



UNIVERSITAS INDONESIA

**ANALISIS FAKTOR-FAKTOR YANG BERHUBUNGAN
DENGAN WAKTU TUNGGU PERSIAPAN OPERASI CITO
DI INSTALASI GAWAT DARURAT
RUMAH SAKIT KARYA MEDIKA I KABUPATEN BEKASI
TAHUN 2011**

TESIS

AMAN MASHURI

1006799400

**FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
PROGRAM STUDI KAJIAN ADMINISTRASI RUMAH SAKIT
UNIVERSITAS INDONESIA
DEPOK
JANUARI 2012**



UNIVERSITAS INDONESIA

**ANALISIS FAKTOR-FAKTOR YANG BERHUBUNGAN
DENGAN WAKTU TUNGGU PERSIAPAN OPERASI CITO
DI INSTALASI GAWAT DARURAT
RUMAH SAKIT KARYA MEDIKA I KABUPATEN BEKASI
TAHUN 2011**

TESIS

**Diajukan sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar
MAGISTER ADMINISTRASI RUMAH SAKIT**

OLEH : AMAN MASHURI

NPM : 1006799400

**FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
PROGRAM STUDI KAJIAN ADMINISTRASI RUMAH SAKIT
UNIVERSITAS INDONESIA**

DEPOK

JANUARI 2012

HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS

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

Nama : Aman Mashuri

NPM : 1006799400

Tanda Tangan : 

Tanggal : 21 Januari 2012

HALAMAN PENGESAHAN

Tesis diajukan oleh :

Nama : Aman Mashuri
NPM : 1006799400
Program Studi : S2 Kajian Administrasi Rumah Sakit
Judul Tesis : Analisis Faktor-faktor Yang Berhubungan Dengan Waktu Tunggu
Persiapan Operasi Cito di Instalasi Gawat Darurat Rumah Sakit Karya
Medika I Kabupaten Bekasi Tahun 2011.

Telah berhasil dipertahankan dihadapan Dewan Penguji dan diterima sebagai bagian persyaratan yang diperlukan untuk memperoleh gelar Magister Administrasi Rumah Sakit pada Program Studi Kajian Administrasi Rumah Sakit Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Indonesia.

DEWAN PENGUJI

Pembimbing : dr. Suprijanto Rijadi, MPA, PhD ()
Penguji : Prof. dr. Anhari Achadi, SKM, Sc.D ()
Penguji : dr. Djuhari Suryasaputra, M.Kes ()
Penguji : Dr. Budi Hartono, SE, MARS ()

Ditetapkan di : Depok

Tanggal : 21 Januari 2012

SURAT PERNYATAAN

Yang bertanda tangan di bawah ini, saya :

Nama : Aman Mashuri

NPM : 1006799400

Mahasiswa Program : S2 Kajian Administrasi Rumah Sakit

Tahun Akademik : 2010

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

Analisis Faktor-Faktor yang Berhubungan Dengan Waktu Tunggu Persiapan Operasi Cito di Instalasi Gawat Darurat Rumah Sakit Karya Medika I Kabupaten Bekasi Tahun 2011.

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

Demikian surat pernyataan ini saya buat dengan sebenar-benarnya.

Depok, 21 Januari 2012



(Aman Mashuri)

KATA PENGANTAR

Puji syukur saya panjatkan kepada Tuhan Yang Maha Esa, karena atas berkat dan rahmat-Nya, saya dapat menyelesaikan tesis ini. Penulisan tesis ini dilakukan dalam rangka memenuhi salah satu syarat untuk mencapai gelar Magister Administrasi Rumah Sakit pada Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia. Saya menyadari bahwa, tanpa bantuan dan bimbingan dari berbagai pihak, dari masa perkuliahan sampai pada penyusunan tesis ini, sangatlah sulit bagi saya untuk menyelesaikan tesis ini. Oleh karena itu, saya mengucapkan terima kasih kepada:

- (1) dr. Suprijanto Rijadi, MPA, PhD selaku dosen pembimbing yang telah menyediakan waktu, tenaga, dan pikiran untuk mengarahkan saya dalam penyusunan tesis ini,
- (2) dr. Djuhari Suryasaputra, M.Kes selaku Direktur Rumah Sakit Karya Medika I yang mengizinkan saya menempuh pendidikan pasca sarjana dan tempat penelitian serta memberi ilmu dan pengalaman,
- (3) Istri tercinta, Komalasari, AMK dan anak-anak saya, Gelar, Tasha, Julia, dan Ridwan, yang telah memberikan dukungan moral dan spiritual,
- (4) Para sahabat, terutama dari Program S2 KARS UI yang telah banyak membantu saya dalam menyelesaikan tesis ini.

Akhir kata, saya berharap Tuhan Yang Maha Esa berkenan membalas segala kebaikan semua pihak yang telah membantu. Semoga tesis ini membawa manfaat bagi pengembangan ilmu.

Depok, Januari 2012

Penulis

RIWAYAT HIDUP

Nama : Aman Mashuri
Tempat/Tanggal lahir : Palembang, 13 Mei 1962
Alamat : Taman Aster A3 nomor 74 Cikarang Barat
Kabupaten Bekasi
Status keluarga : Sudah menikah
Alamat Instansi : Rumah Sakit Karya Medika I Cikarang Barat
Kabupaten Bekasi

Riwayat Pendidikan :

1. SD Xaverius VI Palembang , lulus tahun 1975
2. SMP Santo Louis Palembang , lulus tahun 1979
3. SMA Xaverius II Palembang , lulus tahun 1982
4. Fakultas Kedokteran Universitas Sriwijaya Palembang , lulus tahun 1991
5. Pasca Sarjana FKM Universitas Indonesia Depok , 2010 sampai sekarang

Riwayat Pekerjaan :

1. Puskesmas Long Bawan, Bulungan, Kalimantan Timur , tahun 1992-1995
2. Klinik Wijaya Kusuma Rengasdengklok Karawang , tahun 1995-1997
3. Rumah Sakit Bakti Husada Cikarang Kabupaten Bekasi , tahun 1997-2003
4. Rumah Sakit Karya Medika I Kabupaten Bekasi , 2003 sampai sekarang

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

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

Nama : Aman Mashuri
NPM : 1006799400
Program Studi : Kajian Administrasi Rumah Sakit
Fakultas : Kesehatan Masyarakat
Jenis karya : Tesis

demikian pengembangan ilmu pengetahuan, menyetujui untuk memberikan kepada Universitas Indonesia Hak Bebas Royalti Noneksklusif (*Non-exclusive Royalty-Free Right*) atas karya ilmiah saya yang berjudul :

Analisis Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Waktu Tunggu Persiapan Operasi Cito di Instalasi Gawat Darurat Rumah Sakit Karya Medika Kabupaten Bekasi Tahun 2011

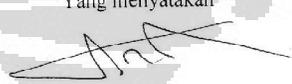
berserta perangkat yang ada (jika diperlukan). Dengan Hak Bebas Royalti Noneksklusif ini Universitas Indonesia berhak menyimpan, mengalihmedia/formatkan, mengelola dalam bentuk pangkalan data (*database*), merawat, dan mempublikasikan tugas akhir saya selama tetap mencantumkan nama saya sebagai penulis/pencipta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

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya.

Dibuat di : Depok

Pada tanggal : 21 Januari 2012

Yang menyatakan


(Aman Mashuri)

UNIVERSITAS INDONESIA

FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT

PROGRAM STUDI KAJIAN ADMINISTRASI RUMAH SAKIT

Tesis, Januari 2012

Aman Mashuri

Analisis Faktor-faktor Yang Berhubungan Dengan Waktu Tunggu Persiapan Operasi Cito di Instalasi Gawat Darurat Rumah Sakit Karya Medika I Kabupaten Bekasi Tahun 2011

xxii + 111 halaman, 42 tabel, 2 grafik, 5 gambar, 5 lampiran

ABSTRAK

Penelitian ini dilatarbelakangi kenyataan bahwa Instalasi Gawat Darurat merupakan suatu unit pelayanan di rumah sakit yang harus dapat memberikan pelayanan yang cepat dan tepat agar tujuan dari pelayanan gawat darurat dapat tercapai dan sekaligus memberikan kepuasan kepada pasien atau keluarganya.

Tujuan penelitian ini untuk mengetahui gambaran umum waktu tunggu persiapan operasi cito di IGD dan faktor-faktor yang berhubungan dengan waktu pelayanan terhadap pasien yang akan menjalani operasi cito.

Jenis penelitian ini merupakan studi kasus dengan pendekatan kualitatif. Data dan informasi mengenai proses pelayanan diperoleh melalui wawancara mendalam, fokus grup diskusi, observasi partisipatif dan telaah dokumen. Sedangkan data mengenai waktu pelayanan diperoleh melalui pencatatan waktu pelayanan mulai dari tahap penetapan operasi sampai saat dilakukan sayatan pertama di meja operasi.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa waktu tunggu persiapan operasi cito di IGD RS Karya Medika I berhubungan dengan lamanya persetujuan operasi dari keluarga atau penanggung jawab biaya, ketidaksiapan SDM kamar operasi termasuk dokter operator dan dokter anestesi, serta keterbatasan peralatan operasi.

Untuk mempersingkat waktu pelayanan terhadap pasien yang akan menjalani operasi cito, RS Karya Medika I perlu menetapkan kebijakan tentang penanganan pasien operasi cito, memperbaiki manajemen SDM kamar operasi dan sistem pengadaan alat kesehatan.

Daftar bacaan : 40 (1997-2011)

UNIVERSITY OF INDONESIA
FACULTY OF PUBLIC HEALTH
HOSPITAL ADMINISTRATION STUDY PROGRAM

Thesis, January 2012

Aman Mashuri

Analysis of factors associated with the waiting times preparation cito operations in the Emergency Departement at Karya Medika I Hospital District of Bekasi 2011

xxii + 111 pages, 42 tables, 2 graphics, 5 pictures, 5 appendices

ABSTRACT

The background of the research was the fact that Emergency Care Unit is a particular service unit in hospital which has to be able to respond quickly and effectively in order to achieve the goals of emergency care service and at the same moment to deliver satisfaction to the patients and their families.

The purpose of this research was to know the general picture about the waiting time of cito operations in the Emergency Departement and the factors associated with the time of service to patients who will undergo cito operations.

This type of research was a case study with a qualitative approach. Data and information regarding the service process were obtained from indepth interviews, focus group discussion, participant observation and document review, while data regarding the service time was gained from recording and calculating the time taken starting from the moment of surgery decision until the moment of the first incision on the operating table.

The result from the research showed that waiting time for the preparation cito operation in the Emergency Departement at Karya Medika I hospital associated with informed consent from the family or the insurance, human resources, and the equipment of operation.

To minimize the waiting time for preparation cito operation in Emergency Departement, Karya Medika I Hospital need to establish policies regarding the handling of patients cito operations, to improve human resource management and procurement of medical equipment systems.

Bibliography : 40 (1997-2011)

DAFTAR ISI

Hal	Halaman
HALAMAN JUDUL	i
LEMBAR PERNYATAAN ORISINALITAS	ii
LEMBAR PENGESAHAN	iii
SURAT PERNYATAAN BEBAS PLAGIAT	iv
KATA PENGANTAR	v
RIWAYAT HIDUP	vi
LEMBAR PERSETUJUAN PUBLIKASI KARYA ILMIAH	vii
ABSTRAK	viii
DAFTAR ISI	x
DAFTAR TABEL	xiii
DAFTAR GRAFIK	xvi
DAFTAR GAMBAR	xvii
DAFTAR SINGKATAN	xviii
DAFTAR ISTILAH	xix
DAFTAR LAMPIRAN	xxii
BAB 1. PENDAHULUAN	
1.1. Latar Belakang	1
1.2. Masalah Penelitian	5
1.3. Pertanyaan Penelitian	6
1.4. Tujuan Penelitian	6
1.5. Manfaat Penelitian	7
1.6. Ruang lingkup Penelitian	7
BAB 2. TINJAUAN PUSTAKA	
2.1. Pelayanan Gawat Darurat	9
2.2. Instalasi Gawat Darurat	9
2.3. Klasifikasi Pelayanan Instalasi Gawat Darurat	10
2.4. Tujuan Pelayanan Gawat Darurat	10
2.5. Keberhasilan Penanganan Penderita Gawat Darurat	10

2.6. Klasifikasi Pasien	11
2.7. Alur Proses Pelayanan Pasien di Instalasi Gawat Darurat	11
2.8. Waktu Tunggu	13
2.9. Faktor-faktor yang mempengaruhi waktu tunggu pelayanan Gawat Darurat	14
2.10. Penatalaksanaan Pre-Operatif	17
2.11. Kewajiban Rumah Sakit dan Ijin Operasi	21
2.12. Standar mutu	22
2.13. Standar jumlah tenaga	26
 BAB 3. GAMBARAN UMUM RUMAH SAKIT KARYA MEDIKA I	
3.1. Sejarah singkat	28
3.2. Visi, Misi, Tujuan dan Motto	29
3.3. Struktur organisasi	30
3.4. Fasilitas Pelayanan	30
3.5. Ketenagaan di RSKM I	31
3.6. Kapasitas Tempat Tidur RSKM I	34
3.7. Indikator Pelayanan Pasien Rawat Inap RSKM I	34
3.8. Instalasi Gawat Darurat RS Karya Medika I	35
3.9. Kegiatan Pelayanan IGD RSKM I	36
3.10. Alur Proses Pelayanan dari IGD sampai ke Kamar Operasi	37
 BAB 4. KERANGKA KONSEP DAN DEFINISI OPERASIONAL	
4.1. Kerangka Konsep	39
4.2. Definisi Operasional	42
 BAB 5. METODE PENELITIAN	
5.1. Jenis Penelitian	46
5.2. Alasan Penelitian Kualitatif	46
5.3. Lokasi dan waktu penelitian	47
5.4. Informan Penelitian dan kriteria	47
5.5. Tahapan Penelitian	49
5.6. Metode Pengumpulan Data	51
5.7. Keabsahan data	53
5.8. Pengolahan dan Analisis data	54
 BAB 6. HASIL PENELITIAN	
6.1. Karakteristik Informan	55
6.2. Gambaran terhadap waktu tunggu persiapan operasi cito di IGD RSKM I	59
6.3. Hubungan lamanya persetujuan operasi terhadap waktu tunggu persiapan operasi cito	63

6.4. Hubungan kesiapan sumber daya manusia terhadap waktu tunggu persiapan operasi cito	67
6.5. Hubungan kesiapan alat dan obat-obatan operasi terhadap waktu tunggu persiapan operasi cito	82
6.6. Hubungan unit penunjang yang terkait IGD terhadap waktu tunggu persiapan operasi cito	84
6.7. Gambaran waktu tunggu persiapan operasi cito dihubungkan dengan variable penelitian	89

BAB 7. PEMBAHASAN

7.1. Gambaran umum waktu tunggu persiapan operasi cito di IGD RSKM I	94
7.2. Variabel waktu tunggu persetujuan operasi	97
7.3. Variabel kesiapan sumber daya manusia	98
7.4. Variabel kesiapan alat kesehatan dan obat-obatan	101
7.5. Variabel kesiapan unit penunjang yang terkait IGD	102
7.6. Gambaran waktu pelayanan persiapan operasi cito di IGD RSKM I berdasarkan studi kasus	104
7.7. Keterbatasan Penelitian	108

BAB 8. KESIMPULAN DAN SARAN

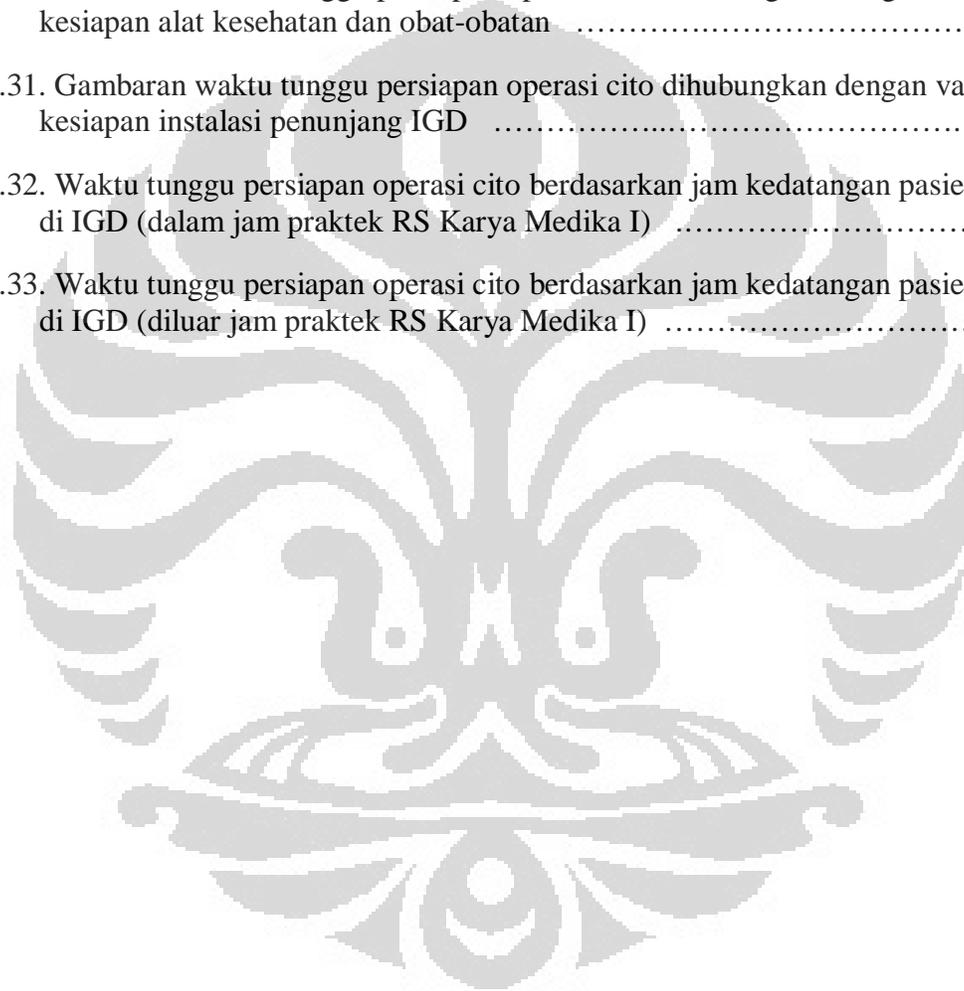
8.1. Kesimpulan	110
8.2. Saran	111

DAFTAR TABEL

Nomor tabel	Halaman
1.1. Rata-rata waktu tunggu persiapan operasi cito berdasarkan diagnosa penyakit terbanyak selama bulan Januari sampai Juni tahun 2011 di Rumah Sakit Karya Medika I	4
1.2. Keterlambatan Jadwal Operasi <i>cito</i> RS Karya Medika I selama bulan Januari sampai bulan Juni tahun 2011	5
2.1. Kriteria Pasien Pre-operatif menurut ASA (2002)	18
2.2. Pemeriksaan Penunjang Pre-Operatif dan Indikasinya	20
3.1. Jumlah Tenaga di RS Karya Medika I Tahun 2008, 2009 dan 2010	32
3.2. Jumlah Tenaga Medis di RS Karya Medika I Tahun 2010	33
3.3. Jumlah tempat tidur di RS Karya Medika I	34
3.4. Indikator Pelayanan Rawat Inap RSKM I Tahun 2008, 2009, dan 2010 ...	34
3.5. Kegiatan Pelayanan di IGD RSKM I Periode 2008 – 2010	36
6.1. Karakteristik Informan Pejabat RSKM I	56
6.2. Karakteristik Informan Pasien/keluarganya	57
6.3. Karakteristik Informan Dokter RSKM I	58
6.4. Karakteristik Informan perawat IGD dan Kamar Operasi, serta Bidan RS Karya Medika I	59
6.5. Rata-rata dan standar deviasi waktu pelayanan pasien IGD RSKM I yang akan menjalani operasi <i>cito</i> sejak masuk ke triase sampai keluar dari IGD Periode 1 November – 30 November 2011	60
6.6. Gambaran Diagnosis Penyakit Pasien IGD RSKM I yang Langsung Menjalani Operasi <i>Cito</i> Periode 1 November – 30 November 2011	61
6.7. Rata-rata, Median dan Standar Deviasi Waktu Pelayanan pasien IGD RSKM I yang akan Menjalani Operasi <i>Cito</i> berdasarkan Diagnosis Periode 1 November – 30 November 2011	61
6.8. Rata-rata, median dan Standar Deviasi waktu tunggu berdasarkan tahapan persiapan operasi <i>cito</i> Periode 1 November – 30 November 2011	62
6.9. Rata-rata, median dan Standar Deviasi waktu tunggu persetujuan operasi <i>cito</i> di RS Karya Medika I Periode 1 November – 30 November 2011	63
6.10. Gambaran hasil penelitian Faktor persetujuan operasi <i>cito</i> di RS Karya Medika I Periode 1 November – 30 November 2011	66

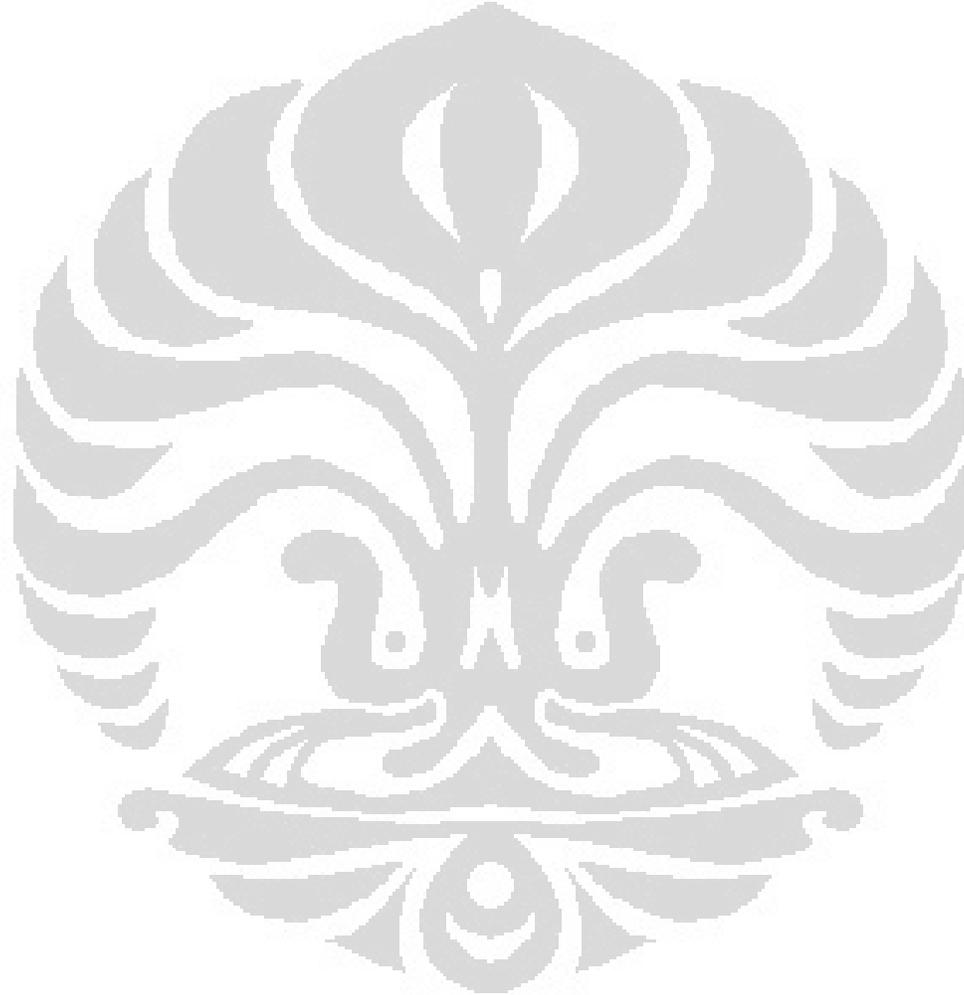
6.11. Mean, median dan Standar Deviasi waktu tunggu pelayanan dokter jaga IGD untuk kasus operasi <i>cito</i> Periode 1 November – 30 November 2011	68
6.12. Gambaran hasil penelitian kesiapan dokter jaga IGD RS Karya Medika I Periode 1 November – 30 November 2011	69
6.13. Rata-rata/mean, median dan Standar Deviasi waktu tunggu pelayanan bidan jaga untuk kasus operasi <i>cito</i> Periode 1 November – 30 November 2011	70
6.14. Gambaran hasil penelitian kesiapan bidan jaga RS Karya Medika I Periode 1 November – 30 November 2011	71
6.15. Mean, median dan Standar Deviasi waktu tunggu pelayanan perawat jaga IGD untuk kasus operasi <i>cito</i> Periode 1 November – 30 November 2011	72
6.16. Gambaran hasil penelitian kesiapan perawat jaga IGD RS Karya Medika I Periode 1 November – 30 November 2011	73
6.17. Mean, median dan Standar Deviasi waktu tunggu pelayanan dokter operator untuk kasus operasi <i>cito</i> Periode 1 November – 30 November 2011	74
6.18. Gambaran hasil penelitian kesiapan dokter operator RS Karya Medika I Periode 1 November – 30 November 2011	75
6.19. Mean, median dan Standar Deviasi waktu tunggu pelayanan dokter anestesi untuk kasus operasi <i>cito</i> Periode 1 November – 30 November 2011	76
6.20. Gambaran hasil penelitian kesiapan dokter anestesi RS Karya Medika I Periode 1 November – 30 November 2011	78
6.21. Rata-rata/mean, median dan Standar Deviasi waktu tunggu pelayanan perawat kamar operasi untuk kasus operasi <i>cito</i> Periode 1 November – 30 November 2011	79
6.22. Gambaran hasil penelitian kesiapan perawat kamar operasi RS Karya Medika I Periode 1 November – 30 November 2011	81
6.23. Gambaran hasil penelitian kesiapan alat dan obat-obatan operasi RS Karya Medika I Periode 1 November – 30 November 2011	83
6.24. Mean, median dan Standar Deviasi waktu tunggu pelayanan Laboratorium untuk kasus operasi <i>cito</i> Periode 1 November – 30 November 2011	84
6.25. Gambaran hasil penelitian kesiapan Instalasi Laboratorium RS Karya Medika I Periode 1 November – 30 November 2011	86
6.26. Rata-rata/mean, median dan Standar Deviasi waktu tunggu pelayanan Radiologi untuk kasus operasi <i>cito</i> Periode 1 November – 30 November 2011	87

6.27. Gambaran hasil penelitian kesiapan Instalasi Radiologi RS Karya Medika I Periode 1 November – 30 November 2011	88
6.28. Gambaran waktu tunggu persiapan operasi cito dihubungkan dengan variabel Persetujuan Operasi	89
6.29. Gambaran waktu tunggu persiapan operasi cito dihubungkan dengan variabel Kesiapan SDM	90
6.30. Gambaran waktu tunggu persiapan operasi cito dihubungkan dengan variabel kesiapan alat kesehatan dan obat-obatan	92
6.31. Gambaran waktu tunggu persiapan operasi cito dihubungkan dengan variabel kesiapan instalasi penunjang IGD	93
7.32. Waktu tunggu persiapan operasi cito berdasarkan jam kedatangan pasien di IGD (dalam jam praktek RS Karya Medika I)	95
7.33. Waktu tunggu persiapan operasi cito berdasarkan jam kedatangan pasien di IGD (diluar jam praktek RS Karya Medika I)	96



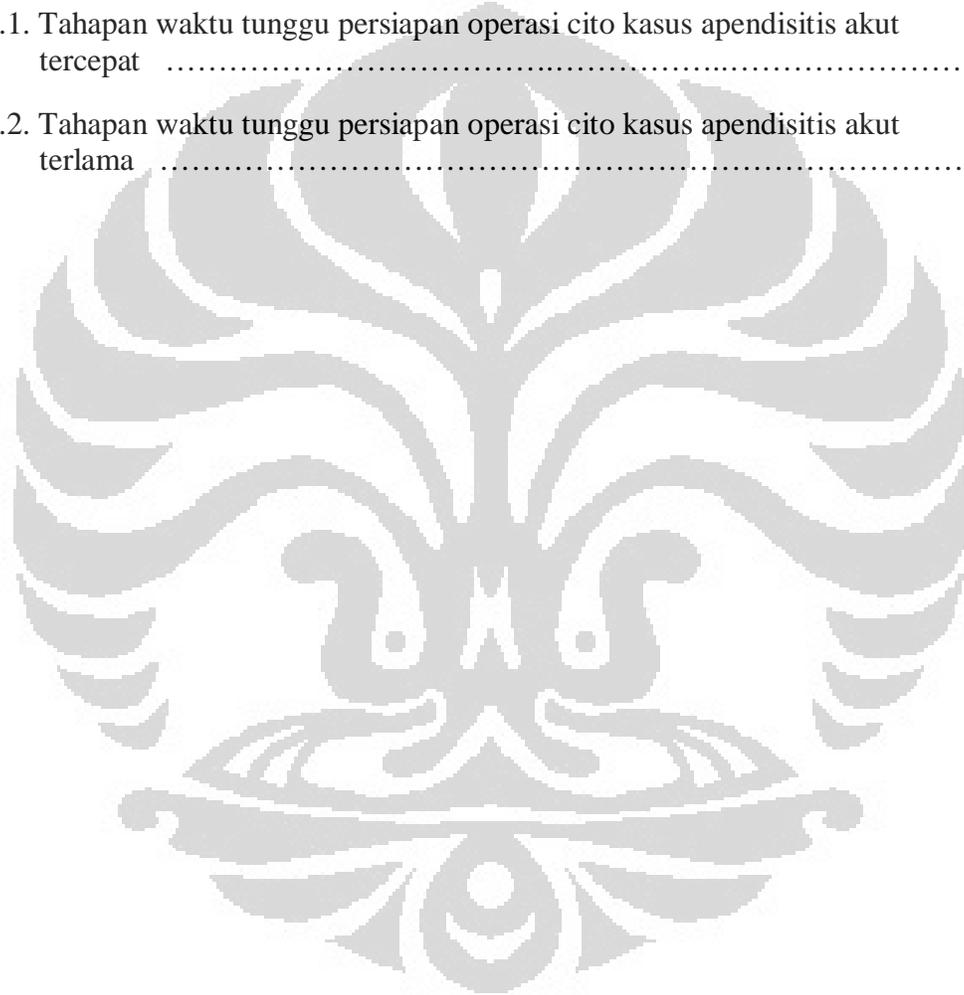
DAFTAR GRAFIK

Nomor Grafik	Halaman
1.1. Perbandingan Pasien Akut + Gawat Darurat dengan Jumlah Operasi cito perbulan selama Januari sampai Juni tahun 2011 di Rumah Sakit Karya Medika I	2
1.2. Perbandingan Operasi cito dengan jumlah Operasi per bulan selama Januari sampai Juni tahun 2011 di Rumah Sakit Karya Medika I	3



DAFTAR GAMBAR

Nomor Gambar	Halaman
2.1. Alur proses pelayanan di Instalasi Gawat Darurat	12
3.1. Alur pelayanan pasien di IGD RS Karya Medika I	35
3.2. Alur pelayanan pasien dari IGD sampai kamar operasi	37
7.1. Tahapan waktu tunggu persiapan operasi cito kasus apendisitis akut tercepat	104
7.2. Tahapan waktu tunggu persiapan operasi cito kasus apendisitis akut terlama	106

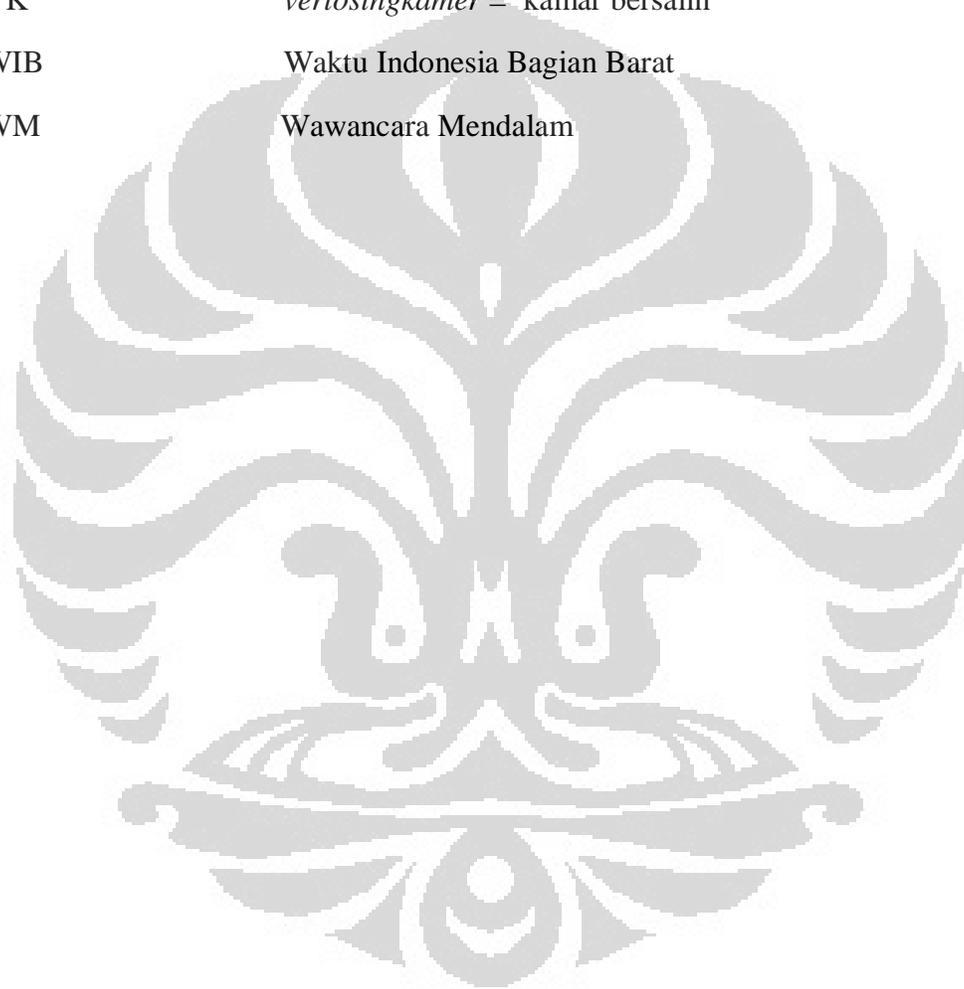


DAFTAR SINGKATAN

ACLS	<i>Advanced Cardiac Life Support</i>
AGD	Analisa Gas Darah
ASA	<i>American Society of Anesthesiologist</i>
ATLS	<i>Advanced Trauma Life Support</i>
BT-CT	<i>Bleeding Time – Clothing Time</i>
CPD	<i>Cephalopelvic Dysproportion</i>
CT-Scan	<i>Computerized Tomography Scanner</i>
DC	<i>Dauwer Catheter</i>
D3	Diploma III
Depkes	Departemen Kesehatan
dr	dokter
EDH	<i>Epidural Haemorrhagic</i>
EKG	<i>Electrokardiography</i>
FGD	Fokus Grup Diskusi (<i>Focus Group Discussion</i>)
FKM UI	Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia
Gadar	Gawat Darurat
GDS	Gula Darah Sewaktu
Hb	<i>Hemoglobin</i>
H2TL	Hemoglobin, Hematokrit, Trombosit, Lekosit.
IC	<i>Informed Concern</i>
ICH	<i>Intracerebral haemorrhagic</i>
IGD	Instalasi Gawat Darurat
IRNA	Instalasi Rawat Inap
JCAHO	<i>Joint Commission of Accreditation of Health care Organization</i>

Kepmenkes RI	Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia
KPD	Ketuban Pecah Dini
KSO	Kerja Sama Operasional
Lab	laboratorium
LED	Laju Endap Darah
MCU	<i>Medical Check Up</i>
Na,K,Cl	Natrium, Kalium, Clorida
NGT	<i>Naso Gastric Tube</i>
Obs	Observasi
OK	<i>Operatiekamer</i> = kamar operasi
<i>On call</i>	ada dalam jadwal jaga, siap datang/bertugas bila dipanggil
Op	operasi
PBF	Pedagang Besar Farmasi
PDSRI	Persatuan Dokter Spesialis Radiologi Indonesia
Permenkes RI	Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia
PJ	Penanggung Jawab
PPGD	Penanggulangan Penderita Gawat Darurat
PT	Perseroan Terbatas
RR	<i>Recovery Room</i>
RS	Rumah Sakit
RSCM	Rumah Sakit Cipto Mangunkusumo Jakarta
RSKM I	Rumah Sakit Karya Medika I
SC	<i>Sectio caesarea</i>
SDH	<i>Subdural haemorrhagic</i>
SDM	Sumber Daya Manusia
SIP	Surat Ijin Praktek

SGOT	Serum Glutamic Oxalacetic Transaminase
SGPT	Serum Glutamic Pyruvic Transaminase
SPO	Standar Prosedur Operasional
TBC	Tuberkulosis
UM	uang muka
VK	<i>verlosingkamer</i> = kamar bersalin
WIB	Waktu Indonesia Bagian Barat
WM	Wawancara Mendalam

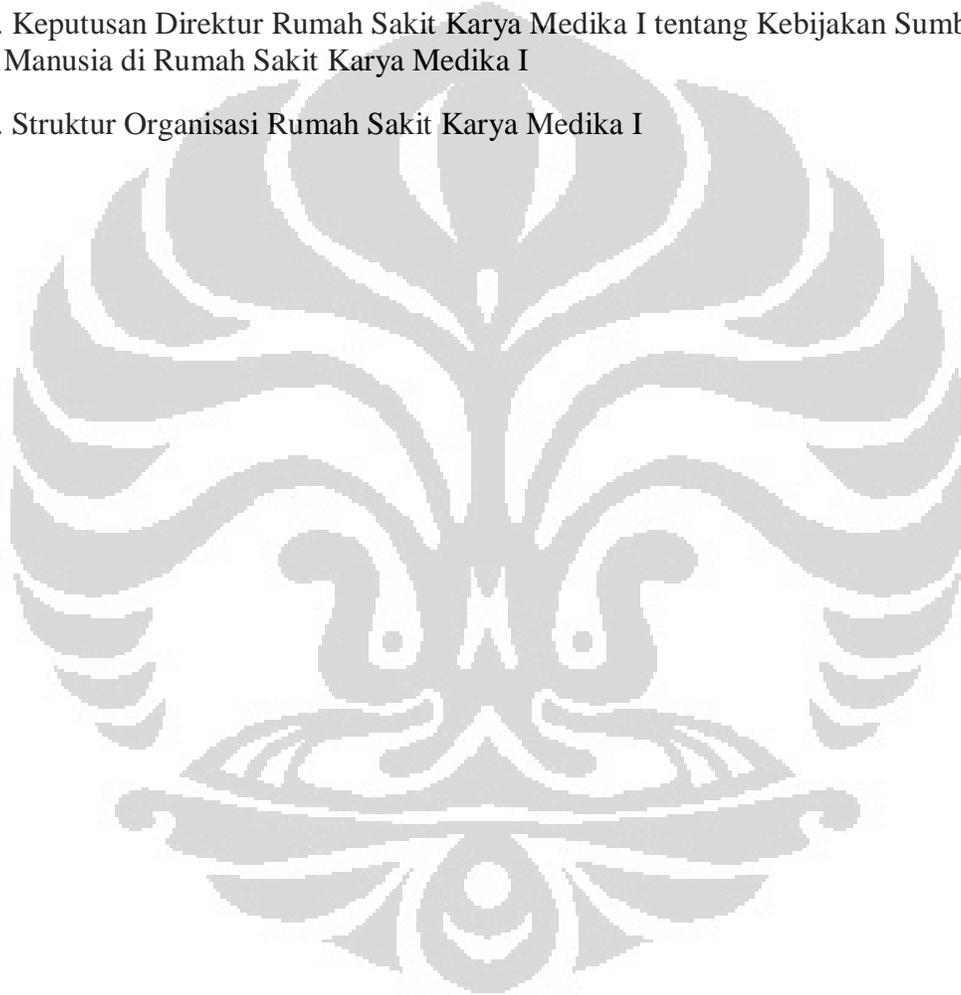


DAFTAR ISTILAH ;

Akut	timbul secara mendadak dan cepat memburuk
Alat Kesehatan	bahan, instrument, apparatus, mesin, implant yang tidak mengandung obat yang digunakan untuk mencegah, mendiagnosa, menyembuhkan dan meringankan penyakit, merawat orang sakit serta memulihkan kesehatan pada manusia dan/atau membentuk struktur dan memperbaiki fungsi tubuh.
Anafilaksis	reaksi alergi sistemik yang terjadi mendadak, dapat berakibat kematian
Apendisitis	peradangan usus buntu
<i>CPD</i>	ada ketidakseimbangan antara besar kepala bayi dengan panggul ibu
Diagnosis	penentuan jenis penyakit dengan cara meneliti (memeriksa) gejala-gejalanya
Ekspertisi	laporan, keterangan saksi-ahli
Fraktur	keretakan atau keadaan patah (tulang)
<i>Finger Tip Injury</i>	Luka pada ujung jari yang mengenai kulit, otot dan jaringan sekitarnya.
KPD	air ketuban yang telah banyak keluar dan relatif kering karena pecah sebelum waktunya
Lab darah rutin	jenis pemeriksaan laboratorium yang terdiri dari Hemoglobin, Hematokrit, Lekosit dan Trombosit.
Lilitan tali pusat	tali pusat yang melilit pada bagian tubuh janin sehingga menghambat proses persalinan normal
Obat	bahan atau paduan bahan yang digunakan untuk mempengaruhi atau menyelidiki system fisiologi atau keadaan patologi dalam rangka penetapan diagnosa, pencegahan penyakit, penyembuhan penyakit, pemulihan, dan peningkatan kesehatan termasuk kontrasepsi dan sediaan biologis.
Operasi	tindakan penyembuhan dengan jalan pembedahan
<i>Sectio caesarea</i>	pembedahan untuk melahirkan janin dengan membuka dinding perut dan dinding rahim.

