

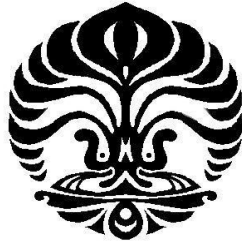
UNIVERSITAS INDONESIA

**FAKTOR-FAKTOR YANG BERHUBUNGAN DENGAN WAKTU
TUNGGU PASIEN INSTALASI RAWAT JALAN DI LIMA
POLIKLINIK RSUD PASAR REBO TAHUN 2011**

SKRIPSI

**OLEH
DWI EVI MELINA
NPM : 0806383900**

**FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
PROGRAM SARJANA KESEHATAN MASYARAKAT
DEPOK
JUNI 2011**



UNIVERSITAS INDONESIA

**FAKTOR-FAKTOR YANG BERHUBUNGAN DENGAN WAKTU
TUNGGU PASIEN INSTALASI RAWAT JALAN DI LIMA
POLIKLINIK RSUD PASAR REBO TAHUN 2011**

SKRIPSI

**Diajukan sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar
SARJANA KESEHATAN MASYARAKAT**

**DWI EVI MELINA
NPM : 0806383900**

**FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
PROGRAM SARJANA KESEHATAN MASYARAKAT
PEMINATAN MANAJEMEN RUMAH SAKIT
DEPOK
JUNI 2011**

HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS

Skripsi ini adalah hasil karya sendiri,
dan semua sumber baik yang dikutip maupun dirujuk
telah saya nyatakan dengan benar.

Nama : Dwi Evi Melina

NPM : 0806383900

Tanda Tangan : 

Tanggal : 16 Juni 2011

PERNYATAAN BEBAS PLAGIAT

Saya yang bertandatangan di bawah ini :

Nama : Dwi Evi Melina

NPM : 0806383900

Mahasiswa Program : Sarjana Kesehatan Masyarakat

Tahun Akademik : 2008/2011

Menyatakan bahwa saya tidak melakukan kegiatan plagiat dalam penulisan skripsi saya yang berjudul :

Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Waktu Tunggu Pasien Instalasi Rawat Jalan di Lima Poliklinik Rawat Jalan RSUD Pasar Rebo Tahun 2011

Apabila suatu saat nanti terbukti saya melakukan plagiat, maka saya akan menerima sanksi yang telah diterapkan.

Demikian surat pernyataan ini saya buat dengan sebenar-benarnya.

Depok, 16 Juni 2011



(Dwi Evi Melina)

HALAMAN PENGESAHAN

Skripsi ini diajukan oleh :
Nama : Dwi Evi Melina
NPM : 0806383900
Program studi : Manajemen Rumah Sakit
Judul Skripsi : Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Waktu
Tunggu Pasien Rawat Jalan di Lima Poliklinik RSUD
Pasar Rebo Tahun 2011

Telah berhasil dipertahankan di hadapan Dewan Penguji dan diterima sebagai bahan persyaratan yang diperlukan untuk memperoleh gelar Sarjana Kesehatan Masyarakat, pada program studi Manajemen Rumah Sakit, Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia

DEWAN PENGUJI

Pembimbing : Vetty Yulianty P. SSi, MPH

Penguji : Prof. dr. Anhari Achadi SKM, DSc

Penguji : dr. M. Taufik, MM

Ditetapkan di : Depok

Tanggal : 16 Juni 2011

KATA PENGANTAR

Alhamdulillah, puji syukur panjatkan kehadirat Allah SWT yang telah memberikan banyak nikmat, rahmat, dan karunia-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan skripsi ini. Pada kesempatan ini, penulis ingin menyampaikan rasa hormat dan terima kasih yang sebesar-besarnya kepada :

1. Drs. Bambang Wispriyono, Apt, Ph.D, selaku Dekan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia.
2. Dr. H. Adang Bachtiar, MPH, ScD, selaku Ketua Departemen Administrasi dan Kebijakan Kesehatan FKM UI.
3. dr. Mieke Savitri, M.Kes, selaku Ketua Program Manajemen Rumah Sakit FKM UI.
4. Ibu Vetty Yulianty P. SSi, MPH, selaku Pembimbing Akademik yang telah banyak memberikan dukungan, bantuan, meluangkan waktunya untuk membimbing dan memberikan saran kepada penulis dalam proses pembuatan skripsi.
5. Bapak Prof, dr. Anhari Achadi SKM, DSc selaku penguji dalam yang telah menyempatkan untuk menjadi penguji dan memberikan masukan yang sangat berharga kepada penulis.
6. dr.Syafruddin Nasution selaku direktur RSIA Hermina Jatinegara atas kesempatan dan kepercayaan yang telah diberikan kepada penulis untuk dapat melakukan penelitian dan menyelesaikan skripsi.
7. drh. H.M. Mulyo Harsono selaku pembimbing lapangan dan penguji luar terima kasih atas segala kebaikan, bimbingan dan saran yang diberikan.
8. Drs Triyono Msc dan dra Sri Ambarwati Mpd selaku orang tua penulis, yang telah memberikan perhatian begitu besar dan memberikan yang terbaik untuk penulis. Serta kepada Yusuf Wicaksono selaku adik penulis yang telah memberikan bantuan kepada penulis.
9. Mbak Nevi, Mbak Dian, dan Mbak Amel selaku staf sekretariat Departemen AKK yang telah banyak memberikan bantuan kepada penulis.

10. Kepada karyawan RSUD Pasar Rebo (khususnya kepada dr. Nien, dr. Narti, Mbak Lia, mba Pipi, mba Dayu, mas Andri, para perawat di lima poliklinik RSUD Pasar Rebo, serta kepada kakak senior Akbid Cipto yang bekerja di poliklinik Kebidanan dan Kandungan).
11. Kepada kedua orang tua, adik dan kakak tercinta yang memberikan dorongan berupa materiil dan support yang tidak pernah berhenti untuk penulis.
12. Kepada Ari H. Sidabutar yang telah rela meluangkan waktunya untuk membantu menyelesaikan skripsi ini dan memberikan pinjaman notebook disaat notebook penulis eror.
13. Kepada teman seperjuangan mba Rita, Pandan terimakasih atas kerjasamanya selama ini.
14. Kepada seluruh teman - teman ekstensi 2008, 2009 dan Reguler 2008 terima kasih atas kesediaan kalian untuk memberikan dukungan selama ini.

Akhir kata, saya berharap Allah SWT berkenan membalas segala kebaikan semua pihak yang telah membantu. Semoga skripsi ini membawa manfaat bagi yang membutuhkan.

Depok, 16 Juni 2010

Penulis

**HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI
TUGAS AKHIR UNTUK KEPENTINGAN AKADEMIS**

Sebagai sivitas akademik Universitas Indonesia, saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Dwi Evi Melina
NPM : 0806383900
Program Studi : Sarjana Kesehatan Masyarakat
Peminatan : Manajemen Rumah Sakit
Departemen : Administrasi dan Kebijakan Kesehatan
Fakultas : Kesehatan Masyarakat
Jenis karya : Skripsi

Demi pengembangan ilmu pengetahuan, menyetujui untuk memberikan kepada Universitas Indonesia Hak Bebas Royalti Noneksklusif (Non-exclusive Royalty free-right) atas karya ilmiah saya yang berjudul :

FAKTOR-FAKTOR YANG BERHUBUNGAN DENGAN WAKTU TUNGGU PASIEN DI LIMA POLIKLINIK RAWAT JALAN RSUD PASAR REBO TAHUN 2011

Beserta perangkat yang ada (jika diperlukan). Dengan Hak Bebas Royalti Noneksklusif ini Universitas Indonesia berhak menyimpan, mengalihmedia/formatkan, mengelola dalam bentuk pangkalan data (database), merawat, dan memublikasikan tugas akhir saya selama tetap mencantumkan nama saya sebagai penulis/pencipta dan sebagai pemilik Hak Cipta.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya.

Dibuat di : Depok
Tanggal : 16 Juni 2011

Yang menyatakan

(Dwi Evi Melina)

ABSTRAK

Nama : Dwi Evi Melina
Program Studi : Sarjana Kesehatan Masyarakat
Peminatan : Manajemen Rumah Sakit
Judul : Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Waktu Tunggu Pasien di Lima Poliklinik Rawat Jalan di RSUD Pasar Rebo Tahun 2011

Semakin berharganya waktu bagi masyarakat modern yang mobilitasnya semakin meningkat, menyebabkan waktu tunggu menjadi pertimbangan penting sebelum seseorang memutuskan memilih rumah sakit yang akan dikunjungi. Tujuan penelitian adalah untuk mengetahui faktor-faktor yang berhubungan dengan waktu tunggu pasien poliklinik rawat jalan di RSUD Pasar Rebo tahun 2011. Penelitian ini menggunakan pendekatan kuantitatif dengan desain potong lintang dengan sampel 199 pasien. Pasien yang terbanyak adalah pasien yang menunggu ≥ 60 menit (75,9 %). Faktor-faktor yang berhubungan dengan waktu tunggu adalah keterlambatan dokter (88,5 %), jenis pembayaran pelayanan terutama pada pasien askes (98,1 %), jenis poliklinik jantung (100 %), jumlah pasien ≥ 64 pasien sebesar (99 %), dan penyelenggaraan BRM (77,8%).

Kata Kunci : Waktu tunggu, *Conventional system block*, RSUD Pasar Rebo

ABSTRACT

Name : Dwi Evi Melina
Program Study : Bachelor of Public Health
Specialization : Hospital Management
Title : Factors Associated with Patient Waiting Times at Five
Outpatient Clinics in Pasar Rebo Hospital, 2011

The increase of time value for the high mobility society has caused waiting time as an important factor and being considered by someone who will visit the hospital. The purpose of this study was to determine factors associated with patient waiting time at outpatient clinics in Pasar Rebo Hospital in 2011. It is quantitative study with a cross sectional design and 199 respondents. Most patients are waiting for ≥ 60 minutes (75,9%). Factors associated with waiting time in outpatient clinics are physician tardiness (88.5%), payment method especially on Askes' patients (98.1%), cardiology clinic (100%), quantity of patient ≥ 64 patients (99%), and the implementation of medical record (77,8%).

Key words : Waiting time, *Conventional system block*, RSUD Pasar Rebo

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Persaingan antar rumah sakit belakangan ini tidak dapat dihindari. Kuantitas rumah sakit semakin hari semakin bertambah seiring dengan meningkatnya jumlah penduduk dunia. Rumah sakit yang semula menjalankan fungsinya sebagai tempat pelayanan kesehatan yang mendahulukan fungsi sosialnya, lambat laun mulai berpindah orientasi kearah bisnis, dan ikut berkontribusi dalam persaingan, karena perkembangan mengharuskan rumah sakit pemerintah tidak dikelola semata-mata untuk tujuan sosial saja. Meskipun sebagian biaya personel, gedung dan biaya lain masih ditanggung oleh pemerintah baik itu pemerintah pusat ataupun pemerintah daerah, akan tetapi rumah sakit pun perlu menghasilkan profit agar secara mandiri punya dana mengembangkan diri, menciptakan inovasi dan mengadopsi perkembangan teknologi khususnya di bidang kedokteran (Pasaribu, 2010).

Kesan pertama dari masyarakat terhadap rumah sakit adalah penampilan rawat jalan (Taurany, 1986 dalam Pasaribu, 2010). Menurut Ross (1994) dalam Sakti (2001), persepsi rawat jalan yang baik menurut pasien adalah sarana fisik yang memadai, jam praktek yang tepat, pelayanan 24 jam, adanya system rujukan, penjadwalan kunjungan yang baik sehingga waktu tunggu pendek, harga terjangkau, kualitas pelayanan dokter dan perawat dilakukan dengan ramah, penuh perhatian pada kebutuhan dan perasaan pasien. Fasilitas yang baik harus tersedia untuk pasien yang sedang menunggu, seperti tempat duduk dan ruang tunggu yang nyaman, adanya fasilitas hiburan pada saat pasien menunggu misalnya seperti majalah, koran dan lain-lain serta adanya sarana komunikasi (Arlym, 2010).

Dalam Survey Kesehatan Rumah Tangga 2004, diteliti mengenai pendapat responden mengenai ketanggapan terhadap pelayanan kesehatan pada rawat jalan. Penilaiannya meliputi 8 aspek, yaitu lama waktu menunggu, keramahan petugas dalam menyapa dan berbicara, kejelasan petugas menerangkan segala sesuatu, keikutsertaan responden dalam pengambilan keputusan, dapat berbicara secara pribadi dengan petugas kesehatan, kebebasan memilih fasilitas dan petugas kesehatan, kebersihan ruang termasuk kamar mandi, dan kemudahan dikunjungi keluarga, teman saat dirawat (Surkesnas, 2004). Hasil penelitian di daerah perkotaan menunjukkan bahwa penilaian ketanggapan terhadap pelayanan kesehatan lebih tinggi dalam aspek lama waktu menunggu, keramahan petugas, serta kebebasan memilih fasilitas dan petugas kesehatan (Gumilar, 2008).

Semakin berharganya waktu bagi masyarakat modern yang mobilitasnya semakin meningkat, menyebabkan waktu tunggu menjadi pertimbangan penting sebelum seseorang memutuskan memilih rumah sakit yang akan dikunjungi. Sebagai rumah sakit pemerintah, RSUD Pasar Rebo juga dituntut untuk berbenah diri untuk meningkatkan mutu dalam melakukan pelayanan kesehatan. Sebagaimana rumah sakit lainnya, poliklinik di RSUD Pasar Rebo juga tidak terlepas dari permasalahan yang menyangkut mutu pelayanan terhadap pasien terutama dalam waktu tunggu.

Poliklinik yang diambil oleh peneliti adalah lima poliklinik terbesar yang memiliki cakupan pasien dan pelayanan yang besar pula. Dari berbagai tolok ukur yang digunakan oleh pasien dan keluarganya dalam menilai mutu pelayanan kesehatan pada rumah sakit, waktu tunggu dari pasien mendaftar sampai pasien mendapatkan pelayanan kesehatan menjadi hal utama yang menjadi perhatian, paling sering dan paling banyak dikeluhkan banyak orang. Dari penelitian awal yang dilakukan peneliti di lima poliklinik besar tersebut, pada 50 orang pasien. Didapatkan bahwa di poliklinik penyakit dalam, poli anak, poli kebidanan dan poli bedah terdapat 56 % yang menunggu kurang dari 30 menit dan 30-60 menit,

dan 44 % menunggu lebih dari 60 menit. Jumlah pasien yang menunggu lebih dari 60 menit meningkat 14 % dari survey triwulan kedua bulan Mei, dimana jumlah pasien menunggu lebih dari 60 menit hanya 30 % dan pasien yang menunggu kurang dari 30 menit dan 30-60 menit sebanyak 70 %. Oleh karena itu, apabila manajemen rumah sakit mengabaikan penilaian masyarakat tentang waktu tunggu, maka rumah sakit tersebut akan ditinggalkan oleh pasiennya. Bila pasien memiliki ketidakpuasan dalam pelayanan yang diberikan oleh sarana pelayanan kesehatan, maka pasien akan mencoba ke rumah sakit lain, dan tentu saja akan menimbulkan keluhan. Keluhan yang disampaikan secara langsung maupun tidak langsung akan menjadi masalah bagi rumah sakit tersebut.

1.2 Rumusan Masalah

Berdasarkan uraian diatas, dapat dikatakan bahwa waktu tunggu telah menjadi permasalahan yang serius bagi berlangsungnya pelayanan di instalasi rawat jalan RSUD Pasar Rebo, bahkan pada hakikatnya telah menjadi permasalahan rumah sakit secara umum. Lamanya waktu tunggu menunjukkan rendahnya kinerja pelayanan, dimana hal tersebut sangat ditentukan oleh aspek-aspek yang terkait didalamnya yaitu para petugas yang terlibat pelayanan, maupun sarana/prasarana yang mendukung berjalannya pelayanan poliklinik. Masalah waktu tunggu ini terlihat dari adanya peningkatan waktu tunggu yang dirasakan pasien sebesar 14 % dari penelitian lama waktu tunggu diatas 60 menit pada triwulan pertama dibulan mei sebesar 30 % menjadi 44 % pada penelitian di triwulan kedua di lima poliklinik rawat jalan terbesar RSUD Pasar Rebo. Berdasarkan latar belakang diatas, penulis merasa perlu untuk mengadakan penelitian terhadap faktor-faktor yang berhubungan dengan lama waktu tunggu di instalasi rawat jalan RSUD Pasar Rebo tersebut.

1.3 Pertanyaan Penelitian

Berdasarkan uraian pada latar belakang dan rumusan masalah di atas, maka pertanyaan penelitian dirumuskan sebagai berikut :

1. Bagaimana gambaran waktu tunggu dalam pelayanan di instalasi rawat jalan RSUD Pasar Rebo tahun 2011?
2. Bagaimana hubungan keterlambatan dokter dengan waktu tunggu dalam pelayanan di instalasi rawat jalan RSUD Pasar Rebo tahun 2011?
3. Bagaimana hubungan jenis pembayaran pelayanan dengan waktu tunggu di instalasi rawat jalan RSUD Pasar Rebo tahun 2011?
4. Bagaimana hubungan jenis poliklinik yang dipilih dengan waktu tunggu di instalasi rawat jalan RSUD Pasar Rebo tahun 2011?
5. Bagaimana hubungan jumlah pasien dengan waktu tunggu dalam pelayanan di instalasi rawat jalan RSUD Pasar Rebo tahun 2011?
6. Bagaimana hubungan penyelenggaraan rekam medis dengan waktu tunggu di instalasi rawat jalan RSUD Pasar Rebo tahun 2011?

1.4 Tujuan Penelitian

1.4.1 Tujuan Umum

Adapun tujuan umum dari penelitian ini adalah untuk mengetahui faktor-faktor yang berhubungan dengan waktu tunggu pasien di instalasi rawat jalan di RSUD Pasar Rebo tahun 2011.

1.4.2 Tujuan Khusus

Tujuan khusus penelitian ini adalah :

1. Mengetahui bagaimana gambaran waktu tunggu dalam pelayanan di instalasi rawat jalan RSUD Pasar Rebo tahun 2011.
2. Mengetahui bagaimana hubungan keterlambatan dokter dengan waktu tunggu dalam pelayanan di instalasi rawat jalan RSUD Pasar Rebo tahun 2011.
3. Mengetahui bagaimana hubungan jenis pembayaran pelayanan dengan waktu tunggu di instalasi rawat jalan RSUD Pasar Rebo tahun 2011.
4. Mengetahui bagaimana hubungan jenis poliklinik yang dipilih dengan waktu tunggu di instalasi rawat jalan RSUD Pasar Rebo tahun 2011.
5. Mengetahui bagaimana hubungan jumlah pasien dengan waktu tunggu dalam pelayanan di instalasi rawat jalan RSUD Pasar Rebo tahun 2011.
6. Mengetahui bagaimana hubungan penyelenggaraan rekam medis dengan waktu tunggu di instalasi rawat jalan RSUD Pasar Rebo tahun 2011.

1.5 Manfaat Penelitian

1.5.1 Untuk Instansi

Diharapkan pihak rumah sakit, khususnya poliklinik rawat jalan dapat memanfaatkan hasil penelitian ini dan menjadikan masukan dalam meningkatkan mutu pelayanan kesehatan yang dilakukan oleh poliklinik rawat jalan di RSUD Pasar Rebo untuk meminimalisir lamanya waktu tunggu yang dirasakan oleh pasien.

1.5.2 Untuk Mahasiswa

Penelitian ini bermanfaat untuk menambah wawasan berpikir penulis dalam rangka menerapkan teori yang sudah diterima selama dibangku kuliah dan pengaplikasian teori dilapangan, serta mendapatkan pengalaman berharga mengenai kinerja aktivitas pelayanan kesehatan poliklinik di Instalasi Rawat Jalan

1.6 Ruang Lingkup Penelitian

Penelitian dilakukan di lima poliklinik terbesar instalasi rawat jalan RSUD Pasar Rebo. Penelitian ini dilakukan sejak bulan April-Mei 2011. Topik penelitian ini dipilih karena terdapat indikasi lamanya waktu tunggu pelayanan yang dirasakan pasien di instalasi rawat jalan, hal ini terlihat dari adanya komplain yang dapat mengurangi kepuasan pasien terhadap pelayanan yang diberikan. Jenis penelitian ini adalah kuantitatif yang dilakukan dengan kuesioner dan telaah dokumen, serta observasi mengenai waktu dengan cara menghitung waktu pada proses pendaftaran, persiapan berkas rekam medis sampai pelayanan diberikan oleh dokter lalu mengolahnya dengan menggunakan komputer. Responden penelitian ini adalah pasien instalasi rawat jalan di poliklinik Kebidanan, poliklinik Penyakit Dalam, poliklinik Anak, poliklinik Bedah dan di poliklinik Jantung. Penelitian ini adalah penelitian kuantitatif dengan metode *cross sectional*.

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Definisi Rumah Sakit

Dalam Undang-Undang Nomor 44 tahun 2009 tentang rumah sakit, didefinisikan bahwa rumah sakit merupakan institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan, dan gawat darurat. Pelayanan paripurna adalah pelayanan kesehatan yang meliputi promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif.

Untuk menjalankan tugas yang dimaksud dalam undang-undang tersebut diuraikan fungsi rumah sakit, yaitu :

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

Tidak dapat dipungkiri, selain menunjukkan kinerja pelayanan yang baik, dewasa ini rumah sakit juga dituntut untuk menunjukkan kinerja pelayanan yang baik pula. Hal ini tidak saja berlaku untuk rumah sakit swasta, akan tetapi juga bagi rumah sakit pemerintah. Adakalanya rumah sakit yang menerapkan efisiensi yang berlebihan akan mengorbankan keberlangsungan pelayanan, untuk mendapatkan surplus keuangannya. Padahal dengan adanya peningkatan kinerja yang baik dengan sendirinya akan meningkatkan keuangan rumah sakit. Karena kepuasan pasien terhadap pelayanan rumah sakit akan berdampak pada bertambahnya jumlah pasien. Oleh karena itu, peningkatan kinerja suatu rumah sakit utamanya harus diarahkan kepada peningkatan mutu pelayanan.

Rumah sakit merupakan sarana pelayanan kesehatan yang memiliki system yang rumit karena memerlukan padat modal, padat karya dan padat teknologi untuk menjamin terselenggaranya pelayanan kesehatan yang baik dan mengikuti tren masa kini.

2.2 Pengertian Rawat Jalan

Rawat jalan adalah pelayanan medis kepada seorang pasien untuk tujuan observasi, diagnosis, pengobatan, rehabilitasi dan pelayanan kesehatan lainnya tanpa mengharuskan pasien tersebut dirawat inap. Menurut Silalahi (1989) dalam Gultom (2008), pelayanan rawat jalan merupakan rangkaian kegiatan pelayanan medis yang berkaitan dengan kegiatan poliklinik. Proses pelayanan rawat jalan dimulai dari pendaftaran, ruang tunggu, pemeriksaan dan pengobatan diruang periksa, pemeriksaan penunjang bila diperlukan, pemberian di apotik, pembayaran ke kasir lalu pasien pulang. Pelayanan rawat jalan yang baik bagi pasien tidak bergantung pada jumlah orang yang selesai dilayani setiap harinya atau dalam jam kerja, melainkan efektivitas pelayanan itu sendiri. Unit rawat jalan dapat dikatakan sebagai jantung pelayanan rumah sakit, karena dari unit rawat jalan pasien bisa masuk ke unit pelayanan rawat inap, unit

penunjang (laboratorium, radiologi, farmasi) dan rehabilitasi. Pendapatan terbesar rumah sakit pun berasal dari unit rawat jalan sehingga dapat dikatakan sukses tidaknya rumah sakit tergantung dari unit rawat jalan rumah sakit itu sendiri (Chandra, 2002).

2.3 Mutu Pelayanan

2.3.1 Pengertian Mutu Pelayanan

Menurut Azwar (1996) mutu pelayanan kesehatan adalah yang menunjuk pada tingkat kesempurnaan pelayanan kesehatan, yang disatu pihak dapat menimbulkan kepuasan pada setiap pasien dengan tingkat kepuasan rata-rata penduduk, serta dipihak lain tata cara penyelenggaraannya sesuai dengan standar kode etik profesi yang telah ditetapkan. Azwar juga menjelaskan bahwa menyelenggarakan pelayanan kesehatan sesuai dengan standar kode etik profesi (mewakili pemerintah dan petugas kesehatan) meski tidak mudah namun masih dapat diupayakan karena kode etik dan standar pelayanan telah ditetapkan dan wajib dilaksanakan.

Pandangan mutu pelayanan kesehatan terbagi menjadi beberapa faktor, yaitu sebagai berikut :

- Dokter terlatih dengan baik
- Melihat dokter yang sama setiap visit
- Perhatian pribadi dokter terhadap pasien
- Privacy dalam diskusi penyakit
- Biaya klinik terbuka

- Waktu tunggu yang singkat
- Informasi dari dokter
- Ruang istirahat yang baik
- Staf yang menyenangkan
- Ruang tunggu yang nyaman

2.3.2 Dimensi Mutu Pelayanan

Menurut Parasuraman (1991) model yang komprehensif dengan fokus utama pada pelayanan produk dan jasa meliputi lima dimensi pelayanan, yaitu sebagai berikut :

1. Responsiveness (ketanggapan), yaitu kemampuan memberikan pelayanan kepada pelanggan cepat dan tepat. Dalam pelayanan apotek adalah kecepatan pelayanan obat dan kecepatan pelayanan kasir.
2. Reliability (kehandalan), yaitu kemampuan memberikan pelayanan yang memuaskan pelanggan.
3. Assurance (jaminan), yaitu kemampuan memberikan kepercayaan dan kebenaran atas pelayanan yang diberikan kepada pelanggan.
4. Emphaty (empati), yaitu kemampuan membina hubungan, perhatian dan memahami kebutuhan pelanggan.
5. Tangibles (bukti langsung), yaitu sarana dan fasilitas fisik yang dapat langsung dirasakan oleh pelanggan. Dalam pelayanan rawat jalan adalah kecukupan tempat duduk di ruang tunggu, kebersihan ruang tunggu, kenyamanan ruang tunggu dengan kipas atau AC, serta ketersediaan hiburan seperti televisi (TV) atau majalah.

Dimensi Mutu Pelayanan Kesehatan Menurut Azrul Azwar :

1. Kompetensi Teknik (*Technical Competence*). Keterampilan, kemampuan, dan penampilan petugas, manajer, dan staf pendukung. Kompetensi teknis berhubungan dengan bagaimana cara petugas mengikuti standar pelayanan yang telah ditetapkan.
2. Akses Terhadap Pelayanan (*Accessibility*). Tidak terhalang oleh keadaan geografis, ekonomi, budaya, organisasi, atau hambatan bahasa.
 - Geografis, dapat di ukur dengan jenis transportasi, jarak, waktu, dan perjalanan.
 - Akses ekonomi, berkaitan dengan kemampuan memberikan pelayanan kesehatan yang pembiayaannya terjangkau pasien.
 - Akses budaya, berkaitan dengan diterimanya pelayanan yang dikaitkan dengan nilai budaya, kepercayaan dan perilaku.
 - Akses organisasi, berkaitan dengan sejauh mana pelayanan di atur untuk kenyamanan pasien, jam kerja klinis, waktu tunggu.
 - Akses bahasa, pelayanan diberikan dalam bahasa atau dialek setempat yang dipahami pasien.
3. Efektifitas (*Effectiveness*). Kualitas pelayanan kesehatan tergantung dari efektifitas yang menyangkut norma pelayanan kesehatan dan petunjuk klinis sesuai dengan standar yang ada.
4. Hubungan Antar Manusia (*Interpersonal Relation*). Berkaitan dengan interaksi antara petugas kesehatan dengan pasien, manajer dan petugas, dan antara tim kesehatan dengan masyarakat.
5. Efisiensi (*Efficiency*). Pelayanan yang efisien akan memberikan perhatian yang optimal daripada memaksimalkan pelayanan kepada pasien dan masyarakat. Petugas akan memberikan pelayanan yang terbaik dengan sumber daya yang dimiliki.

6. Kelangsungan Pelayanan (*Continuity*). Pasien akan menerima pelayanan yang lengkap yang dibutuhkan termasuk rujukan tanpa interupsi, berhenti atau mengulangi prosedur, obat dan terapi yang tidak perlu.
7. Keamanan (*Safety*). Mengurangi resiko cedera, infeksi, efek samping, atau bahaya lain yang berkaitan dengan pelayanan.
8. Kenyamanan (*Amnities*). Berkaitan dengan pelayanan kesehatan yang tidak berhubungan langsung dengan efektifitas klinis, tetapi dapat mempengaruhi kepuasan pasien dan bersedianya untuk kembali ke fasilitas kesehatan untuk memperoleh pelayanan berikutnya.

2.3.3 Indikator Mutu Pelayanan

Umumnya indikator yang sering dapat digunakan sebagai objektif mutu pelayanan adalah jumlah keluhan pasien atau keluarga, kritik dalam kolom surat pembaca, pengaduan mal praktek, laporan dari staf medik dan perawatan. Junadi P (2007) mengemukakan ada empat aspek yang dapat diukur yaitu :

1. Kenyamanan, aspek ini dijabarkan dalam pertanyaan tentang lokasi rumah sakit, kebersihan, kenyamanan ruang, makanan dan minuman, peralatan ruangan, tata letak, penerangan, kebersihan WC, pembuangan sampah, kesegaran ruangan dll.
2. Hubungan pasien dengan petugas rumah sakit, dapat dijabarkan pertanyaan yang menyangkut keramahan, informasi yang diberikan, sejauhmana tingkat komunikasi, response, support, seberapa tanggap dokter/perawat di ruangan IGD, rawat jalan, rawat inap, farmasi, kemudahan dokter/perawat dihubungi, keteraturan pemberian meal, obat, pengukuran suhu dsb.

3. Kompetensi teknis petugas, dapat dijabarkan dalam pertanyaan kecepatan pelayanan pendaftaran, keterampilan dalam penggunaan teknologi, pengalaman petugas medis, gelar medis yang dimiliki, terkenal, keberanian mengambil tindakan dsb.
4. Biaya, dapat dijabarkan dalam pertanyaan kewajiban biaya, kejelasan komponen biaya, biaya pelayanan, perbandingan dengan rumah sakit yang sejenis lainnya, tingkat masyarakat yang berobat, ada tidaknya keringanan bagi masyarakat miskin dsb.

2.3.4 Karakteristik Mutu Pelayanan

Menurut Stamatis (1996) seperti yang dikutip Wongkar L (2000), beberapa karakteristik pelayanan yang diinginkan pelanggan yang harus mendapatkan perhatian, antara lain :

1. Ketepatan waktu pelayanan berkaitan dengan waktu tunggu dan waktu proses.
2. Akurasi pelayanan berkaitan dengan reliabilitas pelayanan dan bebas dari kesalahan-kesalahan.
3. Kesopanan dan keramahan dalam memberikan pelayanan, terutama bagi pegawai yang berinteraksi langsung dengan pelanggan, seperti juru harga, kasir, dan pegawai yang menyerahkan produk.
4. Tanggung jawab berkaitan dengan penerimaan pesanan penanganan keluhan dan pelanggan.
5. Kemudahan mendapatkan pelayanan berkaitan dengan banyaknya pegawai yang melayani, seperti juru harga, kasir dan pegawai yang menyerahkan produk.

