

KATA PENGANTAR

Rifaskes 2011 adalah riset berbasis fasilitas yang merupakan pengukuran dan pengamatan data primer serta penelusuran data sekunder tentang kecukupan (*adequacy*) dan ketepatan (*appropriateness*) penyediaan fasilitas kesehatan berikut kinerjanya.

Riset ini bertujuan untuk memperoleh informasi terkini tentang *supply* pelayanan kesehatan di fasilitas kesehatan pada tingkat wilayah dan nasional (*stock opname*), memberikan pemetaan ketersediaan *supply* fasilitas pelayanan kesehatan di berbagai wilayah.

Secara Nasional, Rifaskes 2011 telah berhasil mengumpulkan data dari 685 RSU Pemerintah yang tersebar di seluruh Indonesia. Setelah mengalami proses pengeditan, *entry*, *cleaning* dan pengolahan data dari seluruh responden Rifaskes tersebut, selanjutnya laporan kami sajikan dalam bentuk Laporan Nasional dan Laporan Provinsi yang berisi gambaran hasil Rifaskes untuk RSU Pemerintah per provinsi. Khusus untuk Provinsi Aceh, laporan ini berisi gambaran kondisi 25 RSU Pemerintah responden Rifaskes di Provinsi Aceh.

Semoga laporan ini dapat bermanfaat terutama bagi pemangku kebijakan, khususnya yang terkait dengan perumaha-sakitan di Provinsi Aceh, untuk dapat merumuskan kebijakan dengan lebih tepat.

Data yang terdapat di dalam Laporan Provinsi ini beserta lampirannya, merupakan olahan dari sebagian data yang dikumpulkan dalam Rifaskes 2011. Bagi pembaca yang berminat untuk mengolah data dan melakukan analisis lebih lanjut dapat mengajukan permohonan kepada Badan Litbangkes dengan menyertakan kelengkapan beberapa persyaratan yang diperlukan. Untuk informasi lebih lanjut dipersilakan untuk menghubungi Laboratorium Manajemen Data, Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan, Kementerian Kesehatan RI.

Akhir kata semoga buku laporan ini dapat dimanfaatkan sebaik-baiknya.

Jakarta, Mei 2012
Kepala Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan
Kementerian Kesehatan RI



Dr.dr. Trihono, M.Sc
NIP.195402141980121001

RINGKASAN EKSEKUTIF

Riset Fasilitas Kesehatan (Rifaskes) 2011 mencakup Rumah Sakit Umum (RSU) Pemerintah. Tujuan Rifaskes adalah untuk memperoleh informasi terkini tentang *supply* pelayanan kesehatan di RSU Pemerintah. Survey ini mencakup Sumber Daya Manusia; peralatan kesehatan penting dan canggih; penyediaan pelayanan pada tingkat wilayah dan nasional (*stock opname*), dan pemetaan ketersediaan *supply* fasilitas RSU Pemerintah di berbagai wilayah (kabupaten/kota/propinsi).

Berdasarkan Undang-Undang Nomor 44 tahun 2009 tentang Rumah Sakit, maka yang dimaksud dengan rumah sakit adalah institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan, dan gawat darurat. RSU adalah rumah sakit yang memberikan pelayanan kesehatan pada semua bidang dan jenis penyakit. Rumah sakit publik adalah rumah sakit yang dikelola oleh Pemerintah, Pemerintah Daerah dan badan hukum yang bersifat nirlaba.

RSU Pemerintah yang telah berdiri sebelum Bulan Februari 2010 termasuk kedalam kriteria inklusi sampel Rifaskes. RSU-RSU yang dulu pernah diklasifikasikan ke dalam RSU Pemerintah tetapi kemudian mengalami perubahan kepemilikan dieksklusikan di dalam riset ini. Indikator yang digunakan di dalam survei ini adalah beberapa indikator yang telah ditetapkan oleh Kementerian Kesehatan dan pelayanan-pelayanan yang sesuai dengan Kepmenkes 129/Menkes/SK/II/2008 tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit. Data Rifaskes 2011 untuk RSU Pemerintah merupakan hasil wawancara dan observasi terhadap sejumlah data dukung dengan hasil sebagai berikut:

- 1. Karakteristik RSU Pemerintah.** Distribusi RSU Pemerintah responden Rifaskes di Provinsi Aceh sejumlah 25 RSU Pemerintah di Provinsi Aceh yang menjadi responden Rifaskes 2011, terdiri dari 3 RSU Kelas B, 14 RSU Kelas C, dan 8 RSU Pemerintah kelas D. Sebagian besar RSU Pemerintah di Aceh belum terakreditasi, dan hanya 1 yang menjadi wahana pendidikan mahasiswa FK/PSPD.
- 2. Sumber Daya Manusia RS.** Keberadaan tiga jenis spesialis medik dasar (spesialis anak, penyakit dalam dan kebidanan dan kandungan) di Provinsi Aceh sudah di atas rerata nasional. Keberadaan spesialis penunjang medis di Provinsi Aceh dibawah rerata nasional, kecuali urologi. Namun spesialis farmasi klinik tidak ada di satupun RSU Pemerintah. Hanya ada dua RSU Pemerintah yang memiliki spesialis gigi (Konservasi Gigi).

Kondisi ketenagaan kesehatan RSU Pemerintah di Provinsi Aceh pada jenis apoteker, radioterapis, teknisi gigi, analis kesehatan, dan teknisi transfusi di Provinsi Aceh lebih rendah daripada rerata nasional. Tenaga yang sangat minim di RSU Pemerintah di Provinsi Aceh adalah ortotis prostetis (1 orang), radioterapis (2 orang) dan teknisi transfusi (2 orang).

- 3. Sarana Penunjang.** Seluruh RSU Pemerintah telah memiliki layanan listrik 24 jam dan generator set. *Uninterruptable Power Supply (UPS)* hanya tersedia di sekitar 60% RSU Pemerintah. Ketersediaan reservoir air di RSU Pemerintah adalah sebesar 92,0%. Dalam

hal akses internet dan ketersediaan telepon, RSU Pemerintah di Provinsi Aceh (84% dan 100%) sudah lebih tinggi daripada rerata Nasional.

Secara umum terdapat 2830 tempat tidur RSU Pemerintah di Provinsi Aceh, dengan jumlah tempat tidur kelas 3 sebanyak 1486 buah (52,5%) dari keseluruhan jumlah tempat tidur RSU Pemerintah di Provinsi Aceh.

- 4. Klinik Rawat Jalan.** Klinik kebidanan dan kandungan merupakan jenis klinik rawat jalan yang terbanyak (100%) ditemukan di RSU pemerintah, diikuti Klinik anak (96,0%) dan klinik gigi mulut (96,0%). Di antara klinik pelayanan medik spesialistik dasar (klinik spesialistik kesehatan kebidanan dan kandungan, penyakit dalam, dan bedah, klinik anak), keberadaan klinik bedah merupakan yang terendah (84,0%). Klinik spesialistik mata baru tersedia di 60% RSU pemerintah.

Ketersediaan klinik THT ditemukan di sekitar 64,0% RSU Pemerintah. Klinik yang masih minim di RSU Pemerintah di Provinsi Aceh adalah klinik medical check up (28,0%), ortopedi (16,0%), dan VCT(16,0%).

- 5. Pelayanan RSU Pemerintah.** Seluruh RSU Pemerintah di Aceh sudah memiliki Unit Gawat Darurat. Sekitar 84,0% RSU Pemerintah di Provinsi Aceh telah memiliki pelayanan bedah. Dan sekitar 68,0% RSU Pemerintah di Aceh yang memiliki perawatan intensif.

Proporsi keberadaan pelayanan perinatal/neonatal RSU Pemerintah di Aceh hampir sama (92,0%) dengan proporsi keberadaan pelayanan perinatal Nasional (92,4%). Proporsi keberadaan pelayanan laboratorium patologi klinik di Aceh (96,0%) lebih tinggi daripada rerata Nasional (93,7%). Proporsi keberadaan pelayanan radiologi di RSU Pemerintah di Aceh sebesar 88,0%. Semua RSU Pemerintah di Aceh memiliki pelayanan farmasi, dan hanya 92,0% RSU Pemerintah di Aceh yang memiliki Instalasi Gizi, 76,0% memiliki Pelayanan Rehabilitasi Medik. Hampir seluruh RSU Pemerintah di Provinsi Aceh (96,0%) telah memiliki unit rekam medis. Sekitar 56,0% RSU Pemerintah (14 RSU Pemerintah) di Provinsi Aceh memiliki Unit Penyediaan Darah, berupa Unit Transfusi Darah. Belum ada satupun RSU Pemerintah di Provinsi Aceh yang mempunyai pelayanan sterilisasi sentral. Di Provinsi Aceh sekitar 92,0% RSU Pemerintah (23 RSU Pemerintah) memiliki pelayanan binatu dan 68,0% memiliki pelayanan pemulasaraan jenazah. Sekitar 72,0% RSU Pemerintah di Provinsi Aceh memiliki unit pengelola limbah.

- 6. Promosi Kesehatan di Rumah Sakit.** Baru 20,0% RSU Pemerintah di Aceh memiliki kebijakan tertulis mengenai kegiatan promosi kesehatan di RS, unit khusus yang mengelola dan menyelenggarakan PKRS. Sekitar 20,0% RSU Pemerintah di Provinsi Aceh juga belum mengalokasikan anggaran untuk kegiatan PKRS. Bisa saja terjadi bahwa RS tidak mengalokasikan anggaran secara khusus untuk kegiatan promosi kesehatan tetapi mengalokasikannya untuk kegiatan lain yang memiliki kemiripan, misalnya kegiatan pemasaran.

Penyuluhan kelompok baru dilakukan oleh sekitar 32,0% RSU Pemerintah di Aceh yang melakukan kegiatan penyuluhan kelompok/massal. Pemasangan spanduk, banner, dan atau poster mengenai informasi kesehatan dilakukan oleh sekitar 52,0% RSU Pemerintah di Provinsi Aceh. Baru 12,0% RSU Pemerintah di Provinsi Aceh yang melakukan kegiatan pembinaan puskesmas.

7. **Pemeriksaan Tuberkulosa.** Hanya sekitar 29,2% Laboratorium Patologi Klinik RSUD Pemerintah di Provinsi Aceh ikut dalam program DOTS, yang sebenarnya 62,5% RSUD Pemerintah memiliki tenaga yang sudah dilatih untuk pemeriksaan sputum BTA, dan 50% melakukan pemeriksaan sputum BTA.
8. **Pelayanan Obstetri Neonatal dan Emergensi Komprehensif (PONEK).** Proporsi pemenuhan beberapa kriteria PONEK RSUD Pemerintah di Provinsi Aceh di bawah angka Nasional adalah dokter jaga terlatih di UGD, dokter mengikuti pelatihan PONEK, bidan mengikuti pelatihan PONEK, bidan telah mengikuti pelatihan PONEK, perawat telah mengikuti pelatihan PONEK, SOP penanganan pasien kegawatdaruratan, prosedur pendelegasian.
9. **Rumah Sakit Sayang Bayi.** Terdapat 10 langkah menuju keberhasilan menyusui yang menjadi indikator Rumah Sakit Sayang Bayi (*Baby Friendly Hospital*) yang dinilai dalam Rifaskes; kebijakan tertulis mengenai penggunaan ASI eksklusif, pelatihan untuk mendukung penggunaan ASI eksklusif, catatan ibu hamil berdiskusi mengenai ASI dan manajemen laktasi, bayi setelah dilahirkan sesegera mungkin kontak dengan ibu, ibu dibimbing melakukan Inisiasi Menyusu Dini, bimbingan kepada Ibu mengenai cara menyusui, bayi diberi makanan lain selain ASI, kebijakan rawat gabung, menyusui bayi kapanpun bayi lapar, serta keberadaan klinik laktasi.

Secara umum, RSUD Pemerintah di Provinsi Aceh masih perlu memberikan perhatian yang cukup baik dalam hal pemenuhan 10 langkah keberhasilan menyusui. Kebijakan tertulis mengenai penggunaan ASI eksklusif, catatan ibu hamil mengenai ASI dan manajemen laktasi, serta klinik laktasi baru dilaksanakan kurang dari sepertiga RSUD Pemerintah di Aceh. Masih ada RSUD pemerintah di Aceh yang memberikan makanan selain ASI kepada bayi. Sebanyak 72,0% RSUD pemerintah sudah membimbing ibu untuk melakukan inisiasi menyusu dini (IMD).

Kesimpulan

1. Secara umum, RSUD Pemerintah dengan kelas yang lebih tinggi memiliki SDM, Kesehatan, jenis pelayanan, kesesuaian standar, dan peralatan yang lebih baik daripada kelas yang berada di bawahnya.
2. Masih terdapat RSUD Pemerintah yang belum menjalankan pelayanan yang diharuskan, misalnya memiliki Instalasi Radiologi, Rekam Medis, Instalasi Gizi, Binatu, dan sebagainya.
3. Masih banyak RSUD yang belum memiliki kesesuaian antara standar yang ditetapkan di dalam masing-masing kelas RS dengan kondisi yang dimiliki, baik dalam hal ketenagaan dan peralatan yang dibutuhkan untuk setiap pelayanan RS.
4. Masih terdapat RSUD Pemerintah yang belum memiliki kemampuan optimal di dalam menunjang pencapaian indikator *Millenium Development Goals*, misalnya dalam hal penanganan Tuberkulosis dan HIV-AIDS.
5. Kemampuan RSUD Pemerintah dalam menghadapi kasus-kasus emergensi kebidanan dan kandungan, serta neonatal masih lemah, hal ini terlihat dari masih banyaknya RSUD Pemerintah yang belum mampu memenuhi Kriteria Umum RS PONEK.

6. Perhatian RSUD Pemerintah terhadap kegiatan promosi kesehatan di RS masih belum optimal. Kurangnya perhatian RSUD Pemerintah terhadap kegiatan promosi kesehatan di RS juga tercermin dari banyaknya rumah sakit yang belum memiliki peralatan standar promosi kesehatan di rumah sakit dan minimnya kegiatan promosi kesehatan di RS.

Saran

1. Perlu dilakukan identifikasi terhadap kesesuaian kelas RSUD Pemerintah dengan kemampuan dan kondisi sebenarnya yang dimiliki oleh RSUD Pemerintah. Kesesuaian kelas mengacu pada persyaratan Permenkes Nomor 340 Tahun 2010 tentang Klasifikasi Rumah Sakit
2. Pemerintah perlu memperhatikan keberadaan dan distribusi SDM kesehatan yang dibutuhkan oleh RSUD pemerintah, khususnya empat jenis dokter spesialis pelayanan medik spesialistik dasar.
3. Kementerian Kesehatan bekerjasama dengan pemilik RSUD Pemerintah lainnya, seperti TNI/Polri, BUMN, Kementerian dalam Negeri, dan Pemerintah Provinsi/Kabupaten/Kota, untuk bersama-sama melakukan upaya untuk dapat memenuhi standar RS yang telah ditetapkan. Kerjasama juga dilakukan untuk mengurangi kesenjangan baik antara RSUD yang berbeda kepemilikan maupun antara kondisi geografis.
4. Dipertimbangkan untuk pengembangan konsep rujukan regional dengan memperkuat keberadaan, sebaran, dan kemampuan pelayanan perawatan intensif tersier (NICU, PICU, dan CICU/ICCU) pada sarana pelayanan kesehatan rujukan yang terpilih.
5. Perlu penguatan kemampuan RSUD Pemerintah di dalam Pelayanan Obstetri Neonatal Emergensi Komprehensif (PONEK). Kemampuan RSUD Pemerintah dalam menangani kasus-kasus kegawatdaruratan pada Ibu dan bayi membutuhkan keberadaan dan kelengkapan pelayanan serta keterampilan petugas yang memenuhi kriteria sebagai RS PONEK.
6. Masih banyak RSUD Pemerintah yang belum memenuhi kriteria 10 langkah keberhasilan menyusui. Perlu upaya untuk meningkatkan pemahaman petugas mengenai ASI Eksklusif dan Inisiasi Menyusui Dini, serta kemampuan melakukan persuasi kepada ibu dan keluarga. Selain itu, peningkatan keberadaan klinik laktasi di RSUD Pemerintah hendaknya menjadi perhatian dari pengelola RSUD Pemerintah
7. Perhatian pengelola RSUD Pemerintah terhadap kegiatan-kegiatan promosi kesehatan di RS, perlu ditingkatkan terkait dengan kedudukan RS sebagai institusi pelayanan kesehatan yang memberikan pelayanan kesehatan perorangan paripurna (promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif).

DAFTAR ISI

	Halaman
KATA PENGANTAR	i
RINGKASAN EKSEKUTIF	ii
DAFTAR ISI	vii
DAFTAR TABEL	xi
DAFTAR SKEMA	xii
DAFTAR SINGKATAN	xiii
BAB 1 PENDAHULUAN	1
1.1. LATAR BELAKANG	1
1.2. PERTANYAAN KEBIJAKAN	2
1.3. PERTANYAAN PENELITIAN	3
1.4. TUJUAN PENELITIAN	3
1.5. MANFAAT PENELITIAN.....	3
1.6. RUANG LINGKUP	3
BAB 2 METODE PENELITIAN	5
2.1. RANCANGAN PENELITIAN	5
2.2. POPULASI DAN SAMPEL	5
2.2.1. POPULASI PENELITIAN	5
2.2.2. SAMPEL PENELITIAN	5
2.3. RESPONDEN DI RUMAH SAKIT	5
2.4. PENGUMPULAN DATA (PULDAT)	5
2.4.1. JENIS DATA YANG DIKUMPULKAN	5
2.4.2. PENGUMPULAN DATA DI RUMAH SAKIT	5
2.4.3. CARA PENGUMPULAN DATA	6
2.5. RINCIAN KEGIATAN	6
2.5.1. TAHAP PERSIAPAN	6
2.5.1.1. Telaah Dokumen (<i>Document Review</i>)	6
2.5.1.2. Pertemuan Konsinyasi Lintas Program dan Organisasi Profesi	6
2.5.1.3. Pertemuan Pakar	6
2.5.1.4. Penyusunan <i>Draft</i> Instrumen Riset Fasilitas Kesehatan 2011	7
2.5.1.5. Ujicoba Instrumen	7
2.5.1.6. Pertemuan Perbaikan dan Finalisasi Instrumen Rifaskes 2011	7
2.5.1.7. Penyusunan <i>Plan Of Action</i> (POA) Pelaksanaan Rifaskes 2011.....	7

2.5.2. TAHAP PELAKSANAAN	7
2.5.2.1. Penyusunan Pedoman Instrumen Riset Fasilitas Kesehatan 2011	7
2.5.2.2. Pertemuan Tim Manajemen Rifaskes 2011	8
2.5.2.3. Rapat Koordinasi Tingkat Provinsi	8
2.5.2.4. <i>Workshop</i> Fasilitator Rifaskes 2011 Tingkat Pusat	8
2.5.2.5. <i>Workshop</i> Penanggungjawab Teknis Kabupaten/Kota Rifaskes 2011	9
2.5.2.6. <i>Workshop</i> Rifaskes 2011 Untuk Enumerator	9
2.5.2.7. Pengumpulan Data Rifaskes 2011	10
2.5.2.8. Validasi Studi	10
2.5.2.9. Pengolahan Data	10
2.5.2.10. Analisis Data	10
2.5.2.11. Diseminasi Hasil Rifaskes	11
2.6. PENGORGANISASIAN RIFASKES 2011	11
2.6.1. PENGORGANISASIAN RIFASKES 2011 TINGKAT PUSAT	11
2.6.1.1. Tim Pengarah	11
2.6.1.2. Tim Pakar	11
2.6.1.3. Tim Teknis	11
2.6.1.4. Tim Manajemen	12
2.6.2. PENGORGANISASIAN RIFASKES 2011 TINGKAT WILAYAH	12
2.6.3. PENGORGANISASIAN RIFASKES 2011 TINGKAT PROVINSI	12
2.6.4. PENGORGANISASIAN RIFASKES 2011 TINGKAT KABUPATEN/ KOTA	13
2.6.5. DESKRIPSI TUGAS TIM ENUMERATOR	13
BAB 3 KERANGKA KONSEP	17
3.1. BATASAN	17
3.2. KERANGKA KONSEP	17
3.3. BEBERAPA DEFINISI DAN GAMBARAN PERUMAHSAKITAN	19
3.3.1. DEFINISI RUMAH SAKIT	19
3.3.2. JENIS RUMAH SAKIT	19
3.3.3. FUNGSI DAN TUGAS RUMAH SAKIT	19
3.3.4. PENGATURAN RUMAH SAKIT PENDIDIKAN	19
3.3.5. PEDOMAN ORGANISASI RUMAH SAKIT	20
3.3.6. PERSYARATAN TEKNIS BANGUNAN RUMAH SAKIT DAN PRASARANA RUMAH SAKIT	21
3.3.7. STANDAR PELAYANAN KEFARMASIAN	21
3.3.8. KLASIFIKASI RUMAH SAKIT	22
3.3.9. PERIZINAN RUMAH SAKIT	23
3.3.10. AKREDITASI RUMAH SAKIT	24

3.3.11. DEWAN PENGAWAS RUMAH SAKIT	25
3.3.12. SUMBER DAYA MANUSIA BIDANG KESEHATAN DI RUMAH SAKIT	25
3.3.12.1. Tenaga Medis	26
3.3.12.2. Tenaga Keterampilan Fisik	27
3.3.12.3. Tenaga Kefarmasian, Kesehatan Masyarakat dan Gizi	27
3.3.13. PERALATAN PELAYANAN DI RUMAH SAKIT	27
BAB 4 HASIL DAN PEMBAHASAN	33
4.1. KARAKTERISTIK RUMAH SAKIT	33
4.1.1. Kelas RSUD Pemerintah	33
4.1.2. Kepemilikan RSUD Pemerintah	35
4.1.3. Akreditasi RSUD Pemerintah	36
4.1.4. Wahana Pendidikan Dokter	37
4.2. SUMBER DAYA MANUSIA DI RSUD PEMERINTAH	38
4.2.1. Keberadaan Dokter, Dokter Gigi, Dokter Gigi Spesialis, Di RSUD Pemerintah	40
4.2.2. Keberadaan Dokter Spesialis	40
4.2.3. Tenaga Kesehatan Lainnya	42
4.3. SARANA DAN PRASARANA	43
4.3.1. Ketersediaan Air Bersih Dan Listrik	43
4.3.2. Alat komunikasi di RSUD Pemerintah	44
4.3.3. Alat transportasi di RSUD Pemerintah	44
4.3.4. Tempat Tidur RSUD Pemerintah	44
4.4. Pelayanan Rawat Jalan	45
4.5. Pelayanan RSUD Pemerintah	47
4.5.1. Pelayanan Gawat Darurat	47
4.5.2. Pelayanan Bedah	47
4.5.3. <i>Intensive Care Unit</i> Dan <i>High Care Unit</i>	48
4.5.4. Pelayanan Perinatal Dan Neonatal	50
4.5.5. Laboratorium	52
4.5.6. Pelayanan Radiologi	52
4.5.7. Pelayanan Farmasi	53
4.5.8. Pelayanan Gizi	54
4.5.9. Pelayanan Rehabilitasi Medik	55
4.5.10. Pelayanan Rekam Medik ..	55
4.5.11. Pelayanan Darah	57
4.5.12. Pelayanan Sterilisasi Sentral	58
4.5.13. Pelayanan Binatu	59
4.5.14. Pelayanan Pemulasaraan Jenazah	59
4.5.15. Pengelolaan Limbah	60

4.5.16. Promosi Kesehatan Di Rumah Sakit	62
4.6. INDIKATOR MILLENIUM DEVELOPMENT GOALS	64
4.6.1. Pemeriksaan Tuberkulosis (Tb) di Rumah Sakit	64
4.6.2. HIV – AIDS	65
4.7. KESEHATAN IBU DAN ANAK	66
4.7.1. Pelayanan Obstetri Neonatal Emergensi Komprehensif (PONEK)	66
4.7.2. Rumah Sakit Sayang Bayi (<i>Baby Friendly Hospital</i>)	68
BAB 5 KESIMPULAN DAN SARAN.....	69
5.1. KESIMPULAN.....	69
5.2. SARAN.....	69
DAFTAR PUSTAKA	71
LAMPIRAN	
Tabel Hasil RIFASKES Rumah Sakit Umum Pemerintah 2011	

DAFTAR TABEL

Tabel 3.1.	Perbedaan Definisi Kelas RS antara UU Nomor 44 tahun 2009 dengan Kepmenkes Nomor 983/Menkes/SK/XI/1992	23
Tabel 3.2.	Perbedaan Kewenangan Pemberian Izin Penyelenggaraan RS antara PP Nomor 38 tahun 2007 dengan UU Nomor 44 tahun 2009	24
Tabel 4.1.	Persentase RSUD Pemerintah di Provinsi Aceh menurut Karakteristik Umum, Rifaskes 2011	38
Tabel 4.2.	Persentase RSUD Pemerintah di Provinsi Aceh Berdasarkan Ketersediaan Tenaga Medik, Rifaskes 2011	41
Tabel 4.3.	Persentase RSUD Pemerintah di Provinsi Aceh Berdasarkan Ketersediaan Tenaga Kesehatan lainnya, Rifaskes 2011	43
Tabel 4.4.	Persentase RSUD Pemerintah di Provinsi Aceh menurut Keberadaan Sarana dan Prasarana, Rifaskes 2011	45
Tabel 4.5.	Persentase RSUD Pemerintah di Provinsi Aceh menurut Keberadaan Klinik Rawat Jalan, Rifaskes 2011	46
Tabel 4.6.	Persentase RSUD Pemerintah di Provinsi Aceh menurut Keberadaan Pelayanan, Rifaskes 2011	61
Tabel 4.7.	Persentase RSUD Pemerintah di Provinsi Aceh menurut Kegiatan Promosi Kesehatan di RS, Rifaskes 2011	63
Tabel 4.8.	Persentase RSUD Pemerintah di Provinsi Aceh menurut Pelayanan Tb Paru, Rifaskes 2011	65
Tabel 4.9.	Persentase RSUD Pemerintah di Provinsi Aceh menurut Keterlibatan dalam Penanganan HIV-AIDS, Rifaskes 2011	65
Tabel 4.10.	Persentase RSUD Pemerintah di Provinsi Papua Barat menurut Kriteria Pelayanan Obstetri Neonatus Emergensi Komprehensif (PONEK), Rifaskes 2011	68
Tabel 4.11.	Persentase RSUD Pemerintah di Provinsi Aceh menurut Pemenuhan Komponen 10 Langkah Keberhasilan Menyusui, Rifaskes 2011	70

DAFTAR SKEMA

	Halaman
Skema 1. Pengorganisasian Rifaskes 2011	15
Skema 2. Algoritma Rifaskes 2010 - 2011	16
Skema 3. Kerangka Konsep Riset Fasilitas Kesehatan	18

DAFTAR SINGKATAN

A

ASI	Air Susu Ibu
ABC	Airways, Breathing, Circulation
ACLS	Advance Cardiac Life Support
ATLS	Advance Trauma Life Support

B

BDRS	Bank Darah Rumah Sakit
BTA	Bakteri Tahan Asam
BUK	Bina Upaya Kesehatan
BUMN	Badan Umum Milik Negara

C

CSSD	Central Sterile Supply Department
CT Scan	Computed Tomography Scan

D

DI Yogyakarta	Daerah Istimewa Yogyakarta
DKI	Daerah Khusus Ibukota
DOTS	Direct Observed Treatment Short Course

G

GELS	General Emergency Life support
------	--------------------------------

H

HCU	High Care Unit
-----	----------------

I

ICU	Intensive Care Unit
ICCU	Intensive Cardiac Care Unit
IMD	Inisiasi Menyusu Dini

K

Kepmenkes	Keputusan Menteri Kesehatan
KSMF	Kelompok Spesialis Medis Fungsional

M

Mandat	Manajemen data
MDGs	Millenium Development Goals
MRI	Magnetic Resonance Imaging

N

NICU Neonatal Intensive Care Unit

O

OAT Obat Anti Tuberkulosis

P

PAM Perusahaan Air Minum
Permenkes Peraturan Menteri Kesehatan
PICU Pediatric Intensive Care Unit
PJT Penanggung Jawab Teknis
PKRS Promosi Kesehatan di Rumah Sakit
Polri Kepolisian Republik Indonesia
Promkes Promosi Kesehatan

R

Rakornis Rapat Koordinasi Teknis
Rifaskes Riset Fasilitas Kesehatan
RS Rumah Sakit
RSU Rumah Sakit Umum
RM Rehabilitasi Medik

S

SpA Spesialis Anak
SPAG Sekolah Pendidikan Ahli Gizi
SpB Spesialis Bedah
SpBS Spesialis Bedah Syaraf
SpFK Spesialis Farmasi Klinis
SpJP Spesialis Jantung dan Pembuluh Darah
SpKK Spesialis Kulit dan Kelamin
SpMK Spesialis Mikrobiologi Klinik
SpOG Spesialis Obstetri dan Ginekologi
SpPA Spesialis Patologi Anatomi
SpPD Spesialis Penyakit Dalam
SpTHT Spesialis Telinga Hidung Tenggorokan

T

Tb Tuberkulosis
THT Telinga Hidung Tenggorokan
TOT Training of Trainer
TNI Tentara Nasional Indonesia
TT Tempat Tidur

U

UGD Unit Gawat Darurat

UPS	Unintteruptable Power Supply
USG	Ultrasonografi
UTD.C PMI	Unit Transfusi Darah Cabang Palang Merah Indonesia
UTD.D PMI	Unit Transfusi Darah Daerah Palang Merah Indonesia
UTD RS	Unit Transfusi Darah Rumah Sakit
UU	Undang-Undang
V	
VCT	Voluntary Counseling and Testing
VIP	Very Important Person

BAB 1 PENDAHULUAN

1.1. LATAR BELAKANG

Hak atas kesehatan setiap warga negara dijamin oleh konstitusi. Dalam Undang-undang Dasar 1945 pasal 28A menyatakan bahwa, *"Setiap orang berhak untuk hidup serta berhak mempertahankan hidup dan kehidupannya"*. Selanjutnya, dalam pasal 28 H ayat 1, *"Setiap orang berhak hidup sejahtera lahir batin, bertempat tinggal, dan mendapatkan lingkungan hidup yang baik dan sehat, serta berhak memperoleh pelayanan kesehatan"*, pasal 34 ayat 1, *"Fakir miskin dan anak-anak yang terlantar dipelihara oleh Negara"*, dan pasal 34 ayat 3, *"Negara bertanggungjawab atas penyediaan fasilitas pelayanan kesehatan dan fasilitas pelayanan umum yang layak"*.

Berdasarkan UU Nomor 32 tahun 2004 (pasal 10) dan PP Nomor 38 tahun 2007, penyelenggaraan urusan kesehatan di Indonesia merupakan sinergi antara peran pemerintah daerah dan pusat.

Sistem Kesehatan Nasional menetapkan rumah sakit dan puskesmas merupakan salah satu bentuk fasilitas pelayanan kesehatan (Kepmenkes 274 tahun 2009). Pelayanan kesehatan yang diberikan oleh rumah sakit dan puskesmas merupakan bagian dari pelayanan publik sebagaimana ditetapkan dalam Undang-Undang Nomor 25 tahun 2009 tentang Pelayanan Publik. Keberadaan Rumah Sakit dan puskesmas juga menjadi bagian dari UU Nomor 36 tahun 2009 tentang Kesehatan, setidaknya terkait dengan Bab V (Bagian Kedua) mengenai Fasilitas Pelayanan Kesehatan dan Bab VI mengenai Upaya Kesehatan.

Ketiadaan aturan payung mengenai perumahsakitian telah menyebabkan seringnya terjadi perubahan pada status dan kebijakan mengenai rumah sakit. Perubahan aturan keuangan negara selama ini menjadi pengendali utama (*driving force*) pengelolaan RS. Alasan utama perubahan status RS adalah untuk memberikan celah bagi keleluasaan pengelolaan keuangan RS.

Perubahan pada aturan keuangan negara mengakibatkan kebijakan-kebijakan yang dibuat mengenai perumahsakitian juga mengalami perubahan yang berulang-ulang. Sebagai suatu institusi pelayanan yang memiliki karakteristik dan kompleksitas masalah tersendiri, rumah sakit seharusnya memiliki landasan yang kuat untuk berpijak dan tidak mudah terombang-ambing dalam suatu keadaan yang belum tentu menjadikannya lebih baik. Pemerintah menyadari hal tersebut, sehingga pada tanggal 28 Oktober 2009, ditetapkan UU Nomor 44 tahun 2009 tentang Rumah Sakit.

Kendati telah ditetapkan Kepmenkes Nomor 128 tahun 2004 tentang Kebijakan Dasar Puskesmas, keberadaan puskesmas di era desentralisasi masih belum memuaskan. Data Riset Kesehatan Dasar 2007 (Riskesdas 2007) menunjukkan bahwa pelayanan rawat inap di Puskesmas hanya sekitar 0,8%, demikian pula halnya dengan pelayanan rawat jalan yang hanya 1,3%. Masyarakat lebih banyak memilih berobat ke tenaga kesehatan (13,9%) daripada ke puskesmas. Berbagai masalah tetap melanda puskesmas, mulai dari kurangnya SDM Kesehatan,

anggaran, peralatan, dan obat-obatan, sampai dengan berbagai masalah terkait kebijakan, seperti kewenangan SDM kesehatan, struktur dan eselonisasi puskesmas, dan sebagainya.

Di sisi lain, perkembangan jaman dan globalisasi telah membawa fasilitas pelayanan kesehatan pada situasi persaingan yang membutuhkan mutu layanan prima. Pelayanan kesehatan melampaui batas Negara dan teknologi kesehatan juga semakin maju. Tingkat pendidikan dan ekonomi masyarakat semakin tinggi, sehingga pasar sangat tergantung pada keinginan pasien (*customer oriented*). Pesaing dari luar negeri banyak menawarkan berbagai kenyamanan dan nilai positif, seperti kemudahan akses, keramahan, keterbukaan Informasi, harga yang bersaing, dan kualitas pelayanan yang baik.

