

**GAMBARAN PERSIAPAN PENILAIAN AKREDITASI
RUMAH SAKIT BERSALIN ASIH JAKARTA TAHUN 2011**

SKRIPSI

RENATE LEONARDA

0906617132



**UNIVERSITAS INDONESIA
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
MANAJEMEN RUMAH SAKIT
DEPOK
DESEMBER 2011**

**GAMBARAN PERSIAPAN PENILAIAN AKREDITASI
RUMAH SAKIT BERSALIN ASI JAKARTA TAHUN 2011**

SKRIPSI

Diajukan sebagai salah satu syarat memperoleh gelar Sarjana

RENATE LEONARDA

0906617132



**UNIVERSITAS INDONESIA
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
MANAJEMEN RUMAH SAKIT
DEPOK
DESEMBER 2011**

HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS

Skripsi ini adalah hasil karya saya sendiri, dan semua sumber baik yang dikutip maupun dirujuk telah saya nyatakan dengan benar

Nama : RENATE LEONARDA

NPM : 0906617132

Tanda Tangan :



Tanggal : 28 Desember 2011

HALAMAN PENGESAHAN

Skripsi ini diajukan oleh :

Nama : Renate Leonarda

NPM : 0906617132

Program Studi : Manajemen Rumah Sakit

Judul Skripsi : Gambaran Persiapan Penilaian Akreditasi Rumah Sakit Bersalin Asih Jakarta Tahun 2011

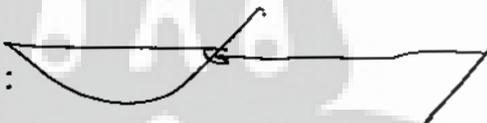
Telah berhasil dipertahankan di hadapan Dewan Penguji dan diterima sebagai bagian persyaratan yang diperlukan untuk memperoleh gelar Sarjana Kesehatan Masyarakat pada Program Studi Manajemen rumah sakit Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia.

Dewan Penguji

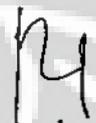
Pembimbing :


Vetty Yulianty.P., S.Si, MPH

Penguji :


dr Waluyo.S.Sapardan, SpOG

Penguji :


Puput Oktamianti, SKM, MM

Ditetapkan di : Depok

Tanggal : 28 Desember 2011

KATA PENGANTAR

Puji syukur saya panjatkan kepada Tuhan Yang Maha Esa atas kesempatan yang diberikan dalam menyelesaikan tugas akhir dalam bentuk skripsi. Begitu banyak yang dapat saya pelajari dan saya mengerti mengenai persiapan penilaian akreditasi rumah sakit.

Tidak lupa saya ucapkan banyak terima kasih Kepada :

1. Orang tua dan tunangan tercinta yang telah mendukung moril dan material dalam proses perkuliahan hingga penyelesaian skripsi.
2. Pihak Rumah Sakit Bersalin Asih : dr Waluyo.S.Sapardan, SpOG, ibu Anda, Hindy Misayu, ibu Kristianningsih Bangun, ibu Dyah Pantjawati, ibu Nelwetis, ibu Umi Susilowati, ibu Nurhayati, ibu Penny, ibu Lia Puspita, dan teman-teman lain yang tidak dapat saya sebutkan satu persatu.
3. Ibu Vetty Yulianty.P, Ssi, MPh sebagai pembimbing akademis.
4. Teman-teman satu perjuangan yaitu : Pudji.H, Rukiah Wihadma, Ikasari Dewi, Sulastri, Rini Suzanti, Nova Yuliana, dan Nurul Hikmah.

Semoga hasil karya tulis ini dapat bermanfaat dikemudian hari untuk peningkatan kemampuan teman-teman sekalian. Amin.

Hormat saya,



Renate Leonarda

**HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI
TUGAS AKHIR UNTUK KEPENTINGAN AKADEMISI**

Sebagai sivitas akademis Universitas Indonesia, saya yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : RENATE LEONARDA
NPM : 0906617132
Program Studi : Manajemen Rumah Sakit
Departemen : Administrasi Kebijakan Kesehatan
Fakultas : Kesehatan Masyarakat
Jenis Karya Tulis : Skripsi

Demi pengembangan ilmu pengetahuan, meyetujui untuk memberikan kepada Universitas Indonesia **Hak Bebas Royalti Noneksklusif (*Non-exclusive Royalty-Free Right*)** atas karya tulis saya yang berjudul :

GAMBARAN PERSIAPAN PENILAIAN AKREDITASI RUMAH SAKIT BERSALIN ASIH TAHUN 2011

Beserta perangkat yang ada (Jika Diperlukan). Dengan Hak Bebas Royalti Non eksklusif ini Universitas Indonesia berhak menyimpan, mengalimedia/ formatkan, mengolah dalam bentuk pengakalan data (*data base*), merawat, dan memublikasikan tugas akhir saya tanpa meminta izin dari saya selama tetap mencantumkan nama saya sebagai penulis/ pencipta dan sebagai pemilik Hak Cipta.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya.

Dibuat di : Depok

Pada tanggal : 28 Oktober 2011

Yang menyatakan



(Renate Leonarda)

ABSTRAK

Nama : Renate Leonarda
Program Studi : Manajemen Rumah Sakit
Judul : Gambaran Persiapan Penilaian Akreditasi Rumah Sakit
Bersalin Asih Jakarta 2011

Penelitian ini membahas mengenai kecukupan dokumen pelayanan administrasi dan manajemen yang diperlukan sebagai persyaratan untuk akreditasi rumah sakit. Penelitian ini adalah penelitian kualitatif dengan desain deskriptif. Hasil penelitian menyarankan perlunya melengkapi dokumen evaluasi untuk meningkatkan nilai pada masing-masing parameter. Membuat anggaran untuk pendidikan kelanjutan master manajemen rumah sakit. Kekuatan ekstra untuk mencapai program keperawatan yang telah ditetapkan.

Kata kunci: akreditasi rumah sakit, administrasi rumah sakit, manajemen rumah sakit.

The focus of this study is to evaluate the adequacy of the documents of administration service and management which is required to fulfill the process of hospital accreditation. This study is a qualitative one and using descriptive design. The results suggest the need to complete the evaluation documents to increase the value of each parameter. Creating a master budget for the continuation of education hospital management. Extra strength to achieve a predetermined nursing program.

Key words: hospital accreditation, hospital administration, hospital management.

SURAT PERNYATAAN

Yang bertanda tangan dibawah ini, saya :

Nama : RENATE LEONARDA

NPM : 0906617132

Mahasiswa Program : Manajemen Rumah Sakit

Tahun Akademik : 2009

Menyatakan bahwa saya tidak melakukan kegiatan plagiat dalam penulisan skripsi saya yang berjudul :

GAMBARAN PERSIAPAN PENILAIAN AKREDITASI RUMAH SAKIT BERSALIN ASIH 2011

Apabila suatu saat nanti terbukti saya melakukan plagiat maka saya akan menerima saksi yang telah ditetapkan.

Semikian surat pernyataan ini saya buat dengan sebanar-benarnya.

Depok, 28 Desember 2011



Renate Leonarda

DAFTAR ISI

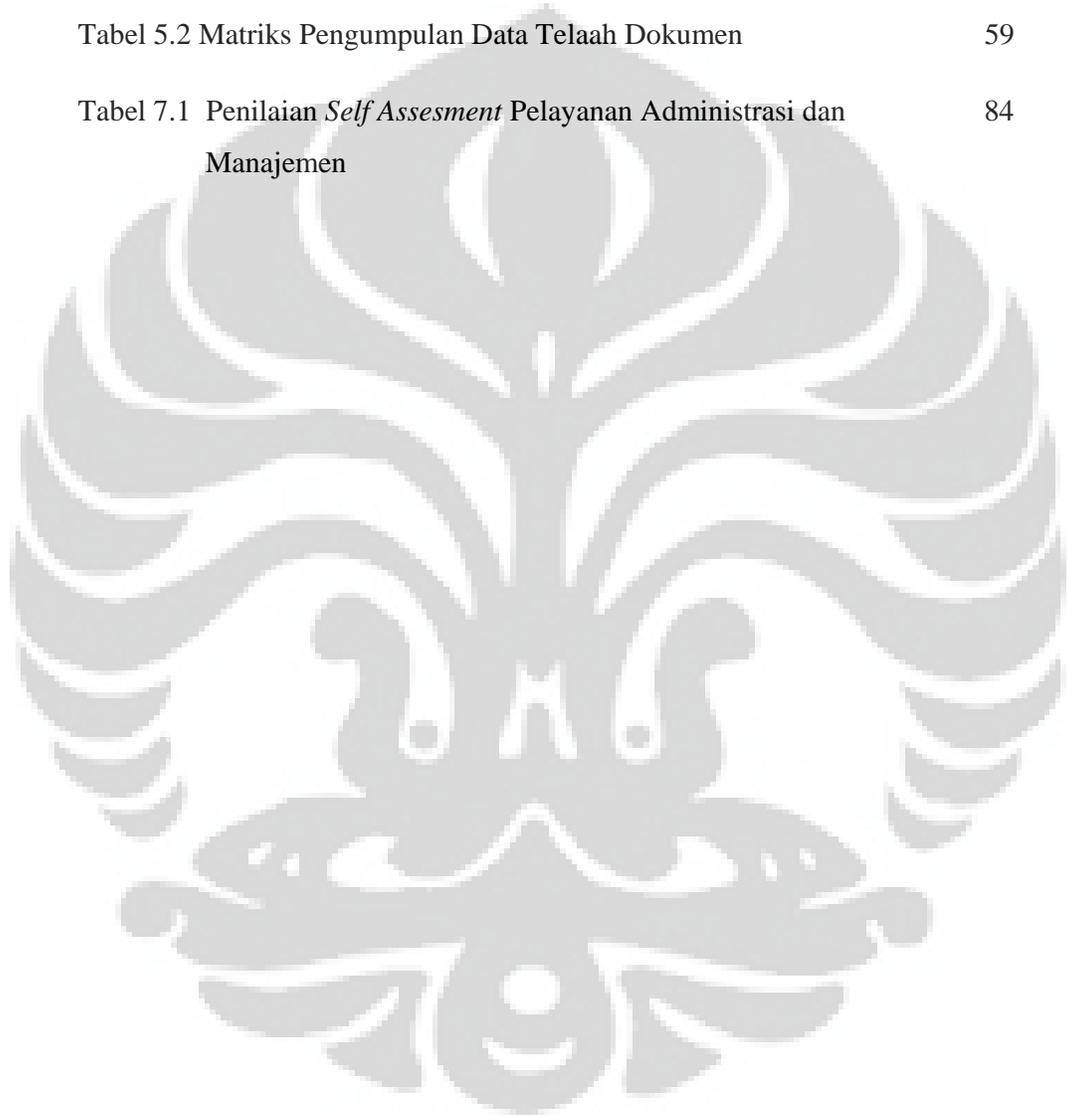
HALAMAN SAMPUL	i
HALAMAN JUDUL	ii
PERNYATAAN ORISINIL	iii
LEMBARAN PENGESAHAN	iv
KATA PENGANTAR	v
LEMBARAN PERSETUJUAN PUBLIKASI KARYA ILMIAH	vi
ABSTRAK	vii
PERNYATAAN PLAGIAT	viii
DAFTAR ISI	ix
DAFTAR TABEL	xii
DAFTAR GAMBAR	xiii
DAFTAR LAMPIRAN	xiv
BAB 1 PENDAHULUAN	
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan Masalah	4
1.3 Pertanyaan Penelitian	4
1.4 Tujuan Penelitian	5
1.4.1 Tujuan Umum Penelitian	5
1.4.2 Tujuan Khusus Penelitian	5
1.5 Manfaat Penelitian	6
1.5.1 Bagi Rumah Sakit Bersalin Asih	6
1.5.2 Bagi Penulis	6
1.6 Ruang Lingkup Penelitian	6
BAB 2 TINJAUAN TEORI	
2.1 Akreditasi Rumah Sakit	7
2.1.1 Maksud Akreditasi Rumah Sakit	7
2.1.2 Penyelenggaraan Akreditasi Rumah Sakit	9
2.1.3 Tujuan dan Manfaat Akreditasi Rumah Sakit	10

2.1.4 Manfaar Akreditasi	10
2.2 Landasan Akreditasi Rumah Sakit	13
2.3 Alur Administrasi Akreditasi	13
2.4 Rumah Sakit	17
2.5 Peraturan Internal Rumah Sakit	17
2.5.1 Pengertian	17
2.5.2 Kerangka Hukum yang Mengatur Kehidupan Rumah Sakit	18
2.6 Administrasi dan Manajemen	20
2.7 Keselamatan Pasien	23
2.8 Standar-Standar Keselamatan Pasien	23
2.9 Sasaran Keselamatan Pasien	28
2.10 Mutu Pelayanan Kesehatan	34
2.11 Peraturan Menteri Kesehatan Tentang Iklan dan Publikasi Pelayanan Kesehatan	37
2.12 Penyelenggaraan reklame DKI Jakarta	37
BAB 3 GAMBARAN UMUM RUMAH SAKIT	
3.1 Sejarah Rumah Sakit	45
3.2 Visi, Misi Rumah Sakit Bersalin Asih	46
3.3 Fasilitas Rumah Sakit Bersalin Asih	47
3.4 Kinerja Rumah Sakit Bersalin Asih	48
3.5 Gambaran Struktur Organisasi	53
BAB 4 KERANGKA PIKIR	
4.1 Kerangka Pikir	54
4.2 Definisi Operasional	55
BAB 5 METODOLOGI PENELITIAN	
5.1 Jenis Penelitian	56
5.2 Tempat dan Waktu	56

5.3 Informan Penelitian	56
5.4 Instrumen Penelitian	57
5.5 Metode Pengumpulan Data	57
5.6 Data Sekunder	59
5.7 Validitas Data	59
5.8 Pengolahan Data Penelitian	60
5.9 Analisa Data Penelitian	61
BAB 6 HASIL DAN PEMBAHASAN	
6.1 Standar 1 Falsafah dan Tujuan	62
6.2 Standar 2 Administrasi dan Pengelolaan	66
6.3 Standar 3 Staf dan Pimpinan	71
6.4 Standar 4 Fasilitas dan Peralatan	73
6.5 Standar 5 Kebijakan dan Prosedur	76
6.6 Standar 6 Pengembangan Staf dan Program Pendidikan	81
6.7 Standar 7 Evaluasi dan Pengendalian Mutu	83
BAB 7 KESIMPULAN DAN SARAN	
7.1 Kesimpulan	84
7.2 Saran	85
DAFTAR PUSTAKA	87

DAFTAR TABEL

Tabel 3.1 Kinerja Rumah Sakit	50
Tabel 5.1 Matriks Informasi Data Informan	58
Tabel 5.2 Matriks Pengumpulan Data Telaah Dokumen	59
Tabel 7.1 Penilaian <i>Self Assesment</i> Pelayanan Administrasi dan Manajemen	84



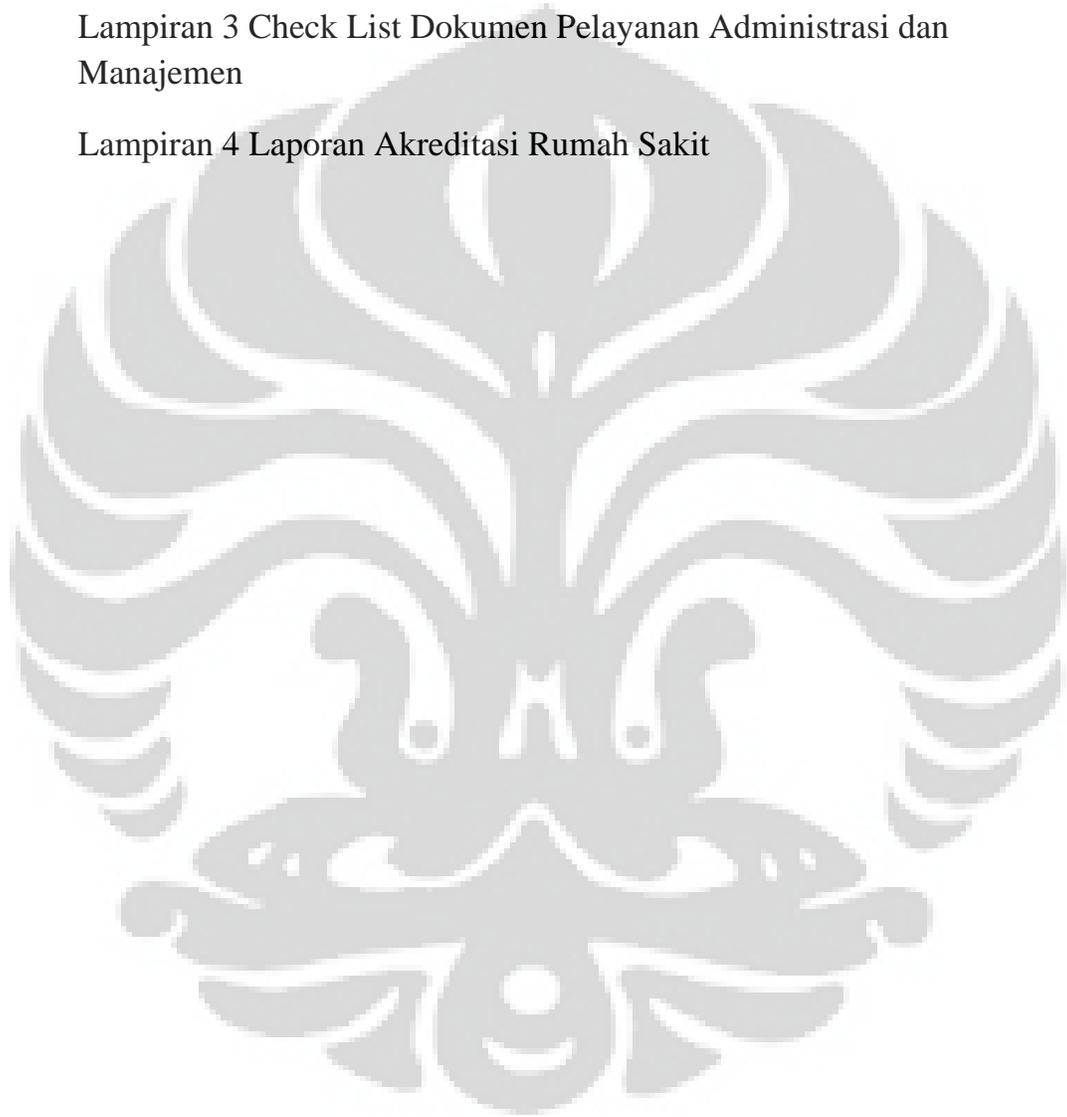
DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 Pedoman Wawancara Mendalam

Lampiran 2 Matriks Wawancara Mendalam

Lampiran 3 Check List Dokumen Pelayanan Administrasi dan Manajemen

Lampiran 4 Laporan Akreditasi Rumah Sakit



BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 LATAR BELAKANG

Kesehatan merupakan kebutuhan primer dalam kehidupan manusia yang perlu dipenuhi untuk mendapatkan kehidupan yang lebih layak, produktif, dan serta mampu bersaing untuk meningkatkan taraf hidup. Berdasarkan kebutuhan primer tersebut maka masyarakat membutuhkan jasa pelayanan kesehatan. Pelayanan kesehatan memiliki dimensi khusus dalam pelayanan, seperti yang diketahui bahwa salah satu dimensi pelayanan kesehatan adalah asimetris informasi yang berarti informasi atau pendapat mengenai suatu penyakit hingga tindakan yang diberikan dapat berbeda. Sehingga untuk menghindari kejadian ini sering terulang maka dibutuhkan kesamaan informasi antar semua profesi yang bergerak sebagai praktisi kesehatan (Tjiptoherijanto, 1996).

Rumah sakit adalah salah satu sarana kesehatan yang memberikan pelayanan kesehatan kepada masyarakat dan memiliki peran strategis dalam mempercepat peningkatan derajat kesehatan masyarakat. Untuk mewujudkan derajat kesehatan yang optimal bagi masyarakat, diselenggarakan upaya kesehatan dengan pendekatan pemeliharaan peningkatan kesehatan (promotif), pencegahan penyakit (preventif), penyembuhan penyakit (kuratif), dan pemulihan kesehatan (rehabilitatif) yang dilakukan secara menyeluruh, terpadu, dan berkesinambungan atau paripurna (UU No 40 tahun 2009).

Tantangan bagi rumah sakit di era globalisasi saat ini sangatlah besar. Keadaan ini dapat dijawab dengan peningkatan kemampuan dalam melakukan pelayanan jasa kesehatan yang bermutu. Bagi pengelola maupun pemilik rumah sakit agar bisnis kesehatannya tetap bertahan maka diperlukan peningkatan mutu, yang dilakukan dengan menambah teknologi kedokteran yang ada, tenaga paramedis, tenaga ahli di bidang kesehatan, serta tenaga ahli lainnya yang menunjang operasional rumah sakit. Peningkatan teknologi dan bidang lainnya memerlukan kerjasama lintas bidang dalam rumah sakit dan juga luar rumah sakit

yang saat ini belum terintegrasi sempurna. Ketidak sempurnaan keadaan yang dijumpai di pelayanan kesehatan negara kita menyebabkan begitu banyak penduduk membeli pelayanan kesehatan pada negara tetangga. Seperti pernyataan dr. Supriyantoro (Direktur Jendral Bina Upaya Kesehatan Kementerian Kesehatan) “ *Jadi kalau tahun 2007 saja sudah 70 triliun (devisa kesehatan) dan tidak ada kecenderungan menurun, mungkin sekarang sudah mencapai sekitar 100 triliun, ini bukan merupakan jumlah yang kecil.*” (Pikiran rakyat, 06 Maret 2011)

Sedangkan dr. Endang Rahayu Sedyangingsih, MPH, Dr.PH yakin akan fasilitas dan pelayanan rumah sakit di Indonesia, terutama rumah sakit swasta tidak kalah dengan rumah sakit di Singapura. Apalagi saat ini di sejumlah kota besar di Indonesia banyak dibangun rumah sakit swasta dengan fasilitas terbaik. Selain itu beliau pun menyebutkan sejumlah alasan mengapa pasien-pasien Indonesia kemudian memilih berobat ke rumah sakit luar negeri. Salah satu alasan antara lain pelayanan yang bagus dan bermutu tinggi, selain itu dokter dengan keahlian yang mumpuni yang disertai fasilitas pendukung. Nilai tambah yang diberikan seperti penjemputan dari bandara, sangat memudahkan pasien (Metrotvnews, 04 Maret 2011).

Berdasarkan dari pernyataan Menteri Kesehatan diatas, salah satu alasan pasien Indonesia berobat ke luar negeri adalah pasien Indonesia menginginkan pelayanan bagus yang disajikan oleh rumah sakit tersebut. Pelayanan yang bagus dapat dicapai dengan satu sistem pelayanan yang teratur dan juga terstandar. Keadaan ini diharapkan dapat terbina jika rumah sakit di Indonesia melakukan akreditasi yang bertujuan untuk peningkatan mutu pelayanan.

Akreditasi rumah sakit adalah suatu pengakuan resmi yang diberikan oleh pemerintah kepada rumah sakit karena telah memenuhi standar yang ditentukan. Lembaga nasional yang ditunjuk untuk melakukan pengakreditasian rumah sakit di Indonesia adalah Komite Akreditasi Rumah Sakit (KARS) (UUD 44 tahun 2009). KARS menetapkan tahapan penilaian pertama pada 5 pelayanan, tahapan penilaian kedua pada 12 pelayanan dan tahap ketiga 16 pelayanan. Dalam setiap

pelayanan terdapat 7 standar dengan berbagai variasi jumlah parameter yang dinilai.

Tujuan utama dalam proses pengakreditasi rumah sakit adalah agar kualitas diintegrasikan dan dibudayakan ke dalam sistem pelayanan rumah sakit, sehingga meningkatkan mutu rumah sakit.

Rumah Sakit Bersalin Asih saat ini telah berusia 33 tahun. Dilihat dari usia rumah sakit tersebut dapat disimpulkan bahwa rumah sakit telah banyak memperoleh pengalaman di seluruh bidang pelayanan yang diselenggarakannya. Pengalaman yang didapatkan memberikan pelajaran baru yang menimbulkan Komitmen kerja dapat tercipta melalui misi yang berbunyi “Memberikan pelayanan kesehatan paripurna dibidang ibu dan anak yang bermutu tinggi dan menjamin kepuasan pelanggan melalui manajemen yang mandiri dan modern.”

Berdasarkan misi diatas, Rumah Sakit Bersalin Asih harus melakukan beberapa perubahan dalam sistem pelayanan tradisional menuju arah modern, sehingga pihak manajemen rumah sakit harus bekerja keras dalam merealisasikannya. Proses perubahan tersebut sudah terlihat pada saat penulis sedang melakukan Praktek Kerja Lapangan. Langkah awal yang dilakukan pihak rumah sakit yaitu melakukan pengkajian pada bidang sumber daya manusia dan melakukan pengkajian pada bidang keuangan. Menurut pihak manajemen kedua bidang tersebut merupakan bidang yang paling menentukan dalam mencapai keberhasilan misi. Selain mencapai misi terdapat alasan lain yaitu memenuhi proses penilaian akreditasi rumah sakit pada pelayanan administrasi dan manajemen. (Profil Rumah Sakit Bersalin Asih, 1997)

Proses pencapaian penilaian akreditasi harus melalui berbagai tahapan antara lain pemenuhan dokumen tertulis yang telah ditetapkan dan pembuatan alur kerja yang telah sesuai dengan keadaan lingkungan setempat. Proses pengkajian yang telah dilakukan pada bagian sumber daya manusia dan keuangan, hanya dapat memenuhi 30% dari total dokumen yang harus terpenuhi pada penilaian akreditasi pelayanan Administrasi dan Manajemen. Sedangkan untuk mencapai

nilai lulus minimal akreditasi dibutuhkan 100% dari keseluruhan dokumen yang telah ditetapkan oleh pihak akreditasi.

