



UNIVERSITAS INDONESIA

**ANALISA IMPLEMENTASI
INTEGRATED CARE PATHWAY KASUS DBD
DI RUANGAN RAWAT INAP KELAS III
RSUD CENGKARENG
TAHUN 2009**

Oleh :

BUDIMAN WIDJAJA

NPM : 07061890633

**PROGRAM STUDI ILMU KESEHATAN MASYARAKAT
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
UNIVERSITAS INDONESIA**

DEPOK, 2009

PROGRAM STUDI ILMU KESEHATAN MASYARAKAT

KAJIAN ADMINISTRASI RUMAH SAKIT

Tesis, 5 Juni 2009

Budiman Widjaja, NPM 0706189633

Analisa Implementasi Integrated Care Pathway Kasus DBD di Ruang Rawat
Inap Kelas III RSUD Cengkareng

211 halaman + 27 tabel + 6 gambar + 40 lampiran

ABSTRAK

Mutu pelayanan Rumah Sakit adalah identik dengan derajat kepuasan. Pelayanan Rumah Sakit dimulai dari sejak pasien masuk ke halaman Rumah Sakit sampai ke luar halaman. Sering pasien menganggap bahwa pelayanan Rumah Sakit kurang bermutu dan merasa tidak puas oleh hal-hal kecil.

Salah satu tantangan utama para Profesional Pelayanan Medis, para manajer dan administrator untuk efisiensi penggunaan sumber-sumber daya yang terbatas, menyediakan kualitas tinggi, tepat waktu, berdasarkan bukti, praktek terbaik. Perangkat Integrated Care Pathway menawarkan hal tersebut. Orang dan proses yang sempurna membuat satu layanan kesehatan yang berkualitas. Bagaimana Integrated Care Pathway menginformasikan dengan memperkenalkan pengetahuan, peralatan dan kerangka konseptual.

Pada penelitian diambil kasus Demam Berdarah Dengue karena dari data yang ada bahwa kasus Demam Berdarah Dengue adalah kasus yang paling terbanyak sampai dinyatakan oleh Dinkes DKI sebagai Wabah sehingga setiap pasien yang didiagnosa Demam Berdarah Dengue dan dirawat di kelas III di Rumah Sakit Umum Daerah maka biaya pengobatannya akan ditanggung oleh Pemda DKI melalui Dinkes DKI.

Tujuan Penelitian disini adalah untuk mengetahui terjadinya Integrasi dengan implementasi Integrated Care Pathway pada kasus Demam Berdarah

Dengue diruangan rawat inap kelas III di Rumah Sakit Umum Daerah Cengkareng.

Subjek penelitian adalah pasien yang dirawat di kelas III dengan diagnosa masuk dan diagnose pulang yang ditulis oleh Dokter Spesialis Anak atau Dokter Spesialis Penyakit Dalam adalah Demam Berdarah Dengue (DBD). Karena pasien yang dirawat di kelas 3 dengan diagnose Demam Berdarah Dengue dijamin oleh Pemda DKI. Penelitian menggunakan metode kualitatif secara retrospektif dengan melihat status di bagian rekam medis yang ditulis oleh Dokter Spesialis Anak dan Dokter Spesialis Penyakit Dalam. Pasien dengan diagnose Demam Berdarah Dengue yang dirawat dikelas III yang diambil sebagai penelitian adalah pasien yang dirawat dari bulan 1 Januari 2008 sampai 31 Oktober 2008.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa terjadi tingkat Koordinasi 98 %, Komunikasi 93 %, Kontinuity 54 %, Kolaborasi 93 %. Dengan data tersebut diatas maka dapat disimpulkan Implementasi Integrated Care Pathway pada kasus Demam Berdarah Dengue di RSUD Cengkareng pada dasarnya sudah berjalan cukup baik, hal ini dapat dibuktikan dengan beberapa hal seperti tindakan menjadi lebih terstandar, pelayanan menjadi lebih standar sesuai dengan SOP dan terintegrasi, jenis obat obatan dan jumlahnya yang digunakan menjadi terstandar, jenis pemeriksaan menjadi terstandar, lama rawat dirumah sakit menjadi jelas, biaya yang dikeluarkan pasien menjadi lebih murah.

Saran pada penelitian ini masih perlu dievaluasi mengenai format Integrated Care Pathway sendiri. Dengan penelitian ini dapat diusulkan masih perlu revisi mengenai format template Integrated Care Pathway, perlu adanya sosialisasi rutin kepada setiap pegawai misalnya Dokter dan perawat karena sering terjadi pergantian atau pegawai baru seperti Dokter dan Perawat, dan hal tersebut membuat pelaksanaan Integrated Care Pathway tidak bisa berjalan dengan baik karena mereka belum memahami penggunaan formulir tersebut, bila mungkin untuk kedepannya template Integrated Care Pathway dapat melibatkan pasien sehingga pasien bisa mandiri, menambah pengetahuan pasien dan mengetahui dengan benar tahapan penanganannya.

Saran untuk Dinkes DKI, perlu dikembangkan pola pelayanan penanganan pasien Demam Berdarah Dengue yang dirawat di Rumah Sakit Umum Daerah secara serempak mengingat pasien yang ditangani dengan kasus tersebut setiap hari jumlahnya banyak dan hampir dapat dikatakan tidak berhenti dari tahun ke tahun. Dengan data seperti itu maka perlu disikapi untuk pencegahan kasus penanggulangan Demam Berdarah Dengue dilingkungan dan untuk pasien yang dirawat di Rumah Sakit dibuat kesepakatan bersama dengan menggunakan Integrated Care Pathway sehingga biaya yang digunakan dapat terkontrol dan pasien yang dapat ditangani menjadi lebih banyak dan jiwa jiwa yang terselamatkan menjadi lebih banyak lagi dan mudah diaudit.

Saran untuk Asuransi, dengan menggunakan Integrated Care Pathway pada kasus ini dapat dibuktikan bahwa pelayanan yang dilakukan seperti pada kasus Demam Berdarah Dengue dapat efisiensi sehingga biaya yang digunakan dapat minimal dan asuransi dengan mudahnya melihat dan melakukan kontrol. Sehingga tidak ada lagi kecurigaan over utilisasi atau over treatment. Kedepanya dengan bertambahnya kasus yang ada semoga dapat dibuatkan template ICP untuk kasus kasus yang lain sehingga kepercayaan Asuransi terhadap pelayanan Rumah Sakit dapat meningkat.

Saran untuk Pasien, dengan adanya Integrated Care pathway maka pasien dari hari ke hari dapat belajar dan lebih kooperatif serta mengerti tentang penanganan penyakitnya. Diharapkan dengan pelaksanaan pelayanan menggunakan Integrated Care Pathway pasien bisa lebih melibatkan diri dan memahami tentang rencana tindakan dan pengobatan yang akan dilakukan untuk dirinya sehingga keluhan mengenai malpraktek dapat diperkecil.

PROGRAMME OF PUBLIC HEALTH STUDI

HOSPITAL ADMINISTRATION

Tesis, Juni 5, 2009

Budiman Widjaja, NPM 0706189633

Implementation Integrated Care Pathway analisis Dengue Hemoragic fever case in III rd class Cengkareng Regional General Hospital

211 page + 27 table + 6 picture + 40 appendix

ABSTRACT

The quality of Hospital service is same with satisfaction degree. The hospital services are started from the patient came into yard of hospital until outside of the yard. Usually the patient estimated that the hospital's services under grade and feel unsatisfied by small things.

One of the main challanger of Professional Medical Services, managers and administrator for efficient useful of limited resources, supply the high quality, on-time, based on evidence, best practice. Tool of Integrated Care Pathway provided those things. People and perfect process make one quality medical How the Integrated Care Pathway informed with introducing the knowledge, equipment and conceptual design.

On research, we took Dengue Hemoragic Fever case because it was the majority data until was declared by DKI's Health District as epidemic, so that every patient which is diagnosed by Dengue Hemoragic Fever and treated at third class in Regional General Hospital so the Regional Government will be responsible for the cost through DKI's Health District.

The purpose of research here is knowing how has become the integration with Implementation of Integrated Care Pathway on Dengue Hemoragic Fever case at III-rd class of treatment room at Cengkareng Regional General Hospital.

Subject of research is patient which is treated at III-rd class with in diagnose and out diagnose written by Pediatrician or Internist is Dengue Hemoragic Fever (DHF). Because the patient which is treated at III-rd class with Dengue Hemoragic Fever guaranteed by DKI's Regional Government. The research used Qualitative method retrospectively by looking at file in medical record, written by Pediatrician and Internist. Patient with Dengue Hemoragic Fever's Diagnose which is treated at 3rd class, taken as research is patient were treated from January 1st, 2008 until October 31, 2008. The research's result indicates that there's Coordination degree 98%, Communication 93 %, Continuity 54 %, Collaboration 93 %. With those data so the Implementation of Integrated Care Pathway on Dengue Hemoragic Fever case at Cengkareng Regional General Hospital had already good enough, it can be proved by some things like action to be more standardization, services be more standard agree with SOP and integrated, kind of medicines and the total which is used become standardization, kind of investigation become standardization, length stay at hospital become clear, the cost must be paid by patient become cheaper.

The suggestion on this research still need be evaluated about the format of Integrated Care Pathway itself.. With this research could be suggested that it still need revition about the format template Integrated Care Pathway, it still need routine socialization to every employee such as Doctor and nurse because it often changes or new employee such as Doctor and nurse, and it could make the implementation of Integrated Care Pathway could not work good because they had not understood how to use the form, if possible for the future, the template of Integrated Care Pathway could involved patient so patient could be autonomous., add patient knowledge and know rightly the handling phase.

Suggestion for DKI's Health District, it need to be expanded the pattern of handling service of Dengue Hemoragic Fever patient which is treated at Regional General Hospital ,altogether, considering the total of patient with that case every day more and more and almost can not stop from year to year. With that data so it need to be attention for prevention of Dengue Hemoragic Fever at the area and for patient which is treated at Hospital, made an agreement to go together used by

Integrated Care Pathway so the using cost could be controlled and patient that could be take care could be more and more savely spirit too and easy to be audited.

Suggestion for Insurance, by using Integrated Care Pathway at this case could be proven that the service such as at Dengue Hemoragic Fever case could be efficient so the using cost could be minimal and insurance could be easier see and do the control. So there is not any suspicion over utilization or over treatment. With the additional of case ahead, hopefully it could be made the template of ICP for other cases so that the insurance realiable on Hospital's Services could be increasing.

Suggestion for the patient, with Integrated Care pathway so patient from day to day could learn and more cooperative and understand about the handling of the sickness. Hopefully with the implementation service using the Integrated Care Pathway, the patient can be more participate and understand about the action planning and medical treatment which will be done to themselves until complaint about malpractice could be smaller.



UNIVERSITAS INDONESIA

**ANALISA IMPLEMENTASI
INTEGRATED CARE PATHWAY KASUS DBD
DI RUANGAN RAWAT INAP KELAS III
RSUD CENGKARENG
TAHUN 2009**

**Tesis ini diajukan sebagai
Salah satu syarat untuk memperoleh gelar
MAGISTER KESEHATAN MASYARAKAT**

**Oleh :
BUDIMAN WIDJAJA
NPM : 07061890633**

**PROGRAM STUDI ILMU KESEHATAN MASYARAKAT
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
UNIVERSITAS INDONESIA**

DEPOK, 2009

PERNYATAAN PERSETUJUAN

Tesis dengan judul

**ANALISA IMPLEMENTASI
INTEGRATED CARE PATHWAY KASUS DBD
DI RUANGAN RAWAT INAP KELAS III
RSUD CENKARENG
TAHUN 2009**

Telah disetujui, diperiksa dan dipertahankan di hadapan Tim Penguji Tesis
Program Pascasarjana Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia

Depok, 5 Juni 2009

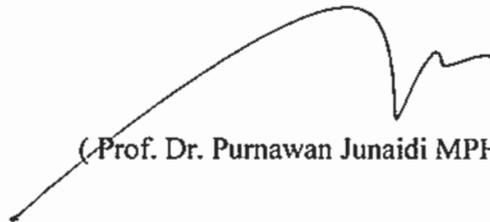
Komisi Pembimbing

Ketua



(Dr. Drg. Yaslis Ilyas MPH)

Anggota



(Prof. Dr. Purnawan Junaidi MPH, PhD)

**PANITIA SIDANG UJIAN TESIS
PROGRAM STUDI ILMU KESEHATAN MASYARAKAT
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
UNIVERSITAS INDONESIA**

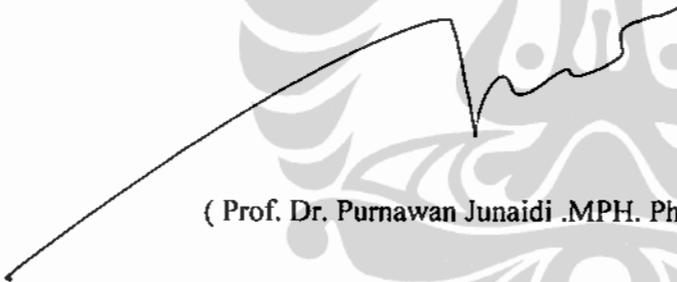
Depok, 5 Juni 2009

Ketua



(Dr. Drg. Yaslis Ilyas MPH)

Anggota



(Prof. Dr. Purnawan Junaidi MPH PhD)



(Dr. Chairulsjah Sjahrudin SpOG MARS)



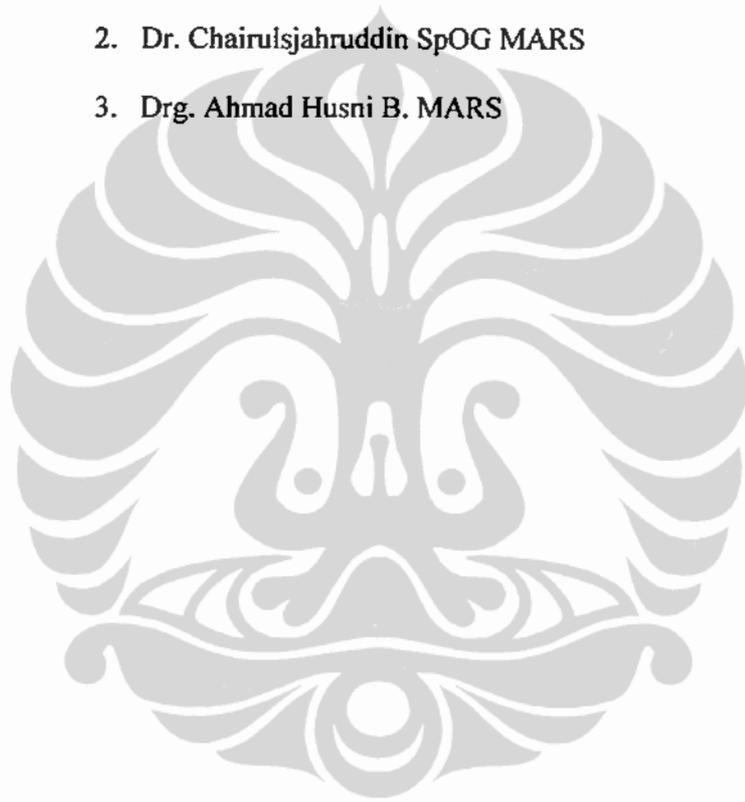
(Drg. Ahmad Husni B. MARS)

DAFTAR NAMA TEAM PENGUJI

Ketua : Dr. Drg. Yaslis Ilyas MPH

Anggota :

1. Prof. Dr. Purnawan Junaidi . MPH. PhD
2. Dr. Chairulsjahrudin SpOG MARS
3. Drg. Ahmad Husni B. MARS



SURAT PERNYATAAN

Yang bertanda tangan dibawah ini, saya :

Nama : Budiman Widjaja
NPM : 0706189633
Program Studi : Fakultas Kesehatan Masyarakat
Kekhusuan : KARS
Angkatan : 2007
Jenjang : Magister

Menyatakan bahwa saya tidak melakukan kegiatan plagiat dalam penulisan tesis saya yang berjudul : **Analisa Implementasi Integrated Care Pathway Kasus DBD di Ruangan Rawat Inap Kelas III RSUD Cengkareng Tahun 2009**

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

Demikian surat pernyataan ini saya buat dengan sebenar benarnya

Jakarta, 5 Juni 2009

Budiman Widjaja

RIWAYAT HIDUP

Nama : Budiman Widjaja
Tempat / Tanggal Lahir : Jakarta / 5 Juli 1967
Alamat : Muara Karang Blok K 10 Selatan No. 50 .
Jakarta Utara, 14450
Status Keluarga : Menikah dengan 2 orang putri dan 1 orang putra
Alamat Instansi : RSUD Cengkareng
Jl. Kamal Raya, Bumi Cengkareng Indah
Cengkareng Timur – Jakarta 11730

Riwayat Pendidikan :

1. SD Ricci Jakarta , Lulus tahun 1980
2. SMP Ricci Jakarta , Lulus tahun 1983
3. SMA Ricci Jakarta , Lulus tahun 1986
4. Fakultas Kedokteran, Universitas Tarumanagara , Lulus tahun 1993
5. Kajian Administrasi Rumah Sakit, angkatan 2007.

Riwayat Pekerjaan :

1. Guru les private matematika SD dan SMP, 1985 - 1989
2. Assiten sales manager di Istana Busana Mahkota (Arnold Palmer T shirt)
3. Sales manager farmasi di CV. Fajar Kurnia Bakti
4. Sales manager medical equipment di CV. Pulau Bali
5. Dosen anatomi di Universitas Tarumanagara, 1999 – 2000
6. Dosen Anatomi di Akper RS Sumber Waras, 2003 - 2008
7. PTT di Puskesmas Kecamatan Pademangan Jakarta Utara, 2000 - 2003
8. Dead Survei di Jakarta Utara dengan Sudinkes Jakarta Utara, Dinkes DKI dan JICA, 2000 - 2003
9. Fasilitator Mutu dan pelatih Gugus Kendali Mutu (GKM) di Sudinkes Jakarta Utara Dan Dinkes DKI, 2000 – 2003

10. Dokter jaga di RSUD Cengkareng 2003 – 2005
11. Asisten Manager Pelayanan Medis 2005 -- 2006
12. Supervisor Mutu 2004 – 2006
13. Penanggung jawab tagihan keuangan pasien ranap 2005 – 2006
14. Penanggung jawab farmasi 2005 - 2007
15. Manager pelayanan medis 2006 – sekarang .



KATA PENGANTAR

Rumah Sakit adalah sebuah institusi perawatan kesehatan Profesional yang pelayanannya disediakan oleh Dokter, Perawat dan tenaga kesehatan lainnya. Ukuran kepuasan pelanggan sangat erat kaitannya dengan mutu pelayanan yang diberikan, oleh karena itu kebutuhan perbaikan kualitas pelayanan adalah suatu yang paling mendasar bagi kelangsungan hidup Rumah Sakit dalam era kompetisi ini.

Kasus Demam Berdarah Dengue merupakan tantangan untuk dapat dipelajari dan diberikan pengobatan yang baik serta efisien dan efektif. Jumlah kasus Demam Berdarah Dengue dari hari kehari tidak terjadi perubahan yang berarti karena pasien yang datang untuk dirawat jumlahnya cukup banyak.

Dengan jumlah Sumber Daya Manusia yang terbatas dan harus melayani kasus yang cukup banyak merupakan suatu tantangan bagi para Profesional Pelayanan Medis, para Manajer dan administrator untuk efisiensi dengan menyediakan kualitas tinggi, tepat waktu, berdasarkan bukti dan praktek yang terbaik .

Perangkat Integrated Care Pathway menawarkan hal tersebut. Orang dan proses yang sempurna membuat satu layanan kesehatan yang berkualitas. Integrated Care Pathway menginformasikannya dengan memperkenalkan pengetahuan, peralatan dan kerangka konseptual, demikian pula dapat mengakses ke Sumber-Sumber Daya lebih lanjut.

Sehubungan dengan hal tersebut diatas, maka dalam rangka pembuatan tesis ini sebagai salah satu persyaratan untuk menyelesaikan Program pendidikan Magister di Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia. Maka penulis melakukan penelitian dengan metode kualitatif terhadap pelayanan pasien Demam Berdarah Dengue di RSUD Cengkareng dengan menggunakan Integrated Care Pathway, judul tesis " Analisa implementasi Integrated Care Pathway kasus Demam Berdarah Dengue di ruang Rawat Inap Kelas III di RSUD Cengkareng "

Pada kesempatan ini perkenankan saya mengucapkan syukur dan terima kasih kepada Tuhan Yang Maha Esa atas berkat dan karunianya sehingga saya dapat menyelesaikan pendidikan ini.

Dengan selesainya tesis ini saya juga ingin mengucapkan terima kasih kepada pembimbing saya yaitu drg. Yalis Ilyas MPH yang selalu memberikan ide ide kreatif serta dorongan dalam pembuatan tesis ini.

Kepada Prof. Dr. Purnawan Junaidi MPH. PhD saya mengucapkan banyak terima kasih karena telah menerima dan memberikan bimbingan, serta nasehatnya.

Kepada Dr. Chairulshah Sjahrudin SpOG. MARS yang telah membantu memberikan masukan, bimbingan serta bahan bahan jurnal sehingga mendorong saya untuk lebih baik, saya mengucapkan banyak terima kasih.

Kepada Direktur RSUD Cengkareng (2007 – 2009) yaitu drg. Ahmad Husni B MARS yang telah memberikan dukungan moril dan material untuk bisa kuliah di FKM UI, saya mengucapkan banyak terima kasih atas bantuannya.

Kepada RSUD Cengkareng dan Seluruh karyawan yang membantu selama pembuatan tesis, saya mengucapkan banyak terima kasih atas kerja samanya.

Saya juga mengucapkan terima kasih yang sebesar besarnya kepada Istri, anak saya Kris Amelia, Widya dan Anthony yang telah banyak membantu dan memberikan dorongan semangat selama pendidikan berlangsung.

Saya juga mengucapkan terima kasih kepada Ibu, kakak dan adik saya, yang telah membantu selama pendidikan ini berlangsung.

Pada kesempatan ini saya mengucapkan terima kasih kepada semua pihak yang telah membantu selama pendidikan berlangsung yang tidak dapat disebutkan satu persatu. Semoga Tuhan Yang Maha Esa dapat membalas budi baik anda semua. Tuhan Berkati Kita Semua.

Jakarta, 5 Juni 2009

Budiman Widjaja

DAFTAR ISI

Judul	Halaman
ABSTRAK	
HALAMAN JUDUL	
LEMBARAN PERSETUJUAN PEMBIMBING	
LEMBARAN PERSETUJUAN PENGUJI	
SURAT PERNYATAAN BEBAS PLAGIAT	
RIWAYAT HIDUP	
KATA PENGANTAR	i
DAFTAR ISI	ii
DAFTAR TABEL	viii
DAFTAR GAMBAR	x
BAB I PENDAHULUAN	1
1.1 Latar belakang	1
1.2 Rumusan masalah penelitian	8
1.3 Pertanyaan penelitian	9
1.4 Tujuan penelitian	9
1.4.1. Umum.....	9
1.4.2. Khusus	9
1.5 Ruang lingkup penelitian	10
1.6 Manfaat penelitian	11
1.6.1. Rumah Sakit	11
1.6.2. Pasien	11
1.6.3. Asuransi	12
1.6.4. Dinas Kesehatan DKI	12

BAB 2	TINJAUAN PUSTAKA	13
2.1.	Gambaran tentang Rumah Sakit	13
	2.1.1. Terminologi	13
2.2.	Rumah Sakit dan perkembangannya di Indonesia	15
2.3.	Mutu jasa Rumah Sakit	16
	2.3.1 Definisi mutu jasa Rumah Sakit	16
	2.3.2 Dimensi mutu jasa Rumah Sakit	17
2.4.	Konsumen dalam Rumah Sakit	19
2.5.	Manajemen Rumah Sakit	19
2.6.	Kepuasan pelanggan	20
	2.6.1 Identifikasi pelanggan.....	20
	2.6.2 Prinsip dasar kepuasan pelanggan	21
	2.6.3 Penerapan TQM	28
2.7.	Profesi	29
	2.7.1 Karakteristik Profesi	31
2.8.	Profesional	33
2.9.	Dokter	35
2.10.	Demam Berdarah Dengue	40
	2.10.1 Etiologi	41
	2.10.2 Gambaran Klinis	41
	2.10.3 Pemeriksaan laboratorium	43
	a. Darah	43
	b. Air Seni	43
	c. Sumsum tulang	44
	d. Serologi	44
	e. Isolasi	45
	2.10.4 Diagnosis	45
	2.10.5 Penatalaksanaan	47
	2.10.6 Prognosis	49
2.11.	Integrated Care Pathway	51

2.11.1	Latar belakang sejarah dan penyebaran ICP	51
2.11.2.	Dokumen ICP	56
	a. Merancang dokumen ICP	56
2.11.3	Mengapa Integrated Care Pathway Penting.....	58
2.11.4	Mapping	60
2.11.5	Apakah bentuk utama dari Integrated Care Pathway	65
2.11.6	Integrated Care Pathway berisikan	65
2.11.7	Tahap awal melakukan Integrated Care Pathway.....	67
2.11.8	Bagaimana melakukan Integrated Care Pathway	67
2.11.9	Bagaimana mengembangkan Integrated Care Pathway ...	67
2.11.10	Mengapa mengembangkan ICP	68
2.11.11.	Tujuan Integrated Care Pathway	71
	a. Tujuan penerapan	71
	b. Apa yang mempengaruhi implementasi ICP	72
2.11.12	Manfaat Integrated Care Pathway.....	72
	a. Manfaat untuk pasien	74
	b. Manfaat untuk tim Kesehatan	74
2.11.13	Sukses Faktor yang mempengaruhi Integrated Care Pathway	75
	a. Kunci sukses faktor komitmen pimpinan	75
	b. Pendekatan Tim	76
	c. Mengembangkan Tim	76
2.11.12	Kegunaan	76
BAB 3	GAMBARAN UMUM RSUD CENKARENG	78
3.1	Sejarah awal berdirinya RSUD Cengkareng	78
3.2	Lokasi dan data fisik Rumah Sakit	78
3.3	Gambaran singkat bisnis	82
	3.3.1 Visi	82
	3.3.2 Misi	82
	3.3.3 Value	83

3.4	Struktur organisasi RSUD Cengkareng	86
3.5	Data fasilitas pelayanan RSUD Cengkareng	87
3.6	Sumber daya manusia	87
BAB 4	KERANGKA KONSEP	92
4.1	Kerangka teori... ..	92
4.2	Definisi operasional	95
BAB 5	METODOLOGI PENELITIAN	97
5.1.	Jenis penelitian	98
5.2	Sumber informasi	98
5.3	Instrumen penelitian	99
5.4	Metode pengumpulan data	99
5.5	Pengolahan data	103
5.6.	Validasi data	103
5.7.	Analisa data	105
5.8.	Penyajian data	106
5.9.	Lokasi penelitian	106
5.10.	Waktu penelitian.....	107
BAB 6	HASIL DAN PEMBAHASAN PENELITIAN	108
6.1	Latar belakang pengambilan sampel	108
6.2	Kerangka pembahasan	111
6.3	Kondisi penelitian	111
6.4	Variabel penelitian	112
6.5	Hasil dan pembahasan penelitian	113
6.5.1	Gambaran mengenai awal mula terjadinya pemikiran diadakannya Integrated Care Pathway di RSUD Cengkareng ...	113
6.5.2	Gambaran tentang pelayanan pasien Demam berdarah dengue dengan Integrated Care Pathway	121

6.6.1	Definisi operasional variabel variabel Integrated Care Pathway	133
6.6.2	Analisa perhitungan tingkat pelaksanaan	144
6.6.3.	Variabel Integrated Care Pathway	145
6.6.4.	Biaya perawatan	146
6.6.5.	Lama rawat	147
6.6.6.	Obat obatan	149
6.6.7.	Pemeriksaan penunjang.....	150
BAB 7	KESIMPULAN DAN SARAN	153
7.1	Kesimpulan	153
7.2	Saran	159
7.2.1.	Saran untuk Rumah Sakit	159
7.2.2.	Saran untuk Dinkes	161
7.2.3.	Saran untuk Asuransi	162
DAFTAR PUSTAKA	163
LAMPIRAN	173

DAFTAR TABEL

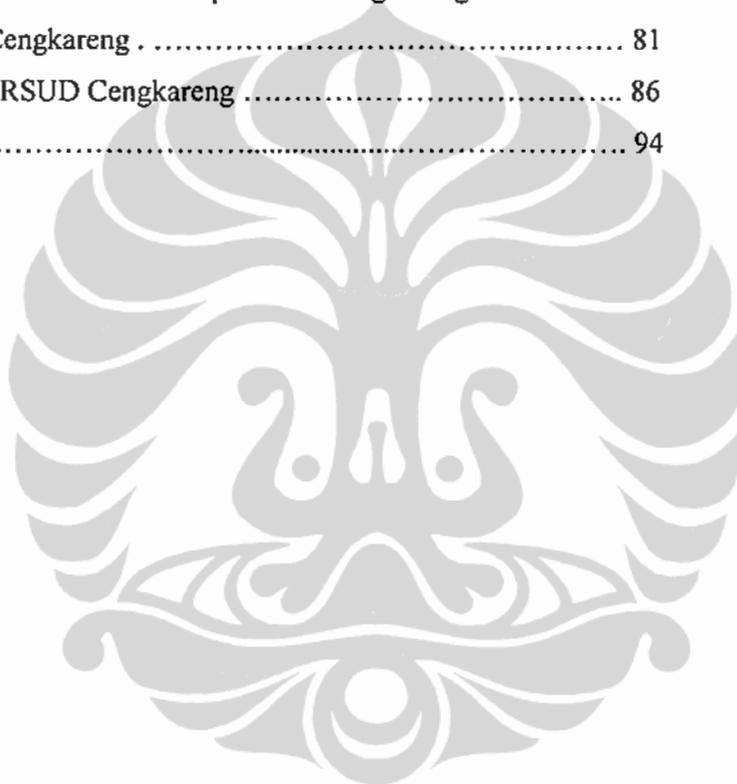
No. Tabel	Halaman
2.1.	Manfaat menggunakan ICP pada pelayanan pasien DBD..... 64
3.1.	Lokasi dan data Fisik Rumah Sakit 79
3.2.	Data Fasilitas Pelayanan RSUD Cengkareng 87
3.3.	Data karyawan RSUD Cengkareng berdasarkan agama 88
3.4.	Data karyawan RSUD Cengkareng berdasarkan Ikatan Kontrak Kerja... 88
3.5.	Data karyawan RSUD Cengkareng berdasarkan Kelompok Umur 88
3.6.	Data karyawan RSUD Cengkareng berdasarkan Status Pernikahan 89
3.7.	Data karyawan RSUD Cengkareng berdasarkan Jabatan..... 89
3.8.	Data karyawan RSUD Cengkareng berdasarkan Pendidikan 90
3.9.	Indikator dasar Bulan Januari – September 2008 91
4.1.	Definisi Operasional 95
5.1.	Metode Pengumpulan Data 102
5.2.	Triangulasi Data 104
5.3.	Waktu Penelitian 107
6.1.	Pasien DBD yang dirawat di RSUD Cengkareng pada 1 Januari 2008 – 31 Oktober 2008 110
6.2.	Fasilitas Konsep Management SDM 116
6.3.	Definisi Operasional Variabel pada ICP 133
6.4.	Hasil Analisa Kasus DBD dengan Menggunakan ICP 134
6.5.	Analisa Perhitungan Tingkat Pelaksanaan 144
6.6.	Variasi pengobatan dan ketidak patuhan menggunakan ICP DBD 145
6.7.	Perbandingan Biaya rawat Inap pasien DHF di Beberapa RSUD 147
6.8.	Perbandingan lama rawat (LOS) pasien DBD di beberapa RSUD..... 148
6.9.	Pemakaian obat pasien dewasa dan anak pada kasus DBD dengan menggunakan ICP di RSUD Cengkareng 150

27. Pemeriksaan laboratorium pasien dewasa dan anak pada kasus DBD dengan menggunakan ICP di RSUD Cengkareng 152



DAFTAR GAMBAR

No. Gambar	Halaman
2.1. Skema Demam Berdarah Dengue dari Dinkes DKI.....	50
2.2. Alur penanganan pasien DBD di UGD RSUD Cengkareng	62
2.3. Alur penanganan pasien DBD di ranap RSUD Cengkareng	63
3.1. Peta lokasi RSUD Cengkareng	81
3.2. Struktur Organisasi RSUD Cengkareng	86
4.1. Kerangka Konsep.....	94



BAB 1

PENDAHULUAN

1.1. Latar belakang

Rumah sakit berasal dari kata latin yaitu Hospes yang artinya Tuan Rumah, yang juga menjadi akar kata hotel dan hospitality yang artinya Keramahan. Rumah sakit adalah sebuah institusi perawatan kesehatan profesional yang pelayanannya disediakan oleh dokter, perawat dan tenaga ahli kesehatan lainnya. Beberapa pasien bisa hanya datang untuk didiagnosis atau terapi ringan untuk kemudian meminta berobat jalan, atau bisa pula pasien tersebut dirawat inap. Rumah sakit dibedakan dari institusi kesehatan lain dari kemampuannya memberikan diagnosa dan perawatan medis secara menyeluruh kepada pasien. Kita sadari bahwa pada dasarnya rumah sakit dibangun untuk memberi pelayanan kepada pasien. Dalam perkembangan waktu, sama dengan perkembangan industri jasa lainnya, salah satu syarat utama agar rumah sakit dapat bertahan apabila mampu memberikan pelayanan yang terbaik bagi pelanggannya (Chairulsjah Sjahrudin, 2003).

Rumah sakit adalah suatu institusi yang fungsi utamanya adalah memberikan pelayanan kepada pasien untuk didiagnostik dan terapeutik berbagai penyakit dan masalah kesehatan, baik yang bersifat bedah maupun non bedah (American hospital association, 1978 dikutip dari Tjandra Yoga Aditama, 1999).

Ukuran kepuasan pelanggan erat kaitannya dengan mutu pelayanan yang diberikan, oleh karena itu pentingnya perbaikan kualitas pelayanan merupakan suatu kebutuhan yang paling mendasar bagi kelangsungan hidup perusahaan dalam era

kompetisi yang semakin ketat. Dalam menunjang terjadinya perubahan konsep tersebut maka didalam organisasi rumah sakit perlu ditanamkan pengertian bahwa pelanggan adalah satu-satunya alasan eksistensi rumah sakit. Keberadaan rumah sakit ditentukan bukan saja oleh kualitas produk - jasa yang diberikan oleh rumah sakit.

Pelayanan di rumah sakit terhadap pasien dilakukan oleh berbagai macam profesi. Masing - masing profesi mempunyai karakteristik sendiri yang membedakannya dari pekerjaan lain. Daftar karakteristik ini tidak memuat semua karakteristik yang pernah diterapkan pada profesi, juga tidak semua ciri ini berlaku dalam setiap profesi (Downie RS, 1990) :

1. Keterampilan yang berdasarkan pada pengetahuan teoritis
2. Asosiasi profesional
3. Pendidikan
4. Ujian kompetensi
5. Pelatihan institutional
6. Lisensi
7. Otonomi kerja
8. Kode etik
9. Mengatur diri
10. Layanan publik dan altruisme
11. Status dan imbalan yang tinggi

Dokter, perawat, farmasi, radiologi, laboratorium, administrasi dan keuangan adalah sumber daya manusia yang menjalankan proses pelayanan. Mereka adalah

tenaga profesional. Profesional itu sendiri adalah orang yang punya keahlian dan melakukan pekerjaannya untuk mencapai tujuan atau sekelompok orang yang menjalankan pekerjaan sesuai dengan aturan-aturan yang dirancang agar tercapai standar tertentu. Aturan ini dibuat untuk melindungi anggotanya dan juga untuk memberi layanan yang lebih baik bagi masyarakat umum.

Mutu pelayanan rumah sakit sebetulnya sesuatu yang abstrak, tidak ada satu definisi mutu yang dapat memuaskan bagi semua orang. Ada empat dimensi untuk menilai mutu pelayanan kesehatan yaitu klinikal, management, pasien dan populasi kesehatan (Goodier GJ, 1996 dikutip dari Dawud Yudanarso, 1999). Akan tetapi pada umumnya, bahwa mutu berkaitan dengan kepuasan pasien / masyarakat profesional, manajemen dan pemilik.

Sumber daya utama rumah sakit adalah manusia dalam hal ini adalah Karyawan maka mengupas proses pelayanan ini menjadi sesuatu yang sangat menarik. Mutu pelayanan yang bersifat teknik mengacu kepada ketepatan proses diagnosa dan pengobatan, sedang mutu dan seni pelayanan mengacu ke lingkungan, manusia, perilaku dan pengembang dalam memberi pelayanan serta cara berkomunikasi dengan pasien.

Mutu pelayanan rumah sakit adalah identik dengan derajat kepuasan, baik kepuasan pasien, para professional di rumah sakit terutama dokter, manajemen, dan pemerintah. Pelayanan rumah sakit dimulai dari sejak pasien masuk ke halaman Rumah Sakit sampai ke luar halaman. Sering pasien menganggap bahwa pelayanan rumah sakit kurang bermutu dan merasa tidak puas oleh hal-hal kecil misalnya loket pendaftaran atau pembayaran, yang tidak secara langsung berhubungan dengan pelayanan terhadap penyakit yang dideritanya.

Perlunya rumah sakit mengadakan pembinaan sumber daya manusia dalam melaksanakan tugas untuk pelayanan pasien di semua unit kerja dapat memilih manajemen mutu pelayanan sebagai strateginya. Kesenjangan antara apa yang diharapkan dan perilaku sumber daya manusia yang seharusnya dengan apa yang ada, perlu dilakukan penilaian apakah sudah cukup baik. Sekali diputuskan, maka pengembangan perlu secara konsisten dilaksanakan. Masing-masing unit kerja diharapkan sudah mempunyai tolak ukur secara tertulis tentang tugas pelayanan secara profesional, termasuk prosedur-prosedur tetapnya.

Mutu pelayanan adalah hasil kerja setiap unit kerja dan perorangan yang bekerja secara tim. Perlu diingat, tidak ada seorangpun di rumah sakit yang dapat bekerja sendiri. Masing-masing berkarya sesuai dengan tugasnya masing-masing. Dalam pengembangan organisasi, masalah penilaian dan mutu memang diletakkan paling belakang, tetapi mutu adalah hasil gabungan dan pengembangan organisasi sejak pembentukan misi dan visi organisasi, pengembangan semua sumber daya dan proses transformasi menjadi keluaran, sampai pada pengendalian. Dengan kata lain, dikaitkan dengan standar pelayanan rumah sakit, maka mutu adalah gabungan dari pelaksanaan.

Oleh karena hal tersebut Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Cengkareng yang mulai berdiri dari tahun 2002 - 2004 selama memberikan pelayanan pasien rawat inap menyadari betul mengenai masalah tersebut diatas dimana mutu pelayanan di rumah sakit menyangkut berbagai aspek dan dikerjakan bukan saja oleh satu atau dua orang akan tetapi dikerjakan oleh tim. Rumah sakit yang seperti diterangkan diatas dalam memberikan pelayanan terdiri dari dokter, perawat dan tenaga lain yang non medis akan tetapi mereka semua akan besar kaitannya dengan

mutu pelayanan untuk meningkatkan kualitas pelayanan. Hasil dari evaluasi pelayanan yang terjadi selama 2 tahun berjalan dinilai perlu adanya peningkatan kualitas pelayanan yang dilakukan.

Apabila dinilai hanya untuk satu bagian saja maka dapat dikatakan baik akan tetapi apabila dinilai secara keseluruhan maka mutu pelayanan tersebut menjadi kurang baik. Sebagai contoh seorang dokter memberikan penanganan untuk kasus Demam Berdarah Dengue (DBD) yang dianggapnya baik dengan obat obatan yang diberikan serta tindakan dan pemeriksaan maka pasien tersebut dirawat selama 8 hari akan tetapi dokter yang lain dengan tindakan, obat dan lama rawat yang berbeda akan tetapi dari kesemuanya dapat ditarik kesimpulan bahwa mereka semua menangani penyakit yang sama yaitu DBD. Dari kasus tersebut saja maka dapat ditarik kesimpulan bahwa :

1. Hubungan pasien dengan dokter

Pelayanan yang diberikan untuk kasus tertentu sebagai contoh adalah DBD dengan berbagai macam dokter yang merawat tidak memiliki aturan prosedur baku untuk penanganan dan tatakelola kasus DBD sehingga dampak yang timbul dari penanganan itu dari segi pasien tentu akan mengalami lama rawat yang berbeda dengan obat obatan dan tindakan yang berbeda pula. Hal ini terhadap pasien akan menimbulkan dampak terhadap biaya pengobatan yang dikeluarkan menjadi lebih besar.

2. Petugas (Perawat, farmasi, radiologi, laboratorium, administrasi dan keuangan)

Amat merepotkan dan membingungkan dalam melakukan tatakelola penanganan pasien dalam hal asuhan keperawatan. Begitu juga dalam hal pengobatan yang disediakan oleh farmasi, radiologi, laboratorium, administrasi dan keuangan untuk penanganan kasus yang sama. Masalah tersebut bisa berdampak buruk terhadap pelayanan yang diberikan kepada pasien.

3. Rumah Sakit

Dengan pemeriksaan penunjang dan obat-obatan yang disediakan maka jumlah dan macamnya membuat rumah sakit menjadi tidak sehat karena harus menyediakan berbagai macam obat, alat dan lainnya sehingga menghabiskan dana yang cukup besar dalam rangka menyediakan alat, bahan medis habis pakai serta obat-obatan. Disisi lain dampak dari semua itu akan menimbulkan kualitas pelayanan yang tidak baik karena menimbulkan image bagi rumah sakit terkesan mahal dan jelek.

Diusulkan untuk menggunakan Integrated Care Pathway (ICP) dengan kriteria yang mempertimbangkan hasil evaluasi dan pengamatan dalam pelayanan kesehatan yang bermasalah yang ditandai dengan (Chairulsjah, 2009) :

1. Lamanya tinggal di rumah sakit
2. Praktek bervariasi di antara sesama dokter spesialis
3. Kadang menggunakan sumber daya yang tidak perlu
4. Pengaturan jumlah karyawan yang tidak sesuai
5. Kontinuitas pelayanan yang lemah

Salah satu tantangan utama para profesional pelayanan medis, para manajer dan administrator untuk efisiensi penggunaan sumber-sumber daya yang terbatas, menyediakan kualitas yang tinggi, tepat waktu, berdasarkan bukti, praktek yang terbaik. Perangkat ICP menawarkan hal tersebut. Orang dan proses yang sempurna membuat satu layanan kesehatan yang berkualitas. Bagaimana ICP menginformasikan dengan memperkenalkan pengetahuan, peralatan dan kerangka konseptual, demikian pula mengakses ke sumber-sumber daya lebih lanjut untuk informasi ICP, pelatihan dan dukungan sehingga kita lebih mengerti dan mengetahui tentang ICP.

Pada akhirnya setelah dilakukan diskusi dan evaluasi mengenai pelayanan yang ada maka pimpinan rumah sakit yaitu Direktur beserta tim RSUD Cengkareng memutuskan untuk melakukan perubahan dan perbaikan dengan menggunakan ICP untuk pasien Rawat Inap. RSUD Cengkareng tahun 2004 memutuskan mengirim 1 orang dokter spesialis, 1 orang perawat dan 1 orang dokter dari manajemen sebagai fasilitator untuk belajar dan mengikuti kursus pelatihan ICP di London.

