



BAB 8

MASTER PROGRAM



BAB 8 MASTER PROGRAM

8.1 KELAYAKAN PENGEMBANGAN RUMAH SAKIT

8.1.1 Kondisi Eksternal

Beberapa isu strategis dalam dunia bisnis yang berdampak pula bagi industri kesehatan secara **regional** di ASEAN dan Asia adalah implementasi dari kesepakatan bersama pada tahun 2015 atas kerjasama melalui Masyarakat Ekonomi Asean (MEA) yang berdampak pada terciptanya suatu pasar yang besar dari perdagangan bebas baik barang maupun jasa dikawasan ASEAN. *Benefit* secara umum dari integrasi ASEAN ini adalah terciptanya satu regulasi domestik yang kuat dan mobilisasi dari sumber daya. Sedangkan dari sisi konsumen, akan lebih banyak pilihan terhadap *supply* termasuk pelayanan kesehatan dengan kualitas yang terbaik. Dari sisi pemberi pelayanan, akan terjadi transfer *knowledge* dan *technology* serta akses yang sangat baik pada pasar luar negeri. Telediagnosis, *Medical tourism*, konsultasi dokter asing, scan tomografi dan pemeriksaan penunjang lainnya, siap menyambut era perdagangan bebas ini.

Pelayanan kesehatan di negara-negara ASEAN yang mengalami pertumbuhan ekonomi dan populasi yang cepat. Pada kenyataannya belanja kesehatan masyarakat ASEAN masih jauh dibawah masyarakat Eropa. WHO menyebutkan belanja kesehatan per kapita di ASEAN sekitar 4%, sedangkan belanja kesehatan masyarakat Eropa rata-rata 9,5%. (World Bank, 2011). Biaya pelayanan kesehatan yang dikeluarkan yang berasal dari sektor public dan private, Vietnam paling besar, diikuti oleh Kamboja, Singapura, Filipina dan Thailand. Sedangkan Indonesia masuk pada negara ketiga terendah diikuti Brunei dan Myanmar, dimana Myanmar masuk sebagai negara dengan belanja kesehatan yang paling kecil. Thailand adalah negara yang paling tinggi dukungan sektor swastanya sedangkan Brunei karena negara kecil dan kaya, hampir seluruhnya ditanggung pemerintah.

Menyimak kondisi ini, masih banyak yang harus dikejar oleh pemerintah Indonesia dalam memperkuat pelayanan kesehatan agar mampu bersaing dan layak dikunjungi dalam mempersiapkan diri menghadapi MEA yang waktunya sudah hampir tiba.

Tentunya diantara kesiapan lain yang perlu diperhatikan adalah pelayanan rumah sakit. Minimnya investor swasta yang tertarik membangun bisnis rumah sakit pada beberapa tahun belakangan ini (65%-67%) disebabkan karena kurangnya perhatian pemerintah terhadap investor asing dan perlindungan atas kepemilikan dan hak-haknya (Stephen Lock, Edelman Indonesia, 2011).

Negara negara ASEAN sendiri sudah mempersiapkan diri lebih dahulu dengan kerjasama public private antara lain Bangkok Dusit Medical di Thailand dan Makati Medical Centre di Filipina. Pada dua negara tersebut pemerintah menganggap perlunya kontribusi sektor swasta untuk merealisasi ketentuan dan rencana pemerintah. Pemerintah Vietnam juga memberikan insentif pajak pada investor swasta baik hotel maupun rumah sakit swasta. Malaysia meningkatkan anggaran kesehatan 15% pada tahun 2013 yang lalu sebagai respon terhadap peningkatan demand atas pelayanan kesehatan dan untuk mendorong ekspansi pemanfaatan teknologi informasi (IT) dalam *medical care, health education, health service system management* yang sudah ditargetkan sejak periode 2010 sampai 2014.

Singapura sendiri yang merupakan salah satu negara ASEAN yang dianggap sudah memberikan advanced health care dengan health care spending/capita diatas rata rata negara ASEAN (422,4\$) dan memiliki kebijakan penataan pelayanan kesehatan dalam *Master Plan Health Care 2020*. Singapura juga merencanakan menambah 3.700 tempat tidur dengan merekrut lebih dari 20.000 tenaga kesehatan untuk membangun beberapa rumah sakit termasuk dua rumah sakit pemerintah. Singapura sudah mulai persiapan antara lain sejak tahun 2014, meliputi perubahan pola pembayaran bagi masyarakat miskin dan lansia. Setelah MEA terintegrasi lebih luas berikutnya akan masuk negara-negara kuat Asia lainnya seperti Jepang, Cina, Korea ditambah Australia. Dalam proses liberisasi ini salah satu framework penting adalah bagaimana proses kerjasama saling menguntungkan terkait dengan tenaga dokter, perawat & bidan dan dokter gigi. Yang dianggap mengemuka sebagai leader nantinya adalah Thailand dan Malaysia. Dalam kacamata negara negara tetangga masih menurut peneliti Edelman, Indonesia dianggap masih fokus pada pemberian pelayanan dasar (*basic health care provision*) bersama dengan negara Vietnam dan Filipina. Sedangkan Malaysia, Thailand dan Brunei dianggap sudah mampu memberikan pelayanan dengan standar tinggi dan fokus pada pelayanan dengan kualitas tinggi.

8.1.2 Kondisi Internal

Pada tahun 2014, Indonesia mulai menerapkan *universal coverage* melalui peraturan baru yaitu Undang Undang Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) dan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS). Dengan *Health Expenditure* total (% GDP) sebesar 2,72% (2011), naik menjadi 3,35% pada tahun 2015, Indonesia dianggap memiliki *budget* kecil dengan *underinvestment* dalam pelayanan kesehatan dibandingkan negara lain sekitar seperti Singapore 4,25%, Malaysia 4%, Myanmar 4,95%, Vietnam 5.65%, Filipina 4,41% dan Thailand 3,77% (World Bank 2015). Untuk itu Indonesia memerlukan lompatan besar dalam meningkatkan pelayanan kesehatan. Adanya rujukan berjenjang dalam implementasi BPJS semula diharapkan mampu meningkatkan kualitas dan sarana pelayanan primer seperti Puskesmas maupun pelayanan sekunder rumah sakit kelas D, C dan B. Namun minimnya anggaran pemerintah dan belum bertumbuhnya kontribusi sektor swasta menyebabkan fasilitas dan SDM di pelayanan primer dan sekunder yang ada diluar pulau Jawa dan beberapa daerah pedesaan belum meningkat secara signifikan seperti yang telah disebutkan diatas dalam pendahuluan. Adanya Sistem rujukan daring (*online*) yang baru – baru ini diberlakukan diharapkan akan memperbaiki pelayanan kesehatan dengan me-reduce sistem antrian serta mempermudah masyarakat membuat janji temu dengan dokter (Dirut BPJS, Fachmi Indris, 2018) masih dihentikan sementara untuk memperbaiki sistem dan beberapa hal lainnya. Perubahan-perubahan yang signifikan dan terjadi cepat cukup berpengaruh bagi kunjungan Rumah Sakit Tertier untuk beberapa waktu.

Kondisi masyarakat Indonesia sangat heterogen dalam hal kemampuan ekonomi. Sekitar 10% masyarakat kaya di Indonesia sama dengan penduduk Malaysia, lebih kurang 25 juta (Laksono T, Skenario RS menghadapi BPJS) membutuhkan pelayanan kesehatan yang lebih dari sekedar pelayanan BPJS. Kelompok ini mampu membayar tinggi untuk mendapat mutu pelayanan yang tinggi. Mereka inilah potensial untuk menjadi target pasar pelayanan berstandar internasional. Orang-orang kaya di kota maupun kabupaten ini akan mencari pelayanan yang sesuai dengan *fee* yang dikeluarkan tentunya baik dalam hal fasilitas maupun kemampuan dokter dan para tenaga kesehatan lainnya, apabila tidak mampu menerbitkan rasa percaya, golongan ini akan lari ke luar negeri. Sehingga untuk itu perlu perbaikan baik dari sisi fasilitas, kompetensi maupun kelancaran pelayanan dan keramah-tamahan mampu menarik kembali golongan ini untuk mau menikmati pelayanan di negara sendiri. Keberhasilan ini sekaligus menjadi barometer untuk mampu menarik minat pasar luar negeri. Hal ini juga akan merangsang para rumah sakit untuk meningkatkan daya saingnya dalam percaturan global.

Dalam era pasca berlakunya BPJS, dikotomi pelayanan muncul antara kualitas dan pembiayaan. Secara volume, bagi rumah sakit pemerintah, pasar BPJS ini sangat menjanjikan, demikian pula dengan kompleksitas dan variasi penyakitnya. Namun jumlah tenaga spesialis dan subspecialis yang tersebar diluar kota besar sangat sedikit, ditambah lagi pola pembayaran jasa medik yang lebih kompetitif di rumah sakit swasta membuat banyak rumah sakit daerah yang akhirnya tidak menangani kasus kasus yang seharusnya masih mampu ditangani.

Di Jawa sendiri penumpukan spesialis dan subspecialis terkonsentrasi di DKI dan DIY sehingga pengaturan rujukan berjenjang belum mampu mengungkit kemampuan rumah sakit daerah, dimana rumah sakit daerah akan merujuk kerumah sakit pusat yang menjadi rujukan nasional. Sementara itu pendidikan spesialis di Fakultas Kedokteran masih terkendala oleh penyempurnaan regulasinya. Belum adanya acuan yang pantas saat ini antara tugas dan benefit yang didapat para dokter sebagai klinisi yang juga menjadi dosen dan peneliti, membuat rumah sakit pendidikan minim akademik atmosfirnya. Hal ini tentunya kurang menguntungkan bagi Indonesia dalam menghadapi MEA, bukan tak mungkin sektor pelayanan dan pendidikan akan di isi oleh tenaga kerja asing. Rumah Sakit Pendidikan merupakan salah satu rumah sakit rujukan yang semula diharapkan mampu menjadi tempat mencetak para dokter umum, gigi maupun spesialis, namun dengan perkembangan kebijakan mengenai BPJS sistem rujukan berjenjang, Rumah Sakit Pendidikan harus mengkaji ulang seluruh langkah operasionalnya, termasuk berkaitan dengan fungsi pendidikan. Beban adanya *idle capacity* akibat sistem rujukan berjenjang, perubahan peraturan mengenai dosen klinik, perlunya meningkatkan kompetensi dalam penanganan severity level 3 dan penyakit dengan tingkat kesulitan tinggi seharusnya mampu mendorong peningkatan profesionalisme para spesialis dan subspecialis, namun dengan berbagai kendala, sumber daya belum dimanfaatkan secara optimal. Rumah sakit masih mencari bentuk yang tepat dengan melakukan *cost benefit* analisis dalam setiap langkah dan usaha.

