

KUMPULAN KASUS-KASUS :

MANAJEMEN RUMAH SAKIT DI INDONESIA



- Kasus-kasus Rumah sakit di bidang keuangan, SDM, patient safety strategik, dll
- Berdasarkan kondisi nyata yang terjadi di berbagai rumah sakit di indonesia

Editor: Arlina Dewi

KUMPULAN KASUS-KASUS: MANAJEMEN RUMAH SAKIT DI INDONESIA

Hak Cipta dilindungi undang-undang

All rights reserved

Cetakan pertama, 2015

Editor : Arlina Dewi
Penulis : Firman Pribadi
Arlina Dewi
Susanto
Qurratul Aini
Elsye Maria Rosa
Merita Arini
Aris Suparman

Diterbitkan oleh:

LP3M UMY

Ringroad Tamantirto, Kasihan, Bantul, Yogyakarta, Indonesia 55183

Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 19 Tahun 2002 tentang Hak cipta

Pasal 2

1. Hak cipta merupakan hak eksklusif bagi pencipta atau pemegang untuk mengumumkan dan memperbanyak ciptaannya, yang timbul secara otomatis setelah suatu ciptaan di lahirkan tanpa mengurangi pembatasan menurut undang undang yang berlaku.

Ketentuan Pidana

Pasal 72

1. Barang siapa dengan sengaja atau tanpa hak melakukan perbuatan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 2 ayat (1), atau Pasal 49 ayat (1) dan ayat (2) dipidana dengan pidana penjara masing-masing paling singkat 1 (satu) bulan /atau denda paling sedikit Rp 1.000.000,00 (satu juta rupiah), atau pidana penjara paling lama 7 (tujuh) tahun Dan/atau dendapaling banyak Rp 5.000.000.000,00 (lima miliar lainnya).
2. Barang siapa dengan sengaja menyiarkan, memamerkan, mengedarkan, atau menjual kepada umum suatu ciptaan atau barang hasil pelanggaran Hak Cipta atau Hak Terkait sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dipidana dengan pidana penjara paling lama 5 tahun dan/atau denda Rp 500.000.000,00 (lima ratus juta rupiah).

KATA PENGANTAR

Buku Kumpulan Kasus-kasus Manajemen Rumah Sakit ini ditujukan kepada para peminat yang memiliki perhatian terhadap pembelajaran manajemen rumah sakit. Revisi kurikulum pembelajaran di perguruan tinggi dari Kurikulum Berbasis Kompetensi (KBK) menjadi Kurikulum Perguruan Tinggi (KPT) memerlukan model pembelajaran berbasis kasus untuk memenuhi capaian pembelajaran yang ditetapkan di dalam kurikulum.

Saat ini belum banyak kasus-kasus manajemen rumah sakit yang ditulis dan dibukukan untuk bahan pembelajaran. Banyaknya kesulitan yang dihadapi para dosen di bidang manajemen rumah sakit dalam melakukan capaian pembelajaran, mendorong Penulis untuk membukukan kasus-kasus manajemen, baik riil maupun imaginative, yang telah ditulis oleh beberapa dosen manajemen rumah sakit Universitas Muhammadiyah Yogyakarta maupun para praktisi rumah sakit. Bagi para praktisi manajemen rumah sakit sendiri, saat ini harus menghadapi Akreditasi RS versi 2012 yang mengharuskan jajaran karyawan di RS untuk bisa melakukan analisis masalah yang dihadapi baik yang berhubungan dengan keselamatan pasien maupun manajemen.

Buku ini berisi serangkaian bab yang dimulai dengan bahasan tentang berbagai model pembelajaran dengan menggunakan kasus, kemudian dilanjutkan dengan kasus-kasus yang dikelompokkan sesuai bidang. Jawaban atau penyelesaian kasus ini memang disengaja tidak diberikan di dalam buku ini, hal ini dalam upaya untuk mendorong para pengguna buku ini untuk dapat memanfaatkan pembelajaran secara student centered learning.

Kritik dan saran diharapkan dalam rangka perbaikan pada buku berikutnya. Semoga buku kecil ini dapat bermanfaat bagi yang memerlukannya.

Yogyakarta, 19 Mei 2015

DAFTAR ISI

Kata pengantar	iii
Daftar isi	iv
Bab I Berbagai metode pembelajaran menggunakan kasus	1
Bab II Kasus-kasus Bidang Pemasaran Rumah Sakit	7
Bab III Kasus-kasus Bidang Mutu Rumah Sakit	29
Bab IV Kasus-kasus Organisasi dan Sumber Daya Manusia	45
Bab V Kasus-kasus Patient Safety	63
Bab VI Kasus-kasus Bidang Keuangan Rumah Sakit	93
Bab VII Kasus-kasus Bidang Manajemen Strategik	113

KUMPULAN KASUS-KASUS : MANAJEMEN RUMAH SAKIT DI INDONESIA



Buku kumpulan kasus-kasus manajemen sakit di Indonesia ini sangat bermanfaat bagi tenaga pengajar di bidang manajemen maupun kesehatan untuk bahan diskusi dengan mahasiswa disamping sebagai buku bahan ajar, buku ini dapat digunakan oleh praktisi rumah sakit untuk bahan pembelajaran kasus-kasus manajemen rumah sakit.



