasi yang dengan

cepat menentukan kualitas perawatan sehingga setiap orang yang terlibat dalam perawatan berada di halaman yang sama. Standar program pelayanan kesehatan yang berkualitas umumnya dibagi menjadi dua kategori berdasarkan komponen sistem pelayanan kesehatan dan perannya masing-masing. standar kebutuhan minimal

Persyaratan minimum adalah standar yang mewakili kondisi minimum yang harus dipenuhi untuk memberikan pelayanan medis yang berkualitas. Standar ini dibagi menjadi tiga jenis. Gunakan standar Togo

Standar ini menetapkan persyaratan minimum untuk elemen input yang diperlukan untuk memberikan perawatan medis yang berkualitas. Jenis, jumlah dan kualifikasi personil (per pegawai), jenis dan jumlah peralatan serta spesifikasi peralatan (per unit). yayasan) dan pendanaan. Pendapatan ini, seperti modal, harus dimanfaatkan sepenuhnya untuk memastikan kualitas perawatan. huan. standar lingkungan

Standar ini menetapkan persyaratan minimum untuk faktor lingkungan yang diperlukan untuk memberikan perawatan medis yang berkualitas. Ini menjelaskan kebijakan, struktur organisasi, dan sistem manajemen yang harus diikuti oleh semua penyedia layanan kesehatan. Standar ini juga disebut standar organisasi dan manajemen. Seperti input, standar lingkungan ini harus diterapkan dengan benar untuk memastikan perawatan kesehatan yang berkualitas. benih. standar proses

Standar ini mendefinisikan standar proses yang diperlukan untuk menyediakan layanan medis berkualitas tinggi, khususnya layanan medis dan non-medis. Kode-kode ini disebut juga kode etik. Karena kualitas layanan ditentukan oleh kepatuhan terhadap standar teknis, maka semua kegiatan harus dilakukan sesuai dengan standar teknis yang telah ditetapkan. Kriteria penampilan minimum

Standar kinerja minimum adalah yang menunjukkan hasil kesehatan yang dapat diterima. Standar ini disebut faktor daya/standar daya atau standar kinerja. Standar pengeluaran harus ditetapkan untuk memastikan bahwa kualitas perawatan yang diberikan dipertahankan dalam batas yang wajar.

10.2.3 Penyusunan Standar Pelayanan Kesehatan

Standar medis ditetapkan secara progresif. Pendekatan ini digunakan untuk memandu otoritas kesehatan atau mereka yang bertanggung jawab untuk menetapkan standar kesehatan. Fasilitas layanan kesehatan harus mempertimbangkan menggunakan berbagai pertanyaan untuk menentukan kualitas layanan yang diinginkan dan standar yang diperlukan untuk memenuhi kualitas layanan tersebut. Langkah selanjutnya adalah menetapkan standar kesehatan.

Langkah 1: Pilih fungsi atau sistem yang membutuhkan pemeliharaan standar. Pilih satu atau dua sistem atau subsistem yang memerlukan pertolongan pertama. Sistem ini dapat bersifat klinis atau non-klinis. Contoh pelayanan klinis antara lain administrasi ISPA, pelayanan imunisasi, dan pelayanan prenatal. Contoh layanan non-klinis termasuk prosedur rawat inap dan prosedur pemulangan. Organisasi layanan kesehatan dapat menggunakan pendekatan penyaringan dua tingkat untuk mengidentifikasi aset dengan prioritas tinggi. Pemfilteran level 1 didefinisikan sebagai fungsi atau sistem yang besar dan menuntut. Kriteria tambahan yang sering digunakan adalah relevansi, kenyamanan, dampak, dan biaya.

Langkah 2: Bangun tim atau panel ahli

Keputusan penting tentang fungsi atau sistem yang memerlukan standar medis biasanya dibuat oleh kepala departemen dan kepala departemen. Setelah keputusan dibuat, satuan tugas multidisiplin atau kelompok ahli ditunjuk dalam fungsi atau sistem pengembangan standar kesehatan.