Setelah mereka pulang maka dibentuklah tim kecil untuk membuat dan mensosialisasikan ICP. Dikumpulkan data mengenai penyakit terbanyak dan tersering setelah itu dikumpulkan semua dokter spesialis dan dokter umum dari bagian terkait untuk membuat kesepakatan dan persamaan mengenai tindakan medis, obat-obatan yang diberikan kepada pasien dan pemeriksaan medis yang berhubungan dengan penyakit yang dipilih. Setelah didapatkan kesepakatan oleh semua dokter dan tenaga medis dan non medis yang terkait kemudian dibuatkan pengesahan kebijakan

oleh Direktur untuk dijalankan. Selama berjalan ditentukan waktu dan masalah yang dihadapi dan dilakukan evaluasi setiap tahunnya.

Pada saat ini tujuan penelitian diambil kasus DBD karena dari data yang ada bahwa kasus DBD adalah kasus yang paling terbanyak sampai dinyatakan oleh Dinkes DKI sebagai Wabah sehingga setiap pasien yang didiagnosa DBD dan dirawat di kelas III di RSUD maka biaya pengobatannya akan ditanggung oleh Pemda DKI melalui Dinkes DKI. Kemudian dengan pelayanan yang baik dengan menggunakan ICP untuk kasus DBD dikelas III maka diharapkan pelayanan serupa di kelas II keatas akan menjadi jauh lebih baik.

1.2. Rumusan masalah penelitian

Dengan mengacu pada kriteria diatas maka telah disepakati bahwa yang diamati disini adalah implementasi ICP pada kasus DBD di ruangan rawat inap kelas III RSUD Cengkareng. Dari penelitian diambil pasien yang dirawat dengan diagnosa rawat yang ditulis oleh dokter spesialis anak dan dokter spesialis penyakit dalam yang merawat pasien DBD baik untuk pasien anak dan dewasa di dalam lembaran status dan lembaran ICP. Dari formulir ICP pada pasien yang diagnosa dengan DBD tersebut maka data sekunder diambil dan dicatat mengenai implementasi ICP pada pasien dengan kasus DBD yang dirawat di ruangan rawat inap kelas III mulai dari 1 Januari 2008 sampai 31 Oktober 2008.

1.3. Pertanyaan Penelitian

1. Bagaimanakah implementasi ICP pada kasus DBD diruangan rawat inap kelas III RSUD Cengkareng ?
2. Apakah terjadi koordinasi pelayanan dengan menggunakan ICP pada kasus DBD diruangan rawat inap kelas III dengan bagian yang terkait ?
3. Apakah terjadi kolaborasi pelayanan dengan menggunakan ICP pada kasus DBD diruangan rawat inap kelas III dengan bagian yang terkait ?
4. Apakah terjadi kesinambungan (Kontinuitas) pelayanan dengan menggunakan ICP pada kasus DBD diruangan rawat inap kelas III dengan bagian terkait ?
5. Apakah terjadi komunikasi pada saat pemberian pelayanan dengan menggunakan ICP pada kasus DBD diruangan rawat inap kelas III dengan bagian terkait.?

1.4. Tujuan Penelitian

1.4.1. Umum :

Mengetahui terjadinya integrasi dengan implementasi ICP dari kasus DBD diruangan rawat inap kelas III RSUD Cengkareng.

1.4.2. Khusus :

1. Mengetahui tingkat koordinasi pelayanan dengan menggunakan ICP pada kasus DBD diruangan rawat inap kelas III dengan bagian yang terkait.

2. Mengetahui tingkat kolaborasi pelayanan dengan menggunakan ICP pada kasus DBD diruangan rawat inap kelas III dengan bagian yang terkait.
3. Mengetahui tingkat kontinuitas pelayanan dengan menggunakan ICP pada kasus DBD diruangan rawat inap kelas III dengan bagian terkait.
4. Mengetahui tingkat komunikasi pada saat memberikan pelayanan dengan menggunakan ICP pada kasus DBD diruangan rawat inap kelas III dengan bagian terkait.
5. Mengetahui tingkat kepatuhan ICP DBD dilaksanakan oleh seluruh orang yang terlibat dalam penanganan kasus DBD diruangan rawat inap kelas III.
6. Mengetahui persentase variasi yang terjadi dengan menggunakan ICP pada kasus DBD.

1.5. Ruang Lingkup Penelitian

Penelitian dilakukan di RSUD Cengkareng milik Pemda DKI di wilayah Jakarta barat. Penelitian dilakukan hanya untuk pasien yang dirawat di kelas III dengan diagnosa masuk dan diagnose pulang yang ditulis oleh dokter spesialis anak atau dokter spesialis penyakit dalam adalah DBD karena pasien yang dirawat di kelas III dengan diagnose DBD dijamin pembiayaannya oleh Pemda DKI. Penelitian dilihat secara retrospektif dengan melihat status di bagian rekam medis yang ditulis oleh dokter spesialis anak dan dokter spesialis penyakit dalam. Pasien dengan diagnose DBD yang dirawat dikelas III yang diambil sebagai penelitian adalah pasien yang dirawat dari bulan 1 Januari 2008 sampai 31 Oktober 2008. Penelitian kualitatif dengan mengambil data sekunder dari status rekam medis pasien dan data primer dari wawancara mendalam dan fokus groups discussion.

1.6. Manfaat Penelitian

Penelitian ini mempunyai beberapa manfaat bagi :

1.6.1. Rumah Sakit

Dengan ditetapkannya ICP pada RSUD Cengkareng dimana didalamnya terdapat standar pelayanan baku untuk penanganan pasien rawat inap pada kasus DBD maka rumah sakit dapat dengan mudah melaksanakan perawatan pasien dengan kasus DBD dan dengan demikian dapat meningkatkan efektifitas dan efisiensi pelayanan terhadap kasus tersebut. Rumah Sakit dengan mudah terutama Manajemen untuk melakukan kontrol atas kualitas pelayanan yang diberikan baik dari segi mutu pelayanan, obat-obatan dan lain lainnya. Dengan digunakan ICP maka lama hari rawat menjadi lebih pendek karena tindakan yang dilakukan sudah tertera dengan jelas. ICP pada penggunaannya begitu mudah dan aplikatif baik bagi dokter dan perawat sehingga pasien dapat dengan mudah mengikuti aktivitas kegiatan yang akan dilaksanakan.

1.6.2. Pasien

Dengan dibuatkan ICP pada pasien rawat inap dengan kasus DBD maka pasien dididik dan diajak untuk berpartisipasi, mengetahui dan belajar mengerti mengenai kasus DBD dan tindakan serta penanganan untuk kasus DBD secara bertahap. Dengan demikian pasien mengetahui dengan benar tindakan yang sudah dan belum dilakukan oleh perawat dan dokter serta tenaga medis yang terkait, mulai dari pasien masuk sampai keluar dari rawat

inap. Pasien mengetahui secara detail mengenai rencana tindakan dan pemberian obat-obatan yang akan diberikan oleh dokter atau perawat.

1.6.3. Asuransi

Dengan dibuatnya ICP pada pasien rawat inap membantu asuransi dengan mudah mengetahui tahapan dan penanganan pasien dengan demikian asuransi dapat dengan mudah pula melihat biaya yang timbul dari penanganan kasus tersebut dengan rinci, tanpa merasa khawatir terhadap dokter atau rumah sakit akan tindakan yang disebut *over diagnosis* atau *over treatment* yang dilakukan oleh dokter karena semuanya tercantum dilembaran ICP dan dengan mudah dilihat kontribusi dokter dan petugas dalam penanganan pasien di rawat inap dan segala sesuatu yang dilakukan adalah sesuai prosedur yang disetujui.

1.6.4. Dinas Kesehatan (Dinkes) DKI

Dengan adanya ICP pada kasus DBD yang digunakan pada pasien rawat inap dikelas III berarti memudahkan Dinas Kesehatan DKI untuk mengontrol pelayanan yang diberikan baik obat dan kualitas serta lama rawat yang berdasarkan standar. Dengan sendirinya biaya yang dikeluarkan oleh Dinkes DKI untuk penggantian pengobatan pasien DBD yang ditanggung menjadi terjamin sesuai indikasi dan jumlah.

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Gambaran tentang Rumah Sakit

Rumah sakit adalah sebuah institusi dimana dokter, perawat, dan tenaga ahli kesehatan lainnya memberikan perawatan kesehatan profesional. Saat ini perbandingan antara jumlah tempat tidur di rumah sakit dengan jumlah penduduk Indonesia masih sangat rendah. Untuk 10.000 penduduk hanya tersedia 6 tempat tidur (Departemen Kesehatan RI, 1993).

2.1.1. Terminologi

Selama abad pertengahan, rumah sakit juga melayani banyak fungsi di luar rumah sakit itu sendiri seperti yang kita kenal di zaman sekarang, misalnya sebagai penampungan orang miskin atau persinggahan musafir. Istilah rumah sakit berasal dari kata latin yaitu Tuan Rumah, yang juga menjadi akar kata Hotel dan Hospitality yang artinya Keramahan.

Pasien datang untuk didiagnosis atau terapi ringan kemudian ditentukan rawat jalan atau rawat inap. Rumah sakit dibedakan dari institusi kesehatan lain dari kemampuannya memberikan diagnosa dan perawatan medis secara menyeluruh kepada pasien.

Rumah Sakit merupakan salah satu jenis industri jasa, dalam hal ini industri jasa kesehatan. Oleh karena itu, rumah sakit harus patuh pada kaidah-kaidah bisnis

dengan berbagai peran fungsi manajerial dan mempunyai beberapa ciri khas yang membedakannya dengan industri lainnya, oleh karena itu rumah sakit memerlukan pendekatan yang berbeda.

Tiga ciri khas yang membedakan rumah sakit dengan industri jasa lainnya yaitu :

1. Tujuan pelaksanaan industri jasa rumah sakit untuk melayani kebutuhan pasien, dengan demikian bahan baku dari industri jasa kesehatan adalah manusia. Dari industri jasa tersebut yang dihasilkan produk akan tetapi proses dan biaya yang seefisien mungkin juga harus diperhatikan.
2. Pasien adalah mereka yang diobati di rumah sakit akan tetapi yang menentukan pasien harus dirawat bagi karyawan suatu perusahaan belum tentu ada di tangan pasien itu. Oleh karena hal tersebut dalam industri rumah sakit yang disebut sebagai pelanggan tidak selalu mereka yang menerima pelayanan.
3. Dokter, perawat, ahli farmasi, fisioterapi, radiografer, ahli gizi, dan lain-lain yang jumlahnya banyak sekali di rumah sakit disebut sebagai tenaga Profesional yang mempunyai peran yang sangat penting dalam proses di rumah sakit.

Empat alasan utama dalam mengidentifikasi mengapa industri kesehatan harus berfokus pada persepsi pasien dan kepuasan terhadap pelayanan yang diberikan (Leedov, 1990) :

1. Humanistik : Pasien layak mendapatkan Mutu perawatan dan pelayanan terbaik karena mereka sangat lemah. Mereka datang dengan kekuatiran mengenai fisik, emosi, dan ekonomi. Pelayanan yang baik tidak hanya meningkatkan mutu pelayanan, tetapi juga menolong menghilangkan kekuatiran yang dibawa oleh pasien.
2. Ekonomi : Pasien adalah konsumen. Mereka memiliki banyak pilihan dan mengharapkan nilai dari uang mereka.
3. Marketing : Pasien dapat menjadi baik atau buruk dalam hubungan dengan masyarakat tergantung pada pengalaman yang mereka miliki ketika menerima pelayanan.
4. Efisiensi : Pasien yang puas lebih mudah dilayani, sementara pasien yang tidak puas menghabiskan waktu berharga staf yang dapat digunakan untuk melayani yang lainnya.

2.2. Rumah Sakit dan perkembangannya di Indonesia

Sejarah perkembangan rumah sakit di Indonesia pertama sekali didirikan oleh VOC tahun 1626 dan kemudian juga oleh tentara Inggris pada zaman Raffles, rumah sakit terutama ditujukan untuk melayani anggota militer beserta keluarganya secara gratis. Jika masyarakat pribumi memerlukan pertolongan, maka mereka juga diberikan pelayanan gratis.

Hal ini berlanjut dengan rumah sakit yang didirikan oleh kelompok agama. Sikap karitatif ini juga diteruskan oleh rumah sakit CBZ di Jakarta. Rumah sakit ini

juga tidak memungut bayaran pada orang miskin yang memerlukan pertolongan. Semua ini telah menanamkan kesan yang mendalam di kalangan masyarakat bahwa pelayanan di rumah sakit pemerintah adalah gratis terutama di kelas III. Mereka tidak mengetahui bahwa sejak zaman VOC, orang Eropa yang berobat di rumah sakit VOC ditarik bayaran termasuk pegawai VOC kecuali tentara dan keluarganya.

2.3. Mutu jasa Rumah Sakit

Rumah sakit adalah sarana kesehatan yang menyelenggarakan kegiatan pelayanan kesehatan serta dapat dimanfaatkan untuk pendidikan tenaga kesehatan dan penelitian (Direktorat Jendral Pelayanan Medik, Departemen Kesehatan RI, 1997). Pelayanan Kesehatan yang dilaksanakan di Rumah Sakit meliputi pelayanan rawat jalan, rawat inap, pelayanan gawat darurat, pelayanan penunjang medik dan pelayanan non medik.

2.3.1. Definisi mutu jasa Rumah Sakit

Salah satu definisi Mutu jasa rumah sakit ialah pertemuan yang menyeluruh dari orang-orang yang membutuhkan pelayanan, kepada organisasi dengan biaya yang terendah dengan batasan dan secara langsung di atur dengan otorisasi tertinggi meliputi pembiayaan (John Ovretveit, 1992).

Definisi mutu bagi jasa rumah sakit sedikit berbeda dari definisi mutu jasa lainnya. Hal ini dikarenakan konsumen rumah sakit mungkin tidak mengetahui apa yang mereka butuhkan atau mungkin dapat meminta perawatan yang tidak tepat atau malah berbahaya. Untuk dapat menilai mutu jasa rumah sakit, perlu dipertimbangkan juga penilaian konsumen mengenai

definisi para tenaga medis yang merawatnya, dan juga penilaian para tenaga medis mengenai bagaimana pelayanan konsumen dapat memenuhi kebutuhan konsumen.

Sesuai dengan definisi waktu jasa rumah Sakit, selain dapat memberikan pelayanan yang paling dibutuhkan oleh pasien, rumah sakit juga harus dapat memberikan layanan tersebut dengan harga yang rendah atau pantas dengan pelayanan yang diberikannya tersebut.

2.3.2. Dimensi mutu jasa Rumah Sakit

Dimensi mutu jasa rumah sakit mempunyai sedikit perbedaan dari definisi Mutu secara umum. Yang mengakibatkan adanya sedikit perbedaan pada dimensi yang menjadi ukuran mutu pada rumah sakit ialah adanya Dimensi Outcome Care yaitu kemampuan rumah sakit dalam memberikan pelayanan kesehatan yang dapat membantu penyembuhan penyakit yang sedang diderita pasien. Dimensi mutu jasa rumah sakit mengenai kualitas pelayanan kesehatan adalah :

1. Tangibles

Yaitu kemampuan rumah sakit dalam memberikan lingkungan atau fasilitas fisik yang kondusif.

2. Reliability

Merupakan kemampuan rumah sakit untuk memberikan pelayanan yang telah dijanjikan secara konsisten dan akurat.

3. Responsiveness

Yaitu keinginan rumah sakit untuk membantu konsumen dan menyediakan tindakan yang tepat.

4. Competence

Yaitu kepemilikan kemampuan dan pendidikan yang diperlukan rumah sakit dalam menampilkan pelayanan yang ditawarkan.

5. Courtesy

Ialah kesopanan, rasa hormat, perhatian dan keramahan pekerja yang menunjukkan sikap rumah sakit.

6. Communication

Yaitu kemampuan untuk berbicara yang mudah dimengerti oleh pasien, menjaga pasien agar tetap dapat memperoleh informasi dengan bahasa yang mereka pahami.

7. Access

Merupakan kemampuan pendekatan dan kemudahan untuk melakukan hubungan dengan rumah sakit.

8. Understanding the customer

Adalah kemampuan rumah sakit untuk memahami segala maksud dan kepentingan pasien.

9. Caring

Yaitu perhatian yang dapat diberikan pihak rumah sakit dan seluruh elemennya terhadap pasien, khususnya pada penyakit yang dideritanya.

10. Outcome cure

Yaitu kemampuan rumah sakit dalam memberikan pelayanan kesehatan yang dapat membantu penyembuhan penyakit yang sedang diderita pasien.

11. Continuity of care

Merupakan kemampuan rumah sakit untuk menyediakan perawatan yang berkesinambungan untuk tingkat perawatan lanjutan.

12. Collaboration

Yaitu kerjasama setiap elemen pelaksana pelayanan rumah sakit.

2.4. Konsumen dalam Rumah Sakit

Rumah sakit, seperti industri jasa lainnya, memiliki dua kategori konsumen yaitu konsumen internal dan eksternal. Konsumen eksternal meliputi pasien, keluarga dan teman, rekanan pemasok dan masyarakat luas. Konsumen internal meliputi departemen dan individu yang menyediakan pelayanan.

2.5. Manajemen Rumah Sakit

SK Menteri Kesehatan RI No. 983/Menkes/SK/XI/1992 menyebutkan bahwa rumah sakit umum adalah badan yang memberikan pelayanan kesehatan yang bersifat dasar, spesialisik dan subspecialistik. Rumah sakit ini mempunyai misi memberikan pelayanan kesehatan yang bermutu dan terjangkau oleh masyarakat dalam rangka meningkatkan derajat kesehatan masyarakat.

Tugasnya adalah melaksanakan upaya kesehatan masyarakat secara berdaya guna dan berhasil guna dengan mengutamakan upaya penyembuhan dan pemulihan

yang dilaksanakan secara serasi dan terpadu dengan upaya peningkatan dan pencegahan serta melaksanakan upaya rujukan. Untuk itu rumah sakit umum perlu mempunyai fungsi pelayanan medis, penunjang medis, pelayanan keperawatan, rujukan, pendidikan dan pelatihan, penelitian dan pengembangan, serta menyelenggarakan administrasi umum dan keuangan.

Pelaksanaan manajemen di rumah sakit haruslah seperti bebek merenang di kolam, tampak tenang di permukaan dan tetap aktif bergerak di bawah permukaan (Willan, 1990). Hal ini perlu dilakukan karena rumah sakit berhadapan dengan orang, khususnya orang sakit sehingga harus tampak tenang di satu pihak. Di pihak lain, karena kompleksnya masalah yang dihadapi di rumah sakit, maka para manajernya harus betul-betul aktif bergerak terus untuk mampu memberikan pelayanan yang terbaik.

2.6. Kepuasan Pelanggan

2.6.1. Identifikasi Pelanggan

Pelanggan adalah semua orang yang menuntut kita atau perusahaan untuk memenuhi suatu standard kualitas tertentu, dan karena itu akan memberikan pengaruh kepada performa kita atau perusahaan. Untuk memberikan kepuasan kepada pelanggan terlebih dahulu diidentifikasi jenis-jenis pelanggan. Pada dasarnya, dikenal 3 macam pelanggan dalam sistem kualitas modern, yaitu :

1. Pelanggan Internal

Pelanggan internal adalah orang yang berada dalam perusahaan dan memiliki pengaruh pada performa pekerjaan di perusahaan. Bagian-bagian

pembelian, produksi, penjualan, pembayaran gaji, rekrutmen, dan karyawan merupakan contoh dari pelanggan internal.

2. Pelanggan Antara

Pelanggan antara adalah mereka yang bertindak atau berperan sebagai perantara bukan sebagai pemakai akhir produk. Distributor yang mendistribusikan produk-produk dan agen perjalanan yang memesan kamar hotel untuk pemakai akhir merupakan contoh dari pelanggan antara.

3. Pelanggan Eksternal

Pelanggan eksternal adalah pembeli atau pemakai akhir produk, sering disebut sebagai pelanggan nyata. Pelanggan eksternal merupakan orang yang membayar untuk menggunakan produk yang dihasilkan.

2.6.2. Prinsip Dasar Kepuasan Pelanggan

Fokus dari kualitas adalah kepuasan pelanggan, perlu dipahami komponen-komponen yang berkaitan dengan kepuasan pelanggan. Pada dasarnya, kepuasan pelanggan dapat didefinisikan secara sederhana yaitu suatu keadaan di mana kebutuhan, keinginan, dan harapan pelanggan dapat terpenuhi melalui produk yang dikonsumsi.

Kepuasan pelanggan mencakup perbedaan antara harapan dan kinerja atau hasil yang dirasakan. Karena pelanggan adalah orang yang menerima hasil pekerjaan seseorang, maka pelangganlah yang menentukan kualitas suatu produk. Ada beberapa unsur penting dalam kualitas yang ditetapkan pelanggan, yaitu :

1. Pelanggan harus merupakan prioritas utama organisasi.

2. Pelanggan yang dapat diandalkan merupakan pelanggan yang paling penting, yaitu pelanggan yang membeli berkali-kali.
3. Kepuasan pelanggan dijamin dengan menghasilkan produk berkualitas tinggi dengan perbaikan terus menerus.

Kunci membentuk fokus kepuasan pada pelanggan adalah menempatkan karyawan untuk berhubungan langsung dengan pelanggan dan memberdayakan karyawan untuk mengambil tindakan yang diperlukan untuk memuaskan para pelanggan. Jadi, interaksi antara karyawan dan pelanggan merupakan unsur yang sangat penting dalam pembentukan fokus pada pelanggan. Disadari bahwa tugas utama suatu organisasi antara lain adalah memuaskan konsumennya, sementara pelanggan loyal pada kualitas dan bukan pada perusahaan. Dalam hal rumah sakit, konsumen eksternal yang paling penting tentunya adalah pasien, dan karena itu segala upaya perlu dilakukan untuk membuat pasien puas.

Lima cara pandang lama yang tidak tepat lagi digunakan dalam memberi pelayanan (Andri Steven Tjong, 2004) yaitu :

1. Produk dipisahkan dari pelayanan
2. Satu ukuran dipakai untuk semua
3. Database pelanggan tak ada gunanya
4. Menomor duakan kualitas dari pada biaya
5. Menempatkan konsumen pada posisi yang lemah

Lima ketentuan lain pelanggan yang berkualitas (Lisa Ford, 2003) yaitu :

1. Dapat dipercaya (Reliability)

2. Segera bereaksi bila diperlukan, bahkan sebelum diminta (Responsiveness)
3. Buat pelanggan merasa dihargai (Makes Customer feel value)
4. Empathy (Bereaksi disisi yang sama dengan Pelanggan)
5. Competency (Pekerja disemua level menguasai bidangnya)

Customer Value Strategy merupakan kegiatan yang memprioritaskan nilai pelanggan di setiap produk dan pelayanan (Yuni Astuti dan Rita Monzona, 2004).

Tujuh langkah untuk mengembangkan pelayanan berorientasi ke pelanggan, yaitu :

1. Komitmen manajemen puncak
2. Kenali pelanggan secara dekat
3. Mengembangkan standar kinerja pelayanan
4. Angkat, latih dan memberikan imbalan staf secara baik
5. Berikan imbalan pada prestasi mutu layanan
6. Buat kedekatan dengan pelanggan
7. Menciptakan perbaikan yang berkesinambungan

Pentingnya pelayanan rumah sakit yang berkarakter. Pelayanan disini meliputi pelayanan yang ramah, sopan dan santun, gesit, terampil dan peduli dengan keluhan pasien, pelayanan berkarakter harus dimulai dari tingkat yang paling bawah sampai paling atas di rumah sakit (Dewi Rahma, 2004).

Membahas konsumen rumah sakit dari berbagai sudut pandangnya (Loudon & Bitta, 1993) melibatkan berbagai disiplin ilmu seperti psikologi, sosiologi, psikologi sosial, ekonomi dan antropologi. Derajat perilaku konsumen dibagi menjadi :

1. Initiator : orang yang mulai menyatakan bahwa ada kebutuhan yang perlu dipenuhi
2. Influencer : seseorang yang mempengaruhi untuk membeli dan atau menggunakan suatu produk atau jasa
3. Buyer : orang yang akhirnya betul betul melakukan transaksi jual beli
4. User : orang yang secara langsung mengkonsumsi atau menggunakan bahan yang dibeli.

Perkembangan psikologi konsumen terjadi perubahan fokus dan yang tadinya konsumen sebagai pembeli semata menjadi konsumen yang utuh (Munandar, 1995

). Ciri-cirinya adalah :

1. Perhatian meluas sampai pada hal- hal di luar kegiatan membeli. Konsumen diartikan sebagai akuisisi, pengguna dan disposisi dari produk, pelayanan, waktu dan pemikiran.
2. Meningkatnya kecenderungan mendekati masalah dari sudut pandang konsumen
3. Perilaku konsumen dikaji dari sudut pandang ilmiah
4. Makin besarnya perhatian terhadap isu-isu sosial

Sementara itu, konsumen akan berbelanja mengikuti 3 proses yaitu :

1. Proses penawaran
2. Proses pengambilan keputusan membeli
3. Proses penetapan keperluan dan kebutuhan konsumen

Perilaku konsumen adalah cabang ilmu dan perilaku ekonomi (Katona, Behavioral economics, 1980). Ada 5 variabel yang mempengaruhi perilaku konsumen yaitu :

1. Kondisi yang memungkinkan
2. Keadaan yang terjadi
3. Kebiasaan memainkan peran penting
4. Kewajiban berdasarkan perjanjian
5. Keadaan psikologis konsumen

Hubungan langsung dengan pelanggan jelas bersifat vital dan harus dijaga oleh setiap perusahaan, bahkan yang menganut teknologi tinggi sekalipun. Kita tidak dapat seratus persen mengandalkan pelayanan pada kecanggihan teknologi semata. Hubungan manusia antara produsen dan konsumen seperti petugas rumah sakit dan pasien amatlah penting.

Tehnologi tidak dapat melakukan segalanya. Proses usaha yang baik dan sentuhan manusia yang seimbang dalam memberikan pelayanan kepada pelanggan amatlah bermanfaat (Jeff Ooi, 2003). Sementara itu, kepuasan dan pendapat konsumen bukan hanya diperlukan dalam menjalankan rutinitas perusahaan sehari-hari, tetapi juga dalam upaya pengembangan perusahaan. Kita ketahui bahwa suatu organisasi, industri, rumah sakit dan bahkan kita harus terus belajar, harus terus berkembang, dan dalam hal ini peran konsumen amat penting dalam menentukan arah perubahan yang tepat.

Kita tidak boleh berhenti berkembang dan belajar. Kita selalu bekerja untuk pelanggan dan mencari jalan keluar agar segala permintaannya dapat terpenuhi (Dr. Tan dikutip dari Tjandra Yoga, 2004).

Di pihak lain, kita harus pandai membaca keinginan konsumen dan sekaligus menganalisa prospek pengembangan perusahaan. Seninya manajemen tentu bagaimana menyeimbangkan keinginan konsumen dengan kemampuan, kemungkinan dan prospek produk jasa yang dihasilkan.

Dalam melakukan perbaikan adalah tiada akhir. Pelanggan selalu mencari kualitas yang lebih baik dengan harga yang murah (Ms Susan Ng dikutip dari Tjanddra Yoga, 2004).

Tentu saja usaha memuaskan konsumen tidak bisa dilakukan sambil lalu, ini membutuhkan perhatian dan kerja keras, dan juga kerjasama yang baik antar berbagai tingkatan di rumah sakit. Hal ini bukan tanggung jawab satu orang saja, atau satu bagian, ini tanggung jawab bersama. Tidak ada satu orangpun yang dapat menyenangkan setiap orang, oleh karena itu diperlukan jaringan untuk melaksanakannya.

Rumah sakit merupakan tempat atau institusi dimana para dokter melakukan tindakan medik. Seperti kita ketahui dan pahami benar, seluruh aspek pemeriksaan dan tindakan medik mempunyai aspek hukum, sehingga para dokter yang bekerja di rumah sakit sangat terikat oleh ketentuan - ketentuan hukum yang berlaku baik untuk rumah sakit maupun untuk dokter yang melakukan tindakan medik.

Rumah sakit merupakan institusi dimana seluruh pemeriksaan dan tindakan medis dilakukan. Selain itu rumah sakit harus pula menjadi tempat yang dapat melindungi masyarakat yang datang berobat dan mengawasi para tenaga medik yang melakukan tindakan atau pemeriksaan medic (Chairulsjah, 2003)

Hal ini disebabkan hubungan yang erat antara dokter dan rumah sakit dalam hal menyiapkan fasilitas untuk tindakan, dokter melaksanakan tindakan, perawat

disiapkan untuk bersama-sama dengan dokter melayani pasien dan petugas non medik juga disiapkan untuk bersama-sama bekerja melayani pasien secara keseluruhan.

Dengan demikian secara organisasi manajemen rumah sakit wajib dan bertanggung jawab terhadap segala kejadian yang terjadi di dalam rumah sakit, baik itu perbuatan individu medik, maupun non medik. Seberapa besar tanggung jawab itu tentunya harus dilihat kasus demi kasus. Sebelum dokter berhubungan dengan pasien dia harus berhubungan dengan manajemen rumah sakit dahulu (Chairulsjah , 2003).

Dokter ----- Manajemen rumah sakit ----- Pasien

Bagan ini berlaku bagi dokter yang bekerja di rumah sakit, mustahil seorang dokter bekerja di rumah sakit tanpa berhubungan terlebih dahulu dengan manajemen rumah sakit. Manajemen rumah sakit memberikan ijin kepada dokter untuk dapat berpraktek setelah melalui suatu proses seleksi. Dari proses awal itu saja terlihat antara dokter dan manajemen sebaiknya tercipta suatu hubungan yang harmonis. Yang jelas manajemen rumah sakit mempunyai tanggung jawab untuk mengawasi pekerjaan dokter dan segi keteraturan manajemen dan penerapan standar prosedur profesi medik dalam menangani pasien. Kewenangan dalam melaksanakan dan memutuskan pelaksanaan standar prosedur medik kepada pasien senantiasa berada pada tenaga medik dalam hal ini dokter.

2.6.3. Penerapan Total Quality Management (TQM)

TQM merupakan suatu konsep yang berupaya melaksanakan sistem manajemen Mutu kelas dunia. Untuk itu diperlukan perubahan besar dalam budaya dan sistem nilai suatu organisasi. Ada 4 prinsip utama dalam TQM (Hensler dan Brunell dikutip dari Vincent, 2000), yaitu sebagai berikut :

1. Kepuasan pelanggan

Dalam TQM konsep mengenai mutu dan pelanggan diperluas. Mutu tidak hanya bermakna kesesuaian dengan spesifikasi-spesifikasi tertentu, tetapi ditentukan oleh pelanggan. Pelanggan itu sendiri meliputi pelanggan internal dan pelanggan eksternal. Kebutuhan pelanggan diusahakan untuk dipuaskan dalam segala aspek, termasuk didalamnya harga, keamanan dan ketepatan waktu. Oleh karena itu segala aktivitas perusahaan harus dikoordinasikan untuk memuaskan para pelanggan.

2. Respek terhadap setiap orang

Dalam perusahaan yang mutunya tergolong kelas dunia, setiap karyawan dipandang sebagai individu yang memiliki talenta dan kreativitas yang khas. Dengan demikian karyawan merupakan sumber daya organisasi yang paling bernilai. Oleh karena itu setiap orang dalam organisasi diperlakukan dengan baik dan diberi kesempatan untuk terlibat dan berpartisipasi dalam tim untuk mengambil keputusan.

3. Manajemen berdasarkan fakta

Perusahaan kelas dunia berorientasi pada fakta. Maksudnya bahwa setiap keputusan selalu didasarkan pada data, bukan sekedar perasaan.

4. Perbaikan berkesinambungan

Agar dapat sukses, setiap perusahaan perlu melakukan proses sistematis dalam melaksanakan perbaikan secara berkesinambungan. Konsep yang berlaku di sini adalah siklus PDCA (Plan – Do – Check - Action) yang terdiri atas langkah langkah perencanaan dan melakukan tindakan korektif terhadap hasil yang diperoleh.

2.7. Profesi

Apa arti profesi ? Apakah setiap pekerjaan boleh disebut profesi ? Bagaimana dengan orang yang profesional ? Kadang kala profesional dibandingkan dengan amatiran. Ada dua model yang digunakan para sosiolog untuk mendeskripsikan konsep profesi. Yang paling sederhana, didasarkan pada sifat-sifatnya. Secara internasional ada beberapa organisasi profesi yang selalu menjadi acuan, yaitu dokter dan pengacara. Organisasi ini dianggap sebagai organisasi profesi yang telah mantap dan jadi (Downie RS, 1990 dan Cogan ML, 1953)

Ciri-cirinya adalah :

1. Ketrampilan didasarkan pada pengetahuan abstrak,
2. Memiliki diklat,
3. Sertifikasi yang didasarkan pada uji kompetensi,
4. Memiliki organisasi formal (misalnya IDI)

5. Berusaha memenuhi kode etis,

6. Penekanan pada pelayanan.

Akan tetapi, apakah keenam hal tersebut dapat dikatakan menjadi profesi. Bagaimana kalau tidak memenuhinya ? Apakah tidak dapat dikatakan profesi ? Yang jelas keenam ciri itu ada pada profesi diatas. Mungkin juga tidak perlu ada pada profesi yang lain.

Deskripsi kedua tentang profesi merupakan hasil dari pengembangan teori struktural fungsional yang berkembang tahun 1950 – 1960 an. Telaah detail tentang ciri-ciri utama dari profesi tersebut menemukan bahwa satu dengan yang lain itu berakar pada asumsi untuk melindungi masyarakat umum. Hanya dokterlah yang boleh menentukan seseorang masih hidup atau sudah meninggal karena ia memiliki keahlian. Hanya pengacara yang boleh mengatakan ini melanggar hukum atau tidak karena mereka yang ahli. Namun, jika ditilik lebih mendalam akan tampak bahwa Profesi itu dipakai untuk melindungi pekerjaannya. Tidak akan mungkin seseorang tanpa pendidikan kedokteran yang panjang dan melelahkan boleh menjadi Dokter.

Profesi adalah pekerjaan yang membutuhkan pelatihan dan penguasaan terhadap suatu pengetahuan khusus. Suatu profesi biasanya memiliki asosiasi profesi, kode etik, serta proses sertifikasi dan lisensi yang khusus untuk bidang profesi tersebut. Contoh profesi adalah pada bidang hukum, kedokteran, keuangan, militer, teknik dan desainer. Seseorang yang memiliki suatu profesi tertentu disebut profesional. Walaupun begitu, istilah profesional juga digunakan untuk suatu aktivitas yang menerima bayaran, sebagai lawan kata dari amatir. Contohnya adalah

petinju profesional menerima bayaran untuk pertandingan tinju yang dilakukannya, sementara olahraga tinju sendiri umumnya tidak dianggap sebagai suatu profesi.

2.7.1. Karakteristik profesi

Profesi adalah pekerjaan, namun tidak semua pekerjaan adalah profesi. Profesi mempunyai karakteristik sendiri yang membedakannya dari pekerjaan lainnya. Daftar karakteristik ini tidak memuat semua karakteristik yang pernah diterapkan pada profesi, juga tidak semua ciri ini berlaku dalam setiap profesi :

1. Keterampilan yang berdasar pada pengetahuan teoritis

Profesional diasumsikan mempunyai pengetahuan teoritis yang ekstensif dan memiliki keterampilan yang berdasar pada pengetahuan tersebut dan bisa diterapkan dalam praktek.

2. Asosiasi profesional

Profesi biasanya memiliki badan yang diorganisasi oleh para anggotanya, yang dimaksudkan untuk meningkatkan status para anggotanya. Organisasi profesi tersebut biasanya memiliki persyaratan khusus untuk menjadi anggotanya.

3. Pendidikan yang ekstensif

Profesi yang prestisius biasanya memerlukan pendidikan yang lama dalam jenjang pendidikan tinggi.

4. Ujian kompetensi

Sebelum memasuki organisasi profesional, biasanya ada persyaratan untuk lulus dari suatu tes yang menguji terutama pengetahuan teoritis.

5. Pelatihan institutional

Selain ujian, biasanya dipersyaratkan untuk mengikuti pelatihan istitusional dimana calon profesional mendapatkan pengalaman praktis sebelum menjadi anggota penuh organisasi. Peningkatan keterampilan melalui pengembangan profesional juga dipersyaratkan.

6. Lisensi

Profesi menetapkan syarat pendaftaran dan proses sertifikasi sehingga hanya mereka yang memiliki lisensi bisa dianggap bisa dipercaya.

7. Otonomi kerja

Profesional cenderung mengendalikan kerja dan pengetahuan teoritis mereka agar terhindar adanya intervensi dari luar.

8. Kode Etik

Organisasi profesi biasanya memiliki kode etik bagi para anggotanya dan prosedur pendisiplinan bagi mereka yang melanggar aturan.

9. Mengatur diri

Organisasi profesi harus bisa mengatur organisasinya sendiri tanpa campur tangan pemerintah. Profesional diatur oleh mereka yang lebih senior, praktisi yang dihormati, atau mereka yang berkualifikasi paling tinggi.

10. Layanan publik dan altruisme

Diperolehnya penghasilan dari kerja profesinya dapat dipertahankan selama berkaitan dengan kebutuhan publik, seperti layanan dokter berkontribusi terhadap kesehatan masyarakat.

11. Status dan imbalan yang tinggi

Profesi yang paling sukses akan meraih status yang tinggi, kebanggaan, dan imbalan yang layak bagi para anggotanya. Hal tersebut bisa dianggap sebagai pengakuan terhadap layanan yang mereka berikan bagi masyarakat.

2.8. Profesional

Profesional ialah orang yang mendapatkan penghasilan hanya dari pekerjaan itu, sedang amatir ialah pekerjaan yang sifatnya sambilan, tidak hanya pada satu bidang. Dalam pemahaman masyarakat umum kata profesional dipakai untuk menunjukkan kemampuan dan kompetensi dalam menjalankan tugas yang diberikan. Disini artinya tidak lain keahlian atau ketrampilan. Tetapi sesungguhnya pada

mulanya dan arti yang lebih dalam. Profesional adalah orang yang punya keahlian dalam melakukan pekerjaannya untuk mencapai tujuan yang bermanfaat., Profesional artinya adalah kelompok orang yang menjalankan pekerjaan sesuai dengan aturan-aturan yang dirancang agar tercapai standar tertentu (Mortimer J.Adler, 2008)

Aturan ini dimaksudkan untuk melindungi anggotanya dan juga untuk memberi layanan yang lebih baik bagi masyarakat umum. Dalam sejarah, kiranya sudah lama diakui bahwa untuk memelihara masyarakat diperlukan suatu kegiatan yang dijalankan sekelompok orang yang memiliki pengetahuan dan keahlian tertentu. Untuk keperluan ini maka dikembangkan profesi tradisional, mungkin yang tertua adalah militer. Bergulirnya sejarah melahirkan profesi - profesi di bidang hukum, kedokteran, pengajaran dan kerohanian.

Setiap profesi dibatasi dengan tujuannya sendiri. Profesi militer tujuannya mempertahankan negara. Profesi dokter dimaksudkan buat pemeliharaan kesehatan. Kegiatan profesional berbeda dengan pekerjaan lain bukan hanya dari segi tujuannya tapi juga caranya mencapai tujuan. Di lapangan bisnis, dagang dan industri, seorang selalu bekerja untuk orang lain.

Di rumah sakit, misalnya perawat tidak bekerja untuk dokter bedah, tetapi semua bekerja untuk kesehatan pasien. Ciri ciri lain yang penting ialah bahwa profesi hampir selalu bekerja berlandaskan kode etik. Kode etik terdiri dari standar yang mengatur bagaimana mereka melakukan pekerjaan dalam masyarakat.

Seorang dokter tidak memberitahu pengobatan pasiennya kepada orang lain. Seorang pengacara tidak menceritakan kasus yang ditanganinya kepada orang lain,

kepada publik. Ketentuan semacam ini dimuat dalam kode etik. Seperti halnya orang lain, seorang profesional pun harus makan dan minum, memerlukan nafkah hidup. Tetapi bedanya lagi, nilai pekerjaannya tidak diukur dari seberapa besar uang yang diperoleh. Kompensasi yang diterima sifatnya insidental terhadap pelaksanaan jasa profesionalnya. Kompensasi itu dinamakan honorarium atau fee bukan gaji atau upah. Karena uang bukan ukuran maka dokter dan advokat juga memberikan jasa profesional tanpa bayaran, free of charge atau pro bono. Dengan begitu walaupun orang masuk profesi tersebut untuk tujuan penghidupannya tetapi ukuran keberhasilan atau sukses bukan pada materi, tetapi makna dari profesi, baik pada diri mereka maupun masyarakat ialah membuat sehat, membuat keamanan, atau pengetahuan atau hukum yang baik. Secara singkat dapat dikatakan, esensi karakteristik suatu profesi adalah dedikasi anggotanya terhadap layanan / jasa yang dijalankan.

2.9. Dokter

Merupakan istilah bukan sebutan umum. Gelar dokter diberikan kepada :

1. Lulusan institusi pendidikan Kedokteran Dasar.
2. Lulusan institusi pendidikan Kedokteran Dasar yang sebelum menjalani program intensive. Mereka memperoleh gelar dokter karena sudah mampu melaksanakan tugas sebagai dokter layanan primer akan tetapi belum mahir melaksanakannya sehingga masih memerlukan proses pemahiran dalam program intensive. Dokter seperti itu telah mendapat sertifikat kompetensi. Sertifikat kompetensi ini bersifat sementara dan hanya digunakan untuk mendaftarkan diri ke konsil kedokteran indonesia (KKI) agar memperoleh surat tanda registrasi (STR)

sementara yang diperlukan untuk dapat praktik atas nama sendiri di bawah supervisi dokter senior yang bersertifikat sebagai penyelia di klinik tempatnya menjalani intensive. Dengan kata lain STR itu hanya berlaku sementara sepanjang masa intensive dan hanya di klinik tertentu (terakreditasi) tempatnya menjalani program intensive. Jika tempat intensive itu terdiri atas sejumlah klinik layanan primer, maka STR itu hanya berlaku di klinik-klinik tersebut. Dokter seperti ini belum boleh menyelenggarakan praktik mandiri sebagai penyelenggara layanan kesehatan primer.

3. Lulusan institusi pendidikan kedokteran dasar setelah menjalani program intensive. Mereka tetap menggunakan gelar dokter karena tingkat kemampuannya sama dengan mereka yang belum menjalani intensive. Bedanya mereka dianggap telah mahir menggunakan kemampuannya itu karena telah menjalani intensive. Untuk itu mereka memperoleh sertifikat kompetensi yang berlaku sampai dengan saat registrasi ulang berikutnya sebagai penyelenggara layanan kesehatan primer karena dianggap sudah mahir melaksanakannya. Sertifikat kompetensi itulah yang memungkinkan mereka mendaftar ke KKI untuk legalitas praktik mandiri sebagai dokter layanan primer. Proses pemahiran melalui program intensive ini sangat penting untuk menjamin mutu layanannya. Jadi dokter adalah predikat akademik profesional yang diberikan kepada mereka yang telah menyelesaikan pendidikan di institusi pendidikan kedokteran dasar. Bagi mereka yang dididik dan sebelumnya belum diwajibkan untuk menjalani intensive, karena kepaniteraan yang cukup panjang selama pendidikan dianggap cukup memadai. Oleh karena itu setelah lulus sebagai dokter langsung diberikan wewenang untuk menjalankan praktik kedokteran mandiri yang menangani masalah kesehatan tingkat primer tanpa memandang jenis penyakit, golongan usia, organologi, ataupun jenis kelamin pasien yang dihadapinya.

