



UNIVERSITAS INDONESIA

**ANALISIS PENGELOLAAN PELAYANAN
DI BAGIAN GAWAT DARURAT
RUMAH SAKIT RK CHARITAS PALEMBANG
TAHUN 2008**

**Oleh :
HARSONO SANTOSO
NPM: 0606022214**

**PROGRAM STUDI KAJIAN ADMINISTRASI RUMAH SAKIT
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
UNIVERSITAS INDONESIA
2008**



UNIVERSITAS INDONESIA

**ANALISIS PENGELOLAAN PELAYANAN
DI BAGIAN GAWAT DARURAT
RUMAH SAKIT RK CHARITAS PALEMBANG
TAHUN 2008**

**Tesis ini diajukan sebagai
salah satu syarat untuk memperoleh gelar
MAGISTER ADMINISTRASI RUMAH SAKIT**

**Oleh :
HARSONO SANTOSO
NPM: 0606022214**

**PROGRAM STUDI KAJIAN ADMINISTRASI RUMAH SAKIT
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
UNIVERSITAS INDONESIA
2008**

**PROGRAM STUDI ILMU KESEHATAN MASYARAKAT
KAJIAN ADMINISTRASI RUMAH SAKIT
Tesis, Juli 2008**

Harsono Santoso, NPM 0606022214

**Analisis Pengelolaan Pelayanan di Bagian Gawat Darurat Rumah Sakit RK
Charitas Palembang Tahun 2008**

viii + 143 halaman , 10 tabel, 16 gambar, 6 lampiran

ABSTRAK

Bagian Gawat Darurat merupakan pintu gerbang dan cerminnya suatu rumah sakit yang memberikan pelayanan cepat, tepat, profesional tanpa mengabaikan keamanan pasien. Dengan kompleksnya permasalahan yang ada maka perlu diadakan penelitian untuk mengetahui gambaran pengelolaan pelayanan serta faktor *input* dan faktor proses yang mempengaruhi pengelolaan pelayanan di Bagian Gawat Darurat RS RK Charitas Palembang.

Penelitian ini merupakan penelitian kualitatif dengan pendekatan pemecahan masalah yang dilakukan di BGD RS RK Charitas pada bulan Maret sampai April 2008 melalui wawancara mendalam, observasi langsung, dan telaah dokumen

Hasil penelitian dengan mempergunakan *Problem Priority Matrix* untuk memprioritaskan pemecahan masalah berdasarkan besarnya manfaat yang diperoleh dengan usaha yang dibutuhkan maka didapatkan lima permasalahan yang menduduki tiga ranking pertama yaitu lamanya waktu penjemputan pasien rawat inap, kualitas dokter jaga dan perawat BGD yang kurang, jumlah perawat BGD kurang, pelaksanaan triase belum baik di BGD RS RK Charitas Palembang.

Disarankan adanya koordinasi antara direktorat medis dan keperawatan untuk mempercepat proses penjemputan pasien rawat inap, memberikan pendidikan dan pelatihan untuk dokter jaga dan perawat BGD, menambah tenaga perawat BGD, mempertegas pelaksanaan triase dan membuka poli insidental dekat BGD pada saat poli rawat jalan tutup.

Daftar bacaan : 44 (1989 – 2008)

**UNIVERSITY OF INDONESIA
FACULTY OF PUBLIC HEALTH
POSTGRADUATE PROGRAM ON PUBLIC HEALTH SCIENCE
SUBJECT ON HOSPITAL ADMINISTRATION STUDIES**

Thesis, July 2008

Harsono Santoso, NPM. 0606022214

**Analysis on Service Management at The Emergency Department of RK
Charitas Hospital of Palembang, 2008**

viii + 143 pages, 10 tables, 16 pictures, 6 indices

ABSTRACT

The Emergency Department (ED) has already known as the gateway and the reflection of services given by the hospital which is suppose to be fast, accurate and qualified without neglecting the patient's safety. As the problem is more and more complicated regarding to services at the ED, therefore, a study is needed in order to explore how the quality of the service management is, as well as the input and process factors influenced at the ED of RK Charitas Hospital of Palembang.

The research is a qualitative study with the Problem Solving Approach as the strategy of the study. The study is carried out at the ED of RK Charitas Hospital from March to April 2008 with an in-depth interview, direct observation and documents assessment (secondary data exploration), as the method of information collection.

The study is using the Problem Priority Matrix in order to find the problem solving prioritizing base on the magnitude of benefit yielded from effort required. There are five problems in the three first order, namely: time for picking-up inpatient care at the ED still too long, inadequate quality of doctor and nurse at the ED, in adequate amount of nurses, and inadequacy on triase implementation at the ED of RK Charitas Hospital of Palembang.

It was suggested the existence of coordination between medical directorates and nursing to minimize time of patient's transfer from ED to inpatient care unit, giving education and training for doctor and nurse at ED, adding nurse worker at ED, assuring triase implementation and opening an incidental unit near ED at the time of outpatient unit is closed.

Reference: 45 (1989 – 2006)

PERNYATAAN PERSETUJUAN

Tesis dengan Judul :

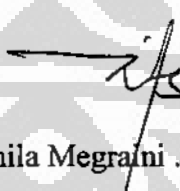
ANALISIS PENGELOLAAN PELAYANAN DI BAGIAN GAWAT DARURAT RUMAH SAKIT RK CHARITAS PALEMBANG TAHUN 2008

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

Depok, 7 Juli 2008

Komisi Pembimbing

Ketua

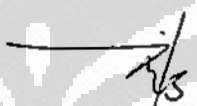


(Amila Megraini .SE, MBA)

**PANITIA SIDANG UJIAN TESIS
PROGRAM STUDI KAJIAN ADMINISTRASI RUMAH SAKIT
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
UNIVERSITAS INDONESIA**

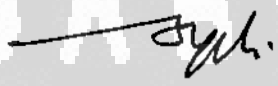
Depok, 7 Juli 2008

Ketua

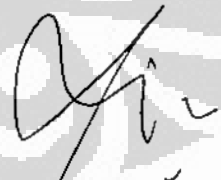


(Amila Megraini.SE, MBA)


Anggota



(DR. Dian Ayubi.SKM, MQIH)



(Dra. Rina Anggorodi. Msi)



(Dra. Khafifah Any . Apt, MARS)

SURAT PERNYATAAN

Yang bertanda tangan dibawah ini, saya:

Nama : Harsono Santoso
NPM : 0606022214
Progran Studi : Kajian Administrasi Rumah Sakit
Kekhususan :
Angkatan : 2006
Jenjang : Magister

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

Analisis Pengelolaan Pelayanan di Bagian Gawat Darurat Rumah Sakit RK Charitas Palembang Tahun 2008.

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.

Depok, Juli 2008



(Harsono Santoso)

Riwayat Hidup

Nama : Harsono Santoso
Tempat/ Tanggal Lahir : Palembang/11 Pebruari 1965
Alamat : Jalan Syakyakirti, lorong Tunggal Dalam No. 2438
Palembang

Status Keluarga : Menikah
Alamat Instansi : Jalan Jendral Sudirman No.1054 Palembang

Riwayat Pendidikan :

1. SD Yayasan IBA Palembang , lulus tahun 1976
2. SMP Yayasan IBA Palembang , lulus tahun 1980
3. SMA Xaverius I Palembang , lulus tahun1983
4. Fakultas Kedokteran UNSRI Palembang, lulus tahun 1992

Riwayat Pekerjaan :

1. Dokter Puskesmas Nibung , Musi Rawas (1993-1996)
2. Dokter di RS RK Charitas Palembang (1996 - sekarang)
3. Kepala Bagian Gawat Darurat RS RK Charitas Palembang (1997 - sekarang)

KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis panjatkan kepada Tuhan Yang Maha Kuasa karena atas rahmatNya penulis dapat menyelesaikan pendidikan mulai dari awal sampai menyelesaikan penulisan Tesis ini.

Penulisan tesis ini sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar Magister Administrasi Rumah Sakit dari Program Pascasarjana di Universitas Indonesia.

Keberhasilan penulisan tesis ini juga berkat bantuan dan dukungan dari berbagai pihak. Untuk itu pada kesempatan ini penulis menyampaikan terimakasih yang sebesar-besarnya kepada ibu Amila Megraini. SE, MBA., dengan sabar telah membimbing sehingga tesis ini selesai.

Ucapan terima kasih juga penulis sampaikan kepada :

1. Dekan, Wakil Dekan, Ketua Jurusan, para dosen pengajar dan karyawan Program Studi Kajian Administrasi Rumah Sakit Universitas Indonesia yang telah memberikan pengarahan, bimbingan dan bantuan selama penulis melaksanakan pendidikan.
2. Yayasan RK Charitas, Direktur Utama beserta Staf Direksi Rumah Sakit RK Charitas Palembang yang telah memberikan kesempatan kepada penulis untuk mengikuti pendidikan dan melakukan penelitian ini
3. Rekan-rekan seangkatan Program Studi Kajian Administrasi Rumah Sakit yang telah memberikan dukungan dalam menyelesaikan pendidikan ini.
4. Istri tercinta serta anak-anak terkasih yang telah memberikan dorongan, pengertian dan pengorbanan selama penulis mengikuti pendidikan dan menyelesaikan tesis.

Penulis menyadari bahwa penulisan ini masih jauh dari sempurna, oleh karena itu penulis mengharapkan masukan dan kritikan terhadap penulisan tesis ini supaya menjadi lebih baik.

Depok, 7 Juli 2008

Penulis

DAFTAR ISI

Halaman

ABSTRAK	
HALAMAN JUDUL	
LEMBAR PERSETUJUAN PEMBIMBING	
LEMBAR PERSETUJUAN PENGUJI	
SURAT PERNYATAAN BEBAS PLAGIAT	
RIWAYAT HIDUP	
KATA PENGANTAR	i
DAFTAR ISI	ii
DAFTAR TABEL	iv
DAFTAR GAMBAR	v
DAFTAR LAMPIRAN	vi
DAFTAR ISTILAH	vii
BAB I. PENDAHULUAN	1
1.1. Latar Belakang	1
1.2. Rumusan Masalah Penelitian	6
1.3. Pertanyaan Penelitian	6
1.4. Tujuan Penelitian	7
1.5. Manfaat Penelitian	8
1.6. Ruang Lingkup	9
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	10
2.1. Unit Gawat Darurat	10
2.2. Permasalahan di Unit Gawat Darurat	12
2.3. Klasifikasi Pasien Gawat Darurat	14
2.4. Klasifikasi Unit Pelayanan Gawat Darurat	16
2.5. Ketenagaan	17
2.5.1. Dokter Jaga Gawat Darurat	18
2.5.2. Perawat UGD	19
2.6. Sarana dan Prasarana Fisik di UGD	21
2.7. Peralatan dan Obat	22
2.8. Prosedur Tetap Pelayanan	23
2.9. Evaluasi dan Kendali Mutu	23
BAB III GAMBARAN UMUM RUMAH SAKIT RK CHARITAS	37
3.1. Sejarah Berdirinya Rumah Sakit	37
3.2. Visi dan Misi	39
3.3. Organisasi dan Manajemen	41
3.3.1. Struktur Organisasi RS RK Charitas	41
3.3.2. Data Ketenagaan	42
3.3.3. Sarana	42

3.3.4.	Indikator Pelayanan RS RK Charitas	44
3.3.5.	Fasilitas Pelayanan	44
3.4.	Gambaran Umum Bagian Gawat Darurat	45
3.4.1.	Struktur Organisasi Bagian Gawat Darurat	45
3.4.2.	Ketenagaan di Bagian Gawat Darurat	45
3.4.3.	Alur Pasien di Bagian Gawat Darurat	46
BAB IV	KERANGKA KONSEP	47
4.1.	Kerangka Konsep	47
4.2.	Definisi Operasional	48
BAB V	METODE PENELITIAN	50
5.1.	Rancangan Penelitian	50
5.2.	Waktu dan Lokasi Penelitian	50
5.3.	Informan	51
5.4.	Pengumpulan Data	51
5.5.	Manajemen Data	52
5.6.	Analisa Data	52
5.7.	Validitas Data	53
5.8.	Instrumen Wawancara	53
BAB VI	HASIL PENELITIAN	54
6.1.	Karakteristik Informan	54
6.2.	Gambaran BGD berdasarkan input	55
6.3.	Gambaran BGD berdasarkan proses	87
6.4.	Gambaran BGD berdasarkan output	113
BAB VII	PEMBAHASAN	114
7.1.	Keterbatasan Penelitian	114
7.2.	Pembahasan	114
BAB VIII	KESIMPULAN DAN SARAN	
8.1.	Kesimpulan	138
8.2.	Saran	139
DAFTAR PUSTAKA		141
LAMPIRAN		

DAFTAR TABEL

Nomor Tabel		Halaman
1.1.	Jumlah kunjungan pasien di Bagian Gawat Darurat RS RK Charitas berdasarkan kegawatannya tahun 2005 sampai 2007	5
2.1.	Kualifikasi ketenagaan di Unit Gawat Darurat	18
3.1.	Data ketenagaan RS RK Charitas per 31 Oktober 2007	42
3.2.	Indikator Pelayanan di RS RK Charitas tahun 2002 sampai 2006 ...	44
6.1.	Karakteristik Informan	54
6.2.	Rata-rata waktu tunggu (response time) di BGD RS RK Charitas Bulan April sampai Juni 2007	113
6.3.	Rata-rata waktu pelayanan di BGD RS RK Charitas bulan April sampai Juni 2007	113
7.1.	Prioritas masalah menurut Delbecq	116
7.2.	Hasil scoring penentuan prioritas masalah	117
7.3.	Problem Priority Matrix menurut Perry Johnson	118

DAFTAR GAMBAR

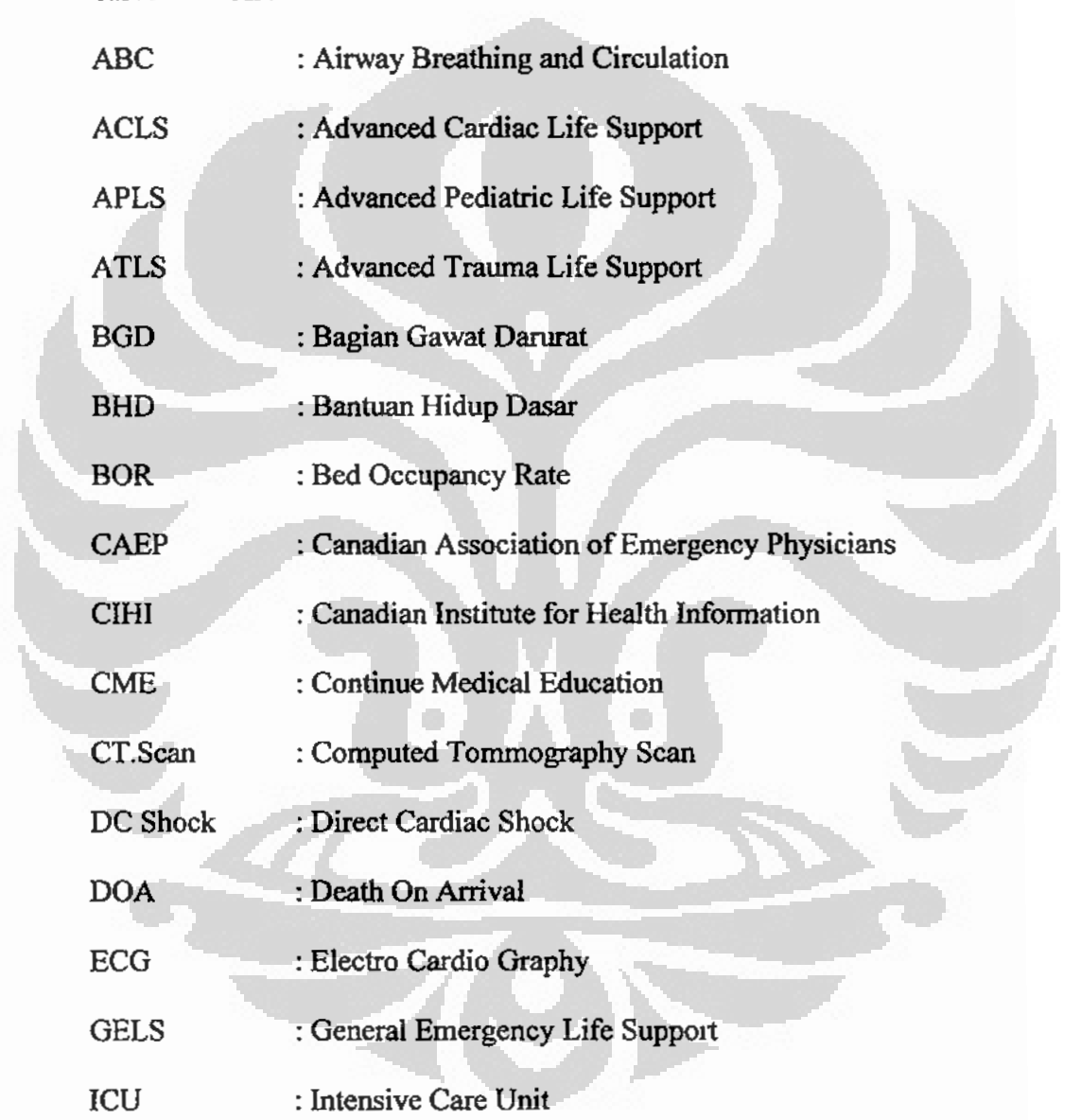
Nomor Gambar	Halaman
2.1. Six Sigma dan perbaikan proses	36
3.1. Struktur organisasi Rumah Sakit RK Charitas	41
3.2. Struktur organisasi BGD RS RK Charitas	45
3.3. Alur proses pelayanan Pasien di BGD RS RK Charitas	46
6.1. Grafik kunjungan pasien BGD RS RK Charitas tahun 2003 sampai 2007	80
6.2. Grafik distribusi pasien BGD RS RK Charitas berdasarkan tingkat kegawatan tahun 2003 sampai 2007	81
6.3. Grafik distribusi pasien BGD RS RK Charitas berdasarkan shift jaga tahun 2003 sampai 2007	82
6.4. Grafik kunjungan pasien BGD RS RK Charitas yang rawat inap, rawat jalan, dan dirujuk tahun 2003 sampai 2007	83
6.5. Grafik jumlah pasien yang DOA dan yang meninggal di BGD RS RK Charitas tahun 2003 sampai 2007	84
6.6. Grafik distribusi pasien BGD RS RK Charitas berdasarkan kasus tahun 2003 sampai 2007	85
7.1. Alur proses penjemputan pasien rawat inap di BGD RS RK Charitas	121
7.2. Alur proses pelayanan di BGD RS RK Charitas	124
7.3. Alur proses perencanaan pengembangan SDM di BGD RS RK Charitas	130
7.4. Alur proses pengembangan SDM di BGD RS RK Charitas yang Insidentil	131
7.5. Alur kebutuhan tenaga perawat di BGD RS RK Charitas	134
7.6. Alur proses triase di BGD RS RK Charitas	136

DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1. **Pedoman wawancara Mendalam Dengan Pihak Manajemen, Bagian Penunjang Medis, Bagian Keperawatan, Petugas Bagian Gawat Darurat.**
- Lampiran 2. **Matrik Wawancara Mendalam Dengan Pihak Manajemen.**
- Lampiran 3. **Matrik Wawancara Mendalam Dengan Bagian Penunjang Medis**
- Lampiran 4. **Matrik Wawancara Mendalam Dengan Bagian Keperawatan**
- Lampiran 5. **Matrik Wawancara Mendalam Dengan Petugas Bagian Gawat Darurat.**
- Lampiran 6. **Matrik Permasalahan Dan Pemecahan Masalah**

DAFTAR SINGKATAN DAN ISTILAH

SINGKATAN



ABC	: Airway Breathing and Circulation
ACLS	: Advanced Cardiac Life Support
APLS	: Advanced Pediatric Life Support
ATLS	: Advanced Trauma Life Support
BGD	: Bagian Gawat Darurat
BHD	: Bantuan Hidup Dasar
BOR	: Bed Occupancy Rate
CAEP	: Canadian Association of Emergency Physicians
CIHI	: Canadian Institute for Health Information
CME	: Continue Medical Education
CT.Scan	: Computed Tommography Scan
DC Shock	: Direct Cardiac Shock
DOA	: Death On Arrival
ECG	: Electro Cardio Graphy
GELS	: General Emergency Life Support
ICU	: Intensive Care Unit
KPPGD	: Keterlambatan Penanggulangan Penderita Gawat Darurat
KTD	: Kejadian Tidak Diharapkan
KLB	: Kejadian Luar Biasa
LOS	: Length Of Stay

NCHS	: National Center of Healths Statistics
NSW Health	: New South Wales Health
PJ Keliling	: Penanggung Jawab Keliling
PPGD	: Penanggulangan Penderita Gawat Darurat
QA	: Quality Assurance
RS RK Charitas	: Rumah Sakit RK Charitas
SDM	: Sumber Daya Manusia
SIRS	: Sistem Informasi Rumah Sakit
SPO	: Standard Procedure Operating
TQM	: Total Quality Management
UGD	: Unit Gawat Darurat
USG	: Ultra Sonography
UTW	: Uraian Tugas dan Wewenang

BAB I

PENDAHULUAN

1.1. Latar Belakang

Pada tahun 1990, pelayanan Unit Gawat Darurat di Amerika meningkat 106% dibandingkan tahun 1980 (CAEP, 2007) dan Pada tahun 2002, terdapat 110,2 juta kunjungan di Unit Gawat Darurat, terjadinya peningkatan sebesar 23 % dari 90 juta kunjungan pada tahun 1992 (NCHS, 2004). Di NSW dari 140 Unit Gawat Darurat pada tahun 1994 - 1995 ada 1.565.000 kunjungan yang berobat ke Unit Gawat Darurat. Pada tahun 1999 - 2000 meningkat menjadi 1.732.100 kunjungan atau peningkatan sebesar 10,7 % dari tahun 1994-1995 (NSW, 2001). Pada tahun 2002 terdapat 1,6 juta pasien yang masuk ke Unit Gawat Darurat (NSW, 2002).

Pada tahun 1990, di Amerika sensus data nasional pada Unit Gawat Darurat memperlihatkan 60 % - 80 % dari pasien yang dilayani tidak gawat darurat atau dengan permasalahan medis yang ringan (CAEP, 2007). Tiga puluh empat persen dari semua kunjungan Unit Gawat Darurat yang memerlukan pelayanan dalam waktu 15 menit, hanya 10 % yang diklasifikasikan sebagai kasus tidak gawat darurat (NCHS, 2004). Tahun 1999 - 2000 di New South Wales (NSW) didapatkan hampir 61 % kunjungan ke Unit Gawat Darurat dengan kasus tidak gawat darurat (NSW, 2001).

Gambaran secara nasional bahwa di Indonesia kunjungan Unit Gawat Darurat tercatat 3.659.857 (12,2%) dari 30.015.179 kunjungan di rumah sakit pada tahun 2005 dan ditinjau dari tindak lanjut pelayanan, 46,5% pasien yang datang di Unit

Gawat Darurat terus dirawat, 1,4 % pasien Unit Gawat Darurat dirujuk ke rumah sakit lain. Sedangkan yang meninggal hanya 0,6 %. Dari seluruh kunjungan ke Unit Gawat Darurat terdapat 12,4 % merupakan kasus rujukan (Depkes, 2006)

Pengertian gawat darurat yang dianut masyarakat berbeda dengan pengertian petugas kesehatan. Oleh anggota masyarakat, setiap gangguan yang dialaminya dapat saja diartikan sebagai keadaan darurat sehingga mendatangi Unit Gawat Darurat untuk meminta pertolongan. Akibatnya adalah penderita rawat jalan yang mendatangi UGD dari tahun ke tahun semakin meningkat. Keadaan seperti ini tentu saja tidak menggembarakan, karena akan memperberat beban kerja UGD yang akan berakibat pada menurunnya mutu pelayanan (Azwar, 1996).

Masalah di Bagian Gawat Darurat sangat kompleks, banyaknya kunjungan ke Bagian Gawat Darurat RS RK Charitas pada waktu bersamaan baik dalam keadaan Gawat Darurat maupun Tidak Gawat Darurat ini yang membuat Bagian Gawat Darurat ini menjadi sibuk dan *overcrowding*. Survei yang dilakukan di New South Wales pada tahun 2002 terhadap pelayanan di Unit Gawat Darurat terhadap 717.200 orang (363.600 pria dan 353.600 wanita) selama 12 bulan didapatkan 11,9 % menyatakan pelayanan Unit Gawat Darurat buruk. Buruknya pelayanan dikarenakan waktu tunggu (pria 74,7 %, wanita 66,0 %). Ketrampilan petugas yang kurang (pria 14,7 %, wanita 22,8 %), perilaku yang buruk dari petugas (pria 10,5 %, wanita 22,8 %), staf yang kurang (pria 10,5 %, wanita 11,5 %) sarana yang kurang (pria 1,7 %, wanita 4 %), masalah komunikasi (pria 0,2 %, wanita 1,9 %) dan lainnya (pria 6,3 %, wanita 6,4 %) (NSW health, 2002).

Akibat dari *overcrowding* atau terjadinya penumpukan pasien ini akan menyebabkan pasien tidak terlayani dengan baik sehingga akan menyebabkan

kesalahan dalam pengobatan, keterlambatan dalam pengobatan, ketidakpuasan pasien dan beban kerja petugas menjadi tinggi. Unit Gawat Darurat yang sedang overcrowding membutuhkan penyelesaian yang segera, karena pada saat seperti ini sering terjadi kesalahan dalam pengambilan keputusan (CAEP, 2007). Kesalahan dalam pengambilan keputusan ini sangat besar dampaknya kepada keselamatan pasien (*patient safety*). Di dalam *patient safety* Kejadian Yang Tidak Diharapkan (KTD) di bidang pelayanan kesehatan tidak mungkin dihilangkan tetapi mungkin untuk diminimalisasi seperti diungkapkan Smith. " *If medical errors were easy to eliminate, then health care organizations would have eliminated them long ago*".

