

## BAB II

### TINJAUAN PUSTAKA

#### A. Tinjauan Pustaka

##### 1. Rumah Sakit Gigi dan Mulut (RSGM)

RSGM adalah sebuah sarana pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan gigi dan mulut secara perorangan yang digunakan untuk pelayanan pengobatan dan pemulihan tanpa mengabaikan pelayanan peningkatan kesehatan dan pencegahan penyakit yang dilaksanakan melalui pelayanan rawat jalan, gawat darurat, dan pelayanan tindakan medik. RSGM sebagai sebuah rumah sakit khusus yang dikelola oleh swasta berbasis pelayanan medik gigi memiliki berbagai latar belakang pasien yang berbeda sesuai dengan kebutuhannya sehingga fasilitas penunjang yang disediakan harus disesuaikan. RSGM Pendidikan adalah RSGM yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan gigi dan mulut, yang juga digunakan sebagai sarana proses pembelajaran, pendidikan dan penelitian bagi profesi tenaga kesehatan kedokteran gigi dan tenaga kesehatan lainnya, dan terikat melalui kerjasama dengan fakultas kedokteran gigi. (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2004)

Tugas RSGM adalah melaksanakan pelayanan kesehatan gigi dan mulut dengan mengutamakan kegiatan pengobatan dan pemulihan pasien yang dilaksanakan secara terpadu dengan upaya peningkatan dan pencegahan

serta melaksanakan upaya rujukan. Fungsi RSGM adalah menyelenggarakan pelayanan medik gigi dasar, spesialisik dan subspecialistik, pelayanan penunjang, pelayanan rujukan, pelayanan gawat darurat kesehatan gigi dan mulut, pendidikan, penelitian dan pengembangan. Berdasarkan fungsinya RSGM dibedakan menjadi dua yaitu RSGM pendidikan dan non pendidikan. Masing-masing RSGM harus memenuhi kriteria, seperti RSGM pendidikan yaitu kebutuhan akan proses pendidikan, fasilitas dan peralatan fisik untuk pendidikan, aspek manajemen umum dan mutu pelayanan rumah sakit, aspek keuangan dan sumber dana, memiliki kerjasama dengan Fakultas Kedokteran Gigi dan Kolegium Kedokteran Gigi. (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2004).

Keberadaan RSGM ini menjadi sangat penting seiring dengan meningkatnya kesadaran masyarakat terhadap kesehatan gigi dan mulut. Perkembangan dunia kedokteran gigi dan mulut pada saat ini telah berkembang sedemikian pesatnya. Jenis penanganannya pun semakin beragam, sehingga fasilitas pelayanannya dituntut semakin lengkap dan terpadu. Perawatan gigi dan mulut bukan hanya ditujukan untuk fungsi kesehatan semata namun juga fungsi estetis, atau yang kini tengah marak dengan sebutan *dental aesthetic*, yaitu suatu penanganan terhadap gigi dan perawatannya sebagai bagian dari kecantikan di samping tetap memperhatikan fungsi-fungsi konvensional kedokteran gigi (Arti, 2017).

## 2. Akreditasi Rumah Sakit

Akreditasi rumah sakit merupakan proses kegiatan peningkatan mutu pelayanan yang dilakukan terus menerus oleh rumah sakit. Akreditasi adalah pengakuan terhadap mutu pelayanan rumah sakit, setelah dilakukan penilaian bahwa rumah sakit telah memenuhi standar akreditasi. Akreditasi Rumah Sakit di Indonesia dilaksanakan untuk menilai kepatuhan rumah sakit terhadap standar akreditasi. Sejalan dengan proses kegiatan peningkatan mutu maka KARS secara berkala melakukan review standar akreditasi mengikuti perkembangan standar akreditasi di tingkat global (*Standar Nasional Akreditasi Rumah Sakit (SNARS)*, 1st edn, 2018). Sesuai dengan surat keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 1165 A tahun 2004 tentang Komisi Akreditasi Rumah Sakit, akreditasi rumah sakit di Indonesia dilakukan oleh KARS (Kusbaryanto, 2010).

KARS adalah organisasi penyelenggara akreditasi yang bersifat fungsional, non struktural, independen dan bertanggung jawab kepada Menteri. Tugas KARS ialah melakukan perencanaan, pelaksanaan, pengembangan dan pembinaan di bidang akreditasi rumah sakit sesuai dengan ketentuan yang berlaku dan perkembangan akreditasi internasional. Dalam melaksanakan tugasnya, KARS menjalankan fungsi : (Kusbaryanto, 2010)

- a. Perumusan kebijakan dan tata laksana akreditasi rumah sakit,

- b. Penyusunan rencana strategi akreditasi rumah sakit
- c. Mengangkat dan memberhentikan tenaga surveyor
- d. Menetapkan statuta KARS dan dan aturan internal pelaksanaan survei akreditasi
- e. Penetapan status akreditasi dan penerbitan sertifikasi akreditasi
- f. Penyelenggaraan pendidikan dan pelatihan di bidang akreditasi dan mutu layanan rumah sakit
- g. Pelaksanaan penelitian dan pengembangan di bidang akreditasi.

Pada bulan agustus 2017, KARS telah memperkenalkan Standar Nasional Akreditasi Rumah Sakit edisi 1 (SNARS edisi 1), yang diberlakukan mulai tahun 2018. Dengan diberlakukan SNARS edisi 1, KARS memandang perlu tersedianya acuan untuk penilaian dan persiapan akreditasi rumah sakit, maka disusunlah instrumen akreditasi SNARS edis 1 oleh KARS (*Standar Nasional Akreditasi Rumah Sakit (SNARS)*. 1st edn, 2018).

Berdasarkan Permenkes Nomor 34 Tahun 2017 tentang akreditasi rumah sakit, yang dimaksud dengan akreditasi rumah sakit adalah pengakuan terhadap mutu pelayanan rumah sakit setelah dilakukan penilaian bahwa rumah sakit telah memenuhi standar akreditasi. Dalam Permenkes Nomor 34 Tahun 2017 pasal 2 tertulis bahwa pengaturan akreditasi bertujuan untuk (Purnamasari, 2018)

- a. Meningkatkan mutu pelayanan Rumah Sakit dan melindungi keselamatan pasien Rumah Sakit.
- b. Meningkatkan perlindungan bagi masyarakat, sumber daya manusia di Rumah Sakit dan Rumah Sakit sebagai institusi.
- c. Mendukung program Pemerintah di bidang kesehatan.
- d. Meningkatkan profesionalisme Rumah Sakit Indonesia di mata Internasional.

Manfaat akreditasi dapat dirasakan oleh rumah sakit, pemerintah, masyarakat, pemilik, perusahaan asuransi, dan karyawan rumah sakit. Manfaat akreditasi bagi rumah sakit adalah (Kusbaryanto, 2010) (Purnamasari, 2018)

- a. Akreditasi menjadi forum komunikasi dan konsultasi antara rumah sakit dengan lembaga akreditasi yang akan memberikan saran perbaikan untuk peningkatan mutu pelayanan rumah sakit
- b. Melalui *self evaluation*, rumah sakit dapat mengetahui pelayanan yang berada di bawah standar atau perlu ditingkatkan
- c. Penting untuk penerimaan tenaga
- d. Menjadi alat untuk negosiasi dengan perusahaan asuransi kesehatan
- e. Alat untuk memasarkan (*marketing*) pada masyarakat.
- f. Suatu saat pemerintah akan mensyaratkan akreditasi sebagai kriteria untuk memberi ijin rumah sakit yang menjadi tempat pendidikan tenaga medis/ keperawatan
- g. Meningkatkan citra dan kepercayaan pada rumah sakit.

Manfaat akreditasi rumah sakit bagi pemerintah adalah

- a. Akreditasi merupakan salah satu pendekatan untuk meningkatkan dan membudayakan konsep mutu pelayanan rumah sakit melalui pembinaan terarah dan berkesinambungan.
- b. Memberikan gambaran kondisi Perumahsakit di Indonesia yang memenuhi standar yang ditentukan sehingga menjadi bahan masukan untuk perencanaan pengembangan pembangunan kesehatan pada masa datang.