Sejak dimulainya kebijakan JKN pada tahun 2014 ini, jumlah pasien di RS Rujukan tertinggi (tertier) semakin berkurang, namun tingkat kesulitannya akan semakin tinggi (Laksono T, Mencari Rumah Sakit Rujukan Nasional dalam Era JKN). RS rujukan sendiri memiliki berbagai jenis, Rumah Sakit Rujukan Nasional, provinsi, regional antar kabupaten dan kepulauan. Rujukan dapat bersifat geografis atau dalam pelayanan kesehatan/ unggulan tertentu misal jantung dan kanker. Kegiatan dalam rumah sakit yang akan dijadikan rujukan tentu akan banyak mengubah mekanisme sistem dalam bisnis proses rumah sakit itu sendiri baik dari sisi input maupun proses. Tentunya ada indikator dan syarat sebagai rumah sakit rujukan serta lingkungan kegiatan rujukan

dengan konsekuensi manajemen dan proses kegiatan di sebuah rumah sakit yang dipersiapkan untuk menjadi pusat rujukan.

Pengembangan RSUD Sofifi memperhatikan faktor kelayakan pengembangan rumah sakit, tantangan dan peluang kedepan. Faktor kelayakan pengembangan RSUD Sofifi adalah sebagai berikut :

1. Hasil Analisis SWOT menunjukkan RSUD Sofifi berada pada kuadran III dimana Rumah sakit menghadapi peluang pasar yang sangat besar, tetapi di lain pihak menghadapi beberapa kendala/kelemahan internal. Strategi yang dapat diterapkan adalah meminimalkan masalah internal rumah sakit, sehingga dapat merebut peluang pasar yang lebih baik.
2. Pada TOWS Matrix RSUD Sofifi berada pada kuadran 2 – *Internal Fix-it Quadrant* sedangkan berdasarkan IE Matrix berada kuadran I (*Grow and Build*). Strategi yang dapat diterapkan adalah *Product Development* dan *Market Development*.
3. Morbiditas Provinsi Maluku Utara : Tahun 2017 = TB Paru 1.971 kasus, Tahun 2018 = Pneumonia 2.662 kasus, Tahun 2018 = HIV 102 AIDS 776 kasus, Tahun 2018 = diare 33.281 kasus, Tahun 2018 = kusta 788 kasus, Tahun 2018 = DBD 295 kasus, Tahun 2018 = filariasis 25 kasus dan Tahun 2018 = malaria 543 kasus.
4. perhitungan potensi pasar RSUD Sofifi berpotensi mengambil 94,69 % dari pasar potensial yang tersedia bagi pelayanan untuk rumah sakit umum, sehingga dalam kurun waktu 20 tahun kedepan kapasitas optimal RSUD Sofifi mencapai sebesar 300 bed/tempat tidur yang bertambah secara bertahap disesuaikan dengan kenaikan kunjungan dan kenaikan BOR yang mengacu pada Grafik Barber Johnson.

8.2 RUMAH SAKIT UMUM (RSU) SOFIFI SEBAGAI SARANA PELAYANAN KESEHATAN RUJUKAN

Berdasarkan keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor HK.02.02/Menkes/390/2014 tanggal 17 Oktober 2014 tentang Pedoman Penetapan Rumah Sakit Rujukan Nasional & Rujukan Regional, Undang-undang SJSN dan BPJS mengamanatkan kepada semua komunitas kesehatan untuk dapat menyediakan pelayanan kesehatan yang bermutu, merata dan terjangkau bagi seluruh masyarakat. Di sisi lain, saat ini jangkauan pelayanan kesehatan belum merata, terutama di daerah tertinggal, perbatasan, kepulauan dan miskin. Sistem rujukan pasien saat ini dirasakan masih belum efektif & efisien, masih banyak masyarakat belum dapat menjangkau pelayanan kesehatan. Secara umum, sistem rujukan dalam pelayanan dikenal sebagai suatu mekanisme dimana jika sebuah fasilitas kesehatan tidak memiliki sumber daya (SDM, peralatan) untuk menangani suatu kasus, maka pasien akan dikirim ke fasilitas kesehatan lain yang lebih lengkap & canggih. Sistem Kesehatan adalah suatu jaringan

penyedia pelayanan kesehatan (*supply side*) dan orang-orang yang menggunakan pelayanan tersebut (*demand side*) di setiap wilayah, serta negara dan organisasi yang melahirkan sumber daya tersebut, dalam bentuk manusia maupun dalam bentuk material.

Menurut Sistem Kesehatan Nasional, rujukan upaya kesehatan adalah pelimpahan wewenang dan tanggung-jawab secara timbal balik, baik horisontal dan vertikal maupun struktural dan fungsional terhadap kasus penyakit atau masalah penyakit atau permasalahan kesehatan. Sistem ini menghendaki adanya suatu pengaturan pola kedatangan pasien ke fasilitas kesehatan, yang dimulai dengan datang ke fasilitas paling sederhana (pelayanan kesehatan primer).

Gambar 8. 1

Alur Pelayanan Rujukan



Menurut alur di atas, jika bukan kasus emergency, maka pasien yang merupakan peserta BPJS harus mengunjungi fasilitas kesehatan primer terlebih dahulu. Jika fasilitas kesehatan primer (Puskesmas) tidak mampu menangani, maka pasien dapat dirujuk ke rumah sakit yang lebih tinggi kelasnya. Implementasi JKN mengatur bahwa rujukan berjenjang adalah hal mutlak yang harus dilaksanakan dan dipatuhi. Jika dilaksanakan dengan benar, maka ini akan membuat jumlah pasien di rumah sakit rujukan tertinggi menjadi berkurang secara kuantitas, namun tingkat kesulitannya meningkat. Permenkes RI No. 1 Tahun 2012 mengatur jenis-jenis rujukan, yaitu rujukan nasional, rujukan provinsi, rujukan regional antar-kabupaten serta rujukan kepulauan. Sistem ini memang dikecualikan bagi pasien yang jauh dari pusat pelayanan kesehatan primer atau dalam kasus kegawatdaruratan. Sistem ini juga

menguntungkan bagi masyarakat, khususnya kelas menengah ke atas, karena sifat portabilitasnya. SKN tahun 2009 telah mengatur adanya rujukan berjenjang. Menurut SKN, ada dua jenis rujukan yaitu rujukan medis dan rujukan kesehatan. Rujukan medis berkaitan dengan pengobatan dan pemulihan (pengiriman pasien, specimen, transfer pengetahuan). Rujukan kesehatan berkaitan dengan upaya pencegahan dan peningkatan kesehatan (sarana, teknologi dan operasional). Namun tidak mudah mengembangkan rumah sakit rujukan medis maupun kesehatan. Manajemen rumah sakit perlu mendukung sistem tersebut dengan infrastruktur dan sistem yang baik. RSUD Sofifi saat ini belum bekerjasama dengan BPJS karena belum terakreditasi, namun untuk kedepannya akan bekerjasama sehingga dipersiapkan sebagai layanan rujukan.

8.3 SNARS (STANDAR NASIONAL AKREDITASI RUMAH SAKIT)

Akreditasi rumah sakit merupakan sebuah proses penilaian dan penetapan kelayakan rumah sakit berdasarkan standar pelayanan yang telah ditetapkan oleh lembaga independen akreditasi Kementerian Kesehatan. Untuk melaksanakan proses akreditasi rumah sakit, Kementerian Kesehatan kemudian menetapkan Komisi Akreditasi Rumah Sakit atau disingkat dengan KARS. Pada awalnya standar akreditasi rumah sakit mulai ditetapkan pada tahun 1995. Seiring berjalannya perkembangan dalam dunia kesehatan, standar akreditasi rumah sakit kemudian diperbaharui menjadi standar akreditasi versi 2012 yang disusun dan ditetapkan pada tahun 2012. Dengan melihat pola tuntutan pelayanan rumah sakit yang semakin meningkat dan potensi pengembangan standar akreditasi yang diberlakukan untuk nasional, maka pada akhir tahun 2017 KARS telah menetapkan kebijakan baru mengenai Standar Akreditasi Rumah Sakit (SNARS) edisi 1.

SNARS merupakan standar nasional akreditasi rumah sakit yang telah ditetapkan oleh KARS dan sudah mulai diberlakukan pada 1 Januari 2018 di seluruh Indonesia. Mengacu pada beberapa pedoman yang terdiri dari konsep dan prosedur akreditasi internasional yang ditetapkan oleh ISQua atau *The International Society for Quality in Health*, perundang-undangan dan peraturan pemerintah mengenai profesi di Indonesia, standar akreditasi JCI edisi 4 dan edisi 5, standar akreditasi rumah sakit KARS versi 2012, serta mengacu pada kajian hasil survey standar dan element yang belum diterapkan di rumah sakit Indonesia, KARS kemudian menetapkan standar penilaian akreditasi rumah sakit dalam SNARS 2018 yang telah disesuaikan dengan kondisi rumah sakit di Indonesia. Proses penyempurnaan standar akreditasi SNARS 2018 dilakukan melalui berbagai macam diskusi dan kesepakatan yang melibatkan berbagai stakeholder dari Kementerian Kesehatan, Perhimpunan Rumah Sakit Seluruh

Indonesia (PERSI), Persatuan Perawat Nasional Indonesia (PPNI), Himpunan Perawat Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (HIPPI), dan Persatuan Pengendalian Infeksi (Perdalin). Adapun perbedaan penyempurnaan dari sistem akreditasi sebelumnya yang ditetapkan pada tahun 2012 adalah adanya tambahan Bab yang ada pada SNARS 2018. Jika sebelumnya standar akreditasi hanya berjumlah 15 bab, SNARS 2018 kemudian menambah 1 bab dalam standar akreditasi rumah sakit sehingga menjadi 16 Bab. Selain itu ada penambahan standar dalam SNARS 2018 yang terdiri dari standar pengendalian resistensi antimikroba (PRA) dan juga standar integrasi pendidikan kesehatan dalam pelayanan rumah sakit.

Pengelompokan fungsi-fungsi standar akreditasi yang terdiri dari:

1. Standar keselamatan pasien
2. Standar pelayanan berfokus pasien
3. Standar manajemen rumah sakit
4. Program nasional, dan
5. Integrasi pendidikan kesehatan dalam pelayanan di rumah sakit

8.4 PENGEMBANGAN PELAYANAN RUMAH SAKIT

8.4.1 Layanan Unggulan

Layanan unggulan (*center of excellent*) merupakan suatu layanan yang penuh dengan inovasi, didukung oleh teknologi terbaik dibidangnya, biasanya komprehensif pada layanan klinik yang fokus pada suatu penyakit tertentu, serta tidak dimiliki oleh pesaing. Zuckerman & Markham (2006) menyebutkan adanya 4 aspek perlu dipikirkan yaitu :

- **Produk** : seberapa luas dan dalam produk tersebut akan dikembangkan. Aspek layanan mana yang akan menjadi pembeda (keunikan) dengan layanan sejenis yang sudah ada atau yang dikembangkan oleh pesaing,
- **Pasar** : bagaimana caranya memperluas cakupan target pasar dan masuk ke pangsa pasar yang baru, bagaimana mempertahankan pangsa pasar yang sudah ada
- **Posisi** : bagaimana RS ini bisa mengambil posisi (dalam arena persaingan) pada layanan yang akan menjadi unggulan tersebut dan mendatangkan efek halo memberi kesan pada keseluruhan pelayanan rumah sakit sehingga mampu bekerja *team work*
- **Kemampuan unik** : bagaimana rumah sakit ini bisa menyediakan teknologi, staf (medis dan staf klinis yang lain), fasilitas, keuangan, penelitian, pendidikan, dan kapabilitas lain yang sifatnya spesifik ke

layanan unggulan ini untuk mendukung pertumbuhan dan perkembangan layanan tersebut.

