

TANGGUNG JAWAB RUMAH SAKIT TERHADAP PENYELENGGARAAN PROGRAM PENGENDALIAN RESISTENSI ANTIMIKROBA DIHUBUNGKAN DENGAN UPAYA KESEHATAN

Bagus Anom

Alumni Program Studi Magister Ilmu Hukum
Pascasarjana Universitas Islam Bandung
Email : anom.bgs@gmail.com

Abstrak : Berkembangnya masalah resistensi antimikroba di Rumah sakit terjadi akibat proses seleksi yang sangat erat dengan penggunaan antibiotik yang kurang bijak dan penyebaran mikroba resistensi melalui kontak antara penderita dengan petugas kesehatan. Tujuan Penelitian ini adalah untuk menemukan implementasi program pengendalian resistensi antimikroba di rumah sakit dihubungkan dengan pelayanan kesehatan serta tanggung jawab rumah sakit terhadap pelaksanaan program pengendalian resistensi antimikroba. Metode penelitian yang digunakan adalah yuridis normative, spesifikasi penelitian bersifat deskriptif analisis, Teknik pengumpulan data melalui studi kepustakaan. Hasil penelitian terhadap Implementasi program pengendalian dan pencegahan infeksi serta pengendalian resistensi di rumah sakit dalam kaitannya dengan upaya kesehatan dilakukan dengan cara penguatan kapasitas tenaga kesehatan dan masyarakat dalam meningkatkan pengetahuan tentang resistensi antimikroba. Rumah sakit sebagai subjek pelayanan kesehatan dapat dituntut dan dipertanggungjawabkan secara hukum atas kegagalan pelaksanaan program tersebut.

Kata Kunci : Tanggung Jawab, Pengendalian Resistensi, Pelayanan Kesehatan.

Abstract: The development of the problem of antimicrobial resistance in hospitals occurs due to a very close selection process with inadequate use of antibiotics and the spread of resistant microbes through contact between sufferers and health workers. The purpose of this study was to find the implementation of the antimicrobial resistance control program in the hospital associated with health services and the hospital's responsibility for the implementation of the antimicrobial resistance control program. The research method used is juridical normative, the research specification is descriptive analysis, data collection techniques through literature study. The results of research on the implementation of infection control and prevention programs as well as resistance control in hospitals in relation to health efforts are carried out by strengthening the capacity of health workers and the community in increasing knowledge about antimicrobial resistance. Hospitals as health service subjects can be prosecuted and accountable for the failure to implement the program.

Keywords : Responsibility, Resistance Control, Health Services.

A. PENDAHULUAN

1. Latar Belakang

Rumah sakit meskipun merupakan badan usaha baik milik negara ataupun swasta jika dilihat dari bentuk pelayanan

dan jasa yang diberikan merupakan suatu bentuk pelayanan publik. (Alexandra Indriyani Dewi, 2008 : 284). Sebagai

sarana pelayanan kesehatan rumah sakit juga menanggung kewajiban untuk ikut

bertanggung jawab jika terjadi kasus malpraktik di lingkungan rumah sakitnya, hal ini sering dikenal dengan *vicarious liability* yang disebabkan karena hubungan kontraktual antar rumah sakit dengan pihak dokter, perawat atau petugas kesehatan lainnya. Dengan demikian meskipun rumah sakit merupakan badan swasta, tetap memiliki tanggung jawab sosial untuk memikul standar pelayanan publik karena yang dilayani adalah masyarakat luas. Selain itu juga memikul semua tanggung jawab orang-orang yang bekerja di bawah naungannya. (Ibid : 286-287).

Pada era sekarang rumah sakit mempunyai karakteristik dan organisasi yang kompleks serta paradigma yang sudah berubah. Rumah sakit tidak lagi dianggap kebal terhadap segala bentuk gugatan hukum, yang sebelumnya rumah sakit dianggap sebagai lembaga sosial kebal hukum berdasarkan *doctrine of charitable immunity*. Perubahan paradigma tersebut terjadi sejak kasus *Darling vs Charleston Community Memorial Hospital (1965)*, (Sofwan Dahlan, 2014 : 1). Yakni kasus yang bermula mempersamakan institusi rumah sakit sebagai person (subjek hukum) sehingga oleh karenanya dapat dijadikan

target gugatan atas kinerjanya yang merugikan pasien. Pertimbangannya antara lain karena banyak rumah sakit mulai melupakan fungsi sosialnya serta dikelola sebagaimana layaknya sebuah industri dengan manajemen modern, lengkap dengan manajemen risiko.

Perkembangan yang sangat berpengaruh terhadap fungsi dan peran rumah sakit saat ini, menurut Endang Wahyati Yustina (Endang Wahyati Yustina, 2009 : 7-8), adalah bahwa rumah sakit berfungsi untuk mempertemukan dua tugas yang prinsipil yang membedakan dengan institusi lain yang melakukan kegiatan pelayanan jasa. Pertama, rumah sakit merupakan institusi yang mempertemukan tugas yang didasari oleh dalil-dalil etik medik, karena merupakan tempat bekerjanya para professional di bidang medik. Kedua, rumah sakit bertindak sebagai institusi yang bergerak dalam hubungan-hubungan hukum (*rechtsverhouding*) dengan masyarakat yang tunduk pada norma-norma dan etika masyarakat.

Rumah sakit sebagai lembaga pelayanan kesehatan menurut ketentuan Pasal 1367 Kitab Undang-Undang Hukum Perdata (KUHPerdata) mempunyai tanggung jawab atas kerugian yang

dilakukan oleh pegawai atau bawahannya. Jika tenaga kesehatan baik medis maupun nonmedis bekerja untuk rumah sakit, maka mereka berada di bawah mekanisme pengawasan rumah sakit. Ini berarti rumah sakit bertanggung jawab secara hukum atas tindakan dokter dan tenaga kesehatan lainnya yang menyebabkan kerugian kepada pasien. Maka tidak salah jika tuntutan ganti kerugian ditujukan kepada rumah sakit. Selain itu, dalam Pasal 17 ayat (2) Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 290/Menkes/Per/III/2008 Tentang Persetujuan Tindakan Kedokteran ditegaskan bahwa sarana pelayanan kesehatan atau rumah sakit bertanggung jawab atas pelaksanaan persetujuan tindakan kedokteran atau tindakan medis.

