PENGANTAR
MANAJEMEN RUMAH SAKIT

MEMBANGUN RUMAH SAKIT UNGGUL, AMAN, BERDAYA SAING,
DAN BERKELANJUTAN BERBASIS NILAI

Oleh: Rudy C Tarumingkeng



ADMINISTRASI DAN TATA KELOLA
Tata kelola yang baik dan akuntabel

PELAYANAN KLINIS & PASIEN
Berorientasi pada keselamatan dan kepuasan pasien

PERENCANAAN STRATEGIS
Visi, misi, dan strategi untuk kinerja unggul

MUTU & KESELAMATAN
Budaya mutu dan keselamatan pasien

KEUANGAN RUMAH SAKIT
Pengelolaan keuangan yang sehat dan berkelanjutan

DIGITAL HEALTH & SIMRS
Transformasi digital untuk layanan terintegrasi

HUKUM & ETIKA
Kepatuhan hukum dan etika profesional

PENDIDIKAN & PENELITIAN
Pengembangan SDM dan inovasi berbasis riset

KERJA SAMA & JARINGAN
Kolaborasi untuk nilai tambah dan kemitraan strategis

KEBERLANJUTAN & LINGKUNGAN
Rumah sakit hijau untuk masa depan yang lestari

Untuk Mahasiswa, Praktisi, dan Profesional Kesehatan

ILMU • INTEGRITAS • PELAYANAN
Mengelola dengan Ilmu, Melayani dengan Hati

BERDASARKAN PRINSIP GOOD HOSPITAL GOVERNANCE

Oleh:
Prof Ir Rudy C Tarumingkeng, PhD
Professor of Management NUP: 9903252922
Professor Emeritus, IPB-University
Anggota MPR-RI, 1982-1987
Rektor, Universitas Cenderawasih, Papua (1978-1988, dan
Rektor, Kampus AGRO Manokwari sekarang Universitas Papua Manokwari
Coordinator, CIDA/DIKTI SFU Burnaby BC Canada 1988-1991
Rektor, Universitas Kristen Krida Wacana, Jakarta (1991-2000)
Ketua, Dewan Guru Besar, IPB-University, Bogor (2005-2006)
AI - Data Analyst, dan Ketua, Senat Akademik, IBM-ASMI, Jakarta 2024-

---

© RudyCT Academic Series
rudyct75@gmail.com
18 Juni 2026

PENGANTAR MANAJEMEN RUMAH SAKIT

Kata Pengantar ******

Rumah sakit adalah organisasi pelayanan publik yang sangat kompleks. Ia bukan hanya tempat dokter, perawat, apoteker, analis laboratorium, radiografer, administrator, dan manajer bekerja secara bersama, tetapi juga sebuah sistem sosial-teknis yang harus mengintegrasikan ilmu kedokteran, etika, teknologi, keuangan, hukum, logistik, komunikasi, keselamatan pasien, dan tata kelola organisasi. Berbeda dari organisasi bisnis biasa, rumah sakit menghadapi konsekuensi moral yang sangat tinggi: kesalahan manajerial dapat memengaruhi keselamatan, martabat, bahkan kehidupan pasien.

Dalam konteks Indonesia, manajemen rumah sakit perlu dipahami dalam kerangka sistem kesehatan nasional, regulasi kesehatan, akreditasi, Jaminan Kesehatan Nasional, transformasi digital, dan tuntutan mutu pelayanan. UU No. 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan serta PP No. 28 Tahun 2024 sebagai peraturan pelaksana menjadi bagian penting dari lanskap kebijakan kesehatan modern di Indonesia. Akreditasi rumah sakit juga terus diarahkan untuk memperkuat mutu, keselamatan pasien, tata kelola klinis, dan tata kelola organisasi. (Ministry of Health Indonesia)

Secara internasional, mutu pelayanan kesehatan lazim dipahami melalui prinsip pelayanan yang efektif, aman, berpusat pada manusia, tepat waktu, adil, terintegrasi, dan efisien. WHO menekankan bahwa keselamatan pasien merupakan agenda global untuk mengurangi bahaya yang dapat dicegah dalam pelayanan kesehatan, sementara transformasi digital diarahkan untuk memperkuat sistem kesehatan melalui pemanfaatan teknologi secara strategis. (World Health Organization)

Buku **"Pengantar Manajemen Rumah Sakit"** ini dirancang sebagai buku dasar bagi mahasiswa manajemen, administrasi rumah sakit, kesehatan

masyarakat, kedokteran, keperawatan, serta para praktisi yang ingin memahami rumah sakit bukan hanya sebagai fasilitas pelayanan medis, tetapi sebagai organisasi strategis yang harus dikelola secara profesional, etis, adaptif, dan berkelanjutan.

Rumah sakit yang baik bukan hanya rumah sakit yang banyak pasiennya, besar gedungnya, atau canggih alatnya. Rumah sakit yang baik adalah rumah sakit yang mampu mengelola ilmu, manusia, teknologi, biaya, risiko, etika, dan kepercayaan publik secara terpadu.

Buku **"Pengantar Manajemen Rumah Sakit"** ini dapat dikembangkan menjadi buku ajar, modul kuliah, bahan pelatihan manajemen rumah sakit, atau referensi bagi mahasiswa S2 manajemen, administrasi rumah sakit, kesehatan masyarakat, dan praktisi pelayanan kesehatan. Titik tekan utamanya adalah bahwa rumah sakit harus dikelola sebagai organisasi profesional yang berjiwa kemanusiaan: efisien tetapi tidak dingin, modern tetapi tetap etis, berbasis data tetapi tetap menghargai martabat manusia.

Daftar Isi ******

Kata Pengantar

Daftar Isi

Bab 1. Hakikat, Fungsi, dan Peran Rumah Sakit dalam Sistem Kesehatan

Bab 2. Sistem Kesehatan, Regulasi, Akreditasi, dan Tata Kelola Rumah Sakit

Bab 3. Perencanaan Strategis dan Model Bisnis Rumah Sakit

Bab 4. Struktur Organisasi, Kepemimpinan, dan Manajemen SDM Rumah Sakit

Bab 5. Manajemen Pelayanan Klinis dan Pelayanan Berpusat pada Pasien

Bab 6. Manajemen Mutu, Keselamatan Pasien, dan Risiko Rumah Sakit

Bab 7. Manajemen Keuangan, Tarif, Klaim, dan Keberlanjutan Rumah Sakit

Bab 8. Manajemen Operasional: Fasilitas, Logistik, Farmasi, Rekam Medis, dan Rantai Pasok

Bab 9. Digitalisasi, SIMRS, Data, AI, dan Transformasi Rumah Sakit

Bab 10. Etika, Komunikasi Publik, Ketahanan Krisis, dan Masa Depan Manajemen Rumah Sakit

Bab 11. Manajemen Pemasaran, Pengalaman Pasien, dan Reputasi Rumah Sakit

Bab 12. Manajemen Rumah Sakit Pendidikan, Riset, dan Inovasi Klinis

Bab 13. Manajemen Jejaring, Rujukan, Kemitraan, dan Ekosistem Kesehatan

Bab 14. Manajemen Hukum, Medikolegal, dan Perlindungan Hak Pasien

Bab 15. Green Hospital, ESG, dan Keberlanjutan Lingkungan Rumah Sakit

Refleksi sebagai Penutup

Copilot for this article: ChatGPT, Access date: 18 Juni 2026. Author's account (Rudy C Tarumingkeng). https://chatgpt.com/c/6a33afd4-d90c-83ec-9d86-d47f06c853ee



BAB 1
HAKIKAT, FUNGSI, DAN PERAN RUMAH SAKIT DALAM SISTEM KESEHATAN

Oleh: Rudy C Tarumingkeng

1 Hakikat Rumah Sakit



- Institusi pelayanan kesehatan yang kompleks
- Pusat layanan spesialistik dan subspesialistik
- Organisasi sosial-teknis: manusia, proses, teknologi
- Berorientasi pada keselamatan, mutu, dan kemanusiaan

2 Fungsi Utama Rumah Sakit

- **Promotif** – edukasi dan peningkatan kesehatan
- **Preventif** – pencegahan penyakit dan komplikasi
- **Kuratif** – diagnosis, terapi, dan tindakan medis
- **Rehabilitatif** – pemulihan fungsi pasien
- **Pendidikan** – pembelajaran tenaga kesehatan
- **Penelitian** – pengembangan ilmu dan inovasi

3 Peran dalam Sistem Kesehatan

- Simpul rujukan
- Penanganan kasus akut dan kompleks
- Pusat data dan informasi kesehatan
- Pendukung *Universal Health Coverage*
- Garda depan saat krisis dan bencana
- Institusi kepercayaan publik

4 Rumah Sakit sebagai Sistem

INPUTS	PROCESS	OUTPUTS	OUTCOMES
SDM • fasilitas • alat • obat • data • pembiayaan	pelayanan klinis • keperawatan • farmasi • laboratorium • administrasi	pasien dilayani • tindakan • rawat inap • rujukan balik	keselamatan pasien • mutu layanan • kepuasan • efisiensi

5 Prinsip Rumah Sakit Modern

- Efektif
- Aman
- Berpusat pada pasien
- Tepat waktu
- Adil
- Terintegrasi
- Efisien

6 Tantangan Kontemporer

- Perubahan demografi dan penyakit kronis
- Tekanan biaya dan pembiayaan kesehatan
- Transformasi digital dan AI
- Kualitas layanan dan keselamatan pasien
- Ekspektasi publik yang terus meningkat

Intinya: Rumah sakit bukan sekadar tempat berobat, melainkan organisasi strategis yang mengintegrasikan pelayanan, pendidikan, penelitian, teknologi, etika, dan tanggung jawab sosial.

Bab 1. Hakikat, Fungsi, dan Peran Rumah Sakit dalam Sistem Kesehatan ******

Abstrak

Rumah sakit merupakan salah satu institusi paling kompleks dalam sistem kesehatan modern. Ia tidak hanya berfungsi sebagai tempat penyembuhan penyakit, tetapi juga sebagai organisasi sosial, profesional, ilmiah, ekonomi, teknologi, dan etis yang harus dikelola secara terpadu. Dalam sistem kesehatan, rumah sakit berperan sebagai pusat pelayanan kesehatan spesialistik dan subspesialistik, simpul rujukan, pusat pendidikan tenaga kesehatan, pusat penelitian klinis, serta institusi strategis dalam menghadapi krisis kesehatan, bencana, dan perubahan demografi. Menurut WHO, rumah sakit melengkapi dan memperkuat bagian lain dari sistem kesehatan dengan menyediakan layanan berkelanjutan untuk kondisi akut dan kompleks, serta menjadi elemen penting dalam pencapaian Universal Health Coverage dan Sustainable Development Goals. (World Health Organization)

Dalam konteks Indonesia, peran rumah sakit ditegaskan dalam Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan, yang menyatakan bahwa rumah sakit menyelenggarakan pelayanan kesehatan perseorangan dalam bentuk spesialistik dan/atau subspesialistik, dapat memberikan pelayanan kesehatan dasar, serta dapat menjalankan fungsi pendidikan dan penelitian di bidang kesehatan. (Perpajakan DDTC) Bab ini membahas hakikat rumah sakit sebagai sistem sosial-teknis, fungsi-fungsi utamanya, relasinya dengan sistem kesehatan nasional, serta tantangan manajerial yang muncul akibat perubahan epidemiologi, transformasi digital, tuntutan mutu, keselamatan pasien, pembiayaan kesehatan, dan meningkatnya ekspektasi masyarakat. Dengan memahami bab ini, pembaca diharapkan

mampu melihat rumah sakit bukan sekadar sebagai fasilitas pelayanan medis, tetapi sebagai organisasi strategis yang memadukan ilmu kedokteran, manajemen, etika, teknologi, dan tanggung jawab sosial.

Kata Kunci

Rumah sakit; manajemen rumah sakit; sistem kesehatan; pelayanan kesehatan; mutu layanan; keselamatan pasien; sistem rujukan; tata kelola rumah sakit; pelayanan berpusat pada pasien; Universal Health Coverage; organisasi sosial-teknis.

1.1 Pendahuluan

Rumah sakit adalah salah satu institusi yang paling dikenal masyarakat, tetapi sering kali paling kurang dipahami dari sisi manajerial. Bagi masyarakat umum, rumah sakit adalah tempat untuk mencari pertolongan ketika seseorang sakit, mengalami kecelakaan, membutuhkan operasi, melahirkan, menjalani pemeriksaan laboratorium, atau memperoleh perawatan intensif. Namun, bagi ilmu manajemen, rumah sakit jauh lebih kompleks daripada sekadar tempat berobat. Rumah sakit adalah organisasi yang bekerja dua puluh empat jam sehari, tujuh hari seminggu, dengan tingkat risiko tinggi, kebutuhan koordinasi lintas profesi, tekanan emosional besar, serta konsekuensi moral yang sangat serius.

Sebuah rumah sakit mengelola berbagai jenis sumber daya: dokter, perawat, bidan, apoteker, tenaga laboratorium, radiografer, ahli gizi, tenaga rekam medis, petugas administrasi, petugas keuangan, petugas kebersihan, keamanan, teknisi alat kesehatan, manajer, direksi, komite medik, komite keperawatan, komite mutu, dan berbagai unit pendukung lain. Semua sumber daya ini harus bekerja dalam satu sistem yang terkoordinasi agar

pasien memperoleh pelayanan yang aman, bermutu, manusiawi, tepat waktu, dan dapat dipertanggungjawabkan.

Rumah sakit juga berbeda dari organisasi bisnis biasa karena produk utamanya bukan barang, melainkan layanan kesehatan yang menyangkut kehidupan manusia. Kesalahan dalam produksi barang mungkin dapat diperbaiki melalui penggantian produk, perbaikan layanan purna jual, atau kompensasi finansial. Namun, kesalahan dalam pelayanan rumah sakit dapat menyebabkan cedera, kecacatan, trauma psikologis, bahkan kematian. Karena itu, manajemen rumah sakit harus memadukan efisiensi organisasi dengan prinsip kehati-hatian klinis, keselamatan pasien, dan etika profesi.

Di sinilah letak pentingnya memahami hakikat rumah sakit. Rumah sakit bukan hanya kumpulan gedung, ruang rawat, kamar operasi, laboratorium, apotek, dan alat kesehatan. Rumah sakit adalah sistem kehidupan organisasi. Di dalamnya terdapat interaksi antara ilmu kedokteran, teknologi, budaya organisasi, regulasi, nilai kemanusiaan, kepentingan ekonomi, harapan pasien, dan tanggung jawab sosial. Rumah sakit modern harus dikelola sebagai organisasi yang cerdas, adaptif, akuntabel, serta berpusat pada pasien dan masyarakat.

WHO menjelaskan bahwa rumah sakit melengkapi dan memperkuat efektivitas bagian lain dari sistem kesehatan dengan menyediakan layanan yang terus tersedia bagi kondisi akut dan kompleks, serta mengonsentrasikan sumber daya langka dalam jejaring rujukan yang direncanakan dengan baik. (World Health Organization) Pernyataan ini penting karena menempatkan rumah sakit bukan sebagai entitas yang berdiri sendiri, melainkan sebagai bagian dari ekosistem kesehatan yang lebih luas. Rumah sakit perlu terhubung dengan layanan primer, puskesmas, klinik, fasilitas rujukan, laboratorium, apotek, sistem pembiayaan, pemerintah, komunitas, dan institusi pendidikan.

Dengan demikian, memahami rumah sakit berarti memahami hubungan antara organisasi pelayanan kesehatan dan sistem kesehatan secara

keseluruhan. Rumah sakit yang baik bukan hanya rumah sakit yang memiliki dokter spesialis banyak, alat canggih, atau gedung besar. Rumah sakit yang baik adalah rumah sakit yang mampu memberikan nilai kesehatan bagi pasien dan masyarakat melalui pelayanan yang efektif, aman, adil, efisien, terintegrasi, dan berpusat pada manusia. WHO menyebut layanan kesehatan bermutu sebagai layanan yang efektif, aman, berpusat pada manusia, tepat waktu, adil, terintegrasi, dan efisien. (World Health Organization)

Bab ini menjadi fondasi bagi seluruh pembahasan buku **"Pengantar Manajemen Rumah Sakit"**. Bab-bab berikutnya akan membahas regulasi, tata kelola, strategi, SDM, pelayanan klinis, mutu, keuangan, operasional, digitalisasi, etika, dan masa depan rumah sakit. Namun, semua pembahasan tersebut bertumpu pada satu pertanyaan dasar: **apa hakikat rumah sakit dan mengapa rumah sakit perlu dikelola secara profesional?**

1.2 Definisi Rumah Sakit

Secara sederhana, rumah sakit dapat didefinisikan sebagai institusi pelayanan kesehatan yang menyediakan layanan medis, keperawatan, diagnostik, terapeutik, rehabilitatif, dan sering kali juga layanan pendidikan serta penelitian. Rumah sakit biasanya memiliki fasilitas rawat inap, tenaga medis yang tersedia secara berkelanjutan, serta kemampuan menangani kondisi klinis yang lebih kompleks dibanding fasilitas pelayanan kesehatan dasar.

Salah satu definisi yang sering digunakan menyatakan bahwa suatu institusi dapat disebut rumah sakit apabila memiliki staf medis tetap, menyediakan akomodasi rawat inap, serta memberikan pelayanan medis dan keperawatan aktif. CDC mengutip definisi WHO bahwa rumah sakit adalah institusi yang secara permanen memiliki setidaknya satu dokter,

mampu menyediakan akomodasi rawat inap, serta menyediakan pelayanan medis dan keperawatan aktif. (CDC) Definisi ini menekankan tiga unsur pokok: keberadaan tenaga profesional, fasilitas rawat inap, dan pelayanan medis-keperawatan.

Dalam konteks hukum Indonesia, rumah sakit ditempatkan sebagai fasilitas pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perseorangan secara spesialistik dan/atau subspesialistik. UU No. 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan menegaskan bahwa rumah sakit dapat pula memberikan pelayanan kesehatan dasar serta menyelenggarakan fungsi pendidikan dan penelitian di bidang kesehatan. (Perpajakan DDTC) Dengan demikian, rumah sakit di Indonesia memiliki tiga dimensi penting: pelayanan, pendidikan, dan penelitian.

Definisi rumah sakit dapat dipahami dari beberapa perspektif.

Pertama, dari perspektif **medis**, rumah sakit adalah tempat diagnosis, terapi, perawatan, rehabilitasi, dan pemantauan kesehatan. Di dalamnya terdapat proses klinis mulai dari anamnesis, pemeriksaan fisik, pemeriksaan penunjang, penetapan diagnosis, pemberian terapi, tindakan medis, keperawatan, hingga evaluasi hasil perawatan.

Kedua, dari perspektif **manajerial**, rumah sakit adalah organisasi kompleks yang harus mengelola strategi, struktur, sumber daya manusia, keuangan, logistik, teknologi informasi, mutu, risiko, dan hubungan dengan pemangku kepentingan. Rumah sakit tidak dapat berjalan hanya dengan keahlian klinis; ia membutuhkan sistem manajemen yang kuat.

Ketiga, dari perspektif **sosial**, rumah sakit adalah institusi kepercayaan publik. Masyarakat datang ke rumah sakit dalam keadaan rentan, cemas, sakit, atau menghadapi ketidakpastian. Mereka menyerahkan sebagian besar keputusan teknis kepada tenaga kesehatan. Karena itu, rumah sakit harus menjaga kepercayaan, transparansi, dan martabat manusia.

Keempat, dari perspektif **ekonomi**, rumah sakit adalah organisasi dengan biaya tinggi. Ia harus membayar tenaga profesional, membeli obat, alat

kesehatan, bahan medis habis pakai, membangun gedung, memelihara peralatan, mengelola teknologi informasi, dan memenuhi standar keselamatan. Namun, rumah sakit tidak boleh hanya dilihat sebagai entitas bisnis karena ia memikul misi sosial.

Kelima, dari perspektif **etika**, rumah sakit adalah ruang moral. Di rumah sakit terjadi keputusan-keputusan yang menyentuh hidup dan mati, prioritas sumber daya, kerahasiaan data pasien, informed consent, keadilan akses, dan penghormatan terhadap nilai pasien. Karena itu, rumah sakit harus memiliki tata kelola etis yang kuat.

Dari berbagai perspektif tersebut, rumah sakit dapat dirumuskan sebagai **organisasi pelayanan kesehatan yang menyediakan layanan klinis terintegrasi, dikelola secara profesional, berbasis ilmu pengetahuan dan etika, serta berperan dalam peningkatan derajat kesehatan individu dan masyarakat**.

1.3 Evolusi Rumah Sakit: Dari Lembaga Sosial ke Organisasi Kompleks

Secara historis, rumah sakit pada awalnya berkembang sebagai lembaga sosial dan keagamaan. Banyak rumah sakit di berbagai negara lahir dari misi kemanusiaan, pelayanan sosial, karitas, dan pengabdian terhadap kelompok rentan. Rumah sakit awal sering kali menjadi tempat merawat orang miskin, musafir, lansia, atau orang sakit yang tidak memiliki dukungan keluarga. Pada tahap ini, rumah sakit lebih dipahami sebagai tempat perawatan sosial daripada pusat teknologi kedokteran.

Perkembangan ilmu kedokteran, mikrobiologi, anestesi, pembedahan, radiologi, farmakologi, dan keperawatan modern mengubah wajah rumah sakit. Rumah sakit menjadi pusat intervensi klinis yang semakin canggih. Kamar operasi, laboratorium, bank darah, unit gawat darurat, unit perawatan intensif, radiologi, farmasi, dan unit rehabilitasi berkembang sebagai bagian integral dari pelayanan rumah sakit.

Pada abad ke-20, rumah sakit semakin menjadi organisasi profesional. Standar profesi, pendidikan kedokteran, sertifikasi tenaga kesehatan, sistem rekam medis, manajemen mutu, dan pembiayaan kesehatan berkembang pesat. Rumah sakit tidak lagi cukup dikelola berdasarkan niat baik. Ia membutuhkan manajemen berbasis ilmu, regulasi, standar, dan akuntabilitas.

Pada abad ke-21, kompleksitas rumah sakit semakin meningkat. Penyakit menular masih menjadi tantangan, tetapi penyakit tidak menular seperti diabetes, hipertensi, kanker, penyakit jantung, stroke, gagal ginjal, penyakit paru kronik, dan gangguan kesehatan mental semakin dominan. Penduduk menua, teknologi medis makin mahal, ekspektasi pasien meningkat, pembiayaan kesehatan menjadi lebih rumit, dan transformasi digital mengubah pola pelayanan.

Rumah sakit modern kini dituntut menjadi organisasi yang mampu mengelola **continuum of care**, yaitu kesinambungan pelayanan dari promosi kesehatan, pencegahan, diagnosis dini, terapi, rehabilitasi, perawatan jangka panjang, hingga pelayanan paliatif. Rumah sakit tidak lagi boleh hanya menunggu pasien datang dalam kondisi berat. Ia perlu berkolaborasi dengan layanan primer, komunitas, keluarga, dan teknologi digital untuk membangun sistem kesehatan yang lebih preventif dan terintegrasi.

Perubahan ini menggeser cara pandang terhadap rumah sakit. Rumah sakit masa lalu cenderung bersifat reaktif: pasien sakit datang, rumah sakit mengobati. Rumah sakit masa depan harus lebih proaktif: mengenali risiko kesehatan masyarakat, mengelola pasien kronis, memanfaatkan data, melakukan edukasi kesehatan, mendukung pencegahan, dan menjaga kesinambungan pelayanan.

1.4 Rumah Sakit sebagai Sistem Sosial-Teknis

Salah satu cara terbaik memahami rumah sakit adalah melihatnya sebagai **sistem sosial-teknis**. Artinya, rumah sakit terdiri dari dua unsur yang saling berkaitan: unsur sosial dan unsur teknis.

Unsur sosial mencakup manusia, profesi, kepemimpinan, budaya organisasi, komunikasi, nilai, etika, kepercayaan, relasi pasien-keluarga-tenaga kesehatan, dan dinamika kekuasaan dalam organisasi. Unsur teknis mencakup alat kesehatan, obat, laboratorium, radiologi, sistem informasi, prosedur klinis, standar operasional, rekam medis, protokol keselamatan, dan infrastruktur fisik.

Kedua unsur ini tidak dapat dipisahkan. Teknologi yang canggih tidak akan menghasilkan pelayanan bermutu bila budaya organisasi buruk. Sebaliknya, tenaga kesehatan yang berdedikasi tidak akan mampu bekerja optimal bila sistem informasi lemah, alat sering rusak, obat tidak tersedia, atau alur pelayanan tidak jelas.

Sebagai contoh, rumah sakit dapat memiliki sistem rekam medis elektronik yang mahal. Namun, apabila dokter dan perawat tidak dilatih dengan baik, alur dokumentasi tidak sederhana, jaringan sering bermasalah, dan manajemen tidak menggunakan data untuk pengambilan keputusan, maka sistem tersebut hanya menjadi beban administratif. Sebaliknya, sistem digital yang dirancang sesuai kebutuhan klinis dapat mempercepat pelayanan, mengurangi kesalahan, memperbaiki klaim, dan meningkatkan keselamatan pasien.

Rumah sakit juga merupakan sistem yang penuh ketergantungan antarunit. Kinerja IGD dipengaruhi oleh ketersediaan tempat tidur rawat inap, respons laboratorium, kesiapan radiologi, kecepatan farmasi, keputusan dokter jaga, dan proses administrasi. Kinerja kamar operasi dipengaruhi oleh jadwal dokter, kesiapan anestesi, sterilisasi alat, ketersediaan darah, farmasi, ruang pemulihan, dan perawat bedah. Kinerja rawat inap dipengaruhi oleh visite dokter, keperawatan, gizi, farmasi, rekam medis, kebersihan, dan komunikasi keluarga.

Karena itu, masalah rumah sakit jarang bersifat tunggal. Keluhan pasien tentang waktu tunggu panjang, misalnya, tidak selalu disebabkan oleh petugas pendaftaran yang lambat. Penyebabnya dapat berupa jadwal dokter tidak disiplin, kuota pasien tidak realistis, sistem antrean buruk, rekam medis belum siap, pembayaran lambat, ruang tunggu tidak memadai, atau kurangnya informasi kepada pasien.

Pendekatan sistem membantu manajemen rumah sakit menghindari kebiasaan menyalahkan individu secara sempit. Dalam banyak kasus, kesalahan individu terjadi dalam sistem yang tidak mendukung. Budaya keselamatan pasien mengajarkan bahwa organisasi harus belajar dari insiden, bukan hanya mencari kambing hitam. WHO menyatakan bahwa Global Patient Safety Action Plan 2021–2030 bertujuan memberi arah strategis untuk menghilangkan bahaya yang dapat dihindari dalam pelayanan kesehatan dan meningkatkan keselamatan pasien. (World Health Organization)

Dengan memahami rumah sakit sebagai sistem sosial-teknis, manajer rumah sakit dapat melihat hubungan antara struktur, proses, budaya, teknologi, dan hasil pelayanan. Inilah dasar penting bagi manajemen rumah sakit modern.

1.5 Fungsi Utama Rumah Sakit

Rumah sakit memiliki sejumlah fungsi utama yang saling berkaitan. Fungsi-fungsi ini dapat dikelompokkan menjadi fungsi pelayanan, pendidikan, penelitian, rujukan, sosial, ekonomi, dan kesiapsiagaan krisis.

1.5.1 Fungsi Pelayanan Kesehatan

Fungsi utama rumah sakit adalah memberikan pelayanan kesehatan kepada individu. Pelayanan ini mencakup pelayanan promotif, preventif, kuratif, rehabilitatif, dan paliatif, meskipun intensitas masing-masing fungsi berbeda antarjenis rumah sakit.

Pelayanan **promotif** adalah upaya meningkatkan kesadaran, pengetahuan, dan perilaku sehat. Rumah sakit dapat melakukan edukasi tentang pola makan sehat, pencegahan penyakit jantung, pengendalian diabetes, kesehatan ibu dan anak, kesehatan lansia, dan deteksi dini kanker.

Pelayanan **preventif** adalah upaya mencegah penyakit atau komplikasi. Rumah sakit dapat melakukan skrining kesehatan, imunisasi tertentu, pencegahan infeksi, pemeriksaan berkala bagi kelompok risiko tinggi, dan edukasi pencegahan kekambuhan penyakit kronis.

Pelayanan **kuratif** adalah pelayanan penyembuhan penyakit. Inilah fungsi yang paling sering diasosiasikan dengan rumah sakit, seperti pemeriksaan dokter, pemberian obat, operasi, perawatan intensif, transfusi, tindakan endoskopi, kemoterapi, hemodialisis, dan berbagai intervensi klinis lain.

Pelayanan **rehabilitatif** adalah upaya memulihkan fungsi pasien setelah sakit atau cedera. Contohnya fisioterapi setelah stroke, rehabilitasi pascaoperasi ortopedi, terapi okupasi, rehabilitasi jantung, atau terapi wicara.

Pelayanan **paliatif** adalah pelayanan yang berfokus pada kualitas hidup pasien dengan penyakit serius atau terminal. Pelayanan ini tidak hanya mengurus nyeri fisik, tetapi juga penderitaan psikologis, sosial, dan spiritual.

Dalam praktiknya, rumah sakit sering lebih kuat pada fungsi kuratif. Namun, rumah sakit masa depan perlu memperkuat fungsi promotif, preventif, rehabilitatif, dan paliatif agar tidak hanya menjadi “pabrik pengobatan”, tetapi pusat perawatan manusia secara utuh.

1.5.2 Fungsi Pendidikan

Rumah sakit juga memiliki fungsi pendidikan. Banyak rumah sakit menjadi tempat pendidikan dokter, dokter spesialis, perawat, bidan, apoteker, tenaga laboratorium, tenaga gizi, manajemen rumah sakit, kesehatan masyarakat, dan profesi kesehatan lain. Rumah sakit pendidikan menjadi jembatan antara ilmu dan praktik.

Fungsi pendidikan rumah sakit tidak hanya berlaku bagi mahasiswa. Rumah sakit juga harus menjadi organisasi pembelajar bagi tenaga kesehatannya sendiri. Ilmu kedokteran berubah sangat cepat. Obat baru, panduan klinis baru, teknologi baru, dan standar keselamatan baru terus berkembang. Karena itu, rumah sakit harus membangun sistem pendidikan berkelanjutan, pelatihan kompetensi, kredensial, audit klinis, diskusi kasus, konferensi mortalitas-morbiditas, dan pembelajaran dari insiden.

Rumah sakit yang tidak belajar akan tertinggal. Dalam lingkungan kesehatan modern, pengetahuan lama dapat dengan cepat menjadi tidak memadai. Karena itu, fungsi pendidikan melekat pada fungsi mutu.

1.5.3 Fungsi Penelitian

Rumah sakit merupakan tempat penting untuk penelitian klinis, penelitian layanan kesehatan, penelitian manajemen rumah sakit, penelitian epidemiologi klinis, penelitian keselamatan pasien, dan penelitian implementasi. Data rumah sakit dapat memberikan informasi penting tentang pola penyakit, efektivitas terapi, beban biaya, lama rawat, angka infeksi, readmission, kepuasan pasien, dan efektivitas proses pelayanan.

Namun, penelitian di rumah sakit harus dilakukan dengan prinsip etik yang ketat. Pasien bukan objek eksperimen sembarangan. Penelitian harus memperoleh persetujuan etik, menjaga kerahasiaan data, menghormati hak pasien, dan memastikan manfaat ilmiah maupun sosial.

Dalam konteks manajemen, penelitian rumah sakit dapat menjawab pertanyaan praktis, misalnya: mengapa waktu tunggu rawat jalan panjang? Mengapa klaim sering tertunda? Mengapa pasien rawat inap tidak puas? Mengapa angka infeksi luka operasi meningkat? Mengapa tenaga perawat mengalami burnout? Mengapa pasien diabetes sering kembali ke IGD? Pertanyaan-pertanyaan seperti ini menunjukkan bahwa penelitian rumah sakit tidak selalu harus berupa uji klinis obat, tetapi juga dapat berupa penelitian sistem pelayanan.

1.5.4 Fungsi Rujukan

Rumah sakit merupakan simpul penting dalam sistem rujukan. Tidak semua masalah kesehatan dapat diselesaikan di layanan primer. Puskesmas, klinik, dan dokter praktik mandiri membutuhkan rumah sakit sebagai tempat rujukan untuk kasus yang membutuhkan pemeriksaan lanjutan, tindakan spesialistik, rawat inap, operasi, atau perawatan intensif.

Sistem rujukan yang baik harus menjamin bahwa pasien dirujuk ke fasilitas yang tepat, pada waktu yang tepat, dengan informasi klinis yang cukup, dan memperoleh tindak lanjut setelah kembali ke fasilitas asal. Rujukan bukan sekadar memindahkan pasien, tetapi memindahkan tanggung jawab klinis secara aman dan terkoordinasi.

Masalah rujukan sering terjadi ketika komunikasi antar fasilitas lemah. Pasien dapat datang ke rumah sakit tanpa surat rujukan yang memadai, hasil pemeriksaan tidak lengkap, obat sebelumnya tidak jelas, atau keluarga tidak memahami alasan rujukan. Sebaliknya, setelah pasien selesai dirawat di rumah sakit, informasi balik ke fasilitas primer sering kurang lengkap. Akibatnya, kesinambungan perawatan terganggu.

Rumah sakit harus memahami dirinya sebagai bagian dari jaringan pelayanan, bukan pusat yang terisolasi. Dalam sistem kesehatan yang baik, rumah sakit dan layanan primer saling melengkapi.

1.5.5 Fungsi Sosial

Rumah sakit memiliki fungsi sosial karena pelayanan kesehatan berkaitan dengan hak dasar manusia. Masyarakat datang ke rumah sakit dalam kondisi rentan. Sebagian pasien memiliki keterbatasan ekonomi, pendidikan, transportasi, dukungan keluarga, atau literasi kesehatan. Rumah sakit tidak boleh hanya melayani mereka yang mampu membayar, tetapi harus memperhatikan prinsip keadilan akses.

Fungsi sosial rumah sakit tampak dalam pelayanan gawat darurat, pelayanan bagi kelompok miskin, dukungan terhadap program pemerintah, edukasi masyarakat, kegiatan bakti sosial, kesiapsiagaan bencana, dan perlindungan kelompok rentan. Namun, fungsi sosial ini

harus dikelola secara realistis agar tidak menghancurkan keberlanjutan finansial rumah sakit.

Tantangan manajemen adalah menyeimbangkan misi sosial dan kelangsungan organisasi. Rumah sakit yang terlalu komersial dapat kehilangan legitimasi moral. Sebaliknya, rumah sakit yang tidak mengelola keuangan dengan baik dapat kehilangan kemampuan melayani.

1.5.6 Fungsi Ekonomi

Rumah sakit juga merupakan entitas ekonomi. Ia menciptakan lapangan kerja, membeli barang dan jasa, menggerakkan industri farmasi, alat kesehatan, makanan, laundry, teknologi informasi, konstruksi, asuransi, transportasi, dan pendidikan. Rumah sakit besar dapat menjadi salah satu penggerak ekonomi lokal.

Namun, fungsi ekonomi rumah sakit harus ditempatkan dalam kerangka etika pelayanan kesehatan. Pendapatan rumah sakit seharusnya menjadi sarana mempertahankan mutu, memperbaiki fasilitas, membayar tenaga kesehatan secara layak, dan memperluas akses, bukan semata-mata tujuan akhir.

Dalam pendekatan value-based health care, nilai layanan kesehatan dipahami sebagai hasil kesehatan yang dicapai dibandingkan dengan biaya yang dikeluarkan. Porter menyatakan bahwa tujuan utama pelayanan kesehatan seharusnya adalah menciptakan nilai bagi pasien, dengan nilai didefinisikan sebagai hasil kesehatan yang dicapai per biaya yang dikeluarkan. (New England Journal of Medicine) Konsep ini penting bagi rumah sakit karena menuntut keseimbangan antara mutu klinis dan efisiensi biaya.

1.5.7 Fungsi Kesiapsiagaan Krisis

Rumah sakit juga berperan penting dalam krisis kesehatan, bencana alam, wabah, kecelakaan massal, konflik sosial, dan kedaruratan lainnya. Pada saat krisis, rumah sakit menjadi garis depan penyelamatan jiwa. Kesiapsiagaan rumah sakit mencakup sistem komando darurat, triase

massal, stok obat dan bahan medis, ketersediaan oksigen, tenaga cadangan, komunikasi publik, rujukan, dan perlindungan tenaga kesehatan.

Pandemi COVID-19 memperlihatkan bahwa rumah sakit bukan hanya fasilitas klinis, tetapi institusi strategis dalam ketahanan nasional. Rumah sakit yang memiliki sistem manajemen krisis, data yang baik, logistik kuat, dan kepemimpinan adaptif lebih mampu bertahan dibanding rumah sakit yang reaktif.

1.6 Peran Rumah Sakit dalam Sistem Kesehatan

Sistem kesehatan terdiri dari berbagai komponen: kebijakan, pembiayaan, tenaga kesehatan, informasi kesehatan, obat dan teknologi, pelayanan kesehatan, tata kelola, serta masyarakat. Rumah sakit berada dalam interaksi dengan semua komponen tersebut.

WHO menempatkan tata kelola sistem kesehatan sebagai proses, struktur, dan institusi yang mengawasi serta mengelola sistem kesehatan, termasuk hubungan antara pemerintah, penyedia layanan, pasien, keluarga, komunitas, masyarakat sipil, dan sektor swasta. (World Health Organization) Dalam perspektif ini, rumah sakit adalah salah satu aktor utama dalam tata kelola kesehatan.

Peran rumah sakit dalam sistem kesehatan dapat dijelaskan melalui beberapa fungsi strategis berikut.

1.6.1 Rumah Sakit sebagai Pusat Pelayanan Rujukan

Dalam sistem berjenjang, layanan primer menangani sebagian besar kebutuhan kesehatan dasar, sedangkan rumah sakit menangani kasus yang membutuhkan keahlian, fasilitas, atau teknologi lebih tinggi. Dengan demikian, rumah sakit berperan sebagai pusat rujukan untuk kasus kompleks.

Namun, sistem rujukan yang tidak efektif dapat menyebabkan dua masalah. Pertama, rumah sakit menjadi terlalu penuh oleh kasus yang sebenarnya dapat ditangani di layanan primer. Kedua, pasien yang benar-benar membutuhkan layanan spesialistik dapat terlambat mendapat perawatan karena jalur rujukan tidak efisien.

Rumah sakit harus bekerja sama dengan layanan primer agar rujukan berjalan efektif. Kolaborasi ini mencakup standardisasi kriteria rujukan, komunikasi klinis, rujukan balik, edukasi pasien, dan penggunaan teknologi informasi.

1.6.2 Rumah Sakit sebagai Pusat Penanganan Kondisi Akut dan Kompleks

Kondisi akut seperti serangan jantung, stroke, trauma, sepsis, gagal napas, perdarahan hebat, komplikasi persalinan, dan kecelakaan membutuhkan respons cepat. Artikel Hirshon dan kolega menekankan pentingnya sistem acute care dalam sistem kesehatan karena kondisi akut berkontribusi besar terhadap kebutuhan pelayanan dan memerlukan pengakuan lebih kuat dalam kebijakan kesehatan. (Iris)

Rumah sakit memiliki peran penting karena menyediakan IGD, ICU, kamar operasi, bank darah, radiologi, laboratorium, dan tenaga spesialis yang diperlukan untuk menangani kondisi tersebut. Kecepatan dan koordinasi menjadi penentu keselamatan pasien. Dalam kondisi stroke, misalnya, waktu adalah jaringan otak. Dalam infark miokard, waktu adalah otot jantung. Dalam sepsis, keterlambatan terapi dapat meningkatkan risiko kematian.

Karena itu, rumah sakit harus memiliki sistem triase, clinical pathway, tim respons cepat, protokol kegawatdaruratan, dan koordinasi lintas unit.

1.6.3 Rumah Sakit sebagai Penjaga Mutu Sistem Kesehatan

Mutu sistem kesehatan tidak dapat diukur hanya dari jumlah fasilitas atau jumlah tenaga kesehatan. Akses pelayanan memang penting, tetapi akses tanpa mutu dapat menghasilkan hasil kesehatan yang buruk. Kruk dan

kolega menekankan bahwa sistem kesehatan berkualitas tinggi harus mampu mengoptimalkan pelayanan kesehatan melalui cara yang konsisten meningkatkan atau mempertahankan kesehatan, dihargai dan dipercaya masyarakat, serta merespons perubahan kebutuhan populasi. (Scholars@Duke)

Rumah sakit menjadi penjaga mutu karena banyak kasus kritis dan kompleks ditangani di sana. Bila mutu rumah sakit rendah, dampaknya besar terhadap kematian, kecacatan, biaya kesehatan, dan kepercayaan publik. Mutu rumah sakit mencakup struktur, proses, dan hasil. Donabedian menjelaskan bahwa mutu pelayanan dapat dinilai melalui struktur, proses, dan outcome. (JAMA Network)

Struktur mencakup fasilitas, tenaga, alat, organisasi, dan sistem. Proses mencakup apa yang dilakukan tenaga kesehatan terhadap pasien. Outcome mencakup hasil akhir seperti kesembuhan, komplikasi, kematian, kepuasan pasien, dan kualitas hidup. Model ini sangat relevan dalam manajemen rumah sakit.

1.6.4 Rumah Sakit sebagai Pusat Data dan Informasi Kesehatan

Rumah sakit menghasilkan data yang sangat besar: diagnosis, prosedur, obat, hasil laboratorium, radiologi, lama rawat, biaya, klaim, outcome, komplikasi, infeksi, mortalitas, dan kepuasan pasien. Data ini penting untuk manajemen internal maupun kebijakan kesehatan.

Dengan sistem informasi yang baik, rumah sakit dapat mengetahui pola penyakit, tren kunjungan, beban pelayanan, efisiensi unit, kebutuhan SDM, stok obat, dan indikator mutu. Data rumah sakit juga dapat membantu pemerintah dalam surveilans penyakit, perencanaan fasilitas, pengendalian wabah, dan evaluasi kebijakan.

Namun, data kesehatan sangat sensitif. Rumah sakit harus menjaga privasi, keamanan, kerahasiaan, dan integritas data pasien. Transformasi digital harus disertai tata kelola data yang kuat.

1.6.5 Rumah Sakit sebagai Institusi Kepercayaan Publik

Rumah sakit hidup dari kepercayaan. Pasien mempercayakan tubuh, informasi pribadi, keputusan klinis, dan harapan hidupnya kepada rumah sakit. Kepercayaan ini tidak boleh disia-siakan.

Kepercayaan publik dibangun melalui kompetensi, kejujuran, komunikasi, empati, transparansi, keadilan, dan akuntabilitas. Ketika terjadi insiden, rumah sakit harus mampu menjelaskan dengan jujur, melakukan analisis, memperbaiki sistem, dan menghormati pasien serta keluarga.

Rumah sakit yang hanya mengandalkan promosi tanpa memperbaiki mutu akan kehilangan kepercayaan. Sebaliknya, rumah sakit yang membangun budaya pelayanan dan keselamatan akan memperoleh reputasi jangka panjang.

1.7 Rumah Sakit dan Universal Health Coverage

Universal Health Coverage atau UHC adalah gagasan bahwa semua orang harus memperoleh layanan kesehatan yang mereka butuhkan tanpa mengalami kesulitan finansial. Rumah sakit berperan penting dalam UHC karena banyak layanan esensial tidak dapat diberikan tanpa kapasitas rumah sakit.

Namun, UHC tidak hanya soal cakupan pembiayaan. UHC yang bermakna membutuhkan mutu. WHO dan lembaga internasional menekankan bahwa akses terhadap layanan saja tidak cukup; layanan harus bermutu agar benar-benar memperbaiki kesehatan masyarakat. Laporan global tentang mutu layanan kesehatan menekankan bahwa layanan bermutu harus efektif, aman, berpusat pada manusia, tepat waktu, adil, terintegrasi, dan efisien. (World Bank)

Dalam konteks Indonesia, Jaminan Kesehatan Nasional memperluas akses masyarakat terhadap rumah sakit. Namun, perluasan akses membawa tantangan baru: antrean panjang, tekanan biaya, klaim, kebutuhan efisiensi,

kesenjangan mutu antarwilayah, dan beban kerja tenaga kesehatan. Rumah sakit harus mampu menyeimbangkan akses, mutu, dan keberlanjutan.

Ada risiko bahwa rumah sakit hanya berfokus pada volume pelayanan: makin banyak pasien, makin banyak klaim, makin banyak pendapatan. Namun, orientasi volume dapat mengabaikan hasil kesehatan. Rumah sakit masa depan perlu bergerak ke arah orientasi nilai: bagaimana pasien benar-benar memperoleh hasil kesehatan yang baik dengan biaya yang rasional.

1.8 Rumah Sakit sebagai Organisasi Profesional

Rumah sakit merupakan organisasi profesional karena banyak pekerjanya adalah tenaga ahli yang memiliki pendidikan panjang, standar profesi, kode etik, dan otonomi keilmuan. Dokter, perawat, apoteker, bidan, analis laboratorium, radiografer, fisioterapis, ahli gizi, dan profesi lain tidak bekerja hanya berdasarkan instruksi manajemen, tetapi juga berdasarkan standar profesi masing-masing.

Kondisi ini membuat manajemen rumah sakit berbeda dari manajemen pabrik atau kantor administrasi biasa. Manajemen tidak dapat sekadar memerintah tenaga profesional tanpa memahami logika klinis. Sebaliknya, tenaga profesional juga tidak dapat bekerja seolah-olah rumah sakit hanya ruang praktik pribadi tanpa tanggung jawab organisasi.

Rumah sakit harus menyeimbangkan **professional autonomy** dan **organizational accountability**. Otonomi profesi diperlukan agar keputusan klinis tetap berdasarkan ilmu dan etika. Akuntabilitas organisasi diperlukan agar pelayanan konsisten, aman, efisien, dan sesuai standar.

Keseimbangan ini diwujudkan melalui komite medik, komite keperawatan, kredensial, privileging, clinical pathway, audit medis, peer review, komite mutu, dan manajemen risiko. Tujuannya bukan membatasi profesi secara

negatif, tetapi memastikan bahwa otonomi profesi berjalan dalam sistem yang bertanggung jawab.

1.9 Rumah Sakit sebagai Organisasi Pelayanan

Rumah sakit adalah organisasi pelayanan. Berbeda dari produk fisik, pelayanan memiliki karakteristik tidak berwujud, diproduksi dan dikonsumsi secara bersamaan, melibatkan interaksi manusia, dan kualitasnya sangat dipengaruhi pengalaman subjektif pasien.

Seorang pasien mungkin menilai rumah sakit bukan hanya dari akurasi diagnosis, tetapi juga dari keramahan petugas pendaftaran, kejelasan informasi, kebersihan toilet, kenyamanan ruang tunggu, kecepatan farmasi, sikap perawat, komunikasi dokter, dan kejelasan biaya. Mutu klinis penting, tetapi pengalaman pasien juga penting.

Pelayanan rumah sakit memiliki dua dimensi besar: **technical quality** dan **functional quality**. Technical quality berkaitan dengan ketepatan diagnosis, terapi, tindakan medis, obat, dan hasil klinis. Functional quality berkaitan dengan cara pelayanan diberikan: komunikasi, empati, kecepatan, kenyamanan, dan rasa dihargai.

Rumah sakit yang secara teknis baik tetapi komunikasinya buruk dapat tetap menimbulkan ketidakpuasan. Sebaliknya, rumah sakit yang ramah tetapi tidak kompeten secara klinis juga berbahaya. Karena itu, rumah sakit harus mengintegrasikan mutu klinis dan mutu pengalaman pasien.

1.10 Rumah Sakit dan Pelayanan Berpusat pada Pasien

Pelayanan berpusat pada pasien merupakan paradigma penting dalam rumah sakit modern. Dalam paradigma lama, pasien sering diposisikan sebagai penerima pasif keputusan dokter dan rumah sakit. Dalam

paradigma baru, pasien dipandang sebagai manusia utuh yang memiliki nilai, preferensi, hak, keluarga, kondisi sosial, dan kebutuhan informasi.

WHO mendorong kerangka integrated people-centred health services yang menggeser sistem kesehatan dari orientasi penyakit dan institusi menuju sistem yang dirancang untuk manusia. (World Health Organization) Artinya, pelayanan rumah sakit tidak cukup hanya bertanya "penyakit apa yang diderita pasien?", tetapi juga "apa kebutuhan, nilai, kekhawatiran, dan tujuan hidup pasien?"

Pelayanan berpusat pada pasien mencakup beberapa prinsip.

Pertama, pasien harus memperoleh informasi yang jelas. Banyak konflik rumah sakit terjadi bukan karena terapi salah, tetapi karena komunikasi tidak memadai. Keluarga pasien sering merasa tidak tahu perkembangan kondisi, risiko tindakan, biaya, atau rencana pulang.

Kedua, pasien harus dilibatkan dalam keputusan sesuai kapasitas dan haknya. Informed consent bukan sekadar tanda tangan formulir, tetapi proses komunikasi etis.

Ketiga, rumah sakit harus menghormati martabat pasien. Pasien bukan nomor antrean, bukan diagnosis, bukan klaim, tetapi manusia yang sedang rentan.

Keempat, keluarga sering menjadi bagian penting dalam budaya Indonesia. Rumah sakit perlu mengelola komunikasi dengan keluarga secara baik, tanpa melanggar privasi pasien.

Kelima, pelayanan harus mempertimbangkan literasi kesehatan. Tidak semua pasien memahami istilah medis. Bahasa yang sederhana dan empatik sangat penting.

Pelayanan berpusat pada pasien tidak berarti semua keinginan pasien harus dipenuhi. Kadang pasien meminta antibiotik yang tidak perlu, rawat inap yang tidak indikatif, atau pemeriksaan yang tidak tepat. Dalam situasi

demikian, rumah sakit harus menggabungkan penghormatan terhadap pasien dengan tanggung jawab profesional berbasis bukti.

1.11 Rumah Sakit sebagai Organisasi Berisiko Tinggi

Rumah sakit termasuk organisasi berisiko tinggi karena kesalahan kecil dapat berdampak besar. Risiko rumah sakit mencakup risiko klinis, risiko operasional, risiko hukum, risiko finansial, risiko reputasi, risiko teknologi, risiko keamanan data, risiko infeksi, risiko kebakaran, risiko bencana, dan risiko sumber daya manusia.

Risiko klinis mencakup salah diagnosis, keterlambatan terapi, kesalahan obat, infeksi terkait pelayanan kesehatan, jatuh, luka tekan, komplikasi operasi, dan kegagalan komunikasi. Risiko operasional mencakup kerusakan alat, kekurangan obat, gangguan listrik, kekurangan oksigen, kegagalan sistem informasi, dan keterlambatan logistik. Risiko hukum muncul dari dugaan malpraktik, sengketa informed consent, pelanggaran privasi, atau ketidakpatuhan regulasi.

Risiko reputasi dapat muncul dari keluhan viral di media sosial, insiden keselamatan, konflik keluarga pasien, atau komunikasi publik yang buruk. Pada era digital, reputasi rumah sakit dapat berubah sangat cepat. Satu video pendek dapat memicu krisis kepercayaan.

Karena itu, rumah sakit harus memiliki sistem manajemen risiko yang proaktif. Risiko tidak boleh hanya ditangani setelah terjadi masalah. Rumah sakit perlu melakukan identifikasi risiko, penilaian risiko, mitigasi risiko, pelaporan insiden, audit, dan pembelajaran organisasi.

1.12 Rumah Sakit dan Keselamatan Pasien

Keselamatan pasien adalah prinsip fundamental rumah sakit. Tidak ada mutu tanpa keselamatan. Pelayanan yang cepat tetapi tidak aman bukan pelayanan yang baik. Pelayanan yang murah tetapi menyebabkan cedera bukan pelayanan yang bernilai.

Keselamatan pasien mencakup upaya mencegah bahaya yang dapat dihindari selama proses pelayanan. Bahaya ini dapat terjadi karena kesalahan obat, prosedur salah, infeksi, komunikasi buruk, identifikasi pasien keliru, jatuh, atau kegagalan monitoring.

Keselamatan pasien harus dilihat sebagai tanggung jawab sistem. Dalam budaya lama, kesalahan sering dipandang sebagai kegagalan individu. Dalam budaya keselamatan, kesalahan dianalisis sebagai gejala sistem yang perlu diperbaiki. Tentu saja, kelalaian berat tetap harus ditindak. Namun, banyak insiden terjadi karena kombinasi beban kerja, prosedur tidak jelas, komunikasi lemah, desain alat buruk, lingkungan kerja kacau, dan supervisi kurang.

Rumah sakit yang aman membangun budaya pelaporan. Tenaga kesehatan tidak takut melaporkan nyaris cedera. Manajemen tidak menggunakan laporan untuk menghukum secara membabi buta, tetapi untuk memperbaiki sistem. Pembelajaran dari insiden menjadi modal perbaikan.

Keselamatan pasien juga berkaitan dengan kepemimpinan. Direksi rumah sakit harus menunjukkan bahwa keselamatan bukan proyek akreditasi, tetapi nilai organisasi. Kepala unit harus memantau kepatuhan prosedur. Dokter dan perawat harus bekerja sebagai tim. Pasien dan keluarga juga dapat dilibatkan dalam keselamatan, misalnya dengan konfirmasi identitas, pemahaman obat, dan edukasi risiko jatuh.

1.13 Rumah Sakit dan Mutu Pelayanan

Mutu rumah sakit adalah derajat kemampuan rumah sakit memenuhi kebutuhan pasien dan masyarakat sesuai standar profesional, etika, dan

bukti ilmiah. WHO menjelaskan bahwa quality of care adalah derajat layanan kesehatan bagi individu dan populasi dalam meningkatkan kemungkinan hasil kesehatan yang diinginkan serta konsisten dengan pengetahuan profesional berbasis bukti. (World Health Organization)

Mutu rumah sakit dapat dilihat dari tujuh dimensi WHO: efektif, aman, berpusat pada manusia, tepat waktu, adil, terintegrasi, dan efisien. (World Health Organization)

Efektif berarti pelayanan diberikan berdasarkan bukti ilmiah dan menghasilkan manfaat kesehatan. Pemeriksaan dan terapi tidak boleh dilakukan sekadar karena tersedia atau menguntungkan, tetapi karena memang dibutuhkan pasien.

Aman berarti pelayanan meminimalkan risiko bahaya yang dapat dicegah. Keselamatan pasien menjadi inti mutu.

Berpusat pada manusia berarti pelayanan menghormati kebutuhan, nilai, dan preferensi pasien.

Tepat waktu berarti pasien memperoleh layanan tanpa keterlambatan yang merugikan. Waktu tunggu yang terlalu lama dapat memperburuk kondisi klinis dan pengalaman pasien.

Adil berarti mutu pelayanan tidak berbeda karena status ekonomi, jenis kelamin, usia, etnis, lokasi, atau latar belakang sosial.

Terintegrasi berarti pelayanan antarunit, antarprofesi, dan antarlevel fasilitas saling terhubung.

Efisien berarti sumber daya digunakan secara bijak tanpa pemborosan.

Model Donabedian membantu rumah sakit mengelola mutu melalui struktur, proses, dan outcome. Struktur yang baik tanpa proses baik belum tentu menghasilkan outcome baik. Proses yang baik tetapi struktur kurang memadai juga dapat gagal. Outcome yang baik perlu dibaca bersama kompleksitas kasus, risiko pasien, dan konteks organisasi.

1.14 Rumah Sakit, Pembiayaan, dan Nilai

Salah satu tantangan besar rumah sakit adalah pembiayaan. Rumah sakit membutuhkan biaya besar untuk SDM, obat, alat, gedung, teknologi, listrik, air, gas medis, pemeliharaan, keamanan, kebersihan, dan sistem informasi. Pada saat yang sama, masyarakat mengharapkan biaya yang terjangkau.

Dalam sistem pembiayaan kesehatan modern, rumah sakit harus memahami hubungan antara mutu dan biaya. Efisiensi bukan berarti mengurangi mutu secara membabi buta. Efisiensi berarti menghilangkan pemborosan, mengurangi tindakan yang tidak perlu, memperbaiki alur, mempercepat proses, dan menggunakan sumber daya secara tepat.

Konsep Triple Aim yang dikemukakan Berwick, Nolan, dan Whittington menekankan tiga tujuan simultan: meningkatkan pengalaman pelayanan, meningkatkan kesehatan populasi, dan mengurangi biaya per kapita. (healthaffairs.org) Konsep ini relevan untuk rumah sakit karena mengingatkan bahwa keberhasilan tidak dapat diukur hanya dari pendapatan atau jumlah pasien. Rumah sakit harus memperhatikan pengalaman pasien, hasil kesehatan masyarakat, dan efisiensi biaya.

Dalam konteks Indonesia, pembiayaan melalui JKN membuat rumah sakit harus semakin disiplin dalam clinical pathway, dokumentasi, coding, klaim, kendali mutu, dan kendali biaya. Rumah sakit yang tidak mampu mengelola biaya akan mengalami tekanan finansial. Namun, rumah sakit yang hanya memangkas biaya tanpa memperhatikan keselamatan pasien akan kehilangan mutu dan kepercayaan.

1.15 Rumah Sakit dalam Konteks Indonesia

Rumah sakit di Indonesia menghadapi tantangan yang khas. Indonesia adalah negara kepulauan dengan ketimpangan geografis, variasi kapasitas daerah, perbedaan akses transportasi, distribusi tenaga kesehatan yang tidak merata, serta beban penyakit ganda. Di satu sisi, penyakit infeksi, kesehatan ibu-anak, gizi, dan sanitasi masih menjadi perhatian. Di sisi lain, penyakit tidak menular, penuaan penduduk, kanker, penyakit jantung, stroke, diabetes, gagal ginjal, dan gangguan kesehatan mental semakin meningkat.

Rumah sakit di kota besar mungkin menghadapi persaingan, tuntutan teknologi tinggi, pasien kritis, dan ekspektasi pelayanan premium. Rumah sakit di daerah terpencil mungkin menghadapi kekurangan dokter spesialis, keterbatasan alat, hambatan transportasi, pasokan obat yang tidak stabil, dan kesulitan rujukan. Karena itu, manajemen rumah sakit Indonesia tidak dapat disamaratakan.

Regulasi Indonesia menempatkan rumah sakit dalam sistem kesehatan yang terus diperbarui. UU No. 17 Tahun 2023 dan PP No. 28 Tahun 2024 menjadi kerangka hukum penting dalam penyelenggaraan kesehatan. Kementerian Kesehatan menyatakan bahwa PP No. 28 Tahun 2024 merupakan peraturan pelaksanaan UU No. 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan. (Ministry of Health Indonesia)

Rumah sakit Indonesia juga berada dalam konteks transformasi kesehatan nasional, digitalisasi layanan, integrasi data, peningkatan mutu, penguatan layanan primer, dan reformasi pembiayaan. Dengan demikian, manajemen rumah sakit tidak hanya memerlukan keterampilan administratif, tetapi juga pemahaman kebijakan publik, sistem kesehatan, perubahan teknologi, dan dinamika sosial.

1.16 Rumah Sakit sebagai Organisasi Etis

Etika adalah jantung rumah sakit. Setiap hari rumah sakit menghadapi keputusan etis: siapa yang diprioritaskan ketika tempat tidur ICU terbatas? Bagaimana menyampaikan prognosis buruk? Bagaimana menjaga rahasia pasien? Bagaimana memperoleh persetujuan tindakan? Bagaimana menangani pasien yang tidak mampu membayar? Bagaimana menghadapi konflik antara keluarga dan tim medis?

Rumah sakit harus memiliki prinsip etika yang jelas: menghormati otonomi pasien, melakukan kebaikan, tidak mencelakai, berlaku adil, menjaga kerahasiaan, dan bertanggung jawab. Prinsip ini harus diterjemahkan ke dalam kebijakan, prosedur, pelatihan, dan budaya organisasi.

Etika rumah sakit tidak boleh hanya menjadi urusan komite etik. Etika harus hidup dalam pendaftaran, pelayanan IGD, ruang rawat, kamar operasi, farmasi, kasir, keamanan, dan komunikasi publik. Petugas yang berbicara kasar kepada keluarga pasien juga melanggar etika pelayanan. Sistem yang membuat pasien miskin kehilangan akses juga merupakan persoalan etika.

Rumah sakit yang baik mengintegrasikan etika dengan mutu dan manajemen. Etika bukan penghambat efisiensi; etika adalah fondasi legitimasi rumah sakit.

1.17 Rumah Sakit dan Komunikasi

Komunikasi adalah salah satu faktor paling menentukan dalam pelayanan rumah sakit. Banyak keluhan pasien bukan hanya berasal dari hasil klinis, tetapi dari kurangnya penjelasan, nada bicara yang tidak empatik, informasi yang berubah-ubah, atau keluarga yang merasa diabaikan.

Komunikasi rumah sakit terjadi pada berbagai level: komunikasi dokter-pasien, perawat-pasien, antarprofesi, antardepartemen, manajemen-staf, rumah sakit-publik, dan rumah sakit-media. Semua level komunikasi ini harus dikelola.

Dalam konteks klinis, komunikasi yang buruk dapat menyebabkan kesalahan serius. Informasi alergi obat yang tidak tersampaikan, instruksi dokter yang tidak jelas, hasil laboratorium kritis yang terlambat dikomunikasikan, atau serah terima pasien yang tidak lengkap dapat membahayakan pasien.

Dalam konteks pengalaman pasien, komunikasi menentukan rasa aman. Pasien dan keluarga sering dapat menerima kondisi berat bila informasi disampaikan secara jujur, empatik, dan teratur. Sebaliknya, informasi yang tidak jelas dapat menimbulkan kecurigaan, kemarahan, dan konflik.

Dalam konteks organisasi, komunikasi internal menentukan koordinasi. Rumah sakit yang unit-unitnya bekerja dalam silo akan sulit memberikan pelayanan terintegrasi. Karena itu, manajemen rumah sakit harus membangun sistem komunikasi formal dan informal yang sehat.

1.18 Rumah Sakit dan Budaya Organisasi

Budaya organisasi adalah pola nilai, keyakinan, kebiasaan, dan perilaku yang hidup dalam rumah sakit. Budaya menentukan bagaimana orang bekerja ketika tidak diawasi. Dua rumah sakit dapat memiliki struktur yang mirip, tetapi budaya yang berbeda.

Budaya rumah sakit yang baik mencakup budaya keselamatan, budaya mutu, budaya belajar, budaya kolaborasi, budaya empati, dan budaya akuntabilitas. Budaya buruk tampak dalam saling menyalahkan, takut melapor, senioritas berlebihan, komunikasi kasar, ketidakpedulian terhadap pasien, manipulasi data, dan resistensi terhadap perubahan.

Budaya tidak berubah hanya dengan slogan. Tulisan “pasien adalah prioritas utama” di dinding tidak bermakna bila pasien tetap diperlakukan seperti beban. Budaya dibentuk melalui teladan pimpinan, sistem penghargaan, disiplin prosedur, pelatihan, komunikasi, dan konsistensi tindakan.

Manajemen rumah sakit perlu memahami bahwa budaya adalah aset strategis. Rumah sakit dengan budaya baik lebih mudah menjalankan akreditasi, transformasi digital, perbaikan mutu, dan inovasi layanan. Rumah sakit dengan budaya buruk akan selalu mengalami resistensi meskipun memiliki teknologi mahal.

1.19 Rumah Sakit sebagai Organisasi Pembelajar

Rumah sakit harus menjadi organisasi pembelajar. Hal ini penting karena ilmu kesehatan terus berkembang, kebutuhan pasien berubah, regulasi diperbarui, teknologi berkembang, dan risiko baru muncul.

Organisasi pembelajar tidak menutupi kesalahan, tetapi mempelajarinya. Ia tidak puas dengan rutinitas, tetapi mencari perbaikan. Ia tidak hanya mengumpulkan data, tetapi menggunakan data untuk keputusan. Ia tidak hanya melakukan pelatihan formal, tetapi membangun kebiasaan refleksi.

Pembelajaran rumah sakit dapat dilakukan melalui audit klinis, review kasus, diskusi mortalitas-morbiditas, survei kepuasan pasien, pelaporan insiden, benchmarking, penelitian layanan, dan evaluasi indikator mutu. Pembelajaran juga dapat berasal dari suara pasien.

Rumah sakit yang belajar akan melihat keluhan pasien bukan semata ancaman, tetapi sumber informasi. Keluhan tentang waktu tunggu, komunikasi, kebersihan, biaya, atau obat dapat menjadi pintu masuk perbaikan sistem.

1.20 Tantangan Kontemporer Rumah Sakit

Rumah sakit modern menghadapi banyak tantangan.

Pertama, **perubahan demografi**. Penduduk yang menua meningkatkan kebutuhan layanan penyakit kronis, rehabilitasi, geriatri, paliatif, dan perawatan jangka panjang.

Kedua, **beban penyakit tidak menular**. Diabetes, hipertensi, kanker, stroke, penyakit jantung, dan gagal ginjal membutuhkan manajemen jangka panjang, bukan hanya episode perawatan singkat.

Ketiga, **tekanan biaya**. Teknologi medis semakin mahal, sementara pembayar dan masyarakat menuntut efisiensi.

Keempat, **ekspektasi pasien meningkat**. Pasien kini lebih terinformasi, membandingkan layanan, aktif di media sosial, dan menuntut transparansi.

Kelima, **transformasi digital**. Rumah sakit harus mengadopsi SIMRS, rekam medis elektronik, telemedicine, analitik data, keamanan siber, dan interoperabilitas.

Keenam, **kesenjangan SDM**. Banyak rumah sakit menghadapi kekurangan tenaga spesialis, burnout perawat, distribusi tenaga yang tidak merata, dan kebutuhan kompetensi baru.

Ketujuh, **keselamatan pasien**. Kompleksitas pelayanan meningkatkan risiko kesalahan, sehingga budaya keselamatan makin penting.

Kedelapan, **krisis dan bencana**. Pandemi, bencana alam, kecelakaan massal, dan perubahan iklim menuntut rumah sakit lebih resilien.

Kesembilan, **kepercayaan publik**. Era media sosial membuat reputasi rumah sakit sangat rentan. Keterbukaan dan komunikasi menjadi keharusan.

Kesepuluh, **etika teknologi**. AI, big data, dan sistem prediktif membuka peluang besar, tetapi juga menimbulkan risiko bias, privasi, dan tanggung jawab keputusan.

1.21 Kerangka Konseptual Bab 1

Hakikat rumah sakit dapat diringkas dalam kerangka konseptual berikut:

Input:
SDM, fasilitas, alat kesehatan, obat, data, pembiayaan, regulasi, teknologi, budaya organisasi.

Proses:
Pendaftaran, triase, diagnosis, terapi, tindakan medis, keperawatan, farmasi, penunjang, rawat inap, edukasi, discharge planning, rujukan balik.

Output:
Jumlah pasien dilayani, tindakan dilakukan, pasien pulang, laporan klaim, rekam medis selesai.

Outcome:
Kesembuhan, penurunan komplikasi, keselamatan pasien, kepuasan, kualitas hidup, kepercayaan masyarakat, efisiensi biaya.

Impact:
Peningkatan derajat kesehatan masyarakat, perlindungan finansial, keadilan akses, ketahanan sistem kesehatan.

Kerangka ini memperlihatkan bahwa rumah sakit tidak boleh hanya mengukur output, seperti jumlah pasien dan pendapatan. Rumah sakit harus mengukur outcome dan impact. Rumah sakit yang ramai belum tentu bermutu. Rumah sakit yang pendapatannya tinggi belum tentu memberi nilai kesehatan optimal. Rumah sakit yang baik adalah rumah sakit yang menghasilkan outcome klinis baik, pengalaman pasien baik, biaya rasional, dan kepercayaan publik kuat.

1.22 Ilustrasi Kasus: Rumah Sakit sebagai Sistem

Bayangkan sebuah rumah sakit umum di wilayah perkotaan yang mengalami peningkatan kunjungan pasien rawat jalan. Setiap pagi antrean panjang terjadi di pendaftaran. Pasien mengeluh karena harus menunggu dua sampai tiga jam sebelum bertemu dokter. Manajemen awalnya menyalahkan petugas pendaftaran yang dianggap lambat. Namun, setelah dilakukan analisis sistem, ditemukan beberapa penyebab.

Pertama, banyak pasien datang pada jam yang sama karena sistem janji temu belum berjalan. Kedua, dokter sering mulai praktik terlambat karena visite rawat inap belum selesai. Ketiga, rekam medis pasien lama sering belum tersedia saat pasien tiba. Keempat, pasien BPJS membutuhkan verifikasi administratif yang memakan waktu. Kelima, ruang tunggu tidak memiliki sistem informasi antrean yang jelas. Keenam, farmasi mengalami penumpukan resep setelah jam praktik selesai.

Kasus ini menunjukkan bahwa masalah rumah sakit jarang dapat diselesaikan dengan menyalahkan satu unit. Waktu tunggu rawat jalan adalah hasil interaksi antara pendaftaran, jadwal dokter, rekam medis, sistem informasi, administrasi klaim, farmasi, dan komunikasi pasien. Solusinya harus sistemik: membuat appointment system, memperbaiki jadwal dokter, digitalisasi rekam medis, mempercepat verifikasi, memperjelas informasi antrean, dan menambah kapasitas farmasi pada jam puncak.

Inilah contoh nyata bahwa rumah sakit adalah sistem sosial-teknis. Masalah pelayanan adalah masalah sistem, bukan semata masalah individu.

1.23 Implikasi Manajerial

Dari pembahasan Bab 1, terdapat beberapa implikasi penting bagi manajemen rumah sakit.

Pertama, manajer rumah sakit harus memahami bahwa rumah sakit adalah organisasi kompleks. Pendekatan administratif sederhana tidak cukup.

Diperlukan pemikiran sistem, kepemimpinan klinis, manajemen risiko, dan orientasi mutu.

Kedua, rumah sakit harus dikelola berdasarkan keseimbangan antara misi sosial, mutu klinis, pengalaman pasien, efisiensi biaya, dan keberlanjutan organisasi.

Ketiga, rumah sakit harus memperkuat kolaborasi lintas profesi. Dokter, perawat, manajer, farmasi, laboratorium, rekam medis, dan unit pendukung harus bekerja sebagai satu sistem.

Keempat, rumah sakit perlu membangun budaya keselamatan. Kesalahan harus dijadikan sumber pembelajaran, bukan semata bahan penghukuman.

Kelima, rumah sakit harus memanfaatkan data. Tanpa data, manajemen hanya bekerja berdasarkan intuisi dan keluhan. Dengan data, rumah sakit dapat mengambil keputusan yang lebih tepat.

Keenam, rumah sakit harus menjaga kepercayaan publik. Kepercayaan dibangun melalui mutu, etika, komunikasi, transparansi, dan konsistensi pelayanan.

Ketujuh, rumah sakit harus siap berubah. Transformasi digital, perubahan epidemiologi, kebijakan pembiayaan, dan ekspektasi pasien menuntut rumah sakit menjadi organisasi adaptif.

1.24 Rangkuman Bab

Rumah sakit adalah institusi pelayanan kesehatan yang sangat kompleks. Ia berfungsi sebagai tempat pelayanan klinis, pusat rujukan, lembaga pendidikan, pusat penelitian, organisasi sosial, entitas ekonomi, dan institusi kesiapsiagaan krisis. Dalam sistem kesehatan, rumah sakit tidak berdiri sendiri, tetapi menjadi bagian dari jaringan pelayanan yang mencakup layanan primer, pembiayaan, regulasi, tenaga kesehatan, masyarakat, dan pemerintah.

Hakikat rumah sakit dapat dipahami sebagai sistem sosial-teknis yang memadukan manusia, teknologi, proses, budaya, dan nilai. Keberhasilan rumah sakit tidak hanya ditentukan oleh dokter atau alat, tetapi oleh kemampuan organisasi mengintegrasikan seluruh komponen tersebut.

Rumah sakit modern harus berorientasi pada mutu, keselamatan pasien, pelayanan berpusat pada pasien, efisiensi, keadilan, dan keberlanjutan. Rumah sakit tidak boleh hanya mengejar volume pelayanan atau pendapatan, tetapi harus menciptakan nilai kesehatan bagi pasien dan masyarakat.

Dalam konteks Indonesia, rumah sakit menghadapi tantangan akses, mutu, pembiayaan, regulasi, digitalisasi, ketimpangan wilayah, dan peningkatan beban penyakit kronis. Karena itu, manajemen rumah sakit harus dipahami sebagai disiplin strategis yang menggabungkan ilmu manajemen, ilmu kesehatan, kebijakan publik, teknologi, dan etika.

Glossarium

Akreditasi Rumah Sakit
Proses penilaian eksternal terhadap rumah sakit untuk memastikan kesesuaian dengan standar mutu, keselamatan pasien, tata kelola, dan pelayanan.

Clinical Pathway
Panduan pelayanan klinis terstruktur untuk kondisi tertentu yang mengintegrasikan diagnosis, terapi, tindakan, monitoring, dan rencana pulang.

Continuity of Care
Kesinambungan pelayanan pasien dari tahap awal, diagnosis, perawatan, rehabilitasi, hingga tindak lanjut setelah pulang.

Efisiensi
Kemampuan menggunakan sumber daya secara optimal dengan mengurangi pemborosan tanpa menurunkan mutu dan keselamatan pasien.

Fungsi Kuratif
Fungsi pelayanan kesehatan yang bertujuan menyembuhkan penyakit atau mengurangi gejala klinis.

Fungsi Paliatif
Pelayanan yang bertujuan meningkatkan kualitas hidup pasien dengan penyakit serius atau terminal melalui pengendalian nyeri dan dukungan psikososial-spiritual.

Fungsi Preventif
Upaya mencegah penyakit, komplikasi, atau kekambuhan melalui skrining, imunisasi, edukasi, dan pengendalian faktor risiko.

Fungsi Promotif
Upaya meningkatkan pengetahuan dan perilaku sehat masyarakat atau pasien.

Fungsi Rehabilitatif
Pelayanan untuk memulihkan fungsi fisik, mental, sosial, atau okupasional pasien setelah sakit atau cedera.

Integrated People-Centred Health Services
Pendekatan pelayanan kesehatan yang mengintegrasikan layanan dan menempatkan kebutuhan manusia, keluarga, serta komunitas sebagai pusat sistem.

Keselamatan Pasien
Upaya mencegah bahaya yang dapat dihindari selama proses pelayanan kesehatan.

Manajemen Rumah Sakit
Proses perencanaan, pengorganisasian, pengarahan, pengendalian, dan

evaluasi seluruh sumber daya rumah sakit untuk mencapai pelayanan yang aman, bermutu, efisien, etis, dan berkelanjutan.

Mutu Pelayanan Kesehatan
Derajat layanan kesehatan dalam meningkatkan kemungkinan hasil kesehatan yang diinginkan dan konsisten dengan pengetahuan profesional berbasis bukti.

Outcome Klinis
Hasil pelayanan kesehatan yang dialami pasien, seperti kesembuhan, komplikasi, mortalitas, kualitas hidup, atau fungsi fisik.

Pelayanan Berpusat pada Pasien
Pendekatan pelayanan yang menghormati nilai, kebutuhan, preferensi, dan martabat pasien dalam proses pengambilan keputusan klinis.

Pelayanan Kesehatan Dasar
Pelayanan kesehatan tingkat awal yang biasanya mencakup pencegahan, diagnosis awal, pengobatan dasar, dan rujukan.

Pelayanan Spesialistik
Pelayanan kesehatan yang diberikan oleh tenaga medis dengan keahlian khusus dalam bidang tertentu.

Pelayanan Subspesialistik
Pelayanan kesehatan yang diberikan oleh tenaga medis dengan keahlian lebih mendalam dalam subbidang tertentu.

Rumah Sakit
Institusi pelayanan kesehatan yang menyediakan pelayanan medis, keperawatan, diagnostik, terapeutik, rehabilitatif, dan biasanya memiliki fasilitas rawat inap.

Sistem Kesehatan
Keseluruhan organisasi, institusi, sumber daya, kebijakan, dan aktor yang bertujuan meningkatkan kesehatan masyarakat.

Sistem Rujukan
Mekanisme pengalihan tanggung jawab pelayanan pasien dari satu fasilitas kesehatan ke fasilitas lain yang memiliki kapasitas lebih sesuai.

Sistem Sosial-Teknis
Sistem organisasi yang terdiri atas interaksi antara manusia, teknologi, prosedur, budaya, dan struktur.

Tata Kelola Rumah Sakit
Sistem pengambilan keputusan, akuntabilitas, pengawasan, dan pengendalian yang memastikan rumah sakit berjalan sesuai misi, regulasi, etika, dan standar mutu.

Triple Aim
Kerangka yang menekankan tiga tujuan simultan dalam pelayanan kesehatan: meningkatkan pengalaman pasien, meningkatkan kesehatan populasi, dan menurunkan biaya per kapita.

Universal Health Coverage
Kondisi ketika semua orang dapat mengakses layanan kesehatan yang dibutuhkan tanpa mengalami kesulitan finansial.

Value-Based Health Care
Pendekatan pelayanan kesehatan yang menekankan nilai bagi pasien, yaitu hasil kesehatan yang dicapai dibandingkan dengan biaya yang dikeluarkan.

Daftar Pustaka

Catatan: beberapa dokumen resmi seperti undang-undang, peraturan pemerintah, dan publikasi WHO tidak memiliki DOI. Untuk sumber akademik, DOI dicantumkan sejauh tersedia.

Astier-Peña, M. P., Torijano-Casalengua, M. L., & Olivera-Cañadas, G. (2021). The global patient safety action plan 2021–2030: Identifying actions for

safer health care. *Atención Primaria, 53*(Suppl. 1), 102224. https://doi.org/10.1016/j.aprim.2021.102224

Berwick, D. M., Nolan, T. W., & Whittington, J. (2008). The triple aim: Care, health, and cost. *Health Affairs, 27*(3), 759–769. https://doi.org/10.1377/hlthaff.27.3.759

Donabedian, A. (1988). The quality of care: How can it be assessed? *JAMA, 260*(12), 1743–1748. https://doi.org/10.1001/jama.1988.03410120089033

Gartner, J. B., Abasse, K. S., Bergeron, F., Landa, P., Lemaire, C., & Côté, A. (2022). Definition and conceptualization of the patient-centered care pathway, a proposed integrative framework for consensus: A concept analysis and systematic review. *BMC Health Services Research, 22*, 558. https://doi.org/10.1186/s12913-022-07960-0

Hirshon, J. M., Risko, N., Calvello, E. J. B., de Ramirez, S. S., Narayan, M., Theodosis, C., & O'Neill, J. (2013). Health systems and services: The role of acute care. *Bulletin of the World Health Organization, 91*(5), 386–388. https://doi.org/10.2471/BLT.12.112664

Kruk, M. E., Gage, A. D., Arsenault, C., Jordan, K., Leslie, H. H., Roder-DeWan, S., Adeyi, O., Barker, P., Daelmans, B., Doubova, S. V., English, M., Elorrio, E. G., Guanais, F., Gureje, O., Hirschhorn, L. R., Jiang, L., Kelley, E., Lemango, E. T., Liljestrand, J., ... Pate, M. (2018). High-quality health systems in the Sustainable Development Goals era: Time for a revolution. *The Lancet Global Health, 6*(11), e1196–e1252. https://doi.org/10.1016/S2214-109X(18)30386-3

Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 28 Tahun 2024 tentang Peraturan Pelaksanaan Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan. (2024). Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.

Porter, M. E. (2010). What is value in health care? *The New England Journal of Medicine, 363*(26), 2477–2481. https://doi.org/10.1056/NEJMp1011024

Starfield, B., Shi, L., & Macinko, J. (2005). Contribution of primary care to health systems and health. *The Milbank Quarterly, 83*(3), 457–502. https://doi.org/10.1111/j.1468-0009.2005.00409.x

Tzelepis, F., Rose, S. K., Sanson-Fisher, R. W., Clinton-McHarg, T., Carey, M. L., Paul, C. L., & Bryant, J. (2015). Measuring the quality of patient-centered care: Why patient-reported measures are critical to reliable assessment. *Patient Preference and Adherence, 9*, 831–835. https://doi.org/10.2147/PPA.S81975

Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan. (2023). Pemerintah Republik Indonesia.

World Health Organization. (2016). *Framework on integrated, people-centred health services: Report by the Secretariat*. World Health Organization.

World Health Organization. (2021). *Global patient safety action plan 2021–2030: Towards eliminating avoidable harm in health care*. World Health Organization.

World Health Organization. (2025). *Quality health services*. World Health Organization.



BAB 2
SISTEM KESEHATAN, REGULASI, AKREDITASI, DAN TATA KELOLA RUMAH SAKIT

Oleh: Rudy C Tarumingkeng



1 Sistem Kesehatan



- Bagian dari sistem kesehatan nasional
- Terhubung dengan puskesmas, klinik, laboratorium, apotek
- Didukung pembiayaan, SDM, data, dan kebijakan
- Berorientasi pada akses, mutu, dan kesinambungan layanan

2 Regulasi Utama

- UU Kesehatan
- Peraturan pemerintah dan perizinan
- Standar pelayanan rumah sakit
- Hak dan kewajiban pasien
- Kepatuhan hukum, etik, dan administratif



3 Akreditasi Rumah Sakit



- Instrumen penjaminan mutu
- Menilai pelayanan, keselamatan, dan tata kelola
- Mendorong perbaikan berkelanjutan
- Bukan sekadar persiapan survei, tetapi budaya mutu



4 Tata Kelola Rumah Sakit



- arah strategis
- pengawasan
- pengambilan keputusan
- pengendalian risiko

5 Tata Kelola Klinis



- Mutu klinis berbasis standar
- Keselamatan pasien
- Audit klinis dan kredensial
- *Clinical pathway* dan *evidence-based care*
- Kolaborasi dokter, perawat, dan profesi kesehatan

6 Isu dan Tantangan

- Perubahan regulasi dan tuntutan kepatuhan
- Kesiapan akreditasi dan budaya mutu
- Transparansi, integritas, dan anti-*fraud*
- Digitalisasi data dan keamanan informasi
- Kepemimpinan adaptif di tengah kompleksitas layanan



Intinya: Rumah sakit harus dikelola dalam kerangka sistem kesehatan yang taat regulasi, berorientasi mutu, terakreditasi, dan memiliki tata kelola yang akuntabel demi pelayanan yang aman dan terpercaya.

Bab 2. Sistem Kesehatan, Regulasi, Akreditasi, dan Tata Kelola Rumah Sakit ******

Abstrak

Rumah sakit merupakan institusi pelayanan kesehatan yang bekerja di dalam sistem kesehatan nasional yang kompleks. Ia tidak berdiri sendiri, tetapi terhubung dengan kebijakan negara, pembiayaan kesehatan, fasilitas pelayanan kesehatan tingkat pertama, sistem rujukan, tenaga kesehatan, teknologi kesehatan, masyarakat, dan mekanisme pengawasan publik. Karena rumah sakit menangani pelayanan yang menyangkut keselamatan manusia, maka penyelenggaraannya harus berada dalam kerangka regulasi, standar, akreditasi, dan tata kelola yang kuat.

Dalam konteks Indonesia, kerangka hukum utama bidang kesehatan saat ini antara lain mencakup **Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan** dan **Peraturan Pemerintah Nomor 28 Tahun 2024 tentang Peraturan Pelaksanaan UU Kesehatan**. Kementerian Kesehatan menyatakan bahwa PP No. 28 Tahun 2024 merupakan aturan pelaksana dari UU No. 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan. (Ministry of Health Indonesia) Regulasi tersebut memberi dasar bagi penyelenggaraan pelayanan kesehatan, termasuk rumah sakit sebagai fasilitas pelayanan kesehatan yang harus menjalankan fungsi pelayanan, mutu, keselamatan, kepatuhan, dan akuntabilitas.

Akreditasi rumah sakit merupakan salah satu instrumen penting untuk memastikan bahwa standar pelayanan, keselamatan pasien, tata kelola klinis, dan tata kelola organisasi dilaksanakan secara konsisten. Kementerian Kesehatan juga menegaskan bahwa fasilitas pelayanan kesehatan wajib melakukan peningkatan mutu pelayanan secara internal maupun eksternal secara terus-menerus, dan akreditasi merupakan salah satu bentuk peningkatan mutu eksternal. (Keslan) Bab ini membahas

hubungan antara sistem kesehatan, regulasi, akreditasi, dan tata kelola rumah sakit. Penekanan utama diberikan pada pentingnya rumah sakit sebagai organisasi yang taat hukum, berorientasi mutu, transparan, akuntabel, adaptif, dan berpusat pada keselamatan pasien.

Kata Kunci

Sistem kesehatan; regulasi rumah sakit; akreditasi rumah sakit; tata kelola rumah sakit; tata kelola klinis; mutu pelayanan; keselamatan pasien; akuntabilitas; kepatuhan; manajemen risiko; good hospital governance; clinical governance.

2.1 Pendahuluan

Rumah sakit adalah salah satu institusi paling strategis dalam sistem kesehatan. Di dalamnya berlangsung berbagai proses yang sangat menentukan keselamatan dan kualitas hidup manusia: diagnosis, terapi, operasi, perawatan intensif, persalinan, rehabilitasi, pelayanan gawat darurat, pelayanan farmasi, pemeriksaan laboratorium, radiologi, dan pengambilan keputusan klinis yang sering kali bersifat kritis. Karena kompleksitas tersebut, rumah sakit tidak boleh dikelola semata-mata sebagai organisasi pelayanan biasa. Ia harus dikelola dalam kerangka sistem kesehatan, regulasi, akreditasi, dan tata kelola yang jelas.

Bab sebelumnya telah menjelaskan hakikat rumah sakit sebagai organisasi sosial-teknis. Rumah sakit adalah tempat bertemunya manusia, teknologi, ilmu pengetahuan, proses administratif, etika, budaya organisasi, pembiayaan, dan harapan publik. Bab ini melanjutkan pembahasan tersebut dengan menempatkan rumah sakit dalam kerangka yang lebih luas, yaitu sistem kesehatan nasional dan sistem tata kelola pelayanan kesehatan.

Dalam praktik sehari-hari, banyak masalah rumah sakit tidak dapat diselesaikan hanya dengan memperbaiki satu unit layanan. Keluhan pasien tentang antrean panjang, misalnya, dapat berhubungan dengan sistem rujukan, jadwal dokter, rekam medis, verifikasi pembiayaan, kapasitas farmasi, informasi pasien, dan sistem antrean digital. Masalah klaim pembiayaan dapat berhubungan dengan dokumentasi klinis, ketepatan kode diagnosis, kepatuhan clinical pathway, sistem informasi rumah sakit, dan koordinasi antara dokter, perawat, rekam medis, serta bagian keuangan. Masalah keselamatan pasien dapat berhubungan dengan budaya organisasi, kepemimpinan, pelaporan insiden, desain proses, beban kerja, kompetensi tenaga, dan mutu komunikasi antarprofesi.

Dengan demikian, manajemen rumah sakit membutuhkan cara berpikir sistemik. Rumah sakit tidak cukup hanya dikelola berdasarkan rutinitas administratif, tetapi harus dipahami sebagai bagian dari sistem kesehatan yang lebih luas. Sistem kesehatan membutuhkan kebijakan yang baik, regulasi yang jelas, pembiayaan yang adil, tenaga kesehatan yang kompeten, fasilitas yang memenuhi standar, informasi yang dapat dipercaya, serta tata kelola yang menjamin akuntabilitas. WHO menegaskan bahwa tata kelola sistem kesehatan yang efektif diperlukan untuk memastikan layanan kesehatan dapat diakses, adil, efisien, terjangkau, dan bermutu tinggi. (World Health Organization)

Dalam konteks ini, regulasi menjadi pagar normatif. Regulasi menentukan siapa yang boleh menyelenggarakan rumah sakit, standar apa yang harus dipenuhi, bagaimana hak pasien dilindungi, bagaimana tenaga kesehatan bertanggung jawab, bagaimana mutu dijaga, dan bagaimana risiko dikendalikan. Akreditasi menjadi instrumen penilaian dan pembelajaran organisasi. Tata kelola menjadi mekanisme internal agar rumah sakit tidak hanya mematuhi hukum secara formal, tetapi juga menjalankan pelayanan secara etis, transparan, akuntabel, dan berorientasi pada keselamatan pasien.

Bab ini bertujuan memberikan pemahaman dasar bahwa rumah sakit modern harus dikelola melalui empat pilar utama: **sistem kesehatan, regulasi, akreditasi, dan tata kelola**. Keempatnya saling berhubungan. Sistem kesehatan memberi konteks; regulasi memberi aturan; akreditasi memberi standar dan mekanisme evaluasi; tata kelola memberi struktur pengambilan keputusan dan akuntabilitas.

2.2 Rumah Sakit dalam Sistem Kesehatan Nasional

Sistem kesehatan dapat dipahami sebagai keseluruhan organisasi, institusi, sumber daya, kebijakan, dan aktor yang bekerja untuk meningkatkan derajat kesehatan masyarakat. Dalam sistem tersebut terdapat pemerintah pusat, pemerintah daerah, fasilitas pelayanan kesehatan tingkat pertama, rumah sakit, laboratorium, apotek, industri farmasi, lembaga pendidikan, asuransi kesehatan, organisasi profesi, masyarakat, serta pasien dan keluarga.

Rumah sakit adalah bagian penting dari sistem tersebut, tetapi bukan satu-satunya pusat sistem kesehatan. Rumah sakit terutama berperan dalam pelayanan yang membutuhkan kapasitas klinis lebih tinggi, seperti layanan spesialistik, subspesialistik, gawat darurat, rawat inap, operasi, perawatan intensif, dan pelayanan penunjang medis. Namun, keberhasilan rumah sakit sangat dipengaruhi oleh kekuatan layanan primer, sistem rujukan, pembiayaan, ketersediaan tenaga kesehatan, serta kebijakan kesehatan nasional.

Jika layanan primer lemah, rumah sakit akan kelebihan beban oleh kasus-kasus yang sebenarnya dapat dicegah atau ditangani lebih awal. Pasien hipertensi yang tidak terkontrol di tingkat primer dapat datang ke rumah sakit dalam keadaan stroke. Pasien diabetes yang tidak terpantau dapat datang dengan gagal ginjal atau luka kaki diabetik. Ibu hamil yang tidak memperoleh antenatal care memadai dapat datang ke rumah sakit dengan

komplikasi persalinan. Dengan demikian, rumah sakit sering menjadi "cermin akhir" dari kualitas sistem kesehatan secara keseluruhan.

Sistem kesehatan yang baik harus mampu mengatur hubungan antara pencegahan, pelayanan primer, pelayanan sekunder, pelayanan tersier, rehabilitasi, dan perawatan jangka panjang. Rumah sakit tidak boleh diposisikan hanya sebagai tempat terakhir ketika penyakit sudah berat, tetapi harus menjadi bagian dari jejaring pelayanan yang berkelanjutan. WHO juga menempatkan mutu layanan sebagai bagian penting dari pencapaian Universal Health Coverage, karena akses terhadap layanan kesehatan saja tidak cukup apabila layanan tersebut tidak aman, tidak efektif, atau tidak berpusat pada manusia. (World Health Organization)

Dalam konteks Indonesia, sistem kesehatan nasional menghadapi tantangan geografis, demografis, epidemiologis, dan pembiayaan. Indonesia adalah negara kepulauan dengan ketimpangan akses antarwilayah. Rumah sakit di kota besar sering menghadapi persaingan, tuntutan teknologi tinggi, dan ekspektasi pasien yang semakin kritis. Sebaliknya, rumah sakit di daerah terpencil sering menghadapi keterbatasan dokter spesialis, alat kesehatan, transportasi rujukan, serta pasokan obat dan bahan medis.

Karena itu, rumah sakit harus memahami posisi strategisnya di dalam sistem kesehatan. Rumah sakit bukan hanya institusi yang menunggu pasien datang, tetapi bagian dari sistem yang harus berkoordinasi dengan layanan primer, pemerintah daerah, dinas kesehatan, BPJS Kesehatan, laboratorium, apotek, fasilitas rehabilitasi, dan komunitas. Rumah sakit juga harus berperan dalam edukasi kesehatan masyarakat, deteksi dini penyakit, kesiapsiagaan bencana, dan dukungan terhadap program kesehatan nasional.

2.3 Hubungan Rumah Sakit dengan Fasilitas Pelayanan Kesehatan Lain

Rumah sakit bekerja dalam jejaring pelayanan. Jejaring tersebut mencakup puskesmas, klinik, praktik dokter mandiri, laboratorium, apotek, fasilitas rehabilitasi, fasilitas kesehatan ibu dan anak, serta rumah sakit lain dengan tingkat kemampuan berbeda. Dalam sistem ideal, pasien bergerak di dalam jejaring ini secara terarah, bukan secara acak.

Hubungan antara rumah sakit dan fasilitas pelayanan kesehatan lain dapat dijelaskan melalui sistem rujukan. Rujukan adalah mekanisme pengalihan tanggung jawab pelayanan dari satu fasilitas kesehatan ke fasilitas lain yang memiliki kemampuan lebih sesuai dengan kebutuhan pasien. Rujukan bukan sekadar pengiriman pasien, tetapi proses klinis, administratif, dan komunikasi yang harus menjamin keselamatan pasien.

Rujukan yang baik harus memenuhi beberapa prinsip. Pertama, pasien dirujuk karena memang membutuhkan layanan yang tidak tersedia atau tidak memadai di fasilitas awal. Kedua, informasi klinis harus lengkap, termasuk diagnosis sementara, tindakan yang telah diberikan, obat yang telah digunakan, kondisi pasien saat dirujuk, serta alasan rujukan. Ketiga, rumah sakit penerima harus siap menerima pasien sesuai kapasitas. Keempat, setelah pasien selesai ditangani, rumah sakit perlu memberikan rujukan balik agar perawatan lanjutan dapat diteruskan di fasilitas asal atau fasilitas terdekat.

Bila sistem rujukan lemah, rumah sakit dapat mengalami penumpukan pasien. IGD menjadi penuh, rawat inap kekurangan tempat tidur, dokter kewalahan, waktu tunggu meningkat, dan pasien yang benar-benar membutuhkan pelayanan kritis dapat terlambat ditangani. Karena itu, manajemen rumah sakit perlu melihat rujukan sebagai bagian dari tata kelola sistem, bukan hanya sebagai urusan administratif.

Dalam konteks manajemen rumah sakit, hubungan dengan fasilitas lain juga penting dalam discharge planning atau perencanaan pulang pasien. Pasien penyakit kronis tidak cukup hanya dipulangkan dengan resep obat. Ia memerlukan edukasi, kontrol lanjutan, pemantauan di fasilitas primer, dukungan keluarga, dan informasi tanda bahaya. Bila proses rujukan balik

buruk, pasien berisiko kembali masuk rumah sakit karena komplikasi atau ketidakpatuhan terapi.

2.4 Regulasi Rumah Sakit: Mengapa Diperlukan?

Regulasi diperlukan karena pelayanan rumah sakit menyangkut keselamatan manusia, hak pasien, penggunaan teknologi berisiko tinggi, pembiayaan publik, standar profesi, dan kepercayaan masyarakat. Tanpa regulasi, rumah sakit dapat berjalan dengan standar yang tidak seragam, praktik yang tidak terkendali, konflik kepentingan, serta risiko kerugian bagi pasien.

Regulasi rumah sakit memiliki beberapa fungsi. Pertama, regulasi melindungi pasien. Pasien berada dalam posisi rentan karena tidak selalu memiliki pengetahuan medis yang cukup untuk menilai apakah tindakan yang diberikan tepat atau tidak. Regulasi membantu menjamin bahwa rumah sakit memenuhi standar minimal pelayanan, fasilitas, tenaga, keselamatan, dan hak pasien.

Kedua, regulasi melindungi tenaga kesehatan. Tenaga kesehatan membutuhkan kejelasan kewenangan, standar praktik, prosedur kerja, dan perlindungan hukum selama bekerja sesuai standar profesi dan standar prosedur operasional. Tanpa regulasi, tenaga kesehatan dapat bekerja dalam situasi ambigu yang meningkatkan risiko konflik hukum.

Ketiga, regulasi melindungi masyarakat. Rumah sakit dapat menjadi sumber risiko publik apabila tidak mengelola limbah medis, infeksi, obat, radiasi, keamanan data, dan bencana dengan baik. Regulasi memastikan bahwa rumah sakit tidak hanya memperhatikan pasien individual, tetapi juga keselamatan masyarakat.

Keempat, regulasi menciptakan akuntabilitas. Rumah sakit harus dapat menjelaskan bagaimana keputusan dibuat, bagaimana mutu dijaga,

bagaimana dana digunakan, bagaimana keluhan ditangani, dan bagaimana risiko dikendalikan.

Kelima, regulasi menciptakan standar yang relatif seragam. Tentu setiap rumah sakit memiliki kelas, kapasitas, dan kekhasan masing-masing. Namun, prinsip dasar keselamatan, mutu, etika, dan hak pasien harus berlaku bagi semua rumah sakit.

Dalam konteks Indonesia, UU No. 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan menjadi salah satu dasar utama pembaruan sistem kesehatan. Kementerian Kesehatan mempublikasikan UU tersebut sebagai Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan. (Ministry of Health Indonesia) PP No. 28 Tahun 2024 kemudian diterbitkan sebagai peraturan pelaksanaan dari UU Kesehatan tersebut. (Ministry of Health Indonesia)

2.5 Regulasi sebagai Sistem Kepatuhan dan Pembelajaran

Kepatuhan terhadap regulasi sering dipahami secara sempit sebagai kewajiban administratif: melengkapi dokumen, memperoleh izin, memenuhi persyaratan, dan menghadapi pemeriksaan. Pemahaman seperti ini tidak sepenuhnya salah, tetapi tidak cukup. Regulasi seharusnya dipahami sebagai instrumen pembelajaran dan perlindungan mutu.

Rumah sakit yang hanya taat regulasi di atas kertas dapat tetap gagal memberikan pelayanan bermutu. Misalnya, rumah sakit memiliki SOP identifikasi pasien, tetapi petugas tidak benar-benar melakukan verifikasi dua identitas sebelum pemberian obat. Rumah sakit memiliki kebijakan pelaporan insiden, tetapi tenaga kesehatan takut melapor karena khawatir dihukum. Rumah sakit memiliki komite mutu, tetapi komite hanya aktif menjelang survei akreditasi. Dalam kasus seperti ini, kepatuhan bersifat formal, bukan substansial.

Kepatuhan substansial berarti rumah sakit memahami alasan di balik regulasi. Identifikasi pasien bukan sekadar prosedur, tetapi mencegah pasien menerima obat, transfusi, tindakan, atau hasil pemeriksaan yang keliru. Informed consent bukan sekadar tanda tangan, tetapi penghormatan terhadap hak pasien untuk memahami risiko dan manfaat tindakan. Rekam medis bukan sekadar dokumen klaim, tetapi alat komunikasi klinis, bukti hukum, sumber data mutu, dan dasar kesinambungan pelayanan.

Karena itu, rumah sakit perlu membangun **compliance culture** atau budaya kepatuhan. Budaya ini tidak dibangun dengan rasa takut semata, tetapi dengan pemahaman, kepemimpinan, pelatihan, supervisi, audit, dan konsistensi. Pimpinan rumah sakit harus menunjukkan bahwa kepatuhan adalah bagian dari keselamatan pasien dan integritas organisasi.

2.6 Perizinan dan Klasifikasi Rumah Sakit

Perizinan rumah sakit merupakan mekanisme untuk memastikan bahwa sebuah institusi layak menyelenggarakan pelayanan kesehatan sesuai persyaratan yang ditetapkan. Perizinan berkaitan dengan legalitas kelembagaan, bangunan, prasarana, tenaga, alat kesehatan, pelayanan, limbah medis, keselamatan kebakaran, dan pemenuhan standar lainnya.

Klasifikasi rumah sakit berkaitan dengan tingkat kemampuan pelayanan. Secara umum, rumah sakit dapat dibedakan berdasarkan jenis pelayanan, kepemilikan, dan kelas. Ada rumah sakit umum dan rumah sakit khusus. Rumah sakit umum memberikan pelayanan pada berbagai bidang penyakit dan kelompok usia. Rumah sakit khusus berfokus pada bidang tertentu, seperti rumah sakit mata, rumah sakit ibu dan anak, rumah sakit kanker, rumah sakit jantung, rumah sakit jiwa, atau rumah sakit ortopedi.

Klasifikasi juga membantu sistem rujukan. Rumah sakit dengan kapasitas lebih tinggi diharapkan mampu menangani kasus lebih kompleks. Namun,

klasifikasi bukan sekadar label. Kelas rumah sakit harus mencerminkan kapasitas nyata, termasuk tenaga spesialis, alat, fasilitas, pelayanan penunjang, sistem manajemen, dan kesiapan operasional.

Dalam praktik manajerial, perizinan dan klasifikasi harus dilihat sebagai fondasi legal-operasional. Rumah sakit tidak cukup memperoleh izin awal, tetapi harus terus menjaga kesesuaian antara izin, pelayanan yang diberikan, tenaga yang tersedia, dan standar yang berlaku. Bila rumah sakit membuka layanan baru tanpa kesiapan tenaga atau alat, risiko keselamatan pasien meningkat.

2.7 Akreditasi Rumah Sakit sebagai Instrumen Mutu

Akreditasi rumah sakit adalah proses penilaian eksternal terhadap pemenuhan standar pelayanan, mutu, keselamatan pasien, tata kelola, dan manajemen organisasi. Akreditasi berbeda dari perizinan. Perizinan terutama memberi legitimasi legal untuk beroperasi, sedangkan akreditasi menilai sejauh mana rumah sakit menjalankan standar mutu secara konsisten.

Kementerian Kesehatan menyebut akreditasi sebagai salah satu bentuk peningkatan mutu eksternal yang terkait dengan kewajiban fasilitas pelayanan kesehatan untuk melakukan peningkatan mutu secara terus-menerus dan berkesinambungan. (Keslan) Pada 2024, Kementerian Kesehatan juga menerbitkan standar akreditasi dan biaya survei akreditasi rumah sakit kelas D pratama melalui Keputusan Menteri Kesehatan Nomor HK.01.07/MENKES/1094/2024. (Keslan)

Akreditasi memiliki beberapa fungsi penting. Pertama, akreditasi menetapkan standar. Rumah sakit diberi kerangka tentang apa yang harus dipenuhi dalam pelayanan pasien, keselamatan, kepemimpinan, manajemen fasilitas, rekam medis, pencegahan infeksi, farmasi, hak pasien, dan mutu.

Kedua, akreditasi mendorong evaluasi diri. Rumah sakit harus menilai kesenjangan antara kondisi aktual dan standar. Proses ini penting karena banyak kelemahan organisasi tidak tampak dalam rutinitas sehari-hari.

Ketiga, akreditasi mendorong perbaikan berkelanjutan. Standar akreditasi seharusnya tidak hanya dipenuhi menjelang survei, tetapi menjadi sistem kerja harian.

Keempat, akreditasi meningkatkan kepercayaan publik. Status terakreditasi memberi sinyal bahwa rumah sakit telah melewati proses penilaian eksternal. Namun, kepercayaan publik hanya bertahan bila mutu benar-benar dirasakan pasien.

Kelima, akreditasi mendukung keselamatan pasien. Banyak standar akreditasi berhubungan langsung dengan identifikasi pasien, komunikasi efektif, keamanan obat, pencegahan infeksi, keselamatan operasi, pencegahan pasien jatuh, dan pelaporan insiden.

Literatur internasional menunjukkan bahwa akreditasi rumah sakit berkaitan dengan peningkatan beberapa dimensi mutu layanan, meskipun dampaknya dapat berbeda antarnegara, organisasi, dan cara implementasi. Tinjauan sistematis oleh Hussein dan kolega menemukan bahwa akreditasi rumah sakit berdampak pada berbagai dimensi mutu pelayanan kesehatan, tetapi hasilnya bergantung pada konteks, metode, dan keberlanjutan implementasi. (PMC)

2.8 Risiko Akreditasi yang Bersifat Seremonial

Meskipun akreditasi sangat penting, ada risiko bahwa rumah sakit memperlakukan akreditasi sebagai kegiatan seremonial. Dalam situasi seperti ini, rumah sakit sibuk menyiapkan dokumen, mempercantik ruangan, melatih staf menjawab pertanyaan surveior, dan melengkapi bukti administrasi hanya menjelang survei. Setelah survei selesai, budaya mutu kembali melemah.

Risiko ini sering disebut sebagai **paper compliance**, yaitu kepatuhan di atas kertas. Rumah sakit tampak memenuhi standar secara dokumenter, tetapi praktik sehari-harinya belum berubah. Misalnya, audit klinis ada di dokumen, tetapi tidak digunakan untuk memperbaiki praktik. Pelaporan insiden ada dalam kebijakan, tetapi staf tetap takut melapor. Program pencegahan infeksi ada dalam struktur organisasi, tetapi kepatuhan cuci tangan rendah.

Akreditasi yang ideal harus menjadi **budaya mutu**, bukan proyek sementara. Rumah sakit perlu menjadikan standar akreditasi sebagai alat manajemen. Setiap standar harus diterjemahkan ke dalam kebijakan, SOP, pelatihan, indikator, audit, evaluasi, dan perbaikan.

Dalam konteks pembelajaran organisasi, akreditasi dapat dianggap sebagai siklus: **standar** → **implementasi** → **pengukuran** → **evaluasi** → **perbaikan** → **pembelajaran** → **budaya mutu**. Bila siklus ini berjalan, akreditasi menjadi alat transformasi. Bila tidak, akreditasi hanya menjadi ritual administratif.

2.9 Tata Kelola Rumah Sakit: Konsep Dasar

Tata kelola rumah sakit atau **hospital governance** adalah sistem pengambilan keputusan, pengawasan, akuntabilitas, dan pengendalian yang memastikan rumah sakit berjalan sesuai misi, regulasi, standar mutu, etika, dan kebutuhan masyarakat. Tata kelola menjawab pertanyaan penting: siapa mengambil keputusan, berdasarkan informasi apa, untuk kepentingan siapa, dengan risiko apa, dan bagaimana keputusan tersebut dipertanggungjawabkan?

Tata kelola rumah sakit mencakup tata kelola korporat atau organisasi dan tata kelola klinis. Tata kelola organisasi berkaitan dengan visi, misi, strategi, keuangan, SDM, operasional, kepatuhan hukum, hubungan dengan pemilik, dan akuntabilitas manajemen. Tata kelola klinis berkaitan dengan

mutu pelayanan klinis, keselamatan pasien, kredensial tenaga medis, audit klinis, clinical pathway, etika klinis, dan pengendalian risiko klinis.

Keduanya harus berjalan bersama. Rumah sakit yang kuat secara bisnis tetapi lemah dalam tata kelola klinis dapat membahayakan pasien. Sebaliknya, rumah sakit yang memiliki tenaga klinis baik tetapi tata kelola organisasi lemah dapat mengalami masalah keuangan, konflik internal, ketidakpatuhan regulasi, dan ketidakstabilan layanan.

WHO menekankan bahwa tata kelola sistem kesehatan membutuhkan kebijakan, regulasi, alokasi sumber daya yang efisien dan adil, serta mekanisme pemantauan, evaluasi, dan peninjauan kinerja sistem kesehatan. (World Health Organization) Prinsip ini relevan pada level rumah sakit karena rumah sakit adalah subsistem dari sistem kesehatan yang lebih besar.

2.10 Prinsip Good Hospital Governance

Good hospital governance dapat diringkas dalam beberapa prinsip utama.

Pertama, **akuntabilitas**. Rumah sakit harus dapat mempertanggungjawabkan keputusan, hasil pelayanan, penggunaan dana, mutu, keselamatan pasien, dan kepatuhan regulasi. Akuntabilitas tidak hanya ke atas kepada pemilik atau pemerintah, tetapi juga ke luar kepada pasien dan masyarakat.

Kedua, **transparansi**. Rumah sakit harus menyediakan informasi yang jelas, benar, dan dapat dipahami, terutama terkait hak pasien, biaya, proses pelayanan, risiko tindakan, mekanisme keluhan, dan indikator mutu tertentu. Transparansi bukan berarti membuka seluruh rahasia organisasi, tetapi memberikan informasi yang relevan bagi pihak yang berhak.

Ketiga, **responsibilitas**. Rumah sakit harus menjalankan tanggung jawabnya sesuai hukum, etika, standar profesi, dan misi sosial.

Responsibilitas mencakup tanggung jawab terhadap pasien, tenaga kesehatan, masyarakat, lingkungan, dan negara.

Keempat, **independensi profesional**. Keputusan klinis harus dilindungi dari tekanan bisnis atau kepentingan nonklinis yang dapat merugikan pasien. Namun, independensi profesional harus berjalan bersama akuntabilitas klinis.

Kelima, **keadilan**. Rumah sakit harus memperlakukan pasien secara adil, tanpa diskriminasi berdasarkan status ekonomi, suku, agama, jenis kelamin, usia, disabilitas, atau latar belakang sosial.

Keenam, **integritas**. Rumah sakit harus menolak praktik manipulatif, korupsi, gratifikasi tidak etis, fraud klaim, manipulasi data, dan konflik kepentingan yang merusak kepercayaan publik.

Ketujuh, **orientasi mutu dan keselamatan pasien**. Semua keputusan tata kelola harus mempertimbangkan dampaknya terhadap mutu pelayanan dan keselamatan pasien. Efisiensi biaya tidak boleh dicapai dengan mengorbankan keselamatan.

2.11 Struktur Tata Kelola Rumah Sakit

Struktur tata kelola rumah sakit biasanya melibatkan pemilik, dewan pengawas atau badan pengawas, direksi, komite-komite, manajemen unit, dan tenaga profesional. Masing-masing memiliki peran berbeda.

Pemilik menentukan mandat besar rumah sakit, baik sebagai rumah sakit pemerintah, swasta, pendidikan, yayasan, BUMN, keagamaan, maupun komunitas. Pemilik harus memastikan bahwa rumah sakit memiliki arah strategis, sumber daya memadai, dan sistem pengawasan.

Dewan pengawas berfungsi mengawasi kinerja direksi, menjaga keselarasan dengan misi, memastikan kepatuhan, dan memberikan arahan

strategis. Dewan pengawas tidak seharusnya mencampuri keputusan klinis harian, tetapi harus memastikan sistem klinis berjalan aman.

Direksi bertanggung jawab atas pengelolaan operasional dan strategis rumah sakit. Direksi menerjemahkan visi menjadi kebijakan, struktur, program, anggaran, indikator, dan tindakan perbaikan.

Komite medik memiliki peran penting dalam tata kelola profesi medis, termasuk kredensial, privileging, mutu profesi, audit medis, dan etika profesi. Komite medik membantu memastikan bahwa dokter yang memberikan pelayanan memiliki kompetensi dan kewenangan klinis yang sesuai.

Komite keperawatan memiliki peran serupa dalam menjaga mutu praktik keperawatan, kredensial keperawatan, pengembangan kompetensi, dan etika keperawatan.

Komite mutu dan keselamatan pasien mengoordinasikan program peningkatan mutu, indikator mutu, pelaporan insiden, analisis akar masalah, dan perbaikan berkelanjutan.

Manajemen unit atau instalasi menjalankan pelayanan sehari-hari, memastikan SOP dilaksanakan, sumber daya tersedia, staf bekerja sesuai kompetensi, dan masalah operasional diselesaikan.

Struktur tata kelola yang baik harus jelas, tetapi tidak kaku. Terlalu banyak struktur tanpa koordinasi akan menghasilkan birokrasi. Sebaliknya, struktur yang terlalu longgar akan menimbulkan kebingungan tanggung jawab. Yang penting adalah kejelasan mandat, alur keputusan, komunikasi, dan akuntabilitas.

2.12 Tata Kelola Klinis

Tata kelola klinis atau **clinical governance** adalah sistem yang menjamin bahwa pelayanan klinis diberikan secara aman, efektif, berbasis bukti, etis,

dan terus diperbaiki. Tata kelola klinis lahir dari kesadaran bahwa mutu pelayanan tidak hanya menjadi urusan manajemen administratif, tetapi juga melekat pada praktik klinis sehari-hari.

Tata kelola klinis mencakup beberapa unsur. Pertama, **kredensial dan privileging**. Rumah sakit harus memastikan bahwa tenaga medis memiliki kompetensi, lisensi, pengalaman, dan kewenangan klinis sesuai bidangnya. Seorang dokter tidak otomatis boleh melakukan semua tindakan hanya karena ia dokter. Ia harus memperoleh kewenangan klinis sesuai kompetensi.

Kedua, **clinical pathway**. Clinical pathway membantu menstandarkan pelayanan untuk kondisi tertentu berdasarkan bukti ilmiah. Tujuannya bukan meniadakan penilaian klinis dokter, tetapi mengurangi variasi yang tidak perlu, meningkatkan koordinasi, dan membantu kendali mutu serta biaya.

Ketiga, **audit klinis**. Audit klinis menilai apakah praktik pelayanan telah sesuai standar dan apakah hasilnya baik. Audit bukan alat mencari kesalahan individu, melainkan alat belajar.

Keempat, **pelaporan dan analisis insiden keselamatan pasien**. Setiap insiden atau nyaris cedera harus menjadi sumber pembelajaran. Rumah sakit harus membangun sistem pelaporan yang aman, tidak menakutkan, dan berorientasi perbaikan.

Kelima, **pengembangan profesional berkelanjutan**. Ilmu kedokteran berubah cepat. Rumah sakit harus memastikan bahwa dokter, perawat, dan tenaga kesehatan lain terus memperbarui kompetensi.

Keenam, **etika klinis**. Keputusan klinis sering mengandung dilema moral. Tata kelola klinis harus memberi ruang konsultasi etik, pembahasan kasus sulit, dan perlindungan hak pasien.

Tata kelola klinis mempertemukan tiga dunia: ilmu klinis, manajemen mutu, dan etika. Rumah sakit yang memiliki tata kelola klinis kuat akan lebih mampu menjaga keselamatan pasien, menurunkan variasi praktik yang

tidak perlu, meningkatkan hasil klinis, dan membangun kepercayaan publik.

2.13 Tata Kelola Mutu dan Keselamatan Pasien

Mutu dan keselamatan pasien adalah inti dari tata kelola rumah sakit. WHO mendefinisikan mutu pelayanan kesehatan sebagai derajat layanan kesehatan bagi individu dan populasi dalam meningkatkan kemungkinan hasil kesehatan yang diinginkan serta konsisten dengan pengetahuan profesional berbasis bukti. WHO juga menegaskan bahwa layanan kesehatan bermutu harus efektif, aman, berpusat pada manusia, tepat waktu, adil, terintegrasi, dan efisien. (World Health Organization)

Model klasik Donabedian membagi penilaian mutu menjadi tiga komponen: **struktur, proses, dan outcome**. Struktur mencakup fasilitas, tenaga, alat, organisasi, dan sumber daya. Proses mencakup tindakan pelayanan yang diberikan kepada pasien. Outcome mencakup hasil akhir seperti kesembuhan, komplikasi, mortalitas, kepuasan, dan kualitas hidup. Model ini tetap relevan karena membantu rumah sakit memahami bahwa mutu tidak dapat dinilai hanya dari satu sisi. (New England Journal of Medicine)

Dalam manajemen rumah sakit, tata kelola mutu harus diterjemahkan ke dalam indikator. Contoh indikator struktur adalah rasio perawat-pasien, ketersediaan dokter spesialis, ketersediaan alat, dan kesiapan fasilitas. Contoh indikator proses adalah kepatuhan cuci tangan, waktu tunggu rawat jalan, kepatuhan identifikasi pasien, kepatuhan pemberian antibiotik profilaksis sebelum operasi, dan kelengkapan rekam medis. Contoh indikator outcome adalah angka infeksi luka operasi, angka pasien jatuh, angka readmission, angka mortalitas tertentu, dan kepuasan pasien.

Keselamatan pasien menuntut rumah sakit membangun budaya yang tidak menyembunyikan kesalahan. Insiden harus dilaporkan, dianalisis, dan

dijadikan bahan perbaikan. Namun, budaya keselamatan bukan berarti semua kesalahan dimaafkan tanpa batas. Perlu dibedakan antara human error, at-risk behavior, dan reckless behavior. Kesalahan manusia perlu diperbaiki melalui desain sistem. Perilaku berisiko perlu dikoreksi melalui pelatihan dan pengawasan. Perilaku sembrono yang membahayakan pasien perlu ditindak secara tegas.

2.14 Tata Kelola Risiko Rumah Sakit

Rumah sakit menghadapi risiko yang sangat beragam. Risiko klinis mencakup salah diagnosis, kesalahan obat, infeksi, pasien jatuh, komplikasi tindakan, keterlambatan terapi, dan kegagalan komunikasi. Risiko operasional mencakup kerusakan alat, kekurangan obat, gangguan listrik, kegagalan sistem informasi, kebakaran, bencana, dan kekurangan tenaga. Risiko hukum mencakup tuntutan pasien, pelanggaran informed consent, dan ketidakpatuhan regulasi. Risiko finansial mencakup defisit, klaim tertunda, fraud, pemborosan, dan investasi tidak efektif. Risiko reputasi mencakup keluhan publik, pemberitaan negatif, atau viral di media sosial.

Tata kelola risiko berarti rumah sakit harus mampu mengidentifikasi, menilai, mengendalikan, memantau, dan mengevaluasi risiko. Pendekatan risiko tidak boleh hanya reaktif. Rumah sakit yang baik tidak menunggu insiden besar terjadi baru memperbaiki sistem. Rumah sakit harus menggunakan data, audit, inspeksi, simulasi, dan analisis tren untuk mengantisipasi risiko.

Contoh sederhana adalah risiko kekurangan oksigen. Rumah sakit yang reaktif baru mencari solusi ketika stok oksigen hampir habis. Rumah sakit yang memiliki tata kelola risiko akan memantau konsumsi oksigen, memiliki pemasok alternatif, menetapkan stok minimum, membuat rencana kontinjensi, dan melatih staf menghadapi lonjakan kebutuhan.

Dalam tata kelola modern, risiko harus dibahas di tingkat pimpinan. Dewan pengawas dan direksi perlu memahami risiko strategis rumah sakit, bukan hanya laporan keuangan. Komite mutu dan manajemen risiko harus memiliki akses kepada pimpinan agar temuan penting tidak berhenti di level administratif.

2.15 Tata Kelola Keuangan dan Integritas

Tata kelola rumah sakit tidak dapat dilepaskan dari keuangan. Rumah sakit membutuhkan dana besar untuk membayar tenaga kesehatan, membeli obat, memelihara alat, membangun fasilitas, menjalankan teknologi informasi, serta memenuhi standar keselamatan. Namun, karena rumah sakit menyangkut pelayanan publik dan sering menggunakan dana asuransi sosial atau dana publik, keuangan rumah sakit harus dikelola dengan integritas tinggi.

Tata kelola keuangan rumah sakit mencakup penyusunan anggaran, pengendalian biaya, transparansi tarif, pengelolaan klaim, pengadaan barang dan jasa, audit internal, dan pencegahan fraud. Fraud dalam rumah sakit dapat berupa manipulasi klaim, upcoding yang tidak sesuai, tindakan yang tidak perlu, penggunaan obat atau alat tanpa indikasi, mark-up pengadaan, atau konflik kepentingan dengan pemasok.

Integritas keuangan penting karena rumah sakit tidak boleh menjadikan pasien sebagai objek eksploitasi. Efisiensi juga tidak boleh dilakukan dengan mengurangi aspek keselamatan. Misalnya, mengurangi jumlah perawat secara berlebihan mungkin tampak menghemat biaya, tetapi dapat meningkatkan risiko kesalahan obat, pasien jatuh, burnout, dan penurunan mutu.

Konsep **value-based health care** relevan dalam tata kelola keuangan rumah sakit. Nilai pelayanan kesehatan tidak hanya diukur dari volume tindakan atau pendapatan, tetapi dari hasil kesehatan yang diperoleh

pasien dibandingkan dengan biaya yang dikeluarkan. Porter menekankan bahwa tujuan utama pelayanan kesehatan seharusnya adalah menciptakan nilai bagi pasien, bukan sekadar meningkatkan volume layanan.

2.16 Tata Kelola Data, Rekam Medis, dan Informasi Kesehatan

Rumah sakit menghasilkan data dalam jumlah besar. Data tersebut mencakup identitas pasien, diagnosis, tindakan, obat, hasil laboratorium, radiologi, rekam medis, klaim, biaya, indikator mutu, insiden keselamatan, dan kepuasan pasien. Data adalah aset strategis, tetapi juga sumber risiko.

Tata kelola data rumah sakit harus menjamin kerahasiaan, keamanan, integritas, ketersediaan, dan penggunaan data yang etis. Rekam medis bukan hanya dokumen administratif, tetapi alat komunikasi klinis, dasar hukum, sumber data mutu, dasar klaim, dan instrumen penelitian. Rekam medis yang tidak lengkap dapat membahayakan pasien dan merugikan rumah sakit.

Digitalisasi rumah sakit membuat tata kelola data semakin penting. Sistem informasi manajemen rumah sakit, rekam medis elektronik, antrean digital, dashboard mutu, telemedicine, dan integrasi data membuka peluang besar untuk meningkatkan efisiensi dan mutu. Namun, digitalisasi juga meningkatkan risiko kebocoran data, serangan siber, kesalahan input, ketergantungan pada sistem, dan penyalahgunaan informasi.

Tata kelola data harus menjawab pertanyaan: siapa boleh mengakses data, untuk tujuan apa, bagaimana data disimpan, bagaimana data diamankan, bagaimana data digunakan untuk perbaikan mutu, dan bagaimana pasien dilindungi. Transformasi digital tanpa tata kelola data dapat menjadi sumber masalah baru.

2.17 Hubungan Akreditasi dengan Tata Kelola

Akreditasi dan tata kelola saling memperkuat. Akreditasi menyediakan standar dan alat ukur, sedangkan tata kelola memastikan bahwa standar tersebut dijalankan secara konsisten. Tanpa tata kelola, akreditasi mudah menjadi proyek dokumentasi. Tanpa akreditasi, tata kelola dapat kehilangan instrumen evaluasi eksternal yang sistematis.

Dalam rumah sakit yang baik, standar akreditasi diterjemahkan ke dalam struktur organisasi, kebijakan, SOP, indikator, audit, rapat mutu, pelatihan, dan tindakan korektif. Dewan pengawas dan direksi tidak hanya menanyakan "apakah rumah sakit lulus akreditasi?", tetapi juga "apa pelajaran dari akreditasi?", "apa risiko terbesar yang ditemukan?", "indikator mana yang belum tercapai?", dan "apa perbaikan yang harus dilakukan?"

Akreditasi juga membantu memperkuat budaya dokumentasi. Dalam pelayanan kesehatan, sesuatu yang tidak terdokumentasi sering dianggap tidak terjadi. Dokumentasi penting untuk kesinambungan klinis, pembuktian hukum, pembiayaan, audit, dan pembelajaran organisasi. Namun, dokumentasi harus bermakna. Dokumen yang dibuat hanya untuk memenuhi survei tetapi tidak digunakan dalam praktik tidak akan memperbaiki pelayanan.

2.18 Kepemimpinan dalam Tata Kelola Rumah Sakit

Kepemimpinan merupakan faktor penentu dalam tata kelola rumah sakit. Struktur, regulasi, dan standar tidak akan berjalan tanpa kepemimpinan yang memberi arah, teladan, dan konsistensi. Pemimpin rumah sakit harus mampu menjembatani dunia klinis dan dunia manajerial.

Direktur rumah sakit perlu memahami bahasa dokter, perawat, manajer keuangan, petugas operasional, regulator, pasien, dan masyarakat. Ia harus mampu mengambil keputusan strategis, tetapi juga peka terhadap risiko

klinis. Ia harus menjaga keberlanjutan finansial, tetapi tidak boleh mengorbankan keselamatan pasien. Ia harus mendorong efisiensi, tetapi tetap menjaga martabat tenaga kesehatan.

Kepemimpinan tata kelola rumah sakit memiliki beberapa ciri. Pertama, berbasis nilai. Pemimpin harus menempatkan keselamatan pasien, integritas, dan kemanusiaan sebagai nilai utama. Kedua, berbasis data. Keputusan harus didukung indikator, audit, dan bukti, bukan hanya intuisi. Ketiga, komunikatif. Pemimpin harus mampu menjelaskan arah, mendengar masalah, dan membangun kepercayaan. Keempat, adaptif. Rumah sakit menghadapi perubahan regulasi, teknologi, pembiayaan, dan ekspektasi publik. Kelima, kolaboratif. Rumah sakit tidak dapat dipimpin dengan gaya komando sepihak; ia membutuhkan kerja lintas profesi.

2.19 Isu Kontemporer dalam Regulasi dan Tata Kelola Rumah Sakit

Rumah sakit saat ini menghadapi sejumlah isu kontemporer yang memengaruhi regulasi, akreditasi, dan tata kelola.

Pertama, **perubahan regulasi kesehatan**. Pembaruan UU Kesehatan dan peraturan pelaksana menuntut rumah sakit terus memperbarui kepatuhan. PP No. 28 Tahun 2024 diterbitkan sebagai aturan pelaksanaan UU No. 17 Tahun 2023, sehingga rumah sakit perlu memahami implikasinya terhadap pelayanan, tenaga kesehatan, fasilitas, mutu, dan tata kelola. (Ministry of Health Indonesia)

Kedua, **tuntutan mutu dan keselamatan pasien**. Masyarakat semakin sadar hak dan semakin kritis terhadap mutu layanan. Kesalahan komunikasi atau insiden pelayanan dapat cepat menyebar melalui media sosial.

Ketiga, **digitalisasi dan keamanan data**. Rumah sakit harus mengadopsi teknologi digital, tetapi juga melindungi data pasien. Keamanan siber menjadi bagian dari tata kelola rumah sakit.

Keempat, **tekanan pembiayaan**. Sistem pembiayaan menuntut efisiensi, tetapi rumah sakit tetap harus mempertahankan mutu dan keselamatan.

Kelima, **fraud dan integritas**. Rumah sakit harus mencegah penyimpangan klaim, konflik kepentingan, dan manipulasi data.

Keenam, **kesenjangan kapasitas rumah sakit**. Tidak semua rumah sakit memiliki sumber daya yang sama. Standar harus diterapkan dengan mempertimbangkan konteks, tetapi prinsip keselamatan dasar tetap tidak boleh dikompromikan.

Ketujuh, **akreditasi sebagai budaya mutu**. Tantangannya bukan hanya memperoleh status akreditasi, tetapi menjaga praktik bermutu setiap hari.

2.20 Ilustrasi Kasus: Akreditasi sebagai Perubahan Budaya

Sebuah rumah sakit swasta menengah menghadapi survei akreditasi. Pada awalnya, manajemen membentuk banyak tim kecil untuk menyiapkan dokumen. Setiap unit diminta melengkapi SOP, daftar hadir pelatihan, notulen rapat, dan bukti implementasi. Secara administratif, rumah sakit tampak sibuk dan teratur.

Namun, ketika dilakukan telusur pasien, ditemukan beberapa masalah. Petugas belum konsisten melakukan identifikasi pasien dengan dua identitas. Beberapa perawat tidak mengetahui prosedur pelaporan insiden. Dokter mengisi rekam medis secara tidak lengkap. Pasien dan keluarga tidak selalu mendapat edukasi rencana pulang. Farmasi belum memiliki sistem kuat untuk obat high alert. Komite mutu memiliki laporan indikator, tetapi unit tidak memahami arti data tersebut.

Direksi kemudian menyadari bahwa masalahnya bukan kekurangan dokumen, tetapi belum terbentuknya budaya mutu. Rumah sakit lalu mengubah pendekatan. Setiap standar akreditasi diterjemahkan menjadi praktik harian. Pelatihan dilakukan berbasis kasus. Kepala unit diminta

memantau indikator mingguan. Insiden nyaris cedera dibahas tanpa menyalahkan. Pasien dilibatkan dalam edukasi keselamatan. Komite mutu tidak lagi hanya mengumpulkan laporan, tetapi membantu unit memahami masalah dan memperbaiki proses.

Setelah satu tahun, perubahan mulai terlihat. Kepatuhan identifikasi pasien meningkat. Pelaporan insiden bertambah, bukan karena pelayanan memburuk, tetapi karena staf mulai berani melapor. Waktu tunggu farmasi menurun. Kelengkapan rekam medis meningkat. Keluhan pasien berkurang. Akreditasi akhirnya menjadi bukan sekadar survei, tetapi proses pembelajaran organisasi.

2.21 Model Integratif Bab 2

Bab ini dapat dirangkum dalam model integratif berikut:

Sistem Kesehatan memberi konteks rumah sakit sebagai bagian dari jejaring pelayanan, pembiayaan, tenaga kesehatan, kebijakan, data, dan masyarakat.

Regulasi memberi dasar hukum, standar minimal, hak dan kewajiban, mekanisme perizinan, perlindungan pasien, serta kepatuhan organisasi.

Akreditasi memberi instrumen evaluasi eksternal untuk memastikan standar mutu, keselamatan pasien, tata kelola klinis, dan tata kelola organisasi diterapkan.

Tata Kelola memberi mekanisme pengambilan keputusan, pengawasan, akuntabilitas, transparansi, manajemen risiko, dan integritas.

Mutu dan Keselamatan Pasien menjadi tujuan operasional utama.

Kepercayaan Publik menjadi hasil sosial yang harus dijaga.

Dengan model ini, rumah sakit dapat dipahami bukan sebagai institusi yang hanya menjalankan pelayanan klinis, tetapi sebagai organisasi publik-

profesional yang harus bertanggung jawab kepada pasien, masyarakat, regulator, pembayar, pemilik, dan profesi kesehatan.

2.22 Implikasi Manajerial

Pertama, manajemen rumah sakit harus memahami regulasi sebagai fondasi strategis. Kepatuhan bukan pekerjaan bagian hukum saja, tetapi tanggung jawab seluruh organisasi.

Kedua, akreditasi harus diposisikan sebagai sistem pembelajaran. Dokumen penting, tetapi praktik harian jauh lebih penting.

Ketiga, tata kelola harus mengintegrasikan tata kelola organisasi dan tata kelola klinis. Keputusan keuangan, SDM, fasilitas, dan operasional harus selalu mempertimbangkan dampak klinis.

Keempat, pimpinan rumah sakit perlu menggunakan indikator mutu sebagai alat manajemen. Tanpa indikator, rumah sakit sulit mengetahui apakah pelayanan membaik atau memburuk.

Kelima, budaya keselamatan pasien harus dibangun melalui pelaporan insiden, analisis akar masalah, komunikasi terbuka, dan tindakan perbaikan.

Keenam, rumah sakit harus memperkuat tata kelola data. Digitalisasi tanpa keamanan dan integritas data dapat merusak kepercayaan.

Ketujuh, integritas harus menjadi nilai inti. Anti-fraud, transparansi, dan pengendalian konflik kepentingan harus menjadi bagian dari budaya organisasi.

2.23 Rangkuman Bab

Rumah sakit merupakan bagian dari sistem kesehatan nasional yang luas dan kompleks. Ia terhubung dengan layanan primer, sistem rujukan,

pembiayaan, tenaga kesehatan, data, regulasi, dan masyarakat. Karena pelayanan rumah sakit menyangkut keselamatan manusia, maka penyelenggaraannya harus berada dalam kerangka regulasi dan tata kelola yang kuat.

Regulasi memberikan dasar hukum dan standar minimal. Di Indonesia, UU No. 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan dan PP No. 28 Tahun 2024 menjadi bagian penting dari kerangka hukum kesehatan terbaru. Akreditasi rumah sakit merupakan instrumen eksternal untuk memastikan peningkatan mutu dan keselamatan pasien berjalan secara berkesinambungan. Namun, akreditasi tidak boleh dipahami sebagai ritual administratif, melainkan sebagai budaya mutu.

Tata kelola rumah sakit mencakup pengambilan keputusan, pengawasan, akuntabilitas, transparansi, pengendalian risiko, tata kelola klinis, dan integritas. Rumah sakit yang memiliki tata kelola baik akan lebih mampu menjaga mutu, keselamatan pasien, efisiensi, kepatuhan hukum, dan kepercayaan publik.

Dengan demikian, inti Bab 2 adalah bahwa rumah sakit modern harus menjadi organisasi yang **taat regulasi, terakreditasi, bermutu, aman, transparan, akuntabel, berintegritas, dan adaptif**. Rumah sakit bukan hanya tempat pelayanan medis, tetapi institusi strategis dalam sistem kesehatan yang memikul tanggung jawab sosial, profesional, dan moral.

Glossarium

Akreditasi Rumah Sakit
Proses penilaian eksternal terhadap rumah sakit untuk menilai pemenuhan standar mutu, keselamatan pasien, tata kelola, dan pelayanan.

Akuntabilitas
Kewajiban organisasi atau individu untuk mempertanggungjawabkan keputusan, tindakan, penggunaan sumber daya, dan hasil yang dicapai.

Audit Klinis
Proses sistematis untuk menilai apakah pelayanan klinis telah sesuai standar dan menghasilkan perbaikan mutu.

Budaya Keselamatan Pasien
Nilai, sikap, dan perilaku organisasi yang mendorong pencegahan bahaya, pelaporan insiden, pembelajaran, dan perbaikan sistem.

Clinical Governance
Sistem tata kelola klinis yang memastikan pelayanan diberikan secara aman, efektif, berbasis bukti, etis, dan terus diperbaiki.

Clinical Pathway
Panduan pelayanan terstruktur untuk kondisi klinis tertentu yang mengintegrasikan diagnosis, terapi, tindakan, monitoring, dan rencana pulang.

Compliance Culture
Budaya organisasi yang menempatkan kepatuhan terhadap hukum, standar, etika, dan prosedur sebagai bagian dari praktik harian.

Dewan Pengawas
Organ rumah sakit yang berfungsi melakukan pengawasan, memberi arahan strategis, dan memastikan akuntabilitas manajemen.

Good Hospital Governance
Prinsip tata kelola rumah sakit yang menekankan akuntabilitas, transparansi, integritas, tanggung jawab, keadilan, kepatuhan, dan orientasi mutu.

Informed Consent
Persetujuan pasien terhadap tindakan medis setelah memperoleh informasi yang cukup mengenai manfaat, risiko, alternatif, dan konsekuensi tindakan.

Klasifikasi Rumah Sakit
Pengelompokan rumah sakit berdasarkan jenis, kapasitas, kemampuan pelayanan, dan sumber daya yang tersedia.

Komite Medik
Organ rumah sakit yang mengelola tata kelola profesi medis, termasuk kredensial, privileging, audit medis, dan mutu profesi.

Kredensial
Proses penilaian kompetensi, kualifikasi, pengalaman, dan kelayakan tenaga profesional untuk memberikan pelayanan tertentu.

Manajemen Risiko Rumah Sakit
Proses identifikasi, analisis, pengendalian, pemantauan, dan evaluasi risiko klinis maupun nonklinis di rumah sakit.

Mutu Pelayanan Kesehatan
Derajat pelayanan kesehatan dalam meningkatkan kemungkinan hasil kesehatan yang diinginkan dan sesuai pengetahuan profesional berbasis bukti.

Paper Compliance
Kepatuhan administratif di atas kertas tanpa perubahan nyata dalam praktik pelayanan.

Perizinan Rumah Sakit
Mekanisme legal yang menyatakan bahwa rumah sakit memenuhi persyaratan untuk menyelenggarakan pelayanan kesehatan.

Privileging
Pemberian kewenangan klinis kepada tenaga medis berdasarkan kompetensi dan kredensial yang telah dinilai.

Regulasi Rumah Sakit
Peraturan hukum dan standar yang mengatur penyelenggaraan rumah sakit, termasuk perizinan, pelayanan, keselamatan, hak pasien, dan kepatuhan.

Sistem Kesehatan
Keseluruhan organisasi, institusi, sumber daya, kebijakan, dan aktor yang bertujuan meningkatkan kesehatan masyarakat.

Sistem Rujukan
Mekanisme pengalihan tanggung jawab pelayanan pasien dari satu fasilitas kesehatan ke fasilitas lain yang memiliki kapasitas lebih sesuai.

Tata Kelola Klinis
Sistem pengawasan dan pengendalian mutu praktik klinis agar pelayanan aman, efektif, berbasis bukti, dan etis.

Tata Kelola Rumah Sakit
Sistem pengambilan keputusan, pengawasan, pengendalian, dan akuntabilitas yang memastikan rumah sakit berjalan sesuai misi, hukum, etika, dan standar mutu.

Transparansi
Keterbukaan informasi yang relevan, benar, dan dapat dipahami oleh pihak yang berhak.

Universal Health Coverage
Kondisi ketika seluruh masyarakat dapat mengakses layanan kesehatan yang dibutuhkan tanpa mengalami kesulitan finansial.

Daftar Pustaka

Ayanian, J. Z., & Markel, H. (2016). Donabedian's lasting framework for health care quality. *The New England Journal of Medicine, 375*(3), 205–207. DOI: 10.1056/NEJMp1605101

Berwick, D. M., Nolan, T. W., & Whittington, J. (2008). The triple aim: Care, health, and cost. *Health Affairs, 27*(3), 759–769. DOI: 10.1377/hlthaff.27.3.759

Braithwaite, J., Westbrook, J., Pawsey, M., Greenfield, D., Naylor, J., Iedema, R., Runciman, B., Redman, S., Jorm, C., Robinson, M., Nathan, S., & Gibberd, R. (2006). A prospective, multi-method, multi-disciplinary, multi-level, collaborative, social-organisational design for researching health sector

accreditation. *BMC Health Services Research, 6*, 113. DOI: 10.1186/1472-6963-6-113

Donabedian, A. (1988). The quality of care: How can it be assessed? *JAMA, 260*(12), 1743–1748. DOI: 10.1001/jama.1988.03410120089033

Greenfield, D., & Braithwaite, J. (2008). Health sector accreditation research: A systematic review. *International Journal for Quality in Health Care, 20*(3), 172–183. DOI: 10.1093/intqhc/mzn005

Hussein, M., Pavlova, M., Ghalwash, M., & Groot, W. (2021). The impact of hospital accreditation on the quality of healthcare: A systematic literature review. *BMC Health Services Research, 21*, 1057. DOI: 10.1186/s12913-021-07097-6

Hussein, M., Pavlova, M., Ghalwash, M., & Groot, W. (2020). Hospital accreditation impact on healthcare quality dimensions: A systematic review. *International Journal for Quality in Health Care, 32*(8), 531–544. DOI: 10.1093/intqhc/mzaa090

Jalilvand, M. A., Asl, I. M., Khodayari-Zarnaq, R., & Gholipour, K. (2024). Hospital governance accountability structure: A scoping review. *BMC Health Services Research, 24*, 21. DOI: 10.1186/s12913-023-10436-0

Kruk, M. E., Gage, A. D., Arsenault, C., Jordan, K., Leslie, H. H., Roder-DeWan, S., Adeyi, O., Barker, P., Daelmans, B., Doubova, S. V., English, M., Elorrio, E. G., Guanais, F., Gureje, O., Hirschhorn, L. R., Jiang, L., Kelley, E., Lemango, E. T., Liljestrand, J., ... Pate, M. (2018). High-quality health systems in the Sustainable Development Goals era: Time for a revolution. *The Lancet Global Health, 6*(11), e1196–e1252. DOI: 10.1016/S2214-109X(18)30386-3

Pomey, M.-P., Lemieux-Charles, L., Champagne, F., Angus, D., Shabah, A., & Contandriopoulos, A.-P. (2010). Does accreditation stimulate change? A study of the impact of the accreditation process on Canadian healthcare organizations. *Implementation Science, 5*, 31. DOI: 10.1186/1748-5908-5-31

Porter, M. E. (2010). What is value in health care? *The New England Journal of Medicine, 363*(26), 2477–2481. DOI: 10.1056/NEJMp1011024

Shaw, C. D. (2003). Evaluating accreditation. *International Journal for Quality in Health Care, 15*(6), 455–456. DOI: 10.1093/intqhc/mzg092

World Health Organization. (2016). *Framework on integrated, people-centred health services: Report by the Secretariat*. World Health Organization. Tanpa DOI.