Disamping itu kriteria lain mengenai pelayanan unggulan antara lain :

- Ditetapkan oleh Kementerian Kesehatan
- Belum dimiliki RS lain
- Dibutuhkan masyarakat luas
- Tingkat keberhasilan tinggi
- Diharapkan jadi *revenue center*
- Tersedia sarana, prasarana, alat, dan sistem.

Adapun layanan unggulan RSUD Sofifi adalah jantung dan hipertensi, hemodialisa, saraf dan rehabilitasi medik salah satu alasan pemilihan layanan unggulan tersebut adalah untuk menjaring pasien-pasien wilayah cakupan yang biasanya berobat ke Kota Ternate dengan adanya layanan unggulan tersebut dapat lebih dekat secara jarak dan waktu ke RSUD Sofifi.

Berikut ini perincian layanan unggulan RSUD Sofifi serta dasar pemilihannya :

1. Jantung dan Hipertensi

Penyakit jantung dan pembuluh darah (kardiovaskuler) merupakan masalah kesehatan utama di negara maju maupun negara berkembang. Hipertensi menjadi penyebab kematian nomor satu di dunia setiap tahunnya. Hipertensi merupakan salah satu penyakit kardiovaskular yang paling umum dan paling banyak disandang masyarakat. hipertensi ini merupakan salah satu pintu masuk atau faktor risiko penyakit seperti jantung, gagal ginjal, diabetes, stroke. Data Riskesdas 2018 menyebutkan bahwa Prevalensi Hipertensi berdasarkan diagnosis dokter di Indonesia adalah 8,36 dan di Provinsi Maluku Utara adalah 5,71. Untuk prevalensi Hipertensi berdasarkan hasil pengukuran pada penduduk umur ≥ 18 tahun di Indonesia adalah 34,11 dan di Provinsi Maluku Utara adalah 24,65. Berdasarkan Riskesdas 2018 menyebutkan bahwa Prevalensi penyakit Jantung berdasarkan Diagnosis Dokter di Indonesia adalah 1,5 dan di Provinsi Maluku Utara adalah 1,1.

2. Hemodialisa

Hemodialisa adalah terapi cuci darah di luar tubuh untuk seseorang yang ginjalnya tidak bekerja secara normal. Berdasarkan Riskesdas 2018 menyebutkan bahwa Prevalensi penyakit Gagal Ginjal Kronis berdasarkan

Diagnosis Dokter di Indonesia adalah 0,38 dan di Provinsi Maluku Utara adalah 0,56. Untuk proporsi Hemodialisis pada penduduk umur ≥ 15 tahun dengan gagal ginjal berdasarkan diagnosis dokter di Indonesia adalah 19,33 dan di Provinsi Maluku Utara adalah 4,88. Salah satu dasar pemilihan unggulan hemodialisa karena selama ini sebagian besar pasien hemodialisa yang berobat ke RSUD Chasan Boesoeri Ternate berasal dari Pulau Halmahera.

3. Saraf

Berdasarkan Riskesdas 2018 menyebutkan bahwa Prevalensi (per mill) Stroke berdasarkan Diagnosis Dokter di Indonesia adalah 10,9 dan di Provinsi Maluku Utara adalah 4,6. Untuk proporsi control Stroke ke fasilitas pelayanan kesehatan pada penduduk umur ≥ 15 tahun dengan Stroke berdasarkan diagnosis dokter di Indonesia adalah 39,4 dan di Provinsi Maluku Utara adalah 37,2.

4. Rehabilitasi Medik

Rehabilitasi medik yang menjadi unggulan terkait untuk menunjang penyakit saraf/stroke, sehingga pengembangan rehabilitasi medik dari penilaian, diagnosis, perlakuan dan aktivitas pencegahan dilakukan untuk menghindari pasien dari cacat fisik permanen. Tim rehabilitasi medik yang terdiri dokter spesialis rehabilitasi medik, perawat, terapis okupasi, dokter spesialis gizi, dan psikiater akan mengkaji dan menentukan perencanaan terapi yang sesuai dengan kondisi pasien.

Dari keempat layanan unggulan RSUD Sofifi yang menjadi prioritas adalah Jantung dan Hipertensi dan Hemodialisa.

8.4.2 Rekomendasi Pengembangan IGD

Rekomendasi pengembangan IGD adalah sebagai berikut :

1. IGD memiliki akses tersendiri dekat dengan *intensive care* dan bedah sentral serta laboratorium & radiologi.
2. Saat Kapasitas Tempat Tidur sudah mencapai 100 T (RSU Kelas C) :
 - a. Pelayanan Instalasi Gawat Darurat Level II sebagai standar minimal untuk Rumah Sakit Kelas C. Jenis Pelayanan : 1. Diagnosis dan penanganan permasalahan jalan nafas (airway problem) ventilasi pernafasan (*breathing problem* dan sirkulasi, 2. Penilaian disability, penggunaan obat, EKG, defibrilasi (observasi HCU), 3. Bedah cito.

-
- b. Dokter Spesialis 4 besar on call, dokter umum (dengan kemahiran kegawatdaruratan, GELS, ATLS, ACLS, dll on site 24 jam.
 - c. Disediakan ruangan dekontaminasi dan ruangan triase sesuai dengan standar IGD Level II.
 - d. Fungsi ruang yang lengkap untuk mendukung semua fungsi terpadu IGD level III (tiga) PONEK hingga tersedianya ruang khusus umum.
3. Saat Kapasitas Tempat Tidur sudah mencapai 200 TT (RSU Kelas B) :
 - a. Pelayanan Instalasi Gawat Darurat Level III sebagai standar minimal untuk Rumah Sakit Kelas B. Jenis Pelayanan : 1. Diagnosis dan penanganan permasalahan pada A,B,C dengan alat lengkap termasuk ventilator, 2. Penilaian *disability*, penggunaan obat, EKG, defibrilasi, 3. HCU/R. Resusitas, 4. Bedah cito.
 - b. Dokter Spesialis 4 besar on site, dokter spesialis lain on call, dokter PPDS on site 24 jam dan dokter umum (dengan kemahiran kegawatdaruratan, GELS, ATLS, ACLS, dll on site 24 jam.
 - c. Disediakan ruangan dekontaminasi dan ruangan triase sesuai dengan standar IGD Level III.
 - d. Fungsi ruang yang lengkap untuk mendukung semua fungsi terpadu IGD level III (tiga) PONEK hingga tersedianya ruang khusus seperti ruang *intermediate*/HCU (umum,cardiac).
 4. Disediakkannya sistem penagihan yang terpadu dan *on line* sehingga mempercepat proses dan akurat.
 5. Disediakkannya sarana sistem rujukan baik untuk ambulans darat maupun pengangkutan serta akses yang mudah dan areal parkir yang nyaman khusus IGD.
 6. Disediakkannya sistem radiomedik untuk rujukan pra rumah sakit untuk penjaminan mutu penatalaksanaan dari tempat kejadian.

8.4.3 Rekomendasi Pengembangan Instalasi Rawat Jalan

Rekomendasi pengembangan Instalasi Rawat Jalan adalah sebagai berikut:

1. Akreditasi D dilakukan pada tahun 2021, akreditasi kelas C dilakukan pada tahun 2022 dan akreditasi kelas B dilakukan pada tahun 2023.
2. Pemisahan poliklinik infeksi dan non infeksi
3. Penambahan jenis pelayanan : Poliklinik Spesialis Mata, Paru, Poliklinik Spesialis Jantung dan Pembuluh Darah, THT, Saraf, Ortopedi dan Traumatologi, Kulit dan Kelamin, Pelayanan Hemodialisa, Pelayanan Hiperbarik, Pelayanan VCT, Poliklinik Kedokteran Jiwa, Poliklinik Urologi, Poliklinik Subspesialis Bedah Saraf, Poliklinik Subspesialis Bedah Vaskular,

Poliklinik Subspesialis Ginjal Hipertensi, Poliklinik Subspesialis Kardiovaskular, Poliklinik Subspesialis Paru Kerja dan Lingkungan dan Poliklinik Subspesialis Radiologi Intervensi dan Vaskular.

4. Penyediaan fungsi ruang untuk mendukung administrasi terpadu meliputi *main hall*, registrasi, rekam medik, pembayaran tagihan dan pemenuhan kebutuhan administratif .
5. Pasien lama maupun baru mendaftar di loket pendaftaran menggunakan sistem antrian elektronik, kemudian data pasien dicatat menggunakan SIM RS eMR (*Electronic Medical Record*) .
6. Penyediaan ruangan di rawat jalan termasuk untuk tindakan minor dan diagnostik *portable* yang melekat dengan pelayanan rawat jalan memudahkan dokter yang bertugas. Pembagian ruang kecil saja tiap bagian namun seluruh lokasi dapat menampung semua bidang pelayanan dengan pengaturan jadwal dokter hari, jam, tarif dan perjanjian.
7. Penyediaan lahan parkir yang representatif untuk pengunjung rawat jalan.
8. Penyediaan pelayanan lengkap di Instalasi Rawat Jalan diimbangi dengan dokter dan peralatan medis yang memadai.
9. Jenis pengembangan pelayanan rawat jalan adalah eksisting yang ada dikembangkan sesuai dengan Peraturan Menteri Kesehatan RI No. 3 Tahun 2020.

Tabel 8. 1

Pengembangan Pelayanan RSUD Sofifi
dengan Pelayanan RSUD Kelas C dan Kelas B (Permenkes RI No. 3 Tahun 2020)

No	Jenis Pelayanan	RSU Sofifi	RSU Kelas B
1	Pelayanan Medik Umum dan Penunjang Medik		
	a. Medik Umum :		
	1) Pelayanan Medik Dasar Rawat Jalan	+	+/-
	2) Pelayanan KIA/ KB	+	+/-
	3) Pelayanan Gigi	+	+/-
	b. Medik Spesialis		
	1) Spesialis Dasar		
	a) Penyakit Dalam	+	+/-
	b) Kesehatan Anak	+	+/-
	c) Bedah	+	+/-
	d) Obstetri dan <i>Gynecology</i>	+	+/-
	2) Spesialis Lain	+	
	a) Mata	+	+/-
	b) Paru	+	+/-
	c) Jantung dan Pembuluh Darah	+	+/-
	d) THT	+	+/-
	e) Saraf	+	+/-
	f) Ortopedi dan Traumatologi	+	+/-
	g) Kulit dan Kelamin	+	+/-

No	Jenis Pelayanan	RSU Sofifi	RSU Kelas B
	h) Kedokteran Jiwa	+	
	i) Urologi		
	j) Anestesi	+	+/-
	k) Rehabilitasi Medik	+	+/-
	l) Radiologi	+	+/-
	m) Laboratorium	+	+/-
	▪ Patologi Klinik	+	+/-
	▪ Patologi Anatomi	+	+/-
	n) Gizi Klinik	+	
	c. Medik Sub Spesialis		
	1) Subspesialis Bedah		
	a) Bedah Vaskuler	+	+/-
	b) Bedah Saraf		
	2) Subspesialis Penyakit Dalam		
	a) Kardiovaskular	+	+/-
	b) Ginjal Hipertensi		
	3) Subspesialis Penyakit Dalam		
	a) Paru Kerja dan Lingkungan	+	+/-
	4) Subspesialis Radiologi		
	a) Radiologi Interensi dan Vaskular	+	+/-
	Pelayanan Hemodialisa	+	+/-
	Pelayanan Hiperbarik	+	+/-
	Pelayanan VCT	+	+/-
2	Pelayanan Keperawatan dan Kebidanan		
	a. Pelayanan Keperawatan	+	+
	b. Pelayanan Kebidanan	+	+/-
3	Pelayanan Non Medik		
	a. CSSD	+	+
	b. Rekam Medik	+	+
	c. Farmasi	+	+
	d. Pelayanan Darah	+	+
	e. Laundry/Binatu	+	+
	f. Pengolahan Makanan/Gizi	+	+
	g. Pemeliharaan sarana prasarana dan alat kesehatan	+	+
	h. Informasi dan komunikasi	+	+
	i. Pemulasaran Jenazah	+	+/-