Berdasarkan dua ketentuan di atas, menunjukkan bahwa berdasarkan ketentuan hukum perdata direksi atau pimpinan rumah sakit sebagai subyek pelayanan Kesehatan yang memberi pelayanan pengobatan dan perawatan (*cure and care*) bertanggung jawab atas segala peristiwa yang terjadi di rumah sakit, dengan kata lain kesalahan yang dilakukan oleh tenaga kesehatan di dalam rumah sakit dianggap sebagai kesalahan institusi (*corporate negligence*) yang harus

ditanggung oleh rumah sakit tersebut, karena dianggap kurang dapat mengawasi dan mengontrol apa yang dilakukan oleh tenaga medis dan non-medis. Dalam konteks ini pimpinan rumah sakit harus bertanggung jawab untuk mengadakan seleksi terhadap tenaga medis dalam rangka pelayanan kesehatan kepada pasien.

Tanggung jawab rumah sakit tersebut dalam doktrin kesehatan hukum dikenal dengan ajaran *vicarious liability* atau *respondeat superior*, yang artinya tanggung jawab dalam pelayanan medik tidak hanya difokuskan pada tenaga medis atau non-medisnya saja melainkan telah diperluas pada tanggung jawab rumah sakit. Teori ini yang selanjutnya dikenal *corporate liability for all malpractice committed within hospital walls*. (J. Guwandi, 2007 : 20). Purwahid Patrik menyebutkan bahwa tanggung jawab tersebut identik dengan tanggung gugat secara kualitatif. Artinya rumah sakit bertanggung jawab tanpa ada kesalahan atau dapat dikatakan tanggung gugat risiko (*risico aansprakelijkheid*) sebagai lawan dari tanggung gugat berdasarkan kesalahan. (Purwahid Patrik, 2001 : 13).

Selanjutnya dalam Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah

Sakit (selanjutnya disebut Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009) mengenai tanggung jawab rumah sakit secara eksplisit telah ditegaskan dalam ketentuan Pasal 46 yang menyatakan bahwa, “Rumah sakit bertanggung jawab secara hukum terhadap segala kerugian yang ditimbulkan atas kelalaian yang dilakukan oleh tenaga kesehatan dirumah sakit”.

Rumah sakit bertanggung jawab atas permasalahan global yang kini menjadi sorotan *World Health Organization* (WHO) yaitu masalah resistensi antimikroba terutama resistensi antibiotik. Adapun pengertian resistensi antimikroba adalah kemampuan mikroba untuk bertahan hidup terhadap efek antimikroba sehingga tidak efektif dalam penggunaan klinis, oleh karena itu diperlukan pengendalian resistensi antimikroba yang merupakan aktivitas yang ditujukan untuk mencegah dan/atau menurunkan adanya kejadian mikroba resisten. (WHO, 2001 : 1).

Penggunaan antimikro khususnya antibiotik yang tidak rasional dan tidak terkendali merupakan sebab utama timbul dan menyebarnya resistensi antimikroba secara global, termasuk munculnya mikroba yang multiresisten terhadap sekelompok antibiotik terutama di

lingkungan rumah sakit (*health care associated infection*). Masalah yang dihadapi sangat serius dan bila tidak ditanggapi secara sungguh-sungguh, akan timbul dampak yang merugikan seperti pada era preantibiotik. Akibat dari resistensi antibiotika yaitu pengobatan pasien menjadi gagal atau tidak sembuh, biaya jadi meningkat karena LOS (*long of stay*) lebih lama dan jenis antibiotika beragam serta keberhasilan program kesehatan masyarakat dapat terganggu. (R.E. Utami, “*Antibiotika, Resistensi dan Rasionalitas Terapi.*” *Jurnal El-Hayah*. Volume 1(4), Agustus 2011 : 192).

Salah satu contoh kegagalan program pengendalian resistensi antimikroba yang cukup terkenal adalah kasus bakteremia Gram negatif yang terjadi di Jerman pada tahun 1983. Bakteri Gram negatif yang paling sering diisolasi di ICU anak adalah *Pseudomonas aeruginosa*, *Escherichia coli*, *Enterobacter cloacae*, dan *Klebsiella pneumoniae*. Sumber bakteremia tersering adalah infeksi saluran kemih dan pneumonia. (Garcia-Rodriguez JA, Jones RN, “*Antimicrobial resistance in Gram-negative isolates from European Intensive Care Units: data from the Meropenem Yearly Susceptibility Test Information Collection (MYSTIC) Programme.*” *J*

Chemotherapy journal, volume 14, 2002 : 28). *Enterobacteriaceae* penghasil enzim *extended spectrum blactamases* (ESBL) resisten terhadap cefotaxime pertama kali ditemukan adalah *Klebsiella* dan *Serratia* Jerman pada tahun 1983. Dalam beberapa tahun, ESBL pada *E.coli*, *Acinetobacter sp*, dan *Klebsiella sp* sudah tersebar di seluruh Eropa. (Bush K. Beta-lactamases and ESBL. Dikutip dari tayangan presentasi pada 4th *International Symposium on Antimicrobial Agents and Resistance (ISAAR) 2003*, Seoul-Korea, 16-18 Juli, 2003).

Berkembangnya masalah resistensi antimikroba adalah akibat proses seleksi yang sangat erat hubungannya dengan penggunaan antibiotik yang kurang bijak dan penyebaran mikroba resistensi melalui kontak antara penderita dengan petugas kesehatan terutama bila mengabaikan kewaspadaan standar (*standar precaution*). Penggunaan antibiotik yang kurang bijak oleh petugas kesehatan inilah yang merupakan dasar rumah sakit dapat dimintakan pertanggungjawabannya secara hukum berdasarkan Pasal 46 Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 yang pada prinsipnya sesuai dengan doktrin *corporate liability*. Rumah sakit

bertanggung jawab terhadap kegagalan penyelenggaraan program pengendalian resistensi antimikroba yang merugikan pasien.

2. Identifikasi Masalah

Berdasarkan latar belakang yang telah diuraikan penulis, identifikasi masalah yang akan dibahas adalah sebagai berikut:

1. Bagaimana implementasi program pengendalian resistensi antimikroba di rumah sakit dihubungkan dengan pelayanan kesehatan?
2. Bagaimana tanggung jawab rumah sakit terhadap pelaksanaan program pengendalian resistensi antimikroba dihubungkan dengan pelayanan kesehatan?