Institute of Medicine (IOM) melaporkan bahwa *adverse events* membunuh hampir 100.000 penduduk Amerika/tahun. Angka ini 4 kali lebih besar dari kematian akibat kecelakaan lalu lintas. Di Inggris, setiap 1 dari 10 orang berisiko mengalami KTD (Cahyono, 2006). Pada tahun 2000 *Institute of Medicine* di Amerika Serikat menerbitkan laporan yang mengagetkan banyak pihak : " *TO ERR IS HUMAN*", *Building a Safer Health System*. Laporan itu mengemukakan penelitian di rumah sakit di Utah dan Colorado serta New York. Di Utah dan Colorado ditemukan *adverse event* (KTD) sebesar 2,9 % dimana 6,6 % diantaranya meninggal, sedangkan di New York sebesar 3,7 % dengan angka kematian 13,6 %. Publikasi WHO pada tahun 2004, di Amerika, Inggris, Denmark, dan Australia ditemukan KTD dengan rentang 3,2 % – 16,6 % (Depkes, 2006) sedangkan angka kejadian KTD di Indonesia tidak diketahui dengan pasti. Karena system pelaporan selama ini belum membudaya (Cahyono, 2006). Menurut Tim Keselamatan Pasien Rumah Sakit RK Charitas selama tahun 2007 tercatat kurang lebih 150 kasus KTD yang sudah

dilaporkan dan data ini sudah termasuk 22 kasus dari Bagian Gawat Darurat RS RK Charitas.

Tuntutan pasien terhadap pelayanan kesehatan yang bermutu semakin lama semakin meningkat khususnya di UGD yang merupakan pintu gerbang pelayanan suatu rumah sakit. Mutu pelayanan rumah sakit dapat ditelaah dari tiga hal yaitu struktur (sarana fisik, peralatan, dana, tenaga kesehatan dan non kesehatan), proses (manajemen rumah sakit baik manajemen interpersonal, teknis maupun pelayanan keperawatan yang kesemuanya tercermin pada tindakan medis dan non medis kepada pasien) dan *outcome*. Aspek mutu yang dapat dipakai sebagai indikator untuk menilai mutu pelayanan rumah sakit yaitu penampilan keprofesian (aspek klinis), efisiensi dan efektivitas, keselamatan dan kepuasan pasien (JMPK, 2006). Adanya tuntutan pasien terhadap pelayanan yang bermutu di Bagian Gawat Darurat Rumah Sakit RK Charitas Palembang dapat dilihat dari komplain-komplain yang masuk melalui angket kotak saran di Bagian Gawat Darurat RS RK Charitas pada tahun 2005 antara lain karena ketidakramahan petugas (4,7 %), kurangnya komunikasi petugas terhadap pasien (6,3%), serta pelayanan yang lambat dari dokter (14,1%) dan pelayanan yang lambat dari perawat (7,8%) serta keluhan lainnya.

Dari data yang dikeluarkan oleh Dinkes Kota Palembang 2007 terlihat adanya peningkatan pertumbuhan penduduk, berdasarkan data BPS kota Palembang tahun 2004 sebesar 1.300.961, tahun 2005 sebesar 1.312.551 dan pada tahun 2006 meningkat menjadi 1.394.322 jiwa atau peningkatan sebesar 6,2 %, disertai dengan peningkatan derajat perekonomian di Kota Palembang ini tergambar dari meningkatnya jumlah kunjungan pasien di beberapa rumah sakit besar di kota Palembang dimana RS RK Charitas mempunyai jumlah kunjungan cukup tinggi

setelah Rumah Sakit Umum Mochamad Hoesin Palembang sebagai rumah sakit pusat rujukan. Dampak dari meningkatkan pertumbuhan perekonomian di Kota Palembang terlihat dari perkembangan rumah sakit pemerintah, rumah sakit swasta serta klinik-klinik pelayanan kesehatan (Dinkes Kota Palembang, 2007).

Rumah Sakit RK Charitas Palembang merupakan rumah sakit swasta non profit yang telah berdiri sejak 82 tahun yang lalu, rumah sakit ini termasuk rumah sakit tipe Madya dengan luas tanah 27.730 m² dan luas bangunan 19.297 m², yang terletak dipusat kota dengan fasilitas rawat inap 398 tempat tidur, dengan jumlah karyawan 1053, jumlah kunjungan rawat jalan tahun 2007 sebesar 169.769 pasien, rawat inap 27.996 pasien, BOR :85,8%, dengan Visi dan Misi, uraian tugas dan tanggung jawab yang jelas, standard prosedur pelayanan yang lengkap, peralatan kesehatan yang modern disertai SIM RS yang mendukung. Rumah Sakit RK Charitas Palembang juga telah terakreditasi untuk 12 pelayanan. Bagian Gawat Darurat merupakan pintu gerbangnya Rumah Sakit RK Charitas dengan data kunjungan pasien yang semakin meningkat dari tahun 2005 sampai 2007.

Tabel 1.1. Jumlah kunjungan Pasien di Bagian Gawat Darurat RS RK Charitas berdasarkan kegawatan dan disposisi tahun 2005 , 2006 dan 2007.

Tahun	Σ Kunjungan	Rata-rata kunjungan /hari	Kasus Gawat Darurat	Kasus Tidak Gawat Darurat	Rawat Inap	Rawat Jalan	Rujuk	DOA (Death On Arrival)	Meninggal di BGD
2005	33.982	94	17.400 (51,2%)	16.582 (48,8%)	13.784 (40,6%)	19.508 (57,3%)	468 (1,4%)	161 (0,5%)	61 (0,2%)
2006	37.614 (↑10,7%)	104	20.790 (55,3%)	16.832 (44,7%)	15.214 (40,4%)	21.264 (56,5%)	922 (2,5%)	144 (0,4%)	70 (0,2%)
2007	39.509 (↑5,03%)	109	22.930 (58,0%)	16.829 (42,0%)	15.182 (38,5%)	23.156 (58,6%)	936 (2,4%)	134 (0,3%)	83 (0,2%)

Sumber : Rekam medis BGD RS RK Charitas tahun 2005 sampai 2007

Tingginya kunjungan pada waktu yang bersamaan sehingga menyebabkan penumpukan pasien (*overcrowding*) disertai dengan adanya berbagai masalah yang muncul melalui komplain dari pasien karena ketidakpuasan terhadap pelayanan yang diberikan di Bagian Gawat Darurat Rumah Sakit RK Charitas seperti telah diuraikan diatas menjadi tantangan bagi peneliti untuk menganalisa pengelolaan pelayanan yang ada di Bagian Gawat Darurat Rumah Sakit RK Charitas, agar dapat memperbaiki pelayanan di bagian tersebut.

1.2. Rumusan Masalah Penelitian

Bagian Gawat Darurat merupakan pintu gerbang dan cerminnya sebuah rumah sakit dan bagian ini dituntut untuk memberikan pelayanan cepat, tepat dan bermutu tanpa mengabaikan keamanan (*safety*). Kompleksnya permasalahan yang ada di Bagian Gawat Darurat Rumah Sakit RK Charitas Palembang ini dapat dirasakan dengan adanya komplain - komplain yang disampaikan oleh pasien karena ketidakpuasannya terhadap pengelolaan pelayanan yang diberikan, akan tetapi komplain tersebut belum diberikan secara mendetail dan akurat, sehingga sulit untuk mengetahui secara jelas sejauh mana pengelolaan pelayanan yang ada di Bagian Gawat Darurat Rumah Sakit RK Charitas saat ini, maka dibutuhkan analisa pengelolaan pelayanan di Bagian Gawat Darurat Rumah Sakit RK Charitas Palembang.

1.3. Pertanyaan Penelitian

1.3.1. Bagaimana gambaran pengelolaan pelayanan di Bagian Gawat Darurat Rumah Sakit RK Charitas Palembang ?.

1.3.2. Faktor-faktor *input* apa saja yang mempengaruhi pengelolaan pelayanan di Bagian Gawat Darurat Rumah Sakit RK Charitas?.

1.3.3. Faktor-faktor proses apa saja yang mempengaruhi pengelolaan pelayanan di Bagian Gawat Darurat Rumah Sakit RK Charitas ?.

1.4. Tujuan Penelitian

1.4.1. Tujuan Umum

Mengetahui gambaran pengelolaan pelayanan di Bagian Gawat Darurat Rumah Sakit RK Charitas Palembang, faktor input dan faktor proses yang mempengaruhi pengelolaan pelayanan di Bagian Gawat Darurat Rumah Sakit RK Charitas tahun 2008 .

1.4.2. Tujuan Khusus.

1.4.2.1. Diketuainya gambaran pengelolaan pelayanan di Bagian Gawat Darurat Rumah Sakit RK Charitas Palembang tahun 2008.

1.4.2.2. Diketuainya faktor-faktor *input* apa saja yang mempengaruhi pengelolaan pelayanan di Bagian Gawat Darurat Rumah Sakit RK Charitas.

1.4.2.3. Diketuainya faktor-faktor proses apa saja yang mempengaruhi pengelolaan pelayanan di Bagian Gawat Darurat Rumah Sakit RK Charitas .

1.5. Manfaat Penelitian

1.5.1 Manfaat Bagi Rumah Sakit

Penelitian ini diharapkan dapat memberikan masukan kepada manajemen Rumah Sakit RK Charitas Palembang mengenai gambaran pengelolaan pelayanan yang ada di Bagian Gawat Darurat Rumah Sakit RK Charitas, faktor-faktor *input* serta faktor-faktor proses apa saja yang mempengaruhi pengelolaan pelayanan di Bagian Gawat Darurat Rumah Sakit RK Charitas .

1.5.2 Manfaat Bagi Pendidikan

Menambah khasanah penelitian mengenai analisa pengelolaan pelayanan di Bagian Gawat Darurat Rumah Sakit RK Charitas Palembang yang dapat dimanfaatkan dan dikembangkan untuk penelitian lebih lanjut.

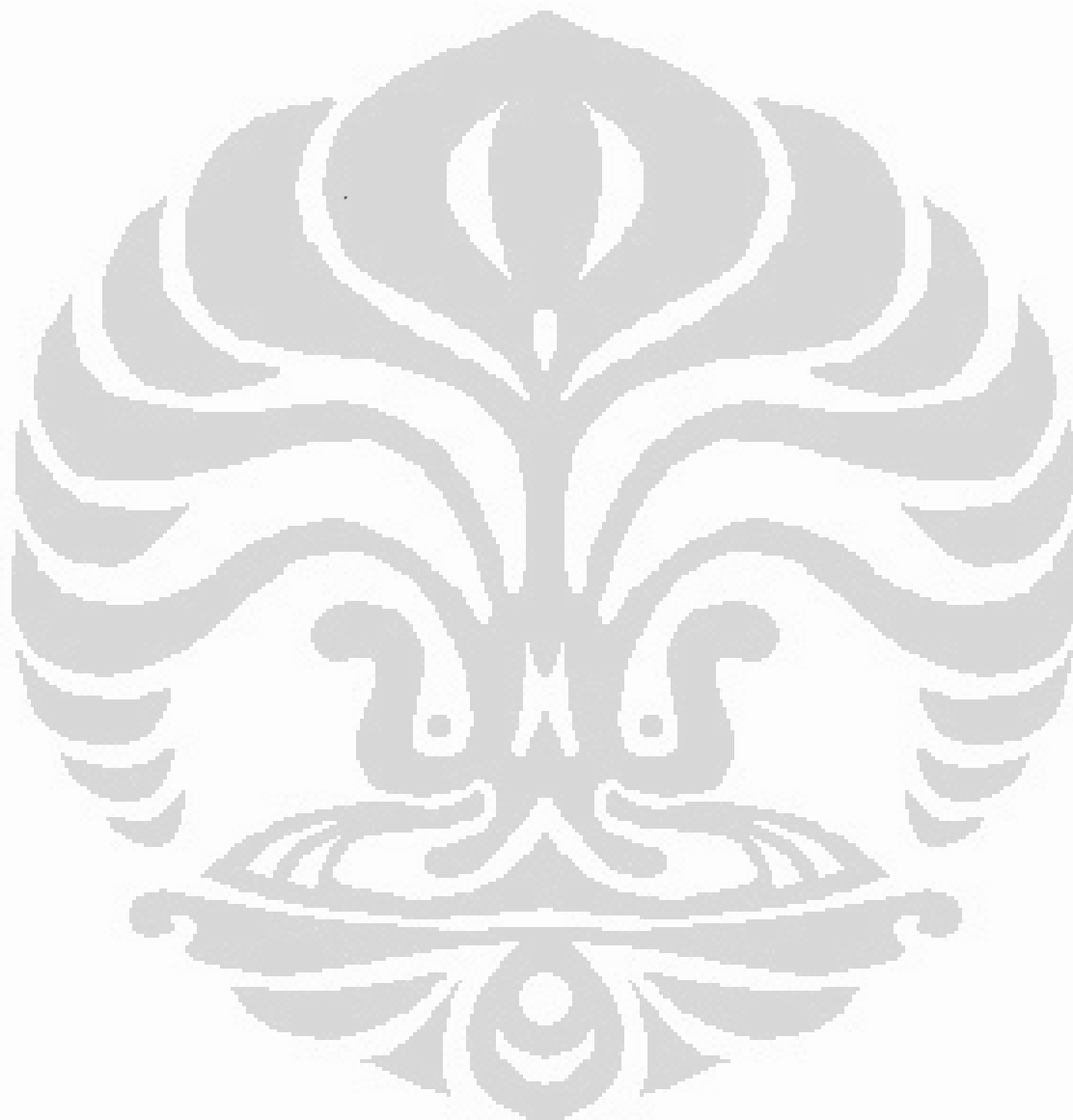
1.5.3 Manfaat Bagi Peneliti

Penelitian ini merupakan kesempatan yang sangat berharga, dimana peneliti dapat menambah pengetahuan dan mengaplikasikan teori yang telah didapat selama menjalani pendidikan di KARS, FKM UI

1.6. Ruang Lingkup

Penelitian dilakukan untuk menganalisa pengelolaan pelayanan di Bagian Gawat Darurat Rumah Sakit RK Charitas Palembang, karena Rumah Sakit RK Charitas merupakan salah satu rumah sakit swasta besar yang ada di kota Palembang juga sebagai rumah sakit rujukan di Sumatera Selatan sedangkan Bagian Gawat Darurat berperan sebagai pintu gerbangnya Rumah Sakit RK Charitas Palembang.

Penelitian dilakukan pada bulan Maret dan April 2008 dengan menggunakan tehnik wawancara mendalam, observasi dan telaah dokumen, informasi terpilih adalah 5 W + 1H (*What, Why, Where, When, Who, How*).



BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1. UNIT GAWAT DARURAT

Unit Gawat Darurat adalah unit pelayanan di rumah sakit yang memberikan pelayanan pertama pada pasien dengan ancaman kematian dan kecacatan secara terpadu dengan melibatkan berbagai multidisiplin (Depkes, 2006). Unit Gawat Darurat sebuah rumah sakit merupakan unit layanan medik yang harus mampu menjadi ujung tombak kegiatan layanan yang berfungsi dalam penanggulangan keadaan kegawatan atau kedaruratan medik. Sehingga unit ini sangat potensial dalam memberikan layanan serta memberi cerminan atau gambaran umum pertama peran rumah sakit bagi lingkungannya. Karenanya, dapat disebut sebagai pintu terdepan dari pelayanan rumah sakit terhadap masyarakatnya (Aditama, 2002) seperti dikutip oleh Aboebakar (2005).

Pelayanan Gawat Darurat (*emergency care*) adalah bagian dari pelayanan kedokteran yang dibutuhkan oleh penderita dalam waktu segera (*immediately*) untuk menyelamatkan kehidupan (*life saving*) dan merupakan salah satu dari unit kesehatan yang paling padat modal, padat karya, serta padat teknologi. Pelayanan gawat darurat yang sebenarnya bertujuan untuk menyelamatkan kehidupan penderita (*life saving*), sering dimanfaatkan hanya untuk memperoleh pelayanan pertolongan pertama (*first aid*) dan bahkan pelayanan rawat jalan (*ambulatory care*) (Azwar, 1996).

Standar pelayanan gawat darurat yang ditentukan oleh Depkes RI yaitu bahwa Unit Gawat Darurat harus memberikan pelayanan darurat dengan standar

yang tinggi kepada masyarakat yang menderita penyakit akut dan yang mengalami kecelakaan. Maka dari itu pelayanan di UGD harus dilakukan selama 24 jam, mengutamakan pasien yang gawat darurat, dan menyelenggarakan pelatihan kegawat daruratan. Mengenai administrasi dan pengelolaannya, di UGD harus ada dokter yang bertanggungjawab pada pelayanan, harus ada perawat senior dengan kualifikasi tertentu, harus ada kerjasama dengan bagian lain, harus berperan dalam penanggulangan bencana, harus melakukan system rujukan, dan masih banyak lagi tuntutan UGD sebagai unit pelayanan (Wijono, 1999).

Tujuan dari Penanggulangan Penderita Gawat Darurat menurut Depkes , 2006 adalah

1. Mencegah kematian dan kecacatan
2. Menerima rujukan pasien atau mengirim pasien/melakukan rujukan baik secara horisontal (setingkat) maupun vertikal (ketingkat yang lebih tinggi).
3. Melakukan penanggulangan korban musibah massal dan bencana yang terjadi di dalam maupun di luar rumah sakit.
4. Melakukan penanganan kasus " *true emergency* " maupun " *false emergency* ."
5. Mengembangkan dan menyebar luaskan pengetahuan penanggulangan penderita gawat darurat melalui pendidikan dan menyelenggarakan berbagai kursus yang berhubungan dengan pengetahuan dan ketrampilan bantuan hidup dasar (*basic life support*) maupun bantuan hidup lanjut (*advance life support*).

2.2. PERMASALAHAN DI UNIT GAWAT DARURAT

Mengelola UGD tidak semudah yang diperkirakan. Akan banyak masalah yang ditemukan, yang jika disederhanakan secara umum dapat dibedakan atas dua macam yaitu : (1) masalah pembiayaan , ada dua faktor utama yang berperan disini . Pertama, karena biaya pengelolaan UGD memang besar. Kedua, karena pendapatan UGD memang tidak bisa dijamin, ini karena ketidak siapan dana dari pihak penderita yang mengalami musibah gawat darurat dan (2) masalah beban kerja, karena terdapatnya perbedaan pengertian keadaan gawat darurat antara pasien dengan petugas kesehatan, sehingga UGD sering dimanfaatkan oleh mereka yang kurang membutuhkan. Dampak utama yang ditimbulkan yaitu memperberat beban kerja di UGD yang berakibat menurunnya mutu pelayanan, sehingga perhatian terhadap pasien yang benar-benar membutuhkan pertolongan dan perhatian jadi kurang (Azwar, 1996).

Menurut Wijono,(1999) dengan adanya akreditasi pelayanan gawat darurat dimana gawat darurat harus dapat memberikan pelayanan darurat kepada masyarakat yang menderita penyakit akut dan mengalami kecelakaan, sesuai dengan standar dikatakan :

1. Pelayanan gawat darurat diselenggarakan selama 24 jam /hari.
2. Tempat pelayanan pasien yang tidak darurat dipisahkan dengan yang darurat.
3. Unit Gawat Darurat hanya membatasi diri pada pelayanan untuk pasien yang gawat dan darurat saja, perawatan selanjutnya diatur di bagian lain.
4. Ada sistem rujukan yang dapat melakukan tindak lanjut pelayanan gawat darurat di masyarakat.

Permasalahannya bahwa masyarakat pengguna pelayanan gawat darurat banyak yang belum mengerti tentang arti dari kegawat daruratan, sehingga mereka ingin dilayani di gawat darurat walaupun bukan kasus gawat darurat, hal tersebut menjadi penyebab sering *overcrowding*nya pelayanan di gawat darurat.

Unit Gawat Darurat yang penuh sesak (*overcrowding*) atau terjadinya penumpukan pasien ini merupakan masalah nasional dan menjadi situasi yang kronis di banyak departemen. *Overcrowding* dapat diartikan sebagai situasi dimana kebutuhan untuk pelayanan meningkat dan dituntut kemampuan untuk memberikan pelayanan di dalam waktu tertentu, yang menyebabkan dokter dan perawat tidak mampu memberikan pelayanan yang berkualitas (CAEP, 2000).

Unit Gawat Darurat memang tidak sepanjang waktu mengalami kerepotan dan *overcrowding*. Ada jam-jam tertentu dimana *overcrowding* itu terjadi. Survei yang dilakukan oleh CIHI (*Canadian Institute for Health Information*) pada tahun 2003-2004 menggambarkan jam-jam repot di UGD yaitu antara jam 8 pagi hari sampai jam 8 malam hari, sedangkan puncak kesibukan pada jam 11 pagi sedangkan jam paling tidak sibuk adalah jam 6 pagi (Oviatt & Hollingsworth, 2005). Penumpukan pasien di Rumah Sakit RK Charitas berdasarkan observasi peneliti biasanya terjadi pada pukul 12.00 sampai 14.00 dan pukul 19.00 sampai 21.00, dimana pada waktu-waktu tersebut poli rawat jalan sudah tutup dan praktek dokter luar sudah tutup, sehingga pasien berobat ke Bagian Gawat Darurat Rumah Sakit RK Charitas Palembang.

Akibat dari adanya *overcrowding* UGD yang dilaporkan antara lain adalah pelayanan pasien yang tidak adekuat, keterlambatan yang memanjang (*prolonged*

delays) pada penanganan nyeri dan penyakit lain, waktu pelayanan yang lama, ketidakpuasan pasien, dan penurunan kepuasan perawat/dokter (CAEP, 2000).

Ada beberapa contoh penanganan waktu tunggu di rumah sakit. Richard Lavelly di Amerika tahun 2003, mengatur alur pasien dengan cara mengatur arus pasien (*Managing Patient Flow*) dan menghasilkan penurunan waktu proses pelayanan sebanyak 33 %, meningkatkan volume pasien 20 %, dan jumlah perawatan meningkat 12 %. Pengaturan alur pasien tersebut melibatkan unit-unit yang berkaitan dengan pasien seperti Laboratorium, Radiology, Admission, Billing, Perawat Administrasi, Perawat UGD setiap shift jaga, Kepala Kasir (Lavelly, 2005).

2.3 KLASIFIKASI PASIEN GAWAT DARURAT

Dari pengalaman tersebut diatas maka UGD harus mempunyai suatu sistem yang dapat menangani persoalan tersebut secara benar, sehingga UGD dapat melakukan pertolongan pada pasien sebaik mungkin dan jumlah pasien tertolong semaksimal mungkin. Sistem yang dipakai oleh sebagian besar Rumah Sakit yang ada, baik nasional dan internasional adalah sistem triase. Pengertian triase adalah suatu mekanisme dengan tujuan menyeleksi pasien-pasien yang datang ke UGD berdasarkan siapa yang lebih memerlukan penanganan segera (prioritas), untuk kelancaran pelayanan di UGD dan kepentingan medik pasien sendiri. Petugas yang melakukan triase ini adalah dokter atau perawat yang sudah bersertifikat pelatihan PPGD dan lain-lain. Menurut buku pedoman pelayanan gawat darurat yang dikeluarkan oleh Depkes 2005, bahwa pasien yang masuk melalui UGD dapat diklasifikasikan dalam 4 hal yaitu :

2.3.1. Pasien Gawat Darurat

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

2.3.2. Pasien Gawat Tidak Darurat

Pasien berada dalam keadaan gawat tetapi tidak memerlukan tindakan darurat, misalnya kanker stadium lanjut

2.3.3. Pasien Darurat Tidak Gawat

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

2.3.4. Pasien Tidak Gawat Tidak Darurat

Pasien yang kondisinya tidak mengancam nyawa atau anggota badannya, juga tidak memerlukan tindakan darurat (secepatnya)

Misalnya pasien dengan TBC kulit, ulcus tropicum, dan sebagainya.

Selain pengertian diatas UGD juga harus berpedoman pada penanganan yang cepat dan tepat dengan mengutamakan besarnya jumlah korban yang seharusnya dapat diselamatkan dengan kemampuan sarana dan prasarana serta sumber tenaga yang ada, hal ini biasanya pada saat terjadinya bencana atau kejadian luar biasa (KLB), telah dicapai suatu kesepakatan dimana kondisi pasien dan prioritas dibedakan berdasarkan 4 warna, yaitu berdasarkan urutan prioritas perorangan.