Manfaat akreditasi rumah sakit bagi Masyarakat adalah

- a. Membantu masyarakat memilih rumah sakit yang baik dengan mengenali sertifikat akreditasi yang terdapat pada rumah sakit yang pelayanannya telah memenuhi standar.
- b. Rasa lebih aman mendapatkan pelayanan di rumah sakit yang telah terakreditasi dibandingkan yang belum terakreditasi.

Manfaat akreditasi rumah sakit bagi Pemilik adalah

- a. Kebanggaan memiliki rumah sakit terakreditasi
- b. Memudahkan menilai pengelolaan sumber daya rumah sakit oleh manajemen dan seluruh tenaga yang ada sehingga misi dan program rumah sakit dapat mudah tercapai.

Manfaat akreditasi rumah sakit bagi Perusahaan Asuransi adalah

1. Akreditasi penting untuk negosiasi klaim asuransi kesehatan dengan rumah sakit.
2. Memberikan gambaran pilihan rumah sakit yang dapat dijadikan mitra kerja.

Manfaat akreditasi rumah sakit bagi karyawan rumah sakit adalah

1. Merasa aman bekerja di Rumah Sakit yang terakreditasi.
2. *Self Assessment* akan menambah kesadaran akan pentingnya pemenuhan standar peningkatan mutu sehingga dapat memotivasi karyawan bekerja lebih baik.
3. *Reward* dari manajemen bagi unit kerja yang mendapat nilai baik atas usahanya dalam memenuhi standar

Standar akreditasi yang dipergunakan mulai 1 Januari 2018 adalah Standar Nasional Akreditasi Rumah Sakit Edisi 1 yang terdiri dari 16 bab yaitu : (*Standar Nasional Akreditasi Rumah Sakit (SNARS)*. 1st edn, 2018)

a. Sasaran Keselamatan Pasien (SKP)

Sasaran Keselamatan Pasien wajib diterapkan oleh semua rumah sakit yang diakreditasi oleh KARS. Maksud dan tujuan SKP adalah untuk mendorong rumah sakit agar melakukan perbaikan yang spesifik dalam keselamatan pasien. Sasaran ini berfokus pada bagian-bagian yang

bermasalah dalam pelayanan rumah sakit dan menjelaskan bukti serta solusi dari konsensus para ahli atas permasalahan ini. Sistem yang baik akan berdampak baikpula pada peningkatan mutu pelayanan rumah sakit dan keselamatan pasien (*Standar Nasional Akreditasi Rumah Sakit (SNARS)*). 1st edn, 2018)

b. Akses ke Rumah Sakit dan Kontinuitas (ARK)

Rumah sakit mempertimbangkan bahwa asuhan di rumah sakit merupakan bagian dari suatu sistem pelayanan yang terintegrasi dengan para profesional pemberi asuhan dan tingkat pelayanan yang akan membangun suatu kontinuitas pelayanan. Maksud dan tujuan adalah untuk memenuhi kebutuhan asuhan pasien dengan pelayanan yang sudah tersedia di rumah sakit, mengoordinasikan pelayanan, kemudian merencanakan pemulangan dan tindakan selanjutnya. Sebagai hasilnya adalah meningkatkan mutu asuhan pasien dan efisiensi penggunaan sumber daya yang tersedia di rumah sakit. Perlu informasi penting untuk membuat keputusan yang benar tentang : (*Standar Nasional Akreditasi Rumah Sakit (SNARS)*). 1st edn, 2018)

- 1) Kebutuhan pasien yang dapat dilayani oleh rumah sakit
- 2) Pemberian pelayanan yang efisien kepada pasien
- 3) Rujukan ke pelayanan lain baik di dalam maupun keluar rumah sakit
- 4) Pemulangan pasien yang tepat dan aman ke rumah

c. Hak Pasien dan Keluarga (HPK)

Pasien dan keluarganya memiliki sifat, sikap, perilaku yang berbeda-beda, kebutuhan pribadi, agama, keyakinan, dan nilai-nilai pribadi. Rumah sakit membangun kepercayaan dan komunikasi terbuka dengan pasien untuk memahami dan melindungi nilai budaya, psikososial, serta nilai spiritual setiap pasien. Hasil pelayanan yang diberikan kepada pasien akan meningkat apabila pasien dan keluarga diikutsertakan dalam pengambilan keputusan pelayanan dan proses yang sesuai dengan harapan, nilai, serta budaya. Untuk mengoptimalkan hak pasien dalam pemberian pelayanan yang berfokus pada pasien dimulai dengan cara menetapkan hak tersebut, kemudian melakukan edukasi kepada pasien serta staf tentang hak dan kewajiban tersebut (*Standar Nasional Akreditasi Rumah Sakit (SNARS)*). 1st edn, 2018).

Pasien diberi informasi tentang hak dan kewajiban mereka dan bagaimana harus bersikap. Para staf juga dididik untuk mengerti dan menghormati kepercayaan pasien, dan memberikan pelayanan dengan penuh perhatian serta hormat guna menjaga martabat dan nilai diri pasien. Pada bab ini dikemukakan proses-proses untuk :

- 1) melakukan identifikasi, melindungi, dan mengoptimalkan hak pasien
- 2) memberitahu pasien tentang hak mereka
- 3) melibatkan keluarga pasien bila kondisi memungkinkan dalam pengambilan keputusan tentang pelayanan pasien

- 4) mendapatkan persetujuan tindakan (*informed consent*)
- 5) mendidik staf tentang hak dan kewajiban pasien.

Proses asuhan yang dilaksanakan di rumah sakit sesuai dengan peraturan dan perundang-undangan, konvensi international, dan perjanjian atau persetujuan tentang hak asasi manusia yang disahkan oleh pemerintah. Proses ini berkaitan dengan bagaimana rumah sakit dapat menyediakan pelayanan kesehatan dengan cara yang wajar yang sesuai dengan kerangka pelayanan kesehatan dan mekanisme pembiayaan pelayanan kesehatan yang berlaku. Bab ini juga berisi hak dan kewajiban pasien dan keluarganya serta berkaitan dengan penelitian klinis (*clinical trial*) dan donasi, juga transplantasi organ serta jaringan tubuh (*Standar Nasional Akreditasi Rumah Sakit (SNARS)*, 1st edn, 2018)

d. Asesmen Pasien (AP)

Asesmen pasien yang efektif akan menghasilkan keputusan tentang kebutuhan asuhan, pengobatan pasien yang harus dilakukan dan pengobatan berkelanjutan untuk emergensi, elektif atau pelayanan terencana, bahkan ketika kondisi pasien berubah. Proses asesmen pasien adalah proses yang terus menerus dan dinamis yang digunakan pada sebagian besar unit kerja rawat inap dan rawat jalan. Asuhan pasien di rumah sakit diberikan dan dilaksanakan berdasarkan konsep Pelayanan berfokus pada pasien (*Patient/Person Centered Care*). Penerapan konsep

pelayanan yang berfokus pada pasien adalah dalam bentuk asuhan pasien terintegrasi yang bersifat integrasi horizontal dan vertikal dengan elemen:

- 1) DPJP sebagai ketua tim asuhan /*Clinical Leader*
- 2) PPA bekerja sebagai tim intra- dan inter-disiplin dengan kolaborasi interprofesional
- 3) Manajer Pelayanan Pasien/ *Case Manager*
- 4) Keterlibatan dan pemberdayaan pasien dan keluarga .

Asesmen harus memperhatikan kondisi pasien, umur, kebutuhan kesehatan, dan permintaan atau preferensinya. Kegiatan asesmen pasien dapat bervariasi sesuai dengan tempat pelayanan. Asesmen ulang harus dilakukan selama asuhan, pengobatan dan pelayanan untuk mengidentifikasi kebutuhan pasien. Asesmen ulang adalah penting untuk memahami respons pasien terhadap pemberian asuhan, pengobatan dan pelayanan, serta juga penting untuk menetapkan apakah keputusan asuhan memadai dan efektif. Proses-proses ini paling efektif dilaksanakan bila berbagai profesional kesehatan yang bertanggung jawab atas pasien bekerja sama (*Standar Nasional Akreditasi Rumah Sakit (SNARS)*. 1st edn, 2018)

e. Pelayanan Asuhan Pasien (PAP)

Tanggung jawab rumah sakit dan staf yang terpenting adalah memberikan asuhan dan pelayanan pasien yang efektif dan aman. Hal ini membutuhkan komunikasi yg efektif, kolaborasi, dan standardisasi proses

untuk memastikan bahwa rencana, koordinasi, dan implementasi asuhan mendukung serta merespons setiap kebutuhan unik pasien dan target. Asuhan tersebut dapat berupa upaya pencegahan, paliatif, kuratif, atau rehabilitatif termasuk anestesia, tindakan bedah, pengobatan, terapi suportif, atau kombinasinya, yang berdasar atas asesmen dan asesmen ulang pasien. Area asuhan risiko tinggi (termasuk resusitasi, transfusi, transplantasi organ / jaringan) dan asuhan untuk risiko tinggi atau kebutuhan populasi khusus yang membutuhkan perhatian tambahan (*Standar Nasional Akreditasi Rumah Sakit (SNARS)*. 1st edn, 2018).