6. Kenyamanan dalam memperoleh pelayanan, berkaitan dengan lokasi, ruangan tempat pelayanan, ketersediaan informasi dan tempat parkir.
7. Atribut pendukung pelayanan lainnya, seperti lingkungan, kebersihan, ruangan tunggu, fasilitas musik dll.

Menurut Cunningham dalam Herlina (2007), bahwa rumah sakit yang dapat memberikan kepuasan kepada pelanggan adalah :

1. Melayani pasien dengan baik
2. Cepat dalam menanggapi kebutuhan dan permintaan pasien dan menanggapi permasalahan pasien
3. Mempunyai dokter yang handal
4. Mempunyai registrasi yang baik
5. Memiliki perlengkapan modern
6. Memberikan pelayanan makanan dengan rasa dan nilai yang baik
7. Tidak bisnis
8. Cepat dan akurat dalam penyelenggaraan administrasi keuangan

Michael Leboef oleh Rahmi (2003) menyampaikan lima cara terbaik untuk membuat pelanggan tetap kembali yaitu :

1. Keterampilan, penampilan yang konsisten adalah hal yang paling diinginkan pelanggan
2. Kepercayaan, ketenangan jiwa adalah satu hal yang rela dibayar oleh pelanggan
3. Penampilan, sebagian besar kesimpulan terhadap kualitas pelayanan ditarik oleh pelanggan berdasarkan apa yang terlihat oleh mata mereka

4. Tanggap, bila pelanggan menginginkan pelayanan maka mereka menginginkan saat itu juga
5. Simpati, artinya mencoba berdiri ditempat pelanggan mencoba memahami pandangannya dan mencoba merasa apa yang dirasakannya

2.4 Faktor-faktor yang Berhubungan dengan Pelayanan Rawat Jalan

Ada tiga faktor penting yang mempengaruhi penampilan pelayanan rawat jalan menurut Taurany (1986) dan Wilan (1990) yaitu :

1. Sarana

Penempatan ruangan harus strategis, untuk menghindari adanya penumpukan pengunjung pada saat antri sehingga tampak arus pelayanan yang cukup baik. Suasana harus menciptakan rasa nyaman, tenteram dan menyenangkan. Perlu diperhatikan kebersihan lingkungan, sarana fisik dan peralatan medis yang ada di tiap ruangan poliklinik, keindahan tata ruang dan pengaturan sirkulasi udara dapat menambah nilai dari penampilan pelayanan rawat jalan.

Ruangan periksa jumlahnya disesuaikan dengan pelayanan yang ada di rumah sakit tersebut. Jadwal praktek dokter dan ruang tunggu disiapkan didepan masing-masing ruang periksa untuk mencegah bergerombolnya pasien serta pengunjung yang datang.

2. Tenaga

Pimpinan tenaga instalasi rawat jalan harus seorang tenaga medis tetap yang ikut berpartisipasi dalam kebijakan dan pengambilan keputusan seluruh kegiatan rumah sakit, serta bertanggung jawab langsung kepada direktur. Jumlah tenaga medis, non medis dan para

medis disesuaikan dengan banyaknya pengunjung yang membutuhkan pelayanan kesehatan di rumah sakit tersebut.

3. Pasien

Meminimalisasi waktu tunggu pengunjung seminimal mungkin melalui pengaturan dari arus dan jumlah pengunjung yang dikaitkan dengan kapasitas pelayanan yang ada. Semua ini berhubungan dengan aspek dari petugasnya, yang dalam hal ini adalah tenaga dokter yang ada dengan karakteristiknya masing-masing dan juga karakteristik pengunjung yang datang ke poliklinik.

Bila diperhatikan dengan seksama, maka faktor-faktor yang mempengaruhi waktu pelayanan yang baik tidak lain adalah faktor pengunjung, petugas (termasuk dokter, perawat dan pekarya) dan system dari pelayanan itu sendiri.

Menurut Fetter dan Thompson (1966) dalam Erytawidhayani (2000) pelayanan rawat jalan akan sangat efektif dan efisien serta memuaskan pelanggannya bila terdapat keseimbangan antara waktu tunggu dan waktu luang dari petugas. Dalam penelitiannya, Erytawidhayani melihat keseimbangan waktu dari kelebihan pengunjungnya, pola dari kedatangan pengunjung, serta ketepatan dari jumlah tenaga dokter yang ada dan jam berprakteknya, dan keempat variabel tersebut memiliki pengaruh terhadap hubungan waktu tunggu pengunjung dan waktu luang dokter.

2.5 Manajemen Pelayanan Instalasi Rawat Jalan

Menurut analisa Ross (1984), poliklinik rawat jalan yang baik adalah mempunyai cirri-ciri sebagai berikut :

1. Fasilitas fisik yang memadai
2. Jam praktek yang tepat, terdapat pelayanan 24 jam dan system rujukan yang baik
3. Tarif yang terjangkau oleh sasaran
4. Penjadwalan kunjungan yang efisien, guna mempersingkat waktu tunggu
5. Kualitas dari pelayanannya, penuh perhatian terhadap kebutuhan pasiennya serta pelayanan dokter dan perawat yang dilakukan dengan ramah

Disamping itu pula, pelayanan dilakukan secara kontinu dan terkoordinir, terdapat mekanisme rujukan, adanya penjadwalan yang benar dan konsekwen, seleksi pasien dengan tepat dan pelayanan secara tepat waktu. Harus juga memperhatikan kualitas dari pelayanan medisnya, seperti :

1. Siapa dokter yang melayani
2. Prosedur pelayanan, prosedur yang berlaku untuk pemeriksaan penunjang dan sebagainya
3. Adakan penurunan angka kesakitan dan kematian

Dalam manajemen rawat jalan proses yang dijalani pasien adalah sebagai berikut:

1. Registrasi pasien

Ross (1984) mengatakan bahwa registrasi pasien yang baik adalah harus menjamin data pasien terkumpul dengan baik menjadi satu, sehingga berguna bagi pasien sendiri, dokter dan rumah sakit, dan terhindar dari adanya duplikasi data pasien yang dapat merugikan pasien sendiri. Adapun proses pengisian formulir, untuk pasien baru mula-mula formulir diisi oleh pasien/keluarga pasien, diusahakan pengisian tersebut lengkap kemudian petugas melakukan pengecekan apakah pengisian tersebut sudah benar,

setelah itu pasien dapat menunggu panggilan diruang tunggu dan petugas pendaftar akan menyampaikan berkas rekam medis ke meja dokter pemeriksa.

Satu hal yang paling penting adalah petugas diloket harus dapat membedakan pasien emergency dan non emergency karena pasien emergency dapat langsung dilayani tanpa terlebih dulu melakukan pengisian data pasien.

2. Menunggu pelayanan

Setelah selesai dilakukan pendaftaran, maka pasien akan menunggu di ruang tunggu rawat jalan. Menurut Grant (1985) waktu tunggu adalah merupakan masalah yang sering mendatangkan keluhan dari pasien, karena menunggu adalah saat yang paling menjemukan. Maka Ross (1984) mengatakan perlu adanya perhatian misalnya tempat duduk harus terasa nyaman, fasilitas penunjang lengkap (TV, AC, majalah, toilet dan lain-lain) kesemuanya ini harus disesuaikan dengan keadaan pasiennya. Grant (1985) menganalisa bahwa kebiasaan pasien harus berderet menunggu dokter adalah kebiasaan dirumah sakit untuk orang tidak mampu. Keadaan ini tidak bisa dibiarkan karena waktu tunggu yang lama memberikan kesan seolah-olah waktu pasien kurang berharga dibandingkan dengan waktu dokter.

Untuk mengurangi hal tersebut, sebaiknya dilakukan *appointment system*, dilaksanakan dengan baik dan teliti. Misalnya dengan menentukan jam kunjungan yang tepat terhadap pasiennya supaya dapat langsung diperiksa, walaupun harus diikuti dengan kedisiplinan semua tenaga yang terlibat di poliklinik rawat jalan tersebut. Rumah sakit seharusnya memiliki sistem penjadualan yang baik dan benar untuk ketepatan waktu pertemuan dokter dengan pasiennya dan menghindari berjejalnya pengunjung diruang tunggu poliklinik.

Johnson tahun 1968 melakukan penelitian untuk melihat beberapa faktor yang dapat mempengaruhi lamanya waktu tunggu dengan memperhatikan beberapa variabel, yaitu :

- Karakteristik dari system perjanjiannya
- Pola aktivitas karyawannya
- Pola kedatangan dari pasiennya

Dari penelitian tersebut ditemukan bahwa sistem perjanjian *conventional block* mempunyai pengaruh yang nyata terhadap terjadinya penumpukan pengunjung, sehingga menyebabkan waktu tunggu yang lama. Pada sistem tersebut walaupun dokter memulai praktek sesegera mungkin setelah pasien datang, akan tetapi tetap terjadi penumpukan pengunjung pada awal jam prakteknya, yang kemudian akan berkurang secara perlahan-lahan. Sebaliknya pula *individual appointment system* hanya memberikan waktu tunggu selama 15-20 menit. Ada juga versi lain seperti, dimana dijadualkan adanya beberapa pasien setiap setengah sampai satu jam dari jumlah prakteknya yang disebut *modified block system*.

Fetter dan Thompson (1966) dalam Erytawidhayani (2000) mengatakan bahwa rata-rata keterlambatan dokter memulai pelayanannya berbeda dengan dokter umum dan dokter spesialis. Bagi dokter umum rata-rata keterlambatannya sebesar 36 menit, sedangkan dokter spesialis adalah 43 menit. Pelayanan rawat jalan akan memuaskan pasien apabila terdapat keseimbangan antara waktu tunggu pasien dengan waktu luang dari petugasnya. Dalam penelitiannya yang menggunakan teknik simulasi, mencoba untuk melihat pengaruh kelebihan pasien, pola kedatangan pasien, ketepatan dari jumlah dokter dan kombinasi dari variabel tersebut terhadap keseimbangan waktu. Didapatkan hasilnya

bahwa ketiganya menunjukkan adanya pengaruh terhadap waktu tunggu pasien dan waktu luang dokternya. Bila diperhatikan lebih mendalam, tampak bahwa faktor-faktor yang mempengaruhi waktu pelayanan adalah faktor pasien, petugas dan sistem dari pelayanan itu sendiri.

Johnson dan Rosenfeld (1968) memformulasikan keterlambatan dokter memulai praktek telah menaikkan waktu tunggu secara bermakna dan lama waktu tunggu berhubungan secara langsung dengan perbedaan waktu kedatangan pasien dengan waktu kedatangan dokter.

Tabel 1. Hubungan rata-rata waktu kedatangan antara pasien 1 dan dokter 1 dengan waktu tunggu di RS New York

Waktu kedatangan antara pasien 1 dan dokter 1	Waktu tunggu dibawah 1 jam	Waktu tunggu diatas 1 jam
Kurang dari 1 jam	80 %	20 %
1-2 jam	23 %	77 %
2 jam atau lebih	0 %	100 %

Sumber : Johnson & Rosenfeld 1968, Factors affecting waiting time in ambulatory care service

Pada tabel ini terlihat bahwa perbedaan antara kedatangan pasien pertama dan dokter pertama kurang dari satu jam, maka rata-rata waktu tunggu kurang dari 1 jam terdapat pada 80 % pasien, tetapi dokter pertama tiba lebih dari 1 jam sesudah kedatangan pasien pertamanya maka 23 % pasien menunggu dibawah 1 jam dan pada dokter yang kedatangannya diatas 2 jam setelah kedatangan pasien pertamanya, maka 0 % pasien yang menunggu dibawah 1 jam.

Jika dokter dan pasien hampir datang bersamaan dan apabila prosentase kedatangannya berjumlah sama dengan pasien yang diperiksa dokter, maka kapasitas kerja akan tercapai secara optimal.

Menurut Johnson & Rosenfeld (1968) dari hasil penelitiannya mengemukakan bahwa langkah yang paling penting adalah menyesuaikan jam buka loket poliklinik secara resmi dengan jam pelayanan atau jam kedatangan dokter yang bersangkutan.

3. Waktu pemeriksaan

Analisa Schulz (1976) bahwa pasien akan merasa puas apabila diperiksa oleh dokter yang sesuai dengan apa yang diharapkan. Disamping itu juga, prosedur pemeriksaan penunjang dilakukan sesuai dengan prosedur yang baik dan benar guna meningkatkan prestasi rumah sakit yang bersangkutan dalam hal menurunkan angka kesakitan dan kematian. Dengan demikian rumah sakit haruslah memiliki dokter yang sesuai dengan kebutuhan pasien dan memiliki standar pelayanan dan standar pengobatan yang baku.

Menurut Villegas (1967) dan Hudgins (1982) dalam Erytawidhayani (2000), lama rata-rata waktu tunggu yang diperlukan dokter untuk memeriksa pasien berbeda pada setiap pasien baru dan pasien lama. Bagi pasien baru diperlukan rata-rata 15 menit, sedangkan untuk pasien lama rata-rata diperlukan waktu selama 11 menit. Dalam penelitian Trisusilo (1994) yang dilakukan di poliklinik kesehatan anak RSUD Pasar Rebo Jakarta, didapatkan hasil rata-rata pemeriksaan dokter terhadap seorang anak sekitar 5 menit 30 detik, menurutnya pemeriksaan yang sesuai dengan kebutuhan adalah sekitar 7 menit, sedangkan menurut Sumanto (1999) pemeriksaan dengan waktu standar untuk dokter umum membutuhkan waktu sekitar 5-7 menit dan untuk dokter spesialis membutuhkan waktu sekitar 12 menit.

4. Diberikan pengobatan

Pada instalasi rawat jalan, pasien setelah mendapat pemeriksaan, ditentukan diagnosa oleh dokter kemudian dilakukan pengobatan dengan bertahap

- a. Setelah diagnosa diketahui, dilakukan pengobatan jalan
- b. Diagnosa diketahui, dikirim ke instalasi rawat inap
- c. Diagnosa diketahui, pasien dirujuk ke dokter lain atau ke institusi lain

5. Penyuluhan

Penyebaran informasi dapat dilakukan dengan cara penyuluhan, yang dilakukan oleh Taurany (1994), dijelaskan fungsi lain dari suatu rumah sakit dan menyebarkan informasi tentang kesehatan. Di Indonesia diterapkan PKMRS (penyuluhan kesehatan masyarakat), dengan sasaran pasien dan keluarganya, serta petugas rumah sakit itu sendiri. Tujuan akhir dari PKMRS ini adalah tercapainya perilaku sehat dikalangan pasien, keluarga, dan petugas khususnya dan masyarakat pada umumnya.

6. Sistem perjanjian dan penjadwalan kunjungan

Sistem ini bertujuan untuk mengurangi beban kerja petugas pendaftaran ataupun pemberi pelayanan pada jam tertentu, mengurangi waktu tunggu bagi pengunjung maupun bagi pemberi pelayanan serta mengurangi jumlah pengunjung poliklinik pada jam-jam tertentu. Penyusunan sistem perjanjian dan penjadwalan ini harus melibatkan semua unsur dalam proses pelayanan pengunjung, mulai dari petugas pendaftaran sampai petugas pembuat perjanjian ulang.

Walaupun demikian dalam pelaksanaannya sistem perjanjian ini banyak menemui kendala juga, diantaranya adalah sebagai berikut :
keparahan penyakit pasien yang tidak dapat diduga, adanya kemacetan lalu

lintas, dan waktu pelayanan pasien terutama pelayanan tindakan medis yang sukar dipastikan, dan lain-lain.

Model perjanjian dan penjadwalan yang sampai saat ini digunakan dirumah sakit maupun di praktek dokter adalah *single block*, yaitu datangnya pasien secara bersamaan pada awal praktek dimulai karena sampai saat ini dokter banyak yang mempunyai anggapan bahwa waktu dokter lebih berharga daripada waktu pasien sehingga dokter tidak mau membuang-buang waktu untuk menunggu pasiennya.

7. Sistem pembayaran

Saaf (1995) menganalisa sistem pembayaran jasa di rumah sakit dengan cara:

- a. *Out-of pocket* : pasiennya membayar langsung, harus ada mekanisme yang jelas untuk memastikan bahwa pasiennya benar-benar membayar agar tidak kehilangan pendapatan bagi rumah sakit yang bersangkutan
- b. Asuransi : dilakukan dalam periode tertentu sesuai dengan perjanjian asuransi dengan rumah sakit
- c. Jaminan perusahaan : harus dipelajari terlebih dulu bagaimana aturan main dari cara pembayarannya, hal ini untuk mencegah terjadinya bad debt dan sebagai bahan pertimbangan untuk penetapan tarif untuk kedua belah pihak.

8. Pelayanan informasi

Rumah sakit harus menunjuk petugas pelayanan informasi yang tepat, karena tidak sembarangan orang dapat memberikan penjelasan secara baik dan benar. Informasi yang dibutuhkan berupa informasi medik dan non medik yang meliputi masalah tarif, pemesanan kamar, jadwal praktek dokter, jenis dan hari pelayanan, input dari pasien berupa keluhan tentang

penyakitnya. Adapun informasi medik biasanya meliputi : program pengobatan, alternatif pengobatan, prognosa penyakit, dan angka keberhasilan pengobatan. Informasi medik ini biasanya dapat langsung diberikan oleh dokter yang merawat.

Masalah utama dalam instalasi rawat jalan

a. Sumber daya manusia dan profesionalisme

- Dokter yang sering terlambat
- Banyak dokter dari luar (swasta)
- SDM yang kurang ramah
- Petugas bagian informasi kurang menguasai fasilitas yang ada
- Waktu tunggu pasien lama
- Beban kerja perawat karena dokter yang manja
- Double job (fungsional dan struktural)
- Perawat tidak rangkap

b. Lingkungan dan fasilitas

- Ruang tunggu tidak nyaman
- Fasilitas yang tidak lengkap
- Obat-obatan yang kadang tidak ada di apotik

c. Desain dan alur

- Tata letak ruang tidak baik
- Letak unit gawat darurat jauh

- Jarak ruang penunjang jauh
- d. Administrasi
- File pasien sering terlambat
 - Billing system
 - Jadwal perjanjian pasien
 - Prosedur administrasi yang berlebihan dicatat
 - Rekam medis
 - Struktur organisasi dan job tidak jelas
- e. Sistem informasi
- Kejelasan waktu buka poli
 - Informasi yang tidak jelas sehingga pasien berkumpul di satu tempat
- f. Lain-lain
- GKM poli tidak jalan
 - Pasien datang kembali tidak membawa kartu berobat

2.6 Waktu Tunggu

Tidak ada orang yang senang menunggu, hal ini sangat disadari oleh penyedia jasa pelayanan termasuk rumah sakit sehingga perlu adanya upaya untuk mengatur sedemikian rupa agar calon pengguna jasa tidak berada dalam antrian, dengan menyesuaikan kapasitas pelayanan yang dimiliki. Oleh karena itu, mengelola keseimbangan antara kapasitas pelayanan dengan perkiraan

jumlah antrian pasien untuk menentukan seberapa lama pasien harus menunggu sangatlah penting dan menjadi perhatian utama dari suatu rumah sakit yang ingin meningkatkan tingkat kepuasan konsumen dan mengoptimalkan kapasitas pelayanan kesehatan pada suatu rumah sakit, karena tidak satu pun layanan kesehatan yang dapat mempersiapkan diri secara sempurna untuk dapat memberikan kebutuhan pasien sesaat setelah pasien tiba. Namun demikian, bagaimanapun waktu tunggu yang lama adalah kegagalan dari suatu sistem pelayanan, karena waktu menunggu tentu akan mengakibatkan ketidaknyamanan bagi pasien. Meskipun menunggu pada ruang tunggu seorang dokter adalah hal yang lumrah terjadi, namun pasien tetap saja tidak menyukainya.

Menunggu merupakan rutinitas pada ruang pendaftaran pasien, ruang tunggu dokter, ruang pemeriksaan pasien, penukaran resep, dan sebagainya. Adakalanya seorang pasien telah dihadapkan pada persoalan menunggu sejak membuat janji bertemu dokter, giliran menunggu diperiksa oleh dokter, menunggu hasil pemeriksaan seperti laboratorium, hingga harus menunggu diberitahu apa yang seharusnya dilakukan seperti apakah pasien sudah diijinkan pulang setelah mendapatkan perawatan, dan lain sebagainya. Sehingga apabila pasien merasa lelah menunggu sementara mereka merasakan bahwa penyakit yang dideritanya tidak parah, maka pasien akan batal berobat dan pergi meninggalkan rumah sakit karena merasa waktu yang dikorbankan sudah tidak efisien.

Oleh karena itu menunggu dianggap hal yang lumrah terjadi dan sudah melekat pada suatu pelayanan kesehatan dan setiap orang yang akan mengunjungi rumah sakit sudah menyadari bahwa ia harus melalui proses tersebut sebelum ia memperoleh pelayanan kesehatan yang dibutuhkannya. Pelayanan kesehatan yang didapat segera setelah pasien tiba dan mendaftar disadari sangat jarang terjadi meskipun sebelumnya sudah membuat janji terlebih dahulu. Demikian halnya dengan staf rumah sakit yang pada umumnya

merasa bahwa menunggu bagi pasien adalah hal yang biasa terjadi di setiap pelayanan kesehatan, sehingga pasien akan dapat mengerti dan mentolerirnya. Pada poliklinik, waktu tunggu meliputi rentang waktu yang dibutuhkan oleh seorang pasien sejak yang bersangkutan melakukan pendaftaran sampai mendapat pelayanan dari dokter umum/dokter spesialis. Masing-masing proses tersebut melibatkan pula sarana/prasarana serta sumber daya manusia seperti petugas pendaftaran, rekam medis, perawat, serta dokter yang secara langsung akan menentukan kecepatan pelayanan masing-masing proses dan terakumulasi menjadi waktu tunggu pada poliklinik.

Proses dalam melakukan pelayanan pada poliklinik melibatkan tiga tahapan yaitu proses pendaftaran, penyiapan berkas rekam medis (status) pasien, serta proses menunggu hingga pasien bertemu dengan dokter dan mendapatkan pelayanan dari dokter. Masing-masing proses tersebut juga melibatkan pula sarana/prasarana serta sumber daya manusia seperti petugas pendaftaran, petugas rekam medis, perawat, serta dokter. Sarana/prasarana serta sumber daya manusia langsung berperan dalam menentukan kecepatan pelayanan masing-masing proses, dan terakumulasi menjadi waktu tunggu pada poliklinik.

Sebagaimana telah disebutkan sebelumnya, pada tahun 2008 Direktorat Jenderal Bina Pelayanan Medik Departemen Kesehatan RI telah menerbitkan Standar Pelayanan Minimal RS yang ditetapkan melalui Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 129/Menkes/SK/II/2008. Standar pelayanan minimal yang diatur dalam standar pelayanan tersebut meliputi jenis-jenis pelayanan, indikator, dan standar pelayanan minimal tersebut, standar waktu tunggu pasien pada instalasi rawat jalan (poliklinik) adalah kurang atau sama dengan 60 menit, termasuk didalamnya waktu penyediaan dokumen rekam medis yang ditetapkan kurang dari atau sama dengan 10 menit.

Dari penelitian yang dilakukan oleh Sudibyo (2009) mengatakan bahwa respon pasien terhadap waktu tunggu dengan bersikap tenang dan pasrah sebesar 50,41 %, respon gelisah sebesar 18,69 % dan bertanya penyebab waktu tunggu pada petugas sebesar 30,90 %. Persepsi pasien dari penelitian tersebut juga menunjukkan 37,40 % dikarenakan keterlambatan file rekam medis yang dikirim ke poliklinik, sebesar 41,47 % disebabkan karena pelayanan dilaksanakan tidak tepat waktu, dan sebesar 21,13 % karena petugas kurang cekatan dalam melayani pasien. Lamanya waktu tunggu suatu rumah sakit terjadi karena keadaan dimana tidak adanya keseimbangan antara pelayanan yang diberikan dengan tingkat kedatangan pasien sehingga menimbulkan waktu tunggu yang lama.

2.7 Kinerja Pelayanan Poliklinik

Waktu tunggu merupakan salah satu indikator yang mudah terlihat, dapat dirasakan dan secara obyektif dapat digunakan dalam menilai kinerja pelayanan pada poliklinik. Secara garis besar terdapat dua unsur yang terlibat langsung dan berperan penting dalam menentukan kecepatan pelayanan di poliklinik yaitu bagian rekam medis dan dokter (Pasaribu, 2010). Kedua unsur tersebut masing-masing melibatkan pula empat faktor yang mempengaruhi kinerja masing-masing unsur yaitu SDM, sarana/prasarana, SOP, dan kebijakan.

Faktor SDM antara lain menyangkut jumlah personel/petugas dan kinerja personal dan faktor sarana/prasarana yang mendukung kecepatan pelayanan petugas. SOP dapat menyangkut ketersediaan dan bagaimana SOP tersebut dapat dipahami oleh penggunanya. Kebijakan juga berpengaruh seperti dalam menentukan komposisi jumlah SDM, pembagian tugas dan tanggung jawab masing-masing bagian, penerapan aturan, menentukan jenis dan volume sarana/prasarana dan sebagainya

Bagi dokter yang melayani di poliklinik, sarana/prasarana kemungkinan tidak terlalu berpengaruh karena hanya menyangkut ketersediaan kamar praktek yang pada umumnya telah disediakan dan dialokasikan secara tetap oleh suatu rumah sakit. Oleh karena itu, faktor yang mempengaruhi cepat lambatnya dokter memulai pelayanan kepada pasien lebih dipengaruhi oleh kinerja dokter itu sendiri dan kesibukan atau beban kerja yang dapat memperlambat dimulainya pelayanan tersebut. Sehingga dalam hal ini, faktor kebijakan dirumah sakit patut menjadi perhatian.

Berbeda dengan dokter, kinerja rekam medis sangat dipengaruhi oleh sarana/prasaran yang mendukungnya. Kecukupan fasilitas penyimpanan rekam medis, letak penyimpanan rekam medis, metode penyimpanan, dan sebagainya tentu sangat berpengaruh terhadap kecepatan menemukan kembali rekam medis, terutama mengingat penyimpanan rekam medis menyangkut sistem dokumentasi yang kompleks. Selain itu, SOP dalam pengelolaan rekam medis juga turut menentukan agar pengelolaan dapat dilakukan sebagaimana mestinya.

2.8 Sumber Daya Manusia

Sumber daya manusia merupakan pendukung dari setiap kegiatan, termasuk kegiatan yang dilakukan di setiap rumah sakit. Tenaga pendukung yang ada di rumah sakit seperti tenaga administrasi, namun karena tidak secara langsung menjadi subjek maka disebut dengan tenaga pendukung dan tenaga yang secara langsung menjadi subjek dari pelayanan dan selalu menjadi fokus perhatian adalah tenaga kesehatan.

Dalam peraturan pemerintah nomor 32 tahun 1996 tentang tenaga kesehatan, didefinisikan bahwa tenaga kesehatan adalah setiap orang yang mengabdikan diri dalam bidang kesehatan serta memiliki pengetahuan dan/atau

keterampilan melalui pendidikan dibidang kesehatan yang untuk jenis tertentu memerlukan kewenangan untuk melakukan upaya kesehatan. Dalam peraturan tersebut, tenaga kesehatan dibagi menjadi 7 jenis yaitu tenaga medis, tenaga keperawatan, tenaga kefarmasian, tenaga kesehatan masyarakat, tenaga gizi, tenaga keterampilan fisik, dan tenaga keteknisan medis.

Berlangsungnya sistem pelayanan kesehatan dirumah sakit sangat tergantung kepada tenaga kesehatan yang terlibat didalamnya. Tenaga medik merupakan tenaga inti dalam jasa pelayanan kesehatan di rumah sakit. Kualitas dokter memberikan dampak langsung pada kualitas pelayanan dan didalam membentuk citra rumah sakit, oleh karena itu dokter sangat berhubungan sekali dalam tingkat kepuasan pasien (Sumanto, 1998). Meskipun keberlangsungan pelayanan juga tergantung pada sarana/prasana yang tersedia., namun sarana/prasarana adalah sebagai pendukung bagi bekerjanya tenaga kesehatan. Inti dari sistem pelayanan tersebut adalah SDM yang menggerakkannya sehingga pelayanan kesehatan dapat dilakukan dan memenuhi kebutuhan pasien. Oleh karena itu, SDM di rumah sakit harus tersedia secara proporsional, memadai, dan sesuai kebutuhan.

Pemimpin rumah sakit dituntut untuk mampu meramalkan kebutuhan jumlah dan jenis SDM di masa depan. Dengan menggunakan data kecenderungan indikator rumah sakit dan informasi seperti BOR, angka rawat inap, angka kunjungan rawat jalan, jumlah penduduk dan data epidemis lainnya, serta kecenderungan tuntutan masyarakat akan pelayanan kesehatan yang diterjemahkan kepada kebutuhan SDM, disamping itu data mengenai pesaing dari rumah sakit lain juga harus menjadi pertimbangan dalam meramalkan kebutuhan SDM dirumah sakit (Ilyas, 2004).

Waktu dimulainya pelayanan dokter berkaitan dengan profesionalisme dokter dalam menjalankan tugasnya dalam melayani pasien, seperti yang tertuang dalam konsil kedokteran Indonesia yang mengatakan bahwa seorang

dokter yang bekerja pada institusi pelayanan atau pendidikan kedokteran harus mematuhi tugas yang digariskan oleh pimpinan institusi, termasuk sebagai dokter pengganti. Profesionalisme dokter merupakan ujung tombak terjadinya kontrak sosial antara dokter dengan pasiennya.

Beberapa faktor profesionalisme yang melekat pada sosok dokter, yaitu:

- Kejujuran
- Integritas dalam pelayanan terhadap pasien, misalnya dengan memberikan pelayanan dengan baik sesuai jadwal pelayanan.
- Kepedulian terhadap pasien
- Menghormati pasien
- Memahami perasaan pasien dan ikut prihatin terhadap pasien
- Sopan dan santun terhadap pasien
- Pengabdian yang berkelanjutan untuk mempertahankan kompetensi pengetahuan dan keterampilan teknis medis

Ketepatan jam praktek dokter merupakan hal penting dalam pelayanan kesehatan dalam instalasi rawat jalan seperti yang dibuktikan oleh Johnson (1968) dalam penelitiannya, bahwa ketepatan jam praktek dokter sangat berpengaruh terhadap lama waktu tunggu. Keterlambatan dokter memulai praktek telah menaikkan waktu tunggu secara bermakna. Faktor ini menjadi penentu utama yang secara langsung menyebabkan tingginya waktu tunggu poliklinik. Meskipun pelayanan dokter harus dilengkapi dengan ketersediaan rekam medis, kehadiran dokter dipoliklinik tetap menjadi penentu akhir lamanya waktu tunggu yang dirasakan pasien. Menurut penelitian Harrison (1987) rata-rata waktu tunggu pasien dapat dikurangi dengan memberikan tanggung jawab pada dokter untuk mengatur janji mereka sendiri.

Mutu sumber daya manusia sangat menentukan keberhasilan upaya dan manajemen kesehatan. Sumber daya manusia kesehatan yang bermutu harus selalu mengikuti perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi. Untuk meningkatkan kualitas pelayanan ada dua hal yang perlu diperhatikan adalah;

- 1) meningkatkan kualitas dan kuantitas sumber daya, tenaga, biaya, peralatan, perlengkapan, dan material, dan
- 2) memperbaiki metode dan penerapan teknologi yang dipergunakan dalam kegiatan pelayanan. Pelayanan yang maksimal otomatis akan mempersingkat waktu tunggu yang dialami oleh pasien. Kecepatan dan ketepatan tenaga medis dalam menangani pasien akan berpengaruh pada waktu yang digunakan.