Keberadaan rumah sakit dan puskesmas sebagai fasilitas pelayanan kesehatan publik tidak terlepas dari pentingnya memperoleh informasi yang berasal dari laboratorium. Menteri Kesehatan pada peresmian Bio Safety Laboratorium Level 3 (BSL-3) bahkan telah menyebutkan pentingnya laboratorium sebagai perangkat penentu diagnosis, bukan sekedar penunjang diagnostik dalam kesiapsiagaan menghadapi Kejadian Luar Biasa (KLB) maupun pre-pandemik penyakit infeksi *New-Emerging* dan *Re-Emerging*. Hal ini mengukuhkan akan perlunya keberadaan fasilitas laboratorium yang layak dalam mendukung keberhasilan dalam mencegah meluasnya transmisi atau penularan penyakit infeksi melalui diperolehnya hasil diagnosis penyakit dengan cepat, tepat, dan akurat sehingga dapat segera diambil tindakan baik untuk pencegahan maupun pengobatan.

Dalam upaya pencapaian Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional (RPJMN) 2010 – 2014 dan Rencana Strategis (Renstra) Kementerian Kesehatan 2010 -2014, maka dukungan kebijakan yang tepat dalam hal upaya kesehatan menjadi suatu hal yang penting. Kebijakan yang tepat hanya akan diperoleh bila didasarkan pada bukti yang kuat dan sah (*evidence based policy*). Melalui kebijakan yang tepat maka perencanaan program secara konkuren di setiap tingkat administrasi Pemerintahan dan intervensi yang dilakukan akan lebih efektif.

Informasi yang dibutuhkan agar penyediaan sarana dan prasarana kesehatan dapat dilakukan secara tepat belum tersedia secara akurat, terkini (*up to date*) dan memadai. Selain itu, saat ini belum tersedia peta status terkini tentang fasilitas kesehatan (RS, Puskesmas dan laboratorium) dan kinerjanya pada tingkat wilayah dan nasional. Penyelenggaraan sistem pelayanan kesehatan di masa datang yang kompleks memerlukan informasi tentang *supply* pelayanan kesehatan agar tujuan tercapai optimal.

1.2. PERTANYAAN KEBIJAKAN

Supply apa yang dibutuhkan (fasilitas, SDM, peralatan kesehatan dan pelayanan kesehatan) agar institusi pelayanan kesehatan baik pusat maupun daerah dapat menyelenggarakan Upaya Kesehatan Masyarakat (UKM) dan Upaya Kesehatan Perorangan (UKP) secara optimal untuk mencapai tujuan RPJMN Bidang Kesehatan 2010-2014, MDGs 2015, Standar Pelayanan Minimum Bidang Kesehatan (SPM-BK), *Universal Coverage*, dan akselerasi pencapaian pembangunan kesehatan sesuai dengan Inpres Nomor 1 dan Nomor 3?

1.3. PERTANYAAN PENELITIAN

1. Bagaimana informasi terkini tentang *supply* pelayanan kesehatan, yaitu fasilitas (RS, puskesmas dan laboratorium klinik mandiri), termasuk SDM, alat kesehatan penting dan canggih dan penyediaan pelayanannya pada tingkat wilayah dan nasional?
2. Bagaimana distribusi *supply* pelayanan kesehatan di berbagai wilayah?
3. Bagaimana kinerja sistem pelayanan kesehatan dan variasinya di berbagai wilayah?

1.4. TUJUAN PENELITIAN

1. Diperolehnya informasi terkini tentang *supply* pelayanan kesehatan, yaitu fasilitas (rumah sakit, puskesmas dan laboratorium), termasuk Sumber Daya Manusia, peralatankesehatan penting dan canggih dan penyediaan pelayanannya pada tingkat wilayah dan nasional (*stock opname*).
2. Memberikan pemetaan ketersediaan *supply*fasilitas pelayanan kesehatan (RS, puskesmas, dan laboratorium klinik mandiri) di berbagai wilayah (kabupaten/kota/provinsi).
3. Diperolehnya indeks kinerja rumah sakit, puskesmas, dan laboratorium klinik mandiri.
4. Diperolehnya model kinerja RS.

1.5. MANFAAT PENELITIAN

1. Mendukung pencapaian *Universal Coverage* Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN), Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas) dengan menyediakan data fasilitas (RS, puskesmas, dan laboratorium klinik mandiri) terkait dengan paket pelayanan kesehatan yang dapat diberikan (*benefit package*).
2. Memberikan masukan untuk penyusunan kebijakan pasca diterbitkannya UU Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit.
3. Memberikan masukan untuk penyusunan kebijakan revitalisasi puskesmas dan laboratorium klinik mandiri.
4. Memungkinkan Pemerintah Pusat/provinsi mengalokasi bantuan/peran kepada daerah berdasar evidens secara optimal
5. Memungkinkan pemerintah daerah mengembangkan *supply* pelayanan kesehatan yang dibutuhkan
6. Dapat digunakan dasar bagi perencanaan fasilitas pelayanan kesehatan di berbagai tingkat administrasi pemerintahan.
7. Menghasilkan peta yang terintegrasi antara masalah kesehatan dan penyediaan pelayanan kesehatan berdasarkan berbagai riset/informasi yang relevan (Riskasdas, Podes, Susenas dan lain-lain).
8. Mendorong kegiatan riset *follow up* yang lebih tajam dan terarah.

1.6. RUANG LINGKUP

Riset Fasilitas Kesehatan (Rifaskes) dilakukan di seluruh rumah sakit, puskesmas, dan laboratorium klinik mandiri milik Pemerintah di seluruh Indonesia pada tahun 2010–2011.

Tahap persiapan dilakukan pada tahun 2010, sedangkan pelaksanaan dilakukan pada tahun 2011. Dalam laporan ini akan disajikan hasil Rifaskes khusus fasilitas rumah sakit, sedangkan laporan untuk fasilitas lain (puskesmas dan laboratorium klinik mandiri) dituliskan dalam buku yang terpisah.

BAB 2 METODE PENELITIAN

2.1. RANCANGAN PENELITIAN

Rancangan Riset Fasilitas Kesehatan 2011 adalah studi potong lintang (*cross sectional*).

2.2. POPULASI DAN SAMPEL

2.2.1. POPULASI PENELITIAN

Populasi penelitian adalah rumah sakit umum pemerintah di seluruh Indonesia.

2.2.2. SAMPEL PENELITIAN

Sampel penelitian adalah seluruh rumah sakit umum pemerintah di seluruh Indonesia (Sensus).

2.3. RESPONDEN DI RUMAH SAKIT

Responden di rumah sakit meliputi:

1. Direktur utama/direktur
2. Semua kepala bagian/departemen
3. Tenagarekam medis
4. Bagian Sistem Informasi Rumah Sakit (SIRS)
5. Bagian pemeliharaan sarana dan prasarana, dan bagian lainnya.

2.4. PENGUMPULAN DATA (PULDAT)

2.4.1. JENIS DATA YANG DIKUMPULKAN

Data yang dikumpulkan meliputi :

1. Fasilitas, Sumber Daya Manusia (SDM), alat kesehatan
2. Organisasi dan manajemen
3. Pelayanankesehatan yang berjalan
4. Output esensial dan pelayanan kesehatan
5. Indikator mutu esensial

2.4.2. PENGAMBILAN DATA DI RUMAH SAKIT

Pengumpul data adalah peneliti Badan Litbangkes, politeknik kesehatan (Poltekkes), kalangan universitas (perguruan tinggi), organisasi profesi, ataupun masyarakat umum yang memenuhi kriteria yang dipersyaratkan, baik di tingkat Pusat maupun daerah.

Tim pengumpul data rumah sakit direkrut dari provinsi dan melakukan pengumpulan data di rumah sakit umum kabupaten/kota yang berada di wilayah provinsi dimana mereka direkrut. Tim pengumpul data rumah sakit terdiri dari 3 orang, 1 orang ketua tim yang merangkap sebagai anggota tim dan 2 orang anggota tim lain. Setiap anggota tim mempunyai

tugas berbeda, tetapi bekerja sama sebagai satu tim. Setiap tim melakukan pengumpulan data di sekitar 4 RS (<30 hari).

Petugas pengumpul data di rumah sakit harus memenuhi persyaratan sebagai berikut:

1. Ketua tim di setiap rumah sakit, setidaknya memiliki latar belakang pendidikan S2 di bidang kesehatan atau dokter/dokter gigi spesialis, diutamakan Magister Rumah Sakit (MARS/MHA).
2. Anggota Tim : Setidaknya memiliki latar belakang pendidikan S1 Bidang Kesehatan dan atau tenaga medis (dokter dan dokter gigi), atau D3 rekam medis.

2.4.3. CARA PENGUMPULAN DATA

Data dikumpulkan melalui:

1. *Interview* (wawancara) dengan menggunakan kuesioner
2. Data sekunder, dikumpulkan dengan menggunakan daftar tilik
3. Observasi

2.5. RINCIAN KEGIATAN

Kegiatan di dalam Rifaskes meliputi:

2.5.1. TAHAP PERSIAPAN

2.5.1.1. Telaah Dokumen (*Document Review*)

Dilakukan kajian (telaah) terhadap dokumen yang tersedia, terkait peraturan perundang-undangan, buku pedoman, referensi terkait, khususnya tentang perumahasakitan.

2.5.1.2. Pertemuan Konsinyasi Lintas Program dan Organisasi Profesi

Tujuan umum pertemuan konsinyasi lintas program dan organisasi profesi adalah memperoleh dukungan lintas program dalam persiapan dan pelaksanaan Riset Fasilitas Kesehatan tahun 2011. Beberapa tujuan khusus, antara lain:

- a. Memperoleh input mengenai indikator-indikator kinerja rumah sakit dan puskesmas, dari unit-unit utama kementerian Kesehatan yang terkait dan Organisasi Profesi
- b. Tersosialisasinya rencana kegiatan Riset Fasilitas Kesehatan tahun 2011
- c. Adanya pemahaman peserta pertemuan tentang perlu dan manfaat dari kegiatan Riset Fasilitas Kesehatan tahun 2011

2.5.1.3. Pertemuan Pakar

Tujuan Umum pertemuan ini adalah untuk memperoleh masukan-masukan dari para pakar dalam pengembangan indikator Rifaskes2011. Beberapa tujuan khusus antara lain :

- a. Terumuskannya draft indikator Rifaskes2011 untuk RSU Pemerintah, puskesmas, dan laboratorium klinik mandiri
- b. Sosialisasi pelaksanaan Riset Fasilitas Kesehatan 2011
- c. Pengembangan jejaring dalam pelaksanaan Riset Fasilitas Kesehatan 2011
- d. Diperolehnya masukan pakar dalam pelaksanaan Riset Fasilitas Kesehatan 2011

2.5.1.4. Penyusunan *Draft* Instrumen Riset Fasilitas Kesehatan 2011

Pertemuan ini bertujuan untuk menyusun draft instrumen Riset Fasilitas Kesehatan 2011, meliputi draft instrumen RifaskesRSU, puskesmas, dan laboratorium klinik mandiri. Instrumen penelitian disusun berdasarkan indikator yang sudah ditetapkan dan berbagai masukan yang diterima melalui serangkaian pertemuan (diskusi). Kuesioner rumah sakit dikembangkan dengan mempertimbangkan kelas RS. Kuesioner puskesmas dikembangkan dengan mempertimbangkan jenis (puskesmas dengan fasilitas rawat inap dan non rawat inap) dan lokasi (perkotaan dan pedesaan) puskesmas.

2.5.1.5. Uji Coba Instrumen

Uji coba instrumen dilakukan untuk memperoleh gambaran mengenai validitas dan reabilitas *draft* instrumen Riset Fasilitas Kesehatan 2011. Beberapa tujuan khusus kegiatan ini antara lain :

- a. Diperoleh hasil uji coba instrumen Rifaskes 2011
- b. Diperolehnya gambaran untuk manajemen data hasil penelitian
- c. Diperolehnya masukan-masukan untuk perbaikan dan penyempurnaan instrumen

2.5.1.6. Pertemuan Perbaikan dan Finalisasi Instrumen Rifaskes2011

Tujuan Umum kegiatan ini adalah diperolehnya instrumen final Rifaskes 2011, dengan tujuan khusus antara lain diperolehnya informasi hasil uji coba instrumen penelitian dan diperolehnya instrumen yang telah disempurnakan

2.5.1.7. Penyusunan *Plan of Action* (PoA) Pelaksanaan Rifaskes2011

Tujuan pertemuan ini adalah tersusunnya perencanaan pelaksanaan (*plan of action*) Rifaskes tahun 2011.

2.5.2. TAHAP PELAKSANAAN

Tahap Pelaksanaan Riset Fasilitas Kesehatan dilakukan pada tahun 2011

2.5.2.1. Penyusunan Pedoman Instrumen Riset Fasilitas Kesehatan 2011

Kegiatan ini bertujuan untuk menyusun pedoman teknis instrumen Riset Fasilitas Kesehatan 2011, meliputi penyusunan pedoman teknis instrumen rumah sakit, puskesmas, dan laboratorium klinik mandiri. Pedoman Instrumen Riset Fasilitas Kesehatan 2011 diperlukan sebagai acuan agar terjadi kesamaan di dalam definisi operasional dan pemaknaan dari instrumen yang sudah disusun.

Kegiatan penyusunan pedoman instrumen dilakukan sebagai tindak lanjut dari pengembangan kuesioner yang sudah dihasilkan selama masa persiapan. Penyusunan pedoman instrumen dimaksudkan sebagai bagian dari upaya jaga mutu yang dilakukan agar data yang dikumpulkan didasarkan pada kesamaan pemahaman dari enumerator yang akan menghasilkan data yang valid. Penyusunan pedoman instrumen dilakukan melalui serangkaian diskusi yang melibatkan narasumber terkait dan kerja tim.

2.5.2.2. Pertemuan Tim Manajemen Rifaskes2011

Tujuan dari kegiatan ini adalah menjamin pelaksanaan Riset Fasilitas dapat berjalan sesuai dengan yang diharapkan. Beberapa tujuan khusus kegiatan pertemuan tim manajemen Rifaskes2011 adalah :

- a. Diperolehnya rencana teknis pelaksanaan Rifaskes 2011.
- b. Diidentifikasinya potensi permasalahan dan masalah-masalah yang ada dalam pelaksanaan Rifaskes 2011.
- c. Diidentifikasinya alternatif-alternatif pemecahan masalah dalam pelaksanaan Rifaskes 2011.

Pertemuan tim manajemen merupakan salah satu bentuk dari upaya jaga mutu pelaksanaan Rifaskes 2011. Pada tahap-tahap awal, pertemuan tim manajemen dilakukan untuk mematangkan perencanaan dan mempersiapkan penunjang pelaksanaan Rifaskes. Ketika Rifaskes berjalan, pertemuan tim manajemen dilakukan dengan maksud melakukan monitoring dan evaluasi agar pelaksanaan Rifaskes 2011 dapat berjalan sesuai dengan yang diharapkan. Pertemuan tim internal manajemen melibatkan tim teknis, tim pakar, tim manajemen data, dan tim administrasi.

2.5.2.3. Rapat Koordinasi Tingkat Provinsi

Rapat koordinasi tingkat provinsi bertujuan untuk terlaksananya persiapan pelaksanaan Rifaskes2011 di tingkat provinsi dan kabupaten/kota. Beberapa tujuan khusus rapat koordinasi antara lain :

- a. Sosialisasi pelaksanaan Rifaskes2011
- b. Teridentifikasinya faktor penghambat dalam pelaksanaan Rifaskes2011
- c. Teridentifikasinya faktor penunjang dan potensi untuk pelaksanaan Rifaskes2011
- d. Tersusunnya alternatif pemecahan untuk mengatasi faktor penghambat yang mungkin terjadi dalam pelaksanaan Rifaskes2011
- e. Tersusunnya rencana pelaksanaan dan mekanisme kerja Rifaskes2011 di setiap daerah
- f. Tersedianya tenaga penanggungjawab operasional Rifaskes2011 di setiap daerah

Rapat Koordinasi Riset Fasilitas Kesehatan 2011 tingkat Provinsi dilaksanakan di seluruh provinsi dan dilakukan di ibukota provinsi. Rapat ini diikuti oleh pelaksana Riset Fasilitas Kesehatan 2011, kepala dinas kesehatan provinsi dan kabupaten/kota, kepala/direktur RS, kepala laboratorium klinik mandiri, dan kepala bidang pelayanan kesehatan dinas kesehatan provinsi.

Kegiatan Rapat Koordinasi Rifaskes2011 dilakukan di ibukota 33 provinsi di Indonesia. Sebagai pelaksana kegiatan adalah seluruh satuan kerja (satker) di lingkungan Badan Litbang Kesehatan

2.5.2.4. *Workshop* Fasilitator Rifaskes 2011 Tingkat Pusat

Workshop fasilitator Rifaskes tingkat pusat dilakukan dengan pertimbangan bahwa perlu adanya pendelegasian dan penyebarluasan pemahaman substansi Rifaskes 2011 mengingat rentang kendali kegiatan Rifaskes 2011 yang cukup lebar.

Tujuan dari kegiatan ini agar peserta *workshop* mampu untuk memberikan materi dan arahan mengenai Rifaskes 2011 pada Penanggungjawab Teknis (PJT) kabupaten/kota dan

enumerator Rifaskes 2011, memahami substansi, serta instrumen yang digunakan. Melalui kegiatan ini peserta mampumemahami substansi Rifaskes2011,memahami instrumen,diperoleh komitmen dalam perencanaan, pelaksanaan dan pelaporan di provinsi (termasuk pengorganisasian lapangan, rekrutmen tenaga, manajemen data dan pembuatan laporan), memperoleh kesamaan persepsi dalam pemahaman materi kuesioner, pengisian dan manajemen data, memperoleh standarisasi metode pelatihan PJT kab/kota (tenaga pelatih pengumpul data) dan pelatih manajemen data, serta memperoleh kesamaan pemahaman proses administrasi keuangan dan logistik.

Workshop diikuti oleh seluruh PJT provinsi Rifaskes2011, dan wakil koordinator wilayah, dilakukan selama 4 hari dengan berbagai materi yang terkait dengan pelaksanaan Rifaskes 2011, meliputi pemahaman mengenai kebijakan umum (perumahsakitan, puskesmas,dan laboratorium), indikator-indikator penelitian, cara untuk mengumpulkan data yang dibutuhkan, mekanisme dan alur kerja, pemahaman instrumen yang digunakan, serta pertanggungjawaban keuangan.

2.5.2.5. *Workshop* Penanggungjawab Teknis Kabupaten/kota Rifaskes 2011

Tujuan kegiatan ini adalah agar peserta *workshop* mampu untuk memberikan pemahaman mengenai instrumen Rifaskes 2011, diperolehnya komitmen dalam perencanaan, pelaksanaan dan pelaporan di kabupaten/kota (termasuk pengorganisasian lapangan, rekrutmen tenaga, manajemen data dan pembuatan laporan), memperoleh kesamaan persepsi dalam pemahaman materi kuesioner, pengisian dan manajemen data, memperoleh standarisasi metode pelatihan bagi pelatih pengumpul data dan manajemen data, serta memperoleh kesamaan pemahaman proses administrasi keuangan dan logistik.

Workshop penanggungjawab teknis kabupaten/kota diikuti oleh seluruh Penanggungjawab Teknis (PJT) kabupaten/kota. *Workshop* dilakukan selama 4 hari dengan berbagai materi yang terkait dengan pelaksanaan Rifaskes 2011, meliputi pemahaman mengenai kebijakan umum (perumahsakitan, puskesmas, dan laboraorium klinik mandiri), indikator-indikator penelitian, cara untuk mengumpulkan data yang dibutuhkan, mekanisme dan alur kerja, pemahaman instrumen yang digunakan, serta pertanggungjawaban keuangan.

Workshop dilakukan oleh fasilitator tingkat pusat dengan dukungan dari Tim Manajemen Rifaskes2011. Peserta *workshop*diharapkan mampu memberikan pengarahan dan pemahaman untuk enumerator. Hal ini dilakukan mengingat ada lebih dari 3500 enumerator Rifaskes 2011 yang direkrut sehingga perlu adanya penyebarluasan pemahaman pelaksanaan Rifaskes kepada PJT kabupaten/kota yang selanjutnya akan terlibat di dalam pelaksanaan *workshop* untuk enumerator.

2.5.2.6. *Workshop* Rifaskes2011 untuk Enumerator

Workshop untuk enumerator dilakukan dengan pertimbangan bahwa perlu adanya penyebarluasan pemahaman substansi Rifaskes2011 kepada enumerator Rifaskes2011. Dengan pemahaman yang baik, enumerator akan dapat mengumpulkan data dengan benar, sehingga akan menghasilkan kualitas data yang baik.

Tujuan umum dari *workshop* ini agar peserta *workshop* mampu untuk melakukan pengumpulan data dengan baik, memahami substansi Rifaskes2011, memahami instrumen, dan memahami mekanisme pertanggungjawaban administrasi Rifaskes2011.

Workshop enumerator diikuti oleh seluruh enumerator Rifaskes 2011, baik enumerator untuk RSUD Pemerintah, puskesmas, maupun laboratorium klinik mandiri. *Workshop* dilakukan selama 4 hari dengan berbagai materi yang terkait dengan pelaksanaan Rifaskes2011, meliputi pemahaman mengenai kebijakan umum (perumaha sakitan, puskesmas, dan laboratorium klinik mandiri), indikator-indikator penelitian, cara untuk mengumpulkan data yang dibutuhkan, mekanisme dan alur kerja, pemahaman instrumen yang digunakan, serta pertanggungjawaban keuangan.

Workshop enumerator dilakukan terhadap lebih dari 3500 enumerator Rifaskes2011. Metode yang digunakan dalam kegiatan ini meliputi paparan/presentasi dan tanya jawab, diskusi, dan praktek lapangan. *Workshop* dilakukan di ibukota provinsi.

2.5.2.7. Pengumpulan Data Rifaskes2011

Kegiatan ini bertujuan untuk memperoleh data Rifaskes 2011 di RSUD Pemerintah, puskesmas, dan laboratorium klinik mandiri yang meliputi data input, proses, dan output. Kegiatan pengumpulan data Rifaskes2011 dilaksanakan di seluruh RSUD Pemerintah di Indonesia.

Pengumpulan data dilakukan dengan cara mendatangi langsung fasilitas kesehatan tersebut dan melakukan wawancara terhadap responden terkait, pengamatan (observasi) dan telaah terhadap data sekunder yang ada.

2.5.2.8. Validasi Studi

Kegiatan validasi studi merupakan salah satu bentuk dari upaya jaga mutu pelaksanaan Riset Fasilitas Kesehatan 2011. Dilakukan oleh akademisi dari beberapa universitas (perguruan tinggi), antara lain Universitas Indonesia, Universitas Airlangga, dan Universitas Hasanuddin. Kegiatan ini bertujuan untuk melihat gambaran seberapa valid hasil Rifaskes2011.

2.5.2.9. Pengolahan Data

Pengolahan data meliputi *data editing*, *data entry*, *data cleaning*, dan *data processing*. Kelengkapan isian data kuesioner rumah sakit, puskesmas, dan laboratorium di cek oleh ketua tim. Edit dilakukan oleh penanggung jawab teknis (PJT) kabupaten/kota. Data yang kurang lengkap dan meragukan akan dikembalikan ke tim pengumpul data untuk diklarifikasi, bila perlu tim kembali ke lokasi pengumpulan data (puskesmas, RSUD Pemerintah, atau laboratorium klinik mandiri). Kuesioner yang sudah diisi dan diedit oleh PJT di bawa atau dikirim ke Jakarta dan diserahkan kepada Tim Manajemen Data (Mandat) Rifaskes Pusat yang akan melakukan *entry* dan *cleaning* data.

2.5.2.10. Analisis Data

Analisis data meliputi analisis deskriptif nasional dan wilayah. Analisis data dilakukan oleh Tim Analisis Data dengan melibatkan tim teknis serta tim pakar.

2.5.2.11. Diseminasi Hasil Rifaskes

Kegiatan ini dilakukan untuk mensosialisasikan hasil-hasil Rifaskes2011. Kegiatan diseminasi dilakukan di tingkat Pusat dengan mengundang pemangku kepentingan (*stakeholder*) terkait.

Di tingkat Pusat, diseminasi dilakukan dengan mengundang Menteri Kesehatan, Pejabat Eselon I Kementerian Kesehatan, Eselon II Kementerian Kesehatan terkait, jajaran struktural dan peneliti Badan Litbangkes, organisasi profesi, dan akademisi.

2.6. PENGORGANISASIAN RIFASKES 2011

2.6.1. PENGORGANISASIAN RIFASKES 2011 TINGKAT PUSAT

Susunan organisasi Rifaskes Tingkat Pusat meliputi Tim Pengarah, Penanggungjawab, Tim Teknis dan Tim Manajemen.

2.6.1.1. Tim Pengarah

Tim Pengarah bertugas:

- a. Merumuskan dan menetapkan kebijakan pelaksanaan Rifaskes2011
- b. Membahas berbagai masalah strategis terkait dengan pelaksanaan Rifaskes2011
- c. Memberi arahan dan nasehat untuk meningkatkan keberhasilan dan manfaat pelaksanaan Rifaskes
- d. Mengatur manajemen pelaksanaan Rifaskes
- e. Melakukan pengawasan pelaksanaan Rifaskes
- f. Melaporkan dan bertanggung jawab terhadap seluruh hasil pelaksanaan dan evaluasi Rifaskes secara berkala kepada Menteri Kesehatan
- g. Mengusulkan rekomendasi kepada Menteri Kesehatan terkait hasil Rifaskes.

2.6.1.2. Tim Pakar

Tim Pakar bertugas:

- a. Memberi masukan tentang aspek ilmiah dari proposal dan protokol dan pelaksanaan pengumpulan data, manajemen data, analisis data serta publikasi hasil Rifaskes
- b. Membantu menyelesaikan dan memberi rekomendasi terhadap permasalahan pelaksanaan Rifaskes
- c. Membantu mengembangkan hasil Rifaskes menjadi rekomendasi kebijakan pembangunan kesehatan masyarakat.

2.6.1.3. Tim Teknis

Tim Teknis bertugas:

1. Menyusun rencana kegiatan penelitian
2. Menyusun pedoman kegiatan penelitian dan pengolahan data
3. Menyusun metodologi Rifaskes
4. Menyusun rancangan instrumen melalui uji coba
5. Menyusun protokol
6. Melaksanakan sosialisasi

7. Melaksanakan pelatihan
8. Melaksanakan pengumpulan, pengolahan, dan analisis data
9. Melakukan pengawasan pelaksanaan teknis pengumpulan data
10. Melakukan diseminasi dan publikasi Rifaskes
11. Menyusun laporan kegiatan
12. Melaporkan dan bertanggung jawab terhadap persiapan pelaksanaan teknis, pengolahan dan analisis data, dan evaluasi hasil kegiatan Rifaskes kepada Penanggung Jawab
13. Mengusulkan kepada Penanggung Jawab suatu rekomendasi teknis
14. Melakukan koordinasi teknis dengan lembaga riset terkait.

2.6.1.4. Tim Manajemen

Tim Manajemen bertugas:

1. Menyusun rencana kegiatan
2. Menyusun pedoman kegiatan
3. Melaksanakan administrasi keuangan
4. Melaksanakan administrasi ketenagaan
5. Melaksanakan administrasi pengadaan sarana dan prasarana Rifas
6. Melakukan pengawasan pelaksanaan administrasi
7. Menyusun pertanggungjawaban keuangan
8. Menyusun laporan kegiatan
9. Melaporkan dan bertanggung jawab terhadap pelaksanaan administrasi manajemen dan keuangan kegiatan Rifaskes serta evaluasinya kepada Penanggung Jawab
10. Mengusulkan rekomendasi administratif kepada Penanggung Jawab
11. Melakukan koordinasi administratif dengan lembaga riset terkait.

2.6.2. PENGORGANISASIAN RIFASKES 2011 TINGKAT WILAYAH

Tim Rifaskestingkat wilayah bertugas :

1. Menyusun rencana kerja
2. Menyusun rencana tindak lanjut (RTL) setempat
3. Melaksanakan sosialisasi dan advokasi
4. Mengkoordinir perekrutan tenaga enumerator atau pengumpul data
5. Berkordinasi dengan pemerintah daerah setempat
6. Mengkoordinir pengumpulan data
7. Melaksanakan diseminasi hasil
8. Melaporkan dan bertanggung jawab terhadap hasil Rifaskesdi wilayah masing-masing kepada Penanggung Jawab
9. Menyelesaikan masalah teknis di lapangan sesuai dengan ketentuan yang berlaku
10. Melakukan kordinasi teknis dan administratif dengan unsur pemerintah daerah setempat.

2.6.3. PENGORGANISASIAN RIFASKES TINGKAT PROVINSI

Tugas tim Rifaskes tingkat provinsi :

1. Menyiapkan rencana aksi (*Plan of Action*) provinsi
2. Menyiapkan lapangan dan Koordinasi pelaksanaan Rifaskes

3. Sosialisasi Rifaskes di tingkat provinsi/kabupaten/kota
4. Melakukan rekrutmen enumerator RS dan laboratorium klinik mandiri bekerjasama dengan organisasi profesi setempat (PATELKI, dll)
5. Melaksanakan rapat koordinasi Rifaskes tingkat provinsi
6. Melaksanakan dan melaporkan kegiatan, serta hasil riset kepada koordinator wilayah
7. Mengkoordinasikan Rifaskes di kabupaten/kota
8. Memfasilitasi pelaksanaan rekrutmen enumerator pengumpul data di kabupaten/kota
9. Memfasilitasi pelaksanaan pelatihan tenaga enumerator (puldata) yang akan dilatih oleh PJT provinsi, PJT kabupaten/kota dan timteknispusat
10. Melakukan monitoring dan evaluasi pelaksanaan kegiatan tingkat kabupaten/kota dalam hal pengumpulan data
11. Menyelesaikan masalah teknis dan administratif yang dirujuk oleh PJT kabupaten/kota.

Penanggung Jawab Teknis Provinsi bertugas:

1. Memastikan tugas-tugas tim Rifaskes provinsi berjalan dengan baik, benar dan lancar
2. Membantu persiapan penyelenggaraan Rakornis/TOT Rifaskes tingkat provinsi
3. Mempersiapkan dan menyelenggarakan pelatihan enumerator bersama dengan tim kabupaten/kota
4. Memfasilitasi pelaksanaan dan pertanggungjawaban administrasi Rifaskes berjalan dengan baik

2.6.4. PENGORGANISASIAN RIFASKES TINGKAT KABUPATEN/KOTA

Tugas tim Rifaskes tingkat kabupaten/kota

1. Menyiapkan rencana aksi Rifaskes (*Plan of Action*) kabupaten/kota
2. Mensosialisasikan rencana Rifaskes
3. Merekrut SDM tim pengumpul data puskesmas dan membuat kontrak/surat tugas atas nama Badan Litbangkes
4. Menunjuk personil untuk logistik dan administrasi keuangan
5. Melaksanakan dan melaporkan pelaksanaan Rifaskes di tingkat kabupaten/kota kepada tim Rifaskes provinsi
6. Melakukan monitoring dan evaluasi pengumpulan data tingkat kab/kota
7. Mengirim data yang telah dikumpulkan ke Badan Litbangkes.
8. Menyelesaikan masalah teknis dan administratif.

2.6.5. DEKSRIPSI TUGAS TIM ENUMERATOR

Ketua tim bertugas :

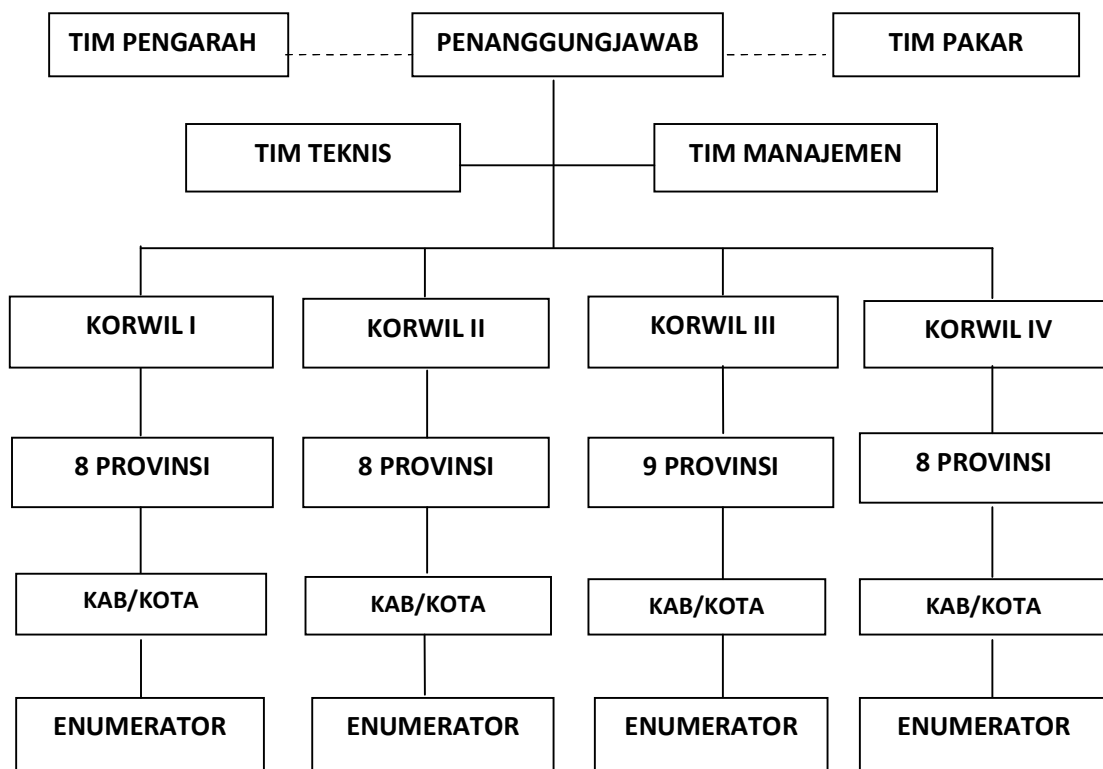
1. Bekerjasama dalam tim dan berkoordinasi dengan PJT dan koordinator/wakil koordinatorkab/Kota
2. Merangkap sebagai anggota tim
3. Menginventarisasi peralatan/dokumen dengan menggunakan *check-list*
4. Mempersiapkan lapangan sebelum tim melaksanakan pengumpulan data meliputi pengurusan pemberitahuan kepada pihak terkait (RSU Pemerintah, puskesmas, danlaboratorium klinik mandiri)

5. Waktu bekerja di lapangan
6. Mengatur perpindahan dan pengaturan akomodasi, transportasi dan sebagainya dari satu lokasi ke lokasi berikutnya (RSU Pemerintah, puskesmas, dan laboratorium klinik mandiri)
7. Melakukan evaluasi dan menghimpun hasil kerja tim
8. Merujuk permasalahan yang tidak dapat ditangani di lapangan ke PJT kab/kota setempat
9. Memeriksa kelengkapan pengisian kuesioner dan memerintahkan anggota tim untuk melengkapi bila diperlukan
10. Melakukan editing dan koding
11. Memeriksa kelengkapan isian dan mengirimkannya ke PJT kab/kota
12. Melaporkan segera hasil wawancara dan pengukuran timnya ke PJT kab/kota.
13. Merujuk permasalahan yang tidak dapat ditangani di lapangan ke PJT kab/kota setempat
14. Memeriksa kelengkapan pengisian kuesioner dan memerintahkan anggota tim untuk melengkapi bila diperlukan
15. Melakukan editing dan koding
16. Memeriksa kelengkapan isian dan mengirimkannya ke PJT kab/kota
17. Melaporkan segera hasil wawancara dan pengukuran timnya ke PJT kab/kota.