1.2 Rumusan Masalah

Rumah Sakit Bersalin Asih merupakan rumah sakit yang bergerak pada bidang kesehatan ibu dan anak yang telah didirikan sejak tahun 1978 yang memiliki misi: “Memberikan pelayanan kesehatan paripurna dibidang ibu dan anak yang bermutu tinggi dan menjamin kepuasan pelayanan melalui manajemen yang mandiri dan modern.” Saat ini rumah sakit tersebut masih menggunakan sistem tradisional, sehingga misi yang telah ditetapkan masih belum tercapai. Perubahan telah dilakukan namun masih belum terstandar. Langkah awal yang dilakukan oleh pihak rumah sakit adalah pengkajian awal pada bidang sumber daya manusia dan pengkajian bagian keuangan. Pengkajian awal pada bidang tersebut hanya berguna sebagai pemotretan atau gambaran kerja yang telah dilakukan selama ini, namun masih belum terstandar. Gambaran kerja tersebut telah dituangkan dalam dokumen, namun masih belum cukup untuk mendapatkan penilaian minimal. Dokumen yang telah didapatkan dari pemotretan tersebut disusun berdasarkan check list yang telah dibuat oleh tim Pokja akreditasi Rumah Sakit Bersalin Asih dan didapatkan hanya memenuhi 30% dari seluruh dokumen yang dibutuhkan, sehingga masih dibutuhkan 70% dokumen. Oleh sebab itu penulis ingin mengetahui informasi mengenai bagaimana pemenuhan kecukupan dokumen akreditasi rumah sakit sesuai standar yang telah ditetapkan oleh KARS pada bidang Administrasi dan Manajemen pada tahun 2011.

Tahapan pertama penilaian akreditasi rumah sakit dilakukan pada lima bidang dasar yaitu pelayanan administrasi dan manajemen, pelayanan unit gawat darurat, pelayanan keperawatan, pelayanan medik, dan pelayanan rekam medik. Setiap pelayanan memiliki tujuh standar yang dinilai dan turunan parameter berbeda-beda pada tiap standarnya. Proses penilaian kecukupan dokumen berdasarkan pedoman laporan penilaian akreditasi rumah sakit yang telah diterbitkan oleh KARS.

Self assesment dapat dilakukan oleh pihak rumah sakit sebelum mengikuti penilaian akhir oleh KARS atau sebelum dan sesudah bimbingan. Rumah Sakit Bersalin Asih telah melakukan self assesment 2 kali guna persiapan bimbingan akreditasi.

1.3 Pertanyaan Penelitian

1. Bagaimana kecukupan dokumen pada standar 1 pelayanan Administrasi dan Manajemen Rumah Sakit Bersalin Asih tahun 2011 ?
2. Bagaimana kecukupan dokumen pada standar 2 pelayanan Administrasi dan Manajemen Rumah Sakit Bersalin Asih tahun 2011 ?
3. Bagaimana kecukupan dokumen pada standar 3 pelayanan Administrasi dan Manajemen Rumah Sakit Bersalin Asih tahun 2011 ?
4. Bagaimana kecukupan dokumen pada standar 4 pelayanan Administrasi dan Manajemen Rumah Sakit Bersalin Asih tahun 2011 ?
5. Bagaimana kecukupan dokumen pada standar 5 pelayanan Administrasi dan Manajemen Rumah Sakit Bersalin Asih tahun 2011 ?
6. Bagaimana kecukupan dokumen pada standar 6 pelayanan Administrasi dan Manajemen Rumah Sakit Bersalin Asih tahun 2011 ?
7. Bagaimana kecukupan dokumen pada standar 7 pelayanan Administrasi dan Manajemen Rumah Sakit Bersalin Asih tahun 2011 ?

1.4 Tujuan Penelitian

1.4.1 Tujuan Umum Penelitian

Mengetahui gambaran tentang persiapan penilaian akreditasi rumah sakit pada bidang Manajemen dan Administrasi Rumah Sakit Bersalin Asih tahun 2011.

1.4.2 Tujuan khusus Penelitian

1. Mengetahui kecukupan dokumen pada standar 1 pelayanan Administrasi dan Manajemen Rumah Sakit Bersalin Asih tahun 2011.
2. Mengetahui kecukupan dokumen pada standar 2 pelayanan Administrasi dan Manajemen Rumah Sakit Bersalin Asih tahun 2011.

3. Mengetahui kecukupan dokumen pada standar 3 pelayanan Administrasi dan Manajemen Rumah Sakit Bersalin Asih tahun 2011.
4. Mengetahui kecukupan dokumen pada standar 4 pelayanan Administrasi dan Manajemen Rumah Sakit Bersalin Asih tahun 2011.
5. Mengetahui kecukupan dokumen pada standar 5 pelayanan Administrasi dan Manajemen Rumah Sakit Bersalin Asih tahun 2011.
6. Mengetahui kecukupan dokumen pada standar 6 pelayanan Administrasi dan Manajemen Rumah Sakit Bersalin Asih tahun 2011.
7. Mengetahui kecukupan dokumen pada standar 7 pelayanan Administrasi dan Manajemen Rumah Sakit Bersalin Asih tahun 2011.

1.5 Manfaat Penelitian

1.5.1 Bagi Rumah Sakit Bersalin Asih

1. Didapatkan informasi mengenai jumlah dokumen yang dimiliki Rumah Sakit Bersalin Asih dalam penilaian akreditasi bidang pelayanan Administrasi dan Manajemen.
2. Dapat dijadikan gambaran dalam menentukan strategi kerja guna pemenuhan dokumentasi akreditasi pada bidang pelayanan Administrasi dan Manajemen.

1.5.2 Bagi Penulis

Memberikan pengalaman dan menambah wawasan dalam proses pemenuhan kecukupan dokumentasi yang berguna untuk pencapaian penilaian akreditasi rumah sakit yang diselenggarakan oleh KARS.

1.6 Ruang Lingkup Penelitian

Penelitian ini dilaksanakan pada Rumah Sakit Bersalin Asih yang bertempat di Jalan Panglima Polim I no 34 Jakarta Selatan, dalam lingkup kerja seksi akreditasi Rumah Sakit Bersalin Asih pelayanan Administrasi dan Manajemen. Pengumpulan data dilakukan peneliti saat menjalani praktek kerja lapangan sejak bulan Juni hingga Agustus 2011 dan diperdalam pada Oktober 2011.

BAB 2

TINJAUAN TEORI

2.1 Akreditasi Rumah Sakit

Istilah akreditasi dan sertifikat dapat saling dipertukarkan. Menurut Departemen Kesehatan Republik Indonesia, akreditasi rumah sakit adalah suatu pengakuan resmi yang diberikan oleh pemerintah pada rumah sakit karena telah memenuhi standar yang ditentukan. Akreditasi merupakan pengakuan resmi yang biasanya diberikan oleh pemerintah terhadap lembaga sertifikasi.

Sertifikasi merupakan pengakuan resmi terhadap keberhasilan penerapan sistem mutu di perusahaan berdasarkan pada sistem mutu misalnya ISO 9000. Lembaga sertifikasi dapat merupakan lembaga pemerintah maupun non pemerintah. Di Indonesia, lembaga yang berwenang memberikan akreditasi kepada lembaga sertifikasi adalah Komite Akreditasi Nasional-Dewan Standar Nasional (KAN-DSN). Pada dasarnya, tujuan utama akreditasi rumah sakit adalah agar kualitas diintegrasikan dan dibudayakan kedalam sistem pelayanan di rumah sakit. (Deli Theo, 2009)

2.1.1 Maksud Akreditasi Rumah Sakit

1. Memberikan standar-standar operasional rumah sakit dan fasilitas kesehatan dan pelayanan lain yang berhubungan.
2. Untuk menghubungkan program survei dan akreditasi yang akan menjadi anggota dari profesi kesehatan, rumah sakit, fasilitas kesehatan lain yang berhubungan secara sukarela.
 - a) Meningkatkan mutu tinggi dari pelayanan dalam semua aspek dengan maksud untuk memberikan pasien manfaat yang optimal dengan ilmu kedokteran.
 - b) Untuk menggunakan prinsip dasar dari rencana keselamatan, pemeliharaan fisik. Bertujuan untuk meningkatkan fungsi dari pelayanan pasien yang efisien.

- c) Untuk menjaga pelayanan esensial dalam fasilitas-fasilitas melalui usaha-usaha koordinasi dari staf yang terorganisasi dan badan-badan pemerintah.
3. Untuk menghubungkan program-program pendidikan dan riset serta menerbitkan hasil dari keseluruhan tersebut yang memberikan hasil akhir tujuan dan maksud dari organisasi.
 4. Untuk memberikan tanggung jawab dalam menghubungkan kegiatan-kegiatan lain yang akan menyesuaikan dengan operasional dari penyusunan standar, survei, dan program akreditasi.

Standar pada umumnya mempunyai ciri-ciri tertentu :

- a) Berhubungan dengan mutu pemeliharaan atau pelayanan yang disediakan.
- b) Berhubungan dengan optimalisasi sumber daya yang ada.
- c) Kepatuhan dapat diukur.

Akreditasi rumah sakit berkaitan dengan penilaian keputusan terhadap standar-standar yang mencakup seluruh fungsi dan kegiatan rumah sakit. Sumber daya atau sarana-prasarana, manajemen, pelayanan medik, perawat, fungsi penunjang umum, diagnostik, rekam medik, hak pasien dan lain sebagainya akan dilakukan standarisasi menggunakan sistem akreditasi, diharapkan hasil pelayanan kesehatan yang diciptakan sarana pelayanan kesehatan dapat mencapai mutu yang diharapkan oleh masyarakat.

Pada umumnya tenaga medis, menganggap bahwa mutu pelayanan akan dijamin bagus dengan peningkatan kualitas keahlian dokter dengan pendidikan dan praktek yang terus menerus, serta peralatan yang canggih. Namun masyarakat pengguna jasa (pasien), pengelola rumah sakit, pemilik rumah sakit, dan, yang berkepentingan langsung maupun tidak langsung dengan pelayanan rumah sakit dapat berpendapat lain.

Peningkatan mutu adalah seharusnya dimulai dari keinginan diri sendiri (rumah sakit) secara keseluruhan dengan maksud untuk meningkatkan penampilan atas citra dirinya dengan kesadaran, bahwa semakin bermutu rumah sakit akan semakin banyak memperoleh keuntungan dalam arti luas. Oleh karenanya sebelum diakreditasi atau dinilai oleh komisi akreditasi, sebaiknya pihak rumah sakit melakukan penilaian sendiri terhadap sistem yang sudah ada terlebih dahulu (*self assesment*). (Deli Theo,2009)

2.1.2 Penyelenggaraan Akreditasi Rumah Sakit

Peraturan Menteri Kesehatan RI No 159 A/MENKES/PER/II/1998 tentang rumah sakit disebutkan bahwa; Akreditasi Rumah Sakit adalah pengakuan atas rumah sakit memenuhi standar minimal yang ditentukan. Standar pelayanan rumah sakit dan standar pelayanan medis telah ditetapkan berdasarkan Surat Keputusan Menteri Kesehatan RI, No. 436/MENKES/SK/VI/1993 maka memutuskan standar akreditasi akan mengikuti Surat Keputusan yang telah ditetapkan.

Menurut Keputusan Dirjen Yan Medik Depkes RI, No. HK.00.06.3.5.007788, yang dimaksud dengan akreditasi rumah sakit adalah suatu pengakuan dari pemerintah yang diberikan kepada rumah sakit yang telah memenuhi standar yang ditetapkan. Sedangkan yang berwenang melakukan akreditasi rumah sakit, baik milik pemerintah pusat, pemerintah daerah, BUMN maupun swasta adalah “Komisi Gabungan Akreditasi Rumah Sakit”, suatu tim yang bersifat non struktural serta dibentuk berdasarkan Keputusan Dirjen Jendral Pelayanan Medik Depkes RI. Anggota-anggotanya dari unsur-unsur PERSI, Organisasi Profesi Bidang Kesehatan, Ahli Perumahsakitan, Departemen Kesehatan, Instansi/ Unit terkait.

Akreditasi rumah sakit mencakup penilaian terhadap fisik bangunan pelayanan kesehatan, peralatan, obat-obatan, ketenagaan, dan administrasi. Mengacu pada Surat Keputusan Menteri Kesehatan RI. No. 436/ MENKES/ SK/IV/1993, mengingat kemampuan rumah sakit dalam penerapan standar-standar tersebut dapat dilakukan secara bertahap. Namun minimal sudah harus dapat memenuhi 5 (lima) kegiatan pelayanan pokok yaitu :

1. Administrasi dan Manajemen
2. Pelayanan Medis
3. Pelayanan Gawat Darurat
4. Pelayanan Keperawatan
5. Rekam Medis

2.1.3. Tujuan dan Manfaat Akreditasi Rumah Sakit

2.1.3.1 Tujuan Umum

Mendapatkan gambaran seberapa jauh rumah sakit Indonesia telah memenuhi berbagai standar yang ditetapkan, dengan demikian mutu pelayanan rumah sakit dapat dipertanggung jawabkan.

2.1.3.2 Tujuan Khusus

- a) Memberikan pengakuan dan penghargaan kepada rumah sakit telah mencapai tingkat pelayanan kesehatan sesuai dengan standar yang ditetapkan.
- b) Memberikan jaminan kepada petugas rumah sakit bahwa semua fasilitas, tenaga, dan lingkungan yang diperlukan tersebut, sehingga dapat mendukung upaya penyembuhan dan pengobatan pasien dengan sebaik-baiknya.
- c) Memberikan jaminan dan kepuasan kepada pelanggan dan masyarakat bahwa pelayanan yang diberikan oleh rumah sakit diselenggarakan sebaik mungkin.

2.1.4 Manfaat Akreditasi

A. Bagi Rumah Sakit

1. Akreditasi merupakan bentuk komunikasi dan konsultasi antara rumah sakit dan badan akreditasi yang akan memberikan sarana perbaikan atau rekomendasi untuk peningkatan mutu pelayanan rumah sakit melalui pencapaian standar yang ditentukan.
2. Dengan adanya metode *self-evaluation*, rumah sakit dapat mengetahui pelayanan yang berada dibawah standar atau perlu ditingkatkan. Dengan demikian, hal ini akan meningkatkan kesadaran rumah sakit akan pentingnya upaya peningkatan mutu pelayanan rumah sakit.
3. Penting untuk rekrutmen dan membatasi “*turn over*” staf rumah sakit (tenaga medis/ para medis/ non medis). Karena para pegawai akan lebih senang, tenang, dan, aman bekerja di rumah sakit yang telah diakreditasi.

4. Dengan perkembangan asuransi kesehatan, akan semakin banyak perusahaan asuransi yang mempersyaratkan pesertanya untuk berobat di rumah sakit yang telah diakreditasi, yang mendapatkan penggantian biaya pengobatan/perawatan dari pihak ketiga tersebut.
5. Status akreditasi juga menjadi alat untuk negosiasi dengan perusahaan asuransi kesehatan.
6. Status akreditasi dapat dijadikan alat untuk memasarkan pada masyarakat.
7. Suatu saat pemerintah akan mempersyaratkan akreditasi sebagai kriteria untuk memberikan izin rumah sakit yang menjadi tempat pendidikan tenaga medis/para medis.
8. Status akreditasi merupakan status simbol bagi rumah sakit dan dapat meningkatkan citra dan kepercayaan masyarakat atas rumah sakit.
9. Dengan diketahuinya kekurangan dibandingkan dengan standar yang ada, rumah sakit dapat menggunakan untuk kepentingan pengajuan anggaran dan perencanaan/ pengembangan rumah sakit kepada pemilik (pemberi bantuan).

B. Bagi Pemerintah

1. Akreditasi merupakan salah satu pendekatan untuk meningkatkan dan membudayakan konsep mutu rumah sakit melalui pembinaan yang terarah dan berkesinambungan.
2. Akreditasi dapat memberikan gambaran keadaan rumah sakit di Indonesia dalam pemenuhan standar yang ditentukan sehingga menjadi bahan masukan untuk rencana pengembangan pembangunan kesehatan pada masa yang akan datang.

C. Bagi Perusahaan Asuransi

1. Akreditasi penting untuk negosiasi klaim asuransi kesehatan dengan rumah sakit.
2. Akreditasi memberikankan gambaran rumah sakit mana yang dapat dijadikan mitra kerja sama.

D. Bagi Masyarakat

1. Masyarakat dapat mengenal secara formal dengan melihat sertifikasi akreditasi yang biasanya dipajang di rumah sakit yang pelayanannya telah memenuhi standar, sehingga dapat membantu mereka memilih rumah sakit yang dianggap baik pelayanannya.
2. Masyarakat akan merasa lebih aman mendapat pelayanan rumah sakit yang sudah diakreditasi daripada yang belum diakreditasi.

E. Bagi Pemilik

1. Memiliki rasa kebanggaan bila rumah sakitnya diakreditasi.
2. Pemilik dapat menilai seberapa baik pengelolaan sumber daya (efisiensi) rumah sakit ini dilakukan oleh manajemen dan seluruh tenaga yang ada, sehingga misi dan program rumah sakit dapat lebih mudah tercapai (efektifitas).

F. Bagi Pegawai / Petugas (medis, para medis, dan non medis)

1. Petugas merasa lebih senang dan aman serta terjamin bekerja pada rumah sakit yang terakreditasi.
2. Umumnya pegawai pada unit pelayanan yang mendapat nilai baik sekali akan mendapat imbalan baik materi maupun non-materi dari manajemen atas usahanya selama ini dalam memenuhi standar.
3. *Self-assessment* akan menambah kesadaran akan pentingnya pemenuhan standar, peningkatan mutu sehingga dapat memotivasi pegawai tersebut untuk bekerja lebih baik. (Deli Theo, 2009)

2.2 Landasan Akreditasi Rumah Sakit

Undang-Undang No 44 Tahun 2009 Tentang Rumah Sakit

Berdasarkan Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 44 tahun 2009 tentang rumah sakit, pada bagian Ketiga Sub Bab Akreditasi pada pasal 40 berisi :

1. Dalam upaya peningkatan mutu pelayanan rumah sakit wajib dilakukan akreditasi secara berkala minimal tiga tahun sekali.
2. Akreditasi rumah sakit sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilakukan oleh suatu lembaga independen baik dalam maupun luar negeri berdasarkan standar akreditasi yang berlaku.
3. Lembaga independen sebagaimana dimaksud pada ayat (2) ditetapkan oleh Menteri.
4. Ketentuan lebih lanjut mengenai akreditasi rumah sakit sebagaimana dimaksud pada ayat (1), dan ayat (2) diatur dengan peraturan Menteri.

2.3 Alur Administrasi Akreditasi

Proses Penyelenggaraan Akreditasi

1. Pembinaan Akreditasi

Bertugas untuk menyiapkan sistem pelayanan di rumah sakit dilaksanakan secara berjenjang dan terstruktur dari pemerintah yang diwakili oleh Dinkes dan PERSI sebagai lembaga koordinasi antara pemerintah dan rumah sakit, yang mencakup aspek administrasi manajemen, pelayanan, SDM, dan, fasilitas sarana di rumah sakit.

Hasil pembimbingan berupa rekomendasi yang mencakup aspek hukum atau aspek manajemen pelayanan yang bisa digunakan untuk mengetahui apakah rumah sakit perlu bimbingan atau tidak.

2. Bimbingan Akreditasi

a) Bertujuan untuk memberikan penjelasan, pemahaman dan petunjuk tentang cara pemenuhan dan penerapan standar pelayanan dalam rangka akreditasi. Rumah sakit yang belum siap melakukan penilaian (survei akreditasi), sebaiknya menjalani bimbingan akreditasi. Pembimbing dapat dipilih oleh rumah sakit yang sesuai dengan daftar pembimbing KARS dan sesuai dengan kebutuhan rumah sakit.

b) Prosedur bimbingan akreditasi :

Rumah sakit :

- Membentuk Kelompok Kerja (POKJA) Akreditasi (SK Direktur RS)
- Membentuk rencana kerja (*plan of action*) akreditasi.
- Melakukan *Self Assessment* (SA) menggunakan instrumen akreditasi yang dikeluarkan oleh KARS.
- Membuat surat permohonan bimbingan akreditasi oleh pihak rumah sakit kepada BPT Kemenkes dengan tembusan ke KARS dan Dinkes Propinsi.

Dinas Kesehatan Propinsi :

Menerima tembusan surat permohonan bimbingan akreditasi di Rumah Sakit.

Badan Pelayanan Terpadu Kemenkes :

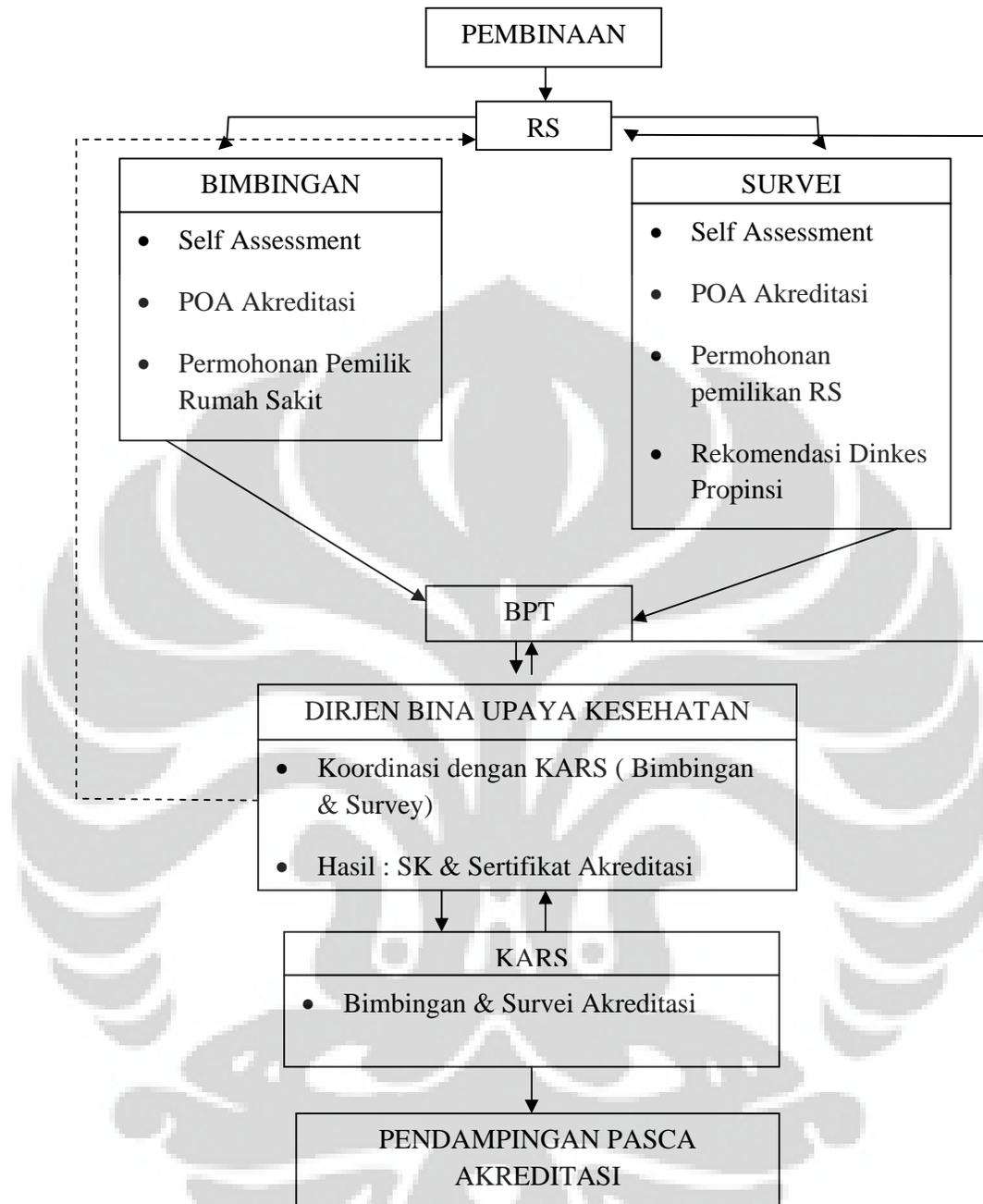
Menerima surat permohonan bimbingan akreditasi dari pemilik rumah sakit kemudian dengan KARS untuk pelaksanaan bimbingan akreditasi. Selesai bimbingan akreditasi akan menerima laporan bimbingan akreditasi dari Dirjen Upaya Kesehatan.

Dirjen Bina Upaya Kesehatan

Menerima disposisi surat permohonan bimbingan akreditasi rumah sakit dari BPT, kemudian berkoordinasi dengan KARS untuk pelaksanaan bimbingan akreditasi. Selain itu Dirjen Bina Upaya Kesehatan menerima laporan pelaksanaan bimbingan dari KARS.

KARS :

- a) Menerima tembusan surat permohonan bimbingan akreditasi dari pemilik rumah sakit.
- b) Menganalisa hasil Self Assesment (SA) dari rumah sakit dan menyusun rencana kerja pembimbing.
- c) Menunjuk pembimbing dan menginformasikan ke rumah sakit tentang rencana kerja pembimbing.
- d) Pelaksanaan bimbingan, pembimbing melakukan bimbingan sesuai dengan bidang pelayanan yang dipilih rumah sakit.
- e) Pembimbing akan menjelaskan tentang akreditasi dan melakukan analisa situasi.
- f) Hasil bimbingan akan disampaikan pembimbing ke KARS berupa rekomendasi tentang langkah-langkah yang perlu dilakukan rumah sakit dan dokumen yang perlu disediakan untuk mencapai akreditasi.
- g) Memberikan laporan penyelenggaraan bimbingan akreditasi setiap 3 bulanan kepada Dirjen Bina Upaya Kesehatan.



Gambar 2.1 Alur administrasi akreditasi

2.4 Rumah Sakit

Rumah sakit sebagai lembaga pelayanan kesehatan masyarakat mulai dari kelas sosial ekonomi rendah sampai ekonomi yang paling tinggi harus mampu menjalankan fungsi-fungsinya sehingga tujuan yang diharapkan dapat tercapai.

Menurut SK Menkes RI no 983/ Menkes/SK/XI/1992 tentang pedoman rumah sakit pada pasal 5 menyebutkan beberapa fungsi rumah sakit antara lain :

- a) Menyelenggarakan pelayanan medis.
- b) Menyelenggarakan pelayanan penunjang medis dan non medis.
- c) Menyelenggarakan pelayanan asuhan keperawatan.
- d) Menyelenggarakan pelayanan rujukan.
- e) Menyelenggarakan pendidikan dan latihan di bidang kedokteran dan kesehatan.
- f) Menyelenggarakan penelitian dan pengembangan bidang kesehatan.
- g) Menyelenggarakan administrasi umum dan keuangan.