- a) **Merah:** Penderita yang memerlukan tindakan khusus/operatif atau yang memerlukan pemeriksaan penunjang khusus.
- b) **Kuning:** Penderita hanya memerlukan tindakan bedah minor

- c) **Hijau:** Penderita tidak mengalami perlakuan serius dan tidak memerlukan tindakan yang cepat
- d) **Hitam :** Penderita yang telah meninggal dunia

2.4 KLASIFIKASI UNIT PELAYANAN GAWAT DARURAT

Klasifikasi unit pelayanan Gawat Darurat terdiri dari :

- 2.4.1. Unit Pelayanan Gawat Darurat Kelas IV: memiliki dokter subspesialis yang siap panggil (*on-call*), beberapa dokter spesialis yang selalu siap di tempat (*on-site*) bertugas dalam 24 jam, dokter umum yang selalu siap di tempat (*on-site*) 24 jam yang memiliki kualifikasi pelayanan *GELS* (*General Emergency Life Support*) dengan kemampuan memberikan resusitasi dan stabilisasi *Airway, Breathing, Circulation* (*ABC*) serta terapi definitif. Memiliki alat transportasi untuk pasien gawat darurat dan dapat melakukan rujukan dan komunikasi yang siap 24 jam. Perawat yang bertugas memiliki kualifikasi Keperawatan Gawat Darurat basic 2 *advance* dengan kemampuan untuk melakukan pertolongan pada pasien trauma serta kegawatdaruratan jantung (jumlah petugas sesuai dengan rasio pasien).
- 2.4.2. Unit Pelayanan Gawat Darurat Kelas III : memiliki dokter spesialis empat besar (dokter spesialis bedah, dokter spesialis penyakit dalam, dokter spesialis anak, dokter spesialis kebidanan) yang siaga di tempat (*on-site*) dalam 24 jam, dokter umum siaga ditempat (*on-site*) 24 jam yang memiliki kualifikasi medik untuk pelayanan *GELS* dan mampu memberikan resusitasi dan stabilisasi kasus dengan masalah *ABC* (*Airway, Breathing, Circulation*) untuk terapi definitif serta memiliki alat transportasi untuk rujukan dan

komunikasi yang siap 24 jam. Perawat yang bertugas memiliki kualifikasi Keperawatan Gawat Darurat basic 2 *Advance* dengan kemampuan untuk melakukan pertolongan pada pasien trauma serta kegawatdaruratan jantung (jumlah petugas sesuai dengan rasio pasien).

2.4.3. Unit Pelayanan Gawat Darurat Kelas II : memiliki dokter spesialis empat besar yang siap panggil (*on-call*), dokter umum yang siaga ditempat (*on-site*) dalam 24 jam yang memiliki kualifikasi pelayanan *GELS* dan mampu memberikan resusitasi dan stabilisasi ABC serta memiliki alat transportasi untuk rujukan dan komunikasi yang siap 24 jam. Perawat yang bertugas memiliki kualifikasi Keperawatan Gawat Darurat basic 2 *Advance* dengan kemampuan untuk melakukan pertolongan pada pasien trauma serta kegawatdaruratan jantung (jumlah petugas sesuai dengan rasio pasien).

2.4.4. Unit Pelayanan Gawat Darurat Kelas I : memiliki dokter umum di tempat (*on-site*) 24 jam yang mempunyai kualifikasi *GELS*, mampu melakukan resusitasi dan stabilisasi pasien, serta memiliki alat transportasi untuk rujukan dan komunikasi. Perawat yang bertugas memiliki kualifikasi Keperawatan Gawat Darurat basic 2 *Advance* (jumlah petugas sesuai dengan rasio pasien).

2.5. KETENAGAAN

Tim pelayanan UGD didasarkan pada organisasi multidisiplin, multi profesi dan terintegrasi. Tim yang terlibat dalam penanggulangan penderita gawat darurat sangat bergantung pada jenis kasus dan klasifikasi UGD rumah sakit. Klasifikasi anggota tim tergantung pada kelas UGD rumah sakit. Minimal terdiri atas Dokter

umum terlatih, Perawat terlatih dan tenaga penunjang (petugas administrasi, satpam, cleaning service)

Tabel 2.1. Kualifikasi ketenagaan di Unit Gawat Darurat

Kualifikasi UGD	Kelas IV	Kelas III	Kelas II	Kelas I
Kualifikasi Tenaga				
Dokter Subspesialis	-Semua jenis - <i>On-call</i>	-Beberapa jenis - <i>On-call</i>	-	-
Dokter Spesialis	-Semua jenis - <i>On-site</i>	- 4 besar + anestesi <i>on-site</i>	- 4 besar anestesi <i>on-call</i>	-
Dokter PPDS	- <i>On-site</i> 24 jam (RSPendidikan)	- <i>On-site</i> 24 jam	-	-
Dokter Umum (+GELS)	<i>On-site</i> 24 jam dengan rasio 1 :20 kasus dibagi dalam 3 shift (1-1-1)	<i>On-site</i> 24 jam dengan rasio 1 :20 kasus dibagi dalam 3 shift (1-1-1)	<i>On-site</i> 24 jam dengan rasio 1 :20 kasus dibagi dalam 3 shift (1-1-1)	<i>On-site</i> 24 jam dengan rasio 1 :20 kasus dibagi dalam 3 shift (1-1-1)
Perawat Kepala SI, DIII (PPGD+BLS)	Jam kerja/di luar jam kerja	Jam kerja/di luar jam kerja	Jam kerja/di luar jam kerja	-
Perawat (PPGD+BLS)	<i>On-site</i> 24 jam ratio 4 perawat untuk 20 pasien sehari terbagi dalam 3 shift	<i>On-site</i> 24 jam ratio 2 perawat untuk 15 pasien sehari terbagi dalam 3 shift	<i>On-site</i> 24 jam ratio 1 perawat untuk 10 pasien sehari terbagi dalam 3 shift	<i>On-site</i> 24 jam ratio 4 perawat untuk 5 pasien sehari terbagi dalam 3 shift
Non Medis	Total minimal 40 orang	Total minimal 30 orang	Total minimal 13 orang	Total minimal 10 orang
TU/Keu(24 j)	(2-1-1-1): 5 org	(2-1-1-1) : 5 org		
Kamtib (24 j)	(5-4-4-4):17 org	(3-2-2-2) : 9 org		
Pekarya(24 j)	(4-4-4-4):16 org	(4-4-4-4):16 org		

2.5.1. Dokter Jaga Gawat Darurat

Standar yang paling sulit untuk dibuat adalah standar kualifikasi dokter. Setiap UGD akan mempunyai dokter *fulltime* yang sudah bersertifikat atau kelompok dokter terpilih yang sudah memenuhi syarat untuk bertugas di UGD. Pada kenyataannya, tidak mudah mencari tenaga dokter yang siap pakai. Meskipun

demikian setiap fasilitas kesehatan harus menentukan kebutuhannya masing-masing, maka ditempatkan dokter *fulltime* atau dokter terpilih (*eligible*) di UGD atau di salah satu pelayanan kesehatan. Mereka sebaiknya juga tinggal dekat dengan rumah sakit supaya mereka dengan cepat bisa menangani perubahan yang mendadak dari kebutuhan tenaga terutama pada waktu terjadinya bencana (Matson,1992) seperti dikutip oleh Irianti ,(2006).

Sebagian besar rumah sakit jarang melakukan survei kepuasan pasien yang secara khusus dihubungkan dengan sikap dokter. Sebagian besar survei terfokus pada pemberi pelayanan diluar dokter. Interaksi dokter dengan pasien, dokter spesialis, dokter umum yang ditraining, sangat mempengaruhi kemampuan organisasi untuk memberikan kepuasan pasien. Dokter sering merupakan penyebab yang tidak kentara terhadap kualitas perawatan yang kurang dan hal ini tidak dikontrol karena menghindari menyalahkan dokter. Sering terdengar bahwa dokter memberikan instruksi kepada perawat, dengan tanpa kata-kata yang kemudian disuruh perawat lain mengerti. Tentu saja bahasa yang demikian merupakan problem komunikasi pada banyak pasien, dokter dan staf . Egoisme dokter adalah musuh utama dari kesuksesan *marketing* pelayanan kesehatan (O'Malley, 1997) seperti dikutip oleh Irianti, (2006).

2.5.2 Perawat UGD

Di UGD standar praktek yang optimal harus ditentukan, dikomunikasikan dan ditetapkan oleh direktur rumah sakit. Petunjuk yang jelas untuk melakukan standar praktek yang diperlukan untuk dokter dan perawat penting, karena merekalah yang melakukan standar untuk mengoperasikan UGD dan praktek profesional . Staf perawat seharusnya dikredensial dan bersertifikat, dievaluasi mengenai pendidikan,

pengalaman dan expertise. Perawat UGD harus bersertifikat di *emergency nursing* atau uji pelayanan kritis (Matson, 1992) seperti dikutip oleh Irianti, (2006).

Seperti diketahui perawat merupakan proporsi tenaga yang paling besar di rumah sakit dan perawat juga yang mempunyai waktu kontak 24 jam terhadap pasien, sehingga keberadaan perawat khususnya di UGD sangat berpengaruh besar terhadap pelayanan yang diberikan. Sampai saat ini belum adanya rumus khusus untuk menghitung kebutuhan tenaga untuk UGD. Penentuan jumlah tenaga keperawatan di UGD disesuaikan dengan kondisi atau peran dan fungsi perawat dan kelas UGD tersebut. Dasar perhitungan tenaga di gawat darurat ditentukan oleh a) rata-rata jumlah pasien per hari, b) jumlah jam perawatan per hari, c) jam efektif perawat per hari. Formula akhir dari penghitungan kebutuhan tenaga UGD (Ilyas, 2004) dapat digunakan oleh praktisi untuk menghitung tenaga yang dibutuhkan di UGD .

$$TP = \frac{D \times 365}{255 \times \text{jam kerja /hari}}$$

Keterangan :

- TP = tenaga perawat
- D = jam keperawatan
- 365 = jumlah hari kerja di Unit Gawat Darurat
- 255 = hari kerja efektif perawat/tahun
- $[365 - (12 \text{ hari libur nasional} - 12 \text{ hari libur cuti tahunan}) \times \frac{3}{4} = 255 \text{ hari}]$

jam kerja /hari = 7 jam per hari

Untuk mendapatkan nilai D, harus dilakukan penelitian tentang waktu perawatan dalam memberikan asuhan kepada pasien dari masing-masing klasifikasi pasien.

$$D = \{ (A1 \times \sum os/hr) + (A2 \times \sum os/hr) + (A3 \times \sum os/hr) + (3shift/hr \times adm \text{ time}) \}$$

A1 = waktu keperawatan pasien kasus gawat darurat

A2 = waktu keperawatan pasien kasus mendesak

A3 = waktu keperawatan pasien kasus tidak mendesak

$\sum os$ = jumlah pasien

Adm time = waktu administratif yang dibutuhkan untuk penggantian shift selama 45 menit.

Dalam pelaksanaan pelayanan di UGD harus memiliki personalia baik dokter maupun tenaga perawat yang terampil, ditunjang oleh kemampuan yang diperoleh melalui berbagai pelatihan/kursus secara periodik. Pelatihan secara periodik untuk pelayanan gawat darurat sesuai dengan klasifikasi UGD tersebut (PPGD, *BTLS*, *BCLS*, *ATLS*, *ACLS*, *GELS*, dan lain-lain).

2.6. SARANA DAN PRASARANA FISIK DI UGD

Ketentuan umum fisik bangunan UGD menurut Depkes 2006 :

1. Harus mudah dijangkau oleh masyarakat
2. Harus mempunyai pintu masuk dan keluar yang berbeda (diatur masuk kendaraan/pasien yang tidak sama dengan alur keluar)
3. Harus memiliki ruang pendaftaran (*SIRS*), ruang dekontaminasi (dengan fasilitas shower), ruang triase (*screening*), ruang observasi

bedah dan non bedah, ruang resusitasi/stabilisasi, ruang tindakan bedah dan non bedah, ruang cito operasi, ruang gawat darurat jantung, ruang anak, ruang isolasi, ruang kebidanan, ruang mata, ruang THT, ruang laboratorium, ruang radiologi, ruang farmasi, bank darah, ruang administrasi, ruang pantry, ruang pertemuan, toilet, ruang tunggu, ruang istirahat petugas, kamar mayat sementara.

4. Ambulans/ kendaraan yang membawa pasien harus dapat sampai di depan pintu UGD.
5. Pintu UGD harus dapat dilalui oleh brankart dan kursi roda
6. Ruang triase harus dapat membuat minimal 2 (dua) brankart.

Menurut Departemen Kesehatan RI, salah satu faktor yang berperan agar waktu tanggap (*respons time*) menjadi pendek adalah pengelolaan arus pasien serta bentuk fisik unit gawat darurat.

2.7. PERALATAN DAN OBAT

Standar alat dan instrument serta obat-obatan di UGD harus berkualitas baik dan selalu ada dan siap pakai. Peralatan emergensi yang tersedia termasuk tabung oksigen, alat ventilasi manual, suction, laryngoscope dan endotracheal tube, ECG dan defibrilator, dan lain-lain (Wijono, 1999). Pengadaan dan penyediaan peralatan, obat, bahan, cairan infus dilakukan sesuai dengan standar Buku Pedoman Pelayanan Gawat Darurat (KARS, 2007)

Dalam upaya peningkatan mutu pelayanan khususnya pada kasus gawat darurat, selain melengkapi diri dengan fasilitas dan peralatan yang sesuai dengan kebutuhan, perlu juga meningkatkan pengetahuan, sikap dan ketrampilan dari tenaga

kesehatan yang menggunakan alat tersebut serta didukung oleh tersedianya pedoman kerja yang praktis dan operasional serta prosedur pemeliharaan dan pengadaan peralatan dan obat-obatan tersebut.

2.8. PROSEDUR TETAP PELAYANAN

Menurut Depkes pelaksanaan pelayanan gawat darurat harus mempunyai Standar Prosedur Operating (SPO), sebagai berikut :

1. Kasus kegawatan dengan ancaman kematian
2. *True emergency* (5 kasus terbanyak)
3. Kasus dengan korban massal (trauma, dan lain-lain)
4. Kasus keracunan massal
5. Kasus-kasus khusus
 - a. Perkosaan, kekerasan pada anak
 - b. Persalinan normal/tidak normal
 - c. Kegawatan di ruang perawatan
6. Ketentuan-ketentuan khusus yang berhubungan dengan
 - a. Kegunaan hubungan dengan asuransi
 - b. Batas-batas tindakan medis
 - c. Etika dan hukum
 - d. Pendataan
 - e. Tanggung jawab dokter pada penanganan kegawatdaruratan

2.9. EVALUASI DAN KENDALI MUTU

Pelaksanaan pelayanan gawat darurat harus mempunyai tim evaluasi dan kendali mutu sebagai berikut:

1. Tim audit pelayanan medik
2. Tim audit kematian
3. Tim audit administrasi dan keuangan
4. Tim evaluasi data.

Salah satu strategi yang paling tepat dalam mengantisipasi adanya persaingan terbuka adalah melalui pendekatan mutu paripurna (*Total Quality Management*) atau peningkatan mutu yang berkelanjutan (*Continuous Quality Improvement*) dalam pelayanan kesehatan yang berorientasi selain pada proses pelayanan yang bermutu, juga hasil mutu pelayanan kesehatan yang sesuai dengan keinginan pelanggan atau pasien. Dengan motto yang masih aktual sampai saat ini "Pasien adalah Raja dirumah sakit atau Puskesmas", suatu pergeseran paradigma yang seharusnya terjadi, bukan "Dokter yang menjadi raja di rumah sakit dan Puskesmas". Karena itu kita harus lebih meningkatkan percaya diri kita dengan meningkatkan mutu pengetahuan (*knowledge*), ketrampilan (*skill*), wawasan (*vision*), kemampuan logika, ketajaman analisis serta tahan uji, dan selalu mengikuti perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi kedokteran atau kesehatan (Wijono, 1999).

2.9.1. FAKTOR YANG MEMPENGARUHI MUTU PELAYANAN

Mutu pelayanan rumah sakit sebetulnya sesuatu yang abstrak, tidak ada satu definisi yang dapat memuaskan semua pihak. Goodier GJ (1996) dalam Dawud Y, (1999) mengatakan, bahwa dalam menera mutu pelayanan kesehatan terdapat empat dimensi, yaitu " *clinical, management, patient, and population health*". Tetapi telah dapat diterima umum, bahwa mutu berkaitan dengan kepuasan pasien/masyarakat, profesional, manajemen, dan pemilik. Pemerintah pada saat ini telah melaksanakan akreditasi rumah sakit dalam upaya meningkatkan mutu pelayanan dan asuhan pasien

rumah sakit (*hospital care and services*), dan dalam upaya meningkatkan mutu pelayanan tersebut telah ditambahkan juga unsur keselamatan pasien (*patient safety*) sebagai gerakan universal.

Keselamatan (*safety*) telah menjadi isu global dan harus diakui, pelayanan kesehatan pada dasarnya adalah untuk menyelamatkan pasien sesuai dengan yang diucapkan Hipocrates kira-kira 2400 tahun yang lalu yaitu *primum, non nocere (Firsi, do no harm)*. Namun diakui dengan semakin berkembangnya ilmu dan teknologi pelayanan kesehatan khususnya di rumah sakit menjadi semakin kompleks dan berpotensi terjadinya Kejadian Tidak Diharapkan- KTD (*Adverse event*) apabila tidak dilakukan dengan hati-hati (Depkes, 2006).

Dalam peningkatan mutu pelayanan di perumahsakit di Indonesia maka pemerintah telah menyelenggarakan akreditasi rumah sakit sebagai pengakuan bahwa Rumah Sakit memenuhi standar minimal yang ditentukan dengan tujuan mendapatkan gambaran seberapa jauh rumah sakit-rumah sakit di Indonesia telah memenuhi berbagai standar yang telah ditentukan. Dengan demikian mutu pelayanan rumah sakit dapat dipertanggung jawabkan.

2.9.2. MUTU PELAYANAN DAN SURVEI KEPUASAN PASIEN DI UGD

Banyak ahli yang mendefinisikan mutu yang secara garis besar orientasinya adalah kepuasan pelanggan yang merupakan tujuan perusahaan atau organisasi yang berorientasi pada mutu. Mutu adalah keseluruhan ciri dan karakteristik produk atau jasa yang berkaitan dengan kemampuannya memenuhi kebutuhan atau kepuasan (Ross Johnson & William O. Winchell) seperti yang dikutip oleh Ariani, (1999). Jika mereka sudah pernah mendapat pelayanan pada tempat yang lebih baik, maka itu yang akan menjadi standarnya. Ukuran kepuasan itu juga diukur dari keramahan

petugas, kecepatan pelayanan, tampilan fisik fasilitas, dan kecanggihan alat. Jarang persepsi mutu oleh pasien dikaitkan dengan standar prosedur medis.

Penelitian oleh Roberts dan Prevost dalam Azwar, (1996) menunjukkan perbedaan dimensi antara pemakai jasa pelayanan kesehatan, penyelenggara pelayanan kesehatan dan penyandang dana pelayanan kesehatan. Pada pemakai jasa mutu pelayanan lebih terkait pada dimensi ketanggapan petugas. Pada penyelenggara pelayanan mutu lebih terkait pada dimensi kesesuaian pelayanan berdasarkan ilmu dan teknologi atau otonomi dokter. Sedangkan bagi penyandang dana atau pemilik mutu terkait pada efisiensi dan kewajaran pemakai dana.

Kualitas pelayanan rumah sakit dapat diketahui dari penampilan profesional personil rumah sakit, efisiensi dan efektivitas pelayanan serta kepuasan pasien. Kepuasan pasien ditentukan oleh keseluruhan pelayanan : pelayanan admisi, dokter, perawat, makanan, obat-obatan, sarana dan peralatan, fasilitas dan lingkungan fisik rumah sakit serta pelayanan administrasi. Juga dikatakan sikap, perilaku, tutur kata, keacuhan, keramahan petugas, serta kemudahan mendapat informasi dan komunikasi menduduki peringkat tertinggi dalam persepsi kepuasan pasien Rumah Sakit. Tidak jarang walaupun pasien/keluarganya merasa *outcome* tak sesuai dengan harapannya merasa cukup puas karena dilayani dengan sikap yang menghargai perasaan dan martabatnya. Banyak variabel nonmedik ikut menentukan kepuasan pasien antara lain : tingkat pendidikan, latar belakang sosial ekonomi, budaya, lingkungan fisik, pekerjaan, kepribadian dan pengalaman hidup pasien (Suryawati; Dharminto; Shaluhijah, 2006).

Penelitian yang dilakukan di Rumah Sakit Sumber Waras oleh Harijono L, (2002) mengenai Upaya Peningkatan Mutu Pelayanan di Instalasi Gawat Darurat

petugas, kecepatan pelayanan, tampilan fisik fasilitas, dan kecanggihan alat. Jarang persepsi mutu oleh pasien dikaitkan dengan standar prosedur medis.

Penelitian oleh Roberts dan Prevost dalam Azwar, (1996) menunjukkan perbedaan dimensi antara pemakai jasa pelayanan kesehatan, penyelenggara pelayanan kesehatan dan penyandang dana pelayanan kesehatan. Pada pemakai jasa mutu pelayanan lebih terkait pada dimensi ketanggapan petugas. Pada penyelenggara pelayanan mutu lebih terkait pada dimensi kesesuaian pelayanan berdasarkan ilmu dan teknologi atau otonomi dokter. Sedangkan bagi penyandang dana atau pemilik mutu terkait pada efisiensi dan kewajaran pemakai dana.

Kualitas pelayanan rumah sakit dapat diketahui dari penampilan profesional personil rumah sakit, efisiensi dan efektivitas pelayanan serta kepuasan pasien. Kepuasan pasien ditentukan oleh keseluruhan pelayanan : pelayanan admisi, dokter, perawat, makanan, obat-obatan, sarana dan peralatan, fasilitas dan lingkungan fisik rumah sakit serta pelayanan administrasi. Juga dikatakan sikap, perilaku, tutur kata, keacuhan, keramahan petugas, serta kemudahan mendapat informasi dan komunikasi menduduki peringkat tertinggi dalam persepsi kepuasan pasien Rumah Sakit. Tidak jarang walaupun pasien/keluarganya merasa *outcome* tak sesuai dengan harapannya merasa cukup puas karena dilayani dengan sikap yang menghargai perasaan dan martabatnya. Banyak variabel nonmedik ikut menentukan kepuasan pasien antara lain : tingkat pendidikan, latar belakang sosial ekonomi, budaya, lingkungan fisik, pekerjaan, kepribadian dan pengalaman hidup pasien (Suryawati; Dharminto; Shaluhijah, 2006).

Penelitian yang dilakukan di Rumah Sakit Sumber Waras oleh Harijono L, (2002) mengenai Upaya Peningkatan Mutu Pelayanan di Instalasi Gawat Darurat

melalui Survei Tingkat Kepuasan Pasien. Melihat mutu pelayanan dipandang dari 5 dimensi *servqual (Service Quality)* yaitu meliputi *tangibel, reliability, responsiveness, assurance dan empathy*. Hasilnya, apa yang harus dipertahankan antara lain dokter dan perawat harus senantiasa ada pada waktu dibutuhkan, sikap dokter dan perawat harus simpatik, pelayanan yang sama untuk semua pasien, prosedur pasien harus cepat, tepat dan tidak berbelit-belit, cepat tanggap terhadap keluhan pasien, dan sabar serta telaten dalam memberikan pertolongan.

2.9.3. STANDAR MUTU PELAYANAN GAWAT DARURAT

Selama ini Departemen Kesehatan (Depkes) telah menyusun dan melakukan akreditasi RS yang merupakan instrumen untuk menilai mutu pelayanan RS. Belum ada pedoman dan indikator yang memudahkan penilaian mutu pelayanan RS dari sisi konsumen (pasien) yang dapat memudahkan Depkes dalam melakukan pembinaan dan pengawasan RS. Bagi para manajer RS, indikator ini juga dapat dipergunakan sebagai bahan pengambilan keputusan untuk meningkatkan mutu pelayanan kepada pasien.