Dari cakupan layanannya yang luas itu lahirlah sebutan dokter umum yang menjalankan praktik umum yang selama ini dikenal masyarakat. Perlu ditekankan di sini, sebenarnya kedua sebutan itu diciptakan atau diberikan oleh masyarakat dan bukan oleh institusi pendidikan kedokteran dasar. Kedua istilah tadi diperlukan untuk membedakannya dengan dokter spesialis yang praktiknya dibatasi oleh jenis penyakit, golongan usia, jenis kelamin, dan jenis organ. Hal itu diperjelas oleh kenyataan bahwa dalam ijazah yang diperoleh dari institusi pendidikan kedokteran dasar yang gelarnya adalah dokter. Semua institusi pendidikan kedokteran dasar sepakat bahwa dokter yang lulus dari institusi pendidikan kedokteran dasar dianggap belum mampu menerapkan pendekatan kedokteran keluarga karena pendidikannya yang orientasi kepada komunitas menerapkan paradigma sakit dan menganggap pasien sebagai kumpulan organ. Selain itu harus diakui bahwa selama ini kompetensi dokter belum terformulasikan dengan jelas dan sebagai konsekuensinya batasan layanan primer yang menjadi wewenangnya juga belum jelas. Walaupun demikian, secara tersirat sudah tampak pada tanggung jawab dokter di Indonesia dan Tujuan Instruksi Umum (TIU) dan Tujuan Pendidikan Khusus (TPK) yang tercantum.

Dokter juga merupakan gelar akademik profesional yang diberikan kepada para lulusan institusi pendidikan yang sebelum dan setelah menjalani intensive selama paling kurang 1 tahun. Dokter yang lulus sekitar tahun 2010 mempunyai wewenang yang sama dengan dokter pendahulunya yaitu sebagai penyelenggara layanan kesehatan tingkat pertama, tanpa memandang jenis penyakit, golongan usia, organologi, ataupun jenis kelamin pasien yang dihadapinya. Perbedaannya adalah bahwa dokter ini sekaligus telah mampu menerapkan prinsip-prinsip kedokteran keluarga dalam praktiknya. Kemampuan itu diperoleh selama pendidikan dokter di

institusi pendidikan kedokteran dasar. Hal itu dimungkinkan karena proses pendidikan yang berdasarkan kompetensi dan dasar kedokteran keluarga yang memandang individu seutuhnya sebagai bagian integral dari keluarga, komunitas, dan lingkungannya.

Berbeda jelas kompetensi yang harus dicapai selama pendidikan yang meliputi 7 area kompetensi atau kompetensi utama yaitu :

1. Keterampilan komunikasi efektif dalam memberikan terapi.
2. Keterampilan klinik dasar.
3. Keterampilan menerapkan dasar-dasar ilmu biomedik, ilmu klinik, ilmu perilaku dan epidemiologi dalam praktik kedokteran keluarga.
4. Keterampilan pengelolaan masalah kesehatan pada individu, keluarga ataupun masyarakat dengan cara yang komprehensif, holistik, berkesinambungan, terkoordinasi dan bekerja sama dalam konteks Pelayanan kesehatan primer.
5. Memanfaatkan, menilai secara kritis dan mengelola informasi.
6. Mawas diri dan mengembangkan diri atau belajar sepanjang hayat.
7. Menjunjung tinggi etika, moral dan profesionalisme dalam praktik.

Ke tujuh area kompetensi itu sebenarnya adalah kemampuan dasar medis seorang dokter atau disebut basic medical doctor. Untuk menjamin pencapaian ke tujuh area kompetensi itu diperlukan kepaniteraan untuk mencapai kompetensi sebagai dokter layanan primer yang menerapkan pendekatan kedokteran keluarga dan Intensive untuk pemahiran kompetensi yang telah diperolehnya. Agar lebih menjamin kemampuan dan kemahiran tadi, maka kepaniteraan dan intensive

sebaiknya atau seharusnya diselenggarakan di tempat layanan primer yang menerapkan prinsip-prinsip kedokteran keluarga yang terdiri atas :

1. Pelayanan yang holistik dan komprehensif
2. Pelayanan yang berkesinambungan
3. Pelayanan yang mengutamakan pencegahan
4. Pelayanan yang koordinatif dan kolaboratif
5. Penanganan personal bagi setiap pasien sebagai bagian integral dari keluarganya
6. Pelayanan yang mempertimbangkan keluarga, lingkungan kerja, dan lingkungan tempat tinggalnya
7. Pelayanan yang menjunjung tinggi etika, moral dan hukum
8. Pelayanan yang sadar biaya dan sadar mutu
9. Pelayanan yang dapat diaudit dan dapat dipertanggung jawabkan

Jika diperhatikan, penguasaan tujuh area kompetensi tadi akan menjamin kemampuan dokter menerapkan prinsip-prinsip kedokteran keluarga karena pada dasarnya prinsip-prinsip kedokteran keluarga dapat diterapkan secara sempurna jika tujuh area kompetensi tadi tercapai.

Perlu ditekankan di sini bahwa penerapan prinsip-prinsip kedokteran keluarga bukan hanya menjadi tanggung jawab dokter dan atau dokter keluarga saja melainkan juga menjadi tanggung jawab setiap dokter di semua tingkat layanan, primer, sekunder, dan tersier. Hanya saja dokter dan atau dokter keluarga bertanggung jawab menerapkan prinsip-prinsip kedokteran keluarga di layanan primer sedangkan dokter spesialis di layanan sekunder dan tersier dalam sistem

kesehatan nasional. Jadi secara akademik profesional yang dimaksud dengan dokter adalah lulusan institusi pendidikan kedokteran dasar yang belum menjalani program intensive sehingga belum berwenang menyelenggarakan layanan kesehatan tingkat primer dengan pendekatan kedokteran keluarga secara mandiri dan yang telah menyelesaikan program intensive dan memperoleh surat tanda registrasi dari KKI sehingga berwenang menyelenggarakan layanan kesehatan tingkat primer dengan pendekatan kedokteran keluarga secara mandiri.

Secara operasional dokter dapat didefinisikan sebagai berikut : dokter adalah tenaga kesehatan tempat kontak pertama pasien, untuk menyelesaikan semua masalah kesehatan yang dihadapi tanpa memandang jenis penyakit, organologi, golongan usia, dan jenis kelamin – sedini dan sedapat mungkin, secara menyeluruh, paripurna, berkesinambungan, dan dalam koordinasi serta kolaborasi dengan profesional kesehatan lainnya, dengan menggunakan prinsip pelayanan yang efektif dan efisien serta menjunjung tinggi tanggung jawab profesional, hukum, etika dan moral. Layanan yang diselenggarakannya sebatas kompetensi dasar kedokteran yang diperolehnya selama pendidikan kedokteran dasar.

2.10. Demam Berdarah Dengue (DBD)

Demam Dengue (DD) adalah penyakit yang terutama terdapat pada anak remaja atau orang dewasa, dengan tanda-tanda klinis demam, nyeri otot atau nyeri sendi yang disertai leukopeni, dengan / tanpa ruam (Rash) dan limfopati, demam bifasik, sakit kepala yang hebat, nyeri pada pergerakan bola mata, rasa mencecap yang terganggu, trombositopeni ringan dan bintik-bintik perdarahan (Petekia) spontan (Soeparman, 1987).

Demam berdarah dengue (DBD) ialah penyakit yang terutama terdapat pada anak dengan gejala utama demam, nyeri otot dan sendi, yang biasanya memburuk setelah dua hari pertama. Uji Tourniquet akan positif dengan / tanpa ruam disertai beberapa atau semua gejala perdarahan seperti petekia spontan yang timbul serentak, purpura, ekimosis, epitaksis, hematemesis, melena, trombositopeni, masa perdarahan dan masa protombin memanjang, hematokrit meningkat dan gangguan maturasi megakariosit.

Sindrom renjatan dengue (DSS) ialah penyakit DBD yang disertai renjatan (shock).

2.10.1. Etiologi

Virus dengue tergolong Arbovirus

2.10.2. Gambaran Klinis

Gambaran klinis amat bervariasi, dari yang amat ringan atau Silent Dengue Infection sampai yang sedang seperti DD, sampai ke DBD dengan manifestasi demam akut, perdarahan serta kecenderungan terjadi renjatan yang dapat berakibat fatal. Masa inkubasi Dengue antara 3 -15 hari, rata-rata 5 - 8 hari. Pada DD suhu meningkat tiba-tiba, disertai sakit kepala, nyeri yang hebat pada otot dan tulang atau breakbone fever, mual, kadang-kadang muntah dan batuk ringan. Sakit kepala dapat menyeluruh atau berpusat pada daerah supraorbital dan retroorbital.

Nyeri dibagian otot terutama dirasakan bila tendon dan otot perut ditekan. Sekitar mata mungkin ditemukan pembengkakan, injeksi

konjungtiva, lakrimasi dan fotofobia. Otot-otot sekitar mata terasa sakit bila disentuh dan pergerakan bola mata terasa pegal.

Eksantem yang klasik ditemukan dalam 2 fase, mula-mula pada awal demam (Initial Rash) terlihat jelas pada muka dan dada, berlangsung selama beberapa jam dan biasanya tidak diperhatikan oleh penderita. Ruam berikutnya (Terminal Rash) mulai antara hari ke 3 - 6, mula-mula berbentuk makula-makula besar yang kemudian timbul bercak-bercak petekia pada dasarnya. Hal ini terlihat pada lengan dan kaki, kemudian menjalar cepat keseluruh tubuh. Pada saat suhu turun kembali ke normal, ruam ini berkurang dan cepat menghilang, bekas-bekasnya kadang terasa gatal.

Pada sebagian penderita ditemukan kurve suhu yang bifasik atau Saddle back fever. Pemeriksaan fisik terhadap DD hampir tidak ditemukan kelainan. Nadi penderita mula-mula cepat dan dapat menjadi normal atau lebih lambat pada hari ke 4 dan ke 5. Bradikardi dapat menetap untuk beberapa hari dalam masa penyembuhan.

Lidah sering kotor dan kadang-kadang penderita sukar buang air besar. Terkadang dapat diraba pembesaran kelenjar yang konsistensinya lunak dan tak nyeri. Pada penderita DBD, gejala perdarahan mulai hari ke 3 atau ke 5 berupa petekia, purpura, ekimosis, hematemesis, melena, dan epitaksis. Hati umumnya membesar dan nyeri tekan, tetapi pembesaran hati tidak sesuai dengan beratnya penyakit. Tidak dijumpai ikterus.

Dibeberapa negara ASEAN dijumpai pula pembesaran limfa pada 5 - 40% penderita. Pada penderita DSS, gejala renjatan ditandai dengan kulit yang terus lembab dan dingin, sianosis perifer yang terutama tampak pada

ujung hidung. Jari-jari tangan dan kaki serta dijumpai pula penurunan tekanan darah. Renjatan biasanya terjadi pada waktu demam atau saat demam turun antara hari ke 3 dan hari ke 7 penyakit. Bila tatalaksana renjatan tidak sempurna, penderita dapat jatuh dalam irreversible shock.

2.10.3. Pemeriksaan Laboratorium

a. Darah

Pada DD akan dijumpai leukopeni yang akan terlihat pada hari ke 2 atau hari ke 3 dan titik terendah pada saat peningkatan suhu pertama kali. Pada saat terjadi peningkatan suhu kedua kalinya sel limfosit relatif sudah bertambah. Sel - sel eosinofil sangat berkurang. Pada DBD umumnya dijumpai trombositopeni dan hemokonsentrasi. Uji Tourniquet yang positif merupakan pemeriksaan yang penting. Masa pembekuan masih dalam batas normal, tetapi masa perdarahan biasanya memanjang. Pada analisis kuantitatif ditemukan penurunan faktor-faktor II, V, VII, IX dan X. Pada pemeriksaan kimia darah tampak hipoproteinemia, hiponatremia, serta hipokloremia. SGOT, SGPT, ureum dan pH darah mungkin meningkat, sedangkan reserve alkali merendah.

b. Air seni

Mungkin ditemukan albuminuria ringan

c. Sumsum tulang

Pada awal sakit biasanya hiposelular, kemudian menjadi hiperselular pada hari ke 5 dengan gangguan maturasi, sedangkan pada hari ke 10 biasanya sudah kembali normal untuk semua sistem

d. Serologi

Pemeriksaan yang dilakukan adalah mengukur titer antibodi penderita dengan cara hemagglutination inhibition test (HI test) atau dengan uji pengikatan komplemen (CFT). Untuk pemeriksaan serologi dibutuhkan 2 bahan pemeriksaan dari penderita yang sama yaitu pada masa akut / masa demam dan masa penyembuhan (1 - 4 minggu setelah onset penyakit). Untuk praktisnya, biasanya bahan pemeriksaan I diambil saat penderita masuk rumah sakit, sedangkan bahan pemeriksaan II diambil saat gejala memburuk atau pada waktu penderita akan pulang. Bila mungkin diambil juga bahan pemeriksaan III, yaitu 1 - 3 minggu setelah bahan pemeriksaan II. Pemeriksaan pada hanya satu bahan pemeriksaan, sering tidak ada gunanya karena menyulitkan penafsiran. Untuk keperluan uji serologi ini diambil darah vena 2 - 5 ml atau memakai kertas saring (Filter paper disc). Plasma serum darah perlu disimpan dan diangkut dalam termos es, tetapi kertas saring dapat disimpan dalam suhu kamar sambil menunggu pengiriman ke laboratorium.

c. Isolasi

Bahan pemeriksaan adalah darah penderita, jaringan-jaringan baik dari penderita hidup (Melalui biopsi) atau dari penderita yang meninggal (Melalui autopsi)

2.10.4. Diagnosis

Diagnosis Klinis DD memerlukan beberapa kriteria :

1. Suhu badan tiba-tiba meninggi
2. Demam yang berlangsung hanya beberapa hari
3. Kurva demam yang menyerupai pelana kuda
4. Nyeri terutama di otot-otot dan persendian
5. Adanya ruam-ruam pada kulit
6. Leukopeni

Diagnosis klinis demam berdarah (DBD) mempunyai kriteria :

1. Demam akut, yang tetap tinggi selama 2 - 7 hari, kemudian turun secara lisis. Demam disertai gejala tidak spesifik, seperti anoreksia, lemah, nyeri pada punggung, tulang, persendian dan kepala.
2. Manifestasi perdarahan :
 - a. Uji Tourniquet positif
 - b. Petekia, purpura, ekimosis
 - c. Epitaksis, perdarahan gusi
 - d. Hematemesis, melena
3. Pembesaran hati nyeri tekan, tanpa ikterus

4. Dengan / tanpa renjatan.

Renjatan biasanya terjadi pada saat demam menurun (hari ke - 3 dan ke - 7 sakit). Renjatan yang terjadi pada saat demam biasanya mempunyai prognosis buruk.

5. Kenaikan nilai hematokrit / hemokonsentrasi.

Meningkatnya nilai hematokrit (Ht) merupakan indikator yang peka akan timbulnya renjatan. Kenaikan nilai Ht lebih dari 20% menunjang diagnosis klinis DBD. Bila fasilitas pemeriksaan Ht tidak ada, hemokonsentrasi dapat diukur dengan pemeriksaan hemoglobin (Hb) dengan metode Sahli secara berkala dan dilakukan oleh pemeriksaan yang sama. Kenaikan kadar Hb lebih dari 20% menunjang diagnosis klinis DBD. Derajat beratnya penyakit DBD secara klinis dibagi sebagai berikut

a. Derajat I (Ringan)

Demam mendadak 2 - 7 hari disertai gejala klinis lain dengan manifestasi perdarahan ringan yaitu uji Tourniquet positif.

b. Derajat II (Sedang)

Ditemukan pula perdarah kulit dan manifestasi perdarahan lain

c. Derajat III

Ditemukan tanda - tanda dini renjatan

d. Derajat IV

Ditemukan DSS dengan tensi dan nadi yang tak terukur

2.10.5. Penatalaksanaan

Setiap penderita tersangka DD atau DBD sebaiknya dirawat ditempat yang terpisah dengan penderita lain, seyogyanya pada kamar yang bebas nyamuk dengan berkelembu. Penatalaksanaan pada DD atau DBD tanpa penyulit adalah :

1. Tirah baring
2. Makanan lunak

Bila belum ada nafsu makan dianjurkan untuk minum banyak 1,5 - 2 liter dalam 24 jam (Susu, air teh dengan gula atau sirop) atau air tawar ditambah dengan garam saja

3. Medikamentosa

Untuk hiperpireksia dapat diberikan kompres es dikepala, ketiak dan inguinal. Antipiretik sebaiknya dari golongan asetaminofen, eukinin atau dipiron. Hindari pemakaian asetosal karena bahaya perdarahan

4. Antibiotik diberikan bila terdapat kekuatan infeksi sekunder

Penderita DBD perlu diobservasi teliti terhadap penemuan dini tanda renjatan, yaitu:

1. Keadaan umum memburuk
2. Hati makin membesar
3. Masa perdarahan memanjang karena trombositopeni
4. Hematokrit meninggi pada pemeriksaan berkala.

Dalam hal ditemukan tanda-tanda dini tersebut, infus harus disiapkan dan terpasang pada penderita. Observasi meliputi pemeriksaan tiap jam terhadap pemeriksaan keadaan umum, nadi, tekanan darah, suhu dan pernafasan; serta Hb dan Ht setiap 4 - 6 jam pada hari-hari pertama pengamatan, selanjutnya tiap 24 jam. Tujuan utama terapi DSS untuk mengembalikan volume cairan intravaskular ke tingkat yang normal, dan hal ini dapat tercapai dengan pemberian segera cairan intravena. Jenis cairan dapat berupa NaCl faal, laktat ringer atau bila terdapat renjatan yang berat maka dapat dipakai plasma atau expander plasma. Jumlah cairan dan kecepatan pemberian cairan disesuaikan dengan perkembangan klinis. Kecepatan permulaan tetesan ialah 20 ml / kg berat badan / jam, dan bila renjatan telah diatasi kecepatan tetesan dikurangi menjadi 10 ml / kg berat badan / jam.

Pada kasus renjatan berat, cairan diberikan dengan diguyur, dan bila tak nampak perbaikan diusahakan pemberian plasma atau expander plasma atau dekstran atau preparat hemacel dengan jumlah 15 - 20 ml / kg berat badan. Dalam hal ini perlu diperhatikan keadaan asidosis yang harus dikoreksi dengan Na bikarbonat. Pada umumnya untuk menjaga keseimbangan volume intravascular, pemberian cairan intra vena baik dalam bentuk elektrolit maupun plasma dipertahankan 12 - 48 jam setelah renjatan teratasi. Tranfusi darah dilakukan pada :

1. Penderita dengan perdarahan yang membahayakan (Hematemesis dan / melena)

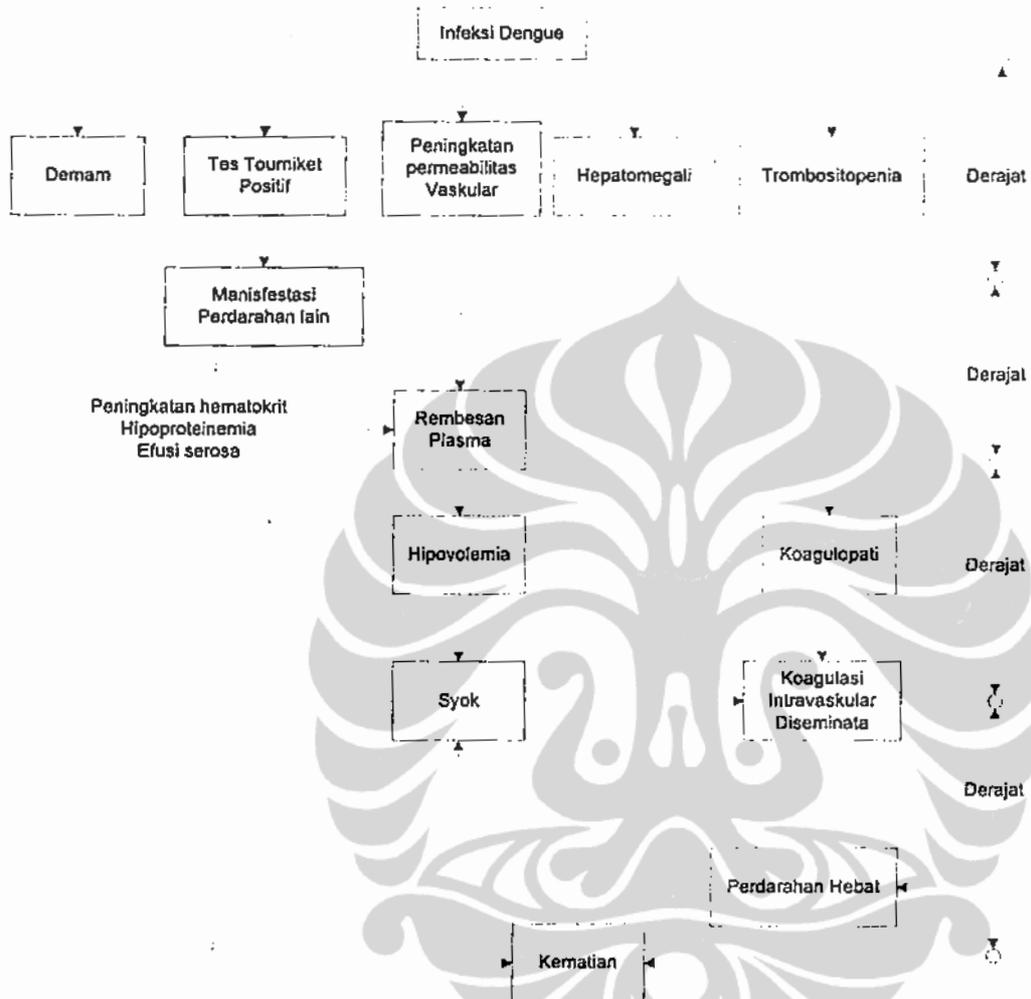
2. Penderita DSS yang pada pemeriksaan berkala, menunjukkan penurunan kadar Hb dan Ht.

Pemberian kortikosteroid masih menjadi bahan perdebatan, tapi pada umumnya di Indonesia hal ini tidak dilakukan karena telah terbukti tidak terdapat perbedaan yang bermakna antara terapi tanpa atau dengan kortikosteroid. Pada penderita dengan renjatan yang lama (Prolong shock), DIC diperkirakan merupakan penyebab utama perdarahan. Bila dengan pemeriksaan hemotasis terbukti adanya DIC, heparin perlu diberikan.

2.10.6. Prognosis

Kematian oleh DD hampir tak ada, akan tetapi sebaliknya pada DBD atau DSS dimana mortalitasnya cukup tinggi. Penelitian pada orang dewasa di Surabaya, Semarang dan Jakarta memperlihatkan bahwa prognosis dan perjalanan penyakit umumnya ringan dari pada anak-anak.

SPEKTRUM DEMAM BERDARAH DENGUE



Hipotensi ditentukan dengan tekanan sistolik < 80 mmHg (10,7 kPa) bagi mereka dengan usia kurang 5 tahun, atau < 90 mmHg (12,0 kPa) bagi mereka yang berusia lebih atau sama dengan 5 tahun. Perhatikan bahwa penyempitan tekanan nadi terlihat pada awal perjalanan syok, sementara hipotensi terjadi pada tahap lanjut, atau pada pasien yang mengalami perdarahan berat

Gambar 2.1. Skema yang diberikan oleh Dinkes DKI, 2009

2.11. Integrated Care Pathways (ICP)

Salah satu tantangan utama para profesional pelayanan medis, para manajer dan administrator di Inggris berusaha untuk efisiensi penggunaan sumber-sumber daya yang terbatas, menyediakan kualitas tinggi, tepat waktu, berdasarkan bukti, praktek terbaik. Perangkat ICP telah menawarkan hal tersebut, namun demikian banyak manfaat potensial sering gagal untuk disadari sehubungan dengan perencanaan dan sistem manajemen yang lemahnya. Orang dan proses yang sempurna membuat satu layanan kesehatan yang berkualitas, satu hasil layanan berkualitas rendah dari proses yang sangat buruk terjadi, tidak dari pekerja pelayanan kesehatan yang malas atau tidak terampil (John Ovretviet, Jasa kualitas Kesehatan, 1992)

Bagaimana ICP menginformasikan pengetahuan, peralatan dan kerangka konseptual, demikian pula mengakses ke sumber-sumber daya lebih lanjut untuk informasi ICP, pelatihan dan dukungan sehingga kita lebih mengerti dan mengetahui tentang ICP.

2.11.1. Latar belakang sejarah dan penyebaran ICP

Sistem kritis & proses metodologi mapping yang digunakan didalam industri, terutama sekali didalam menyimpan file dari rekayasa Engineering pada permulaan tahun 1950-an.

Pada 1980, dokter spesialis di Amerika mulai mengembangkan perangkat sistem di dalam manajemen pelayanan kesehatan, mereka melakukan penguraian kembali pelayanan yang diberikan dan mencoba untuk mengidentifikasi hasil terukur. Mereka memusatkan terhadap pasien pada sistem, tetapi diperlukan demonstrasi proses efisien dalam rangka memenuhi persyaratan industri asuransi. ICP pertama kali digunakan dalam hal kesehatan di AS pada 1980. Saat itu dimulai dengan pengamatan dalam pelayanan kesehatan yang bermasalah yang ditandai dengan :

1. Lamanya tinggal di rumah sakit
2. Praktek bervariasi di antara sesama dokter spesialis
3. Kadang menggunakan sumber daya yang tidak perlu
4. Pengaturan jumlah karyawan yang tidak sesuai
5. Kontinuitas pelayanan yang lemah

Pada awal 1990 National Health System di United Kingdom (U K) yang membiayai seorang pasien memberikan dorongan untuk mendukung perubahan organisasi. Ini menghasilkan penyelidikan dan pengembangan konsep seperti sistem. Pada tahun 1990 suatu tim dari U K mengunjungi AS untuk menyelidiki penggunaan sistem ini, atauantisipasi alur perbaikan (Anticipated recovery pathways).

National Health System menggunakan ICP dari tahun 1991 - 1992. Pada proses ini yang mereka lakukan di 12 lokasi untuk pathways didalam Northwest London. Sejak tahun 1994, Anticipated recovery pathway telah

berevolusi menjadi ICP di U.K. Dengan ICP maka dokter spesialis dipimpin dan dikendalikan. Pasien di tempat itu menyetujui, mereka mendapatkan praktek terbaik. Sebagai jawaban atas permintaan untuk pemakaian ICP terjadi koordinasi kelompok. Kelompok medis di Inggris pada tahun 1994, tetapi berhenti tahun 2002. Dan mulai bangkit kembali (Campbell H, Hotchkiss R, Bradshaw N, Porteus M, 1998) :

- a. BMiS Workshop Mei 2003
- b. Basis data NELH (Colin Gordon)
- c. Web Internasional Portal (Jenny Gray, Ventura T&C, Inggris)
- d. Pathways Nasional Association (Northgate)

Sejumlah definisi ICP diakhir 1990 terdapat kebingungan karena mereka semua menghubungkan ICP secara langsung kepada pengelompokan atau jenis-kasus. ICP jarang mencakup sepanjang perjalanan pasien penuh untuk satu kondisi tertentu. Paket pelayanan pasien pada umumnya penuh dari segerombol ICP, dimana masing-masing menggambarkan satu tahap pelayanan. Contoh : tahap pengkajian, intervensi, tahap pemberhentian.

Definisi sistem pelayanan meliputi :

1. Sebuah rencana pelayanan multidisiplin yang ditulis oleh tim pada kasus tertentu, satu perangkat manajemen, dengan pendekatan proses (Kekayaan, 1994)
2. Set aktivitas yang diusulkan pada pelayanan (Heymann, 1994)

3. Menyetujui intervensi multidisiplin untuk diagnosis yang diberikan, gejala atau prosedur di dalam waktu yang terbatas (Layton, 1993).

Sistem pelayanan terintegrasi ICP berdasarkan bukti sehingga meningkatkan review secara sistematis, demikian pula input dari tim multidisiplin, untuk menguraikan secara optimal sepanjang pelayanan semua pasien yang mempunyai kondisi spesifik atau pasien yang mengalami prosedur spesifik. Namun pada keadaan yang lain untuk perangkat ini mencakup pelayanan klinis, sistem pelayanan klinis, dan Pemetaan pelayanan.

Definisi menyeluruh Quality ICP (Ventura, 2002) dimana ICP adalah dokumen yang digunakan di dalam kerangka konseptual untuk menyadari kemampuan yang ada. ICP menggambarkan proses pelayanan kesehatan dengan mengumpulkan variasi antara pelayanan yang direncanakan secara nyata. Itu mengedepankan antisipasi, berdasarkan bukti, praktek dan hasil terbaik di tempat tersebut yang refleksinya dipusatkan pada satu pasien, multi-teratur, pendekatan multi-agensi. Dokumen ICP tersusun dengan perangkat variasi alur yang unik. Pengelompokan tertentu untuk memenuhi batasan waktu dan prestasi menyetujui hasil. Penyimpangan apapun dari rencana akan didokumentasikan sebagai sebuah perbedaan analisis dalam menyediakan informasi untuk review praktek saat ini (Johnson, Sistem Pelayanan, 1997)

Kerangka kerja ICP menyertakan satu siklus sistematis dari aktivitas-aktivitas berdasarkan pengembangan dan penggunaan ICP dokumen untuk memastikan perbaikan berkelanjutan dalam mempraktekannya. Aktivitas-aktivitas ini meliputi memilih ICP untuk digunakannya terhadap pasien, ICP berkembang mengenai isi dan ruang lingkupnya, penggunaan ICP secara serentak terhadap pasien dengan mencatat, penganalisaan dan membandingkan variasi apapun dari aktivitas serta hasil yang direncanakan, dan secara terus menerus membaharui praktek sebagai kualitas.

Penggunaan ICP memungkinkan tim klinis untuk mengidentifikasi kekuatan dan kelemahan di dalam area aktivitas klinis. Untuk memastikan dimana petunjuk klinis serta bukti tersedia disatukan ke dalam praktek setiap hari. Rutin monitoring dari ICP dan analisa retrospektif dari variasi membantu ke arah dari resiko klinis serta melengkapi siklus audit klinis. Penyimpangan dari standar ini mungkin digunakan untuk melakukan perubahan dalam praktek serta untuk mengkaji hubungan antara berbeda intervensi serta hasil individu.

ICP juga merupakan peta proses suatu gambar rencana dari pelayanan. Peta Proses akan membantu ke arah mendefinisikan urutan dari tahap dan aktivitas yang dilakukan selama pelayanan kepada kelompok pasien .:

1. Tanggung-jawab Specific untuk tahap dan aktivitas-aktivitas ini.
2. Hubungan yang terjadi antara individu dan bagian berbeda dalam proses.

3. Lingkup masalah potential pada titik kegagalan dan peluang untuk peningkatan didalam praktek.

2.11.2. Dokumen ICP

Sebelum peta proses diterjemahkan ke dalam dokumen ICP, beberapa pemikiran diperlukan untuk diberikan kedalam format. Dokumentasi ICP harus jelas, sederhana dan mudah digunakan serta, konsisten digunakan didalam area klinis.

A. Merancang ICP dokumen

ICP menyerupai semua yang anda ingin mereka lakukan sama. ICP jarang terlihat sama didalam aturan apapun atau antara departemen dan organisasi, dengan cara sama seperti catatan, pengkajian, bagan dan lain-lain adalah sangat berbeda didalam tempat berbeda. Tataruang dokumen ICP adalah kritis; cukup bahwa itu masuk akal dan mungkin menjadi jelas mengikuti dan menggunakannya. Mengembangkan aturan dan panduan untuk ICP formulir perusahaan membantu didalam standarisasi perusahaan di dalam satu organisasi tertentu.

Bagaimana alur variasi dan perbaikan berkelanjutan kerangka kerja yang menempel di dalam ICP mempengaruhi terhadap pengambilan data dan bermanfaat untuk analisa berikutnya. Tataruang alur variasi adalah perangkat di dalam ICP yang mempengaruhi atau

tidak para pemakai catatan apabila terjadi perbedaan. Jika perbedaan tidak terekam, maka tidak ada informasi yang tersedia untuk melakukan perbaikan tim multidisciplinary seperti pada atau bagaimana aktivitas-aktivitas yang tidak diketemukan.

Perancangan Alur Variasi harus :

1. Cepat dan mudah untuk lengkap
2. Intuitif
3. Dapat diakses
4. Penuh arti
5. Bagian dari rutin klinis atau tata kearsipan administratif
6. Jelas berhubungan dengan aktivitas relevan oleh satu identifikasi yang unik

Hal tersebut tidak harus mencakup :

1. Duplikasi dari mencatat
2. Mencari lembaran alur variasi
3. Mencari informasi tentang bagaimana untuk melengkapi catatan
4. Menggambarkan tulisan tangan aktivitas yang berhubungan untuk mengidentifikasi terhadap lembaran alur variasi.

2.11.3. Mengapa ICP penting

Sistem memastikan proses pelayanan dimonitor dan diefektifkan untuk satu populasi pasien. Sistem pelayanan yang lebih konsisten, dengan cara meminimalkan variasi dalam praktek. Karena sistem berdasarkan pada sebagian kasus sebelumnya, tim lebih baik diperlengkapi untuk memperkirakan semua aspek proses pelayanan dan meningkatkan kualitas pelayanan untuk pasien berikutnya dengan kondisi yang sama.

Sistem pelayanan bisa membantu memastikan satu tingkat lebih tinggi secara efisien melalui populasi yang didefinisikan. Sistem diletakkan pada tempatnya, indikator kunci memonitor secara teratur seperti pertriwulan untuk mengkaji efektivitas pelayanan yang dilakukan. Informasi ini bukan digunakan untuk menghakimi kinerja individual, tetapi lebih untuk belajar, monitoring kualitas dan mengarahkan kekurangan untuk peningkatan.

Pelayanan harus merefleksikan kebutuhan dan pengalaman pasien serta harus diukur melalui pelayanan yang direncanakan. Proses evaluasi adalah membangun sistem yang memerlukan Indikator, mungkin menjadi mengikat pada kualitas atau program indikator kinerja yang sudah ada dan bisa merefleksikan kualitatif dan informasi kuantitatif. Indikator mungkin meliputi kepuasan pasien dengan aspek spesifik ketetapan layanan (kualitatif) atau untuk spesifik intervensi (kuantitatif). Sistem pelayanan menyediakan semua informasi pelaksanaan kemajuan pelayanan pasien .

Sistem pelayanan disimpan, diperbaiki dan diperbaharui secara komputerisasi menyediakan cara yang paling efektif dan memastikan bahwa semua informasi yang bersangkutan dengan pelayanan individu adalah

terbaru serta dapat diakses oleh pelaksana pelayanan. Versi pasien memungkinkan orang untuk memberi tahu, peran aktif didalam pelayanan milik mereka sendiri. Itu memungkinkan pasien untuk melihat keadaan dan arahan ketetapan pelayanan mereka serta berperan untuk perencanaan serta penanganan kesehatan milik mereka sendiri dalam kepedulian sosial.

ICP dapat berisi protokol dan petunjuk mengenai sejarah pengembangan mereka sebagai sebuah peta proses, flowchart atau alur keputusan. Kecuali jika mereka mempunyai satu mekanisme untuk mencatat variasi penyimpangan dari pelayanan yang direncanakan aktivitasnya ketika digunakan sebagai catatan pelayanan pasien. ICP merupakan proses mapping manajemen medik melalui pendekatan integratif multidisiplin dengan menerapkan :

- a. Standar pelayanan baku
- b. Pencatatan
- c. Data pendokumentasian medik yang akurat.

Sistem ICP diarahkan pada kelompok pasien tertentu dengan selalu mengutamakan sistem evaluasi dan pengembangan pelayanan berkelanjutan untuk mencapai kepuasan pasien yang optimal sebagai tujuan akhir.

Alur pelayanan terintegrasi :

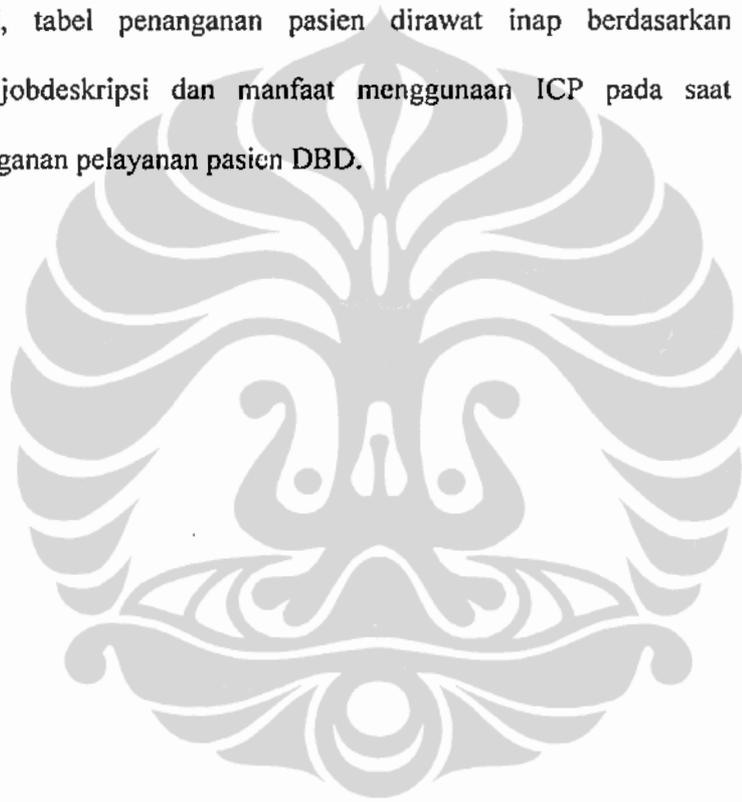
1. Unik, secara simultan, satu klinis dan satu perangkat manajemen.

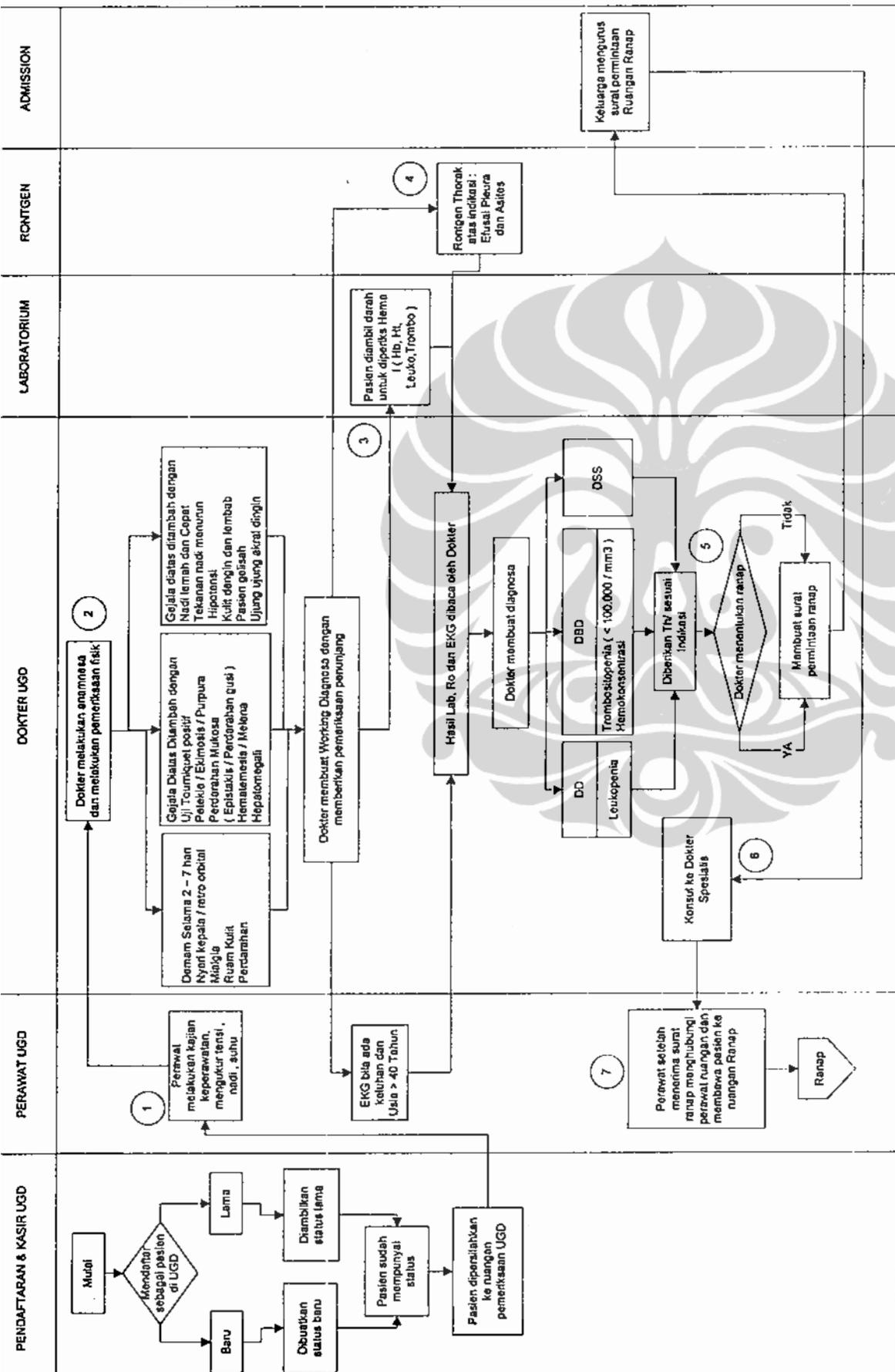
2. Memproses pemetaan dan memproses re-engineering stablish seorang pasien
3. Kerangka layanan.
4. Mengumpulkan semua aktivitas klinis pada waktu kejadian
5. Analisa dan umpan balik perbedaan
6. Menempatkan audit review didalam praktik setiap hari
7. Bukti berdasarkan standar
8. Tahap kritis yang berlangsung dalam proses
9. Area variasi besar
10. Prioritas untuk organisasi

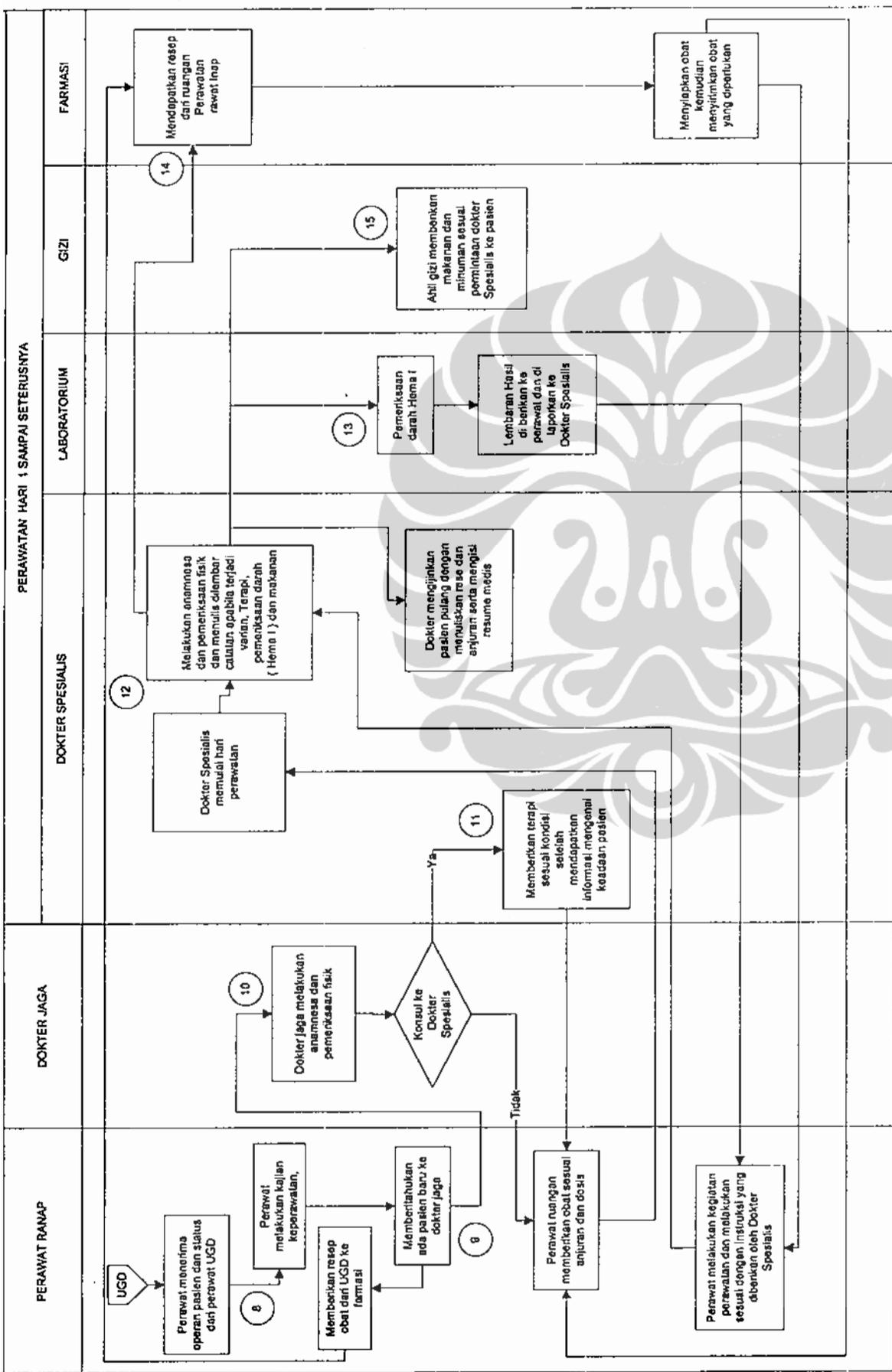
2.11.4. Mapping

Mapping adalah suatu kegiatan yang dilakukan untuk memetakan kegiatan atau alur yang terjadi. Mapping proses yang dilakukan disini adalah menggambarkan alur perjalanan pasien mulai dari masuk di UGD atau poli klinik ditangani oleh perawat kemudian dokter jga UGD dan dilakukan pemeriksaan setelah itu dikirim ke ruangan rawat dan kembali ditangani sampai seterusnya sehingga pasien sembuh. Hal tersebut dapat kita lihat hambatan hambatan yang terjadi pada titik tertentu sehingga dengan menggunakan mapping proses tersebut kita dengan mudah mengerti hal hal mana yang dapat diantisipasi dengan menggunakan ICP. Sehingga pada saat mapping proses dikerjakan kita dapat dengan mudah melihat perbedaan yang bermakna dengan menggunakan ICP. Penulis pada saat penelitian mencoba

melihat dan mengurut kronologis syang terjadi pada saat penanganan pasien DBD mulai dari UGD sampai pasien dirawat di ruangan rawat inap kelas III di RSUD Cengkareng. Sehingga dengan mudah kita melihat dan mengerti manfaat dari pelaksanaan penanganan pasien dengan menggunakan ICP tersebut seperti pada tabel penanganan pasien di UGD berdasarkan kronologis dan jobdeskripsi, tabel penanganan pasien dirawat inap berdasarkan kronologis dan jobdeskripsi dan manfaat menggunakan ICP pada saat melakukan penanganan pelayanan pasien DBD.