Sumber : Hasil Analisis Konsultan, Rencana Strategis RSU Sofifi, Target Jenis Pelayanan RSU Sofifi, Morbiditas Provinsi Maluku Utara dan Permenkes No. 3 Tahun 2020

8.4.4 Rekomendasi Pengembangan Kapasitas Rawat Inap

Pengembangan kapasitas rawat inap RSU Sofifi didasarkan akan kebutuhan pemenuhan jumlah tempat tidur untuk masyarakat di wilayah cakupan RSU Sofifi. Dengan menggunakan proyeksi *demand* masyarakat pada Instalasi Rawat Jalan, Instalasi Rawat Inap dan Instalasi Penunjang Medis, angka kesakitan, indeks berobat dan demografi pertumbuhan penduduk, maka pengembangan kapasitas tempat tidur di Instalasi Rawat Inap RSU Sofifi untuk 20 tahun kedepan menjadi 300 tempat tidur. Perinciannya adalah sebagai berikut :

Tabel 8. 2

Pengembangan Kapasitas Rawat Inap RSUD Sofifi Tahun 2020-2040

Kapasitas TT	Jumlah TT			
	2020	2021-2022	2023-2033	2034-2040
Kelas VVIP	-	-	4	6
Kelas VIP	-	-	10	15
Kelas I	-	8	14	20
Kelas II	-	10	20	30
Kelas III	47	66	115	170
Perinatologi	-	5	10	15
HCU	-	3	6	10
Intensive Care	-	8	16	24
▪ ICU	-	8	10	15
▪ NICU	-	-	2	3
▪ PICU	-	-	2	3
▪ ICCU/ICVCU	-	-	2	3
Isolasi	-	-	5	10
Total	47	100	200	300

Sumber : Hasil Analisis Konsultan, 2020

- Kelas II dan III untuk pasien JKN, Kelas I, VIP dan VVIP untuk pasien Non JKN
- Pemisahan rawat inap infeksi dan non infeksi
- Pengelompokan ruang perawatan intensif terdiri dari: ICU, NICU, PICU dan ICCU/ICVCU.
- Penambahan kapasitas Tempat Tidur berdasarkan potensi *demand* sampai 20 tahun ke depan menjadi 300 TT. Penambahan tempat tidur bertahap berdasarkan pemanfaatan tempat tidur (perhitungan BOR) dalam pencapaian daerah efisiensi menurut Grafik Barber Johnson.
- Potensi *demand* tercapai dipengaruhi beberapa faktor, Kelengkapan pelayanan, alat medis, jenis dan jumlah Dokter Spesialis dan pemasaran serta kerjasama dengan institusi atau rumah sakit lain.

8.4.5 Rekomendasi Pengembangan Instalasi Rawat Intensif

Rekomendasi pengembangan Instalasi Rawat Intensif adalah sebagai berikut:

1. Pelayanan ICU : saat RSUD kelas C adalah pelayanan ICU primer sedangkan saat sudah RSUD Kelas B adalah pelayanan ICU sekunder mengacu pada Keputusan Menteri Kesehatan RI No. 1778/Menkes/SK/XII/2010 tentang Pedoman Penyelenggaraan Pelayanan *Intensive Care Unit* (ICU) di Rumah Sakit.
2. Lokasi ICU satu kawasan dengan IBS dan *recovery room*, berdekatan/mempunyai akses yang mudah ke IGD, Laboratorium dan Radiologi.

-
3. Pengelompokkan ruang perawatan intensif terdiri dari: ICU, NICU, PICU dan ICCU/ICVCU.
 4. Memiliki dokter spesialis dan subspecialis yang dapat dipanggil setiap saat.
 5. Dikelola oleh ahli anestesi konsultan *intensif care* atau dokter ahli konsultan *intensif care* yang lain yang bertanggung jawab secara keseluruhan dan dokter jaga yang terlatih untuk *CPR*.
 6. Memiliki lebih dari 75% perawat bersertifikat *ICU* dan minimal berpengalaman kerja di Unit Penyakit Dalam dan Bedah selama 3 (tiga) tahun.
 7. Disediakan semua kelengkapan untuk ruang perawatan intensif baik umum maupun khusus, untuk perawatan *intermediate*, isolasi, termasuk *pantry*, untuk pembilasan dan pembuangan limbah dan ruang tindakan minor.
 8. Mampu dengan cepat melayani pemeriksaan laboratorium, *rontgen cito* untuk kemudahan diagnostik selama 24 jam dan fisioterapi.
 9. Disediakan ruang stasiun petugas yang lengkap untuk fungsi administrasi, konsultasi dengan keluarga pasien, penyimpanan obat, alat dan rekam medik, monitor dan audio untuk komunikasi dengan pasien dan keluarga dan loker dan kamar ganti petugas.

8.4.6 Rekomendasi Pengembangan Instalasi Bedah Sentral

Rekomendasi untuk Instalasi Bedah Sentral adalah sebagai berikut :

1. Berdasarkan potensi *demand* pengembangan IBS untuk 20 tahun kedepan dengan alokasi sebagai 6 kamar bedah di Instalasi Bedah Sentral.
2. Peralatan yang diperlukan untuk keperluan bedah setiap KSM Bedah dipenuhi selain tingkat kecanggihan dan kelengkapannya
3. Mekanisme yang standar untuk menjamin mutu kamar bedah dilaksanakan diantaranya akses masuk yang berbeda antara pasien dan petugas, adanya akses bahan bekas operasi yang khusus langsung ke arah belakang kamar bedah, adanya akses langsung untuk pengantaran bahan dari pusat sterilisasi.
4. Tersedianya fungsi ruang dari mulai ruang tunggu, ruang administrasi dan konsultasi dengan keluarga pasien, ruang pembilasan dan ganti pakaian, ruang bedah, ruang pembilasan alat dan akses bahan bekas pakai dan ruang pemulihan. Semua ruang dilakukan pengaturan suhu dengan teknologi alat pengatur suhu yang sesuai dengan kebutuhan spesifikasi kamar masing-masing untuk menghindarkan bau dan paparan infeksi dari luar.

-
5. Disediakkannya utilitas yang memadai termasuk untuk mengamankan aliran listrik tetap berkesinambungan dan untuk penyediaan air siap pakai sesuai spesifikasi air yang diperlukan kebersihannya dan sistem drainase dibuat untuk mencegah kebocoran.

8.4.7 Rekomendasi Pengembangan Pelayanan Anestesi

Rekomendasi untuk pelayanan anestesi adalah sebagai berikut :

1. Pelayanan anestesi mengacu pada Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor Permenkes No. 519 Tahun 2011 tentang Pedoman Penyelenggaraan Pelayanan Anestesiologi dan Terapi Intensif di Rumah Sakit.
2. Pelayanan anestesiologi dan terapi intensif di RS Kelas C, terdiri dari : layanan anestesi/analgesia di kamar bedah, layanan anestesi/ analgesia di luar kamar bedah (ruang radiologi, ruang pencitraan, endoskopi, diagnostic, kateresasi, kamar bersalin, ruang rawat dan lain-lain), layanan kedokteran perioperative, Layanan penanggulangan nyeri akut dan kronik, layanan terapi intensif, layanan gawat darurat dan layanan *high care/intermediate care*.
3. Pelayanan anestesiologi dan terapi intensif di RS Kelas B, terdiri dari : layanan anestesi/analgesia di kamar bedah, layanan anestesi/ analgesia di luar kamar bedah (ruang radiologi, ruang pencitraan, endoskopi, diagnostic, kateresasi, kamar bersalin, ruang rawat dan lain-lain), layanan kedokteran perioperative, Layanan penanggulangan nyeri akut dan kronik, layanan terapi intensif, layanan anesthesia regional, layanan resusitasi jantung paru dan otak, layanan gawat darurat dan layanan *high care/intermediate care*.
4. Pelayanan ini dikembangkan secara komprehensif sebagai dasar untuk pelayanan unggulan yang merupakan kerja sama tim antar KSM.
5. Memiliki dokter spesialis anestesiologi dan perawat anestesi. Perawat mahir minimal setingkat D III anestesi yang telah mendapat pelatihan/pendidikan dalam perawatan intensif minimal 6 bulan, berpengalaman bekerja di *ICU* minimal selama 1 tahun.
6. Mampu melakukan evaluasi dan pengendalian mutu pelayanan dengan melakukan analisa epidemiologis untuk menilai pola pasien, resiko terkait dan *outcome* yang dihasilkan.

8.4.8 Rekomendasi Pengembangan Instalasi Laboratorium

Rekomendasi untuk Instalasi Laboratorium adalah sebagai berikut :

1. Pengembangan laboratorium mengacu pada Permenkes RI No. 411/Menkes/Per/III/2010 Tentang Laboratorium Klinik.
2. Adanya pengembangan lab dengan adanya layanan cathlab (menunjang layanan unggulan jantung dan hipertensi).
3. Penyediaan pelayanan patologi anatomi, penyediaan SDM dokter spesialis patologi klinik dan patologi anatomi.
4. Disediakkannya administrasi terpadu untuk pelayanan registrasi, penerimaan sampel, informasi, rekam medik laboratorium dan penyerahan hasil pemeriksaan.
5. Disediakkannya pelayanan konsultasi dengan konsulen laboratorium.
6. Disediakkannya peralatan dengan sistem digital sehingga memudahkan untuk merekam, menelaah dan mereproduksi hasil pemeriksaan.
7. Disediakan loket dan tempat pengambilan darah terpisah untuk pasien BPJS, anak dan balita, dan lansia serta pasien umum/kontraktor.
8. Adanya sistem informasi khusus bagian Laboratorium/ *Laboratory Information System* (LIS).

8.4.9 Rekomendasi Pengembangan Instalasi Radiologi

1. Pengembangan pelayanan radiologi mengacu pada Keputusan Menteri Kesehatan RI No. 410 Tahun 2010 tentang Standar Pelayanan Radiologi di Sarana Pelayanan Kesehatan
2. Pengembangan alat-alat radiologi untuk RSUD kelas B, antara lain :
 - a. Mobile X-Ray
 - b. Dental X-Ray
 - c. CT Multislice/CT Scan
 - d. Fluoroskopi
 - e. Mammography
 - f. C-Arm
 - g. Digital Panoramic/Cephalometri
 - h. MRI
 - i. PACS

8.4.10 Rekomendasi Pengembangan Instalasi Rehabilitasi Medik

1. Pengembangan Pelayanan Rehabilitasi Medik di RSUD Sofifi mengacu pada Keputusan Menteri Kesehatan RI No. 378 Tahun 2008 tentang Pedoman Pelayanan Rehabilitasi Medik di Rumah Sakit. Untuk RSUD kelas C dan RS B pelayanan rehabilitasi yang harus dipenuhi adalah pelayanan sekunder, dimana mencakup :
 - a. Layanan rehabilitasi medic spesialis
 - b. Layanan fisioterapi dengan peralatan dasar
 - c. Layanan okupasi terapi dengan peralatan dasar
 - d. Layanan ortotik prostetik, tidak mempunyai bengkel sendiri
 - e. Layanan asuhan keperawatan rehabilitasi medic (fakultatif)
2. SDM yang harus tersedia antara lain dokter spesialis rehabilitasi medik, terapis (fisioterapis/okupasi terapi/ ortotik prostetik) dan perawat rehabilitasi medik (fakultatif).