Komisi Akreditasi Rumah Sakit dalam Instrumen Penilaian Akreditasi Rumah Sakit, (2007) menyatakan bahwa standar pelayanan gawat darurat sebuah rumah sakit seharusnya :

1. Menyelenggarakan pelayanan gawat darurat terus menerus selama 24 jam (ada perawat jaga *on-site*, ada dokter jaga *on-site*, ada dokter konsulen jaga *on-call* ada petugas jaga dari pelayanan radiologi dan laboratorium *on-site*)
2. Instalasi/Unit Gawat Darurat secara fungsional terpisah dari unit-unit pelayanan lainnya di rumah sakit

3. Ada kebijakan/peraturan tertulis tentang pasien yang tidak tergolong akut dan gawat akan tetapi datang untuk berobat ke Instalasi/ Unit Gawat Darurat.
4. Adanya evaluasi tentang fungsi Instalasi/Unit Gawat Darurat disesuaikan dengan kebutuhan masyarakat
5. Instalasi/Unit Gawat Darurat harus diatur, dipimpin dan diintegrasikan dengan bagian dan instalasi rumah sakit lainnya
6. Ada perawat sebagai penanggung jawab pelayanan keperawatan gawat darurat
7. Semua tenaga keperawatan mampu melakukan tehnik pertolongan hidup dasar (*Basic Life Support*)
8. Ada program penanggulangan bencana/disaster plan yang terjadi di dalam rumah sakit maupun di luar rumah sakit.
9. Adanya ketentuan tertulis tentang prosedur rekam medik
10. Adanya ketentuan tertulis tentang triase, yaitu sistem seleksi pasien berdasarkan derajat kegawat daruratan untuk kepentingan pengobatan/tindakan
11. Adanya ketentuan tertulis tentang pasien yang perlu dirujuk ke rumah sakit lain
12. Ada ketentuan tertulis tentang pendampingan pasien yang ditransportasi
13. Ada jadwal harian bagi konsulen, dokter dan perawat serta petugas non perawat bertugas di Instalasi/Unit Gawat Darurat
14. Ada pelayanan transfusi darah selama 24 jam
15. Ada ketentuan tentang pengadaan peralatan, obat-obatan, cairan infus sesuai dengan standar pada buku Pedoman Pelayanan Gawat Darurat
16. Ada bagan/struktur organisasi tertulis disertai uraian tugas semua petugas lengkap dan sudah dilaksanakan dengan baik

17. Jumlah, jenis dan kualifikasi tenaga yang tersedia sesuai dengan kebutuhan pelayanan
18. Ada bukti tertulis tentang pertemuan staf yang dilakukan secara tetap dan teratur, memberikan masalah dan langkah pemecahannya.
19. Ada petunjuk dan informasi jelas bagi masyarakat, sehingga menjamin adanya kemudahan, kelancaran dan ketertiban dalam memberikan pelayanan kepada masyarakat
20. Ada kemudahan bagi kendaraan roda empat dari luar untuk mencapai lokasi Instalasi/Unit Gawat Darurat di rumah sakit, dan kemudahan transportasi pasien dari dan ke instalasi/Unit Gawat Darurat
21. Ada pemisahan tempat pemeriksaan dan tindakan sesuai dengan kondisi penyakitnya
22. Ada sistem komunikasi untuk menjamin kelancaran berhubungan antar Instalasi/Unit Gawat Darurat
23. Ada alat dan obat untuk life saving sesuai dengan standar pada buku Pedoman Pelayanan Gawat Darurat
24. Ada prosedur tetap mengenai penggunaan obat dan alat untuk *life saving* sesuai standar
25. Harus ada kebijakan dan prosedur pelaksanaan tertulis di unit yang selalu ditinjau dan disempurnakan (bila perlu) dan mudah dilihat oleh seluruh petugas
26. Ada prosedur medis tertulis yang antara lain berisi : tanggung jawab dokter, batasan tindakan medis, protokol medis untuk kasus-kasus tertentu yang mengancam jiwa

27. Ada kebijakan dan prosedur tertulis tentang pelayanan ibu dalam proses persalinan normal maupun tidak normal
28. Instalasi /Unit Gawat Darurat dapat dimanfaatkan untuk pendidikan (*in service training*) dan pendidikan berkelanjutan bagi petugas
29. Ada program tertulis tiap tahun tentang kegiatan peningkatan ketrampilan bagi tenaga di Instalasi/Unit Gawat Darurat
30. Ada pelatihan secara teratur bagi petugas Instalasi/Unit Gawat Darurat dalam keadaan menghadapi berbagai bencana (*Disaster*)
31. Ada program tertulis setiap tahun tentang peningkatan ketrampilan dalam bidang gawat darurat untuk pegawai rumah sakit dan masyarakat
32. Ada data dan informasi mengenai : jumlah kunjungan, kecepatan pelayanan (*response time*), penggunaan pemeriksaan penunjang, pola penyakit/kecelakaan (10 penyakit terbanyak) dan angka kematian
33. Ada evaluasi mengenai penanganan kecelakaan sedikitnya sekali setahun
34. Ada evaluasi penanganan kasus – kasus medis tertentu sedikitnya sekali setahun

2.9.4. MANAJEMEN MUTU PELAYANAN KESEHATAN

Menurut Wijono, (1999) dalam bukunya Manajemen Mutu Pelayanan Kesehatan dikatakan hubungan mutu dan aspek-aspek dalam pelayanan kesehatan dan cara-cara peningkatan mutu pelayanan kesehatan dapat melalui pendekatan institusional atau individu. Pada umumnya untuk meningkatkan mutu pelayanan ada dua cara :

- Meningkatkan mutu dan kuantitas sumber daya, tenaga, biaya, peralatan, perlengkapan dan material yang diperlukan dengan menggunakan

teknologi tinggi atau dengan kata lain meningkatkan input atau struktur, namun cara ini mahal.

- Memperbaiki metode atau penerapan teknologi yang dipergunakan dalam kegiatan pelayanan (*QA* termasuk cara ini), hal ini berarti memperbaiki proses pelayanan organisasi pelayanan kesehatan.

Mutu pelayanan rumah sakit (RS) dapat dilihat dari tiga hal yaitu : 1) Struktur (sarana fisik, peralatan, dana, tenaga kesehatan dan nonkesehatan, serta pasien), 2) proses (manajemen RS baik manajemen interpersonal, teknis maupun pelayanan keperawatan yang kesemuanya tercermin pada tindakan medis dan nonmedis kepada pasien), 3) *outcome*. Aspek mutu yang dapat dipakai sebagai indikator untuk menilai mutu pelayanan RS yaitu penampilan keprofesian (aspek klinis), efisiensi dan efektivitas, keselamatan dan kepuasan pasien (Suryawati; Dharminto; Shaluhijah, 2006).

Menurut Prof. A. Donabedian, seperti yang dikutip oleh Wijono, (1999) ada tiga pendekatan evaluasi (penilaian) mutu yaitu dari aspek Struktur, Proses dan *Outcomes*.

Struktur (*input*) meliputi sarana fisik perlengkapan dan peralatan, organisasi dan manajemen, keuangan, sumber daya manusia dan sumber daya lainnya di fasilitas kesehatan. Asumsinya disini jika *input* baik kemungkinan besar mutu pelayananpun akan baik pula. Baik tidaknya *input* dapat diukur dari :

- 1) Jumlah, besarnya *input*
- 2) Mutu struktur atau mutu *input*
- 3) Besarnya anggaran atau biaya
- 4) Kewajaran

Proses adalah semua kegiatan yang dilaksanakan secara profesional oleh tenaga kesehatan (dokter, perawat dan tenaga profesi lain) dan interaksinya dengan pasien. Dalam pengertian proses ini mencakup pula diagnosa, rencana pengobatan, indikasi tindakan, prosedur dan penanganan kasus. Asumsinya adalah bahwa semakin patuh semua tenaga kesehatan profesional kepada standar yang baik (*standards of good practice*) yang diakui oleh masing-masing profesi, akan semakin tinggi pula mutu pelayanan terhadap pasien. Baik tidaknya proses dapat diukur dari :

- 1) Relevan tidaknya proses itu bagi pasien
- 2) Fleksibilitas dan efektifitas
- 3) Mutu proses itu sendiri sesuai dengan standar pelayanan yang semestinya
- 4) Kewajaran, tidak kurang dan tidak berlebihan

Outcome adalah hasil akhir kegiatan dan tindakan tenaga kesehatan profesional terhadap pasien. Dapat berarti adanya perubahan derajat kesehatan dan kepuasan baik positif maupun negatif. Penilaian terhadap *outcome* adalah evaluasi hasil akhir dari kesehatan atau kepuasan, evaluasi ini banyak memberikan bukti dimana pelayanan asuhan yang baik, buruk, atau diabaikan.

Bagi seorang pasien mutu yang baik biasanya dikaitkan dengan kesembuhan atau berkurangnya rasa sakit, kecepatan pelayanan, keramah tamahan, dan tarif pelayanan yang murah. Sebaliknya pasien akan menganggap pelayanan kesehatan adalah jelek apabila menurut dirinya sakitnya tidak sembuh-sembuh, antri lama, petugas kesehatannya tidak ramah meskipun dia profesional. Jadi mutu pelayanan menurut pasien berkaitan dengan kepuasan. Bagi petugas kesehatan mutu yang bagus dari suatu organisasi pelayanan kesehatan mungkin adalah tersedianya sarana prasarana yang bagus seperti peralatan diagnostik, obat-obatan yang cukup, peralatan

kedokteran yang canggih dan sebagainya. Sedangkan bagi seorang manajer mutu dikaitkan dengan tersedianya sumber daya, tenaga pelayanan, anggaran yang memadai, biaya operasional yang cukup, dan investasi yang sepadan.

2.9.5. MANAJEMEN KUALITAS MENURUT SIX SIGMA

Six Sigma diartikan sebagai metode berteknologi canggih yang digunakan oleh para insinyur dan statistikawan dalam memperbaiki/mengembangkan proses atau produk. Pengertian lain dari *Six Sigma* adalah "tujuan yang mendekati kesempurnaan dalam mencapai kebutuhan pelanggan". Ada juga yang mengartikan *Six Sigma* sebagai "usaha mengubah budaya perusahaan untuk mencapai kepuasan pelanggan, keuntungan dan persaingan yang jauh lebih baik" (Miranda, 2006).

Six Sigma adalah suatu sistem yang komprehensif dan fleksibel untuk mencapai, memberi dukungan dan memaksimalkan proses usaha, yang berfokus pada pemahaman akan kebutuhan pelanggan dengan menggunakan fakta, data dan analisis statistik serta terus menerus memperhatikan pengaturan, perbaikan dan mengkaji ulang proses usaha (Miranda, 2006).

Menurut Miranda keuntungan dari penerapan *Six Sigma* ini biasanya ada perbaikan pada hal-hal berikut ini :1) Pengurangan biaya, 2) Perbaikan produktivitas, 3) Pertumbuhan pangsa pasar, 4) Pengurangan waktu siklus, 5) Retensi pelanggan, 6) Pengurangan cacat, 7) Perubahan budaya kerja, 8) Pengembangan produk/jasa.

Tiga Strategi *Six Sigma* (Miranda, 2006; Rachman, 2008).

1. Perbaikan Proses (*Process Improvement*)
2. Desain/desain ulang proses
3. Manajemen Proses (*Process Management*)

Pada awalnya *Six Sigma* digunakan sebagai terminologi untuk mengurangi kesalahan dalam industri manufaktur dan kemudian diterapkan pada proses bisnis lainnya untuk tujuan yang sama (Vibiznews, 2007). Tantangan abad ini dengan menyatakan "Bagaimana kita tetap sukses?" yaitu dengan melakukan perbaikan dan pengembangan yang berkelanjutan adalah sebuah perjalanan yang menuntut komitmen tinggi untuk menghindari kekeliruan yang menjadi suatu pemborosan yang sebenarnya banyak terjadi pada proses operasional, sering tersembunyi. Kekuatan konsep terletak pada perbaikan proses, perancangan ulang proses dan mengolah ulang proses, terhadap apa saja yang telah merugikan baik secara waktu, uang, peluang dan terhadap pelanggan (Rachman, 2008).

Secara mendasar kita berbicara bagaimana semua individu karyawan yang ada dalam organisasi kerja telah memiliki sikap berpikir untuk selalu fokus pada pelanggan, bagaimana untuk selalu dapat memenuhi bahkan melebihi harapan pelanggan, serta disiplin untuk selalu *improvement* yang berkesinambungan dan fokus pada proses terutama terkait dengan pelanggan. Pengembangan pola dan sikap berpikir kualitas *Six Sigma* dalam suatu perusahaan umumnya membutuhkan waktu sekitar minimum 4 tahun hingga 6 tahun (Syahrizal, 2003). Penerapan *Six Sigma* juga tidak memerlukan seorang profesor atau doktor statistik, konsepnya cukup mudah dipelajari, yang susah adalah implementasinya (Manggala, 2007).

Belakangan ini, *Six Sigma* juga telah memasuki area jasa pelayanan kesehatan, dimana *Six Sigma* muncul sebagai metode perbaikan yang populer karena berfokus pada *output*. *Six Sigma* paling tepat didefinisikan sebagai proses yang bertujuan untuk menemukan dan mengurangi faktor-faktor penyebab kecacatan dan kesalahan, mengurangi waktu siklus dan biaya operasi, meningkatkan produktifitas,

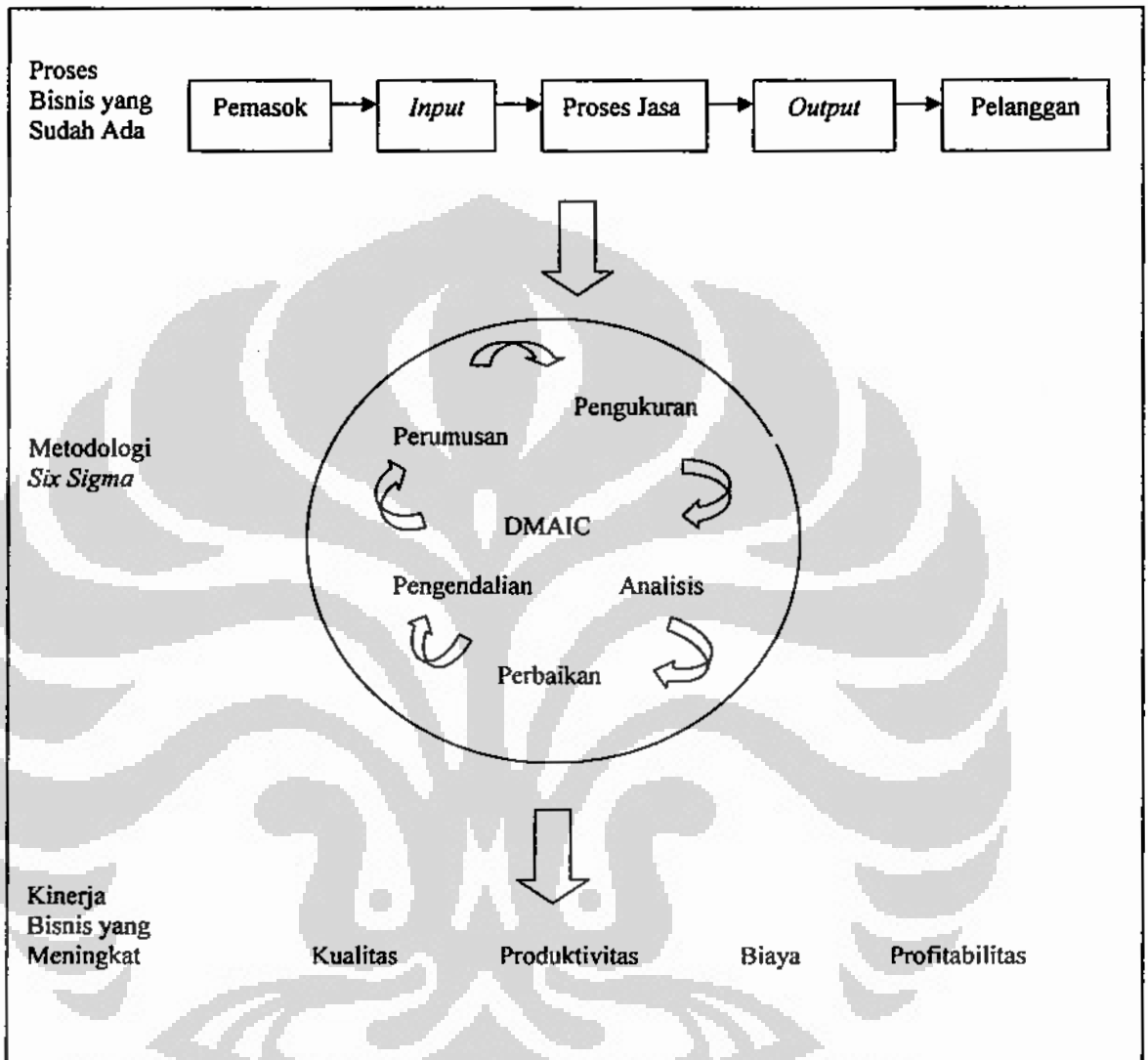
memenuhi kebutuhan pelanggan, mencapai tingkat pendayagunaan aset yang lebih tinggi, serta mendapat imbal atas hasil investasi yang lebih baik dari segi produksi maupun pelayanan. Metode ini disusun berdasarkan sebuah metodologi penyelesaian masalah yang sederhana – DMAIC, yang merupakan singkatan dari *Define* (merumuskan), *Measure* (mengukur), *Analyze* (menganalisis), *Improve* (meningkatkan/memperbaiki), dan *Control* (mengendalikan).

Manajemen kualitas modern dari *Six Sigma* didasari oleh tiga prinsip dasar :

1. Fokus pada pelanggan
2. Partisipasi dan kerja sama semua individu di dalam perusahaan
3. Fokus pada proses yang didukung oleh perbaikan dan pembelajaran secara terus-menerus.

Prinsip ini merupakan landasan filosofi *Six Sigma*, dan walaupun terdengar sederhana, amat berbeda dengan praktik manajemen lama (Evans & Lindsay, 2007)

Gambar. 2.1. *Six Sigma* dan Perbaikan proses



BAB III

GAMBARAN UMUM RUMAH SAKIT RK CHARITAS

3.1. SEJARAH BERDIRINYA RUMAH SAKIT

Rumah Sakit RK. Charitas berdiri sejak tahun 1926 yang dipelopori oleh lima orang suster dari kongregasi Charitas Roosendaal Belanda dengan semangat cita-cita “ menolong sesama dalam kegembiraan, kesederhanaan dan terutama dalam cinta kasih”. Pada saat itu rumah sakit baru bisa menampung 14-15 penderita.

Karena dirasa perlu membangun rumah sakit yang baru, maka pada tanggal 18 Januari 1938 Rumah Sakit RK. Charitas dipindahkan ke lokasi yang baru yang saat itu letaknya dipuncak bukit kecil, jauh dari keramaian tetapi strategis dan seiring dengan perkembangan kota Palembang, saat ini Rumah Sakit RK. Charitas justru terletak di tengah-tengah kota. Dalam kurun waktu cukup lama Rumah Sakit RK. Charitas merupakan satu-satunya Rumah Sakit di Sumatera Selatan, sampai tahun 1947 tenaga perawat dan bidan didatangkan dari rumah Induk Kongregasi Roosendaal Negeri Belanda.

Pada zaman pendudukan Jepang, Rumah Sakit Charitas diambil alih oleh tentara Jepang untuk dijadikan sebagai markas tentara Jepang dan alat-alat yang ada dirampas dan dipindahkan ke rumah sakit tentara. Awalnya para suster masih diijinkan untuk merawat orang sakit tetapi pada akhirnya para Suster Charitas dan misionaris dimasukkan ke kamp Jepang sampai Indonesia merdeka tahun 1945.

Segera setelah mendapat kebebasan dirinya, Sr. M. Alacoque selaku Direktris Rumah Sakit RK. Charitas berusaha berjuang sekuat tenaga untuk mendapatkan

kembali Rumah Sakit. Dan pada tanggal 28 September 1945 Rumah Sakit RK. Charitas dapat ditempati kembali walaupun didapati dalam keadaan kosong dan rusak, sehingga para Suster harus berjuang kembali dari awal.

Untuk mempermudah pengelolaan Rumah Sakit RK. Charitas karena unit-unitnya tersebar sampai ke daerah-daerah, maka pada tanggal 3 November 1981 dibentuk Yayasan "Rumah Sakit Charitas" dengan akte Pendirian No. 8 yang membawahi Rumah Sakit RK. Charitas.

Dari tahun 1938 sampai dengan tahun 1977 pembangunan Rumah Sakit RK. Charitas dilaksanakan berdasarkan situasi darurat yang sedikit dipaksakan oleh kebutuhan masyarakat akan perawatan orang sakit yang semakin mendesak. Tahun 1981 Yayasan Rumah Sakit Charitas dan Dewan Direksi menyusun rencana pengembangan rumah Sakit secara menyeluruh jangka pendek, jangka menengah dan jangka panjang sampai tahun 2000. pada tahun 1982 mulai diadakan rehabilitasi bangunan dan tahun 1983 adalah awal pengembangan pembangunan rumah sakit.

Rencana pembangunan rumah sakit tidak hanya sebatas pada pembangunan atau perluasan gedung dan manajemen rumah tetapi juga pendampingan rohani bagi orang sakit, pendampingan atau pelayanan pasien kurang atau tidak mampu juga menjadi prioritas dari Visi dan Misi Rumah Sakit.

Selain itu juga kepedulian terhadap lingkungan juga tidak luput dari perhatian dengan dibangunnya pengolahan limbah yang pertama di Palembang dan Sumatera Selatan serta dibangunnya sanitasi rumah sakit. Sampai sekarang Rumah Sakit RK. Charitas telah berkembang pesat dengan jumlah tempat tidur sebanyak 398 buah.

3.2. VISI DAN MISI

Visi Rumah Sakit RK. Charitas

Pada tahun 2008 Rumah Sakit RK. Charitas mampu memberikan pelayanan kesehatan paripurna, professional, bermutu dan menjadi Rumah Sakit Swasta pilihan di Sumatera Selatan.

Misi Rumah Sakit RK. Charitas :

1. Menciptakan iklim kerja yang kondusif di seluruh lini pelayanan.
2. Meningkatkan jumlah, pengetahuan dan keterampilan SDM sesuai kebutuhan.
3. Meningkatkan manajemen Rumah Sakit yang strategic dengan mendayagunakan sarana dan prasarana secara efektif dan efisien.
4. Meningkatkan pemberdayaan masyarakat menuju kemandirian hidup sehat.
5. Meningkatkan pelayanan kesehatan yang bermutu prima, berkesinambungan dan terjangkau oleh masyarakat sesuai perkembangan Iptek Kesehatan.
6. Menciptakan iklim kerja/lingkungan kerja yang professional dan memperhatikan kesejahteraan karyawan dalam pengamalan nilai-nilai Rumah Sakit RK. Charitas.

Nilai – nilai Rumah Sakit RK. Charitas (SISTERES) yaitu :

- *Spirituality*

Kita menumbuh kembangkan cinta kasih, kreatifitas, inovasi diantara sesama pelayanan dan pelanggan.

- *Integrity*

Hubungan antar manusia yang berdasarkan kejujuran, keadilan dan kebijaksanaan (bijaksana, bijaksini) berhati nurani sosial.

- *Stewardship*

Pelayanan kesehatan masyarakat yang *holistic*, *humanistic* untuk keadaan sehat (*well being*) bagi masyarakat.

- *Trust*

Berperilaku yang menimbulkan kepercayaan dan bertanggung jawab.

- *Excellence*

Memberikan pelayanan kesehatan bermutu terbaik (*optimal*), perawatan penderita (*patient care*) melalui pembelajaran individu dan organisasi dan perbaikan berkesinambungan melalui pendidikan, latihan, penelitian dengan sumber daya manusia yang ada secara kreatif, efektif, relevan dan adekuat.

- *Respect*

Kita menghormati (menghargai), memahami kebenaran (perbedaan) harkat, martabat dan ketergantungan semua manusia.

- *Emphaty*

Berlaku empati untuk menunjang atau membantu semua orang mencapai keseimbangan dan kehidupan sehat.

- *System*

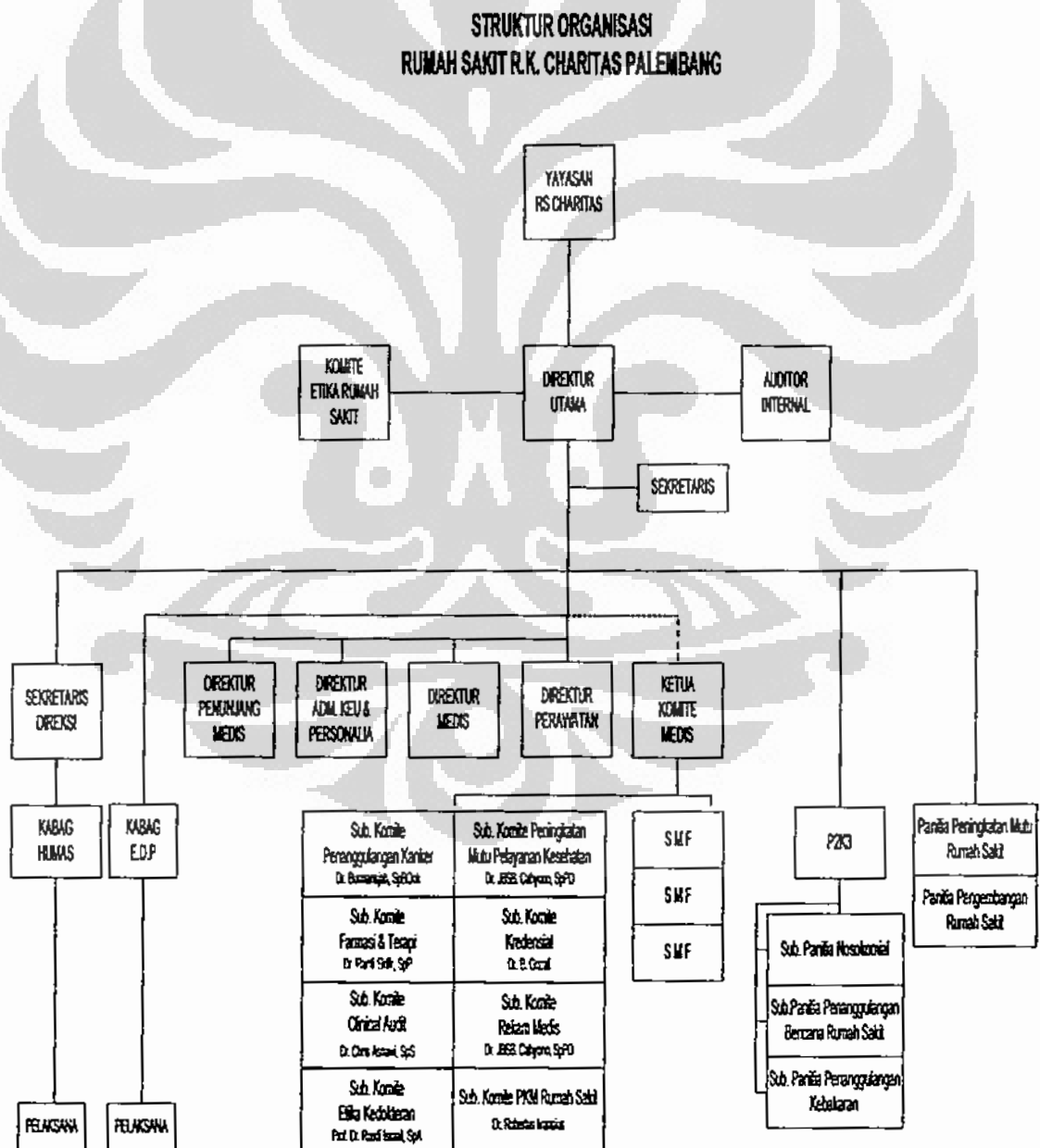
Sistem berpikir secara *system* (*system thinking*) semua karyawan termasuk Direksi dan Yayasan harus memiliki kemampuan berpikir secara *system*, berpikir secara menyeluruh dan memahami dengan benar tentang pengaruh, kaitan ketergantungan setiap unsur dalam *system*, guna mewujudkan tujuan yang akan dicapai khususnya dalam kaitannya dengan strategis, pembaharuan dan persaingan yang ada.

3.3. ORGANISASI DAN MANAJEMEN

3.3.1. Struktur Organisasi RS RK Charitas

Struktur organisasi Rumah Sakit RS RK Charitas berdasarkan Surat Keputusan Yayasan RS . Charitas No. 23/Yay-RSCh/II/05 tanggal 18 February 2005

Gambar 3.1. Struktur Organisasi Rumah Sakit RK Charitas.