Asuhan pasien dilakukan oleh PPA dengan banyak disiplin dan staf klinis lain. Semua staf yg terlibat dalam asuhan pasien harus memiliki peran yg jelas, ditentukan oleh kompetensi dan kewenangan, kredensial, sertifikasi, hukum dan regulasi, keterampilan individu, pengetahuan, pengalaman, dan kebijakan rumah sakit ,atau uraian tugas wewenang (*Standar Nasional Akreditasi Rumah Sakit (SNARS)*. 1st edn, 2018).

f. Pelayanan Anestesi dan Bedah (PAB)

Tindakan anestesi, sedasi, dan intervensi bedah merupakan proses yang kompleks dan sering dilaksanakan di rumah sakit. Hal tersebut memerlukan : (*Standar Nasional Akreditasi Rumah Sakit (SNARS)*. 1st edn, 2018)

- 1) asesmen pasien yang lengkap dan menyeluruh
- 2) perencanaan asuhan yang terintegrasi

- 3) pemantauan yang terus menerus
- 4) transfer ke ruang perawatan berdasar atas kriteria tertentu
- 5) rehabilitasi
- 6) transfer ke ruangan perawatan dan pemulangan.

Anestesi dan sedasi umumnya merupakan suatu rangkaian proses yang dimulai dari sedasi minimal hingga anestesi penuh. Oleh karena respons pasien dapat berubah-ubah sepanjang berlangsungnya rangkaian tersebut maka penggunaan anestesi dan sedasi diatur secara terpadu. Dalam bab ini dibahas anestesi serta sedasi sedang dan dalam yang keadaan ketiganya berpotensi membahayakan refleks protektif pasien terhadap fungsi pernapasan. Standar pelayanan anestesi dan bedah berlaku di area manapun dalam rumah sakit yang menggunakan anestesi, sedasi sedang dan dalam, dan juga pada tempat dilaksanakannya prosedur pembedahan dan tindakan invasif lainnya yang membutuhkan persetujuan tertulis (*informed consent*). Area ini meliputi ruang operasi rumah sakit, rawat sehari, klinik gigi, klinik rawat jalan, endoskopi, radiologi, gawat darurat, perawatan intensif, dan tempat lainnya (*Standar Nasional Akreditasi Rumah Sakit (SNARS)*. 1st edn, 2018).

g. Pelayanan Kefarmasian dan Penggunaan Obat (PKPO)

Pelayanan kefarmasian adalah pelayanan langsung dan bertanggung jawab kepada pasien yang berkaitan dengan sediaan farmasi dan alat kesehatan dengan maksud mencapai hasil yang pasti untuk meningkatkan

mutu kehidupan pasien. Pelayanan kefarmasian di rumah sakit bertujuan untuk

- 1) menjamin mutu, manfaat, keamanan, serta khasiat sediaan farmasi dan alat kesehatan
- 2) menjamin kepastian hukum bagi tenaga kefarmasian
- 3) melindungi pasien, masyarakat, dan staf dari penggunaan obat yang tidak rasional dalam rangka keselamatan pasien (*patient safety*)
- 4) menjamin sistem pelayanan kefarmasian dan penggunaan obat yang lebih aman (*medication safety*)
- 5) menurunkan angka kesalahan penggunaan obat.

Pelayanan kefarmasian dan penggunaan obat merupakan komponen yang penting dalam pengobatan simptomatik, preventif, kuratif, paliatif, dan rehabilitatif terhadap penyakit dan berbagai kondisi, serta mencakup sistem dan proses yang digunakan rumah sakit dalam memberikan farmakoterapi kepada pasien. Pelayanan kefarmasian dilakukan secara multidisiplin dalam koordinasi para staf di rumah sakit. Praktik penggunaan obat yang tidak aman (*unsafe medication practices*) dan kesalahan penggunaan obat (*medication errors*) adalah penyebab utama cedera dan bahaya yang dapat dihindari dalam sistem pelayanan kesehatan di seluruh dunia. Oleh karena itu, rumah sakit diminta untuk mematuhi peraturan perundang-undangan, membuat sistem pelayanan kefarmasian, dan penggunaan obat yang lebih aman yang senantiasa

berupaya menurunkan kesalahan pemberian obat (*Standar Nasional Akreditasi Rumah Sakit (SNARS)*). 1st edn, 2018).

h. Manajemen Komunikasi dan Edukasi (MKE)

Memberikan asuhan pasien merupakan upaya yang kompleks dan sangat bergantung pada komunikasi dari informasi. Komunikasi tersebut adalah kepada dan dengan komunitas, pasien dan keluarganya, serta antarstaf klinis, terutama PPA. Kegagalan dalam berkomunikasi merupakan salah satu akar masalah yang paling sering menyebabkan insiden keselamatan pasien. Komunikasi dapat efektif apabila pesan diterima dan dimengerti sebagaimana dimaksud oleh pengirim pesan/komunikator, pesan ditindaklanjuti dengan sebuah perbuatan oleh penerima pesan/komunikasi, dan tidak ada hambatan untuk hal itu (*Standar Nasional Akreditasi Rumah Sakit (SNARS)*). 1st edn, 2018).

Komunikasi efektif sebagai dasar untuk memberikan edukasi kepada pasien dan keluarga agar mereka memahami kondisi kesehatannya sehingga pasien berpartisipasi lebih baik dalam asuhan yang diberikan dan mendapat informasi dalam mengambil keputusan tentang asuhannya. Edukasi yang efektif diawali dengan asesmen kebutuhan edukasi pasien dan keluarganya. Asesmen ini menentukan bukan hanya kebutuhan akan pembelajaran, tetapi juga proses edukasi dapat dilaksanakan dengan baik. Edukasi paling efektif apabila sesuai dengan pilihan pembelajaran yang tepat dan mempertimbangkan agama, nilai budaya, juga kemampuan

membaca serta bahasa. Edukasi akan berdampak positif bila diberikan selama proses asuhan (*Standar Nasional Akreditasi Rumah Sakit (SNARS)*). 1st edn, 2018).

i. Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien (PMKP)

Dalam rangka meningkatkan mutu pelayanan pasien dan menjamin keselamatan pasien maka rumah sakit perlu mempunyai program PMKP yang menjangkau ke seluruh unit kerja di rumah sakit. Untuk melaksanakan program tersebut tidaklah mudah karena memerlukan koordinasi dan komunikasi yang baik antara kepala bidang/divisi medis, keperawatan, penunjang medis, administrasi, dan lainnya termasuk kepala unit/departemen/instalasi pelayanan. Rumah sakit perlu menetapkan komite/tim atau bentuk organisasi lainnya untuk mengelola program peningkatan mutu dan keselamatan pasien agar mekanisme koordinasi pelaksanaan program peningkatan mutu dan keselamatan pasien dapat berjalan lebih baik (*Standar Nasional Akreditasi Rumah Sakit (SNARS)*). 1st edn, 2018).

j. Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI)

Tujuan pengorganisasian program PPI adalah mengidentifikasi dan menurunkan risiko infeksi yang didapat serta ditularkan di antara pasien, staf, tenaga profesional kesehatan, tenaga kontrak, tenaga sukarela, mahasiswa, dan pengunjung. Risiko infeksi dan kegiatan program dapat berbeda dari satu rumah sakit ke rumah sakit lainnya bergantung pada

kegiatan klinis dan pelayanan rumah sakit, populasi pasien yang dilayani, lokasi geografi, jumlah pasien, serta jumlah pegawai. Program PPI akan efektif apabila mempunyai pimpinan yang ditetapkan, pelatihan dan pendidikan staf yang baik, metode untuk mengidentifikasi serta proaktif pada tempat berisiko infeksi, kebijakan dan prosedur yang memadai, juga melakukan koordinasi ke seluruh rumah sakit (*Standar Nasional Akreditasi Rumah Sakit (SNARS)*). 1st edn, 2018)

k. Tata Kelola Rumah Sakit (TKRS)

Rumah sakit adalah institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan, dan gawat darurat. Untuk dapat memberikan pelayanan prima kepada pasien, rumah sakit dituntut memiliki kepemimpinan yang efektif. Kepemimpinan efektif ini ditentukan oleh sinergi yang positif antara pemilik rumah sakit, direktur rumah sakit, para pimpinan di rumah sakit, dan kepala unit kerja unit pelayanan. Direktur rumah sakit secara kolaboratif mengoperasikan rumah sakit bersama dengan para pimpinan, kepala unit kerja, dan unit pelayanan untuk mencapai visi misi yang ditetapkan serta memiliki tanggung jawab dalam pengelolaan manajemen peningkatan mutu dan keselamatan pasien, manajemen kontrak, serta manajemen sumber daya (*Standar Nasional Akreditasi Rumah Sakit (SNARS)*). 1st edn, 2018).