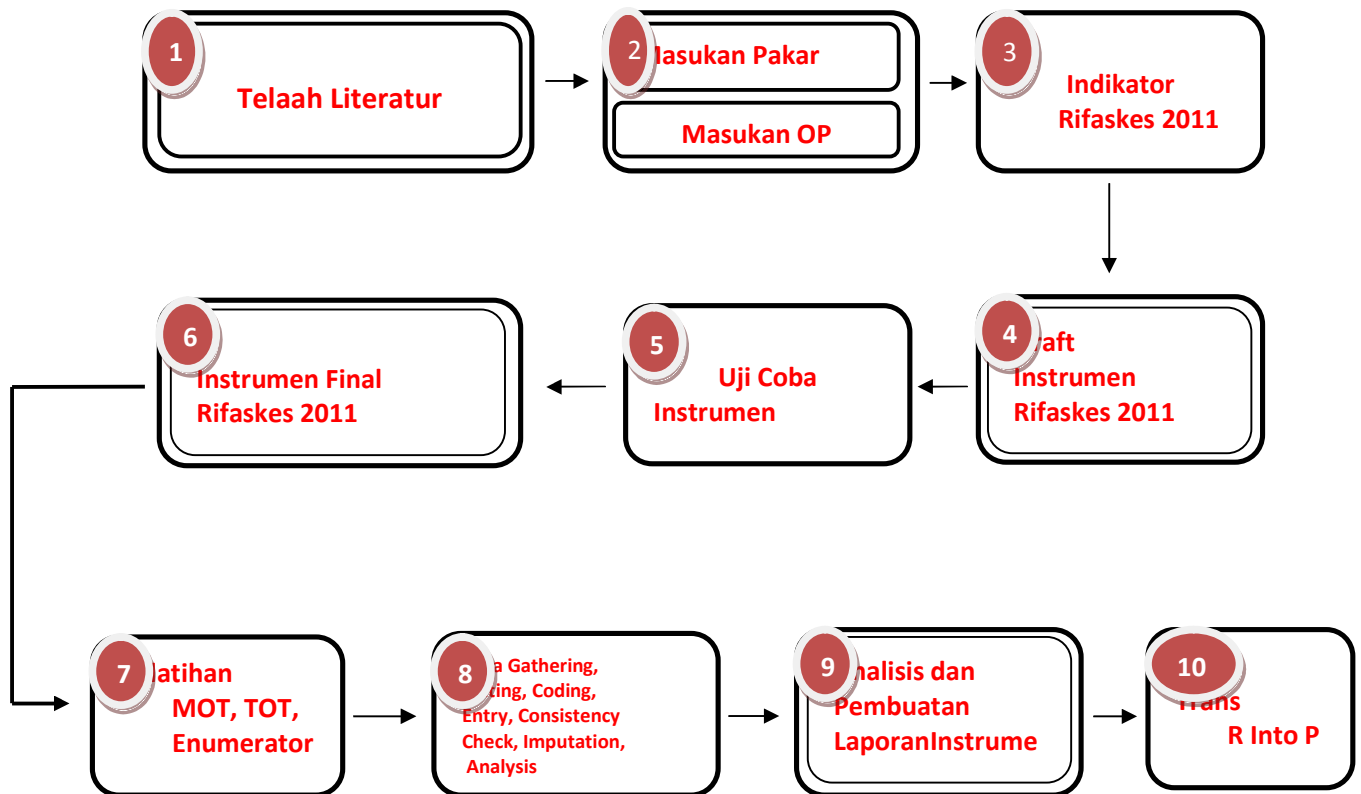
Tugas anggota tim, terdiri dari :

1. Melakukan pengecekan kelengkapan lapangan (kuesioner, formulir-formulir kendali dan keperluan pribadi, transpor bila diperlukan sesuai dengan *check list*)
2. Menyampaikan tujuan Rifaskes, komunikasi dengan responden termasuk persetujuan setelah penjelasan sesuai dengan ketentuan yang berlaku
3. Menunjukkan surat tugas kepada responden bila diperlukan
4. Melakukan wawancara sesuai pedoman kuesioner
5. Mengisi kuesioner dengan sebaik-baiknya dan lengkap
6. Menyerahkan kuesioner yang sudah diisi pada PJT kabupaten/kota melalui ketua tim

Skema 1.
Pengorganisasian Rifaskes 2011



Skema 2.
Algoritma Rifaskes 2010 - 2011



Keterangan : R Into P = Research Into Policy, diadaptasi dari presentasi Iljanto, 2010

BAB 3 KERANGKA KONSEP

3.1. BATASAN

Rifaskes merupakan pengukuran dan pengamatan data primer serta penelusuran data sekunder tentang kecukupan (adekuasi) dan ketepatan (*appropriateness*) penyediaan fasilitas kesehatan dan kinerjanya, baik yang diselenggarakan oleh pemerintah maupun yang disediakan oleh swasta yang dilakukan secara berkala.

Fasilitas kesehatan merupakan fasilitas yang memberikan pelayanan kesehatan, baik yang ditujukan untuk memberikan Upaya Kesehatan Perorangan (UKP) maupun Upaya Kesehatan Masyarakat (UKM), rawat jalan, rawat inap, serta melingkupi strata I, II, dan III. Fasilitas kesehatan strata pertama meliputi antara lain puskesmas, balai pengobatan pemerintah dan swasta, praktek bersama dan perorangan. Termasuk fasilitas kesehatan strata kedua dan ketiga antara lain balai kesehatan mata masyarakat, balai pengobatan penyakit paru, balai kesehatan indera masyarakat, balai besar kesehatan paru masyarakat, RS Pemerintah dan swasta.

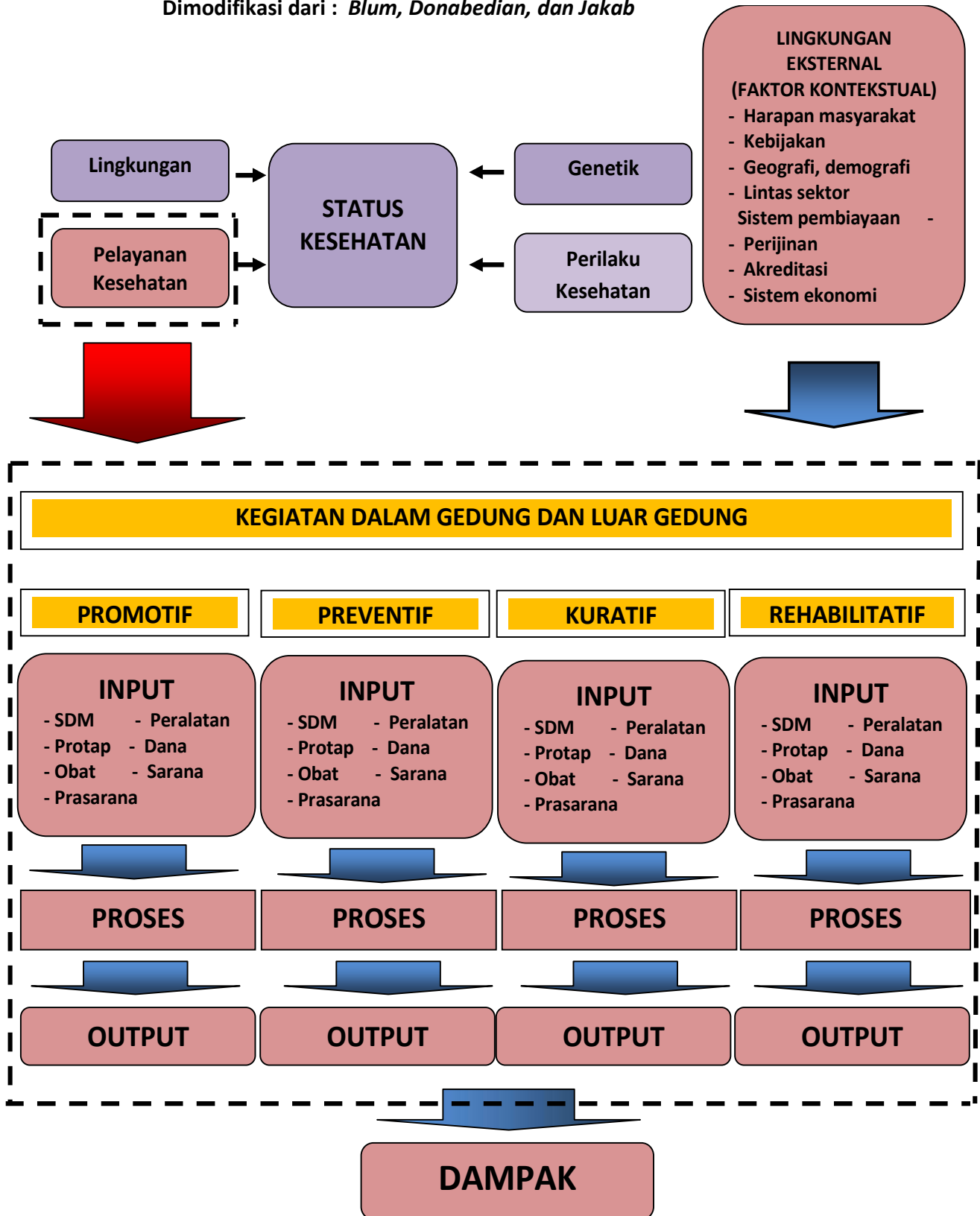
Berdasarkan tingkat kepentingannya (urgensi), maka Rifaskes 2011 ini ditujukan untuk rumah sakit, puskesmas, dan laboratorium kesehatan mandiri.

3.2. KERANGKA KONSEP

Kerangka Konsep Rifaskes mengacu pada Konsep HL. Blum mengenai "*Health Determinant*", Konsep "*Organization System*" Donabedian dan Konsep Jakob mengenai "*Organizational Reform*".

HL. Blum menyebutkan bahwa status kesehatan dipengaruhi oleh 4 (empat) determinan kesehatan, yakni Perilaku Kesehatan, Genetik, Lingkungan, dan Pelayanan Kesehatan. Riset Fasilitas terkait erat dengan determinan pelayanan kesehatan seperti yang dimaksud oleh Blum. Konsep ini dipadukan dengan pendekatan kesisteman organisasi yang dikemukakan oleh Donabedian, yang meliputi Input (Masukan), Proses, Output (Luaran), dan *Outcome* (Dampak). Secara khusus, Jakob menjabarkan komponen kesisteman organisasi Donabedian dalam konteks elemen-elemen yang mempengaruhi Fasilitas Kesehatan, khususnya rumah sakit. Berdasarkan hal tersebut, dikembangkan kerangka konsep seperti yang terlihat pada Skema 3.

Skema 3. Kerangka Konsep Riset Fasilitas Kesehatan
Dimodifikasi dari : *Blum, Donabedian, dan Jakob*



3.3. BEBERAPA DEFINISI DAN GAMBARAN PERUMAHSAKITAN

3.3.1. DEFINISI RUMAH SAKIT

Rumah sakit didefinisikan sebagai institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan, dan gawat darurat (UU Nomor 44 tahun 2009 tentang Rumah Sakit).

3.3.2. JENIS RUMAH SAKIT

Berdasarkan pengelolaannya, rumah sakit dibagi menjadi rumah sakit publik dan rumah sakit privat. Rumah sakit publik dapat dikelola oleh Pemerintah, Pemerintah Daerah, dan badan hukum yang bersifat nirlaba. Rumah sakit privat dikelola oleh badan hukum dengan tujuan profit yang berbentuk Perseroan Terbatas atau Persero. Undang-Undang ini juga menyebutkan bahwa rumah sakit pemerintah terdiri dari rumah sakit umum dan rumah sakit khusus. Rumah sakit umum adalah rumah sakit yang memberikan pelayanan kesehatan pada semua bidang dan jenis penyakit. Rumah sakit khusus adalah rumah sakit yang memberikan pelayanan utama pada satu bidang atau satu jenis penyakit tertentu berdasarkan disiplin ilmu, golongan umur, organ, jenis penyakit, atau kekhususan lainnya.

3.3.3. FUNGSI DAN TUGAS RUMAH SAKIT

UU Nomor 44 tahun 2009 tentang Rumah sakit menggariskan tugas rumah sakit adalah memberikan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna. Berdasarkan UU ini, rumah sakit mengemban fungsi :

1. Penyelenggaraan pelayanan pengobatan dan pemulihan kesehatan sesuai dengan standar pelayanan rumah sakit.
2. Penyelenggaraan pendidikan dan pelatihan sumber daya manusia dalam rangka peningkatan kemampuan dalam pemberian pelayanan kesehatan.
3. Penyelenggaraan penelitian dan pengembangan serta penapisan teknologi bidang kesehatan dalam rangka peningkatan pelayanan kesehatan dengan memperhatikan etika ilmu pengetahuan bidang kesehatan.

Rumah sakit juga mempunyai fungsi sosial yang mencerminkan upaya pelayanan medik dengan mempertimbangkan imbalan jasa yang dapat dijangkau oleh masyarakat dan menyediakan sebagian dari fasilitas pelayanan rawat inap untuk orang yang kurang dan atau tidak mampu membayar sesuai dengan peraturan perundang-undangan yang berlaku (Permenkes RI Nomor 920/Men.Kes/Per/XII/86).

3.3.4. PENGATURAN RUMAH SAKIT PENDIDIKAN

Berdasarkan UU No. 44 tahun 2009, rumah sakit pendidikan didefinisikan sebagai rumah sakit yang menyelenggarakan pendidikan dan penelitian secara terpadu dalam bidang pendidikan profesi kedokteran, pendidikan kedokteran berkelanjutan, dan pendidikan tenaga kesehatan lainnya. Definisi sejalan dengan definisi rumah sakit pendidikan yang ditetapkan oleh

Permenkes 1045/Menkes/Per/XI/2006 tentang Pedoman Organisasi Rumah Sakit di Lingkungan Departemen Kesehatan.

Rumah sakit dapat ditetapkan menjadi rumah sakit pendidikan setelah memenuhi persyaratan dan standar rumah sakit pendidikan. Penetapan rumah sakit sebagai rumah sakit pendidikan dilakukan oleh Menteri Kesehatan setelah berkoordinasi dengan Menteri yang membidangi urusan pendidikan. Dalam penyelenggaraan rumah sakit pendidikan dapat dibentuk jejaring rumah sakit pendidikan. Diamanatkan untuk menetapkan ketentuan lebih lanjut mengenai rumah sakit pendidikan melalui Peraturan Pemerintah.

Terkait dengan Rumah Sakit Pendidikan, Departemen Kesehatan telah menetapkan Kepmenkes 1069/Menkes/SK/XI/2008 mengenai Pedoman Klasifikasi dan Standar Rumah Sakit Pendidikan. Departemen Kesehatan juga telah membentuk Tim Akreditasi RS Pendidikan.

Rumah sakit pendidikan terdiri dari rumah sakit pendidikan utama, rumah sakit pendidikan jejaring (afiliasi), dan rumah sakit pendidikan khusus (rumah sakit khusus yang melaksanakan dan atau digunakan untuk proses pembelajaran tenaga medis. Rumah sakit pendidikan utama adalah rumah sakit yang digunakan oleh institusi pendidikan kedokteran sebagai wahana pembelajaran klinis seluruh atau sebagian besar modul pendidikan yang mengacu pada standar pendidikan profesi kedokteran, Rumah sakit pendidikan utama hendaknya telah terakreditasi 12 pelayanan atau ditambah dengan sertifikasi ISO 9001: 2000. Rumah sakit pendidikan satelit (jejaring) adalah rumah sakit digunakan oleh institusi pendidikan kesehatan kedokteran sebagai wahana pembelajaran klinis sebagian modul pendidikan yang mengacu pada standar pendidikan profesi kedokteran. Rumah sakit pendidikan satelit hendaknya terakreditasi 5 pelayanan atau ditambah sertifikasi ISO 9001:2000. Rumah sakit pendidikan khusus atau afiliasi adalah RS khusus atau rumah sakit umum yang memiliki keunggulan tertentu yang digunakan oleh institusi pendidikan kedokteran sebagai wahana pembelajaran klinis sebagian modul pendidikan yang mengacu pada standar pendidikan profesi kedokteran. Rumah sakit pendidikan afiliasi hendaknya telah terakreditasi atau telah mendapat sertifikasi ISO 9001:2000.

Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 512/Menkes/Per/IV/2007 menyatakan bahwa penetapan rumah sakit menjadi rumah sakit pendidikan, standar rumah sakit pendidikan, dan standar rumah sakit atau sarana pelayanan kesehatan lainnya sebagai jejaring pendidikan ditetapkan dengan Keputusan Menteri Kesehatan berdasarkan standar rumah sakit sebagai rumah sakit pendidikan. Terkait dengan hal tersebut dan untuk memberikan suatu acuan bagi akreditasi rumah sakit pendidikan dan bagi institusi pendidikan kedokteran, Depkes telah menetapkan standar rumah sakit pendidikan dan pedoman standarisasi rumah sakit pendidikan yang disusun bersama Asosiasi Institusi Pendidikan Kedokteran Indonesia (AIPKI), Ikatan Dokter Indonesia (IDI), Ikatan Rumah Sakit Pendidikan Indonesia (IRSPI), Asosiasi Rumah Sakit Daerah (ARSADA), dan Universitas Gadjah Mada (UGM). Standar ini menggunakan format yang sama dengan standar pendidikan dasar kedokteran yang ditetapkan oleh *World Federation for Medical Education (WFME)*.

3.3.5. PEDOMAN ORGANISASI RUMAH SAKIT

Permenkes Nomor 1045/Menkes/Per/XI/2006 tentang Pedoman Organisasi Rumah Sakit di Lingkungan Kementerian Kesehatan menguraikan mengenai kedudukan, tugas, dan fungsi RS,

jenis dan klasifikasi RS, susunan organisasi RS, unit-unit non struktural, kelompok jabatan fungsional, staf medik fungsional, tata kerja, dan eselonisasi.

Salah satu isu yang menarik terkait dengan keberadaan Pedoman Organisasi RS ini adalah adanya perubahan mengenai jabatan Kepala Rumah Sakit. Pasal 34 Undang-Undang Nomor 44 tahun 2009 menggariskan bahwa seorang Kepala Rumah Sakit harus seorang tenaga medis yang mempunyai kemampuan dan keahlian di bidang perumahsakitan. Ketentuan ini berbeda dengan ketentuan dalam **Permenkes 159b tahun 1988 Tentang Rumah Sakit** yang menetapkan Direktur RS adalah seorang dokter (pasal 10 ayat 3), **Per Menkes 157 tahun 1999 yang menggariskan bahwa seorang** Direktur RS dapat dijabat oleh seorang ahli perumahsakitan tanpa melihat kategori tenaga yang bersangkutan, serta ketentuan **Kep Menkes dan Kesos 191 tahun 2001 yang membolehkan** tenaga kesehatan lain selain dokter untuk menjadi Direktur RS selama yang bersangkutan mempunyai kemampuan di bidang perumahsakitan, memahami dan menghayati etika profesi kesehatan khususnya profesi kedokteran.

Perlu dicatat bahwa Permenkes 1045/Menkes/Per/XI/2006 mengatur pedoman organisasi RS di Lingkungan Departemen Kesehatan dan tidak mengatur mengenai RS yang berada di dalam lingkungan Pemerintah Daerah. Oleh karena itu, Undang-Undang mengamanatkan untuk membuat suatu Peraturan Presiden mengenai Pedoman Organisasi RS karena di dalamnya dapat saja terdapat isu-isu yang sensitif, misalnya eselonisasi, kedudukan RSUD, dan sebagainya.

3.3.6. PERSYARATAN TEKNIS BANGUNAN RUMAH SAKIT DAN PRASARANA RS

Kementerian Kesehatan telah mengeluarkan berbagai aturan terkait persyaratan teknis bangunan rumah sakit dan prasarana rumah sakit, seperti pokok-pokok pedoman arsitektur medik rumah sakit umum, standar penyelenggaraan rumah sakit, pedoman pelayanan rumah sakit, pedoman peralatan kesehatan rumah sakit umum dan sebagainya. Depkes juga menetapkan persyaratan bangunan dan prasarana untuk rumah sakit swasta melalui berbagai peraturan/keputusan menteri dan Keputusan Direktur Jenderal yang mengatur perumahsakitan, seperti Permenkes 84/Menkes/Per/II/1990 dan Permenkes 920/Menkes/Per/XI/1986, serta Keputusan Direktur Jenderal Pelayanan Medik Nomor 00.06.3.5.5797 dan Keputusan Direktur Jenderal Pelayanan Medik Nomor HK.00.06.1.5.787.

UU nomor 44 tahun 2009 mengamanatkan untuk menetapkan persyaratan teknis bangunan rumah sakit dan prasarana rumah sakit melalui Peraturan Menteri Kesehatan. Pengaturan mengenai bangunan rumah sakit dilakukan agar bangunan rumah sakit dapat digunakan untuk memenuhi kebutuhan pelayanan kesehatan yang paripurna, pendidikan dan pelatihan, serta penelitian dan pengembangan ilmu pengetahuan dan teknologi kesehatan. Penetapan mengenai prasarana rumah sakit dimaksudkan agar prasarana yang ada memenuhi standar pelayanan, keamanan, serta keselamatan dan kesehatan kerja penyelenggaraan rumah sakit.

3.3.7. STANDAR PELAYANAN KEFARMASIAN

Undang-undang Nomor 44 tahun 2009 mengamanatkan untuk menetapkan Standar Pelayanan Kefarmasian di dalam Peraturan Menteri Kesehatan. Selama ini sudah ditetapkan Kepmenkes 1333/Menkes/SK/XII/1999 tentang Standar Pelayanan Rumah Sakit menyebutkan

bahwa pelayanan farmasi rumah sakit adalah bagian yang tidak terpisahkan dari sistem pelayanan kesehatan rumah sakit yang berorientasi kepada pelayanan pasien, penyediaan obat yang bermutu, termasuk pelayanan farmasi klinik yang terjangkau bagi semua lapisan masyarakat. Dikarenakan aturan mengenai standar pelayanan farmasi rumah sakit yang terdapat dalam Standar Pelayanan Rumah Sakit masih bersifat umum maka dirasakan perlu untuk menjabarkannya lebih lanjut di dalam suatu Kepmenkes tersendiri, yakni Kepmenkes 1197/Menkes/SK/XII/1999 tentang Standar Pelayanan Farmasi di Rumah Sakit. Kepmenkes ini dibuat antara lain dengan tujuan melindungi masyarakat dari pelayanan yang tidak profesional.

3.3.8. KLASIFIKASI RUMAH SAKIT

Terdapat perubahan yang cukup mendasar mengenai pembagian kelas RSU yang ditetapkan dalam Undang-Undang Nomor 44 tahun 2009 dengan ketetapan sebelumnya yang berdasarkan Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 983/Menkes/SK/XI/1992 tentang Pedoman Organisasi Rumah Sakit Umum. Sebenarnya Per Menkes 1045 tahun 2006 telah dinyatakan tidak berlaku lagi dengan Per Menkes 1045/Menkes/SK/XI/2006. Perbedaan definisi rumah sakit umum kelas A, B, C, dan D menurut UU Nomor 44 tahun 2009 dengan Kepmenkes 983/Menkes/SK/XI/1992 dapat dilihat pada tabel berikut.

UU Nomor 44 tahun 2009 juga belum menyebutkan adanya kelas RS yang dapat berfungsi sebagai RS Pendidikan sebagaimana disebutkan dalam Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 159b tahun 1988 ataupun Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 983 tahun 1992.

Pengertian mengenai pelayanan medis spesialis dasar tertuang dalam Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 983/Menkes/SK/XI/1992 yang menyebutkan bahwa pelayanan medis spesialistik dasar adalah pelayanan medis spesialistik penyakit dalam, kebidanan dan penyakit kandungan, bedah, dan kesehatan anak.

Undang-undang Nomor 44 tahun 2009 tidak membedakan perbedaan klasifikasi antara RSU Pemerintah dan RSU Swasta. Berdasarkan Kep Menkes Nomor 806b/Menkes/SK/XII/1987 tentang Klasifikasi RS Swasta, terdapat 3 kelas RS swasta yang meliputi Rumah Sakit Umum Swasta Pratama, Madya, dan Utama. Rumah Sakit Umum Swasta Pratama memberikan pelayanan medik bersifat umum. Rumah Sakit Umum Swasta Madya memberikan pelayanan medik bersifat umum dan spesialistik dalam 4 cabang. Rumah Sakit Umum Swasta Utama, memberikan pelayanan medik bersifat umum, spesialistik, dan subspecialistik.

Tabel 3.1.
Perbedaan Definisi Kelas RS antara UU Nomor 44 tahun 2009
dengan Kepmenkes Nomor 983/Menkes/SK/XI/1992

Kelas RS	UU Nomor 44 tahun 2009	Kepmenkes 983/Menkes/SK/XI/1992
Kelas A	Memiliki fasilitas dan kemampuan pelayanan medik paling sedikit 4 spesialis dasar, 5 spesialis penunjang medik, 12 spesialis lain, dan 13 subspecialis	Mempunyai fasilitas dan kemampuan pelayanan medis spesialistik luas dan subspecialistik luas
Kelas B	Mempunyai fasilitas dan kemampuan pelayanan medik paling sedikit 4 spesialis dasar, 4 spesialis penunjang medik, 8 spesialis lain, dan 2 subspecialis dasar	Mempunyai fasilitas dan kemampuan pelayanan medis sekurang-kurangnya 11 spesialistik dan subspecialistik terbatas
Kelas C	Mempunyai fasilitas dan kemampuan pelayanan medik paling sedikit 4 spesialis dasar dan 4 spesialis penunjang medik	Mempunyai fasilitas dan kemampuan pelayanan medis spesialistik dasar.
Kelas D	Mempunyai fasilitas dan kemampuan pelayanan medik paling sedikit 2 spesialis dasar.	Mempunyai fasilitas dan kemampuan pelayanan medis dasar.

3.3.9. PERIZINAN RUMAH SAKIT

Perizinan rumah sakit khususnya rumah sakit swasta diatur dengan Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 920/Men.Kes/Per/XII/86 tentang Upaya Pelayanan Kesehatan Swasta di Bidang Medik, yang diperbaharui oleh Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 84/Menkes/Per/II/1990. Peraturan ini ditindaklanjuti dengan Keputusan Direktur Jenderal Pelayanan Medik Nomor HK. 00.06.3.5.5797 tentang Petunjuk Pelaksanaan Upaya Pelayanan Kesehatan Swasta di Bidang Medik Spesialistik.

Berbagai aturan penting yang ditetapkan oleh Petunjuk Pelaksanaan ini antara lain penegasan bahwa penyelenggara RS adalah suatu badan hukum, nama RS tidak boleh memakai nama orang yang masih hidup, lokasi RS harus sesuai dengan analisa kebutuhan pelayanan kesehatan dan Rencana Umum Tata Ruang Kota/Daerah setempat. Dalam petunjuk pelaksanaan ini disebutkan bahwa izin untuk mendirikan RS berlaku selama 2 (dua) tahun dan dapat diperpanjang 1 (satu) kali dengan lama berlaku 1 (satu) tahun. Izin untuk menyelenggarakan RS ditetapkan berlaku selama 5 (lima) tahun untuk yang sudah lengkap (memenuhi semua persyaratan), dan dapat diperpanjang lagi. RS yang baru memenuhi persyaratan minimal operasional diberi izin uji coba penyelenggaraan selama 2 (dua) tahun. Aturan izin pendirian dan penyelenggaraan RS ini kurang lebih masih sama dengan yang ditetapkan oleh Undang-Undang Nomor 44 tahun 2009.

Dalam hal wewenang pemberian izin, terdapat perbedaan kewenangan antara wewenang yang diberikan oleh PP Nomor 38 Tahun 2007 dengan Undang-Undang Nomor 44 tahun 2009. Pada PP Nomor 38 tahun 2007 disebutkan bahwa Pemerintah Provinsi berwenang dalam memberikan izin terhadap penyelenggaraan RS Pemerintah kelas B non pendidikan, RS swasta serta sarana kesehatan penunjang yang setara. Pemerintah Daerah kabupaten/Kota

berwenang dalam pemberian izin RS Pemerintah kelas C, kelas D, rumah sakit swasta yang setara.

Menurut Undang-Undang Nomor 44 tahun 2009, Menteri berwenang memberikan izin RS kelas A dan RS Penanaman Modal Asing atau Penanaman Modal Dalam Negeri. Pemerintah Daerah Provinsi berwenang dalam memberikan izin RS kelas B, sedangkan Pemerintah Daerah Kabupaten/Kota berwenang di dalam pemberian izin RS kelas C dan D.

Tabel 3.2.
Perbedaan Kewenangan Pemberian Izin Penyelenggaraan RS
antara PP Nomor 38 tahun 2007 dengan UU Nomor 44 tahun 2009

Pemerintah	Kewenangan Perizinan Rumah Sakit	
	PP 38 tahun 2007	UU 44 tahun 2009
Pusat	-	Izin RS kelas A dan RS Penanaman Modal Asing atau Penanaman Modal Dalam Negeri
Provinsi	Izin Kelas B Non Pendidikan	Izin RS kelas B
Kabupaten/Kota	Izin Kelas C dan Kelas D	Izin RS kelas C dan kelas D

3.3.10. AKREDITASI RUMAH SAKIT

UU Nomor 44 tahun 2009 telah menetapkan pelaksanaan akreditasi secara berkala dalam periode minimal 3 tahun sekali dalam upaya peningkatan mutu pelayanan Rumah Sakit. Akreditasi Rumah Sakit dilakukan oleh suatu lembaga independen berdasarkan standar akreditasi yang berlaku dan lembaga ini ditetapkan oleh Menteri. Undang-undang juga mengamanatkan untuk menyusun Peraturan Menteri Kesehatan yang mengatur mengenai Akreditasi Rumah Sakit.

Akreditasi rumah sakit di Indonesia sudah mulai dilaksanakan sejak tahun 1995, namun survei akreditasinya sendiri baru dilakukan pada tahun 1996. Akreditasi merupakan suatu pengakuan kepada rumah sakit dan sarana kesehatan lainnya yang telah memenuhi standar yang ditetapkan. Kegiatan akreditasi meliputi *self assessment* dan proses *external peer review* oleh komisi akreditasi yang menilai keakuratan tingkat kinerja dihubungkan dengan standar dan cara implementasi peningkatan sistem pelayanan kesehatan secara berkesinambungan.

Pelaksanaan kegiatan akreditasi rumah sakit merupakan tindak lanjut dari ketentuan pasal 26 Permenkes Nomor 159b/Menkes/Per/II/1988 tentang Rumah Sakit, KepMenkes Nomor 436 tahun 1993 tentang berlakunya standar pelayanan rumah sakit dan standar pelayanan medis di Indonesia.

Sebagai pelaksana Akreditasi Rumah Sakit adalah Komisi Akreditasi Rumah Sakit (KARS) yang ditetapkan berdasarkan SK Dirjen Pelayanan Medis Nomor YM.02.03.3.5.2626 tentang Komisi Akreditasi Rumah Sakit dan Sarana Kesehatan lainnya. Untuk membantu pelaksanaan kegiatan akreditasi, Komisi Akreditasi Rumah Sakit dan Sarana Kesehatan Lainnya telah menyusun Pedoman Akreditasi Rumah Sakit di Indonesia.

3.3.11. DEWAN PENGAWAS RUMAH SAKIT

Istilah dewan pengawas rumah sakit muncul terkait dengan keberadaan rumah sakit dengan Pola Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum (PPK-BLU). Dalam Pasal 34 PP Nomor 23 tahun 2005 disebutkan bahwa di rumah sakit dengan realisasi omzet tahunan tertentu dapat dibentuk dewan pengawas. Dewan pengawas PPK-BLU bertugas melakukan pengawasan terhadap pengurusan BLU yang dilakukan oleh pejabat pengelola BLU mengenai pelaksanaan rencana bisnis dan anggaran, rencana strategis bisnis jangka panjang, dan ketentuan peraturan perundang-undangan yang berlaku.