DAFTAR LAMPIRAN

1. Formulir pencatatan waktu pelayanan
2. Matriks Triangulasi Sumber data
3. Daftar Pertanyaan
4. Catatan wawancara mendalam
5. Keputusan Direktur Rumah Sakit Karya Medika I tentang Kebijakan Sumber Daya Manusia di Rumah Sakit Karya Medika I
6. Struktur Organisasi Rumah Sakit Karya Medika I



BAB 1

PENDAHULUAN

1.1. Latar Belakang

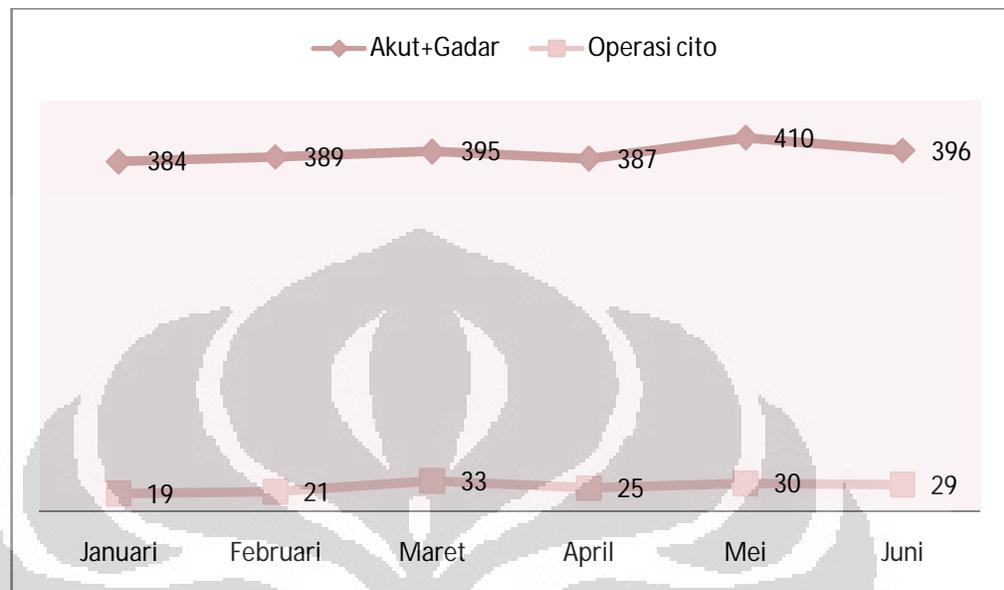
Rumah Sakit sebagai institusi pelayanan kesehatan, terkait erat dengan tanggung jawab memberikan pelayanan gawat darurat. Dalam Undang-undang Republik Indonesia nomor 44 tahun 2009, tentang Rumah Sakit, pasal 1, ayat 1 disebutkan : Rumah Sakit adalah institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan, dan gawat darurat. Dari pasal 1, ayat 1, tersebut menyatakan bahwa penyelenggaraan pelayanan gawat darurat merupakan salah satu tanggung jawab Rumah Sakit. Pelayanan gawat darurat terwujud dengan adanya unit tersendiri yang disebut dengan Instalasi Gawat Darurat.

Instalasi Gawat Darurat (IGD) adalah suatu unit kerja di Rumah Sakit yang memiliki tim kerja dengan kemampuan khusus dan peralatan yang memberikan pelayanan pasien gawat darurat dan merupakan bagian dari rangkaian upaya penanggulangan pasien gawat darurat yang terorganisir.

Diketahui bahwa beberapa kasus Gawat darurat dan kasus Akut ternyata harus berlanjut ke tindakan operasi cito di kamar operasi. Cito, menurut kamus kedokteran (Ramali,1999,p.59) berasal dari bahasa latin yang artinya harus segera diselenggarakan. Yang membedakan operasi cito dengan operasi elektif atau terencana adalah dibutuhkan koordinasi yang lebih cepat antara IGD dengan unit / bagian yang terkait seperti laboratorium, Radiologi, kamar operasi dan Instalasi rawat inap serta dokter bedahnya sendiri.(Virgin, 2000)

Dari survei pendahuluan diketahui, prosentase pasien Gawat darurat dan Akut yang berlanjut ke tindakan operasi cito di Rumah Sakit Karya Medika I, dapat di lihat pada grafik berikut :

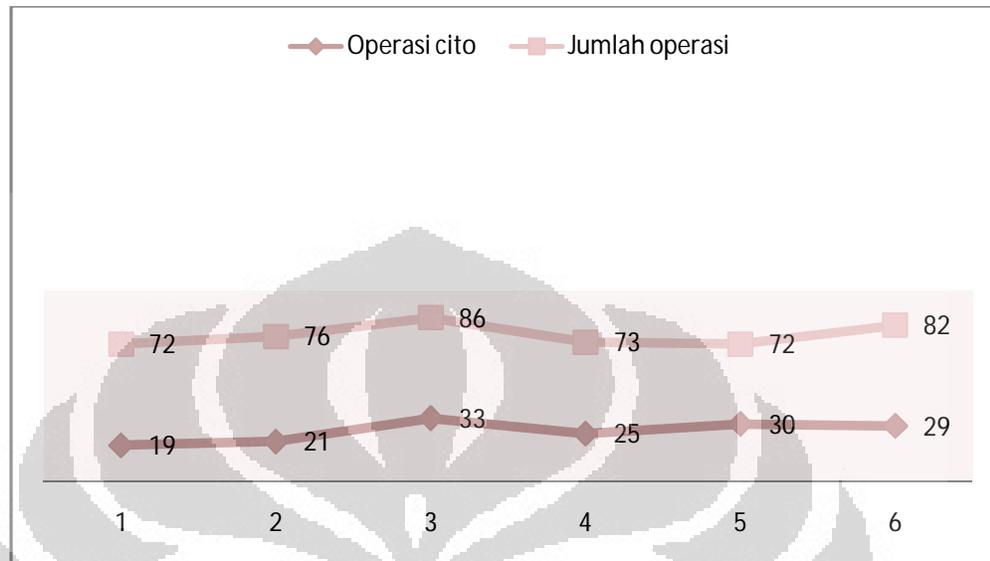
Grafik 1.1. Perbandingan Pasien Akut + Gawat Darurat dengan Jumlah Operasi cito perbulan selama Januari sampai Juni tahun 2011 di Rumah Sakit Karya Medika I.



Dari Grafik 1.1. di atas terlihat bahwa sekitar 5 – 8 % pasien Akut + Gawat Darurat berlanjut dengan tindakan operasi cito.

Kegiatan operasi bedah cito Kamar Operasi Rumah Sakit Karya Medika I selama enam bulan pertama tahun 2011 dapat dilihat pada grafik berikut :

Grafik 1.2. Perbandingan Operasi cito dengan jumlah Operasi per bulan selama Januari sampai Juni tahun 2011 di Rumah Sakit Karya Medika I.



Dari grafik 1.2. di atas, diketahui prosentase kasus operasi bedah cito terhadap jumlah operasi perbulan selama enam bulan pertama tahun 2011 rata-rata berkisar 25 - 40 %.

Sesuai dengan visi Rumah Sakit Karya Medika I, yakni menjadi pusat rujukan dengan unggulan pelayanan gawat darurat pada kecelakaan di kabupaten Bekasi, maka mutu pelayanan gawat darurat harus selalu ditingkatkan.

Salah satu bentuk mutu pelayanan yang sering dikeluhkan masyarakat adalah waktu tunggu. Dalam era persaingan yang semakin ketat, sudah menjadi kewajiban dari setiap rumah sakit untuk mengetahui waktu tunggu setiap kegiatan.

Dari survei pendahuluan yang telah dilaksanakan di Rumah Sakit Karya Medika I, diketahui waktu tunggu penanganan pasien di Instalasi Gawat Darurat dari triase sampai dilakukan operasi cito, sangat bervariasi, seperti tampak pada tabel berikut.

Tabel 1.1. Rata-rata waktu tunggu persiapan operasi cito berdasarkan diagnosa penyakit terbanyak selama bulan Januari sampai Juni tahun 2011 di Rumah Sakit Karya Medika I.

No	Jenis operasi	Jumlah pasien (orang)	Kisaran waktu tunggu persiapan operasi (menit)	Standar Deviasi (jam:menit)	Rata-rata (jam:menit)
1	Fraktur terbuka	44	16 – 780	2:56	5:06
2	Perdarahan kepala (EDH/SDH/ICH)	6	225 – 705	5:21	9:05
3	Sectio caesarea	51	60 – 330	1:19	2:33
4	Apendisitis akut	6	65 – 725	3:53	4:13

Tabel 1.1. di atas menunjukkan bahwa waktu pelayanan terhadap pasien yang akan menjalani operasi cito dengan diagnosis sama ternyata sangat bervariasi.

Masalah adalah kesenjangan antara apa yang ditemukan (*what is*) dengan apa yang semestinya (*what should be*). Masalah merupakan hal yang cenderung dihindari oleh semua pihak, namun kenyataannya dalam setiap kehidupan individu maupun organisasi selalu ditemukan masalah baik masalah besar maupun masalah kecil. (Azwar, 2003)

Menurut Ilyas (2011) di Rumah Sakit, sumber masalah dapat dari berbagai hal, misalnya kurang koordinasi antar unit terkait, kesalahan pada sistem, kurangnya tenaga dan lain-lain. Oleh sebab itu cara perumusan masalah yang baik adalah kalau rumusan masalah tersebut jelas menyatakan adanya kesenjangan. Kesenjangan tersebut dapat dikemukakan secara kualitatif maupun kuantitatif.

1.2. Masalah Penelitian

Dari wawancara dengan kepala IGD RS Karya Medika I pada tanggal 2 Agustus 2011, ternyata ada beberapa keluhan keluarga pasien yang timbul akibat lamanya waktu pelayanan terhadap pasien yang akan menjalani operasi cito. Keluhan timbul terutama ketika sudah ditetapkan waktu operasi, ternyata pada pelaksanaannya tidak sesuai atau terjadi penundaan. Keluhan-keluhan tersebut biasanya disertai dengan “ancaman” pasien akan dipindahkan ke Rumah Sakit lain, dan bahkan ada juga yang mengancam : bila pasien sampai meninggal akibat keterlambatan operasi, mereka akan membawa kasusnya ke jalur hukum.

Dari survei pendahuluan didapatkan angka keterlambatan operasi selama enam bulan pertama tahun 2011, sebagai berikut :

Tabel 1.2. Keterlambatan Jadwal Operasi *cito* RS Karya Medika I selama bulan Januari sampai bulan Juni tahun 2011

No	Bulan	Jenis Operasi	Keterlambatan (dalam menit)
1	Januari	SC	60
		Fraktur terbuka	50
2	Pebruari	Fraktur terbuka	20
3	Maret	Apedisitis	40
		Fraktur terbuka	60
		SC	15
4	April	Fraktur terbuka	90
		SC	30
5	Mei	Fraktur terbuka	40
		SC	60
6	Juni	SC	20
		Apendisitis	60

Dari tabel 1.2. di atas terlihat bahwa keterlambatan operasi *cito* dalam satu bulan masih ada, dan angkanya bervariasi dari 15 menit sampai 90 menit.

Berdasarkan hal-hal tersebut di atas, maka masalah penelitian adalah besarnya variasi waktu pelayanan terhadap pasien IGD RS Karya Medika I dengan diagnosis yang sama yang akan menjalani operasi *cito*.

1.3. Pertanyaan Penelitian

Berapa lama waktu tunggu penanganan di Instalasi Gawat Darurat Rumah Sakit Karya Medika I sejak pasien ditetapkan untuk menjalani operasi hingga masuk kamar operasi untuk dilakukan operasi *cito*, serta faktor-faktor apa saja yang berhubungan dengan waktu tunggu persiapan operasi *cito*.

1. Bagaimanakah hubungan Faktor pasien (persetujuan operasi) terhadap waktu tunggu persiapan operasi *cito*.
2. Bagaimanakah hubungan kesiapan sumber daya manusia (dokter, bidan, perawat) terhadap waktu tunggu persiapan operasi *cito*.
3. Bagaimanakah hubungan kesiapan alat dan obat-obatan terhadap waktu tunggu persiapan operasi *cito*.
4. Bagaimanakah hubungan unit penunjang yang terkait dengan gawat darurat (Laboratorium dan Radiologi) terhadap waktu tunggu persiapan operasi *cito*.

1.4. Tujuan Penelitian

1.4.1. Tujuan umum :

Menganalisis faktor-faktor yang berhubungan dengan waktu tunggu persiapan operasi *cito* di IGD RS Karya Medika I.

1.4.2. Tujuan khusus :

- 1.4.2.1. Mengetahui gambaran waktu tunggu persiapan operasi *cito* di IGD RS Karya Medika I.
- 1.4.2.2. Mengetahui hubungan faktor pasien (persetujuan operasi) terhadap waktu tunggu persiapan operasi *cito*.
- 1.4.2.3. Mengetahui hubungan kesiapan sumber daya manusia Rumah Sakit (dokter, perawat, bidan) terhadap waktu tunggu persiapan operasi *cito*
- 1.4.2.4. Mengetahui hubungan kesiapan alat dan obat-obatan terhadap waktu tunggu persiapan operasi *cito*
- 1.4.2.5. Mengetahui hubungan unit lain yang terkait dengan gawat darurat (Radiologi dan Laboratorium) terhadap waktu tunggu persiapan operasi *cito*

1.5. Manfaat Penelitian

1.5.1. Bagi Rumah Sakit :

Hasil penelitian dapat menjadi masukan bagi pihak manajemen dalam memberikan pelayanan gawat darurat dan pelayanan operasi *cito* yang bermutu dan berorientasi kepada pasien.

1.5.2. Bagi Peneliti :

Penelitian ini dapat digunakan untuk menerapkan ilmu yang diperoleh selama pendidikan dan menambah wawasan.

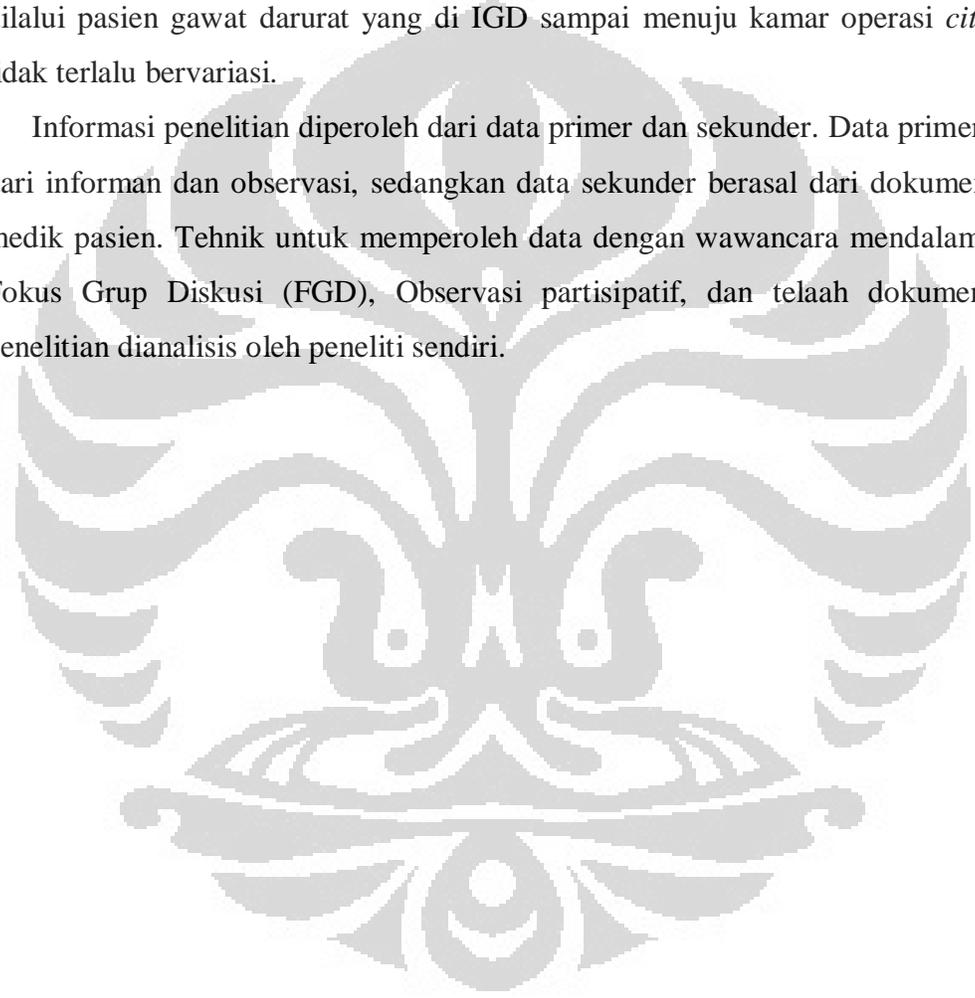
1.6. Ruang Lingkup Penelitian

Penelitian ini dilaksanakan di Rumah Sakit Karya Medika I, yang telah terakreditasi penuh tingkat dasar, lima bidang pelayanan, tanggal 24 Maret 2005. Penelitian dilakukan dengan pendekatan kualitatif. Obyek penelitian ialah seluruh pasien yang datang sendiri atau dirujuk ke IGD Rumah Sakit Karya Medika I.

Waktu tunggu persiapan operasi *cito* yang dimaksud dalam penelitian ini adalah lamanya pasien dilayani di IGD RS Karya Medika I, yang dihitung sejak pasien ditetapkan untuk menjalani operasi sampai pasien dilakukan operasi *cito*. Pelaksanaan penelitian dikerjakan selama satu bulan dari tanggal 1 Nopember sampai 30 Nopember tahun 2011.

Alasan pemilihan ruang lingkup di atas adalah karena tahapan-tahapan yang dilalui pasien gawat darurat yang di IGD sampai menuju kamar operasi *cito* relatif tidak terlalu bervariasi.

Informasi penelitian diperoleh dari data primer dan sekunder. Data primer berasal dari informan dan observasi, sedangkan data sekunder berasal dari dokumen rekam medik pasien. Teknik untuk memperoleh data dengan wawancara mendalam (WM), Fokus Grup Diskusi (FGD), Observasi partisipatif, dan telaah dokumen. Hasil penelitian dianalisis oleh peneliti sendiri.



BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1. Pelayanan Gawat Darurat

Pengertian dari gawat darurat adalah suatu keadaan yang secara medis memerlukan tindakan / pertolongan segera.

Menurut Rijadi, S (1997), gawat darurat medik adalah peristiwa yang menimpa seorang atau sekelompok kecil orang dengan tiba-tiba yang dapat membahayakan jiwa sehingga memerlukan tindakan medik yang tepat dan segera.

Sedangkan menurut AHA (*The American Hospital Association*) pengertian gawat darurat adalah (Mancini MR, 1981, yang dikutip Herkutanto, 2007) : *An emergency is any condition that in the opinion of the patient, his family, or whoever assumes the responsibility of bringing the patient to the hospital requires immediate medical attention. This condition continues until a determination has been made by a health care professional that the patient's life or well-being is not threatened.*

Setiap Rumah Sakit wajib memiliki pelayanan gawat darurat yang memiliki kemampuan:

- Melakukan pemeriksaan awal kasus-kasus gawat darurat.
- Melakukan resusitasi dan stabilisasi (*life saving*).

2.2. Instalasi Gawat Darurat

Pengertian : IGD adalah suatu unit kerja di Rumah Sakit yang memiliki tim kerja dengan kemampuan khusus dan peralatan yang memberikan pelayanan pasien gawat darurat dan merupakan bagian dari rangkaian upaya penanggulangan pasien gawat darurat yang terorganisir.

Organisasi Instalasi Gawat Darurat (IGD) didasarkan pada organisasi multidisiplin, multiprofesi dan terintegrasi, dengan struktur organisasi fungsional yang terdiri dari unsur pimpinan dan unsur pelaksanaan, yang bertanggung jawab

dalam pelaksanaan pelayanan terhadap pasien gawat darurat di Instalasi Gawat Darurat, dengan wewenang penuh yang dipimpin oleh dokter.

2.3. Klasifikasi Pelayanan Instalasi Gawat Darurat

Menurut Kepmenkes RI nomor 856/Menkes/SK/IX/2009, Klasifikasi Pelayanan Instalasi Gawat Darurat terdiri dari :

1. Pelayanan Instalasi Gawat Darurat Level IV sebagai standar minimal untuk Rumah Sakit Kelas A.
2. Pelayanan Instalasi Gawat Darurat Level III sebagai standar minimal untuk Rumah Sakit Kelas B.
3. Pelayanan Instalasi Gawat Darurat Level II sebagai standar minimal untuk Rumah Sakit Kelas C.
4. Pelayanan Instalasi Gawat Darurat Level I sebagai standar minimal untuk Rumah Sakit Kelas D.

2.4. Tujuan Pelayanan Gawat Darurat

Tujuan Pelayanan Gawat Darurat, seperti disebutkan dalam buku Pedoman Pelayanan Gawat Darurat (Depkes, 1995) adalah :

- a. Mencegah kematian dan cacat pada pasien gawat darurat sehingga dapat hidup dan berfungsi sebagaimana mestinya.
- b. Merujuk pasien gawat darurat melalui system rujukan untuk memperoleh penanganan yang lebih memadai
- c. Menanggulangi korban bencana.

2.5. Keberhasilan Penanganan Penderita Gawat Darurat

Dalam buku pedoman pelayanan gawat darurat disebutkan bahwa keberhasilan dalam mencegah kematian dan kecacatan ditentukan oleh :

- a. Kecepatan menemukan penderita gawat darurat

- b. Kecepatan meminta pertolongan
- c. Kecepatan kualitas pertolongan yang diberikan:
 1. Tempat kejadian
 2. Dalam perjalanan ke rumah sakit
 3. Pertolongan selanjutnya secara mantap di Puskesmas atau Rumah Sakit.

2.6. Klasifikasi Pasien

Untuk menilai dan menentukan tingkat urgensi masalah kesehatan yang dihadapi pasien diselenggarakanlah *triase* (Pusponegoro AD, 1992, yang dikutip Herkutanto, 2007). Sesuai dengan Pedoman Akreditasi Rumah Sakit yang dikeluarkan Departemen Kesehatan Republik Indonesia (2007), pengelompokan pasien menjadi :

a. Pasien gawat darurat

Pasien yang tiba-tiba berada dalam keadaan gawat atau akan menjadi gawat dan terancam nyawanya atau anggota badannya (akan menjadi cacat) bila tidak mendapat pertolongan secepatnya. Contoh : pasien gawat nafas, kejang, koma.

b. Pasien akut

Pasien akibat musibah yang datang tiba-tiba, tetapi tidak mengancam nyawa dan anggota badannya. Contoh : luka sayat.

c. Pasien tidak gawat darurat

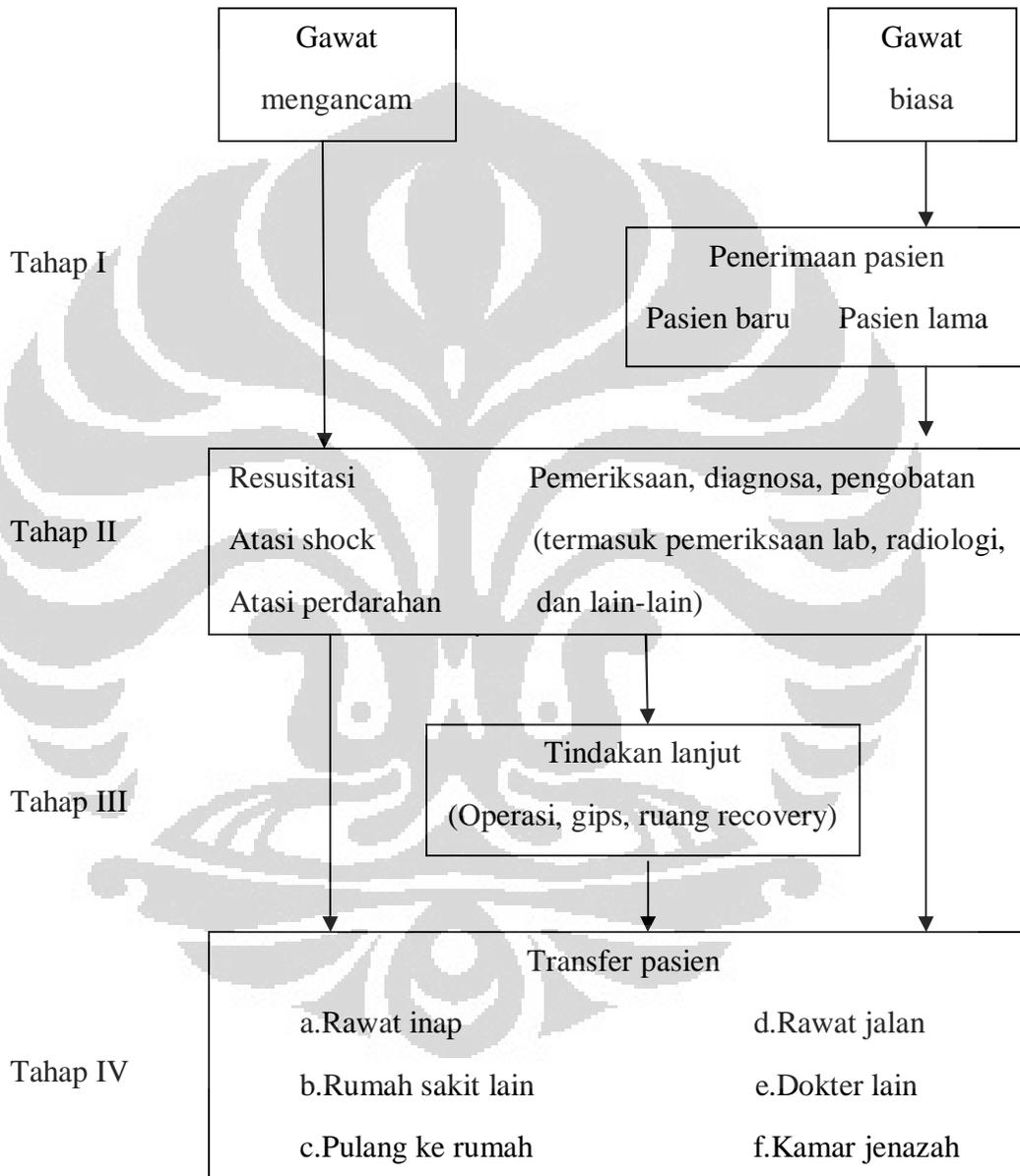
Kasus tidak gawat tidak darurat dikenal dengan istilah *false emergency*. Contoh : pasien dengan TBC kulit.

2.7. Alur Proses Pelayanan Pasien di Instalasi Gawat Darurat

Menurut Rijadi,S. (1997), terdapat perbedaan antara pelayanan pasien gawat mengancam dengan pasien gawat biasa. Pada kasus gawat mengancam, proses pelayanan terdiri dari tahap resusitasi, atasi syok atau perdarahan dan tahap transfer pasien, sedangkan pada kasus gawat biasa, proses pelayanan terdiri dari empat tahap, yaitu tahap penerimaan pasien, tahap pemeriksaan, diagnosa dan

pengobatan, tahap tindakan lanjut dan tahap transfer pasien. Alur proses untuk kedua jenis kasus dapat dilihat pada gambar di bawah ini.

Gambar 2.1. Alur proses pelayanan di Instalasi Gawat Darurat



Sumber : Suprijanto Rijadi (1997)

2.8. Waktu tunggu

Waktu tunggu dapat berbeda-beda, tergantung dari rentang waktu saat memulai sampai saat mengakhiri suatu pengamatan/penelitian. Awal waktu tunggu dapat dimulai dari pasien tiba di tempat parkir, pasien tiba di pintu IGD, saat pasien dilakukan *triase*, pegawai administrasi menyelesaikan pencatatan, dan lain-lain. Menurut Azwar (1993) yang dikutip oleh Virgin (2000, p.2) waktu tunggu merupakan salah satu aspek mutu menurut dimensi pasien.

Lamanya waktu tunggu dapat dipengaruhi beberapa hal, seperti : Keluarga pasien tidak ada, atau tidak di tempat, tidak siap dengan biaya, fasilitas rumah sakit belum siap karena sedang dipakai, bahan atau obat habis, dan lain-lain.

Menurut Ilyas (2011), sampai saat ini belum ada standar yang dapat menjadi rujukan waktu pelayanan. Sebaiknya diadakan penelitian yang cukup luas dan mencakup varian rumah sakit yang ada. Rumah sakit pemerintah karakteristiknya berbeda, begitu juga rumah sakit swasta dengan perbedaan status dari yayasan sampai dengan perusahaan terbatas *for profit* serta puskesmas juga berbeda. Semua instansi pelayanan kesehatan tersebut tidak bisa kita sama ratakan karena adanya perbedaan karakteristik, status, prasarana, sarana dan kualitas personel sehingga sulit dibuat standar tunggal.

Menurut Kapita Selekt Kedokteran (Mansjoer,A.et al. 2000, p.348), tindakan pada fraktur terbuka harus dilakukan secepat mungkin. Penundaan waktu dapat mengakibatkan komplikasi infeksi. Waktu yang optimal untuk bertindak sebelum 6-7 jam (*golden period*). Untuk pasien Apendisitis, pada kebanyakan kasus diagnosis ditegakkan dengan lokalisasi nyeri di daerah kanan bawah dalam 12 jam setelah timbulnya keluhan. Dalam keadaan tanda dan gejala appendisitis masih belum jelas,diperlukan observasi ketat. (Mansjoer,A. et al. 2000. p.308)

Pada kasus Apendisitis akut, direkomendasikan segera dilakukan operasi apendektomi karena kemungkinan risiko apendisitis perforasi sebesar 25,8 %. Bahkan untuk anak yang berusia kurang dari 5 tahun dan pasien yang berumur lebih dari 65 tahun, risiko perforasinya lebih tinggi, berturut-turut 45 dan 51 %. (Brunicardi. 2007)

Faktor-faktor yang mempengaruhi morbiditas dan mortalitas operasi SC ialah kelainan atau gangguan yang menjadi indikasi untuk melakukan operasi, dan lamanya setelah persalinan berlangsung. Wanita dengan plasenta praevia dan perdarahan banyak berisiko lebih besar daripada wanita dengan CPD. Begitu pula semakin lama persalinan berlangsung, makin meningkat bahaya infeksi postoperatif, apalagi setelah ketuban pecah. (Prawirohardjo. 2009. p. 816)

2.9. Faktor-faktor yang mempengaruhi waktu tunggu pelayanan Gawat Darurat

Ketika diputuskan untuk melakukan tindakan/operasi, maka sejumlah pertimbangan harus disiapkan, seperti waktu dan daerah operasi, jenis anestesi, dan persiapan-persiapan preoperasi yang diperlukan untuk mengurangi risiko pasien dan mengoptimalkan hasil.

Menurut penelitian yang telah dilakukan oleh Fenny Virgin tahun 2000, waktu pelayanan IGD dipengaruhi oleh faktor-faktor berikut :

- a. Faktor pasien :
 1. Pola kedatangan pasien
 2. Jenis kasus dan tingkat kegawatan
 3. Kemampuan finansial
- b. Faktor petugas/sumber daya manusia Rumah Sakit :
 1. *Respons time*
 2. Kecepatan pelayanan
- c. Ketersediaan alat, baik medis, maupun non medis.
- d. Ketersediaan obat.
- e. Prosedur pelayanan gawat darurat
- f. Unit lain yang terkait dengan pelayanan gawat darurat.

Untuk memperkecil variasi waktu pelayanan terhadap pasien yang akan menjalani operasi cito dengan diagnosis yang sama, manajemen perlu memperbaiki koordinasi dengan unit / bagian lain yang terkait.

Sedangkan menurut Suparmanto (2001), faktor-faktor yang mempengaruhi waktu tunggu persiapan operasi kasus gawat darurat kehamilan dan atau persalinan adalah :

- a. Faktor karakteristik pasien :
 1. Tingkat pendidikan pasien
 2. Kadar Hb pasien
 3. Tingkat penghasilan pasien
 4. Kehadiran suami
 5. Tingkat pendidikan suami
- b. Faktor karakteristik sumber daya manusia :
 1. Kehadiran dokter jaga
 2. Kehadiran dokter operator
 3. Kehadiran bidan kamar bersalin
 4. Kehadiran staf kamar operasi
- c. Faktor karakteristik administrasi :
 - Adanya surat ijin operasi
- d. Faktor karakteristik pendukung :
 - Ketersediaan darah
- e. Faktor karakteristik fasilitas operasi :
 - Adanya kamar operasi yang siap pakai, alat operasi yang siap pakai.

Siregar (2006), dalam penelitiannya menyebutkan bahwa ada lima alasan yang menyebabkan keterlambatan dalam penanganan kasus prabedah :

- a. Birokrasi administrasi
- b. Lamanya pemasangan instrumentasi prabedah
- c. Penanganan pasien yang terkotak-kotak / tidak terorganisir
- d. Ketidaksiapan bagian ruang perawatan

e. Lamanya penanganan / konsultasi anastesi.

Dalam penelitian ini disebutkan bahwa penekanan bukan pada waktu (*golden hour*) tetapi pada penanggulangan yang baik untuk mencapai hasil yang maksimal.

Menurut penelitian Erwan Jus (2008), faktor-faktor yang mempengaruhi waktu pelayanan pasien di Instalasi Gawat Darurat (*Emergency Departement*) :

- a. Kategori pasien : umur, surat rujukan, dan tingkat kegawatan.
- b. Karakteristik dokter : pelatihan EKG.
- c. Karakteristik perawat : umur, lama kerja, pelatihan ACLS.