3. Tujuan Penelitian

1. Untuk menemukan implementasi program pengendalian resistensi antimikroba di rumah sakit dihubungkan dengan pelayanan kesehatan.
2. Untuk menemukan tanggung jawab rumah sakit terhadap pelaksanaan program pengendalian resistensi antimikroba dihubungkan dengan pelayanan kesehatan.

4. Metode Penelitian

Pendekatan yang digunakan dalam penelitian ini adalah yuridis normatif atau penelitian hukum normatif, yakni dengan mempelajari dan menelaah hukum sebagai suatu kaidah atau sistem kaidah-kaidah hukum normatif di bidang hukum. (Johny Ibrahim, 2005 : 49-52).

Dalam penyusunan dan penulisan penelitian ini dipergunakan spesifikasi penelitian yang bersifat deskriptif analitis. Penelitian deskriptif analitis berupaya mengungkapkan aturan perundang-undangan yang berkaitan dengan teori-teori hukum yang menjadi objek penelitian. Demikian juga hukum dalam pelaksanaannya di masyarakat yang berkenaan dengan objek penelitian.

Teknik pengumpulan data dalam penelitian ini dilakukan melalui cara penelitian kepustakaan (*Library Research*) melalui penelusuran bahan pustaka. (Soerjono Soekanto, 2001 : 14). Bahan pustaka tersebut meliputi bahan hukum primer (*primer sources of authorities*) berupa ketentuan perundang-undangan, bahan hukum sekunder (*secondary sources of authorities*) berupa buku-buku teks,

litaratur dan tulisan-tulisan para ahli pada umumnya. Selain itu dilakukan penelusuran landasan teoritis berupa pendapat-pendapat para ahli atau informasi dari pihak berwenang. (Op.Cit : 47-56). Bahan-bahan yang dikumpulkan dianalisis dengan menggunakan teknik analisis kualitatif normatif yaitu dengan cara melakukan penafsiran, korelasi, dan perbandingan terhadap-bahan-bahan hukum.

B. PEMBAHASAN

1. Implementasi Program Pengendalian Resistensi Antimikroba di Rumah Sakit Dihubungkan dengan Pelayanan Kesehatan

Rumah sakit merupakan tempat menyelenggarakan upaya kesehatan yaitu setiap kegiatan untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan serta bertujuan untuk mewujudkan derajat kesehatan yang optimal bagi masyarakat. Upaya kesehatan dilakukan dengan pendekatan pemeliharaan, peningkatan kesehatan (promotif), pencegahan penyakit (preventif), penyembuhan penyakit (kuratif) dan pemulihan (rehabilitatif) yang dilaksanakan secara serasi dan terpadu serta berkesinambungan. (C.P.J. Siregar, 2003 : 90-91).

Setiap upaya keselamatan dalam pelayanan medis di rumah sakit tidak dapat dipisahkan dengan upaya standarisasi pelayanan medis, karena itu pelayanan medis di rumah sakit wajib mempunyai standar pelayanan medis yang kemudian perlu ditindaklanjuti dengan penyusunan standar prosedur operasional. Tanpa ada standar sulit untuk melakukan pengukuran mutu pelayanan. (Wiku Adisasmito, 2008 : 17).

Salah satu dampak dari resistensi bakteri ini adalah semakin terbatasnya pilihan antibiotika untuk mengatasi infeksi-infeksi yang berat. Keadaan ini tentu sangat mengkhawatirkan karena umumnya pasien yang dirawat di ICU menderita infeksi berat. Selain memberikan dampak biaya yang cukup besar serta meningkatkan mortalitas dan morbiditas. Berbagai penelitian melaporkan bahwa pasien-pasien yang terinfeksi oleh bakteri yang resisten umumnya memiliki *outcome* yang buruk serta terpaksa harus dirawat lebih lama di rumah sakit daripada pasien penderita infeksi lainnya. (Taralan Tambunan,

www.cridtrophid.files.wordpress.com)

Pemerintah telah mengeluarkan aturan untuk menanggulangi kejadian resistensi terhadap antimikroba ini melalui Permenkes Nomor 8 Tahun 2015. Permenkes ini merupakan dasar hukum penanggulangan resistensi terhadap antimikroba yang banyak terjadi di rumah sakit. Permenkes Nomor 8 Tahun 2015 adalah hukum, artinya betapa pun kerasnya hukum itu ia tetaplah hukum yang harus dipatuhi.

Pasal 2 Permenkes Nomor 8 Tahun 2015 menjelaskan bahwa, “Peraturan Menteri ini digunakan sebagai acuan bagi rumah sakit dalam upaya pengendalian resistensi antimikroba agar Program Pengendalian Resistensi Antimikroba di Rumah Sakit berlangsung secara baku, terukur, dan terpadu.” Hal ini menunjukkan adanya suatu perintah hukum bagi rumah sakit untuk melaksanakan Program Pengendalian Resistensi Antimikroba. Rumah sakit wajib mencegah terjadinya resistensi bakteri terhadap antibiotika.

Selanjutnya, dalam Pasal 3 Permenkes Nomor 8 Tahun 2015 dijelaskan beberapa strategi Program

Pengendalian Resistensi Antimikroba dilakukan dengan cara:

1. Mengendalikan berkembangnya mikroba resisten akibat tekanan seleksi oleh antibiotik, melalui penggunaan antibiotik secara bijak.
2. Mencegah penyebaran mikroba resisten melalui peningkatan ketaatan terhadap prinsip pencegahan dan pengendalian infeksi.

Program pengendalian resistensi antimikroba di beberapa rumah sakit di Indonesia telah dibentuk namun implementasinya di lapangan belum memuaskan. Dampaknya terhadap peningkatan kualitas penggunaan antibiotik belum tampak secara signifikan. Demikian juga pola resistensi kuman belum menurun secara jelas. Begitupun hasil audit kuantitatif yang dikeluarkan oleh beberapa departemen belum memuaskan. Berbagai kendala yang dapat diidentifikasi antara lain yaitu:

1. Tugas dan peran POKJA-PPRA di tingkat Departemen/Instansi/UPT masih kurang.
2. Diseminasi dan sosialisasi sangat lamban, demikian juga tanggapan

para dokter klinik baik Dokter Penanggung Jawab Pelayanan (DPJP) maupun Peserta Program Dokter Spesialis (PPDS) masih kurang, mungkin akibat beban kerja yang sudah berat sehingga kinerja mereka dalam hal yang berhubungan dengan PPRA sering terabaikan.