(SK Menkes RI no 983/ Menkes/SK/XI/1992)

2.5 Peraturan Internal Rumah Sakit (*Hospital Bylaws*)

2.5.1 Pengertian

Hospital bylaws berasal dari dua buah kata yaitu *Hospital* (rumah sakit) dan *bylaws* (peraturan setempat atau internal). Kata *Bylaws* itu sering ditulis dengan berbagai macam cara antara lain *bylaw* atau *by-law*. Berdasarkan hal tersebut maka *Hospital bylaws* dapat diterjemahkan menjadi PERATURAN INTERNAL RUMAH SAKIT.

Mengingat bahwa terminologi peraturan internal rumah sakit bukan berasal dari Indonesia sulit dicari padanan katanya maka perlu dirujuk referensi yaitu “authoritative” dalam bidang hukum dan bidang perumahnyasakit. Pembuatan definisi peraturan internal rumah sakit seharusnya ekstra hati-hati karena menyangkut sebuah produk hukum yang spesifik.

Untuk itu perlu diperhatikan pengertian peraturan internal rumah sakit dari sumber yang terkait berlangsung dengan perumhaskitan seperti *Accreditation Manual for Hospitals*. Dari sumber tersebut dapat diidentifikasi hakekat sebuah peraturan internal rumah sakit, sejak hukum yang berperan, dan karakteristik lainnya.

Subjek hukum sekaligus pemeran utama dalam peraturan rumah sakit menurut JCAHO (*Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organization*) adalah “*governing body*”. Selanjutnya pengertian “*governing body*” menurut Black’s adalah :

Governing body of institution, organization or territory means that body which has ultimate power to determine its policy and control its activities.

Karakteristik suatu “*governing body*” adalah pemegang kekuasaan tertinggi (*ultimate power*) dalam suatu organisasi. Pemegang kekuasaan tertinggi di dalam rumah sakit adalah pemilik atau yang mewakili. Mengingat pemilik atau yang mewakili merupakan pemeran utama dalam peraturan.

2.5.2 Kerangka Hukum yang Mengatur Kehidupan Rumah Sakit

Peraturan-peraturan atas dasar mana penyelenggaraan rumah sakit berpijak adalah :

- Konsistensi korporasi
 - AD Perseroan terbatas
 - AD Yayasan
 - PP Perusahaan Jawatan (Perjan)
 - Peraturan lain yang terkait dengan bentuk badan hukum pemilik rumah sakit
- Peraturan perundangan tentang kesehatan dan perumhaskitan
 - Undang – Undang Kesehatan
 - Peraturan dan Perundangan-undangan yang mengatur rumah sakit

- Kebijakan Kesehatan Pemerintah Setempat
 - Kebijakan perijinan
 - Kebijakan pelaporan, dan lain-lain
- Peraturan Internal Rumah Sakit
- Kebijakan teknis operasional rumah sakit
 - SOP (Standar Operasional Prosedur)
 - Uraian tugas, Juklak, dan Juknis
- Aturan Hukum Umum
 - KUHP
 - Undang-undang lingkungan
 - Undang-undang tenaga kerja

Berdasarkan hal tersebut diatas maka posisi peraturan internal rumah sakit adalah dibawah dari anggaran dasar badan hukum pemilik rumah sakit dan diatas aturan pelaksanaan rumah sakit.



Gambar 2.2 Tingkatan Peraturan Internal Perusahaan

(KEPUTUSAN MENTERI KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA NOMOR 772/MENKES/SK/VI/2002 TAHUN 2002)

2.6 Administrasi dan Manajemen

Pedoman Survei Akreditasi Rumah sakit

Standar 1 Falsafah dan Tujuan

Sebaiknya Rumah sakit dikelola dengan efektif dan efisien sesuai dengan Visi, Misi, dan Tujuan untuk menjamin tersedianya pelayanan yang dapat dipertanggungjawabkan.

1. Parameter 1 terdapat konsistensi antara Visi dan Misi dengan program kerja yang dilaksanakan, yang dimaksud dengan konsistensi ialah hubungan langsung antara visi dan misi dengan kegiatan pelayanan yang dilaksanakan di rumah sakit yang dapat dibaca dalam tujuan dan sasaran-sasaran berbagai program yang direncanakan dan dilaksanakan. Sedangkan kebijakan adalah keterangan tertulis dalam bentuk peraturan atau pedoman untuk melandasi dan mendukung bagian dan dengan cara apa visi dan misi dapat dicapai.
2. Parameter 2 berisi tentang bagaimana caranya seharusnya masyarakat mengetahui keberadaan rumah sakit dan pelayanan yang tersedia. Terdapat beberapa poin yang dinilai antara lain terdapat informasi tentang kegiatan rumah sakit, tertulis, lengkap, dan disajikan dalam bentuk terstruktur. Pengertian dari poin informasi lengkap adalah informasi tentang pelayanan yang tersedia, unit kerja yang memberi pelayanan, nama-nama dokter yang memberi pelayanan, tata cara memperoleh pelayanan, tata tertib rumah sakit, dan hak kewajiban pasien-penjung. Sedangkan yang dimaksud informasi yang terstruktur adalah informasi dikelola oleh satu unit organisasi tertentu dan fungsi dengan tugas memberikan informasi, penjelasan, dan penyuluhan kepada pasien, pengunjung, dan, masyarakat.

Standar 2. Administrasi dan Pengelolaan

Adanya peraturan perundang-undangan sebagai dasar hukum mencapai visi, misi, dan tujuan rumah sakit.

1. Parameter 1. Pemilik menetapkan struktur organisasi rumah sakit.

2. Parameter 2 pemilik rumah sakit menetapkan Hospital Bylaws (HBL).
3. Parameter 3 kerjasama antara pengelola/ direktur rumah sakit dengan pihak ketiga diadakan secara tertulis.
4. Parameter ke 4 direktur rumah sakit menetapkan unit kerja dan penanggung jawab untuk mengelola program Keselamatan Pasien Rumah Sakit (KPRS).

Standar 3 Staf dan Pimpinan

Adanya perlimpahan kewenangan dari pemilik kepada pengelola rumah sakit untuk mengelola sumberdaya manusia (SDM).

1. Parameter 1 pemilik menetapkan tertulis direktur rumah sakit.
2. Parameter 2 kebijakan tentang pengelolaan sumber daya manusia (SDM) ditetapkan pengelola/ direktur rumah sakit.

Standar 4 Fasilitas dan Peralatan

Pemilik dan pengelola rumah sakit bertanggung jawab mengenai sarana, prasarana dan peralatan sedemikian rupa agar dapat tercapai Misi, tujuan dan fungsi rumah sakit.

1. Parameter 1 sarana, prasarana, dan peralatan rumah sakit yang tersedia harus memenuhi persyaratan dan harus didukung dengan program pemeliharaan yang handal.
2. Parameter 2 tersedia rambu, marka petunjuk, jelas, dan mudah terbaca diberbagai tempat di lingkungan dalam dan luar rumah sakit.

Standar 5 Kebijakan dan Prosedur

Adanya kebijakan dan prosedur tertulis membina dan meningkatkan kemampuan manajemen rumah sakit termasuk melindungi kebutuhan pasien.

1. Parameter 1 masalah Mediko-Legal (ML) dan etik di rumah sakit dikelola sesuai peraturan perundangan yang berlaku.
2. Parameter 2 komunikasi selalu diselenggarakan dilingkungan rumah sakit.

3. Parameter 3 manajemen keuangan diselenggarakan untuk menjamin pelayanan di rumah sakit dikelola secara efisien.
4. Parameter 4 ditetapkan bahwa dokter penanggung jawab pelayanan wajib memberikan pendidikan kepada pasien tentang kewajibannya terhadap rumah sakit.
5. Parameter 5 ditetapkan koordinasi pelayanan dan transfer informasi antar profesi kesehatan untuk mendukung program keselamatan pasien rumah sakit (KPRS).

Standar 6 Pengembangan Staf dan Program Pendidikan

Pimpinan bertanggung jawab mengenai pendidikan berkelanjutan, orientasi, dan, program pelatihan staf untuk menjaga kemampuan dan meningkatkan pelayanan.

1. Parameter 1 program pendidikan dan pelatihan (diklat) pegawai dikelola dengan efisien.
2. Parameter 2 unit kerja pendidikan dan pelatihan (Diklat) menyelenggarakan pelatihan berkala dengan topik khusus “Keselamatan Pasien Rumah Sakit (KPRS)”.

Standar 7 Evaluasi dan Pengendalian Mutu

Pimpinan menyusun dan menetapkan program pengendalian mutu yang efektif.

1. Parameter 1 pimpinan rumah sakit bertanggung jawab untuk meningkatkan mutu pelayanan.
2. Parameter 2 dilakukan evaluasi terhadap penggunaan sumber daya rumah sakit.
3. Parameter 3 ditetapkan sistem pencatatan pengumpulan, pelaporan data kejadian tidak diharapkan (KTD).
4. Parameter 4 tersedia informasi tentang hasil analisis masalah kegiatan “Kejadian Nyaris Cedera” atau (*Near Miss*) dan “Kejadian Sentinel” atau (Sentinel Event). Yang dimaksud dengan “Kejadian Nyaris Cedera” adalah suatu kesalahan akibat melaksanakan suatu tindakan atau tidak mengambil tindakan yang seharusnya diambil yang dapat mencederai pasien, tetapi cedera serius tidak terjadi karena

faktor “keberuntungan”, sedangkan “kejadian sentinel” adalah suatu KTD yang mengakibatkan kematian atau cedera yang serius, biasanya dipakai untuk kejadian yang sangat tidak diharapkan atau tidak dapat diterima. (Buku Pedoman Akreditasi Rumah Sakit)

Cara penilaian setiap parameter dapat dilihat dalam lampiran 4 empat laporan akreditasi rumah sakit.

2.7 Keselamatan Pasien

Pengertian Keselamatan Pasien Rumah Sakit berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 1691/MENKES/PER/VIII/2011 adalah suatu sistem dimana rumah sakit membuat asuhan pasien lebih aman yang meliputi asesmen risiko, identifikasi dan pengelolaan hal yang berhubungan dengan risiko pasien, pelaporan dan analisis insiden, kemampuan belajar dari insiden dan tindak lanjutnya serta implementasi solusi untuk meminimalkan timbulnya risiko dan mencegah terjadinya cedera yang disebabkan oleh kesalahan akibat melaksanakan suatu tindakan atau tidak mengambil tindakan yang seharusnya diambil. Sedangkan insiden keselamatan pasien atau insiden adalah setiap kejadian yang tidak disengaja dan kondisi yang mengakibatkan atau berpotensi mengakibatkan cedera yang dapat dicegah pada pasien, terdiri dari Kejadian Tidak Diharapkan, Kejadian Nyaris Cedera, Kejadian Tidak Cedera dan Kejadian Potensial Cedera. Uraian pengertian dari kejadian-kejadian diatas sebagai berikut :

1. Kejadian Tidak Diharapkan, selanjutnya disingkat KTD adalah insiden yang mengakibatkan cedera pada pasien.
2. Kejadian Nyaris Cedera, selanjutnya disingkat KNC adalah terjadinya insiden yang belum sampai terpapar ke pasien.
3. Kejadian Tidak Cedera, selanjutnya disingkat KTC adalah insiden yang sudah terpapar ke pasien, tetapi tidak timbul cedera.
4. Kondisi Potensial Cedera, selanjutnya disingkat KPC adalah kondisi yang sangat berpotensi untuk menimbulkan cedera, tetapi belum terjadi insiden.
5. Kejadian sentinel adalah suatu KTD yang mengakibatkan kematian atau cedera yang serius.

2.8 Standar-Standar Keselamatan Pasien

Setiap rumah sakit wajib menerapkan standar keselamatan pasien. Standar keselamatan pasien meliputi :

Standar I. Hak pasien

Standar :

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

Kriteria:

- 1.1. Harus ada dokter penanggung jawab pelayanan.
- 1.2. Dokter penanggung jawab pelayanan wajib membuat rencana pelayanan.
- 1.3. Dokter penanggung jawab pelayanan wajib memberikan penjelasan secara jelas dan benar kepada pasien dan keluarganya tentang rencana dan hasil pelayanan, pengobatan atau prosedur untuk pasien termasuk kemungkinan terjadinya insiden.

Standar II. Mendidik pasien dan keluarga

Standar :

Rumah sakit harus mendidik pasien dan keluarganya tentang kewajiban dan tanggung jawab pasien dalam asuhan pasien.

Kriteria:

Keselamatan dalam pemberian pelayanan dapat ditingkatkan dengan keterlibatan pasien yang merupakan partner dalam proses pelayanan. Karena itu, di rumah sakit harus ada sistem dan mekanisme mendidik pasien dan keluarganya tentang kewajiban dan tanggung jawab pasien dalam asuhan pasien. Dengan pendidikan tersebut diharapkan pasien dan keluarga dapat :

1. Memberikan informasi yang benar, jelas, lengkap dan jujur.
2. Mengetahui kewajiban dan tanggung jawab pasien dan keluarga.
3. Mengajukan pertanyaan-pertanyaan untuk hal yang tidak dimengerti.
4. Memahami dan menerima konsekuensi pelayanan.
5. Mematuhi instruksi dan menghormati peraturan rumah sakit.
6. Memperlihatkan sikap menghormati dan tenggang rasa.

7. Memenuhi kewajiban finansial yang disepakati.

Standar III. Keselamatan pasien dalam kesinambungan pelayanan

Standar :

Rumah Sakit menjamin keselamatan pasien dalam kesinambungan pelayanan dan menjamin koordinasi antar tenaga dan antar unit pelayanan.

Kriteria:

- 3.1. Terdapat koordinasi pelayanan secara menyeluruh mulai dari saat pasien masuk, pemeriksaan, diagnosis, perencanaan pelayanan, tindakan pengobatan, rujukan dan saat pasien keluar dari rumah sakit.
- 3.2. Terdapat koordinasi pelayanan yang disesuaikan dengan kebutuhan pasien dan kelayakan sumber daya secara berkesinambungan sehingga pada seluruh tahap pelayanan transisi antar unit pelayanan dapat berjalan baik dan lancar.
- 3.3. Terdapat koordinasi pelayanan yang mencakup peningkatan komunikasi untuk memfasilitasi dukungan keluarga, pelayanan keperawatan, pelayanan sosial, konsultasi dan rujukan, pelayanan kesehatan primer dan tindak lanjut lainnya.
- 3.4. Terdapat komunikasi dan transfer informasi antar profesi kesehatan sehingga dapat tercapainya proses koordinasi tanpa hambatan, aman dan efektif.

Standar IV. Penggunaan metode-metode peningkatan kinerja untuk melakukan evaluasi dan program peningkatan keselamatan pasien

Standar :

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

Kriteria:

- 4.1. Setiap rumah sakit harus melakukan proses perancangan (desain) yang baik, mengacu pada visi, misi, dan tujuan rumah sakit, kebutuhan pasien, petugas pelayanan kesehatan, kaidah klinis terkini, praktik bisnis yang sehat, dan faktor-faktor lain yang berpotensi risiko bagi pasien sesuai dengan “Tujuh Langkah Menuju Keselamatan Pasien Rumah Sakit”.

4.2. Setiap rumah sakit harus melakukan pengumpulan data kinerja yang antara lain terkait dengan : pelaporan insiden, akreditasi, manajemen risiko, utilisasi, mutu pelayanan, keuangan.

4.3. Setiap rumah sakit harus melakukan evaluasi intensif terkait dengan semua insiden, dan secara proaktif melakukan evaluasi satu proses kasus risiko tinggi.

4.4. Setiap rumah sakit harus menggunakan semua data dan informasi hasil analisis untuk menentukan perubahan sistem yang diperlukan, agar kinerja dan keselamatan pasien terjamin.

Standar V. Peran kepemimpinan dalam meningkatkan keselamatan pasien

Standar :

1. Pimpinan mendorong dan menjamin implementasi program keselamatan pasien secara terintegrasi dalam organisasi melalui penerapan “Tujuh Langkah Menuju Keselamatan Pasien Rumah Sakit “.
2. Pimpinan menjamin berlangsungnya program proaktif untuk identifikasi risiko keselamatan pasien dan program menekan atau mengurangi insiden.
3. Pimpinan mendorong dan menumbuhkan komunikasi dan koordinasi antar unit dan individu berkaitan dengan pengambilan keputusan tentang keselamatan pasien.
4. Pimpinan mengalokasikan sumber daya yang adekuat untuk mengukur, mengkaji, dan meningkatkan kinerja rumah sakit serta meningkatkan keselamatan pasien.
5. Pimpinan mengukur dan mengkaji efektifitas kontribusinya dalam meningkatkan kinerja rumah sakit dan keselamatan pasien.

Kriteria:

- 5.1. Terdapat tim antar disiplin untuk mengelola program keselamatan pasien.
- 5.2. Tersedia program proaktif untuk identifikasi risiko keselamatan dan program meminimalkan insiden.
- 5.3. Tersedia mekanisme kerja untuk menjamin bahwa semua komponen dari rumah sakit terintegrasi dan berpartisipasi dalam program keselamatan pasien.
- 5.4. Tersedia prosedur “cepat-tanggap” terhadap insiden, termasuk asuhan kepada pasien yang terkena musibah, membatasi risiko pada orang lain dan penyampaian informasi yang benar dan jelas untuk keperluan analisis.
- 5.5. Tersedia mekanisme pelaporan internal dan eksternal berkaitan dengan insiden termasuk penyediaan informasi yang benar dan jelas tentang Analisis Akar Masalah “Kejadian Nyaris

Cedera” (*Near miss*) dan “Kejadian Sentinel” pada saat program keselamatan pasien mulai dilaksanakan.

5.6. Tersedia mekanisme untuk menangani berbagai jenis insiden, misalnya menangani “Kejadian Sentinel” (Sentinel Event) atau kegiatan proaktif untuk memperkecil risiko, termasuk mekanisme untuk mendukung staf dalam kaitan dengan “Kejadian Sentinel”.

5.7. Terdapat kolaborasi dan komunikasi terbuka secara sukarela antar unit dan antar pengelola pelayanan di dalam rumah sakit dengan pendekatan antar disiplin.

5.8. Tersedia sumber daya dan sistem informasi yang dibutuhkan dalam kegiatan perbaikan kinerja rumah sakit dan perbaikan keselamatan pasien, termasuk evaluasi berkala terhadap kecukupan sumber daya tersebut.

5.9. Tersedia sasaran terukur, dan pengumpulan informasi menggunakan kriteria objektif untuk mengevaluasi efektivitas perbaikan kinerja rumah sakit dan keselamatan pasien, termasuk rencana tindak lanjut dan implementasinya.

Standar VI. Mendidik staf tentang keselamatan pasien

Standar :

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

Kriteria:

- 6.1. Setiap rumah sakit harus memiliki program pendidikan, pelatihan dan orientasi bagi staf baru yang memuat topik keselamatan pasien sesuai dengan tugasnya masing-masing.
- 6.2. Setiap rumah sakit harus mengintegrasikan topik keselamatan pasien dalam setiap kegiatan *in-service training* dan memberi pedoman yang jelas tentang pelaporan insiden.
- 6.3. Setiap rumah sakit harus menyelenggarakan pelatihan tentang kerjasama kelompok (*teamwork*) guna mendukung pendekatan interdisipliner dan kolaboratif dalam rangka melayani pasien.

Standar VII. Komunikasi merupakan kunci bagi staff untuk mencapai keselamatan pasien

Standar:

1. Rumah sakit merencanakan dan mendesain proses manajemen informasi keselamatan pasien untuk memenuhi kebutuhan informasi internal dan eksternal.
2. Transmisi data dan informasi harus tepat waktu dan akurat.

Kriteria:

- 7.1. Perlu disediakan anggaran untuk merencanakan dan mendesain proses manajemen untuk memperoleh data dan informasi tentang hal-hal terkait dengan keselamatan pasien.
- 7.2. Tersedia mekanisme identifikasi masalah dan kendala komunikasi untuk merevisi manajemen informasi yang ada.

2.9 Sasaran Keselamatan Pasien

Sasaran Keselamatan Pasien merupakan syarat untuk diterapkan di semua rumah sakit yang diakreditasi oleh Komisi Akreditasi Rumah Sakit. Penyusunan sasaran ini mengacu kepada *Nine Life-Saving Patient Safety Solutions dari WHO Patient Safety (2007)* yang digunakan juga oleh Komite Keselamatan Pasien Rumah Sakit PERSI (KKPRS PERSI), dan dari *Joint Commission International (JCI)*.

Maksud dari Sasaran Keselamatan Pasien adalah mendorong perbaikan spesifik dalam keselamatan pasien. Sasaran menyoroti bagian-bagian yang bermasalah dalam pelayanan kesehatan dan menjelaskan bukti serta solusi dari konsensus berbasis bukti dan keahlian atas permasalahan ini. Diakui bahwa desain sistem yang baik secara intrinsik adalah untuk memberikan pelayanan kesehatan yang aman dan bermutu tinggi, sedapat mungkin sasaran secara umum difokuskan pada solusi-solusi yang menyeluruh.

Enam sasaran keselamatan pasien adalah tercapainya hal-hal sebagai berikut :

SASARAN I : KETEPATAN IDENTIFIKASI PASIEN

Standar SKP I

Rumah sakit mengembangkan pendekatan untuk memperbaiki/meningkatkan ketelitian identifikasi pasien.

Maksud dan Tujuan Sasaran I

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

identifikasi pasien sebagai individu yang akan menerima pelayanan atau pengobatan; dan kedua, untuk kesesuaian pelayanan atau pengobatan terhadap individu tersebut. Kebijakan dan/atau prosedur yang secara kolaboratif dikembangkan untuk memperbaiki proses identifikasi, khususnya pada proses untuk mengidentifikasi pasien ketika pemberian obat, darah, atau produk darah; pengambilan darah dan spesimen lain untuk pemeriksaan klinis; atau pemberian pengobatan atau tindakan lain. Kebijakan dan/atau prosedur memerlukan sedikitnya dua cara untuk mengidentifikasi seorang pasien, seperti nama pasien, nomor rekam medis, tanggal lahir, gelang identitas pasien dengan *bar-code*, dan lain-lain. Nomor kamar pasien atau lokasi tidak bisa digunakan untuk identifikasi. Kebijakan dan/atau prosedur juga menjelaskan penggunaan dua identitas berbeda di lokasi yang berbeda di rumah sakit, seperti di pelayanan rawat jalan, unit gawat darurat, atau ruang operasi termasuk identifikasi pada pasien koma tanpa identitas.

Suatu proses kolaboratif digunakan untuk mengembangkan kebijakan dan/atau prosedur agar dapat memastikan semua kemungkinan situasi untuk dapat diidentifikasi.

Elemen Penilaian Sasaran I

1. Pasien diidentifikasi menggunakan dua identitas pasien, tidak boleh menggunakan nomor kamar atau lokasi pasien.
2. Pasien diidentifikasi sebelum pemberian obat, darah, atau produk darah.
3. Pasien diidentifikasi sebelum mengambil darah dan spesimen lain untuk pemeriksaan klinis.
4. Pasien diidentifikasi sebelum pemberian pengobatan dan tindakan/prosedur.
5. Kebijakan dan prosedur mengarahkan pelaksanaan identifikasi yang konsisten pada semua situasi dan lokasi.

SASARAN II : PENINGKATAN KOMUNIKASI YANG EFEKTIF

Standar SKP II

Rumah sakit mengembangkan pendekatan untuk meningkatkan efektivitas komunikasi antar para pemberi layanan.

Maksud dan Tujuan Sasaran II

Komunikasi efektif, yang tepat waktu, akurat, lengkap, jelas, dan yang dipahami oleh pasien, akan mengurangi kesalahan, dan menghasilkan peningkatan keselamatan pasien. Komunikasi dapat berbentuk elektronik, lisan, atau tertulis. Komunikasi yang mudah terjadi kesalahan kebanyakan terjadi pada saat perintah diberikan secara lisan atau melalui telepon. Komunikasi yang mudah terjadi kesalahan yang lain adalah pelaporan kembali hasil

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

Elemen Penilaian Sasaran II

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

SASARAN III : PENINGKATAN KEAMANAN OBAT YANG PERLU DIWASPADAI (*HIGH-ALERT*)

Standar SKP III

Rumah sakit mengembangkan suatu pendekatan untuk memperbaiki keamanan obat-obat yang perlu diwaspadai (*high-alert*).

Maksud dan Tujuan Sasaran III

Bila obat-obatan menjadi bagian dari rencana pengobatan pasien, manajemen harus berperan secara kritis untuk memastikan keselamatan pasien. Obat-obatan yang perlu diwaspadai (*high-alert medications*) adalah obat yang sering menyebabkan terjadi kesalahan/kesalahan serius (*sentinel event*), obat yang berisiko tinggi menyebabkan dampak yang tidak diinginkan (*adverse outcome*) seperti obat-obat yang terlihat mirip dan kedengarannya mirip (Nama Obat Rupa dan Ucapan Mirip/NORUM, atau *Look Alike Soun Alike/LASA*). Obat-obatan yang sering disebutkan dalam isu keselamatan pasien adalah pemberian elektrolit konsentrat secara tidak sengaja (misalnya, kalium klorida 2meq/ml atau yang lebih pekat, kalium fosfat, natrium klorida lebih pekat dari 0.9%, dan magnesium sulfat =50% atau lebih pekat).

Kesalahan ini bisa terjadi bila perawat tidak mendapatkan orientasi dengan baik di unit pelayanan pasien, atau bila perawat kontrak tidak diorientasikan terlebih dahulu sebelum ditugaskan, atau pada keadaan gawat darurat. Cara yang paling efektif untuk mengurangi atau mengeliminasi kejadian tersebut adalah dengan meningkatkan proses pengelolaan obat-obat yang perlu diwaspadai termasuk memindahkan elektrolit konsentrat dari unit pelayanan pasien ke farmasi. Rumah sakit secara kolaboratif mengembangkan suatu kebijakan dan/atau prosedur untuk membuat daftar obat-obat yang perlu diwaspadai berdasarkan data yang ada di rumah sakit. Kebijakan dan/atau prosedur juga mengidentifikasi area mana saja yang membutuhkan elektrolit konsentrat, seperti di IGD atau kamar operasi, serta pemberian label secara benar pada elektrolit dan bagaimana penyimpanannya di area tersebut, sehingga membatasi akses, untuk mencegah pemberian yang tidak sengaja/kurang hati-hati.

Elemen Penilaian Sasaran III

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

SASARAN IV : KEPASTIAN TEPAT-LOKASI, TEPAT-PROSEDUR, TEPAT PASIEN OPERASI

Standar SKP IV

Rumah sakit mengembangkan suatu pendekatan untuk memastikan tepatlokasi, tepat-prosedur, dan tepat- pasien.