8.4.11 Rekomendasi Pengembangan Pelayanan Non Medis

Rekomendasi pengembangan pelayanan penunjang adalah sebagai berikut:

1. Pengembangan Pelayanan Instalasi Farmasi

- a. Pengembangan pelayanan Instalasi Farmasi mengacu pada Peraturan Menteri Kesehatan RI No. 72 tahun 2016 tentang Standar Pelayanan Kefarmasian di Rumah Sakit
- b. Pengembangan pelayanan farmasi rumah sakit/ farmasi klinis, joint team visite dengan dokter.
- c. Setiap hari dilakukan pengecekan atas obat pasien dan obat cadangan di ruang pusat perawat baik oleh perawat maupun oleh petugas dari Instalasi Farmasi.
- d. Perencanaan obat dengan menggunakan pendekatan EOQ (*Economic Order Quantity*) dengan diupayakan melibatkan semua tenaga medis dan penyederhanaan formularium obat rumah sakit.
- e. Penyimpanan obat dengan mekanisme FIFO/LIFO atau dikemudian hari *Just In Time* (JIT) melalui kerja sama dengan supplier/vendor.
- f. Pembentukan jejaring dengan semua pihak di bagian pengadaan mulai dari pabrik obat, pedagang besar farmasi (PBF) dan apotik rekanan di sekitar rumah sakit untuk mengamankan penyediaan obat dengan pendekatan jejaring suplay (*supply chain*).
- g. Disediakan ruang tunggu yang nyaman dan loket pengambilan obat yang terpisah bagi pasien BPJS, lansia dan pasien umum biasa atau kontraktor dengan sistem pemanggilan elektronik seperti bank.

-
- h. Membuat pengaturan pengambilan obat rawat inap untuk semua ruangan agar tidak terjadi akumulasi pengambilan yang tidak merata dalam waktu satu minggu dengan membuat prioritas lebih sering pada instalasi/ unit yang lebih banyak menggunakan obat. Untuk rawat inap disediakan depo yang mampu memberikan pelayanan segera pada pasien.
 - i. Disediaknya fasilitas dan sarana bangunan yang memadai untuk memenuhi fungsi pelayanan pendaftaran, pengadaan dari pihak distributor, pelayanan OTC, peracikan dan pengemasan, konsultasi obat (MESO), penerimaan tamu rekanan, administrasi farmasi, penyimpanan dan ruang antara untuk pendistribusian dan ruang untuk pertemuan staf serta gudang obat.

2. Pengembangan Pelayanan Instalasi Gizi

- a. Pengembangan Pelayanan Gizi sesuai dengan Permenkes No. 78 tahun 2013 tentang Pedoman Pelayanan Gizi di Rumah Sakit yang meliputi pelayanan gizi rawat jalan, rawat inap, penyelenggaraan makanan (produksi dan distribusi makanan) serta penelitian dan pengembangan gizi terapan di rumah sakit.
- b. Penyediaan ruang ruang sesuai dengan kebutuhan ruang berdasarkan standar yang tercantum dalam Permenkes.
- c. Lokasi sangat perlu diperhatikan antara lain ; 1). Mudah dicapai dari semua ruang rawat bila jarak terlalu jauh dapat disiapkan pantry pada tiap cluster 2). Kebisingan di tempat pengelolaan tidak mengganggu ruang lain 3). Mudah dicapai kendaraan dari luar untuk memudahkan pengiriman bahan makanan 4). Tidak berdekatan tempat dengan tempat pembuangan sampah, laundry, ruang jenazah 5). Mendapat sinar yang cukup.

3. Pelayanan UPTD (Unit Pelayanan Transfusi Darah)

Pelayanan Unit Pelayanan Transfusi Darah mengacu pada Peraturan Pemerintah No. 7 tahun 2011 tentang Pelayanan Darah dan Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 83 Tahun 2014 tentang Unit Transfusi Darah, Bank Darah Rumah Sakit, dan Jejaring Pelayanan Transfusi Darah, pengembangan pelayanan di Rumah Sakit diarahkan sesuai dengan aturan tersebut, termasuk diantaranya adalah penyediaan darah, pengolahan, penyimpanan dan pendistribusian.

8.5 PENGEMBANGAN SUMBER DAYA MANUSIA RUMAH SAKIT

Dalam upaya meningkatkan kualitas dan kuantitas pelayanan di RSUD Sofifi perlu didukung oleh ketersediaan Sumber Daya Manusia (SDM) yang memadai baik jumlah maupun kompetensinya. Berdasarkan Permenkes RI No. 3 Tahun 2020 bahwa pengembangan jumlah dan kualifikasi sumber daya manusia disesuaikan dengan hasil analisis beban kerja, kebutuhan, dan kemampuan pelayanan Rumah Sakit.

Tabel 8. 3

Data Waktu Pemeriksaan Pasien di Poliklinik RSUD Sofifi

No	Poliklinik	Waktu Pemeriksaan (menit)
1	Poli Umum	
	Pasien 1	2 menit
	Pasien 2	2 menit
	Pasien 3	2 menit
	Pasien 4	3 menit
	Pasien 5	2 menit
	Pasien 6	2 menit
	Pasien 7	16 menit
	Pasien 8	5 menit
	Pasien 9	3 menit
	Pasien 10	3 menit
2	Poli Penyakit Dalam	
	Pasien 1	13 menit
	Pasien 2	25 menit
	Pasien 3	4 menit

Sumber : Data Survei dan Hasil Analisis Konsultan, 2020

Asumsi-asumsi yang digunakan :

- Hari Kerja = Senin – Sabtu (6 hari kerja)
- Standar Pemeriksaan Dokter pada perhitungan analisis beban kerja menggunakan IDI : 8 – 15 menit (dikarenakan data di lapangan sebagian besar pasien ke poliklinik hanya untuk keperluan SKD)
- Jumlah libur nasional = 13 hari (libur nasional tahun 2019)
- Data rawat jalan untuk pengembangan menggunakan proporsi dari rawat jalan RSUD Labuha Halmahera Selatan.
- Data rawat inap untuk pengembangan menggunakan proporsi dari rawat jalan RSUD Labuha Halmahera Selatan.

Metode analisis beban kerja adalah suatu metode perhitungan kebutuhan Sumber Daya Manusia Kesehatan (SDMK) berdasarkan beban kerja yang dilaksanakan oleh setiap jenis SDMK pada setiap fasilitas pelayanan kesehatan sesuai dengan tugas pokok dan fungsinya.

Analisis Beban Kerja Eksisting (Tahun yang diambil Tahun 2019)

1. Menetapkan fasyankes dan SDMK :
 - Fasilitas Layanan Kesehatan : RSUD Sofifi
 - SDMK : dokter umum dan dokter spesialis
2. Menetapkan waktu kerja yang tersedia (WKT)

Tabel 8. 4

Perhitungan Waktu Kerja yang Tersedia

No	Kode	Komponen	Keterangan	Rumus	Jumlah	Satuan
	A	B	C	D	E	F
1	A	Hari Kerja	6 hari kerja/minggu	52 minggu	312	Hari/tahun
2	B	Cuti pegawai	Peraturan Pegawai		12	Hari/tahun
3	C	Libur Nasional	Kalender Tahun 2019		13	Hari/tahun
4	D	Mengikuti Pelatihan	Rata-rata dalam 1 tahun		5	Hari/tahun
5	E	Absen (sakit,dll)	Rata-rata dalam 1 tahun		12	Hari/tahun
6	F	Waktu kerja dalam seminggu	Kepres No. 68 Tahun 1995		37,5	Jam/minggu
7	G	Jam Kerja Efektif (JKE)	Permen PAN RB No. 26 Tahun 2011	$75\% * 37,5$ jam	28,125	Jam/minggu
8	WK	Waktu kerja (dalam 1 hari)	6 hari kerja/minggu	$28,125/6$	4,688	Jam/hari
9	WKT	Waktu kerja tersedia (hari)	6 hari kerja/ minggu	$312 - (12+13+5+12)$	270	Hari/tahun
10		Waktu kerja tersedia (jam)	6 hari kerja/ minggu	$312 - (12+13+5+12) * 4,688$	1.266	Jam/hari
11		Waktu kerja tersedia dalam menit			75.960	Menit/tahun

Sumber : Hasil Analisis Konsultan, 2020

3. Menetapkan komponen beban kerja (tugas pokok, tugas penunjang dan uraian kerja) dan norma waktu
 Untuk Layanan IGD RSUD kelas D adalah IGD level I , yang harus *on site* 24 jam adalah dokter umum , sedangkan dokter spesialis medik dasar tidak wajib ada. Namun saat sudah menjadi RSUD Kelas C spesialis medik dasar *on call* dan saat peningkatan kelas menjadi RSUD kelas B (spesialis medik dasar *on site* dan spesialis lain *on call*).

Tabel 8. 5

Penetapan Komponen Beban Kerja dan Norma Waktu

No	Jenis Tugas	Jenis SDMK	Komponen Beban Kerja	Norma Waktu	Satuan
1	Tugas Pokok	Dokter Spesialis Penyakit Dalam	Melakukan pelayanan medik umum spesialistik rawat jalan	8	Menit/pasien
			Melakukan kunjungan (visite) kepada pasien rawat inap	5	Menit/pasien
			Membuat catatan medik pasien rawat jalan	2	Menit/pasien