Penelitian Erwan Jus ini tidak menghubungkan faktor-faktor di atas dengan waktu tunggu persiapan operasi cito.

Menurut Partelli,S (2009), untuk mengurangi waktu tunggu operasi *cito*, perlu disiapkan fasilitas (kamar operasi) kedua/khusus. Mengubah kebijakan tentang pemakaian kamar operasi tidak mempengaruhi waktu tunggu secara signifikan.

“Changing the operating theatre policy, as demonstrated in this article, allows surgeons to designate and inform the patient more accurately the time of his/her operation. However, it did not necessary reduce the waiting times to surgery. We feel that provision of a second emergency theatre at all times would be an effective solution to this problem. Patients would be operated upon promptly.”

Menurut Janice Wong, BS (2009), keterlambatan dalam pelayanan operasi merupakan tanda-tanda dari kurang baiknya suatu sistem.

“Delays frequently occur in the operating room and have a major effect on patient flow and resource utilization. Delays in the operating room : signs of an imperfect system.”

2.10. Penatalaksanaan Pre-Operatif

Dalam pelaksanaan suatu kasus operasi, ada yang bisa direncanakan, ada yang harus segera dilakukan. Bila operasi telah direncanakan beberapa saat sebelumnya disebut sebagai operasi terencana (*elective*), sedangkan bila operasi dilakukan secara mendadak atau gawat darurat disebut sebagai operasi *cito*. (Roesli, 2010)

Tindakan bedah juga dapat dibedakan antara pembedahan risiko tinggi (*high-risk procedure*) dan pembedahan dengan risiko rendah (*low-risk procedure*). Seorang pasien walaupun dengan risiko tinggi pre-operatif bila dipersiapkan dengan baik, maka komplikasi post-operatif yang mungkin terjadi dapat dihindari.

Sesuai dengan standar JCAHO (*The Joint Commission for Accreditation of Healthcare Organizations*) setiap pasien yang akan mengalami anestesi, harus dilakukan evaluasi preanestesi. (Sabiston Textbook of Surgery, 2007).

Pasien yang akan menjalani anestesi dan pembedahan (elektif/darurat) harus dipersiapkan dengan baik. Kunjungan praanestesi pada bedah elektif dilakukan 1-2 hari sebelumnya dan pada bedah darurat sesingkat mungkin. Kunjungan praanestesi bertujuan mempersiapkan mental dan fisik pasien secara optimal, merencanakan dan memilih teknik dan obat-obat anestetik yang sesuai, serta menentukan klasifikasi yang sesuai berdasarkan klasifikasi ASA. (Mansjoer, 2000, p.250)

Menurut *American Society of Anesthesiology* (2002) seorang pasien yang akan menjalani operasi, dibagi menurut kriteria sebagai berikut :

Tabel 2.1. Kriteria Pasien Pre-operatif menurut ASA (2002)

ASA physical status classification for surgical candidates	
Class 1	Normal healthy patient
Class 2	Patient with mild systemic disease
Class 3	Patient with severe systemic disease
Class 4	Patient with severe systemic disease that is a constant threat to life
Class 5	Moribund patient who is not expected to survive without the operation

Bila operasi yang dilakukan darurat (*emergency*) maka penggolongan ASA diikuti huruf E (misalnya 1E atau 2E). (Mansjoer,A. et al, 2000, p.252)

Selanjutnya dalam Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor : 779/Menkes/SK/VIII/2008 Tentang Standar Pelayanan Anestesiologi dan Reanimasi di Rumah Sakit disebutkan : Pelayanan anestesiologi dan reanimasi yang dilakukan oleh perawat anestesi merupakan pelimpahan wewenang dari dokter spesialis anestesiologi atau dokter yang melakukan tindakan pembedahan/tindakan medis lain. Dokter yang memberikan pelimpahan wewenang harus memberikan instruksi tertulis. Pelimpahan wewenang tersebut dapat terjadi dalam keadaan berikut :

1. Jika dokter spesialis anestesiologi tidak ada di kamar operasi tetapi masih di dalam Rumah Sakit, dapat dimintakan izin lisan dan kemudian harus dicatat dalam rekam medis dan diparaf;

2. Jika tidak ada dokter spesialis anesthesiologi tetapi ada dokter umum yang ditugaskan dalam pelayanan anesthesiologi maka dokter tersebut menggantikan peran dokter spesialis anesthesiologi;
3. Jika tidak ada dokter spesialis anesthesiologi maupun dokter umum, perawat dapat mengerjakan sesuai prosedur tetap yang telah disepakati sebelumnya atas perintah tertulis dari dokter yang melakukan pembedahan dan tanggung jawab ada pada dokter yang melakukan pembedahan.

Ketentuan pada angka 1,2 dan 3 dapat diterapkan pada :

1. Operasi berencana pada pasien :
 - ASA 1 – 2
 - Pembedahan yang diprediksi tidak sulit
 - Pembedahan bukan daerah rongga dada atau intrakranial.
2. Operasi darurat pada pasien :
 - Yang keadaannya mengancam nyawa;
 - Secara medis tidak dapat dirujuk.

Beberapa pemeriksaan penunjang diagnostik dan indikasinya yang dianjurkan oleh ICSI (*Institute for Clinical Systems Improvement*) *Health Care Guidelines*, sebagai persiapan pre-operatif, adalah sebagai berikut : (Roesli, 2010, p.26)

Tabel 2.2. Pemeriksaan Penunjang Pre-Operatif dan Indikasinya

No	Jenis Pemeriksaan	Indikasi
1	EKG	Bila EKG terakhir dilakukan 1 tahun yg, pada pasien dengan riwayat diabetes, hipertensi, sakit dada, gagal jantung kongestif, penyakit vaskuler perifer, perokok, kurang gerak, obesitas. Pada evaluasi pre-operatif pasien mengeluh atau menunjukkan gejala gangguan kardiovaskuler
2	Pemeriksaan Koagulasi	Pasien dengan riwayat atau menderita gangguan koagulasi, atau sedang dalam terapi antikoagulan. Pasien yang memerlukan anti koagulan post-operatif.
3	Hemoglobin	Pasien yang menunjukkan gejala anemia atau ada riwayat perdarahan sebelumnya.
4	Kalium	Pasien dengan terapi digoxin, diuretic, ACE- <i>inhibitor</i> , atau ARB.
5	Foto Toraks	Pasien dengan riwayat atau menunjukkan gejala gangguan kardio-pulmonal.

Perlu diperhatikan bahwa pemeriksaan penunjang diagnostik yang disebutkan diatas adalah sebagai persiapan operasi, bukan untuk menegakkan penyakit dasarnya.

2.11.Kewajiban Rumah Sakit dan Ijin operasi

Dalam Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 44 tahun 2009, tentang Rumah Sakit, Bab VIII, pasal 29, (1) Setiap Rumah Sakit mempunyai kewajiban : c. Memberikan pelayanan gawat darurat kepada pasien sesuai dengan kemampuan pelayanannya; dan f. Melaksanakan fungsi sosial antara lain dengan memberikan fasilitas pelayanan pasien tidak mampu/miskin, pelayanan gawat darurat tanpa uang muka, ambulans gratis, pelayanan korban bencana dan kejadian luar biasa, atau bakti sosial bagi misi kemanusiaan.

Ijin Operasi / persetujuan tindakan medik (*informed consent*) sangat penting bagi dokter operator maupun pihak rumah sakit. *Informed consent* atau persetujuan setelah penjelasan, yaitu persetujuan yang diberikan pasien atau keluarganya berdasarkan penjelasan mengenai tindakan medik yang akan dilakukan terhadap pasien tersebut.(Setiabudy, 2001, yang dikutip Sutanto, 2009).

Menurut Purnomo, (yang dikutip Sondani, 2008, p.148) tujuan *Informed Consent* adalah perlindungan pasien untuk segala tindakan medis yang ditujukan pada badaniah dan rohaniah yang dilakukan tanpa sepengetahuan pasien dan perlakuan prosedur medik yang sebenarnya tidak perlu atau tanpa dasar kepentingan medis, perlindungan tenaga kesehatan dokter atau perawat terhadap terjadinya akibat yang tidak terduga serta dianggap merugikan pihak lain.

Dalam Permenkes RI No. 585/1989 pasal 3 ayat (1), ditentukan bahwa persetujuan secara tertulis diperlukan pada tindakan medis yang mengandung resiko tinggi, yang ditandatangani oleh yang berhak memberikan persetujuan. Guswandi (2004) yang dikutip Sondani (2008, p.67) menegaskan bahwa tindakan yang mengandung resiko tinggi adalah tindakan-tindakan pembedahan, tindakan-tindakan invasif lainnya yaitu tindakan medis yang langsung dapat mempengaruhi keutuhan jaringan tubuh, tindakan-tindakan non invasif tetapi yang mengandung resiko-resiko tertentu, termasuk tindakan dalam pemberian anestesi yang dimungkinkan terjadi syok anafilaksis.

Selanjutnya, Sutanto (2009), menjelaskan ada beberapa penyebab pasien menolak memberikan persetujuan untuk menjalani tindakan medis yaitu pemberian informasi yang tidak dapat diterima pasien, pendidikan pasien, alat bantu /formulir yang sulit diterapkan (misalnya tidak jelas maksudnya), dan pengaruh informasi lingkungan yang berlawanan dengan info yang diberikan oleh dokter atau petugas.

Menurut Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 290/MENKES/PER/III/2008 Tentang Persetujuan Tindakan Kedokteran, pasal 7 :

1. Penjelasan tentang tindakan kedokteran harus diberikan langsung kepada pasien dan/atau keluarga terdekat, baik diminta maupun tidak diminta.
2. Dalam hal pasien adalah anak-anak atau orang yang tidak sadar, penjelasan diberikan kepada keluarganya atau yang mengantar.
3. Penjelasan tentang tindakan kedokteran sebagaimana dimaksud pada ayat (1) sekurang-kurangnya mencakup :
 - a. Diagnosis dan tata cara tindakan kedokteran;
 - b. Tujuan tindakan kedokteran yang dilakukan;
 - c. Alternatif tindakan lain, dan risikonya;
 - d. Risiko dan komplikasi yang mungkin terjadi; dan
 - e. Prognosis terhadap tindakan yang dilakukan.
 - f. Perkiraan pembiayaan.

2.12. Standar Mutu

Menurut *Joint Commission on Accreditation of Health Care Organization* (1990, yang dikutip Ristrini 2006), yang dimaksud dengan mutu pelayanan kesehatan adalah dipenuhinya standar profesi yang baik dalam pelayanan medik dan terwujudnya hasil akhir (*outcome*) seperti yang selayaknya diharapkan yang menyangkut perawatan pasien, diagnosis, prosedur atau tindakan dan pemecahan masalah klinis.

Setiap pelanggan, baik eksternal maupun internal, memiliki keinginan atau harapan terhadap jasa yang disediakan oleh rumah Sakit. Mereka mempunyai persyaratan-persyaratan yang diharapkan dapat dipenuhi oleh rumah sakit.

Bagi pelanggan eksternal, sebagai pengguna jasa pelayanan, mengharapkan apa yang diinginkan dapat dipuaskan (*customer satisfaction*). Bagi tenaga profesi terdapat persyaratan agar pelayanan yang disediakan memenuhi standar profesi. Dari pihak manajemen menghendaki pelayanan yang efektif dan efisien. Dengan perkataan lain, mutu berarti kesesuaian antara apa yang dijanjikan kepada pelanggan dengan apa yang diterima oleh pelanggan. (Poli,W.I.M, 2011. p.93)

Mutu atau kualitas jasa pelayanan kesehatan yang diberikan oleh rumah sakit kepada pasien akan menentukan baik-buruknya citra rumah sakit. Rumah sakit yang mempunyai citra baik adalah rumah sakit yang dapat menciptakan jasa pelayanan kesehatan yang berkualitas sehingga pasien merasa puas dengan jasa pelayanan yang diterima dan sebaliknya. Dengan demikian baik-buruknya citra rumah sakit akan sangat ditentukan oleh tingkat kepuasan pasien selaku pengguna jasa pelayanan. Citra baik rumah sakit akan berimbas pada meningkatnya profitabilitas rumah sakit, sebaliknya citra buruk akan berimbas pada menurunnya profitabilitas rumah sakit. (Hafizurrachman, 2009)

Dengan demikian mutu dapat dipandang dari berbagai sudut pandang. Dengan memperhatikan berbagai sudut pandang tersebut, beberapa pakar mutu berpendapat terdapat 16 dimensi mutu (Hanum,F, dkk, 2006) :

1. *Efficacy* : pelayanan yang diberikan menunjukkan manfaat dan hasil yang diinginkan.
2. *Appropriateness* : pelayanan yang diberikan relevan dengan kebutuhan klinis pasien dan didasarkan pada perkembangan ilmu pengetahuan.
3. *Availability* : pelayanan yang dibutuhkan tersedia.
4. *Accessibility* : pelayanan yang dibutuhkan dapat diakses oleh yang membutuhkan.
5. *Effectiveness* : pelayanan diberikan dengan cara yang benar, berdasarkan ilmu pengetahuan, dan dapat mencapai hasil yang diinginkan.
6. *Amenities* : kenyamanan fasilitas pelayanan.

7. *Technical competence* : tenaga yang memberikan pelayanan mempunyai kompetensi teknis yang dipersyaratkan.
8. *Affordability* : pelayanan yang diberikan dapat dijangkau secara financial oleh yang membutuhkan.
9. *Acceptability* : pelayanan yang diberikan dapat diterima oleh masyarakat pengguna.
10. *Safety* : pelayanan yang diberikan aman.
11. *Efficiency* : pelayanan yang diberikan dilakukan dengan efisien.
12. *Interpersonal relationship* : pelayanan yang diberikan memperhatikan hubungan antar manusia baik antara pemberi pelayanan dengan pelanggan, maupun antar petugas pemberi pelayanan.
13. *Continuity of care* : pelayanan yang diberikan berkelanjutan, terkoordinir dari waktu ke waktu.
14. *Respect and caring* : pelayanan yang diberikan dilakukan dengan hormat, sopan dan penuh perhatian.
15. *Legitimacy/Accountability* : pelayanan yang diberikan dapat dipertanggungjawabkan (secara medik maupun hukum).
16. *Timelines* : pelayanan diberikan tepat waktu.

Upaya untuk menciptakan rumah sakit yang mempunyai citra baik (berkualitas) di mata pelanggannya sangat ditentukan oleh kualitas SDM-terstandarisasi yang dimilikinya. SDM terstandarisasi berarti tenaga yang dimiliki oleh organisasi telah mempunyai keterampilan dan pengetahuan yang sesuai dengan bidang tugas yang dikerjakan baik dilihat dari tingkat pendidikan maupun pengalaman yang dimiliki SDM yang bersangkutan.

SDM rumah sakit pada dasarnya telah terspesialisasi secara jelas, karena semua tenaga medis seperti perawat, bidan, dokter, dokter spesialis, farmasi dan lain-lain secara khusus telah mempunyai latar belakang pendidikan sesuai dengan bidang tugas yang mereka kerjakan. Dengan latar belakang pendidikan itulah SDM di organisasi

rumah sakit diharapkan mampu menunjang pelayanan rumah sakit yang berkualitas. (Hafizurrachman, 2009).

Pelayanan keperawatan merupakan bagian integral dari pelayanan kesehatan yang dilaksanakan oleh tenaga perawat. Tenaga tersebut terdiri dari berbagai jenis dan mutu yang jumlahnya relatif lebih banyak jika dibandingkan dengan tenaga kesehatan lain. Oleh karena itu pelayanan keperawatan sering menjadi tolok ukur baik buruknya asuhan kesehatan di rumah sakit. (Sumijatun, 2010, p.145)

Keperawatan gawat darurat (*Emergency Nursing*) merupakan pelayanan keperawatan yang komprehensif diberikan kepada pasien dengan injury akut atau sakit yang mengancam kehidupan. (Krisanty, 2009, p.1)

Selanjutnya Burrel et al, (1997) yang dikutip Krisanty (2009) mengatakan, perawat gawat darurat harus mampu menghubungkan pengetahuan dan keterampilan untuk menangani respon pasien pada resusitasi, syok, trauma, ketidakstabilan multi system, keracunan, dan kegawatan yang mengancam jiwa lainnya.

Menurut Donabedian (1980, yang dikutip Ristrini 2006), komponen-komponen / standar yang relevan dengan mutu, terdiri dari :

- Standar struktur (input)
- Standar proses
- Standar hasil (outcome).

Dimana standar ini seharusnya disusun oleh : Pelanggan eksternal, tenaga profesional, manajemen, badan penilai, dan pemilik. Standar ini berbasis pada *research based* dan *evidence based*, tidak pada *opinion based*.

2.13. Standar Jumlah Tenaga

Menurut Standar Tenaga Keperawatan di Rumah Sakit Direktorat Keperawatan dan Keteknisian Medis Departemen Kesehatan (2005) :

A. Perhitungan tenaga perawat di IGD berdasarkan :

1. Rata-rata jumlah pasien / hari
2. Jumlah jam perawatan / hari
3. Jam efektif perawat / hari

B. Perhitungan tenaga bidan :

1. Waktu yang diperlukan untuk pertolongan persalinan, mencakup kala I sampai IV = 4 jam / pasien
2. Jam efektif kerja bidan 7 jam per hari
3. Rata-rata jumlah pasien setiap hari.

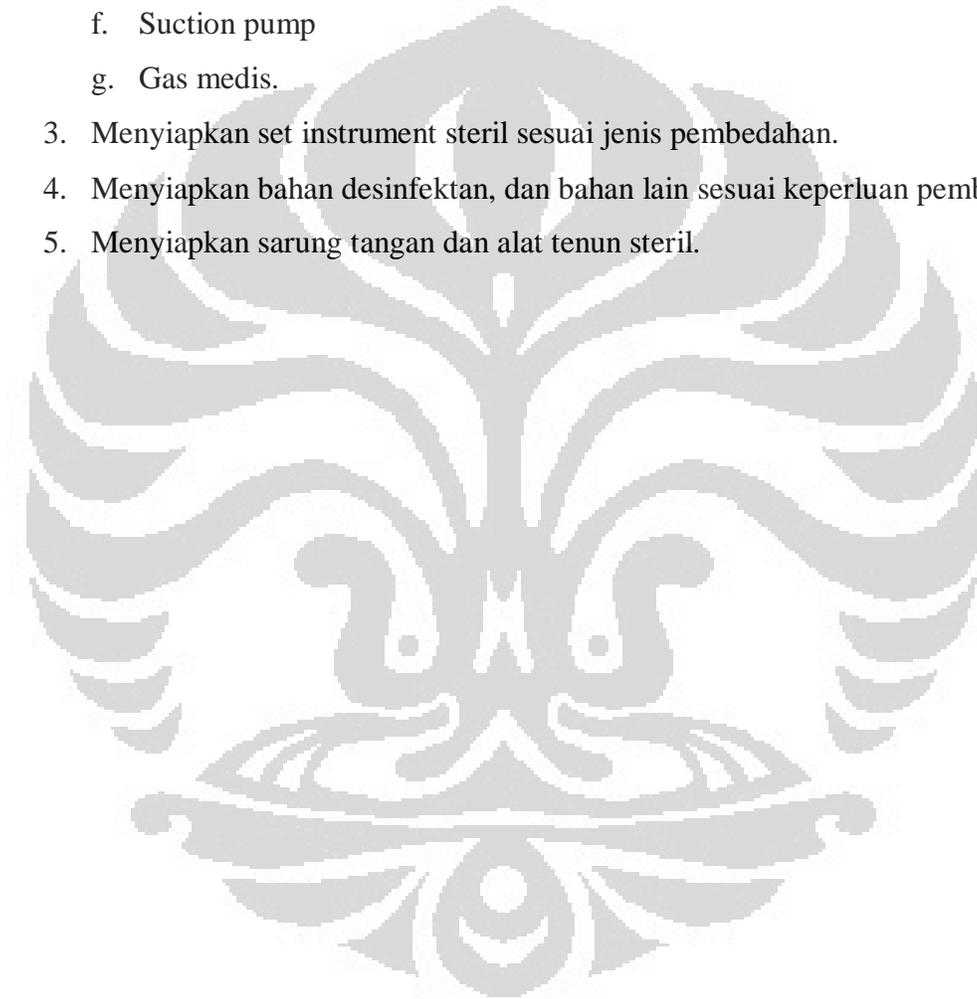
C. Kebutuhan tenaga perawat Kamar Operasi berdasarkan perhitungan :

1. Jumlah dan jenis operasi
2. Jumlah kamar operasi
3. Pemakaian kamar operasi (asumsi 6 jam/hari) pada hari kerja
4. Tugas perawat di kamar operasi (2 orang)
5. Ketergantungan pasien :
 - a. Operasi besar : 5 jam/ 1 operasi
 - b. Operasi sedang : 2 jam / 1 operasi
 - c. Operasi kecil : 1 jam / 1 operasi

Tugas perawat kamar operasi sebelum pembedahan menurut Pedoman Kerja Perawat Kamar Operasi Rumah Sakit Karya Medika I, yang mengutip Pedoman Kerja Perawat Kamar Operasi, yang disusun oleh Tim Departemen Kesehatan RI (1993) :

1. Melakukan kunjungan pasien yang akan dibedah minimal sehari sebelum pembedahan untuk memberikan penjelasan.

2. Menyiapkan ruangan operasi dalam keadaan siap pakai meliputi :
 - a. Kebersihan ruang operasi dan peralatan.
 - b. Meja mayo/instrument
 - c. Meja operasi lengkap
 - d. Lampu operasi
 - e. Mesin anestesi lengkap
 - f. Suction pump
 - g. Gas medis.
3. Menyiapkan set instrument steril sesuai jenis pembedahan.
4. Menyiapkan bahan desinfektan, dan bahan lain sesuai keperluan pembedahan
5. Menyiapkan sarung tangan dan alat tenun steril.



BAB 3

GAMBARAN UMUM RUMAH SAKIT KARYA MEDIKA I

3.1. Sejarah singkat

Dalam rangka berpartisipasi membantu pemerintah dalam meningkatkan derajat kesehatan masyarakat, Yayasan Karya Medika mendirikan Rumah Sakit Karya Medika yang berlokasi di Jl.Imam Bonjol No 9B Cibitung - Bekasi.

Dimulai dengan peletakan batu pertama pada bulan Desember 1993, dengan luas lahan 11,915m² dan luas lahan yang masih terbuka 2057m², dan pembangunannya mulai pada awal 1994.

Peresmian penyelenggaraan operasional Rumah Sakit Karya Medika dilaksanakan pada tanggal 17 April 1995. Berhubungan adanya pemekaran Kecamatan di Kabupaten Bekasi, sekarang Rumah Sakit Karya Medika termasuk wilayah Kecamatan Cikarang Barat.

Pada tanggal 28 Agustus 2003, diresmikanlah Rumah Sakit Ibu dan Anak Karya Medika II di Tambun dan pada tanggal 27 Februari 2006 kemudian diubah statusnya menjadi Rumah Sakit Karya Medika II (Umum). Sehingga Rumah Sakit Karya Medika Cibitung namanya diubah menjadi Rumah Sakit Karya Medika I.

Rumah sakit sebagai salah satu institusi di bidang kesehatan memiliki tugas penting dalam peningkatan mutu dan jangkauan pelayanan.

Begitu juga dengan Rumah Sakit Karya Medika I dari tahun ke tahun secara bertahap berusaha melengkapi sarana dan prasarananya termasuk fasilitas pelayanannya.

Perkembangan jumlah tempat tidur Rumah Sakit Karya Medika I pada waktu berdiri tahun 1995 berkapasitas 80 tempat tidur ,pada tahun 1996 menjadi 98 tempat tidur,pada tahun 1997 sebanyak 103 tempat tidur, pada tahun 2000 sampai dengan 2009 sebanyak 141 tempat tidur .

Pada tanggal 1 Januari 2009 berubah menjadi 120 tempat tidur.

Rumah Sakit Karya Medika I, mulai bulan Agustus 2008 membangun gedung baru lima lantai. Secara bertahap, beberapa Instalasi/unit akan pindah ke gedung baru.

Untuk tahap pertama sejak tanggal 16 Oktober 2011 IGD pindah dari gedung lama ke gedung baru.

3.2. Visi, Misi, Tujuan, dan Motto

3.2.1. Visi : Rumah Sakit Karya Medika I menjadi pusat rujukan dengan unggulan pelayanan Gawat Darurat pada kecelakaan di Kabupaten Bekasi.

3.2.2. Misi :

- a. Menjalin kerjasama pelayanan kesehatan dengan Perusahaan, Asuransi, Instansi lainnya dan masyarakat yang berkaitan dengan rujukan pasien.
- b. Meningkatkan mutu pelayanan dan profesionalisme yang tinggi di seluruh unit kerja.
- c. Meningkatkan mutu pelayanan di Instalasi Gawat Darurat.
- d. Tersedianya pelayanan ambulance yang optimal.
- e. Tarif pelayanan yang terjangkau oleh masyarakat.
- f. Terlayannya pasien rujukan kecelakaan kerja, lalu lintas, dan lain-lain.
- g. Mewujudkan pelayanan prima untuk mencapai kepuasan pelanggan.

3.2.3. Tujuan :

a) Umum :

Tercapainya Rumah Sakit Karya Medika I menjadi Rumah Sakit rujukan terdepan dan tersedianya pelayanan gawat darurat untuk kecelakaan yang akan membantu pemerintah dalam meningkatkan derajat kesehatan masyarakat.

b) Khusus :

Tercapainya pelayanan yang optimal bagi pasien rujukan korban kecelakaan dari sarana pelayanan kesehatan lain dan masyarakat di daerah kabupaten Bekasi.

3.2.4. Motto : “KESEHATAN ANDA KAMI UTAMAKAN”.

3.3. Struktur Organisasi

Susunan organisasi dan tata kerja RS Karya Medika I ditetapkan berdasarkan Surat Keputusan Direktur Utama PT Adhifarma Adyajaya Medika No.008/SK-DIRUT/PT AAM/X/05 tanggal 1 Oktober 2005 tersiri dari :

- a. Direktur
- b. Wakil Direktur Umum dan Keuangan
- c. Wakil Direktur Pelayanan Medis dan Keperawatan
- d. Wakil Direktur Penunjang Medis
- e. Ketua Komite Medis (fungsional)
- f. Kepala Bagian (Tata Usaha, Personalia, Keuangan, Administrasi Perusahaan, Humas dan Marketing) dan Kepala Bidang (Pelayanan Medis, Keperawatan, Rekam Medis, Penunjang Medis).
- g. Unit Pelayanan Medis : Instalasi Gawat Darurat; Instalasi Rawat Jalan; Instalasi Rawat Inap; Kamar Operasi; Kamar Bersalin.
- h. Unit Penunjang Medis : Instalasi Laboratorium; Instalasi Radiologi; Instalasi Farmasi; Instalasi Gizi; Instalasi Rehabilitasi Medis.
- i. Unit Umum : Instalasi Pemeliharaan Sarana Rumah Sakit; Instalasi Laundry; Instalasi Pemulasaraan Jenazah.

3.4. Fasilitas Pelayanan

- a. Instalasi Rawat Jalan (Poliklinik) : Klinik Umum; Klinik Bedah, Bedah Tulang, Bedah Saluran Kemih, Bedah Syaraf, Bedah Plastik, Bedah Digestif; Klinik Penyakit Dalam; Klinik Kesehatan Anak; Klinik Kebidanan dan Penyakit Kandungan; Klinik Penyakit Paru; Klinik Penyakit Jantung dan Pembuluh Darah; Klinik THT; Klinik Penyakit Mata; Klinik Penyakit Kulit dan Kelamin; Klinik Gizi Klinis; Klinik Penyakit Gigi dan Mulut; Klinik Bedah Mulut; MCU.
- b. Instalasi Rawat Inap.

- 
- c. Instalasi Gawat Darurat.
 - d. Instalasi Farmasi.
 - e. Instalasi Laboratorium.
 - f. Instalasi Radiologi.
 - g. Instalasi Rehabilitasi Medis (Fisioterapi).
 - h. Instalasi Gizi.
 - i. Unit Rawat Intensif (ICU)
 - j. Unit Kamar Bedah (OK)
 - k. Unit Kamar Bersalin (VK)
 - l. Unit Bank Darah
 - m. Instalasi Laundry.
 - n. Instalasi Patologi Anatomi.
 - o. Instalasi Pemulasaraan Jenazah.
 - p. Instalasi Pemeliharaan Sarana Rumah Sakit (IPSRS).
 - q. Unit Pelayanan Administrasi : Keuangan; Administrasi Perusahaan; Logistik; Humas dan Marketing; EDP (Elektro Data Processing); Personalia; Rekam Medik; Kesekretariatan; Tata Usaha.
 - r. Fasilitas Umum : Kantin; Sarana ibadah (Mushola); Tempat parkir; Toko serba guna; ATM; Telepon Umum.

3.5.Ketenagaan di RSKM I

Jumlah karyawan seluruhnya : Tahun 2008 : 413 Orang, Tahun 2009 : 390 Orang, Tahun 2010 : 385 Orang.

Dengan perincian :

Tabel 3.1. Jumlah Tenaga di RS Karya Medika I Tahun 2008, 2009 dan 2010.

NO	TAHUN	Uraian Ketenagaan				Jumlah Tenaga
		Tenaga Medis	Tenaga Keperawatan	Tenaga Dokter Spesialis	Tenaga Non Medis	
1	2008	18	135	52	208	413
2	2009	21	111	55	203	390
3	2010	15	131	56	183	385

Sumber : Bagian Personalia RS Karya Medika I

Tabel 3.2. Jumlah Tenaga Medis di RS Karya Medika I Tahun 2010.

No	Kualifikasi	Purna Waktu	Paruh Waktu	Jumlah
A	Dokter Umum	9	5	14
	Dokter Gigi	0	4	4
B	Dokter Spesialis			
	-Dokter Ahli Penyakit Dalam	0	4	4
	-Dokter Ahli Kebidanan dan Kandungan	0	5	5
	-Dokter Ahli Anak	0	4	4
	-Dokter Ahli Bedah	0	3	3
C	Dokter Spesialis Lainnya			
	-Dokter Penyakit Mata	0	2	2
	-Dokter Ahli THT	0	2	2
	-Dokter Ahli Jiwa	0	1	1
	-Dokter Ahli Syaraf	0	3	3
	-Dokter Ahli Gigi dan Mulut	0	1	1
	-Dokter Ahli Kardiologi / Jantung	0	2	2
	-Dokter Ahli Paru	0	2	2
	-Dokter Ahli Bedah Syaraf	0	1	1
	-Dokter Ahli Orthopedi	0	2	2
	-Dokter Ahli Bedah Digestif		1	1
	-Dokter Ahli Penyakit Kulit & Kelamin	0	2	2
	-Dokter Ahli Bedah Urologi	0	1	1
	-Dokter Ahli Bedah Plastik	0	1	1
D	Dokter Spesialis Penunjang			
	-Dokter Ahli Radiologi	0	3	3
	-Dokter Ahli Patologi Klinik	0	2	2
	-Dokter Ahli Patologi Anatomi	0	1	1
	-Dokter Ahli Anestesi	0	4	4
	-Dokter Gizi Klinik	0	1	1
	-Dokter Spesialis Rehabilitasi Medik	0	2	2
	Jumlah	9	59	68

Sumber : Bagian Personalia RS Karya Medika I

3.6. Kapasitas Tempat Tidur RSKM I

Tabel 3.3. Jumlah tempat tidur di RS Karya Medika I

No	Ruang	Jumlah Tempat Tidur	Keterangan
1	VIP	4 tt	2 Dewasa + 2 Anak
2	Kelas I	6 tt	Dewasa + Anak
3	Kelas II + Isolasi	11 tt	Dewasa / Tulip
		21 tt	Dewasa / Mawar
		7 tt	Anak
4	Kelas III + Isolasi	38 tt	Dewasa + Kebidanan
		12 tt	Anak
5	ICU	6 tt	
6	Perina Sehat	13 tt	
7	Perina Sakit	2 tt	
	Total	120 tt	

Sumber : RSKM I

3.7. Indikator Pelayanan Pasien Rawat Inap RSKM I

Tabel 3.4. Indikator Pelayanan Rawat Inap RSKM I Tahun 2008, 2009, dan 2010

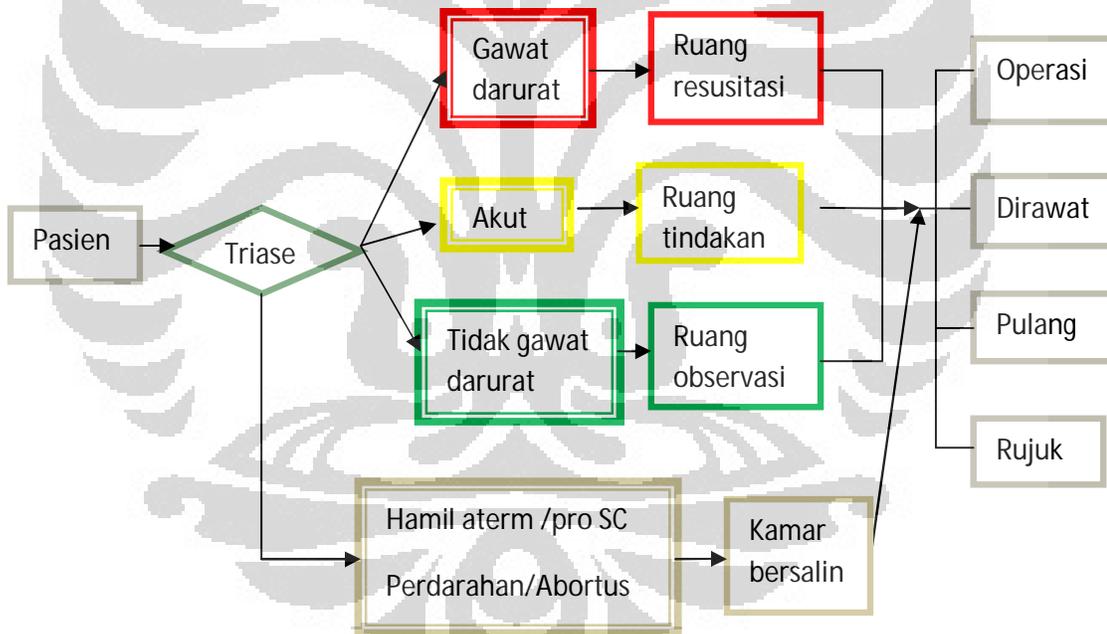
NO	TAHUN	ANALISA DISTRIBUSI RAWAT INAP			
		BOR	LOS	BTO	TOI
1	2008	59.7	4.3	47.5	3.1
2	2009	76.7	4.3	60,0	1.4
3	2010	61,8	4.4	47,9	2,9

Sumber : Rekam Medik RSKM I

Kegiatan pelayanan di Instalasi Gawat Darurat dari tahun 2008, 2009 dan 2010 cenderung terus turun untuk pasien yang dirawat. Tahun 2008 sampai tahun 2009 cenderung meningkat untuk pasien pulang, sedangkan tahun 2010 cenderung turun dibandingkan tahun 2009. Tahun 2008, 2009 dan 2010 cenderung meningkat untuk pasien meninggal sebelum dirawat.

3.8. Instalasi Gawat Darurat RS Karya Medika I

Gambar 3.1. Alur Pelayanan Pasien di IGD RS Karya Medika I



Pasien yang datang ke IGD RSKM I bisa berasal dari rujukan Poliklinik RSKM I atau rujukan dari luar, maupun pasien datang langsung tanpa membawa surat rujukan. Pasien diterima di triase, sedangkan keluarga atau pengantar pasien mendaftarkan ke

petugas administrasi IGD. Dokter IGD akan menentukan apakah pasien gawat darurat, pasien akut atau pasien tidak gawat dan tidak darurat. Untuk pasien gawat darurat akan dibawa ke ruangan resusitasi mengikuti jalur merah yang ada pada lantai IGD, untuk pasien akut yang memerlukan tindakan medik atau bedah dasar (seperti jahit luka) akan dibawa ke ruangan tindakan mengikuti jalur kuning pada lantai IGD, sedangkan pasien yang tidak gawat darurat diperiksa di ruangan pemeriksaan mengikuti jalur hijau pada lantai IGD. Untuk pasien kebidanan jika kondisinya stabil, dapat langsung ke kamar bersalin. Setelah diperiksa dan dilakukan penanganan di IGD maupun di kamar bersalin, ada empat kemungkinan, yaitu dirawat, operasi, pulang atau dirujuk ke Rumah Sakit lain.