Hambatan No	Tempat Proses	Tidak menggunakan ICP	Menggunakan ICP	Pelaksana
1	UGD	melakukan kajian keperawatan	Melakukan anamnesa, kajian keperawatan, tensi, nadi, suhu, Berat badan (anak) dan mencatat ke status	Perawat
2	UGD	Anamnesa dan pemeriksaan fisik	Anamnesa dan pemeriksaan fisik terarah	Dokter UGD
3	UGD	Pemeriksaan laboratorium tidak sesuai	Pemeriksaan lebih spesifik (Hb,Ht,Leuko,Trombo)	Dokter UGD
4	UGD	Pemeriksaan radiologi tidak sesuai	Pemeriksaan sesuai indikasi dan RO Thorak	Dokter UGD
5	UGD	Pemberian terapi tergantung spesialis	Terapi diberikan sesuai dengan kesepakatan	Dokter UGD
6	UGD	Konsul dokter spesialis	Konsul dilakukan hanya untuk owner	Dokter UGD
7	UGD	Pengiriman pasien ke ruangan bisa cepat atau lambat	Pengiriman pasien dilakukan dalam tidak lebih 10 menit	Perawat
8	RANAP	Respon menerima pasien baru	Setiap ada pasien baru harus langsung ditangani	Perawat
9	RANAP	Menghubungi dokter jaga ada pasien baru	Setelah selesai operan pasien langsung menghubungi dokter jaga	Perawat
10	RANAP	Anamnesa dan pemeriksaan fisik	Sudah terdapat check list kriteria yang harus ditanyakan	Dokter ruangan
11	RANAP	Pelaksanaan konsul ke spesialis	Konsul diperlukan diluar dari kriteria yang ada	Dokter ruangan
12	RANAP	anamnesa dan pemeriksaan fisik	Anamnesa dan pemeriksaan fisik sesuai check list yang ada	Spesialis
13	RANAP	Pemeriksaan laboratorium	Kriteria pemeriksaan sudah jelas Hema I	Spesialis
14	RANAP	Pemilihan obat obatan yang diberikan	Obat obat yang diberikan sesuai kesepakatan	Spesialis
15	RANAP	Pemilihan makanan untuk pasien	Makanan diberikan sesuai kesepakatan	Spesialis

2.11.5. Apakah bentuk utama dari ICP

Semua ICP terdapat 4 bentuk berikut :

1. Mendapatkan hasil yang diinginkan
2. Untuk susunan intervensi kolaborasi
3. Interdisiplin
4. Termasuk aspek pelayanan menyeluruh

Pekerjaan terhadap sistem, tim mengidentifikasi objektif berikut.

Sistem harus :

1. Berdasarkan bukti.
2. Mencakup representasi dari semua bagian yang terlibat
3. Meliputi konsultasi lebih luas
4. Mempunyai pasien dan perhatian pada pusat perubahan apapun.
5. Menyiratkan satu kesanggupan untuk penerapan.

2.11.6. Integrated Care Pathway berisikan :

1. Multi-teratur, multi-agensi, aktivitas-aktivitas klinis dan administratif
2. Berdasarkan bukti, disetujui di tempat itu, berdasarkan praktek terbaik
3. Standar lokal dan nasional
4. Alur perbedaan, amat penting untuk semua ICP.
5. Test, bagan, pengkajian, diagram, surat, formulir, selebaran informasi, daftar pertanyaan kepuasan dan lain-lain
6. Skala untuk pengukuran efektivitas klinis
7. Hasil pelayanan

8. Catatan dokter
9. Ruang untuk menambahkan aktivitas-aktivitas atau komentar untuk ICP standar kepada pasien tertentu
10. Masalah, rencanakan, tujuan dan catatan atau tempat tersusun yang serupa. Cetak multi-teratur untuk mencatat dan perbedaan melakukan alur permasalahan seorang pasien, tujuan, rencana dan catatan tulisan tangan.

ICP paling cocok untuk prosedur dengan 4 atau lebih ukuran berikut :

1. Volume Tinggi
2. Biaya tinggi
3. Variabilitas signifikan dalam praktek
4. Keadaan tidak sehat yang tinggi atau angka kematian tinggi
5. Profil publik yang Tinggi
6. Kepercayaan terhadap tim multidisiplin
7. Minat terhadap perhatian untuk mengambil bagian dan membantu dalam proses atau sistem pada tempatnya untuk mendukung alur yang sedang berjalan untuk kepentingan analisa dan peningkatan pemeliharaan.

Isi dari ICP adalah perangkat dan konsep, Hal itu melekatkan petunjuk, protokol dan di tempat itu disetujui, berdasarkan bukti, pasien sebagai pusat, praktek terbaik, menjadi penggunaan setiap hari untuk pasien individual. Selain dari pada itu dengan uniknya ICP merekam penyimpangan

dari rencana pelayanan dalam bentuk perbedaan dan untuk membandingkan pelayanan yang direncanakan dengan penuh perhatian.

2.11.7. Tahap awal melakukan ICP

1. Penentuan urutan teratas masalah klinis
2. Bentuk Tim
3. Skala prioritas diagnosa sebagai proyek percobaan.
4. Review literatur
5. Buat jalur klinis

2.11.8. Bagaimana melakukan ICP

1. Sosialisasi sistem
2. Pelatihan staf atau workshop
3. Proyek percobaan implementasi
4. Evaluasi atau memnuat manajemen perbedaan
5. Penetapan klinis pathway oleh direktur

2.11.9. Bagaimana mengembangkan ICP

ICP bekerja ketika organisasi membuat keputusan untuk mengembangkannya. Ini memungkinkan proses pengembangan yang selaras dengan objektivitas organisasi, dan kasus yang dikembangkan untuk masing-masing topik yang terpilih. Pendekatan ini juga ke arah mendemonstrasikan manajemen untuk melakukan prinsip ICP. Kunci dalam pengembangan ICP adalah sering diadakan pertemuan dengan fasilitator untuk mengelola

program ICP. Peran dari fasilitator harus memberikan pendidikan dan dukungan yang sedang berjalan serta bertindak sebagai penghubung antara profesional yang berbeda kelompok. Untuk melakukan peran ini dengan sukses fasilitator akan memerlukan keterampilan, mencakup kemampuan untuk memimpin dan memotivasi yang lain untuk bekerja dengan baik di bawah tekanan dengan waktu yang terbatas.

2.11.10. Mengapa mengembangkan ICP

1. Kerangka kerja untuk menyusun keduanya, yaitu praktek dan pengembangan yang sudah ada
2. Berpusat kepada pasien secara klinis
3. Pelatihan dan keterampilan yang dibagikan di tempat itu disetujui, praktek terbaik berdasarkan bukti untuk kelompok pasien yang mengidentifikasi
4. Perangkat untuk kegiatan secara sistematis memastikan perbaikan berkelanjutan didalam pelayanan pasien
5. Evaluasi layanan berdampak kepada proyek sebagai sebuah langkah langsung setiap hari klinis serta pencatatan administratif
6. Model konseptual agenda lokal dan nasional sebagai kunci secara simultan
7. Untuk waktu tertentu mempresentasikan masalah atau prosedur untuk urutan optimal dan pemilihan waktu dari intervensi dokter, perawat, dan para profesional lain.

8. Karena jalur menentukan penanganan dan pelayanan lintas sektor memerlukan aturan antara tempat berbeda, mereka membantu memastikan terkoordinasinya layanan berkualitas dengan disediakan penuh pelayanan.

Prinsip pengembangan ICP yang fokus terhadap pasien

1. Menyederhanakan process
2. Menyertakan bukti
3. Rampingkan dokumentasi
4. Perbedaan kunci acara penting
5. Dikirimkan dengan cara staf dengan memperluas keterampilan.

Mengembangkan infrastruktur untuk mendukung tata kelola klinis :

1. Perangkat ICP digunakan untuk mendukung dari bawah infrastruktur layanan organisasi dan untuk mengendalikan agenda tatakelola klinik.
2. Proses mapping digunakan untuk mengidentifikasi target kelompok pasien dan bagian ICP kedalam paket pelayanan dengan demikian pelayanan seorang pasien dapat ditentukan.
3. Kerangka dinamis tidak dapat didefinisikan oleh ICP perangkat klinis, memungkinkannya tindakan terhadap sistematik yang memastikan resiko itu dihilangkan and kejadian kurang baik dengan cepat dapat dideteksi, secara terbuka pelajaran investigasi

dan belajar, dimana praktek yang baik dengan cepat disosialisasikan.

4. Meletakkan sistem ICP pada tempatnya dapat memastikan perbaikan berkelanjutan didalam pelayanan klinis.

Mengembangkan ICP dimulai dari :

1. Dukungan dari level pimpinan
2. Memproses keahlian perancangan ulang
3. Pemberian kemudahan untuk para ahli
4. Kelompok berkeinginan untuk berubah
5. Stimulus atau menginginkan perubahan
6. Kepemilikan lokal

ICP :

1. Memastikan pelaksanaan petunjuk & protokol
2. Di tempat itu disetujui
3. Berdasarkan bukti
4. Berpusat pada pasien
5. Dilakukan Praktek yang terbaik
6. Digunakan setiap hari
7. Bersifat perorangan

ICP adalah pelayanan yang bertujuan kepada pasien untuk kepentingan :

1. Hak orang lain
2. Melakukan kebenaran
3. Melaksanakan perintah
4. Pada waktu yang tepat
5. Dalam sasaran yang tepat
6. Dengan sumber daya yang dimiliki
7. Dengan hasil yang didapat
8. Semua dengan perhatian kepada pengalaman
9. Membandingkan perencanaan dengan kepedulian aktual

2.11.11. Tujuan ICP

Mengupayakan terselenggaranya pelayanan yang terintegrasi berbasis referensi, dan profesional agar tercapai pelayanan kesehatan efektif dan efisien .

A. Tujuan Penerapan ICP

1. Mengoptimalkan kualitas pelayanan pasien melalui tehnik;
 - a. Pendekatan kolaborasi
 - b. Pendekatan multidisiplin
2. Meminimalkan variasi metode pelayanan pasien
3. Tercapainya efisiensi pelayanan yang optimal dari segala segi :
 - a. Pembiayaan
 - b. Pelayanan
 - c. Sumber daya

4. Tercapainya tingkat komunikasi sistem yang optimal antar :
 - a. Manajemen
 - b. Pemberian pelayanan yang profesional
 - c. Pasien
5. Kepuasan pasien lebih optimal
6. Menghindari para profesionalisme dari resiko buruk yang mungkin timbul dari suatu proses pelayanan di rumah sakit.

B. Apa yang mempengaruhi implementasi ICP :

1. Kultur Organisasi
2. Struktur Organisasi
3. Garis Organisasi komunikasi
4. Kepribadian
5. Dukungan Medis
6. Komitmen Manajemen
7. Sumber-sumber daya
8. Pemberian kemudahan dan komunikasi

2.11.12. Manfaat ICP

1. Mendukung pengenalan tentang obat berdasarkan bukti dan penggunaan petunjuk klinis
2. Dukungan klinis efektivitas, manajemen resiko dan audit klinis

3. Meningkatkan komunikasi multidisciplinary, kerjasama kelompok dan perencanaan pelayanan
4. Bisakah mendukung kesinambungan dan koordinasi pelayanan antar disiplin serta sektor klinis yang berbeda
5. Menyediakan standar dan rumusan dengan baik untuk pelayanan
6. Membantu mengurangi variasi didalam pelayanan pasien dengan cara mempromosikan standarisasi
7. Membantu meningkatkan hasil klinis
8. Membantu mengurangi dokumentasi pasien
9. Dukungan pelatihan
10. Mengoptimalkan manajemen sumber-sumber daya
11. Membantu memastikan kualitas pelayanan dan menyediakan makna peningkatan kualitas berkesinambungan
12. Mendukung implementasi audit klinis berkesinambungan didalam praktek klinis
13. Mendukung penggunaan petunjuk didalam praktek klinis
14. Membantu pasien secara maksimal
15. Membantu mengelola resiko klinis
16. Membantu meningkatkan komunikasi antara sektor pelayanan yang berbeda
17. Sosialisasi standar pelayanan
18. Menetapkan dasar untuk pelayanan di masa depan
19. Tidak menentukan : jangan mengambil-alih penghakiman klinis
20. Diharapkan untuk membantu mengurangi resiko

21. Diharapkan untuk membantu mengurangi biaya dengan cara mengurangi lama rawat di rumah sakit

A. Manfaat ICP untuk pasien :

1. Hindari ketidakselarasan dalam perawatan
2. Memungkinkan penentuan sasaran timbal balik
3. Mendukung pendidikan pasien
4. Mendorong keterlibatan pasien
5. Bisa mendorong ke arah pendeknya tinggal di Rumah Sakit

B. Manfaat kepada Tim kesehatan

1. Pertahankan standar pelayanan kesehatan
2. Mengorganisir pelayanan
3. Mendukung komunikasi antara anggota tim
4. Membuatkan data audit siap tersedia

Manfaat ini, bagaimanapun tergantung pada pemenuhan beberapa faktor sukses kritis. Ini mungkin didefinisikan sebagai:

1. ICP adalah sebagai bagian dari satu program acara kualitas organisasi.
2. Kollaborasi antara kelompok profesional, dengan medis memimpin.
3. Audit klinis.

2.11.13. Sukses faktor yang mempengaruhi ICP dapat meliputi :

1. Kepemimpinan / Semua komitmen level
2. Manajemen proyek & pemberian kemudahan
3. Keterlibatan tim multi-teratur
4. Pelatihan
5. Komunikasi
6. Alur perbedaan, analisa dan umpan balik
7. Waktu
8. Komitmen Jangka panjang

A. Kunci sukses factor komitmen pimpinan :

1. Model pengembangan dari bawah ke atas
2. Memberikan fasilitas dukungan ke departemen
3. Ilmu perawatan dan kepemimpinan medis
4. Peran manajer kasus pemeliharaan
5. Modul pelatihan

Tahap berikutnya adalah secara berurutan dari 4 tahap terhadap pengembangan dan penerapan ICP :

1. Definisi dan konsep
2. Integrated mengembangkan alur pelayanan yang menggambarkan hipotesis yang menyerupai pelayanan
3. Menerapkan ICP
4. Analisa dan Review

5. Walaupun setiap tahap menggambarkan perbedaan, hal itu tidak menyebabkan mundur terhadap proses yang sedang dikembangkan. Perjalanan waktu akan sangat tergantung terhadap ketersediaan sumber-sumber daya seperti informasi, manusia, finansial dan kompleksitas sistem.

B. Pendekatan TIM

Gunakan satu pendekatan tim multi-teratur. Mengemudikan kelompok dan kelompok kerja yang terdiri atas pekerja garis depan, pasien dan individu tambahan yang mempunyai satu pengetahuan atau keahlian ditingkatkan dalam area ini.

C. Mengembangkan TIM

Mengenali pentingnya dari mencapai satu pemahaman umum fungsi kelompok serta parameter di dalam mana itu akan mengoperasikan. Setujui soal jadwal waktu dan proses komunikasi terutama sekali.

2.11.14. Kegunaan

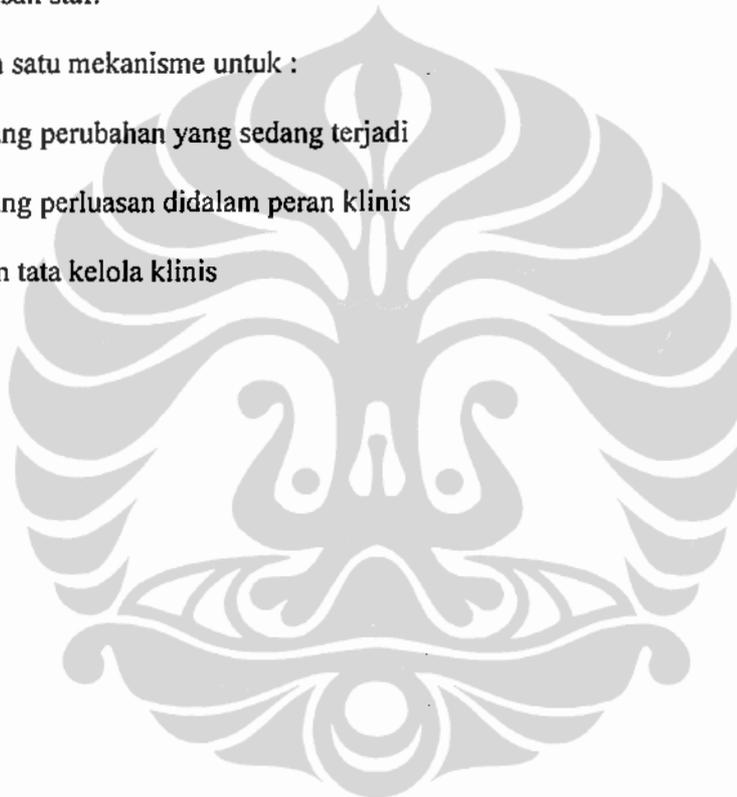
ICP adalah salah satu cara untuk meningkatkan 4 C :

1. C ommunication,
2. C ollaboration,
3. C oordination
4. C ontinuity

ICP memberikan fasilitas pelayanan persetujuan dari rencana dengan pasien mengendalikan peningkatan pelayanan klinis dan efektifitas administrasi serta hasil yang praktis, sedang berjalan berdasarkan bukti evaluasi yang terbaik dalam praktek. Mekanisme pembentukan regu, satu manajemen resiko peralatan, satu perangkat untuk mengajar, supervisi, induksi dan kepuasan staf.

Sistem ICP adalah satu mekanisme untuk :

1. Mendukung perubahan yang sedang terjadi
2. Mendukung perluasan didalam peran klinis
3. Pelayanan tata kelola klinis



BAB 3

GAMBARAN UMUM RSUD CENGKARENG

3.1. Sejarah awal berdirinya RSUD Cengkareng

1. 28 Oktober 2002: Pembukaan Pelayanan Rawat ; UGD pelayanan laboratorium, radiologi, farmasi, CSSD, Ambulance. Dengan status UPT Dinkes Swadana.
2. 20 Mei 2003: Grand opening RSUD Cengkareng. Di buka oleh Gubernur DKI Jakarta, Bapak Sutiyoso.
3. 10 Agustus 2004 : Keluarnya PERDA DKI Jakarta No.14 tentang perubahan status UPT Dinkes RSUD menjadi PT RS Cengkareng
4. 17 September 2004 : Penandatanganan akte notaris pendirian PT RS Cengkareng
5. 23 Desember 2004 : Keluarnya surat keputusan menteri hukum dan hak azasi manusia tentang pengesahan PT RS Cengkareng.
6. 1 Januari 2005 : Operasional sebagai Rumah Sakit dengan bentuk baru PT RS Cengkareng.
7. 5 Oktober 2006 : Pembubaran PT RS Cengkareng menjadi BLU

3.2. Lokasi dan Data Fisik Rumah Sakit

RSUD Cengkareng adalah rumah sakit pemerintah DKI Jakarta yang mulai dibangun pada awal tahun 2001 dan selesai pada tahun 2003, Jl. Kamal Raya, Bumi Cengkareng Indah, Cengkareng Timur Jakarta Barat - 11730.

Tabel. 3.1 Lokasi dan Data Fisik RSUD Cengkareng (Renstra 2007):

Lahan	26.000 M ² .
Bangunan	31.600 M ²
Kapasitas Penuh Rawat Inap	326 TT, dengan komposisi :
Pelayanan Utama, Rawat Inap : Jumlah Tempat Tidur (% Proporsi)	
Kelas 3	200 TT (61.25 %)
Kelas 2	36 TT (11.04 %)
Kelas 1	72 TT (22.09 %)
Kelas Utama	18 TT (5.52 %)
Pelayanan Utama	Poliklinik – 22 ruang, UGD, Kamar Operasi, Kamar Bersalin, Kamar Bayi, ODC, ICU, ICCU, NICU / Perina, Intermediate room
Pelayanan Penunjang	Laboratorium, Radiologi, Apotik & Farmasi, Ambulance, Laundry, Mortuary, Fisioterapi
Pelayanan Lain-lain	Guest house, Ruang Kelas, Aula, dan Heliped

RSUD Cengkareng merupakan RSUD pertama yang dibangun diwilayah Jakarta Barat. Operasionalisasi rumah sakit ini dimulai sejak 28 Oktober 2002 diawali dengan pembukaan pelayanan rawat jalan dan UGD yang masih terbatas.

Pada tanggal 20 Mei 2003, secara resmi Bapak Gubernur Provinsi DKI Jakarta meresmikan pembukaan RSUD Cengkareng.

RSUD Cengkareng dibangun ditengah dunia perumahsakitannya Indonesia menghadapi tantangan globalisasi dengan dimulainya AFTA tahun 2005 dan WTO 2010 yang menuntut pelayanan lebih Professional dengan standar Internasional. Karena itu Pemerintah Daerah Provinsi DKI Jakarta sejak awal berencana memberikan kemandirian terhadap rumah sakit ini agar dapat meningkatkan kualitas pelayanan dengan membuat suatu kelembagaan yang mandiri bukan merupakan bagian dari birokrasi.

Secara singkat perkembangan RSUD Cengkareng adalah sebagai berikut :

1. Tahun 2002—2004

Sebagai UPT Dinas kesehatan unit Swadana, berdasarkan Keputusan Gubernur No 148 tahun 2002.

2. Tahun 2004—2005

RSUD Cengkareng berbadan hukum perseroan terbatas, berdasarkan Perda Propinsi DKI Jakarta Nomor 14 Tahun 2004 dan akte notaris Sutjipto, SH nomor 77 tahun 2004 tentang Pendirian PT RS Cengkareng.

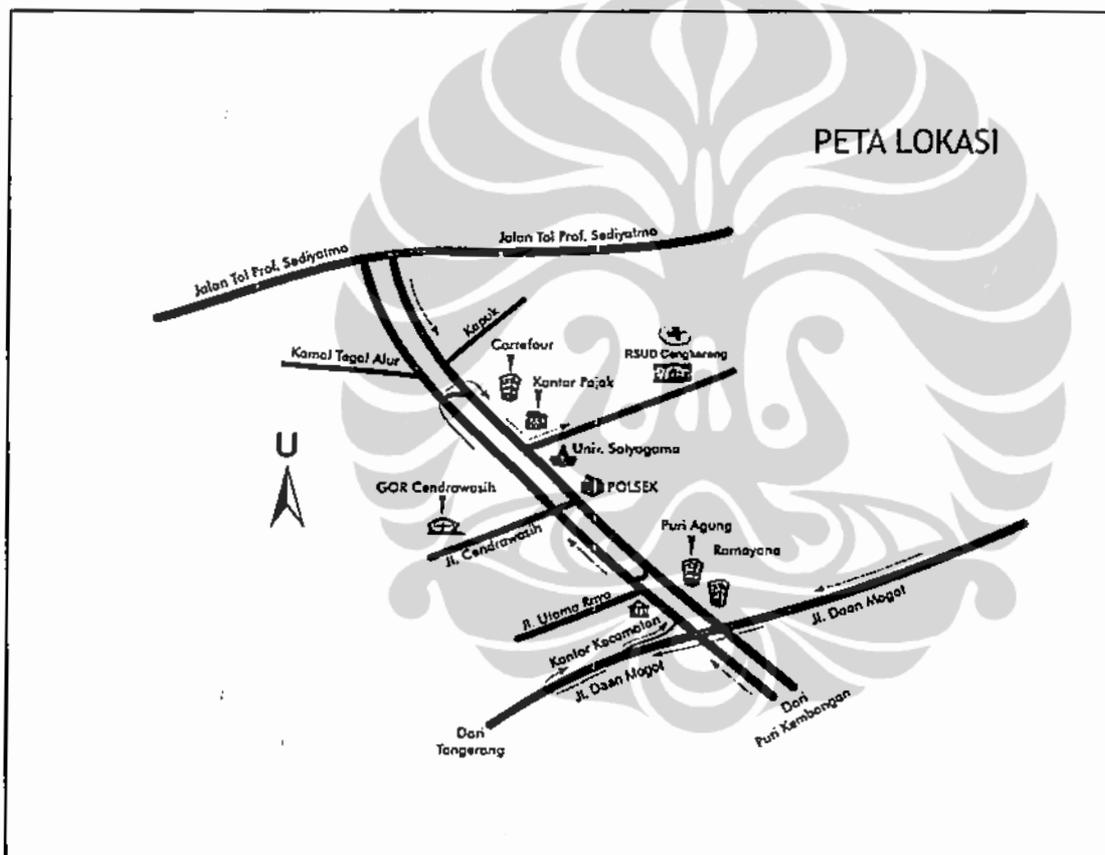
3. Tahun 2006

Perda Nomor 14 Tahun 2004 dicabut. PT RS Cengkareng pada tanggal 04 Oktober 2006 dinyatakan bubar.

4. Tahun 2007

Berdasarkan Pergub Nomor 250 Tahun 2007 RS Cengkareng menjadi UPT Dinas Kesehatan dengan Pola Pengelolaan Keuangan (PPK) BLUD secara penuh.

Gambar.3.1. Peta Lokasi RSUD Cengkareng



3.3. Gambaran Singkat Bisnis

3.3.1. Visi

Menyelaraskan dengan Visi pemerintah daerah bidang Kesehatan, RSUD Cengkareng mempunyai Visi : Menjadikan salah satu rumah sakit mandiri berbasis komunitas dengan pelayanan terbaik di Asia Tenggara.

Visi diatas bermakna :

- Mandiri : RSUD Cengkareng berkeinginan mempunyai kemandirian dalam pengelolaan rumah sakit, sehingga dapat lebih berkualitas dalam memberikan pelayanan kepada masyarakat.
- Berbasis komunitas : RSUD Cengkareng bercita-cita untuk menjadi bagian dan ikut mewujudkan sebuah jaringan pemberi layanan kesehatan yang terintegrasi antara :
 - a. Jaringan layanan kesehatan primer (Puskesmas, rumah bersalin, perawat kesehatan masyarakat, bidan dsb)
 - b. Jaringan layanan kesehatan sekunder (Klinik spesialis, dokter praktek, rumah sakit umum dsb)
 - c. Jaringan layanan tersier (Rumah sakit dengan spesialis khusus).
- Pelayanan terbaik di Asia Tenggara : RSUD Cengkareng memberikan pelayanan yang memenuhi Standard Internasional sehingga dapat bersaing dalam perumahsakitan di Asia Tenggara.

3.3.2. Misi

Dalam mewujudkan Visi yang telah ditetapkan, maka formulasi Misi nya adalah memberikan pelayanan kesehatan kepada seluruh lapisan masyarakat berstandar Internasional.

Misi diatas bermakna :

- Memberikan pelayanan kesehatan adalah merupakan kewajiban RSUD Cengkareng sebagai amanah dan Pemerintah Daerah DKI Jakarta dan Undang-Undang Dasar 1945
- Melayani Seluruh Lapisan Masyarakat, RSUD Cengkareng berkewajiban melayani seluruh lapisan masyarakat serta tidak membedakan status sosial masyarakat.
- Berstandar Internasional, seluruh pelayanan rumah sakit mengacu Standar Internasional.

3.3.3. Value

Untuk melaksanakan MISI diatas, RSUD Cengkareng menetapkan nilai organisasi yang harus dipahami dan dilaksanakan oleh seluruh komponen di rumah sakit, yaitu :

1. Jujur

Dalam bekerja, bertindak tanduk serta berkomunikasi selalu mengedepankan prinsip ketulusan dan keterbukaan. Selalu menjaga dan menghormati hak sesama, dalam berinteraksi baik dalam organisasi maupun pelayanan. Implikasi dan prinsip diatas adalah semua karyawan rumah sakit

selalu harus berhati-hati dalam bersikap dan mengambil keputusan sehingga terhindar dari efek merugikan hak orang atau institusi lain.

2. Integritas

Integritas bermakna setiap karyawan membawa diri dengan standar etika tertinggi sesuai keyakinan yang dianut, baik secara pribadi maupun sebagai anggota dalam komunitas RSUD Cengkareng, bertindak secara jujur, terbuka dan lugas dalam berhubungan, berkomunikasi baik dengan sesama karyawan maupun masyarakat di luar RSUD Cengkareng, memperlakukan secara sederajat karyawan sekerja, pasien dan seluruh individu yang bertransaksi dengan RSUD Cengkareng dan melaksanakan pelayanan medis dan non medis secara rendah hati dan sepuh hati.

3. Objektivitas

Objektivitas bermakna menyelesaikan dan memandang dengan jernih atas fakta dengan cara yang terus terang, tidak membohongi diri sendiri maupun rekan sekerja dan individu lainnya, menghadapi permasalahan sulit dan bertindak dengan cara tepat sasaran dan semestinya dan berbicara dengan bebas leluasa dan terbuka tanpa rasa takut serta bertanggung jawab

4. Kemitraan

Kemitraan bermakna bekerja dengan orang lain untuk mencapai tujuan bersama yang seimbang, mempercayai orang lain untuk mengatakan sesuai dengan maksud yang sesungguhnya dan melakukan apa yang

dikatakan dan mengupayakan kerjasama dalam bekerja agar tercapai tingkat kegairahan kerja yang tinggi dan bekerja berlandaskan kepentingan bersama.

5. Unjuk Kerja Tinggi

Unjuk kerja tinggi bermakna menghasilkan kualitas pelayanan di atas rata-rata yang diharapkan secara konsisten, berkompetensi dengan unjuk kerja melalui kreativitas dan inovasi memelihara kualitas pelayanan yang sesuai dengan apa yang diharapkan, mencapai pelayanan yang diatas rata-rata dalam sistem operasional manajemen medik yang sangat menghargai harkat dan martabat manusia.

Sarana meliputi :

- a. Rawat Jalan terdiri dari 22 poliklinik spesialis dan subspecialis
- b. Rawat inap terdapat 10 bangsal rawat inap bagi pasien anak, interna, bedah, psikiatri, kebidanan, paru, Jantung. Juga ruang khusus seperti ruang perina, ICCU, ICU dan ruang isolasi. Kelas perawatan mulai dari kelas VIP, Utama, I, II sampai dengan kelas III. Jumlah tempat tidur secara keseluruhan adalah 326 tempat tidur.
- c. Penunjang Medis terdapat 11 fasilitas penunjang medis berupa instalasi farmasi, radiologi, laboratorium, USG, EKG, EEG, Ekokardiografi, Treadmill, Spirometri, Fisioterapi dan Haemodialisa.
- d. Unit Gawat Darurat melayani 24 jam
- e. Ruang Perawatan Intensif dewasa dan anak

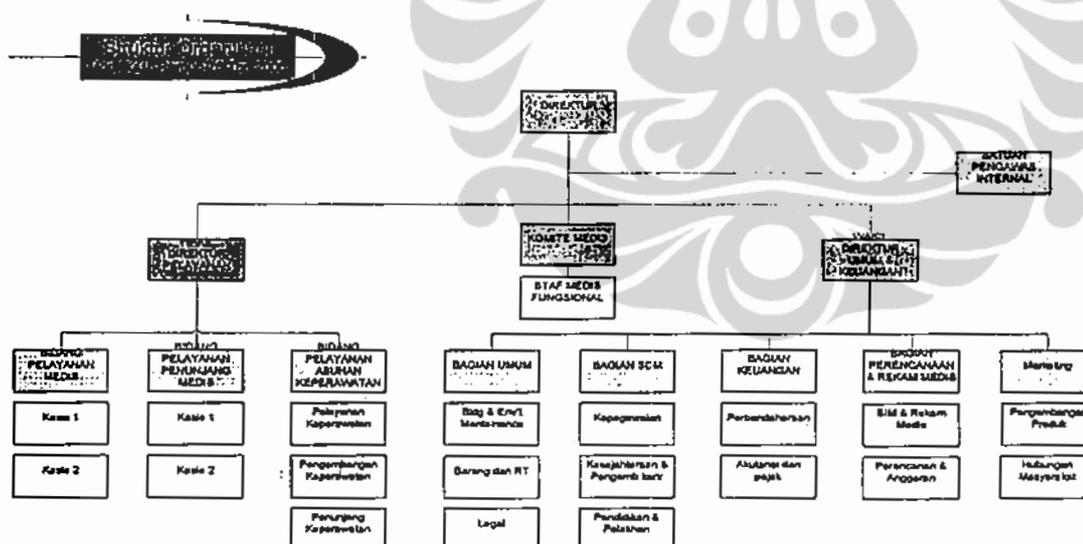
f. Kamar tindakan, terdiri atas kamar bersalin dan kamar operasi

g. Fasilitas penunjang umum berupa laundry, instalasi pengolahan limbah.

3.4. Struktur Organisasi RSUD Cengkareng

RSUD Cengkareng dipimpin oleh seorang Direktur yang dibantu oleh wakil Direktur Keuangan dan umum serta Wakil Direktur Pelayanan Medis. PNS yang bertugas di management berjumlah 6 orang yaitu : Direktur , 2 Wakil Direktur, Kabag SIM dan perencanaan, Kasie bendahara, Kasie farmasi

Gambar. 3.2. Struktur organisasi RSUD Cengkareng, modifikasi Pergub 76 tahun 2008



3.5. Data Fasilitas Pelayanan RSUD Cengkareng (Tabel 3.2)

Data tempat tidur tahun 2008 :

NO	RUANGAN	JUMLAH	
1	VIP	3	tempat tidur
2	Utama	5	tempat tidur
3	Kelas 1	4	tempat tidur
4	Kelas 2	25	tempat tidur
5	Kelas 3 A	45	tempat tidur
6	Kelas 3	23	tempat tidur
7	ICU dan ICCU	3	tempat tidur
8	IW (Intermediate Ward)	5	tempat tidur
9	Kamar Bersalin	15	tempat tidur
10	Perina	7	tempat tidur
11	Isolasi	15	tempat tidur
	Total	150	tempat tidur

Pada tahun 2006 Rumah Sakit menjadi PT maka kapasitas tempat tidur berada di posisi 200 TT kemudian dengan perubahan status BLUD kapasitas disesuaikan menjadi 135 TT dan baru bulan Desember 2008 kapasitas menjadi 150 TT.

3.6. Sumber Daya Manusia (SDM)

Jumlah SDM di RS Cengkareng 2007 adalah berjumlah 553 orang karyawan

Tabel.3.3 Data karyawan RSUD Cengkareng berdasarkan agama

AGAMA	PEREMPUAN	LAKI	JUMLAH
Hindu	1	1	2
Budha	1	0	1
Islam	299	155	454
Katholik	21	7	28
Protestan	45	23	68
Total	367	186	553

Tabel. 3.4. Data Karyawan RSUD Cengkareng berdasarkan Ikatan Kontrak Kerja

KRITERIA	PEREMPUAN	LAKI	JUMLAH
Kontrak	74	34	108
Tetap	293	152	445
Total	367	186	553

Tabel.3.5. Data Karyawan RSUD Cengkareng berdasarkan Kelompok Umur

UMUR	PEREMPUAN	LAKI	JUMLAH
18 -30	270	81	351
31 – 40	78	58	136
41 – 50	17	38	55
50 – 60	2	9	11
Total	367	186	553

Tabel. 3.6. Data Karyawan RSUD Cengkareng berdasarkan status pernikahan

STATUS	PEREMPUAN	LAKI	JUMLAH
Menikah	190	124	314
Single	176	62	238
Janda / Duda	1	0	1
Total	367	186	553

Tabel.3.7. Data Karyawan RSUD Cengkareng berdasarkan Jabatan

JABATAN	PEREMPUAN	LAKI	JUMLAH
Direksi	1	2	3
Keperawatan	239	44	283
Keuangan dan akuntansi	30	33	63
Marketing	11	8	19
Medis	56	65	121
Perencanaan dan rekam medis	13	8	21
SDM	8	3	11
Umum	9	23	32
Total	367	186	553

Tabel . 3.8. Data Karyawan RSUD Cengkareng berdasarkan Pendidikan

PENDIDIKAN	PEREMPUAN	LAKI	JUMLAH
D1	7	4	11
D3	183	35	218
D4 / MAN	1	1	2
S1	50	40	90
SMF	19	3	22
S2	24	44	68
SMA	24	36	60
SMEA	3	3	6
SMK	29	5	34
SMKK / STM	1	13	14
SPK	24	1	25
SPRG	2	1	3
Total	367	186	553

3.9. Indikator Dasar bulan Januari – September 2008 (Tabel 3. 9)

	JAN	FEB	MAR	APR	MAY	JUN	JUL	AUG	SEP	TOTAL
BOR	74.00	83.37	77.99	82.35	84.44	79.51	67.91	61.40	59.51	77.29
LOS	3.29	3.35	3.29	3.52	3.46	3.34	3.34	3.48	3.63	3.40
TOI	1.12	0.69	0.94	0.74	0.63	0.87	1.61	2.11	2.32	1.45
BTO	7.21	7.01	7.28	7.13	7.70	7.06	6.18	5.66	5.23	6.70
NDR	5.14	2.11	9.16	3.12	5.77	9.44	9.71	8.24	14.03	7.22
GDR	11.31	9.51	26.45	8.32	21.17	22.04	16.18	21.2	29.34	18.12

BAB 4

KERANGKA KONSEP

4.1. Kerangka Teori

ICP merupakan proses mapping manajemen medik dengan melalui pendekatan integratif multidisiplin dengan menerapkan :

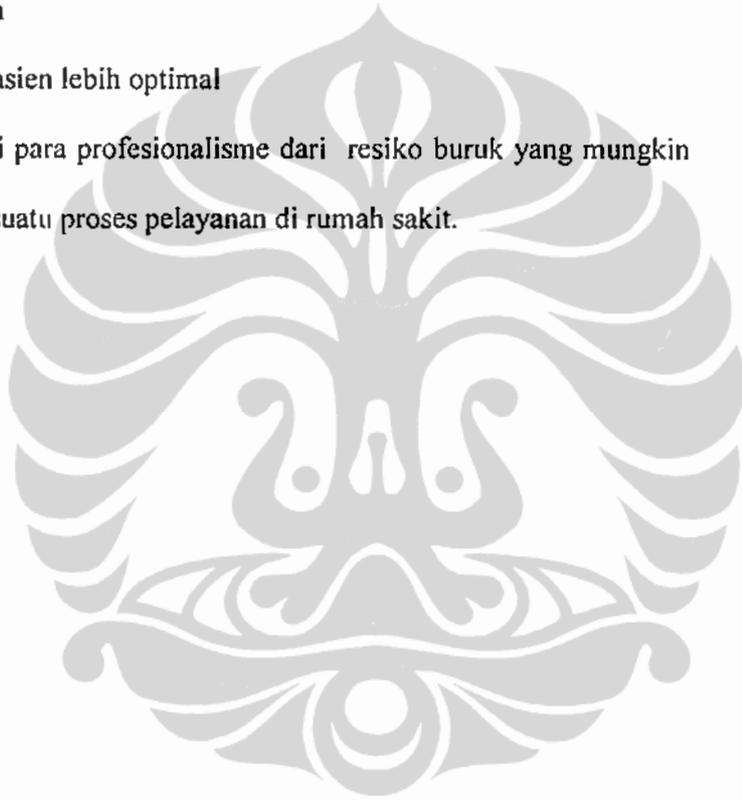
1. Standar pelayanan baku
2. Pencatatan
3. Pendokumentasian data medik yang akurat

Sistem ini diarahkan pada kelompok pasien tertentu dengan selalu mengutamakan sistem evaluasi dan pengembangan pelayanan berkelanjutan untuk mencapai kepuasan pasien yang optimal sebagai tujuan akhir untuk mengupayakan terselenggaranya pelayanan yang terintegrasi berbasis referensi dan profesional agar tercapainya pelayanan kesehatan efektif dan efisien.