No	Jenis Tugas	Jenis SDM	Komponen Beban Kerja	Norma Waktu	Satuan
	Tugas Penunjang		Membuat catatan medik pasien rawat inap	2	Menit/pasien
			Membuat catatan medik pasien IGD	2	Menit/pasien
			Melakukan tugas jaga panggilan/on call di IGD (kelas C) onsite (kelas B)	10	Menit/pasien
			Menjadi tim penguji kesehatan	240	Menit/semester
			Melakukan penyuluhan medik	60	Menit/bulan
			Mengikuti seminar	60	Menit/bulan
2	Tugas Pokok	Dokter Spesialis Obgyn	Melakukan pelayanan medik umum spesialis rawat jalan	8	Menit/pasien
			Melakukan kunjungan (visite) kepada pasien rawat inap	5	Menit/pasien
			Membuat catatan medik pasien rawat jalan	2	Menit/pasien
			Membuat catatan medik pasien rawat inap	2	Menit/pasien
			Membuat catatan medik pasien IGD	2	Menit/pasien
			Melakukan tugas jaga panggilan/on call di IGD (kelas C) onsite (kelas B)	10	Menit/pasien
	Tugas Penunjang		Menjadi tim penguji kesehatan	240	Menit/semester
			Melakukan penyuluhan medik	60	Menit/bulan
			Mengikuti seminar	60	Menit/bulan
3	Tugas Pokok	Dokter Spesialis Anak	Melakukan pelayanan medik umum spesialis rawat jalan	8	Menit/pasien
			Melakukan kunjungan (visite) kepada pasien rawat inap	5	Menit/pasien
			Membuat catatan medik pasien rawat jalan	2	Menit/pasien
			Membuat catatan medik pasien rawat inap	2	Menit/pasien
			Membuat catatan medik pasien IGD	2	Menit/pasien
			Melakukan tugas jaga panggilan/on call di IGD (kelas C) onsite (kelas B)	10	Menit/pasien
	Tugas Penunjang		Menjadi tim penguji kesehatan	240	Menit/semester
			Melakukan penyuluhan medik	60	Menit/bulan
			Mengikuti seminar	60	Menit/bulan
4	Tugas Pokok	Dokter Spesialis Bedah	Melakukan pelayanan medik umum spesialis rawat jalan	8	Menit/pasien
			Melakukan kunjungan (visite) kepada pasien rawat inap	5	Menit/pasien
			Membuat catatan medik pasien rawat jalan	2	Menit/pasien
			Membuat catatan medik pasien rawat inap	2	Menit/pasien
			Membuat catatan medik pasien IGD	2	Menit/pasien
			Melakukan tugas jaga panggilan/on call di IGD (kelas C) onsite (kelas B)	10	Menit/pasien
	Tugas Penunjang		Menjadi tim penguji kesehatan	240	Menit/semester
			Melakukan penyuluhan medik	60	Menit/bulan
			Mengikuti seminar	60	Menit/bulan
5	Tugas Pokok	Dokter Umum	Melakukan pelayanan medik umum rawat jalan	8	Menit/pasien

No	Jenis Tugas	Jenis SDM	Komponen Beban Kerja	Norma Waktu	Satuan
	Tugas Penunjang		Melakukan kunjungan (visite) kepada pasien rawat inap	5	Menit/pasien
			Membuat catatan medik pasien rawat jalan	2	Menit/pasien
			Membuat catatan medik pasien rawat inap	2	Menit/pasien
			Membuat catatan medik pasien IGD	2	Menit/pasien
			Melakukan tugas jaga on site 24 jam (3 shift)	10	Menit/pasien
			Menjadi tim penguji kesehatan	240	Menit/semester
			Melakukan penyuluhan medik	60	Menit/bulan
			Mengikuti seminar	60	Menit/bulan

Sumber : Hasil Analisis Konsultan, 2020

4. Menghitung standar beban kerja

Standar Beban Kerja = Waktu Kerja Tersedia/Norma Waktu per kegiatan pokok

Tabel 8. 6

Perhitungan Standar Beban Kerja

No	Jenis Tugas	Jenis SDM	Komponen Beban Kerja	Norma Waktu (menit/pasien)	WKT (menit)	SBK (menit)
1	Tugas Pokok	Dokter Spesialis Penyakit Dalam	Melakukan pelayanan medik umum spesialistik rawat jalan	8	75.960	9.495
			Melakukan kunjungan (visite) kepada pasien rawat inap	5		15.192
			Membuat catatan medik pasien rawat jalan	2		37.980
			Membuat catatan medik pasien rawat inap	2		37.980
			Membuat catatan medik pasien IGD	2		37.980
			Melakukan tugas jaga panggilan/on call di IGD (kelas C) onsite (kelas B)	10		7.596
2	Tugas Pokok	Dokter Spesialis Obygn	Melakukan pelayanan medik umum spesialistik rawat jalan	8	75.960	9.495
			Melakukan kunjungan (visite) kepada pasien rawat inap	5		15.192
			Membuat catatan medik pasien rawat jalan	2		37.980
			Membuat catatan medik pasien rawat inap	2		37.980
			Membuat catatan medik pasien IGD	2		37.980
			Melakukan tugas jaga panggilan/on call di IGD (kelas C) onsite (kelas B)	10		7.596
3	Tugas Pokok	Dokter Spesialis Anak	Melakukan pelayanan medik umum spesialistik rawat jalan	8	75.960	9.495
			Melakukan kunjungan (visite) kepada pasien rawat inap	5		15.192
			Membuat catatan medik pasien rawat jalan	2		37.980
			Membuat catatan medik pasien rawat inap	2		37.980
			Membuat catatan medik pasien IGD	2		37.980
			Melakukan tugas jaga panggilan/on call di IGD (kelas C) onsite (kelas B)	10		7.596

No	Jenis Tugas	Jenis SDM	Komponen Beban Kerja	Norma Waktu (menit/pasien)	WKT (menit)	SBK (menit)
4	Tugas Pokok	Dokter Spesialis Bedah	Melakukan pelayanan medik umum spesialistik rawat jalan	8	75.960	9.495
			Melakukan kunjungan (visite) kepada pasien rawat inap	5		15.192
			Membuat catatan medik pasien rawat jalan	2		37.980
			Membuat catatan medik pasien rawat inap	2		37.980
			Membuat catatan medik pasien IGD	2		37.980
			Melakukan tugas jaga panggilan/on call di IGD (kelas C) onsite (kelas B)	10		7.596
5	Tugas Pokok	Dokter Umum	Melakukan pelayanan medik umum rawat jalan	8	75.960	9.495
			Melakukan kunjungan (visite) kepada pasien rawat inap	5		15.192
			Membuat catatan medik pasien rawat jalan	2		37.980
			Membuat catatan medik pasien rawat inap	2		37.980
			Membuat catatan medik pasien IGD	2		37.980
			Melakukan tugas jagaon site 24 jam	10		7.596

Sumber : Hasil Analisis Konsultan, 2020

5. Menghitung standar tugas penunjang (STP) dan faktor tugas penunjang (FTP)

Tabel 8. 7
Perhitungan Standar Tugas Penunjang

No	Jenis Tugas	Jenis SDM	Komponen Beban Kerja	Rata-Rata Waktu	Satuan	Waktu Kegiatan (menit)	WKT	FTP (%)
1	Tugas Penunjang	Dokter Spesialis	Menjadi tim penguji kesehatan	240	Menit/semester	480	75.960	0,63
			Melakukan penyuluhan medik	60	Menit/bulan	720		0,95
			Mengikuti seminar	60	Menit/bulan	720		0,95
Faktor Tugas Penunjang (FTP) dalam %								2,53
Standar Tugas Penunjang (STP)								1,03

Sumber : Hasil Analisis Konsultan, 2020

6. Menghitung Kebutuhan SDM

Tabel 8. 8
Kebutuhan SDM Dokter Spesialis Penyakit Dalam

Jenis Tugas	Jenis SDM	Kegiatan	Capaian Tahun 2019	SBK	Kebutuhan SDM
Tugas Pokok dan Tugas Penunjang	Dokter Spesialis Penyakit Dalam	Melakukan pelayanan medik umum spesialistik rawat jalan	204	9.495	0,02
		Melakukan kunjungan (visite) kepada pasien rawat inap	237	15.192	0,02
		Membuat catatan medik pasien rawat jalan	204	37.980	0,01

Jenis Tugas	Jenis SDM	Kegiatan	Capaian Tahun 2019	SBK	Kebutuhan SDM
		Membuat catatan medik pasien rawat inap	237	37.980	0,01
		JKT (Jumlah Kebutuhan Tenaga Tugas Pokok)			0,05
		Standar Tugas Penunjang			1,03
		Pembulatan			1,08

Sumber : Hasil Analisis Konsultan, 2020

Tabel 8. 9

Kebutuhan SDM Dokter Spesialis Obgyn

Jenis Tugas	Jenis SDM	Kegiatan	Capaian Tahun 2019	SBK	Kebutuhan SDM	
Tugas Pokok dan Tugas Penunjang	Dokter Spesialis Obgyn	Melakukan pelayanan medik umum spesialistik rawat jalan	11	9.495	0,0012	
		Melakukan kunjungan (visite) kepada pasien rawat inap	0	15.192	0	
		Membuat catatan medik pasien rawat jalan	11	37.980	0,0003	
		Membuat catatan medik pasien rawat inap	0	37.980	0	
		JKT (Jumlah Kebutuhan Tenaga Tugas Pokok)			0,0015	
		Standar Tugas Penunjang			1,03	
		Pembulatan			1,0315	

Sumber : Hasil Analisis Konsultan, 2020

Tabel 8. 10

Kebutuhan SDM Dokter Spesialis Anak

Jenis Tugas	Jenis SDM	Kegiatan	Capaian Tahun 2019	SBK	Kebutuhan SDM	
Tugas Pokok dan Tugas Penunjang	Dokter Spesialis Anak	Melakukan pelayanan medik umum spesialistik rawat jalan	5	9.495	0,0005	
		Melakukan kunjungan (visite) kepada pasien rawat inap	0	15.192	0	
		Membuat catatan medik pasien rawat jalan	5	37.980	0,0001	
		Membuat catatan medik pasien rawat inap	0	37.980	0	
		JKT (Jumlah Kebutuhan Tenaga Tugas Pokok)			0,0007	
		Standar Tugas Penunjang			1,03	
		Pembulatan			1,0307	

Sumber : Hasil Analisis Konsultan, 2020

Tabel 8. 11

Kebutuhan SDM Dokter Spesialis Bedah

Jenis Tugas	Jenis SDM	Kegiatan	Capaian Tahun 2019	SBK	Kebutuhan SDM	
Tugas Pokok dan Tugas Penunjang	Dokter Spesialis Bedah	Melakukan pelayanan medik umum spesialistik rawat jalan	0	9.495	0	
		Melakukan kunjungan (visite) kepada pasien rawat inap	0	15.192	0	
		Membuat catatan medik pasien rawat jalan	0	37.980	0	
		Membuat catatan medik pasien rawat inap	0	37.980	0	
		JKT (Jumlah Kebutuhan Tenaga Tugas Pokok)				0
		Standar Tugas Penunjang				1,03
		Pembulatan				1,03

Sumber : Hasil Analisis Konsultan, 2020

Tabel 8. 12

Kebutuhan SDM Dokter Umum

Jenis Tugas	Jenis SDM	Kegiatan	Capaian Tahun 2019	SBK	Kebutuhan SDM	
Tugas Pokok dan Tugas Penunjang	Dokter Umum	Melakukan pelayanan medik umum spesialistik rawat jalan	588	9.495	0,0619	
		Membuat catatan medik pasien rawat jalan	588	37.980	0,0155	
		Membuat catatan medik pasien IGD	475	37.980	0,0125	
		Melakukan tugas jaga panggilan/on call di IGD	475	7.596	0,0597	
		JKT (Jumlah Kebutuhan Tenaga Tugas Pokok)				0,1496
		Standar Tugas Penunjang				1,03
		Pembulatan				1,1796

Sumber : Hasil Analisis Konsultan, 2020

Tabel 8. 13

Perbandingan Data SDM Eksisting dan Analisis Beban Kerja Eksisting

No	Jenis SDM	Jumlah SDM (orang)		Analisis
		Eksisting	Beban Kerja	
1	Penyakit Dalam	1	1	Sesuai beban kerja
2	Obgyn	0	1	Perlu SDM
3	Anak	0	1	Perlu SDM
4	Bedah	0	1	Perlu SDM
5	Umum	10	4	Melebihi beban kerja