## 1. Manajemen Fasilitas dan Keselamatan (MFK)

Rumah sakit dalam kegiatannya harus menyediakan fasilitas yang aman, berfungsi, dan suportif bagi pasien, keluarga, staf, dan pengunjung. Untuk mencapai tujuan tersebut fasilitas fisik, peralatan medis, dan peralatan lainnya harus dikelola secara efektif. Secara khusus, manajemen harus berupaya keras :

- 1) mengurangi dan mengendalikan bahaya dan risiko
- 2) mencegah kecelakaan dan cedera
- 3) memelihara kondisi aman.

Manajemen yang efektif melibatkan multidisiplin dalam perencanaan, pendidikan, dan pemantauan. Pimpinan merencanakan ruangan, peralatan, dan sumber daya yang dibutuhkan yang aman dan efektif untuk menunjang pelayanan klinis yang diberikan. Seluruh staf dididik tentang fasilitas, cara mengurangi risiko, serta bagaimana memonitor dan melaporkan situasi yang dapat menimbulkan risiko. Kriteria kinerja digunakan untuk mengevaluasi sistem yang penting dan mengidentifikasi perbaikan yang diperlukan (*Standar Nasional Akreditasi Rumah Sakit (SNARS)*). 1st edn, 2018).

## m. Kompetensi & Kewenangan Staf (KKS)

Pimpinan unit layanan menetapkan persyaratan pendidikan, kompetensi, kewenangan, keterampilan, pengetahuan, dan pengalaman staf untuk memenuhi kebutuhan memberikan asuhan kepada pasien.

Untuk menghitung jumlah staf yang dibutuhkan digunakan faktor sebagai berikut :

- 1) misi rumah sakit
- 2) keragaman pasien yang harus dilayani, kompleksitas, dan intensitas kebutuhan pasien
- 3) layanan diagnostik dan klinis yang disediakan rumah sakit
- 4) volume pasien rawat inap dan rawat jalan
- 5) teknologi medis yang digunakan untuk pasien.

Rumah sakit memenuhi ketentuan peraturan perundang-undangan tentang syarat tingkat pendidikan, kompetensi, kewenangan, keterampilan, pengetahuan dan pengalaman untuk setiap anggota staf, serta ketentuan yang mengatur jumlah staf yang dibutuhkan di setiap unit layanan (*Standar Nasional Akreditasi Rumah Sakit (SNARS)*. 1st edn, 2018)

n. Manajemen Informasi dan Rekam Medis (MIRM)

Informasi diperlukan untuk memberikan, mengordinasikan, dan juga mengintegrasikan pelayanan rumah sakit. Hal ini meliputi ilmu pengasuhan pasien secara individual, asuhan yang diberikan. dan kinerja staf klinis. Informasi merupakan sumber daya yang harus dikelola secara efektif oleh pimpinan rumah sakit seperti halnya sumber daya manusia, material, dan finansial. Setiap rumah sakit berupaya mendapatkan,

mengelola, dan menggunakan informasi untuk meningkatkan atau memperbaiki hasil asuhan pasien, kinerja individual, serta kinerja rumah sakit secara keseluruhan. Seiring dengan perjalanan waktu, rumah sakit harus lebih efektif dalam: (*Standar Nasional Akreditasi Rumah Sakit (SNARS)*). 1st edn, 2018)

- 1) mengidentifikasi kebutuhan informasi
- 2) merancang suatu sistem manajemen informasi
- 3) mendefinisikan serta mendapatkan data dan informasi
- 4) menganalisis data dan mengolahnya menjadi informasi
- 5) mengirim serta melaporkan data dan informasi
- 6) mengintegrasikan dan menggunakan informasi.

o. Program Nasional

Untuk meningkatkan derajat kesehatan masyarakat Indonesia, Pemerintah menetapkan beberapa program nasional yang menjadi prioritas. Program prioritas tersebut meliputi:

- 1) menurunkan angka kematian ibu dan bayi serta meningkatkan angka kesehatan ibu dan bayi
- 2) menurunkan angka kesakitan HIV/AIDS
- 3) menurunkan angka kesakitan tuberkulosis
- 4) pengendalian resistensi antimikroba
- 5) pelayanan geriatri

Implementasi program ini di rumah sakit dapat berjalan baik apabila mendapat dukungan penuh dari pimpinan/direktur rumah sakit berupa penetapan regulasi, pembentukan organisasi pengelola, penyediaan fasilitas, sarana dan dukungan finansial untuk mendukung pelaksanaan program (*Standar Nasional Akreditasi Rumah Sakit (SNARS)*). 1st edn, 2018).

p. Integrasi Pendidikan Kesehatan dalam Pelayanan Rumah Sakit (IPKP)

Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 20 Tahun 2013 Pasal 1 butir 15 menjelaskan bahwa Rumah Sakit Pendidikan adalah rumah sakit yang mempunyai fungsi sebagai tempat pendidikan, penelitian, dan pelayanan kesehatan secara terpadu dalam bidang pendidikan kedokteran, pendidikan berkelanjutan, dan pendidikan kesehatan lainnya secara multiprofesi (*UU RI no 20 tahun 2013*). Rumah sakit pendidikan harus mempunyai mutu dan keselamatan pasien yang lebih tinggi daripada rumah sakit nonpendidikan. Agar mutu dan keselamatan pasien di rumah sakit pendidikan tetap terjaga maka perlu ditetapkan standar akreditasi untuk rumah sakit pendidikan. Pada rumah sakit yang ditetapkan sebagai rumah sakit pendidikan, akreditasi perlu dilengkapi dengan standar dan elemen penilaian untuk menjaga mutu pelayanan dan menjamin keselamatan pasien (*Standar Nasional Akreditasi Rumah Sakit (SNARS)*). 1st edn, 2018).

### 3. Elemen Penilaian SNARS

Elemen Penilaian dari suatu standar akan menuntun rumah sakit dan surveior terhadap apa yang akan ditinjau dan dinilai selama proses survei. EP untuk setiap standar menunjukkan ketentuan untuk kepatuhan terhadap standar tersebut. EP ditujukan untuk memberikan kejelasan pada standar dan membantu rumah sakit untuk memenuhi sepenuhnya ketentuan yang ada, untuk membantu mengedukasi pimpinan dan tenaga kesehatan mengenai standar yang ada serta untuk memandu rumah sakit dalam persiapan proses akreditasi. Setiap elemen penilaian dilengkapi dengan (R) atau (D), atau (W) atau (O) atau (S), atau kombinasinya yang berarti sebagai berikut :

R = Regulasi, yang dimaksud dengan regulasi adalah dokumen pengaturan yang disusun oleh rumah sakit yang dapat berupa kebijakan, prosedur (SPO), pedoman, panduan, peraturan Direktur rumah sakit, keputusan Direktur rumah sakit dan atau program.

D = Dokumen, yang dimaksud dengan dokumen adalah bukti proses kegiatan atau pelayanan yang dapat berbentuk berkas rekam medis, laporan dan atau notulen rapat dan atau hasil audit dan atau ijazah dan bukti dokumen pelaksanaan kegiatan lainnya.