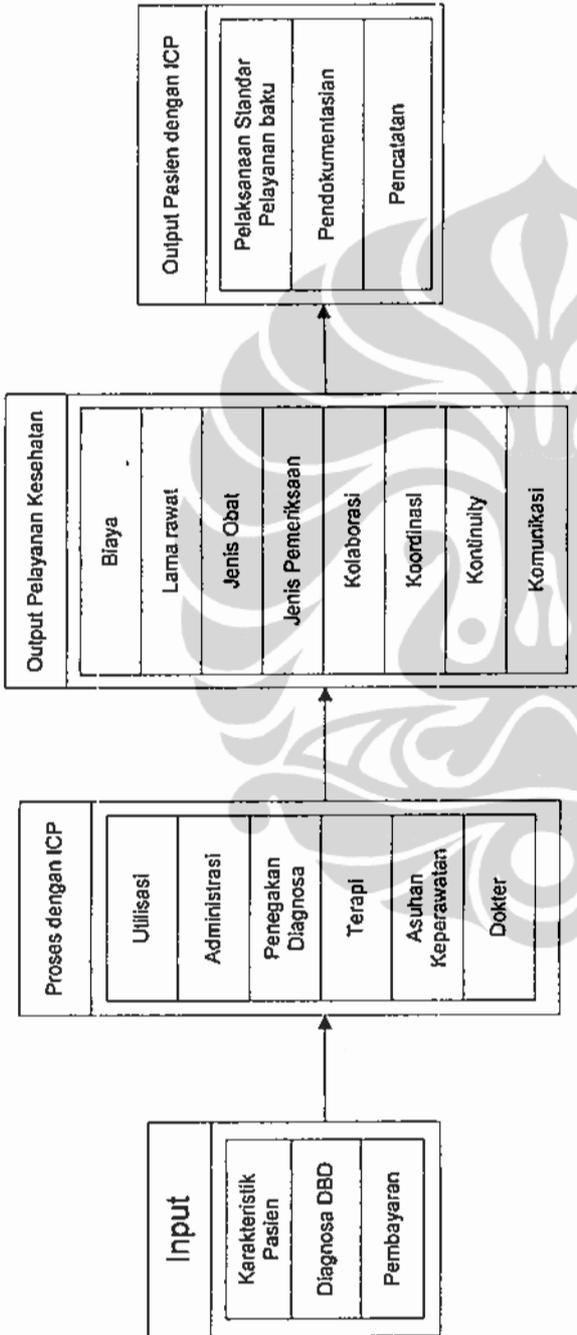
Tujuan penerapan ICP adalah :

1. Mengoptimalkan kualitas pelayanan pasien melalui :
 - a. Tehnik pendekatan kolaborasi
 - b. Tehnik koordinasi
 - c. Pendekatan Multidisiplin
2. Meminimalkan variasi metode pelayanan pasien
3. Tercapainya efisiensi pelayanan yang optimal baik dari segi
 - a. Pembiayaan

- b. Pelayanan
 - c. Sumber daya
4. Tercapainya tingkat komunikasi sistem yang optimal antar :
 - a. Manajemen,
 - b. Professional pemberi pelayanan
 - c. Pasien
 5. Kepuasan pasien lebih optimal
 6. Menghindari para profesionalisme dari resiko buruk yang mungkin timbul dari suatu proses pelayanan di rumah sakit.



KERANGKA KONSEP



4.1. Definisi Operasional

NO	VARIABEL	DEFINISI OPERASIONAL	CARA UKUR	ALAT UKUR	HASIL UKUR	SKALA UKUR
1	Karakteristik pasien	Umur waktu pasien dirawat	Mencatat dari rekam medis	Formulir isian	Umur dalam tahun	Rasio
2	Diagnosa masuk DBD	Diagnosa DBD pada saat pasien diputuskan untuk dirawat	Mencatat dari rekam medis	Formulir isian	Penyakit dalam dan penyakit anak : DBD	Nominal
3	Pembayaran	Cara pembayaran yang ingin dilakukan pasien pada saat pendaftaran pasien ranap (Pasien GAKIN / SKTM atau Kelas III)	Mencatat dari bagian keuangan	Formulir isian dan laporan keuangan	Besarnya rupiah yang harus dibayar pada saat pasien diijinkan pulang	Rasio
4	Dengan ICP	Pencatat penanganan pasien dengan menggunakan Integrated Care Pathway	Mencatat dari rekam medis	Formulir isian	Digunakannya ICP	Nominal
5	Utilisasi	Pemanfaatan sarana dan prasarana rumah sakit	Mencatat dari rekam medis	Formulir isian	Jumlah sarana dan prasarana yang digunakan	Rasio
6	Administrasi	Administrasi yang timbul dari pendaftaran pasien ranap yang diberikan dan dibedakan dari pasien GAKIN / SKTM dan Umum	Mencatat dari rekam medis	Formulir isian	Pencatatan dari kegiatan ranap	Nominal
7	Penegakan Diagnosa	Dokter Spesialis yang merawat menegaskan diagnosa pasien yang dirawat setelah melakukan anamnesa, pemeriksaan fisik dan pemeriksaan penunjang	Mencatat dari rekam medis	Status pasien	Ditulisikannya diagnosa di status pasien	Nominal
8	Terapi	Pengobatan yang dilakukan dokter terhadap pasien rawat inap setelah ditegaskan diagnosa	Mencatat dari rekam medis	Status pasien	Ditulisikannya diagnosa di status pasien	Nominal
9	Asuhan Keperawatan	Kegiatan yang dilakukan oleh perawat dalam memberikan pelayanan pasien rawat inap	Mencatat dari rekam medis	Status pasien	Telah dicatatnya asuhan keperawatan dari kegiatan pelayanan	Nominal
10	Dokter	Orang yang memeriksa dan memberikan pengobatan kepada pasien	Mencatat dari rekam medis	Status pasien	Telah dicatatnya hasil pemeriksaan dan tindakan pemeriksaan pasien	Nominal
11	Output Pelayanan	Keluaran langsung dari pelayanan pasien di rawat inap	Mencatat dari rekam medis	Status pasien	Hasil pelayanan	Nominal
12	Biaya	Biaya langsung yang timbul dari pengobatan yang diberikan dan dibedakan dari pasien GAKIN / SKTM dan Umum	Laporan biaya dari bagian keuangan	Laporan keuangan	Jumlah rupiah yang tercatat dari seluruh kegiatan pelayanan	Nominal
13	Lama rawat	Lamanya hari rawat pasien dihitung dari masuk sampai pasien pulang	Mencatat dari rekam medis	status pasien	Hari rawat dalam pelayanan	Rasio

DEFINISI OPERASIONAL

NO	VARIABEL	DEFINISI OPERASIONAL	CARA UKUR	ALAT UKUR	HASIL UKUR	SKALA UKUR
14	Jenis Obat	Macam obat-obatan yang diberikan oleh dokter spesialis untuk mengobati pasien	Mencatat dari rekam medis	status pasien	Jumlah dan jenis obat yang digunakan dalam pelayanan	Nominal
15	Jenis Pemeriksaan	Macam pemeriksaan yang dilakukan dokter spesialis untuk membantu menegakkan diagnosis dan evaluasi pengobatan	Mencatat dari rekam medis	Formulir isian	Jenis dan jumlah pemeriksaan yang diujikan dalam pelayanan	Nominal
16	Koordinasi	kerjasama dengan saling terkait secara prosedural dalam menangani pasien rawat inap	Mencatat dari rekam medis	Formulir isian	Adanya kontinuitas kegiatan antara satu dengan yang lainnya	Rasio
17	Output pasien dgn ICP	Keluaran dari pasien yang di rawat inap dengan menggunakan ICP	Mencatat dari rekam medis	Formulir isian	Pencatatan kegiatan pelayanan dengan ICP	Rasio
18	Standar Pelayanan baku	Standar pelayanan yang digunakan sama untuk seluruh dokter dalam satu bidang ilmu	Mencatat dari rekam medis	status pasien	Digunakan standar Pelayanan	Rasio
19	Pendokumentasian	Semua bentuk kegiatan dikumpulkan dan disimpan	Mencatat dari rekam medis	status pasien	Adanya bukti kegiatan	Rasio
20	Pencatatan	Mencatat seluruh aktivitas pelayanan yang dilakukan	Mencatat dari rekam medis	status pasien	Adanya pencatatan mengenai hasil pelayanan	Rasio
21	Komunikasi	Adanya kontak antara 2 orang atau lebih dalam membicarakan kasus	Mencatat dari rekam medis	status pasien	Adanya pencatatan mengenai komunikasi dalam memberikan pelayanan	Rasio
22	kontinuitly	Adanya kesinambungan dalam memberikan pelayanan antara satu dengan lainnya	Mencatat dari rekam medis	status pasien	Adanya pencatatan mengenai kesinambungan pelayanan	Rasio
23	Kolaborasi	Bercampurnya beberapa ilmu atau bidang dalam memberikan pelayanan	Mencatat dari rekam medis	status pasien	Adanya pencatatan mengenai berbagai bidang ilmu dalam memberikan pelayanan	Rasio

BAB 5

METODOLOGI PENELITIAN

Dengan data yang ada dan dari wawancara serta diskusi dengan mantan direktur, komisaris RSUD Cengkareng yang merupakan orang yang pertama kali menggagas untuk aplikasi ICP untuk dilaksanakan di rumah sakit serta dokter, suster serta bagian lain yang terkait dengan proses tersebut maka penyakit DBD terpilih untuk dianalisa dalam penggunaan implementasi ICP.

Populasi adalah seluruh pasien yang dirawat dengan diagnosa utama saat pulang sedangkan sampelnya adalah seluruh pasien dengan diagnosa utama saat pulang dari rawat inap kelas III adalah DBD dari 1 Januari 2008 sampai 31 Oktober 2008 di RSUD Cengkareng.

Kriteria :

1. Pasien yang pulang sembuh dengan diagnosis utama
2. Status rekam medik pasien (ICP)
 - a. Ada catatan perawatan dari hari ke hari
 - i. Ada catatan visited dokter spesialis
 - ii. Ada catatan keperawatan

Catatan : walaupun visite dokter spesialis tidak ada, sedikitnya ada catatan keperawatan. Apabila dokter spesialis visit dan digantikan oleh teman sejawat berarti dikatakan kontonuitas tidak terjadi.

- b. Dapat terbaca tulisan dan pesannya sehingga dapat dimengerti perjalanan penyakit pasien mulai dari masuk sampai pasien pulang

- c. Untuk terapi dan tindakan harus lengkap tercatat pada saat dilakukan perawatan diruangan.

5.1. Jenis Penelitian

Jenis penelitian adalah kualitatif, dimana variabel variabel yang ada diukur secara bersamaan. Penelitian bertujuan untuk menganalisa implimentasi ICP pada kasus DBD di ruang perawatan kelas III di RSUD Cengkareng. Berdasarkan data yang terjadi selama perawatan dengan kasus DBD dengan menggunakan ICP pada status pasien maka tindakan yang dilakukan oleh bagian bagian terkait dicatat dan diperhatikan bagaimana implementasi dari ICP terhadap pelayanan. Dengan demikian akan didapat gambaran mengenai implementasi ICP pada kasus DBD di ruang perawatan kelas III.

5.2. Sumber Informasi

Pemilihan sumber informasi untuk penelitian ini memperhatikan prinsip kesesuaian (Appropriateness) dan kecukupan (Adequacy). Berdasarkan prinsip - prinsip tersebut maka sumber informasi pada penelitian ini adalah 16 orang karyawan di RSUD Cengkareng, terdiri dari 1 orang kepala ruangan dan 3 perawat ruangan, Kepala Bidang keperawatan, 3 orang supervisor perawat , 4 orang dokter umum yang terdiri dari 2 dokter umum jaga ruangan dan dokter umum jaga UGD, 4 orang dokter spesialis yang terdiri dari 2 dokter spesialis penyakit dalam dan 2 orang dokter spesialis anak.

Dipilihnya sumber informan tersebut karena diyakini mereka mengetahui benar tentang pelayanan DBD diruang rawat inap atau berhubungan langsung

maupun tak langsung dengan pelayanan pasien di rumah sakit dengan menggunakan ICP.

5.3. Instrumen Penelitian

Alat yang dipakai untuk membantu pengumpulan data dalam penelitian adalah :

- a. Standar pelayanan medis anak untuk kasus DBD
- b. Standar pelayanan medis dewasa untuk kasus DBD
- c. Formulir isian ICP
- d. Checklist kegiatan utilisasi
- e. Pedoman wawancara untuk wawancara mendalam (WM)
- f. Pedoman Focus Group Discussion (FGD)
- g. Alat pencatat dan Instrumen yang lain adalah laporan harian keperawatan ruangan rawat inap.
- h. Job deskripsi dari kepala ruangan
- i. Catatan perkembangan pasien

5.4. Metode Pengumpulan Data

a. Pengumpulan Data

i. Data Primer

- Wawancara dan FGD dengan :
- Mantan direktur dan komisaris RSUD Cengkareng
- Mantan direktur pelayanan medis RSUD Cengkareng
- Dokter spesialis penyakit dalam

- Dokter spesialis anak
- Manajemen keperawatan
- Perawatan di ruangan rawat inap kelas 3
- Bagian keuangan
- Bagian Farmasi
- Bagian Laboratorium

ii. Data Sekunder

- Data rekam medis pasien rawat inap dengan diagnosa DBD dari 1 Januari 2008 sampai 31 Oktober 2008
- Data kegiatan rawat inap RSUD Cengkareng tahun 2003 sampai 2008
- Data profil RSUD Cengkareng sampai tahun 2008

Pengambilan data primer terhadap informasi yang meliputi :

- a. Konfirmasi terhadap alasan penggunaan ICP
- b. Konfirmasi terhadap jenis dan jumlah tindakan
- c. Konfirmasi terhadap formulir ICP

Pengambilan data sekunder dari lembaran ICP rekam medis yang meliputi

- a. Data pasien masuk dari UGD atau poliklinik
- b. Data karakteristik pasien dengan diagnosa DBD yang dipilih
- c. Data tindakan dilaksanakan perawat dan dokter di UGD atau tidak
- d. Data tindakan dilaksanakan perawat dan dokter ruangan atau tidak
- e. Data obat-obatan atau farmasi diberikan atau tidak
- f. Data laboratorium dikerjakan atau tidak
- g. Data jumlah hari rawat

- h. Data jumlah biaya yang dikeluarkan
- i. Data ahli gizi memberikan makan atau tidak
- j. Terjadi kolaborasi atau tidak
- k. Terjadinya kontinuitas atau tidak
- l. Terjadinya koordinasi atau tidak
- m. Terjadinya komunikasi atau tidak

Pengumpulan data untuk mendapatkan data mengenai input atau masukan dilakukan dengan dua teknik yaitu FGD dan Wawancara Mendalam. FGD merupakan suatu teknik pengumpulan data kualitatif, dimana sekelompok orang berdiskusi dengan pengarahannya dari satu orang fasilitator atau moderator mengenai satu topik. Pada penelitian ini FGD akan dipandu dengan pedoman, dicatat oleh seorang pencatat dan agar tidak ada informasi yang terlewatkan. FGD disini terdiri dari kelompok kepala ruangan dan kelompok perawat ruangan rawat inap peserta diskusi berjumlah 8 orang yang mewakili ruang perawatan kelas III.

Wawancara mendalam merupakan suatu teknik pengumpulan data kualitatif, dengan melakukan wawancara antara informan dengan pewawancara, yang ditandai dengan penggalian yang mendalam terhadap topik-topik tertentu. Pada penelitian ini interviewer dipandu dengan pedoman wawancara mendalam. Wawancara mendalam dilakukan terhadap kepala bidang keperawatan, supervisor, perawat, dokter umum dan dokter spesialis.

Penelusuran dokumen dilaksanakan untuk melihat proses implementasi ICP di ruangan rawat inap kelas III terhadap kasus DBD. Unsur yang ditelusuri disini adalah Implementasi ICP terhadap kasus DBD, pemeriksaan pasien dan pengisian

ICP di UGD oleh dokter umum dan perawat, pemeriksaan pasien dan pengisian ICP oleh dokter ruangan dan perawat, pengisian setiap hari oleh dokter spesialis, perawat, farmasi, ahli gizi dan laboratorium yang diwakili oleh perawat di lembar ICP, serta melihat variasi koordinasi, komunikasi, kolaborasi dan kontinuitas pelayanan pasien DBD.

Tabel 5.1. Metoda Pengumpulan Data

VARIABEL	METODE		
	FGD	WM	Penelusuran Dokumen
Karakteristik Informan	X	X	
Sarana	X	X	
Supervisi	X	X	
SOP			X
Pelaksanaan			X
Koordinasi			X
Komunikasi			X
Kolaborasi			X
Kontinuitas			X
Lama rawat			X
Dokter yang merawat			X

5.5. Pengolahan Data

Data pasien yang dirawat dari 1 Januari 2008 sampai 31 Oktober 2008

1. Data pasien dengan diagnosa DBD
2. Data pasien DBD anak dan dewasa di kelas III
3. Data karakteristik pasien
4. Data jumlah hari rawat
5. Data tindakan dan pemeriksaan
6. Data dokter spesialis
7. Data mengenai keperawatan
8. Data mengenai komunikasi antara petugas
9. Data mengenai kesinambungan pelayanan
10. Data mengenai koordinasi petugas pelayanan
11. Data mengenai kolaborasi antar petugas

5.6.. Validasi Data

Untuk mendapatkan data yang valid, maka pada penelitian ini dilakukan triangulasi. Triangulasi yang dilakukan meliputi metode, sumber dan analisa data.

1. Metode mengkombinasikan FGD dengan wawancara mendalam dan penelusuran dokumen.
2. Sumber menggunakan informan yang berbeda untuk melakukan cross check.
3. Analisis data mengembalikan kompilasi hasil pengolahan data kepada informan serta meminta pendapat ahli mengenai interpretasi dan analisis yang

dilakukan, untuk mendapatkan masukan, koreksi atas kesalahan dan menghindari subyektifitas peneliti dalam menganalisis data.

Tabel 5.2. Triangulasi Data

TRIANGULASI METODE	FOKUS GROUP	WAWANCARA
TRIANGULASI SUMBER	DISKUSI (FGD)	MENDALAM (WM)
Ka.Ruangan R.Inap	X	X
Perawat Ruangn	X	
Ka. Bidang Keperawatan		X
Supervisor Keperawatan		X
Dokter Umum		X
Dokter Spesialis		X
Mantan Wadir		X
Pelayanan Medis		

Pengumpulan data dari para kepala ruangan dan perawat ruangan dilakukan dengan cara FGD dan untuk memperoleh informasi yang cukup dan lengkap dilakukan wawancara mendalam kepada kepala bidang keperawatan, supervisor keperawatan, dokter umum, dokter spesialis dan mantan wadir pelayanan medis sebagai pembanding.

2.12. Analisa Data

Analisa data untuk melihat pelaksanaan implementasi, koordinasi, kolaborasi, komunikasi, kesinambungan, variasi serta jenis obat dan tindakan. Analisa data dilakukan dengan cara analisis isi (Content Analysis) yaitu dengan mencatat, dibuat matrik dan analisis secara manual.

Proses analisis data dilakukan secara bertahap sebagai berikut :

1. Mengumpulkan semua data yang diperoleh dari berbagai sumber, baik dengan FGD maupun dari wawancara mendalam dan penelusuran dokumen.
2. Proses transkrip data dilakukan tanpa menunggu selesainya seluruh pelaksanaan FGD ataupun wawancara mendalam, untuk menghindari penumpukan data.
3. Mengatur atau membuat urutan data dalam hubungannya dengan tujuan penelitian kualitatif.
4. Kategorisasi atau memberikan tanda pada data yang mempunyai karakteristik atau pola yang sama menurut metoda pengumpulan data dan pola jawaban, pada pinggir kiri halaman untuk memudahkan dalam pengelompokan data dan interpretasi data, pada matrik hasil FGD maupun wawancara mendalam.
5. Menyajikan ringkasan data dalam bentuk matriks, untuk memberikan gambaran mengenai hubungan antara variabel-variabel tertentu.
6. Mengidentifikasi variabel-variabel dan hubungan antara variabel, menemukan tema-tema serta menghubungkan dengan teori yang ada dan dengan hasil penelitian lain .

5.8. Penyajian Data

1. Data tabel dan narasi
2. Format ICP untuk kasus DBD untuk kasus anak dan dewasa

5.9. Lokasi Penelitian

Penelitian dilaksanakan di lingkungan RSUD Cengkareng, dengan pasien yang dirawat di ruangan perawatan kelas III dari tanggal 1 Januari 2008 sampai 31 Oktober 2008 dengan melihat rekam medik status pasien yang dirawat dengan diagnosa DBD. Data pasien yang sudah diambil di ruangan rekam medis di RSUD Cengkareng di Lantai IV. Dari berkas rekam medis tersebut kemudian data yang ada di olah agar data data tersebut dapat memberikan gambaran dari manfaat penggunaan ICP.

5.10. Waktu Penelitian

Tabel 5.3. Waktu Penelitian dilaksanakan selama 10 minggu,

No	MINGGU	KETERANGAN
1	Pertama	Mengumpulkan data rekam medis pasien yang dirawat dengan diagnosa saat pulang DBD kemudian dipilah lagi hanya pasien yang dirawat di ruangan kelas 3
2	Kedua	
3	Tiga	Mengolah data
4	Empat	
5	Lima	
6	Keenam	
7	Ketujuh	
8	Kedelapan	Melakukan fokus group diskusi dengan dokter, perawat dan bagian lain yang terkait
9	Kesembilan	Diskusi dengan pembimbing
10	Kesepuluh	Kesimpulan

BAB 6

HASIL DAN PEMBAHASAN PENELITIAN

6.1 Latar belakang pengambilan sampel

Penelitian ini adalah menganalisa implementasi ICP kasus DBD di ruangan rawat inap kelas III di RSUD Cengkareng. Di RSUD Cengkareng dalam penatalaksanaan pasien DBD sudah menggunakan ICP. Karena dengan menggunakan ICP diharapkan pelayanan yang dilakukan oleh dokter, perawat, dan bagian lain yang terkait menjadi lebih mudah dan terstruktur. Dari pelaksanaan penanganan pasien dengan menggunakan ICP diharapkan kualitas pelayanan menjadi lebih baik. Oleh karena itu dalam penelitian ini akan dianalisa mengenai penggunaan ICP untuk kasus yang paling sering ditemukan.

Kasus DBD dari tahun ke tahun merupakan kasus yang menjadi pembicaraan dan ditakuti oleh banyak orang karena sudah banyak menelan korban. Setiap tahunnya menjadi pembicaraan di Departemen Kesehatan karena sudah menjadi tradisi setiap 4 tahun timbul wabah DBD. Kasus DBD diambil karena kasus ini adalah kasus yang banyak terjadi dan berulang ulang menjadi wabah untuk penduduk DKI serta menjadi tanggung jawab pembiayaannya oleh Dinkes DKI.

Penelitian untuk kasus DBD dilakukan dikelas III selain perawatan dibiayai oleh Pemerintah daerah juga diharapkan apabila dalam pelaksanaan dikelas III sistem tersebut dengan pembayaran yang murah sudah dapat berjalan dengan baik maka untuk kelas yang lebih tinggi kualitas pelayanannya dapat berjalan jauh lebih baik lagi.

Dari data pasien yang diambil dari kurun waktu 1 Januari 2008 sampai 31 Oktober 2008 terdapat 838 orang pasien penderita DBD yang dirawat di RSUD Cengkareng, dengan tabel 6.1 tabel pasien DBD yang dirawat 1 Januari 2008 sampai 31 Oktober 2008. Kemudian setelah kami olah maka hanya yang dibutuhkan pasien yang dirawat dikelas III saja maka pada tabel 6.2 dimana data nama pasien DBD yang dirawat diruangan kelas III dari 1 Januari 2008 sampai 31 Oktober 2008 terdapat data 153 pasien yang menderita DBD.

Dari data 153 pasien yang diolah dengan dirawat dan menderita DBD murni tanpa ada varian diagnosa lain hanya 116 pasien. Oleh karena itu keputusan terakhir hanya 116 pasien yang diteliti statusnya pasien yang dirawat dengan diagnose DBD yang menggunakan ICP dan dianalisa baik pasien anak kecil dan dewasa.

Tabel 6.1 PASIEN DBD YANG DI RAWAT DI RSUD CENGKARENG PADA 1 JANUARI 2008 - 31 OKTOBER 2008

TANGGAL	JANUARI	FEBRUARI	MARET	APRIL	MEI	JUNI	JULI	AGUSTUS	SEPTEMBER	OKTOBER	TOTAL
PEREMPUAN	16	11	16	10	19	29	16	5	14	11	147
ANAK LAKI LAKI	12	4	15	17	27	17	23	15	9	11	150
PEREMPUAN	20	8	17	29	48	50	32	18	14	11	247
DEWASA LAKI LAKI	12	14	26	32	56	46	51	26	17	14	294
TOTAL	60	37	74	88	150	142	122	64	54	47	838

Penelitian ini diambil dari tanggal 1 Januari 2008 sampai 31 Oktober 2008 karena :

1. Peneliti merasa data yang diinginkan dinilai sudah cukup untuk menggambarkan implementasi ICP pada kasus DBD di ruangan rawat inap kelas III di RSUD Cengkareng
2. Pada saat data ini ingin diambil sampai batas 31 Desember 2008 ternyata terdapat kesenjangan selama hampir 3 minggu dimana saat itu 1 November 2008 terjadi Kebijakan baru dengan perubahan Kepala Dinas Kesehatan dimana mulai 1 November 2008 penyakit DBD dinyatakan sudah bukan termasuk wabah dan pembiayaan tersebut tidak ditanggung akan tetapi setelah 3 minggu kemudian terjadi kenaikan kasus maka dikeluarkan kembali kebijakan bahwa kasus DBD ditanggung oleh DINKES. Oleh karena itu data hanya diambil hanya sampai 31 Oktober 2008.

6.2. Kerangka pembahasan

Pembahasan penelitian ini diawali dengan kondisi penelitian yang kemudian dilanjutkan dengan pembahasan penelitian.

6.3. Kondisi Penelitian

Usaha yang maksimal telah dilakukan untuk menjaga kualitas penelitian ini, akan tetapi penelitian ini tetap mempunyai berbagai keterbatasan yang tidak dapat dihindarkan. Penelitian ini adalah penelitian kualitatif, kemungkinan subyektifitas peneliti dalam menginterpretasikan makna yang tersirat dari informasi ataupun data yang diperoleh kadang menjadi berbeda.

Salah satu persyaratan untuk melaksanakan FGD adalah peserta diharapkan tidak saling mengenal. Sedangkan pada penelitian disini peserta FGD sudah saling mengenal, ini merupakan suatu kelemahan sehingga kemungkinan peserta dalam menjawab pertanyaan yang diajukan fasilitator cenderung sama yakni mengikuti jawaban yang sudah disampaikan oleh peserta yang lebih dahulu menjawab. Meskipun demikian peneliti mengupayakan untuk menjaga kualitas hasil penelitian dengan mengacak bebas peserta dalam menjawab, kemudian mengadakan pemeriksaan silang informasi yang diperoleh dengan wawancara mendalam dan observasi serta penelusuran dokumen.

Berhubung waktu penelitian yang terbatas serta kesempatan peneliti yang juga terbatas, maka kami tidak mungkin meneliti semua perawat atau semua bagian yang terkait dengan pelayanan pasien DBD dengan Implementasi DBD. Selain kondisi tersebut diatas, referensi dan penelitian dalam bidang ICP di rumah sakitpun masih sangat minim.

6.4. Variabel penelitian

Pada penelitian ini digunakan beberapa variable yang menjadi faktor utama dimana pelaksanaan ICP tersebut dapat diterapkan. Adapun variable tersebut adalah :

1. Koordinasi

Perihal pengaturan kegiatan sehingga tindakan tersebut tidak saling bertentangan satu sama lain.

2. Komunikasi

Pengiriman dan penerimaan pesan antara dua orang atau lebih sehingga pesan yang dimaksud dapat dipahami

3. Kontinuity

Kelangsungan dimana terjadi hubungan yang tidak terputus atau keadaan yang tetap seperti semula

4. Kolaborasi

Kerjasama kegiatan yang dilakukan bersama dari beberapa bidang ilmu dalam memberikan pelayanan untuk mencapai hasil tujuan bersama.

(Definisi diambil dari Kamus besar Bahasa Indonesia, Cetakan ke IV 2009, PT Gramedia)

Pada pelaksanaannya sulit sekali membedakan antara komunikasi yang dilakukan dalam pelayanan dengan kolaborasi karena pada proses kolaborasi yang dilakukan untuk pelayanan pasti terjadi komunikasi akan tetapi pada proses komunikasi belum tentu terjadi proses kolaborasi. Hal ini dalam proses pelayanan yang dikerjakan dengan ICP harus terlihat dan ditekankan karena berpengaruh terhadap kualitas pelayanan yang diberikan terhadap pasien. Pada tabel 6.3 akan dilihat definisi operasional variabel, serta hasil ukur atau indikator yang digunakan dalam penelitian ini.

6.5. Hasil dan pembahasan penelitian

6.5.1. Gambaran mengenai awal mula terjadinya pemikiran diadakannya ICP di RSUD Cengkareng

1. Dr. Harjadi adalah mantan komisaris PT Rumah Sakit Cengkareng. Alasan management RS Cengkareng memilih untuk mengirim 3 orang untuk belajar ICP dan mengaplikasikannya untuk pelayanan pasien rawat inap di rumah sakit Cengkareng.

ICP yang disingkat dengan ICP adalah sesuatu model proses yang didalamnya terdapat integrasi pelayanan medik dan keperawatan yang disertai dengan SDM yang mendukung untuk proses tersebut. Dibutuhkan fasilitator dalam pelaksanaan ICP dimana fasilitator terdiri dari management SDM yang didalamnya adalah tenaga medik dan SDM.

Pelaksana ICP terdiri dari 3 point yaitu perawat, dokter dan management sebagai fasilitator, oleh karena itu pada saat management memutuskan untuk memberikan pelayanan yang bermutu dengan menggunakan ICP maka dikirimlah 3 orang dari bagian keperawatan 1 orang, 1 orang dokter spesialis dan 1 orang dari management untuk dilatih ke London tahun 2005. Diharapkan setelah mereka pulang diperjalanan mereka bisa berdiskusi mengenai apa yang mereka dapat dan rencana apa yang akan dikerjakan setelah mereka tiba di Jakarta.

Tiba di Jakarta mereka membentuk tim kemudian melakukan sosialisasi dan memulai memilih kasus mana yang akan dibuat setelah itu baru dilaksanakan secara bertahap. Proses itu terus bergulir dilakukan siklus Plain – Do – Check – Action (PDCA) sehingga sampai sekarang sudah berjumlah 13 kasus. Perubahan tingkah laku dalam proses organisasi diperlukan. Hal tersebut sebagai experimental learning bagi kita sehingga kita dan teman teman bisa menilai mana yang terbaik dan paling cocok untuk bisa dilaksanakan. Hal tersebut tidak mudah karena semua itu butuh proses, waktu, biaya serta pengorbanan dan rasa. Experimental tersebut kita tuangkan dalam kerja bareng antara dokter dan perawat.

Management berkeinginan agar paradigma dari setiap orang yang bekerja di Rumah Sakit Cengkareng menjadi berubah. Setiap karyawan akan berfokus terhadap pelanggan. Merubah paradigma agar semua karyawan mengerti mengenai customer oriented tersebut butuh pembelajaran. Perlu ngajari tentang quality management mengenai siklus PDCA yang dikerjakan di tempat kerja. Paling gampang dengan Gugus Kendali Mutu (GKM). Minimal hal tersebut dilakukan dalam 5 siklus maka diharapkan setiap karyawan memahami betul / nancep mengenai customer oriented.

Experimental learning marketing bisa berjalan kalau kita memberikan kesempatan kepada setiap orang yang minat. Pada dasarnya seluruh barang dan jasa yang dibuat di dunia ini dirancang untuk memuaskan customer dan sekali mengerti PDCA pada pikirannya maka selalu ingin memperbaiki supaya mendapatkan kepuasan.

Tugas management memberikan mereka kesempatan untuk merasakan (Experimental) sebagai :

1. Belajar bareng di London
2. Diskusi sepanjang perjalanan Jakarta – London, London – Jakarta
3. Laporan bareng ke Direktur
4. Belajar bikin standar ICP bareng bareng
5. Laksanakan ICP bareng bareng, evaluasi dan revisi
6. Bikin lagi standar ICP yang baru

Awalnya team tersebut sebagai fasilitasi yang terdiri dari Management SDM.

Tabel.6.2 Fasilitasi Konsep Management SDM

NO	FASILITASI (MANAGEMENT SDM)	
1	Rekrutmen	Konsep Lama
2	Seleksi	
3	Training	
4	Gaji	
5	Carrier Plan	Konsep Baru Management Baru
6	Productivity (Pembinaan Ketrampilan)	
7	Pensiun Plan	
8	Kepuasan kerja	

Hal tersebut menjadi berbeda dengan penanganan rumah sakit yang lain. Hal tersebut perlu ditanyakan kepada Ibu Julfrida sebagai direktur utama, kenapa waktu itu beliau hanya terpikir mendorong keperawatan dan dokter ? Karena hal tersebut merupakan core kompetensi di rumah sakit. Pertanyaan berikut kenapa Ibu Julfrida tahu bahwa itu merupakan core kompetensi. Kenapa dokter dan perawat bisa duduk sejajar bikin standar layanan mengenai ICP ? Dalam proses pelayanan yang diberikan di rumah sakit seharusnya perawat sebagai tim setara dengan dokter. Perawat penting karena keberhasilan dokter tergantung dari keperawatan yang baik dan demikian juga keberhasilan keperawatan tergantung dari dokter yang baik.

Implementasi metode pelayanan di PT Rumah Sakit Cengkareng waktu itu disepakati oleh Ibu Julfrida sebagai Direktur Utama, dr. Chairulsjah SpOG sebagai Direktur Medis dan Ibu Elsa sebagai Direktur Keuangan dan Umum kemudian implementasi lapangan sebagai fasilitator dibantu oleh teman teman yang sudah berangkat dan belajar mengenai ICP yaitu dr.Johanes SpOG, Yulia dan dr. Mardani.

Sumber Daya Manusia pada setiap pekerjaan harus dilihat dari kemampuannya oleh karena itu kita harus menempatkan orang pada posisi yang benar (The right man on the right job). Setiap pekerjaan meminta kualifikasi tertentu dengan penempatan yang baik dan benar maka keberhasilan akan pekerjaan tersebut menjadi lebih tinggi. Pekerjaan manajemen meminta kualifikasi tertentu dan yang paling mendasar dari setiap kualifikasi tersebut adalah bisa bekerja sama sebagai tim sehingga dari setiap kualifikasi dapat digabungkan menjadi keberhasilan Tim. Setiap orang punya kekuatan tertentu dengan kelemahan tertentu pula pastinya. Dalam management harus diperhitungkan porsi dari komposisi management dan staf kalau kita ingin mencapai keberhasilan itu menjadi tinggi, besaran jumlah staff yang lebih besar jumlahnya atau dari management tergantung dari kebutuhan kita dan arah dari management untuk membawa kearah mana organisasi tersebut akan bergerak. Semua hal tersebut ada toleransi kegagalan, ya kita kirakan saja 20 % sehingga kita dapat memprediksi hal tersebut.

2. Dr Chairulsjah SpOG adalah mantan Direktur Pelayanan Medis waktu RSUD Cengkareng menjadi PT (Perusahaan Terbatas). Saya menanyakan masalah ICP kepada dr. Chairulsjah SpOG, Mengenai pelayanan pasien di Rumah Sakit dan alasan memilih ICP untuk proses pelayanan.

Didalam rumah sakit, dokter adalah seorang profesional dimana mereka mengerjakan segala macam tugas sesuai dengan kemampuannya. Mereka sendiri yang harus tahu kapan dia harus bekerja dan kapan dia harus berhenti . Mereka harus menepati janji seperti jam praktek . Apabila mereka bilang jam praktek 07.00 – 10.00 maka mereka harus menepati jam tersebut. Begitu juga pada saat melakukan operasi, apabila sudah dijadwalkan operasi jam 10.00 akan mulai maka harus dikerjakan jam .10.00. Jangan pakai alasan telat atau cari kambing hitam. Karena dokter dinilai sebagai sesuatu yang terhormat (Officium Nobel).

Dengan dokter sebagai profesional maka perlu digali lebih dalam lagi mengenai hal tersebut di berbagai kepustakaan kepustakaan pada saat kita bekerja di rumah sakit, agar kita memahami benar arti dokter sebagai seorang profesional di rumah sakit. Arti dari rumah sakit adalah sebuah institusi perawatan kesehatan profesional yang pelayanannya diberikan oleh dokter, perawat, dan tenaga ahli kesehatan lainnya. Hal ini terbukti bahwa rumah sakit untuk mengobati orang sakit. Orang sakit itu disebut pasien. Orang sakit yang datang di rumah sakit itu bukan saja badannya sakit akan tetapi jiwanya juga, oleh karena itu mereka membutuhkan pelayanan yang baik sehingga proses penyembuhan bisa berjalan dengan baik.

Dalam melakukan operasional di rumah sakit perlu dilihat bahwa rumah sakit terdiri dari orang (SDM), alat, management dan keuangan. Kesemuanya tersebut dilakukan secara bersamaan dengan berfokus terhadap pasien. Pada pelayanan itu diperlukan pengembangan organisasi, budaya organisasi, profesionalisme medis dan profesionalisme non medis karena pelayanan di rumah sakit diberikan oleh orang-orang yang juga bukan medis serta harus terjadi perubahan manajemen agar terjadi perbaikan dari waktu ke waktu.

Perubahan yang perlu dipelajari diatas, semua bertujuan untuk meningkatkan pelayanan yang diberikan kepada pasien, hal tersebut dapat berjalan dengan baik apabila tatakelola klinik yang dilakukan tersebut baik apa adanya. Dalam tatakelola klinik terdapat komponen micro system cilinical yang pelaksanaannya terdapat didalam ICP, didalam aplikasinya dilakukan pada satu unit kerja yang terdiri dari pasien, profesional, proses, tujuan serta terdapat bentuk (Patern)

Oleh karena hal tersebut diatas maka kesepakatannya waktu itu management ingin melakukan ICP dalam pelayanan pasien dan diutuslah 3 orang untuk belajar sehingga pada akhirnya bisa melakukan aplikasi memberikan pelayanan yang bermutu.

3. Ibu Julfrida sebagai Direktur Utama PT RS Cengkareng. Menanyakan Alasan mengapa yang didorong keperawatan dan dokter dalam menjalankan ICP pada saat awalnya dan hal itu merupakan core kompetensi dan alasan mengapa dokter dan perawat bisa duduk bareng bikin standar layanan ICP.

Kalau dilihat dari inti pelayanan yang ada di rumah sakit bahwa pelayanan tersebut dilakukan oleh dokter dan perawat serta dibantu oleh management dan karyawan non medis. Maka apabila dokter dan perawat yang selama ini banyak dikeluhkan oleh orang-orang dapat diperbaiki serta hubungan kerja dokter dan perawat dapat ditingkatkan karena selama ini perawat dianggap bawahan maka bila hal tersebut diperbaiki akan terjadi perubahan yang baik.

Waktu itu dicoba awalnya management menjelaskan maksud dan tujuan yang akan dilaksanakan sehingga mereka yang dipilih mewakili rumah sakit waktu itu adalah satu dari dokter, satu dari keperawatan dan satu dari management sebagai fasilitator mengerti benar maksud dan tujuan itu dan setelah pulang dari pelatihan tersebut mereka dapat berbagai dan menjalankannya. Akhirnya mereka yang diharapkan bisa berjalan bekerja sama melaksanakan standart layanan yang diharapkan.

Kita harus berusaha untuk merubah paradigma teman-teman dokter yang selama ini menganggap perawat bukan sebagai mitra dan dokter bekerja tidak sesuai, serta tidak bisa mendengar masukan dari perawat sedangkan yang berada 24 jam di dekat pasien adalah perawat, oleh karena itu perawatlah yang mengerti benar keadaan dan kondisi pasien setiap hari. Teman-teman dokter dan perawat harus sadar bahwa tujuan utamanya adalah peningkatan kualitas pelayanan yang diberikan kepada pasien dengan orientasi pelanggan. Pelanggan yang kita maksud di rumah sakit adalah pasien.

6.5.2. Gambaran tentang pelayanan pasien DBD dengan ICP

Pertanyaan diberikan kepada kepala ruangan perawatan kelas III, perawat ruangan kelas III, supervisor ruangan yang terdiri dari 3 orang karena mereka mempunyai akses mengawasi untuk seluruh ruangan walaupun sudah terbagi tugas pengawasan berdasarkan fungsinya, manager keperawatan, dokter umum UGD, dokter umum ruangan dan dokter spesialis. Diskusi dibagi dalam 2 kelompok dimana dimulai dengan menjawab pertanyaan secara tertulis kemudian dilanjutkan dengan wawancara yang mendalam mengenai pembicaraan tersebut secara perorangan secara terpisah. Adapun pertanyaan adalah :

1. Apa yang anda ketahui mengenai ICP ?
2. Siapa yang terlibat proses ICP untuk pelayanan pasien ?
3. Bagaimana menurut anda program ICP di RSUD Cengkareng ?
4. Apakah kendala yang diketahui pada proses ICP ?
5. Bagaimana usulan perbaikan mengenai ICP ?

Informan 1. (Kepala ruangan perawatan kelas III)

Setahu saya, ICP adalah suatu sistem yang dipakai untuk membatasi pelayanan petugas supaya fokus sehingga target tersebut bisa tercapai. Pada penggunaannya yang terlibat dokter, perawat, seharusnya pasien ikut terlibat, rekam medis, penunjang medis. Pasien wajib tahu mengenai rencana tindakan agar ia lebih mandiri dan kooperatif.

Penggunaan ICP sudah bagus tapi kadang kadang formula tersebut belum lengkap karena individu atau setiap pasien mempunyai keluhan yang berbeda beda Sehingga ada tambahan tambahan, hal tersebut mengakibatkan

tambahan tambahannya kadang kadang sulit terpantau oleh kepala ruangan. Untuk waktu yang digunakan dengan ICP sangat efisiensi.

Kendala yang didapat pada penggunaan ICP saat ini adalah tidak adanya kolom hasil laboratorium, tanda tanda shock belum ada di template. Bila trombosit menurun, pemberian cairan untuk hal tersebut belum ada sehingga hal tersebut tergantung pasien.

Yang perlu ditambah adalah pertama penambahan kolom hasil laboratorium setiap harinya pada template yang ada sehingga memudahkan pemantauan. Kedua mengenai Standar penggunaan ruangan dengan hasil trombosit yang didapat sehingga beban kerja dari perawat tidak berlebih karena dengan hasil trombosit yang rendah maka pengawasan yang dilakukan juga harus lebih ketat sehingga bila pasien tersebut dirawat di ruangan biasa maka perlu tenaga perawat khusus untuk pemantauan kondisi pasien. Kita takut bila tanda tanda shock atau yang lainnya terlewatkan sehingga pasien masuk ke dalam bahaya. Bisa bisa pasien meninggal.

Pelaksanaan penulisan atau pelaksanaan keperawatan dalam hal ini penulisan ICP seharusnya berjalan dengan baik karena kami sebagai kepala ruangan mempunyai tugas untuk memastikan bahwa kegiatan yang berlangsung harus sesuai standar yang berlaku dan memastikan bahwa kegiatan tersebut dikerjakan oleh perawat dengan mengawasan pencatatan serta melakukan pengecekan langsung terhadap pasien dan catatan harian keperawatan, laporan obat dan catatan perkembangan pasien.