3. Perangkat hukum yang mengatur program pengendalian resistensi antimikroba di atas pada dasarnya masih bersifat normatif sehingga belum menjamin terselenggaranya program pengendalian resistensi antimikroba secara baku, terukur, dan terpadu di rumah sakit. Permenkes Nomor 8 Tahun 2015 ini sama sekali tidak memuat perihal sanksi di dalamnya sehingga pelaksanaannya kurang efektif. Setelah beberapa hal diatur dengan baik mulai dari otoritas dan pengawasan, seharusnya suatu peraturan juga memuat sanksi yang berlaku apabila terjadi pelanggaran. Tidak adanya aturan tentang sanksi menjadikan peraturan ini minor. Dengan demikian, pemerintah tidak memiliki tindakan tegas dan tidak bisa bertindak tegas apabila terjadi

suatu pelanggaran, karena peraturan ini tidak menetapkan sanksi apapun. Dengan demikian apabila sesuatu telah dirumuskan dalam suatu norma hukum dan terjadi pengabaian terhadap suatu peraturan tersebut, maka hal tersebut merupakan kegagalan dalam hukum atau hilangnya efektivitas norma tersebut.

Berdasarkan tersebut di atas maka rumah sakit dalam implementasi program pengendalian resistensi antimikroba dihubungkan dengan pelayanan kesehatan dapat dilakukan dengan beberapa cara, yaitu:

1. Pemakaian Obat yang Rasional

Salah satu tanggung jawab rumah sakit dalam pelaksanaan program pengendalian resistensi antimikroba adalah subsistem sediaan farmasi, alat kesehatan, dan perbekalan kesehatan di rumah sakit. Subsistem ini merupakan tatanan yang menghimpun berbagai upaya yang menjamin ketersediaan, pemerataan, serta mutu obat dan perbekalan kesehatan secara terpadu dan saling mendukung guna mencapai derajat kesehatan masyarakat yang

setinggi-tingginya. (Wiku Adisasmito, Op.Cit : 162).

Pada subsistem ini terdapat tiga unsur utama yang harus dipenuhi oleh pemerintah yaitu jaminan ketersediaan, jaminan pemerataan serta jaminan mutu obat dan perbekalan kesehatan. Jaminan ketersediaan obat dan perbekalan kesehatan merupakan upaya perencanaan kebutuhan obat dan perbekalan kesehatan sesuai dengan jenis dan jumlah yang dibutuhkan oleh masyarakat. Jaminan pemerataan obat dan perbekalan kesehatan tertentu merupakan upaya penyebaran obat dan perbekalan kesehatan secara merata dan berkesinambungan sehingga mudah di peroleh dan terjangkau oleh masyarakat. Jaminan mutu obat dan perbekalan kesehatan, merupakan upaya menjamin khasiat, keamanan serta keabsahan obat dan perbekalan kesehatan serta sediaan farmasi lainnya sejak dari produksi hingga pemanfaatannya.

2. Melaksanakan Standar Pelayanan Medis

Penyelenggaraan pelayanan kesehatan di Rumah Sakit mempunyai karakteristik dan organisasi yang sangat kompleks. Berbagai jenis tenaga kesehatan dengan perangkat keilmuannya masing-masing berinteraksi satu sama lain. Ilmu pengetahuan dan teknologi kesehatan/kedokteran berkembang sangat pesat yang harus diikuti oleh tenaga kesehatan dalam rangka pemberian pelayanan yang bermutu, membuat semakin kompleksnya permasalahan dalam rumah sakit.

Standar pelayanan medis masih sering disebut sebagai pedoman diagnosis dan terapi yang dibuat oleh masing-masing SMF dikoordinir oleh komite medik dan ditetapkan oleh direktur utama rumah sakit. Pelaksanaan standar pelayanan medis yang berkaitan dengan penggunaan antibiotika ini sudah berjalan, walaupun masih belum optimal. Adapun hambatan dalam pelaksanaannya adalah ketersediaan antibiotik berbasis standar pelayanan medis tidak ada di dalam formularium. *Clinical Pathway* yang dibuat oleh SMF

masih terbatas pada kasus-kasus sederhana sebagai salah satu cara untuk meningkatkan penggunaan obat antibiotika secara rasional.

3. Optimalisasi Peran dan Fungsi Tim PPRA

Peranan tim PPRA dalam implementasi kebijakan penggunaan antibiotika di rumah sakit memegang peranan yang sangat penting. Tim inilah yang sebagai koordinator dengan empat pilarnya dalam kegiatan pelaksanaan penggunaan antibiotika dan juga mencegah resistensi antibiotika di rumah sakit. Tim PPRA berkoordinasi dengan empat pilar yaitu Tim Mikrobiologi Klinik yang berkordinasi dengan Departemen Patologi Klinik, Panitia Farmasi-Terapi, Tim Farmasi Klinik dan Tim Panitia Pengendalian Infeksi di Rumah Sakit (PPIRS). Salah satu tugas utama tim PPRA adalah penyusunan Pedoman Penggunaan Antibiotik (PPAB). (Taralan Tambunan, Loc.Cit).

4. Evaluasi Program Pengendalian Resistensi Antimikroba

Hal tersebut membutuhkan kebijakan dan program pengendalian antibiotik yang efektif. Salah satu kebijakan dalam pelaksanaan program pengendalian resistensi antimikroba adalah dengan melakukan evaluasi. Dari titik inilah dapat dinilai apakah program pengendalian resistensi antimikroba dapat dikatakan berhasil atau gagal.

Worthen dan Sanders (Worthen B.R, James R. Sanders, 1981 : 19), memberikan pendapat tentang definisi evaluasi yakni, *“Evaluation is the determination of the worth of a thing. It includes obtaining information for use in judging the worth of a program product, procedure, or objective, or of the potential utility of alternative approaches designed to attain specified objectives”*. Evaluasi merupakan penentuan nilai suatu hal, yang meliputi pengumpulan informasi yang digunakan untuk memutuskan nilai keberhasilan suatu program, produk, prosedur, tujuan, atau manfaat yang pada desain pendekatan alternatif untuk

mempertahankan tujuan khusus. Dari pernyataan di atas mengimplikasikan adanya standar atau kriteria tertentu yang digunakan untuk menentukan nilai serta adanya sesuatu yang dinilai. Standar yang dimaksud adalah standar keberhasilan suatu program dikatakan berhasil, dan yang dinilai adalah dampak atau hasil yang dinilai atau dicapai oleh program itu sendiri.