Berdasarkan Peraturan Menteri Keuangan Nomor 09/PMK.02/2006 tentang Pembentukan Dewan Pengawas pada Badan Layanan Umum disebutkan bahwa pembentukan dewan pengawas berlaku pada BLU yang memiliki realisasi nilai omzet tahunan menurut laporan realisasi anggaran minimum sebesar Rp. 15.000.000.000,- atau nilai aset menurut neraca minimum sebesar Rp. 75.000.000.000,-. UU Nomor 44 tahun 2009 belum memasukkan kriteria omzet tahunan ini sebagai persyaratan pembentukan Dewan Pengawas.

Di dalam Peraturan Menteri Keuangan Nomor 09/PMK/02/2006 disebutkan bahwa jumlah anggota dewan pengawas ditetapkan sebanyak 3 (tiga) atau 5 (lima) orang disesuaikan dengan nilai omzet dan/atau nilai aset. Seorang diantara anggota dewan pengawas ditetapkan sebagai ketua dewan pengawas. Ketentuan ini agak berbeda dengan aturan dalam UU Nomor 44 tahun 2009 yang menetapkan bahwa keanggotaan dewan pengawas rumah sakit berjumlah maksimal 5 (lima) orang dengan salah satu diantaranya menjadi ketua dewan pengawas, tanpa memandang nilai omzet dan/atau nilai aset.

Keberadaan dewan pengawas juga terkait dengan renumerasi yang harus diberikan sebagai hak dari pimpinan dan anggota dewan pengawas. Pada RS PPK-BLU, telah ditetapkan Pedoman Penetapan Renumerasi bagi Pejabat Pengelola, Dewan Pengawas dan Pegawai Badan Layanan Umum berdasarkan Peraturan Menteri Keuangan Nomor 10/PMK.02/2006 yang kemudian direvisi oleh Peraturan Menteri Keuangan Nomor 73/PMK.05/2007. Menteri Kesehatan juga mengeluarkan Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 361/Menkes/SK/V/2006 tentang Pedoman Penetapan Penghasilan Pimpinan dan Dewan Pengawas Rumah Sakit Badan Layanan Umum.

3.3.12. SUMBER DAYA MANUSIA BIDANG KESEHATAN DI RUMAH SAKIT

Berdasarkan Kepmenkes No. 340 tahun 2010 tentang Klasifikasi Rumah Sakit (RS), rumah sakit umum (RSU) diklasifikasikan menjadi RSU kelas A, B,C dan D. Klasifikasi ini ditetapkan menurut jenis pelayanan, sumber daya manusia (SDM), peralatan, sarana dan prasarana, serta manajemen administrasi. Sumber daya manusia di RS terdiri dari tenaga kesehatan dan tenaga non kesehatan. Tenaga kesehatan adalah setiap orang yang mengabdikan diri dalam bidang kesehatan serta memiliki pengetahuan dan atau keterampilan melalui pendidikan dibidang kesehatan yang untuk jenis tertentu memerlukan kewenangan dalam melakukan upaya kesehatan (PP No. 32 tahun 1996 tentang Tenaga Kesehatan). Tenaga non kesehatan adalah SDM RS yang bukan termasuk kategori tenaga kesehatan yang dimaksud dalam PP tersebut.

Klasifikasi tenaga kesehatan berdasarkan PP No. 32 tahun 1996 tentang Tenaga Kesehatan adalah:

1. Tenaga medis, meliputi dokter dan dokter gigi.
2. Tenaga keperawatan, meliputi perawat, dan perawat gigi.
3. Tenaga kefarmasian, meliputi apoteker, analis farmasi, dan asisten apoteker.
4. Tenaga kesehatan masyarakat, meliputi epidemiolog kesehatan, entomolog kesehatan, mikrobiolog kesehatan, penyuluh kesehatan, administrator kesehatan, dan sanitarian.
5. Tenaga gizi meliputi nutrisisionis dan dietisien.
6. Tenaga keterampilan fisik meliputi fisioterapis, okupasiterapis, dan terapis wicara
7. Tenaga keteknisian medis meliputi radiografer, radioterapis, teknisi gigi, teknisi elektromedis, analis kesehatan, refraksionis optisien, ortotik prostetik, teknisi transfusi dan perekam medis.

3.3.12.1. Tenaga Medis

Tenaga medis meliputi dokter umum, dokter spesialis (Sp1: dokter umum yang telah menyelesaikan program pendidikan dokter spesialis), dokter sub spesialis (Spesialis 2 atau Sp2: dokter spesialis yang telah menyelesaikan pendidikan sub spesialisasi dan biasanya memiliki gelar konsultan), dokter gigi, dan dokter gigi spesialis. Standar pelayanan medik juga diatur dalam UU No. 44 tahun 2009 tentang Rumah Sakit, yang menyebutkan bahwa RSU kelas A adalah RSU yang mempunyai fasilitas dan kemampuan pelayanan medik paling sedikit 4 (empat) pelayanan spesialis medik dasar, 5 (lima) spesialis penunjang medik, 12 (dua belas) spesialis lain dan 13 (tiga belas) subspecialis. RSU kelas B adalah RSU yang mempunyai fasilitas dan kemampuan pelayanan medik sedikitnya 4 (empat) pelayanan spesialis medik dasar, 4 (empat) spesialis penunjang medik, 8 (delapan) spesialis lain dan 2 (dua) sub spesialis dasar. RSU kelas C harus mempunyai fasilitas dan kemampuan pelayanan medik paling sedikit 4 (empat) pelayanan spesialis medik dasar dan 4 (empat) spesialis penunjang medik. RSU kelas D harus mempunyai fasilitas dan kemampuan pelayanan medik paling sedikit 2 (dua) pelayanan spesialis medik dasar.

Kepmenkes No. 340 tahun 2010 tentang Klasifikasi Rumah Sakit menjelaskan bahwa kriteria RSU kelas D adalah RSU dengan pelayanan medik dasar yang mempunyai minimal 4 orang dokter umum dan 1 orang dokter gigi. Ketenagaan pada RSU kelas C, minimal harus terdiri dari 9 orang dokter umum, 2 orang dokter gigi, 1 orang dokter gigi spesialis dan masing-masing 2 orang dokter spesialis pada 4 pelayanan spesialis medik dasar. Kepmenkes ini juga mensyaratkan ketersediaan spesialis penunjang medik yaitu dokter spesialis patologi klinik (Sp.PK), spesialis radiologi (Sp.Rad), spesialis anestesi (Sp.An), dan spesialis rehabilitasi medik (Sp.RM). Pada RSU kelas A dan B, jenis tenaga spesialis medik dasar yang diwajibkan adalah sama (4 spesialis pelayanan medik dasar), tetapi jumlah spesialisnya berbeda yaitu 6 orang untuk kelas A dan 3 orang untuk untuk kelas B. Tenaga spesialis penunjang medik masing-masing 2 orang spesialis untuk kelas B, sedangkan untuk RSU kelas A adalah 3 orang spesialis untuk tiap jenis pelayanan, ditambah 3 orang spesialis patologi anatomi (Sp.PA).

3.3.12.2. Tenaga Keterampilan Fisik

Tenaga keterampilan fisik adalah tenaga kesehatan yang telah menyelesaikan program pendidikan keterampilan fisik, baik di dalam maupun di luar negeri yang diakui oleh Pemerintah Republik Indonesia sesuai dengan peraturan perundang-undangan. Terdiri dari fisioterapis, terapis okupasi, dan terapis wicara, (termasuk akupunkturis dll). Ketersediaan tenaga penunjang klinik ini diperlukan untuk bisa memberikan pelayanan profesional dalam bidangnya masing-masing. Strata pendidikan untuk tenaga keterampilan fisik dengan minimal pendidikan Diploma.

3.3.12.3. Tenaga Kefarmasian, Kesehatan Masyarakat, dan Gizi

Tenaga kefarmasian adalah tenaga kesehatan yang telah menyelesaikan program pendidikan kefarmasian, baik di dalam maupun di luar negeri yang diakui oleh Pemerintah Republik Indonesia sesuai dengan peraturan perundang-undangan. Tenaga kefarmasian terdiri dari berbagai jenjang pendidikan dari mulai SAA/SMF sampai dengan jenjang Doktor kefarmasian.

Tenaga kesehatan masyarakat adalah tenaga kesehatan yang telah menyelesaikan program pendidikan kesehatan masyarakat, baik di dalam maupun di luar negeri yang diakui oleh Pemerintah Republik Indonesia sesuai dengan peraturan perundang-undangan. Tenaga kesehatan masyarakat meliputi epidemiolog kesehatan, entomolog kesehatan, mikrobiolog kesehatan, penyuluh kesehatan, administrator kesehatan, dan sanitarian (PP no. 32 tentang Tenaga Kesehatan).

Tenaga gizi adalah tenaga kesehatan yang telah menyelesaikan program pendidikan gizi baik di dalam maupun di luar negeri yang diakui oleh Pemerintah Republik Indonesia sesuai dengan peraturan perundang – undangan. Tenaga gizi terdiri dari dietisien dan nutrisisionis. Tenaga gizi berasal dari berbagai jenjang pendidikan mulai dari SPAG sampai doktor ahli Gizi dari berbagai fakultas dan sekolah tinggi dengan peminatan keilmuan gizi dan dikategorikan sebagai ahli gizi.

3.3.13. PERALATAN PELAYANAN DI RUMAH SAKIT

Salah satu tujuan Rifaskes 2011 adalah memperoleh informasi terkini tentang *supply* pelayanan kesehatan di fasilitas rumah sakit. Untuk mencapai tujuan tersebut maka dikumpulkan data mengenai peralatan rumah sakit yang digunakan secara langsung atau tidak langsung untuk diagnosis, terapi, rehabilitasi, dan penelitian. Berdasarkan UU No.44 tahun 2009 pasal 16, suatu peralatan medis dan non medis harus memenuhi standar pelayanan, persyaratan mutu, keamanan, keselamatan, dan laik pakai. Oleh karenanya harus diuji dan dikalibrasi secara berkala oleh balai pengamanan fasilitas kesehatan dan atau institusi pengujian fasilitas kesehatan yang berwenang.

Selain itu peralatan yang menggunakan sinar pengion harus memenuhi ketentuan dan harus diawasi oleh lembaga yang berwenang. Pedoman pengujian dan kalibrasi alat kesehatan diatur dalam Permenkes 363/Menkes/per/IV/1998. Direktorat Jenderal Bina Pelayanan Medis Depkes 2008 telah menerbitkan Buku Pedoman Penyelenggaraan Pelayanan di Rumah Sakit, dimana tercantum jenis peralatan yang diperlukan oleh rumah sakit.

Jenis peralatan yang dikumpulkan pada Rifaskes 2011 meliputi peralatan elektromedik yaitu peralatan yang pada operasionalnya menggunakan tenaga listrik maupun baterai dan memerlukan kalibrasi serta telah dapat dikalibrasi di Indonesia. Disamping itu, dikumpulkan pula beberapa peralatan yang walaupun tidak menggunakan baterai atau listrik namun memerlukan kalibrasi dan atau sangat dibutuhkan untuk operasional rumah sakit, dan dikumpulkan pula peralatan yang diperlukan untuk menunjang pemeriksaan pada keadaan khusus.

Peralatan didata berdasarkan pelayanan yang tersedia di rumah sakit, yang berbeda-beda berdasarkan kelas rumah sakit. Jenis peralatan yang didata bervariasi antara 2 jenis peralatan sampai dengan 23 jenis peralatan. Selain jenis peralatan, didata pula jumlah (keberadaan), fungsi, peralatan yang dimanfaatkan, kecukupan, pemanfaatan peralatan (sendiri atau bersama), kalibrasi, dan perizinan Bapeten (khusus untuk peralatan dengan sinar pengion).

Peralatan-peralatan pada Rifaskes 2011 ditanyakan pada 19 jenis pelayanan di rumah sakit. Jenis pelayanan rumah sakit dapat terdiri dari rawat jalan dan rawat inap, rawat inap saja, rawat jalan saja, dan penunjang. Peralatan yang ditanyakan pada rawat jalan dan rawat inap pada pelayanan: kebidanan dan kandungan, anak, penyakit dalam, penyakit jantung dan pembuluh darah, bedah, mata, THT, kulit dan kelamin, saraf, dan jiwa. Peralatan yang ditanyakan untuk pelayanan bedah selain rawat jalan dan rawat inap, termasuk di dalamnya adalah kamar bedah.

Peralatan yang ditanyakan pada rawat inap saja adalah pada pelayanan perawatan intensif dan pelayanan anestesi dan reanimasi. Pelayanan perawatan intensif termasuk di dalamnya adalah ICU, PICU, NICU, dan CICU. Peralatan yang ditanyakan pada rawat jalan saja adalah pelayanan gigi dan mulut, gawat darurat. Peralatan yang ditanyakan pada jenis pelayanan yang termasuk pelayanan penunjang adalah pelayanan laboratorium, radiologi, rehabilitasi medik, farmasi, dan sterilisasi sentral.

Berdasarkan Pedoman Penyelenggaraan Pelayanan di Rumah Sakit tahun 2008, tercantum bahwa rumah sakit kelas A wajib menyediakan pelayanan umum, pelayanan gawat darurat, pelayanan spesialis medik dasar (kebidanan dan kandungan, penyakit dalam, anak, dan bedah), pelayanan spesialis penunjang medik (antara lain anestesi, radiologi, rehabilitasi medik, dan patologi klinik) pelayanan medik spesialis lainnya (antara lain THT, kesehatan jiwa, saraf, mata, kulit dan kelamin, jantung), dan pelayanan penunjang klinik (antara lain perawatan intensif, farmasi, dan sterilisasi instrumen).

Rumah sakit kelas B wajib menyediakan pelayanan umum, pelayanan gawat darurat, pelayanan spesialis medik dasar (kebidanan dan kandungan, penyakit dalam, anak, dan bedah), pelayanan spesialis penunjang medik (antara lain anestesi, radiologi, rehabilitasi medik, dan patologi klinik), dan 7 jenis pelayanan medik spesialis lainnya (antara lain THT, kesehatan jiwa, syaraf, mata, kulit dan kelamin, jantung), dan pelayanan penunjang klinik (antara lain perawatan intensif, farmasi, dan sterilisasi instrumen).

Rumah sakit kelas C wajib menyediakan pelayanan umum, pelayanan gawat darurat, pelayanan spesialis medik dasar (kebidanan dan kandungan, penyakit dalam, anak, dan bedah), 4 jenis pelayanan spesialis penunjang medik (antara lain anestesi, radiologi, rehabilitasi medik, dan patologi klinik) dan pelayanan penunjang klinik (antara lain perawatan intensif, farmasi, dan sterilisasi instrumen). Rumah sakit kelas D wajib menyediakan pelayanan umum,

pelayanan gawat darurat, 2 jenis pelayanan spesialis medik dasar (kebidanan dan kandungan, penyakit dalam, anak, dan bedah), dan pelayanan penunjang klinik (farmasi dan sterilisasi instrumen).

Untuk kelengkapan peralatan berdasarkan jenis pelayanan di RS dikategorikan dalam 5 kategori yaitu 81-100%, kategori 61-80%, 41-60%, 21-40%, dan 0-20%. Untuk jumlah peralatan yang dikategorikan lengkap pada tiap jenis pelayanan adalah berbeda, yaitu sesuai dengan kelas RS dan disesuaikan dengan jenis peralatan elektromedik dan peralatan khusus pada kelas RS yang tercantum pada pedoman penyelenggaraan pelayanan di rumah sakit. Untuk peralatan sesuai dengan kelas RS yang tercantum dalam pedoman adalah untuk kelas B, C, dan D. Untuk peralatan RSU kelas A pada Rifaskes disesuaikan minimal memenuhi peralatan RS kelas B.

Pada pelayanan kebidanan dan kandungan, jenis peralatan yang diperlukan untuk RS kelas A, B, dan C adalah 18 peralatan, yaitu vakum ekstraktor, fetal monitor, suction pump, infusion pump, timbangan bayi, tensimeter, inkubator bayi, examination lamp, oxygen set dan flowmeter, sterilisator, refrigerator khusus obat, USG, Doppler, bedside monitor, dan endoskopi dengan videomonitor. Jenis peralatan yang diperlukan untuk RS kelas D ada 8 peralatan, yaitu vakum ekstraktor, fetal monitor, suction pump, infusion pump, timbangan bayi, tensimeter, inkubator bayi, dan examination lamp.

Pada pelayanan kesehatan anak, jenis peralatan yang diperlukan untuk RS kelas A dan B adalah 20 peralatan, yaitu blue light, suction pump, inkubator bayi, infusion pump, syringe pump, timbangan anak dan dewasa, pengukur panjang bayi, pengukur tinggi anak, tensimeter dengan manset bayi dan anak, sterilisator, EKG, defibrilator anak/bayi, refrigerator (cold chain), oxygen set dan flowmeter, infant warmer, UV sterilizer, bedside monitor, central gas oxygen, infant ventilator, dan ultrasonic nebulizer.

Jenis peralatan yang diperlukan untuk RS kelas C ada 15 peralatan, yaitu blue light, suction pump, inkubator bayi, infusion pump, syringe pump, timbangan anak dan dewasa, pengukur panjang bayi, pengukur tinggi anak, tensimeter dengan manset bayi dan anak, sterilisator, EKG, defibrilator anak/bayi, refrigerator (cold chain), oxygen set dan flowmeter, dan infant warmer. Jenis peralatan yang diperlukan untuk RS kelas D ada 10 peralatan, yaitu blue light, suction pump, inkubator bayi, infusion pump, syringe pump, timbangan anak dan dewasa, pengukur panjang bayi, pengukur tinggi anak, tensimeter dengan manset bayi dan anak, dan sterilisator.

Pada pelayanan penyakit dalam, jenis peralatan yang diperlukan untuk RS kelas A dan B adalah 14 peralatan, yaitu timbangan badan, tensimeter, EKG, USG, suction pump, spirometer, bronkoskopi, pulse oxymeter, duodenofiberscope, unit hemodialisis, bed side monitor, oxygen set dan flowmeter, gastroduodenoskop, dan ultrasonic nebulizer. Jenis peralatan yang diperlukan untuk RS kelas C ada 11 peralatan, yaitu timbangan badan, tensimeter, EKG, USG, suction pump, spirometer, bronkoskopi, pulse oxymeter, duodenofiberscope, unit hemodialisis, dan bed side monitor. Jenis peralatan yang diperlukan untuk RS kelas D ada 5 peralatan, yaitu timbangan badan, tensimeter, EKG, USG, dan suction pump.

Pada pelayanan penyakit jantung dan pembuluh darah, peralatan yang diperlukan untuk RS kelas A dan B ada 14 peralatan, yaitu EKG 3 channel, USG dengan probe jantung (echocardiograph), tensimeter, autoklaf, infusion pump, syringe pump, bed side monitor,

defibrilator, suction pump, treadmill set, doppler vasculer, oxygen set dan flowmeter, central patient monitor, dan ventilator. Jenis peralatan yang diperlukan untuk RS kelas C ada 11 peralatan, yaitu EKG 3-channel, USG dengan probe jantung, tensimeter, autoklaf, infusionpump, syringe pump, bed side monitor, defibrilator, suction pump, treadmill set, dan Doppler vaskular. Jenis peralatan yang diperlukan untuk RS kelas D ada 3 peralatan yaitu EKG 3-channel, USG dengan probe jantung, dan tensimeter.

Pada pelayanan bedah, jenis peralatan yang diperlukan untuk RS kelas A dan B ada 22 peralatan, yaitu mesin anestesi, lampu operasi, electrocauter, suction pump (kapasitas besar), ventilator, defibrilator, laser surgical unit, autoklaf, tensimeter, pulse oxymeter, sterilisator, UV sterilizer, unit endoskopi, bedside monitor, CO2 analyzer, operation microscope, USG, mobile operating lamp, central gas medic, extracorporeal shock wave, infant warmer, dan X-ray mobile C arm. Jenis peralatan yang diperlukan untuk RS kelas C adalah 12 peralatan, yaitu mesin anestesi, lampu operasi, electrocauter, suction pump (kapasitas besar), ventilator, defibrilator, laser surgical unit, autoklaf, tensimeter, pulse oxymeter, dan sterilisator. Jenis peralatan yang diperlukan untuk RS kelas D ada 9 peralatan, yaitu mesin anestesi, lampu operasi, electrocauter, suction pump (kapasitas besar), ventilator, defibrilator, laser surgical unit, autoklaf, dan tensimeter.

Pada pelayanan mata, jenis peralatan yang diperlukan untuk RS kelas A dan B adalah 6 peralatan, yaitu sterilisator, slit lamp, operating microscope, oxygen set dan flowmeter, lampu UV untuk sterilisasi, dan argon laser photocoagulator. Jenis peralatan yang diperlukan untuk RS kelas C ada 5 peralatan, yaitu sterilisator, slit lamp, operating microscope, oxygen set dan flowmeter, dan lampu UV untuk sterilisasi.

Pada pelayanan THT, jenis peralatan yang diperlukan untuk RS kelas A dan B ada 10 peralatan, yaitu ventilator, sterilisator, tensimeter, suction pump, audiometer, bronkoskopi, bronchofiberscope, operating microscope, electrocauter, dan ENT chair unit. Jenis peralatan yang diperlukan untuk RS kelas C adalah 6 peralatan, yaitu ventilator, sterilisator, tensimeter, suction pump, audiometer, dan ENT Chair Unit. Pada pelayanan THT, peralatan yang diperlukan untuk RS kelas D ada 3 peralatan, yaitu ventilator, sterilisator, dan tensimeter.

Pada pelayanan kulit dan kelamin, jenis peralatan yang diperlukan untuk RS kelas A dan B ada 3 peralatan, yaitu electrocauter unit, ultraviolet lamp, dan examination lamp. Jenis peralatan yang diperlukan untuk RS kelas C adalah 1 peralatan, yaitu elektrokauter unit.

Pada pelayanan gigi dan mulut, jenis peralatan yang diperlukan untuk RS kelas A dan B ada 3 peralatan, yaitu dental unit, sterilisator, dan x-ray dental unit. Jenis peralatan yang diperlukan untuk RS kelas C ada 2 peralatan, yaitu dental unit dan sterilisator. Jenis peralatan yang diperlukan untuk RS kelas D ada 1 peralatan, yaitu dental unit.

Pada pelayanan saraf, jenis peralatan yang diperlukan untuk RS kelas A dan B adalah 8 peralatan, yaitu tensimeter, electro encephalography (EEG), electromyography, suction pump, oxygen set dan flowmeter, ventilator, sterilisator, dan x-ray angiography carotis. Jenis peralatan yang diperlukan untuk RS kelas C ada 5 peralatan, yaitu tensimeter, EEG, electromyography, suction pump, dan oxygen set dengan flowmeter.

Pada pelayanan jiwa, jenis peralatan yang diperlukan untuk RS kelas A dan B ada 7 peralatan, yaitu tensimeter, suction pump, EEG, electromyography (EMG), ECG, EEG brain

mapping, dan electro convulsive therapy (ECT). Jenis peralatan yang diperlukan untuk RS kelas C ada 2 peralatan, yaitu tensimeter dan suction pump.

Pada pelayanan gawat darurat, jenis peralatan yang diperlukan untuk RS kelas A dan B ada 17 peralatan, yaitu defibrilator, EKG, mobile operating lamp (lampu operasi), sterilisator, suction pump, infus pump, syringe pump, mesin anestesi, pulse oxymeter, bed side monitor, electrocauter, suction thorax (WSD), ekstraktor vakum, ENT treatment chair, ventilator,USG, dan ultrasonic nebulizer. Jenis peralatan yang diperlukan untuk RS kelas C ada 9 peralatan, yaitu defibrilator, EKG, mobile operating lamp (lampu operasi), sterilisator, suction pump, infus pump, syringe pump, mesin anestesi, dan pulse oxymeter. Jenis peralatan yang diperlukan untuk RS kelas D adalah 7 peralatan, yaitu defibrilator, EKG, mobile operating lamp (lampu operasi), sterilisator, suction pump, infus pump, dan syringe pump.

Pada pelayanan perawatan intensif, jenis peralatan yang diperlukan untuk RS kelas A dan B ada 16 peralatan, yaitu ventilator, oxygen set dan flowmeter, suction pump, infus pump, syringe pump, tensimeter, EKG, pulse oxymeter, central patient monitor, defibrilator, mobile operationg lamp, bed side monitor, sterilisator, mesin anestesi, central gas medic, dan x-ray mobile unit. Jenis peralatan yang diperlukan untuk RS kelas C ada 11 peralatan, yaitu ventilator, oxygen set dan flowmeter, suction pump, infus pump, syringe pump, tensimeter, EKG, pulse oxymeter, central patient monitor, defibrilator, dan mobile operationg lamp.

Pada pelayanan anestesi dan reanimasi, jenis peralatan yang diperlukan untuk RS kelas A dan B adalah 14 peralatan, yaitu mesin anestesi, ventilator, defibrilator, oxygen set dan flowmeter, pulse oxymeter, EKG, defibrilator dengan monitor EKG, bed side monitor, bronkoscopi pipa kaku (segala ukuran), bronchofiberscope (segala ukuran), tensimeter dengan manset ganda, spirometer, suction pump, dan ultrasonic nebulizer. Jenis peralatan yang diperlukan untuk RS kelas C ada 8 peralatan, yaitu mesin anestesi, ventilator, defibrilator, oxygen set dan flowmeter, pulse oxymeter, EKG, defibrilator dengan monitor EKG, dan bed side monitor. Jenis peralatan yang diperlukan untuk RS kelas D ada 6 peralatan, yaitu mesin anestesi, ventilator, defibrilator, oxygen set dan flowmeter, pulse oxymeter, dan EKG.

Pada pelayanan laboratorium, jenis peralatan yang diperlukan untuk RS kelas A dan B ada 18 peralatan, yaitu sentrifus, autoklaf, inkubator laboratorium, refrigerator non frost, freezer -20°C, photometer/spectrophotometer, analytical balance (timbangan analitik), koagulometer, electrolite analyzer, urine analyzer, sentrifus mikrohematokrit, hematology analyzer (blood cell counter), blood chemistry analyzer, blood gas analyzer (untuk gas dan elektrolit darah), immuno analyzer, ELISA reader, ELISA washer, kabinet keamanan biologis kelas 2. Jenis peralatan yang diperlukan untuk RS kelas C adalah 10 peralatan, yaitu sentrifus, autoklaf, inkubator laboratorium, refrigerator non frost, freezer -20°C, photometer/spectrophotometer, analytical balance (timbangan analitik), koagulometer, electrolite analyzer, dan urine analyzer.

Pada pelayanan radiologi, jenis peralatan yang diperlukan untuk RS kelas A dan B ada 17 peralatan, yaitu x-ray unit, automatic film processor, X-ray dental unit, X-ray mobile unit, x-ray mammography, x-ray general purpose, oXygen set dan flowmeter, survey meter, USG, sterilisator, x-ray fluoroscopy, CT-scan, MRI (Magnetic Resonance Imaging), X-ray angiography, x-ray dental panoramic, x-ray mobile C arm, dan USG multipurpose.

Jenis peralatan yang diperlukan untuk RS kelas C ada 8 peralatan, yaitu x-ray unit, automatic film processor, x-ray dental unit, x-ray mobile unit, x-ray mammography, oxygen set dan flowmeter, survey meter, USG, sterilisator. Jenis peralatan yang diperlukan untuk RS kelas D adalah 1 peralatan, yaitu x-ray unit.

Pada pelayanan rehabilitasi medik, jenis peralatan yang diperlukan untuk RS kelas A dan B ada 9 peralatan, yaitu short wave diathermy, lampu infra merah, treadmill set, micro wave diathermy, ultra sound therapy, electro stimulator/electro therapy, unit traksi, accupuncture therapy, dan elektro-analgesia. Pada pelayanan rehabilitasi medik, jenis peralatan yang diperlukan untuk RS kelas C ada 7 peralatan, yaitu short wave diathermy, lampu infra merah, treadmill set, micro wave diathermy, ultra sound therapy, electro stimulator/electro therapy, dan unit traksi. Jenis peralatan yang diperlukan untuk RS kelas D ada 2 peralatan, yaitu short wave diathermy dan lampu infra merah.

Pada pelayanan farmasi, jenis peralatan yang diperlukan untuk RS kelas A dan B ada 2 peralatan, yaitu kabinet keamanan biologis kelas 2 dan refrigerator obat. Jenis peralatan yang diperlukan untuk RS kelas C dan D ada 1 peralatan, yaitu refrigerator obat.

Pada pelayanan sterilisasi sentral, jenis peralatan yang diperlukan untuk RS kelas A dan B ada 6 peralatan, yaitu autoklaf, horizontal sterilizer, high pressure steam sterilizer, hot air sterilizer, ultra sonic cleaner, dan bed sterilizer. Jenis peralatan yang diperlukan untuk RS kelas C ada 2 peralatan, yaitu autoklaf dan horizontal sterilizer. Jenis peralatan yang diperlukan untuk RS kelas D ada 1 peralatan, yaitu autoklaf.

BAB 4. HASIL DAN PEMBAHASAN

4.1. KARAKTERISTIK RUMAH SAKIT

4.1.1. Kelas RSU Pemerintah

Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor. 340/Menkes/Per/III/2010 tentang Klasifikasi Rumah Sakit, kelas rumah sakit umum (**selanjutnya disingkat RSU**) terbagi atas kelas A, B, C, dan D. Pembagian kelas didasarkan pada fasilitas dan kemampuan pelayanan medik dan ketenagaan rumah sakit. **Dalam Rifaskes 2011, khusus untuk RS TNI/Polri, maka kelasnya adalah : I, II, III, dan IV. Kelas I disetarakan dengan kelas A, kelas II dengan kelas B, kelas III dengan kelas C, dan kelas IV disetarakan dengan kelas D.**

Suatu RSU kelas A dipersyaratkan memiliki jumlah tempat tidur minimal 400 (empat ratus) buah, mempunyai fasilitas dan kemampuan pelayanan medik paling sedikit 4 (empat) pelayanan medik spesialisik dasar, 5 (lima) pelayanan spesialis penunjang medik, 12 (dua belas) pelayanan medik spesialis lain dan 13 (tiga belas) pelayanan medik subspesialis. Pelayanan dan kemampuan RSU kelas A meliputi :

- Pelayanan medik umum (pelayanan medik dasar, pelayanan medik gigi mulut, pelayanan kesehatan ibu anak, dan pelayanan keluarga berencana).
- Pelayanan gawat darurat
- Pelayanan medik spesialisik dasar (pelayanan penyakit dalam, kesehatan anak, bedah, kebidanan dan kandungan),
- Pelayanan spesialis penunjang medik (pelayanan anesthesiologi, radiologi, rehabilitasi medik, patologi klinik dan patologi anatomi),
- Pelayanan medik spesialis lain (pelayanan mata, telinga hidung tenggorokan, syaraf, jantung dan pembuluh darah, kulit dan kelamin, kedokteran jiwa, paru, ortopedi, urologi, bedah syaraf, bedah plastik, dan kedokteran forensik).
- Pelayanan medik spesialis gigi mulut, pelayanan medik subspesialis : pelayanan bedah mulut, konservasi/endodonsi, periodonti, orthodonti, prosthodonti, pedodonti dan penyakit mulut
- Pelayanan keperawatan dan kebidanan: pelayanan asuhan keperawatan dan kebidanan
- Pelayanan medik subspesialis terdiri dari subspesialis bedah, penyakit dalam, kesehatan anak, kebidanan dan kandungan, mata, telinga hidung tenggorokan, syaraf, jantung dan pembuluh darah, kulit dan kelamin, jiwa, paru, ortopedi dan gigi mulut.
- Pelayanan penunjang klinik terdiri dari perawatan intensif, pelayanan darah, gizi, farmasi, sterilisasi instrumen dan rekam medik
- Pelayanan penunjang non klinik terdiri dari pelayanan laundry/linen, jasa boga/dapur, teknik dan pemeliharaan fasilitas, pengelolaan limbah, gudang, ambulans, komunikasi, pemulasaraan jenazah, pemadam kebakaran, pengelolaan gas medik dan penampungan air bersih.

Suatu RSU kelas B disyaratkan memiliki jumlah tempat tidur minimal 200 (dua ratus) buah, mempunyai fasilitas dan kemampuan pelayanan medik paling sedikit 4 (empat) pelayanan medik spesialisik dasar, 4 (empat) pelayanan spesialis penunjang medik, 8

(delapan) pelayanan medik spesialis lain dan 2 (dua) pelayanan medik subspecialis dasar. Pelayanan dan kemampuan RSU kelas B meliputi :

- Pelayanan medik umum (pelayanan medik dasar, pelayanan medik gigi mulut dan pelayanan kesehatan ibu anak, keluarga berencana).
- Pelayanan gawat darurat
- Pelayanan medik spesialistik dasar (pelayanan penyakit dalam, kesehatan anak, bedah, kebidanan dan kandungan),
- Pelayanan spesialis penunjang medik (pelayanan anestesiologi, radiologi, rehabilitasi medik, patologi klinik dan patologi anatomi),
- Pelayanan medik spesialis lain sekurang-kurangnya 8 (delapan) dari 13 (tiga belas) pelayanan meliputi : pelayanan mata, telinga hidung tenggorokan, syaraf, jantung dan pembuluh darah, kulit dan kelamin, kedokteran jiwa, paru, ortopedi, urologi, bedah syaraf, bedah plastik, dan kedokteran forensik.
- Pelayanan medik spesialis gigi mulut, pelayanan bedah mulut, konservasi/endodonsi, dan periodonti.
- Pelayanan Keperawatan dan Kebidanan : Pelayanan Asuhan Keperawatan dan Kebidanan.
- Pelayanan medik subspecialis 2 (dua) dari 4 (empat) subspecialis dasar yang meliputi bedah, penyakit dalam, kesehatan anak, kebidanan dan kandungan.
- Pelayanan penunjang klinik terdiri dari perawatan intensif, pelayanan darah, gizi, farmasi, sterilisasi instrumen dan rekam medik
- Pelayanan penunjang non klinik : pelayanan laundry/linen, jasa boga/dapur, teknik dan pemeliharaan fasilitas, pengelolaan limbah, gudang, ambulan, komunikasi, pemulasaraan jenazah, pemadam kebakaran, pengelolaan gas medik dan penampungan air bersih.