Dengan demikian dipastikan bahwa semua tindakan dikerjakan akan tetapi pada saat wabah dengan menggunakan tenaga perawat tambahan dari luar dan tenaga terbatas membuat pengawasan menjadi terganggu.

Dalam pelaksanaannya saya sebagai head nurse mempunyai job deskripsi yang bertujuan agar memastikan pelayanan yang dilakukan oleh perawat saya benar benar dilakukan bukan hanya diatas kertas. Tugas saya yang penting berhubungan dengan ICP adalah :

1. Melakukan pendistribusian dan pendelegasian kerja bagi personel yang berada di bawah supervisinya.
2. Melakukan pengawasan terhadap bagian logistik unit perawatan yang berada dibawahnya.
3. Melakukan pengawasan dalam hal terciptanya pelayanan keperawatan yang berkualitas dan sesuai dengan standar serta mengevaluasinya.
4. Memastikan bahwa seluruh kegiatan yang berlangsung di lantai sesuai dengan standar yang berlaku.

Dengan keempat tugas yang mendasar sebagai head nurse kita selalu melakukan pengawasan melalui :

1. Catatan perkembangan pasien yang harus saya lihat satu persatu dan dievaluasi agar memastikan bahwa perawat dan dokter benar mengerjakan tugasnya setiap hari.

2. Melihat laporan harian perawat ruangan, dimana saya mengevaluasi pelayanan dan melihat hal hal yang terjadi selama 24 jam di ruangan saya sehingga perbaikan bisa dilakukan dengan cepat bila terjadi kekurangan atau masalah.
3. Graphics chart adalah tabel grafik dimana saya bisa melihat perkembangan keadaan pasien dimulai dari suhu, tensi dan nadi serta obat obatan yang diberikan atau distop oleh dokter sehingga perkembangannya dapat terlihat dengan jelas. Disana pula saya bisa melihat obat obatan injeksi yang diberikan perawat kepada pasien.
4. Lembaran daftar obat yang digunakan untuk setiap pasien satu lembar dan diberikan setiap hari. Lembaran ini juga dipakai sebagai perbandingan apakah obat tersebut diberikan atau tidak oleh perawat saya sehingga saya bisa melakukan crosscheck dengan farmasi .

Adanya lembaran daftar obat, laporan keperawatan harian, catatan perkembangan pasien, graphics chart, job deskripsi head nurse maka dengan hal tersebut diatas maka saya yakin bahwa perawat saya menjalankan tugasnya sesuai dengan apa yang sudah diinstruksikan dari dokter kepada perawat sesuai dengan yang tertulis di lembaran status atau dalam hal ini lembaran ICP.

Informan 2. (Perawat ruangan kelas III)

Yang saya tahu mengenai ICP adalah adalah alur pelayanan yang terintegrasi dari seluruh aspek, yaitu dokter , perawat dan penunjang medis dalam satu jalur. Kerangka asuhan keperawatan termasuk didalamnya.

Pada pelaksanaan ICP yang dilakukan hanya orang yang terlibat seperti dokter, perawat, penunjang medis dalam hal ini laboratorium, gizi, farmasi. Pada dasarnya ICP DBD sudah dapat berjalan dengan baik, akan tetapi mengenai gizi seharusnya ahli gizi yang menulis atau mengisi langsung template tersebut akan tetapi sekarang masih menjadi beban perawat. Penulisan hasil trombosit di template harus jelas setiap hari sebagai bahan pemantau pada demam hari keberapa. Sehingga memudahkan pada saat kita mengetahui demam hari keberapa dan kita mengetahui jumlah trombosit maka pemantauan masa krisis menjadi lebih mudah. Baik informasi dari dokter ke pasien sehingga penjelasannya lebih baik dan dokter juga lebih mudah pengecekan IgG dan IgM.

Kendala yang dihadapi saat ini tidak ada, tapi kalau pasien shock belum ada pencatatan pemantau untuk pasien shock sehingga kita mencatat di kolom pemantauan klinis pasien secara terpisah untuk emergency tanpa pakai alur ICP karena kolom khusus itu tidak ada. Sementara ini tulisan dokter cukup lengkap di catatannya. Mengenai tensi, nadi, ada dikolom sendiri akan tetapi kami kesulitan apabila pasien kembali ke ruangan dari ruang perawatan khusus seperti ICU atau Intermediate ward karena seakan akan alur tersebut terputus karena waktu di ICU mereka tidak menggunakan ICP akan tetapi

menggunakan format tersendiri khusus ICU. Perlu tambahan kolom untuk tanda tanda shock dan pencatatan penanganan mengenai shock.

Informan 3. (Dokter umum UGD)

Yang saya ketahui mengenai ICP adalah pencatatan alur penanganan pasien secara menyeluruh, terpadu, sejak pasien masuk atau datang ke tempat pelayanan sampai dengan pasien meninggalkan tempat pelayanan.

Penggunaan ICP DBD saat ini sudah baik, lengkap dan mudah dalam penggunaan dan aplikasinya. Manfaat yang dapat diambil ialah pencatatan menyeluruh sejak awal pasien datang ke tempat pelayanan mempermudah pemantauan sehingga kita dapat mengikuti proses penanganan pasien sampai dengan pasien meninggalkan tempat pelayanan tersebut.

Kesulitan yang kita hadapai dengan menggunakan ICP adalah kadang ada pencatatan ganda di status rekam medis dan ICP sehingga merepotkan. Usulannya untuk perbaikan adalah dibuatkan 2 berkas dimana yang pertama untuk saat pasien datang sampai dengan penanganan di UGD atau poliklinik, kemudian yang kedua digunakan pada saat di ruangan rawat inap sehingga pencatatan di status pasien di rekam medis tidak diperlukan dan langsung penggunaan ICP secara menyeluruh.

Informan 4. (Dokter Umum UGD)

ICP merupakan alur pencatatan pasien secara keseluruhan mulai dari pasien masuk sampai pasien pulang. Dan sampai saat ini penggunaan ICP DBD sudah cukup baik. Dalam pelaksanaannya ICP DBD menuntun kita

untuk melakukan pemeriksaan dengan pencatatan yang sistematis dari pasien datang sampai pulang. Terkadang memang pencatatan yang kita lakukan harus dilakukan 2 kali yaitu di status dan di ICP dan hal ini merepotkan.

Usulannya pada saat revisi perlu dibuat lebih ringkas dan pencatatan yang dilakukan tidak berulang ulang.

Informan 5. (Dokter umum ruangan)

Apabila dilihat dari proses yang dilakukan maka ICP adalah alur penanganan terpadu dari menyeluruh terhadap suatu penyakit. Dan sekarang ini dilakukan sudah cukup baik dan memudahkan petugas. Manfaat yang didapat oleh kita bahwa dengan menggunakan template tersebut yang sudah tersusun secara sistematis sejak pasien masuk sampai menentukan diagnosa dan hasil konsul memberikan kemudahan. Kekurangannya adalah pencatatan kadang dilakukan 2 kali yaitu di status rekam medis pasien dan ICP.

Pada saat pembaharuan perlu dibuat lebih ringkas, tidak perlu penulisan secara berulang.

Informan 6. (Dokter umum ruangan)

ICP adalah status rekam medis untuk mencatat follow up harian pasien dengan diagnosa tertentu. Penggunaan ICP untuk memonitor perkembangan penyakit secara terperinci dengan check list sehingga keadaan pasien dapat termonitor dengan baik dan mudah.

Manfaat yang didapat dari ICP ialah dapat melihat keadaan pasien secara terperinci setiap hari dan penyeragaman apa yang diperiksa oleh

perawat dan dokter setiap harinya. Kesulitan yang dirasakan adalah kolom penulisan kecil sekali sehingga menyulitkan penulisan karena tidak muat.

Usulan pada saat perbaikan adalah pada kolom halaman 2 dan 3 pengisian dokter harus dibuat lebih besar sehingga penulisan Dokter tidak berpindah ke tempat lain.

Informan 7. (Dokter spesialis anak)

Singkatannya saya lupa tapi fungsinya setahu saya adalah alur penanganan pasien. Untuk penggunaan ICP saya rasa lumayan. Manfaat yang bisa diambil dengan penggunaan ICP adalah sama saya dengan follow up pasien dengan status biasa hanya sedikit lebih mudah, secara teknis medis tidak signifikan.

Kesulitannya buat saya tidak ada. Usulan perbaikan adalah penggunaan ICP sebaiknya dapat digunakan di ruangan khusus seperti ICU dan IW sehingga alur ceritanya bisa enak dibaca dan dilihat.

Informan 8. (Dokter spesialis anak)

Singkatan ICP saya tidak tahu, menurut saya dengan menggunakan template ICP DBD membuat kita lebih praktis akan tetapi tempat penulisannya sering tidak cukup karena kolomnya dibuat terlalu kecil. Manfaat yang khusus buat saya belum ada. Terkadang menambah waktu untuk menulis karena double.

Informan 9. (Supervisor ruangan)

ICP adalah suatu alat atau media pendokumentasian pasien secara lengkap atau terorganisir secara team yang dimulai dari saat pasien masuk rawat sampai dengan pasien pulang yang waktunya telah ditentukan sesuai dengan kasus pasien.

Penggunaan ICP terlihat mudah, simple dalam pendokumentasian keperawatan. Banyak kolom yang kosong dimana seharusnya diisi tapi tidak diisi dengan lengkap. Hal ini dikarenakan kurangnya sosialisasi.

Manfaat dari ICP sendiri adalah mempermudah dalam perawatan pasien dan pendokumentasian lebih simple dan mudah dimengerti. Sedangkan kesulitannya adalah kolomnya terlalu kecil. Kadang kadang salah dalam pengisian karena tidak sesuai dengan hari perawatan. Bila ada diagnosa lain muncul misalnya pasien masuk dengan DBD tapi punya diagnosa lain typhoid, diare dan appendicitis. Dokter sering menulis tidak pada tempatnya yang disediakan dilembar catatan tambahan.

Usulan perbaikan dalam kegiatan perawatan ditambah diagnosa keperawatan dan intervensinya lebih dipertajam lagi atau ditambahkan lagi perawat hanya menchecklist saja. Dalam pengkajian keperawatan di UGD dan medikal bedah atau anak disatukan kedalam ICP saja tidak terpisah pisah dan dibuatkan pengkajian sesuai dengan kasus pasien. Perlu sosialisasi pengisian ICP secara kontinue khususnya pada karyawan baru agar penggunaan ICP DBD dapat berjalan dengan baik. Perlu follow up setiap waktu tertentu misalnya setiap bulan atau berapa bulan sekali sehingga pelayanan pasien yang menggunakan ICP berjalan dengan benar.

Informan 10. (Supervisor ruangan)

ICP yang merupakan pola keperawatan yang sudah diformulasikan atau dibakukan agar pelayanan keperawatan pasien tidak berlari-lari. Penggunaan ICP baik untuk kasus-kasus tanpa penyulit atau penyerta.

Manfaat yang didapat untuk dokter, perawat dan tim yang terkait dapat bekerja sama dengan acuan yang sesuai dengan ICP dan waktu pengisian penulisan singkat.

Kesulitan yang dirasakan jika ada penyakit penyerta maka penulisan tidak sistematis karena harus membuka lembar ICP sebelumnya. Usulan pada SOP penyakit DBD belum terlalu detail contoh bila trombosit 70.000 perlu tindakan pemberian cairan apa tidak ada. Identitas pasien tidak perlu ditulis setiap lembar dan hasil laboratorium dimasukkan dalam kolom di ICP sehingga memudahkan pengawasan dan pemantauannya.

Informan 11. (Supervisor ruangan)

ICP merupakan suatu pencatatan pelayanan yang sudah disepakati dengan tindakan yang letaknya sudah ditentukan sesuai dengan diagnosa tertentu. Penggunaan ICP sudah baik dan bila tidak ada penyakit penyulit (normal kasus murni DBD.

Manfaat yang diambil oleh dokter dan perawat atau petugas lain dapat melakukannya penulisan dengan singkat, jelas dan terarah sesuai penyakitnya. Kesulitan yang dirasa bila pasien berada di UGD masih terasa double penulisan karena pencatatan perawatan dan klinis masih tetap ditulis

seperti kasus umum. Untuk penulisan data pasien atau identitas pasien tidak perlu setiap lembar sehingga sering kosong.

Saran hasil laboratorium dicantumkan dan bila kasus bukan DBD murni (DBD dengan kasus penyerta tidak bisa dikerjakan dengan ICP. Evaluasi dilakukan minimal 2 tahun sekali.

Informan 12. (Dokter spesialis penyakit dalam)

ICP merupakan alur penanganan pasien. Pelaksanaan ICP cukup baik. Manfaat yang bisa diambil dengan penggunaan ICP adalah pelaksanaannya bisa lebih praktis. Kesulitannya buat saya tidak ada. Pada saat revisi perlu menambah besaran kolom penulisan dan penulisan tidak double.

Informan 13. (Dokter spesialis penyakit dalam)

ICP merupakan catatan alur penanganan pasien. Penggunaan ICP saya rasa cukup baik. Manfaat yang bisa diambil dengan penggunaan ICP adalah sama saja dengan follow up pasien dengan status biasa.

Kesulitannya tidak ada. Usulan perbaikan adalah penggunaan ICP sebaiknya dapat digunakan lebih spesifik untuk kasusnya sehingga penulisannya lebih terinci dan follow Upnya dibuat lebih mudah.

Informan 14. (Kepala bidang keperawatan)

ICP adalah suatu sistem yang dipakai secara teintegrasi untuk pelayanan pasien oleh dokter, perawat dan bagian lain yang terkait mulai dari pasien masuk sampai pasien pulang. Seharusnya diluar negri sana pasien

diikutsertakan untuk terlibat dan mendidik pasien agar mereka tahu dimana tugas pasien dan kewajibannya sehingga pasien lebih kooperatif dan sebagai bahan kontrol untuk pelayanan yang diberikan.

Penggunaan ICP sudah bagus tapi kadang kadang formula tersebut belum lengkap karena individu atau setiap pasien mempunyai keluhan yang berbeda beda Sehingga ada tambahan tambahan, hal tersebut mengharuskan perlunya revisi setiap tahun agar benar penggunaan ICP sesuai dengan kondisi kita di rumah sakit ini. Kendala yang didapat pada penggunaan ICP saat ini adalah masih belum tersosialisasi dengan benar dan baik mengenai penggunaan ICP.

Yang perlu diperbaiki adalah pertama mengevaluasi penambahan varian varian yang ada sehingga menjadi bahan masukan untuk perbaikan. Yang pada akhirnya kolom ICP DBD tersebut benar sesuai dengan kebutuhan yang diinginkan oleh dokter dan perawat serta bagian yang terkait.

Pelaksanaan penulisan atau pelaksanaan keperawatan dalam hal ini penulisan ICP seharusnya berjalan dengan baik karena kami sebagai bidang keperawatan mempunyai tugas mengevaluasi kegiatan yang berlangsung dilakukan pengawasan oleh kepala ruangan dan supervisor di lapangan. Dengan demikian dipastikan bahwa semua tindakan dikerjakan dengan baik.

6.6. Hasil analisa kasus DBD dengan menggunakan ICP

Pada penelitian yang diambil 116 pasien yang menderita DBD dan dirawat di kelas III tersebut didapatkan data data sebagai berikut pada tabel. 6.4. Hasil analisa kasus DBD dengan menggunakan ICP.

6.6.1. Definisi operasional variabel pada ICP (Tabel. 6.3)

VARIABEL	DEFINISI OPERASIONAL	HASIL UKUR
KOORDINASI	Perihal pengaturan kegiatan sehingga tindakan tersebut tidak saling bertentangan satu sama lain	<i>" Adanya jadwal kegiatan "</i> dalam menangani pasien rawat inap
KOMUNIKASI	Pengiriman dan penerimaan pesan antara dua orang atau lebih sehingga pesan yang dimaksud dapat dipahami	<i>" Adanya catatan mengenai pengiriman dan penerimaan pesan "</i> dalam memberikan pelayanan
KONTINUITY	Kelangsungan / kelestarian dimana terjadi hubungan yang tidak terputus atau keadaan yang tetap seperti semula	<i>" Adanya catatan mengenai pelayanan yang diberikan dan tidak terputus "</i>
KOLABORASI	Kerjasama / kegiatan yang dilakukan bersama dari beberapa bidang ilmu dalam memberikan pelayanan untuk mencapai hasil tujuan bersama (lebih banyak penekanannya pada aplikasi kegiatannya)	<i>" Adanya catatan mengenai kerja sama dari berbagai bidang ilmu "</i> dalam memberikan pelayanan untuk tujuan peningkatan kualitas pelayanan

NO	MR	NAMA PASIEN	DOKTER		KEGIATAN	HARI							WABAH	KOORDEMASI	KOMUNIKASI	KOLABORASI	NORMATIFAS	J. IN AMBAT	J. DOKTER VS MEDISIN	KETERANGAN
			UGD	RUANG		1	2	3	4	5	6	7								
1	55-47-16	Tatik, Ny	V		DOKTER PERAWAT FARMASI AHU ODD LABORATORIUM	V	V	V	V	V	V	V	X	V	V	V	V	3	5	dr. R. SpPD, dr. B. SpPD dan dr. T. SpPD
2	53-48-16	Purti Febriani, An (Muslimin)	V		DOKTER PERAWAT FARMASI AHU ODD LABORATORIUM	V	V	V	V	V	V	V	X	V	V	V	V	1	4	DU ruangan tidak visit pasien baru
3	21-54-16	Yoni Saputra, An (Alm. Darqanto)	V		DOKTER PERAWAT FARMASI AHU ODD LABORATORIUM	V	V	V	V	V	V	V	X	V	V	V	V	2	6	Dr. A SpA dan Dr. D SpA
4	04-63-16	Abdel Nabil Ibra, An (Muhammad Sahitr)	V	V	DOKTER PERAWAT FARMASI AHU ODD LABORATORIUM	V	V	V	V	V	V	V	X	V	V	V	V	1	2	Lembar ICP tidak lengkap
5	11-62-16	Mohamad Fadli, An (Alawi, Hajj)	V		DOKTER PERAWAT FARMASI AHU ODD LABORATORIUM	V	V	V	V	V	V	V	X	V	V	V	V	1	5	Tidak ada tanda tangan DU di UGD
6	95-66-16	Besari, Ny (Siswanto)	V	V	DOKTER PERAWAT FARMASI AHU ODD LABORATORIUM	V	V	V	V	V	V	V	X	V	V	V	V	2	5	dr B K SpPD dan dr. R. SpPD
7	18-80-16	Ahmad Hidayat, Tn	V		DOKTER PERAWAT FARMASI AHU ODD LABORATORIUM	V	V	V	V	V	V	V	X	V	V	V	V	1	3	DU ruangan tidak visit pasien baru
8	21-83-16	Maria Cintiya Anj Aklus }	V		DOKTER PERAWAT FARMASI AHU ODD LABORATORIUM	V	V	V	V	V	V	V	X	V	V	V	V	1	5	DU UGD tidak lengkap mengisi ICP
9	52-83-16	Armando Desmon, Tn	V		DOKTER PERAWAT FARMASI AHU ODD LABORATORIUM	V	V	V	V	V	V	V	X	V	V	V	V	1	4	
10	77-87-16	Yuliana Meliantu(An (Madin)	V		DOKTER PERAWAT FARMASI AHU ODD LABORATORIUM	V	V	V	V	V	V	V	X	V	V	V	V	1	3	DU UGD dan ruangan tidak lengkap mengisi ICP

NO	Tgl Pelaksanaan	Nama	Tempat Pelaksanaan	UDD	Pustaka	UDD	Pustaka	LAKTIA	PILORIKUM	REKOR								REKORAN							
										1	2	3	4	5	6	7	8								
21	30-13-17	Septia Oktavia, An (Nairudin)	V	V		V		V	DOKTER PERAWAT FARMASI ANALISI LABORATORIUM	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	5	1		
22	02-74-15	Didin Solehudin, Tn	V	V		V		V	DOKTER PERAWAT FARMASI ANALISI LABORATORIUM	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	5	2	dr. B K SpPD dan dr. T SpPD
23	13-15-17	Ridwan, Tn (Mubamad)	V	V		V		V	DOKTER PERAWAT FARMASI ANALISI LABORATORIUM	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	3	2	dr. R SpPD dan dr. T SpPD
24	66-17-17	Dinda Sukma, An (Ucin)	V	V		V		V	DOKTER PERAWAT FARMASI ANALISI LABORATORIUM	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	4	1	
25	60-15-17	Jonathan, An (Bengas Raja Guguk)	V	V		V	V	V	DOKTER PERAWAT FARMASI ANALISI LABORATORIUM	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	6	2	dr. A SpA dan dr. D SpA
26	96-17-17	Daniel, An (Li Sam Hok)	V	V		V		V	DOKTER PERAWAT FARMASI ANALISI LABORATORIUM	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	6	1	
27	95-22-17	Wendi Widodo, Tn	V	V		V		V	DOKTER PERAWAT FARMASI ANALISI LABORATORIUM	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	5	1	
28	03-38-14	Darsono, Tn	V	V		V		V	DOKTER PERAWAT FARMASI ANALISI LABORATORIUM	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	6	3	Hari 1,2,3 DS menulis ICP tidak lengkap. Dr. R SpPD, dr. B K SpPD, dan dr. T SpPD
29	53-37-04	SUDARSHINAY (SUWANDI)	V	V		V		V	DOKTER PERAWAT FARMASI ANALISI LABORATORIUM	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	5	1	
30	23-16-17	Donny, Tn	V	V		V		V	DOKTER PERAWAT FARMASI ANALISI LABORATORIUM	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	4	2	dr. B K SpPD dan dr. T SpPD, DS tidak lengkap menulis ICP pada hari ke 4

No	Instansi	Nama Dosen	UGD	Posmata	UGD	Posbeta	UATM	Religioni	1	2	3	4	5	6	7	8	Varian	Kontribusi	Kontribusi	Kontribusi	Perawat	No. Perawat	Keterangan	
31	97-34-17	Bondan Utomo, An (Sumadi)		V			V		V	V	V	V	V	V	V	V	X	V	V	V	V	5	1	
32	59-40-17	Nur Hayati, Ny (Suryatno)	V				V		V	O	V	V	V	V	V	V	X	V	V	V	V	6	1	ICP perawat tidak dikerjakan hari ke 2 dan 3
33	06-42-17	Julia Prawitwi, An (Supriyadi)	V				V		V	V	V	V	V	V	V	V	X	V	V	V	V	6	2	
34	31-43-17	Siti Damarah, Ni (Marsias Nur)	V				V		V	V	V	V	V	V	V	V	X	V	V	V	V	5	1	
35	53-43-17	Sajpai, Tn	V				V		V	V	V	V	V	V	V	V	X	V	V	V	V	4	1	
36	54-92-11	Doni Darmawan, An (Darwadi)		V			V		V	V	V	V	V	V	V	V	X	V	V	V	V	5	1	
37	79-00-17	Moch Iqbal, An (P Harwintoro)		V			V		V	V	V	V	V	V	V	V	X	V	V	V	V	4	2	dr. D SpA dan dr. A SpA
38	85-49-17	Tuli Herawati, Ny (K Zaenuri)	V				V		V	V	V	V	V	V	V	V	X	V	V	V	V	5	1	
39	83-49-17	Muhammad Fair, An (Sanusi)	V				V		V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	7	3	dr. I SpA, dr. D SpA dan dr. A SpA, ada variasi dalam pemberian obat dan pemeriksaan laboratorium
40	06-52-17	Siti Rukoyah, Ni	V				V		V	V	V	V	V	V	V	V	X	V	V	V	V	5	2	dr. R SpPD dan dr. B KSpPD

NO	MR	NAMA PASIEN	DOKTER LOD	DOKTER LAINNYA	KEGIATAN	TARIKH								VARIAS	KOORDINASI	KOMUNIKASI	KOLABORASI	KONTINUITAS	Z MH RUHAT	J. UJUK DOKTER MEDIKAWAT	KETERANGAN
						1	2	3	4	5	6	7	8								
41	49-52-17	Wiwit Ramo Saft, An (Sudoni)	V			V	V	V	V	V	V		X	V	V	V	V	V	4	1	
42	46-54-17	Hania Koes Herawati, An (Rubiono)	V			V	V	V	V	V	V		X	V	V	V	V	V	4	2	dr.D SpA dan dr. A SpA
43	27-56-17	Efilia Zilda Sarah, An (Sarwo Adiana)	V			V	V	V	V	V	V		X	V	V	V	V	V	4	2	dr.D SpA dan dr. I SpA
44	03-58-17	Paula Tulung, Ny (Yance Karandung)	V			V	V	V	V	V	V		X	V	V	V	V	V	5	1	
45	81-83-06	RUTH MASADISTI, AN (M. SHITE)	V			V	V	V	V	V	V		X	V	V	V	V	V	4	1	
46	89-58-17	Noel Santuni, An (Edison)	V			V	V	V	V	V	V		X	V	V	V	V	V	4	2	dr. A SpA dan dr. D SpA
47	93-58-17	Vincesia Miumu, Ny	V			V	V	V	V	V	V		X	V	V	V	V	V	3	1	
48	05-62-17	Agustinus Wihartanto, In	V			V	V	V	V	V	V		X	V	V	V	V	V	7	2	dr.R SpPD dan dr. S SpPD, ada variasi dalam pemeriksaan laboratorium dan obat
49	33-63-17	Ana Marlina, Nn (Alan)	V			V	V	V	V	V	V		X	V	V	V	V	V	3	1	
50	12-66-17	Tonny Winata, An (Dey Hong The)	V			V	V	V	V	V	V		X	V	V	V	V	V	4	1	

NO	MR	NAMA PASEN	DOKTER UGD		DOKTER UGD		DOKTER UGD		DOKTER UGD		KETERANGAN
			UDG	Publik	UDG	Publik	UDG	Publik	UDG	Publik	
51	07-67-17	Ellap Skompul, Tn	V		V						
52	51-68-17	Hend Nurraeni, Nn (Seward)									
53	44-69-17	Melani, An (Muhamad Yusuf)	V		V						dr. A SpA dan dr. D SpA
54	50-77-18	Ratu Samna Padilah, An (Juhin)	V		V						ada variasi dalam pemeriksaan laboratorium dan obat-obatan
55	15-70-17	Tony, An (Lim Tet Klan)	V		V						dr. A SpA dan dr. D SpA
56	01-73-17	Mukhelik, Tn (Warsone)	V		V						
57	63-73-17	Vicky Stefani, An (Bambang)	V		V						dr. A SpA dan dr. D SpA
58	41-74-17	Suti, Ny (Sarman)	V		V						
59	42-74-17	Arif Darmawan, Tn	V		V						
60	16-77-17	Mega Santika, An (Ishaq)	V		V						

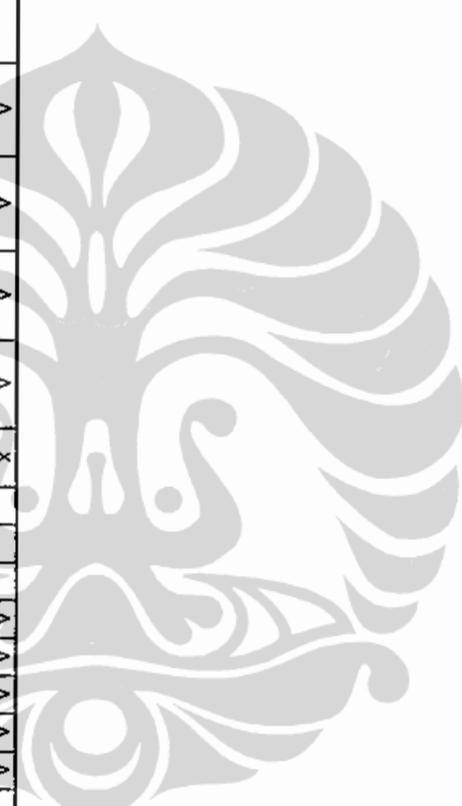
NO	NR	NAMA PASIEN	DOKTER UGD	DOKTER Poliklinik	PEDIATRI UGD	PEDIATRI Poliklinik	UMUR	TANGGAL								VARIAN	KOORDINASI	KOMUNIKASI	KOLABORASI	KONTINUITAS	JURUSAN	JMLH KASUS	KETERANGAN
								1	2	3	4	5	6	7	8								
61	16-18-17	Siti Aisyah, Nn (Sarif)	V		V			V	V	V					X	V	V	V	V	V	3	1	
62	29-77-17	Nurkhaliyah (Yayan)	V		V			V	V	V					X	V	V	V	V	V	4	1	
63	26-78-17	Dyah Ayu Pangestu, An (Barehaki)	V		V			V	V	V					X	V	V	V	V	V	6	1	
64	95-78-17	Rudi Bin Ijaka, Tn	V		V			V	V	V					X	V	V	V	V	V	4	2	dr.R SpPD dan dr. S SpPD
65	24-79-17	Muhammad Rizki, Tn (Suhadin)	V		V			V	V	V					X	V	V	V	V	V	5	2	dr.R SpPD dan dr. S SpPD
66	26-79-17	Lili Suryani, Nn	V		V			V	V	V					X	V	V	V	V	V	6	2	dr.R SpPD dan dr. S SpPD
67	66-78-17	Jackson Santoso, An (Hendra Santoso)		V				V	V	V					X	V	V	V	V	V	6	1	
68	46-91-06	AMBO TUO, Tn	V		V			V	V	V					X	V	V	V	V	V	4	2	dr.B K SpPD dan dr. R SpPD
69	50-81-17	Andri, Tn (Kardi)	V		V			V	V	V					X	V	V	V	V	V	5	2	dr.R SpPD dan dr. S SpPD
70	11-82-17	Kharisma Eliot, An (Samsudin)	V		V			V	V	V					X	V	V	V	V	V	4	2	dr.A SpA dan dr. D SpA

NO	MR	NAMA PASIEN	DOKTER		DOKTER LAMITA	KEGIATAN	HARI							VARIAN	KOORDINASI	KOMUNIKASI	KOLABORASI	KONTINUITAS	Z H RUMAH	1 COCOK PERAWAT	KETERANGAN
			UCD	Publik			1	2	3	4	5	6	7								
81	78-97-17	Nening Alawiyah, Ny (Herawan)	V		V	DOKTER PERAWAT FARMASI AKLI GIZI LABORATORIUM	V	V	V	V	V	V	V	X	V	V	V	V	4	2	dr.R SpPD dan dr. T SpPD
82	82-02-18	Abdullah Jalaris, Tn	V		V	DOKTER PERAWAT FARMASI AKLI GIZI LABORATORIUM	V	V	V	V	V	V	V	X	V	V	V	V	4	2	dr. R SpPD dan dr. B K SpPD
83	17-04-18	Rizki Ardian, An (Rohifi)	V		V	DOKTER PERAWAT FARMASI AKLI GIZI LABORATORIUM	V	V	V	V	V	V	V	X	V	V	V	V	4	1	
84	82-03-15	Mi Ryan Kurniawan, An (Rahmat Kurnaldi)	V		V	DOKTER PERAWAT FARMASI AKLI GIZI LABORATORIUM	V	V	V	V	V	V	V	X	V	V	V	V	4	1	
85	90-06-18	Yesica Natalia Srumorang, An (Suman S)	V		V	DOKTER PERAWAT FARMASI AKLI GIZI LABORATORIUM	V	V	V	V	V	V	V	X	V	V	V	V	4	1	
86	17-16-15	Andika Putra R, An (Parna)	V		V	DOKTER PERAWAT FARMASI AKLI GIZI LABORATORIUM	V	V	V	V	V	V	V	X	V	V	V	V	4	1	
87	94-09-18	Dinda Penyhita Ferryne, An (Supang Ripso)	V		V	DOKTER PERAWAT FARMASI AKLI GIZI LABORATORIUM	V	V	V	V	V	V	V	X	V	V	V	V	5	1	
88	68-10-15	Maulana Sofyan, An (Sugianto)	V		V	DOKTER PERAWAT FARMASI AKLI GIZI LABORATORIUM	V	V	V	V	V	V	V	X	V	V	V	V	5	1	
89	78-10-18	Indah Lestari, An (Ioni Suglano)	V		V	DOKTER PERAWAT FARMASI AKLI GIZI LABORATORIUM	V	V	V	V	V	V	V	X	V	V	V	V	4	2	dr. A SpA dbb dr. t SpA
90	54-13-18	Endang Yuliana, Nn	V		V	DOKTER PERAWAT FARMASI AKLI GIZI LABORATORIUM	V	V	V	V	V	V	V	X	V	V	V	V	6	2	dr. S SpPD dan dr. B K SpPD

NO	MR	NAMA PASIEN	DOKTER		PEDIATRI		DOKTER UGD	Poli Poli	TARIK								WARAN	KORONARI	KOMUNIKASI	KOLABORASI	KONTRIBUTAS	J. H PAMAT	J. H INDUKAT	KETERANGAN
			UGD	Poli	UGD	Poli			1	2	3	4	5	6	7	8								
91	04-20-18	Fendi Kurniawan, An (Siswanto)	V				V			V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	6	1	
92	19-18-18	Muhammad Iqbal An (Dino Erwansyah)	V				V			V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	4	1	awal tidak pakai ICP karena WDJ Viral infeksi
93	32-20-18	Rudi Sihombing, Tn	V				V			V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	6	1	
94	16-22-18	Pipi Pitihah Ulfa, Nn (Indra Jaya)	V				V			V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	4	2	dr. R SpPD dan dr. S SpPD
95	46-26-18	Syarifah Fauziah, Nn (Yusuf)	V				V			V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	4	1	
96	06-27-18	Yusuf, Tn (Amin)	V				V			V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	5	1	
97	89-27-18	Dara Diana, Nn	V				V			V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	6	2	dr. B SpPD dan dr. T SpPD
98	86-31-18	Muhammad Iqbal An (Muhammad Agus)	V				V			V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	6	2	dr. D SpA dan dr. I SpA
99	39-36-18	Warsono, Tn	V				V			V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	4	2	dr. T SpPD dan dr. S SpPD
100	66-41-18	Lina Kurniasih, Ny (Hadi Koswara)	V				V			V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	3	1	

NO	MR	NAMA PASIEN	DOKTER		DOKTER LAINLA	KEGIATAN	PARI							VIRUS	KORONAVIRUS	KOMUNIKASI	KONTAKTILIS	I H BAWAT	KETERANGAN	
			UGD	Parabik			1	2	3	4	5	6	7							8
101	37-18-08	LUKMAN HAKIM AN (SUAEB)	V			DOKTER PERAWAT FARMASI AHLI GIZI LABORATORIUM	V	V	V	V	V	V	V	X	V	V	V	5	2	dr. A SpA dan dr. D SpA
102	57-83-08	MARGARETHA OLIVIANI, AN (DARWIN S)	V		V	DOKTER PERAWAT FARMASI AHLI GIZI LABORATORIUM	V	V	V	V	V	V	V	X	V	V	V	5	1	
103	90-43-18	Wulan Sari, An (Sulirman)	V		V	DOKTER PERAWAT FARMASI AHLI GIZI LABORATORIUM	V	V	V	V	V	V	V	X	V	V	V	3	1	
104	13-45-18	Heni Anisah Nurjannah, An (Rahmadia)	V		V	DOKTER PERAWAT FARMASI AHLI GIZI LABORATORIUM	V	V	V	V	V	V	V	X	V	V	V	5	2	dr. D SpA dan dr. I SpA
105	95-45-18	Taufik Wijaya, Tn (Asmat)	V		V	DOKTER PERAWAT FARMASI AHLI GIZI LABORATORIUM	V	V	V	V	V	V	V	X	V	V	V	8	1	ada variasi dalam penggunaan obat dan laboratorium
106	52-46-18	Novita Kurnia Sari, An	V		V	DOKTER PERAWAT FARMASI AHLI GIZI LABORATORIUM	V	V	V	V	V	V	V	X	V	V	V	4	2	dr. D SpA dan dr. I SpA
107	45-47-18	Ica Suharto, An (Suharto)	V		V	DOKTER PERAWAT FARMASI AHLI GIZI LABORATORIUM	V	V	V	V	V	V	V	X	V	V	V	5	1	
108	73-49-18	Nerissa Afriyana Nn	V		V	DOKTER PERAWAT FARMASI AHLI GIZI LABORATORIUM	V	V	V	V	V	V	V	X	V	V	V	6	1	
109	58-49-18	Syamul Muin Tawakal, Tn (Tawakal)	V		V	DOKTER PERAWAT FARMASI AHLI GIZI LABORATORIUM	V	V	V	V	V	V	V	X	V	V	V	5	1	
110	93-54-18	Intan Fitriyanti, An (Iswadi)	V		V	DOKTER PERAWAT FARMASI AHLI GIZI LABORATORIUM	V	V	V	V	V	V	V	X	V	V	V	4	2	dr. I SpA dan dr. A SpA

NO	MR	NAMA PASEN	DOKTER		PEDAGOG		KEGATAN	MATERI								VARIASI	KOORDINASI	KOMUNIKASI	KOLABORASI	KONTRITAS	J. Per RUMAH	TO MENYAWAT	KETERANGAN
			UGD	Praktik	UGD	Praktik		1	2	3	4	5	6	7	8								
111	53-55-18	Yansen Wijaya, An (Susanto)	V		V		DOKTER PERAWAT FARMASI AKLI GIZI LABORATORIUM	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	4	1		
112	95-56-18	Yudi Sakinah, An (Asudin)	V		V		DOKTER PERAWAT FARMASI AKLI GIZI LABORATORIUM	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	4	1		
113	87-20-01	M. HAFIDZ FAUZAN, AN	V		V		DOKTER PERAWAT FARMASI AKLI GIZI LABORATORIUM	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	4	1		
114	84-72-18	Kusnita, Nn (Rasaludin)	V		V		DOKTER PERAWAT FARMASI AKLI GIZI LABORATORIUM	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	4	1		
115	02-73-18	Amadea Hadisurya, An (Burhan Hadisurya)	V		V		DOKTER PERAWAT FARMASI AKLI GIZI LABORATORIUM	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	5	1		
116	03-73-18	Jovita, Nn (Burhan Hadisurya)	V		V		DOKTER PERAWAT FARMASI AKLI GIZI LABORATORIUM	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	5	1		



6.6.2. ANALISA PERHITUNGAN TINGKAT PELAKSANAAN (Tabel.6.5)

No	VARIABEL	YA	TIDAK	JUMLAH	PERSENTASE
1	KOORDINASI	114	2	116	0.98
2	KOMUNIKASI	108	8	116	0.93
3	KONTINUITI	63	53	116	0.54
4	KOLABORASI	108	8	116	0.93

NB : Kontinuity yang terjadi dilihat dari medika legal aspek maka setiap pasien harus diperiksa oleh dokter ownernya akan tetapi dalam penelitian ini didapatkan 42 pasien dilakukan perawatan oleh 2 atau 3 dokter. Hal ini akan berdampak terhadap etik, Mediko legal aspek, dan hak pasien yang sesungguhnya.

Dari tabel 6.4 mengenai hasil analisa kasus DBD dengan menggunakan ICP didapatkan data bahwa dari 116 kasus pasien yang diteliti dengan diagnose DBD maka terjadi variasi diluar template yang sudah ada sebesar 4 kasus dan terjadi 17 kasus ketidak patuhan melaksanakan ICP baik oleh perawat, dokter umum atau dokter spesialis. Oleh karena itu dapat digambarkan sebagai berikut :

Tabel. 6.6 Tabel Variasi pengobatan dan ketidak Patuhan menggunakan ICP DBD

NO. URUT pada Tabel 6.4	MASALAH	JUMLAH	TOTAL PASIEN	PERSENTASE
39, 48, 54, 105	Variasi pengobatan	4	116	3,45 %
2, 4, 5, 7, 8, 10, 12, 13, 15, 16, 17, 28, 30, 32, 56, 58, 59, 69, 92.	Ketidak patuhan	17	116	14,66 %

6.6.3. Variabel ICP

Dari hasil perhitungan tingkat koordinasi, komunikasi , kontuinity dan kolaborasi maka pada tabel diatas dapat kita lihat bahwa tingkat :

1. Koordinasi : 98 %
2. Komunikasi : 93 %
3. Kontinuity : 54 %
4. Kolaborasi : 93 %

Pada proses penelitian yang dilakukan secara real bahwa terjadi kontinuitas pelayanan yang diberikan pada penanganan kasus DBD akan tetapi sebenarnya pada kasus ICP secara mediko legal setiap pasien harus ditangani oleh seorang dokter, dalam arti kata setiap dokter owner harus visit pasiennya setiap hari. Pada penelitian ini didapatkan 42 kasus yang dilakukan visit oleh 2 sampai 3 orang dokter spesialis yang dikarenakan dokter spesialis tersebut adalah dokter paruh waktu dan datang ke rumah sakit hanya 2 – 3 kali seminggu.

Dengan demikian diluar jam kedatangannya pasien tersebut dititipkan kepada teman sejawat lain untuk divisit. Hal itu bila terjadi masalah akan berdampak terhadap etik kedokteran yang ada serta mediko legal aspek serta hak pasien yang sesungguhnya untuk mendapatkan pelayanan yang berkualitas. Oleh karena hal tersebut diambil kesepakatan bahwa penerapan ICP yang sebenarnya berdasarkan aspek yang terbaik dimana setiap dokter wajib melakukan visit kepada pasiennya setiap hari.

6.6.4. Biaya perawatan

Pelaksanaan penanganan pasien dengan menggunakan ICP berdampak juga pada pembiayaan terhadap hari rawat. Disini saya mencoba menghitung besaran biaya rawat perhari baik yang terjadi pada orang dewasa dan pada anak - anak yang dirawat dengan kasus DBD dibandingkan dengan beberapa rumah sakit daerah lainnya di Jakarta. Data ini didapat dari Dinkes DKI

mengenai tagihan pasien rawat inap di RSUD pada Januari sampai April 2009.

Didapatkan data sebagai berikut :

Tabel 6.7 Perbandingan biaya ranap pasien DBD perhari di beberapa
RSUD di Jakarta

NO	RUMAH SAKIT	DEWASA	ANAK – ANAK	Jumlah penderita DBD
1	RSUD Cengkareng	Rp. 208.989 / hari	Rp. 205.425 / hari	116 orang
2	RSUD " K "	Rp. 305.503 / hari	Rp.228.185 / hari	36 Orang
3	RSUD " B A "	Rp.368,488 / hari	Rp. -	19 Orang
4	RSUD " P R "	Rp.254,686 / hari	Rp. 240,901 / hari	16 Orang

Selain data RSUD Cengkareng di dapatkan juga beberapa data pasien yang dirawat dengan DBD di RSUD " K ", RSUD " B A ", RSUD " P R " . Akan tetapi data biaya mengenai pasien anak di RSUD " B A " tidak didapatkan.