Langkah 3: Identifikasi input, proses, dan output

Tim ahli yang ditunjuk harus mengidentifikasi input, proses, dan output dari setiap fungsi atau komponen sistem. Proses membutuhkan input untuk fungsinya, dan proses membutuhkan output. Setelah itu, langkah selanjutnya adalah mengidentifikasi elemen kunci atau blok bangunan dari suatu fungsi atau sistem untuk memastikan bahwa proses dan hasil yang terjadi sesuai dengan harapan organisasi.

Langkah 4: Tentukan karakteristik kualitas

Atribut kualitas adalah karakteristik atau sifat dari berbagai input, proses dan output yang penting dalam menentukan kualitas perawatan dan ditentukan oleh tim perawatan atau organisasi. Kami kemudian mendefinisikan contoh temporalitas dalam istilah terukur.

Langkah 5: Menentukan/Memodifikasi Kriteria Praktik

Tim harus mengidentifikasi atribut kualitas dari setiap fungsi atau sistem, menentukan atribut kualitas mana yang membutuhkan standar, dan kemudian mengembangkan standar. Untuk menyelesaikan fase ini, tim biasanya:

Setiap pilih template atau bentuk standar untuk dibuat. mendapatkan informasi benih. Menetapkan standar kesehatan

Langkah 6: Nilai kepatuhan terhadap standar kesehatan

Kriteria perawatan harus ditinjau untuk menentukan kesesuaian dalam pengaturan medis. Seorang profesional atau komite medis harus memutuskan apakah kriteria tersebut terpenuhi. Itu harus kredibel, jelas dan valid sebelum dipublikasikan. Evaluasi kriteria kesehatan harus mengikuti prosedur ini:

Setiap Organisasi mengarahkan pengobatan atau memutuskan siapa yang terpengaruh. hujan. Tentukan bagaimana menginformasikan kelompok sasaran tentang standar kesehatan. benih. Jika perlu, tulis umpan balik yang sesuai sebelum mengeluarkan standar kesehatan. Kami juga menganalisis

kekuatan dan kelemahan Anda dan membuat rekomendasi. Penilaian standar harus memenuhi kriteria berikut:

Penilaian secara berkala terhadap kepatuhan/implementasi atau kepatuhan terhadap standar kesehatan

hujan. Menilai keandalan atau keterbatasan standar perawatan. benih. Nilai disambiguasi untuk kriteria perlakuan. Harus ada manual atau pedoman pelaksanaan, standar operasional prosedur (SOP) untuk memenuhi standar yang telah ditetapkan. setiap. kebenaran

Prosedur operasi standar adalah standar atau pedoman tertulis yang digunakan untuk memotivasi dan mendorong tim untuk mencapai tujuan organisasi. SOP adalah prosedur standar atau langkah-langkah yang harus diikuti untuk menyelesaikan proses kerja tertentu. 2. objektif

Tujuan SOP adalah:

1. Pengaturan untuk menjaga stabilitas
2. Pengetahuan yang memadai tentang peran dan fungsi masing-masing posisi dalam organisasi
3. Pemahaman tentang tugas, wewenang dan tanggung jawab pejabat/pegawai yang terlibat.
4. Melindungi organisasi/departemen dan karyawan dari kesalahan dan kesalahan lainnya.
5. Organisasi/perlindungan tempat kerja

5 fungsi Fitur SPO:

1. Memfasilitasi pekerjaan karyawan atau tim / unit bisnis
2. Dasar hukum pelanggaran
3. Tetapkan pedoman yang jelas yang mudah diikuti.
4. PNS di bawah pengawasan langsung dihukum di tempat kerja.
5. Sebagai pedoman kerja sehari-hari