O = Observasi, yang dimaksud dengan observasi adalah bukti kegiatan yang didapatkan berdasarkan hasil penglihatan/observasi yang dilakukan oleh surveior.

S = Simulasi, yang dimaksud dengan simulasi adalah peragaan kegiatan yang dilakukan oleh staf rumah sakit yang diminta oleh surveior.

W = Wawancara, yang dimaksud dengan wawancara adalah kegiatan tanya jawab yang dilakukan oleh surveior yang ditujukan kepada pemilik/representasi pemilik, direktur rumah sakit, pimpinan rumah sakit, profesional pemberi asuhan (PPA), staf klinis, staf non klinis, pasien, keluarga, tenaga kontrak dan lain-lain.

Skor pada kolom skor tertulis sebagai berikut :

10 : TL (terpenuhi lengkap)

5 : TS (Terpenuhi sebagian)

0 : TT (Tidak Terpenuhi)

Kebijakan pemberian skor

1. Pemberian skoring

- a. Setiap Elemen Penilaian diberi skor 0 atau 5 atau 10, sesuai pemenuhan rumah sakit pada EP.
- b. Nilai setiap standar yang ada di bab merupakan penjumlahan dari nilai elemen penilaian.
- c. Nilai dari standar dijumlahkan menjadi nilai untuk bab.
- d. Elemen penilaian yang tidak dapat diterapkan tidak diberikan skor dan mengurangi jumlah EP.

2. Selama survei di lapangan, setiap EP pada standar dinilai sebagai berikut:
  - a. Skor 10 (terpenuhi lengkap), yaitu bila rumah sakit dapat memenuhi elemen penilaian tersebut minimal 80 % .
  - b. Skor 5 (terpenuhi sebagian) yaitu bila rumah sakit dapat memenuhi elemen penilaian tersebut antara 20 – 79 % .
  - c. Skor 0 (tidak terpenuhi) yaitu bila rumah sakit hanya dapat memenuhi elemen penilaian tersebut kurang dari 20 %.

### 3. Menentukan Skor Elemen Penilaian

**Tabel 2.1 Skor Elemen Penilaian**

No	Kriteria	Skor 10 (TL)	Skor 5 (TS)	Skor 0 (TT)
1	Pemenuhan elemen penilaian	minimal 80 %	20 - 79 %	kurang 20 %
2	Bukti Kepatuhan	Bukti kepatuhan ditemukan secara konsisten pada semua bagian / departemen di mana persyaratan tersebut berlaku	Bukti kepatuhan persyaratan tersebut berlaku (seperti misalnya ditemukan kepatuhan di IRI, namun tidak di IRJ, patuh pada ruang operasi namun tidak patuh di unit rawat sehari (day surgery), patuh pada area-area yang menggunakan sedasi namun tidak patuh di klinik gigi).	Bukti kepatuhan tidak ditemukan secara menyeluruh pada semua bagian / departemen di mana persyaratan tersebut berlaku
3	Hasil wawancara dari pemenuhan persyaratan yang ada di EP	jawaban "ya" atau "selalu"	jawaban "biasanya" atau "kadang-kadang"	jawaban "jarang" atau "tidak pernah"
4	Regulasi sesuai dengan yang dijelaskan di maksud dan tujuan	kelengkapan regulasi 80 %	kelengkapan regulasi 20 - 79 %	kelengkapan regulasi kurang 20 %

	pada standar				
5	Dokumen rapat/pertemuan : meliputi undangan, materi rapat, absensi/daftar hadir, notulen rapat.	kelengkapan bukti dokumen rapat 80 % Catatan : Pengamatan negatif tunggal tidak selalu menghalangi perolehan skor “terpenuhi lengkap”.	kelengkapan bukti dokumen rapat 20 - 79 %	kelengkapan bukti dokumen rapat kurang 20 %	
6	Dokumen pelatihan : meliputi Kerangka acuan (TOR) pelatihan yang dilampiri jadwal acara, undangan, materi/bahan pelatihan, absensi/daftar hadir, laporan pelatihan	kelengkapan bukti dokumen pelatihan 80 %	kelengkapan bukti dokumen pelatihan 20 - 79 %	kelengkapan bukti dokumen pelatihan kurang 20 %	
7	Dokumen orientasi staf : meliputi kerangka acuan (TOR) orientasi yang dilampiri jadwal acara, undangan, absensi/daftar hadir, laporan orientasi dari kepala SDM (orientasi umum) atau kepala unit (orientasi khusus)	kelengkapan bukti dokumen orientasi 80 %	kelengkapan bukti dokumen orientasi 20 - 79 %	kelengkapan bukti dokumen orientasi kurang 20 %	
8	Hasil observasi pelaksanaan kegiatan / pelayanan sesuai regulasi	80 % Contoh : 8 dari 10 kegiatan / pelayanan yang diobservasi 8 sudah memenuhi EP	20 - 79 % % Contoh : 2-7 dari 10 kegiatan / pelayanan yang diobservasi 2 - 7 sudah memenuhi EP	kurang 20 % Contoh : 1 dari 10 kegiatan / pelayanan yang diobservasi 8 sudah memenuhi EP	
9	Hasil simulasi staf sesuai regulasi.	80 % Contoh : 8 dari 10 staf yang di minta simulasi sudah memenuhi	20 - 79 % % Contoh : 2-7 dari 10 staf yang di minta simulasi sudah memenuhi	kurang 20% Contoh : 1 dari 10 staf yang di minta simulasi sudah memenuhi	
10	Rekam jejak kepatuhan pada survei akreditasi pertama	kepatuhan pelaksanaan kegiatan / pelayanan secara berkesinambungan sejak 3 bulan sebelum survey	kepatuhan pelaksanaan kegiatan/pelayanan secara berkesinambungan sejak 2 bulan sebelum survey	kepatuhan pelaksanaan kegiatan/pelayanan secara berkesinambungan sejak 1 bulan sebelum survei	
11	Rekam jejak	kepatuhan	kepatuhan pelaksanaan	kepatuhan pelaksanaan	



	kepatuhan survei akreditasi ulang	pelaksanaan kegiatan/pelayanan sejak 12 bulan sebelum survey	kegiatan/pelayanan sejak 4-10 bulan sebelum survei	kegiatan/pelayanan sejak 1-3 bulan sebelum survei
12	Rekam jejak akreditasi terfokus	Tidak ada rekam jejak khusus untuk survei terfokus. Kesenambungan dalam usaha peningkatan mutu digunakan untuk menilai kepatuhan.		

#### 4. Manajemen Rumah Sakit

Menurut WHO rumah sakit adalah suatu organisasi sosial dan kesehatan yang berfungsi untuk menyediakan pelayanan paripurna, penyembuhan penyakit dan pencegahan penyakit kepada masyarakat. Rumah sakit juga merupakan pusat pelatihan bagi tenaga medis dan pusat penelitian medik. Berdasarkan undang-undang No. 44 Tahun 2009 tentang rumah sakit, yang dimaksudkan dengan rumah sakit adalah institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan, dan gawat darurat (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2004)

Rumah Sakit mempunyai misi yaitu memberikan pelayanan kesehatan yang bermutu dan terjangkau oleh masyarakat dalam rangka meningkatkan derajat kesehatan masyarakat. Tugas rumah sakit secara umum adalah melaksanakan upaya pelayanan kesehatan dengan mengutamakan penyembuhan dan pemulihan yang dilaksanakan secara serasi dan terpadu dengan peningkatan dan pencegahan serta pelaksanaan upaya rujukan. Untuk menyelenggarakan fungsinya, maka rumah sakit menyelenggarakan kegiatan: (Jati, 2009)

- a. Pelayanan medis
- b. Pelayanan dan asuhan keperawatan
- c. Pelayanan penunjang medis dan nonmedis
- d. Pelayanan kesehatan kemasyarakatan dan rujukan
- e. Pendidikan, penelitian dan pengembangan
- f. Administrasi umum dan keuangan

Sedangkan menurut undang-undang No. 44 tahun 2009 tentang rumah sakit, fungsi rumah sakit adalah :

- a. Penyelenggaraan pelayanan pengobatan dan pemulihan kesehatan sesuai dengan standar pelayanan rumah sakit.
- b. Pemeliharaan dan peningkatan kesehatan perorangan melalui pelayanan kesehatan yang paripurna tingkat kedua dan ketiga sesuai kebutuhan medis.
- c. Penyelenggaraan pendidikan dan pelatihan sumber daya manusia dalam rangka peningkatan kemampuan dalam pemberian pelayanan kesehatan.
- d. Penyelenggaraan penelitian dan pengembangan serta pengaplikasian teknologi dalam bidang kesehatan dalam rangka peningkatan pelayanan kesehatan dengan memperhatikan etika ilmu pengetahuan bidang kesehatan.