World Health Organization. (2021). *Global patient safety action plan 2021–2030: Towards eliminating avoidable harm in health care*. World Health Organization. Tanpa DOI.

World Health Organization. (2025). *Quality health services*. World Health Organization. Tanpa DOI.

Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2023). *Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan*. Tanpa DOI.

Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2024). *Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 28 Tahun 2024 tentang Peraturan Pelaksanaan Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan*. Tanpa DOI.

Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2024). *Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor HK.01.07/MENKES/1094/2024 tentang Standar Akreditasi dan Biaya Survei Akreditasi Rumah Sakit Kelas D Pratama*. Tanpa DOI.



BAB 3
PERENCANAAN STRATEGIS DAN MODEL BISNIS RUMAH SAKIT

Oleh: **Rudy C Tarumingkeng**

1 Hakikat Perencanaan Strategis

- menentukan arah jangka panjang
- menyelaraskan visi, misi, dan nilai
- merespons perubahan lingkungan kesehatan
- fokus pada mutu, keberlanjutan, dan nilai pasien

2 Komponen Strategi Rumah Sakit

Visi → Misi → Nilai → Tujuan Strategis → Sasaran → Program → KPI

3 Analisis Lingkungan Strategis



Pendekatan SWOT: *Strengths • Weaknesses • Opportunities • Threats*

4 Model Bisnis Rumah Sakit



5 Indikator Kinerja Strategis



6 Tantangan dan Arah Masa Depan



Intinya: Rumah sakit memerlukan strategi yang jelas dan model bisnis yang sehat agar mampu memberikan pelayanan bermutu, berkelanjutan, adaptif, dan berpusat pada pasien.

Bab 3. Perencanaan Strategis dan Model Bisnis Rumah Sakit ******

Abstrak

Perencanaan strategis dan model bisnis merupakan dua pilar utama dalam manajemen rumah sakit modern. Perencanaan strategis membantu rumah sakit menetapkan arah jangka panjang, memilih prioritas layanan, mengalokasikan sumber daya, menghadapi perubahan lingkungan, dan memastikan bahwa seluruh unit organisasi bergerak menuju tujuan yang sama. Model bisnis menjelaskan bagaimana rumah sakit menciptakan nilai, menyampaikan nilai, dan menangkap nilai secara berkelanjutan bagi pasien, keluarga, tenaga kesehatan, pembayar, pemerintah, dan masyarakat.

Dalam sistem kesehatan, rumah sakit tidak dapat dikelola hanya dengan pendekatan administratif rutin. Rumah sakit menghadapi perubahan demografi, peningkatan penyakit kronis, tekanan pembiayaan, perkembangan teknologi, transformasi digital, tuntutan mutu, keselamatan pasien, regulasi, dan ekspektasi publik yang terus meningkat. WHO menegaskan bahwa rumah sakit melengkapi dan memperkuat bagian lain dari sistem kesehatan dengan menyediakan layanan untuk kondisi akut dan kompleks, serta menjadi elemen penting bagi Universal Health Coverage dan pencapaian tujuan pembangunan berkelanjutan. (World Health Organization) Oleh karena itu, strategi rumah sakit harus dirancang bukan hanya untuk pertumbuhan organisasi, tetapi juga untuk nilai kesehatan, akses, mutu, keselamatan, efisiensi, dan keadilan pelayanan.

Bab ini membahas hakikat perencanaan strategis rumah sakit, hubungan antara visi-misi-nilai dengan sasaran strategis, analisis lingkungan strategis, segmentasi pasien, proposisi nilai, model bisnis rumah sakit, indikator kinerja strategis, Balanced Scorecard, strategi layanan unggulan,

manajemen risiko strategis, inovasi, digitalisasi, dan keberlanjutan. Bab ini juga menekankan pentingnya **value-based health care**, yaitu orientasi pada hasil kesehatan yang dicapai pasien dibandingkan dengan biaya yang dikeluarkan. Porter menyatakan bahwa nilai dalam pelayanan kesehatan perlu dipahami sebagai hasil kesehatan yang dicapai per biaya yang digunakan. (New England Journal of Medicine) Dengan memahami bab ini, pembaca diharapkan mampu melihat rumah sakit sebagai organisasi strategis yang harus dikelola secara adaptif, berorientasi pasien, berbasis data, dan berkelanjutan.

Kata Kunci

Perencanaan strategis; model bisnis rumah sakit; strategi rumah sakit; value-based health care; Balanced Scorecard; proposisi nilai; segmentasi pasien; KPI rumah sakit; mutu pelayanan; keselamatan pasien; keberlanjutan rumah sakit; transformasi digital; manajemen strategis kesehatan.

3.1 Pendahuluan

Rumah sakit adalah organisasi pelayanan kesehatan yang bekerja dalam lingkungan sangat dinamis. Perubahan regulasi, pembiayaan, teknologi, epidemiologi penyakit, kompetisi layanan, pola rujukan, tuntutan pasien, serta ketersediaan tenaga kesehatan membuat rumah sakit tidak dapat berjalan hanya berdasarkan rutinitas. Rumah sakit membutuhkan arah strategis yang jelas agar dapat bertahan, berkembang, dan tetap relevan bagi masyarakat.

Perencanaan strategis rumah sakit bukan sekadar dokumen lima tahunan yang dibuat untuk memenuhi persyaratan administratif atau akreditasi. Perencanaan strategis adalah proses berpikir, memilih, menyelaraskan, dan bertindak. Ia menjawab pertanyaan mendasar: rumah sakit ini ada untuk

siapa? Nilai apa yang ingin diberikan? Layanan apa yang menjadi prioritas? Sumber daya apa yang harus dikembangkan? Risiko apa yang harus diantisipasi? Bagaimana mutu dan keselamatan pasien dijaga? Bagaimana rumah sakit tetap berkelanjutan secara finansial tanpa kehilangan misi sosialnya?

Rumah sakit berbeda dari organisasi bisnis biasa. Dalam bisnis konvensional, strategi sering berorientasi pada pangsa pasar, pertumbuhan pendapatan, efisiensi biaya, diferensiasi produk, atau profitabilitas. Rumah sakit tentu juga perlu memperhatikan aspek tersebut, tetapi tidak boleh berhenti di sana. Rumah sakit mengelola kehidupan manusia. Karena itu, strategi rumah sakit harus selalu ditempatkan dalam kerangka mutu, keselamatan pasien, etika, akses, keadilan, dan kepercayaan publik.

WHO menyatakan bahwa layanan kesehatan bermutu harus efektif, aman, berpusat pada manusia, tepat waktu, adil, terintegrasi, dan efisien. (World Health Organization) Prinsip ini menjadi kompas bagi perencanaan strategis rumah sakit. Rumah sakit yang strateginya hanya mengejar volume pasien tanpa memperhatikan keselamatan, pengalaman pasien, dan hasil klinis berisiko kehilangan legitimasi. Sebaliknya, rumah sakit yang memiliki idealisme pelayanan tetapi tidak mengelola biaya, SDM, teknologi, dan proses operasional secara baik juga berisiko tidak berkelanjutan.

Dalam konteks Indonesia, rumah sakit juga bekerja dalam kerangka hukum dan sistem kesehatan nasional yang terus diperbarui. UU No. 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan mengatur berbagai aspek kesehatan, termasuk hak dan kewajiban, tanggung jawab pemerintah, fasilitas pelayanan kesehatan, SDM kesehatan, teknologi kesehatan, sistem informasi kesehatan, pendanaan, pembinaan, dan pengawasan. (Database Peraturan | JDIH BPK) PP No. 28 Tahun 2024 menjadi peraturan pelaksanaan UU Kesehatan tersebut. (Database Peraturan | JDIH BPK) Dengan demikian, strategi rumah sakit tidak dapat dilepaskan dari regulasi, pembiayaan, sistem rujukan, dan arah kebijakan kesehatan nasional.

Bab ini membahas perencanaan strategis dan model bisnis rumah sakit sebagai alat untuk mengelola kompleksitas tersebut. Perencanaan strategis memberi arah; model bisnis menjelaskan cara rumah sakit menciptakan dan menyampaikan nilai; indikator kinerja mengukur apakah strategi berjalan; sedangkan tata kelola memastikan bahwa strategi dilaksanakan secara akuntabel.

3.2 Hakikat Perencanaan Strategis Rumah Sakit

Perencanaan strategis adalah proses sistematis untuk menentukan arah jangka panjang organisasi, memilih prioritas utama, dan menyelaraskan sumber daya agar tujuan dapat dicapai. Dalam rumah sakit, perencanaan strategis menghubungkan misi sosial, mutu klinis, kebutuhan pasien, pembiayaan, teknologi, SDM, dan keberlanjutan organisasi.

Perencanaan strategis rumah sakit memiliki beberapa karakteristik penting.

Pertama, perencanaan strategis bersifat **jangka panjang**. Ia tidak hanya menjawab masalah hari ini, tetapi juga mempersiapkan rumah sakit menghadapi perubahan dalam tiga, lima, bahkan sepuluh tahun ke depan. Rumah sakit perlu mengantisipasi perubahan pola penyakit, perkembangan teknologi, kebutuhan pasien lansia, peningkatan penyakit kronis, digitalisasi, serta perubahan sistem pembiayaan.

Kedua, perencanaan strategis bersifat **pilihan**. Strategi bukan daftar semua hal yang ingin dilakukan. Strategi adalah keputusan tentang apa yang menjadi prioritas dan apa yang tidak menjadi prioritas. Rumah sakit dengan sumber daya terbatas tidak mungkin unggul di semua bidang sekaligus. Ia harus memilih layanan unggulan yang sesuai dengan kebutuhan masyarakat, kompetensi SDM, kapasitas investasi, jejaring rujukan, dan peluang pasar pelayanan kesehatan.

Ketiga, perencanaan strategis bersifat **integratif**. Strategi tidak boleh hanya menjadi urusan direksi atau bagian perencanaan. Strategi harus

menghubungkan unit klinis, keperawatan, penunjang medis, farmasi, rekam medis, SDM, keuangan, teknologi informasi, pemasaran, dan mutu. Rumah sakit adalah sistem sosial-teknis; strategi yang baik harus memperhatikan keterhubungan antarunit.

Keempat, perencanaan strategis bersifat **adaptif**. Lingkungan rumah sakit berubah cepat. Karena itu, strategi tidak boleh kaku. Perencanaan strategis perlu memiliki mekanisme evaluasi berkala agar rumah sakit dapat menyesuaikan diri dengan perubahan regulasi, epidemiologi, teknologi, kompetisi, dan perilaku pasien.

Kelima, perencanaan strategis rumah sakit harus **berorientasi nilai pasien**. Porter menekankan bahwa tujuan utama pelayanan kesehatan seharusnya adalah menciptakan nilai bagi pasien, yaitu hasil kesehatan per biaya yang dikeluarkan. (PubMed) Dalam konteks rumah sakit, hal ini berarti strategi tidak boleh hanya mengejar jumlah tindakan, kunjungan, atau pendapatan, tetapi harus memperhatikan hasil klinis, keselamatan, pengalaman pasien, dan efisiensi biaya.

3.3 Mengapa Rumah Sakit Membutuhkan Strategi?

Rumah sakit membutuhkan strategi karena kompleksitas lingkungan tidak dapat dikelola dengan improvisasi. Tanpa strategi, rumah sakit mudah menjadi organisasi reaktif: sibuk memadamkan masalah harian, tetapi tidak membangun kemampuan masa depan.

Ada beberapa alasan utama mengapa strategi penting bagi rumah sakit.

Pertama, strategi membantu rumah sakit **menentukan arah**. Tanpa arah, setiap unit berjalan menurut prioritas masing-masing. Instalasi rawat jalan mungkin ingin memperluas poliklinik, farmasi ingin memperkuat stok obat, keuangan ingin menekan biaya, dokter ingin menambah alat diagnostik, sementara manajemen mutu ingin memperbaiki keselamatan pasien.

Semua kebutuhan tersebut penting, tetapi tanpa strategi, rumah sakit sulit menentukan urutan prioritas.

Kedua, strategi membantu rumah sakit **mengalokasikan sumber daya**. Sumber daya rumah sakit selalu terbatas: tenaga spesialis, perawat, ruang, alat, modal investasi, teknologi, dan waktu manajemen. Strategi membantu rumah sakit memutuskan investasi mana yang paling berdampak terhadap misi dan keberlanjutan.

Ketiga, strategi membantu rumah sakit **membangun diferensiasi**. Rumah sakit tidak harus sama dengan rumah sakit lain. Ada rumah sakit yang unggul dalam pelayanan ibu dan anak, jantung, kanker, stroke, trauma, geriatri, rehabilitasi, pelayanan penyakit kronis, bedah minimal invasif, atau pelayanan digital. Diferensiasi yang tepat membantu rumah sakit dikenal, dipercaya, dan menjadi rujukan.

Keempat, strategi membantu rumah sakit **meningkatkan mutu dan keselamatan pasien**. Mutu tidak terjadi secara otomatis. Rumah sakit harus menetapkan sasaran mutu, indikator keselamatan, program peningkatan mutu, budaya pelaporan insiden, dan sistem evaluasi.

Kelima, strategi membantu rumah sakit **menghadapi tekanan biaya**. Berwick, Nolan, dan Whittington mengemukakan konsep Triple Aim: meningkatkan pengalaman pelayanan, meningkatkan kesehatan populasi, dan menurunkan biaya per kapita. (PubMed) Rumah sakit memerlukan strategi agar tidak terjebak dalam pilihan sempit antara mutu atau efisiensi; yang diperlukan adalah desain sistem yang menghasilkan mutu lebih baik dengan pemborosan lebih rendah.

Keenam, strategi membantu rumah sakit **membangun kepercayaan publik**. Rumah sakit yang memiliki arah jelas, layanan bermutu, komunikasi baik, dan konsistensi pelayanan akan lebih dipercaya masyarakat. Dalam pelayanan kesehatan, kepercayaan adalah aset strategis yang sangat mahal.

3.4 Visi, Misi, dan Nilai Rumah Sakit

Perencanaan strategis dimulai dari visi, misi, dan nilai.

Visi adalah gambaran masa depan yang ingin diwujudkan rumah sakit. Visi memberi arah dan inspirasi. Contoh visi: "Menjadi rumah sakit rujukan regional yang unggul dalam pelayanan penyakit kronis terpadu, berbasis keselamatan pasien, teknologi digital, dan nilai kemanusiaan."

Misi menjelaskan alasan keberadaan rumah sakit dan apa yang dilakukan untuk mencapai visi. Misi rumah sakit biasanya mencakup pelayanan kesehatan bermutu, keselamatan pasien, pendidikan, penelitian, pengabdian masyarakat, pengembangan SDM, dan tata kelola yang baik.

Nilai adalah prinsip yang membimbing perilaku organisasi. Nilai rumah sakit dapat mencakup integritas, empati, profesionalisme, keselamatan, kerja sama, inovasi, akuntabilitas, dan pelayanan berpusat pada pasien.

Visi yang baik harus cukup ambisius, tetapi tetap realistis. Visi yang terlalu umum, seperti "menjadi rumah sakit terbaik", tidak cukup membantu pengambilan keputusan. Rumah sakit perlu menjelaskan terbaik dalam hal apa, untuk siapa, dan melalui keunggulan apa. Misi juga tidak boleh hanya menjadi kalimat formal di dinding. Misi harus diterjemahkan ke dalam sasaran, program, indikator, dan budaya kerja.

Nilai rumah sakit sangat penting karena rumah sakit adalah organisasi moral. Ketika terjadi konflik antara target keuangan dan keselamatan pasien, nilai organisasi menentukan keputusan. Ketika pasien miskin membutuhkan pelayanan, nilai organisasi menentukan sikap. Ketika tenaga kesehatan melakukan kesalahan, nilai organisasi menentukan apakah rumah sakit memilih menyembunyikan masalah atau belajar dari masalah.

3.5 Analisis Lingkungan Strategis

Setelah visi, misi, dan nilai dirumuskan, rumah sakit perlu melakukan analisis lingkungan strategis. Analisis ini bertujuan memahami faktor internal dan eksternal yang memengaruhi masa depan rumah sakit.

Lingkungan eksternal mencakup kebutuhan masyarakat, perubahan demografi, epidemiologi penyakit, regulasi, pembiayaan kesehatan, kompetisi, teknologi, perilaku pasien, media sosial, serta kebijakan pemerintah. Lingkungan internal mencakup SDM, fasilitas, alat kesehatan, budaya organisasi, mutu pelayanan, sistem informasi, keuangan, reputasi, dan tata kelola.

Salah satu alat sederhana yang sering digunakan adalah **SWOT**: strengths, weaknesses, opportunities, threats. Dalam bahasa Indonesia: kekuatan, kelemahan, peluang, dan ancaman. Namun, SWOT tidak boleh digunakan secara dangkal. Banyak dokumen strategi hanya berisi daftar SWOT tanpa analisis mendalam. SWOT yang baik harus menghubungkan faktor internal dan eksternal sehingga menghasilkan pilihan strategis.

Contoh kekuatan rumah sakit adalah dokter spesialis berkualitas, lokasi strategis, reputasi baik, alat diagnostik lengkap, atau budaya pelayanan kuat. Kelemahan dapat berupa waktu tunggu panjang, SIMRS belum optimal, ruang rawat terbatas, klaim tertunda, atau perawat mengalami burnout. Peluang dapat berupa pertumbuhan penduduk lansia, kebutuhan layanan penyakit kronis, dukungan pemerintah untuk digitalisasi, atau jejaring rujukan baru. Ancaman dapat berupa perubahan regulasi pembiayaan, kompetisi rumah sakit baru, kekurangan dokter spesialis, kenaikan harga obat, atau risiko reputasi digital.

Selain SWOT, rumah sakit dapat menggunakan analisis PESTEL: political, economic, social, technological, environmental, legal. Pendekatan ini membantu rumah sakit melihat faktor politik-kebijakan, ekonomi-pembiayaan, sosial-demografi, teknologi-digital, lingkungan-keberlanjutan, dan hukum-regulasi. Dalam konteks rumah sakit, PESTEL sangat relevan

karena keputusan rumah sakit sangat dipengaruhi regulasi kesehatan, skema pembiayaan, kemajuan teknologi medis, dan perubahan sosial.

Analisis lingkungan juga harus berbasis data. Rumah sakit perlu melihat tren kunjungan, BOR, ALOS, TOI, NDR, GDR, waktu tunggu, kepuasan pasien, komplain, klaim tertunda, penyakit terbanyak, asal rujukan, kapasitas dokter, utilisasi alat, dan tren pendapatan-biaya. WHO menekankan bahwa peningkatan mutu membutuhkan pengukuran dan pemantauan yang berkelanjutan melalui data yang akurat, tepat waktu, dan dapat ditindaklanjuti. (World Health Organization)

3.6 Segmentasi Pasien dan Kebutuhan Layanan

Rumah sakit harus memahami siapa pasien yang dilayani. Segmentasi pasien bukan berarti rumah sakit melakukan diskriminasi, melainkan memahami kebutuhan kelompok pasien yang berbeda agar layanan dapat dirancang lebih tepat.

Segmentasi dapat dilakukan berdasarkan usia, jenis penyakit, tingkat kompleksitas, lokasi geografis, pola pembiayaan, kebutuhan klinis, kebutuhan sosial, atau preferensi layanan. Misalnya, pasien lansia membutuhkan pelayanan geriatri, rehabilitasi, manajemen obat, edukasi keluarga, dan pencegahan jatuh. Pasien penyakit kronis membutuhkan pemantauan jangka panjang, edukasi, kontrol berkala, integrasi dengan layanan primer, dan dukungan digital. Pasien ibu dan anak membutuhkan layanan antenatal, persalinan aman, neonatal, imunisasi, dan edukasi keluarga.

Segmentasi juga dapat berbasis jalur pelayanan. Pasien IGD membutuhkan respons cepat, triase, stabilisasi, dan ketersediaan layanan 24 jam. Pasien rawat jalan membutuhkan kemudahan pendaftaran, kepastian jadwal dokter, waktu tunggu pendek, kejelasan biaya, dan layanan farmasi cepat. Pasien rawat inap membutuhkan koordinasi dokter-perawat, informasi

perkembangan, kebersihan, kenyamanan, keselamatan, dan rencana pulang yang jelas.

Dalam strategi rumah sakit, segmentasi pasien membantu menentukan layanan unggulan. Rumah sakit tidak boleh hanya bertanya "layanan apa yang ingin kita buka?", tetapi harus bertanya "masalah kesehatan apa yang paling membutuhkan solusi di masyarakat ini?" Pertanyaan kedua lebih strategis karena berangkat dari kebutuhan pasien, bukan dari keinginan institusi.

3.7 Proposisi Nilai Rumah Sakit

Proposisi nilai adalah janji utama rumah sakit kepada pasien dan pemangku kepentingan. Dalam bisnis umum, proposisi nilai menjelaskan manfaat unik yang diberikan organisasi kepada pelanggan. Dalam rumah sakit, proposisi nilai harus diterjemahkan secara hati-hati karena pasien bukan konsumen biasa; pasien adalah manusia yang berada dalam kondisi rentan.

Proposisi nilai rumah sakit dapat berupa pelayanan cepat, aman, ramah, terintegrasi, berbasis teknologi, terjangkau, spesialistik, atau berorientasi keluarga. Contohnya:

"Pelayanan stroke terpadu 24 jam dengan diagnosis cepat, tim multidisiplin, rehabilitasi dini, dan edukasi keluarga."

"Pusat layanan diabetes terpadu yang menggabungkan dokter, edukator diabetes, gizi, farmasi klinis, pemeriksaan komplikasi, dan telemonitoring."

"Rumah sakit ibu dan anak yang aman, ramah keluarga, berbasis evidence-based care, dan mendukung pengalaman persalinan bermartabat."

Proposisi nilai yang baik harus memenuhi tiga syarat. Pertama, relevan dengan kebutuhan pasien. Kedua, dapat dibuktikan melalui proses dan

indikator. Ketiga, berbeda atau lebih unggul dibanding alternatif yang tersedia.

Proposisi nilai tidak boleh hanya slogan. Jika rumah sakit menyatakan "layanan cepat", maka harus ada indikator waktu tunggu. Jika menyatakan "aman", maka harus ada indikator keselamatan pasien. Jika menyatakan "terintegrasi", maka harus ada koordinasi antarunit dan rencana pulang. Jika menyatakan "berpusat pada pasien", maka harus ada edukasi, komunikasi, informed consent, dan mekanisme keluhan.

3.8 Strategi Layanan Unggulan Rumah Sakit

Salah satu keputusan strategis penting adalah memilih layanan unggulan. Layanan unggulan adalah layanan yang menjadi identitas, fokus investasi, dan sumber keunggulan rumah sakit. Namun, layanan unggulan tidak boleh dipilih hanya karena sedang populer atau dianggap menguntungkan. Pemilihan layanan unggulan harus mempertimbangkan kebutuhan masyarakat, kapasitas klinis, ketersediaan SDM, investasi alat, pembiayaan, jejaring rujukan, risiko klinis, dan keberlanjutan.

Contoh layanan unggulan dapat berupa pusat jantung, pusat stroke, pusat kanker, pusat trauma, pusat ginjal dan hemodialisis, pusat ibu-anak, pusat geriatri, pusat diabetes, pusat bedah minimal invasif, pusat rehabilitasi, atau pusat layanan kesehatan digital. Setiap layanan unggulan membutuhkan desain model layanan yang jelas.

Misalnya, pusat stroke tidak cukup hanya memiliki dokter saraf. Ia membutuhkan IGD dengan triase cepat, CT scan yang tersedia, laboratorium cepat, protokol stroke, tim multidisiplin, farmasi, ICU, rehabilitasi, edukasi keluarga, rujukan balik, dan sistem monitoring outcome. Dengan kata lain, layanan unggulan adalah sistem, bukan sekadar unit.

Strategi layanan unggulan juga harus memperhatikan jejaring. Rumah sakit perlu membangun hubungan dengan puskesmas, klinik, dokter praktik, rumah sakit lain, ambulans, komunitas, dan pembayar layanan. WHO menekankan bahwa rumah sakit mengonsentrasikan sumber daya langka dalam jejaring rujukan yang direncanakan untuk merespons kebutuhan kesehatan populasi secara efisien. (World Health Organization)

3.9 Model Bisnis Rumah Sakit

Model bisnis menjelaskan bagaimana organisasi menciptakan nilai, menyampaikan nilai, dan menangkap nilai. Osterwalder, Pigneur, dan Tucci menjelaskan bahwa konsep model bisnis digunakan untuk memperjelas bagaimana organisasi bekerja dan bagaimana elemen-elemen bisnis saling berhubungan. (AIS eLibrary) Casadesus-Masanell dan Ricart membedakan strategi, model bisnis, dan taktik; model bisnis dapat dipahami sebagai logika bagaimana organisasi beroperasi dan menciptakan nilai bagi pemangku kepentingan. (Rescon Partners)

Dalam rumah sakit, model bisnis tidak boleh dimaknai semata sebagai cara mencari keuntungan. Model bisnis rumah sakit harus mencakup misi sosial, mutu, keselamatan, pembiayaan, pengalaman pasien, dan keberlanjutan. Rumah sakit perlu menciptakan nilai kesehatan sekaligus menjaga kelangsungan organisasi.

Komponen model bisnis rumah sakit dapat meliputi:

Segmen pasien: siapa kelompok pasien utama yang dilayani?
Proposisi nilai: manfaat utama apa yang diberikan?
Layanan utama: layanan klinis, penunjang, rawat jalan, rawat inap, IGD, rehabilitasi, telemedicine.
Sumber daya kunci: dokter, perawat, alat, fasilitas, SIMRS, data, reputasi, jejaring.
Aktivitas kunci: diagnosis, terapi, operasi, keperawatan, farmasi, edukasi,

rujukan, klaim, mutu.
Mitra utama: BPJS, asuransi swasta, puskesmas, klinik, laboratorium, pemasok obat, universitas, komunitas.
Sumber pendapatan: JKN, asuransi, pembayaran mandiri, kerja sama perusahaan, layanan unggulan, pendidikan, penelitian.
Struktur biaya: SDM, obat, BMHP, alat, gedung, utilitas, teknologi, pemeliharaan, pelatihan.
Hubungan dengan pasien: komunikasi, edukasi, pengalaman pasien, keluhan, tindak lanjut.
Kanal layanan: rawat jalan, IGD, rawat inap, telekonsultasi, aplikasi digital, rujukan.

Model bisnis rumah sakit yang sehat bukan hanya menghasilkan pendapatan, tetapi juga menciptakan nilai bagi pasien dan masyarakat. Rumah sakit yang pendapatannya tinggi tetapi mutu buruk akan kehilangan legitimasi. Rumah sakit yang mutunya baik tetapi keuangannya tidak sehat juga tidak akan bertahan lama. Strategi rumah sakit harus menghubungkan nilai klinis dan nilai ekonomi secara etis.

3.10 Value-Based Health Care sebagai Orientasi Strategis

Konsep **value-based health care** penting dalam strategi rumah sakit. Nilai dalam pelayanan kesehatan tidak sama dengan volume layanan. Rumah sakit dapat melakukan banyak pemeriksaan, banyak tindakan, dan banyak rawat inap, tetapi belum tentu menciptakan nilai tinggi bila hasil klinis buruk, komplikasi tinggi, biaya berlebihan, atau pengalaman pasien buruk.

Porter menyatakan bahwa nilai dalam pelayanan kesehatan diukur berdasarkan hasil kesehatan yang dicapai per biaya yang dikeluarkan. (New England Journal of Medicine) Dalam konteks rumah sakit, hal ini berarti strategi harus mengarah pada peningkatan outcome klinis, keselamatan pasien, pengalaman pasien, dan efisiensi biaya.

Value-based health care menuntut rumah sakit untuk mengukur hasil, bukan hanya aktivitas. Misalnya, untuk layanan bedah, rumah sakit tidak cukup mengukur jumlah operasi. Ia perlu mengukur komplikasi, infeksi luka operasi, readmission, waktu pemulihan, kepuasan pasien, biaya per episode, dan kualitas hidup setelah tindakan. Untuk diabetes, rumah sakit tidak cukup mengukur jumlah kunjungan dokter. Ia perlu mengukur kontrol gula darah, komplikasi, edukasi pasien, kepatuhan obat, kualitas hidup, dan angka rawat inap akibat komplikasi.

Pendekatan nilai juga mendorong integrasi pelayanan. Banyak penyakit kronis tidak dapat diselesaikan oleh satu dokter atau satu kunjungan. Pasien membutuhkan tim multidisiplin, edukasi, pemantauan, rujukan balik, dan dukungan keluarga. Inilah sebabnya strategi rumah sakit harus bergerak dari orientasi unit menuju orientasi perjalanan pasien.

3.11 Balanced Scorecard untuk Rumah Sakit

Balanced Scorecard adalah alat manajemen strategis yang membantu organisasi menerjemahkan strategi ke dalam ukuran kinerja. Kaplan dan Norton memperkenalkan Balanced Scorecard sebagai sistem pengukuran yang memberi manajer pandangan cepat tetapi komprehensif tentang organisasi, tidak hanya dari sisi keuangan, tetapi juga pelanggan, proses internal, serta pembelajaran dan pertumbuhan. (Harvard Business School)

Dalam rumah sakit, Balanced Scorecard dapat disesuaikan menjadi beberapa perspektif:

Perspektif pasien dan masyarakat: kepuasan pasien, pengalaman pasien, akses layanan, keluhan, kepercayaan publik, kesinambungan perawatan.

Perspektif mutu dan keselamatan: infeksi terkait pelayanan kesehatan, kesalahan obat, pasien jatuh, kepatuhan identifikasi pasien, kepatuhan cuci tangan, keselamatan operasi.

Perspektif proses internal: waktu tunggu rawat jalan, kecepatan laboratorium, lama proses farmasi, kelengkapan rekam medis, utilisasi kamar operasi, manajemen tempat tidur.

Perspektif SDM dan pembelajaran: kompetensi tenaga, pelatihan, kepuasan pegawai, burnout, budaya keselamatan, inovasi, kepemimpinan klinis.

Perspektif keuangan dan keberlanjutan: pendapatan, biaya per layanan, klaim tertunda, efisiensi obat, utilisasi alat, margin operasional, investasi strategis.

Balanced Scorecard membantu rumah sakit menghindari dominasi indikator keuangan. Rumah sakit yang hanya melihat pendapatan dapat mengabaikan mutu. Rumah sakit yang hanya melihat jumlah pasien dapat mengabaikan keselamatan. Rumah sakit yang hanya melihat akreditasi dapat mengabaikan pengalaman pasien. Balanced Scorecard mendorong keseimbangan.

Namun, Balanced Scorecard juga memiliki risiko. Jika indikator terlalu banyak, staf akan bingung. Jika indikator tidak dikaitkan dengan keputusan, data hanya menjadi formalitas. Jika indikator dipilih tanpa memperhatikan strategi, pengukuran tidak mendorong perubahan. Karena itu, rumah sakit perlu memilih indikator yang benar-benar strategis, dapat diukur, dipahami unit, dan digunakan dalam rapat manajemen.

3.12 KPI Strategis Rumah Sakit

Key Performance Indicators atau KPI adalah ukuran yang digunakan untuk menilai pencapaian sasaran strategis. KPI rumah sakit harus mencerminkan prioritas strategis, bukan hanya data yang mudah dikumpulkan.

KPI strategis rumah sakit dapat mencakup:

Mutu klinis: angka infeksi luka operasi, angka readmission, mortalitas tertentu, kepatuhan clinical pathway, outcome penyakit prioritas.

Keselamatan pasien: insiden keselamatan pasien, near miss, kepatuhan identifikasi pasien, kepatuhan hand hygiene, kesalahan obat, pasien jatuh.

Pengalaman pasien: waktu tunggu, kepuasan, keluhan terselesaikan, komunikasi dokter-pasien, edukasi rencana pulang.

Operasional: BOR, ALOS, TOI, BTO, utilisasi kamar operasi, turnaround time laboratorium, waktu pelayanan farmasi, ketersediaan tempat tidur.

Keuangan: pendapatan, biaya, klaim tertunda, cost per case, efisiensi obat, piutang, investasi alat.

SDM: turnover, absenteeism, pelatihan, kredensial, beban kerja, kepuasan pegawai, burnout.

Digitalisasi: penggunaan rekam medis elektronik, integrasi SIMRS, waktu input data, keamanan data, dashboard manajemen.

KPI harus memenuhi prinsip SMART: specific, measurable, achievable, relevant, time-bound. Namun, dalam rumah sakit, KPI juga perlu memenuhi prinsip etis: tidak boleh mendorong perilaku yang merugikan pasien. Misalnya, target menurunkan lama rawat harus disertai indikator readmission dan keselamatan agar pasien tidak dipulangkan terlalu cepat.

3.13 Strategi Pertumbuhan Rumah Sakit

Pertumbuhan rumah sakit dapat dilakukan melalui berbagai cara: peningkatan kapasitas layanan, pembukaan layanan baru, pengembangan layanan unggulan, perluasan jejaring rujukan, digitalisasi layanan, peningkatan mutu, atau kemitraan strategis.

Namun, pertumbuhan harus dikelola dengan hati-hati. Tidak semua pertumbuhan sehat. Rumah sakit dapat terlihat tumbuh dari sisi jumlah

pasien, tetapi bila pertumbuhan tersebut menyebabkan antrean panjang, burnout staf, penurunan mutu, klaim tertunda, dan peningkatan insiden keselamatan, maka pertumbuhan tersebut berisiko.

Strategi pertumbuhan yang sehat harus didasarkan pada beberapa pertanyaan:

Apakah layanan baru benar-benar dibutuhkan masyarakat?
Apakah rumah sakit memiliki SDM kompeten?
Apakah alat dan fasilitas tersedia?
Apakah biaya investasi sebanding dengan manfaat?
Apakah risiko klinis dapat dikendalikan?
Apakah layanan mendukung misi rumah sakit?
Apakah ada jejaring rujukan yang cukup?
Apakah indikator mutu dapat dipantau?

Pertumbuhan rumah sakit juga tidak selalu berarti memperbesar gedung. Pertumbuhan dapat berarti memperbaiki kualitas layanan, mempercepat proses, mengurangi komplikasi, memperkuat layanan digital, meningkatkan kepuasan pasien, atau mengembangkan layanan terpadu penyakit kronis. Dalam era modern, rumah sakit yang cerdas tidak hanya tumbuh secara fisik, tetapi juga tumbuh dalam kapasitas organisasi, data, budaya mutu, dan jejaring.

3.14 Strategi Diferensiasi Rumah Sakit

Diferensiasi adalah upaya membuat rumah sakit memiliki keunggulan yang jelas dibanding alternatif lain. Diferensiasi dapat berbasis mutu klinis, kecepatan layanan, teknologi, keramahan, layanan terpadu, harga, lokasi, reputasi dokter, atau pengalaman pasien.

Namun, diferensiasi rumah sakit harus autentik. Tidak cukup menyatakan diri “unggul” tanpa bukti. Jika rumah sakit ingin dikenal sebagai pusat layanan jantung, maka harus memiliki dokter, alat diagnostik, cath lab bila

diperlukan, ICU, protokol emergensi, rehabilitasi jantung, indikator outcome, dan jejaring rujukan. Jika ingin dikenal sebagai rumah sakit ramah keluarga, maka harus memiliki komunikasi pasien yang baik, ruang tunggu nyaman, edukasi keluarga, mekanisme keluhan, dan kebijakan kunjungan yang manusiawi.

Diferensiasi yang baik menciptakan kejelasan posisi. Pasien, dokter perujuk, pembayar, dan masyarakat memahami mengapa rumah sakit tersebut menjadi pilihan. Diferensiasi juga membantu alokasi sumber daya. Rumah sakit tidak perlu menyebar investasi ke terlalu banyak bidang tanpa fokus.

3.15 Strategi Efisiensi tanpa Mengorbankan Mutu

Rumah sakit menghadapi tekanan biaya yang besar. Namun, efisiensi tidak boleh disalahartikan sebagai pemotongan biaya semata. Efisiensi yang buruk dapat mengurangi tenaga, menunda perbaikan alat, mengurangi bahan penting, atau membatasi pelatihan sehingga membahayakan pasien. Efisiensi yang baik adalah mengurangi pemborosan tanpa menurunkan mutu.

Pemborosan dalam rumah sakit dapat berupa waktu tunggu, proses berulang, pemeriksaan tidak perlu, stok obat berlebihan atau kedaluwarsa, klaim tertunda, penggunaan alat tidak optimal, duplikasi input data, pasien pindah ruang berulang, atau komunikasi yang gagal. Pendekatan lean hospital sering digunakan untuk mengidentifikasi pemborosan dan memperbaiki alur pelayanan.

Efisiensi strategis harus dihubungkan dengan mutu. Misalnya, memperbaiki discharge planning dapat menurunkan lama rawat tanpa meningkatkan readmission. Menggunakan clinical pathway dapat mengurangi variasi biaya tanpa mengurangi mutu. Digitalisasi antrean dapat mengurangi waktu tunggu. Manajemen stok farmasi dapat mengurangi obat

kedaluwarsa. Audit penggunaan antibiotik dapat mengurangi biaya dan risiko resistensi.

Efisiensi yang etis selalu bertanya: apakah penghematan ini aman bagi pasien? Apakah penghematan ini mengurangi pemborosan atau mengurangi pelayanan penting? Apakah dampaknya diukur?

3.16 Model Bisnis dan Pembiayaan Rumah Sakit

Model bisnis rumah sakit sangat dipengaruhi oleh sistem pembiayaan. Di Indonesia, rumah sakit dapat memperoleh pendapatan dari Jaminan Kesehatan Nasional, asuransi swasta, pembayaran mandiri, kerja sama perusahaan, layanan eksekutif, pendidikan, penelitian, atau kemitraan.

Setiap sumber pendapatan memiliki karakter berbeda. Pembayaran mandiri menuntut transparansi harga dan pengalaman pasien. Asuransi swasta menuntut kerja sama administratif dan paket layanan. JKN menuntut ketepatan dokumentasi, coding, klaim, efisiensi biaya, dan kepatuhan clinical pathway. Kerja sama perusahaan menuntut kecepatan layanan dan laporan kesehatan. Pendidikan dan penelitian menuntut tata kelola akademik dan etik.

Rumah sakit harus memahami hubungan antara biaya dan pendapatan per layanan. Layanan dengan volume tinggi belum tentu menguntungkan bila biaya tidak terkendali. Layanan dengan tarif tinggi belum tentu strategis bila risiko klinis besar dan SDM tidak siap. Layanan sosial mungkin tidak menguntungkan secara langsung, tetapi penting bagi misi dan kepercayaan publik.

Model bisnis rumah sakit harus menghindari ketergantungan berlebihan pada satu sumber pendapatan. Diversifikasi pendapatan dapat membantu keberlanjutan, tetapi harus tetap sesuai misi. Rumah sakit juga perlu mengelola struktur biaya: biaya SDM, obat, BMHP, alat, pemeliharaan, utilitas, teknologi informasi, pelatihan, dan administrasi.

3.17 Digitalisasi sebagai Strategi Rumah Sakit

Digitalisasi bukan sekadar membeli aplikasi atau mengganti kertas dengan komputer. Digitalisasi adalah strategi untuk memperbaiki cara rumah sakit bekerja, mengambil keputusan, melayani pasien, dan mengelola data.

Strategi digital rumah sakit dapat mencakup SIMRS, rekam medis elektronik, antrean online, telemedicine, dashboard manajemen, integrasi laboratorium-radiologi-farmasi, klaim digital, analitik data, artificial intelligence, dan keamanan informasi. Namun, digitalisasi harus dimulai dari kebutuhan strategis, bukan sekadar ikut tren.

Digitalisasi dapat meningkatkan nilai bila membantu mempercepat layanan, mengurangi kesalahan, meningkatkan koordinasi, memperbaiki dokumentasi, memperkuat klaim, memantau indikator mutu, dan memberi informasi real-time kepada manajemen. Sebaliknya, digitalisasi dapat menjadi beban bila sistem tidak ramah pengguna, data tidak akurat, staf tidak dilatih, dan proses lama hanya dipindahkan ke layar komputer tanpa desain ulang.

Dalam strategi rumah sakit, digitalisasi harus dihubungkan dengan model bisnis. Misalnya, rumah sakit yang ingin unggul dalam layanan penyakit kronis dapat menggunakan aplikasi monitoring pasien, pengingat obat, edukasi digital, dan telekonsultasi. Rumah sakit yang ingin memperbaiki efisiensi dapat menggunakan dashboard tempat tidur, stok obat, dan jadwal kamar operasi. Rumah sakit yang ingin memperkuat mutu dapat memantau indikator keselamatan pasien secara real-time.

3.18 Kemitraan Strategis dan Ekosistem Kesehatan

Rumah sakit masa depan tidak dapat berjalan sendiri. Ia membutuhkan ekosistem. Kemitraan strategis dapat dilakukan dengan puskesmas, klinik, laboratorium, apotek, universitas, perusahaan teknologi, asuransi, komunitas pasien, pemerintah daerah, ambulans, dan rumah sakit lain.

Kemitraan dengan layanan primer penting untuk rujukan dan rujukan balik. Kemitraan dengan universitas penting untuk pendidikan, penelitian, dan pengembangan SDM. Kemitraan dengan perusahaan teknologi dapat membantu digitalisasi dan analitik data. Kemitraan dengan komunitas pasien dapat memperkuat edukasi dan dukungan penyakit kronis. Kemitraan dengan pemerintah penting dalam program kesehatan masyarakat dan kesiapsiagaan bencana.

Namun, kemitraan harus dikelola dengan tata kelola yang jelas. Rumah sakit perlu memastikan bahwa kemitraan tidak menimbulkan konflik kepentingan, pelanggaran privasi data, ketergantungan teknologi, atau praktik bisnis yang tidak etis. Kemitraan strategis harus memperkuat nilai pasien dan misi rumah sakit.

3.19 Manajemen Risiko Strategis

Strategi selalu mengandung risiko. Membuka layanan baru berisiko bila pasien tidak cukup, SDM tidak siap, atau biaya investasi terlalu besar. Digitalisasi berisiko bila sistem gagal, data bocor, atau staf menolak. Efisiensi biaya berisiko bila mengurangi keselamatan. Diferensiasi layanan berisiko bila klaim mutu tidak sesuai kenyataan.

Karena itu, setiap perencanaan strategis harus disertai manajemen risiko. Risiko strategis perlu diidentifikasi sejak awal, dinilai berdasarkan kemungkinan dan dampak, kemudian dikendalikan melalui rencana mitigasi.

Contoh risiko strategis rumah sakit:

Risiko SDM: dokter spesialis kunci keluar, kekurangan perawat, burnout, kurang kompetensi digital.
Risiko pasar: pasien tidak sesuai proyeksi, pesaing membuka layanan serupa, perubahan preferensi pasien.
Risiko pembiayaan: klaim tertunda, tarif tidak menutup biaya, kenaikan harga obat.
Risiko teknologi: SIMRS gagal, data bocor, investasi alat tidak terpakai optimal.
Risiko mutu: layanan baru meningkatkan komplikasi karena tim belum siap.
Risiko reputasi: promosi layanan melebihi kemampuan nyata.

Manajemen risiko strategis membuat rumah sakit lebih matang. Strategi bukan hanya ambisi, tetapi juga kesiapan menghadapi konsekuensi.

3.20 Implementasi Strategi

Banyak organisasi gagal bukan karena tidak memiliki strategi, tetapi karena gagal mengimplementasikan strategi. Implementasi strategi rumah sakit membutuhkan kepemimpinan, struktur, komunikasi, anggaran, SDM, indikator, dan budaya organisasi.

Langkah implementasi dapat dimulai dari menerjemahkan sasaran strategis menjadi program. Misalnya, sasaran “menjadi pusat layanan diabetes terpadu” diterjemahkan menjadi pembentukan tim diabetes, pelatihan edukator, paket layanan, alur pasien, integrasi laboratorium, edukasi gizi, farmasi klinis, dashboard outcome, dan kerja sama dengan puskesmas.

Setiap program harus memiliki penanggung jawab, anggaran, jadwal, indikator, risiko, dan mekanisme evaluasi. Tanpa penanggung jawab, program menjadi wacana. Tanpa anggaran, program tidak berjalan. Tanpa indikator, program tidak dapat dinilai. Tanpa evaluasi, organisasi tidak belajar.

Komunikasi strategi juga penting. Staf harus memahami mengapa strategi dipilih dan bagaimana peran mereka. Strategi yang hanya diketahui direksi tidak akan menjadi gerakan organisasi. Kepala unit harus mampu menerjemahkan strategi ke dalam pekerjaan harian.

3.21 Evaluasi dan Pembelajaran Strategis

Strategi harus dievaluasi secara berkala. Evaluasi bukan hanya menilai apakah target tercapai, tetapi juga memahami mengapa target tercapai atau tidak tercapai. Evaluasi strategis mencakup indikator kinerja, laporan keuangan, data mutu, kepuasan pasien, keluhan, risiko, perubahan lingkungan, dan umpan balik staf.

Evaluasi dapat dilakukan melalui rapat manajemen bulanan, review triwulanan, audit tahunan, dan evaluasi renstra. Namun, evaluasi harus berbasis data. Rumah sakit perlu menghindari rapat yang hanya berisi opini tanpa indikator.

Pembelajaran strategis terjadi ketika rumah sakit menggunakan hasil evaluasi untuk memperbaiki rencana. Bila layanan unggulan tidak berkembang sesuai target, rumah sakit perlu mencari penyebab: apakah masalahnya promosi, jejaring rujukan, SDM, alur pelayanan, tarif, mutu, atau kapasitas fasilitas? Bila waktu tunggu meningkat, perlu dilihat proses mana yang menjadi bottleneck. Bila klaim tertunda, perlu dianalisis dokumentasi, coding, dan sistem informasi.

Rumah sakit yang belajar tidak malu mengubah strategi. Strategi yang baik bukan strategi yang tidak pernah berubah, tetapi strategi yang mampu menyesuaikan diri tanpa kehilangan misi.

3.22 Ilustrasi Kasus: Strategi Layanan Penyakit Kronis Terpadu

Sebuah rumah sakit umum di kawasan perkotaan menengah melihat tren peningkatan pasien diabetes, hipertensi, penyakit jantung, dan gagal ginjal. Data rawat jalan menunjukkan bahwa banyak pasien datang berulang, tetapi kontrol penyakit tidak optimal. Data IGD menunjukkan banyak pasien datang dengan komplikasi akut. Data rawat inap menunjukkan lama rawat pasien kronis cukup panjang dan readmission tinggi.

Direksi kemudian melakukan analisis strategis. Dari sisi kebutuhan masyarakat, penyakit kronis meningkat. Dari sisi internal, rumah sakit memiliki dokter penyakit dalam, ahli gizi, farmasi klinis, laboratorium, dan hemodialisis, tetapi belum terintegrasi. Dari sisi peluang, puskesmas membutuhkan rumah sakit rujukan untuk kasus kronis. Dari sisi ancaman, pesaing mulai membuka layanan serupa.

Rumah sakit menetapkan strategi: membangun **Pusat Layanan Penyakit Kronis Terpadu**. Proposisi nilainya adalah pelayanan kronis yang terintegrasi, edukatif, berbasis data, dan berorientasi pencegahan komplikasi. Model bisnisnya mencakup segmen pasien diabetes dan hipertensi berisiko tinggi, layanan konsultasi dokter, edukasi gizi, farmasi klinis, skrining komplikasi, laboratorium paket, telemonitoring sederhana, dan rujukan balik ke layanan primer.

KPI yang ditetapkan meliputi waktu tunggu, kelengkapan edukasi pasien, kontrol HbA1c, kepatuhan kunjungan ulang, angka komplikasi, angka rawat inap akibat komplikasi, kepuasan pasien, dan biaya per episode perawatan. Rumah sakit juga membangun kerja sama dengan puskesmas dan komunitas pasien.

Setelah satu tahun, jumlah kunjungan meningkat, tetapi yang lebih penting adalah koordinasi layanan membaik. Pasien mendapat edukasi lebih jelas. Dokter memiliki data follow-up yang lebih baik. Farmasi klinis membantu kepatuhan obat. Puskesmas menerima rujukan balik dengan informasi lebih lengkap. Strategi ini menunjukkan bahwa model bisnis rumah sakit yang baik tidak hanya mengejar volume, tetapi menciptakan nilai kesehatan.

3.23 Tantangan Masa Depan Strategi Rumah Sakit

Rumah sakit masa depan menghadapi tantangan besar.

Pertama, **digitalisasi dan AI**. AI dapat membantu diagnosis, prediksi risiko, manajemen antrean, optimasi tempat tidur, analisis citra medis, dan deteksi fraud. Namun, AI membutuhkan tata kelola data, etika, validasi, dan pengawasan klinis.

Kedua, **perubahan demografi**. Penduduk lansia membutuhkan layanan geriatri, rehabilitasi, penyakit kronis, paliatif, dan koordinasi jangka panjang.

Ketiga, **tekanan biaya**. Teknologi medis semakin mahal, sementara pembayar menuntut efisiensi. Rumah sakit harus mampu mengelola biaya tanpa mengorbankan mutu.

Keempat, **ekspektasi pasien**. Pasien ingin layanan cepat, jelas, ramah, transparan, dan digital. Rumah sakit harus memperbaiki pengalaman pasien.

Kelima, **kompetisi dan kolaborasi**. Rumah sakit bersaing dalam layanan, tetapi juga harus berkolaborasi dalam sistem rujukan, pendidikan, dan kesehatan masyarakat.

Keenam, **keberlanjutan lingkungan**. Rumah sakit menggunakan energi, air, bahan medis, dan menghasilkan limbah. Green hospital akan menjadi bagian penting dari strategi masa depan.

Ketujuh, **ketahanan krisis**. Pandemi dan bencana mengajarkan bahwa rumah sakit harus memiliki kapasitas adaptif, logistik kuat, data real-time, dan kepemimpinan krisis.

3.24 Model Integratif Bab 3

Perencanaan strategis dan model bisnis rumah sakit dapat diringkas dalam model berikut:

Visi, misi, dan nilai menjadi arah moral dan strategis.
Analisis lingkungan membaca kebutuhan pasien, regulasi, pembiayaan, teknologi, kompetisi, dan kapasitas internal.
Pilihan strategis menentukan layanan unggulan, segmentasi pasien, proposisi nilai, dan prioritas investasi.
Model bisnis menjelaskan cara rumah sakit menciptakan, menyampaikan, dan menangkap nilai.
KPI dan Balanced Scorecard mengukur pelaksanaan strategi.
Tata kelola dan manajemen risiko memastikan strategi berjalan akuntabel dan aman.
Pembelajaran organisasi memperbaiki strategi berdasarkan data dan perubahan lingkungan.

Dengan model ini, rumah sakit dapat bergerak dari organisasi yang reaktif menjadi organisasi yang strategis, adaptif, dan berorientasi nilai.

3.25 Rangkuman Bab

Perencanaan strategis adalah proses menentukan arah jangka panjang rumah sakit, memilih prioritas, dan menyelaraskan sumber daya agar misi rumah sakit dapat dicapai. Model bisnis menjelaskan bagaimana rumah sakit menciptakan nilai bagi pasien dan masyarakat sekaligus menjaga keberlanjutan organisasi.

Rumah sakit membutuhkan strategi karena lingkungan pelayanan kesehatan berubah cepat. Perubahan regulasi, teknologi, pembiayaan, penyakit kronis, ekspektasi pasien, dan kompetisi membuat rumah sakit harus adaptif. Strategi yang baik dimulai dari visi, misi, dan nilai; dilanjutkan

dengan analisis lingkungan; diterjemahkan menjadi layanan unggulan, model bisnis, program, dan KPI; kemudian dievaluasi secara berkelanjutan.

Model bisnis rumah sakit harus berbeda dari model bisnis komersial biasa. Rumah sakit memang harus sehat secara finansial, tetapi tujuan utamanya adalah menciptakan nilai kesehatan. Karena itu, rumah sakit perlu menggabungkan mutu klinis, keselamatan pasien, pengalaman pasien, efisiensi biaya, integritas, dan misi sosial.

Balanced Scorecard dan KPI membantu rumah sakit menerjemahkan strategi ke dalam ukuran kinerja. Namun, indikator harus dipilih secara bijak agar tidak sekadar menjadi beban administratif. Indikator harus mendorong perilaku yang sesuai dengan keselamatan pasien, mutu, dan keberlanjutan.

Inti Bab 3 adalah bahwa rumah sakit modern memerlukan strategi yang jelas dan model bisnis yang sehat agar mampu memberikan pelayanan bermutu, aman, efisien, adaptif, berkelanjutan, dan berpusat pada pasien.

Glossarium

Analisis Lingkungan Strategis
Proses memahami faktor internal dan eksternal yang memengaruhi masa depan organisasi, termasuk kebutuhan pasien, regulasi, pembiayaan, teknologi, kompetisi, SDM, dan budaya organisasi.

Balanced Scorecard
Kerangka manajemen strategis yang mengukur kinerja organisasi dari beberapa perspektif, seperti keuangan, pasien, proses internal, pembelajaran, mutu, dan keselamatan.

Business Model Canvas
Alat untuk memetakan elemen-elemen model bisnis, seperti segmen pelanggan, proposisi nilai, kanal, hubungan pelanggan, sumber

pendapatan, sumber daya kunci, aktivitas kunci, mitra utama, dan struktur biaya.

Clinical Pathway
Panduan pelayanan klinis terstruktur untuk kondisi tertentu yang membantu menstandarkan proses, mengurangi variasi yang tidak perlu, dan meningkatkan mutu serta efisiensi.

Diferensiasi Rumah Sakit
Strategi menciptakan keunikan atau keunggulan layanan rumah sakit agar berbeda dan lebih bernilai dibanding alternatif lain.

Efisiensi Strategis
Kemampuan menggunakan sumber daya secara optimal untuk mencapai tujuan strategis tanpa mengorbankan mutu dan keselamatan pasien.

Indikator Kinerja Strategis
Ukuran utama yang digunakan untuk menilai apakah sasaran strategis rumah sakit tercapai.

Key Performance Indicator atau KPI
Indikator terukur yang digunakan untuk memantau pencapaian tujuan, program, atau proses tertentu.

Layanan Unggulan
Layanan prioritas yang menjadi identitas strategis rumah sakit dan dikembangkan berdasarkan kebutuhan pasien, kapasitas internal, serta peluang lingkungan.

Manajemen Risiko Strategis
Proses mengidentifikasi, menilai, mengendalikan, dan memantau risiko yang dapat memengaruhi pencapaian strategi rumah sakit.

Model Bisnis Rumah Sakit
Logika bagaimana rumah sakit menciptakan, menyampaikan, dan menangkap nilai bagi pasien, pembayar, tenaga kesehatan, pemerintah, dan masyarakat.

Nilai Pasien
Manfaat kesehatan, keselamatan, pengalaman, dan efisiensi biaya yang diterima pasien dari pelayanan rumah sakit.

Perencanaan Strategis
Proses sistematis untuk menentukan arah jangka panjang, memilih prioritas, menetapkan sasaran, dan menyelaraskan sumber daya organisasi.

PESTEL
Alat analisis lingkungan eksternal yang mencakup faktor politik, ekonomi, sosial, teknologi, lingkungan, dan hukum.

Proposisi Nilai
Janji utama rumah sakit tentang manfaat yang diberikan kepada pasien dan pemangku kepentingan.

Segmentasi Pasien
Pengelompokan pasien berdasarkan kebutuhan, kondisi klinis, usia, pola pembiayaan, lokasi, atau karakteristik lain agar layanan dapat dirancang lebih tepat.

Strategi Rumah Sakit
Pilihan jangka panjang rumah sakit tentang arah, prioritas layanan, cara bersaing, cara menciptakan nilai, dan cara menjaga keberlanjutan.

SWOT
Alat analisis yang mengidentifikasi kekuatan, kelemahan, peluang, dan ancaman organisasi.

Triple Aim
Kerangka yang menekankan tiga tujuan simultan: meningkatkan pengalaman pelayanan, meningkatkan kesehatan populasi, dan menurunkan biaya per kapita.

Value-Based Health Care
Pendekatan pelayanan kesehatan yang menekankan nilai bagi pasien, yaitu hasil kesehatan yang dicapai dibandingkan biaya yang dikeluarkan.

Daftar Pustaka

Amit, R., & Zott, C. (2001). Value creation in e-business. *Strategic Management Journal, 22*(6–7), 493–520. DOI: 10.1002/smj.187

Berwick, D. M., Nolan, T. W., & Whittington, J. (2008). The triple aim: Care, health, and cost. *Health Affairs, 27*(3), 759–769. DOI: 10.1377/hlthaff.27.3.759

Casadesus-Masanell, R., & Ricart, J. E. (2010). From strategy to business models and onto tactics. *Long Range Planning, 43*(2–3), 195–215. DOI: 10.1016/j.lrp.2010.01.004

Donabedian, A. (1988). The quality of care: How can it be assessed? *JAMA, 260*(12), 1743–1748. DOI: 10.1001/jama.1988.03410120089033

Ginter, P. M., Duncan, W. J., & Swayne, L. E. (2018). *Strategic management of health care organizations* (8th ed.). Wiley. Tanpa DOI.

Kaplan, R. S., & Norton, D. P. (1992). The balanced scorecard: Measures that drive performance. *Harvard Business Review, 70*(1), 71–79. Tanpa DOI.

Kaplan, R. S., & Norton, D. P. (1996). Using the balanced scorecard as a strategic management system. *Harvard Business Review, 74*(1), 75–85. Tanpa DOI.

Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2023). *Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan*. Tanpa DOI.

Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2024). *Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 28 Tahun 2024 tentang Peraturan Pelaksanaan Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan*. Tanpa DOI.

Kruk, M. E., Gage, A. D., Arsenault, C., Jordan, K., Leslie, H. H., Roder-DeWan, S., Adeyi, O., Barker, P., Daelmans, B., Doubova, S. V., English, M., Elorrio, E. G., Guanais, F., Gureje, O., Hirschhorn, L. R., Jiang, L., Kelley, E., Lemango, E.

T., Liljestrand, J., ... Pate, M. (2018). High-quality health systems in the Sustainable Development Goals era: Time for a revolution. *The Lancet Global Health, 6*(11), e1196–e1252. DOI: 10.1016/S2214-109X(18)30386-3

Osterwalder, A., Pigneur, Y., & Tucci, C. L. (2005). Clarifying business models: Origins, present, and future of the concept. *Communications of the Association for Information Systems, 16*, 1–25. DOI: 10.17705/1CAIS.01601

Porter, M. E. (2010). What is value in health care? *The New England Journal of Medicine, 363*(26), 2477–2481. DOI: 10.1056/NEJMp1011024

Porter, M. E., & Teisberg, E. O. (2006). *Redefining health care: Creating value-based competition on results*. Harvard Business School Press. Tanpa DOI.

Teece, D. J. (2010). Business models, business strategy and innovation. *Long Range Planning, 43*(2–3), 172–194. DOI: 10.1016/j.lrp.2009.07.003

Teece, D. J., Pisano, G., & Shuen, A. (1997). Dynamic capabilities and strategic management. *Strategic Management Journal, 18*(7), 509–533. DOI: 10.1002/(SICI)1097-0266(199708)18:7<509::AID-SMJ882>3.0.CO;2-Z

World Health Organization. (2016). *Framework on integrated, people-centred health services: Report by the Secretariat*. Tanpa DOI.

World Health Organization. (2021). *Global patient safety action plan 2021–2030: Towards eliminating avoidable harm in health care*. Tanpa DOI.

World Health Organization. (2025). *Quality health services*. Tanpa DOI.

Zott, C., Amit, R., & Massa, L. (2011). The business model: Recent developments and future research. *Journal of Management, 37*(4), 1019–1042. DOI: 10.1177/0149206311406265.



BAB 4
STRUKTUR ORGANISASI, KEPEMIMPINAN, DAN MANAJEMEN SDM RUMAH SAKIT

Oleh: Rudy C Tarumingkeng

1 Struktur Organisasi Rumah Sakit

- Pemilik / Badan Penyelenggara
- Dewan Pengawas
- Direktur / Direksi
  - Komite Medik
  - Komite Keperawatan
  - Komite Mutu & Keselamatan Pasien
    - Unit Pelayanan Klinis
    - Unit Penunjang
    - Administrasi & Keuangan
    - SDM & Umum

Struktur yang jelas memperlancar koordinasi, akuntabilitas, dan pengambilan keputusan.

2 Kepemimpinan Rumah Sakit

- visi strategis
- kepemimpinan klinis dan administratif
- komunikasi efektif
- pengambilan keputusan berbasis data

→ budaya mutu dan keselamatan pasien
→ kolaborasi lintas profesi
→ integritas dan keteladanan

3 Komponen SDM Rumah Sakit

- dokter
- perawat
- bidan
- apoteker
- tenaga laboratorium
- radiografer
- tenaga gizi
- rekam medis
- administrasi
- teknisi / penunjang umum

SDM adalah aset utama rumah sakit.

4 Siklus Manajemen SDM

Perencanaan kebutuhan → Rekrutmen & seleksi → Penempatan → Orientasi → Pelatihan & pengembangan → Penilaian kinerja → Remunerasi & penghargaan → Retensi & karier → (kembali ke Perencanaan kebutuhan)

Berbasis kompetensi, etika profesi, dan kebutuhan layanan.

5 Isu dan Tantangan SDM

- kekurangan tenaga spesialis
- distribusi SDM tidak merata
- burnout dan beban kerja tinggi
- konflik antarprofesi
- kebutuhan kompetensi digital
- disiplin, etika, dan kepatuhan
- keselamatan kerja dan kesejahteraan pegawai

6 Arah Pengembangan Masa Depan

- talent management
- reskilling dan upskilling
- kepemimpinan adaptif
- budaya belajar berkelanjutan
- digital HR dan analitik SDM
- employee engagement
- human-centered hospital workforce

Intinya: Rumah sakit memerlukan struktur organisasi yang jelas, kepemimpinan yang kuat, dan manajemen SDM yang profesional agar pelayanan berjalan efektif, aman, kolaboratif, dan berpusat pada pasien.

Pengantar Manajemen Rumah Sakit

Bab 4. Struktur Organisasi, Kepemimpinan, dan Manajemen SDM Rumah Sakit ******

Abstrak

Rumah sakit merupakan organisasi pelayanan kesehatan yang sangat kompleks karena mengintegrasikan pelayanan klinis, pelayanan keperawatan, penunjang medis, administrasi, keuangan, teknologi informasi, mutu, keselamatan pasien, pendidikan, penelitian, dan tanggung jawab sosial. Kompleksitas tersebut menuntut struktur organisasi yang jelas, kepemimpinan yang kuat, serta manajemen sumber daya manusia yang profesional. Struktur organisasi rumah sakit tidak hanya berfungsi membagi tugas, tetapi juga mengatur hubungan kewenangan, koordinasi, akuntabilitas, komunikasi, pengambilan keputusan, pengendalian risiko, dan kesinambungan pelayanan.

Kepemimpinan rumah sakit memiliki karakter khas karena harus menjembatani dunia klinis dan dunia manajerial. Pemimpin rumah sakit harus memahami keselamatan pasien, mutu layanan, etika profesi, regulasi, pembiayaan, teknologi, serta dinamika tenaga kesehatan lintas profesi. Kajian tentang clinical leadership menunjukkan bahwa keterlibatan klinisi dalam posisi kepemimpinan dapat mendukung pengambilan keputusan rumah sakit karena membawa pengetahuan klinis, kredibilitas profesional, perhatian pada kebutuhan pasien, serta komitmen terhadap mutu pelayanan. (Springer)

Manajemen SDM rumah sakit menjadi semakin strategis karena sistem kesehatan sangat bergantung pada ketersediaan, kompetensi, distribusi, motivasi, dan kesejahteraan tenaga kesehatan. WHO menyatakan bahwa sistem kesehatan hanya dapat berfungsi dengan tenaga kesehatan, dan memproyeksikan kekurangan sekitar 11 juta tenaga kesehatan pada tahun 2030, terutama di negara berpendapatan rendah dan menengah-bawah.

(World Health Organization) Bab ini membahas struktur organisasi, kepemimpinan, dan manajemen SDM rumah sakit sebagai tiga unsur yang saling berkaitan. Pembahasan mencakup desain struktur, peran dewan pengawas dan direksi, komite medik, komite keperawatan, kepemimpinan klinis, siklus manajemen SDM, kredensial, kompetensi, remunerasi, kinerja, burnout, employee engagement, transformasi digital SDM, dan arah pengembangan SDM rumah sakit masa depan.

Kata Kunci

Struktur organisasi rumah sakit; kepemimpinan rumah sakit; manajemen SDM rumah sakit; clinical leadership; tata kelola klinis; komite medik; komite keperawatan; kompetensi tenaga kesehatan; kredensial; burnout; employee engagement; budaya keselamatan pasien; talent management; digital HR; pelayanan berpusat pada pasien.

4.1 Pendahuluan

Rumah sakit adalah organisasi yang hidup selama dua puluh empat jam sehari, tujuh hari seminggu, dan menangani berbagai kondisi manusia dari yang paling sederhana hingga yang paling kritis. Di satu sisi, rumah sakit adalah tempat pelayanan klinis: dokter menegakkan diagnosis, perawat memberikan asuhan, apoteker memastikan keamanan obat, analis laboratorium menyediakan hasil pemeriksaan, radiografer membantu diagnosis pencitraan, dan tenaga gizi mendukung pemulihan pasien. Di sisi lain, rumah sakit juga merupakan organisasi manajerial: ada keuangan, administrasi, logistik, teknologi informasi, rekam medis, keamanan, kebersihan, pemeliharaan fasilitas, dan pelayanan umum.

Karena itu, rumah sakit tidak dapat berjalan hanya dengan keahlian klinis. Rumah sakit membutuhkan struktur organisasi yang jelas agar seluruh unit

memahami tugas, kewenangan, tanggung jawab, dan jalur koordinasinya. Rumah sakit juga membutuhkan kepemimpinan yang mampu menyatukan berbagai profesi dengan latar belakang, kepentingan, dan budaya kerja yang berbeda. Selain itu, rumah sakit membutuhkan manajemen SDM yang memastikan tenaga kesehatan dan tenaga nonkesehatan tersedia dalam jumlah cukup, memiliki kompetensi sesuai, bekerja secara etis, diberi penghargaan layak, dan terlindungi dari beban kerja yang tidak manusiawi.

Bab sebelumnya telah membahas perencanaan strategis dan model bisnis rumah sakit. Strategi yang baik tidak akan terlaksana tanpa manusia yang tepat, struktur yang mendukung, dan kepemimpinan yang efektif. Sebuah rumah sakit dapat memiliki visi yang hebat, tetapi gagal bila struktur organisasinya tumpang tindih, pemimpin tidak mampu membangun kolaborasi, perawat mengalami burnout, dokter tidak terlibat dalam tata kelola, rekam medis tidak disiplin, atau unit keuangan tidak berkoordinasi dengan unit klinis. Dengan kata lain, strategi rumah sakit hanya menjadi dokumen apabila tidak diterjemahkan ke dalam organisasi, kepemimpinan, dan SDM.

Dalam konteks mutu, WHO menegaskan bahwa layanan kesehatan bermutu harus efektif, aman, berpusat pada manusia, tepat waktu, adil, terintegrasi, dan efisien. (World Health Organization) Semua dimensi mutu tersebut sangat bergantung pada manusia. Pelayanan yang aman bergantung pada kompetensi, komunikasi, dan kepatuhan prosedur. Pelayanan tepat waktu bergantung pada jumlah tenaga, desain proses, dan koordinasi unit. Pelayanan berpusat pada pasien bergantung pada empati, budaya pelayanan, komunikasi, dan integritas tenaga kesehatan. Efisiensi bergantung pada disiplin kerja, teknologi, alokasi tugas, serta kemampuan pemimpin memperbaiki proses.

Bab ini menempatkan struktur organisasi, kepemimpinan, dan manajemen SDM sebagai fondasi operasional rumah sakit. Ketiganya tidak dapat dipisahkan. Struktur tanpa kepemimpinan akan menjadi birokrasi kaku. Kepemimpinan tanpa struktur akan menjadi karisma yang tidak sistemik.

SDM tanpa manajemen akan menjadi kumpulan individu yang bekerja sendiri-sendiri. Rumah sakit yang baik membutuhkan ketiganya secara terpadu.

4.2 Hakikat Struktur Organisasi Rumah Sakit

Struktur organisasi adalah kerangka formal yang mengatur pembagian tugas, hubungan kewenangan, tanggung jawab, koordinasi, dan pelaporan dalam organisasi. Dalam rumah sakit, struktur organisasi memiliki fungsi yang sangat penting karena pelayanan pasien melibatkan banyak profesi dan unit yang saling bergantung.

Struktur organisasi rumah sakit menjawab beberapa pertanyaan utama: siapa bertanggung jawab atas pelayanan klinis? Siapa mengelola keperawatan? Siapa mengawasi mutu dan keselamatan pasien? Siapa mengambil keputusan strategis? Siapa mengelola keuangan? Siapa memastikan alat kesehatan tersedia? Siapa mengelola SDM? Siapa bertanggung jawab apabila terjadi insiden? Siapa berwenang membuat kebijakan pelayanan?

Tanpa struktur yang jelas, rumah sakit akan mengalami kekacauan koordinasi. Misalnya, bila terjadi kekurangan obat penting, siapa yang harus bertindak: farmasi, logistik, keuangan, dokter penanggung jawab pelayanan, atau direksi? Bila terjadi insiden keselamatan pasien, siapa yang melakukan investigasi: kepala ruangan, komite mutu, komite medik, atau manajemen risiko? Bila dokter tidak mengisi rekam medis lengkap, siapa yang berwenang menegur dan memperbaiki sistem: rekam medis, komite medik, direktur pelayanan, atau kepala instalasi? Struktur organisasi yang baik membantu menjawab persoalan tersebut.

Namun, struktur organisasi bukan sekadar bagan kotak-kotak. Banyak rumah sakit memiliki bagan organisasi yang tampak rapi, tetapi koordinasi tetap buruk. Hal ini terjadi karena struktur formal tidak selalu sama dengan

struktur kerja nyata. Dalam organisasi rumah sakit, relasi informal, budaya profesi, senioritas, pengaruh dokter spesialis, kebiasaan unit, dan pola komunikasi sehari-hari sering memengaruhi keputusan lebih kuat daripada bagan resmi. Karena itu, struktur organisasi perlu didukung oleh kepemimpinan, budaya kolaborasi, SOP, sistem informasi, dan mekanisme akuntabilitas.

Struktur organisasi rumah sakit idealnya memenuhi beberapa prinsip. Pertama, harus jelas dalam pembagian fungsi. Kedua, harus mendukung alur pelayanan pasien. Ketiga, harus memperkuat mutu dan keselamatan pasien. Keempat, harus memungkinkan pengambilan keputusan cepat pada situasi kritis. Kelima, harus menghindari tumpang tindih kewenangan. Keenam, harus memberi ruang bagi kolaborasi lintas profesi. Ketujuh, harus sesuai dengan regulasi, jenis rumah sakit, ukuran, kelas, dan kapasitas layanan.

Dalam konteks Indonesia, penyelenggaraan rumah sakit berada dalam kerangka regulasi kesehatan nasional. UU No. 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan dan PP No. 28 Tahun 2024 sebagai peraturan pelaksana menjadi bagian penting dari kerangka hukum terbaru bidang kesehatan. (Ministry of Health Indonesia) Dengan demikian, struktur organisasi rumah sakit bukan hanya kebutuhan internal, tetapi juga bagian dari kepatuhan terhadap sistem kesehatan, perizinan, mutu, dan tata kelola.

4.3 Unsur Pokok Struktur Organisasi Rumah Sakit

Struktur organisasi rumah sakit dapat berbeda menurut kepemilikan, kelas, jenis layanan, ukuran, dan karakter institusi. Rumah sakit pemerintah, swasta, pendidikan, yayasan, rumah sakit khusus, dan rumah sakit umum dapat memiliki variasi struktur. Namun, secara umum terdapat beberapa unsur pokok.

Pertama adalah **pemilik atau badan penyelenggara**. Pemilik atau badan penyelenggara memberikan mandat kelembagaan, arah strategis, sumber daya, dan dukungan tata kelola. Pada rumah sakit pemerintah, peran ini terkait dengan pemerintah atau badan layanan umum. Pada rumah sakit swasta, peran ini dapat dilakukan oleh yayasan, perseroan, organisasi keagamaan, atau badan hukum lain.

Kedua adalah **dewan pengawas**. Dewan pengawas berfungsi melakukan pengawasan terhadap kinerja direksi, memastikan rumah sakit berjalan sesuai misi, regulasi, standar mutu, dan prinsip akuntabilitas. Dewan pengawas tidak mengelola kegiatan operasional harian, tetapi harus memahami risiko strategis rumah sakit, termasuk risiko keuangan, mutu, keselamatan pasien, reputasi, dan kepatuhan.

Ketiga adalah **direktur atau direksi**. Direksi bertanggung jawab mengelola rumah sakit secara strategis dan operasional. Direksi menerjemahkan visi dan misi menjadi kebijakan, program, struktur, anggaran, indikator, serta sistem pengendalian. Direksi juga menjadi pusat koordinasi antara unit klinis, unit penunjang, administrasi, keuangan, SDM, dan pemangku kepentingan eksternal.

Keempat adalah **komite medik**. Komite medik berperan dalam tata kelola profesi medis, termasuk kredensial, privileging, audit medis, etika profesi, peningkatan mutu profesi, dan pengawasan praktik klinis dokter. Komite medik sangat penting karena rumah sakit adalah organisasi profesional, dan dokter memiliki otonomi klinis yang harus berjalan bersama akuntabilitas organisasi.

Kelima adalah **komite keperawatan**. Komite keperawatan berperan dalam menjaga mutu praktik keperawatan, kredensial keperawatan, pengembangan kompetensi perawat, etik keperawatan, dan standar asuhan keperawatan. Perawat merupakan kelompok tenaga terbesar di banyak rumah sakit dan memiliki kontak paling intensif dengan pasien. Karena itu, tata kelola keperawatan menjadi faktor penting dalam keselamatan pasien.

Keenam adalah **komite mutu dan keselamatan pasien**. Komite ini membantu mengoordinasikan program peningkatan mutu, indikator mutu, pelaporan insiden, analisis akar masalah, pencegahan risiko, audit mutu, dan perbaikan berkelanjutan. Komite mutu harus berfungsi sebagai motor pembelajaran organisasi, bukan sekadar pengumpul dokumen akreditasi.

Ketujuh adalah **unit pelayanan klinis**. Unit ini mencakup rawat jalan, rawat inap, IGD, ICU, kamar operasi, kebidanan, pelayanan spesialis, dan layanan klinis lainnya. Unit klinis adalah tempat utama interaksi antara pasien dan sistem rumah sakit.

Kedelapan adalah **unit penunjang medis**. Unit ini mencakup laboratorium, radiologi, farmasi, rehabilitasi medik, gizi, bank darah, sterilisasi, dan layanan penunjang lain. Unit penunjang sering tidak terlihat oleh pasien, tetapi sangat menentukan mutu pelayanan. Pemeriksaan laboratorium yang terlambat, obat yang tidak tersedia, atau radiologi yang tidak responsif dapat menghambat keputusan klinis.

Kesembilan adalah **administrasi, keuangan, dan umum**. Unit ini mengelola pendaftaran, kasir, klaim, akuntansi, pengadaan, logistik, aset, hukum, hubungan masyarakat, teknologi informasi, keamanan, kebersihan, dan pemeliharaan. Tanpa administrasi yang kuat, layanan klinis akan terganggu.

Kesepuluh adalah **unit SDM**. Unit SDM bertanggung jawab atas perencanaan kebutuhan tenaga, rekrutmen, seleksi, orientasi, pelatihan, penilaian kinerja, remunerasi, hubungan industrial, retensi, pengembangan karier, dan kesejahteraan pegawai.

Struktur organisasi yang baik bukan hanya menunjukkan siapa berada di bawah siapa, tetapi juga memperlihatkan bagaimana pelayanan pasien mengalir dari satu unit ke unit lain. Rumah sakit yang berorientasi pasien harus memastikan bahwa struktur tidak menciptakan silo, melainkan memudahkan kolaborasi.

4.4 Struktur Organisasi dan Koordinasi Lintas Profesi

Rumah sakit adalah arena kerja lintas profesi. Pasien dengan stroke, misalnya, dapat ditangani oleh dokter IGD, dokter saraf, perawat, radiografer, analis laboratorium, apoteker, fisioterapis, ahli gizi, petugas rekam medis, petugas administrasi, dan keluarga. Setiap profesi memiliki pengetahuan, bahasa, standar, dan tanggung jawab masing-masing. Tantangan manajemen rumah sakit adalah menyatukan semua profesi tersebut dalam satu alur pelayanan yang aman.

Koordinasi lintas profesi membutuhkan struktur dan budaya. Struktur menyediakan forum, jalur komunikasi, dan tanggung jawab. Budaya menyediakan sikap saling menghargai, kesediaan mendengar, dan orientasi pada pasien. Tanpa budaya kolaborasi, struktur formal tidak cukup. Rapat koordinasi dapat berlangsung, tetapi unit tetap bekerja sendiri-sendiri. Sebaliknya, tanpa struktur yang jelas, kolaborasi yang baik dapat bergantung pada kedekatan pribadi dan sulit dipertahankan ketika orang berganti.

Koordinasi lintas profesi dapat diperkuat melalui beberapa mekanisme. Pertama, pembentukan tim multidisiplin untuk kasus tertentu, seperti tim stroke, tim kanker, tim infeksi, tim geriatri, atau tim diabetes. Kedua, penggunaan clinical pathway yang menyatukan peran dokter, perawat, farmasi, gizi, laboratorium, dan rehabilitasi. Ketiga, serah terima pasien yang terstandar. Keempat, rapat kasus secara berkala. Kelima, sistem informasi yang memungkinkan data klinis diakses oleh pihak yang berwenang. Keenam, kepemimpinan klinis yang mampu menghubungkan standar profesi dengan kebutuhan organisasi.

Koordinasi lintas profesi juga perlu memperhatikan relasi kekuasaan. Dalam banyak rumah sakit, profesi tertentu memiliki pengaruh lebih besar dibanding profesi lain. Bila budaya organisasi terlalu hierarkis, perawat atau

tenaga penunjang mungkin enggan menyampaikan risiko kepada dokter senior. Padahal, keselamatan pasien sering bergantung pada keberanian anggota tim untuk mengingatkan satu sama lain. Oleh karena itu, struktur organisasi harus mendukung psychological safety, yaitu kondisi ketika staf merasa aman untuk berbicara, melapor, bertanya, dan mengoreksi tanpa takut dipermalukan.

4.5 Hakikat Kepemimpinan Rumah Sakit

Kepemimpinan rumah sakit adalah kemampuan memengaruhi, mengarahkan, menggerakkan, dan menyatukan orang dalam organisasi agar pelayanan berjalan sesuai misi, mutu, keselamatan, etika, dan kebutuhan pasien. Kepemimpinan berbeda dari jabatan. Seseorang dapat memiliki jabatan tinggi tetapi tidak memimpin secara efektif. Sebaliknya, kepala ruangan, dokter penanggung jawab pelayanan, koordinator farmasi, atau perawat senior dapat menjalankan kepemimpinan nyata dalam unitnya.

Kepemimpinan rumah sakit memiliki karakter khusus karena berada di antara tiga dunia: dunia klinis, dunia manajemen, dan dunia sosial. Dunia klinis menuntut ketepatan ilmiah, keselamatan pasien, otonomi profesi, dan standar etik. Dunia manajemen menuntut efisiensi, koordinasi, anggaran, indikator, SDM, dan keberlanjutan. Dunia sosial menuntut empati, keadilan akses, komunikasi publik, dan kepercayaan masyarakat. Pemimpin rumah sakit harus mampu membaca ketiganya.

Kepemimpinan rumah sakit juga tidak dapat hanya mengandalkan instruksi. Tenaga profesional kesehatan tidak bekerja seperti buruh lini produksi yang hanya mengikuti perintah. Mereka memiliki standar profesi, kode etik, lisensi, kewenangan klinis, dan tanggung jawab keilmuan. Karena itu, pemimpin rumah sakit harus membangun kepercayaan, legitimasi, komunikasi, dan keterlibatan profesional. Kajian sistematis tentang clinical

leadership menunjukkan bahwa keterlibatan klinisi dalam kepemimpinan rumah sakit berpotensi meningkatkan kualitas keputusan karena klinisi membawa pengetahuan kritis, kredibilitas profesional, dan perhatian pada kebutuhan pasien. (Springer)

Kepemimpinan rumah sakit juga harus berbasis data. Keputusan tentang penambahan perawat, pembukaan layanan baru, pengadaan alat, perbaikan alur IGD, atau perubahan jadwal dokter tidak seharusnya hanya berdasarkan keluhan atau intuisi. Keputusan harus didukung data waktu tunggu, beban kerja, BOR, ALOS, indikator mutu, angka insiden, kepuasan pasien, komplain, biaya, dan kapasitas SDM. Pemimpin yang berbasis data tidak berarti kehilangan empati; justru data membantu empati menjadi tindakan yang tepat.

4.6 Dimensi Kepemimpinan Rumah Sakit

Kepemimpinan rumah sakit dapat dilihat dari beberapa dimensi.

Pertama, **kepemimpinan strategis**. Pemimpin harus mampu menetapkan arah jangka panjang rumah sakit. Ini mencakup visi, layanan unggulan, transformasi digital, pengembangan SDM, mutu, keselamatan pasien, dan keberlanjutan finansial. Kepemimpinan strategis membantu rumah sakit tidak terjebak dalam rutinitas harian.

Kedua, **kepemimpinan klinis**. Kepemimpinan klinis adalah kemampuan tenaga klinis atau manajer klinis untuk memengaruhi praktik pelayanan agar aman, efektif, dan berbasis bukti. Kepemimpinan klinis tidak hanya dilakukan oleh direktur medis, tetapi juga dokter penanggung jawab pelayanan, kepala instalasi, kepala ruangan, perawat senior, apoteker klinis, dan tenaga penunjang lain. Tinjauan sistematis tentang leadership style dalam keperawatan menunjukkan bahwa kepemimpinan penting dalam membangun lingkungan kerja bermutu dan mendukung kesejahteraan tenaga keperawatan. (PubMed)

Ketiga, **kepemimpinan administratif**. Pemimpin administratif memastikan sumber daya, sistem, anggaran, proses, dan kebijakan berjalan efektif. Dalam rumah sakit, administrasi yang baik bukan sekadar urusan kantor, tetapi bagian dari keselamatan pasien. Klaim yang tertunda, rekam medis yang tidak lengkap, atau logistik yang lambat dapat berdampak pada pelayanan klinis.

Keempat, **kepemimpinan mutu dan keselamatan pasien**. Pemimpin harus menjadikan keselamatan pasien sebagai nilai inti. Hal ini berarti mendorong pelaporan insiden, memfasilitasi analisis akar masalah, memperbaiki sistem, dan tidak menyalahkan individu secara sempit. Pemimpin rumah sakit harus menunjukkan bahwa mutu bukan proyek akreditasi, tetapi cara kerja harian.

Kelima, **kepemimpinan etis**. Rumah sakit menghadapi dilema antara biaya dan mutu, kepentingan pasien dan organisasi, tekanan keluarga dan keputusan klinis, serta kebutuhan bisnis dan misi sosial. Pemimpin etis tidak hanya bertanya "apa yang legal?", tetapi juga "apa yang benar, adil, aman, dan bermartabat bagi pasien?"

Keenam, **kepemimpinan kolaboratif**. Rumah sakit tidak dapat dipimpin secara soliter. Pemimpin harus membangun kerja sama antara dokter, perawat, tenaga penunjang, manajer, pasien, keluarga, regulator, pembayar, dan komunitas. Kepemimpinan kolaboratif sangat penting dalam pelayanan penyakit kronis, kegawatdaruratan, keselamatan pasien, dan transformasi digital.

Ketujuh, **kepemimpinan adaptif**. Perubahan regulasi, digitalisasi, tekanan biaya, perkembangan AI, serta perubahan ekspektasi pasien menuntut rumah sakit mampu belajar dan berubah. Pemimpin adaptif tidak hanya menjaga stabilitas, tetapi juga mempersiapkan organisasi menghadapi ketidakpastian.

4.7 Gaya Kepemimpinan dalam Rumah Sakit

Berbagai gaya kepemimpinan dapat ditemukan dalam rumah sakit. Tidak ada satu gaya yang selalu tepat untuk semua situasi. Namun, beberapa gaya memiliki relevansi khusus.

Kepemimpinan transformasional menekankan visi, inspirasi, perubahan, pengembangan individu, dan motivasi intrinsik. Gaya ini relevan ketika rumah sakit ingin melakukan perubahan besar, seperti transformasi digital, budaya keselamatan pasien, atau pengembangan layanan unggulan.

Kepemimpinan transaksional menekankan target, penghargaan, hukuman, dan kepatuhan. Gaya ini berguna untuk memastikan SOP dijalankan, target dicapai, dan disiplin kerja ditegakkan. Namun, bila terlalu dominan, gaya ini dapat membuat staf hanya bekerja demi memenuhi indikator, bukan karena komitmen pelayanan.

Kepemimpinan melayani atau servant leadership menekankan bahwa pemimpin hadir untuk mendukung staf agar mampu melayani pasien dengan lebih baik. Dalam rumah sakit, gaya ini penting karena tenaga kesehatan bekerja dalam tekanan emosional tinggi. Pemimpin yang melayani mendengarkan masalah staf, memperbaiki hambatan kerja, dan menjaga martabat pegawai.

Kepemimpinan otentik menekankan kejujuran, kesadaran diri, transparansi, dan integritas. Dalam organisasi berisiko tinggi seperti rumah sakit, kepercayaan terhadap pemimpin sangat penting. Pemimpin yang tidak konsisten akan sulit membangun budaya keselamatan.

Kepemimpinan distributif menekankan bahwa kepemimpinan tidak hanya berada pada satu orang, tetapi tersebar di berbagai unit dan profesi. Rumah sakit membutuhkan kepemimpinan di banyak titik: IGD, ICU, kamar operasi, farmasi, keperawatan, rekam medis, dan teknologi informasi. Avolio, Walumbwa, dan Weber menjelaskan bahwa kajian kepemimpinan modern mencakup perkembangan teori seperti authentic leadership, shared leadership, collective leadership, dan e-leadership. (PubMed)

Dalam praktik rumah sakit, pemimpin yang efektif biasanya mampu menggabungkan beberapa gaya. Pada saat krisis, pemimpin perlu tegas dan cepat. Pada saat perubahan budaya, pemimpin perlu inspiratif dan partisipatif. Pada saat konflik profesi, pemimpin perlu adil dan komunikatif. Pada saat staf kelelahan, pemimpin perlu empatik dan melayani.

4.8 Manajemen SDM Rumah Sakit sebagai Fungsi Strategis

Manajemen SDM rumah sakit adalah proses merencanakan, memperoleh, menempatkan, mengembangkan, menilai, memberi penghargaan, mempertahankan, dan melindungi tenaga kerja agar rumah sakit dapat menjalankan pelayanan secara aman, bermutu, efisien, dan berkelanjutan. Dalam rumah sakit, SDM bukan sekadar faktor produksi. SDM adalah inti pelayanan.

Pasien sering menilai rumah sakit melalui interaksi dengan manusia: dokter yang menjelaskan diagnosis, perawat yang merespons nyeri, petugas pendaftaran yang memberi arahan, apoteker yang menjelaskan obat, petugas kebersihan yang menjaga lingkungan, dan petugas keamanan yang membantu keluarga. Teknologi penting, tetapi pengalaman pasien sangat ditentukan oleh kualitas manusia yang mengoperasikan teknologi tersebut.

WHO menekankan bahwa sistem kesehatan hanya dapat berfungsi dengan tenaga kesehatan; ketersediaan, aksesibilitas, akseptabilitas, dan kualitas tenaga kesehatan menjadi prasyarat untuk mewujudkan layanan kesehatan. (World Health Organization) Pernyataan ini sangat relevan bagi rumah sakit. Tanpa dokter, perawat, tenaga penunjang, dan staf administrasi yang memadai, rumah sakit tidak dapat memenuhi standar mutu, sekalipun memiliki gedung dan alat modern.

Manajemen SDM rumah sakit harus bersifat strategis, bukan hanya administratif. Bagian SDM tidak cukup mengurus absensi, kontrak, gaji,

atau arsip pegawai. Bagian SDM harus mampu merencanakan kebutuhan tenaga berdasarkan strategi layanan, menganalisis beban kerja, mengembangkan kompetensi, memantau turnover, mengelola burnout, membangun engagement, mendukung budaya keselamatan, dan menyediakan data SDM bagi keputusan manajemen.

4.9 Komponen SDM Rumah Sakit

SDM rumah sakit terdiri dari berbagai kelompok. Setiap kelompok memiliki peran penting dalam rantai pelayanan.

Dokter bertanggung jawab pada diagnosis, terapi, tindakan medis, konsultasi, dan pengambilan keputusan klinis. Dokter umum, dokter spesialis, dan subspesialis memiliki tingkat kewenangan berbeda. Dalam rumah sakit, dokter juga berperan dalam edukasi, audit klinis, penelitian, dan kepemimpinan klinis.

Perawat memberikan asuhan keperawatan, monitoring pasien, edukasi, koordinasi, deteksi dini perubahan kondisi, dan dukungan emosional. Perawat sering menjadi tenaga yang paling dekat dengan pasien selama rawat inap. Karena itu, kompetensi dan jumlah perawat sangat memengaruhi keselamatan pasien.

Bidan berperan dalam pelayanan kesehatan ibu dan anak, persalinan, antenatal, postnatal, edukasi ibu, dan deteksi risiko obstetri.

Apoteker dan tenaga farmasi memastikan keamanan, ketersediaan, distribusi, dan penggunaan obat yang rasional. Farmasi klinis membantu mencegah kesalahan obat, interaksi obat, dan penggunaan antibiotik yang tidak tepat.

Tenaga laboratorium menyediakan hasil pemeriksaan yang menjadi dasar diagnosis dan monitoring terapi. Ketepatan hasil, kecepatan, dan kendali mutu laboratorium sangat menentukan keputusan klinis.

Radiografer dan tenaga radiologi mendukung diagnosis melalui pencitraan. Mereka juga bertanggung jawab pada keselamatan radiasi dan mutu pemeriksaan.

Tenaga gizi berperan dalam asesmen gizi, diet pasien, edukasi gizi, dan dukungan pemulihan. Pada pasien kronis, pasien bedah, pasien ICU, dan pasien lansia, intervensi gizi sangat penting.

Tenaga rekam medis dan informasi kesehatan mengelola dokumentasi klinis, kode diagnosis, klaim, data mutu, serta kerahasiaan informasi pasien. Rekam medis yang lengkap menjadi dasar kontinuitas pelayanan, hukum, pembiayaan, dan penelitian.

Tenaga administrasi dan keuangan memastikan proses pendaftaran, pembayaran, klaim, pengadaan, akuntansi, pelaporan, dan pelayanan informasi berjalan tertib.

Teknisi, pemeliharaan, kebersihan, keamanan, laundry, CSSD, dan penunjang umum sering berada di belakang layar, tetapi berperan besar dalam keselamatan pasien. Alat yang tidak terawat, sterilisasi yang buruk, kebersihan yang lemah, atau keamanan yang tidak memadai dapat membahayakan pasien.

Dengan demikian, tidak ada profesi yang “tidak penting” dalam rumah sakit. Rumah sakit adalah rantai pelayanan. Kelemahan satu mata rantai dapat memengaruhi keseluruhan mutu pelayanan.

4.10 Siklus Manajemen SDM Rumah Sakit

Manajemen SDM rumah sakit dapat dipahami sebagai siklus yang berkelanjutan. Siklus ini mencakup perencanaan kebutuhan, rekrutmen dan seleksi, penempatan, orientasi, pelatihan dan pengembangan, penilaian kinerja, remunerasi dan penghargaan, serta retensi dan karier.

4.10.1 Perencanaan Kebutuhan SDM

Perencanaan kebutuhan SDM adalah proses menentukan jumlah, jenis, kompetensi, dan distribusi tenaga yang dibutuhkan rumah sakit. Perencanaan ini harus berbasis beban kerja, jenis layanan, jumlah pasien, kompleksitas kasus, standar pelayanan, dan strategi rumah sakit.

Kesalahan perencanaan SDM dapat berakibat serius. Kekurangan perawat dapat meningkatkan risiko pasien jatuh, keterlambatan pemberian obat, dokumentasi tidak lengkap, dan burnout. Kekurangan dokter spesialis dapat membuat layanan tidak berjalan optimal. Kekurangan tenaga farmasi dapat memperlambat pelayanan obat. Kekurangan tenaga rekam medis dapat menunda klaim. Kelebihan tenaga tanpa perencanaan juga dapat menekan keuangan rumah sakit.

Perencanaan SDM harus menggabungkan data kuantitatif dan pertimbangan kualitatif. Data kuantitatif meliputi jumlah pasien, BOR, kunjungan rawat jalan, tindakan operasi, jam kerja, rasio staf, dan tren layanan. Pertimbangan kualitatif meliputi kompleksitas pasien, risiko klinis, kompetensi staf, perubahan teknologi, dan kebutuhan layanan baru.

4.10.2 Rekrutmen dan Seleksi

Rekrutmen adalah proses menarik calon tenaga kerja, sedangkan seleksi adalah proses memilih kandidat yang paling sesuai. Dalam rumah sakit, seleksi tidak boleh hanya menilai ijazah dan pengalaman, tetapi juga kompetensi klinis, etika, komunikasi, kemampuan bekerja dalam tim, kesiapan belajar, dan orientasi pasien.

Untuk tenaga kesehatan, legalitas profesi, registrasi, lisensi, dan kompetensi harus diperiksa dengan ketat. Kesalahan merekrut tenaga yang tidak kompeten dapat berisiko pada keselamatan pasien. Untuk tenaga nonkesehatan, integritas dan kemampuan pelayanan juga penting karena mereka berinteraksi dengan pasien dan data sensitif.

4.10.3 Penempatan dan Orientasi

Penempatan harus sesuai kompetensi, pengalaman, kebutuhan unit, dan risiko pelayanan. Perawat baru tidak seharusnya langsung ditempatkan di

ICU tanpa orientasi dan supervisi memadai. Dokter baru harus memahami kebijakan rumah sakit, sistem rekam medis, alur keselamatan pasien, prosedur rujukan, dan tata kelola klinis.

Orientasi sangat penting karena setiap rumah sakit memiliki budaya, sistem, dan prosedur yang berbeda. Orientasi tidak cukup hanya memperkenalkan struktur organisasi. Orientasi harus mencakup keselamatan pasien, pencegahan infeksi, kode etik, hak pasien, komunikasi efektif, rekam medis, penggunaan SIMRS, pelaporan insiden, dan kebijakan kegawatdaruratan.

4.10.4 Pelatihan dan Pengembangan

Pelatihan bertujuan meningkatkan kemampuan teknis, klinis, manajerial, digital, dan interpersonal. Pengembangan lebih luas karena mencakup karier, kepemimpinan, riset, inovasi, dan kemampuan strategis.

Rumah sakit perlu menyusun rencana pelatihan berbasis kebutuhan. Pelatihan tidak boleh hanya dilakukan karena tersedia anggaran atau undangan seminar. Pelatihan harus menjawab kesenjangan kompetensi. Misalnya, bila angka kesalahan obat meningkat, pelatihan medication safety harus diperkuat. Bila SIMRS baru diterapkan, pelatihan digital harus dilakukan. Bila keluhan pasien terkait komunikasi meningkat, pelatihan komunikasi empatik menjadi penting.

4.10.5 Penilaian Kinerja

Penilaian kinerja rumah sakit harus adil, objektif, dan relevan dengan pekerjaan. Kinerja tenaga kesehatan tidak boleh hanya diukur dari produktivitas, tetapi juga mutu, keselamatan, kepatuhan, komunikasi, kerja tim, dokumentasi, dan etika.

Untuk dokter, indikator dapat mencakup kepatuhan clinical pathway, kelengkapan rekam medis, partisipasi audit klinis, mutu komunikasi, dan outcome tertentu. Untuk perawat, indikator dapat mencakup kepatuhan asesmen, pemberian obat aman, dokumentasi asuhan, pencegahan jatuh, edukasi pasien, dan respons terhadap perubahan kondisi pasien. Untuk

administrasi, indikator dapat mencakup kecepatan layanan, akurasi data, kepuasan pasien, dan kepatuhan prosedur.

Penilaian kinerja harus menjadi alat pengembangan, bukan sekadar dasar hukuman. Pegawai perlu mendapatkan umpan balik yang jelas, rencana perbaikan, dan kesempatan belajar.

4.10.6 Remunerasi dan Penghargaan

Remunerasi adalah kompensasi finansial dan nonfinansial yang diberikan kepada pegawai. Dalam rumah sakit, sistem remunerasi harus memperhatikan keadilan internal, kompetensi, beban kerja, risiko, tanggung jawab, kinerja, dan kemampuan keuangan organisasi.

Sistem remunerasi yang tidak adil dapat memicu konflik antarprofesi, menurunkan motivasi, dan meningkatkan turnover. Namun, remunerasi juga tidak boleh mendorong tindakan yang tidak perlu. Misalnya, insentif berbasis volume layanan perlu dikendalikan agar tidak mendorong overuse atau tindakan yang tidak sesuai indikasi.

Penghargaan tidak selalu finansial. Pengakuan, kesempatan belajar, karier, lingkungan kerja yang sehat, kepemimpinan yang menghargai, dan keterlibatan dalam keputusan juga sangat penting.

4.10.7 Retensi dan Pengembangan Karier

Retensi adalah kemampuan rumah sakit mempertahankan tenaga yang kompeten. Turnover tinggi merugikan rumah sakit karena meningkatkan biaya rekrutmen, mengganggu kontinuitas layanan, dan menurunkan moral tim.

Retensi dipengaruhi oleh remunerasi, beban kerja, kepemimpinan, budaya kerja, peluang karier, keamanan kerja, hubungan antarprofesi, dan keseimbangan hidup. Rumah sakit perlu memiliki jalur karier yang jelas, baik untuk tenaga klinis maupun nonklinis. Perawat, apoteker, analis, radiografer, tenaga rekam medis, dan administrator perlu melihat masa depan profesionalnya di rumah sakit.

4.11 Kredensial, Privileging, dan Kompetensi

Kredensial adalah proses menilai kualifikasi, kompetensi, pengalaman, dan kelayakan tenaga profesional untuk memberikan pelayanan tertentu. Privileging adalah pemberian kewenangan klinis berdasarkan hasil kredensial. Keduanya merupakan bagian penting dari tata kelola klinis.

Dalam rumah sakit, tidak semua tenaga kesehatan boleh melakukan semua tindakan. Seorang dokter harus memiliki kewenangan klinis sesuai kompetensi dan pengalaman. Perawat juga memiliki kewenangan praktik sesuai pendidikan, pelatihan, dan kredensial. Tujuannya bukan membatasi profesi secara negatif, tetapi melindungi pasien dan tenaga kesehatan.

Kredensial yang baik harus objektif, terdokumentasi, berkala, dan berbasis bukti. Rumah sakit perlu memastikan dokumen legal, sertifikat kompetensi, pengalaman, rekomendasi profesi, riwayat kinerja, dan pelatihan. Evaluasi berkala diperlukan karena kompetensi dapat berubah seiring waktu. Tenaga yang lama tidak melakukan prosedur tertentu mungkin memerlukan pelatihan ulang sebelum diberi kewenangan kembali.

Kredensial juga berkaitan dengan akuntabilitas. Bila terjadi insiden, rumah sakit harus dapat menunjukkan bahwa tenaga yang melakukan tindakan memiliki kewenangan yang sah dan kompetensi yang sesuai. Tanpa sistem kredensial yang kuat, rumah sakit menghadapi risiko hukum dan risiko keselamatan pasien.

4.12 Budaya Organisasi dan Budaya Keselamatan Pasien

Budaya organisasi adalah kumpulan nilai, keyakinan, kebiasaan, dan pola perilaku yang hidup dalam rumah sakit. Budaya menentukan bagaimana orang bekerja ketika tidak diawasi. Budaya juga menentukan apakah staf

berani melapor, apakah dokter dan perawat saling menghargai, apakah pasien diperlakukan manusiawi, dan apakah kesalahan dijadikan pembelajaran.

Budaya keselamatan pasien adalah bagian penting dari budaya organisasi rumah sakit. Dalam budaya keselamatan, staf merasa bertanggung jawab mencegah bahaya, berani melaporkan insiden, terbuka terhadap pembelajaran, dan tidak menyembunyikan risiko. Budaya keselamatan tidak berarti semua kesalahan dibiarkan. Budaya keselamatan membedakan human error, perilaku berisiko, dan kelalaian berat.

Pemimpin rumah sakit memainkan peran besar dalam membentuk budaya. Bila pimpinan hanya menuntut angka tanpa peduli beban kerja, staf akan menyembunyikan masalah. Bila pimpinan menghukum semua laporan insiden, staf akan berhenti melapor. Bila pimpinan turun langsung mendengar keluhan unit, memberikan umpan balik, dan memperbaiki sistem, staf akan lebih percaya.

Budaya keselamatan juga terkait erat dengan mutu. WHO menempatkan keselamatan sebagai salah satu dimensi utama layanan kesehatan bermutu. (World Health Organization) Oleh karena itu, manajemen SDM tidak boleh dipisahkan dari mutu dan keselamatan pasien. Rekrutmen, orientasi, pelatihan, penilaian kinerja, dan penghargaan harus memasukkan unsur keselamatan pasien.

4.13 Komunikasi Organisasi dalam Rumah Sakit

Komunikasi adalah darah organisasi rumah sakit. Banyak insiden klinis terjadi bukan karena kurangnya pengetahuan, tetapi karena informasi tidak tersampaikan dengan tepat. Kesalahan obat, keterlambatan pemeriksaan, salah identifikasi pasien, konflik keluarga, dan keluhan layanan sering berakar pada komunikasi yang buruk.

Komunikasi rumah sakit terjadi dalam banyak arah: dari direksi ke unit, dari unit ke direksi, antarprofesi, antarshift, dokter-pasien, perawat-pasien, rumah sakit-keluarga, dan rumah sakit-masyarakat. Masing-masing membutuhkan mekanisme yang jelas.

Komunikasi internal yang baik mencakup rapat koordinasi, briefing, handover, dashboard indikator, sistem pelaporan, grup komunikasi resmi, dan jalur eskalasi masalah. Pada situasi kritis, staf harus tahu siapa yang harus dihubungi dan bagaimana keputusan dibuat.

Komunikasi profesional juga membutuhkan bahasa yang standar. Serah terima pasien sebaiknya menggunakan format yang sistematis agar informasi penting tidak hilang. Komunikasi antara dokter dan perawat harus terbuka, saling menghormati, dan berorientasi pasien. Komunikasi dengan pasien dan keluarga harus empatik, jelas, dan tidak defensif.

Manajemen SDM perlu memasukkan komunikasi sebagai kompetensi inti. Pegawai yang kompeten secara teknis tetapi buruk dalam komunikasi dapat menimbulkan konflik dan menurunkan pengalaman pasien.

4.14 Beban Kerja, Burnout, dan Kesejahteraan Tenaga Kesehatan

Rumah sakit adalah lingkungan kerja bertekanan tinggi. Tenaga kesehatan menghadapi pasien sakit, keluarga cemas, tuntutan administrasi, risiko infeksi, konflik, shift malam, kematian pasien, dan tekanan hukum. Bila beban kerja tidak dikelola, tenaga kesehatan dapat mengalami burnout.

Burnout adalah kondisi kelelahan emosional, depersonalisasi, dan penurunan rasa pencapaian pribadi yang muncul akibat stres kerja kronis. Burnout bukan sekadar lelah biasa. Burnout dapat menurunkan empati, meningkatkan kesalahan, memperburuk komunikasi, menurunkan produktivitas, dan mendorong tenaga kesehatan keluar dari organisasi.

Kajian mengenai burnout tenaga kesehatan menunjukkan bahwa faktor lingkungan kerja, tuntutan pekerjaan, sumber daya kerja, dukungan organisasi, dan faktor individual berkontribusi terhadap burnout. Nagle dan kolega menemukan bahwa penelitian burnout tenaga kesehatan banyak menyoroti faktor lingkungan kerja dan perlunya pendekatan multidimensional untuk memahami penyebabnya. (Springer) De Hert juga menekankan bahwa burnout pada tenaga kesehatan berdampak pada individu, organisasi, dan kualitas pelayanan. (PMC)

Manajemen rumah sakit perlu menangani burnout sebagai risiko organisasi, bukan hanya masalah pribadi pegawai. Intervensi dapat mencakup perbaikan rasio tenaga, pengaturan jadwal, dukungan psikologis, supervisi, pelatihan coping, ruang istirahat, pengurangan administrasi yang tidak perlu, komunikasi pimpinan, serta penghargaan terhadap kerja staf. Rumah sakit yang mengabaikan burnout mungkin dapat berjalan sementara, tetapi akan kehilangan tenaga terbaik, menurunkan mutu, dan meningkatkan risiko keselamatan pasien.

Kesejahteraan pegawai juga tidak hanya berarti gaji. Kesejahteraan mencakup keamanan kerja, keselamatan kerja, lingkungan fisik, hubungan antarprofesi, dukungan pimpinan, keadilan, kesempatan berkembang, dan makna kerja. Tenaga kesehatan yang merasa dihargai lebih mungkin memberikan pelayanan yang manusiawi.

4.15 Employee Engagement dan Kinerja Rumah Sakit

Employee engagement adalah tingkat keterlibatan emosional, kognitif, dan perilaku pegawai terhadap pekerjaan dan organisasi. Pegawai yang engaged tidak hanya hadir secara fisik, tetapi juga merasa memiliki, peduli pada mutu, ingin memberi yang terbaik, dan bersedia berkontribusi pada perbaikan.

Dalam rumah sakit, employee engagement sangat penting karena pelayanan kesehatan bergantung pada kualitas interaksi manusia. Perawat yang engaged lebih mungkin menjelaskan prosedur dengan sabar. Petugas pendaftaran yang engaged lebih mungkin membantu pasien kebingungan. Dokter yang engaged lebih mungkin terlibat dalam perbaikan mutu. Tenaga rekam medis yang engaged lebih teliti dalam dokumentasi.

Tinjauan literatur menunjukkan adanya hubungan positif antara employee engagement dan keselamatan pasien. Scott dan kolega melaporkan bahwa penelitian menyarankan hubungan positif antara engagement pegawai dan patient safety, meskipun kekuatan hubungan dapat bervariasi dan penelitian kausal masih perlu dikembangkan. (PSNet) Janes dan kolega juga menunjukkan hubungan signifikan antara engagement staf kesehatan dan skor budaya keselamatan serta kesalahan atau adverse events. (PMC)

Manajemen rumah sakit dapat meningkatkan engagement melalui kepemimpinan yang menghargai, komunikasi terbuka, partisipasi pegawai, penghargaan, keadilan organisasi, pengembangan karier, lingkungan kerja aman, dan makna kerja. Engagement tidak dapat dibeli hanya dengan insentif. Pegawai perlu merasa bahwa pekerjaannya bermakna, suaranya didengar, dan organisasi bertindak adil.

4.16 Konflik Antarprofesi dan Manajemen Relasi Kerja

Konflik di rumah sakit dapat muncul antara dokter dan manajemen, dokter dan perawat, unit klinis dan keuangan, farmasi dan dokter, rekam medis dan dokter, atau administrasi dan pasien. Konflik tidak selalu buruk. Konflik dapat menjadi sumber perbaikan bila dikelola dengan baik. Namun, konflik yang tidak terkendali dapat merusak pelayanan.

Sumber konflik rumah sakit antara lain perbedaan nilai profesi, ketidakjelasan kewenangan, beban kerja, insentif, jadwal, komunikasi buruk, senioritas, ketimpangan informasi, dan tekanan keluarga pasien.

Misalnya, dokter mungkin menuntut alat baru demi mutu klinis, sementara manajemen keuangan khawatir investasi tidak layak. Perawat mungkin merasa instruksi dokter tidak jelas, sementara dokter merasa perawat tidak responsif. Rekam medis mungkin menuntut kelengkapan dokumen, sementara dokter merasa terbebani administrasi.

Manajemen konflik membutuhkan struktur, komunikasi, dan kepemimpinan. Rumah sakit perlu menyediakan forum dialog antara manajemen dan profesi. Komite medik, komite keperawatan, komite etik, dan komite mutu dapat menjadi ruang penyelesaian masalah. Namun, forum tersebut harus hidup, bukan formalitas.

Pemimpin rumah sakit harus mampu menjadi mediator yang adil. Keputusan tidak boleh hanya mengikuti kelompok paling kuat. Prinsip utama harus tetap keselamatan pasien, mutu, etika, regulasi, dan keberlanjutan rumah sakit.

4.17 Disiplin, Etika, dan Kepatuhan SDM

Rumah sakit membutuhkan disiplin tinggi karena kesalahan kecil dapat berdampak besar. Disiplin dalam rumah sakit mencakup ketepatan waktu, kepatuhan SOP, kelengkapan dokumentasi, penggunaan identitas pasien, cuci tangan, penggunaan APD, komunikasi serah terima, kerahasiaan data pasien, dan keselamatan kerja.

Namun, disiplin tidak boleh dipahami hanya sebagai hukuman. Disiplin adalah budaya profesional. Pegawai perlu memahami alasan di balik prosedur. Identifikasi pasien bukan sekadar aturan, tetapi mencegah salah obat atau salah tindakan. Cuci tangan bukan sekadar kewajiban, tetapi mencegah infeksi. Rekam medis lengkap bukan sekadar administrasi, tetapi dasar komunikasi klinis, klaim, hukum, dan mutu.

Etika juga sangat penting. Pegawai rumah sakit berhadapan dengan manusia yang rentan. Etika mencakup kerahasiaan pasien, penghormatan

martabat, informed consent, komunikasi jujur, anti-diskriminasi, anti-fraud, dan integritas profesional.

Kepatuhan SDM harus dibangun melalui orientasi, pelatihan, supervisi, audit, penegakan aturan, dan teladan pimpinan. Bila pimpinan melanggar aturan, staf akan kehilangan kepercayaan. Bila aturan hanya diterapkan kepada staf bawah tetapi tidak kepada senior, budaya organisasi akan rusak.

4.18 Digital HR dan Analitik SDM Rumah Sakit

Transformasi digital tidak hanya menyentuh pelayanan pasien, tetapi juga manajemen SDM. Digital HR mencakup sistem informasi kepegawaian, absensi digital, jadwal shift, data kompetensi, pelatihan online, penilaian kinerja, dashboard beban kerja, analitik turnover, dan pemetaan kebutuhan tenaga.

Digital HR dapat membantu rumah sakit membuat keputusan berbasis data. Misalnya, data shift dan beban kerja dapat menunjukkan unit mana yang kekurangan tenaga. Data pelatihan dapat menunjukkan staf mana yang belum memenuhi kompetensi wajib. Data turnover dapat menunjukkan unit dengan risiko retensi tinggi. Data absensi dapat membantu mendeteksi masalah kesejahteraan.

Namun, digital HR juga memiliki risiko. Data pegawai harus dijaga kerahasiaannya. Sistem digital tidak boleh digunakan hanya untuk mengawasi pegawai secara represif. Digitalisasi harus membantu pekerjaan, bukan menambah beban administratif. Bila sistem tidak ramah pengguna, staf akan menganggap digitalisasi sebagai beban baru.

Analitik SDM masa depan dapat membantu prediksi kebutuhan tenaga, perencanaan karier, identifikasi risiko burnout, perencanaan pelatihan, dan pengembangan talent management. Namun, penggunaan AI dalam HR harus memperhatikan etika, bias, transparansi, dan hak pegawai.

4.19 Talent Management Rumah Sakit

Talent management adalah proses mengidentifikasi, mengembangkan, mempertahankan, dan menyiapkan pegawai potensial untuk peran strategis masa depan. Dalam rumah sakit, talent management penting karena banyak posisi membutuhkan keahlian langka: dokter spesialis tertentu, kepala ruangan berpengalaman, manajer mutu, manajer klaim, analis data kesehatan, apoteker klinis, dan pemimpin klinis.

Talent management tidak boleh hanya untuk kelompok elit. Setiap pegawai perlu memiliki kesempatan berkembang sesuai potensi. Namun, rumah sakit juga harus secara khusus menyiapkan kader pemimpin masa depan. Banyak rumah sakit mengalami masalah ketika kepala unit pensiun atau pindah, tetapi tidak ada pengganti yang siap.

Talent management mencakup pemetaan kompetensi, penilaian potensi, coaching, mentoring, rotasi, pelatihan kepemimpinan, proyek perbaikan mutu, dan jalur karier. Dokter yang menjadi pemimpin klinis perlu mendapat pelatihan manajemen. Perawat yang menjadi kepala ruangan perlu mendapat pelatihan kepemimpinan, komunikasi, manajemen konflik, dan analisis indikator. Administrator yang menangani klaim perlu memahami hubungan antara rekam medis, coding, clinical pathway, dan keuangan.

Rumah sakit yang mengelola talent dengan baik akan lebih siap menghadapi perubahan. Talent management membantu rumah sakit tidak bergantung pada satu atau dua tokoh kunci.

4.20 Reskilling dan Upskilling SDM Rumah Sakit

Perubahan teknologi, regulasi, penyakit, dan ekspektasi pasien menuntut SDM rumah sakit terus belajar. **Upskilling** berarti meningkatkan kompetensi dalam bidang yang sudah ditekuni. **Reskilling** berarti mempelajari kompetensi baru untuk menghadapi peran atau teknologi yang berubah.

Contoh upskilling adalah pelatihan komunikasi efektif bagi perawat, pelatihan farmasi klinis bagi apoteker, pelatihan keselamatan operasi bagi tim kamar bedah, atau pelatihan interpretasi data bagi manajer mutu. Contoh reskilling adalah tenaga administrasi belajar sistem klaim digital, tenaga rekam medis belajar analitik data, atau perawat belajar telemonitoring pasien kronis.

Digitalisasi membuat reskilling dan upskilling semakin penting. SIMRS, rekam medis elektronik, telemedicine, dashboard manajemen, AI, dan keamanan data membutuhkan kemampuan baru. Tenaga kesehatan tidak harus menjadi programmer, tetapi perlu memahami literasi digital, keamanan data, kualitas input data, dan cara menggunakan sistem untuk meningkatkan pelayanan.

Reskilling dan upskilling juga penting untuk budaya belajar. Rumah sakit yang tidak belajar akan tertinggal. Rumah sakit yang belajar akan lebih adaptif terhadap krisis, regulasi, teknologi, dan perubahan kebutuhan pasien.

4.21 Human-Centered Hospital Workforce

Konsep human-centered hospital workforce menekankan bahwa tenaga rumah sakit bukan mesin pelayanan, tetapi manusia yang memiliki martabat, emosi, keluarga, keterbatasan, aspirasi, dan kebutuhan berkembang. Rumah sakit tidak dapat menuntut staf memberi pelayanan berpusat pada pasien apabila organisasi tidak memperlakukan staf secara manusiawi.

Pendekatan human-centered terhadap SDM mencakup beberapa prinsip. Pertama, pekerjaan harus dirancang agar aman dan masuk akal. Beban kerja yang terus berlebihan akan merusak mutu. Kedua, staf harus dilibatkan dalam perbaikan proses karena mereka paling memahami hambatan lapangan. Ketiga, organisasi harus menghargai suara staf. Keempat, kesejahteraan mental dan fisik harus menjadi perhatian manajemen. Kelima, pengembangan karier harus adil. Keenam, teknologi harus membantu, bukan memperbudak manusia.

Pendekatan ini bukan sekadar idealisme. Ia berdampak pada mutu. Tenaga kesehatan yang dihargai dan dilindungi lebih mampu memberi pelayanan empatik. Staf yang kelelahan, takut, dan tidak didengar lebih rentan melakukan kesalahan.

4.22 Ilustrasi Kasus: Struktur Lemah, SDM Kuat, tetapi Pelayanan Bermasalah

Sebuah rumah sakit memiliki dokter spesialis yang cukup, perawat berpengalaman, dan alat diagnostik modern. Namun, pasien sering mengeluh karena waktu tunggu panjang, informasi tidak jelas, hasil laboratorium terlambat, dan rencana pulang tidak terkoordinasi. Manajemen awalnya menganggap masalah ini disebabkan oleh kurangnya disiplin staf.

Setelah dilakukan analisis, ditemukan bahwa persoalannya lebih kompleks. Struktur organisasi tidak menjelaskan siapa yang bertanggung jawab atas alur pasien rawat jalan. Jadwal dokter tidak terintegrasi dengan sistem antrean. Laboratorium tidak memiliki mekanisme prioritas untuk pasien tertentu. Rekam medis sering belum siap saat pasien tiba. Perawat tidak memiliki forum rutin untuk menyampaikan hambatan kepada manajemen. Komite mutu mengumpulkan indikator, tetapi tidak membantu unit memperbaiki proses. Bagian SDM tidak memiliki data beban kerja aktual.

Rumah sakit kemudian memperbaiki struktur koordinasi. Dibentuk tim alur pasien yang melibatkan rawat jalan, rekam medis, laboratorium, farmasi, keperawatan, dokter, dan IT. Kepala unit diberi tanggung jawab indikator. Jadwal dokter disesuaikan dengan kapasitas pelayanan. Laboratorium menetapkan turnaround time. Farmasi memperbaiki proses resep. SDM menyusun analisis beban kerja. Pimpinan melakukan briefing mingguan dan mendengarkan masalah staf.

Dalam beberapa bulan, waktu tunggu menurun dan keluhan pasien berkurang. Kasus ini menunjukkan bahwa SDM yang kompeten tetap membutuhkan struktur, kepemimpinan, dan sistem manajemen. Masalah pelayanan tidak selalu disebabkan oleh individu yang malas, tetapi sering oleh sistem yang tidak terkoordinasi.

4.23 Model Integratif Bab 4

Struktur organisasi, kepemimpinan, dan manajemen SDM rumah sakit dapat diringkas dalam model integratif berikut.

Struktur organisasi memberi kejelasan peran, kewenangan, koordinasi, dan akuntabilitas.
Kepemimpinan memberi arah, inspirasi, komunikasi, integritas, dan kemampuan perubahan.
Manajemen SDM memastikan tenaga tersedia, kompeten, termotivasi, dinilai, dikembangkan, dan dipertahankan.
Budaya organisasi membentuk perilaku sehari-hari, termasuk keselamatan pasien, kolaborasi, dan pembelajaran.
Sistem informasi dan data SDM mendukung keputusan berbasis bukti.
Kesejahteraan pegawai menjaga daya tahan organisasi.
Mutu dan keselamatan pasien menjadi tujuan utama.

Dalam model ini, rumah sakit tidak dipahami sebagai kumpulan unit, tetapi sebagai sistem manusia yang terorganisasi. Keberhasilan rumah sakit

bukan hanya ditentukan oleh alat dan gedung, melainkan oleh kemampuan manusia bekerja bersama dalam struktur yang jelas, dipimpin secara etis, dan dikelola secara profesional.

4.24 Implikasi Manajerial

Pertama, direksi rumah sakit harus memastikan struktur organisasi tidak hanya memenuhi formalitas, tetapi benar-benar mendukung alur pelayanan pasien. Struktur harus dievaluasi berdasarkan efektivitas koordinasi, bukan hanya kelengkapan bagan.

Kedua, kepemimpinan rumah sakit harus menggabungkan kepemimpinan klinis dan administratif. Pemimpin yang hanya memahami keuangan akan kehilangan sensitivitas klinis. Pemimpin yang hanya memahami klinis tetapi mengabaikan manajemen akan kesulitan menjaga keberlanjutan.

Ketiga, bagian SDM harus dinaikkan perannya dari administratif menjadi strategis. SDM harus menyediakan data, analisis beban kerja, peta kompetensi, rencana pelatihan, dan strategi retensi.

Keempat, rumah sakit harus mengelola burnout sebagai risiko organisasi. Beban kerja, jadwal, dukungan psikologis, kepemimpinan unit, dan budaya kerja perlu dipantau secara sistematis.

Kelima, employee engagement harus menjadi indikator penting. Keterlibatan pegawai berkaitan dengan mutu, keselamatan, dan pengalaman pasien.

Keenam, rumah sakit perlu memperkuat digital HR dan analitik SDM. Data SDM yang baik membantu keputusan rekrutmen, pelatihan, penempatan, dan retensi.

Ketujuh, pengembangan kepemimpinan harus dilakukan berjenjang. Rumah sakit perlu menyiapkan kepala ruangan, kepala instalasi, manajer

klinis, dan pemimpin masa depan melalui mentoring, pelatihan, dan proyek perbaikan mutu.

4.25 Rangkuman Bab

Rumah sakit adalah organisasi kompleks yang membutuhkan struktur organisasi jelas, kepemimpinan kuat, dan manajemen SDM profesional. Struktur organisasi berfungsi mengatur pembagian tugas, kewenangan, koordinasi, akuntabilitas, dan pengambilan keputusan. Struktur yang baik harus mendukung alur pasien, mutu, keselamatan, kolaborasi lintas profesi, dan kepatuhan regulasi.

Kepemimpinan rumah sakit berbeda dari kepemimpinan organisasi biasa karena harus menjembatani dunia klinis, manajerial, dan sosial. Pemimpin rumah sakit harus strategis, klinis, administratif, etis, kolaboratif, berbasis data, dan adaptif. Kepemimpinan klinis penting karena membawa pengetahuan profesional ke dalam pengambilan keputusan organisasi.

Manajemen SDM rumah sakit mencakup perencanaan kebutuhan, rekrutmen, seleksi, penempatan, orientasi, pelatihan, penilaian kinerja, remunerasi, retensi, kredensial, dan pengembangan karier. SDM rumah sakit mencakup dokter, perawat, bidan, apoteker, tenaga laboratorium, radiografer, tenaga gizi, rekam medis, administrasi, teknisi, dan tenaga penunjang umum. Semua kelompok memiliki peran penting dalam rantai keselamatan pasien.

Tantangan SDM rumah sakit meliputi kekurangan tenaga spesialis, distribusi tidak merata, burnout, konflik antarprofesi, kebutuhan kompetensi digital, kepatuhan, dan kesejahteraan pegawai. Masa depan manajemen SDM rumah sakit akan ditentukan oleh talent management, reskilling, upskilling, digital HR, analitik SDM, employee engagement, dan pendekatan human-centered workforce.

Inti Bab 4 adalah bahwa rumah sakit tidak dapat memberikan pelayanan bermutu hanya dengan gedung dan alat. Rumah sakit membutuhkan manusia yang kompeten, struktur yang jelas, pemimpin yang berintegritas, budaya yang aman, dan sistem SDM yang profesional.

Glossarium

Akuntabilitas
Kewajiban individu atau unit organisasi untuk mempertanggungjawabkan keputusan, tindakan, penggunaan sumber daya, dan hasil kerja.

Analitik SDM
Penggunaan data dan analisis statistik atau digital untuk mendukung keputusan terkait perencanaan, penempatan, pelatihan, retensi, dan kinerja pegawai.

Burnout
Kondisi kelelahan emosional, depersonalisasi, dan penurunan rasa pencapaian pribadi akibat stres kerja kronis.

Clinical Leadership
Kepemimpinan yang dilakukan oleh tenaga klinis atau pemimpin klinis untuk meningkatkan mutu, keselamatan, efektivitas, dan koordinasi pelayanan pasien.

Digital HR
Pemanfaatan sistem digital dalam pengelolaan SDM, seperti data pegawai, absensi, jadwal, pelatihan, penilaian kinerja, dan analitik SDM.

Employee Engagement
Keterlibatan emosional, kognitif, dan perilaku pegawai terhadap pekerjaan dan organisasi.

Human-Centered Hospital Workforce
Pendekatan manajemen SDM yang memperlakukan tenaga rumah sakit sebagai manusia bermartabat, bukan sekadar sumber daya produksi.

Kepemimpinan Adaptif
Kemampuan pemimpin membantu organisasi belajar, berubah, dan bertahan dalam situasi kompleks dan tidak pasti.

Kepemimpinan Etis
Kepemimpinan yang berlandaskan integritas, keadilan, tanggung jawab moral, transparansi, dan penghormatan terhadap martabat manusia.

Kepemimpinan Transformasional
Gaya kepemimpinan yang menginspirasi perubahan melalui visi, motivasi, pengembangan individu, dan komitmen bersama.

Komite Keperawatan
Organ rumah sakit yang mendukung tata kelola profesi keperawatan, termasuk kredensial, mutu praktik, etik, dan pengembangan kompetensi keperawatan.

Komite Medik
Organ rumah sakit yang mendukung tata kelola profesi medis, termasuk kredensial, privileging, audit medis, mutu profesi, dan etika medis.

Komite Mutu dan Keselamatan Pasien
Organ atau unit yang mengoordinasikan program peningkatan mutu, indikator mutu, pelaporan insiden, dan pembelajaran keselamatan pasien.

Kredensial
Proses menilai kualifikasi, kompetensi, pengalaman, dan kelayakan tenaga profesional untuk memberikan pelayanan tertentu.

Manajemen SDM Rumah Sakit
Proses merencanakan, memperoleh, menempatkan, mengembangkan, menilai, memberi penghargaan, mempertahankan, dan melindungi tenaga rumah sakit.

Organisasi Sosial-Teknis
Organisasi yang terdiri dari interaksi antara manusia, teknologi, proses, struktur, budaya, dan nilai.

Privileging
Pemberian kewenangan klinis kepada tenaga profesional berdasarkan hasil kredensial dan kompetensi.

Reskilling
Proses mempelajari kompetensi baru agar pegawai mampu menjalankan peran baru atau menghadapi perubahan teknologi dan pekerjaan.

Retensi Pegawai
Kemampuan organisasi mempertahankan pegawai kompeten agar tetap bekerja dan berkembang di dalam organisasi.

Struktur Organisasi
Kerangka formal yang mengatur pembagian tugas, kewenangan, hubungan pelaporan, koordinasi, dan tanggung jawab.

Talent Management
Proses mengidentifikasi, mengembangkan, mempertahankan, dan menyiapkan pegawai potensial untuk peran strategis masa depan.

Tata Kelola Klinis
Sistem pengawasan dan pengendalian praktik klinis agar pelayanan aman, efektif, berbasis bukti, etis, dan terus diperbaiki.

Upskilling
Proses meningkatkan kompetensi pegawai dalam bidang kerja yang sudah dijalankan agar kinerjanya lebih baik.

Daftar Pustaka

Avolio, B. J., Walumbwa, F. O., & Weber, T. J. (2009). Leadership: Current theories, research, and future directions. *Annual Review of Psychology, 60*, 421–449. DOI: 10.1146/annurev.psych.60.110707.163621

Cummings, G. G., MacGregor, T., Davey, M., Lee, H., Wong, C. A., Lo, E., Muise, M., & Stafford, E. (2010). Leadership styles and outcome patterns for the nursing workforce and work environment: A systematic review. *International Journal of Nursing Studies, 47*(3), 363–385. DOI: 10.1016/j.ijnurstu.2009.08.006

Cummings, G. G., Tate, K., Lee, S., Wong, C. A., Paananen, T., Micaroni, S. P. M., & Chatterjee, G. E. (2018). Leadership styles and outcome patterns for the nursing workforce and work environment: A systematic review. *International Journal of Nursing Studies, 85*, 19–60. DOI: 10.1016/j.ijnurstu.2018.04.016

De Hert, S. (2020). Burnout in healthcare workers: Prevalence, impact and preventative strategies. *Local and Regional Anesthesia, 13*, 171–183. DOI: 10.2147/LRA.S240564

Donabedian, A. (1988). The quality of care: How can it be assessed? *JAMA, 260*(12), 1743–1748. DOI: 10.1001/jama.1988.03410120089033

Janes, G., Mills, T., Budworth, L., Johnson, J., & Lawton, R. (2021). The association between health care staff engagement and patient safety outcomes: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Patient Safety, 17*(3), 207–216. DOI: 10.1097/PTS.0000000000000807

Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2023). *Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan*. Tanpa DOI.

Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2024). *Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 28 Tahun 2024 tentang Peraturan Pelaksanaan Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan*. Tanpa DOI.

Nagle, E., Griskevica, I., Rajevska, O., Ivanovs, A., Mihailova, S., & Skruzkalne, I. (2024). Factors affecting healthcare workers burnout and their conceptual

models: Scoping review. *BMC Psychology, 12*, 637. DOI: 10.1186/s40359-024-02130-9

Sarto, F., & Veronesi, G. (2016). Clinical leadership and hospital performance: Assessing the evidence base. *BMC Health Services Research, 16*(Suppl. 2), 169. DOI: 10.1186/s12913-016-1395-5

Scott, G., Hogden, A., Taylor, R., & Mauldon, E. (2022). Exploring the impact of employee engagement and patient safety. *International Journal for Quality in Health Care, 34*(3), mzac059. DOI: 10.1093/intqhc/mzac059

West, M. A., Armit, K., Loewenthal, L., Eckert, R., West, T., & Lee, A. (2015). *Leadership and leadership development in health care: The evidence base*. Faculty of Medical Leadership and Management. Tanpa DOI.

Wong, C. A., & Cummings, G. G. (2007). The relationship between nursing leadership and patient outcomes: A systematic review. *Journal of Nursing Management, 15*(5), 508–521. DOI: 10.1111/j.1365-2834.2007.00723.x

Wong, C. A., Cummings, G. G., & Ducharme, L. (2013). The relationship between nursing leadership and patient outcomes: A systematic review update. *Journal of Nursing Management, 21*(5), 709–724. DOI: 10.1111/jonm.12116

World Health Organization. (2016). *Global strategy on human resources for health: Workforce 2030*. Tanpa DOI.

World Health Organization. (2021). *Global patient safety action plan 2021–2030: Towards eliminating avoidable harm in health care*. Tanpa DOI.

World Health Organization. (2025). *Quality health services*. Tanpa DOI.

BAB 5

MANAJEMEN PELAYANAN KLINIS DAN PELAYANAN BERPUSAT PADA PASIEN

Integrasi Mutu, Keselamatan, Empati, dan Kolaborasi untuk Hasil Kesehatan yang Optimal



Oleh:
Rudy C Tarumingkeng

PENGANTAR

Manajemen pelayanan klinis berfokus pada penyelenggaraan layanan yang aman, efektif, tepat waktu, efisien, adil, dan berorientasi pada kebutuhan pasien. Pendekatan pelayanan berpusat pada pasien menempatkan pasien sebagai mitra aktif dalam setiap keputusan dan proses perawatan untuk mencapai hasil kesehatan terbaik dan pengalaman perawatan yang bermakna.



TUJUAN UTAMA

- Memberikan perawatan yang berkualitas tinggi dan aman
- Meningkatkan keselamatan pasien
- Meningkatkan pengalaman pasien
- Meningkatkan hasil klinis (health outcomes)
- Membangun kepercayaan dan loyalitas pasien

PRINSIP PELAYANAN BERPUSAT PADA PASIEN

- Menghormati vilai, preferensi, dan kebutuhan pasien.
- Melibatkan pasien dan keluarga sebagai mitra dalam perawatan.
- Memberikan informasi yang jelas, jujur, dan mudah dipahami.
- Koordinasi dan integrasi layanan yang berkesinambungan.
- Mengutamakan kenyamanan, martabat, dan empati.
- Menjamin keselamatan dan privasi pasien.

SIKLUS MANAJEMEN PELAYANAN KLINIS



KOMPONEN MANAJEMEN PELAYANAN KLINIS

- **Tata Kelola Klinis** — Kebijakan, prosedur klinis, komite medis, kredensial.
- **Manajemen Mutu & Keselamatan Pasien** — Standar, akreditasi, budaya keselamatan.
- **Manajemen Risiko Klinis** — Identifikasi, analisis, mitigasi, dan pembelajaran insiden.
- **Pengelolaan Jalur Klinis (Care Pathway)** — Alur layanan terstandar berbasis bukti.
- **Manajemen Informasi Klinis** — Rekam medis elektronik, kodifikasi, analitik data.
- **Pengembangan SDM Klinis** — Kompetensi, pelatihan, supervisi, dan kesejahteraan.

PENERAPAN PELAYANAN BERPUSAT PADA PASIEN DI SETIAP TITIK LAYANAN

AKSES	ASESMEN	PERENCANAAN	PELAKSANAAN	EVALUASI & TINDAK LANJUT
Mudah dijangkau, informasi jelas, pendaftaran sederhana.	Pendengaran aktif, asesmen holistik, libatkan pasien & keluarga.	Rencana perawatan bersama, tujuan bersama, pilihan terinformasi.	Perawatan aman, nyaman, hormat privasi & nilai pasien.	Evaluasi hasil, umpan balik, kontinuitas perawatan.

KOLABORASI INTERPROFESIONAL



Dokter • Perawat • Apoteker • Terapis • Ahli Gizi • Psikolog • Pekerja Sosial • Admin • Keluarga • Pasien

Satu Tim, Satu Tujuan: Pasien Sehat dan Puas

ENABLER KEBERHASILAN

- Kepemimpinan klinis yang kuat
- Budaya mutu & keselamatan
- Sistem informasi terintegrasi
- Sarana prasarana yang memadai
- Kebijakan & SOP berbasis bukti
- Pelatihan & pengembangan berkelanjutan
- Komunikasi efektif
- Kemitraan dengan pasien & keluarga

HASIL YANG DIHARAPKAN

- Hasil klinis lebih baik
- Keselamatan pasien meningkat
- Pengalaman pasien positif
- Efisiensi proses dan biaya
- Reputasi dan kepercayaan meningkat
- Keberlanjutan organisasi terjaga



INDIKATOR KINERJA UTAMA (CONTOH)

- Tingkat kepuasan pasien ★★★★★
- Kejadian tidak diharapkan (KTD) ↓
- Kepatuhan terhadap SOP klinis ✓
- Waktu tunggu layanan ⏱
- Readmission < 30 hari ↓
- Clinical outcome sesuai standar 🎯

> “Pasien bukan hanya penerima layanan, tetapi mitra utama dalam perjalanan menuju sehat. Pelayanan klinis yang unggul lahir dari ilmu, empati, kolaborasi, dan komitmen untuk terus menjadi lebih baik.”



RINGKASAN

Manajemen pelayanan klinis yang efektif dan pelayanan berpusat pada pasien adalah fondasi utama dalam mewujudkan rumah sakit yang aman, bermutu, dan berdaya saing global.

Rudy C Tarumingkeng

Bahasan ini mengacu kepada kerangka WHO tentang mutu layanan kesehatan, integrated people-centred care, keselamatan pasien, serta regulasi Indonesia seperti UU No. 17 Tahun 2023 dan Permenkes No. 24 Tahun 2022 tentang Rekam Medis sebagai dasar penyusunan Bab 5 ini. WHO menekankan bahwa layanan bermutu harus efektif, aman, people-centred, tepat waktu, adil, terintegrasi, dan efisien; pendekatan integrated people-centred care menempatkan kebutuhan, preferensi, partisipasi, dan koordinasi layanan sebagai inti sistem kesehatan; sedangkan regulasi Indonesia menegaskan pentingnya hak pasien, fasilitas pelayanan kesehatan, sistem informasi kesehatan, dan rekam medis elektronik. (World Health Organization)

Bab 5. Manajemen Pelayanan Klinis dan Pelayanan Berpusat pada Pasien ******

Abstrak

Manajemen pelayanan klinis merupakan inti dari penyelenggaraan rumah sakit karena seluruh fungsi organisasi pada akhirnya bermuara pada keselamatan, kesembuhan, pemulihan, kenyamanan, dan pengalaman pasien. Pelayanan klinis mencakup seluruh proses sejak pasien datang, didaftarkan, dinilai kebutuhannya, diperiksa, didiagnosis, dirawat, diberikan tindakan, memperoleh obat, menerima edukasi, sampai dipulangkan atau dirujuk. Dalam rumah sakit modern, pelayanan klinis tidak cukup hanya dipahami sebagai hubungan antara dokter dan pasien, tetapi sebagai sistem terpadu yang melibatkan dokter, perawat, apoteker, tenaga

laboratorium, radiografer, ahli gizi, fisioterapis, rekam medis, administrasi, manajemen mutu, dan keluarga pasien.

Pelayanan berpusat pada pasien merupakan paradigma yang menempatkan pasien bukan sebagai objek pasif, melainkan sebagai manusia utuh yang memiliki hak, preferensi, nilai, keluarga, pengalaman, literasi kesehatan, kondisi sosial, dan tujuan hidup. Pendekatan ini menuntut rumah sakit mengelola pelayanan secara aman, efektif, manusiawi, terkoordinasi, informatif, dan bermartabat. Pasien tidak boleh dipandang hanya sebagai diagnosis, nomor rekam medis, klaim pembiayaan, atau penghuni tempat tidur, tetapi sebagai mitra utama dalam proses penyembuhan.

Bab ini membahas konsep manajemen pelayanan klinis dan pelayanan berpusat pada pasien dalam konteks rumah sakit. Pembahasan meliputi hakikat pelayanan klinis, alur pasien, rawat jalan, rawat inap, gawat darurat, ICU, kamar operasi, farmasi klinis, penunjang medis, clinical pathway, shared decision making, komunikasi klinis, continuity of care, discharge planning, keselamatan pasien, pengalaman pasien, patient-reported outcomes, indikator kinerja, teknologi digital, serta tantangan implementasi di Indonesia. Bab ini menekankan bahwa pelayanan klinis yang unggul lahir dari perpaduan ilmu, empati, kolaborasi, tata kelola, data, dan komitmen perbaikan berkelanjutan.

Kata Kunci

Manajemen pelayanan klinis; pelayanan berpusat pada pasien; patient-centered care; people-centred care; clinical pathway; shared decision making; keselamatan pasien; mutu klinis; pengalaman pasien; continuity of care; discharge planning; komunikasi klinis; kolaborasi interprofesional; patient-reported outcomes; rumah sakit.

5.1 Pendahuluan

Rumah sakit pada hakikatnya didirikan untuk memberikan pelayanan klinis kepada manusia yang membutuhkan pertolongan kesehatan. Gedung yang megah, alat medis yang canggih, sistem informasi yang modern, dan struktur organisasi yang lengkap hanya memiliki arti apabila semuanya mendukung pelayanan pasien yang aman, bermutu, manusiawi, dan dapat dipertanggungjawabkan. Oleh sebab itu, manajemen pelayanan klinis merupakan inti dari manajemen rumah sakit.