6.6.5. Lama rawat.

Dengan menggunakan ICP pada penelitian ini dapat dilihat bahwa setiap pasien yang masuk dengan DBD akan jelas lama rawat di rumah sakit karena sudah tersusun dengan baik penanganan pasien tersebut akibat dari hal tersebut kita bisa menilai dari lama rawat dan resume pasien rawat yang diisi

oleh dokter spesialis bahwa timbul variasi lama rawat akan bisa di kategorikan menjadi 3 bagian :

1. Lama rawat < 3 hari diagnosanya adalah Demam Dengue (DD)
2. Lama rawat 4 – 6 hari diagnosanya adalah DBD
3. Lama rawat > 7 hari diagnosanya adalah Dengue Shock Syndrom (DSS)

Jika dibandingkan dengan RSUD lain yang merawat pasien DBD maka data yang diambil dari Dinkes DKI pada bulan Januari sampai April 2009 maka dapat dilihat pada dibawah ini :

Tabel 6.8. Perbandingan lama rawat (LOS) pasien DBD di beberapa RSUD di Jakarta

No	RSUD	Lama Rawat (Hari)	Jumlah penderita DBD
1	RSUD Cengkareng	4,8 hari	116 orang
2	RSUD " P R "	6,5 hari	16 orang
3	RSUD " B A "	5,5 hari	19 orang
4	RSUD " K "	5 hari	36 orang

6.6.6. Obat obatan

Dengan pemakaian ICP pada penelitian ini dengan sendirinya penggunaan obat obatan menjadi standard dan bisa terbagi antara pasien yang menderita DD, DBD dan DSS. Dengan demikian akan mempermudah pengelolaan farmasi untuk pasien pasien dengan kasus DBD. Pada penelitian ini peneliti tidak melihat di Template ICP mengenai obat obatan yang sudah disetujui tercantum dan merupakan standar obat obatan untuk terapi pasien DBD tersebut.

Akan tetapi setelah diteliti lebih seksama melihat terdapat keseragaman pengobatan pada pasien dewasa maupun anak dan dapat dibedakan menjadi obat obatan inti dan obat obatan tambahan. Pada umumnya pasien yang dirawat lebih lama dengan keluhan yang lebih serta dengan penyakit yang lain maka penggunaan obat obatan tersebut menjadi lebih banyak , seperti antibiotik, obat maag, obat anti mual dan muntah, serta obat gangguan fungsi hati, serta vitamin.

Dari data dibawah ini dapat dilihat :

Tabel 6.9. Tabel pemakaian obat pasien dewasa dan anak pada kasus DBD dengan menggunakan ICP di RSUD Cengkareng

KRITERIA	OBAT INTI	OBAT TAMBAHAN
D	Paracetamol	Lesicol Tablet
E	Ranitidin Tablet	Oralit
W	Ranitidin Ampul	Antasida Syr
A	Infus Ringer Lactat	Ondancentron
S		Vitamin B Complek
A		
A	Paracetamol	Antibiotik
N	Ranitidin Ampul	Antasida Syr
A	Infus Ringer Lactat	Lacto B (anti diare)
K		Vitamin B Complek Syr

Catatan : Jumlah penderita DBD 116 orang

6.6.7. Pemeriksaan Penunjang

Begitu juga pemeriksaan penunjang yang khususnya disini adalah pemeriksaan laboratorium pada kasus DBD dengan pemakaian ICP pada penelitian ini dengan sendirinya pemeriksaan penunjang tersebut menjadi

standard. Dengan demikian akan mempermudah pengelolaan penanganan pemeriksaan untuk pasien pasien dengan kasus DBD.

Pada penelitian ini peneliti tidak melihat jenis pemeriksaan laboratorium yang tercantum dalam formulir begitu juga hasil dari pemeriksaan laboratorium yang tercantum sehingga memudahkan pemantauan setiap hari tanpa melihat hasilnya dibalik status.

Akan tetapi setelah diteliti lebih seksama dapat diperhatikan pola pemeriksaan laboratorium yang hampir sama dari semua pasien yang dirawat pada pasien dewasa dan anak. Tetapi ada beberapa dari kasus tersebut ada dugaan dari dokter yang merawat dengan diagnosa pembanding sebagai leptospira atau malaria sehingga terdapat beberapa pemeriksaan yang berada diluar dan merupakan varian dari tindakan pemeriksaan tersebut. Adapun hasilnya adalah :

Tabel 6.10. Pemeriksaan laboratorium pasien dewasa dan anak pada kasus DBD dengan menggunakan ICP di RSUD Cengkareng

KRITERIA	PEMERIKSAAN LABORATORIUM INTI	PEMERIKSAAN LABORATORIUM TAMBAHAN
D E W A S A	- Hema I (Terdiri dari Hemoglobin, Hematokrit, Leukosit, Trombosit)	SGOT
		SGPT
		Malaria
		CRP
		Urin Sedimen
		Ureum dan Kreatinin
A N A K	Hema I (Terdiri dari Hemoglobin, Hematokrit, Leukosit, Trombosit)	Tidak ada

Catatan : Jumlah penderita DBD 116 orang

BAB 7

KESIMPULAN DAN SARAN

7.1. Kesimpulan

Dari penelitian ini diambil data pasien yang dirawat dengan DBD dari tanggal 1 Januari 2008 sampai 31 Oktober 2008 di RSUD Cengkareng berjumlah 838 orang. Akan tetapi pada penelitian ini hanya diambil pada pasien yang dirawat di kelas III saja, yaitu sebanyak 271 pasien karena :

1. Apabila pelaksanaan pelayanan yang dilakukan oleh tim kesehatan di kelas III sudah baik maka diharapkan dengan sendirinya pelaksanaan pelayanan pasien dikelas II, kelas I , Utama dan VIP dengan tarif yang lebih mahal diharapkan jauh lebih baik.
2. Biaya pelayanan pasien DBD kelas III ditanggung oleh pemerintah (Dinkes DKI)

Dari 271 pasien yang dirawat setelah dilakukan penelitian maka dipilah data pasien tersebut dimana pasien yang diambil hanya pasien dengan diagnosis DBD saja, tidak dengan penyakit lainnya karena variasi yang timbul pada lembaran ICP yang ada begitu variatif bila menyertai penyakit lainnya.

Setelah dipilah maka data dari 271 pasien yang murni dengan diagnosis DBD adalah :

1. 116 orang, yang terdiri dari 61 orang dewasa dan 55 orang anak anak
2. Dari 116 orang pasien terdapat 9 pasien yang dirawat inap masuk melalui poliklinik dan 107 pasien yang masuk rawat inap melalui UGD.

Dengan data tersebut diatas maka dapat disimpulkan :

1. Implementasi ICP pada kasus DBD di RSUD Cengkareng pada dasarnya sudah berjalan cukup baik, hal ini dapat dibuktikan dengan beberapa hal seperti :
 - a. Tindakan menjadi lebih terstandar
 - b. Pelayanan menjadi lebih standar sesuai dengan SOP dan terintegrasi
 - c. Jenis obat obatan dan jumlahnya yang digunakan menjadi terstandar
 - d. Jenis pemeriksaan menjadi terstandar
 - e. Lama rawat dirumah sakit menjadi jelas
 - f. Biaya yang dikeluarkan pasien menjadi lebih murah
 - g. Pengawasan oleh Head Nurse dalam pelaksanaannya menjadi lebih mudah dan terkontrol mengingat hal tersebut efektif dan efisiensi waktu
 - h. Pelaksanaan ICP pada kasus DBD membuat dokter, perawat dan penunjang menjadi lebih mudah memberikan pelayanan.
 - i. Implementasi pada ICP dapat terlihat dengan jelas waktu serta pembagian tugas dan wewenang, tanggung jawab dalam pelayanan tersebut terhadap pasien lebih jelas
 - j. Pasien pada nantinya bila sudah diambil kebijakan untuk ikut berpartisipasi mempunyai nilai lebih dan mendidik agar pasien lebih tahu dan mengerti tahapan penanganan pasien

k. Pasien dengan mudah membantu pengontrol pelayanan dan sesama petugas untuk saling mengingatkan karena urutannya apabila tidak dikerjakan akan terlihat jelas sehingga pengawasannya lebih mudah

2. Pada penelitian tersebut terjadi koordinasi. Koordinasi yang dimaksud adalah perihal pengaturan kegiatan sehingga tindakan tersebut tidak saling bertentangan satu sama lainnya. Indikator yang dilihat adalah adanya jadwal kegiatan dalam menangani pasien rawat inap. Terdapat 2 pasien dari 116 pasien yang diteliti dinilai tidak adanya jadwal kegiatan dalam menangani pasien rawat inap, sehingga tingkat koordinasi yang terjadi presentasinya adalah sebesar 98 %.

3. Pada penelitian tersebut terjadi pula komunikasi. Komunikasi yang dimaksud adalah pengiriman dan penerimaan pesan antara dua orang atau lebih sehingga pesan yang dimaksud dapat dipahami. Indikatornya adalah adanya catatan mengenai pengiriman dan penerimaan pesan dalam memberikan pelayanan. Terdapat 8 pasien dari 116 pasien yang diteliti dinilai tidak adanya catatan mengenai pengiriman dan penerimaan pesan dalam menangani pasien rawat inap, sehingga tingkat Komunikasi yang terjadi presentasinya adalah sebesar 93 %.

4. Pada penelitian tersebut terjadi pula kontinuitas. Kontinuitas yang dimaksud adalah Kelangsungan kelestarian dimana terjadi hubungan yang tidak terputus atau keadaan yang tetap seperti semula. Indikatornya adalah adanya catatan mengenai pelayanan yang diberikan dan tidak terputus.

Terdapat 42 pasien dari 116 pasien yang diteliti dinilai catatan mengenai pelayanan yang diberikan dan terputus dalam menangani pasien rawat inap. Kontinuitas yang terjadi sesungguhnya tidak murni karena bila dilihat dari hasil penelitian tersebut maka terjadi 42 pasien yang ditangani tidak oleh satu orang dokter spesialis sehingga aspek medika legal yang terjadi apabila dilihat setiap pasien harus diperiksa oleh dokter ownernya akan tetapi hal ini dilakukan oleh 2 atau 3 dokter. Hal ini akan berdampak terhadap etik, mediko legal aspek, dan hak pasien yang sesungguhnya. Dari dari tersebut maka dari kontinuitas yang terjadi sesungguhnya adalah tidak murni, maka hanya 53 % Hal tersebut terjadi karena :

- a. Tidak visitnya dokter umum lantai pada saat penerimaan pasien baru yang mengakibatkan terputusnya pelayanan yang berdampak buruk atau bisa mengakibatkan pelayanan menjadi buruk
- b. Terputusnya pelayanan yang dilakukan oleh perawat pada penelitian tersebut dan hal ini dikarenakan oleh penggunaan tenaga part timer sebagai bantuan tenaga perawat yang mengakibatkan tidak memahami cara penggunaan dan pengisian lembar ICP yang digunakan dalam penanganan pasien DBD.
- c. Penanganan pasien oleh dokter spesialis dilakukan oleh 2 atau 3 orang dokter spesialis dikarena dokter tersebut adalah dokter

paruh waktu dan hanya datang memvisit pasien sesuai dengan jadwal poliklinik yang ada.

5. Pada penelitian tersebut terjadi kolaborasi. Kolaborasi yang dimaksud adalah Kerjasama kegiatan yang dilakukan bersama dari beberapa bidang ilmu dalam memberikan pelayanan untuk mencapai hasil tujuan. Indikator yang dilihat adalah adanya catatan mengenai kerja sama dari berbagai bidang ilmu dalam memberikan pelayanan untuk tujuan peningkatan kualitas pelayanan. Terdapat 8 pasien dari 116 pasien yang diteliti dinilai tidak adanya catatan mengenai kerja sama dari berbagai bidang ilmu dalam memberikan pelayanan untuk tujuan peningkatan kualitas pelayanan dalam menangani pasien rawat inap, sehingga tingkat kolaborasi yang terjadi presentasinya adalah sebesar 93 %.
6. Dari 116 orang pasien yang dirawat terdapat angka lama rawat (LOS) dari 2 sampai 8 hari dimana dilihat dari resume pasien pulang maka
 - a. Pasien yang dirawat dengan lama rawat < dari 3 hari dengan diagnosa pulang adalah DD
 - b. Pasien yang dirawat dengan lama rawat 4 – 6 hari dengan diagnosa pulang adalah DBD
 - c. Pasien yang dirawat dengan lama rawat 7 – 8 hari dengan diagnosa pulang adalah DSS
7. Dari 116 pasien yang diteliti maka
 - a. Pasien yang dirawat < 3 hari berjumlah 11 orang

- b. Pasien yang dirawat 4 – 6 hari berjumlah 101 orang
 - c. Pasien yang dirawat 7 – 8 hari berjumlah 4 orang
8. Dari data yang diteliti maka biaya rawat rata rata perhari untuk kasus DBD lebih murah jika dibandingkan dengan beberapa RSUD.
 9. Dari data yang diteliti maka lama rawat rata rata untuk kasus DBD lebih cepat jika dibandingkan dengan beberapa RSUD.
 10. Dari data yang diteliti maka standar obat obat yang dipakai untuk kasus DBD pada pasien dewasa dan anak dengan menggunakan ICP di RSUD Cengkareng lebih sederhana.
 11. Dari data yang diteliti maka standar pemeriksaan laboratorium yang dipakai untuk kasus DBD pada pasien dewasa dan anak dengan menggunakan ICP di RSUD Cengkareng lebih sederhana.
 12. Dari penelitian tersebut dapat dilihat maka dengan menggunakan ICP dapat dilihat 4 C yang terjadi pada proses pelayanan adalah komunikasi, kolaborasi, kontuinity dan koordinasi dapat membuat pelayanan menjadi lebih baik. Hal ini dapat dibuktikan proses yang dilakukan dapat dikontrol menjadi lebih mudah sehingga menghasilkan kualitas pelayanan yang lebih baik.
 13. Dengan ICP yang digunakan maka pendokumentasian dan pencatatan mengenai status pelayanan pasien menjadi lebih baik dan teratur karena pencatatan pelayanan pasien dilakukan secara kronologis dari waktu ke waktu dan setiap hari dengan jelas sehingga lebih praktis dan lebih mudah pengawasannya.

7.2. Saran

7.2.1. Saran untuk Rumah Sakit

Walaupun pelayanan yang digunakan pada DBD dengan ICP sudah berjalan cukup baik akan tetapi masih perlu dievaluasi mengenai format ICP sendiri. Dengan penelitian ini dapat diusulkan :

1. Masih perlu revisi mengenai format template ICP karena kolom penulisannya begitu kecil sehingga menyulitkan petugas untuk menulis, akibatnya ada petugas yang menulis dilembaran catatan pasien sehingga berdampak evaluasinya agak sulit.
2. Perlu adanya pembagian lebih lanjut untuk template ICP karena dari hari ke hari dengan perkembangan penyakit maka template dipisah antara kasus DD, DBD serta DSS. Hal tersebut memperjelas penata pelaksanaannya.
3. Perlu adanya tambahan kolom hasil laboratorium untuk pemantauan dimana petugas dapat dengan segera bertindak apabila ada indikasi kearah shock.
4. Perlu membuat kesinambungan pada kasus DBD yang shock dan dirawat di ruangan ICU karena setelah kembali ke ruangan biasa seakan akan kesinambungan cerita penanganan terhenti.
5. Perlu dibuat revisi mengenai template yang mencantumkan pemeriksaan dan obat yang jelas sehingga diluar dari itu dapat dikategorikan menjadi varian atau tambahan

6. Perlu dibedakan template antara ICP dewasa dan anak karena penanganan pemberian cairan dewasa dan anak terjadi perbedaan yang cukup jelas
7. Adanya sosialisasi rutin kepada setiap pegawai misalnya dokter dan perawat karena sering terjadi pergantian atau pegawai baru seperti dokter dan perawat, dan hal tersebut membuat pelaksanaan ICP tidak bisa berjalan dengan baik karena mereka belum memahami penggunaan formulir tersebut.
8. Perlu revisi rutin mengenai template ICP dan duduk bareng antara orang-orang yang terkait seperti perawat, dokter, farmasi dan laboratorium. Misalnya setahun sekali atau 2 tahun sekali.
9. Penulisan mengenai status pasien tidak perlu dilakukan ulang antara ICP dan catatan status pasien sehingga penulisan tersebut membebankan dokter.
10. Bila mungkin bagian penunjang yang terlibat harus mengisi template ICP sendiri tanpa perantara perawat karena hal tersebut membuat rasa keterlibatan dan tanggung jawabnya lebih baik.
11. Bila mungkin untuk kedepannya template ICP dapat melibatkan pasien sehingga pasien bisa mandiri, menambah pengetahuan pasien dan mengetahui dengan benar tahapan penanganannya sehingga memudahkan petugas, walaupun disisi lain dapat menjadi bumerang baut petugas. Akan tetapi dengan niat yang baik dan jelas maka semuanya akan berjalan dengan baik pula.

12. Perlunya peraturan yang lebih jelas mengenai status dokter yang bertugas di rumah sakit dengan kewajibannya yang jelas dimana setiap dokter yang mempunyai pasien rawat inap harus melakukan visit pasiennya setiap hari agar proses pelayanan yang terjadi kontinuitasnya dapat berjalan dengan baik dan aspek etik mediko legal serta hak pasien untuk mendapat pelayanan lebih baik. Dampak dari hal tersebut membuat pasien menjadi puas akan pelayanan yang diberikan.

7.2.2. Saran untuk Dinkes DKI

Perlu dikembangkan pola pelayanan penanganan pasien DBD yang dirawat di rumah sakit umum daerah secara serempak mengingat pasien yang ditangani dengan kasus tersebut setiap hari jumlahnya banyak dan hampir dapat dikatakan tidak berhenti dari tahun ke tahun. Dengan data seperti itu maka perlu disikapi untuk pencegahan kasus penanggulangan DBD dilindungi dan untuk pasien yang dirawat di rumah sakit dibuat kesepakatan bersama dengan menggunakan ICP sehingga biaya yang digunakan dapat terkontrol dan pasien yang dapat ditangani menjadi lebih banyak dan jiwa jiwa yang terselamatkan menjadi lebih banyak lagi dan mudah diaudit.

7.2.3. Saran untuk Asuransi

Dengan menggunakan ICP pada kasus ini dapat dibuktikan bahwa pelayanan yang dilakukan seperti pada kasus DBD dapat efisiensi sehingga biaya yang digunakan dapat minimal dan asuransi dengan mudahnya melihat dan melakukan kontrol. Sehingga tidak ada lagi kecurigaan over utilisasi atau over treatment. Kedepannya dengan bertambahnya kasus yang ada semoga dapat dibuatkan template ICP untuk kasus kasus yang lain sehingga kepercayaan asuransi terhadap pelayanan rumah sakit dapat meningkat.

7.2.4. Saran untuk Pasien

Dengan adanya ICP maka pasien dari hari ke hari dapat belajar dan lebih kooperatif serta mengerti tentang penanganan penyakitnya. Diharapkan dengan pelaksanaan pelayanan menggunakan ICP pasien bisa lebih melibatkan diri dan memahami tentang rencana tindakan dan pengobatan yang akan dilakukan untuk dirinya sehingga keluhan mengenai malpraktek dapat diperkecil.

DAFTAR PUSTAKA

1. Munandar A.S. Pengantar Kuliah Psikologi Industri 1. Jakarta :Penerbit Karunika. 1995
2. Loudon D.L, Bitta A.J.D. Costumer Behavior. New York: McGraw-Hill Inc. 1993
3. Andri Steven Tjong. Perubahan Paradigma ke arah Budaya Melayani dalam Pelayanan Prima di RS. Jurnal MARS vol.5 no I Januari 2004
4. Astuti Y. dan Monzona R. Peran Pimpinan Rumah Sakit dalam Costumer Focus. Jurnal MARS vol.5 no I Januari 2004
5. Dewi R. Pelayanan Rumah Sakit yang berkarakter. Jurnal MARS vol.5 no I Januari 2004
6. Ooi J. Technology Can't Do Everything. Malaysian Bussiness, January 2003. Precision Engineering for World Market. journal, February 2003
7. Moran M. *The British regulatory state: high modernism and hyper-innovation*. Oxford: Oxford University Press, 2003.
8. O'Neill O. *A question of trust*. Cambridge: Cambridge University Press, 2002.
9. Rosen R, Dewar S. *On being a doctor: redefining medical professionalism for better patient care*. London: King's Fund, 2004.
10. Veloski JJ, Fields SK, Boex JR, Blank LL. Measuring professionalism: a review of studies with instruments reported in the literature between 1982 and 2002. *Acad Med* 2005;**80**:366–70.

11. Tallis R. *Hippocratic oaths: medicine and its discontents*. London: Atlantic, 2004.
12. Cruess RL, Cruess SR, Johnston SE. Professionalism: an ideal to be sustained. *Lancet* 2000;**356**:156–69.
13. O'Day R. *The professions in early modern England 1450–1800*. London: Pearson, 2000.
14. Rawlins MD. No use pretending that NHS resources are infinite. *The Times*, 8 October 2005:22.
15. Blank L, Kimball H, McDonald W, Merino J *et al*. Medical professionalism in the new millennium: a physician charter 15 months later. *Ann Intern Med* 2003;**138**:839–41.
16. Jotkowitz AB, Glick S. The physician charter on medical professionalism: a Jewish ethical perspective. *J Med Ethics* 2005;**31**:404–05.
17. Downie RS. Professions and professionalism. *J Philosophy Educ* 1990;**24**:147–59.
18. Benatar SR. The meaning of professionalism in medicine. *SAMJ* 1997;**87**:427–31.
19. Irvine D. The performance of doctors: the new professionalism. *Lancet* 1999; **353**: 1174–7.
20. Swick HM. Toward a normative definition of medical professionalism. *Acad Med* 2000;**75**:612–16.
21. Surdyk PM, Lynch DC, Leach DC. Professionalism: identifying current themes. *Curr Opin Anaesthesiol* 2003; **16**: 597–602.

22. Van De Camp K, Vernooij-Dassen MJFJ, Grol RPTM, Bottema BJAM. How to conceptualise professionalism: a qualitative study. *Med Teacher* 2004;26:696–702.
23. Department of Health. *Creating a patient-led NHS. Delivering the NHS improvement plan*. London: DH, 2005.
24. Galen. *The art of medicine. Selected works*. Oxford: Oxford University Press, 1997: 345–96.
25. Emanuel EJ, Emanuel LL. What is accountability in healthcare? *Ann Intern Med* 1996;124:229–39.
26. O'Neill O. Accountability, trust, and informed consent in medical practice and research. *Clin Med* 2004;4:269–76.
27. Cogan ML. Toward a definition of profession. *Harvard Educ Rev* 1953;23:33–50.
28. Mackenbach JP. On the survival of the altruistic trait in medicine: is there a link with the placebo effect? *J Clin Epidemiol* 2005;58:433–5.
29. Horton R. Rediscovering human dignity. *Lancet* 2004;364:1081–5.
30. General Medical Council. *The duties of a doctor registered with the General Medical Council*. London: GMC, 2002.
31. Armstrong D. Clinical autonomy, individual and collective: the problem of changing doctors' behaviour. *Soc Sci Med* 2002;55:1771–7.
32. Farber NJ, Gilibert SG, Aboff BM, Collier VU *et al*. Physicians' willingness to report impaired colleagues. *Soc Sci Med* 2005;61:1772–5.

33. Straus SE, Wilson K, Rambaldini G, Lin Y *et al.* Severe acute respiratory syndrome and its impact on professionalism: qualitative study of physicians' behaviour during an emerging healthcare crisis. *BMJ* 2004;**329**:83–5.
34. Stephenson T. Is management the next medical registration minefield? *Bull R Coll Pathol* 2005;**132**:1–2.
35. Brennan TA. Physicians' professional responsibility to improve the quality of care. *Acad Med* 2002;**77**:973–80.
36. Federation of Royal Colleges of Physicians of the UK. *Good medical practice for physicians*. London: Federation of Royal Colleges of Physicians of the UK, 2004.
37. Gruen RL, Pearson SD, Brennan TA. Physician-citizens – public roles and professional obligations. *JAMA* 2004;**291**:94–8.
38. Owens P, Carrier J, Horder J. *Interprofessional issues in community and primary health care*. London: Macmillan, 2004.
39. Reeves S, Lewin S. Interprofessional collaboration in the hospital: strategies and meanings. *J Health Serv Res Policy* 2004;**9**:218–25.
40. Chantler C. *The second greatest benefit to mankind*. Harveian Oration, 2002. London: Royal College of Physicians, 2002.
41. Wass V. Ensuring medical students are 'fit for purpose'. *BMJ* 2005;**331**:791–2.

42. Hilton SR, Slotnick HB. Proto-professionalism: how professionalisation occurs across the continuum of medical education. *Med Educ* 2005;**39**:58–65.
43. Jorm C, Kam P. Does medical culture limit doctors' adoption of quality improvement? Lessons from Camelot. *J Health Serv Res Policy* 2004;**9**:248–51.
44. Irvine D. Doctors in the UK: their new professionalism and its regulatory framework. *Lancet* 2001;**358**:1807–10.
45. Brennan TA, Horwitz RI, Duffy DF, Cassel CK *et al.* The role of physician specialty board certification status in the quality movement. *JAMA* 2004;**292**:1038–43.
46. Bury M. Researching patient-professional interactions. *J Health Serv Res Policy* 2004; (Suppl 1):48–54.
47. Epstein RM, Hundert EM. Defining and assessing professional competence. *JAMA* 2002;**287**:226–35.
48. Arnold L. Assessing professional behaviour: yesterday, today, and tomorrow. *Acad Med* 2002;**77**:502–15.
49. Peters J, McManus IC, Hutchinson A. Good medical practice: comparing the views of doctors and the general population. *Med Educ* 2001; **35**(Suppl 1):52–9.
50. McManus IC, Winder BC, Gordon D. UK doctors' attitudes to the General Medical Council's performance procedures, 1997–99. *Med Educ* 2001;**35**(Suppl 1):60–69.

51. Schoen C, Osborn R, Huynh PT, Doty M *et al.* Primary care and health system performance: adults' experiences in five countries. *Health Affairs* (web exclusive: DOI10.1377/hithaff.W4.487).
52. Warnock M. Trust me, we must trust experts. *The Times*, 11 October 2004:16.
53. Sherifi J. 'We doctors work in a climate of fear'. *The Times T2*, 29 December 2004:4.
54. Smith J. Moving on: the medical profession after Shipman. *BMA News*, 16 July 2005:6.
55. Billen A. How to improve the NHS? Just complain more. *The Times T2*, 19 July 2005:6-7.
56. NHS 'still failing after Shipman'. *The Times*, 23 July 2005:37.
57. Hawkes N. Go-ahead for league tables of hospital death rate. *The Times*, 25 August 2005:1.
58. Mannion R, Davies HTO. Taking stock of social capital in the production of health care. *J Health Serv Res Policy* 2005;10:129-30.
59. Blanchard K & Lober A. *Manajer Satu Menit dalam Praktek Sehari-hari*. Jakarta, Binarupa Aksara 1994.
60. Charney C. *The Instant Manager Rahasia Menjadi Manajer yang Handal*. Batam, Interaksa, 1998.
61. Davidson JD & Lord Rees-Mogg. *The Great Reckoning*. New York: Simon & Schuster Inc. 1993

62. Direktorat Jenderal Pelayanan Medik Departemen Kesehatan RI. Buku Saku, Informasi Rumah Sakit, Edisi Tahun 1997. Jakarta, 1997.
63. Hellriegel D & Slocum JW. Management 6th edition. New York: Addison- Wesley Publishing Co. 1992
64. Hidayat Hardjoprawito. Falsafah Nilai Baru dalam Manajemen Kesehatan disampaikan pada Kongres PERSI VII 1996- Jakarta.
65. Ingerani. Respon strategis terhadap liberisasi jasa kesehatan. Disampaikan pada Kongres ke VII PERSI, 1996.
66. Jansen h Sinamo. Creating Value Through Innovation. Wacana Mahardika No. 05 1998.
67. John R Griffith. The Well-Managed Community Hospital. Michigan: Health administration Press 1987.
68. Joly D & Gerbaud I. Hospital of Tomorrow. Geneve: WHO, 1992.
69. Koontz H & Weirch H. Essential of Management, 5th edition. New York McGraw-Hill Publishing Co. 1992.
70. Leedov W, Scott G. Health Care Managers in Transition. Sanfransisco: Josey Boss Publisher 1990.
71. Naisbitt J & Abuderne P. Megatrend 2000. Terjemahan Binarupa AksaraJakarta, 1990.
72. Rowland H & Rowland OL. Hospital Administration Handbook. Maryland : An Aspen Publication, 1984.
73. Spiers J. Empowering Patients to Improve Health Care. Hospital Management International 1997 : 53-5.

74. Tjandra Yoga Aditama, Yudanarso Dawud. Manajemen Pelayanan Penunjang Medik. Medika 1996; 2:81-5.
75. Tjandra Yoga Aditama, Yudanarso Dawud. Mutu Pelayanan Rumah Sakit. Medika 1997; 3: 76-81
76. Tjandra Yoga Aditama. Dokter di Rumah Sakit. Medika 1998;4:266-9.
77. Tjandra Yoga Aditama. Rumah Sakit Masa Datang. Suara Pembaharuan. 10 Januari 1998.
78. Wehrich H & Koontz H. Management a Global Perspective. New York: McGraw Hill Inc., 1994.
79. Willan JA. Hospital Management. London : Macmillan Education Ltd., 1990.
80. Winardi. Kepemimpinan Dalam Manajemen. Jakarta: Bineka Cipta 1990.
81. Yu J. Hospital & It's Community. Hospital Management International 1998.
82. Campbell H, Hotchkiss R, Bradshaw N, Porteous M. Integrated care pathways. BMJ. 1998 Jan 10;316(7125):133-7
83. Soeparman, Ilmu Penyakit Dalam 1987. Penerbit Balai Penerbit FKUI
84. Kamus Besar Bahasa Indonesia, edisi IV 2008 .Penerbit Gramedia.
85. Chairulsjah, Langkah langkah dan sistem yang mendukung penyusunan ICP di rumah sakit, Makalah Permapkin, 2009.
86. Chairulsjah, " Integrated Care Pathway ", Makalah Permapkin, 2009
87. Chairulsjah, How do you develop implementation an Integrated Care Pathway, Makalah Permapkin, 2009

88. Chairulsjah, Integrated Care Pathway, A guide to good practice, Culture Human dimension of Change, Makalah Permapkin, 2009
89. Chairulsjah, Menyusun projek program ICP di rumah sakit (organisasi, kebijakan, strategi, system, proses), Makalah Permapkin, 2009
90. Chairulsjah, The role of Integrated Care Pathway in Improving patient outcomes , A Guide for policymakers, Makalah Permapkin, 2009
91. Chairulsjah, Understanding Integrated Care Pathway, Improving the Patient Journey (Process mapping – Analysing the patient journey), Makalah Permapkin, 2009
92. Chairulsjah, Variance and Variance tracking – Continuous review and Improvement, Makalah Permapkin, 2009
93. Mr. Gordon Deans, Involving patient in pathway development and implementation, and using pathways as a patient empowerment tool, Journal Integrated Care Pathway Stockport Hospital NHS Trust, 2004.
94. Mr. Colon Howie, Developing ICP in Orthopedics, Journal Integrated Care Pathway Lothian University NHS Trust, 2004.
95. Miss Helen Chave, ICP in surgery : a step by step guide, Journal Integrated Care Pathway Salisbury Hospital NHS Trust, 2004.
96. Sian Jones, Barriers to ICP development, Journal Integrated Care Pathway Cardiff and Vale NHS, 2004.
97. Nicola Davis and Debbie Doig Evans, Managing Change and changing Culture. Journal Integrated Care Pathway Conwy and Delbigshire NHS Trust, 2004.

98. Crispin walkling – Lea, Developing ICP in paediatrics child health, Journal Integrated Care Pathway Great Ormond street Hospital NHS Trust, 2004
99. Dr. Winkie Johal, Developing ICP in obstetrics and gynaecology, Journal Integrated Care Pathway Ipswich Hospitals NHS Trust, 2004.
100. Sue Simpon, Developing ICP in emergency care, Journal Integrated Care Pathway Queen Elizabeth Hospital NHS Trust, 2004.
101. Dr. Nick Gaunt, Integrated Care Pathways with the National Informatics Technologi agenda, Journal Integrated Care Pathway South an West Devon Health Authority, 2004
102. Jen Guezo, Key Issues for ICP Managers Chair, Journal Integrated Care Pathway Board of Health, Guernsey 2004
103. Mr. Hakim Ben Younes, Developing ICP to Support patient undergoing surgery, Journal Integrated Care Pathway, Lanarshire acute Hospital NHS Trust, 2004
104. Lynn Beun, Developing Education and training programmes, Journal Integrated Care Pathway, Brighton Healthcare NHS Trust, 2004
105. Chairulsjah, “ Clinical Governance “ bahan kuliah FKM UI, Februari 2006
106. John Ovretviet, Jasa kualitas Kesehatan, 1992.
107. Vincent Gospel, Total Quality Management, 2000.

JOB DESKRIPSI

NAMA JABATAN : HEAD NURSE
BERTANGGUNG JAWAB KEPADA : SUPERVISOR
JABATAN BAWAHAN LANGSUNG : SHIFT CHARGE NURSE
TUGAS DAN TANGGUNG JAWAB :

1. Bekerjasama dan berkomunikasi dengan baik dengan seluruh bagian terkait, klien, dan dokter serta menciptakan lingkungan kerja yang baik dan kondusif .
2. Melakukan pengawasan terhadap sarana dan prasarana di lantai yang menjadi supervisinya agar selalu dalam keadaan siap pakai.
3. Melakukan pengawasan terhadap inventaris alat yang terdapat di lantai yang menjadi supervisinya .
4. Membuat jadwal dinas personel yang menjadi bawahannya.
5. Melakukan pendistribusian dan pendelagasian kerja bagi personel yang berada di bawah supervisinya.
6. Melakukan pengawasan terhadap bagian logistik unit perawatan yang berada di bawahnya.
7. Melakukan pengawasan dalam hal terciptanya pelayanan keperawatan yang berkualitas dan sesuai dengan standard serta mengevaluasinya.
8. Memastikan bahwa seluruh kegiatan yang berlangsung di lantai sesuai dengan standar yang berlaku.
9. Melakukan penilaian prestasi kerja perawat di bawahnya dan menentukan kriteria perawat di unitnya.
10. Membuat usulan kebutuhan akan alat kesehatan yang diperlukan .
11. Membuat laporan bulanan.
12. Menyelesaikan masalah keperawatan yang terjadi di unit dibawah supervisinya.
13. Mengusulkan promosi, rotasi, dan peningkatan pendidikan bagi perawat.



RSUD Cengkareng



Nama :
Jenis Kelamin : L / P

Tanggal Lahir :
Umur :

No. Rekam Medik :
Dokter :

GRAPHICS CHART

Diagnosa :

Hospitalization																										
RR (x/mnt)	PULSE (x/mnt)	TEMP (°C)	AM	PM	N	N																				
0	160	41																								
0	140	40																								
0	120	39																								
0	100	38																								
0	80	37																								
0	60	36																								
BLOOD PRESSURE (mmHg)																										
VFD / TRANFUSION																										
SURGERY																										
DIET																										
ORAL	DOSE																									
INJECTION																										
DOSE																										



RSUD Cengkareng



Nama :

Jenis Kelamin : L / P

Tanggal Lahir :

Umur :

No. Rekam Medik :

Dokter :

DAFTAR OBAT

NRS/04/13 Rev.0

Diagnosa Medis :

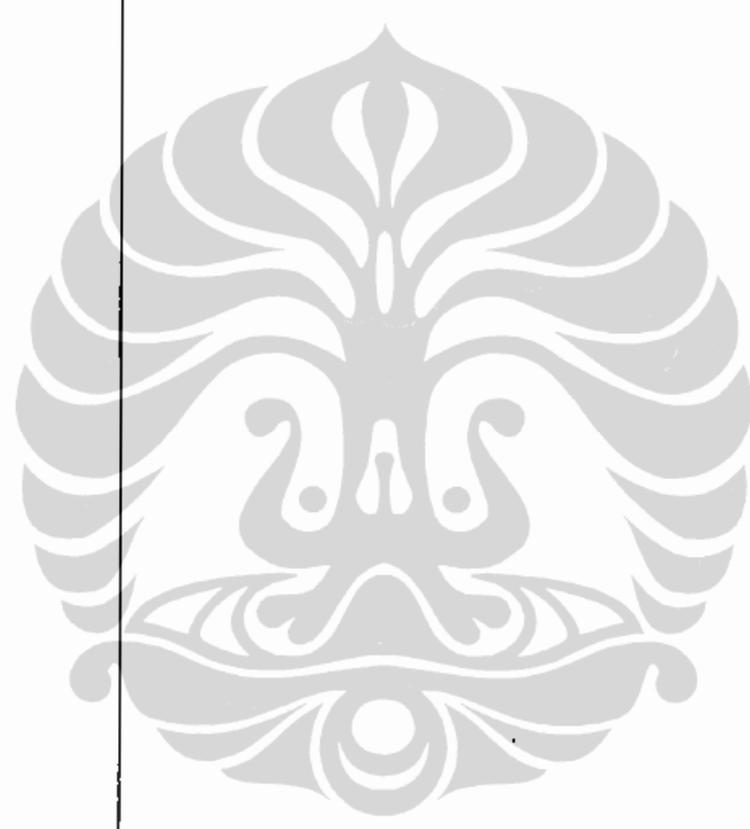
Tanggal masuk RS :

NS / No. Bed :

NO	NAMA OBAT	ISI	DOSIS	RUTE	TGL:	TGL:	TGL:	TGL:	TGL:	TGL:
1					03	13	08			
2										
3										
4										
5										
6										
7										
8										
NAMA NURSE										
NO	NAMA OBAT	ISI	DOSIS	RUTE	TGL:	TGL:	TGL:	TGL:	TGL:	TGL:
1										
2										
3										
4										
5										
NAMA NURSE										
NO	NAMA OBAT	ISI	DOSIS	RUTE	TGL:	TGL:	TGL:	TGL:	TGL:	TGL:
1										
2										
3										
4										
5										

RSUD Cengkareng 	Nama Sendiri :	Umur :	P / L	No. Rekam Medik :
---	----------------	--------	-------	-------------------

CATATAN PERKEMBANGAN PASIEN

Catatan Perawat (Tuliskan Nama Perawat)	Catatan Dokter (Tuliskan Nama Dokter)
	<p>Tanggal : Jam</p> 

REKAP BIAYA FARMASI

Nama Pasien	M F An	Nama Penanggung Jawab	S Tn
Alamat	83-49-17		
Nama Dokter	Idr SpA		
Bed	33402	Kelas	3
Mar	Manggis - 334	Blok	Manggis

No	Nama Farmasi	Satuan	Harga Satuan	Vol	Sub Total
1	Ecosol RL	Kolf	9,969	7	69,783
2	Lacto B Sachet	Sachet	3,163	5	15,815
3	Paracetamol Syr 60 ml	Fls	2,156	1	2,156
Sub Total Biaya Farmasi					87,754
Total Biaya Farmasi					87,754

REKAP BIAYA FARMASI

Nama Pasien I An		Nama Penanggung Jawab	B S Ny
.RM	90-92-16		
Nama Dokter	A dr.SpA		
.Bed	33407	Kelas	3
mar	Manggis - 334	Blok	Manggis

No	Nama Farmasi	Satuan	Harga Satuan	Vol	Sub Total
1	Antasida DOEN Syr 60 ml	Fls	3,304	1	3,304
2	Ranitidin amp 25mg/ml	Amp	2,751	5	13,755
3	RL infus 500 ml	Kolf	10,476	19	199,044
4	Sprit 3 cc Therumo	Pcs	2,351	1	2,351
5	Sprit 5 cc Therumo	Pcs	2,784	3	8,352
6	Vit B Comp Tablet	Tablet	81	6	486
Sub Total Biaya Farmasi					227,292
Total Biaya Farmasi					227,292

REKAP BIAYA FARMASI

Nama Pasien A W Tn	Nama Penanggung Jawab	M T S Ny
.RM 05-62-17	Jawab	
Nama Dokter R dr SpPD	Kelas	3
.Bed 33406	Blok Manggis	
mar Manggis - 334		

No	Nama Farmasi	Satuan	Harga Satuan	Vol	Sub Total
1	Ecosol G5	Kolf	9,213	1	9,213
2	Ecosol RL	Kolf	9,969	20	199,380
3	Makroset (Infus set makro)	Pcs	13,938	1	13,938
4	Paracetamol tablet 500 mg	Tablet	88	16	1,408
5	Ranitidin tablet 150 mg	Tablet	250	10	2,500
6	Ranitidin amp 25mg/ml	Amp	3,162	12	37,944
7	Sprit 3 cc Therumo	Pcs	2,351	10	23,510
8	Sprit 5cc Therumo	Pcs	2,784	5	13,920
9	Venflon 2 no.20 G	Pcs	28,600	2	57,200
10	Venflon 2 no.22 G	Pcs	26,000	2	52,000
Sub Total Biaya Farmasi					411,013
Total Biaya Farmasi					411,013

REKAP BIAYA FARMASI

Nama Pasien	D A P An	Nama Penanggung Jawab	B Tn
RM	26-78-17		
Nama Dokter	D dr.SpA		
Bed	33305	Kelas	3
Mar	Manggis - 333	Blok Manggis	

No	Nama Farmasi	Satuan	Harga Satuan	Voi	Sub Total
1	Antasida DOEN Syr 60 ml	Fls	3,323	2	6,646
2	Ecosol RL	Kolf	9,969	18	179,442
3	Paracetamol tablet 500 mg	Tablet	88	14	1,232
4	Ranitidin amp 25mg/ml	Amp	3,162	10	31,620
5	Sprit 3 cc Therumo	Pcs	2,351	10	23,510
6	Sprit % cc Therumo	Pcs	2,784	2	5,568
7	Venflon 2 No.22 G	Pcs	26,000	2	52,000
8	Vitamin B Comp Tablet	Tablet	81	10	810
Sub Total Biaya Farmasi					300,828
Total Biaya Farmasi					300,828

REKAP BIAYA FARMASI

Nama Pasien	R Tn	Nama Penanggung M Y Ny			
RM	13-15-17	Jawab			
Nama Dokter	R dr SpPD				
Bed	33403	Kelas	3		
War	Manggis - 334	Blok Manggis			
No	Nama Farmasi	Satuan	Harga Satuan	Vol	Sub Total
1	Cedantron amp 4mg/2ml	amp	22,314	2	44,628
2	Ecosol RL	Kolf	9,969	1	9,969
3	Lesichol kapsul 300 mg	Kapsul	8,938	10	89,380
4	Paracetamol tab 500 mg	Tablet	88	6	528
5	Ranitidin tab 150 mg	Tablet	250	15	3,750
6	Ranitidin amp 25 mg/ml	Amp	3,164	3	9,492
7	RL 500 ml	Kolf	10,476	4	41,904
8	Sprit 5 cc Therumo	Pcs	2,784	6	16,704
Sub Total Biaya Farmasi					216,355
Total Biaya Farmasi					216,355

TAGIHAN RAWAT INAP

No. Pasien	I An	Nama Penanggung Jawab	B Tn
RM	69-01-17		
Nama Dokter	A dr.SpA		
Bed	33506	Kelas	3
Ward	Manggis - 335	Blok	Manggis

No	Deskripsi Pelayanan	Harga Satuan	Vol	Sub Total
1	Biaya Administrasi Ranap	50,000	1	50,000
2	Biaya Tindakan dasar	100,000	1	100,000
3	Hema I (Hb+Ht+Leko+Tromb)	35,000	9	315,000
4	Kamar kelas 3 / hari	50,000	5	250,000
5	Visite Dokter	-	4	-
6	Total biaya farmasi	-	0	232,941
				-
				-

Sub Total Tagihan Bed	947,941
------------------------------	----------------

Urutan Pembayaran Deposit Tunai 0 Kartu Kredit 0	Sub Total Tagihan 947,941 Subsidi Rumah Sakit 0 Total Tagihan 947,941 Total Deposit 0 Biaya yang harus dibayar 947,941
--	---