Maksud dan Tujuan Sasaran IV

Salah lokasi, salah-prosedur, pasien-salah pada operasi, adalah sesuatu yang menkhawatirkan dan tidak jarang terjadi di rumah sakit. Kesalahan ini adalah akibat dari komunikasi yang tidak efektif atau yang tidak adekuat antara anggota tim bedah, kurang/tidak melibatkan pasien di dalam penandaan lokasi (*site marking*), dan tidak ada prosedur untuk verifikasi lokasi operasi. Di samping itu, asesmen pasien yang tidak adekuat, penelaahan ulang catatan medis tidak adekuat, budaya yang tidak mendukung komunikasi terbuka antar anggota tim

bedah, permasalahan yang berhubungan dengan tulisan tangan yang tidak terbaca (*illegible handwriting*) dan pemakaian singkatan adalah faktor-faktor kontribusi yang sering terjadi.

Rumah sakit perlu untuk secara kolaboratif mengembangkan suatu kebijakan dan/atau prosedur yang efektif di dalam mengeliminasi masalah yang mengkhawatirkan ini. Digunakan juga praktek berbasis bukti, seperti yang digambarkan di *Surgical Safety Checklist* dari *WHO Patient Safety* (2009), juga di *The Joint Commission's Universal Protocol for Preventing Wrong Site, Wrong Procedure, Wrong Person Surgery*.

Penandaan lokasi operasi perlu melibatkan pasien dan dilakukan atas satu pada tanda yang dapat dikenali. Tanda itu harus digunakan secara konsisten di rumah sakit dan harus dibuat oleh operator/orang yang akan melakukan tindakan, dilaksanakan saat pasien terjaga dan sadar jika memungkinkan, dan harus terlihat sampai saat akan disayat. Penandaan lokasi operasi dilakukan pada semua kasus termasuk sisi (*laterality*), multipel struktur (jari tangan, jari kaki, lesi) atau multipel level (tulang belakang).

Maksud proses verifikasi praoperatif adalah untuk:

- memverifikasi lokasi, prosedur, dan pasien yang benar;
- memastikan bahwa semua dokumen, foto (*imaging*), hasil pemeriksaan yang relevan tersedia, diberi label dengan baik, dan dipampang; dan
- melakukan verifikasi ketersediaan peralatan khusus dan/atau implant2 yang dibutuhkan.

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

Elemen Penilaian Sasaran IV

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

4. Kebijakan dan prosedur dikembangkan untuk mendukung proses yang seragam untuk memastikan tepat lokasi, tepat prosedur, dan tepat pasien, termasuk prosedur medis dan dental yang dilaksanakan di luar kamar operasi.

SASARAN V : PENGURANGAN RISIKO INFEKSI TERKAIT PELAYANA KESEHATAN

Standar SKP V

Rumah sakit mengembangkan suatu pendekatan untuk mengurangi risiko infeksi yang terkait pelayanan kesehatan.

Maksud dan Tujuan Sasaran V

Pencegahan dan pengendalian infeksi merupakan tantangan terbesar dalam tatanan pelayanan kesehatan, dan peningkatan biaya untuk mengatasi infeksi yang berhubungan dengan pelayanan kesehatan merupakan keprihatinan besar bagi pasien maupun para profesional pelayanan kesehatan. Infeksi biasanya dijumpai dalam semua bentuk pelayanan kesehatan termasuk infeksi saluran kemih, infeksi pada aliran darah (*blood stream infections*) dan pneumonia (sering kali dihubungkan dengan ventilasi mekanis).

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

Elemen Penilaian Sasaran V

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

SASARAN VI : PENGURANGAN RISIKO PASIEN JATUH

Standar SKP VI

Rumah sakit mengembangkan suatu pendekatan untuk mengurangi risiko pasien dari cedera karena jatuh.

Maksud dan Tujuan Sasaran VI

Jumlah kasus jatuh cukup bermakna sebagai penyebab cedera bagi pasien rawat inap. Dalam konteks populasi/masyarakat yang dilayani, pelayanan yang disediakan, dan fasilitasnya, rumah sakit perlu mengevaluasi risiko pasien jatuh dan mengambil tindakan untuk mengurangi risiko cedera bila sampai jatuh. Evaluasi bisa termasuk riwayat jatuh, obat dan telaah terhadap konsumsi alkohol, gaya jalan dan keseimbangan, serta alat bantu berjalan yang digunakan oleh pasien. Program tersebut harus diterapkan rumah sakit.

Elemen Penilaian Sasaran VI

1. Rumah sakit menerapkan proses asesmen awal atas pasien terhadap risiko jatuh dan melakukan asesmen ulang pasien bila diindikasikan terjadi perubahan kondisi atau pengobatan, dan lain-lain.
2. Langkah-langkah diterapkan untuk mengurangi risiko jatuh bagi mereka yang pada hasil asesmen dianggap berisiko jatuh.
3. Langkah-langkah dimonitor hasilnya, baik keberhasilan pengurangan cedera akibat jatuh dan dampak dari kejadian tidak diharapkan.
4. Kebijakan dan/atau prosedur dikembangkan untuk mengarahkan pengurangan berkelanjutan risiko pasien cedera akibat jatuh di rumah sakit. (PERATURAN MENTERI KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA NOMOR 1691/MENKES/PER/VIII/2011)

2.10 Mutu Pelayanan Kesehatan

Mutu adalah faktor kepuasan mendasar dari pelanggan. Mutu adalah penentuan pelanggan, bukan ketetapan insinyur, pemasar, atau ketetapan manajemen. Ia berdasarkan atas pengalaman nyata pelanggan terhadap produk dan jasa pelayanan, mengukurnya, mengharapkannya, dijanjikan, atau tidak, sadar atau hanya dirasakan, operasional terkait atau subjektif sama sekali dan selalu menggambarkan target yang bergerak dalam pasar yang kompetitif.

Tiap orang mempunyai pendapat tentang apa yang dimaksud dengan mutu. Konsep mutu yang berarti bagus, paling bagus tidak lah sama secara profesional. Misalnya, peralatan kedokteran yang bermutu menurut dokter tentulah bermacam-macam sesuai pendapatnya.

Mutu adalah sesuatu kepuasan yang berhubungan dengan proses, yang berdasarkan tingkat dimana pelayanan memberikan kontribusi terhadap nilai outcomes, pelayanan teknis

(medis) dan manajemen hubungan interpersonal antara praktisioner dan klien. (Donabedian, 1998)

Dalam pelayanan kesehatan peningkatan mutu pelayanan diperlukan untuk memberikan kepuasan kepada pasien, petugas profesi kesehatan, manajer kesehatan maupun pemilik institusi kesehatan. Arti mutu dapat ditinjau dari sudut pandang (perspektif) : pasien, petugas kesehatan, manajer. Mutu merupakan faktor sentral dari tiap upaya untuk memberikan pelayanan kesehatan.

Untuk pasien dan masyarakat, mutu pelayanan berarti suatu empati, respek dan tanggap akan kebutuhannya, pelayanan harus sesuai dengan kebutuhan mereka, diberikan dengan cara yang ramah pada waktu mereka berkunjung. Untuk petugas kesehatan, mutu pelayanan berarti bebas melakukan segala sesuatu secara profesional untuk meningkatkan derajat kesehatan pasien dan masyarakat sesuai dengan ilmu pengetahuan dan keterampilan yang maju, mutu peralatan yang baik dan memenuhi standar yang baik.

Untuk manajemen dan administrator, mutu pelayanan tidak begitu berhubungan langsung dengan tugas mereka sehari-hari, namun tetap sama pentingnya. Kebutuhan untuk supervisi, manajemen keuangan dan logistik, alokasi sumber daya yang terbatas sering memberikan tantangan yang tidak terduga. Hal ini kadang-kadang menyebabkan manajer kurang memperhatikan prioritas. Manajer yang berfokus pada mutu akan mendorongnya untuk mengatur staf, pasien, dan masyarakat dengan baik. Bagi yayasan dan pemilik rumah sakit, mutu dapat berarti memiliki tenaga profesional yang bermutu dan cukup. Pada umumnya para manajer dan pemilik institusi mengharapkan efisiensi dan kewajaran penyelenggaraan pelayanan, minimal tidak merugikan dipandang dari berbagai aspek seperti tiadanya pemborosan tenaga, peralatan, biaya, waktu, dan sebagainya.

Pengertian tentang mutu pemeliharaan kesehatan, sering diartikan pula sebagai mutu pelayanan kesehatan, mutu asuhan kesehatan, mutu perawat kesehatan, yang menjadi acuan dalam melaksanakan operasional sehari-hari adalah sebagai berikut, derajat dipenuhinya standar profesi atau standar operasional prosedur dalam pelayanan pasien dan terwujudnya hasil-hasil atau outcomes seperti yang diharapkan oleh profesi maupun pasien yang menyangkut pelayanan, diagnosa, terapi, prosedur, atau, tindakan pemecahan masalah klinik.

Kualitas pelayanan kesehatan adalah merujuk pada tingkat kesempurnaan pelayanan kesehatan dalam menimbulkan rasa puas pada diri setiap pasien. Kualitas pelayanan mencakup empat dimensi yaitu : “aspek profesi, efektifitas, efisiensi, keamanan, dan, kepuasan pasien. (Azwar,1996)

Beberapa aspek mutu pelayanan secara keseluruhan dapat dilihat sebagai berikut :

1. Penampilan keprofesian atau aspek klinis

Aspek ini mencakup sumber daya manusia (tenaga medis, para medis, dan non medis).

2. Efektivitas dan efisiensi

Hal ini menyangkut pemanfaatan sumberdaya yang ada

3. Keselamatan pasien

Dalam hal ini menyangkut kepuasan pasien terhadap tampilan fisik,mental, sosial pasien serta keberhasilan lingkungan, kemampuan keramahan, kecepatan pelayanan, dan perhatian luas petugas terhadap pasien. (Wijono, 1999)

Mutu pelayanan rumah sakit adalah derajat kesempurnaan pelayanan rumah sakit untuk memenuhi kebutuhan konsumen akan pelayanan kesehatan yang sesuai dengan standar profesi dan standar layanan dengan menggunakan protensi sumber daya yang tersedia di rumah sakit secara wajar, efisien, dan, efektif serta memuaskan.

Keberhasilan pelayanan di rumah sakit sangat ditentukan oleh mutu pelayanan. Peningkatan mutu pelayanan yang baik bisa memberikan kepuasan kepada pasien, sehingga mutu pelayanan yang baik adalah sarana pelayanan penting untuk menarik pasien.

2.11 Peraturan Menteri Kesehatan Tentang Iklan dan Publikasi Pelayanan Kesehatan

Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 1787/Menkes/PER/XII/2010 terdapat beberapa pengertian sebagai berikut :

1. Iklan Pelayanan Kesehatan adalah kegiatan komunikasi persuasif atau pengenalan/promosi tentang kebijakan, program, dan/atau pelayanan kesehatan dalam bentuk gambar, suara dan/atau tulisan dengan tujuan menarik minat dan memudahkan masyarakat.
2. Publikasi pelayanan kesehatan adalah kegiatan komunikasi melalui penyebaran informasi dan/atau pengumuman/ Pernyataan untuk memperkenalkan/ mempromosikan kebijakan dan/atau program pembangunan kesehatan maupun jasa pelayanan kesehatan di berbagai media.
3. Iklan adalah informasi yang bersifat komersial dan layanan masyarakat tentang tersedianya jasa, barang, dan gagasan yang dapat dimanfaatkan oleh khalayak dengan atau tanpa imbalan kepada lembaga penyiaran yang bersangkutan.
4. Fasilitas pelayanan kesehatan adalah tempat yang digunakan untuk menyelenggarakan upaya pelayanan kesehatan, baik promotif, preventif, kuratif, maupun rehabilitatif.

2.12 Penyelenggaraan reklame DKI Jakarta

Definisi

Penyelenggaraan reklame adalah rangkaian kegiatan dan pengaturan yang meliputi perencanaan, jenis, perizinan, penyelenggara, pengendalian, pengawasan dan penertiban reklame dalam rangka mewujudkan pemanfaatan ruang kota yang serasi.

Tata ruang adalah wujud struktural dan pola pemanfaatan ruang, baik direncanakan maupun tidak.

Penataan ruang adalah konsep perencanaan tata ruang, pemanfaatan ruang dan pengendalian pemanfaatan ruang.

Rencana kota adalah rencana tata ruang kota di Propinsi DKI Jakarta.

Bangun Bangunan Reklame adalah reklame yang terdiri dari bidang reklame berikut komponen struktur yang memikulnya.

Reklame adalah benda, alat perbuatan atau media yang menurut bentuk, susunan dan/ atau corak ragamnya untuk tujuan komersil dipergunakan untuk memperkenalkan, menganjurkan atau memujikan suatu barang, jasa ataupun untuk menarik perhatian umum kepada suatu barang, jasa, seseorang atau badan yang diselenggarakan/ ditempatkan atau dapat dilihat, dibaca dan/ atau didengar dari suatu tempat oleh umum kecuali yang dilakukan oleh Pemerintah.

Reklame papan/ *billboard* adalah reklame yang terbuat dari papan kayu, *calli brete*, *vinyle* termasuk seng atau bahan lain yang sejenis dipasang atau digantungkan atau dipasang pada bangunan, halaman, di atas bangunan.

Reklame Megatron/ Videotron/ *Large Elektronik Display (LED)* adalah reklame yang menggunakan layar monitor besar berupa program reklame atau iklan bersinar dengan gambar dan/ atau tulisan berwarna yang dapat berubah-ubah, terprogram dan difungsikan dengan tenaga listrik.

Reklame kain adalah reklame yang diselenggarakan dengan menggunakan bahan kain, termasuk kertas, plastik, karet atau bahan lain yang sejenis dengan itu. Reklame melekat (stiker) adalah reklame yang berbentuk lembaran lepas, diselenggarakan dengan cara disebarkan, diberikan atau dapat diminta untuk ditempelkan, dilekatkan, dipasang, digantungkan pada suatu benda dengan ketentuan luasnya tidak lebih dari 200 cm² per lembar.

Reklame selebaran adalah reklame yang berbentuk lembaran lepas diselenggarakan dengan cara disebarkan, diberikan atau dapat diminta dengan ketentuan tidak untuk ditempel, dilekatkan, dipasang, digantungkan pada suatu benda lain.

Reklame berjalan/ kendaraan adalah reklame yang ditempatkan atau ditempelkan pada kendaraan yang diselenggarakan dengan mempergunakan kendaraan atau dengan cara dibawa oleh orang.

Reklame udara adalah reklame yang diselenggarakan di udara dengan menggunakan gas, laser, pesawat atau alat lain yang sejenis.

Reklame suara adalah reklame yang diselenggarakan dengan menggunakan kata-kata yang diucapkan atau dengan suara yang ditimbulkan dari atau oleh perantaraan alat.

Reklame slide atau reklame film adalah reklame yang diselenggarakan dengan cara menggunakan klise berupa kaca atau film, ataupun bahan-bahan yang sejenis, sebagai alat untuk diproyeksikan dan/ atau dipancarkan pada layar atau benda lain di dalam ruangan.

Reklame peragaan adalah reklame yang diselenggarakan dengan cara memperagakan suatu barang dengan atau tanpa disertai suara.

Pola Penyebaran perletakan reklame adalah konfigurasi perletakan reklame yang tercermin dalam peta sebagai acuan dan arahan dalam penyelenggaraan reklame.

Perletakan reklame adalah tempat titik reklame ditempatkan atau diletakkan. Titik reklame adalah tempat bidang reklame didirikan atau ditempatkan.

Sewa titik reklame adalah sewa lahan dan nilai strategis reklame atas penyelenggaraan reklame di dalam sarana dan prasarana kota yang dimiliki dan atau dikuasai Pemerintah Daerah.

Nilai strategis titik reklame adalah suatu nilai yang dinyatakan dalam satuan rupiah berdasarkan atas perletakan titik reklame pada kelas jalan/ zona, ketinggian dan luas bidang reklame.

Bidang reklame adalah bagian atau muka reklame yang dimanfaatkan untuk tempat penyajian pesan-pesan berupa gambar, logo dan atau kata-kata oleh penyelenggara reklame.

Perencanaan

Pola Penyebaran Perletakan Reklame

Penyebaran perletakan reklame di Propinsi Daerah Khusus Ibukota Jakarta harus memperhatikan etika, estetika, keserasian bangunan dan lingkungan sesuai dengan rencana kota. Pola penyebaran perletakan reklame didasarkan pada kawasan (*zoning*) terdiri dari:

- a. Kawasan penyelenggaraan reklame:
 1. Kawasan kendali ketat;
 2. Kawasan kendali sedang;
 3. Kawasan khusus.
- b. Kawasan tanpa penyelenggaraan reklame (*white area*).

Perletakan Reklame

Perletakan reklame dirinci menjadi titik-titik reklame, yang dapat ditempatkan pada:

1. Pada sarana dan prasarana kota;
2. Diluar sarana dan prasarana kota.

Pemanfaatan Titik Reklame

Setiap pemanfaatan titik reklame pada sarana dan prasarana kota dikenakan sewa titik reklame yang besarnya ditetapkan dengan Keputusan Gubernur. Untuk memanfaatkan titik reklame harus dilakukan melalui pelelangan.

Jangka waktu pemanfaatan titik reklame paling lama 2 (dua) tahun dihitung sejak diterbitkan izin penyelenggaraan reklame. Setelah berakhirnya masa pemanfaatan titik reklame, pemanfaatan kembali titik reklame tersebut dilakukan melalui pelelangan. Pemanfaatan titik reklame di luar sarana dan prasarana kota dikenakan nilai strategis reklame.

Rancang Bangun Reklame

Setiap penyelenggaraan reklame megatron, videotron, *large electronic display* dan papan/ *billboard* harus memperhatikan rancang bangun reklame yang meliputi ukuran (dimensi), konstruksi, dan penyajian.

Jenis Reklame

Jenis reklame meliputi:

1. Reklame papan/ *billboard*, megatron, videotron, *electronic display*;
2. Reklame kain;
3. Reklame melekat (stiker);
4. Reklame selebaran;
5. Reklame berjalan, termasuk pada kendaraan;
6. Reklame udara;
7. Reklame suara;
8. Reklame film/ *slide*;
9. Reklame peragaan;
10. Reklame lainnya.

Perizinan

Setiap penyelenggaraan reklame harus terlebih dahulu mendapat izin tertulis penyelenggaraan reklame dari Gubernur dengan menunjuk satu Dinas yang berkompeten. Untuk memperoleh izin penyelenggaraan Reklame penyelenggara reklame harus mengajukan

permohonan secara tertulis kepada Gubernur, dengan dilengkapi persyaratan administrasi yang ditetapkan dengan keputusan Gubernur.

Izin penyelenggaraan reklame dapat diberikan kepada penyelenggara reklame atau jasa periklanan/ biro reklame apabila:

1. Melengkapi persyaratan administrasi;
2. Membayar pajak reklame terutang sebesar 25% dari tarif pajak;
3. Membayar sewa titik lokasi, khusus untuk penyelenggaraan reklame di dalam sarana dan prasarana kota;
4. Membayar nilai strategis reklame untuk penyelenggaraan reklame di luar sarana dan prasarana kota;
5. Membayar biaya jaminan bongkar sebesar 15% dari jumlah pajak reklame terutang untuk 1 (satu) kali penyelenggaraan reklame.

Kewajiban memperoleh izin tidak berlaku terhadap penyelenggaraan reklame:

1. Oleh Pemerintah Pusat dan Pemerintah Daerah yang semata-mata hanya memuat nama atau informasi pemerintah/ penyuluhan;
2. Melalui televisi, radio, warta harian, warta mingguan, warta bulanan;
3. Semata-mata memuat nama tempat ibadah, tempat pendidikan, sarana olahraga, panti asuhan, yayasan sosial dengan ukuran luas tidak melebihi 4 m²;
4. Semata-mata memuat nama dan atau pekerjaan orang atau perusahaan yang menempati tanah/ bangunan dimana reklame tersebut diselenggarakan dengan ketentuan luas bidang tidak melebihi 1 m²;
5. Di Pekan Raya atau tempat keramaian lain yang sejenis, dengan ketentuan luas reklame dan waktu penyelenggaraan reklame ditetapkan dengan keputusan Gubernur;
6. Diselenggarakan oleh Perwakilan Diplomatik, Perwakilan Konsulat, Perwakilan PBB serta badan-badan khususnya badan-badan atau lembaga organisasi internasional;
7. Diselenggarakan oleh organisasi politik dan atau organisasi kemasyarakatan yang semata-mata hanya memuat nama atau informasi organisasi yang bersangkutan.

Izin dapat diberikan dalam bentuk izin tetap dan izin terbatas. Izin tetap diberikan untuk penyelenggaraan reklame dengan jangka waktu tidak terbatas atau sampai dengan

adanya pencabutan ataupun perubahan. Sedangkan izin terbatas diberikan untuk penyelenggaraan reklame yang masa berlaku izinnnya dibatasi. Jangka waktu izin dihitung sejak tanggal diterbitkannya izin penyelenggaraan reklame. Izin terbatas dapat diperpanjang dengan mengajukan permohonan kembali sesuai dengan persyaratan yang ditetapkan dengan Keputusan Gubernur. Izin terbatas terhadap reklame kain, melekat (stiker), selebaran, udara, suara, slide dan peragaan yang bersifat insidental dapat diberikan dalam bentuk pengesahan. Pengesahan dilakukan setelah Pajak Reklame dilunasi dan reklame belum terpasang atau diedarkan. Izin tidak boleh dipindahtangankan kepada pihak lain dengan cara apapun. Izin dapat dibatalkan apabila:

1. Terdapat perubahan kebijakan Pemerintah Pusat/ Daerah.
2. Atas keinginan sendiri penyelenggara reklame.

Izin juga dapat dicabut apabila:

1. Pada reklame terdapat perubahan antara lain ukuran, konstruksi, penyajian, dan pesan sehingga tidak sesuai lagi dengan izin yang telah diterbitkan.
2. Menurut pertimbangan Gubernur ternyata pada saat penyelenggaraan reklame tidak sesuai lagi dengan syarat-syarat tentang norma keagamaan, keindahan, kesopanan, ketertiban umum, kesehatan, kesusilaan, keamanan dan lingkungan.
3. Penyelenggara reklame tidak memelihara reklame dalam keadaan baik, sehingga dapat mengganggu keindahan dan keselamatan masyarakat.
4. Penyelenggara reklame tidak melaksanakan hak dan kewajibannya sesuai dengan peraturan perundang-undangan yang berlaku.

Terhadap pembatalan izin maka terhadap penyelenggaraan reklame yang terpasang harus dipindahkan ke lokasi lain dari sisa waktu yang belum dimanfaatkan dan biaya pemindahan dibebankan pada penyelenggara reklame. Kewajiban yang telah dipenuhi dalam perizinan tidak dapat dimintakan kembali.

Penyelenggaraan Reklame

Penyelenggara reklame adalah:

- a. pemilik reklame/ produk;

b. perusahaan jasa periklanan atau biro reklame.

Pemilik reklame/ produk adalah orang pribadi atau badan yang menyelenggarakan reklame untuk dan atas namanya sendiri.

Perusahaan jasa periklanan atau biro reklame adalah badan yang bergerak di bidang jasa periklanan yang menyelenggarakan reklame untuk dan atas nama pihak lain yang menjadi tanggungannya. Perusahaan jasa periklanan/ biro reklame untuk menyelenggarakan reklame harus terdaftar pada Dinas Pendapatan Daerah.

Penyelenggara reklame harus menyusun naskah reklame dalam bahasa Indonesia yang baik dan benar dengan menggunakan huruf latin. Papan nama, papan petunjuk, kain rentang dan naskah reklame dapat memakai bahasa asing yang harus ditulis, di bagian bawah bahasa Indonesia, dengan huruf latin yang kecil.

Bahasa asing yang dipakai sebagai nama perusahaan dan atau merek dagang yang merupakan cabang dan atau paten dari luar negeri masih tetap dipakai. Untuk ketertiban umum, Gubernur berwenang melarang mempergunakan bahasa asing dan huruf-huruf lainnya selain huruf latin.

Penyelenggara reklame berkewajiban:

1. Menempelkan *penning* atau tanda lain pada reklame sesuai dengan yang ditetapkan oleh Gubernur;
2. Mencantumkan nama biro/ penyelenggara reklame dan masa berlaku izin penyelenggaraan reklame yang dapat dibaca dengan mudah dan jelas;
3. Memelihara benda-benda dan alat-alat yang dipergunakan untuk reklame agar selalu berada dalam keadaan baik;
4. Membongkar reklame beserta bangunan konstruksi segera setelah berakhirnya izin atau setelah izin dicabut dalam jangka waktu 3 x 24 jam;
5. Menanggung segala akibat yang disebabkan penyelenggaraan reklame yang menimbulkan kerugian pada pihak lain.

Penyelenggara reklame dilarang menyelenggarakan reklame yang bersifat komersial pada

1. Gedung dan atau halaman kantor Pemerintah Pusat/ Daerah;
2. Gedung dan atau halaman tempat pendidikan/sekolah dan tempat-tempat ibadah;
3. Tempat-tempat lain yang ditetapkan dengan keputusan Gubernur.

Penyelenggara reklame dilarang menyelenggarakan reklame rokok pada kawasan kendali ketat. Untuk penyelenggaraan reklame makanan/ minuman beralkohol hanya dapat diselenggarakan pada tempat-tempat tertentu yang diizinkan menjual makanan/ minuman beralkohol.

Pemerintah Daerah dalam hal-hal tertentu dapat memberikan kompensasi kepada penyelenggara reklame yang akan berpartisipasi dalam pembangunan/ renovasi sarana dan prasarana serta penunjang kelengkapan kota, yang diperhitungkan sebanding dengan biaya pembangunan/ renovasi. Pemberian Kompensasi baik nilai perolehan maupun titik reklamenya harus tergambarkan dalam siklus Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah (APBD). Titik Reklame tidak diperbolehkan di luar titik-titik reklame yang telah ditetapkan sebagai obyek pelelangan. (www.jakarta.go.id tgl 9 January 2012 jam 21.30)



BAB 3

GAMBARAN UMUM RUMAH SAKIT

3.1 Sejarah Rumah Sakit

Pada akhir tahun tujuh puluhan, Jakarta hanya mempunyai beberapa rumah sakit besar yang terkenal, seperti Carolus, Cikini, Sumber Waras, yang semuanya dikelola oleh Yayasan Kemasyarakatan.