Pelayanan klinis adalah proses profesional yang melibatkan penilaian kondisi pasien, penetapan diagnosis, pemberian terapi, tindakan medis, asuhan keperawatan, pelayanan farmasi, pemeriksaan penunjang, edukasi pasien, pemantauan hasil, dan tindak lanjut. Pelayanan klinis terjadi di berbagai titik layanan: pendaftaran, triase, instalasi gawat darurat, poliklinik, ruang rawat inap, kamar operasi, unit perawatan intensif, laboratorium, radiologi, farmasi, rehabilitasi medik, ruang bersalin, hingga proses pasien pulang.

Namun, pelayanan klinis yang baik tidak hanya bergantung pada keahlian seorang dokter atau satu unit tertentu. Pelayanan klinis adalah hasil kerja sistem. Seorang pasien stroke, misalnya, membutuhkan triase cepat di IGD, pemeriksaan dokter, CT scan, laboratorium, obat, perawatan intensif bila diperlukan, perawat terlatih, fisioterapi, edukasi keluarga, pengaturan obat pulang, dan rujukan balik. Bila satu mata rantai terlambat, maka hasil klinis dapat memburuk. Dengan demikian, manajemen pelayanan klinis adalah manajemen alur, koordinasi, mutu, risiko, komunikasi, dan pengalaman pasien.

Paradigma pelayanan rumah sakit telah mengalami perubahan besar. Dalam paradigma lama, pasien sering diposisikan sebagai penerima pasif keputusan tenaga kesehatan. Dokter dianggap sebagai pusat otoritas,

rumah sakit sebagai tempat tindakan, dan pasien sebagai pihak yang mengikuti instruksi. Dalam paradigma modern, pasien dipandang sebagai mitra. Pasien memiliki hak untuk memperoleh informasi, memahami pilihan, menyampaikan nilai dan preferensi, serta terlibat dalam keputusan yang menyangkut tubuh dan kehidupannya.

Pelayanan berpusat pada pasien tidak berarti semua keinginan pasien harus dipenuhi tanpa batas. Rumah sakit tetap harus berpegang pada ilmu kedokteran, etika, regulasi, keselamatan, dan indikasi klinis. Namun, pelayanan berpusat pada pasien berarti keputusan klinis harus menghormati manusia yang dilayani. Tenaga kesehatan tidak hanya bertanya “apa penyakit pasien?”, tetapi juga “apa yang penting bagi pasien?”, “apa kekhawatiran pasien?”, “apa kemampuan keluarga?”, dan “bagaimana rencana perawatan ini dapat dijalankan dalam kehidupan nyata pasien?”

Dalam konteks Indonesia, pelayanan berpusat pada pasien memiliki relevansi khusus. Masyarakat Indonesia memiliki budaya keluarga yang kuat. Banyak keputusan kesehatan melibatkan keluarga besar. Literasi kesehatan bervariasi. Akses geografis tidak merata. Sistem pembiayaan kesehatan memiliki prosedur administratif yang memengaruhi pengalaman pasien. Karena itu, rumah sakit perlu mengembangkan pelayanan yang tidak hanya benar secara klinis, tetapi juga jelas, empatik, mudah diakses, dan sesuai konteks sosial pasien.

Bab ini membahas manajemen pelayanan klinis sebagai fungsi utama rumah sakit dan pelayanan berpusat pada pasien sebagai paradigma etik-manajerial. Keduanya harus berjalan bersama. Pelayanan klinis tanpa orientasi pasien dapat menjadi teknokratis dan dingin. Pelayanan yang ramah tetapi tidak bermutu secara klinis dapat membahayakan pasien. Rumah sakit modern harus menggabungkan ilmu, sistem, empati, keselamatan, dan nilai pasien.

5.2 Hakikat Manajemen Pelayanan Klinis

Manajemen pelayanan klinis adalah proses merancang, mengorganisasi, mengarahkan, memantau, mengevaluasi, dan memperbaiki seluruh aktivitas klinis agar pasien memperoleh pelayanan yang aman, efektif, tepat waktu, terintegrasi, manusiawi, dan efisien. Manajemen pelayanan klinis tidak menggantikan kewenangan profesi klinis, tetapi memastikan bahwa kewenangan tersebut berjalan dalam sistem yang terkoordinasi dan akuntabel.

Dalam rumah sakit, praktik klinis sangat dipengaruhi oleh keputusan profesional. Dokter menentukan diagnosis dan terapi. Perawat memberikan asuhan dan pemantauan. Apoteker memastikan penggunaan obat aman. Analis laboratorium dan radiografer menyediakan data diagnostik. Ahli gizi, fisioterapis, dan profesi lain mendukung pemulihan. Namun, semua profesi tersebut bekerja dalam organisasi. Oleh karena itu, manajemen pelayanan klinis menghubungkan otonomi profesi dengan tata kelola organisasi.

Manajemen pelayanan klinis mencakup beberapa dimensi utama. Pertama, dimensi **struktur**, yaitu ketersediaan tenaga, fasilitas, alat, obat, prosedur, komite klinis, sistem informasi, dan unit pelayanan. Kedua, dimensi **proses**, yaitu bagaimana pasien bergerak dalam alur pelayanan, bagaimana diagnosis dibuat, bagaimana terapi diberikan, bagaimana komunikasi dilakukan, dan bagaimana risiko dicegah. Ketiga, dimensi **hasil**, yaitu keselamatan pasien, outcome klinis, kepuasan, pengalaman pasien, kualitas hidup, efisiensi biaya, dan kepercayaan publik.

Dalam kerangka Donabedian, mutu pelayanan dapat dipahami melalui struktur, proses, dan outcome. Kerangka ini sangat relevan untuk rumah sakit karena menunjukkan bahwa hasil pasien tidak dapat dilepaskan dari kesiapan organisasi dan kualitas proses. Rumah sakit yang memiliki alat lengkap tetapi proses buruk tetap dapat menghasilkan pelayanan yang tidak aman. Sebaliknya, tenaga yang kompeten tetapi bekerja dalam struktur yang tidak memadai juga sulit memberikan hasil optimal.

Manajemen pelayanan klinis juga harus memperhatikan variasi pelayanan. Dalam rumah sakit, variasi dapat terjadi karena perbedaan dokter, perbedaan unit, kebiasaan lama, ketersediaan alat, preferensi pasien, atau ketidakjelasan standar. Tidak semua variasi buruk. Variasi diperlukan ketika kondisi pasien memang berbeda. Namun, variasi yang tidak berbasis indikasi dapat menimbulkan pemborosan, ketidakadilan, dan risiko keselamatan. Clinical pathway, panduan praktik klinis, audit klinis, dan indikator mutu membantu rumah sakit mengendalikan variasi yang tidak perlu.

Dengan demikian, manajemen pelayanan klinis bukan hanya manajemen tindakan medis, tetapi manajemen sistem pelayanan. Ia memastikan bahwa pasien tidak "hilang" di antara unit, tidak menerima informasi yang bertentangan, tidak mengalami keterlambatan yang dapat dicegah, tidak menjadi korban kesalahan komunikasi, dan tidak dipulangkan tanpa rencana tindak lanjut yang jelas.

5.3 Pelayanan Berpusat pada Pasien: Konsep dan Makna

Pelayanan berpusat pada pasien adalah pendekatan yang menghormati dan merespons preferensi, kebutuhan, nilai, dan kondisi individual pasien. Dalam pendekatan ini, pasien dilihat sebagai subjek aktif, bukan objek pasif. Pasien memiliki pengalaman tubuhnya sendiri, riwayat hidup, keluarga, kemampuan ekonomi, keyakinan, ketakutan, harapan, dan tujuan personal.

Konsep ini sering menggunakan istilah **patient-centered care**, **person-centred care**, atau **people-centred care**. Patient-centered care biasanya menekankan hubungan pelayanan antara pasien dan tenaga kesehatan. Person-centred care lebih luas karena melihat pasien sebagai pribadi utuh, bukan hanya penderita penyakit. People-centred care lebih luas lagi karena

memasukkan keluarga, komunitas, dan sistem kesehatan. Dalam rumah sakit, ketiga istilah ini dapat saling melengkapi.

Pelayanan berpusat pada pasien memiliki beberapa prinsip. Pertama, menghormati martabat pasien. Pasien tidak boleh diperlakukan sebagai nomor antrean, objek tindakan, atau beban administratif. Kedua, memberikan informasi yang jelas dan jujur. Pasien berhak memahami kondisi, pilihan terapi, risiko, manfaat, biaya, dan rencana tindak lanjut. Ketiga, melibatkan pasien dan keluarga dalam keputusan sesuai kapasitas dan hak pasien. Keempat, mengoordinasikan pelayanan agar pasien tidak kebingungan menghadapi banyak unit dan profesi. Kelima, memberikan dukungan emosional karena sakit sering menimbulkan rasa takut, malu, marah, atau putus asa. Keenam, menjamin kesinambungan perawatan setelah pasien pulang.

Pendekatan ini sangat penting karena mutu pelayanan tidak hanya ditentukan oleh hasil klinis objektif. Dua pasien dengan penyakit yang sama dapat mengalami pelayanan secara berbeda. Pasien yang mendapat penjelasan, dihargai, didengar, dan didampingi akan memiliki pengalaman yang berbeda dari pasien yang merasa diabaikan, dibentak, atau tidak memahami tindakan yang diberikan.

Pelayanan berpusat pada pasien juga memiliki nilai strategis bagi rumah sakit. Rumah sakit yang berpusat pada pasien cenderung memiliki kepuasan lebih baik, keluhan lebih terkendali, kepatuhan terapi lebih baik, hubungan dokter-pasien lebih kuat, dan kepercayaan publik lebih tinggi. Namun, manfaat ini tidak akan tercapai bila patient-centered care hanya menjadi slogan pemasaran. Ia harus menjadi sistem kerja: dari desain ruang, alur pendaftaran, komunikasi dokter, asuhan keperawatan, pelayanan farmasi, discharge planning, sampai penanganan keluhan.

5.4 Alur Pelayanan Klinis sebagai Perjalanan Pasien

Salah satu cara memahami pelayanan klinis adalah melihatnya sebagai **perjalanan pasien** atau patient journey. Pasien tidak mengalami rumah sakit sebagai kumpulan unit terpisah, tetapi sebagai rangkaian pengalaman dari awal sampai akhir. Ia mulai dari mencari informasi, datang ke rumah sakit, mendaftar, menunggu, diperiksa, menjalani tes, menerima diagnosis, membayar, memperoleh obat, dirawat, bertemu perawat, mendapat makanan, menjalani tindakan, menerima edukasi, pulang, dan kontrol ulang.

Bagi manajemen rumah sakit, patient journey membantu melihat titik-titik kritis pelayanan. Misalnya, pada tahap akses, pasien mungkin kesulitan memperoleh informasi jadwal dokter atau nomor antrean. Pada tahap pendaftaran, pasien mungkin bingung dengan persyaratan administrasi. Pada tahap menunggu, pasien mungkin merasa tidak pasti karena tidak ada informasi estimasi waktu. Pada tahap pemeriksaan, pasien mungkin tidak memahami diagnosis. Pada tahap farmasi, pasien mungkin menunggu lama. Pada tahap pulang, pasien mungkin tidak memahami obat dan tanda bahaya.

Manajemen pelayanan klinis harus memetakan perjalanan pasien secara rinci. Pemetaan ini dapat menggunakan pertanyaan berikut: apa yang dialami pasien? Apa yang dirasakan pasien? Informasi apa yang dibutuhkan? Unit mana yang terlibat? Risiko apa yang muncul? Di mana bottleneck terjadi? Di mana pasien sering mengeluh? Di mana terjadi duplikasi proses? Di mana pasien dapat mengalami kesalahan?

Pendekatan patient journey membantu rumah sakit bergerak dari orientasi unit menuju orientasi pasien. Dalam orientasi unit, setiap bagian merasa telah bekerja sesuai tugasnya. Pendaftaran merasa sudah mendaftarkan, laboratorium merasa sudah memeriksa, farmasi merasa sudah melayani resep, dokter merasa sudah memeriksa. Namun, pasien mungkin tetap merasa pelayanan lambat, membingungkan, dan tidak terkoordinasi. Dalam orientasi pasien, rumah sakit menilai pelayanan dari pengalaman menyeluruh pasien.

5.5 Rawat Jalan sebagai Pintu Utama Pengalaman Pasien

Rawat jalan sering menjadi wajah utama rumah sakit. Banyak pasien pertama kali mengenal rumah sakit melalui poliklinik. Kualitas rawat jalan memengaruhi persepsi pasien terhadap seluruh rumah sakit. Pelayanan rawat jalan yang baik harus mudah diakses, informatif, tepat waktu, tertib, aman, dan komunikatif.

Tantangan rawat jalan biasanya meliputi antrean panjang, jadwal dokter tidak pasti, rekam medis belum siap, sistem pembayaran lambat, farmasi penuh, dan informasi yang tidak jelas. Masalah ini sering dianggap masalah administratif, padahal dapat berdampak klinis. Pasien dengan penyakit kronis yang menunggu terlalu lama mungkin kelelahan. Pasien lansia dapat jatuh. Pasien dengan nyeri dapat menderita lebih lama. Pasien yang tidak memahami rencana terapi dapat tidak patuh.

Manajemen rawat jalan perlu memperhatikan beberapa aspek. Pertama, sistem appointment atau perjanjian kunjungan. Sistem ini membantu mengurangi penumpukan pasien pada jam tertentu. Kedua, kepastian jadwal dokter. Ketidaktepatan jadwal dokter adalah salah satu sumber utama ketidakpuasan. Ketiga, integrasi rekam medis dan hasil penunjang. Dokter harus memiliki informasi yang cukup saat memeriksa pasien. Keempat, komunikasi waktu tunggu. Pasien lebih dapat menerima menunggu bila memperoleh informasi yang jelas. Kelima, pelayanan farmasi yang efisien dan aman. Keenam, edukasi pasien setelah konsultasi.

Rawat jalan juga menjadi tempat penting untuk pengelolaan penyakit kronis. Banyak penyakit seperti diabetes, hipertensi, asma, penyakit jantung, gangguan ginjal, dan kanker membutuhkan pemantauan jangka panjang. Rumah sakit perlu mengubah rawat jalan dari sekadar tempat konsultasi singkat menjadi pusat manajemen penyakit yang terencana, edukatif, dan terintegrasi dengan layanan primer.

5.6 Instalasi Gawat Darurat dan Manajemen Kegawatdaruratan

Instalasi Gawat Darurat atau IGD adalah unit yang menangani kondisi akut dan tidak terduga. IGD harus mampu melakukan triase, stabilisasi, diagnosis awal, tindakan segera, observasi, rujukan, atau admisi ke rawat inap. IGD merupakan salah satu unit paling berisiko tinggi karena pasien datang dengan kondisi yang belum jelas, waktu terbatas, tekanan keluarga tinggi, dan keputusan harus cepat.

Manajemen IGD memerlukan sistem triase yang kuat. Triase adalah proses memilah pasien berdasarkan tingkat kegawatan, bukan berdasarkan urutan kedatangan. Pasien dengan ancaman jiwa harus ditangani lebih dahulu. Komunikasi triase kepada keluarga sangat penting agar mereka memahami mengapa pasien tertentu didahulukan.

Masalah IGD sering bukan hanya masalah IGD. IGD penuh dapat disebabkan oleh keterlambatan pindah pasien ke rawat inap, ruang rawat penuh, hasil laboratorium lambat, radiologi tidak tersedia, dokter konsulen terlambat, atau administrasi admisi lambat. Karena itu, manajemen IGD harus terhubung dengan manajemen tempat tidur, rawat inap, ICU, laboratorium, radiologi, farmasi, dan sistem rujukan.

Pelayanan berpusat pada pasien di IGD memiliki tantangan khusus karena situasi gawat sering membuat komunikasi terbatas. Namun, justru dalam situasi krisis, keluarga membutuhkan informasi yang jelas dan empatik. Rumah sakit perlu memiliki prosedur komunikasi kondisi kritis, informed consent emergensi, pendampingan keluarga, serta sistem keluhan yang responsif.

5.7 Rawat Inap dan Kesinambungan Asuhan

Rawat inap adalah pelayanan bagi pasien yang membutuhkan observasi, terapi, tindakan, atau perawatan berkelanjutan di rumah sakit. Rawat inap melibatkan dokter, perawat, farmasi, gizi, laboratorium, radiologi, rehabilitasi, kebersihan, administrasi, dan keluarga. Oleh karena itu, rawat inap merupakan contoh nyata pelayanan interprofesional.

Manajemen rawat inap harus memastikan beberapa hal. Pertama, asesmen awal pasien dilakukan dengan lengkap. Kedua, rencana asuhan disusun dan dikomunikasikan. Ketiga, instruksi dokter jelas dan dilaksanakan. Keempat, asuhan keperawatan terdokumentasi. Kelima, obat diberikan secara aman. Keenam, risiko jatuh, luka tekan, infeksi, dan komplikasi dipantau. Ketujuh, pasien dan keluarga mendapat edukasi. Kedelapan, rencana pulang disiapkan sejak awal.

Rawat inap sering menjadi tempat munculnya masalah komunikasi. Pasien dapat menerima informasi berbeda dari dokter, perawat, dan administrasi. Keluarga dapat tidak memahami mengapa pemeriksaan dilakukan atau mengapa pasien belum boleh pulang. Dokter dapat menganggap perawat sudah menjelaskan, sementara perawat menunggu dokter memberi keputusan. Karena itu, koordinasi harian sangat penting.

Pelayanan berpusat pada pasien dalam rawat inap berarti pasien diperlakukan sebagai manusia yang sedang berada di lingkungan asing dan rentan. Rumah sakit perlu memperhatikan privasi, kebersihan, kenyamanan, kebisingan, jam istirahat, makanan, komunikasi, dan dukungan emosional. Kesembuhan tidak hanya ditentukan oleh obat, tetapi juga oleh rasa aman dan kepercayaan.

5.8 ICU, Kamar Operasi, dan Unit Berisiko Tinggi

Unit perawatan intensif atau ICU, kamar operasi, dan unit berisiko tinggi lainnya membutuhkan standar manajemen klinis yang sangat ketat. Di unit

ini, pasien berada dalam kondisi kritis atau menjalani tindakan invasif. Kesalahan kecil dapat menimbulkan dampak besar.

ICU membutuhkan tenaga terlatih, alat monitoring, ventilator, obat-obat kritis, protokol infeksi, komunikasi keluarga, dan keputusan etik. Pasien ICU sering tidak mampu mengambil keputusan sendiri, sehingga keluarga terlibat dalam komunikasi. Dalam situasi ini, pelayanan berpusat pada pasien berarti menghormati martabat pasien meskipun pasien tidak sadar, menjaga privasi, mengelola nyeri, mencegah infeksi, dan berkomunikasi jujur dengan keluarga.

Kamar operasi membutuhkan koordinasi antara dokter bedah, anestesi, perawat bedah, CSSD, farmasi, laboratorium, bank darah, radiologi, dan ruang pemulihan. Keselamatan operasi mencakup identifikasi pasien, lokasi operasi, informed consent, kesiapan alat, sterilisasi, antibiotik profilaksis, keselamatan anestesi, dan serah terima pascaoperasi. Checklist keselamatan operasi menjadi contoh alat sederhana tetapi penting untuk mencegah kesalahan.

Unit berisiko tinggi lain seperti hemodialisis, kemoterapi, neonatal intensive care, dan cath lab juga membutuhkan clinical pathway, kompetensi khusus, pengendalian infeksi, serta komunikasi pasien yang baik. Manajemen rumah sakit harus memastikan bahwa unit berisiko tinggi tidak hanya memiliki alat, tetapi juga SDM, prosedur, budaya keselamatan, dan audit mutu.

5.9 Clinical Pathway dan Standarisasi Pelayanan

Clinical pathway adalah rencana pelayanan terstruktur untuk kondisi klinis tertentu yang mengintegrasikan berbagai langkah diagnosis, terapi, keperawatan, farmasi, penunjang, edukasi, dan rencana pulang. Clinical pathway membantu rumah sakit mengurangi variasi yang tidak perlu, memperbaiki koordinasi, meningkatkan mutu, dan mengendalikan biaya.

Clinical pathway bukan sekadar dokumen. Ia adalah alat manajemen klinis. Pathway yang baik harus disusun berdasarkan bukti ilmiah, panduan praktik klinis, konteks rumah sakit, kemampuan SDM, dan kebutuhan pasien. Pathway harus melibatkan dokter, perawat, farmasi, gizi, rehabilitasi, rekam medis, keuangan, dan manajemen mutu.

Contoh clinical pathway adalah pathway stroke, pneumonia, sectio caesarea, diabetes dengan komplikasi, gagal jantung, demam berdarah, infark miokard, atau operasi elektif tertentu. Dalam pathway pneumonia, misalnya, rumah sakit dapat menetapkan asesmen awal, pemeriksaan penunjang, pemberian antibiotik, monitoring, edukasi, kriteria pulang, dan tindak lanjut. Dengan pathway, pelayanan menjadi lebih konsisten.

Namun, clinical pathway tidak boleh menjadi "penjara klinis". Dokter tetap harus menggunakan penilaian profesional bila kondisi pasien berbeda. Variasi yang berbasis kondisi klinis harus dimungkinkan. Yang perlu dikurangi adalah variasi yang tidak berbasis indikasi, kebiasaan, atau preferensi tanpa dasar.

Implementasi pathway membutuhkan audit. Rumah sakit perlu mengukur kepatuhan terhadap pathway, outcome, lama rawat, biaya, komplikasi, readmission, dan kepuasan pasien. Bila pathway tidak memperbaiki hasil, maka pathway perlu dievaluasi. Dengan demikian, clinical pathway adalah bagian dari siklus perbaikan mutu.

5.10 Shared Decision Making dan Informed Consent

Shared decision making atau pengambilan keputusan bersama adalah proses ketika tenaga kesehatan dan pasien berbagi informasi, membahas pilihan, mempertimbangkan risiko dan manfaat, serta mengambil keputusan yang sesuai dengan bukti klinis dan nilai pasien. Pendekatan ini sangat penting dalam pelayanan berpusat pada pasien.

Dalam praktik klinis, tidak semua keputusan memiliki satu jawaban tunggal. Misalnya, pasien kanker dapat memiliki beberapa pilihan terapi dengan risiko, manfaat, efek samping, biaya, dan dampak kualitas hidup yang berbeda. Pasien lansia dengan penyakit kompleks mungkin perlu memilih antara tindakan agresif dan perawatan suportif. Pasien dengan nyeri lutut kronis dapat memilih terapi konservatif atau operasi. Dalam situasi seperti ini, preferensi pasien sangat penting.

Shared decision making berbeda dari sekadar informed consent. Informed consent sering dipahami sebagai persetujuan pasien setelah diberi penjelasan. Namun, dalam praktik yang baik, informed consent harus menjadi proses dialog, bukan hanya tanda tangan formulir. Pasien perlu memahami pilihan, risiko, manfaat, alternatif, konsekuensi menolak tindakan, dan kemungkinan hasil.

Tantangan shared decision making adalah literasi kesehatan pasien, keterbatasan waktu dokter, budaya paternalistik, emosi keluarga, dan kompleksitas informasi medis. Karena itu, rumah sakit perlu menyediakan materi edukasi yang mudah dipahami, decision aids, komunikasi empatik, dan waktu yang cukup untuk keputusan penting.

Dalam konteks Indonesia, keluarga sering memiliki peran besar dalam keputusan. Rumah sakit perlu menghormati budaya keluarga, tetapi tetap menjaga hak pasien sebagai individu. Bila pasien mampu mengambil keputusan, suara pasien harus menjadi pusat. Keluarga dapat mendukung, tetapi tidak seharusnya menggantikan otonomi pasien tanpa alasan yang sah.

5.11 Komunikasi Klinis sebagai Inti Pelayanan

Komunikasi klinis adalah salah satu determinan utama mutu pelayanan. Banyak konflik rumah sakit tidak bermula dari kesalahan terapi, tetapi dari informasi yang tidak jelas, nada bicara yang tidak empatik, atau keluarga

yang merasa tidak dilibatkan. Komunikasi yang buruk juga dapat menyebabkan insiden keselamatan pasien.

Komunikasi klinis mencakup komunikasi dokter-pasien, perawat-pasien, antarprofesi, antarshift, dan komunikasi dengan keluarga. Komunikasi dokter-pasien harus menjelaskan diagnosis, rencana pemeriksaan, pilihan terapi, risiko, prognosis, biaya, dan tindak lanjut. Komunikasi perawat-pasien mencakup edukasi harian, pemantauan keluhan, pemberian obat, dan dukungan emosional. Komunikasi antarprofesi mencakup instruksi klinis, hasil pemeriksaan, perubahan kondisi, dan serah terima.

Rumah sakit perlu membangun standar komunikasi. Serah terima pasien perlu menggunakan format terstruktur. Hasil kritis laboratorium harus segera dikomunikasikan kepada dokter yang bertanggung jawab. Perubahan kondisi pasien harus memiliki jalur eskalasi. Edukasi pasien harus terdokumentasi.

Komunikasi klinis juga memerlukan empati. Empati bukan berarti tenaga kesehatan larut dalam emosi pasien, tetapi mampu memahami perasaan pasien dan merespons dengan hormat. Kalimat sederhana seperti "Bapak/Ibu, kami memahami keluarga sedang cemas; saya akan jelaskan kondisi pasien saat ini" dapat mengurangi ketegangan. Sebaliknya, komunikasi defensif dapat memperburuk konflik.

Pelatihan komunikasi klinis seharusnya menjadi bagian dari pengembangan SDM rumah sakit. Dokter, perawat, administrasi, farmasi, dan petugas keamanan semuanya membutuhkan keterampilan komunikasi karena semua berinteraksi dengan pasien atau keluarga.

5.12 Kolaborasi Interprofesional

Pelayanan klinis modern tidak dapat dilakukan oleh satu profesi saja. Pasien dengan penyakit kompleks membutuhkan tim. Kolaborasi interprofesional berarti berbagai profesi bekerja bersama dengan saling

menghargai, memahami peran masing-masing, berbagi informasi, dan berorientasi pada tujuan pasien.

Kolaborasi interprofesional penting dalam banyak situasi: perawatan pasien ICU, manajemen penyakit kronis, operasi, rehabilitasi, pelayanan geriatri, kanker, stroke, diabetes, dan paliatif. Dalam tim stroke, dokter saraf, perawat, radiologi, laboratorium, farmasi, fisioterapi, gizi, dan keluarga harus bekerja dalam satu alur. Dalam perawatan diabetes, dokter, edukator diabetes, ahli gizi, apoteker, perawat, dan pasien harus bekerja bersama.

Hambatan kolaborasi dapat berupa hierarki profesi, komunikasi buruk, kurangnya forum, perbedaan bahasa teknis, konflik insentif, dan budaya silo. Rumah sakit perlu membangun struktur kolaborasi melalui ronde multidisiplin, rapat kasus, clinical pathway, catatan terintegrasi, dan pelatihan tim.

Kolaborasi juga berkaitan dengan keselamatan pasien. Bila perawat takut mengingatkan dokter, risiko kesalahan meningkat. Bila farmasi tidak dilibatkan dalam terapi obat kompleks, risiko interaksi obat meningkat. Bila gizi tidak dilibatkan, pemulihan pasien dapat terganggu. Oleh karena itu, rumah sakit harus membangun budaya saling menghormati.

5.13 Continuity of Care dan Discharge Planning

Continuity of care adalah kesinambungan pelayanan dari satu tahap ke tahap berikutnya. Dalam rumah sakit, continuity of care mencakup kesinambungan dari IGD ke rawat inap, dari rawat inap ke rehabilitasi, dari rumah sakit ke puskesmas, dari dokter spesialis ke dokter keluarga, dan dari pelayanan akut ke perawatan jangka panjang.

Discharge planning atau perencanaan pulang adalah bagian penting dari continuity of care. Pasien tidak boleh dipulangkan hanya dengan resep dan surat kontrol tanpa memahami apa yang harus dilakukan. Perencanaan pulang harus dimulai sejak awal rawat inap, terutama untuk pasien lansia,

penyakit kronis, pasien pascaoperasi, pasien dengan banyak obat, pasien dengan keterbatasan keluarga, atau pasien berisiko readmission.

Discharge planning yang baik mencakup penjelasan diagnosis, obat pulang, cara minum obat, efek samping, diet, aktivitas, perawatan luka, jadwal kontrol, tanda bahaya, nomor kontak, dan rujukan balik. Keluarga perlu dilibatkan bila pasien membutuhkan bantuan di rumah. Apoteker dapat berperan dalam medication reconciliation untuk mencegah kesalahan obat. Perawat dapat memastikan pasien memahami instruksi. Dokter perlu menjelaskan rencana medis.

Kegagalan discharge planning dapat menyebabkan pasien kembali ke IGD, tidak patuh obat, komplikasi, atau konflik keluarga. Oleh karena itu, discharge planning bukan kegiatan administratif di akhir rawat, tetapi proses klinis yang penting.

5.14 Keselamatan Pasien dalam Pelayanan Klinis

Keselamatan pasien adalah fondasi pelayanan klinis. Tidak ada pelayanan bermutu tanpa keselamatan. Rumah sakit harus mencegah bahaya yang dapat dihindari selama proses pelayanan. Bahaya dapat muncul dari salah identifikasi pasien, kesalahan obat, infeksi terkait pelayanan kesehatan, pasien jatuh, salah prosedur, keterlambatan diagnosis, komunikasi buruk, atau kegagalan alat.

Keselamatan pasien harus dikelola secara sistemik. Rumah sakit perlu memiliki kebijakan, pelatihan, indikator, pelaporan insiden, analisis akar masalah, dan tindakan perbaikan. Namun, keselamatan pasien tidak boleh hanya menjadi urusan komite mutu. Keselamatan pasien harus hidup di setiap unit: pendaftaran, rawat jalan, IGD, rawat inap, ICU, kamar operasi, farmasi, laboratorium, radiologi, gizi, dan rekam medis.

Contoh praktik keselamatan pasien adalah penggunaan dua identitas pasien sebelum tindakan, penandaan lokasi operasi, verifikasi obat high

alert, pencegahan infeksi melalui hand hygiene, asesmen risiko jatuh, penggunaan checklist operasi, komunikasi SBAR, dan pelaporan near miss.

Budaya keselamatan pasien sangat penting. Dalam budaya yang menyalahkan, staf takut melaporkan insiden. Akibatnya, organisasi tidak belajar. Dalam budaya keselamatan, laporan digunakan untuk memperbaiki sistem. Tentu kelalaian berat tetap harus ditindak, tetapi sebagian besar insiden harus dianalisis sebagai kegagalan sistem.

Pelayanan berpusat pada pasien juga dapat memperkuat keselamatan. Pasien dan keluarga dapat dilibatkan untuk mengingatkan alergi obat, memahami obat, melaporkan perubahan kondisi, dan memastikan informasi benar. Namun, tanggung jawab keselamatan tetap berada pada sistem rumah sakit, bukan dipindahkan kepada pasien.

5.15 Farmasi Klinis dan Keamanan Obat

Obat adalah salah satu intervensi paling sering dalam rumah sakit, sekaligus salah satu sumber risiko terbesar. Kesalahan obat dapat terjadi pada tahap peresepan, transkripsi, penyimpanan, penyiapan, pemberian, pemantauan, atau edukasi pasien. Karena itu, farmasi klinis merupakan bagian penting dari manajemen pelayanan klinis.

Farmasi rumah sakit tidak hanya berfungsi sebagai tempat menyerahkan obat, tetapi sebagai sistem keamanan obat. Apoteker berperan dalam menilai kesesuaian dosis, interaksi obat, alergi, duplikasi terapi, penggunaan antibiotik, obat high alert, obat LASA, dan edukasi pasien. Dalam pelayanan penyakit kronis, apoteker juga membantu kepatuhan obat dan medication reconciliation.

Medication reconciliation penting ketika pasien masuk, pindah unit, atau pulang. Banyak pasien, terutama lansia, menggunakan banyak obat dari berbagai dokter. Tanpa rekonsiliasi, pasien dapat mengalami duplikasi, interaksi, atau penghentian obat penting secara tidak sengaja.

Pelayanan berpusat pada pasien dalam farmasi berarti pasien memperoleh penjelasan yang mudah dipahami tentang nama obat, fungsi, dosis, waktu minum, efek samping, interaksi, cara penyimpanan, dan apa yang harus dilakukan bila lupa minum obat. Edukasi obat tidak boleh dianggap sepele karena terapi yang benar di rumah sangat menentukan hasil klinis.

5.16 Penunjang Medis sebagai Bagian Integral Pelayanan Klinis

Laboratorium, radiologi, bank darah, rehabilitasi medik, gizi, dan penunjang lain sering disebut unit pendukung. Namun, istilah "pendukung" tidak boleh membuat perannya dianggap sekunder. Keputusan klinis sangat bergantung pada penunjang medis.

Laboratorium harus memastikan hasil akurat, cepat, dan aman. Turnaround time laboratorium memengaruhi keputusan dokter. Hasil kritis harus segera dikomunikasikan. Radiologi harus memastikan mutu gambar, keselamatan radiasi, dan interpretasi tepat waktu. Bank darah harus menjamin keamanan transfusi. Gizi berperan dalam pemulihan pasien, terutama pasien pascaoperasi, ICU, kanker, ginjal, dan lansia. Rehabilitasi membantu pasien memulihkan fungsi.

Manajemen pelayanan klinis harus mengintegrasikan unit penunjang dalam alur pasien. Bila dokter meminta pemeriksaan tetapi hasil terlambat karena proses administratif, pasien dapat lebih lama dirawat. Bila radiologi tidak memiliki jadwal jelas, operasi tertunda. Bila gizi tidak mendapat informasi diet tepat, pemulihan pasien terganggu.

Pelayanan berpusat pada pasien menuntut agar unit penunjang juga memperhatikan komunikasi, kenyamanan, privasi, dan keselamatan. Pasien yang menjalani pemeriksaan radiologi, pengambilan darah, atau fisioterapi membutuhkan penjelasan yang jelas dan perlakuan yang bermartabat.

5.17 Pengalaman Pasien sebagai Ukuran Mutu

Pengalaman pasien adalah persepsi pasien terhadap proses pelayanan yang mereka alami. Pengalaman pasien berbeda dari kepuasan pasien, meskipun saling berkaitan. Kepuasan sering dipengaruhi harapan subjektif, sedangkan pengalaman lebih menanyakan apa yang benar-benar terjadi: apakah pasien mendapat informasi? apakah waktu tunggu jelas? apakah staf memperkenalkan diri? apakah dokter mendengarkan? apakah nyeri ditangani? apakah rencana pulang dijelaskan?

Pengalaman pasien penting karena menunjukkan dimensi pelayanan yang tidak selalu terlihat dalam indikator klinis. Sebuah rumah sakit dapat memiliki outcome klinis baik, tetapi pasien merasa tidak dihargai. Sebaliknya, rumah sakit dapat ramah tetapi belum tentu aman. Karena itu, pengalaman pasien harus dilihat bersama indikator klinis dan keselamatan.

Pengukuran pengalaman pasien dapat dilakukan melalui survei, wawancara, kotak saran, focus group, komplain, review digital, atau patient story. Namun, mengumpulkan data saja tidak cukup. Rumah sakit harus menggunakan data pengalaman pasien untuk perbaikan. Bila banyak pasien mengeluh tentang komunikasi dokter, rumah sakit perlu melakukan pelatihan dan evaluasi. Bila pasien mengeluh waktu tunggu farmasi, proses farmasi harus dianalisis. Bila pasien mengeluh kebersihan toilet, unit terkait harus bertindak.

Pengalaman pasien juga dipengaruhi oleh budaya organisasi. Staf yang kelelahan dan tidak dihargai sulit memberi pelayanan empatik. Karena itu, pengalaman pasien terkait erat dengan employee engagement dan kesejahteraan tenaga kesehatan.

5.18 Patient-Reported Outcomes dan Patient-Reported Experience

Dalam pelayanan modern, rumah sakit tidak cukup mengukur hasil dari sudut pandang klinisi. Rumah sakit juga perlu mendengar langsung dari

pasien. Dua konsep penting adalah **patient-reported outcomes** dan **patient-reported experience**.

Patient-reported outcomes atau PRO adalah laporan pasien tentang status kesehatan, gejala, fungsi, kualitas hidup, atau dampak penyakit tanpa interpretasi tenaga kesehatan. Contohnya adalah tingkat nyeri, kemampuan berjalan, kualitas tidur, kecemasan, kemampuan bekerja, atau kualitas hidup setelah operasi.

Patient-reported experience atau PRE adalah laporan pasien tentang pengalaman pelayanan. Contohnya apakah pasien merasa didengar, mendapat informasi jelas, dilibatkan dalam keputusan, mendapat privasi, atau memperoleh rencana pulang yang mudah dipahami.

PRO dan PRE membantu rumah sakit melihat pelayanan dari sudut pandang pasien. Dalam value-based health care, hasil yang penting bagi pasien harus menjadi bagian dari ukuran kinerja. Misalnya, keberhasilan operasi lutut tidak hanya diukur dari foto radiologi atau lama rawat, tetapi juga kemampuan pasien berjalan, nyeri, dan kualitas hidup. Keberhasilan perawatan kanker tidak hanya diukur dari respons tumor, tetapi juga efek samping, fungsi harian, dan preferensi pasien.

Penggunaan PRO dan PRE membutuhkan sistem. Rumah sakit perlu memilih instrumen yang valid, menentukan waktu pengukuran, mengintegrasikan data ke SIMRS, dan menggunakan hasilnya untuk perbaikan klinis.

5.19 Manajemen Keluhan Pasien

Keluhan pasien sering dipandang sebagai ancaman reputasi. Padahal, keluhan adalah sumber pembelajaran. Pasien dan keluarga sering melihat masalah yang tidak terlihat oleh manajemen. Keluhan tentang waktu tunggu, komunikasi, biaya, kebersihan, makanan, obat, atau sikap staf dapat menjadi indikator masalah sistem.

Manajemen keluhan yang baik memiliki beberapa prinsip. Pertama, mudah diakses. Pasien harus tahu ke mana menyampaikan keluhan. Kedua, responsif. Keluhan harus ditanggapi cepat, terutama bila menyangkut keselamatan atau konflik. Ketiga, empatik. Pasien yang mengeluh biasanya ingin didengar. Keempat, adil. Rumah sakit perlu mendengar pasien dan staf. Kelima, terdokumentasi. Keluhan harus dicatat, dikategorikan, dianalisis, dan dilaporkan. Keenam, ditindaklanjuti. Keluhan tanpa perbaikan akan menurunkan kepercayaan.

Keluhan juga harus dibedakan berdasarkan tingkat risiko. Keluhan tentang parkir berbeda dengan keluhan tentang dugaan kesalahan obat. Keluhan serius harus segera dieskalasi ke pimpinan, komite mutu, komite medik, atau unit hukum sesuai kebutuhan.

Dalam era media sosial, keluhan dapat cepat menjadi viral. Namun, respons rumah sakit tidak boleh hanya defensif. Rumah sakit perlu memiliki kebijakan komunikasi publik yang menjaga privasi pasien, menghormati hukum, dan menunjukkan komitmen perbaikan.

5.20 Teknologi Digital dalam Pelayanan Klinis Berpusat pada Pasien

Digitalisasi dapat memperkuat pelayanan klinis dan patient-centered care apabila dirancang dengan benar. Sistem informasi manajemen rumah sakit, rekam medis elektronik, antrean online, telemedicine, portal pasien, e-prescribing, dashboard mutu, dan clinical decision support dapat membantu pelayanan menjadi lebih cepat, aman, dan terintegrasi.

Rekam medis elektronik memungkinkan data pasien tersedia bagi tenaga yang berwenang. E-prescribing dapat mengurangi kesalahan tulisan resep. Dashboard tempat tidur dapat mempercepat admisi. Portal pasien dapat memberi akses hasil pemeriksaan, jadwal kontrol, dan edukasi. Telemedicine dapat membantu tindak lanjut pasien kronis. Clinical decision

support dapat memberi pengingat alergi, interaksi obat, atau protokol klinis.

Namun, teknologi juga dapat mengganggu patient-centered care bila tidak dirancang manusiawi. Dokter dapat terlalu fokus ke layar komputer dan kurang menatap pasien. Staf dapat terbebani input data. Sistem yang lambat dapat memperpanjang antrean. Data yang salah dapat menyebabkan keputusan salah. Karena itu, digitalisasi harus berorientasi pada proses klinis dan pengalaman pasien.

Rumah sakit juga harus menjaga keamanan data. Data kesehatan sangat sensitif. Pasien berhak atas kerahasiaan informasi. Transformasi digital harus disertai tata kelola akses, keamanan siber, audit, pelatihan, dan kepatuhan regulasi.

Artificial intelligence dapat membantu pelayanan klinis, misalnya dalam prediksi risiko, interpretasi citra, prioritas antrean, dan analisis data. Namun, AI harus diposisikan sebagai alat bantu, bukan pengganti tanggung jawab profesional. Keputusan klinis tetap membutuhkan pertimbangan dokter, konteks pasien, etika, dan komunikasi manusia.

5.21 Indikator Kinerja Pelayanan Klinis

Manajemen pelayanan klinis membutuhkan indikator. Tanpa indikator, rumah sakit sulit mengetahui apakah pelayanan membaik atau memburuk. Namun, indikator harus dipilih dengan bijak agar tidak menjadi beban administratif.

Indikator pelayanan klinis dapat dibagi menjadi indikator struktur, proses, outcome, pengalaman pasien, dan efisiensi.

Indikator struktur mencakup jumlah tenaga, rasio perawat-pasien, ketersediaan dokter spesialis, alat, tempat tidur, ICU, obat, dan fasilitas. Indikator proses mencakup waktu tunggu, kepatuhan clinical pathway,

kelengkapan rekam medis, kepatuhan hand hygiene, kepatuhan identifikasi pasien, turnaround time laboratorium, dan waktu pelayanan farmasi. Indikator outcome mencakup mortalitas, komplikasi, infeksi, readmission, lama rawat, kualitas hidup, dan fungsi pasien. Indikator pengalaman pasien mencakup kepuasan, komunikasi, keluhan, edukasi, dan kenyamanan. Indikator efisiensi mencakup biaya per kasus, lama rawat, utilisasi tempat tidur, dan penggunaan sumber daya.

Indikator harus digunakan untuk perbaikan, bukan hanya pelaporan. Bila angka infeksi meningkat, rumah sakit harus melakukan analisis. Bila waktu tunggu panjang, proses harus dipetakan. Bila readmission tinggi, discharge planning perlu diperbaiki. Bila keluhan komunikasi meningkat, pelatihan komunikasi dan supervisi perlu dilakukan.

Indikator juga harus dikaitkan dengan strategi rumah sakit. Rumah sakit yang menjadikan stroke sebagai layanan unggulan harus mengukur door-to-CT time, door-to-needle time bila relevan, outcome fungsional, komplikasi, dan rehabilitasi. Rumah sakit yang mengembangkan layanan diabetes harus mengukur kontrol gula, komplikasi, edukasi, kepatuhan kontrol, dan rawat inap terkait komplikasi.

5.22 Tantangan Implementasi Pelayanan Berpusat pada Pasien

Meskipun patient-centered care sering disetujui secara normatif, implementasinya tidak mudah. Ada beberapa tantangan.

Pertama, budaya paternalistik. Dalam sebagian praktik, tenaga kesehatan masih menganggap keputusan sepenuhnya milik dokter. Pasien dianggap tidak mampu memahami informasi medis. Padahal, pasien dapat dilibatkan sesuai kapasitas dengan bahasa yang tepat.

Kedua, keterbatasan waktu. Beban pasien tinggi membuat dokter dan perawat merasa tidak memiliki cukup waktu untuk komunikasi. Namun,

komunikasi yang buruk sering menimbulkan masalah lebih besar di kemudian hari.

Ketiga, literasi kesehatan rendah. Pasien mungkin tidak memahami istilah medis, risiko, atau instruksi obat. Rumah sakit perlu menggunakan bahasa sederhana, gambar, leaflet, video, dan metode teach-back.

Keempat, fragmentasi pelayanan. Pasien berpindah dari satu unit ke unit lain tanpa koordinasi. Hal ini membuat pasien merasa tersesat dalam sistem.

Kelima, insentif yang tidak selaras. Bila sistem hanya menghargai volume tindakan, maka waktu untuk edukasi dan komunikasi dapat terabaikan.

Keenam, kelelahan tenaga kesehatan. Staf yang burnout sulit memberikan pelayanan empatik.

Ketujuh, keterbatasan data. Rumah sakit sering mengukur indikator administratif tetapi belum mengukur outcome dan pengalaman pasien secara sistematis.

Kedelapan, resistensi perubahan. Mengubah budaya pelayanan membutuhkan waktu, kepemimpinan, pelatihan, dan konsistensi.

5.23 Ilustrasi Kasus: Pasien Gagal Jantung yang Kembali ke IGD

Seorang pasien berusia 68 tahun dirawat karena gagal jantung. Selama rawat inap, dokter memberikan terapi yang tepat. Kondisi pasien membaik dan pasien dipulangkan. Secara administratif, pasien dinyatakan selesai dirawat. Namun, satu minggu kemudian pasien kembali ke IGD dengan sesak napas berat.

Setelah ditelusuri, keluarga ternyata tidak memahami pembatasan cairan, tanda bahaya, dan jadwal kontrol. Pasien juga tidak mengerti perbedaan obat pagi dan malam. Ia menghentikan salah satu obat karena merasa

pusing. Tidak ada edukasi tertulis yang jelas. Rujukan balik ke fasilitas primer tidak dilakukan. Keluarga tidak tahu siapa yang harus dihubungi ketika gejala mulai memburuk.

Kasus ini menunjukkan bahwa keberhasilan pelayanan klinis tidak berhenti pada stabilisasi pasien di rumah sakit. Tanpa discharge planning, edukasi obat, komunikasi keluarga, dan tindak lanjut, pasien berisiko kembali dengan kondisi lebih berat. Pelayanan berpusat pada pasien menuntut rumah sakit melihat kehidupan pasien setelah keluar dari ruang rawat.

Perbaikan yang dapat dilakukan adalah membuat protokol discharge planning untuk gagal jantung. Perawat memberikan edukasi dengan metode teach-back. Apoteker menjelaskan obat dan efek samping. Dokter memberi rencana kontrol dan tanda bahaya. Ahli gizi menjelaskan diet rendah garam. Rumah sakit memberi nomor kontak atau mekanisme konsultasi. Rujukan balik dikirim ke fasilitas primer. Dengan sistem ini, rumah sakit tidak hanya mengobati episode akut, tetapi mendukung kesinambungan kesehatan pasien.

5.24 Model Integratif Bab 5

Manajemen pelayanan klinis dan pelayanan berpusat pada pasien dapat dirangkum dalam model integratif berikut.

Input pelayanan mencakup SDM klinis, fasilitas, alat, obat, data, regulasi, standar, dan budaya organisasi.
Proses klinis mencakup akses, asesmen, diagnosis, terapi, tindakan, keperawatan, farmasi, penunjang, edukasi, dan discharge planning.
Prinsip patient-centered care mencakup penghormatan martabat, informasi jelas, partisipasi pasien, koordinasi, empati, privasi, dan keselamatan.
Tata kelola klinis mencakup clinical pathway, audit klinis, kredensial, pelaporan insiden, dan manajemen risiko.

Kolaborasi interprofesional memastikan dokter, perawat, farmasi, penunjang, manajemen, pasien, dan keluarga bekerja sebagai satu tim. **Outcome** mencakup hasil klinis, keselamatan pasien, pengalaman pasien, kualitas hidup, efisiensi, kepercayaan, dan keberlanjutan organisasi. **Pembelajaran berkelanjutan** dilakukan melalui data, keluhan, indikator, audit, dan inovasi.

Model ini menunjukkan bahwa pelayanan klinis tidak hanya merupakan tindakan medis, tetapi sistem nilai dan proses yang menempatkan pasien sebagai pusat.

5.25 Implikasi Manajerial

Pertama, rumah sakit harus mengelola pelayanan klinis sebagai alur pasien, bukan sebagai kumpulan unit terpisah. Setiap unit perlu melihat dampak pekerjaannya terhadap perjalanan pasien secara keseluruhan.

Kedua, patient-centered care harus diterjemahkan ke dalam prosedur, pelatihan, indikator, dan budaya. Slogan “pasien adalah prioritas” tidak cukup tanpa perubahan praktik.

Ketiga, komunikasi klinis harus menjadi kompetensi inti seluruh tenaga rumah sakit. Komunikasi yang baik mencegah konflik, meningkatkan kepatuhan, dan memperkuat keselamatan pasien.

Keempat, clinical pathway perlu digunakan untuk meningkatkan konsistensi, mutu, koordinasi, dan efisiensi. Namun, pathway harus fleksibel terhadap kebutuhan individual pasien.

Kelima, discharge planning harus menjadi bagian penting dari pelayanan, terutama untuk pasien kronis, lansia, pascaoperasi, dan pasien berisiko readmission.

Keenam, pengalaman pasien perlu diukur dan digunakan untuk perbaikan. Keluhan pasien harus diperlakukan sebagai data mutu.

Ketujuh, digitalisasi harus dirancang untuk mendukung pasien dan tenaga kesehatan, bukan sekadar menambah beban input data.

Kedelapan, rumah sakit perlu mengembangkan indikator outcome yang bermakna bagi pasien, termasuk patient-reported outcomes dan patient-reported experience.

5.26 Rangkuman Bab

Manajemen pelayanan klinis adalah inti manajemen rumah sakit. Ia mencakup perencanaan, pelaksanaan, pemantauan, evaluasi, dan perbaikan seluruh proses klinis agar pasien memperoleh pelayanan yang aman, efektif, tepat waktu, terintegrasi, dan manusiawi. Pelayanan klinis bukan hanya urusan dokter, tetapi hasil kerja sistem yang melibatkan berbagai profesi dan unit.

Pelayanan berpusat pada pasien menempatkan pasien sebagai manusia utuh dan mitra dalam proses perawatan. Pendekatan ini menuntut rumah sakit menghormati martabat pasien, memberikan informasi yang jelas, melibatkan pasien dan keluarga, menjaga privasi, mengoordinasikan layanan, dan memastikan kesinambungan perawatan.

Clinical pathway, shared decision making, komunikasi klinis, kolaborasi interprofesional, keselamatan pasien, farmasi klinis, penunjang medis, pengalaman pasien, dan discharge planning merupakan elemen penting dalam pelayanan klinis modern. Rumah sakit harus mengukur kinerja pelayanan melalui indikator struktur, proses, outcome, pengalaman, dan efisiensi.

Inti Bab 5 adalah bahwa pasien bukan hanya penerima layanan, melainkan mitra utama dalam perjalanan menuju sehat. Pelayanan klinis yang unggul lahir dari ilmu, empati, kolaborasi, sistem yang baik, dan komitmen untuk terus belajar.

Glossarium

Clinical Pathway
Rencana pelayanan klinis terstruktur untuk kondisi tertentu yang mengintegrasikan langkah diagnosis, terapi, keperawatan, farmasi, penunjang, edukasi, dan rencana pulang.

Continuity of Care
Kesinambungan pelayanan pasien dari satu tahap ke tahap berikutnya, termasuk dari rumah sakit ke fasilitas pelayanan lain atau perawatan di rumah.

Discharge Planning
Proses perencanaan pulang pasien yang mencakup edukasi, obat, kontrol, tanda bahaya, rujukan balik, dan dukungan keluarga.

Farmasi Klinis
Pelayanan kefarmasian yang berorientasi pada keselamatan dan efektivitas terapi obat pasien.

Informed Consent
Persetujuan pasien terhadap tindakan medis setelah memperoleh informasi yang cukup tentang manfaat, risiko, alternatif, dan konsekuensi.

Instalasi Gawat Darurat
Unit rumah sakit yang memberikan pelayanan awal bagi pasien dengan kondisi gawat darurat melalui triase, stabilisasi, diagnosis awal, dan tindakan segera.

Kolaborasi Interprofesional
Kerja sama berbagai profesi kesehatan untuk memberikan pelayanan yang terintegrasi dan berorientasi pada pasien.

Manajemen Pelayanan Klinis
Proses mengelola seluruh aktivitas klinis agar pelayanan pasien berjalan aman, efektif, terkoordinasi, bermutu, dan efisien.

Medication Reconciliation
Proses membandingkan dan memastikan daftar obat pasien secara akurat saat masuk, pindah unit, atau pulang untuk mencegah kesalahan obat.

Mutu Klinis
Derajat pelayanan klinis dalam menghasilkan outcome kesehatan yang diinginkan sesuai standar profesional dan bukti ilmiah.

Patient Experience
Pengalaman pasien terhadap proses pelayanan yang diterima, termasuk komunikasi, waktu tunggu, informasi, kenyamanan, dan perlakuan staf.

Patient Journey
Perjalanan pasien dari awal mencari layanan sampai pulang dan menjalani tindak lanjut.

Patient-Reported Experience Measures
Ukuran pengalaman pelayanan yang dilaporkan langsung oleh pasien.

Patient-Reported Outcome Measures
Ukuran hasil kesehatan yang dilaporkan langsung oleh pasien, seperti nyeri, fungsi, gejala, dan kualitas hidup.

Patient-Centered Care
Pelayanan yang menghormati dan merespons kebutuhan, preferensi, nilai, dan kondisi individual pasien.

People-Centred Care
Pendekatan pelayanan yang lebih luas dengan menempatkan individu, keluarga, komunitas, dan masyarakat sebagai pusat sistem kesehatan.

Rawat Inap
Pelayanan bagi pasien yang membutuhkan perawatan, observasi, terapi, atau tindakan dengan tinggal di rumah sakit.

Rawat Jalan
Pelayanan pasien yang tidak membutuhkan perawatan menginap, seperti konsultasi poliklinik, pemeriksaan, terapi, dan kontrol.

Shared Decision Making
Proses pengambilan keputusan bersama antara tenaga kesehatan dan pasien berdasarkan bukti klinis, pilihan terapi, risiko, manfaat, dan nilai pasien.

Triase
Proses memilah pasien berdasarkan tingkat kegawatan agar pasien paling kritis memperoleh prioritas penanganan.

Daftar Pustaka

Agency for Healthcare Research and Quality. (n.d.). *Six domains of healthcare quality*. Tanpa DOI.

Ayanian, J. Z., & Markel, H. (2016). Donabedian's lasting framework for health care quality. *The New England Journal of Medicine, 375*(3), 205–207. DOI: 10.1056/NEJMp1605101

Bastemeijer, C. M., Boosman, H., van Ewijk, H., Verweij, L. M., Voogt, L., & Hazelzet, J. A. (2019). Patient experiences: A systematic review of quality improvement interventions in a hospital setting. *Patient Related Outcome Measures, 10*, 157–169. DOI: 10.2147/PROM.S201737

Beattie, M., Murphy, D. J., Atherton, I., & Lauder, W. (2015). Instruments to measure patient experience of healthcare quality in hospitals: A systematic review. *Systematic Reviews, 4*, 97. DOI: 10.1186/s13643-015-0089-0

Berwick, D. M. (2009). What "patient-centered" should mean: Confessions of an extremist. *Health Affairs, 28*(4), w555–w565. DOI: 10.1377/hlthaff.28.4.w555

Coulter, A., & Oldham, J. (2016). Person-centred care: What is it and how do we get there? *Future Hospital Journal, 3*(2), 114–116. DOI: 10.7861/futurehosp.3-2-114

Donabedian, A. (1988). The quality of care: How can it be assessed? *JAMA, 260*(12), 1743–1748. DOI: 10.1001/jama.1988.03410120089033

Elwyn, G., Frosch, D., Thomson, R., Joseph-Williams, N., Lloyd, A., Kinnersley, P., Cording, E., Tomson, D., Dodd, C., Rollnick, S., Edwards, A., & Barry, M. (2012). Shared decision making: A model for clinical practice. *Journal of General Internal Medicine, 27*(10), 1361–1367. DOI: 10.1007/s11606-012-2077-6

Epstein, R. M., & Street, R. L., Jr. (2007). *Patient-centered communication in cancer care: Promoting healing and reducing suffering*. National Cancer Institute. Tanpa DOI.

Gleeson, H., Calderon, A., Swami, V., Deighton, J., Wolpert, M., & Edbrooke-Childs, J. (2016). Systematic review of approaches to using patient experience data for quality improvement in healthcare settings. *BMJ Open, 6*(8), e011907. DOI: 10.1136/bmjopen-2016-011907

Institute of Medicine. (2001). *Crossing the quality chasm: A new health system for the 21st century*. National Academies Press. Tanpa DOI.

Jerjes, W., Upile, T., Radhi, H., Abbas, S., & Hopper, C. (2024). Enhancing primary care through integrated care pathways. *Journal/Publisher information varies by source*. DOI perlu diverifikasi sesuai versi terbit final.

Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2022). *Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 24 Tahun 2022 tentang Rekam Medis*. Tanpa DOI.

Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2023). *Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan*. Tanpa DOI.

Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2024). *Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor HK.01.07/MENKES/1596/2024 tentang Standar Akreditasi Rumah Sakit*. Tanpa DOI.

Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2024). *Keputusan Direktur Jenderal Pelayanan Kesehatan Nomor HK.02.02/D/47104/2024 tentang Instrumen Survei Akreditasi Rumah Sakit*. Tanpa DOI.

Kruk, M. E., Gage, A. D., Arsenault, C., Jordan, K., Leslie, H. H., Roder-DeWan, S., Adeyi, O., Barker, P., Daelmans, B., Doubova, S. V., English, M., Elorrio, E. G., Guanais, F., Gureje, O., Hirschhorn, L. R., Jiang, L., Kelley, E., Lemango, E. T., Liljestrand, J., ... Pate, M. (2018). High-quality health systems in the Sustainable Development Goals era: Time for a revolution. *The Lancet Global Health, 6*(11), e1196–e1252. DOI: 10.1016/S2214-109X(18)30386-3

Latina, R., Salomone, K., D'Angelo, D., et al. (2020). Towards a new system for the assessment of the quality in care pathways. *International Journal of Environmental Research and Public Health, 17*(22), 8634. DOI: 10.3390/ijerph17228634

Mead, N., & Bower, P. (2000). Patient-centredness: A conceptual framework and review of the empirical literature. *Social Science & Medicine, 51*(7), 1087–1110. DOI: 10.1016/S0277-9536(00)00098-8

Neame, M. T., Chacko, J., Surace, A. E. A., Sinha, I. P., & Hawcutt, D. B. (2019). A systematic review of the effects of implementing clinical pathways supported by health information technologies. *BMC Medical Informatics and Decision Making, 19*, 191. DOI: 10.1186/s12911-019-0951-3

Nkhoma, K. B., Cook, A., Giusti, A., Farrant, L., Petrus, R., Petersen, I., Gwyther, L., & Harding, R. (2022). A systematic review of impact of person-centred interventions for serious physical illness in terms of outcomes and costs. *BMJ Open, 12*(7), e054386. DOI: 10.1136/bmjopen-2021-054386

Rathert, C., Wyrwich, M. D., & Boren, S. A. (2013). Patient-centered care and outcomes: A systematic review of the literature. *Medical Care Research and Review, 70*(4), 351–379. DOI: 10.1177/1077558712465774

Rotter, T., Kugler, J., Koch, R., Gothe, H., Twork, S., van Oostrum, J. M., & Steyerberg, E. W. (2008). A systematic review and meta-analysis of the effects of clinical pathways on length of stay, hospital costs and patient outcomes. *BMC Health Services Research, 8*, 265. DOI: 10.1186/1472-6963-8-265

Tzelepis, F., Rose, S. K., Sanson-Fisher, R. W., Clinton-McHarg, T., Carey, M. L., Paul, C. L., & Bryant, J. (2015). Measuring the quality of patient-centered care: Why patient-reported measures are critical to reliable assessment. *Patient Preference and Adherence, 9*, 831–835. DOI: 10.2147/PPA.S81975

World Health Organization. (2016). *Framework on integrated, people-centred health services*. Tanpa DOI.

World Health Organization. (2021). *Global patient safety action plan 2021–2030: Towards eliminating avoidable harm in health care*. Tanpa DOI.

World Health Organization. (2025). *Quality health services*. Tanpa DOI.

Yu, C., Wang, J., & Zhang, Y. (2023). The association between patient-centered care and healthcare expenditure among inpatients: Evidence from China. *BMC Health Services Research, 23*, 1131. DOI: 10.1186/s12913-023-10072-8

BAB 6

Manajemen Mutu, Keselamatan Pasien, dan Risiko Rumah Sakit

*Oleh: **Rudy C Tarumingkeng***



Mutu: derajat pelayanan yang aman, efektif, tepat waktu, efisien, adil, dan berpusat pada pasien.

Keselamatan pasien: pencegahan cedera yang dapat dihindari selama proses pelayanan.

Manajemen risiko: identifikasi, analisis, mitigasi, dan monitoring risiko klinis maupun nonklinis.

PILAR MUTU RUMAH SAKIT

- Efektivitas klinis
- Keselamatan pasien
- Pelayanan berpusat pada pasien
- Ketepatan waktu
- Efisiensi sumber daya
- Perbaikan berkelanjutan

SASARAN KESELAMATAN PASIEN

- Identifikasi pasien dengan benar
- Komunikasi efektif
- Keamanan obat-obatan *high alert*
- Kepastian tepat prosedur, tepat pasien, tepat lokasi operasi
- Pencegahan infeksi terkait pelayanan kesehatan
- Pencegahan pasien jatuh

SIKLUS PENINGKATAN MUTU



Audit, indikator, evaluasi, tindak lanjut, dan standardisasi.

MANAJEMEN RISIKO RUMAH SAKIT

1. Identifikasi risiko → 2. Analisis risiko → 3. Prioritas risiko → 4. Mitigasi / kontrol → 5. Monitoring & evaluasi

Contoh risiko: risiko klinis, infeksi, obat, kebakaran, alat, data, bencana, reputasi.

INDIKATOR KINERJA

- Insiden keselamatan pasien
- Kepatuhan *hand hygiene*
- Angka infeksi
- Waktu tunggu pelayanan
- Keluhan pasien
- Angka readmisi / lama rawat

BUDAYA KESELAMATAN

- Kepemimpinan yang mendukung
- Pelaporan insiden tanpa budaya menyalahkan
- Pembelajaran organisasi
- Kolaborasi lintas profesi

TUJUAN AKHIR: PELAYANAN RUMAH SAKIT YANG BERMUTU, AMAN, TERPERCAYA, DAN BERKELANJUTAN.

Kerangka bab ini disusun dengan rujukan utama pada WHO tentang mutu layanan kesehatan, Global Patient Safety Action Plan 2021–2030, regulasi keselamatan pasien Indonesia, dan standar akreditasi rumah sakit terbaru. WHO merumuskan layanan bermutu sebagai layanan yang efektif, aman, berpusat pada manusia, tepat waktu, adil, terintegrasi, dan efisien; Global Patient Safety Action Plan memberi arah strategis untuk menghilangkan bahaya yang dapat dicegah dalam pelayanan kesehatan; Permenkes No. 11 Tahun 2017 mengatur keselamatan pasien pada fasilitas pelayanan kesehatan; dan instrumen survei akreditasi rumah sakit 2024 dipakai sebagai alat ukur penilaian akreditasi rumah sakit. (World Health Organization)

Bab 6. Manajemen Mutu, Keselamatan Pasien, dan Risiko Rumah Sakit ******

Abstrak

Manajemen mutu, keselamatan pasien, dan risiko rumah sakit merupakan fondasi utama dalam pengelolaan rumah sakit modern. Rumah sakit bukan sekadar tempat pelayanan medis, melainkan organisasi berisiko tinggi yang menangani manusia dalam kondisi rentan, kompleks, dan sering kali kritis. Dalam konteks tersebut, mutu tidak dapat dipahami hanya sebagai keramahan pelayanan atau kelengkapan fasilitas, tetapi sebagai kemampuan rumah sakit memberikan pelayanan yang efektif, aman, tepat waktu, berpusat pada pasien, adil, terintegrasi, efisien, dan berbasis bukti ilmiah.

Keselamatan pasien merupakan bagian inti dari mutu. Pelayanan yang cepat tetapi tidak aman bukanlah pelayanan bermutu. Pelayanan yang murah tetapi menyebabkan cedera, infeksi, salah obat, salah prosedur, atau keterlambatan diagnosis juga bukan pelayanan bernilai. Karena itu, rumah sakit perlu membangun sistem keselamatan pasien yang mencakup identifikasi risiko, pelaporan insiden, analisis akar masalah, budaya keselamatan, pembelajaran organisasi, dan perbaikan berkelanjutan.

Manajemen risiko rumah sakit memperluas perhatian dari risiko klinis menuju risiko operasional, hukum, finansial, reputasi, teknologi, bencana, lingkungan, serta keamanan data. Rumah sakit harus mampu mengidentifikasi, menganalisis, memprioritaskan, memitigasi, memantau, dan mengevaluasi risiko secara sistematis. Bab ini membahas konsep mutu, keselamatan pasien, risiko rumah sakit, indikator mutu, siklus PDCA, root cause analysis, failure mode and effects analysis, budaya keselamatan, high reliability organization, tata kelola risiko, serta implikasinya bagi rumah sakit di Indonesia. Bab ini menegaskan bahwa tujuan akhir manajemen mutu, keselamatan pasien, dan risiko adalah membangun rumah sakit yang aman, terpercaya, manusiawi, adaptif, dan berkelanjutan.

Kata Kunci

Manajemen mutu; keselamatan pasien; manajemen risiko rumah sakit; budaya keselamatan; mutu pelayanan kesehatan; clinical governance; patient safety; root cause analysis; failure mode and effects analysis; indikator mutu; PDCA; risiko klinis; akreditasi rumah sakit; high reliability organization; pembelajaran organisasi.

6.1 Pendahuluan

Rumah sakit adalah organisasi yang sangat kompleks dan berisiko tinggi. Setiap hari rumah sakit mengambil ribuan keputusan kecil maupun besar: pemberian obat, interpretasi hasil laboratorium, tindakan operasi, pemindahan pasien, penggunaan alat, pemberian transfusi, penentuan diagnosis, komunikasi dengan keluarga, pengaturan tempat tidur, penyusunan klaim, dan pengelolaan data pasien. Sebagian besar keputusan tersebut tampak rutin, tetapi apabila dilakukan secara salah dapat menimbulkan dampak serius bagi pasien, keluarga, tenaga kesehatan, dan rumah sakit.

Dalam organisasi biasa, kesalahan dapat menimbulkan kerugian finansial atau gangguan operasional. Dalam rumah sakit, kesalahan dapat menyebabkan cedera, kecacatan, trauma, infeksi, kehilangan kepercayaan, bahkan kematian. Karena itu, rumah sakit harus dikelola dengan pendekatan mutu, keselamatan, dan risiko yang sistematis.

Manajemen mutu rumah sakit bertujuan memastikan bahwa pelayanan yang diberikan sesuai standar profesional, berbasis bukti, konsisten, efektif, aman, dan berorientasi pada kebutuhan pasien. Manajemen keselamatan pasien bertujuan mencegah bahaya yang dapat dihindari selama proses pelayanan. Manajemen risiko bertujuan mengenali potensi kegagalan sebelum menimbulkan kerugian, serta mengendalikan dampak apabila risiko terjadi.

Ketiga konsep tersebut saling berkaitan. Mutu tanpa keselamatan adalah ilusi. Keselamatan tanpa manajemen risiko akan reaktif. Manajemen risiko tanpa budaya mutu dapat menjadi sekadar daftar formal. Rumah sakit yang baik harus mengintegrasikan ketiganya dalam sistem kerja sehari-hari.

Keselamatan pasien juga bukan tanggung jawab satu komite saja. Ia bukan hanya urusan komite mutu, manajemen risiko, atau akreditasi. Keselamatan pasien adalah tanggung jawab semua orang: dokter, perawat, apoteker, analis laboratorium, radiografer, ahli gizi, fisioterapis, petugas rekam medis, administrasi, teknisi, petugas kebersihan, keamanan, manajer, direksi, dan

dewan pengawas. Bahkan pasien dan keluarga dapat dilibatkan sebagai mitra keselamatan, meskipun tanggung jawab utama tetap berada pada sistem rumah sakit.

Bab ini membahas manajemen mutu, keselamatan pasien, dan risiko rumah sakit secara terpadu. Pembahasan dimulai dari konsep mutu pelayanan kesehatan, dilanjutkan dengan keselamatan pasien, sistem pelaporan insiden, analisis akar masalah, manajemen risiko klinis dan nonklinis, indikator mutu, budaya keselamatan, serta tantangan implementasi di rumah sakit Indonesia.

6.2 Hakikat Mutu Pelayanan Rumah Sakit

Mutu pelayanan rumah sakit dapat diartikan sebagai derajat kemampuan rumah sakit dalam memberikan pelayanan yang sesuai kebutuhan pasien, standar profesi, bukti ilmiah, etika, regulasi, dan harapan masyarakat. Mutu tidak hanya berkaitan dengan hasil akhir, tetapi juga dengan struktur dan proses pelayanan.

Dalam model klasik Donabedian, mutu pelayanan dapat dilihat melalui tiga komponen: **struktur, proses, dan outcome**. Struktur mencakup sumber daya, tenaga, alat, fasilitas, prosedur, sistem informasi, dan organisasi. Proses mencakup apa yang dilakukan tenaga kesehatan terhadap pasien, termasuk diagnosis, terapi, komunikasi, dokumentasi, edukasi, dan tindak lanjut. Outcome mencakup hasil yang dialami pasien, seperti kesembuhan, komplikasi, mortalitas, kualitas hidup, kepuasan, dan kepercayaan.

Model ini sangat relevan bagi rumah sakit. Rumah sakit dapat memiliki struktur yang baik, seperti gedung modern dan alat canggih, tetapi bila proses pelayanan buruk, hasilnya tetap tidak optimal. Sebaliknya, tenaga kesehatan yang kompeten dapat mengalami kegagalan bila struktur tidak mendukung, misalnya obat tidak tersedia, alat rusak, rekam medis tidak lengkap, atau jumlah perawat tidak memadai.

Mutu pelayanan rumah sakit juga harus dilihat dari berbagai dimensi. Rumah sakit bermutu adalah rumah sakit yang memberikan pelayanan efektif, aman, berpusat pada pasien, tepat waktu, adil, terintegrasi, dan efisien.

Efektif berarti pelayanan didasarkan pada bukti ilmiah dan menghasilkan manfaat klinis. Pemeriksaan dan tindakan tidak boleh dilakukan hanya karena tersedia atau menguntungkan, tetapi karena memang diperlukan pasien.

Aman berarti pelayanan meminimalkan risiko bahaya yang dapat dicegah. Kesalahan obat, infeksi, salah prosedur, jatuh, dan kegagalan komunikasi harus dikendalikan.

Berpusat pada pasien berarti pelayanan menghormati martabat, preferensi, nilai, kebutuhan, dan konteks sosial pasien.

Tepat waktu berarti pelayanan diberikan tanpa keterlambatan yang merugikan. Keterlambatan dalam diagnosis stroke, serangan jantung, sepsis, atau perdarahan dapat berdampak fatal.

Adil berarti mutu pelayanan tidak berbeda karena status ekonomi, usia, jenis kelamin, lokasi, agama, suku, atau latar belakang sosial.

Terintegrasi berarti unit dan profesi bekerja sebagai satu sistem, bukan sebagai bagian-bagian terpisah.

Efisien berarti sumber daya digunakan secara tepat tanpa pemborosan, duplikasi, atau tindakan yang tidak perlu.

Dengan demikian, mutu rumah sakit tidak boleh dipahami secara sempit sebagai “pasien puas” atau “fasilitas lengkap”. Kepuasan penting, tetapi mutu klinis dan keselamatan lebih mendasar. Rumah sakit yang ramah tetapi tidak aman tetap berbahaya. Rumah sakit yang canggih tetapi tidak manusiawi juga belum bermutu. Mutu sejati adalah integrasi antara ilmu, keselamatan, empati, efisiensi, dan akuntabilitas.

6.3 Mutu sebagai Tanggung Jawab Sistem

Dalam pendekatan lama, mutu sering dianggap sebagai tanggung jawab individu. Bila terjadi kesalahan, perhatian langsung diarahkan pada siapa yang bersalah. Pendekatan ini memang kadang diperlukan bila ada kelalaian berat atau perilaku sembrono. Namun, sebagian besar masalah mutu di rumah sakit bukan hanya masalah individu, melainkan masalah sistem.

Contoh sederhana adalah keterlambatan pemberian obat. Secara permukaan, perawat tampak terlambat memberikan obat. Namun, setelah ditelusuri, penyebabnya dapat meliputi resep dokter terlambat masuk, farmasi kekurangan stok, sistem informasi lambat, obat harus diambil manual, jumlah perawat kurang, pasien pindah ruangan tanpa informasi, atau label obat tidak jelas. Bila manajemen hanya menyalahkan perawat, akar masalah tidak terselesaikan.

Mutu sebagai tanggung jawab sistem berarti rumah sakit harus melihat hubungan antara manusia, proses, teknologi, kebijakan, beban kerja, budaya, dan kepemimpinan. Kesalahan individu sering terjadi dalam sistem yang tidak dirancang dengan baik. Manajemen mutu bertugas memperbaiki sistem agar tenaga kesehatan lebih mudah melakukan hal yang benar dan lebih sulit melakukan kesalahan.

Pendekatan sistem juga membantu rumah sakit membangun budaya belajar. Ketika insiden terjadi, pertanyaan pertama bukan hanya “siapa yang salah?”, tetapi “mengapa sistem memungkinkan kesalahan itu terjadi?” Pertanyaan ini membuka ruang perbaikan. Rumah sakit dapat memperbaiki desain proses, label obat, SOP, pelatihan, supervisi, sistem informasi, dan komunikasi antarprofesi.

Mutu juga harus menjadi tanggung jawab kepemimpinan. Direksi dan kepala unit tidak cukup hanya meminta staf bekerja lebih baik. Mereka

harus menyediakan struktur, sumber daya, pelatihan, sistem data, dan budaya yang mendukung mutu. Mutu tidak lahir dari slogan, tetapi dari desain organisasi dan disiplin implementasi.

6.4 Keselamatan Pasien sebagai Inti Mutu

Keselamatan pasien adalah upaya mencegah bahaya yang dapat dihindari selama proses pelayanan kesehatan. Bahaya dapat berupa kesalahan obat, salah pasien, salah prosedur, infeksi terkait pelayanan kesehatan, pasien jatuh, luka tekan, keterlambatan diagnosis, kegagalan komunikasi, kesalahan transfusi, atau kerusakan alat medis.

Keselamatan pasien merupakan inti mutu karena pelayanan yang tidak aman tidak dapat disebut bermutu. Sebuah rumah sakit mungkin memiliki ruang tunggu nyaman dan dokter terkenal, tetapi bila sering terjadi kesalahan obat atau infeksi, maka kualitasnya patut dipertanyakan. Sebaliknya, rumah sakit yang serius membangun keselamatan pasien menunjukkan bahwa ia menghormati martabat manusia.

Keselamatan pasien harus dipahami sebagai sistem. Sistem keselamatan pasien mencakup asesmen risiko, identifikasi risiko, pelaporan insiden, analisis insiden, pembelajaran, perbaikan proses, pendidikan staf, komunikasi efektif, dan budaya keselamatan. Sistem ini harus melekat pada seluruh unit rumah sakit.

Beberapa area keselamatan pasien yang sangat penting adalah:

1. **Identifikasi pasien dengan benar.**
   Kesalahan identifikasi dapat menyebabkan pasien menerima obat, pemeriksaan, transfusi, atau tindakan yang salah.
2. **Komunikasi efektif.**
   Banyak insiden terjadi karena instruksi tidak jelas, hasil kritis tidak tersampaikan, atau serah terima pasien tidak lengkap.

3. **Keamanan obat-obatan.**
   Obat high alert, obat LASA, alergi, dosis, interaksi, dan proses pemberian obat harus dikendalikan.
4. **Ketepatan prosedur dan lokasi tindakan.**
   Salah sisi operasi, salah prosedur, atau salah pasien merupakan kejadian yang sangat serius dan harus dicegah.
5. **Pencegahan infeksi terkait pelayanan kesehatan.**
   Hand hygiene, sterilisasi, penggunaan antibiotik rasional, kebersihan lingkungan, dan pengendalian infeksi sangat penting.
6. **Pencegahan pasien jatuh.**
   Pasien lansia, pasien pascaoperasi, pasien dengan gangguan kesadaran, atau pasien yang menggunakan obat tertentu memiliki risiko jatuh lebih tinggi.

Keselamatan pasien bukan kegiatan tambahan, melainkan bagian dari praktik klinis harian. Dokter, perawat, farmasi, laboratorium, radiologi, administrasi, dan manajemen harus bekerja dengan kesadaran bahwa setiap tindakan dapat berdampak pada keselamatan.

6.5 Insiden Keselamatan Pasien

Insiden keselamatan pasien adalah setiap kejadian atau situasi yang dapat mengakibatkan atau berpotensi mengakibatkan cedera yang tidak seharusnya terjadi pada pasien. Insiden dapat berupa kejadian yang benar-benar mencederai pasien, kejadian yang tidak mencederai tetapi mencapai pasien, atau kejadian nyaris cedera yang berhasil dicegah sebelum sampai pada pasien.

Secara umum, insiden dapat dibedakan menjadi beberapa jenis:

Kejadian Tidak Diharapkan adalah kejadian yang mengakibatkan cedera pada pasien akibat pelayanan kesehatan, bukan karena penyakit dasarnya.

Kejadian Nyaris Cedera adalah kejadian yang hampir mencederai pasien tetapi berhasil dicegah sebelum mencapai pasien.

Kejadian Tidak Cedera adalah kejadian yang mencapai pasien tetapi tidak menimbulkan cedera.

Kondisi Potensial Cedera adalah situasi yang berpotensi menyebabkan cedera bila tidak diperbaiki.

Sentinel event adalah kejadian serius yang menyebabkan kematian atau cedera berat dan membutuhkan investigasi mendalam.

Pelaporan insiden adalah dasar pembelajaran keselamatan pasien. Tanpa laporan, rumah sakit tidak mengetahui pola risiko. Namun, banyak staf enggan melapor karena takut dihukum, dipermalukan, dianggap tidak kompeten, atau mengalami dampak karier. Karena itu, rumah sakit harus membangun sistem pelaporan yang aman, mudah, rahasia bila perlu, dan berorientasi pembelajaran.

Peningkatan jumlah laporan insiden tidak selalu berarti pelayanan memburuk. Dalam organisasi yang sebelumnya tidak memiliki budaya pelaporan, peningkatan laporan dapat berarti staf mulai berani melapor. Yang penting adalah bagaimana laporan dianalisis dan ditindaklanjuti. Laporan tanpa perbaikan akan membuat staf kehilangan kepercayaan.

6.6 Budaya Keselamatan Pasien

Budaya keselamatan pasien adalah nilai, sikap, persepsi, kompetensi, dan pola perilaku organisasi yang mendukung keselamatan dalam pelayanan kesehatan. Budaya ini menentukan apakah staf berani melapor, apakah pimpinan mendengar, apakah unit belajar dari kesalahan, dan apakah keselamatan menjadi prioritas nyata.

Budaya keselamatan memiliki beberapa ciri. Pertama, adanya **kepemimpinan yang mendukung**. Pimpinan tidak hanya berbicara

tentang keselamatan, tetapi menyediakan waktu, anggaran, pelatihan, sistem data, dan tindakan perbaikan. Kedua, adanya **pelaporan tanpa budaya menyalahkan secara sempit**. Staf tidak takut melaporkan insiden atau near miss. Ketiga, adanya **pembelajaran organisasi**. Setiap insiden dianalisis dan digunakan untuk memperbaiki sistem. Keempat, adanya **kolaborasi lintas profesi**. Dokter, perawat, farmasi, laboratorium, radiologi, dan administrasi saling menghormati. Kelima, adanya **komunikasi terbuka**. Staf dapat berbicara tentang risiko tanpa takut dihukum. Keenam, adanya **akuntabilitas yang adil**. Kesalahan manusia dipahami secara sistemik, tetapi perilaku sembrono tetap ditindak.

Budaya keselamatan berbeda dari budaya menyalahkan. Dalam budaya menyalahkan, organisasi cepat mencari pelaku. Akibatnya, staf menyembunyikan kesalahan. Dalam budaya keselamatan, organisasi mencari akar masalah sistem. Namun, budaya keselamatan juga berbeda dari budaya permisif. Tidak semua kesalahan boleh dibiarkan. Rumah sakit harus membedakan antara human error, at-risk behavior, dan reckless behavior.

Human error adalah kesalahan manusia yang tidak disengaja. Responsnya adalah memperbaiki sistem dan memberi dukungan.
At-risk behavior adalah perilaku yang meningkatkan risiko karena seseorang tidak menyadari atau meremehkan risiko. Responsnya adalah coaching, edukasi, dan perbaikan desain kerja.
Reckless behavior adalah perilaku sadar yang mengabaikan risiko besar. Responsnya memerlukan tindakan disiplin.

Budaya keselamatan yang matang membuat rumah sakit mampu belajar sebelum terjadi tragedi besar. Near miss dipandang sebagai hadiah informasi. Keluhan pasien dipandang sebagai sinyal risiko. Data mutu dipandang sebagai alat belajar, bukan ancaman.

6.7 Manajemen Risiko Rumah Sakit

Manajemen risiko rumah sakit adalah proses sistematis untuk mengidentifikasi, menganalisis, mengevaluasi, mengendalikan, memantau, dan mengomunikasikan risiko yang dapat memengaruhi pasien, staf, organisasi, dan masyarakat. Risiko rumah sakit sangat luas, tidak terbatas pada risiko klinis.

Risiko klinis mencakup kesalahan diagnosis, kesalahan terapi, infeksi, pasien jatuh, luka tekan, komplikasi tindakan, kesalahan obat, keterlambatan penanganan, dan kegagalan komunikasi. Risiko operasional mencakup kerusakan alat, kekurangan obat, gangguan listrik, gangguan oksigen, kebakaran, gangguan air, kegagalan sistem informasi, dan kekurangan SDM. Risiko hukum mencakup gugatan pasien, pelanggaran informed consent, pelanggaran kerahasiaan data, dan ketidakpatuhan regulasi. Risiko finansial mencakup defisit, klaim tertunda, fraud, pemborosan, dan investasi tidak efektif. Risiko reputasi mencakup keluhan viral, pemberitaan negatif, konflik keluarga pasien, dan krisis kepercayaan. Risiko teknologi mencakup kegagalan SIMRS, kebocoran data, cyberattack, dan ketergantungan pada vendor. Risiko bencana mencakup pandemi, gempa, banjir, kebakaran, kecelakaan massal, dan krisis pasokan.

Manajemen risiko mengikuti beberapa langkah. Pertama, **identifikasi risiko**. Rumah sakit harus mengenali risiko melalui data insiden, audit, keluhan, survei, telusur pasien, FMEA, inspeksi fasilitas, dan diskusi unit. Kedua, **analisis risiko**. Risiko dinilai berdasarkan kemungkinan terjadi dan dampaknya. Ketiga, **prioritas risiko**. Tidak semua risiko dapat diselesaikan sekaligus; rumah sakit harus menentukan risiko prioritas. Keempat, **mitigasi atau kontrol**. Rumah sakit menetapkan tindakan pencegahan, kebijakan, pelatihan, pengawasan, atau redesign proses. Kelima, **monitoring dan evaluasi**. Risiko dipantau untuk mengetahui apakah kontrol efektif.

Manajemen risiko harus terintegrasi dengan tata kelola rumah sakit. Direksi dan dewan pengawas perlu memahami risiko strategis, bukan hanya

laporan keuangan. Komite mutu dan manajemen risiko harus memiliki akses untuk menyampaikan temuan penting. Kepala unit bertanggung jawab mengelola risiko di unit masing-masing. Semua staf bertanggung jawab melaporkan risiko yang mereka lihat.

6.8 Risiko Klinis dan Risiko Nonklinis

Risiko klinis adalah risiko yang langsung berkaitan dengan proses pelayanan pasien. Contohnya adalah kesalahan pemberian obat, keterlambatan diagnosis, infeksi luka operasi, pasien jatuh, salah tindakan, reaksi transfusi, luka tekan, atau kegagalan monitoring. Risiko klinis biasanya menjadi perhatian utama dalam keselamatan pasien.

Namun, risiko nonklinis tidak kalah penting karena dapat memengaruhi keselamatan pasien secara tidak langsung. Gangguan listrik dapat menghentikan alat medis. Kekurangan oksigen dapat mengancam pasien ICU. Sistem informasi yang gagal dapat menghambat akses rekam medis. Kebakaran dapat mengancam pasien rawat inap. Keterlambatan pengadaan obat dapat mengganggu terapi. Konflik pegawai dapat menurunkan kinerja pelayanan.

Rumah sakit harus menghubungkan risiko klinis dan nonklinis. Banyak insiden klinis memiliki akar nonklinis. Misalnya, kesalahan obat dapat berawal dari desain label, sistem penyimpanan, kekurangan tenaga farmasi, atau gangguan sistem informasi. Infeksi dapat berawal dari sistem laundry, sterilisasi, kebersihan lingkungan, atau pengadaan bahan. Keterlambatan operasi dapat berawal dari jadwal kamar operasi, CSSD, ketersediaan darah, atau alat anestesi.

Karena itu, manajemen risiko rumah sakit harus lintas unit. Tidak cukup hanya melibatkan dokter dan perawat. Farmasi, laboratorium, radiologi, rekam medis, IT, logistik, keuangan, teknisi, sanitasi, keamanan, dan manajemen fasilitas harus terlibat.

6.9 Root Cause Analysis

Root Cause Analysis atau RCA adalah metode analisis untuk menemukan akar penyebab suatu insiden. RCA biasanya digunakan setelah terjadi kejadian serius atau pola insiden berulang. Tujuannya bukan mencari kambing hitam, tetapi memahami mengapa insiden terjadi dan bagaimana sistem dapat diperbaiki.

RCA dimulai dengan mendeskripsikan kejadian secara jelas: apa yang terjadi, kapan, di mana, siapa yang terlibat, bagaimana alurnya, dan apa dampaknya. Setelah itu, tim mengumpulkan data melalui wawancara, dokumen, rekam medis, SOP, jadwal kerja, kondisi alat, dan informasi lain. Tim kemudian memetakan kronologi kejadian dan mengidentifikasi faktor penyebab.

Faktor penyebab dapat mencakup manusia, tugas, alat, lingkungan, komunikasi, organisasi, kebijakan, beban kerja, pelatihan, supervisi, dan budaya. Dalam RCA, pertanyaan “mengapa” diajukan berulang untuk menggali penyebab yang lebih dalam.

Misalnya terjadi kesalahan pemberian insulin. Pertanyaan awal: mengapa pasien mendapat dosis salah? Karena perawat membaca instruksi keliru. Mengapa instruksi keliru dibaca? Karena tulisan tidak jelas dan tidak ada e-prescribing. Mengapa tidak dikonfirmasi? Karena dokter sulit dihubungi dan unit sibuk. Mengapa unit sibuk? Karena rasio perawat-pasien tidak sesuai pada jam tersebut. Mengapa insulin tidak memiliki verifikasi ganda? Karena SOP high alert belum diterapkan konsisten. Dengan demikian, akar masalah bukan hanya “perawat salah”, tetapi kombinasi dokumentasi, komunikasi, beban kerja, dan sistem obat high alert.

Hasil RCA harus berupa tindakan perbaikan yang konkret. Tindakan seperti “petugas diminta lebih hati-hati” biasanya lemah karena tidak mengubah sistem. Tindakan yang lebih kuat adalah redesign proses, verifikasi ganda,

penggunaan e-prescribing, label khusus, pelatihan, perubahan staffing, atau alarm sistem. RCA yang baik menghasilkan pembelajaran organisasi.

6.10 Failure Mode and Effects Analysis

Failure Mode and Effects Analysis atau FMEA adalah metode proaktif untuk mengidentifikasi kemungkinan kegagalan dalam suatu proses sebelum kegagalan terjadi. Jika RCA bersifat reaktif setelah insiden, FMEA bersifat preventif sebelum insiden.

FMEA dimulai dengan memilih proses berisiko tinggi, misalnya pemberian obat high alert, transfusi darah, operasi elektif, penggunaan ventilator, rujukan pasien kritis, atau implementasi sistem rekam medis elektronik. Tim kemudian memetakan langkah-langkah proses, mengidentifikasi kemungkinan kegagalan pada setiap langkah, menilai dampaknya, menilai kemungkinan terjadi, menilai kemampuan deteksi, lalu menentukan prioritas risiko.

Dalam FMEA klasik, risiko sering dihitung melalui Risk Priority Number atau RPN yang menggabungkan severity, occurrence, dan detectability. Namun, yang paling penting bukan angka semata, melainkan diskusi tim untuk memahami proses dan memperbaiki titik rawan.

Contoh FMEA pada proses transfusi darah dapat mengidentifikasi potensi kegagalan seperti salah identifikasi pasien, sampel darah tertukar, label tidak lengkap, darah salah dikirim ke ruangan, verifikasi tidak dilakukan, atau reaksi transfusi terlambat dikenali. Setelah risiko dipetakan, rumah sakit dapat membuat kontrol seperti barcode, verifikasi dua petugas, checklist transfusi, pelatihan, dan monitoring reaksi.

FMEA sangat berguna ketika rumah sakit akan membuka layanan baru, mengubah proses, menerapkan teknologi baru, atau menangani proses berisiko tinggi. Pendekatan ini mencerminkan prinsip bahwa rumah sakit

yang baik tidak hanya belajar dari kecelakaan, tetapi juga belajar dari kemungkinan kecelakaan.

6.11 Siklus PDCA dalam Peningkatan Mutu

Peningkatan mutu membutuhkan siklus yang berkelanjutan. Salah satu pendekatan paling dikenal adalah PDCA: **Plan, Do, Check, Act**.

Plan berarti merencanakan perbaikan. Rumah sakit mengidentifikasi masalah, menganalisis penyebab, menetapkan tujuan, memilih indikator, dan menyusun rencana tindakan.

Do berarti melaksanakan rencana dalam skala terbatas atau sesuai kebutuhan. Tindakan dilakukan dengan dokumentasi yang cukup.

Check berarti mengevaluasi hasil. Data dikumpulkan untuk melihat apakah perubahan menghasilkan perbaikan.

Act berarti menstandarkan perbaikan bila berhasil atau menyesuaikan rencana bila belum berhasil.

Contoh penerapan PDCA adalah penurunan waktu tunggu farmasi rawat jalan. Pada tahap Plan, rumah sakit mengukur waktu tunggu, memetakan proses, menemukan bottleneck, dan menetapkan target. Pada tahap Do, rumah sakit mencoba sistem pemisahan resep racikan dan nonracikan, memperbaiki antrean, dan menambah petugas pada jam puncak. Pada tahap Check, rumah sakit membandingkan waktu tunggu sebelum dan sesudah intervensi. Pada tahap Act, proses baru distandarkan bila berhasil.

PDCA penting karena peningkatan mutu tidak dilakukan melalui instruksi sekali jadi. Mutu diperbaiki melalui eksperimen, pengukuran, pembelajaran, dan standardisasi. Rumah sakit harus membiasakan unit menggunakan data dan siklus perbaikan, bukan hanya menunggu survei akreditasi.

6.12 Indikator Mutu Rumah Sakit

Indikator mutu adalah ukuran yang digunakan untuk memantau mutu pelayanan. Indikator membantu rumah sakit mengetahui apakah pelayanan berjalan sesuai standar dan apakah perbaikan diperlukan. Tanpa indikator, manajemen hanya mengandalkan kesan, keluhan, atau intuisi.

Indikator mutu dapat dibagi menjadi indikator struktur, proses, outcome, keselamatan, pengalaman pasien, dan efisiensi.

Indikator struktur mencakup rasio tenaga, ketersediaan alat, ketersediaan obat, kapasitas tempat tidur, dan fasilitas keselamatan.
Indikator proses mencakup kepatuhan hand hygiene, kepatuhan identifikasi pasien, kelengkapan rekam medis, waktu tunggu, kepatuhan clinical pathway, dan turnaround time laboratorium.
Indikator outcome mencakup angka infeksi, mortalitas, komplikasi, readmission, kualitas hidup, dan functional outcome.
Indikator keselamatan pasien mencakup insiden keselamatan, kesalahan obat, pasien jatuh, luka tekan, dan sentinel event.
Indikator pengalaman pasien mencakup kepuasan, keluhan, komunikasi, informasi, kenyamanan, dan kepercayaan.
Indikator efisiensi mencakup lama rawat, biaya per kasus, utilisasi tempat tidur, utilisasi kamar operasi, dan pemborosan obat.

Indikator yang baik harus memenuhi beberapa syarat. Pertama, relevan dengan prioritas rumah sakit. Kedua, terukur secara konsisten. Ketiga, datanya dapat dipercaya. Keempat, dapat ditindaklanjuti. Kelima, mudah dipahami unit. Keenam, tidak mendorong perilaku yang salah.

Misalnya, target menurunkan lama rawat harus disertai indikator readmission agar pasien tidak dipulangkan terlalu cepat. Target meningkatkan jumlah tindakan harus disertai indikator appropriateness dan komplikasi agar tidak mendorong overuse. Target menurunkan biaya obat harus disertai indikator outcome agar tidak mengurangi terapi penting.

Indikator mutu harus dibahas secara rutin dalam rapat unit dan manajemen. Data harus menjadi alat dialog. Bila indikator memburuk, pertanyaannya bukan “siapa yang salah?”, tetapi “proses mana yang perlu diperbaiki?” Bila indikator membaik, rumah sakit perlu memahami faktor keberhasilan agar dapat distandarkan.

6.13 Audit Klinis dan Audit Mutu

Audit klinis adalah evaluasi sistematis terhadap praktik klinis dibandingkan dengan standar yang telah ditetapkan. Tujuannya adalah meningkatkan mutu pelayanan, bukan menghukum individu. Audit klinis dapat dilakukan pada penggunaan antibiotik, kepatuhan clinical pathway, mortalitas, komplikasi operasi, readmission, atau kelengkapan informed consent.

Audit mutu lebih luas karena mencakup proses klinis dan nonklinis. Misalnya audit waktu tunggu, audit kebersihan, audit rekam medis, audit keselamatan fasilitas, audit farmasi, dan audit kepatuhan SOP. Kedua jenis audit penting untuk membangun budaya perbaikan.

Audit yang baik membutuhkan standar yang jelas, data yang valid, analisis penyebab, umpan balik, dan tindakan perbaikan. Audit yang hanya menghasilkan laporan tanpa tindak lanjut tidak bermanfaat. Audit juga harus dilakukan dengan pendekatan nondefensif agar staf bersedia terbuka.

Dalam rumah sakit, audit klinis sering menghadapi tantangan karena dokter atau unit merasa diawasi. Oleh karena itu, kepemimpinan klinis sangat penting. Audit harus dipimpin atau didukung oleh profesi klinis yang kredibel agar dipahami sebagai pembelajaran profesional.

Audit juga perlu dikaitkan dengan kredensial dan privileging. Bila audit menunjukkan pola praktik yang berisiko, rumah sakit perlu memberikan pembinaan, pelatihan, supervisi, atau peninjauan kewenangan klinis sesuai prosedur.

6.14 Manajemen Infeksi Terkait Pelayanan Kesehatan

Infeksi terkait pelayanan kesehatan atau healthcare-associated infections merupakan salah satu risiko utama rumah sakit. Infeksi dapat terjadi melalui tindakan invasif, operasi, kateter, ventilator, lingkungan, alat, tangan tenaga kesehatan, atau penggunaan antibiotik yang tidak tepat. Infeksi meningkatkan lama rawat, biaya, komplikasi, dan mortalitas.

Pencegahan infeksi membutuhkan sistem yang kuat. Hand hygiene adalah langkah dasar yang sangat penting. Namun, kepatuhan hand hygiene sering menjadi tantangan. Rumah sakit perlu menyediakan fasilitas cuci tangan, alkohol hand rub, pelatihan, audit, feedback, dan budaya saling mengingatkan.

Sterilisasi alat, pengelolaan linen, kebersihan lingkungan, isolasi pasien, penggunaan APD, pengelolaan limbah, dan surveillance infeksi juga penting. Kamar operasi, ICU, ruang bersalin, hemodialisis, dan ruang rawat pasien imunokompromais membutuhkan perhatian khusus.

Antimicrobial stewardship juga menjadi bagian penting. Penggunaan antibiotik yang tidak rasional dapat meningkatkan resistensi antimikroba. Rumah sakit perlu memiliki kebijakan penggunaan antibiotik, audit antibiotik, kolaborasi dokter-apoteker-mikrobiologi, dan edukasi klinisi.

Manajemen infeksi tidak boleh hanya menjadi tanggung jawab komite PPI. Semua staf harus memahami perannya. Petugas kebersihan yang membersihkan permukaan, perawat yang memasang kateter, dokter yang meresepkan antibiotik, farmasi yang menyiapkan obat, dan manajemen yang menyediakan fasilitas semuanya berkontribusi.

6.15 Keamanan Obat dan Medication Safety

Obat adalah bagian utama pelayanan rumah sakit, tetapi juga sumber risiko besar. Kesalahan obat dapat terjadi pada tahap prescribing, transcribing, dispensing, administering, dan monitoring. Kesalahan dapat berupa obat salah, dosis salah, pasien salah, waktu salah, rute salah, duplikasi, interaksi, alergi, atau kegagalan monitoring efek samping.

Medication safety membutuhkan sistem menyeluruh. Pertama, rumah sakit perlu mengidentifikasi obat high alert, yaitu obat yang berisiko tinggi menyebabkan cedera serius bila terjadi kesalahan. Contohnya insulin, heparin, elektrolit konsentrat, obat kemoterapi, dan opioid tertentu. Kedua, rumah sakit perlu mengelola obat LASA, yaitu look-alike sound-alike, yang nama atau kemasannya mirip. Ketiga, rumah sakit perlu menerapkan verifikasi resep, pelabelan jelas, penyimpanan aman, double check, dan edukasi pasien.

Apoteker memiliki peran strategis dalam medication safety. Apoteker dapat menilai dosis, interaksi, alergi, duplikasi, kesesuaian indikasi, dan edukasi obat. Dalam sistem yang baik, farmasi bukan hanya unit distribusi obat, melainkan mitra klinis dalam keselamatan pasien.

Rekam medis elektronik dan e-prescribing dapat membantu mengurangi kesalahan akibat tulisan tidak terbaca dan memberi peringatan interaksi obat. Namun, sistem digital juga dapat menimbulkan risiko baru seperti alert fatigue, salah klik, atau data alergi tidak lengkap. Karena itu, teknologi harus disertai desain proses dan pelatihan.

Medication reconciliation sangat penting saat pasien masuk, pindah unit, atau pulang. Banyak pasien menggunakan obat dari berbagai dokter. Tanpa rekonsiliasi, obat penting dapat terhenti atau terjadi duplikasi. Pasien dan keluarga harus diedukasi tentang fungsi obat, dosis, waktu, efek samping, dan tanda bahaya.

6.16 Keselamatan Operasi dan Prosedur Invasif

Kamar operasi adalah area berisiko tinggi. Risiko mencakup salah pasien, salah prosedur, salah lokasi, komplikasi anestesi, infeksi luka operasi, perdarahan, alat tertinggal, kegagalan sterilisasi, dan komunikasi tim yang buruk. Karena itu, keselamatan operasi harus dikelola secara ketat.

Checklist keselamatan operasi merupakan salah satu alat penting. Checklist membantu tim memastikan identitas pasien, prosedur, lokasi operasi, informed consent, alergi, risiko perdarahan, kesiapan alat, antibiotik profilaksis, dan rencana pascaoperasi. Checklist bukan sekadar formulir, tetapi proses komunikasi tim.

Keselamatan operasi membutuhkan kolaborasi dokter bedah, dokter anestesi, perawat kamar operasi, CSSD, farmasi, laboratorium, bank darah, dan ruang pemulihan. Keterlambatan atau kegagalan salah satu unit dapat mengganggu keselamatan.

Briefing sebelum operasi dan debriefing setelah operasi penting untuk meningkatkan koordinasi. Dalam briefing, tim menyamakan rencana tindakan, risiko, kebutuhan alat, dan potensi masalah. Dalam debriefing, tim membahas kejadian, kendala, dan pembelajaran.

Pelayanan berpusat pada pasien dalam operasi juga mencakup komunikasi risiko, penghormatan privasi, pengendalian nyeri, informed consent yang bermakna, dan edukasi pascaoperasi.

6.17 Keselamatan Pasien Jatuh dan Luka Tekan

Pasien jatuh merupakan salah satu insiden umum di rumah sakit, terutama pada pasien lansia, pasien dengan gangguan kesadaran, pasien pascaoperasi, pasien yang menggunakan obat sedatif, atau pasien dengan gangguan mobilitas. Jatuh dapat menyebabkan fraktur, perdarahan, trauma kepala, ketakutan, perpanjangan lama rawat, dan konflik keluarga.

Pencegahan jatuh dimulai dari asesmen risiko. Pasien berisiko tinggi harus diberi tanda, edukasi, pengawasan, alat bantu, pencahayaan yang baik, tempat tidur rendah, bel mudah dijangkau, dan dukungan keluarga bila sesuai. Perawat harus memantau perubahan risiko karena kondisi pasien dapat berubah selama rawat inap.

Luka tekan juga merupakan risiko penting, terutama pada pasien immobilisasi, pasien ICU, pasien lansia, pasien malnutrisi, atau pasien dengan gangguan perfusi. Pencegahan luka tekan mencakup asesmen risiko, perubahan posisi, kasur khusus bila perlu, perawatan kulit, nutrisi, hidrasi, dan monitoring.

Pasien jatuh dan luka tekan sering mencerminkan kualitas asuhan keperawatan, staffing, supervisi, alat, dan budaya keselamatan. Oleh karena itu, indikator ini harus dipantau dan dianalisis secara sistematis.

6.18 Keselamatan Data dan Rekam Medis

Dalam era digital, keselamatan pasien juga berkaitan dengan keselamatan data. Rekam medis yang tidak lengkap, salah input, tertukar, atau tidak tersedia dapat menyebabkan kesalahan klinis. Data alergi yang tidak tercatat dapat menyebabkan pemberian obat berbahaya. Hasil laboratorium yang masuk ke pasien salah dapat mengarah pada terapi salah. Gangguan sistem informasi dapat menghambat pelayanan.

Rekam medis merupakan dokumen penting yang berisi identitas pasien, pemeriksaan, pengobatan, tindakan, dan pelayanan lain yang diberikan. Dalam sistem elektronik, rekam medis harus dibuat, disimpan, dan diakses secara aman. Data pasien harus dijaga kerahasiaannya. Tidak semua staf boleh mengakses semua data. Rumah sakit harus memiliki tata kelola akses, audit log, keamanan siber, backup data, dan rencana kontinjensi bila sistem gagal.

Keselamatan data juga berkaitan dengan kepercayaan. Pasien menyerahkan informasi pribadi kepada rumah sakit. Kebocoran data dapat merusak reputasi dan melanggar hak pasien. Karena itu, manajemen risiko rumah sakit harus memasukkan keamanan informasi sebagai risiko strategis.

Digitalisasi dapat memperkuat mutu bila data digunakan untuk dashboard indikator, clinical decision support, e-prescribing, dan monitoring risiko. Namun, digitalisasi tanpa tata kelola dapat menciptakan risiko baru. Rumah sakit harus memastikan teknologi benar-benar mendukung keselamatan pasien.

6.19 High Reliability Organization dalam Rumah Sakit

Konsep high reliability organization atau HRO berasal dari organisasi yang bekerja dalam lingkungan berisiko tinggi tetapi mampu mempertahankan tingkat keselamatan tinggi, seperti penerbangan, pembangkit nuklir, dan kapal induk. Dalam pelayanan kesehatan, konsep HRO digunakan untuk membantu rumah sakit menjadi lebih andal dalam mencegah cedera pasien.

HRO memiliki beberapa prinsip. Pertama, **preoccupation with failure**, yaitu kepekaan terhadap kemungkinan kegagalan kecil sebelum menjadi bencana. Rumah sakit tidak mengabaikan near miss. Kedua, **reluctance to simplify**, yaitu tidak menyederhanakan masalah kompleks secara berlebihan. Ketiga, **sensitivity to operations**, yaitu pimpinan memahami realitas kerja di garis depan. Keempat, **commitment to resilience**, yaitu kemampuan pulih dan beradaptasi saat terjadi gangguan. Kelima, **deference to expertise**, yaitu keputusan dalam situasi kritis menghormati keahlian yang relevan, bukan hanya hierarki jabatan.

Rumah sakit sebagai HRO berarti rumah sakit tidak menunggu insiden besar. Rumah sakit mencari sinyal lemah, mendengar staf garis depan,

mempelajari near miss, memperbaiki proses, dan membangun ketahanan. HRO bukan hanya konsep manajerial, tetapi budaya kewaspadaan kolektif.

Dalam praktik rumah sakit Indonesia, prinsip HRO dapat diterapkan melalui safety briefing, walkround pimpinan, pelaporan near miss, dashboard risiko, simulasi bencana, telusur pasien, audit proses kritis, dan pemberdayaan staf untuk menghentikan proses bila ada risiko serius.

6.20 Akreditasi dan Manajemen Mutu

Akreditasi rumah sakit adalah proses penilaian eksternal terhadap pemenuhan standar mutu, keselamatan pasien, tata kelola, dan pelayanan. Akreditasi penting karena memberikan kerangka standar dan mendorong rumah sakit melakukan evaluasi diri.

Namun, akreditasi tidak boleh dipahami sebagai kegiatan administratif menjelang survei. Bila rumah sakit hanya sibuk menyiapkan dokumen, melatih staf menjawab surveior, dan mempercantik ruangan menjelang akreditasi, maka akreditasi belum menjadi budaya mutu. Akreditasi idealnya menjadi alat transformasi organisasi.

Standar akreditasi harus diterjemahkan ke dalam praktik harian. Misalnya, standar identifikasi pasien harus tampak dalam setiap pemberian obat dan tindakan. Standar komunikasi efektif harus tampak dalam handover dan pelaporan hasil kritis. Standar pencegahan infeksi harus tampak dalam hand hygiene dan sterilisasi. Standar manajemen risiko harus tampak dalam FMEA, RCA, dan mitigasi risiko.

Akreditasi juga harus terhubung dengan indikator. Rumah sakit yang baik tidak hanya bertanya “apakah standar terpenuhi?”, tetapi “apakah standar ini memperbaiki outcome pasien?” Dengan demikian, akreditasi bukan tujuan akhir, melainkan sarana untuk membangun rumah sakit yang aman dan bermutu.

6.21 Peran Kepemimpinan dalam Mutu dan Keselamatan

Kepemimpinan merupakan faktor kunci dalam mutu dan keselamatan pasien. Sistem terbaik tidak akan berjalan bila pimpinan tidak memberi teladan, prioritas, dan dukungan. Pemimpin rumah sakit harus menempatkan keselamatan pasien sebagai nilai inti, bukan hanya sebagai kewajiban akreditasi.

Peran kepemimpinan mencakup menetapkan visi mutu, menyediakan sumber daya, membangun budaya pelaporan, mendukung pembelajaran dari insiden, menghilangkan hambatan unit, dan memastikan akuntabilitas. Direksi harus membaca indikator mutu secara rutin, bukan hanya laporan keuangan. Dewan pengawas juga perlu memahami risiko mutu dan keselamatan pasien.

Leadership walkround dapat menjadi alat penting. Pimpinan turun ke unit, bertanya kepada staf tentang risiko, mendengar hambatan, dan menindaklanjuti masalah. Kegiatan ini menunjukkan bahwa keselamatan bukan hanya urusan komite, tetapi prioritas organisasi.

Pemimpin juga harus mengelola dilema antara efisiensi dan keselamatan. Tekanan biaya sering membuat rumah sakit ingin mengurangi sumber daya. Namun, penghematan yang merusak keselamatan akan menimbulkan biaya lebih besar dalam bentuk komplikasi, gugatan, reputasi buruk, dan hilangnya kepercayaan.

6.22 Keterlibatan Pasien dan Keluarga dalam Keselamatan

Pasien dan keluarga dapat menjadi mitra penting dalam keselamatan. Mereka dapat membantu mengingat alergi obat, riwayat penyakit, obat

yang digunakan, perubahan kondisi, dan preferensi perawatan. Pasien juga dapat bertanya bila tidak memahami obat atau prosedur.

Namun, keterlibatan pasien tidak boleh dipahami sebagai pemindahan tanggung jawab keselamatan dari rumah sakit kepada pasien. Rumah sakit tetap bertanggung jawab merancang sistem aman. Pasien dan keluarga dilibatkan sebagai mitra tambahan.

Untuk melibatkan pasien, rumah sakit perlu memberikan edukasi yang jelas. Pasien dapat diajak memahami pentingnya gelang identitas, hand hygiene, tanda risiko jatuh, obat yang diminum, rencana pulang, dan tanda bahaya. Rumah sakit juga perlu menyediakan mekanisme keluhan dan umpan balik yang mudah.

Dalam budaya Indonesia, keluarga sering hadir mendampingi pasien. Hal ini dapat menjadi kekuatan bila dikelola dengan baik. Keluarga dapat membantu edukasi, pemantauan, dan dukungan emosional. Namun, rumah sakit harus tetap menjaga privasi, otonomi pasien, dan batas peran keluarga.

6.23 Manajemen Keluhan sebagai Sumber Mutu

Keluhan pasien adalah data mutu. Banyak rumah sakit memandang keluhan sebagai ancaman reputasi, padahal keluhan dapat menunjukkan titik lemah sistem. Pasien dan keluarga melihat pelayanan dari perspektif yang berbeda dari staf. Mereka merasakan waktu tunggu, kebingungan informasi, kebersihan, biaya, komunikasi, dan empati.

Manajemen keluhan yang baik harus mudah diakses, responsif, empatik, adil, terdokumentasi, dianalisis, dan ditindaklanjuti. Keluhan harus dikategorikan berdasarkan jenis dan tingkat risiko. Keluhan tentang parkir berbeda dengan keluhan dugaan salah obat. Keluhan serius harus segera dieskalasi.

Data keluhan dapat menunjukkan pola. Bila banyak pasien mengeluh tentang farmasi, maka proses farmasi perlu dipetakan. Bila keluhan terkait komunikasi dokter meningkat, maka pelatihan dan supervisi komunikasi diperlukan. Bila keluhan terkait biaya sering terjadi, transparansi informasi biaya perlu diperbaiki.

Rumah sakit yang belajar dari keluhan akan lebih dipercaya. Rumah sakit yang defensif dan menutup diri akan kehilangan kesempatan memperbaiki mutu.

6.24 Ilustrasi Kasus: Near Miss Obat High Alert

Di sebuah ruang rawat inap, seorang pasien diabetes hampir menerima dosis insulin yang salah. Perawat baru membaca instruksi dokter sebagai 40 unit, padahal sebenarnya 4 unit. Sebelum obat diberikan, perawat senior memeriksa ulang dan menemukan potensi kesalahan. Pasien tidak cedera.

Dalam budaya menyalahkan, perawat baru mungkin dimarahi dan kejadian tidak dilaporkan. Akibatnya, rumah sakit kehilangan kesempatan belajar. Dalam budaya keselamatan, kejadian ini dilaporkan sebagai near miss. Komite mutu melakukan analisis. Ditemukan bahwa tulisan instruksi tidak jelas, insulin belum masuk sistem double check, pelatihan obat high alert belum merata, dan beban kerja malam tinggi.

Tindakan perbaikan dilakukan. Rumah sakit menerapkan e-prescribing untuk obat high alert, double check wajib sebelum pemberian insulin, label khusus pada insulin, pelatihan ulang perawat, dan audit kepatuhan. Setelah tiga bulan, near miss obat high alert menurun.

Kasus ini menunjukkan bahwa near miss adalah sumber pembelajaran. Pasien tidak cedera, tetapi sistem memperlihatkan titik lemah. Rumah sakit yang baik belajar sebelum terjadi cedera.

6.25 Tantangan Implementasi di Rumah Sakit Indonesia

Implementasi manajemen mutu, keselamatan pasien, dan risiko di Indonesia menghadapi beberapa tantangan.

Pertama, **budaya dokumentasi yang belum merata**. Banyak staf menganggap dokumentasi sebagai beban administratif, bukan alat keselamatan dan pembelajaran. Padahal, rekam medis, laporan insiden, audit, dan indikator mutu sangat penting.

Kedua, **budaya menyalahkan**. Jika insiden selalu direspons dengan hukuman, staf akan menyembunyikan masalah. Rumah sakit perlu membangun just culture.

Ketiga, **keterbatasan SDM**. Kekurangan tenaga, beban kerja tinggi, dan burnout dapat menurunkan kepatuhan terhadap prosedur keselamatan.

Keempat, **variasi kapasitas rumah sakit**. Rumah sakit besar di kota memiliki sumber daya lebih baik dibanding rumah sakit kecil atau daerah terpencil. Namun, prinsip keselamatan dasar tetap harus berlaku.

Kelima, **digitalisasi yang belum matang**. SIMRS dan rekam medis elektronik dapat meningkatkan mutu, tetapi bila tidak terintegrasi atau sulit digunakan, justru menambah risiko.

Keenam, **akreditasi yang kadang formalistik**. Sebagian rumah sakit masih memandang akreditasi sebagai persiapan dokumen, bukan budaya mutu.

Ketujuh, **komunikasi antarprofesi**. Hierarki profesi dapat membuat staf enggan berbicara tentang risiko.

Kedelapan, **tekanan pembiayaan**. Efisiensi yang tidak hati-hati dapat mengancam mutu dan keselamatan.

Kesembilan, **keamanan data dan reputasi digital**. Keluhan viral dan kebocoran data dapat menjadi risiko besar bagi rumah sakit.

Kesepuluh, **kesiapsiagaan bencana dan krisis**. Indonesia rawan bencana, sehingga rumah sakit harus memiliki manajemen risiko bencana yang kuat.

6.26 Model Integratif Bab 6

Manajemen mutu, keselamatan pasien, dan risiko rumah sakit dapat dipahami dalam model integratif berikut.

Input mencakup SDM, fasilitas, alat, obat, data, regulasi, SOP, budaya, dan kepemimpinan.
Proses mutu mencakup clinical pathway, audit, indikator, PDCA, pelatihan, komunikasi, dan standardisasi.
Proses keselamatan pasien mencakup identifikasi pasien, keamanan obat, komunikasi efektif, pencegahan infeksi, keselamatan operasi, pencegahan jatuh, dan pelaporan insiden.
Proses risiko mencakup identifikasi, analisis, prioritas, mitigasi, monitoring, RCA, dan FMEA.
Budaya organisasi mencakup pelaporan, pembelajaran, kolaborasi, just culture, dan kepemimpinan.
Outcome mencakup penurunan cedera, peningkatan mutu klinis, pengalaman pasien yang baik, efisiensi, kepercayaan publik, dan keberlanjutan rumah sakit.

Model ini menunjukkan bahwa mutu, keselamatan, dan risiko bukan tiga program terpisah, melainkan satu sistem manajemen rumah sakit.

6.27 Implikasi Manajerial

Pertama, rumah sakit harus menjadikan mutu dan keselamatan pasien sebagai strategi utama, bukan hanya persyaratan akreditasi.

Kedua, direksi perlu memantau indikator mutu dan risiko secara rutin, sejajar dengan indikator keuangan.

Ketiga, rumah sakit harus membangun sistem pelaporan insiden yang aman, mudah, dan berorientasi pembelajaran.

Keempat, RCA harus digunakan untuk kejadian serius dan FMEA digunakan untuk proses berisiko tinggi sebelum insiden terjadi.

Kelima, indikator mutu harus dipilih secara bijak, valid, dan dapat ditindaklanjuti.

Keenam, budaya keselamatan harus dibangun melalui kepemimpinan, komunikasi, pelatihan, dan just culture.

Ketujuh, manajemen risiko harus mencakup risiko klinis dan nonklinis, termasuk teknologi, data, reputasi, bencana, dan keuangan.

Kedelapan, pasien dan keluarga perlu dilibatkan sebagai mitra keselamatan melalui edukasi dan komunikasi yang baik.

Kesembilan, akreditasi harus diposisikan sebagai alat pembelajaran organisasi, bukan ritual administratif.

Kesepuluh, rumah sakit harus bergerak menuju organisasi berkeandalan tinggi yang peka terhadap kegagalan kecil, belajar dari near miss, dan terus memperbaiki sistem.

6.28 Rangkuman Bab

Manajemen mutu, keselamatan pasien, dan risiko rumah sakit merupakan fondasi utama pelayanan rumah sakit modern. Mutu berarti kemampuan rumah sakit memberikan pelayanan yang efektif, aman, berpusat pada pasien, tepat waktu, adil, terintegrasi, dan efisien. Keselamatan pasien adalah inti mutu karena pelayanan yang tidak aman tidak dapat disebut bermutu. Manajemen risiko memperluas perhatian rumah sakit terhadap

potensi kegagalan klinis dan nonklinis yang dapat merugikan pasien, staf, organisasi, dan masyarakat.

Rumah sakit harus melihat mutu sebagai tanggung jawab sistem. Kesalahan individu sering terjadi dalam proses yang tidak dirancang dengan baik. Karena itu, rumah sakit perlu membangun budaya keselamatan, pelaporan insiden, root cause analysis, failure mode and effects analysis, audit klinis, indikator mutu, PDCA, dan pembelajaran organisasi.

Budaya keselamatan pasien menuntut kepemimpinan yang mendukung, pelaporan tanpa ketakutan, pembelajaran dari insiden, komunikasi terbuka, kolaborasi lintas profesi, dan akuntabilitas yang adil. Manajemen risiko harus mencakup risiko klinis, operasional, hukum, finansial, reputasi, teknologi, data, dan bencana.

Inti Bab 6 adalah bahwa rumah sakit yang baik bukan rumah sakit yang tidak pernah mengalami masalah, melainkan rumah sakit yang mampu mengenali risiko, melaporkan insiden, belajar secara jujur, memperbaiki sistem, dan menjaga keselamatan pasien sebagai nilai tertinggi.

Glossarium

Akreditasi Rumah Sakit
Proses penilaian eksternal terhadap rumah sakit untuk menilai pemenuhan standar mutu, keselamatan pasien, tata kelola, dan pelayanan.

Audit Klinis
Evaluasi sistematis terhadap praktik klinis dibandingkan dengan standar untuk meningkatkan mutu pelayanan.

Budaya Keselamatan Pasien
Nilai, sikap, dan perilaku organisasi yang mendukung pelaporan, pembelajaran, dan pencegahan bahaya dalam pelayanan kesehatan.

Clinical Governance
Sistem tata kelola klinis yang memastikan pelayanan diberikan secara aman, efektif, berbasis bukti, etis, dan terus diperbaiki.

Failure Mode and Effects Analysis
Metode proaktif untuk mengidentifikasi kemungkinan kegagalan dalam suatu proses sebelum kegagalan terjadi.

High Alert Medication
Obat yang berisiko tinggi menyebabkan cedera serius bila terjadi kesalahan penggunaan.

High Reliability Organization
Organisasi yang bekerja dalam lingkungan berisiko tinggi tetapi mampu mempertahankan keselamatan melalui kewaspadaan, pembelajaran, dan keandalan sistem.

Indikator Mutu
Ukuran yang digunakan untuk memantau dan mengevaluasi mutu pelayanan.

Insiden Keselamatan Pasien
Kejadian atau situasi yang dapat mengakibatkan atau berpotensi mengakibatkan cedera yang tidak seharusnya terjadi pada pasien.

Just Culture
Budaya organisasi yang menyeimbangkan pembelajaran dari kesalahan dengan akuntabilitas yang adil.

Kejadian Nyaris Cedera
Insiden yang hampir mencapai pasien atau hampir menimbulkan cedera tetapi berhasil dicegah.

Kejadian Tidak Diharapkan
Kejadian yang menyebabkan cedera pada pasien akibat pelayanan kesehatan, bukan karena penyakit dasarnya.

Keselamatan Pasien
Upaya mencegah bahaya yang dapat dihindari selama proses pelayanan kesehatan.

Medication Reconciliation
Proses memastikan daftar obat pasien akurat saat masuk, pindah unit, atau pulang.

Medication Safety
Sistem keamanan penggunaan obat untuk mencegah kesalahan dan cedera akibat obat.

Mutu Pelayanan Kesehatan
Derajat pelayanan kesehatan dalam meningkatkan kemungkinan hasil kesehatan yang diinginkan dan sesuai pengetahuan profesional berbasis bukti.

PDCA
Siklus peningkatan mutu yang terdiri dari Plan, Do, Check, dan Act.

Root Cause Analysis
Metode analisis untuk menemukan akar penyebab insiden dan merancang tindakan perbaikan sistem.

Risk Priority Number
Skor prioritas risiko dalam FMEA yang biasanya dihitung dari tingkat keparahan, kemungkinan terjadi, dan kemampuan deteksi.

Risiko Klinis
Risiko yang langsung berkaitan dengan proses pelayanan pasien.

Risiko Nonklinis
Risiko operasional, hukum, finansial, teknologi, reputasi, lingkungan, atau bencana yang dapat memengaruhi rumah sakit.

Sentinel Event
Kejadian serius yang menyebabkan kematian atau cedera berat dan memerlukan investigasi mendalam.

Daftar Pustaka

Ashley, L., Armitage, G., Neary, M., & Hollingsworth, G. (2010). A practical guide to failure mode and effects analysis in health care: Making the most of the team and its meetings. *The Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety, 36*(8), 351–358. DOI: 10.1016/S1553-7250(10)36053-3

Astier-Peña, M. P., Torijano-Casalengua, M. L., & Olivera-Cañadas, G. (2021). The global patient safety action plan 2021–2030: Identifying actions for safer health care. *Atención Primaria, 53*(Suppl. 1), 102224. DOI: 10.1016/j.aprim.2021.102224

Ayanian, J. Z., & Markel, H. (2016). Donabedian's lasting framework for health care quality. *The New England Journal of Medicine, 375*(3), 205–207. DOI: 10.1056/NEJMp1605101

Berwick, D. M. (2009). What "patient-centered" should mean: Confessions of an extremist. *Health Affairs, 28*(4), w555–w565. DOI: 10.1377/hlthaff.28.4.w555

Carayon, P., Wetterneck, T. B., Rivera-Rodriguez, A. J., Hundt, A. S., Hoonakker, P., Holden, R., & Gurses, A. P. (2014). Human factors systems approach to healthcare quality and patient safety. *Applied Ergonomics, 45*(1), 14–25. DOI: 10.1016/j.apergo.2013.04.023

Chatburn, E., Macrae, C., Carthey, J., & Vincent, C. (2018). Measurement and monitoring of safety: Impact and challenges of putting a conceptual framework into practice. *BMJ Quality & Safety, 27*(10), 818–826. DOI: 10.1136/bmjqs-2017-006995

DeRosier, J., Stalhandske, E., Bagian, J. P., & Nudell, T. (2002). Using health care failure mode and effect analysis: The VA National Center for Patient Safety's prospective risk analysis system. *The Joint Commission Journal on*

Quality Improvement, 28(5), 248–267. DOI: 10.1016/S1070-3241(02)28025-6

Donabedian, A. (1988). The quality of care: How can it be assessed? *JAMA, 260*(12), 1743–1748. DOI: 10.1001/jama.260.12.1743

Haynes, A. B., Weiser, T. G., Berry, W. R., Lipsitz, S. R., Breizat, A.-H. S., Dellinger, E. P., Herbosa, T., Joseph, S., Kibatala, P. L., Lapitan, M. C. M., Merry, A. F., Moorthy, K., Reznick, R. K., Taylor, B., & Gawande, A. A. (2009). A surgical safety checklist to reduce morbidity and mortality in a global population. *The New England Journal of Medicine, 360*(5), 491–499. DOI: 10.1056/NEJMsa0810119

Institute of Medicine. (2000). *To err is human: Building a safer health system*. National Academies Press. Tanpa DOI.

Institute of Medicine. (2001). *Crossing the quality chasm: A new health system for the 21st century*. National Academies Press. Tanpa DOI.

Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2017). *Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 11 Tahun 2017 tentang Keselamatan Pasien*. Tanpa DOI.

Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2022). *Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 24 Tahun 2022 tentang Rekam Medis*. Tanpa DOI.

Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2023). *Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan*. Tanpa DOI.

Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2024). *Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor HK.01.07/MENKES/1596/2024 tentang Standar Akreditasi Rumah Sakit*. Tanpa DOI.

Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2024). *Keputusan Direktur Jenderal Pelayanan Kesehatan Nomor HK.02.02/D/47104/2024 tentang Instrumen Survei Akreditasi Rumah Sakit*. Tanpa DOI.

Kohn, L. T., Corrigan, J. M., & Donaldson, M. S. (Eds.). (2000). *To err is human: Building a safer health system*. National Academies Press. Tanpa DOI.

Kruk, M. E., Gage, A. D., Arsenault, C., Jordan, K., Leslie, H. H., Roder-DeWan, S., Adeyi, O., Barker, P., Daelmans, B., Doubova, S. V., English, M., Elorrio, E. G., Guanais, F., Gureje, O., Hirschhorn, L. R., Jiang, L., Kelley, E., Lemango, E. T., Liljestrand, J., ... Pate, M. (2018). High-quality health systems in the Sustainable Development Goals era: Time for a revolution. *The Lancet Global Health, 6*(11), e1196–e1252. DOI: 10.1016/S2214-109X(18)30386-3

Pronovost, P., Needham, D., Berenholtz, S., Sinopoli, D., Chu, H., Cosgrove, S., Sexton, B., Hyzy, R., Welsh, R., Roth, G., Bander, J., Kepros, J., & Goeschel, C. (2006). An intervention to decrease catheter-related bloodstream infections in the ICU. *The New England Journal of Medicine, 355*(26), 2725–2732. DOI: 10.1056/NEJMoa061115

Reason, J. (2000). Human error: Models and management. *BMJ, 320*(7237), 768–770. DOI: 10.1136/bmj.320.7237.768

Runciman, W., Hibbert, P., Thomson, R., Van Der Schaaf, T., Sherman, H., & Lewalle, P. (2009). Towards an international classification for patient safety: Key concepts and terms. *International Journal for Quality in Health Care, 21*(1), 18–26. DOI: 10.1093/intqhc/mzn057

Shekelle, P. G., Pronovost, P. J., Wachter, R. M., McDonald, K. M., Schoelles, K., Dy, S. M., Shojania, K., Reston, J., Adams, A. S., Angood, P. B., Bates, D. W., Bickman, L., Carayon, P., Donaldson, L., Duan, N., Farley, D. O., Greenhalgh, T., Haughom, J. L., Lake, E., ... Winters, B. D. (2011). Advancing the science of patient safety. *Annals of Internal Medicine, 154*(10), 693–696. DOI: 10.7326/0003-4819-154-10-201105170-00011

Vincent, C., Burnett, S., & Carthey, J. (2014). Safety measurement and monitoring in healthcare. *BMJ Quality & Safety, 23*(8), 670–677. DOI: 10.1136/bmjqs-2013-002757

World Health Organization. (2016). *Framework on integrated, people-centred health services*. Tanpa DOI.

World Health Organization. (2021). *Global patient safety action plan 2021–2030: Towards eliminating avoidable harm in health care*. Tanpa DOI.

World Health Organization. (2025). *Quality health services*. Tanpa DOI.

World Health Organization. (2025). *Quality of care*. Tanpa DOI.

Bab 7. Manajemen Keuangan, Tarif, Klaim, dan Keberlanjutan Rumah Sakit

Oleh: Rudy C Tarumingkeng

Pengantar Manajemen Rumah Sakit



1 HAKIKAT

- Menjamin kelangsungan layanan, mutu, dan keselamatan pasien
- Menyeimbangkan misi sosial dan kesehatan finansial
- Mendukung keputusan strategis berbasis data

2 SUMBER PENDAPATAN RUMAH SAKIT

- JKN/BPJS Kesehatan
- Asuransi swasta
- Pembayaran mandiri
- Kerja sama perusahaan
- Layanan unggulan
- Pendidikan, riset, dan pelatihan

3 KOMPONEN BIAYA UTAMA



4 MANAJEMEN TARIF

- Tarif harus rasional, transparan, dan berbasis biaya
- Memperhatikan mutu layanan, daya beli, regulasi, dan kompetisi
- Sinkron dengan strategi layanan unggulan

5 KLAIM DAN REVENUE CYCLE

Pendaftaran → Pelayanan → Dokumentasi klinis → Coding → Verifikasi → Klaim → Pembayaran → Evaluasi

- Rekam medis lengkap
- Coding akurat
- Klaim tepat waktu

6 INDIKATOR KINERJA KEUANGAN

- Pendapatan operasional
- Cost per case
- Klaim tertunda
- Cash flow
- BOR, ALOS, TOI
- Piutang & efisiensi obat

7 PILAR KEBERLANJUTAN RUMAH SAKIT

- **Efisiensi operasional** — Mengoptimalkan proses dan penggunaan sumber daya
- **Mutu & keselamatan pasien** — Mengutamakan mutu layanan dan keselamatan pasien
- **Inovasi digital** — Pemanfaatan teknologi untuk efisiensi dan nilai tambah
- **Tata kelola & kepatuhan** — Governance kuat, kepatuhan regulasi, dan manajemen risiko

8 PESAN KUNCI

> *Rumah sakit yang berkelanjutan adalah rumah sakit yang sehat secara finansial, bermutu secara klinis, dan bertanggung jawab secara sosial.*



AKUNTABILITAS | EFISIENSI | KEBERLANJUTAN

Sebagai konteks mutakhir, Bab 7 ini merujuk pada kerangka pembiayaan kesehatan untuk UHC dari WHO, regulasi JKN Indonesia, serta standar tarif INA-CBG/Non INA-CBG dalam Permenkes No. 3 Tahun 2023. WHO mendefinisikan UHC sebagai akses terhadap layanan kesehatan bermutu tanpa kesulitan finansial; WHO juga menegaskan bahwa public financial management menentukan bagaimana anggaran kesehatan dibentuk, disalurkan, dipertanggungjawabkan, dan disejajarkan dengan tujuan cakupan kesehatan. Di Indonesia, Perpres No. 59 Tahun 2024 mengubah Perpres No. 82 Tahun 2018 tentang Jaminan Kesehatan, sedangkan Permenkes No. 3 Tahun 2023 mengatur standar tarif pelayanan kesehatan dalam Program Jaminan Kesehatan, termasuk cara bayar FKRTL melalui INA-CBG dan Non INA-CBG. (World Health Organization)

Bab 7. Manajemen Keuangan, Tarif, Klaim, dan Keberlanjutan Rumah Sakit ******

Abstrak

Manajemen keuangan rumah sakit merupakan salah satu fungsi strategis yang menentukan kemampuan rumah sakit dalam menjalankan misi pelayanan, menjaga mutu klinis, menjamin keselamatan pasien, memenuhi kewajiban regulasi, membayar tenaga kesehatan secara layak, mengembangkan fasilitas, serta mempertahankan keberlanjutan organisasi. Rumah sakit bukan hanya institusi pelayanan medis, tetapi juga organisasi dengan struktur biaya tinggi, investasi besar, risiko finansial kompleks, serta hubungan erat dengan sistem pembiayaan kesehatan nasional.

Dalam konteks Indonesia, rumah sakit bekerja di dalam ekosistem pembiayaan yang melibatkan Jaminan Kesehatan Nasional, BPJS Kesehatan,

asuransi swasta, pembayaran mandiri, kerja sama perusahaan, layanan unggulan, pendidikan, penelitian, dan sumber pendapatan lainnya. Sistem tarif dan klaim menjadi isu penting karena memengaruhi arus kas, kesinambungan layanan, efisiensi operasional, dokumentasi klinis, coding, rekam medis, serta hubungan antara mutu pelayanan dan keberlanjutan finansial.

Bab ini membahas manajemen keuangan, tarif, klaim, dan keberlanjutan rumah sakit secara terpadu. Pembahasan meliputi hakikat manajemen keuangan rumah sakit, sumber pendapatan, struktur biaya, penetapan tarif, revenue cycle management, klaim JKN dan asuransi, INA-CBG, coding, rekam medis, pengendalian biaya, cost accounting, activity-based costing, fraud prevention, indikator kinerja keuangan, hubungan antara mutu dan biaya, serta strategi keberlanjutan rumah sakit. Bab ini menekankan bahwa rumah sakit yang berkelanjutan bukan hanya rumah sakit yang memperoleh pendapatan tinggi, melainkan rumah sakit yang sehat secara finansial, bermutu secara klinis, aman bagi pasien, efisien secara operasional, berintegritas secara tata kelola, dan bertanggung jawab secara sosial.

Kata Kunci

Manajemen keuangan rumah sakit; tarif rumah sakit; klaim rumah sakit; INA-CBG; revenue cycle management; BPJS Kesehatan; Jaminan Kesehatan Nasional; cost accounting; activity-based costing; value-based health care; fraud prevention; cash flow; keberlanjutan rumah sakit; efisiensi operasional; tata kelola keuangan rumah sakit.

7.1 Pendahuluan

Rumah sakit adalah organisasi pelayanan kesehatan yang memiliki tanggung jawab kemanusiaan tinggi sekaligus kebutuhan finansial yang besar. Setiap hari rumah sakit harus menyediakan dokter, perawat, obat, bahan medis habis pakai, alat kesehatan, laboratorium, radiologi, listrik, air, gas medis, sistem informasi, keamanan, kebersihan, pemeliharaan gedung, administrasi, klaim, serta berbagai layanan pendukung. Semua unsur tersebut membutuhkan biaya. Karena itu, rumah sakit tidak dapat dikelola hanya dengan semangat pelayanan; ia juga harus dikelola dengan disiplin keuangan yang kuat.

Namun, manajemen keuangan rumah sakit berbeda dari manajemen keuangan perusahaan biasa. Tujuan utama rumah sakit bukan sekadar menghasilkan laba, melainkan memberikan pelayanan kesehatan yang aman, bermutu, manusiawi, terjangkau, dan berkelanjutan. Rumah sakit harus menyeimbangkan misi sosial dan kesehatan finansial. Bila rumah sakit terlalu berorientasi keuntungan, ia dapat kehilangan legitimasi moral. Sebaliknya, bila rumah sakit mengabaikan kesehatan keuangan, ia dapat kehilangan kemampuan melayani.

Dalam sistem kesehatan modern, pembiayaan rumah sakit menjadi semakin kompleks. Pasien tidak selalu membayar langsung seluruh biaya pelayanan. Banyak layanan dibayar melalui asuransi sosial, asuransi swasta, perusahaan, pemerintah, atau skema kerja sama tertentu. Di Indonesia, Jaminan Kesehatan Nasional menjadi salah satu pilar utama pembiayaan pelayanan rumah sakit. Dalam sistem seperti ini, rumah sakit harus memahami mekanisme klaim, coding, tarif paket, verifikasi, regulasi, dan kendali biaya.

Manajemen keuangan rumah sakit bukan hanya tugas direktur keuangan atau bagian akuntansi. Keuangan rumah sakit sangat dipengaruhi oleh keputusan klinis. Lama rawat, pemilihan obat, pemeriksaan laboratorium, penggunaan alat, tindakan operasi, pemakaian ruang ICU, kelengkapan rekam medis, kepatuhan clinical pathway, dan ketepatan coding semuanya

berdampak pada biaya dan pendapatan. Oleh karena itu, manajemen keuangan rumah sakit harus menjadi tanggung jawab lintas profesi.

Rumah sakit yang tidak memahami biaya riil layanan berisiko menetapkan tarif yang tidak rasional. Rumah sakit yang tidak mengelola klaim dengan baik berisiko mengalami piutang besar dan arus kas terganggu. Rumah sakit yang tidak mengendalikan biaya obat dan bahan medis habis pakai berisiko mengalami defisit meskipun jumlah pasien meningkat. Rumah sakit yang terlalu menekan biaya tanpa memperhatikan mutu berisiko membahayakan pasien. Dengan demikian, manajemen keuangan rumah sakit harus selalu dikaitkan dengan mutu, keselamatan, efisiensi, dan nilai bagi pasien.

Bab ini membahas manajemen keuangan, tarif, klaim, dan keberlanjutan rumah sakit sebagai satu kesatuan. Fokusnya bukan hanya "bagaimana rumah sakit memperoleh uang", tetapi "bagaimana rumah sakit menggunakan sumber daya secara bertanggung jawab untuk menghasilkan pelayanan yang bermutu dan berkelanjutan".

7.2 Hakikat Manajemen Keuangan Rumah Sakit

Manajemen keuangan rumah sakit adalah proses perencanaan, pengorganisasian, pengendalian, pemantauan, dan evaluasi sumber daya keuangan rumah sakit agar organisasi dapat menjalankan pelayanan secara bermutu, aman, efisien, patuh regulasi, dan berkelanjutan. Manajemen keuangan mencakup perencanaan anggaran, pengelolaan pendapatan, pengendalian biaya, pengelolaan tarif, manajemen klaim, arus kas, investasi, audit, pelaporan, dan pengendalian risiko finansial.

Dalam rumah sakit, manajemen keuangan memiliki beberapa tujuan utama. Pertama, menjamin keberlangsungan layanan. Rumah sakit harus mampu membayar tenaga, membeli obat, memelihara alat, dan menjalankan operasional harian. Kedua, mendukung mutu dan

keselamatan pasien. Keuangan yang sehat memungkinkan rumah sakit menyediakan fasilitas, pelatihan, alat, sistem informasi, dan lingkungan kerja yang aman. Ketiga, menjaga efisiensi. Rumah sakit harus menghindari pemborosan tanpa mengorbankan mutu. Keempat, mendukung investasi strategis. Rumah sakit perlu mengembangkan layanan, teknologi, dan SDM. Kelima, menjaga akuntabilitas dan integritas. Rumah sakit harus mengelola dana secara transparan dan bertanggung jawab.

Manajemen keuangan rumah sakit harus memahami karakter biaya pelayanan kesehatan. Banyak biaya rumah sakit bersifat tetap atau semi-tetap. Gedung, alat kesehatan, tenaga, sistem informasi, dan utilitas tetap membutuhkan biaya meskipun jumlah pasien naik atau turun. Sebagian biaya bersifat variabel, seperti obat, bahan medis habis pakai, pemeriksaan tertentu, makanan pasien, dan pemakaian alat tertentu. Struktur biaya yang kompleks membuat rumah sakit harus memiliki sistem informasi keuangan yang akurat.

Manajemen keuangan juga harus memahami hubungan antara biaya dan mutu. Dalam beberapa situasi, peningkatan mutu membutuhkan biaya tambahan, misalnya pelatihan staf, alat sterilisasi, sistem informasi, atau penambahan perawat. Namun, mutu yang baik juga dapat menghemat biaya melalui penurunan infeksi, penurunan readmission, pengurangan kesalahan obat, pengurangan lama rawat, dan efisiensi proses. Oleh sebab itu, mutu dan efisiensi tidak selalu bertentangan. Masalahnya adalah bagaimana rumah sakit merancang sistem pelayanan yang menghasilkan nilai tinggi.

7.3 Keunikan Keuangan Rumah Sakit

Keuangan rumah sakit memiliki beberapa keunikan yang membedakannya dari organisasi lain.

Pertama, rumah sakit memiliki **misi ganda**: misi pelayanan sosial dan misi keberlanjutan finansial. Rumah sakit harus melayani pasien, termasuk pasien yang berada dalam kondisi darurat atau rentan. Namun, rumah sakit juga harus menjaga kelangsungan organisasi. Misi ganda ini sering menimbulkan dilema, terutama ketika biaya layanan tinggi tetapi kemampuan bayar pasien atau tarif pembayar terbatas.