Peningkatan mutu pelayanan rumah sakit tidaklah mudah, karena terkait dengan banyak hal. Tinggi rendahnya mutu sangat dipengaruhi oleh sejumlah sumber daya rumah sakit yang terdapat didalamnya. Selain itu juga tergantung pada interaksi kegiatan yang digerakkan melalui proses dan prosedur tertentu dalam memanfaatkan sumber daya yang ada untuk menghasilkan jasa pelayanan kesehatan seperti yang didambakan oleh masyarakat.

2.8.1 Kinerja Personal

Menurut Ilyas (1999) kinerja adalah penampilan hasil karya personil baik kualitas maupun kuantitas dalam suatu organisasi. Penampilan hasil karya tidak terbatas kepada personil yang memangku jabatan fungsional maupun struktural tetapi juga kepada keseluruhan jajaran personil didalam organisasi.

Menurut Hall (1986) dalam Ilyas (1999) penilaian kinerja merupakan proses yang berkelanjutan untuk menilai kualitas kerja personel dan usaha untuk memperbaiki kerja personel dalam organisasi. Penilaian kinerja adalah menilai hasil karya personel dalam suatu organisasi melalui instrument penilaian kinerja. Pada hakikatnya, penilaian kinerja merupakan suatu evaluasi terhadap penampilan kerja personel dengan membandingkannya dengan standar baku penampilan. Atau dengan kata lain, penilaian kinerja dapat didefinisikan sebagai proses formal yang dilakukan untuk mengevaluasi tingkat pelaksanaan pekerjaan unjuk kerja seorang personel dan memberi umpan balik untuk kesesuaian tingkat kinerja (Ilyas, 1999).

2.8.2 Faktor Yang Mempengaruhi Kinerja

Menurut Keith Davis dalam Mangkunegara (2005), faktor yang mempengaruhi pencapaian kinerja adalah faktor kemampuan (ability) dan motivasi (motivation) dan merumuskan bahwa ;

human performance = ability x motivation

motivation = attitude x situation

ability = knowledge x skill

penjelasan :

a. faktor kemampuan (ability)

Secara psikologis, kemampuan (ability) terdiri dari kemampuan potensi (IQ) dan kemampuan reality (knowledge + skill). Artinya pimpinan dan karyawan yang memiliki IQ diatas rata-rata (IQ 110-

120) apalagi IQ superior, very superior, gifted dan genius dengan pendidikan yang memadai untuk jabatannya dan terampil dalam mengerjakan pekerjaan sehari-hari, maka akan lebih mudah mencapai kinerja maksimal.

b. faktor motivasi

Motivasi diartikan suatu sikap (attitude) pimpinan dan karyawan terhadap situasi kerja (situation) di lingkungan organisasinya. Mereka yang bersifat positif (pro) terhadap situasi kerjanya akan menunjukkan motivasi kerja yang tinggi dan sebaliknya jika mereka bersikap negative (kontra) terhadap situasi kerjanya akan menunjukkan motivasi kerja yang rendah. Situasi kerja yang dimaksud mencakup antara lain hubungan kerja, fasilitas kerja, iklim kerja, kebijakan pemimpin, pola kepemimpinan dan kondisi kerja.

2.9 Jenis Pembayaran Pelayanan

Sistem pembayaran pelayanan yang dilakukan oleh pasien selain berpengaruh terhadap permintaan, juga berpengaruh terhadap waktu tunggu yang dikaitkan dengan adanya kemudahan-kemudahan administratif saat proses pelayanan dilakukan. Jenis pembayaran yang terdapat di RSUD Pasar Rebo adalah Umum, Askes, Jaminan Perusahaan, Askeskin. Pasien umum, adalah pasien yang tidak memerlukan proses verifikasi saat mendaftar untuk mendapatkan pelayanan kesehatan dari poliklinik yang akan dikunjunginya, pasien Askes adalah pasien sebelumnya merupakan pegawai negeri sipil yang tagihan pelayanan kesehatannya dibayarkan oleh PT. Askes. Pasien Jaminan Perusahaan adalah pasien yang tagihan pelayanan kesehatannya dibayarkan oleh perusahaan tempatnya bekerja. Sedangkan untuk pasien askeskin adalah pasien tidak mampu yang biaya pelayanan kesehatannya di bebaskan pada

pemerintah daerahnya ataupun kepada pemerintah pusat. Perbedaan pada jenis pembayaran pelayanan yaitu pada pasien askes, jaminan perusahaan dan askeskin, pasien tersebut diharuskan melakukan verifikasi terlebih dahulu untuk memastikan apakah mereka dapat membebaskan biaya pelayanan tersebut atau tidak.

Menurut penelitian yang dilakukan oleh Aryanto (2006), mengatakan bahwa Pasien Askes dan Pasien yang membayar tunai menganggap waktu tunggu pelayanan 15-30 menit di RSUD Aloe Saboe lama, sedangkan pasien yang membayar dengan Askeskin menganggap waktu tunggu pelayanan 15-30 menit wajar. Waktu tunggu di Poliklinik yang tercepat menurut pasien adalah Poliklinik Anak yaitu kurang dari 10 menit, sedangkan waktu tunggu di Poliklinik Penyakit Dalam paling lama yaitu 15-45 menit. Pasien menganggap waktu tunggu di Poliklinik bedah dan Poliklinik kebidanan masih wajar yaitu 10-30 menit.

Dari penelitian di atas, dapat disimpulkan bahwa waktu tunggu lebih dari 30 menit dirasakan wajar bagi para peserta askeskin. Sedangkan para peserta yang melakukan pembayaran secara tunai merasa waktu tunggu lebih dari 30 menit tersebut terlalu lama.

2.10 Jenis Poliklinik

Poliklinik merupakan salah satu unit pelayanan yang paling sering diakses oleh pengguna jasa pelayanan rumah sakit. Selain itu, poliklinik juga menjadi salah satu pintu utama pasien di rumah sakit. Oleh karena itu kinerja dan pelayanan pada poliklinik akan langsung berkontribusi terhadap kinerja rumah sakit secara keseluruhan, dan sangat berpengaruh dalam pembentukan citra suatu rumah sakit. Karena pentingnya peran poliklinik dalam sistem mutu pelayanan rumah sakit, termasuk kontribusinya yang besar terhadap pendapatan

rumah sakit tersebut. Oleh karena itu, dibutuhkan perhatian yang lebih pada pengelolaan unit tersebut.

Salah satu faktor yang mempengaruhi tingkat mutu pelayanan pada poliklinik adalah kecepatan waktu pelayanan. Kecepatan waktu pelayanan kerap dijadikan indikator oleh pasien karena sifatnya yang paling mudah dinilai karena dirasakan langsung oleh pasien. Dalam suatu rumah sakit, poliklinik memiliki beberapa sub poliklinik dengan jenis yang berbeda, misalnya poliklinik Anak, poliklinik Bedah, poliklinik Penyakit Dalam, poliklinik Kandungan dan Kebidanan, poliklinik Gigi, poliklinik Jantung, dan lain-lain sesuai dengan tipe rumah sakit yang bersangkutan. Jenis poliklinik ini berkaitan dengan waktu tunggu, dalam hal ini dikaitkan dengan tingginya jumlah pasien yang berobat pada poliklinik tertentu yang melebihi tenaga dokter yang bertugas. Seperti yang terlihat dari penelitian Buhang dan Hasanbasri (2006) yang menunjukkan bahwa proporsi lama waktu tunggu pasien antar poliklinik terbesar adalah pada poliklinik penyakit dalam yaitu sebesar 70 %.

2.11 Jumlah Pasien

Keterlambatan pelayanan bisa berhubungan dengan kurangnya jumlah petugas dibandingkan jumlah pasien, alur pasien yang tidak efisien maupun koordinasi yang jelek pada tiap fase dalam alur yang harus dilalui pasien.

Selain itu faktor eksternal penyebab lamanya waktu tunggu yaitu apabila jumlah pasien meningkat drastis dirumah sakit. Misalnya pada saat musim-musim demam berdarah, banyak pasien yang penderita DBD harus antri dan menunggu untuk mendapatkan kamar inap bila kasusnya bukan darurat. Atau pada musim-musim tertentu poliklinik akan mempunyai peningkatan jumlah pasien akibat adanya perubahan cuaca ekstrim yang dapat mempengaruhi tingginya jumlah penyakit tertentu (Istijanto, 2004).

Pada beberapa penelitian yang dilakukan, jumlah pasien yang berkunjung ke poliklinik merupakan factor yang mempengaruhi waktu tunggu. adanya kelebihan beban dan kepadatan pasien pada saat-saat tertentu merupakan issue yang penting di bagian Instalasi rawat jalan. Oleh karena itu administrasi rumah sakit harus bisa mengatur alur pasien dengan efektif. Tingginya permintaan terhadap pelayanan kesehatan di instansi pelayanan kesehatan yang melebihi ketersediaan pelayanan di rumah sakit tersebut dapat menyebabkan terjadinya waktu tunggu yang lama.

Berkurangnya beberapa pasien akan mengurangi rata-rata waktu tunggu pada pasien, namun bila waktu tunggu berkurang maka pasien-pasien tersebut akan kembali melakukan kunjungan berikutnya. Penambahan pasien baru tentu akan cenderung memperpanjang waktu tunggu, begitu pula sebaliknya apabila terjadi perpanjangan waktu tunggu yang dirasakan maka akan membuat pasien mengurangi kedatangannya ke instansi atau tempat pelayanan kesehatan tersebut (Goodman, 2006).

Tingginya permintaan dapat dilihat dari banyaknya pasien yang mencari pelayanan kesehatan ke rumah sakit tersebut (Bernd, 1992; Dansky, and Miles, 1997; Tengilimoglu et al, 1999). Ketika pekerjaan dokter spesialis di poliklinik tanpa adanya keseimbangan antara demand dan supply, maka waktu tunggu akan meningkat dengan signifikan. Beberapa factor yang mempengaruhi lamanya waktu tunggu pun sudah diteliti. Menurut penelitian yang dilakukan oleh Fetter dan Thompson (1965) menunjukkan bahwa meningkatnya waktu tunggu juga dipengaruhi oleh jumlah pasien, semakin meningkatnya jumlah pasien yang mendaftar di poliklinik tersebut, maka akan semakin lama waktu tunggunya. Menurut penelitian yang dilakukan Sivey (2010), menunjukkan bahwa sisi permintaan pasar terhadap waktu tunggu saling mempengaruhi dan memiliki perbedaan waktu tunggu atau memberikan perubahan pada waktu tunggu yang dirasakan oleh pasien.

2.12 Penyelenggaraan Rekam Medis

2.12.1 Pengertian Rekam Medis

Rekam medis merupakan kumpulan informasi tertulis tentang pasien. Rekam medis tersebut diperoleh sejak pasien pertama kali masuk dalam pelayanan sebuah rumah sakit, klinik atau pelayanan kesehatan lainnya. Pengobatan dan tindakan medis yang telah dilakukan kepada pasien dicatat selama pasien tinggal ditempat pelayanan kesehatan tersebut. Selain itu, juga harus mencatat riwayat penyakit pasien sebelumnya, hasil pemeriksaan, pendapat dan hal-hal lain yang berkaitan dengan pasien (IFHRO, 1992).

Sedangkan menurut Huffman (1994) rekam medis adalah kumpulan data yang berkaitan dengan hidup pasien, riwayat penyakit dan pengobatan, ditulis oleh tenaga kesehatan profesional yang merawat pasien tersebut. Rekam medis harus dikumpulkan tepat pada waktunya dan mencakup data yang cukup untuk mengidentifikasi pasien, mendukung diagnosis, memberikan pengobatan dan mendokumentasikan hasilnya secara akurat. Demikian pula menurut Departemen Kesehatan RI (1994) dalam penelitian Gondodiputro (2007), rekam medis merupakan keterangan tentang identitas, anamnesa, penentuan fisik, diagnosis segala pelayanan dan tindakan medis yang diberikan kepada pasien dan pengobatan baik yang dirawat inap, rawat jalan, maupun yang mendapatkan pelayanan gawat darurat, baik secara tertulis maupun terekam.

Berikut ini beberapa pengertian rekam medis dalam buku Rustiyanto (2009) yang berjudul “Etika Profesi Perekam Medis dan Informasi Kesehatan”, yaitu :

1. Menurut Permenkes No. 269/MENKES/PER/III/2008, rekam medis merupakan berkas yang berisi catatan dan dokumen tentang identitas pasien, pemeriksaan, pengobatan, tindakan, dan pelayanan lain yang telah diberikan kepada pasien.
2. Rekam medis adalah siapa, apa, dimana dan bagaimana perawatan pasien selama dirumah sakit. Untuk menghasilkan suatu diagnosis, jaminan, pengobatan, dan hasil akhir rekam medis harus dilengkapi dan memiliki data yang cukup tertulis dalam rangkaian kegiatan.
3. Menurut SK Men PAN No. 135 tahun 2002, rekam medis merupakan berkas yang berisi catatan dan dokumen tentang identitas pasien, pemeriksaan, pengobatan, tindakan dan pelayanan lain kepada pasien di sarana pelayanan kesehatan.
4. Menurut Edna K. Huffman (1999), rekam medis adalah sebuah fakta yang berkaitan dengan keadaan pasien, riwayat penyakit, dan pengobatan dimasa lalu serta saat ini yang ditulis oleh professional kesehatan yang memberikan pelayanan kepada pasien tersebut.
5. Menurut Dirjen Pelayanan Medik Departemen Kesehatan RI tahun 1997 rekam medis adalah sebagai suatu sistem penyelenggaraan rekam medis. Yaitu proses kegiatan yang dimulai pada saat pasien diterima, dilanjutkan kegiatan pencatatan data medis selama pasien mendapatkan pelayanan, kemudian diteruskan dengan kegiatan pengolahan data, penyimpanan serta pengeluaran berkas rekam medis.

Pengertian rekam medis sangatlah luas, tidak hanya sekedar kegiatan pencatatan, rekam medis mempunyai pengertian sebagai suatu system penyelenggaraan rekam medis yang dimulai dari

pencatatan pada saat diterimanya pasien dirumah sakit, selama pasien mendapatkan pelayanan medis, dilanjutkan dengan penanganan berkas rekam medis yang meliputi penyelenggaraan penyimpanan serta pengeluaran berkas dari tempat penyimpanan untuk melayani permintaan/peminjaman dari pasien atau untuk keperluan lainnya.

Secara umum, rekam medis seorang pasien harus mencantumkan informasi tentang :

1. siapa (who) pasien tersebut dan siapa (who) yang memberikan pelayanan medis
2. apa (what), kapan (when), kenapa (why), dan bagaimana (how) pelayanan medis diberikan
3. dampak (outcome) dari pelayanan kesehatan dan pengobatan yang diberikan

Pembuatan rekam medis dilaksanakan melalui pencatatan dan pendokumentasian hasil pemeriksaan, pengobatan, tindakan, dan pelayanan lain yang telah diberikan kepada pasien.

Setiap pencatatan ke dalam rekam medis harus dibubuhi nama, waktu dan tanda tangan dokter, dokter gigi atau tenaga kesehatan tertentu yang memberikan pelayanan kesehatan secara langsung.

Bila terjadi kesalahan dalam melakukan pencatatan pada rekam medis dapat dilakukan pembetulan dengan cara pencoretan tanpa menghilangkan catatan yang dibetulkan dan dibubuhi paraf dokter, dokter gigi atau tenaga kesehatan tertentu yang bersangkutan.

Dokter, dokter gigi atau tenaga kesehatan bertanggungjawab atas pencatatan atau pendokumentasian pada rekam medis.

2.12.2 Kegiatan Operasional Rekam Medis

Dalam pengelolaan rekam medis terdapat beberapa kegiatan yang harus dijalankan, yaitu pencatatan, pengolahan, dan penyimpanan data medis (Soeparto dkk., 2006).

Menurut Depkes RI (1993), Kegiatan rekam medis meliputi penerimaan pasien, pencatatan, pengolahan, penyimpanan, dan pengambilan kembali. Kegiatan yang berkaitan dengan penerimaan pasien dijelaskan sebagai berikut :

- a. Setiap pasien baru yang diterima di tempat penerimaan pasien (TPP) ditanya oleh petugas untuk mendapatkan identitas yang akan diisikan pada formulir Ringkasan Riwayat Klinik
- b. Setiap pasien baru akan memperoleh nomor pasien yang akan digunakan sebagai nomor kartu pengenalan. Kartu pengenalan harus dibawa pada kunjungan berikutnya, baik sebagai pasien rawat jalan atau pasien rawat inap
- c. Berkas rekam medis pasien baru akan dikirim oleh petugas sesuai dengan poliklinik yang dituju
- d. Berkas pasien yang harus dirawat akan dikirim ke ruang perawatan.

Sedangkan untuk penerimaan pasien lama sebagai berikut :

- a. Dibedakan antara pasien datang tanpa perjanjian atau dengan perjanjian sebelumnya. Baik pasien dengan perjanjian atau tanpa perjanjian, mendapatkan pelayanan di TPP
- b. Pasien dengan perjanjian akan langsung menuju poliklinik tujuan karena berkas rekam medisnya sudah dipersiapkan oleh petugas

- c. Pasien tanpa perjanjian harus menunggu karena berkas rekam medisnya akan dimintakan oleh petugas TPP ke bagian rekam medis
- d. Setelah berkas rekam medis dikirim ke poliklinik, pasien akan mendapatkan pelayanan

(Dharmanti, 2003)

2.12.3 Penyimpanan Berkas Rekam Medis (BRM)

Penyimpanan BRM merupakan kegiatan memasukkan BRM ke dalam rak penyimpanan yang bertujuan untuk memudahkan penemuan kembali RM dan melindungi RM. Masa simpan rekam medis di sarana rumah sakit adalah selama 5 (lima) tahun terhitung sejak tanggal terakhir pasien mendapat perawatan, kecuali ringkasan pulang dan persetujuan tindakan selama 10 (sepuluh) tahun. Sedangkan masa simpan di sarana kesehatan selain rumah sakit adalah 2 (dua) tahun. Setelah batas waktu tersebut, maka rekam medis dapat dimusnahkan dengan mengikuti aturan yang telah ditentukan untuk pemusnahan dokumen.

2.12.3.1 Tujuan Penyimpanan Berkas Rekam Medis

Adapun tujuan penyimpanan berkas rekam medis menurut Siswati (2005) adalah :

1. Menyediakan rekam medis secara utuh dan lengkap saat diperlukan
2. Menghindari pemborosan waktu dan tenaga dalam penemuan kembali
3. Memanfaatkan tempat atau sarana penyimpanan

4. Mengamankan atau melindungi rekam medis dari bahaya, bencana banjir, kebakaran, dan binatang
5. Menjaga informasi yang terkandung didalamnya

2.12.3.2 Sistem Penyimpanan Rekam Medis

Penyimpanan rekam medis merupakan suatu cara penyusunan rekam medis menurut aturan tertentu sehingga mudah dalam menemukan dan mengambilnya. Rekam medis harus selalu dalam keadaan siap diperoleh untuk kepentingan pelayanan kepada pasien (Depkes, 1991, 1997; IFHRO, 1992). Menurut Depkes (1991), system penyimpanan rekam medis dapat dilakukan dengan dua cara, yaitu dengan cara sentralisasi dan desentralisasi.

1. Sentralisasi

Sentralisasi merupakan penyimpanan rekam medis seorang pasien dalam satu kesatuan, baik catatan-catatan kunjungan poliklinik maupun catatan-catatan selama seorang pasien dirawat. Di rumah sakit Pasar Rebo, penyimpanan berkas rekam medisnya menggunakan sistem ini. Sentralisasi disebut juga dengan penyimpanan terpusat. Menurut medical record, penyimpanan terpusat merupakan penyimpanan yang rekam medis rawat inap dan rawat jalannya terdapat dalam satu map. Sistem ini sangat baik bagi poliklinik rumah sakit yang setiap hari tetap memberikan pelayanan. Semua catatan medisnya disimpan di bagian rekam medis.

Kelebihan dari system ini adalah :

- a) Dapat mengurangi terjadinya kelebihan duplikasi dalam pemeliharaan dan penyimpanan rekam medis
- b) Jumlah biaya yang dipergunakan untuk peralatan dan ruangan lebih sedikit
- c) Tata kerja dan peraturan mengenai kegiatan pencatatan rekam medis mudah distandarisasi
- d) Meningkatkan efisiensi kerja petugas penyimpanan dan menghemat sumber daya manusia
- e) Sistem unit record lebih mudah diterapkan atau memungkinkan kesinambungan informasi perawatan terdahulu dengan perawatan pada saat ini

Sedangkan kekurangannya adalah :

- a) Beban kerja petugas tinggi karena harus menangani unit rawat jalan dan rawat inap
- b) Tempat penerimaan pasien harus bertugas selama 24 jam
- c) Pencarian rekam medis untuk keperluan rawat jalan kemungkinan membutuhkan waktu yang agak lama apabila pengolahan rekam medis setelah rawat inap belum selesai

2. Desentralisasi

Yaitu pemisahan penyimpanan antara rekam medis poliklinik dengan rekam medis yang pasien dirawat (Hayati, 2000). Desentralisasi dikenal juga dengan cara penyimpanan terpisah, yaitu dimana rekam medis rawat jalan dan rawat inap seorang pasien disimpan dalam map yang berbeda dan diletakkan pada rak penyimpanan yang berbeda. Rekam medis poliklinik disimpan di poliklinik, sedangkan rekam medis rawat

inap disimpan di bagian rekam medis. System ini baik jika digunakan oleh sebuah rumah sakit yang terdiri dari dua bagian gedung yang luas dan terpisah satu sama lainnya.

Secara teori dari kedua system ini, system sentralisasi lebih baik dibandingkan dengan system desentralisasi. Namun pelaksanaannya tergantung pada situasi dan kondisi masing-masing rumah sakit, seperti keterbatasan tenaga terampil yang menangani pengelolaan rekam medis dan kemampuan dana rumah sakit. (pasaribu, 2010)

Banyak pilihan yang tersedia dalam melakukan penyimpanan rekam medis, adapun sistem penyimpanan yang sering dilakukan adalah diantaranya dengan menempatkan berkas rekam medis kedalam lemari terbuka (open shelves), lemari cabinet (filing cabinet) atau dengan menggunakan teknologi microfilm maupun digital scanning dan terakhir secara komputerisasi (rekam medis elektronik). Pilihan terhadap cara yang akan diambil tergantung pada kebutuhan dan fasilitas rumah sakit. Pada rumah sakit yang masih menggunakan rekam medis dengan format kertas, bila jumlah berkas rekam medis masih sedikit gunakan kertas saja. Sedangkan untuk rumah sakit dengan jumlah berkas rekam medis yang banyak, kombinasi dari sistem penyimpanan dibawah ini dapat menjadi pilihan.

- a) Sistem penomoran langsung (*straight numerical filing system*)

Penyimpanan dengan sistem nomor langsung adalah penyimpanan rekam medis dalam rak penyimpanan

secara berturut sesuai dengan urutan nomornya. Misalnya keempat rekam medis berikut ini akan disimpan berurutan dalam satu rak, yaitu 462931, 462932, 462833, 462934.

b) Sistem angka akhir (*terminal digit filling system*)

Contoh: nomor 26 – 03 -60 26 - -, angka ketiga (*tertiary digit*) – 03 -, angka kedua (*secondary digit*) - - 60, angka pertama (*primary digit*)

c) Sistem Angka Tengah (*Middle Digit Filing System*)

Contoh: 29-14-98 99-04-99 29-14-99 99-04-00 30-14-00 00-05-01

d) Sistem Mikrofilm (Microfilm)

Mengingat rekam medis kertas membutuhkan ruang penyimpanan yang luas dan cenderung bertambah dari waktu ke waktu, sejak 40 tahun yang lalu microfilm mulai diperkenalkan sebagai alternatif pilihan lain. Proses microfilm adalah suatu proses mengubah lembaran rekam medis kertas menjadi bentuk negative film yang lebih kecil dari kuku kelingking orang dewasa dan disebut mikrofis (*microfiche*). Microfilm dapat berbentuk gulungan kecil film (roll) yang menghimpun ribuan gambar/ ratusan berkas rekam medis. Versi ini baik untuk rekaman inaktif. Jenis microfilm lain disebut jaket. Satu lembar jaket microfilm memuat beberapa puluh mikrofis yang terhimpun dalam satu lembar jaket microfilm. Biasanya tahapan pelaksanaan microfilm sebagai berikut:

- Penyusutan/ retensi berkas inaktif atau yang jarang digunakan

- Penilaian berkas yang mau diretensi
- Pemotretan berkas yang mau diretensi
- Pemberian jaket microfilm
- Penjajaran bentuk microfilm dengan letak penyimpanan disesuaikan dengan berkas yang pilih, misalnya system penjajaran kelompok angka tepi atau jenis lainnya.

d) Sistem Penyimpanan Pencitraan (*imaging*)

Merupakan suatu proses mengubah atau mentransfer gambar dalam bentuk kertas atau film (radiology) ataupun gambar medis (seperti grafik EKG, EEG, CTG, USG, Echo dan lain-lain) kedalam software melalui data digital seperti scanner/pencitraan. Dalam rekam medis manual (paper based record) film radiologi disimpan tersendiri di unit radiologi sedangkan untuk hasil gambar USG, Echo, EEG, dan ECG biasanya ditempatkan pada berkas Rekam medis.

2.12.4 Pengambilan Kembali Rekam Medis

Pengambilan kembali rekam medis adalah fungsi yang penting dari bagian rekam medis (Huffman, 1990). Permintaan-permintaan rutin terhadap peminjaman rekam medis biasanya datang dari poliklinik, IGD, perawatan atau dokter yang sedang melakukan penelitian. Permintaan tersebut harus diajukan ke bagian rekam medis dan rekam medis dapat dikeluarkan dari tempat penyimpanan dengan kartu permintaan atau tanda keluar dan harus dikembalikan dalam keadaan baik dan tepat waktu (Depkes RI, 1991). Permintaan-

permintaan ini menyebabkan adanya pengambilan kembali rekam medis yang telah disimpan.

Cara pengambilan kembali rekam medis adalah dengan menggunakan :

1. Petunjuk Keluar

Petunjuk keluar digunakan dengan cara menempatkannya pada tempat dimana rekam medis dikeluarkan/diambil, dan tetap berada ditempat tersebut sampai dengan map rekam medis tersebut dikembalikan (Huffman, 1990)

Petunjuk keluar berbentuk kartu yang dilengkapi dengan kantong temple untuk menyimpan peminjaman dan terbuat dari bahan kertas dan kuat serta diberi warna

2. Kode Warna Untuk Map Rekam Medis

Kode warna untuk map rekam medis digunakan dengan tujuan untuk mencegah keliru simpan dan memudahkan mencari map yang salah simpan. Kode warna ini sangat efektif digunakan pada sistem penyimpanan dengan menggunakan terminal digit atau middle digit, dimana digunakan sepuluh macam warna yang berbeda untuk sepuluh angka pertama dari 0 sampai 9. Dua warna pada posisi yang sama digunakan sebagai pengenal untuk pasangan angka yang merupakan angka pertama (*primary digit*) dimana garis warna yang diatas untuk angka yang disebelah kiri dan garis warna yang dibawah untuk angka sebelah kanan. Penambahan garis kode warna bisa ditambahkan untuk kode angka kedua (*secondary digit*).

Sedangkan dalam penelitian pasaribu (2010), terdapat beberapa tata cara pengambilan kembali rekam medis dari rak penyimpanan, yaitu :

1. Tidak satu pun rekam medis boleh keluar dari ruang rekam medis tanpa tanda keluar/kartu permintaan
2. Berkas rekam medis yang diambil berdasarkan pendaftaran pasien melalui SIRS yang terkirim dan tercetak otomatis di bagian rekam medis
3. Selain untuk berkas rekam medis pasien rawat jalan, pengambilan BRM harus dicatat pada buku peminjaman rekam medis dengan mencantumkan nama pasien, nomor rekam medis, nama peminjam, bagian peminjam, nama yang mengambil/meminjam, tanda tangan, petugas rekam medis yang meminjamkan dan yang mencatat, serta tanggal kembali.
4. Pengambilan BRM untuk pasien rawat jalan dicatat pada daftar pasien rawat jalan berdasarkan dokter yang memeriksanya
5. Setiap berkas rekam medis yang keluar dari rak penyimpanan harus menggunakan petunjuk keluar (tracer). Tracer diletakkan sebagai pengganti rekam medis yang dipinjam dari rak penyimpanan. Tracer tersebut harus tetap ada pada rak penyimpanan sampai BRM tersebut kembali. Adapun data yang terdapat pada tracer adalah nomor rekam medis, tanggal peminjaman, dan tujuan peminjaman/nama peminjam.
6. BRM wajib dikembalikan dalam keadaan baik dan tepat waktu oleh orang yang meminjam. Oleh karena itu, ketentuan tentang berapa lamanya jangka waktu satu BRM diperbolehkan tidak berada dalam rak penyimpanan harus ada. Setiap rekam medis

seharusnya dikembalikan lagi ke raknya pada setiap hari akhir kerja, sehingga pada saat keadaan darurat, staf rumah sakit dapat mencari informasi yang diperlukan dengan cepat.

7. Rekam medis tidak diperbolehkan diambil dari rumah sakit, kecuali atas perintah pengadilan

(pasaribu, 2010)

2.12.5 Distribusi Rekam Medis

Distribusi rekam medis adalah kegiatan mengirimkan berkas rekam medis pasien oleh petugas rekam medis ke bagian yang dituju sesuai dengan permintaan, baik BRM pasien rawat inap, rawat jalan reservasi maupun non reservasi, pasien IGD, serta untuk keperluan Asuransi. Distribusi BRM dapat dilakukan dengan berbagai cara. Pada beberapa rumah sakit, distribusi BRM dilakukan dengan tangan dari tempat satu ke tempat lainnya. Oleh karena itu, rumah sakit harus mempunyai jadwal pengiriman dan pengambilan BRM untuk berbagai bagian yang ada di rumah sakit.

Frekuensi pengiriman dan pengambilan BRM ditentukan oleh jumlah pemakaian BRM, pengiriman BRM tidak dapat dilakukan dengan mengirimkan BRM satu persatu saat diminta. Pengiriman BRM dapat dilakukan oleh petugas rekam medis secara bergantian sesuai dengan jadwal yang telah ditentukan.

Beberapa hal yang perlu diperhatikan pada saat melakukan pengiriman rekam medis yaitu :

1. Pengiriman BRM pasien rawat jalan (reservasi) dilampiri formulir Daftar Reservasi yang dilengkapi dengan keterangan

ada tidaknya BRM. Daftar reservasi dicetak melalui system informasi RS

2. Khusus untuk BRM pasien reservasi, pengiriman BRM dilakukan satu jam sebelum praktek dokter, kecuali untuk dokter yang praktek pagi karena pasien datang langsung dan tidak bisa memilih dokter.
3. Pengiriman BRM untuk pasien rawat inap dan IGD dikirim oleh petugas rekam medis sesuai dengan permintaan

2.12.6 Sarana/prasarana Unit Rekam Medis

Pada bagian rekam medis, sarana/prasarana sangat berperan dalam menentukan kecepatan pelayanan dalam menyediakan dokumen rekam medis pasien. Dukungan manajemen rumah sakit dalam menyediakan sarana/prasarana sangat dibutuhkan dalam proses penyelenggaraan rekam medis dirumah sakit. Penggunaan system komputerisasi dalam penyelenggaraan rekam medis sangat membantu proses pengolahan data medis pasien, karena komputer terbukti sangat baik membantu pengelolaan pekerjaan berbasis data sehingga data dan informasi yang dibutuhkan dapat tersedia dengan cepat, tepat, dan akurat.