Suatu RSU kelas C disyaratkan memiliki jumlah tempat tidur minimal 100 (seratus) buah, mempunyai fasilitas dan kemampuan pelayanan medik paling sedikit 4 (empat) pelayanan medik spesialistik dasar dan 4 (empat) pelayanan spesialis penunjang medik. Pelayanan dan kemampuan RSU kelas C meliputi :

- Pelayanan medik umum (pelayanan medik dasar, pelayanan medik gigi mulut dan pelayanan kesehatan ibu anak, keluarga berencana)
- Pelayanan gawat darurat
- Pelayanan medik spesialistik dasar (pelayanan penyakit dalam, kesehatan anak, bedah, kebidanan dan kandungan)
- Pelayanan spesialis penunjang medik (pelayanan anestesiologi, radiologi, rehabilitasi medik, patologi klinik dan patologi anatomi)
- Pelayanan medik spesialis gigi mulut minimal 1 (satu) pelayanan
- Pelayanan keperawatan dan kebidanan : pelayanan asuhan keperawatan dan kebidanan
- Pelayanan penunjang klinik terdiri dari perawatan intensif, pelayanan darah, gizi, farmasi, sterilisasi instrumen dan rekam medik
- Pelayanan penunjang non klinik : pelayanan laundry/linen, jasa boga/dapur, teknik dan pemeliharaan fasilitas, pengelolaan limbah, gudang, ambulan, komunikasi, kamar jenazah, pemadam kebakaran, pengelolaan gas medik dan penampungan air bersih.

Suatu RSU kelas D disyaratkan memiliki jumlah tempat tidur minimal 50 (lima puluh) buah, mempunyai fasilitas dan kemampuan pelayanan medik paling sedikit 2 (dua) pelayanan medik spesialistik dasar. Pelayanan dan kemampuan RSU kelas D meliputi :

- Pelayanan medik umum (pelayanan medik dasar, pelayanan medik gigi mulut dan pelayanan kesehatan ibu anak, keluarga berencana).
- Pelayanan gawat darurat.
- Pelayanan medik spesialisik dasar sekurang-kurangnya 2 (dua) dari 4 (empat) jenis pelayanan medik spesialisikdasar meliputi pelayanan penyakit dalam, kesehatan anak, bedah, kebidanan dan kandungan.
- Pelayanan spesialis penunjang medik yaitu laboratorium dan radiologi.
- Pelayanan keperawatan dan kebidanan : pelayanan asuhan keperawatan dan kebidanan
- Pelayanan penunjang klinik terdiri dari perawatan *High Care Unit*, pelayanan darah, gizi, farmasi, sterilisasi instrumen dan rekam medik
- Pelayanan penunjang non klinik : pelayanan laundry/linen, jasa boga/dapur, teknik dan pemeliharaan fasilitas, pengelolaan limbah, gudang, ambulan, komunikasi, kamar jenazah, pemadam kebakaran, pengelolaan gas medik dan penampungan air bersih.

Menurut kelasnya, RSU Pemerintah terbanyak yang menjadi responden Rifaskes 2011 adalah RSU Pemerintah kelas C, sedangkan yang paling sedikit adalah RSU Pemerintah kelas A. Penetapan kelas rumah sakit di dalam Rifaskes ditentukan berdasarkan pernyataan responden yang didukung oleh adanya ketetapan tertulis mengenai penetapan kelas oleh yang berwenang (Kementerian Kesehatan).

Distribusi RSU Pemerintah responden Rifaskes di Provinsi Aceh berbeda dengan gambaran Nasional. Tabel 1 menunjukkan terdapat 26 RSU Pemerintah di Provinsi Aceh yang menjadi responden Rifaskes 2011, terbanyak adalah RSU Pemerintah kelas D (50%).

4.1.2. Kepemilikan RSU Pemerintah

Berdasarkan kepemilikannya, Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 159b/Menkes/Per/II/1988 menyebutkan bahwa rumah sakit dimiliki dan diselenggarakan oleh pemerintah dan swasta. Rumah sakit pemerintah dimiliki dan diselenggarakan oleh Departemen Kesehatan (Kementerian Kesehatan), Pemerintah Daerah, TNI dan Polri (termasuk milik Departemen/ Kementerian Pertahanan dan Keamanan), Badan Usaha Milik Negara (BUMN), dan departemen/ kementerian lain. Rumah sakit swasta dimiliki dan diselenggarakan oleh yayasan yang sudah disahkan sebagai badan hukum, Perseroan Terbatas (PT) dan badan hukum lain.

Menurut Undang-Undang Nomor 44 tahun 2009 tentang Rumah Sakit, pengelolaan rumah sakit dapat dibagi menjadi rumah sakit publik dan rumah sakit privat. Rumah sakit publik dapat dikelola oleh Pemerintah (Pemerintah Pusat termasuk TNI, Polri), Pemerintah Daerah, dan badan hukum yang bersifat nirlaba. Dikatakan sebagai nirlaba apabila sisa hasil usahanya tidak dibagikan kepada pemilik melainkan digunakan untuk peningkatan pelayanan, yaitu antara lain Yayasan, Perkumpulan dan Perusahaan Umum.

Dalam Rifaskes 2011, yang dikategorikan ke dalam RSU Pemerintah adalah RSU milik Kementerian Kesehatan, Pemerintah Provinsi, Pemerintah Kabupaten/ Kota, TNI/ Polri/ Kementerian Pertahanan, BUMN, dan kementerian lain. Berdasarkan kepemilikannya, sebagian besar RSU Pemerintah yang menjadi responden Rifaskes adalah milik Pemerintah Kabupaten/ Pemerintah Kota (65,1%) disusul oleh TNI/ Polri (19,9%). Terdapat 14 RSU (2,0%) yang dimiliki Kementerian Kesehatan, 44 RSU (6,5%) dimiliki Pemerintah Provinsi dan BUMN. Satu RSU dimiliki oleh Otorita Batam (Tabel 4.1).

Sebagian besar RSU Pemerintah yang menjadi responden Rifaskes di Provinsi Aceh adalah milik Pemerintah Kabupaten/Kota (20,0%), milik TNI/Polri 16,0 %, serta milik

Pemerintah Propinsi Aceh hanya 1 (4,0%). Tidak ada RSU Milik Kementerian Kesehatan, BUMN, maupun Kementerian lain.

4.1.3. Akreditasi RSU Pemerintah

Akreditasi dilakukan secara berkala minimal 3 tahun sekali. Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 417/Menkes/Per/II/2011, akreditasi rumah sakit (**selanjutnya disebut RS**) merupakan pengakuan terhadap RS yang diberikan oleh lembaga independen yang ditetapkan oleh Menteri, setelah dinilai bahwa RS itu memenuhi standar pelayanan RS yang berlaku. Akreditasi adalah penilaian yang dilakukan oleh lembaga independen pelaksana akreditasi RS untuk mengukur pencapaian dan cara penerapan standar pelayanan. Komisi Akreditasi Rumah Sakit, yang selanjutnya disingkat KARS adalah lembaga independen pelaksana akreditasi RS yang bersifat fungsional, non-struktural, dan bertanggung jawab kepada Menteri.

Tujuan umum akreditasi RS adalah meningkatkan mutu pelayanan RS dan secara khusus bertujuan memberikan jaminan, kepuasan dan perlindungan kepada masyarakat, memberikan pengakuan kepada RS yang telah menerapkan standar yang ditetapkan, menciptakan lingkungan internal RS yang kondusif untuk pengobatan dan penyembuhan pasien sesuai standar, meningkatkan mutu dan evaluasi terhadap proses dan hasil. Akreditasi RS memberikan manfaat sebagai alat bagi pemilik dan pengelola RS mengukur kinerja RS, melindungi masyarakat dari pelayanan sub standar atau malpraktek, meningkatkan citra RS dan menumbuhkan kepercayaan masyarakat, merupakan pedoman bagi pengelola RS untuk memberikan pelayanan kesehatan yang sesuai dengan peraturan perundangan yang berlaku.

Terdapat 3 tingkatan Akreditasi RS, yaitu (Handono, 2005) :

- Akreditasi Tingkat Dasar (5 Pelayanan), meliputi penilaian : Pelayanan Administrasi Manajemen RS, Pelayanan Gawat Darurat, Pelayanan Medis, Pelayanan Rekam Medis, dan Pelayanan Keperawatan.
- Akreditasi Tingkat Lanjutan (12 Pelayanan), meliputi penilaian : Pelayanan Administrasi Manajemen RS, Pelayanan Gawat Darurat, Pelayanan Medis, Pelayanan Rekam Medis, Pelayanan Keperawatan, Pelayanan Farmasi, Pelayanan Kesehatan dan Keselamatan Kerja (K3), Pelayanan Laboratorium, Pelayanan Kamar Operasi, Pelayanan Radiologi, Pelayanan Perinatal dan Risiko Tinggi, Pelayanan Pengendalian Infeksi Nosokomial.
- Akreditasi Tingkat Paripurna (16 Pelayanan), meliputi penilaian : Pelayanan Administrasi Manajemen RS, Pelayanan Gawat Darurat, Pelayanan Medis, Pelayanan Rekam Medis, Pelayanan Keperawatan, Pelayanan Farmasi, Pelayanan K3, Pelayanan Laboratorium, Pelayanan Kamar Operasi, Pelayanan Radiologi, Pelayanan Perinatal dan Risiko Tinggi, Pelayanan Pengendalian Infeksi Nosokomial, Pelayanan Intensif, Pelayanan Rehabilitasi Medik, Pelayanan Bank Darah, dan Pelayanan Gizi.

Status akreditasi RSU Pemerintah yang menjadi responden Rifaskes terdiri dari 49,1% RSU Pemerintah tidak terakreditasi, 30,5% RSU Pemerintah terakreditasi untuk 5 jenis pelayanan, dan 9,9% RSU Pemerintah terakreditasi untuk 16 jenis pelayanan.

Masih terdapat 19 RSU Pemerintah di Provinsi Aceh (76,0%) yang belum terakreditasi sampai dengan pertengahan tahun 2011 saat Rifaskes berlangsung. Terdapat 4 RSU Pemerintah yang terakreditasi 5 jenis pelayanan, 1 RSU Pemerintah yang terakreditasi 12 jenis pelayanan, dan 1 RSU Pemerintah yang telah terakreditasi 16 jenis pelayanan (4,0%).

4.1.4. Wahana Pendidikan

RS Pendidikan di Indonesia adalah RS yang merupakan jejaring Institusi Pendidikan Kedokteran dan digunakan sebagai wahana pembelajaran klinik untuk memenuhi modul pendidikan dalam rangka mencapai kompetensi berdasarkan Standar Pendidikan Profesi Kedokteran (Depkes, 2009).

Penetapan RS Pendidikan di Indonesia secara resmi dimulai dengan ditetapkannya pembagian tugas, tanggungjawab, dan penetapan prosedur sebagai RS Pemerintah yang digunakan untuk pendidikan kedokteran pada tahun 1981 melalui Surat Keputusan Bersama (SKB) Menteri Kesehatan, Menteri Pendidikan dan Kebudayaan serta Menteri Dalam Negeri.

Saat ini penetapan RS Pendidikan disahkan melalui Surat Keputusan Menteri Kesehatan, setelah melalui proses penilaian dan memenuhi kriteria Standar RS Pendidikan yang diterbitkan oleh Direktorat Jenderal Bina Upaya Kesehatan (dulu Direktorat Jenderal Pelayanan Medik) Kementerian Kesehatan.

Berdasarkan Pedoman Klasifikasi dan Standar Rumah Sakit Pendidikan (Depkes, 2009), Rumah Sakit Pendidikan diklasifikasikan menjadi RS Pendidikan Utama, RS Pendidikan Afiliasi (Eksilensi) dan RS Pendidikan Satelit. Definisi dari klasifikasi RS Pendidikan tersebut adalah sebagai berikut :

1. Rumah Sakit Pendidikan Utama

Rumah Sakit Pendidikan Utama adalah RS Jejaring Institusi Pendidikan Kedokteran yang digunakan sebagai wahana pembelajaran klinik peserta didik untuk memenuhi seluruh atau sebagian modul pendidikan dalam rangka mencapai kompetensi berdasarkan Standar Pendidikan Profesi Kedokteran.

2. Rumah Sakit Pendidikan Afiliasi (Eksilensi)

Rumah Sakit Pendidikan Afiliasi (Eksilensi) adalah RS Khusus atau RS Umum dengan unggulan tertentu yang menjadi pusat rujukan pelayanan medik tertentu yang merupakan jejaring Institusi Pendidikan Kedokteran dan digunakan sebagai wahana pembelajaran klinik untuk memenuhi modul pendidikan tertentu secara utuh dalam rangka mencapai kompetensi berdasarkan Standar Pendidikan Profesi Kedokteran.

3. Rumah Sakit Pendidikan Satelit

Rumah Sakit Pendidikan Satelit adalah RS jejaring Institusi Pendidikan Kedokteran dan jejaring RS Pendidikan Utama yang digunakan sebagai wahana pembelajaran klinik peserta didik untuk memenuhi sebagian modul pendidikan dalam rangka mencapai kompetensi berdasarkan Standar Pendidikan Profesi Kedokteran.

Hasil penelitian yang dilakukan oleh Departemen Kesehatan dan Universitas Gadjah Mada pada tahun 2003 melaporkan terdapat 97 RS yang berfungsi sebagai RS Pendidikan, namun dari data Asosiasi RS Pendidikan Indonesia (ARSPI) hingga tahun 2009 tercatat hanya ada 39 RS yang secara resmi mempunyai Surat Keputusan Menteri Kesehatan sebagai RS Pendidikan. Hasil Rifaskes menunjukkan terdapat 223 RSU Pemerintah yang menjadi wahana pendidikan untuk mahasiswa kedokteran, 80 diantaranya merupakan RS yang memiliki penetapan sebagai wahana pendidikan mahasiswa kedokteran baik melalui SK MenKes dan atau dokumen lain (MoU, Perjanjian Kesejasama, dll), dan 143 RSU Pemerintah menjadi wahana pendidikan mahasiswa kedokteran tanpa dikukuhkan oleh dokumen penetapan.

Sebagian besar RSU Pemerintah di Provinsi Aceh tidak tidak menjadi wahana pendidikan (68,0%). Hanya 1 RSU Pemerintah (4,0%) yang merupakan RS Pendidikan dengan

klasifikasi RS Pendidikan Utama, dan 7 RSU Pemerintah (28,0%) menjadi wahana pendidikan namun bukan termasuk RS pendidikan.

Tabel 4.1.
Persentase RSU Pemerintah di Provinsi Aceh menurut
Karakteristik Umum, Rifaskes 2011

Karakteristik	Nasional		Provinsi Aceh	
	N	%	n	%
Klasifikasi kelas RSU		N=685		n = 25
Kelas A	16	2,3	-	-
Kelas B	145	21,2	3	12,0
Kelas C	323	47,2	14	56,0
Kelas D	201	29,3	8	32,0
Pemilik Rumah Sakit		N=685		n=25
Kementrian Kesehatan	14	2	-	-
Pemerintah Propinsi	44	6,4	1	4,0
Pemerintah Kab. / Kota	446	65,1	20	80,0
TNI / Polri	136	19,9	4	16,0
BUMN	44	6,4	-	-
Kementrian lain	1	0,1	-	-
Status Akreditasi		N=684		n= 25
Tidak terakreditasi	335	48,9	19	76,0
Terakreditasi 5 jenis Pelayanan	209	30,5	4	16,0
Terakreditasi 12 Jenis Pelayanan	72	10,5	1	4,0
Terakreditasi 16 Jenis Pelayanan	68	9,9	1	4,0
Menjadi Wahana Pendidikan Dokter (PSPD)		N=684		n= 25
Ya, merupakan RS Pendidikan	80	11,7	1	4,0
Ya, bukan RS Pendidikan	143	20,9	7	28,0
Bukan RS Pendidikan	461	67,4	17	68,0
Klasifikasi RS Pendidikan		N=80		n= 1
RS Pendidikan Utama	33	41,3	1	100
RS Pendidikan Afiliasi/ Eksilensi	16	20	-	-
RS Pendidikan Satelit	31	38,8	-	-

4.2. SUMBER DAYA MANUSIA DI RSU PEMERINTAH

Berdasarkan Permenkes Nomor 340 Tahun 2010, kelas RS selain tergantung pada fasilitas dan kemampuan pelayanan rumah sakit, juga dipengaruhi oleh tenaga kesehatan yang dimiliki.

Suatu RSU kelas A disyaratkan memenuhi standar ketenagaan sebagai berikut :

- Pada pelayanan medik dasar minimal harus ada 18 (delapan belas) orang dokter umum dan 4 (empat) orang dokter gigi sebagai tenaga tetap.
- Pada pelayanan medik spesialisik dasar harus ada masing-masing minimal 6 (enam) orang dokter spesialis dengan masing-masing 2 (dua) orang dokter spesialis sebagai tenaga tetap.

BADAN LITBANGKES
LAPORAN PROVINSI ACEH RIFASKES 2011

- Pada pelayanan spesialis penunjang medik harus ada masing-masing minimal 3 (tiga) orang dokter spesialis dengan masing-masing 1 (satu) orang dokter spesialis sebagai tenaga tetap.
- Pada pelayanan medik spesialis lain harus ada masing-masing minimal 3 (tiga) orang dokter spesialis dengan masing-masing 1 (satu) orang dokter spesialis sebagai tenaga tetap.
- Untuk pelayanan medik spesialis gigi mulut harus ada masing-masing minimal 1 (satu) orang dokter gigi spesialis sebagai tenaga tetap.
- Pada pelayanan medik subspecialis harus ada masing-masing minimal 2 (dua) orang dokter subspecialis dengan masing-masing 1 (satu) orang dokter subspecialis sebagai tenaga tetap.
- Perbandingan tenaga keperawatan dan tempat tidur adalah 1 : 1 dengan kualifikasi tenaga keperawatan sesuai dengan pelayanan di rumah sakit.

Suatu RSU kelas B disyaratkan memenuhi standar ketenagaan sebagai berikut :

- Pada pelayanan medik dasar minimal harus ada 12 orang dokter umum dan 3 orang dokter gigi sebagai tenaga tetap.
- Pada pelayanan medik spesialistik dasar harus ada masing-masing minimal 3 orang dokter spesialis dengan masing-masing 1 orang sebagai tenaga tetap.
- Pada pelayanan spesialis penunjang medik harus ada masing-masing minimal 2 orang dokter spesialis dengan masing-masing 1 orang dokter spesialis sebagai tenaga tetap.
- Pada pelayanan medik spesialis lain harus ada masing-masing minimal 1 orang dokter spesialis setiap pelayanan dengan 4 orang dokter spesialis sebagai tenaga tetap pada pelayanan yang berbeda.
- Pada pelayanan medik spesialis gigi mulut harus ada masing-masing minimal 1 orang dokter gigi spesialis sebagai tenaga tetap.
- Pada pelayanan medik subspecialis harus ada masing-masing minimal 1 orang dokter subspecialis dengan masing-masing 1 orang dokter subspecialis sebagai tenaga tetap.
- Perbandingan tenaga keperawatan dan tempat tidur adalah 1 : 1 dengan kualifikasi tenaga keperawatan sesuai dengan pelayanan di rumah sakit.

Suatu RSU kelas C disyaratkan memenuhi standar ketenagaan sebagai berikut :

- Pada pelayanan medik dasar minimal harus ada 9 orang dokter umum dan 2 orang dokter gigi sebagai tenaga tetap.
- Pada pelayanan medik spesialistik dasar harus ada masing-masing minimal 2 orang dokter spesialis setiap pelayanan dengan 2 orang dokter spesialis sebagai tenaga tetap pada pelayanan yang berbeda.
- Pada pelayanan spesialis penunjang medik masing-masing minimal 1 orang dokter spesialis setiap pelayanan dengan 2 orang dokter spesialis sebagai tenaga tetap pada pelayanan yang berbeda.
- Perbandingan tenaga keperawatan dan tempat tidur adalah 2 : 3 dengan kualifikasi tenaga keperawatan sesuai dengan pelayanan di rumah sakit.

Suatu RSU kelas D disyaratkan memenuhi standar ketenagaan sebagai berikut :

- Pada pelayanan medik dasar minimal harus ada 4 orang dokter umum dan 1 orang dokter gigi sebagai tenaga tetap.
- Pada pelayanan medik spesialis dasar harus ada masing-masing minimal 1 orang dokter spesialis dari 2 jenis pelayanan spesialis dasar dengan 1 orang dokter spesialis sebagai tenaga tetap.

- Perbandingan tenaga keperawatan dan tempat tidur adalah 2 : 3 dengan kualifikasi tenaga keperawatan sesuai dengan pelayanan di rumah sakit.

4.2.1. Keberadaan Dokter, Dokter Gigi, Dokter Gigi Spesialis di RSUD Pemerintah

Hasil Rifaskes menunjukkan masih ada RSUD Pemerintah yang tidak memiliki tenaga dokter. Dokter gigi juga belum tersedia di seluruh RSUD Pemerintah. Kondisi ini berbeda dengan tenaga perawat yang tersedia di seluruh RSUD Pemerintah di Indonesia. Kendati demikian, perlu dilakukan telaah lebih lanjut mengenai kecukupan tenaga perawat terkait dengan beban kerja di dalam menjalankan tugasnya di masing-masing RS. Seluruh RSUD Pemerintah di Provinsi Aceh sudah memiliki dokter, dan rerata keberadaan dokter gigi di Provinsi Aceh sudah di atas rerata Nasional.

Di dalam Rifaskes, juga diperoleh informasi mengenai keberadaan dokter gigi spesialis di RSUD Pemerintah, meliputi dokter gigi spesialis ortodonsi, pedodontia (kedokteran gigi anak), bedah mulut, prostodontia, konservasi gigi, periodontia, dan penyakit mulut. Dokter gigi spesialis ortodontia adalah dokter gigi spesialis yang mempunyai keahlian melakukan perawatan untuk mendapatkan susunan gigi yang rapi dan teratur. Dokter gigi spesialis pedodontia adalah dokter gigi yang mempunyai keahlian khusus untuk menangani pasien anak-anak, mulai dari pertumbuhan dan perkembangan giginya sampai psikologis anak dalam hal ini apabila sang anak mempunyai masalah rasa takut terhadap dokter gigi ataupun apabila sang anak sangat sulit untuk dilakukan perawatan oleh dokter gigi umum. Dokter gigi spesialis bedah mulut adalah dokter gigi yang melakukan berbagai perawatan bedah seperti membuang kista, tumor, ataupun pencabutan gigi yang sulit, memperbaiki patah ataupun retak tulang rahang, maupun masalah sendi rahang yang memerlukan tindakan bedah. Dokter gigi prostodontia adalah dokter gigi spesialis yang mempunyai keahlian untuk membuat berbagai jenis gigi tiruan, mulai dari yang lepasan maupun gigi tiruan cekat, dan mempertimbangkan agar gigi tiruan tersebut dapat diterima secara biologis oleh mulut sehingga aspek kesehatan mulut tetap terjaga. Dokter gigi spesialis konservasi gigi merupakan dokter gigi spesialis yang mempunyai keahlian dalam melakukan penambalan, perawatan saluran akar/endodontik dan estetik (pemutihan dan memperbaiki bentuk gigi). Dokter gigi spesialis periodontia adalah dokter gigi yang mempunyai keahlian menangani kasus-kasus yang berhubungan dengan jaringan pendukung gigi diantaranya gusi, dan jaringan pendukung gigi lainnya yang lebih dalam. Perawatan yang dilakukannya mulai dari skeling membersihkan karang gigi, sampai bedah periodontal. Dokter gigi spesialis penyakit mulut adalah dokter gigi spesialis yang mempunyai keahlian menangani kasus-kasus penyakit mulut yang tidak biasa, seperti sariawan yang tidak kunjung sembuh, berbagai luka maupun kelainan di mukosa mulut, mulai dari diagnosis sampai perawatannya.

4.2.2. Keberadaan Dokter Spesialis

Tabel 4.2. memberikan informasi mengenai ketersediaan dokter spesialis pelayanan medik spesialistik dasar (spesialis bedah, spesialis penyakit dalam, spesialis anak, dan spesialis kebidanan dan kandungan) di RSUD Pemerintah di Indonesia. Informasi yang diberikan adalah informasi keberadaan secara umum, tidak memilah antar kelas RS.

Secara nasional, sekitar 79,6% RSUD Pemerintah telah memiliki spesialis bedah (SpB), 81,5% memiliki spesialis penyakit dalam (SpPD), 75,5% memiliki spesialis anak (SpA), dan 82,9% memiliki spesialis kebidanan dan kandungan (SpOG).

**Tabel 4.2.
Persentase RSUD Pemerintah di Provinsi Aceh
Berdasarkan Ketersediaan Tenaga Medik, Rifaskes 2011**

Jenis Nakes	RSU Berdasarkan Ketersediaan Nakes			
	Nasional		Provinsi Aceh	
	N	%	n	%
DOKTER UMUM DAN DOKTER SPESIALIS				
Dokter Umum	684	99,9	25	100,0
Penyakit Dalam	558	81,5	21	84,0
Bedah	545	79,6	19	76,0
Anak	517	75,5	21	84,0
Kebidanan dan Kandungan	568	82,9	22	88,0
Saraf	351	51,2	12	48,0
Kedokteran Jiwa	184	26,9	5	20,0
Anestesi	334	48,8	12	48,0
Kulit dan Kelamin	269	39,3	7	28,0
Mata	403	58,8	12	48,0
Telinga Hidung dan Tenggorokan	349	50,9	11	44,0
Patologi Klinik	266	38,8	7	28,0
Radiologi	332	48,5	11	44,0
Patologi Anatomi	87	12,7	2	8,0
Rehabilitasi Medis	126	18,4	2	8,0
Forensik dan Medikolegal	37	5,4	1	4,0
Farmasi Klinik	11	1,6	0	0
Urologi	95	13,9	5	20,0
Mikrobiologi Klinik	13	1,9	1	4,0
Jantung dan Pembuluh Darah	140	20,4	3	12,0
Bedah syaraf	103	15,0	3	12,0
Lainnya	185	27,0	7	28,0
DOKTER GIGI DAN DOKTER GIGI SPESIALIS				
Dokter Gigi	627	91,5	24	96,0
Ortodonsia	78	11,4	0	0
Pedodonsia/ Kedokteran Gigi Anak	34	5,0	1	4,0
Bedah Mulut	91	13,3	3	12,0
Prostodonsia	34	5,0	1	4,0
Konservasi Gigi	53	7,7	2	8,0
Periodonsia	13	1,9	0	0
Penyakit Mulut	6	0,9	0	0
Lainnya	7	1,0	0	0

Analisa lebih lanjut menunjukkan bahwa RSUD Milik TNI/ Polri/ Kementerian Pertahanan dan Keamanan memiliki proporsi ketersediaan dokter spesialis pelayanan medik spesialistik dasar terendah dibandingkan RSUD milik Pemerintah lainnya (Kementerian Kesehatan, Pemerintah Provinsi, Pemerintah Kabupaten/ Kota, dan BUMN). Seluruh RSUD Pemerintah milik Kementerian Kesehatan telah memiliki seluruh dokter spesialis pelayanan medik spesialistik dasar.

Di antara dokter spesialis, keberadaan dokter spesialis farmasi klinik (SpFK) menempati urutan terendah di RSUD Pemerintah (1,6%). Proporsi RSUD Pemerintah dengan keberadaan dokter spesialis bedah saraf (SpBS) adalah sebesar 15%. Spesialis jantung dan pembuluh darah (SpJP) terdapat di 20,4% RSUD Pemerintah

Keberadaan dokter spesialis mikrobiologi klinik (SpMK) tidak jauh berbeda dengan spesialis farmasi klinik. Proporsi RSUD Pemerintah dengan keberadaan dokter spesialis patologi anatomi (SpPA) adalah sebesar 12,7%, dengan proporsi tertinggi adalah Provinsi DKI Jakarta (58,9%). Spesialis telinga hidung tenggorokan (SpTHT) terdapat di 50,9% RSUD Pemerintah. Secara umum, proporsi keberadaan dokter spesialis kulit dan kelamin (SpKK) di RSUD Pemerintah adalah sebesar 39,3%.

Sebagian besar jenis spesialis RSUD Pemerintah Provinsi Aceh berada di bawah rerata nasional, namun terdapat 8 jenis spesialis tertentu yang berada di atas angka rerata nasional yaitu spesialis penyakit dalam, anak, kebidanan kandungan, urologi, spesialis konservasi gigi, spesialis lainnya serta dokter gigi umum.

4.2.3. Tenaga Kesehatan Lainnya

Hasil Rifaskes menunjukkan masih ada RSUD Pemerintah yang tidak memiliki tenaga bidan. Beberapa RSUD Pemerintah juga belum memiliki tenaga kefarmasian, meliputi tenaga asisten apoteker, ahli madya farmasi, sarjana farmasi, apoteker, magister farmasi (S2 Farmasi, Farmasi Klinik, Farmakologi), dan Doktor Farmasi.

Tenaga Gizi terdapat di sekitar 91,7% RSUD Pemerintah. Tenaga gizi yang dimaksud disini terdiri dari Pembantu Ahli Gizi (D1 Gizi, SPAG), Ahli Madya Gizi, Sarjana Sains Terapan Gizi, Sarjana Gizi (S1 Gizi), Magister Ahli Gizi (S2 Gizi), dan Doktor Ahli Gizi (S3 Gizi).

Sebanyak 93,7% RSUD Pemerintah memiliki tenaga keteknisian medis. Jenis tenaga ini meliputi penata rontgen, teknisi gigi, teknisi elektromedis, analis transfusi darah, analis kesehatan, refraksionis optisien, ortotis prostetis, teknisi transfusi, dan perekam medis.

Banyak RSUD Pemerintah belum memiliki tenaga keterampilan fisik. Hanya terdapat sekitar 81,3% RSUD Pemerintah yang memiliki tenaga keterampilan fisik. Termasuk ke dalam klasifikasi tenaga keterampilan fisik adalah fisioterapis, okupasi terapis, terapi wicara, termasuk radioterapis, akupunturis dll.

Tenaga Kesehatan Masyarakat terdapat di sekitar 85,7% RSUD Pemerintah. Tenaga kesehatan masyarakat yang dimaksud disini terdiri dari epidemiolog kesehatan, entomolog kesehatan, mikrobiolog kesehatan, penyuluh kesehatan, administrator kesehatan dan sanitarian.

Secara umum, gambaran ketenagaan kesehatan lainnya di RSUD Pemerintah di Provinsi Aceh memiliki gambaran yang sama dengan gambaran Nasional. Pada beberapa jenis tenaga, seperti bidan, perawat, tenaga farmasi, tenaga kesehatan masyarakat, tenaga gizi, keterampilan fisik, fisioterapis, okupasi terapis, terapi wicara, tenaga keteknisian medis, radiografis, teknisi elektromedis, analis transfusi darah, refraksionis optisien, ortotis prostetis dan perekam medis Provinsi Aceh lebih baik dari rerata Nasional. Namun, untuk

apoteker, teknisi gigi, radioterapis, analis kesehatan laboratorium, teknisi transfusi dan terafis lainnya masih dibawah rerata Nasional.

**Tabel 4.3
Persentase RSUD Pemerintah di Provinsi Aceh
Berdasarkan Ketersediaan Tenaga Kesehatan lainnya, Rifaskes 2011**

Jenis Tenaga Kesehatan	RSUD Pemerintah berdasarkan Ketersediaan Tenaga Kesehatan			
	Nasional		Provinsi Aceh	
	N	%	n	%
TENAGA KESEHATAN LAINNYA				
BIDAN	678	99,0	25	100,0
PERAWAT	685	100,0	25	100,0
TENAGA FARMASI	666	97,2	25	100,0
APOTEKER	598	87,3	21	84,0
TENAGA KESEHATAN MASYARAKAT	587	85,7	23	92,0
TENAGA GIZI	629	91,8	23	92,0
TENAGA KETERAFIAN FISIK	557	81,3	23	92,0
Fisioterafis	560	81,8	23	92,0
Okupai Terafis	560	81,8	23	92,0
Terafis Wicara	72	10,5	3	12,0
Terafis Lainnya	66	9,6		
TENAGA KETEKNISIAN MEDIS	642	93,7	24	96,0
Penata Rontgen / Radiografis	582	85,0	23	92,0
Radioterapis	69	10,1	2	8,0
Teknisi Gigi	129	18,8	4	16,0
Teknisi Elektromedis	421	61,5	22	88,0
Analis Tranfusi Darah	56	8,2	5	20,0
Analis Kesehatan (Lab)	591	86,3	21	84,0
Refraksionis optisien	195	28,5	13	52,0
Ortotis Prostetis	24	3,5	1	4,0
Teknisi Transfusi	60	8,8	2	8,0
Perekam Medis	443	64,7	18	72,0
Tenaga kesehatan lain	212	30,9	12	48,0

4.3. SARANA DAN PRASARANA

4.3.1. Ketersediaan Air Bersih dan Listrik

Air bersih adalah air yang dapat digunakan untuk keperluan sehari-hari dan kualitasnya memenuhi persyaratan kesehatan air bersih, serta dapat diminum apabila dimasak. Sesuai standar, seharusnya di RS tersedia air bersih > 500 liter/tempat tidur/hari. Sumber penyediaan air bersih untuk keperluan RS berasal dari penyediaan air sistem perpipaan, seperti Perusahaan Air Minum (PAM), sumber air tanah atau lainnya yang telah diolah (*treatment*) sehingga memenuhi persyaratan kualitas air minum.