3.9. Kegiatan Pelayanan Instalasi Gawat Darurat RS Karya Medika I

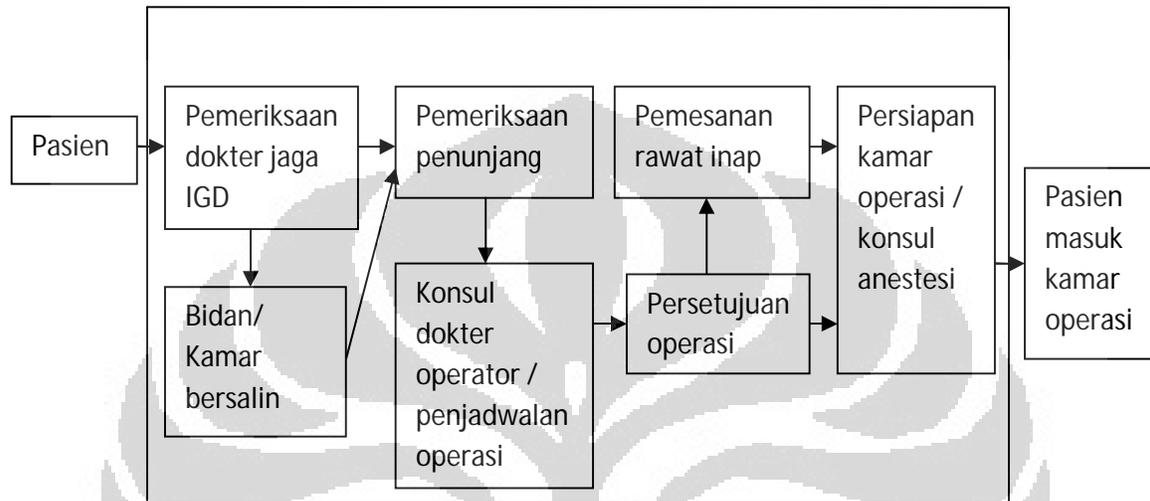
Tabel 3.5. Kegiatan Pelayanan di IGD RSKM I Periode 2008 – 2010

NO	TAHUN	INSTALASI GAWAT DARURAT			
		DIRAWAT	DI RUJUK	PULANG	MATI SEBELUM DIRAWAT
1	2008	5923	37	3249	11
2	2009	5817	40	5857	18
3	2010	5037	50	2498	24

Sumber : Rekam Medik RSKM I

3.10. Alur Proses Pelayanan Pasien dari IGD sampai ke Kamar Operasi

Gambar 3.2. Alur pelayanan pasien dari IGD sampai kamar operasi



Setiap pasien yang datang ke IGD akan diperiksa oleh dokter jaga IGD, dilakukan triase / pemilahan apakah pasien dalam keadaan Gawat darurat, akut atau tidak gawat tidak darurat. Disini juga ditentukan apakah cukup diperiksa oleh dokter jaga atau harus diperiksa bidan di kamar bersalin (kasus kebidanan). Bila kasus kebidanan dan kondisinya stabil, pasien akan didorong ke kamar bersalin. Kasus kebidanan dengan kondisi yang tidak stabil, misalnya kesadaran menurun, atau Tekanan Darah rendah / shock, dilakukan pertolongan pertama di IGD lalu dikirim ke ruang ICU.

Kemudian dilakukan pemeriksaan penunjang, seperti laboratorium darah, urine, dan pemeriksaan radiologi jika perlu, untuk menegakkan diagnosa. Setelah diketahui diagnosa, maka dokter jaga / bidan jaga melakukan konsultasi kepada dokter spesialis yang bertugas / *on call* apakah perlu dilakukan tindakan (operasi) atau tidak. Jika memerlukan tindakan operasi maka dijadwalkan kapan waktu tindakan akan dilakukan. Lalu dokter jaga / bidan jaga menjelaskan kepada pasien / keluarganya tentang rencana tindakan yang akan dilakukan agar mendapat persetujuan operasi.

Setelah pasien / keluarga menyetujui operasi, baru dilakukan pemesanan rawat inap oleh petugas instalasi rawat inap. Selanjutnya perawat jaga / bidan jaga menghubungi kamar operasi. Perawat kamar operasi akan menghubungi dokter anastesi dan mempersiapkan kamar operasi. Sebelum operasi, dokter anastesi memeriksa kondisi pasien. Bila kondisi pasien layak menjalani operasi, maka pasien diantar ke kamar operasi untuk menjalani operasi.

Khusus untuk persiapan pelaksanaan operasi SC cito, disamping dokter spesialis kebidanan dan dokter spesialis anastesi, juga diperlukan kehadiran dokter spesialis anak. Di RS Karya Medika I, khusus untuk dokter spesialis anak sebagai pendamping operasi SC ada aturan tertentu yang tertuang dalam SPO (Standar Prosedur Operasi). Kebijakan itu berbunyi sebagai berikut :

1. Setiap operasi SC wajib didampingi oleh Dokter spesialis anak.
2. Apabila dokter spesialis anak berhalangan, operasi SC didampingi oleh dokter umum yang telah memiliki kemampuan melakukan tindakan kegawatdaruratan bayi baru lahir.
3. Apabila dokter umum juga berhalangan, maka yang melakukan pemeriksaan dan tindakan yang diperlukan pada bayi baru lahir adalah dokter anastesi yang bertugas.

Dari kebijakan di atas diketahui bahwa dokter spesialis anak tidak harus hadir pada setiap operasi SC.

BAB 4

KERANGKA KONSEP DAN DEFINISI OPERASIONAL

4.1. Kerangka Konsep

Berdasarkan tinjauan pustaka di atas, faktor-faktor yang paling dominan / paling mempengaruhi waktu tunggu operasi cito :

4.1.1. Menurut penelitian yang dilakukan Fenny Virgin (2000), besarnya variasi waktu pelayanan kemungkinan disebabkan oleh 2 macam faktor, yaitu:

- a. Faktor pasien (jenis kelamin, umur, dan waktu persetujuan operasi)
- b. Faktor pelayanan di Instalasi Gawat Darurat (waktu konsul ke SMF lain, kesiapan operator, kesiapan kamar operasi cito dan waktu tunggu diantara tahap-tahap pelayanan)

4.1.2. Menurut penelitian yang dilakukan Suparmanto (2001), faktor-faktor yang diduga mempengaruhi waktu tunggu persiapan operasi kasus gawat darurat kebidanan :

Sebagian variabel yang diteliti tidak ada hubungan bermakna, kecuali kadar Hb dan waktu persiapan kamar operasi. Disarankan untuk memperpendek waktu tunggu agar menempatkan bank darah di dalam rumah sakit dan persiapan kamar operasi lebih baik.

4.1.3. Menurut penelitian yang dilakukan Siregar (2006), alasan keterlambatan terbanyak:

- a. Faktor SDM (lamanya pemasangan instrumentasi prabedah, antara lain: pemasangan infus, pemasangan *naso gastric tube*, pemasangan kateter urin dan konsultasi anaestesi)
- b. Birokrasi administrasi (persetujuan operasi/masalah dana)

4.1.4. Menurut Partelli (2009), yang dapat mengurangi keterlambatan operasi bedah akut (*acute surgical operations*) :

Faktor unit lain yang terkait pelayanan gawat darurat (fasilitas kamar operasi tambahan)

4.1.5. Menurut Janice Wong (2009), penyebab tersering dari keterlambatan operasi :
Ketidaksiapan alat (*equipment failure*).

Dari pertimbangan kepustakaan di atas, ternyata Faktor pasien, Kesiapan Sumber daya manusia Rumah Sakit, Kesiapan alat dan Obat-obatan dan Unit lain yang terkait dengan pelayanan gawat darurat menjadi faktor yang termasuk dalam struktur (input) yang dapat mempengaruhi proses dalam hal ini waktu tunggu.

Untuk mengetahui hubungan faktor karakteristik diatas dengan waktu tunggu, dibuatlah kerangka konsep sebagai berikut :

A. Sebagai variable terikat adalah :

Waktu tunggu persiapan operasi cito.

B. Sebagai variable bebas adalah :

B.1.Faktor pasien: (Virgin, Suparmanto, Siregar)

Persetujuan operasi

B.2. Faktor kesiapan sumber daya manusia: (Suparmanto, Siregar)

2.1. Dokter jaga

2.2. Bidan jaga

2.3. Perawat jaga

2.4. Dokter operator

2.5. Dokter anastesi

2.6. Perawat kamar operasi

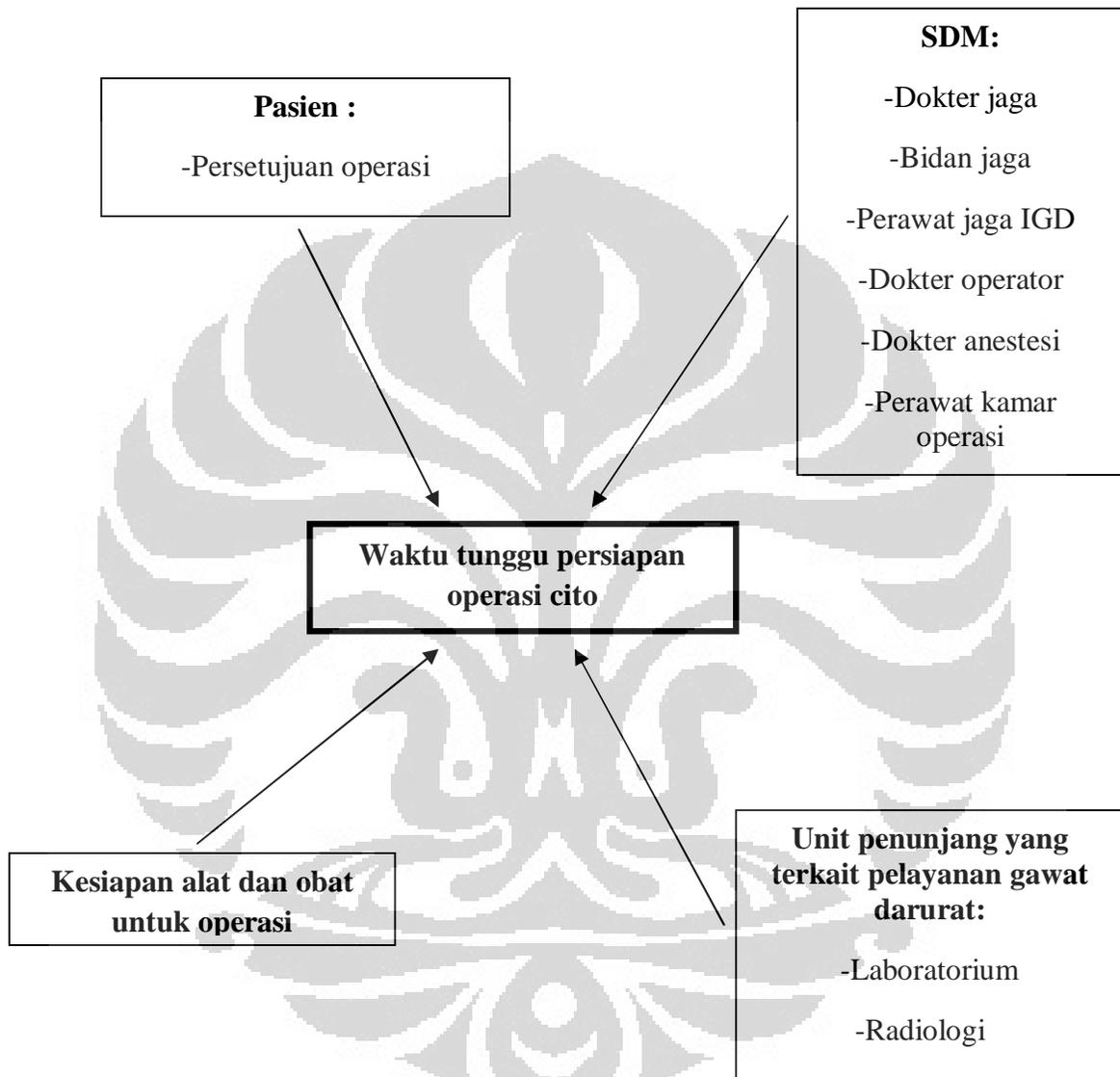
B.3.Faktor kesiapan alat dan obat-obatan operasi : (Virgin, Suparmanto, Siregar, Janice Wong)

B.4.Faktor unit lain yang terkait dengan pelayanan gawat darurat: (Virgin, Suparmanto, Partelli, Janice wong)

4.1.Kesiapan Radiologi

4.2.Kesiapan Laboratorium

Kerangka konsep yang dipakai pada penelitian ini sebagai berikut :



4.2. Definisi Operasional

Untuk menghindari pemahaman yang berbeda-beda mengenai istilah yang digunakan dalam penelitian ini, akan disampaikan definisi masing-masing sebagai berikut :

Variabel terikat :

Variabel	Definisi istilah	Sumber data	Metode	Instrumen
Waktu tunggu persiapan operasi cito	Selisih waktu antara penetapan operasi dengan saat dilaksanakannya operasi cito	Perawat, bidan, dokter jaga	Observasi partisipatif, telaah dokumen	Formulir pencatatan waktu pelayanan

Variabel bebas :

Faktor Pasien :

Variabel	Definisi istilah	Sumber data	Metode	Instrumen
Persetujuan operasi	Pernyataan/ kesediaan pasien atau keluarganya untuk dilakukan tindakan / operasi terhadap dirinya / keluarganya	Pejabat rumah sakit, dokter, perawat, bidan, Pasien / keluarga	Wawancara mendalam (WM), FGD, observasi partisipatif, telaah dokumen	Pedoman Wawancara, formulir pencatatan waktu pelayanan

Kesiapan alat dan obat-obatan :

Variabel	Definisi istilah	Sumber data	Metode	Instrumen
Kesiapan alat dan obat-obatan operasi	Tersedianya alat dan atau obat yang dibutuhkan untuk tindakan operasi sesuai dengan jumlah dan kualitasnya	Pejabat RS, Dokter, Perawat, Bidan	WM, FGD, Observasi partisipatif, telaah dokumen	Pedoman wawancara

Kesiapan Sumber Daya Manusia :

Variabel	Definisi istilah	Sumber data	Metode	Instrumen
Dokter jaga	Kesiapan dokter umum yang bertugas jaga di IGD dalam menangani pasien yg akan dioperasi cito	Pejabat RS dokter, perawat, bidan, pasien/keluarga	WM, FGD, observasi partisipatif, telaah dokumen	Pedoman wawancara, formulir pencatatan waktu pelayanan
Bidan jaga	Kesiapan bidan yang bertugas jaga di kamar bersalin dalam menangani pasien yg akan dioperasi cito	Pejabat Rumah Sakit, dokter, perawat, bidan, pasien/keluarga	WM, observasi partisipatif, telaah dokumen	Pedoman wawancara, formulir pencatatan waktu pelayanan

Kesiapan Sumber Daya Manusia :

Variabel	Definisi istilah	Sumber data	Metode	Instrument
Perawat jaga IGD	Kesiapan perawat yang bertugas jaga di IGD dalam menangani pasien yg akan dioperasi cito	Pejabat RS, dokter, perawat, bidan, pasien/ keluarga	WM, FGD, observasi partisipatif, telaah dokumen	Pedoman wawancara, formulir pencatatan waktu pelayanan
Dokter operator	Kesiapan dokter spesialis (bedah, Obsgin, dll) untuk melaksanakan operasi cito	Pejabat RS, dokter, bidan, perawat, pasien / keluarga	WM, FGD, observasi partisipatif, telaah dokumen	Pedoman wawancara, formulir pencatatan waktu pelayanan
Dokter anestesi	Kesiapan dokter spesialis anestesi untuk melaksanakan operasi cito	Pejabat RS, dokter, bidan, perawat OK, pasien/ keluarga	WM, observasi partisipatif, telaah dokumen	Pedoman wawancara, formulir pencatatan waktu pelayanan
Perawat kamar operasi	Kesiapan perawat kamar operasi dalam mempersiapkan OK untuk operasi cito	Pejabat RS, dokter, bidan, perawat	WM, Observasi partisipatif, telaah dokumen	Pedoman wawancara, formulir pencatatan waktu pelayanan

Unit penunjang yang terkait pelayanan gawat darurat :

Variabel	Definisi istilah	Sumber data	Metode	Instrumen
Laboratorium	Kesiapan instalasi Laboratorium untuk melakukan pemeriksaan darah (Hb atau darah rutin, BT-CT) untuk persiapan operasi	Pejabat RS, dokter, bidan, perawat	WM, FGD, observasi partisipatif, telaah dokumen	Pedoman wawancara, formulir pencatatan waktu pelayanan
Radiologi	Kesiapan instalasi Radiologi untuk melakukan pemeriksaan gambaran (rontgen, CT Scan) , untuk persiapan operasi	Pejabat RS, dokter, bidan, perawat	WM, FGD, observasi partisipatif, telaah dokumen	Pedoman wawancara, formulir pencatatan waktu pelayanan

BAB 5

METODE PENELITIAN

5.1. Jenis Penelitian

Jenis penelitian ini adalah studi kasus dengan pendekatan kualitatif. Digunakan cara observasi dan wawancara mendalam (WM) dengan informan yang telah ditetapkan, *Focus Group Discussion* (FGD), observasi lapangan dan telaah dokumen. Sebelumnya dilakukan pencatatan waktu untuk menghitung lamanya waktu pelayanan terhadap pasien IGD RS Karya Medika I yang akan menjalani operasi cito mulai saat ditetapkan sampai dengan saat pasien dilakukan operasi.

5.2. Alasan penelitian kualitatif

Dalam FKM UI (1999) yang dikutip Sondani (2008 p.92-93), disebutkan ada dua alasan utama yang mendasari penggunaan metode penelitian kualitatif, yaitu alasan konseptual dan alasan praktis.

5.2.1. Alasan konseptual

Penelitian kualitatif memberikan informasi yang mendalam tentang faktor-faktor yang mempengaruhi waktu tunggu persiapan operasi cito, yang memungkinkan ada temuan-temuan baru dibandingkan dengan tehnik kuantitatif. Metode pengambilan datanya dengan wawancara mendalam sehingga dapat menggali secara mendalam, apa yang dirasakan, dialami dan difikirkan informan. Seperti yang dikatakan Sugiyono (2008), peneliti kualitatif akan langsung masuk ke obyek, melakukan penjelajahan dengan *grant tour question*, sehingga masalah akan dapat ditemukan dengan jelas. Sedangkan observasi akan menghasilkan informasi yang benar-benar terjadi.

5.2.2. Alasan praktis

Sifat penelitian kualitatif bersifat subyektif dan intuisi. Disamping itu juga menjadi pertimbangan adalah biaya murah, waktu singkat, rancangan dapat dimodifikasi selama penelitian berlangsung.

5.3. Lokasi dan Waktu Penelitian

Penelitian dilakukan di Instalasi Gawat Darurat RS Karya Medika I, sejak 1 Nopember sampai 30 Nopember 2011. Pertimbangan dilakukannya pencatatan waktu selama satu bulan adalah karena berdasarkan data dari laporan operasi tentang jumlah pasien yang menjalani operasi cito yang berasal dari IGD selama periode Januari 2011 sampai Juni 2011, tidak terdapat variasi bulanan terhadap jumlah pasien yang akan menjalani operasi cito dalam setengah tahun tersebut.

5.4. Informan penelitian dan kriteria

5.4.1. Informan penelitian

Penelitian melibatkan 40 informan, 34 orang terlibat dalam wawancara mendalam (WM), dan 6 orang dalam FGD.

Informan untuk wawancara mendalam ditetapkan sebagai berikut :

1. Direktur RS Karya Medika I : 1 orang
2. Penanggung jawab IGD : 1 orang
3. Kepala IGD RS Karya Medika I : 1 orang
4. Dokter jaga IGD : 3 orang
5. Kepala Bidang Keperawatan : 1 orang
6. Kepala ruang Perawatan IGD : 1 orang
7. Bidan jaga Kamar bersalin : 3 orang
8. Kepala Ruang Perawatan Kamar Operasi : 1 orang
9. Perawat kamar operasi : 3 orang

- 10. Dokter operator : 4 orang
- 11. Dokter anestesi : 1 orang
- 12. Koordinator instalasi rawat inap : 1 orang
- 13. Kepala Instalasi laboratorium : 1 orang
- 14. Kepala Ruang Instalasi Radiologi : 1 orang
- 15. Kepala Instalasi Farmasi : 1 orang
- 16. Pasien / keluarganya : 10 orang
- Jumlah : 34 orang

Sedangkan informan untuk FGD adalah enam orang perawat IGD.

5.4.2. Kriteria informan

5.4.2.1. Pasien atau keluarganya, dengan kriteria / urutan :

- a. Pasien sadar dan dapat berkomunikasi dengan baik
- b. Suami atau istri
- c. Orang tua / anak
- d. Saudara kandung.

5.4.2.2. Perawat, dengan kriteria :

- a. Bekerja di RS Karya Medika I
- b. Terkait dengan pelayanan persiapan operasi cito

5.4.2.3. Bidan, dengan kriteria :

- a. Bekerja di RS Karya Medika I
- b. Sebagai bidan penanggungjawab shift jaga

5.4.2.4. Dokter, dengan kriteria :

- a. Mempunyai SIP di RSKM I
- b. Dokter umum yang bertugas jaga di IGD

5.4.2.5. Pejabat struktural Rumah Sakit, dengan kriteria :

- a. Direktur, atau kepala/koordinator Unit atau Instalasi
- b. Terkait langsung dengan pelayanan operasi cito.

5.4.2.6. Dokter Operator, dengan kriteria :

- a. Mempunyai SIP di RSKM I
- b. Terkait dengan pelayanan operasi cito.

5.4.2.7. Dokter anestesi, dengan kriteria :

- a. Mempunyai SIP di RSKM I
- b. Terkait dengan pelayanan operasi cito.

5.5. Tahapan penelitian

Sebelum melakukan WM dan FGD, peneliti melakukan observasi partisipatif mengenai gambaran umum waktu tunggu persiapan operasi cito dengan mengikuti alur proses pasien dari masuk IGD sampai dilakukan operasi cito di kamar operasi. Data yang dikumpulkan adalah data mengenai waktu yang diperlukan oleh pasien sejak ditetapkannya operasi hingga dilakukan sayatan pertama di atas meja operasi. Pencatatan dilakukan oleh peneliti dan dibantu oleh perawat IGD RS Karya Medika I dengan menggunakan formulir yang sudah disiapkan.

Informasi mengenai proses pelayanan terhadap pasien IGD dilakukan melalui wawancara mendalam (WM) dan *Focus Group Discussion* (FGD) dengan informan yang telah ditetapkan. Agar wawancara lebih terarah, digunakan pedoman wawancara.

Berdasarkan data dari pengisian formulir pencatatan waktu pelayanan, peneliti dengan memperhatikan variasi sasaran informan dokter maka dapat ditentukan pilihan informan pasien atau keluarga pasien, dokter, dan perawat. Memilih calon informan sasaran dengan prinsip kesesuaian (*appropriateness*) dan kecukupan (*adequacy*) (FKM UI & Depkes RI, 1999, yang dikutip Sondani ,2008, p. 96), caranya sebagai berikut :

5.6.1. Informan Pejabat RSKM I

- a. Pejabat RSKM I yang dimaksud disini adalah pejabat struktural seperti Direktur, Penanggung jawab IGD, Kepala Bidang Keperawatan, Kepala IGD, Kepala Ruang perawatan IGD, Kepala Ruang Perawatan Kamar Operasi,

Kepala Instalasi Laboratorium, Kepala Instalasi Radiologi, Kepala Instalasi Farmasi, dan Koordinator Instalasi Rawat Inap.

b. Sebelum dilaksanakan penelitian, peneliti meminta kesediaan sebagai informan dan waktunya untuk pelaksanaan wawancara mendalam.

5.6.2. Informan Pasien

a. Pasien yang akan menjalani operasi cito dicatat pada formulir pencatatan waktu pelayanan sesuai lampiran 1 oleh perawat IGD atau oleh peneliti, lalu dikumpulkan.

b. Pasien dipilih secara acak dan mewakili penjaminan biaya (Umum, Asuransi atau Perusahaan).

c. Pasien atau keluarga pasien yang dimaksud dilakukan wawancara mendalam pada ruang perawatan setelah pasien dioperasi (post-operasi hari pertama).

5.6.3. Informan Dokter

Informan dokter terdiri dari :

5.6.3.1. Dokter umum :

a. Dokter umum yang dimaksud adalah dokter umum yang jaga di IGD

b. Sebelumnya disampaikan kepada informan, peneliti akan melakukan wawancara mendalam. Waktunya sesuai dengan kesiapan informan.

5.6.3.2. Dokter operator :

a. Dokter operator yang dimaksud adalah dokter spesialis yang melakukan operasi cito selama tahap penelitian

b. Disampaikan kepada informan, peneliti akan melakukan wawancara mendalam, waktu dan tempat disesuaikan dengan kesiapan informan.

5.6.3.3. Dokter anastesi :

a. Dokter anastesi yang dimaksud adalah dokter spesialis anastesi yang melakukan pembiusan pasien operasi cito selama tahap penelitian

b. Disampaikan pula kepada informan, peneliti akan melakukan wawancara mendalam, waktu dan tempat disesuaikan dengan kesiapan informan

5.6.4. Informan Perawat dan bidan :

- a. Perawat IGD, pengambilan data dilakukan dengan cara FGD.
- b. Perawat kamar operasi, pengambilan data dengan cara wawancara mendalam.
- c. Bidan jaga, pengambilan data dengan wawancara mendalam.
- d. Sebelum dilaksanakan penelitian, peneliti memberikan informasi kepada Kepala Bidang Keperawatan, Kepala Ruang IGD dan Kepala Ruang Kamar Operasi.

5.6. Metode Pengumpulan Data

Ada empat cara untuk memperoleh data yaitu observasi partisipatif, wawancara mendalam (WM), fokus grup diskusi (FGD), dan telaah dokumen dalam hal ini rekam medik pasien.

5.7.1. Observasi partisipatif

Observasi untuk mengetahui proses pelaksanaan pelayanan terhadap pasien di IGD yang akan menjalani operasi cito, dilakukan oleh peneliti dan dibantu perawat jaga. Pada awal penelitian selama beberapa hari, peneliti berada di IGD selama dua shift jaga, namun pada hari selanjutnya peneliti berada satu shift setiap harinya, termasuk shift malam. Setiap kali berada di IGD, peneliti melakukan pencatatan waktu dan untuk menjamin keakuratan data waktu yang dicatat oleh perawat, peneliti melakukan pengecekan dan observasi serta menanyakan langsung kepada perawat atau unit terkait bila terdapat hal-hal yang kurang jelas. Sebelumnya terlebih dahulu disamakan waktu/jam yang ada pada pendaftaran / instalasi rawat inap, ruang periksa IGD, kamar bersalin, dan waktu/jam di kamar operasi. Pemilihan shift untuk observasi dan pengecekan dilakukan secara acak oleh peneliti.

Selain waktu pelayanan pada masing-masing tahapan, dicatat pula keterangan-keterangan yang berkaitan dengan tahap-tahap pelayanan tersebut, misalnya keterangan mengenai keluarga yang berunding dulu atau menunggu keluarga yang lain sebelum menyatakan persetujuan, rencana operasi diundur karena dokter anestesi sedang ada operasi di rumah sakit lain, dan sebagainya.

Beberapa kali terjadi setelah ditetapkan operasi dan diikuti, pasien tidak jadi operasi karena kondisinya tidak memungkinkan atau mendekati jadwal operasi pasien atau keluarganya menolak operasi.

5.7.2. Wawancara mendalam

Wawancara mendalam yang dilakukan oleh peneliti dengan menggunakan panduan wawancara, dan dibantu alat perekam *MP-4 (Media player-four)* untuk menjaga agar tidak ada informasi yang terlewat, sehingga mereka lebih memfokuskan pada seluruh proses wawancara. Namun pada beberapa pasien demi menjaga kenyamanan pasien dan keluarganya, alat perekam tidak digunakan.

5.7.3. Fokus grup diskusi

FGD yang dilakukan peneliti dengan menggunakan pedoman wawancara FGD dan dibantu alat perekam *MP-4*. Pelaksanaan FGD dilakukan untuk informan tenaga keperawatan IGD. FGD dilakukan untuk enam orang perawat IGD dalam satu kelompok. Pengambilan data dari FGD dilakukan oleh peneliti sendiri dengan terlebih dahulu dijelaskan tentang tujuan penelitian dan penjaminan kerahasiaan masing-masing informan.

5.7.4. Telaah dokumen

Pengkajian berkas rekam medik pasien dilakukan oleh peneliti yaitu berkas rekam medik pasien yang menjalani operasi cito dalam periode penelitian. Diteliti pencatatan waktu sejak dari IGD sampai ke ruang rawat inap, baik yang dilakukan perawat, bidan, maupun yang dilakukan oleh dokter. Dokumen lain yang ditelaah adalah kebijakan tertulis yang berlaku di RS Karya Medika I, SPO (Standar Prosedur Operasional), dan jadwal jaga / *on call* petugas yang terkait dengan operasi cito.

5.7. Keabsahan data

Untuk memperoleh keabsahan data, maka dilakukan uji validitas yaitu triangulasi. Triangulasi dalam pengujian validitas (kredibilitas) diartikan sebagai pengecekan data dari berbagai sumber dengan berbagai cara, dan berbagai waktu. Dengan demikian terdapat triangulasi sumber, triangulasi teknik pengumpulan data, dan waktu. (Sugiyono, 2008, p.273)

- 5.7.1. Triangulasi sumber, dengan cara dilakukan *cross-check* data dengan fakta dari sumber lainnya yaitu, pejabat RS, dokter, perawat, bidan, pasien atau keluarganya, dan dokumen rekam medis pasien. Peneliti laksanakan dengan mengikuti perjalanan pelayanan pasien (observasi partisipatif) sehingga peneliti dapat mencocokkan jawaban masing-masing informan, baik jawaban pasien atau keluarganya, informan pejabat RS, dokter, bidan pada saat wawancara maupun informan perawat IGD pada saat FGD.
- 5.7.2. Triangulasi teknik, dengan menggunakan beberapa teknik/metode dalam pengumpulan data. Pada penelitian ini digunakan teknik observasi partisipatif, wawancara mendalam, dan focus grup diskusi.
- 5.7.3. Triangulasi waktu, dengan cara melakukan wawancara pada pagi hari pada saat nara sumber masih segar, belum banyak masalah. Data yang didapat biasanya lebih valid sehingga lebih kredibel. Untuk menguji validitas/kredibilitas data, peneliti melakukan pengecekan dengan wawancara pada waktu lain, seperti setelah selesai praktek di poliklinik siang hari, atau selesai operasi bagi dokter operator dan perawat kamar operasi.

5.8. Pengolahan dan Analisis data

1. Catatan jam pelayanan diolah dengan menghitung selisih jam pada masing-masing tahap sehingga diperoleh informasi mengenai lamanya waktu pada masing-masing tahap pelayanan. Kemudian dihitung mean, median dan standar deviasi untuk mengetahui variasi waktu pelayanan masing-masing tahap. Dari sini akan diketahui tahap mana yang memberikan kontribusi terhadap lamanya waktu pelayanan.
2. Hasil wawancara mendalam diolah dan dianalisis dengan melihat kesamaan dan perbedaan isi materi yang disampaikan informan. Kemudian dilakukan reduksi data, yaitu proses menseleksi, mempertajam, menyederhanakan atau melakukan transformasi dari data kasar menjadi informasi yang lebih terarah, pemaparan penyajian informasi secara terorganisir, sehingga analisis dapat mengarah pada pembuatan kesimpulan mengenai faktor-faktor yang berhubungan dengan waktu tunggu terhadap pasien IGD yang akan menjalani operasi cito.

BAB 6

HASIL PENELITIAN

Pada bab 6 ini akan diuraikan tentang hasil penelitian. Hasil penelitian secara berurutan yaitu Karakteristik informan, Gambaran terhadap waktu tunggu persiapan operasi *cito*, Hubungan persetujuan pasien/keluarga terhadap waktu tunggu persiapan operasi *cito*, Hubungan kesiapan Sumber Daya Manusia terhadap waktu tunggu persiapan operasi *cito*, Hubungan kesiapan alat dan obat-obatan operasi terhadap waktu tunggu persiapan operasi *cito*, Hubungan unit penunjang yang terkait Gawat Darurat terhadap waktu tunggu persiapan operasi *cito*.

6.1. Karakteristik informan

Informan penelitian mencakup pejabat RSKM I, pasien atau keluarga pasien, dokter, dan perawat. Berikut disampaikan karakteristik masing-masing.

6.1.1. Pejabat Rumah Sakit

Karakteristik yang ditampilkan terbatas pada jabatan, jenis kelamin, usia, lama tugas di RSKM I, seperti terlihat dalam tabel 6.1. berikut :

Tabel 6.1. Karakteristik Informan Pejabat RSKM I

No	Jabatan	Pendidikan terakhir	Jenis kelamin	Usia (tahun)	Lama tugas (tahun)
1	Direktur	Dokter umum Magister kesehatan	Laki-laki	70	10
2	Penanggung jawab IGD	Dokter spesialis bedah	Laki-laki	63	12
3	Kepala IGD	Dokter umum	Perempuan	33	8
4	Kepala Ruang IGD	D3 keperawatan	Perempuan	34	14
5	Kepala Bidang Keperawatan	S1 keperawatan (Ns)	Perempuan	58	5
6	Kepala ruang kamar operasi	D3 keperawatan	Perempuan	34	15
7	Koordinator Instalasi rawat Inap	D3 pendidikan	Perempuan	37	12
8	Kepala Instalasi Laboratorium	D1 analis kesehatan	Perempuan	32	11
9	Kepala Ruang Radiologi	D3 radiografer	Laki-laki	37	16
10	Kepala Instalasi Farmasi	Apoteker	Perempuan	36	5

6.1.2. Pasien atau keluarganya

Karakteristik yang ditampilkan terbatas pada jenis kelamin, usia, pendidikan, hubungan dengan pasien, spesialisasi tindakan, golongan operasi, dan jaminan biaya, seperti terlihat dalam table 6.2. berikut :

Tabel 6.2. Karakteristik Informan Pasien/keluarganya

No	Jenis kelamin	Umur (tahun)	Pendidikan	Hub dg pasien	Spesialisasi tindakan	Golongan operasi	Jaminan biaya
1	Laki-laki	32	STM	Pasien	Bedah umum	Sedang cito	PT
2	Laki-laki	26	STM	Pasien	Bedah umum	Sedang cito	PT
3	Laki-laki	34	SMU	Pasien	Bedah umum	Besar cito	PT
4	Laki-laki	62	SD	pasien	Bedah umum	Besar cito	Umum
5	Laki-laki	33	STM	pasien	Bedah Ortopedi	Besar cito	Umum
6	Perempuan	25	SMU	pasien	Bedah ortopedi	Besar cito	Umum
7	Perempuan	34	SMP	pasien	Kebidanan	Besar cito	Umum
8	perempuan	27	SMU	pasien	Kebidanan	Besar cito	Asuransi
9	Perempuan	19	SMP	pasien	Kebidanan	Besar cito	Umum
10	Perempuan	26	SMP	suami	Bedah umum	Besar cito	Asuransi

6.1.3. Dokter

Karakteristik informan dokter yang ditampilkan terbatas pada jenis kelamin, usia, spesialisasi, lama kerja atau lama tugas di RSKM I, seperti terlihat dalam tabel 6.3. berikut :

Tabel 6.3. Karakteristik Informan Dokter RSKM I

No	Jenis kelamin	Umur (tahun)	Spesialisasi	Lama kerja (tahun)
1	Perempuan	47	umum	9
2	Perempuan	30	umum	2
3	Laki-laki	32	umum	3
4	Laki-laki	45	Bedah umum	7
5	Laki-laki	63	Bedah umum	12
6	Laki-laki	44	Bedah Ortopedi	10
7	Laki-laki	50	Kebidanan	11
8	Laki-laki	45	anestesi	12

6.1.4. Perawat dan Bidan

Karakteristik informan perawat yang ditampilkan terbatas pada jenis kelamin, usia, pendidikan, dan lama kerja seperti terlihat dalam tabel 6.4. berikut :

Tabel 6.4. Karakteristik Informan perawat IGD dan Kamar Operasi, serta Bidan RS Karya Medika I

No	Jenis kelamin	Umur (tahun)	Pendidikan	Lama kerja (tahun)	Keterangan
1	Laki-laki	30	D3 kep	4	Perawat IGD
2	Perempuan	37	D3 kep	15	Perawat IGD
3	Perempuan	32	D3 kep	11	Perawat IGD
4	Perempuan	23	D3 kep	4	Perawat IGD
5	Perempuan	26	D3 kep	6	Perawat IGD
6	Perempuan	27	D3 kep	8	Perawat IGD
7	Perempuan	38	D3 kep	15	Perawat OK
8	Laki-laki	26	D3 kep	6	Perawat OK
9	Perempuan	27	D3 kep	5	Perawat OK
10	Perempuan	39	D3 keb	16	Bidan VK
11	Perempuan	34	D3 keb	8	Bidan VK
12	Perempuan	37	D3 keb	12	Bidan VK

6.2. Gambaran terhadap waktu tunggu persiapan operasi cito di IGD RSKM I

Jumlah pasien IGD RSKM I yang akan menjalani operasi cito yang diobservasi seluruhnya berjumlah 31 orang. Dari jumlah tersebut, 21 orang keluar dari IGD langsung ke kamar operasi, yang dari IGD ke kamar bersalin langsung ke kamar operasi berjumlah 7 orang, sedangkan sisanya sebanyak 13 orang masuk ke ruang rawat inap terlebih dahulu. Lamanya pasien berada di IGD sejak datang di triase sampai keluar dari IGD, baik langsung menuju kamar operasi cito maupun yang masuk ke kamar bersalin atau ke ruang rawat inap terlebih dahulu, adalah sebagai berikut :

Tabel 6.5. Rata-rata dan standar deviasi waktu pelayanan pasien IGD RSKM I yang akan menjalani operasi *cito* sejak masuk ke triase sampai keluar dari IGD Periode 1 November – 30 November 2011.

No	Kategori pasien	Rata-rata/mean (jam:menit)	Standar deviasi (jam:menit)	Jumlah observasi
1	Masuk kamar bersalin dulu	3:07	1:22	7
2	Masuk ruang rawat inap dulu	16:31	9:24	12
3	Langsung menuju kamar operasi	3:16	1:41	12

Sesuai dengan tujuan dari penelitian ini yaitu menganalisis waktu tunggu persiapan operasi *cito* di IGD RSKM I sejak ditetapkan operasi sampai pasien dilakukan operasi *cito*, maka penyajian hasil dan pembahasan difokuskan pada waktu pelayanan pasien yang ditetapkan operasinya di IGD RSKM I sampai dilaksanakannya operasi *cito*. Pasien yang masuk kamar bersalin dulu atau masuk ruang rawat inap dulu baru ditetapkan operasi, tidak dibahas dalam penelitian ini.