Dalam penyelenggaraan pelayanan poliklinik rawat jalan, semakin sedikit waktu yang terpakai untuk menyediakan dokumen rekam medis, maka waktu tunggu poliklinik akan semakin pendek. Dilihat dari pentingnya kecepatan pelayanan penyediaan berkas rekam medis pasien, sebagaimana telah disebutkan sebelumnya, waktu penyediaan rekam medis termasuk yang diatur dalam Standar

Pelayanan Minimal Rumah Sakit yaitu kurang dari atau sama dengan 10 menit.

Faktor-faktor yang berhubungan dengan kelancaran waktu pelayanan rekam medis antara lain persiapan berkas rekam medis, pencatatan pada buku register, penyeleksian berkas rekam medis perpoliklinik, pencatatan pada buku ekspedisi, kepadatan rak penyimpanan, keberadaan berkas rekam medis diruang rawat, keberadaan berkas rekam medis di SMF, keberadaan berkas rekam medis di poliklinik, jarak sub bagian rekam medis dengan ruang rawat, jarak sub bagian rekam medis dengan ruang penyimpanan, berkas rekam medis inaktif, jumlah pasien rawat jalan, pengeluaran berkas dari tempat penyimpanan untuk melayani peminjaman apabila diperlukan untuk kepentingan pasien dan keperluan lain. Menurut Depkes, 2007 penyelenggaraan berkas rekam medis yang baik yaitu \leq 10 menit, waktu itu terbagi :

1. Pada saat di tempat pendaftaran pelayanan \leq 2 menit

- saat penerimaan pasien \leq 0,5 menit
- wawancara pasien \leq 1,5 menit

2. Penyimpanan BRM

- Mencari dan mengeluarkan BRM dari rak penyimpanan \leq 3 menit
- Mencatat, menyelipkan bon/struk pendaftaran pasien ke dalam BRM \leq 0,5 menit

3. Pendistribusian BRM

- Mencatat dan memilah BRM sesuai dengan permintaan pasien ke poliklinik tertentu sesuai struk
- Mengantarkan BRM ke poliklinik ≤ 3 menit
- Memberikan BRM ke poliklinik yang dituju $\leq 0,5$ menit

2.13 Persepsi pasien

Dari sudut pandang pelanggan pelayanan untuk waktu tunggu adalah kerugian waktu yang dirasakan oleh pasien saat menunggu pelayanan kesehatan diberikan oleh dokter. Pada bagian ini, kami menyediakan review studi tentang perbedaan waktu tunggu aktual dan persepsi waktu tunggu sebuah teori tentang bagaimana persepsi dapat diubah, semakin lama pasien menunggu maka akan semakin buruk kualitas pelayanan dari sudut pandang pasien.

Mengurangi waktu tunggu pelanggan telah menjadi topik penting dari studi dalam berbagai disiplin ilmu seperti ilmu manajemen, riset operasional, dan manajemen operasional. Fokus penelitian ini adalah pengurangan waktu tunggu pelanggan yang sebenarnya dengan pemodelan berbagai disiplin antrian dan operasi untuk mengoptimalkan layanan-antrian. Sebuah tinjauan yang komprehensif dapat melengkapinya. Tujuan lain penelitian ini adalah meneliti waktu tunggu dari sudut pandang psikologis mengenai lama waktu tunggu antrian.

Dalam penelitian yang dilakukan oleh Luo (2004), menunjukkan bahwa pengalaman layanan pelanggan dipengaruhi tidak hanya oleh waktu tunggu yang sebenarnya, tetapi juga oleh waktu tunggu dirasakan. Hornik (1984) mengeksplorasi hubungan antara waktu tunggu yang dirasakan dan aktual dengan berbagai jenis menunggu antrian di outlet berbagai layanan, termasuk supermarket, department store, dan bank. Ditemukan bahwa

pelanggan cenderung melebih-lebihkan waktu tunggu yang sebenarnya dalam berbagai jenis antrian, karakteristik pribadi seperti menikmati belanja dan frekuensi menggunakan layanan tidak mengubah persepsi mereka menunggu.

Dalam sebuah penelitian cabang bank, Katz et al (1991) menemukan bahwa persepsi waktu tunggu dan menunggu yang "masuk akal" sebagai waktu tunggu yang sebenarnya mengalami peningkatan yang riil. Penelitian mereka juga menunjukkan bahwa kepuasan secara keseluruhan menurun dengan semakin dirasakannya waktu tunggu dan meningkatnya waktu tunggu yang sebenarnya.

Tom dan Lucey (1997) membandingkan waktu tunggu yang dirasakan dan dampaknya terhadap kepuasan pelanggan di sebuah lingkungan toko yang berbeda (sibuk vs lambat) dan kualitas pelayanan (lebih cepat vs lambat) kondisi dalam rantai supermarket. Konsisten dengan Hornik (1984), Tom dan Lucey (1997) menemukan bahwa pelanggan cenderung melebih-lebihkan waktu tunggu yang sebenarnya. Hal ini menunjukkan bahwa kepuasan pelanggan ditentukan oleh waktu tunggu dirasakan bukan waktu tunggu sebenarnya dan persepsi kepuasan waktu tunggu dipengaruhi dengan pelayanan, namun bukan toko tersebut.

Merancang ulang proses tidak hanya mengubah waktu tunggu yang sebenarnya, tetapi juga memiliki dampak signifikan pada waktu tunggu yang dirasakan. Studi tentang aspek psikologis dari antrian menunggu menunjukkan bahwa waktu tunggu yang dirasakan adalah indikator yang lebih akurat dari kepuasan pelanggan dan sering sangat berbeda dari jumlah aktual waktu yang dihabiskan pelanggan untuk menunggu, menurut mengapa, bagaimana, apa yang pelanggan harapkan. Pada Disney World, misalnya, sejumlah atraksi yang populer bagi pengunjung untuk menunggu setidaknya 45 menit untuk menaiki permainan selama 3 menit, tapi sebagian besar pengunjung sangat puas dengan

pengalaman mereka. Oleh karena itu pengunjung merasa mereka tidak menunggu lama.

Persepsi pelanggan terhadap waktu tunggu dipengaruhi oleh beberapa faktor, Baker dan Cameron (1996) mengembangkan model integratif yang menyediakan daftar komprehensif variabel lingkungan yang dapat mempengaruhi persepsi pelanggan layanan dalam menunggu. Ia mengemukakan bahwa variabel lingkungan pelayanan dapat mempengaruhi perubahan persepsi waktu tunggu oleh pelanggan atau persepsi mereka tentang antrian. Mereka mengusulkan bahwa struktur spasial, kemajuan antrian, dan keadilan sosial adalah variabel yang dapat mempengaruhi persepsi pelanggan antrian. Variabel yang berhubungan dengan persepsi waktu, termasuk musik, pencahayaan, warna, visibilitas karyawan, waktu penuh, dan interaksi sosial yang dilakukan oleh pemberi pelayanan.

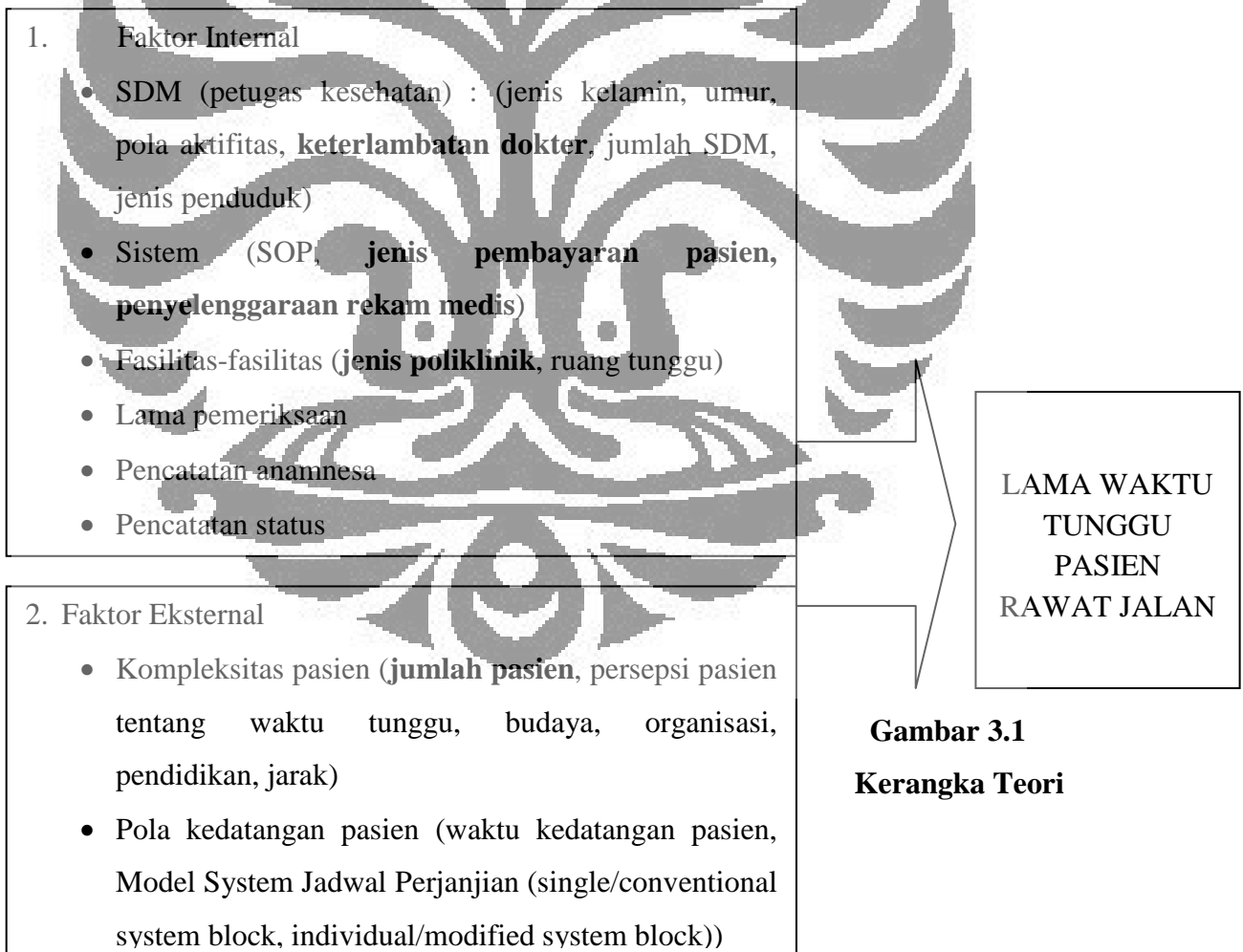


BAB 3

KERANGKA TEORI, KERANGKA KONSEP, HIPOTESIS DAN DEFINISI OPERASIONAL

3.1 Kerangka Teori

Menurut Grant (1985), Ross (1984), Johnson (1968), Suprijanto (1997), Buhang dan Hasanbasri (2006), Erytawidhayani (2000), Groome LJ dan Mayeaux EJ Jr (2010), Hornik (1984), Luo (2004), Tom dan Lucey (1997), Baker dan Cameron (1996) faktor-faktor yang mempengaruhi waktu tunggu



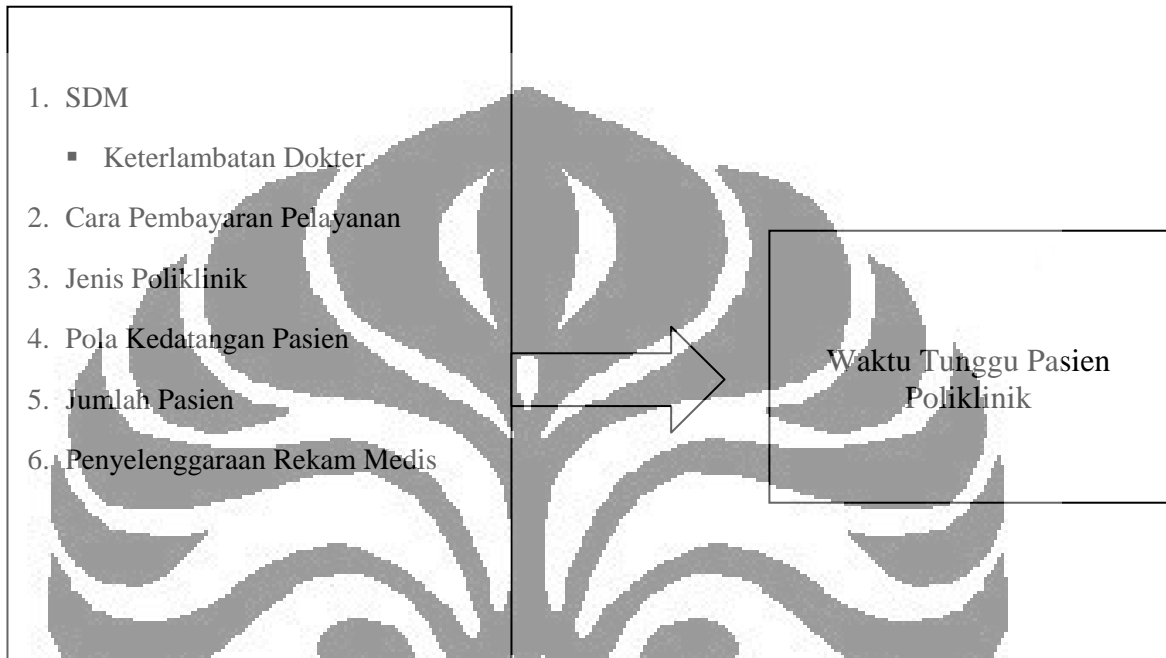
Gambar 3.1
Kerangka Teori

Kerangka teori diatas diambil dari beberapa penelitian yang sudah dilakukan. Beberapa peneliti seperti Grant (1985), Johnson (1968), Groome LJ & Mayeaux (2010) mengatakan bahwa akar yang berpengaruh terhadap waktu tunggu adalah keterlambatan dokter dan kompleksitas pasien, Zaghoul A.A. & El Enein N.Y. (2010) lebih menekankan penyebab lamanya waktu tunggu adalah karena sistem perjanjian untuk mengatur efisiennya pelayanan di rawat jalan, sedangkan Ross (1984), Erytawidhayani (2000) mengatakan bahwa penyebab lamanya faktor tunggu adalah pola kedatangan pasien, ketepatan jumlah dokter dengan pasien, dan ketepatan jam praktek. Pada penelitian Buhang & Hasanbasri (2006) jenis pembayaran pasien dan penyelenggaraan berkas rekam medis memiliki pengaruh terhadap waktu tunggu, menurut penelitian yang dilakukan Suprijanto (1997), Hornik (1984), Luo (2004), Tom dan Lucey (1997), serta Baker dan Cameron (1996) selain faktor diatas, lama waktu tunggu pun dipengaruhi oleh karakteristik petugas kesehatan (umur, jenis kelamin), pola aktivitas petugas kesehatan (lama pemeriksaan, pencatatan anamnesa, dan pencatatan status), jumlah pasien yang dilihat dari demand dan supply, budaya, organisasi, pendidikan pasien, jarak ke tempat pelayanan kesehatan, serta persepsi pasien yang memiliki andil dalam lamanya waktu tunggu.

3.2 Kerangka Konsep

Variabel Independen

Variabel Dependen

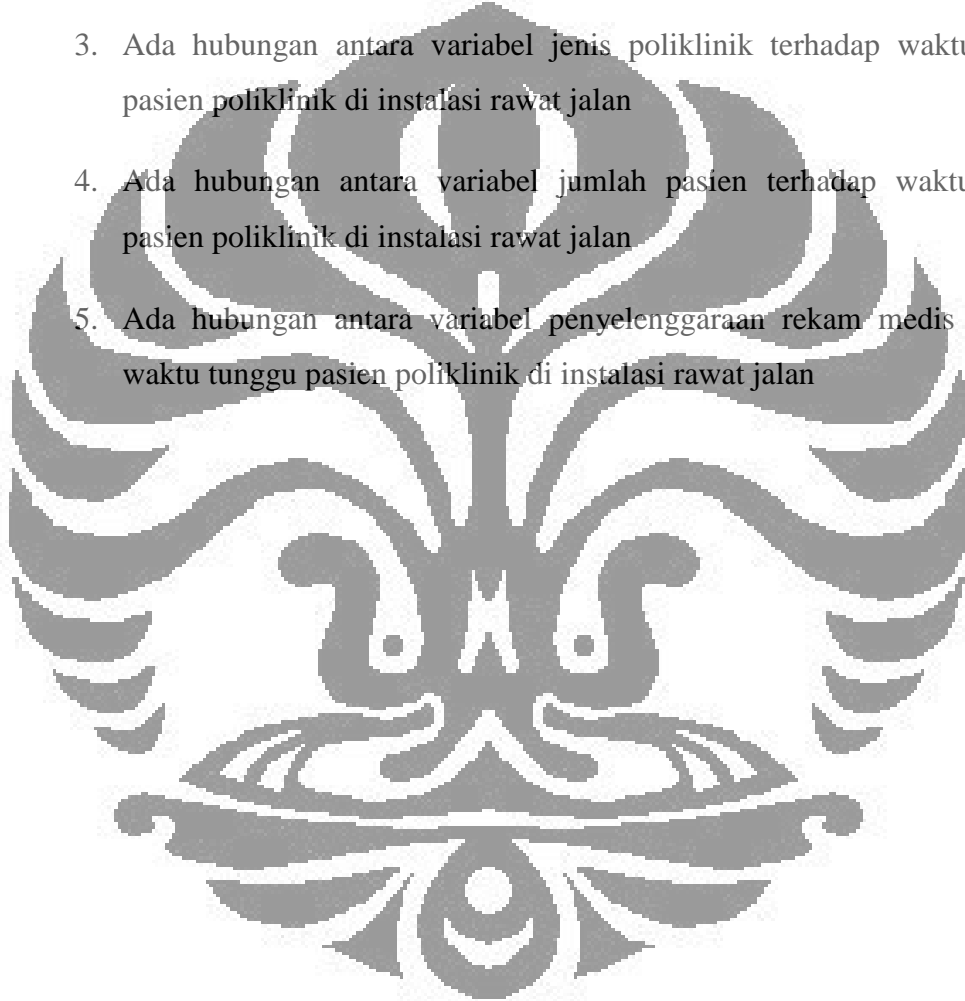


Gambar 3.2
Kerangka Konsep Penelitian

Kerangka konsep dalam penelitian ini adalah berdasarkan pada kerangka teori diatas yang difokuskan pada SDM dengan variabel keterlambatan dokter, pada variabel sistem pembayaran pelayanan, jenis poliklinik, pola kedatangan pasien dan penyelenggaraan rekam medis dengan pertimbangan bahwa peneliti ingin melihat bagaimana hubungan dari faktor-faktor tersebut dalam kaitannya terhadap waktu tunggu yang dirasakan pasien.

3.3 Hipotesis

1. Ada hubungan antara variabel keterlambatan dokter terhadap waktu tunggu pasien poliklinik di instalasi rawat jalan
2. Ada hubungan antara variabel jenis pembayaran pelayanan terhadap waktu tunggu pasien poliklinik di instalasi rawat jalan
3. Ada hubungan antara variabel jenis poliklinik terhadap waktu tunggu pasien poliklinik di instalasi rawat jalan
4. Ada hubungan antara variabel jumlah pasien terhadap waktu tunggu pasien poliklinik di instalasi rawat jalan
5. Ada hubungan antara variabel penyelenggaraan rekam medis terhadap waktu tunggu pasien poliklinik di instalasi rawat jalan



3.4 Definisi Operasional

Variabel	Definisi operasional	Cara ukur	Alat ukur	Skala ukur	Hasil ukur
Waktu Tunggu	Waktu tunggu adalah waktu yang dihabiskan pasien untuk menunggu untuk suatu layanan tertentu dihitung setelah pasien mendaftar sampai pasien dipanggil oleh petugas kesehatan untuk diperiksa	Wawancara pada pasien	Kuesioner	Ordinal	1. < 60 menit 2. ≥ 60 menit
Keterlambatan Dokter	fase sejak jam dimulainya pelayanan di poliklinik sampai datangnya dokter untuk melakukan pelayanan pada pasien Dokter dikatakan terlambat bila keterlambatan terjadi lebih dari ketentuan dimulainya jam pelayanan pada SOP	Observasi dan wawancara pada pasien	Jam digital	Ordinal	1. < 1 jam 2. ≥ 1 jam

Variabel	Definisi operasional	Cara ukur	Alat ukur	Skala ukur	Hasil ukur
Jenis Pembayaran Pelayanan	<p>Cara pembayaran yang dilakukan pasien saat mendaftar, sampai pada pasien setelah pelayanan kesehatan dilakukan.</p> <p>Pasien umum : pasien yang dapat langsung mendaftar untuk mendapatkan jenis pelayanan yang diinginkan</p> <p>Pasien jaminan : ialah pasien yang tagihan pelayanan kesehatannya dibayarkan oleh perusahaan tempatnya bekerja</p> <p>Pasien Askes : pasien yang merupakan pegawai negeri sipil yang tagihan pelayanan kesehatannya dibayarkan oleh PT. Askes, pada saat</p>	wawancara	Kuesioner	Nominal	<ol style="list-style-type: none"> 1. Umum 2. Jaminan 3. Askes 4. Askeskin

membayar memerlukan verifikasi

Pasien Askeskin : ialah pasien miskin dan tidak mampu yang biaya pelayanannya dibebankan kepada pemerintah yang memerlukan verifikasi terlebih dahulu

Jenis poliklinik

Poliklinik adalah bagian dari rumah sakit atau tempat pengobatan yang melayani pengobatan pasien dengan system rawat jalan.

Wawancara

kuesioner

Nominal

1. Penyakit Dalam
2. Jantung
3. Anak
4. Bedah
5. Kebidanan dan kandungan

Variabel	Definisi operasional	Cara ukur	Alat ukur	Skala ukur	Hasil ukur
Jumlah pasien	Gambaran jumlah pasien yang memilih suatu pelayanan poliklinik tertentu pada saat penelitian dilakukan	Telaah dokumen	Pedoman telaah dokumen	Ordinal	1. < 64 pasien 2. ≥ 64 pasien
Penyelenggaraan rekam medis	kegiatan yang dimulai pada saat diterimanya pasien di rumah sakit, diteruskan pengeluaran berkas dari tempat penyimpanan untuk melayani permintaan/peminjaman petugas medis saat pasien berkunjung ke poliklinik, sampai berkas rekam medis sampai dipoliklinik	Observasi	Pedoman telaah observasi	Ordinal	1. < 10 menit 2. ≥ 10 menit

BAB 4

METODE PENELITIAN

4.1 Jenis Penelitian

Penelitian ini menggunakan pendekatan studi kuantitatif dengan disain penelitian *cross sectional*/potong lintang yaitu seluruh variabel diamati pada saat bersamaan pada waktu penelitian berlangsung. Data yang digunakan adalah data primer yang dikumpulkan langsung oleh peneliti dengan wawancara menggunakan kuesioner pada pasien poliklinik di instalasi rawat jalan

4.2 Lokasi dan Waktu Penelitian

Penelitian ini dilakukan di Instalasi Rawat Jalan pada bagian poliklinik Penyakit Dalam, poliklinik Jantung, poliklinik anak, poliklinik Bedah dan poliklinik Kebidanan dan Kandungan di RSUD Pasar Rebo. Adapun waktu penelitian ini dilakukan pada bulan April-Mei 2011.

4.3 Populasi dan Sampel penelitian

4.3.1 Populasi Penelitian

Populasi dalam penelitian ini adalah pasien yang datang di poliklinik rawat jalan RSUD Pasar Rebo dalam satu hari.

4.3.2 Sampel Penelitian

Responden penelitian adalah pasien rawat jalan di lima poliklinik RSUD Pasar Rebo yang dijadikan sampel dalam penelitian.

Untuk memenuhi sampel minimal yang diperlukan dalam penelitian ini dihitung berdasarkan pengambilan sampel dengan menggunakan rumus besar sampel sebagai berikut :

$$n = \frac{Z_{1-\alpha/2}^2 * p * q}{d^2}$$

Keterangan :

n = Besar sampel

Z = Nilai baku distribusi normal pada α tertentu (derajat kemaknaan, biasanya 95% = 1,96)

P = Proporsi suatu kasus tertentu terhadap populasi, dari hasil penelitian awal peneliti ditetapkan 44%

d = Derajat penyimpangan terhadap populasi yang diinginkan : 10% (0,10), 5% (0,05) atau 1% (0,01)

$$n = \frac{1,96 * 0,44 * 0,56}{(0,05)^2}$$

n = 193 orang sampel

ditambah dengan 3 % n yang berjumlah 6 orang

$$\begin{aligned}n &= 193 + 6 \\ &= 199 \text{ sampel}\end{aligned}$$

4.3.3 Teknik Pengambilan Sampel

Pengambilan sampel di lima poliklinik besar di RSUD Pasar Rebo dengan metode multistage sampling dengan proporsi di tiap-tiap poliklinik yang akan diambil menjadi sampel sesuai dengan jumlah pasien pada saat penelitian, dengan melakukan beberapa tahapan.

tahap 1 → pilih beberapa poliklinik besar

tahap 2 → pada masing-masing poliklinik, pilih dengan menggunakan proporsi pada poliklinik yg akan ditarik sebagai sampel.

4.3.4 Pengukuran dan penentuan variabel penelitian

Terhadap variabel penelitian yang didasarkan pada data yang didapat dari kuesioner dilakukan pengukuran secara kuantitatif sesuai dengan definisi operasional yang telah ditetapkan. Selanjutnya dilakukan penilaian kategori dari hasil pengukuran tiap variabel dan kemudian dimasukkan dalam tabel untuk penghitungan statistik.

4.4 Pengumpulan Data

4.4.1 Sumber Data

Adapun data-data yang digunakan oleh peneliti adalah :

- a. Data primer : yaitu data yang diperoleh melalui kuesioner yang disebarakan penulis kepada pasien serta observasi yang dilakukan selama penelitian dilakukan.
- b. Data sekunder, yaitu data yang diperoleh melalui data-data yang ada di bagian pendaftaran, data di bagian sekretariat rawat jalan RSUD Pasar Rebo.

4.4.2 Instrumen Pengumpulan Data

Adapun instrumen yang digunakan oleh peneliti untuk mendapatkan data-data yang dibutuhkan untuk penelitian ini adalah kuesioner, pedoman observasi, dan pedoman telaah dokumen.

4.4.3 Cara Pengumpulan Data

Adapun cara pengumpulan data yang digunakan oleh peneliti adalah :

1. Data Primer

Data primer diperoleh melalui kuesioner pada pasien rawat jalan dan observasi yang dilakukan di poliklinik Penyakit Dalam, poliklinik Anak, poliklinik Bedah, poliklinik Kebidanan dan poliklinik Jantung.

2. Data Sekunder

Data sekunder diperoleh dengan menelaah dokumen terkait yang ada di bagian pendaftaran, data di bagian sekretariat rawat jalan serta data dari rekam medis RSUD Pasar Rebo terkait dengan topic penelitian.

4.5 Manajemen Data

Data yang telah terkumpul selanjutnya dilakukan pengolahan melalui beberapa tahapan. Tahap – tahap tersebut adalah sebagai berikut :

- *Data Editing* : Tahap ini dilakukan untuk memastikan bahwa data yang diperoleh telah lengkap dan tidak ada kelemahan dalam pengisian kuesioner. Kuesioner juga diperiksa apakah jawaban yang diberikan relevan, konsisten, jelas dan tidak meragukan.
- *Coding* : Seluruh data yang sudah terkumpul diberi kode untuk memudahkan dalam pengolahannya
- *Entry* : Seluruh data dimasukkan ke dalam program spss untuk dilakukan penghitungan statistik
- *Data Recoding* : Seluruh data yang diperlukan dan telah diberi kode diolah dengan bantuan komputer
- *Data Cleaning* : Pembersihan data dilakukan dengan melakukan pengecekan kembali untuk mengetahui adanya kesalahan data yang sudah di *entry*. Data yang sudah bersih selanjutnya diolah dengan perangkat lunak SPSS.

4.6 Analisis Data

Data dianalisis secara deskriptif dan analitik sebagai berikut :

1. Analisis secara deskriptif

Analisis secara deskriptif dilakukan dengan analisis univariat untuk memperoleh gambaran pada masing – masing variabel dan untuk menganalisa terhadap distribusi frekuensi setiap kategori jawaban pada variabel bebas dan terikat selanjutnya dilakukan analisa terhadap tampilan tersebut.

2. Analisis secara analitik

Dilakukan dengan analisa bivariat dengan maksud untuk mencari hubungan antara variabel independent dengan variabel dependen dan karakteristik menggunakan uji statistic yang sudah ditentukan untuk tiap variabelnya.

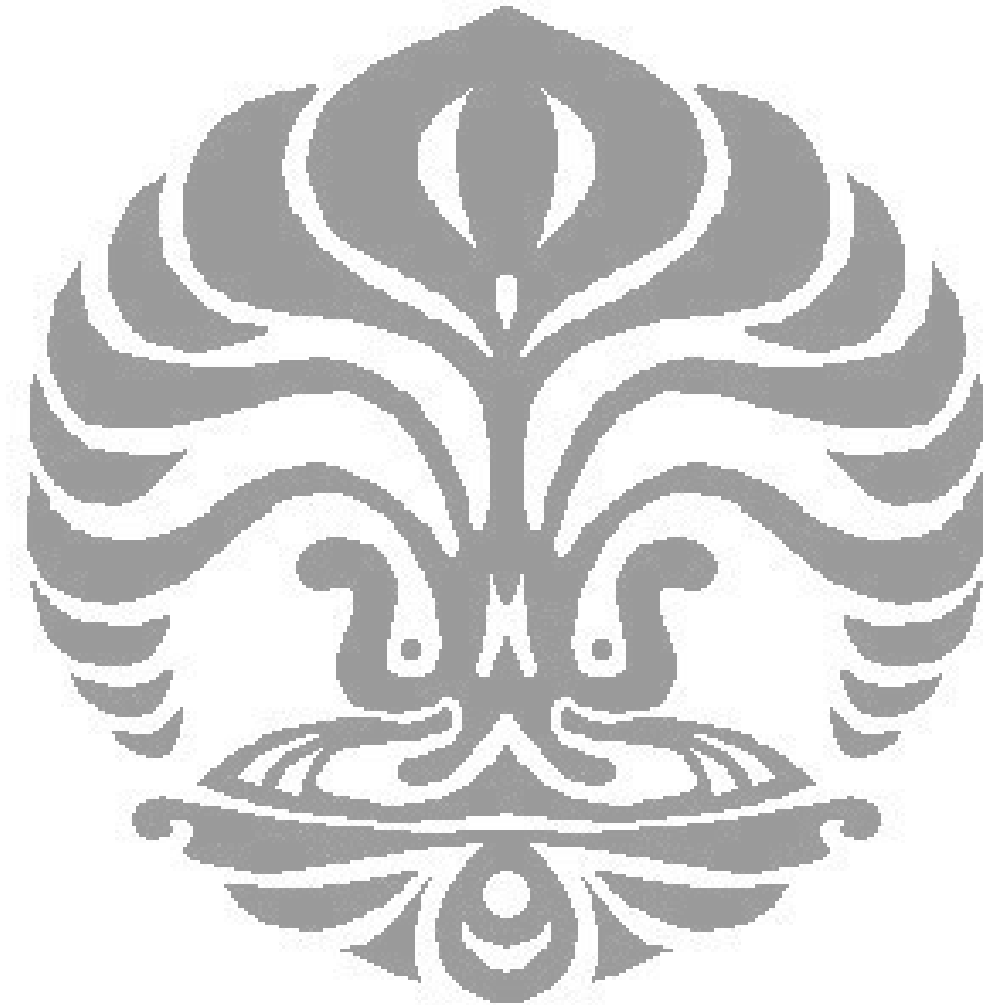
4.7 Validasi Data

Validasi data tidak dilakukan karena kuesioner yang didapat peneliti diambil dari penelitian lain yang sudah divalidasi sebelumnya.