Ketersediaan listrik bertujuan memberikan jaminan keamanan dan kenyamanan bagi pasien dan staf yang memberikan pelayanan di RS. Listrik yang tersedia setidaknya mampu menyediakan listrik secara terus menerus untuk penerangan, menggerakkan peralatan serta

mesin di kamar bedah, kamar bersalin, pelayanan gawat darurat, laboratorium, ICU, serta mampu menyediakan cadangan tenaga listrik. Alat *Uninterrupted Power Supply* (UPS) merupakan alat yang menyediakan tenaga listrik darurat pada saat sumber listrik utama padam/terputus/tidak memadai.

Sekitar 640 RSUD Pemerintah (93,4%) memiliki ketersediaan air bersih 24 jam. Reservoir air dimiliki oleh 95,5% RSUD Pemerintah. Kecukupan air bersih dinyatakan oleh 88,6% RSUD Pemerintah.

Gambaran mengenai ketersediaan dan kecukupan air bersih di Provinsi Aceh hampir sama dengan gambaran secara Nasional, walaupun dari tabel 4.4 terlihat bahwa perbandingan berdasarkan ketersediaan air bersih 24 jam (88,0%), reservoir air (92,0%), dan UPS (60,0%) masih di bawah rerata Nasional. Namun demikian ketersediaan listrik 24 jam dan Genset seluruh RSUD Pemerintah menyatakan sudah tercukupi (100%).

4.3.2. Alat Komunikasi di RSUD Pemerintah

Sekitar 93,6% RSUD Pemerintah memiliki telepon, dan sekitar 82% memiliki akses internet 82%. Berdasarkan hal tersebut masih terdapat RSUD Pemerintah yang belum memiliki telepon dan akses internet. Hal ini perlu menjadi perhatian dari Direktorat Jenderal Bina Upaya Kesehatan (BUK) Kementerian Kesehatan akan mengembangkan sistem pelaporan *on line* tentunya harus mempertimbangkan keberadaan koneksi internet dan telepon di RSUD-RSUD Pemerintah yang belum memiliki fasilitas komunikasi tersebut.

Hasil Rifaskes menunjukkan dalam hal ketersediaan telepon, seluruh RSUD Pemerintah Provinsi Aceh telah memilikinya, tetapi untuk akses internet terdapat 84,0% berada di atas rerata Nasional (Tabel 4.4).

4.3.3. Alat Transportasi di RSUD Pemerintah

Secara nasional, keberadaan ambulan di RSUD Pemerintah adalah sebesar 99,3%. Masih terdapat beberapa RSUD Pemerintah yang belum memiliki ambulan. Berbeda dengan keberadaan ambulan, keberadaan mobil jenazah di RSUD Pemerintah hanya sekitar 60,9%. Dalam Rifaskes 2011, yang dimaksud dengan mobil jenazah adalah kendaraan yang digunakan untuk mengantar dan menjemput jenazah dari dan keluar kamar jenazah, bisa juga disebut ambulan jenazah.

Di Provinsi Aceh, seluruh RSUD Pemerintah telah memiliki ambulan (100%), dan hanya 36,9% mempunyai mobil jenazah. Berdasarkan hal tersebut, maka kepemilikan ambulan di RSUD Pemerintah di Provinsi Aceh lebih baik daripada rerata Nasional, namun untuk kepemilikan mobil jenazah di RSUD Pemerintah Provinsi Bali masih berada di bawah rerata Nasional.

4.3.4. Tempat Tidur RSUD Pemerintah

Hasil Rifaskes menunjukkan bahwa secara Nasional terdapat 101.039 tempat tidur RSUD Pemerintah yang berasal dari 685 RSUD Pemerintah. Jumlah total tempat tidur kelas 3 secara nasional mendekati 50.000 dan merupakan porsi terbesar dibanding tempat tidur di kelas lainnya.

Hal yang sama juga terlihat dari gambaran jumlah tempat tidur kelas 3 RSUD Pemerintah di Provinsi Aceh. Secara umum terdapat 2830 tempat tidur RSUD Pemerintah di Provinsi Aceh, dengan jumlah tempat tidur kelas 3 sebanyak 1486 buah yang merupakan sekitar 50 % dari keseluruhan jumlah tempat tidur RSUD Pemerintah di Provinsi Aceh.

**Tabel 4.4.
Persentase RSUD Pemerintah di Provinsi Aceh menurut Keberadaan
Sarana dan Prasarana, Rifaskes 2011**

JENIS SARANA RSUD	Ketersediaan Sarana RSUD			
	Nasional		Provinsi Aceh	
	N	%	n	%
Air Bersih dan Listrik				
Air bersih 24 jam (N= 684)	640	93,6	22	88,0
Reservoir Air (N=685)	654	95,5	23	92,0
Kecukupan air bersih (N=685)	607	88,6	20	80,0
Listrik 24 Jam (N=685)	671	98,0	25	100,0
UPS (N=675)	407	60,3	15	60,0
Generator Set (GenSet) (N=682)	668	97,9	25	100,0
Alat Komunikasi				
Telepon (N=685)	641	93,6	25	100,0
Fasilitas Internet (N=682)	559	82,0	21	84,0
Kendaraan Rumah Sakit				
Ambulan (N=685)	680	99,3		
Mobil jenazah (N=685)	417	60,9		
Jumlah tempat Tidur				
	Nasional		Provinsi Aceh	
	Jumlah TT		Jumlah TT	
Jumlah Total	101039		2830	
Kelas VIP, VVIP, Super VIP, Kelas Utama	9187		213	
Kelas 1	11591		269	
Kelas 2	19916		513	
Kelas 3	46986		1486	
Ruang perinatal	6318		125	
ICU	2375		104	
PICU	318		7	
NICU	872		57	
CICU/ICCU	510		19	
HCU	614		5	
Ruang Isolasi	2352		32	
Rasio Kls III : Total TT			52,5	

4.4. PELAYANAN RAWAT JALAN

Ketersediaan klinik kebidanan dan kandungan merupakan yang terbanyak ditemukan di RSUD Pemerintah (98,0%), bahkan lebih banyak dibanding ketersediaan klinik umum (91,4%). Klinik pelayanan medik spesialisik dasar lainnya (klinik spesialisik kesehatan anak, penyakit dalam, dan bedah) ditemukan hampir sama banyak, yakni mendekati 86%. Klinik spesialisik mata dan THT tersedia di lebih dari 50% RSUD pemerintah. Klinik ortopedi baru terdapat di seperempat jumlah RSUD Pemerintah di seluruh Indonesia.

Klinik spesialisik gigi dan mulut ditemukan hampir di seluruh RSUD Pemerintah dengan ketersediaan secara nasional sebanyak 96,9%. Ketersediaan klinik syaraf ditemukan di sekitar 50% RSUD Pemerintah, lebih banyak daripada keberadaan klinik kulit dan kelamin (40%). Klinik jiwa, paru, dan VCT tersedia di sekitar 30% dari seluruh RSUD Pemerintah di Indonesia. Sekitar 25% RSUD Pemerintah memiliki klinik jantung dan klinik jenislain.

BADAN LITBANGKES
LAPORAN PROVINSI ACEH RIFASKES 2011

Ketersediaan klinik geriatri masih sangat rendah, yaitu sekitar 5% dari jumlah semua RSU Pemerintah.

Berdasarkan data pada Tabel 4.5, terlihat bahwa secara umum keberadaan klinik pelayanan medik spesialisik dasar (penyakit dalam, kesehatan anak, bedah, dan kebidanan dan kandungan) di RSU Pemerintah lebih baik daripada keberadaan klinik spesialisik lainnya. Hal ini berhubungan dengan keberadaan pelayanan medik spesialisik dasar yang menjadi salah satu dasar pertimbangan penetapan kelas RS. Sebagai contoh, salah satu persyaratan RSU Pemerintah kelas D adalah kemampuan pelayanan medik paling sedikit 2 (dua) pelayanan medik spesialisik dasar meliputi pelayanan penyakit dalam, kesehatan anak, bedah, serta kebidanan dan kandungan.

Tidak jauh berbeda dengan gambaran Nasional, di Provinsi Aceh, ketersediaan klinik kebidanan dan kandungan merupakan yang terbanyak ditemukan di RSU Pemerintah (100%), klinik anak memiliki angka yang sama dengan klinik gigi dan mulut (96,0%). Di antara klinik pelayanan medik spesialisik dasar lainnya yaitu klinik spesialisik kesehatan anak sebesar 96,0%, klinik penyakit dalam 88,0% sedikit berbeda dengan klinik bedah 84%. Klinik spesialisik mata tersedia di 60,0% RSU pemerintah. Klinik ortopedi baru terdapat di sekitar 16,0% RSU Pemerintah di Provinsi Aceh.

Ketersediaan klinik syaraf ditemukan di 56,0% RSU Pemerintah, lebih tinggi daripada keberadaan klinik kulit dan kelamin (36,0%). Di Aceh, klinik jiwa terdapat di 24,0% RSU Pemerintah. Sementara itu terdapat 24% RSU Pemerintah di Provinsi Aceh yang memiliki klinik jantung, klinik paru (48%) dan Klinik VCT 16,0%. Namun tidak satupun RSU Pemerintah di Provinsi Aceh memiliki klinik geriatri.

Tabel 4.5.
Persentase RSU Pemerintah di Provinsi Aceh menurut Keberadaan Klinik Rawat Jalan, Rifaskes 2011

Jenis Poliklinik	Ketersediaan Klinik			
	Nasional		Provinsi Aceh	
	N	%	N	%
Ruang UGD Poliklinik (N = 684)	489	71,5	19	76,0
Klinik Medical Check Up (N=682)	220	32,3	7	28,0
Klinik Umum (N =685)	626	91,4	23	92,0
Klinik Kebidanan dan Kandungan (N= 685)	671	98,0	25	100,0
Klinik Anak (N= 684)	587	85,8	24	96,0
Klinik Penyakit Penyakit Dalam (N= 685)	586	85,5	22	88,0
Klinik Bedah (N= 685)	588	85,8	21	84,0
Klinik Mata (N= 685)	473	69,1	15	60,0
Klinik Ortopedi (N= 684)	200	29,2	4	16,0
Klinik THT (N= 685)	406	59,3	16	64,0
Klinik Kulit dan Kelamin (N= 684)	295	43,1	9	36,0
Klinik Gigi dan Mulut (N= 685)	664	96,9	24	96,0
Klinik Syaraf (N= 685)	353	51,5	14	56,0
Klinik Jiwa (N= 684)	222	32,4	6	24,0
Klinik Geriatri (N= 684)	32	4,7		
Klinik Jantung (N= 684)	165	24,1	6	24,0
Klinik Paru (N= 685)	233	34,0	12	48,0
Klinik VCT (N= 682)	193	28,2	4	16,0
Klinik Lainnya (N= 668)	165	24,1	4	16,0

4.5. PELAYANAN RSU PEMERINTAH

4.5.1. Pelayanan Gawat Darurat

Setiap rumah sakit wajib memiliki pelayanan gawat darurat yang memiliki kemampuan melakukan pemeriksaan awal kasus-kasus gawat darurat serta melakukan resusitasi dan stabilisasi. Pelayanan Unit/Instalasi Gawat Darurat (**selanjutnya disebut UGD**) RS harus dapat memberikan pelayanan 24 jam secara terus menerus 7 hari dalam seminggu (Depkes, 2007). Unit/Instalasi Gawat Darurat rumah sakit harus memiliki sarana penunjang medis (radiologi, laboratorium klinik, depo farmasi dan bank darah /unit transfusi darah RS) dan penunjang non medis (komunikasi khusus, telepon, radiomedik).

Instalasi Gawat Darurat dipimpin oleh minimal dokter umum dengan pengetahuan manajemen dan teknis medis penanggulangan penderita gawat darurat, serta dibantu oleh tenaga medis, keperawatan, dan tenaga lain yang telah memperoleh sertifikasi pelatihan gawat darurat.

Lokasi Pelayanan Gawat Darurat hendaknya mudah diakses langsung oleh masyarakat, mudah dicapai dengan tanda-tanda yang jelas dari jalan maupun dari dalam rumah sakit.

Klasifikasi Unit Pelayanan Gawat Darurat terdiri dari :

- Unit Pelayanan Gawat Darurat Bintang IV (Standar minimal RS Tipe A). Memiliki dokter sub spesialis yang siappanggil (*on-call*), beberapa dokter spesialis yang selalu siaga di tempat (*on-site*) bertugas dalam 24 jam, dokter umum yang selalu siap di tempat (*on site*) 24 jam yang memiliki kualifikasi pelayanan GELS (*General Emergency Life Support*) dan atau ATLS + ACLS dengan kemampuan memberikan resusitasi dan stabilisasi *Airways, Breathing, Circulation (ABC)* serta terapi definitif. Memiliki alat transportasi untuk pasien gawat darurat dan dapat melakukan rujukan dan komunikasi yang siaga 24 jam.
- Unit Gawat Darurat Bintang III (Standar minimal RS Tipe B). Memiliki dokter spesialis pelayanan medik dasar (dokter spesialis bedah, dokter spesialis penyakit dalam, dokter spesialis anak, dokter spesialis kebidanan dan kandungan) yang selalu siaga di tempat (*on-site*) bertugas dalam 24 jam, dokter umum yang selalu siap di tempat (*on site*) 24 jam yang memiliki kualifikasi pelayanan GELS (*General Emergency Life Support*) dan atau ATLS + ACLS dengan kemampuan memberikan resusitasi dan stabilisasi *Airways, Breathing, Circulation (ABC)* serta terapi definitif. Memiliki alat transportasi untuk pasien gawat darurat dan dapat melakukan rujukan dan komunikasi yang siaga 24 jam.
- Unit Gawat Darurat Bintang II (Standar minimal RS Tipe C). Memiliki dokter spesialis pelayanan medik dasar (dokter spesialis bedah, dokter spesialis penyakit dalam, dokter spesialis anak, dokter spesialis kebidanan dan kandungan) yang siap panggil (*on-call*) bertugas dalam 24 jam, dokter umum yang selalu siap di tempat (*on site*) 24 jam yang memiliki kualifikasi pelayanan GELS (*General Emergency Life Support*) dan atau ATLS + ACLS dengan kemampuan memberikan resusitasi dan stabilisasi *Airways, Breathing, Circulation (ABC)* serta memiliki alat transportasi untuk pasien gawat darurat dan dapat melakukan rujukan dan komunikasi yang siaga 24 jam.
- Unit Gawat Darurat Bintang I (Standar minimal RS Tipe D). Memiliki dokter umum yang selalu siap di tempat (*on site*) 24 jam yang memiliki kualifikasi pelayanan GELS (*General Emergency Life Support*) dan atau ATLS + ACLS dengan kemampuan memberikan resusitasi dan stabilisasi *Airways, Breathing, Circulation (ABC)* serta memiliki alat transportasi untuk rujukan dan komunikasi.

Instalasi/Unit Gawat Darurat tidak terpisah secara fungsional dari unit-unit pelayanan lainnya di rumah sakit, artinya dikelola dan diintegrasikan dengan instalasi/unit lainnya di rumah sakit. Instalasi/Unit Gawat Darurat harus dipimpin oleh dokter dibantu oleh tenaga medis, keperawatan dan tenaga lain yang telah memperoleh sertifikat pelatihan gawat darurat. Pintu UGD menghadap kearah yang dapat diakses langsung oleh ambulan tanpa mundur.

Luas UGD disesuaikan dengan beban kerja dan kelas RS. Beberapa ruang yang harus ada di UGD, antara lain :

- Ruang triage, digunakan untuk seleksi pasien sesuai dengan tingkat kegawatan penyakit.
- Ruang resusitasi, letaknya harus berdekatan dengan ruang triage, cukup luas menampung beberapa penderita, dan harus menjamin ketenangan.
- Ruang tindakan, untuk RS kelas A dan B dipisahkan antara ruang tindakan bedah dan non bedah. Untuk RS kelas A, B, dan C digunakan untuk menangani bedah minor, infeksi, dan luka bakar.
- Ruang UGD, berdekatan dengan radiologi, laboratorium klinik dan ruang operasi.
- Ruang tunggu keluarga
- Fasilitas WC di ruang tunggu.

Hampir seluruh RSUD Pemerintah telah memiliki Unit Gawat Darurat (99,6%). Dari sejumlah 685 RSUD Pemerintah, hanya ada 3 RSUD Pemerintah yang tidak memiliki UGD. Untuk Provinsi Aceh sudah seluruh RSUD Pemerintah memiliki Unit Gawat Darurat.

4.5.2. Pelayanan Bedah

Pelayanan Bedah adalah pelayanan yang memerlukan tindakan bedah minor dan mayor. Bedah minor adalah pembedahan dimana relatif dilakukan secara sederhana, tidak memiliki resiko terhadap nyawa pasien, dan tidak memerlukan bantuan asisten untuk melakukannya, misalnya membuka abses *superfisial* dan inokulasi. Definisi bedah mayor adalah pembedahan dimana secara relatif lebih sulit untuk dilakukan daripada pembedahan minor, membutuhkan waktu, melibatkan risiko terhadap nyawa pasien, dan memerlukan bantuan asisten, misalnya operasi sesar dan bedah toraks.

Hasil Rifaskes menunjukkan 84,0% RSUD Pemerintah di Provinsi Aceh telah memiliki pelayanan bedah.

4.5.3. Intensive Care Unit dan High Care Unit

Pelayanan perawatan intensif adalah perawatan terpisah yang berada dalam rumah sakit, dikelola khusus untuk perawatan pasien dengan kegawatan yang mengancam nyawa akibat penyakit, pembedahan atau trauma dan diharapkan dapat disembuhkan (*reversible*) dan menjalani kehidupan sosial dengan terapi intensif yang menunjang (*support* fungsi vital tubuh) pasien tersebut selama masa kegawatan. Terapi supportif dengan obat dan alat meliputi fungsi pernafasan, sirkulasi, sistem syaraf pusat, sistem pencernaan, ginjal, dan lain lain yang bertujuan agar ancaman kematian dapat dikurangi dan harapan sembuh kembali normal dapat ditingkatkan. Pelayanan perawatan intensif meliputi antara lain: *Intensive Care Unit (ICU)*, *Neonatus Intensive Care Unit (NICU)*, *Pediatric Intensive Care Unit (PICU)*, dan *Cardiac Intensive Care Unit (CICU/ICCU)*.

4.5.3.1. Intensive Care Unit (ICU)

Menurut Kepmenkes 1778/Menkes/SK/XII/2010 tentang Pedoman Penyelenggaraan Pelayanan *Intensive Care Unit (ICU)* di Rumah Sakit, *Intensive Care Unit* didefinisikan sebagai

suatu bagian dari rumah sakit yang mandiri (instalasi di bawah direktur pelayanan), dengan staf yang khusus dan perlengkapan yang khusus yang ditujukan untuk observasi, perawatan dan terapi pasien-pasien yang menderita penyakit, cedera atau penyulit-penyulit yang mengancam nyawa atau potensial mengancam nyawa dengan *prognosis dubia*. ICU menyediakan kemampuan dan sarana, prasarana serta peralatan khusus untuk menunjang fungsi-fungsi vital dengan menggunakan keterampilan staf medik, perawat dan staf lain yang berpengalaman dalam pengelolaan keadaan-keadaan tersebut.

Rumah sakit sebagai salah satu penyedia pelayanan kesehatan yang mempunyai fungsi rujukan harus dapat memberikan pelayanan ICU yang profesional dan berkualitas dengan mengedepankan keselamatan pasien. Pada Unit Perawatan Intensif (ICU), perawatan untuk pasien dilaksanakan dengan melibatkan berbagai tenaga profesional yang terdiri dari multidisiplin ilmu yang bekerjasama dalam tim.

Ruang lingkup pelayanan yang diberikan di ICU adalah sebagai berikut :

- Diagnosis dan penatalaksanaan spesifik penyakit-penyakit akut yang mengancam nyawa dan dapat menimbulkan kematian dalam beberapa menit sampai beberapa hari
- Memberi bantuan dan mengambil alih fungsi vital tubuh sekaligus melakukan pelaksanaan spesifik problema dasar
- Pemantauan fungsi vital tubuh dan penatalaksanaan terhadap komplikasi yang ditimbulkan oleh penyakit atau iatrogenik
- Memberikan bantuan psikologis pada pasien yang kehidupannya sangat tergantung pada alat/mesin lain.

Unit Perawatan Intensif mempunyai ciri : biaya tinggi, teknologi tinggi, multi disiplin dan multi profesi berdasarkan asas efektivitas, keselamatan, dan ekonomis. Unit Perawatan Intensif mampu menggabungkan teknologi tinggi dan keahlian khusus dalam bidang kedokteran dan keperawatan gawat darurat. Pelayanan ICU diperuntukkan dan ditentukan oleh kebutuhan pasien yang sakit kritis. Tujuan dari pelayanan adalah memberikan pelayanan medik tertitrasi dan berkelanjutan serta mencegah fragmentasi pengelolaan.

Dalam penyelenggaraan pelayanan, pelayanan ICU di rumah sakit dibagi dalam 3 (tiga) klasifikasi pelayanan yaitu :

- Pelayanan ICU Primer (standar minimal, pada rumah sakit kelas C)
Pelayanan ICU Primer mampu memberikan pengelolaan resusitasi segera untuk pasien gawat, tunjangan kardio-respirasi jangka pendek dan mempunyai peran penting dalam pemantauan dan pencegahan penyakit pada pasien medik dan bedah yang berisiko.
- Pelayanan ICU sekunder (pada rumah sakit kelas B)
Pelayanan ICU sekunder memberikan standar ICU umum yang tinggi, yang mendukung peran rumah sakit yang lain yang telah digariskan, misalnya kedokteran umum, bedah, pengelolaan trauma, bedah saraf, bedah vaskuler, dan lain-lainnya. ICU hendaknya mampu memberikan tunjangan ventilasi mekanis yang lama, melakukan dukungan/bantuan hidup lain tetapi tidak terlalu kompleks
- Pelayanan ICU Tersier (pada rumah sakit kelas A)
Pelayanan ICU tersier merupakan rujukan tertinggi untuk ICU, memberikan pelayanan yang tertinggi termasuk dukungan/bantuan hidup multi sistem yang kompleks dalam jangka waktu yang tak terbatas. ICU ini melakukan ventilasi mekanis pelayanan dukungan/bantuan renal ekstrakorporal dan penentuan kardiovaskuler invasif dalam jangka waktu yang terbatas dan mempunyai dukungan pelayanan penunjang medik.

4.5.3.2. High Care Unit

Menurut Kepmenkes Nomor 834/Menkes/SK/VII/2010 tentang Pedoman Penyelenggaraan Pelayanan *High Care Unit (HCU)* di Rumah Sakit, *High Care Unit* didefinisikan sebagai unit pelayanan di rumah sakit bagi pasien dengan kondisi respirasi, hemodinamik, dan kesadaran yang stabil yang masih memerlukan pengobatan, perawatan, dan observasi secara ketat. Pelayanan HCU adalah pelayanan medik pasien dengan kebutuhan memerlukan pengobatan, perawatan dan observasi secara ketat dengan tingkat pelayanan yang berada di antara ICU dan ruang rawat inap (tidak perlu perawatan ICU namun belum dapat dirawat di ruang rawat biasa karena memerlukan observasi yang ketat).

Pelayanan HCU adalah tindakan medis yang dilaksanakan melalui pendekatan tim multidisiplin yang terdiri dari dokter spesialis dan dokter serta dibantu oleh perawat yang bekerja secara interdisiplin dengan fokus pelayanan pengutamaan pada pasien yang membutuhkan pengobatan, perawatan dan observasi secara ketat sesuai dengan standar prosedur operasional yang berlaku di rumah sakit. Pelayanan HCU meliputi pemantauan pasien secara ketat, menganalisis hasil pemantauan serta melakukan tindakan medik dan asuhan keperawatan.

Ruang lingkup pemantauan yang harus dilakukan antara lain tingkat kesadaran, fungsi pernafasan dan sirkulasi dengan interval waktu minimal 4 (empat) jam atau disesuaikan dengan keadaan pasien, oksigenasi dengan menggunakan oksimeter secara terus menerus, keseimbangan cairan dengan interval waktu minimal 8 (delapan) jam dan disesuaikan dengan keadaan pasien.

Selanjutnya, berdasarkan Keputusan Direktur Jenderal Bina Upaya Kesehatan Nomor HK.03.05/I/2063/11 tentang Petunjuk Teknis *High Care Unit (HCU)* di Rumah Sakit, waktu penyelenggaraan pelayanan HCU berlangsung selama 24 jam sehari selama 7 hari per minggu.

Terdapat 3 (tiga) tipe HCU, yaitu :

- *Separated/conventional/freestanding* HCU, yakni HCU yang berdiri sendiri (independen), terpisah dari ICU.
- *Integrated HCU*, adalah HCU yang menjadi satu dengan ICU
- Paralel HCU adalah HCU yang terletak berdekatan (bersebelahan) dengan ICU.

Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 340/Menkes/Per/III/2010 mensyaratkan bahwa RS kelas A, B, dan C harus memiliki pelayanan perawatan intensif, sedangkan pada RSUD Pemerintah kelas D cukup HCU saja.

Hasil Rifaskes 2011 menunjukkan bahwa RSUD Pemerintah yang memiliki pelayanan perawatan intensif berjumlah 395 dari 682 RSUD Pemerintah (3 RSUD *missing*) yang menjadi responden Rifaskes. Terdistribusi pada 16 RSUD Pemerintah kelas A, 141 RSUD Pemerintah kelas B dari total 145 RSUD, 207 RSUD kelas C dari total 323 RSUD, dan 31 RSUD kelas D dari total 201 RSUD. Khusus untuk Provinsi Aceh, terdapat 68,0% RSUD Pemerintah yang memiliki perawatan intensif.

4.5.4. Pelayanan Perinatal dan Neonatal

Berdasarkan Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 604/Menkes/SK/VII/2008 tentang Pedoman Pelayanan Maternal Perinatal Pada Rumah Sakit Umum kelas B, kelas C, dan kelas D disebutkan bahwa penyebab kematian pada masa prenatal (neonatal) pada umumnya berkaitan dengan kesakitan ibu selama kehamilan, kesehatan janin selama di dalam kandungan dan proses pertolongan persalinan yang bermasalah. Oleh karena itu

perlu adanya strategi penurunan kematian/kesakitan maternal perinatal dengan Sistem Pelayanan Maternal Perinatal Regional.

Beberapa definisi operasional terkait dengan pelayanan maternal perinatal adalah sebagai berikut. Perinatal adalah jangka waktu dari masa konsepsi sampai dengan 7 hari setelah lahir. Sebagai batasan operasional, periode perinatal dimulai pada usia kehamilan 28 minggu hingga bayi baru lahir 0-7 hari. Perinatologi adalah ilmu yang mempelajari tumbuh kembang manusia sejak konsepsi sampai dengan satu bulan setelah lahir. Neonatologi adalah ilmu yang mempelajari patofisiologi bayi baru lahir (0-28 hari). Kematian perinatal adalah kematian yang terjadi pada janin dalam kandungan mulai dari usia kehamilan 28 minggu sampai bayi baru lahir usia 0-7 hari. Kematian neonatal adalah kematian yang terjadi pada bayi baru lahir (0-28 hari setelah lahir). Kematian ibu maternal adalah kematian seorang wanita hamil atau yang dalam 42 hari sesudah melahirkan, tidak pandang usia dan letak kehamilan, disebabkan atau berhubungan dengan kehamilan atau penanganannya, tetapi bukan disebabkan kecelakaan.

Terkait dengan pelayanan maternal perinatal, suatu RS harus mampu merumuskan pembagian sumber daya manusia yang mampu bekerja cepat, tepat, cermat dalam memberikan pelayanan sejak pasien masuk RS. Interval pemberian obat tidak boleh lebih dari 15 menit (*door to needle*). Tindakan operasi darurat tidak boleh lebih dari 30 menit (*door to operation*).

Jenjang pelayanan perinatal :

1. Pelayanan perinatal Level I (L1), meliputi pelayanan bayi baru lahir dirawat bersama ibu (rawat gabung, *rooming in*)
2. Pelayanan perinatologi Level II (L2), meliputi perawatan *Intermediate Care Unit (IMCU)*, *High Care Unit (HCU)*, Rawat Gabung.
3. Pelayanan perinatologi Level III (L3), meliputi perawatan IMCU, HCU, Rawat Gabung, dan NICU.

Klasifikasi perawatan neonatus meliputi neonatus risiko rendah (*low risk*), neonatus risiko sedang (*middle risk*), dan neonatus risiko tinggi (*high risk*). Disebut neonatus risiko rendah bila bayi baru lahir normal dan sehat, persalinan normal tanpa komplikasi, nilai APGAR 5 menit > 7, berat lahir 2500 – 4000 gram, dengan usia kehamilan (gestasi) 37 – 41 minggu, tanpa kelainan kongenital, dan tanpa resiko penyulit (mempunyai antibodi rhesus, defisiensi G6PD, ketuban pecah dini, dll).

Neonatus risiko sedang adalah semua bayi baru lahir yang memerlukan observasi dan perawatan selama periode neonatal lebih dari bayi baru lahir normal dan sehat dengan tanda antara lain BBLR > 1000 gram tanpa komplikasi, BBL > 4000 gram makrosemia, nilai APGAR 5 menit 4-7, gangguan nafas ringan sampai sedang, infeksi lokal atau sistemik ringan sampai sedang, kelainan bawaan ringan sampai sedang yang bukan keadaan gawat, penyulit atau komplikasi lain tanpa memerlukan perawatan intensif.

Neonatus risiko tinggi adalah semua bayi baru lahir yang dalam keadaan kritis memerlukan observasi ketat dan tindakan intensif. Termasuk kategori ini adalah bayi baru lahir dengan berat badan lahir amat sangat rendah (< 1000 gram), nilai APGAR 5/10 menit > 3, gangguan nafas berat (*Respiratory Distress Syndrome* berat, pneumonia berat, sepsis berat, hernia), infeksi berat, meningitis, kejang neonatus, kelainan bawaan ringan dengan gawat darurat (fistula trakheoesopagus, atresia esophagus, gastroskisis, omfalokel berat, meningoensefalokel dengan komplikasi minimal), bayi baru lahir dengan komplikasi yang memerlukan ventilasi mekanik.

Hasil Rifaskes 2011 menunjukkan bahwa secara nasional terdapat 631 RSU Pemerintah (92,4%) telah memiliki pelayanan perinatal. Sejumlah 92,0% RSU Pemerintah Provinsi Aceh memiliki pelayanan perinatal/neonatal.

4.5.5. Laboratorium

Laboratorium kesehatan adalah sarana kesehatan yang melaksanakan pengukuran, penetapan dan pengujian terhadap bahan yang berasal dari manusia atau bahan bukan berasal dari manusia untuk penentuan jenis penyakit, penyebab penyakit, kondisi kesehatan atau faktor yang dapat berpengaruh pada kesehatan perorangan dan masyarakat. Pelayanan laboratorium kesehatan adalah kegiatan-kegiatan yang mencakup perencanaan, pemeriksaan, evaluasi dan laporan hasil pemeriksaan, pelayanan konsultasi, pemecahan masalah, penanganan peralatan dan bahan penunjang, pemantapan kualitas dan pembinaan teknis dalam bidang laboratorium kesehatan.

Laboratorium klinik adalah laboratorium kesehatan yang melaksanakan pelayanan pemeriksaan di bidang hematologi, kimia klinik, mikrobiologi klinik, parasitologi klinik, imunologi klinik, patologi anatomi, atau bidang lain yang berkaitan dengan kepentingan kesehatan perorangan terutama untuk menunjang dan atau menentukan diagnosis, pemantauan perjalanan penyakit dan terapi serta prognosis.

Penyelenggaraan pelayanan laboratorium dipimpin oleh seorang dokter spesialis patologi medik atau apabila tidak memungkinkan, pelayanan laboratorium dapat dipimpin oleh seorang dokter umum yang telah mendapat pelatihan mengenai manajemen dan teknis di bidang laboratorium klinik.

Berdasarkan Permenkes Nomor 129/Menkes/SK/II/2008 tentang Standar Pelayanan Minimal RS, pelayanan Laboratorium Patologi Klinik merupakan salah satu pelayanan penunjang minimal yang harus dimiliki sebuah rumah sakit. Dengan demikian pelayanan ini wajib dimiliki oleh semua RSU.

Dari hasil Rifaskes 2011 didapatkan bahwa 640 dari 683 RSU Pemerintah (93,7%) telah memiliki laboratorium patologi klinik. Di Provinsi Aceh 96,0% RSU Pemerintah memiliki pelayanan laboratorium patologi klinik atau lebih besar daripada rerata Nasional.

4.5.6. Pelayanan Radiologi

Pelayanan radiologi adalah pelayanan medik yang menggunakan semua modalitas energi radiasi untuk diagnosis dan terapi, termasuk teknik pencitraan dan penggunaan emisi radiasi dengan sinar X, radioaktif, ultrasonografi dan radiasi radio frekuensi elektromagnetik. Rumah sakit menyelenggarakan pelayanan radiologi sebagai penunjang medik selama 24 jam sehari dan 7 hari dalam seminggu.

