

APLIKASI MANAJEMEN DI RUMAH SAKIT

OLEH :

LELI F. MAHARANI S.	081121039
MARINADIAH	081121015
MURNIATY	081121037
MELDA	081121044
MASDARIAH	081121031
SARMA JULITA	071101116

PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN
FAKULTAS KEDOKTERAN
UNIVERSITAS SUMATERA UTARA
MEDAN, 2009

PENDAHULUAN



- Rumah sakit sebagai salah satu subsistem pelayanan kesehatan menyelenggarakan dua jenis pelayanan untuk masyarakat yaitu pelayanan kesehatan dan pelayanan administrasi.
- Pelayanan kesehatan saat ini tidak saja bersifat kuratif (penyembuhan) tetapi juga bersifat pemulihan (rehabilitatif). Keduanya dilaksanakan secara terpadu melalui upaya promosi kesehatan (promotif) dan pencegahan (preventif).
- Sasaran pelayanan kesehatan rumah sakit bukan hanya untuk individu pasien, tetapi juga berkembang untuk keluarga pasien dan masyarakat umum.

Jenis rumah sakit di Indonesia

Di Indonesia dikenal tiga jenis rumah sakit, yakni:

1. Berdasarkan kepemilikannya
 - * RS pemerintah (RS Pusat, RS Provinsi, RS Kabupaten)
 - * RS BUMN / ABRI
 - * RS Swasta
2. Berdasarkan jenis pelayanan
 - * RS umum
 - * RS Jiwa
 - * RS khusus (mata, paru, kusta, rehabilitasi, jantung, kanker)
3. Berdasarkan kelasnya
 - * RS kelas A
 - * RS kelas B
 - * RS kelas C
 - * RS kelas D (pemerintah sudah menyamakan dengan kelas C)

Perbedaan jenis pelayanan pada:

- ❖ RS kelas A ➡ Tersedia pelayanan spesialisik yang luas termasuk subspecialistik.
- ❖ RS kelas B ➡ Minimal sebelas spesialisik & subspecialistik terdaftar.
- ❖ RS kelas C ➡ Minimal memiliki empat spesialisik dasar (bedah, penyakit dalam, kebidanan, anak).
- ❖ RS kelas D ➡ Hanya terdapat pelayanan medis dasar.

Susunan organisasi rumah sakit umum di Indonesia



a. Direktur

b. Wakil Direktur yang terdiri dari:

- * Wadir Pelayanan Medik dan Keperawatan
- * Wadir Penunjang Medik dan Instalasi
- * Wadir Umum dan Keuangan
- * Wadir Komite Medik

Tiap wadir diberikan tanggung jawab untuk mengatur beberapa bidang pelayanan dan keperawatan serta instalasi. Beberapa instalasi yang terdapat pada RS kelas A: Instalasi rawat jalan, rawat darurat, rawat inap, rawat intensif, bedah sentral, farmasi, PA, PK, gizi, laboratorium, perpustakaan, pemeliharaan sarana RS, pemulasaran jenazah, Sterilisasi sentral, pengaman dan ketertiban lingkungan.

- ❖ Komite Medik (KM) juga diberikan jabatan nonstruktural yang fungsinya menghimpun anggota yang terdiri dari para kepala Staf Medik Fungsional (SMF).

- ❖ KM diberikan dua tugas utama yaitu:
 - ↪ Menyusun standar pelayanan medis
 - ↪ Memberikan pertimbangan kepada direktur dalam hal:
Pembinaan, pengawasan, dan penelitian mutu pelayanan medis, hak-hak klinis khusus kepada SMF, program pelayanan medis, pendidikan dan pelatihan (diklat), serta penelitian dan pengembangan (litbang), Pembinaan tenaga medis dan bertanggung jawab terhadap pembinaan profesi.

Untuk RS kelas A, jumlah SMF yang dimiliki minimal 15 buah yaitu

1. Bedah
2. Kesehatan Anak
3. Kebidanan dan Penyakit Kandungan
4. Penyakit Dalam
5. Penyakit Saraf
6. Penyakit Kulit dan Kelamin
7. THT
8. Gigi dan Mulut
9. Mata
10. Radiologi
11. Patologi Klinik
12. Patologi Anatomi
13. Kedokteran Kehakiman
14. Rehabilitasi Medik
15. Anestesi

RS kelas B

- * Susunan organisasinya hampir sama dengan kelas A
- * Bedanya hanya terletak pada jumlah dan jenis masing-masing SMF.
- * Untuk RS kelas B tidak ada subspesialisnya

RS kelas C dan D

- * Lebih sederhana jika dibanding dengan RS kelas A dan B.
- * Tidak ada wakil direktur, tetapi dilengkapi dengan staf khusus yang mengurus administrasi.