4.8 Penyajian data

Adapun bentuk penyajian data yang dilakukan dalam penelitian ini adalah berupa :

1. Tabel. Yaitu penyajian dengan menggunakan kumpulan angka yang disusun menurut kategori-kategori atau karakteristik-karakteristik data sehingga memudahkan analisis data
2. Tekstural, yaitu penyajian data hasil penelitian dengan menggunakan kalimat-kalimat yang menjabarkan hasil penelitian



BAB 5

GAMBARAN UMUM RUMAH SAKIT UMUM PASAR REBO

5.1 Definisi Rumah Sakit

Rumah sakit adalah bagian dari industri jasa dalam hal ini industri jasa kesehatan. Rumah sakit harus mengikuti kaidah kaidah bisnis dalam menjalankan fungsi manajerialnya, akan tetapi terdapat ciri khas yang membedakannya dengan industri yang lainnya. Rachael Maasie (2002) mengemukakan tiga ciri khas rumah sakit yang membedakannya dengan industri lain.

Pertama, unsur utama dari industri ini adalah manusia, maka dalam industri jasa kesehatan tujuan utamanya adalah melayani kebutuhan manusia bukan semata-mata menghasilkan produk dengan proses dan biaya seefisien mungkin. Unsur manusia perlu mendapatkan perhatian lebih dan tanggung jawab pengelola khususnya menyangkut pertimbangan etika dalam kehidupan manusia.

Kedua, kenyataan bahwa dalam industri rumah sakit yang disebut pelanggan (*customer*) tidaklah selalu mereka yang menerima pelayanan. Faktor asuransi kesehatan dan pola rujukan rumah sakit berperan dalam pilihan kemana pasien harus berobat. Selain, jenis tindakan medis yang diberikan tidaklah tergantung permintaan pasien tetapi ditentukan oleh dokter yang merawat berdasarkan kebutuhan pasien.

Ketiga, peran para profesional sangatlah penting dalam proses pelayanan. Para profesional ini sangatlah banyak di rumah sakit karena rumah sakit merupakan industri yang padat karya, padat modal dan padat . Para profesional ini dalam bekerjanya sangat mandiri dan berdasar pada standar profesi masing-

masing, kadangkala terjadi perbedaan antara kepentingan manajerial dan standar profesi sehingga dibutuhkan teknik dan pengalaman tersendiri dalam pengelolaan manajemen rumah sakit (Survey Internal pada Instalasi Rawat Inap RSUD Pasar Rebo).

5.2 Sejarah Perkembangan RSUD Pasar Rebo

Untuk menjadi rumah sakit sampai pada kondisi sekarang ini, perjalanan RSUD Pasar Rebo ternyata cukup panjang. Berawal dari Rumah Sakit Rakyat yang didirikan tahun 1945 di Jalan Bidara Cina Cawang, tahun 1958 pindah ke areal yang sekarang ditempatinya, Jalan TB Simatupang, dengan fasilitas pengobatan dan perawatan berbagai penyakit rakyat.

Tahun 1964, rumah sakit ini mulai dikhususkan merawat pasien TB Paru, yang dikenal sebagai RSTP (Rumah Sakit Tuberkulosa Paru). Seiring dengan perjalanan waktu, RSTP dirasa kurang berkembang, sehingga dilakukanlah diferensiasi dan diversifikasi pelayanan kesehatan yang lebih banyak. Maka, tahun 1987 rumah sakit ini berubah menjadi RSU Kelas C dan disebut sebagai RSUD Pasar Rebo.

Keterbatasan anggaran yang diperoleh sebagai rumah sakit pemerintah, mendorong RSUD Pasar Rebo mengubah statusnya menjadi swadana. Dimulai pada tahun 1992, RSUD Pasar Rebo ujicoba menjadi RSUD Unit Swadana Daerah yang pertama di Indonesia. Lalu, tahun 1994 dilakukan renovasi rumah sakit menjadi gedung berlantai 8. Bahkan, tahun 1996, RSUD Pasar Rebo ditetapkan sebagai Unit Swadana Daerah, dan pada Maret 1997, kegiatan pelayanan rumah sakit sudah seluruhnya dilaksanakan di gedung megah itu, dengan fasilitas pelayanan setara dengan RSU Kelas B.

Tahun 2000 sampai 2004, RSUD Pasar Rebo menuju ISO 2004 guna standar pelayanan rumah sakit serta sesuai dengan Perda 15 tahun 2004, RSUD

Pasar Rebo mengalami perubahan badan hukum menjadi Persero Terbatas (PT). Tahun 2006, Ketetapan MA No. 05P/HUM/2006 tanggal 21 Februari 2006 tentang hak uji materi Perda DKI mengenai perubahan Badan Hukum 3 RSUD batal, maka perda ini dicabut tanggal 16 Agustus 2006. Tahun 2007, RSUD Pasar Rebo mendapatkan UPT Dinkes (PPKBLUD) secara penuh sesuai dengan keputusan gubernur No. 249 tahun 2007.

Berikut ini adalah bentuk secara ringkas transformasi yang dialami oleh RSUD Pasar Rebo dari cikal bakal rumah sakit sejak tahun 1945 sampai dengan tahun 2008.

Tabel 5.1 Transformasi RSUD Pasar Rebo

TAHUN	TRANSFORMASI
1945	POS P3K, Di Bidara Cina – Cawang
1957	RS Karantina (Lokasi Sekarang)
1964	RS Tuberkulosa Paru
1987	RSU Kelas C (SK Menkes no 303, 1987)
1992 - 1996	RS Unit Swadana Daerah
1997	Gedung Baru Berlantai Delapan
1998	RSU Kelas B ,RS Terakreditasi
2004	Perubahan Badan Hukum (PT) Perda 15 th 2004
2006 - sekarang	UPT DINKES (PPKBLUD) KEP. GUB 249/2007

5.3 Visi RSUD Pasar Rebo

Visi merupakan sesuatu yang diinginkan rumah sakit di masa yang akan datang. Visi yang efektif adalah visi yang dapat memunculkan inspirasi dimana hal itu dihubungkan dengan keinginan rumah sakit untuk mencapai sesuatu yang terbaik. Visi RSUD Pasar Rebo adalah **”Menjadi Rumah Sakit yang terbaik dalam memberikan pelayanan prima kepada semua lapisan masyarakat”**.

5.4 Misi RSUD Pasar Rebo

Misi adalah upaya yang dilakukan rumah sakit untuk mencapai visi dan tujuan jangka panjang. Ketetapan misi rumah sakit sangat penting karena merupakan acuan kerja rumah sakit. Adapun misi RSUD Pasar Rebo adalah **”Melayani semua lapisan masyarakat, yang membutuhkan layanan kesehatan individu yang bermutu dan terjangkau”**. Misi ini menggambarkan bahwa RSUD Pasar Rebo melayani semua kebutuhan pasien dengan harga yang terjangkau untuk semua lapisan masyarakat disertai kualitas pelayanan yang baik.

5.5 Motto RSUD Pasar Rebo

Rumah Sakit Umum Daerah Pasar Rebo sebagai perusahaan jasa yang bergerak di bidang pelayanan kesehatan harus memiliki pedoman tertulis yang dapat dipahami oleh segenap kalangan manajemen rumah sakit serta karyawan dalam bertindak mempunyai tujuan. Adapun motto RSUD Pasar Rebo adalah **“Kami Peduli Kesehatan Anda”**.

5.6 Kebijakan Mutu RSUD Pasar Rebo

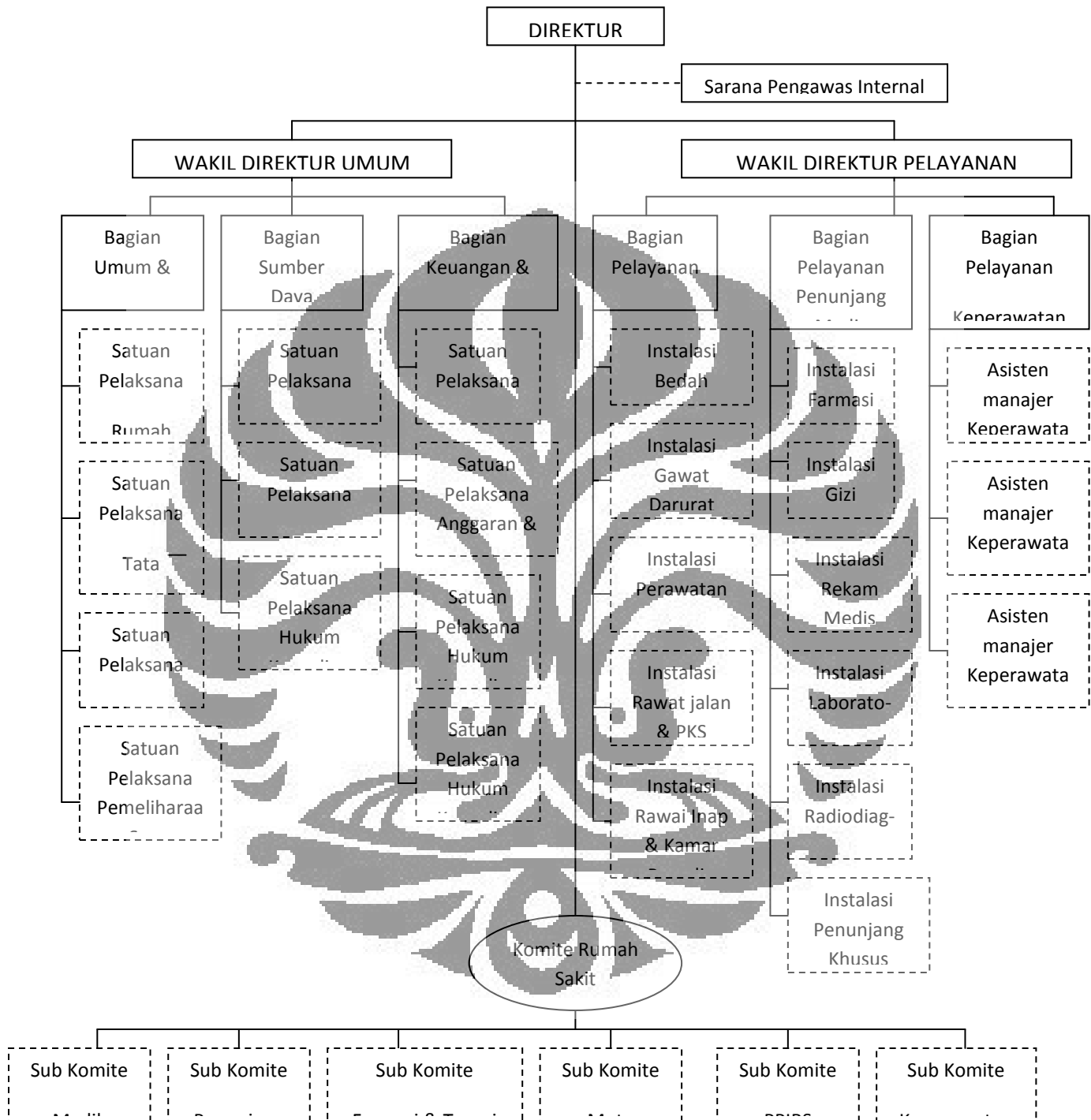
Memberikan pelayanan kesehatan yang bermutu oleh sumber daya manusia profesional dan meningkatkan pelayanan secara bertahap yang didukung oleh sistem manajemen mutu bagi seluruh lapisan masyarakat.

5.7 Strategi dan Sasaran Mutu

Berdasarkan profil RSUD Pasar Rebo maka dalam mewujudkan pelayanan yang bermutu bagi seluruh lapisan masyarakat RSUD Pasar Rebo Memiliki beberapa strategi. Strategi mutu yang dimaksud antara lain:

1. Optimalisasi fasilitas dengan cara utilisasi 100 % ICU dan CVCU, optimalisasi setiap pelayanan dan tindakan poliklinik serta optimalisasi Medical Check Up Stationer rumah sakit
2. Pengembangan model produk dengan cara pengembangan Hemodialisa, pelayanan Echo Cardiografi 4 dimensi, pengembangan Medical Check Up Mobile, pelayanan klinik kecantikan
3. Pengembangan sarana dan prasarana menuju pelayanan tersier melalui Master Plan gedung baru dan Pembangunan gedung baru serta penambahan alat kesehatan sesuai dengan rencana pengembangan
4. Menyiapkan dan mengembangkan SDM menuju Pelayanan Tersier tahun 2011 dengan melalui pengembangan profesi mulai dari tahun 2009 dengan penambahan tenaga trampil dan meningkatkan tenaga trampil melalui pendidikan dan pelatihan (in house training)

5.8 Struktur Organisasi RSUD Pasar Rebo



Gambar 2.1 Struktur Organisasi RSUD Pasar Rebo

5.9 Sarana Fisik Dan Prasarana RSUD Pasar Rebo

Sarana dan prasarana yang dimiliki oleh RSUD Pasar Rebo berdasarkan profil RSUD Pasar Rebo antara lain :

- a. Luas tanah : 13.000 M²
- b. Luas lantai : 18.000 M²
- c. Luas lahan parkir : 10.125 M²
- d. Daya listrik : 1.200 kva
- e. Generator : 750 kva
- f. Mesin Boiler : 2 tungku @ 1000 lt
- g. Pengolahan limbah : IPAL dan incinerator
- h. Sumber air : PAM dan Sumur dalam
- i. Sarana komunikasi : Telepon central dengan ± 100 pesawat, 20 line telepon sistem hunting
- j. UPS : 60 kva

RSUD Pasar Rebo memiliki 2 gedung yaitu Gedung A dan gedung B dengan rincian ruangan pada masing masing gedung tersebut sebagai berikut :

A. Gedung A

Gedung A terdiri dari 6 lantai dengan kondisi sebagai berikut :

1. Lantai 1 terdiri atas ruangan unit gawat darurat, OK UGD, Gudang farmasi, Gudang Apotik, Apotik Poli Paru, Poli Paru, Poli Psikiatri, Rekam Medik, Kasir poli Paru, Laboratorium Poli paru, Pos Keamanan UGD, Kantor Keamanan, Ambulance, Sekretariat koperasi dan kantin 171

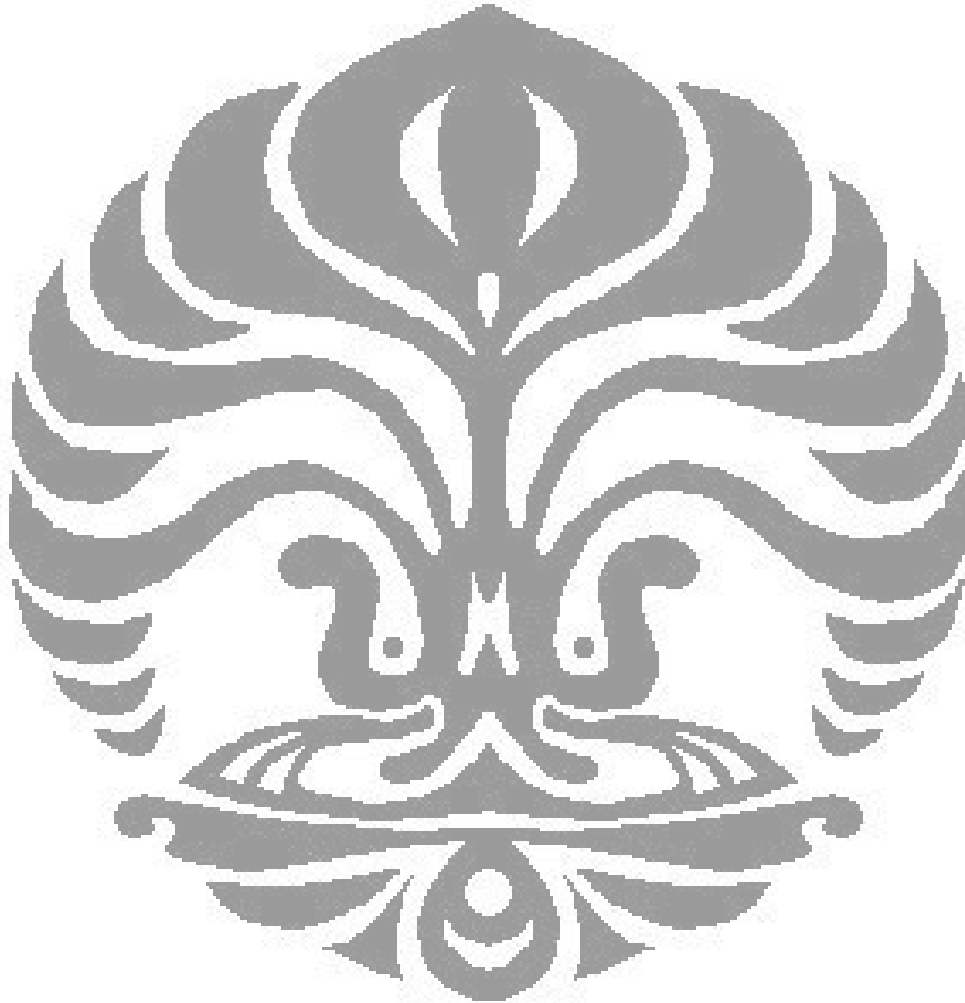
2. Lantai 2 terdiri dari ruangan Informasi, Front Office, Customer Service, Poli Syaraf, Poli Gigi dan Mulut, Poli Rehab Medik, Poli Urologi, Poli Bedah, Poli Orthopedi, Poli Kulit. Medical Cek Up, kasir Askes/Jamper, kasir lt.2, Apotik 24 jam, Pendaftaran PKS, Instalasi Ranap/Rajal/PKS, P2BJU dan Pengembangan Usaha.
3. Lantai 3 terdiri dari ruangan untuk Poli Kebidanan, Poli Laktasi, Poli Anak, Poli Penyakit Dalam, Poli Karyawan, Poli Gizi, Poli THT, Poli Jantung, Poli Mata, Optik, Rekam Medik lt.3, Kasir, Apotik.
4. Lantai 4 terdiri dari ruangan untuk aula dokter, Sekretaris, Keuangan, Wadir Pelayanan, Sub. Komite Akreditasi dan ISO, Komite Medik, Kabid Keperawatan, SDM, Pantry lt. 4, Satuan Pengawas Internal, dan SIM
5. Lantai 5 terdiri dari ruangan rawat Inap Dahlia, Apotik dahlia dan Aula lt. 5
6. Lantai 6 terdiri dari ruangan Rawat inap Teratai Apotik Teratai dan Pantry

B. Gedung B

Untuk gedung B terdiri dari 8 lantai dengan pembagian ruangan per lantainya adalah sebagai berikut :

1. Lantai 1 terdiri dari ruangan untuk Posko Banjir/KLB, Kantin, Kamar Jenazah, Gizi, Laundry, CSSD dan IPS
2. Lantai 2 terdiri dari ruangan untuk Laboratorium Kimia dan Patologi Anatomi, Bank Darah, Radiologi, Apotik dan Pos keamanan
3. Lantai 3 terdiri dari Ruangan perawatan Perinatologi, Rawat Inap Delima dan Kamar Bersalin
4. Lantai 4 terdiri dari ruangan CVCU, ICU, Aptek dan Kamar Operasi
5. Lantai 5 terdapat ruangan Rawat Inap Cempaka
6. Lantai 6 merupakan ruangan Rawat Inap Mawar
7. Lantai 7 merupakan ruangan Rawat Inap Melati
8. Lantai 8 merupakan ruangan Rawat Inap Angrek, Pantry dan Apotik

Disamping 2 gedung di atas juga terdapat gedung bekas asrama yang digunakan untuk Pengelola Anggaran, Rumah Tangga dan Kantor Akper yang digunakan sebagai kantor P3RS (Panitia Pengadaan dan Pembelian Rumah Sakit). Juga ada Guest House yang digunakan untuk supervisor HK dan IDI. Selain itu RSUD Pasar Rebo juga dilengkapi tempat parkir, mini market dan pos Keamanan



BAB 6

HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

6.1 Hasil Penelitian

Penelitian dilaksanakan di Rumah Sakit Umum Daerah Pasar Rebo, pada bagian rawat jalan. Pelaksanaan penelitian terdiri dari dua tahap survey, yaitu pertama survey awal dan dilanjutkan dengan survey penelitian. Pelaksanaan survey pertama dilakukan uji coba kuesioner kepada 10 (sepuluh) responden dan melakukan observasi situasi lapangan, dilakukan pada tanggal 25 April 2011. Uji coba yang dilakukan adalah uji coba kuesioner pengunjung.

Pengumpulan data survey dilakukan langsung oleh peneliti. Pada tahap awal, peneliti melakukan wawancara secara langsung pada responden setelah pasien selesai diperiksa oleh dokter. Teknik ini membutuhkan waktu 5-10 menit untuk satu responden. Namun tidak jarang pasien yang sudah selesai diperiksa oleh dokter tidak mau diwawancara oleh peneliti. Oleh karena itu, untuk beberapa pasien peneliti memberikan petunjuk pengisian kepada pasien, setelah pasien mengerti, mereka mengisi sendiri kuesioner yang ada.

Pada saat wawancara berakhir, peneliti memeriksa kembali setiap lembar kuesioner untuk mengetahui kelengkapan pengisian data pada kuesioner yang diisi sendiri oleh pasien. Bila ada pertanyaan yang masih belum dilengkapi, peneliti bertanya kembali pada pasien dengan menggunakan pertanyaan yang lebih bisa dimengerti pasien.

Penyajian hasil penelitian akan diawali dengan laporan pelaksanaan penelitian, dilanjutkan dengan kualitas data yang diperoleh, penyajian hasil, penyajian analisis data dan pembahasan. Hasil analisis data data univariat

disajikan dengan gambaran distribusi frekuensi dan statistik deskriptif serta hasil analisis hubungan antara variabel bebas dengan variabel terikat.

6.1.1 Pelaksanaan Penelitian

Pengambilan data primer dilakukan pada tanggal 25 April 2011 sampai dengan 15 Mei 2011 selama lima hari jam kerja. Pengumpulun data dilakukan dengan menggunakan kuesioner dan formulir observasi .

6.1.2 Hasil Analisis Data

6.1.2.1 Analisis Univariat

a. Gambaran waktu tunggu pasien

Tabel 6.1 Distribusi Frekuensi Waktu Tunggu Pasien Rumah Sakit Umum Daerah Pasar Rebo Tahun 2011

Waktu Tunggu	Jumlah	Presentase
Kurang dari 60 menit (< 60 menit)	48	24,1 %
Lebih dari atau sama dengan 60 menit (\geq 60 menit)	151	75,9 %
Total	199	100 %

Pada tabel 6.1 dapat dilihat bahwa Lebih dari tiga perempat pasien menunggu \geq 60 menit, yaitu waktu tunggu pasien paling banyak adalah diatas sama dengan 60 menit berjumlah 151 dengan presentase 75,9 %, sedangkan waktu tunggu kurang dari 60 menit adalah 48 dengan presentase 24,1 %.

b. Sumber Daya Manusia (keterlambatan dokter)

Tabel 6.2 Distribusi Frekuensi Keterlambatan Dokter Memulai Pelayanan Rumah Sakit Umum Daerah Pasar Rebo tahun 2011

Keterlambatan Dokter	Jumlah	Presentase
Kurang dari 60 menit (< 60 menit)	60	30,2 %
Lebih dari atau sama dengan 60 menit (\geq 60 menit)	139	69,8 %
Total	199	100 %

Pada tabel 6.2 dapat dilihat bahwa lebih 2/3 dokter terlambat \geq 60 menit, paling banyak adalah \geq 60 menit berjumlah 139 dengan presentase 69,8 %, sedangkan keterlambatan dokter < 60 menit adalah 60 dengan presentase 30,2 %.

c. Jenis Pembayaran Pasien

Tabel 6.3 Distribusi Frekuensi Cara Pembayaran Responden Rawat Jalan Rumah Sakit Umum Daerah Pasar Rebo Tahun 2011

Cara Pembayaran	Frekuensi	Persentase
Umum	148	63,8 %
Jaminan	14	6 %
Askes	53	22,8 %
Askeskin	17	7,3 %
Total	232	100 %

Lebih dari setengah responden pada penelitian ini adalah pasien dengan cara pembayaran yang menggunakan umum dengan

jumlah 120 dengan presentase 60,3 %, pasien askes 53 (26,6%) askeskin 17 (8,5%) dan responden terkecil yaitu pasien yang menggunakan jaminan sejumlah 9 dengan presentase 4,5 % sebagaimana tergambar pada tabel 6.3 diatas :

d. Jenis Poliklinik

Tabel 6.4 Distribusi Frekuensi Poliklinik Responden Rawat Jalan Rumah Sakit Umum Daerah Pasar Rebo Tahun 2011

Poliklinik	Jumlah	Presentase
Penyakit Dalam	63	31,7 %
Jantung	42	21,1 %
Anak	57	28,6 %
Bedah	15	7,5 %
Kebidanan dan Kandungan	22	11,1 %
Total	199	100 %

Pada tabel 6.4 terlihat bahwa poliklinik yang terbanyak didatangi dari responden adalah poliklinik Penyakit Dalam sebanyak 63 dengan presentase 31,7 %, poliklinik Anak 57 (28,6%), Jantung 42 (21,1%), Kebidanan dan kandungan 22 (11,1%), dan distribusi poliklinik yang terendah adalah poliklinik Bedah sejumlah 15 dengan presentase 7,5 %.

e. Jumlah Pasien

Jumlah pasien dikategorikan berdasarkan mean yang sudah dihitung oleh peneliti yaitu 64 pasien dengan kategori < 64 pasien sejumlah 100 dengan presentase 50,3 % dan \geq 64 pasien sejumlah 99 dengan presentase 49,7 %. Distribusi frekuensi jumlah pasien

pada responden penelitian di rawat jalan Rumah Sakit Umum Daerah Pasar Rebo dapat dilihat pada tabel 6.6.

Tabel 6.6 Distribusi Frekuensi Jumlah Pasien Rawat jalan di lima Poliklinik Rumah Sakit Umum Pasar Rebo Tahun 2011

Jumlah pasien	Jumlah	Presentase
< 64 pasien	100	50,3 %
≥ 64 pasien	99	49,7 %
Total	199	100 %

f. Penyelenggaraan BRM

Tabel 6.7 Distribusi Frekuensi Penyelenggaraan BRM Pasien Rawat Jalan Rumah Sakit Umum Daerah Pasar Rebo Tahun 2011

Penyelenggaraan BRM	Jumlah	Presentase
< 10 menit	10	5 %
≥ 10 menit	189	95 %
Total	199	100 %

Berdasarkan perhitungan distribusi frekuensi penyelenggaraan BRM pasien menunjukkan bahwa penyelenggaraan BRM < 10 menit merupakan jumlah yang paling sedikit yaitu sejumlah 10 dengan presentase 5 % dan penyelenggaraan BRM ≥ 10 menit adalah yang terbanyak dengan jumlah 189 atau 95 % dari total responden.

6.1.2.2 Analisis Bivariat

- a. Hubungan antara Keterlambatan Dokter dengan Lama Waktu Tunggu pasien

Hasil analisis hubungan antara keterlambatan dokter dengan lama waktu tunggu, menggunakan *chi square test* dapat dilihat dari tabel dibawah.

Tabel 6.8 Distribusi Keterlambatan Dokter dengan Lama Waktu Tunggu Pasien Rawat Jalan RSUD Pasar Rebo Tahun 2011

Keterlambatan Dokter	Lama Waktu Tunggu				Total		p-Value
	< 60 menit		≥ 60 menit		n	%	
	N	%	N	%			
< 60 menit	32	53,3	28	46,7	60	100	0,000
≥ 60 menit	16	11,5	123	88,5	139	100	
Total	48	24,1	151	75,9	199	100	

Hasil analisis hubungan antara keterlambatan dokter dengan waktu tunggu pasien diperoleh bahwa dari keterlambatan dokter kurang dari 60 menit, ada sebanyak 28 pasien (46,7%) yang menunggu lebih dari atau sama dengan 60 menit. Sedangkan pada keterlambatan dokter diatas atau sama dengan 60 menit terdapat 123 pasien (88,5%) yang menunggu diatas atau sama dengan 60 menit. Hasil uji statistik diperoleh nilai $p= 0,000$, maka dapat disimpulkan bahwa ada perbedaan proporsi kejadian menunggu lebih dari 60 menit antara keterlambatan dokter kurang dari 60 menit dengan keterlambatan dokter ≥ 60 menit. (ada hubungan yang signifikan antara keterlambatan dokter dengan waktu tunggu pasien). Semakin lama keterlambatan dokter, maka akan semakin lama waktu tunggu yang dirasakan pasien.

b. Hubungan antara Jenis Pembayaran dengan Lama Waktu Tunggu Pasien

Hasil analisis hubungan antara jenis pembayaran dengan lama waktu tunggu, menggunakan *chi square test* dapat dilihat dari tabel dibawah ini :

Tabel 6.9 Distribusi Jenis Pembayaran dengan Lama Waktu Tunggu Pasien Rawat Jalan RSUD Pasar Rebo Tahun 2011

Jenis Pembayaran	Lama Waktu Tunggu				Total		p-Value
	< 60 menit		≥ 60 menit		n	%	
	N	%	N	%			
Umum	39	32,5	81	67,5	120	100	0,000
Jaminan	5	55,6	4	44,4	9	100	
Askes	1	1,9	52	98,1	53	100	
Askeskin	3	17,6	14	82,4	17	100	
Total	48	24,1	15	75,9	199	100	

Hasil analisis hubungan antara jenis pembayaran dengan waktu tunggu pasien diperoleh bahwa dari jenis pembayaran umum, ada sebanyak 81 pasien (67,5%) yang menunggu lebih dari atau sama dengan 60 menit. Sedangkan pada cara pembayaran dengan menggunakan jaminan perusahaan terdapat 4 pasien (44,4%) yang menunggu diatas atau sama dengan 60 menit. Pada jenis pembayaran dengan menggunakan Askes sebanyak 52 pasien (98,1%). Kemudian untuk jenis pembayaran pasien menggunakan Askeskin sebanyak 14 pasien (82,4%). Hasil uji statistik diperoleh nilai $p = 0,000$, maka dapat disimpulkan bahwa ada perbedaan proporsi kejadian menunggu lebih dari sama dengan 60 menit antara cara pembayaran umum, jaminan, Askes, dan Askeskin

(ada hubungan yang signifikan antara cara pembayaran dengan waktu tunggu pasien).

c. Hubungan antara Jenis Poliklinik dengan Lama Waktu Tunggu pasien

Hasil analisis hubungan antara Jenis Poliklinik dengan lama waktu tunggu, menggunakan *chi square test* dapat dilihat dari tabel dibawah.