Berdasarkan Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 1014/Menkes/SK/XI/2008 tentang Standar Pelayanan Radiologi Diagnostik di Sarana Pelayanan Kesehatan, pelayanan radiologi diagnostik meliputi :

1. Pelayanan Radiodiagnostik
2. Pelayanan Imaging Diagnostik
3. Pelayanan Radiologi Intervensial

Pelayanan radiologi diagnostik adalah pelayanan penunjang dan/atau terapi yang menggunakan radiasi pengion dan/atau radiasi non pengion yang terdiri dari pelayanan radiodiagnostik, imaging diagnostik dan radiologi intervensional untuk menegakkan diagnosis suatu penyakit. Pelayanan radiodiagnostik adalah pelayanan untuk melakukan

diagnosis dengan menggunakan radiasi pengion, meliputi antara lain pelayanan X-Ray konvensional, Computed Tomography Scan/CT Scan dan Mammografi. Pelayanan Imaging Diagnostik adalah pelayanan untuk melakukan diagnosis dengan menggunakan radiasi non pengion, antara lain pemeriksaan dengan magnetic resonance imaging (MRI), dan USG. Pelayanan radiologi intervensional adalah pelayanan untuk melakukan diagnosis dan terapi intervensi dengan menggunakan peralatan radiologi X-ray (angiografi, CT). Pelayanan ini memakai radiasi pengion dan radiasi non pengion.

Pelayanan radioterapi adalah pelayanan yang menggunakan radiasi pengion dan/atau radiasi non pengion yang terdiri dari pelayanan radioterapi primer, pelayanan radioterapi sekunder, pelayanan radioterapi tersier, ditujukan pada penderita kanker atau non kanker yang memerlukan terapi.

Pimpinan Instalasi Radiologi diutamakan seorang spesialis radiologi yang diangkat oleh direktur rumah sakit setelah mendapat pertimbangan dari Kelompok Staf Medik Fungsional Radiologi (KSMF). Ketua KSMF Radiologi dapat merupakan tenaga purna waktu atau paruh waktu.

Pelayanan radiologi wajib menjamin keamanan bagi pasien dan petugas di radiologi dengan cara pemeriksaan periodik terhadap peralatan radiologi dan pemeriksaan tingkat paparan radiasi pada petugas. Untuk melakukan kegiatan penyelenggaraan pelayanan radiologi diharuskan mempunyai peralatan proteksi radiasi yang cukup memadai baik kualitas maupun kuantitas. Peralatan proteksi radiasi yang harus tersedia adalah apron setara dengan 0,25 mmPb, shielding yang berlapis 2,5 mm timbale (Pb), gloves (sarung tangan berlapis timbal), google (kaca mata timbal).

Hasil Rifaskes 2011 menunjukkan bahwa 641 dari 685 RSUD Pemerintah (93,6%) memiliki Instalasi Radiologi. Di Provinsi Aceh, 88,0% RSUD Pemerintah telah memiliki pelayanan radiologi atau berada di bawah rerata Nasional.

4.5.7. Pelayanan Farmasi

Pelayanan farmasi di RS bertanggungjawab terhadap semua barang farmasi yang beredar di RS tersebut. Pelayanan farmasi meliputi penyediaan dan distribusi semua perbekalan farmasi, pelayanan farmasi klinik, serta membuat informasi dan menjamin kualitas pelayanan yang berhubungan dengan penggunaan obat.

Instalasi Farmasi Rumah Sakit dipimpin oleh seorang apoteker penuh waktu yang mempunyai pengalaman minimal 2 tahun di bagian farmasi RS. Rasio jumlah apoteker dibanding jumlah TT minimal adalah 1 : 50. Rasio apoteker dengan asisten apoteker minimal 1 : 2. Unit farmasi dilengkapi fasilitas utama, yaitu ruang kantor/administrasi, ruang produksi, ruang penyimpanan, ruang distribusi obat, dan ruang konsultasi obat.

Berdasarkan Keputusan Menteri Kesehatan RI No. 129/Menkes/SK/II/2008, tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit, serta Peraturan Menteri Kesehatan RI No. 340/Menkes/PER/III/2010 tentang Klasifikasi Rumah Sakit, pelayanan farmasi merupakan bagian dari standar pelayanan minimal dan merupakan pelayanan penunjang klinik yang harus dimiliki oleh semua RS.

Terdapat 683 dari 685 RSUD Pemerintah (99,7%) telah memiliki pelayanan farmasi, 2 RSUD Pemerintah tidak memiliki pelayanan farmasi. Semua RSUD Pemerintah di Aceh memiliki pelayanan farmasi.

4.5.8. Pelayanan Gizi

Pelayanan gizi di rumah sakit adalah pelayanan gizi yang disesuaikan dengan keadaan pasien dan berdasarkan keadaan klinis, status gizi, dan status metabolisme tubuhnya. Keadaan gizi pasien sangat berpengaruh pada proses penyembuhan penyakit.

Berdasarkan Pedoman Penyelenggaraan Makanan Rumah Sakit (Depkes, 2007), kegiatan penyelenggaraan makanan merupakan bagian dari kegiatan Instalasi Gizi atau Unit Pelayanan Gizi di Rumah Sakit. Sistem penyelenggaraan makanan yang dilakukan oleh pihak rumah sakit sendiri secara penuh dikenal juga sebagai swakelola, sedangkan kegiatan penyelenggaraan makanan yang dilakukan oleh pihak lain, dengan memanfaatkan jasa katering atau perusahaan jasa boga, dikenal sebagai sistem *outsourcing*.

Jika penyelenggaraan makanan dilakukan dengan sistem swakelola maka instalasi atau unit pelayanan gizi bertanggungjawab untuk melaksanakan semua kegiatan penyelenggaraan makanan, mulai dari perencanaan, pelaksanaan sampai evaluasi. Dalam sistem swakelola ini, seluruh sumber daya yang diperlukan (tenaga, sarana dan prasarana) harus disediakan oleh pihak rumah sakit tersebut. Pada pelaksanaannya, instalasi atau unit pelayanan gizi harus mengelola sesuai fungsi manajemen yang ada dengan mengacu pada kebijakan-kebijakan, pedoman pelayanan gizi rumah sakit serta menerapkan standar prosedur yang jelas.

Sistem *outsourcing* dapat dibagi menjadi dua kategori, yaitu *semi outsourcing* dan *full outsourcing*. Pada sistem *semi outsourcing*, pengusaha jasa boga selaku penyelenggaraan makanan menggunakan sarana dan prasarana rumah sakit, sedangkan pada sistem *full outsourcing* pengusaha jasa boga menggunakan sarana dan prasarana milik sendiri.

Sistem kombinasi antara swakelola dan *outsourcing* dipilih sebagai upaya memaksimalkan sumberdaya yang ada dengan segala keterbatasannya dimana sebagian jenis makanan dikelola oleh pihak jasa boga atau katering.

Tempat penyimpanan bahan makanan terdiri dari :

1. Tempat penyimpanan bahan makanan kering
Merupakan tempat penyimpanan bahan makanan kering yang tahan lama seperti beras, gula, tepung-tepungan, kacang hijau, minyak, kecap, makanan dalam kaleng, dan sebagainya.
2. Tempat penyimpanan bahan makanan basah (segar)
Merupakan tempat menyimpan bahan makanan yang masih segar seperti daging, ikan, unggas, sayuran, dan buah. Bahan makanan tersebut umumnya merupakan bahan makanan yang mudah rusak, sehingga perlu dilakukan tindakan untuk memperlambat kerusakan terutama disebabkan oleh mikroba.

Hasil Rifaskes 2011 menunjukkan bahwa terdapat 634 dari 685 RSUD Pemerintah yang memiliki Instalasi Gizi (92,6%). Angka ini kurang lebih sama dengan proporsi keberadaan Instalasi Gizi RSUD Pemerintah di Provinsi Aceh (92,0%).

4.5.9. Pelayanan Rehabilitasi Medik

Pelayanan rehabilitasi medik adalah pelayanan kesehatan terhadap gangguan fisik dan fungsi yang diakibatkan oleh keadaan/kondisi sakit, penyakit atau cedera melalui paduan intervensi medik, keterampilan fisik dan atau rehabilitatif untuk mencapai kemampuan fungsi yang optimal.

Layanan fisioterapi adalah bentuk pelayanan kesehatan yang ditujukan kepada individu dan atau kelompok untuk mengembangkan, memelihara dan memulihkan gerak

dan fungsi tubuh sepanjang daur kehidupan dengan menggunakan penanganan secara manual, peningkatan gerak, peralatan (fisik, elektroterapeutis dan mekanis), pelatihan fungsi, dan komunikasi.

Layanan terapi wicara adalah bentuk pelayanan kesehatan yang ditujukan kepada individu dan atau kelompok untuk memulihkan dan mengupayakan kompensasi/adaptasi fungsi komunikasi, bicara dan menelan dengan melalui pelatihan remediasi, stimulasi dan fasilitasi (fisik, elektroterapeutis, dan mekanis)

Layanan terapi okupasi adalah bentuk pelayanan kesehatan yang ditujukan kepada individu dan atau kelompok untuk mengembangkan, memelihara, memulihkan fungsi dan atau mengupayakan kompensasi/adaptasi untuk aktifitas sehari-hari (*activity day life*), produktifitas dan waktu luang melalui pelatihan remediasi, stimulasi, dan fasilitasi.

Layanan ortotik prostetik adalah salah satu bentuk pelayanan keteknisian medik yang ditujukan kepada individu untuk merancang, membuat, dan mengemas alat bantu guna pemeliharaan dan pemulihan fungsi, atau pengganti anggota gerak.

Pelayanan rehabilitasi medik di rumah sakit meliputi seluruh upaya kesehatan pada umumnya, yaitu upaya promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif. Instalasi Rehabilitasi Medik merupakan bagian dari rumah sakit yang berperan menyelenggarakan program kesehatan yang mencakup usaha peningkatan (promotif), pencegahan (preventif), penyembuhan (kuratif), dan pemulihan (rehabilitatif). Rehabilitasi medik merupakan salah satu fasilitas pelayanan penunjang untuk mendukung pulihnya fungsi-fungsi motorik pasien setelah mengalami suatu tindakan medis di rumah sakit.

Dari data hasil Rifaskes 2011 diperoleh 494 dari 685 RSU Pemerintah (72,1%) memiliki Pelayanan Rehabilitasi Medik. Tabel 4.6 menunjukkan terdapat 76,0% RSU Pemerintah di Provinsi Aceh yang memiliki Pelayanan Rehabilitasi Medik.

4.5.10. Pelayanan Rekam Medis

Rekam Medis diartikan sebagai keterangan baik yang tertulis maupun yang terekam tentang identitas, anamnesa, pemeriksaan fisik, laboratorium, diagnosa serta segala pelayanan dan tindakan medis yang diberikan kepada pasien dan pengobatan baik yang dirawat inap, rawat jalan maupun yang mendapatkan pelayanan gawat darurat.

Sesuai dengan penjelasan pasal 46 ayat (1) UU No. 29 Tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran disebutkan bahwa yang dimaksud dengan rekam medis adalah berkas yang berisikan catatan dan dokumen tentang identitas pasien, pemeriksaan, pengobatan, tindakan dan pelayanan lain yang telah diberikan kepada pasien. Petugas yang dimaksudkan disini adalah dokter atau dokter gigi atau tenaga kesehatan lain yang memberikan pelayanan kesehatan langsung pada pasien.

Di dalam rekam medis terkandung informasi menyangkut seorang pasien yang akan dijadikan dasar di dalam menentukan tindakan lebih lanjut di dalam upaya pelayanan maupun tindakan medis lainnya yang diberikan kepada seorang pasien yang datang ke rumah sakit.

Analisa rekam medis dilakukan agar diperoleh kualitas rekam medis yang optimal yang dilakukan dengan cara meneliti rekam medis yang dihasilkan oleh staf medis dan paramedik serta hasil-hasil pemeriksaan dari unit-unit penunjang medis sehingga kebenaran penempatan diagnosa dan kelengkapan rekam medis dapat dipertanggungjawabkan.

Proses analisa rekam medis ditujukan kepada dua hal yaitu :

- **Analisa kuantitatif**

Analisa kuantitatif adalah analisis yang ditujukan kepada jumlah lembaran-lembaran rekam medis sesuai dengan lamanya perawatan meliputi kelengkapan lembaran medis, paramedis dan penunjang medis sesuai prosedur yang ditetapkan. Petugas akan menganalisis setiap berkas yang diterima apakah lembaran rekam medis yang seharusnya ada pada berkas seseorang pasien sudah ada atau belum.

- **Analisa kualitatif**

Analisa kualitatif adalah analisa yang ditujukan kepada mutu dan setiap berkas rekam medis. Petugas akan mengambil dan menganalisa kualitas rekam medis pasien sesuai dengan standar mutu yang ditetapkan. Analisa kualitatif meliputi penelitian terhadap pengisian lembar rekam medis baik oleh staf medis, paramedik dan unit penunjang medis lainnya. Pembuatan resume bagi setiap pasien yang dirawat merupakan cerminan mutu rekam medis serta pelayanan yang diberikan oleh rumah sakit.

Patokan utama untuk menentukan berkas rekam medis aktif maupun berkas rekam medis tidak aktif adalah besarnya ruangan yang tersedia untuk menyimpan berkas rekam medis yang baru. Batasan umum berkas rekam medis dinyatakan aktif adalah 5 tahun dihitung dari tanggal terakhir berobat. Apabila sudah tidak tersedia lagi tempat penyimpanan rekam medis harus dilaksanakan kegiatan pemilahan berkas rekam medis aktif dan inaktif. Berkas rekam medis yang tidak aktif dapat disimpan di ruangan lain atau microfilm.

Penyusutan (retensi) dan pemusnahan rekam medis dilakukan dengan tujuan mengurangi jumlah berkas rekam medis yang semakin bertambah, menyiapkan fasilitas yang cukup untuk tersedianya tempat penyimpanan berkas rekam medis yang baru, tetap menjaga kualitas pelayanan dengan mempercepat penyiapan rekam medis jika sewaktu-waktu diperlukan, serta menyelamatkan rekam medis yang bernilai guna tinggi serta mengurangi yang tidak bernilai guna/nilai guna rendah atau nilai gunanya telah menurun. Beberapa cara melakukan penyusutan (retensi) dan pemusnahan rekam medis :

- Memindahkan berkas rekam medis in aktif dari rak file aktif ke rak file in aktif dengan cara memilah pada rak file penyimpanan sesuai dengan tahun kunjungan.
- Memikrofilmkan berkas rekam medis in aktif sesuai ketentuan yang berlaku.
- Memusnahkan berkas rekam medis yang telah dimikrofilm dengan cara tertentu sesuai ketentuan yang berlaku.
- Melakukan *scanner* pada berkas rekam medis.

Menurut Permenkes No. 340/MENKES/PER/III tahun 2010, rekam medis merupakan salah satu pelayanan penunjang klinik yang wajib dimiliki oleh semua kelas Rumah Sakit.

Dari data Rifaskes 2011 didapatkan 656 dari 685 RSUD Pemerintah di Indonesia (95,8%) memiliki Unit Rekam Medis. Sebanyak 96,0% RSUD Pemerintah di Provinsi Aceh telah memiliki unit rekam medis.

4.5.11. Pelayanan Darah

Berdasarkan Pedoman Pengelolaan Bank Darah Rumah Sakit (2008), pelayanan transfusi darah merupakan upaya pelayanan kesehatan yang terdiri dari serangkaian kegiatan mulai dari pengerahan dan pelestarian donor, pengambilan, pengamanan, pengolahan, penyimpanan darah dan tindakan medis pemberian darah kepada resipien untuk tujuan penyembuhan dan pemulihan kesehatan.

Dalam Rencana Aksi Pelayanan Transfusi Darah yang Aman (Depkes, 2008) disebutkan bahwa seluruh kabupaten/kota memiliki unit transfusi darah yang memberikan

pelayanan sesuai standar dan seluruh RS memiliki manajemen pelayanan darah aman (Unit Transfusi Darah RS/Bank Darah RS) serta tersedia *stock* darah aman 24 jam/hari.

Unit transfusi darah adalah unit yang berfungsi sebagai pengelola penyediaan darah transfusi yang aman, berkualitas dan efektif, mulai dari pengerahan donor darah sukarela resiko rendah sampai dengan ketersediaan darah aman serta pendistribusiannya.

Unit transfusi darah dapat merupakan suatu unit pelaksana dari PMI (UTD.PPMI, UTD.D PMI, UTD.C PMI) ataupun RS (UTD RS) dan Pemerintah Daerah. Peran dan tanggung jawab UTD antara lain :

- Melakukan seleksi donor darah dan melakukan pengambilan darah donor
- Melaksanakan pemeriksaan golongan darah dan rhesus
- Melaksanakan uji saring darah donor terhadap penyakit infeksi menular lewat transfusi darah (HIV, Hepatitis B, Hepatitis C, dan Sifilis).
- Melakukan pemisahan darah menjadi komponen-komponennya
- Melaksanakan penyimpanan darah sementara
- Melakukan distribusi darah dengan rantai dingin ke BDRS
- Merencanakan jumlah produksi darah transfusi yang aman, sesuai laporan pemakaian, rencana kebutuhan rumah sakit, manajemen donor dan *flow* darah aman untuk menjamin ketersediaan darah.
- Melakukan penyelidikan kejadian reaksi transfusi dan kasus inkompatibilitas
- Melakukan pengembangan teknologi transfusi darah di bawah bimbingan RS pendidikan
- Membuat ikatan kerjasama dengan bank darah RS yang dilayani

Unit Transfusi Darah Rumah Sakit (UTD RS) merupakan suatu unit pelayanan di rumah sakit yang bertugas melayani permintaan klinisi dalam pemenuhan kebutuhan darah yang aman. Manajemen/organisasi unit transfusi darah merupakan bagian dari manajemen rumah sakit (RS) secara keseluruhan. Kedudukan organisasi UTD RS tergantung dari struktur organisasi dan kelas RS, dapat merupakan unit tersendiri di bawah direktur (bagian pelayanan atau penunjang medik). Kepala UTD RS adalah seorang dokter terlatih di dalam bidang manajemen pelayanan darah dan bertanggungjawab langsung kepada Direktur Rumah Sakit.

Bank Darah Rumah Sakit (BD RS) dibentuk di rumah sakit-rumah sakit yang tidak memiliki UTD RS tetapi di daerah tersebut terdapat UTD PMI. Bank Darah Rumah Sakit merupakan suatu unit pelayanan di rumah sakit yang bertanggungjawab atas tersedianya darah untuk transfusi yang aman, berkualitas dan dalam jumlah yang cukup untuk mendukung pelayanan kesehatan di rumah sakit. Berfungsi sebagai pelaksana dan penanggungjawab pemenuhan kebutuhan darah untuk transfusi di rumah sakit sebagai bagian dari pelayanan rumah sakit. Sebagaimana halnya UTD RS, disyaratkan bahwa BD RS harus dipimpin oleh seorang dokter yang telah dilatih dalam bidang transfusi darah.

Bank Darah Rumah Sakit bertugas :

- Merencanakan kebutuhan darah di rumah sakit yang bersangkutan
- Menerima darah dari UTD yang telah memenuhi persyaratan uji saring (non reaktif) dan telah dikonfirmasi golongan darah
- Menyimpan darah dan memantau suhu simpan darah
- Memantau penyediaan darah harian/mingguan
- Melakukan pemeriksaan golongan darah ABO dan Rhesus pada kantong darah donor dan darah resipien.
- Melakukan uji silang serasi antara darah donor dan darah resipien

- Melakukan rujukan apabila ada kesulitan hasil uji silang serasi dan golongan darah ABO/Rhesus ke UTD secara berjenjang.
- Melacak penyebab terjadinya reaksi transfusi

Keberadaan UTD RS atau BD RS di dalam upaya untuk memberikan pelayanan darah yang berkualitas, yakni pelayanan darah dengan sistem distribusi tertutup dengan metoda rantai dingin sesuai standar, yaitu pelayanan yang dilakukan seluruhnya oleh petugas kesehatan dan UTD dengan memperhatikan suhu penyimpanan darah saat didistribusikan. Pada sistem distribusi tertutup ini keluarga pasien tidak lagi dilibatkan sebagai pelaksana distribusi.

Menurut Permenkes No. 340/MENKES/PER/III tahun 2010, pelayanan darah merupakan salah satu pelayanan penunjang klinik yang wajib dimiliki oleh semua kelas Rumah Sakit. Di bawah ini disajikan tabel proporsi RSU pemerintah yang memiliki unit penyediaan darah, dimana unit tersebut dapat berupa unit transfusi darah maupun bank darah/unit pelayanan darah (UPD).

Dari data Rifaskes 2011, terdapat 179 RSU Pemerintah memiliki unit penyediaan darah berupa unit transfusi darah, dan 152 RSU Pemerintah berupa bank darah/unit pelayanan darah. Dengan demikian terdapat 331 RSU Pemerintah (48,6%) yang memiliki unit penyediaan darah. Terdapat 60% RSU Pemerintah di Provinsi Aceh memiliki Unit Penyediaan Darah, 14 RSU Pemerintah memiliki Unit Transfusi Darah dan 1 RSU Pemerintah mempunyai Bank Darah.

4.5.12. Pelayanan Sterilisasi Sentral

Berdasarkan Pedoman Instalasi Pusat Sterilisasi (*Central Sterile Supply Department/CSSD*) di Rumah Sakit, sterilisasi adalah suatu proses pengolahan alat atau bahan yang bertujuan untuk menghancurkan semua bentuk kehidupan mikroba atau endospora dan dapat dilakukan dengan proses kimia atau fisika. Rumah sakit sebagai institusi penyedia pelayanan kesehatan berupaya untuk mencegah risiko terjadinya infeksi bagi pasien dan petugas rumah sakit.

Bila ditinjau dari volume alat dan bahan yang harus disterilkan rumah sakit sedemikian besar maka rumah sakit dianjurkan untuk mempunyai suatu instalasi pusat sterilisasi tersendiri dan mandiri, yang merupakan salah satu instalasi yang berada di bawah dan bertanggungjawab langsung kepada direktur/wakil direktur rumah sakit.

Instalasi Pusat Sterilisasi adalah unit pelayanan non struktural yang berfungsi memberikan pelayanan sterilisasi yang sesuai standar/pedoman dan memenuhi kebutuhan barang steril di rumah sakit. Instalasi Pusat Sterilisasi ditetapkan oleh pimpinan rumah sakit sesuai kebutuhan rumah sakit. Instalasi Pusat Sterilisasi dipimpin oleh seorang kepala yang diangkat dan diberhentikan oleh pimpinan rumah sakit.

Instalasi Pusat Sterilisasi ini bertugas untuk memberikan pelayanan terhadap semua kebutuhan kondisi steril atau bebas dari semua mikroorganisme (termasuk endospora) secara tepat dan cepat.

Berdasarkan Permenkes No. 340/Menkes/Per/III/2010 tentang Klasifikasi Rumah Sakit, semua kelas RS harus mempunyai pelayanan penunjang klinik untuk sterilisasi instrumen, dimana untuk RS kelas A dan B harus berupa sterilisasi sentral yang melakukan sterilisasi peralatan dan bahan untuk keperluan pelayanan seluruh rumah sakit (sterilisasi sentral).

Hasil Rifaskes 2011 menunjukkan terdapat 159 dari 683 RSUD Pemerintah (23,2%) yang memiliki CSSD. Terdapat 5 RSUD Pemerintah di Provinsi Aceh mempunyai pelayanan sterilisasi sentral (20%).

4.5.13. Pelayanan Binatu

Binatu atau *laundry* rumah sakit hendaknya ditempatkan pada lokasi yang mudah dijangkau oleh unit kegiatan lain dan tidak berada pada jalan lintas. Harus disediakan saluran pembuangan air limbah sistem tertutup dengan ukuran, bahan dan kemiringan yang memadai (2-3%), dilengkapi dengan pengolahan awal (*pre treatment*) sebelum dialirkan ke instalasi pengolahan air limbah.

Pada ruang binatu harus disediakan ruang-ruang yang terpisah sesuai dengan kegunaannya, yakni :

- Ruang linen kotor
- Ruang linen bersih
- Ruang kereta linen
- Kamar mandi/WC tersendiri untuk petugas pencucian umum
- Ruang peniris/pengering
- Ruang untuk perlengkapan kebersihan
- Ruang untuk perlengkapan cuci.

Ruang-ruang tersebut diatur penempatannya sehingga perjalanan linen kotor sampai menjadi linen bersih terhindar dari kontaminasi silang. Tersedia ruangan dan mesin cuci yang terpisah untuk linen infeksius dan non infeksius.

Terdapat 594 RSUD Pemerintah yang memiliki binatu sendiri (87%). Selebihnya menggunakan jasa *outsourcing* atau tidak memiliki pelayanan binatu sama sekali. Di Provinsi Aceh sekitar 92% RSUD Pemerintah (23 RSUD Pemerintah) memiliki pelayanan binatu yang keseluruhannya merupakan punya sendiri.

4.5.14. Pelayanan Pemulasaraan Jenazah

Jenazah secara etis diperlakukan penghormatan sebagaimana manusia. Martabat kemanusiaan ini secara khusus adalah perawatan sebagaimana kepercayaan (adat) yang dianutnya, perlakuan sopan dan tidak merusak badannya tanpa indikasi atau kepentingan kemanusiaan, termasuk penghormatan atas kerahasiaannya. Oleh karena itu, kamar jenazah harus bersih dan bebas kontaminasi khususnya hal yang membahayakan petugas atau penyulit analisa kemurnian identifikasi. Demikian pula keamanan bagi petugas yang bekerja termasuk terhadap resiko penularan jenazah terinfeksi karena penyakit mematikan (Depkes RI, 2004, Standar Kamar Jenazah).

Fungsi ruang jenazah adalah :

- Tempat meletakkan/penyimpanan sementara jenazah sebelum diambil keluarganya.
- Tempat memandikan/dekontaminasi jenazah
- Tempat mengeringkan jenazah setelah dimandikan
- Otopsi jenazah
- Ruang duka dan pemulasaraan

Kapasitas ruang jenazah minimal memiliki jumlah lemari pendingin 1 % dari jumlah tempat tidur (pada umumnya 1 lemari pendingin dapat menampung sekitar 4 jenazah) atau tergantung kebutuhan.

Pelayanan pemulasaraan jenazah merupakan pelayanan penunjang non klinik yang harus dimiliki oleh semua kelas RS berdasarkan Permenkes No. 340/Menkes/Per/III/2010, tentang Klasifikasi Rumah Sakit dan merupakan Standar Pelayanan Minimal rumah sakit yang wajib disediakan (Permenkes No. 129/Menkes/SK/II/2008).

Fungsi dari kamar mayat adalah tempat meletakkan/ penyimpanan sementara jenazah sebelum diambil oleh keluarganya, dan atau tempat mengeringkan mayat setelah dimandikan, selain itu dipakai untuk keperluan otopsi mayat. Pelayanan dilakukan 24 jam/hari selama 7 hari dalam seminggu.

Dari hasil Rifaskes 2011 didapatkan 457 RSU dari 684 RSU Pemerintah (66,8%) memiliki Pelayanan Pemulasaraan Jenazah. Di Provinsi Aceh, 17 dari 25 RSU Pemerintah (68,0%) memiliki pelayanan pemulasaraan jenazah.

4.5.15. Pengelolaan Limbah

RS diwajibkan melakukan pemilahan limbah dan menyimpannya dalam kantong plastik yang berbeda berdasarkan karakteristik limbahnya dibedakan antara limbah radioaktif, sitotoksik, kimia dan farmasi. Semua limbah berisiko 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.

Limbah radioaktif didefinisikan sebagai bahan radioaktif sisa atau yang sudah tidak terpakai, atau bahan yang terkontaminasi dengan sejumlah zat radioaktif pada kadar atau tingkat radioaktivitas yang melampaui nilai batas keselamatan yang ditetapkan. Limbah sitotoksik adalah limbah dari bahan yang terkontaminasi dari persiapan dan pemberian obat sitotoksik untuk kemoterapi kanker yang mempunyai kemampuan untuk membunuh atau menghambat pertumbuhan sel hidup. Limbah kimia adalah limbah yang dihasilkan dari penggunaan bahan kimia dalam tindakan medis, veterineri, laboratorium, sterilisasi dan riset. Limbah farmasi adalah limbah yang berasal dari obat-obat kadaluwarsa, obat-obat yang terbuang atau kemasan yang terkontaminasi, obat-obat yang dibuang oleh pasien atau dibuang oleh masyarakat, obat-obat yang tidak lagi diperlukan oleh institusi bersangkutan dan limbah yang dihasilkan selama produksi obat-obatan.

Limbah sitotoksik adalah limbah dari bahan yang terkontaminasi atau mungkin terkontaminasi dari persiapan dan pemberian obat sitotoksik untuk kemoterapi kanker yang mempunyai kemampuan untuk membunuh atau menghambat pertumbuhan sel hidup. Di Rumah Sakit limbah sitotoksik disimpan dalam wadah berwarna ungu untuk membedakan dengan jenis limbah lainnya. Limbah kimia dan farmasi rumah sakit seharusnya disimpan di dalam wadah berwarna coklat untuk membedakannya dengan jenis limbah lainnya

Air limbah adalah air buangan yang berasal dari hasil proses kegiatan sarana pelayanan kesehatan. Air limbah meliputi air limbah domestik (air buangan kamar mandi, dapur, air bekas pencucian pakaian), air limbah klinis (air limbah berasal dari kegiatan klinis rumah sakit, misalnya air bekas cucian luka, cucian darah, dll), air limbah laboratorium, dll. (Depkes, 2009).

Air limbah yang berasal dari buangan domestik maupun buangan limbah cair klinis umumnya mengandung senyawa pencemar organik yang cukup tinggi dan dapat diolah dengan proses pengolahan secara biologis. Untuk air limbah yang berasal dari laboratorium biasanya mengandung logam berat yang apabila dialirkan ke dalam proses pengolahan secara biologis dapat mengganggu proses pengolahannya, sehingga perlu dilakukan pengolahan awal secara kimia-fisika, selanjutnya air olahannya dialirkan ke Instalasi Pengolahan Air Limbah.

Instalasi pengolahan air limbah sarana pelayanan kesehatan adalah bangunan air yang berfungsi untuk mengolah air buangan yang berasal dari kegiatan yang ada di sarana pelayanan kesehatan. Untuk membangun instalasi pengelolaan limbah cair di rumah sakit memerlukan investasi yang tinggi. Untuk mencegah terjadinya pencemaran yang mungkin terjadi dan tidak menimbulkan dampak pada kesehatan manusia maupun lingkungan tempat kerja, maka diperlukan pengolahan limbah cair rumah sakit dengan teknologi yang ramah lingkungan dan mudah dioperasikan dan dipelihara dengan mudah serta dikelola secara terencana sehingga menjamin dampak yang ditimbulkan dapat seminimal mungkin dengan kinerja pengolahan limbah cair yang optimal. Sebagian besar RS di Indonesia masih menggunakan tangki septik untuk pengolahan limbah cairnya, maka perlu optimalisasi pemanfaatan tangki septik sehingga kualitas *effluen*-nya memenuhi baku mutu (Depkes, 2006).

Hasil Rifaskes 2011 menunjukkan bahwa belum semua RSU memiliki unit pengelola limbah. Hanya 505 dari 684 RSU Pemerintah (73,8%) yang memiliki unit pengelola limbah. Di Provinsi Aceh, sekitar 72% RSU Pemerintah memiliki unit pengelola limbah.

**Tabel 4.6.
Persentase RSU Pemerintah di Provinsi Aceh menurut Keberadaan Pelayanan,
Rifaskes 2011**

Jenis Pelayanan	Ketersediaan Pelayanan			
	Nasional		Provinsi Aceh	
	N	%	N	%
Keberadaan Pelayanan Unit Gawat Darurat (N= 685)	682	99,6	25	100,0
Pelayanan Bedah(N= 683)	611	89,5	21	84,0
Pelayanan Perawatan Intensif (N= 682)	395	57,9	17	68,0
Pelayanan Rawat Inap Kesehatan Jiwa (N= 683)	55	8,1	2	8,0
Pelayanan Perinatal/Neonatal (N= 683)	631	92,4	23	92,0
Pelayanan Laboratorium Patologi Klinik (N= 683)	640	93,7	24	96,0
Pelayanan Radiologi (N= 685)	641	93,6	22	88,0
Pelayanan Farmasi (N= 685)	683	99,7	25	100,0
Instalasi Gizi (N= 685)	634	92,6	23	92,0
Pelayanan Rehabilitasi Medik(N= 684)	494	72,2	19	76,0
Unit Rekam Medis (N= 685)	656	95,8	24	96,0
Unit Penyediaan Darah N= 681				
a. Unit Transfusi Darah	179	26,3	14	56,0
b. Bank Darah	152	22,3	1	4,0
c. Tidak	350	51,4	10	40,0
Pelayanan CSSD (N= 683)	159	23,3	5	20,0
Pelayanan Binatu (N= 683)				
Ya, Punya Sendiri	594	87,0	23	92,0
Ya, Outsourcing	38	5,6	-	-
Tidak	51	7,5	2	8,0
Pelayanan Pemulasaraan Jenazah (N= 684)	457	66,8	17	68,0
Unit/Bagian/Instalasi Pengelola Limbah RS(N= 684)	505	73,8	18	72,0
Unit khusus yang mengelola dan menyelenggarakan PKRS (N= 675)	292	43,3	5	20,0

4.5.16. Promosi Kesehatan di Rumah Sakit

Fungsi RS adalah melakukan upaya kesehatan perorangan maupun upaya kesehatan masyarakat, dimana promosi kesehatan merupakan upaya pelayanan yang harus dilaksanakan. Berdasarkan Kepmenkes No. 1114/Menkes/SK/VII/2005, promosi kesehatan adalah upaya untuk meningkatkan kemampuan masyarakat melalui pembelajaran dari, oleh, untuk, dan bersama masyarakat agar mereka dapat menolong diri sendiri, serta

mengembangkan kegiatan yang bersumberdaya masyarakat, sesuai sosial budaya setempat dan didukung kebijakan publik yang berwawasan kesehatan.