LEMBAGA PENELITIAN, PUBLIKASI,
DAN PENGABDIAN MASYARAKAT (LP3M)
UNIVERSITAS MUHAMADIYAH YOGYAKARTA

Gedung D2, Kampus Terpadu UMY
Ringroad Tamantirto, Kasihan, Bantul,
Yogyakarta, Indonesia 55183
Tel. +62 274.387656 ext. 166
Fax. +62 274.387646
www.umy.ac.id

ISBN 978-602-7577-50-3



KASUS-KASUS BIDANG MUTU RUMAH SAKIT

Dr. dr. Arlina Dewi, M.Kes

Kode	: 003-1/MPRS
Kemampuan akhir yang diharapkan	: <u>HARDSKILL</u> Mampu menghasilkan nilai tambah dalam proses pengelolaan fasilitas pelayanan kesehatan di rumah sakit sehingga dapat meningkatkan mutu, aksesibilitas, keterjangkauan, ekuitas, efektifitas dan efisiensi rumah sakit <u>SOFTSKILL</u> 1. Berkontribusi dalam peningkatan mutu 2. Menginternalisasi nilai, norma dan etika akademik
Bahan Kajian	: Mutu Klinis
Topik	: <i>Quality Framework & Quality Tools</i>

KASUS MUTU 3A

DALAM beberapa hari ini kita disuguhi berita, seorang anak 6 tahun yang dikabarkan meninggal setelah operasi di sebuah Rumah Sakit Umum Pusat (RSUP) di Klaten. Lepas dari kejadian sebenarnya, apakah penyebab meninggalnya pasien tersebut karena alergi sebuah obat yang kadang memang sulit diprediksi, atautkah adanya kesalahan prosedur di RS itu. Yang jelas peristiwa tersebut menambah panjang daftar kasus dugaan malpraktik sebelumnya. Kasus-kasus sebelumnya yang juga menyita perhatian masyarakat luas seperti dugaan kesalahan dari interpretasi pemeriksaan darah, yang mengakibatkan pasien harus dicuci darah, kasus tertukarnya bayi di sebuah RS di Magelang dan tindakan kekerasan petugas administrasi RS besar di Surabaya terhadap pengantar pasien yang melontarkan keluhan.

Adanya sifat yang sangat khas pada layanan kesehatan yaitu adanya asimetri informasi dimana informasi yang dimiliki oleh provider baik dari RS atau dokter tidak seimbang dengan yang dimiliki oleh pasien. Suatu hal yang sering membuka kemungkinan kesalahpahaman. Selain itu kondisi masyarakat yang semakin cerdas dan

semakin terbukanya informasi di berbagai media tampaknya juga mempunyai and pada terangkatnya kasus kasus tersebut.

Berdasarkan data masyarakat yang mengadukan dokter ke Majelis Kehormatan Disiplin Kedokteran Indonesia (MKDKI) tercatat semakin meningkat.

Menurut DR Sabir Alwy, SH, MH selaku wakil ketua MKDKI dalam ac konferensi pers tentang sistem penanganan pengaduan pasien di Jakarta, terung berdasarkan data dari MKDKI jumlah pengaduan mulai tahun 2006 - 2010 berturut ada 9, 11, 20, 36, 49 pengaduan. Khusus pada tahun 2011 sampai bulan Mei 10 pengaduan. Total terdapat 135 pengaduan.

Sedangkan sampai dengan tahun 2009 berdasarkan Majalah Kedokteran Indonesia, tuntutan hukum kepada profesi dokter juga mengalami peningkatan. Di yang masuk ke Lembaga Bantuan Hukum (LBH) Kesehatan sebanyak 405 dan beberapa tahun terakhir. 73 Kasus di antaranya masuk ke dalam laporan ke kepolisian. Melihat berbagai kasus gugatan yang sering muncul maka tampaknya ada ben merah di dalamnya yang menjadi akar permasalahan. Mutu pelayanan kesehatan ya diberikan oleh dokter, tenaga paramedis lain serta tenaga administrasi RS masih ha diperbaiki.

Berkaitan dengan hal tersebut dalam sebuah pidatonya di dalam lustrum 13 Fakultas Kedokteran UGM, Menteri Kesehatan menyatakan bahwa salah s terobosan yang dilakukan untuk mengatasi tantangan pembangunan keseha adalah dengan menerapkan 'world class health care'. Layanan keseha tingkat dunia. Sebuah tantangan untuk menjadikan layanan kesehatan i menjadi pilihan pertama dan utama di negeri sendiri dengan mutu internasional. Namun sungguh menjadi ironis karena ternyata data mengenai pelayanan keseha yang sudah menerapkan mutu ini sampai sekarang tidak jelas baik untuk RS maup puskesmas yang ada. Hal ini juga dibuktikan dengan larinya dana kesehatan masyarakat ke RS-RS di luar negeri seperti Singapura, Malaysia dan negara lain yang menca 20 Triliun pada tahun 2009 sebagaimana ditengarai oleh ketua Ikatan Doka Indonesia (IDI), Fachmi Idris. Tentu saja permasalahan mutu layanan keseha mempunyai andil yang cukup besar selain faktor lain seperti gengsi, pelarian kas korupsi maupun adanya rasa ketidakpercayaan terhadap layanan bangsa sendi. Bercermin dari kasus di atas, maka untuk menurunkan angka-angka tuntutan/ gugan pelaporan kepada polisi akibat kasus yang terjadi di RS adalah dengan menginis mutu pada lembaga pelayanan kesehatan. Tentu saja termasuk mutu tenaga medis a paramedis yang juga menjadi tanggung jawab organisasi profesi. Pelatihan tent pelayanan prima atau service excellent dari tingkat top manajemen sampai dengan le terdapan yaitu office boy, kasir, bagian loket serta bagian informasi, tanpa kecuali.