Sumber : Hasil Analisis Konsultan, 2020

Analisis Beban Kerja Pengembangan

Setelah melakukan analisis beban kerja untuk data eksisting 2019, maka kebutuhan SDM untuk pengembangan 20 tahun ke depan dengan 300 TT pada tahun 2040 adalah sebagai berikut :

Tabel 8. 14

Kebutuhan SDM Dokter Spesialis Penyakit Dalam – Pengembangan

Jenis Tugas	Jenis SDM	Kegiatan	Pengembangan Tahun 2040	SBK	Kebutuhan SDM		
Tugas Pokok dan Tugas Penunjang	Dokter Spesialis Penyakit Dalam	Melakukan pelayanan medik umum spesialistik rawat jalan	13.472	9.495	1,419		
		Melakukan kunjungan (visite) kepada pasien rawat inap	3.648	15.192	0,240		
		Membuat catatan medik pasien rawat jalan	13.472	37.980	0,355		
		Membuat catatan medik pasien rawat inap	3.648	37.980	0,096		
		Membuat catatan medik pasien IGD	31368	37.980	0,826		
		Melakukan tugas jaga panggilan/on call di IGD	31.368	7.596	4,130		
		JKT (Jumlah Kebutuhan Tenaga Tugas Pokok)					7,065
		Standar Tugas Penunjang					1,030
		Pembulatan					8,095

Sumber : Hasil Analisis Konsultan, 2020

Tabel 8. 15

Kebutuhan SDM Dokter Spesialis Obgyn - Pengembangan

Jenis Tugas	Jenis SDM	Kegiatan	Pengembangan Tahun 2040	SBK	Kebutuhan SDM		
Tugas Pokok dan Tugas Penunjang	Dokter Spesialis Obgyn	Melakukan pelayanan medik umum spesialistik rawat jalan	726	9.495	0,076		
		Melakukan kunjungan (visite) kepada pasien rawat inap	6.613	15.192	0,435		
		Membuat catatan medik pasien rawat jalan	726	37.980	0,019		
		Membuat catatan medik pasien rawat inap	6.613	37.980	0,174		
		Membuat catatan medik pasien IGD	31.368	37.980	0,826		
		Melakukan tugas jaga panggilan/on call di IGD	31.368	7.596	4,130		
		JKT (Jumlah Kebutuhan Tenaga Tugas Pokok)					5,660
		Standar Tugas Penunjang					1,03
		Pembulatan					6,690

Sumber : Hasil Analisis Konsultan, 2020

Tabel 8. 16

Kebutuhan SDM Dokter Spesialis Anak - Pengembangan

Jenis Tugas	Jenis SDM	Kegiatan	Pengembangan Tahun 2040	SBK	Kebutuhan SDM	
Tugas Pokok dan Tugas Penunjang	Dokter Spesialis Anak	Melakukan pelayanan medik umum spesialistik rawat jalan	2.724	9.495	0,287	
		Melakukan kunjungan (visite) kepada pasien rawat inap	330	15.192	0,022	
		Membuat catatan medik pasien rawat jalan	2.724	37.980	0,072	
		Membuat catatan medik pasien rawat inap	330	37.980	0,009	
		Membuat catatan medik pasien IGD	31.368	37.980	0,826	
		Melakukan tugas jaga panggilan/on call di IGD	31.368	7.596	4,130	
		JKT (Jumlah Kebutuhan Tenaga Tugas Pokok)				5,344
		Standar Tugas Penunjang				1,03
		Pembulatan				6,374

Sumber : Hasil Analisis Konsultan, 2020

Tabel 8. 17

Kebutuhan SDM Dokter Spesialis Bedah - Pengembangan

Jenis Tugas	Jenis SDM	Kegiatan	Pengembangan Tahun 2040	SBK	Kebutuhan SDM	
Tugas Pokok dan Tugas Penunjang	Dokter Spesialis Bedah	Melakukan pelayanan medik umum spesialistik rawat jalan	2.195	9.495	0,231	
		Melakukan kunjungan (visite) kepada pasien rawat inap	991	15.192	0,065	
		Membuat catatan medik pasien rawat jalan	2.195	37.980	0,058	
		Membuat catatan medik pasien rawat inap	991	37.980	0,026	
		Membuat catatan medik pasien IGD	31.368	37.980	0,826	
		Melakukan tugas jaga panggilan/on call di IGD	31.368	7.596	4,130	
		JKT (Jumlah Kebutuhan Tenaga Tugas Pokok)				5,336
		Standar Tugas Penunjang				1,03
		Pembulatan				6,336

Sumber : Hasil Analisis Konsultan, 2020

Tabel 8. 18

Kebutuhan SDM Dokter Umum

Jenis Tugas	Jenis SDM	Kegiatan	Capaian Tahun 2040	SBK	Kebutuhan SDM	
Tugas Pokok dan Tugas Penunjang	Dokter Umum	Melakukan pelayanan medik umum spesialistik rawat jalan	38.830	9.495	4,090	
		Membuat catatan medik pasien rawat jalan	38.830	37.980	1,022	
		Membuat catatan medik pasien IGD	475	37.980	0,826	
		Melakukan tugas jaga panggilan/on call di IGD	475	7.596	4,130	
		JKT (Jumlah Kebutuhan Tenaga Tugas Pokok)				10,0667
		Standar Tugas Penunjang				1,03
		Pembulatan				11,097

Sumber : Hasil Analisis Konsultan, 2020

Tabel 8. 19

Perbandingan Data SDM Eksisting dan Analisis Beban Kerja Pengembangan

No	Jenis SDM	Jumlah SDM (orang)		Analisis
		Eksisting	Beban Kerja	
1	Penyakit Dalam	1	8	Penambahan 7 SDM
2	Obgyn	0	7	Penambahan 7 SDM
3	Anak	0	6	Penambahan 6 SDM
4	Bedah	0	6	Penambahan 6 SDM
5	Umum	10	11	Penambahan 1 SDM

Sumber : Hasil Analisis Konsultan, 2020

Dari jumlah SDM yang ada perlu dievaluasi dalam pelayanan berdasarkan beban kerja tidak hanya berorientasi pada jumlah mengingat fungsi pelayanan rumah sakit menurut Undang-Undang tidak hanya pelayanan namun harus memenuhi pula untuk pendidikan, penelitian dan pengabdian sosial. Adanya kebutuhan untuk mengembangkan pelayanan unggulan dan berdasarkan peramalan potensi pasien pada spesialis tertentu, perlu diantisipasi dari sekarang sebagai dasar dalam penambahan SDM terutama dokter spesialis, beberapa SDM Dokter yang dibutuhkan adalah pemenuhan Dokter Spesialis Bedah, Anak, Obgyn, Rehabilitasi Medik, Anestesi, Patologi Klinik, Gizi Klinik, Patologi Anatomi, Mata, Paru, Jantung dan Pembuluh Darah, THT, Saraf, Ortopedi dan Traumatologi, Kulit dan Kelamin, Kedokteran Jiwa, Urologi, Bedah Saraf, Bedah Vaskular, Ginjal Hipertensi, Kardiovaskular, Paru Kerja dan Lingkungan dan Radiologi Intervensi dan Vaskular.

Tabel 8. 20

Rencana Pentahapan SDM Dokter Spesialis RSUD Sofifi

SDM Dokter Eksisting	Penambahan Dokter Spesialis	Pentahapan SDM Dokter Spesialis
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Dokter Umum = 10 ▪ Dokter Spesialis Penyakit Dalam = 1 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Dokter Spesialis Penyakit Dalam ▪ Dokter Spesialis Anak ▪ Dokter Spesialis Obgyn ▪ Dokter Spesialis Bedah ▪ Dokter Spesialis Rehabilitasi Medik ▪ Dokter Spesialis Anestesi ▪ Dokter Spesialis Patologi Klinik ▪ Dokter Spesialis Gizi Klinik ▪ Dokter Spesialis Radiologi ▪ Dokter Spesialis Patologi Anatomi ▪ Dokter Spesialis Mata ▪ Dokter Spesialis Paru ▪ Dokter Spesialis Jantung dan Pembuluh Darah ▪ Dokter Spesialis THT ▪ Dokter Spesialis Saraf ▪ Dokter Spesialis Ortopedi dan Traumatologi ▪ Dokter Spesialis Kulit dan Kelamin ▪ Dokter Spesialis Kedokteran Jiwa ▪ Dokter Spesialis Urologi ▪ Dokter Spesialis Subspesialis Bedah Saraf ▪ Dokter Subspesialis Bedah Vaskular ▪ Dokter Subspesialis Ginjal Hipertensi ▪ Dokter Subspesialis Kardiovaskular ▪ Dokter Subspesialis Paru Kerja dan Lingkungan ▪ Dokter Subspesialis Radiologi Intervensi dan Vaskular. 	<p>Jangka Pendek (Tahun 2020-2030) :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Dokter Spesialis Penyakit Dalam ▪ Dokter Spesialis Anak ▪ Dokter Spesialis Obgyn ▪ Dokter Spesialis Bedah ▪ Dokter Spesialis Rehabilitasi Medik ▪ Dokter Spesialis Anestesi ▪ Dokter Spesialis Patologi Klinik ▪ Dokter Spesialis Radiologi ▪ Dokter Spesialis Gizi Klinik ▪ Dokter Spesialis Patologi Anatomi ▪ Dokter Spesialis Mata ▪ Dokter Spesialis Paru ▪ Dokter Spesialis Jantung dan Pembuluh Darah ▪ Dokter Spesialis THT ▪ Dokter Spesialis Saraf ▪ Dokter Spesialis Ortopedi dan Traumatologi ▪ Dokter Spesialis Kulit dan Kelamin <p>Jangka Pendek (Tahun 2020-2040) :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Dokter Spesialis Kedokteran Jiwa ▪ Dokter Spesialis Urologi ▪ Dokter Spesialis Subspesialis Bedah Saraf ▪ Dokter Subspesialis Bedah Vaskular ▪ Dokter Subspesialis Ginjal Hipertensi ▪ Dokter Subspesialis Kardiovaskular ▪ Dokter Subspesialis Paru Kerja dan Lingkungan ▪ Dokter Subspesialis Radiologi Intervensi dan Vaskular.

Sumber : Data SDM RSUD Sofifi dan Hasil Analisis Konsultan, 2020

Adapun konsep pengadaan SDM dengan beberapa alternatif:

- a. Dokter spesialis: Diperlukan kerjasama RSUD Sofifi dengan Fakultas Kedokteran melalui MoU. Biaya operasional SDM memerlukan dukungan pemerintah pusat terutama bagi honor dokter spesialis yang dipinjam dari Fakultas Kedokteran, beban penggajian dilaksanakan oleh pemerintah pusat. Secara bertahap sesuai dengan perkembangan dan kemampuannya, rumah sakit akan mampu membiayai operasional secara mandiri.
- b. Konsep pemberdayaan dokter spesialis senior yang telah menjadi tenaga tetap rumah sakit, didorong untuk menjadi dokter subspesialis, sedangkan posisi dokter spesialis empat besar didukung oleh tenaga spesialis muda/baru.
- c. Dokter spesialis dan subspesialis tamu honor dibayarkan dengan sistem bagi hasil persentase antara dokter dengan rumah sakit.