DAFTAR PUSTAKA

- Amalia, op. 2015. Hubungan dimensi kualitas pelayanan dengan kepuasan pasien di RSUD Dr. Grozav. Soemarno Sosroatmojo Bulungan, Kalimantan Timur, Universitas Andalas
- Asyur. 2003. Layanan pelanggan yang baik adalah kunci kepuasan pelanggan. Pengusaha, tidak. 1/1/22, 25-30.
- Azwar, A. 1994. Program Penunjang Mutu Pelayanan Kesehatan (menerapkan prinsip dasar pemecahan masalah) Jakarta: Ikatan Dokter Indonesia, Yayasan Penerbitan.
- Azwar, Azrul. 1996. Menjaga mutu pelayanan medis. Jakarta: Biblioteka Sinar Harapan.
- Debbie, Grace R, Josan H. Kualitas Pelayanan Keperawatan melalui Kepuasan Pasien, 2018 (Studi de caz: Pasien Peserta BPJS di Paviliun Elizabeth) Spitalul GMIM Bethesda Tomohon. Sariputra E-tijdschrift. 5 transaksi (1)
- Ebodus, Grace T. 2020. Kualitas pelayanan kesehatan berpengaruh terhadap kepuasan pasien di RS BLUD Benjamin Guluh Kolaka. Jurnal Surya Medika. 5-bap
- Controle 2. Semin, Arief T en Dewi Lena Suryani. Penjaminan Mutu Informasi Kesehatan 2017 I: Penjaminan Mutu. Pelatihan kejuruan dan pusat peningkatan kapasitas dan lembaga pengembangan kesehatan.
- Kementerian Pendayagunaan Aparatur Negara Republik Indonesia. 2003. Keputusan no. 63/KEP/M.PAN/7/2003 - UU No. 63/KEP/M.PAN/7/2003 berisi pedoman umum PNS. Jakarta: Kementerian Pendayagunaan Aparatur Negara Republik Indonesia.
- Kotler, P. Van Keller, K.L. 2007. Manajemen Pemasaran Edisi ke-12 Jilid 1. Jakarta: vineri.

- Indonesia Kunjoro Index Vol. 2004. Pertimbangan kebutuhan bisnis dan kesiapan organisasi Anda untuk berubah sebagai dasar untuk mendesain ulang strategi peningkatan kualitas Anda. Jurnal Manajemen Pelayanan Kesehatan 07(02), 55-59. Lata Salvatica. 2010. Malang Leadership in Quality Development: UIN Maliki Press
- Nurul, KJ, Luley, ex. 2021. Pengetahuan dasar tentang kesehatan yang berkualitas. Adab Vera S, Rizanda M and Fitra Y. 2019 Analisis kepuasan pasien terhadap kualitas pelayanan, diedit oleh Pelopor Health Journal. Bagian 6 (2)
- Pohan, S. 2015. Kami menjamin kualitas layanan medis. Jakarta: EC
- Fravirocentono, Suyadi. Filosofi baru manajemen kualitas terpadu adalah studi kasus manajemen kualitas total di abad ke-21. Jakarta: PT Bumi Aksara
- Parasuraman, A., Zeithami, VA, Berry, LL. 1985. Model konseptual kualitas layanan dan implikasinya untuk penelitian masa depan. Jurnal Pemasaran, 49, 41-50.
- Rahmavati, Alfie Febriana și Supriyanto, Stephanus. 2013. Kualitas pelayanan rawat inap menurut skala Dabholkar di unit rawat inap di Surabaya. Fakultas Kesehatan Masyarakat. Universitas Airlangga
- Sujadi. 1996. Pedoman Evaluasi Kinerja Rumah Sakit. Jakarta: Katigabina
- Chiptono, Pandey, Chandra, J. 2005. pelayanan, kualitas dan kepuasan. Yogyakarta: Andi Offset.
- Untarini A. 1999. kualitas perawatan. Yogyakarta: Pusat Manajemen Pelayanan Kesehatan Fakultas Kedokteran UGM

Enluna 2015 Hubungan pelayanan medis dengan kepuasan berobat di RS Ongaran. Saya bertemu Semarang. Universitas Negeri Semarang Wayono DJ. 1999. Manajemen Mutu Kesehatan: Teori, Strategi dan Aplikasi, Universitas Airlanga, Surabaya.

BIODATA PENULIS



Dian Agnesa Sembiring, S.K.M., M.A.R.S.