Mutu pelayanan rumah sakit adalah untuk memenuhi permintaan konsumen akan pelayanan kesehatan yang sesuai dengan standart profesi

dan standart pelayanan dengan menggunakan potensi sumber daya yang tersedia di rumah sakit dengan wajar , efisien dan efektif serta diberikan secara aman dan memuaskan sesuai dengan norma, etika, hukum dan sosio budaya dengan memperhatikan keterbatasan dan kemampuan pemerintah dan masyarakat konsumen. Faktor - faktor yang menentukan mutu pelayanan rumah sakit yaitu (Herlambang, 2016)

1. Keandalan yang mencakup dua hal pokok, yaitu konsistensi kerja dan kemampuan untuk dipercaya.
2. Daya tangkap, yaitu sikap tanggap para karyawan melayani saat dibutuhkan pasien.
3. Kemampuan, yaitu memiliki keterampilan dan pengetahuan yang dibutuhkan agar dapat memberikan jasa tertentu.
4. Mudah untuk dihubungi dan ditemui.
5. Sikap sopan santun, respek dan keramahan para pegawai.
6. Komunikasi, yaitu memberikan informasi kepada pelanggan dalam bahasa yang dapat mereka pahami, serta selalu mendengarkan saran dan keluhan pelanggan.
7. Dapat dipercaya dan jujur.
8. Jaminan keamanan
9. Usaha untuk mengerti dan memahami kebutuhan pelanggan.
10. Bukti langsung yaitu bukti fisik dari jasa, bisa berupa fasilitas fisik, peralatan yang digunakan, representasi fisik dan jasa.

## 5. Manajemen Risiko Rumah Sakit

Risiko merupakan variasi dalam hal-hal yang mungkin terjadi secara alami didalam suatu situasi. Risiko adalah ancaman terhadap kehidupan, properti atau keuntungan finansial akibat bahaya yang terjadi. Secara umum risiko dikaitkan dengan kemungkinan (*probabilitas*) terjadinya peristiwa diluar yang diharapkan. Secara umum risiko dapat diklasifikasikan menurut berbagai sudut pandang yang tergantung dari kebutuhan dalam penanganannya yaitu (Oktriana, 2016)

### 1. Risiko murni dan risiko spekulatif (*Pure risk and speculative risk*).

Dimana risiko murni dianggap sebagai suatu ketidakpastian yang dikaitkan dengan adanya suatu luaran yaitu kerugian.

### 2. Risiko terhadap benda dan manusia.

Dimana risiko terhadap benda adalah risiko yang menimpa benda seperti rumah terbakar sedangkan risiko terhadap manusia adalah risiko yang menimpa manusia seperti,cedera kematian dsb.

### 3. Risiko fundamental dan risiko khusus (*fundamental risk and particular risk*).

Risiko fundamental adalah risiko yang kemungkinannya dapat timbul pada hampir sebagian besar anggota masyarakat dan tidak dapat disalahkan pada seseorang atau beberapa orang sebagai penyebabnya, contoh risiko fundamental: bencana alam, peperangan. Risiko khusus adalah risiko yang bersumber dari peristiwa-peristiwa yang mandiri dimana sifat dari risiko ini

adalah tidak selalu bersifat bencana, bisa dikendalikan atau umumnya dapat diasuransikan.

Manajemen Risiko Klinis sendiri merupakan suatu bagian dan bentuk spesifik dari manajemen risiko yang berfokus pada proses klinis yang berhubungan dengan pasien, baik itu proses yang secara langsung bersentuhan dengan pasien maupun yang tidak langsung. Sehingga dapat dikatakan bahwa Manajemen Risiko klinis merupakan keseluruhan struktur, proses, instrumen dan aktivitas yang membuat rumah sakit dapat mengidentifikasi, menganalisa, dan menangani risiko yang mungkin muncul pada saat perawatan dan pemberian layanan (Briner *et al.* 2010). The Joint Commission mendefinisikan manajemen risiko klinis dalam pelayanan kesehatan sebagai semua aktifitas klinis dan administratif yang dilakukan untuk mengidentifikasi, mengevaluasi dan mengurangi risiko terjadinya kejadian yang tidak diinginkan terhadap pasien, pegawai dan pengunjung, serta mengurangi kerugian terhadap organisasi itu sendiri (Adibi *et al.* 2012).

Manajemen risiko rumah sakit merupakan suatu program untuk mengurangi angka kejadian dan prevalensi dari kasus-kasus yang dapat dicegah. Manajemen risiko adalah alat yang dapat digunakan untuk meningkatkan kualitas pelayanan medis di rumah sakit. *Patient safety* atau keselamatan pasien didefinisikan sebagai upaya untuk menghindari, mencegah dan memperbaiki kejadian yang tidak diinginkan atau kerugian yang ditimbulkan dari proses

perawatan (Olii. 2018). *The Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations* (JCAHO) mendefinisikan manajemen risiko sebagai pengidentifikasian, penilaian, dan penyusunan prioritas risiko secara proaktif dengan tujuan untuk meniadakan atau meminimalkan dampaknya (Nurzakiah, 2016)

Pelaksanaan manajemen risiko oleh lembaga akreditasi rumah sakit seperti (KARS) dan Joint Commission International (JCI) dituangkan ke dalam standar akreditasi yang mereka terbitkan mempunyai tujuan yaitu dalam standar PMKP dan *Quality Improvement and Patient Safety* (QPS) yang menyatakan bahwa program manajemen risiko digunakan untuk mengidentifikasi risiko dalam rangka mengurangi KTD serta risiko lain yang mengancam keselamatan pasien dan staf (Djatnika, Arso, Jati, 2019)

Keselamatan pasien adalah bebas dari cedera aksidental atau menghindarkan cedera pada pasien akibat perawatan medis dan kesalahan pengobatan. Program *patient safety* adalah untuk menjamin keselamatan pasien di rumah sakit melalui pencegahan terjadinya kesalahan dalam memberikan pelayanan kesehatan antara lain : infeksi nosokomial, pasien jatuh, pasien dicubit, plebitis pada pemasangan infus, tindakan bunuh diri yang bisa dicegah, kegagalan profilaksis. Peraturan menteri kesehatan republik indonesia nomor 1691/MENKES/PER/VIII/2011 tentang keselamatan pasien rumah sakit mengatakan bahwa keselamatan pasien rumah sakit adalah suatu sistem dimana

rumah sakit membuat asuhan pasien lebih aman yang meliputi asesmen risiko, identifikasi dan pengelolaan hal yang berhubungan dengan risiko pasien, pelaporan dan analisis insiden, kemampuan belajar dari insiden dan tindak lanjutnya serta implementasi solusi untuk meminimalkan timbulnya risiko dan mencegah terjadinya cedera yang disebabkan oleh kesalahan akibat melaksanakan suatu tindakan atau tidak mengambil tindakan yang seharusnya diambil (Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia. 2011)

## **6. Pengolahan Limbah Rumah Sakit**

Dalam mencapai kondisi masyarakat yang sehat diperlukan lingkungan yang sehat pula. Rumah sakit merupakan sarana kesehatan yang harus memperhatikan lingkungan sekitarnya. Rumah sakit juga dapat dikatakan sebagai pendonor limbah terbesar yang berasal dari kegiatan non-medis maupun medis yang bersifat berbahaya dan beracun. Rumah sakit merupakan tempat bertemunya kelompok masyarakat penderita penyakit, pemberi pelayanan, pengunjung dan lingkungan sekitar. Adanya interaksi di dalamnya memungkinkan terjadinya penyebaran penyakit apabila tidak didukung dengan kondisi lingkungan rumah sakit yang baik dan bersih. Aktivitas di rumah sakit akan menghasilkan limbah padat, cair, dan gas yang mengandung kuman patogen, zat-zat kimia serta alat-alat kesehatan yang pada umumnya berbahaya dan beracun (Putri, Ritnawati, Samad)

Pengelolaan limbah medis menyajikan sejumlah tantangan lingkungan di negara maju dan berkembang. Menurut Von Schirnding, limbah berbahaya secara luas tersebar di lingkungan dan telah akumulasi selama beberapa dekade. Limbah medis berpotensi berbahaya dan terinfeksi jika ditangani tidak adekuat; misalnya di Amerika Serikat, diperkirakan bahwa ada di antara situs sampah 30.000 dan 50.000 pembuangan, banyak yang ilegal atau ditinggalkan. WHO berpendapat bahwa manajemen yang tepat limbah medis adalah masalah di sebagian besar negara berkembang, terutama di negara-negara yang limbah padat kota biasa tidak dikelola secara memadai.