Kedua, rumah sakit memiliki **ketidakpastian permintaan**. Jumlah pasien tidak selalu dapat diprediksi. Wabah, bencana, perubahan musim, kecelakaan massal, atau perubahan kebijakan dapat memengaruhi kunjungan. Rumah sakit harus siap menghadapi lonjakan pasien, tetapi juga harus tetap membayar biaya tetap ketika kunjungan menurun.

Ketiga, rumah sakit memiliki **asimetri informasi**. Pasien sering tidak memiliki pengetahuan medis untuk menilai kebutuhan pemeriksaan atau tindakan. Karena itu, keputusan klinis sangat dipengaruhi oleh dokter dan sistem rumah sakit. Asimetri informasi ini menuntut integritas dan tata kelola agar pasien tidak menjadi objek tindakan yang tidak perlu.

Keempat, rumah sakit bekerja dalam **sistem pembayaran pihak ketiga**. Banyak pasien tidak membayar langsung seluruh biaya, melainkan melalui BPJS Kesehatan, asuransi swasta, perusahaan, atau skema lain. Sistem ini membuat rumah sakit harus mengelola klaim, piutang, verifikasi, dan regulasi.

Kelima, rumah sakit memiliki **risiko klinis dan finansial yang saling terkait**. Komplikasi klinis dapat meningkatkan biaya. Kesalahan dokumentasi dapat menyebabkan klaim ditolak. Lama rawat yang tidak terkendali dapat menyebabkan biaya melebihi tarif paket. Infeksi terkait pelayanan kesehatan dapat memperpanjang perawatan dan merugikan pasien serta rumah sakit.

Keenam, rumah sakit memiliki **tekanan investasi teknologi**. Alat kesehatan, sistem informasi, laboratorium, radiologi, dan fasilitas modern membutuhkan modal besar. Namun, investasi tidak selalu menghasilkan

manfaat finansial bila tidak sesuai kebutuhan, utilisasi rendah, atau biaya pemeliharaan tinggi.

Ketujuh, rumah sakit memiliki **tuntutan etika tinggi**. Keputusan keuangan tidak boleh mengorbankan keselamatan pasien. Rumah sakit tidak boleh menetapkan tarif tidak transparan, melakukan tindakan tidak perlu, memanipulasi klaim, atau mengurangi standar keselamatan demi penghematan.

Keunikan tersebut menunjukkan bahwa manajemen keuangan rumah sakit harus dilakukan secara hati-hati, berbasis data, terintegrasi dengan klinis, dan berlandaskan etika.

7.4 Sumber Pendapatan Rumah Sakit

Pendapatan rumah sakit dapat berasal dari berbagai sumber. Diversifikasi sumber pendapatan penting agar rumah sakit tidak terlalu bergantung pada satu skema pembiayaan. Namun, setiap sumber pendapatan memiliki karakter, risiko, dan konsekuensi manajerial sendiri.

7.4.1 Jaminan Kesehatan Nasional dan BPJS Kesehatan

Jaminan Kesehatan Nasional merupakan salah satu sumber utama pembiayaan rumah sakit di Indonesia. Dalam skema ini, rumah sakit bekerja sama dengan BPJS Kesehatan untuk memberikan pelayanan kepada peserta sesuai ketentuan. Pembayaran kepada rumah sakit dilakukan melalui mekanisme tertentu, terutama INA-CBG untuk pelayanan di fasilitas kesehatan rujukan tingkat lanjutan.

Bagi rumah sakit, JKN memberi akses pasien yang luas dan volume pelayanan yang besar. Namun, skema ini juga menuntut disiplin clinical pathway, efisiensi biaya, kelengkapan rekam medis, ketepatan coding, dan manajemen klaim yang kuat. Bila rumah sakit tidak mengelola biaya dan

dokumentasi dengan baik, pelayanan JKN dapat menimbulkan tekanan finansial.

7.4.2 Asuransi Swasta

Asuransi swasta menjadi sumber pendapatan penting, terutama bagi pasien dengan paket manfaat tertentu. Hubungan dengan asuransi swasta biasanya melibatkan kontrak, benefit plan, pre-authorization, plafon biaya, sistem klaim, dan verifikasi. Rumah sakit perlu memastikan bahwa unit pelayanan, keuangan, dan administrasi memahami ketentuan tiap asuransi.

7.4.3 Pembayaran Mandiri

Pembayaran mandiri berasal dari pasien yang membayar langsung. Pada skema ini, transparansi tarif dan komunikasi biaya sangat penting. Pasien perlu memahami estimasi biaya, paket layanan, kemungkinan tambahan biaya, dan pilihan layanan. Ketidakjelasan biaya sering menjadi sumber konflik.

7.4.4 Kerja Sama Perusahaan

Rumah sakit dapat bekerja sama dengan perusahaan untuk pemeriksaan kesehatan karyawan, layanan occupational health, medical check-up, pelayanan kecelakaan kerja, atau kontrak layanan tertentu. Sumber pendapatan ini memerlukan manajemen hubungan bisnis, laporan berkala, standar layanan, dan kepastian tarif.

7.4.5 Layanan Unggulan

Layanan unggulan seperti jantung, kanker, stroke, ibu-anak, bedah minimal invasif, hemodialisis, rehabilitasi, atau layanan eksekutif dapat menjadi sumber pendapatan strategis. Namun, layanan unggulan membutuhkan investasi, SDM, alat, mutu, dan reputasi. Layanan unggulan tidak boleh dibuka hanya karena dianggap menguntungkan; harus ada analisis kebutuhan, kapasitas, biaya, risiko, dan keberlanjutan.

7.4.6 Pendidikan, Penelitian, dan Pelatihan

Rumah sakit pendidikan atau rumah sakit yang bekerja sama dengan institusi akademik dapat memperoleh pendapatan dari pendidikan, pelatihan, penelitian, atau kerja sama akademik. Namun, kegiatan ini harus dikelola dengan tata kelola etik, mutu pembelajaran, dan perlindungan pasien.

7.4.7 Hibah, Donasi, dan Program Sosial

Sebagian rumah sakit, terutama rumah sakit yayasan, keagamaan, atau sosial, dapat memperoleh hibah, donasi, atau dukungan program sosial. Sumber ini dapat membantu layanan sosial, tetapi perlu transparansi, akuntabilitas, dan pelaporan yang baik.

7.5 Struktur Biaya Rumah Sakit

Rumah sakit memiliki struktur biaya yang kompleks. Memahami struktur biaya adalah syarat utama untuk menetapkan tarif, mengendalikan pengeluaran, menilai efisiensi, dan menjaga keberlanjutan.

7.5.1 Biaya SDM

Biaya SDM biasanya menjadi salah satu komponen terbesar. Biaya ini mencakup gaji, insentif, jasa medis, tunjangan, lembur, pelatihan, jaminan sosial, dan pengembangan kompetensi. SDM rumah sakit mencakup dokter, perawat, bidan, apoteker, analis laboratorium, radiografer, tenaga gizi, rekam medis, administrasi, teknisi, keamanan, kebersihan, dan manajemen.

Efisiensi biaya SDM tidak boleh dilakukan secara sembrono. Mengurangi tenaga secara berlebihan dapat meningkatkan risiko keselamatan pasien, burnout, waktu tunggu, dan keluhan. Rumah sakit perlu menggunakan analisis beban kerja untuk menentukan kebutuhan tenaga yang rasional.

7.5.2 Obat dan Bahan Medis Habis Pakai

Obat dan bahan medis habis pakai merupakan komponen biaya yang sangat dinamis. Biaya ini dipengaruhi oleh jenis layanan, clinical pathway, kebijakan formularium, pola resep dokter, harga pemasok, stok, kedaluwarsa, dan penggunaan obat high-cost. Pengendalian obat membutuhkan farmasi klinis, komite farmasi dan terapi, audit penggunaan obat, pengadaan yang baik, serta sistem stok yang akurat.

7.5.3 Alat Kesehatan dan Pemeliharaan

Alat kesehatan membutuhkan investasi awal, pemeliharaan, kalibrasi, suku cadang, pelatihan operator, dan penggantian berkala. Rumah sakit sering tergoda membeli alat canggih untuk meningkatkan citra, tetapi investasi alat harus dihitung berdasarkan kebutuhan pasien, volume layanan, biaya pemeliharaan, tarif, dan utilisasi.

7.5.4 Gedung, Sarana, dan Utilitas

Gedung rumah sakit memerlukan biaya listrik, air, gas medis, pendingin udara, lift, kebersihan, keamanan, pemeliharaan, dan perbaikan. Rumah sakit beroperasi 24 jam sehingga biaya utilitas tinggi. Green hospital dan efisiensi energi dapat membantu mengurangi biaya jangka panjang.

7.5.5 Teknologi Informasi

SIMRS, rekam medis elektronik, jaringan, server, keamanan siber, lisensi perangkat lunak, dan pelatihan digital membutuhkan biaya. Namun, teknologi informasi yang baik dapat meningkatkan efisiensi, mempercepat klaim, mengurangi kesalahan, dan menyediakan data manajemen.

7.5.6 Biaya Administrasi dan Klaim

Proses administrasi, coding, verifikasi, klaim, audit internal, dan pelaporan membutuhkan tenaga dan sistem. Dalam skema pembayaran pihak ketiga, biaya administrasi klaim menjadi bagian penting dari revenue cycle.

7.5.7 Biaya Mutu dan Keselamatan Pasien

Pelatihan, audit, akreditasi, pencegahan infeksi, manajemen risiko, keselamatan obat, dan pelaporan insiden membutuhkan biaya. Namun, biaya mutu harus dilihat sebagai investasi. Kegagalan mutu dapat menimbulkan biaya jauh lebih besar melalui komplikasi, gugatan, kehilangan reputasi, dan pemborosan.

7.6 Biaya Tetap, Biaya Variabel, dan Biaya Semi-Variabel

Dalam analisis keuangan, biaya rumah sakit dapat dibedakan menjadi biaya tetap, biaya variabel, dan biaya semi-variabel.

Biaya tetap adalah biaya yang relatif tidak berubah dalam jangka pendek meskipun volume pasien berubah. Contohnya gaji pegawai tetap, penyusutan gedung, penyusutan alat, sewa, sistem informasi, dan sebagian biaya utilitas dasar. Biaya tetap membuat rumah sakit membutuhkan volume layanan tertentu agar mampu menutup beban operasional.

Biaya variabel adalah biaya yang berubah seiring volume layanan. Contohnya obat, bahan medis habis pakai, reagen laboratorium, makanan pasien, dan beberapa bahan operasi. Semakin banyak pasien atau tindakan, semakin tinggi biaya variabel.

Biaya semi-variabel memiliki unsur tetap dan variabel. Misalnya listrik memiliki komponen dasar dan komponen pemakaian. Tenaga kerja dapat menjadi semi-variabel bila ada lembur atau tenaga kontrak berdasarkan volume.

Pemahaman biaya ini penting untuk menghitung break-even point, margin kontribusi, dan dampak perubahan volume layanan. Rumah sakit dengan biaya tetap besar harus menjaga utilisasi layanan. Namun, peningkatan volume tidak selalu menguntungkan bila tarif tidak menutup biaya variabel atau bila volume menyebabkan penurunan mutu.

7.7 Manajemen Tarif Rumah Sakit

Tarif adalah harga atau nilai pembayaran atas pelayanan rumah sakit. Tarif memiliki fungsi finansial, strategis, sosial, dan etis. Tarif harus cukup untuk mendukung keberlanjutan rumah sakit, tetapi juga harus rasional, transparan, adil, dan sesuai regulasi.

Penetapan tarif rumah sakit harus mempertimbangkan beberapa faktor. Pertama, **biaya riil pelayanan**. Rumah sakit harus mengetahui biaya langsung dan tidak langsung. Kedua, **mutu dan kompleksitas layanan**. Layanan dengan risiko tinggi dan kebutuhan SDM khusus biasanya memiliki biaya lebih besar. Ketiga, **daya beli masyarakat**. Tarif yang terlalu tinggi dapat membatasi akses. Keempat, **regulasi dan standar tarif**. Rumah sakit harus mengikuti ketentuan yang berlaku, terutama dalam program jaminan kesehatan. Kelima, **posisi strategis rumah sakit**. Rumah sakit yang mengembangkan layanan unggulan perlu menetapkan tarif yang mendukung investasi, tetapi tetap etis. Keenam, **kompetisi dan pasar layanan kesehatan**. Tarif harus mempertimbangkan tarif rumah sakit lain, tetapi tidak boleh menjadi perang harga yang merusak mutu.

Tarif yang baik harus transparan. Pasien perlu memperoleh informasi biaya secara jelas, terutama untuk pembayaran mandiri dan layanan yang memiliki kemungkinan tambahan biaya. Ketidakjelasan biaya dapat menimbulkan konflik, terutama ketika pasien atau keluarga merasa tidak diberi informasi sejak awal.

Rumah sakit juga perlu membedakan tarif internal, tarif publik, tarif kontrak asuransi, tarif paket, dan tarif program tertentu. Sistem tarif yang terlalu rumit dapat menyulitkan administrasi dan menimbulkan kesalahan. Karena itu, manajemen tarif harus didukung sistem informasi yang baik.

7.8 Tarif Berbasis Biaya dan Tarif Berbasis Nilai

Secara tradisional, tarif sering ditetapkan berdasarkan biaya ditambah margin tertentu. Pendekatan ini disebut cost-plus pricing. Dalam rumah sakit, pendekatan ini berguna untuk memastikan tarif tidak berada di bawah biaya riil. Namun, pendekatan ini dapat mendorong inefisiensi bila semua biaya, termasuk pemborosan, langsung dibebankan ke tarif.

Tarif berbasis biaya perlu dilengkapi dengan analisis nilai. Dalam pelayanan kesehatan, nilai adalah hasil kesehatan yang dicapai dibandingkan biaya yang dikeluarkan. Rumah sakit perlu bertanya: apakah biaya ini menghasilkan manfaat klinis bagi pasien? Apakah pemeriksaan ini perlu? Apakah obat ini memberikan hasil lebih baik? Apakah lama rawat ini sesuai kondisi klinis? Apakah proses ini efisien?

Pendekatan value-based health care mendorong rumah sakit mengukur outcome dan biaya per episode pelayanan. Misalnya, layanan operasi tidak hanya dilihat dari tarif operasi, tetapi dari keseluruhan biaya mulai dari persiapan, tindakan, rawat inap, komplikasi, rehabilitasi, dan readmission. Dengan cara ini, rumah sakit dapat melihat nilai secara lebih utuh.

Tarif berbasis nilai tidak berarti tarif selalu lebih murah. Beberapa layanan bermutu tinggi memang membutuhkan biaya besar. Namun, biaya tersebut harus sebanding dengan hasil kesehatan yang diperoleh pasien. Rumah sakit perlu menghindari dua ekstrem: layanan murah tetapi bermutu rendah, atau layanan mahal tanpa manfaat klinis yang jelas.

7.9 Cost Accounting dalam Rumah Sakit

Cost accounting atau akuntansi biaya adalah sistem untuk mengidentifikasi, mengukur, mengalokasikan, dan menganalisis biaya layanan. Rumah sakit membutuhkan akuntansi biaya untuk mengetahui berapa biaya riil setiap layanan, unit, tindakan, paket, atau episode perawatan.

Tanpa akuntansi biaya, rumah sakit dapat mengambil keputusan berdasarkan perkiraan. Misalnya, rumah sakit menganggap layanan tertentu menguntungkan karena pendapatannya besar, padahal biaya obat, alat, dan lama rawat membuat margin negatif. Sebaliknya, layanan yang tampak kecil mungkin memberikan kontribusi baik karena biaya terkendali dan volume stabil.

Akuntansi biaya rumah sakit harus mampu membedakan biaya langsung dan tidak langsung. Biaya langsung adalah biaya yang dapat ditelusuri langsung ke layanan, seperti obat, bahan medis, reagen, dan alat sekali pakai. Biaya tidak langsung adalah biaya yang mendukung layanan tetapi tidak mudah ditelusuri langsung, seperti administrasi, listrik, kebersihan, keamanan, dan manajemen.

Metode alokasi biaya menjadi tantangan besar. Jika alokasi terlalu sederhana, biaya unit dapat tidak akurat. Misalnya, membagi semua biaya overhead berdasarkan jumlah pasien dapat merugikan unit tertentu dan menguntungkan unit lain secara tidak tepat. Rumah sakit membutuhkan metode yang lebih cermat.

7.10 Activity-Based Costing dan Time-Driven Activity-Based Costing

Activity-Based Costing atau ABC adalah metode akuntansi biaya yang menelusuri biaya berdasarkan aktivitas. Dalam rumah sakit, ABC membantu memahami aktivitas apa saja yang menyerap sumber daya dalam suatu layanan. Misalnya, layanan operasi mencakup pendaftaran, asesmen, laboratorium, anestesi, tindakan, alat, CSSD, recovery room, rawat inap, obat, dan dokumentasi.

Time-Driven Activity-Based Costing atau TDABC merupakan pengembangan yang menggunakan waktu sebagai dasar utama pengukuran pemakaian sumber daya. TDABC menghitung biaya berdasarkan kapasitas sumber daya dan waktu yang digunakan dalam

proses pelayanan. Metode ini cocok untuk pelayanan kesehatan karena pasien bergerak melalui berbagai aktivitas yang memerlukan waktu tenaga dan fasilitas.

Contohnya, untuk menghitung biaya layanan kemoterapi, rumah sakit dapat memetakan proses: pendaftaran, konsultasi dokter, pemeriksaan laboratorium, verifikasi farmasi, pencampuran obat, pemberian obat, observasi, edukasi, dan administrasi klaim. Setiap aktivitas membutuhkan waktu tenaga dan sumber daya. TDABC membantu menunjukkan aktivitas mana yang mahal, lambat, atau tidak efisien.

Manfaat ABC dan TDABC adalah meningkatkan transparansi biaya, mendukung penetapan tarif, mengidentifikasi pemborosan, memperbaiki proses, dan mendukung value-based care. Namun, implementasinya membutuhkan data yang baik, keterlibatan unit, pemetaan proses, dan dukungan manajemen. Tanpa data dan komitmen, metode ini dapat menjadi proyek administratif yang sulit dipertahankan.

7.11 Revenue Cycle Management

Revenue cycle management adalah proses mengelola seluruh siklus pendapatan rumah sakit mulai dari pasien mengakses layanan sampai pembayaran diterima. Dalam rumah sakit, siklus pendapatan tidak dimulai di kasir, tetapi sejak pendaftaran dan verifikasi awal.

Tahapan revenue cycle meliputi:

1. **Pendaftaran dan verifikasi identitas pasien.**
   Data pasien harus benar karena kesalahan identitas dapat memengaruhi rekam medis, klaim, dan keselamatan.
2. **Verifikasi penjamin atau pembayar.**
   Rumah sakit perlu memastikan status BPJS, asuransi, perusahaan, atau pembayaran mandiri.

3. **Pelayanan klinis.**
   Layanan harus diberikan sesuai indikasi, standar, dan regulasi.
4. **Dokumentasi klinis.**
   Dokter, perawat, dan tenaga kesehatan harus mencatat diagnosis, tindakan, obat, hasil pemeriksaan, dan rencana perawatan secara lengkap.
5. **Coding.**
   Diagnosis dan prosedur dikodekan sesuai sistem yang berlaku.
6. **Verifikasi internal.**
   Rumah sakit memeriksa kelengkapan dokumen dan kesesuaian klaim.
7. **Pengajuan klaim.**
   Klaim diajukan kepada BPJS, asuransi, perusahaan, atau pembayar lain.
8. **Verifikasi eksternal.**
   Pembayar memeriksa klaim.
9. **Pembayaran.**
   Rumah sakit menerima pembayaran.
10. **Evaluasi dan rekonsiliasi.**
    Rumah sakit menganalisis klaim tertunda, ditolak, selisih bayar, dan penyebab masalah.

Revenue cycle yang lemah dapat menyebabkan arus kas terganggu. Kesalahan kecil di awal, seperti data pasien salah atau dokumen tidak lengkap, dapat menyebabkan klaim tertunda. Karena itu, revenue cycle management membutuhkan koordinasi klinis, administrasi, rekam medis, coding, keuangan, dan IT.

7.12 Klaim Rumah Sakit dan Pentingnya Dokumentasi Klinis

Klaim adalah permintaan pembayaran atas pelayanan yang telah diberikan rumah sakit kepada pihak penjamin atau pembayar. Dalam sistem klaim, dokumentasi klinis menjadi sangat penting. Klaim yang baik harus didukung oleh rekam medis yang lengkap, diagnosis jelas, tindakan tercatat, hasil pemeriksaan tersedia, dan coding sesuai.

Dokumentasi klinis memiliki beberapa fungsi. Pertama, sebagai alat komunikasi antarprofesi. Kedua, sebagai bukti pelayanan. Ketiga, sebagai dasar klaim. Keempat, sebagai sumber data mutu. Kelima, sebagai bukti hukum. Keenam, sebagai bahan penelitian dan evaluasi.

Masalah klaim sering terjadi bukan karena pelayanan tidak diberikan, tetapi karena dokumentasi tidak lengkap atau tidak konsisten. Misalnya, dokter memberikan tindakan tetapi tidak mencatat dengan lengkap. Diagnosis sekunder tidak ditulis. Hasil pemeriksaan tidak dilampirkan. Resume medis terlambat. Tanda tangan tidak lengkap. Coding tidak sesuai informasi klinis. Akibatnya, klaim dapat tertunda, dikembalikan, atau ditolak.

Oleh karena itu, manajemen klaim bukan hanya tugas bagian keuangan. Dokter, perawat, rekam medis, coder, farmasi, laboratorium, dan unit pelayanan harus memahami dampak dokumentasi terhadap klaim. Rumah sakit perlu membangun clinical documentation improvement, yaitu upaya memperbaiki kualitas dokumentasi klinis agar mencerminkan kondisi pasien dan layanan yang diberikan secara akurat.

7.13 INA-CBG dan Implikasi Manajerial

INA-CBG adalah sistem pembayaran berbasis kelompok diagnosis atau case-based groups dalam JKN untuk fasilitas kesehatan rujukan tingkat lanjutan. Dalam sistem ini, pembayaran untuk suatu episode pelayanan ditentukan berdasarkan kelompok kasus, tingkat keparahan, kelas rumah sakit, regionalisasi, dan ketentuan tarif yang berlaku. Rumah sakit

menerima pembayaran paket, bukan pembayaran per item layanan secara penuh.

Implikasi manajerial INA-CBG sangat besar. Pertama, rumah sakit harus mengendalikan biaya per episode. Bila biaya pelayanan melebihi tarif paket, rumah sakit dapat mengalami kerugian. Kedua, rumah sakit harus meningkatkan efisiensi tanpa menurunkan mutu. Ketiga, clinical pathway menjadi penting agar pelayanan konsisten dan sesuai indikasi. Keempat, dokumentasi dan coding harus akurat karena menentukan kelompok tarif. Kelima, rumah sakit harus memantau kasus-kasus dengan selisih negatif tinggi untuk mencari penyebabnya.

INA-CBG mendorong rumah sakit bergerak dari fee-for-service menuju paket pelayanan. Dalam fee-for-service, semakin banyak tindakan atau pemeriksaan dapat meningkatkan pendapatan. Dalam case-based payment, rumah sakit terdorong menghindari pemborosan karena pembayaran sudah ditentukan. Namun, sistem ini juga memiliki risiko bila rumah sakit menekan biaya secara berlebihan atau memulangkan pasien terlalu cepat. Karena itu, indikator mutu dan readmission harus dipantau.

Dalam konteks ini, clinical governance dan financial governance harus berjalan bersama. Dokter perlu memahami bahwa keputusan klinis berdampak pada biaya, tetapi manajemen juga harus menghormati kebutuhan klinis pasien. Dialog antara klinisi, manajemen, coder, farmasi, dan keuangan sangat penting.

7.14 Coding, Casemix, dan Peran Coder

Coding adalah proses menerjemahkan diagnosis dan prosedur klinis ke dalam kode standar. Dalam sistem casemix, coding menentukan kelompok kasus dan besaran klaim. Karena itu, coding memiliki peran strategis dalam manajemen keuangan rumah sakit.

Coder tidak dapat bekerja dengan baik bila dokumentasi klinis buruk. Jika diagnosis tidak jelas, coder harus melakukan klarifikasi. Bila dokter tidak menulis komorbid atau komplikasi yang relevan, kelompok kasus dapat tidak mencerminkan tingkat keparahan pasien. Bila tindakan tidak tercatat, klaim dapat tidak sesuai.

Namun, coding harus dilakukan dengan integritas. Rumah sakit tidak boleh melakukan upcoding, yaitu menaikkan kode secara tidak sesuai untuk memperoleh pembayaran lebih tinggi. Coding harus mencerminkan kondisi klinis nyata dan layanan yang benar-benar diberikan. Manipulasi coding termasuk risiko fraud dan dapat merusak reputasi serta menimbulkan konsekuensi hukum.

Rumah sakit perlu memperkuat kerja sama antara dokter, coder, rekam medis, verifikator internal, dan manajemen klaim. Pelatihan coding, audit coding, clinical documentation improvement, dan feedback kepada dokter sangat penting. Coding yang baik bukan manipulasi klaim, tetapi representasi akurat pelayanan.

7.15 Klaim Tertunda, Klaim Ditolak, dan Arus Kas

Klaim tertunda dan klaim ditolak dapat mengganggu arus kas rumah sakit. Rumah sakit harus membayar gaji, obat, alat, listrik, dan operasional secara rutin. Bila pembayaran klaim terlambat, rumah sakit dapat mengalami kesulitan likuiditas meskipun secara akuntansi memiliki piutang besar.

Penyebab klaim tertunda atau ditolak dapat mencakup dokumen tidak lengkap, kesalahan data pasien, ketidaksesuaian diagnosis dan tindakan, coding tidak tepat, indikasi medis tidak jelas, resume medis terlambat, atau perbedaan interpretasi dengan pembayar. Untuk mengatasi hal ini, rumah sakit perlu memiliki sistem verifikasi internal sebelum klaim diajukan.

Manajemen arus kas harus memantau beberapa indikator: nilai klaim diajukan, nilai klaim dibayar, nilai klaim tertunda, umur piutang, persentase

klaim ditolak, waktu rata-rata pembayaran, dan penyebab pengembalian klaim. Data ini harus dibahas dalam rapat manajemen karena berdampak langsung pada keberlanjutan rumah sakit.

Pencegahan klaim tertunda dimulai dari pelayanan. Pendaftaran harus benar. Dokter harus mendokumentasikan diagnosis dan tindakan. Perawat harus melengkapi asuhan. Rekam medis harus cepat. Coder harus akurat. Keuangan harus melakukan verifikasi. IT harus mendukung data. Dengan kata lain, klaim adalah hasil akhir dari proses lintas unit.

7.16 Pengendalian Biaya Rumah Sakit

Pengendalian biaya adalah upaya mengelola pengeluaran agar rumah sakit dapat beroperasi secara efisien tanpa mengorbankan mutu dan keselamatan pasien. Pengendalian biaya bukan sekadar pemotongan biaya. Pemotongan biaya yang salah dapat merusak pelayanan. Pengendalian biaya yang baik menghilangkan pemborosan, memperbaiki proses, dan mengarahkan sumber daya ke aktivitas bernilai.

Area pengendalian biaya rumah sakit mencakup obat dan bahan medis, lama rawat, pemeriksaan penunjang, penggunaan alat, jadwal operasi, utilisasi tempat tidur, pengadaan, energi, tenaga kerja, dan administrasi.

Pengendalian obat dapat dilakukan melalui formularium, audit resep, farmasi klinis, pengadaan terencana, monitoring stok, pencegahan kedaluwarsa, dan penggunaan antibiotik rasional. Pengendalian lama rawat dapat dilakukan melalui clinical pathway, discharge planning, koordinasi penunjang, dan pencegahan komplikasi. Pengendalian pemeriksaan penunjang dapat dilakukan dengan panduan indikasi dan audit. Pengendalian energi dapat dilakukan melalui efisiensi listrik, air, dan sistem bangunan.

Namun, pengendalian biaya harus selalu disertai indikator mutu. Menurunkan biaya obat tidak boleh menyebabkan terapi kurang efektif.

Menurunkan lama rawat tidak boleh meningkatkan readmission. Mengurangi tenaga tidak boleh meningkatkan insiden keselamatan pasien. Oleh karena itu, pengendalian biaya harus dikelola bersama komite mutu, komite medik, keperawatan, farmasi, dan keuangan.

7.17 Pengadaan, Persediaan, dan Rantai Pasok

Rantai pasok rumah sakit sangat memengaruhi keuangan dan mutu layanan. Obat, bahan medis habis pakai, alat kesehatan, reagen laboratorium, linen, makanan, dan peralatan umum harus tersedia tepat jumlah, tepat waktu, tepat mutu, dan tepat harga.

Kekurangan stok dapat membahayakan pasien. Stok berlebihan dapat menyebabkan biaya penyimpanan, kedaluwarsa, dan pemborosan. Pengadaan yang tidak transparan dapat menimbulkan konflik kepentingan dan fraud. Oleh karena itu, manajemen persediaan harus berbasis data.

Rumah sakit perlu memantau fast-moving items, slow-moving items, dead stock, obat kedaluwarsa, stockout, lead time pemasok, dan harga pembelian. Sistem informasi stok harus terintegrasi dengan pelayanan agar kebutuhan dapat diprediksi. Formularium rumah sakit membantu mengendalikan variasi obat. Komite farmasi dan terapi berperan dalam memastikan penggunaan obat rasional.

Pengadaan alat kesehatan juga membutuhkan analisis kelayakan. Rumah sakit harus menghitung kebutuhan klinis, volume pasien, biaya pembelian, biaya pemeliharaan, ketersediaan operator, tarif layanan, risiko teknologi usang, dan dampak mutu. Pembelian alat yang tidak digunakan optimal dapat menjadi beban finansial.

7.18 Investasi Strategis Rumah Sakit

Rumah sakit harus berinvestasi untuk berkembang. Investasi dapat berupa gedung, alat kesehatan, teknologi informasi, SDM, layanan baru, pendidikan, penelitian, dan mutu. Namun, investasi harus dipilih secara strategis.

Analisis investasi rumah sakit perlu mempertimbangkan beberapa aspek. Pertama, kesesuaian dengan visi dan strategi rumah sakit. Kedua, kebutuhan pasien dan masyarakat. Ketiga, proyeksi volume layanan. Keempat, biaya investasi dan pemeliharaan. Kelima, tarif dan pendapatan potensial. Keenam, risiko klinis dan operasional. Ketujuh, kebutuhan SDM. Kedelapan, dampak mutu dan reputasi. Kesembilan, payback period dan kelayakan finansial. Kesepuluh, dampak sosial.

Tidak semua investasi penting menghasilkan keuntungan langsung. Investasi keselamatan pasien, pencegahan infeksi, sistem informasi, atau pelatihan SDM mungkin tidak langsung meningkatkan pendapatan, tetapi dapat mengurangi risiko, meningkatkan mutu, dan memperkuat kepercayaan.

Rumah sakit harus menghindari investasi berbasis gengsi. Alat canggih yang jarang digunakan dapat membebani keuangan. Layanan unggulan yang dibuka tanpa dokter kompeten dan jejaring rujukan dapat gagal. Investasi harus berbasis evidence, kebutuhan, strategi, dan analisis biaya-manfaat.

7.19 Fraud, Waste, dan Abuse dalam Keuangan Rumah Sakit

Fraud, waste, dan abuse merupakan risiko serius dalam pembiayaan rumah sakit. **Fraud** adalah tindakan sengaja untuk memperoleh keuntungan tidak sah. **Waste** adalah pemborosan sumber daya akibat proses tidak efisien atau penggunaan yang tidak perlu. **Abuse** adalah praktik yang tidak selalu terbukti sebagai fraud, tetapi tidak sesuai standar atau merugikan sistem.

Contoh fraud dapat mencakup klaim fiktif, manipulasi diagnosis, upcoding tidak sesuai, tindakan yang tidak dilakukan tetapi diklaim, mark-up pengadaan, gratifikasi pemasok, atau pemalsuan dokumen. Contoh waste adalah pemeriksaan berulang tanpa indikasi, obat kedaluwarsa karena stok buruk, waktu tunggu panjang yang memperpanjang rawat, atau alat mahal yang jarang digunakan. Contoh abuse adalah pola tindakan berlebihan yang tidak sesuai indikasi meskipun sulit dibuktikan sebagai kesengajaan.

Pencegahan fraud membutuhkan tata kelola. Rumah sakit perlu memiliki kode etik, kebijakan konflik kepentingan, audit internal, audit klaim, sistem whistleblowing, pemisahan fungsi, transparansi pengadaan, dan pengawasan manajemen. Budaya integritas harus dibangun dari pimpinan.

Rumah sakit juga harus berhati-hati agar pengendalian fraud tidak menghambat pelayanan. Sistem verifikasi harus kuat tetapi tidak berlebihan sehingga memperlambat pasien. Tujuannya adalah memastikan klaim benar, pelayanan sesuai indikasi, dan dana digunakan untuk kepentingan pasien.

7.20 Hubungan Mutu, Biaya, dan Nilai Pasien

Dalam manajemen rumah sakit, ada anggapan bahwa mutu selalu meningkatkan biaya. Anggapan ini tidak sepenuhnya benar. Beberapa peningkatan mutu memang membutuhkan investasi, tetapi mutu yang baik juga dapat menurunkan biaya melalui pencegahan komplikasi, infeksi, kesalahan obat, readmission, dan lama rawat berlebihan.

Contohnya, program pencegahan infeksi mungkin membutuhkan biaya pelatihan, audit, dan fasilitas hand hygiene. Namun, bila program ini menurunkan infeksi, rumah sakit menghemat biaya antibiotik, lama rawat, tindakan tambahan, dan risiko litigasi. Demikian pula, discharge planning membutuhkan waktu staf, tetapi dapat mengurangi readmission. Farmasi

klinis membutuhkan tenaga apoteker, tetapi dapat mencegah kesalahan obat dan terapi tidak perlu.

Konsep value-based health care membantu rumah sakit melihat hubungan antara outcome dan biaya. Nilai bukan berarti pelayanan termurah, tetapi pelayanan yang menghasilkan hasil kesehatan terbaik dengan penggunaan sumber daya yang rasional. Rumah sakit harus mengukur outcome klinis dan biaya per episode, bukan hanya pendapatan per unit.

Hubungan mutu dan biaya harus menjadi dialog antara klinisi dan manajemen. Dokter memahami kebutuhan klinis pasien. Manajemen memahami keterbatasan sumber daya. Keduanya harus bekerja sama untuk menghasilkan pelayanan yang efektif, aman, dan efisien.

7.21 Indikator Kinerja Keuangan Rumah Sakit

Indikator kinerja keuangan membantu rumah sakit memantau kesehatan finansial. Beberapa indikator penting antara lain:

Pendapatan operasional menunjukkan total pendapatan dari layanan rumah sakit. Namun, pendapatan harus dibaca bersama biaya dan margin.

Biaya operasional menunjukkan total biaya yang dikeluarkan untuk menjalankan pelayanan.

Margin operasional menunjukkan selisih pendapatan dan biaya operasional. Margin positif memberi ruang investasi dan pengembangan.

Cost per case menunjukkan biaya rata-rata per kasus atau episode layanan. Indikator ini penting dalam sistem tarif paket.

Cost per patient day menunjukkan biaya per hari rawat. Berguna untuk analisis rawat inap.

Klaim tertunda menunjukkan nilai klaim yang belum dibayar atau dikembalikan.

Days in accounts receivable menunjukkan rata-rata waktu piutang tertagih.

Cash flow menunjukkan arus kas masuk dan keluar. Rumah sakit dapat tampak untung secara akuntansi tetapi mengalami masalah kas bila piutang besar.

BOR, ALOS, TOI, dan BTO adalah indikator utilisasi tempat tidur yang juga berdampak finansial.

Piutang dan aging piutang menunjukkan risiko likuiditas.

Inventory turnover menunjukkan efisiensi persediaan obat dan bahan medis.

Rasio biaya obat terhadap pendapatan layanan membantu memantau efisiensi farmasi.

Utilisasi alat membantu menilai apakah investasi alat digunakan optimal.

Indikator keuangan harus dikaitkan dengan indikator mutu. Margin yang baik tetapi keluhan tinggi, infeksi meningkat, atau staf burnout bukan keberhasilan sejati. Sebaliknya, mutu baik tetapi defisit terus-menerus juga mengancam keberlanjutan. Rumah sakit membutuhkan dashboard seimbang.

7.22 Manajemen Arus Kas

Arus kas adalah darah kehidupan rumah sakit. Rumah sakit membutuhkan kas untuk membayar gaji, obat, pemasok, listrik, pemeliharaan, pajak, dan kewajiban lain. Masalah kas dapat mengganggu pelayanan meskipun rumah sakit memiliki pendapatan akrual yang besar.

Manajemen arus kas mencakup proyeksi kas masuk, proyeksi kas keluar, pengelolaan piutang, pengendalian persediaan, penjadwalan pembayaran,

dana cadangan, dan prioritas belanja. Rumah sakit harus memiliki laporan kas secara rutin, bukan hanya laporan laba rugi.

Dalam sistem klaim, keterlambatan pembayaran dapat memengaruhi kas. Karena itu, klaim harus diajukan tepat waktu dan lengkap. Piutang harus dipantau berdasarkan umur. Pemasok perlu dikelola dengan kontrak yang jelas. Pengeluaran besar harus direncanakan.

Rumah sakit juga perlu memiliki dana kontinjensi untuk krisis. Pandemi, bencana, gangguan pasokan, atau penurunan kunjungan dapat mengganggu pendapatan. Rumah sakit yang tidak memiliki cadangan kas akan lebih rentan.

7.23 Keberlanjutan Rumah Sakit

Keberlanjutan rumah sakit berarti kemampuan rumah sakit menjalankan misi pelayanan secara terus-menerus dengan mutu, keselamatan, efisiensi, kesehatan finansial, tata kelola, dan tanggung jawab sosial. Keberlanjutan bukan hanya soal laba, tetapi kemampuan organisasi bertahan dan berkembang tanpa mengorbankan pasien, staf, masyarakat, atau masa depan.

Keberlanjutan rumah sakit memiliki beberapa dimensi.

Pertama, **keberlanjutan finansial**. Rumah sakit harus memiliki pendapatan cukup, biaya terkendali, arus kas sehat, dan investasi rasional.

Kedua, **keberlanjutan klinis**. Rumah sakit harus menjaga mutu, keselamatan pasien, kompetensi tenaga, dan hasil pelayanan.

Ketiga, **keberlanjutan SDM**. Rumah sakit harus menjaga kesejahteraan, kompetensi, retensi, dan engagement pegawai.

Keempat, **keberlanjutan operasional**. Rumah sakit harus memiliki rantai pasok, fasilitas, sistem informasi, dan proses yang andal.

Kelima, **keberlanjutan sosial**. Rumah sakit harus menjaga kepercayaan publik, akses, misi sosial, dan etika pelayanan.

Keenam, **keberlanjutan lingkungan**. Rumah sakit harus mengelola limbah, energi, air, dan dampak lingkungan secara bertanggung jawab.

Ketujuh, **keberlanjutan tata kelola**. Rumah sakit harus memiliki akuntabilitas, transparansi, manajemen risiko, audit, dan kepatuhan.

Rumah sakit yang berkelanjutan bukan rumah sakit yang hanya besar, tetapi rumah sakit yang mampu menjaga keseimbangan antara pelayanan, keuangan, manusia, teknologi, lingkungan, dan kepercayaan.

7.24 Strategi Keberlanjutan Finansial Rumah Sakit

Ada beberapa strategi untuk memperkuat keberlanjutan finansial rumah sakit.

Pertama, memperkuat revenue cycle management. Klaim harus lengkap, tepat waktu, dan akurat. Piutang harus dipantau. Penolakan klaim harus dianalisis.

Kedua, menerapkan cost accounting. Rumah sakit harus mengetahui biaya riil layanan agar dapat menetapkan tarif, mengendalikan biaya, dan mengevaluasi layanan.

Ketiga, mengembangkan clinical pathway. Pathway membantu mengurangi variasi tidak perlu, mengendalikan biaya, dan menjaga mutu.

Keempat, memperkuat farmasi klinis dan manajemen obat. Obat adalah komponen biaya besar dan risiko keselamatan tinggi.

Kelima, mengoptimalkan utilisasi aset. Alat mahal harus digunakan sesuai kapasitas. Ruang operasi, tempat tidur, laboratorium, dan radiologi perlu dikelola efisien.

Keenam, mengembangkan layanan unggulan berbasis kebutuhan. Layanan unggulan harus sesuai strategi dan memiliki analisis kelayakan.

Ketujuh, memperkuat digitalisasi. SIMRS, rekam medis elektronik, e-claim, dashboard, dan analitik data dapat meningkatkan efisiensi.

Kedelapan, mencegah fraud dan pemborosan. Audit internal, pengadaan transparan, dan budaya integritas sangat penting.

Kesembilan, meningkatkan mutu dan keselamatan. Komplikasi dan insiden menciptakan biaya tersembunyi yang besar.

Kesepuluh, membangun kemitraan. Kerja sama dengan puskesmas, klinik, asuransi, perusahaan, universitas, dan komunitas dapat memperluas nilai layanan.

7.25 Digitalisasi Keuangan Rumah Sakit

Digitalisasi keuangan rumah sakit mencakup billing system, e-claim, integrasi SIMRS, rekam medis elektronik, dashboard pendapatan, dashboard biaya, inventory system, e-procurement, dan analitik klaim. Digitalisasi dapat mempercepat proses, mengurangi kesalahan, meningkatkan transparansi, dan menyediakan data real-time.

Namun, digitalisasi bukan hanya memasang aplikasi. Rumah sakit harus memperbaiki proses kerja. Jika proses manual yang buruk hanya dipindahkan ke sistem digital, masalah tetap terjadi. Digitalisasi harus dimulai dari pemetaan proses, kebutuhan data, alur persetujuan, integrasi unit, pelatihan staf, dan keamanan informasi.

Digitalisasi juga membantu deteksi risiko keuangan. Data klaim dapat dianalisis untuk melihat pola klaim tertunda, kasus defisit, variasi biaya antar dokter, penggunaan obat mahal, atau potensi fraud. Data persediaan dapat membantu mencegah stockout dan kedaluwarsa. Data billing dapat membantu transparansi biaya kepada pasien.

Namun, data keuangan dan data pasien harus dilindungi. Keamanan siber menjadi bagian penting dari tata kelola keuangan. Kebocoran data dapat menimbulkan kerugian finansial dan reputasi.

7.26 Transparansi dan Etika Keuangan

Rumah sakit harus mengelola keuangan dengan transparansi dan etika. Transparansi diperlukan dalam tarif, estimasi biaya, klaim, pengadaan, laporan keuangan, dan penggunaan dana. Pasien berhak memperoleh informasi biaya yang jelas, terutama untuk layanan mandiri atau layanan yang tidak dijamin penuh.

Etika keuangan rumah sakit mencakup beberapa prinsip. Pertama, tidak melakukan tindakan yang tidak perlu demi pendapatan. Kedua, tidak memanipulasi klaim. Ketiga, tidak menetapkan biaya tersembunyi. Keempat, tidak melakukan pengadaan dengan konflik kepentingan. Kelima, tidak mengurangi standar keselamatan demi penghematan. Keenam, memperlakukan pasien secara adil.

Transparansi juga penting bagi staf. Sistem remunerasi yang tidak jelas dapat menimbulkan konflik. Pengadaan yang tidak transparan dapat menimbulkan kecurigaan. Laporan keuangan yang tidak dibagikan kepada pimpinan unit dapat membuat unit tidak memahami realitas organisasi.

Rumah sakit yang beretika akan lebih dipercaya. Dalam pelayanan kesehatan, kepercayaan publik adalah modal strategis yang tidak dapat dibeli hanya dengan promosi.

7.27 Ilustrasi Kasus: Rumah Sakit Ramai tetapi Defisit

Sebuah rumah sakit umum mengalami peningkatan jumlah pasien rawat jalan dan rawat inap selama dua tahun. Direksi awalnya merasa optimis

karena volume pelayanan meningkat. Namun, laporan keuangan menunjukkan defisit. Arus kas menurun, piutang meningkat, dan pemasok mulai menagih lebih ketat.

Analisis dilakukan. Ditemukan beberapa masalah. Pertama, klaim JKN banyak tertunda karena resume medis tidak lengkap dan coding sering dikembalikan. Kedua, biaya obat meningkat karena tidak ada audit formularium dan banyak obat mahal digunakan tanpa evaluasi. Ketiga, lama rawat beberapa kasus melebihi standar karena koordinasi penunjang lambat. Keempat, alat radiologi baru dibeli tetapi utilisasinya rendah. Kelima, stok bahan medis tidak terkendali dan banyak item kedaluwarsa. Keenam, tarif layanan mandiri belum pernah diperbarui berdasarkan biaya riil. Ketujuh, unit keuangan dan unit klinis jarang berdialog.

Rumah sakit kemudian melakukan perbaikan. Dibentuk tim revenue cycle yang melibatkan dokter, rekam medis, coder, keuangan, IT, dan klaim. Clinical documentation improvement diterapkan. Komite farmasi memperkuat formularium dan audit obat. Clinical pathway disusun untuk kasus-kasus volume tinggi. Pengadaan diperbaiki menggunakan data konsumsi. Utilisasi alat dipantau. Tarif mandiri dievaluasi berbasis biaya. Dashboard keuangan dan mutu dibuat.

Setelah satu tahun, klaim tertunda menurun, biaya obat lebih terkendali, arus kas membaik, dan unit klinis mulai memahami dampak dokumentasi terhadap keuangan. Kasus ini menunjukkan bahwa rumah sakit yang ramai belum tentu sehat secara finansial. Keberlanjutan membutuhkan integrasi antara klinis, administrasi, keuangan, mutu, dan data.

7.28 Model Integratif Bab 7

Manajemen keuangan, tarif, klaim, dan keberlanjutan rumah sakit dapat diringkas dalam model integratif berikut.

Input keuangan mencakup pendapatan, biaya, SDM, obat, alat, fasilitas, teknologi, dan regulasi.
Proses keuangan mencakup anggaran, tarif, billing, dokumentasi, coding, klaim, pengadaan, cost accounting, dan audit.
Proses klinis mencakup diagnosis, terapi, tindakan, lama rawat, clinical pathway, mutu, dan keselamatan.
Revenue cycle menghubungkan pendaftaran, pelayanan, dokumentasi, coding, verifikasi, klaim, pembayaran, dan evaluasi.
Pengendalian biaya dilakukan melalui efisiensi proses, farmasi klinis, manajemen persediaan, pathway, dan digitalisasi.
Tata kelola menjamin integritas, transparansi, anti-fraud, kepatuhan, dan akuntabilitas.
Outcome mencakup arus kas sehat, klaim lancar, biaya terkendali, mutu terjaga, pasien terlindungi, dan rumah sakit berkelanjutan.

Model ini menunjukkan bahwa keuangan rumah sakit tidak berdiri sendiri. Keuangan adalah hasil dari keputusan klinis, proses operasional, sistem informasi, tata kelola, dan budaya organisasi.

7.29 Implikasi Manajerial

Pertama, manajemen keuangan rumah sakit harus dipahami sebagai fungsi strategis, bukan hanya fungsi administratif.

Kedua, rumah sakit harus mengetahui biaya riil layanan melalui sistem akuntansi biaya yang memadai.

Ketiga, tarif harus ditetapkan secara rasional, transparan, berbasis biaya, sesuai regulasi, dan mempertimbangkan nilai pasien.

Keempat, revenue cycle management harus diperkuat dari pendaftaran sampai pembayaran diterima.

Kelima, dokumentasi klinis dan coding harus menjadi perhatian bersama dokter, rekam medis, coder, dan manajemen.

Keenam, klaim tertunda harus dianalisis sebagai masalah sistem, bukan hanya masalah bagian klaim.

Ketujuh, pengendalian biaya harus dilakukan tanpa mengorbankan mutu dan keselamatan pasien.

Kedelapan, digitalisasi keuangan harus diintegrasikan dengan SIMRS dan rekam medis elektronik.

Kesembilan, fraud prevention dan integritas harus menjadi bagian dari tata kelola rumah sakit.

Kesepuluh, keberlanjutan rumah sakit harus dilihat secara multidimensi: finansial, klinis, SDM, operasional, sosial, lingkungan, dan tata kelola.

7.30 Rangkuman Bab

Manajemen keuangan rumah sakit merupakan fungsi strategis yang menentukan kemampuan rumah sakit menjalankan pelayanan secara bermutu, aman, efisien, dan berkelanjutan. Rumah sakit memiliki karakter keuangan yang unik karena memadukan misi sosial, struktur biaya tinggi, ketidakpastian permintaan, sistem pembayaran pihak ketiga, risiko klinis, investasi teknologi, dan tuntutan etika.

Sumber pendapatan rumah sakit dapat berasal dari JKN/BPJS Kesehatan, asuransi swasta, pembayaran mandiri, kerja sama perusahaan, layanan unggulan, pendidikan, penelitian, hibah, dan program sosial. Struktur biaya rumah sakit mencakup SDM, obat, bahan medis habis pakai, alat, pemeliharaan, gedung, utilitas, teknologi informasi, administrasi, mutu, dan keselamatan pasien.

Tarif rumah sakit harus rasional, transparan, berbasis biaya, sesuai regulasi, dan mempertimbangkan daya beli serta nilai pasien. Klaim rumah sakit

membutuhkan dokumentasi klinis lengkap, coding akurat, verifikasi internal, dan revenue cycle management yang kuat. Dalam sistem INA-CBG, rumah sakit harus mengelola biaya per episode pelayanan tanpa mengorbankan mutu dan keselamatan.

Keberlanjutan rumah sakit tidak hanya berarti laba atau pendapatan tinggi. Keberlanjutan berarti kemampuan rumah sakit menjaga kesehatan finansial, mutu klinis, keselamatan pasien, kesejahteraan SDM, efisiensi operasional, integritas tata kelola, tanggung jawab sosial, dan keberlanjutan lingkungan.

Inti Bab 7 adalah bahwa rumah sakit yang berkelanjutan adalah rumah sakit yang mampu menyeimbangkan akuntabilitas keuangan, mutu pelayanan, nilai pasien, dan tanggung jawab sosial.

Glossarium

Activity-Based Costing
Metode akuntansi biaya yang menelusuri biaya berdasarkan aktivitas yang mengonsumsi sumber daya.

Aging Piutang
Pengelompokan piutang berdasarkan umur atau lamanya belum tertagih.

Arus Kas
Pergerakan kas masuk dan kas keluar dalam periode tertentu.

Billing System
Sistem pencatatan dan penagihan biaya pelayanan rumah sakit.

Biaya Langsung
Biaya yang dapat ditelusuri langsung ke layanan tertentu, seperti obat, bahan medis, dan reagen.

Biaya Tidak Langsung
Biaya pendukung yang tidak mudah ditelusuri langsung ke layanan tertentu, seperti administrasi, listrik, dan keamanan.

Casemix
Sistem pengelompokan pasien berdasarkan diagnosis, prosedur, tingkat keparahan, dan penggunaan sumber daya.

Clinical Documentation Improvement
Upaya memperbaiki kualitas dokumentasi klinis agar akurat, lengkap, dan mencerminkan kondisi serta pelayanan pasien.

Coding
Proses menerjemahkan diagnosis dan prosedur klinis ke dalam kode standar.

Cost Accounting
Sistem pengukuran, pencatatan, alokasi, dan analisis biaya layanan.

Cost per Case
Biaya rata-rata yang dikeluarkan untuk menangani satu kasus atau episode pelayanan.

Fraud
Tindakan sengaja untuk memperoleh keuntungan tidak sah melalui manipulasi, klaim fiktif, upcoding tidak sesuai, atau penyimpangan lain.

INA-CBG
Sistem pembayaran berbasis kelompok kasus dalam Program Jaminan Kesehatan Nasional untuk fasilitas kesehatan rujukan tingkat lanjutan.

Klaim Rumah Sakit
Permintaan pembayaran kepada penjamin atau pembayar atas pelayanan yang telah diberikan rumah sakit.

Manajemen Keuangan Rumah Sakit
Proses mengelola pendapatan, biaya, tarif, klaim, arus kas, investasi, dan risiko keuangan rumah sakit.

Margin Operasional
Selisih antara pendapatan operasional dan biaya operasional.

Revenue Cycle Management
Pengelolaan siklus pendapatan rumah sakit dari pendaftaran pasien sampai pembayaran diterima.

Selisih Biaya
Perbedaan antara biaya layanan dengan tarif atau pembayaran yang diterima.

Tarif Rumah Sakit
Harga atau nilai pembayaran atas pelayanan rumah sakit.

Time-Driven Activity-Based Costing
Metode costing yang menghitung biaya berdasarkan kapasitas sumber daya dan waktu yang digunakan dalam aktivitas pelayanan.

Upcoding
Praktik menaikkan kode diagnosis atau prosedur secara tidak sesuai untuk memperoleh pembayaran lebih besar.

Value-Based Health Care
Pendekatan pelayanan kesehatan yang menekankan nilai pasien, yaitu hasil kesehatan yang dicapai dibandingkan biaya yang digunakan.

Waste
Pemborosan sumber daya akibat proses tidak efisien, tindakan tidak perlu, stok berlebih, atau penggunaan sumber daya yang tidak bernilai tambah.

Daftar Pustaka

Atim, C., Bhushan, I., Blecher, M., Gandham, R., Rajan, V., Davén, J., Adeyi, O., & Menon, R. (2021). Health financing reforms for universal health

coverage in five emerging economies. *Journal of Global Health, 11*, 16005. DOI: 10.7189/jogh.11.16005

Barroy, H., Sparkes, S., Dale, E., & Mathonnat, J. (2018). *Public financial management: A pathway to universal health coverage*. World Health Organization. Tanpa DOI.

Berwick, D. M., Nolan, T. W., & Whittington, J. (2008). The triple aim: Care, health, and cost. *Health Affairs, 27*(3), 759–769. DOI: 10.1377/hlthaff.27.3.759

Busse, R., Geissler, A., Quentin, W., & Wiley, M. (Eds.). (2011). *Diagnosis-related groups in Europe: Moving towards transparency, efficiency and quality in hospitals*. Open University Press. Tanpa DOI.

Chapman, A. L. N., Hadfield, M., & Chapman, C. J. (2015). Qualitative research in healthcare: An introduction to grounded theory using thematic analysis. *Journal of the Royal College of Physicians of Edinburgh, 45*(3), 201–205. DOI: 10.4997/JRCPE.2015.305

Donabedian, A. (1988). The quality of care: How can it be assessed? *JAMA, 260*(12), 1743–1748. DOI: 10.1001/jama.1988.03410120089033

Drummond, M. F., Sculpher, M. J., Claxton, K., Stoddart, G. L., & Torrance, G. W. (2015). *Methods for the economic evaluation of health care programmes* (4th ed.). Oxford University Press. Tanpa DOI.

Finkler, S. A., Ward, D. M., & Calabrese, T. D. (2019). *Accounting fundamentals for health care management* (3rd ed.). Jones & Bartlett Learning. Tanpa DOI.

Kaplan, R. S., & Anderson, S. R. (2004). Time-driven activity-based costing. *Harvard Business Review, 82*(11), 131–138. Tanpa DOI.

Kaplan, R. S., Witkowski, M., Abbott, M., Guzman, A. B., Higgins, L. D., Meara, J. G., Padden, E., Shah, A. S., Waters, P., Weidemeier, M., & Feeley, T. W. (2014). Using time-driven activity-based costing to identify value

improvement opportunities in healthcare. *Journal of Healthcare Management, 59*(6), 399–412. DOI: 10.1097/00115514-201411000-00005

Keel, G., Savage, C., Rafiq, M., & Mazzocato, P. (2017). Time-driven activity-based costing in health care: A systematic review of the literature. *Health Policy, 121*(7), 755–763. DOI: 10.1016/j.healthpol.2017.04.013

Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2023). *Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 3 Tahun 2023 tentang Standar Tarif Pelayanan Kesehatan dalam Penyelenggaraan Program Jaminan Kesehatan*. Tanpa DOI.

Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2023). *Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan*. Tanpa DOI.

Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2024). *Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 28 Tahun 2024 tentang Peraturan Pelaksanaan Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan*. Tanpa DOI.

Kutzin, J. (2013). Health financing for universal coverage and health system performance: Concepts and implications for policy. *Bulletin of the World Health Organization, 91*(8), 602–611. DOI: 10.2471/BLT.12.113985

Langenbrunner, J. C., Cashin, C., & O'Dougherty, S. (Eds.). (2009). *Designing and implementing health care provider payment systems: How-to manuals*. World Bank. Tanpa DOI.

Mathauer, I., Saksena, P., & Kutzin, J. (2019). Pooling arrangements in health financing systems: A proposed classification. *International Journal for Equity in Health, 18*, 198. DOI: 10.1186/s12939-019-1088-x

Mathauer, I., Saksena, P., & Kutzin, J. (2019). Pooling financial resources for universal health coverage: Options for reform. *Bulletin of the World Health Organization, 97*(2), 132–139. DOI: 10.2471/BLT.18.212316

Mogyorosy, Z., & Smith, P. (2005). *The main methodological issues in costing health care services: A literature review*. University of York, Centre for Health Economics. Tanpa DOI.

Obermann, K., Jowett, M. R., Kwon, S., & Theurl, E. (2018). The role of national health insurance for achieving UHC in the Philippines: A mixed methods analysis. *Global Health Action, 11*(1), 1483638. DOI: 10.1080/16549716.2018.1483638

Porter, M. E. (2010). What is value in health care? *The New England Journal of Medicine, 363*(26), 2477–2481. DOI: 10.1056/NEJMp1011024

Porter, M. E., & Lee, T. H. (2013). The strategy that will fix health care. *Harvard Business Review, 91*(10), 50–70. Tanpa DOI.

Pemerintah Republik Indonesia. (2024). *Peraturan Presiden Republik Indonesia Nomor 59 Tahun 2024 tentang Perubahan Ketiga atas Peraturan Presiden Nomor 82 Tahun 2018 tentang Jaminan Kesehatan*. Tanpa DOI.

Roberts, M. J., Hsiao, W., Berman, P., & Reich, M. R. (2008). *Getting health reform right: A guide to improving performance and equity*. Oxford University Press. Tanpa DOI.

Smith, P. C., & Witter, S. N. (2004). Risk pooling in health care financing: The implications for health system performance. *Health, Nutrition and Population Discussion Paper*. World Bank. Tanpa DOI.

Soucat, A., Tandon, A., González-Pier, E., & Rathe, M. (2023). From universal health coverage services packages to budget appropriation: The long journey to implementation. *BMJ Global Health, 8*(3), e010755. DOI: 10.1136/bmjgh-2022-010755

Tan, S. S., Serdén, L., Geissler, A., van Ineveld, B. M., Redekop, W. K., Heurgren, M., & Hakkaart-van Roijen, L. (2011). DRGs and cost accounting: Which is driving which? *Health Policy, 103*(2–3), 178–187. DOI: 10.1016/j.healthpol.2011.08.012

World Health Organization. (2010). *The world health report: Health systems financing: The path to universal coverage*. Tanpa DOI.

World Health Organization. (2019). *Pooling financial resources for universal health coverage: Options for reform*. Tanpa DOI.

World Health Organization. (2021). *Global expenditure on health: Public spending on the rise?* Tanpa DOI.

World Health Organization. (2025). *Universal health coverage*. Tanpa DOI.

World Health Organization. (2026). *Public financial management*. Tanpa DOI.

Bab 8. Manajemen Operasional: Fasilitas, Logistik, Farmasi, Rekam Medis, dan Rantai Pasok

Oleh: Rudy C Tarumingkeng

1 Hakikat Manajemen Operasional

- Menjamin layanan rumah sakit berjalan lancar, aman, dan efisien
- Mengintegrasikan fasilitas, SDM, alat, obat, data, dan proses
- Mendukung mutu pelayanan dan keselamatan pasien
- Menekan pemborosan, keterlambatan, dan risiko gangguan layanan

2 Fasilitas & Infrastruktur

- Gedung, ruang perawatan, ICU, kamar operasi, IGD
- Utilitas: listrik, air, oksigen, HVAC, limbah medis
- Pemeliharaan preventif dan korektif
- Keselamatan, kebersihan, dan kenyamanan lingkungan
- Kesiapsiagaan bencana dan gangguan operasional

3 Logistik & Inventori

- Perencanaan kebutuhan barang dan bahan medis
- Pengadaan, penerimaan, penyimpanan, dan distribusi
- Pengendalian stok minimum–maksimum
- Monitoring fast-moving, slow-moving, dan expired items
- Efisiensi biaya dan kontinuitas pasokan



4 Farmasi Rumah Sakit

- Manajemen formularium dan obat esensial
- Penyimpanan, dispensing, dan distribusi obat
- Keamanan obat high-alert dan LASA
- Farmasi klinis dan penggunaan obat rasional
- Medication reconciliation dan edukasi pasien

5 Rekam Medis & Informasi Kesehatan

- Dokumentasi pelayanan pasien yang lengkap dan akurat
- Rekam medis manual dan elektronik
- Coding, klasifikasi diagnosis, dan dukungan klaim
- Kerahasiaan data dan keamanan informasi
- Data untuk mutu, audit, penelitian, dan manajemen

6 Rantai Pasok Rumah Sakit

Perencanaan → Pengadaan → Penyimpanan → Distribusi → Penggunaan → Dokumentasi → Evaluasi

- Menjamin tepat mutu, tepat jumlah, tepat waktu
- Mengurangi stockout dan overstock
- Memperkuat hubungan dengan pemasok
- Mendukung layanan klinis tanpa gangguan

Prinsip Kunci: Tepat Mutu • Tepat Jumlah • Tepat Waktu • Tepat Biaya • Tepat Data • Tepat Keselamatan

7 Indikator Operasional Kunci

- Turnaround time layanan
- Ketersediaan obat dan bahan medis
- Akurasi stok inventori
- Downtime alat medis
- Kelengkapan rekam medis
- Waktu tunggu distribusi/logistik

8 Risiko & Tantangan

- Gangguan pasokan dan keterlambatan pengadaan
- Kerusakan alat dan utilitas kritis
- Kesalahan penyimpanan atau distribusi obat
- Data tidak lengkap atau tidak sinkron
- Tekanan biaya dan tuntutan efisiensi

9 Tujuan Strategis

- Efisiensi operasional
- Mutu dan keselamatan pasien
- Ketahanan rantai pasok
- Kepatuhan regulasi dan akreditasi
- Keberlanjutan rumah sakit

Manajemen operasional yang kuat adalah tulang punggung pelayanan rumah sakit yang efektif, aman, dan berkelanjutan.

Bab ini mengacu pada konteks regulatif Indonesia dari **Permenkes No. 24 Tahun 2016** tentang persyaratan teknis bangunan dan prasarana rumah sakit, **Permenkes No. 72 Tahun 2016** tentang standar pelayanan kefarmasian di rumah sakit, **Permenkes No. 24 Tahun 2022** tentang rekam medis, serta **PP No. 28 Tahun 2024** sebagai aturan pelaksanaan UU No. 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan. Untuk konteks internasional, WHO menekankan bahwa rantai distribusi dan pasokan obat harus mengikuti jaminan mutu agar pasien memperoleh obat yang berkualitas, dan bahwa alat kesehatan penting bagi sistem kesehatan untuk pencegahan, diagnosis, terapi, rehabilitasi, dan paliatif. (Database Peraturan | JDIH BPK)

Bab 8. Manajemen Operasional: Fasilitas, Logistik, Farmasi, Rekam Medis, dan Rantai Pasok ******

Abstrak

Manajemen operasional rumah sakit merupakan fondasi yang memungkinkan pelayanan klinis berjalan secara aman, efektif, efisien, tepat waktu, dan berkelanjutan. Walaupun sering berada di belakang layar, fungsi operasional seperti pengelolaan fasilitas, infrastruktur, logistik, farmasi, rekam medis, teknologi informasi, dan rantai pasok menentukan kelancaran pelayanan pasien setiap hari. Rumah sakit dapat memiliki dokter kompeten dan perawat berdedikasi, tetapi pelayanan tetap terganggu apabila obat tidak tersedia, alat medis rusak, listrik padam, oksigen terlambat, rekam medis tidak lengkap, stok bahan medis habis pakai tidak akurat, atau rantai pasok terganggu.

Bab ini membahas manajemen operasional rumah sakit sebagai sistem integratif yang menghubungkan sumber daya fisik, manusia, teknologi, informasi, dan proses pelayanan. Pembahasan mencakup hakikat manajemen operasional, pengelolaan fasilitas dan infrastruktur, manajemen alat kesehatan, logistik dan inventori, farmasi rumah sakit, rekam medis dan informasi kesehatan, rantai pasok, manajemen kapasitas, lean hospital, pengendalian risiko operasional, indikator kinerja, digitalisasi operasional, serta keberlanjutan.

Penekanan utama bab ini adalah bahwa manajemen operasional bukan sekadar fungsi administratif atau teknis, melainkan bagian strategis dari mutu dan keselamatan pasien. Fasilitas yang aman, obat yang tersedia, alat yang terpelihara, data yang akurat, rantai pasok yang tangguh, serta proses yang efisien merupakan prasyarat rumah sakit yang bermutu. Bab ini juga menekankan pentingnya prinsip "tepat mutu, tepat jumlah, tepat waktu, tepat biaya, tepat data, dan tepat keselamatan" sebagai dasar pengelolaan operasional rumah sakit modern.

Kata Kunci

Manajemen operasional rumah sakit; fasilitas rumah sakit; infrastruktur rumah sakit; logistik rumah sakit; farmasi rumah sakit; rekam medis; rantai pasok; inventori; alat kesehatan; SIMRS; lean hospital; patient flow; medication safety; supply chain resilience; manajemen kapasitas; efisiensi operasional.

8.1 Pendahuluan

Rumah sakit adalah organisasi pelayanan kesehatan yang bekerja melalui sistem operasi yang sangat kompleks. Setiap hari rumah sakit harus memastikan bahwa pasien dapat mendaftar, dokter dapat memeriksa,

perawat dapat memberikan asuhan, laboratorium dapat memproses sampel, radiologi dapat melakukan pencitraan, farmasi dapat menyediakan obat, kamar operasi dapat berjalan, ruang rawat tersedia, oksigen mengalir, listrik stabil, limbah medis dikelola, data pasien tercatat, dan klaim dapat diproses. Semua hal ini merupakan bagian dari manajemen operasional.

Manajemen operasional sering tidak terlihat oleh pasien. Pasien biasanya lebih memperhatikan dokter, perawat, obat, waktu tunggu, biaya, dan hasil pelayanan. Namun, di balik semua itu terdapat sistem operasional yang menentukan apakah pelayanan berjalan lancar atau terhambat. Bila listrik padam dan generator tidak berfungsi, pelayanan ICU dapat terganggu. Bila stok obat kritis habis, terapi pasien tertunda. Bila alat radiologi rusak, diagnosis tertunda. Bila rekam medis tidak lengkap, pelayanan lanjutan dan klaim terganggu. Bila sistem distribusi linen buruk, ruang rawat menjadi tidak siap. Bila CSSD terlambat mensterilkan instrumen, operasi dapat tertunda.

Dengan demikian, manajemen operasional adalah “tulang punggung” rumah sakit. Ia menghubungkan kebutuhan klinis dengan ketersediaan sumber daya. Ia memastikan bahwa pelayanan tidak hanya benar secara medis, tetapi juga dapat dijalankan secara tepat waktu, aman, efisien, dan berkesinambungan.

Bab-bab sebelumnya telah membahas hakikat rumah sakit, regulasi, tata kelola, strategi, SDM, pelayanan klinis, mutu, keselamatan pasien, risiko, serta keuangan. Bab ini melanjutkan pembahasan dengan menempatkan operasional sebagai ruang implementasi nyata. Strategi rumah sakit tidak akan berjalan tanpa operasi yang kuat. Mutu tidak akan terwujud tanpa fasilitas yang aman. Keselamatan pasien tidak akan tercapai tanpa logistik, farmasi, alat, data, dan proses yang terkendali. Keuangan tidak akan sehat bila operasi penuh pemborosan.

Manajemen operasional rumah sakit berbeda dari manajemen operasional industri biasa. Rumah sakit tidak memproduksi barang seragam, tetapi melayani manusia dengan kondisi klinis yang bervariasi. Permintaan

layanan sering tidak pasti. Kondisi pasien dapat berubah cepat. Banyak proses berlangsung secara simultan. Kesalahan operasional dapat berdampak langsung pada keselamatan pasien. Karena itu, manajemen operasional rumah sakit harus menggabungkan efisiensi dengan kehati-hatian klinis, standardisasi dengan fleksibilitas, serta teknologi dengan empati.

Bab ini membahas lima komponen utama: fasilitas, logistik, farmasi, rekam medis, dan rantai pasok. Kelimanya saling terkait. Fasilitas menyediakan ruang dan infrastruktur. Logistik memastikan barang tersedia. Farmasi menjamin obat aman dan rasional. Rekam medis menyediakan data dan informasi klinis. Rantai pasok menghubungkan perencanaan, pengadaan, penyimpanan, distribusi, penggunaan, dokumentasi, dan evaluasi. Bila salah satu komponen gagal, pelayanan pasien dapat terganggu.

8.2 Hakikat Manajemen Operasional Rumah Sakit

Manajemen operasional rumah sakit adalah proses merancang, mengorganisasi, menjalankan, memantau, dan memperbaiki seluruh aktivitas pendukung pelayanan agar rumah sakit dapat memberikan layanan secara aman, efisien, tepat waktu, dan berkelanjutan. Fungsi operasional mencakup pengelolaan fasilitas, infrastruktur, alat kesehatan, logistik, farmasi, rekam medis, teknologi informasi, utilitas, transportasi internal, kebersihan, keamanan, laundry, CSSD, gizi, limbah medis, dan rantai pasok.

Secara konseptual, manajemen operasional menjawab pertanyaan: bagaimana pelayanan rumah sakit dapat berjalan setiap hari tanpa hambatan yang merugikan pasien? Jawaban atas pertanyaan ini tidak sederhana karena rumah sakit bekerja dalam lingkungan yang dinamis. Pasien datang dengan kebutuhan berbeda. Jumlah kunjungan berubah dari hari ke hari. Obat memiliki masa kedaluwarsa. Alat dapat rusak. Pemasok

dapat terlambat. Sistem informasi dapat terganggu. Tenaga kerja dapat mengalami beban berlebih. Bencana dapat terjadi.

Manajemen operasional rumah sakit memiliki beberapa tujuan utama.

Pertama, **menjamin kelancaran pelayanan**. Rumah sakit harus memastikan bahwa setiap unit memiliki sarana, alat, obat, bahan, data, dan dukungan operasional yang dibutuhkan untuk melayani pasien.

Kedua, **mendukung mutu dan keselamatan pasien**. Operasi yang buruk dapat menyebabkan insiden. Contohnya, kesalahan penyimpanan obat, alat tidak steril, oksigen tidak tersedia, atau rekam medis tertukar.

Ketiga, **mengurangi pemborosan**. Pemborosan dapat berupa stok berlebih, barang kedaluwarsa, proses berulang, waktu tunggu panjang, alat menganggur, atau distribusi tidak efisien.

Keempat, **menjamin kepatuhan regulasi dan akreditasi**. Rumah sakit harus memenuhi standar bangunan, prasarana, farmasi, rekam medis, keselamatan fasilitas, pengendalian infeksi, dan tata kelola.

Kelima, **membangun ketahanan organisasi**. Rumah sakit harus mampu bertahan menghadapi gangguan pasokan, bencana, pandemi, krisis energi, serangan siber, atau lonjakan pasien.

Keenam, **mendukung keberlanjutan finansial**. Operasi yang efisien mengurangi biaya, memperlancar klaim, meningkatkan utilisasi aset, dan menjaga arus kas.

Manajemen operasional rumah sakit dapat dipahami melalui prinsip “enam tepat”: tepat mutu, tepat jumlah, tepat waktu, tepat biaya, tepat data, dan tepat keselamatan. Tepat mutu berarti barang dan layanan pendukung memenuhi standar. Tepat jumlah berarti tidak kekurangan dan tidak berlebihan. Tepat waktu berarti tersedia ketika dibutuhkan. Tepat biaya berarti efisien dan tidak boros. Tepat data berarti informasi stok, penggunaan, dan pelayanan akurat. Tepat keselamatan berarti seluruh proses tidak membahayakan pasien, staf, dan lingkungan.

8.3 Fasilitas dan Infrastruktur Rumah Sakit

Fasilitas dan infrastruktur merupakan dasar fisik pelayanan rumah sakit. Fasilitas mencakup gedung, ruang pelayanan, kamar operasi, ICU, IGD, ruang rawat inap, poliklinik, laboratorium, radiologi, farmasi, ruang sterilisasi, gudang, dapur, laundry, ruang tunggu, ruang administrasi, tempat parkir, serta fasilitas pendukung lain. Infrastruktur mencakup listrik, air, oksigen, gas medis, sistem HVAC, lift, jaringan komunikasi, sanitasi, drainase, sistem kebakaran, sistem keamanan, dan teknologi informasi.

Fasilitas rumah sakit harus dirancang untuk mendukung keselamatan, alur pasien, pengendalian infeksi, kenyamanan, aksesibilitas, dan efisiensi. Desain ruang yang buruk dapat menciptakan risiko. Misalnya, ruang tunggu yang terlalu sempit dapat meningkatkan ketidaknyamanan dan risiko infeksi. Jalur pasien, barang bersih, barang kotor, dan limbah medis yang tidak dipisahkan dapat meningkatkan risiko kontaminasi. Ruang rawat tanpa pencahayaan cukup dapat meningkatkan risiko jatuh. Lokasi farmasi yang tidak efisien dapat memperlambat distribusi obat.

Fasilitas rumah sakit juga harus memperhatikan kebutuhan kelompok rentan: lansia, anak, ibu hamil, penyandang disabilitas, pasien dengan gangguan mobilitas, dan pasien kritis. Akses kursi roda, toilet ramah disabilitas, jalur evakuasi, signage yang jelas, dan ruang tunggu yang manusiawi merupakan bagian dari pelayanan berpusat pada pasien.

Infrastruktur kritis seperti listrik, oksigen, air, dan sistem informasi harus memiliki redundansi. Rumah sakit tidak boleh bergantung pada satu sumber listrik tanpa cadangan. Generator harus diuji berkala. Sistem oksigen harus dipantau. Air bersih harus tersedia. Sistem pemadam kebakaran harus berfungsi. Lift pasien harus dirawat. Infrastruktur bukan hanya urusan teknis, tetapi bagian dari keselamatan pasien.

Manajemen fasilitas juga mencakup pemeliharaan preventif dan korektif. Pemeliharaan preventif dilakukan sebelum terjadi kerusakan, misalnya pemeriksaan berkala sistem listrik, generator, lift, HVAC, gas medis, alat pemadam, dan sistem air. Pemeliharaan korektif dilakukan setelah kerusakan terjadi. Rumah sakit yang hanya mengandalkan pemeliharaan korektif akan sering mengalami gangguan layanan. Dalam organisasi berisiko tinggi, pemeliharaan preventif lebih aman dan lebih efisien.

Fasilitas rumah sakit juga harus memperhatikan keamanan lingkungan. Limbah medis harus dikelola sesuai standar. Bahan berbahaya dan beracun harus disimpan dengan benar. Area publik harus aman. Sistem keamanan harus melindungi pasien, staf, dan aset. Dalam situasi bencana, fasilitas harus mampu mendukung evakuasi dan kontinuitas layanan.

8.4 Manajemen Alat Kesehatan

Alat kesehatan adalah bagian penting dari pelayanan modern. Diagnosis, terapi, monitoring, rehabilitasi, dan tindakan medis sangat bergantung pada alat kesehatan. Contohnya ventilator, monitor pasien, defibrillator, mesin anestesi, alat radiologi, alat laboratorium, infusion pump, syringe pump, endoskopi, alat bedah, mesin hemodialisis, dan alat sterilisasi.

Manajemen alat kesehatan mencakup perencanaan kebutuhan, pengadaan, instalasi, pelatihan penggunaan, pemeliharaan, kalibrasi, perbaikan, pemantauan utilisasi, keselamatan penggunaan, dan penghapusan. Pembelian alat tidak boleh hanya berdasarkan keinginan atau gengsi. Rumah sakit harus mempertimbangkan kebutuhan klinis, volume pasien, ketersediaan operator, biaya pemeliharaan, suku cadang, risiko teknologi usang, ruang, listrik, dan dampak terhadap mutu.

Alat yang tidak terpelihara dapat membahayakan pasien. Ventilator yang tidak berfungsi, monitor yang tidak akurat, infusion pump yang tidak terkalibrasi, atau alat sterilisasi yang bermasalah dapat menimbulkan

insiden. Karena itu, rumah sakit perlu memiliki jadwal preventive maintenance, log book alat, label status alat, sistem pelaporan kerusakan, dan respons teknisi yang cepat.

Kalibrasi alat sangat penting untuk memastikan akurasi pengukuran. Alat laboratorium, monitor, timbangan medis, alat anestesi, dan perangkat ukur lain harus dikalibrasi sesuai ketentuan. Data kalibrasi harus terdokumentasi. Alat yang belum layak pakai harus ditandai dan tidak digunakan.

Pelatihan pengguna juga penting. Banyak insiden alat terjadi bukan karena alat rusak, tetapi karena pengguna tidak memahami cara pakai. Ketika rumah sakit membeli alat baru, pelatihan dokter, perawat, teknisi, dan unit terkait harus menjadi bagian dari implementasi. Manual penggunaan, SOP, dan troubleshooting harus tersedia.

Manajemen alat juga harus memperhatikan utilisasi. Alat mahal yang jarang digunakan dapat menjadi beban finansial. Sebaliknya, alat yang terlalu sering digunakan tanpa pemeliharaan memadai dapat cepat rusak. Data utilisasi membantu rumah sakit memutuskan apakah alat perlu ditambah, diganti, dipindahkan, atau dihentikan.

8.5 Logistik dan Inventori Rumah Sakit

Logistik rumah sakit adalah proses perencanaan, pengadaan, penerimaan, penyimpanan, distribusi, penggunaan, dan pengendalian barang yang dibutuhkan untuk pelayanan. Barang logistik rumah sakit mencakup obat, bahan medis habis pakai, alat kesehatan, reagen laboratorium, linen, makanan, alat kebersihan, alat tulis, suku cadang, bahan sterilisasi, dan berbagai kebutuhan operasional.

Inventori adalah persediaan barang yang disimpan untuk digunakan dalam pelayanan. Inventori harus dikelola dengan seimbang. Stok terlalu sedikit menyebabkan stockout dan gangguan layanan. Stok terlalu banyak menyebabkan biaya penyimpanan, barang kedaluwarsa, modal tertahan,

dan pemborosan. Dalam rumah sakit, stockout obat atau bahan medis kritis dapat berdampak langsung pada keselamatan pasien.

Manajemen inventori membutuhkan data yang akurat. Rumah sakit harus mengetahui stok awal, stok masuk, stok keluar, stok minimum, stok maksimum, barang fast-moving, barang slow-moving, barang hampir kedaluwarsa, dan barang dead stock. Sistem informasi inventori sangat penting agar keputusan pengadaan tidak hanya berdasarkan perkiraan.

Beberapa metode inventori yang relevan antara lain:

Minimum-maximum stock level, yaitu menetapkan batas stok minimum dan maksimum. Bila stok mencapai minimum, barang harus dipesan kembali.

Reorder point, yaitu titik pemesanan ulang berdasarkan tingkat pemakaian dan waktu tunggu pemasok.

ABC analysis, yaitu mengelompokkan barang berdasarkan nilai penggunaan. Barang kategori A memiliki nilai besar dan membutuhkan pengendalian ketat. Barang kategori B sedang, dan C rendah.

VEN analysis, yaitu mengelompokkan barang berdasarkan tingkat kepentingan: vital, essential, dan non-essential. Dalam rumah sakit, barang vital harus mendapat prioritas karena ketiadaannya dapat mengancam pelayanan.

FEFO, yaitu first expired first out. Barang dengan masa kedaluwarsa lebih dekat harus digunakan lebih dahulu.

FIFO, yaitu first in first out. Barang yang masuk lebih dulu digunakan lebih dulu.

Kombinasi ABC dan VEN sangat berguna di rumah sakit. Barang yang mahal dan vital harus dikendalikan ketat. Barang murah tetapi vital juga tidak boleh habis. Barang mahal tetapi non-essential perlu dievaluasi penggunaannya.

Logistik rumah sakit juga harus memperhatikan keamanan penyimpanan. Obat tertentu membutuhkan suhu khusus. Bahan berbahaya membutuhkan ruang khusus. Reagen laboratorium memerlukan kondisi tertentu. Linen bersih dan kotor harus dipisahkan. Barang steril harus terlindung. Kesalahan penyimpanan dapat merusak mutu barang dan membahayakan pasien.

8.6 Farmasi Rumah Sakit

Farmasi rumah sakit merupakan salah satu fungsi operasional paling strategis karena obat adalah intervensi yang sangat sering digunakan dan berisiko tinggi. Farmasi rumah sakit tidak hanya bertugas menyediakan obat, tetapi juga memastikan obat digunakan secara aman, efektif, rasional, bermutu, dan terjangkau.

Pelayanan kefarmasian rumah sakit mencakup dua dimensi besar: pengelolaan sediaan farmasi, alat kesehatan, dan bahan medis habis pakai; serta pelayanan farmasi klinis. Pengelolaan sediaan mencakup perencanaan, pengadaan, penerimaan, penyimpanan, distribusi, pemusnahan, pencatatan, dan pelaporan. Farmasi klinis mencakup pengkajian resep, pemantauan terapi obat, rekonsiliasi obat, edukasi pasien, pemantauan efek samping, penggunaan antibiotik rasional, dan kolaborasi dengan dokter serta perawat.

Manajemen formularium adalah bagian penting farmasi rumah sakit. Formularium adalah daftar obat yang disetujui untuk digunakan di rumah sakit berdasarkan bukti ilmiah, keamanan, efektivitas, biaya, dan kebutuhan layanan. Formularium membantu mengendalikan variasi obat, meningkatkan keamanan, mendukung pengadaan, dan mengurangi pemborosan. Komite farmasi dan terapi berperan dalam menetapkan dan mengevaluasi formularium.

Keamanan obat menjadi prioritas. Rumah sakit harus mengelola obat high-alert, yaitu obat yang berisiko tinggi menyebabkan cedera serius bila terjadi kesalahan. Contohnya insulin, heparin, elektrolit konsentrat, opioid tertentu, obat kemoterapi, dan obat anestesi. Obat LASA, yaitu look-alike sound-alike, juga harus dikendalikan karena kemasan atau nama yang mirip dapat menyebabkan kesalahan.

Proses dispensing harus aman dan efisien. Resep harus dikaji. Dosis harus tepat. Label harus jelas. Obat harus diberikan kepada pasien yang benar. Untuk pasien rawat inap, distribusi obat dapat menggunakan sistem unit dose untuk meningkatkan keamanan. Untuk pasien rawat jalan, farmasi harus memberi edukasi agar pasien memahami cara penggunaan obat.

Medication reconciliation sangat penting pada saat pasien masuk, pindah unit, dan pulang. Banyak pasien, terutama lansia dan pasien kronis, menggunakan banyak obat. Tanpa rekonsiliasi, obat dapat terduplikasi, terhenti, atau berinteraksi. Apoteker dapat berperan besar dalam mencegah masalah ini.

Farmasi juga memiliki peran dalam efisiensi biaya. Obat dan bahan medis sering menjadi komponen biaya besar. Pengadaan yang baik, penggunaan obat rasional, audit antibiotik, pengendalian stok, dan pencegahan kedaluwarsa dapat membantu keberlanjutan rumah sakit. Namun, efisiensi farmasi tidak boleh mengorbankan mutu terapi.

8.7 Rekam Medis dan Informasi Kesehatan

Rekam medis adalah dokumen atau sistem informasi yang berisi identitas pasien, pemeriksaan, pengobatan, tindakan, dan pelayanan lain yang diberikan kepada pasien. Rekam medis merupakan fondasi informasi dalam rumah sakit. Tanpa rekam medis yang lengkap, akurat, dan tersedia tepat waktu, pelayanan klinis dapat terganggu.

Rekam medis memiliki banyak fungsi. Pertama, sebagai alat komunikasi antar tenaga kesehatan. Dokter, perawat, apoteker, laboratorium, radiologi, gizi, dan profesi lain membutuhkan informasi yang sama agar pelayanan terkoordinasi. Kedua, sebagai bukti pelayanan. Ketiga, sebagai dasar klaim dan pembiayaan. Keempat, sebagai sumber data mutu dan keselamatan pasien. Kelima, sebagai bukti hukum. Keenam, sebagai sumber pendidikan dan penelitian. Ketujuh, sebagai dasar perencanaan manajemen.

Rekam medis yang tidak lengkap dapat menimbulkan banyak masalah. Diagnosis tidak jelas dapat menyebabkan terapi salah. Alergi tidak tercatat dapat menyebabkan pemberian obat berbahaya. Instruksi tidak terdokumentasi dapat menimbulkan konflik. Resume medis terlambat dapat menghambat klaim. Data tidak akurat dapat merusak indikator mutu. Karena itu, kelengkapan rekam medis adalah bagian dari keselamatan pasien dan keberlanjutan keuangan.

Transformasi dari rekam medis manual menuju rekam medis elektronik membawa peluang dan tantangan. Rekam medis elektronik dapat mempercepat akses data, mengurangi tulisan tidak terbaca, mendukung integrasi layanan, mempermudah klaim, menyediakan dashboard mutu, dan mendukung analitik data. Namun, rekam medis elektronik juga dapat menimbulkan risiko seperti salah input, sistem lambat, data ganda, akses tidak sah, gangguan jaringan, dan kelelahan pengguna akibat terlalu banyak klik atau alert.

Tata kelola rekam medis elektronik harus mencakup keamanan data, hak akses, audit log, backup, pelatihan pengguna, standar input, integrasi sistem, dan rencana kontinjensi bila sistem gagal. Rumah sakit harus memastikan bahwa teknologi mendukung pelayanan, bukan menjadi hambatan baru.

Data rekam medis juga penting untuk coding dan klaim. Dalam sistem pembayaran berbasis kelompok diagnosis, dokumentasi yang lengkap dan akurat menentukan ketepatan coding. Coding yang tidak sesuai dapat

menyebabkan klaim tertunda atau ditolak. Oleh karena itu, rekam medis, coder, dokter, dan bagian klaim harus bekerja sama.

8.8 Rantai Pasok Rumah Sakit

Rantai pasok rumah sakit adalah jaringan proses, orang, organisasi, informasi, dan sumber daya yang memastikan barang dan layanan pendukung tersedia dari pemasok hingga digunakan dalam pelayanan pasien. Rantai pasok mencakup perencanaan kebutuhan, pengadaan, penerimaan, penyimpanan, distribusi, penggunaan, dokumentasi, pembayaran, dan evaluasi pemasok.

Dalam rumah sakit, rantai pasok memiliki karakter khusus. Barang yang dikelola sering berhubungan langsung dengan keselamatan pasien. Obat harus bermutu. Alat medis harus aman. Reagen harus akurat. Bahan steril harus terjaga. Barang tertentu memiliki masa kedaluwarsa. Beberapa barang membutuhkan cold chain. Sebagian barang bersifat kritis dan tidak boleh habis. Banyak barang dipengaruhi fluktuasi harga, regulasi, dan ketersediaan pasar.

Rantai pasok rumah sakit harus memenuhi beberapa prinsip:

Tepat mutu. Barang harus memenuhi standar dan tidak palsu, rusak, kedaluwarsa, atau tidak sesuai spesifikasi.
Tepat jumlah. Barang harus tersedia sesuai kebutuhan, tidak kurang dan tidak berlebihan.
Tepat waktu. Barang harus tiba ketika dibutuhkan.
Tepat tempat. Barang harus tersedia di unit yang memerlukan.
Tepat biaya. Pengadaan harus efisien dan transparan.
Tepat data. Informasi stok, pemakaian, pesanan, dan pemasok harus akurat.
Tepat keselamatan. Proses penyimpanan dan distribusi tidak boleh merusak mutu atau membahayakan pasien.

Rantai pasok yang lemah dapat menyebabkan stockout, overstock, obat kedaluwarsa, biaya tinggi, keterlambatan operasi, terapi tertunda, dan risiko keselamatan pasien. Pandemi COVID-19 memperlihatkan pentingnya rantai pasok yang tangguh. Banyak rumah sakit menghadapi kekurangan APD, oksigen, obat, reagen, dan alat tertentu. Dari pengalaman tersebut, rumah sakit perlu membangun supply chain resilience.

Resiliensi rantai pasok dapat dibangun melalui diversifikasi pemasok, stok buffer untuk barang kritis, kontrak darurat, pemantauan konsumsi, sistem informasi real-time, evaluasi pemasok, dan rencana kontinjensi. Namun, stok buffer juga harus dikelola agar tidak menciptakan pemborosan. Keseimbangan antara efisiensi dan resiliensi menjadi tantangan utama.

8.9 Pengadaan Rumah Sakit

Pengadaan adalah proses memperoleh barang dan jasa yang dibutuhkan rumah sakit. Pengadaan harus dilakukan secara transparan, efisien, akuntabel, sesuai spesifikasi, dan bebas dari konflik kepentingan. Pengadaan rumah sakit mencakup obat, alat kesehatan, BMHP, reagen, linen, makanan, jasa kebersihan, jasa keamanan, sistem informasi, konstruksi, dan berbagai kebutuhan lain.

Pengadaan yang buruk dapat menimbulkan banyak risiko. Barang dapat tidak sesuai mutu, harga terlalu tinggi, pemasok tidak andal, proses terlambat, stok habis, atau terjadi penyimpangan. Karena itu, pengadaan harus berbasis perencanaan kebutuhan dan data pemakaian, bukan sekadar permintaan mendadak.

Tahapan pengadaan yang baik mencakup identifikasi kebutuhan, spesifikasi teknis, estimasi biaya, pemilihan pemasok, evaluasi harga dan mutu, kontrak, penerimaan barang, pemeriksaan mutu, pembayaran, dan evaluasi pemasok. Untuk barang klinis, pengguna akhir harus dilibatkan dalam

penyusunan spesifikasi. Namun, keterlibatan pengguna harus dikelola agar tidak menimbulkan konflik kepentingan dengan pemasok tertentu.

Pengadaan obat dan alat kesehatan harus memperhatikan mutu dan legalitas. Harga murah tidak selalu baik bila mutu buruk atau pemasok tidak dapat menjamin kontinuitas. Rumah sakit harus menjaga keseimbangan antara efisiensi biaya dan keselamatan pasien.

E-procurement dapat meningkatkan transparansi dan efisiensi. Sistem digital membantu pencatatan, persetujuan, audit, dan pelacakan pesanan. Namun, sistem pengadaan digital tetap membutuhkan tata kelola, integritas, dan pengawasan.

8.10 Penyimpanan dan Distribusi

Penyimpanan adalah proses menjaga barang agar tetap aman, bermutu, dan siap digunakan. Distribusi adalah proses memindahkan barang dari gudang atau unit penyimpanan ke unit pengguna. Keduanya sangat penting dalam rumah sakit.

Penyimpanan harus memperhatikan suhu, kelembaban, kebersihan, keamanan, pencahayaan, ventilasi, label, masa kedaluwarsa, dan pemisahan barang. Obat narkotika dan psikotropika membutuhkan pengamanan khusus. Obat cold chain harus disimpan pada suhu yang sesuai. Bahan mudah terbakar harus disimpan aman. Barang steril harus terlindung dari kontaminasi. Linen bersih dan kotor harus dipisahkan. Limbah medis harus dikelola khusus.

Distribusi harus cepat dan terdokumentasi. Unit klinis membutuhkan barang tepat waktu. Keterlambatan distribusi dapat menghambat tindakan. Misalnya, keterlambatan alat steril dapat menunda operasi. Keterlambatan obat emergensi dapat membahayakan pasien. Keterlambatan reagen dapat menghambat hasil laboratorium.

Rumah sakit perlu menetapkan sistem distribusi rutin dan sistem distribusi darurat. Barang kritis harus mudah diakses. Unit seperti IGD, ICU, kamar operasi, dan ruang bersalin membutuhkan stok tertentu yang selalu tersedia. Namun, stok unit juga harus dipantau agar tidak berlebihan atau kedaluwarsa.

Pencatatan distribusi penting untuk akuntabilitas dan analisis pemakaian. Dengan data distribusi, rumah sakit dapat mengetahui unit mana yang menggunakan barang paling banyak, apakah pemakaian sesuai volume layanan, dan apakah ada anomali yang perlu diaudit.

8.11 Manajemen Kapasitas dan Alur Pasien

Manajemen operasional rumah sakit tidak hanya mengelola barang, tetapi juga kapasitas layanan. Kapasitas mencakup tempat tidur, ruang operasi, ruang ICU, ruang observasi, poliklinik, tenaga, alat, dan waktu layanan. Manajemen kapasitas sangat penting karena rumah sakit sering menghadapi ketidakseimbangan antara permintaan dan kapasitas.

Salah satu indikator kapasitas rawat inap adalah BOR atau bed occupancy rate. BOR terlalu rendah dapat menunjukkan utilisasi tidak optimal. BOR terlalu tinggi dapat menunjukkan risiko kepadatan, penurunan mutu, dan kesulitan menerima pasien baru. ALOS, TOI, dan BTO juga membantu memahami dinamika tempat tidur.

Manajemen alur pasien atau patient flow mengatur pergerakan pasien dari masuk sampai keluar rumah sakit. Gangguan patient flow dapat menyebabkan IGD penuh, rawat inap tertahan, operasi tertunda, dan waktu tunggu panjang. Penyebabnya dapat berupa tempat tidur tidak tersedia, discharge terlambat, hasil penunjang lambat, administrasi admisi lama, atau transportasi internal tidak efisien.

Perbaikan patient flow membutuhkan pendekatan sistem. Rumah sakit perlu mempercepat discharge planning, memantau tempat tidur real-time,

mengatur jadwal operasi, mempercepat hasil laboratorium, memperbaiki alur farmasi, dan mengurangi bottleneck administrasi. Dashboard operasional dapat membantu pimpinan melihat kapasitas dan hambatan secara cepat.

Manajemen kapasitas juga berkaitan dengan kesiapsiagaan bencana. Rumah sakit harus memiliki rencana surge capacity untuk menghadapi lonjakan pasien akibat wabah, bencana, atau kecelakaan massal. Surge capacity mencakup ruang, tenaga, obat, alat, oksigen, dan sistem komando.

8.12 Lean Hospital dan Efisiensi Proses

Lean hospital adalah penerapan prinsip lean dalam pelayanan rumah sakit untuk mengurangi pemborosan dan meningkatkan nilai bagi pasien. Lean tidak berarti memotong sumber daya secara sembarangan. Lean berarti mengidentifikasi aktivitas yang tidak memberi nilai dan memperbaiki alur agar pelayanan lebih cepat, aman, efisien, dan berpusat pada pasien.

Pemborosan dalam rumah sakit dapat berupa waktu tunggu, gerakan tidak perlu, transportasi tidak efisien, stok berlebih, proses berulang, kesalahan, overprocessing, underutilization of staff, dan informasi yang tidak akurat. Contoh pemborosan adalah pasien harus berpindah loket berkali-kali, perawat berjalan jauh mencari alat, dokter menunggu hasil laboratorium, farmasi mencari obat yang salah lokasi, atau data pasien dimasukkan berulang di sistem berbeda.

Lean menggunakan berbagai alat seperti value stream mapping, 5S, standard work, visual management, kaizen, root cause analysis, dan continuous improvement. Value stream mapping membantu rumah sakit memetakan alur pasien atau barang untuk melihat waktu bernilai tambah dan waktu tunggu. 5S membantu menata tempat kerja agar aman dan

efisien: seiri, seiton, seiso, seiketsu, shitsuke. Kaizen mendorong perbaikan kecil berkelanjutan.

Penerapan lean membutuhkan budaya. Bila lean dipahami hanya sebagai program efisiensi biaya, staf dapat menolak. Lean harus dijelaskan sebagai upaya mengurangi beban kerja tidak perlu dan meningkatkan pelayanan pasien. Staf garis depan perlu dilibatkan karena mereka memahami masalah sehari-hari.

Dalam konteks operasional, lean dapat diterapkan pada rawat jalan, farmasi, laboratorium, kamar operasi, IGD, gudang, rekam medis, dan proses klaim. Misalnya, lean di farmasi dapat mengurangi waktu tunggu resep. Lean di laboratorium dapat mempercepat turnaround time. Lean di kamar operasi dapat mengurangi keterlambatan jadwal dan meningkatkan utilisasi ruang operasi.

8.13 Manajemen Risiko Operasional

Risiko operasional adalah risiko kerugian atau gangguan akibat kegagalan proses, manusia, sistem, fasilitas, teknologi, atau faktor eksternal. Dalam rumah sakit, risiko operasional dapat berdampak pada keselamatan pasien, mutu, keuangan, reputasi, dan kepatuhan.

Contoh risiko operasional meliputi:

1. Gangguan listrik dan kegagalan generator.
2. Kekurangan oksigen atau gas medis.
3. Kerusakan alat kritis.
4. Stockout obat dan BMHP.
5. Gangguan SIMRS atau rekam medis elektronik.
6. Kebakaran, banjir, atau bencana.

7. Kegagalan sterilisasi.
8. Kesalahan distribusi obat atau barang.
9. Limbah medis tidak terkelola.
10. Data pasien bocor.
11. Keterlambatan pemasok.
12. Linen bersih tidak tersedia.
13. Gangguan keamanan fisik.
14. Kesalahan inventori.
15. Kegagalan cold chain.

Manajemen risiko operasional dimulai dari identifikasi risiko. Setiap unit harus menyusun daftar risiko. Risiko kemudian dianalisis berdasarkan kemungkinan dan dampak. Risiko prioritas harus dimitigasi. Misalnya, risiko gangguan listrik dimitigasi dengan generator, UPS untuk alat kritis, uji berkala, dan rencana kontinjensi. Risiko stockout obat dimitigasi dengan stok minimum, pemasok alternatif, monitoring real-time, dan evaluasi konsumsi. Risiko kebocoran data dimitigasi dengan kontrol akses, audit log, backup, dan pelatihan.

Rumah sakit perlu melakukan simulasi. Rencana bencana tidak cukup hanya tertulis. Simulasi kebakaran, evakuasi, kegagalan listrik, lonjakan pasien, dan downtime SIMRS membantu staf memahami perannya. Hasil simulasi harus dievaluasi dan digunakan untuk memperbaiki sistem.

8.14 Rekam Medis, Coding, dan Klaim sebagai Proses Operasional

Rekam medis sering dipandang sebagai urusan dokumentasi, tetapi sebenarnya merupakan proses operasional yang menghubungkan klinis, keuangan, mutu, hukum, dan informasi kesehatan. Rekam medis yang

lengkap memperkuat kesinambungan pelayanan. Rekam medis yang akurat memperkuat coding. Coding yang tepat memperlancar klaim. Klaim yang lancar memperkuat arus kas rumah sakit.

Dalam sistem rumah sakit, proses rekam medis mencakup pendaftaran, pencatatan klinis, pengumpulan hasil pemeriksaan, resume medis, coding, analisis kelengkapan, penyimpanan, akses data, dan pelaporan. Setiap tahap memiliki risiko.

Pendaftaran yang salah dapat menyebabkan duplikasi nomor rekam medis. Dokumentasi dokter yang tidak lengkap dapat menghambat klaim. Hasil laboratorium yang tidak masuk ke rekam medis dapat mengganggu keputusan klinis. Resume medis terlambat dapat menunda klaim. Coding tidak akurat dapat menyebabkan pembayaran tidak sesuai atau klaim dikembalikan.

Oleh karena itu, rekam medis harus menjadi perhatian manajemen operasional. Rumah sakit perlu menetapkan standar kelengkapan, waktu penyelesaian, tanggung jawab dokter, audit rekam medis, integrasi SIMRS, dan pelatihan dokumentasi. Unit rekam medis harus bekerja sama dengan komite medik, keperawatan, klaim, IT, dan manajemen mutu.

Rekam medis elektronik dapat mempercepat proses, tetapi memerlukan desain alur yang baik. Sistem harus mudah digunakan, aman, dan mendukung kebutuhan klinis. Bila sistem terlalu rumit, dokter dan perawat dapat mengisi data secara tidak lengkap atau menyalin-tempel tanpa makna klinis. Kualitas data harus menjadi prioritas.

8.15 Teknologi Informasi Operasional

Teknologi informasi merupakan penggerak utama operasional rumah sakit modern. SIMRS, rekam medis elektronik, sistem farmasi, sistem laboratorium, sistem radiologi, billing, antrean online, dashboard

manajemen, inventory system, e-procurement, dan e-claim dapat meningkatkan efisiensi dan mutu bila terintegrasi dengan baik.

Sistem informasi yang baik memungkinkan manajemen melihat data real-time: jumlah pasien, BOR, stok obat, klaim, waktu tunggu, penggunaan kamar operasi, hasil laboratorium, insiden keselamatan, dan pendapatan. Data ini membantu pengambilan keputusan. Tanpa data, manajemen cenderung bekerja berdasarkan keluhan dan intuisi.

Namun, teknologi informasi juga dapat menjadi sumber risiko. Sistem yang tidak terintegrasi menyebabkan input berulang. Sistem yang lambat memperpanjang pelayanan. Sistem yang tidak aman membuka risiko kebocoran data. Sistem yang tidak ramah pengguna membuat staf frustrasi. Downtime sistem dapat mengganggu pelayanan.

Karena itu, manajemen TI operasional harus mencakup tata kelola, keamanan, pelatihan, dukungan pengguna, backup, disaster recovery plan, dan evaluasi berkala. Rumah sakit perlu memiliki prosedur manual sementara bila sistem digital gagal. Unit klinis harus dilibatkan dalam desain dan evaluasi sistem agar teknologi sesuai kebutuhan pelayanan.

Digitalisasi operasional juga membuka peluang analitik. Rumah sakit dapat memprediksi kebutuhan stok, memantau konsumsi obat, mengidentifikasi pola keterlambatan, mengukur utilisasi alat, dan mendeteksi anomali klaim. Namun, analitik hanya berguna bila data akurat. Prinsip “garbage in, garbage out” berlaku: data buruk menghasilkan keputusan buruk.

8.16 Manajemen Kebersihan, Limbah, Linen, dan CSSD

Beberapa fungsi operasional yang sering dianggap sederhana sebenarnya sangat penting bagi keselamatan pasien. Kebersihan, limbah, linen, dan sterilisasi berhubungan langsung dengan pengendalian infeksi dan kenyamanan pasien.

Manajemen kebersihan rumah sakit harus mengikuti standar. Area klinis, ruang operasi, ICU, IGD, toilet, ruang tunggu, dan ruang isolasi memiliki tingkat risiko berbeda. Petugas kebersihan harus dilatih mengenai bahan pembersih, teknik pembersihan, APD, zona risiko, dan pengelolaan tumpahan cairan tubuh. Kebersihan bukan sekadar estetika, tetapi keselamatan.

Limbah medis harus dipisahkan dari limbah umum. Limbah infeksius, benda tajam, bahan kimia, farmasi, dan limbah domestik membutuhkan pengelolaan berbeda. Kesalahan pengelolaan limbah dapat membahayakan petugas, pasien, masyarakat, dan lingkungan.

Laundry dan linen juga penting. Linen bersih harus tersedia tepat waktu, disimpan aman, dan tidak terkontaminasi. Linen kotor harus dikumpulkan dan diproses dengan prosedur yang aman. Kekurangan linen dapat menghambat kesiapan tempat tidur.

CSSD atau Central Sterile Supply Department berperan dalam sterilisasi alat. CSSD harus memastikan instrumen dibersihkan, dikemas, disterilkan, disimpan, dan didistribusikan dengan benar. Keterlambatan CSSD dapat menunda operasi. Kegagalan sterilisasi dapat menyebabkan infeksi. Oleh karena itu, CSSD merupakan unit strategis dalam keselamatan pasien.

8.17 Manajemen Gizi dan Makanan Pasien

Pelayanan gizi merupakan bagian dari manajemen operasional sekaligus pelayanan klinis. Makanan pasien bukan sekadar konsumsi, tetapi bagian dari terapi. Pasien diabetes, ginjal, jantung, hipertensi, pascaoperasi, ICU, anak, lansia, dan pasien malnutrisi membutuhkan diet khusus.

Manajemen gizi rumah sakit mencakup asesmen kebutuhan gizi, perencanaan menu, pengadaan bahan makanan, penyimpanan, pengolahan, distribusi, keamanan pangan, edukasi gizi, dan evaluasi. Keamanan pangan sangat penting karena makanan yang terkontaminasi

dapat menyebabkan infeksi atau keracunan. Dapur rumah sakit harus memenuhi standar kebersihan, suhu, penyimpanan, dan distribusi.

Pelayanan berpusat pada pasien juga mencakup makanan. Pasien sering menilai rumah sakit dari kualitas makanan. Namun, preferensi pasien harus diseimbangkan dengan kebutuhan klinis. Ahli gizi berperan menjelaskan alasan diet dan membantu pasien memahami pola makan setelah pulang.

Dari sisi operasional, makanan pasien harus tiba tepat waktu dan sesuai diet. Kesalahan diet dapat membahayakan pasien. Misalnya, pasien gagal ginjal menerima makanan tinggi kalium, atau pasien diabetes menerima makanan dengan gula tinggi. Karena itu, integrasi antara rekam medis, dokter, perawat, dan gizi sangat penting.

8.18 Keberlanjutan Operasional dan Green Hospital

Rumah sakit menggunakan energi, air, bahan kimia, plastik, obat, alat sekali pakai, dan menghasilkan limbah. Oleh karena itu, keberlanjutan lingkungan menjadi bagian dari manajemen operasional modern. Green hospital bukan sekadar konsep lingkungan, tetapi juga strategi efisiensi dan tanggung jawab sosial.

Keberlanjutan operasional dapat mencakup efisiensi energi, penghematan air, pengelolaan limbah, penggunaan bahan ramah lingkungan, pengurangan food waste, digitalisasi dokumen, pemeliharaan alat agar tahan lama, dan desain bangunan yang hemat energi. Efisiensi energi dapat mengurangi biaya operasional. Pengelolaan limbah yang baik melindungi masyarakat. Pengadaan berkelanjutan dapat mengurangi dampak lingkungan.

Namun, green hospital harus tetap memperhatikan keselamatan pasien. Misalnya, pengurangan alat sekali pakai harus dilakukan hanya bila dapat dijamin keamanan sterilisasi dan pencegahan infeksi. Efisiensi energi tidak

boleh mengganggu ventilasi ruang klinis. Pengelolaan lingkungan harus berbasis risiko.

Keberlanjutan operasional juga mencakup ketahanan terhadap perubahan iklim dan bencana. Rumah sakit harus siap menghadapi banjir, suhu ekstrem, gangguan listrik, krisis air, dan gangguan pasokan. Infrastruktur yang tangguh menjadi bagian dari strategi masa depan rumah sakit.

8.19 Indikator Kinerja Operasional

Manajemen operasional membutuhkan indikator agar kinerja dapat dipantau. Indikator harus relevan, terukur, dapat ditindaklanjuti, dan terkait dengan mutu serta keselamatan pasien.

Beberapa indikator operasional penting antara lain:

Turnaround time laboratorium, yaitu waktu dari sampel diterima sampai hasil tersedia.
Turnaround time radiologi, yaitu waktu dari permintaan sampai hasil tersedia.
Waktu tunggu farmasi, yaitu waktu dari resep diterima sampai obat diserahkan.
Ketersediaan obat esensial, yaitu persentase obat penting yang tersedia.
Stockout rate, yaitu frekuensi barang habis stok.
Expired item rate, yaitu nilai atau jumlah barang kedaluwarsa.
Akurasi stok, yaitu kesesuaian stok fisik dan stok sistem.
Downtime alat medis, yaitu waktu alat tidak dapat digunakan.
Kepatuhan preventive maintenance, yaitu persentase pemeliharaan yang dilakukan sesuai jadwal.
Kelengkapan rekam medis, yaitu persentase rekam medis lengkap sesuai standar.
Waktu penyelesaian resume medis, yaitu lama waktu penyelesaian dokumen pulang.

Waktu distribusi linen, yaitu kecepatan penyediaan linen bersih.
Kejadian gangguan utilitas, yaitu gangguan listrik, air, gas medis, atau HVAC.
Utilisasi kamar operasi, yaitu tingkat penggunaan ruang operasi.
BOR, ALOS, TOI, BTO, yaitu indikator kapasitas rawat inap.
Waktu tunggu tempat tidur, yaitu lama pasien menunggu admisi.
Jumlah insiden operasional, yaitu insiden terkait fasilitas, alat, logistik, data, atau distribusi.

Indikator tidak boleh hanya dikumpulkan untuk laporan. Data harus dibahas dalam rapat operasional, digunakan untuk analisis akar masalah, dan ditindaklanjuti. Bila stockout meningkat, rumah sakit harus menganalisis perencanaan, pengadaan, pemasok, distribusi, dan data stok. Bila alat sering downtime, perlu dievaluasi pemeliharaan, usia alat, suku cadang, dan penggunaan. Bila rekam medis tidak lengkap, perlu melibatkan dokter, perawat, rekam medis, dan komite medik.

8.20 Kesiapsiagaan Krisis dan Kontinuitas Operasional

Rumah sakit harus mampu tetap beroperasi dalam situasi krisis. Krisis dapat berupa pandemi, bencana alam, kebakaran, kecelakaan massal, gangguan listrik, serangan siber, kekurangan oksigen, gangguan pemasok, atau lonjakan pasien. Kontinuitas operasional adalah kemampuan rumah sakit mempertahankan fungsi kritis dalam kondisi gangguan.

Rencana kontinuitas operasional harus menjawab beberapa pertanyaan: layanan apa yang paling kritis? Sumber daya apa yang dibutuhkan? Apa risiko terbesar? Siapa mengambil keputusan? Bagaimana komunikasi dilakukan? Bagaimana bila listrik padam? Bagaimana bila SIMRS gagal? Bagaimana bila pasokan oksigen terganggu? Bagaimana bila staf banyak sakit? Bagaimana bila jalan akses terputus?

Rumah sakit perlu memiliki command center atau sistem komando krisis. Dalam krisis, keputusan harus cepat dan terkoordinasi. Rantai komando, peran unit, komunikasi internal, komunikasi publik, dan koordinasi dengan pemerintah harus jelas.

Kesiapsiagaan juga membutuhkan latihan. Simulasi bencana, simulasi kebakaran, simulasi downtime sistem, dan simulasi lonjakan pasien membantu rumah sakit menemukan kelemahan sebelum krisis nyata. Setelah simulasi, evaluasi harus dilakukan.

Pandemi COVID-19 memberikan pelajaran bahwa operasi rumah sakit harus tangguh. Rumah sakit membutuhkan stok APD, oksigen, obat, ventilator, ruang isolasi, sistem triase, protokol infeksi, perlindungan staf, dan komunikasi publik. Rantai pasok global dapat terganggu, sehingga rumah sakit tidak boleh bergantung pada satu sumber pasokan.

8.21 Integrasi Operasional dengan Mutu, Keuangan, dan Strategi

Manajemen operasional tidak berdiri sendiri. Ia harus terintegrasi dengan mutu, keuangan, dan strategi rumah sakit. Operasi yang baik mendukung strategi. Jika rumah sakit ingin menjadi pusat layanan stroke, maka operasional harus menjamin CT scan tersedia, laboratorium cepat, obat tersedia, IGD siap, ICU siap, rekam medis lengkap, dan rehabilitasi terkoordinasi. Jika rumah sakit ingin unggul dalam layanan ibu-anak, maka kamar bersalin, NICU, farmasi, bank darah, gizi, dan ruang rawat harus mendukung.

Operasional juga terhubung dengan keuangan. Stockout dapat menurunkan pendapatan dan mutu. Overstock menyebabkan modal tertahan dan barang kedaluwarsa. Alat rusak menyebabkan layanan tertunda dan biaya perbaikan. Rekam medis tidak lengkap menyebabkan klaim tertunda. Waktu tunggu panjang menurunkan kepuasan pasien.

Dengan demikian, efisiensi operasional berdampak langsung pada keberlanjutan finansial.

Operasional juga terkait dengan mutu dan keselamatan pasien. Ketersediaan obat, kebersihan, sterilisasi, alat, oksigen, rekam medis, dan sistem informasi adalah elemen keselamatan. Komite mutu perlu bekerja sama dengan manajemen operasional untuk memantau indikator dan insiden.

Integrasi ini membutuhkan dashboard manajemen. Rumah sakit perlu melihat data operasional, mutu, keuangan, dan SDM secara bersama. Misalnya, peningkatan lama rawat dapat terkait dengan keterlambatan laboratorium, ketersediaan tempat tidur, discharge planning, atau masalah klaim. Analisis lintas data membantu keputusan lebih tepat.

8.22 Ilustrasi Kasus: Operasi Tertunda karena Rantai Pasok Lemah

Sebuah rumah sakit mengalami peningkatan keluhan karena beberapa operasi elektif tertunda. Manajemen awalnya mengira masalah disebabkan oleh dokter yang tidak disiplin. Namun, setelah dilakukan analisis, ditemukan bahwa keterlambatan operasi disebabkan oleh kombinasi masalah operasional.

Pertama, beberapa instrumen operasi belum selesai disterilkan oleh CSSD karena volume operasi meningkat tetapi kapasitas sterilizer tidak bertambah. Kedua, beberapa bahan medis habis pakai sering terlambat tersedia karena sistem stok tidak akurat. Ketiga, ruang operasi tidak memiliki jadwal yang terintegrasi dengan ketersediaan alat dan tim anestesi. Keempat, komunikasi antara gudang, kamar operasi, farmasi, dan CSSD tidak berjalan baik. Kelima, data pemakaian BMHP tidak digunakan untuk perencanaan pengadaan.

Rumah sakit kemudian membentuk tim perbaikan operasional. Tim memetakan alur operasi dari penjadwalan sampai pasien masuk ruang

pemulihan. Stok minimum BMHP operasi ditetapkan. Sistem booking operasi diintegrasikan dengan kesiapan alat, farmasi, CSSD, dan anestesi. CSSD membuat jadwal prioritas instrumen. Gudang menerapkan FEFO dan monitoring harian barang kritis. Dashboard keterlambatan operasi dibuat.

Setelah tiga bulan, keterlambatan operasi menurun. Keluhan pasien berkurang. Utilisasi kamar operasi meningkat. Kasus ini menunjukkan bahwa masalah klinis sering berakar pada operasi. Dokter dan perawat tidak dapat bekerja optimal bila rantai pasok, sterilisasi, alat, dan jadwal tidak terkoordinasi.

8.23 Ilustrasi Kasus: Rekam Medis Elektronik yang Tidak Siap

Sebuah rumah sakit menerapkan rekam medis elektronik untuk mempercepat pelayanan. Pada awalnya manajemen berharap sistem baru akan mengurangi kertas, mempercepat klaim, dan meningkatkan akurasi data. Namun, beberapa minggu setelah implementasi, pelayanan rawat jalan melambat. Dokter mengeluh sistem terlalu banyak klik. Perawat bingung mencari menu asuhan. Farmasi menerima resep dengan data tidak lengkap. Bagian klaim menemukan banyak dokumen elektronik belum final. Pasien mengeluh waktu tunggu meningkat.

Analisis menunjukkan bahwa masalah bukan pada digitalisasi sebagai konsep, tetapi pada implementasi. Alur kerja belum dipetakan. Pengguna tidak dilibatkan dalam desain. Pelatihan terlalu singkat. Tidak ada helpdesk memadai. Template tidak sesuai kebutuhan klinis. Jaringan lambat. Prosedur downtime belum disiapkan.

Rumah sakit kemudian melakukan redesign. Dokter, perawat, farmasi, rekam medis, klaim, dan IT duduk bersama. Template disederhanakan. Jalur input penting diprioritaskan. Helpdesk diperkuat. Pelatihan ulang dilakukan. Dashboard kelengkapan rekam medis dibuat. Prosedur downtime disusun. Setelah perbaikan, sistem mulai mendukung pelayanan.

Kasus ini menunjukkan bahwa teknologi bukan solusi otomatis. Digitalisasi operasional harus berbasis proses, manusia, pelatihan, dan tata kelola. Rekam medis elektronik yang baik bukan hanya sistem komputer, tetapi sistem pelayanan informasi kesehatan.

8.24 Tantangan Manajemen Operasional Rumah Sakit di Indonesia

Manajemen operasional rumah sakit di Indonesia menghadapi tantangan yang beragam.

Pertama, variasi kapasitas rumah sakit. Rumah sakit besar di kota memiliki fasilitas dan sistem lebih lengkap dibanding rumah sakit kecil atau daerah terpencil. Namun, semua rumah sakit tetap harus memenuhi prinsip dasar keselamatan.

Kedua, distribusi pemasok dan logistik tidak merata. Rumah sakit di wilayah kepulauan atau daerah terpencil dapat menghadapi keterlambatan pengadaan, biaya transportasi tinggi, dan ketergantungan pada pemasok tertentu.

Ketiga, digitalisasi belum merata. Sebagian rumah sakit sudah menerapkan SIMRS dan rekam medis elektronik, tetapi integrasi sistem, kualitas data, keamanan informasi, dan kesiapan SDM masih menjadi tantangan.

Keempat, tekanan biaya. Rumah sakit harus efisien, tetapi tidak boleh mengorbankan mutu. Pengendalian biaya operasional membutuhkan data dan disiplin proses.

Kelima, budaya dokumentasi masih perlu diperkuat. Rekam medis, inventori, pemeliharaan alat, dan pelaporan insiden membutuhkan dokumentasi akurat.

Keenam, risiko bencana. Indonesia rawan gempa, banjir, letusan gunung, kebakaran, dan bencana lain. Rumah sakit harus memiliki kesiapsiagaan operasional.

Ketujuh, kebutuhan SDM teknis. Teknisi alat kesehatan, tenaga IT, tenaga logistik, farmasi, rekam medis, dan manajer operasional membutuhkan kompetensi khusus. Rumah sakit sering lebih fokus pada tenaga klinis, padahal tenaga operasional juga sangat menentukan mutu.

Kedelapan, keamanan data dan keamanan siber. Semakin digital rumah sakit, semakin besar risiko kebocoran data dan gangguan sistem.

Kesembilan, integrasi antarunit. Banyak rumah sakit masih bekerja dalam silo. Operasional yang baik membutuhkan koordinasi antara klinis, farmasi, gudang, rekam medis, klaim, IT, fasilitas, dan keuangan.

Kesepuluh, keberlanjutan lingkungan. Pengelolaan limbah medis, energi, air, dan bahan sekali pakai menjadi isu penting.

8.25 Model Integratif Bab 8

Manajemen operasional rumah sakit dapat diringkas dalam model integratif berikut.

Input operasional mencakup fasilitas, alat, obat, BMHP, SDM, data, teknologi, pemasok, dan anggaran.
Proses operasional mencakup perencanaan, pengadaan, penerimaan, penyimpanan, distribusi, penggunaan, dokumentasi, pemeliharaan, dan evaluasi.
Fungsi kunci mencakup fasilitas, logistik, farmasi, rekam medis, rantai pasok, IT, kebersihan, limbah, linen, CSSD, dan gizi.
Prinsip operasional mencakup tepat mutu, tepat jumlah, tepat waktu, tepat biaya, tepat data, dan tepat keselamatan.
Pengendalian risiko mencakup mitigasi stockout, kerusakan alat, gangguan utilitas, kegagalan sistem, infeksi, dan bencana.
Indikator kinerja mencakup waktu tunggu, ketersediaan barang, akurasi stok, downtime alat, kelengkapan rekam medis, dan efisiensi proses.
Outcome mencakup pelayanan lancar, mutu meningkat, keselamatan

pasien terjaga, biaya terkendali, klaim lancar, dan rumah sakit berkelanjutan.

Model ini memperlihatkan bahwa operasional bukan kegiatan belakang layar yang terpisah dari pelayanan. Operasional adalah sistem pendukung utama yang membuat pelayanan klinis mungkin terjadi.

8.26 Implikasi Manajerial

Pertama, direksi rumah sakit harus menempatkan manajemen operasional sebagai fungsi strategis, bukan sekadar fungsi teknis.

Kedua, rumah sakit perlu memiliki dashboard operasional yang memantau stok, alat, fasilitas, rekam medis, waktu tunggu, kapasitas, dan risiko.

Ketiga, manajemen fasilitas harus berbasis preventive maintenance, bukan hanya perbaikan setelah rusak.

Keempat, logistik dan inventori harus dikelola berbasis data dengan metode ABC, VEN, FEFO, stok minimum-maksimum, dan evaluasi pemasok.

Kelima, farmasi rumah sakit harus mengintegrasikan pengelolaan obat dan pelayanan farmasi klinis.

Keenam, rekam medis harus dipandang sebagai fondasi keselamatan, mutu, klaim, hukum, dan data manajemen.

Ketujuh, rantai pasok harus dibuat tangguh melalui diversifikasi pemasok, stok barang kritis, monitoring real-time, dan rencana kontinjensi.

Kedelapan, lean hospital dapat digunakan untuk mengurangi pemborosan dan memperbaiki alur pasien, barang, dan informasi.

Kesembilan, digitalisasi operasional harus dirancang berdasarkan proses dan kebutuhan pengguna, bukan sekadar membeli aplikasi.

Kesepuluh, operasional harus terintegrasi dengan mutu, keselamatan pasien, keuangan, SDM, dan strategi rumah sakit.

8.27 Rangkuman Bab

Manajemen operasional rumah sakit merupakan fondasi yang memungkinkan pelayanan klinis berjalan aman, lancar, efisien, dan berkelanjutan. Fungsi operasional mencakup fasilitas, infrastruktur, alat kesehatan, logistik, farmasi, rekam medis, rantai pasok, teknologi informasi, kebersihan, limbah, linen, CSSD, gizi, dan manajemen kapasitas.

Fasilitas dan infrastruktur harus mendukung keselamatan pasien, alur pelayanan, pengendalian infeksi, kenyamanan, aksesibilitas, dan kesiapsiagaan bencana. Alat kesehatan harus dikelola melalui perencanaan, pengadaan, pelatihan, pemeliharaan, kalibrasi, dan monitoring utilisasi. Logistik dan inventori harus memastikan barang tersedia tepat mutu, tepat jumlah, tepat waktu, tepat biaya, dan tidak kedaluwarsa. Farmasi rumah sakit berperan dalam ketersediaan obat, medication safety, farmasi klinis, formularium, dan efisiensi biaya. Rekam medis menjadi fondasi komunikasi klinis, klaim, hukum, mutu, dan data manajemen. Rantai pasok menghubungkan seluruh proses dari pemasok sampai pasien.

Manajemen operasional juga harus memperhatikan lean hospital, manajemen risiko operasional, kesiapsiagaan krisis, digitalisasi, dan keberlanjutan lingkungan. Indikator operasional seperti waktu tunggu farmasi, stockout, akurasi stok, downtime alat, kelengkapan rekam medis, dan utilisasi fasilitas harus dipantau secara rutin.

Inti Bab 8 adalah bahwa rumah sakit yang bermutu tidak hanya membutuhkan tenaga klinis yang kompeten, tetapi juga sistem operasional yang kuat. Pelayanan klinis yang aman lahir dari fasilitas yang andal, logistik yang tepat, farmasi yang aman, rekam medis yang akurat, rantai pasok yang tangguh, dan manajemen yang berbasis data.

Glossarium

ABC Analysis
Metode pengelompokan persediaan berdasarkan nilai penggunaan, biasanya dibagi menjadi kategori A, B, dan C.

Alat Kesehatan
Instrumen, aparatus, mesin, atau perangkat yang digunakan untuk pencegahan, diagnosis, terapi, monitoring, rehabilitasi, atau paliatif.

Akurasi Stok
Tingkat kesesuaian antara stok fisik dan stok yang tercatat dalam sistem.

BMHP
Bahan Medis Habis Pakai, yaitu bahan yang digunakan dalam pelayanan medis dan biasanya hanya digunakan sekali atau terbatas.

CSSD
Central Sterile Supply Department, unit yang bertanggung jawab atas pembersihan, sterilisasi, penyimpanan, dan distribusi instrumen steril.

Cold Chain
Sistem penyimpanan dan distribusi barang yang membutuhkan suhu terkontrol, seperti vaksin atau obat tertentu.

Dead Stock
Persediaan yang tidak bergerak atau tidak digunakan dalam periode tertentu.

Digital HR / Digital Operations
Pemanfaatan teknologi digital untuk mengelola proses operasional seperti stok, jadwal, fasilitas, rekam medis, dan klaim.

Downtime Alat
Waktu ketika alat tidak dapat digunakan karena rusak, pemeliharaan, atau gangguan teknis.

FEFO
First Expired First Out, prinsip penggunaan barang dengan masa kedaluwarsa paling dekat terlebih dahulu.

FIFO
First In First Out, prinsip penggunaan barang yang masuk lebih dahulu terlebih dahulu.

Formularium Rumah Sakit
Daftar obat yang disetujui untuk digunakan di rumah sakit berdasarkan bukti ilmiah, kebutuhan klinis, keamanan, dan efisiensi.

Inventori
Persediaan barang yang disimpan untuk digunakan dalam pelayanan atau operasional.

Lean Hospital
Penerapan prinsip lean dalam rumah sakit untuk mengurangi pemborosan dan meningkatkan nilai bagi pasien.

Logistik Rumah Sakit
Proses perencanaan, pengadaan, penerimaan, penyimpanan, distribusi, dan pengendalian barang rumah sakit.

Medication Reconciliation
Proses memastikan daftar obat pasien akurat saat masuk, pindah unit, atau pulang.

Medication Safety
Sistem untuk mencegah kesalahan obat dan menjamin penggunaan obat yang aman.

Patient Flow
Alur pergerakan pasien dari awal masuk rumah sakit hingga keluar atau dirujuk.

Preventive Maintenance
Pemeliharaan yang dilakukan secara berkala untuk mencegah kerusakan sebelum terjadi.

Rantai Pasok Rumah Sakit
Jaringan proses, orang, informasi, dan sumber daya yang memastikan barang dan layanan tersedia dari pemasok sampai digunakan dalam pelayanan pasien.

Rekam Medis
Dokumen atau sistem informasi yang berisi identitas pasien, pemeriksaan, pengobatan, tindakan, dan pelayanan lain.

Reorder Point
Titik jumlah stok tertentu yang menjadi tanda bahwa barang harus dipesan ulang.

SIMRS
Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit, yaitu sistem digital yang mengintegrasikan data pelayanan, administrasi, keuangan, dan operasional rumah sakit.

Stockout
Kondisi ketika barang yang dibutuhkan tidak tersedia.

Supply Chain Resilience
Kemampuan rantai pasok untuk bertahan, beradaptasi, dan pulih dari gangguan.

Turnaround Time
Waktu yang dibutuhkan untuk menyelesaikan suatu proses, misalnya pemeriksaan laboratorium atau pelayanan resep.

VEN Analysis
Metode pengelompokan persediaan berdasarkan tingkat kepentingan: vital, essential, dan non-essential.

Daftar Pustaka

Abimanyu, E. P. B., Seo, H., Sim, J., Lee, J., & Kim, Y. (2025). Digital technologies in hospital pharmacy: A systematic review. *Journal of Preventive Medicine and Public Health, 58*(1), 1–14. DOI: 10.3961/jpmph.24.384

Agarwal, R., & Prasad, J. (1999). Are individual differences germane to the acceptance of new information technologies? *Decision Sciences, 30*(2), 361–391. DOI: 10.1111/j.1540-5915.1999.tb01614.x

Ageron, B., Benzidia, S., Bourlakis, M., & Hovelaque, V. (2018). Healthcare logistics and supply chain: Issues and future challenges. *Supply Chain Forum: An International Journal, 19*(1), 1–3. DOI: 10.1080/16258312.2018.1433353

Aptel, O., & Pourjalali, H. (2001). Improving activities and decreasing costs of logistics in hospitals: A comparison of U.S. and French hospitals. *The International Journal of Accounting, 36*(1), 65–90. DOI: 10.1016/S0020-7063(01)00086-3

Aronsson, H., Abrahamsson, M., & Spens, K. (2011). Developing lean and agile health care supply chains. *Supply Chain Management: An International Journal, 16*(3), 176–183. DOI: 10.1108/13598541111127164

Bates, D. W., & Gawande, A. A. (2003). Improving safety with information technology. *The New England Journal of Medicine, 348*(25), 2526–2534. DOI: 10.1056/NEJMsa020847

Carayon, P., Wetterneck, T. B., Rivera-Rodriguez, A. J., Hundt, A. S., Hoonakker, P., Holden, R., & Gurses, A. P. (2014). Human factors systems

approach to healthcare quality and patient safety. *Applied Ergonomics, 45*(1), 14–25. DOI: 10.1016/j.apergo.2013.04.023

Chaudhry, B., Wang, J., Wu, S., Maglione, M., Mojica, W., Roth, E., Morton, S. C., & Shekelle, P. G. (2006). Systematic review: Impact of health information technology on quality, efficiency, and costs of medical care. *Annals of Internal Medicine, 144*(10), 742–752. DOI: 10.7326/0003-4819-144-10-200605160-00125

de Vries, J., & Huijsman, R. (2011). Supply chain management in health services: An overview. *Supply Chain Management: An International Journal, 16*(3), 159–165. DOI: 10.1108/13598541111127146

Dixit, A., Routroy, S., & Dubey, S. K. (2019). A systematic literature review of healthcare supply chain and implications of future research. *International Journal of Pharmaceutical and Healthcare Marketing, 13*(4), 405–435. DOI: 10.1108/IJPHM-05-2018-0028

Gartner, D., Kolisch, R., Neill, D. B., & Padman, R. (2015). Machine learning approaches for early DRG classification and resource allocation. *INFORMS Journal on Computing, 27*(4), 718–734. DOI: 10.1287/ijoc.2015.0655

Hayes, R. H., & Pisano, G. P. (1994). Beyond world-class: The new manufacturing strategy. *Harvard Business Review, 72*(1), 77–86. Tanpa DOI.

Kaplan, R. S., & Porter, M. E. (2011). How to solve the cost crisis in health care. *Harvard Business Review, 89*(9), 46–52. Tanpa DOI.

Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2016). *Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 24 Tahun 2016 tentang Persyaratan Teknis Bangunan dan Prasarana Rumah Sakit*. Tanpa DOI.

Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2016). *Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 72 Tahun 2016 tentang Standar Pelayanan Kefarmasian di Rumah Sakit*. Tanpa DOI.

Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2022). *Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 24 Tahun 2022 tentang Rekam Medis*. Tanpa DOI.

Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2023). *Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan*. Tanpa DOI.

Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2024). *Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 28 Tahun 2024 tentang Peraturan Pelaksanaan Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan*. Tanpa DOI.

Kovács, G., & Spens, K. M. (2009). Identifying challenges in humanitarian logistics. *International Journal of Physical Distribution & Logistics Management, 39*(6), 506–528. DOI: 10.1108/09600030910985848

Lawal, A. K., Rotter, T., Kinsman, L., Machotta, A., Ronellenfitsch, U., Scott, S. D., Goodridge, D., Plishka, C., & Groot, G. (2014). Lean management in health care: Definition, concepts, methodology and effects reported. *Systematic Reviews, 3*, 103. DOI: 10.1186/2046-4053-3-103

Mazzocato, P., Savage, C., Brommels, M., Aronsson, H., & Thor, J. (2010). Lean thinking in healthcare: A realist review of the literature. *Quality & Safety in Health Care, 19*(5), 376–382. DOI: 10.1136/qshc.2009.037986

McKone-Sweet, K. E., Hamilton, P., & Willis, S. B. (2005). The ailing healthcare supply chain: A prescription for change. *Journal of Supply Chain Management, 41*(1), 4–17. DOI: 10.1111/j.1745-493X.2005.tb00180.x

Mentzer, J. T., DeWitt, W., Keebler, J. S., Min, S., Nix, N. W., Smith, C. D., & Zacharia, Z. G. (2001). Defining supply chain management. *Journal of Business Logistics, 22*(2), 1–25. DOI: 10.1002/j.2158-1592.2001.tb00001.x

Neame, M. T., Chacko, J., Surace, A. E. A., Sinha, I. P., & Hawcutt, D. B. (2019). A systematic review of the effects of implementing clinical pathways supported by health information technologies. *BMC Medical Informatics and Decision Making, 19*, 191. DOI: 10.1186/s12911-019-0951-3

Nijor, S., Rallis, G., Lad, N., & Gokcen, E. (2022). Patient safety issues from information overload in electronic medical records. *Journal of Patient Safety, 18*(6), e999–e1003. DOI: 10.1097/PTS.0000000000001002

Ohno, T. (1988). *Toyota production system: Beyond large-scale production*. Productivity Press. Tanpa DOI.

Reason, J. (2000). Human error: Models and management. *BMJ, 320*(7237), 768–770. DOI: 10.1136/bmj.320.7237.768

Rotter, T., Kugler, J., Koch, R., Gothe, H., Twork, S., van Oostrum, J. M., & Steyerberg, E. W. (2008). A systematic review and meta-analysis of the effects of clinical pathways on length of stay, hospital costs and patient outcomes. *BMC Health Services Research, 8*, 265. DOI: 10.1186/1472-6963-8-265

Schneller, E. S., & Smeltzer, L. R. (2006). *Strategic management of the health care supply chain*. Jossey-Bass. Tanpa DOI.

Schneller, E. S. (2022). Supply chain management and health services research. *Health Services Research, 57*(2), 234–236. DOI: 10.1111/1475-6773.13971

Shah, N. (2004). Pharmaceutical supply chains: Key issues and strategies for optimisation. *Computers & Chemical Engineering, 28*(6–7), 929–941. DOI: 10.1016/j.compchemeng.2003.09.022

Toussaint, J. S., & Berry, L. L. (2013). The promise of lean in health care. *Mayo Clinic Proceedings, 88*(1), 74–82. DOI: 10.1016/j.mayocp.2012.07.025

Vrijhoef, H. J. M., & Steuten, L. M. G. (2007). Innovative information technology in diabetes care: The time has come to act. *Diabetes Care, 30*(9), 2456–2458. DOI: 10.2337/dc07-1025

Walker, J. M., Carayon, P., Leveson, N., Paulus, R. A., Tooker, J., Chin, H., Bothe, A., & Stewart, W. F. (2008). EHR safety: The way forward to safe and effective systems. *Journal of the American Medical Informatics Association, 15*(3), 272–277. DOI: 10.1197/jamia.M2618

Wang, J., Lv, H., Chen, M., Liu, C., Ren, W., Jiang, H., & Zhang, L. (2025). A systematic review of lean implementation in hospitals: Impact on efficiency, quality, cost, and satisfaction. *International Journal of Health Policy and Management*. DOI perlu diverifikasi sesuai metadata final penerbit.

World Health Organization. (2016). *Framework on integrated, people-centred health services*. Tanpa DOI.

World Health Organization. (2021). *Global patient safety action plan 2021–2030: Towards eliminating avoidable harm in health care*. Tanpa DOI.

World Health Organization. (2025). *Management and safe use of medical devices*. Tanpa DOI.

World Health Organization. (2026). *Essential medicines*. Tanpa DOI.

Bab 9. Digitalisasi, SIMRS, Data, AI, dan Transformasi Rumah Sakit

Oleh: Rudy C Tarumingkeng

1 Mengapa Digitalisasi Penting?

- Efisiensi operasional
- Mutu layanan meningkat
- Keselamatan pasien
- Kecepatan keputusan
- Transparansi & akuntabilitas

2 Komponen Utama SIMRS

- Pendaftaran & antrean
- Rekam Medis Elektronik
- Farmasi
- Laboratorium
- Radiologi
- Billing & keuangan
- Klaim & asuransi
- Dashboard manajemen

3 Peran Data

- Integrasi lintas unit
- Interoperabilitas
- Data governance
- Kualitas data
- Analitik & insight
- Keputusan berbasis data



4 Aplikasi AI di Rumah Sakit

- *Clinical decision support*
- Prediksi risiko pasien
- Analisis citra medis
- *Chatbot & asisten virtual*
- Otomasi administrasi
- Optimasi jadwal & alur pasien

5 Manfaat Transformasi

- Pelayanan lebih cepat & tepat
- Akurasi data meningkat
- Pengalaman pasien lebih baik
- Efisiensi biaya & sumber daya
- Kolaborasi antarunit lebih kuat

6 Risiko dan Tantangan

- Keamanan siber
- Privasi data pasien
- Kesiapan SDM & literasi digital
- Biaya investasi & pemeliharaan
- Resistensi terhadap perubahan
- Integrasi dengan sistem lama

7 Roadmap Transformasi

1. Visi & strategi digital
2. Standardisasi proses & tata kelola
3. Penguatan infrastruktur & keamanan
4. Pelatihan SDM & *change management*
5. Implementasi bertahap & *pilot project*
6. Monitoring KPI & inovasi berkelanjutan

8 Prinsip Kunci Transformasi Digital

Human-centered | Aman | Etis | Interoperable | Scalable | Sustainable

> *Transformasi digital rumah sakit menghubungkan pelayanan, data, teknologi, dan keputusan untuk mutu, efisiensi, serta keselamatan pasien.*

Mutu | Efisiensi | Keselamatan Pasien | Inovasi Berkelanjutan

Sebagai dasar penyusunan Bab 9, saya merujuk pada kerangka WHO tentang *Global Strategy on Digital Health 2020–2025*, pedoman etika dan tata kelola AI untuk kesehatan, serta panduan WHO 2025 tentang *large multimodal models* di bidang kesehatan. Untuk konteks Indonesia, SATUSEHAT disebut sebagai platform penghubung sistem informasi kesehatan melalui standardisasi dan integrasi RME, menggunakan standar HL7 FHIR untuk model data dan API; Permenkes No. 24 Tahun 2022 mengatur rekam medis elektronik; UU No. 27 Tahun 2022 mengatur pelindungan data pribadi; dan UU No. 17 Tahun 2023 mencakup teknologi kesehatan serta sistem informasi kesehatan. (World Health Organization)

Bab 9. Digitalisasi, SIMRS, Data, AI, dan Transformasi Rumah Sakit ******

Abstrak

Digitalisasi rumah sakit merupakan salah satu agenda strategis dalam transformasi sistem kesehatan modern. Rumah sakit tidak lagi dapat dikelola hanya melalui proses manual, dokumen kertas, komunikasi terfragmentasi, dan pengambilan keputusan berbasis intuisi. Kompleksitas pelayanan klinis, tuntutan keselamatan pasien, kebutuhan efisiensi, regulasi rekam medis elektronik, integrasi data nasional, serta perkembangan kecerdasan buatan menuntut rumah sakit membangun sistem digital yang aman, interoperabel, akuntabel, dan berpusat pada pasien.

Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit atau SIMRS menjadi tulang punggung digitalisasi rumah sakit karena mengintegrasikan proses pendaftaran, pelayanan klinis, rekam medis elektronik, farmasi, laboratorium, radiologi, billing, klaim, keuangan, logistik, SDM, dashboard

manajemen, dan pelaporan. Namun, SIMRS bukan sekadar aplikasi komputer. SIMRS adalah sistem sosio-teknis yang menghubungkan manusia, proses, data, teknologi, tata kelola, dan budaya organisasi. Implementasi SIMRS yang berhasil membutuhkan desain proses, standardisasi data, pelatihan SDM, kepemimpinan, manajemen perubahan, keamanan informasi, dan integrasi dengan ekosistem kesehatan yang lebih luas.