Sejatinya esensi dari mutu adalah sebuah 'upaya pencegahan' ke arah yang bur Untuk mengantisipasi bila suatu kasus muncul maka penyusunan standard operat

procedure (SOP) menjadi sebuah keniscayaan. Dan hal inilah kelemahan yang sangat mendasar pada layanan kesehatan kita. SOP pada layanan kesehatan seringkali tidak/ belum ada. Atau bila SOP mungkin ada, namun kepatuhan petugas terhadapnya juga kadang-kadang masih harus dipertanyakan. Di sinilah peranan manajemen sebuah organisasi layanan kesehatan mendapatkan tempatnya. Dalam hal ini Sistem Manajemen Mutu (SMM) bisa jadi menjadi sangat penting bukan sekedar pada ketersediaan dokter saja atau alat yang lengkap saja namun adalah sebagai gabungan sistem manajemen yang mengatur semua sumber daya yang ada untuk memberikan pelayanan yang terbaik kepada pasien termasuk ketersediaan, kelengkapan dan kepatuhan terhadap prosedur yang ada.

Sumber : Surat Kabar Kedaulatan Rakyat, tanggal 27 Agustus 2011

KASUS MUTU 3B

Pembesuk Terkurung 1,5 Jam di Lift RS Banjarmasin

Sebanyak 13 keluarga pasien yang hendak membesuk keluarganya pingsan terkurung di salah satu lift Rumah Sakit Umum Daerah Ulin, Banjarmasin, Minggu (16/11) sekitar pukul 15.30 WITA.

Akibat insiden tersebut seluruh pembesuk yang terkurung terpaksa harus dilarikan ke IGD untuk mendapatkan perawatan medis karena diduga kekurangan oksigen.

Tiga belas orang itu berada di dalam lift satu. Mereka terdiri atas 10 orang dewasa, satu remaja serta dua orang anak-anak. Mereka terkurung kurang lebih 1 jam 30 menit sebelum akhirnya tim teknisi RSUD Ulin berhasil membuka pintu lift dengan terlebih dahulu menarik lift secara manual, melalui ruang mesin lift yang posisinya berada di atas gedung RSUD Ulin.

Dua diantara 13 pembesuk yang berada di dalam lift yakni Sugianti (40) warga Jalan A Yani Km 5,7 Gang TVRI Banjarmasin serta Hamdanah (40) warga Jalan Cendana belakang Gedung Sultan Suriansyah merupakan dua korban yang kondisinya paling kritis.

Menurut H Lutfi, keluarga dari Sugianti, peristiwa macetnya lift tersebut terjadi saat mereka hendak membesuk keluarga yang dirawat di lantai 3 ruang Aster.

Saat itu mereka naik di lift dua yang berada di sebelah kiri. Sementara keluarganya ada enam orang, termasuk Sugianti dan Hamdanah berada di lift dua yang berposisi di sebelah kanan.

Dikatakannya, saat itu enam kerabatnya berada di ruang lift yang mengalami insiden, sementara itu dirinya berada di lift sebelahnya. Lift yang dinaikinya bisa sampai ke atas. Namun lift disebelahnya macet. Saat itu posisi lift yang hendak naik mengalami kemacetan saat berada antara lantai satu dengan lantai dua ruang RSUD Ulin Banjarmasin.

“Saat itu saya beserta pengunjung yang lainnya sempat berusaha membuka ruang lift tersebut namun sia-sia, untungnya petugas teknis akhirnya bisa membukanya.”

Kepala Bidang Penunjang Medis RSUD Ulin Lutfi Mahatma mengatakan, insiden ini sebenarnya tidak perlu terjadi, mungkin hal ini terjadi di luar kontrol. “Karena ini hari libur sehingga jumlah pengunjung sangat banyak dan terjadi overweig lift sehingga menyebabkan peristiwa tersebut terjadi,” ujarnya

Dikatakannya, atas kejadian ini untuk sementara pihaknya akan mengentikan operasional lift dan akan melakukan peninjauan ulang.

Sementara itu Humas RSUD Ulin Dr M Isa mengatakan, saat ini kondisi korban yang terkurung dalam lift sudah kembali membaik dan saat ini tinggal menunggu observasi. “Kita sempat menyalurkan selang oksigen ke dalam lift sehingga pengunjung yang saat itu terkurung dalam lift bisa selamat,” ujarnya.

Sumber : Surat Kabar Tribun, KalTim

KASUS MUTU 3C

Kasa Tertinggal Berakibat Osteomyelitis

Mas Parjo datang ke Rumah Sakit Remen Waras karena fraktur di tulang belakang. Dokter Nandang Sun Tiken SpB menangani kasus ini adalah dokter bedah satu-satunya di kota Sarwo Saras. Parjo dijadwalkan operasi, dengan melalui prosedur-prosedur di rumah sakit, informed consent telah ditanda tangani oleh Parjo sendiri. Parjo sadar dengan apa yang ia tanda tangani. Sebelum mengoperasi Parjo pada jam 10.00 Nandang Sun Tiken sudah melakukan tiga operasi elektif satu operasi cito. Malam itu dr. Nandang Sun Tiken mengoperasi dua operasi cito. Operasi reposisi Parjo telah selesai dengan baik, dari foto rontgen pasca operasi, pen telah menancap pada tempat yang benar, kelurusan tulang telah sesuai dengan yang diharapkan. Parjo setelah recovery perawatan di bangsal yang memadai akhirnya bisa dipulangkan. Belum ada masalah di tempat luka operasi, setiap saat selalu keluar nanah, hingga membuat pembalut selalu diganti.