Evaluasi juga sering dilakukan untuk mengetahui keberhasilan atau kegagalan suatu kegiatan. Proses evaluasi suatu pelaksanaan kegiatan dapat menunjukkan informasi tentang sejauh mana kegiatan itu telah dilaksanakan atau hal-hal yang telah dicapai. Standart atau kriteria yang telah ditentukan sebelumnya dapat dijadikan acuan untuk melihat ketercapaian suatu program, kesesuaian dengan tujuan, keefektifan, keefisienan, dan hambatan yang dijumpai dalam sebuah program.

Berdasarkan Permenkes Nomor 8 Tahun 2015, rumah sakit (Tim/Komite PPRA) menetapkan

dan melaksanakan evaluasi dan analisis indikator mutu Program Pengendalian Resistensi Antimikroba sesuai peraturan perundang-undangan meliputi:

- a. Perbaikan kuantitas penggunaan antibiotik.
- b. Perbaikan kualitas penggunaan antibiotik.
- c. Peningkatan mutu penanganan kasus infeksi secara multidisiplin dan terintegrasi.
- d. Penurunan angka infeksi rumah sakit yang disebabkan oleh mikroba resisten.
- e. Indikator mutu Program Pengendalian Resistensi Antimikroba terintegrasi pada indikator mutu PMKP.

5. Sosialisasi Program Pengendalian Resistensi Antimikroba

Sosialisasi merupakan proses bimbingan individu ke dalam dunia sosial. Sosialisasi dilakukan dengan mendidik individu tentang kebudayaan yang harus dimiliki dan diikutinya, agar ia menjadi anggota yang baik dalam masyarakat dan dalam berbagai kelompok khusus, sosialisasi dapat dianggap sama

dengan pendidikan. (S. Nasution, 2009 : 126).

Promosi dan sosialisasi kegiatan PPRA ditargetkan terutama terhadap anggota PPRA sendiri sebagai ujung tombak pelaksanaan program di lapangan. Target selanjutnya adalah para klinisi, para anak didik peserta program pendidikan dokter spesialis dan para mahasiswa kedokteran di tingkat klinik. Dengan diadakannya sosialisasi ini diharapkan bisa memberikan edukasi bagi *stakeholders* terhadap penggunaan obat. Selain itu, *stakeholders* menjadi lebih paham dan sadar terhadap pentingnya penggunaan obat yang benar.

Sosialisasi Program Pengendalian Resistensi Antimikroba ini juga perlu dilakukan pada masyarakat. Sosialisasi dilakukan dengan cara penyuluhan akan resistensi antibiotik sehingga pemberian antibiotik sesuai dengan syarat pemberian antibiotik rasional dan juga dapat meningkatkan pengetahuan masyarakat akan pentingnya mencegah munculnya

resistensi obat. Peran yang dapat diberikan oleh masyarakat adalah selalu menggunakan antibiotik sesuai dan selalu dengan resep dokter, tidak meminta diresepkan antibiotik bila tidak diperlukan, dan mencegah terjadinya infeksi dengan melakukan sanitasi, menjaga higienitas, mengikuti program vaksinasi dari pemerintah, dan program pencegahan infeksi lainnya.

2. Tanggung Jawab Rumah Sakit Terhadap Pelaksanaan Program Pengendalian Resistensi Antimikroba Dihubungkan dengan Pelayanan Kesehatan

Rumah sakit sebagai sarana kesehatan yang menyelenggarakan upaya kesehatan tidak hanya melaksanakan upaya kesehatan kuratif dan rehabilitatif, tetapi seiring dengan perkembangan teknologi dan ilmu pengetahuan serta sosial budaya diperlukan juga pelayanan preventif dan promotif. Pelayanan rumah sakit diharapkan lebih efisien dan efektif dalam pengelolaan dan mutu pelayanannya dengan turut memperhatikan fungsi sosialnya. (Soejitno S. Alkatiri, 2007 : 7).

Rumah sakit sebagai salah satu sarana kesehatan yang memberikan

pelayanan kesehatan kepada masyarakat memiliki peran yang sangat strategis dalam mempercepat peningkatan derajat kesehatan masyarakat. Dalam menjalankan fungsinya rumah sakit memiliki standar pelayanan. Standar pelayanan rumah sakit adalah penyelenggaraan pelayanan manajemen rumah sakit, pelayanan medik, pelayanan penunjang dan pelayanan keperawatan baik rawat inap maupun rawat jalan yang minimal harus diselenggarakan oleh rumah sakit. (Permenkes Nomor 228/Menkes/SK/III/2002 Tentang Pedoman Penyusunan Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit yang Wajib Dilaksanakan Daerah : 153).

Di rumah sakit, penggunaan antibiotik yang tidak perlu atau berlebihan mendorong berkembangnya resistensi dan multipel resisten terhadap bakteri tertentu yang akan menyebar melalui infeksi silang. Terdapat hubungan antara penggunaan (atau kesalahan penggunaan) antibiotik dengan timbulnya resistensi bakteri penyebab infeksi nosokomial. Resistensi tidak dapat dihilangkan, tetapi dapat diperlambat melalui penggunaan antibiotik yang bijak. Hal

tersebut membutuhkan kebijakan dan program pengendalian antibiotik yang efektif.

Menurut peneliti, kurang optimalnya implementasi program pengendalian resistensi antimikroba disebabkan oleh kelalaian yang dilakukan petugas kesehatan di rumah sakit sehingga merugikan pasien dan masyarakat. Hal ini didasarkan pada masih banyak petugas kesehatan yang melanggar kebijakan tentang pengendalian resistensi antimikroba berdasarkan Permenkes Nomor 8 Tahun 2015. Adapun dampak kurang optimalnya pengendalian resistensi antimikroba di rumah sakit sangat merugikan pasien dan masyarakat. Dampak yang ditimbulkan dari resistensi antimikroba itu sendiri adalah:

1. Mengancam upaya pencegahan dan pengobatan efektif untuk berbagai infeksi yang terus meningkat, yang disebabkan oleh bakteri, parasit, virus dan jamur.
2. Mutu pelayanan kesehatan menurun, karena lama perawatan memanjang, resiko kematian tinggi.

3. Mengancam upaya pengobatan modern (seperti operasi open heart, transplantasi organ).
4. Meningkatkan beban ekonomi, karena perpanjangan lama rawat inap, penggunaan antimikroba yang lebih mahal dan lebih lama.