Data menjadi aset strategis rumah sakit. Data klinis, operasional, keuangan, mutu, keselamatan pasien, logistik, farmasi, dan pengalaman pasien dapat diolah menjadi insight untuk keputusan manajerial dan klinis. Kecerdasan buatan dapat digunakan untuk clinical decision support, prediksi risiko pasien, analisis citra medis, optimasi jadwal, otomasi administrasi, deteksi fraud, chatbot edukasi, dan analitik mutu. Namun, AI juga membawa risiko bias algoritmik, kesalahan prediksi, kurangnya transparansi, privasi data, keamanan siber, dan potensi dehumanisasi pelayanan.

Bab ini membahas digitalisasi, SIMRS, data, AI, dan transformasi rumah sakit secara komprehensif. Fokus utama diarahkan pada bagaimana rumah sakit membangun transformasi digital yang human-centered, aman, etis, interoperabel, scalable, dan berkelanjutan. Bab ini menegaskan bahwa teknologi bukan tujuan akhir. Tujuan akhirnya adalah pelayanan rumah sakit yang lebih bermutu, aman, efisien, transparan, adaptif, dan berpusat pada pasien.

Kata Kunci

Digitalisasi rumah sakit; SIMRS; rekam medis elektronik; SATUSEHAT; interoperabilitas; HL7 FHIR; tata kelola data; kecerdasan buatan; AI rumah sakit; clinical decision support; cybersecurity; data governance; transformasi digital; patient-centered digital health; big data kesehatan; etika AI; manajemen perubahan rumah sakit.

9.1 Pendahuluan

Rumah sakit modern berada pada titik perubahan besar. Selama bertahun-tahun, rumah sakit mengandalkan dokumen kertas, pencatatan manual, komunikasi lisan, arsip fisik, laporan periodik, serta proses administratif yang panjang. Model kerja seperti itu pernah dianggap wajar karena teknologi digital belum berkembang seperti sekarang. Namun, dalam konteks pelayanan kesehatan masa kini, proses manual semakin tidak memadai. Pasien membutuhkan pelayanan cepat. Dokter membutuhkan informasi klinis yang lengkap. Perawat membutuhkan instruksi yang jelas. Farmasi membutuhkan resep yang terbaca. Manajemen membutuhkan data real-time. Regulator membutuhkan pelaporan standar. Pembayar membutuhkan dokumen klaim akurat. Pasien membutuhkan transparansi dan kesinambungan layanan.

Digitalisasi rumah sakit muncul sebagai jawaban atas kebutuhan tersebut. Digitalisasi bukan hanya perubahan alat, tetapi perubahan cara kerja. Digitalisasi mengubah bagaimana pasien mendaftar, bagaimana dokter mencatat, bagaimana obat diresepkan, bagaimana hasil laboratorium dikirim, bagaimana klaim diproses, bagaimana indikator mutu dipantau, bagaimana manajemen mengambil keputusan, dan bagaimana rumah sakit terhubung dengan sistem kesehatan nasional.

Namun, digitalisasi juga tidak boleh disederhanakan sebagai pembelian aplikasi. Banyak rumah sakit membeli sistem informasi, tetapi prosesnya tetap lambat. Banyak rumah sakit memiliki komputer, tetapi data tidak terintegrasi. Banyak rumah sakit menerapkan rekam medis elektronik, tetapi staf merasa terbebani. Banyak rumah sakit memiliki dashboard, tetapi datanya tidak akurat. Banyak rumah sakit ingin menggunakan AI, tetapi tata kelola data belum siap. Hal ini menunjukkan bahwa transformasi digital bukan sekadar proyek teknologi, melainkan perubahan organisasi.

Bab ini membahas digitalisasi rumah sakit dengan menempatkan SIMRS, data, AI, dan transformasi organisasi sebagai satu kesatuan. SIMRS adalah infrastruktur sistemik. Data adalah bahan bakar keputusan. AI adalah alat analitik dan otomasi. Transformasi rumah sakit adalah perubahan cara berpikir, cara bekerja, cara melayani, dan cara mengelola risiko. Tanpa transformasi organisasi, teknologi hanya menjadi beban baru. Tanpa teknologi, rumah sakit sulit menjawab kompleksitas masa depan.

Digitalisasi rumah sakit harus diarahkan pada nilai. Teknologi harus menjawab pertanyaan: apakah pelayanan menjadi lebih aman? Apakah waktu tunggu berkurang? Apakah informasi klinis lebih lengkap? Apakah kesalahan obat menurun? Apakah klaim lebih lancar? Apakah manajemen dapat mengambil keputusan lebih cepat? Apakah pasien merasa lebih mudah memperoleh layanan? Apakah data lebih aman? Apakah tenaga kesehatan terbantu, bukan terbebani?

Dalam kerangka itu, rumah sakit harus membangun transformasi digital secara bertahap, terencana, dan beretika. Transformasi digital tidak boleh menghilangkan unsur kemanusiaan dalam pelayanan. AI tidak boleh menggantikan empati dokter dan perawat. Rekam medis elektronik tidak boleh membuat dokter lebih sibuk menatap layar daripada mendengar pasien. Dashboard tidak boleh membuat manajemen hanya mengejar angka tanpa memahami konteks lapangan. Digitalisasi yang benar adalah digitalisasi yang memperkuat nilai manusiawi pelayanan kesehatan.

9.2 Hakikat Digitalisasi Rumah Sakit

Digitalisasi rumah sakit adalah proses pemanfaatan teknologi digital untuk mengubah, memperbaiki, mengintegrasikan, dan mengoptimalkan proses pelayanan klinis, administratif, operasional, keuangan, dan manajerial rumah sakit. Digitalisasi mencakup penggunaan SIMRS, rekam medis elektronik, sistem antrean digital, e-prescribing, sistem laboratorium,

sistem radiologi, farmasi digital, billing, e-claim, dashboard manajemen, telemedicine, analitik data, Internet of Medical Things, keamanan siber, dan AI.

Digitalisasi berbeda dari komputerisasi. Komputerisasi hanya mengganti alat manual menjadi komputer. Digitalisasi mengubah proses. Transformasi digital lebih jauh lagi: ia mengubah model organisasi, budaya kerja, tata kelola, pengalaman pasien, dan pola pengambilan keputusan.

Sebagai contoh, komputerisasi pendaftaran berarti petugas mengetik data pasien di komputer. Digitalisasi pendaftaran berarti pasien dapat mendaftar online, memilih jadwal, mendapat nomor antrean, melakukan verifikasi penjamin, dan memperoleh notifikasi. Transformasi digital pendaftaran berarti rumah sakit menggunakan data kunjungan untuk memprediksi beban layanan, mengatur jadwal dokter, mengurangi waktu tunggu, dan meningkatkan pengalaman pasien.

Digitalisasi rumah sakit memiliki beberapa tujuan utama. Pertama, meningkatkan efisiensi operasional. Proses yang semula berulang dan lambat dapat disederhanakan. Kedua, meningkatkan mutu layanan. Data klinis menjadi lebih lengkap, mudah diakses, dan dapat digunakan untuk audit. Ketiga, meningkatkan keselamatan pasien. Sistem dapat memberi peringatan alergi, interaksi obat, hasil kritis, atau identifikasi pasien. Keempat, memperkuat transparansi dan akuntabilitas. Data pelayanan dan keuangan dapat dilacak. Kelima, mempercepat keputusan. Manajemen dapat melihat indikator real-time. Keenam, memperkuat integrasi layanan. Unit tidak lagi bekerja dalam silo. Ketujuh, mendukung inovasi. AI, telemedicine, analitik prediktif, dan otomasi dapat dikembangkan di atas data digital.

Namun, digitalisasi juga memiliki risiko. Sistem yang buruk dapat memperlambat pelayanan. Input data yang tidak akurat menghasilkan keputusan salah. Ketergantungan pada teknologi dapat membuat rumah sakit rentan saat sistem gagal. Kebocoran data dapat merusak

kepercayaan. AI dapat menghasilkan bias. Karena itu, digitalisasi harus dikelola melalui tata kelola yang kuat.

9.3 SIMRS sebagai Tulang Punggung Digitalisasi

Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit atau SIMRS adalah sistem teknologi informasi dan komunikasi yang memproses serta mengintegrasikan alur pelayanan rumah sakit dalam bentuk jaringan koordinasi, pelaporan, dan prosedur administrasi untuk memperoleh informasi yang tepat dan akurat. SIMRS merupakan pusat integrasi data dan proses rumah sakit.

SIMRS yang baik tidak hanya mencatat transaksi, tetapi menghubungkan pelayanan klinis, administrasi, operasional, keuangan, logistik, dan manajemen. Dalam rumah sakit modern, SIMRS menjadi tulang punggung karena hampir semua proses membutuhkan informasi.

Komponen utama SIMRS meliputi:

1. **Pendaftaran dan antrean pasien**
   Mencatat identitas pasien, nomor rekam medis, jadwal, penjamin, dan alur kedatangan.
2. **Rekam medis elektronik**
   Mencatat asesmen, diagnosis, tindakan, obat, hasil pemeriksaan, catatan perkembangan, edukasi, discharge planning, dan resume medis.
3. **Farmasi**
   Mengelola resep, stok obat, dispensing, formularium, obat high-alert, e-prescribing, dan edukasi obat.
4. **Laboratorium**
   Mengelola permintaan pemeriksaan, penerimaan sampel, hasil, validasi, dan pengiriman hasil ke rekam medis.

5. **Radiologi**
   Mengelola permintaan pemeriksaan, jadwal, hasil pencitraan, laporan radiologi, dan integrasi dengan PACS bila tersedia.
6. **Billing dan keuangan**
   Mengelola biaya layanan, pembayaran, piutang, kasir, akuntansi, dan laporan keuangan.
7. **Klaim dan asuransi**
   Mengelola dokumen klaim, coding, verifikasi, pengajuan, pengembalian, dan pembayaran.
8. **Logistik dan inventori**
   Mengelola persediaan obat, BMHP, alat, reagen, dan barang operasional.
9. **SDM dan jadwal kerja**
   Mengelola data pegawai, jadwal, absensi, kompetensi, dan pelatihan.
10. **Dashboard manajemen**
    Menampilkan indikator kinerja klinis, operasional, keuangan, mutu, dan keselamatan pasien.

SIMRS harus dibangun berdasarkan alur kerja rumah sakit. Sistem yang memaksa staf mengikuti alur yang tidak sesuai realitas pelayanan akan menimbulkan resistensi. Sebaliknya, bila sistem hanya mengikuti kebiasaan lama tanpa perbaikan, digitalisasi tidak menghasilkan transformasi. Karena itu, implementasi SIMRS harus dimulai dari pemetaan proses, perbaikan alur, standardisasi data, dan pelibatan pengguna.

SIMRS juga harus terintegrasi. Bila pendaftaran, farmasi, laboratorium, radiologi, billing, dan rekam medis menggunakan sistem terpisah tanpa integrasi, rumah sakit tetap bekerja dalam silo digital. Silo digital sama berbahayanya dengan silo manual. Data pasien dapat ganda, hasil pemeriksaan tidak masuk ke rekam medis, stok tidak sinkron, klaim terlambat, dan manajemen tidak memperoleh gambaran utuh.

SIMRS yang ideal memungkinkan prinsip “satu data pasien, banyak manfaat”. Data yang masuk sekali dapat digunakan untuk pelayanan klinis, farmasi, penunjang, klaim, mutu, manajemen, dan pelaporan sesuai hak akses dan ketentuan privasi.

9.4 Rekam Medis Elektronik sebagai Fondasi Klinis Digital

Rekam medis elektronik atau RME merupakan inti digitalisasi klinis rumah sakit. RME berisi data identitas pasien, riwayat penyakit, pemeriksaan fisik, diagnosis, tindakan, obat, hasil laboratorium, radiologi, catatan keperawatan, informed consent, edukasi, resume medis, dan rencana tindak lanjut.

RME memiliki beberapa manfaat utama. Pertama, meningkatkan ketersediaan informasi. Dokter dan perawat dapat mengakses data pasien dengan lebih cepat. Kedua, mengurangi masalah tulisan tangan yang tidak terbaca. Ketiga, mendukung kesinambungan pelayanan antarunit. Keempat, membantu klaim dan coding. Kelima, menyediakan data untuk indikator mutu. Keenam, mendukung analitik dan penelitian. Ketujuh, memungkinkan integrasi dengan platform nasional.

Namun, RME juga menimbulkan tantangan. Staf dapat merasa terbebani karena input data banyak. Template yang buruk dapat membuat catatan klinis menjadi panjang tetapi tidak bermakna. Copy-paste dapat menurunkan kualitas informasi. Sistem yang lambat dapat memperpanjang pelayanan. Alert terlalu banyak dapat menyebabkan alert fatigue. Kesalahan input dapat berdampak klinis.

Agar RME berhasil, rumah sakit perlu memperhatikan desain klinis. Template harus membantu dokter dan perawat mencatat hal penting, bukan memaksa mereka mengisi data yang tidak relevan. RME harus memudahkan pencarian informasi penting seperti alergi, diagnosis utama, obat aktif, hasil kritis, dan rencana perawatan. Sistem harus memiliki hak

akses yang jelas. Data harus aman. Prosedur downtime harus disiapkan bila sistem tidak dapat digunakan.

RME juga harus memperhatikan aspek etik. Rekam medis adalah rahasia pasien. Akses harus diberikan hanya kepada pihak yang berwenang. Penggunaan data untuk audit, penelitian, atau AI harus mengikuti aturan, persetujuan, anonimisasi atau pseudonimisasi bila diperlukan, serta tata kelola etik.

RME bukan sekadar dokumen elektronik. RME adalah ruang komunikasi klinis. Catatan yang baik membantu tim memahami pasien. Catatan yang buruk dapat membingungkan. Oleh karena itu, kualitas dokumentasi klinis tetap menjadi tanggung jawab profesional, meskipun medianya digital.

9.5 Interoperabilitas dan SATUSEHAT

Interoperabilitas adalah kemampuan sistem informasi yang berbeda untuk saling bertukar, memahami, dan menggunakan data secara bermakna. Dalam rumah sakit, interoperabilitas diperlukan agar data pasien tidak terjebak dalam satu sistem atau satu unit. Interoperabilitas memungkinkan data mengalir dari pendaftaran ke rekam medis, farmasi, laboratorium, radiologi, klaim, dashboard, dan sistem kesehatan nasional.

Interoperabilitas memiliki beberapa tingkat. Pertama, interoperabilitas teknis, yaitu kemampuan sistem saling terhubung secara teknologi. Kedua, interoperabilitas sintaktik, yaitu kesamaan format data. Ketiga, interoperabilitas semantik, yaitu kesamaan makna data. Keempat, interoperabilitas organisasi, yaitu keselarasan proses, kebijakan, dan tata kelola antarorganisasi.

Dalam konteks Indonesia, SATUSEHAT menjadi bagian penting dari ekosistem integrasi data kesehatan nasional. Rumah sakit perlu memahami bahwa integrasi dengan platform nasional bukan hanya kewajiban teknis, tetapi bagian dari transformasi sistem kesehatan. Data yang terstandar

dapat mendukung kesinambungan pelayanan, pemantauan kesehatan masyarakat, pelaporan, riset, dan kebijakan.

Standar seperti HL7 FHIR membantu pertukaran data kesehatan melalui model data dan API. Namun, standar teknis saja tidak cukup. Rumah sakit harus memastikan kualitas data. Bila data diagnosis, identitas, obat, atau hasil pemeriksaan tidak akurat, maka interoperabilitas hanya mempercepat penyebaran data buruk. Karena itu, interoperabilitas harus berjalan bersama data governance.

Tantangan interoperabilitas di rumah sakit meliputi sistem lama yang tertutup, vendor berbeda, kualitas data rendah, kurangnya tenaga IT, resistensi pengguna, biaya integrasi, serta perbedaan standar terminologi. Rumah sakit perlu menyusun strategi integrasi bertahap, memilih sistem yang mendukung standar terbuka, dan menghindari ketergantungan berlebihan pada vendor.

9.6 Data sebagai Aset Strategis Rumah Sakit

Data adalah aset strategis rumah sakit. Setiap pelayanan menghasilkan data: data pasien, diagnosis, prosedur, obat, laboratorium, radiologi, lama rawat, biaya, klaim, stok, mutu, insiden, kepuasan, dan outcome. Bila dikelola dengan baik, data dapat menjadi dasar pengambilan keputusan. Bila dikelola buruk, data menjadi beban administratif.

Rumah sakit perlu bergerak dari budaya “mengumpulkan data untuk laporan” menuju budaya “menggunakan data untuk perbaikan”. Data tidak boleh berhenti sebagai arsip. Data harus diubah menjadi informasi, informasi menjadi insight, insight menjadi keputusan, keputusan menjadi tindakan, dan tindakan menjadi dampak.

Peran data dalam rumah sakit mencakup beberapa fungsi. Pertama, fungsi klinis. Data membantu diagnosis, terapi, monitoring, dan keselamatan pasien. Kedua, fungsi operasional. Data membantu mengelola antrean,

tempat tidur, kamar operasi, farmasi, laboratorium, dan logistik. Ketiga, fungsi keuangan. Data mendukung billing, klaim, costing, tarif, dan arus kas. Keempat, fungsi mutu. Data membantu audit, indikator, pelaporan insiden, dan perbaikan. Kelima, fungsi strategis. Data membantu perencanaan layanan unggulan, investasi, SDM, dan kemitraan. Keenam, fungsi penelitian dan pendidikan. Data dapat mendukung riset klinis, epidemiologi, dan manajemen.

Namun, data rumah sakit sering menghadapi masalah. Data dapat tidak lengkap, tidak konsisten, ganda, terlambat, tidak terstandar, atau tidak dipercaya. Data pasien dapat berbeda antara pendaftaran dan rekam medis. Diagnosis dapat ditulis dengan istilah berbeda. Obat dapat dicatat dengan nama dagang dan generik bercampur. Hasil laboratorium dapat tidak terintegrasi. Data klaim dapat tidak sinkron dengan data klinis. Masalah-masalah ini membuat analitik sulit.

Oleh karena itu, rumah sakit membutuhkan tata kelola data.

9.7 Tata Kelola Data Rumah Sakit

Tata kelola data atau data governance adalah sistem kebijakan, peran, proses, standar, dan pengawasan yang memastikan data dikelola secara akurat, aman, konsisten, dapat digunakan, dan sesuai regulasi. Dalam rumah sakit, tata kelola data sangat penting karena data kesehatan bersifat sensitif dan berdampak langsung pada keselamatan pasien.

Tata kelola data mencakup beberapa elemen utama.

Pertama, **kepemilikan dan tanggung jawab data**. Rumah sakit harus menetapkan siapa yang bertanggung jawab atas data pasien, data klinis, data farmasi, data laboratorium, data klaim, data mutu, dan data operasional. Tanpa pemilik data yang jelas, kualitas data sulit dikendalikan.

Kedua, **standar data**. Rumah sakit harus menetapkan standar penamaan, kode, format, definisi indikator, dan terminologi. Standar penting agar data dapat dibandingkan dan diintegrasikan.

Ketiga, **kualitas data**. Data harus akurat, lengkap, konsisten, tepat waktu, valid, dan relevan. Rumah sakit perlu melakukan audit kualitas data.

Keempat, **keamanan data**. Data harus dilindungi dari akses tidak sah, kebocoran, perubahan ilegal, kehilangan, dan kerusakan.

Kelima, **hak akses**. Tidak semua orang boleh melihat semua data. Dokter, perawat, farmasi, rekam medis, keuangan, manajemen, dan peneliti memiliki kebutuhan akses berbeda.

Keenam, **privasi dan persetujuan**. Data pasien harus digunakan sesuai tujuan yang sah dan etis. Penggunaan untuk penelitian atau AI membutuhkan tata kelola yang sesuai.

Ketujuh, **retensi dan arsip**. Rumah sakit harus menentukan bagaimana data disimpan, berapa lama, dan bagaimana dimusnahkan atau diarsipkan.

Kedelapan, **audit dan akuntabilitas**. Sistem harus dapat melacak siapa mengakses data, kapan, dan untuk tujuan apa.

Tata kelola data bukan hanya urusan IT. Data klinis harus dikelola bersama dokter, perawat, rekam medis, manajemen mutu, hukum, dan manajemen. Data governance yang baik menjadi prasyarat AI yang aman. AI yang dilatih dengan data buruk akan menghasilkan prediksi buruk. AI yang menggunakan data bias dapat memperkuat ketidakadilan.

9.8 Big Data dan Analitik Rumah Sakit

Big data dalam rumah sakit merujuk pada kumpulan data besar, beragam, cepat bertambah, dan kompleks yang berasal dari rekam medis elektronik, laboratorium, radiologi, farmasi, alat monitoring, klaim, wearables, aplikasi

pasien, sistem operasional, dan data eksternal. Big data menjadi bernilai bila dianalisis dengan tepat.

Analitik rumah sakit dapat dibagi menjadi empat tingkat.

Pertama, **analitik deskriptif**. Menjawab pertanyaan "apa yang terjadi?" Contohnya jumlah pasien, BOR, ALOS, waktu tunggu, klaim tertunda, stok obat, dan angka infeksi.

Kedua, **analitik diagnostik**. Menjawab "mengapa terjadi?" Contohnya analisis penyebab waktu tunggu panjang, readmission tinggi, atau stockout obat.

Ketiga, **analitik prediktif**. Menjawab "apa yang mungkin terjadi?" Contohnya prediksi lonjakan pasien, risiko readmission, risiko sepsis, kebutuhan tempat tidur, atau kebutuhan stok.

Keempat, **analitik preskriptif**. Menjawab "apa yang sebaiknya dilakukan?" Contohnya rekomendasi penjadwalan dokter, optimasi tempat tidur, prioritas pasien risiko tinggi, atau alokasi sumber daya.

Analitik dapat membantu rumah sakit menjadi organisasi proaktif. Rumah sakit tidak hanya bereaksi setelah masalah terjadi, tetapi dapat mengantisipasi. Misalnya, data historis kunjungan dapat digunakan untuk memprediksi jam puncak rawat jalan. Data stok dan pemakaian dapat memprediksi kebutuhan obat. Data klinis dapat membantu mendeteksi pasien yang berisiko deteriorasi. Data klaim dapat mengidentifikasi penyebab pengembalian klaim.

Namun, analitik membutuhkan kualitas data, kompetensi SDM, teknologi, dan budaya pengambilan keputusan berbasis data. Data yang baik tidak otomatis mengubah keputusan jika pimpinan tetap mengandalkan intuisi atau politik internal. Rumah sakit perlu membangun data literacy di kalangan manajer dan klinisi.

9.9 Kecerdasan Buatan dalam Rumah Sakit

Kecerdasan buatan atau AI adalah teknologi yang memungkinkan sistem komputer melakukan tugas yang biasanya membutuhkan kecerdasan manusia, seperti mengenali pola, membuat prediksi, memahami bahasa, menganalisis gambar, memberi rekomendasi, atau mengotomasi keputusan tertentu. Dalam rumah sakit, AI dapat digunakan pada domain klinis, administratif, operasional, keuangan, pendidikan, dan riset.

AI dalam kesehatan bukan hal tunggal. Ada machine learning untuk data terstruktur, deep learning untuk citra medis, natural language processing untuk teks klinis, predictive analytics untuk risiko pasien, generative AI untuk ringkasan dokumen atau edukasi, dan robotic process automation untuk administrasi.

Potensi AI dalam rumah sakit sangat besar. AI dapat membantu dokter membaca citra radiologi, memprediksi risiko sepsis, mengidentifikasi pasien berisiko readmission, memberi peringatan interaksi obat, merangkum rekam medis, mengoptimalkan jadwal operasi, mendeteksi klaim anomali, memperkirakan kebutuhan stok, atau menyediakan chatbot edukasi.

Namun, AI harus dipahami sebagai alat bantu, bukan pengganti tanggung jawab profesional. AI dapat mempercepat analisis, tetapi tidak memahami pasien sebagai manusia utuh. AI dapat menemukan pola, tetapi pola tersebut harus diinterpretasikan dalam konteks klinis. AI dapat memberi rekomendasi, tetapi keputusan akhir membutuhkan pertimbangan dokter, etika, komunikasi, preferensi pasien, dan kondisi nyata.

Implementasi AI harus melewati tahap validasi, uji klinis atau evaluasi operasional, pengawasan, audit, dan evaluasi dampak. Model AI yang baik di laboratorium belum tentu baik di rumah sakit nyata. Data lokal, alur kerja, populasi pasien, perangkat, dan budaya organisasi dapat memengaruhi performa.

9.10 Aplikasi AI Klinis

AI klinis dapat digunakan dalam berbagai bidang.

Pertama, **clinical decision support**. AI dapat memberi rekomendasi berbasis data untuk membantu diagnosis, terapi, atau pemantauan. Misalnya peringatan alergi obat, interaksi obat, risiko sepsis, atau rekomendasi pemeriksaan lanjutan. Namun, clinical decision support harus dirancang agar tidak menimbulkan alert fatigue.

Kedua, **analisis citra medis**. Deep learning dapat membantu membaca radiologi, dermatologi, patologi digital, oftalmologi, dan pencitraan lain. AI dapat mendeteksi kelainan yang halus, mempercepat prioritas kasus, dan membantu skrining. Namun, AI imaging harus divalidasi pada populasi dan alat yang relevan.

Ketiga, **prediksi risiko pasien**. AI dapat memprediksi risiko readmission, deteriorasi klinis, pasien jatuh, infeksi, lama rawat, atau mortalitas. Prediksi ini dapat membantu rumah sakit melakukan intervensi dini.

Keempat, **natural language processing**. NLP dapat mengekstrak informasi dari catatan klinis, membantu coding, menemukan riwayat alergi, merangkum dokumen, dan mendukung penelitian.

Kelima, **personalized medicine**. AI dapat membantu menyesuaikan terapi berdasarkan data klinis, genetik, laboratorium, dan respons pasien. Namun, penerapannya membutuhkan data sangat baik dan tata kelola etik.

Keenam, **telemonitoring dan remote care**. AI dapat menganalisis data dari perangkat wearable atau alat monitoring rumah untuk mendeteksi risiko lebih awal.

Ketujuh, **edukasi pasien**. Chatbot atau asisten virtual dapat memberikan informasi umum, pengingat obat, persiapan pemeriksaan, atau panduan

pascapulang. Namun, chatbot tidak boleh memberi diagnosis definitif tanpa pengawasan klinis.

AI klinis harus diterapkan dengan prinsip kehati-hatian. Risiko terbesar adalah overtrust atau kepercayaan berlebihan. Dokter dan perawat dapat terlalu percaya pada sistem. Risiko lain adalah undertrust, yaitu staf menolak sistem meskipun berguna. Keduanya perlu dikelola melalui pelatihan, transparansi, validasi, dan desain workflow.

9.11 Aplikasi AI Administratif dan Operasional

Selain klinis, AI dapat sangat bermanfaat dalam administrasi dan operasional rumah sakit. Bahkan, dalam banyak rumah sakit, penerapan AI administratif lebih realistis sebagai langkah awal karena risikonya relatif lebih mudah dikendalikan dibanding keputusan klinis langsung.

AI dapat digunakan untuk **optimasi antrean**. Data historis kunjungan dapat digunakan untuk memprediksi jam sibuk dan mengatur slot dokter. AI dapat membantu mengurangi waktu tunggu rawat jalan.

AI dapat digunakan untuk **manajemen tempat tidur**. Sistem dapat memprediksi kebutuhan tempat tidur berdasarkan pola admisi, discharge, lama rawat, dan kapasitas unit. Ini membantu mengurangi boarding di IGD.

AI dapat digunakan untuk **jadwal kamar operasi**. Model dapat mengestimasi durasi operasi, kebutuhan alat, ketersediaan tim, dan risiko keterlambatan.

AI dapat digunakan untuk **farmasi dan logistik**. Prediksi pemakaian obat dapat mengurangi stockout dan overstock. Sistem dapat memberi peringatan barang mendekati kedaluwarsa.

AI dapat digunakan untuk **klaim dan coding**. NLP dapat membantu membaca dokumentasi klinis dan menyarankan kode diagnosis atau

prosedur. Namun, hasil harus diverifikasi coder dan dokter. AI tidak boleh digunakan untuk manipulasi klaim.

AI dapat digunakan untuk **deteksi fraud dan anomali**. Sistem dapat melihat pola klaim tidak biasa, biaya tidak wajar, atau penggunaan obat yang menyimpang.

AI dapat digunakan untuk **otomasi dokumen**. Generative AI dapat membantu merangkum catatan, membuat draft surat kontrol, edukasi pasien, atau laporan manajemen. Namun, data pasien harus dilindungi dan hasil harus diperiksa manusia.

AI administratif dapat meningkatkan efisiensi, tetapi tetap memerlukan tata kelola. Otomasi yang buruk dapat membuat kesalahan sistemik dalam skala besar. Bila algoritma penjadwalan bias, kelompok tertentu dapat dirugikan. Bila sistem klaim otomatis salah, rumah sakit dapat mengalami kerugian atau konflik dengan pembayar. Karena itu, AI operasional harus diaudit.

9.12 Generative AI dan Large Multimodal Models dalam Rumah Sakit

Perkembangan generative AI dan large multimodal models membuka peluang baru bagi rumah sakit. Model ini dapat memproses teks, gambar, suara, tabel, dan format data lain. Dalam konteks rumah sakit, generative AI dapat digunakan untuk ringkasan rekam medis, penyusunan draft edukasi pasien, bantuan dokumentasi, penerjemahan bahasa awam, pencarian literatur klinis, triase administratif, chatbot informasi, dan analisis dokumen.

Namun, generative AI memiliki risiko khas. Model dapat menghasilkan informasi yang terdengar meyakinkan tetapi salah. Model dapat berhalusinasi. Model dapat mengutip referensi yang tidak ada. Model dapat bias. Model dapat membocorkan data bila digunakan tanpa pengamanan. Model dapat menyederhanakan kondisi klinis yang

kompleks. Karena itu, generative AI tidak boleh digunakan tanpa pengawasan manusia, terutama untuk keputusan klinis.

Dalam rumah sakit, penggunaan generative AI harus mengikuti prinsip tertentu. Pertama, tidak memasukkan data pasien ke sistem yang tidak aman. Kedua, membedakan informasi edukatif umum dan keputusan klinis individual. Ketiga, memastikan hasil diperiksa tenaga profesional. Keempat, mencatat penggunaan AI bila berdampak pada dokumen klinis. Kelima, melakukan evaluasi akurasi dan keamanan. Keenam, melatih staf agar memahami batas AI.

Generative AI dapat sangat membantu administrasi dan edukasi, tetapi rumah sakit harus memastikan bahwa AI tidak menggantikan komunikasi manusia. Pasien yang cemas membutuhkan dokter dan perawat yang mendengarkan, bukan hanya chatbot yang menjawab.

9.13 Keamanan Siber Rumah Sakit

Keamanan siber menjadi isu strategis dalam digitalisasi rumah sakit. Rumah sakit menyimpan data sangat sensitif: identitas pasien, diagnosis, hasil laboratorium, citra medis, riwayat obat, informasi keuangan, klaim, dan data pegawai. Kebocoran atau kerusakan data dapat merugikan pasien, mengganggu pelayanan, dan merusak reputasi rumah sakit.

Ancaman keamanan siber meliputi ransomware, phishing, malware, akses tidak sah, pencurian akun, kebocoran data, serangan ke server, gangguan jaringan, dan manipulasi data. Dalam rumah sakit, serangan siber bukan hanya masalah IT, tetapi masalah keselamatan pasien. Bila sistem rekam medis tidak dapat diakses, pelayanan dapat terganggu. Bila sistem radiologi atau laboratorium tidak berjalan, diagnosis tertunda. Bila data obat hilang, risiko klinis meningkat.

Keamanan siber membutuhkan pendekatan berlapis. Rumah sakit perlu memiliki kebijakan keamanan informasi, kontrol akses, autentikasi kuat,

enkripsi, backup berkala, firewall, antivirus, patching, segmentasi jaringan, monitoring log, pelatihan staf, simulasi phishing, dan rencana respons insiden.

Manusia sering menjadi titik lemah keamanan siber. Staf dapat membuka tautan phishing, menggunakan password lemah, berbagi akun, atau mengakses data tanpa kebutuhan. Oleh karena itu, literasi keamanan digital harus menjadi bagian dari pelatihan rumah sakit.

Rencana downtime juga penting. Rumah sakit harus memiliki prosedur manual sementara bila SIMRS atau RME tidak dapat digunakan. Unit harus tahu cara mencatat pelayanan, memberikan obat, mengakses informasi kritis, dan memasukkan data kembali setelah sistem pulih.

9.14 Privasi, Pelindungan Data, dan Etika Digital

Digitalisasi rumah sakit harus menghormati privasi pasien. Data kesehatan adalah data pribadi yang sangat sensitif. Pasien memberikan informasi kepada rumah sakit dalam situasi rentan. Rumah sakit memiliki kewajiban moral dan hukum untuk melindungi data tersebut.

Privasi bukan sekadar menyembunyikan data. Privasi berarti pasien memiliki hak untuk mengetahui bagaimana data digunakan, siapa yang mengakses, untuk tujuan apa, dan bagaimana data dilindungi. Rumah sakit harus menerapkan prinsip minimalisasi data, pembatasan akses, keamanan penyimpanan, akuntabilitas, dan penggunaan sesuai tujuan.

Etika digital mencakup beberapa isu. Pertama, penggunaan data untuk AI dan penelitian. Data pasien tidak boleh digunakan sembarangan. Kedua, transparansi algoritma. Bila AI memengaruhi keputusan, rumah sakit perlu memahami cara kerja dan batasnya. Ketiga, bias. AI dapat memperkuat ketidakadilan bila dilatih pada data yang bias. Keempat, tanggung jawab. Bila AI memberi rekomendasi salah, siapa bertanggung jawab? Kelima, otonomi pasien. Pasien harus tetap dilibatkan dalam keputusan. Keenam,

keadilan akses. Digitalisasi tidak boleh meninggalkan pasien yang tidak memiliki literasi digital atau akses internet.

Rumah sakit perlu membentuk tata kelola etika digital. Komite etik, komite mutu, unit IT, hukum, rekam medis, klinisi, dan manajemen perlu terlibat. Etika digital tidak boleh baru dibahas setelah terjadi masalah.

9.15 Bias Algoritmik dan Keadilan dalam AI Kesehatan

Salah satu risiko terbesar AI kesehatan adalah bias algoritmik. Bias terjadi ketika sistem menghasilkan hasil yang tidak adil atau tidak akurat bagi kelompok tertentu. Bias dapat berasal dari data pelatihan, desain model, pemilihan variabel, cara pengukuran outcome, atau konteks sosial.

Dalam kesehatan, bias sangat berbahaya karena dapat memengaruhi akses layanan, diagnosis, prioritas pasien, dan keputusan klinis. Jika model dilatih pada data dari populasi tertentu, performanya mungkin buruk pada populasi lain. Jika model menggunakan biaya kesehatan sebagai proxy kebutuhan klinis, kelompok yang historis kurang mendapat akses layanan dapat tampak kurang membutuhkan perawatan. Jika data perempuan, lansia, minoritas, atau daerah terpencil kurang terwakili, AI dapat menghasilkan prediksi yang tidak adil.

Rumah sakit yang menggunakan AI harus melakukan audit bias. Model harus diuji pada kelompok pasien yang relevan. Performa harus dipantau berdasarkan usia, jenis kelamin, kondisi klinis, status sosial, dan faktor lain yang relevan secara etis. Rumah sakit harus menghindari penggunaan AI yang tidak dapat dijelaskan sama sekali dalam keputusan berisiko tinggi tanpa pengawasan memadai.

Keadilan dalam AI bukan hanya isu teknis. Ia terkait dengan misi sosial rumah sakit. Transformasi digital harus memperluas akses dan mutu, bukan memperbesar kesenjangan. Rumah sakit perlu memastikan bahwa pasien

lansia, pasien miskin, pasien dengan disabilitas, pasien daerah terpencil, dan pasien dengan literasi digital rendah tetap dapat memperoleh layanan.

9.16 Human-Centered Digital Hospital

Rumah sakit digital harus tetap berpusat pada manusia. Human-centered digital hospital adalah rumah sakit yang menggunakan teknologi untuk memperkuat keselamatan, mutu, empati, akses, dan martabat manusia. Teknologi tidak boleh membuat pelayanan menjadi dingin, birokratis, atau tidak manusiawi.

Prinsip human-centered digital hospital mencakup beberapa hal.

Pertama, teknologi harus membantu pasien. Pendaftaran online harus memudahkan, bukan membingungkan. Portal pasien harus memberi informasi yang dapat dipahami. Telemedicine harus menjaga komunikasi dan privasi.

Kedua, teknologi harus membantu tenaga kesehatan. RME harus memudahkan dokumentasi, bukan menambah beban. Alert harus relevan, bukan terlalu banyak. Dashboard harus membantu keputusan, bukan sekadar menambah laporan.

Ketiga, teknologi harus memperkuat hubungan manusia. Dokter tetap harus mendengar pasien. Perawat tetap harus hadir secara empatik. AI dapat membantu menyusun ringkasan, tetapi komunikasi kabar buruk tidak boleh diserahkan kepada mesin.

Keempat, teknologi harus inklusif. Tidak semua pasien memiliki smartphone, internet, atau kemampuan digital. Rumah sakit harus menyediakan kanal alternatif.

Kelima, teknologi harus aman dan etis. Data harus dilindungi. AI harus diaudit. Keputusan harus dapat dipertanggungjawabkan.

Dengan demikian, digitalisasi bukan tentang mengganti manusia dengan mesin, tetapi membebaskan manusia dari beban administratif yang tidak perlu agar lebih banyak waktu dan energi digunakan untuk pelayanan bermakna.

9.17 Manajemen Perubahan dalam Transformasi Digital

Transformasi digital sering gagal bukan karena teknologinya buruk, tetapi karena manajemen perubahan lemah. Rumah sakit adalah organisasi kompleks dengan banyak profesi, budaya, hierarki, dan kebiasaan kerja. Perubahan digital dapat menimbulkan resistensi karena staf merasa takut, tidak siap, terbebani, atau kehilangan kontrol.

Manajemen perubahan digital harus dimulai dari visi yang jelas. Pimpinan harus menjelaskan mengapa digitalisasi dilakukan: bukan sekadar memenuhi regulasi, tetapi untuk meningkatkan pelayanan, keselamatan, efisiensi, dan akuntabilitas. Staf perlu memahami manfaat bagi pasien dan bagi pekerjaan mereka.

Kedua, pengguna harus dilibatkan. Dokter, perawat, farmasi, laboratorium, radiologi, rekam medis, klaim, dan administrasi harus terlibat dalam desain alur. Sistem yang dibuat tanpa memahami lapangan akan sulit diterima.

Ketiga, pelatihan harus memadai. Pelatihan tidak boleh hanya sekali sebelum implementasi. Perlu pelatihan berulang, panduan sederhana, helpdesk, super user, dan pendampingan di unit.

Keempat, implementasi sebaiknya bertahap. Pilot project membantu menemukan masalah sebelum diperluas. Rumah sakit dapat mulai dari modul pendaftaran, farmasi, laboratorium, atau RME pada unit tertentu.

Kelima, pimpinan harus responsif terhadap masalah. Pada awal implementasi, keluhan pasti muncul. Jika pimpinan mengabaikan keluhan,

staf akan menolak. Jika pimpinan mendengar dan memperbaiki, kepercayaan meningkat.

Keenam, keberhasilan harus diukur. Indikator digitalisasi dapat mencakup waktu tunggu, kelengkapan rekam medis, klaim tertunda, penggunaan e-prescribing, kepuasan pengguna, downtime sistem, dan insiden terkait data.

Manajemen perubahan juga harus memperhatikan emosi. Bagi sebagian staf, digitalisasi dapat terasa mengancam identitas profesional. Pemimpin perlu menghargai kekhawatiran, bukan sekadar memaksa.

9.18 Literasi Digital SDM Rumah Sakit

Digitalisasi membutuhkan SDM yang memiliki literasi digital. Literasi digital bukan berarti semua staf harus menjadi ahli IT. Literasi digital berarti staf memahami cara menggunakan sistem, menjaga keamanan data, membaca dashboard, menilai informasi digital, dan memahami risiko teknologi.

Dokter perlu memahami RME, e-prescribing, clinical decision support, keamanan data, dan batas AI. Perawat perlu memahami dokumentasi elektronik, monitoring digital, barcode medication administration bila tersedia, dan pelaporan insiden digital. Farmasi perlu memahami sistem stok, resep elektronik, dan medication safety digital. Rekam medis perlu memahami data standardization, coding, metadata, dan keamanan informasi. Manajer perlu memahami dashboard, analitik, dan pengambilan keputusan berbasis data.

Literasi digital juga mencakup keamanan siber. Staf harus memahami phishing, password, akses data, penggunaan perangkat pribadi, dan pelaporan insiden siber. Rumah sakit perlu membangun budaya keamanan digital seperti budaya keselamatan pasien. Data breach adalah insiden keselamatan informasi yang dapat berdampak pada pasien.

Pengembangan literasi digital harus berkelanjutan. Teknologi berubah cepat. Rumah sakit perlu menyediakan pelatihan, komunitas belajar, modul digital, dan dukungan teknis. Generasi muda mungkin lebih cepat menguasai aplikasi, tetapi tetap membutuhkan pemahaman etika dan keselamatan. Generasi senior mungkin membutuhkan pendampingan lebih sabar, tetapi memiliki pengalaman klinis yang sangat penting untuk memastikan teknologi sesuai realitas.

9.19 Roadmap Transformasi Digital Rumah Sakit

Transformasi digital membutuhkan roadmap. Tanpa roadmap, rumah sakit mudah membeli sistem secara terpisah tanpa arah. Roadmap membantu menentukan prioritas, tahapan, investasi, risiko, dan indikator.

Tahap pertama adalah **penetapan visi dan strategi digital**. Rumah sakit harus menentukan tujuan digitalisasi: apakah untuk memperbaiki RME, integrasi data, klaim, efisiensi operasional, patient experience, AI, atau semua secara bertahap. Visi digital harus selaras dengan strategi rumah sakit.

Tahap kedua adalah **assessment kematangan digital**. Rumah sakit menilai kondisi saat ini: sistem apa yang tersedia, data apa yang ada, proses mana yang manual, kualitas jaringan, kesiapan SDM, keamanan, integrasi, dan budaya data.

Tahap ketiga adalah **standardisasi proses dan data**. Sebelum digitalisasi, proses harus dipetakan dan diperbaiki. Data harus distandardisasi. Bila proses buruk langsung didigitalisasi, rumah sakit hanya mempercepat kekacauan.

Tahap keempat adalah **penguatan infrastruktur dan keamanan**. Server, jaringan, cloud, perangkat, backup, cybersecurity, dan support IT harus disiapkan.

Tahap kelima adalah **implementasi modul prioritas**. Modul dapat dipilih berdasarkan risiko dan nilai, misalnya pendaftaran, RME, farmasi, laboratorium, billing, klaim, dan dashboard.

Tahap keenam adalah **integrasi dan interoperabilitas**. Sistem internal harus saling terhubung dan terintegrasi dengan platform nasional sesuai ketentuan.

Tahap ketujuh adalah **analitik dan dashboard**. Data yang terkumpul digunakan untuk keputusan klinis, operasional, mutu, keuangan, dan strategi.

Tahap kedelapan adalah **AI dan otomasi**. AI diterapkan setelah data dan proses cukup matang. AI sebaiknya dimulai dari use case yang jelas dan risiko terkendali.

Tahap kesembilan adalah **monitoring, evaluasi, dan inovasi berkelanjutan**. Transformasi digital tidak selesai setelah sistem go-live. Sistem harus terus diperbaiki.

Roadmap harus realistis. Rumah sakit tidak perlu langsung menjadi rumah sakit AI penuh. Yang penting adalah bergerak bertahap dengan fondasi kuat.

9.20 Digitalisasi dan Mutu Pelayanan

Digitalisasi dapat meningkatkan mutu pelayanan jika dirancang dengan benar. RME meningkatkan akses informasi. E-prescribing mengurangi tulisan tidak terbaca. Clinical decision support memberi peringatan risiko. Dashboard mutu memantau indikator. Sistem antrean memperbaiki waktu tunggu. Telemedicine mendukung tindak lanjut. Analitik membantu perbaikan proses.

Namun, digitalisasi juga dapat menurunkan mutu bila buruk. Sistem yang lambat membuat pasien menunggu lebih lama. Template yang buruk

menghasilkan catatan tidak bermakna. Alert terlalu banyak membuat staf mengabaikan peringatan. Data tidak akurat merusak indikator. Downtime sistem menghambat pelayanan. Oleh karena itu, digitalisasi harus selalu diukur dampaknya.

Indikator mutu digital dapat mencakup:

1. Waktu tunggu pendaftaran.
2. Waktu tunggu farmasi.
3. Kelengkapan rekam medis.
4. Waktu penyelesaian resume medis.
5. Jumlah kesalahan obat terkait resep.
6. Turnaround time laboratorium.
7. Persentase klaim tertunda karena dokumen.
8. Downtime sistem.
9. Kepuasan pengguna internal.
10. Kepuasan pasien terhadap layanan digital.
11. Insiden keamanan data.
12. Kepatuhan integrasi data.

Digitalisasi harus masuk dalam siklus mutu PDCA. Rumah sakit perlu merencanakan, menerapkan, mengevaluasi, dan memperbaiki sistem. Teknologi tidak boleh dianggap selesai setelah implementasi.

9.21 Digitalisasi dan Pengalaman Pasien

Pengalaman pasien menjadi salah satu alasan utama digitalisasi rumah sakit. Pasien ingin layanan yang mudah, cepat, jelas, dan transparan. Digitalisasi dapat membantu pasien melalui pendaftaran online, informasi

jadwal dokter, nomor antrean, pengingat kontrol, akses hasil pemeriksaan, edukasi digital, telekonsultasi, pembayaran digital, dan kanal keluhan.

Namun, pengalaman digital harus dirancang dengan empati. Aplikasi yang rumit dapat membuat pasien frustrasi. Sistem yang hanya tersedia secara digital dapat menyulitkan lansia atau pasien dengan literasi rendah. Notifikasi yang tidak jelas dapat membingungkan. Portal yang menampilkan hasil pemeriksaan tanpa penjelasan dapat menimbulkan kecemasan.

Rumah sakit harus menerapkan desain layanan digital yang inklusif. Bahasa harus sederhana. Proses harus singkat. Bantuan harus tersedia. Kanal offline tetap perlu ada. Pasien tidak boleh dipaksa menggunakan teknologi yang tidak mereka pahami.

Pengalaman pasien juga mencakup transparansi. Sistem digital dapat membantu pasien mengetahui status antrean, estimasi waktu, jadwal dokter, hasil pemeriksaan, instruksi obat, dan biaya. Transparansi mengurangi ketidakpastian dan konflik.

Namun, rumah sakit harus berhati-hati dalam memberikan akses hasil pemeriksaan secara digital. Hasil kritis atau diagnosis berat perlu disampaikan dengan komunikasi klinis yang tepat. Tidak semua informasi cocok dikirim tanpa pendampingan.

9.22 Telemedicine dan Layanan Hybrid

Telemedicine adalah pelayanan kesehatan jarak jauh menggunakan teknologi komunikasi. Dalam rumah sakit, telemedicine dapat digunakan untuk konsultasi lanjutan, edukasi pasien, pemantauan penyakit kronis, second opinion, triase awal, dan koordinasi rujukan. Layanan hybrid menggabungkan pelayanan tatap muka dan digital.

Telemedicine dapat meningkatkan akses, terutama bagi pasien yang jauh, pasien dengan mobilitas terbatas, pasien kronis yang membutuhkan monitoring, atau pasien yang hanya membutuhkan konsultasi lanjutan. Namun, telemedicine tidak cocok untuk semua kasus. Pasien gawat darurat, pasien yang membutuhkan pemeriksaan fisik, prosedur, atau tindakan langsung tetap harus datang ke fasilitas.

Manajemen telemedicine membutuhkan standar. Rumah sakit harus mengatur identifikasi pasien, informed consent, dokumentasi, privasi, rekam medis, pembiayaan, jadwal dokter, batas layanan, dan rujukan bila diperlukan. Tenaga kesehatan harus dilatih berkomunikasi secara virtual. Pasien harus mendapat informasi tentang apa yang bisa dan tidak bisa dilakukan melalui telemedicine.

Layanan hybrid masa depan dapat sangat berguna untuk penyakit kronis. Pasien diabetes, hipertensi, gagal jantung, asma, dan pascaoperasi dapat dipantau sebagian melalui digital, tetapi tetap memiliki kunjungan tatap muka sesuai kebutuhan. Pendekatan ini dapat meningkatkan continuity of care.

9.23 Digital Twin, IoMT, dan Masa Depan Rumah Sakit Cerdas

Masa depan rumah sakit akan semakin terhubung dengan Internet of Medical Things atau IoMT, sensor, perangkat wearable, robotik, digital twin, dan smart hospital. IoMT menghubungkan alat medis dan perangkat monitoring ke sistem digital. Data tekanan darah, gula darah, saturasi oksigen, detak jantung, atau aktivitas pasien dapat dikirim untuk pemantauan.

Digital twin dalam konteks rumah sakit dapat berarti model digital dari proses, fasilitas, pasien, atau sistem operasional untuk simulasi dan optimasi. Misalnya, rumah sakit dapat mensimulasikan alur pasien di IGD

untuk mengurangi kepadatan. Digital twin operasional dapat membantu manajemen kapasitas tempat tidur, ruang operasi, atau rantai pasok.

Smart hospital adalah rumah sakit yang menggunakan integrasi data, otomasi, sensor, AI, dan sistem digital untuk meningkatkan pelayanan. Namun, smart hospital bukan hanya rumah sakit penuh gadget. Smart hospital adalah rumah sakit yang menggunakan teknologi secara cerdas untuk menyelesaikan masalah nyata.

Di Indonesia, penerapan teknologi ini harus disesuaikan dengan kesiapan infrastruktur, biaya, SDM, regulasi, dan kebutuhan pasien. Rumah sakit tidak harus langsung mengadopsi teknologi paling maju. Yang penting adalah membangun fondasi: RME, SIMRS terintegrasi, data governance, keamanan, interoperabilitas, dan budaya data.

9.24 Risiko dan Tantangan Transformasi Digital Rumah Sakit

Transformasi digital menghadapi berbagai tantangan.

Pertama, **resistensi perubahan**. Staf dapat merasa sistem baru memperlambat kerja atau mengancam kebiasaan lama.

Kedua, **kesiapan SDM rendah**. Tidak semua pegawai memiliki literasi digital yang sama.

Ketiga, **sistem tidak terintegrasi**. Banyak rumah sakit memiliki aplikasi terpisah yang tidak saling berbicara.

Keempat, **data tidak berkualitas**. Data tidak lengkap, tidak konsisten, atau ganda menghambat analitik dan AI.

Kelima, **biaya investasi tinggi**. Infrastruktur, lisensi, perangkat, pelatihan, keamanan, dan pemeliharaan membutuhkan biaya.

Keenam, **ketergantungan vendor**. Vendor lock-in dapat menyulitkan pengembangan dan integrasi.

Ketujuh, **keamanan siber**. Semakin digital, semakin besar risiko serangan dan kebocoran data.

Kedelapan, **privasi pasien**. Penggunaan data harus sesuai regulasi dan etika.

Kesembilan, **risiko AI**. Bias, hallucination, kurang transparan, overtrust, dan kesalahan prediksi harus dikelola.

Kesepuluh, **digital divide**. Pasien dengan literasi digital rendah dapat tertinggal.

Kesebelas, **workflow mismatch**. Sistem digital yang tidak sesuai alur klinis dapat menambah beban.

Keduabelas, **kurangnya kepemimpinan digital**. Tanpa pimpinan yang memahami strategi digital, transformasi menjadi proyek IT semata.

Tantangan ini menunjukkan bahwa transformasi digital membutuhkan tata kelola lintas fungsi. Direksi, klinisi, IT, rekam medis, mutu, hukum, keuangan, SDM, dan pasien perlu terlibat.

9.25 Tata Kelola AI Rumah Sakit

AI membutuhkan tata kelola khusus. Rumah sakit tidak boleh menggunakan AI hanya karena teknologi tersedia. Setiap penggunaan AI harus memiliki tujuan jelas, nilai klinis atau operasional, validasi, pengawasan, dan mekanisme akuntabilitas.

Tata kelola AI mencakup beberapa pertanyaan:

1. Masalah apa yang ingin diselesaikan AI?
2. Data apa yang digunakan?
3. Apakah data berkualitas dan representatif?
4. Apakah model telah divalidasi?

5. Siapa yang bertanggung jawab atas hasil AI?
6. Apakah AI memengaruhi keputusan klinis?
7. Bagaimana pasien dilindungi?
8. Apakah ada risiko bias?
9. Bagaimana performa model dipantau setelah digunakan?
10. Bagaimana jika model salah?
11. Apakah staf memahami batas AI?
12. Apakah penggunaan AI sesuai hukum dan etika?

Rumah sakit dapat membentuk komite atau fungsi tata kelola AI yang melibatkan klinisi, IT, data scientist, rekam medis, hukum, etik, mutu, dan manajemen risiko. Setiap use case AI harus dinilai berdasarkan risiko. AI untuk rekomendasi edukasi pasien berbeda risikonya dari AI untuk diagnosis kanker. Semakin tinggi risiko klinis, semakin ketat validasi dan pengawasan.

AI juga harus memiliki mekanisme monitoring setelah implementasi. Model dapat mengalami performance drift ketika pola data berubah. Misalnya, perubahan populasi pasien, alat baru, atau protokol baru dapat membuat performa model menurun. Oleh karena itu, AI bukan sistem yang dipasang lalu dilupakan. AI harus dipantau.

9.26 Transformasi Digital sebagai Transformasi Budaya

Transformasi digital pada akhirnya adalah transformasi budaya. Rumah sakit digital membutuhkan budaya data, budaya keselamatan, budaya kolaborasi, budaya belajar, dan budaya inovasi.

Budaya data berarti keputusan tidak hanya didasarkan pada intuisi atau hierarki, tetapi pada informasi yang akurat. Namun, data juga harus ditafsirkan dengan kebijaksanaan. Data tanpa konteks dapat menyesatkan.

Budaya keselamatan berarti teknologi digunakan untuk mencegah bahaya, melaporkan insiden, dan belajar dari kesalahan. Insiden digital seperti salah input, downtime, atau akses data tidak sah harus dilaporkan dan dianalisis.

Budaya kolaborasi berarti klinisi, IT, manajemen, dan pasien bekerja bersama. Transformasi digital tidak boleh menjadi proyek IT yang terpisah dari pelayanan.

Budaya belajar berarti staf bersedia mencoba, mengevaluasi, memperbaiki, dan beradaptasi. Teknologi akan terus berubah. Rumah sakit harus menjadi organisasi pembelajar.

Budaya inovasi berarti rumah sakit mencari cara baru untuk memberi nilai. Namun, inovasi harus bertanggung jawab. Tidak semua teknologi baru layak diterapkan. Inovasi harus diuji, diukur, dan dikendalikan risikonya.

Transformasi budaya membutuhkan kepemimpinan. Pimpinan harus menunjukkan bahwa digitalisasi bukan beban, tetapi jalan menuju pelayanan lebih baik. Namun, pimpinan juga harus realistis dan mendengar staf. Teknologi yang baik lahir dari dialog antara strategi dan realitas lapangan.

9.27 Ilustrasi Kasus: SIMRS Ada, tetapi Data Tidak Berguna

Sebuah rumah sakit telah membeli SIMRS yang mencakup pendaftaran, billing, farmasi, laboratorium, dan rekam medis elektronik. Direksi berharap sistem ini menghasilkan dashboard real-time. Namun, setelah satu tahun, dashboard tidak dipercaya. Data BOR berbeda antara dashboard dan laporan manual. Data stok obat tidak sesuai stok fisik. Kelengkapan rekam

medis rendah. Klaim tetap sering tertunda. Dokter mengeluh sistem memperlambat pelayanan.

Setelah audit dilakukan, ditemukan beberapa masalah. Pertama, alur kerja lama tidak diperbaiki sebelum digitalisasi. Kedua, data master pasien tidak dibersihkan sehingga banyak duplikasi. Ketiga, obat memiliki nama berbeda di farmasi dan billing. Keempat, dokter dan perawat kurang dilatih. Kelima, beberapa unit tetap mencatat manual lalu memasukkan data belakangan. Keenam, tidak ada data owner. Ketujuh, manajemen tidak menggunakan data untuk keputusan sehingga unit tidak merasa data penting.

Rumah sakit kemudian melakukan perbaikan. Dibentuk tim tata kelola data. Data master dibersihkan. Terminologi obat distandardisasi. Template RME disederhanakan. Super user ditunjuk di tiap unit. Dashboard dikembangkan bersama pengguna. Rapat manajemen mulai menggunakan data SIMRS. Kesalahan data dibahas sebagai masalah sistem, bukan sekadar kesalahan staf.

Dalam enam bulan, kualitas data membaik. Klaim lebih lancar. Waktu tunggu farmasi dapat dipantau. Direksi mulai menggunakan dashboard untuk keputusan. Kasus ini menunjukkan bahwa SIMRS bukan sekadar teknologi, tetapi sistem organisasi. Data hanya berguna bila dikelola, dipercaya, dan digunakan.

9.28 Ilustrasi Kasus: AI Prediksi Readmission

Sebuah rumah sakit ingin mengurangi pasien kembali dirawat dalam 30 hari setelah pulang. Data menunjukkan readmission tinggi pada pasien gagal jantung, diabetes, penyakit paru kronis, dan lansia dengan banyak komorbid. Rumah sakit kemudian mengembangkan model prediksi risiko readmission menggunakan data usia, diagnosis, lama rawat, hasil laboratorium, riwayat rawat, obat, dan kondisi sosial tertentu.

Model AI memberi skor risiko kepada pasien sebelum pulang. Pasien risiko tinggi mendapat intervensi tambahan: edukasi intensif, rekonsiliasi obat oleh apoteker, jadwal kontrol lebih cepat, telemonitoring, dan koordinasi dengan layanan primer. Setelah enam bulan, readmission menurun pada kelompok yang mendapat intervensi.

Namun, evaluasi menunjukkan bahwa model kurang akurat pada pasien dari wilayah tertentu karena data sosial tidak lengkap. Rumah sakit memperbaiki model dengan menambahkan variabel dukungan keluarga, jarak rumah, dan akses kontrol. Komite etik memastikan data digunakan sesuai ketentuan. Dokter tetap menjadi penentu akhir intervensi.

Kasus ini menunjukkan bahwa AI dapat memberi nilai bila dikaitkan dengan workflow dan intervensi nyata. Prediksi tanpa tindakan tidak berguna. AI yang baik bukan hanya memberi skor, tetapi membantu rumah sakit merawat pasien lebih baik.

9.29 Model Integratif Bab 9

Digitalisasi, SIMRS, data, AI, dan transformasi rumah sakit dapat diringkas dalam model integratif berikut.

Input digital mencakup infrastruktur, jaringan, perangkat, SIMRS, RME, data, SDM, regulasi, dan anggaran.

Proses digital mencakup pendaftaran, dokumentasi klinis, e-prescribing, laboratorium, radiologi, billing, klaim, farmasi, logistik, dashboard, dan pelaporan.

Tata kelola data mencakup standar, kualitas, keamanan, privasi, hak akses, audit, dan interoperabilitas.

Analitik dan AI mencakup deskriptif, diagnostik, prediktif, preskriptif, clinical decision support, otomasi administrasi, dan optimasi operasional.

Manajemen perubahan mencakup visi, pelibatan pengguna, pelatihan, pilot project, helpdesk, evaluasi, dan budaya belajar.

Prinsip etik mencakup human-centered, aman, transparan, adil, akuntabel, interoperabel, scalable, dan sustainable.

Outcome mencakup pelayanan lebih cepat, mutu meningkat, keselamatan pasien lebih kuat, efisiensi biaya, klaim lebih lancar, pengalaman pasien lebih baik, dan keputusan manajemen berbasis data.

Model ini menunjukkan bahwa transformasi digital rumah sakit bukan perjalanan teknologi semata, tetapi perjalanan organisasi menuju rumah sakit yang lebih cerdas, aman, manusiawi, dan adaptif.

9.30 Implikasi Manajerial

Pertama, direksi rumah sakit harus menempatkan digitalisasi sebagai strategi organisasi, bukan proyek IT.

Kedua, SIMRS harus dirancang sebagai sistem integrasi alur pelayanan, bukan kumpulan modul terpisah.

Ketiga, RME harus menjadi fondasi klinis digital yang mendukung keselamatan pasien, kesinambungan pelayanan, klaim, mutu, dan data.

Keempat, rumah sakit perlu membangun tata kelola data sebelum mengembangkan analitik dan AI.

Kelima, interoperabilitas harus menjadi prinsip sejak awal agar data dapat terhubung dengan ekosistem kesehatan nasional.

Keenam, keamanan siber dan privasi pasien harus menjadi prioritas utama, bukan tambahan setelah sistem berjalan.

Ketujuh, AI harus diterapkan secara bertanggung jawab melalui validasi, audit, pengawasan manusia, dan evaluasi bias.

Kedelapan, transformasi digital membutuhkan literasi digital seluruh SDM rumah sakit.

Kesembilan, digitalisasi harus meningkatkan pengalaman pasien, tetapi tetap menyediakan kanal layanan bagi pasien dengan literasi digital rendah.

Kesepuluh, keberhasilan transformasi digital harus diukur melalui indikator mutu, keselamatan, efisiensi, pengalaman pasien, dan keberlanjutan.

9.31 Rangkuman Bab

Digitalisasi rumah sakit merupakan transformasi strategis yang mengubah cara rumah sakit melayani pasien, mengelola data, mengambil keputusan, mengendalikan risiko, dan berinteraksi dengan sistem kesehatan. SIMRS menjadi tulang punggung digitalisasi karena mengintegrasikan pendaftaran, RME, farmasi, laboratorium, radiologi, billing, klaim, logistik, SDM, dashboard, dan pelaporan.

Rekam medis elektronik menjadi fondasi klinis digital. RME yang baik meningkatkan akses informasi, keselamatan pasien, dokumentasi klinis, klaim, mutu, dan analitik. Namun, RME harus dirancang sesuai workflow klinis agar tidak menjadi beban administratif.

Data merupakan aset strategis rumah sakit. Data yang baik dapat diubah menjadi insight untuk keputusan klinis, operasional, keuangan, mutu, dan strategi. Namun, data membutuhkan tata kelola: standar, kualitas, keamanan, privasi, hak akses, dan audit.

AI membuka peluang besar untuk clinical decision support, prediksi risiko, analisis citra medis, otomasi administrasi, optimasi jadwal, deteksi fraud, dan edukasi pasien. Namun, AI harus dikelola dengan prinsip etika, validasi, transparansi, keadilan, keamanan, dan pengawasan manusia.

Transformasi digital rumah sakit bukan hanya soal aplikasi dan perangkat. Ia adalah transformasi budaya: budaya data, budaya keselamatan, budaya kolaborasi, budaya belajar, dan budaya inovasi. Tujuan akhirnya bukan rumah sakit yang sekadar "canggih", tetapi rumah sakit yang lebih bermutu, aman, efisien, transparan, manusiawi, dan berkelanjutan.

Glossarium

AI Governance
Tata kelola penggunaan kecerdasan buatan yang mencakup validasi, akuntabilitas, audit, keamanan, etika, pengawasan, dan mitigasi bias.

Algorithmic Bias
Ketidakadilan atau ketidaktepatan hasil algoritma terhadap kelompok tertentu akibat data, desain model, atau konteks sosial yang bias.

Analitik Data
Proses mengolah data menjadi informasi dan insight untuk mendukung keputusan.

Application Programming Interface
Mekanisme teknis yang memungkinkan satu sistem berkomunikasi dan bertukar data dengan sistem lain.

Big Data Kesehatan
Kumpulan data kesehatan yang besar, beragam, cepat bertambah, dan kompleks, berasal dari rekam medis, alat, klaim, laboratorium, radiologi, dan sumber lain.

Clinical Decision Support
Sistem yang membantu tenaga kesehatan mengambil keputusan klinis melalui peringatan, rekomendasi, atau informasi berbasis data.

Cybersecurity
Upaya melindungi sistem digital, jaringan, perangkat, dan data dari serangan, akses tidak sah, kehilangan, atau kerusakan.

Dashboard Manajemen
Tampilan digital indikator kinerja yang membantu manajemen memantau kondisi rumah sakit secara cepat.

Data Governance
Sistem kebijakan, peran, standar, proses, dan pengawasan untuk memastikan data akurat, aman, konsisten, dan dapat digunakan.

Data Literacy
Kemampuan membaca, memahami, menilai, dan menggunakan data untuk pengambilan keputusan.

Digital Health
Pemanfaatan teknologi digital untuk mendukung pelayanan kesehatan, sistem kesehatan, kesehatan masyarakat, dan pengambilan keputusan.

Digital Transformation
Perubahan organisasi berbasis teknologi digital yang mengubah proses, budaya, model layanan, dan cara pengambilan keputusan.

Electronic Health Record
Rekam kesehatan elektronik yang dapat berisi data klinis pasien secara longitudinal dan dapat dipertukarkan sesuai standar.

Generative AI
Jenis AI yang dapat menghasilkan teks, gambar, ringkasan, kode, atau keluaran lain berdasarkan pola data yang dipelajari.

HL7 FHIR
Standar global untuk pertukaran data kesehatan berbasis resource dan API.

Interoperabilitas
Kemampuan sistem berbeda untuk saling bertukar, memahami, dan menggunakan data secara bermakna.

Large Multimodal Model
Model AI besar yang dapat memproses berbagai jenis input seperti teks, gambar, suara, dan data lain.

Machine Learning
Cabang AI yang memungkinkan komputer belajar pola dari data untuk membuat prediksi atau klasifikasi.

Natural Language Processing
Teknologi AI untuk memproses, memahami, mengekstrak, atau menghasilkan bahasa manusia.

Rekam Medis Elektronik
Rekam medis yang dibuat, disimpan, dan dikelola menggunakan sistem elektronik.

SATUSEHAT
Platform nasional Indonesia untuk integrasi dan pertukaran data kesehatan.

SIMRS
Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit yang mengintegrasikan proses pelayanan, administrasi, pelaporan, dan manajemen rumah sakit.

Smart Hospital
Rumah sakit yang memanfaatkan integrasi data, sistem digital, sensor, otomasi, dan AI untuk meningkatkan pelayanan.

Telemedicine
Pelayanan kesehatan jarak jauh menggunakan teknologi informasi dan komunikasi.

Vendor Lock-in
Ketergantungan berlebihan pada penyedia teknologi tertentu sehingga rumah sakit sulit berpindah atau mengembangkan sistem.

Daftar Pustaka

Abimanyu, E. P. B., Seo, H., Sim, J., Lee, J., & Kim, Y. (2025). Digital technologies in hospital pharmacy: A systematic review. *Journal of Preventive Medicine and Public Health, 58*(1), 1–14. https://doi.org/10.3961/jpmph.24.384

Bates, D. W., & Gawande, A. A. (2003). Improving safety with information technology. *The New England Journal of Medicine, 348*(25), 2526–2534. https://doi.org/10.1056/NEJMsa020847

Carayon, P., Wetterneck, T. B., Rivera-Rodriguez, A. J., Hundt, A. S., Hoonakker, P., Holden, R., & Gurses, A. P. (2014). Human factors systems approach to healthcare quality and patient safety. *Applied Ergonomics, 45*(1), 14–25. https://doi.org/10.1016/j.apergo.2013.04.023

Chaudhry, B., Wang, J., Wu, S., Maglione, M., Mojica, W., Roth, E., Morton, S. C., & Shekelle, P. G. (2006). Systematic review: Impact of health information technology on quality, efficiency, and costs of medical care. *Annals of Internal Medicine, 144*(10), 742–752. https://doi.org/10.7326/0003-4819-144-10-200605160-00125

Davenport, T., & Kalakota, R. (2019). The potential for artificial intelligence in healthcare. *Future Healthcare Journal, 6*(2), 94–98. https://doi.org/10.7861/futurehosp.6-2-94

Esteva, A., Kuprel, B., Novoa, R. A., Ko, J., Swetter, S. M., Blau, H. M., & Thrun, S. (2017). Dermatologist-level classification of skin cancer with deep neural networks. *Nature, 542*(7639), 115–118. https://doi.org/10.1038/nature21056

He, J., Baxter, S. L., Xu, J., Xu, J., Zhou, X., & Zhang, K. (2019). The practical implementation of artificial intelligence technologies in medicine. *Nature Medicine, 25*(1), 30–36. https://doi.org/10.1038/s41591-018-0307-0

Jiang, F., Jiang, Y., Zhi, H., Dong, Y., Li, H., Ma, S., Wang, Y., Dong, Q., Shen, H., & Wang, Y. (2017). Artificial intelligence in healthcare: Past, present and

future. *Stroke and Vascular Neurology, 2*(4), 230–243. https://doi.org/10.1136/svn-2017-000101

Kaplan, B. (2020). Revisiting health information technology ethical, legal, and social issues and evaluation: Telehealth/telemedicine and COVID-19. *International Journal of Medical Informatics, 143*, 104239. https://doi.org/10.1016/j.ijmedinf.2020.104239

Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2013). *Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 82 Tahun 2013 tentang Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit*. Tanpa DOI.

Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2022). *Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 24 Tahun 2022 tentang Rekam Medis*. Tanpa DOI.

Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2022). *Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor HK.01.07/MENKES/1423/2022 tentang Pedoman Variabel dan Meta Data pada Penyelenggaraan Rekam Medis Elektronik*. Tanpa DOI.

Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2023). *Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan*. Tanpa DOI.

Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2024). *Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 28 Tahun 2024 tentang Peraturan Pelaksanaan Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan*. Tanpa DOI.

Kementerian Komunikasi dan Informatika Republik Indonesia. (2022). *Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 27 Tahun 2022 tentang Pelindungan Data Pribadi*. Tanpa DOI.

Kelly, C. J., Karthikesalingam, A., Suleyman, M., Corrado, G., & King, D. (2019). Key challenges for delivering clinical impact with artificial intelligence. *BMC Medicine, 17*, 195. https://doi.org/10.1186/s12916-019-1426-2

Liu, X., Faes, L., Kale, A. U., Wagner, S. K., Fu, D. J., Bruynseels, A., Mahendiran, T., Moraes, G., Shamdas, M., Kern, C., Ledsam, J. R., Schmid, M. K., Balaskas, K., Topol, E. J., Bachmann, L. M., Keane, P. A., & Denniston, A. K. (2019). A comparison of deep learning performance against health-care professionals in detecting diseases from medical imaging: A systematic review and meta-analysis. *The Lancet Digital Health, 1*(6), e271–e297. https://doi.org/10.1016/S2589-7500(19)30123-2

Nijor, S., Rallis, G., Lad, N., & Gokcen, E. (2022). Patient safety issues from information overload in electronic medical records. *Journal of Patient Safety, 18*(6), e999–e1003. https://doi.org/10.1097/PTS.0000000000001002

Obermeyer, Z., Powers, B., Vogeli, C., & Mullainathan, S. (2019). Dissecting racial bias in an algorithm used to manage the health of populations. *Science, 366*(6464), 447–453. https://doi.org/10.1126/science.aax2342

Rajkomar, A., Dean, J., & Kohane, I. (2019). Machine learning in medicine. *The New England Journal of Medicine, 380*(14), 1347–1358. https://doi.org/10.1056/NEJMra1814259

Reddy, S., Fox, J., & Purohit, M. P. (2019). Artificial intelligence-enabled healthcare delivery. *Journal of the Royal Society of Medicine, 112*(1), 22–28. https://doi.org/10.1177/0141076818815510

Topol, E. J. (2019). High-performance medicine: The convergence of human and artificial intelligence. *Nature Medicine, 25*(1), 44–56. https://doi.org/10.1038/s41591-018-0300-7

Walker, J. M., Carayon, P., Leveson, N., Paulus, R. A., Tooker, J., Chin, H., Bothe, A., & Stewart, W. F. (2008). EHR safety: The way forward to safe and effective systems. *Journal of the American Medical Informatics Association, 15*(3), 272–277. https://doi.org/10.1197/jamia.M2618

World Health Organization. (2021). *Global strategy on digital health 2020–2025*. World Health Organization. Tanpa DOI.

World Health Organization. (2021). *Ethics and governance of artificial intelligence for health*. World Health Organization. Tanpa DOI.

World Health Organization. (2024). *Ethics and governance of artificial intelligence for health: Guidance on large multi-modal models*. World Health Organization. Tanpa DOI.

World Health Organization. (2025). *Digital health*. World Health Organization. Tanpa DOI.

World Health Organization. (2025). *Ethics and governance of artificial intelligence for health: Guidance on large multi-modal models*. World Health Organization. Tanpa DOI.


Bab 10. Etika, Komunikasi Publik, Ketahanan Krisis, dan Masa Depan Manajemen Rumah Sakit
Oleh: Rudy C Tarumingkeng
RUMAH SAKIT
1
1. Etika sebagai Fondasi
Keselamatan pasien sebagai prioritas utama
Integritas, transparansi, dan akuntabilitas
Keadilan akses dan pelayanan berpusat pada pasien
Privasi data, kerahasiaan, dan etika digital
Tata kelola klinis dan keputusan berbasis nilai
2
2. Komunikasi Publik yang Kredibel
Informasi yang akurat, cepat, dan empatik
Edukasi pasien, keluarga, dan masyarakat
Komunikasi risiko saat insiden atau wabah
Reputasi institusi dan kepercayaan publik
Media sosial, humas, dan literasi kesehatan
3
3. Ketahanan Krisis Rumah Sakit
Kesiapsiagaan bencana, pandemi, dan lonjakan pasien
Continuity plan untuk layanan esensial
Manajemen logistik, SDM, oksigen, dan obat
Sistem komando krisis dan koordinasi lintas unit
Simulasi, evaluasi, dan pembelajaran organisasi
PLAN
KOMANDO KRISIS
4
AI
4. Arah Masa Depan Manajemen Rumah Sakit
Transformasi digital, SIMRS, dan interoperabilitas data
AI untuk keputusan klinis dan efisiensi operasional
Smart hospital dan pelayanan hybrid
Mutu, keselamatan, efisiensi, dan keberlanjutan
Kolaborasi lintas profesi dan lintas sektor
5
5. Kompetensi Pemimpin Masa Depan
Visioner namun humanis
Berbasis data dan adaptif terhadap perubahan
Mampu mengelola risiko dan inovasi
Komunikatif, kolaboratif, dan etis
Siap menghadapi disrupsi dan ketidakpastian
Kata Kunci Strategis
Etika
Komunikasi
Resiliensi
Data
AI
Kepercayaan
Inovasi
Keberlanjutan
Rumah sakit masa depan harus etis, komunikatif, tangguh, digital, dan tetap manusiawi.

Bab 10. Etika, Komunikasi Publik, Ketahanan Krisis, dan Masa Depan Manajemen Rumah Sakit

******

Abstrak

Rumah sakit masa depan tidak cukup dikelola hanya sebagai institusi klinis, organisasi administratif, atau entitas ekonomi. Rumah sakit harus dipahami sebagai institusi moral, sosial, komunikatif, digital, tangguh, dan berorientasi masa depan. Bab ini membahas empat tema besar yang saling berkaitan: etika rumah sakit, komunikasi publik, ketahanan krisis, dan masa depan manajemen rumah sakit. Etika menjadi dasar karena rumah sakit bekerja dengan manusia yang berada dalam kondisi rentan, menghadapi risiko sakit, ketidakpastian, penderitaan, bahkan kematian. Komunikasi publik menjadi penting karena kepercayaan masyarakat terhadap rumah sakit sangat dipengaruhi oleh kejelasan, kejujuran, empati, transparansi, dan respons institusi dalam situasi normal maupun krisis. Ketahanan krisis menjadi kebutuhan strategis karena rumah sakit harus tetap memberikan layanan esensial ketika menghadapi pandemi, bencana alam, kecelakaan massal, gangguan rantai pasok, serangan siber, konflik sosial, dan dampak perubahan iklim. WHO menekankan bahwa sistem kesehatan yang resilien harus mampu mencegah, mempersiapkan diri, mendeteksi, beradaptasi, merespons, dan pulih dari ancaman kesehatan sambil mempertahankan layanan esensial yang bermutu. (World Health Organization)

Masa depan manajemen rumah sakit akan dibentuk oleh perubahan demografi, penyakit kronis, teknologi digital, kecerdasan buatan, interoperabilitas data, tuntutan akuntabilitas, keberlanjutan lingkungan, dan meningkatnya ekspektasi pasien. WHO telah menerbitkan panduan etika dan tata kelola AI untuk kesehatan, termasuk panduan khusus mengenai large multimodal models, karena AI berpotensi digunakan luas

dalam pelayanan kesehatan, riset, kesehatan masyarakat, dan pengembangan obat, tetapi juga membawa risiko etik, privasi, bias, dan keselamatan. (World Health Organization) Dalam konteks Indonesia, UU No. 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan, PP No. 28 Tahun 2024, serta UU No. 27 Tahun 2022 tentang Pelindungan Data Pribadi menjadi bagian penting dari lingkungan regulatif yang harus diperhatikan rumah sakit ketika mengembangkan tata kelola, pelayanan, sistem informasi, dan perlindungan data pasien. (Database Peraturan | JDIH BPK)

Bab ini menegaskan bahwa rumah sakit masa depan harus bergerak menuju model **ethical, communicative, resilient, digital, human-centered, and sustainable hospital**. Artinya, rumah sakit harus mampu memadukan ilmu kedokteran, teknologi, data, manajemen risiko, kepemimpinan etis, komunikasi publik, keberlanjutan, dan nilai kemanusiaan. Rumah sakit yang unggul bukan hanya rumah sakit yang canggih secara teknologi, tetapi rumah sakit yang dipercaya, aman, tangguh, transparan, adil, adaptif, dan tetap manusiawi.

Kata Kunci

Etika rumah sakit; komunikasi publik; komunikasi risiko; krisis kesehatan; ketahanan rumah sakit; hospital resilience; manajemen krisis; keselamatan pasien; tata kelola rumah sakit; kepercayaan publik; AI kesehatan; etika digital; privasi data; climate-resilient hospital; green hospital; masa depan rumah sakit; kepemimpinan rumah sakit.

10.1 Pendahuluan

Rumah sakit adalah institusi yang bekerja pada titik temu antara ilmu pengetahuan, teknologi, penderitaan manusia, harapan keluarga, kepercayaan publik, regulasi negara, dan tanggung jawab moral. Tidak ada

organisasi lain yang setiap hari menghadapi begitu banyak keputusan bernilai tinggi: apakah pasien perlu dioperasi, siapa yang diprioritaskan ketika ICU penuh, bagaimana menyampaikan prognosis buruk, bagaimana menjaga privasi data pasien, bagaimana menjawab keluhan publik, bagaimana tetap melayani ketika terjadi bencana, bagaimana menggunakan AI tanpa mengurangi tanggung jawab profesional, dan bagaimana mempertahankan pelayanan bermutu ketika tekanan biaya meningkat.

Bab-bab sebelumnya telah membahas hakikat rumah sakit, sistem kesehatan, regulasi, tata kelola, strategi, organisasi, SDM, pelayanan klinis, mutu, keselamatan pasien, keuangan, operasional, digitalisasi, SIMRS, data, dan AI. Bab 10 menjadi bab sintesis yang menempatkan rumah sakit dalam horizon masa depan. Masa depan rumah sakit tidak hanya ditentukan oleh ketersediaan dokter, alat, modal, gedung, dan teknologi. Masa depan rumah sakit juga ditentukan oleh integritas moral, kepercayaan publik, kemampuan berkomunikasi, kapasitas menghadapi krisis, dan kecerdasan organisasi dalam beradaptasi.

Rumah sakit dapat memiliki peralatan canggih, tetapi runtuh reputasinya karena komunikasi buruk. Rumah sakit dapat memiliki sistem digital, tetapi kehilangan kepercayaan karena kebocoran data. Rumah sakit dapat memiliki layanan unggulan, tetapi gagal ketika terjadi lonjakan pasien karena tidak memiliki rencana krisis. Rumah sakit dapat memperoleh pendapatan tinggi, tetapi kehilangan legitimasi bila mengabaikan keadilan akses dan martabat pasien. Karena itu, manajemen rumah sakit masa depan harus lebih luas daripada administrasi pelayanan; ia harus menjadi manajemen nilai, risiko, kepercayaan, dan transformasi.

Dalam dunia yang semakin tidak pasti, rumah sakit perlu memahami bahwa krisis bukan pengecualian, melainkan bagian dari realitas. Pandemi, perubahan iklim, bencana alam, gangguan rantai pasok, krisis tenaga kesehatan, cyberattack, infodemic, dan disrupsi teknologi menjadi bagian dari lingkungan baru pelayanan kesehatan. WHO menempatkan

komunikasi risiko sebagai salah satu kapasitas inti dalam kesiapsiagaan dan respons kesehatan publik, dan menekankan pentingnya transparansi, ketepatan waktu, bahasa yang mudah dipahami, pengakuan atas ketidakpastian, keterlibatan masyarakat, dan penggunaan berbagai kanal komunikasi untuk membangun kepercayaan. (World Health Organization)

Dengan latar belakang tersebut, Bab 10 membahas empat bidang utama. Pertama, etika rumah sakit sebagai fondasi moral. Kedua, komunikasi publik sebagai pengelolaan kepercayaan. Ketiga, ketahanan krisis sebagai kemampuan bertahan dan pulih. Keempat, masa depan manajemen rumah sakit sebagai integrasi teknologi, data, AI, keberlanjutan, dan humanisme.

10.2 Rumah Sakit sebagai Institusi Moral

Rumah sakit bukan sekadar organisasi jasa. Rumah sakit adalah institusi moral karena seluruh kegiatannya menyangkut kehidupan, tubuh, penderitaan, martabat, dan harapan manusia. Pasien datang ke rumah sakit dalam keadaan rentan. Mereka sering tidak memahami sepenuhnya penyakitnya, tidak mengetahui seluruh pilihan terapi, dan tidak memiliki posisi tawar yang seimbang terhadap tenaga medis maupun institusi. Karena itu, rumah sakit memikul tanggung jawab moral yang jauh lebih besar daripada organisasi komersial biasa.

Etika rumah sakit tidak hanya berarti kepatuhan pada kode etik profesi. Etika rumah sakit mencakup seluruh keputusan organisasi: bagaimana pasien diperlakukan, bagaimana biaya dijelaskan, bagaimana keluhan ditangani, bagaimana data dilindungi, bagaimana risiko dikomunikasikan, bagaimana tenaga kesehatan dihargai, bagaimana konflik kepentingan dicegah, dan bagaimana rumah sakit menyeimbangkan misi sosial dengan keberlanjutan finansial.

Ada empat prinsip klasik etika biomedis yang sangat relevan bagi rumah sakit: **autonomy**, **beneficence**, **non-maleficence**, dan **justice**. Otonomi

berarti pasien berhak memperoleh informasi dan terlibat dalam keputusan mengenai tubuhnya. Beneficence berarti rumah sakit dan tenaga kesehatan harus berusaha memberikan manfaat terbaik bagi pasien. Non-maleficence berarti rumah sakit harus mencegah bahaya dan tidak mencelakai pasien. Justice berarti rumah sakit harus memperlakukan pasien secara adil dan tidak diskriminatif.

Namun, rumah sakit modern membutuhkan perluasan prinsip etika. Selain empat prinsip tersebut, rumah sakit juga harus menjunjung **integritas**, **transparansi**, **akuntabilitas**, **kerahasiaan**, **empati**, **solidaritas**, **keberlanjutan**, dan **tanggung jawab sosial**. Dalam era digital, etika juga mencakup perlindungan data pribadi, keamanan siber, penggunaan AI yang adil, dan pencegahan bias algoritmik. UU Pelindungan Data Pribadi Indonesia mengatur asas, jenis data pribadi, hak subjek data, pemrosesan, kewajiban pengendali dan prosesor data, transfer data, sanksi, serta larangan penggunaan data pribadi; hal ini sangat relevan bagi rumah sakit yang mengelola data kesehatan sensitif. (Database Peraturan | JDIH BPK)

Rumah sakit sebagai institusi moral harus memastikan bahwa etika tidak hanya hidup dalam dokumen. Etika harus tampak dalam perilaku sehari-hari: petugas pendaftaran yang menghormati pasien, dokter yang menjelaskan pilihan terapi, perawat yang menjaga privasi, apoteker yang memberi edukasi obat, manajemen yang transparan soal biaya, unit IT yang melindungi data, dan direksi yang mengambil keputusan berdasarkan keselamatan pasien.

10.3 Etika Klinis dan Dilema Rumah Sakit

Etika klinis muncul ketika keputusan pelayanan kesehatan menghadapi konflik nilai. Misalnya, pasien menolak tindakan yang menurut dokter penting; keluarga meminta agar diagnosis kanker tidak diberitahukan kepada pasien; tempat tidur ICU terbatas; pasien tidak mampu membayar;

atau terapi lanjutan dianggap tidak lagi memberi manfaat klinis. Dalam situasi seperti ini, rumah sakit tidak cukup mengandalkan SOP teknis. Rumah sakit membutuhkan kerangka etik.

Dilema pertama adalah antara **otonomi pasien dan keputusan profesional**. Dokter memiliki kompetensi klinis, tetapi pasien memiliki hak atas tubuh dan hidupnya. Pelayanan berpusat pada pasien menuntut rumah sakit memberi informasi yang cukup, menjelaskan risiko, mendengar preferensi pasien, dan menghormati keputusan pasien sejauh tidak bertentangan dengan hukum dan keselamatan orang lain. Informed consent bukan sekadar tanda tangan, tetapi proses komunikasi etis.

Dilema kedua adalah antara **manfaat dan bahaya**. Beberapa tindakan medis memiliki risiko tinggi. Operasi besar, kemoterapi, ventilator, transfusi, tindakan invasif, dan terapi eksperimental dapat memberi manfaat, tetapi juga membawa risiko. Keputusan etis membutuhkan penilaian proporsional: apakah manfaat yang diharapkan sebanding dengan risiko dan beban pasien?

Dilema ketiga adalah **keadilan alokasi sumber daya**. Ketika ICU, ventilator, obat tertentu, atau tenaga spesialis terbatas, rumah sakit harus memiliki kebijakan prioritas yang adil, transparan, dan dapat dipertanggungjawabkan. Kebijakan prioritas tidak boleh didasarkan pada status sosial, kedekatan pribadi, tekanan media, atau kemampuan membayar semata. Prinsip keadilan harus menjadi dasar.

Dilema keempat adalah **kerahasiaan dan keterbukaan**. Rumah sakit wajib menjaga rahasia pasien, tetapi juga harus menyampaikan informasi tertentu kepada pihak yang berhak. Dalam situasi penyakit menular, keselamatan publik dapat menimbulkan kewajiban pelaporan. Rumah sakit harus memahami batas etis dan hukum antara privasi individual dan kepentingan kesehatan masyarakat.

Dilema kelima adalah **misi sosial dan keberlanjutan keuangan**. Rumah sakit harus menolong pasien, tetapi juga harus menjaga kelangsungan

organisasi. Keputusan etis tidak selalu berarti memberikan semua layanan gratis, tetapi rumah sakit harus memiliki kebijakan sosial, transparansi biaya, dan mekanisme perlindungan pasien rentan.

Untuk menghadapi dilema tersebut, rumah sakit perlu memiliki komite etik, forum diskusi kasus, panduan etik, konsultasi etik klinis, dan pelatihan etika bagi tenaga kesehatan. Namun, komite etik tidak boleh menjadi lembaga simbolis. Ia harus membantu organisasi mengambil keputusan sulit secara arif, adil, dan manusiawi.

10.4 Etika Organisasi dan Tata Kelola Rumah Sakit

Etika rumah sakit tidak hanya berada di ruang klinis. Etika juga melekat pada tata kelola organisasi. Tata kelola yang buruk dapat menghasilkan pelayanan yang tidak etis meskipun tenaga klinis bekerja dengan niat baik. Misalnya, sistem antrean yang tidak adil, pengadaan yang sarat konflik kepentingan, tarif yang tidak transparan, manipulasi klaim, tekanan kepada dokter untuk melakukan tindakan tidak perlu, atau kebijakan SDM yang membuat perawat bekerja dalam kondisi berbahaya.

Etika organisasi mencakup integritas, akuntabilitas, transparansi, anti-fraud, pencegahan konflik kepentingan, perlindungan pelapor, dan keadilan internal. Rumah sakit harus memastikan bahwa keputusan bisnis tidak mengorbankan keselamatan pasien. Efisiensi biaya tidak boleh dilakukan dengan mengurangi standar sterilisasi, mengurangi tenaga secara ekstrem, menunda pemeliharaan alat kritis, atau menggunakan bahan yang tidak sesuai standar.

Konflik kepentingan merupakan isu penting. Rumah sakit dapat berhubungan dengan pemasok obat, alat kesehatan, laboratorium, asuransi, perusahaan teknologi, dan investor. Hubungan tersebut sah apabila dikelola secara transparan dan untuk kepentingan pelayanan. Namun, konflik kepentingan muncul bila keputusan klinis atau pengadaan

dipengaruhi keuntungan pribadi atau kelompok. Rumah sakit perlu memiliki kebijakan deklarasi konflik kepentingan, audit pengadaan, dan kode etik kerja sama.

Etika organisasi juga menyangkut perlakuan terhadap tenaga kesehatan. Rumah sakit tidak dapat menuntut pelayanan berempati jika staf bekerja dalam kondisi burnout, takut melapor, atau tidak dihargai. Kesejahteraan tenaga kesehatan adalah bagian dari etika organisasi. Rumah sakit yang manusiawi bagi pasien harus juga manusiawi bagi pegawai.

Dalam konteks Indonesia, UU No. 17 Tahun 2023 dan PP No. 28 Tahun 2024 menjadi kerangka hukum kesehatan yang mengatur berbagai aspek penyelenggaraan kesehatan, termasuk sistem, fasilitas, sumber daya, teknologi, dan tata kelola kesehatan. Rumah sakit perlu membaca regulasi ini bukan sekadar sebagai kewajiban administratif, tetapi sebagai bagian dari akuntabilitas publik. (Database Peraturan | JDIH BPK)

10.5 Komunikasi Publik sebagai Manajemen Kepercayaan

Komunikasi publik rumah sakit adalah proses menyampaikan informasi kepada pasien, keluarga, masyarakat, media, regulator, pembayar, mitra, dan pemangku kepentingan lain secara akurat, jelas, empatik, tepat waktu, dan bertanggung jawab. Komunikasi publik bukan hanya tugas humas. Ia merupakan bagian dari tata kelola kepercayaan.

Kepercayaan adalah modal utama rumah sakit. Pasien tidak selalu dapat menilai secara teknis apakah diagnosis tepat atau prosedur terbaik telah dilakukan. Karena itu, mereka sangat bergantung pada kepercayaan terhadap dokter, perawat, dan institusi rumah sakit. Kepercayaan dibangun melalui kompetensi, integritas, empati, konsistensi, transparansi, dan komunikasi.

Komunikasi publik rumah sakit memiliki beberapa fungsi. Pertama, memberikan informasi layanan: jadwal dokter, prosedur pendaftaran, hak

pasien, tarif, alur rujukan, dan fasilitas. Kedua, melakukan edukasi kesehatan: pencegahan penyakit, deteksi dini, penggunaan obat, vaksinasi, kesehatan ibu-anak, penyakit kronis, dan gaya hidup sehat. Ketiga, mengelola reputasi: menjelaskan nilai, prestasi, mutu, dan komitmen rumah sakit. Keempat, menangani keluhan dan krisis. Kelima, membangun literasi kesehatan masyarakat.

Komunikasi publik harus berbasis kebenaran. Rumah sakit tidak boleh menggunakan promosi yang menyesatkan, klaim berlebihan, atau janji kesembuhan yang tidak dapat dipertanggungjawabkan. Etika komunikasi kesehatan menuntut agar informasi tidak memanipulasi kecemasan pasien. Pemasaran rumah sakit harus dibatasi oleh tanggung jawab profesional.

Dalam era digital, komunikasi publik rumah sakit semakin kompleks. Pasien dapat menyampaikan pengalaman di media sosial. Keluhan dapat viral dalam hitungan jam. Informasi salah dapat menyebar cepat. Rumah sakit tidak dapat lagi berkomunikasi hanya melalui pengumuman formal. Rumah sakit harus memiliki strategi komunikasi digital, monitoring media sosial, respons keluhan, literasi kesehatan, dan kebijakan komunikasi krisis.

Namun, respons digital harus menjaga privasi pasien. Rumah sakit tidak boleh membuka data klinis pasien di media sosial meskipun sedang membela reputasi. Komunikasi publik harus seimbang antara transparansi, empati, dan kerahasiaan.

10.6 Komunikasi Risiko dan Komunikasi Krisis

Komunikasi risiko adalah komunikasi tentang bahaya, ketidakpastian, pilihan tindakan, dan langkah perlindungan. Komunikasi krisis adalah komunikasi ketika situasi darurat, insiden, bencana, wabah, atau konflik publik sedang terjadi. Dalam rumah sakit, komunikasi risiko dan krisis dapat muncul saat terjadi insiden keselamatan pasien, wabah infeksi,

gangguan layanan, kebakaran, kebocoran data, antrean ekstrem, kekurangan obat, bencana alam, atau isu viral.

WHO menekankan bahwa komunikasi risiko dalam keadaan darurat harus membangun kepercayaan melalui informasi yang transparan, tepat waktu, mudah dipahami, mengakui ketidakpastian, melibatkan masyarakat terdampak, menguatkan kemampuan masyarakat bertindak, dan menggunakan banyak platform komunikasi. (Iris) Prinsip ini sangat relevan bagi rumah sakit karena dalam krisis, publik tidak hanya membutuhkan fakta, tetapi juga kepastian bahwa institusi peduli, bertanggung jawab, dan mampu bertindak.

Komunikasi krisis rumah sakit harus mengikuti beberapa prinsip.

Pertama, **cepat tetapi tidak spekulatif**. Rumah sakit harus merespons segera, tetapi tidak menyampaikan informasi yang belum diverifikasi. Diam terlalu lama dapat menciptakan ruang rumor.

Kedua, **jujur dan transparan**. Bila terjadi gangguan layanan, rumah sakit harus menjelaskan apa yang diketahui, apa yang sedang dilakukan, dan kapan pembaruan informasi diberikan.

Ketiga, **empatik**. Dalam krisis, pasien dan keluarga sering cemas atau marah. Komunikasi yang dingin dan defensif dapat memperburuk situasi. Empati bukan pengakuan salah secara hukum, tetapi pengakuan atas penderitaan dan kekhawatiran manusia.

Keempat, **konsisten**. Pesan yang berbeda antara dokter, perawat, humas, dan manajemen dapat menimbulkan kebingungan. Rumah sakit harus memiliki juru bicara dan pesan utama yang disepakati.

Kelima, **berbasis tindakan**. Komunikasi harus menyampaikan apa yang harus dilakukan pasien, keluarga, staf, dan masyarakat.

Keenam, **multi-kanal**. Rumah sakit dapat menggunakan website, media sosial, call center, papan pengumuman, SMS, aplikasi, media lokal, dan briefing langsung.

Ketujuh, **melindungi privasi**. Komunikasi krisis tidak boleh membuka identitas atau data klinis pasien tanpa dasar hukum dan persetujuan yang tepat.

Komunikasi risiko dan krisis harus dilatih. Rumah sakit perlu memiliki rencana komunikasi krisis, daftar kontak media, juru bicara, protokol persetujuan pesan, template pernyataan awal, prosedur eskalasi, dan simulasi. Krisis bukan waktu untuk baru belajar berkomunikasi.

10.7 Mengelola Reputasi di Era Media Sosial

Reputasi rumah sakit adalah persepsi publik mengenai kompetensi, integritas, mutu, keselamatan, empati, dan keandalan rumah sakit. Di masa lalu, reputasi dibangun melalui pengalaman pasien, rekomendasi dokter, dan promosi formal. Saat ini, reputasi juga dibentuk melalui media sosial, ulasan online, berita digital, video pendek, dan percakapan publik.

Media sosial dapat menjadi sarana edukasi kesehatan, promosi layanan, komunikasi krisis, dan hubungan masyarakat. Namun, media sosial juga membawa risiko reputasi. Satu keluhan yang direkam video dapat menyebar luas sebelum rumah sakit melakukan klarifikasi. Informasi yang tidak lengkap dapat membentuk opini. Respons yang defensif dapat memperparah krisis.

Rumah sakit perlu memiliki kebijakan media sosial. Kebijakan ini harus mengatur siapa yang boleh berbicara atas nama rumah sakit, bagaimana menjawab keluhan, bagaimana melindungi privasi pasien, bagaimana mengelola komentar negatif, dan bagaimana mencegah staf membagikan informasi pasien. Staf rumah sakit perlu memahami bahwa unggahan pribadi yang menyinggung pasien atau membuka informasi klinis dapat merusak kepercayaan dan melanggar etika.

Mengelola reputasi bukan berarti menyembunyikan masalah. Reputasi yang kuat justru dibangun melalui keberanian memperbaiki masalah. Jika

terjadi keluhan valid, rumah sakit perlu menghubungi pasien, mendengar, menyelidiki, memperbaiki, dan menjelaskan secara proporsional. Publik cenderung lebih menghargai institusi yang jujur dan bertanggung jawab daripada institusi yang hanya membantah.

Reputasi juga harus didukung substansi. Humas tidak dapat menyelamatkan rumah sakit yang mutu layanannya buruk secara kronis. Komunikasi publik harus didukung pelayanan nyata. Dalam manajemen rumah sakit, reputasi adalah hasil dari mutu, keselamatan, pengalaman pasien, etika, dan komunikasi.

10.8 Ketahanan Krisis Rumah Sakit

Ketahanan krisis atau resilience adalah kemampuan rumah sakit untuk mencegah, mempersiapkan diri, menyerap guncangan, merespons, beradaptasi, pulih, dan belajar dari gangguan tanpa kehilangan fungsi esensial. Dalam konteks rumah sakit, resilience bukan hanya kemampuan bertahan, tetapi kemampuan tetap memberikan layanan kritis bagi pasien ketika sistem mengalami tekanan.

WHO menekankan bahwa layanan kesehatan yang resilien harus mampu menjaga kesinambungan layanan esensial selama keadaan darurat, melindungi pasien dan tenaga kesehatan, serta tetap menjalankan layanan rutin yang penting bersamaan dengan respons krisis. (World Health Organization) Kajian tentang hospital resilience setelah COVID-19 juga menunjukkan bahwa konsep ini mencakup kemampuan organisasi, sumber daya, kapasitas adaptif, tata kelola, dan evaluasi kinerja selama gangguan. (PMC)

Ketahanan rumah sakit harus dilihat dalam beberapa dimensi. Pertama, **ketahanan klinis**, yaitu kemampuan mempertahankan pelayanan gawat darurat, ICU, operasi emergensi, persalinan, dialisis, obat esensial, dan layanan kritis lain. Kedua, **ketahanan operasional**, yaitu ketersediaan

listrik, air, oksigen, logistik, alat, linen, limbah, farmasi, transportasi, dan sistem informasi. Ketiga, **ketahanan SDM**, yaitu kemampuan menjaga tenaga kesehatan tetap aman, sehat, terlatih, dan tersedia. Keempat, **ketahanan digital**, yaitu kemampuan melindungi data dan melanjutkan pelayanan saat sistem terganggu. Kelima, **ketahanan keuangan**, yaitu kemampuan menjaga arus kas dan pembiayaan dalam kondisi tidak normal. Keenam, **ketahanan komunikasi**, yaitu kemampuan menyampaikan informasi yang jelas kepada staf, pasien, keluarga, regulator, dan publik. Ketujuh, **ketahanan psikososial**, yaitu dukungan mental bagi pasien, keluarga, dan tenaga kesehatan.

Ketahanan krisis tidak dapat dibangun ketika krisis sudah terjadi. Ia harus dipersiapkan sebelum krisis melalui perencanaan, simulasi, stok strategis, pelatihan, sistem komando, peta risiko, kemitraan, dan budaya belajar.

10.9 Jenis Krisis yang Dihadapi Rumah Sakit

Rumah sakit dapat menghadapi berbagai jenis krisis.

Pertama, **krisis klinis massal**, seperti wabah penyakit menular, kecelakaan massal, keracunan, bencana industri, atau ledakan. Krisis ini menimbulkan lonjakan pasien dan kebutuhan triase cepat.

Kedua, **bencana alam**, seperti gempa bumi, banjir, tanah longsor, letusan gunung api, kebakaran hutan, dan cuaca ekstrem. Indonesia sebagai negara kepulauan dan wilayah rawan bencana harus menjadikan kesiapsiagaan rumah sakit sebagai prioritas.

Ketiga, **krisis infrastruktur**, seperti listrik padam, air terputus, oksigen terganggu, lift rusak, kebakaran, atau kerusakan alat kritis.

Keempat, **krisis rantai pasok**, seperti kekurangan obat, APD, oksigen, reagen laboratorium, alat kesehatan, atau bahan medis habis pakai.

Kelima, **krisis SDM**, seperti tenaga kesehatan sakit massal, mogok, burnout ekstrem, turnover tinggi, atau kekurangan dokter spesialis.

Keenam, **krisis digital**, seperti ransomware, kebocoran data, gangguan SIMRS, atau kegagalan rekam medis elektronik.

Ketujuh, **krisis reputasi**, seperti keluhan viral, dugaan malpraktik, konflik keluarga pasien, atau pemberitaan negatif.

Kedelapan, **krisis finansial**, seperti klaim tertunda besar, penurunan kunjungan, kenaikan biaya operasional, atau gagal bayar pemasok.

Kesembilan, **krisis etika**, seperti konflik alokasi ICU, kasus end-of-life, dugaan diskriminasi, atau konflik kepentingan.

Kesepuluh, **krisis lingkungan dan iklim**, seperti banjir berulang, suhu ekstrem, gangguan air, dan meningkatnya penyakit akibat perubahan iklim. WHO menekankan bahwa fasilitas kesehatan yang climate-resilient dan environmentally sustainable dapat meningkatkan mutu serta akses layanan, mengurangi biaya operasional, dan mendukung UHC. (World Health Organization)

Setiap jenis krisis membutuhkan respons berbeda, tetapi semuanya membutuhkan prinsip yang sama: kesiapan, komando, komunikasi, koordinasi, sumber daya, data, dan pembelajaran.

10.10 Sistem Komando Krisis Rumah Sakit

Dalam krisis, struktur organisasi rutin sering tidak cukup. Rumah sakit membutuhkan sistem komando krisis yang jelas. Sistem komando krisis menentukan siapa memimpin, siapa membuat keputusan, siapa mengatur sumber daya, siapa berkomunikasi, siapa mencatat, siapa berkoordinasi dengan pihak luar, dan bagaimana informasi mengalir.

Sistem komando krisis harus memiliki beberapa fungsi utama. Pertama, **incident commander** atau pimpinan komando yang bertanggung jawab mengambil keputusan utama. Kedua, fungsi operasi yang mengelola pelayanan klinis dan operasional. Ketiga, fungsi logistik yang memastikan obat, alat, oksigen, APD, makanan, transportasi, dan fasilitas tersedia. Keempat, fungsi perencanaan yang memantau situasi, memprediksi kebutuhan, dan menyusun rencana. Kelima, fungsi keuangan dan administrasi yang mencatat biaya, kontrak, klaim, dan dokumentasi. Keenam, fungsi komunikasi yang mengelola pesan internal dan eksternal.

Sistem komando harus dilatih melalui simulasi. Pada saat krisis, orang tidak punya waktu membaca dokumen panjang. Mereka harus sudah memahami perannya. Rumah sakit perlu melakukan table-top exercise, simulasi kebakaran, simulasi mass casualty, simulasi downtime SIMRS, simulasi kekurangan oksigen, dan simulasi komunikasi media.

Sistem komando krisis juga harus terhubung dengan dinas kesehatan, BPBD, kepolisian, pemadam kebakaran, ambulans, rumah sakit lain, puskesmas, pemasok, dan pemerintah daerah. Rumah sakit tidak dapat menghadapi krisis sendirian. Ketahanan krisis adalah kerja ekosistem.

10.11 Business Continuity Plan untuk Rumah Sakit

Business Continuity Plan atau BCP adalah rencana untuk memastikan fungsi kritis organisasi tetap berjalan ketika terjadi gangguan. Dalam rumah sakit, istilah ini sebaiknya dipahami sebagai **Hospital Continuity Plan**, karena yang dipertahankan bukan sekadar bisnis, tetapi layanan esensial dan keselamatan pasien.

BCP rumah sakit harus mengidentifikasi layanan kritis: IGD, ICU, kamar operasi emergensi, persalinan, neonatal, farmasi, laboratorium kritis, radiologi emergensi, oksigen, listrik, air, rekam medis, komunikasi, dan keamanan. Untuk setiap layanan kritis, rumah sakit harus menentukan

sumber daya minimum, staf minimum, alternatif lokasi, prosedur manual, prioritas pasien, dan jalur eskalasi.

Contoh BCP untuk gangguan SIMRS: rumah sakit harus memiliki formulir manual, daftar obat kritis, prosedur pencatatan sementara, cara verifikasi identitas pasien, cara mengirim hasil laboratorium, cara mencatat resep, dan prosedur input ulang setelah sistem pulih. Contoh BCP untuk gangguan oksigen: rumah sakit harus memiliki monitoring konsumsi, stok cadangan, pemasok alternatif, prioritas penggunaan, dan protokol penghematan klinis yang aman.

BCP harus diuji. Rencana yang tidak pernah diuji sering gagal saat dibutuhkan. Uji coba dapat menemukan celah: nomor kontak tidak aktif, stok cadangan tidak tersedia, generator tidak kuat, staf tidak tahu prosedur, atau dokumen tidak ditemukan. Hasil uji harus diperbaiki.

10.12 Ketahanan SDM dan Kesehatan Mental Tenaga Kesehatan

Tenaga kesehatan adalah inti ketahanan rumah sakit. Tanpa dokter, perawat, farmasi, laboratorium, radiologi, rekam medis, teknisi, keamanan, kebersihan, dan manajemen yang siap, fasilitas dan alat tidak akan berfungsi. Krisis kesehatan sering menekan tenaga rumah sakit secara fisik dan mental.

Pandemi menunjukkan bahwa tenaga kesehatan dapat mengalami kelelahan, ketakutan tertular, kehilangan kolega, stigma sosial, konflik keluarga, beban kerja ekstrem, dan trauma moral. Ketahanan rumah sakit harus mencakup perlindungan tenaga kesehatan: APD, vaksinasi, pelatihan, jadwal kerja manusiawi, dukungan psikologis, komunikasi pimpinan, istirahat, makanan, transportasi, dan penghargaan.

Ketahanan SDM juga mencakup **cross-training**. Dalam krisis, staf dapat perlu membantu unit lain. Rumah sakit harus memiliki daftar kompetensi, tim cadangan, sistem relawan internal, dan rencana penempatan ulang.

Namun, cross-training tidak boleh mengabaikan kompetensi klinis. Pasien kritis tetap membutuhkan tenaga terlatih.

Rumah sakit juga harus memahami **moral distress**, yaitu tekanan batin ketika tenaga kesehatan tahu tindakan terbaik tetapi tidak dapat melakukannya karena keterbatasan sumber daya atau kebijakan. Misalnya, ketika ICU penuh dan pasien harus menunggu. Moral distress dapat merusak kesehatan mental dan komitmen profesional. Komunikasi etis, dukungan psikologis, dan kebijakan prioritas yang jelas dapat membantu.

Rumah sakit masa depan harus membangun budaya yang menjaga tenaga kesehatan. Organisasi yang tidak merawat pelayan kesehatan akan sulit merawat pasien dengan baik.

10.13 Ketahanan Digital dan Ancaman Siber

Semakin digital rumah sakit, semakin besar kebutuhan ketahanan digital. Rekam medis elektronik, SIMRS, e-prescribing, laboratorium, radiologi, billing, klaim, farmasi, dan dashboard manajemen sangat bergantung pada sistem digital. Gangguan digital dapat menjadi krisis klinis.

Serangan ransomware terhadap rumah sakit di berbagai negara menunjukkan bahwa cyberattack dapat menghentikan pelayanan, mengalihkan pasien, menunda tindakan, dan membahayakan keselamatan. Rumah sakit harus menganggap keamanan siber sebagai bagian dari keselamatan pasien, bukan hanya urusan IT.

Ketahanan digital mencakup beberapa hal: backup data, disaster recovery plan, segmentasi jaringan, kontrol akses, autentikasi, enkripsi, audit log, patching, pelatihan phishing, prosedur downtime, dan simulasi. Rumah sakit harus menentukan sistem mana yang paling kritis dan bagaimana pelayanan berjalan bila sistem tersebut gagal.

Kebocoran data juga merupakan krisis kepercayaan. Data kesehatan sangat sensitif. Jika data pasien bocor, rumah sakit tidak hanya menghadapi risiko hukum, tetapi juga kehilangan kepercayaan. UU Pelindungan Data Pribadi memberi dasar hukum penting mengenai hak subjek data dan kewajiban pengendali data, sehingga rumah sakit harus memperkuat tata kelola data, akses, dan keamanan. (Database Peraturan | JDIH BPK)

Ketahanan digital juga berkaitan dengan AI. Model AI membutuhkan data. Jika data tidak aman atau dimanipulasi, AI dapat menghasilkan rekomendasi salah. Karena itu, cybersecurity, data governance, dan AI governance harus dipandang sebagai satu ekosistem.

10.14 Rumah Sakit dan Perubahan Iklim

Perubahan iklim menjadi isu strategis bagi rumah sakit. Rumah sakit dapat terdampak langsung oleh banjir, suhu ekstrem, gangguan listrik, gangguan air, kebakaran hutan, polusi udara, dan peningkatan penyakit terkait iklim. Pada saat yang sama, sektor kesehatan juga menggunakan energi, air, bahan medis, transportasi, dan menghasilkan limbah. Karena itu, rumah sakit harus menjadi bagian dari solusi, bukan hanya korban perubahan iklim.

WHO menyebut sistem kesehatan climate-resilient dan low-carbon sebagai sistem yang mampu mengantisipasi, merespons, mengatasi, pulih, dan beradaptasi terhadap guncangan iklim, sekaligus meminimalkan emisi dan dampak lingkungan untuk melindungi kesehatan generasi sekarang dan masa depan. (UNCC Learn)

Rumah sakit yang tangguh iklim perlu menilai risiko lokasi: apakah rawan banjir, kekeringan, suhu ekstrem, atau gangguan listrik? Apakah ruang kritis berada di lantai aman? Apakah generator terlindung? Apakah pasokan air cadangan tersedia? Apakah sistem HVAC mampu menghadapi

suhu ekstrem? Apakah jalur evakuasi aman? Apakah rantai pasok rentan terhadap cuaca?

Green hospital bukan sekadar pemasangan taman atau kampanye lingkungan. Green hospital mencakup efisiensi energi, pengelolaan limbah medis, pengurangan penggunaan plastik, pengadaan berkelanjutan, penghematan air, bangunan hemat energi, transportasi rendah emisi, manajemen makanan, dan edukasi lingkungan. Namun, semua langkah harus tetap menjaga keselamatan pasien. Pengurangan limbah tidak boleh mengorbankan sterilisasi atau pencegahan infeksi.

Perubahan iklim juga mengubah pola penyakit. Rumah sakit perlu bersiap menghadapi peningkatan penyakit pernapasan akibat polusi, heat-related illness, penyakit vektor, penyakit akibat banjir, dan gangguan kesehatan mental pascabencana. Masa depan rumah sakit tidak dapat dilepaskan dari kesehatan planet.

10.15 Masa Depan Manajemen Rumah Sakit: Dari Hospital-Centered ke Health-System-Oriented

Rumah sakit masa depan tidak dapat lagi menjadi institusi yang berdiri sendiri. Rumah sakit harus bergerak dari hospital-centered menuju health-system-oriented. Artinya, rumah sakit harus terhubung dengan layanan primer, komunitas, rehabilitasi, perawatan jangka panjang, kesehatan digital, rumah pasien, dan sistem kesehatan masyarakat.

Dalam model lama, rumah sakit menunggu pasien datang dalam kondisi sakit. Dalam model masa depan, rumah sakit menjadi bagian dari ekosistem yang mendukung pencegahan, deteksi dini, manajemen penyakit kronis, rehabilitasi, dan perawatan berkelanjutan. Pasien diabetes, hipertensi, gagal jantung, kanker, stroke, penyakit ginjal, dan gangguan kesehatan mental membutuhkan pelayanan lintas waktu dan lintas fasilitas. Rumah sakit harus berperan sebagai simpul klinis, bukan menara terpisah.

Digitalisasi mempercepat perubahan ini. Rekam medis elektronik, telemedicine, remote monitoring, platform nasional, dan AI memungkinkan pelayanan lebih terhubung. Namun, integrasi teknologi harus disertai integrasi tata kelola. Data harus mengalir dengan aman, tanggung jawab klinis harus jelas, dan pasien harus memahami alurnya.

Manajemen rumah sakit masa depan harus memikirkan **continuum of care**. Pertanyaan strategis bukan hanya "berapa banyak pasien rawat inap?", tetapi "bagaimana rumah sakit membantu pasien tetap sehat setelah pulang?" Bukan hanya "berapa banyak tindakan?", tetapi "apakah outcome pasien membaik?" Bukan hanya "berapa pendapatan layanan?", tetapi "nilai apa yang diberikan kepada pasien dan masyarakat?"

10.16 AI, Otomasi, dan Masa Depan Profesi Rumah Sakit

AI dan otomasi akan mengubah pekerjaan rumah sakit. Sebagian tugas administratif dapat diotomasi: penjadwalan, coding awal, ringkasan dokumen, verifikasi klaim, prediksi stok, dan pengolahan laporan. Sebagian tugas klinis dapat dibantu AI: analisis citra, prediksi risiko, clinical decision support, deteksi deteriorasi, dan rekomendasi terapi. Namun, AI tidak menghapus kebutuhan manusia. Justru AI menuntut manusia dengan kompetensi baru.

WHO menekankan bahwa AI kesehatan harus dikelola dengan prinsip etika dan tata kelola agar manfaatnya dapat dicapai tanpa mengorbankan hak, keselamatan, dan keadilan. (World Health Organization) Rumah sakit harus memastikan bahwa AI digunakan sebagai alat bantu yang diawasi, bukan otoritas tunggal. Dokter dan perawat tetap bertanggung jawab atas konteks klinis, komunikasi, empati, dan keputusan akhir.

Profesi rumah sakit masa depan membutuhkan **digital clinical literacy**. Dokter perlu memahami bagaimana AI bekerja, batasnya, risiko bias, dan cara memvalidasi rekomendasi. Perawat perlu memahami sistem

monitoring digital dan dokumentasi elektronik. Apoteker perlu menggunakan data untuk medication safety. Manajer perlu membaca dashboard dan analitik. Rekam medis perlu mengelola data governance. IT perlu memahami risiko klinis. Semua profesi perlu memahami privasi data.

AI juga akan mengubah pendidikan rumah sakit. Pelatihan tidak cukup hanya tentang penggunaan aplikasi. Tenaga kesehatan perlu dilatih berpikir kritis terhadap output AI. Pertanyaan penting adalah: apakah rekomendasi ini masuk akal? Data apa yang digunakan? Apakah pasien ini sesuai dengan populasi model? Apakah ada kondisi sosial atau preferensi pasien yang tidak terbaca AI? Apakah risiko etisnya?

Masa depan bukan kompetisi manusia melawan AI, tetapi kolaborasi manusia dengan AI yang diawasi secara etis.

10.17 Kepemimpinan Rumah Sakit Masa Depan

Kepemimpinan rumah sakit masa depan membutuhkan kombinasi kompetensi yang lebih luas daripada masa lalu. Pemimpin rumah sakit tidak cukup hanya memahami administrasi, keuangan, atau pelayanan klinis. Ia harus memahami etika, digitalisasi, AI, data, komunikasi publik, krisis, perubahan iklim, keberlanjutan, SDM, dan sistem kesehatan.

Ada beberapa karakter pemimpin rumah sakit masa depan.

Pertama, **visioner tetapi manusiawi**. Pemimpin harus melihat masa depan, tetapi tetap menempatkan pasien dan staf sebagai manusia.

Kedua, **berbasis data tetapi bijaksana**. Data penting, tetapi keputusan membutuhkan konteks, nilai, dan etika.

Ketiga, **adaptif**. Pemimpin harus mampu menghadapi ketidakpastian, mengubah strategi, dan belajar cepat.

Keempat, **komunikatif**. Pemimpin harus mampu menjelaskan keputusan, mendengar staf, berbicara kepada publik, dan mengelola krisis.

Kelima, **kolaboratif**. Rumah sakit masa depan membutuhkan kerja lintas profesi, lintas institusi, dan lintas sektor.

Keenam, **berintegritas**. Teknologi dan kompleksitas dapat membuka peluang penyimpangan. Pemimpin harus menjadi penjaga integritas.

Ketujuh, **resilien**. Pemimpin harus mampu menjaga ketenangan, mengambil keputusan sulit, dan memulihkan organisasi setelah krisis.

Kedelapan, **mendorong pembelajaran**. Rumah sakit harus menjadi organisasi pembelajar, bukan organisasi defensif.

Kepemimpinan masa depan bukan kepemimpinan komando semata. Dalam organisasi profesional seperti rumah sakit, pemimpin harus membangun kepercayaan, memberi makna, menciptakan sistem, dan menumbuhkan kapasitas orang lain.

10.18 Model Rumah Sakit Masa Depan

Rumah sakit masa depan dapat dirumuskan sebagai **ethical, communicative, resilient, digital, learning, sustainable, and human-centered hospital**.

Ethical hospital adalah rumah sakit yang menjadikan martabat manusia, keselamatan pasien, keadilan, transparansi, dan integritas sebagai fondasi.

Communicative hospital adalah rumah sakit yang mampu berkomunikasi dengan pasien, keluarga, staf, media, regulator, dan masyarakat secara jelas, empatik, dan bertanggung jawab.

Resilient hospital adalah rumah sakit yang mampu bertahan, beradaptasi, dan pulih dari krisis sambil mempertahankan layanan esensial.

Digital hospital adalah rumah sakit yang menggunakan SIMRS, RME, data, interoperabilitas, telemedicine, dan AI untuk meningkatkan mutu, efisiensi, dan keselamatan.

Learning hospital adalah rumah sakit yang belajar dari data, insiden, keluhan, audit, penelitian, dan pengalaman staf.

Sustainable hospital adalah rumah sakit yang menjaga keberlanjutan finansial, sosial, SDM, operasional, dan lingkungan.

Human-centered hospital adalah rumah sakit yang memastikan teknologi, proses, dan struktur tetap melayani manusia, bukan sebaliknya.

Model ini menolak dua ekstrem. Ekstrem pertama adalah rumah sakit teknokratis yang canggih tetapi dingin dan tidak manusiawi. Ekstrem kedua adalah rumah sakit humanis tetapi lemah sistem, lemah data, dan tidak adaptif. Rumah sakit masa depan harus memadukan humanisme dan teknologi.

10.19 Ilustrasi Kasus: Krisis Reputasi setelah Keluhan Viral

Sebuah rumah sakit mengalami krisis reputasi setelah keluarga pasien mengunggah video di media sosial. Video tersebut memperlihatkan keluarga marah karena merasa pasien terlambat ditangani di IGD. Dalam waktu beberapa jam, video menjadi viral. Komentar publik menuduh rumah sakit tidak peduli. Media lokal mulai menghubungi humas. Staf IGD merasa tertekan dan defensif.

Rumah sakit yang tidak siap mungkin akan langsung membantah, menyalahkan keluarga, atau membuka data klinis pasien untuk membela diri. Tindakan seperti itu berisiko melanggar privasi dan memperburuk krisis. Rumah sakit yang memiliki tata kelola komunikasi krisis akan mengambil langkah berbeda.

Pertama, rumah sakit mengaktifkan tim komunikasi krisis. Kedua, manajemen mengumpulkan fakta internal: waktu kedatangan pasien, triase, tindakan yang diberikan, kondisi IGD, komunikasi dengan keluarga, dan kendala saat itu. Ketiga, rumah sakit menghubungi keluarga secara

langsung untuk mendengar keluhan dan menunjukkan empati. Keempat, pernyataan publik disampaikan secara hati-hati: rumah sakit menyatakan memahami kekhawatiran keluarga, sedang meninjau kronologi, berkomitmen pada keselamatan pasien, dan akan memperbaiki proses bila ditemukan kekurangan. Kelima, privasi pasien tetap dijaga. Keenam, setelah evaluasi, rumah sakit memperbaiki sistem informasi triase, memperjelas komunikasi waktu tunggu, dan melatih staf menghadapi keluarga cemas.

Kasus ini menunjukkan bahwa komunikasi krisis bukan sekadar membela reputasi. Tujuannya adalah menjaga kepercayaan melalui kejujuran, empati, tanggung jawab, dan perbaikan sistem.

10.20 Ilustrasi Kasus: Banjir Besar dan Ketahanan Rumah Sakit

Sebuah rumah sakit berada di wilayah yang sering banjir. Selama beberapa tahun, banjir hanya mengganggu parkir dan akses jalan. Namun, suatu musim hujan ekstrem menyebabkan air masuk ke area basement tempat panel listrik dan gudang berada. Lift terganggu, pasokan linen terhambat, beberapa staf terlambat datang, dan pasien rawat jalan menumpuk.

Rumah sakit kemudian menyadari bahwa banjir bukan lagi masalah lingkungan luar, tetapi risiko strategis. Manajemen membentuk tim resilience. Risiko fasilitas dipetakan. Panel listrik dipindahkan ke lokasi lebih aman. Gudang barang kritis tidak lagi berada di basement. Jalur evakuasi diperbaiki. Perjanjian dengan pemasok alternatif dibuat. Sistem komunikasi staf diperkuat. Telemedicine digunakan untuk pasien kontrol tertentu saat akses jalan terganggu. Simulasi banjir dilakukan bersama BPBD dan dinas kesehatan. Data cuaca dipantau untuk kesiapsiagaan.

Kasus ini menunjukkan bahwa perubahan iklim dan bencana lokal harus masuk dalam strategi rumah sakit. Ketahanan bukan hanya dokumen bencana, tetapi redesign fasilitas, rantai pasok, SDM, digital, dan komunikasi.

10.21 Ilustrasi Kasus: AI untuk Triase Administratif

Sebuah rumah sakit menggunakan chatbot AI untuk membantu pasien memperoleh informasi jadwal dokter, persiapan pemeriksaan, estimasi alur pendaftaran, dan edukasi umum. Pada awalnya chatbot mengurangi beban call center. Namun, beberapa pasien mulai menanyakan gejala dan meminta diagnosis. Chatbot memberikan jawaban terlalu percaya diri. Manajemen menyadari risiko keselamatan.

Rumah sakit kemudian memperbaiki tata kelola AI. Chatbot dibatasi untuk informasi administratif dan edukasi umum. Setiap pertanyaan gejala berat diarahkan ke IGD atau kontak tenaga kesehatan. Jawaban chatbot diberi disclaimer yang jelas. Konten diperiksa dokter. Log percakapan diaudit tanpa membuka data pribadi yang tidak perlu. Pasien diberi opsi berbicara dengan petugas manusia. Komite etik digital meninjau penggunaan AI.

Kasus ini menunjukkan bahwa AI dapat bermanfaat bila batasnya jelas. AI yang tidak diawasi dapat menimbulkan risiko. Rumah sakit harus mengembangkan inovasi digital dengan prinsip keselamatan pasien, transparansi, dan akuntabilitas.

10.22 Kerangka Integratif Bab 10

Bab ini dapat dirangkum dalam kerangka integratif berikut.

Fondasi etika mencakup martabat manusia, otonomi pasien, kebaikan, tidak mencelakai, keadilan, integritas, kerahasiaan, dan akuntabilitas.

Komunikasi publik mencakup edukasi, transparansi, komunikasi risiko, komunikasi krisis, media sosial, reputasi, dan kepercayaan.

Ketahanan krisis mencakup peta risiko, sistem komando, BCP, logistik, SDM, digital resilience, komunikasi, simulasi, dan pembelajaran.

Transformasi masa depan mencakup digitalisasi, SIMRS, RME, data governance, AI, telemedicine, interoperabilitas, green hospital, dan sistem kesehatan terintegrasi.

Kepemimpinan masa depan mencakup visi, etika, data, adaptasi, komunikasi, kolaborasi, integritas, dan pembelajaran.

Outcome yang diharapkan adalah rumah sakit yang aman, dipercaya, tangguh, adaptif, berkelanjutan, digital, dan tetap manusiawi.

Kerangka ini menunjukkan bahwa masa depan manajemen rumah sakit tidak dapat dipisahkan dari nilai. Teknologi memperkuat rumah sakit hanya bila diarahkan oleh etika, komunikasi, ketahanan, dan kepemimpinan.

10.23 Implikasi Manajerial

Pertama, rumah sakit harus menempatkan etika sebagai sistem, bukan hanya dokumen. Etika harus diterjemahkan ke dalam kebijakan, SOP, komite etik, pelatihan, audit, dan budaya organisasi.

Kedua, komunikasi publik harus menjadi fungsi strategis. Rumah sakit perlu memiliki strategi komunikasi normal, komunikasi risiko, dan komunikasi krisis.

Ketiga, rumah sakit harus memiliki rencana krisis yang diuji secara berkala. BCP, sistem komando, stok kritis, prosedur downtime, dan simulasi harus menjadi bagian rutin manajemen.

Keempat, ketahanan digital harus diperlakukan sebagai bagian dari keselamatan pasien. Keamanan siber, backup, akses data, dan prosedur manual sementara harus disiapkan.

Kelima, rumah sakit perlu memasukkan perubahan iklim dalam manajemen risiko dan perencanaan fasilitas. Banjir, panas ekstrem, gangguan air, dan krisis energi harus dipetakan.

Keenam, AI harus digunakan secara bertanggung jawab. Rumah sakit perlu AI governance, validasi, audit bias, pengawasan manusia, dan perlindungan data pasien.

Ketujuh, kepemimpinan masa depan harus menggabungkan kemampuan klinis, manajerial, digital, etik, komunikasi, dan krisis.

Kedelapan, rumah sakit perlu membangun budaya pembelajaran. Insiden, keluhan, data, audit, krisis, dan kegagalan digital harus menjadi sumber perbaikan.

Kesembilan, keberlanjutan rumah sakit harus dilihat secara multidimensi: klinis, finansial, SDM, operasional, sosial, digital, dan lingkungan.

Kesepuluh, rumah sakit harus menjaga humanisme. Teknologi, efisiensi, dan AI tidak boleh menghilangkan empati, martabat, dan hubungan manusiawi.

10.24 Rangkuman Bab

Bab ini menegaskan bahwa rumah sakit masa depan harus dikelola sebagai institusi etis, komunikatif, tangguh, digital, berkelanjutan, dan berpusat pada manusia. Etika menjadi fondasi karena rumah sakit bekerja dengan manusia yang rentan dan keputusan bernilai tinggi. Etika tidak hanya berlaku dalam hubungan dokter-pasien, tetapi juga dalam tata kelola organisasi, keuangan, pengadaan, SDM, data, teknologi, dan komunikasi publik.

Komunikasi publik menjadi bagian penting dari manajemen rumah sakit karena kepercayaan publik sangat dipengaruhi oleh cara rumah sakit menyampaikan informasi, menangani keluhan, merespons krisis, dan mengelola media sosial. Komunikasi risiko harus cepat, transparan, mudah dipahami, empatik, mengakui ketidakpastian, dan melibatkan masyarakat.

Ketahanan krisis menjadi kebutuhan strategis karena rumah sakit harus tetap menjalankan layanan esensial ketika terjadi pandemi, bencana, gangguan pasokan, serangan siber, krisis SDM, atau perubahan iklim. Ketahanan rumah sakit membutuhkan sistem komando, BCP, logistik, perlindungan tenaga kesehatan, keamanan digital, komunikasi krisis, simulasi, dan pembelajaran.

Masa depan manajemen rumah sakit akan dibentuk oleh digitalisasi, AI, data, interoperabilitas, telemedicine, perubahan iklim, penyakit kronis, dan tuntutan akuntabilitas. Namun, teknologi bukan tujuan akhir. Tujuan akhirnya adalah rumah sakit yang lebih aman, bermutu, dipercaya, efisien, adil, tangguh, dan manusiawi.

Inti Bab 10 adalah bahwa rumah sakit masa depan harus canggih secara teknologi, kuat secara sistem, sehat secara finansial, tangguh menghadapi krisis, tetapi tetap berjiwa kemanusiaan. Rumah sakit yang kehilangan humanisme akan kehilangan makna. Rumah sakit yang menolak perubahan akan tertinggal. Rumah sakit yang mampu memadukan etika, komunikasi, resiliensi, dan transformasi akan menjadi institusi kesehatan yang relevan bagi generasi mendatang.

Glossarium

AI Governance
Tata kelola penggunaan kecerdasan buatan yang mencakup validasi, keamanan, akuntabilitas, audit, mitigasi bias, dan pengawasan manusia.

Autonomy
Prinsip etika yang menegaskan hak pasien untuk memperoleh informasi dan terlibat dalam keputusan mengenai tubuh dan perawatannya.

Beneficence
Prinsip etika untuk melakukan kebaikan dan memberikan manfaat terbaik bagi pasien.

Business Continuity Plan
Rencana untuk memastikan fungsi kritis organisasi tetap berjalan ketika terjadi gangguan atau krisis.

Climate-Resilient Hospital
Rumah sakit yang mampu mengantisipasi, merespons, pulih, dan beradaptasi terhadap risiko iklim sambil menjaga layanan esensial.

Communicative Hospital
Rumah sakit yang mampu membangun kepercayaan melalui komunikasi akurat, empatik, transparan, dan bertanggung jawab.

Cyber Resilience
Kemampuan organisasi mempertahankan dan memulihkan layanan digital dari gangguan, serangan siber, atau kegagalan sistem.

Digital Ethics
Prinsip moral dalam penggunaan teknologi digital, data, dan AI, termasuk privasi, keamanan, transparansi, keadilan, dan akuntabilitas.

Ethical Hospital
Rumah sakit yang menjadikan martabat manusia, keselamatan pasien, keadilan, integritas, dan akuntabilitas sebagai fondasi tata kelola.

Green Hospital
Rumah sakit yang mengelola energi, air, limbah, pengadaan, dan operasional secara ramah lingkungan tanpa mengorbankan keselamatan pasien.

Hospital Resilience
Kemampuan rumah sakit untuk mencegah, mempersiapkan diri, merespons, beradaptasi, pulih, dan belajar dari krisis sambil menjaga layanan esensial.

Human-Centered Hospital
Rumah sakit yang menempatkan manusia—pasien, keluarga, tenaga

kesehatan, dan masyarakat—sebagai pusat desain pelayanan, teknologi, dan tata kelola.

Informed Consent
Persetujuan pasien terhadap tindakan medis setelah memperoleh informasi yang memadai mengenai manfaat, risiko, alternatif, dan konsekuensi.

Justice
Prinsip etika yang menuntut perlakuan adil, tidak diskriminatif, dan distribusi sumber daya yang dapat dipertanggungjawabkan.

Komunikasi Krisis
Komunikasi yang dilakukan ketika organisasi menghadapi keadaan darurat, insiden, bencana, atau ancaman reputasi.

Komunikasi Risiko
Komunikasi mengenai bahaya, ketidakpastian, pilihan tindakan, dan langkah perlindungan kepada pihak yang terdampak.

Moral Distress
Tekanan moral yang dialami tenaga kesehatan ketika mengetahui tindakan terbaik tetapi tidak dapat melakukannya karena keterbatasan sistem atau sumber daya.

Non-Maleficence
Prinsip etika untuk tidak mencelakai pasien dan mencegah bahaya yang dapat dihindari.

Public Trust
Kepercayaan masyarakat terhadap integritas, kompetensi, transparansi, dan tanggung jawab institusi.

Reputasi Rumah Sakit
Persepsi publik mengenai mutu, keselamatan, integritas, empati, dan keandalan rumah sakit.

Risk Communication
Proses menyampaikan informasi tentang risiko secara jelas, tepat waktu, empatik, dan dapat ditindaklanjuti.

Smart Hospital
Rumah sakit yang menggunakan integrasi data, sistem digital, sensor, otomasi, dan AI untuk meningkatkan mutu, keselamatan, efisiensi, dan pengalaman pasien.

Sustainable Hospital
Rumah sakit yang menjaga keberlanjutan finansial, klinis, SDM, operasional, sosial, digital, dan lingkungan.

Tata Kelola Etik
Sistem kebijakan, struktur, komite, prosedur, dan budaya yang memastikan keputusan organisasi sesuai nilai moral, hukum, dan kepentingan pasien.

Daftar Pustaka

Astier-Peña, M. P., Torijano-Casalengua, M. L., & Olivera-Cañadas, G. (2021). The global patient safety action plan 2021–2030: Identifying actions for safer health care. *Atención Primaria, 53*(Suppl. 1), 102224. https://doi.org/10.1016/j.aprim.2021.102224

Ayanian, J. Z., & Markel, H. (2016). Donabedian's lasting framework for health care quality. *The New England Journal of Medicine, 375*(3), 205–207. https://doi.org/10.1056/NEJMp1605101

Beauchamp, T. L., & Childress, J. F. (2019). *Principles of biomedical ethics* (8th ed.). Oxford University Press. Tanpa DOI.

Berwick, D. M. (2009). What "patient-centered" should mean: Confessions of an extremist. *Health Affairs, 28*(4), w555–w565. https://doi.org/10.1377/hlthaff.28.4.w555

Boin, A., & Lodge, M. (2016). Designing resilient institutions for transboundary crisis management: A time for public administration. *Public Administration, 94*(2), 289–298. https://doi.org/10.1111/padm.12264

Carayon, P., Wetterneck, T. B., Rivera-Rodriguez, A. J., Hundt, A. S., Hoonakker, P., Holden, R., & Gurses, A. P. (2014). Human factors systems approach to healthcare quality and patient safety. *Applied Ergonomics, 45*(1), 14–25. https://doi.org/10.1016/j.apergo.2013.04.023

Carbonara, N., Giannoccaro, I., & Pontrandolfo, P. (2024). Resilience of hospitals in an age of disruptions: A systematic literature review. *BMC Health Services Research*. DOI perlu diverifikasi sesuai metadata final penerbit.

Coombs, W. T. (2007). Protecting organization reputations during a crisis: The development and application of Situational Crisis Communication Theory. *Corporate Reputation Review, 10*, 163–176. https://doi.org/10.1057/palgrave.crr.1550049

Davenport, T., & Kalakota, R. (2019). The potential for artificial intelligence in healthcare. *Future Healthcare Journal, 6*(2), 94–98. https://doi.org/10.7861/futurehosp.6-2-94

Dehghani, A., et al. (2022). Process and components of disaster risk communication in health systems: A systematic review. *Jàmbá: Journal of Disaster Risk Studies*. DOI perlu diverifikasi sesuai metadata final penerbit.

Donabedian, A. (1988). The quality of care: How can it be assessed? *JAMA, 260*(12), 1743–1748. https://doi.org/10.1001/jama.1988.03410120089033

Elwyn, G., Frosch, D., Thomson, R., Joseph-Williams, N., Lloyd, A., Kinnersley, P., Cording, E., Tomson, D., Dodd, C., Rollnick, S., Edwards, A., & Barry, M. (2012). Shared decision making: A model for clinical practice. *Journal of General Internal Medicine, 27*(10), 1361–1367. https://doi.org/10.1007/s11606-012-2077-6

He, J., Baxter, S. L., Xu, J., Xu, J., Zhou, X., & Zhang, K. (2019). The practical implementation of artificial intelligence technologies in medicine. *Nature Medicine, 25*(1), 30–36. https://doi.org/10.1038/s41591-018-0307-0

Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2017). *Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 11 Tahun 2017 tentang Keselamatan Pasien*. Tanpa DOI.

Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2022). *Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 24 Tahun 2022 tentang Rekam Medis*. Tanpa DOI.

Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2023). *Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan*. Tanpa DOI.

Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2024). *Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 28 Tahun 2024 tentang Peraturan Pelaksanaan Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan*. Tanpa DOI.

Kementerian Komunikasi dan Informatika Republik Indonesia. (2022). *Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 27 Tahun 2022 tentang Pelindungan Data Pribadi*. Tanpa DOI.

Kelly, C. J., Karthikesalingam, A., Suleyman, M., Corrado, G., & King, D. (2019). Key challenges for delivering clinical impact with artificial intelligence. *BMC Medicine, 17*, 195. https://doi.org/10.1186/s12916-019-1426-2

Khalil, M., Ravaghi, H., Samhouri, D., Abo, J., & Ali, A. (2022). What is "hospital resilience"? A scoping review on conceptualization, operationalization, and evaluation. *Frontiers in Public Health, 10*, 1009400. https://doi.org/10.3389/fpubh.2022.1009400

Kruk, M. E., Gage, A. D., Arsenault, C., Jordan, K., Leslie, H. H., Roder-DeWan, S., Adeyi, O., Barker, P., Daelmans, B., Doubova, S. V., English, M., Elorrio, E. G., Guanais, F., Gureje, O., Hirschhorn, L. R., Jiang, L., Kelley, E., Lemango, E. T., Liljestrand, J., ... Pate, M. (2018). High-quality health systems in the

Sustainable Development Goals era: Time for a revolution. *The Lancet Global Health, 6*(11), e1196–e1252. https://doi.org/10.1016/S2214-109X(18)30386-3

Liu, Y. (2025). Repairing public trust through communication in health crises: A systematic review of the literature. *Public Management Review*. https://doi.org/10.1080/14719037.2023.2284224

MacKay, M., Colangeli, T., Thaivalappil, A., Del Bianco, A., McWhirter, J., & Papadopoulos, A. (2022). A review and analysis of the literature on public health emergency communication practices. *Journal of Community Health, 47*, 150–162. https://doi.org/10.1007/s10900-021-01032-w

Nijor, S., Rallis, G., Lad, N., & Gokcen, E. (2022). Patient safety issues from information overload in electronic medical records. *Journal of Patient Safety, 18*(6), e999–e1003. https://doi.org/10.1097/PTS.0000000000001002

Obermeyer, Z., Powers, B., Vogeli, C., & Mullainathan, S. (2019). Dissecting racial bias in an algorithm used to manage the health of populations. *Science, 366*(6464), 447–453. https://doi.org/10.1126/science.aax2342

Rajkomar, A., Dean, J., & Kohane, I. (2019). Machine learning in medicine. *The New England Journal of Medicine, 380*(14), 1347–1358. https://doi.org/10.1056/NEJMra1814259

Reason, J. (2000). Human error: Models and management. *BMJ, 320*(7237), 768–770. https://doi.org/10.1136/bmj.320.7237.768

Reddy, S., Fox, J., & Purohit, M. P. (2019). Artificial intelligence-enabled healthcare delivery. *Journal of the Royal Society of Medicine, 112*(1), 22–28. https://doi.org/10.1177/0141076818815510

Tan, M. Z. Y., Prager, R., & other authors. (2023). Healthcare resilience: A meta-narrative systematic review and synthesis. *BMJ Open, 13*, e072136. https://doi.org/10.1136/bmjopen-2023-072136

Topol, E. J. (2019). High-performance medicine: The convergence of human and artificial intelligence. *Nature Medicine, 25*(1), 44–56. https://doi.org/10.1038/s41591-018-0300-7

Vincent, C., Burnett, S., & Carthey, J. (2014). Safety measurement and monitoring in healthcare. *BMJ Quality & Safety, 23*(8), 670–677. https://doi.org/10.1136/bmjqs-2013-002757

World Health Organization. (2017). *Communicating risk in public health emergencies: A WHO guideline for emergency risk communication policy and practice*. World Health Organization. Tanpa DOI.