Khusus di Jakarta Selatan, klinik bersalin yang cukup terkenal adalah Siti Chadijah, Muslimat, Panti Nugraha, dan Rumah Bersalin Indonesia. Pemiliknya bukan dokter, sehingga kepentingan medik tidak menjadi prioritas utama dalam alokasi dana.

Perumpamaan yang sangat populer mengenai hubungan dokter dengan pemilik rumah sakit seperti tukang becak mengayuh becak majikan. Hubungan yang kurang harmonis ini mendorong dokter untuk mendirikan rumah sakit sendiri.

Dr Rahadi M. Santo melemparkan gagasan untuk mendirikan rumah sakit bersalin dan mengumpulkan beberapa teman sejawatnya. Gagasan menjadi makin konkret dan di putuskan untuk mendirikan rumah sakit bersalin. Lokasi dijajaki, antara lain gedung di Senopati, Jl Patimura, dan terakhir adalah mess Unilever di Jalan Panglima Polim III.

Kelompok pendiri adalah terdiri dari 6 dokter spesialis kebidanan dan kandungan. Oleh karena rumah sakit bersalin harus ditunjang oleh dokter anak, dokter bedah dan dokter anastesi maka pendiri merangkul kesemua profesi tersebut. Selain dari spesialis tersebut pun ikut bergabung insinyur dan tetangga sebelah rumah rumah sakit dalam proses pengurusan Yayasan Bina Bahagia. Pembangunan rumah sakit terus berkembang seiring dengan penambahan dokter praktek di Rumah Sakit Bersalin Asih.

Direktur RSB Asih setiap 5 tahun bergulir berganti. dr Rahardi M. Santo merupakan direktur pertama kemudian diganti oleh dr Waluyo.S.Sapardan, SpOG,

bergulir menjadi dr Sabarudin, dr Muki Reksoprajo, dr. Nugroho Kampono, dr Hardjono Abdoerrachman, dr Soemanadi, bergulir terus hingga tahun 2011 maret, dan kembali dijabat oleh dr Waluyo .S. Sapardan, SpOG.

Pengelolaan RSB Asih berdasarkan kekeluargaan, namun tidak meninggalkan prinsip berbisnis yaitu berekspansi di segala bidang demi menutupi biaya operasional yang digunakan dalam pelayanan menggunakan teknologi tinggi. Sehingga manajemen memutuskan untuk mejalin hubungan pada cabang-cabang yang akan dibina agar dapat merujuk pasien ke RSB Asih.

Rumah Sakit Bersalin Asih diresmikan pada 28 oktober 1978 oleh Yayasan Bina Bahagia yang terdiri enam pengurus yayasan yang berprofesi sebagai dokter spesialis kebidanan. Mereka bersepakat untuk meningkatkan kesehatan ibu dan anak masyarakat Indonesia melalui pelayanan yang diselenggarakan oleh RSB Asih.

Awal pendirian RSB Asih terdiri 40 tempat tidur dengan beragam kelas, namun sekarang menjadi 33 tempat tidur dengan status kelas lebih tinggi dikarenakan peningkatan pendapatan masyarakat dan pertimbangan keuntungan yang didapatkan lebih banyak. Keadaan ini mengikuti misi awal yang telah ditetapkan. Saat ini terjadi restrukturisasi pada sebagian besar unit bertujuan untuk peningkatan status dari rumah sakit bersalin menjadi rumah sakit ibu dan anak, selain itu juga bertujuan untuk proses akreditasi RSB Asih.

3.2 Visi, Misi Rumah Sakit Bersalin Asih

2.2.1 Visi

Menjadi Rumah Sakit Khusus Ibu dan Anak yang memberikan pelayanan prima di bidang kesehatan ibu dan anak, penuh rasa kasih sayang dan terkemuka.

2.2.2 Misi

Memberikan pelayanan kesehatan paripurna dibidang ibu dan anak yang bermutu tinggi dan menjamin kepuasan pelanggan melalui manajemen yang mandiri dan moderen.

3.3 Fasilitas Rumah Sakit Bersalin Asih (RSB Asih)

Fasilitas dan peralatan merupakan penunjang untuk tercapainya suatu tujuan pelayanan kesehatan di instansi rumah sakit. Berikut ini merupakan fasilitas-fasilitas yang tersedia di RSB Asih, yaitu :

1. Unit Gawat Darurat 24 jam
2. Poliklinik (Rawat Jalan) : Poli Klinik Anak dan Poli Klinik Kebidanan
3. Pelayanan Rawat Inap RSB Asih memiliki fasilitas rawat inap yang bervariasi dan terbagi berdasarkan kelas-kelas. Berikut ini merupakan kelas rawat inap yang terdapat di RSB Asih yang tersedia :
 - a. Kelas VVIP
 - b. Kelas Super VIP
 - c. Kelas VIP Medium
 - d. Kelas VIP
 - e. Kelas I
 - f. Kelas II
 - g. Kelas III
 - h. Kamar Perawatan Neonatus
4. Kamar Bedah
5. Kamar Bersalin
6. Pelayanan Laboratorium 24 jam

7. Pelayanan Farmasi
8. Pelayanan Rekam Medis
9. Pelayanan Ambulans
10. Kamar jenazah
11. Klub senam hamil

Pelayanan Penunjang Non Medik

1. Catering
2. Laundry
3. Logistik

3.4 Kinerja Rumah Sakit Bersalin Asih

Untuk mengukur kinerja sebuah rumah sakit maka dapat dilihat dari data statistik yang dimilikinya, dimana data-data statistik tersebut memberikan gambaran secara kuantitatif mengenai beberapa indikator yang mempengaruhi perkembangan rumah sakit. Kinerja rumah sakit dapat dilihat dengan menggunakan perhitungan : *Bed Occupancy Rate* (BOR), *Bed Turn Over* (BTO), *Turn Over Internal* (TOI), Jumlah kunjungan rawat jalan, Jumlah kunjungan rawap inap, jumlah kelahiran hidup, jumlah kematian maternal, jumlah kematian neonatus, seperti dibawah ini :

1. *Bed Occupancy Rate* (BOR)

BOR diperlukan untuk mengetahui tingkat pemakaian tempat tidur. Nilai standar untuk BOR adalah 75-85 %. Angka BOR < 75% menunjukkan kurangnya pemakaian tempat tidur, sebaliknya bila BOR > 85% menunjukkan angka pemakaian tempat tidur sehingga memungkinkan diperlukannya pengembangan rumah sakit dengan cara penambahan tempat tidur.

Rumus BOR :

$\frac{\text{Jumlah hari perawatan di rumah sakit}}{\text{Jumlah tempat tidur x jumlah hari}} \times 100\%$

2. *Average Length Of Stay (ALOS)*

ALOS adalah rata-rata lama rawat, pola penyakit, dan standar pengobatan atau pelayanan yang dimiliki oleh rumah sakit. ALOS digunakan untuk meningkatkan tingkat efisiensi dan memberikan gambaran mutu pelayanan. Nilai ideal untuk *Average Length Of Stay (ALOS)* adalah 6-9 hari.

Rumus ALOS :

$$\frac{\text{Jumlah hari perawatan dalam satu tahun}}{\text{Jumlah pasien (hidup + mati)}}$$

3. *Turn Over Internal (TOI)*

Untuk mengetahui interval waktu kekosongan pemakaian tempat tidur. Nilai standar dari TOI yaitu 1-3 hari.

Rumus TOI :

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

4. Jumlah kunjungan rawat jalan

Merupakan total pasien yang berkunjung pada poli kebidanan dan anak setiap harinya selama 1 tahun masa perhitungan.

5. Jumlah kunjungan rawat inap

Merupakan total pasien yang dirawat pada RSB Asih baik bagian kebidanan dan perawatan neonatus selama jangka waktu 1 tahun.

6. Jumlah kelahiran hidup

Merupakan total kelahiran hidup yang di tolong melalui pelayanan yang diselenggarakan oleh RSB Asih selama 1 tahun.

7. Jumlah kematian maternal

Merupakan total kematian ibu akibat proses persalinan yang terjadi selama 1 tahun pada RSB Asih

8. Jumlah kematian neonatus

Merupakan total kematian bayi baru lahir hingga usia 28 hari dalam 1 tahun pada RSB Asih.

Tabel 3.1

Data setahun	2006	2007	2008	2009	2010
BOR	46,17%	42,31%	41,66%	44,54%	38,72%
ALOS	2,97	3,17	3,18	3,19	2,96
TOI	3,65	4,61	4,71	3,96	4,63
Jumlah kunjungan rawat jalan	27745	27352	29840	29306	28214
Jumlah kunjungan rawat inap	3553	3020	3012	3052	2839
Jumlah kelahiran hidup	1344	1195	1217	1118	1116
Jumlah kematian maternal	-	1	-	-	-
Jumlah kematian neonatus (IUFD)	2	10	11	12	14

(Sumber: data statistik Rekam Medis Rumah Sakit Bersalin Asih Juni 2011)

Dikarenakan rumah sakit ini merupakan rumah sakit khusus ibu dan anak maka kinerja kerja rumah sakit dapat dilihat dari jumlah kematian neonatus dari tahun 2006 hingga 2010 meningkat dari 2 menjadi 10, menjadi 11, menjadi 12, dan menjadi 14 namun ini merupakan kematian neonatus yang terjadi dalam kandungan. Kematian maternal hanya terdapat 1 kematian yaitu pada tahun 2007. Sedangkan kelahiran hidup pada tahun 2006 sebanyak 1344, pada tahun 2007 menurun menjadi 1195, sedangkan pada tahun 2008 meningkat menjadi 1217, tahun 2009 menurun menjadi 1118 dan tahun 2010 menurun 2 pasien.

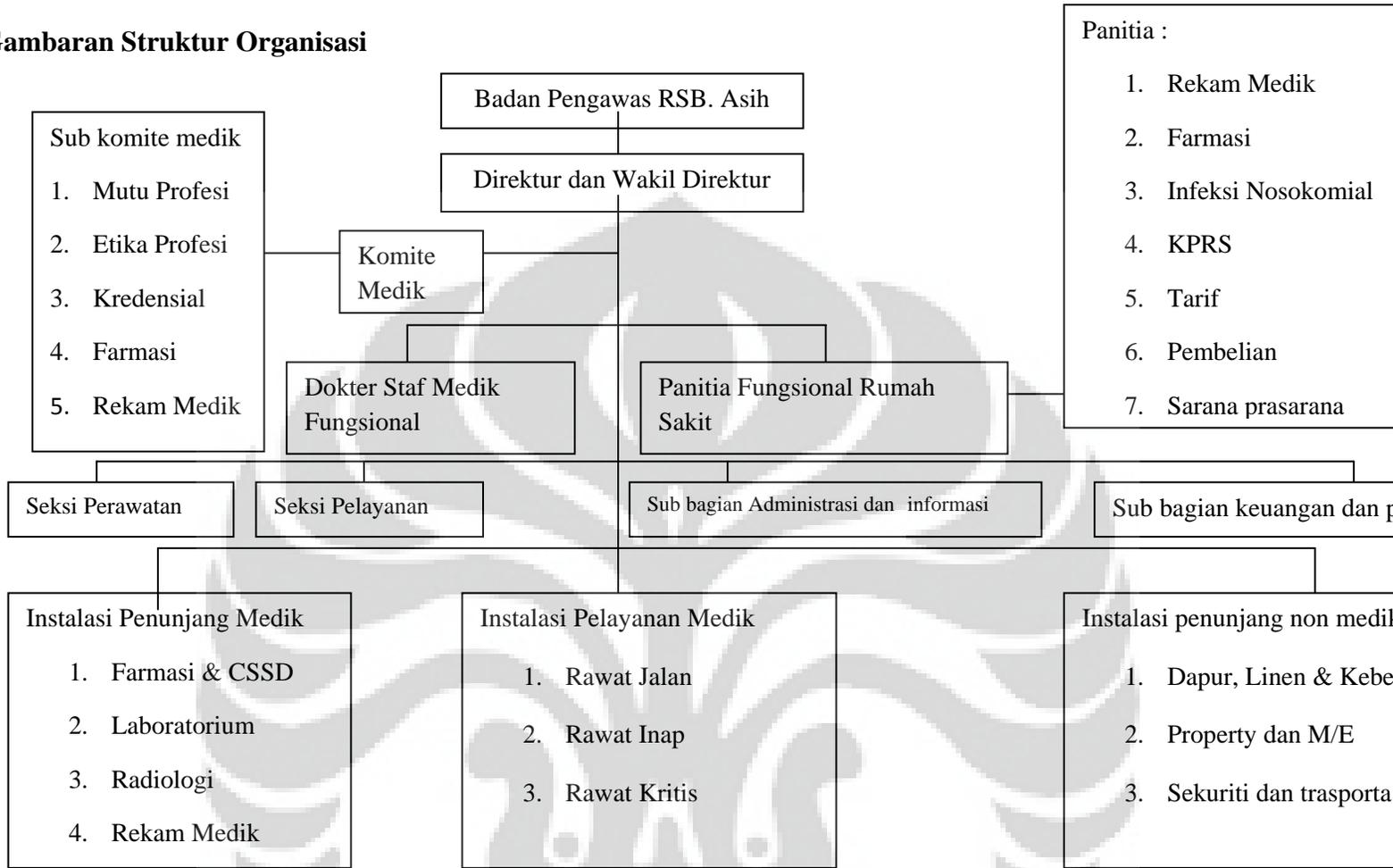
Jumlah kunjungan rawat inap RSB Asih stabil dari tahun 2006 -2009 yaitu antara lain berurutan dari tahun ke tahun 3552, 3020, 3012, dan 3052. Sedangkan tahun 2010 menjadi 2839. Jumlah kunjungan rawat jalan RSB Asih berkisar

27743, menurun menjadi 27352, meningkat kembali menjadi 29840, menurun sebanyak 534 kunjungan, dan pada tahun 2010 menjadi 28217kunjungan.

Interval kekosongan ruangan terlihat pada nilai TOI. Terjadi peningkatan dari tahun 2006-2007 dari 3,65 menjadi 4,60. Kemudian meningkat 0,1 pada tahun 2008. Sedangkan pada tahun 2009 menurun menjadi 3,96 dan meningkat kembali menjadi 4,63. Nilai TOI kurang dari 6 hari dikarenakan pasien yang melahirkan merupakan pasien sehat sehingga tidak membutuhkan hari perawatan yang panjang pada rumah sakit.

Rata-rata lama rawat yang terjadi di RSB Asih 2,69 hingga 3,19 terendah terjadi pada tahun 2010 dan tertinggi terjadi pada tahun 2009. Pertukaran pasien dilihat dari pemanfaatan kamar (BOR) kurang baik yaitu kurang dari 75% yaitu dari tahun 2006-2010 berturut-turut 46,17%, 42,31%, 44,61%, 44,54%, dan 38,72%. Keadaan ini menggambarkan aktivitas kerja rumah sakit yang kurang maksimal dalam pengoperasian tempat tidurnya sehingga dibutuhkan peningkatan kinerja dengan cara peningkatan promosi mengenai pelayanan.

3.5 Gambaran Struktur Organisasi



Universitas Ind

Rumah Sakit Bersalin Asih dipimpin oleh seorang direktur yang bertugas sebagai pengambil keputusan dalam segala hal dan di bawah pengawasan badan pengawas rumah sakit, wakil direktur sebagai pengamat situasi dan yang memberikan masukan. Komite medik rumah sakit dibawah pengawasan direktur yang didalamnya memiliki subkomite. Dalam bekerja direktur dan wakil direktur dibantu oleh dokter staf medik dan panitia fungsional rumah sakit, selain itu dibantu oleh seksi keperawatan, seksi pelayanan, sub bagian administrasi dan keuangan, dan sub bagian keuangan dan program. Instalasi penunjang medik bertanggung jawab langsung kepada direktur dan wakil direktur, dan begitu pula instalasi pelayanan medik dan instalasi penunjang non medik.



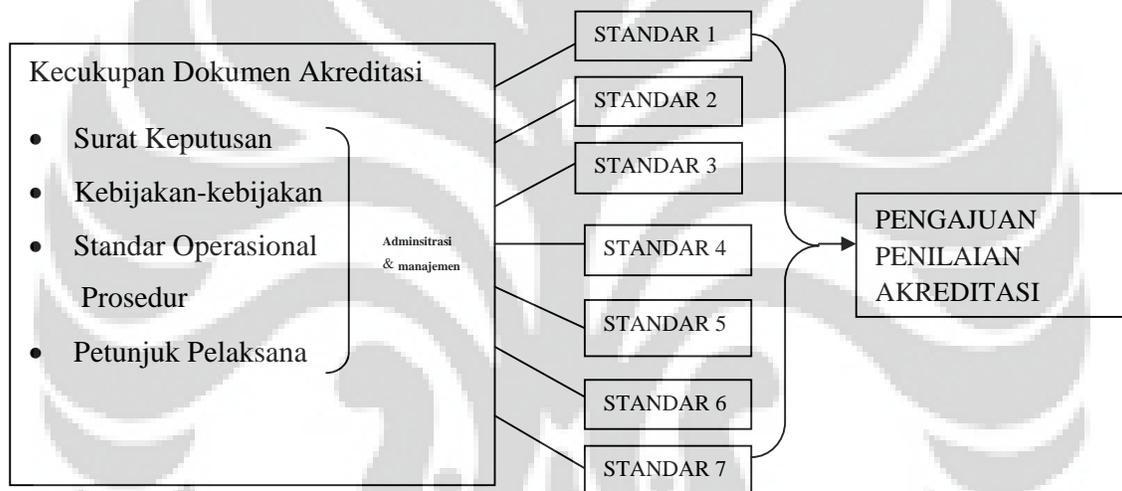
BAB 4

KERANGKA PIKIR

4.1 Kerangka Pikir

Berdasarkan tinjauan pustaka yang telah diuraikan pada bab sebelumnya, maka tahapan kecukupan dokumentasi akreditasi sebagai berikut :

Gambar 4.1 Kerangka Pikir
Kecukupan Dokumen Akreditasi Rumah Sakit Bersalin Asih



Berdasarkan kerangka pikir diatas dapat menggambarkan standar-standar yang terdapat pada penilaian akreditasi pelayanan administrasi dan manajemen terdiri dari standar satu hingga tujuh. Standar satu berisi tentang falsafah dan tujuan, standar dua administrasi dan pengelolaan, standar tiga staf dan pimpinan, standar empat fasilitas dan peralatan, standar lima kebijakan dan prosedur, standar enam pengembangan staf dan program pendidikan, dan, standar tujuh evaluasi dan pengendalian mutu. Standar-standar tersebut memiliki unsur dari salah satu dokumen yang dibutuhkan seperti surat keputusan, kebijakan, standar operasional prosedur, dan petunjuk pelaksana. Jika unsur dokumen tersebut telah tercapai secara keseluruhan maka dapat dilakukan pengajuan penilaian akreditasi oleh badan KARS.

4.2 Definisi Operasional

Variabel	Definisi Operasional	Alat Ukur	Cara Ukur	Hasil Ukur	Skala Ukur
Surat Keputusan	Merupakan surat yang ditulis berdasarkan isi kepentingan tertentu sehingga berguna sebagai pedoman utama dan telah ditetapkan oleh direktur rumah sakit dengan bukti penandatanganan dokumen	Daftar Tilik	Observasi dan Wawancara mendalam	Tidak ada = bila dokumen tidak ada (X) Ada = bila dokumen lengkap (V)	Ordinal
Kebijakan	Keputusan yang telah ditetapkan oleh direktur rumah sakit dan telah ditandatangani oleh direktur	Daftar tilik	Observasi dan Wawancara mendalam	Tidak ada = bila dokumen tidak ada (X) Ada = bila dokumen lengkap (V)	Ordinal
Standar operasional prosedur	Tatacara atau tahapan yang dibakukan dan yang harus dilakukan untuk menyelesaikan suatu proses kerja tertentu serta telah ditetapkan oleh direktur rumah sakit dan telah ditandatangani	Daftar tilik	Observasi dan Wawancara mendalam	Tidak ada = bila dokumen tidak ada (X) Ada = bila dokumen lengkap(V)	Ordinal

Variabel	Definisi Operasional	Alat Ukur	Cara Ukur	Hasil Ukur	Skala Ukur
Petunjuk pelaksana	Pengaturan tentang hal-hal yang wajib dilaksanakan dalam hubungannya dengan petunjuk penyelenggaraan menyangkut wewenang dan prosedur	Daftar tilik	Observasi dan Wawancara mendalam	Tidak ada = bila dokumen tidak ada (X) Ada = bila dokumen lengkap (V)	Ordinal

BAB 5

METODOLOGI PENELITIAN

5.1 Jenis Penelitian

Penelitian ini merupakan penelitian yang bersifat deskriptif melalui pendekatan kualitatif yang didapatkan dengan metode observasi, wawancara mendalam, dan telaah dokumen untuk mengetahui gambaran persiapan dokumen akreditasi pada pelayanan administrasi dan manajemen di Rumah Sakit Bersalin Asih.

5.2 Tempat dan waktu

Penelitian dilakukan di Rumah Sakit Bersalin Asih yang bertempat di Jalan Panglima Polim I no 34 Jakarta selatan. Dikhususkan pada seksi akreditasi rumah sakit yang dibentuk pada bulan Agustus 2011. Seksi akreditasi ini di bawah bimbingan direktur rumah sakit. Pengumpulan data dilakukan pada bulan Juni hingga Agustus 2011 dan pada bulan Oktober 2011.

5.3 Informan Penelitian

Pemilihan informan dilakukan sesuai dengan prinsip pemilihan informan dalam penelitian kualitatif yaitu :

1. Kesesuaian (*Appropriateness*)

Informan dipilih berdasarkan pengetahuan yang dimiliki berkaitan dengan topik penelitian yang akan dilakukan.

2. Kecukupan (*Adequacy*)

Informan yang dipilih harus menggambarkan dan memberi informasi yang cukup mengetahui topik penelitian.

Pemilihan informan harus memenuhi kategori-kategori yang berkaitan dengan penelitian. Pada penelitian ini informan yang dipilih adalah berdasarkan kesesuaian dan kecukupan terhadap kegiatan yang diteliti oleh peneliti. Yang dimaksud dengan kesesuaian adalah informan merupakan orang yang berkaitan dengan topik penelitian yang diteliti. Sedangkan kecukupan adalah jumlah informan sesuai dengan yang dibutuhkan, dimana

peneliti akan melakukan wawancara mendalam dan menggali informasi selengkapnya dari para informan tersebut.

Informan pada penelitian ini diantaranya adalah wakil direktur rumah sakit, ketua kelompok kerja (pokja) akreditasi, ketua seksi pelayanan administrasi dan manajemen, dan sekretaris seksi pelayanan administrasi dan manajemen, semua informan tersebut bertugas dan bertanggung jawab terhadap proses kegiatan persiapan akreditasi rumah. Yang menjadi informan pada penelitian ini berjumlah 4 (empat) orang yaitu :

- | | |
|---|--------------------|
| 1. Wakil Direktur | : 1 orang informan |
| 2. Ketua Pokja Akreditasi | : 1 orang informan |
| 3. Ketua Seksi Pelayanan Administrasi dan Manajemen | : 1 orang informan |
| 4. Sekretaris Seksi Pelayanan Administrasi. | : 1 orang informan |

5.4 Instrumen Penelitian

1. Pedoman wawancara mendalam pertama terdiri dari tiga informan inti. Pedoman ditujukan kepada : Ketua pokja akreditasi, Ketua seksi pelayanan administrasi dan manajemen, sekretaris seksi pelayanan administrasi dan manajemen. Pedoman wawancara mendalam kedua terdiri dari satu informan inti. Pedoman ditujukan kepada Wakil Direktur.
2. Daftar tilik kelengkapan dokumen akreditasi pelayanan administrasi dan manajemen.
3. Alat perekam untuk merekam proses wawancara mendalam 1 (satu) dan wawancara mendalam 2 (dua).

5.5 Metode Pengumpulan Data

Pengumpulan data pada penelitian ini dilakukan dengan dua cara yaitu :

a) Observasi

Menurut Syaodih (2006), observasi adalah suatu teknik mengumpulkan data dengan jalan mengadakan pengamatan terhadap kegiatan yang sedang berlangsung. Metode ini yaitu dengan melakukan pengamatan secara langsung terhadap situasi, kondisi, dan kegiatan yang berhubungan dengan persiapan akreditasi Rumah Sakit Bersalin Asih Jakarta.

Pada waktu peneliti melakukan praktek kerja lapangan pihak rumah sakit mengizinkan peneliti ikut bergabung dalam pembimbingan yang diselenggarakan oleh tim KARS, saat itu yang dibimbing adalah pelayanan unit gawat darurat dan pelayanan medis. Dalam proses pembimbingan peneliti ikut serta mengamati penilaian yang diberikan oleh tim penilai.

b) Wawancara mendalam

Menurut Satori dan Komariah (2011), wawancara mendalam adalah suatu proses mendapatkan informasi untuk kegiatan penelitian dengan cara dialog antara peneliti sebagai pewawancara dengan informan atau yang memberikan informasi dalam konteks observasi partisipan. Cara yang dilakukan adalah dengan melakukan wawancara mendalam terkait dengan kegiatan persiapan akreditasi Rumah Sakit Bersalin Asih 2011. Wawancara mendalam berpedoman pada susunan daftar pertanyaan yang telah disiapkan sebelumnya yaitu pedoman wawancara mendalam 1 dan pedoman wawancara mendalam 2.

Adapun yang melakukan wawancara mendalam 1 dan wawancara mendalam 2 adalah peneliti sendiri. Untuk memudahkan melakukan wawancara mendalam dan mengklarifikasikan informan dan untuk menjaga kerahasiaan responden dalam penelitian, maka responden diberikan kode dengan urutan angka dibelakang huruf seperti contoh I1, I2,I3, dan I4.

Tabel 5.1
Matriks Informasi Data Informan

Kode	Jabatan	Pengalaman	Lama kerja
I1	Ketua Pokja Akreditasi	Pernah menjabat ketua pokja Akreditasi Peristi di Rumah Sakit daerah Jakarta Selatan	1 tahun
I2	Ketua seksi Pokja Administrasi dan Manajemen	Sebagai ketua HRD Rumah Sakit	3 tahun
I3	Sekretaris seksi Pokja Administrasi dan Manajemen	Sebagai koordinator Administrasi Pelayanan	1 tahun
I4	Wakil Direktur	Dua periode menjadi wakil direktur	1 tahun

5.6 Data Sekunder

Data sekunder diperoleh dari hasil telaah dokumen yang ada di seksi akreditasi pelayanan Administrasi dan Manajemen Rumah Sakit Bersalin Asih. Telaah dokumen dilakukan untuk mengetahui seberapa banyak dokumen yang telah dibuat oleh seksi, sehingga dapat menggambarkan kesiapan dalam menghadapi akreditasi .