TAGIHAN RAWAT INAP

Nama Pasien	Y S An	Nama Penanggung Jawab	Y Ny
M	21-54-16		
Nama Dokter	D dr.SpA		
Bed	33302	Kelas	3
Bar	Manggis - 333	Blok	Manggis

No	Deskripsi Pelayanan	Harga Satuan	Vol	Sub Total
1	Biaya Administrasi Ranap	50,000	1	50,000
2	Biaya Tindakan dasar	100,000	1	100,000
3	Hema I (Hb+Ht+Leko+Tromb)	35,000	7	245,000
4	Kamar kelas 3 / hari	50,000	4	200,000
5	Visite Dokter		4	-
6	Total biaya farmasi			290,051

Sub Total Tagihan Bed	885,051
-----------------------	---------

Program Pembayaran Deposit Tunai 0 Kartu Kredit 0	Sub Total Tagihan 885,051 Subsidi Rumah Sakit 0 <hr/> Total Tagihan 885,051 Total Deposit 0 <hr/> Biaya yang harus dibayar 885,051
---	--

TAGIHAN RAWAT INAP

Nama Pasien	I An	Nama Penanggung Jawab	B S Ny
RM	90-92-16		
Nama Dokter	A dr.SpA		
Bed	33302	Kelas	3
Mar	Manggis - 333	Blok	Manggis

No	Deskripsi Pelayanan	Harga Satuan	Vol	Sub Total
1	Biaya Administrasi Ranap	50,000	1	50,000
2	Biaya Tindakan dasar	100,000	1	100,000
3	Hema I (Hb+Ht+Leko+Tromb)	35,000	6	210,000
4	Hema I (Hb+Ht+Leko+Tromb)	40,000	1	40,000
5	Kamar kelas 3 / hari	50,000	5	250,000
6	Visite Dokter		5	-
7	Total biaya farmasi	-		227,292
8				
9				
10				
11				
Sub Total Tagihan Bed				877,292

Pembayaran Deposit	Sub Total Tagihan	877,292
Tunai 0	Subsidi Rumah Sakit	0
Kartu Kredit 0	Total Tagihan	877,292
	Total Deposit	0
	Biaya yang harus dibayar	877,292

TAGIHAN RAWAT INAP

Nama Pasien	J An	Nama Penanggung Jawab	S Ny
.RM	60-15-17		
Nama Dokter	A dr.SpA		
.Bed	33302	Kelas	3
nar	Manggis - 333	Blok	Manggis

No	Deskripsi Pelayanan	Harga Satuan	Vol	Sub Total
1	Biaya Administrasi Ranap	50,000	1	50,000
2	Biaya Tindakan dasar	100,000	1	100,000
3	Hema I (Hb+Ht+Leko+Tromb)	35,000	6	210,000
4	Kamar kelas 3 / hari	50,000	5	250,000
5	Visite Dokter		6	-
6	Total biaya farmasi			596,960

Sub Total Tagihan Bed	1,206,960
------------------------------	------------------

Keterangan Pembayaran Deposit Tunai 0 Kartu Kredit 0	Sub Total Tagihan 1,206,960 Subsidi Rumah Sakit 0 Total Tagihan 1,206,960 Total Deposit 0 Biaya yang harus dibayar 1,206,960	
--	---	--

TAGIHAN RAWAT INAP

Nama Pasien	M F An	Nama Penanggung Jawab
RM	83-49-17	
Nama Dokter	I dr SpA	
Bed	33302	Kelas 3
Mar	Manggis - 333	Blok Manggis

No	Deskripsi Pelayanan	Harga Satuan	Vol	Sub Total
1	Biaya Administrasi Ranap	50,000	1	50,000
2	Biaya Tindakan dasar	100,000	1	100,000
3	Hema Lengkap	40,000	1	40,000
4	Hema I (Hb+Ht+Leko+Tromb)	35,000	7	245,000
5	Kamar kelas 3 / hari	50,000	7	350,000
6	Visite Dokter		6	-
7	Total biaya farmasi	-		87,753
8				
9				
10				
11				
Sub Total Tagihan Bed				872,753

Pembayaran Deposit	Sub Total Tagihan	872,753
Tunai 0	Subsidi Rumah Sakit	0
Kartu Kredit 0	Total Tagihan	872,753
	Total Deposit	0
	Biaya yang harus dibayar	872,753

TAGIHAN RAWAT INAP

No. Pasien	J Nn	Nama Penanggung Jawab	L Ny
No. RM	03-73-18		
Nama Dokter	S dr.SpPD		
No. Bed	33302	Kelas	3
Mar	Manggis - 333	Blok	Manggis

No	Deskripsi Pelayanan	Harga Satuan	Vol	Sub Total
1	ALAT/SGPT 37 C	30,000	1	30,000
2	ASAT/SGOT 37 C	30,000	1	30,000
3	Biaya Administrasi Ranap	50,000	1	50,000
4	Biaya Tindakan dasar	100,000	1	100,000
5	CRP	30,000	1	30,000
6	DHF Ig G & Ig M	155,000	1	155,000
7	Malaria	18,000	1	18,000
8	Hema I (Hb+Ht+Leko+Tromb)	35,000	4	140,000
9	Kamar kelas 3 / hari	40,000	5	200,000
10	Visite Dokter	15,000	5	75,000
11	Total biaya farmasi	-		288,316
Sub Total Tagihan Bed				1,116,316

Pembayaran Deposit	Sub Total Tagihan	1,116,316
Tunai 0	Subsidi Rumah Sakit	0
Kartu Kredit 0	Total Tagihan	1,116,316
	Total Deposit	0
	Biaya yang harus dibayar	1,116,316

TAGIHAN RAWAT INAP

Nama Pasien	R Tn	Nama Penanggung Jawab	M Y Ny
RM	13-15-17		
Nama Dokter	R dr.SpPD		
Bed	33302	Kelas	3
mar	Manggis - 333	Blok	Manggis

No	Deskripsi Pelayanan	Harga Satuan	Vol	Sub Total
1	ALAT/SGPT 37 C	30,000	1	30,000
2	ASAT/SGOT 37 C	30,000	1	30,000
3	Biaya Administrasi Ranap	50,000	1	50,000
4	Biaya Tindakan dasar	100,000	1	100,000
5	Kreatinin	30,000	1	30,000
6	Hema I (Hb+Ht+Leko+Tromb)	35,000	3	105,000
7	Kamar kelas 3 / hari	50,000	3	150,000
8	Lengkap (10 Parameter)	24,000	1	24,000
9	Sedimen	12,000	1	12,000
10	Ureum	30,000	1	30,000
11	Visite Dokter		2	-
12	Total biaya farmasi	-		216,355

Sub Total Tagihan Bed 777,355

Pembayaran Deposit	Sub Total Tagihan	777,355
Tunai 0	Subsidi Rumah Sakit	0
Kartu Kredit 0	Total Tagihan	777,355
	Total Deposit	0
	Biaya yang harus dibayar	777,355

TAGIHAN RAWAT INAP

Nama Pasien	S Tn	Nama Penanggung Jawab	S R Tn
RM	39-93-02		
Nama Dokter	R dr.SpPD		
Bed	33302	Kelas	3
mar	Manggis - 333	Blok	Manggis

No	Deskripsi Pelayanan	Harga Satuan	Vol	Sub Total
1	ALAT/SGPT 37 C	30,000	1	30,000
2	ASAT/SGOT 37 C	30,000	1	30,000
3	Biaya Administrasi Ranap	50,000	1	50,000
4	Biaya Tindakan dasar	100,000	1	100,000
5	Hema 1 (Hb+Ht+Leko+Tromb)	35,000	12	420,000
6	Kamar kelas 3 / hari	50,000	4	200,000
7	Visite Dokter		5	-
8	Total biaya farmasi	-		515,908
9	Kamar kelas 3 / hari	50,000	1	50,000
10	Total biaya farmasi			21,502

Sub Total Tagihan Bed 1,417,410

Pembayaran Deposit	Sub Total Tagihan	1,417,410
Tunai 0	Subsidi Rumah Sakit	0
Kartu Kredit 0	Total Tagihan	1,417,410
	Total Deposit	0
	Biaya yang harus dibayar	1,417,410

TAGIHAN RAWAT INAP

Nama Pasien	T Ny	Nama Penanggung Jawab	K Tn
No. RM	55-47-16		
Nama Dokter	R dr.SpPD		
No. Bed	33505	Kelas	3
Mar	Manggis - 335	Blok	Manggis

No	Deskripsi Pelayanan	Harga Satuan	Vol	Sub Total
1	ALAT/SGPT 37 C	30,000	1	30,000
2	ASAT/SGOT 37 C	30,000	1	30,000
3	Biaya Administrasi Ranap	50,000	1	50,000
4	Biaya Tindakan dasar	100,000	1	100,000
5	DHF Ig G & Ig M	155,000	1	155,000
6	Gambaran darah tepi	60,000	1	60,000
7	Hema I (Hb+Ht+Leko+Tromb)	35,000	6	210,000
8	Kamar kelas 3 / hari	50,000	6	300,000
9	Visite Dokter	-	5	-
10	Total biaya farmasi	-	-	233,288
Sub Total Tagihan Bed				1,168,288

Pembayaran Deposit	Sub Total Tagihan	1,168,288
Tunai	Subsidi Rumah Sakit	0
Kartu Kredit	Total Tagihan	1,168,288
	Total Deposit	0
	Biaya yang harus dibayar	1,168,288

TAGIHAN RAWAT INAP

Nama Pasien	A H Tn	Nama Penanggung Jawab	T Tn
RM	18-80-16		
Nama Dokter	B K dr.SpPD		
Bed	33302	Kelas	3
Ward	Manggis - 333	Blok	Manggis

No	Deskripsi Pelayanan	Harga Satuan	Vol	Sub Total
1	Biaya Administrasi Ranap	50,000	1	50,000
2	Biaya Tindakan dasar	100,000	1	100,000
3	DHF Ig G & Ig M	155,000	1	155,000
4	Hema I (Hb+Ht+Leko+Tromb)	35,000	3	105,000
5	Kamar kelas 3 / hari	50,000	2	100,000
6	Visite Dokter		2	-
7	Total biaya farmasi	-		302,816

Sub Total Tagihan Bed	812,816
------------------------------	----------------

Pembayaran Deposit	Sub Total Tagihan	812,816
Tunai 0	Subsidi Rumah Sakit	0
Kartu Kredit 0	Total Tagihan	812,816
	Total Deposit	0
	Biaya yang harus dibayar	812,816

TAGIHAN RAWAT INAP

Nama Pasien	B Ny	Nama Penanggung Jawab	S Tn
No. RM	95-66-16		
Nama Dokter	R dr.SpPD		
No. Bed	33302	Kelas	3
Alamat	Manggis - 333	Blok	Manggis

No	Deskripsi Pelayanan	Harga Satuan	Vol	Sub Total
1	Biaya Administrasi Ranap	50,000	1	50,000
2	Biaya Tindakan dasar	100,000	1	100,000
3	DHF Ig G & Ig M	155,000	1	155,000
4	Hema I (Hb+Ht+Leko+Tromb)	35,000	4	140,000
5	Kamar kelas 3 / hari	50,000	5	250,000
6	Visite Dokter		4	-
7	Total biaya farmasi	-		263,337

Sub Total Tagihan Bed 958,337

Pembayaran Deposit	Sub Total Tagihan	968,337
Tunai 0	Subsidi Rumah Sakit	0
Kartu Kredit 0	Total Tagihan	968,337
	Total Deposit	0
	Biaya yang harus dibayar	968,337

RUMAH SAKIT : RSUD P R
DIKELASIB :

REKAP LAPORAN SPJ BAKTUNAR PELAYANAN KLB DEMAM BERDARAH

NO	NAMA	UMUR	LP	NOCM	TANGGAL		Lama Rawat	BIAYA							TOTAL TAGIHAN (Rp)	KONTRIBUSI PASIEN	KILAU					
					MASUK	KELUAR		perawatan Rp	Darah Rp	Labort Rp	Radiologi	Tindakan Rp	OBAT					Lain-lain Rp				
1	DAS AN	8	P	11.62.25	11/01/09	23/01/09	12	2.300.000	488.000	1.048.000	375.000	1.524.000	1.228.849	55.000	6.998.849		6.998.849					
2	N O AN	5	P	11.80.66	18/01/09	31/01/09	13	280.000	234.000	597.000	375.000	985.000	1.577.834	55.000	4.063.834		4.063.834					
3	D T AN	10	P	11.83.88	28/01/09	27/01/09	7	140.000	210.000	210.000		115.000	678.836	55.000	1.149.836		1.149.836					
4	A P AN	8	P	11.99.96	28/01/09	30/01/09	4	80.000	150.000	150.000		136.000	156.222	44.000	410.000		410.000					
5	A AN	8	L	12.00.02	27/01/09	31/01/09	4	80.000	150.000	150.000		126.000	156.222	44.000	556.222		556.222					
6	S AN	8	L	12.00.03	27/01/09	31/01/09	4	80.000	270.000	270.000		181.000		44.000	575.000		575.000					
								44	7													

NO	NAMA	UMUR	LP	NOCM	TANGGAL		Lama Rawat	BIAYA							TOTAL TAGIHAN (Rp)	KONTRIBUSI PASIEN	KILAU					
					MASUK	KELUAR		perawatan Rp	Darah Rp	Labort Rp	Radiologi	Tindakan Rp	OBAT					Lain-lain Rp				
1	H TN	23	L	11.94.43	22/01/09	29/01/09	7	140.000		454.000		180.000	1.977.892	55.000	2.896.592		2.896.592					
2	F L S NY	29	P	06.75.71	03/06/08	12/06/08	9	180.000		656.000	50.000	271.000	1.250.145	55.000	2.462.145		2.462.145					
3	D TN	22	L	08.96.94	11/09/08	16/09/08	5	100.000		270.000		65.000	545.836	55.000	1.055.836		1.055.836					
4	D S TN	27	L	09.13.91	22/09/08	25/09/08	3	60.000		226.000		55.000	10.067	33.000	384.067		384.067					
5	T AN	14	P	08.98.85	13/09/08	19/09/08	6	120.000		312.000		100.000	916.372	55.000	1.558.372		1.558.372					
								30	6													
								6														

RSUDB A JAKUT

NO	NAMA	NO.CM	LAMA RAYWAT	RAYWAT	Visite Dokter	Askep	RO*	TINDAKAN	LAB	OBAT	ADM	BIAYA					TOTAL TAGIHAN
												ELEK	O2	AMB	JENAZAH	LABU DAGAH	
1	A F	600252	4	1.200.000	240.000	40.000	50.000	820.000	2.394.000	3.022.850	30.000				750.000		8.766.850
2	E	604292	6	120.000				170.000	623.000	783.300	52.500				825.000		2.553.800
3	K P	604991	5	100.000				265.000	1.471.000	2.693.900	37.500		30.000				4.617.400
4	M D G	603598	7	140.000				410.000	602.000	1.349.100	52.500		108.000				2.661.600
5	S R	603122	6	120.000				170.000	642.000	708.200	52.500				600.000		2.292.700
6	C P	603979	5	100.000				305.000	164.000	1.724.350	37.500		60.000				2.410.850

33

5.50

14,536,350

501,253

RSUD K JAKARTA UTARA

No	Nama	Umur/1		Diagnosa	Lama di rawat	R. Rawat	Askep	Jasa Dokter	P. K	RO	Elektronik edit	Labu darah	Alkes	Obat-obatan	Troy Gizi	Rincian Biaya Perawatan		Obat	Total Tagihan	
		L	P													Biaya	Kontri busi			
1	5	8	9	10	11	12	14	15	17	19	20	21	22	23	25	27 (12:26)	28	29 (27 - 28)	30	31 (29 + 30)
1	Y		32	DBD	6	120.000	315.000	90.000	174.000				110.100	28.634	33.000	870.734		870.734	145.630	1.016.364
2	A		16	DBD	3	60.000	180.000	90.000	120.000				14.900	71.870	22.000	558.770		558.770		558.770
3	D		18	DBD	7	140.000	360.000	150.000	270.000				92.150	88.192	38.500	1.138.842		1.138.842	1.189.671	2.328.513
4	T E		26	DBD	6	120.000	270.000	120.000	390.000			450.000	142.650	31.336	33.000	1.556.986		1.556.986		1.556.986
5	H R		12	DBD	4	80.000	225.000	120.000	300.000				31.150	25.484	12.000	793.634		793.634	118.908	912.542
6	S		17	DBD	5	100.000	225.000	120.000	150.000				11.500	15.970	33.000	655.470		655.470		655.470
7	S		59	DBD	4	480.000	597.000	300.000	541.000	50.000	##		190.500	85.812	55.500	2.369.812		2.369.812	1.356.574	3.726.386
					35	980.000	1.857.000	900.000	1.771.000	50.000	70.000	450.000	482.850	318.864	194.000	7.073.514		4.048.232	2.810.783	10.755.091
					5															1.536.433
																				307.287
2	AZ	2		DBD	2	40.000	150.000	60.000	119.000											432.498
3	T N	3		DBD	3	60.000	315.000	90.000	95.000				57.250	40.410	11.000	668.660		668.660	51.858	720.518
																				1.153.016
																				230.603

 RS Congkareng	Nama / Name	Tanggal Lahir / Date of Birth	No. RM / MR Number
--	-------------	-------------------------------	--------------------

Rontgen foto atas ndikasi/ X-Ray as indicated		Ditemukan tanda-tanda : <input type="checkbox"/> Effusi pleura <input type="checkbox"/> Asites				
Terapi/Theraphy		<input type="checkbox"/> Rehidrasi oral Intravena : Ringer Lactat/Ringer Asetat <input type="checkbox"/> Antipiretik : Parasetamol <input type="checkbox"/> Antiemetik : Domperidon <input type="checkbox"/> Lain-lain/others :				
Konsul ke Dokter Spesialis jika pasien dari UGD/ consult to specialist if inpatient from ER		Dr. Instruksi/order :				
Tindakan Keperawatan/ Nursing Implementation	Inisial & Waktu Initials & signature/time	Catatan Note				
Tanda-tanda vital/ Vital sign		Jam	T (mmHg)	N (x/mnt)	S (°C)	P (x/mnt)
Infus //IVFDtpm		Jam	Jenis cairan	Input (mL)	Sisa (mL)	
Lain-lain/others :		Jam	Tindakan	Dosis	Keterangan	

PRA RAWAT/PRE ADMISSION

Tanggal /Date :

CATATAN TAMBAHAN/ADDITIONAL NOTE

PERAWAT/NURSE

DOKTER/DOCTOR

 RS Congkareng	Nama / Name:	Tanggal Lahir / Date of Birth:	No. RM / MR Number:
---	--------------	--------------------------------	---------------------

SAAT MASUK RAWAT/ADMISSION DAY

Hari 1/Day 1

Tanggal/Date :

Jam/Time :

Visit/Dokter Spesialis Visite/Doctor Owner	Inisial &tt/Waktu Initials&signature/time			Catatan Note
Pengawasan tanda-tanda syok/shock observation				
Pengawasan demam/ fever observation				
Tanda-tanda perdarahan/ bleeding observation				
Pembesaran hepar/ Hepatomegali				
Pencegahan komplikasi/ complication prevention				
Lain-lain/Others				
Kegiatan Perawatan/ Perawat Nursing activity/Nurse	Inisial &tt/Waktu Initials&signature/time			Catatan Note
Keadaan umum/ General condition				
Tanda2 vital/vital sign				
Orientasi ruang rawat inap/ Ward orientation				
Infus /IVFD :				
Balance Cairan/ Intake-Output				
Cek Hema / Thrombocyt monitoring				Hasi/result:
Tanda-tanda perdarahan/ bleeding sign				<input type="checkbox"/> Perdarahan mukosa (epistaksis/perdarahan gusi) <input type="checkbox"/> Hematemesis/Mielena
Kompres hangat/ warm compress				
Minum peroral/ oral rehidration				
BAB/Defecation				
Tirah baring/bedrest				
Manajemen ResikoDokter Risk Management/doctor	Inisial &tt/Waktu Initials&signature/time			Catatan Note
Kunjungan dokter ruangan/ GP visite				

Diit/Ahli gizi Diet/dietician	Inisial &tt/Waktu Initials&Signature/time			Catatan Note
Minum dan makan lunak/ Drinking & soft diet				

 RS Congkareng	Nama / Name:	Tanggal Lahir / Date of Birth:	No. RM / MR Number:
--	--------------	--------------------------------	---------------------

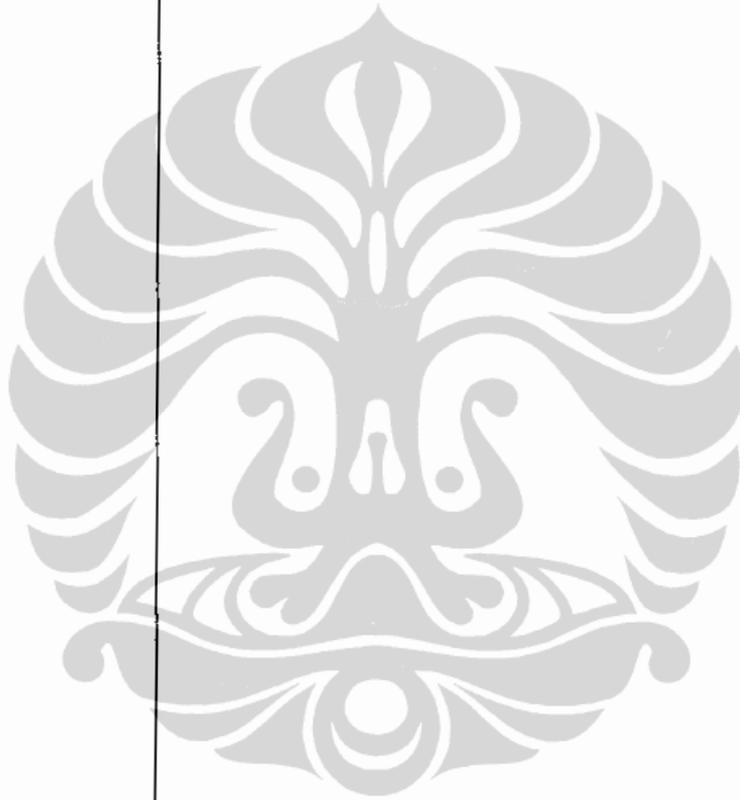
SAAT MASUK RAWAT/ADMISSION DAY

Tanggal/Date :

CATATAN TAMBAHAN/ADDITIONAL NOTE

PERAWAT/NURSE

DOKTER/DOCTOR



 RS Congkareng	Nama / Name	Tanggal Lahir / Date of Birth	No. RM / MR Number
---	-------------	-------------------------------	--------------------

PERAWATAN HARI KE-2/DAY 2

Tanggal/Date :

Visit/Dokter Spesialis Visite/Doctor Owner	Inisial &t/Waktu Initials&signature/time	Catatan Note
Pengawasan tanda-tanda syok/shock observation		
Pengawasan demam/ fever observation		
Tanda-tanda perdarahan/ bleeding observation		
Pembesaran hepar/ Hepatomegali		
Pencegahan komplikasi/ complication prevention		
Lain-lain/Others		
Kegiatan Perawatan/ Perawat Treatment/Nurse	Inisial &t/Waktu Initials & signature/time	Catatan Note
Keadaan umum/ General condition		
Tanda-tanda vital/vital sign		
Kompres hangat/ warm compress		
Infus/IVFD		
Keseimbangan cairan/ Fluid Balance		
Tanda-tanda perdarahan/ bleeding sign		<input type="checkbox"/> Perdarahan mukosa (epistaksis/perdarahan gusi) <input type="checkbox"/> Hematemesis/Mielena <input type="checkbox"/> Lain-lain :
Cek Hema I/ Thrombocyt monitoring		Hasil/result:
Minum peroral/oral rehidration		
BAB/Defecation		
Tirah baring/bedrest		
Diet/Ahli gizi Diet/dietician	Inisial &t/Waktu Initials&Signature/time	Catatan Note
Minum dan makan lunak/ Drinking & soft diet		



Nama / Name

Tanggal Lahir / Date of Birth

No. RM / MR Number

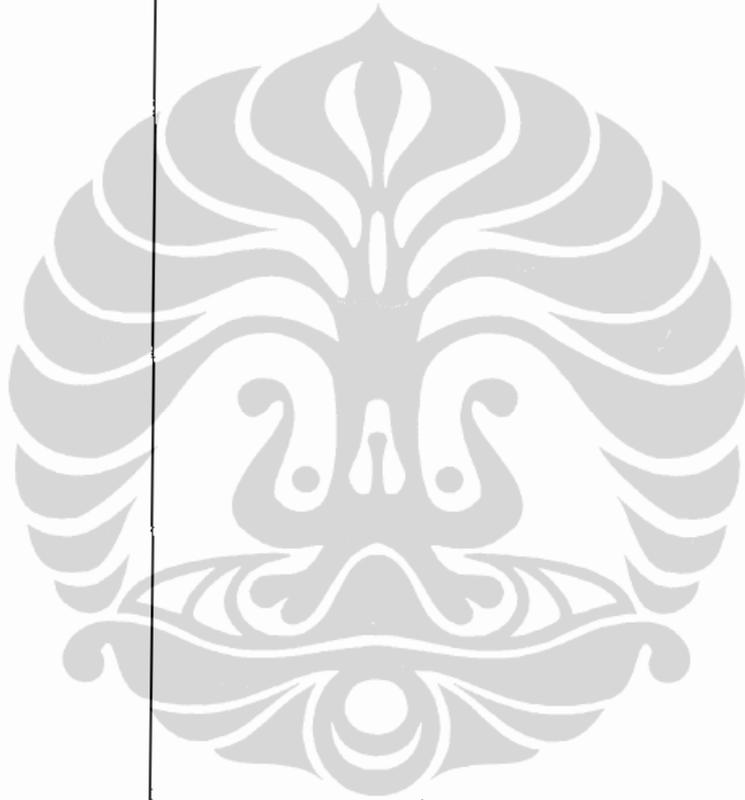
PERAWATAN HARI KE-2/DAY 2

Tanggal /Date :

CATATAN TAMBAHAN/ADDITIONAL NOTE

PERAWAT/NURSE

DOKTER/DOCTOR



 RS Cengkareng	Nama / Name	Tanggal Lahir / Date of Birth	No. RM / MR Number
---	-------------	-------------------------------	--------------------

PERAWATAN HARI KE-3/DAY 3

Tanggal/Date :

Visit/Dokter Spesialis Visite/Doctor owner	Inisial &t/Waktu Initials&signature/time			Catatan Note
Pengawasan tanda-tanda syok/shock observation				
Pengawasan demam/ fever observation				
Tanda-tanda perdarahan/ bleeding observation				
Pembesaran hepar/ Hepatomegali				
Pencegahan komplikasi/ complication prevention				
Lain-lain/Others				
Kegiatan/Perawat Treatment/nurse	Inisial &t/Waktu Initials& signature/time			Catatan Note
Keadaan umum/ General condition				
Tanda-tanda vital/vital sign				
Kompres hangat/ warm compress				
Infus/IVFD				
Keseimbangan cairan/ Fluid Balance				
Tanda-tanda perdarahan/ bleeding sign				<input type="checkbox"/> Perdarahan mukosa (epistaksis/perdarahan gusi) <input type="checkbox"/> Hematemesis/Melena <input type="checkbox"/> Lain-lain :
Cek Hema / Thrombocyt monitoring				Hasil/result:
Minum peroral/oral rehydration				
BAB/Defecation				
Tirah baring/bedrest				
Diet/Ahli gizi Diet/dietician	Inisial &t/Waktu Initials&Signature/time			Catatan Note
Minum dan makan lunak/ Drinking & soft diet				



Nama / Name

Tanggal Lahir / Date of Birth

No. RM / MR Number

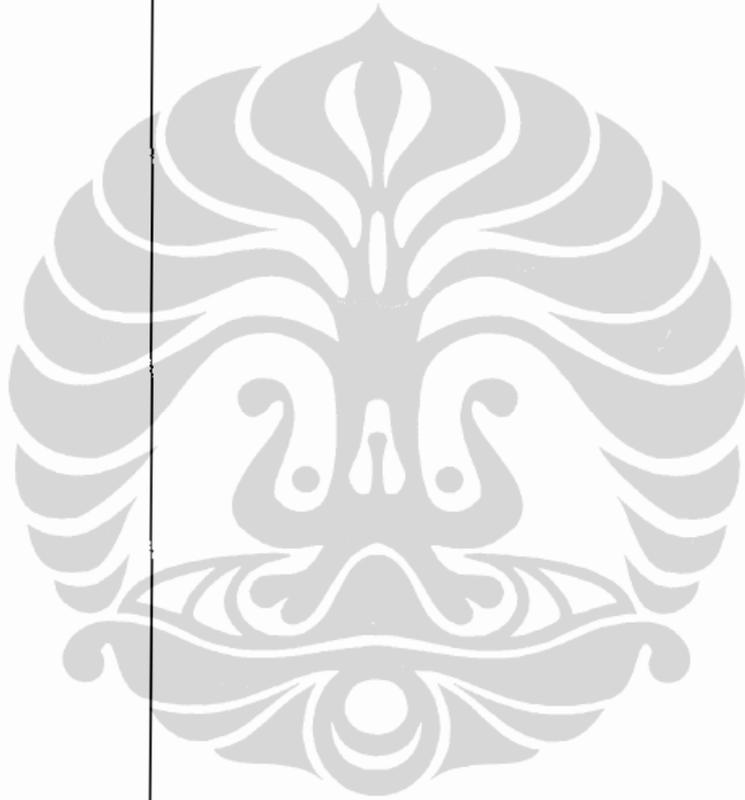
PERAWATAN HARI 3/DAY 3

Tanggal/Date :

CATATAN TAMBAHAN/ADDITIONAL NOTE

PERAWAT/NURSE

DOKTER/DOCTOR



 RS Cengkareng	Nama / Name	Tanggal Lahir / Date of Birth	No. RM / MR Number
---	-------------	-------------------------------	--------------------

PERAWATAN HARI KE-4/DAY 4

Tanggal/Date :

Visit/Dokter Spesialis <i>Visite/Doctor owner</i>	Inisial &t/Waktu <i>Initials&signature/time</i>			Catatan <i>Note</i>
Pengawasan tanda-tanda syok/shock observation				
Pengawasan demam/ fever observation				
Tanda-tanda perdarahan/ bleeding observation				
Pembesaran hepar/ Hepatomegali				
Pencegahan komplikasi/ complication prevention				
Lain-lain/Others				
Kegiatan/Perawat <i>Treatment/nurse</i>	Inisial &t/Waktu <i>Initials&signature/time</i>			Catatan <i>Note</i>
Keadaan umum/ General condition				
Tanda-tanda vital/vital sign				
Kompres hangat/ warm compress				
Infus/IVFD				
Keseimbangan cairan/ Fluid Balance				
Tanda-tanda perdarahan/ bleeding sign				<input type="checkbox"/> Perdarahan mukosa (epistaksis/perdarahan gusi) <input type="checkbox"/> Hematemesis/Melena <input type="checkbox"/> Lain-lain : Hasil/hasil:
Cek Hema I/ Thrombocyt monitoring				
Minum peroral/Voral rehidration				
Tidak mual muntah/ no nausea/vomit				
BAB/Defecation				
Tirah baring/bedrest				
Diit/Diet <i>(Ahli gizi/dietician)</i>	Inisial &t/Waktu <i>Initials&Signature/time</i>			Catatan <i>Note</i>
Minum dan makan lunak/ Drinking & soft diet				



Nama / Name

Tanggal Lahir / Date of Birth

No. RM / MR Number

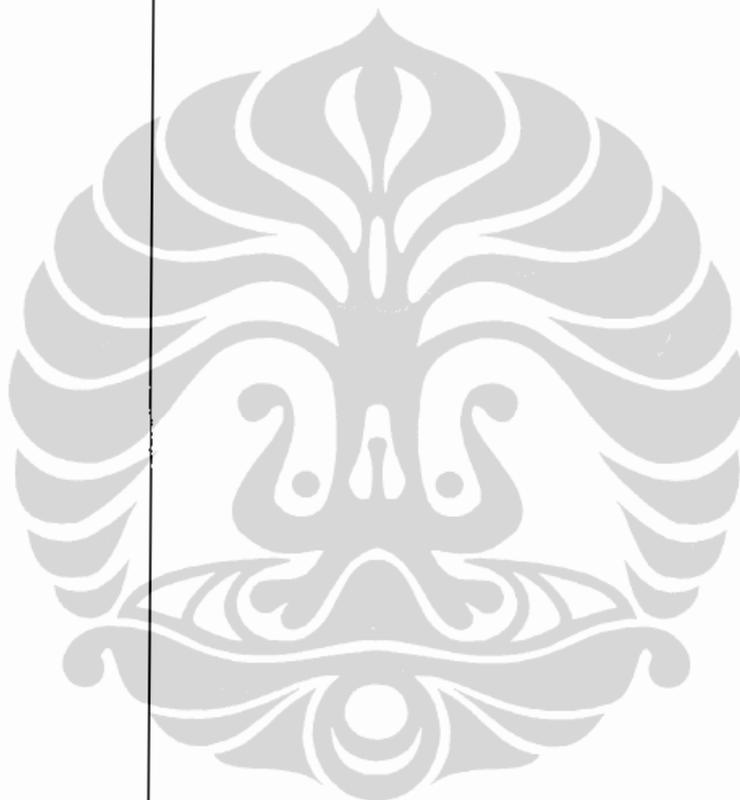
PERAWATAN HARI KE-4/DAY 4

Tanggal/Date :

CATATAN TAMBAHAN/ADDITIONAL NOTE

PERAWAT/NURSE

DOKTER/DOCTOR



	Nama / Name	Tanggal Lahir / Date of Birth	No. RM / MR Number
---	-------------	-------------------------------	--------------------

PERAWATAN HARI KE-5/DAY 5

Tanggal/Date :

Visit/Dokter Spesialis Visite/Doctor owner	Inisial &t/Waktu Initials&signature/time			Catatan Note
Pengawasan tanda-tanda syok/shock observation				
Pengawasan demam/ fever observation				
Tanda-tanda perdarahan/ bleeding observation				
Pembesaran hepar/ Hepatomegali				
Pencegahan komplikasi/ complication prevention				
Lain-lain/Others				
Kegiatan/Perawat Treatment/nurse	Inisial &t/Waktu Initials & signature/time			Catatan Note
Keadaan umum/ General condition				
Tanda-tanda vital/vital sign				
Kompres hangat/ warm compress				
Infus/IVFD				
Keseimbangan cairan/ Fluid Balance				
Tanda-tanda perdarahan/ bleeding sign				<input type="checkbox"/> Perdarahan mukosa (epistaksis/perdarahan gusi) <input type="checkbox"/> Hematemesis/Melena <input type="checkbox"/> Lain-lain :
Cek Hema I/ Thrombocyt monitoring				Hasil/result:
Minum peroral/Voral rehydration				
Tidak mual muntah/ no nausea/vomit				
BAB/Defecation				
Tirah barng/bedrest				
Diet/Diet (Ahli gizi/dietician)	Inisial &t/Waktu Initials&Signature/time			Catatan Note
Minum dan makan lunak/ Drinking & soft diet				



Nama / Name

Tanggal Lahir / Date of Birth

No. RM / MR Number :

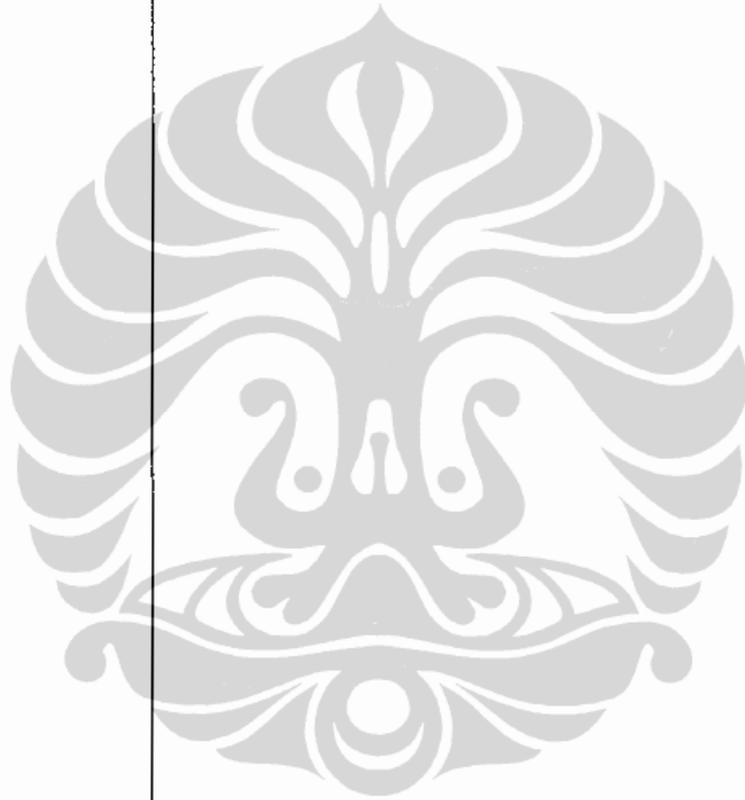
PERAWATAN HARI KE-5/DAY 5

Tanggal/Date :

CATATAN TAMBAHAN/ADDITIONAL NOTE

PERAWAT/NURSE

DOKTER/DOCTOR





Nama / Name

Tanggal Lahir / Date of Birth

No. RM / MR Number

PERAWATAN HARI KE-5/DAY 5

Tanggal/Date :

Visit/Dokter Spesialis Visite/Doctor owner	Inisial & tt/Waktu Initials & signature/time	Catatan Note
Keadaan umum/ general condition		
Kriteria pemulangan pasien / discharge criteria		<input type="checkbox"/> Tidak demam selama 24 jam tanpa antipiretik <input type="checkbox"/> Nafsu makan membaik <input type="checkbox"/> Tampak perbaikan secara klinis <input type="checkbox"/> Hematokrit stabil <input type="checkbox"/> 3 hari setelah syok teratasi <input type="checkbox"/> Jumlah trombosit > 50.000/Ul <input type="checkbox"/> Tidak dijumpai distress pernafasan (karena efusi pleura/asidosis)
Diagnosa akhir/ Final Diagnosis		<input type="checkbox"/> Dengue Fever <input type="checkbox"/> Dengue Haemorrhagic Fever <input type="checkbox"/> Dengue Shock Syndrom
Terapi pulang/ discharge medication		
Anjuran di rumah/ discharge order		
Kegiatan/Perawat Treatment/nurse	Inisial & tt/Waktu Initials & signature/time	Catatan Note
Keadaan umum/ General condition		
Tanda-tanda vital/ vital sign		
Infus/IVFD		
Keseimbangan cairan/ Fluid Balance		
Obat pulang/ discharge medication		Resep/obat
Kartu control/control card		Kontrol : jika ada keluhan/tgl Poli : Dr.
Mobilisasi/mobilization		
Diet/Ahli gizi Diet/dietician	Inisial & tt/Waktu Initials & Signature/time	Catatan Note
Minum dan makan lunak/ Drinking & soft diet		

 RS Cengkareng	Nama / Name	Tanggal Lahir / Date of Birth	No. RM / MR Number
---	-------------	-------------------------------	--------------------

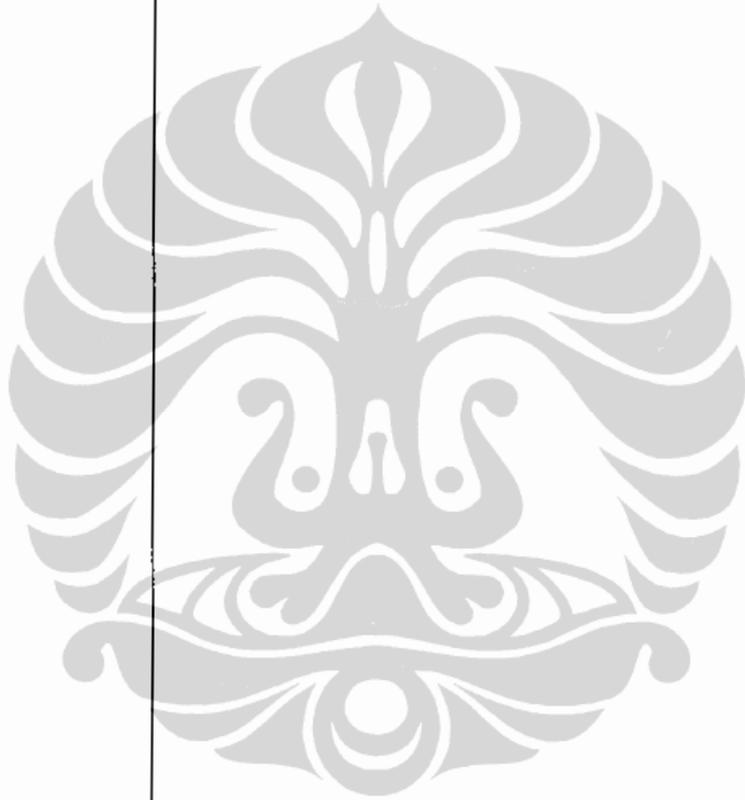
PERAWATAN HARI KE-5/DAY 5

Tanggal/Date :

CATATAN TAMBAHAN/ADDITIONAL NOTE

PERAWAT/NURSE

DOKTER/DOCTOR





Nama / Name

Tanggal Lahir / Date of Birth

No. RM / MR Number

PRA RAWAT/PRE ADMISSION

EMERGENCY ROOM/CLINIC

Tanggal/Date :

Pemeriksaan klinik/Clinical assessment (Perawat/nurse) :

Tensi/BP : Nadi/Pulse :

Suhu/Temperature : Pernafasan/RR :

BB/TB/Weight/Height :kg/.....cm

Keluhan/Complain :

Naktu/Time : Inisial/Initial :

Pemeriksaan/Dokter Assesment/Doctor	Inisial &t/Waktu Initials&Signature /time	Catatan Note
tanda & gejala/ Sign & symptoms		<p>Demam Dengue :</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Demam selama 2-7 hari <input type="checkbox"/> Nyeri kepala/retro-orbital <input type="checkbox"/> Mialgia <input type="checkbox"/> Ruam kulit <input type="checkbox"/> Perdarahan <input type="checkbox"/> Leukopenia <p>Demam Berdarah Dengue : (gejala di atas ditambah dengan):</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Uji tourniquet positif <input type="checkbox"/> Petekie/Ekimosis/Purpura <input type="checkbox"/> Perdarahan mukosa (epistaksis/perdarahan gusi) <input type="checkbox"/> Hematemesis/Melena <input type="checkbox"/> Trombositopenia (Trombosit < 100.000/mm³) <input type="checkbox"/> Hemokonsentrasi <input type="checkbox"/> Hepatomegali <p>Sindrom Syok Dengue : (gejala di atas ditambah dengan):</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Nadi lemah & cepat <input type="checkbox"/> Tekanan nadi menurun <input type="checkbox"/> Hipotensi <input type="checkbox"/> Kulit dingin & lembab <input type="checkbox"/> Pasien gelisah <input type="checkbox"/> Ujung-ujung akral dingin
Pemeriksaan Fisik/ Physical assessment		
Cek darah hema // Blood examination hb,ht,leuko,trombo		<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Hemokonsentrasi (peningkatan hematokrit $\geq 20\%$) <input type="checkbox"/> Trombositopeni (penurunan trombosit $\leq 100.000/mm^3$)
EKG jika ada keluhan/usia > 40 tahun/ ECG if any complaint/age > 40 yo		