Dampak yang ditimbulkan resistensi antimikroba di atas jelas sangat merugikan pasien dan masyarakat. Oleh karena itu, berdasarkan Pasal 46 Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009, rumah sakit bertanggung jawab secara hukum atas pengendalian resistensi antimikroba.

Penyelenggaraan pengelolaan atau manajemen rumah sakit, harus memperhatikan mutu pelayanan kesehatan dalam deklarasi internasional tentang *human right dan social welfare* (Piagam PBB 1945 dan *United Declaration Human Right 1948*) dan dikembangkan dalam *Declaration of Helsinki 1964*, yang kemudian disempurnakan dan diperbaharui oleh hasil kongres "*The 29*" of *World Medical Assembly, Tokyo 1975*" yang dikenal dengan nama Helsinki Baru 1976. Penyelenggaraan kegiatan manajemen rumah sakit, sejak tahun 1976 harus melaksanakan dasar filosofi

hukum dan doktrin pengembangan “standar profesi dan akreditasi pelayanan kesehatan”. (Nusye KI Jayanti, 2009 : 24). Berdasarkan kesepakatan PBB, UDHR, Helsinki, WMA, Tokyo 1975, manajemen rumah sakit harus memiliki lima norma moral yang asasi, yaitu *the right to information; the right to self determination; the right to health care; the right to protect of privacy; the right to second opinion*.

Kelima norma kesehatan tersebut menjadi tanggung jawab wajib bagi manajemen rumah sakit dan bersifat hakiki yang menjadi nilai norma pelayanan kesehatan di rumah sakit. Hubungan rumah sakit dan pasien serta dokter sudah menjadi standar internasional yang tercakup dalam *Hospital Patient's Charter 1979*, yang di dalamnya terdiri dari tiga norma moral, yaitu menghormati pasien; standar profesi; dan fungsi dan tanggung jawab sosial untuk pelayanan kesehatan rumah sakit. Pengelolaan rumah sakit harus selalu mengedepankan norma-norma tersebut di atas sesuai dengan standar internasional yang mengacu pada “*Hospital Patient's Charter 1979*”

yang diperluas dengan keberlakuan dengan “*The Declaration of Lisbon 1981*,” yang mengatur berkaitan dengan berbagai hak dan kewajiban pasien dan dokter atau rumah sakit.

Saat ini, tugas, fungsi dan kewajiban serta penyelenggaraan rumah sakit di Indonesia, diatur dalam Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit. Tugas rumah sakit adalah memberikan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna. Dengan adanya tugas rumah sakit tersebut, maka selanjutnya fungsi rumah sakit di Indonesia ditentukan, sebagai berikut:

1. Menyelenggarakan pelayanan pengobatan dan pemulihan kesehatan sesuai dengan standar pelayanan rumah sakit.
2. Pemeliharaan dan peningkatan kesehatan perorangan melalui pelayanan kesehatan yang paripurna tingkat kedua dan ketiga sesuai dengan kebutuhan medis.
3. Penyelenggaraan pendidikan dan pelatihan sumber daya manusia dalam rangka peningkatan kemampuan dalam pemberian pelayanan kesehatan.

4. Penyelenggaraan penelitian dan pengembangan serta penapisan teknologi bidang kesehatan dalam rangka peningkatan pelayanan kesehatan dengan memperhatikan etika ilmu pengetahuan bidang kesehatan.

Sehubungan dengan tugas dan fungsi rumah sakit tersebut, maka rumah sakit mempunyai kewajiban-kewajiban, yaitu hal-hal yang harus diperbuat atau sesuatu hal yang harus dilaksanakan. Kewajiban terdiri kewajiban sempurna dan kewajiban tidak sempurna. Kewajiban sempurna yaitu kewajiban yang selalu dikaitkan dengan hak orang lain, sedangkan kewajiban tidak sempurna adalah kewajiban yang tidak terkait dengan hak orang lain. Kewajiban sempurna dasarnya adalah kewajiban, dan kewajiban tidak sempurna dasarnya adalah moral. Dari aspek hukum, kewajiban adalah segala bentuk beban yang diberikan atau ditentukan oleh hukum kepada orang atau badan hukum. (Marwan, Jimmy, 2009 : 422).

Berkaitan dengan dengan kurang optimalnya pengendalian resistensi antimikroba di rumah sakit termasuk ke dalam malpraktik medik karena

petugas kesehatan telah gagal melakukan pelayanan kesehatan kepada masyarakat sehingga terjadi kegagalan implementasi program pengendalian resistensi antimikroba yang dapat menimbulkan kerugian bagi pasien dan masyarakat.

Berdasarkan Pasal 46 Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit, yang menentukan bahwa rumah sakit bertanggung jawab secara hukum terhadap semua kerugian yang ditimbulkan atas kelalaian tenaga kesehatan di rumah sakit. Ketentuan pasal ini menjadi dasar yuridis bagi seseorang untuk meminta tanggung jawab pihak rumah sakit jika terjadi kelalaian tenaga kesehatan yang menimbulkan kerugian.

Secara filosofi, Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 dibuat dengan tujuan untuk mempermudah akses masyarakat untuk mendapatkan pelayanan kesehatan; dapat memberikan perlindungan terhadap keselamatan pasien, masyarakat, lingkungan rumah sakit dan sumber daya di rumah sakit; dan dapat meningkatkan mutu, mempertahankan standar pelayanan rumah sakit, serta memberikan kepastian hukum kepada

pasien, masyarakat, sumberdaya manusia rumah sakit dan pihak rumah sakit. (Bahder Johan Nasution, Op.Cit., : 81).

Ketentuan Pasal 46 Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 akan dapat menggembirakan bagi masyarakat ataupun khususnya pasien, sebab jika seseorang/pasien menderita kerugian akibat terdampak resistensi antimikroba akan mendapat ganti rugi. Pengalaman praktik ternyata tidak mudah menggugat kepada rumah sakit. Namun demikian, ketentuan tentang tanggung jawab rumah sakit ini, sebagai awal titik terang dasar legalitas bagi masyarakat untuk mendapatkan ganti rugi yang diakibatkan atas tindakan kelalaian petugas kesehatan di rumah sakit sehingga terjadi resistensi antimikroba.

Berdasarkan kelalaian petugas kesehatan dalam implementasi program pengendalian resistensi antimikroba ini, perlu dilakukan penelusuran apakah semua jenis kelalaian petugas kesehatan akan menjadi tanggung jawab pihak rumah sakit sebagaimana dimaksudkan dalam ketentuan Pasal 46 Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009. Dengan kata lain dapat

dipertanyakan, bagaimana syarat-syarat kelalaian petugas kesehatan yang menjaditanggung jawab pihak rumah sakit sebagaimana dikehendaki Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009.