Parjo bermaksud kontrol lagi ke Rumah Sakit Remen Waras, tetapi ia mengalami antrian begitu panjang, dan sudah menunggu mulai dari jam 8.00 hingga 11.00 Nandang Sun Tiken tidak kunjung datang. Berkali-kali ia bertanya kepada dokter di poliklinik, selalu saja jawabannya masih melakukan operasi. Karena tidak tahu dengan apa yang dialaminya, serta tidak enak dengan pandangan-pandangan dokter di sekitar yang tampaknya jijik melihat kondisi pahanya. Parjo dan keluarga memutuskan untuk memeriksakan dirinya ke rumah sakit Arto Wedi yang letaknya ratusan kilometer dari rumah tinggalnya.

Masuk rumah sakit arto wedi, dengan biaya yang lebih tinggi, Parjo langsung diperiksa oleh dokter Hangabehi SpBO. FICS. Ahli ortopedi yang sudah terkenal hingga jauh di luar daerah. Oleh dokter Hangabehi, Parjo segera dilakukan prosedur rutin, roentgen ulang dan segera dijadwalkan operasi. Kembali dilakukan prosedur rutin, termasuk informed consent telah ditanda tangani dan Parjo sadar betul dengan apa yang dilakukannya. Secara umum kondisi Parjo menjelang operasi baik. Hanya dari luka operasi sebelumnya saja yang terus menerus mengalir nanah.

Akhirnya operasi debridement untuk mengatasi pus yang terus-menerus mengalir dari tulang yang didiagnosis mengalami osteomielitis dilakukan. Selama debridement dilakukan betapa mengejutkan yang dihadapi tim operasi dokter Hangabehi.... Mereka menemukan kassa tertinggal di tulang yang telah direposisi. Masih syukur tulang mau menyatu.

Keluarga pasien ingin mengetahui mengapa terjadi “bencana” demikian pada Parjo. Dengan terpaksa dokter Hangabehi SpBO FICS menjelaskan ini semua karena adanya kasa yang tertinggal di ruang antara tulang dan otot. Mendengar penjelasan itu kontan keluarga Parjo marah dan tidak terima dengan kinerja dokter Nandang Sun Tiken beserta timnya. Mereka sepakat untuk melakukan somasi dengan melayangkan surat dugaan malpraktik kepada dokter Nandang Sun Tiken beserta direktur Rumah Sakit Remen Waras lewat kuasa hukum mereka Gawe Ribut SH. Mereka menuntut ganti rugi senilai 1 miliar rupiah atas kerugian materiil dan imateriil yang dialami

Sumber : Blog dr. Yusuf Alam Romadhon, seorang dokter umum di Solo, Jawa Tengah.

KASUS MUTU 3D

Gas Medik Yang Tertukar

Seorang pasien menjalani suatu pembedahan di sebuah kamar operasi. Sebagaimana layaknya, sebelum pembedahan dilakukan anestesi terlebih dahulu. Pembiusan dilakukan oleh dokter anestesi, sedangkan operasinya dipimpin oleh dokter ahli bedah tulang (ortopedi).

Operasi berjalan lancar. Namun, tiba-tiba sang pasien mengalami kesulitan bernafas. Bahkan setelah operasi selesai dilakukan, pasien tetap mengalami gangguan pernapasan hingga tidak sadarkan diri. Akibatnya, ia harus dirawat terus menerus di perawatan intnsif dengan bantuan mesin pernapasan (ventilator). Tentu kejadian ini sangat mengherankan. Pasalnya, sebelum dilakukan operasi, pasien dalam keadaan baik, kecuali masalah tulangnya.

Usut punya usut, ternyata kedapatan bahwa ada kekeliruan pada pemasangan gas anestesi (N₂O) yang dipasang pada mesin anestesi. Harusnya gas N₂O, ternyata yang diberikan gas CO₂. Padahal gas CO₂ dipakai untuk operasi katarak. Pemberian CO₂

pada pasien tentu mengakibatkan tertekannya pusat-pusat pernapasan (respiratory distress) sehingga proses oksigenasi menjadi sangat terganggu, pasien menjadi tidak sadar dan akhirnya meninggal. Ini sebuah fakta penyimpangan "sederhana", yang berakibat fatal.

Dengan kata lain, ada sebuah kegagalan dalam proses penempatan gas anestetik. Dan ternyata, di rumah sakit tersebut tidak ada standar-standar (SOP) penggunaan pemakaian gas yang dipasang di mesin anestesi. Padahal harusnya ada standar, siapa yang harus memasang, bagaimana caranya, bagaimana monitoringnya, dan lain sebagainya. Idealnya dan sudah menjadi keharusan bahwa perlu ada sebuah standar yang jelas (misalnya warna tabung gas yang berbeda), jelas, dengan formulir yang memuat prosedur tiap kali harus ditandai (cross) dan ditandatangani. Seandainya, prosedur itu ada, tentu tidak akan ada, atau kecil kemungkinan terjadinya kekeliruan. Dan kalau terjadi, akan cepat diketahui siapa yang bertanggung jawab.