Dosen Fakultas Ilmu Kesehatan

Universitas Singaperbangsa Karawang

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

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

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

BIODATA PENULIS



Ichsan Trisutrisno, S.Gz., SKM.,MKM

Dosen Program Studi Administrasi Kesehatan
STIKes Sumber Waras

Penulis lahir di Barru, pada 31 Januari 1992. Ia tercatat sebagai lulusan Institut Pertanian Bogor, Universitas Pejuang Republik Indonesia, dan Universitas Muhammadiyah Prof. Dr. Hamka. Saat ini penulis sebagai dosen tetap pada program studi administrasi kesehatan, STIKes Sumber Waras. Beliau yang disapa Ichsan ini adalah anak dari pasangan Abdul Gani (ayah) dan Hasminindar (ibu). Selama menjadi Dosen beberapa riset nasional dari Kementerian Kesehatan diikuti seperti Riset Fasilitas Kesehatan Nasional, Riset Status Gizi Indonesia tahap 1 dan 2. Selain itu penulis juga memiliki sertifikasi dari Kementerian Ketenagakerjaan sebagai Ahli K3 Umum, Sertifikasi Metodologi Level 4 BNSP, Sertifikasi *Leadership Management Associate* dari ieeel Institute, Sertifikasi Motivator dari Action Training Indonesia, Sertifikasi *Hypnoteaching* dari Action Training Indonesia, dan Sertifikasi *Public Speaking* dari *Welldone Skills*.

BIODATA PENULIS



Nurri Cholifatul Izza, S.Kep, MKM

Dosen Program Studi Manajemen Informasi Kesehatan
Politeknik Karya Husada

Penulis lahir di Kediri tanggal 14 November 1990. Penulis adalah dosen tetap pada Program Studi Manajemen Informasi Kesehatan Politeknik Karya Husada. Penulis menyelesaikan pendidikan S1 jurusan Ilmu Keperawatan di STIKES Bina Sehat PPNI Mojokerto pada tahun 2012, dan menyelesaikan S2 jurusan Kesehatan Masyarakat dengan peminatan Manajemen Administrasi Rumah Sakit di Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Muhammadiyah Jakarta pada tahun 2019.

BIODATA PENULIS



Emanuel Hindro Cahyono, SE, MM.

Dosen Program Studi Administrasi Rumah Sakit
Sekolah Tinggi Kesehatan Panti Wilasa Semarang

Penulis lahir di Wonogiri Jawa Tengah tanggal 08 Januari 1967. Penulis adalah dosen tetap pada Program Studi Adminsitasi Rumah Sakit, Sekolah Tinggi Kesehatan Panti Wilasa Semarang. Menyelesaikan pendidikan S1 Jurusan Manajemen pada Fakultas Ekonomi Universitas Diponegoro tahun 1992 dan melanjutkan S2 Magister Manajemen Konsentrasi Keuangan lulus tahun 2004. Selain mengajar, Penulis juga pernah menjabat Wakil Direktur Keuangan di beberapa rumah sakit di Jawa Tengah dan DIY lebih dari 20 tahun. Penulis juga berprofesi sebagai konsultan yang bersertifikat Konsultan Manajemen Kesehatan anggota Ikatan Konsultan Kesehatan Indonesia (IKKESINO) yang berpengalaman membantu beberapa rumah sakit di Indonesia sebagai konsultan Manajemen Keuangan dan Manajemen SDM.

BIODATA PENULIS



Ardiansyah Mahlia, S.K.M

Staf Bidang Pelayanan Kesehatan
Dinas Kesehatan Kabupaten Buton Selatan

Penulis lahir di Baadia tanggal 1 Mei 1996

Penulis adalah Staf Administrasi Bidang Pelayanan Kesehatan Dinas Kesehatan Kabupaten Buton Selatan Provinsi Sulawesi Tenggara. Menyelesaikan pendidikan S1 pada Jurusan Administrasi Kebijakan Kesehatan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Dayanu Ikhsanuddin Kota Baubau, Penulis menyelesaikan Pendidikan Sarjana tahun 2018. Penulis berkomitmen untuk terus berkontribusi dalam dunia penulisan.