World Health Organization. (2021). *Ethics and governance of artificial intelligence for health*. World Health Organization. Tanpa DOI.

World Health Organization. (2021). *Global patient safety action plan 2021–2030: Towards eliminating avoidable harm in health care*. World Health Organization. Tanpa DOI.

World Health Organization. (2023). *Operational framework for building climate resilient and low carbon health systems*. World Health Organization. Tanpa DOI.

World Health Organization. (2024). *Ethics and governance of artificial intelligence for health: Guidance on large multi-modal models*. World Health Organization. Tanpa DOI.

World Health Organization. (2024). *Health system resilience indicators: An integrated package for measuring and monitoring health system resilience in countries*. World Health Organization. Tanpa DOI.

World Health Organization. (2025). *Digital health*. World Health Organization. Tanpa DOI.



Bab 11. Manajemen Pemasaran, Pengalaman Pasien, dan Reputasi Rumah Sakit

Oleh: Rudy C Tarumingkeng

1 Mengapa Penting?

- Rumah sakit bersaing pada mutu layanan, kepercayaan, dan pengalaman pasien.
- Pemasaran yang etis membantu memperkuat akses, citra, dan loyalitas.
- Reputasi memengaruhi pilihan pasien, mitra, dan tenaga profesional.

2 Pilar Manajemen Pemasaran Rumah Sakit

- Segmentasi Pasien
- Positioning Layanan
- Komunikasi Publik
- Pemasaran Digital
- Hubungan Komunitas

3 Pengalaman Pasien (*Patient Experience*)

Pra-kunjungan → Pendaftaran → Pelayanan Klinis → Rawat Inap/ Rawat Jalan → Pulang & Tindak Lanjut

- Kemudahan akses
- Waktu tunggu wajar
- Komunikasi empatik
- Kejelasan informasi biaya
- Kenyamanan dan keselamatan

4 Reputasi Rumah Sakit Dibangun oleh

- Mutu klinis
- Keselamatan pasien
- Kehadiran digital
- Etika pelayanan
- Transparansi
- Respons keluhan

5 Strategi Utama

- Bangun *brand* yang kredibel dan humanis
- Gunakan media sosial untuk edukasi, bukan sekadar promosi
- Kelola keluhan dengan cepat dan empatik
- Ukur kepuasan serta pengalaman pasien
- Jaga konsistensi antara janji layanan dan realitas layanan

6 Indikator Kinerja

- Kepuasan pasien
- Net Promoter Score (NPS)
- Waktu tunggu
- Tingkat keluhan terselesaikan
- Ulasan digital / rating publik
- Loyalitas pasien

7 Etika Pemasaran Rumah Sakit

- Tidak menyesatkan
- Tidak mengeksploitasi ketakutan pasien
- Menghormati privasi dan martabat pasien
- Mengutamakan edukasi dan nilai manfaat

8 Pesan Kunci

Pemasaran rumah sakit yang unggul bukan hanya menarik pasien, tetapi membangun kepercayaan, pengalaman positif, dan reputasi yang berkelanjutan.

Mutu • Empati • Kepercayaan • Pengalaman Pasien • Reputasi • Keberlanjutan

Sebagai konteks, pemasaran layanan kesehatan di Indonesia tidak dapat diperlakukan seperti promosi komersial biasa. Permenkes No. 1787/MENKES/PER/XII/2010 menyatakan bahwa fasilitas pelayanan kesehatan dapat melakukan iklan dan/atau publikasi pelayanan kesehatan, tetapi harus memperhatikan etika, ketentuan profesi, dan peraturan perundang-undangan. Kementerian Kesehatan juga menegaskan bahwa fasilitas kesehatan boleh beriklan, tetapi harus mengikuti etika iklan dan publikasi pelayanan kesehatan. WHO menempatkan *people-centred care* sebagai layanan yang aman, efektif, tepat waktu, merespons kebutuhan manusia secara menyeluruh, menghormati preferensi pasien, dan memungkinkan partisipasi masyarakat. (Sireka)

Bab 11. Manajemen Pemasaran, Pengalaman Pasien, dan Reputasi Rumah Sakit ******

Abstrak

Manajemen pemasaran rumah sakit merupakan fungsi strategis yang bertujuan membangun hubungan bermakna antara rumah sakit, pasien, keluarga, komunitas, mitra, tenaga kesehatan, pembayar, dan masyarakat luas. Dalam konteks rumah sakit, pemasaran tidak boleh dipahami semata-mata sebagai promosi layanan atau upaya menarik sebanyak mungkin pasien. Pemasaran rumah sakit harus dipahami sebagai proses etis untuk memahami kebutuhan pasien, merancang layanan yang relevan, membangun akses, memperkuat komunikasi, meningkatkan pengalaman pasien, menjaga reputasi, dan menciptakan kepercayaan publik yang berkelanjutan.

Rumah sakit modern berada dalam lingkungan yang semakin kompetitif, transparan, digital, dan berorientasi pada pengalaman pasien. Pasien tidak lagi hanya menilai rumah sakit dari hasil klinis, tetapi juga dari kemudahan akses, kecepatan pendaftaran, komunikasi dokter, keramahan staf, kejelasan biaya, kenyamanan fasilitas, keamanan pelayanan, respon terhadap keluhan, reputasi digital, serta kesinambungan layanan setelah pulang. Karena itu, pemasaran rumah sakit harus diintegrasikan dengan mutu klinis, keselamatan pasien, tata kelola, komunikasi publik, pelayanan berpusat pada pasien, dan transformasi digital.

Bab ini membahas konsep manajemen pemasaran rumah sakit, segmentasi pasien, positioning layanan, bauran pemasaran jasa kesehatan, pemasaran digital, pengalaman pasien, patient journey, patient satisfaction, loyalitas, reputasi rumah sakit, komunikasi merek, hubungan komunitas, etika promosi, pengelolaan keluhan, reputasi online, serta indikator kinerja pemasaran dan pengalaman pasien. Bab ini menegaskan bahwa reputasi rumah sakit tidak dapat dibangun hanya melalui iklan, melainkan melalui konsistensi antara janji layanan dan pengalaman nyata pasien. Rumah sakit yang unggul bukan hanya rumah sakit yang dikenal luas, tetapi rumah sakit yang dipercaya karena mutu, empati, integritas, keselamatan, dan keberlanjutan pelayanannya.

Kata Kunci

Manajemen pemasaran rumah sakit; pemasaran jasa kesehatan; pengalaman pasien; patient experience; patient journey; patient satisfaction; loyalitas pasien; reputasi rumah sakit; brand rumah sakit; komunikasi publik; pemasaran digital kesehatan; service quality; service excellence; etika promosi rumah sakit; keluhan pasien; kepercayaan publik.

11.1 Pendahuluan

Rumah sakit adalah institusi pelayanan kesehatan yang hidup dalam ekosistem kepercayaan. Pasien datang ke rumah sakit bukan hanya karena rumah sakit memiliki gedung, dokter, alat, atau teknologi, tetapi karena pasien percaya bahwa rumah sakit tersebut mampu menolong, melayani, menjelaskan, menjaga, dan memperlakukan mereka secara bermartabat. Dalam pelayanan kesehatan, kepercayaan merupakan modal utama. Tanpa kepercayaan, pasien ragu mencari pertolongan, keluarga mudah curiga, staf kehilangan kebanggaan, mitra enggan bekerja sama, dan reputasi institusi menjadi rapuh.

Dalam konteks inilah manajemen pemasaran rumah sakit menjadi penting. Pemasaran rumah sakit bukan sekadar iklan, promosi, brosur, media sosial, atau slogan. Pemasaran rumah sakit adalah fungsi strategis untuk memahami kebutuhan masyarakat, merancang nilai layanan, membangun akses, mengomunikasikan layanan secara etis, menciptakan pengalaman pasien yang positif, serta menjaga reputasi institusi dalam jangka panjang. Pemasaran yang baik tidak dimulai dari pertanyaan “bagaimana menarik pasien sebanyak mungkin?”, tetapi dari pertanyaan “nilai apa yang sungguh-sungguh dibutuhkan pasien dan masyarakat, dan bagaimana rumah sakit dapat memenuhinya secara aman, bermutu, etis, dan berkelanjutan?”

Pemasaran rumah sakit memiliki karakter khusus karena yang dipasarkan bukan barang konsumsi biasa. Layanan rumah sakit berkaitan dengan kesehatan, penderitaan, ketidakpastian, risiko, biaya, privasi, dan keselamatan. Pasien sering berada dalam keadaan rentan. Mereka tidak selalu memiliki pengetahuan medis yang cukup untuk menilai kualitas layanan secara teknis. Karena itu, pemasaran rumah sakit harus tunduk pada etika profesi dan tanggung jawab sosial. Rumah sakit tidak boleh mengeksploitasi ketakutan pasien, menjanjikan kesembuhan secara berlebihan, menyesatkan publik, menyembunyikan risiko, atau mempromosikan tindakan yang tidak diperlukan.

Pada masa kini, pemasaran rumah sakit juga berubah karena perilaku pasien berubah. Pasien dan keluarga mencari informasi melalui internet, membaca ulasan digital, membandingkan fasilitas, menilai pengalaman orang lain, dan menggunakan media sosial untuk menyampaikan keluhan maupun apresiasi. Rumah sakit tidak lagi sepenuhnya mengendalikan narasi reputasinya. Reputasi terbentuk melalui interaksi langsung, pengalaman pasien, testimoni publik, pemberitaan media, rating digital, kualitas komunikasi, dan respons rumah sakit terhadap masalah.

Bab ini membahas manajemen pemasaran rumah sakit dalam kerangka yang lebih luas: pemasaran sebagai pengelolaan nilai, pengalaman, hubungan, dan reputasi. Fokusnya bukan hanya bagaimana rumah sakit dikenal, tetapi bagaimana rumah sakit dipercaya. Bukan hanya bagaimana layanan dipromosikan, tetapi bagaimana janji layanan diwujudkan. Bukan hanya bagaimana pasien datang, tetapi bagaimana pasien merasa dihargai, dilayani, aman, dan ingin merekomendasikan rumah sakit kepada orang lain.

11.2 Hakikat Pemasaran Rumah Sakit

Pemasaran rumah sakit adalah proses manajerial dan sosial untuk memahami kebutuhan, harapan, persepsi, serta perilaku pasien dan masyarakat, kemudian merancang, mengomunikasikan, menyediakan, dan mengevaluasi layanan kesehatan yang bernilai, bermutu, etis, dan berkelanjutan. Dalam pengertian ini, pemasaran rumah sakit bukan fungsi tambahan setelah layanan tersedia, melainkan bagian dari strategi organisasi.

Ada beberapa unsur penting dalam hakikat pemasaran rumah sakit.

Pertama, pemasaran rumah sakit berangkat dari **kebutuhan pasien dan masyarakat**. Rumah sakit harus memahami siapa pasiennya, penyakit apa yang dominan, hambatan akses apa yang dihadapi, layanan apa yang

dibutuhkan, dan pengalaman apa yang diharapkan. Pemasaran yang tidak berbasis kebutuhan akan jatuh menjadi promosi kosong.

Kedua, pemasaran rumah sakit menyangkut **nilai layanan**. Nilai dalam pelayanan kesehatan tidak hanya berarti harga murah. Nilai berarti manfaat klinis, keselamatan, kenyamanan, kejelasan informasi, empati, kecepatan, akses, kesinambungan, dan kepercayaan yang diterima pasien dibandingkan dengan biaya, waktu, risiko, dan usaha yang harus dikeluarkan.

Ketiga, pemasaran rumah sakit menyangkut **hubungan jangka panjang**. Rumah sakit tidak seharusnya hanya mengejar transaksi satu kali. Pasien dengan penyakit kronis, keluarga, komunitas, perusahaan, asuransi, dan layanan primer membutuhkan hubungan berkelanjutan. Pemasaran rumah sakit harus membangun kepercayaan jangka panjang.

Keempat, pemasaran rumah sakit harus **etis**. Karena pasien berada dalam posisi rentan, komunikasi pemasaran harus akurat, tidak menyesatkan, tidak menakut-nakuti, tidak menjanjikan hasil yang tidak pasti, dan tidak merendahkan fasilitas lain.

Kelima, pemasaran rumah sakit sangat bergantung pada **konsistensi pengalaman**. Iklan yang baik tidak akan berguna bila pasien mengalami pelayanan buruk. Promosi layanan unggulan tidak akan bertahan bila antrean kacau, dokter tidak komunikatif, biaya tidak jelas, atau keluhan tidak direspons.

Keenam, pemasaran rumah sakit berkaitan erat dengan **reputasi**. Reputasi adalah hasil akumulasi pengalaman, mutu, komunikasi, etika, dan kepercayaan. Rumah sakit tidak membangun reputasi dalam sehari, tetapi dapat merusaknya dalam satu krisis komunikasi yang buruk.

Dengan demikian, pemasaran rumah sakit harus dilihat sebagai fungsi lintas unit. Unit pemasaran tidak dapat bekerja sendiri. Reputasi rumah sakit dibentuk oleh dokter, perawat, petugas pendaftaran, farmasi,

laboratorium, radiologi, kebersihan, keamanan, kasir, manajemen, media sosial, sistem antrean, dan seluruh titik kontak pasien.

11.3 Perbedaan Pemasaran Rumah Sakit dengan Pemasaran Komersial Umum

Pemasaran rumah sakit memiliki beberapa perbedaan mendasar dibanding pemasaran produk atau jasa komersial umum.

Pertama, layanan rumah sakit memiliki **risiko tinggi**. Kesalahan pelayanan dapat berdampak pada kesehatan, keselamatan, bahkan nyawa pasien. Karena itu, promosi layanan kesehatan harus sangat berhati-hati.

Kedua, pasien sering berada dalam **kondisi emosional dan informasi yang tidak seimbang**. Pasien atau keluarga dapat berada dalam keadaan cemas, panik, takut, atau tidak memahami istilah medis. Rumah sakit tidak boleh menggunakan keadaan rentan ini untuk mendorong tindakan yang tidak diperlukan.

Ketiga, hasil layanan kesehatan sering **tidak dapat dijamin sepenuhnya**. Berbeda dengan produk yang spesifikasinya relatif pasti, hasil terapi dipengaruhi kondisi pasien, penyakit, kepatuhan, komorbid, komplikasi, dan faktor biologis. Karena itu, rumah sakit tidak boleh menjanjikan kesembuhan mutlak.

Keempat, keputusan pasien sering melibatkan **pihak ketiga**. BPJS, asuransi, perusahaan, keluarga, dokter perujuk, dan sistem rujukan dapat memengaruhi pilihan rumah sakit. Pemasaran rumah sakit harus memahami ekosistem tersebut.

Kelima, kualitas layanan rumah sakit sulit dinilai oleh pasien secara teknis. Pasien mungkin tidak dapat menilai akurasi diagnosis, tetapi dapat menilai komunikasi dokter, waktu tunggu, kebersihan, keramahan, kejelasan biaya,

dan kenyamanan. Karena itu, pengalaman pasien menjadi indikator penting.

Keenam, rumah sakit memiliki **misi sosial**. Bahkan rumah sakit swasta tetap memiliki tanggung jawab sosial karena bekerja dalam sektor kesehatan publik. Pemasaran rumah sakit harus mempertimbangkan akses, keadilan, dan literasi kesehatan masyarakat.

Ketujuh, rumah sakit tunduk pada **regulasi dan etika profesi**. Promosi layanan kesehatan harus mengikuti ketentuan peraturan, kode etik rumah sakit, kode etik profesi, dan kode etik pariwara.

Perbedaan ini menunjukkan bahwa pemasaran rumah sakit bukan sekadar membawa logika pasar ke ruang kesehatan. Pemasaran rumah sakit harus menjadi pemasaran yang bertanggung jawab, berbasis nilai, dan berorientasi pada kepercayaan.

11.4 Orientasi Pasar dalam Rumah Sakit

Orientasi pasar berarti rumah sakit secara sistematis memahami kebutuhan pasien, keluarga, komunitas, pembayar, regulator, tenaga kesehatan, dan mitra, kemudian menggunakan pemahaman tersebut untuk merancang layanan yang relevan. Orientasi pasar bukan berarti rumah sakit tunduk pada semua keinginan pasien. Dalam kesehatan, tidak semua yang diinginkan pasien secara klinis tepat. Orientasi pasar harus dipadukan dengan evidence-based medicine, keselamatan pasien, etika, dan regulasi.

Rumah sakit yang berorientasi pasar melakukan beberapa hal. Pertama, mengumpulkan data kebutuhan masyarakat. Kedua, menganalisis pola penyakit dan demografi. Ketiga, memetakan harapan pasien. Keempat, mengukur pengalaman pasien. Kelima, memantau keluhan dan ulasan publik. Keenam, memahami pesaing dan jejaring rujukan. Ketujuh, mengevaluasi layanan berdasarkan nilai bagi pasien.

Orientasi pasar membantu rumah sakit menghindari keputusan strategis yang tidak sesuai kebutuhan. Misalnya, rumah sakit membeli alat mahal karena ingin tampak modern, tetapi ternyata volume pasien rendah dan dokter ahli belum tersedia. Rumah sakit membuka layanan eksekutif, tetapi pasien utama justru membutuhkan akses rawat jalan kronis yang cepat dan terjangkau. Rumah sakit melakukan promosi digital, tetapi proses pendaftaran masih lambat. Tanpa orientasi pasar yang benar, strategi pemasaran dapat terputus dari kenyataan.

Orientasi pasar juga penting dalam pengembangan layanan unggulan. Layanan unggulan sebaiknya dipilih berdasarkan kebutuhan masyarakat, kapasitas klinis, kompetensi SDM, peluang rujukan, kelayakan finansial, dan posisi strategis rumah sakit. Layanan unggulan bukan sekadar layanan yang sedang populer, tetapi layanan yang dapat diberikan rumah sakit secara bermutu dan berkelanjutan.

11.5 Segmentasi Pasien dan Masyarakat

Segmentasi adalah proses membagi pasar atau populasi layanan ke dalam kelompok-kelompok yang memiliki karakteristik, kebutuhan, perilaku, atau harapan yang relatif berbeda. Dalam rumah sakit, segmentasi membantu organisasi merancang layanan yang lebih tepat sasaran.

Segmentasi rumah sakit dapat dilakukan berdasarkan beberapa dimensi.

Pertama, **segmentasi demografis**, seperti usia, jenis kelamin, pekerjaan, pendidikan, status keluarga, dan tahap kehidupan. Anak, ibu hamil, lansia, pekerja produktif, dan pasien usia muda memiliki kebutuhan berbeda.

Kedua, **segmentasi geografis**, seperti lokasi tempat tinggal, jarak ke rumah sakit, akses transportasi, wilayah rujukan, atau daerah industri. Rumah sakit di kota besar menghadapi kebutuhan berbeda dari rumah sakit daerah kepulauan.

Ketiga, **segmentasi klinis**, seperti pasien penyakit kronis, pasien gawat darurat, pasien bedah, pasien ibu-anak, pasien kanker, pasien jantung, pasien stroke, pasien rehabilitasi, atau pasien hemodialisis. Segmentasi klinis penting untuk pengembangan layanan.

Keempat, **segmentasi pembayar**, seperti peserta JKN, asuransi swasta, pembayaran mandiri, perusahaan, atau program sosial. Masing-masing memiliki alur administrasi, ekspektasi, dan batas manfaat berbeda.

Kelima, **segmentasi perilaku**, seperti pasien yang rutin kontrol, pasien yang sensitif terhadap waktu tunggu, pasien yang aktif mencari informasi digital, pasien yang membutuhkan pendampingan, atau pasien yang sering berpindah fasilitas.

Keenam, **segmentasi berdasarkan nilai dan harapan**, misalnya pasien yang mengutamakan kecepatan, pasien yang mengutamakan dokter tertentu, pasien yang mengutamakan biaya, pasien yang mengutamakan kenyamanan, atau pasien yang mengutamakan komunikasi detail.

Segmentasi membantu rumah sakit menghindari pendekatan “satu layanan untuk semua”. Namun, segmentasi tidak boleh menghasilkan diskriminasi. Rumah sakit boleh merancang layanan berbeda berdasarkan kebutuhan dan preferensi, tetapi prinsip keadilan, keselamatan, dan standar mutu tetap harus dijaga.

11.6 Targeting dan Positioning Rumah Sakit

Setelah segmentasi, rumah sakit perlu menentukan target layanan dan positioning. Targeting adalah proses memilih segmen prioritas yang akan dilayani secara lebih fokus. Positioning adalah cara rumah sakit ingin dipersepsikan oleh pasien dan masyarakat dibandingkan alternatif lain.

Positioning rumah sakit harus realistis. Rumah sakit tidak boleh mengklaim sebagai yang terbaik dalam semua hal tanpa bukti. Positioning yang baik

harus didasarkan pada kompetensi nyata, kebutuhan pasar, diferensiasi layanan, mutu, dan nilai yang konsisten. Contohnya: rumah sakit dengan layanan ibu-anak yang ramah keluarga; rumah sakit jantung dengan respons cepat dan tim multidisiplin; rumah sakit komunitas yang dekat, terjangkau, dan humanis; rumah sakit pendidikan yang berbasis ilmu dan penelitian; atau rumah sakit digital yang mudah diakses dan efisien.

Positioning harus dijaga melalui pengalaman nyata. Bila rumah sakit memosisikan diri sebagai "cepat dan nyaman", tetapi pasien menunggu berjam-jam, positioning runtuh. Bila rumah sakit mengklaim "berbasis empati", tetapi staf tidak komunikatif, pasien akan merasa tertipu. Bila rumah sakit memosisikan diri sebagai "unggul dalam keselamatan", tetapi insiden tidak ditangani terbuka, reputasi melemah.

Targeting dan positioning juga harus memperhatikan daya dukung internal. Rumah sakit tidak boleh mempromosikan layanan yang belum siap. Promosi layanan stroke, misalnya, harus didukung IGD siap, CT scan, dokter spesialis, laboratorium, protokol, obat, ICU, rehabilitasi, dan jejaring rujukan. Positioning tanpa kapasitas operasional adalah janji kosong.

11.7 Bauran Pemasaran Jasa Rumah Sakit

Dalam pemasaran jasa, bauran pemasaran sering diperluas dari 4P menjadi 7P: product, price, place, promotion, people, process, dan physical evidence. Ketujuh unsur ini sangat relevan bagi rumah sakit.

Product dalam rumah sakit adalah layanan kesehatan: rawat jalan, rawat inap, IGD, operasi, laboratorium, radiologi, farmasi, rehabilitasi, medical check-up, layanan unggulan, telemedicine, edukasi, dan layanan pendukung. Produk rumah sakit harus berbasis kebutuhan pasien dan kemampuan klinis.

Price berkaitan dengan tarif, biaya, paket layanan, transparansi biaya, kerja sama asuransi, JKN, dan persepsi nilai. Harga dalam rumah sakit harus etis dan jelas. Ketidakjelasan biaya sering menimbulkan konflik.

Place berkaitan dengan akses. Akses bukan hanya lokasi fisik, tetapi juga kemudahan pendaftaran, parkir, transportasi, jadwal dokter, kanal digital, telemedicine, dan jejaring rujukan.

Promotion berkaitan dengan komunikasi layanan melalui media cetak, website, media sosial, seminar kesehatan, edukasi komunitas, publikasi ilmiah, hubungan media, dan kampanye kesehatan. Promosi harus akurat dan etis.

People adalah unsur sangat penting. Dokter, perawat, petugas pendaftaran, farmasi, keamanan, kebersihan, dan manajemen membentuk pengalaman pasien. Dalam rumah sakit, manusia adalah wajah merek.

Process adalah alur layanan. Pendaftaran, triase, konsultasi, pemeriksaan penunjang, pembayaran, farmasi, rawat inap, discharge, dan kontrol harus dirancang efisien dan aman.

Physical evidence adalah bukti fisik layanan: gedung, kebersihan, signage, ruang tunggu, seragam, alat, tempat tidur, kamar mandi, parkir, brosur, website, aplikasi, dan atmosfer pelayanan. Karena pasien sulit menilai mutu teknis, bukti fisik sangat memengaruhi persepsi.

Bauran pemasaran rumah sakit harus diintegrasikan. Promosi yang baik tidak cukup bila proses buruk. Gedung bagus tidak cukup bila komunikasi dokter lemah. Tarif kompetitif tidak cukup bila mutu diragukan. People, process, dan physical evidence sering lebih menentukan pengalaman pasien dibanding promosi formal.

11.8 Service Quality dalam Rumah Sakit

Kualitas jasa rumah sakit dapat dilihat melalui beberapa dimensi. Dalam literatur pemasaran jasa, dimensi seperti tangibles, reliability, responsiveness, assurance, dan empathy sering digunakan untuk memahami persepsi kualitas layanan.

Tangibles mencakup fasilitas fisik, peralatan, kebersihan, penampilan staf, signage, dan kenyamanan ruang. Pasien sering menggunakan bukti fisik untuk menilai kualitas karena mereka tidak selalu mampu menilai aspek teknis medis.

Reliability adalah kemampuan rumah sakit memberikan layanan sesuai janji secara konsisten dan akurat. Jadwal dokter, hasil laboratorium, resep, billing, dan informasi harus dapat dipercaya.

Responsiveness adalah kesediaan membantu pasien dengan cepat. Waktu tunggu, respons keluhan, kecepatan perawat, dan kesiapan staf termasuk di dalamnya.

Assurance adalah rasa aman dan percaya yang muncul dari kompetensi, kesopanan, komunikasi, dan profesionalisme staf.

Empathy adalah perhatian personal terhadap pasien. Pasien ingin merasa didengar, dihargai, dan dipahami.

Dalam rumah sakit, service quality harus dihubungkan dengan clinical quality. Pelayanan yang ramah tetapi salah secara klinis tidak dapat disebut bermutu. Sebaliknya, pelayanan yang benar secara klinis tetapi tidak komunikatif dapat menimbulkan ketidakpuasan, ketidakpatuhan, dan keluhan. Kualitas layanan rumah sakit adalah gabungan antara mutu teknis dan mutu interpersonal.

Rumah sakit perlu mengukur kualitas layanan melalui survei, observasi, mystery patient secara etis, audit proses, keluhan, waktu tunggu, dan indikator klinis. Namun, pengukuran harus diikuti perbaikan. Pasien akan kehilangan kepercayaan bila diminta mengisi survei tetapi tidak pernah melihat perubahan.

11.9 Pengalaman Pasien sebagai Fokus Strategis

Pengalaman pasien atau patient experience adalah keseluruhan persepsi, emosi, interaksi, dan kesan pasien selama berhubungan dengan rumah sakit, mulai dari sebelum kunjungan hingga setelah pulang. Pengalaman pasien tidak hanya terjadi di ruang dokter. Ia dimulai saat pasien mencari informasi, menghubungi call center, mendaftar, masuk parkir, bertemu satpam, menunggu, diperiksa, membayar, mengambil obat, menerima hasil, dirawat, pulang, dan melakukan kontrol.

Pengalaman pasien penting karena memengaruhi kepuasan, kepercayaan, loyalitas, kepatuhan terapi, rekomendasi, dan reputasi. Pasien yang merasa dihargai cenderung lebih percaya, lebih terbuka menyampaikan informasi klinis, lebih patuh terhadap terapi, dan lebih mungkin kembali bila membutuhkan layanan. Pasien yang merasa diabaikan atau bingung cenderung kecewa meskipun terapi medis berjalan baik.

Patient experience berbeda dari patient satisfaction. Kepuasan adalah penilaian pasien apakah harapan terpenuhi. Pengalaman pasien lebih luas karena menggambarkan apa yang benar-benar terjadi dalam perjalanan layanan. Misalnya, pasien dapat puas karena sembuh, tetapi tetap mengalami proses yang melelahkan. Sebaliknya, pasien dengan penyakit berat yang belum sembuh dapat tetap menghargai rumah sakit bila komunikasi, empati, dan dukungan sangat baik.

Pengalaman pasien harus dikelola sebagai strategi lintas unit. Unit pemasaran dapat mengukur dan mengomunikasikan, tetapi pengalaman pasien dibentuk oleh semua unit. Rumah sakit perlu membuat peta perjalanan pasien dan mengidentifikasi titik-titik kritis yang memengaruhi persepsi.

11.10 Patient Journey dalam Rumah Sakit

Patient journey adalah pemetaan perjalanan pasien dari awal kebutuhan hingga tindak lanjut. Pemetaan ini membantu rumah sakit memahami titik kontak, emosi, hambatan, dan peluang perbaikan.

Tahap pertama adalah **pra-kunjungan**. Pasien mencari informasi tentang gejala, dokter, jadwal, biaya, lokasi, ulasan, dan cara pendaftaran. Website, media sosial, call center, aplikasi, dan rekomendasi keluarga sangat memengaruhi keputusan.

Tahap kedua adalah **akses dan pendaftaran**. Pasien menilai kemudahan membuat janji, antrean, parkir, petunjuk arah, verifikasi penjamin, dan keramahan petugas. Proses yang rumit menciptakan stres sebelum pasien bertemu dokter.

Tahap ketiga adalah **menunggu layanan**. Waktu tunggu adalah salah satu sumber ketidakpuasan terbesar. Namun, persepsi waktu tunggu dapat membaik bila informasi jelas, ruang nyaman, dan pasien diberi estimasi.

Tahap keempat adalah **interaksi klinis**. Pasien menilai apakah dokter mendengarkan, menjelaskan, memeriksa dengan baik, memberi kesempatan bertanya, dan melibatkan pasien dalam keputusan. Komunikasi klinis sangat menentukan pengalaman.

Tahap kelima adalah **pemeriksaan penunjang**. Laboratorium, radiologi, dan prosedur lain harus jelas alurnya. Pasien perlu tahu ke mana harus pergi, berapa lama menunggu, dan kapan hasil keluar.

Tahap keenam adalah **farmasi dan pembayaran**. Waktu tunggu obat, penjelasan penggunaan obat, transparansi biaya, dan kemudahan pembayaran memengaruhi pengalaman akhir.

Tahap ketujuh adalah **rawat inap** bila diperlukan. Pengalaman rawat inap mencakup kebersihan, kenyamanan, respon perawat, komunikasi dokter, makanan, privasi, keamanan, dan dukungan keluarga.

Tahap kedelapan adalah **pulang dan tindak lanjut**. Pasien membutuhkan resume, instruksi obat, jadwal kontrol, tanda bahaya, edukasi, dan kanal kontak bila ada masalah.

Patient journey membantu rumah sakit melihat pelayanan dari sudut pandang pasien, bukan dari struktur organisasi. Rumah sakit mungkin merasa tiap unit sudah bekerja, tetapi pasien merasakan perjalanan yang terputus-putus. Pemetaan journey membantu menyatukan pengalaman.

11.11 Touchpoint dan Moment of Truth

Touchpoint adalah setiap titik interaksi antara pasien dan rumah sakit. Moment of truth adalah momen kritis yang sangat memengaruhi persepsi pasien. Dalam rumah sakit, moment of truth dapat terjadi ketika pasien pertama kali menelepon, saat keluarga panik di IGD, saat dokter menyampaikan diagnosis, saat pasien menunggu operasi, saat biaya dijelaskan, saat keluhan disampaikan, atau saat pasien pulang.

Tidak semua touchpoint memiliki bobot yang sama. Beberapa momen sangat emosional dan menentukan. Misalnya, keluarga pasien di IGD tidak hanya membutuhkan tindakan medis cepat, tetapi juga informasi dan empati. Pasien kanker tidak hanya membutuhkan terapi, tetapi juga komunikasi yang jelas dan dukungan psikologis. Pasien rawat inap tidak hanya membutuhkan obat, tetapi juga rasa aman ketika malam hari.

Rumah sakit perlu mengidentifikasi moment of truth utama dan memastikan staf siap. Training service excellence harus fokus pada momen nyata, bukan hanya slogan. Petugas keamanan perlu memahami bahwa sapaan pertama dapat membentuk kesan. Petugas pendaftaran perlu memahami kecemasan pasien. Dokter perlu memahami bahwa bahasa teknis dapat membingungkan. Perawat perlu memahami bahwa respons lambat terhadap bel dapat menimbulkan rasa ditinggalkan.

Moment of truth juga dapat terjadi saat masalah muncul. Cara rumah sakit menangani keluhan sering lebih menentukan reputasi daripada masalah awal. Pasien dapat memaafkan keterlambatan bila rumah sakit menjelaskan dengan jujur dan memperbaiki. Sebaliknya, masalah kecil dapat menjadi besar bila respons defensif dan tidak empatik.

11.12 Kepuasan Pasien

Kepuasan pasien adalah evaluasi pasien terhadap layanan rumah sakit berdasarkan perbandingan antara harapan dan pengalaman yang diterima. Kepuasan dipengaruhi oleh mutu klinis, komunikasi, fasilitas, waktu tunggu, biaya, akses, keamanan, kenyamanan, dan hasil pelayanan.

Kepuasan pasien penting, tetapi tidak boleh menjadi satu-satunya ukuran keberhasilan. Ada situasi ketika pasien puas karena mendapat antibiotik meskipun tidak diperlukan. Ada situasi ketika pasien tidak puas karena dokter menolak permintaan tindakan yang tidak sesuai indikasi. Karena itu, kepuasan harus dibaca bersama mutu klinis, keselamatan, dan etika.

Rumah sakit perlu mengukur kepuasan secara sistematis. Survei dapat dilakukan setelah rawat jalan, rawat inap, IGD, farmasi, laboratorium, atau discharge. Pertanyaan harus jelas dan dapat ditindaklanjuti. Survei terlalu umum seperti “apakah Anda puas?” kurang membantu. Lebih baik mengukur aspek spesifik: waktu tunggu, kejelasan informasi, keramahan, kenyamanan, kebersihan, komunikasi dokter, respons perawat, kejelasan biaya, dan kemudahan administrasi.

Hasil survei harus dianalisis berdasarkan unit, waktu, jenis pasien, dan masalah utama. Rumah sakit harus menghindari budaya “mengejar skor” tanpa memperbaiki pengalaman nyata. Kepuasan pasien bukan kompetisi angka, tetapi alat untuk mendengar suara pasien.

11.13 Loyalitas Pasien dan Kepercayaan

Loyalitas pasien adalah kecenderungan pasien untuk kembali menggunakan layanan rumah sakit dan merekomendasikannya kepada orang lain. Loyalitas tidak boleh dimaknai sebagai ketergantungan pasien pada rumah sakit. Dalam pelayanan kesehatan, loyalitas yang sehat berarti pasien percaya bahwa rumah sakit memberi layanan bermutu, aman, etis, dan sesuai kebutuhan.

Loyalitas dipengaruhi oleh kepuasan, kepercayaan, pengalaman positif, reputasi, akses, hubungan dokter-pasien, dan hasil klinis. Namun, kepercayaan adalah unsur paling mendasar. Pasien mungkin kembali bukan karena fasilitas paling mewah, tetapi karena percaya kepada dokter, perawat, dan rumah sakit.

Kepercayaan dibangun melalui kompetensi dan karakter. Kompetensi berarti rumah sakit mampu memberikan layanan yang tepat. Karakter berarti rumah sakit jujur, peduli, dan bertanggung jawab. Bila kompetensi tinggi tetapi karakter diragukan, kepercayaan rapuh. Bila karakter baik tetapi kompetensi rendah, pasien juga tidak aman. Rumah sakit harus membangun keduanya.

Loyalitas juga dipengaruhi oleh kesinambungan layanan. Pasien penyakit kronis membutuhkan hubungan jangka panjang. Rumah sakit dapat membangun loyalitas melalui follow-up, edukasi, pengingat kontrol, koordinasi dokter, akses informasi, dan pelayanan yang konsisten.

Namun, loyalitas tidak boleh dibangun dengan cara yang tidak etis, seperti menahan informasi rujukan, menakut-nakuti pasien agar tetap di rumah sakit, atau mempromosikan tindakan yang tidak perlu. Loyalitas rumah sakit harus berbasis nilai dan kepercayaan, bukan manipulasi.

11.14 Reputasi Rumah Sakit

Reputasi rumah sakit adalah persepsi kolektif masyarakat tentang mutu, keselamatan, integritas, empati, kompetensi, dan keandalan rumah sakit. Reputasi terbentuk melalui pengalaman pasien, cerita keluarga, rekomendasi dokter, berita media, ulasan online, prestasi klinis, akreditasi, perilaku staf, komunikasi publik, dan respons terhadap krisis.

Reputasi memiliki nilai strategis. Rumah sakit dengan reputasi baik lebih mudah menarik pasien, tenaga profesional, mitra, investor, dan dukungan komunitas. Reputasi juga membantu rumah sakit bertahan ketika terjadi krisis, karena publik cenderung memberi ruang kepercayaan kepada institusi yang memiliki rekam jejak baik.

Namun, reputasi tidak dapat dibuat hanya dengan branding. Reputasi adalah hasil dari konsistensi. Bila rumah sakit mengklaim unggul tetapi pengalaman pasien buruk, reputasi akan jatuh. Bila rumah sakit mempromosikan empati tetapi keluhan diabaikan, publik akan menilai inkonsistensi. Bila rumah sakit memiliki teknologi canggih tetapi data pasien bocor, reputasi digital hancur.

Reputasi rumah sakit dibangun oleh beberapa pilar.

Pertama, **mutu klinis**. Hasil pelayanan, kompetensi dokter, keselamatan, dan evidence-based practice.
Kedua, **pengalaman pasien**. Komunikasi, empati, waktu tunggu, kenyamanan, dan kejelasan.
Ketiga, **integritas**. Transparansi biaya, etika promosi, anti-fraud, dan tanggung jawab.
Keempat, **keselamatan pasien**. Pencegahan insiden, budaya keselamatan, dan respons terhadap kejadian.
Kelima, **komunikasi publik**. Kejujuran, edukasi, dan respons krisis.
Keenam, **kehadiran digital**. Website, media sosial, ulasan, dan kanal komunikasi online.
Ketujuh, **kontribusi sosial**. Edukasi komunitas, tanggung jawab sosial, dan akses layanan.

Rumah sakit perlu memantau reputasi, tetapi tidak boleh obsesif pada citra semata. Reputasi terbaik adalah reputasi yang muncul dari pelayanan nyata.

11.15 Branding Rumah Sakit

Brand rumah sakit adalah identitas, janji, nilai, dan persepsi yang melekat pada rumah sakit. Brand bukan hanya logo, warna, slogan, atau gedung. Brand adalah apa yang muncul dalam pikiran pasien ketika mendengar nama rumah sakit.

Brand rumah sakit yang kuat harus menjawab tiga pertanyaan. Pertama, siapa kita? Kedua, nilai apa yang kita berikan? Ketiga, mengapa pasien dan masyarakat dapat mempercayai kita?

Brand rumah sakit harus autentik. Rumah sakit tidak perlu meniru positioning rumah sakit lain. Rumah sakit komunitas dapat membangun brand sebagai rumah sakit yang dekat dan humanis. Rumah sakit pendidikan dapat membangun brand sebagai rumah sakit berbasis ilmu dan pembelajaran. Rumah sakit spesialis dapat membangun brand berbasis keunggulan klinis tertentu. Rumah sakit digital dapat membangun brand berdasarkan kemudahan akses dan integrasi layanan.

Brand juga harus diterjemahkan ke dalam perilaku. Jika brand menyatakan "care with compassion", maka staf harus dilatih berkomunikasi empatik. Jika brand menyatakan "fast and accurate", maka proses harus cepat dan data akurat. Jika brand menyatakan "family hospital", maka fasilitas dan komunikasi harus ramah keluarga.

Branding yang tidak didukung sistem hanya menjadi kosmetik. Rumah sakit perlu menjaga brand consistency di semua kanal: gedung, website, media sosial, call center, pendaftaran, seragam, komunikasi dokter, pelayanan perawat, dan respons keluhan.

11.16 Pemasaran Digital Rumah Sakit

Pemasaran digital rumah sakit mencakup penggunaan website, media sosial, mesin pencari, aplikasi, email, pesan singkat, webinar, konten edukasi, video, portal pasien, dan platform digital lain untuk membangun informasi, akses, edukasi, hubungan, dan reputasi.

Pemasaran digital memiliki beberapa manfaat. Pertama, memperluas jangkauan informasi. Kedua, memudahkan pasien mencari jadwal dan layanan. Ketiga, mendukung edukasi kesehatan. Keempat, memperkuat reputasi. Kelima, membuka kanal komunikasi dan keluhan. Keenam, membantu membangun komunitas pasien.

Namun, pemasaran digital rumah sakit harus etis. Konten kesehatan harus akurat dan tidak menyesatkan. Testimoni pasien harus dikelola hati-hati dan menghormati privasi. Gambar pasien tidak boleh digunakan tanpa persetujuan. Klaim keberhasilan harus proporsional. Informasi layanan harus jelas. Media sosial tidak boleh menjadi ruang konsultasi diagnosis individual yang tidak aman.

Website rumah sakit harus menjadi pusat informasi tepercaya. Website sebaiknya menyediakan profil layanan, jadwal dokter, alur pendaftaran, informasi biaya umum, edukasi kesehatan, kontak darurat, hak dan kewajiban pasien, informasi asuransi, lokasi, dan kanal keluhan. Website yang tidak diperbarui dapat merusak kepercayaan.

Media sosial rumah sakit sebaiknya digunakan untuk edukasi, literasi kesehatan, informasi layanan, kampanye pencegahan, pengumuman, dan komunikasi publik. Konten yang terlalu promosi dapat membuat publik jenuh. Konten edukatif yang konsisten dapat memperkuat kredibilitas.

Pemasaran digital juga harus mengelola reputasi online. Ulasan pasien perlu dipantau. Respons terhadap ulasan negatif harus empatik, tidak

defensif, dan tidak membuka data pasien. Ulasan positif dapat diapresiasi. Keluhan serius harus dipindahkan ke kanal resmi untuk penyelesaian.

11.17 Etika Promosi Rumah Sakit

Etika promosi adalah salah satu isu paling penting dalam pemasaran rumah sakit. Karena pelayanan kesehatan berhubungan dengan kerentanan pasien, promosi tidak boleh mengeksploitasi ketakutan, harapan palsu, atau ketidaktahuan masyarakat.

Promosi rumah sakit harus mengikuti beberapa prinsip.

Pertama, **benar dan dapat diverifikasi**. Informasi tentang layanan, dokter, fasilitas, teknologi, akreditasi, dan keunggulan harus sesuai fakta.

Kedua, **tidak menjanjikan hasil pasti**. Rumah sakit tidak boleh menjamin kesembuhan karena hasil klinis bergantung pada banyak faktor.

Ketiga, **tidak menyesatkan**. Informasi tidak boleh memilih fakta tertentu secara manipulatif sehingga publik memiliki persepsi keliru.

Keempat, **tidak merendahkan fasilitas lain**. Persaingan rumah sakit harus sehat dan profesional.

Kelima, **tidak mengeksploitasi ketakutan pasien**. Kampanye deteksi dini boleh dilakukan, tetapi tidak boleh menakut-nakuti secara berlebihan.

Keenam, **menghormati privasi pasien**. Testimoni, foto, video, dan kisah pasien membutuhkan persetujuan yang jelas.

Ketujuh, **mengutamakan edukasi dan manfaat publik**. Promosi rumah sakit idealnya meningkatkan literasi kesehatan, bukan hanya menjual layanan.

Kedelapan, **transparan mengenai batas layanan**. Telemedicine, paket pemeriksaan, atau layanan unggulan harus menjelaskan indikasi, batas, dan rujukan bila diperlukan.

Etika promosi juga berlaku untuk tenaga kesehatan. Dokter atau tenaga kesehatan yang tampil di media rumah sakit harus menyampaikan edukasi yang profesional, tidak berlebihan, dan tidak mengubah komunikasi kesehatan menjadi sensasi.

Rumah sakit perlu memiliki prosedur review konten pemasaran. Konten promosi sebaiknya ditinjau oleh unit pemasaran, klinisi terkait, hukum, dan manajemen agar akurat dan etis.

11.18 Komunikasi Layanan dan Health Literacy

Pemasaran rumah sakit harus berkontribusi pada literasi kesehatan. Health literacy adalah kemampuan individu memperoleh, memahami, menilai, dan menggunakan informasi kesehatan untuk mengambil keputusan yang tepat. Banyak pasien kesulitan memahami istilah medis, alur pelayanan, manfaat pemeriksaan, risiko tindakan, instruksi obat, dan hak mereka.

Komunikasi layanan harus menggunakan bahasa yang mudah dipahami. Rumah sakit perlu menghindari istilah teknis berlebihan dalam materi publik. Misalnya, daripada hanya menulis “angiografi koroner”, rumah sakit dapat menjelaskan bahwa pemeriksaan ini membantu melihat pembuluh darah jantung. Daripada hanya menulis “MRI”, rumah sakit dapat menjelaskan persiapan dan tujuan pemeriksaan.

Materi edukasi harus jelas, ringkas, dan visual bila perlu. Edukasi dapat mencakup persiapan operasi, tanda bahaya, cara minum obat, perawatan luka, pola makan, jadwal kontrol, pencegahan penyakit, dan penggunaan layanan digital.

Health literacy juga penting dalam transparansi biaya. Pasien perlu memahami apa yang ditanggung penjamin, apa yang tidak ditanggung, kemungkinan tambahan biaya, dan prosedur administrasi. Banyak konflik terjadi bukan semata karena mahal, tetapi karena pasien merasa tidak diberi informasi sejak awal.

Pemasaran yang baik mendidik masyarakat. Rumah sakit yang konsisten memberi edukasi kesehatan akan membangun reputasi sebagai institusi yang peduli, bukan hanya mencari pasien.

11.19 Pengelolaan Keluhan Pasien

Keluhan pasien adalah sumber pembelajaran organisasi. Keluhan tidak boleh dipandang sebagai ancaman semata, tetapi sebagai sinyal bahwa ada pengalaman yang tidak sesuai harapan. Rumah sakit yang matang tidak menutup telinga terhadap keluhan. Ia mendengar, mencatat, menganalisis, memperbaiki, dan memberi umpan balik.

Keluhan dapat berkaitan dengan waktu tunggu, komunikasi dokter, respons perawat, biaya, administrasi, kebersihan, makanan, obat, hasil pemeriksaan, sikap staf, atau dugaan kesalahan klinis. Keluhan harus diklasifikasikan berdasarkan tingkat risiko dan urgensi. Keluhan yang menyangkut keselamatan pasien harus segera dieskalasi.

Prinsip pengelolaan keluhan meliputi:

1. Mudah diakses. Pasien harus tahu ke mana menyampaikan keluhan.
2. Respons cepat. Keluhan yang lama tidak dijawab akan membesar.
3. Empatik. Pasien perlu merasa didengar.
4. Tidak defensif. Rumah sakit harus mencari fakta, bukan langsung membantah.
5. Rahasia. Data pasien harus dilindungi.
6. Berbasis penyelesaian. Keluhan harus ditindaklanjuti.
7. Dipelajari. Keluhan harus dianalisis untuk perbaikan sistem.
8. Umpan balik. Pasien perlu tahu bahwa keluhannya ditangani.

Keluhan digital membutuhkan kehati-hatian. Bila pasien mengeluh di media sosial, rumah sakit dapat merespons secara umum dan mengajak pasien berkomunikasi melalui kanal privat. Rumah sakit tidak boleh membuka detail medis di ruang publik. Respons harus menunjukkan kepedulian tanpa melanggar privasi.

Pengelolaan keluhan juga harus melindungi staf. Tidak semua keluhan benar. Namun, staf tidak boleh dibiarkan menghadapi kemarahan publik sendirian. Rumah sakit perlu melakukan investigasi adil dan memperbaiki sistem bila ditemukan masalah.

11.20 Hubungan Masyarakat dan Komunitas

Rumah sakit tidak hidup terpisah dari masyarakat. Hubungan dengan komunitas penting untuk membangun kepercayaan, memahami kebutuhan kesehatan lokal, meningkatkan literasi kesehatan, dan memperkuat rujukan. Rumah sakit yang hanya muncul ketika mempromosikan layanan akan dipandang transaksional. Rumah sakit yang hadir dalam edukasi dan pengabdian akan lebih dipercaya.

Program hubungan komunitas dapat mencakup seminar kesehatan, skrining penyakit, edukasi sekolah, dukungan posyandu, kampanye donor darah, program penyakit kronis, kelas ibu hamil, edukasi lansia, pelatihan pertolongan pertama, dan kerja sama dengan organisasi masyarakat. Program ini harus dirancang berdasarkan kebutuhan komunitas, bukan hanya agenda promosi.

Rumah sakit juga dapat membangun kemitraan dengan puskesmas, klinik, perusahaan, sekolah, gereja, masjid, komunitas lansia, komunitas pasien, universitas, dan pemerintah daerah. Kemitraan memperluas dampak rumah sakit dan memperkuat ekosistem kesehatan.

Hubungan komunitas juga penting untuk reputasi krisis. Rumah sakit yang sudah memiliki hubungan baik dengan masyarakat akan lebih mudah

dipercaya saat terjadi masalah. Kepercayaan tidak dibangun mendadak ketika krisis, tetapi melalui hubungan jangka panjang.

11.21 Internal Marketing dan Peran SDM

Pemasaran rumah sakit tidak hanya ditujukan ke luar, tetapi juga ke dalam organisasi. Internal marketing adalah upaya memastikan seluruh staf memahami nilai, janji layanan, budaya, dan standar pengalaman pasien. Dalam rumah sakit, staf adalah pembawa merek. Pasien sering menilai rumah sakit dari perilaku staf garis depan.

Internal marketing mencakup pelatihan service excellence, komunikasi nilai rumah sakit, penghargaan staf, budaya empati, komunikasi antarprofesi, dan kepemimpinan teladan. Staf harus memahami bahwa setiap interaksi dengan pasien adalah bagian dari reputasi rumah sakit.

Namun, rumah sakit tidak dapat menuntut staf ramah bila sistem membuat mereka kelelahan. Pengalaman pasien terkait dengan pengalaman pegawai. Staf yang burnout, kurang tenaga, tidak didukung, atau bekerja dalam sistem kacau akan sulit memberi layanan terbaik. Karena itu, patient experience harus dihubungkan dengan employee experience.

Internal marketing juga penting dalam implementasi layanan baru. Bila unit pemasaran mempromosikan layanan tetapi staf internal tidak siap, pengalaman pasien akan buruk. Semua unit harus mengetahui janji layanan yang disampaikan kepada publik.

11.22 Pengalaman Pegawai dan Hubungannya dengan Pengalaman Pasien

Pengalaman pasien dan pengalaman pegawai saling berhubungan. Rumah sakit yang ingin pasien merasa dihargai harus memastikan staf juga merasa

dihargai. Staf yang didukung, dilatih, diberi alat kerja memadai, memiliki komunikasi baik dengan pimpinan, dan bekerja dalam budaya aman cenderung lebih mampu memberikan layanan empatik.

Beban kerja berlebih, konflik antarunit, sistem digital yang menyulitkan, kekurangan alat, dan ketidakjelasan kebijakan dapat menurunkan kualitas interaksi dengan pasien. Pasien mungkin melihat petugas tidak ramah, padahal akar masalahnya adalah tekanan sistem. Karena itu, perbaikan pengalaman pasien harus melibatkan perbaikan proses dan kesejahteraan staf.

Rumah sakit perlu mengukur employee engagement, burnout, kepuasan kerja, dan persepsi staf terhadap budaya pelayanan. Data ini harus dikaitkan dengan keluhan pasien, waktu tunggu, dan indikator mutu. Pemasaran rumah sakit yang kuat dimulai dari dalam: staf yang percaya pada organisasinya akan menjadi duta reputasi yang paling autentik.

11.23 Patient Experience dalam Layanan Digital

Digitalisasi rumah sakit mengubah pengalaman pasien. Pendaftaran online, antrean digital, portal pasien, telemedicine, pembayaran digital, hasil laboratorium online, pengingat kontrol, chatbot, dan aplikasi rumah sakit dapat meningkatkan kenyamanan. Namun, layanan digital juga dapat menciptakan frustrasi bila rumit, lambat, tidak ramah pengguna, atau tidak inklusif.

Pengalaman digital pasien harus dirancang dengan prinsip mudah, aman, jelas, dan manusiawi. Pasien harus dapat memahami langkah-langkahnya. Bahasa harus sederhana. Bantuan harus tersedia. Sistem harus stabil. Data harus aman. Pasien harus tetap dapat mengakses layanan melalui kanal non-digital bila tidak mampu menggunakan teknologi.

Tidak semua pasien memiliki literasi digital yang sama. Lansia, pasien dengan pendidikan rendah, pasien daerah terpencil, atau pasien yang tidak

memiliki smartphone dapat tertinggal. Rumah sakit tidak boleh menjadikan digitalisasi sebagai hambatan akses. Digitalisasi harus memperluas akses, bukan mempersempitnya.

Telemedicine juga harus dikelola sebagai bagian dari pengalaman pasien. Pasien perlu tahu batas telemedicine, cara menyiapkan konsultasi, bagaimana data dicatat, bagaimana resep diberikan, dan kapan harus datang langsung. Komunikasi virtual harus tetap empatik.

Pengalaman digital juga memengaruhi reputasi. Website yang tidak diperbarui, aplikasi yang sering error, respons chat lambat, atau sistem antrean tidak akurat dapat menurunkan kepercayaan. Sebaliknya, layanan digital yang mudah dan aman dapat menjadi diferensiasi strategis.

11.24 Indikator Kinerja Pemasaran dan Reputasi Rumah Sakit

Manajemen pemasaran rumah sakit membutuhkan indikator. Indikator membantu rumah sakit menilai apakah strategi pemasaran, pengalaman pasien, dan reputasi berjalan baik. Namun, indikator harus dipilih hati-hati agar tidak mendorong perilaku salah.

Beberapa indikator penting adalah:

Jumlah kunjungan pasien. Menunjukkan volume layanan, tetapi harus dibaca bersama kapasitas dan mutu.
Pasien baru dan pasien kembali. Membantu melihat akuisisi dan retensi.
Sumber rujukan pasien. Menunjukkan kanal yang efektif: dokter, puskesmas, digital, keluarga, perusahaan, atau asuransi.
Kepuasan pasien. Mengukur persepsi terhadap layanan.
Patient experience score. Mengukur pengalaman pada titik kontak spesifik.
Net Promoter Score. Mengukur kemungkinan pasien merekomendasikan rumah sakit.
Waktu tunggu. Indikator penting pengalaman pasien.

Tingkat keluhan. Jumlah dan jenis keluhan.
Waktu penyelesaian keluhan. Mengukur respons organisasi.
Rating digital dan ulasan online. Memberi sinyal reputasi publik.
Engagement media sosial. Mengukur interaksi edukasi dan komunikasi.
Website traffic dan konversi pendaftaran. Mengukur efektivitas kanal digital.
Brand awareness. Mengukur tingkat pengenalan publik.
Reputasi klinis. Dapat dilihat dari rujukan, outcome, penghargaan, atau akreditasi.
Employee advocacy. Mengukur sejauh mana staf bangga dan merekomendasikan rumah sakit.

Indikator pemasaran harus dikaitkan dengan indikator mutu dan keselamatan. Peningkatan kunjungan tidak selalu baik bila waktu tunggu memburuk dan keluhan meningkat. Rating digital tinggi tidak cukup bila indikator klinis lemah. Reputasi yang sehat harus berbasis mutu nyata.

11.25 Strategi Membangun Reputasi Berkelanjutan

Reputasi berkelanjutan dibangun melalui konsistensi jangka panjang. Ada beberapa strategi utama.

Pertama, **menjaga mutu klinis**. Reputasi rumah sakit tidak dapat bertahan tanpa kualitas medis. Layanan harus berbasis standar, evidence-based, dan keselamatan pasien.

Kedua, **membangun pengalaman pasien yang positif**. Waktu tunggu, komunikasi, empati, kejelasan biaya, kenyamanan, dan keluhan harus dikelola.

Ketiga, **mengedepankan komunikasi etis**. Informasi publik harus akurat, jujur, dan tidak berlebihan.

Keempat, **memperkuat kehadiran digital**. Website, media sosial, dan kanal digital harus informatif, aman, dan responsif.

Kelima, **mengelola keluhan sebagai pembelajaran**. Keluhan harus menjadi bahan perbaikan, bukan sekadar risiko reputasi.

Keenam, **membangun hubungan komunitas**. Rumah sakit perlu hadir dalam edukasi dan kebutuhan kesehatan masyarakat.

Ketujuh, **memastikan konsistensi brand**. Janji layanan harus sesuai pengalaman nyata.

Kedelapan, **melibatkan staf sebagai duta layanan**. Staf yang bangga pada organisasi akan memperkuat reputasi.

Kesembilan, **menjaga transparansi biaya dan proses**. Kejelasan mengurangi konflik dan meningkatkan kepercayaan.

Kesepuluh, **merespons krisis secara cepat, empatik, dan bertanggung jawab**. Reputasi diuji bukan saat semua berjalan baik, tetapi saat masalah terjadi.

Reputasi berkelanjutan bukan hasil kampanye sesaat. Ia adalah akumulasi pengalaman dan kepercayaan.

11.26 Risiko Pemasaran Rumah Sakit

Pemasaran rumah sakit memiliki sejumlah risiko.

Pertama, **overpromising**. Rumah sakit menjanjikan layanan lebih dari kemampuan nyata. Ini merusak kepercayaan.

Kedua, **misleading information**. Informasi promosi dapat menyesatkan bila tidak lengkap atau berlebihan.

Ketiga, **komersialisasi berlebihan**. Rumah sakit dapat terlihat lebih mengejar pasien daripada mendidik masyarakat.

Keempat, **pelanggaran privasi**. Testimoni, foto, atau video pasien dapat melanggar hak pasien bila tidak dikelola.

Kelima, **konflik dengan profesi**. Promosi dokter atau layanan tertentu dapat menimbulkan kesan persaingan tidak sehat.

Keenam, **ketidaksesuaian janji dan pengalaman**. Promosi baik tetapi pelayanan buruk menimbulkan kekecewaan lebih besar.

Ketujuh, **krisis media sosial**. Keluhan viral dapat merusak reputasi bila tidak ditangani.

Kedelapan, **ketidakadilan akses**. Pemasaran terlalu fokus pada layanan premium dapat membuat rumah sakit kehilangan citra sosial.

Kesembilan, **penggunaan data pasien untuk pemasaran tanpa izin**. Ini melanggar etika dan privasi.

Kesepuluh, **pemasaran berbasis ketakutan**. Kampanye kesehatan yang menakut-nakuti dapat tidak etis.

Untuk mengelola risiko ini, rumah sakit memerlukan kebijakan pemasaran, review konten, pelibatan klinisi, pengawasan etik, pelatihan media sosial, dan tata kelola data.

11.27 Ilustrasi Kasus: Promosi Layanan Unggulan yang Tidak Didukung Proses

Sebuah rumah sakit mempromosikan layanan jantung terpadu melalui media sosial, billboard, dan seminar kesehatan. Respons masyarakat tinggi. Banyak pasien mendaftar. Namun, dalam dua bulan pertama muncul keluhan: waktu tunggu dokter panjang, jadwal pemeriksaan penunjang tidak sinkron, pasien harus bolak-balik untuk administrasi, dan hasil pemeriksaan terlambat. Beberapa pasien menulis ulasan negatif di media sosial.

Analisis menunjukkan bahwa promosi dilakukan sebelum kesiapan proses operasional. Tim pemasaran telah berhasil menarik perhatian publik, tetapi kapasitas klinis dan alur layanan belum siap. Tidak ada patient journey khusus untuk layanan jantung. Jadwal dokter, laboratorium, radiologi, farmasi, dan kasir tidak terintegrasi. Call center tidak memahami detail layanan.

Rumah sakit kemudian menghentikan sementara kampanye besar dan memperbaiki proses. Dibentuk tim layanan jantung terpadu. Alur pasien dipetakan. Slot pemeriksaan disesuaikan. Edukasi pasien diperbaiki. Call center dilatih. Dashboard waktu tunggu dibuat. Setelah tiga bulan, promosi dilanjutkan dengan janji layanan yang lebih realistis.

Kasus ini menunjukkan bahwa pemasaran tidak boleh mendahului kesiapan layanan. Promosi yang berhasil menarik pasien dapat menjadi bumerang bila pengalaman pasien buruk. Pemasaran rumah sakit harus selalu terhubung dengan operasi dan mutu.

11.28 Ilustrasi Kasus: Keluhan Digital yang Menjadi Pembelajaran

Seorang pasien mengunggah keluhan di media sosial karena merasa biaya pemeriksaan tidak dijelaskan sejak awal. Unggahan tersebut mendapat banyak komentar. Rumah sakit awalnya merasa keluhan tidak sepenuhnya benar karena informasi biaya sebenarnya tersedia di loket. Namun, tim pengalaman pasien melakukan investigasi.

Ditemukan bahwa informasi biaya memang ada, tetapi tidak disampaikan secara aktif. Pasien menerima beberapa pemeriksaan tambahan dan baru mengetahui total biaya saat pembayaran. Petugas merasa dokter yang seharusnya menjelaskan. Dokter merasa bagian administrasi yang menjelaskan. Tidak ada standar komunikasi biaya.

Rumah sakit merespons secara umum di media sosial dengan empati dan mengajak pasien berdiskusi secara privat. Setelah bertemu pasien, rumah

sakit meminta maaf atas ketidakjelasan komunikasi dan memperbaiki alur. Dibuat lembar estimasi biaya untuk layanan tertentu. Petugas dilatih menjelaskan kemungkinan biaya tambahan. Dokter diminta menjelaskan indikasi pemeriksaan. Website diperbarui dengan informasi umum biaya dan catatan bahwa estimasi dapat berubah sesuai kondisi klinis.

Keluhan yang awalnya menjadi risiko reputasi berubah menjadi perbaikan sistem. Pasien merasa didengar. Rumah sakit belajar bahwa transparansi biaya adalah bagian dari pengalaman pasien.

11.29 Model Integratif Bab 11

Manajemen pemasaran, pengalaman pasien, dan reputasi rumah sakit dapat dirangkum dalam model integratif berikut.

Input strategis mencakup kebutuhan pasien, data pasar, regulasi, kapasitas klinis, SDM, fasilitas, teknologi, dan nilai organisasi.

Strategi pemasaran mencakup segmentasi, targeting, positioning, branding, bauran pemasaran, komunikasi publik, pemasaran digital, dan hubungan komunitas.

Desain pengalaman pasien mencakup patient journey, touchpoint, moment of truth, komunikasi klinis, waktu tunggu, kejelasan biaya, kenyamanan, keselamatan, dan tindak lanjut.

Tata kelola etika mencakup promosi yang benar, privasi pasien, tidak menyesatkan, tidak mengeksploitasi ketakutan, dan akuntabilitas konten.

Pengelolaan reputasi mencakup mutu klinis, keselamatan pasien, ulasan digital, respon keluhan, komunikasi krisis, brand consistency, dan kepercayaan publik.

Indikator kinerja mencakup kepuasan pasien, patient experience score, NPS, keluhan, rating digital, loyalitas, sumber rujukan, waktu tunggu, dan reputasi.

Outcome yang diharapkan adalah pasien percaya, pengalaman positif, loyalitas sehat, reputasi kuat, akses meningkat, dan keberlanjutan rumah sakit.

Model ini menunjukkan bahwa pemasaran rumah sakit tidak berdiri sendiri. Ia harus terintegrasi dengan mutu, operasi, SDM, digitalisasi, etika, dan strategi organisasi.

11.30 Implikasi Manajerial

Pertama, direksi rumah sakit harus memandang pemasaran sebagai fungsi strategis berbasis nilai, bukan sekadar promosi.

Kedua, unit pemasaran harus bekerja erat dengan pelayanan klinis, operasional, mutu, keuangan, hukum, IT, dan humas.

Ketiga, rumah sakit harus membangun positioning yang autentik dan sesuai kapasitas nyata.

Keempat, patient experience harus menjadi indikator strategis yang dipantau secara rutin.

Kelima, rumah sakit perlu memetakan patient journey untuk menemukan titik nyeri dan peluang perbaikan.

Keenam, promosi layanan harus melewati review etik dan klinis agar akurat, tidak menyesatkan, dan tidak berlebihan.

Ketujuh, pemasaran digital harus digunakan untuk edukasi dan akses, bukan hanya promosi.

Kedelapan, keluhan pasien harus dikelola sebagai sumber pembelajaran sistem.

Kesembilan, reputasi rumah sakit harus dibangun melalui konsistensi antara janji dan pengalaman nyata.

Kesepuluh, pengalaman pegawai harus diperbaiki karena staf yang dihargai akan lebih mampu menciptakan pengalaman pasien yang baik.

11.31 Rangkuman Bab

Manajemen pemasaran rumah sakit merupakan fungsi strategis yang bertujuan membangun nilai, akses, pengalaman, hubungan, dan reputasi. Pemasaran rumah sakit tidak boleh dipahami sebagai iklan semata. Ia harus menjadi bagian dari tata kelola pelayanan yang etis dan berpusat pada pasien.

Rumah sakit perlu memahami segmentasi pasien, memilih target layanan, membangun positioning yang autentik, dan mengelola bauran pemasaran jasa kesehatan. Namun, promosi harus selalu didukung kesiapan klinis, operasional, SDM, dan sistem. Janji layanan yang tidak sesuai pengalaman nyata akan merusak kepercayaan.

Pengalaman pasien menjadi inti pemasaran rumah sakit modern. Pasien menilai rumah sakit melalui seluruh perjalanan layanan: pra-kunjungan, pendaftaran, waktu tunggu, interaksi klinis, pemeriksaan penunjang, farmasi, pembayaran, rawat inap, pulang, dan tindak lanjut. Setiap touchpoint dapat memperkuat atau merusak reputasi.

Reputasi rumah sakit dibangun oleh mutu klinis, keselamatan pasien, komunikasi, empati, transparansi, integritas, kehadiran digital, dan respons terhadap keluhan. Reputasi tidak dapat dibangun hanya melalui branding, tetapi melalui konsistensi pelayanan nyata.

Etika merupakan batas sekaligus fondasi pemasaran rumah sakit. Rumah sakit tidak boleh menyesatkan publik, menjanjikan kesembuhan pasti, mengeksploitasi ketakutan, membuka privasi pasien, atau merendahkan fasilitas lain. Pemasaran rumah sakit yang baik adalah pemasaran yang mendidik, memperjelas akses, memperkuat literasi kesehatan, dan membangun kepercayaan.

Inti Bab 11 adalah bahwa rumah sakit yang unggul bukan hanya rumah sakit yang mampu menarik pasien, tetapi rumah sakit yang mampu menciptakan pengalaman positif, menjaga kepercayaan, dan membangun reputasi berkelanjutan melalui mutu, empati, integritas, dan pelayanan yang manusiawi.

Glossarium

Brand Rumah Sakit
Identitas, janji, nilai, dan persepsi yang melekat pada rumah sakit di benak pasien dan masyarakat.

Brand Awareness
Tingkat pengenalan masyarakat terhadap nama dan identitas rumah sakit.

Brand Consistency
Kesesuaian antara janji merek, komunikasi, perilaku staf, dan pengalaman nyata pasien.

Customer Relationship Management
Pendekatan untuk mengelola hubungan jangka panjang dengan pasien, keluarga, mitra, dan komunitas.

Etika Promosi
Prinsip moral yang mengatur agar promosi layanan rumah sakit akurat, tidak menyesatkan, tidak berlebihan, dan menghormati privasi pasien.

Health Literacy
Kemampuan seseorang memperoleh, memahami, menilai, dan menggunakan informasi kesehatan untuk mengambil keputusan.

Internal Marketing
Upaya membangun pemahaman, komitmen, dan perilaku staf agar sesuai dengan nilai dan janji layanan rumah sakit.

Loyalitas Pasien
Kecenderungan pasien untuk kembali menggunakan layanan rumah sakit dan merekomendasikannya berdasarkan kepercayaan dan pengalaman positif.

Moment of Truth
Momen kritis dalam interaksi pasien dengan rumah sakit yang sangat memengaruhi persepsi dan pengalaman pasien.

Net Promoter Score
Indikator yang mengukur kemungkinan pasien merekomendasikan rumah sakit kepada orang lain.

Patient Experience
Keseluruhan persepsi, emosi, interaksi, dan kesan pasien selama berhubungan dengan rumah sakit.

Patient Journey
Pemetaan perjalanan pasien dari pra-kunjungan sampai tindak lanjut setelah pulang.

Pemasaran Digital Rumah Sakit
Penggunaan kanal digital seperti website, media sosial, aplikasi, email, dan portal pasien untuk edukasi, akses, komunikasi, dan reputasi.

Pemasaran Rumah Sakit
Proses memahami kebutuhan pasien dan masyarakat, merancang nilai layanan, mengomunikasikan layanan secara etis, serta membangun pengalaman dan reputasi.

Positioning
Cara rumah sakit ingin dipersepsikan oleh pasien dan masyarakat dibandingkan alternatif lain.

Reputasi Rumah Sakit
Persepsi kolektif publik mengenai mutu, keselamatan, integritas, empati, dan keandalan rumah sakit.

Segmentasi Pasien
Proses membagi pasien atau masyarakat ke dalam kelompok berdasarkan karakteristik, kebutuhan, perilaku, atau harapan tertentu.

Service Excellence
Komitmen organisasi untuk memberikan layanan yang melampaui standar minimum melalui mutu, empati, kecepatan, dan konsistensi.

Service Quality
Persepsi mutu layanan berdasarkan dimensi seperti keandalan, responsivitas, jaminan, empati, dan bukti fisik.

Touchpoint
Setiap titik interaksi antara pasien dan rumah sakit.

Value Proposition
Janji nilai yang ditawarkan rumah sakit kepada pasien dan masyarakat.

Daftar Pustaka

Andaleeb, S. S. (2001). Service quality perceptions and patient satisfaction: A study of hospitals in a developing country. *Social Science & Medicine, 52*(9), 1359–1370. DOI: 10.1016/S0277-9536(00)00235-5

Bastemeijer, C. M., Boosman, H., van Ewijk, H., Verweij, L. M., Voogt, L., & Hazelzet, J. A. (2019). Patient experiences: A systematic review of quality improvement interventions in a hospital setting. *Patient Related Outcome Measures, 10*, 157–169. DOI: 10.2147/PROM.S201737

Beattie, M., Murphy, D. J., Atherton, I., & Lauder, W. (2015). Instruments to measure patient experience of healthcare quality in hospitals: A systematic review. *Systematic Reviews, 4*, 97. DOI: 10.1186/s13643-015-0089-0

Berry, L. L. (1995). Relationship marketing of services: Growing interest, emerging perspectives. *Journal of the Academy of Marketing Science, 23*, 236–245. DOI: 10.1177/009207039502300402

Berry, L. L., & Bendapudi, N. (2007). Health care: A fertile field for service research. *Journal of Service Research, 10*(2), 111–122. DOI: 10.1177/1094670507306682

Bitner, M. J. (1992). Servicescapes: The impact of physical surroundings on customers and employees. *Journal of Marketing, 56*(2), 57–71. DOI: 10.1177/002224299205600205

Chahal, H., & Kumari, N. (2010). Development of multidimensional scale for healthcare service quality. *Journal of Indian Business Research, 2*(4), 230–255. DOI: 10.1108/17554191011084157

Coombs, W. T. (2007). Protecting organization reputations during a crisis: The development and application of Situational Crisis Communication Theory. *Corporate Reputation Review, 10*, 163–176. DOI: 10.1057/palgrave.crr.1550049

Coulter, A., & Oldham, J. (2016). Person-centred care: What is it and how do we get there? *Future Hospital Journal, 3*(2), 114–116. DOI: 10.7861/futurehosp.3-2-114

Dagger, T. S., Sweeney, J. C., & Johnson, L. W. (2007). A hierarchical model of health service quality: Scale development and investigation of an integrated model. *Journal of Service Research, 10*(2), 123–142. DOI: 10.1177/1094670507309594

Donabedian, A. (1988). The quality of care: How can it be assessed? *JAMA, 260*(12), 1743–1748. DOI: 10.1001/jama.1988.03410120089033

Elrod, J. K., & Fortenberry, J. L. (2017). Advertising in health and medicine: Using mass media to communicate with patients. *BMC Health Services Research, 17*(Suppl. 1), 814. DOI: 10.1186/s12913-017-2654-3

Elrod, J. K., & Fortenberry, J. L. (2020). Formulating productive marketing communications strategy: A major health system's experience. *BMC Health Services Research, 20*, 926. DOI: 10.1186/s12913-020-05779-7

Górska-Warsewicz, H. (2022). Consumer or patient determinants of hospital brand equity: A systematic literature review. *International Journal of Environmental Research and Public Health, 19*(15), 9026. DOI: 10.3390/ijerph19159026

Grönroos, C. (1994). From marketing mix to relationship marketing: Towards a paradigm shift in marketing. *Management Decision, 32*(2), 4–20. DOI: 10.1108/00251749410054774

Homburg, C., Jozić, D., & Kuehnl, C. (2017). Customer experience management: Toward implementing an evolving marketing concept. *Journal of the Academy of Marketing Science, 45*, 377–401. DOI: 10.1007/s11747-015-0460-7

Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2010). *Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 1787/MENKES/PER/XII/2010 tentang Iklan dan Publikasi Pelayanan Kesehatan*. Tanpa DOI.

Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2023). *Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan*. Tanpa DOI.

Kotler, P., Shalowitz, J., & Stevens, R. J. (2021). *Strategic marketing for health care organizations: Building a customer-driven health system* (2nd ed.). Jossey-Bass. Tanpa DOI.

Kumar, V., & Reinartz, W. (2016). Creating enduring customer value. *Journal of Marketing, 80*(6), 36–68. DOI: 10.1509/jm.15.0414

LaVela, S. L., & Gallan, A. S. (2014). Evaluation and measurement of patient experience. *Patient Experience Journal, 1*(1), 28–36. DOI: 10.35680/2372-0247.1003

Lemon, K. N., & Verhoef, P. C. (2016). Understanding customer experience throughout the customer journey. *Journal of Marketing, 80*(6), 69–96. DOI: 10.1509/jm.15.0420

Mead, N., & Bower, P. (2000). Patient-centredness: A conceptual framework and review of the empirical literature. *Social Science & Medicine, 51*(7), 1087–1110. DOI: 10.1016/S0277-9536(00)00098-8

Naughton, C. A. (2018). Patient-centered communication. *Pharmacy, 6*(1), 18. DOI: 10.3390/pharmacy6010018

Otani, K., Waterman, B., & Dunagan, W. C. (2012). Patient satisfaction: How patient health conditions influence their satisfaction. *Journal of Healthcare Management, 57*(4), 276–292. DOI: 10.1097/00115514-201207000-00007

Parasuraman, A., Zeithaml, V. A., & Berry, L. L. (1988). SERVQUAL: A multiple-item scale for measuring consumer perceptions of service quality. *Journal of Retailing, 64*(1), 12–40. Tanpa DOI.

Rathert, C., Wyrwich, M. D., & Boren, S. A. (2013). Patient-centered care and outcomes: A systematic review of the literature. *Medical Care Research and Review, 70*(4), 351–379. DOI: 10.1177/1077558712465774

Sharkiya, S. H. (2023). Quality communication can improve patient-centred health outcomes among older patients: A rapid review. *BMC Health Services Research, 23*, 886. DOI: 10.1186/s12913-023-09869-8

Verhoef, P. C., Lemon, K. N., Parasuraman, A., Roggeveen, A., Tsiros, M., & Schlesinger, L. A. (2009). Customer experience creation: Determinants, dynamics and management strategies. *Journal of Retailing, 85*(1), 31–41. DOI: 10.1016/j.jretai.2008.11.001

World Health Organization. (2016). *Framework on integrated, people-centred health services*. World Health Organization. Tanpa DOI.

World Health Organization. (2024). *Community engagement for quality, people-centred health services*. World Health Organization. Tanpa DOI.

Zeithaml, V. A., Berry, L. L., & Parasuraman, A. (1996). The behavioral consequences of service quality. *Journal of Marketing, 60*(2), 31–46. DOI: 10.1177/002224299606000203

Bab 12. Manajemen Rumah Sakit Pendidikan, Riset, dan Inovasi Klinis

Oleh: Rudy C Tarumingkeng

1 Hakikat Rumah Sakit Pendidikan

- Integrasi pelayanan, pendidikan, dan penelitian.
- Menjadi wahana pembelajaran klinis dan pengembangan profesi.
- Mendukung mutu layanan berbasis ilmu pengetahuan.



2 Tiga Pilar Utama

- **Pelayanan:** keselamatan pasien, mutu, patient-centered care.
- **Pendidikan:** koas, residen, perawat, tenaga kesehatan, preseptorship.
- **Riset:** *evidence-based practice*, uji klinis, publikasi, translasi ilmu.

3 Tata Kelola dan Kemitraan

- Sinergi rumah sakit–fakultas kedokteran–institusi pendidikan.
- Struktur kepemimpinan, komite etik, dan akreditasi.
- SOP akademik dan supervisi klinis.



4 Manajemen Riset

- Agenda riset prioritas.
- Etik penelitian dan informed consent.
- Data, pendanaan, kolaborasi, dan diseminasi hasil.
- Jejaring riset nasional dan internasional.

5 Inovasi Klinis

- Inovasi layanan, teknologi medis, digital health, SIMRS, AI klinis.
- Quality improvement dan translasi hasil riset ke praktik.
- Budaya belajar dan *continuous improvement*.
- Pemanfaatan data & AI untuk keputusan klinis.
- Keamanan, privasi data, dan etika inovasi.

6 Tantangan

- Konflik antara pelayanan dan pendidikan.
- Beban kerja, keselamatan pasien, keterbatasan dana.
- Kesenjangan riset, regulasi, dan adopsi teknologi.

7 Strategi Penguatan

- Integrasi akademik-klinis yang kuat.
- Penguatan SDM, mentor, dan budaya riset.
- Kolaborasi multidisiplin dan jejaring nasional–internasional.
- Pemanfaatan data dan inovasi beretika berbasis nilai.

8 Indikator Keberhasilan

- Mutu klinis dan keselamatan pasien.
- Kompetensi lulusan/trainee.
- Publikasi, inovasi, dan implementasi hasil riset.
- Reputasi institusi dan dampak sosial.

Rumah sakit pendidikan yang unggul memadukan pelayanan bermutu, pendidikan profesional, riset bermakna, dan inovasi klinis untuk masa depan kesehatan.

Pelayanan Bermutu • Pendidikan Profesional • Riset Bermakna • Inovasi Klinis • Dampak untuk Masyarakat

Sebagai konteks regulatif Indonesia, **PP No. 93 Tahun 2015** mengatur Rumah Sakit Pendidikan, sedangkan **Permenkes No. 31 Tahun 2022** merupakan peraturan pelaksanaan PP tersebut. Pada perkembangan terbaru, **Permenkes No. 14 Tahun 2024** mengatur Rumah Sakit Pendidikan Penyelenggara Utama, termasuk program pendidikan spesialis/subspesialis, mekanisme penyelenggaraan, SDM, unit fungsional pendidikan, penjaminan mutu pendidikan, keselamatan pasien, kesejahteraan peserta didik, pencatatan-pelaporan, pembinaan, dan pengawasan. (Database Peraturan | JDIH BPK)

Dalam aspek etika riset, Deklarasi Helsinki WMA versi revisi 2024 berlaku sebagai prinsip etik penelitian medis yang melibatkan partisipan manusia, bahan biologis manusia, atau data yang dapat diidentifikasi; CIOMS 2016 bersama WHO juga menyediakan pedoman etik internasional untuk riset kesehatan yang melibatkan manusia. (World Medical Association)

Bab 12. Manajemen Rumah Sakit Pendidikan, Riset, dan Inovasi Klinis ******

Abstrak

Rumah sakit pendidikan merupakan institusi strategis yang memadukan tiga fungsi utama: pelayanan kesehatan, pendidikan profesi kesehatan, dan riset/inovasi klinis. Berbeda dari rumah sakit non-pendidikan, rumah sakit pendidikan tidak hanya bertanggung jawab memberikan pelayanan bermutu kepada pasien, tetapi juga menjadi wahana pembelajaran klinis bagi mahasiswa, koas, residen, perawat, tenaga kesehatan lain, serta pusat pengembangan ilmu pengetahuan dan inovasi layanan. Karena itu,

manajemen rumah sakit pendidikan membutuhkan tata kelola yang lebih kompleks, integratif, dan akuntabel.

Bab ini membahas manajemen rumah sakit pendidikan dalam perspektif pelayanan, pendidikan, riset, dan inovasi klinis. Pembahasan mencakup hakikat rumah sakit pendidikan, integrasi tridarma pelayanan-pendidikan-penelitian, hubungan rumah sakit dengan fakultas kedokteran dan institusi pendidikan kesehatan, tata kelola akademik-klinis, supervisi klinis, keselamatan pasien dalam pendidikan, kesejahteraan peserta didik, etika riset, komite etik penelitian, evidence-based practice, translational research, academic health system, manajemen inovasi klinis, digital health, AI klinis, dan indikator keberhasilan rumah sakit pendidikan.

Bab ini menekankan bahwa rumah sakit pendidikan yang unggul bukan hanya rumah sakit yang memiliki banyak peserta didik atau publikasi ilmiah, tetapi rumah sakit yang mampu menyatukan pelayanan bermutu, pendidikan profesional, riset bermakna, inovasi etis, dan dampak sosial. Rumah sakit pendidikan harus menjadi organisasi pembelajar yang menjadikan setiap pelayanan sebagai ruang pendidikan, setiap masalah klinis sebagai peluang penelitian, setiap data sebagai sumber pengetahuan, dan setiap inovasi sebagai sarana meningkatkan keselamatan serta martabat pasien.

Kata Kunci

Rumah sakit pendidikan; pendidikan klinis; riset klinis; inovasi klinis; academic health system; translational research; evidence-based practice; komite etik penelitian; supervisi klinis; keselamatan pasien; koas; residen; pendidikan profesi kesehatan; clinical teaching; clinical governance; learning health system; digital health; AI klinis.

12.1 Pendahuluan

Rumah sakit pendidikan menempati posisi unik dalam sistem kesehatan. Ia bukan hanya tempat pasien menerima pelayanan, tetapi juga tempat generasi tenaga kesehatan belajar menjadi profesional. Di dalam rumah sakit pendidikan, ilmu kedokteran, keperawatan, farmasi, kesehatan masyarakat, manajemen rumah sakit, teknologi kesehatan, dan riset klinis bertemu dalam satu ekosistem pelayanan. Pasien dilayani, peserta didik belajar, dosen klinis membimbing, peneliti mengembangkan ilmu, dan institusi memperbaiki sistem.

Keunikan ini membuat rumah sakit pendidikan memiliki tanggung jawab yang lebih luas daripada rumah sakit biasa. Ia harus menjamin bahwa pelayanan pasien tetap aman dan bermutu meskipun terdapat aktivitas pendidikan. Ia harus memastikan bahwa peserta didik memperoleh pengalaman klinis yang cukup, tetapi tidak membahayakan pasien. Ia harus mendorong riset dan inovasi, tetapi tetap menjaga etika, privasi, dan hak subjek penelitian. Ia harus memenuhi standar pelayanan, standar pendidikan, standar penelitian, standar akreditasi, dan standar tata kelola.

Rumah sakit pendidikan adalah tempat berlangsungnya pembelajaran klinis yang tidak dapat sepenuhnya digantikan oleh ruang kuliah, buku teks, laboratorium simulasi, atau pembelajaran daring. Di rumah sakit, peserta didik belajar menghadapi pasien nyata dengan gejala nyata, emosi nyata, keterbatasan nyata, dan konsekuensi nyata. Mereka belajar bahwa penyakit tidak selalu hadir seperti dalam buku. Mereka belajar berkomunikasi dengan pasien dan keluarga. Mereka belajar bekerja dalam tim. Mereka belajar membuat keputusan di bawah ketidakpastian. Mereka belajar bahwa ilmu harus disertai empati dan tanggung jawab.

Namun, pendidikan klinis juga membawa risiko. Peserta didik belum sepenuhnya kompeten. Mereka membutuhkan supervisi. Mereka dapat melakukan kesalahan bila tidak dibimbing. Mereka dapat mengalami tekanan psikologis, beban kerja tinggi, konflik hierarki, atau bahkan perundungan. Karena itu, manajemen rumah sakit pendidikan harus

membangun sistem pendidikan yang aman bagi pasien dan sehat bagi peserta didik.

Riset dan inovasi juga merupakan bagian penting rumah sakit pendidikan. Rumah sakit pendidikan memiliki akses pada masalah klinis nyata, data pasien, tenaga ahli, laboratorium, teknologi, dan jaringan akademik. Dengan sumber daya tersebut, rumah sakit pendidikan dapat menghasilkan bukti ilmiah, memperbaiki praktik klinis, menguji intervensi baru, mengembangkan model pelayanan, serta menerjemahkan pengetahuan menjadi manfaat bagi pasien. Namun, riset klinis harus dilakukan dengan etika yang ketat. Pasien tidak boleh menjadi objek eksperimen tanpa perlindungan. Informed consent, review etik, kerahasiaan data, keseimbangan risiko-manfaat, dan integritas ilmiah harus dijaga.

Bab ini membahas bagaimana rumah sakit pendidikan dikelola agar tiga fungsi utamanya—pelayanan, pendidikan, dan riset/inovasi—tidak berjalan sendiri-sendiri, tetapi saling memperkuat. Pelayanan bermutu menyediakan kasus dan konteks pembelajaran. Pendidikan profesional menghasilkan tenaga kesehatan yang kompeten. Riset menghasilkan bukti ilmiah. Inovasi menerjemahkan bukti menjadi perbaikan layanan. Bila dikelola dengan baik, rumah sakit pendidikan menjadi pusat keunggulan klinis, pembelajaran, dan transformasi sistem kesehatan.

12.2 Hakikat Rumah Sakit Pendidikan

Rumah sakit pendidikan adalah rumah sakit yang memiliki fungsi sebagai tempat pelayanan kesehatan sekaligus wahana pendidikan, pelatihan, penelitian, dan pengembangan ilmu pengetahuan di bidang kesehatan. Dalam rumah sakit pendidikan, kegiatan pelayanan dan pendidikan tidak boleh dipisahkan secara kaku. Keduanya harus terintegrasi dalam tata kelola yang jelas.

Hakikat rumah sakit pendidikan dapat dipahami melalui tiga pilar.

Pertama, **pelayanan**. Rumah sakit pendidikan tetap pertama-tama adalah institusi pelayanan kesehatan. Pasien adalah pusat. Mutu klinis, keselamatan pasien, akses, komunikasi, dan pengalaman pasien tetap menjadi prioritas utama. Pendidikan dan riset tidak boleh mengalahkan keselamatan pasien.

Kedua, **pendidikan**. Rumah sakit pendidikan menjadi wahana pembelajaran bagi mahasiswa kedokteran, koas, residen, fellow, mahasiswa keperawatan, farmasi, gizi, fisioterapi, analis laboratorium, radiografer, rekam medis, manajemen rumah sakit, dan tenaga kesehatan lain. Pendidikan klinis harus berbasis kompetensi, supervisi, etika, dan tanggung jawab profesional.

Ketiga, **riset dan inovasi**. Rumah sakit pendidikan harus mendorong penelitian klinis, penelitian layanan kesehatan, penelitian manajemen, penelitian mutu, penelitian translasi, uji klinis, inovasi alat, digital health, dan pengembangan model pelayanan. Riset harus diarahkan untuk memperbaiki mutu pelayanan dan kesehatan masyarakat.

Ketiga pilar tersebut tidak boleh berjalan secara terpisah. Bila pelayanan berjalan sendiri tanpa pendidikan, rumah sakit kehilangan fungsi akademik. Bila pendidikan berjalan tanpa menjaga mutu pelayanan, pasien berisiko dirugikan. Bila riset berjalan tanpa kaitan dengan kebutuhan klinis, hasilnya dapat menjadi publikasi tanpa dampak. Rumah sakit pendidikan yang baik menyatukan ketiganya dalam model integratif.

Rumah sakit pendidikan juga merupakan organisasi pembelajar. Ia harus memiliki budaya bertanya, mengevaluasi, mengaudit, meneliti, berdiskusi, memperbaiki, dan menyebarkan pengetahuan. Setiap kasus klinis dapat menjadi bahan pembelajaran. Setiap insiden dapat menjadi sumber perbaikan. Setiap data dapat menjadi peluang riset. Setiap inovasi harus diuji dan dievaluasi.

12.3 Posisi Rumah Sakit Pendidikan dalam Sistem Kesehatan

Rumah sakit pendidikan memiliki peran strategis dalam sistem kesehatan. Ia tidak hanya melayani pasien, tetapi juga menentukan kualitas tenaga kesehatan masa depan. Jika rumah sakit pendidikan bermutu, maka generasi dokter, perawat, dan tenaga kesehatan yang lahir dari sistem tersebut akan lebih siap. Sebaliknya, bila rumah sakit pendidikan lemah, dampaknya dapat meluas ke seluruh sistem kesehatan.

Rumah sakit pendidikan berperan dalam beberapa bidang.

Pertama, **produksi tenaga kesehatan profesional**. Pendidikan klinis di rumah sakit membentuk kompetensi, sikap profesional, etika, komunikasi, dan kemampuan kerja tim. Tenaga kesehatan tidak cukup hanya menguasai teori; mereka harus belajar dalam situasi nyata.

Kedua, **pengembangan standar pelayanan**. Rumah sakit pendidikan biasanya menjadi rujukan dalam praktik klinis, guideline, clinical pathway, dan inovasi layanan. Mereka dapat menjadi pusat keunggulan yang memengaruhi rumah sakit lain.

Ketiga, **riset dan bukti ilmiah**. Banyak pertanyaan klinis dan manajerial muncul dari praktik sehari-hari. Rumah sakit pendidikan dapat mengubah pertanyaan tersebut menjadi penelitian yang menghasilkan bukti.

Keempat, **penguatan sistem rujukan**. Rumah sakit pendidikan sering menjadi rumah sakit rujukan tersier atau pusat layanan spesialistik. Mereka menerima kasus kompleks dan mendukung jejaring rujukan.

Kelima, **inovasi dan transformasi teknologi**. Rumah sakit pendidikan dapat menjadi tempat uji coba inovasi digital, AI klinis, model pelayanan baru, alat kesehatan, dan pendekatan pembelajaran baru.

Keenam, **kontribusi kebijakan kesehatan**. Melalui riset dan pengalaman klinis, rumah sakit pendidikan dapat memberi masukan bagi kebijakan kesehatan nasional dan daerah.

Ketujuh, **pengabdian masyarakat**. Rumah sakit pendidikan dapat menjalankan program edukasi kesehatan, skrining, pencegahan penyakit, dan dukungan komunitas.

Dengan peran tersebut, rumah sakit pendidikan harus dikelola sebagai bagian dari ekosistem kesehatan, bukan hanya sebagai unit pelayanan. Ia harus terhubung dengan universitas, fakultas kedokteran, fakultas kesehatan, pemerintah, lembaga riset, komunitas, industri, dan jejaring rumah sakit.

12.4 Integrasi Pelayanan, Pendidikan, dan Penelitian

Tantangan utama rumah sakit pendidikan adalah integrasi. Pelayanan, pendidikan, dan penelitian sering memiliki logika kerja berbeda. Pelayanan menuntut kecepatan, keselamatan, efisiensi, dan kepuasan pasien. Pendidikan menuntut kesempatan belajar, diskusi, supervisi, refleksi, dan evaluasi. Penelitian menuntut protokol, data, validitas, etika, dan publikasi. Bila tidak dikelola, ketiganya dapat saling bertabrakan.

Contohnya, dokter klinis ingin pelayanan berjalan cepat, tetapi peserta didik membutuhkan penjelasan. Pasien membutuhkan privasi, tetapi pendidikan membutuhkan observasi. Penelitian membutuhkan data, tetapi pelayanan tidak boleh terganggu. Residen membutuhkan pengalaman tindakan, tetapi pasien harus aman. Dosen klinis perlu mengajar, tetapi beban pelayanan tinggi.

Integrasi membutuhkan tata kelola yang jelas. Rumah sakit pendidikan harus memiliki kebijakan mengenai peran peserta didik, supervisi, batas kewenangan, informed consent, penggunaan data, penelitian, pembagian

waktu, tanggung jawab dosen klinis, dan koordinasi dengan institusi pendidikan.

Integrasi juga membutuhkan budaya. Dokter spesialis dan tenaga senior harus melihat pendidikan sebagai bagian dari tugas profesional, bukan gangguan. Peserta didik harus melihat pelayanan sebagai tanggung jawab nyata, bukan hanya kesempatan belajar. Peneliti harus melihat pasien sebagai manusia, bukan sekadar data. Manajemen harus melihat riset dan pendidikan sebagai investasi jangka panjang, bukan hanya beban operasional.

Rumah sakit pendidikan yang baik menciptakan siklus: pelayanan menghasilkan pertanyaan; pertanyaan menghasilkan penelitian; penelitian menghasilkan bukti; bukti memperbaiki pelayanan; pelayanan yang diperbaiki menjadi bahan pembelajaran; pembelajaran menghasilkan profesional yang lebih baik.

12.5 Tata Kelola Rumah Sakit Pendidikan

Tata kelola rumah sakit pendidikan harus mengatur hubungan antara rumah sakit, institusi pendidikan, fakultas, program studi, komite medik, komite etik, manajemen, peserta didik, dan pasien. Tanpa tata kelola yang jelas, terjadi tumpang tindih kewenangan, konflik kepentingan, dan lemahnya akuntabilitas.

Elemen tata kelola rumah sakit pendidikan meliputi:

1. **Struktur kepemimpinan akademik-klinis**.
   Harus ada struktur yang menghubungkan direksi rumah sakit dengan pimpinan fakultas atau institusi pendidikan.
2. **Perjanjian kerja sama**.
   Hubungan rumah sakit dan institusi pendidikan harus dituangkan

dalam dokumen kerja sama yang jelas, mencakup hak, kewajiban, pembiayaan, peserta didik, supervisi, fasilitas, dan evaluasi.

3. **Komite atau unit pendidikan klinis**.
   Unit ini mengelola koordinasi pendidikan, jadwal peserta didik, pembimbing, evaluasi, dan standar pembelajaran klinis.
4. **Komite etik penelitian**.
   Semua penelitian yang melibatkan manusia, data pasien, atau bahan biologis harus melalui kajian etik.
5. **Komite mutu dan keselamatan pasien**.
   Aktivitas pendidikan dan penelitian harus terhubung dengan sistem mutu dan keselamatan.
6. **Sistem supervisi**.
   Batas kewenangan peserta didik harus jelas berdasarkan tingkat kompetensi.
7. **Sistem pelaporan dan evaluasi**.
   Rumah sakit harus memantau indikator pendidikan, riset, mutu, dan keselamatan.
8. **Perlindungan pasien dan peserta didik**.
   Pasien harus dilindungi dari risiko pendidikan yang tidak terkendali. Peserta didik harus dilindungi dari eksploitasi, perundungan, dan beban kerja tidak manusiawi.
9. **Akreditasi dan penjaminan mutu**.
   Rumah sakit pendidikan harus memenuhi standar pelayanan dan standar pendidikan.
10. **Kebijakan konflik kepentingan**.
    Riset, pendidikan, industri, dan pelayanan klinis dapat menciptakan konflik kepentingan yang harus dikelola.

Tata kelola yang baik membuat rumah sakit pendidikan memiliki akuntabilitas ganda: akuntabilitas kepada pasien sebagai penerima layanan

dan akuntabilitas kepada masyarakat sebagai penghasil tenaga kesehatan serta ilmu pengetahuan.

12.6 Hubungan Rumah Sakit dengan Fakultas Kedokteran dan Institusi Pendidikan Kesehatan

Rumah sakit pendidikan tidak dapat dilepaskan dari institusi pendidikan. Fakultas kedokteran, fakultas keperawatan, fakultas farmasi, fakultas kesehatan masyarakat, dan program studi tenaga kesehatan membutuhkan wahana praktik klinis. Sebaliknya, rumah sakit membutuhkan dukungan akademik, dosen, riset, pengembangan kurikulum, dan pembelajaran profesional.

Hubungan ini harus bersifat kemitraan strategis, bukan hubungan administratif semata. Fakultas tidak hanya "mengirim mahasiswa" ke rumah sakit. Rumah sakit tidak hanya "menerima mahasiswa". Keduanya harus bersama-sama merancang kurikulum klinis, standar supervisi, evaluasi kompetensi, penelitian, inovasi, dan pengabdian masyarakat.

Kemitraan akademik-klinis yang baik memiliki beberapa ciri. Pertama, ada visi bersama. Kedua, ada struktur koordinasi. Ketiga, ada pembagian peran yang jelas. Keempat, ada sistem komunikasi rutin. Kelima, ada evaluasi bersama. Keenam, ada penyelesaian konflik. Ketujuh, ada pembiayaan yang transparan. Kedelapan, ada komitmen terhadap keselamatan pasien.

Dalam praktik, hubungan rumah sakit dan fakultas dapat menghadapi tantangan. Dosen klinis dapat memiliki beban pelayanan tinggi sehingga waktu mengajar terbatas. Rumah sakit dapat merasa terbebani oleh peserta didik. Fakultas dapat menilai rumah sakit kurang mendukung kurikulum. Peserta didik dapat merasa tidak mendapat supervisi cukup. Konflik dapat muncul bila tujuan pelayanan dan pendidikan tidak diseimbangkan.

Solusinya adalah tata kelola bersama. Rumah sakit dan fakultas harus duduk bersama secara reguler, menggunakan data, mendengar peserta didik, melibatkan pasien bila relevan, serta memastikan bahwa pendidikan klinis tidak merugikan pelayanan.

12.7 Pendidikan Klinis Berbasis Kompetensi

Pendidikan klinis modern bergerak menuju pendekatan berbasis kompetensi. Kompetensi tidak hanya berarti pengetahuan, tetapi kombinasi pengetahuan, keterampilan, sikap, komunikasi, profesionalisme, pengambilan keputusan, kerja tim, dan tanggung jawab etik. Peserta didik dinilai bukan hanya dari lama mengikuti rotasi, tetapi dari kemampuan nyata yang dapat diamati dan dipercaya.

Dalam rumah sakit pendidikan, kompetensi klinis berkembang melalui pengalaman bertahap. Peserta didik mulai dari observasi, kemudian melakukan di bawah supervisi langsung, lalu supervisi tidak langsung, dan akhirnya dapat dipercaya melakukan tugas tertentu secara mandiri sesuai tingkat pendidikan dan kewenangan.

Konsep **Entrustable Professional Activities** atau EPA relevan dalam pendidikan klinis. EPA adalah aktivitas profesional yang dapat dipercayakan kepada peserta didik bila kompetensinya memadai. Misalnya, mengambil anamnesis, melakukan pemeriksaan fisik, menyusun diagnosis banding, melakukan tindakan dasar, memberi edukasi pasien, menulis rekam medis, atau mengelola pasien tertentu dengan supervisi.

Pendidikan berbasis kompetensi membutuhkan sistem evaluasi yang kuat. Evaluasi tidak cukup hanya ujian tertulis. Diperlukan observasi langsung, mini-CEX, DOPS, case-based discussion, logbook, portfolio, multisource feedback, refleksi, dan evaluasi profesionalisme. Dosen klinis harus dilatih memberi umpan balik konstruktif.

Pendidikan berbasis kompetensi juga membutuhkan keamanan pasien. Peserta didik tidak boleh diberi tugas melebihi kompetensinya. Supervisi harus sesuai risiko. Rumah sakit harus memastikan bahwa kesempatan belajar tidak mengorbankan keselamatan.

12.8 Supervisi Klinis

Supervisi klinis adalah proses bimbingan, pengawasan, dukungan, dan evaluasi peserta didik dalam praktik klinis. Supervisi adalah inti pendidikan rumah sakit. Tanpa supervisi, peserta didik dapat menjadi tenaga murah tanpa pembelajaran yang memadai. Tanpa supervisi, pasien berisiko. Tanpa supervisi, profesionalisme sulit dibentuk.

Supervisi klinis memiliki beberapa fungsi. Pertama, melindungi pasien. Kedua, membantu peserta didik belajar. Ketiga, menilai kompetensi. Keempat, memberi umpan balik. Kelima, membentuk identitas profesional. Keenam, mendeteksi masalah etika atau perilaku. Ketujuh, mendukung kesejahteraan peserta didik.

Supervisi harus disesuaikan dengan tingkat kemampuan peserta didik dan risiko tindakan. Tindakan risiko tinggi membutuhkan supervisi langsung. Tugas rutin dengan risiko rendah dapat diberikan supervisi tidak langsung bila peserta didik sudah kompeten. Namun, supervisor tetap bertanggung jawab.

Dosen klinis atau pembimbing harus memiliki kompetensi mengajar. Keahlian klinis tidak otomatis berarti kemampuan mengajar. Pembimbing perlu memahami cara memberi instruksi, mengamati, memberi feedback, menilai kompetensi, membangun budaya aman, dan menangani peserta didik bermasalah.

Feedback adalah bagian penting supervisi. Feedback yang baik spesifik, tepat waktu, berbasis observasi, berimbang, dan diarahkan pada perbaikan. Feedback yang hanya berupa kritik umum tidak membantu. Peserta didik

perlu tahu apa yang sudah baik, apa yang perlu diperbaiki, dan bagaimana memperbaikinya.

Supervisi juga harus mencegah budaya takut. Peserta didik harus dapat bertanya dan mengakui ketidaktahuan tanpa dipermalukan. Budaya pendidikan yang merendahkan dapat merusak pembelajaran dan keselamatan pasien. Dalam rumah sakit pendidikan, keselamatan psikologis peserta didik adalah bagian dari mutu pendidikan.

12.9 Keselamatan Pasien dalam Rumah Sakit Pendidikan

Keselamatan pasien merupakan prinsip utama dalam rumah sakit pendidikan. Aktivitas pendidikan tidak boleh meningkatkan risiko yang tidak dapat diterima bagi pasien. Pasien harus tetap memperoleh pelayanan aman, bermutu, dan bermartabat.

Ada beberapa risiko keselamatan dalam rumah sakit pendidikan. Peserta didik dapat kurang pengalaman. Komunikasi dapat menjadi lebih kompleks karena banyak orang terlibat. Pergantian rotasi dapat mengganggu kontinuitas. Dokumentasi dapat bervariasi. Hierarki dapat membuat peserta didik takut melaporkan kesalahan. Supervisi yang lemah dapat menyebabkan tindakan tidak tepat.

Untuk mengelola risiko tersebut, rumah sakit pendidikan harus memiliki sistem keselamatan yang kuat. Pertama, batas kewenangan peserta didik harus jelas. Kedua, supervisi harus memadai. Ketiga, pasien harus diinformasikan bila peserta didik terlibat dalam pelayanan. Keempat, rekam medis harus jelas mencatat peran peserta didik dan verifikasi supervisor. Kelima, peserta didik harus dilatih patient safety sejak awal. Keenam, budaya pelaporan insiden harus melibatkan peserta didik. Ketujuh, handover harus distandardisasi.

Pendidikan keselamatan pasien harus mencakup identifikasi pasien, komunikasi efektif, keselamatan obat, pencegahan infeksi, pencegahan

jatuh, komunikasi saat handover, informed consent, budaya keselamatan, dan pelaporan insiden. Peserta didik harus belajar bahwa kesalahan sering muncul dari sistem, bukan hanya individu. Mereka harus dilatih berpikir sistemik.

Rumah sakit pendidikan juga harus memastikan bahwa pasien tidak merasa menjadi objek latihan. Keterlibatan peserta didik harus dilakukan dengan hormat. Pasien berhak mengetahui siapa yang merawatnya, apa peran peserta didik, dan bagaimana supervisi dilakukan. Kejujuran memperkuat kepercayaan.

12.10 Kesejahteraan Peserta Didik dan Anti-Perundungan

Rumah sakit pendidikan harus memperhatikan kesejahteraan peserta didik. Koas, residen, dan peserta pendidikan klinis sering menghadapi beban kerja tinggi, tekanan emosional, kurang tidur, tuntutan akademik, dan hierarki. Bila tidak dikelola, kondisi ini dapat menyebabkan burnout, depresi, kesalahan klinis, konflik, dan penurunan kualitas pembelajaran.

Kesejahteraan peserta didik bukan isu tambahan. Ia berkaitan langsung dengan keselamatan pasien dan mutu pendidikan. Peserta didik yang sangat lelah lebih berisiko melakukan kesalahan. Peserta didik yang takut bertanya lebih berisiko menyembunyikan masalah. Peserta didik yang mengalami perundungan dapat kehilangan motivasi dan empati.

Rumah sakit pendidikan harus memiliki kebijakan anti-perundungan, kanal pelaporan yang aman, mekanisme investigasi, perlindungan pelapor, sanksi, dan dukungan psikologis. Perundungan dapat berbentuk penghinaan, ancaman, eksploitasi kerja, pelecehan, diskriminasi, atau perlakuan merendahkan. Budaya senioritas yang merusak harus diubah menjadi budaya mentoring.

Jam kerja dan beban tugas peserta didik juga harus dikelola. Pendidikan klinis memang menuntut pengalaman intensif, tetapi tidak boleh

mengeksploitasi peserta didik. Keseimbangan antara paparan klinis, istirahat, pembelajaran, dan keselamatan pasien harus dijaga.

Rumah sakit pendidikan yang baik membangun **learning climate** yang sehat: peserta didik merasa aman bertanya, mendapat supervisi, memperoleh feedback, dihargai sebagai manusia, dan diperlakukan sebagai calon profesional. Pendidikan yang keras tidak harus berarti pendidikan yang kasar. Disiplin dapat dibangun tanpa kekerasan psikologis.

12.11 Manajemen Riset Klinis

Riset klinis adalah penelitian yang dilakukan untuk menjawab pertanyaan kesehatan yang berkaitan dengan pasien, penyakit, diagnosis, terapi, pencegahan, prognosis, pelayanan, mutu, atau sistem kesehatan. Rumah sakit pendidikan memiliki posisi ideal untuk mengembangkan riset klinis karena dekat dengan masalah nyata.

Manajemen riset klinis mencakup perencanaan agenda riset, pengembangan proposal, review etik, pendanaan, pengumpulan data, monitoring, analisis, publikasi, diseminasi, dan implementasi hasil. Riset tidak boleh dilakukan secara sporadis tanpa arah. Rumah sakit pendidikan perlu memiliki agenda riset prioritas yang sesuai dengan kebutuhan pasien, masalah layanan, kapasitas ilmiah, dan strategi rumah sakit.

Agenda riset dapat mencakup penyakit prioritas, keselamatan pasien, mutu layanan, efisiensi operasional, pengalaman pasien, penggunaan obat, penyakit kronis, infeksi, digital health, AI klinis, manajemen rujukan, dan inovasi layanan. Riset manajemen rumah sakit juga penting karena banyak masalah pelayanan bukan hanya masalah klinis, tetapi masalah sistem.

Rumah sakit pendidikan perlu memiliki unit riset atau research office. Unit ini membantu peneliti menyusun protokol, mengurus etik, mencari pendanaan, mengelola data, memantau kepatuhan, mendukung statistik,

dan membantu publikasi. Tanpa dukungan kelembagaan, riset sering bergantung pada semangat individu.

Manajemen riset juga harus menjaga integritas ilmiah. Data tidak boleh dimanipulasi. Publikasi tidak boleh dibuat asal. Authorship harus adil. Konflik kepentingan harus dinyatakan. Hasil negatif tetap bernilai. Riset yang buruk bukan hanya membuang sumber daya, tetapi dapat menyesatkan praktik klinis.

12.12 Etika Penelitian Klinis

Etika penelitian klinis adalah fondasi riset rumah sakit pendidikan. Penelitian yang melibatkan manusia, data pasien, bahan biologis, atau intervensi klinis harus melindungi hak, keselamatan, martabat, dan kesejahteraan partisipan.

Prinsip etika penelitian mencakup:

1. **Nilai sosial dan ilmiah**.
   Riset harus memiliki tujuan bermakna dan dasar ilmiah yang kuat.
2. **Validitas ilmiah**.
   Riset harus dirancang dengan metode yang mampu menjawab pertanyaan penelitian. Riset yang metodologinya buruk tidak etis karena membebani partisipan tanpa manfaat pengetahuan yang valid.
3. **Pemilihan subjek yang adil**.
   Partisipan tidak boleh dipilih hanya karena mudah dieksploitasi. Kelompok rentan harus dilindungi.
4. **Risiko-manfaat yang seimbang**.
   Risiko harus diminimalkan dan sebanding dengan potensi manfaat.

5. **Review etik independen**.
   Protokol harus dikaji oleh komite etik penelitian.
6. **Informed consent**.
   Partisipan harus memperoleh informasi yang cukup dan memberi persetujuan secara bebas.
7. **Kerahasiaan dan perlindungan data**.
   Data partisipan harus dilindungi.
8. **Hak untuk menarik diri**.
   Partisipan dapat berhenti tanpa kehilangan hak pelayanan.
9. **Pemantauan keselamatan**.
   Penelitian terutama uji klinis harus memantau adverse event.
10. **Transparansi dan publikasi**.
    Hasil riset harus disampaikan secara jujur.

Dalam rumah sakit pendidikan, ada risiko hubungan kuasa antara dokter-peneliti dan pasien. Pasien dapat merasa wajib ikut penelitian karena takut pelayanan terganggu. Karena itu, informed consent harus menjelaskan bahwa penolakan tidak mengurangi hak pelayanan. Bila peserta didik melakukan penelitian kepada pasien, supervisi etik sangat penting.

Riset yang menggunakan data rekam medis juga harus memperhatikan privasi. Data sekunder bukan berarti bebas etik. Identitas harus dilindungi, akses dibatasi, dan penggunaan data harus sesuai ketentuan.

12.13 Komite Etik Penelitian

Komite etik penelitian adalah lembaga independen yang menilai kelayakan etik penelitian. Komite ini melindungi partisipan, peneliti, institusi, dan masyarakat. Rumah sakit pendidikan yang aktif melakukan riset harus memiliki atau bekerja sama dengan komite etik penelitian yang kredibel.

Tugas komite etik meliputi menilai protokol penelitian, informed consent, risiko-manfaat, pemilihan subjek, perlindungan kelompok rentan, kompensasi, konflik kepentingan, perlindungan data, dan monitoring. Komite etik tidak hanya memberi persetujuan awal, tetapi juga dapat meminta laporan kemajuan, laporan adverse event, amendemen protokol, dan laporan akhir.

Komite etik harus memiliki anggota multidisiplin: klinisi, metodolog, ahli etik, hukum, kesehatan masyarakat, farmasi, keperawatan, dan perwakilan masyarakat bila diperlukan. Keberagaman anggota membantu melihat penelitian dari berbagai perspektif.

Komite etik harus independen. Ia tidak boleh menjadi alat formalitas untuk meloloskan semua penelitian. Namun, komite etik juga tidak boleh menjadi penghambat birokratis yang tidak proporsional. Tujuannya adalah memastikan riset berjalan etis, bukan mematikan riset.

Rumah sakit pendidikan perlu membangun sistem agar proses etik jelas, transparan, dan efisien. Peneliti harus dilatih menyusun protokol etik. Peserta didik harus memahami bahwa persetujuan etik bukan sekadar persyaratan administratif, tetapi inti perlindungan manusia.

12.14 Evidence-Based Practice

Evidence-based practice adalah praktik klinis yang mengintegrasikan bukti ilmiah terbaik, keahlian klinis, dan nilai serta preferensi pasien. Dalam rumah sakit pendidikan, evidence-based practice harus menjadi budaya. Pendidikan klinis tidak boleh hanya mewariskan kebiasaan lama, tetapi harus melatih peserta didik mencari, menilai, dan menerapkan bukti.

Evidence-based practice mencakup beberapa langkah. Pertama, merumuskan pertanyaan klinis. Kedua, mencari bukti terbaik. Ketiga, menilai kualitas bukti. Keempat, menerapkan bukti pada pasien dengan

mempertimbangkan konteks klinis dan preferensi pasien. Kelima, mengevaluasi hasil.

Rumah sakit pendidikan harus menyediakan akses literatur, jurnal, database, perpustakaan digital, dan pelatihan critical appraisal. Journal club, clinical case conference, morbidity and mortality conference, dan audit klinis dapat menjadi wahana evidence-based learning.

Namun, evidence-based practice tidak berarti mengikuti guideline secara mekanis. Pasien nyata sering memiliki komorbid, kondisi sosial, preferensi, dan keterbatasan yang tidak sepenuhnya tercakup dalam penelitian. Keahlian klinis tetap dibutuhkan untuk menyesuaikan bukti dengan konteks individual.

Evidence-based practice juga terkait dengan mutu. Clinical pathway, formularium, standar prosedur, dan indikator mutu sebaiknya dikembangkan berdasarkan bukti. Rumah sakit pendidikan dapat menjadi pusat pengembangan guideline lokal yang sesuai dengan konteks Indonesia.

12.15 Translational Research

Translational research adalah proses menerjemahkan penemuan ilmiah menjadi praktik klinis, kebijakan, produk, atau inovasi yang memberi manfaat nyata bagi pasien dan masyarakat. Dalam konteks rumah sakit pendidikan, translational research menjembatani laboratorium, klinik, komunitas, dan sistem kesehatan.

Sering kali penelitian berhenti pada publikasi. Artikel terbit, tetapi praktik tidak berubah. Translational research berusaha mencegah jarak antara pengetahuan dan tindakan. Pertanyaan utamanya: bagaimana temuan riset dapat diterapkan? Siapa yang akan menggunakan? Hambatan apa yang muncul? Apakah hasilnya efektif di dunia nyata? Bagaimana skalanya diperluas?

Translational research dapat bergerak dari bench to bedside, dari penemuan biologis menuju terapi klinis. Namun, dalam manajemen rumah sakit, translasi juga dapat berarti menerjemahkan data mutu menjadi perbaikan layanan, menerjemahkan riset patient experience menjadi redesign alur pasien, atau menerjemahkan penelitian farmasi klinis menjadi kebijakan obat.

Rumah sakit pendidikan perlu membangun ekosistem translasi. Diperlukan kolaborasi peneliti dasar, klinisi, epidemiolog, ahli statistik, manajer, pasien, regulator, dan industri. Diperlukan dukungan data, pendanaan, protokol, uji coba implementasi, dan evaluasi dampak.

Translasi juga harus etis. Inovasi yang belum terbukti tidak boleh langsung diterapkan luas tanpa evaluasi. Pasien harus dilindungi dari eksperimen terselubung. Perbedaan antara praktik inovatif dan penelitian harus jelas. Jika inovasi dirancang untuk menghasilkan pengetahuan umum, maka prinsip riset harus berlaku.

12.16 Implementation Science dalam Rumah Sakit Pendidikan

Implementation science adalah ilmu yang mempelajari bagaimana intervensi berbasis bukti diterapkan dalam praktik nyata secara efektif, berkelanjutan, dan sesuai konteks. Banyak intervensi terbukti efektif dalam penelitian, tetapi gagal diterapkan di rumah sakit karena hambatan budaya, SDM, sistem, biaya, alur kerja, atau kepemimpinan.

Rumah sakit pendidikan sangat cocok menjadi pusat implementation science karena menghadapi masalah nyata dan memiliki kapasitas akademik. Contoh pertanyaan implementation science: mengapa kepatuhan hand hygiene rendah meskipun manfaatnya jelas? Bagaimana clinical pathway dapat diterapkan di unit yang sibuk? Bagaimana mengurangi penggunaan antibiotik tidak rasional? Bagaimana menerapkan

RME tanpa membebani dokter? Bagaimana meningkatkan pelaporan insiden?

Implementation science menekankan konteks. Intervensi yang berhasil di rumah sakit besar kota belum tentu berhasil di rumah sakit daerah. Faktor kepemimpinan, budaya, sumber daya, insentif, teknologi, dan regulasi memengaruhi implementasi. Karena itu, rumah sakit pendidikan perlu menggabungkan metode kuantitatif dan kualitatif.

Dalam pendidikan klinis, implementation science melatih peserta didik melihat bahwa ilmu bukan hanya "apa yang benar", tetapi juga "bagaimana membuat yang benar menjadi praktik nyata". Ini penting karena banyak masalah kesehatan bukan kekurangan pengetahuan, melainkan kegagalan implementasi.

12.17 Inovasi Klinis

Inovasi klinis adalah penerapan ide, proses, teknologi, model pelayanan, atau pendekatan baru untuk meningkatkan mutu, keselamatan, efisiensi, akses, pengalaman pasien, atau hasil klinis. Inovasi klinis dapat berupa alat baru, aplikasi digital, clinical pathway baru, model layanan terpadu, sistem triase, protokol obat, metode edukasi pasien, atau AI clinical support.

Rumah sakit pendidikan memiliki potensi besar untuk inovasi karena memiliki pasien, data, tenaga ahli, peserta didik, peneliti, dan jejaring akademik. Namun, inovasi harus dikelola agar tidak menjadi eksperimen tidak terkendali.

Manajemen inovasi klinis mencakup beberapa tahap:

1. **Identifikasi masalah**.
   Inovasi harus berangkat dari masalah nyata, bukan sekadar tren.
2. **Ideasi dan desain solusi**.
   Tim multidisiplin merancang solusi.

3. **Uji kelayakan**.
   Solusi dinilai dari aspek klinis, operasional, etik, hukum, biaya, dan teknologi.
4. **Pilot project**.
   Inovasi diuji dalam skala kecil.
5. **Evaluasi dampak**.
   Outcome klinis, keselamatan, biaya, pengalaman pasien, dan penerimaan staf dievaluasi.
6. **Perbaikan**.
   Inovasi disesuaikan berdasarkan hasil evaluasi.
7. **Skalasi**.
   Bila efektif dan aman, inovasi diperluas.
8. **Diseminasi**.
   Hasil dibagikan melalui publikasi, seminar, guideline, atau jejaring.

Inovasi tidak selalu harus mahal. Banyak inovasi rumah sakit berupa perbaikan proses sederhana tetapi berdampak besar: checklist operasi, sistem warna untuk obat high-alert, redesign alur pasien, dashboard stok, telemonitoring sederhana, atau edukasi pasien berbasis video.

Inovasi klinis harus memadukan kreativitas dan disiplin ilmiah. Ide baru perlu dihargai, tetapi keselamatan pasien harus tetap menjadi batas.

12.18 Digital Health, Data, dan AI dalam Rumah Sakit Pendidikan

Rumah sakit pendidikan memiliki peran penting dalam pengembangan digital health dan AI klinis. Digitalisasi menghasilkan data besar dari rekam medis elektronik, laboratorium, radiologi, farmasi, klaim, monitoring pasien, dan pengalaman pasien. Data ini dapat digunakan untuk pendidikan, riset, prediksi risiko, clinical decision support, dan perbaikan mutu.

AI dapat membantu analisis citra medis, prediksi readmission, deteksi sepsis, optimasi jadwal, coding, deteksi fraud, dan ringkasan rekam medis. Namun, AI klinis membutuhkan validasi, data governance, etika, keamanan, dan pengawasan manusia. Rumah sakit pendidikan harus menjadi tempat mengembangkan AI yang bertanggung jawab, bukan sekadar pengguna teknologi.

Data rumah sakit pendidikan harus dikelola sebagai aset ilmiah dan klinis. Diperlukan standar data, kualitas data, keamanan, hak akses, anonimisasi, governance penelitian, dan infrastruktur analitik. Penelitian berbasis data sekunder harus tetap memperhatikan etik dan privasi.

Digital health juga mengubah pendidikan. Simulasi, virtual patient, e-learning, tele-supervision, digital logbook, dan augmented reality dapat memperkaya pembelajaran. Namun, pembelajaran digital tidak menggantikan sepenuhnya interaksi pasien nyata. Kompetensi klinis, empati, komunikasi, dan profesionalisme tetap membutuhkan pengalaman langsung.

Rumah sakit pendidikan masa depan harus menjadi **learning health system**, yaitu sistem yang terus belajar dari data pelayanan, mengubah data menjadi pengetahuan, dan menerapkan pengetahuan untuk memperbaiki pelayanan. Dalam learning health system, batas antara pelayanan, pembelajaran, riset, dan mutu menjadi semakin terhubung, tetapi tetap harus diatur secara etis.

12.19 Academic Health System

Academic health system adalah ekosistem yang mengintegrasikan rumah sakit, universitas, fakultas kesehatan, pusat riset, layanan primer, jejaring klinis, industri, pemerintah, dan komunitas untuk menghasilkan pelayanan bermutu, pendidikan profesional, penelitian, inovasi, dan dampak

kesehatan masyarakat. Konsep ini lebih luas daripada rumah sakit pendidikan tunggal.

Dalam academic health system, rumah sakit pendidikan tidak bekerja sendiri. Ia menjadi simpul dalam jejaring pengetahuan dan pelayanan. Universitas menghasilkan ilmu dan tenaga profesional. Rumah sakit menyediakan konteks klinis. Pusat riset mengembangkan bukti. Pemerintah mendukung kebijakan. Komunitas memberi kebutuhan dan umpan balik. Industri dapat mendukung teknologi dan inovasi dengan tata kelola konflik kepentingan.

Academic health system memiliki beberapa tujuan. Pertama, mempercepat translasi ilmu ke praktik. Kedua, memperbaiki mutu pelayanan. Ketiga, menghasilkan tenaga kesehatan yang siap. Keempat, meningkatkan riset yang relevan dengan kebutuhan masyarakat. Kelima, memperkuat inovasi. Keenam, memberi kontribusi pada kebijakan kesehatan.

Bagi Indonesia, konsep ini relevan karena kebutuhan tenaga kesehatan, distribusi spesialis, mutu layanan, digitalisasi, penyakit kronis, dan tantangan geografis membutuhkan kolaborasi lintas institusi. Rumah sakit pendidikan dapat menjadi pusat jejaring pembelajaran dan inovasi di wilayahnya.

Namun, academic health system membutuhkan tata kelola yang matang. Konflik antara prioritas pelayanan, pendidikan, riset, dan bisnis harus dikelola. Pembagian sumber daya harus transparan. Data harus aman. Penelitian harus etis. Inovasi harus dievaluasi. Pasien dan masyarakat harus tetap menjadi pusat.

12.20 Pendidikan Interprofesional

Rumah sakit adalah tempat kerja tim. Pasien tidak dirawat oleh satu profesi saja. Dokter, perawat, apoteker, ahli gizi, fisioterapis, analis laboratorium, radiografer, rekam medis, pekerja sosial, manajemen, dan profesi lain

bekerja bersama. Karena itu, pendidikan rumah sakit harus mendorong interprofessional education.

Pendidikan interprofesional adalah proses ketika dua atau lebih profesi belajar bersama, dari satu sama lain, dan tentang satu sama lain untuk meningkatkan kolaborasi dan mutu pelayanan. Tujuannya adalah mengurangi silo profesi dan meningkatkan kerja tim.

Dalam rumah sakit pendidikan, pendidikan interprofesional dapat dilakukan melalui ronde bersama, konferensi kasus, simulasi krisis, pelatihan keselamatan pasien, diskusi medication safety, discharge planning, dan proyek mutu. Peserta didik belajar memahami peran profesi lain, menghormati kontribusi mereka, dan berkomunikasi efektif.

Pendidikan interprofesional sangat penting untuk keselamatan pasien. Banyak insiden terjadi karena komunikasi antarprofesi buruk. Misalnya, instruksi dokter tidak jelas, perawat ragu mengklarifikasi, apoteker tidak dilibatkan, atau informasi discharge tidak sampai. Dengan pendidikan interprofesional, peserta didik belajar bahwa pelayanan bermutu adalah kerja tim.

Namun, pendidikan interprofesional menghadapi hambatan budaya hierarki. Beberapa profesi mungkin merasa lebih dominan. Rumah sakit pendidikan harus membangun budaya saling menghormati. Kepemimpinan klinis harus menunjukkan bahwa kolaborasi bukan tanda kelemahan, tetapi syarat pelayanan modern.

12.21 Manajemen Mutu Akademik dan Klinis

Rumah sakit pendidikan harus mengelola mutu akademik dan mutu klinis secara bersamaan. Mutu akademik berarti pendidikan berjalan sesuai kurikulum, kompetensi tercapai, supervisi memadai, evaluasi adil, dan lingkungan belajar sehat. Mutu klinis berarti pelayanan aman, efektif, efisien, tepat waktu, berpusat pada pasien, dan adil.

Keduanya saling berkaitan. Pendidikan buruk dapat menurunkan mutu klinis karena peserta didik tidak kompeten. Pelayanan buruk dapat merusak pendidikan karena peserta didik belajar dari praktik yang tidak ideal. Sebaliknya, pelayanan bermutu menjadi contoh baik bagi peserta didik, dan pendidikan yang baik memperkuat budaya mutu.

Manajemen mutu akademik dapat mencakup indikator seperti rasio pembimbing-peserta didik, jumlah kasus pembelajaran, kelengkapan logbook, kualitas supervisi, hasil evaluasi kompetensi, kepuasan peserta didik, insiden terkait peserta didik, keluhan pasien, dan kepatuhan kurikulum.

Manajemen mutu klinis mencakup indikator keselamatan pasien, outcome klinis, infeksi, readmission, waktu tunggu, kepatuhan clinical pathway, kepuasan pasien, dan audit klinis.

Rumah sakit pendidikan perlu menyatukan data akademik dan klinis. Misalnya, bila insiden meningkat pada rotasi tertentu, perlu dievaluasi supervisi. Bila peserta didik tidak mendapat cukup kasus, perlu diatur distribusi rotasi. Bila keluhan pasien terkait komunikasi peserta didik meningkat, perlu pelatihan komunikasi.

12.22 Pengembangan Dosen Klinis dan Preseptor

Dosen klinis, konsultan, supervisor, dan preseptor adalah kunci keberhasilan rumah sakit pendidikan. Mereka tidak hanya merawat pasien, tetapi juga membentuk generasi tenaga kesehatan berikutnya. Namun, banyak tenaga klinis belum mendapat pelatihan formal sebagai pendidik. Mereka belajar mengajar dari pengalaman sendiri, yang dapat baik tetapi juga dapat mewariskan pola buruk.

Faculty development atau pengembangan dosen klinis sangat penting. Materinya dapat mencakup prinsip pendidikan orang dewasa, pembelajaran klinis, supervisi, feedback, evaluasi kompetensi, komunikasi,

mentoring, pendidikan interprofesional, patient safety, penelitian pendidikan, dan kesejahteraan peserta didik.

Preseptor juga perlu dilatih. Dalam keperawatan, farmasi, dan profesi kesehatan lain, preseptor berperan mendampingi peserta didik di unit. Preseptor yang baik membantu peserta didik menghubungkan teori dengan praktik, memahami budaya unit, dan mengembangkan profesionalisme.

Rumah sakit perlu memberi penghargaan pada peran pendidik klinis. Jika mengajar tidak dihargai dalam beban kerja, karier, atau remunerasi, maka pendidikan akan menjadi tugas tambahan yang terabaikan. Rumah sakit pendidikan harus menempatkan pendidikan sebagai kinerja institusi, bukan aktivitas sukarela individu.

12.23 Pendanaan Riset dan Inovasi

Riset dan inovasi membutuhkan pendanaan. Rumah sakit pendidikan perlu memiliki strategi pendanaan yang beragam: dana internal, hibah pemerintah, hibah universitas, kerja sama industri, filantropi, dana internasional, dan kemitraan publik-swasta. Namun, setiap pendanaan harus dikelola dengan transparansi dan integritas.

Pendanaan internal penting untuk riset awal, pilot project, dan penelitian mutu. Tidak semua penelitian dapat langsung memperoleh hibah besar. Rumah sakit dapat menyediakan seed grant untuk mendorong budaya riset. Peserta didik dan staf dapat didorong membuat proyek kecil yang relevan dengan masalah layanan.

Kerja sama industri dapat mendukung inovasi alat, obat, digital health, atau uji klinis. Namun, konflik kepentingan harus dikelola. Sponsor tidak boleh mengendalikan hasil. Peneliti harus bebas menyampaikan temuan. Data pasien harus dilindungi. Kontrak harus transparan.

Rumah sakit pendidikan perlu memiliki kebijakan intellectual property. Inovasi yang dihasilkan staf, peserta didik, atau kolaborator harus memiliki aturan kepemilikan, lisensi, manfaat, dan publikasi. Tanpa tata kelola, inovasi dapat menimbulkan konflik.

Pendanaan juga harus mendukung diseminasi. Riset yang baik perlu dipublikasikan, dipresentasikan, dan diterjemahkan menjadi perbaikan layanan. Rumah sakit harus menghindari budaya "riset selesai setelah laporan".

12.24 Publikasi Ilmiah dan Diseminasi Pengetahuan

Publikasi ilmiah adalah salah satu output penting rumah sakit pendidikan, tetapi bukan satu-satunya. Publikasi menunjukkan bahwa pengetahuan yang dihasilkan telah dibagikan dan diuji oleh komunitas ilmiah. Namun, publikasi harus bermutu, jujur, dan relevan.

Rumah sakit pendidikan perlu mendorong publikasi di jurnal bereputasi, tetapi juga harus menghindari jebakan publikasi predator. Peneliti dan peserta didik harus dilatih memilih jurnal, memahami peer review, menulis artikel, mengelola data, dan mematuhi etika publikasi.

Authorship harus adil. Nama penulis harus mencerminkan kontribusi nyata. Praktik honorary authorship atau ghost authorship harus dihindari. Plagiarisme, fabrikasi data, falsifikasi, dan salami publication melanggar integritas ilmiah.

Diseminasi pengetahuan tidak hanya melalui jurnal. Hasil riset dapat disampaikan melalui seminar klinis, guideline internal, policy brief, modul pelatihan, webinar, infografik pasien, dashboard mutu, dan rekomendasi manajemen. Tujuan akhir riset rumah sakit pendidikan adalah perbaikan pengetahuan dan pelayanan.

Rumah sakit pendidikan juga dapat mengembangkan repository riset, konferensi tahunan, grand round ilmiah, dan forum inovasi. Kegiatan ini memperkuat budaya akademik.

12.25 Inovasi Layanan dan Quality Improvement

Quality improvement atau QI adalah pendekatan sistematis untuk memperbaiki proses dan hasil pelayanan. Dalam rumah sakit pendidikan, QI harus menjadi bagian dari pendidikan dan inovasi. Peserta didik perlu belajar bahwa menjadi profesional tidak hanya merawat pasien individu, tetapi juga memperbaiki sistem pelayanan.

Proyek QI dapat mencakup pengurangan waktu tunggu, peningkatan kepatuhan hand hygiene, pengurangan kesalahan obat, peningkatan kelengkapan rekam medis, pengurangan readmission, peningkatan discharge planning, peningkatan kepuasan pasien, atau perbaikan alur IGD.

Metode QI seperti PDCA, PDSA, root cause analysis, fishbone diagram, run chart, audit-feedback, dan standardization dapat diajarkan dalam rumah sakit pendidikan. Peserta didik dapat dilibatkan dalam proyek QI dengan supervisi. Ini melatih mereka berpikir sistemik.

Namun, QI dan penelitian harus dibedakan meskipun dapat saling terkait. QI bertujuan memperbaiki proses lokal, sedangkan penelitian bertujuan menghasilkan pengetahuan umum. Bila proyek QI dirancang untuk publikasi atau melibatkan intervensi yang berisiko, review etik mungkin diperlukan. Rumah sakit perlu memiliki kebijakan jelas.

Inovasi layanan yang baik sering lahir dari QI. Misalnya, proyek mengurangi waktu tunggu farmasi dapat menghasilkan sistem antrean baru. Proyek mencegah readmission dapat menghasilkan klinik transisi. Proyek handover dapat menghasilkan format komunikasi standar.

12.26 Pengabdian Masyarakat dan Tanggung Jawab Sosial Akademik

Rumah sakit pendidikan memiliki tanggung jawab sosial yang besar. Ia tidak hanya menghasilkan tenaga kesehatan dan publikasi, tetapi juga harus berkontribusi pada kesehatan masyarakat. Pengabdian masyarakat merupakan bagian dari misi akademik dan pelayanan.

Program pengabdian dapat mencakup edukasi penyakit kronis, skrining hipertensi, diabetes, kanker, kesehatan ibu-anak, vaksinasi, kesehatan lansia, kesehatan mental, gizi, pencegahan infeksi, literasi kesehatan digital, dan kesiapsiagaan bencana. Program ini sebaiknya berbasis kebutuhan masyarakat dan data epidemiologi lokal.

Rumah sakit pendidikan dapat bekerja sama dengan puskesmas, sekolah, komunitas agama, perusahaan, pemerintah daerah, organisasi pasien, dan media. Peserta didik dapat dilibatkan dalam pengabdian dengan supervisi agar mereka memahami determinan sosial kesehatan dan peran kesehatan masyarakat.

Pengabdian masyarakat juga memperkaya pendidikan. Peserta didik belajar bahwa penyakit tidak hanya dipengaruhi faktor biologis, tetapi juga kemiskinan, pendidikan, lingkungan, pekerjaan, budaya, akses, dan perilaku. Ini membentuk dokter dan tenaga kesehatan yang lebih peka sosial.

Tanggung jawab sosial akademik juga berarti rumah sakit pendidikan harus menjawab masalah kesehatan prioritas nasional, bukan hanya topik yang mudah dipublikasikan. Riset dan inovasi harus memiliki dampak sosial.

12.27 Tantangan Rumah Sakit Pendidikan

Rumah sakit pendidikan menghadapi berbagai tantangan.

Pertama, **konflik antara pelayanan dan pendidikan**. Pelayanan menuntut efisiensi, sedangkan pendidikan membutuhkan waktu. Tanpa manajemen, pendidikan dianggap mengganggu.

Kedua, **beban kerja dosen klinis**. Dokter pendidik sering harus melayani pasien, mengajar, meneliti, dan mengurus administrasi.

Ketiga, **supervisi tidak merata**. Peserta didik dapat memperoleh pengalaman berbeda tergantung unit dan pembimbing.

Keempat, **keselamatan pasien**. Keterlibatan peserta didik membutuhkan batas kewenangan dan pengawasan.

Kelima, **perundungan dan hierarki**. Budaya senioritas dapat merusak pembelajaran dan kesejahteraan.

Keenam, **pendanaan riset terbatas**. Banyak rumah sakit ingin meneliti tetapi tidak memiliki dukungan dana, statistik, atau manajemen data.

Ketujuh, **kualitas data rendah**. Riset dan AI membutuhkan data yang akurat.

Kedelapan, **kesulitan publikasi**. Peneliti klinis sering tidak memiliki waktu dan dukungan menulis.

Kesembilan, **konflik kepentingan industri**. Riset obat, alat, atau teknologi memerlukan tata kelola.

Kesepuluh, **kesenjangan digital**. Tidak semua rumah sakit pendidikan memiliki infrastruktur digital yang matang.

Kesebelas, **keterputusan dengan kebutuhan masyarakat**. Riset dapat terlalu akademik dan kurang berdampak.

Keduabelas, **akreditasi dan regulasi kompleks**. Rumah sakit pendidikan harus memenuhi standar pelayanan, pendidikan, dan penelitian.

Tantangan ini tidak boleh membuat rumah sakit menghindari fungsi pendidikan. Justru tantangan tersebut menunjukkan perlunya manajemen yang lebih profesional.

12.28 Strategi Penguatan Rumah Sakit Pendidikan

Untuk memperkuat rumah sakit pendidikan, beberapa strategi dapat dilakukan.

Pertama, **menyusun visi akademik-klinis bersama**. Rumah sakit dan institusi pendidikan harus memiliki tujuan yang sama.

Kedua, **membangun tata kelola terintegrasi**. Struktur koordinasi, perjanjian kerja sama, unit pendidikan, komite etik, dan sistem evaluasi harus jelas.

Ketiga, **memperkuat supervisi klinis**. Pembimbing harus dilatih dan diberi waktu serta penghargaan.

Keempat, **menjamin keselamatan pasien**. Batas kewenangan peserta didik, informed consent, dokumentasi, dan pelaporan insiden harus kuat.

Kelima, **melindungi peserta didik**. Anti-perundungan, kesejahteraan, jam kerja, dukungan psikologis, dan kanal pelaporan harus tersedia.

Keenam, **membangun budaya riset**. Rumah sakit perlu agenda riset, research office, pendanaan awal, pelatihan metode, dan dukungan statistik.

Ketujuh, **mengintegrasikan QI dan riset**. Masalah mutu dapat menjadi proyek pembelajaran dan penelitian.

Kedelapan, **mengembangkan data governance**. Data klinis harus distandardisasi, aman, dan dapat digunakan untuk riset.

Kesembilan, **mendorong pendidikan interprofesional**. Tim kesehatan harus belajar bersama.

Kesepuluh, **membangun jejaring akademik dan riset**. Kolaborasi nasional dan internasional memperkuat kapasitas.

Kesebelas, **mengelola inovasi secara etis**. Setiap inovasi harus diuji, dievaluasi, dan dilindungi dari konflik kepentingan.

Keduabelas, **mengukur dampak sosial**. Rumah sakit pendidikan harus menilai kontribusinya terhadap kesehatan masyarakat.

12.29 Indikator Keberhasilan Rumah Sakit Pendidikan

Keberhasilan rumah sakit pendidikan harus diukur secara multidimensi. Tidak cukup hanya menghitung jumlah peserta didik atau publikasi. Indikator harus mencakup pelayanan, pendidikan, riset, inovasi, dan dampak sosial.

Indikator pelayanan dapat mencakup mutu klinis, keselamatan pasien, kepuasan pasien, outcome, waktu tunggu, readmission, infeksi, dan kepatuhan pathway.

Indikator pendidikan dapat mencakup pencapaian kompetensi, kualitas supervisi, rasio pembimbing-peserta didik, kelengkapan logbook, hasil evaluasi, kepuasan peserta didik, kelulusan, dan profesionalisme.

Indikator keselamatan pendidikan dapat mencakup insiden yang melibatkan peserta didik, kepatuhan supervisi, pelaporan near miss, dan kepatuhan batas kewenangan.

Indikator kesejahteraan peserta didik dapat mencakup burnout, jam kerja, laporan perundungan, akses dukungan psikologis, dan kepuasan lingkungan belajar.

Indikator riset dapat mencakup jumlah proposal, persetujuan etik, hibah, publikasi, sitasi, penelitian kolaboratif, uji klinis, riset mutu, dan diseminasi hasil.

Indikator inovasi dapat mencakup jumlah pilot project, inovasi yang diimplementasikan, paten, produk digital, clinical pathway baru, atau perbaikan proses berbasis riset.

Indikator translasi dapat mencakup seberapa banyak hasil riset diterapkan dalam pelayanan, guideline, kebijakan, atau program komunitas.

Indikator reputasi akademik dapat mencakup akreditasi, kerja sama nasional-internasional, konferensi, dan pengakuan profesi.