Karena itulah, aturan-aturan dan SOP ini sangat penting, yang termasuk Peraturan Dasar Rumah Sakit (PDRS) atau Peraturan Dasar Medik (PD Medik) (Hospital by Laws & Medical by Laws) dan dapat dipakai untuk pertimbangan-pertimbangan dalam memutuskan perkara karena Hospital by Laws dapat merupakan "peraturan tangan hukum".

Sumber : <http://ruangperiksadokter.blogspot.com/2011/03/gas-medik-yang-tertukar.html>

KASUS MUTU 3E

KASUS "10 jam terjebak di Lift RSUD dr Sardjito"

(Drs Suwodo, a.n seluruh orang tua korban, Guru SMP 9 Kota Yogyakarta)

Pada hari Sabtu, 1 Okt 2011 4 orang siswi SMAIT Abu Bakar terjebak di lift RS selama hampir 10 jam. Peristiwa naas tersebut berawal dari niatan anak-anak menjenguk teman mereka yang sakit di RS Sardjito. Pukul 16.00 WIB mereka berangkat menuju ruang Cempaka Mulia menggunakan lift atas arahan seorang petugas. Beberapa saat mereka masuk lift, pintu tertutup otomatis dan lift langsung mati. Lift macet. Celakanya semua tombol tidak ada yang berfungsi termasuk alarm dan emergency call. Mereka sudah berteriak keras-keras dan menggedor-gedor pintu lift tetapi tidak ada yang mendengar padahal mereka mendengar banyak suara dari luar lift. Dan mereka sudah berusaha berkomunikasi menggunakan HP ke keluarga masing-masing teman, ttp tidak ada sinyal.

Kami sbg orang tua merasa ada masalah karena pukul 21.00 anak-anak belum pulang dan Hp mereka tidak ada yang bisa dihubungi. Kami sudah mencari di beberapa tempat kemungkinan yang mereka kunjungi, tetapi tidak berhasil diketemukan.

Pukul 23.00 kami menanyakan kepada pengelola parkir RS Sarjito tentang keberadaan no. polisi yang dipakai mereka apakah berada disini, untuk memastikan apakah mereka sampai di RS. Kami sangat menyayangkan dari petugas menginformasikan bahwa no plat motor anak-anak kami tidak ada apa data pengelola parkir, padahal jelas-jelas motor diparkir di dalam, hal ini menunjukkan adanya indikasi penyimpangan dari sisi retribusi parkir. Seandainya data ada, pencarian kami akan terfokus ke RS.

Anaka-anak di dalam lift menyadari meka sdh kehabisan tenaga untuk menggedor pintu dan dinding lift, atau berteriak, mereka menyadari hanya kekuatan doa yg bisa menyelamatkan mereka. Mereka shalat di dalam lift, lalu berzikir dan sempat tertidur karena kelelahan. Dengan pertolongan Allah SWT pada pukul 00.33 dini hari, 2 Okt 2011, salah satu sms yang semula terpending bisa terkirim ke salah satu orangtu siswa. Inilah bunyi sms Ami yang terkirim ke ibunya :”Tolong...aku di liftnya Sarjito sama Arum asma idah,..blm bs keluar sejak sabtu sore ini beneran aku g main2...tolong spa aja ak pengen keluar UMI!”. Dari sms inilah kami langsung menindaklanjuti segera menuju RS Sarjito. Sesampai di RS kami melapor ke Satpam, kemudian Satpam memanggil bagian teknisi untuk membantu mengeluarkan mereka. Kurang lebih pulul 02.00 dini hari baru bisa keluar dari lift. Anehnya saat keluar dari lift tidak ada tenaga medis yang disiapkan untuk mereka jika terjadi apa-apa karena mereka terjebak 10 jam di dalam lift dalam kondisi lemas, shg peristiwa itu dianggap sepele padahal taruhannya adalah nyawa. Saat itu kami berpikir segera membawa pulang mereka untuk mendapatkan minum dan makanan.

Kejanggalan lain muncul, ternyata ada informasi dari SATPAM bahwa lift itu sering rusak, namun kenapa oleh pihak RS tidak memperbaiki atau menutup saja. Apakah utk memperbaiki harus menunggu korban? Anehnya tidak ada petugas RS yang curiga melihat lift yang terus menyala tombolnya yang hanya berganti huruf B dan G sajam dan tidak berhenti sampai 10 jam.

Surat pembaca ini kami buat demi kemaslahatan umat. Oleh karena itu kami memohon kepada pihak RS Sarjito untuk menanggapi masalh ini dengan serius serta berkomitmen untuk memperbaiki fasilitas umum demi kenyamanan masyarakat...Kami merasa terugikan dari sisi material dan non material bahkan anak-anak kami masih shock dengan kejadian tsb. Untuk itu kami berharap agar ada perbaikan dari sisi pelayanan publik. *Kami mohon ada tanggapan demi untuk kebaikan semuanya. Apabila dalam waktu 3x24 jam tidak ada tanggapan dari pihak RS di koran ini,kami akan memberikan somasi.*

**Sumber : Kedaulatan Rakyat, Kamis Pahing, 6 Oktober 2011 pada kolom
Pikiran Pembaca**

KASUS MUTU 3F

Ada Uang, tapi Pasien Tidak Tertolong: Ujian bagi RS dan Sistem Jaminan Sosial

Baru-baru ini publik Indonesia dihebohkan dengan kasus meninggal bayi di Jakarta karena tidak ada RS yang dapat menampung untuk memberikan intensif yang dibutuhkan. Banyak pihak di luar kesehatan mempertanyakan para pelaku pelayanan kesehatan (tenaga kesehatan, RS) terhadap masyarakat tidak sedikit pula yang menuduh dokter dan rumah sakit tidak berpihak pada miskin. Benarkah demikian?