BIODATA PENULIS



Nurlindawati,S.K.M.,M.Kes

Dosen Program Studi Administrasi Kesehatan
Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Sumber Waras

Penulis lahir di Bengkulu Utara, pada 14 Juni 1990. Penulis adalah dosen tetap pada Program Studi Administrasi Kesehatan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Sumber Waras. Menyelesaikan pendidikan S1 pada Jurusan Kesehatan Masyarakat Universitas Baiturrahmah Padang dan melanjutkan S2 pada Jurusan Kesehatan Masyarakat Universitas Andalas Padang. Wanita yang akrab disapa Linda ini adalah anak dari pasangan Warsono (Ayah) dan Jumiati (Ibu). Nurlindawati bukanlah orang baru di dunia Pendidikan Tanah Air. Sejak 2002-2008 Linda kerap mendapatkan juara umum. Pengalaman kerja relatif beragam, antara lain sebagai Guru di SMK Farmasi dan keperawatan gigi pada tahun 2013-2017, Dosen di STIKes Widya Cipta Husada Malang, pada tahun 2019, STIKes Indonesia Padang, 2020, dan STIKes Sumber Waras 2021 hingga Sekarang.

BIODATA PENULIS



Dr. Abdurohim, SE, MM.

Dosen Lektor pada Universitas Jenderal Achmad Yani, Cimahi, Jawa Barat

Kelahiran Cirebon (Jawa Barat) 12 April 1964, berkecimpung sebagai praktisi Perbankan selama 31 tahun pada PT. Bank Papua, dengan jabatan terakhir *Vice President* pada Divisi Perencanaan Strategis (Renstra).

Keahlian yang dimiliki adalah Audit Perbankan, Perencanaan Strategis, Pemasaran, *Manajemen Human Capital*, Penyusunan BPP & SOP dan Struktur Organisasi Perusahaan Perbankan.

Pendidikan Doktor (S3) Ilmu Manajemen dari Universitas Cendrawasih (2017), Pendidikan Magister Manajemen (S2)-Manajemen Keuangan, dari Universitas Hasanudin (2003), dan Pendidikan Sarjana (S1) Manajemen Keuangan & Perbankan dari STIE YPKP Bandung (1989). Saat ini sebagai pengajar/dosen Lektor pada Universitas Jenderal Achmad Yani, Cimahi, Jawa Barat.

Telah menyelesaikan penulisan buku (Kolaborasi) sebanyak: **86 buah Book Chapter**, dan 3 buku Penulis tunggal.

E-Commerce (Strategi dan Inovasi Bisnis berbasis Digital), Analisa Laporan Keuangan, Anggaran Operasional Perusahaan

Manufaktur, Bank dan lembaga Keuangan Lainnya, Etika Bisnis Suatu Pengantar, HRM in Industry 5.0, Isu-Isu Kontemporer Akuntansi Manajemen, Kesehatan Lingkungan suatu pengantar, Knowledge Management, Marketing Tourism Service, Menakar Ekonomi masa pademi & New normal, New Normal Era Edisi II, Operations Management, Tantangan Pendidikan Indonesia di Masa depan, Teori dan Praktik Manajemen Bank Syariah Indonesia, The Art of Branding, Pasar Modal Syariah, Manajemen Pemasaran (Implementasi Strategi Pemasaran di Era Society 5.0). Perencanaan & Simulasi Bisnis, Manajemen Strategi, *Business Sustainability*, *eCommerce*, Mencari wajah pembangunan di Indonesia, *Business Intelligence*, *Digital Economy e Government*, Analisa Laporan Keuangan, Metode Penelitian Kualitatif, Pengantar Manajemen, Manajemen Konflik, Sistem Transaksi Keuangan, Kebijakan Perpajakan di Indonesia,, Keuangan Daerah (Perencanaan & Anggaran Daerah), Konsep dasar Akuntansi, *Financial Technology*, HRM: Perencanaan & Rekrutmen SDM.

Telah mengikuti pendidikan/Lulus: Sekolah Pimpinan Bank (Sespibank), Sekolah Pemimpin Cabang, Manajemen Risiko level 4, Keuangan Berkelanjutan (SDGs).

BIODATA PENULIS



Ryryn Suryaman Prana Putra, S.KM, M. Kes.