3.3.2. DATA KETENAGAAN

Tabel 3.1. Data ketenagaan RS RK Charitas per 31 Oktober 2007

Jenis Tenaga	Purna waktu	Paruh waktu	Total
1. Tenaga medik			
- Dokter umum	10	8	18
- Dokter Ahli	12	107	119
2. Tenaga Para Medik			
- Perawatan	372	-	372
- Non Perawatan	59	-	59
3. Tenaga Non Medik			
- Sarjana/Sarjana Muda	57	-	57
- SD/SLTP/SLTA	428	-	428
Jumlah	938	115	1053

Sumber : Bagian kepegawaian RS RK Charitas per 31 Oktober 2007.

3.3.3. SARANA

1. Luas tanah (seluruhnya) : 27.730 m²
2. Luas tanah yang dipakai untuk bangunan : 12.730 m²
3. Luas bangunan (seluruhnya) : 19.297,625 m²
4. Luas tempat parkir kendaraan : 4.060 m²
5. Listrik PLN : 865 KVA
6. Generator Set : 450 KVA dan 350 KVA
7. Air PAM : Ada
8. Air sumur dalam : Ada
9. Sistem pembuangan air : Baik
10. Perumahan dokter : 3 buah

11. Perumahan Direktur	: Tidak ada
12. Mess	: 2 buah
13. Rumah singgah+ ruang jaga petugas dapur	: 2 buah
14. Kantor Yayasan	: 260 m ²
15. Luas bangunan IPAL	: 52 m ²
16. Kendaraan mobil ambulance	: 3 buah
17. Kendaraan mobil jenazah	: 2 buah
18. Kendaraan lain	: 5 buah
19. Kendaraan karyawan	: Tidak ada
20. Telepon umum di Rumah Sakit	: 8 buah
21. Telepon umum Perumtel	: 8 buah
22. KBX	: 140 outlet

Jumlah tempat tidur (398 tempat tidur)

Suite Room	: 2
VIP	: 10
IA	: 31
IB	: 33
IC	: 34
IIA	: 104
IIB	: 36
III	: 140
ICU	: 8

3.3.4. INDIKATOR PELAYANAN RS. RK. CHARITAS

Tabel 3.2. Indikator Pelayanan di RS RK Charitas 2002 sampai 2006

	2002	2003	2004	2005	2006	Nilai Ideal
<i>Bed Occupancy Rate (BOR)</i>	85,5%	5,28%	82,0%	82,8%	85,8%	60 – 85
<i>Average length of Stay (Av.LOS)</i>	5,3 hari	5,2 hari	5,0 hari	4,9 hari	4,7 hari	6 – 9 hari
<i>Bed Turn Over (BTO)</i>	69	57	60	62	67	40– 0 kali
<i>Turn Over Internal (TOI)</i>	0,9	1,2	1,1	1,0	0,8	1-3 hari
<i>Net Death Rate (GDR)</i>	23,0‰	23,1‰	22,2‰	23,1‰	20,0‰	< 25‰
<i>Gross death Rate (GDR)</i>	43,9‰	46,7‰	45,8‰	46,5‰	40,2‰	< 45‰
Persalinan						
▪ Total persalinan	2851	2716	2765	2702	2684	
▪ Abortus	241	190	253	229	222	
Jumlah penderita Rawat Inap	23944	22912	24109	23647	24879	
Jumlah tempat tidur	404	402	402	382	372	

Sumber : Rekam medis RS RK Charitas tahun 2002 sampai 2006.

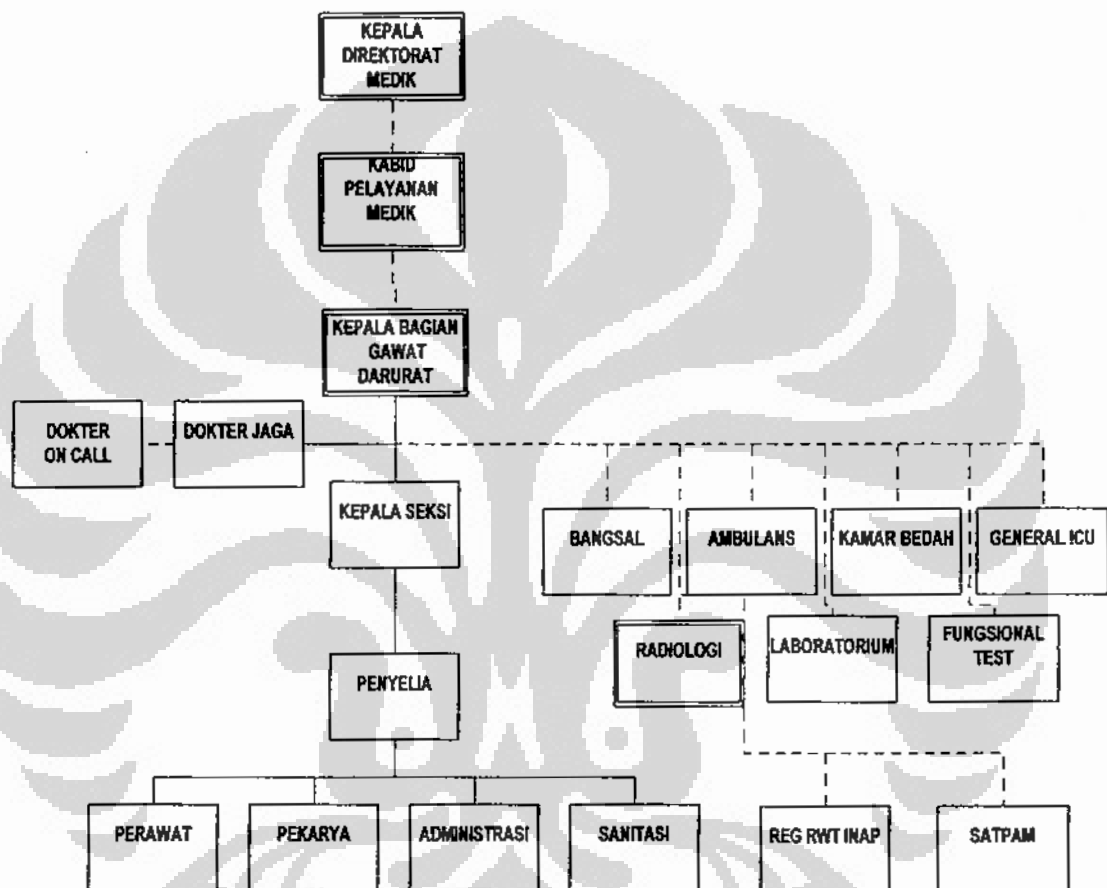
3.3.5. FASILITAS PELAYANAN

Rumah Sakit RK Charitas memberikan pelayanan rawat inap, rawat jalan, *one day care*, gawat darurat, *general ICU*, hemodialise, diagnostik dan penunjang medis, fungsional test, *medical check up*, kamar operasi, rehabilitasi medik serta pelayanan *pastoral care/ pendampingan pasien*, rumah duka, catering/ diet

3.4. GAMBARAN UMUM BAGIAN GAWAT DARURAT

3.4.1. STRUKTUR ORGANISASI BAGIAN GAWAT DARURAT

Gambar 3.2. Struktur Organisasi BAGIAN GAWAT DARURAT RS RK Charitas

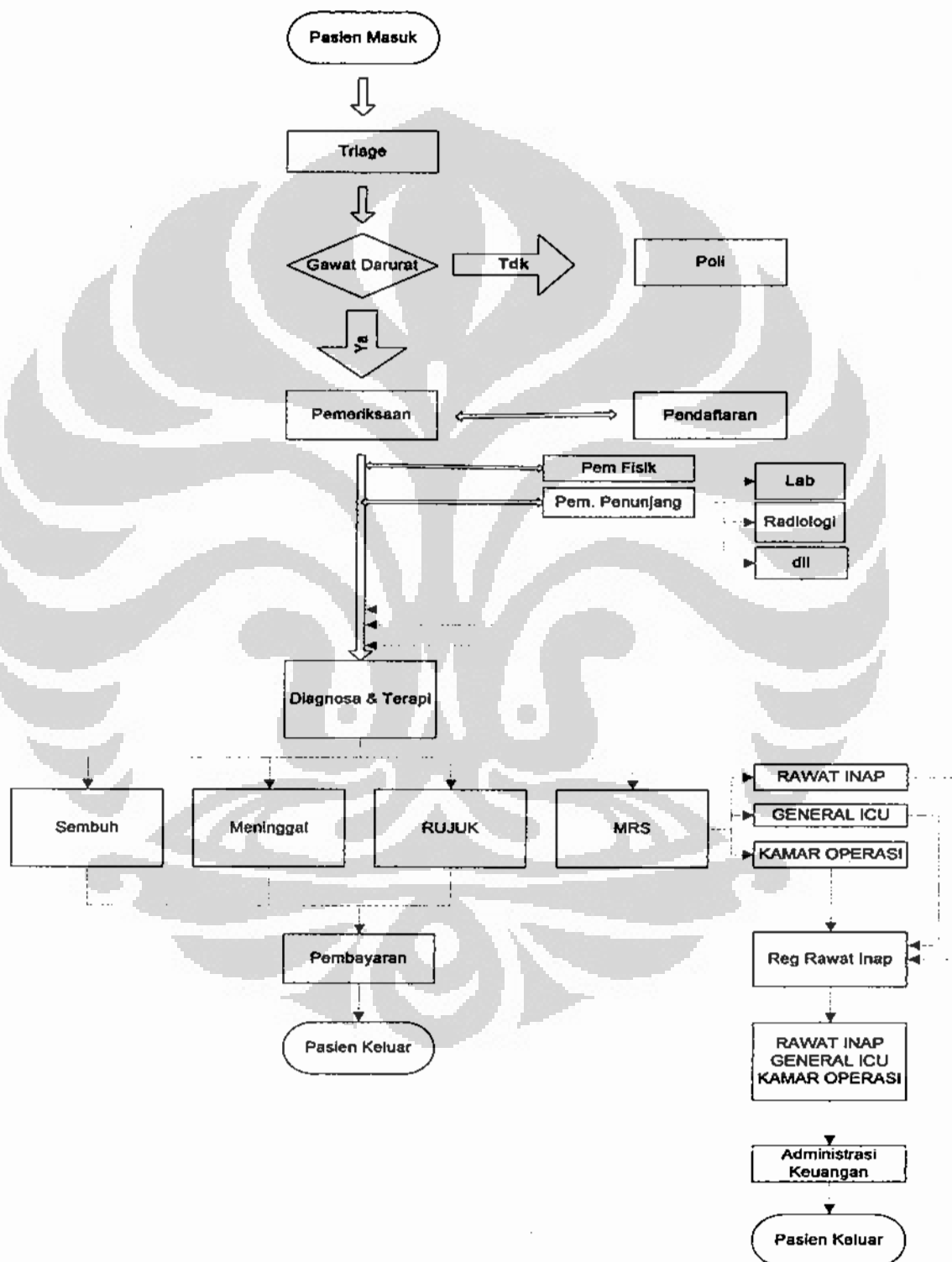


3.4.2. KETENAGAAN DI BAGIAN GAWAT DARURAT

Dokter jaga	: 11 orang
Perawat	: 20 orang
Pekarya	: 5 orang
Petugas Administrasi	: 3 orang
Sanitasi	: 1 orang

3.4.3. Alur Pasien di Bagian Gawat Darurat RS RK Charitas

Gambar 3.3. Alur Proses Pelayanan Pasien di BGD RS RK Charitas



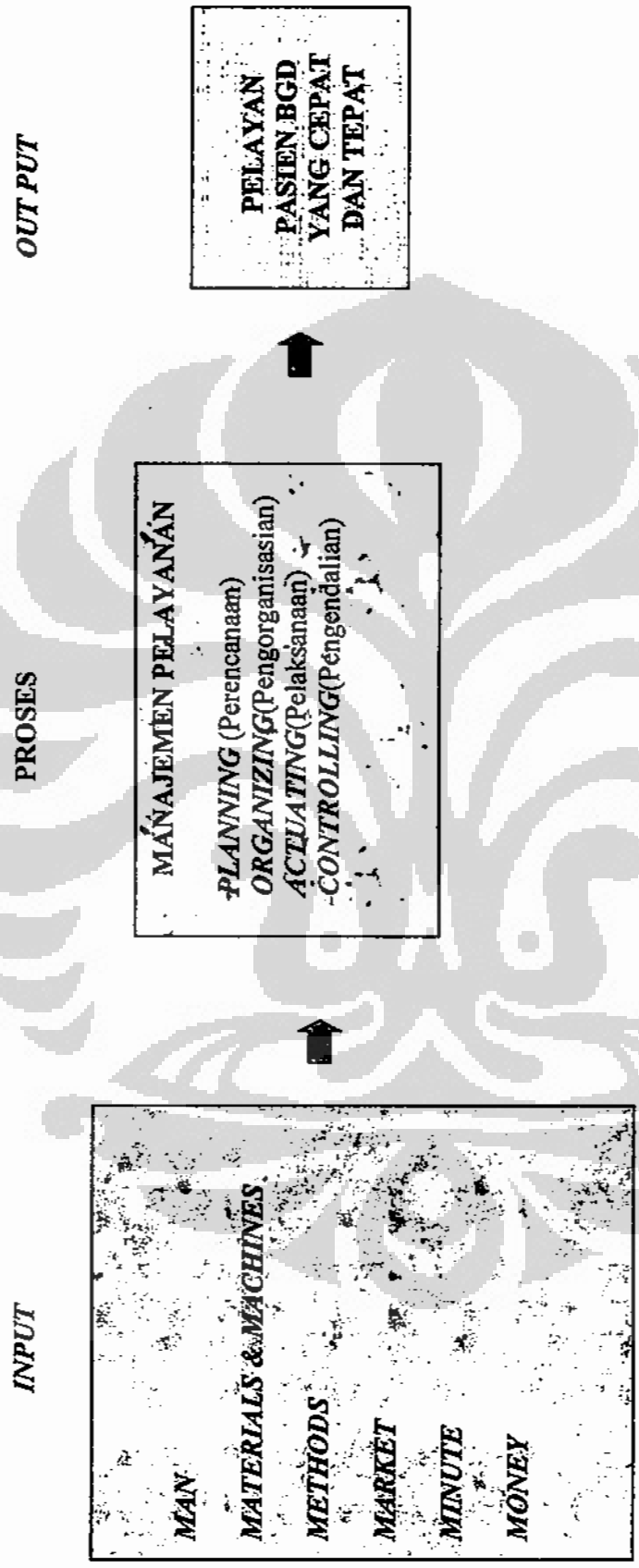
BAB IV

KERANGKA KONSEP

4.1. KERANGKA KONSEP

Faktor-faktor yang mempengaruhi output pelayanan di Bagian Gawat Darurat adalah faktor *input* dan proses. *Input* dalam hal ini yaitu sumber daya yang dikelola antara lain *Man* (orang) yang memberikan pelayanan, *Materials* (bahan-bahan) dan *Machines* (alat-alat), *Methods* (methode), *Minute* (waktu), *Market* (pasar) dan *Money* (uang) sedangkan dalam proses yaitu manajemen pelayanan dimana dalam manajemen pelayanan perlu kemampuan dalam melaksanakan fungsi-fungsi manajemen secara konsisten dan berkesinambungan dalam mengelola sumber daya yang ada melalui : Perencanaan (*Planning*), Pengorganisasian (*Organizing*), Pelaksanaan (*Actuiting*), dan Pengendalian (*Controlling*). Semua proses ini akan berpengaruh terhadap *output* yaitu waktu pelayanan di Bagian Gawat Darurat Rumah Sakit RK Charitas Palembang (Sugiono, 2007).

KERANGKA KONSEP



4.2. DEFINISI OPERASIONAL

No	Istilah	Definisi
1	<i>Input</i> (masukan)	Sesuatu yang dibutuhkan agar terselenggaranya pelayanan di BGD misal : <i>Man</i> (orang/tenaga), <i>Money</i> (dana), <i>Material</i> (bahan-bahan), <i>Machines</i> (alat-alat), <i>Methods</i> (metode), <i>Minute</i> (waktu) dan <i>Market</i> (pasar)
2	Proses	Mengelola input secara profesional oleh tenaga kesehatan (dokter, perawat dan tenaga profesi lainnya) dan interaksinya dengan pasien dalam bentuk <i>planning</i> (perencanaan), <i>organizing</i> (pengorganisasian), <i>actuating</i> (pelaksanaan) dan <i>controlling</i> (pengendalian)
3	<i>Output</i> (keluaran)	Hasil dari pengelolaan input yang dilakukan secara profesional dalam pelayanan kesehatan di BGD dalam bentuk pelayanan pasien BGD yang cepat dan tepat.
4	<i>Man</i> (orang)	Sumber daya manusia yang ada di BGD yang terdiri dari dokter, perawat, petugas administrasi dan keuangan, pekarya, petugas registrasi rawat inap, sanitasi dan satpam
5	<i>Material</i>	Barang yang digunakan di BGD untuk pelayanan kesehatan baik medis maupun non medis misalnya obat-obatan, alat kesehatan habis pakai (selang infus, alat suntik), ATK (kertas, necis dan lain-lain).
6	<i>Machines</i>	Peralatan baik medis maupun non medis yang digunakan untuk membantu/memperlancar pelayanan kesehatan di BGD misalnya alat medis (ventilator, alat nebulizer, alat heciting), alat non medis (komputer, telepon, dan lain-lain)
7	<i>Method</i>	Cara atau prosedur atau ketentuan yang digunakan untuk mempermudah dan memperlancar pelayanan di BGD misalnya alur pasien, Standard Pelayanan Operasional, Peraturan Direksi/manajemen
8	<i>Market</i> (pasar)	Ruang lingkup/peluang yang digunakan sebagai dasar untuk melakukan suatu perencanaan kerja atau sebagai bahan evaluasi mutu pelayanan yang ada.
9	<i>Minutes</i>	Waktu yang dibutuhkan pada setiap proses pelayanan yang diberikan di BGD (<i>Response Time</i> , Waktu Pelayanan, dan lain-lain)

No	Istilah	Definisi
10	<i>Money</i> (biaya operasional)	Biaya yang dialokasikan/dikeluarkan/harus dikeluarkan oleh pihak rumah sakit agar pelayanan di BGD dapat berjalan.
11	<i>Planning</i> (perencanaan)	Suatu kegiatan yang dilakukan oleh manajemen di BGD terhadap <i>input</i> yang ada agar <i>input</i> dapat dipergunakan secara efektif dan efisien terhadap pelayanan yang akan dilakukan (Perencanaan SDM, peralatan medis dan nonmedis, pengembangan staf dan pendidikan).
12	<i>Organizing</i> (Pengorganisasian)	Pengaturan agar proses pelaksanaan pelayanan di BGD dapat berjalan sesuai yang direncanakan .
13	<i>Actuating</i> (Pelaksanaan)	Kegiatan yang dilakukan dalam proses pelayanan pasien di BGD
14	<i>Controlling</i> (Pengendalian)	Suatu cara monitoring atau evaluasi dari seluruh kegiatan yang dilaksanakan di BGD baik medis maupun non medis, apakah sudah sesuai dengan perencanaan, prosedur , dan apakah hasil sudah sesuai dengan yang diharapkan.

BAB V

METODE PENELITIAN

5.1. RANCANGAN PENELITIAN

Penelitian ini merupakan suatu penelitian kualitatif dengan pendekatan pemecahan masalah (*Problem Solving Approach*) yang bertujuan untuk mencari gambaran pengelolaan pelayanan di Bagian Gawat Darurat Rumah Sakit RK Charitas Palembang, faktor –faktor *input*, serta faktor - faktor proses apa saja yang mempengaruhi pengelolaan pelayanan di Bagian Gawat Darurat Rumah Sakit RK Charitas. Tehnik pengumpulan data dilakukan dengan wawancara mendalam, observasi dan telaah dokumen.

Alasan utama yang mendasari penggunaan metode penelitian kualitatif ini peneliti mengharapkan informasi yang didapat lebih spesifik dan dapat digali lebih mendalam mengenai gambaran pengelolaan pelayanan di Bagian Gawat Darurat Rumah Sakit RK Charitas Palembang, faktor –faktor *input*, serta faktor-faktor proses apa saja yang mempengaruhi pengelolaan pelayanan di Bagian Gawat Darurat Rumah Sakit RK Charitas. Pada akhirnya gambaran tersebut dapat digunakan untuk meningkatkan pelayanan di Bagian Gawat Darurat Rumah Sakit RK Charitas.

5.2. WAKTU DAN LOKASI PENELITIAN

Penelitian ini dilakukan di Bagian Gawat Darurat Rumah Sakit RK Charitas Palembang yang merupakan pintu gerbangnya rumah sakit. Pengambilan data dilakukan pada bulan Maret sampai April 2008.

5.3. INFORMAN

Untuk mendapatkan gambaran pengelolaan pelayanan di Bagian Gawat Darurat Rumah Sakit RK Charitas Palembang, faktor –faktor *input*, serta faktor-faktor proses apa saja yang mempengaruhi pengelolaan pelayanan di Bagian Gawat Darurat Rumah Sakit RK Charitas maka informasi dipilih secara *purposif* dan berdasarkan ketentuan yang berlaku yaitu kesesuaian dan kecukupan.

5.3.1. Informan terpilih :

5.3.1.1. Direktur Utama RS RK Charitas

5.3.1.2. Direktur Medis RS RK Charitas

5.3.1.3. Direktur Penunjang Medis RS RK Charitas

5.3.1.4. Direktur Keperawatan RS RK Charitas

5.3.1.5. Dokter Jaga Bagian Gawat Darurat (2 orang)

5.3.1.6. Penyelia Bagian Gawat Darurat

5.3.1.7. Perawat Pelaksana Bagian Gawat Darurat

5.3.1.8. Petugas lain yang berhubungan dengan pelayanan Gawat Darurat
(Keperawatan 2 orang, Laboratorium, Radiologi)

5.4. PENGUMPULAN DATA

Data primer dikumpulkan pada saat wawancara mendalam (*indepth interview*) di Rumah Sakit RK Charitas, pada saat jam kerja dengan alat bantu *tape recorder*, kamera dan alat tulis dan observasi langsung terhadap proses pelayanan yang dilakukan di Bagian Gawat Darurat RS RK Charitas. Data sekunder diolah secara manual dengan menggunakan komputer dari dokumen administrasi, laporan - laporan, dan data statistik Bagian Gawat Darurat.

5.5. MANAJEMEN DATA

Kegiatan-kegiatan yang termasuk dalam manajemen data yaitu mulai dari pengolahan data, sejak data dikumpulkan, disajikan, dianalisis dan penarikan kesimpulan, sebagai berikut :

- 5.5.1. Pengumpulan data dan informasi yang didapat baik melalui rekaman hasil wawancara melalui alat perekam (*tape recorder*) maupun dari catatan.
- 5.5.2. Membuat transkrip rekaman hasil wawancara, yaitu memindahkan data yang didapat dari hasil rekaman dan catatan dituangkan dalam bentuk tulisan .
- 5.5.3. Klasifikasi data yaitu mengkategorikan data yang mempunyai karakteristik atau pola yang sama dengan cara mengelompokkan, meringkas untuk memudahkan interpretasi data. Untuk memudahkan klasifikasi data dibuatlah matrik sesuai dengan data yang ingin didapat.
- 5.5.4. Menyajikan ringkasan dalam bentuk matrik/tabel untuk memberikan gambaran yang lebih jelas antara variabel-variabel tertentu.
- 5.5.5. Mengidentifikasi persamaan, perbedaan dan kecenderungan antar variabel dengan menganalisis data secara *content analysis* (kajian data) untuk mendapatkan data yang bisa digunakan untuk membuat kesimpulan.

5.6. ANALISIS DATA

- 5.6.1. Tahapan analisis data kualitatif dengan membuat transkrip, mengatur, mengurutkan, mengelompokkan, memberi kode serta mengkategorikan data.
- 5.6.2. Dianalisa menggunakan *content analysis*.

5.7. VALIDITAS DATA

Untuk menjaga validitas penelitian kualitatif dengan triangulasi yaitu :

5.7.1. Triangulasi sumber terhadap informan terpilih.

5.7.2. Triangulasi metode dilakukan dengan wawancara mendalam, observasi dan telaah dokumen selain untuk melakukan *cross check* data, metode yang digunakan ini juga untuk memperkaya informasi yang didapat.

5.8. INSTRUMEN WAWANCARA

Instrumen yang dipakai untuk mengumpulkan data pada penelitian ini yaitu pedoman wawancara mendalam dan pedoman pemeriksaan (telaah dokumen).

BAB VI.

HASIL PENELITIAN

6.1. KARAKTERISTIK INFORMAN

Tabel. 6.1. Karakteristik informan RS RK Charitas

No	Nama	Umur	Jabatan	Lama bekerja	Pendidikan	Jenis Kelamin
1	I.1	61	Direktur Utama	32	S2	LK
2	I.2	44	Direktur Medis	7	S2	LK
3	I.3	57	Direktur Penunjang Medis	24	S2	LK
4	I.4	45	Direktur Keperawatan	20	D3	PR
5	I.5	43	Dokter Jaga BGD	12	S1	LK
6	I.6	36	Dokter Jaga BGD	8	S1	PR
7	I.7	32	Penyelia BGD	16	D3	PR
8	I.8	53	Perawat Pelaksana BGD	32	SPK	PR
9	I.9	45	Penyelia Radiologi	20	APRO	LK
10	I.10	42	Kasie Laboratorium	16	Analisis	PR
11	I.11	55	Kepala Bagian Pavilyun Lukas I	29	SPK	PR
12	I.12	36	Kepala Bagian Pavilyun Clara	8	D3	PR

Penelitian ini merupakan suatu potret atau analisa dari pengelolaan pelayanan di Bagian Gawat Darurat Rumah Sakit RK Charitas Palembang pada bulan Maret sampai April 2008, yang didapat dari para manajemen Rumah Sakit seperti Direktur Utama, Direktur Medis, Direktur Penunjang Medis serta Direktur Keperawatan dan

dari pelaksana pelayanan di lapangan antara lain Dokter Jaga, Penyelia dan Perawat Pelaksana Bagian Gawat Darurat serta bagian terkait yang sangat berpengaruh terhadap pelayanan di Bagian Gawat Darurat antara lain dari Bagian Radiologi sebagai informan Penyelia Radiologi, Bagian Laboratorium sebagai informan adalah Kepala Seksi Laboratorium serta dari keperawatan dimana informan langsung Kepala Bagian Pavilyun Lukas I dan Kepala Bagian Pavilyun Clara.