Sebagaimana kita ketahui, DKI Jakarta termasuk yang gencar menerbitkan kartu Jakarta Sehat. Kartu ini dapat dimiliki oleh seluruh penduduk ber-KTP kecuali. Niat pemerintah DKI sebenarnya baik, yaitu untuk membuka akses kesehatan yang seluas-luasnya bagi masyarakat. Namun membuat program kesehatan tidak semudah mendata penduduk dan mengeluarkan kartu. Sistem rujukan harus dibenahi pula.

Sebagaimana yang terjadi di banyak daerah yang menerapkan pelayanan gratis, angka kunjungan pasien di RS (khususnya RS pemerintah) meningkat. Disatu sisi hal ini disebabkan karena masyarakat yang mengalami masalah dan tadinya tidak berani ke RS karena tidak memiliki uang yang cukup, kini bondong ke RS dengan berbekal kartu miskin atau kartu jaminan kesehatan masyarakat dengan masalah kesehatan yang sebenarnya terlalu berat. Ketinggalan dalam memanfaatkan jaminan kesehatan ini untuk mendapatkan di RS. Akibatnya RS menjadi penuh sesak, antrian panjang, melebihi para tenaganya mengalami overload yang luar biasa. Oleh karena itu, program jaminan kesehatan harus dibarengi pula dengan penambahan kapasitas. Kapasitas ini bukan hanya mengenai fasilitas fisik (jumlah TT, gedung), melainkan juga SDM (dokter, perawat, bahkan juga tenaga lain seperti yang wajar).

Kode	: 003-2/MPRS
Kemampuan akhir yang diharapkan	: <u>HARDSKILL</u> 1. Mampu menyelaraskan antara individu dan pengelolaan fasilitas pelayanan kesehatan perseorangan/rumah sakit sesuai dengan standar etika dan profesi 2. Mampu menetapkan indikator kunci untuk memonitor struktur, proses dan hasil (outcome) dari rencana peningkatan mutu pelayanan dan keselamatan pasien di Rumah Sakit. Meliputi upaya klinik (<i>clinical care</i>), manajemen dan sasaran keselamatan pasien RS. <u>SOFTSKILL</u> Berkontribusi dalam peningkatan mutu
Bahan Kajian	: Mutu Klinis
Topik	: Indikator klinis dan manajemen

KASUS MUTU 3G

KINERJA UNIT MENURUN

RS X mengalami masalah dalam hal memenuhi kelengkapan berkas Rekam Medis rawat inap. Hasil monitoring terhadap **Standar Pelayanan Minimal di unit kerja rekam medik (RM)** yaitu **Angka kelengkapan pengisian RM** diketahui bahwa tahun 2008 :sebesar 63%. Direktur menghendaki perbaikan segera karena RS merencanakan pada tahun depan untuk melaksanakan **akreditasi** RS versi 2012, dimana kelengkapan berkas rekam medik merupakan bagian penting dalam penilaian. Selain itu, kelengkapan berkas RM sangat penting untuk pengajuan klaim pasien-pasien BPJS Kesehatan dan pelaksanaan audit medik pasien. Target indikator angka kelengkapan berkas rekam medis rawat inap ditetapkan oleh direktur RS sebesar 100%.

Berikut ini adalah contoh dokumen Indikator Kelengkapan Rekam Medik

Indikator:	Angka ketidak lengkapan Rekam Medik rawat inap
Dimensi mutu:	Kepatuhan adminisrasi pelayanan tenaga kesehatan
Tujuan Indikator:	1. Aspek legal dalam memberikan pelayanan ke pasien 2. Mendukung keselamatan pasien 3. Klaim pihak ke-3 dapat berjalan lancar
Rationalisasi:	Rekam Medik merupakan bukti dokumentasi semua pelayanan di Rumah Sakit yang berkaitan dengan hukum/legal dan keuangan
Definisi operasional	Ketidak lengkapan pengisian Rekam Medik adalah tidak lengkapnya pengisian semua dokumen pada berkas rekam medik pasien rawat inap oleh semua tenaga kesehatan yang terkait dengan pasien tersebut, dan ketidaklengkapan dinilai 1 hari setelah pasien pulang/meninggal
Frekuensi Pengumpulan data	Setiap hari
Periode dilakukan analisis	3 bulan
Sumber daya	Berkas rekam medik seluruh pasien rawat inap yang dikirim ke Unit Rekam Medik setelah pasien pulang atau meninggal. Inklusi : Identitas Pasien, Data Perjalanan Penyakit (Anamnesis, Pemeriksaan Fisik dan Pemeriksaan Penunjang, Diagnosis, Terapi dan Tindakan yang dilengkapi dgn Informed Consent dan Laporan),Tanda Tangan Dokter Nama/Inisial Dokter, Ringkasan Pulang dan Keperawatan, ICD, Kode Peringatan., Administrasi Eksklusi : keuangan, resep
Numerator	Jumlah Rekam Medik Yang Tidak Lengkap Dalam Periode Waktu Tertentu
Denominator	Seluruh Rekam Medik Pada periode Waktu Yang Sama
Standar	0%
Penanggung jawab:	Kepala Unit Rekam Medik