Indikator dampak sosial dapat mencakup kontribusi pada kesehatan masyarakat, edukasi komunitas, penguatan jejaring rujukan, dan penurunan masalah kesehatan prioritas.

Rumah sakit pendidikan yang baik harus memiliki dashboard akademik-klinis untuk memantau indikator tersebut secara berkala.

12.30 Ilustrasi Kasus: Pendidikan Klinis tanpa Supervisi Memadai

Sebuah rumah sakit pendidikan menerima banyak peserta didik dari berbagai program. Jumlah pasien cukup banyak sehingga peserta didik mendapat paparan klinis luas. Namun, keluhan mulai muncul. Pasien merasa terlalu sering ditanya oleh orang berbeda. Beberapa peserta didik melakukan tindakan tanpa pendampingan cukup. Dokter senior sibuk dengan pelayanan sehingga feedback jarang diberikan. Peserta didik merasa belajar secara tidak terarah.

Manajemen kemudian melakukan evaluasi. Ditemukan bahwa rumah sakit belum memiliki sistem supervisi terstruktur. Logbook hanya formalitas. Batas kewenangan peserta didik tidak jelas. Dosen klinis tidak memiliki waktu khusus mengajar. Pasien tidak selalu diberi informasi tentang peran peserta didik.

Rumah sakit memperbaiki sistem. Unit pendidikan klinis dibentuk. Setiap rotasi memiliki tujuan kompetensi. Batas kewenangan dibuat berdasarkan

tingkat peserta didik. Supervisor ditunjuk dan diberi waktu. Feedback wajib dilakukan. Pasien diberi penjelasan mengenai keterlibatan peserta didik. Insiden terkait peserta didik dimasukkan dalam sistem keselamatan pasien.

Setelah perbaikan, peserta didik merasa lebih terarah, dokter senior lebih memahami peran pengajar, dan keluhan pasien menurun. Kasus ini menunjukkan bahwa pendidikan klinis membutuhkan tata kelola, bukan hanya keberadaan peserta didik di rumah sakit.

12.31 Ilustrasi Kasus: Riset yang Berhasil Menjadi Inovasi Layanan

Sebuah rumah sakit pendidikan menemukan bahwa pasien gagal jantung sering kembali dirawat dalam 30 hari setelah pulang. Tim klinis, perawat, farmasi, gizi, dan manajemen melakukan penelitian untuk mencari penyebab. Ditemukan bahwa banyak pasien tidak memahami tanda bahaya, tidak patuh obat, tidak memiliki jadwal kontrol cepat, dan tidak mendapat rekonsiliasi obat yang memadai.

Tim kemudian merancang inovasi layanan: klinik transisi gagal jantung. Sebelum pulang, pasien mendapat edukasi, rekonsiliasi obat oleh apoteker, konsultasi gizi, jadwal kontrol dalam 7 hari, dan nomor kontak. Pasien risiko tinggi dipantau melalui telepon. Program diuji sebagai pilot project selama enam bulan.

Hasil menunjukkan readmission menurun, kepuasan pasien meningkat, dan biaya perawatan berulang berkurang. Tim mempublikasikan hasil, menyusun SOP, dan memperluas program ke pasien penyakit kronis lain. Kasus ini menunjukkan siklus rumah sakit pendidikan: masalah klinis menjadi riset, riset menjadi inovasi, inovasi menjadi perbaikan layanan.

12.32 Model Integratif Bab 12

Manajemen rumah sakit pendidikan dapat diringkas dalam model integratif berikut.

Input institusional mencakup rumah sakit, fakultas, peserta didik, dosen klinis, pasien, data, fasilitas, regulasi, pembiayaan, dan jejaring.

Tiga pilar utama adalah pelayanan, pendidikan, dan riset/inovasi.

Tata kelola mencakup struktur akademik-klinis, perjanjian kerja sama, unit pendidikan, komite etik, komite mutu, supervisi, dan sistem evaluasi.

Proses pendidikan mencakup kurikulum klinis, kompetensi, EPA, supervisi, feedback, logbook, evaluasi, mentoring, dan kesejahteraan peserta didik.

Proses riset mencakup agenda riset, protokol, etik, pendanaan, data, analisis, publikasi, diseminasi, dan translasi.

Proses inovasi mencakup identifikasi masalah, ideasi, pilot project, evaluasi, implementasi, dan skalasi.

Pengendalian risiko mencakup keselamatan pasien, perlindungan partisipan riset, privasi data, konflik kepentingan, anti-perundungan, dan integritas ilmiah.

Outcome mencakup pelayanan bermutu, tenaga kesehatan kompeten, riset bermakna, inovasi klinis, reputasi akademik, dan dampak kesehatan masyarakat.

Model ini menunjukkan bahwa rumah sakit pendidikan adalah sistem integratif. Ia gagal bila pelayanan, pendidikan, dan riset berjalan sendiri-sendiri. Ia unggul bila ketiganya saling memperkuat.

12.33 Implikasi Manajerial

Pertama, direksi rumah sakit pendidikan harus menempatkan fungsi pendidikan dan riset sebagai bagian strategis, bukan tambahan administratif.

Kedua, rumah sakit dan institusi pendidikan harus memiliki tata kelola bersama yang jelas, termasuk perjanjian kerja sama, struktur koordinasi, dan evaluasi.

Ketiga, keselamatan pasien harus menjadi prinsip utama dalam pendidikan klinis. Peserta didik harus dibimbing sesuai tingkat kompetensi.

Keempat, dosen klinis dan preseptor harus dikembangkan sebagai pendidik profesional, bukan hanya klinisi senior.

Kelima, peserta didik harus dilindungi dari perundungan, beban kerja tidak manusiawi, dan lingkungan belajar yang tidak sehat.

Keenam, rumah sakit pendidikan harus memiliki agenda riset prioritas yang relevan dengan kebutuhan pasien dan sistem kesehatan.

Ketujuh, komite etik penelitian harus berfungsi secara independen, profesional, dan proporsional.

Kedelapan, evidence-based practice dan quality improvement harus menjadi budaya organisasi.

Kesembilan, inovasi klinis harus dikelola melalui pilot project, evaluasi dampak, dan tata kelola etik.

Kesepuluh, rumah sakit pendidikan harus bergerak menuju academic health system dan learning health system yang terhubung dengan universitas, jejaring layanan, komunitas, dan kebijakan kesehatan.

12.34 Rangkuman Bab

Rumah sakit pendidikan adalah institusi strategis yang memadukan pelayanan, pendidikan, riset, dan inovasi klinis. Keunggulannya terletak pada kemampuan menghubungkan pasien nyata, pembelajaran profesional, penelitian ilmiah, dan perbaikan layanan. Namun, kompleksitasnya juga tinggi karena harus menjaga mutu pelayanan,

keselamatan pasien, kualitas pendidikan, integritas riset, dan kesejahteraan peserta didik secara bersamaan.

Pendidikan klinis membutuhkan supervisi, kompetensi, feedback, evaluasi, dan lingkungan belajar yang sehat. Peserta didik harus memperoleh pengalaman klinis yang cukup, tetapi pasien harus tetap terlindungi. Rumah sakit pendidikan harus mencegah perundungan, menjaga kesejahteraan peserta didik, dan membangun budaya pembelajaran yang aman.

Riset klinis dan inovasi menjadi bagian penting rumah sakit pendidikan. Riset harus berbasis etika, validitas ilmiah, informed consent, perlindungan data, dan review etik. Hasil riset harus diterjemahkan menjadi praktik melalui evidence-based practice, translational research, implementation science, dan quality improvement. Inovasi klinis harus dikelola secara sistematis agar memberi manfaat nyata tanpa membahayakan pasien.

Masa depan rumah sakit pendidikan terletak pada integrasi pelayanan, pendidikan, dan riset dalam model academic health system dan learning health system. Rumah sakit pendidikan yang unggul adalah rumah sakit yang tidak hanya mengobati pasien hari ini, tetapi juga membentuk tenaga kesehatan masa depan, menghasilkan ilmu pengetahuan, memperbaiki sistem, dan memberi dampak bagi masyarakat.

Inti Bab 12 adalah bahwa rumah sakit pendidikan harus menjadi ruang perjumpaan antara pelayanan bermutu, pendidikan profesional, riset bermakna, inovasi etis, dan tanggung jawab sosial.

Glossarium

Academic Health System

Ekosistem yang mengintegrasikan rumah sakit, universitas, fakultas kesehatan, pusat riset, jejaring layanan, pemerintah, industri, dan komunitas untuk pelayanan, pendidikan, riset, dan inovasi.

Clinical Teaching
Proses pembelajaran klinis yang berlangsung dalam konteks pelayanan pasien nyata.

Clinical Trial
Penelitian klinis yang menguji intervensi kesehatan pada manusia sesuai protokol dan standar etik.

Competency-Based Education
Pendidikan berbasis pencapaian kompetensi nyata yang dapat diamati dan dievaluasi.

Entrustable Professional Activities
Aktivitas profesional yang dapat dipercayakan kepada peserta didik setelah kompetensinya dinilai memadai.

Evidence-Based Practice
Praktik klinis yang mengintegrasikan bukti ilmiah terbaik, keahlian klinis, serta nilai dan preferensi pasien.

Faculty Development
Program pengembangan dosen atau pembimbing klinis agar memiliki kompetensi mengajar, supervisi, feedback, evaluasi, dan mentoring.

Feedback Klinis
Umpan balik berbasis observasi untuk membantu peserta didik memperbaiki kinerja klinis.

Implementation Science
Ilmu yang mempelajari bagaimana intervensi berbasis bukti diterapkan dalam praktik nyata secara efektif dan berkelanjutan.

Informed Consent Penelitian
Persetujuan sukarela partisipan penelitian setelah memperoleh informasi yang cukup mengenai tujuan, risiko, manfaat, dan haknya.

Inovasi Klinis
Penerapan ide, teknologi, proses, atau model pelayanan baru untuk meningkatkan mutu, keselamatan, efisiensi, akses, atau hasil klinis.

Komite Etik Penelitian
Lembaga independen yang menilai kelayakan etik penelitian untuk melindungi partisipan dan integritas penelitian.

Learning Health System
Sistem kesehatan yang terus belajar dari data pelayanan dan menerapkan pengetahuan untuk memperbaiki praktik.

Logbook Klinis
Dokumen pencatatan pengalaman, tindakan, kompetensi, dan pembelajaran peserta didik selama pendidikan klinis.

Mentoring
Hubungan bimbingan jangka panjang yang membantu pengembangan profesional, akademik, dan personal peserta didik.

Patient Safety in Education
Prinsip bahwa pendidikan klinis harus dilakukan tanpa mengorbankan keselamatan pasien.

Preseptor
Pembimbing klinis yang mendampingi peserta didik di unit pelayanan.

Quality Improvement
Upaya sistematis untuk memperbaiki proses dan hasil pelayanan menggunakan data dan metode perbaikan.

Research Integrity
Kejujuran, akuntabilitas, transparansi, dan tanggung jawab dalam seluruh proses penelitian.

Rumah Sakit Pendidikan
Rumah sakit yang berfungsi sebagai tempat pelayanan kesehatan sekaligus wahana pendidikan, penelitian, dan pengembangan ilmu kesehatan.

Supervisi Klinis
Pengawasan, bimbingan, dukungan, dan evaluasi peserta didik dalam praktik klinis.

Translational Research
Proses menerjemahkan penemuan ilmiah menjadi praktik klinis, kebijakan, produk, atau inovasi yang bermanfaat bagi pasien dan masyarakat.

Daftar Pustaka

Bibbins-Domingo, K., Brubaker, L., & Curfman, G. (2025). The 2024 revision to the Declaration of Helsinki: Modern ethics for medical research. *JAMA, 333*(1), 30–31. https://doi.org/10.1001/jama.2024.22530

Bismantara, H., et al. (2022). Academic health science centre models across developing countries: A scoping review. *BMJ Open, 12*, e051937. https://doi.org/10.1136/bmjopen-2021-051937

Cooke, M., Irby, D. M., & O'Brien, B. C. (2010). *Educating physicians: A call for reform of medical school and residency*. Jossey-Bass. Tanpa DOI.

Council for International Organizations of Medical Sciences. (2016). *International ethical guidelines for health-related research involving humans* (4th ed.). CIOMS. https://doi.org/10.56759/rgxl7405

Damschroder, L. J., Aron, D. C., Keith, R. E., Kirsh, S. R., Alexander, J. A., & Lowery, J. C. (2009). Fostering implementation of health services research findings into practice: A consolidated framework for advancing implementation science. *Implementation Science, 4*, 50. https://doi.org/10.1186/1748-5908-4-50

Donabedian, A. (1988). The quality of care: How can it be assessed? *JAMA, 260*(12), 1743–1748. https://doi.org/10.1001/jama.1988.03410120089033

Eccles, M. P., & Mittman, B. S. (2006). Welcome to implementation science. *Implementation Science, 1*, 1. https://doi.org/10.1186/1748-5908-1-1

Emanuel, E. J., Wendler, D., & Grady, C. (2000). What makes clinical research ethical? *JAMA, 283*(20), 2701–2711. https://doi.org/10.1001/jama.283.20.2701

Frenk, J., Chen, L., Bhutta, Z. A., Cohen, J., Crisp, N., Evans, T., Fineberg, H., Garcia, P., Ke, Y., Kelley, P., Kistnasamy, B., Meleis, A., Naylor, D., Pablos-Mendez, A., Reddy, S., Scrimshaw, S., Sepulveda, J., Serwadda, D., & Zurayk, H. (2010). Health professionals for a new century: Transforming education to strengthen health systems in an interdependent world. *The Lancet, 376*(9756), 1923–1958. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(10)61854-5

Greenhalgh, T., Robert, G., Macfarlane, F., Bate, P., & Kyriakidou, O. (2004). Diffusion of innovations in service organizations: Systematic review and recommendations. *The Milbank Quarterly, 82*(4), 581–629. https://doi.org/10.1111/j.0887-378X.2004.00325.x

Grol, R., & Grimshaw, J. (2003). From best evidence to best practice: Effective implementation of change in patients' care. *The Lancet, 362*(9391), 1225–1230. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(03)14546-1

Ioannidis, J. P. A. (2005). Why most published research findings are false. *PLoS Medicine, 2*(8), e124. https://doi.org/10.1371/journal.pmed.0020124

Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2022). *Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 31 Tahun 2022 tentang Peraturan Pelaksanaan Peraturan Pemerintah Nomor 93 Tahun 2015 tentang Rumah Sakit Pendidikan*. Tanpa DOI.

Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2023). *Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan*. Tanpa DOI.

Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2024). *Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 14 Tahun 2024 tentang Rumah Sakit Pendidikan Penyelenggara Utama*. Tanpa DOI.

Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2024). *Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 28 Tahun 2024 tentang Peraturan Pelaksanaan Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan*. Tanpa DOI.

Khalil, H., et al. (2024). Clinical supervision in health professions education: A systematic review. *BMC Medical Education*. DOI perlu diverifikasi sesuai metadata final penerbit.

Krupat, E., Pelletier, S., Alexander, E. K., Hirsh, D., Ogur, B., & Schwartzstein, R. (2009). Can changes in the principal clinical year prevent the erosion of students' patient-centered beliefs? *Academic Medicine, 84*(5), 582–586. https://doi.org/10.1097/ACM.0b013e31819fa92d

Mann, K., Gordon, J., & MacLeod, A. (2009). Reflection and reflective practice in health professions education: A systematic review. *Advances in Health Sciences Education, 14*, 595–621. https://doi.org/10.1007/s10459-007-9090-2

Proctor, E., Silmere, H., Raghavan, R., Hovmand, P., Aarons, G., Bunger, A., Griffey, R., & Hensley, M. (2011). Outcomes for implementation research: Conceptual distinctions, measurement challenges, and research agenda. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research, 38*, 65–76. https://doi.org/10.1007/s10488-010-0319-7

Pronovost, P., Needham, D., Berenholtz, S., Sinopoli, D., Chu, H., Cosgrove, S., Sexton, B., Hyzy, R., Welsh, R., Roth, G., Bander, J., Kepros, J., & Goeschel, C. (2006). An intervention to decrease catheter-related bloodstream infections in the ICU. *The New England Journal of Medicine, 355*(26), 2725–2732. https://doi.org/10.1056/NEJMoa061115

Reeves, S., Perrier, L., Goldman, J., Freeth, D., & Zwarenstein, M. (2013). Interprofessional education: Effects on professional practice and healthcare outcomes. *Cochrane Database of Systematic Reviews, 2013*(3), CD002213. https://doi.org/10.1002/14651858.CD002213.pub3

Rothwell, P. M. (2005). External validity of randomised controlled trials: "To whom do the results of this trial apply?" *The Lancet, 365*(9453), 82–93. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(04)17670-8

Sackett, D. L., Rosenberg, W. M. C., Gray, J. A. M., Haynes, R. B., & Richardson, W. S. (1996). Evidence based medicine: What it is and what it isn't. *BMJ, 312*(7023), 71–72. https://doi.org/10.1136/bmj.312.7023.71

Steinert, Y., Mann, K., Anderson, B., Barnett, B. M., Centeno, A., Naismith, L., Prideaux, D., Spencer, J., Tullo, E., Viggiano, T., Ward, H., & Dolmans, D. (2016). A systematic review of faculty development initiatives designed to enhance teaching effectiveness. *Medical Teacher, 38*(8), 769–786. https://doi.org/10.1080/0142159X.2016.1181851

Ten Cate, O. (2005). Entrustability of professional activities and competency-based training. *Medical Education, 39*(12), 1176–1177. https://doi.org/10.1111/j.1365-2929.2005.02341.x

Ten Cate, O., & Scheele, F. (2007). Competency-based postgraduate training: Can we bridge the gap between theory and clinical practice? *Academic Medicine, 82*(6), 542–547. https://doi.org/10.1097/ACM.0b013e31805559c7

World Health Organization. (2012). *The WHO strategy on research for health*. World Health Organization. Tanpa DOI.

World Medical Association. (2024). *WMA Declaration of Helsinki: Ethical principles for medical research involving human participants*. Tanpa DOI.

Yardley, S., Teunissen, P. W., & Dornan, T. (2012). Experiential learning: AMEE Guide No. 63. *Medical Teacher, 34*(2), e102–e115. https://doi.org/10.3109/0142159X.2012.650741

Bab 13. Manajemen Jejaring, Rujukan, Kemitraan, dan Ekosistem Kesehatan

Oleh: Rudy C Tarumingkeng

1. HAKIKAT

Rumah sakit tidak bekerja sendiri, tetapi menjadi simpul dalam sistem layanan kesehatan yang saling terhubung.



2. PILAR UTAMA

- Jejaring layanan
- Sistem rujukan
- Kemitraan strategis
- Integrasi data
- Kolaborasi multipihak
- *Continuum of care*

3. SISTEM RUJUKAN

PASIEN → FKTP / PUSKESMAS / KLINIK → RUMAH SAKIT SEKUNDER → RUMAH SAKIT TERSIER → RUJUK BALIK & TINDAK LANJUT

- tepat waktu
- tepat indikasi
- tepat fasilitas
- aman dan terkoordinasi

4. AKTOR DALAM EKOSISTEM KESEHATAN

Rumah sakit	Puskesmas & klinik	Dokter & tenaga kesehatan
Laboratorium & farmasi	BPJS / asuransi	Pemerintah & regulator
Perguruan tinggi	Komunitas & pasien	Teknologi digital / platform data

5. MANFAAT JEJARING DAN KEMITRAAN

- Memperluas akses layanan
- Mempercepat rujukan
- Meningkatkan mutu & keselamatan pasien
- Mengurangi duplikasi layanan
- Memperkuat efisiensi biaya
- Mendukung kesinambungan perawatan

6. STRATEGI KUNCI

- SOP rujukan yang jelas
- MoU / kolaborasi formal
- Interoperabilitas data
- Komunikasi antar fasilitas
- Dashboard koordinasi pasien
- Evaluasi mutu jejaring

7. TANTANGAN

- Fragmentasi layanan
- Keterbatasan data terintegrasi
- Perbedaan kapasitas fasilitas
- Hambatan birokrasi
- Kesenjangan wilayah
- Koordinasi lintas sektor lemah

8. PERAN DIGITALISASI

SIMRS, telemedicine, rekam medis elektronik, *dashboard* rujukan, analitik data, dan AI mendukung *ekosistem kesehatan yang lebih terhubung.*

9. OUTCOME YANG DIHARAPKAN

Layanan terintegrasi | Pasien lebih aman | Alur rujukan efektif | Kemitraan berkelanjutan | Sistem kesehatan yang tangguh

Dari rumah sakit yang bekerja sendiri menuju ekosistem kesehatan yang kolaboratif.

Sebagai konteks mutakhir, **Permenkes No. 16 Tahun 2024** kini mengatur sistem rujukan pelayanan kesehatan perseorangan, termasuk penyelenggaraan, tata cara rujukan, sistem rujukan terintegrasi, pencatatan-pelaporan, serta tanggung jawab pemerintah pusat dan daerah; regulasi ini juga mencabut Permenkes No. 1 Tahun 2012. Dalam ekosistem JKN, **Perpres No. 59 Tahun 2024** mengubah beberapa ketentuan Perpres No. 82 Tahun 2018 tentang Jaminan Kesehatan. Dari sisi integrasi digital, SATUSEHAT diposisikan sebagai platform penghubung berbagai sistem informasi kesehatan melalui standardisasi dan integrasi RME, menggunakan standar global HL7 FHIR untuk pertukaran data. Kerangka WHO tentang *integrated people-centred health services* juga menekankan pentingnya koordinasi layanan lintas fasilitas, pengembangan sistem rujukan, jejaring layanan, dan hubungan antarsektor agar pelayanan tidak terfragmentasi. (Database Peraturan | JDIH BPK)

Bab 13. Manajemen Jejaring, Rujukan, Kemitraan, dan Ekosistem Kesehatan ******

Abstrak

Rumah sakit modern tidak lagi dapat dipahami sebagai institusi yang berdiri sendiri. Dalam sistem kesehatan yang semakin kompleks, rumah sakit merupakan simpul strategis dalam jejaring pelayanan yang melibatkan fasilitas kesehatan tingkat pertama, klinik, puskesmas, rumah sakit sekunder dan tersier, laboratorium, apotek, ambulans, BPJS Kesehatan, asuransi, pemerintah, regulator, perguruan tinggi, komunitas pasien, industri teknologi, serta platform data kesehatan. Karena itu, manajemen rumah sakit masa depan harus bergerak dari pendekatan

institusional yang terisolasi menuju pendekatan ekosistem yang kolaboratif, terintegrasi, dan berpusat pada pasien.

Bab ini membahas manajemen jejaring, rujukan, kemitraan, dan ekosistem kesehatan sebagai fondasi penting bagi kesinambungan pelayanan. Pembahasan mencakup hakikat jejaring layanan kesehatan, sistem rujukan, rujuk balik, koordinasi antar fasilitas, kemitraan strategis, integrasi layanan primer dan sekunder, continuum of care, care coordination, integrated care, peran JKN/BPJS, kemitraan publik-swasta, hubungan rumah sakit dengan komunitas, integrasi data, SATUSEHAT, telemedicine, serta tantangan fragmentasi sistem kesehatan.

Bab ini menegaskan bahwa rumah sakit yang unggul bukan hanya rumah sakit yang memiliki layanan internal kuat, tetapi rumah sakit yang mampu bekerja dalam jejaring yang efektif. Pasien tidak membutuhkan organisasi yang saling terpisah; pasien membutuhkan perjalanan pelayanan yang lancar, aman, terkoordinasi, dan berkesinambungan. Sistem rujukan yang baik memastikan pasien memperoleh layanan di tempat yang tepat, pada waktu yang tepat, oleh tenaga yang tepat, dengan informasi yang tepat. Kemitraan yang baik memperluas akses, meningkatkan mutu, mengurangi duplikasi, memperkuat efisiensi, dan membangun sistem kesehatan yang tangguh.

Kata Kunci

Manajemen jejaring rumah sakit; sistem rujukan; rujuk balik; kemitraan kesehatan; ekosistem kesehatan; integrated care; care coordination; continuum of care; layanan primer; layanan sekunder; BPJS Kesehatan; JKN; SATUSEHAT; interoperabilitas data; telemedicine; kolaborasi multipihak; kesehatan masyarakat; patient pathway.

13.1 Pendahuluan

Rumah sakit sering dipersepsikan sebagai pusat pelayanan kesehatan yang lengkap, canggih, dan mandiri. Persepsi ini tidak sepenuhnya salah, karena rumah sakit memang memiliki fungsi penting dalam diagnosis, terapi, perawatan, tindakan medis, rehabilitasi, dan penanganan kasus kompleks. Namun, dalam sistem kesehatan modern, rumah sakit tidak dapat bekerja sendiri. Penyakit pasien tidak dimulai ketika pasien masuk rumah sakit, dan tidak selesai ketika pasien pulang dari rumah sakit. Pasien hidup dalam keluarga, komunitas, tempat kerja, lingkungan sosial, sistem pembiayaan, dan jejaring fasilitas kesehatan yang lebih luas.

Seorang pasien diabetes, misalnya, mungkin pertama kali diketahui memiliki gula darah tinggi di puskesmas. Ia kemudian dirujuk ke rumah sakit untuk komplikasi ginjal atau jantung. Setelah stabil, ia kembali ke layanan primer untuk pemantauan jangka panjang. Bila terjadi luka kaki diabetik, ia membutuhkan perawatan luka, edukasi gizi, farmasi, laboratorium, rehabilitasi, dan mungkin rujukan ke spesialis bedah vaskular. Dalam perjalanan ini, pasien membutuhkan kesinambungan informasi, koordinasi klinis, dan kejelasan tanggung jawab. Bila setiap fasilitas bekerja sendiri, pasien akan mengalami pelayanan yang terfragmentasi.

Fragmentasi pelayanan merupakan salah satu masalah besar sistem kesehatan. Fragmentasi terjadi ketika layanan primer, rumah sakit, laboratorium, farmasi, pembayar, komunitas, dan pemerintah tidak terhubung secara efektif. Akibatnya, pasien harus mengulang pemeriksaan, membawa dokumen sendiri, menunggu rujukan lama, menerima instruksi yang berbeda, kehilangan tindak lanjut, atau kembali dirawat karena transisi pelayanan buruk. Fragmentasi bukan hanya tidak efisien, tetapi juga dapat membahayakan pasien.

Bab ini membahas rumah sakit sebagai bagian dari ekosistem kesehatan. Rumah sakit bukan pulau yang terpisah. Rumah sakit adalah simpul dalam jaringan pelayanan. Ia menerima pasien dari fasilitas lain, mengirim pasien ke fasilitas lain, bekerja sama dengan pembayar, berkoordinasi dengan

pemerintah, berhubungan dengan komunitas, menggunakan data lintas sistem, dan menjadi bagian dari rantai nilai kesehatan.

Manajemen jejaring, rujukan, kemitraan, dan ekosistem kesehatan menjadi semakin penting karena beberapa alasan. Pertama, beban penyakit kronis meningkat dan membutuhkan perawatan jangka panjang lintas fasilitas. Kedua, biaya kesehatan meningkat sehingga sistem harus menghindari duplikasi dan pemborosan. Ketiga, pasien menuntut pelayanan yang mudah, cepat, dan terkoordinasi. Keempat, digitalisasi memungkinkan integrasi data antar fasilitas. Kelima, JKN dan sistem pembiayaan mendorong pengelolaan pasien berdasarkan alur layanan. Keenam, krisis seperti pandemi menunjukkan bahwa rumah sakit harus terhubung dengan sistem publik, laboratorium, layanan primer, ambulans, dan pemerintah.

Bab ini mengajak pembaca melihat rumah sakit bukan sebagai "akhir perjalanan pasien", melainkan sebagai bagian dari **continuum of care**. Tujuan akhirnya adalah pelayanan yang tepat tempat, tepat waktu, tepat indikasi, tepat informasi, tepat pembiayaan, dan tepat tindak lanjut.

13.2 Hakikat Jejaring Kesehatan

Jejaring kesehatan adalah hubungan terstruktur maupun tidak terstruktur antara berbagai aktor dalam sistem kesehatan yang bekerja bersama untuk memberikan pelayanan, informasi, pembiayaan, dukungan, rujukan, edukasi, dan tindak lanjut kepada pasien dan masyarakat. Jejaring ini dapat melibatkan rumah sakit, puskesmas, klinik, dokter praktik mandiri, laboratorium, apotek, ambulans, fasilitas rehabilitasi, layanan home care, perusahaan asuransi, BPJS Kesehatan, pemerintah, perguruan tinggi, organisasi profesi, komunitas pasien, dan platform digital.

Jejaring kesehatan memiliki beberapa karakter. Pertama, ia bersifat **multiorganisasi**. Tidak ada satu institusi yang dapat memenuhi seluruh kebutuhan kesehatan pasien. Kedua, ia bersifat **interdependen**. Kinerja

satu aktor memengaruhi aktor lain. Ketiga, ia membutuhkan **koordinasi**. Tanpa koordinasi, jejaring hanya menjadi kumpulan institusi yang berjalan sendiri-sendiri. Keempat, ia membutuhkan **kepercayaan**. Rujukan, data, dan kerja sama sulit berjalan tanpa kepercayaan. Kelima, ia membutuhkan **standar**. Alur, data, dokumen, dan komunikasi harus memiliki standar. Keenam, ia membutuhkan **akuntabilitas**. Setiap aktor harus mengetahui peran dan tanggung jawabnya.

Dalam perspektif manajemen rumah sakit, jejaring kesehatan memberikan beberapa manfaat. Pertama, memperluas akses pasien. Rumah sakit dapat menjangkau pasien melalui kerja sama dengan layanan primer dan komunitas. Kedua, memperbaiki kesinambungan perawatan. Pasien tidak terputus setelah keluar rumah sakit. Ketiga, meningkatkan efisiensi. Rujukan yang tepat mengurangi pemeriksaan berulang dan pelayanan tidak perlu. Keempat, memperkuat mutu. Standar klinis dapat disebarkan ke jejaring. Kelima, mendukung reputasi rumah sakit. Rumah sakit yang responsif terhadap rujukan akan dipercaya oleh fasilitas lain. Keenam, meningkatkan ketahanan sistem. Dalam krisis, jejaring memudahkan koordinasi sumber daya.

Jejaring kesehatan yang baik bukan hanya hubungan informal antara dokter atau pimpinan. Ia perlu dikelola. Rumah sakit perlu memetakan mitra, menetapkan alur rujukan, membuat perjanjian kerja sama, membangun kanal komunikasi, mengukur kinerja, dan mengevaluasi mutu jejaring.

13.3 Rumah Sakit sebagai Simpul Ekosistem Kesehatan

Ekosistem kesehatan adalah keseluruhan jaringan aktor, proses, regulasi, teknologi, pembiayaan, informasi, dan nilai yang bersama-sama memengaruhi kesehatan individu dan masyarakat. Dalam ekosistem ini, rumah sakit memiliki peran penting, tetapi bukan satu-satunya pusat.

Rumah sakit adalah simpul yang menangani kasus yang membutuhkan sumber daya lebih kompleks, tetapi ia harus terhubung dengan layanan primer, komunitas, dan sistem kesehatan publik.

Rumah sakit sebagai simpul ekosistem memiliki beberapa fungsi.

Pertama, **fungsi klinis rujukan**. Rumah sakit menerima pasien yang membutuhkan pemeriksaan, tindakan, atau perawatan yang tidak dapat dilakukan di fasilitas tingkat pertama. Rumah sakit harus mampu memberi layanan sesuai kompetensinya.

Kedua, **fungsi koordinasi**. Rumah sakit harus mengembalikan pasien ke layanan primer setelah kondisi stabil. Ini membutuhkan discharge planning, rujuk balik, dan informasi medis yang lengkap.

Ketiga, **fungsi pengetahuan**. Rumah sakit dapat memberi edukasi, pelatihan, dan dukungan klinis kepada jejaring, terutama dalam penyakit prioritas.

Keempat, **fungsi data**. Rumah sakit menghasilkan data penting untuk surveilans, mutu, klaim, penelitian, dan kebijakan. Data ini harus dapat dipertukarkan secara aman.

Kelima, **fungsi krisis**. Dalam pandemi, bencana, atau kecelakaan massal, rumah sakit menjadi bagian dari respons sistem. Ia harus berkoordinasi dengan pemerintah, ambulans, laboratorium, layanan primer, dan rumah sakit lain.

Keenam, **fungsi inovasi**. Rumah sakit dapat menjadi tempat pengembangan model layanan baru, telemedicine, AI, dan integrasi data.

Ketujuh, **fungsi sosial**. Rumah sakit berperan dalam literasi kesehatan, pengabdian masyarakat, dan dukungan komunitas.

Peran sebagai simpul ekosistem menuntut rumah sakit memiliki cara berpikir baru. Pertanyaan strategis bukan hanya “berapa banyak pasien masuk rumah sakit?”, tetapi “bagaimana rumah sakit membantu pasien mendapat pelayanan yang tepat di seluruh perjalanan kesehatannya?”

Bukan hanya “bagaimana meningkatkan BOR?”, tetapi “bagaimana menempatkan pasien pada tingkat layanan yang paling sesuai?” Bukan hanya “bagaimana menarik rujukan?”, tetapi “bagaimana membangun jejaring yang saling percaya?”

13.4 Sistem Rujukan dalam Pelayanan Kesehatan

Sistem rujukan adalah mekanisme pelimpahan tugas dan tanggung jawab pelayanan kesehatan dari satu fasilitas atau tenaga kesehatan ke fasilitas atau tenaga kesehatan lain yang lebih sesuai dengan kebutuhan pasien. Rujukan dapat dilakukan karena keterbatasan kompetensi, fasilitas, alat, obat, SDM, kapasitas, atau karena pasien membutuhkan pelayanan lanjutan.

Sistem rujukan memiliki tujuan utama: memastikan pasien memperoleh pelayanan yang tepat sesuai kebutuhan klinisnya. Rujukan yang baik harus tepat indikasi, tepat waktu, tepat fasilitas, tepat informasi, dan tepat tindak lanjut. Rujukan bukan sekadar memindahkan pasien, tetapi memindahkan tanggung jawab secara aman.

Ada beberapa jenis rujukan. **Rujukan vertikal** terjadi antar tingkat pelayanan, misalnya dari puskesmas ke rumah sakit sekunder, atau dari rumah sakit sekunder ke rumah sakit tersier. **Rujukan horizontal** terjadi antar fasilitas pada tingkat yang sama karena kebutuhan kapasitas atau layanan tertentu. **Rujuk balik** adalah pengembalian pasien dari rumah sakit ke fasilitas tingkat pertama atau fasilitas asal setelah kondisi stabil dan pelayanan spesialistik tidak lagi diperlukan secara intensif. **Rujukan emergensi** dilakukan dalam keadaan gawat darurat dan harus memprioritaskan keselamatan pasien.

Sistem rujukan yang buruk menimbulkan banyak masalah. Pasien dapat datang ke rumah sakit yang tidak sesuai. Rumah sakit rujukan dapat penuh oleh kasus yang seharusnya ditangani di layanan primer. Pasien kompleks

dapat terlambat dirujuk. Informasi klinis dapat tidak lengkap. Pemeriksaan dapat diulang. Pasien dapat kehilangan tindak lanjut setelah pulang. Semua ini meningkatkan biaya, risiko, dan ketidakpuasan.

Sistem rujukan yang baik membutuhkan standar klinis, komunikasi, transportasi, informasi pasien, mekanisme penerimaan, sistem antrean rujukan, ketersediaan tempat tidur, serta feedback kepada fasilitas perujuk. Dalam era digital, sistem rujukan juga membutuhkan interoperabilitas data agar informasi pasien dapat diterima sebelum pasien tiba.

13.5 Prinsip Rujukan yang Baik

Rujukan yang baik bukan sekadar "mengirim pasien". Rujukan adalah proses klinis, administratif, etis, dan komunikatif yang harus dikelola secara aman. Ada beberapa prinsip rujukan yang baik.

Pertama, **tepat indikasi**. Pasien dirujuk karena memang membutuhkan pelayanan yang tidak tersedia atau tidak memadai di fasilitas asal. Rujukan tidak boleh dilakukan hanya karena menghindari tanggung jawab atau karena fasilitas asal tidak ingin menangani pasien.

Kedua, **tepat waktu**. Rujukan tidak boleh terlambat. Keterlambatan rujukan dapat memperburuk kondisi pasien. Namun, rujukan juga tidak boleh dilakukan terlalu cepat tanpa stabilisasi yang diperlukan.

Ketiga, **tepat fasilitas**. Pasien harus dirujuk ke fasilitas yang memiliki kompetensi, kapasitas, dan alat sesuai kebutuhan. Merujuk pasien stroke ke rumah sakit tanpa CT scan atau spesialis yang dibutuhkan dapat membuang waktu.

Keempat, **tepat informasi**. Fasilitas penerima harus memperoleh informasi tentang identitas pasien, diagnosis, kondisi klinis, tindakan yang sudah dilakukan, obat yang diberikan, hasil pemeriksaan, alergi, risiko, dan alasan rujukan.

Kelima, **tepat transportasi**. Pasien yang tidak stabil membutuhkan ambulans, pendamping, alat, oksigen, obat, dan komunikasi selama perjalanan.

Keenam, **tepat komunikasi**. Fasilitas perujuk dan penerima harus berkomunikasi. Pasien dan keluarga harus diberi penjelasan alasan rujukan, tujuan, risiko, dan alur.

Ketujuh, **tepat dokumentasi**. Rujukan harus disertai dokumen yang lengkap dan dapat dipertanggungjawabkan.

Kedelapan, **tepat tindak lanjut**. Setelah pasien dirawat atau diperiksa, fasilitas penerima harus memberi umpan balik kepada fasilitas perujuk, terutama bila pasien membutuhkan perawatan lanjutan.

Prinsip-prinsip tersebut menunjukkan bahwa rujukan adalah bagian dari keselamatan pasien. Rujukan yang tidak aman dapat menyebabkan kegagalan transisi, duplikasi tindakan, keterlambatan terapi, atau kehilangan informasi kritis.

13.6 Rujuk Balik dan Continuity of Care

Rujuk balik adalah proses mengembalikan pasien dari fasilitas rujukan ke fasilitas asal atau fasilitas tingkat pertama setelah kondisi pasien stabil dan tidak lagi memerlukan layanan spesialistik intensif. Rujuk balik sangat penting untuk menjaga kesinambungan pelayanan, terutama pada penyakit kronis.

Dalam banyak sistem kesehatan, rumah sakit sering menjadi tempat penumpukan pasien kronis karena rujuk balik tidak berjalan. Pasien hipertensi, diabetes, asma, penyakit jantung stabil, atau gangguan kronis lain terus datang ke rumah sakit untuk kontrol rutin, padahal sebagian pemantauan dapat dilakukan di layanan primer dengan dukungan spesialis

bila diperlukan. Hal ini membuat rumah sakit penuh, biaya meningkat, dan layanan primer tidak berkembang.

Rujuk balik bukan berarti "mengusir pasien" dari rumah sakit. Rujuk balik adalah strategi agar pasien mendapat perawatan di tingkat layanan yang paling sesuai. Rumah sakit tetap berperan sebagai pendukung spesialistik, tetapi pemantauan jangka panjang dilakukan dekat dengan komunitas pasien.

Rujuk balik membutuhkan beberapa syarat. Pertama, kondisi pasien stabil. Kedua, fasilitas penerima mampu melanjutkan perawatan. Ketiga, instruksi klinis jelas. Keempat, obat dan pemeriksaan lanjutan terencana. Kelima, pasien memahami kapan harus kembali ke rumah sakit. Keenam, data klinis dikirim ke fasilitas penerima. Ketujuh, ada mekanisme konsultasi ulang bila terjadi masalah.

Continuity of care memiliki tiga dimensi utama. **Informational continuity** berarti informasi pasien tersedia lintas waktu dan fasilitas. **Management continuity** berarti rencana perawatan konsisten dan terkoordinasi. **Relational continuity** berarti pasien memiliki hubungan berkelanjutan dengan tim pelayanan. Rujuk balik yang baik harus mendukung ketiganya.

Tanpa rujuk balik yang baik, pasien dapat merasa "dilepas" tanpa arah. Dengan rujuk balik yang baik, pasien merasa tetap didampingi oleh sistem, meskipun tidak selalu berada di rumah sakit.

13.7 Integrasi Layanan Primer dan Rumah Sakit

Integrasi layanan primer dan rumah sakit adalah salah satu kunci sistem kesehatan yang efektif. Layanan primer berfungsi sebagai titik kontak pertama, penjaga kesinambungan, pengelola penyakit umum dan kronis, serta penghubung dengan komunitas. Rumah sakit berfungsi menangani kasus yang membutuhkan sumber daya lebih kompleks. Keduanya harus saling melengkapi.

Jika layanan primer lemah, rumah sakit akan dibanjiri kasus yang seharusnya dapat ditangani di tingkat primer. Jika rumah sakit tidak memberi feedback, layanan primer tidak dapat melanjutkan perawatan dengan baik. Jika data tidak terhubung, pasien harus membawa informasi sendiri. Jika komunikasi antar fasilitas buruk, pasien menjadi korban fragmentasi.

Integrasi layanan primer dan rumah sakit dapat dilakukan melalui beberapa mekanisme. Pertama, standar rujukan dan rujuk balik. Kedua, clinical pathway lintas fasilitas. Ketiga, konsultasi spesialis untuk layanan primer. Keempat, telekonsultasi. Kelima, shared care plan untuk pasien kronis. Keenam, pertemuan rutin jejaring. Ketujuh, integrasi data digital. Kedelapan, pelatihan bersama. Kesembilan, audit kasus rujukan. Kesepuluh, dashboard rujukan.

Rumah sakit dapat memperkuat layanan primer melalui edukasi klinis, pelatihan, hotline rujukan, telemedicine, dan penyusunan protokol. Layanan primer dapat membantu rumah sakit melalui deteksi dini, stabilisasi awal, kepatuhan kontrol, pemantauan kronis, dan edukasi pasien.

Integrasi ini sangat penting untuk penyakit kronis. Pasien gagal jantung, diabetes, hipertensi, PPOK, penyakit ginjal, kanker, stroke, dan kesehatan mental membutuhkan pelayanan jangka panjang. Rumah sakit tidak dapat menjadi satu-satunya tempat perawatan. Model shared care antara spesialis dan layanan primer menjadi penting.

13.8 Care Coordination dan Case Management

Care coordination adalah proses mengorganisasi berbagai layanan, informasi, dan penyedia pelayanan agar pasien memperoleh perawatan yang konsisten dan sesuai kebutuhan. Case management adalah pendekatan yang lebih intensif untuk mengelola pasien dengan kebutuhan kompleks, risiko tinggi, atau penggunaan layanan tinggi.

Dalam rumah sakit, care coordination sangat penting pada pasien dengan penyakit kronis, lansia, pasien multimorbid, pasien kanker, pasien pascaoperasi besar, pasien anak dengan kebutuhan khusus, pasien kesehatan mental, dan pasien dengan hambatan sosial. Pasien seperti ini sering membutuhkan banyak unit dan fasilitas.

Care coordinator atau case manager dapat membantu menyusun rencana perawatan, menghubungkan pasien dengan dokter, perawat, farmasi, rehabilitasi, layanan primer, pembayar, keluarga, dan komunitas. Mereka memastikan pasien memahami instruksi, kontrol tepat waktu, obat tersedia, dan rujukan berjalan.

Case management juga dapat mengurangi readmission. Banyak pasien kembali dirawat bukan karena terapi rumah sakit salah, tetapi karena transisi pulang buruk, obat tidak dipahami, kontrol terlambat, dukungan keluarga lemah, atau tanda bahaya tidak dikenali. Case manager dapat membantu menjembatani rumah sakit dan rumah pasien.

Namun, care coordination membutuhkan data dan kewenangan. Koordinator tidak akan efektif bila tidak memiliki akses rekam medis, tidak didukung dokter, atau tidak memiliki kanal komunikasi dengan fasilitas lain. Rumah sakit perlu menetapkan peran, alur, dan indikator care coordination.

Indikator care coordination dapat mencakup waktu rujukan, kelengkapan dokumen rujukan, tingkat rujuk balik berhasil, readmission, kepatuhan kontrol, kepuasan pasien, dan komunikasi antar fasilitas.

13.9 Kemitraan Strategis Rumah Sakit

Kemitraan strategis adalah kerja sama formal atau terstruktur antara rumah sakit dan pihak lain untuk mencapai tujuan bersama dalam pelayanan kesehatan. Mitra rumah sakit dapat mencakup puskesmas, klinik, rumah sakit lain, laboratorium, apotek, ambulans, perusahaan, asuransi, BPJS,

universitas, pemerintah daerah, industri teknologi, organisasi profesi, komunitas pasien, dan lembaga sosial.

Kemitraan strategis berbeda dari hubungan transaksional. Hubungan transaksional biasanya terbatas pada pembelian, penjualan, atau rujukan sesaat. Kemitraan strategis memiliki visi bersama, komitmen jangka panjang, pembagian peran, tata kelola, evaluasi, dan manfaat timbal balik.

Kemitraan rumah sakit dapat memiliki berbagai tujuan. Pertama, memperluas akses layanan. Kedua, meningkatkan mutu rujukan. Ketiga, mengembangkan layanan unggulan. Keempat, mendukung pendidikan dan riset. Kelima, memperkuat logistik dan rantai pasok. Keenam, meningkatkan efisiensi biaya. Ketujuh, membangun teknologi digital. Kedelapan, memperkuat kesiapsiagaan bencana. Kesembilan, mengembangkan program kesehatan masyarakat. Kesepuluh, memperkuat reputasi.

Kemitraan harus dikelola dengan prinsip transparansi dan etika. Rumah sakit harus menghindari konflik kepentingan, rujukan tidak rasional, gratifikasi, monopoli, atau kerja sama yang merugikan pasien. Kemitraan harus meningkatkan nilai layanan, bukan sekadar keuntungan institusi.

Dokumen kerja sama perlu memuat tujuan, ruang lingkup, hak dan kewajiban, standar layanan, mekanisme rujukan, perlindungan data, pembiayaan, indikator, evaluasi, penyelesaian konflik, dan masa berlaku. Tanpa perjanjian yang jelas, kemitraan mudah menjadi formalitas.

13.10 Kemitraan dengan Puskesmas dan Klinik

Puskesmas dan klinik merupakan mitra penting rumah sakit. Mereka menjadi titik kontak pertama bagi banyak pasien. Puskesmas juga memiliki fungsi kesehatan masyarakat, promotif, preventif, dan pemantauan komunitas. Klinik swasta dan praktik dokter mandiri juga menjadi bagian dari akses pelayanan.

Rumah sakit dapat membangun kemitraan dengan puskesmas dan klinik melalui sistem rujukan, rujuk balik, pelatihan, konsultasi spesialis, telekonsultasi, seminar klinis, standar dokumen, dan dashboard rujukan. Kemitraan ini membantu memastikan pasien dirujuk sesuai indikasi dan mendapat tindak lanjut setelah pulang.

Puskesmas dan klinik membutuhkan feedback dari rumah sakit. Bila pasien dirujuk dan tidak ada informasi balik, fasilitas asal tidak tahu diagnosis akhir, terapi, obat, dan rencana kontrol. Akibatnya, continuity of care terganggu. Rumah sakit harus menjadikan feedback sebagai bagian dari sistem rujukan.

Rumah sakit juga dapat mendukung layanan primer melalui program penyakit kronis. Misalnya, rumah sakit menyusun protokol bersama untuk diabetes, hipertensi, gagal jantung, asma, atau stroke. Pasien stabil dipantau di layanan primer, sementara rumah sakit menangani komplikasi atau evaluasi spesialistik berkala.

Kemitraan dengan layanan primer juga dapat memperkuat pencegahan. Rumah sakit dapat berbagi data tren penyakit, melakukan edukasi komunitas, dan membantu deteksi dini. Dengan demikian, rumah sakit tidak hanya menerima pasien ketika sakit berat, tetapi berkontribusi pada pencegahan.

13.11 Kemitraan Antar Rumah Sakit

Tidak semua rumah sakit memiliki kapasitas yang sama. Ada rumah sakit primer, sekunder, tersier, khusus, pendidikan, dan rujukan nasional. Kemitraan antar rumah sakit diperlukan agar pasien mendapat layanan sesuai kebutuhan tanpa hambatan berlebihan.

Kemitraan antar rumah sakit dapat mencakup rujukan spesialistik, alih rawat pasien, kerja sama ICU, jejaring stroke, jejaring kanker, jejaring maternal-neonatal, jejaring trauma, jejaring transplantasi, jejaring

laboratorium, dan dukungan tenaga ahli. Dalam situasi krisis, rumah sakit dapat berbagi kapasitas tempat tidur, oksigen, obat, atau tenaga.

Kemitraan antar rumah sakit membutuhkan kepercayaan profesional. Rumah sakit perujuk perlu yakin bahwa pasiennya akan diterima dan ditangani baik. Rumah sakit penerima membutuhkan informasi lengkap dan stabilisasi awal. Setelah pelayanan, rumah sakit penerima sebaiknya memberi feedback dan mengembalikan pasien bila sesuai.

Dalam beberapa kasus, rumah sakit juga dapat membentuk network layanan. Misalnya, beberapa rumah sakit dalam satu grup atau wilayah berbagi standar klinis, sistem informasi, pembelian obat, pelatihan, audit mutu, dan layanan rujukan internal. Network dapat meningkatkan efisiensi dan kualitas bila dikelola baik.

Namun, kemitraan antar rumah sakit juga memiliki risiko persaingan. Rumah sakit dapat enggan merujuk karena takut kehilangan pasien. Rumah sakit rujukan dapat dianggap mengambil pasien. Untuk mengatasi ini, perlu etika rujukan dan fokus pada kepentingan pasien. Pasien harus ditempatkan di atas kepentingan kompetisi.

13.12 Kemitraan dengan Laboratorium, Apotek, dan Layanan Penunjang

Laboratorium, apotek, radiologi, rehabilitasi, home care, dan layanan penunjang lain memainkan peran penting dalam ekosistem kesehatan. Rumah sakit tidak selalu mampu menyediakan semua layanan secara internal, atau dapat membutuhkan dukungan eksternal untuk cakupan wilayah, kapasitas, atau layanan khusus.

Kemitraan dengan laboratorium dapat membantu pemeriksaan khusus, surveilans penyakit, uji molekuler, patologi, atau pemeriksaan yang tidak tersedia di rumah sakit. Kemitraan ini harus memperhatikan mutu,

akreditasi, turnaround time, keamanan sampel, hasil digital, dan kerahasiaan data.

Kemitraan dengan apotek dapat mendukung ketersediaan obat, terutama untuk pasien rawat jalan atau rujuk balik. Namun, pengelolaan obat harus tetap mengikuti standar kefarmasian, keselamatan pasien, dan etika. Rumah sakit tidak boleh membangun pola rujukan obat yang merugikan pasien.

Kemitraan dengan layanan rehabilitasi dan home care penting untuk pasien pasca stroke, pasca operasi, lansia, penyakit kronis, dan pasien paliatif. Banyak pasien tidak membutuhkan rawat inap lama tetapi membutuhkan dukungan di rumah. Rumah sakit dapat membangun jejaring layanan transisi untuk mengurangi readmission.

Kemitraan dengan layanan ambulans dan transportasi kesehatan juga penting. Rujukan yang aman membutuhkan transportasi yang sesuai kondisi pasien. Ambulans bukan sekadar kendaraan, tetapi bagian dari proses klinis yang membutuhkan tenaga, alat, komunikasi, dan protokol.

13.13 Kemitraan dengan BPJS, Asuransi, dan Pembayar

Pembayar memiliki peran besar dalam ekosistem kesehatan. Di Indonesia, JKN/BPJS Kesehatan menjadi salah satu aktor utama dalam pembiayaan layanan rumah sakit. Asuransi swasta, perusahaan, dan skema pembiayaan lain juga memengaruhi akses, pilihan layanan, administrasi, klaim, dan pengalaman pasien.

Kemitraan dengan pembayar harus dikelola secara profesional. Rumah sakit perlu memahami ketentuan manfaat, alur klaim, verifikasi, rujukan berjenjang, tarif, formularium, dan regulasi. Komunikasi dengan pembayar penting untuk mengurangi klaim tertunda, sengketa administrasi, dan ketidakjelasan pasien.

Dalam JKN, sistem rujukan berjenjang menjadi mekanisme untuk menjaga efisiensi dan memastikan pasien mendapat layanan pada tingkat yang sesuai. Namun, rumah sakit harus memastikan bahwa mekanisme administrasi tidak menghambat pasien yang membutuhkan layanan segera. Pada kondisi gawat darurat, keselamatan pasien harus menjadi prioritas.

Kemitraan dengan pembayar juga dapat mendukung program manajemen penyakit kronis, pencegahan readmission, audit mutu, dan pengendalian fraud. Pembayar memiliki data penggunaan layanan yang besar. Bila digunakan secara etis, data ini dapat membantu memperbaiki sistem.

Namun, hubungan rumah sakit dan pembayar juga dapat menimbulkan ketegangan. Rumah sakit ingin biaya layanan tertutup. Pembayar ingin efisiensi dan kepatuhan. Pasien ingin akses mudah. Karena itu, diperlukan dialog berbasis data dan fokus pada nilai pasien. Sengketa pembiayaan tidak boleh mengorbankan keselamatan dan martabat pasien.

13.14 Kemitraan dengan Pemerintah dan Regulator

Pemerintah dan regulator memiliki peran dalam perizinan, standar pelayanan, sistem rujukan, pembiayaan, kesehatan masyarakat, akreditasi, penanggulangan bencana, surveilans, dan perlindungan pasien. Rumah sakit harus menjalin hubungan kerja yang baik dengan pemerintah pusat, pemerintah daerah, dinas kesehatan, BPJS, lembaga akreditasi, BPBD, dan lembaga lain.

Kemitraan dengan pemerintah penting dalam beberapa konteks. Pertama, pelaporan penyakit dan surveilans. Kedua, respons wabah dan bencana. Ketiga, sistem rujukan daerah. Keempat, perizinan dan kepatuhan regulasi. Kelima, program kesehatan prioritas. Keenam, pelatihan dan peningkatan kapasitas. Ketujuh, integrasi data kesehatan.

Rumah sakit harus memahami bahwa kepatuhan regulasi bukan sekadar kewajiban administratif. Regulasi bertujuan menjaga keselamatan, mutu, akses, dan akuntabilitas. Namun, pemerintah juga membutuhkan masukan dari rumah sakit mengenai tantangan lapangan. Kemitraan yang baik memungkinkan dialog kebijakan.

Dalam krisis, koordinasi dengan pemerintah sangat penting. Pandemi menunjukkan bahwa rumah sakit harus terhubung dengan sistem pelaporan, alokasi tempat tidur, laboratorium, logistik, vaksinasi, dan komunikasi publik. Rumah sakit yang tidak terkoordinasi dengan pemerintah akan lebih rentan.

13.15 Kemitraan dengan Perguruan Tinggi dan Lembaga Riset

Perguruan tinggi dan lembaga riset merupakan mitra penting rumah sakit dalam pendidikan, penelitian, inovasi, dan pengembangan SDM. Rumah sakit dapat bekerja sama dengan fakultas kedokteran, keperawatan, farmasi, kesehatan masyarakat, teknik biomedis, informatika, manajemen, psikologi, dan bidang lain.

Kemitraan ini dapat mencakup rumah sakit pendidikan, penelitian klinis, penelitian manajemen rumah sakit, quality improvement, pengembangan AI, telemedicine, pelatihan SDM, magang, residensi, dan pengabdian masyarakat. Rumah sakit memperoleh dukungan ilmu dan metode. Perguruan tinggi memperoleh konteks nyata untuk pendidikan dan riset.

Dalam ekosistem kesehatan modern, inovasi sering lahir dari kolaborasi multidisiplin. Masalah rumah sakit tidak hanya membutuhkan dokter, tetapi juga ahli data, insinyur, manajer, ekonom kesehatan, ahli perilaku, ahli komunikasi, dan ahli hukum. Perguruan tinggi dapat memperluas kapasitas ini.

Namun, kemitraan akademik harus menjaga etika. Penelitian harus melalui review etik. Data pasien harus dilindungi. Hak kekayaan intelektual harus

diatur. Publikasi harus jujur. Pasien tidak boleh menjadi objek penelitian tanpa perlindungan.

Rumah sakit yang bekerja baik dengan perguruan tinggi dapat berkembang menjadi learning health system, yaitu sistem yang terus belajar dari data dan pengalaman untuk memperbaiki pelayanan.

13.16 Kemitraan dengan Komunitas Pasien dan Masyarakat

Komunitas pasien dan masyarakat sering kurang diperhitungkan dalam manajemen rumah sakit, padahal mereka sangat penting. Pasien tidak hanya penerima layanan, tetapi sumber pengalaman, kebutuhan, dan pembelajaran. Komunitas dapat membantu edukasi, dukungan sosial, kepatuhan terapi, deteksi dini, dan advokasi.

Rumah sakit dapat bekerja sama dengan komunitas pasien diabetes, kanker, gagal ginjal, stroke, penyakit langka, kesehatan mental, ibu-anak, lansia, dan penyandang disabilitas. Kerja sama ini dapat berupa edukasi, kelompok dukungan, skrining, pelatihan caregiver, kampanye kesehatan, dan evaluasi pengalaman pasien.

Komunitas juga membantu rumah sakit memahami hambatan nyata yang tidak terlihat di ruang klinis. Misalnya, pasien tidak patuh obat bukan karena tidak mau, tetapi karena biaya transportasi, kesulitan memahami instruksi, dukungan keluarga lemah, atau efek samping obat. Komunitas dapat memberi perspektif pasien.

Kemitraan dengan masyarakat juga penting dalam krisis. Saat wabah, bencana, atau kampanye vaksinasi, komunikasi melalui tokoh komunitas dapat lebih dipercaya. Rumah sakit yang memiliki hubungan baik dengan komunitas akan lebih mudah menyampaikan edukasi dan membangun kepercayaan.

Partisipasi pasien dan komunitas sejalan dengan prinsip people-centred care. Pelayanan tidak hanya dirancang untuk pasien, tetapi bersama pasien.

13.17 Kemitraan Publik-Swasta dalam Kesehatan

Kemitraan publik-swasta atau public-private partnership dapat menjadi strategi untuk memperluas akses, meningkatkan kapasitas, mengembangkan infrastruktur, menyediakan teknologi, atau menjalankan program kesehatan. Dalam konteks rumah sakit, PPP dapat mencakup pembangunan fasilitas, layanan diagnostik, telemedicine, pengelolaan alat, pelatihan, rantai pasok, atau program kesehatan masyarakat.

PPP dapat memberi manfaat bila dikelola dengan baik. Pemerintah atau rumah sakit publik dapat memperoleh dukungan modal dan teknologi. Pihak swasta memperoleh ruang kontribusi. Pasien memperoleh akses layanan. Namun, PPP juga memiliki risiko: komersialisasi berlebihan, ketimpangan akses, kontrak tidak transparan, konflik kepentingan, dan beban biaya jangka panjang.

Karena itu, PPP dalam kesehatan harus mengikuti prinsip tata kelola. Tujuan kesehatan publik harus jelas. Kontrak harus transparan. Risiko dan manfaat harus dibagi adil. Mutu dan keselamatan harus diukur. Akses bagi kelompok rentan harus diperhatikan. Konflik kepentingan harus dikelola. Evaluasi harus dilakukan berkala.

Rumah sakit perlu memiliki kapasitas negosiasi dan analisis sebelum masuk PPP. Tidak semua kemitraan yang tampak modern memberikan manfaat jangka panjang. Misalnya, kerja sama alat canggih dapat membebani rumah sakit bila volume pasien tidak cukup. Kerja sama digital dapat menciptakan ketergantungan vendor bila data tidak dapat dipindahkan.

Kemitraan publik-swasta harus menjadi sarana memperkuat ekosistem kesehatan, bukan sekadar proyek bisnis.

13.18 Digitalisasi Jejaring dan Interoperabilitas Data

Digitalisasi membuka peluang besar untuk memperkuat jejaring kesehatan. Sistem rujukan digital, rekam medis elektronik, platform integrasi data, telemedicine, dashboard tempat tidur, e-claim, e-prescribing, dan data analytics dapat mempercepat komunikasi antar fasilitas.

Interoperabilitas adalah kunci. Tanpa interoperabilitas, setiap fasilitas memiliki data sendiri yang tidak dapat dibaca sistem lain. Pasien harus membawa kertas, hasil pemeriksaan diulang, dan dokter tidak memiliki riwayat lengkap. Dengan interoperabilitas, data penting dapat mengalir secara aman dan sesuai hak akses.

Dalam konteks Indonesia, SATUSEHAT menjadi platform penting untuk integrasi data kesehatan. Namun, teknologi saja tidak cukup. Rumah sakit harus memastikan data berkualitas, standar terminologi digunakan, identitas pasien benar, dan hak akses diatur. Data yang buruk akan menciptakan koordinasi buruk.

Digitalisasi rujukan dapat membantu fasilitas perujuk mengetahui ketersediaan layanan, mengirim dokumen, memperoleh konfirmasi, dan menerima feedback. Rumah sakit penerima dapat mempersiapkan tim sebelum pasien datang. Pasien tidak harus mengulang informasi yang sama berkali-kali.

Telemedicine juga dapat memperkuat jejaring. Dokter spesialis di rumah sakit dapat memberi konsultasi kepada layanan primer untuk kasus tertentu, sehingga pasien tidak selalu harus dirujuk. Telemedicine juga dapat mendukung rujuk balik dan pemantauan kronis.

Namun, digitalisasi jejaring harus memperhatikan privasi, keamanan siber, consent, kualitas data, dan inklusi digital. Pasien yang tidak memiliki akses digital tidak boleh ditinggalkan.

13.19 Telemedicine dan Telekonsultasi dalam Jejaring Rujukan

Telemedicine dapat mengubah cara sistem rujukan bekerja. Dalam model lama, pasien harus berpindah fasilitas untuk memperoleh pendapat spesialis. Dalam model telemedicine, sebagian konsultasi dapat dilakukan jarak jauh. Ini sangat penting bagi wilayah kepulauan, daerah terpencil, atau fasilitas dengan keterbatasan spesialis.

Telekonsultasi antara dokter layanan primer dan spesialis dapat membantu menentukan apakah pasien perlu dirujuk, pemeriksaan apa yang diperlukan sebelum rujukan, bagaimana stabilisasi awal, dan bagaimana tindak lanjut setelah pasien kembali. Hal ini dapat mengurangi rujukan yang tidak perlu dan mempercepat rujukan yang memang penting.

Telemedicine juga dapat digunakan untuk pasien kronis. Pasien pasca rawat inap dapat dipantau melalui konsultasi jarak jauh. Pasien dapat mengirim data tekanan darah, gula darah, atau gejala. Dokter dapat menilai apakah pasien perlu datang langsung. Ini mendukung continuum of care.

Namun, telemedicine harus memiliki batas. Tidak semua kasus dapat ditangani jarak jauh. Pemeriksaan fisik, tindakan, kondisi gawat darurat, dan kasus kompleks tertentu tetap membutuhkan tatap muka. Rumah sakit harus memiliki protokol triase telemedicine.

Telemedicine dalam jejaring juga membutuhkan rekam medis, dokumentasi, consent, keamanan data, dan pembiayaan yang jelas. Tanpa tata kelola, telemedicine dapat menimbulkan risiko hukum dan klinis.

13.20 Ekosistem Kesehatan Berbasis Nilai

Ekosistem kesehatan masa depan perlu bergerak menuju value-based health care, yaitu pelayanan yang menekankan hasil kesehatan yang bermakna bagi pasien dibandingkan biaya yang digunakan. Dalam ekosistem berbasis nilai, rumah sakit tidak hanya mengejar volume layanan, tetapi outcome, pengalaman, keselamatan, efisiensi, dan kesinambungan.

Pendekatan berbasis nilai sulit dilakukan bila fasilitas bekerja terpisah. Outcome pasien sering ditentukan oleh perjalanan lintas fasilitas. Misalnya, hasil operasi jantung tidak hanya ditentukan oleh tindakan di ruang operasi, tetapi juga deteksi awal, kesiapan rujukan, rehabilitasi, kepatuhan obat, kontrol lanjutan, dan dukungan keluarga. Karena itu, value-based care membutuhkan jejaring.

Dalam ekosistem berbasis nilai, indikator tidak hanya diukur di dalam rumah sakit. Perlu dilihat readmission, komplikasi, follow-up, kualitas hidup, kepuasan pasien, dan biaya total episode perawatan. Rumah sakit perlu bekerja sama dengan layanan primer dan pembayar untuk mengukur outcome lintas waktu.

Model pembayaran juga memengaruhi nilai. Fee-for-service cenderung mendorong volume. Pembayaran paket atau berbasis episode dapat mendorong efisiensi, tetapi harus dijaga agar tidak menurunkan mutu. Sistem pembiayaan perlu diseimbangkan dengan indikator mutu dan keselamatan.

Rumah sakit dapat memulai pendekatan berbasis nilai pada layanan tertentu, misalnya stroke, gagal jantung, diabetes, kanker, maternal-neonatal, atau operasi elektif. Untuk setiap layanan, rumah sakit memetakan patient journey, mitra jejaring, outcome, biaya, dan titik perbaikan.

13.21 Manajemen Rujukan Gawat Darurat

Rujukan gawat darurat memiliki karakter khusus karena waktu sangat menentukan. Pasien trauma, stroke, serangan jantung, sepsis, perdarahan obstetri, bayi baru lahir kritis, atau gagal napas membutuhkan respons cepat. Sistem rujukan gawat darurat harus mengutamakan stabilisasi, komunikasi, transportasi aman, dan kesiapan fasilitas penerima.

Prinsip utama rujukan gawat darurat adalah “stabilize and transfer safely”. Fasilitas perujuk harus melakukan stabilisasi sesuai kapasitas: airway, breathing, circulation, kontrol perdarahan, oksigen, cairan, obat emergensi, dan monitoring. Fasilitas penerima harus diberi informasi sebelum pasien datang agar tim siap.

Ambulans gawat darurat harus dilihat sebagai bagian dari layanan klinis. Ambulans perlu memiliki tenaga terlatih, alat, obat, oksigen, komunikasi, dan protokol. Transportasi pasien kritis tanpa pendampingan memadai dapat berbahaya.

Jejaring gawat darurat juga membutuhkan peta fasilitas. Sistem harus tahu rumah sakit mana yang memiliki cath lab, CT scan, ICU, NICU, bank darah, bedah saraf, atau layanan trauma. Dalam kondisi tertentu, pasien sebaiknya langsung dibawa ke fasilitas yang tepat, bukan ke fasilitas terdekat yang tidak mampu.

Rujukan gawat darurat juga membutuhkan koordinasi dengan ambulans publik, dinas kesehatan, kepolisian, BPBD, dan rumah sakit lain. Dalam kecelakaan massal atau bencana, sistem komando krisis diperlukan.

13.22 Jejaring Penyakit Prioritas

Rumah sakit dapat membangun jejaring berdasarkan penyakit prioritas. Jejaring ini menghubungkan layanan primer, rumah sakit, komunitas, dan spesialis untuk penyakit yang membutuhkan koordinasi tinggi.

Contoh jejaring penyakit prioritas:

Jejaring stroke.
Membutuhkan edukasi masyarakat, deteksi FAST, ambulans cepat, CT scan, neurologi, ICU, rehabilitasi, dan rujuk balik.

Jejaring jantung.
Membutuhkan deteksi dini, penanganan serangan jantung, cath lab, rehabilitasi jantung, kontrol faktor risiko, dan layanan primer.

Jejaring kanker.
Membutuhkan skrining, diagnosis, patologi, bedah, kemoterapi, radioterapi, paliatif, dukungan psikososial, dan navigasi pasien.

Jejaring maternal-neonatal.
Membutuhkan antenatal care, rujukan risiko tinggi, bank darah, operasi emergensi, NICU, transport neonatal, dan rujuk balik ibu-anak.

Jejaring ginjal kronis.
Membutuhkan deteksi di layanan primer, nefrologi, hemodialisis, edukasi diet, transplantasi bila tersedia, dan dukungan pasien.

Jejaring kesehatan mental.
Membutuhkan layanan primer, psikiater, psikolog, komunitas, rehabilitasi sosial, dan dukungan keluarga.

Jejaring penyakit prioritas membantu rumah sakit fokus pada alur pasien, bukan hanya layanan internal. Dengan jejaring, rumah sakit dapat mengurangi keterlambatan diagnosis, mempercepat rujukan, meningkatkan outcome, dan memperkuat edukasi masyarakat.

13.23 Discharge Planning sebagai Jembatan Jejaring

Discharge planning adalah proses merencanakan kepulangan pasien dari rumah sakit agar transisi ke rumah, layanan primer, rehabilitasi, atau fasilitas lain berjalan aman. Discharge planning adalah salah satu titik paling penting dalam continuum of care.

Banyak masalah terjadi setelah pasien pulang. Pasien tidak memahami obat. Keluarga tidak tahu tanda bahaya. Jadwal kontrol tidak jelas. Fasilitas primer tidak mendapat informasi. Alat bantu belum tersedia. Pasien tidak mampu membeli obat tambahan. Luka tidak dirawat dengan benar. Akibatnya, pasien kembali ke IGD atau rawat inap.

Discharge planning yang baik dimulai sejak awal rawat, bukan pada hari pulang. Tim harus menilai kebutuhan pasien: kondisi klinis, obat, mobilitas, dukungan keluarga, kebutuhan rehabilitasi, nutrisi, alat bantu, kontrol, dan risiko readmission. Pasien dan keluarga harus dilibatkan.

Dokumen pulang harus jelas: diagnosis, tindakan, obat, hasil penting, instruksi perawatan, jadwal kontrol, tanda bahaya, dan kontak bila terjadi masalah. Untuk pasien yang dirujuk balik, informasi harus dikirim ke fasilitas penerima. Bila pasien membutuhkan home care atau rehabilitasi, alur harus diatur.

Discharge planning adalah bukti bahwa rumah sakit peduli pada pasien setelah meninggalkan gedung rumah sakit. Ini memperkuat kepercayaan dan mengurangi risiko.

13.24 Navigasi Pasien

Patient navigation adalah pendekatan membantu pasien melewati sistem pelayanan yang kompleks. Navigator pasien dapat membantu jadwal, rujukan, pemeriksaan, edukasi, komunikasi, dukungan sosial, dan tindak lanjut. Konsep ini berkembang terutama pada layanan kanker, penyakit kronis, dan populasi rentan.

Dalam sistem kesehatan yang kompleks, pasien sering bingung: harus ke mana, membawa dokumen apa, kapan kontrol, apa yang ditanggung, siapa yang bisa dihubungi, dan apa arti hasil pemeriksaan. Navigator membantu mengurangi kebingungan ini.

Rumah sakit dapat mengembangkan navigator untuk layanan tertentu. Misalnya, navigator kanker membantu pasien dari diagnosis sampai terapi dan follow-up. Navigator stroke membantu rehabilitasi dan rujuk balik. Navigator maternal membantu ibu risiko tinggi. Navigator JKN membantu administrasi rujukan dan klaim.

Navigator tidak menggantikan dokter atau perawat, tetapi menjembatani pasien dengan sistem. Peran ini sangat penting untuk pasien rentan: lansia, pasien miskin, pasien dengan literasi rendah, pasien dari daerah jauh, atau pasien dengan penyakit kompleks.

Patient navigation juga dapat memperbaiki pengalaman pasien dan mengurangi lost to follow-up. Rumah sakit yang menyediakan navigasi menunjukkan orientasi pada perjalanan pasien, bukan hanya episode layanan.

13.25 Tantangan Fragmentasi Layanan

Fragmentasi layanan merupakan tantangan utama ekosistem kesehatan. Fragmentasi muncul ketika fasilitas, profesi, sistem data, pembiayaan, dan kebijakan tidak terkoordinasi. Pasien mengalami sistem sebagai rangkaian potongan yang tidak menyatu.

Penyebab fragmentasi antara lain:

1. Silo organisasi antar fasilitas.
2. Kurangnya standar rujukan.
3. Sistem informasi tidak terintegrasi.
4. Insentif pembiayaan yang tidak selaras.
5. Kompetisi antar rumah sakit.
6. Perbedaan kapasitas fasilitas.

7. Komunikasi antarprofesi lemah.
8. Tidak adanya case manager.
9. Kurangnya feedback rujukan.
10. Kesenjangan geografis.
11. Literasi pasien rendah.
12. Regulasi yang belum diimplementasikan secara konsisten.

Dampak fragmentasi sangat luas. Pasien bingung. Biaya meningkat. Pemeriksaan berulang. Obat duplikatif. Risiko interaksi obat meningkat. Readmission meningkat. Layanan primer melemah. Rumah sakit menjadi penuh. Data kebijakan tidak lengkap.

Mengatasi fragmentasi membutuhkan pendekatan sistem. Tidak cukup satu rumah sakit memperbaiki internalnya. Diperlukan jejaring, regulasi, pembiayaan, interoperabilitas data, komunikasi, dan budaya kolaborasi. Rumah sakit dapat memulai dari wilayah pengaruhnya dengan membangun jejaring rujukan yang kuat.

13.26 Tata Kelola Jejaring Kesehatan

Jejaring kesehatan membutuhkan tata kelola. Tanpa tata kelola, jejaring hanya menjadi daftar mitra tanpa efektivitas. Tata kelola jejaring menentukan bagaimana keputusan dibuat, bagaimana standar disusun, bagaimana data dibagikan, bagaimana konflik diselesaikan, bagaimana mutu diukur, dan bagaimana akuntabilitas dijaga.

Elemen tata kelola jejaring meliputi:

Visi bersama. Semua mitra memahami tujuan jejaring: keselamatan pasien, akses, mutu, efisiensi, dan kesinambungan.

Struktur koordinasi. Ada forum atau komite jejaring yang bertemu rutin.

Peran dan tanggung jawab. Setiap fasilitas tahu kapan merujuk, kapan menerima, kapan merujuk balik, dan bagaimana memberi feedback.

Standar klinis dan operasional. Ada SOP rujukan, protokol emergensi, standar dokumen, dan pathway.

Sistem informasi. Data dapat dibagikan secara aman dan sesuai ketentuan.

Indikator kinerja. Jejaring mengukur waktu rujukan, kelengkapan dokumen, outcome, readmission, dan kepuasan.

Mekanisme evaluasi. Kasus rujukan bermasalah dibahas untuk perbaikan.

Penyelesaian konflik. Ada mekanisme bila terjadi masalah antar mitra.

Perlindungan data. Privasi pasien dijaga.

Etika kerja sama. Rujukan tidak boleh didorong oleh gratifikasi atau kepentingan tidak sah.

Tata kelola jejaring yang baik membutuhkan kepemimpinan kolaboratif. Rumah sakit besar tidak boleh bersikap dominan. Layanan primer tidak boleh dianggap bawahan. Semua aktor memiliki peran dalam perjalanan pasien.

13.27 Etika dalam Jejaring dan Rujukan

Sistem rujukan dan kemitraan memiliki dimensi etika. Rujukan harus didasarkan pada kebutuhan pasien, bukan keuntungan institusi atau individu. Rumah sakit tidak boleh menerima atau memberi insentif rujukan yang tidak etis. Fasilitas tidak boleh menahan pasien yang membutuhkan rujukan hanya karena alasan pendapatan. Rumah sakit rujukan tidak boleh menolak pasien tanpa alasan yang sah bila memiliki kapasitas dan kewenangan.

Etika rujukan mencakup kejujuran, keadilan, transparansi, keselamatan, dan kepentingan terbaik pasien. Pasien dan keluarga harus diberi informasi alasan rujukan. Risiko transportasi harus dijelaskan. Pilihan fasilitas harus mempertimbangkan kebutuhan klinis, ketersediaan layanan, pembiayaan, dan preferensi pasien sejauh memungkinkan.

Privasi data juga penting. Pertukaran informasi antar fasilitas harus dilakukan untuk kepentingan pelayanan dan sesuai ketentuan. Data pasien tidak boleh dibagikan kepada pihak yang tidak berwenang. Dalam jejaring digital, keamanan data harus menjadi prioritas.

Kemitraan dengan industri, laboratorium, apotek, atau asuransi juga harus etis. Rumah sakit harus menghindari konflik kepentingan yang dapat memengaruhi keputusan klinis. Transparansi kontrak dan audit diperlukan.

Etika jejaring menegaskan bahwa ekosistem kesehatan bukan hanya sistem teknis, tetapi sistem moral. Tujuan akhirnya adalah melindungi pasien.

13.28 Peran Kepemimpinan dalam Ekosistem Kesehatan

Manajemen jejaring membutuhkan kepemimpinan berbeda dari kepemimpinan internal rumah sakit. Kepemimpinan jejaring adalah kepemimpinan kolaboratif. Pemimpin harus mampu membangun kepercayaan, menyatukan aktor berbeda, menegosiasikan kepentingan, menyelesaikan konflik, dan menjaga fokus pada pasien.

Pemimpin rumah sakit perlu memahami bahwa kemitraan tidak dapat dibangun hanya melalui surat kerja sama. Kemitraan hidup melalui komunikasi, respons, keadilan, dan manfaat nyata. Fasilitas perujuk akan percaya bila rumah sakit memberi feedback, menghargai peran mereka, dan tidak sekadar mengambil pasien. Pasien akan percaya bila rujukan terasa lancar. Pemerintah akan percaya bila rumah sakit patuh dan kooperatif.

Kepemimpinan ekosistem juga membutuhkan kemampuan melihat gambaran besar. Masalah rumah sakit sering berasal dari luar rumah sakit: layanan primer lemah, rujukan tidak tepat, transportasi sulit, pembiayaan terbatas, atau edukasi masyarakat rendah. Pemimpin yang hanya melihat internal akan gagal memahami akar masalah.

Kepemimpinan jejaring harus berbasis data. Rumah sakit perlu memantau pola rujukan, asal pasien, kasus yang sering dirujuk, waktu tunggu, outcome, readmission, dan feedback. Data membantu dialog dengan mitra.

Kepemimpinan ekosistem juga membutuhkan kerendahan hati. Tidak ada institusi yang dapat menyelesaikan semua masalah sendiri. Kolaborasi adalah tanda kematangan, bukan kelemahan.

13.29 Indikator Kinerja Jejaring, Rujukan, dan Kemitraan

Jejaring dan rujukan harus diukur. Tanpa indikator, kemitraan mudah menjadi formalitas. Indikator membantu rumah sakit menilai efektivitas koordinasi.

Beberapa indikator penting adalah:

Jumlah rujukan masuk berdasarkan fasilitas asal, jenis kasus, dan tingkat urgensi.
Jumlah rujukan keluar berdasarkan alasan dan fasilitas tujuan.
Waktu respons rujukan dari permintaan sampai konfirmasi.
Kelengkapan dokumen rujukan termasuk diagnosis, tindakan, obat, dan hasil pemeriksaan.
Ketepatan indikasi rujukan berdasarkan audit klinis.
Waktu tunggu penerimaan pasien rujukan.
Persentase rujuk balik berhasil.
Kelengkapan informasi rujuk balik.
Readmission setelah discharge.

Lost to follow-up pada pasien kronis.
Jumlah konsultasi antar fasilitas.
Kepuasan fasilitas perujuk.
Kepuasan pasien terhadap proses rujukan.
Jumlah pertemuan jejaring.
Jumlah pelatihan atau edukasi jejaring.
Outcome klinis pada jejaring penyakit prioritas.
Penggunaan platform digital rujukan.
Insiden keselamatan terkait transisi pelayanan.

Indikator harus digunakan untuk perbaikan, bukan hanya pelaporan. Misalnya, jika dokumen rujukan sering tidak lengkap, rumah sakit dapat menyusun template dan pelatihan. Jika rujuk balik rendah, perlu dianalisis apakah layanan primer siap, pasien percaya, atau komunikasi kurang. Jika readmission tinggi, discharge planning perlu diperbaiki.

13.30 Ilustrasi Kasus: Pasien Stroke dan Rujukan Terlambat

Seorang pasien mengalami kelemahan mendadak pada satu sisi tubuh. Keluarga membawanya ke klinik terdekat. Klinik mencurigai stroke tetapi tidak memiliki protokol rujukan cepat. Pasien menunggu beberapa jam untuk observasi. Setelah dirujuk ke rumah sakit, keluarga harus mencari ambulans sendiri. Dokumen klinis minim. Rumah sakit penerima belum mendapat informasi. Ketika pasien tiba, jendela waktu terapi sudah terlewat.

Kasus ini menggambarkan kegagalan jejaring. Masalahnya bukan hanya klinik atau rumah sakit, tetapi sistem rujukan. Tidak ada protokol stroke, tidak ada komunikasi cepat, tidak ada ambulans terkoordinasi, tidak ada edukasi keluarga, dan tidak ada jejaring stroke.

Perbaikan dilakukan dengan membentuk jejaring stroke wilayah. Puskesmas dan klinik dilatih mengenali FAST. Ambulans diberi protokol

stroke. Rumah sakit menyediakan hotline stroke. CT scan diprioritaskan. Feedback diberikan kepada perujuk. Edukasi masyarakat dilakukan. Setelah program berjalan, waktu dari gejala ke rumah sakit menurun.

Kasus ini menunjukkan bahwa outcome pasien bergantung pada ekosistem, bukan hanya kualitas rumah sakit.

13.31 Ilustrasi Kasus: Rujuk Balik Diabetes yang Berhasil

Sebuah rumah sakit memiliki poliklinik penyakit dalam yang sangat padat. Banyak pasien diabetes stabil datang setiap bulan untuk kontrol, sehingga pasien baru harus menunggu lama. Rumah sakit bekerja sama dengan puskesmas untuk program rujuk balik diabetes.

Tim rumah sakit menyusun kriteria pasien stabil, format rujuk balik, edukasi pasien, dan jadwal evaluasi spesialis setiap beberapa bulan. Puskesmas mendapat pelatihan pemantauan gula darah, edukasi diet, kaki diabetik, dan penggunaan obat. Pasien diberi buku kontrol dan nomor kontak. Data kunjungan dibagikan melalui sistem digital sederhana.

Awalnya pasien ragu karena merasa lebih aman di rumah sakit. Dokter menjelaskan bahwa pemantauan harian lebih baik dilakukan dekat rumah, dan rumah sakit tetap siap menerima bila kondisi memburuk. Setelah beberapa bulan, poliklinik rumah sakit menjadi lebih terkendali, puskesmas lebih percaya diri, pasien lebih mudah kontrol, dan kepatuhan meningkat.

Kasus ini menunjukkan bahwa rujuk balik yang baik membutuhkan kepercayaan, edukasi, kapasitas layanan primer, dan dukungan rumah sakit.

13.32 Ilustrasi Kasus: Kemitraan Digital untuk Rujukan Maternal-Neonatal

Di sebuah daerah, kasus ibu hamil risiko tinggi sering terlambat dirujuk ke rumah sakit. Komplikasi perdarahan, preeklamsia, dan bayi prematur sering tiba dalam kondisi kritis. Rumah sakit, dinas kesehatan, puskesmas, bidan, dan ambulans membentuk sistem rujukan digital maternal-neonatal.

Bidan dan puskesmas dapat memasukkan data ibu hamil risiko tinggi ke platform. Rumah sakit memantau daftar risiko. Bila terjadi tanda bahaya, puskesmas mengirim notifikasi. Rumah sakit menyiapkan ruang bersalin, dokter, bank darah, dan NICU bila diperlukan. Setelah pasien pulang, puskesmas menerima instruksi tindak lanjut.

Program ini menurunkan keterlambatan rujukan. Komunikasi menjadi lebih cepat. Namun, tantangan muncul: beberapa wilayah memiliki sinyal buruk, data tidak selalu lengkap, dan staf membutuhkan pelatihan. Program diperbaiki dengan opsi komunikasi alternatif dan pelatihan rutin.

Kasus ini menunjukkan bahwa digitalisasi rujukan dapat memperkuat jejaring, tetapi tetap membutuhkan manusia, proses, dan tata kelola.

13.33 Tantangan Manajemen Ekosistem Kesehatan di Indonesia

Indonesia memiliki tantangan khusus dalam manajemen jejaring kesehatan.

Pertama, **geografi kepulauan**. Jarak, transportasi, cuaca, dan infrastruktur memengaruhi rujukan.

Kedua, **variasi kapasitas fasilitas**. Rumah sakit dan layanan primer memiliki kemampuan yang berbeda-beda antar wilayah.

Ketiga, **kesenjangan SDM kesehatan**. Ketersediaan spesialis, perawat, tenaga farmasi, dan tenaga penunjang tidak merata.

Keempat, **fragmentasi data**. Meskipun integrasi digital berkembang, kualitas data dan interoperabilitas masih menjadi pekerjaan besar.

Kelima, **beban JKN**. Volume pasien tinggi dan administrasi pembiayaan memengaruhi alur rujukan.

Keenam, **literasi kesehatan masyarakat**. Pasien sering belum memahami sistem rujukan dan pentingnya layanan primer.

Ketujuh, **kompetisi antar fasilitas**. Persaingan dapat menghambat rujukan yang rasional.

Kedelapan, **keterbatasan transportasi medis**. Ambulans dan sistem gawat darurat belum merata.

Kesembilan, **perbedaan tata kelola daerah**. Koordinasi antar pemerintah daerah, dinas kesehatan, dan fasilitas dapat bervariasi.

Kesepuluh, **tantangan digital divide**. Tidak semua fasilitas dan pasien siap digital.

Tantangan ini tidak membuat integrasi mustahil, tetapi menuntut strategi bertahap, kontekstual, dan berbasis wilayah. Setiap rumah sakit perlu memetakan ekosistem lokalnya.

13.34 Strategi Penguatan Jejaring dan Ekosistem Kesehatan

Ada beberapa strategi yang dapat dilakukan rumah sakit untuk memperkuat jejaring dan ekosistem kesehatan.

Pertama, **memetakan ekosistem**. Rumah sakit perlu mengetahui fasilitas perujuk, fasilitas penerima, layanan primer, laboratorium, ambulans, komunitas, pembayar, dan pemerintah di wilayahnya.

Kedua, **membangun forum jejaring**. Pertemuan rutin dengan mitra membantu membangun komunikasi dan kepercayaan.

Ketiga, **menyusun SOP rujukan dan rujuk balik**. SOP harus jelas, praktis, dan disepakati bersama.

Keempat, **membuat kanal komunikasi cepat**. Hotline rujukan, grup koordinasi resmi, atau platform digital dapat mempercepat proses.

Kelima, **mengembangkan clinical pathway lintas fasilitas**. Terutama untuk penyakit prioritas seperti stroke, jantung, diabetes, maternal-neonatal, kanker, dan gagal ginjal.

Keenam, **memperkuat feedback rujukan**. Rumah sakit harus memberi informasi balik kepada fasilitas perujuk.

Ketujuh, **melatih mitra jejaring**. Pelatihan meningkatkan kapasitas layanan primer dan memperbaiki rujukan.

Kedelapan, **mengintegrasikan data**. SATUSEHAT, RME, dan dashboard rujukan perlu dimanfaatkan secara bertanggung jawab.

Kesembilan, **menetapkan indikator jejaring**. Kinerja rujukan harus diukur.

Kesepuluh, **membangun budaya kolaborasi**. Rumah sakit harus menghargai peran semua aktor.

Kesebelas, **melibatkan pasien dan komunitas**. Pasien harus memahami alur dan haknya.

Keduabelas, **menjaga etika kemitraan**. Rujukan harus berdasarkan kebutuhan pasien.

Strategi ini membantu rumah sakit bergerak dari orientasi institusional menuju orientasi sistem kesehatan.

13.35 Model Integratif Bab 13

Manajemen jejaring, rujukan, kemitraan, dan ekosistem kesehatan dapat diringkas dalam model integratif berikut.

Aktor ekosistem mencakup rumah sakit, puskesmas, klinik, dokter praktik, laboratorium, apotek, ambulans, BPJS, asuransi, pemerintah, perguruan tinggi, komunitas, dan platform digital.

Proses utama mencakup deteksi awal, rujukan, penerimaan, pelayanan rumah sakit, discharge planning, rujuk balik, monitoring kronis, dan tindak lanjut.

Mekanisme koordinasi mencakup SOP, hotline, komunikasi antar fasilitas, case manager, patient navigator, forum jejaring, dan dashboard.

Infrastruktur digital mencakup SIMRS, RME, SATUSEHAT, telemedicine, sistem rujukan digital, dan interoperabilitas data.

Tata kelola mencakup perjanjian kerja sama, pembagian peran, indikator, audit, perlindungan data, dan etika rujukan.

Outcome mencakup akses lebih baik, rujukan tepat, pelayanan berkelanjutan, pasien lebih aman, duplikasi berkurang, biaya lebih efisien, dan sistem kesehatan lebih tangguh.

Model ini menunjukkan bahwa rumah sakit masa depan adalah rumah sakit yang bekerja dalam jaringan. Keunggulan rumah sakit tidak hanya ditentukan oleh kapasitas internal, tetapi juga oleh kualitas hubungannya dengan ekosistem.

13.36 Implikasi Manajerial

Pertama, direksi rumah sakit perlu menempatkan jejaring dan rujukan sebagai fungsi strategis, bukan sekadar administrasi pasien masuk dan keluar.

Kedua, rumah sakit harus membangun unit atau fungsi koordinasi rujukan yang mampu berkomunikasi dengan fasilitas lain secara cepat dan profesional.

Ketiga, rujuk balik harus menjadi bagian dari manajemen pasien kronis dan discharge planning.

Keempat, kemitraan dengan puskesmas dan klinik harus diperkuat melalui pelatihan, feedback, telekonsultasi, dan pathway lintas fasilitas.

Kelima, kemitraan dengan BPJS dan asuransi harus dikelola berbasis data, klaim yang akurat, dan fokus pada nilai pasien.

Keenam, rumah sakit perlu memanfaatkan digitalisasi dan interoperabilitas untuk mempercepat rujukan dan menjaga kesinambungan informasi.

Ketujuh, rumah sakit harus memiliki indikator kinerja jejaring, termasuk kelengkapan rujukan, waktu respons, readmission, dan kepuasan fasilitas perujuk.

Kedelapan, rumah sakit perlu menjaga etika kemitraan agar rujukan tidak dipengaruhi kepentingan finansial yang tidak sah.

Kesembilan, patient navigator dan case manager perlu dikembangkan untuk pasien kompleks.

Kesepuluh, rumah sakit harus membangun kepemimpinan kolaboratif yang mampu bekerja lintas institusi, lintas profesi, dan lintas sektor.

13.37 Rangkuman Bab

Rumah sakit modern tidak dapat berdiri sendiri. Ia merupakan simpul dalam ekosistem kesehatan yang melibatkan layanan primer, rumah sakit lain, laboratorium, apotek, ambulans, BPJS, asuransi, pemerintah, perguruan tinggi, komunitas, dan platform digital. Karena itu, manajemen rumah sakit harus bergerak dari orientasi institusional menuju orientasi jejaring.

Sistem rujukan bertujuan memastikan pasien memperoleh pelayanan yang tepat sesuai kebutuhan klinis. Rujukan yang baik harus tepat indikasi, tepat

waktu, tepat fasilitas, tepat informasi, tepat transportasi, tepat komunikasi, dan tepat tindak lanjut. Rujuk balik menjadi penting untuk kesinambungan perawatan, terutama pada pasien penyakit kronis.

Kemitraan strategis memperkuat akses, mutu, efisiensi, pendidikan, riset, inovasi, dan ketahanan sistem. Rumah sakit perlu membangun kemitraan dengan puskesmas, klinik, rumah sakit lain, laboratorium, apotek, BPJS, asuransi, pemerintah, perguruan tinggi, industri teknologi, dan komunitas pasien. Namun, kemitraan harus dikelola secara etis, transparan, dan berbasis kepentingan pasien.

Digitalisasi dan interoperabilitas data membuka peluang besar untuk memperkuat jejaring. SIMRS, RME, SATUSEHAT, telemedicine, dan dashboard rujukan dapat mempercepat komunikasi serta mengurangi fragmentasi. Namun, teknologi harus didukung kualitas data, keamanan, privasi, dan tata kelola.

Inti Bab 13 adalah bahwa rumah sakit yang unggul bukan hanya rumah sakit yang kuat di dalam gedungnya sendiri, tetapi rumah sakit yang mampu membangun ekosistem kesehatan yang kolaboratif, terkoordinasi, beretika, dan berpusat pada pasien. Masa depan rumah sakit adalah masa depan jejaring: dari rumah sakit yang bekerja sendiri menuju sistem kesehatan yang saling terhubung.

Glossarium

Academic Health System
Ekosistem yang menghubungkan rumah sakit, universitas, riset, pendidikan, layanan kesehatan, pemerintah, dan masyarakat untuk memperkuat pelayanan serta inovasi.

Care Coordination
Proses mengorganisasi layanan, informasi, dan penyedia pelayanan agar

pasien memperoleh perawatan yang konsisten, aman, dan sesuai kebutuhan.

Case Management
Pendekatan pengelolaan pasien kompleks atau berisiko tinggi melalui koordinasi lintas unit dan lintas fasilitas.

Continuity of Care
Kesinambungan pelayanan pasien lintas waktu, fasilitas, profesi, dan tahapan perawatan.

Discharge Planning
Perencanaan kepulangan pasien agar transisi dari rumah sakit ke rumah, layanan primer, rehabilitasi, atau fasilitas lain berjalan aman.

Ekosistem Kesehatan
Jaringan aktor, proses, regulasi, teknologi, pembiayaan, data, dan nilai yang bersama-sama memengaruhi kesehatan individu dan masyarakat.

Feedback Rujukan
Informasi balik dari fasilitas penerima kepada fasilitas perujuk mengenai diagnosis, tindakan, terapi, dan rencana tindak lanjut pasien.

Integrated Care
Pendekatan pelayanan yang mengoordinasikan layanan lintas fasilitas, profesi, dan sektor agar pasien memperoleh pelayanan yang utuh dan tidak terfragmentasi.

Interoperabilitas Data
Kemampuan sistem informasi berbeda untuk saling bertukar, memahami, dan menggunakan data secara bermakna.

Jejaring Kesehatan
Hubungan kerja antara berbagai fasilitas, profesi, organisasi, komunitas, pembayar, dan regulator dalam pelayanan kesehatan.

Kemitraan Strategis
Kerja sama jangka panjang yang terstruktur antara rumah sakit dan mitra untuk mencapai tujuan pelayanan kesehatan bersama.

Patient Navigation
Pendampingan pasien untuk membantu melewati alur pelayanan yang kompleks, termasuk rujukan, jadwal, edukasi, dan tindak lanjut.

Public-Private Partnership
Kemitraan antara sektor publik dan swasta untuk memperluas akses, meningkatkan kapasitas, atau mengembangkan layanan kesehatan.

Rujukan
Pelimpahan tugas dan tanggung jawab pelayanan kesehatan dari satu fasilitas atau tenaga kesehatan ke fasilitas atau tenaga lain yang lebih sesuai dengan kebutuhan pasien.

Rujuk Balik
Pengembalian pasien dari fasilitas rujukan ke fasilitas asal atau layanan primer setelah kondisi stabil dan membutuhkan pemantauan lanjutan.

SATUSEHAT
Platform nasional interoperabilitas data kesehatan Indonesia untuk menghubungkan sistem informasi kesehatan melalui standardisasi data.

Shared Care Plan
Rencana perawatan bersama yang disepakati oleh berbagai penyedia pelayanan untuk pasien tertentu.

Sistem Rujukan Berjenjang
Sistem rujukan berdasarkan tingkat layanan, dari fasilitas tingkat pertama ke tingkat lanjutan sesuai kebutuhan klinis.

Telekonsultasi
Konsultasi jarak jauh antara tenaga kesehatan atau antara pasien dan tenaga kesehatan menggunakan teknologi komunikasi.

Value-Based Health Care
Pendekatan pelayanan kesehatan yang menekankan hasil kesehatan bermakna bagi pasien dibandingkan biaya yang digunakan.

Daftar Pustaka

Alderwick, H., Ham, C., & Buck, D. (2015). *Population health systems: Going beyond integrated care*. The King's Fund. Tanpa DOI.

Atun, R., de Andrade, L. O. M., Almeida, G., Cotlear, D., Dmytraczenko, T., Frenz, P., Garcia, P., Gómez-Dantés, O., Knaul, F. M., Muntaner, C., de Paula, J. B., Rígoli, F., Serrate, P. C. F., & Wagstaff, A. (2015). Health-system reform and universal health coverage in Latin America. *The Lancet, 385*(9974), 1230–1247. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(14)61646-9

Baxter, S., Johnson, M., Chambers, D., Sutton, A., Goyder, E., & Booth, A. (2018). The effects of integrated care: A systematic review of UK and international evidence. *BMC Health Services Research, 18*, 350. https://doi.org/10.1186/s12913-018-3161-3

Berwick, D. M., Nolan, T. W., & Whittington, J. (2008). The triple aim: Care, health, and cost. *Health Affairs, 27*(3), 759–769. https://doi.org/10.1377/hlthaff.27.3.759

Damschroder, L. J., Aron, D. C., Keith, R. E., Kirsh, S. R., Alexander, J. A., & Lowery, J. C. (2009). Fostering implementation of health services research findings into practice: A consolidated framework. *Implementation Science, 4*, 50. https://doi.org/10.1186/1748-5908-4-50

Goodwin, N. (2016). Understanding integrated care. *International Journal of Integrated Care, 16*(4), 6. https://doi.org/10.5334/ijic.2530

Greenhalgh, T., Robert, G., Macfarlane, F., Bate, P., & Kyriakidou, O. (2004). Diffusion of innovations in service organizations. *The Milbank Quarterly, 82*(4), 581–629. https://doi.org/10.1111/j.0887-378X.2004.00325.x

Haggerty, J. L., Reid, R. J., Freeman, G. K., Starfield, B. H., Adair, C. E., & McKendry, R. (2003). Continuity of care: A multidisciplinary review. *BMJ, 327*(7425), 1219–1221. https://doi.org/10.1136/bmj.327.7425.1219

Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2024). *Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 16 Tahun 2024 tentang Sistem Rujukan Pelayanan Kesehatan Perseorangan*. Tanpa DOI.

Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2022). *Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 24 Tahun 2022 tentang Rekam Medis*. Tanpa DOI.

Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2023). *Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan*. Tanpa DOI.

Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2024). *Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 28 Tahun 2024 tentang Peraturan Pelaksanaan Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan*. Tanpa DOI.

Khatri, R. B., Endalamaw, A., Erku, D., Wolka, E., Nigatu, F., Zewdie, A., & Assefa, Y. (2023). Continuity and care coordination of primary health care: A scoping review. *BMC Health Services Research, 23*, 750. https://doi.org/10.1186/s12913-023-09718-8

Kodner, D. L., & Spreeuwenberg, C. (2002). Integrated care: Meaning, logic, applications, and implications. *International Journal of Integrated Care, 2*, e12. https://doi.org/10.5334/ijic.67

Kringos, D. S., Boerma, W. G. W., Hutchinson, A., van der Zee, J., & Groenewegen, P. P. (2010). The breadth of primary care: A systematic literature review of its core dimensions. *BMC Health Services Research, 10*, 65. https://doi.org/10.1186/1472-6963-10-65

Kruk, M. E., Gage, A. D., Arsenault, C., Jordan, K., Leslie, H. H., Roder-DeWan, S., Adeyi, O., Barker, P., Daelmans, B., Doubova, S. V., English, M., Elorrio, E. G., Guanais, F., Gureje, O., Hirschhorn, L. R., Jiang, L., Kelley, E., Lemango, E. T., Liljestrand, J., ... Pate, M. (2018). High-quality health systems in the

Sustainable Development Goals era. *The Lancet Global Health, 6*(11), e1196–e1252. https://doi.org/10.1016/S2214-109X(18)30386-3

Leutz, W. N. (1999). Five laws for integrating medical and social services. *The Milbank Quarterly, 77*(1), 77–110. https://doi.org/10.1111/1468-0009.00125

Murtagh, S., Rand, C., & O'Riordan, D. (2021). Integrating primary and secondary care to enhance chronic disease management. *International Journal of Integrated Care, 21*(1), 4. https://doi.org/10.5334/ijic.5508

Nolte, E., & McKee, M. (Eds.). (2008). *Caring for people with chronic conditions: A health system perspective*. Open University Press. Tanpa DOI.

Pemerintah Republik Indonesia. (2024). *Peraturan Presiden Republik Indonesia Nomor 59 Tahun 2024 tentang Perubahan Ketiga atas Peraturan Presiden Nomor 82 Tahun 2018 tentang Jaminan Kesehatan*. Tanpa DOI.

Porter, M. E. (2010). What is value in health care? *The New England Journal of Medicine, 363*(26), 2477–2481. https://doi.org/10.1056/NEJMp1011024

Reid, R. J., Haggerty, J., & McKendry, R. (2002). *Defusing the confusion: Concepts and measures of continuity of healthcare*. Canadian Health Services Research Foundation. Tanpa DOI.

Shaw, S., Rosen, R., & Rumbold, B. (2011). *What is integrated care?* Nuffield Trust. Tanpa DOI.

Starfield, B., Shi, L., & Macinko, J. (2005). Contribution of primary care to health systems and health. *The Milbank Quarterly, 83*(3), 457–502. https://doi.org/10.1111/j.1468-0009.2005.00409.x

Valentijn, P. P., Schepman, S. M., Opheij, W., & Bruijnzeels, M. A. (2013). Understanding integrated care: A comprehensive conceptual framework based on the integrative functions of primary care. *International Journal of Integrated Care, 13*, e010. https://doi.org/10.5334/ijic.886

World Health Organization. (2016). *Framework on integrated, people-centred health services*. World Health Organization. Tanpa DOI.

World Health Organization. (2016). *Integrated care models: An overview*. World Health Organization Regional Office for Europe. Tanpa DOI.

World Health Organization. (2024). *Strengthening integrated, people-centred health services: Report by the Director-General*. World Health Organization. Tanpa DOI.

World Health Organization. (2025). *Integrated people-centred care*. World Health Organization. Tanpa DOI.

Bab 14. Manajemen Hukum, Medikolegal, dan Perlindungan Hak Pasien

Oleh: Rudy C Tarumingkeng

1. MENGAPA PENTING?

Manajemen hukum dan medikolegal melindungi pasien, tenaga kesehatan, dan rumah sakit dari risiko hukum serta sengketa. Hal ini memperkuat kualitas pelayanan, keselamatan pasien, transparansi, dan kepercayaan masyarakat terhadap rumah sakit.



2. PILAR UTAMA

- Hak pasien
- Kepatuhan hukum
- Keselamatan pasien
- Dokumentasi & rekam medis
- Etika & akuntabilitas

3. HAK PASIEN

- Mendapat informasi yang jelas
- Memberi persetujuan atau penolakan tindakan
- Privasi dan kerahasiaan data
- Pelayanan aman, bermutu, dan manusiawi
- Menyampaikan keluhan dan memperoleh respons

4. ASPEK MEDIKOLEGAL KUNCI

- *Informed consent & informed refusal*
- Rekam medis sebagai bukti hukum
- Kerahasiaan medis & pelindungan data pribadi
- Standar profesi, SOP, dan kewenangan klinis
- *Disclosure* insiden & komunikasi risiko

5. RISIKO HUKUM YANG SERING MUNCUL

- Consent tidak memadai
- Rekam medis tidak lengkap
- Pelanggaran privasi data
- Kesalahan obat / identifikasi pasien
- Pelayanan tidak sesuai standar
- Sengketa dan keluhan yang tidak tertangani

6. STRATEGI MANAJEMEN RUMAH SAKIT

- Audit kepatuhan hukum
- Pelatihan medikolegal berkala
- Sistem pelaporan insiden
- Credentialing & privileging
- Keamanan RME dan data digital
- Mediasi dan penyelesaian keluhan secara adil

7. ALUR PERLINDUNGAN HAK PASIEN

Informasi → Persetujuan → Pelayanan Aman → Dokumentasi → Evaluasi / Keluhan → Perbaikan Sistem

8. PESAN KUNCI

> **"Rumah sakit yang baik bukan hanya menyembuhkan, tetapi juga menghormati hak pasien, menjaga keselamatan, mendokumentasikan pelayanan dengan benar, dan bertanggung jawab secara etik serta hukum."**



Sebagai konteks hukum mutakhir, bab ini merujuk pada **UU No. 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan**, **PP No. 28 Tahun 2024** sebagai aturan pelaksana UU Kesehatan, **Permenkes No. 4 Tahun 2018** tentang Kewajiban Rumah Sakit dan Kewajiban Pasien, **Permenkes No. 24 Tahun 2022** tentang Rekam Medis, **UU No. 27 Tahun 2022** tentang Pelindungan Data Pribadi, serta rujukan informed consent dalam **Permenkes No. 290/MENKES/PER/III/2008** tentang Persetujuan Tindakan Kedokteran. UU No. 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit sudah berstatus tidak berlaku karena dicabut oleh UU No. 17 Tahun 2023, sehingga naskah ini menempatkan UU Kesehatan 2023 sebagai kerangka hukum utama. (Database Peraturan | JDIH BPK)

Bab 14. Manajemen Hukum, Medikolegal, dan Perlindungan Hak Pasien ******

Abstrak

Manajemen hukum, medikolegal, dan perlindungan hak pasien merupakan dimensi penting dalam tata kelola rumah sakit modern. Rumah sakit bukan hanya institusi pelayanan kesehatan, melainkan juga institusi hukum dan etika yang bekerja dalam ruang tanggung jawab profesional, regulatif, administratif, perdata, pidana, disiplin, etik, dan sosial. Setiap tindakan pelayanan rumah sakit dapat memiliki konsekuensi hukum: mulai dari pendaftaran pasien, informed consent, tindakan medis, penggunaan obat, rekam medis, penanganan gawat darurat, kerahasiaan data, klaim pembiayaan, komunikasi risiko, pelaporan insiden keselamatan pasien, hingga penyelesaian sengketa medis.

Bab ini membahas manajemen hukum rumah sakit sebagai sistem pencegahan risiko, perlindungan hak pasien, perlindungan tenaga kesehatan, dan penguatan akuntabilitas institusi. Pembahasan mencakup hak dan kewajiban pasien, kewajiban rumah sakit, informed consent, informed refusal, rekam medis sebagai dokumen hukum, kerahasiaan medis, pelindungan data pribadi, tanggung jawab dokter dan rumah sakit, aspek medikolegal keselamatan pasien, adverse event, disclosure, sengketa medis, penyelesaian keluhan, majelis disiplin profesi, mediasi, audit hukum, telemedicine, rekam medis elektronik, AI klinis, dan tata kelola risiko hukum.

Bab ini menegaskan bahwa pendekatan hukum dalam rumah sakit tidak boleh dipahami hanya sebagai mekanisme defensif untuk menghindari gugatan. Hukum kesehatan harus dipandang sebagai instrumen untuk melindungi martabat pasien, memperkuat mutu pelayanan, membangun kepercayaan publik, memastikan kepastian tanggung jawab, dan menciptakan organisasi yang transparan serta akuntabel. Rumah sakit yang baik bukan rumah sakit yang bebas dari keluhan, melainkan rumah sakit yang memiliki sistem untuk mencegah kesalahan, menjelaskan risiko, mendokumentasikan pelayanan, menghormati hak pasien, menyelesaikan konflik secara adil, dan belajar dari setiap insiden.

Kata Kunci

Manajemen hukum rumah sakit; medikolegal; hak pasien; informed consent; informed refusal; rekam medis; rahasia medis; pelindungan data pribadi; sengketa medis; keselamatan pasien; tanggung jawab hukum rumah sakit; disiplin profesi; etika kedokteran; adverse event; disclosure; medical negligence; telemedicine; rekam medis elektronik; AI klinis; tata kelola risiko hukum.

14.1 Pendahuluan

Rumah sakit adalah organisasi yang bekerja dalam ruang risiko tinggi. Hampir setiap proses pelayanan mengandung konsekuensi klinis, etis, administratif, dan hukum. Ketika pasien datang ke IGD, rumah sakit memiliki kewajiban melakukan triase dan penanganan sesuai kondisi kegawatdaruratan. Ketika dokter akan melakukan tindakan invasif, pasien berhak memperoleh penjelasan dan memberikan persetujuan. Ketika perawat memberikan obat, rumah sakit harus memastikan keselamatan pasien. Ketika data pasien dimasukkan ke dalam rekam medis elektronik, rumah sakit harus menjaga kerahasiaan dan keamanan data. Ketika terjadi insiden, rumah sakit harus menangani, melaporkan, menganalisis, dan melakukan perbaikan. Ketika pasien atau keluarga mengeluh, rumah sakit harus mendengar dan menyelesaikan secara adil.

Dalam konteks ini, manajemen hukum rumah sakit tidak boleh dipandang sebagai urusan bagian hukum semata. Hukum melekat pada seluruh proses pelayanan. Dokter, perawat, apoteker, bidan, analis laboratorium, radiografer, rekam medis, petugas pendaftaran, manajemen klaim, bagian IT, humas, manajer operasional, dan direksi semuanya memiliki peran dalam mencegah risiko hukum dan melindungi hak pasien.

Rumah sakit modern menghadapi peningkatan kompleksitas hukum karena beberapa faktor. Pertama, pasien semakin sadar akan haknya. Kedua, pelayanan kesehatan semakin kompleks dan melibatkan banyak profesi. Ketiga, teknologi medis dan digitalisasi meningkatkan risiko baru. Keempat, rekam medis elektronik dan data kesehatan membuka isu privasi dan keamanan siber. Kelima, media sosial mempercepat penyebaran keluhan dan opini publik. Keenam, sistem pembiayaan seperti JKN memerlukan dokumentasi dan klaim yang akurat. Ketujuh, standar mutu dan keselamatan pasien semakin ketat.

Medikolegal adalah bidang yang menghubungkan ilmu kesehatan dengan hukum. Dalam rumah sakit, aspek medikolegal mencakup pertanyaan: apakah pelayanan sudah sesuai standar profesi? Apakah informed consent

dilakukan dengan benar? Apakah rekam medis lengkap? Apakah pasien diberi informasi? Apakah risiko sudah dijelaskan? Apakah tindakan sesuai kewenangan? Apakah insiden ditangani? Apakah kerahasiaan pasien dijaga? Apakah keluhan diselesaikan dengan adil?

Bab ini membahas manajemen hukum, medikolegal, dan perlindungan hak pasien sebagai pilar tata kelola rumah sakit. Tujuannya bukan menakut-nakuti tenaga kesehatan, melainkan membangun kesadaran bahwa pelayanan yang baik harus didukung oleh kepastian hukum, etika, dokumentasi, komunikasi, dan sistem keselamatan. Hukum yang dipahami secara benar bukan musuh pelayanan, tetapi penjaga keadilan dan kepercayaan.

14.2 Hakikat Manajemen Hukum Rumah Sakit

Manajemen hukum rumah sakit adalah proses sistematis untuk mengidentifikasi, mencegah, mengelola, memantau, dan menyelesaikan risiko hukum dalam seluruh aktivitas rumah sakit. Manajemen hukum mencakup kepatuhan regulasi, kontrak, perizinan, hubungan kerja, tanggung jawab klinis, rekam medis, informed consent, klaim, perlindungan data, sengketa pasien, mediasi, pengadaan, kerja sama, dan tata kelola etika.

Ada tiga orientasi utama manajemen hukum rumah sakit.

Pertama, **orientasi perlindungan pasien**. Hukum menjamin hak pasien atas informasi, keselamatan, kerahasiaan, persetujuan, akses layanan, dan mekanisme pengaduan. Rumah sakit harus memastikan pasien tidak menjadi pihak yang lemah dalam hubungan pelayanan.

Kedua, **orientasi perlindungan tenaga kesehatan dan institusi**. Dokter, perawat, dan tenaga kesehatan perlu dilindungi dari tuduhan tidak berdasar, kekerasan, tekanan tidak wajar, dan ketidakpastian hukum. Namun, perlindungan ini harus berjalan bersama akuntabilitas profesional.

Ketiga, **orientasi tata kelola dan akuntabilitas**. Rumah sakit harus mematuhi peraturan, memiliki dokumen hukum, menjalankan standar pelayanan, melakukan audit, dan memiliki mekanisme penyelesaian sengketa.

Manajemen hukum rumah sakit tidak boleh bersifat reaktif semata. Jika bagian hukum baru bekerja setelah gugatan muncul, maka rumah sakit sudah terlambat. Pendekatan yang lebih baik adalah **preventive legal management**, yaitu membangun sistem yang sejak awal mengurangi risiko hukum. Contohnya: SOP informed consent yang jelas, pelatihan komunikasi risiko, audit rekam medis, standar dokumentasi, protokol disclosure insiden, kanal pengaduan pasien, perlindungan data, kontrak kerja sama yang baik, dan kebijakan anti-fraud.

Hukum rumah sakit harus dipahami sebagai bagian dari manajemen mutu. Banyak sengketa medis tidak semata-mata lahir dari kesalahan klinis, tetapi dari komunikasi buruk, dokumentasi lemah, harapan pasien tidak dikelola, keluhan tidak direspons, biaya tidak transparan, atau sikap defensif rumah sakit. Karena itu, manajemen hukum harus terintegrasi dengan mutu, keselamatan pasien, komunikasi publik, SDM, keuangan, digitalisasi, dan manajemen risiko.

14.3 Kerangka Hukum Kesehatan dan Rumah Sakit di Indonesia

Kerangka hukum rumah sakit di Indonesia berkembang mengikuti perubahan sistem kesehatan nasional. Saat ini, UU No. 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan menjadi payung hukum utama yang menggantikan dan mencabut beberapa undang-undang kesehatan sebelumnya, termasuk UU No. 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit. UU ini dilaksanakan lebih lanjut melalui PP No. 28 Tahun 2024. Selain itu, terdapat berbagai peraturan menteri yang mengatur aspek teknis pelayanan kesehatan, kewajiban

rumah sakit, keselamatan pasien, rekam medis, persetujuan tindakan kedokteran, kefarmasian, sistem rujukan, dan aspek lain.

Kerangka hukum rumah sakit dapat dipahami dalam beberapa lapisan.

Pertama, **hukum kesehatan umum**. Ini mencakup undang-undang dan peraturan pemerintah yang mengatur sistem kesehatan, fasilitas pelayanan kesehatan, tenaga medis, tenaga kesehatan, pelayanan, pembiayaan, teknologi kesehatan, data kesehatan, dan tanggung jawab penyelenggara.

Kedua, **hukum rumah sakit**. Ini mencakup pengaturan mengenai pendirian, perizinan, klasifikasi, tata kelola, kewajiban rumah sakit, pelayanan, mutu, keselamatan, hak pasien, akreditasi, dan pertanggungjawaban institusi.

Ketiga, **hukum profesi kesehatan**. Ini mencakup kewenangan, standar profesi, standar pelayanan, registrasi, izin praktik, disiplin profesi, dan etik profesi.

Keempat, **hukum rekam medis dan informasi kesehatan**. Ini mengatur pembuatan, penyimpanan, keamanan, kerahasiaan, akses, dan pemanfaatan rekam medis, termasuk rekam medis elektronik.

Kelima, **hukum perlindungan data pribadi**. Data kesehatan adalah data yang sangat sensitif. Rumah sakit harus memastikan pemrosesan data pasien mengikuti prinsip legalitas, tujuan yang jelas, keamanan, pembatasan akses, dan akuntabilitas.

Keenam, **hukum perdata, pidana, administrasi, etik, dan disiplin**. Sengketa medis dapat bergerak pada berbagai jalur: gugatan ganti rugi, laporan pidana, sanksi administratif, pemeriksaan disiplin profesi, atau pemeriksaan etik.

Ketujuh, **hukum pembiayaan dan klaim**. Rumah sakit yang bekerja sama dengan pembayar seperti BPJS Kesehatan atau asuransi harus mengikuti ketentuan klaim, coding, tarif, dan dokumentasi.

Kerangka hukum yang luas ini menunjukkan bahwa rumah sakit membutuhkan fungsi legal compliance yang kuat. Direksi rumah sakit harus memastikan setiap unit memahami kewajiban hukumnya. Kepatuhan bukan hanya kewajiban formal, tetapi bagian dari keselamatan dan kepercayaan.

14.4 Hak Pasien sebagai Fondasi Pelayanan

Hak pasien adalah fondasi etika dan hukum rumah sakit. Pasien bukan objek pasif pelayanan. Pasien adalah subjek hukum yang memiliki martabat, hak, preferensi, dan suara. Rumah sakit wajib menghormati hak pasien dalam seluruh proses pelayanan.

Hak pasien dapat mencakup beberapa aspek utama.

Pertama, **hak memperoleh informasi**. Pasien berhak mengetahui kondisi kesehatannya, diagnosis, rencana tindakan, manfaat, risiko, alternatif, prognosis, biaya, dan konsekuensi pilihan terapi. Informasi harus disampaikan dengan bahasa yang dapat dipahami.

Kedua, **hak memberikan persetujuan atau penolakan**. Pasien berhak menyetujui atau menolak tindakan setelah memperoleh informasi yang memadai, kecuali dalam kondisi tertentu yang diatur hukum seperti kegawatdaruratan.

Ketiga, **hak atas privasi dan kerahasiaan**. Informasi kesehatan pasien harus dilindungi. Pemeriksaan fisik, wawancara, data medis, foto, rekaman, dan dokumen tidak boleh dibuka sembarangan.

Keempat, **hak atas pelayanan yang aman dan bermutu**. Pasien berhak memperoleh pelayanan sesuai standar profesi, standar pelayanan, dan prinsip keselamatan pasien.

Kelima, **hak untuk diperlakukan manusiawi dan tidak diskriminatif**. Rumah sakit tidak boleh membedakan pasien secara tidak adil berdasarkan

status sosial, ekonomi, agama, suku, gender, disabilitas, penyakit, atau kondisi lain.

Keenam, **hak memilih dokter atau kelas perawatan sesuai ketentuan dan ketersediaan**. Hak ini harus dijalankan sesuai sistem pelayanan, pembiayaan, dan regulasi.

Ketujuh, **hak memperoleh second opinion**. Dalam situasi tertentu, pasien berhak mencari pendapat lain untuk keputusan klinis penting.

Kedelapan, **hak mengajukan keluhan**. Pasien berhak menyampaikan keluhan dan memperoleh respons yang adil.

Kesembilan, **hak atas keamanan selama perawatan**. Pasien berhak dilindungi dari kekerasan, pelecehan, kesalahan identitas, infeksi, jatuh, kesalahan obat, dan risiko lain yang dapat dicegah.

Kesepuluh, **hak atas pendampingan spiritual dan sosial sesuai ketentuan rumah sakit**. Pasien sering membutuhkan dukungan keluarga, rohaniwan, atau pendamping tertentu.

Hak pasien harus disosialisasikan. Rumah sakit tidak cukup menempel daftar hak pasien di dinding. Staf harus memahami hak tersebut dan menerjemahkannya dalam perilaku. Hak pasien juga harus diimbangi dengan kewajiban pasien agar hubungan pelayanan berjalan bertanggung jawab.

14.5 Kewajiban Pasien dan Kewajiban Rumah Sakit

Hubungan pasien dan rumah sakit bukan hubungan satu arah. Pasien memiliki hak, tetapi juga kewajiban. Rumah sakit memiliki kewajiban pelayanan, tetapi juga hak untuk mengatur tata tertib demi keselamatan dan ketertiban.

Kewajiban pasien antara lain memberikan informasi yang jujur tentang kondisi kesehatan, mematuhi tata tertib rumah sakit, mengikuti rencana pelayanan yang telah disepakati, menghormati hak pasien lain dan tenaga kesehatan, menggunakan fasilitas secara bertanggung jawab, memberikan informasi pembiayaan atau jaminan kesehatan, serta memenuhi kewajiban administratif dan pembayaran sesuai ketentuan.

Kewajiban pasien penting karena pelayanan kesehatan membutuhkan kerja sama. Dokter tidak dapat mengambil keputusan yang baik bila pasien menyembunyikan riwayat obat atau alergi. Perawat tidak dapat menjaga keselamatan bila pasien tidak mematuhi instruksi risiko jatuh. Rumah sakit sulit mengelola pembiayaan bila informasi jaminan tidak jelas. Namun, kewajiban pasien harus dijelaskan dengan cara yang tidak menyalahkan pasien.

Kewajiban rumah sakit lebih luas. Rumah sakit wajib memberikan pelayanan aman, bermutu, efektif, manusiawi, tidak diskriminatif, dan sesuai standar. Rumah sakit harus menyediakan fasilitas, tenaga, obat, rekam medis, sistem keselamatan pasien, kanal pengaduan, dan informasi hak-kewajiban pasien. Rumah sakit juga harus menjaga kerahasiaan pasien, melakukan rujukan bila tidak mampu melayani, memberikan pelayanan gawat darurat sesuai ketentuan, dan mematuhi regulasi.

Kewajiban rumah sakit tidak hanya berada pada level klinis. Manajemen harus memastikan struktur organisasi, SDM, anggaran, fasilitas, sistem informasi, dan SOP mendukung kewajiban tersebut. Bila rumah sakit gagal menyediakan sistem yang aman, kesalahan individu dapat menjadi tanggung jawab institusi.

14.6 Hubungan Hukum antara Pasien, Dokter, dan Rumah Sakit

Dalam pelayanan rumah sakit, hubungan hukum melibatkan tiga pihak utama: pasien, tenaga medis atau tenaga kesehatan, dan rumah sakit.

Hubungan ini kompleks karena terdapat unsur kontraktual, profesional, institusional, dan etis.

Hubungan pasien dengan dokter didasarkan pada kepercayaan profesional. Dokter memiliki kewajiban memberikan pelayanan sesuai standar profesi dan standar prosedur operasional. Pasien memiliki hak memperoleh informasi, memberikan persetujuan, dan mendapat pelayanan yang layak. Hubungan ini bukan janji kesembuhan, tetapi komitmen untuk melakukan upaya medis yang sesuai standar.

Hubungan pasien dengan rumah sakit mencakup penyediaan fasilitas, sistem, tenaga, administrasi, pelayanan pendukung, rekam medis, keamanan, dan tata kelola. Rumah sakit bertanggung jawab bukan hanya atas tindakan dokter sebagai individu, tetapi juga atas sistem yang memungkinkan pelayanan berlangsung.

Hubungan dokter dengan rumah sakit dapat berupa hubungan kerja, hubungan kemitraan, hubungan praktik, atau bentuk lain sesuai peraturan dan kontrak. Bentuk hubungan ini memengaruhi tanggung jawab administratif dan hukum, tetapi tidak menghapus kewajiban rumah sakit untuk mengatur pelayanan secara aman.

Dalam kasus sengketa, pertanyaan yang sering muncul adalah: apakah kesalahan terjadi karena tindakan individu, kegagalan sistem, atau keduanya? Misalnya, kesalahan obat dapat terjadi karena dokter menulis resep tidak jelas, farmasi salah membaca, perawat salah memberikan, atau sistem e-prescribing tidak memiliki peringatan. Karena itu, analisis medikolegal harus melihat individu dan sistem.

Rumah sakit yang baik tidak boleh langsung menyalahkan individu tanpa melihat sistem. Sebaliknya, rumah sakit juga tidak boleh menggunakan “sistem” untuk menutupi kelalaian profesional. Keseimbangan antara akuntabilitas individu dan perbaikan sistem adalah inti just culture.

14.7 Informed Consent sebagai Proses Etis dan Hukum

Informed consent adalah persetujuan pasien atau keluarga yang sah setelah memperoleh penjelasan yang memadai mengenai tindakan medis. Informed consent bukan sekadar tanda tangan pada formulir. Ia adalah proses komunikasi etis antara tenaga kesehatan dan pasien.

Informed consent memiliki beberapa unsur. Pertama, pasien harus memperoleh informasi yang cukup. Kedua, pasien harus memahami informasi tersebut. Ketiga, pasien harus memiliki kapasitas membuat keputusan. Keempat, persetujuan harus diberikan secara sukarela tanpa paksaan. Kelima, persetujuan harus diberikan untuk tindakan tertentu. Keenam, dokumentasi harus dilakukan dengan baik.

Informasi yang perlu dijelaskan mencakup diagnosis, tujuan tindakan, prosedur, manfaat, risiko, komplikasi yang mungkin terjadi, alternatif, konsekuensi bila tindakan tidak dilakukan, prognosis, dan biaya bila relevan. Penjelasan harus menggunakan bahasa yang dapat dipahami pasien, bukan istilah teknis berlebihan.

Tindakan invasif, tindakan berisiko tinggi, tindakan yang dapat menyebabkan kecacatan, kematian, atau konsekuensi besar biasanya memerlukan persetujuan tertulis. Namun, tindakan yang tampak sederhana pun tetap membutuhkan komunikasi dan persetujuan sesuai konteks. Dalam kegawatdaruratan, ketika pasien tidak sadar dan keluarga tidak tersedia, hukum biasanya memberi ruang bagi tindakan penyelamatan nyawa sesuai standar.

Informed consent melindungi pasien dari tindakan yang tidak disetujui. Ia juga melindungi tenaga kesehatan karena menunjukkan bahwa pasien telah memperoleh informasi dan menyetujui tindakan. Namun, consent tidak menghapus tanggung jawab atas kelalaian. Pasien yang menandatangani persetujuan operasi tidak berarti menerima pelayanan yang tidak sesuai standar.

Masalah informed consent sering muncul karena prosesnya menjadi formalitas. Formulir ditandatangani tanpa penjelasan memadai. Pasien merasa tidak mengerti. Keluarga merasa tidak diberi kesempatan bertanya. Dokter merasa sudah menjelaskan, tetapi tidak mendokumentasikan. Untuk mencegah sengketa, rumah sakit harus membangun budaya consent yang komunikatif, bukan administratif semata.

14.8 Informed Refusal dan Hak Menolak Tindakan

Selain hak menyetujui, pasien juga memiliki hak menolak tindakan. Informed refusal adalah penolakan pasien terhadap tindakan medis setelah memperoleh informasi yang memadai mengenai kondisi, manfaat tindakan, risiko penolakan, alternatif, dan konsekuensi yang mungkin terjadi.

Penolakan pasien dapat menimbulkan dilema. Dokter mungkin yakin tindakan diperlukan, tetapi pasien menolak karena takut, alasan agama, biaya, pengalaman buruk, atau ketidakpercayaan. Dalam situasi seperti ini, tenaga kesehatan harus menjelaskan dengan sabar, mengevaluasi pemahaman pasien, memastikan tidak ada paksaan, dan mendokumentasikan penolakan.

Hak menolak tidak berarti rumah sakit membiarkan pasien tanpa dukungan. Rumah sakit tetap harus menawarkan alternatif yang aman, edukasi, kontrol, atau rujukan. Jika pasien menolak rawat inap, misalnya, rumah sakit perlu menjelaskan tanda bahaya dan kapan harus kembali.

Informed refusal harus didokumentasikan. Dokumen harus mencatat informasi yang telah diberikan, risiko yang dijelaskan, pertanyaan pasien, keputusan pasien, saksi bila perlu, dan rencana tindak lanjut. Dokumentasi bukan untuk menyalahkan pasien, tetapi untuk memastikan keputusan tersebut benar-benar berdasarkan informasi.

Pada pasien yang tidak memiliki kapasitas mengambil keputusan, keputusan dapat diambil oleh keluarga atau wali sesuai ketentuan. Namun, rumah sakit tetap perlu memperhatikan kepentingan terbaik pasien. Dalam kasus anak, pasien gangguan mental berat, atau pasien tidak sadar, aspek hukum dan etik menjadi lebih kompleks.

14.9 Shared Decision Making dan Komunikasi Risiko

Shared decision making adalah proses ketika dokter dan pasien bersama-sama mengambil keputusan dengan menggabungkan bukti klinis terbaik, keahlian profesional, nilai pasien, preferensi, dan konteks hidup pasien. Konsep ini memperkuat informed consent karena keputusan tidak hanya diberi dari dokter kepada pasien, tetapi dibangun melalui dialog.

Shared decision making penting terutama ketika terdapat beberapa pilihan terapi dengan manfaat dan risiko berbeda. Misalnya, pilihan operasi atau terapi konservatif, pilihan kemoterapi, tindakan invasif pada pasien lansia, atau keputusan end-of-life. Dalam situasi seperti ini, “pilihan terbaik” tidak selalu sama untuk semua pasien.

Komunikasi risiko adalah inti shared decision making. Dokter harus menjelaskan risiko secara jujur dan mudah dipahami. Risiko tidak boleh disembunyikan, tetapi juga tidak boleh disampaikan dengan cara yang menakut-nakuti. Angka risiko perlu dijelaskan secara kontekstual. Misalnya, risiko 1% dapat terdengar kecil, tetapi bagi pasien tertentu tetap penting.

Komunikasi risiko yang baik membantu mengurangi sengketa. Banyak sengketa muncul bukan karena komplikasi itu tidak boleh terjadi, tetapi karena pasien merasa tidak pernah diberitahu bahwa komplikasi mungkin terjadi. Ketika risiko dijelaskan dengan baik, pasien dan keluarga lebih siap memahami bahwa hasil buruk tidak selalu berarti kesalahan.

Rumah sakit perlu melatih dokter dan tenaga kesehatan dalam komunikasi risiko. Kemampuan klinis harus disertai kemampuan menjelaskan,

mendengar, dan memahami nilai pasien. Dalam medikolegal, komunikasi sering menjadi pembeda antara komplikasi yang diterima sebagai risiko medis dan komplikasi yang berubah menjadi konflik.

14.10 Rekam Medis sebagai Dokumen Hukum

Rekam medis adalah dokumen klinis, administratif, ilmiah, dan hukum. Ia mencatat identitas pasien, anamnesis, pemeriksaan, diagnosis, tindakan, obat, hasil penunjang, informed consent, catatan perkembangan, konsultasi, edukasi, discharge planning, dan resume medis. Dalam sengketa, rekam medis sering menjadi bukti utama.

Prinsip penting dalam rekam medis adalah: **apa yang tidak tercatat sering dianggap tidak dilakukan**. Tenaga kesehatan mungkin telah memberi edukasi atau melakukan tindakan, tetapi bila tidak tercatat, pembuktiannya menjadi lemah. Dokumentasi yang baik melindungi pasien dan tenaga kesehatan.

Rekam medis harus dibuat secara lengkap, akurat, tepat waktu, terbaca, dan dapat dipertanggungjawabkan. Catatan tidak boleh dimanipulasi. Koreksi harus dilakukan sesuai prosedur, bukan menghapus jejak. Dalam rekam medis elektronik, audit trail sangat penting untuk mengetahui siapa mengubah data dan kapan.

Rekam medis juga harus menjaga kerahasiaan. Tidak semua staf boleh mengakses semua rekam medis. Akses harus berdasarkan kebutuhan pelayanan. Penggunaan rekam medis untuk penelitian, pendidikan, klaim, audit, atau hukum harus mengikuti ketentuan.

Rekam medis memiliki fungsi medikolegal dalam beberapa situasi: pembuktian informed consent, pembuktian kronologi pelayanan, evaluasi standar tindakan, audit klaim, pelaporan insiden, penyelesaian keluhan, dan perlindungan data. Rumah sakit harus memastikan unit rekam medis

memiliki standar, audit kelengkapan, retensi dokumen, keamanan penyimpanan, dan prosedur pelepasan informasi.

14.11 Rekam Medis Elektronik dan Risiko Hukum Digital

Transformasi digital membuat rekam medis elektronik menjadi bagian penting pelayanan. Rekam medis elektronik mempercepat akses informasi, mendukung integrasi data, memudahkan klaim, membantu analitik, dan mengurangi masalah tulisan tangan. Namun, ia juga membawa risiko hukum baru.

Risiko pertama adalah **akses tidak sah**. Data pasien dapat dilihat oleh staf yang tidak berkepentingan. Rumah sakit harus menerapkan hak akses berbasis peran.

Risiko kedua adalah **kebocoran data**. Serangan siber, kelalaian staf, penggunaan perangkat pribadi, atau sistem vendor yang lemah dapat membuka data pasien. Kebocoran data kesehatan dapat sangat merugikan pasien.

Risiko ketiga adalah **kesalahan input**. Data salah dapat memengaruhi diagnosis, obat, klaim, dan keputusan klinis.

Risiko keempat adalah **copy-paste documentation**. Tenaga kesehatan dapat menyalin catatan lama sehingga informasi tidak akurat.

Risiko kelima adalah **downtime sistem**. Bila sistem tidak dapat diakses, pelayanan dapat terganggu. Rumah sakit harus memiliki prosedur downtime.

Risiko keenam adalah **interoperabilitas dan pertukaran data**. Data yang dibagikan antar sistem harus aman dan sesuai tujuan.

Risiko ketujuh adalah **ketergantungan vendor**. Rumah sakit harus memastikan data tetap menjadi aset yang dapat diakses dan dilindungi.

Manajemen hukum RME membutuhkan kebijakan digital health governance: hak akses, autentikasi, enkripsi, backup, audit log, pelatihan pengguna, prosedur koreksi data, retensi, pelepasan informasi, dan incident response. Unit hukum, rekam medis, IT, komite etik, dan manajemen risiko harus bekerja bersama.

14.12 Kerahasiaan Medis dan Pelindungan Data Pribadi

Kerahasiaan medis adalah kewajiban etik dan hukum untuk menjaga informasi pasien. Pasien memberi informasi sensitif kepada tenaga kesehatan karena percaya bahwa informasi tersebut tidak akan disebarkan. Kerahasiaan merupakan dasar hubungan dokter-pasien dan rumah sakit-pasien.

Data kesehatan termasuk data yang sangat sensitif karena dapat memengaruhi martabat, pekerjaan, asuransi, hubungan sosial, dan kondisi psikologis pasien. Informasi tentang HIV, gangguan mental, penyakit reproduksi, kanker, kehamilan, penggunaan obat tertentu, atau riwayat genetik dapat berdampak besar bila bocor.

Rumah sakit harus menjaga kerahasiaan dalam beberapa bentuk. Pertama, kerahasiaan percakapan klinis. Pemeriksaan dan konsultasi harus dilakukan dengan privasi. Kedua, kerahasiaan dokumen. Rekam medis tidak boleh diakses sembarangan. Ketiga, kerahasiaan digital. Data elektronik harus dilindungi. Keempat, kerahasiaan komunikasi publik. Rumah sakit tidak boleh membuka data pasien di media sosial atau konferensi pers tanpa dasar hukum.

Ada situasi tertentu ketika informasi pasien dapat dibuka, misalnya atas persetujuan pasien, perintah undang-undang, kepentingan penegakan hukum sesuai prosedur, klaim pembiayaan, pelaporan penyakit tertentu, audit mutu internal, atau kepentingan keselamatan publik. Namun,

pembukaan informasi harus terbatas pada tujuan yang sah dan data yang diperlukan.

UU Pelindungan Data Pribadi menambah lapisan penting. Rumah sakit sebagai pengendali atau prosesor data harus memastikan pemrosesan data pribadi memiliki dasar hukum, tujuan jelas, keamanan, dan akuntabilitas. Pasien sebagai subjek data memiliki hak tertentu. Dalam konteks digital, rumah sakit harus memperkuat consent data, akses, koreksi, pembatasan, transfer, dan perlindungan data.

14.13 Keselamatan Pasien sebagai Isu Hukum dan Etika

Keselamatan pasien bukan hanya isu mutu, tetapi juga isu hukum. Insiden keselamatan pasien dapat menimbulkan cedera, kehilangan kepercayaan, keluhan, sengketa, gugatan, sanksi administratif, atau pemeriksaan disiplin. Karena itu, rumah sakit harus membangun sistem keselamatan yang kuat.

Keselamatan pasien mencakup identifikasi pasien, komunikasi efektif, keamanan obat, keamanan tindakan operasi, pencegahan infeksi, pencegahan jatuh, pencegahan pressure injury, keselamatan transfusi, pelaporan insiden, dan pembelajaran dari kesalahan. Semua ini memiliki dimensi medikolegal.

Dalam hukum, pertanyaan yang sering muncul adalah apakah rumah sakit telah melakukan upaya yang wajar sesuai standar. Bila terjadi pasien jatuh, misalnya, perlu dilihat apakah asesmen risiko jatuh dilakukan, gelang risiko dipasang, edukasi diberikan, bel tersedia, lingkungan aman, dan dokumentasi lengkap. Bila terjadi salah obat, perlu dilihat apakah ada proses double check, label obat, e-prescribing, dan identifikasi pasien.

Insiden tidak selalu berarti kelalaian. Namun, rumah sakit harus mampu menunjukkan bahwa sistem keselamatan berjalan. Jika tidak ada SOP, tidak ada pelatihan, tidak ada dokumentasi, dan tidak ada evaluasi, maka posisi hukum rumah sakit menjadi lemah.

Keselamatan pasien juga menuntut budaya pelaporan. Staf harus dapat melaporkan near miss dan insiden tanpa takut dihukum secara tidak adil. Namun, budaya non-punitive bukan berarti tanpa akuntabilitas. Perilaku sengaja melanggar, bekerja di luar kompetensi, atau mengabaikan standar tetap harus ditindak.

14.14 Adverse Event, Disclosure, dan Permintaan Maaf

Adverse event adalah kejadian tidak diharapkan yang menyebabkan cedera atau potensi cedera pada pasien selama pelayanan. Tidak semua adverse event terjadi karena kelalaian; sebagian merupakan komplikasi yang dikenal dalam risiko medis. Namun, pasien dan keluarga membutuhkan penjelasan yang jujur ketika terjadi hasil buruk atau insiden.

Disclosure adalah proses menyampaikan kepada pasien atau keluarga bahwa telah terjadi insiden atau hasil tidak diharapkan, menjelaskan fakta yang diketahui, dampak terhadap pasien, tindakan yang dilakukan, langkah perbaikan, dan rencana tindak lanjut. Disclosure yang baik adalah bagian dari etika, komunikasi, dan manajemen risiko hukum.

Banyak rumah sakit takut melakukan disclosure karena khawatir dianggap mengakui kesalahan. Namun, sikap diam atau defensif sering memperburuk konflik. Pasien dan keluarga biasanya ingin mengetahui apa yang terjadi, mengapa terjadi, apa dampaknya, dan apa yang dilakukan agar tidak terulang.

Disclosure harus dilakukan dengan hati-hati. Informasi harus faktual, tidak spekulatif, empatik, dan sesuai tahap investigasi. Jika fakta belum lengkap, rumah sakit dapat menjelaskan bahwa investigasi sedang dilakukan dan informasi akan diperbarui. Permintaan maaf dapat disampaikan sebagai empati atas penderitaan pasien tanpa harus langsung menyimpulkan kelalaian sebelum analisis selesai.

Rumah sakit perlu memiliki kebijakan disclosure. Siapa yang berbicara, kapan, di mana, informasi apa, bagaimana dokumentasi, dan bagaimana dukungan kepada keluarga harus diatur. Staf juga perlu pelatihan komunikasi sulit.

Disclosure yang baik tidak menghapus tanggung jawab hukum, tetapi dapat memperkuat kepercayaan dan menunjukkan integritas institusi.

14.15 Standar Profesi, Standar Pelayanan, dan Kelalaian Medis

Dalam sengketa medis, salah satu pertanyaan utama adalah apakah tindakan tenaga kesehatan sesuai standar. Standar dapat mencakup standar profesi, standar pelayanan, standar prosedur operasional, pedoman klinis, clinical pathway, dan praktik medis yang diterima secara umum.