Perencanaan di rumah sakit

Perencanaan adalah salah satu fungsi manajemen yang penting. Ada beberapa jenis perencanaan di rumah sakit, yaitu:

1. Perencanaan pengadaan obat dan logistik

Ada dua pendekatan yang umum digunakan untuk merencanakan pengadaan obat dan logistik rumah sakit yaitu:

- Pola konsumsi

Kebutuhan RS akan obat-obatan dan logistik dapat dihitung berdasarkan:

- Jumlah barang yang masih tersedia pada akhir tahun
- Kebutuhan tahun lalu
- Kecendrungan-kecendrungan yang akan terjadi di masa mendatang.

- Pola epidemiologi

Kebutuhan obat yang dianalisis dengan menggunakan pendekatan epidemiologi dapat dilakukan dengan menghitung jumlah kunjungan dan jenis penyakit yang dilayani pada tahun-tahun sebelumnya.

2. Perencanaan tenaga di RS

Perencanaan ketenagaan (*staff development*) didasarkan pada empat faktor yaitu tenaga baru, tenaga yang sudah tersedia, tenaga yang sudah berhenti (pensiun), tenaga yang akan pensiun.

Pertimbangan yang sering dipakai untuk merencanakan kebutuhan tenaga di RS adalah sebagai berikut:

- Jenis pekerjaan yang dilaksanakan oleh RS tersebut
- Sifat dari pekerjaan RS tersebut
- Perkiraan beban tugas masing-masing pekerjaan tersebut
- Perkiraan kapasitas pegawai yang mampu ditampung
- Jenis dan jumlah peralatan medis yang tersedia

Cara menghitung kebutuhan tenaga

Umumnya ditetapkan melalui tiga cara:

1. Melalui perhitungan jumlah tenaga yang dibutuhkan untuk setiap jenis pekerjaan.

2. Perkiraan

Bagi pekerjaan yang sulit atau tak mungkin dihitung kebutuhan tenaganya ditentukan berdasarkan perkiraan yang diperoleh setelah melalui studi banding di RS sejenis lainnya dan perkiraan fungsi-fungsi yang harus dijalankan oleh RS tersebut

3. Pengutipan

Jumlah tenaga umumnya dikutip dari standar tenaga yang telah ditentukan untuk berbagai tipe RS berdasarkan SK Menteri Kesehatan No. 265/1975.

Fungsi penggerak dan pelaksanaan (actuating) di rumah sakit

Kompleksitas fungsi actuating dipengaruhi oleh dua aspek:

1. Sifat pelayanan kesehatan yang berorientasi kepada konsumen penerima jasa pelayanan (customer services).
2. Pelaksanaan fungsi actuating cukup kompleks karena tenaga yang di RS terdiri dari berbagai profesi.

Penerapan fungsi actuating di RS bergantung pada empat faktor :

1. Kepemimpinan direktur
2. Koordinasi yang dikembangkan oleh masing-masing wakil direktur dengan kepala smf dan kepala instalasinya
3. Komitmen dan profesional tenaga medis dan non medis di RS
4. Pemahaman penggunaan jasa pelayanan RS (pasien dan keluarga) akan jenis pelayanan kesehatan yang tersedia di RS

Rekam Medik dan Kesehatan Sebuah Rumah Sakit

Ada dua kelompok data Rekam Medik RS di sebuah RS
Yaitu kelompok data medik dan kelompok data umum :

1. Data Medik

Data medik dihasilkan sebagai kewajiban pihak pelaksana pelayanan medis (termasuk residen), paramedis, dan ahli kesehatan yang lain (paramedis keperawatan dan paramedis nonkeperawatan).

Ada dua jenis Rekam Medik RS yaitu :

- a. RM untuk pasien rawat jalan termasuk pasien gawat darurat
- b. RM untuk pasien rawat inap

2. Data Umum

Data umum dihasilkan oleh kelompok kegiatan nonmedik yang akan mendukung kegiatan kelompok data medik di poliklinik.

Ada 7 kegunaan rekam medis di RS yaitu aspek administrasi, medis, hukum, keuangan, penelitian, pendidikan, dan dokumentasi. Aspek administrasi rekam medis penting ditinjau dari nilai administrasinya karena isinya menyangkut kewenangan dan tanggung jawab medis dan paramedis untuk mencapai tujuan perawatan pasien.

Indikator Penilaian Mutu Asuhan Kesehatan

Beberapa aspek penting yang perlu dikaji pada indikator mutu pelayanan RS :

- ❖ Aspek Struktur → semua masukan untuk sistem pelayanan RS meliputi tenaga, peralatan, dana.
- ❖ Proses → semua kegiatan dokter dan tenaga profesi lainnya yang mengadakan interaksi secara profesional dengan pasiennya
- ❖ Outcome → hasil akhir kegiatan dokter dan tenaga profesi lainnya terhadap pasien.

7ERINMA KASHA