Informan dari golongan manajemen lebih banyak berbicara tentang kebijakan, strategi, saran serta himbauan, dan harapan terhadap perbaikan dalam pengelolaan pelayanan di Bagian Gawat Darurat Rumah Sakit RK Charitas, sedangkan informan dari pelaksana lapangan khususnya petugas di Bagian Gawat Darurat lebih banyak berbicara tentang proses pelaksanaan dan hambatan serta usulan ke depan sedangkan dari bagian terkait lebih membahas tentang hubungan kerja sama, koordinasi serta komunikasi antar bagian.

Hasil wawancara mendalam, observasi dan telaah dokumen didapatkan gambaran Bagian Gawat Darurat berdasarkan *input (Man, Material & Machine, Methods, Market, Minute, Money)*, proses yaitu *Planning (Perencanaan), Organizing (Pengorganisasian), Actuating (Pelaksanaan)* sampai dengan *Controlling (Pengendalian)* dan *output (Waktu Pelayanan)* dengan segala permasalahannya.

6.2. Gambaran Bagian Gawat Darurat berdasarkan input

Dalam penelitian ini yang termasuk faktor *input* adalah *Man, Material & Machine, Methods, Market, Minute, Money* dan berdasarkan hasil wawancara, observasi dan telaah data sekunder didapatkan.

6.2.1. Man (Sumber daya manusia)

Sumber daya manusia disini adalah tenaga - tenaga yang bertugas di Bagian Gawat Darurat meliputi 1) dokter jaga, 2) perawat, 3) petugas administrasi dan keuangan, 4) pekarya, 5) sanitasi, 6) petugas registrasi rawat inap, 7) satpam.

6.2.1.1. Dokter jaga BGD

Dokter jaga BGD adalah dokter umum yang bertugas menangani pasien di BGD secara administratif bertanggung jawab kepada Direktur Medik, dan secara profesi berada dalam kesatuan Komite Medik .

Dokter jaga Bagian Gawat Darurat Rumah Sakit RK Charitas terdiri dari 11 orang dokter umum yang terdiri dari 8 dokter penuh waktu (*full time*) dan 3 dokter paruh waktu (*part time*) yang bekerja secara bergantian dalam 3 shift yaitu shift pagi yang dimulai dari pukul 07.00 sampai 14.00, shift sore mulai pukul 14.00 sampai 21.00 dan shift malam mulai pukul 21.00 sampai 07.00 pagi, kecuali pada hari minggu atau hari besar pergantian shift jaga pagi dimulai pukul 08.00 sedangkan shift sore dan malam tetap sama. Dokter *full time* bila tidak bertugas di BGD maka akan ditugaskan di ICU, bangsal perawatan, hemodialise, *medical record*, kecuali Kepala Bagian yang khusus bertugas di Bagian Gawat Darurat, sedangkan dokter *part time* selain bertugas di BGD juga bekerja di Puskesmas, Dinas Kesehatan Kota dan Dosen Fakultas Kedokteran. Tenaga dokter jaga ini semuanya sudah mengikuti pelatihan PPGD, *ACLS (Advanced Cardiac Life Support)* dan *ATLS (Advance Trauma Life Support)*, ada 2 orang dokter yang pernah mengikuti *APLS (Advance Pediatric Life Support)*, 4 orang dokter pernah mengikuti pelatihan penanggulangan bencana. Masa kerja dokter jaga bervariasi antara 3 bulan

sampai 26 tahun, dan ada 3 orang dokter jaga yang usia kerjanya dibawah 1 tahun. Dalam pelayanan dokter jaga BGD bekerja sama 44 dokter spesialis dan sub spesialisasi yang jaga oncall dari 16 bidang keilmuan.

1) Jumlah dokter jaga BGD

Berdasarkan observasi dan telaah dokumen peneliti melihat setiap shift jaga ada satu dokter jaga yang bertugas di BGD dan tidak merangkap tugas di tempat lain. Hanya pada saat-saat ramai pasien kelihatannya dokter jaga BGD sangat sibuk sehingga pasien terlambat dilayani, tetapi pada saat sibuk kadang kala ada dokter jaga bangsal yang membantu. Keramaian ini tidak terjadi terus menerus. Sama seperti yang diungkapkan oleh informan dokter jaga BGD sudah cukup, hanya pada saat pasien ramai terlihat seperti tidak tertanggulangi dan informan juga mengusulkan agar adanya team dokter jaga BGD yang khusus dan tidak bertugas ditempat lain.

Ungkapan Informan 5,

"Saya rasa dokter sudah cukup, cuma....., ada kualitasnya yang kita memang juga kurang....."

Ungkapan informan 10,

"Beberapa saat lalu , saya membawa keponakan saya, di BGD lagi rame, ditunggu-tunggu dokternya , dipanggil jugo belum datang, pasiennyo lah pucat nian, tapi memang rame dokternya lagi perikso pasien lain,....."

Informan 3 menyampaikan usulannya,

".....dokter jaga BGD, BGD terus, ICU-ICU terus, itu saya rasa lebih bagus , jangan muter seperti sekarang....."

2) Kualitas dokter jaga BGD

Kualitas dokter jaga sangat besar peranannya dalam pelayanan di BGD, karena dokter jaga berperan sebagai koordinator dalam seluruh pelayanan pada shift kerjanya. Berdasarkan hasil wawancara, informan mengungkapkan permasalahan yang berhubungan dengan kualitas dokter jaga BGD yang masih dirasakan kurang, antara lain a) kurang telitnya dokter jaga melakukan anamnese dan pemeriksaan fisik, b) kurang tepatnya dokter jaga menegakkan diagnose dan memberikan terapi karena sudah tidak sesuai dengan standar pelayanan yang sudah ada. Faktor yang mempengaruhi permasalahan tersebut dikatakan oleh para informan perlunya dokter jaga diberi kesempatan dan kemudahan untuk pelatihan - pelatihan yang berkaitan dengan pelayanan gawat darurat, training dan *CME (Continue Medical Education)*. Menurut observasi peneliti apa yang diungkapkan oleh informan, itu semua yang menjadi permasalahan di BGD saat ini tetapi tidak semua dokter jaga BGD mempunyai permasalahan dalam kualitas, ada yang baik dalam penanganan terhadap pasien, hanya ada beberapa dokter jaga saja mungkin karena masih baru bertugas di BGD dan juga ada dokter tertentu yang tidak mau mengembangkan dirinya.

Informan 5 mengatakan ,

".....mungkin untuk tenaga-tenaga dokter lebih diberi kemudahan untuk pelatihan yang lebih ke tingkat advance, sehingga mereka bisa memenuhi standar emergency kadang-kadang beberapa dokter lupa.....dengan prosedur pengobatan yang harus dilaksanakan, mungkin karena sangking bingungnya, kadang-kadang bingung mau mengobati gimana , dia ini harus skillnya, keterampilan, pengetahuan ditambah, mungkin harus manggil dokter ahli untuk in house training untuk dokter BGD,"

Informan 11 juga mengatakan,

" Ada dokter tertentu, yang pasien jelek, tidak dilihat tapi langsung dikasih terapi saja, tapi anamnesanya tidak jeli, penilaian dibawah itu ada yang gesit ada yang tidak, lambat-lambat, ada karyawan yang mau berobat mikir juga karena kecekan dokternya itu."

Informan 3 juga menyampaikan,

" Mengenai dokter ada yang cekatan ada yang kurang kita masih bisa lihat itu. Ada beberapa dokter yang baik ada satu atau dua yang kita lihat masih kurang, pelatihan untuk dokter jadi masalah, kurang,....."

Strategi yang diungkapkan oleh informan 2,

" Strategi dalam mencapai harapan ke depan, ini yang jadi hambatan siapa yang akan bikin suatu standard pelayan itu disana, ini membutuhkan upaya-upaya dan kita harus membuat suatu program untuk melakukan training dan CME (Continue Medial Education) secara rutin kemudian kita kirimkan dokter yang mempunyai kualifikasi emergensi itu kemudian juga melengkapi teknologi-tehnologi ,....."

6.2.1.2. Perawat BGD

Perawat BGD adalah perawat-perawat yang ditempatkan khusus di BGD perawat ini secara struktural berada di bawah Kepala Bagian Gawat Darurat dan Direktorat Medik. Berdasarkan observasi dan telaah dokumen saat ini ada 20 orang perawat yang bertugas di BGD dengan latar belakang pendidikan SPK 6 orang, D3 ada 14 orang. Dalam organisasi perawat BGD ini dipimpin oleh 1 orang Kepala Seksi Keperawatan dibantu oleh 4 orang Penyelia, masa kerja perawat BGD 6 bulan sampai 27 tahun. Semua perawat yang bertugas di BGD minimal harus sudah pernah mengikuti pelatihan BHD dan ada yang pernah mengikuti pelatihan PPGD (16 orang), BTLS (2 orang), BCLS (2 orang), ACLS (3 orang), ECG (16 orang) dan Penanggulangan Bencana (4 orang), serta pelatihan yang berhubungan dengan kegawat daruratan.

Dalam melaksanakan tugasnya perawat juga dibagi menjadi 3 shift yaitu shift pagi mulai pukul 07.00 sampai 13.30, shift sore mulai pukul 13.30 sampai 20.30 dan shift malam mulai pukul 20.30 sampai 07.00. Setiap shift jaga terdiri dari 3 sampai 5 perawat dengan komposisi satu orang Penyelia sebagai penanggung jawab pelayanan keperawatan dibantu oleh perawat senior, medior dan junior. Dalam melaksanakan tugasnya perawat juga bertanggung jawab terhadap tugas triase, observasi, inventaris obat-obatan dan instrument medis serta rekam medis, kadang kala merangkap menjadi petugas administrasi keuangan. Dalam pelaksanaan tugas pelayanan perawat bertanggung jawab penuh kepada dokter jaga BGD.

Dari hasil wawancara dan observasi lapangan yang dilakukan, permasalahan terhadap perawat BGD ada pada 1) Jumlah perawat BGD, 2) kualitas perawat BGD .

1) Jumlah perawat BGD

Perawat merupakan barisan terdepan dalam suatu pelayanan di BGD, karena perawat paling banyak kontak dengan pasien, sehingga perlu dipersiapkan bukan hanya perawat yang handal dan berkualitas tinggi tetapi juga harus cukup dalam kuantitas atau jumlahnya, karena jumlah ketenagaan akan mempengaruhi beban kerja dan beban kerja akan mempengaruhi kualitas pelayanan keperawatan yang diberikan.

Berdasarkan observasi peneliti perawat BGD terlalu tinggi beban kerjanya karena selain memberikan pelayanan keperawatan, perawat BGD juga melaksanakan tugas administratif seperti inventarisasi obat, alat dan pada saat - saat tertentu bertugas sebagai petugas administrasi keuangan sehingga pada

saat kunjungan ramai perawat tidak dapat bekerja dengan maksimal dan kondisi ini sangat besar kemungkinan bagi seorang perawat untuk melakukan kesalahan atau kelalaian, dan ini sangat tidak *safety* bagi pasien dan bagi rumah sakit sehingga akan mempengaruhi kualitas pelayanan keperawatan yang diberikan.

Menurut informan pada saat pasien ramai, jumlah perawat BGD sudah tidak seimbang dengan jumlah pasien, apalagi perawat tugasnya merangkap tugas lain sehingga tidak fokus dalam memberikan pelayanan keperawatan kepada pasien dan keadaan ini akan menyebabkan masalah karena pasien tidak terlayani dengan baik.

Masalah ini diungkapkan oleh informan 8

"Perawat ado baeknyo tetap ditambah kalu kujingok sekarang ini sudah dak seimbang antaro tenago dengan pasien,....."

".....diharapkan kedepan simpel, ada petugasnyo sendiri-sendiri tidak rangkap. Mereka sudah oke-oke kerja sudah bagus hanya idak fokus,sehingga idak miskomunikasi memang perawat harus fokus ke pasien."

Hal yang sama disampaikan oleh informan 6,

"Jumlah perawat kurang, harus ada ruang observasi untuk pasien titipan, perawat atau pekarya khusus kalu rame kurang tenago, kalu sepi, nak kemanoken, tapi dalam seminggu itu rame terus jadi kerja tidak efisien, boros bayar gaji tapi itu memang meningkatkan kualitas pelayanan,....."

Informan 4 mengungkapkan,

"Untuk mengantisipasi komplain-komplain itu harus berimbang baik dari kualitas atau kuantitas, selain tambah orang juga dibekali Kalau beban kerja seperti ini, pasti banyak masalah, dan pasti masalah makin meningkat dari segi kesalahan,....."

2) Kualitas Perawat BGD

Manajemen keperawatan memainkan peranan yang sangat penting dalam pengembangan pelayanan keperawatan khususnya di BGD yang merupakan pintu depannya suatu rumah sakit. Untuk memberikan pelayanan keperawatan yang berkualitas perlu pengelolaan secara tepat dan benar.

Dari hasil wawancara dan observasi peneliti melihat ada permasalahan dalam kualitas perawat BGD tetapi ini hanya bersifat individual bukan secara keseluruhan antara lain a) Ketrampilan perawat, b) Kinerja perawat, c) Performance perawat, d) Komunikasi, koordinasi dan kerja sama perawat BGD, e) Pendidikan dan pelatihan perawat BGD.

a) Ketrampilan perawat BGD

Seorang perawat yang bertugas di Bagian Gawat Darurat harus mempunyai ketrampilan yang tinggi atau mau mengembangkan diri untuk memenuhi tuntutan tersebut, karena di BGD penuh dengan tindakan - tindakan baik medis maupun keperawatan.

Menurut observasi peneliti dan ungkapan informan ada individu tertentu yang belum bisa atau belum berani melakukan tindakan medis tertentu misalnya memasang infus pada anak atau bayi, terutama perawat yang masih baru di BGD, walaupun permasalahan ini tidak terlalu menghambat pelayanan karena pekerjaan di BGD bersifat team work dan setiap shift jaga pasti ada perawat senior yang bertugas mendampingi, tetapi harus segera dibenahi karena pada situasi yang memaksa setiap petugas harus dapat melakukan suatu pekerjaan secara individu.

Demikian ungkapan dari salah satu informan 5,

"..... ada beberapa orang tidak bisa untuk anak-anak atau bayi, ada orang-orang tertentu yang bisa kalau pasang infus bayi, kalau pasang ETT saya rasa sudah memenuhi prosedur, kadang-kadang ada yang lupa pasang masker, pasang handschoen pasang, sedikitlah yang lupa pasang masker".

b) Kinerja perawat BGD

Dalam pelayanan kegawatdaruratan baik tidaknya kinerja seorang perawat dalam memberikan pelayanan keperawatan sangat penting, karena ini mencerminkan baik tidaknya manajemen keperawatan yang dilakukan di BGD tersebut.

Berdasarkan ungkapan para informan dan observasi peneliti, dalam hal kinerja perawat yang menjadi permasalahan di BGD yaitu adanya perawat yang bekerja tidak sesuai prosedur yang ada dan ada juga perawat yang kerjanya kurang teliti.

Adanya perawat yang bekerja tidak sesuai prosedur di BGD menurut ungkapan informan dan observasi dari peneliti, permasalahan ini biasanya terjadi pada individu tertentu dan pada saat-saat tertentu saja misalnya pada saat pasien ramai, perawat semua sedang sibuk sehingga tidak bisa saling tolong - menolong, sedangkan pada saat tidak sibuk biasanya pelayanan berjalan baik sesuai prosedur.

Informan menyatakan masalah ini mungkin disebabkan kurangnya sosialisasi dan pembinaan pada saat orientasi karyawan baru, sedangkan bagi perawat yang senior dapat disebabkan oleh kondisi kerja yang sudah capek sehingga mereka lupa akan prosedur. Diusulkan oleh salah seorang informan agar sering diadakan sosialisasi prosedur .

Kurang telitinya perawat BGD dalam melakukan pemeriksaan fisik sehingga ada tindakan yang terlewatkan, maupun adanya instruksi dokter yang belum sempat dilaksanakan di BGD dengan alasan sibuk, berdasarkan ungkapan informan maupun menurut observasi peneliti ini biasanya terjadi pada individu tertentu yang kurang teliti, karena pada individu lain walaupun sibuk pekerjaannya tetap dilaksanakan.

Ungkapan informan 5,

"Masalah tindakan saya lihat tidak memenuhi prosedur, dari prosedur jahit saja, mereka sudah desinfektan, sterilisasi kadang mereka pegang-pegang yang macem-macem, jadi tidak steril, ... kadang faktor sudah malam kasihan, kalau mau dimarahin juga kasihan sudah malam, mau tegang-tegang,....."

Ungkapan informan 7,

"Masalah prosedur pelaksanaannya yaitu balek ke pribadi lagi, kadang ... protap yang ... sudah biasa kito lakukan, sudah menjalankan,.... tapi karena kito kurang sosialisasi kurang apo ye, lama kelamaan bisa melenceng misalkan bae masalah kesterilan atau tidak steril, jadi kito biso kerjo kurang steril atau tidak steril samo sekali, atau ado karyawan baru yang belum melihat samo sekali, mereka hanya melihat ayuknyo kerjo mak ini, tapi protap melakukan itu idak pernah disosialisasiken., ini lho protapnyo, dari hari kehari itu, tidak ado perbaikan sesuai dengan protap karena idak ado sosialisasi. Ke depan itu tiap doa pagi ado disosilisasiken tiap protap...."

Ungkapan informan 11,

"Dari BGD mereka sudah dilatih pemeriksaan fisik, saya kepinginnya mungkin pemeriksaan fisik lebih mendetail. Misal comser ada luka dimana, kadang-kadang luka sampai tidak terhecting, sudah sampai diatas, ada yang belum dihecting, turun lagi"

"Dari catatan keperawatan apa yang sudah diberikan juga masih kurang, kepinginnya jam berapa sudah diberikan, kadang status awal di BGD sudah ini - ini, tetapi hanya instruksi saja, di catatan keperawatan juga tertuang, sudah dilaksanakan di BGD, pernah terjadi ditanya ini sudah dilakukan, dijawab ahh belum lah kami dak sempat, kami sibuk banget dan pelaksanaannya belum apa-apa/belum ada"

c) Performance perawat BGD

Suasana pelayanan di BGD sulit diprediksi, kadang tenang pasien tidak terlalu ramai terlihat semua berjalan dengan baik, tetapi pada saat ramai terkesan seperti bukan di rumah sakit, perawat terlihat sangat sibuk dan suasana kerja terlihat tidak nyaman dan hal ini akan membuat perawat menjadi stres karena faktor lingkungan kerja yang tidak mendukung. Hal ini akan mempengaruhi performance perawat dalam memberikan pelayanan keperawatan yang baik.

Ungkapan informan dan diperkuat oleh observasi peneliti terhadap performance perawat BGD, ada oknum- oknum tertentu yang ketus, kurang senyum, tidak *care* terhadap pelanggan, hal ini dapat dikarenakan oleh individunya sendiri dan ada juga yang dipengaruhi oleh sistem pelayanan sehingga menyebabkan perawat menjadi seperti itu, mungkin karena mereka capek dan ada rencana ke depan dari informan pihak manajemen untuk memberikan perhatian yang lebih baik kepada perawat sehingga perawat dapat termotivasi untuk bekerja lebih baik.

Ungkapan dari informan 10,

" Pelayanan di BGD kadang-kadang, maaf ada oknum-oknum tertentu yang kasar, ada yang ketus, tidak seluruhnya begitu , baik perawat dan petugas admin juga ada yang ketus."

Ungkapan dan usulan dari informan 4,

".....sistem pelayanan yang perlu diperbaiki kenapa SDM seperti itu. mungkin faktor lain yang menyebabkan mereka tidak senyum, tidak care terhadap pelanggan, mungkin faktor kecapean, saya melihat pada suatu saat mereka sangat kecapean, kadang kami tidak bisa membantu, ini banyak pekerjaan, hal itu sangat mempengaruhi bagaimana mereka , kedepan kita rencana memberikan yang lebih baik kepada mereka sehingga mereka dapat memberi lagi lebih baik".

d) Komunikasi, koordinasi dan kerjasama perawat BGD

Pekerjaan di BGD merupakan suatu *teamwork* karena adanya personil ataupun unit lain yang saling keterkaitan ataupun saling mendukung, sehingga dibutuhkan suatu kerjasama, komunikasi dan koordinasi yang baik.

Berdasarkan ungkapan para informan dan observasi peneliti dalam pelayanan di BGD terlihat kurang komunikasi, koordinasi dan kerjasama baik antar individu di BGD ataupun dengan unit lainnya seperti petugas di keperawatan sehingga akan menghambat pekerjaan dan menyebabkan pelayanan menjadi tertunda ditakutkan hal ini akan menimbulkan komplain dari pihak pasien.

Menurut observasi peneliti kurangnya komunikasi, koordinasi dan kerjasama ini juga dipengaruhi oleh kerja sama team pada shift kerja saat itu, karena akan saling mengingatkan, terutama yang memegang kendali pada saat itu yaitu dokter jaga dan penyelia BGD.

Ungkapan informan 11,

"Hasil scanning ada di bawah, kalau santai apa hubungi ke atas, agar tahu hasilnya, agar dapat kita hubungi dokter, tolong hubungi penyelia, komunikasi kurang, sehingga tertunda-tertunda kita takutnya pasien komplain".

Ungkapan informan 1,

"Perlu koordinasi, team work misal ada waktu longgar kita bisa lempar ke bangsal, kalau dibangsal katanya repot kita tidak tahu, kerja sama dan sama kerja tidak saling lempar".

e) Pendidikan dan pelatihan perawat BGD

Di era pelayanan kesehatan yang super kompetitif ini, agar dapat tetap eksis dan mampu berkompetisi, maka diperlukan sistem manajemen keperawatan yang mampu mempersiapkan perawat - perawat yang profesional

dan siap pakai. Untuk dapat mempersiapkan kebutuhan tersebut diperlukan pendidikan dan pelatihan terhadap perawat sesuai dengan perkembangan IPTEK keperawatan saat ini.

Hasil wawancara terhadap informan, observasi peneliti dan telaah dokumen, pendidikan tenaga perawat BGD masih ada yang di bawah D3, ke depan diusulkan oleh informan dari pihak manajemen agar standar minimal perawat BGD harus D3 dan sudah mengikuti pelatihan BHD, standar ini akan mempengaruhi kualitas pelayanan yang diberikan, karena pelayanan keperawatan bersifat komprehensif dan memerlukan analisa. Diusulkan juga oleh informan lain juga dari manajemen agar perawat BGD tidak dimutasi, karena perawat yang baru perlu pendidikan atau pelatihan lagi sedangkan untuk pelatihan perawat masih kurang dan masih menjadi permasalahan .

Demikian diungkapkan oleh informan 4,

"Rencana Strategis Direksi....., rencana ke depan minimal sesuai standar yang ada..... seperti ketenagaan BGD harus D3, tapi kita masih ada dibawah itu, ketrampilan mungkin bisa tapi untuk analisa dan pelayanan yang komprehensif melihat keluarga, lingkungan sulit nyambung, karena dari segi kualitas kita akui masih ada dibawah itu. Kedepan saya dari keperawatan tidak nunggu lama-lama minimal standar kita D3, supaya bisa berimbang timnya dengan medis, kebutuhan mitra, kita bilang mau mitra tapi sedih, dokter bilang A dijawab perawat B."

" Selama ini penerimaan perawat BGD belum kita syaratkan tapi kedepan harus kita syaratkan, standar minimal dia sudah BHD, atau ACLS, ATLS harus ada. Walaupun yang baru masuk kalau ada, yang sudah . Sekarang belum ke depan harus ada karena penting, itu yang dihadapi orang yang baru masuk karena dari segi kecepatan, kepuasan sulit diukur minimal kita memberikan yang terbaik".

Informan 3 juga menyampaikan ungapannya,

" , cuma kalau bisa masalah SDM itu harus didik yang baru, kalau bisa disitu saja jangan dimutasi kesana sini , karena kalau dimutasi-mutasi untuk SDM yang baru belum pendidikan dan pelatihan lagi , memang kita masih

kesulitan, SDM baru perlu pelatihan lagi," "..... pelatihan untuk dokter jadi masalah, kurang , ... perawat juga seperti itu."

6.2.1.3. Petugas administrasi dan keuangan BGD

Petugas administrasi dan keuangan BGD adalah petugas non medik yang bertugas melakukan urusan administrasi dan keuangan pasien di BGD, dalam menjalankan tugasnya selalu berhubungan dengan dokter jaga BGD, perawat serta petugas administrasi dan keuangan rumah sakit. Secara struktural petugas administrasi dan keuangan BGD berada di bawah Kabag Gawat Darurat dan Direktorat Medik.