Tabel 6.10 Distribusi Jenis Poliklinik dengan Lama Waktu Tunggu Pasien Rawat Jalan RSUD Pasar Rebo Tahun 2011

Jenis Poliklinik	Lama Waktu Tunggu				Total		p-Value
	< 60 menit		≥ 60 menit		n	%	
	N	%	N	%			
Penyakit Dalam	3	4,8	60	95,2	63	100	0,000
Jantung	0	0	42	100	42	100	
Anak	31	54,4	26	45,6	57	100	
Bedah	6	40	9	60	15	100	
Kebidanan dan Kandungan	8	36,4	14	63,6	22	100	
Total	48	24,1	151	75,9	199	100	

Hasil analisis hubungan antara jenis poliklinik dengan waktu tunggu pasien diperoleh bahwa dari poliklinik penyakit dalam ada sebanyak 60 pasien (95,2%) yang menunggu lebih dari sama dengan 60 menit. Sedangkan pada poliklinik jantung seluruhnya (42 pasien/ 100%) yang menunggu diatas atau sama dengan 60 menit. Pada poliklinik anak terdapat 26 pasien (45,6%), pada poliklinik bedah ada 9 pasien (60%), kemudian pada

poliklinik kebidanan dan kandungan ada 14 pasien (63,6%). Hasil uji statistik diperoleh nilai $p= 0,000$, maka dapat disimpulkan bahwa ada perbedaan proporsi kejadian menunggu lebih dari sama dengan 60 menit antara poliklinik penyakit dalam, poliklinik jantung, poliklinik anak, poliklinik bedah, dan poliklinik kebidanan dan kandungan (ada hubungan yang signifikan antara jenis poliklinik dengan waktu tunggu pasien).

d. Hubungan antara Jumlah Pasien dengan Lama Waktu Tunggu pasien

Hasil analisis hubungan antara jumlah pasien dengan waktu tunggu diperoleh bahwa dari jumlah pasien < 64 pasien, ada sebanyak 53 pasien (53%) yang menunggu lebih dari sama dengan 60 menit. Sedangkan pada jumlah pasien ≥ 64 pasien, terdapat 98 pasien (99%) yang menunggu di atas dan sama dengan 60 menit. Hasil uji statistik diperoleh nilai $p= 0,000$, maka dapat disimpulkan bahwa ada perbedaan proporsi kejadian menunggu lebih dari sama dengan 60 menit antara jumlah pasien < 64 pasien dan jumlah pasien ≥ 64 pasien (ada hubungan yang signifikan antara jumlah pasien dengan waktu tunggu pasien). Semakin banyak pasien, maka akan semakin lama waktu tunggu yang dirasakan.

Hasil analisis hubungan antara Jumlah Pasien dengan lama waktu tunggu, menggunakan *chi square test* dapat dilihat dari tabel dibawah.

Tabel 6.12 Distribusi Jumlah Pasien dengan Lama Waktu Tunggu Pasien Rawat Jalan RSUD Pasar Rebo Tahun 2011

Jumlah Pasien	Lama Waktu Tunggu				Total		p-Value
	< 60 menit		≥ 60 menit		N	%	
	N	%	N	%			
< 64 pasien	47	47	53	53	100	100	0,000
≥ 64 pasien	1	1	98	99	99	100	
Total	48	24,1	151	75,9	199	100	

e. Hubungan antara Penyelenggaraan BRM dengan Lama Waktu Tunggu pasien

Hasil analisis hubungan antara penyelenggaraan BRM dengan waktu tunggu diperoleh bahwa dari penyelenggaraan BRM <10 menit, ada sebanyak 4 pasien (40%) yang menunggu lebih dari sama dengan 60 menit. Sedangkan pada penyelenggaraan BRM ≥10 menit, terdapat 147 pasien (77,8%) yang menunggu diatas sama dengan 60 menit. Hasil uji statistik diperoleh nilai $p= 0,014$, maka dapat disimpulkan bahwa ada perbedaan proporsi kejadian menunggu lebih dari 60 menit antara penyelenggaraan BRM <10 menit dan penyelenggaraan ≥10 menit terhadap waktu tunggu (ada hubungan yang signifikan antara penyelenggaraan BRM pasien dengan waktu tunggu pasien).

Hasil analisis hubungan antara Penyelenggaraan BRM dengan lama waktu tunggu, menggunakan *chi square test* dapat dilihat dari tabel dibawah.

Tabel 6.13 Distribusi Penyelenggaraan BRM dengan Lama Waktu Tunggu Pasien Rawat Jalan RSUD Pasar Rebo Tahun 2011

Penyelenggara -an BRM	Lama Waktu Tunggu				Total		p- Value
	< 60 menit		≥ 60 menit		N	%	
	N	%	N	%			
< 10 menit	6	60	4	40	10	100	0,014
≥ 10 menit	42	22,2	147	77,8	189	100	
Total	48	24,1	151	75,9	199	100	

Rekapitulasi Hasil Uji Statistik Chi Kuadrat

Dari tabel diatas, terlihat bahwa variabel bebas yang memiliki hubungan kemaknaan dengan waktu tunggu adalah keterlambatan dokter, jenis pembayaran, jenis poliklinik, jumlah pasien dan penyelenggaraan berkas rekam medis.

6.2 Pembahasan

Pembahasan hasil penelitian mencakup berbagai variabel dalam penelitian yang berhubungan dengan lama waktu tunggu pasien rawat jalan pada lima poliklinik (Penyakit dalam, Jantung, Anak, Bedah dan poliklinik Kebidanan dan Kandungan) RSUD Pasar Rebo.

6.2.1 Keterbatasan Penelitian

Penelitian ini merupakan suatu kajian cross sectional yang mempunyai beberapa keterbatasan.

Keterbatasan dalam penelitian ini hanya dilakukan pada lima poliklinik saja dari 19 poliklinik yang ada, sehingga hasil yang didapat tidak menggambarkan waktu tunggu pada keseluruhan poliklinik yang

ada di RS Pasar Rebo. Peneliti hanya melakukan penelitian pada hari senin – jumat saja sehingga tidak mewakili waktu tunggu pada seluruh hari kerja poliklinik (senin - sabtu).

Lama waktu tunggu yang dirasakan hanya berdasarkan persepsi dari pasien sehingga data yang diperoleh bersifat subjektif menurut pasien.

6.2.2 Hasil kuesioner dan observasi faktor-faktor yang berhubungan dengan waktu tunggu pasien rawat jalan

6.2.2.1 Keterlambatan Dokter

Dari tabel distribusi frekuensi berdasarkan keterlambatan dokter, didapatkan bahwa jumlah terbanyak adalah kelompok pasien yang menunggu ≥ 60 menit karena adanya keterlambatan dokter yang lama (≥ 60 menit) yaitu sebanyak 123 (88,5 %). Waktu dimulainya pelayanan oleh dokter yang bertugas, menjadi faktor penentu utama yang secara langsung menyebabkan terjadinya waktu tunggu poliklinik.

Keterlambatan dokter mempengaruhi jam mulai pelayanan, semakin lama dokter terlambat, maka akan semakin lama pula waktu tunggu yang dirasakan pasien. Lamanya keterlambatan dokter dalam memulai pelayanan terjadi karena beberapa alasan, salah satunya karena adanya kewajiban visite ke ruangan rawat inap, atau karena adanya keadaan emergency yang terjadi di ruang rawat inap, namun tak jarang pula dokter memang datang terlambat dari jam praktek yang sudah ditentukan rumah sakit. Untuk keterlambatan jam mulai pelayanan dokter yang dikarenakan

adanya kewajiban emergency, tentu bukanlah hal yang bisa disalahkan. Namun bila dokter tersebut memang datang karena terlambat, hal itu menjadi masalah dan menunjukkan rendahnya kinerja dokter yang bersangkutan. Ketepatan jam praktek dokter sangat berpengaruh terhadap lama waktu tunggu. Dari pengamatan yang dilakukan peneliti, selain keterlambatan terjadi karena alasan diatas, keterlambatan juga terjadi karena adanya persepsi dokter yang menganggap waktu dokter lebih berharga dibandingkan waktu pasien yang sedang menunggu.

Meskipun pelayanan dokter harus dilengkapi dengan ketersediaan rekam medis, kehadiran dokter dipoliklinik tetap menjadi penentu akhir lamanya waktu tunggu yang dirasakan pasien. Johnson (1968). Menurut Muthuraman dan Lawley (2011) Komplikasi untuk masalah yang tetap dalam waktu tunggu pasien meliputi faktor lingkungan seperti keterlambatan dokter dan gangguan; pasien tanpa perjanjian terlebih dulu, keadaan darurat, dan multi-tahap masuk prosedur pelayanan. Begitu juga hasil dari penelitian yang dilakukan oleh Groome LJ dan Mayeaux EJ Jr (2010) mengatakan bahwa analisis akar penyebab masalah yang berkontribusi terhadap lamanya waktu tunggu yaitu jadwal perjanjian, serta keterlambatan pelayanan yang diberikan oleh dokter.

Menurut Rockart dan Hofman (1969), terdapat empat faktor yang sangat mempengaruhi waktu tunggu pasien. Yaitu sistem perjanjian yang digunakan, keterlambatan dokter, keterlambatan pasien dan jumlah pasien yang tak terlihat. Selain itu dari penelitian yang dilakukan oleh Nuffield pada

tahun 1952, faktor penting selain sistem perjanjian pasien dengan dokternya adalah keterlambatan dokter dan dua aspek dari pola kedatangan pasien. Hasil penelitian yang dilakukan oleh Hofman dan Rockart (1969), pun menunjukkan bahwa faktor mendasar yang secara signifikan yang mempengaruhi lamanya waktu tunggu adalah keterlambatan dokter dalam memulai pelayanan kesehatan.

Keterlambatan dokter didefinisikan dengan perbedaan antara waktu dokter memulai pelayanan yang sudah terjadwal dengan ketika dokter benar-benar memulai pelayanan kesehatan. Jika dokter memulai lebih awal, keterlambatan dokter dinilai nol. Manfaat dari mengurangi keterlambatan dokter berpengaruh terhadap mean waktu tunggu yang dirasakan pasien yang telah dihitung. Sebagai ukuran parameter karakteristik dari sebuah klinik anestesi dengan satu dokter bekerja 8 jam/hari, penurunan keterlambatan pasien dari 30 menit ke 0 menit telah menurunkan 10 menit dari waktu tunggu pasien (Dexter, 1999).

Meskipun demikian, dokter pun manusia biasa, dapat membuat kesalahan. Keterlambatan pun bisa terjadi karena dokter memiliki beban kerja yang berlebihan dan panjangnya jam kerja yang berakibat timbulnya kelelahan. Dokter juga kerja dalam sistem yang kompleks yang kurang didisain untuk mendeteksi kesalahan dan menghentikannya sebelum dokter tersebut menyebabkan kerugian pada pasien (Kendel, 2007)

6.2.2.2 Jenis Pembayaran

Dari tabel distribusi frekuensi berdasarkan jenis pembayaran pelayanan yang dilakukan pasien, didapatkan jumlah terbanyak kelompok pasien yang menunggu ≥ 60 menit adalah pasien yang menggunakan jenis pembayaran askes yaitu sebanyak 52 (98,1 %), dan askeskin sebanyak 14 (82,4%) pada penelitian ini waktu tunggu pasien diukur dari lamanya waktu yang dilewati pasien dari penyelesaian proses pendaftaran hingga pasien memasuki ruang pemeriksaan. Pada umumnya pasien yang melakukan pembayaran tunai atas pelayanan kesehatan yang mereka terima merupakan golongan masyarakat yang memiliki status ekonomi menengah keatas, sedangkan pasien dengan menggunakan cara pembayaran askeskin adalah pasien dengan status ekonomi rendah sedangkan pasien yang menggunakan askes dan jaminan perusahaan adalah pasien yang memiliki asuransi dari tempatnya bekerja. Panjangnya rute administrasi yang diperlukan untuk mendaftar pada pasien dengan cara pembayaran askes dan askeskin merupakan salah satu yang menyebabkan lama waktu tunggu yang dirasakan oleh pasien yang menggunakan askes, dan askeskin.

Meskipun pelayanan yang diberikan sama dan tidak membeda-bedakan, namun waktu tunggu yang ditemukan peneliti berbeda jauh antara pasien dengan melakukan pembayaran umum dengan pasien yang menggunakan askes karena terdapat alur pendaftaran yang rumit untuk pasien askes. Pasien askes harus datang pada jam 04.00 pagi atau pada jam 5 pagi agar dapat nomor antrian kecil untuk membuat SJP sehingga pasien bisa mendapatkan nomor antrian yang kecil pula pada poliklinik. Namun sepagi-

paginya pasien askes datang, pasien askes akan tetap mendapatkan nomer antrian diatas nomor 10. Sedangkan pada pasien umum atau askeskin dan jaminan, persyaratan atau alur pendaftaran yang dilakukan tidak memberikan sumbangan berarti terhadap waktu tunggu yang dirasakan.

Perbedaan waktu tunggu dari cara pembayaran yang dilakukan oleh pasien poliklinik terlihat karena adanya perbedaan administratif, seperti sistem pendaftaran dan syarat-syarat administratif yang berlaku di RSUD Pasar Rebo. Perbedaan tersebut memberikan tambahan waktu tunggu yang signifikan pada pasien askes selain waktu tunggu yang dirasakan oleh pasien lain yang menggunakan cara pembayaran umum, askeskin ataupun jaminan.

Beberapa penelitian pernah dilakukan sehubungan dengan waktu tunggu yang dirasakan pasien. Dari hasil penelitian tersebut 27% dilaporkan bahwa mereka terpaksa menunggu lebih lama dikarenakan adanya masalah administratif (D. Tengilimoglu, A. Kisa dan S.F. Dziegielewski, 2001). Kegagalan sistem pembayaran pihak ketiga seperti menggunakan banyak anggaran (meskipun hal itu berguna) dan meningkatkan hambatan seperti waktu tunggu untuk pelayanan kesehatan (Goodman, 2006).

6.2.2.3 Jenis Poliklinik

Dari tabel distribusi frekuensi berdasarkan jenis poliklinik, didapatkan bahwa jumlah terbanyak adalah pada kelompok pasien poliklinik Penyakit Dalam yaitu sebanyak 60 pasien (95,2 %) yang menunggu ≥ 60 menit. Sedangkan poliklinik yang terbanyak menunggu ≥ 60 menit adalah

poliklinik Jantung yaitu sebanyak 42 (100 %). Lamanya waktu tunggu poliklinik jantung disebabkan karenanya beberapa faktor, yaitu banyaknya jumlah pasien dan juga lamanya dokter memulai pelayanan. Selain itu, dari pengamatan yang dilakukan peneliti. Lama pemeriksaan dan konsultasi medis untuk setiap pasien yang dilakukan pada poliklinik ini pun lebih lama dibandingkan dengan poliklinik lain sehingga bila jumlah pasien banyak dan jam mulai pelayanan lewat dari jam yang sudah dijadwalkan, otomatis lama waktu tunggu pun meningkat.

Lamanya waktu tunggu pada jenis poliklinik dipengaruhi oleh jumlah pasien yang mendaftar ke poliklinik tersebut (Buhang dan Hasanbasri, 2006). Menurut Dexter (1999) Lamanya waktu tunggu pada poliklinik tertentu dapat terjadi karena pada poliklinik spesialis, dokter spesialis memiliki mean waktu konsultasi atau pemeriksaan yang lebih lama. Hal ini terjadi karena dokter harus memeriksa pasien dengan mendetail agar dapat mendiagnosa dan memberikan therapy yang tepat.

6.2.2.4 Jumlah pasien

Dari tabel distribusi frekuensi berdasarkan jumlah pasien, didapatkan bahwa jumlah terbanyak adalah kelompok jumlah pasien ≥ 64 pasien yang menunggu ≥ 60 menit yaitu sebanyak 98 (99 %). Jumlah pasien mempengaruhi lamanya pasien harus menunggu, dengan banyaknya pasien maka akan semakin lama juga pasien menunggu. Lama nya waktu tunggu bisa terjadi karena adanya ketidak seimbangan antara demand

dan supply. Antara jumlah tenaga kesehatan dengan pasien yang berobat ke klinik tersebut. (Berden et al, 2010).

Kelebihan beban dan kepadatan pasien pada saat-saat tertentu merupakan issue yang penting di bagian instalasi rawat jalan, banyaknya jumlah pasien yang mendaftar menyebabkan menumpuknya pasien di ruang tunggu pasien. Dari hasil pengamatan yang dilakukan peneliti, kurangnya ketersediaan tempat duduk menimbulkan kesan tunggu yang lama bagi pasien, hal itu diperparah dengan adanya keterlambatan dokter. Namun bagi beberapa pasien lama waktu tunggu yang dirasakan itu merupakan hal yang wajar bila dilihat dari nomor antrian dan kepuasan pelayanan yang mereka dapatkan. Untuk pasien dengan nomor antri yang besar, terutama pada pasien askes dan askeskin, mereka akan lebih pasrah untuk menunggu dan tidak terlalu mempermasalahkan lamanya waktu tunggu terlebih setelah mereka mendapatkan pelayanan kesehatan yang mereka butuhkan karena mereka tidak memiliki pilihan selain menunggu pelayanan di instalasi rawat jalan RSUD Pasar Rebo.

Oleh karena itu administrasi rumah sakit harus bisa mengatur alur pasien dengan efektif. Tingginya permintaan terhadap pelayanan kesehatan di instansi pelayanan kesehatan yang melebihi ketersediaan pelayanan di rumah sakit tersebut dapat menyebabkan terjadinya waktu tunggu yang lama. Tingginya permintaan dapat dilihat dari banyaknya pasien yang mencari pelayanan kesehatan ke rumah sakit tersebut (Bernd, 1992; Dansky, and Miles, 1997; Tengilimoglu et al, 1999).

Menurut penelitian yang dilakukan oleh Fetter dan Thompson (1965) menunjukkan bahwa meningkatnya waktu tunggu memang dipengaruhi oleh jumlah pasien, semakin meningkatnya jumlah pasien yang mendaftar di poliklinik tersebut, maka akan semakin lama waktu tunggu. Menurut penelitian yang dilakukan Sivey (2010), menunjukkan bahwa sisi permintaan pasar terhadap waktu tunggu saling mempengaruhi dan memiliki perbedaan waktu tunggu atau memberikan perubahan pada waktu tunggu yang dirasakan oleh pasien.

Berkurangnya beberapa pasien akan mengurangi rata-rata waktu tunggu pada pasien, namun bila waktu tunggu berkurang maka pasien-pasien tersebut akan kembali melakukan kunjungan berikutnya. Penambahan pasien baru tentu akan cenderung memperpanjang waktu tunggu, begitu pula sebaliknya apabila terjadi perpanjangan waktu tunggu yang dirasakan maka akan membuat pasien mengurangi kedatangannya ke instansi atau tempat pelayanan kesehatan tersebut (Goodman, 2006). Ketika pekerjaan dokter spesialis di poliklinik tanpa adanya keseimbangan antara demand dan supply. Dengan adanya beban kasus yang ada, beberapa dokter mendapat lebih banyak pekerjaan dibandingkan profesi lain dan akibatnya terjadi over-demand.

6.2.2.5 Penyelenggaraan rekam medis

Dalam penyelenggaraan pelayanan poliklinik rawat jalan, semakin sedikit waktu yang terpakai untuk menyediakan dokumen rekam medis, maka waktu tunggu

poliklinik akan semakin pendek. Dilihat dari pentingnya kecepatan pelayanan penyediaan berkas rekam medis pasien, sebagaimana telah disebutkan sebelumnya, waktu penyediaan rekam medis termasuk yang diatur dalam Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit yaitu kurang dari atau sama dengan 10 menit.

Faktor-faktor yang berhubungan dengan kelancaran waktu pelayanan rekam medis, antara lain persiapan berkas rekam medis, pencatatan pada buku register, penyeleksian berkas rekam medis per poliklinik, pencatatan pada buku ekspedisi, kepadatan rak penyimpanan, keberadaan berkas rekam medis di ruang rawat, keberadaan berkas rekam medis di SME, keberadaan berkas rekam medis di poliklinik, jarak sub bagian rekam medis dengan ruang rawat, jarak sub bagian rekam medis dengan ruang penyimpanan, berkas rekam medis inaktif, jumlah pasien rawat jalan, pengeluaran berkas dari tempat penyimpanan untuk melayani peminjaman apabila diperlukan untuk kepentingan pasien dan keperluan lain.

Pada penelitian ini, keterlambatan berkas sampai ke ruang poliklinik memiliki hubungan bermakna terhadap waktu tunggu, karena tanpa adanya berkas rekam medis, maka dokter belum bisa mulai memeriksa pasien tersebut terlebih pada pasien lama yang sudah memiliki riwayat kesehatan di RSUD Pasar Rebo. Keterlambatan BRM terlihat lebih berpengaruh saat dokter telah melakukan pelayanan dan pada periode menjelang siang seperti jam 11 atau 11.30 wib karena pada saat itu antrian sudah berkurang dan pasien ataupun dokter sama-sama menunggu berkas yang belum sampai ke poliklinik. Keterlambatan BRM terjadi di beberapa

titik, yang pertama diloket pendaftaran. Hal itu terjadi karena pada saat pasien mendaftar, pengambilan struk pendaftaran pasien diambil setelah struk itu menumpuk. Tahap kedua yang menyebabkan keterlambatan BRM yaitu pada saat petugas memberikan struk tersebut ke pusat penyimpanan BRM, selain karena struk tersebut kembali ditumpuk juga karena petugas perlu menginput data untuk pasien baru ke dalam sistem penyimpanan dengan komputerisasi. Tahap ketiga yang dapat menyebabkan waktu tunggu adalah pada pengambilan BRM di pusat penyimpanan BRM. Lamanya pengambilan BRM karena adanya kendala pada beberapa shift, yaitu kurangnya jumlah personel serta kebiasaan menumpuk struk pendaftaran sebelum BRM diambil dengan alasan efisiensi waktu pengambilan.

Selain alasan diatas, berkas rekam medis yang ada di RSUD Pasar Rebo masih berupa berkas dalam bentuk kertas. Meskipun sudah memback up data tersebut ke dalam komputer namun bentuk, penyimpanan, pengambilan dan pengiriman berkas rekam medis tersebut ke poliklinik yang membutuhkan masih menggunakan cara tradisional sehingga membutuhkan waktu yang lama untuk sampai ke poliklinik tersebut.

Berkas rekam medis elektronik bertujuan untuk membuat data pasien tersedia dimana saja dan kapan saja sehingga dokter dapat langsung melakukan pengisian catatan kesehatan pasien tanpa terlebih dulu menunggu datangnya berkas rekam medis seperti sistem yang masih berlaku saat ini (Library, 2006). Hal ini tentu saja sangat mempengaruhi waktu tunggu pasien. Namun dalam penelitian ini, keterlambatan berkas rekam medis tidak memiliki hubungan

yang bermakna terhadap waktu tunggu. Hal itu dikarenakan meskipun berkas rekam medis tiba ≥ 10 menit, namun pelayanan poliklinik belum dimulai karena adanya keterlambatan dokter dalam memulai pelayanan. Meskipun keterlambatan berkas rekam medis terjadi, tetap tidak akan mempengaruhi waktu tunggu apabila dokter terlambat memulai pelayanannya, karena sebelum dokter melakukan pelayanan, berkas rekam medis sudah bertumpuk.

Ketersediaan berkas rekam medis elektronik akan sangat membantu. Meskipun komputer sudah berada disekitar kita dan penelitian menunjukkan bahwa sistem rekam medis elektronik dapat meningkatkan kualitas dan mengurangi kesalahan yang jauh lebih besar dibandingkan BRM dalam bentuk kertas (Goodman, 2006), namun tidak semua rumah sakit dapat menggunakannya. Ketidakmampuan itu diakibatkan karena tidak adanya insentif untuk dokter melakukan hal tersebut, banyaknya pasien dan belum siapnya sistem rumah sakit untuk berubah.

BAB 7

KESIMPULAN DAN SARAN

7.1 Kesimpulan

Dari hasil penelitian ini, dapat diambil kesimpulan bahwa pasien yang menunggu ≥ 60 menit yaitu sebagai berikut :

1. Lebih dari tiga perempat pasien menunggu ≥ 60 menit (75,9%),
2. Pasien yang menunggu ≥ 60 menit, yaitu :
 - Terbanyak karena adanya keterlambatan dokter ≥ 60 menit (88,5%).
 - Sebagian besar pada pasien askes (98,1%), askeskin (82,4%), umum (67,5%) dan yang terkecil pada pasien jaminan (44,4%).
 - Pada pasien poliklinik, terbanyak dari poliklinik jantung (100%), penyakit dalam (95,2%), kebidanan dan kandungan (63,6%), bedah (60%) dan yang paling kecil pada poliklinik anak (45,6%).
 - Sebagian besar jumlah pasien ≥ 64 pasien menunggu ≥ 60 menit (99%)
 - penyelenggaraan berkas rekam medis pasien yang menunggu ≥ 60 menit, terbanyak dari penyelenggaraan BRM ≥ 10 menit (77,8%).
3. Variabel yang berhubungan berdasarkan perhitungan statistik yaitu variabel keterlambatan dokter, jenis pembayaran pasien, jenis poliklinik, jumlah pasien, dan keterlambatan BRM.

7.2 Saran

Untuk mengurangi waktu tunggu pasien di RS Pasar Rebo yang disebabkan oleh beberapa faktor yang sudah dibahas di atas, peneliti akan memberikan sedikit saran, terkait dengan pelayanan yang diberikan di instalasi rawat jalan.

- Untuk mengurangi waktu tunggu karena keterlambatan dokter, bila kesibukan dokter pada pagi hari menjelang jam buka poliklinik tidak bisa dihindari karena adanya alasan kegawat daruratan pasien rawat inap, maka akan lebih baik bila jam mulai pelayanan disesuaikan dengan kedatangan dokter agar pasien tidak menunggu lama atau diberitahukan kepada pasien akan adanya keterlambatan dokter dan bila keterlambatan dokter lama, agar pasien dianjurkan untuk pergi atau berjalan-jalan terlebih dulu
- Lamanya waktu tunggu yang dirasakan pada pasien dengan jenis pembayaran tertentu menunjukkan adanya prosedural yang begitu panjang bagi pasien. Oleh karena itu sebaiknya alur administrasi yang dilakukan oleh pasien askes untuk dipermudah, percepat realisasi adanya pembuatan kartu dengan barcode pada pasien askes untuk mempermudah dan mempercepat administrasi, khususnya bagi pasien askes.
- Untuk mengurangi waktu tunggu akibat menumpuknya jumlah pasien pada saat yang bersamaan, akan lebih baik bila diberlakukan sistem perjanjian antara pasien dengan dokter untuk mengurangi waktu tunggu. Jadi setelah pasien selesai diperiksa, dokter membuat jadwal perjanjian dengan pasien pada sore hari dan menganjurkan pasien untuk melakukan pendaftaran via telepon sebelumnya
- Medical record sebaiknya menggunakan sistem komputerisasi, untuk menghindari keterlambatan rekam medis. Meskipun keterlambatan berkas rekam medis tidak berhubungan secara bermakna, namun dengan adanya

berkas rekam medis elektronik maka adanya kesalahan seperti terselip atau berkas hilang dapat diminimalisir

- Waktu tunggu yang dirasakan bukan hanya karena lamanya pasien menunggu, tapi tak jarang karena adanya ketidaknyamanan dan persepsi pasien sendiri terhadap waktu tunggu yang sedang dirasakan. Untuk itu, sebaiknya kondisi dan kebersihan ruang tunggu, tempat duduk, serta fasilitas lain seperti televisi, AC, dan harus tertata dengan baik dan sesuai dengan kapasitas pasien yang menunggu dan membuat pasien merasakan kenyamanan. Agar lamanya waktu tunggu tidak begitu dirasakan oleh pasien. Selain itu, untuk menyiasati waktu tunggu yang lama, bisa juga pasien diberikan penyuluhan kesehatan sehingga selain pasien bias mendapatkan ilmu tentang pencegahan penyakit, pasien juga tidak akan begitu merasakan waktu tunggu.
- Tingkatkan komunikasi dengan intonasi suara dan bahasa tubuh yang baik antara pasien dengan petugas kesehatan. Terkadang sensitivitas pasien lebih tinggi pada saat sakit terlebih bila pasien dihadapkan dengan waktu tunggu yang cenderung lebih lama.

DAFTAR PUSTAKA

- Arlym, Lucyanel. (2010). Analisis Kepuasan Pasien Terhadap Pelayanan Instalasi Rawat Jalan Rumah Sakit Ketergantungan Obat Jakarta. Depok: Tesis KARS UI.
- Avoid The Medical Wait. Industrial Engineer* 42.10 (2010): 17. *Gale Art And Engineering Lite Package*. Web. 2 Apr. 2011. (Ebscohost)
- Babes, M. & G. V. Sarma. (1991). *Out-Patient Queues At The Ibn-Rochd Health Center*. *Journal of The Operational Research Society* 42:845-855.
- Basbeth, Ferryal. (2010). Rekam Medis. [Online]. dari :
<http://www.freewebs.com/medicalrecord/penyimpananrekammedis.htm> [18 november 2010].
- Cayirli, T., E. Veral, & H. Rosen. (2006). *Designing Appointment Scheduling Systems for Ambulatory Care Services*. *Journal of Health Care Management Science* 9:47-58.
- Cayirli, T., E. Veral, & H. Rosen. (2008). *Assessment of Patient Classification in Appointment System Design*. *Production And Operations Management* 17:338-353. May 1, 2008.
- Chen Bl, Li Ed, Yamawuchi K, Kato K, Naganawa S, Miao Wj *et al.* (2010). *Chinese Medical Journal [Chin Med J (Engl)]* Mar 5; Vol. 123 (5), Pp. 574-80.
- Depkes RI. (1991). *Petunjuk Teknis Penyelenggaraan Rekam Medis*. Jakarta: Ditjen Yan Medik

Depkes RI. (1997). Pedoman Pengelolaan Rekam Medis Rumah Sakit di Indonesia. Jakarta: Ditjen Yan Medik.

Departemen Kesehatan RI. (1997). Pengelolaan Rekam Medis Rumah Sakit di Indonesia. Revisi I, Jakarta: , Direktorat Jenderal Pelayanan Medik.

Departemen Kesehatan RI. (2005). Survey Kesehatan Nasional 2004, SKRT Volume 2: Status Kesehatan Masyarakat Indonesia. Jakarta : Badan Penelitian Dan Pengembangan Kesehatan Depkes RI.

Dharmanti, Inge. (2003). Analisis Faktor yang Mempengaruhi Waktu Tunggu Pelayanan Di Rekam Medis Rawat Jalan RSUD Haji Surabaya Tahun 2003. Surabaya : Fkm Unair

Erytawidhayani. (2000). Optimalisasi System Pelayanan Instalasi Rawat Jalan Rumah Sakit Umum Pusat Fatmawati. Jakarta : Tesis KARS UI.

Fetter, Robert B. & John D. Thompson. (1966). *Patient's Waiting Time and Doctor's Idle Time in The Outpatient Setting*. Journal of Health Services Research Summer. Vol. 1, p. 66. Summer, 1966.