Promosi Kesehatan di Rumah Sakit (PKRS) adalah upaya rumah sakit untuk meningkatkan kemampuan pasien, klien, dan kelompok-kelompok masyarakat, agar pasien dapat mandiri dalam mempercepat kesembuhan dan rehabilitasinya, meningkatkan kesehatan, mencegah masalah-masalah kesehatan, dan mengembangkan upaya kesehatan bersumber daya masyarakat melalui pembelajaran, dari, oleh, untuk dan bersama mereka, sesuai sosial budaya mereka, serta didukung kebijakan publik yang berwawasan kesehatan.

PKRS memiliki persamaan dan perbedaan dengan kegiatan pemasaran (*marketing*) rumah sakit dan kegiatan kehumasan (*public relation*) rumah sakit. Persamaannya terutama terletak pada sasaran (*target group*). Berikut adalah perbedaan antara PKRS, Pemasaran RS, dan Humas RS.

- Pada Promosi Kesehatan di Rumah Sakit (PKRS), pasien dan klien RS serta masyarakat tahu, mau, dan mampu ber-PHBS untuk menangani masalah-masalah kesehatan. Lingkungan RS aman, nyaman, bersih dan sehat, kondusif untuk PHBS.
- Pada Pemasaran Rumah Sakit, tersedia pelayanan kesehatan yang layak “jual”, dengan harga yang dapat dijangkau masyarakat. Tumbuhnya permintaan (*demand*) akan pelayanan yang dijual.
- Pada Humas RS, tersebarnya informasi seluk beluk RS dan dapat diketahuinya isu/umpan balik dari masyarakat. Selain itu melalui Humas RS, dapat disampaikannya respon terhadap isu-isu tentang rumah sakit.

Sumber daya utama yang diperlukan untuk penyelenggaraan PKRS adalah tenaga, sarana, peralatan (termasuk media komunikasi), dan dana atau anggaran. Sumber daya manusia utama untuk PKRS meliputi semua petugas RS yang melayani pasien/klien (dokter, perawat, bidan, dan lain-lain) serta tenaga khusus promosi kesehatan (yaitu para pejabat fungsional Penyuluh Kesehatan Masyarakat).

Di dalam Kepmenkes No. 004 tahun 2012 tentang Petunjuk Teknis Promosi Kesehatan Rumah Sakit disebutkan bahwa standar tenaga khusus promosi kesehatan untuk rumah sakit adalah sebagai berikut :

- Sarjana (S1) Kesehatan/Kesehatan Masyarakat
- D3 Kesehatan ditambah minat dan bakat di bidang promosi kesehatan.

Perhatian RSU Pemerintah terhadap promosi kesehatan di rumah sakit belum optimal. Hal ini terlihat dari kecilnya proporsi RSU Pemerintah yang memiliki kebijakan tertulis mengenai promosi kesehatan (44,0%) dan anggaran promosi kesehatan (38,8%). Kebijakan tertulis mengenai kegiatan promosi kesehatan di rumah sakit (PKRS) adalah kebijakan yang ditetapkan oleh pimpinan rumah sakit yang mengatur mengenai kegiatan promosi kesehatan di rumah sakit. Di Provinsi Aceh, terdapat 5 RSU Pemerintah (20%) yang memiliki kebijakan tertulis mengenai kegiatan promosi kesehatan di RS.

Tabel 4.7 menunjukkan, terdapat 20% RSU Pemerintah di Aceh yang memiliki unit khusus yang mengelola dan menyelenggarakan kegiatan promosi kesehatan. Angka ini lebih tinggi dari rerata Nasional yang sebesar 43,3%.

Anggaran untuk kegiatan promosi kesehatan di RS juga baru dialokasikan oleh 38,8% RSU Pemerintah di Indonesia. Provinsi Aceh memiliki angka yang lebih rendah dari rerata nasional (20%). Bisa saja terjadi bahwa RS tidak mengalokasikan anggaran secara khusus untuk kegiatan promosi kesehatan tetapi mengalokasikannya untuk kegiatan lain yang memiliki kemiripan, misalnya kegiatan pemasaran.

Penyuluhan kelompok baru dilakukan oleh 52% RSU Pemerintah. Penyuluhan kelompok/massal adalah penyuluhan yang ditujukan untuk kelompok atau penyuluhan massal. Tidak harus dilakukan *face to face*, tapi dapat juga menggunakan audiovisual yang ditujukan untuk pengunjung RS. Di Provinsi Aceh hanya terdapat 32% yang melakukan kegiatan penyuluhan kelompok/massal.

Pemasangan spanduk, banner, dan atau poster mengenai informasi kesehatan dilakukan oleh sekitar 73,6% RSU Pemerintah. Kegiatan ini juga dilakukan oleh sekitar 52% RSU Pemerintah di Provinsi Aceh.

Pembinaan puskesmas hanya dilakukan oleh 15,4% RSU Pemerintah di Indonesia. Di Provinsi Aceh kegiatan pembinaan puskesmas dilakukan oleh 3 RSU Pemerintah (12%).

Tabel 4.7.
Persentase RSU Pemerintah di Provinsi Aceh menurut Kegiatan Promosi Kesehatan di RS, Rifaskes 2011

Karakteristik	Ketersediaan Karakteristik Promkes			
	Nasional		Provinsi Aceh	
	N	%	N	%
Kebijakan tertulis mengenai kegiatan promosi kesehatan di RS (N=671)	311	46,3	5	20,0
Unit Khusus yang mengelola dan menyelenggarakan kegiatan PKRS (N=668)	292	43,3	5	20,0
Anggaran untuk pelaksanaan kegiatan PKRS (N=668)	259	38,8	5	20,0
Kegiatan Penyuluhan Kelompok/Massal (N=666)	346	52,0	8	32,0
Kegiatan pemasangan spanduk, banner, poster mengenai kesehatan (N=666)	490	73,6	13	52,0
Kegiatan Pembinaan puskesmas (N=662)	102	15,4	3	12,0

4.6. INDIKATOR MILLENIUM DEVELOPMENT GOALS

4.6.1. Pemeriksaan Tuberkulosis (Tb) di Rumah Sakit

Dalam upaya penanggulangan penyakit Tuberkulosis (Tb), WHO pada tahun 1995 telah merekomendasikan strategi DOTS (*Directly Observed Treatment Short-course*) sebagai salah satu langkah paling efektif dan efisien.

Strategi DOTS terdiri dari :

- Komitmen politis
- Pemeriksaan dahak mikroskopis yang terjamin mutunya
- Pengobatan jangka pendek yang terstandar bagi semua kasus Tb, dengan penatalaksanaan kasus secara tepat, termasuk pengawasan langsung pengobatan.
- Jaminan ketersediaan obat anti tuberkulosis (OAT) yang bermutu
- Sistem pencatatan dan pelaporan yang mampu memberikan penilaian terhadap hasil pengobatan pasien serta kinerja program secara keseluruhan.

Berdasarkan data Kemenkes tahun 2010, penanggulangan Tb dengan strategi DOTS di rumah sakit baru berkisar 20 % dengan kualitas yang bervariasi. Ekspansi strategi DOTS di rumah sakit masih merupakan tantangan besar bagi keberhasilan Indonesia dalam mengendalikan Tb. Hasil monitoring dan evaluasi yang dilakukan oleh Tim Tb *External Monitoring Mission* pada tahun 2005 menunjukkan bahwa angka penemuan kasus Tb di rumah sakit cukup tinggi dengan angka keberhasilan pengobatan rendah dan angka putus

berobat yang masih tinggi. Kondisi ini berpotensi menciptakan masalah besar yaitu peningkatan kemungkinan terjadinya resistensi terhadap Obat Anti Tuberkulosis (OAT).

Menurut Kepmenkes No.129 tahun 2008 tentang Standar Pelayanan Minimal RS, standar penegakan diagnosis Tb melalui pemeriksaan mikroskopis Tb adalah $\geq 60\%$.

Dari data Rifaskes 2011 pada Tabel 6, diperoleh hasil bahwa sekitar 71% RSU Pemerintah memiliki pelayanan penegakkan diagnosis Tb melalui pemeriksaan mikroskopis dan sekitar 48,4% RSU Pemerintah memiliki pelayanan penegakkan diagnosis Tuberkulosis pada anak melalui sistem skoring Tb. RSU Pemerintah di Provinsi Aceh menunjukkan cakupan 32% dalam pelayanan penegakkan diagnosis Tb melalui pemeriksaan mikroskopis artinya berada di bawah rerata Nasional, demikian pula untuk penegakkan diagnosis Tb pada anak melalui sistem skoring Tb berada di bawah rerata Nasional (16,0%).

Menurut Kepmenkes No.129 tahun 2008 tentang Standar Pelayanan Minimal RS, standar terlaksananya pencatatan dan pelaporan Tb di RS yaitu $\leq 60\%$. Sekitar 70% RSU Pemerintah memiliki kegiatan pencatatan dan pelaporan Tb, dan di Provinsi Aceh hanya 36,0% RSU Pemerintah yang memiliki pencatatan dan pelaporan Tb.

Tabel 4.8 juga menunjukkan, sekitar 75,9% laboratorium Patologi Klinik RSU Pemerintah mengikuti Program DOTS. Proporsi tenaga yang sudah dilatih untuk pemeriksaan sputum BTA lebih besar (83,3%) dari keikutsertaan Laboratorium dalam pemeriksaan sputum BTA (82,4%). Gambaran di Provinsi Aceh, hanya 29,2% Laboratorium Patologi Klinik RSU Pemerintah ikut dalam program DOTS, demikian pula dengan RSU yang memiliki tenaga sudah dilatih untuk pemeriksaan sputum BTA hanya 62,5%, dan laboratorium yang melakukan pemeriksaan sputum BTA hanya sekitar 50%.

**Tabel 4.8.
Persentase RSU Pemerintah di Provinsi Aceh menurut Pelayanan Tb Paru,
Rifaskes 2011**

Karakteristik Pelayanan Tb	Ketersediaan Pelayanan TB			
	Nasional		Provinsi Aceh	
	N	%	n	%
Pelayanan penegakkan diagnosis tuberkulosis (Tb) melalui pemeriksaan mikroskopis Tb (N = 675)	479	71,0	8	32,0
Pelayanan penegakkan diagnosis tuberkulosis (Tb) melalui pemeriksaan skoring Tb pada anak (N= 674)	326	48,4	4	16,0
Kegiatan pencatatan dan pelaporan Tb di RS (N = 674)	472	70,0	9	36,0
Laboratorium ikut dalam Program DOTS (N = 640)	486	75,9	7	29,2
Keberadaan tenaga yang sudah dilatih untuk pemeriksaan sputum BTA (N=637)	534	83,8	15	62,5
Laboratorium melakukan pemeriksaan sputum BTA (N = 637)	525	82,4	12	50,0

4.6.2. HIV-AIDS

Hasil Rifaskes 2011 menunjukkan, secara Nasional 67,6% Laboratorium Patologi Klinik RSU Pemerintah melakukan pemeriksaan anti HIV, sekitar 97,9% diantaranya menggunakan Rapid Test, 6,8% Elisa Manual, 8,2% Elisa Otomatik, dan 2,9% PCR . Sekitar 49,9% Laboratorium Patologi Klinik RSU Pemerintah memiliki keberadaan tenaga yang sudah dilatih untuk pemeriksaan HIV.

Khusus untuk Provinsi Aceh, hanya terdapat 54,2% Laboratorium RSU Pemerintah yang melakukan pemeriksaan Anti HIV, dan seluruhnya menggunakan metoda Rapid Test, sementara untuk penggunaan metode Elisa Manual, elisa otomatis, dan metode PCR

memiliki angka yang sama yaitu sebesar 7,7%. Sekitar 29,2% Laboratorium Patologi Klinik RSU Pemerintah di Provinsi Aceh memiliki tenaga yang sudah dilatih pemeriksaan anti HIV.

Tabel 4.9.
Persentase RSU Pemerintah di Provinsi Aceh menurut Keterlibatan dalam Penanganan HIV-AIDS, Rifaskes 2011

No	Karakteristik Pemeriksaan HIV/ AIDS	Ketersediaan Karakteristik Pemeriksaan HIV/ AIDS			
		Nasional		Provinsi Aceh	
		N	%	n	%
1	Laboratorium melakukan pemeriksaan Anti HIV (N = 675)	432	67,7	13	54,2
2	Metode pemeriksaan yang dipakai (674)				
	a. Rapid Test (N =433)	424	97,9	13	100,0
	b. Elisa manual (N =429)	29	6,8	1	7,7
	c. Elisa otomatis (N =429)	35	8,2	1	7,7
	d. PCR (N =429)	9	2,1	1	7,7
3	Keberadaan tenaga yang sudah dilatih untuk pemeriksaan Anti HIV (N = 637, n = 17))	318	49,9	7	29,2

4.7. KESEHATAN IBU DAN ANAK

4.7.1. Pelayanan Obstetri Neonatal Emergensi Komprehensif (PONEK)

Berdasarkan Pedoman Penyelenggaraan Pelayanan Obstetri Neonatal Emergensi Komprehensif (PONEK) 24 Jam di Rumah Sakit, suatu rumah sakit dikatakan sebagai rumah sakit PONEK 24 jam apabila memenuhi Kriteria Umum dan Kriteria Khusus.

Kriteria Umum RS PONEK meliputi :

1. Ada dokter jaga terlatih di UGD untuk mengatasi kasus emergensi baik secara umum maupun emergensi obstetrik – neonatal.
2. Dokter, bidan dan perawat telah mengikuti pelatihan tim PONEK di rumah sakit meliputi resusitasi neonatus, kegawatdaruratan obstetrik dan neonatus.
3. Mempunyai standar prosedur operasional penerimaan dan penanganan pasien kegawatdaruratan obstetrik dan neonatal.
4. Kebijakan tidak ada uang muka bagi pasien kegawatdaruratan obstetrik dan neonatal
5. Mempunyai prosedur pendelegasian wewenang tertentu
6. Mempunyai waktu tanggap di UGD selama 10 menit, di kamar bersalin kurang dari 30 menit, pelayanan darah kurang dari 1 jam.
7. Tersedia kamar operasi yang siap (siaga 24 jam) untuk melakukan operasi, bila ada kasus emergensi obstetrik atau umum.
8. Tersedia kamar bersalin yang mampu menyiapkan operasi dalam waktu kurang dari 30 menit
9. Memiliki tim yang siap melakukan operasi atau melaksanakan tugas sewaktu-waktu, meskipun *on call*
10. Adanya dukungan semua pihak dalam tim pelayanan PONEK, antara lain dokter kebidanan, dokter anak, dokter/petugas anestesi, dokter penyakit dalam, dokter spesialis lain, dokter umum, bidan dan perawat.
11. Tersedia pelayanan darah yang siap 24 jam

12. Tersedia pelayanan penunjang lain yang berperan dalam PONEK seperti laboratorium dan radiologi selama 24 jam, *recovery room* 24 jam, obat dan alat penunjang yang selalu siap sedia.

Kriteria Khusus RS PONEK meliputi :

1. Sumber Daya Manusia. Memiliki Tim PONEK Esensial yang terdiri dari : 1 dokter spesialis kebidanan dan kandungan, 1 dokter spesialis anak, 1 dokter di Unit Gawat darurat, 3 orang bidan (1 koordinator dan 2 penyelia), 2 orang perawat. Tim PONEK ideal bila ditambah 1 dokter spesialis anestesi/perawat anestesi, 6 bidan pelaksana, 10 perawat (tiap *shift* 2 – 3 perawat jaga), 1 petugas laboratorium, 1 pekarya kesehatan, dan 1 petugas administrasi.
2. Prasarana dan Sarana. Memiliki ruang rawat inap yang luas dan nyaman, ruang tindakan gawat darurat dengan instrumen dan bahan yang lengkap, ruang pulih (*observasi*) pasca tindakan, dan protokol pelaksanaan dan uraian tugas pelayanan, termasuk koordinasi internal.
3. Prasarana dan Sarana Penunjang. Memiliki unit transfusi darah/bank darah/kerjasama dengan penyedia, laboratorium yang mampu melakukan tes laboratorium dalam penanganan kedaruratan maternal, radiologi dan USG.
4. Peralatan esensial. Memiliki peralatan maternal esensial dan peralatan neonatal esensial.
5. Peralatan Ideal. Memiliki peralatan medis yang harus ada di masing-masing unit : Unit Perawatan Intensif/Eklamsia/Sepsis untuk maternal, Unit Perawatan Intensif Neonatal, dan Kamar bersalin.
6. Peralatan Umum. Memiliki peralatan umum yang ada di area cuci tangan, area resusitasi dan stabilisasi di ruang neonatus/UGD, unit perawatan khusus, kamar bersalin.
7. Obat-obatan. Terdiri dari obat-obatan maternal khusus PONEK dan obat-obatan neonatal khusus PONEK
8. Manajemen. Terdapat SK Direktur terkait dengan penyelenggaraan Program PONEK.
9. Sistem Informasi. Antara lain sistem informasi yang dapat mengintegrasikan seluruh data penting dari kamar bersalin dan ruang neonatal yang melaksanakan PONEK yang dapat diakses secara transparan melalui *workstation*, tersedianya data PONEK yang lengkap dan akurat dan tepat waktu, serta dapat mengakomodasi aktifitas yang dibutuhkan untuk keperluan penelitian dan pengembangan keilmuan di bidang obstetri dan ginekologi dengan ketersediaan teknologi informasi yang mampu untuk memperoleh, mentransmisikan, menyimpan, mengolah atau memproses dan menyajikan informasi dan data baik data internal maupun data eksternal .

Hasil Rifaskes 2011 menunjukkan proporsi pemenuhan kriteria PONEK RSU Pemerintah berkisar antara 26,5% (Kriteria waktu tanggap pelayanan darah ≤ 1 jam) sampai 73,4% (Kriteria tim siap operasi 24 jam meskipun *on call*). Khusus untuk 3 kriteria waktu tanggap (waktu tanggap pelayanan darah ≤ 1 jam, waktu tanggap kamar bersalin ≤ 30 menit, dan waktu tanggap UGD ≤ 10 menit), di dalam analisis ini, RSU Pemerintah yang tidak memiliki data mengenai waktu tanggap dianggap tidak memenuhi persyaratan batas waktu tanggap yang ditentukan.

Sekitar separuh proporsi pemenuhan kriteria PONEK RSU Pemerintah di Provinsi Aceh di atas angka Nasional (11 dari 20 kriteria PONEK yang telah ditetapkan). Proporsi pemenuhan kriteria PONEK oleh RSU Pemerintah di Provinsi Aceh berkisar antara 24%

(Kriteria prosedur pendelegasian wewenang tertentu) sampai 84,0% (Kriteria kamar operasi siap 24 jam dan laboratorium siap 24 jam).

Tabel 4.10.
**Persentase RSUD Pemerintah di Provinsi Aceh menurut Kriteria
Pelayanan Obstetri Neonatus Emergensi Komprehensif (PONEK), Rifaskes 2011**

Karakteristik PONEK	Ketersediaan Karakteristik PONEK			
	Nasional		Provinsi Aceh	
	N	%	n	%
Dokter jaga terlatih di UGD untuk kasus emergensi (N = 675)	333	49,3	11	44,0
Dokter telah mengikuti pelatihan tim PONEK di RS (N = 674)	361	53,6	12	48,0
Bidan telah mengikuti pelatihan tim PONEK di RS (N = 674)	365	54,2	13	52,0
Perawat telah mengikuti pelatihan tim PONEK RS (N = 674)	273	40,5	8	32,0
SPO Penerimaan dan penanganan pasien kegawatdaruratan obstetrik dan neonatal (N = 674)	345	51,2	9	36,0
Prosedur pendelegasian wewenang tertentu (N = 672)	242	36,0	6	24,0
Waktu tanggap UGD ≤ 10 menit (N = 671)	282	42,0	12	48,0
Waktu tanggap kamar bersalin ≤ 30 menit (N = 671)	276	41,0	11	44,0
Waktu tanggap pelayanan darah ≤ 1 jam (N = 671)	178	26,5	6	24,0
Kamar operasi siap 24 jam (N = 673)	490	72,8	21	84,0
Kamar bersalin mampu menyiapkan operasi dalam waktu < 30 menit (N = 674)	405	60,1	18	72,0
Tim siap operasi meskipun on call (N = 674)	495	73,4	20	80,0
Pelayanan darh siap 24 jam (N = 673)	371	55,1	16	64,0
Laboratorium siap 24 jam (N = 674)	438	65,0	21	84,0
Radiologi siap 24 jam (N = 673)	396	58,8	18	72,0
Ruang Pemulihan siap 24 jam (N = 673)	359	53,3	14	56,0
Fasilitas farmasi dan alat penunjang siap 24 jam (N = 673)	453	67,3	20	80,0
Protokol pelaksanaan dan uraian tugas pelayanan PONEK (N = 673)	233	34,7	11	44,0
Koordinasi Internal	281	41,8	9	36,0
Memiliki Tim PONEK Esensial (N = 670)	296	44,2	11	44,0

4.7.2. Rumah Sakit Sayang Bayi (*Baby Friendly Hospital*)

Berdasarkan Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 33 Tahun 2012 tentang Pemberian Air Susu Ibu Eksklusif (pasal 32), disebutkan bahwa Penyelenggara Fasilitas Pelayanan Kesehatan harus mendukung keberhasilan program pemberian air susu ibu (**selanjutnya disebut ASI**) eksklusif dengan berpedoman pada 10 (sepuluh) langkah menuju keberhasilan menyusui sebagai berikut :

- Membuat kebijakan tertulis tentang menyusui dan dikomunikasikan kepada semua staf pelayanan kesehatan.
- Melatih semua staf pelayanan dalam keterampilan menerapkan kebijakan menyusui
- Menginformasikan kepada semua ibu hamil tentang manfaat dan manajemen menyusui
- Membantu ibu menyusui dini dalam waktu 60 (enam puluh) menit pertama persalinan.
- Membantu ibu cara menyusui dan mempertahankan menyusui meskipun Ibu dipisah dari bayinya.
- Memberikan ASI saja kepada bayi baru lahir kecuali ada indikasi medis.
- Menerapkan rawat gabung ibu dengan bayinya sepanjang waktu 24 jam.

- Menganjurkan menyusui sesuai permintaan bayi
- Tidak memberi dot kepada bayi
- Mendorong pembentukan kelompok pendukung menyusui dan merujuk ibu kepada kelompok tersebut setelah keluar dari Fasilitas Pelayanan Kesehatan.

Rifaskes yang dirancang sejak akhir tahun 2010 dapat mengakomodir setidaknya gambaran 7 (tujuh) langkah menuju keberhasilan menyusui seperti yang dimaksudkan oleh PP 33 tahun 2012 di atas. Tiga langkah yang tidak ada di dalam kuesioner Rifaskes adalah : 1) Menginformasikan kepada semua ibu hamil tentang manfaat dan manajemen menyusui, 2) Tidak memberi dot kepada bayi, dan 3) Mendorong pembentukan kelompok pendukung menyusui dan merujuk ibu kepada kelompok tersebut setelah keluar dari Fasilitas Pelayanan Kesehatan. Di dalam Rifaskes, ke-3 komponen tersebut menjadi : Catatan Ibu Hamil berdiskusi mengenai ASI dan manajemen laktasi, Bayi sesegera mungkin kontak dengan ibu setelah melahirkan, dan keberadaan klinik laktasi

Hasil Rifaskes menunjukkan hanya 55,8% RSUD Pemerintah yang memiliki kebijakan tertulis mengenai ASI eksklusif, 53,1% terdapat pelatihan petugas mengenai ASI eksklusif, 33,3% memiliki catatan ibu hamil yang berdiskusi mengenai manajemen laktasi, 87,5% melakukan tindakan sesegera mungkin kontak antara bayi dengan ibu, 85,5% ibu dibimbing inisiasi menyusui dini, 84,2% membimbing ibu mengenai cara menyusui, 62,7% tidak memberikan makanan lain selain ASI, 84,5% melakukan rawat gabung, 86,6% menganjurkan menyusui *on demand*, dan hanya 34,0% yang memiliki klinik laktasi.

Secara umum, RSUD Pemerintah di Provinsi Aceh sudah memberikan perhatian yang cukup baik dalam hal program menyusui. Hanya terdapat 24,0% RSUD Pemerintah Provinsi Aceh yang memiliki kebijakan tertulis mengenai penggunaan ASI eksklusif. Dalam hal bayi sesegera mungkin kontak dengan ibu setelah dilahirkan terdapat di 76,0% RSUD, dan ibu dibimbing melakukan inisiasi menyusui dini (IMD) sebesar 72,0%. Masih terdapat sekitar 16,0% RSUD Pemerintah yang memberikan makanan lain selain ASI. Terdapat 12,0% RSUD Pemerintah memiliki catatan diskusi ibu hamil berdiskusi mengenai ASI dan klinik laktasi hanya terdapat di 16,0% RSUD Pemerintah Provinsi Aceh.

Tabel 4.11.
Persentase RSUD Pemerintah di Provinsi Aceh menurut Pemenuhan Komponen 10 Langkah Keberhasilan Menyusui, Rifaskes 2011

Komponen 10 Langkah Keberhasilan Menyusui	Ketersediaan Komponen 10 Langkah Keberhasilan Menyusui			
	Nasional		Provinsi Aceh	
	N	%	n	%
Kebijakan tertulis mengenai penggunaan ASI Eksklusif (N = 676)	377	55,8	6	24,0
Pelatihan yang dilakukan untuk mendukung kebijakan penggunaan ASI Eksklusif (N = 674)	358	53,1	8	32,0
Catatan ibu hamil berdiskusi mengenai ASI dan manajemen laktasi (N = 670)	223	33,3	3	12,0
Bayi sesegera mungkin kontak dengan ibu setelah dilahirkan (N = 670)	587	87,5	19	76,0
Ibu dibimbing melakukan Inisiasi Menyus Dini (IMD) (N = 670)	574	85,5	18	72,0
Bimbingan kepada Ibu mengenai cara menyusui (N = 670)	564	84,2	15	60,0
Bayi diberikan makanan selain ASI (N = 670)	250	37,3	4	16,0

BADAN LITBANGKES
LAPORAN PROVINSI ACEH RIFASKES 2011

Dilakukan rawat gabung antara ibu dan bayi (N = 671)	567	84,5	18	72,0
Ibu dianjurkan menyusui kapanpun bayi lapar (N = 671)	581	86,6	19	76,0
Klinik Laktasi (N = 671)	228	34,0	4	16,0

BAB 5

KESIMPULAN DAN SARAN

5.1. KESIMPULAN

1. Secara umum, RSUD Pemerintah dengan kelas yang lebih tinggi memiliki SDM, Kesehatan, jenis pelayanan, kesesuaian standar, dan peralatan yang lebih baik daripada kelas yang berada di bawahnya.
2. Masih terdapat RSUD Pemerintah yang belum menjalankan pelayanan yang diharuskan, misalnya memiliki Instalasi Radiologi, Rekam Medis, Instalasi Gizi, Binatu, dan sebagainya.
3. Masih banyak RSUD yang belum memiliki kesesuaian antara standar yang ditetapkan di dalam masing-masing kelas RS dengan kondisi yang dimiliki, baik dalam hal ketenagaan dan peralatan yang dibutuhkan untuk setiap pelayanan RS.
4. Masih terdapat RSUD Pemerintah yang belum memiliki kemampuan optimal di dalam menunjang pencapaian indikator *Millenium Development Goals*, misalnya dalam hal penanganan Tuberkulosis dan HIV-AIDS.
5. Kemampuan RSUD Pemerintah dalam menghadapi kasus-kasus emergensi kebidanan dan kandungan, serta neonatal masih lemah, hal ini terlihat dari masih banyaknya RSUD Pemerintah yang belum mampu memenuhi Kriteria Umum RS PONEK.
6. Perhatian RSUD Pemerintah terhadap kegiatan promosi kesehatan di RS masih belum optimal. Kurangnya perhatian RSUD Pemerintah terhadap kegiatan promosi kesehatan di RS juga tercermin dari banyaknya rumah sakit yang belum memiliki peralatan standar promosi kesehatan di rumah sakit dan minimnya kegiatan promosi kesehatan di RS.

5.2. SARAN

1. Perlu dilakukan identifikasi terhadap kesesuaian kelas RSUD Pemerintah dengan kemampuan dan kondisi sebenarnya yang dimiliki oleh RSUD Pemerintah. Kesesuaian kelas mengacu pada persyaratan Permenkes Nomor 340 Tahun 2010 tentang Klasifikasi Rumah Sakit
2. Pemerintah perlu memperhatikan keberadaan dan distribusi SDM kesehatan yang dibutuhkan oleh RSUD pemerintah, khususnya empat jenis dokter spesialis pelayanan medik spesialistik dasar.
3. Kementerian Kesehatan bekerjasama dengan pemilik RSUD Pemerintah lainnya, seperti TNI/Polri, BUMN, Kementerian dalam Negeri, dan Pemerintah Provinsi/Kabupaten/Kota, untuk bersama-sama melakukan upaya untuk dapat memenuhi standar RS yang telah ditetapkan. Kerjasama juga dilakukan untuk mengurangi kesenjangan baik antara RSUD yang berbeda kepemilikan maupun antara kondisi geografis.

4. Dipertimbangkan untuk pengembangan konsep rujukan regional dengan memperkuat keberadaan, sebaran, dan kemampuan pelayanan perawatan intensif tersier (NICU, PICU, dan CICU/ICCU) pada sarana pelayanan kesehatan rujukan yang terpilih.
5. Perlu penguatan kemampuan RSU Pemerintah di dalam Pelayanan Obstetri Neonatal Emergensi Komprehensif (PONEK). Kemampuan RSU Pemerintah dalam menangani kasus-kasus kegawatdaruratan pada Ibu dan bayi membutuhkan keberadaan dan kelengkapan pelayanan serta keterampilan petugas yang memenuhi kriteria sebagai RS PONEK.
6. Masih banyak RSU Pemerintah yang belum memenuhi kriteria 10 langkah keberhasilan menyusui. Perlu upaya untuk meningkatkan pemahaman petugas mengenai ASI Eksklusif dan Inisiasi Menyusui Dini, serta kemampuan melakukan persuasi kepada ibu dan keluarga. Selain itu, peningkatan keberadaan klinik laktasi di RSU Pemerintah hendaknya menjadi perhatian dari pengelola RSU Pemerintah
7. Perhatian pengelola RSU Pemerintah terhadap kegiatan-kegiatan promosi kesehatan di RS, perlu ditingkatkan terkait dengan kedudukan RS sebagai institusi pelayanan kesehatan yang memberikan pelayanan kesehatan perorangan paripurna (promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif).

DAFTAR PUSTAKA

- Blum, HL, 1981, *Planning for Health : Development and Application of Social Change Theory*, Human Sciences Press, 2nd edition, New York.
- Donabedian, A, 1980, *Explorations in Quality Assessment and Monitoring*, Ann Arbor, Health Administration Press.
- Jakab, M., Preker, A., Harding, A., and Hawkins, L, 2002, *The Introduction of Market Forces in The Public Hospital Sector : From New Public Sector Management to Organizational Reform*, Health, Nutrition and Population (HNP) Discussion Paper, The World Bank.
- Depkes RI, 2001, *Petunjuk Pelaksanaan Indikator Mutu Pelayanan Rumah Sakit*, Jakarta.
- Depkes RI, 2004, *Standar Kamar Jenazah*, Jakarta.
- Depkes RI, 2005, *Indikator Kinerja Rumah Sakit*, Jakarta.
- Depkes RI, 2007, *Pedoman Penyelenggaraan Makanan Rumah Sakit*, Jakarta.
- Depkes RI, 2007, *Pedoman Penyelenggaraan Pelayanan Obstetri Neonatal Emergensi Komprehensif (PONEK) 24 Jam di Rumah Sakit*, Jakarta.
- Depkes RI, 2007, *Standar Unit Gawat Darurat*, Jakarta.
- Depkes RI, 2008, *Pedoman Pengelolaan Bank Darah Rumah Sakit (BDRS)*, Jakarta.
- Depkes RI, 2009, *Pedoman Unit Transfusi Darah Rumah Sakit (UTDRS)*, Jakarta.
- Depkes RI, 2009, *Pedoman Instalasi Pusat Sterilisasi (Central Sterile Supply Department/CSSD) di RumahSakit*, Jakarta.
- Kemkes RI, 2010, *Pedoman Manajerial Pelayanan Tuberkulosis dengan Strategi DOTS di Rumah Sakit*, Jakarta.
- WHO Europe, 2007, *PATH : Performance Assessment Tool for Quality Improvement in Hospitals*.

Peraturan Perundang-undangan :

Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit

Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 1114/Menkes/SK/VII/2005 tentang Promosi Kesehatan di Rumah Sakit

Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 1069/Menkes/SK/XI/2008 tentang Pedoman Klasifikasi dan Standar Rumah Sakit Pendidikan.

Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 1014/Menkes/SK/XI/2008 tentang Standar Pelayanan Radiologi Diagnostik di Sarana Pelayanan Kesehatan.

Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 340/Menkes/Per/III/2010 tentang Klasifikasi Rumah Sakit.

Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 834/Menkes/SK/VII/2010 tentang Pedoman Penyelenggaraan Pelayanan *High Care Unit (HCU)* di RumahSakit.

Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 1778/Menkes/SK/XII/2010 tentang Pedoman Penyelenggaraan Pelayanan *Intensive Care Unit (ICU)* di RumahSakit.

Keputusan Direktur Jenderal Bina Upaya Kesehatan Nomor HK.03.05/I/2063/11 tentang Petunjuk Teknis *High Care Unit (HCU)* di Rumah Sakit.

Keputusan Direktur Jenderal Bina Upaya Kesehatan Nomor HK.02.04/I/1966/11 tentang Petunjuk Teknis Penyelenggaraan Pelayanan Intensive Care Unit (ICU) di Rumah Sakit.

Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 004 tahun 2012 tentang Petunjuk Teknis Promosi Kesehatan Rumah Sakit

Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 129/Menkes/SK/II/2008 tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit

Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 417/Menkes/Per/II/2011 tentang Akreditasi Rumah Sakit