Penjelasan pengisian Indikator :

Indikator	Menjelaskan nama indikator
Dimensi mutu	menjelaskan indikator tersebut mengukur dimensi mutu yang mana
Tujuan	menyatakan indikator tersebut disusun untuk apa
Rasionalisasi	menjelaskan latar belakang mengapa indikator tersebut perlu disusun dan apa relevansinya
Definisi Operasional	memuat pengertian-pengertian yang digunakan yang terkait dengan indikator tersebut
Frekuensi Pengumpulan data	menentukan kapan data untuk memperoleh nilai indikator tersebut harus dikumpulkan
Periode analisis	menjelaskan kapan periode melakukan analisis terhadap indikator tersebut
Numerator	Pembilang
Denominator	Pembagi
Sumber data (inklusi dan eksklusif)	menjelaskan darimana dan di mana data dapat diperoleh
Standar	
Penanggung jawab/PIC	penanggung jawab pengumpulan dan hasil analisis data

Daftar Indikator dalam SPM-RS

1. Kemampuan menangani life saving anak dan dewasa
2. Jam buka Pelayanan Gawat Darurat
3. Pemberi pelayanan kegawat daruratan yang bersertifikat yang masih berlaku ATLS/ BTLS/ACLS/PPGD
4. Ketersediaan tim penanggulangan bencana
5. Waktu tanggap pelayanan Dokter di Gawat Darurat
6. Kepuasan Pelanggan Gawat Darurat
7. Kematian pasien ≤ 24 Jam
8. Khusus untuk RS Jiwa Pasien dapat ditenangkan dalam waktu ≤ 48 Jam
9. Tidak adanya pasien yang diharuskan membayar uang muka
10. Dokter pemberi Pelayanan di Poliklinik Spesialis
11. Ketersediaan Pelayanan
12. Ketersediaan Pelayanan di RS Jiwa
13. Jam buka pelayanan
14. Waktu tunggu di rawat jalan
15. Kepuasan Pelanggan Rawat Jalan
16. Penegakan diagnosis TB melalui pemeriksaan mikroskopis TB

17. Terlaksananya kegiatan pencatatan dan pelaporan TB di rumahsakit
18. Pemberi pelayanan di Rawat Inap
19. Dokter penanggung jawab pasien rawat inap
20. Ketersediaan Pelayanan Rawat Inap
21. Jam Visite Dokter Spesialis
22. Kejadian infeksi pasca operasi
23. Kejadian Infeksi Nosokomial
24. Tidak adanya kejadian Pasien jatuh yang berakibat kecacatan /kematian
25. Kematian pasien > 48 jam
26. Kejadian pulang paksa
27. Kepuasan pelanggan Rawat Inap
28. Ketersediaan pelayanan rawat inap di rumahsakit yang memberikan pelayanan jiwa
29. Tidak adanya kejadian kematian pasien gangguan jiwa karena bunuh diri
30. Kejadian re-admission pasien gangguan jiwa dalam waktu ≤ 1 bulan
31. Lama hari perawatan pasien gangguan jiwa
32. Waktu tunggu operasi elektif
33. Kejadian Kematian di meja operasi
34. Tidak adanya kejadian operasi salah sisi
35. Tidak adanya kejadian operasi salah orang
36. Tidak adanya kejadian salah tindakan pada operasi
37. Tidak adanya kejadian tertinggalnya benda asing/lain pada tubuh pasien setelah operasi
38. Komplikasi anestesi karena overdosis, reaksi anestesi, dan salah penempatan endotracheal tube
39. Kejadian kematian ibu karena persalinan
40. Pemberi pelayanan persalinan normal
41. Pemberi pelayanan persalinan dengan penyulit
42. Pemberi pelayanan persalinan dengan tindakan operasi
43. Kemampuan menangani BBLR 1500 gr - 2500 gr
44. Pertolongan Persalinan melalui seksio cesaria
45. Presentase KB (vasektomi & tubektomi) yang dilakukan oleh tenaga kompeten dr. SpOG, dr. Sp.B, dr. SP.U, dokter umum terlatih
46. Presentasi peserta KB mantap yang mendapat konseling KB mantap oleh bidan terlatih
47. Kepuasan Pelanggan Kamar Bersalin
48. Rata-rata Pasien yang kembali ke perawatan intensif dengan kasus yang sama < 72 jam
49. Pemberi pelayanan Unit Intensif
50. Waktu tunggu hasil pelayanan thorax foto
51. Pelaksana ekspertisi

52. Kejadian I
53. Kepuasan
54. Waktu tun
55. Pelaksana
56. Tidak adar
57. Kepuasan
58. Kejadian I
direncanak
59. Tidak adar
60. Kepuasan
61. Waktu tun
62. Waktu tun
63. Tidak adar
64. Kepuasan
65. Penulisan
66. Ketepatan
67. Sisa makar
68. Tidak adar
69. Kebutuhan
70. Kejadian F
71. Pelayanan
72. Kelengkap
73. Kelengkap
74. Waktu pen
75. Waktu pen
76. Baku mutu
77. Pengelolaa
78. Tindak lan
79. Kelengkap
80. Ketepatan
81. Ketepatan
82. Karyawan
83. Cost recov
84. Ketepatan
85. Kecepatan
86. Ketepatan
87. Waktu pela
88. Kecepatan
89. Response t
90. Waktu tang
91. Kecepatan