Sebagian besar pengelolaan limbah medis dari rumah sakit, puskesmas, dan laboratorium masih jauh di bawah standar kesehatan lingkungan, karena umumnya dibuang begitu saja ke TPA sampah dengan sistem *open dumping* atau tempat sampah terbuka. Rumah sakit merupakan penghasil limbah yang besar, yang jika tidak dikelola dengan baik membahayakan lingkungan. Oleh karena itu pengelolaan lingkungan rumah sakit yang komprehensif merupakan hal yang sangat penting, baik bagi rumah sakit maupun bagi masyarakat pemakai jasa pelayanan kesehatan rumah sakit. Pengelolaan limbah rumah sakit yang tidak tepat, membahayakan lingkungan, dan melanggar hak asasi manusia karena hak untuk hidup meliputi hak untuk memiliki lingkungan yang sehat, menyenangkan, bebas dari segala jenis polusi dan kontaminasi. (Yunisa & Pegangan, 2014)

Limbah medis adalah bahan sisa suatu kegiatan dan atau proses produksi. Sedangkan limbah rumah sakit menurut Kepmenkes RI nomor

1204/MENKES/SK/X/2004 Tentang Persyaratan Kesehatan Lingkungan Rumah Sakit adalah semua limbah yang dihasilkan dari kegiatan rumah sakit dalam bentuk padat, cair, dan gas. (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2004). Limbah rumah sakit bisa mengandung bermacam-macam mikroorganisme bergantung pada jenis rumah sakit, tingkat pengolahan yang dilakukan sebelum dibuang. Limbah cair dan padat rumah sakit dapat mengandung bahan organik dan anorganik yang umumnya diukur dan parameter BOD, COD, TSS, dan lain-lain. Limbah medis adalah yang berasal dari pelayanan medis, perawatan, gigi, veterineri, farmasi atau sejenis, pengobatan, perawatan, penelitian atau pendidikan yang menggunakan bahan-bahan beracun, infeksius berbahaya atau bisa membahayakan kecuali jika dilakukan pengamanan tertentu (Notoatmodjo, 2007)

Bentuk limbah medis bermacam - macam dan berdasarkan potensi yang terkandung di dalamnya dapat dikelompokkan sebagai berikut (Asmadi, 2013)

1. Limbah benda tajam

Limbah benda tajam adalah obyek atau alat yang memiliki sudut tajam, sisi, ujung atau bagian menonjol yang dapat memotong atau menusuk kulit seperti jarum hipodermik, perlengkapan intravena, pipet pasteur, pecahan gelas, pisau bedah. Semua benda tajam ini memiliki potensi bahaya dan dapat menyebabkan cedera melalui sobekan atau tusukan.

2. Limbah infeksius

Limbah infeksius mencakup pengertian sebagai berikut:

- a. Limbah yang berkaitan dengan pasien yang memerlukan isolasi penyakit menular (perawatan intensif)
  - b. Limbah laboratorium yang berkaitan dengan pemeriksaan mikrobiologi dari poliklinik dan ruang perawatan/isolasi penyakit menular.
3. Limbah jaringan tubuh
- Limbah jaringan tubuh meliputi organ, anggota badan, darah dan cairan tubuh, biasanya dihasilkan pada saat pembedahan atau otopsi.
4. Limbah sitotoksik
- Limbah sitotoksik adalah bahan yang terkontaminasi atau mungkin terkontaminasi dengan obat sitotoksik selama peracikan, pengangkutan atau tindakan terapi sitotoksik. Limbah yang terdapat limbah sitotoksik didalamnya harus dibakar dalam incinerator dengan suhu diatas 1000 °c.
5. Limbah farmasi
- Limbah farmasi ini dapat berasal dari obat-obat kadaluwarsa, obat-obat yang terbuang karena batch yang tidak memenuhi spesifikasi atau kemasan yang terkontaminasi, obat-obat yang dibuang oleh pasien atau dibuang oleh masyarakat, obat-obat yang tidak lagi diperlukan oleh institusi yang bersangkutan dan limbah yang dihasilkan selama produksi obat-obatan.
6. Limbah kimia

Limbah kimia adalah limbah yang dihasilkan dari penggunaan bahan kimia dalam tindakan medis, veterineri, laboratorium, proses sterilisasi, dan riset.

7. Limbah radioaktif

Limbah radioaktif adalah bahan yang terkontaminasi dengan radio isotop yang berasal dari penggunaan medis atau riset radio nukleida. Limbah ini dapat berasal dari antara lain : tindakan kedokteran nuklir, radio-immunoassay dan bakteriologis; dapat berbentuk padat, cair atau gas. Limbah cair yang dihasilkan rumah sakit mempunyai karakteristik tertentu baik fisik, kimia dan biologi.

8. Limbah Plastik

Limbah plastik adalah bahan plastik yang dibuang oleh klinik, rumah sakit dan sarana pelayanan kesehatan lain seperti barang-barang *disposable* yang terbuat dari plastik dan juga pelapis peralatan dan perlengkapan medis. Selain sampah klinis, dari kegiatan penunjang rumah sakit juga menghasilkan sampah non medis atau dapat disebut juga sampah non medis. Sampah non medis ini bisa berasal dari kantor/administrasi kertas, unit pelayanan (berupa karton, kaleng, botol), sampah dari ruang pasien, sisa makanan buangan; sampah dapur (sisa pembungkus, sisa makanan/bahan makanan, sayur dan lain-lain).

9. Limbah cair yang dihasilkan rumah sakit mempunyai karakteristik tertentu baik fisik, kimia dan biologi. Limbah rumah sakit bisa

mengandung bermacam-macam mikroorganisme, tergantung pada jenis rumah sakit, tingkat pengolahan yang dilakukan sebelum dibuang dan jenis sarana yang ada (laboratorium, klinik dll). Tentu saja dari jenis-jenis mikroorganisme tersebut ada yang bersifat patogen. Limbah rumah sakit seperti halnya limbah lain akan mengandung bahanbahan organik dan anorganik, yang tingkat kandungannya dapat ditentukan dengan uji air kotor pada umumnya seperti BOD, COD, TTS, pH, mikrobiologik, dan lain-lain.

Dampak yang ditimbulkan oleh limbah rumah sakit terhadap kualitas lingkungan dan kesehatan adalah sebagai berikut (Asmadi, 2013)

1. Gangguan kenyamanan serta estetika, seperti bau yang ditimbulkan oleh limbah.
2. Kerusakan harta benda, seperti benda menjadi berkarat atau korosif yang disebabkan oleh garam-garam yang terlarut, air yang berlumpur sehingga menyebabkan turunnya kualitas bangunan disekitar rumah sakit.
3. Gangguan dan kerusakan yang ditimbulkan pada tanaman dan binatang, yang disebabkan oleh virus, bahan kimia.
4. Gangguan yang ditimbulkan pada kesehatan manusia, dapat disebabkan oleh berbagai jenis bakteri, virus, senyawa-senyawa kimia, serta logam berat seperti Hg, Pb dan Cd yang berasal dari bagian kedokteran gigi.
5. Gangguan genetic dan reproduksi.

6. Pengelolaan sampah rumah sakit yang kurang baik akan menjadi tempat yang baik bagi vector penyakit seperti lalat dan tikus.
7. Penanganan limbah benda tajam yang kurang tepat dapat mengakibatkan kecelakaan kerja.
8. Timbulnya bau busuk yang disebabkan pengelolaan limbah padat.
9. Terkontaminasinya peralatan medis dan makanan rumah sakit oleh partikel debu.
10. Ganggu pernafasan, penglihatan dan penurunan kualitas udara pada saat pembakaran sampah.