Data sekunder yang telah dikelompokkan berdasarkan standar-standar akan dinilai kelengkapannya berdasarkan kriteria yang telah ditentukan. Range penilaian dari angka 1-5. Angka 5 terpenuhinya dokumen evaluasi terhadap program yang dijalankan, syarat-syarat penilaian dapat dilihat pada lampiran Laporan Survei Akreditasi Rumah Sakit

Tabel 5.2
Matriks Pengumpulan Data Telaah Dokumen

No.	Jenis telaah dokumen	Responden / Unit	Data yang diperoleh
1.	Surat Keputusan	Pokja Akreditasi	Kecukupan dokumen dan kelengkapannya
2.	Kebijakan-kebijakan	Pokja Akreditasi	Kecukupan dokumen dan kelengkapannya
3.	Standar Operasional Prosedur	Pokja Akreditasi	Kecukupan dokumen dan kelengkapannya
4.	Juklak dan atau juknis	Pokja Akreditasi	Kecukupan dokumen dan kelengkapannya
5.	Dokumen lainnya	Pokja Akreditasi	Kecukupan dokumen dan kelengkapannya

5.7 Upaya Mempertahankan Validitas Data

Untuk mempertahankan agar validitas data tetap terjaga dalam teknik kualitatif deskriptif, peneliti menggunakan triangulasi yang meliputi

1) Triangulasi sumber

Melakukan *cross check* data dengan fakta dari sumber lainnya, membandingkan dan menggunakan kelompok informan yang sangat berbeda semaksimal mungkin.

2) Triangulasi Metode

Membandingkan hasil wawancara mendalam dengan telaah dokumen serta observasi yang saling berkaitan atau *cross check* data primer dan data sekunder.

Ada cara yang dilakukan untuk melakukan validitas data triangulasi sumber yaitu dengan melakukan pengecekan data dan fakta melalui informan satu dengan informan lainnya di Pokja Akreditasi Rumah Sakit Bersalin Asih dengan menggunakan pedoman wawancara mendalam, sedangkan untuk triangulasi metode yaitu dengan membandingkan hasil wawancara mendalam dengan telaah dokumen dengan menggunakan pedoman telaah dokumen atau mencocokkan data primer dan data sekunder yang berkaitan dengan kegiatan akreditasi rumah sakit bersalin Asih Jakarta.

5.8 Pengolahan Data Penelitian

Pengolahan data dilakukan dengan langkah-langkah berikut ini :

1. Data primer

Pengolahan dari hasil data primer yang dilakukan melalui observasi dan wawancara mendalam 1 dan wawancara mendalam 2 diantaranya :

- a) Mendengarkan hasil rekaman wawancara kemudian membuat transkrip hasil wawancara.
- b) Menelaah transkrip wawancara.
- c) Merangkum hasil wawancara ke dalam bentuk matriks.

2. Data sekunder

Peneliti menelaah dokumen-dokumen yang telah tersedia dan membagi-bagikan dalam standar-standar yang telah sesuai dengan syarat akreditasi pada seksi pelayanan administrasi dan manajemen Rumah Sakit Bersalin Asih Jakarta. Kemudian penulis mengisi *checklist* dokumen yang telah tersedia. Kemudian peneliti mengamati apasaja kekurangan yang masih perlu di tambahkan. Selain itu peneliti memberikan penilaian berdasarkan laporan survei akreditasi rumah sakit yang terdapat pada lampiran 3.

5.9 Analisis Data Penelitian

Data – data diatas diolah secara manual dan disajikan secara narasi. Dalam penelitian ini tidak dilakukan uji statistik melainkan dilakukan analisa secara kualitatif.

Analisa data pada penelitian ini dilakukan dengan berbagai metode. Diantaranya adalah :

1. Melakukan analisis isi (*content analysis*) terhadap hasil wawancara mendalam 1 dan wawancara mendalam 2 yang telah dilakukan kepada informan dengan menelaah kembali semua informasi yang telah dikumpulkan. Adapun maksud dan tujuannya untuk mencari adanya data yang diperoleh dibandingkan dengan teori-teori yang ada. Analisis ini pun dilakukan terhadap hasil telaah dokumen yaitu menelaah kembali data dari dokumen yang berhubungan dengan variabel yang diteliti.
2. Melakukan triangulasi data atau analisis yaitu dilakukan dengan cara meminta umpan balik dari pada informan mengenai topik yang berhubungan dengan penelitian yaitu kegiatan persiapan akreditasi Rumah Sakit Bersalin Asih.

Setelah kedua metode analisis penelitian tersebut dilakukan maka dapat dirumuskan mengenai suatu metode pemecahan masalah yang relevan dan disusun oleh peneliti dengan harapan agar dapat digunakan sebagai panduan untuk penilaian akreditasi 3 tahun kedepan.

BAB 6

HASIL DAN PEMBAHASAN

6.1 Standar 1 Falsafah dan Tujuan

Rumah Sakit dikelola efektif dan efisien sesuai visi, misi, dan tujuan untuk menjamin tersedianya pelayanan yang dapat dipertanggung jawabkan.

Standar 1 Parameter 1

Adanya konsistensi antara visi dan misi dengan program kegiatan yang dilaksanakan.

Pada standar 1 parameter 1 sistem penilaian akreditasi rumah sakit (KARS) mengharapkan adanya konsistensi antara Visi dan Misi rumah sakit yang telah ditetapkan dengan program kegiatan yang dilaksanakan pada rumah sakit tersebut. Yang dimaksudkan konsistensi ialah hubungan langsung antara visi dan misi rumah sakit dengan kegiatan pelayanan yang dilaksanakan di rumah sakit. Agar konsistensi ini dapat berjalan dengan baik maka dibutuhkan garis besar haluan kerja berupa kerangka acuan program yang didalamnya terdapat rencana strategi rumah sakit untuk meningkatkan kinerja rumah sakit, selain itu rencana bisnis digunakan untuk meningkatkan daya beli masyarakat terhadap layanan yang telah disediakan rumah sakit, dan serta rencana anggaran tahunan yang bertolak ukur dengan visi dan misi yang telah ditetapkan oleh pihak rumah sakit tersebut. Rancangan anggaran ini dibuat dengan tujuan untuk memberikan perkiraan pengeluaran tahunan akibat rencana bisnis.

Pihak Rumah Sakit Bersalin Asih telah memenuhi dokumen yang dibutuhkan dalam penilaian standar 1 parameter 1 dengan dibuatkannya kerangka acuan program yang berisi tentang rencana strategis Rumah Sakit Bersalin Asih, rencana bisnis Rumah Sakit Bersalin Asih, dan rencana kerja tahunan Rumah Sakit Bersalin Asih. Kegiatan ini diperkuat dengan pernyataan yang diutarakan kepada peneliti melalui wawancara mendalam. Wawancara tersebut tertuju pada salah satu anggota Pokja Akreditasi Rumah Sakit Bersalin Asih. Sebagai berikut hasil wawancara mendalam:

“Saya ditugaskan untuk membuat kerangka acuan program untuk rencana strategis rumah sakit, rencana bisnis, dan rencana tahunan kerja rumah sakit”.(II)

Kegiatan pembuatan kerangka acuan tersebut melibatkan seluruh pihak rumah dikarenakan data yang dihasilkan milik bersama dan program akan dijalankan bersama pula. Pihak-pihak yang terlibat dalam pembuatan program meliputi bagian pemasaran, bagian keuangan, bagian keperawatan, bagian logistik, dan, direktur Rumah Sakit Bersalin Asih. Seluruh kegiatan tersebut berdasarkan observasi dan ditegaskan kembali melalui pernyataan oleh salah satu anggota Pokja Akreditasi Rumah Sakit Bersalin Asih sebagai berikut:

“Sudah cukup banyak dokumentasi yang dibuat dan harus menghubungi berbagai pihak seperti bagian keuangan, bagian pemasaran, dan bagian keperawatan. Penghubungan ini bertujuan agar program bekerja secara sinergi dan dapat berjalan secara baik“.(I2)

Sumber Daya Manusia pada sebuah rumah sakit harus bekerja secara sinergis dengan rencana –rencana yang dibuat oleh pihak manajemen rumah sakit. Selain itu kegiatan tersebut berguna untuk melancarkan bisnis rumah sakit. Dalam pelayanan 1 ini pihak rumah sakit diharapkan telah membuat dokumen kebijakan yang mengatur tentang Sumber Daya Manusia, kebijakan yang berkaitan tentang pengaturan keuangan rumah sakit. Keadaan ini dipertegas dalam hasil wawancara mendalam sebagai berikut:

“Kebijakan mengenai sumber daya manusia telah dibuat oleh bagian HRD Rumah Sakit Bersalin Asih. Selain itu unit HRD sendiri sedang mengalami perombakan. Perombakan ini memberikan begitu banyak dokumen yang dibutuhkan dalam proses akreditasi. Selain perombakan SDM juga dilakukan perombakan pada bagian keuangan, menghasilkan tarif tetap rumah sakit, mendapatkan strategi kerja, dan lain sebagainya”. (I01)

Hampir seluruh dokumen yang disyaratkan oleh sistem penilaian akreditasi rumah sakit (KARS) telah dipenuhi oleh pihak Rumah Sakit Bersalin Asih. Dikarenakan masih belum didapatkan hasil evaluasi dari seluruh program kerja yang telah dibuat, sehingga pihak Rumah Sakit Bersalin Asih hanya mendapatkan nilai 4. Nilai tertinggi akan diraih seiring waktu berjalan dikarenakan proses evaluasi membutuhkan waktu dan pembuktian dalam bentuk laporan tertulis.

Standar 1 parameter 2

Masyarakat mengetahui keberadaan rumah sakit dan pelayanan yang tersedia

Pada standar 1 parameter 2 pihak KARS menstandarkan penilaian berdasarkan kelengkapan informasi yang terdapat dalam rumah sakit serta rumah sakit memiliki informasi yang terstruktur. Kelengkapan informasi yang dimaksud adalah informasi tentang pelayanan

yang tersedia, seperti unit kerja yang memberikan pelayanan, biaya pelayanan, jadwal/ waktu memberikan pelayanan, dan tata tertib yang ada di rumah sakit. Selain itu informasi harus terstruktur. Informasi yang terstruktur adalah informasi dikelola oleh satu unit organisasi tertentu dan fungsi dengan tugas memberikan informasi, penjelasan, dan penyuluhan kepada pasien, pengunjung, dan masyarakat.

Untuk mengetahui informasi yang lengkap pihak akreditasi menginginkan dokumen seperti: petunjuk arah keberadaan rumah sakit, leaflet, brosur, papan pengumuman, peraturan dan tata tertib rumah sakit, serta tarif rumah sakit. Sedangkan untuk mengetahui informasi yang terstruktur pihak akreditasi menginginkan dokumen seperti : uraian tugas unit kerja informasi.

Berdasarkan hasil observasi selama praktek kerja lapangan periode Juni-Agustus 2011 dan diperkuat dengan kutipan wawancara yang dilakukan peneliti didapatkan bahwa pihak rumah sakit bersalin Asih sudah melakukan pemenuhan dokumen yang disyaratkan oleh pihak akreditasi. Hasil observasi diperkuat dengan pernyataan dari salah satu seksi Akreditasi Rumah Sakit Bersalin Asih. Sebagai berikut kutipan wawancaranya:

“Saya bekerja pada bagian Administrasi pasien. Unit ini mengatur tentang pembuatan dan perubahan baik pada leaflet, brosur, papan pengumuman, dan, pembuatan tata tertib rumah sakit. Seluruh leaflet dan brosur sudah terkumpul dari periode 2009-2011 beserta harga tarifnya” (I3).

Selain itu pihak rumah sakit merencanakan penambahan informasi luar Rumah Sakit Bersalin Asih berupa pembuatan plang rumah sakit yang berisi tentang pelayanan yang terdapat di rumah sakit, dan dapat terlihat oleh masyarakat secara jelas. Keadaan ini didukung dengan pernyataan yang diutarakan pada saat dilakukan wawancara mendalam oleh peneliti. Sebagai berikut kutipan hasil wawancara :

“Petunjuk arah dalam rumah sakit sudah cukup lengkap, namun petunjuk luar rumah sakit masih belum ada. Sehingga kami mengusulkan kepada bagian manajemen untuk membuat plang arah di luar rumah sakit” (I3).

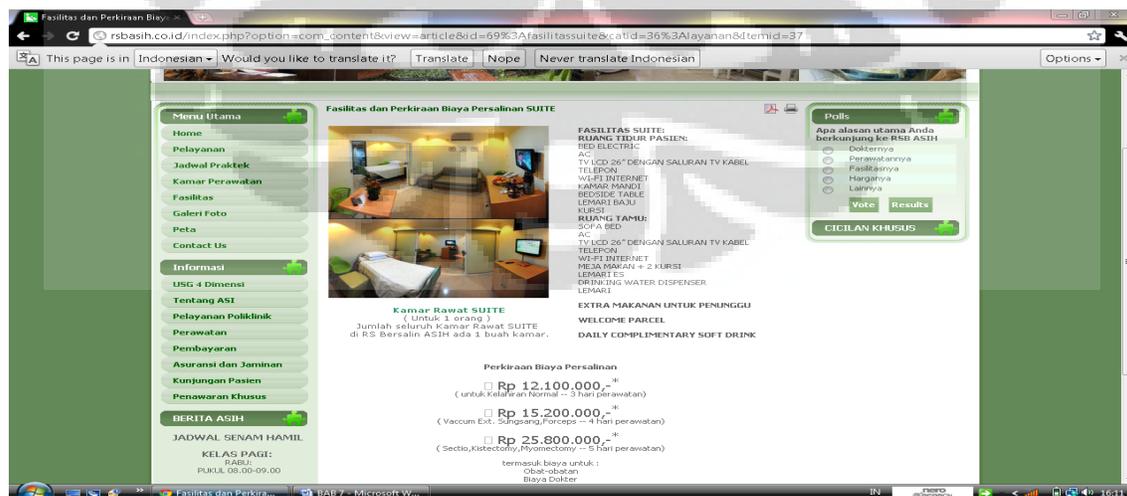
Dalam pembuatan plang yang berisi tentang layanan yang diberikan oleh rumah sakit tidak mudah dikarenakan plang tersebut bersifat iklan sehingga harus melibatkan pihak pemda setempat dalam perizinan iklan. Manajemen rumah sakit bersalin asih meminta izin pada pihak Pemda terlebih dahulu setelah itu baru memasing pancang plang sesuai tempat yang telah ditentukan pihak rumah sakit dan telah disetujui pihak Pemda. Keadaan ini

diperkuat dengan pernyataan hasil wawancara mendalam terhadap salah satu anggota seksi Akreditasi Rumah Sakit Bersalin Asih. Sebagai berikut hasil wawancaranya:

“ Tidak mudah dalam pelaksanaannya dikarenakan harus ada izin dari pemerintahan kota bagian periklanan dan rumah sakit harus membayar pajak iklan.” (I2)



Gambar 6.1 Plang Poli Klinik



Gambar 6.2 Print screen tarif rumah sakit

Dapat disimpulkan pada standar ini jika pihak rumah sakit ingin mendapatkan penilaian 5 maka butuh membuat plang luar rumah sakit sehingga membutuhkan kerja sama dengan pihak luar rumah sakit terutama dinas yang mengurus tentang pajak periklanan guna meminta izin pemasangan petunjuk arah keberadaan rumah sakit yang didalam plang tersebut tercantum pelayanan yang diberikan Rumah Sakit Bersalin Asih. Dibutuhkan waktu yang cukup untuk memenuhi persyaratan akreditasi pada bagian ini.

Plang rumah sakit sebenarnya bukan persyaratan utama untuk mencapai nilai 5, terdapat persyaratan terakhir yaitu evaluasi pelaksanaan. Evaluasi telah berjalan untuk pentarifan dikarenakan biaya satuan kerja terbaru telah didapatkan dan telah dibandingkan dengan harga tarif lama.

Berdasarkan PMK NO 1787/MENKES/PER/XII/2010 tentang Iklan dan Publikasi Pelayanan Kesehatan memeberikan beberapa pengertian yaitu antara lain megenai iklan pelayanan kesehatan adalah kegiatan komunikasi persuasif atau pengenalan/ promosi tentang kebijakan, program, dan/atau pelayanan kesehatan dalam bentuk gambar, suara, dan/atau tulisan dengan tujuan menarik minat dan memudahkan masyarakat. Sedangkan publikasi pelayanan kesehatan adalah siatu kegiatan melalui penyebaran informasi dan/atau pernyataan untuk memperkenalkan/ mempromosikan kebijakan dan/atau program pembangunan kesehatan maupun jasa pelayanan kesehatan berbagai bidang media.

Plang atau sering disebut reklame merupakan suatu media iklan yang berbentuk tulisan dan berunsur ajakan. Berdasarkan layanan perizinan yang dikeluarkan oleh PEMKOT (Pemerintah Kota) DKI Jakarta penyelenggaraan iklan harus berizin dan dikenakan pajak iklan. Penghitungan pajak periklanan berdasarkan ukuran dan jenis iklan, proses perhitungan tersebut dapat diserahkan kepada akuntan pajak perusahaan dan dibayarkan pada kantor pajak yang bertugas dalam pemungutan pajak.

6.2 Standar 2 Administrasi dan Pengelolaan

Standar2 Parameter 1

Pemilik menetapkan struktur organisasi rumah sakit

Setiap rumah sakit merupakan suatu organisasi yang memiliki badan hukum. Dalam organisasi harus memiliki struktur organisasi yang lengkap. Pihak akreditasi rumah sakit

mengharuskan sebuah rumah sakit memiliki struktur organisasi dan memiliki uraian tugas pada setiap unit yang telah didirikan.

Uraian tugas adalah deskripsi tentang fungsi, tugas dan wewenang setiap pejabat didalam struktur yang ditetapkan. Unit kerja yang terdapat dalam rumah sakit antara lain SDM, Diklat, keuangan, pemeliharaan/ perbaikan, asuhan keperawatan, rekam medis, farmasi, pelayan medis, komite medis dan berbagai instalasi penunjang lainnya.

Pihak akreditasi rumah sakit mengharapkan evaluasi terhadap struktur organisasi yang bertujuan untuk menilai ulang terhadap efektivitas struktur organisasi yang ada dan kemudian diikuti dengan revisi bilamana diperlukan.

Rumah Sakit Bersalin Asih telah memiliki struktur organisasi yang telah ditetapkan oleh direktur dan telah dibuatkan surat keputusan yang berguna untuk mengesahkan struktur organisasi tersebut. Keadaan ini diperkuat melalui pernyataan yang diambil dari hasil wawancara mendalam yang dilakukan peneliti pada saat kunjungan lapangan. Sebagai berikut kutipan wawancara mendalamnya :

“Telah ditetapkan direktur Rumah Sakit Bersalin Asih, diikuti dengan struktur organisasi dan uraian tugas pada setiap bidangnya. Namun masih belum ada evaluasi mengenai kinerja struktur organisasi dikarenakan baru ingin dikumpulkan informasinya”.(11)

“Surat keputusan mengenai struktur organisasi telah dibuatkan oleh ketua Pojka sebagai bukti tertulis pengesahan, uraian tugas karyawan telah dibantu oleh tim asesment ketenagaan rumah sakit. Proses evaluasi sedang berjalan sehingga masih belum ada hasilnya”.(13)

Dapat disimpulkan pada standar 2 parameter 1 dokumen yang telah dilengkapi berupa surat keputusan mengenai struktur organisasi beserta uraian tugas, namun hasil evaluasi belum ada sehingga Rumah Sakit Bersalin Asih hanya mendapatkan nilai 4. Berjalan seiring waktu evaluasi akan dihasilkan pada saat akan penilaian sehingga bisa memenuhi syarat nilai 5.

Standar 2 parameter 2

Pemilik rumah sakit menetapkan Hospital Bylaws (HBL)

Dikarenakan rumah sakit merupakan sebuah badan organisasi yang mengandung hukum. Maka dibutuhkan peraturan internal yang ditetapkan secara baku. Istilah peraturan internal rumah sakit adalah *Hospital Bylaws*. Pengertian *Hospital Bylaws* adalah produk hukum yang dibuat dan ditetapkan “*taylor made*” dalam arti setiap rumah sakit menetapkan *Hospital Bylaws* secara spesifik mengacu pada visi dan misi, budaya, dan, lingkungan rumah

sakit itu sendiri. Dalam Hospital Bylaws harus terdapat tiga unsur pokok dari entitas rumah sakit yaitu pemilik, pengelola rumah sakit, dan, staf medik fungsional.

Rumah Sakit Bersalin Asih merupakan sebuah organisasi yang berbadan hukum, peraturan internal yang telah disahkan dan disetujui oleh seluruh karyawan yang bekerja didalamnya dan telah di sahkan direktur rumah sakit. Diperkuat dengan pernyataan hasil wawancara mendalam yang dilakukan bulan Oktober 2011. Sebagai berikut hasil kutipannya:

“Dalam menetapkan hospital bylaws harus melakukan rapat menghubungkan antara pemilik rumah sakit diwakili oleh direktur, kemudian dikumpulkan dokter-dokter yang terlibat melalui komite medis dan mengumpulkan keperawatan sebagai penunjang informasi”.(I02)

” Penetapan Hospital Bylaws sudah ada dan telah di sosialisasikan pada saat Siang Klinik (forum pertemuan seluruh bidang yang terdapat di dalam Rumah Sakit Bersalin Asih). Perancangan ini dibuat oleh direktur rumah sakit. Pada bagian ini hanya dibutuhkan bukti sosialisasi dan dokumen mengenai struktur susunan unit kerja.”(I02)

Dokumen yang dibuat oleh pihak Rumah Sakit Bersalin telah disesuaikan dengan keadaan dalam lingkungan rumah sakit sehingga tidak ada perbedaan persepsi dalam menjalankannya dan juga dapat diketahui hirarki kerja organisasi. Pada standar 2 pelayanan 2 Rumah Sakit Bersalin Asih mendapatkan nilai 5 dikarena sudah disosialisasikan oleh pihak rumah sakit pada saat pertemuan siang klinik. Bukti sosialisasi pun sudah dilengkapi.

Standar 2 parameter 3

Kerjasama antara Pengelola/ Direktur rumah sakit dengan pihak ketiga diadakan secara tertulis.

Saat ini sangat berkembang jasa pihak ketiga dalam pemenuhan pelayanan yang berjalan dalam rumah sakit. Kerjasama ini membutuhkan kejelasan dalam hubungan bisnis antar pihak yaitu pihak pengguna jasa dan pihak pemberi jasa. Dalam standar ini KARS menginginkan terjadi kerjasama yang terstruktur. Kerjasama terstruktur adalah kerjasama yang diwujudkan dalam bentuk kontrak atau piagam kerjasama berjangka dan ada unit kerja atau petugas khusus yang diberi tugas melakukan monitoring dan evaluasi serta membuat laporan perihal pelaksanaan oleh pihak ketiga.

Rumah Sakit Bersalin Asih menjalin kerjasama dengan beberapa pihak penyedia jasa. Seperti jasa binatu, katering, pengamanan lingkungan, percetakan, teknisi kalibrator, distributor obat, dan anggota administrasi. Badan pengelola kerjasama pihak ketiga Rumah Sakit Bersalin Asih tidak berdiri sendiri namun dikelola oleh unit masing-masing yang berkaitan. Keadaan tersebut diperkuat melalui pernyataan yang disampaikan oleh anggota pokja Akreditasi Rumah Sakit Bersalin Asih. Sebagai berikut hasil kutipannya:

“Terdapat badan yang mengolah kerjasama dengan pihak ketiga dan rumah sakit, namun pengelola tersebut bergabung dengan unit kerja. Dokumen kerja sama telah ada pada bidang logistik hanya diperlukan pengumpulan dokumen saja. Seperti bidang laundry dibawah pengawasan logistik, surat kerjasama sudah ada di bagian manajemen keuangan, evaluasi kinerja pihak ketiga oleh pihak logistik. Pada bidang katering dokumen kerja sama terdapat pada manajemen keuangan dan pengawasan oleh pihak dapur dibawah pengawasan logistik, sedangkan kerjasama laboratorium surat kerjasama terletak pada manajemen keuangan dibawah evaluasi pengawasan pelayanan medis. Dokumen telah terkumpul lengkap”. (11)

Tahapan ini pihak rumah sakit mendapatkan nilai 5 dikarenakan telah memenuhi kriteria syarat penilaian KARS, terdapat kerjasama terstruktur yang dibuktikan dengan dokumen tertulis, selain itu telah dilakukan evaluasi terhadap kerjasama yang ada. Setelah evaluasi dilakukan oleh Rumah Sakit Bersalin Asih terhadap pihak ketiga maka diberikan rekomendasi dan tindak lanjut yang harus dilakukan oleh pihak ketiga.

Standar 2 parameter 4

Direktur rumah sakit menetapkan unit kerja dan penanggung jawab untuk mengelola program Keselamatan Pasien Rumah Sakit (KPRS)

Produk yang dihasilkan oleh setiap rumah sakit adalah jasa pelayanan kesehatan terhadap pasien. Pemberian jasa pelayanan kesehatan ini memiliki beberapa sifat, salah satunya adalah asimetris informasi. Ketidaksimetrisan informasi ini sering mengakibatkan kesalahan persepsi. Rumah sakit merupakan badan kerja yang memiliki banyak profesi yang bekerja didalamnya sehingga sering terjadi ketidaksesuaian. Pihak KARS mewajibkan rumah sakit memiliki unit kerja yang bertanggung jawab dalam mengelola keselamatan pasien. Dalam penetapan unit kerja dan penanggung jawab program KPRS harus dibuat berdasarkan keputusan direktur. Selain itu unit kerja dalam struktur organisasi rumah sakit diserahkan pada kebijakan direktur. Program aksi KPRS harus dibuat dengan kerangka acuan secara jelas.

Pada saat peneliti melakukan praktek kerja lapangan pada Rumah Sakit Bersalin Asih periode Juni – Agustus 2011, peneliti ikut dalam rapat sosialisasi program KPRS yang ditetapkan oleh Direktur Rumah Sakit Bersalin Asih. Program tersebut berupa enam sasaran keselamatan pasien. Sosialisasi program tersebut dilakukan dengan cara membuat *standing banner* yang diletakkan pada setiap unit produksi rumah sakit, selain itu pada saat rapat pagi (*morning report*) enam sasaran tersebut di jelaskan maksud dan tujuan dalam setiap sasaran.