52. Kejadian kegagalan pelayanan Rontgen
53. Kepuasan pelanggan Radiologi
54. Waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium.
55. Pelaksana ekspertisi
56. Tidak adanya kesalahan pemberian hasil pemeriksaan laboratorium
57. Kepuasan pelanggan Laboratorium
58. Kejadian Drop Out pasien terhadap pelayanan Rehabilitasi Medik yang direncanakan
59. Tidak adanya kejadian kesalahan tindakan rehabilitasi medik
60. Kepuasan Pelanggan Rehabilitasi Medik
61. Waktu tunggu pelayanan Obat Jadi
62. Waktu tunggu pelayanan Obat Racikan
63. Tidak adanya Kejadian kesalahan pemberian obat
64. Kepuasan pelanggan Farmasi
65. Penulisan resep sesuai formularium
66. Ketepatan waktu pemberian makanan kepada pasien
67. Sisa makanan yang tidak termakan oleh pasien
68. Tidak adanya kejadian kesalahan pemberian diet
69. Kebutuhan darah bagi setiap pelayanan transfusi
70. Kejadian Reaksi transfusi
71. Pelayanan terhadap pasien GAKIN yang datang ke RS pada setiap unit pelayanan
72. Kelengkapan pengisian rekam medik 24 jam setelah selesai pelayanan
73. Kelengkapan Informed Consent setelah mendapatkan informasi yang jelas
74. Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat jalan
75. Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat inap
76. Baku mutu limbah cair
77. Pengelolaan limbah padat infeksius sesuai dengan aturan
78. Tindak lanjut penyelesaian hasil pertemuan direksi
79. Kelengkapan laporan akuntabilitas kinerja
80. Ketepatan waktu pengusulan kenaikan pangkat
81. Ketepatan waktu pengurusan gaji berkala
82. Karyawan yang mendapat pelatihan minimal 20 jam setahun
83. Cost recovery
84. Ketepatan waktu penyusunan laporan keuangan
85. Kecepatan waktu pemberian informasi tentang tagihan pasien rawat inap
86. Ketepatan waktu pemberian imbalan (insentif) sesuai kesepakatan waktu
87. Waktu pelayanan ambulance/Kereta Jenazah
88. Kecepatan memberikan pelayanan ambulance /Kereta Jenazah di Rumah Sakit
89. Response time pelayanan ambulance oleh masyarakat yang membutuhkan
90. Waktu tanggap (response time) pelayanan pemulasaraan jenazah
91. Kecepatan waktu menanggapi kerusakan alat

92. Ketepatan waktu pemeliharaan alat
93. Peralatan Laboratorium dan alat ukur yang digunakan dalam pelayanan terkalibrasi tepat waktu sesuai dengan ketentuan kalibrasi
94. Tidak adanya kejadian linen yang hilang
95. Ketepatan waktu penyediaan linen untuk ruang rawat inap
96. Ada anggota tim PPI yang terlatih
97. Tersedia APD di setiap instalasi/departement
98. Kegiatan pencatatan dan pelaporan infeksi nosikomial/HAI (health care associated infections) di rumahsakit (minimum 1 parameter)

KASUS MUTU 3H

Dalam pertemuan yang diikuti direktur dan manajer Rumah Sakit yang membahas tentang permasalahan rumah sakit, manajer SDM mengemukakan beberapa permasalahan terkait dengan evaluasi kinerja di setiap unit. Sebagai Rumah Sakit Swasta yang sedang berkembang dan memiliki Visi menjadi Rumah Sakit Rujukan di DIY, pelayanan kepada pasien memiliki peran yang strategis bagi pengembangan rumah sakit melalui kualitas pelayanan. Pada tataran praktik setiap minggu hampir terdapat keluhan yang masuk di bagian SDM, yang bersumber dari unit-unit dan dan pasien. Permasalahan tersebut antara lain adalah masih ditemui kepuasan yang tidak maksimal dari pasien dan keluarga, komunikasi yang tidak ramah dari dokter, perawat, ataupun unit pendukung medis, dan sering adanya informasi yang terkesan berbelit-belit dan berbeda. Berdasar evaluasi terhadap sistem yang ada, Rumah Sakit telah mengembangkan standar pelayanan dan standar komunikasi. Namun dalam tataran praktik ditemukan rendahnya implementasi dari standar tersebut. Setelah dilakukan kajian mendalam dr Abyan sebagai Manajer SDM menemukan adanya kebijakan yang kurang mendukung antara penetapan standar dengan sistem reward and punishment. Permasalahan ini ditemukan pada sistem penilaian kinerja unit yang tidak sejalan dengan sistem penilaian kinerja dokter, perawat, dan staf pendukung. Dalam sistem penilaian kinerja yang digunakan sebagai salah satu komponen pembayaran jasa pelayanan medis, tidak tercantum kinerja individu di setiap unit yang ada, seperti IGD, rawat inap, farmasi, dll. Permasalahn lain yang ditemui adalah penetapan indikator kinerja dokter, perawat, dan staf pendukung medis yang ternyata sangat sederhana dan tidak mencerminkan tugas jabatan, dan keterkaitan dengan kinerja unit. "Saatnya untuk merubah". Komitmen ini menjadi akhir dari pertemuan yang berakhir hampir pukul 17.00 di Hari Jum'at tersebut

Kode

**Kemampuan al
yang diharapkan**

Bahan Kajian