Dengan ketentuan tersebut, terdapat empat pasien yang tidak masuk dalam penelitian ini, karena pasien sudah masuk rawat inap baru dilakukan penetapan dan motivasi operasi. Pasien-pasien tersebut biasanya karena diagnosa di IGD belum mengarah untuk segera dilakukan tindakan, seperti misalnya pasien anak dengan diagnosa di IGD : observasi febris dan vomitus, setelah diperiksa oleh dokter anak di ruangan dan dilakukan CT Scan ternyata Hydrocephalus dan harus dilakukan operasi cito.

Diagnosis terbanyak yang ditemukan selama penelitian adalah *Open fracture* (Fraktur terbuka). Terdapat 9 pasien (33,33 %) dengan Fraktur terbuka. Gambaran diagnosis pasien yang penetapan operasinya dilakukan di IGD dapat dilihat dalam tabel di bawah ini.

Tabel 6.6. Gambaran Diagnosis Penyakit Pasien IGD RSKM I yang Langsung Menjalani Operasi *Cito* Periode 1 November – 30 November 2011

No	Diagnosis	Jumlah	%
1	Fraktur terbuka	9	33,33
2	CPD	4	14,28
3	Vulnus laceratum/ perforatum	3	11,11
4	Apendisitis akut	3	11,11
5	Lilitan tali pusat	3	11,11
6	KPD	3	11,11
7	Finger tip injury	2	7,41
	Total	27	100

Adapun rata-rata dan standar deviasi waktu pelayanan per diagnosis pasien IGD yang akan menjalani operasi *cito* adalah sebagai berikut :

Tabel 6.7. Rata-rata, Median dan Standar Deviasi Waktu Pelayanan pasien IGD RSKM I yang akan Menjalani Operasi *Cito* berdasarkan Diagnosis Periode 1 November – 30 November 2011

No	Diagnosis	Rata-rata / mean (jam:menit)	Median (jam:menit)	Standar Deviasi (jam:menit)
1	Fraktur terbuka	7:01	6:30	3:47
2	CPD	3:06	3:07	1:56
3	Vulnus Laceratum / perforatum	2:10	2:35	0:47
4	Apendisitis akut	9:37	7:10	7:45
5	Lilitan tali pusat	7:54	4:49	4:24
6	KPD	3:09	3:10	0:11
7	Finger tip injury	6:17	5:14	4:22

Gambaran umum waktu tunggu persiapan operasi *cito* dari tiap-tiap tahapan adalah sebagai berikut :

Tabel 6.8. Rata-rata/mean, median dan Standar Deviasi waktu tunggu berdasarkan tahapan persiapan operasi *cito* Periode 1 November – 30 November 2011

No	Tahap persiapan	Rata-rata / mean (jam:menit)	Median (jam:menit)	Standar Deviasi (jam:menit)
1	Waktu tunggu Pelayanan Dokter jaga IGD (dari pasien datang ke IGD sampai konsul ke dokter ahli)	0:32	0:25	0:20
2	Waktu tunggu Pelayanan Bidan jaga (dari pertama periksa pasien sampai konsul ke dokter ahli)	0:16	0:10	0:14
3	Waktu tunggu Pelayanan Perawat Jaga (dari pasien datang sampai pengiriman pemeriksaan penunjang (Radiologi/Laboratorium)	0:26	0:25	0:10
4	Waktu tunggu pelayanan Laboratorium darah (dari sampel diambil sampai ada hasil tertulis)	1:29	1:15	1:13
5	Waktu tunggu pelayanan Radiologi (dari permintaan sampai selesai foto)	0:24	0:20	0:11
6	Waktu tunggu Persetujuan operasi (dari sejak dimotivasi sampai setuju/tanda tangan IC)	1:05	0:10	1:37
7	Waktu tunggu pelayanan perawat Kamar Operasi (dari pemesanan sampai OK siap)	0:44	0:30	0:39
8	Waktu tunggu Dokter operator (dari saat dikonsulkan sampai datang ke kamar operasi)	4:14	2:50	3:42
9	Waktu tunggu Dokter anestesi (dari saat dilapor sampai tiba di kamar operasi)	3:04	2:15	2:26
10	Waktu tunggu persiapan operasi cito	6:52	3:55	6:44

6.3. Hubungan lamanya persetujuan operasi terhadap waktu tunggu persiapan operasi *cito*

Dari observasi partisipatif yang telah dilakukan, waktu yang diperlukan dari penjelasan kepada pasien/keluarga sampai persetujuan operasi, dapat dilihat dalam tabel berikut :

Tabel 6.9. Rata-rata/mean, median dan Standar Deviasi waktu tunggu persetujuan operasi *cito* di RS Karya Medika I Periode 1 November – 30 November 2011

No	Diagnosis	Rata-rata / mean (menit)	Median (menit)	Standar Deviasi (menit)
1	Fraktur terbuka	1:14	0:15	1:38
2	Vulnus Laceratum / perforatum	0:38	0:40	0:32
3	CPD	0:06	0:05	0:02
4	Lilitan tali pusat	0:16	0:10	0:16
5	Finger tip injury	1:32	1:32	1:56
6	KPD	0:20	0:05	0:25
7	Apendisitis akut	3:16	3:55	2:55

Dari tabel di atas terlihat bahwa untuk kasus kebidanan (CPD, Lilitan tali pusat, KPD) persetujuan operasi tidak membutuhkan waktu yang lama, rata-rata kurang dari 20 menit.

Pada kasus-kasus tertentu, persetujuan operasi masih memerlukan waktu yang cukup lama dikarenakan antara lain : pasien tak mau dirawat inap, kalau bisa setelah dilakukan operasi langsung pulang. Hal ini terjadi pada Tn. VD, 41 tahun, dengan diagnosa *Finger tip injury*. Waktu yang diperlukan dari motivasi pasien / keluarga sampai persetujuan operasi adalah 175 menit (lebih kurang 3 jam). Kasus lain yang juga memerlukan waktu yang cukup lama adalah kasus Apendisitis akut (Ny.S, 36

tahun), dikarenakan menunggu kedatangan suami yang saat itu sedang berdagang di pasar. Waktu yang dibutuhkan untuk persetujuan operasi adalah 235 menit (lebih kurang 4 jam). Waktu tersebut, diatas rata-rata waktu persetujuan operasi (1 jam 05 menit). Sedangkan nilai tengahnya (median) adalah 10 menit.

Di Rumah Sakit Karya Medika I, persetujuan operasi biasanya dikaitkan dengan kesanggupan mengenai biaya operasi.

Pada setiap kasus yang sudah ditetapkan akan dilakukan operasi, maka dokter jaga dan / atau bidan jaga akan memotivasi / menjelaskan kepada pasien dan keluarganya atau pengantar dari perusahaan. Kemudian keluarga pasien atau pengantar pasien dari pihak Perusahaan, dipersilahkan ke bagian Instalasi Rawat Inap. Disini akan dijelaskan mengenai biaya tindakan yang akan dilakukan, sesuai dengan buku tarif RS Karya Medika I yang berlaku. Sebelumnya petugas Instalasi Rawat Inap berkoordinasi dengan dokter jaga IGD atau bidan jaga mengenai jenis/golongan tindakan yang akan dilakukan.

Dari wawancara mendalam didapatkan informasi sebagai berikut :

“... kalau asuransi kita konfirmasi ke asuransi mengenai biayanya, kalau PT sama saja kita konfirmasi ke pihak PT operasi ini dengan biaya segini. Kebanyakan kalau dari PT langsung okey ... kalau dari keluarga kebanyakan saat kita konfirmasi biayanya mereka masih bertanya-tanya sistimnya kata orang disini masih berunding”

“ kalau dari PT atau Asuransi setelah kita konfirmasi dengan pihak HRDnya biasanya bilang okey, tapi sering konfirmasi dulu dengan dokter jaga IGD.”

Untuk pasien dari Asuransi atau PT, persetujuan lewat telepon sudah bisa dijadikan pegangan untuk melaksanakan tindakan operasi, seperti terlihat pada kalimat informan berikut :

“... kadang-kadang operasi sudah berjalan, nanti perincian biaya dan diagnosa menyusul untuk operasi cito bagi PT yang sudah kerja sama. PT yang belum kerjasama, kadang-kadang dia membuat surat jaminannya sebagai pengganti uang muka, nanti saat pulang dia bayar cash.”

Untuk pasien umum, kebijakan mengenai uang muka, tidak bersifat memberatkan, seperti terlihat pada kalimat informan berikut :

“Uang muka sih untuk operasi kan ditarik, ya kalau operasi cito biasanya dibebaskan dulu lah. Untuk operasi elektif kan ada uang muka, kalau pasien dirawat biasa tidak ditarik uang muka. Itu kebijaksanaan.”

“untuk pasien yang sudah setuju operasi, uang muka belum ada...kita buat perjanjian antara pihak administrasi dengan keluarga pasien ... perjanjian tertulis di atas meterai ... setelah pasien itu dilaksanakan operasi kita konfirmasi ke bagian atasan kami, kepala keuangan ...”

Dari wawancara mendalam, fokus grup diskusi, observasi partisipatif dan telaah dokumen, didapatkan data sebagai berikut :

Data dikelompokkan menjadi dua golongan, yang pertama mengatakan waktu tunggu persetujuan operasi cukup cepat, kelompok kedua mengatakan butuh waktu yang agak lama untuk menyatakan persetujuan operasi.

Tabel 6.10. Gambaran hasil penelitian Faktor persetujuan operasi *cito* di RS Karya Medika I Periode 1 November – 30 November 2011

No	Informan	Waktu cepat	Butuh waktu lama
1	Pejabat satu	harus segera dilakukan. UM (uang muka) dibebaskan	
2	Pejabat dua	Atasi dulu keadaan gawat daruratnya.	
3	Pejabat tiga	harus segera dilakukan	
4	Pejabat empat	UM cukup fleksibel	
5	Pejabat lima	tidak kaku, ada seberapapun bisa	
6	Pejabat enam	mengutamakan yg cito dibanding elektif, jika terjadi bersamaan.	
7	Pejabat tujuh	dengan perjanjian tertulis, operasi bisa jalan tanpa Uang Muka	
8	dr IGD 2		Kadang, lama menunggu keluarga datang
9	dr IGD 3		biasanya lama berunding karena biaya, atau tak ada penanggung jawab
10	Pasien 1,2,5,8	cukup cepat, tak ada masalah	
11	FGD : informan 1,2,3,4		Menunggu persetujuan asuransi dan persetujuan keluarga/penabrak
12	Observasi partisipatif Obs 1,3,4,8,11,12,19. (7 kasus)		Menunggu persetujuan keluarga
13	Obs 21,22 (2 kasus)		Menunggu persetujuan asuransi/PT
14	Obs 2,5,6,7,9,10, 13, 14,15,16,17,18,20,23, 24,25,26,27.(18 kasus)	Tak ada masalah	
15	Telaah dokumen		Belum ada kebijakan tertulis tentang pembebasan uang muka untuk operasi cito

Dari keterangan di atas, maka intisari yang dapat peneliti ambil adalah sebagai berikut :

- a. Pertolongan pertama pada pasien gawat darurat harus segera dilaksanakan tanpa menunggu persetujuan tertulis.
- b. Untuk operasi cito ada kebijakan yang tidak tertulis bahwa persetujuan operasi dapat dilaksanakan tanpa menunggu uang muka.
- c. Pada beberapa kasus operasi tertunda karena menunggu persetujuan keluarga atau penanggung jawab biaya (penabrak / asuransi).
- d. Untuk kasus kebidanan seperti CPD, KPD atau Lilitan tali pusat, tidak memerlukan waktu persetujuan operasi yang lama.

6.4. Hubungan kesiapan sumber daya manusia terhadap waktu tunggu persiapan operasi cito

Hubungan kesiapan sumber daya manusia terhadap waktu tunggu persiapan operasi cito diuraikan sebagai berikut :

6.4.1. Kesiapan dokter jaga IGD

Kesiapan dokter jaga dalam penelitian ini dihitung dari saat pertama kali pasien datang ke IGD sampai konsultasi ke dokter ahli, dapat dilihat pada tabel berikut :

Tabel 6.11. Rata-rata/mean, median dan Standar Deviasi waktu tunggu pelayanan dokter jaga IGD untuk kasus operasi *cito* Periode 1 November – 30 November 2011

No	Diagnosis	Rata-rata / mean (jam:menit)	Median (jam:menit)	Standar Deviasi (jam:menit)
1	Fraktur terbuka	0:46	0:35	0:24
2	Vulnus Laceratum / perforatum	0:26	0:25	0:02
3	Finger tip injury	0:42	0:42	0:03
4	Apendisitis akut	0:26	0:25	0:07

Dari observasi partisipatif dan wawancara mendalam didapat keterangan sebagai berikut :

“dokter jaganya tentu dokter yang sertifait ya kemudian yang kedua kalau bisa sudah ikut kursus-kursus ATLS, ACLS ...”

“untuk tenaga di IGD, untuk dokternya pertama harus memiliki sertifikat ATLS, atau PPGD, sebagai syarat untuk penanganan pada pasien gawat darurat.”

Dari informan lain, diketahui kesiapan dokter jaga IGD belum merata :

“Contohnya dalam penanganan kasus-kasus yang berat, ada dokter yang cepat dan tepat, ada yang cepat tapi dibikin lambat gitu maksudnya dalam menentukan diagnosa dak yakin gitu ... fraktur nggak yaa ...”

“Kalau dokter A lebih berani mengambil keputusan saat itu gitu... kalau dokter B pemeriksaan penunjang harus lengkap lebih dulu baru konsul ke dokter konsulen.. lumayan lama juga...”

Dokter jaga IGD harus melakukan tindakan untuk mengatasi kegawatdaruratannya dulu sebelum konsultasi ke dokter konsulen/spesialis :

“nomor satu diagnosis dulu ditegakkan. Setelah itu kalau ada penanganan misalnya ileus obstruksi itu kan perlu pasang tiga jalur nah itu perlu dipasang dulu untuk terapi apa namanya gawat daruratnya. Kalau sudah itu pasti dilapor dulu ke dokternya.”

Dari WM, FGD, observasi partisipatif dan telaah dokumen, didapatkan data sebagai berikut :

Tabel 6.12. Gambaran hasil penelitian kesiapan dokter jaga IGD RS Karya Medika I Periode 1 November – 30 November 2011

No	Informan	Siap	Tak siap
1	Pejabat satu	kualitas tenaga kesehatan cukup baik	
2	Pejabat dua	Cukup, sesuai standar ATLS/ACLS	
3	Pejabat tiga	Sesuai standar akreditasi : PPGD & ATLS	
4	Pejabat lima		Harus ditingkatkan/ pemantapan
5	Pejabat delapan	Kuantitas dan kualitas sudah memadai	
6	dr operator 3		Masih perlu ditingkatkan
7	dr operator 4	Sudah cukup baik	
8	dr jaga IGD 2	Sudah cukup baik	
9	Pasien (rata2)	Sudah baik	
10	FGD Informan 1,2	Cukup baik	
11	FGD Informan 3,4,5,6		Ada dr jaga yg kurang yakin memberikan penjelasan
12	Observasi partisipatif	Cukup baik, tak ada masalah	
13	Telaah dokumen	Semua dr jaga IGD telah mempunyai sertifikat PPGD dan ATLS	

Dari keterangan di atas, maka intisari yang dapat peneliti ambil adalah sebagai berikut :

- a. Kesiapan dokter jaga IGD sudah cukup baik, karena memiliki sertifikat yang disyaratkan akreditasi.
- b. Waktu tunggu pelayanan dokter IGD rata-rata kurang dari 46 menit, untuk kasus tertentu malahan bisa kurang dari 30 menit.
- c. Ada dokter jaga yang masih perlu pelatihan, karena kurang yakin dalam menjelaskan kepada pasien/keluarganya.

6.4.2. Kesiapan bidan jaga

Persiapan sebelum operasi cito kasus kebidanan di RS Karya Medika I dilakukan oleh bidan jaga. Kesiapan bidan jaga dalam penelitian ini dihitung dari saat pertama kali pasien datang ke kamar bersalin sampai konsultasi ke dokter ahli, dapat dilihat pada tabel berikut :

Tabel 6.13. Rata-rata/mean, median dan Standar Deviasi waktu tunggu pelayanan bidan jaga untuk kasus operasi *cito* Periode 1 November – 30 November 2011

No	Diagnosis	Rata-rata / mean (jam:menit)	Median (jam:menit)	Standar Deviasi (jam:menit)
1	CPD	0:26	0:30	0:14
2	Lilitan tali pusat	0:18	0:10	0:18
3	KPD	0:08	0:10	0:02

Informasi yang didapat dari observasi partisipatif dan wawancara mendalam :

“Biasanya sih kita langsung infus kalau misalnya di IGD belum diinfus. Terus diperiksa lab. Terus diperiksa dalem, ada pembukaan atau nggak.”

“ Jumlah SDM di sini pas lah .Bidannya sudah lama-lama. Saya sendiri sudah enam belas tahun... kalau menurut saya sih sudah cukup bagus... sudah sesuai dengan protap-protap yang ada di sini...sudah terarah.”

Dari WM, observasi partisipatif, dan telaah dokumen didapatkan data sebagai berikut:

Tabel 6.14. Gambaran hasil penelitian kesiapan bidan jaga RS Karya Medika I
Periode 1 November – 30 November 2011

No	Informan	Siap	Tak siap
1	Pejabat satu	Cukup baik	
2	Pejabat lima	Saya rasa sudah cukup	
3	dr operator 4	Sudah cukup baik	
4	Bidan 1,2,3	Sudah cukup, dan sesuai protap	
5	Pasien (rata2)	Sudah cukup baik	
6	Observasi partisipatif	Tidak ada masalah	
7	Telaah dokumen	Sudah ada SPO tentang penanganan pasien operasi cito	

Dari keterangan di atas, maka intisari yang dapat peneliti ambil adalah sebagai berikut :

- a. Waktu persiapan operasi sectio sesarea *cito* yang dilakukan oleh bidan jaga RS Karya Medika I cukup cepat, rata-rata kurang dari 30 menit.
- b. Disamping sudah ada SPO penanganan pasien operasi cito, bidan jaga RS Karya Medika I sudah cukup berpengalaman.

6.4.3. Kesiapan perawat jaga IGD

Kesiapan perawat jaga IGD dalam penelitian ini dihitung dari saat pertama kali pasien datang ke IGD sampai pengiriman pemeriksaan penunjang (lab/rontgen), dapat dilihat pada tabel berikut :

Tabel 6.15. Rata-rata/mean, median dan Standar Deviasi waktu tunggu pelayanan perawat jaga IGD untuk kasus operasi *cito* Periode 1 November – 30 November 2011

No	Diagnosis	Rata-rata / mean (menit)	Median (menit)	Standar Deviasi (menit)
1	Fraktur terbuka	0:32	0:30	0:11
2	Vulnus Laceratum / perforatum	0:21	0:20	0:02
3	Finger tip injury	0:32	0:32	0:10
4	Apendisitis akut	0:28	0:30	0:02

Kesiapan perawat jaga IGD berdasarkan observasi partisipatif, wawancara mendalam dan Fokus Grup Diskusi sebagai berikut :

“ Kalau menurut saya sudah baik, karena langsung kita tangani pasiennya, tindakan itu langsung kita lakukan kayak heking, heking situasi, terus langsung kita kasih infus...”

“Untuk perawatnya .. Akper, sertifait kan sekarang perawat juga harus punya SIPP, PPGD atau BTCLS...”

Keterangan dari dokter operator :

“ Untuk perawat IGD sudah lumayan lah, bidan jaga juga sudah baik ... ”

Dari WM, FGD, observasi partisipatif dan telaah dokumen, didapatkan data sebagai berikut :

Tabel 6.16. Gambaran hasil penelitian kesiapan perawat jaga IGD RS Karya Medika I Periode 1 November – 30 November 2011

No	Informan	Siap	Tak siap
1	Pejabat satu	Cukup baik	
2	Pejabat dua		Kurang terutama untuk pasien yg memerlukan observasi ketat di IGD
3	Pejabat tiga	Kualitas cukup	Jumlah kurang
4	Pejabat empat	Masih cukup	
5	Pejabat lima		Harus ditingkatkan
6	dr operator 4	Cukup baik	
7	dr jaga IGD	Sudah cukup baik	
8	pasien	Sudah baik	
9	FGD informan 1,2,6	Sudah cukup	
10	FGD informan 3,4,5		Masih kurang, perlu pelatihan/skill
11	Observasi partisipatif	Tak ada masalah	
12	Telaah dokumen	Semua perawat IGD telah mengikuti PPGD	

Dari keterangan di atas, maka intisari yang dapat peneliti ambil adalah sebagai berikut :

- a. Perawat IGD RS Karya Medika I cukup siap dalam melaksanakan tugasnya, karena semua SDM telah bersertifikat PPGD.
- b. Jumlah tenaga masih kurang, terutama untuk menangani kasus-kasus yang memerlukan observasi ketat.

6.4.4. Kesiapan dokter operator

Kesiapan dokter operator dalam penelitian ini dihitung dari saat pertama kali dikonsulkan sampai datang ke kamar operasi, dapat dilihat pada tabel berikut :

Tabel 6.17. Rata-rata/mean, median dan Standar Deviasi waktu tunggu pelayanan dokter operator untuk kasus operasi *cito* Periode 1 November – 30 November 2011

No	Diagnosis	Rata-rata / mean (jam:menit)	Median (jam:menit)	Standar Deviasi (jam:menit)
1	Fraktur terbuka	3:46	3:55	2:54
2	Vulnus Laceratum / perforatum	1:28	1:50	0:41
3	CPD	1:53	1:45	1:22
4	Lilitan tali pusat	6:46	3:00	7:16
5	Finger tip injury	8:05	8:05	1:03
6	KPD	2:15	2:20	0:22
7	Apendisitis akut	3:21	3:00	3:03

Dari wawancara mendalam dan observasi partisipatif diketahui bahwa waktu tunggu pelayanan dokter operator di RS Karya Medika I, bersifat kompromi.

“Disini sih komprominya tinggi sekali. Kadang-kadang saya yang terlambat, kadang-kadang anestesinya yang terlambat. Saya juga maklumi, artinya tst lah ... tapi selama ini sih kita masih bisa toleransi, artinya sejam dua jam sih menurut saya okelah... tergantung kasusnya... kalau luka tusuk dengan perdarahan yaa ndak bisa dong...”

Dari WM, FGD, observasi partisipatif dan telaah dokumen, didapatkan data sebagai berikut :

Tabel 6.18. Gambaran hasil penelitian kesiapan dokter operator RS Karya Medika I
Periode 1 November – 30 November 2011

No	Informan	Siap	Tak siap
1	dr jaga IGD 3		dr operator kadang2 belum bisa menjanjikan kapan waktu op
2	Bidan jaga 2		dr operator ada yg harus dijemput dgn ambulans
3	Perawat OK 1		Operator juga suka terlambat
4	Pasien 1,3,5,6		dr bedah telat datang
5	Pasien lain (2,4,7,8,9,10)	Cukup baik	
6	FGD 1,2		dr operator suka molor
7	Observasi partisipatif Obs tujuh		dr op telat krn jalan macet, jembatan rusak
8	Obs delapan		Telat,krn ada cito di RS lain
9	Obs enambelas		Diagnosa belum tegak
10	Obs tujuhbelas		Op di RS lain
11	Obs sembilanbelas		Jalan macet
12	Obs duapuluh		Op cito di RS lain
13	Obs duapuluhdua		Op di RS lain
14	Telaah dokumen	Ada jadwal on call Ada SPO bila on call berhalangan	

Dari keterangan di atas, maka intisari yang dapat peneliti ambil adalah sebagai berikut :

- a. Kesiapan dokter operator dalam menghadapi operasi *cito* masih belum baik.
- b. Penyebab tersering keterlambatan adalah karena ada operasi cito di Rumah Sakit lain, dan jalan macet.

6.4.5. Kesiapan dokter anestesi

Kesiapan dokter anestesi dalam penelitian ini dihitung dari saat pertama kali dilapor ada operasi sampai datang ke kamar operasi, dapat dilihat pada tabel berikut :

Tabel 6.19. Rata-rata/mean, median dan Standar Deviasi waktu tunggu pelayanan dokter anestesi untuk kasus operasi *cito* Periode 1 November – 30 November 2011

No	Diagnosis	Rata-rata / mean (jam:menit)	Median (jam:menit)	Standar Deviasi (jam:menit)
1	Fraktur terbuka	3:47	3:30	2:31
2	Vulnus Laceratum / perforatum	0:50	0:45	0:18
3	CPD	1:46	1:37	1:20
4	Lilitan tali pusat	3:20	2:30	1:53
5	Finger tip injury	5:50	5:50	1:53
6	KPD	1:28	1:10	0:40
7	Apendisitis akut	4:40	6:35	3:41

Dari wawancara mendalam diketahui bahwa untuk pemeriksaan pre-operatif pada prinsipnya sama antara operasi elektif dengan operasi cito.

“kurang lebih sama dengan operasi elektif, tetapi ada hal-hal perlu kita kurangi waktunya seperti jadwal waktu puasanya, terus pemeriksaan laboratorium yang tidak terlalu lengkap... artinya tidak mengabaikan keamanan... mengingat cito tentu kita utamakan life savingnya.”

“waktu pemeriksaan sebelum operasi yaa namanya juga cito yaa bisa lima belas menit bisa setengah jam, namanya juga cito, tidak ada puasa seperti operasi elektif, tetapi kita tetap mengantisipasi dengan tehnik-tehnik yang sudah ada,

seperti kalau lambungnya penuh kita pasang NGT atau pemberian obat anti muntah.”

Untuk kedatangan dokter anestesi dibandingkan dengan dokter bedahnya:

“Kurang lebih sama ajalah, karena kadang-kadang mereka lebih duluan datang, kadang-kadang ada yang keterlambatan mungkin karena lalu lintas atau mungkin ada hal-hal lain yang diluar perkiraan... selama ini komunikasi jalan, jadi kita bisa pahami, kadang ada operasi yang tidak bisa ditinggalkan di luar...”

Dari informan perawat OK diketahui bahwa dokter anestesi sering telat :

“kita punya dokter anestesi tiga naa yang sering telat yang satu ini...”

“dokter on call tak bisa dihubungi, dokter B dihubungi ndak bisa katanya habis operasi di Rumah Sakitdokter C waktu dihubungi katanya sedang sakit ...”

“Sering, sering telat. kadang dokter operator sudah datang, dokter anestesi belum ada...”

“kita sudah menghubungi dokter A tak bisa, akhirnya dialihkan ke dokter B. dokter B sudah nyanggupi, tapi sampai operasi mulai tak datang juga...”

Penjelasan dari dokter anestesi :

“...biasanya ada komunikasi dengan penata anestesi, bila kondisi pasien kurang baik, biasanya kita (dr anestesi) usahakan datang...”

Informasi dari dokter operator :

“...untuk ASA 1 atau 2 masih bolehlah dokternya tak datang. Tapi kalau sudah ASA 3 keatas, saya tak mau operasi tanpa dokter anestesi”.

Dari WM, observasi partisipatif dan telaah dokumen, didapatkan data sebagai berikut:

Tabel 6.20. Gambaran hasil penelitian kesiapan dokter anestesi RS Karya Medika I
Periode 1 November – 30 November 2011

No	Informan	Siap	Tak siap
1	dr operator 1		Ada dr anestesi yg tidak on time
2	dr operator 3		Ada op yg tetap jalan walaupun tak ada dr anestesi
3	dr Anestesi	Selalu ada komunikasi antara penata & dr anestesi	
4	Bidan 3		Ada kasus dr operator sudah datang dr anestesi belum datang
5	Perawat OK1		dr operator sudah datang, dr anestesi belum ada
6	Perawat OK 2		dr anestesi sering telat
7	Perawat OK 3	Dr anestesi hanya mengikuti dr bedah	
7	Pasien 6		Membiusnya kurang terampil dari suntik di punggung jadi bius umum
8	Observasi partisipatif Obs 11		dr anestesi ada operasi RS lain dgn komplikasi
9	Obs 26		dr anestesi tak datang, hanya dgn penata
10	Telaah dokumen	Ada jadwal on call, dan mekanisme bila anestesi yg bersangkutan berhalangan	

Dari keterangan di atas, maka intisari yang dapat peneliti ambil adalah sebagai berikut :

- a. Kesiapan dokter anestesi dalam menghadapi operasi *cito* masih belum baik.
- b. Penyebab tersering keterlambatan adalah karena sedang operasi cito di Rumah Sakit lain.
- c. Pada beberapa operasi hanya dihadiri penata anestesi, namun biasanya sudah konsultasi ke dokter anestesinya dan dibawah tanggung jawab dokter anestesi.

6.4.6. Kesiapan perawat kamar operasi

Kesiapan perawat kamar operasi dalam penelitian ini dihitung dari saat pemesanan kamar operasi sampai kamar operasi siap, dapat dilihat pada tabel berikut :

Tabel 6.21. Rata-rata/mean, median dan Standar Deviasi waktu tunggu pelayanan perawat kamar operasi untuk kasus operasi *cito* Periode 1 November – 30 November 2011

No	Diagnosis	Rata-rata / mean (jam:menit)	Median (jam:menit)	Standar Deviasi (jam:menit)
1	Fraktur terbuka	0:46	0:30	0:36
2	Vulnus Laceratum / perforatum	0:25	0:30	0:08
3	CPD	0:25	0:27	0:07
4	Lilitan tali pusat	0:36	0:30	0:30
5	Finger tip injury	1:45	1:45	1:46
6	KPD	1:06	1:20	0:32
7	Apendisitis akut	0:28	0:15	0:27

Kesiapan perawat kamar operasi masih kurang, ini tergambar dari keterangan dokter operator berikut :

“mengenai SDM nya tu beragam-ragam. Ada yang baru belajar... tapi kalau misalnya ada operasi cito, biasanya mereka apa boleh buat, yang ada aja. Makanya kalau kita berharap sih mudah-mudahan kalau cito itu jam kerja. Biasanya kalau jam kerja tu fasilitas tenaga tu ada.”

“... tetep berpulang kepada tenaga SDM yang ada jadi tentu karena SDM nya tidak terlalu banyak jumlahnya tentu penanganan atau waktu yang dibutuhkan akan lebih lama karena tumpang tindih pekerjaan yang mereka lakukan.”

Diketahui bahwa SDM (perawat) di kamar operasi masih kurang jumlahnya dan keterampilannya pun masih belum baik. Dari lima perawat kamar operasi, baru satu orang yang sudah mengikuti pelatihan keterampilan dasar bedah.

Informasi dari informan pejabat lima :

“Untuk OK karena kekurangan tenaga kita mengatasi dengan system on call...efisiensi tenaga, fasilitas, dan lain-lain“

Karena jumlahnya yang kurang maka diatur jadwal jaganya dengan system “on call” pada malam hari dan pada hari libur/minggu. Pernah terjadi,dokter operator datang lebih dulu dari perawat OK, sehingga kamar operasi masih tutup waktu dokternya datang. Ini terjadi pada kasus Ny.K, 19 tahun, dengan diagnosis KPD. Keterlambatan perawat OK lebih kurang dua puluh menit dibandingkan dengan dokter operator.

Dengan SDM OK yang kurang juga berpengaruh pada jadwal operasi,karena tidak bisa melaksanakan dua operasi secara bersamaan.

Dari WM, observasi partisipatif dan telaah dokumen, didapatkan data sebagai berikut:

Tabel 6.22. Gambaran hasil penelitian kesiapan perawat kamar operasi RS Karya Medika I Periode 1 November – 30 November 2011

No	Informan	Siap	Tak siap
1	Pejabat satu		Karena kekurangan tenaga maka on call
2	Pejabat lima		Yang bersertifikat baru satu, itupun pemula.
3	Pejabat enam		Kuantitas sangat kurang, apalagi main dua.
4	dr operator tiga		Banyak kurang. Tenaga tak stand by.
5	dr operator empat		Kurang, tapi tak menyolok, karena pasien jarang.
6	dr jaga 3		OK tak siap main bareng dua
7	Bidan 1		OK, seharusnya ada satu, jangan on call
8	Perawat OK 1		Perawat kurang, dr op komplain kalau perawat masih baru
9	Perawat OK 2		Terus terang kurang. Tak bisa main dua. Harus panggil petugas OK lain.
10	Perawat OK 3		Kurang, dr operator tak mau nunggu.
11	Observasi partisipatif Obs enam		OK belum siap, harus sterilisasi dulu.
12	Obs sembilan		Telat karena on call malam (02.30)
13	Telaah dokumen	Ada jadwal jaga dan jadwal on call	

Dari keterangan di atas, maka intisari yang dapat peneliti ambil adalah sebagai berikut :

- a. Kesiapan perawat kamar operasi RS Karya Medika I masih kurang, baik dari segi kuantitas maupun kualitasnya.
- b. Dengan jumlah tenaga hanya 5 orang, sangat sulit melaksanakan kegiatan dua operasi yang berjalan bersamaan waktunya.

- c. Sistem *on call* sering berjalan kurang baik, sehingga pada beberapa kasus terjadi keterlambatan operasi karena perawatnya terlambat datang.

6.5. Hubungan kesiapan alat dan obat-obatan operasi terhadap waktu tunggu persiapan operasi cito

Tahapan setelah pasien atau keluarganya setuju untuk dilakukan operasi adalah mempersiapkan kamar operasi. Persiapan meliputi kelengkapan alat dan obat-obatan operasi dan SDMnya.

Salah satu informan dokter operator mengatakan sebagai berikut :

“Disini alat-alat tidak terlalu lengkap...banyak alat-lat yang tidak bagus atau sesuai ya kita terpaksa menyesuaikan dengan kondisi yang ada ... tapi ya cukuplah untuk melayani kasus-kasus yang basic ya standar, untuk kasus yang berat ya kita pikir-pikir lagi. Beberapa alat harus dibawa dokter yang akan operasi seperti set ortopedi, set kraniotomi,...”

Informan dokter operator yang lain mengatakan :

“Banyak kurang. Kalau terjadi sewaktu operasi yaa seadanya karena operasi harus tetap berjalan. Kemudian alat banyak yang lama, sudah ada sejak permulaan rumah sakit ada... Gunting banyak yang tidak tajam ...”

Untuk persiapan alat dan obat-obatan di IGD :

“Pengadaan alat medis dan obat-obatan dari rumah sakit disiapkan stok di IGD, untuk obat-obat dan alat yang harus segera diberikan atau dipakai kepada pasien, nanti setelah digunakan baru diresepkan atau diambil ke apotik untuk mengganti stok yang ada. Jadi kita tidak mengalami keterlambatan dalam penyediaan obat dan alat.”

Dari WM, observasi partisipatif dan telaah dokumen, didapatkan data sebagai berikut:

Tabel 6.23. Gambaran hasil penelitian kesiapan alat dan obat-obatan operasi RS Karya Medika I Periode 1 November – 30 November 2011

No	Informan	Siap	Tak siap
1	Pejabat satu		Belum baik, pengadaannya agak lama
2	Pejabat dua		Alat banyak yg lama. Kualitas kurang.
3	Pejabat tiga	Tak ada masalah	
4	Pejabat empat	Bisa pinjam ke Apotik atau OK.	Pengadaan agak lama sekitar sebulan.
5	Pejabat lima	Cukup baik	
6	Pejabat enam	Cukup baik	
7	Pejabat delapan	Biasanya petugas gudang on call bila gudang tutup.	
8	dr operator satu		Alat banyak kurang, seadanya krn operasi harus tetap berjalan. Alat banyak yg lama. Kualitas kurang
9	dr operator dua	Untuk tipe RS ini,saya kira sudah cukup	
10	dr operator tiga		Alat tak terlalu lengkap & tidak bagus. Untuk kasus berat harus pikir2 lagi.
11	dr operator empat	Tak jadi masalah	
12	dr anestesi	cukup	
13	dr jaga IGD	Sudah cukup baik	
14	Bidan jaga	Masih cukup, bisa diatasi	
15	Perawat OK 1		sebetulnya kurang cukup. Harus buang waktu, steril ulang
16	Perawat OK 2	Tak menghambat waktu op.	
17	Perawat OK 3	Selama ini cepat diatasi.Obat emergency biasanya ada.	
18	Observasi partisipatif	Tak ada masalah	
19	Telaah dokumen	Ada mekanisme permintaan alat atau obat yang dibutuhkan segera	

Dari keterangan di atas, maka intisari yang dapat peneliti ambil adalah sebagai berikut :

- a. Obat-obatan untuk kasus *emergency* sudah cukup baik, sebagian disimpan di ruangan masing-masing. Bila *stock* di ruangan tidak ada, bisa diajukan permintaan *cito* atau pinjam ke ruangan lain yang ada.
- b. Alat dipakai sudah cukup lama dan tidak lengkap, sehingga pada beberapa operasi harus meminjam dari Karya Medika grup atau dibawa oleh dokter operator, seperti set ortopedi, set kraniotomi, dan lain-lain.