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1067302/>

Franklin, Dexter. (1999). *Design of Appointment Systems for Preanesthesia Evaluation Clinics To Minimize Patient Waiting Times: A Review of Computer Simulation and Patient Survey Studies*. University of Iowa. October, 1999.

www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10512266

Goodman, C. John. 2006. What Is Consumer-Directed Health Care? Comparing Patient Power with Other Decision Mechanism. Health Affairs Web Exclusive. Virginia : The People To People Health Foundation, Inc.

- Grant, Collin. (1985). *Australian Hospital Operation and Management Second Edition*. Melbourne : Churchill Livingstone.
- Groome Lj; Mayeaux Ej Jr. (2010). *Decreasing Extremes in Patient Waiting Time*. Quality Management in Health Care [Qual Manag Health Care]. (2010) Apr-Jun; Vol. 19 (2), Pp. 117-28.
- Gumilar, Rahman. (2008). Skripsi : Analisis Kepuasan Pasien Terhadap Pelayanan Rawat Jalan di Balai Pengobatan Umum Puskesmas Kecamatan Pasar Rebo, Jakarta Timur Tahun 2008, Skripsi Ui
- Harper, P. R. & Gamlin, H. M. (2003). *Reduced Outpatient Waiting Times with Improved Appointment Scheduling: A Simulation Modelling Approach. or Spectrum*. Volume 25 Number 2, 207-222
- Harrison, At. *Appointment System : Feasibility Study of New Approach. BMJ*. (1987); 294 :1465-6
- Hastono, P. Sutanto. (2007). Analisis Data Kesehatan, FKM UI, Depok
- Ho, C., And H. Lau. (1992). *Minimizing Total Cost in Scheduling Outpatient Appointments*. Management Science 38:1750-1764.
- Ho, C., And H. Lau. (1999). *Evaluating The Impact of Operating Conditions on The Performance of Appointment Scheduling Rules in Service Systems*. European Journal of Operational Research 112:542-553
- Huffman, Edna K. (1994). *Health Information Management, Formerly Medical Record Management*. 10th Ed. Berwyn: Physician Record Company. 780 Hlm
- Indriani (2003), Tinjauan System Kearsipan Rekam Medis Rumah Sakit Umum Daerah Serang , Tahun 2003 Skripsi Ui

- Jennings, M. (1991). *Audit of A New Appointments System in A Hospital Outpatient Clinic*. Department of Medicine and Pharmacology of University of Sheffield, Volume 302 : 148-9. March 15, 1991. (Ebscohost)
- Johnson, Walter L., (1968). *Factor Affecting Waiting Line in Ambulatory Care Services*. Journal of Health Care Services Research Winter
- Kendel, D. 2007. A Publication of The College of The Physician and Surgeon of Saskatchewan Volume 23 Luo, Wenhong, Et Al. "Impact of Process Change on Customer Perception of Waiting Time: A Field Study." *Omega* 32.1 (2004): 77+. *Gale Education, Religion And Humanities Lite Package*. Web. 2 Apr. 2011.
- Li, Jiahua; Zhou, Yue & Fukuya Ishino. *Using Simulation To Improve Outpatient Appointment System with Minimum Change*. [*International Conference on Health Sciences Simulation \(Ichss 2008\)*](#). Crowne Plaza Ottawa Hotel, Ottawa, Canada, April 14-17, 2008
- Medicalrecord Sentralisasi Rekam Medis.
<http://medicalrecord.wordpress.com/2009/08/15/sentralisasi-rekam-medis/>. [18 November 2010]
- Muthuraman, Kumar, And Mark Lawley. "A Stochastic Overbooking Model for Outpatient Clinical Scheduling with No-Shows." *Iie Transactions* 40.9 (2008): 820+. *Gale Art And Engineering Lite Package*. Web. 2 Apr. 2011.
- Pasaribu, M. Idawaty. 2010. Analisis System Pelaksanaan Kegiatan Operasional Rekam Medis di Rumah Sakit X Jakarta Tahun 2010. Depok; FKM UI. Skripsi UI.
- Pasaribu, Berta. (2010). Analisis Waktu Tunggu di Poliklinik RS Paru Dr. M. Goenawan P. Cisarua, Bogor Tahun 2010. Tesis KARS UI

Rakhmawan, Agung. (2008).

<http://agungrakhmawan.wordpress.com/2010/06/07/rekam-medis-permenkes-no-269menkes-periii2008/>. [18 November 2010]

Rijadi. Supriyanto. (1997). *Manajemen Unit Rawat Jalan di Rumah Sakit*. Jakarta. Pokja Kajian Pelayanan Kesehatan Pusat Penelitian Kesehatan Universitas Indonesia

Rockart, John F., & Hofmann, Paul B. (1969). *Physician and Patient Behavior under Different Scheduling Systems in a Hospital Outpatient Department*. Cambridge : Massachusetts Institute Of Technology.

Ross Austin Et Al. (1984). *Ambulatory Care Organization and Management, Why Medical Pulication*. New York : John Wiley and Sons.

Roupe Van Der Voort Mm., Van Merode Fg, Berden B. H. Health Policy (Amsterdam, Netherlands) [Health Policy] (2010) Sep; Vol. 97 (1), Pp.44-52. *Date Of Electronic Publication: 2010 Mar 29*.

Sabarguna, Boy S. (2008). *Analisis Pemasaran Rumah Sakit*. Yogyakarta: Konsorsium Rumah Sakit Islam Jateng-DIY

Sadeli. Subandji. (2001). *Hubungan Karakteristik Petugas Kesehatan dengan Lama Waktu Tunggu yang Dibutuhkan di Unit Rawat Jalan Rumah Sakit Semen Padang Tahun 2001*

Sakti, Indra. (2001). *Analisa Faktor-Faktor yang Berhubungan Dengan Kepuasan Pasien Rawat Jalan di Poliklinik Anak RSUD Muaro Bungo*, Tesis Kars Ui

Schulz, Rockwell. (1976). *Management of Hospital*, Mc.Graw-Hill Book Company, A Blakiston Publication

- Siswati. (2005). Materi Pelatihan Manajemen Informasi Kesehatan : Manajemen Rekam Medis dan Informasi Kesehatan. Yogyakarta
- Sivey, Peter. (2010). *The Effect of Waiting Time and Distance on Hospital Choice for English Cataract Patient*. Health, Econometrics and Data Group Working Paper. The University York
- Sumanto. (1999). Sistem Penilaian Kemajuan Rumah Sakit/Poliklinik Swadana. Jakarta. Dinas Kesehatan Jakarta
- Tengilimoglu, D., Kisa, A., and Dziegielewski, S. F. (2001). Measurement of Patient Satisfaction in A Public Hospital in Ankara. Health Services Management Research. The Royal Society of Medicine Press Limited; United Kingdom
- Trawotjo, Rogatus. (2002). Analisis Proses Rekam Medis Rawat Jalan di Rumah Sakit Umum PMI Bogor Tahun 2002. Depok; FKM UI. Tesis KARS UI
- Tsai, Chun-Yen; Wang, Mu-Chia; Liao, Wei-Tsen Et Al. *Hospital Outpatient Perceptions of The Physical Environment of Waiting Areas: The Role of Patient Characteristics on Atmospherics in One Academic Medical Center*. BMC Health Services Research. 5 December (2007), 7:198.
- Wijewickrama, A., And S. Takarwa. (2005). *Simulation Analysis of Appointment Scheduling in an Outpatient Department of Internal Medicine*. In *Proceedings of The 2005 Winter Simulation Conference*, Ed. M. E. Kuhl, N. M. Steiger, F. B. Armstrong, and J. A. Joines, 2264-2273. Piscataway, New Jersey: Institute of Electrical and Electronics Engineers, Inc
- Zaghloul Aa; El Enein Ny. Journal of Multidisciplinary Healthcare [J Multidiscip Healthc] (2010) Dec 07; Vol. 3, Pp.225-32. *Date of Electronic Publication: 2010 Dec 07*

LAMPIRAN

OUTPUT UNIVARIAT HASIL PENELITIAN

1 . Frekuensi Waktu tunggu

Statistics

wakTung_kat2

N	Valid	199
	Missing	0
	Std. Error of Mean	.03040
	Mode	2.00
	Std. Deviation	.42889
	Variance	.184
	Minimum	1.00
	Maximum	2.00

wakTung_kat2

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid < 60 menit	48	24.1	24.1	24.1
>= 60 menit	151	75.9	75.9	100.0

wakTung_kat2

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	< 60 menit	48	24.1	24.1	24.1
	>= 60 menit	151	75.9	75.9	100.0
	Total	199	100.0	100.0	

2. Frekuensi Keterlambatan Dokter

Statistics

lambatdok_kat2

N	Valid	199
	Missing	0
	Mean	1.6985
	Std. Error of Mean	.03261
	Median	2.0000
	Mode	2.00
	Std. Deviation	.46007
	Variance	.212
	Minimum	1.00
	Maximum	2.00

lambatdok_kat2

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	< 60 menit	60	30.2	30.2	30.2
	>= 60 menit	139	69.8	69.8	100.0
	Total	199	100.0	100.0	

3. Frekuensi Jenis Pembayaran

Statistics

cara pembayaran

N	Valid	199
	Missing	0
	Mean	1.8342
	Std. Error of Mean	.07731
	Median	1.0000
	Mode	1.00
	Std. Deviation	1.09066
	Variance	1.190
	Minimum	1.00
	Maximum	4.00

jenis pembayaran

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Umum	120	60.3	60.3	60.3
	Jaminan	9	4.5	4.5	64.8
	Askes	53	26.6	26.6	91.5
	Askeskin	17	8.5	8.5	100.0
	Total	199	100.0	100.0	

4. Frekuensi Jenis Poliklinik

Statistics

jenis poliklinik

N	Valid	199
	Missing	0
	Mean	2.4523
	Std. Error of Mean	.09252
	Median	2.0000
	Mode	1.00
	Std. Deviation	1.30519
	Variance	1.704

Minimum	1.00
Maximum	5.00

jenis poliklinik

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	penyakit dalam	63	31.7	31.7	31.7
	jantung	42	21.1	21.1	52.8
	anak	57	28.6	28.6	81.4
	bedah	15	7.5	7.5	88.9
	kebidanan dan kandungan	22	11.1	11.1	100.0
	Total	199	100.0	100.0	

5. Frekuensi Jumlah Pasien

Statistics

jmpas_kat

N	Valid	199
	Missing	0
	Mean	1.4975
	Std. Error of Mean	.03553

Median	1.0000
Mode	1.00
Std. Deviation	.50125
Variance	.251
Minimum	1.00
Maximum	2.00

jmlpas_kat

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid sedikit (< 64)	100	50.3	50.3	50.3
banyak (>= 64)	99	49.7	49.7	100.0
Total	199	100.0	100.0	

6 . Frekuensi Penyelenggaraan Pasien

Statistics

BRM_kat

N	Valid	199
	Missing	0
	Mean	1.9497

Std. Error of Mean	.01553
Median	2.0000
Mode	2.00
Std. Deviation	.21901
Variance	.048
Minimum	1.00
Maximum	2.00

BRM_kat

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid < 10 menit	10	5.0	5.0	5.0
>= 10 menit	189	95.0	95.0	100.0
Total	199	100.0	100.0	

OUTPUT BIVARIAT HASIL PENELITIAN

A. Hubungan antara Keterlambatan Dokter dengan Lama Waktu Tunggu Pasien

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
lambatdok_kat2 * wakTung_kat2	199	100.0%	0	.0%	199	100.0%

lambatdok_kat2 * wakTung_kat2 Crosstabulation

		wakTung_kat2		Total	
		< 60 menit	>= 60 menit		
lambatdok_kat2	< 60 menit	Count	32	28	60
		% within lambatdok_kat2	53.3%	46.7%	100.0%
	>= 60 menit	Count	16	123	139
		% within lambatdok_kat2	11.5%	88.5%	100.0%
Total		Count	48	151	199
		% within lambatdok_kat2	24.1%	75.9%	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	Df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	40.052 ^a	1	.000		
Continuity Correction^b	37.799	1	.000		
Likelihood Ratio	37.707	1	.000		
Fisher's Exact Test				.000	.000
Linear-by-Linear Association	39.851	1	.000		
N of Valid Cases	199				

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 14.47.

b. Computed only for a 2x2 table

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for lambatdok_kat2 (< 60 menit / >= 60 menit)	8.786	4.247	18.177
For cohort wakTung_kat2 = < 60 menit	4.633	2.760	7.779
For cohort wakTung_kat2 = >= 60 menit	.527	.400	.696
N of Valid Cases	199		

B. Hubungan antara Cara Pembayaran dengan Lama Waktu Tunggu Pasien

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
cara pembayaran * wakTung_kat2	199	100.0%	0	.0%	199	100.0%

cara pembayaran * wakTung_kat2 Crosstabulation

			wakTung_kat2		Total
			< 60 menit	>= 60 menit	
cara pembayaran	Umum	Count	39	81	120
		% within cara pembayaran	32.5%	67.5%	100.0%
	Jaminan	Count	5	4	9
		% within cara pembayaran	55.6%	44.4%	100.0%
	Askes	Count	1	52	53
		% within cara pembayaran	1.9%	98.1%	100.0%
	Askeskin	Count	3	14	17
		% within cara pembayaran	17.6%	82.4%	100.0%
Total		Count	48	151	199
		% within cara pembayaran	24.1%	75.9%	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	Df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	24.167^a	3	.000
Likelihood Ratio	30.411	3	.000
Linear-by-Linear Association	13.339	1	.000
N of Valid Cases	199		

a. 2 cells (25,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 2,17.

Risk Estimate

	Value
Odds Ratio for cara pembayaran ^a (umum / jaminan)	

a. Risk Estimate statistics cannot be computed. They are only computed for a 2*2 table without empty cells.

C. Hubungan antara Jenis Poliklinik dengan Lama Waktu Tunggu pasien

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
jenis poliklinik * wakTung_kat2	199	100.0%	0	.0%	199	100.0%

jenis poliklinik * wakTung_kat2 Crosstabulation

			wakTung_kat2	
			< 60 menit	>= 60 menit
jenis poliklinik	penyakit dalam	Count	3	60
		% within jenis poliklinik	4.8%	95.2%
Jantung		Count	0	42
		% within jenis poliklinik	.0%	100.0%
Anak		Count	31	26
		% within jenis poliklinik	54.4%	45.6%
Bedah		Count	6	9
		% within jenis poliklinik	40.0%	60.0%
kebidanan dan kandungan		Count	8	14
		% within jenis poliklinik	36.4%	63.6%
Total		Count	48	151
		% within jenis poliklinik	24.1%	75.9%

jenis poliklinik * wakTung_kat2 Crosstabulation

			Total
jenis poliklinik	penyakit dalam	Count	63
		% within jenis poliklinik	100.0%
Jantung		Count	42
		% within jenis poliklinik	100.0%
Anak		Count	57
		% within jenis poliklinik	100.0%
Bedah		Count	15
		% within jenis poliklinik	100.0%
kebidanan dan kandungan		Count	22
		% within jenis poliklinik	100.0%
Total		Count	199
		% within jenis poliklinik	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	Df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	58.646^a	4	.000
Likelihood Ratio	68.148	4	.000
Linear-by-Linear Association	28.827	1	.000
N of Valid Cases	199		

Chi-Square Tests

	Value	Df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	58.646^a	4	.000
Likelihood Ratio	68.148	4	.000
Linear-by-Linear Association	28.827	1	.000
N of Valid Cases	199		

a. 1 cells (10,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 3,62.

Risk Estimate

	Value
Odds Ratio for jenis poliklinik (penyakit dalam / jantung)	^a

a. Risk Estimate statistics cannot be computed. They are only computed for a 2*2 table without empty cells.

D. Hubungan antara Jumlah Pasien dengan Lama Waktu Tunggu Pasien

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
jmpas_kat * wakTung_kat2	199	100.0%	0	.0%	199	100.0%

jmlpas_kat * wakTung_kat2 Crosstabulation

			wakTung_kat2		Total
			< 60 menit	>= 60 menit	
jmlpas_kat	sedikit (< 64)	Count	47	53	100
		% within jmlpas_kat	47.0%	53.0%	100.0%
	banyak (>= 64)	Count	1	98	99
		% within jmlpas_kat	1.0%	99.0%	100.0%
Total		Count	48	151	199
		% within jmlpas_kat	24.1%	75.9%	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	Df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	57.490 ^a	1	.000		
Continuity Correction^b	55.005	1	.000		
Likelihood Ratio	70.432	1	.000		
Fisher's Exact Test				.000	.000
Linear-by-Linear Association	57.201	1	.000		
N of Valid Cases	199				

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 23,88.

b. Computed only for a 2x2 table

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for jmlpas_kat (sedikit (< 64) / banyak (>= 64))	86.906	11.660	647.761
For cohort wakTung_kat2 = < 60 menit	46.530	6.547	330.700
For cohort wakTung_kat2 = >= 60 menit	.535	.445	.645
N of Valid Cases	199		

E. Hubungan antara Penyelenggaraan BRM dengan Lama Waktu Tunggu pasien

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
BRM_kat * wakTung_kat2	199	100.0%	0	.0%	199	100.0%

BRM_kat * wakTung_kat2 Crosstabulation

			wakTung_kat2		
			< 60 menit	>= 60 menit	Total
BRM_kat	< 10 menit	Count	6	4	10
		% within BRM_kat	60.0%	40.0%	100.0%
	>= 10 menit	Count	42	147	189

	% within BRM_kat	22.2%	77.8%	100.0%
Total	Count	48	151	199
	% within BRM_kat	24.1%	75.9%	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	Df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	7.406 ^a	1	.007		
Continuity Correction ^b	5.486	1	.019		
Likelihood Ratio	6.192	1	.013		
Fisher's Exact Test				.014	.014
Linear-by-Linear Association	7.369	1	.007		
N of Valid Cases	199				

a. 1 cells (25,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 2,41.

b. Computed only for a 2x2 table

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for BRM_kat (< 10 menit / >= 10 menit)	5.250	1.415	19.473
For cohort wakTung_kat2 = < 60 menit	2.700	1.524	4.784
For cohort wakTung_kat2 = >= 60 menit	.514	.240	1.103
N of Valid Cases	199		

PROFIL INSTALASI RAWAT JALAN

RSUD PASAR REBO

TAHUN 2010

A. PENDAHULUAN

Pelayanan Instalasi Rawat Jalan adalah pelayanan pertama dan merupakan pintu gerbang masuknya pasien dan memiliki kontribusi besar terhadap kinerja rumah sakit secara keseluruhan.

Sebagai pelayanan medik terdepan, Instalasi Rawat Jalan akan memberikan kesan pertama bagi pasien sebagai konsumen dan sangat mempengaruhi citra sebuah rumah sakit. Pada bulan Maret 2010, Direktur menetapkan keputusan untuk menggabungkan Instalasi Rawat Jalan Pagi, Instalasi Pelayanan Kesehatan Sore (PKS) dan Instalasi Rehabilitasi Medik menjadi satu Instalasi Rawat Jalan dan berada dibawah satu kepemimpinan.

Dengan jenis layanan poliklinik yang lengkap, serta tenaga medik dan perawat yang memenuhi standar pelayanan maka diharapkan dapat meraih misi dan visi sebagai Instalasi Rawat Jalan terbaik yang akan memberikan pelayanan prima kepada masyarakat dengan memberikan layanan yang bermutu dan terjangkau.

B. VISI, MISI, MOTTO, VALUE INSTALASI RAWAT JALAN

VISI

Menjadi Instalasi Rawat Jalan yang terbaik dalam memberikan pelayanan prima kepada semua lapisan masyarakat

Misi

Melayani semua lapisan masyarakat yang membutuhkan layanan rawat jalan yang bermutu dan terjangkau

Motto

Kami peduli kesehatan anda

Value

- Jujur
- Bekerja dengan hati
- Profesionalisme
- Kebersamaan

C. STRUKTUR ORGANISASI



D. URAIAN TUGAS

D.1 Kepala Instalasi

1. Membuat perencanaan/merancang system yang mencakup pemberian pelayanan Instalasi Rawat Jalan
2. Merencanakan penempatan tenaga medik, perawat dan non medik
3. Merencanakan kebutuhan pendidikan bagi tenaga Instalasi Rawat Jalan
4. Memotivasi staff Instalasi Rawat Jalan dalam melaksanakan tugas
5. Mengadakan koordinasi dengan unit lain
6. Mengadakan pertemuan rutin dan non rutin dengan staff Instalasi Rawat Jalan
7. Merencanakan pengembangan pelayanan Instalasi Rawat Jalan

D.2 Asisten Manajer Keperawatan II

- a. Menyusun rencana kerja coordinator Satuan Pelayanan Keperawatan III dan IV
- b. Menyusun rencana kerja kebutuhan tenaga keperawatan baik jumlah maupun kualifikasi tenaga keperawatan, koordinasi dengan coordinator dan kepala instalasi
- c. Menyiapkan usulan penempatan/distribusi tenaga keperawatan sesuai kebutuhan pelayanan berdasarkan usulan coordinator/kepala instalasi
- d. Menghadiri rapat pertemuan berkala dengan kabid perawatan/kabag dan kepala instalasi terkait, untuk kelancaran pelaksanaan pelayanan keperawatan
- e. Mengumpulkan berkas kepegawaian tenaga keperawatan koordinasi dengan coordinator

D.3 Satuan Pelayanan Keperawatan III dan IV

- a. Menyusun rencana kerja keperawatan dari segi jumlah maupun kualifikasi tenaga untuk di wilayah tanggungjawabnya
- b. Menyusun rencana kebutuhan peralatan dari segi jumlah maupun jenis dan kualitas alat, koordinasi dengan unit dan kepala instalasi
- c. Menyusun program pengembang staff keperawatan sesuai kebutuhan pelayanan di Instalasi di wilayah tanggungjawabnya koordinasi dengan asisten manajer
- d. Menyusun program orientasi bagi tenaga keperawatan baru yang akan bekerja di Instalasi Rawat Jalan, mahasiswa yang menggunakan ruangan Instalasi sebagai lahan praktek
- e. Menyusun usulan mutasi tenaga keperawatan di Rawat Jalan koordinasi dengan Asisten Manajer
- f. Melaksanakan tugas yang dilimpahkan Asisten Manajer Keperawatan
- g. Mewakili tugas dan wewenang Asisten Manajer atas persetujuan Ka. Bidang Keperawatan
- h. Menyampaikan dan menjelaskan kebijaksanaan Bidan Perawatan kepada staff keperawatan di Instalasi Rawat Jalan
- i. Memberikan bimbingan kepada staff keperawatan dalam hal pelaksanaan Asuhan Keperawatan
- j. Melaksanakan program orientasi kepada tenaga perawat baru yang akan bekerja di unit perawatan yang berada dibawah tanggungjawabnya
- k. Memberikan bimbingan kepada tenaga keperawatan yang berada dibawah tanggungjawabnya untuk melaksanakan program penyuluhan kesehatan
- l. Memberikan bimbingan dan motivasi kepada staff

- m. Mengadakan pertemuan yang diadakan oleh Asisten Manajer Keperawatan atau Kepala Bidang Keperawatan
- n. Menghadiri pertemuan yang diadakan oleh Asisten Manajer Keperawatan dan Ka. Bidang Keperawatan
- o. Menyusun dan menanggulangi usulan, kebutuhan dan masalah ketenagaan maupun pelayanan keperawatan serta menyampaikannya kepada Asisten Manajer
- p. Membantu penyelesaian masalah yang timbul di wilayah tanggungjawabnya
- q. Meneliti dan mempertimbangkan syarat permohonan kenaikan pangkat, cuti, pindah, berhenti dan lain-lain tenaga keperawatan dan tenaga lainnya di ruang rawat wilayah tanggungjawabnya
- r. Menyimpan dokumen kepegawaian tenaga keperawatan yang berada di wilayah tanggungjawabnya
- s. Menggantikan petugas perawat di klinik selama petugas tersebut mengantar pasien ke ruang rawat inap
- t. Mengendalikan pelaksanaan peraturan atau tata tertib, protap/SOP keperawatan yang berlaku di Rawat Jalan
- u. Mengendalikan pendayagunaan tenaga keperawatan
- v. Mengendalikan pemakaian alat-alat kesehatan secara efektif dan efisien
- w. Melaksanakan supervise secara berkala atau sewaktu-waktu ke ruangan poliklinik bersama Asisten Manajer dan Kepala Instalasi
- x. Menilai mutu pelayanan/ASKEP koordinasi dengan Asisten Manajer
- y. Menilai penampilan kinerja staff keperawatan di Poliklinik wilayah tanggungjawabnya koordinasi dengan Asisten Manajer

D.4 Penanggungjawab Administrasi

- a. Menyusun program pengembangan bagi tenaga non medik di Instalasi Rawat Jalan seperti pelatihan kearsipan, public relation dll
- b. Menyusun jadwal rencana pertemuan berkala Instalasi Rawat Jalan
- c. Membuat usulan mutasi tenaga non medik internal Instalasi Rawat Jalan
- d. Menyusun uraian tugas tenaga non medik di Instalasi Rawat Jalan
- e. Mempersiapkan kebutuhan data-data ISO
- f. Merencanakan tenaga pengganti bagi tenaga non medik yang berhalangan hadir
- g. Membuat system yang diperlukan untuk mendukung proses data di Instalasi Rawat Jalan seperti pembuatan rekapitulasi honor tenaga sore secara system computer, system data kinerja pelayanan dokter Poliklinik, system pendaftaran klinik sore
- h. Membuat system kearsipan yang baik
- i. Membuat rencana informasi yang akan disampaikan di madding Rawat Jalan
- j. Melakukan pemantauan terhadap kehadiran tenaga non medik
- k. Menggantikan tenaga non medik yang tidak hadir di klinik maupun loket pendaftaran sore
- l. Melakukan koordinasi bersama dengan koordinator rawat jalan seperti informasi dokter praktek sore, ketenagaan non medik di klinik
- m. Memasukkan data tenaga perawat dan non medik yang berdinassore hari dalam system rekapitulasi honor petugas sore
- n. Melakukan pengadministrasian seperti
 1. Pembuatan notulen
 2. Membuat surat keluar

3. Memasukkan surat masuk
4. Membuat tabel jadual dinas petugas Rawat Jalan Sore
5. Membuat informasi dokter yang tidak praktek sore
6. Membuat lembar jasa medik seluruh tenaga instalasi rawat jalan
7. Membuat lembar jadual dan realisasi kehadiran harian dari seluruh tenaga Instalasi Rawat Jalan
8. Membuat kinerja dokter setiap bulannya
9. Memasukkan data jaga sore dari laporan supervisor sore
- o. Menghadiri rapat-rapat yang diadakan oleh Instalasi Rawat Jalan seperti rapat rutin, rapat insidentil dan rapat undangan unit lain
- p. Melaksanakan pemantauan terhadap kinerja tenaga non medik secara berkala atau sewaktu-waktu
- q. Menilai penampilan kinerja tenaga non medik dan memberikan motivasi
- r. Melakukan pengisian formulir jasa medik
- s. Melakukan penilaian terhadap pengisian formulir TPP non medik
- t. Memuat informasi yang harus disampaikan di madding rawat jalan dan mengambil informasi yang sudah tidak berlaku lagi
- u. Memperbaiki rekapitulasi honor jaga sore jika terdapat kekurangan dinas

D.5 Non Medik Pagi

- a. Membuat rencana amprahan barang rumah tangga
- b. Menerima barang-barang rumah tangga yang telah disetujui oleh pihak Instalasi Rawat Jalan
- c. Membuat permohonan untuk pengembangan non medik di klinik seperti pelatihan administrasi klinik

- d. Bekerjasama dengan pihak perawat dalam menjalankan pelayanan di klinik sesuai dengan profesi masing-masing
- e. Menghadiri pertemuan-pertemuan yang diadakan rutin oleh Instalasi maupun eksternal atas perintah dari Instalasi Rawat Jalan
- f. Mempersiapkan ruang perawatan dalam kondisi baik dan bersih agar siap pakai :
 - Mengganti sprei tempat tidur pasien dengan yang bersih
 - Merapikan tempat tidur pasien
 - Membersihkan seluruh meja dan kursi yang ada di ruang pemeriksaan dokter / tindakan
 - Menghidangkan air minum dokter
- g. Mempersiapkan semua kebutuhan alat-alat non medik yang diperlukan dokter pada saat pemeriksaan seperti formulir dan stempel
- h. Mempersiapkan semua kebutuhan alat-alat non medik yang diperlukan perawat pada saat melakukan tindakan keperawatan seperti spidol untuk mantox
- i. Merapihkan status-status pasien sesuai dengan nomor urut panggil seperti :
 - Melampirkan formulir pemeriksaan khusus klinik ke dalam status pasien
 - Merapihkan lembar-lembar penunjang seperti laboratorium
 - Memberikan stempel tanggal pemeriksaan saat ini di lembar pemeriksaan klinik
 - Melampirkan formulir tindakan klinik ke dalam status pasien
- j. Memanggil pasien, menulis umur dan menimbang pasien dan memasukkan ke kamar periksa dokter
- k. Merapihkan ruang pemeriksaan atau tindakan setelah selesai pelayanan

- l. Memberikan status pasien yang sudah dimasukkan kedalam computer kepada petugas rekam medik
- m. Bekerjasama dengan pihak Rekam Medik bagi pasien-pasien dengan status yang terkendala atau rencana konsul ke klinik lain
- n. Membantu administrasi pasien DOTS (khusus non medik klinik paru) seperti :
 - Melengkapi formulir Perjanjian Pengobatan DOTS
 - Mengisi formulir TB 01 & 02 & 03
 - Memberi stempel DOTS pada status pasien program DOTS
 - Membuat laporan DOTS per Triwulan
 - Mengirim laporan DOTS Triwulan ke Sudin Kes Jakarta Timur
- o. Melakukan kliring setelah selesai pelayanan
- p. Menandatangani penerimaan barang non medik yang disetujui oleh pihak Instalasi Rawat Jalan
- q. Membuat sensus harian setiap harinya
- r. Melakukan pengarsipan yang ada di poliklinik
- s. Menginformasikan dokter yang berhalangan hadir kepada pihak coordinator dan Instalasi Rawat Jalan
- t. Melakukan pengecekan terhadap sisa-sisa barang non medik yang ada di klinik
- u. Memberikan informasi alat-alat non medik atau kesehatan yang rusak kepada Penanggungjawab Administrasi/SPK Instalasi Rawat Jalan

D.6 Supervisor Sore

- a. Melakukan pengecekan terhadap ketenagaan paramedic dan non medik klinik

- b. Melakukan pengecekan kesiapan alat-alat kesehatan di poliklinik seperti EEG, EKG, O2, Inhalasi dll
- c. Memantau jalannya pelayanan di kasir, rekam medik dan poliklinik
- d. Membuat laporan kegiatan pelayanan sore di buku Laporan Supervisor Rawat Jalan Sore (RJS)
- e. Mencatat ketenagaan yang berdinis pada hari tersebut kedalam formulir Rencana dan Pelaksanaan Rawat Jalan Sore (RJS)
- f. Membantu memecahkan permasalahan yang berkaitan dengan pelayanan Rawat Jalan Sore
- g. Mencatat komplain atau keluhan pelanggan/pasien ke dalam buku Keluhan Pelanggan
- h. Menggantikan tugas perawat di klinik selama perawat klinik mengantar pasien ke ruang rawat inap/unit lain
- i. Pulang setelah seluruh kegiatan Rawat Jalan Sore sudah selesai