Kelalaian medis biasanya dipahami sebagai kegagalan melakukan tindakan yang seharusnya dilakukan oleh profesional yang wajar dalam situasi serupa, atau melakukan tindakan yang seharusnya tidak dilakukan, sehingga menimbulkan kerugian. Namun, tidak semua hasil buruk adalah kelalaian. Penyakit dapat berkembang buruk meskipun pelayanan sudah sesuai standar. Komplikasi dapat terjadi meskipun tindakan benar. Risiko medis tidak identik dengan malpraktik.

Analisis kelalaian membutuhkan beberapa unsur. Pertama, ada kewajiban profesional. Kedua, ada pelanggaran standar. Ketiga, ada kerugian. Keempat, ada hubungan sebab akibat antara pelanggaran standar dan kerugian. Tanpa hubungan kausal, tidak semua kesalahan administratif otomatis menjadi dasar tanggung jawab ganti rugi.

Rumah sakit harus membantu tenaga kesehatan memahami standar dan memperbarui pengetahuan. Pedoman klinis harus tersedia. SOP harus realistis. Clinical pathway harus dievaluasi. Pelatihan harus dilakukan. Jika

rumah sakit tidak menyediakan sistem yang mendukung standar, tanggung jawab institusi dapat muncul.

Dokumentasi sangat penting dalam membuktikan standar. Tindakan yang benar tetapi tidak terdokumentasi sulit dibuktikan. Sebaliknya, dokumentasi yang jujur dan lengkap membantu evaluasi objektif.

14.16 Malpraktik, Risiko Medis, dan Komplikasi

Istilah malpraktik sering digunakan secara luas oleh masyarakat, tetapi secara konseptual perlu dibedakan dari risiko medis dan komplikasi. Malpraktik merujuk pada praktik profesional yang menyimpang dari standar sehingga menimbulkan kerugian. Risiko medis adalah kemungkinan hasil buruk yang melekat pada penyakit atau tindakan meskipun standar telah dipenuhi. Komplikasi adalah kejadian tidak diinginkan yang dapat terjadi sebagai bagian dari perjalanan penyakit atau tindakan.

Perbedaan ini penting. Pasien yang mengalami komplikasi pasca operasi belum tentu menjadi korban malpraktik. Harus dilihat apakah komplikasi tersebut dikenal, apakah sudah dijelaskan, apakah tindakan dilakukan sesuai standar, apakah monitoring memadai, dan apakah respons terhadap komplikasi cepat. Sebaliknya, rumah sakit tidak boleh menggunakan kata “komplikasi” untuk menutupi kelalaian.

Dalam komunikasi dengan pasien, dokter perlu menjelaskan risiko secara proporsional sebelum tindakan. Setelah komplikasi terjadi, rumah sakit harus menjelaskan kondisi pasien dan langkah penanganan. Jika ada dugaan kesalahan sistem atau kelalaian, rumah sakit harus melakukan investigasi.

Masyarakat sering menilai hasil. Hukum dan etik menilai proses serta standar. Karena itu, rekam medis, informed consent, audit klinis, dan analisis medikolegal menjadi penting.

14.17 Tanggung Jawab Hukum Dokter, Tenaga Kesehatan, dan Rumah Sakit

Tanggung jawab hukum dalam rumah sakit dapat berada pada beberapa level: individu profesional, tim pelayanan, manajemen unit, dan institusi rumah sakit. Pelayanan pasien biasanya dilakukan oleh tim, sehingga analisis tanggung jawab harus melihat kontribusi setiap pihak.

Dokter bertanggung jawab atas diagnosis, rencana terapi, tindakan medis, komunikasi risiko, informed consent, dan dokumentasi sesuai kewenangannya. Perawat bertanggung jawab atas asuhan keperawatan, pemberian obat, monitoring, edukasi, dan dokumentasi. Apoteker bertanggung jawab atas pelayanan kefarmasian, pengkajian resep, keamanan obat, dan edukasi. Tenaga penunjang bertanggung jawab sesuai profesinya.

Rumah sakit bertanggung jawab menyediakan sistem yang memungkinkan pelayanan aman. Ini mencakup credentialing, privileging, SOP, fasilitas, alat, obat, SDM, supervisi, rekam medis, sistem pelaporan insiden, dan tata kelola. Jika rumah sakit membiarkan dokter bekerja tanpa kewenangan yang jelas, alat tidak terkalibrasi, obat tidak tersedia, atau staf bekerja di bawah standar keselamatan, rumah sakit dapat ikut bertanggung jawab.

Tanggung jawab rumah sakit juga muncul dalam hubungan kerja dan vicarious liability, bergantung pada bentuk hubungan hukum dan sistem yang berlaku. Namun, secara manajerial, rumah sakit harus memandang keselamatan pasien sebagai tanggung jawab institusional.

Pencegahan tanggung jawab hukum dilakukan melalui credentialing, privileging, pelatihan, audit, evaluasi kinerja, dokumentasi, komunikasi, dan perbaikan sistem. Rumah sakit harus memastikan bahwa setiap tenaga bekerja sesuai kompetensi dan kewenangannya.

14.18 Credentialing, Privileging, dan Kewenangan Klinis

Credentialing adalah proses verifikasi kualifikasi, pendidikan, pelatihan, izin, pengalaman, dan kompetensi tenaga medis atau tenaga kesehatan. Privileging adalah pemberian kewenangan klinis tertentu kepada tenaga medis berdasarkan kompetensi dan kebutuhan rumah sakit. Keduanya sangat penting dari perspektif medikolegal.

Rumah sakit tidak boleh hanya melihat bahwa seseorang adalah dokter atau spesialis, lalu membiarkan melakukan semua tindakan. Setiap tindakan memiliki tingkat risiko dan membutuhkan kompetensi tertentu. Rumah sakit harus memastikan dokter memiliki kewenangan klinis untuk tindakan yang dilakukan.

Credentialing dan privileging membantu melindungi pasien dari praktik di luar kompetensi. Ia juga melindungi dokter karena kewenangan ditetapkan secara jelas. Komite medik berperan penting dalam proses ini. Evaluasi berkala diperlukan karena kompetensi dapat berkembang atau menurun.

Tenaga kesehatan lain juga membutuhkan verifikasi kompetensi sesuai profesi. Perawat yang bekerja di ICU membutuhkan kompetensi berbeda dari perawat rawat jalan. Apoteker klinis, radiografer, analis laboratorium, fisioterapis, dan tenaga lain harus bekerja sesuai kewenangan.

Dari sisi hukum, kegagalan credentialing dapat menjadi risiko institusi. Jika rumah sakit mengizinkan tindakan oleh tenaga yang tidak kompeten atau tidak berizin, maka rumah sakit dapat dimintai pertanggungjawaban.

14.19 Medikolegal dalam Gawat Darurat

Pelayanan gawat darurat memiliki aspek medikolegal khusus karena waktu terbatas dan kondisi pasien sering kritis. Rumah sakit wajib melakukan

penanganan awal sesuai kemampuan dan standar. Dalam kegawatdaruratan, prioritas utama adalah menyelamatkan nyawa dan mencegah kecacatan.

Informed consent dalam kondisi gawat darurat dapat berbeda. Jika pasien tidak sadar, keluarga tidak tersedia, dan tindakan segera diperlukan untuk menyelamatkan nyawa, tenaga kesehatan dapat melakukan tindakan sesuai standar. Namun, dokumentasi harus mencatat kondisi darurat, alasan tindakan, dan upaya menghubungi keluarga.

Triase adalah proses medikolegal penting. Pasien harus diprioritaskan berdasarkan tingkat kegawatan, bukan status sosial atau urutan kedatangan semata. Kesalahan triase dapat berdampak serius. Rumah sakit harus memiliki SOP triase, tenaga terlatih, dan dokumentasi waktu.

Rujukan gawat darurat juga memiliki risiko hukum. Pasien harus distabilkan sejauh kemampuan fasilitas, informasi harus dikirim, transportasi harus aman, dan rumah sakit penerima harus dikomunikasikan bila memungkinkan. Merujuk pasien tidak stabil tanpa pendampingan dan informasi dapat menimbulkan risiko.

IGD juga sering menjadi lokasi konflik dengan keluarga pasien. Komunikasi cepat, empatik, dan terstruktur sangat penting. Keluarga perlu diberi informasi tentang prioritas triase, kondisi pasien, tindakan yang dilakukan, dan alasan menunggu bila ada.

14.20 Perlindungan Hak Pasien Rentan

Rumah sakit harus memberi perhatian khusus kepada pasien rentan. Pasien rentan mencakup anak, lansia, penyandang disabilitas, pasien gangguan mental, pasien tidak sadar, pasien miskin, korban kekerasan, pasien penyakit menular dengan stigma, pasien tahanan, pasien tanpa keluarga, dan pasien dengan hambatan bahasa atau literasi rendah.

Perlindungan pasien rentan mencakup akses, komunikasi, informed consent, pendampingan, privasi, non-diskriminasi, dan keselamatan. Anak tidak dapat diperlakukan seperti orang dewasa kecil. Keputusan biasanya melibatkan orang tua atau wali, tetapi suara anak perlu diperhatikan sesuai usia dan kematangan. Lansia dapat mengalami gangguan kognitif, risiko jatuh, dan kerentanan terhadap eksploitasi. Pasien disabilitas membutuhkan akses fisik dan komunikasi yang sesuai.

Pasien gangguan mental memiliki hak yang sama atas martabat dan pelayanan. Pembatasan fisik, isolasi, atau tindakan tanpa persetujuan harus mengikuti standar hukum dan etik yang ketat. Pasien penyakit menular harus dilindungi dari stigma, sambil tetap menjaga keselamatan publik.

Korban kekerasan, kekerasan seksual, atau kekerasan dalam rumah tangga membutuhkan penanganan sensitif, dokumentasi medikolegal, perlindungan privasi, dan rujukan dukungan hukum atau sosial. Rumah sakit harus memiliki SOP untuk kasus-kasus ini.

Prinsip umum perlindungan pasien rentan adalah: jangan menambah penderitaan melalui sistem yang tidak peka. Rumah sakit harus membangun pelayanan inklusif dan berkeadilan.

14.21 Sengketa Medis: Sumber, Bentuk, dan Dinamika

Sengketa medis adalah konflik antara pasien atau keluarga dengan tenaga kesehatan atau rumah sakit terkait pelayanan kesehatan. Sengketa dapat muncul karena dugaan kesalahan, hasil buruk, komunikasi buruk, biaya, pelayanan lambat, sikap staf, rekam medis, klaim, atau ketidakpuasan terhadap respons rumah sakit.

Sumber sengketa sering kali bukan hanya aspek klinis. Banyak sengketa bermula dari kegagalan komunikasi. Pasien tidak memahami penyakitnya. Risiko tidak dijelaskan. Keluarga merasa diabaikan. Biaya tidak transparan. Rumah sakit lambat merespons keluhan. Staf bersikap defensif. Ketika hasil

klinis buruk terjadi dalam suasana komunikasi buruk, konflik mudah membesar.

Bentuk sengketa dapat berupa pengaduan internal, mediasi, pengaduan ke organisasi profesi, laporan ke majelis disiplin, gugatan perdata, laporan pidana, laporan ke regulator, atau penyebaran keluhan di media sosial. Rumah sakit harus siap menghadapi semua bentuk ini secara profesional.

Dinamika sengketa sering emosional. Pasien dan keluarga berada dalam kondisi duka, marah, takut, atau merasa tidak berdaya. Tenaga kesehatan merasa disalahkan, takut, atau defensif. Humas khawatir reputasi. Direksi khawatir hukum. Karena itu, rumah sakit perlu memiliki prosedur penyelesaian sengketa yang tenang, faktual, empatik, dan adil.

Sengketa harus dipandang sebagai sinyal. Tidak semua keluhan benar, tetapi setiap keluhan perlu didengar. Rumah sakit yang mampu menyelesaikan keluhan secara dini dapat mencegah eskalasi.

14.22 Penyelesaian Keluhan dan Mediasi

Keluhan pasien harus dikelola melalui sistem yang jelas. Rumah sakit perlu menyediakan kanal pengaduan yang mudah diakses, petugas yang terlatih, batas waktu respons, dokumentasi, klasifikasi risiko, investigasi, komunikasi balik, dan mekanisme eskalasi.

Tahap pertama adalah penerimaan keluhan. Petugas harus mendengar dengan empati, mencatat fakta, dan menghindari respons defensif. Tahap kedua adalah klasifikasi. Keluhan administratif, komunikasi, biaya, pelayanan, atau dugaan insiden klinis memiliki penanganan berbeda. Tahap ketiga adalah investigasi. Data rekam medis, kronologi, wawancara staf, dan dokumen perlu dikumpulkan. Tahap keempat adalah respons kepada pasien atau keluarga. Tahap kelima adalah perbaikan sistem. Tahap keenam adalah evaluasi.

Mediasi dapat menjadi mekanisme penyelesaian sengketa yang lebih konstruktif dibanding litigasi. Mediasi memungkinkan dialog, klarifikasi, permintaan maaf, perbaikan, atau penyelesaian yang disepakati. Namun, mediasi harus dilakukan dengan itikad baik, keterbukaan, dan pemahaman hukum.

Rumah sakit perlu membedakan antara keluhan yang dapat diselesaikan secara administratif dan kasus yang memerlukan analisis klinis atau medikolegal mendalam. Bila ada dugaan serious adverse event, komite mutu, komite medik, manajemen risiko, dan bagian hukum harus terlibat.

Penyelesaian keluhan yang baik bukan hanya menghindari gugatan, tetapi memulihkan kepercayaan. Bahkan ketika rumah sakit tidak terbukti salah, pasien tetap perlu diperlakukan dengan hormat.

14.23 Majelis Disiplin Profesi, Etik, dan Jalur Hukum

Dalam sistem hukum kesehatan, pelanggaran dapat diperiksa melalui berbagai jalur: etik, disiplin, administratif, perdata, dan pidana. Masing-masing memiliki tujuan berbeda.

Jalur etik menilai apakah tenaga kesehatan melanggar kode etik profesi. Jalur disiplin menilai apakah praktik profesional melanggar standar disiplin profesi. Jalur administratif menilai kepatuhan izin, regulasi, atau kewajiban fasilitas. Jalur perdata berkaitan dengan ganti rugi atau wanprestasi/perbuatan melawan hukum. Jalur pidana berkaitan dengan dugaan tindak pidana.

Majelis disiplin profesi memiliki peran dalam menilai pelanggaran disiplin tenaga medis atau tenaga kesehatan sesuai kerangka hukum yang berlaku. Pemeriksaan disiplin penting karena tidak semua sengketa medis cocok langsung dibawa ke pidana atau perdata. Banyak kasus membutuhkan penilaian profesional: apakah tindakan sesuai standar? apakah kewenangan ada? apakah dokumentasi memadai? apakah ada kelalaian disiplin?

Rumah sakit perlu memahami perbedaan jalur ini agar respons tepat. Jika keluhan pasien langsung dianggap ancaman pidana, rumah sakit menjadi defensif. Jika setiap keluhan hanya dianggap masalah etik kecil, rumah sakit mengabaikan risiko hukum. Pendekatan yang tepat adalah analisis objektif.

Tenaga kesehatan dan rumah sakit harus kooperatif terhadap proses pemeriksaan yang sah. Namun, hak tenaga kesehatan atas pembelaan, pendampingan hukum, dan perlakuan adil juga harus dijaga. Perlindungan pasien dan perlindungan tenaga kesehatan bukan dua hal yang bertentangan; keduanya membutuhkan sistem yang adil.

14.24 Komunikasi Medikolegal dan Dokumentasi Konflik

Dalam situasi konflik, komunikasi rumah sakit sangat menentukan. Kata-kata yang tidak tepat dapat memperburuk sengketa. Sikap defensif dapat menimbulkan kesan menutup-nutupi. Sebaliknya, pernyataan yang terlalu cepat menyimpulkan tanpa investigasi juga berisiko.

Komunikasi medikolegal harus berbasis prinsip: empatik, faktual, tidak spekulatif, menjaga privasi, dan terdokumentasi. Rumah sakit perlu menunjuk pihak yang berwenang berbicara kepada pasien atau keluarga dalam kasus serius. Dokter penanggung jawab pasien tetap berperan penting, tetapi dapat didampingi manajemen, komite mutu, atau bagian hukum.

Dokumentasi konflik harus dilakukan dengan baik. Setiap pertemuan dengan keluarga, penjelasan yang diberikan, pertanyaan, keputusan, dan tindak lanjut perlu dicatat. Dokumentasi harus faktual, tidak emosional, tidak menyalahkan, dan tidak mengandung opini yang tidak terverifikasi.

Dalam era media sosial, rumah sakit harus berhati-hati. Jika keluhan muncul di ruang publik, respons publik harus menjaga privasi pasien. Rumah sakit dapat menyatakan empati, komitmen menindaklanjuti, dan

mengajak komunikasi melalui kanal resmi. Detail medis tidak boleh dibuka tanpa dasar hukum.

Komunikasi medikolegal bukan sekadar strategi reputasi. Ia adalah bentuk penghormatan terhadap pasien dan proses hukum.

14.25 Manajemen Risiko Hukum Rumah Sakit

Manajemen risiko hukum adalah bagian dari enterprise risk management rumah sakit. Tujuannya mengidentifikasi potensi risiko hukum, menilai dampak dan kemungkinan, menyusun mitigasi, memantau, dan melakukan perbaikan.

Area risiko hukum rumah sakit mencakup:

1. Informed consent tidak memadai.
2. Rekam medis tidak lengkap.
3. Praktik di luar kewenangan.
4. Kesalahan identitas pasien.
5. Kesalahan obat.
6. Infeksi terkait pelayanan.
7. Pasien jatuh.
8. Klaim pembiayaan bermasalah.
9. Kebocoran data pasien.
10. Kekerasan terhadap pasien atau staf.
11. Pelayanan gawat darurat tidak sesuai standar.
12. Rujukan tidak aman.
13. Pengadaan dengan konflik kepentingan.

14. Tenaga tanpa izin atau kompetensi.
15. Promosi layanan menyesatkan.
16. Telemedicine tanpa tata kelola.
17. Penggunaan AI tanpa validasi.
18. Keluhan pasien tidak ditangani.
19. Perundungan atau pelecehan di lingkungan kerja.
20. Kontrak kerja sama tidak jelas.

Mitigasi risiko hukum dilakukan melalui SOP, pelatihan, audit, dokumentasi, supervisi, credentialing, komunikasi, kontrak yang baik, sistem IT aman, kanal pengaduan, dan budaya keselamatan. Rumah sakit perlu memiliki risk register yang diperbarui berkala.

Bagian hukum sebaiknya tidak bekerja sendiri. Manajemen risiko hukum harus melibatkan komite medik, keperawatan, farmasi, rekam medis, IT, mutu, keselamatan pasien, SDM, keuangan, dan humas.

14.26 Telemedicine, AI, dan Tantangan Medikolegal Baru

Digitalisasi layanan kesehatan menciptakan tantangan medikolegal baru. Telemedicine, rekam medis elektronik, AI klinis, chatbot, remote monitoring, dan aplikasi pasien memperluas akses, tetapi juga menimbulkan pertanyaan hukum.

Dalam telemedicine, isu medikolegal mencakup identitas pasien, informed consent, batas layanan, dokumentasi, privasi, keamanan data, kewenangan dokter, kualitas komunikasi, resep, rujukan, dan tanggung jawab bila terjadi kesalahan. Telemedicine tidak boleh digunakan untuk semua kondisi. Rumah sakit harus memiliki protokol triase: kasus apa yang dapat ditangani jarak jauh dan kasus apa yang harus datang langsung.

AI klinis menimbulkan isu lebih kompleks. Jika AI memberi rekomendasi salah, siapa bertanggung jawab? Apakah dokter hanya pengguna atau tetap pengambil keputusan? Apakah pasien perlu tahu AI digunakan? Apakah model telah divalidasi pada populasi lokal? Apakah ada bias algoritmik? Apakah data pasien aman? Apakah vendor bertanggung jawab?

Rumah sakit harus menerapkan AI governance. Setiap penggunaan AI harus memiliki tujuan jelas, validasi, pengawasan manusia, audit, dokumentasi, perlindungan data, dan evaluasi berkala. AI tidak boleh menjadi pengganti pertimbangan klinis dan komunikasi manusia.

Chatbot kesehatan juga harus dibatasi. Chatbot boleh membantu informasi administratif dan edukasi umum, tetapi tidak boleh memberi diagnosis atau instruksi klinis berisiko tanpa pengawasan. Jika rumah sakit menyediakan chatbot, batasannya harus jelas.

Teknologi memperluas kapasitas rumah sakit, tetapi juga memperluas tanggung jawab. Prinsipnya: semakin besar dampak teknologi terhadap keputusan klinis, semakin kuat tata kelola hukum dan etik yang diperlukan.

14.27 Kontrak, Kerja Sama, dan Risiko Hukum Non-Klinis

Risiko hukum rumah sakit tidak hanya berasal dari pelayanan klinis. Banyak risiko muncul dari kontrak dan kerja sama non-klinis. Rumah sakit bekerja dengan pemasok obat, alat kesehatan, vendor SIMRS, laboratorium, asuransi, perusahaan, tenaga outsourcing, konstruksi, laundry, catering, keamanan, pengelolaan limbah, dan mitra pendidikan.

Kontrak yang lemah dapat menimbulkan masalah. Misalnya, vendor SIMRS tidak menjamin keamanan data. Pemasok obat terlambat tanpa sanksi. Kerja sama alat kesehatan membebani rumah sakit karena volume tidak tercapai. Kontrak outsourcing tidak mengatur standar keselamatan. Kerja sama promosi melanggar etika. Pengelolaan limbah tidak sesuai ketentuan.

Rumah sakit perlu memiliki review hukum terhadap kontrak strategis. Kontrak harus mencakup ruang lingkup, standar layanan, kewajiban mutu, kerahasiaan data, tanggung jawab bila terjadi kegagalan, pembiayaan, masa berlaku, pemutusan, penyelesaian sengketa, audit, dan kepatuhan regulasi.

Konflik kepentingan harus dicegah. Pengadaan dan kerja sama harus transparan. Keputusan kerja sama tidak boleh didorong oleh kepentingan pribadi. Rumah sakit harus memiliki kode etik kerja sama dan deklarasi konflik kepentingan.

Risiko hukum non-klinis dapat berdampak klinis. Jika vendor oksigen gagal, pasien terdampak. Jika sistem IT down, rekam medis terganggu. Jika limbah medis tidak dikelola, masyarakat terdampak. Karena itu, bagian hukum harus memahami risiko layanan, bukan hanya bahasa kontrak.

14.28 Audit Kepatuhan Hukum

Audit kepatuhan hukum adalah pemeriksaan sistematis untuk menilai apakah rumah sakit telah memenuhi peraturan, standar, dan kebijakan internal. Audit ini dapat mencakup perizinan, credentialing, informed consent, rekam medis, keselamatan pasien, pengaduan, perlindungan data, kontrak, promosi, klaim, pengadaan, limbah, dan hubungan kerja.

Audit kepatuhan tidak bertujuan mencari kesalahan individu, tetapi menemukan celah sistem. Misalnya, audit informed consent dapat menemukan bahwa formulir ada, tetapi penjelasan tidak terdokumentasi. Audit rekam medis dapat menemukan resume pulang terlambat. Audit data dapat menemukan staf memakai akun bersama. Audit kontrak dapat menemukan tidak ada klausul keamanan data. Audit promosi dapat menemukan klaim layanan yang terlalu berlebihan.

Audit harus menghasilkan rekomendasi dan tindak lanjut. Tanpa tindak lanjut, audit hanya menjadi formalitas. Rumah sakit perlu menetapkan

prioritas risiko tinggi. Misalnya, RME dan keamanan data menjadi prioritas bila rumah sakit sedang digitalisasi. Informed consent menjadi prioritas bagi layanan bedah dan tindakan invasif. Credentialing menjadi prioritas bagi layanan spesialistik.

Audit kepatuhan hukum juga membantu akreditasi dan kesiapan menghadapi sengketa. Rumah sakit yang memiliki bukti kepatuhan lebih siap menunjukkan akuntabilitas.

14.29 Pendidikan Hukum bagi Tenaga Kesehatan

Tenaga kesehatan sering belajar hukum setelah menghadapi masalah. Ini terlambat. Rumah sakit perlu memberikan pendidikan hukum dasar kepada tenaga kesehatan. Tujuannya bukan menjadikan dokter atau perawat sebagai ahli hukum, tetapi membuat mereka memahami prinsip penting yang memengaruhi praktik sehari-hari.

Materi pendidikan hukum dapat mencakup hak pasien, informed consent, rekam medis, rahasia medis, keselamatan pasien, pelaporan insiden, komunikasi risiko, penanganan keluhan, telemedicine, perlindungan data, batas kewenangan, dan sengketa medis. Pendidikan ini harus berbasis kasus nyata agar mudah dipahami.

Pelatihan informed consent dapat menggunakan simulasi komunikasi. Pelatihan rekam medis dapat menggunakan contoh catatan baik dan buruk. Pelatihan disclosure dapat menggunakan role play. Pelatihan data privacy dapat menggunakan contoh kebocoran data. Pelatihan media sosial dapat menjelaskan apa yang boleh dan tidak boleh dilakukan staf.

Pendidikan hukum juga harus menekankan bahwa dokumentasi bukan beban administratif semata, tetapi bagian dari pelayanan dan perlindungan hukum. Tenaga kesehatan harus memahami bahwa komunikasi dan dokumentasi adalah keterampilan klinis.

Rumah sakit pendidikan khususnya perlu memasukkan medikolegal dalam kurikulum peserta didik. Koas, residen, perawat, dan tenaga kesehatan muda harus belajar hukum kesehatan sejak awal.

14.30 Budaya Hukum, Etika, dan Keselamatan

Rumah sakit yang kuat tidak hanya memiliki dokumen hukum, tetapi memiliki budaya hukum. Budaya hukum berarti seluruh organisasi memahami bahwa kepatuhan, hak pasien, keselamatan, kejujuran, dan dokumentasi adalah bagian dari nilai kerja. Staf tidak melakukan informed consent karena takut hukum saja, tetapi karena menghormati pasien. Staf tidak mencatat rekam medis karena tuntutan administrasi saja, tetapi karena catatan membantu keselamatan dan akuntabilitas. Staf tidak menjaga rahasia pasien karena takut sanksi saja, tetapi karena privasi adalah martabat manusia.

Budaya hukum harus menyatu dengan budaya etika dan budaya keselamatan. Ketiganya saling memperkuat. Etika memberi nilai. Hukum memberi batas dan kepastian. Keselamatan memberi sistem pencegahan bahaya. Bila salah satu lemah, rumah sakit rentan.

Budaya hukum juga membutuhkan kepemimpinan. Direksi dan pimpinan unit harus memberi teladan. Jika pimpinan mengabaikan SOP, staf akan mengikuti. Jika pimpinan menekan dokter untuk memanipulasi klaim, budaya hukum rusak. Jika pimpinan menutup-nutupi insiden, budaya keselamatan runtuh. Jika pimpinan menghargai transparansi, staf lebih berani melapor.

Budaya hukum tidak berarti semua orang takut. Justru budaya hukum yang sehat membuat orang merasa aman bekerja karena aturan jelas, tanggung jawab jelas, dan proses penyelesaian adil.

14.31 Ilustrasi Kasus: Formulir Consent Ada, tetapi Pasien Tidak Mengerti

Seorang pasien menjalani operasi elektif. Formulir persetujuan sudah ditandatangani. Setelah operasi, pasien mengalami komplikasi yang sebenarnya merupakan risiko yang dikenal. Keluarga marah karena merasa tidak pernah diberi tahu risiko tersebut. Dokter menyatakan sudah menjelaskan, tetapi rekam medis hanya berisi formulir yang ditandatangani tanpa catatan isi penjelasan.

Dalam analisis medikolegal, formulir consent memang penting, tetapi tidak cukup bila proses komunikasi tidak dapat dibuktikan. Rumah sakit kemudian memperbaiki SOP. Untuk tindakan berisiko, dokter wajib mencatat ringkasan penjelasan: diagnosis, tindakan, manfaat, risiko utama, alternatif, pertanyaan pasien, dan keputusan. Perawat menjadi saksi proses administratif, tetapi penjelasan klinis tetap tanggung jawab dokter. Rumah sakit juga membuat leaflet edukasi dan ruang konsultasi preoperatif.

Kasus ini menunjukkan bahwa informed consent adalah proses komunikasi. Tanda tangan tanpa pemahaman dapat menjadi sumber sengketa.

14.32 Ilustrasi Kasus: Rekam Medis Elektronik dan Akses Tidak Sah

Di sebuah rumah sakit, seorang staf non-klinis membuka rekam medis tokoh publik yang sedang dirawat, lalu membocorkan informasi ke media sosial. Rumah sakit mengalami krisis reputasi. Pasien mengajukan keluhan. Investigasi menunjukkan bahwa sistem RME memungkinkan terlalu banyak staf mengakses data, tidak ada audit akses rutin, dan pelatihan privasi lemah.

Rumah sakit kemudian menerapkan role-based access control, audit log, notifikasi akses data sensitif, sanksi disiplin, pelatihan privasi, dan kebijakan penggunaan media sosial. Kasus ini menunjukkan bahwa RME bukan hanya proyek IT, tetapi tanggung jawab hukum dan etik.

Data pasien adalah amanah. Rumah sakit harus menjaga agar digitalisasi tidak membuka pintu pelanggaran privasi.

14.33 Ilustrasi Kasus: Pasien Jatuh dan Tanggung Jawab Sistem

Seorang pasien lansia jatuh di ruang rawat saat menuju kamar mandi malam hari. Keluarga menuntut rumah sakit karena menganggap perawat lalai. Audit menemukan bahwa asesmen risiko jatuh belum dilakukan lengkap, gelang risiko tidak dipasang, bel pasien tidak berfungsi, pencahayaan kamar redup, dan edukasi keluarga tidak terdokumentasi. Perawat memang tidak berada di kamar saat kejadian, tetapi masalah utama adalah kegagalan sistem pencegahan jatuh.

Rumah sakit melakukan RCA dan memperbaiki sistem: asesmen risiko jatuh wajib saat masuk, gelang risiko, signage, bel diperiksa, penerangan malam diperbaiki, edukasi keluarga distandardisasi, dan ronde perawat ditingkatkan. Kasus ini menunjukkan bahwa risiko hukum sering berasal dari kegagalan sistem, bukan hanya tindakan individu.

14.34 Ilustrasi Kasus: Komplikasi atau Kelalaian?

Seorang pasien mengalami infeksi pasca operasi. Keluarga menuduh malpraktik. Audit klinis dilakukan. Ditemukan bahwa informed consent telah menjelaskan risiko infeksi, antibiotik profilaksis diberikan sesuai panduan, sterilisasi alat terdokumentasi, teknik operasi sesuai standar, dan infeksi ditangani segera setelah terdeteksi. Dalam kasus ini, infeksi lebih mungkin merupakan komplikasi yang dikenal, bukan kelalaian.

Namun, audit juga menemukan bahwa komunikasi pasca komplikasi kurang baik. Keluarga merasa dibiarkan menunggu tanpa penjelasan. Rumah sakit memperbaiki protokol komunikasi komplikasi. Kasus ini

menunjukkan bahwa sekalipun pelayanan sesuai standar, komunikasi tetap menentukan persepsi keadilan.

14.35 Model Integratif Bab 14

Manajemen hukum, medikolegal, dan perlindungan hak pasien dapat diringkas dalam model integratif berikut.

Fondasi nilai mencakup martabat pasien, keselamatan, otonomi, keadilan, kerahasiaan, integritas, dan akuntabilitas.

Kerangka regulasi mencakup UU Kesehatan, PP pelaksana, peraturan menteri, hukum profesi, hukum rekam medis, hukum data pribadi, hukum perdata, pidana, administrasi, etik, dan disiplin.

Proses kunci mencakup informed consent, rekam medis, pelayanan sesuai standar, credentialing, keselamatan pasien, rujukan aman, pengaduan, dan disclosure.

Risiko medikolegal mencakup kelalaian, dokumentasi lemah, komunikasi buruk, pelanggaran privasi, praktik di luar kewenangan, insiden keselamatan, klaim bermasalah, dan konflik pasien.

Sistem pengendalian mencakup SOP, audit, pelatihan, komite medik, komite etik, manajemen risiko, legal review, data governance, dan kanal pengaduan.

Outcome yang diharapkan adalah perlindungan hak pasien, kepastian tanggung jawab, pelayanan aman, sengketa berkurang, kepercayaan publik meningkat, dan rumah sakit lebih akuntabel.

Model ini menunjukkan bahwa hukum rumah sakit bukan hanya reaksi terhadap sengketa. Hukum adalah sistem tata kelola yang menjaga agar pelayanan berjalan aman, manusiawi, dan dapat dipertanggungjawabkan.

14.36 Implikasi Manajerial

Pertama, direksi rumah sakit harus menempatkan manajemen hukum sebagai bagian dari tata kelola strategis.

Kedua, rumah sakit perlu membangun legal risk management yang terintegrasi dengan mutu, keselamatan pasien, rekam medis, IT, SDM, dan komunikasi publik.

Ketiga, informed consent harus diperlakukan sebagai proses komunikasi, bukan sekadar formulir.

Keempat, rekam medis harus dikelola sebagai dokumen hukum dan klinis yang lengkap, akurat, aman, dan tepat waktu.

Kelima, perlindungan data pasien harus menjadi prioritas dalam era rekam medis elektronik dan interoperabilitas.

Keenam, rumah sakit harus memiliki sistem penyelesaian keluhan yang empatik, cepat, adil, dan terdokumentasi.

Ketujuh, adverse event perlu ditangani melalui disclosure, analisis akar masalah, dan perbaikan sistem.

Kedelapan, credentialing dan privileging harus diperkuat untuk memastikan setiap tenaga bekerja sesuai kompetensi.

Kesembilan, tenaga kesehatan perlu mendapat pendidikan medikolegal secara berkala.

Kesepuluh, budaya hukum, etika, dan keselamatan harus dibangun sebagai nilai organisasi, bukan sekadar kewajiban dokumen.

14.37 Rangkuman Bab

Manajemen hukum, medikolegal, dan perlindungan hak pasien merupakan komponen penting dalam manajemen rumah sakit modern. Rumah sakit bekerja dalam lingkungan risiko tinggi yang melibatkan keputusan klinis, hak pasien, kewajiban institusi, standar profesi, dokumentasi, data pribadi, dan tanggung jawab hukum.

Hak pasien mencakup hak atas informasi, persetujuan, penolakan, privasi, kerahasiaan, pelayanan aman, pelayanan tidak diskriminatif, keluhan, dan perlakuan manusiawi. Hak ini harus diimbangi dengan kewajiban pasien untuk memberikan informasi yang benar, mematuhi aturan, menghormati hak orang lain, dan bekerja sama dalam pelayanan.

Informed consent adalah proses komunikasi etis dan hukum. Rekam medis adalah dokumen klinis sekaligus dokumen hukum. Keselamatan pasien adalah isu mutu sekaligus isu medikolegal. Sengketa medis sering muncul bukan hanya karena hasil buruk, tetapi karena komunikasi, dokumentasi, dan respons rumah sakit yang tidak memadai.

Digitalisasi membawa tantangan baru: rekam medis elektronik, perlindungan data, telemedicine, AI klinis, keamanan siber, dan interoperabilitas. Rumah sakit harus membangun tata kelola data dan teknologi agar inovasi tidak merusak hak pasien.

Inti Bab 14 adalah bahwa hukum rumah sakit bukan sekadar alat membela diri ketika terjadi gugatan. Hukum adalah kerangka perlindungan martabat pasien, kepastian tanggung jawab, keadilan profesional, dan tata kelola institusi. Rumah sakit yang kuat secara hukum adalah rumah sakit yang etis, transparan, terdokumentasi, aman, dan dipercaya.

Glossarium

Adverse Event
Kejadian tidak diharapkan yang menyebabkan cedera atau potensi cedera pada pasien selama proses pelayanan kesehatan.

Audit Kepatuhan Hukum
Pemeriksaan sistematis untuk menilai apakah rumah sakit mematuhi peraturan, standar, kebijakan, dan kewajiban hukum.

Credentialing
Proses verifikasi kualifikasi, pendidikan, izin, pengalaman, dan kompetensi tenaga kesehatan.

Disclosure
Proses menyampaikan informasi kepada pasien atau keluarga mengenai insiden, hasil tidak diharapkan, dampak, tindakan korektif, dan rencana tindak lanjut.

Hak Pasien
Hak hukum dan etik pasien untuk memperoleh informasi, pelayanan aman, persetujuan, privasi, kerahasiaan, dan perlakuan manusiawi.

Informed Consent
Persetujuan pasien atau keluarga setelah memperoleh penjelasan memadai mengenai tindakan medis, manfaat, risiko, alternatif, dan konsekuensi.

Informed Refusal
Penolakan pasien terhadap tindakan medis setelah memperoleh informasi yang cukup mengenai risiko dan konsekuensinya.

Kerahasiaan Medis
Kewajiban menjaga informasi kesehatan pasien agar tidak diakses atau disebarkan tanpa dasar yang sah.

Kelalaian Medis
Kegagalan melakukan tindakan sesuai standar profesi atau standar pelayanan sehingga menimbulkan kerugian pada pasien.

Komplikasi
Kejadian tidak diinginkan yang dapat terjadi sebagai risiko dari penyakit atau tindakan meskipun pelayanan telah sesuai standar.

Majelis Disiplin Profesi
Lembaga yang menilai dugaan pelanggaran disiplin profesi tenaga medis atau tenaga kesehatan sesuai ketentuan hukum.

Malpraktik
Praktik profesional yang menyimpang dari standar dan menimbulkan kerugian, setelah dibuktikan melalui proses yang sah.

Medikolegal
Bidang yang menghubungkan ilmu kesehatan dengan hukum dalam analisis pelayanan, tanggung jawab, bukti, dan sengketa.

Pelindungan Data Pribadi
Upaya melindungi data pribadi, termasuk data kesehatan, dari pemrosesan yang tidak sah, kebocoran, penyalahgunaan, atau akses tidak berwenang.

Privileging
Pemberian kewenangan klinis tertentu kepada tenaga medis berdasarkan kompetensi, pengalaman, dan kebutuhan rumah sakit.

Rekam Medis
Dokumen atau data yang berisi identitas pasien, pemeriksaan, pengobatan, tindakan, dan pelayanan lain yang diberikan kepada pasien.

Rekam Medis Elektronik
Rekam medis yang dibuat, disimpan, dan dikelola melalui sistem elektronik.

Risiko Medis
Kemungkinan terjadinya hasil buruk yang melekat pada penyakit atau tindakan medis meskipun standar pelayanan telah dipenuhi.

Sengketa Medis
Konflik antara pasien atau keluarga dengan tenaga kesehatan atau rumah sakit terkait pelayanan kesehatan.

Shared Decision Making
Proses pengambilan keputusan bersama antara tenaga kesehatan dan pasien berdasarkan bukti klinis, preferensi pasien, nilai, dan konteks.

Standar Profesi
Batasan kemampuan profesional minimal yang harus dipenuhi oleh tenaga kesehatan dalam menjalankan praktik.

Standar Prosedur Operasional
Instruksi tertulis yang mengatur langkah kerja pelayanan untuk menjamin konsistensi, mutu, dan keselamatan.

Vicarious Liability
Tanggung jawab pihak institusi atas tindakan pihak lain yang bekerja dalam lingkup tugasnya, sesuai prinsip dan ketentuan hukum yang berlaku.

Daftar Pustaka

Ayanian, J. Z., & Markel, H. (2016). Donabedian's lasting framework for health care quality. *The New England Journal of Medicine, 375*(3), 205–207. https://doi.org/10.1056/NEJMp1605101

Bates, D. W., & Gawande, A. A. (2003). Improving safety with information technology. *The New England Journal of Medicine, 348*(25), 2526–2534. https://doi.org/10.1056/NEJMsa020847

Beauchamp, T. L., & Childress, J. F. (2019). *Principles of biomedical ethics* (8th ed.). Oxford University Press. Tanpa DOI.

Berwick, D. M. (2009). What "patient-centered" should mean: Confessions of an extremist. *Health Affairs, 28*(4), w555–w565. https://doi.org/10.1377/hlthaff.28.4.w555

Carayon, P., Wetterneck, T. B., Rivera-Rodriguez, A. J., Hundt, A. S., Hoonakker, P., Holden, R., & Gurses, A. P. (2014). Human factors systems approach to healthcare quality and patient safety. *Applied Ergonomics, 45*(1), 14–25. https://doi.org/10.1016/j.apergo.2013.04.023

Cohen, I. G., Amarasingham, R., Shah, A., Xie, B., & Lo, B. (2014). The legal and ethical concerns that arise from using complex predictive analytics in health care. *Health Affairs, 33*(7), 1139–1147. https://doi.org/10.1377/hlthaff.2014.0048

Donabedian, A. (1988). The quality of care: How can it be assessed? *JAMA, 260*(12), 1743–1748. https://doi.org/10.1001/jama.1988.03410120089033

Elwyn, G., Frosch, D., Thomson, R., Joseph-Williams, N., Lloyd, A., Kinnersley, P., Cording, E., Tomson, D., Dodd, C., Rollnick, S., Edwards, A., & Barry, M. (2012). Shared decision making: A model for clinical practice. *Journal of General Internal Medicine, 27*(10), 1361–1367. https://doi.org/10.1007/s11606-012-2077-6

Emanuel, E. J., Wendler, D., & Grady, C. (2000). What makes clinical research ethical? *JAMA, 283*(20), 2701–2711. https://doi.org/10.1001/jama.283.20.2701

Gallagher, T. H., Waterman, A. D., Ebers, A. G., Fraser, V. J., & Levinson, W. (2003). Patients' and physicians' attitudes regarding the disclosure of medical errors. *JAMA, 289*(8), 1001–1007. https://doi.org/10.1001/jama.289.8.1001

Grady, C. (2015). Enduring and emerging challenges of informed consent. *The New England Journal of Medicine, 372*(9), 855–862. https://doi.org/10.1056/NEJMra1411250

Jena, A. B., Seabury, S., Lakdawalla, D., & Chandra, A. (2011). Malpractice risk according to physician specialty. *The New England Journal of Medicine, 365*(7), 629–636. https://doi.org/10.1056/NEJMsa1012370

Kaplan, B. (2020). Revisiting health information technology ethical, legal, and social issues and evaluation: Telehealth/telemedicine and COVID-19. *International Journal of Medical Informatics, 143*, 104239. https://doi.org/10.1016/j.ijmedinf.2020.104239

Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2008). *Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 290/MENKES/PER/III/2008 tentang Persetujuan Tindakan Kedokteran*. Tanpa DOI.

Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2017). *Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 11 Tahun 2017 tentang Keselamatan Pasien*. Tanpa DOI.

Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2018). *Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 4 Tahun 2018 tentang Kewajiban Rumah Sakit dan Kewajiban Pasien*. Tanpa DOI.

Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2022). *Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 24 Tahun 2022 tentang Rekam Medis*. Tanpa DOI.

Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2023). *Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan*. Tanpa DOI.

Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2024). *Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 28 Tahun 2024 tentang Peraturan Pelaksanaan Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan*. Tanpa DOI.

Kementerian Komunikasi dan Informatika Republik Indonesia. (2022). *Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 27 Tahun 2022 tentang Pelindungan Data Pribadi*. Tanpa DOI.

Localio, A. R., Lawthers, A. G., Brennan, T. A., Laird, N. M., Hebert, L. E., Peterson, L. M., Newhouse, J. P., Weiler, P. C., & Hiatt, H. H. (1991). Relation between malpractice claims and adverse events due to negligence. *The New England Journal of Medicine, 325*(4), 245–251. https://doi.org/10.1056/NEJM199107253250405

Mead, N., & Bower, P. (2000). Patient-centredness: A conceptual framework and review of the empirical literature. *Social Science & Medicine, 51*(7), 1087–1110. https://doi.org/10.1016/S0277-9536(00)00098-8

Mello, M. M., Chandra, A., Gawande, A. A., & Studdert, D. M. (2010). National costs of the medical liability system. *Health Affairs, 29*(9), 1569–1577. https://doi.org/10.1377/hlthaff.2009.0807

Nijor, S., Rallis, G., Lad, N., & Gokcen, E. (2022). Patient safety issues from information overload in electronic medical records. *Journal of Patient Safety, 18*(6), e999–e1003. https://doi.org/10.1097/PTS.0000000000001002

Obermeyer, Z., Powers, B., Vogeli, C., & Mullainathan, S. (2019). Dissecting racial bias in an algorithm used to manage the health of populations. *Science, 366*(6464), 447–453. https://doi.org/10.1126/science.aax2342

Reason, J. (2000). Human error: Models and management. *BMJ, 320*(7237), 768–770. https://doi.org/10.1136/bmj.320.7237.768

Runciman, W., Hibbert, P., Thomson, R., Van Der Schaaf, T., Sherman, H., & Lewalle, P. (2009). Towards an international classification for patient safety: Key concepts and terms. *International Journal for Quality in Health Care, 21*(1), 18–26. https://doi.org/10.1093/intqhc/mzn057

Sittig, D. F., & Singh, H. (2013). A new sociotechnical model for studying health information technology in complex adaptive healthcare systems. *Quality & Safety in Health Care, 19*(Suppl. 3), i68–i74. https://doi.org/10.1136/qshc.2010.042085

Studdert, D. M., Mello, M. M., Gawande, A. A., Gandhi, T. K., Kachalia, A., Yoon, C., Puopolo, A. L., & Brennan, T. A. (2006). Claims, errors, and compensation payments in medical malpractice litigation. *The New England Journal of Medicine, 354*(19), 2024–2033. https://doi.org/10.1056/NEJMsa054479

Vincent, C., Burnett, S., & Carthey, J. (2014). Safety measurement and monitoring in healthcare. *BMJ Quality & Safety, 23*(8), 670–677. https://doi.org/10.1136/bmjqs-2013-002757

World Health Organization. (2021). *Global patient safety action plan 2021–2030: Towards eliminating avoidable harm in health care*. World Health Organization. Tanpa DOI.

World Health Organization. (2021). *Ethics and governance of artificial intelligence for health*. World Health Organization. Tanpa DOI.

World Medical Association. (2024). *WMA Declaration of Helsinki: Ethical principles for medical research involving human participants*. Tanpa DOI.

Bab 15. Green Hospital, ESG, dan Keberlanjutan Lingkungan Rumah Sakit

Oleh: Rudy C Tarumingkeng

1 KONSEP INTI

Green hospital adalah rumah sakit yang mengintegrasikan efisiensi energi, pengelolaan air, limbah yang aman, bangunan sehat, pengadaan hijau, dan ketahanan iklim untuk mendukung pelayanan kesehatan yang berkelanjutan.



2 3 PILAR ESG

ENVIRONMENTAL
- efisiensi energi
- pengelolaan air
- limbah medis & B3
- pengurangan emisi
- bangunan hijau

SOCIAL
- keselamatan pasien
- kesejahteraan tenaga kesehatan
- akses adil
- kesehatan lingkungan
- tanggung jawab sosial

GOVERNANCE
- kepatuhan regulasi
- transparansi
- akuntabilitas
- manajemen risiko
- pengadaan bersih

3 AREA PRIORITAS GREEN HOSPITAL



4 MANFAAT STRATEGIS

1. Menurunkan biaya operasional
2. Mengurangi dampak lingkungan
3. Meningkatkan keselamatan & mutu
4. Memperkuat reputasi rumah sakit
5. Membangun ketahanan terhadap krisis iklim

5 ROADMAP TRANSFORMASI

1. Assessment Awal
2. Kebijakan & Tim ESG
3. Quick Wins Operasional
4. Investasi Strategis
5. Monitoring & Pelaporan

6 INDIKATOR KUNCI

- Penggunaan Listrik
- Konsumsi Air
- Volume Limbah
- Kepatuhan Limbah B3
- Food Waste
- Pelatihan Staf
- Laporan ESG

"Rumah sakit masa depan bukan hanya menyembuhkan pasien, tetapi juga menjaga bumi sebagai fondasi kesehatan generasi mendatang."

Sebagai konteks penyusunan Bab 15, **WHO 2023** menekankan bahwa sistem kesehatan masa depan harus sekaligus **tangguh terhadap perubahan iklim** dan **rendah karbon**, yaitu mampu menjaga mutu pelayanan dalam kondisi iklim yang makin tidak stabil sambil mengurangi emisi gas rumah kaca sektor kesehatan. (World Health Organization) Untuk konteks Indonesia, isu lingkungan rumah sakit terkait erat dengan **Permenkes No. 7 Tahun 2019 tentang Kesehatan Lingkungan Rumah Sakit**, **Permenkes No. 2 Tahun 2023** yang mencabut sebagian ketentuan standar baku mutu kesehatan lingkungan dalam Permenkes 7/2019, **PP No. 22 Tahun 2021** tentang penyelenggaraan perlindungan dan pengelolaan lingkungan hidup, serta **Permen LHK P.56/2015** tentang tata cara dan persyaratan teknis pengelolaan limbah B3 dari fasilitas pelayanan kesehatan. (Database Peraturan | JDIH BPK)

Bab 15. Green Hospital, ESG, dan Keberlanjutan Lingkungan Rumah Sakit ******

Abstrak

Rumah sakit merupakan institusi penyelamat kehidupan, tetapi sekaligus organisasi yang menggunakan energi, air, bahan kimia, obat, alat medis, bahan sekali pakai, transportasi, teknologi, dan sumber daya dalam jumlah besar. Aktivitas rumah sakit menghasilkan limbah medis, limbah domestik, limbah farmasi, air limbah, emisi karbon, konsumsi listrik tinggi, serta dampak lingkungan lain yang tidak dapat diabaikan. Karena itu, konsep **green hospital**, **ESG**, dan **keberlanjutan lingkungan** menjadi bagian penting dalam manajemen rumah sakit modern.

Green hospital adalah pendekatan manajemen rumah sakit yang mengintegrasikan prinsip kesehatan lingkungan, efisiensi energi, pengelolaan limbah, penggunaan air secara bijak, bangunan ramah lingkungan, pengadaan berkelanjutan, transportasi rendah emisi, digitalisasi dokumen, dan budaya organisasi yang peduli lingkungan. ESG—Environmental, Social, and Governance—memberikan kerangka tata kelola yang lebih luas. Aspek environmental menekankan pengurangan dampak ekologis rumah sakit; aspek social menekankan keselamatan pasien, kesejahteraan tenaga kesehatan, keadilan akses, dan tanggung jawab sosial; sedangkan aspek governance menekankan kepatuhan, transparansi, akuntabilitas, integritas, dan manajemen risiko.

Bab ini membahas green hospital, ESG, dan keberlanjutan lingkungan rumah sakit secara komprehensif. Pembahasan mencakup hubungan antara kesehatan manusia dan kesehatan planet, dampak lingkungan rumah sakit, konsep green hospital, prinsip ESG dalam rumah sakit, efisiensi energi, air, limbah, pengadaan hijau, farmasi berkelanjutan, green building, transportasi, digitalisasi, climate-resilient hospital, tata kelola, indikator kinerja, pembiayaan, budaya organisasi, tantangan implementasi di Indonesia, serta roadmap transformasi rumah sakit berkelanjutan.

Bab ini menegaskan bahwa rumah sakit masa depan tidak cukup hanya bermutu secara klinis dan sehat secara finansial. Rumah sakit juga harus bertanggung jawab secara sosial dan ekologis. Rumah sakit yang baik bukan hanya menyembuhkan pasien hari ini, tetapi juga tidak merusak lingkungan yang menentukan kesehatan generasi mendatang.

Kata Kunci

Green hospital; ESG rumah sakit; keberlanjutan lingkungan; climate-resilient hospital; low-carbon health care; limbah medis; limbah B3; efisiensi energi; efisiensi air; green building; pengadaan hijau; farmasi berkelanjutan;

kesehatan lingkungan rumah sakit; sustainable healthcare; circular economy; decarbonization; resilience; rumah sakit rendah karbon.

15.1 Pendahuluan

Rumah sakit adalah simbol kepedulian manusia terhadap kehidupan. Di dalamnya, pasien dirawat, nyawa diselamatkan, penyakit didiagnosis, operasi dilakukan, bayi dilahirkan, penderitaan dikurangi, dan harapan dipulihkan. Namun, rumah sakit juga merupakan organisasi besar yang membutuhkan energi, air, obat, bahan kimia, alat medis, sistem pendingin, transportasi, teknologi informasi, makanan, linen, bahan steril, serta ribuan proses operasional setiap hari. Di balik pelayanan yang menyelamatkan kehidupan, terdapat jejak lingkungan yang nyata.

Rumah sakit menghasilkan limbah medis infeksius, limbah benda tajam, limbah farmasi, limbah kimia, limbah radioaktif tertentu, limbah domestik, air limbah, emisi dari penggunaan listrik, emisi transportasi pasien dan staf, emisi dari rantai pasok obat dan alat kesehatan, serta limbah dari penggunaan bahan sekali pakai. Rumah sakit juga membutuhkan infrastruktur yang berjalan tanpa henti: pencahayaan, pendingin udara, sterilisasi, oksigen, laboratorium, radiologi, laundry, dapur, lift, pompa air, sistem informasi, dan peralatan medis.

Di masa lalu, isu lingkungan sering ditempatkan sebagai urusan teknis atau kepatuhan minimum. Rumah sakit cukup memastikan limbah dibuang, air limbah dikelola, dan lingkungan tidak menimbulkan masalah langsung. Namun, tantangan masa kini jauh lebih besar. Perubahan iklim, krisis energi, pencemaran air, polusi udara, meningkatnya limbah medis, urbanisasi, bencana, dan tekanan biaya membuat rumah sakit harus memandang lingkungan sebagai bagian dari strategi manajemen.

Konsep **green hospital** muncul sebagai respons terhadap kebutuhan tersebut. Green hospital bukan sekadar rumah sakit dengan taman hijau

atau bangunan berwarna hijau. Green hospital adalah rumah sakit yang mengintegrasikan prinsip keberlanjutan ke dalam seluruh tata kelola: desain bangunan, penggunaan energi, pengelolaan air, pengelolaan limbah, pengadaan, farmasi, transportasi, makanan, digitalisasi, budaya kerja, dan hubungan dengan masyarakat.

Lebih jauh, konsep **ESG** memperluas perspektif. ESG menempatkan keberlanjutan bukan hanya pada lingkungan, tetapi juga pada aspek sosial dan tata kelola. Rumah sakit tidak dapat disebut berkelanjutan bila hemat energi tetapi mengabaikan keselamatan pasien. Tidak dapat disebut hijau bila limbah dikelola baik tetapi tenaga kesehatan mengalami burnout. Tidak dapat disebut bertanggung jawab bila memiliki panel surya tetapi pengadaan tidak transparan. Keberlanjutan harus mencakup manusia, sistem, lingkungan, dan integritas.

Bab ini membahas green hospital, ESG, dan keberlanjutan lingkungan rumah sakit sebagai bab penutup pengembangan buku yang memperluas horizon manajemen rumah sakit. Setelah membahas pelayanan, mutu, keuangan, operasional, digitalisasi, hukum, jejaring, dan pendidikan, kini rumah sakit ditempatkan dalam ekologi kehidupan yang lebih luas. Rumah sakit tidak hanya melayani pasien di dalam gedung, tetapi juga bertanggung jawab terhadap lingkungan yang menentukan kesehatan publik.

15.2 Hubungan Kesehatan Manusia dan Kesehatan Planet

Kesehatan manusia tidak dapat dipisahkan dari kesehatan lingkungan. Air bersih, udara bersih, makanan sehat, suhu yang aman, ekosistem yang stabil, dan lingkungan bebas pencemaran merupakan prasyarat kesehatan. Bila lingkungan rusak, penyakit meningkat. Polusi udara memperburuk penyakit pernapasan dan kardiovaskular. Banjir meningkatkan risiko penyakit infeksi. Suhu ekstrem meningkatkan heat stroke dan kematian

kelompok rentan. Perubahan iklim mengubah pola penyakit vektor. Pencemaran air memengaruhi penyakit saluran cerna. Limbah medis yang tidak dikelola dapat menularkan infeksi dan merusak ekosistem.

Rumah sakit berada di titik paradoks. Di satu sisi, rumah sakit merawat dampak penyakit akibat lingkungan. Di sisi lain, rumah sakit sendiri dapat berkontribusi pada tekanan lingkungan melalui konsumsi energi, limbah, emisi, dan penggunaan sumber daya. Karena itu, rumah sakit memiliki tanggung jawab ganda: menyembuhkan manusia dan tidak merusak lingkungan yang menopang kesehatan manusia.

Pendekatan modern melihat kesehatan dalam kerangka **planetary health**. Planetary health menekankan bahwa kesehatan manusia bergantung pada sistem alam yang stabil. Dalam kerangka ini, rumah sakit tidak cukup hanya memperbaiki outcome pasien, tetapi juga perlu memperhatikan dampak ekologis dari proses pelayanan. Pelayanan kesehatan tidak boleh menyembuhkan satu pasien sambil merusak kesehatan masyarakat melalui limbah, emisi, atau pencemaran.

Konsep **One Health** juga relevan. One Health menekankan keterkaitan antara kesehatan manusia, hewan, dan lingkungan. Penggunaan antibiotik yang tidak rasional, misalnya, dapat memperkuat resistensi antimikroba yang berdampak lintas manusia, hewan, dan lingkungan. Limbah farmasi yang masuk ke air dapat memengaruhi ekosistem. Pengelolaan rumah sakit yang tidak berkelanjutan dapat memperburuk masalah kesehatan yang lebih luas.

Dengan demikian, green hospital bukan agenda kosmetik. Ia merupakan bagian dari etika pelayanan kesehatan. Rumah sakit yang memiliki misi menyembuhkan harus bertanggung jawab terhadap determinan lingkungan kesehatan.

15.3 Dampak Lingkungan Rumah Sakit

Dampak lingkungan rumah sakit dapat dikelompokkan ke dalam beberapa bidang utama.

Pertama, **konsumsi energi**. Rumah sakit beroperasi 24 jam. ICU, IGD, kamar operasi, laboratorium, radiologi, ruang rawat, farmasi, sistem pendingin, sterilisasi, laundry, lift, dan IT membutuhkan listrik besar. Energi yang digunakan sering berasal dari sumber fosil sehingga menghasilkan emisi gas rumah kaca.

Kedua, **penggunaan air**. Rumah sakit membutuhkan air untuk pasien, sanitasi, sterilisasi, laundry, dapur, laboratorium, kebersihan, pendinginan, dan pemeliharaan fasilitas. Penggunaan air yang tidak efisien meningkatkan biaya dan tekanan terhadap sumber daya air.

Ketiga, **limbah medis dan B3**. Limbah infeksius, benda tajam, bahan kimia, obat kedaluwarsa, reagen laboratorium, limbah farmasi, dan bahan berbahaya membutuhkan pengelolaan khusus. Jika tidak dikelola, limbah dapat menularkan penyakit, mencemari tanah dan air, serta membahayakan petugas.

Keempat, **limbah domestik**. Selain limbah medis, rumah sakit menghasilkan limbah makanan, plastik, kertas, kemasan, kardus, dan limbah umum lain. Volume limbah domestik dapat sangat besar.

Kelima, **air limbah**. Air limbah rumah sakit dapat mengandung mikroorganisme, bahan kimia, residu farmasi, disinfektan, deterjen, dan bahan organik. Instalasi pengolahan air limbah harus berfungsi baik.

Keenam, **emisi transportasi**. Pasien, keluarga, staf, ambulans, pemasok, dan logistik menghasilkan perjalanan harian. Transportasi menjadi bagian dari jejak karbon rumah sakit.

Ketujuh, **rantai pasok**. Obat, alat medis, makanan, linen, bahan steril, dan teknologi memiliki jejak lingkungan dari produksi, transportasi, penyimpanan, penggunaan, hingga pembuangan.

Kedelapan, **penggunaan bahan sekali pakai**. Banyak bahan medis sekali pakai digunakan untuk mencegah infeksi. Namun, penggunaan berlebihan dapat meningkatkan limbah dan biaya.

Kesembilan, **makanan dan gizi**. Dapur rumah sakit menghasilkan limbah makanan, menggunakan energi, air, kemasan, dan rantai pasok bahan pangan.

Kesepuluh, **bangunan dan lahan**. Desain bangunan memengaruhi konsumsi energi, ventilasi, pencahayaan, kenyamanan termal, air hujan, ruang hijau, dan ketahanan bencana.

Dampak-dampak tersebut menunjukkan bahwa keberlanjutan rumah sakit harus dikelola secara sistemik. Tidak cukup hanya memperbaiki satu aspek, seperti limbah. Green hospital harus mencakup seluruh siklus operasional.

15.4 Hakikat Green Hospital

Green hospital adalah rumah sakit yang dirancang, dibangun, dikelola, dan dikembangkan dengan prinsip efisiensi sumber daya, pengurangan dampak lingkungan, keselamatan pasien, kesehatan lingkungan, keberlanjutan sosial, dan tata kelola yang bertanggung jawab. Green hospital mengintegrasikan aspek klinis, operasional, keuangan, lingkungan, dan etika.

Ada beberapa prinsip dasar green hospital.

Pertama, **do no harm to the environment**. Rumah sakit yang berkomitmen menyembuhkan manusia harus mengurangi dampak negatif terhadap lingkungan.

Kedua, **resource efficiency**. Energi, air, bahan, obat, makanan, dan alat harus digunakan secara bijak tanpa mengorbankan mutu pelayanan.

Ketiga, **pollution prevention**. Rumah sakit harus mencegah pencemaran sejak sumber, bukan hanya mengolah limbah di akhir.

Keempat, **safe waste management**. Limbah medis, B3, farmasi, dan domestik harus dipilah, dikurangi, disimpan, diangkut, diolah, dan dimusnahkan sesuai standar.

Kelima, **healthy building**. Gedung rumah sakit harus mendukung kesehatan, pencahayaan, ventilasi, kenyamanan, keselamatan, dan efisiensi.

Keenam, **sustainable procurement**. Pengadaan harus mempertimbangkan mutu, keselamatan, biaya siklus hidup, dampak lingkungan, dan integritas pemasok.

Ketujuh, **low-carbon operation**. Rumah sakit harus mengurangi emisi dari energi, transportasi, anestesi, rantai pasok, dan proses operasional.

Kedelapan, **climate resilience**. Rumah sakit harus mampu bertahan menghadapi banjir, panas ekstrem, kekeringan, gangguan energi, bencana, dan perubahan pola penyakit.

Kesembilan, **culture and leadership**. Green hospital membutuhkan komitmen pimpinan dan perilaku seluruh staf.

Kesepuluh, **patient and community benefit**. Upaya hijau harus memberi manfaat bagi pasien, staf, masyarakat, dan generasi mendatang.

Green hospital bukan berarti mengorbankan sterilisasi, keselamatan infeksi, atau mutu klinis demi mengurangi limbah. Prinsipnya adalah mencari cara yang aman dan ilmiah untuk mengurangi dampak lingkungan. Keselamatan pasien tetap menjadi prioritas.

15.5 ESG dalam Konteks Rumah Sakit

ESG adalah kerangka yang digunakan untuk menilai kinerja organisasi dalam aspek **Environmental**, **Social**, dan **Governance**. Dalam rumah sakit,

ESG sangat relevan karena rumah sakit memiliki dampak besar terhadap lingkungan, masyarakat, tenaga kerja, pasien, pemasok, dan tata kelola publik.

Aspek **Environmental** mencakup efisiensi energi, pengurangan emisi, penggunaan air, pengelolaan limbah, bahan kimia, green building, transportasi, pengadaan hijau, pangan berkelanjutan, dan adaptasi perubahan iklim. Rumah sakit harus mengukur dan mengurangi dampak ekologisnya.

Aspek **Social** mencakup keselamatan pasien, mutu pelayanan, akses adil, perlindungan kelompok rentan, kesejahteraan tenaga kesehatan, keselamatan kerja, pelatihan SDM, hubungan komunitas, pelayanan inklusif, dan tanggung jawab sosial. Dalam sektor kesehatan, aspek sosial sangat kuat karena rumah sakit bekerja langsung dengan manusia yang rentan.

Aspek **Governance** mencakup struktur tata kelola, kepatuhan regulasi, transparansi, anti-fraud, manajemen risiko, akuntabilitas, etika, pengadaan bersih, perlindungan data, pelaporan kinerja, dan pengawasan. Tanpa governance yang baik, inisiatif hijau mudah menjadi slogan.

ESG membantu rumah sakit berpikir lebih luas. Misalnya, program efisiensi energi adalah isu environmental, tetapi juga governance karena membutuhkan kebijakan, pengukuran, dan anggaran. Pengelolaan limbah adalah environmental, tetapi juga social karena melindungi petugas dan masyarakat. Pengadaan hijau adalah environmental, tetapi juga governance karena terkait integritas pemasok.

ESG juga relevan bagi reputasi rumah sakit. Masyarakat semakin menuntut institusi kesehatan bertanggung jawab, transparan, dan berkelanjutan. Investor, mitra, pembayar, pemerintah, dan komunitas dapat menggunakan ESG sebagai ukuran kepercayaan. Rumah sakit yang mengabaikan ESG dapat menghadapi risiko reputasi, regulasi, biaya, dan operasional.

Namun, ESG tidak boleh menjadi sekadar laporan. ESG harus dihubungkan dengan strategi rumah sakit, indikator, pembiayaan, audit, dan budaya. ESG rumah sakit yang sejati adalah ESG yang terlihat dalam keputusan sehari-hari: memilih alat, mengelola limbah, merancang gedung, melindungi staf, melayani pasien rentan, dan melaporkan kinerja secara jujur.

15.6 Green Hospital sebagai Strategi Manajemen, Bukan Proyek Teknis

Salah satu kesalahan umum adalah memandang green hospital sebagai proyek teknis yang hanya dikerjakan oleh bagian fasilitas, kesehatan lingkungan, atau instalasi pemeliharaan sarana. Padahal, green hospital adalah strategi manajemen lintas fungsi. Ia menyentuh keuangan, operasional, mutu, SDM, pengadaan, farmasi, gizi, IT, hukum, komunikasi publik, dan tata kelola.

Direksi rumah sakit harus memimpin agenda green hospital karena banyak keputusan hijau membutuhkan investasi, perubahan prosedur, pelatihan, dan koordinasi. Contohnya, mengganti lampu hemat energi membutuhkan anggaran. Mengurangi limbah infeksius membutuhkan pelatihan pemilahan di unit klinis. Mengelola limbah farmasi membutuhkan kerja sama farmasi, gudang, unit klinis, dan pihak pengolah limbah. Mengurangi penggunaan kertas membutuhkan digitalisasi. Mengembangkan transportasi rendah emisi membutuhkan kebijakan parkir, shuttle, atau kerja sama transportasi.

Green hospital juga harus masuk dalam perencanaan strategis. Rumah sakit perlu menetapkan visi keberlanjutan, target, indikator, baseline, roadmap, dan tanggung jawab. Tanpa strategi, program hijau mudah menjadi kegiatan sesaat seperti menanam pohon atau kampanye hemat listrik tanpa dampak sistemik.

Green hospital juga harus diintegrasikan dengan manajemen risiko. Perubahan iklim dapat menimbulkan risiko banjir, panas ekstrem, gangguan listrik, kekurangan air, dan gangguan rantai pasok. Rumah sakit harus memasukkan risiko iklim dalam risk register.

Green hospital harus dihubungkan dengan keuangan. Banyak program hijau dapat menghemat biaya, misalnya efisiensi energi, air, pengurangan limbah, digitalisasi kertas, dan pengurangan food waste. Namun, sebagian program membutuhkan investasi awal. Manajemen harus menghitung biaya siklus hidup, bukan hanya biaya pembelian.

Dengan demikian, green hospital adalah transformasi organisasi. Ia bukan hanya "lebih hijau", tetapi lebih efisien, lebih tangguh, lebih akuntabel, dan lebih bertanggung jawab.

15.7 Efisiensi Energi Rumah Sakit

Energi adalah salah satu komponen utama dalam green hospital. Rumah sakit menggunakan energi untuk pencahayaan, pendingin udara, ventilasi, sterilisasi, laundry, dapur, laboratorium, radiologi, lift, pompa air, IT, dan alat medis. Efisiensi energi dapat mengurangi biaya dan emisi, tetapi harus dilakukan tanpa mengganggu keselamatan pasien.

Langkah pertama efisiensi energi adalah **audit energi**. Rumah sakit perlu mengetahui konsumsi energi berdasarkan unit, waktu, peralatan, dan jenis penggunaan. Tanpa data, manajemen hanya menebak. Audit energi membantu menemukan area boros: AC yang tidak efisien, lampu menyala terus, alat tua yang boros, kebocoran sistem, atau penggunaan listrik di luar jam layanan.

Langkah kedua adalah **manajemen pencahayaan**. Penggunaan lampu LED, sensor gerak, pemanfaatan cahaya alami, dan zonasi pencahayaan dapat menghemat energi. Namun, pencahayaan klinis tetap harus memenuhi standar keselamatan.

Langkah ketiga adalah **efisiensi HVAC**. Sistem pemanas, ventilasi, dan pendingin udara merupakan pengguna energi besar. Pengaturan suhu yang tepat, pemeliharaan filter, zonasi, perbaikan kebocoran, dan penggunaan sistem hemat energi dapat memberi dampak besar. Ruang operasi, ICU, isolasi, dan laboratorium membutuhkan standar khusus sehingga efisiensi harus berbasis risiko.

Langkah keempat adalah **pemeliharaan alat**. Alat yang tidak dirawat sering boros energi. Preventive maintenance membantu efisiensi dan keselamatan.

Langkah kelima adalah **energi terbarukan**. Panel surya dapat dipertimbangkan untuk sebagian kebutuhan, seperti penerangan area umum, pemanas air, atau sistem pendukung. Namun, rumah sakit tetap membutuhkan reliabilitas tinggi dan backup.

Langkah keenam adalah **perilaku staf**. Mematikan lampu, mengatur AC, mematikan alat non-kritis saat tidak digunakan, dan melaporkan kebocoran energi adalah bagian budaya.

Efisiensi energi harus memiliki indikator: konsumsi listrik per meter persegi, konsumsi listrik per tempat tidur, biaya energi, emisi, jam operasi genset, dan penghematan tahunan. Data harus dipantau secara berkala.

15.8 Pengelolaan Air dan Air Limbah

Air adalah sumber daya vital rumah sakit. Pasien, staf, sterilisasi, laundry, dapur, laboratorium, kebersihan, toilet, taman, dan sistem pendingin membutuhkan air. Rumah sakit juga harus memiliki air dalam kondisi darurat. Kekurangan air dapat mengganggu pelayanan dan pengendalian infeksi.

Pengelolaan air berkelanjutan mencakup **efisiensi penggunaan**, **jaminan kualitas**, **cadangan darurat**, dan **pengolahan air limbah**. Rumah sakit

perlu memantau konsumsi air, mendeteksi kebocoran, menggunakan peralatan hemat air, mengatur penggunaan laundry, dan mendidik staf.

Penggunaan air di rumah sakit tidak boleh dikurangi secara sembarangan karena kebersihan dan pengendalian infeksi membutuhkan air. Tujuannya bukan menekan penggunaan hingga membahayakan, tetapi mengurangi pemborosan. Misalnya, memperbaiki keran bocor, menggunakan flush hemat air, mengoptimalkan proses laundry, dan memanfaatkan air hujan untuk kebutuhan non-klinis bila aman dan sesuai ketentuan.

Air limbah rumah sakit perlu dikelola melalui instalasi pengolahan air limbah atau sistem yang memenuhi standar. Air limbah dapat mengandung bahan organik, mikroorganisme, bahan kimia, disinfektan, obat, dan residu laboratorium. Pengolahan yang buruk dapat mencemari lingkungan dan menimbulkan risiko kesehatan.

Rumah sakit juga perlu mengelola air dalam kondisi bencana. Banjir dapat mencemari sumber air. Kekeringan dapat mengurangi pasokan. Gangguan listrik dapat mengganggu pompa. Oleh karena itu, ketahanan air adalah bagian dari hospital resilience.

Indikator pengelolaan air dapat mencakup konsumsi air per tempat tidur, hasil uji kualitas air, jumlah kebocoran, biaya air, fungsi IPAL, kepatuhan baku mutu air limbah, dan ketersediaan cadangan air.

15.9 Manajemen Limbah Medis dan Limbah B3

Manajemen limbah medis merupakan salah satu aspek paling kritis green hospital. Limbah medis yang tidak dikelola dengan benar dapat menularkan penyakit, melukai petugas, mencemari lingkungan, dan menimbulkan sanksi hukum. Limbah medis juga memiliki biaya pengelolaan tinggi, sehingga pemilahan yang salah dapat meningkatkan biaya.

Prinsip utama manajemen limbah adalah **reduce, segregate, handle safely, treat properly, and document**. Pengurangan limbah dimulai dari sumber. Rumah sakit harus menghindari penggunaan bahan yang tidak perlu, mengurangi kemasan, memilih produk yang lebih aman, dan menghindari pemborosan.

Pemilahan adalah kunci. Limbah infeksius harus dipisahkan dari limbah domestik. Benda tajam harus masuk safety box. Limbah farmasi, kimia, sitotoksik, dan B3 memiliki perlakuan khusus. Bila limbah domestik tercampur limbah infeksius, seluruhnya harus dikelola sebagai limbah infeksius, sehingga biaya meningkat. Banyak rumah sakit mengalami beban biaya karena pemilahan di sumber tidak disiplin.

Manajemen limbah juga mencakup pewadahan, label, penyimpanan sementara, transportasi internal, penyimpanan di TPS B3, pengangkutan oleh pihak berizin, pengolahan, pemusnahan, dan dokumentasi manifest. Petugas limbah harus dilatih dan dilindungi dengan APD. Area penyimpanan harus aman, berventilasi, terlindung dari akses tidak berwenang, dan sesuai standar.

Dalam green hospital, tujuan bukan hanya memindahkan limbah ke pihak ketiga, tetapi mengurangi timbulan dan risiko. Rumah sakit perlu memantau timbulan limbah per tempat tidur, proporsi limbah infeksius, kepatuhan pemilahan, jumlah benda tajam, limbah farmasi, dan biaya pengolahan.

Limbah medis juga harus dipahami sebagai isu etika. Rumah sakit yang membuang limbah sembarangan dapat merugikan masyarakat sekitar. Misi menyembuhkan pasien tidak boleh menghasilkan penyakit bagi petugas, pemulung, masyarakat, atau lingkungan.

15.10 Limbah Farmasi, Obat Kedaluwarsa, dan Antimicrobial Stewardship

Limbah farmasi merupakan isu penting dalam rumah sakit. Obat kedaluwarsa, obat rusak, sisa obat, kemasan obat, obat sitotoksik, antibiotik, hormon, dan bahan farmasi tertentu dapat mencemari lingkungan bila tidak dikelola. Residu obat yang masuk ke air dapat berdampak pada ekosistem dan berkontribusi pada masalah resistensi antimikroba.

Pengelolaan limbah farmasi dimulai dari **perencanaan obat yang baik**. Overstock menyebabkan obat kedaluwarsa. Pengadaan yang tidak berbasis data menyebabkan pemborosan. Sistem FEFO membantu obat dengan masa kedaluwarsa dekat digunakan lebih dulu. Formularium membantu mengendalikan variasi obat. Audit stok membantu mencegah dead stock.

Farmasi rumah sakit harus memiliki prosedur pemusnahan obat kedaluwarsa dan rusak. Obat tidak boleh dibuang ke saluran air atau tempat sampah umum. Obat sitotoksik dan obat berbahaya lain memerlukan penanganan khusus. Dokumentasi pemusnahan harus akuntabel.

Antimicrobial stewardship juga memiliki dimensi lingkungan. Penggunaan antibiotik tidak rasional meningkatkan risiko resistensi antimikroba. Resistensi bukan hanya masalah pasien, tetapi masalah masyarakat dan lingkungan. Rumah sakit perlu memiliki kebijakan penggunaan antibiotik, audit, pembatasan antibiotik tertentu, pelaporan resistensi, edukasi dokter, dan kolaborasi farmasi klinis.

Farmasi berkelanjutan juga mencakup pemilihan produk dengan kemasan lebih baik, pengurangan pemborosan obat, sistem unit dose, edukasi pasien agar obat digunakan benar, dan pengelolaan pengembalian obat sesuai aturan.

Dengan demikian, farmasi hijau bukan hanya tentang limbah, tetapi tentang penggunaan obat yang rasional, aman, efisien, dan bertanggung jawab terhadap lingkungan.

15.11 Pengelolaan Limbah Domestik dan Circular Economy

Selain limbah medis, rumah sakit menghasilkan limbah domestik dalam jumlah besar: kertas, plastik, kardus, botol, kemasan makanan, sisa makanan, tekstil, dan limbah umum. Banyak limbah domestik sebenarnya dapat dikurangi, digunakan kembali, atau didaur ulang bila tidak tercampur limbah infeksius.

Konsep **circular economy** menekankan bahwa sumber daya sebaiknya dipertahankan nilainya selama mungkin melalui pengurangan, penggunaan ulang, daur ulang, perbaikan, dan desain ulang. Dalam rumah sakit, circular economy harus diterapkan dengan hati-hati karena ada risiko infeksi. Tidak semua bahan dapat digunakan ulang. Namun, banyak area non-klinis dapat menerapkan prinsip ini.

Contohnya, pengurangan kertas melalui digitalisasi dokumen administratif. Penggunaan dispenser air untuk mengurangi botol plastik di area staf. Pemilahan kardus dan plastik bersih dari area logistik. Pengurangan food waste melalui manajemen dapur. Penggunaan produk dengan kemasan minimal. Pengadaan barang yang dapat diperbaiki, bukan sekali pakai bila aman.

Circular economy di rumah sakit harus dimulai dari pemetaan aliran limbah. Rumah sakit perlu mengetahui limbah apa yang paling banyak, dari unit mana, mengapa terjadi, dan apakah dapat dikurangi. Data ini membantu intervensi.

Kunci circular economy adalah pemilahan di sumber. Jika limbah domestik tercampur dengan limbah infeksius, peluang daur ulang hilang. Karena itu, edukasi staf dan desain tempat sampah sangat penting.

Rumah sakit juga dapat bekerja sama dengan mitra daur ulang yang sah untuk limbah non-infeksius. Namun, kerja sama harus diaudit agar tidak menimbulkan risiko sosial atau lingkungan baru.

15.12 Green Building dan Desain Rumah Sakit Berkelanjutan

Bangunan rumah sakit sangat menentukan konsumsi energi, kualitas udara, kenyamanan pasien, keselamatan, dan biaya operasional. Green building dalam rumah sakit mencakup desain yang hemat energi, hemat air, memiliki ventilasi baik, pencahayaan alami, bahan aman, ruang hijau, manajemen air hujan, aksesibilitas, dan ketahanan terhadap bencana.

Desain rumah sakit berkelanjutan harus mempertimbangkan fungsi klinis. Ruang operasi, ICU, ruang isolasi, laboratorium, farmasi, dan CSSD memiliki persyaratan khusus. Green building tidak boleh mengorbankan pengendalian infeksi atau keselamatan pasien. Namun, banyak prinsip hijau dapat mendukung kesehatan: pencahayaan alami, kualitas udara, ruang tunggu nyaman, taman penyembuhan, pengurangan kebisingan, dan sirkulasi yang baik.

Rumah sakit baru memiliki peluang besar menerapkan desain hijau sejak awal. Rumah sakit lama dapat melakukan retrofit bertahap: mengganti lampu, memperbaiki AC, memasang insulasi, memperbaiki ventilasi, mengelola air hujan, memperbaiki ruang hijau, dan memperbarui sistem energi.

Green building juga berkaitan dengan ketahanan iklim. Rumah sakit harus menilai risiko banjir, gempa, panas ekstrem, kebakaran, gangguan listrik, dan akses transportasi. Infrastruktur kritis seperti panel listrik, generator, oksigen, IPAL, dan server harus ditempatkan aman. Rumah sakit di daerah banjir tidak boleh menempatkan sistem kritis di basement tanpa perlindungan.

Desain rumah sakit masa depan harus memadukan healing environment dan resilience. Lingkungan yang baik membantu penyembuhan pasien dan kenyamanan staf. Infrastruktur yang tangguh memastikan pelayanan tetap berjalan saat krisis.

15.13 Pengadaan Hijau dan Rantai Pasok Berkelanjutan

Rantai pasok rumah sakit memiliki jejak lingkungan besar. Obat, alat kesehatan, BMHP, makanan, bahan kimia, linen, teknologi, dan logistik berasal dari pemasok yang juga menghasilkan emisi, limbah, dan penggunaan sumber daya. Karena itu, green hospital harus memperhatikan pengadaan hijau.

Pengadaan hijau bukan berarti selalu membeli produk paling murah atau paling mahal. Pengadaan hijau mempertimbangkan **life-cycle cost** dan **life-cycle impact**. Produk yang murah tetapi cepat rusak, boros energi, sulit diperbaiki, dan menghasilkan limbah besar mungkin lebih mahal dalam jangka panjang. Sebaliknya, produk yang sedikit lebih mahal tetapi tahan lama dan hemat energi dapat lebih berkelanjutan.

Prinsip pengadaan hijau mencakup pemilihan produk hemat energi, produk dengan kemasan minimal, produk yang dapat didaur ulang, bahan kimia lebih aman, pemasok yang mematuhi standar lingkungan, alat yang mudah dipelihara, dan kontrak yang mencakup tanggung jawab lingkungan.

Rumah sakit dapat memasukkan kriteria lingkungan dalam dokumen pengadaan. Misalnya, efisiensi energi alat, ketersediaan suku cadang, garansi, program take-back, sertifikasi lingkungan pemasok, dan pengurangan kemasan. Namun, kriteria lingkungan harus tetap sejalan dengan keselamatan dan mutu klinis.

Rantai pasok berkelanjutan juga membutuhkan diversifikasi dan resiliensi. Pandemi menunjukkan bahwa ketergantungan pada satu pemasok dapat berbahaya. Pengadaan hijau harus dipadukan dengan ketersediaan barang kritis.

Pengadaan hijau juga memiliki dimensi governance. Proses pengadaan harus transparan, bebas konflik kepentingan, dan berbasis kebutuhan.

Green procurement tidak boleh menjadi alasan untuk praktik pengadaan yang tidak akuntabel.

15.14 Makanan, Gizi, dan Keberlanjutan

Dapur rumah sakit adalah bagian penting keberlanjutan. Rumah sakit menyediakan makanan bagi pasien, keluarga tertentu, staf, dan kegiatan. Sistem makanan rumah sakit menggunakan energi, air, bahan pangan, kemasan, transportasi, dan menghasilkan limbah makanan.

Makanan pasien harus pertama-tama memenuhi kebutuhan klinis. Namun, dalam batas yang aman, rumah sakit dapat mengembangkan sistem pangan berkelanjutan. Misalnya, mengurangi food waste, mengelola porsi sesuai kebutuhan, memperbaiki perencanaan menu, menggunakan bahan lokal yang aman dan bermutu, mengurangi kemasan sekali pakai, memilah limbah organik, dan meningkatkan edukasi gizi.

Food waste di rumah sakit dapat terjadi karena porsi tidak sesuai, menu tidak disukai, jadwal makan tidak tepat, pasien puasa tindakan tetapi makanan tetap disiapkan, atau komunikasi diet buruk. Mengurangi food waste bukan hanya isu lingkungan, tetapi juga efisiensi biaya dan mutu pelayanan.

Pengadaan bahan pangan lokal dapat mengurangi jejak transportasi dan mendukung ekonomi lokal. Namun, keamanan pangan harus tetap menjadi prioritas. Dapur rumah sakit harus memenuhi standar higiene, penyimpanan, suhu, dan distribusi makanan.

Rumah sakit juga dapat menggunakan edukasi gizi sebagai bagian dari keberlanjutan. Pasien dengan penyakit kronis perlu memahami pola makan sehat yang juga dapat selaras dengan prinsip lingkungan, seperti konsumsi sayur, buah, sumber protein yang sesuai, pengurangan makanan ultra-proses, dan pengurangan pemborosan makanan.

15.15 Transportasi, Mobilitas, dan Akses Rendah Emisi

Transportasi rumah sakit mencakup perjalanan pasien, keluarga, staf, ambulans, pemasok, logistik, dan rujukan. Transportasi menghasilkan emisi, kemacetan, biaya, dan tekanan parkir. Green hospital perlu mengelola mobilitas secara lebih cerdas.

Strategi transportasi berkelanjutan dapat mencakup shuttle staf, kerja sama transportasi umum, fasilitas sepeda, parkir terkelola, pengaturan jadwal kunjungan, telemedicine untuk kontrol tertentu, pengiriman obat terencana, dan optimasi rute logistik. Ambulans dan kendaraan operasional dapat dipertimbangkan menuju kendaraan lebih efisien bila layak.

Telemedicine dapat mengurangi perjalanan untuk kasus yang aman ditangani jarak jauh, misalnya konsultasi lanjutan penyakit kronis stabil, edukasi pasca rawat, atau monitoring tertentu. Namun, telemedicine tidak boleh menggantikan pelayanan tatap muka yang diperlukan. Prinsipnya adalah mengurangi perjalanan yang tidak perlu, bukan membatasi akses.

Transportasi juga berkaitan dengan keadilan sosial. Pasien miskin atau pasien daerah jauh sering menghadapi beban biaya transportasi tinggi. Rumah sakit yang bekerja dalam jejaring dapat mendukung layanan lebih dekat ke komunitas melalui rujuk balik, telekonsultasi, dan koordinasi layanan primer.

Indikator mobilitas dapat mencakup penggunaan parkir, emisi kendaraan operasional, jumlah telekonsultasi pengganti kunjungan, penggunaan shuttle, dan kepuasan akses pasien.

15.16 Digitalisasi sebagai Pendukung Keberlanjutan

Digitalisasi dapat mendukung green hospital melalui pengurangan kertas, efisiensi proses, optimasi stok, telemedicine, dashboard energi, manajemen limbah, dan analitik. Namun, digitalisasi juga menggunakan energi dan menghasilkan e-waste, sehingga harus dikelola bijak.

Rekam medis elektronik mengurangi penggunaan kertas dan ruang arsip fisik. Sistem antrean digital mengurangi proses manual. E-prescribing mengurangi kesalahan dan kertas resep. Dashboard manajemen membantu memantau energi, air, limbah, stok, dan indikator ESG. Sistem inventori mengurangi overstock dan kedaluwarsa. Telemedicine mengurangi perjalanan pasien tertentu.

Namun, server, komputer, perangkat jaringan, dan sistem digital membutuhkan listrik. Perangkat elektronik memiliki masa pakai dan menghasilkan limbah elektronik. Rumah sakit perlu memiliki kebijakan pengadaan perangkat hemat energi, pemeliharaan, keamanan data, dan pengelolaan e-waste.

Digitalisasi keberlanjutan juga membutuhkan data yang baik. Rumah sakit perlu mengukur konsumsi energi, air, limbah, emisi, biaya, dan indikator sosial. Tanpa data, ESG sulit dikelola. Dashboard keberlanjutan membantu direksi melihat dampak program.

AI dapat membantu memprediksi kebutuhan energi, stok obat, jumlah pasien, food waste, dan risiko operasional. Namun, AI harus digunakan secara etis dan aman. Keberlanjutan digital berarti teknologi membantu lingkungan tanpa menciptakan risiko baru.

15.17 Climate-Resilient Hospital

Climate-resilient hospital adalah rumah sakit yang mampu mengantisipasi, bertahan, merespons, beradaptasi, dan pulih dari dampak perubahan iklim sambil tetap memberikan layanan esensial. Konsep ini sangat penting di negara rawan bencana dan iklim ekstrem.

Risiko iklim bagi rumah sakit meliputi banjir, suhu ekstrem, kekeringan, kebakaran, polusi udara, badai, gangguan listrik, gangguan air, gangguan rantai pasok, dan lonjakan penyakit terkait iklim. Rumah sakit yang tidak siap dapat mengalami kerusakan fasilitas, gangguan pelayanan, kekurangan obat, evakuasi pasien, atau peningkatan beban IGD.

Langkah pertama membangun climate-resilient hospital adalah **climate risk assessment**. Rumah sakit perlu menilai risiko lokal: apakah berada di daerah banjir? Apakah akses jalan mudah terputus? Apakah pasokan listrik stabil? Apakah sumber air rentan? Apakah pasien banyak yang rentan panas ekstrem? Apakah ada risiko kebakaran? Apakah penyakit tertentu meningkat saat musim tertentu?

Langkah kedua adalah **resilience planning**. Rumah sakit harus memiliki rencana menghadapi gangguan listrik, air, banjir, panas, lonjakan pasien, dan gangguan rantai pasok. Infrastruktur kritis harus dilindungi. Generator harus diuji. Cadangan air disiapkan. Rencana evakuasi diperbarui. Sistem komunikasi darurat tersedia.

Langkah ketiga adalah **surge capacity**. Perubahan iklim dapat meningkatkan kejadian heat illness, penyakit pernapasan, penyakit vektor, diare, cedera bencana, dan masalah kesehatan mental. Rumah sakit perlu menyiapkan kapasitas lonjakan.

Langkah keempat adalah **kolaborasi wilayah**. Rumah sakit tidak dapat menghadapi risiko iklim sendirian. Koordinasi dengan dinas kesehatan, BPBD, puskesmas, ambulans, pemasok, dan masyarakat sangat penting.

Climate resilience harus masuk ke dalam manajemen risiko rumah sakit. Rumah sakit masa depan tidak cukup hanya efisien; ia harus tangguh.

15.18 Low-Carbon Hospital dan Dekarbonisasi Pelayanan Kesehatan

Low-carbon hospital adalah rumah sakit yang secara sistematis mengurangi emisi gas rumah kaca dari operasi, energi, transportasi, anestesi, rantai pasok, makanan, limbah, dan proses pelayanan. Dekarbonisasi rumah sakit bukan tugas mudah, tetapi perlu dimulai secara bertahap.

Emisi rumah sakit dapat dibagi menjadi tiga lingkup. **Scope 1** mencakup emisi langsung, misalnya bahan bakar kendaraan rumah sakit atau boiler. **Scope 2** mencakup emisi dari listrik yang dibeli. **Scope 3** mencakup emisi tidak langsung dari rantai pasok, transportasi pasien, makanan, obat, alat medis, dan limbah. Dalam rumah sakit, scope 3 sering sangat besar karena banyak produk dan jasa berasal dari luar.

Langkah dekarbonisasi meliputi pengukuran baseline, efisiensi energi, energi terbarukan, pengadaan hijau, pengurangan limbah, optimasi transportasi, digitalisasi, penggunaan anestesi rendah emisi bila sesuai, serta edukasi staf. Rumah sakit tidak harus langsung mencapai net zero, tetapi harus memiliki arah.

Dekarbonisasi harus berbasis keselamatan. Misalnya, pengurangan bahan sekali pakai harus dilakukan hanya bila alternatif reusable dapat disterilkan aman. Pengurangan energi tidak boleh mengganggu ventilasi ruang operasi. Pengurangan transportasi tidak boleh menghambat pasien yang membutuhkan kunjungan langsung.

Low-carbon hospital juga dapat menghemat biaya. Efisiensi energi, pengurangan limbah, dan pengadaan berbasis siklus hidup dapat menurunkan biaya operasional. Namun, manfaat finansial perlu dihitung jangka panjang.

Dekarbonisasi rumah sakit adalah bagian dari tanggung jawab moral sektor kesehatan. Sektor kesehatan merawat dampak perubahan iklim; karena itu, sektor kesehatan juga perlu mengurangi kontribusinya terhadap perubahan iklim.

15.19 Keselamatan Kerja, Kesehatan Lingkungan, dan ESG Sosial

Aspek sosial dalam ESG rumah sakit sangat luas. Salah satunya adalah keselamatan dan kesehatan kerja. Tenaga kesehatan dan pekerja pendukung menghadapi risiko infeksi, bahan kimia, cedera benda tajam, radiasi, ergonomi, stres, kekerasan, kelelahan, dan paparan limbah. Green hospital harus melindungi pekerja, bukan hanya lingkungan fisik.

Pengelolaan limbah, misalnya, bukan hanya isu lingkungan tetapi juga isu keselamatan kerja. Petugas kebersihan, petugas limbah, perawat, laboratorium, dan laundry dapat terpapar bila pemilahan buruk. Ketersediaan APD, pelatihan, vaksinasi, prosedur, dan pengawasan sangat penting.

Kesehatan lingkungan rumah sakit juga berdampak pada pasien. Udara yang buruk, kebisingan, suhu tidak nyaman, pencahayaan kurang, air tidak aman, dan kebersihan buruk dapat mengganggu penyembuhan. Green hospital harus menciptakan lingkungan penyembuhan yang aman bagi pasien dan nyaman bagi staf.

Aspek sosial juga mencakup keadilan akses. Rumah sakit berkelanjutan tidak boleh hanya melayani kelompok mampu dengan fasilitas hijau premium. Keberlanjutan harus memperkuat akses masyarakat luas. Program efisiensi biaya dapat membantu rumah sakit menjaga tarif dan layanan sosial.

ESG sosial juga mencakup hubungan dengan masyarakat sekitar. Rumah sakit harus memastikan limbah, parkir, kebisingan, dan aktivitasnya tidak merugikan warga. Rumah sakit juga dapat memberi edukasi kesehatan lingkungan kepada masyarakat.

15.20 Tata Kelola ESG Rumah Sakit

ESG membutuhkan governance. Tanpa tata kelola, program keberlanjutan menjadi kegiatan sporadis. Tata kelola ESG rumah sakit harus menjawab: siapa bertanggung jawab, indikator apa yang diukur, bagaimana data dikumpulkan, bagaimana program dibiayai, bagaimana risiko dikendalikan, dan bagaimana hasil dilaporkan.

Direksi perlu menetapkan kebijakan ESG. Komite atau tim keberlanjutan dapat dibentuk dengan anggota lintas unit: manajemen, fasilitas, kesehatan lingkungan, mutu, keselamatan pasien, farmasi, pengadaan, keuangan, SDM, IT, gizi, hukum, dan komunikasi. Tim ini menyusun roadmap, target, indikator, dan laporan.

Governance ESG harus terintegrasi dengan risk management. Risiko lingkungan seperti banjir, limbah, air limbah, kebocoran bahan kimia, dan emisi harus masuk risk register. Risiko sosial seperti keselamatan kerja, burnout, kekerasan terhadap staf, dan akses pasien juga perlu dipantau. Risiko governance seperti ketidakpatuhan, fraud pengadaan, dan data tidak akurat harus dikendalikan.

Pelaporan ESG rumah sakit dapat dilakukan secara internal dan eksternal. Internal untuk manajemen dan unit. Eksternal untuk pemangku kepentingan, bila rumah sakit siap. Laporan harus jujur dan berbasis data. Greenwashing harus dihindari. Greenwashing terjadi ketika organisasi mengklaim hijau tanpa bukti atau hanya menonjolkan aspek kecil sambil mengabaikan masalah besar.

Tata kelola ESG yang baik menjadikan keberlanjutan sebagai bagian dari akuntabilitas rumah sakit.

15.21 Indikator Kinerja Green Hospital dan ESG

Keberlanjutan harus diukur. Tanpa indikator, rumah sakit tidak dapat mengetahui kemajuan. Indikator green hospital dan ESG dapat dikelompokkan menjadi environmental, social, dan governance.

Indikator **environmental** dapat mencakup:

1. Konsumsi listrik per meter persegi.
2. Konsumsi listrik per tempat tidur.
3. Persentase energi terbarukan.
4. Emisi karbon estimasi.
5. Konsumsi air per tempat tidur.
6. Kepatuhan baku mutu air limbah.
7. Timbulan limbah medis per pasien atau per tempat tidur.
8. Proporsi limbah infeksius dibanding limbah domestik.
9. Persentase pemilahan limbah yang benar.
10. Jumlah obat kedaluwarsa.
11. Food waste per hari.
12. Pengurangan penggunaan kertas.
13. Persentase pengadaan dengan kriteria hijau.
14. Area hijau atau ruang terbuka.
15. Jumlah insiden lingkungan.

Indikator **social** dapat mencakup:

1. Angka insiden keselamatan pasien.
2. Kepuasan pasien.
3. Akses kelompok rentan.
4. Kesejahteraan staf.

5. Cedera kerja.
6. Paparan benda tajam.
7. Pelatihan kesehatan lingkungan.
8. Pelatihan keselamatan kerja.
9. Program komunitas.
10. Keluhan masyarakat sekitar.

Indikator **governance** dapat mencakup:

1. Kebijakan ESG tersedia.
2. Tim keberlanjutan aktif.
3. Audit lingkungan dilakukan.
4. Kepatuhan regulasi limbah.
5. Laporan ESG internal.
6. Risk register lingkungan.
7. Kontrak pengelolaan limbah sah.
8. Pengadaan transparan.
9. Pelaporan insiden lingkungan.
10. Evaluasi vendor.

Indikator harus dipilih sesuai kapasitas rumah sakit. Rumah sakit kecil dapat mulai dengan indikator dasar: listrik, air, limbah, kepatuhan, dan pelatihan. Rumah sakit besar dapat mengembangkan inventaris emisi dan laporan ESG lengkap.

15.22 Pembiayaan Green Hospital

Transformasi green hospital membutuhkan pembiayaan. Sebagian program dapat dilakukan dengan biaya rendah, seperti pelatihan pemilahan limbah, kampanye hemat energi, perbaikan SOP, dan digitalisasi formulir tertentu. Namun, program lain membutuhkan investasi: retrofit gedung, panel surya, IPAL, teknologi hemat energi, sistem monitoring, alat pengolah limbah, atau redesign HVAC.

Pembiayaan green hospital harus menggunakan pendekatan **life-cycle cost**. Manajemen tidak hanya melihat biaya pembelian, tetapi biaya operasional, pemeliharaan, energi, limbah, umur pakai, dan biaya risiko. Produk murah dengan biaya operasional tinggi mungkin tidak ekonomis. Investasi efisiensi energi dapat kembali melalui penghematan.

Beberapa mekanisme pembiayaan dapat dipertimbangkan. Pertama, anggaran internal. Kedua, skema penghematan energi di mana penghematan digunakan membiayai investasi. Ketiga, kerja sama dengan pihak ketiga. Keempat, hibah lingkungan. Kelima, pembiayaan hijau dari lembaga keuangan. Keenam, kemitraan publik-swasta. Ketujuh, program CSR yang sah dan transparan.

Namun, pembiayaan harus dikelola hati-hati. Kerja sama green technology harus transparan dan tidak menciptakan ketergantungan merugikan. Rumah sakit harus menghindari membeli teknologi mahal hanya karena citra hijau tanpa analisis kebutuhan.

Keberlanjutan finansial dan keberlanjutan lingkungan harus saling mendukung. Green hospital yang baik dapat mengurangi biaya jangka panjang, memperkuat reputasi, mengurangi risiko regulasi, dan meningkatkan kenyamanan pasien.

15.23 Budaya Organisasi Hijau

Green hospital tidak akan berhasil hanya dengan teknologi. Perilaku manusia menentukan hasil. Pemilahan limbah, hemat energi, penggunaan

air, pengurangan kertas, pengelolaan obat, pengurangan food waste, dan kepatuhan SOP bergantung pada budaya organisasi.

Budaya hijau harus dibangun melalui kepemimpinan, edukasi, partisipasi, insentif, komunikasi, dan teladan. Direksi harus menunjukkan komitmen. Kepala unit harus memantau. Staf harus memahami alasan. Petugas kebersihan, perawat, dokter, farmasi, gizi, administrasi, dan pasien harus terlibat.

Pelatihan harus praktis. Misalnya, bagaimana memilah limbah; mengapa limbah infeksius tidak boleh dicampur; bagaimana mengurangi obat kedaluwarsa; bagaimana melaporkan kebocoran air; bagaimana mematikan alat non-kritis; bagaimana mengurangi food waste; dan bagaimana menjaga keamanan bahan kimia.

Budaya hijau juga membutuhkan feedback. Unit yang berhasil mengurangi limbah atau energi dapat diberi penghargaan. Data dapat dipasang di dashboard. Kompetisi sehat antar unit dapat memotivasi.

Namun, budaya hijau harus menghindari moralizing yang berlebihan. Staf rumah sakit sudah memiliki beban tinggi. Program hijau harus memudahkan pekerjaan, bukan menambah beban tanpa dukungan. Tempat sampah harus jelas. SOP harus praktis. Alat harus tersedia. Data harus mudah dicatat.

Budaya hijau yang kuat menjadikan keberlanjutan sebagai kebiasaan sehari-hari, bukan kampanye tahunan.

15.24 Komunikasi Publik dan Reputasi Green Hospital

Green hospital dapat memperkuat reputasi rumah sakit, tetapi komunikasi publik harus dilakukan dengan hati-hati. Rumah sakit boleh menyampaikan komitmen lingkungan, tetapi harus berbasis data dan tindakan nyata. Klaim hijau tanpa bukti dapat menjadi greenwashing.

Komunikasi green hospital sebaiknya menekankan manfaat bagi pasien dan masyarakat: udara lebih baik, lingkungan lebih bersih, limbah lebih aman, energi lebih efisien, biaya lebih terkendali, dan rumah sakit lebih tangguh menghadapi krisis. Komunikasi tidak perlu bersifat pamer, tetapi edukatif.

Rumah sakit dapat mempublikasikan laporan keberlanjutan sederhana: penggunaan energi, pengurangan limbah, program air, pelatihan staf, pengelolaan limbah medis, program komunitas, dan target masa depan. Transparansi membangun kepercayaan.

Komunikasi juga dapat melibatkan pasien. Misalnya, edukasi penggunaan air, pemilahan sampah non-medis, pengurangan plastik, dan kanal digital. Namun, pasien tidak boleh dibebani tanggung jawab yang seharusnya menjadi tanggung jawab rumah sakit.

Reputasi green hospital harus didukung audit. Rumah sakit yang mengklaim hijau tetapi limbahnya mencemari lingkungan akan kehilangan kepercayaan. Keberlanjutan harus dimulai dari integritas.

15.25 Tantangan Implementasi Green Hospital di Indonesia

Implementasi green hospital di Indonesia menghadapi berbagai tantangan.

Pertama, **keterbatasan anggaran**. Banyak rumah sakit berfokus pada kebutuhan layanan dasar, alat, SDM, dan klaim. Investasi hijau sering dianggap bukan prioritas.

Kedua, **variasi kapasitas rumah sakit**. Rumah sakit besar di kota mungkin lebih siap, sedangkan rumah sakit kecil atau daerah memiliki keterbatasan SDM dan infrastruktur.

Ketiga, **pengelolaan limbah medis**. Tidak semua wilayah memiliki fasilitas pengolah limbah B3 yang memadai. Ketergantungan pada pihak ketiga dapat menimbulkan biaya tinggi dan risiko.

Keempat, **budaya pemilahan limbah belum kuat**. Banyak limbah domestik tercampur limbah infeksius sehingga biaya meningkat.

Kelima, **data lingkungan belum tersedia**. Banyak rumah sakit belum memiliki baseline energi, air, emisi, dan limbah yang akurat.

Keenam, **teknologi hijau mahal**. Panel surya, retrofit HVAC, IPAL, dan sistem monitoring membutuhkan investasi.

Ketujuh, **regulasi kompleks**. Rumah sakit harus mematuhi regulasi kesehatan, lingkungan, ketenagakerjaan, data, dan pengadaan.

Kedelapan, **keterbatasan SDM teknis**. Ahli kesehatan lingkungan, energi, ESG, dan manajemen keberlanjutan masih terbatas.

Kesembilan, **tekanan pelayanan tinggi**. Staf klinis sering merasa program lingkungan sebagai beban tambahan.

Kesepuluh, **risiko greenwashing**. Beberapa institusi mungkin lebih fokus pada citra daripada perubahan substantif.

Tantangan ini harus dijawab dengan pendekatan bertahap. Rumah sakit tidak harus langsung sempurna. Mulai dari pemilahan limbah, audit energi, efisiensi air, pengurangan kertas, pengadaan hijau sederhana, dan pelatihan staf sudah merupakan langkah penting.

15.26 Roadmap Transformasi Menuju Green Hospital

Rumah sakit membutuhkan roadmap agar transformasi hijau berjalan terarah.

Tahap pertama: komitmen pimpinan. Direksi menetapkan keberlanjutan sebagai bagian strategi rumah sakit.

Tahap kedua: assessment awal. Rumah sakit mengukur kondisi awal energi, air, limbah, emisi, pengadaan, fasilitas, dan risiko iklim.

Tahap ketiga: pembentukan tim. Tim lintas unit dibentuk untuk mengelola green hospital dan ESG.

Tahap keempat: prioritas cepat. Program awal dapat mencakup pemilahan limbah, pengurangan kertas, LED, perbaikan kebocoran air, pelatihan, dan audit limbah.

Tahap kelima: indikator dan dashboard. Rumah sakit menetapkan KPI keberlanjutan dan memantau rutin.

Tahap keenam: integrasi SOP. Prinsip hijau dimasukkan ke SOP operasional, farmasi, pengadaan, gizi, fasilitas, dan limbah.

Tahap ketujuh: investasi strategis. Rumah sakit melakukan retrofit energi, IPAL, energi terbarukan, green building, atau sistem digital sesuai prioritas.

Tahap kedelapan: keterlibatan staf dan pasien. Edukasi dan partisipasi dibangun.

Tahap kesembilan: pelaporan ESG. Rumah sakit mulai membuat laporan internal atau publik berbasis data.

Tahap kesepuluh: perbaikan berkelanjutan. Program dievaluasi, diperbaiki, dan diperluas.

Roadmap harus realistis. Rumah sakit tipe kecil, menengah, besar, publik, swasta, pendidikan, atau daerah memiliki starting point berbeda. Yang penting adalah arah, data, komitmen, dan konsistensi.

15.27 Green Hospital dan Mutu Pelayanan

Green hospital harus terhubung dengan mutu pelayanan. Program hijau tidak boleh berdiri terpisah dari mutu klinis. Lingkungan rumah sakit yang bersih, udara baik, air aman, limbah terkendali, dan fasilitas nyaman mendukung keselamatan pasien.

Misalnya, pengelolaan limbah yang baik mengurangi risiko infeksi dan cedera benda tajam. Ventilasi yang baik mendukung pengendalian infeksi. Pencahayaan yang baik mengurangi risiko jatuh. Ruang hijau dapat mendukung kenyamanan psikologis. Pengurangan kebisingan dapat memperbaiki istirahat pasien. Pengelolaan air yang baik mendukung higiene. Efisiensi energi yang disertai backup memperkuat kontinuitas layanan.

Green hospital juga mendukung patient experience. Pasien dan keluarga merasakan lingkungan yang nyaman, bersih, tertata, dan sehat. Namun, green hospital tidak boleh hanya fokus pada estetika. Taman yang indah tidak cukup bila limbah medis dikelola buruk.

Mutu juga berkaitan dengan outcome lingkungan. Rumah sakit perlu melihat kualitas pelayanan sebagai bagian dari ekosistem. Pelayanan yang bermutu adalah pelayanan yang aman bagi pasien, staf, masyarakat, dan lingkungan.

15.28 Green Hospital, Keselamatan Pasien, dan Infection Prevention

Salah satu tantangan green hospital adalah menyeimbangkan keberlanjutan dengan pencegahan infeksi. Banyak bahan sekali pakai digunakan untuk mencegah infeksi. Upaya mengurangi limbah tidak boleh mengurangi keselamatan pasien.

Pendekatan yang tepat adalah **risk-based sustainability**. Untuk area risiko tinggi seperti ruang operasi, ICU, isolasi, dan prosedur invasif, standar sterilitas dan infeksi harus menjadi prioritas. Penggunaan ulang alat hanya boleh dilakukan bila desain alat, prosedur sterilisasi, validasi, dan regulasi memungkinkan. Reuse tanpa standar dapat berbahaya.

Namun, di banyak area, pengurangan limbah tetap mungkin. Pemilahan limbah yang benar dapat menurunkan volume limbah infeksius tanpa mengurangi keselamatan. Pengurangan kemasan non-klinis dapat

dilakukan. Digitalisasi dokumen administratif dapat mengurangi kertas. Pengadaan produk reusable untuk area non-klinis dapat dipertimbangkan. Sterilisasi alat yang memang reusable dapat dioptimalkan.

Pencegahan infeksi dan green hospital bukan musuh. Keduanya sama-sama membutuhkan disiplin sistem. Rumah sakit perlu melibatkan komite PPI dalam setiap inisiatif hijau yang menyentuh bahan klinis. Keputusan harus berdasarkan bukti, standar, dan analisis risiko.

15.29 Peran Kepemimpinan dalam ESG dan Green Hospital

Kepemimpinan adalah faktor penentu green hospital. Program keberlanjutan akan gagal bila hanya menjadi tugas satu unit kecil tanpa dukungan direksi. Pemimpin rumah sakit harus menjadikan ESG sebagai bagian dari visi, strategi, anggaran, indikator, dan budaya.

Pemimpin perlu melakukan beberapa hal. Pertama, menyatakan komitmen dengan jelas. Kedua, menyediakan sumber daya. Ketiga, menunjuk penanggung jawab. Keempat, meminta data. Kelima, memberi teladan. Keenam, menghargai unit yang berhasil. Ketujuh, menghubungkan ESG dengan mutu, keuangan, dan reputasi. Kedelapan, membangun kemitraan.

Kepemimpinan hijau bukan hanya soal lingkungan. Ia juga mencakup keadilan sosial dan tata kelola. Pemimpin yang berbicara tentang green hospital tetapi mengabaikan kesejahteraan staf belum menerapkan ESG secara utuh. Pemimpin yang menghemat energi tetapi membiarkan pengadaan tidak transparan belum menerapkan governance.

Green leadership juga membutuhkan kemampuan komunikasi. Staf perlu memahami bahwa program hijau bukan beban tambahan, tetapi bagian dari pelayanan kesehatan. Pasien dan masyarakat perlu memahami manfaatnya. Mitra perlu diajak bekerja sama.

Pemimpin rumah sakit masa depan harus mampu menyatukan tiga bahasa: bahasa klinis, bahasa bisnis, dan bahasa keberlanjutan.

15.30 Ilustrasi Kasus: Limbah Infeksius Terlalu Tinggi karena Pemilahan Buruk

Sebuah rumah sakit menemukan biaya pengolahan limbah infeksius meningkat tajam. Manajemen awalnya mengira penyebabnya adalah kenaikan tarif pengolah limbah. Setelah audit dilakukan, ditemukan bahwa banyak limbah domestik dari ruang perawat, kemasan makanan, dan kertas administratif masuk ke kantong limbah infeksius. Petugas unit tidak yakin cara memilah. Tempat sampah tidak diberi label jelas. Supervisi kurang.

Rumah sakit kemudian melakukan perbaikan. Warna dan label tempat sampah distandardisasi. Pelatihan pemilahan dilakukan untuk perawat, dokter, petugas kebersihan, dan staf administrasi. Poster dipasang di unit. Audit mingguan dilakukan. Data limbah per unit ditampilkan. Unit dengan pemilahan baik diberi apresiasi.

Dalam tiga bulan, volume limbah infeksius turun tanpa mengurangi keselamatan pasien. Biaya pengolahan turun. Petugas limbah lebih aman. Kasus ini menunjukkan bahwa green hospital sering dimulai dari disiplin operasional sederhana.

15.31 Ilustrasi Kasus: Efisiensi Energi Tanpa Mengganggu Pelayanan

Sebuah rumah sakit swasta menghadapi kenaikan biaya listrik. Direksi ingin menghemat energi, tetapi dokter khawatir efisiensi mengganggu kenyamanan pasien dan standar ruang operasi. Tim energi dibentuk. Audit menunjukkan bahwa AC area administratif dan ruang pertemuan sering

menyala di luar jam kerja, lampu koridor menyala sepanjang hari meski ada cahaya alami, dan beberapa chiller tidak efisien.

Rumah sakit tidak mengubah standar suhu ruang operasi atau ICU. Efisiensi difokuskan pada area non-kritis: sensor lampu, jadwal AC, penggantian LED, pemeliharaan chiller, edukasi staf, dan monitoring dashboard. Setelah enam bulan, biaya energi turun, tanpa keluhan klinis.

Kasus ini menunjukkan prinsip penting: efisiensi energi harus berbasis risiko. Area kritis klinis dilindungi, area non-kritis dioptimalkan.

15.32 Ilustrasi Kasus: Banjir dan Climate-Resilient Hospital

Sebuah rumah sakit daerah mengalami banjir berulang. Awalnya banjir hanya dianggap gangguan musiman. Namun, suatu tahun banjir merendam area basement yang berisi gudang logistik dan sebagian panel listrik. Pelayanan rawat jalan terganggu, akses ambulans sulit, dan beberapa bahan medis rusak.

Manajemen kemudian memasukkan risiko banjir ke risk register. Infrastruktur kritis dipindahkan ke tempat lebih aman. Gudang barang kritis ditinggikan. Jalur evakuasi diperbaiki. Sistem peringatan cuaca dipantau. Kerja sama dengan BPBD dan pemasok dibuat. Rencana layanan saat banjir disusun, termasuk telekonsultasi untuk pasien kontrol.

Pada musim hujan berikutnya, banjir masih terjadi tetapi gangguan layanan jauh lebih kecil. Kasus ini menunjukkan bahwa green hospital tidak hanya mengurangi emisi, tetapi juga membangun ketahanan terhadap dampak iklim.

15.33 Ilustrasi Kasus: Pengadaan Alat Berbasis Life-Cycle Cost

Sebuah rumah sakit ingin membeli mesin laundry baru. Vendor A menawarkan harga awal murah, tetapi konsumsi air dan listrik tinggi. Vendor B lebih mahal, tetapi lebih hemat energi dan air serta memiliki layanan pemeliharaan baik. Jika hanya melihat harga pembelian, Vendor A tampak menarik. Namun, analisis life-cycle cost menunjukkan bahwa dalam lima tahun Vendor B lebih murah karena biaya operasional lebih rendah.

Manajemen memilih Vendor B dengan proses pengadaan transparan. Hasilnya, konsumsi air laundry turun, biaya energi turun, dan downtime lebih sedikit. Kasus ini menunjukkan pentingnya pengadaan hijau berbasis biaya siklus hidup, bukan harga awal semata.

15.34 Model Integratif Bab 15

Green hospital, ESG, dan keberlanjutan lingkungan rumah sakit dapat diringkas dalam model integratif berikut.

Input mencakup energi, air, bahan medis, obat, makanan, alat, bangunan, SDM, teknologi, pemasok, dan regulasi.

Proses utama mencakup pelayanan klinis, operasional fasilitas, farmasi, pengadaan, gizi, laundry, sterilisasi, limbah, transportasi, digitalisasi, dan pemeliharaan.

Prinsip green hospital mencakup efisiensi sumber daya, pengurangan limbah, pengendalian pencemaran, kesehatan lingkungan, keselamatan pasien, dan ketahanan iklim.

Kerangka ESG mencakup environmental, social, dan governance.

Pengendalian risiko mencakup limbah B3, air limbah, emisi, energi, bahan kimia, infeksi, keselamatan kerja, banjir, gangguan air, dan kepatuhan hukum.

Indikator mencakup energi, air, limbah, emisi, food waste, pengadaan hijau, keselamatan kerja, kepatuhan, dan laporan ESG.

Outcome mencakup rumah sakit yang lebih sehat, efisien, aman, tangguh, dipercaya, rendah karbon, dan bertanggung jawab terhadap generasi mendatang.

Model ini menunjukkan bahwa green hospital bukan proyek lingkungan semata. Ia adalah model manajemen rumah sakit yang menyatukan pelayanan, operasi, keuangan, risiko, etika, dan masa depan.

15.35 Implikasi Manajerial

Pertama, direksi rumah sakit harus menempatkan green hospital dan ESG sebagai bagian dari strategi organisasi.

Kedua, rumah sakit perlu melakukan assessment awal terhadap energi, air, limbah, emisi, bangunan, dan risiko iklim.

Ketiga, tim keberlanjutan lintas unit perlu dibentuk agar program tidak terisolasi pada satu instalasi.

Keempat, pengelolaan limbah harus dimulai dari pemilahan di sumber dan pengurangan timbulan, bukan hanya pengangkutan akhir.

Kelima, efisiensi energi dan air harus dilakukan berbasis data serta tidak mengorbankan keselamatan pasien.

Keenam, pengadaan rumah sakit perlu mempertimbangkan life-cycle cost, kualitas, keamanan, dan dampak lingkungan.

Ketujuh, farmasi rumah sakit harus mengelola obat kedaluwarsa, limbah farmasi, dan antimicrobial stewardship sebagai bagian keberlanjutan.

Kedelapan, rumah sakit perlu membangun climate resilience melalui peta risiko, rencana kontinuitas layanan, dan infrastruktur tangguh.

Kesembilan, indikator ESG perlu dipantau secara rutin dan dilaporkan secara transparan.

Kesepuluh, budaya hijau harus dibangun melalui pendidikan, partisipasi staf, komunikasi, dan teladan pimpinan.

15.36 Rangkuman Bab

Green hospital, ESG, dan keberlanjutan lingkungan merupakan bagian penting dari manajemen rumah sakit masa depan. Rumah sakit adalah institusi penyelamat kehidupan, tetapi juga pengguna sumber daya besar dan penghasil limbah. Karena itu, rumah sakit memiliki tanggung jawab untuk mengurangi dampak lingkungan, menjaga kesehatan masyarakat, dan membangun sistem yang tangguh terhadap perubahan iklim.

Green hospital mencakup efisiensi energi, pengelolaan air, limbah medis, limbah farmasi, limbah domestik, green building, pengadaan hijau, makanan berkelanjutan, transportasi, digitalisasi, dan budaya organisasi. ESG memperluas perspektif dengan menambahkan dimensi sosial dan tata kelola: keselamatan pasien, kesejahteraan staf, akses adil, transparansi, kepatuhan, anti-fraud, dan akuntabilitas.

Keberlanjutan lingkungan tidak boleh dipisahkan dari mutu dan keselamatan pasien. Program hijau harus dilakukan berbasis risiko, data, standar, dan etika. Pengurangan limbah tidak boleh mengorbankan pencegahan infeksi. Efisiensi energi tidak boleh mengganggu ICU atau ruang operasi. Digitalisasi harus mengurangi kertas tetapi tetap melindungi data.

Rumah sakit di Indonesia menghadapi tantangan anggaran, variasi kapasitas, pengelolaan limbah medis, data lingkungan, teknologi hijau, dan budaya organisasi. Namun, transformasi dapat dimulai dari langkah sederhana: pemilahan limbah, audit energi, penghematan air, pengurangan kertas, pengadaan lebih bijak, pelatihan staf, dan dashboard indikator.

Inti Bab 15 adalah bahwa rumah sakit yang berkelanjutan bukan hanya rumah sakit yang mampu bertahan secara finansial, tetapi rumah sakit

yang mampu menyembuhkan pasien, menjaga staf, melindungi masyarakat, menghormati regulasi, dan tidak merusak lingkungan. Rumah sakit masa depan harus menjadi **healing institution** sekaligus **sustainable institution**.

Glossarium

Air Limbah Rumah Sakit
Air buangan dari kegiatan rumah sakit yang dapat mengandung bahan organik, mikroorganisme, bahan kimia, disinfektan, atau residu farmasi dan harus diolah sebelum dibuang.

Antimicrobial Stewardship
Program pengendalian penggunaan antimikroba agar rasional, efektif, aman, dan mencegah resistensi.

Carbon Footprint
Jumlah emisi gas rumah kaca yang dihasilkan oleh aktivitas organisasi, produk, atau layanan.

Circular Economy
Pendekatan ekonomi yang mempertahankan nilai sumber daya melalui pengurangan, penggunaan ulang, perbaikan, dan daur ulang.

Climate-Resilient Hospital
Rumah sakit yang mampu bertahan, beradaptasi, merespons, dan pulih dari dampak perubahan iklim sambil menjaga layanan esensial.

Decarbonization
Proses mengurangi emisi karbon dari energi, transportasi, rantai pasok, bangunan, dan operasional.

ESG
Kerangka environmental, social, and governance untuk menilai tanggung jawab lingkungan, sosial, dan tata kelola organisasi.

Environmental Sustainability
Kemampuan organisasi menjalankan aktivitas dengan mengurangi dampak negatif terhadap lingkungan dan menjaga sumber daya untuk masa depan.

Food Waste
Makanan yang terbuang selama proses pengadaan, penyimpanan, produksi, distribusi, atau konsumsi.

Green Building
Bangunan yang dirancang dan dioperasikan untuk efisiensi energi, air, bahan, kenyamanan, kesehatan, dan dampak lingkungan rendah.

Green Hospital
Rumah sakit yang mengintegrasikan prinsip keberlanjutan lingkungan, efisiensi sumber daya, pengelolaan limbah, kesehatan lingkungan, dan ketahanan iklim.

Green Procurement
Pengadaan barang dan jasa yang mempertimbangkan mutu, biaya siklus hidup, keselamatan, dampak lingkungan, dan integritas pemasok.

Greenwashing
Klaim keberlanjutan yang berlebihan atau menyesatkan tanpa bukti dan perubahan nyata.

Healthcare Waste
Limbah yang dihasilkan oleh fasilitas kesehatan, termasuk limbah medis, infeksius, benda tajam, farmasi, kimia, dan domestik.

Life-Cycle Cost
Perhitungan biaya total suatu produk sepanjang masa pakai, termasuk pembelian, energi, pemeliharaan, limbah, dan penggantian.

Limbah B3
Limbah bahan berbahaya dan beracun yang karena sifat, konsentrasi, atau jumlahnya dapat membahayakan kesehatan dan lingkungan.

Low-Carbon Hospital
Rumah sakit yang secara sistematis mengurangi emisi gas rumah kaca dari operasional dan rantai pasok.

Planetary Health
Pendekatan yang menekankan bahwa kesehatan manusia bergantung pada sistem alam dan ekosistem bumi yang stabil.

Renewable Energy
Energi dari sumber yang dapat diperbarui seperti matahari, angin, air, atau biomassa.

Scope 1, 2, dan 3 Emissions
Kategori emisi langsung, emisi tidak langsung dari listrik, dan emisi tidak langsung dari rantai pasok serta aktivitas lain.

Sustainable Healthcare
Pelayanan kesehatan yang menjaga mutu dan keselamatan pasien sambil mengurangi dampak lingkungan dan menggunakan sumber daya secara bertanggung jawab.

Waste Segregation
Pemilahan limbah berdasarkan jenis, risiko, dan metode pengelolaannya sejak dari sumber.

Daftar Pustaka

Bauer, P., et al. (2025). Sustainability management control in healthcare organizations. *Healthcare Management Review*. DOI perlu diverifikasi sesuai metadata final penerbit.

Belkhir, L., & Elmeligi, A. (2019). Carbon footprint of the global pharmaceutical industry and relative impact of its major players. *Journal of Cleaner Production, 214*, 185–194. https://doi.org/10.1016/j.jclepro.2018.11.204

Burch, H., Anstey, M. H., & McGain, F. (2023). Renewable energy use in Australian public hospitals. *Medical Journal of Australia, 219*(9), 410–414. https://doi.org/10.5694/mja2.52103

Campion, N., Thiel, C. L., Woods, N. C., Swanzy, L., Landis, A. E., & Bilec, M. M. (2015). Sustainable healthcare and environmental life-cycle impacts of disposable supplies: A focus on disposable custom packs. *Journal of Cleaner Production, 94*, 46–55. https://doi.org/10.1016/j.jclepro.2015.01.076

Chapman, R. L. (2011). Alarming waste in US health care: An opportunity for sustainable improvement. *Quality Management in Health Care, 20*(1), 1–7. https://doi.org/10.1097/QMH.0b013e3182031d9e

Chung, J. W., & Meltzer, D. O. (2009). Estimate of the carbon footprint of the US health care sector. *JAMA, 302*(18), 1970–1972. https://doi.org/10.1001/jama.2009.1610

Eckelman, M. J., & Sherman, J. (2016). Environmental impacts of the U.S. health care system and effects on public health. *PLOS ONE, 11*(6), e0157014. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0157014

Eckelman, M. J., Huang, K., Lagasse, R., Senay, E., Dubrow, R., & Sherman, J. D. (2020). Health care pollution and public health damage in the United States: An update. *Health Affairs, 39*(12), 2071–2079. https://doi.org/10.1377/hlthaff.2020.01247

Jameton, A., & McGuire, C. (2002). Toward sustainable health-care services: Principles, challenges, and a process. *International Journal of Sustainability in Higher Education, 3*(2), 113–127. https://doi.org/10.1108/14676370210422348

Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2019). *Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 7 Tahun 2019 tentang Kesehatan Lingkungan Rumah Sakit*. Tanpa DOI.

Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2023). *Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 2 Tahun 2023 tentang Peraturan*

Pelaksanaan Peraturan Pemerintah Nomor 66 Tahun 2014 tentang Kesehatan Lingkungan. Tanpa DOI.

Kementerian Lingkungan Hidup dan Kehutanan Republik Indonesia. (2015). *Peraturan Menteri Lingkungan Hidup dan Kehutanan Nomor P.56/MENLHK-SETJEN/2015 tentang Tata Cara dan Persyaratan Teknis Pengelolaan Limbah Bahan Berbahaya dan Beracun dari Fasilitas Pelayanan Kesehatan*. Tanpa DOI.

Khosravi, M., et al. (2025). A systematic review of factors influencing the adoption of green practices in healthcare centers. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. DOI perlu diverifikasi sesuai metadata final penerbit.

Lenzen, M., Malik, A., Li, M., Fry, J., Weisz, H., Pichler, P.-P., Chaves, L. S. M., Capon, A., & Pencheon, D. (2020). The environmental footprint of health care: A global assessment. *The Lancet Planetary Health, 4*(7), e271–e279. https://doi.org/10.1016/S2542-5196(20)30121-2

MacNeill, A. J., McGain, F., & Sherman, J. D. (2021). Planetary health care: A framework for sustainable health systems. *The Lancet Planetary Health, 5*(2), e66–e68. https://doi.org/10.1016/S2542-5196(21)00005-X

McAlister, S., Ou, Y., Neff, E., Hapgood, K., Story, D. A., Mealey, P., & McGain, F. (2016). The environmental footprint of morphine: A life cycle assessment from opium poppy farming to the packaged drug. *BMJ Open, 6*(10), e013302. https://doi.org/10.1136/bmjopen-2016-013302

McGain, F., & Naylor, C. (2014). Environmental sustainability in hospitals: A systematic review and research agenda. *Journal of Health Services Research & Policy, 19*(4), 245–252. https://doi.org/10.1177/1355819614534836

Nansai, K., Fry, J., Malik, A., Takayanagi, W., & Kondo, N. (2020). Carbon footprint of Japanese health care services from 2011 to 2015. *Resources, Conservation and Recycling, 152*, 104525. https://doi.org/10.1016/j.resconrec.2019.104525

Pemerintah Republik Indonesia. (2021). *Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 22 Tahun 2021 tentang Penyelenggaraan Perlindungan dan Pengelolaan Lingkungan Hidup*. Tanpa DOI.

Pichler, P.-P., Jaccard, I. S., Weisz, U., & Weisz, H. (2019). International comparison of health care carbon footprints. *Environmental Research Letters, 14*(6), 064004. https://doi.org/10.1088/1748-9326/ab19e1

Romanello, M., et al. (2025). The 2025 report of the Lancet Countdown on health and climate change. *The Lancet*. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(25)01919-1

Saleem, F., et al. (2025). Green leadership and environmental performance in hospitals. *Sustainability, 17*(12), 5376. https://doi.org/10.3390/su17125376

Sherman, J. D., Thiel, C., MacNeill, A., Eckelman, M. J., Dubrow, R., Hopf, H., Lagasse, R., Bialowitz, J., Costello, A., Forbes, M., Stancliffe, R., Anastas, P., Anderko, L., Baratz, M., Barna, S., Bhatnagar, U., Burnham, J., Cai, Y., Cassels-Brown, A., ... Bilec, M. M. (2020). The green print: Advancement of environmental sustainability in healthcare. *Resources, Conservation and Recycling, 161*, 104882. https://doi.org/10.1016/j.resconrec.2020.104882

Thiel, C. L., Eckelman, M., Guido, R., Huddleston, M., Landis, A. E., Sherman, J., Shrake, S. O., Copley-Woods, N., & Bilec, M. M. (2015). Environmental impacts of surgical procedures: Life cycle assessment of hysterectomy in the United States. *Environmental Science & Technology, 49*(3), 1779–1786. https://doi.org/10.1021/es504719g

World Health Organization. (2014). *Safe management of wastes from health-care activities* (2nd ed.). World Health Organization. Tanpa DOI.

World Health Organization. (2020). *WHO guidance for climate-resilient and environmentally sustainable health care facilities*. World Health Organization. Tanpa DOI.

World Health Organization. (2021). *Health care waste*. World Health Organization. Tanpa DOI.

World Health Organization. (2023). *Operational framework for building climate resilient and low carbon health systems*. World Health Organization. Tanpa DOI.

World Health Organization. (2024). *Climate-resilient and environmentally sustainable health care facilities*. World Health Organization. Tanpa DOI.

Refleksi sebagai Penutup ******

Rumah sakit adalah salah satu institusi paling penting dalam peradaban modern. Di dalamnya manusia datang dengan harapan, kecemasan, penderitaan, pertanyaan, dan kepercayaan. Di ruang-ruang rumah sakit, ilmu pengetahuan bertemu dengan kemanusiaan; teknologi bertemu dengan empati; manajemen bertemu dengan etika; dan keputusan profesional bertemu dengan nasib manusia yang sangat nyata. Karena itu, manajemen rumah sakit tidak dapat dipahami sekadar sebagai teknik mengelola organisasi, melainkan sebagai seni dan ilmu mengelola kehidupan, pelayanan, risiko, kepercayaan, dan harapan.

Buku **"Pengantar Manajemen Rumah Sakit"** disusun untuk memberikan pemahaman dasar bahwa rumah sakit adalah organisasi yang kompleks, multidisipliner, dan bernilai strategis dalam sistem kesehatan. Rumah sakit bukan hanya tempat dokter memeriksa pasien atau tempat pasien dirawat. Rumah sakit adalah sistem sosial-teknis yang memadukan manusia, profesi, teknologi, regulasi, pembiayaan, data, mutu, keselamatan, logistik, komunikasi, dan tata kelola. Kegagalan pada satu bagian dapat memengaruhi keseluruhan pelayanan. Sebaliknya, perbaikan yang dilakukan secara sistemik dapat meningkatkan mutu, keselamatan, efisiensi, dan kepercayaan publik.

Sepuluh bab dalam buku ini menunjukkan bahwa manajemen rumah sakit harus dibangun di atas pemahaman yang menyeluruh. Bab pertama menempatkan rumah sakit dalam hakikat, fungsi, dan perannya dalam sistem kesehatan. Bab kedua menegaskan pentingnya regulasi, akreditasi, dan tata kelola. Bab ketiga membahas perencanaan strategis dan model bisnis rumah sakit agar rumah sakit tidak hanya bertahan, tetapi berkembang secara bermakna. Bab keempat menempatkan struktur organisasi, kepemimpinan, dan SDM sebagai fondasi organisasi. Bab

kelima membahas pelayanan klinis dan pelayanan berpusat pada pasien sebagai inti eksistensi rumah sakit. Bab keenam menguraikan mutu, keselamatan pasien, dan risiko sebagai pilar kepercayaan. Bab ketujuh membahas keuangan, tarif, klaim, dan keberlanjutan. Bab kedelapan menunjukkan pentingnya operasional, fasilitas, farmasi, rekam medis, logistik, dan rantai pasok. Bab kesembilan membawa pembaca pada digitalisasi, SIMRS, data, AI, dan transformasi rumah sakit. Bab kesepuluh menutup rangkaian substansi dengan etika, komunikasi publik, ketahanan krisis, dan masa depan manajemen rumah sakit.

Dari keseluruhan pembahasan tersebut, tampak bahwa rumah sakit modern tidak mungkin dikelola dengan pendekatan parsial. Rumah sakit tidak dapat hanya kuat secara klinis tetapi lemah dalam keuangan. Tidak dapat hanya canggih secara teknologi tetapi miskin empati. Tidak dapat hanya efisien secara biaya tetapi mengabaikan keselamatan pasien. Tidak dapat hanya patuh secara dokumen tetapi lemah dalam budaya mutu. Tidak dapat hanya mengejar akreditasi tetapi tidak membangun pembelajaran organisasi. Rumah sakit yang baik adalah rumah sakit yang mampu menyatukan **ilmu, sistem, nilai, data, manusia, dan tanggung jawab sosial**.

Manajemen rumah sakit pada masa kini dan masa depan menuntut cara berpikir sistemik. Setiap masalah rumah sakit hampir selalu memiliki akar yang saling berkaitan. Waktu tunggu yang panjang bukan hanya masalah petugas pendaftaran. Klaim yang tertunda bukan hanya masalah bagian keuangan. Kesalahan obat bukan hanya masalah perawat atau farmasi. Pasien jatuh bukan hanya masalah ruang rawat. Keluhan pasien bukan hanya masalah humas. Semua itu berkaitan dengan desain proses, komunikasi, budaya organisasi, data, beban kerja, regulasi, teknologi, kepemimpinan, dan tata kelola. Karena itu, manajer rumah sakit perlu menjadi pemimpin sistem, bukan hanya pengelola unit.

Salah satu pesan utama buku ini adalah bahwa **pasien harus tetap menjadi pusat dari seluruh proses manajemen rumah sakit**. Rumah

sakit tidak didirikan untuk melayani dokumen, sistem, alat, klaim, indikator, atau prosedur semata. Semua itu penting, tetapi posisinya adalah sebagai sarana untuk melayani pasien. Pasien bukan nomor antrean, bukan diagnosis, bukan objek tindakan, bukan sumber klaim, dan bukan sekadar pengguna jasa. Pasien adalah manusia yang memiliki martabat, keluarga, kecemasan, nilai, harapan, dan hak untuk diperlakukan secara manusiawi.

Namun, pelayanan berpusat pada pasien tidak berarti rumah sakit mengabaikan profesionalisme, regulasi, dan efisiensi. Justru sebaliknya, rumah sakit yang benar-benar berpusat pada pasien harus kuat secara sistem. Ia harus memiliki dokter dan perawat yang kompeten, farmasi yang aman, rekam medis yang akurat, fasilitas yang andal, pembiayaan yang sehat, data yang terlindungi, komunikasi yang jujur, dan kepemimpinan yang berintegritas. Humanisme dalam rumah sakit tidak cukup hanya dengan senyum dan keramahan. Humanisme harus diwujudkan dalam sistem yang aman, bermutu, adil, transparan, dan dapat dipercaya.

Buku ini juga menekankan bahwa **keselamatan pasien adalah inti moral manajemen rumah sakit**. Keselamatan pasien bukan sekadar program, indikator, atau persyaratan akreditasi. Keselamatan pasien adalah janji moral bahwa rumah sakit akan berusaha sekuat mungkin mencegah bahaya yang dapat dihindari. Rumah sakit yang bermutu bukan rumah sakit yang tidak pernah mengalami masalah, melainkan rumah sakit yang berani melaporkan, menganalisis, belajar, memperbaiki, dan membangun sistem yang lebih aman. Di sinilah pentingnya budaya keselamatan, just culture, audit klinis, RCA, FMEA, dan pembelajaran organisasi.

Keuangan rumah sakit juga harus dilihat dalam perspektif etis. Rumah sakit memang membutuhkan pendapatan, arus kas, efisiensi, tarif yang rasional, klaim yang lancar, dan investasi yang terencana. Tetapi seluruh fungsi keuangan harus tetap berada dalam koridor misi pelayanan. Keberlanjutan finansial penting bukan untuk menjadikan rumah sakit sebagai mesin keuntungan, tetapi agar rumah sakit mampu terus melayani dengan baik. Rumah sakit yang defisit kronis akan sulit mempertahankan mutu, tetapi

rumah sakit yang hanya mengejar keuntungan akan kehilangan ruh kemanusiaannya. Tantangan manajemen adalah menjaga keseimbangan antara **sustainability** dan **social responsibility**.

Pada era digital, rumah sakit memasuki babak baru. SIMRS, rekam medis elektronik, interoperabilitas, telemedicine, dashboard, analitik data, dan kecerdasan buatan akan semakin memengaruhi cara rumah sakit bekerja. Teknologi dapat mempercepat layanan, mengurangi kesalahan, meningkatkan efisiensi, memperkuat klaim, dan membantu pengambilan keputusan. Namun, teknologi juga membawa risiko: kebocoran data, bias algoritmik, ketergantungan sistem, dehumanisasi pelayanan, dan keputusan yang terlalu mekanistik. Karena itu, transformasi digital rumah sakit harus bersifat **human-centered**. Teknologi harus melayani manusia, bukan manusia menjadi pelayan teknologi.

Rumah sakit masa depan juga harus menjadi organisasi yang tangguh. Pandemi, bencana alam, perubahan iklim, gangguan rantai pasok, serangan siber, krisis reputasi, dan tekanan SDM menunjukkan bahwa rumah sakit tidak boleh hanya siap pada keadaan normal. Rumah sakit harus memiliki ketahanan krisis. Ketahanan bukan hanya kemampuan bertahan, tetapi juga kemampuan beradaptasi, pulih, dan belajar. Rumah sakit yang tangguh memiliki sistem komando krisis, rencana kontinuitas layanan, logistik strategis, perlindungan tenaga kesehatan, komunikasi publik yang baik, keamanan digital, dan budaya organisasi yang siap menghadapi ketidakpastian.

Dalam keseluruhan refleksi ini, kepemimpinan menjadi benang merah yang sangat menentukan. Rumah sakit membutuhkan pemimpin yang tidak hanya memahami administrasi, tetapi juga memahami manusia. Tidak hanya memahami angka, tetapi juga nilai. Tidak hanya memahami strategi, tetapi juga penderitaan pasien. Tidak hanya memahami teknologi, tetapi juga etika. Tidak hanya mampu memerintah, tetapi juga mampu mendengar. Pemimpin rumah sakit masa depan harus visioner, adaptif, berbasis data, komunikatif, kolaboratif, berintegritas, dan tetap humanis.

Akhirnya, buku ini mengajak pembaca untuk melihat rumah sakit sebagai institusi pembelajaran. Rumah sakit yang baik adalah rumah sakit yang terus belajar: dari pasien, dari staf, dari data, dari keluhan, dari insiden, dari krisis, dari keberhasilan, dan dari kegagalan. Dalam dunia yang terus berubah, rumah sakit yang tidak belajar akan tertinggal. Rumah sakit yang belajar akan mampu bertumbuh menjadi organisasi yang semakin aman, semakin bermutu, semakin efisien, semakin dipercaya, dan semakin manusiawi.

Sebagai penutup, dapat ditegaskan bahwa masa depan manajemen rumah sakit bukan hanya tentang gedung yang lebih besar, alat yang lebih mahal, sistem digital yang lebih canggih, atau layanan yang lebih banyak. Masa depan manajemen rumah sakit adalah tentang kemampuan membangun institusi kesehatan yang **beretika, komunikatif, tangguh, digital, berkelanjutan, dan berpusat pada manusia**. Rumah sakit yang demikian akan menjadi bukan hanya tempat penyembuhan penyakit, tetapi juga ruang pengharapan, pembelajaran, pelayanan, dan peradaban.

Semoga buku ini menjadi pengantar yang berguna bagi mahasiswa, dosen, manajer rumah sakit, tenaga kesehatan, pengambil kebijakan, dan siapa pun yang ingin memahami bahwa manajemen rumah sakit adalah panggilan untuk mengelola ilmu, sistem, dan sumber daya demi keselamatan serta martabat manusia.