Ketentuan tentang rumah sakit bertanggung jawab atas kerugian pasien atau masyarakat akibat kelalaian petugas kesehatan ini, dapat menimbulkan implikasi lebih lanjut bagi pihak rumah sakit, petugas kesehatan maupun bagi pasien (masyarakat). Rumah sakit perlu mengetahui bentuk kelalaian petugas kesehatan yang menjadi tanggung jawab rumah sakit dan bentuk kelalaian petugas kesehatan yang tidak menjadi tanggung jawab rumah sakit. Implikasi bagi petugas kesehatan, yaitu petugas kesehatan tentunya untuk tetap berhati-hati dan tidak gegabah walaupun rumah sakit akan bertanggung jawab atas kelalaiannya.

Penyelenggaraan manajemen kesehatan di rumah sakit, terdapat pengelolaan yang berkaitan dengan tiga hal yang merupakan tanggung jawab rumah sakit secara umum. Tiga hal tersebut yaitu pengelolaan rumah sakit yang berkaitan dengan personalia;

pengelolaan rumah sakit yang berkaitan dengan pelaksanaan tugas; dan pengelolaan yang berkaitan dengan *duty of care*. (Husein Kerlaba, 1993 : 97).

Ketentuan Pasal 46 Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 ini menjadi dasar yuridis bagi seseorang untuk meminta tanggung jawab pihak rumah sakit jika terjadi kelalaian petugas kesehatan yang menimbulkan kerugian. Berdasarkan rumusan Pasal 46 Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tersebut, dapat ditafsirkan beberapa hal sebagai berikut:

1. Rumah sakit bertanggung jawab terhadap kerugian, sebatas akibat dari kelalaian tenaga kesehatan di rumah sakit.
2. Rumah sakit tidak bertanggung jawab semua kerugian seseorang, jika ternyata terbukti tidak ada tindakan kelalaian dari tenaga kesehatan di rumah sakit.
3. Rumah sakit tidak bertanggung jawab terhadap tindakan kesengajaan tenaga kesehatan yang menimbulkan kerugian seseorang bukan menjadi tanggung jawab rumah sakit.

4. Rumah sakit bertanggung jawab terhadap tindakan kelalaian tenaga kesehatan, jika kelalaian tersebut dilakukan dan terjadi di rumah sakit.

Rumah sakit sebagai badan hukum (korporasi) dapat dituntut dan dipertanggungjawabkan atas kegagalan pelaksanaan program pengendalian resistensi antimikroba di rumah sakit. , Sebagaimana yang diatur dalam Pasal 32 huruf q Undang-Undang No. 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit berbunyi: “Setiap pasien mempunyai hak: menggugat dan/atau menuntut Rumah Sakit apabila Rumah Sakit diduga memberikan pelayanan yang tidak sesuai dengan standar baik secara perdata ataupun pidana;”.

Selain itu, Pimpinan Rumah sakit sebagai badan hukum bertanggung jawab terhadap perbuatan orang-orang yang berada di bawah tanggungannya atau benda-benda yang berada di bawah pengawasannya. Pasal 1367 KUH Perdata berbunyi:

Seseorang tidak hanya bertanggung jawab, atas kerugian yang disebabkan perbuatannya sendiri, melainkan juga atas kerugian yang disebabkan perbuatan-perbuatan orang-

orang yang menjadi tanggungannya atau disebabkan barang-barang yang berada di bawah pengawasannya.

Berdasarkan uraian di atas, tampak tidak mudah untuk menentukan jenis kelalaian petugas kesehatan yang mengakibatkan kegagalan pengendalian resistensi antimikroba dan akan menjadi tanggung jawab rumah sakit. Jika terjadi malpraktik, maka dilakukan klarifikasi terlebih dahulu termasuk malpraktik medik atau malpraktik di bidang medik. Jika ternyata merupakan malpraktik medik, akan diteliti pula sejauhmana petugas kesehatan dalam melaksanakan pengendalian resistensi antimikroba. Jika tenaga kesehatan telah melakukan sesuai standar, dan tidak ada tindakan kelalaian serta telah sesuai dengan peraturan perundang-undangan yang berlaku, maka akan sulit dikatakan ada malpraktik. Namun demikian, dengan adanya ketentuan dalam Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009, yang mengatur bahwa rumah sakit akan bertanggung jawab secara hukum terhadap kelalaian petugas kesehatan, maka menurut penulis sangat wajar jika terjadi kegagalan pengendalian

resistensi antimikroba akan menjadi tanggung jawab pihak rumah sakit, dan bukan menjadi tanggung jawab petugas kesehatan. Pihak rumah sakit sebagai pengelola pelayanan kesehatan masyarakat, dengan untuk melindungi pasien dan masyarakat serta melindungi sumber daya di rumah sakit, maka sesuai dengan ketentuan Pasal 46 Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 sebagai pihak yang bertanggung jawab secara hukum.

Pihak rumah sakit dapat digugat sebagai akibat dari adanya kegagalan pengendalian resistensi antimikroba yang merugikan masyarakat dan pasien, jika dipenuhi beberapa syarat:

1. Petugas kesehatan secara periodik digaji/honor tetap yang dibayar secara periodik dari pihak rumah sakit.
2. Rumah sakit mempunyai wewenang untuk memberikan instruksi yang harus ditaati oleh bawahannya.
3. Rumah sakit mempunyai kewenangan untuk mengadakan pengawasan terhadap petugas kesehatan.
4. Adanya kesalahan atau kelalaian yang diperbuat petugas kesehatan

di rumah sakit, di mana kesalahan atau kelalaian tersebut menimbulkan kerugian bagi pasien.

5. Tindakan petugas kesehatan yang dilakukan dalam kompetensinya dan di bawah pengawasan rumah sakit, maka rumah sakit akan bertanggung jawab atas tindakan petugas kesehatan tersebut. Namun jika tindakan itu di luar kompetensi dan tidak di bawah pengawasan rumah sakit, maka pihak rumah sakit dapat mengelak untuk bertanggung jawab

C. PENUTUP

1. Simpulan

- 1) Implementasi program pengendalian dan pencegahan infeksi serta pengendalian resistensi di rumah sakit dalam kaitannya dengan upaya kesehatan dititikberatkan pada promotif-preventif yang dilihat dari dua sisi, yaitu tenaga kesehatan dan masyarakat sebagai komunitas. Hal ini dilakukan dengan cara penguatan kapasitas tenaga kesehatan dan masyarakat dalam meningkatkan pengetahuan tentang resistensi antimikroba. Adapun upaya kuratif-rehabilitatif dijalankan dengan cara perbaikan

kuantitas penggunaan antibiotik, perbaikan kualitas penggunaan antibiotik, peningkatan mutu penanganan kasus infeksi secara multidisiplin dan terintegrasi, dan penurunan angka infeksi rumah sakit yang disebabkan oleh mikroba resisten.