6.6. Hubungan unit penunjang yang terkait IGD terhadap waktu tunggu persiapan operasi cito

6.6.1 Kesiapan Instalasi Laboratorium

Kesiapan instalasi laboratorium dalam penelitian ini dihitung dari saat sampel diambil sampai ada hasil tertulis, dapat dilihat pada tabel berikut :

Tabel 6.24. Rata-rata/mean, median dan Standar Deviasi waktu tunggu pelayanan Laboratorium untuk kasus operasi *cito* Periode 1 November – 30 November 2011

No	Diagnosis	Rata-rata / mean (jam:menit)	Median (jam:menit)	Standar Deviasi (jam:menit)
1	Fraktur terbuka	1:37	1:35	1:02
2	Vulnus Laceratum / perforatum	1:23	1:32	0:54
3	CPD	0:43	0:37	0:38
4	Lilitan tali pusat	0:50	0:33	0:35
5	Finger tip injury	3:38	3:38	1:27
6	KPD	0:41	0:30	0:29
7	Apendisitis akut	1:20	1:18	0:56

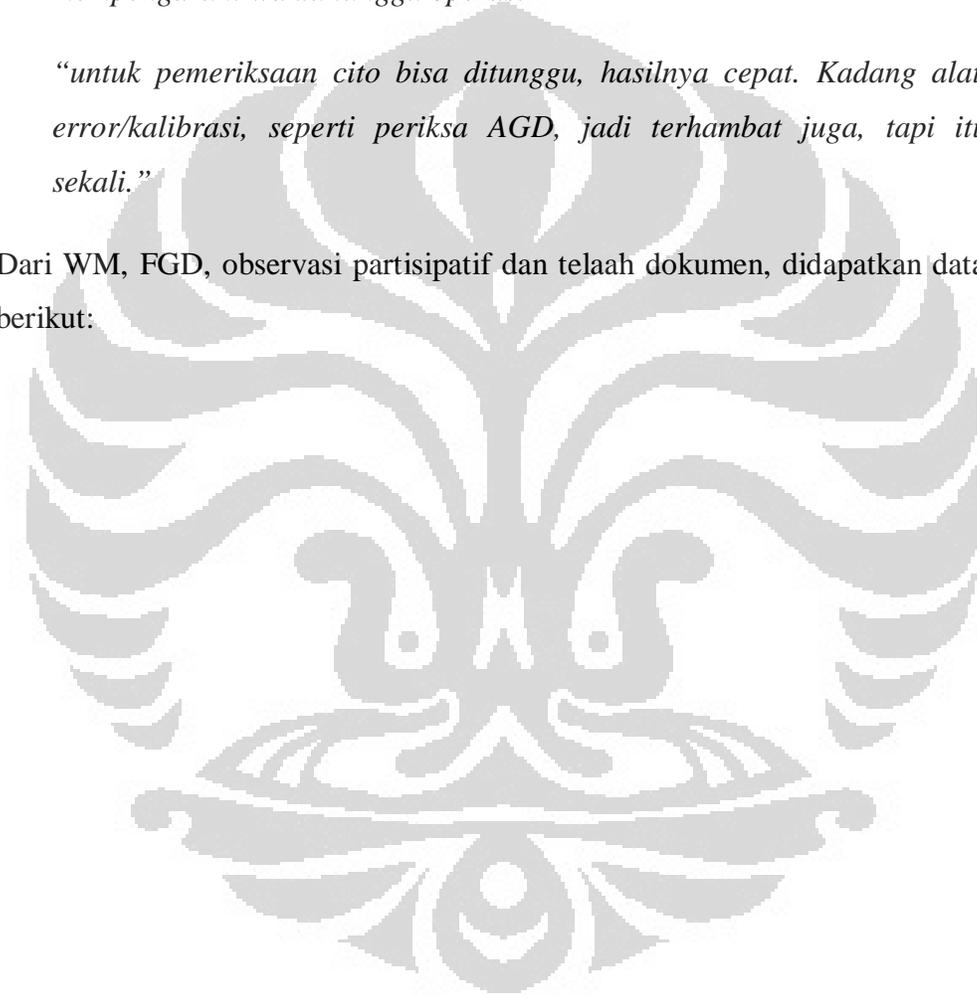
Kebijakan di Instalasi laboratorium akan mendahulukan operasi cito, seperti dalam wawancara berikut :

“jika ada tulisan cito aja, kita pasti akan dahulukan yang cito itu. Apalagi kayak yang di ruang VK... ini akan operasi jam segini, kita akan usahakan sebelum jam yang direncanakan akan operasi itu hasil sudah dipegang sama ruang VK.”

“kalau kita minta cito biasanya langsung dateng hasilnya, misalnya H2TL...BT-CT dan GDS itu kan kita nunggu persiapan operasi di ruangan jadi tidak mempengaruhi waktu tunggu operasi”

“untuk pemeriksaan cito bisa ditunggu, hasilnya cepat. Kadang alatnya lagi error/kalibrasi, seperti periksa AGD, jadi terhambat juga, tapi itu jarang sekali.”

Dari WM, FGD, observasi partisipatif dan telaah dokumen, didapatkan data sebagai berikut:



Tabel 6.25. Gambaran hasil penelitian kesiapan Instalasi Laboratorium RS Karya Medika I Periode 1 November – 30 November 2011

No	Informan	Siap	Tak siap
1	Pejabat dua	Cukup baik	
2	Pejabat empat	Tak ada hambatan	
3	Pejabat enam	Cukup baik, biasanya darah rutin kurang dari 15 menit	
4	Pejabat sembilan	Pasti didahulukan, diusahakan sebelum jam operasi sudah selesai.	
5	dr operator satu	Sudah cukup baik	
6	dr operator empat	Cukup baik	
7	dr anestesi	Kerja sama lebih kurang sama (cukup)	
8	dr jaga IGD satu	Hasil lab bisa ditunggu.	
9	dr jaga IGD dua	Biasanya cepet	
10	dr jaga IGD tiga	Sudah baik	
11	Bidan satu	Sudah cukup baik	
12	Bidan tiga	Kita yg mengantar ke lab, biasanya cepet	
13	Perawat OK satu		Masih belum baik
14	Perawat OK dua		Kadang ada pasien yg dikirim ke OK belum ada hasil lab tertulis
15	Perawat OK tiga	Lab biasanya yg hasilnya cepat, seperti H2TL, CT-BT	
16	FGD informan empat	Biasanya cepet	
17	Observasi partisipatif Obs 1,3,4,5,7,9,26		Lebih dari satu jam, karena menunggu persetujuan operasi
18	Observasi partisipatif lainnya	Tak ada masalah	
19	Telaah dokumen	Ada SPO tentang pemeriksaan untuk pasien operasi cito	

Dari keterangan di atas, maka intisari yang dapat peneliti ambil adalah sebagai berikut :

- a. Pemeriksaan laboratorium rata-rata sudah cukup cepat, kecuali pada beberapa kasus agak lama karena kalibrasi alat, atau belum dikerjakan, karena menunggu persetujuan operasi.
- b. Pemeriksaan laboratorium disesuaikan dengan permintaan dan diusahakan tidak mengganggu jalannya operasi cito.

6.6.2 Kesiapan Instalasi Radiologi

Kesiapan instalasi radiologi dalam penelitian ini dihitung dari saat permintaan rontgen sampai selesai foto, dapat dilihat pada tabel berikut :

Tabel 6.26. Rata-rata/mean, median dan Standar Deviasi waktu tunggu pelayanan Radiologi untuk kasus operasi cito Periode 1 November – 30 November 2011

No	Diagnosis	Rata-rata / mean (jam:menit)	Median (jam:menit)	Standar Deviasi (jam:menit)
1	Fraktur terbuka	0:29	0:20	0:17
2	Vulnus Laceratum / perforatum	0:20	0:20	0
3	Finger tip injury	0:25	0:25	0:07
4	Apendisitis akut	0:21	0:20	0:02

Kesiapan Instalasi Radiologi dari wawancara mendalam :

“ Langsung pasiennya kita rontgen, hasil tergantung dokter yang akan melakukan operasi, mau minta hasil tertulis atau ekspertise atau tanpa hasil. Kalau minta hasil, kebijakan kita langsung kita teleradiografi, kalau nggak ada dokter radiologinya maksudnya. Kalau ada dokter radiologi langsung kita bacakan dan langsung dibuat ekspertisanya. Teleradiografi hasilnya paling lama satu jam.”

“... kalau pasien multi trauma sih lumayan banyak tuh yang kita rontgen yaa agak lama juga, tapi kalau untuk foto satuan-satuan gitu sih nggak lama.”

Pemeriksaan Radiologi yang bersifat penunjang dilakukan sesuai dengan permintaan dan selesai sebelum operasi dimulai. Bahkan biasanya pemeriksaan radiologi ini menjadi dasar bagi dokter jaga IGD untuk konsultasi ke dokter ahlinya, terutama untuk kasus-kasus Ortopedi.

Dari WM, FGD, observasi partisipatif dan telaah dokumen, didapatkan data berikut:

Tabel 6.27. Gambaran hasil penelitian kesiapan Instalasi Radiologi RS Karya Medika I Periode 1 November – 30 November 2011

No	Informan	Siap	Tak siap
1	Pejabat dua	Cukup baik	
2	Pejabat empat	Tak ada masalah	
3	Pejabat sepuluh	Kita usahakan secepat mungkin hasilnya. Prosedur untuk cito, dr radiologi bisa dihubungi/dipanggil. Bila pasien tak bisa dibawa ke Radiologi krn alat2 yg melekat di tubuh pasien ro bisa di tempat.	
4	dr operator satu	Sudah cukup baik	
5	dr operator empat	Cukup baik	
6	dr jaga IGD satu	Ro/scan cepat	
7	dr jaga IGD dua	Biasanya cepet	Kadang lama ekspertisinya
8	dr jaga IGD tiga	Sudah baik	
9	FGD informan 1,2,3,4,5,6		Ro nya cukup cepat, hanya ruangnya lumayan jauh dari IGD, jadi agak terhambat pelayanan.
10	Observasi partisipatif	Tak ada masalah	
11	Telaah dokumen	Ada SPO tentang pelaksanaan rontgen untuk pasien operasi cito	

Dari keterangan di atas, maka intisari yang dapat peneliti ambil adalah sebagai berikut :

- a. Kesiapan Instalasi Radiologi sudah cukup baik.
- b. Sudah ada fasilitas teloradiologi untuk kasus-kasus yang memerlukan ekspertise segera sedangkan dokter ahli radiologinya tidak di tempat.
- c. Untuk permintaan pemeriksaan dari IGD, karena jarak antara Radiologi dengan IGD agak berjauhan, maka hasilnya pun agak lama.

6.7. Gambaran waktu tunggu persiapan operasi cito dihubungkan dengan variable penelitian

Dari semua keterangan dari bab 6 ini, maka intisari yang dapat peneliti ambil adalah sebagai berikut :

Tabel 6.28. Gambaran waktu tunggu persiapan operasi cito dihubungkan dengan variabel Persetujuan Operasi

Variabel	Hasil Penelitian
Persetujuan operasi	<p>WM : Pasien gawat darurat harus diatasi keadaan gawatnya terlebih dahulu, untuk tindakan selanjutnya (operasi) perlu persetujuan tertulis dari pasien/keluarga atau penanggung jawab.</p> <p>FGD : Beberapa operasi tertunda karena menunggu persetujuan keluarga atau persetujuan Perusahaan/Asuransi.</p> <p>Telaah dokumen : belum ada kebijakan tertulis tentang penanganan pasien operasi cito.</p> <p>Observasi partisipatif : Untuk kasus kebidanan / melahirkan tidak membutuhkan waktu persetujuan yang lama, sedangkan untuk kasus kecelakaan dan sakit (Apendisitis) masih butuh waktu untuk persetujuan keluarga atau penanggung jawab.</p>

Tabel 6.29. Gambaran waktu tunggu persiapan operasi cito dihubungkan dengan variabel Kesiapan SDM :

Variabel	Hasil Penelitian
Kesiapan dokter jaga IGD	<p>WM : Jumlah tenaga 6 (enam) orang. Satu orang sbg kepala IGD. Kecepatan pelayanan cukup baik.</p> <p>FGD : Ada dokter jaga yg masih perlu pelatihan.</p> <p>Telaah dokumen : ada jadwal jaga dan bukti sertifikat pelatihan.</p> <p>Observasi partisipatif : setiap shift jaga, ada satu dokter jaga yang siap di tempat (<i>on site</i>).</p>
Kesiapan bidan jaga	<p>WM : jumlah tenaga 7 (tujuh) orang. Satu diantaranya kepala ruang kebidanan. Kecepatan pelayanan cukup baik.</p> <p>Telaah dokumen : ada jadwal jaga dan jadwal <i>on call</i>, dan ada SPO penanganan pasien operasi cito.</p> <p>Observasi partisipatif : terdapat dua orang bidan yang bertugas dalam setiap shift jaga.</p>
Kesiapan perawat jaga IGD	<p>WM : jumlah tenaga 13 (tiga belas) orang, termasuk satu orang kepala ruang perawatan IGD. Kecepatan pelayanan cukup baik.</p> <p>FGD : dalam setiap shift jaga ada perawat PJ. Perawat pelaksana masih perlu pelatihan/kursus.</p> <p>Telaah dokumen : Ada jadwal jaga dan sertifikat pelatihan.</p> <p>Observasi partisipatif : Pelayanan yang diberikan sudah cukup baik.</p>

Variabel	Hasil Penelitian
Kesiapan dokter operator	<p>WM : dokter operator sering terlambat.</p> <p>Telaah dokumen : Ada jadwal on call konsulen, ada SPO bila konsulen berhalangan.</p> <p>Observasi partisipatif : Terjadi keterlambatan operasi pada beberapa kasus, karena sedang operasi di RS lain atau jalan macet.</p>
Kesiapan dokter anestesi	<p>WM : dokter anestesi sering terlambat.</p> <p>Telaah dokumen : Ada jadwal on call, dan mekanisme bila anestesi yg bersangkutan berhalangan</p> <p>Observasi partisipatif : Terjadi keterlambatan operasi pada beberapa kasus, karena menunggu dokter anestesi sedang operasi di RS lain atau jalan macet.</p>
Kesiapan perawat kamar operasi	<p>WM : Jumlah tenaga 5 (lima) orang, termasuk satu orang kepala ruang perawatan OK. Yang memiliki sertifikat dasar bedah hanya satu orang.</p> <p>Telaah dokumen : Ada jadwal jaga dan jadwal on call</p> <p>Observasi partisipatif : pada beberapa operasi perawat datang terlambat, terutama pada saat on call malam.</p>

Tabel 6.30. Gambaran waktu tunggu persiapan operasi cito dihubungkan dengan variabel kesiapan alat kesehatan dan obat-obatan :

Variabel	Hasil penelitian
Kesiapan alat kesehatan	<p>WM : Alat kurang baik dari jumlah maupun kualitasnya. Untuk alat yang dibawa dari luar RSKMI, harus dilakukan sterilisasi ulang.</p> <p>FGD : Ada stock pada ruangan masing-masing.</p> <p>Telaah dokumen : Ada mekanisme permintaan alat kesehatan yang dibutuhkan segera. Belum ada set ortopedi, set kraniotomi, set bedah gigi-mulut</p> <p>Observasi partisipatif : Beberapa operasi harus meminjam dari Karya Medika group.</p>
Kesiapan obat-obatan	<p>WM : Obat-obatan untuk operasi cito, sudah cukup tersedia.</p> <p>FGD : Obat <i>emergency</i> ada pada stock masing-masing ruangan.</p> <p>Telaah dokumen : Ada mekanisme permintaan obat-obatan yang dibutuhkan segera</p> <p>Observasi partisipatif : Tidak ada kendala dalam persediaan obat.</p>

Tabel 6.31. Gambaran waktu tunggu persiapan operasi cito dihubungkan dengan variabel kesiapan instalasi penunjang IGD :

Variabel	Hasil penelitian
Kesiapan instalasi Laboratorium	<p>WM : Petugas jaga tiga orang pagi, tiga orang sore dan dua orang malam. Semua analis kesehatan ada 10 (sepuluh) orang. Hasil sudah cukup baik, biasanya darah rutin kurang dari 15 menit.</p> <p>FGD : Hasil lab cito bisa ditunggu.</p> <p>Telaah dokumen : Ada SPO pemeriksaan lab cito</p> <p>Observasi partisipatif : Hasil pemeriksaan lab yang lebih dari satu jam, dikarenakan menunggu persetujuan operasi.</p>
Kesiapan instalasi Radiologi	<p>WM : Prosedur untuk cito, dokter radiologi bisa dihubungi. Bila pasien tak bisa dibawa ke ruang Radiologi krn alat2 yg melekat di tubuh pasien, bisa rontgen di tempat. Tenaga radiographer ada 6 (enam) orang.</p> <p>FGD : jarak ruang IGD dan Radiologi yang agak jauh.</p> <p>Telaah dokumen : Ada SPO tentang pelaksanaan rontgen untuk pasien operasi cito</p> <p>Observasi partisipatif : Petugas radiographer yang jaga pagi dua orang, sore dua orang, dan malam satu orang petugas.</p>

BAB 7

PEMBAHASAN

Bab 7 ini membahas hasil penelitian yang telah diuraikan dalam bab 6. Lingkup pembahasan mencakup gambaran umum waktu tunggu persiapan operasi cito, variabel waktu tunggu persetujuan operasi, variabel kesiapan sumber daya manusia, variabel kesiapan alat dan obat-obatan operasi, dan variabel unit penunjang yang terkait dengan pelayanan gawat darurat.

Diakhir bab ini disampaikan keterbatasan-keterbatasan pelaksanaan selama penelitian dilakukan.

7.1. Gambaran umum waktu tunggu persiapan operasi cito di IGD RSKM I

Dari hasil penelitian diketahui bahwa waktu pelayanan pada masing-masing tahap pelayanan terhadap pasien IGD yang akan menjalani operasi cito memberikan kontribusi terhadap lamanya waktu pelayanan secara keseluruhan. Besarnya rata-rata, median dan standar deviasi waktu tunggu pada setiap tahap pelayanan yang harus dijalani oleh pasien IGD yang akan menjalani operasi cito dapat dilihat pada tabel 6.8. dalam bab 6, halaman 62.

Dari 9 komponen atau jenis waktu tunggu yang ada pada tabel 6.8. terdapat 5 komponen yang mempengaruhi waktu pelayanan pasien secara keseluruhan, yaitu waktu tunggu persetujuan operasi, pelayanan laboratorium, pelayanan perawat kamar operasi, dokter operator dan dokter anestesi.

Untuk kasus bedah seperti Fraktur terbuka, Vulnus laceratum/perforatum, Finger Tip Injury, dan Apendisitis Akut, selain kelima komponen tersebut, waktu pelayanan persiapan operasi cito juga dipengaruhi waktu tunggu : pelayanan dokter jaga IGD,

perawat jaga, dan pelayanan Radiologi. Sedangkan untuk kasus kebidanan seperti CPD, Lilitan tali pusat, dan KPD, selain kelima komponen tersebut, waktu persiapan operasi cito juga dipengaruhi oleh waktu tunggu pelayanan bidan jaga.

Sejalan dengan visi rumah sakit Karya Medika I, yakni menjadi pusat rujukan dengan unggulan pelayanan Gawat Darurat pada kecelakaan di Kabupaten Bekasi, diketahui bahwa dari 27 kasus operasi cito di IGD RS Karya Medika I, ternyata 14 kasus (51,85%) adalah kasus trauma. Waktu tunggu persiapan operasi cito sebagian besar kasus trauma tersebut masih belum baik. Fraktur terbuka rata-rata 7 jam 01 menit dan *Finger tip injury* rata-rata 6 jam 17 menit. Hanya waktu tunggu persiapan operasi *vulnus laceratum/perforatum* yang cukup singkat yakni rata-rata 2 jam 10 menit. Dari observasi partisipatif diketahui ternyata kasus bedah yang waktu tunggu cukup singkat ini dikarenakan pasien datang pada jam kerja. Ada 3 kasus pasien dengan *vulnus laceratum/perforatum* yakni masing-masing datang pada jam 08.25, 13.55, dan 14.00 WIB.

Berikut ini disajikan data tentang lamanya waktu tunggu persiapan operasi cito berdasarkan jam kedatangan pasien di IGD RS Karya Medika I. Data dibagi dalam dua kelompok/tabel, yakni pasien yang datang di IGD dalam jam praktek dokter spesialis dan pasien yang datang diluar jam praktek dokter spesialis yang bersangkutan.

Tabel 7.32. Waktu tunggu persiapan operasi cito berdasarkan jam kedatangan pasien di IGD (dalam jam praktek RS Karya Medika I)

No	Diagnosis	jumlah	Lama waktu tunggu operasi (jam:menit)
1	Fraktur terbuka	3	3:55 – 3:20 - 3:14
2	Finger tip injury	1	1:55
3	V.Laceratum/perforatum	3	2:10 - 1:23 - 2:57
4	Apendisitis akut	1	1:52
5	CPD	2	1:40 - 1:10
6	KPD	1	2:58
7	Lilitan tali pusat	2	3:30 – 4:49

Tabel 7.33. Waktu tunggu persiapan operasi cito berdasarkan jam kedatangan pasien di IGD (diluar jam praktek RS Karya Medika I)

No	Diagnosis	jumlah	Lama waktu tunggu operasi (jam:menit)
1	Fraktur terbuka	6	8:00 - 6:20 - 4:15 - 9:30 - 10:48 - 6:10
2	Finger tip injury	1	10:39
3	V.Laceratum/perforatum	0	-
4	Apendisitis akut	2	7:10 - 17:22
5	CPD	2	5:02 - 3:05
6	KPD	2	3:10 - 3:20
7	Lilitan tali pusat	1	12:18

Keterangan :

Jam praktek dr bedah dan dr kebidanan : 08.00 – 14.00 WIB (tiap hari kerja)

Jam praktek dr Ortopedi : 15.00 – 17.00 WIB (selasa dan kamis)

Dengan membandingkan tabel 7.32. dengan tabel 7.33. maka intisari yang dapat peneliti ambil adalah waktu tunggu persiapan operasi cito rata-rata lebih cepat jika pasien datang ke IGD RSKM I dalam jam praktek dokter spesialis yang bersangkutan.

Secara umum, waktu tunggu persiapan operasi cito di Rumah Sakit Karya Medika I masih belum baik. Seperti misalnya untuk persiapan operasi Fraktur terbuka di IGD RS Karya Medika I membutuhkan waktu rata-rata 7 jam 01 menit. Jika dibandingkan dengan *golden period* (sebelum 6 – 7 jam), maka waktu tunggu persiapan operasi cito di IGD RSKM I sudah berada pada batas atas yang diperbolehkan.

Sebagai pembanding, penelitian yang dilakukan di RSCM oleh Siregar (2006) mendapatkan hasil rata-rata waktu persiapan pra kamar operasi untuk kasus ortopedi adalah 7 jam 51 menit.

Untuk kasus / diagnosis yang lain, peneliti belum mempunyai referensi tentang waktu optimal dilaksanakannya suatu tindakan. Sebagian besar referensi hanya mengatakan sebaiknya operasi dilaksanakan sesegera mungkin.

Peneliti setuju dengan pendapat Brunicardi. (2007) dan Prawirohardjo. (2008) yang mengatakan bahwa waktu tunggu operasi merupakan salah satu faktor yang mempengaruhi morbiditas dan mortalitas. Oleh karena itu waktu tunggu harus diusahakan sesingkat mungkin.

7.2. Variable waktu tunggu persetujuan operasi

Dari penelitian ini diketahui bahwa Rumah Sakit Karya Medika I dalam melaksanakan pelayanan gawat darurat tidak memungut uang muka, hal ini sesuai dengan pasal 29, ayat satu (f) dalam Undang-undang Republik Indonesia Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit.

Pada kasus-kasus tertentu seperti Fraktur terbuka, *Finger tip injury*, dan Appendisitis akut, memerlukan waktu persetujuan operasi rata-rata di atas satu jam, karena menunggu hasil rundingan keluarga. Dari hasil wawancara mendalam dengan beberapa informan diketahui bahwa masih terdapat keraguan dari keluarga apakah setuju dilakukan operasi atau akan dibawa ke alternatif. Hal ini sesuai dengan yang disebutkan Sutanto (2009), yakni pengaruh informasi lingkungan yang berlawanan dengan info yang diberikan oleh dokter atau petugas. (lihat halaman 22)

Sebagai pembanding, penelitian yang dilakukan pada RSUP Fatmawati oleh Virgin (2000) mengatakan bahwa persetujuan operasi sangat berpengaruh terhadap lamanya waktu antara penetapan operasi sampai pengajuan jadwal operasi. Sedangkan penelitian Suparmanto (2001) di RSUD Pontianak mengatakan bahwa variabel waktu mendapatkan surat ijin operasi didapat nilai $p = 0,242 > 0,05$ yang berarti tidak bermakna.

Sesuai dengan Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 290/MENKES/PER/III/2008 Tentang Persetujuan Tindakan Kedokteran, pasal 7; yang antara lain menyebutkan, penjelasan tindakan operasi yang akan dilakukan, diikuti dengan penjelasan biaya operasi. Dari penelitian ini diketahui bahwa hal tersebut menyebabkan pada beberapa kasus terjadi penundaan penandatanganan persetujuan operasi karena harus menunggu keluarga atau penanggung jawab biaya, walaupun tidak diwajibkan membayar uang muka sebelum operasi.

Dari penelitian ini dapat diambil intisari bahwa persetujuan operasi cito di RS Karya Medika I tergantung dari persetujuan keluarga atau penanggungjawab. Untuk pasien umum, persetujuan keluarga dipengaruhi informasi lingkungan yang berlawanan dengan info yang diberikan oleh dokter atau petugas, sedangkan untuk pasien jaminan PT atau asuransi, lamanya persetujuan operasi dikarenakan harus memenuhi prosedur yang disyaratkan oleh penjamin.

Peneliti berpendapat, untuk memudahkan mendapat surat ijin operasi, dokter atau petugas harus memberikan informasi yang jelas dan dapat diterima oleh pasien/keluarganya. Dari observasi partisipatif dan FGD diketahui ada satu orang dokter jaga IGD yang masih perlu pelatihan agar lebih meningkat pengetahuannya, khususnya membaca Rontgen dan EKG sehingga dapat menjelaskan kepada pasien/keluarganya dengan lebih baik. Untuk pasien jaminan PT/ asuransi sebaiknya dibuat perjanjian yang mempersingkat prosedur penjaminan, khususnya untuk operasi cito.

7.3. Variabel kesiapan sumber daya manusia

Sesuai dengan Keputusan Direktur Rumah Sakit Karya Medika I No : 073/SK-DIR/RSKMI/XII/10 Tentang Kebijakan Sumber Daya Manusia Di Rumah Sakit Karya Medika I Revisi I, yang dikeluarkan pada tanggal 2 Desember 2010, SDM di IGD tercantum dalam butir 13. dan 17. sebagai berikut :

13. Rumah Sakit Karya Medika I menerima tenaga perawat dengan kualifikasi minimal lulusan DIII Keperawatan (Akper). Seluruh tenaga perawat di Instalasi Gawat Darurat (IGD) minimal sudah memiliki sertifikat PPGD.
17. Dokter jaga di IGD minimal harus sudah memiliki sertifikat pelatihan PPGD, ATLS, dan/atau ACLS.

Dari penelitian ini diketahui bahwa SDM IGD, dalam hal ini dokter jaga dan perawat jaga IGD, sudah sesuai dengan kebijakan SDM di RS Karya Medika I yakni telah memiliki sertifikat PPGD untuk perawatnya dan sertifikat PPGD, ATLS, dan/atau ACLS untuk dokter jaga IGD. Hal tersebut juga merupakan syarat yang ditetapkan oleh Akreditasi Rumah Sakit. Hanya kesiapan masing-masing individu masih belum merata, untuk itu masih perlu diadakan pelatihan atau penyegaran ilmu maupun keterampilan melalui seminar dan workshop tentang kegawatdaruratan.

Jumlah pasien yang berobat ke IGD RS Karya Medika I selama bulan November 2011 adalah 581 pasien, yang berarti rata-rata 20 pasien / hari. Setelah dihitung dengan rumus Standar Tenaga Keperawatan di Rumah Sakit Direktorat Keperawatan dan Keteknisian Medis Departemen Kesehatan (2005), didapatkan 14 orang perawat.

Saat ini jumlah perawat IGD RS Karya Medika I adalah 13 orang, berdasarkan perhitungan di atas dianggap masih sesuai/mencukupi.

Untuk tenaga bidan di kamar bersalin, RS Karya Medika I memiliki 7 orang bidan. Selama bulan November 2011 terdapat 27 pasien yang dirawat di VK.

Dari perhitungan menurut Standar Tenaga Keperawatan di Rumah Sakit Direktorat Keperawatan dan Keteknisian Medis Departemen Kesehatan, maka didapatkan 4 orang bidan, yang berarti jumlah bidan yang ada sekarang di RSKM I sudah sangat memadai.

Dari penelitian ini diketahui bahwa kesiapan perawat kamar operasi RS Karya Medika I masih kurang, baik dari segi kuantitas maupun kualitasnya.

Rumah Sakit Karya Medika I selama bulan November 2011 terdapat 78 operasi yang berarti rata-rata terdapat 3 operasi/ hari, dengan perincian operasi besar 2 orang, operasi sedang 1 orang. Setelah dimasukkan ke dalam rumus Kebutuhan tenaga perawat Kamar Operasi, maka didapatkan 5 orang perawat. Perhitungan tenaga perawat di atas adalah tenaga perawat instrument (*scrub nurse*) dan perawat sirkuler (*circulating nurse*), diluar kebutuhan tenaga di Ruang Penerimaan dan RR (Recovery Room), serta tenaga asisten ahli bedah.

Dari penjelasan di atas terlihat bahwa RS Karya Medika I kekurangan tenaga perawat kamar operasi, karena hanya ada 5 orang perawat yang mengerjakan juga Ruang Penerimaan dan RR serta merangkap sebagai asisten ahli bedah. Agar pelaksanaan operasi tidak terganggu, perlu ditambah 3 orang perawat yang khusus bekerja di ruang penerimaan dan RR.

Demikian juga tentang kualitasnya, hanya satu orang perawat yang sudah mengikuti pelatihan dasar bedah. Sesuai dengan Pedoman Kerja Perawat Kamar Operasi, yang disusun oleh Tim Departemen Kesehatan RI (1993) : diperlukan minimal satu orang perawat bersertifikat pelatihan dasar bedah dalam setiap *shift* jaga perawat. Ini berarti diperlukan 4 orang perawat bersertifikat. Dengan demikian RS Karya Medika I masih perlu melatih 3 orang perawat lagi.

Untuk dokter operator, pada beberapa operasi masih terdapat keterlambatan dari jadwal yang sudah ditentukan. Keterlambatan itu kebanyakan disebabkan dokter yang bersangkutan sedang operasi di rumah sakit lain atau karena jalan macet. Dari tabel 7.32 dan tabel 7.33 halaman 95 dan 96 terlihat bahwa keterlambatan operasi dikarenakan dokter spesialis yang bersangkutan rata-rata tidak dalam jam praktek di RSKM I. Peneliti berpendapat, dengan menambah jam praktek terutama untuk dokter spesialis ortopedi, dapat mengurangi keterlambatan operasi cito.

Dari penelitian diketahui bahwa pada beberapa operasi cito, dokter anestesi terlambat datang dan bahkan ada operasi yang hanya dihadiri oleh penata anestesi.

Dari Kepmenkes RI nomor 779/Menkes/SK/VIII/ 2008 seperti tersebut pada halaman 18, masih membolehkan dokter anestesi tidak hadir dalam suatu operasi namun harus ada pelimpahan wewenang yang jelas dan tertulis, dan tanggung jawab ada pada dokter yang melakukan pembedahan.

Dari observasi partisipatif dan wawancara mendalam dengan perawat kamar operasi diketahui bahwa dari empat dokter anestesi yang ada di RSKM I, hanya satu dokter anestesi yang sering terlambat atau tidak bisa datang karena sedang operasi cito di rumah sakit lain. Untuk mengurangi waktu tunggu persiapan operasi cito karena keterlambatan dokter anestesi, menurut peneliti perlu dilakukan pembinaan oleh komite medik terhadap dokter anestesi tersebut.

7.4. Variabel kesiapan alat kesehatan dan obat-obatan

Manajemen alat kesehatan dan obat-obatan adalah termasuk manajemen logistik di Rumah Sakit. Manajemen logistik diperlukan untuk memperlancar jalannya pelaksanaan berbagai bidang fungsional lainnya, baik yang sifatnya tugas pokok maupun yang bersifat penunjang. (Siagian, 2009, p.58)

Dari observasi partisipatif, FGD dan wawancara mendalam dengan pejabat RS yang terkait dengan pengadaan obat diketahui, kesiapan obat-obatan untuk kasus *emergency* dan operasi cito sudah cukup baik. Namun untuk alat kesehatan yang dipakai untuk operasi sudah cukup lama dan tidak lengkap, sehingga pada beberapa operasi harus meminjam dari Karya Medika grup atau dibawa oleh dokter operator. Alat yang sering dipinjam atau dibawa dokter operator adalah set kraniotomi, set THT, set Urologi, set bedah mata, dan set bedah gigi-mulut. Untuk alat-alat yang dipinjam atau yang dibawa oleh dokter operator, perlu dilakukan sterilisasi ulang, sehingga memperlama waktu tunggu persiapan operasi cito.

7.5. Variabel kesiapan unit penunjang yang terkait IGD

Dari penelitian diketahui bahwa waktu tunggu pelayanan Radiologi rata-rata 24 menit dengan standar deviasi 11 menit. Berarti ada hasil pemeriksaan yang diterima di IGD dalam 13 menit dan ada juga yang lebih dari 35 menit sejak permintaan radiologi dibuat oleh dokter jaga IGD. Dibandingkan dengan penelitian Virgin (2000), di RSUP Fatmawati rata-rata waktu pelayanan Radiologi adalah 14 menit dengan standar deviasi 9 menit. Penelitian Siregar (2006) di RSCM mengatakan rata-rata waktu pelayanan Radiologi adalah 34 menit dengan rentang waktu 10 menit sampai 2 jam 15 menit. Waktu tunggu pelayanan Radiologi dipengaruhi oleh jenis dan jumlah permintaan pemeriksaan radiologi.

Untuk RS Karya Medika I yang saat penelitian dilakukan, jarak IGD dengan Instalasi Radiologi agak berjauhan dikarenakan perpindahan IGD ke gedung baru tidak diikuti dengan Instalasi penunjangnya, dalam hal ini Radiologi, juga dapat mempengaruhi lamanya waktu tunggu pelayanan.

Khusus kesiapan Instalasi Radiologi sendiri, sudah ada fasilitas teleradiologi untuk kasus-kasus yang memerlukan ekspertisi segera sedangkan dokter ahli radiologinya tidak di tempat. Namun dari wawancara mendalam dengan dokter jaga IGD dan dari FGD diketahui bahwa kadang kala fasilitas radiologi mengalami hambatan sehingga memerlukan waktu yang agak lama menunggu hasil ekspertisi.

Fasilitas teleradiologi dapat digunakan, sesuai dengan Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 1014/Menkes/SK/XI/2008 Tentang Standar Pelayanan Radiologi Diagnostik Di Sarana Pelayanan Kesehatan, dalam Kebijakan system administrasi pelayanan radiologi diagnostik yang menyebutkan : “Pembacaan hasil pemeriksaan radiologi diagnostik dapat dilakukan dengan menggunakan sarana teleradiologi sesuai dengan Standar Pelayanan Teleradiologi PDSRI”

Dari uraian di atas, menurut peneliti waktu pelayanan Radiologi masih bisa dipersingkat dengan cara memindahkan Instalasi Radiologi agar berdekatan dengan IGD dan adanya dokter radiologi yang siap dipanggil (*on call*) bila diperlukan.

Laboratorium RS Karya Medika I dengan kemampuan pemeriksaan yang lebih luas seperti Analisa Gas Darah, tergolong Laboratorium klinik Utama, mempunyai 2 (dua) orang dokter spesialis Patologi klinik dan 10 (sepuluh) analis kesehatan. Dari persyaratan minimal ketenagaan menurut Surat Edaran Sekretaris Jenderal Departemen Kesehatan Republik Indonesia Nomor : HK.00.SJ.IV.0814 Tentang Petunjuk Pelaksanaan Laboratorium Kesehatan Swasta, 1994 dianggap sudah mencukupi.

Dari observasi partisipatif, FGD dan wawancara mendalam, diketahui bahwa pemeriksaan sampel rata-rata 1 jam 29 menit dengan standar deviasi 1 jam 13 menit. Berarti ada hasil pemeriksaan laboratorium tertulis yang selesai dalam 16 menit dan ada juga yang lebih dari 2 jam 42 menit sejak permintaan pemeriksaan dibuat oleh dokter jaga IGD. Dibandingkan dengan hasil penelitian Siregar (2006) di RSCM rata-rata waktu pemeriksaan laboratorium 1 jam 27 menit dengan rentang waktu 30 menit sampai 5 jam 30 menit.

Intisari yang dapat peneliti ambil dari WM dan FGD adalah waktu tunggu pelayanan laboratorium cito khususnya pemeriksaan Hb dan BT-CT sudah sesuai dengan permintaan serta diusahakan tidak mengganggu jalannya operasi cito. Waktu tunggu pelayanan laboratorium yang lebih dari satu jam ternyata sampelnya memang belum dilakukan pemeriksaan karena menunggu persetujuan keluarga atau PT/asuransi. Untuk pemeriksaan AGD, terkadang masih agak lama karena alat harus dikalibrasi.