Gambar 6.3 Standing Banner 6 Sasaran Keselamatan Pasien Rumah Sakit



Gambar 6.4 Standing banner Visi dan Misi Rumah Sakit

Kerangka acuan dibuat oleh tim Pokja akreditasi Rumah Sakit Bersalin Asih yang berkerja sama dengan direktur dan bidang keperawatan. Kegiatan ini dipertegas melalui wawancara mendalam terhadap salah satu staf anggota Pokja Akreditasi Rumah Sakit Bersalin Asih. Sebagai berikut hasil kutipan wawancara mendalam yang telah dilakukan:

“Kerangka acuan program keselamatan pasien rumah sakit dibuat bekerja sama dengan bidang keperawatan, namun evaluasi kerja dilakukan oleh bidang keperawatan dibantu oleh pelayanan medis rumah sakit”. (II)

Dapat disimpulkan pada tahapan ini pihak Pokja akreditasi Rumah Sakit Bersalin Asih mendapatkan nilai pada standar 2 parameter 4 sebanyak 4 point. Hanya dibutuhkan evaluasi untuk mencapai nilai tertinggi. Namun proses evaluasi membutuhkan waktu dalam pengerjaannya.

Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 1609/MENKES/PER/VIII/2011 diharuskan menjalankan 7 standar keselamatan pasien dalam mengurangi kejadian tidak diinginkan, kejadian nyaris cidera melalui 6 sasaran keselamatan pasien. Saat ini Rumah Sakit Bersalin Asih sudah mengikuti peraturan terbaru dikarenakan telah menetapkan 6 sasaran keselamatan pasien.

6.3 Standar 3 Staf dan Pimpinan

Standar 3 parameter 1

Pemilik menetapkan tertulis Direktur rumah sakit

Akreditor mengikuti peraturan yang telah ditetapkan oleh menteri kesehatan mengenai persyaratan direktur yang menjabat di rumah sakit. Keputusan menteri kesehatan yang mengatur hal tersebut adalah no 191/ MENKES-KESOS/SK/II/2001. Dalam keputusan menteri tersebut memutuskan direktur rumah sakit adalah seorang dokter atau tenaga kesehatan lain yang mempunyai kemampuan dibidang perumahsakit, memahami, dan, menghayati etika profesi kesehatan khususnya profesi kedokteran.

Surat keputusan yang berisi tentang penetapan direktur utama Rumah Sakit Bersalin Asih telah dibuat dan disimpan oleh pihak manajemen sumber daya. Ijazah pendidikan terakhir direktur pun sudah disimpan oleh pihak manajemen sumber daya. Keadaan ini di jelaskan pada hasil wawancara mendalam yang dilakukan peneliti. Sebagai berikut hasil wawancaranya:

“ Surat penetapan pemilik sudah dibuat dan seluruh dokumen telah lengkap dibagian HRD. Surat penetapan pemilik sudah dibuat dan seluruh dokumen telah lengkap dibagian HRD” (I1)

“Pembuatan surat keputusan pengangkatan direktur telah dibuat oleh bidang manajemen sumberdaya rumah sakit, namun direvisi oleh ketua pokja rumah sakit dalam bahasa hukumnya”.(I2)

“...mengenai kecukupan staf, semua ijazah telah disiapkan pada sekretaris rumah sakit dalam bentuk jilidan (kumpulan-kumpulan ijazah medis, non medis, dan, penunjang)...”(I3).

Pada tahapan ini pihak rumah sakit mendapatkan nilai 4 dikarenakan direktur Rumah Sakit Bersalin Asih bukan merupakan seorang yang lulus S2 dalam bidang manajemen.

Standar 3 parameter 2

Kebijakan tentang Pengelolaan Sumber Daya Manusia (SDM) ditetapkan pengelola/direktur rumah sakit

Sumber Daya Manusia pada rumah sakit merupakan aset perusahaan yang membawa arti yang besar. Sehingga pihak akreditasi menetapkan setiap rumah sakit harus memiliki ketetapan tertulis yang lengkap untuk bidang Sumber Daya Manusia. Ketetapan tertulis lengkap diartikan sebagai suatu ketentuan yang mencakup mulai dari tata cara rekrutmen, seleksi pegawai, pengangkatan menjadi pegawai, cuti, serta hak, dan kewajiban lain, selain itu pola kerja tenaga kerja harus dibuat berdasarkan atas kerja nyata sesuai dengan konsep kegiatan pelayanan yang diberikan oleh rumah sakit kepada pelanggan. Pola ketenagaan juga harus dibuat mengikuti model-model yang telah ada. Dalam pengelolaan SDM harus diadakan evaluasi ketenagaan terhadap kinerja pegawai. Evaluasi tersebut menggunakan kriteria dan tatacara yang harus diketahui oleh semua pegawai.

Tahun 2011 manajemen Rumah Sakit Bersalin Asih melakukan berbagai perubahan. Perubahan tersebut terjadi pada bidang SDM yang dibantu oleh tim pengkajian luar rumah sakit untuk membantu proses tersebut. Proses pengkajian yang dilakukan membuahkan berbagai dokumen penting SDM yang diperlukan dalam akreditasi, serta mencapai evaluasi ketenagaan, bahkan mendapatkan gambaran kinerja karyawan. Hal tersebut diperkuat dengan hasil wawancara mendalam yang dilakukan peneliti pada saat melakukan kunjungan lapangan. Sebagai berikut kutipan wawancara:

”Telah dibuat oleh manajemen dibantu oleh pihak yang melakukan assesment karyawan dalam kemampuan kerja. Analisis situasi sedang berjalan guna menghasilkan evaluasi.”(I2)

”...kebijakan sumber daya manusia dan pola ketenagaan telah terbentuk dan dibuatkan oleh pihak asesment ketenagaan rumah sakit...”.(I3)

Pihak Rumah Sakit Bersalin Asih telah memenuhi persyaratan mengenai pengelolaan Sumber Daya Manusia yang dapat dilihat dari terdapatnya ketentuan tertulis, lengkap, tentang SDM, diikuti dengan pola ketenagaan, serta telah dilakukan evaluasi program. Pada tahapan ini pihak rumah sakit mendapatkan nilai 5.

6.4 Standar 4 Fasilitas dan Peralatan

Pemilik dan pengelola rumah sakit bertanggung jawab mengenai sarana, prasarana, dan peralatan sedemikian rupa agar dapat tercapai misi, tujuan, dan, fungsi rumah sakit.

Standar 4 parameter 1

Sarana, Prasarana, dan Peralatan (SPP) rumah sakit yang tersedia harus memenuhi persyaratan dan harus didukung dengan Program Pemeliharaan (PP) yang handal.

Rumah sakit merupakan suatu institusi yang bekerja dalam “kepadatan”. Salah satunya yaitu padat teknologi yang ditunjang dengan peralatan canggih, padat modal yang dibutuhkan untuk membangun gedung fisik beserta instalasi-instalasi yang dirancang, dan padat lain sebagainya.

Pada sistem akreditasi membutuhkan kejelasan program dalam mengatasi kepadatan yang terjadi sehingga dibutuhkan program pemeliharaan terhadap sarana, prasarana dan peralatan. Sarana, prasarana, dan peralatan haruslah memenuhi persyaratan. Yang dimaksud dengan memenuhi persyaratan mengenai SPP adalah sudah memenuhi ketentuan tentang perizinan, sertifikasi, kalibrasi, pemeriksaan berkala oleh instansi yang diberikan wewenang untuk keperluan ini, misalnya oleh departemen tenaga kerja, PLN, BAPETEN, BAPDAL, Departemen Kesehatan, Dinas Kebakaran, PEMDA, dan, lain sebagainya.

Sarana yang terdapat dirumah sakit meliputi bangunan gedung, prasarana adalah pendukung bangunan gedung (listrik, *elevator*, air, penangkal petir, gas, dll). Peralatan yang membantu operasional gedung antara lain peralatan medis / non medis yang tidak bergerak.

Perizinan SPP yang harus dimiliki antara lain: perizinan untuk Izin mendirikan gedung, izin penggunaan bangunan, izin berdasarkan undang-undang gangguan, rekomendasi dinas pemadaman kebakaran, *Deepwell* untuk DKI Jaya, izin pemakaian lift, izin instalasi listrik, izin pemakaian mesin pembangkit listrik, izin instalasi petir, izin pemakaian *boiler*, izin penggunaan alat radiasi, izin pengelolaan limbah, izin membangun rumah sakit, dan izin operasional rumah sakit swasta dan BUMN.

Program pemeliharaan dibuat untuk setiap jenis SPP dilengkapi dengan jadwal pemeliharaan, jenis pemeriksaan yang dilakukan, keterangan tentang kondisi SPP. Standar prosedur untuk kegiatan pemeliharaan harus ditetapkan, termasuk SOP perbaikannya, jika terdapat kerusakan atau masalah baik didalam jam kerja maupun luar jam kerja.

Rumah Sakit Bersalin Asih telah mengumpulkan seluruh surat izin yang diinginkan oleh akreditasi. Keadaan ini diperkuat melalui hasil wawancara mendalam terhadap salah satu seksi pokja Akreditasi Rumah Sakit Bersalin Asih. Sebagai berikut kutipan hasil wawancara:

“Pengumpulan surat menyurat perizinan rumah sakit seperti gambaran panel listrik, panel air, pengeboran sumur dalam, dan lainnya sudah tersedia dalam bentuk jilidan surat perizinan. Jilidan ini sudah terdapat pada sekretaris rumah sakit”.(I3)

“Mengenai sarana, prasarana, dan, peralatan telah dikumpulkan dalam 1 jilid mengenai perizinan pendirian gedung dan pendukungnya”.(I1)



Gambar 6.5 jilidan surat perizinan SPP

Penilaian pada tahapan ini Rumah Sakit Bersalin Asih mendapatkan nilai 5 dikarenakan telah memenuhi semua persyaratan dan ada program pemeliharaan.

Standar 4 Parameter 2

Tersedia rambu, marka, petunjuk, jelas, dan mudah terbaca diberbagai tempat di lingkungan dalam dan luar rumah sakit.

Rambu dan marka sungguh sangat diperlukan baik yang terdapat di dalam lingkungan rumah sakit maupun luar rumah sakit. Banyak manfaat yang diberikan oleh rambu dan marka

tersebut terhadap kelancaran pelayanan rumah sakit, selain itu dapat bersifat sebagai iklan rumah sakit secara tidak langsung. Terdapat beberapa persyaratan yang harus dimiliki dalam membuat rambu dan marka. Antara lain persyaratan rambu dan marka yaitu harus dapat dilihat disemua tempat dan jelas terbaca. Yang dimaksud dengan disemua tempat apabila rambu, marka, dan petunjuk dibuat paling kurang di jalan menuju IGD, tempat rawat jalan, rawat inap, apotik, kamar jenazah, laboratorium, radiologi, jalan masuk untuk pasien, tempat pendaftaran, counter penerangan, tempat pembayaran, tempat parkir kendaraan, dan, daerah terlarang untuk pasien; Yang dimaksud dengan jelas dan terbaca adalah marka petunjuk harus menggunakan huruf cukup besar, warna terang, dan ditempatkan sedemikian rupa hingga cepat terbaca mengenai pelayanan yang paling diketahui oleh masyarakat.

Berdasarkan observasi pada saat praktek kerja lapangan yang dilakukan oleh peneliti periode Juni-Agustus dan Oktober 2011, Rumah Sakit Bersalin Asih telah memasang marka dan rambu petunjuk dalam rumah sakit seperti petunjuk dan marka menuju poli 1, petunjuk dan marka poli2, petunjuk dan marka kamar bersalin dan kamar operasi, petunjuk dan marka menuju kasir, rambu menuju pintu keluar, petunjuk menuju unit gawat darurat, dan tidak lupa petunjuk arah evakuasi. Di dapatkan penambahan informasi dari hasil wawancara mendalam. Sebagai berikut kutipan hasil wawancara mendalam:

“Mengenai denah rumah sakit. Sudah dibuat hanya perlu di tungkan dalam papan pengumuman. Saat ini dalam proses di pembuatan”. (I1)

“Marka petunjuk Rumah sakit dalam proses pemasangan, proses pemasangan tersebut membutuhkan prosedur yaitu pendaftaran iklan pada pemerintahan kota, pembayaran pajak iklan, mendesain plang yang menarik bagi penduduk sehingga dapat mencapai sasaran”. (I2)

Tatacara dalam menyelesaikan masalah ML jika sudah terlanjur terjadi dan upaya-upaya untuk mencegahnya adalah sosialisasi diberikan dalam bentuk lokakarya, pertemuan berkala, simposium, dan, penerbitan edaran. Sebaiknya diatur dalam satu unit kerja yang dapat berupa panitia, komite etik yang diberi fungsi dan tugas membahas dan membuat rekomendasi tentang menangani masalah ML dan etik yang ditimbulkan. Unit kerja harus disertakan uraian tugas anggota-anggotanya, tatacara menyelesaikan masalah ML dan etik. Dalam satu unit kerja harus memiliki ketentuan yang berisi didalamnya kebijakan, tatacara, SOP tertulis merujuk pada peraturan perundang-undangan yang berlaku atau pedoman etik kedokteran, etik rumah sakit, serta peraturan kepegawaian yang berlaku di rumah sakit. Etik yang tercantum didalamnya adalah etik kedokteran dan etik keperawatan.

Rumah Sakit Bersalin Asih telah merancang sistem kerja dalam mengatasi masalah mediko legal dengan melakukan kerja sama dengan komite medis rumah sakit. Disertakan pula masalah etik kerja dan tatacara kerja. Keadaan tersebut berdasarkan hasil wawancara yang didapat pada saat peneliti kunjungan lapangan. Demikian hasil wawancara:

“Mengenai Mediko-Legal dan etik di rumah sakit dibuat bekerja sama dengan bagian pelayanan medis tepatnya pada komite medis rumah sakit. Dikarnakan pada bagian tersebut lebih mengetahui tentang masalah hukum kedokteran, tindakan legal, dan, non legal”.(I2)

“Pengolahan mediko-legal dibantu pada pihak komite medik rumah sakit dalam mengolah etik kerja, dan tata cara”. (I3)

Tahap ini Rumah Sakit Bersalin Asih memperoleh penilaian pada skor 4 dikarenakan masih memiliki kekurangan yaitu keteraturan dalam pengelolaan pada bidang etik sehingga diperlukan evaluasi kerja berkala yang dilakukan secara teratur.

Standar 5 parameter 2

Komunikasi selalu diselenggarakan dilingkungan rumah sakit.

Dalam melakukan persamaan persepsi mengenai pelayanan yang terdapat pada rumah sakit jaringan komunikasi yang baik sangat dibutuhkan. Komunikasi ialah pertemuan formal (rapat) yang harus diselenggarakan secara terprogram dilengkapi dengan undangan rapat, notulensi, dan laporan rapat. Diharapkan dilakukan secara luas dengan arti jika setiap pemimpin rumah sakit menetapkan jadwal rapat berkala sendiri-sendiri kemudian jadwal ini ditetapkan dengan keputusan dari direktur rumah sakit maka rapat ini harus dijadwalkan antar bagian.

Forum komunikasi pada Rumah Sakit Bersalin Asih dilakukan setiap pagi, pada saat awal laporan harian. Dalam laporan harian ini dari hari ke hari memiliki tema yang berbeda. Setiap hari rapat yang dilakukan, dibuat sebuah notulensi yang merupakan ringkasan hasil kesepakatan rapat. Selain terdapat forum harian masih ada satu bentuk komunikasi yaitu dilakukan pada hari kamis siang. Gambaran keadaan ini berdasarkan hasil kutipan wawancara mendalam, sebagai berikut hasilnya:

” Rapat dilakukan setiap harinya sebagai awal laporan harian yang diikuti oleh pelayanan medik, keperawatan, dan penunjang medik, serta unit yang terkait pada pembicaraan materi rapat harian. Notulensi ditulis oleh anggota rapat yang bertugas pada saat rapat berlangsung. Selain itu pertemuan siang klinik dilakukan biasanya pada hari kamis siang setelah makan siang yang berisi tentang pertemuan medis, para medis, perawat, dan sponsor acara.”(II)



Gambar 6.7 Pertemuan Siang Klinik

Kesimpulan pada tahapan ini pihak rumah sakit mendapatkan nilai 5 dikarenakan telah ada komunikasi diselenggarakan secara luas dan teratur disertai adanya laporan, rekomendasi dan tindak lanjutnya.

Standar 5 Parameter 3

Manajemen keuangan diselenggarakan untuk menjamin pelayanan dirumah sakit dikelola secara efektif

Pada tahapan ini pihak Akreditasi melihat pada bagian anggaran yaitu penyusunan anggaran. Dalam penyusunan anggaran dibutuhkan pedoman penyusunan anggaran, yang memiliki syarat seperti: petunjuk kriteria, kriteria, dan langkah-langkah untuk menyusun anggaran operasional/ rutin dan anggaran investasi. Selain itu dibutuhkan analisis keuangan. Analisis keuangan adalah evaluasi terhadap pelaksanaan anggaran operasional/ investasi dalam kurun waktu tertentu.

Anggaran operasional meliputi anggaran belanja dan pendapatan rumah sakit. Sebagai bukti evaluasi keuangan sebaiknya dilakukan audit keuangan dan atau audit manajemen yang dilakukan oleh auditor internal atau auditor publik dari luar rumah sakit.

Pihak Manajemen keuangan Rumah Sakit Bersalin Asih telah menyiapkan seluruh dokumen yang disyaratkan seperti susunan anggaran tahunan, biaya satuan yang nantinya menjadi tarif tetap rumah sakit. Selain itu manajemen telah melakukan audit keuangan dan hasil audit tersebut telah dihasilkan. Keadaan ini berdasarkan pernyataan disampaikan pada saat wawancara mendalam yang dilakukan peneliti. Berikut hasil kutipan wawancara:

“Penyusunan biaya tarif dan audit keuangan telah dilakukan oleh bagian keuangan rumah sakit, tim hanya melakukan analisis saja dari hasil yang telah ada”.(I2)

Pihak rumah sakit mendapatkan nilai 5 dikarenakan telah terpenuhinya pedoman menyusun anggaran, analisis keuangan, audit keuangan, dan, perhitungan biaya satuan.

Standar 5 parameter 4

Ditetapkan bahwa Dokter Penanggung Jawab Pelayanan (DPJP) wajib memberikan pendidikan kepada pasien tentang kewajibannya terhadap rumah sakit.

Dokter merupakan tenaga medis yang sangat berperan dalam pelaksanaan pelayanan perumahsakit. Begitu banyak profesi kedokteran yang dibagi dalam dokter umum, spesialis hingga subspesialis. Setiap dokter memiliki tanggung jawab terhadap bidang yang diprofesikannya. Dalam suatu rumah sakit harus terdapat kebijakan tertulis yang menyangkut peran dokter yang bertanggung jawab terhadap pelayanan. Kebijakan yang mengatur mengenai dokter penanggung jawab pelayanan harus telah ditetapkan, ketentuan tersebut harus sesuai dengan keputusan direktur rumah sakit. Kebijakan tersebut seharusnya lengkap yang terdapat didalamnya keharusan DPJP bertanggung jawab dalam memberikan pendidikan kepada pasien tentang kewajibannya, rumah sakit menyediakan pendidikan kepada pasien tentang kewajibannya.

Pendidikan kepada pasien/ keluarganya diberikan dalam bentuk penjelasan secara lisan dan kemudian mencatat dalam berkas rekam medis bahwa telah diberikan penjelasan. Catatan rekam medis sebagai bukti. Sebaiknya dilakukan evaluasi dengan cara melihat kembali rekam medis yang telah ditulis.

Telah ditetapkan DPJP pada Rumah Sakit Bersalin Asih berdasarkan kesepakatan komite medik. Komite medik telah merancang tatacara mengenai penyampaian informasi yang telah diberikan kepada pasien. Dipertegas melalui pernyataan sebagai berikut :

“Penetapan dokter penanggung jawab pelayanan telah ditetapkan oleh bagian komite medik. Komite medik yang membuat tatacara mengenai penyampaian informasi antar pasien dengan dokter, penyampaian informasi antara dokter dengan dokter, penyampaian antara dokter dengan perawat, dan, sebaliknya. Penetapan koordinasi pembagian informasi antar profesi pun telah ditetapkan. Sebelum ditetapkan juga dilakukan pengumpulan suara mengenai mekanisme koordinasi sistem kerja penyampain informasi. Sistem ini mendukung program keselamatan pasien rumah sakit pada pelayanan yang ke5”.(11)

Tahapan ini rumah sakit mendapatkan nilai 4 dikarenakan masih belum memiliki evaluasi. Pelayanan 4 mencakup pula pelayanan 5 yang mengenai keselamatan pasien dalam transfer informasi.

Standar 5 parameter 5

Ada kebijakan dan prosedur bahwa selama proses pelayanan medis berlangsung tenaga medis mencatat dengan lengkap, akurat, benar dalam dokumen rekam medis untuk mempermudah komunikasi antar tenaga medis, menjaga keseimbangan pelayanan dan mencegah pelayanan yang tidak efisien.

Catatan medis merupakan bukti otentik yang dimiliki oleh rumah sakit. Bukti otentik ini sangat berguna pada saat dihadapkan dengan hukum, selain itu juga dapat dibuat sebagai bahan penelitian dan evaluasi dalam pelayanan medis maupun non medis. Pada tahapan ini pihak akreditasi menilai berdasarkan ketersediaan catatan medis yang tertulis dengan baik oleh setiap pelaksana pelayanan secara teratur, rinci, dan akurat untuk efisiensi dan peningkatan mutu pelayanan. Kewajiban mencatat sebaiknya disosialisasikan secara tepat kepada seluruh medis dan para medis, pencatatan tersebut harus diatur dan ditetapkan oleh direktur rumah sakit. Aturan penulisan pencatatan status sebaiknya dibuatkan standar prosedur.

Berdasarkan kutipan wawancara pelayanan 4 diatas maka Rumah Sakit Bersalin Asih mendapatkan nilai 5 dikarenakan sudah memiliki evaluasi dan tindak lanjut terhadap temuan yang terdapat pada kasus setiap pasien.

6.6 Standar 6 Pengembangan Staf dan Program Pendidikan

Pimpinan bertanggung jawab mengenai pendidikan berkelanjutan, orientasi, dan program pelatihan staf untuk menjaga kemampuan dan meningkatkan pelayanan.

Standar 6 parameter 1

Program pendidikan dan pelatihan pegawai dikelola dengan efisien.

Peningkatan kemampuan baik di bidang akademis maupun bidang non akademis harus selalu diberikan kepada semua kalangan karyawan yang bekerja dalam rumah sakit. Dalam sebuah rumah sakit harus memiliki satuan organisasi yang diberikan fungsi dan tugas merencanakan, melaksanakan, dan mengevaluasi berbagai program pendidikan dan pelatihan yang diselenggarakan didalam rumah sakit maupun diluar rumah sakit. Program sebaiknya dibuat secara lengkap yang mencakup pendidikan berkelanjutan dan pelatihan orientasi bagi pegawai baru. Sebaiknya program diklat dibuat secara terstruktur yang beranggotakan seluruh unit rumah sakit sehingga terkoordinasi dengan baik dalam proses pengajuan serta penghitungan biaya.

Pemberian pelatihan sebaiknya dilakukan secara terstruktur. Seperti pemberian pelatihan bagi pegawai baru meliputi orientasi tentang keadaan umum rumah sakit, sebaiknya dilakukan oleh bagian diklat dan orientasi khusus pada penempatan unit kerja dilakukan oleh penanggung jawab ruangan.

Pada Rumah Sakit Bersalin Asih sudah terdapat rencana pengembangan staf dan program pendidikan. Kebutuhan pendidikan individual berdasarkan penilaian kerja setiap individu. Evaluasi kerja dilakukan oleh staf pengembangan keperawatan. Keadaan tersebut dibuktikan berdasarkan wawancara mendalam yang dilakukan oleh peneliti. Sebagai berikut kutipan wawancara :

“Pengembangan staf dan program pendidikan telah ditetapkan oleh setiap unit kerja berdasarkan penilaian kerja masing-masing individu. Namun penekanan penilaian ini baru terdapat pada bagian keperawatan. Dari penilaian tersebut dapat diambil kesimpulan bahwa staf pelayanan perlu dilakukan peningkatan kemampuan baik dengan peningkatan pendidikan, selain itu pengembangan staf perawat dengan pelatihan inhouse dilakukan bagian keperawatan dan didukung dengan kerja sama pada bidang medis. Lembaga diklat rumah sakit bersalin Asih dipegang oleh bagian pengembangan staf unit keperawatan dibawah pengawasan direktur dan wakil direktur. Sedangkan pelayanan 2 berisi tentang kerangka acuan pelatihan yang dibuat berdasar kegiatan yang akan dilakukan dan yang telah dilakukan”.(101)

Berdasarkan gambaran keadaan yang dijelaskan oleh informan, dapat disimpulkan pada tahapan ini rumah sakit mendapatkan nilai 3 dikarenakan sasaran program hanya tercatat 25%.

Standar 6 parameter 2

Unit kerja pendidikan dan pelatihan menyelenggarakan pelatihan berkala dengan topik khusus “ Keselamatan Pasien Rumah Sakit” KPRS

Keselamatan Pasien merupakan isu utama dalam setiap kegiatan yang dilakukan anggota organisasi rumah sakit, sehingga dibutuhkan perhatian khusus dalam pelaksanaannya. Dalam penyusunan program pendidikan tenaga medis harus dilakukan berkelanjutan agar dapat memenuhi kebutuhan pelayanan. Program yang dibuat dalam menunjang parameter 2 ini sebaiknya lengkap yang terdapat kerangka acuan program, pelatihan mencakup pegawai baru, pegawai lama dan dalam pelatihan diadakan stimulasi kepemimpinan dan kerjasama tim dalam melaksanakan program keselamatan pasien. Keteraturan program dilihat berdasarkan jadwal tertentu sepanjang tahun. Diklat merupakan lembaga yang harus melaksanakan program tersebut.