- 2) Rumah sakit sebagai subjek pelayanan kesehatan dapat dituntut dan dipertanggungjawabkan atas kegagalan pelaksanaan program pengendalian resistensi antimikroba di rumah sakit, berdasarkan ajaran atau doktrin pembenaran korporasi dibebani pertanggungjawaban berdasarkan prinsip *strict liability*. Menurut ajaran ini, pertanggungjawaban pidana dibebankan kepada yang bersangkutan tidak perlu dibuktikan adanya kesalahan (kesengajaan atau kelalaian) pada pelakunya. Ajaran ini diterapkan terhadap perbuatan-perbuatan yang sangat merugikan kepentingan publik (masyarakat pada umumnya).

2. Saran

1. Penggunaan antibiotik harus secara bijak, yaitu sesuai dengan indikasi dan dosis yang tepat. Semua rumah sakit harus menjalankan program

ini, dalam mendukung pengendalian resistensi antimikroba dan meningkatkan pelayanan kesehatan di Indonesia. Serta Dokter harus dapat memastikan terlebih dulu penyakit infeksi pasien sebelum memberikan antibiotik, menggunakan terapi empirik terlebih dulu dan setelah pasti baru menggunakan terapi definitif. Serta diharapkan para tenaga kesehatan dapat memberikan informasi yang benar kepada pasien dan masyarakat khususnya tentang penggunaan obat antibiotika.

2. Pemerintah harus terus memberikan pengawasan dan sosialisasi untuk program pelayanan kesehatan khususnya program pengendalian resistensi antimikroba, baik di masyarakat maupun di komunitas. Hal tersebut untuk mendukung implementasi pengendalian resistensi antimikroba di Indonesia dan di dunia pada umumnya.

DAFTAR PUSTAKA

A. Buku :

- Alexandra Indriyani Dewi, *Etika dan Hukum Kesehatan*, Pustaka Book Publisher, Yogyakarta, 2008.
- Bush K. Beta-lactamases and ESBL. *Dikutip dari tayangan presentasi pada 4th International Symposium on Antimicrobial Agents and Resistance (ISAAR) 2003, Seoul-Korea, 16-18 Juli, 2003.*
- C.P.J. Siregar, *Farmasi Klinik (Teori dan Penerapan)*, Penerbit Buku Kedokteran EGC, Jakarta, 2003.
- Endang Wahyati Yustina, *Mengenal Hukum Rumah Sakit*, Kemi Media, Bandung, 2009.
- Husein Kerlaba, *Segi-Segi Etis dan Yuridis Informed Consent*, Pustaka Sinar Harapan, Jakarta, 1993.
- J. Guwandi, *A Concise Glossary of Medical Law Terms (Landmark Decisions)*, Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia, Jakarta, 2007
- Johny Ibrahim, *Teori & Metodologi Penelitian Hukum Normatif*, Cetakan Ketiga, Bayu Media Publishing, Surabaya, 2005.
- Marwan dan Jimmy, *Kamus Hukum: Dictionary Of law Complete Edition*, Reality Publisher, Surabaya, 2009.

- Nusy K Jayanti, *Penyelesaian Hukum dalam Malapraktik Kedokteran*, Pustaka Yustisia, Yogyakarta, 2009
- Purwahid Patrik, *Perkembangan Tanggung Gugat Resiko dalam Perbuatan Melawan*, Rineka Cipta, Jakarta, 2001.
- Sofwan Dahlan, *Malpraktik dan Tanggung Jawab Korporasi*, Makalah disampaikan dalam Rangka Kongres Internasional Hukum Kedokteran di Nusa Dua Bali tanggal 21-24 Agustus 2014.
- Salim H.S, *Perkembangan Hukum Kontrak Innominat di Indonesia*, Remaja Rosda Karya, Bandung, 2003.
- S. Nasution, *Sosiologi Pendidikan*, Bumi Aksara, Jakarta, 2009
- Soejitno S. Alkatiri, *Rumah Sakit Proaktif Suatu Pemikiran Awal (Edisi 2)*, Nimas Multima, Jakarta, 2007.
- Soerjono Soekanto, *Penelitian Hukum Normatif Suatu Tinjauan Singkat*, 5th ed, Raja Grafindo Persada, Jakarta, 2001.
- WHO, *Interventions and Strategies to Improve the Use of Antimicrobials in Developing Countries*, Drug Management Program, 2001.
- Wiku Adisasmito, *Kebijakan Standar Pelayanan Medik & Diagnosis Related Group*, Fakultas Kesehatan Masyarakat UI, Depok, 2008.
- Worthen B.R&James R. Sanders, *Educational Evaluation: Theory and Practice*, Wadsworth Publishing Company, Belmont, 1981.
- B. Jurnal :**
Garcia-Rodriguez JA, Jones RN, "Antimicrobial resistance in Gram-negative isolates from European Intensive Care Units: data from the Meropenem Yearly Susceptibility Test Information Collection (MYSTIC) Programme." *J Chemotherapy journal*, volume 14, 2002.
- R.E. Utami, "Antibiotika, Resistensi dan Rasionalitas Terapi." *Jurnal El-Hayah*. Volume 1(4), Agustus 2011.
- C. Peraturan Perundang-Undangan :**
Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan.

Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit.

Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 8 Tahun 2015 Tentang Program Pengendalian Resistensi Antimikroba Dirumah Sakit.

D. Internet :

Kementerian Kesehatan. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 741/MENKES/PER/VII/2008

tentang Standar Pelayanan Minimal (SPM) Bidang Kesehatan di Kabupaten/Kota.

Permenkes Nomor 228/Menkes/SK/III/2002 Tentang Pedoman Penyusunan Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit yang Wajib Dilaksanakan Daerah.

Taralan Tambunan, “Kebijakan Pengendalian Resistensi Antimikroba,” dalam: <https://cridtrophid.files.wordpress.com>.