Dalam mengolah limbah medis ada beberapa cara yang harus dilakukan sesuai dengan Kepmenkes No.1204/Menkes/SK/X/2004 tentang persyaratan kesehatan lingkungan rumah sakit (Asmadi, 2013)

#### 1. Pemilahan

Pemilahan limbah harus dilakukan mulai dari sumber yang menghasilkan limbah. Limbah yang akan dimanfaatkan kembali harus dipisahkan dan dipilah menurut jenisnya dari limbah yang tidak dimanfaatkan kembali. Pemilahan limbah ini harus dipisahkan dari sumbernya. Semua limbah beresiko tinggi hendaknya diberi label jelas. Perlu digunakan kantong plastik dengan warna-warna yang berbeda, yang menunjukkan ke mana plastik harus diangkut untuk insinerasi atau dibuang. di beberapa negara, kantong plastik cukup mahal sehingga sebagai ganti dapat digunakan kantong kertas yang

tahan bocor (dibuat secara lokal sehingga dapat diperoleh dengan mudah). kantong kertas ini dapat ditempeli dengan strip berwarna, kemudian ditempatkan di tong dengan kode warna di bangsal dan unit-unit lain.

## 2. Pewadahan

Pewadahan limbah harus dilakukan mulai dari sumber yang menghasilkan limbah. Limbah yang akan dimanfaatkan kembali harus dipisahkan dan diwadahi dari limbah yang tidak dimanfaatkan kembali. Wadah/ tempat pembuangan limbah medis terbuat dari bahan yang kuat, cup ringan, tahan karat, kedap air, dan mempunyai permukaan yang halus pada bagian dalamnya. Di setiap sumber penghasil limbah medis harus tersedia tempat pewadahan yang terpisah dengan limbah padat non-medis. Kantong plastik diangkat setiap hari atau kurang sehari apabila 2/3 bagian telah terisi limbah. Untuk benda-benda tajam hendaknya ditampung pada tempat khusus (*safety box*) seperti botol atau karton yang aman. Tempat pewadahan limbah medis padat infeksius dan sitotoksik yang tidak langsung kontak dengan limbah harus segera dibersihkan dengan larutan disinfektan apabila akan dipergunakan kembali, sedangkan untuk kantong plastik yang telah dipakai dan kontak langsung dengan limbah tersebut tidak boleh digunakan lagi.

Gambar 2.1. Jenis Wadah dan Label Sampah Padat Sesuai Kategorinya

No	Kategori	Warna kontainer/ kantong plastik	Lambang	Keterangan
1	Radioaktif	Merah		- Kantong boks timbang dengan simbol radioaktif
2	Sangat Infeksius	Kuning		- Katong plastik kuat, anti bocor, atau kontainer yang dapat disterilisasi dengan otoklaf
3	Limbah infeksius, patologi dan anatomi	Kuning		- Plastik kuat dan anti bocor atau kontainer
4	Sitotoksik	Ungu		- Kontainer plastik kuat dan anti bocor
5	Limbah kimia dan farmasi	Coklat		- Kantong plastik atau kontainer

### 3. Pangangkutan

Pengangkutan dibedakan menjadi dua yaitu pengangkutan internal dan eksternal. Pengangkutan internal berawal dari titik penampungan awal ke tempat pembuangan atau ke incinerator (pengolahan *on-site*). Pengangkutan eksternal yaitu pengangkutan sampah medis ketempat pembuangan di luar (*off-site*). Proses pengangkutan limbah padat pada umumnya menggunakan gerobak dorong. Limbah yang telah di kumpulkan di setiap ruangan di rumah sakit di kumpulkan sesuai dengan kategori limbah tersebut. Untuk mempermudah pengangkutan, semua proses pengangkutan limbah harus dilakukan secara tertutup. Tak lupa pula mempertimbangkan distribusi limbah dengan volume limbah, jalur

pembuangan limbah dan jumlah tenaga serta sarana dan prasaran yang tersedia.

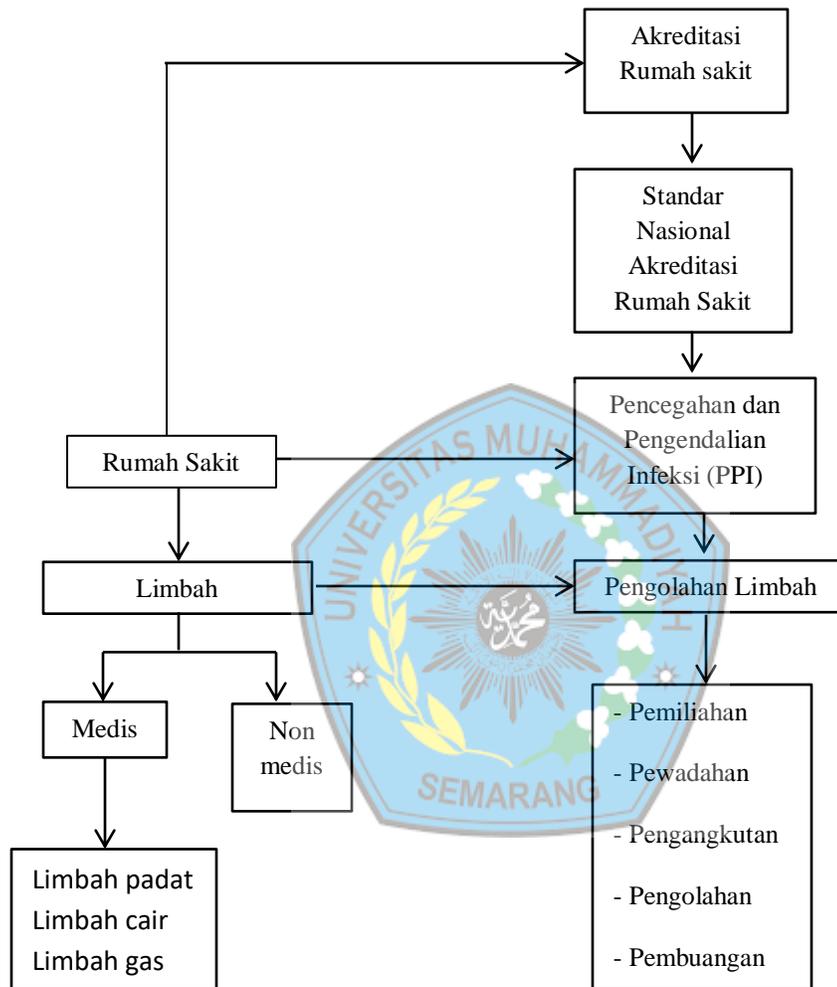
#### 4. Penampungan

Pengolahan sampah medis (*medical waste*) yang mungkin diterapkan adalah incenerasi, Sterilisasi dengan uap panas/ *autoclaving* (pada kondisi uap jenuh bersuhu 121 C)<sup>o</sup>, Sterilisasi dengan gas (gas yang digunakan berupa ethylene oxide atau formaldehyde), Desinfeksi zat kimia dengan proses grinding (menggunakan cairan kimia sebagai desinfektan), Inaktivasi suhu tinggi, Radiasi (dengan ultraviolet atau ionisasi radiasi seperti Co 60, Microwave treatment, Grinding dan shredding (proses homogenisasi bentuk atau ukuran sampah), Pemampatan/pemadatan, dengan tujuan untuk mengurangi volume yang terbentuk.

#### 5. Pembuangan

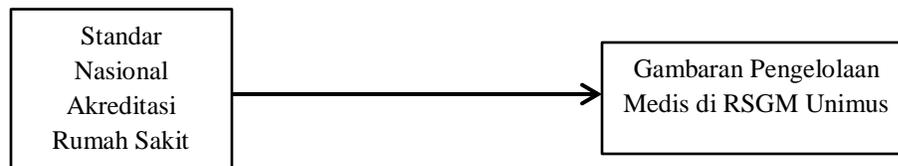
Pembuangan limbah ke incenerator di rumah sakit disesuaikan dengan volume medis dengan jalur pengangkutan sampah dalam kompleks rumah sakit dan jalur pembuangan abu, serta perangkat untuk melindungi incinerator dari bahaya kebakaran.

## B. Kerangka Teoritis



Gambar 2.2. Kerangka Teori

### C. Kerangka Konsep



Gambar 2.3. Kerangka Konsep