Pada tahapan ini Rumah Sakit Bersalin Asih sudah terdapat program yang dituangkan dalam kerangka acuan kerja yang dibuat menjadi haluan kerja diklat dalam memberikan pelatihan mengenai keselamatan pasien. Setiap kegiatan yang menyangkut pelatihan keselamatan pasien selalu diberikan evaluasi. Hasil evaluasi dituangkan dalam bentuk tertulis. Keadaan ini berdasarkan hasil wawancara yang dilakukan peneliti pada saat melakukan praktek kerja lapangan. Sebagai berikut kutipan wawancara :

“Pengembangan pendidikan rumah sakit terdapat pada tim keperawatan, tentang administrasi dibawah bimbingan unit keperawatan”. (I2)

“Pembuatan program kerja pelatihan untuk keselamatan kerja dibuat oleh ketua seksi pelayanan administrasi dan manajemen sedangkan evaluasi dibantu oleh keperawatan”.(II)

Berdasarkan keadaan yang dijelaskan pada hasil wawancara diatas maka pihak Rumah Sakit Bersalin Asih mendapatkan penilaian 5. Nilai tertinggi tersebut dapat tercapai dikarenakan telah memiliki sistem evaluasi terhadap isi program.

Standard 7 Evaluasi dan Pengendalian Mutu

Standar 7 parameter 1 Pimpinan rumah sakit bertanggung jawab untuk meningkatkan mutu pelayanan.

Rumah Sakit merupakan lembaga penjual jasa. Penilaian jasa tersebut hanya dapat dilihat melalui mutu pelayanan yang diberikan kepada pasien. Mutu pelayanan sebaiknya dikendalikan dengan baik. Dalam pengendalian mutu sebaiknya dilakukan oleh sebuah tim khusus yang dibentuk berdasarkan keputusan direktur. Tugas unit pengendali mutu adalah membuat program-program pengendalian mutu. Unsur minimal dalam pengendalian mutu yaitu evaluasi kepuasan pasien dalam kurun waktu 2 tahun, pengumpulan dan analisis terhadap indikator klinik (angka dekubitus, kejadian infeksi karena jarum infus, angka keterlambatan pelayanan kegawatdaruratan, angka infeksi luka operasi, angka penyulit karena transfusi, dan angka kematian ibu karena sepsis). Analisis indikator klinik sebaiknya dilakukan tiga bulan sekali.

Tim Pokja akreditasi Rumah Sakit Bersalin Asih telah membuat kerangka acuan program kerja pengendalian mutu. Kerangka acuan tersebut baru saja dibuatkan sehingga belum dapat dilakukan evaluasi kerja. Keadaan ini digambarkan berdasarkan hasil wawancara sebagai berikut :

“Kerangka acuan program kerja pengendalian mutu dibuat oleh ketua seksi pelayanan administrasi dan manajemen program ini disamakan dengan keadaan dan situasi kerja. Evaluasi kerja masih belum ada.”(I2)

Dalam tahapan ini rumah sakit mendapatkan nilai 3 dikarenakan telah terpenuhinya unit kerja yang bertugas mengelola mutu disertai program kerja mutu secara terpadu, namun belum memiliki evaluasi sehingga belum dapat meraih nilai tertinggi.

Standar 7 parameter 2

Dilakukan evaluasi terhadap penggunaan sumber daya rumah sakit

Begitu banyak sumber daya yang terdapat dalam rumah sakit, proses pengaturan sumber daya tersebut dibutuhkan banyak operator serta diperlukan program. Sehingga sumber daya sebaiknya dilakukan evaluasi. Tujuan evaluasi penggunaan sumber daya ini adalah untuk menilai seberapa jauh manajemen rumah sakit dapat memberikan pelayanan dengan efisien. Evaluasi sebaiknya dilakukan secara berkala, terus menerus dilakukan dalam interval waktu tertentu. Bentuk dokumen yang sebaiknya disajikan adalah grafik Barber Johnson, rasio keuangan, perhitungan beban kerja untuk ketenagaan.

Program analisis sumber daya telah dirancang oleh pihak manajemen Rumah Sakit Bersalin Asih. Petunjuk laksana analisis Barber Jhonson sudah dibuatkan oleh pihak manajemen. Seluruh data guna analisis sumber daya didapatkan pada unit rekam medis dikarenakan unit ini menyimpan data yang dibutuhkan. Keadaan ini digambarkan dalam wawancara mendalam yang dilakukan peneliti pada waktu tour lapangan periode oktober 2011. Sebagai berikut kutipannya :

“Juklak dan laporan program mengenai analisis grafik Barber Jhonson di minta pada bagian Rekam medis. Bagian rekam medis yang mengetahui mengenai keluar masuk pasien, BOR, LOS, dan, lain sebagainya”.(I03)

Dapat disimpulkan tim pokja akreditasi melakukan kerjasama dengan unit rekam medis dalam menyelesaikan analisa tersebut dan dibantu oleh bidang keperawatan dalam penghitungan beban kerja.

Tahapan ini pihak rumah sakit mendapatkan nilai 5 dikarenakan telah memenuhi syarat terdapat evaluasi teratur, dilakukan terstruktur disertai analisa serta rekomendasi dan tindak lanjut.

Standar 7 parameter 3

Ditetapkan sistem pencatatan, pengumpulan, pelaporan, data kejadian tidak diharapkan (KTD)

Kejadian Tidak Diharapkan adalah suatu kejadian yang tidak diharapkan yang mengakibatkan cedera pasien akibat melaksanakan suatu tindakan atau tidak mengambil tindakan yang seharusnya diambil dan bukan karena penyakit dasarnya atau kondisi pasien. Cedera dapat diakibatkan dari kesalahan medis atau bukan kesalahan medis yang dapat dicegah. Sistem yang sebaiknya ada adalah pengorganisasian, mekanisme kerja, prosedur dalam kaitannya dengan program keselamatan pasien, termasuk orang-orang yang ditunjuk untuk keperluan dan bertanggung jawab melaksanakan sesuai dengan alur pelaporan yang ditetapkan.

Sistem pengolahan kejadian telah dirancang oleh manajemen rumah sakit dibawah pengetahuan direktur rumah sakit. Tahapan ini tim Pokja berkerja sama dengan keperawatan dalam penyediaan dokumen. Keadaan ini berdasarkan kutipan wawancara sebagai berikut :

“Mengenai kejadian tidak diinginkan, kejadian nyaris cedera, dan kejadian sentinel telah ada sistemnya. Hasil analisa telah ada dan telah dibuat oleh tim keperawatan”.(I3)

Tim akreditasi mendapatkan nilai 5 dikarenakan telah memiliki sistem yang berlaku di seluruh unit kerja dan sudah dilaksanakan disertai adanya evaluasi dan analisis dari data KTD.

Standar 7 pelayanan 4

Tersedia informasi tentang hasil analisis masalah kejadian “Kejadian Nyaris Cidera” atau near miss dan “kejadian sentinel”

Kejadian nyaris cidera adalah suatu kesalahan akibat melaksanakan suatu tindakan atau tidak mengambil tindakan yang seharusnya diambil yang dapat mencederai pasien, tetapi cedera serius tidak terjadi, karena faktor “keberuntungan”. Sedangkan kejadian sentinel adalah suatu KTD yang mengakibatkan kematian atau cedera serius. Biasanya dipakai untuk kejadian sangat tidak diinginkan.

Penyelenggaraan informasi dalam mengatasi kejadian diatas mempunyai tujuan sebagai pembelajaran dan diharapkan berguna untuk melakukan perubahan atau koreksi terhadap sistem kebijakan atau standar operasional prosedur dari pelayanan. Unit tertentu sebaiknya diberikan kewajiban melakukan penyebaran informasi dan membuat evaluasi.

Berdasarkan hasil wawancara didapatkan bahwa sistem penyelesaian kejadian nyaris cidera telah ada serta evaluasi terhadap kejadian pun sudah ada. Sebagai berikut hasil kutipan wawancara mendalam :

“Mengenai kejadian tidak diinginkan, kejadian nyaris cidera, dan kejadian sentinel telah ada sistemnya. Hasil analisa telah ada dan telah dibuat oleh tim keperawatan”. (I3)

Rumah Sakit Bersalin Asih mendapatkan nilai 4 dikarenakan telah memenuhi syarat tersedianya informasi dan analisa tentang Kejadian “Nyaris Cedera” dan “Kejadian Sentinel”, namun masih belum ada sosialisasi antar unit tentang kejadian yang telah ada mengenai hasil evaluasi.

BAB 7

KESIMPULAN DAN SARAN

7.1 KESIMPULAN

Tabel 7.1
Penilaian *Self Assesment* Pelayanan Administrasi dan Manajemen

Standar	Parameter	Nilai
Standar 1	Parameter 1	4
	Parameter 2	5
	TOTAL	9
Standar 2	Parameter 1	4
	Parameter 2	5
	Parameter 3	5
	Parameter 4	4
TOTAL	18	
Standar 3	Parameter 1	4
	Parameter 2	5
	TOTAL	9
Standar 4	Parameter 1	5
	Parameter 2	5
	TOTAL	10
Standar 5	Parameter 1	4
	Parameter 2	5
	Parameter 3	5
	Parameter 4	4
	Parameter 5	5
TOTAL	23	
Standar 6	Parameter 1	3
	Parameter 2	5
	TOTAL	8
Standar 7	Parameter 1	3
	Parameter 2	5
	Parameter 3	5
	Parameter 4	4
TOTAL	17	

Berdasarkan tabel diatas dapat dilihat penilaian *self assesment* terhadap pelayanan administrasi dan manajemen Rumah Sakit Bersalin Asih. Dalam pelayanan tersebut terdapat 7 standar dengan 21 parameter. Range penilaian dari angka 0-5, nilai tertinggi ada pada angka

lima dan terendah pada angka 0. Pada kesempatan ini masih terdapat beberapa parameter yang belum mencapai nilai 5 antara lain : standar 1 parameter 1, standar 2 parameter 1, standar 2 parameter 4, standar 3 parameter 1, standar 5 parameter 1, standar 5 parameter 4, standar 6 parameter 1, standar 7 parameter 1 dan standar 7 parameter 4.

7.2 SARAN

Guna mencapai nilai maksimal pada setiap parameter dibutuhkan evaluasi kerja dan sesuai dengan standar yang telah ditetapkan. Dalam memenuhi penilaian maksimal pada standar 1 parameter 1 dibutuhkan waktu dalam membuat hasil evaluasi. Program kerja rumah sakit dalam menjalankan roda pelayanan memiliki banyak rencana-rencana yang harus dicapai tepat pada waktunya, sebaiknya program-program tersebut dilakukan evaluasi sesering mungkin untuk mengetahui kelebihan dan kekurangan program yang telah dibuat. Standar 2 parameter 1 berkaitan dengan evaluasi terhadap bagan organisasi rumah sakit. Keadaan ini pun membutuhkan waktu dalam memproses evaluasi dan dalam menghasilkan dokumen tertulis hasil evaluasi, selain itu hasil evaluasi yang telah didapatkan menggambarkan efektifitas kerja struktur organisasi. Standar 2 parameter 4 masih mendapatkan nilai 4 dan memiliki kekurangan pada evaluasi, sehingga dibutuhkan waktu dalam menyelesaikan dokumen tersebut. Standar 3 parameter 1 mendapatkan nilai 4 dikarenakan direktur utama rumah sakit bukan seorang S2 manajemen rumah sakit, sebaiknya rumah sakit mempertimbangkan untuk anggaran pendidikan untuk meningkatkan taraf pendidikan menjadi master manajemen rumah sakit. Standar 5 parameter 1 dan parameter 4 hanya membutuhkan dokumen evaluasi sehingga membutuhkan waktu dalam pengerjaan. Sedangkan pada standar 6 parameter 1 pihak manajemen membutuhkan tenaga ekstra dalam menyelesaikan hal keperawatan dikarenakan masih banyak program yang telah dibuat namun masih dalam proses pencapaian, keadaan ini dapat terselesaikan jika seluruh bagian keperawatan memiliki komitmen yang kuat dalam proses kerja yang telah dirancang, selain itu dibutuhkan banyak partisipasi dari

seluruh tim untuk peningkatan pengetahuan dan masukan dalam penyelesaian program. Standar 7 parameter 1 dibutuhkan hasil evaluasi berjalan seiring waktu dan pembuatan program selanjutnya. Begitu pula dengan parameter 4 hanya butuh waktu dalam penyelesaian dokumen. Secara garis besar sudah banyak dokumen yang dihasilkan dan bermanfaat untuk penilaian akreditasi.



DAFTAR PUSTAKA

- Pikiran Rakyat, Devisa Negara Melayang 100 Triliun per tahun. Maret 4, 2011.
<http://www.pikiran-rakyat.com>
- Metro TV. Kemenkes Kehilangan devisa sebesar Rp 100 Triliun. Maret 04, 2011.
<http://www.metrotvnews.com>
- Komite Akreditasi Rumah Sakit. Alur Akreditasi. 2007. www.akreditasi.web.id
- Jakarta Peraturan dan Perizinan. Iklan dan Reklame.2009. Januari 09, 2011.
www.jakarta.go.id
- Azwar.Azrul, (1996). Menjaga Mutu Pelayanan Kesehatan. Jakarta: Sinar Harapan.
- Aditama CY, (2003). Manajemen Administrasi Rumah Sakit. Jakarta : UI-Press.
- Theo, Deli, (2009). Tesis : “ Analisa Manfaat Akreditasi Rumah Sakit”. Medan : USU.
- Pattinama,P.A., (2004) Kuliah Manajemen Keperawatan, Program Peminatan Manajemen Rumah sakit. Depok : FKM UI.
- Satori dan Komariah,(2011). Metodologi Kualitatif . Jakarta : Alfabetha.
- Stanto.William, J, (2003). Fundamental Of Marketing, Mc Graw Hill Inc.
- Suprihanto,J, (2001).Mengukur Kepuasan Pelanggan, Jakarta : Rineka Cipta.
- Syaodih, (1996). Metodologi Kualitatif. Bandung : PT Remaja Roda Karya.
- Tjiptoherijanto, (1996). Ekonomi Kesehatan. Jakarta : Bumi Aksara.
- Wiyono. F.X. Isbagyo, (1999). Menyamakan Persepsi Tentang Komitmen. Jakarta : Pustaka Binaman Pressindo.
- Depkes RI, 2000. Majalah Kesehatan Depkes RI No 57, Jakarta.

Komite Akreditasi Rumah Sakit. (2007). Laporan Survei Akreditasi Rumah Sakit. Jakarta.

_____, 1997. Profil Rumah Sakit Bersalin Asih Dokter-Dokter Perkumpulan Asih, Jakarta.

_____, 2011. Statistik Rumah Sakit Bersalin Asih Data Statistik, Jakarta.

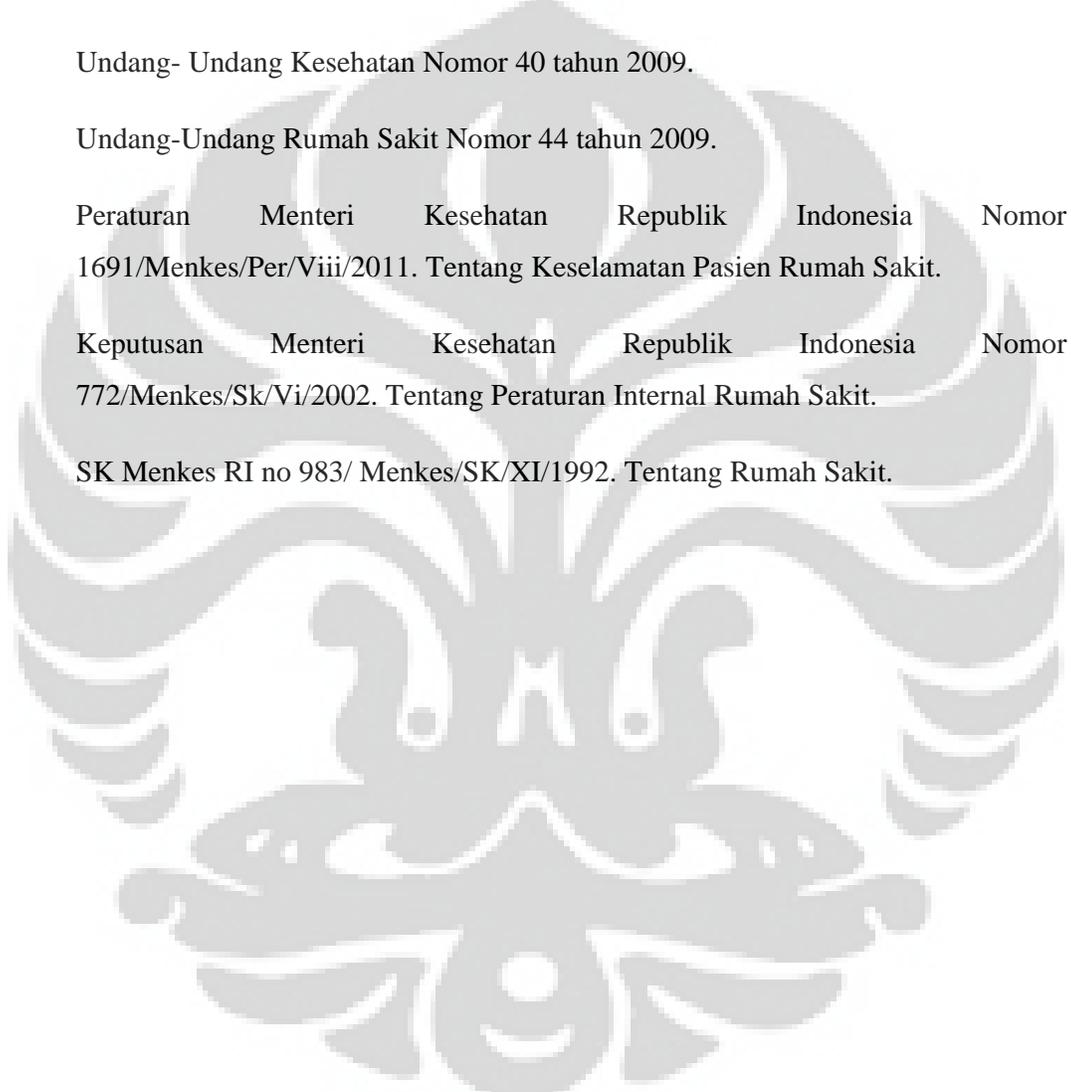
Undang- Undang Kesehatan Nomor 40 tahun 2009.

Undang-Undang Rumah Sakit Nomor 44 tahun 2009.

Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 1691/Menkes/Per/Viii/2011. Tentang Keselamatan Pasien Rumah Sakit.

Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 772/Menkes/Sk/Vi/2002. Tentang Peraturan Internal Rumah Sakit.

SK Menkes RI no 983/ Menkes/SK/XI/1992. Tentang Rumah Sakit.



Pedoman Wawancara 1

<p>Informan 4</p>	<p>Wakil direktur Rumah Sakit Bersalin Asih</p>	<p>- Tujuan rumah sakit melakukan akreditasi :</p> <p>Terdapat beberapa tujuan terhadap pelaksanaan akreditasi rumah sakit antara lain pihak manajemen ingin meningkatkan mutu layanan yang telah diselenggarakan oleh rumah sakit, selama 33 tahun rumah sakit berdiri dan beroperasi belum pernah dilakukan penilaian dan standarisasi yang bertujuan untuk peningkatan mutu kerja rumah sakit. Perubahan-perubahan telah dilakukan namun belum di dokumentasi sehingga kegiatan akreditasi ini dapat menciptakan dokumen yang benar dan lengkap. Peningkatan mutu dapat terjadi jika semua bidang memiliki persepsi yang sama dalam menjalankan layanan. Pengawasan mutu pada rumah sakit bersalin Asih masih belum ada sehingga dengan adanya akreditasi pihak manajemen telah mendapatkan pandangan mengenai mutu dan telah mendapatkan sistem pengawasan mutu pelayanan.</p> <p>Pada website dinkes jakarta yang berisi tentang syarat-syarat perpanjangan izin operasi rumah sakit adalah salah satu pointnya adalah POA untuk akreditasi dan self asesment rumah sakit, sehingga pihak rumah sakit ingin memenuhi persyaratan tersebut agar izin kerja bisa diperpanjang tepat pada waktunya.</p> <p>Kerja administratif (pendaftaran pasien, pembayaran konsultasi, antrian pasien, dll) pada rumah sakit bersalin Asih sudah berjalan sejak pertama kali rumah sakit berdiri namun belum ada alur yang baku, sehingga sering terjadi miss komunikasi antara petugas dengan petugas, pasien dengan petugas maupun sebaliknya. Dirasa perlu membuat alur baku sesuai dengan yang di tetapkan.</p> <p>Menertibkan alur kerja administratif dalam rumah sakit</p> <p>Pada akreditasi pelayanan administrasi dan manajemen terdapat beberapa bagian yang dinilai dalamnya antara lain mengenai sumber daya manusia dan keuangan. Rumah sakit telah melakukan perubahan pada bidang sumber daya manusia melalui asesment kepegawaian melalui psikotest, wawancara mendalam mengenai minat terhadap kerjaan, dan, lain sebagainya. Kegiatan ini yang dilakukan oleh pihak ke3 yang diundang rumah sakit dalam rangka pembenahan pola kerja dan struktur organisasi yang sesuai dengan kemampuan karyawan. Selain bidang sumber daya manusia rumah sakit melakukan perubahan pada bidang keuangan dalam merancang rencana bisnis, penghitungan biaya operasional, dan, dilakukan audit internal keuangan. Dirasa dokumen yang seharusnya ada sudah cukup menghadapi akreditasi dan saat ini merupakan titik awal perubahan rumah sakit.</p>
-------------------	---	---

Pedoman Wawancara 1

		<p>Harapan yang besar yaitu meningkatkan nilai jual Rumah Sakit Bersalin Asih dimata pasien yang berobat didukung dengan peremajaan sistem kerja yang dikemas secara sistematis, bermutu tinggi yang bertujuan untuk peningkatan jumlah kunjungan rumah sakit. Selain itu ingin mengembalikan reputasi Rumah Sakit Bersalin Asih seperti sedia kala.</p> <ul style="list-style-type: none">- Biaya yang telah dikeluarkan oleh pihak manajemen untuk persiapan akreditasi berkisaran 45 juta rupiah. Nominal yang cukup besar, sekaligus membawa harapan yang besar terhadap perubahan yang seharusnya ditimbulkan waktu-waktu kedepan.- Saat ini dirasakan tim pokja akreditasi telah melakukan persiapan akreditasi dengan sangat baik, persiapan sudah mencapai 95%. Kami telah siap untuk tim assesor datang dan memulai penilaian.
--	--	--



Pedoman Wawancara 2

Gambaran Kecukupan Dokumen Akreditasi Pelayanan Administrasi dan Manajemen 2011

Rumah Sakit Bersalin Asih

A. Karakteristik

Jabatan dalam Pokja Akreditasi :

Pengalaman :

Usia :

Pendidikan :

Jenis Kelamin :

B. Pertanyaan

1. Apasaja strategi yang dilakukan untuk menyelesaikan dokumen-dokumen yang menunjang akreditasi ? (sebutkan dan jelaskan)
2. Bagaimana caranya menyelesaikan dokumen yang menunjang standar 1 pelayanan 1?
3. Bagaimana caranya menyelesaikan dokumen yang menunjang standar 1 pelayanan 2?
4. Bagaimana caranya menyelesaikan dokumen yang menunjang standar 2 pelayanan 1?
5. Bagaimana caranya menyelesaikan dokumen yang menunjang standar 2 pelayanan 2?
6. Bagaimana caranya menyelesaikan dokumen yang menunjang standar 2 pelayanan 3?
7. Bagaimana caranya menyelesaikan dokumen yang menunjang standar 2 pelayanan 4?
8. Bagaimana caranya menyelesaikan dokumen yang menunjang standar 3 pelayanan 1?
9. Bagaimana caranya menyelesaikan dokumen yang menunjang standar 3 pelayanan 2?
10. Bagaimana caranya menyelesaikan dokumen yang menunjang standar 4 pelayanan 1?

11. Bagaimana caranya menyelesaikan dokumen yang menunjang standar 4 pelayanan 2?
12. Bagaimana caranya menyelesaikan dokumen yang menunjang standar 5 pelayanan 1?
13. Bagaimana caranya menyelesaikan dokumen yang menunjang standar 5 pelayanan 2?
14. Bagaimana caranya menyelesaikan dokumen yang menunjang standar 5 pelayanan 3?
15. Bagaimana caranya menyelesaikan dokumen yang menunjang standar 5 pelayanan 4?
16. Bagaimana caranya menyelesaikan dokumen yang menunjang standar 5 pelayanan 5?
17. Bagaimana caranya menyelesaikan dokumen yang menunjang standar 6 pelayanan 1?
18. Bagaimana caranya menyelesaikan dokumen yang menunjang standar 6 pelayanan 2?
19. Bagaimana caranya menyelesaikan dokumen yang menunjang standar 7 pelayanan 1?
20. Bagaimana caranya menyelesaikan dokumen yang menunjang standar 7 pelayanan 2?
21. Bagaimana caranya menyelesaikan dokumen yang menunjang standar 7 pelayanan 3?
22. Bagaimana caranya menyelesaikan dokumen yang menunjang standar 7 pelayanan 4?
23. Apasaja kendala-kendala yang ditemukan pada saat penyelesaian dokumen yang dibutuhkan untuk penilaian akreditasi rumah sakit? (sebutkan dan jelaskan)
24. Menurut saudara apakah ketenagaan dalam tim pokja ini sudah cukup? (Jika belum cukup mohon jelaskan)
25. Apasaja harapan-harapan saudara terhadap Rumah Sakit Bersalin Asih setelah dilakukan akreditasi?
26. Apakah saudara mengetahui bagaimana caranya pendaftaran untuk dilakukannya penilaian oleh asessor akreditasi?
27. Menurut saudara perkiraan besaran biaya yang telah dikeluarkan oleh manajemen dalam proses persiapan akreditasi ini?

Pedoman Wawancara 1

Gambaran Kecukupan Dokumen Akreditasi Pelayanan Administrasi dan Manajemen 2011

Rumah Sakit Bersalin Asih

A. Karakteristik

Jabatan dalam Pokja Akreditasi :

Pengalaman :

Usia :

Pendidikan :

Jenis Kelamin :

B. Pertanyaan

1. Bagaimana pendapat ibu mengenai penilaian akreditasi rumah sakit? Apasaja tujuan rumah sakit mengadakan penilaian akreditasi?
2. Seberapa besar biaya yang dikeluarkan oleh manajemen untuk persiapan akreditasi rumah sakit? Dan seberapa besar harapan rumah sakit terhadap kegiatan ini?
3. Menurut ibu apakah rumah sakit sudah siap dalam menghadapi penilaian akreditasi ini?