Berdasarkan observasi dan telaah dokumen petugas administrasi dan keuangan BGD ada 3 orang dengan latar belakang pendidikan SMA dan DIII komputer dengan masa tugas 2 sampai 6 tahun petugas ini ada yang sudah dibekali pelatihan BHD khusus untuk petugas non paramedik. Mereka bertugas dalam 3 shift, dimana setiap shift hanya ada 1 orang petugas, bila terdapat shift yang tidak ada petugas administrasi dan keuangannya maka tugas tersebut diambil alih oleh perawat BGD . Dalam setiap shift tugas, mereka dikoordinir oleh Penyelia BGD dan bertanggung jawab penuh terhadap transaksi pelayanan dan masalah keuangan di BGD serta membuat dan menyerahkan laporan keuangan pershift kepada petugas administrasi dan keuangan rumah sakit sebagai pertanggung jawaban keuangan, mereka juga membantu dalam proses pendaftaran pasien masuk ke BGD.

Dari hasil wawancara dan observasi, peneliti melihat permasalahan ada pada a) Performance, b) Kinerja, c) Jumlah petugasnya administrasi dan keuangan BGD.

a) Performance petugas administrasi dan keuangan BGD

Selama peneliti melakukan observasi terlihat dari sisi *performance* petugas administrasi dan keuangan BGD ada seorang petugas yang performancenya kurang karena sifatnya ketus apalagi pada suasana kerja yang ramai sifat tersebut semakin nyata dan salah satu informan juga menyampaikan hal yang sama.

Ungkapan informan 10,

"Pelayanan di BGD kadang-kadang, maaf ada oknum-oknum tertentu yang kasar, ada yang ketus, tidak seluruhnya begitu ,..... petugas admin juga ada yang ketus".

b) Kinerja petugas administrasi dan keuangan BGD

Peneliti mengamati ada seorang petugas administrasi dan keuangan BGD yang kerjanya lambat dan ada juga faktor lain yang menyebabkan kerja petugas yang lambat ini menjadi semakin lambat atau petugas yang biasanya cepat menjadi lambat, karena tempat pendaftaran dan pembayaran jadi satu sehingga semuanya pasien yang mau mendaftar dan pasien yang mau membayar menumpuk di tempat tersebut dan terkesan pelayanan lambat. Permasalahan ini sama seperti yang diungkapkan oleh para informan dan diusulkan informan agar tidak terjadi penumpukan maka tempat pendaftaran di registrasi dan petugas registrasi dapat membantu, sedangkan tempat pembayaran terpisah khusus.

Informan 5 mengatakan,

"Kadang kecepatan melayani, juga menumpuk karena kasirnya juga agak lambat, sehingga lambat, jadi penumpukan mau bayar atau mau pindah ke ruang lain."

Dikatakan oleh informan 7,

"....supayo dak rame. yang satu langsung suruh daftar didepan tempat registrasi supayo dak jadi penumpukan sedang disini khusus untuk tempat pembayaran kadang sekarang disini daftar disini bayar. Jadi petugas registrasi bisa bantu untuk daftarkan pasien namo, identitas dan nomor kartu, jadi disini hanya pembayaran dan transaksi keperawatan."

c) Jumlah petugas administrasi dan keuangan BGD.

Berdasarkan observasi dan telaah dokumen peneliti menemukan petugas administrasi dan keuangan saat ini 3 orang sedangkan mereka harus bekerja dalam tiga shift, berarti ada satu shift yang kadang kala tidak ada petugas maka tugas tersebut dilaksanakan oleh perawat BGD. Diusulkan adanya penambahan tenaga administrasi dan keuangan sehingga dapat bekerja lebih fokus dan lebih profesional.

Hasil wawancara informan mengungkapkan hal yang sama permasalahan kurangnya tenaga administrasi dan keuangan BGD.

Dikatakan informan 5,

", kasirnya harus cepat, kalau memang komputernya lambat,memang harus ditambah SDM dan komputer,"

6.2.1.4. Pekarya

Pekarya adalah karyawan yang bertugas melakukan urusan rumah tangga dan membantu menjaga kebersihan di BGD, membantu mengantar surat atau pesanan serta membantu perawat mengantar pasien keruangan bila diperlukan. Secara struktural pekarya ini berada di bawah Kepala Bagian Gawat Darurat dan Direktorat Medik.

Pekarya Bagian Gawat Darurat Rumah Sakit RK Charitas ada 5 orang dengan latar belakang pendidikan SMP dan SMA dengan masa tugas 15 sampai

27 tahun, dan sudah pernah mengikuti pelatihan BHD khusus non paramedik. Dalam melaksanakan tugasnya pekerya juga dibagi dalam 3 shift dalam setiap shift terdiri dari 1 orang petugas kecuali pagi dari 1 sampai 2 orang dan bertanggung jawab penuh kepada Penyelia BGD. Jam dinas pekerya sama seperti perawat, tugas seorang pekerya adalah bertanggung jawab terhadap kebersihan, permasalahan dapur dan alat rumah tangga serta semua linen di BGD, juga sering membantu tugas perawat dalam hal transportasi pasien ke ruangan perawatan, bagian penunjang medis .

Berdasarkan hasil wawancara dan observasi peneliti untuk tenaga pekerya tidak terlalu ada masalah, mereka sudah bekerja sesuai UTW dan tugas pekerya tidak terlalu banyak berhubungan dengan pasien , mereka banyak terlibat dalam masalah linen, dapur, kebersihan dan pada saat pasien ramai pekerya juga dapat membantu mendaftar pasien dan membantu perawat dalam mengantar pasien.

Informan 8 juga menyatakan,

"Pelaksanaan dilapangan ini, sesuai prosedur dak ,..... pekerya kalau aku lihat, apo yang sesuai UTW sudah dijalankannyo dengan bagus,"

6.2.1.5.Sanitasi

Sanitasi BGD adalah karyawan kontrak yang secara khusus bertugas sebagai cleaning service di BGD. Secara struktural petugas sanitasi ini berada di bawah Pimpinan Institusinya dan dibawah pengawasan Kepala Bagian Gawat Darurat dan Direktorat Medik.

Dalam melaksanakan tugasnya Tenaga sanitasi di BGD dibagi 2 shift , pagi dan sore, pagi hari ada 1 orang petugas khusus di BGD sedangkan pada

sore hari ada 1 orang petugas sanitasi yang keliling dari beberapa bagian lainnya.

Berdasarkan hasil wawancara dan observasi tenaga sanitasi di BGD tidak ada masalah dan kebersihan juga terjaga.

Pernyataan informan 12,

"Kebersihan untuk saat ini sudah cukup, untuk ruangan saat ini cukup."

6.2.1.6. Petugas registrasi rawat inap

Petugas registrasi rawat inap adalah karyawan yang bertugas untuk mendaftarkan pasien BGD yang akan dirawat inap. Secara struktural petugas ini berada di bawah Pimpinan Kepala Bagian Rekam Medis.

Berdasarkan observasi dan telaah dokumen, petugas registrasi rawat inap BGD ada 4 orang dengan latar belakang pendidikan SMA, SPK, bertugas 3 shift dan setiap shift hanya 1 orang, dari jam 07.00 – 14.00, 14.00-21.00, 21.00 – 07.00. Petugas registrasi rawat inap khusus BGD ini baru ditugaskan di BGD selama 6 bulan. Dalam menjalankan tugas mereka berkoordinasi dengan dokter jaga dan Penyelia BGD.

Berdasarkan hasil wawancara terhadap informan dan observasi peneliti, keberadaan petugas registrasi rawat inap khusus BGD sangat membantu proses pelayanan pasien yang akan dirawat inap, dan ada juga petugas registrasi rawat inap ini yang kurang dalam memberikan informasi kepada pasien atau keluarga pasien, kerja lambat dan koordinasi antara petugas registrasi rawat inap BGD dengan petugas registrasi rawat inap rumah sakit belum tertata dengan baik, karena belum adanya prosedur khusus untuk pelaksanaan tugas bagi petugas

registrasi rawat inap BGD dan usulan informan agar kedepan dapat lebih cepat.

Informan 5 menyatakan

" Untuk registrasi rawat inap saya rasa cukup membantu dan..... dan sangat membantu mencarikan tempat untuk pasien-pasien, membuat kartu cuman kayaknya faktor kecapean, sehingga mereka bisa emosi. Komunikasi dengan pasien sudah cukup, tidak sambil marah, ketus , hanya pada saat ramai beban mereka sangat banyak mungkin hanya pada jam-jam tertentu sudah prosedural melakukan tugasnya."

Demikian salah satu ungkapan informan 11,

".....barusan basing saja tanya kamar masukkan pasien GE ibu dokter" B", sekali ditanya pasiennya mau ke Pav. Clara yang 800 ribu. Malahan dia tidak mau disini, inikan tidak efisien , saya tidak tahu dibawah bagaimana mungkin ditanya nanti mau dirawat di kelas berapa agar lebih jelas dibantu oleh perawat, bayangi kalau begitu kita malu bagaimana servis di bawah jangan disuruh sana ke informasi sana , kenapa tidak langsung saja ditanya."

Informan 1 juga menyampaikan harapannya,

" Harapan kedepan registrasi harus cepat, "

Informan 7 menyatakan,

"Kalu protap registrasi rawat inap belum terbaco yang mano dapat daftar di bawah dan kapan dapat daftar diatas , sebab pada saat sibuk ado petugas yang biso terkaver dan ado yang dak terkaver, jadi pasien antri. Pernah kejadian yang bawah suruh ke atas yang atas suruh ke bawah."

6.2.1.7.Satpam

Satpam Bagian Gawat Darurat adalah karyawan yang bertugas khusus untuk keamanan di BGD. Secara struktural satpam BGD ini berada di bawah Pimpinan Kepala Bagian Satpam Rumah Sakit .

Satpam yang bertugas di BGD ada 8 orang dengan latar pendidikan SMA dan sudah pernah dilatih BHD non paramedik, dalam melaksanakan tugasnya satpam dibagi dalam 3 shift dimana setiap shift terdiri dari 1 orang.

Satpam BGD bertugas untuk menjaga keamanan dan ketertiban di luar maupun di dalam BGD serta menjaga kelancaran lalu lintas di depan BGD, satpam juga sering membantu perawat dalam penerimaan pasien yang akan berobat ke BGD. Dalam melaksanakan tugasnya satpam BGD bertanggung jawab terhadap Kepala Regu Satuan Pengamanan Rumah Sakit RKCharitas.

Berdasarkan observasi peneliti dan ungkapan informan ada kesamaan pendapat tentang satpam BGD yang kurang tegas dalam membatasi jumlah pengantar pasien yang masuk ke BGD sehingga terjadi keramaian di BGD. Kondisi ini mempengaruhi pelayanan petugas .

Informan 12 menyampaikan,

" kalau disini yang sakit satu yang ngantar satu rumah, karena kekeluargaan tinggi, perlu ada satpam yang harus stand by, satu saja yang masuk yang lain tunggu diluar, diruang tunggu sehingga di dalam kadang mau lewat saja, banyak yang ngantar..... bila situasi rame perawat atau dokter sumpek lebih banyak yang ngantar bukan yang sakitnya, pendampingan tidak perlu harus banyak, paling tidak satu yang bertanggung jawab atau yang dekat dengan pasien, harus tegas petugas satpam, kita terlalu bebas di RS X satu yang ngantar yang lain diluar,....."

6.2.2. Material dan Machine

Berdasarkan hasil observasi dan telaah dokumen dari *material & machine* meliputi 1) Gedung dan fasilitas tempat tidur, 2) Obat-obatan, 3) Peralatan medik, 4) Peralatan non medik didapatkan.

6.2.2.1. Tata letak, gedung dan fasilitas tempat tidur

Gedung Bagian Gawat Darurat terletak ditengah - tengah Rumah Sakit RK Charitas yang terdiri dari ruang triase, ruang resusitasi, ruang tindakan bedah, ruang non bedah, ruang observasi dan ruang dekontaminasi, ruang tunggu, kamar mayat, pos pendaftaran, pos petugas, pos pembayaran, ruang

pertemuan, ruang istirahat petugas, dapur, toilet dan gudang obat dan gudang lainnya.

Fasilitas tempat tidur di BGD Rumah Sakit RK Charitas terdiri dari 12 tempat tidur dan 4 brankard .

Dari hasil observasi peneliti dan hasil wawancara terhadap beberapa informan menemukan a) Letak BGD ditengah rumah sakit yang seharusnya berada di pintu depan rumah sakit, b) Ruang pendaftaran dan ruang pembayaran menjadi satu tempat, c) Belum ada *one day care* .

Ungkapan informan 10,

"Menurut saya sebenarnya BGD dimana-mana tidak di tengah tapi di depan , ini system manajemen yang salah, orang masuk BGD dari depan".

"Mungkin adminnya juga tidak disamakan disitu, dipisah tidak disitu, sehingga pasien pulang tidak lolos, itukan adminnya ditengah-tengah, mungkin settingnya lebih bagus, registrasi pendaftarannya juga tidak disitu, perlu permintaan ruangan, sebelum bikin BGD perlu lihat dulu dimana"

Ungkapan informan 3,

"Perencanaan jangka panjang kedepan Rumah Sakit, BGD akan pindah ketempat saya di depan menunggu ICU selesai dulu karena BGD harus di depan , tidak mungkin gawat darurat disini lalu lintas didepan disana, jangan gawat darurat dibelakang , kapan itu menunggu ICU selesai dulu jangka waktu sekitar 5 sampai 10 tahun ke depan".

Ungkapan informan 6,

"....., harus ada ruang observasi untuk pasien titipan,..... itu memang meningkatkan kualitas pelayanan, ado tenaga khusus observasi bukan dari emergensi,....., jadi kito idak kehilangan pasien, sekarang banyak kehilangan pasien, kito dak biso memaksoken pasien masuk kareno tenaga kurang, ruang dak sesuai".

6.2.2.2.Obat – obatan

Di Bagian Gawat Darurat Rumah Sakit RK Charitas tersedia obat-obatan, alat kesehatan dan cairan infuse sesuai standar kegawat daruratan Depkes dan dalam jumlah yang sesuai dengan perencanaan petugas logistik obat BGD, sehingga dalam penggunaannya dapat dilakukan dengan cepat tanpa perlu mengambil ke gudang farmasi. Dalam penyimpanannya obat, alkes dan cairan infuse ada gudang obat sentral tersendiri dan ada lemari operasional . Dalam perencanaan obat-obatan di BGD terlihat cukup baik mulai dari permintaan, pengadaan, penyimpanan dan pendistribusian serta pencatatan dan pelaporan juga sudah berjalan dengan baik. Dalam observasi peneliti tidak menemukan adanya permasalahan dalam pengelolaan dan pemakaian obat-obatan di BGD karena sudah tertata dengan baik oleh petugas logistik obat BGD.

6.2.2.3.Peralatan medik

Berdasarkan observasi dan telaah dokumen , peneliti melihat peralatan medik di Bagian Gawat Darurat Rumah Sakit RK Charitas sudah sesuai dengan standar yang ditetapkan oleh Depkes dan sesuai dengan prosedur yang ada di BGD dan peralatan siap pakai hanya jumlahnya mungkin perlu ditambah . Peralatan medis yang ada saat ini antara lain :

- Monitor ECG dengan blood pressure dan SpO2 1 buah
- DC Shock 1 buah
- Monitor SpO2 1 buah
- Ventilator portable 1 buah
- ECG 12 lead 2 buah

- Emergensi Trolley 1 buah (lengkap dengan ambu bag, laringoskop dan peralatan intubasi lainnya, serta obat-obatan dan peralatan *life saving*)
- Infus Pump 1 buah
- Suction central 4 buah
- Suction portable 2 buah
- Oksigen sental 8 buah
- Lampu operasi 1 buah
- Lampu hecting 1 buah
- Standard infus
- Peralatan hecting, tracheostomi , minor surgery
- Dan lain-lain

Hasil wawancara dengan informan diungkapkan jenis peralatan medis yang ada sudah cukup hanya jumlahnya perlu ditambah, karena bila ada lebih dari satu pasien gawat maka BGD kekurangan alat.

Demikian juga seperti yang dikatakan oleh informan 6,

"Masalah pengadaan peralatan medis saya rasa sudah cukup, monitor, DC kemudian yang lain sudah cukup, mungkin yang kurang ini ada peralatan yang mau cystostomi ada alat khusus yang itu jarang dipakai. Kata dokter "A" alat itu membantu, mudah sekali menggunakannya tapi kalau yang lain saya rasa cukup....."

Pernyataan dari informan 12,

"Sarana saya kira perlu diperhatikan alat lama perlu diperbaharui atau ditambah, peralatan standar sudah ada tapi apakah masih berfungsi itu perlu diperhatikan, misalnya pasien gawat lebih dari satu alat ventilator, troli emergensi cuma satu jadi perlu ditambah....."

6.2.2.4. Peralatan non medik

Hasil observasi peneliti melihat peralatan non medis di BGD sudah terpenuhi dengan adanya 5 set komputer lengkap, AC 5 buah, lemari arsip, dan lain - lain, masalah hanya printer yang kurang karena ada 2 komputer dengan menggunakan satu printer sehingga pada saat ramai pelayanan jadi terhambat .

Demikian juga ungkapan salah satu informan, pada saat sibuk terlihat fasilitas pembayaran kurang, untuk mempercepat pelayanan di BGD diusulkan printer ditambah.

Demikian dikatakan oleh informan 5,

"....., kasirnya harus cepat, kalau memang komputernya lambat, atau memang harus ditambah SDM dan komputer."

Ungkapan informan 7,

"Memang pada waktu pasien sibuk, sepertinyo kito kekurangan fasilitas pembayaran, karena ditumpukkan pada satu komputer dan satu orang, pada kondisi yang rame juga , komputer digunakan untuk memasukkan data atau identitas, pada waktu tertentu sepertinyo kekurangan tenago, sebenernyo itu dak masalah, kalu komputernyo tercukupi, komputer yang biso cetak yang satu satunyo lagi eror. Jadi mungkin masalah komputernyo usulannyo mungkin printer penambahan peralatan untuk administrasi. Perawat biso bantu pada saat pembayaran."

6.2.3. Methods

Pada telaah data peneliti melihat sudah adanya a) Peraturan dan kebijakan manajemen, b) Uraian Tugas dan Wewenang setiap petugas, c) Standar Prosedur Operasional, d) Alur proses pelayanan pasien di BGD, e) Jadwal dinas petugas .

Dalam observasi peneliti melihat pelaksanaan peraturan dan kebijakan manajemen sudah dilakukan sesuai aturan, tetapi pelaksanaan UTW, SPO, alur

proses dan jadwal dinas ada yang belum sesuai dengan aturan sama seperti yang diungkapkan oleh para informan.

Ungkapan yang disampaikan oleh informan 8,

"Dalem hal pengaturan dinas protapnyo rasonya ado , datang jam berapa pulang jam berapa, apo dikerjoken, pembagian tugasnyo ado yang diatur "P" itu,, prosedurnyo ado. Pelaksanaan dilapangan ini, sesuai prosedur dak , kadang kala ado yang melanggar sedikit-sedikit, penyelia ado melanggar dikit-dikit, perawat pelaksana tergantung peyelia...., pelanggaran kalu kulihat karena kemampuan dio itu idak samo kemampuan berpikir...."

Ungkapan informan 8,

"UTW masing-masing jugo ado , prosedurnyo ado. Pelaksanaan dilapangan ini, sesuai prosedur dak , kadang kala ado yang melanggar sedikit-sedikit, penyelia ado melanggar dikit-dikit, perawat pelaksana tergantung peyelia, pekarya kalau aku lihat, apo yang sesuai UTW sudah dijalankannyo dengan bagus....."

Ungkapan informan 7,

" Kalau protap tindakan baik medis maupun administrasi sudah ado, yang jadi masalah prosedur pelaksanaannyo yaitu balek ke pribadi lagi, kadang kito protap yang kito sudah biaso kito lakuken, ..."

Ungkapan informan 5,

"Kalau peraturan dan kebijakan sudah jalan, cukupla....."

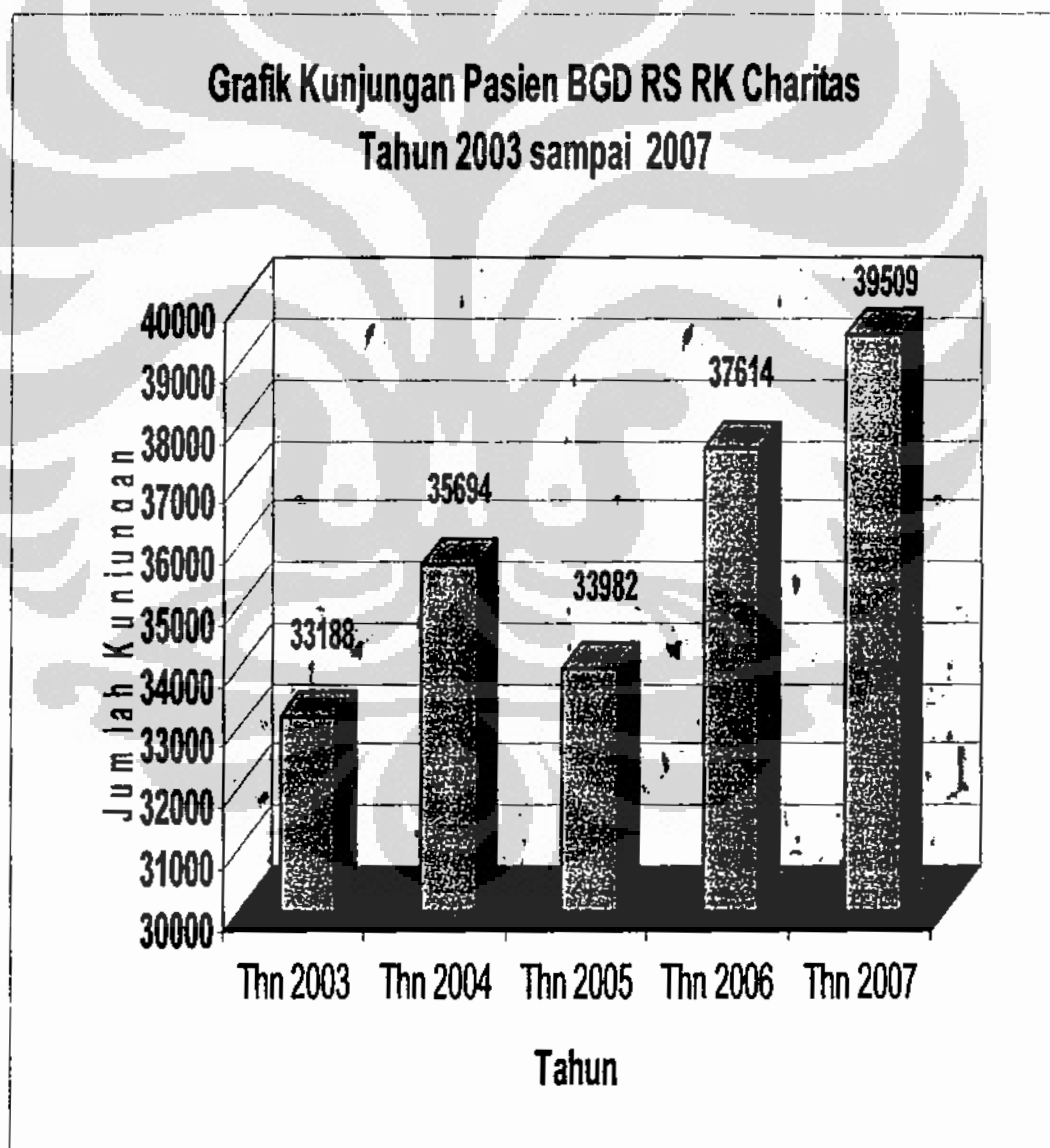
6.2.4. Market

Market dalam hal ini yang dilihat adalah data kunjungan pasien di BGD RS RK Charitas dari tahun 2003 sampai dengan tahun 2007 yang diambil dari rekam medis BGD RS RK Charitas, data tersebut meliputi 1) Data kunjungan pasien secara keseluruhan, 2) Data kunjungan berdasarkan kegawatannya, 3) Data kunjungan berdasarkan shift jaga, 4) Data kunjungan pasien berdasarkan disposisi (rawat inap, rawat jalan dan yang dirujuk ke rumah sakit lain) serta 5) Data pasien yang datang dalam keadaan meninggal atau meninggal di BGD RS RK Charitas, dan 6) Data pasien berdasarkan jenis kasus.

6.2.4.1. Kunjungan Pasien di Bagian Gawat Darurat Rumah Sakit RK Charitas.

Kunjungan pasien BGD RS RK Charitas terus meningkat dari tahun 2003 sampai tahun 2007, peningkatan berkisar antara 5,04 % sampai dengan 10,7 %, kecuali tahun 2005 terjadi penurunan kunjungan sebesar 4,8 %.