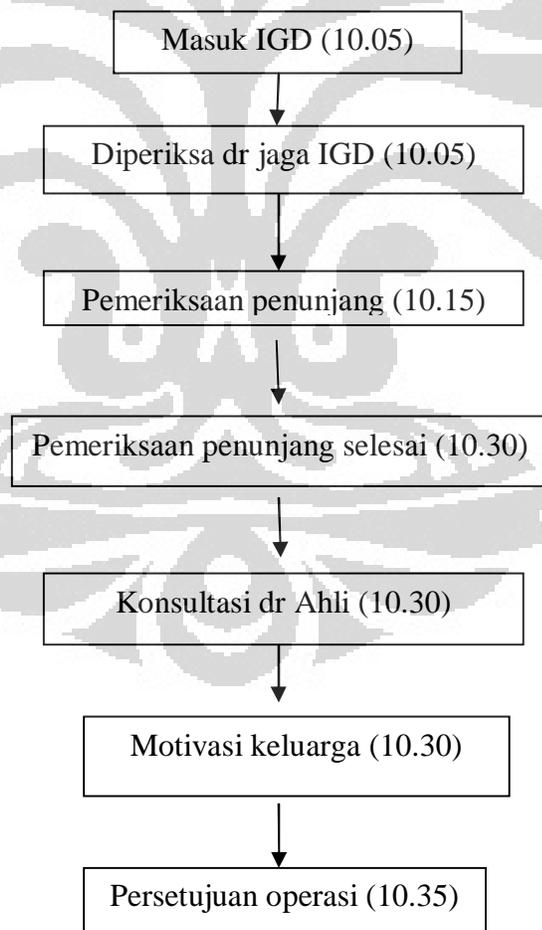
7.6. Gambaran waktu pelayanan persiapan operasi cito di IGD RSKM I berdasarkan studi kasus

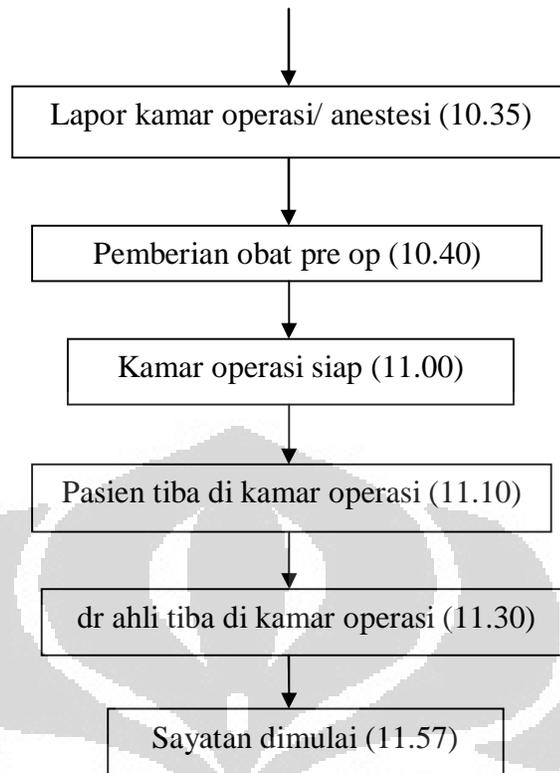
Dari penelitian ini diketahui bahwa waktu tunggu persiapan operasi cito kasus Apendisitis Akut sangat bervariasi dari yang tercepat 1 jam 52 menit sampai yang terlama 17 jam 22 menit.

7.6.1. Studi kasus Apendisitis Akut dengan waktu tunggu tercepat

Tuan D, umur 32 tahun, jaminan PT, masuk ke IGD pada jam 10.05 WIB. Tahapan waktu tunggu persiapan operasi cito dapat digambarkan sebagai berikut :

Gambar 7.1. Tahapan waktu tunggu persiapan operasi cito kasus Apendisitis akut tercepat.





Pasien ini masuk IGD pada saat jam praktek dokter bedah, sehingga sewaktu dikonsulkan oleh dokter jaga IGD, dokter ahli bisa langsung dapat melihat dan memeriksa pasien, sekaligus menjelaskan tentang penyakitnya kepada pasien/ keluarganya.

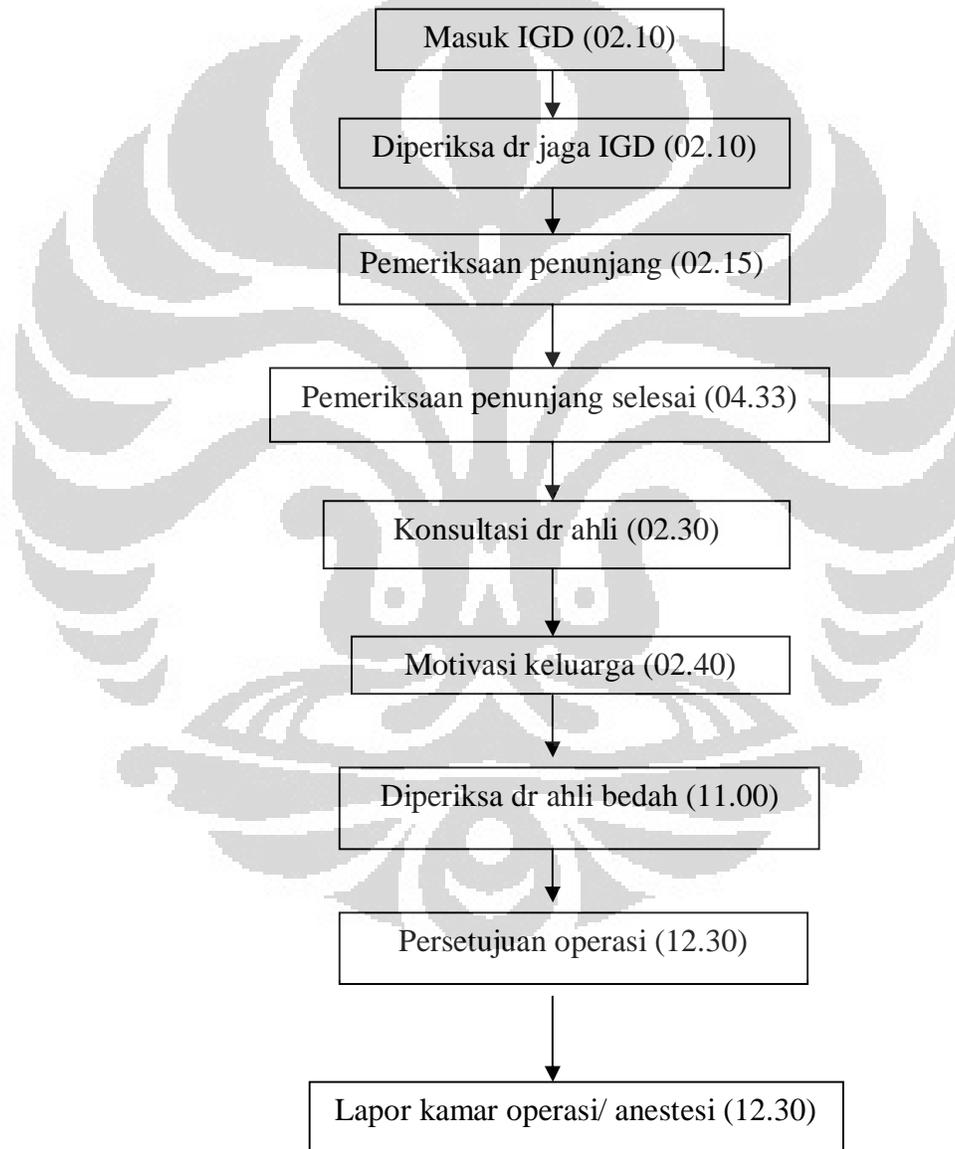
Persetujuan operasi hanya memerlukan waktu 5 menit, karena pasien dan keluarga telah mengerti tentang tindakan yang akan dilakukan dan dijamin oleh PT yang sudah terikat kerja sama dengan RSKM I.

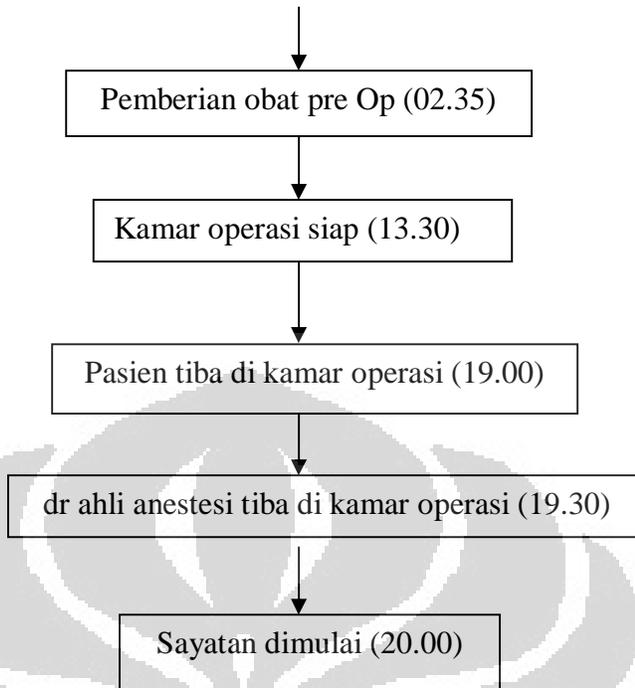
Karena kasus ini terjadi pada pagi hari, dokter anestesi mudah dihubungi dan ada perawat kamar operasi dua orang yang *stand by* di OK.

7.6.2. Studi kasus Apendisitis Akut dengan waktu tunggu terlama

Tuan M, umur 26 tahun, Umum (tidak dijamin PT / asuransi), masuk IGD pada jam 02:10 WIB. Tahapan waktu tunggu persiapan operasi cito dapat digambarkan sebagai berikut :

Gambar 7.2. Tahapan waktu tunggu persiapan operasi cito kasus Apendisitis akut terlama





Pasien ini masuk IGD pada jam 02:10 dini hari, dokter ahli bedah dikonsulkan melalui telepon oleh dokter jaga IGD. Hasil tertulis pemeriksaan penunjang (laboratorium) belum ada, namun pemeriksaan darah rutin sudah ada.

Motivasi untuk tindakan operasi sudah dilakukan oleh dokter jaga IGD, berdasarkan anjuran dari dokter bedah. Karena pasien dan keluarganya belum bisa memberikan persetujuan operasi, maka pasien dirawat dulu di ruang perawatan untuk observasi.

Pada jam 11:00 WIB pasien diperiksa oleh dokter bedah dan dijelaskan kembali tentang penyakit dan rencana tindakannya.

Persetujuan operasi baru ditandatangani pasien dan keluarganya pada jam 12:30 WIB setelah keluarga yang menanggung biaya datang.

Dari wawancara mendalam dengan perawat kamar operasi, diketahui dokter anestesi yang bertugas sedang mengikuti operasi di rumah sakit lain, dan dijanjikan operasi tersebut akan selesai lebih kurang satu jam lagi. Setelah ditunggu satu jam, ternyata operasi di rumah sakit tersebut mengalami kesulitan sehingga waktu operasi diperpanjang. Sesuai dengan SPO (standar prosedur operasional) yang berlaku di RSKM I, bila dokter *on call* berhalangan, dapat diganti dengan dokter *on call* berikutnya. Hanya saja dokter anestesi berikutnya pun berhalangan saat itu, baru bisa ke RSKM I pada malam hari sekitar jam 19.00 WIB.

Dari uraian di atas, peneliti dapat mengambil intisari sebagai berikut :

1. Pasien/ keluarga belum menyetujui operasi karena belum diperiksa oleh dokter ahli bedah dan belum siap biaya.
2. Hasil pemeriksaan laboratorium agak lama karena memeriksa lab rutin lengkap, sedangkan untuk menunjang diagnosis hanya diperlukan darah rutin.
3. Dokter anestesi berhalangan karena sedang operasi di rumah sakit lain.

7.7. Keterbatasan Penelitian

Peneliti berusaha agar hasil penelitian memperoleh data dan informasi yang cukup dari observasi partisipatif dan dari masing-masing informan, ternyata pelaksanaan di lapangan mengalami beberapa hambatan/ kesulitan :

7.7.1. Kesulitan dalam pencatatan waktu

Peneliti tidak melakukan pencatatan waktu sendiri tapi dibantu perawat jaga, karena pelayanan IGD adalah pelayanan kesehatan 24 jam. Disamping itu, pada saat IGD menangani banyak pasien, peneliti atau perawat mengalami kesulitan mencatat setiap langkah yang dilakukan, sehingga pada langkah-langkah tertentu tidak tercatat / terlewat. Namun untuk mengatasi keadaan ini, peneliti menanyakan kembali perawat atau bidan yang jaga pada saat pasien itu dirawat pada keesokan harinya.

7.7.2. Kesulitan dalam menentukan batasan waktu tunggu pelayanan

Batasan waktu tunggu pelayanan dokter jaga, bidan jaga dan perawat jaga IGD.

Dalam penelitian ini ditetapkan bahwa waktu tunggu pelayanan dokter IGD dihitung mulai dari saat Triase sampai konsultasi ke dokter ahli. Dalam rentang waktu tersebut, termasuk pula waktu tunggu pemeriksaan darah dan rontgen cito yang dibutuhkan untuk menegakkan diagnosa sebelum konsultasi ke dokter ahli. Begitu juga setelah konsultasi ke dokter ahli biasanya ada instruksi yang harus dilaksanakan oleh dokter jaga IGD. Waktu pelayanan untuk mempersiapkan pasien operasi *cito* yang dilakukan dokter IGD setelah konsultasi tidak dihitung dalam penelitian ini.

Batasan waktu tunggu pelayanan perawat IGD dan bidan jaga, tidak termasuk asuhan atau tindakan yang dilakukan untuk persiapan operasi cito setelah konsultasi dokter spesialis.

Waktu tunggu pelayanan Laboratorium yang dicatat dalam penelitian ini dihitung dari saat sampel diambil sampai ada hasil tertulis. Permintaan pemeriksaan laboratorium dari dokter IGD biasanya lab rutin lengkap yakni termasuk di dalamnya darah lengkap (termasuk LED/Laju Endap Darah), SGOT-SGPT, Ureum-Kreatinin, GDS dan Elektrolit (Na, K, Cl), padahal untuk operasi cito biasanya hanya dibutuhkan darah rutin (tanpa LED), dan BT-CT, yang hasilnya bisa selesai lebih cepat.

BAB 8

KESIMPULAN DAN SARAN

8.1. Kesimpulan

Dari uraian pembahasan di atas, dapat diambil kesimpulan sebagai berikut :

1. Waktu tunggu persiapan operasi cito di IGD RS Karya Medika I berhubungan erat dengan tiga faktor, meliputi : faktor persetujuan operasi, faktor kesiapan SDM di kamar operasi, dan faktor kesiapan peralatan operasi.
2. Waktu tunggu persetujuan operasi cito di RS Karya Medika I berhubungan dengan lamanya persetujuan keluarga atau penanggungjawab. Untuk pasien umum, persetujuan keluarga dipengaruhi informasi lingkungan yang berlawanan dengan info yang diberikan oleh dokter atau petugas dan masalah biaya, sedangkan untuk pasien jaminan PT atau asuransi, lamanya persetujuan operasi dikarenakan harus memenuhi prosedur yang disyaratkan oleh penjamin.
3. Kesiapan sumber daya manusia RS Karya Medika I dalam melaksanakan operasi cito sebagai berikut :
 - a. Untuk SDM di IGD, dalam hal ini dokter jaga, bidan jaga dan perawat jaga IGD, sudah sesuai syarat yang ditentukan akreditasi. Hanya ada satu orang dokter jaga yang masih perlu diikutkan dalam berbagai pelatihan.
 - b. Untuk SDM di kamar operasi, dalam hal ini dokter operator, dokter anestesi dan perawat kamar operasi, belum siap. Dokter operator dan dokter anestesi pada beberapa operasi datang terlambat dengan alasan sedang operasi di rumah sakit lain atau jalan macet. Dari penelitian diketahui bahwa waktu tunggu kesiapan dokter operator berhubungan dengan jadwal praktek dokter yang bersangkutan. Perawat kamar operasi jumlahnya kurang dan perlu ditambah 3 orang lagi, serta perlu diikutkan dalam pelatihan dasar bedah.
4. Kesiapan obat-obatan dalam pelaksanaan operasi cito sudah cukup baik, namun kesiapan peralatan operasi masih belum baik. Dalam beberapa kasus, alat harus

dipinjam, dan beberapa kasus lain alat dibawa oleh dokter operator. Alat-alat tersebut harus disterilkan terlebih dahulu sebelum digunakan, dan dapat memperlama waktu tunggu persiapan operasi cito.

5. Kesiapan Instalasi Laboratorium untuk pemeriksaan Hb dan BT-CT sudah sesuai permintaan namun untuk AGD masih perlu diperbaiki. Keterlambatan dalam pemeriksaan Radiologi berhubungan dengan letak ruangan yang agak berjauhan dari IGD serta belum adanya dokter Radiologi *on call*.

8.2. Saran

Untuk meningkatkan mutu pelayanan rumah sakit yang berdampak pada kepuasan pasien, perlu memperbaiki / mempersingkat waktu tunggu persiapan operasi cito. Untuk itu saran peneliti kepada pihak manajemen RS Karya Medika I adalah sebagai berikut :

1. Menetapkan kebijakan tertulis tentang penanganan pasien operasi cito.
2. Mencukupi kebutuhan tenaga perawat kamar operasi dan meningkatkan kemampuannya dengan mengikuti pelatihan dasar bedah.
3. Menambah jam praktek dokter spesialis terutama dokter ortopedi, dan mengadakan pembinaan terhadap salah seorang dokter anestesi.
4. Menyediakan peralatan operasi yang sering dipakai namun belum ada di RSKM I, seperti set ortopedi, set bedah gigi-mulut, dan set kraniotomi.
5. Meningkatkan kemampuan pemeriksaan laboratorium cito, khususnya pemeriksaan AGD, serta menyiapkan dokter radiologi *on call*.

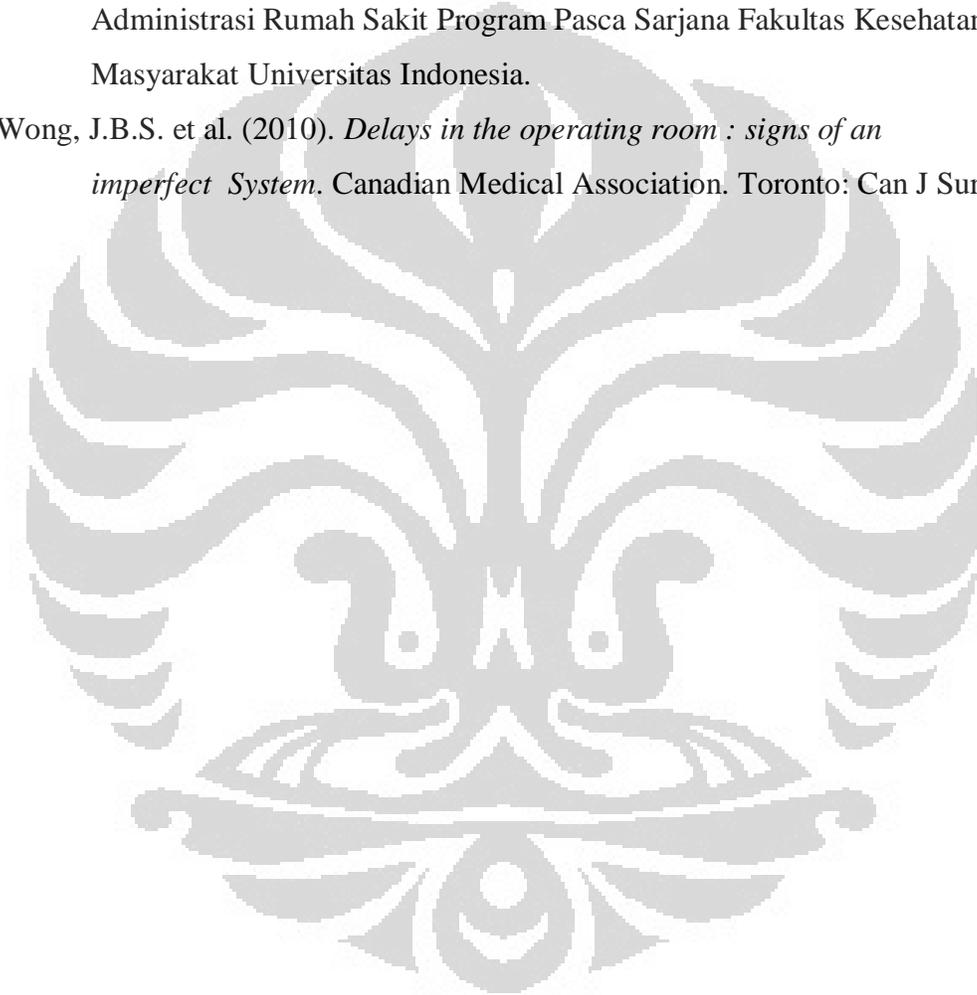
DAFTAR REFERENSI

- Acosta, J. et al. (2007). *Sabiston Textbook of Surgery, The Biological Basis of Modern Surgical Practice* (18th edition). California: Townsend Beauchamp Evers Mattox.
- American College of Surgeons Committee On Trauma (2004) *Advanced Trauma Life Support Untuk Dokter* . Edisi Ke enam. United States of America: First Impression.
- Azwar, A., Prihartono, J. (2003). *Metodologi Penelitian Kedokteran dan Kesehatan Masyarakat*. Jakarta: Binarupa Aksara.
- Blanchard, BW, et al (2007), *Principles of Emergency Management* , EM Public Safety Public Trust.
- Brunnicardi, FC., et al. (2007). *Schwartz's Principles Of Surgery*. Eighth edition. The McGraw-Hill companies.
- Cline, D., et al. (2001). *Emergency Medicine, A Comprehensive study guide*, American College of Emergency Physicians. Fifth edition. McGraw-Hill.
- Creswell, J.W. (2002). *Research Design, Qualitative & Quantitative Approaches*. Cetakan pertama. Jakarta: Penerbit KIK Press.
- Doherty, G.M., Way, L.W. (2006). *Current Surgical Diagnosis and Treatment*, 12th edition, The McGraw-Hill Companies, Inc
- Gebhart,ME., Pence, R. (2007). *START Triage : Does It Work ?*, Disaster Management Response. Volume 5, Number 5. July-September.
- Hafizurrachman. (2009). *Sumber Daya Manusia Rumah Sakit di Q-Hospital*. Majalah Kedokteran Indonesia. Volum : 59. Nomor : 8. Agustus.
- Hanna, H., Wiku, B.B. (2005). *Analisis Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Bed Occupancy Rate (BOR) Unit Stroke Center R.S. Islam Jakarta*. Jurnal MARSII. Vol 5, Nomor 4.
- Hanum, F., Djasri,,H., & Kuntjoro, Tj. (2006). *Pengalaman dalam penyusunan Standar Standar Pelayanan Minimal RS sebagai bagian dari Persyaratan Badan Layanan Umum*. Buletin IHQN. Volume II, nomor 03.

- Herkutanto. (2007). *Aspek Medikolegal Pelayanan Gawat Darurat*. Majalah Kedokteran Indonesia. Volum : 57, Nomor 2.
- Jus, E. (2008). *Factors influencing length of stay in the Emergency Departement in a Private Hospital in North Jakarta*. *Universa Medicina*. Volume 27, Nomor 4, Oktober-Desember.
- Krisanty,P., et al. (2009). *Asuhan Keperawatan Gawat Darurat*. Cetakan pertama. Jakarta: Penerbit Trans Info Media.
- Mansjoer,A. et al. (2001). *Kapita Selekta Kedokteran*, Edisi ketiga, Jilid Pertama, Jakarta : Penerbit Media Aesculapius.
- Mansjoer,A. et al. (2000). *Kapita Selekta Kedokteran*, Edisi ketiga, Jilid kedua, Jakarta : Penerbit Media Aesculapius.
- Partelli, S., et al. (2009). *Alteration in emergency theatre prioritisation does not alter outcome for acute appendicitis: comparative cohort study*. *World Journal of Emergency Surgery*. BioMed Central Ltd.
- Poli,W.I.M. (2011). *Manajemen Stratejik, melalui cerita kecil*. Cetakan kesatu. Surabaya: Brilian Internasional.
- Prawirohardjo, S. (2008). *Ilmu Kebidanan*. Edisi keempat. Jakarta : Yayasan Bina Pustaka.
- Pusat Bahasa. (2011). *Kamus Besar Bahasa Indonesia*. Edisi Keempat. Jakarta : PT Gramedia Pustaka Utama.
- Raftery, A.D., Delbridge, M.S., & Wagstaff, M.J.D. (2011). *Surgery* (Fourth edition). Sheffield: Churchill Livingstone Elsevier.
- Rijadi, S. (1997). *Langkah Rumah Sakit Menghadapi Akreditasi*, Pokja Kajian Pelayanan Kesehatan, Pusat Penelitian Kesehatan Universitas Indonesia.
- Rijadi, S. (1997). *Pelatihan Manajemen Unit Gawat Darurat*, Pokja Kajian Pelayanan Kesehatan. Pusat Penelitian Kesehatan Universitas Indonesia.
- Ristrini. (2006). *Upaya Peningkatan Mutu Layanan dan Kinerja Keuangan Rumah Sakit Pemerintah di Indonesia*. *Medika*. volume XXXII. Pebruari.
- Roesli,R. (2010). *Peranan Spesialis Penyakit Dalam dalam*

- Penatalaksanaan Perioperatif*. Cermin Dunia Kedokteran. Volume 37, nomor 1. Januari-Februari.
- Siagian, SP. (2009). *Sistem Informasi Manajemen*. Cetakan Kedelapan. Jakarta : PT Bumi Aksara.
- Siregar, BA., (2006). *Profil Penanganan Prabedah Pasien Sangat Gawat Darurat dan Gawat Darurat yang Dilakukan Pembedahan di UGD RSCM September-November 2005*. Makalah Departemen Ilmu Bedah. Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia. Rumah Sakit Dr.Cipto Mangunkusumo, Jakarta.
- Sjamsuhidayat, R., Jong, WD. (2005). *Buku Ajar Ilmu Bedah*. Edisi kedua. Cetakan pertama. Jakarta : Penerbit Buku Kedokteran EGC.
- Skinner, HB., et at. (2006). *Current Diagnosis & Treatment in Orthopedics*, Fourth Edition. The McGraw-Hill Companies, Inc.
- Sondani, V.S. (2008). *Analisis Komunikasi Informed Consent Pasien Bedah Elektif Di Rumah Sakit Karya Medika I Kabupaten Bekasi Tahun 2008*. Tesis Program Studi Kajian Administrasi Rumah Sakit. Fakultas Kesehatan Masyarakat. Universitas Indonesia.
- Sugiyono. (2008). *Metode Penelitian Kuantitatif, Kualitatif dan R & D*, cetakan keempat. Bandung : Penerbit Alfabeta.
- Sumijatun. (2010). *Konsep Dasar Menuju Keperawatan Profesional*. Cetakan Pertama. Jakarta : CV. Trans Info Media.
- Suparmanto. (2001). *Analisis Waktu Tunggu Persiapan Operasi Kasus Gawat Darurat Kehamilan dan atau Persalinan di Rumah Sakit Kota Pontianak Kalimantan Barat Tahun 2000*. Tesis Program Studi Ilmu Kesehatan Masyarakat Program Pasca Sarjana Universitas Indonesia.
- Sutanto, LB. Basuki, E. Bardosono, S. (2009). *Teknik Komunikasi untuk Mendapatkan Informed Consent pada Suatu Penelitian*. Majalah Kedokteran Indonesia. Volum :59. Nomor : 6. Juni 2009. p 272-276.
- _____. (2003). *Acute Trauma Management*. Surgical care at the district hospital. the World Health Organization.
- Stone, C.K., Humphries, R.L. (2008). *Current Diagnosis & Treatment*

- Emergency Medicine*. sixth edition. McGraw Hill Lange.
- Timpe A.D. (2002). *Seri Manajemen Sumber Daya Manusia – Kinerja*. cetakan kelima. Jakarta: Percetakan PT Gramedia Asri Media.
- Virgin, F. (2000). *Analisis Proses Pelayanan Terhadap Pasien Yang Akan Menjalani Operasi Cito di Instalasi Rawat Darurat RSUP Fatmawati Pada Periode 14 Juni – 13 Juli 2000*. Tesis Program Studi Kajian Administrasi Rumah Sakit Program Pasca Sarjana Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia.
- Wong, J.B.S. et al. (2010). *Delays in the operating room : signs of an imperfect System*. Canadian Medical Association. Toronto: Can J Surg.



Lampiran 1.

Formulir pencatatan waktu pelayanan

Nomor Medical Record			
Nama Pasien			
Umur Pasien			
Alamat Pasien			
Diagnosa Pasien			
Kegiatan	Tanggal/Hari	Waktu/pukul	Catatan
Datang di IGD			
Diperiksa dokter jaga			
Diperiksa bidan jaga			
Dilakukan pemeriksaan penunjang			
Pemeriksaan penunjang selesai			
Konsultasi ke dokter ahli			
Diputuskan operasi/motivasi keluarga			
Persetujuan operasi dari keluarga			
Lapor kamar operasi/anestesi			
Pemberian obat-obatan pre op			
Pemesanan kamar rawat inap			
Ruang rawat inap siap			
Kamar operasi siap			
Pasien tiba di kamar operasi			
Dokter ahli tiba di kamar operasi			
Sayatan dimulai			

Lampiran 2.

Matriks Triangulasi Sumber data (sebagai pedoman wawancara)

Pertanyaan	D I R E K T U R	P J I G D	K E P A L D A	D O K T E R J A G A	D O K T E R O P E R A T O R	D O K T E R A N G S T E S I	P E R A W A T A N	B I D A N J A G A A W A T A N	K A B I K E P A R A W A T A N	K E P A L A M B A R O P I	K E P A L A M B A R O P I	K E P A L A M B A R O P I	K E P A L A M B A R O P I
Kebijakan	++ +	++	++	-	+	+	-	-	++	+	+	+	+
Prosedur	+	++	++	++	++	++	++	++	+	+	+	+	+
Kesiapan SDM	+	+	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++
Kesiapan alat&obat	+	+	++ +	++	++	++	+	+	+	+++	++	++	++ +
Kesiapan Unit terkait	+	+	++	++	+	+	++	++	+	++	++	++	++

Lampiran 3.

PEDOMAN WAWANCARA

I. Daftar pertanyaan kepada Direktur :

1. Bagaimana kebijakan tentang penanganan pasien yang akan dilakukan operasi cito ?
2. Bagaimana kebijakan tentang SDM RS ?
3. Bagaimana kebijakan tentang pengadaan alat dan obat-obatan RS ?
4. Bagaimana kebijakan tentang unit terkait dengan IGD ?
5. Bagaimana prosedur penanganan pasien rencana tindakan operasi cito ?
6. Bagaimana Kesiapan SDM baik dari kuantitas maupun kualitas ?
7. Bagaimana kesiapan alat dan obat di RS ?
8. Bagaimana tentang waktu pelayanan secara umum ?

II. Daftar pertanyaan kepada Penanggung jawab IGD :

1. Bagaimana kebijakan tentang penanganan pasien yang akan dilakukan operasi cito ?
2. Bagaimana kebijakan tentang SDM di IGD ?
3. Bagaimana kebijakan tentang pengadaan alat medis dan obat-obatan IGD
4. Bagaimana prosedur penanganan pasien rencana operasi cito di IGD ?
5. Bagaimana prosedur kerja antar unit terkait dengan IGD ?
6. Bagaimana kesiapan SDM di IGD (kualitas dan kuantitasnya) ?
7. Bagaimana tentang waktu pelayanan di IGD ?

III. Daftar pertanyaan kepada Kepala IGD :

1. Bagaimana kebijakan tentang penanganan pasien yang akan dilakukan operasi cito ?
2. Bagaimana kebijakan tentang SDM di IGD ?
3. Bagaimana kebijakan pengadaan alat kesehatan dan obat-obatan di IGD ?
4. Bagaimana prosedur penanganan pasien rencana operasi cito di IGD ?
5. Bagaimana prosedur kerja antar unit terkait dengan IGD ?
6. Bagaimana kesiapan SDM di IGD (kualitas dan kuantitasnya) ?
7. Bagaimana tentang waktu pelayanan di IGD ?
8. Apa yang biasanya menjadi hambatan ?

IV. Daftar pertanyaan kepada Dokter Jaga IGD :

1. Bagaimana prosedur penanganan pasien rencana operasi cito di IGD ?
2. Bagaimana prosedur kerja antar unit terkait dengan IGD ?
3. Bagaimana kesiapan SDM di IGD (kualitas dan kuantitasnya) ?
4. Bagaimana kesiapan alat dan obat-obatan di IGD ?
5. Bagaimana tentang waktu pelayanan di IGD ?
6. Apa yang biasanya menjadi hambatan ?

V. Daftar pertanyaan kepada Kepala Bidang Keperawatan

1. Bagaimana kebijakan penanganan pasien yang akan dilakukan operasi cito ?
2. Bagaimana kebijakan tentang SDM ?
3. Bagaimana kebijakan tentang alat dan obat-obatan ?
4. Bagaimana kebijakan tentang unit terkait dengan IGD ?
5. Bagaimana kesiapan SDM baik jumlah atau kualitas ?

6. Bagaimana kesiapan alat dan obat-obatan ?
7. Bagaimana tentang waktu pelayanan di RS Karya Medika I ?

VI. Daftar pertanyaan kepada Kepala Ruang Perawatan IGD :

1. Bagaimana kebijakan tentang penanganan pasien yang akan dilakukan operasi cito ?
2. Bagaimana kebijakan tentang SDM (perawat) IGD ?
3. Bagaimana kebijakan tentang pengadaan alat medis dan obat-obatan IGD
4. Bagaimana prosedur penanganan pasien rencana operasi cito di IGD ?
5. Bagaimana prosedur kerja antar unit terkait dengan IGD ?
6. Bagaimana kesiapan SDM di IGD (kualitas dan kuantitasnya) ?
7. Bagaimana tentang waktu pelayanan di IGD ?
8. Apa yang biasanya menjadi hambatan ?

VII. Daftar pertanyaan kepada Koordinator Instalasi Rawat Inap :

1. Bagaimana kebijakan tentang penanganan pasien yang akan dilakukan operasi cito ?
2. Bagaimana prosedur penanganan pasien rencana operasi cito ?
3. Apa yang biasanya menjadi hambatan ?

VIII. Daftar pertanyaan kepada Dokter Operator :

1. Bagaimana prosedur penanganan pasien rencana operasi cito ?
2. Bagaimana prosedur kerja antar unit terkait ?
3. Bagaimana kesiapan SDM di Kamar Operasi (kualitas dan kuantitasnya) ?
4. Bagaimana kesiapan alat dan obat-obatan ?
5. Bagaimana tentang waktu pelayanan di Kamar Operasi ?
6. Apa yang biasanya menjadi hambatan ?

IX. Daftar pertanyaan kepada Dokter Anestesi :

1. Bagaimana prosedur penanganan pasien rencana operasi cito ?
2. Bagaimana prosedur kerja antar unit terkait ?
3. Bagaimana kesiapan SDM di Kamar Operasi (kualitas dan kuantitasnya)?
4. Bagaimana kesiapan alat dan obat-obatan ?
5. Bagaimana tentang waktu pelayanan di Kamar Operasi ?
6. Apa yang biasanya menjadi hambatan ?

X. Daftar pertanyaan kepada Bidan jaga :

1. Bagaimana prosedur penanganan pasien rencana operasi cito ?
2. Bagaimana prosedur kerja antar unit terkait ?
3. Bagaimana kesiapan SDM di Kamar bersalin (kualitas dan kuantitasnya)?
4. Bagaimana tentang waktu pelayanan di Kamar bersalin ?
5. Hambatan apa yang biasanya terjadi untuk kasus cito ?

XI. Daftar pertanyaan kepada Perawat kamar operasi :

1. Bagaimana prosedur Kamar Operasi tentang penanganan pasien rencana operasi cito dari IGD ?
2. Bagaimana prosedur kerja antar unit terkait dengan Kamar Operasi ?
3. Bagaimana kesiapan SDM di Kamar Operasi (kualitas dan kuantitasnya)?
4. Bagaimana kesiapan dokter operator dan dokter anestesi ?
5. Bagaimana kesiapan alat dan obat-obatan operasi ?
6. Bagaimana tentang waktu pelayanan di Kamar Operasi ?

XII. Daftar pertanyaan kepada Kepala Kamar Operasi :

1. Bagaimana kebijakan tentang penanganan pasien yang akan dilakukan operasi cito ?
2. Bagaimana kebijakan tentang SDM di Kamar Operasi ?
3. Bagaimana kebijakan tentang pengadaan alat medis dan obat-obatan Kamar Operasi ?
4. Bagaimana prosedur penanganan pasien rencana operasi cito ?
5. Bagaimana prosedur kerja antar unit terkait dengan Kamar Operasi ?
6. Bagaimana kesiapan SDM di Kamar Operasi (kualitas dan kuantitasnya)?
7. Bagaimana tentang waktu pelayanan di Kamar Operasi ?

XIII. Daftar pertanyaan kepada Kepala Laboratorium :

1. Bagaimana kebijakan tentang penanganan pasien yang akan dilakukan operasi cito ?
2. Bagaimana kebijakan tentang SDM di Laboratorium ?
3. Bagaimana kebijakan tentang pengadaan alat medis & reagen Laboratorium ?
4. Bagaimana prosedur kerja antar unit terkait dengan Laboratorium ?
5. Bagaimana kesiapan SDM di Laboratorium (kualitas dan kuantitasnya) ?
6. Bagaimana tentang waktu pelayanan di Laboratorium ?

XIV. Daftar pertanyaan kepada kepala Radiologi :

1. Bagaimana kebijakan tentang penanganan pasien yang akan dilakukan operasi cito ?
2. Bagaimana kebijakan tentang SDM di Radiologi ?

3. Bagaimana kebijakan tentang pengadaan alat medis & reagen Radiologi ?
4. Bagaimana prosedur kerja antar unit terkait dengan Radiologi ?
5. Bagaimana kesiapan SDM di Radiologi (kualitas dan kuantitasnya) ?
6. Bagaimana tentang waktu pelayanan di Radiologi ?

XV. Daftar pertanyaan kepada kepala Farmasi :

1. Bagaimana kebijakan tentang pengadaan obat-obatan untuk operasi cito ?
2. Bagaimana kebijakan tentang SDM di Farmasi ?
3. Bagaimana prosedur kerja antar unit terkait dengan Farmasi ?
4. Bagaimana kesiapan SDM di Farmasi (kualitas dan kuantitasnya) ?
5. Bagaimana tentang waktu pelayanan di Farmasi ?