- d. Pengadaan perawat umum dan perawat mahir. Perawat umum dapat direkrut ahli madya (DIII), sedangkan perawat mahir baik kebidanan maupun S1 nurse atau S2 diperlukan untuk memenuhi kebutuhan pelayanan subspesialis terutama unggulan.
- e. Non medis: Administrator kesehatan berjenjang sesuai dengan kebutuhan untuk ahli madya (DIII), SI dan S2 manajemen rumah sakit, serta tenaga ahli lainnya.

8.6 PENGEMBANGAN SARANA FISIK RUMAH SAKIT

Dalam pengembangan sarana fisik RSUD Sofifi disesuaikan dengan kebutuhan ruang secara keseluruhan yaitu luas, nyaman, terintegrasi dan mudah diakses. Adapun perencanaan pengembangan sarana fisik RSUD Sofifi akan di bahas pada Bab Perancangan Arsitektural.

8.7 PENGEMBANGAN PERALATAN MEDIK

Pengembangan RSUD Sofifi menjadi RSUD Kelas B yang merupakan rujukan tingkat Provinsi, untuk menunjang pengembangan pelayanan perlu diimbangi dengan ketersediaan teknologi baik teknologi SIM RS juga alat-alat canggih kedokteran. Kehadiran peralatan medis berteknologi canggih memiliki peran besar terhadap tingkat kunjungan pasien ke rumah sakit. Pengembangan alat medik didasari akan kebutuhan setiap instalasi di RSUD Sofifi, data pengadaan alat kesehatan yang telah dimiliki oleh RSUD Sofifi, standar radiologi kelas B (untuk pengembangan) dan Target jenis pelayanan RSUD Sofifi Tahun 2019-2024. Penyediaan alat setidaknya dapat dilakukan secara bertahap, sesuai dengan prioritas pengembangan dalam rencana pentahapan pembangunan rumah sakit dengan kemitraan pemerintah dengan swasta atau lembaga luar negeri. Pengadaan dan pemeliharaan peralatan maupun barang perlengkapan bukanlah suatu kegiatan yang berdiri sendiri, akan tetapi merupakan kegiatan yang tidak terpisahkan dengan kegiatan-kegiatan lainnya, seperti perencanaan, penentuan kebutuhan, penganggaran, penyimpanan, penyaluran, penggunaan, perawatan, perbaikan, penghapusan, penjualan dan inventarisasi. Berikut ini rekapitulasi kebutuhan peralatan medik RSUD Sofifi.

Tabel 8. 21

Rencana Pentahapan Peralatan Medik dan Non Medik RSUD Sofifi

No	Nama Instalasi	Saran Alat Dari Instalasi RSUD Sofifi	Data Alat Kesehatan Eksisting Dari RSUD Sofifi	Rencana Pentahapan Peralatan Medik dan Non Medik RSUD Sofifi
A	B	C	D	E
1	Seksi Pelayanan Rawat Inap, Pelayanan Rujukan, Pelayanan Kuratif Dan Rehabilitasi	<ul style="list-style-type: none"> • Pengadaan Alat Kesehatan • Pengadaan Mesin Pengisian Oksigen • Penyediaan Peralatan 	Radiologi : <ul style="list-style-type: none"> • Usg 4d Portable • Radiographic X-Ray – Analog 	Tahun 2022 : <ul style="list-style-type: none"> • Pemenuhan peralatan medik dan non medik berdasarkan kuesioner sarana pengembangan instalasi RS (Kolom C) • Pemenuhan Peralatan Medik dan Non

No	Nama Instalasi	Saran Alat Dari Instalasi RSUD Sofifi	Data Alat Kesehatan Eksisting Dari RSUD Sofifi	Rencana Pentahapan Peralatan Medik dan Non Medik RSUD Sofifi
A	B	C	D	E
		Penunjang Pelayanan	Pengadaan Alat 2017 :	Medik Kebutuhan Ruang Operasi (Cath Lab)
2.	Instalasi Gizi	Pengadaan Dan Pemantauan Alat Habis Pakai Dan Alat Penunjang Dapur	<ul style="list-style-type: none"> Gynaecology Instrument Set Hecting Instrument Set I, II, III Curettagge Set Sectio Caeserean Set Mayor Surgery Set I,II Minor Surgery Set I,II 	<ul style="list-style-type: none"> Pemenuhan Peralatan Medik dan Non Medik Kebutuhan Ruang Rawat Inap E1 Pemenuhan Peralatan Medik dan Non Medik Kebutuhan CSSD
3.	Poliklinik Fisioterapi	Kelengkapan Alat Alat Fisioterapi: Pararel Bar, Ir Standing, Interforensik, State Bicycle	Pengadaan Alat 2018 :	Tahun 2024 – 2025 :
4.	RSU Sofifi	-	<ul style="list-style-type: none"> Skitron Usa Operatinng Light Duble Celling Aua 75 Tv Instrument Table 2 Rack Laparatomy Instrument Set Strecher Back Rise Emergency Trolley Minor Basic Instrument Infusion Stand Bedside Cabinet Aks Exeminator Table Bipmed Hospital Bed 3 Crank Abs Dominant Flex Portable Suction Pump Infraterm Infra Red Fetal Dopler Syringe Pump Electro Cardio Graph Patient Monitor Oxygen Consentrat Neonatal Resusicator Autoclave Steriliser Careastrim Helat Inc Kodak Medical X-Ray Processor Mobil Ambulance Genset 	<ul style="list-style-type: none"> Pemenuhan Peralatan Medik dan Non Medik Kebutuhan Ruang Operasi Pemenuhan Peralatan Medik dan Non Medik Kebutuhan Ruang Rawat Inap E1 Pemenuhan Peralatan Medik dan Non Medik Kebutuhan Laboratorium Pemenuhan Peralatan Medik dan Non Medik Kebutuhan Radiologi <ul style="list-style-type: none"> Mobile X-Ray Dental X-Ray CT Multislice Fluoroskopi Mammography C-Arm Digital Panoramic/Cephalometri MRI Pemenuhan Peralatan Medik dan Non Medik Kebutuhan Hemodialisa (15 mesin) Pemenuhan Peralatan Medik dan Non Medik Mortuary
5.	Instalasi Radiologi	Penambahan Apron Dan Dr		Tahun 2027 – 2028 :
6.	Ruang Perawatan Interna	-		Pemenuhan Peralatan Medik dan Non Medik Kebutuhan Ruang Rawat Inap E2
7.	Ruang Perawatan Anak	<ul style="list-style-type: none"> Tensi Meter Anak Dan Bayi Stetoskop Anak Dan Bayi Nebulizer, Saturasi O2, O2 Tabung Bed Pasien, Bed Side Cabinet Over Bed Table 		Tahun 2030 :
8.	instalasi laboraturium	<ul style="list-style-type: none"> kursi samping (flebotomi) khusus pasien alat tcm untuk pasien covid alat elktrolit alat pcr dan peralatan penunjangnya alat munologi seperti midi vidas 		Pemenuhan Peralatan Medik dan Non Medik Kebutuhan Ruang Rawat Inap E3
9.	Rekam Medis	SIM RS		
10.	IGD	<ul style="list-style-type: none"> ventilator suction dewasa suction bayiinkubator boks bayi usg tabung oksigen regulator bed pasien digital 	Pengadaan Alat 2019 :	
11.	Instalasi Farmasi	<ul style="list-style-type: none"> penambahan peralatan sesuai standar penambahan peralatan sesuai perkembangan rs maintenance berkala, pengecekan peralatan, penyediaan peralatan terbaru 	IGD :	
12.	IPSRS	kebutuhan peralatan	<ul style="list-style-type: none"> Hospital Bed Abs Board Panel Manual Matras Xray Fim Viuer Examination Lamp Emergency Trolley Emergency Stretcher Instrument Trolley Suction Pump Portable Electrosurgical Uniit Led Surgical Light Bene View T5 Benefussion Vp5 Ex Infusion Pump Benefussion Vp5 Ex Syringe Pump 	

No	Nama Instalasi	Saran Alat Dari Instalasi RSUD Sofifi	Data Alat Kesehatan Eksisting Dari RSUD Sofifi	Rencana Pentahapan Peralatan Medik dan Non Medik RSUD Sofifi
A	B	C	D	E
			<p>Radiologi :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Radiographic X-Ray – Analog <p>Obgyn</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ecg Electrode With Ecg • Ambu Bag Mark Iv Adult • Ambu Oval Silicon Adult • Thermometer Non Contact Infra Red • Stethoscope Finese Adult • Stethoscope Finese Adult • Stethoscope Finese Adult And Child • Aneroid Tensimeter Perfect • Wheel Chair Alumunium • Tensimeter Aneroid Stand Vario • Tensimeter Digital Handheld • Caesaraean Set • Oxygen Concentrator 5l/M With Nebulizer • Oxygen Concentrator 10l/M With Nebulizer • Zondan Fetal Doppler • Fetal Monitor • Continous Suction Pump 	

Sumber : Kuesioner Internal RSUD Sofifi, Target RSUD Sofifi dan Hasil Analisis Konsultan, 2020

8.8 PENGEMBANGAN SIM RS

1. *Hardware*

Hardware dan jaringan disesuaikan dengan kebutuhan *software*, karena tidak semua *software* kompatibel dengan hardware dan jaringan yang sembarangan. *Hardware* dan jaringan harus mencukupi sesuai dengan lingkup implementasi. Apabila hal ini tidak terpenuhi maka SIM RS tidak dapat berjalan dengan baik. Hal ini dikarenakan suatu sistem bekerja saling berkaitan, ketika salah satu titik dalam implementasi tidak terpenuhi *hardware* dan jaringannya maka akan mengganggu hasil dari SIM RS.

2. *Software*

a. *Backbone* Jaringan – ICT

Backbone jaringan ICT terdiri dari Infrastruktur jaringan *Fiber Optic* di dalam maupun di luar gedung. Kabel *fiber optic* ini menghubungkan dari IDF ke seluruh gedung menggunakan *Fiber Optic* jenis single mode atau multi mode, seperti yang disiapkan dalam perencanaan DED.

b. Jaringan Komunikasi Data - LAN

Jaringan Komputer-LAN, di lingkungan rumah sakit RSU Sofifi – Maluku Utara akan menggunakan backbone optic yang akan digelar mulai dari jaringan di luar gedung sampai jaringan di dalam gedung. Jaringan dimaksud terdiri dari komponen pasif (kabel tembaga dan serat *optic*), serta komponen aktif yang terdiri dari switch, router dan hub. Komponen tersebut akan disusun sesuai dengan *blue print* IT yang disiapkan oleh pengelolaan IT rumah sakit.

c. **Modul RSU Sofifi**

Modul yang akan tersedia di RSU Sofifi meliputi unit *front office* (FO) dan *back office* (BO) yang ada di Rumah Sakit

a. *Front Office*

- Pendaftaran
- Rawat Jalan
- IGD
- Rawat Inap
- Apotek / Depo Farmasi
- Laboratorium
- Radiologi
- Fisioterapi
- Gizi
- Bank Darah
- Unit Operasi & VK
- Ambulance
- Kasir

b. *Back Office*

- Gudang Farmasi
- Gudang Umum
- Manajemen Tarif
- Personalia
- Penggajian
- Keuangan
- Rekam Medis
- Akuntansi