D.7 Paramedik Sore

- a. Mempersiapkan ruang kerja yang akan digunakan untuk pelayanan
- b. Mempersiapkan alat-alat kesehatan dan alat-alat tulis kantor yang akan dipakai
- c. Mempersiapkan obat-obat sesuai dengan yang dibutuhkan oleh masing-masing klinik
- d. Mendampingi dokter saat pemeriksaan pasien jika diperlukan
- e. Melaksanakan asuhan keperawatan
- f. Memasukkan data pasien ke dalam Komputer Sistem Informasi Manajemen
- g. Bersedia membantu klinik lain yang membutuhkan jika klinik sebelumnya telah menyelesaikan pelayanannya
- h. Mengantar pasien ke ruang rawat inap/UGD

- i. Bertanggungjawab terhadap alat-alat kesehatan dan obat yang dipakai
- j. Menyiapkan minum dan snack dokter ke meja periksa dokter (*jika tidak ada petugas non medik*)
- k. Melakukan kliring kunjungan setelah selesai pelayanan
- l. Melakukan koordinasi dengan pihak supervisor Rawat Jalan Sore (RJS) dalam menyelesaikan masalah

D.8 Non Medik Sore

- a. Mempersiapkan ruang kerja yang akan digunakan untuk pelayanan
- b. Mempersiapkan alat-alat tulis kantor dan alat-alat rumah tangga yang akan dipakai
- c. Menyiapkan minum dan snack dokter ke meja periksa dokter
- d. Memasukkan data pasien ke dalam Komputer Sistem Informasi Manajemen
- e. Melakukan kliring kunjungan setelah selesai pelayanan
- f. Membantu proses pelayanan dokter dan paramedic sesuai dengan kapasitas dan kualifikasi sebagai non medik

E. KETENAGAAN

1. Ketenagaan Instalasi Rawat Jalan

Ka. Instalasi Rawat Jalan : dr. Sunarti Boenas

Asisten Manajer II Keperawatan : Wewen Karniel Manihuruk, SKM

SPK III : Unjuk Kita Merda, AMK

SPK IV : Nanik Setyawati, AMK

Pj. Administrasi : Lia Rosaliana

Staff Instalasi Rawat Jalan : Surono

Andri Afriyon

2. Ketenagaan Dokter

Tabel 5.2

Ketenagaan Dokter

NO	POLIKLINIK	DOKTER
1	BEDAH	1 DR. ABDULLAH HASAN, SP.B
		2 DR. AUNURRAFIEQ, SP.B
2	PENYAKIT DALAM	3 DR. NUGROHO BS, SP.PD
		4 DR. WAHYU DEWABRATA, SP.PD
		5 DR. TEDDY ERVANO, SP.PD
		6 DR. ARIADI HUMARDHANI, SP.PD
		7 DR. JESSI, SP.PD
3	ANAK	8 DR. ELLEN ROSTATI, SP.A
		9 DR. LAKSMI NURHAYATI, SP.A
		10 DR. HEDIANA FERLANTI, SP.A
		11 DR. ENDANG PURWATI, SP.A
		12 DR. TUTI RAHAYU, SP.A
4	KANDUNGAN	13 DR. ACHMAD HELMY, SP.OG
		14 DR. IGN BUDI, SP.OG
		15 DR. M. SYARIF, SP.OG
		16 DR. MUFTI YUNUS, SP.OG
		17 DR. BUDI SAMUDRA, SP.OG
5	PARU	18 DR. VINNA NANCY, SP.P
		19 DR. SUBAGYO, SP.P

		20	DR. SYAFRIZAL, SP.P
6	ORTHOPAEDI	21	DR. DONNY JANDIANA, SP.BO
		22	DR. EKO ARIESANTO, SP.BO
7	UROLOGI	23	DR. HENGKYNARSO, SP.BU
		24	DR. YUDI AMIARNO, SP.BU
8	REHAB.MEDIK	25	DR. ROOSDAHLIA, SP.RM
9	KULIT KELAMIN	26	DR. GAYANTI G., SP.KK
		27	DR. PUTRI AMBARINI, SP.KK
		28	DR. HAPSARI ANDRIYANI, SP.KK
10	GIGI MULUT	29	DRG. JULIANI, SP.BM
		30	DRG. YON AHMAD, SP.ORTH
		31	DRG. DARWATI DACHNEL, SP.KG
		32	<i>DRG. ANGGRINI</i>
		33	<i>DRG. ISNA HANUM</i>
		34	<i>DRG. SEPHORA</i>
11	NEUROLOGI	35	DR. DONNY HAMID, SP.S
		36	DR. RIDWAN, SP.S
		37	DR. GOTOT SUMANTRI, SP.S
12	JANTUNG	38	DR. SYAFRUDIN SURIN, SP.JP
		39	DR. NUR KHAZIQ, SP.JP
		40	DR. HERAWATI H, SP.JP
13	MATA	41	DR. SRI OETAMI, SP.M
		42	DR. SUMARINI MARKUM, SP.M
14	THT	43	DR. HIDAYAT ANWAR, SP.THT
		44	DR. ASWALDI AHMAD, SP.THT
15	GIZI	45	DR. HADI SURYANA S, SP.GK

16	MEDICAL CHEK UP	46	<i>DR. SRI SUBIANTARI</i>
17	KARYAWAN	47	<i>DR. JULIUS FIRMANSYAH</i>
18	PSIKIATRI	48	DR. SONNY CHANDRA, SP.KJ
19	BEDAH SARAF	49	DR. SAEKHU, SP.BS

3. Ketenagaan Perawat

Tabel 5.3
Ketenagaan Perawat

NO	POLIKLINIK	PERAWAT
1	BEDAH	1 SRI PRALA GUSTI, AMK
		2 FATIMAH URIP, AMK
2	PENYAKIT DALAM	3 EVYLIA, AMK
		4 WASIS WIBOWO, AMK
		5 LELY SRI SUYETMI, AMK
		6 SUWARNI, AMK
		7 BAMBANG H., AMK
		8 SIHOL ROBERTO, AMK
3	ANAK	9 ETI SUPRIYATI, AMK
		10 PUJI LESTARI, AMK
		11 SUZANA GULTOM, AMKEB
		12 ANITA AMRAN, AMKEB
4	KANDUNGAN	13 SUGIH HERLINA, AMKEB
		14 SRI SUMARTINI, AMKEB
		15 HARDAHENI, AMKEB
		16 SRI HARDIATI, AMKEB
5	PARU	17 TITIN FONI K., AMK

		18	ECIEN YULIANA, AMK
6	ORTHOPAEDI	19	YUS SURSILAH, AMK
7	UROLOGI	20	MACHALI, AMK
8	REHAB.MEDIK	21	SONDANG
		22	HERU SURONO
		23	IRAWATI DIAH, SKM
9	KULIT KELAMIN	24	YAYAH, AMK
10	GIGI MULUT	25	JUNIARITTA
		26	GUSRIYANTI
		27	NENI SUMARYATI
		28	YOSAFATI DAELI
11	NEUROLOGI	29	DIAH AYU MARDIANI, AMK
		30	PENI BUDIARSIH, AMK
12	JANTUNG	31	LINDA SUPRIYATI, AMK
		32	ENI WAHYUNINGSIH, AMK
		33	SITI NURJANAH, AMK
		34	PANDE KETUT, AMK
13	MATA	35	NURLAELA, AMK
		36	SRI WAHYUNI, AMK
		37	MAMAT
14	THT	38	SRI WAHYU SETIARSIH, AMK
		39	ERNA INDRAYANI, AMK
15	GIZI	40	INDAH SULIANTI, SKM
16	MEDICAL CHEK UP	41	ROLENTI SITANGGANG, AMK
17	KARYAWAN	42	PUDJAWATI FAOZA, AMK
18	PSIKIATRI	43	MAMAN SURACHMAN, AMK

4. Ketenagaan Non Medik Poliklinik

Tabel 5.4

Ketenagaan Non Medik Poliklinik

NO	POLIKLINIK	NON MEDIK
1	PARU	1 SRI SULASTRI
2	KULIT KELAMIN	2 TUNARTI
3	REHABILITASI MEDIK	3 PRIYONO
4	MATA / OPTIK	4 SITI TADZKIROH
5	KANDUNGAN	5 SRI HARTINI
6	ANAK	6 SITI NURMALA

Peta ketenagaan yang ada di Rawat Jalan adalah sebagai berikut :

1. Tenaga dokter spesialisik : 44 orang
2. Tenaga dokter umum : 2 orang
3. Tenaga dokter umum gigi : 3 orang
4. Tenaga dokter umum manajemen : 1 orang
5. Tenaga perawat : 38 orang
6. Tenaga bidan : 6 orang
7. Tenaga fisioterapis : 3 orang
8. Tenaga non medik : 9 orang

F. PENDAFTARAN

Pendaftaran pasien di Poliklinik sebagai berikut

Rawat Jalan Pagi : Senin s/d Kamis : 07.30 s/d 11.30 wib

Jumat : 07.30 s/d 10.00 wib

Sabtu : 07.30 s/d 11.00 wib

Pelayanan dokter : Pukul 08.00 s/d selesai

Rawat Jalan Sore : Senin s/d Sabtu : 14.00 s/d 18.00 wib

Pelayanan dokter : Pukul 14.30 wib s/d selesai

G. KINERJA POLIKLINIK

Total Kunjungan pasien Rawat Jalan Tahun 2009 s/d April 2010

Tabel 5.5

Total Kunjungan pasien Rawat Jalan Tahun 2009 s/d April 2010

	TAHUN 2009	JANUARI 2010	FEBRUARI 2010	MARET 2010	APRIL 2010
TOTAL	250.034	21.165	20.702	23.529	21.677
Askes	79.299	7058	6.514	7.977	7.484
Karyawan	1.009	206	218	171	165
DKK Askes	3.464	237	261	286	213
Kartu Gakin/SKTM	12.153	1.254	1.242	1.465	1.321
Jaminan Perusahaan dan asuransi	11.315	487	536	598	518
Umum	142.794	11.943	11.931	13.032	11.976

Dari data diatas, dapat diambil kesimpulan :

1. Adanya asumsi kenaikan jumlah kunjungan dari triwulan pertama tahun 2010 sejumlah 6.78 %
2. Kunjungan pasien umum menempati urutan pertama sebagai konsumen Rumah Sakit
3. Kunjungan pasien jaminan perusahaan menempati posisi keempat konsumen rawat jalan, sehingga masih terbuka peluang untuk Rumah Sakit mengadakan kerjasama dengan perusahaan dan asuransi
4. Masih adanya kunjungan kategori DKK Askes yang merupakan pasien dari orang tua karyawan atau anak karyawan yang ada diluar tanggungan

H. 10 PENYAKIT TERBANYAK

Berdasarkan data dari pihak Sistem Informasi Manajemen Tahun 2009, maka 10 Penyakit Terbanyak dari Instalasi Rawat Jalan adalah :

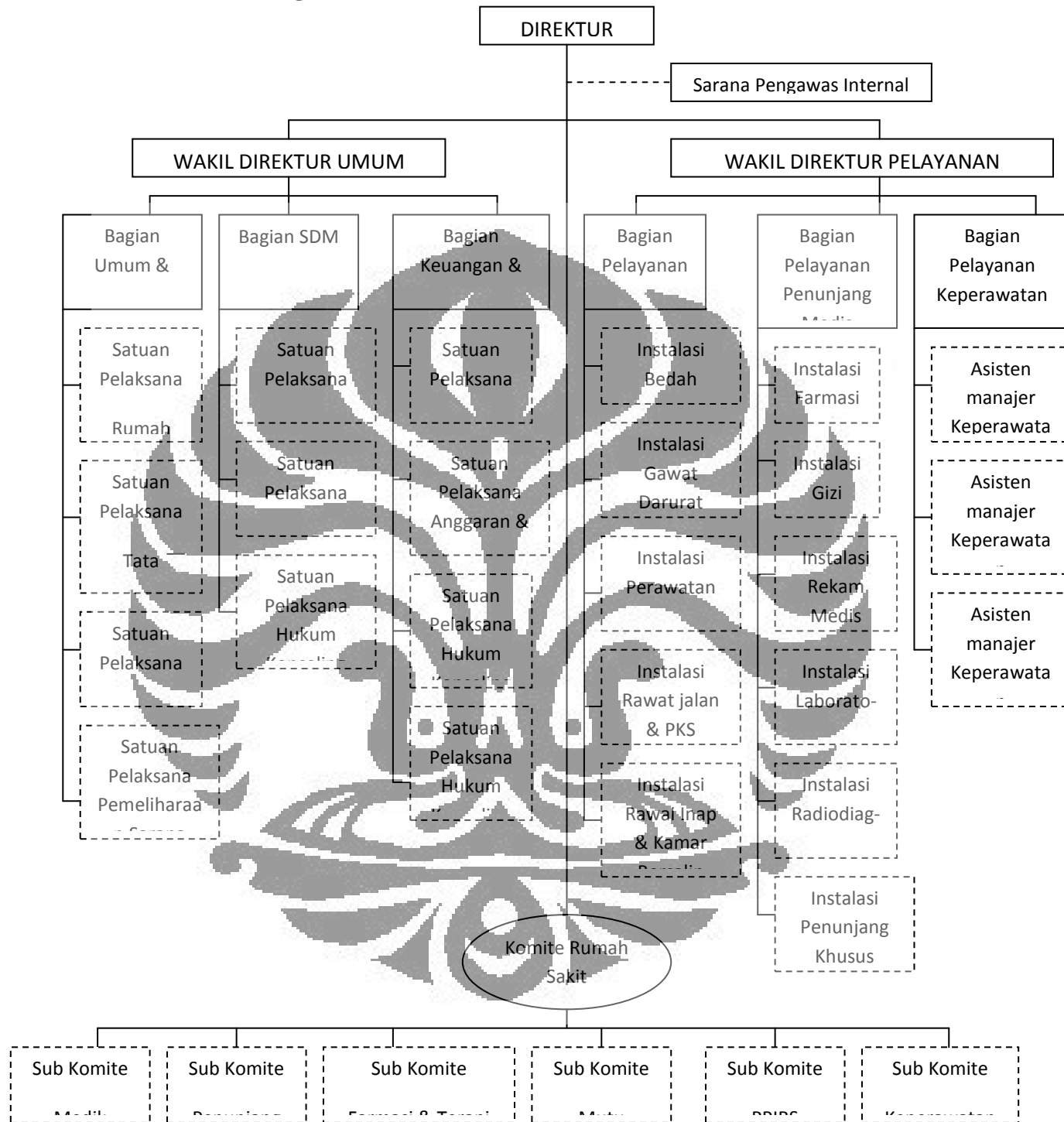
1. Hypertensive heart disease
2. Tuberculosis of lung, confirmed by culture only
3. Diseases of pulp and periapical tissues
4. Non insulin dependent diabetes mellitus
5. Myopia
6. Chronic ischaemic heart disease
7. Low back pain
8. Essential (primary) hypertension
9. Acute upper respiratory infections of multiple and unspecified
10. Stroke, not specified as haemorrhage or infarction

I. PROGRAM UNGGULAN

Adanya program unggulan dari Instalasi Rawat Jalan adalah :

1. Paru
2. Jantung

5.10 Struktur Organisasi RSUD Pasar Rebo



Gambar 2.1 Struktur Organisasi RSUD Pasar Rebo

5.11 Uraian Tugas Pada Organisasi RSUD Pasar Rebo

Berdasarkan Peraturan Gubernur Provinsi Daerah Khusus Ibukota Jakarta Nomor 72 Tahun 2009 Tentang Organisasi Dan Tata Kerja Rumah Sakit Umum Daerah Pasar Rebo maka uraian tugas organisasi pada RSUD Pasar Rebo adalah sebagai berikut :

1. Direktur

Direktur RSUD Pasar Rebo dipilih dan diangkat oleh Gubernur DKI Jakarta melalui Peraturan Gubernur. Direktur memiliki beberapa tugas seperti :

- a. Memimpin dan mengkoordinasikan pelaksanaan tugas dan fungsi RSUD Pasar Rebo sebagaimana dimaksud dalam pasal 5
- b. Mengkoordinasikan pelaksanaan tugas Wakil Direktur, SPI dan Komite Rumah Sakit
- c. Melaksanakan kerja sama dan koordinator dengan Satuan Kerja Perangkat Daerah, Unit Kerja Perangkat Daerah dan/atau instansi pemerintah/swasta dalam rangka peningkatan pelayanan RSUD Pasar Rebo
- d. Melaporkan dan mempertanggungjawabkan hasil pelaksanaan tugas dan fungsi RSUD Pasar Rebo

2. Satuan Pengawas Internal

Satuan Pengawas Internal (SPI) bertanggung jawab kepada direktur. SPI dipimpin oleh seorang kepala SPI yang diangkat dan diberhentikan oleh direktur dari Pegawai Negeri Sipil RSUD Pasar Rebo yang memenuhi persyaratan. SPI memiliki tugas sebagai berikut :

- a. Menyusun petunjuk teknis pelaksanaan kegiatan pengawasan internal
- b. Menyusun jadwal pelaksanaan pengawasan internal
- c. Melaksanakan kegiatan pengawasan internal

- d. Mengolah dan melaporkan hasil pengawasan
- e. Merekomendasikan tindak lanjut terhadap temuan hasil pengawasan kepada Direktur
- f. Memonitor pelaksanaan tindak lanjut hasil pengawasan
- g. Melaksanakan koordinasi dan fasilitas dengan pemeriksaan eksternal dan aparat pemeriksa internal pemerintah
- h. Melaporkan dan mempertanggungjawabkan pelaksanaan tugas kepada Direktur

3. Komite Rumah Sakit

Komite Rumah Sakit merupakan wadah pembinaan kompetensi (pengetahuan, keahlian, dan integrasi) pejabat fungsional RSUD Pasar Rebo. Komite Rumah Sakit dipimpin oleh seorang Ketua yang dipilih dari dan oleh Pejabat Fungsional dalam forum rapat. Ketua Komite Rumah sakit diangkat dan diberhentikan oleh Direktur. Komite Rumah sakit memiliki tugas :

- a. Mengusulkan standar kompetensi (pengetahuan, keahlian dan integritas) pejabat fungsional
- b. Melaksanakan audit medik
- c. Menyusun dan melaksanakan kegiatan ilmiah di RSUD Pasar Rebo
- d. Menyusun kode etik pelayanan pejabat fungsional
- e. Melaksanakan forum/kegiatan diskusi pengembangan keprofesian
- f. Melaksanakan fungsi Komite Rumah sakit sesuai dengan peraturan perundang undangan
- g. Mengusulkan standar/prosedur pelayanan pejabat fungsional
- h. Melaporkan pertanggungjawaban pelaksanaan tugas kepada Direktur

4. Wakil Direktur Umum

Wakil Direktur Umum dipilih dan diangkat oleh Gubernur DKI Jakarta melalui Peraturan Gubernur. Tugas dari Wakil Direktur adalah :

- a. Penyusunan dan pelaksanaan Rencana Kerja dan Anggaran (RKA) jajaran Wakil Direktur keuangan Dan Umum
- b. Pengkoordinasian penyusunan Rencana Kerja dan Anggaran (RKA) RSUD Pasar Rebo
- c. Penyusunan petunjuk teknis standar operasional prosedur pengelolaan keuangan, sumber daya manusia dan barang/aset serta pelaksanaan kegiatan pemasaran, perencanaan, ketatausahaan dan kerumahtangan
- d. Fasilitas penyelenggaraan pendidikan dan pelatihan tenaga kesehatan dan atau tenaga lain
- e. Pelaksanaan monitoring, pengendalian dan evaluasi rencana kerja dan Anggaran (RKA) RSUD Pasar Rebo
- f. Pelaksanaan pengelolaan keuangan, kepegawaian dan barang/aset
- g. Pelaksanaan kegiatan kerumahtangan dan ketatausahaan
- h. Penyelenggaraan pemasaran
- i. Pengkoordinasian penyusunan rencana strategi RSUD Pasar Rebo
- j. Pelaksanaan pengadaan, perawatan, pemeliharaan, dan penatausahaan perlengkapan/peralatan/inventaris kantor/alat kesehatan
- k. Pelaksanaan publikasi kegiatan dan pengaturan acara RSUD Pasar Rebo
- l. Penyusunan laporan keuangan (realisasi anggrana, neraca, arus kas, catatan atas laporan keuangan) RSUD Pasar Rebo
- m. Penyusunan bahan laporan Direktur yang terkait dengan tugas dan fungsi Wakil Direktur Keuangan dan Umum
- n. Pelaporan dan pertanggungjawaban pelaksanaan tugas dan fungsi

5. Wakil Direktur Pelayanan

Wakil Direktur Pelayanan berkedudukan di bawah dan bertanggung jawab kepada Direktur. Wakil Direktur Pelayanan mempunyai tugas melaksanakan pelayanan medis, penunjang medis dan keperawatan. Fungsi Wakil Direktur Pelayanan adalah sebagai berikut :

- a. Penyusunan dan pelaksanaan Rencana Kerja dan Anggaran (RKA) Jajaran Wakil Direktur Pelayanan
- b. Pelaksanaan pelayanan medis
- c. Pelaksanaan pelayanan penunjang medis
- d. Pelaksanaan pelayanan asuhan keperawatan
- e. Pelaksanaan pelayanan rujukan dan ambulan
- f. Pelaksanaan peningkatan mutu pelayanan
- g. Pelaksanaan urusan rekam medis
- h. Pelaksanaan pelayanan kegawatdaruratan
- i. Pelaksanaan kesehatan dan keselamatan kerja
- j. Pelaksanaan kesehatan lingkungan rumah sakit
- k. Pelaksanaan pelayanan pemulasaran jenazah
- l. Pelaksanaan keselamatan pasien
- m. Fasilitas penelitian dan pengembangan pelayanan kesehatan
- n. Penyusunan dan pelaksanaan standar pelayanan
- o. Penyusunan dan pelaksanaan standar operasional prosedur pelayanan medis, penunjang medis dan keperawatan
- p. Penyusunan dan pengendalian kebutuhan perlengkapan/peralatan/inventaris pelayanan medis, penunjang medis dan keperawatan
- q. Penyusunan bahan laporan Direktur yang terkait dengan tugas dan fungsi Wakil Direktur Pelayanan
- r. Pelaporan dan pertanggungjawaban pelaksanaan tugas dan fungsi

6. Bagian Umum dan Pemasaran

Tugas dari Bagian Umum dan Pemasaran adalah sebagai berikut :

- a. Menyusun dan melaksanakan Rencana kerja Anggaran (RKA) Bagian Umum dan pemasaran
- b. Menyusun bahan petunjuk teknis standar operasional prosedur pelaksanaan barang/aset serta pelaksanaan kegiatan pemasaran, ketatusahaan dan kerumatanngaan
- c. Menghimpun, menganalisis, mengajukan kebutuhan perlengkapan/peralatan/inventaris kantor/ alat kesehatan
- d. Memproses pengadaan, menerima penyimpanan dan mendistribusikan serta mencatat perlengkapan/peralatan/inventaris kantor/alat kesehatan
- e. Melaksanakan kegiatan pemeliharaan dan perawatan perlengkapan/peralatan/inventaris kantor/alat kesehatan termasuk bangunan gedung
- f. Menyampaikan pencatatan dan pengadaan, penyimpanan, pendistribusian, pemeliharaan dan perawatan perlengkapan/peralatan/inventaris kantor/alat kesehatan kepada Bagian Keuangan dan perencanaan untuk dibukukan
- g. Melaksanakan kegiatan publikasi dan pemasaran pelayanan RSUD Pasar Rebo
- h. Melaksanakan pelayanan data dan informasi rumah sakit (front office)
- i. Melaksanakan penjajakan kerjasama pelayanan dengan institusi pengguna jasa pelayanan kesehatan
- j. Melaksanakan kegiatan surat menyurat dan kearsipan antara lain penerimaan, pencatatan, pentaklikan, penomoran, stempel, pendistribusian dan pengiriman surat serta penyimpanan, penelurusan dan pemeliharaan arsip
- k. Melaksanakan kegiatan proses pembangunan bangunan gedung RSUD Pasar Rebo

- l. Mengelola ruang rapat/ruang pertemuan dan perpustakaan RSUD Pasar Rebo
- m. Melaksanakan kegiatan pemeliharaan kebersihan, keindahan, keamanan dan ketertiban RSUD Pasar Rebo
- n. Melaksanakan upacara dan pengaturan acara RSUD Pasar Rebo
- o. Melaksanakan koordinasi penghapusan barang
- p. Menyiapkan bahan perumusan dan penyusunan peraturan RSUD Pasar Rebo yang terkait dengan tugas Bagian Umum dan Pemasaran
- q. Menyusun bahan pelaksanaan kerjasama dengan pihak lain, berkoordinasi dengan tugas dan fungsi Bagian Umum dan Pemasaran
- r. Menyusun bahan kebijakan teknis pelayanan RSUD Pasra Rebo yang berkaitan dengan tugas dan fungsi Bagian Umum dan Pemasaran
- s. Menyiapkan bahan laporan Wakil Direktur Umum dan Keuangan yang berkaitan dengan tugas dan fungsi Bagian Umum dan Pemasaran
- t. Melaporkan dan pertanggungjawaban pelaksanaan tugas dan fungsi Bagian Umum dan Pemasaran

7. Bagian Sumber daya Manusia

Bagian Sumber Daya manusia merupakan satuan kerja yang berkedudukan di bawah dan bertanggungjawab kepada Wakil Direktur Keuangan dan Umum. Secara umum, Bagian Sumber Daya Manusia merupakan bagian yang mengelola sumber daya manusia yang ada di rumah sakit. Bagian ini dipimpin oleh seorang Kepala Bagian. Bagian Sumber Daya Manusia memiliki tugas sebagai berikut :

- a. Menyusun dan melaksanakan Rencana Kerja dan Anggaran (RKA) Bagian Sumber Daya Manusia
- b. Menyusun rancangan peraturan pengelolaan sumber daya manusia
- c. Melaksanakan perencanaan kebutuhan, penempatan, mutasi, pengembangan, pendidikan dan pelatihan pegawai

- d. Melaksanakan monitoring, pembinaan, pengendalian, pengembangan dan pelaporan kinerja dan disiplin pegawai
- e. Melaksanakan pengurusan hak, kesejahteraan, penghargaan, kenaikan pangkat, cuti dan pensiun pegawai
- f. Menyiapkan dan memproses administrasi pengangkatan, pemindahan dan pemberhentian pegawai dalam dan dari jabatan
- g. Menghimpun, mengolah, menyajikan dan memelihara data, informasi dan dokumen kepegawaian termasuk daftar penilaian pelaksanaan pekerjaan dan daftar urut kepangkatan pegawai
- h. Melaksanakan konseling pegawai terhadap non Pegawai Negeri Sipil RSUD Pasar Rebo
- i. Memfasilitasi pelaksanaan pendidikan dan pelatihan tenaga kesehatan dan atau tenaga lainnya di RSUD Pasar Rebo
- j. Memfasilitasi penyelesaian permasalahan hukum di RSUD Pasar Rebo
- k. Menyiapkan bahan laporan Wakil Direktur keuangan dan Umum yang berkaitan dengan tugas Bagian Sumber Daya Manusia
- l. Melaporkan pelaksanaan tugas dan fungsi Bagian Sumber Daya Manusia

5.12 Sarana Fisik Dan Prasarana RSUD Pasar Rebo

Sarana dan prasarana yang dimiliki oleh RSUD Pasar Rebo berdasarkan profil RSUD Pasar Rebo antara lain :

- k. Luas tanah : 13.000 M²
- l. Luas lantai : 18.000 M²
- m. Luas lahan parkir : 10.125 M²
- n. Daya listrik : 1.200 kva
- o. Generator : 750 kva

- p. Mesin Boiler : 2 tungku @ 1000 lt
- q. Pengolahan limbah : IPAL dan incinerator
- r. Sumber air : PAM dan Sumur dalam
- s. Sarana komunikasi : Telepon central dengan \pm 100 pesawat, 20 line telepon sistem hunting
- t. UPS : 60 kva

RSUD Pasar Rebo memiliki 2 gedung yaitu Gedung A dan gedung B dengan rincian ruangan pada masing masing gedung tersebut sebagai berikut :

A. Gedung A

Gedung A terdiri dari 6 lantai dengan kondisi sebagai berikut :

7. Lantai 1 terdiri atas ruangan unit gawat darurat, OK UGD, Gudang farmasi, Gudang Apotik, Apotik Poli Paru, Poli Paru, Poli Psikiatri, Rekam Medik, Kasir poli Paru, Laboratorium Poli paru, Pos Keamanan UGD, Kantor Keamanan, Ambulance, Sekretariat Koperasi dan kantin 171
8. Lantai 2 terdiri dari ruangan Informasi, Front Office, Customer Service, Poli Syaraf, Poli Gigi dan Mulut, Poli Rehab Medik, Poli Urologi, Poli Bedah, Poli Orthopedi, Poli Kulit, Medical Cek Up, kasir Askes/Jamper, kasir lt.2, Apotik 24 jam, Pendaftaran PKS, Instalasi Ranap/Rajal/PKS, P2BJU dan Pengembangan Usaha.
9. Lantai 3 terdiri dari ruangan untuk Poli Kebidanan, Poli Laktasi, Poli Anak, Poli Penyakit Dalam, Poli Karyawan, Poli Gizi, Poli THT, Poli Jantung, Poli Mata, Optik, Rekam Medik lt.3, Kasir, Apotik.
10. Lantai 4 terdiri dari ruangan untuk aula dokter, Sekretaris, Keuangan, Wadir Pelayanan, Sub. Komite Akreditasi dan ISO, Komite Medik, Kabid Keperawatan, SDM, Pantry lt. 4, Satuan Pengawas Internal, dan SIM

11. Lantai 5 terdiri dari ruangan rawat Inap Dahlia, Apotik dahlia dan Aula lt. 5
12. Lantai 6 terdiri dari ruangan Rawat inap Teratai Apotik Teratai dan Pantry

B. Gedung B

Untuk gedung B terdiri dari 8 lantai dengan pembagian ruangan per lantainya adalah sebagai berikut :

9. Lantai 1 terdiri dari ruangan untuk Posko Banjir/KLB, Kantin, Kamar Jenazah, Gizi, Laundry, CSSD dan IPS
10. Lantai 2 terdiri dari ruangan untuk Laboratorium Kimia dan Patologi Anatomi, Bank Darah, Radiologi, Apotik dan Pos keamanan
11. Lantai 3 terdiri dari Ruangan perawatan Perinatologi, Rawat Inap Delima dan Kamar Bersalin
12. Lantai 4 terdiri dari ruangan CVCU, ICU, Aptek dan Kamar Operasi
13. Lantai 5 terdapat ruangan Rawat Inap Cempaka
14. Lantai 6 merupakan ruangan Rawat Inap Mawar
15. Lantai 7 merupakan ruangan Rawat Inap Melati
16. Lantai 8 merupakan ruangan Rawat Inap Angrek, Pantry dan Apotik

Disamping 2 gedung di atas juga terdapat gedung bekas asrama yang digunakan untuk Pengelola Anggaran, Rumah Tangga dan Kantor Akper yang digunakan sebagai kantor P3RS (Panitia Pengadaan dan Pembelian Rumah Sakit). Juga ada Guest House yang digunakan untuk supervisor HK dan IDI. Selain itu RSUD Pasar Rebo juga dilengkapi tempat parkir, mini market dan pos Keamanan