Dosen Tetap Program Studi S1 Administrasi Rumah Sakit
Institut Ilmu Kesehatan Pelamonia Makassar

Penulis adalah anak pertama dari bapak Jamaluddin dan Mastang. Pada tahun 2014 menyelesaikan Pendidikan Strata 2 di Prodi Kesehatan Masyarakat Departemen Administrasi dan Kebijakan Kesehatan Universitas Hasanuddin Makassar. Pada tahun 2011 sampai 2015 penulis menjadi asisten dosen, staf administrasi, dan pengelola jurnal artikel ilmiah di Fakultas Kesehatan Masyarakat Departemen Administrasi dan Kebijakan Kesehatan Universitas Hasanuddin Makassar. Sejak tahun 2015 sampai sekarang penulis bekerja sebagai Dosen Tetap pada Program Studi S-1 Administrasi Rumah Sakit Institut Ilmu Kesehatan Pelamonia Makassar dan sejak tahun 2021 sampai sekarang menjabat sebagai Ketua Bidang Penelitian pada Lembaga Penelitian dan Pengabdian kepada Masyarakat Institut Ilmu Kesehatan Pelamonia Kesdam XIV Hasanuddin Makassar. Buku yang telah ditulis oleh penulis adalah Buku Monograf "Pengaruh Penerapan Pelayanan Prima terhadap Kepuasan Pasien Rawat Jalan di RSUD Labuang Baji Makassar", Buku Monograf "Analisis

GAP Harapan dan Kenyataan Pasien JKN terhadap Kualitas Pelayanan Rawat Jalan dengan Metode SERVQUAL dan *Importance Performance Analysis* di RSUD H. Padjonga Daeng Ngalle Kabupaten Takalar”, Buku Manajemen Pemasaran, Buku Manajemen Rumah Sakit (Teori Dan Aplikasi), Buku Metodologi Penelitian Kuantitatif Dan Kualitatif, Buku Hukum Kesehatan dan Sumber Daya Manusia Kesehatan, Buku Hukum Kesehatan, Buku Ekonomi Kesehatan, Buku Gizi Kronis pada Anak Stunting, Buku Penelitian Ilmu Kesehatan, Kebijakan Kesehatan, Buku Administrasi dan Kebijakan Kesehatan, Buku Manajemen dan Analisis Data, Buku Dasar-Dasar Ilmu Kesehatan Masyarakat serta Buku Sistem Informasi Rumah Sakit.

BIODATA PENULIS



Ns. Ayu Muthia, S.Kep., MARS

Dosen Program Studi Administrasi Rumah Sakit
Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Fatmawati Jakarta

Penulis lahir di Jakarta, 20 Juli 1985. Penulis adalah dosen tetap sekaligus Ketua Program Studi Administrasi Rumah Sakit di STIKes Fatmawati dan pengajar PTT di Departemen Administrasi dan Kebijakan Kesehatan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia, menyelesaikan Pendidikan Sarjana (S1) Program Studi Ilmu Keperawatan dan Studi Profesi Ners di Universitas Muhammadiyah Jakarta (2011). Setelah itu melanjutkan kuliah Magister (S2) Manajemen Administrasi Rumah Sakit di Universitas Respati Indonesia Jakarta (2016). Saat ini menjabat sebagai *Chief Executive Officer* (CEO) 7RASA Konsultan yang merupakan konsultan dalam bidang perumahsakit. Selain itu, aktif pula sebagai *owner* sekaligus *Chief Financial Officer* (CFO) dari Kalisawah Adventure di Kabupaten Banyuwangi.

BIODATA PENULIS



Ns.Sri Aisyah Hidayati, S.Kep, M.Kes
Dosen STIKes AL-Suaibah Palembang

Lahir di Palembang pada tanggal 07 Desember 1992. Pada tahun 2014 penulis menyelesaikan S1 Keperawatan kemudian penulis melanjutkan pendidikan S2 dibidang kesehatan reproduksi dan menyelesaikannya pada tahun 2016 dan pada tahun 2018 penulis melanjutkan studi Profesi Ners. Penulis pernah bekerja di Puskesmas Plaju Palembang pada tahun 2014 dan melanjutkan karir di Apotek K24 dan klinik kecantikan ZA Clinic pada tahun 2015, penulis merupakan staf pengajar Akademi Kebidanan Rizki Patya Palembang dan SMK Kesehatan Rizki Patya Palembang Pada tahun 2015-2021, penulis sekarang merupakan staf pengajar di STIKes AL-Suaibah Palembang dari tahun 2021- sekarang.