XVI. Daftar pertanyaan kepada Pasien / keluarga :

1. Bagaimana tentang waktu pelayanan di IGD ?
2. Bagaimana kesiapan SDM ?
3. Bagaimana tentang pelayanan administrasi ?
4. Adakah yang menjadi hambatan ?

XVII. Daftar pertanyaan kepada FGD :

1. Bagaimana waktu pelayanan di IGD, terutama untuk kasus yang memerlukan tindakan segera ?
2. Bila terjadi keterlambatan, biasanya apa yang menyebabkannya ?
3. Bagaimana prosedur penanganan pasien rencana operasi cito di IGD ?
4. Bagaimana prosedur kerja antar unit terkait dengan IGD (Farmasi, Radiologi, Laboratorium, Kamar Operasi) ?
5. Bagaimana kesiapan SDM di IGD (kualitas dan kuantitasnya) ?
6. Bagaimana kesiapan alat dan obat-obatan ?

Catatan wawancara mendalam informan pejabat rumah sakit

Informan: Topik	Informan pejabat satu	Informan pejabat dua	Informan pejabat tiga	Informan pejabat empat
Kebijakan penanganan pasien operasi cito	Harus segera dilakukan. Uang muka dibebaskan untuk op cito.	Atasi keadaan gawat daruratnya. Selanjutnya harus ada SIO	Ditentukan dari kondisi lukunya. Harus segera, tak boleh melewati rentang waktu tertentu.	UM tidak kaku, ada sebarangpun bisa dilakukan. Keluarga kadang masih diluar daerah. Untuk penjamin asuransi, harus dihubungi dulu.
Kebijakan SDM	Sesuai standar Depkes. Karena kekurangan tenaga maka "on call".	Dokter : sertifait + ATLS/ACLS Perawat : sertifait + PPGD/BTCLS	Dokter: ATLS & PPGD Perawat: PPGD	Disesuaikan dengan rata-rata kunjungan pasien.
Kebijakan alat & obat-obatan	Ada tim pengadaan alat dan tim penerimaan alat Tidak melalui tender.	Cukup, selama ini tak ada masalah	Disiapkan stok di IGD untuk dipakai dulu baru diganti dengan resep.	Baru diminta bila ada masalah dengan alat tsb.
Kebijakan unit terkait IGD	Mensupport/mendukung pelayanan gawat darurat	Cukup baik	Biasanya bisa pinjam dulu kalau perlu segera.	Tak ada hambatan
Prosedur penanganan pasien operasi cito	Atasi dulu keadaan gawat daruratnya.	Pertama tangani keadaan gawat daruratnya. Tegakkan diagnosis.	Periksa pasien, periksa penunjang, atasi syok, telp dr spesialis lalu motivasi pasien/keluarga.	Tangani kedaruratannya dulu. Konfirmasi adm untuk tindakan selanjutnya.
Kesiapan SDM	Jumlah secara umum kurang. Kualitas tenaga kesehatan cukup (melalui pelatihan ²)	Kurang terutama untuk pasien ² yg memerlukan observasi ketat di IGD	Jumlah : kurang. Kualitas cukup terlatih + sertifikat + sudah kerja cukup lama. Ada system perbantuan dari ruangan	Masih cukup. Bila banyak pasien, ada perbantuan perawat ruangan.
Kesiapan obat & alat	Belum baik, pengadaannya agak lama	Alat banyak yg lama. Kualitas kurang.	Tidak ada masalah.	Pengadaan agak lama sekitar sebulan. Bisa pinjam ke Apotik atau OK.
Waktu pelayanan	Masih kurang optimal, masih terdengar adanya <i>complain</i> dari masyarakat.	Mesti lebih cepat. Data minim. Pasti bisa lebih cepat. Pasien PT lebih cepat	Masih perlu ditingkatkan lagi.	Sudah cukup baik. Harus ditingkatkan lagi. Pasien menunggu lama walau sudah setuju.

Catatan wawancara mendalam dengan pejabat rumah sakit

Informan: Topik	Informan pejabat lima	Informan pejabat enam	Informan pejabat tujuh	Informan pejabat delapan
Kebijakan penanganan pasien operasi cito	Uang Muka cukup fleksibel, yang penting pasien tertangani.	Mengutamakan op cito, tapi koordinasi dengan yg op elektif, bila jadwal op bersamaan	Asuransi dan PT kita konfirmasi. Biasanya konfirmasi ke drnya. Dari keluarga kebanyakan masih berunding. Perincian biaya bisa menyusul stl op. perjanjian tertulis di atas materai untuk pasien umum	Sudah disiapkan di ruang OK, bila kurang bisa permintaan cito
Kebijakan SDM	Koordinasi dengan perawat OK, serah terima yang jelas. Mengulang kembali apa yang diterima. Mengacu Depkes, jumlah belum mencukupi. IGD sudah optimal. OK masih minimal sekali, krn itu dengan sistem "on call". Tanpa dipanggil tetap dapat uang on call. Tindakan dihitung tiap jam.	Hanya 5 perawat, dgn sistem on call. mulai jam 21-07 pagi dan hari libur. 30 menit sebelum op jalan sudah hrs ada di OK	Yg lama mendampingi teman yg baru	SDM gudang 2 shift, SDM di apotik 3 shift.
Kebijakan alat & obat-obatan	Ditangani langsung dari Farmasi. Untuk permintaan ttd karu PLH dan Kabid. Kita harus <i>trigger</i> terus supaya menjadi perhatian. Kalau tidak ada biasanya kerja sama ke Tambun	Biasanya melalui penunjang medik koordinasi dgn Tambun. Depo obat yg pegang org Farmasi. Setiap ada op mereka datang.	(tidak ditanyakan)	Sudah disiapkan di ruang OK. Permintaan dari OK di acc Kabid penunjang medik baru ke gudang Farmasi. Pengadaan obat lgs ke distributor, untuk alkes ke mekar asri 2 (sebagai PBF). Untuk barang habis pakai hrs permintaan setiap minggu. Bila habis, bisa minta cito.

Kebijakan unit terkait IGD	Yg pertama komunikasi, atasan langsung harus tahu. teratasi atau tidak. Masalah harus selalu diselesaikan.	Org lab datang, penata yg mengambil darah & lab yg ngambil . kdg ICU yg ngantar. Untuk lab darah rutin kurang dari 15 menit.	(tidak ditanyakan)	(tidak ditanyakan)
Prosedur penanganan pasien operasi cito	Mempersiapkan pasien dari fisik, mental, sesuai SOP, Keluarganya dan koordinasi dengan OK	Bisa dari rawat inap, VK atau IGD. Lalu lapor dr anestesi. Setiap ada op kami sterilkan lagi. Setiap 2 hr pagi rutin disterilkan. Kadang drnya yg bawa sendiri alatnya.	Adm mendampingi dr untuk menanyakan operasi apa	(tidak ditanyakan)
Kesiapan SDM	IGD harus ditingkatkan/pemantapan. OK sertifikat baru 1 itupun baru pemula.	Hanya 1 yg pernah ikut bedah dasar. 1 baru 8 bulan. Kuantitas sangat kurang apalagi OK main dua. Lembur Cuma 20 ribu. Kalau dipikir2 perawat OK tidak ada libur. (hrs on call). Instrumen hrs 1 thn. Asisten hrs 4 th. Operator sering mengeluh "kok saya dikasih yg baru" Ada yg milih asisten.	Masih kurang, perlu bimbingan	Kuantitas sudah cukup. Kualitas juga sudah memadai.
Kesiapan obat & alat	Cukup baik	Cukup baik	(tidak ditanyakan)	Biasanya petugas gudang on call bila gudang tutup.
Waktu pelayanan	Hambatan dr anestesi. Harus berdasarkan on call. Alasannya macam2, al km tidak diangkat. Drnya disadarkan akan tanggung jawabnya. Bila tak bisa dia yg menghubungi RS bukan dari kita. Anestesi hanya pakai penata.	Kalau SDM sdg sakit, akhirnya minta tlg dgn org luar. Perbantuan dari luar OK tak mengerti tugas OK, km tak tau apa2. Boro2 ngajari org luar, kita aja sibuk. Operator sering terlambat, macet, op di tempat lain, banyak pasien di poli. Anestesi yg srg telat 1 org.	Kdg pasien masih menunggu keluarga, walaupun PT sudah acc.	Masih perlu ditingkatkan km masih ada komplain.

Ket : tidak ditanyakan karena tidak berhubungan langsung dengan tugas pejabat yang bersangkutan.

Catatan wawancara mendalam dengan pejabat rumah sakit

Informan:	Informan pejabat sembilan	Informan pejabat sepuluh
Topik		
Kebijakan penanganan pasien operasi cito	Setiap sampel masuk pasti dikerjakan. Untuk yg bertuliskan cito pasti didahulukan. Diusahakan sebelum jam operasi sudah selesai, hasil tertulis.	Langsung dirontgen, hasil tergantung permintaan. Bisa lgs teleradiografi plg lama 1 jam.
Kebijakan SDM	Pagi 3 siang 3 malam 2, sudah cukup. Untuk MCU seharusnya berdiri sendiri. Analis kimia tak bisa, syarat utama analis kesehatan.	D3 akademik radiodiagnostik
Kebijakan alat & obat-obatan	Lab dibawah penunjang medis, lapor ke wadir kalau acc, baru dipesan. Kalau kurang biasanya pinjam ke Tambun. Alat kebanyakan KSO, jadi kalau error disiapkan alat <i>back up</i> .	Pengadaan disesuaikan dgn kebutuhan yg ada. Kalau diperlukan 2-3 alat yg diperlukan sudah ada
Kebijakan unit terkait IGD	Bila pada jam sampling petugas lab yg ambil, kalau diluar jam mereka yg mengantar ke lab. Dari OK cito kita yg ngambil	Sudah ada alur kerja.
Prosedur penanganan pasien operasi cito	Pasti didahulukan, diusahakan sebelum jam operasi sudah selesai.	Kita usahakan secepat mungkin hasilnya. Prosedur untuk cito, dr radiologi bisa dihubungi/dipanggil. Bila pasien tak bisa dibawa ke Radiologi krn alat2 yg melekat di tubuh pasien ro bisa di tempat.
Kesiapan SDM	2-3 org kita kirim untuk perkembangan dunia lab. Kita tidak terbelakang.	Kualitas sudah cukup baik . 6 radiografer.
Waktu pelayanan	Keterlambatan biasanya yg kecil2 spt alkohol, katanya belum di acc. Terlambatnya kalau ada MCU.	Sangat bervariasi. Satu foto paling lama 10 menit. Tergantung kondisi pasien (fraktur/tidak). Hambatan biasanya admnya mis hrs telp asuransi, alat yg bisa diperbaharui. Tak punya dr radiologi tetap.

Catatan wawancara mendalam informan dokter Operator

Informan:	Dr operator satu	Dr operator dua	Dr operator tiga
Topik			
Prosedur penanganan pasien operasi cito	Hrs ada dr anestesi (rawan)	Memilih pemeriksaan lab sesuai usia pasien, spt EKG, foto Thorak. Bila akut abd, psg NGT, DC, atau loading cairan. Pilotnya operator. ASA akan kita rundingkan.	Mulai dari IGD atau ruangan. Laporan ke spesialis, periksa lab, ro, ct scan. Yg jelas diagnosis hrs jelas dulu. Dr spesialis & dr anestesi lihat lebih dulu
Prosedur kerja antar unit terkait	Sudah cukup baik	Sebelum op di konsulkan Anestesi, kardiologi	Diagnosis hrs tepat dulu. dr umum kurang teliti shg mis-diagnosis.
Kesiapan SDM	Anestesi : kemampuan tidak jago di anak. Keterampilan masih kurang. Ada dr yg tidak on time. semestinya anestesi datang dulu sebelum op (premed). Kebanyakan dr sudah pengalaman sehingga tidak ada masalah dgn asisten/perawat. Mortalitas banyak berhubungan dgn dr anestesi.	Kompleks. Kru op bila laparotomi yg senior. Bila cito apa yg ada. Dr Anestesi selama ditoleransi saya ikut. RS harus merangkul mengenai kesejahteraannya.	Banyak kekurangannya. Malah menurun krn banyak yg keluar. Tenaga tak stand by, operator datang duluan. Tetep jalan daripada tak jadi operasi
Kesiapan obat & alat	Alat banyak kurang, seadanya krn operasi hrs tetap berjalan. Alat banyak yg lama. Kualitas kurang. Permintaan tak spesifik.	Untuk tipe RS ini, saya kira sudah cukup	Alat tak terlalu lengkap & tidak bagus. Untuk kasus berat hrs pikir2 lagi.
Waktu pelayanan	Perlu ditingkatkan/ dipercepat	Kompromi tinggi sekali. 1-2 jam masih toleransi. Tgt kasusnya spt luka tusuk.	Sudah cukup lumayan
Apa yang biasanya menjadi hambatan	Dr anestesi yg tidak siap	Hambatan biasanya tidak ditanggung asuransi.	Tidak ada yang khusus

Catatan wawancara mendalam informan dokter operator

Informan: Topik	Dr operator empat	Dr anestesi
Prosedur penanganan pasien operasi cito	Cito berdasarkan diagnosis. Perusahaan kdg tak percaya dgn diagnosis dr. (bukan medis) Ada yg sulit, tidak segera memutuskan mungkin pendidikan. Berembug diantara mereka sendiri.	Ada hal2 yg perlu dikurangi waktunya spt waktu puasa, lah yg tak terlalu lengkap. Prinsip pemeriksaan sama. Waktu pemeriksaan bisa 15-30 menit sbm op.
Prosedur kerja antar unit	Cukup baik	Kerja samanya lebih kurang sama (cukup)
Kesiapan SDM	IGD cukup baik, VK sudah cukup baik. OK ada tapi tak menyolok. Tak terasa krn pasien jarang. Keadaan darurat asal ada persetujuan anestesi, bisa jalan.	SDM system on call tentu memerlukan waktu yg lebih lama. Mutu kurang lebih sama.
Kesiapan obat & alat	Tak jadi masalah	Cukup
Waktu pelayanan	Yg menjadi hambatan bervariasi.	Krn SDMnya kurang tentu waktu lebih lama krn tumpang tindih pekerjaan yg mereka lakukan. Dr spesialis kurang lebih sama kdg op terlambat, kdg anestesi terlambat.
Apa yang menjadi hambatan	Tak ada yg dominan	Dr anestesi yg tak hadir waktu op tak banyak. Selagi status ASA 1, tak menjadi halangan berat. Selalu ada komunikasi dgn dr anestesinya.

Catatan wawancara mendalam informan dokter Jaga IGD

Informan: Topik	Dr jaga IGD satu	Dr jaga IGD dua	Dr jaga tiga
Prosedur penanganan pasien operasi cito	Periksa fisik dan pemeriksaan penunjang lab, ro, EKG. Lapor konsulen. Lalu bila acc hub OK. Terapi konservatif. Pesan tempat.	Pasien diperiksa, lab, ro, lalu dilapor ke dr konsulen, terjadwal. Kalau pasien umum lapor dulu. PT persetujuan dulu baru lapor.	PT lebih mudah untuk motivasi. Umum lebih ke biaya kdg penanggung jawab nggak ada.
Prosedur kerja antar unit IGD	Hasil lab bisa ditunggu, kdg lagi error tapi jarang. Ro/scan cepat	Biasanya cepet. Lab agak lama krn nunggu CT-BT. Biasanya untuk op.	Sudah baik
Kesiapan SDM	Saya rasa baik. Dan siap di tempat. Kalaupun kurang minta bantuan dari ruangan.	Sudah cukup baik.	OK tak siap main bareng dua. Anestesi kdg2 tak bisa, sampai cari anestesi luar. Tenaga OK dibenahi. Komunikasi sesama operator dan anestesi.
Kesiapan obat & alat	Cukup baik.	Cukup baik	Sudah baik
Waktu pelayanan	Cepat, tidak menunggu lama	Masih perlu ditingkatkan	Masih bisa dipercepat
Apa yang biasanya menjadi hambatan	Jarang. Kdg2 anestesinya kendala kalau tengah malam. Sering hambatan penjaminan, dari perusahaan ttn minta pemeriksaan yg lengkap. Pasien umum biasanya tidak.	Kesulitan nunggu keluarga untuk SIO. OK sebaiknya stand by.	Kdg sudah dimotivasi, dr op belum bisa menjanjikan tepat jam berapa.

Catatan wawancara mendalam informan bidan Jaga

Informan: Topik	Bidan satu	Bidan dua	Bidan tiga
Prosedur penanganan pasien operasi cito	Langsung infus, periksa lab, periksa dalam ada pembukaan atau tidak	PeriksaDJJ, periksa dalam baru lapor ke dokternya. Biasanya 30 menit.	Untuk motivasi, biasanya gampang. Kalau pasien PT tak ada masalah. Biasanya juga diberi motivasi juga oleh dokter jaga
Prosedur kerja antar unit IGD	Periksa lab, bidan yg menyerahkan ke lab	Biasanya hub supervisor, baru supervisor hub OK	Kita yg mengantar ke lab, biasanya cepat
Kesiapan SDM	Kalau kasus biasa cukup. Kalau kurang tenaga biasanya dipanggil bidan dari rumah. SDM OK seharusnya ada satu orang, jangan on call.	Kalau tak ada yg sakit atau ada keperluan, jaga Cuma satu. Ada system on Call, terutama hari minggu. Dr op ada yg harus dijemput dgn ambulans	Jumlahnya pas lah. Mutunya cukup. SDM sudah ada protap2, semuanya sudah terarah. Perawat OK on call,sebaiknya tinggal di sini.
Kesiapan obat & alat	Masih cukup	Masih bisa diatasi.	Cukup baik
Waktu pelayanan	Sudah cukup baik	Dilayani sebaik mungkin sesuai prosedur yg ada.	Cukup baik
Apa yang biasanya menjadi hambatan	Dr jaga kalau malam susah dicari.	Ada dr yg tak datang, Cuma instruksi .	Dr operator sudah datang, anestesi belum datang. Juga dr anaknya. Kdg dr obsgyn yg nunggu, perawat belum datang. Akhir2 ini sering.

Catatan wawancara mendalam informan Perawat kamar operasi

Informan: Topik	Perawat OK satu	Perawat OK dua	Perawat OK tiga
Prosedur penanganan pasien operasi cito	Informasi dari IGD, kita siapin alat2 yg diperlukan, konfirmasi ulang ked r operator.	Dimulai informasi dari IGD.Konfirmasi anestesi,lalu konfirmasi lagi ke dr bedah.Lalu siapin alat-alat	IGD telp ada rencana op, dr siapa jam berapa. Kemudian hub dr anestesi & penata anestesi.
Prosedur kerja antar unit	Masih belum baik	IGD hrs cukur dulu. Kalau cito masih kita maklumi. Ada pasien dikirim ke OK belum ada hasil lab tertulis.	Lab biasanya yg cepat, H2TL, CT-BT.
Kesiapan SDM	Kita datang dulu untuk persiapin alat dulu. Setiap op hrs 3 orang. SDMnya kurang.dr op komplain kalau anak perawat baru.kalau kasus susah milih.	Terus terang kurang. Untuk main 2 tak bisa. Hrs panggil petugas OK lain. Kalau dulu banyak yg senior. Kdg2 dr ortopedi menghendaki dr laki2.	Kurang. Dr op tak mau nunggu. Main 2. Time out belum bisa dilaksanakan. Dr anestesi hanya mengikuti dr bedah
Kesiapan obat & alat	Sekarang dipegang apotik.sebetulnya kurang cukup. Hrs buang waktu, steril ulang	Semuanya sekitar 15 menit. Kalau kamar op banyak kegiatan/alat sudah terpakai kita sterilisasi lagi. Tak menghambat waktu op.	Selama ini cepat diatasi.Obat emergency biasanya ada.
Waktu pelayanan	Masih kurang	Tak ada masalah.	Masih kurang optimal
Apa yang biasanya menjadi hambatan	Dr op sudah datang, dr anestesi belum ada. Akhirnya telat sekitar 1 jam. Operator juga suka terlambat.	Dr anestesi yg sering telat. Krn ada op di RS lain, malam, sudah kelelahan. Sering op tanpa dr anestesi. 50 %. Dr anestesi melepas ke penata ASA 1-2. Tenaga OK kurang, kita sudah kelelahan, linennya kurang.	

Catatan wawancara mendalam informan Pasien/keluarga

Informan: Topik	Pasien 1	Pasien 2	Pasien 3	Pasien 4	Pasien 5
Bagaimana waktu pelayanan di IGD	Pelayanan agak cepat	Alhamdulillah cepat	Lumayan cepat	Sudah baik	Datang ke sini langsung dilayani. Cepet.
Kesiapan SDM	Dr operator telat	Cukup baik	Dr bedah telat datang.	baik	Dr operator agak telat
Bagaimana pelayanan administrasi	Tak ada masalah	Tak ada masalah, saya sendiri tanda tangan.	Tak ada masalah	Tak ada masalah	Baik, lgs di tangani.
Apa saja yang menjadi hambatan	Dari tim operasi terlalu berisik (kurang nyaman)	Tak ada masalah	Menunggu di kamar operasi terlalu lama.	Tak ada	Tak ada masalah

Catatan wawancara mendalam informan Pasien/keluarga

Informan: Topik	Pasien 6	Pasien 7	Pasien 8	Pasien 9	Pasien 10
Bagaimana waktu pelayanan di IGD	Ditunda sampai 2 jam	Sudah baik	Sudah cukup baik	cukup	Sudah baik
Kesiapan SDM	Membiusnya kurang terampil. Tadinya disuntik di punggung jadi dibius umum.	Cukup	Baik, ramah	Sudah baik	Cukup baik
Bagaimana pelayanan administrasi	Tak ada masalah	Tak ada masalah	Tak ada masalah	Tak ada masalah	Tak ada masalah
Apa saja yang menjadi hambatan	Drnya jgn menunda operasi	Tak ada	Tak ada	Tak ada	Tak ada

Catatan Fokus Grup Diskusi informan perawat IGD

Informan: Topik	Informan satu	Informan dua	Informan tiga	Informan empat	Informan lima	Informan enam
Bagaimana waktu pelayanan di IGD untuk kasus cito	Sudah baik. Krn lgs kita tangani tindakannya.	Sudah maksimal yg dilakukan di IGD	sama	Kendalanya adm	Kendala asuransi	Sudah berpengalaman.
Apa penyebab keterlambatan	Asuransi, menunggu keluarga, dr yang menanganinya	Asuransi/ menunggu keluarga	sama	Asuransi dan pihak penabrak	Adm, keluarga, dr spesialis ada penundaan	Dr operatonya berapa jam kemudian baru operasi
Prosedur penanganan pasien operasi cito	sama	sama	Setelah ditangani lalu lapor dr operator, lalu IRI, bila acc langsung ke OK	sama	sama	Sudah bagus
Prosedur kerja antar unit terkait	sama	sama	sama	Ro lumayan jauh. Apotik juga sangat menghambat, malam hrs ke depan. Lab biasanya cepat	Kdg ruangan belum siap	Bagian apotik dan rontgen
Kesiapan SDM	Cukup. Untuk menangani pasien resusitasi masih kurang. Kdg tak ada PJ yg jaga. Mohon ada pelatihan.	Cukup siap	Masih kurang pelatihan	Jumlah kurang, skill sudah cukup bagus. Dr cukup untuk IGD saja jgn dirangkap	Jumlah kurang, terutama jika pasiennya banyak. mutunya cukup baik.	Cukup. Untuk pelatihan lebih baik

Catatan Fokus Grup Diskusi informan perawat IGD

Informan: Topik	Informan satu	Informan dua	Informan tiga	Informan empat	Informan lima	Informan enam
Hambatan scr umum	Operasi janji jam 11 jadi jam sekian	Sama, operasi suka molor	Ada yg kurang meyakinkan penjelasan kpd pasien.	Asuransi yg hrs menunggu 2-3 jam. Bisakah difollow-up di ruangan. Dr A lebih berani, dr B hrs periksa lengkap, jadi agak telat.	Dr obsgyn tak datang kalau di konsul cito di poli. Dr jaga menjelaskan pasien kurang jelas (kayaknya)	Hrsnya pede aja, jadi pasien jadi ragu.



RUMAH SAKIT KARYA MEDIKA

Jl. Raya Imam Bonjol No. 9B Cikarang Barat - Bekasi
Telp. : 8900190 - 8900191 - 8903003 - 8903004
Fax. : 89107753
E-mail : rskm@indo.net.id

Bankers :
BANK JABAR
BANK DANAMON

KEPUTUSAN DIREKTUR RUMAH SAKIT KARYA MEDIKA I

NO : 073/SK-DIR/RSKM I/XII/10

TENTANG

KEBIJAKAN SUMBER DAYA MANUSIA DI RUMAH SAKIT KARYA MEDIKA I REVISI I

DIREKTUR RUMAH SAKIT KARYA MEDIKA I

Menimbang

- a. bahwa Keputusan Direktur Utama Rumah Sakit Karya Medika Nomor 065/SK-DIR/RSKM/XII/03 tanggal 13 Desember 2003 tentang Kebijakan Sumber Daya Manusia di Rumah Sakit Karya Medika sudah tidak relevan lagi sehingga perlu diadakan Revisi
- b. bahwa Bagian Personalia memegang peranan penting dalam menciptakan kinerja Sumber Daya Manusia yang bermutu atas dasar pengelolaan Sumber Daya Manusia yang ditata sesuai dengan kebutuhan yang efektif dan efisien di Rumah Sakit Karya Medika I.
- c. bahwa berdasarkan butir a dan b tersebut di atas, dipandang perlu Kebijakan Sumber Daya Manusia di Rumah Sakit Karya Medika I Revisi I yang ditetapkan dengan Surat Keputusan.

Mengingat

1. Undang - Undang Republik Indonesia Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan
2. Undang - Undang Republik Indonesia Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit
3. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 1045/Menkes/Per/XI/2006 tentang Pedoman Organisasi Rumah Sakit di Lingkungan Departemen Kesehatan
4. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 1333/Menkes/SK/XII/1999 tentang Standar Pelayanan Rumah Sakit
5. Keputusan Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Bekasi Nomor 503/2536/Dinkes/RS/2008 tanggal 28 Mei 2008 tentang Ijin Penyelenggaraan Rumah Sakit Karya Medika.

MEMUTUSKAN

- Menetapkan :
- PERTAMA : Kebijakan Sumber Daya Manusia di Rumah Sakit Karya Medika I Revisi I sebagaimana tercantum dalam lampiran yang merupakan bagian yang tidak terpisahkan dari Surat Keputusan ini.
- KEDUA : Mencabut Surat Keputusan Direktur Rumah Sakit Karya Medika Nomor 065/SK-DIR/RSKM/XII/03 tentang Kebijakan Sumber Daya Manusia di Rumah Sakit Karya Medika
- KETIGA : Surat Keputusan ini mulai berlaku sejak tanggal ditetapkan.
- KEEMPAT : Apabila dikemudian hari ternyata terdapat kekeliruan dalam keputusan ini, maka akan diadakan perbaikan sebagaimana mestinya.

Ditetapkan di : Bekasi
pada tanggal : 2 Desember 2010
RUMAH SAKIT KARYA MEDIKA I


Dr. DJUHARI SURYASAPUTRA, M.Kes.
DIREKTUR

Surat Keputusan ini disampaikan
Kepada Yth. :
1. Para Wakil Direktur RS Karya Medika I
2. Ketua Komite Medis
3. Para Kepala Bagian, Bidang dan Instalasi
4. Peringatan

D:\SEKDIR 2010\SK DIREKTUR 2010.doc

Rumah Sakit Karya Medika I Cikarang Barat - Bekasi

Lampiran : Keputusan Direktur Rumah Sakit Karya Medika I
nomor : 073/SK-DIR/RSKM I/XII/10
tentang : Kebijakan Sumber Daya Manusia di Rumah Sakit Karya Medika I
Revisi I
tanggal : 2 Desember 2010

KEBIJAKAN SUMBER DAYA MANUSIA
DI RUMAH SAKIT KARYA MEDIKA I
REVISI I

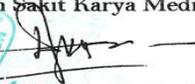
Kebijakan Sumber Daya Manusia di Rumah Sakit Karya Medika I :

1. Bagian Personalia berwenang memproses : Perencanaan Kebutuhan Pegawai, Rekrutmen, Seleksi, Pengangkatan, Penempatan, Penggajian, Pembinaan, Mutasi, Pemberhentian, Pendidikan dan Pelatihan Kepegawaian, Penetapan Pola Kepegawaian, Pengawasan, Analisis dan Evaluasi Pegawai.
2. Pembentukan Tim Rekrutmen Rumah Sakit Karya Medika I
3. Penerimaan Dokter Spesialis, Dokter Umum dan Dokter Gigi, wajib melalui Sub Komite Kredensial di Komite Medis.
4. Penerimaan Pegawai Baru melalui tahapan : Seleksi Kelengkapan Berkas, Pemanggilan Calon, Seleksi Tertulis, Wawancara, *Medical Check Up* (Test Kesehatan), Pengumuman yang lulus
5. Setelah diterima sebagai pegawai, menjalankan masa orientasi selama 2 (dua) minggu untuk tenaga Non Medis dan Dokter Umum, sedangkan untuk tenaga Perawat selama 2 (dua) bulan.
6. Pegawai baru selama menjalankan Masa Orientasi dan atau Masa Percobaan :
 - a. Perawat berpakaian putih-putih dan sepatu putih, sedangkan tenaga lain menyesuaikan dengan profesinya, memakai Kartu Tanda Pengenal (*ID Card*) dan PIN Karya Medika Group.
 - b. Mendapat Kupon Makan sekali tiap hari kerja atau Uang Makan setiap hari kerja
 - c. Belum berhak mendapat Jaminan Pelayanan Kesehatan
 - d. Belum berhak mendapat Cuti Tahunan dan Tunjangan Hari Raya sesuai dengan UMK yang diatur dalam peraturan perundangan lainnya yang berlaku.
7. Penilaian Keterampilan, Disiplin Kerja selama Masa Orientasi dan atau Masa Percobaan dilakukan oleh atasannya yaitu Kepala Bagian, Bidang atau Instalasi dan dilaporkan kepada Direktur melalui Kepala Bagian Personalia untuk selanjutnya diangkat sebagai Pegawai Tetap atau Tidak Tetap atau diberhentikan.
8. Penerimaan Pegawai harus sesuai dengan kebutuhan, pegawai tidak berlebihan, seefisien dan seefektif mungkin sesuai profesi dan posisi yang dibutuhkan (*the right man on the right place*), mampu bekerja keras, dedikasi kerja tinggi, hubungan antar manusia baik, terampil, inovatif dan kreatif serta berpotensi untuk berkembang

Rumah Sakit Karya Medika I Cikarang Barat - Bekasi

9. Mencatat kehadirannya dengan menggunakan Mesin Amano pada waktu datang maupun pulang. Bila tidak mengindahkan kebijakan tersebut, akan dikenakan sanksi sesuai peraturan yang berlaku.
10. Cuti Tahunan diatur pengambilannya bukan setelah 1 tahun berturut-turut bekerja, tetapi pengambilannya dilakukan dalam bulan berjalan setelah 3 (tiga) bulan bekerja.
11. Kepada karyawan dapat diberikan Cuti Diluar Tanggungan :
 - a. Cuti Diluar Tanggungan diberikan kepada pegawai yang memerlukan waktu cuti yang lebih lama dari waktu Cuti Tahunan untuk keperluan yang sifatnya mendesak.
 - b. Cuti Diluar Tanggungan tidak akan diberikan apabila digunakan untuk mencoba bekerja atau kontrak kerja di tempat lain.
 - c. Pejabat yang berwenang memberikan ijin Cuti Diluar Tanggungan adalah Direktur Rumah Sakit Karya Medika I
12. Melanjutkan Pendidikan atas biaya sendiri, hanya diberikan kepada pegawai yang telah mendapat ijin dari Direktur Rumah Sakit Karya Medika I, yaitu bagi pegawai yang ingin melanjutkan pendidikan dengan biaya sendiri, yang bertujuan untuk meningkatkan pengetahuan dan kemampuan serta untuk memperoleh gelar (DIII, S1, S2 & S3) maupun non gelar di institusi pendidikan negeri ataupun swasta
13. Rumah sakit Karya Medika I menerima tenaga perawat dengan kualifikasi minimal lulusan DIII Keperawatan (Akper). Seluruh tenaga perawat di Instalasi Gawat Darurat (IGD) minimal sudah memiliki sertifikat PPGD.
14. Kepala Ruangan Perawatan minimal lulusan DIII Keperawatan.
15. Rotasi Kepala Ruangan Perawatan dilakukan 5 (lima) tahun sekali kecuali keadaan mendesak demi mempertahankan dan meningkatkan pelayanan.
16. Rotasi Dokter Tetap dilakukan setiap 5 (lima) tahun sekali kecuali keadaan mendesak demi mempertahankan dan meningkatkan pelayanan.
17. Dokter Jaga di IGD minimal harus sudah memiliki sertifikat pelatihan ATLS, ACLS & PPGD
18. Karyawan yang akan melamar menjadi Pegawai Negeri Sipil (CPNS) harus sudah memenuhi persyaratan yaitu :
 - a. Minimal telah menjadi pegawai Rumah Sakit Karya Medika I selama 5 (lima) tahun
 - b. Memiliki kinerja yang baik
 - c. Telah menyelesaikan masa bakti di Rumah Sakit Karya Medika I selama 3 (tiga) tahun terhitung sejak saat lulus mengikuti pendidikan lanjutan terakhir yang diikutinya.
 - d. Telah menyelesaikan masa bakti di Rumah Sakit Karya Medika I setelah mengikuti pelatihan yang biayanya ditanggung Rumah Sakit Karya Medika I.

Bekasi, 2 Desember 2010
Rumah Sakit Karya Medika I


Dr. Djuhari Suryasaputra, M.Kes.
Direktur



PT. ADHIFARMA ADYAJAYA MEDIKA

Jln. Sultan Hasanudin No. 63 Tambun
Telp. 88327514 , 88324366, 88361980 Fax. : 88327514
Bekasi - 17510

Bankers :
Bank JABAR
Bank BNI'46

KEPUTUSAN DIREKTUR UTAMA PERSEROAN TERBATAS

ADHIFARMA ADYAJAYA MEDIKA
NO.: 001/SK-DIRUT/PT AAM/I/12

TENTANG

STRUKTUR ORGANISASI
RUMAH SAKIT KARYA MEDIKA I
REVISI VI

DIREKTUR UTAMA PERSEROAN TERBATAS ADHIFARMA ADYAJAYA MEDIKA

- Menimbang :
- a. bahwa Surat Keputusan Direktur Utama Perseroan Terbatas Adhifarma Adyajaya Medika Nomor 003/SK-DIRUT/PT AAM/V/10 tentang Struktur Organisasi Rumah Sakit Karya Medika I Revisi V dengan dikeluarkannya Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 755/Menkes/Per/IV/2011 tentang Penyelenggaraan Komite Medis di Rumah Sakit sudah tidak relevan lagi, maka perlu diadakan Revisi.
 - b. bahwa Struktur Organisasi Rumah Sakit Karya Medika I tetap mengarah pada perampingan jabatan struktural, tetapi tetap kaya fungsi.
 - c. bahwa berdasarkan butir a dan b tersebut di atas, dipandang perlu Struktur Organisasi Rumah Sakit Karya Medika I Revisi VI ditetapkan dengan Surat Keputusan.

- Mengingat :
1. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan
 2. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit
 3. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 1045/Menkes/PER/XI/2006 tentang Pedoman Organisasi Rumah Sakit di Lingkungan Departemen Kesehatan
 4. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 856/Menkes/SK/IX/2009 tentang Standar Instalasi Gawat Darurat (IGD) Rumah Sakit.
 5. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 755/Menkes/Per/IV/2011 tentang Penyelenggaraan Komite Medis di Rumah Sakit.
 6. Keputusan Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Bekasi Nomor 503/2536/Dinkes/RS/2008 tanggal 28 Mei 2008 tentang Ijin Penyelenggaraan Rumah Sakit Karya Medika



PT. ADHIFARMA ADYAJAYA MEDIKA

Jln. Sultan Hasanudin No. 63 Tambun
Telp. 88327514 , 88324366, 88361980 Fax. : 88327514
Bekasi - 17510

Bankers :
Bank JABAR
Bank BNI'46

MEMUTUSKAN

- Menetapkan :
- PERTAMA** : Struktur Organisasi Rumah Sakit Karya Medika I Revisi VI sebagaimana terlampir yang merupakan bagian yang tidak terpisahkan dari Surat Keputusan ini.
- KEDUA** : Mencabut Surat Keputusan Direktur Utama Perseroan Terbatas Adhifarma Adyajaya Medika Nomor 003/SK-DIRUT/PT AAM/V/10 tentang Struktur Organisasi Rumah Sakit Karya Medika I Revisi V.
- KETIGA** : Memberlakukan Struktur Organisasi Rumah Sakit Karya Medika I Revisi VI.
- KEEMPAT** : Surat Keputusan ini mulai berlaku sejak tanggal ditetapkan.
- KELIMA** : Apabila dikemudian hari ternyata terdapat kekeliruan dalam Surat Keputusan ini, maka akan diadakan perbaikan sebagaimana mestinya.

Ditetapkan di : Bekasi
pada tanggal : 9 Januari 2012
**PERSEROAN TERBATAS
ADHIFARMA ADYAJAYA MEDIKA**



Dr. AANG RAHARDJA
DIREKTUR UTAMA

Surat Keputusan ini disampaikan
Kepada Yth. :

1. Direktur RS Karya Medika I
2. Wakil Direktur Umum & Keuangan
3. Wakil Direktur Pelayanan Medis & Keperawatan
4. Wakil Direktur Penunjang Medis
5. Ketua Komite Medis
6. Seluruh Kepala Bidang, Bagian dan Instalasi
7. Seluruh Kepala Ruang Keperawatan
8. Peninggal

STRUKTUR ORGANISASI RUMAH SAKIT KARYA MEDIKA I