Gambar 6.1. Grafik kunjungan pasien BGD RS RK Charitas tahun 2003 sampai 2007

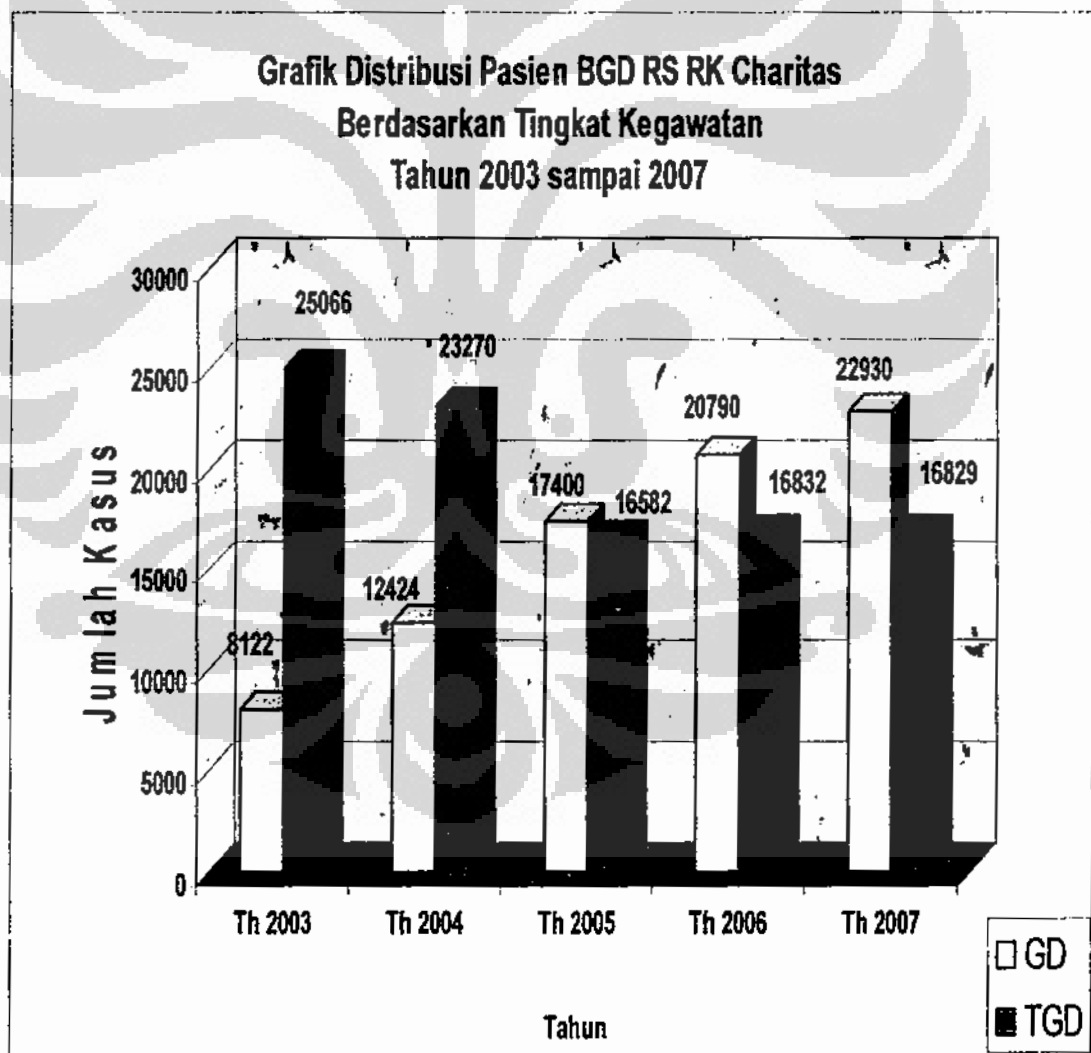


Sumber : Laporan tahunan BGD RS RK Charitas 2003 - 2007

6.2.4.2. Distribusi pasien BGD RS RK Charitas berdasarkan tingkat kegawatan

Dari tahun 2003 sampai tahun 2007 terlihat pergeseran distribusi kasus Gawat Darurat semakin tahun semakin meningkat sebesar 10,29 % sampai 55,30% sedangkan kasus Tidak Gawat Darurat semakin menurun sebesar 0,02 % sampai 28,74 % kecuali tahun 2006 terjadi peningkatan sebesar 1,51 %.

Gambar 6.2. Grafik distribusi pasien BGD RS RK Charitas berdasarkan tingkat kegawatan tahun 2003 sampai 2007

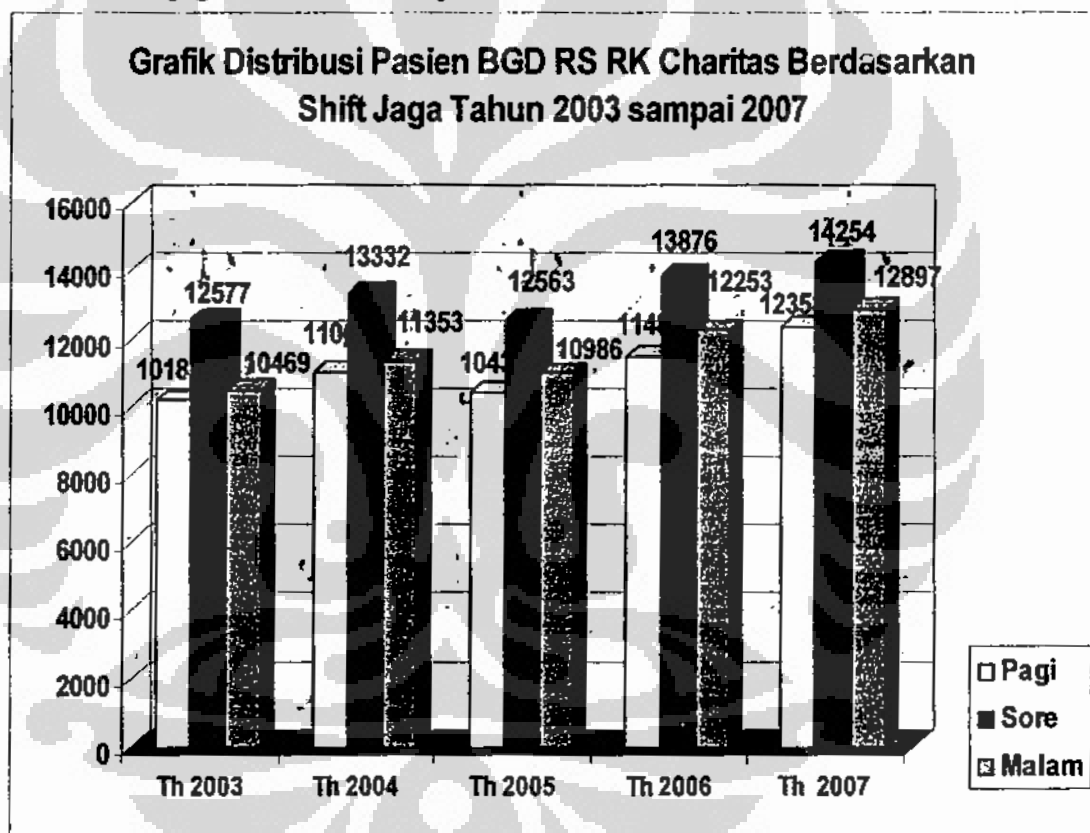


Sumber : Laporan tahunan BGD RS RK Charitas 2003 - 2007

6.2.4.3. Distribusi pasien BGD RS RK Charitas berdasarkan shift jaga

Berdasarkan data sekunder yang didapat dari laporan tahunan di BGD RS RK Charitas ternyata distribusi kunjungan pasien berdasarkan shift jaga pagi dan malam hampir sama antara 30 % sampai 32 % sedang pada sore hari lebih tinggi berkisar antara 36 % sampai 38 %.

Gambar 6.3. Grafik distribusi pasien BGD RS RK Charitas berdasarkan shift jaga tahun 2003 sampai 2007.



Sumber : Laporan tahunan BGD RS RK Charitas 2003 - 2007

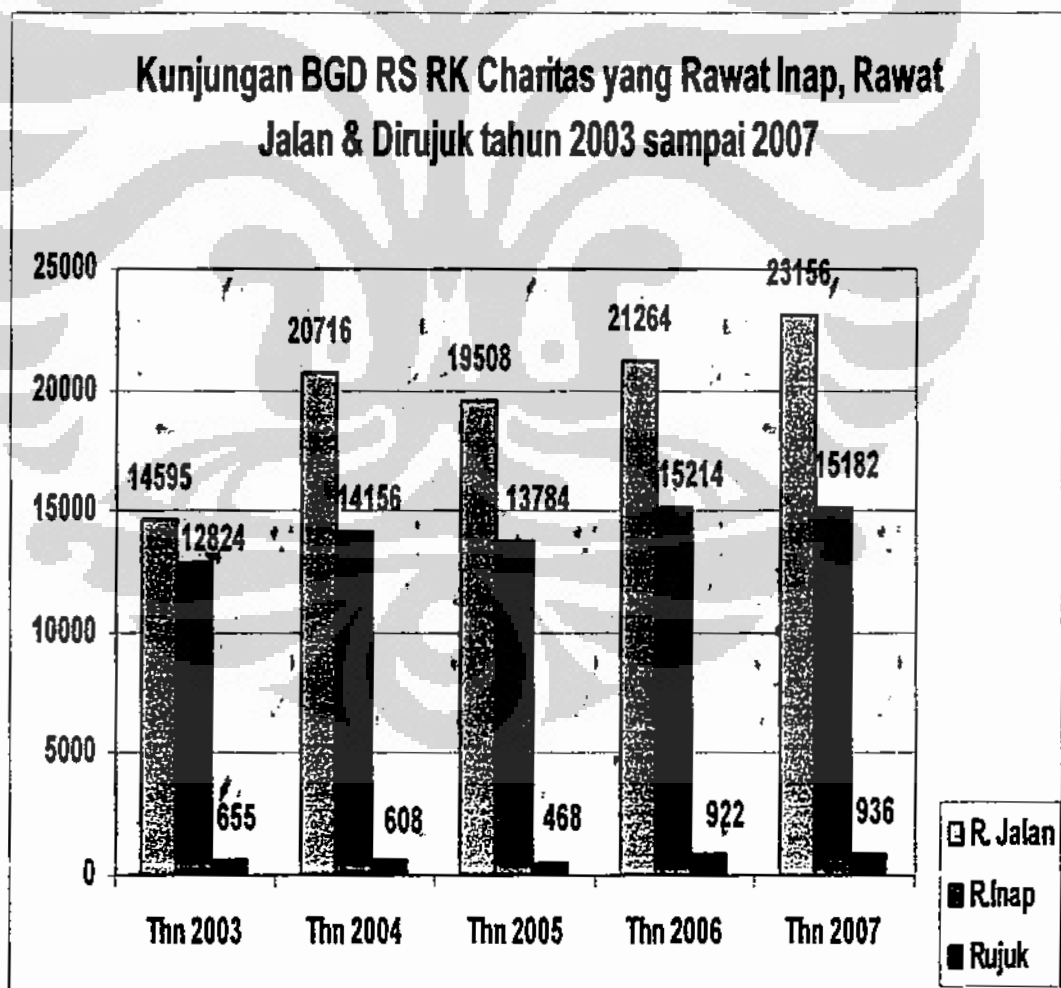
6.2.4.4. Kunjungan pasien BGD RS RK Charitas yang di rawat inap, rawat jalan dan dirujuk ke rumah sakit lain.

Untuk kunjungan rawat jalan dari tahun 2003 sampai dengan tahun 2007 ada kecenderungan terus meningkat kecuali pada tahun 2005 terjadi penurunan, sedangkan untuk rawat inap juga ada kecenderungan terus

meningkat walaupun pada tahun 2005 dan 2007 terjadi penurunan sedikit dan untuk pasien yang dirujuk ke rumah sakit lain mulai tahun 2003 sampai tahun 2005 terjadi penurunan sedangkan tahun 2006 dan tahun 2007 terus meningkat.

Berdasarkan distribusinya untuk pasien rawat jalan dari tahun 2003 sampai tahun 2007 rata-rata 58 % sedangkan rawat inap rata-rata 40 % dan yang dirujuk rata-rata 2 %.

Gambar 6.4. Grafik kunjungan pasien BGD yang rawat inap, rawat jalan dan dirujuk tahun 2003 sampai 2007

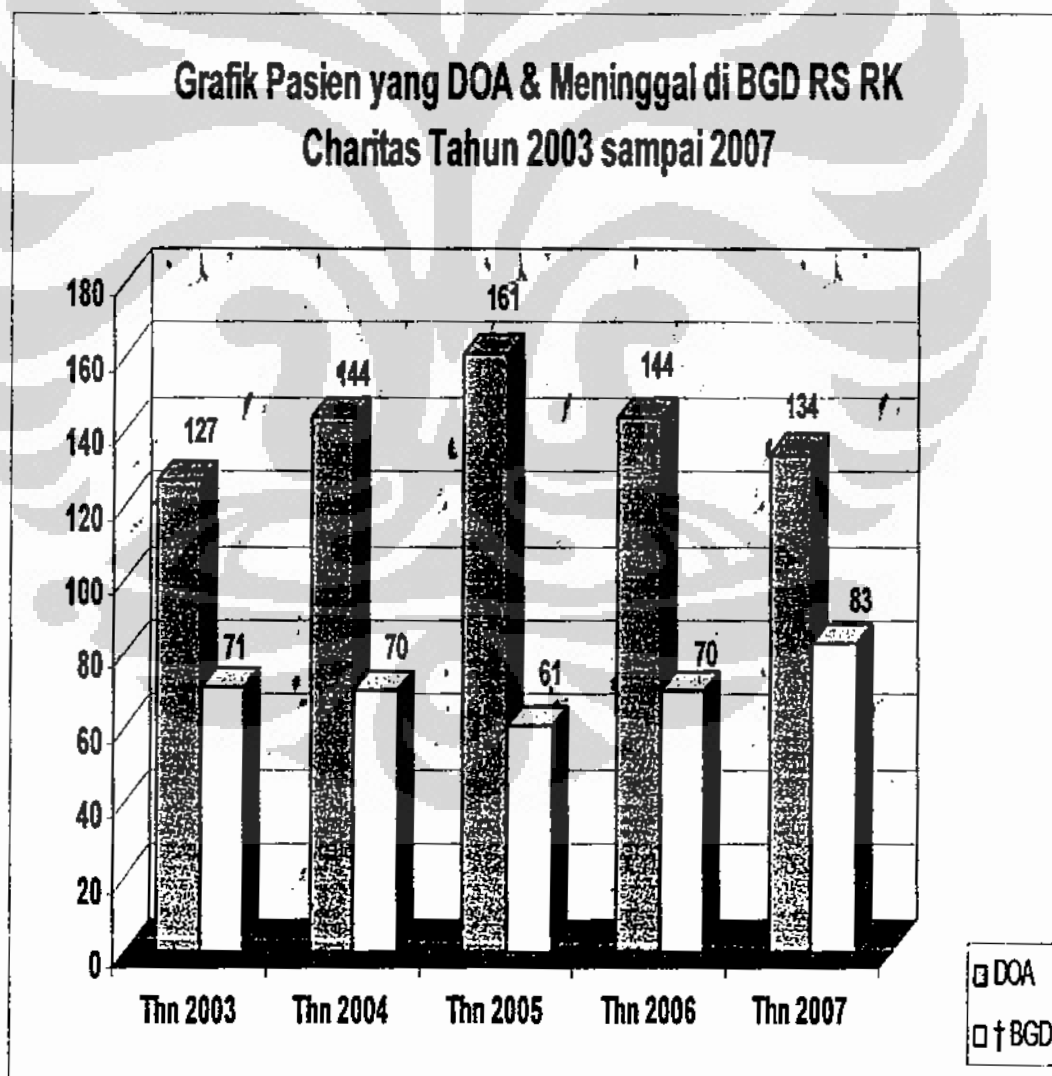


Sumber : Laporan tahunan BGD RS RK Charitas 2003 - 2007

6.2.4.5. Pasien BGD RS RK Charitas yang *DOA* dan meninggal di BGD

Pasien yang *DOA* (*Death On Arrival*) datang dalam keadaan meninggal di BGD RS RK Charitas dari tahun 2003 sampai 2005 terjadi peningkatan dan pada tahun 2006 dan 2007 terus menurun, sedangkan pasien yang meninggal setelah mendapat pertolongan di BGD RS RK Charitas tahun 2003 sampai 2005 menurun dan pada tahun 2006 dan 2007 meningkat.

Gambar 6.5. Grafik pasien *DOA* dan meninggal di BGD RS RK Charitas tahun 2003 sampai 2007.

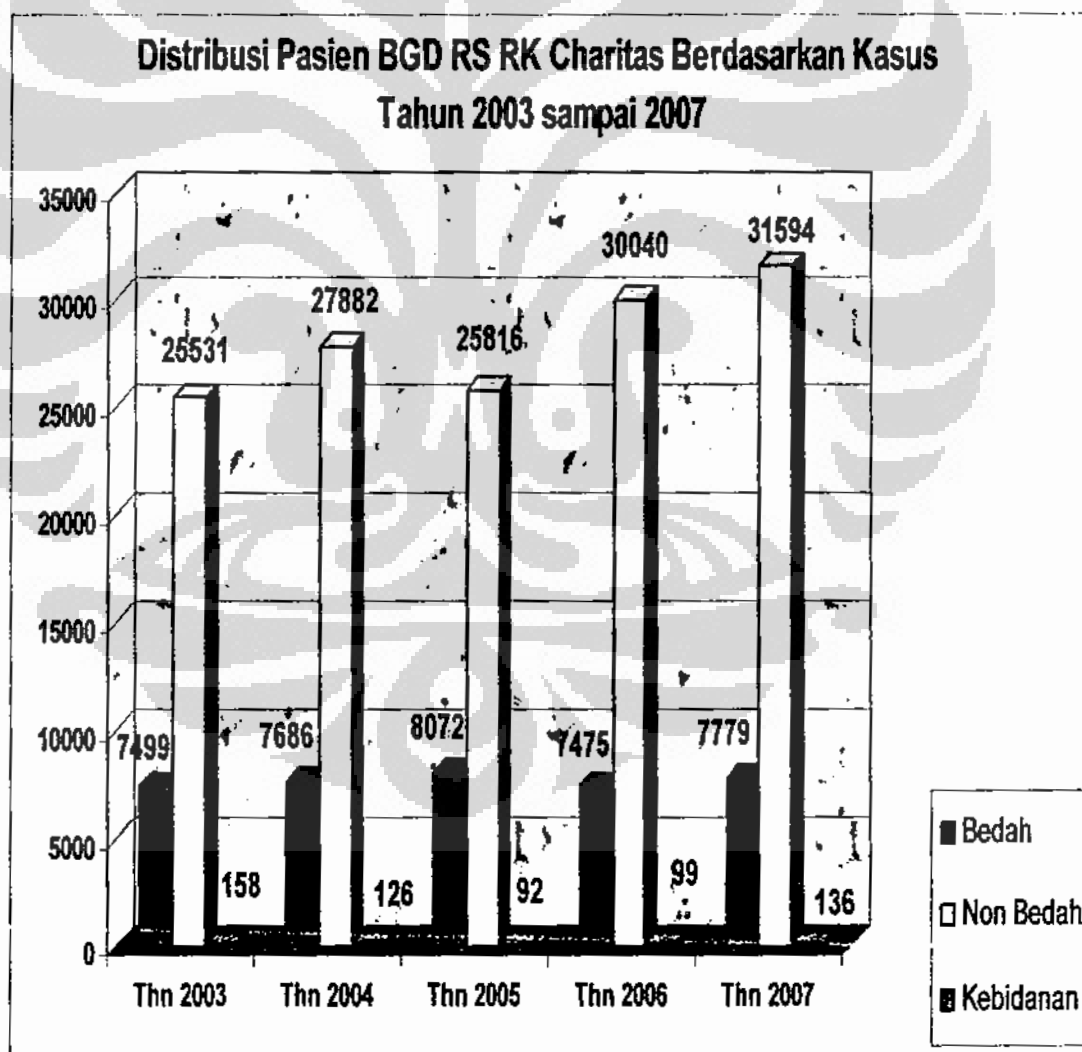


Sumber : Laporan tahunan BGD RS RK Charitas 2003 - 2007

6.2.4.6. Distribusi pasien BGD RS RK Charitas berdasarkan kasus

Distribusi pasien BGD Rumah Sakit RK Charitas berdasarkan kasus dari tahun 2003 sampai dengan tahun 2007 terlihat untuk kasus non bedah rata-rata 77,9 % sedangkan kasus bedah rata-rata sebesar 21,7 % sedangkan kasus kebidanan hanya menempati porsi yang sangat kecil rata-rata 0,4 % dari keseluruhan kasus.

Gambar 6.6. Grafik distribusi pasien BGD berdasarkan kasus tahun 2003 sampai 2007



Sumber : Laporan tahunan BGD RS RK Charitas 2003 - 2007

6.2.5. Minute

Waktu yang dinilai adalah kecepatan pelayanan yang diberikan mulai dari pasien masuk sampai pasien keluar dari BGD baik pasien pulang, dirawat inap atau pasien dirujuk ke rumah sakit lain.

Berdasarkan observasi peneliti setiap proses pelayanan yang diberikan mulai dari pasien masuk ke BGD, pendaftaran, pemeriksaan oleh tenaga medis, pemeriksaan penunjang, proses pembayaran, pendaftaran rawat inap sampai pasien dijemput atau pindah ke ruang rawat inap dapat memberikan gambaran cepat atau lambatnya waktu pelayanan yang diberikan oleh petugas BGD terhadap pelanggan, sehingga akan berdampak kepada kepuasan pelanggan. Dari proses yang ada peneliti melihat waktu pelayanan yang dapat diketahui adalah waktu tunggu (*response time*) mulai dari pasien datang sampai pasien diperiksa oleh dokter dan waktu layanan dimana mulai pasien datang sampai ia keluar dari BGD. Semua data ini dapat dilihat pada status awal pasien BGD dimana di lembaran tersebut terdapat kolom saat pasien datang, diperiksa dokter dan pada kolom disposisi atau saat pasien keluar dari BGD, data tersebut di input ke komputer oleh petugas administrasi atau petugas rekam medis BGD, sehingga setiap shift jaga dapat diketahui rata - rata dari *response time* dan waktu pelayanan yang diberikan oleh petugas kesehatan pada shift jaga yang bersangkutan. Cepat lambatnya *response time* dan waktu layanan di BGD RS RK Charitas dapat menggambarkan baik atau buruknya pengelolaan pelayanan yang diberikan oleh petugas BGD.

6.2.6. Money

Data keuangan yang didapat adalah data anggaran pengelolaan pelayanan di BGD RS RK Charitas dari kepala bidang administrasi dan pembukuan, yang berupa

informasi lisan tidak berupa angka, dikatakan anggaran investasi, operasional serta pemeliharaan BGD secara kasar ada berdasarkan data tahun sebelumnya tetapi secara terencana belum ada dan angka riil tidak dapat diperlihatkan, karena sudah merupakan keputusan Yayasan.

Berdasarkan ungkapan para informan dari pihak manajemen, dikatakan BGD tidak rugi, tetapi tidak juga untuk mencari keuntungan karena adanya fungsi misionaris dalam pelayanan di BGD dan bila BGD mau meningkatkan mutu tidak menjadi masalah karena dana untuk operasional sudah tersedia.

Ungkapan informan 1,

"BGD tidak rugi,... tidak rugi hanya average, makanya kalau ada pelatihan pengembangan alat , usul perencanaan biasanya sesuai dengan apa yang dibutuhkan kita penuhi, emergensi harusnya tidak merugi tapi profitable walaupun tidak tinggi,emergensi tidak boleh rugi, BGD tidak mengharapkan BEP (Break Even Point), tapi profit tidak terlalu banyak, emergensi kalau mengambil untung besar , fungsi misionarisnya kurang,... Emergensi sudah ada budgeting tidak lebih tidak kurang, lebih dikitlah , tapi antara actual and plan tidak banyak berbeda."

Ungkapan informan 3,

"Saya kira selama ini BGD ada duit lebih jadi tidak ada masalah jadi kalau BGD mau meningkatkan mutunya, selama ini direksi tidak jadi masalah,"

6.3. Gambaran Bagian Gawat Darurat berdasarkan proses

Dalam proses manajemen pelayanan di BGD RS Rk Charitas yang dilakukan adalah 1) *Planning* (perencanaan), 2) *Organizing* (pengorganisasian), 3) *Actuating* (pelaksanaan), 4) *Controlling* (pengendalian).

6.3.1.Planning (Perencanaan)

Perencanaan kegiatan yang dilakukan oleh manajemen di BGD terhadap *input* yang ada agar *input* dapat dipergunakan secara efektif dan efisien meliputi

- 1) Perencanaan jumlah SDM, 2) Perencanaan pengembangan staf dan pendidikan,
- 3) Perencanaan peralatan medis, nonmedis dan obat-obatan.

6.3.1.1. Perencanaan jumlah SDM, pengembangan staf dan pendidikan

Perencanaan SDM dalam suatu organisasi pelayanan kesehatan sangat penting bukan hanya bagi organisasi itu sendiri tetapi juga bagi tenaga kerja yang bersangkutan serta bagi pelanggan pengguna jasa pelayanan kesehatan tersebut. Untuk mendapatkan SDM sesuai dengan yang diharapkan dan siap pakai, maka dibutuhkan program perencanaan pengembangan dan pendidikan bagi SDM yang bersangkutan sehingga akan diperoleh hasil kerja yang efektif dan efisien.

Berdasarkan hasil wawancara dan telaah dokumen dalam perencanaan jumlah, pengembangan dan pendidikan SDM di BGD ini sudah dibuat secara tertulis oleh Kepala Bagian Gawat Darurat setiap awal tahun sebagai laporan perencanaan dan pengembangan Bagian Gawat Darurat, hanya saja realisasi di lapangan belum dapat dipenuhi semuanya oleh manajemen rumah sakit dan terkesan lambat dalam realisasi, sehingga jumlah tenaga, proses pengembangan dan pendidikan belum dapat berjalan sesuai harapan, hal ini berdampak terhadap mutu pelayanan di BGD.

Hal ini diungkapkan oleh informan 8 ,

"Perencanaan perawat dan pengembangannya kalau nurut aku kalau tertulis dan dikalkulasi sedikit-sedikit sudah, seperti kepala bagian tapi realisasinya di lapangan belum, diharapkan kedepan simple, ada petugasnya sendiri-sendiri tidak rangkap."

Pendapat yang sama juga disampaikan oleh informan 7,

"Memang ado sebagian kito sudah ado perencanaan misalkan peralatan, SDM, dan pelatihan cuman jadi hambatannto itu , kadang-kadang kito sudah

mengajukan tapi realisasinyo belum ada, entah masalahnyo dari atas apo dari pengelola rumah sakit sendiri yang belum ,belum belum biso melakukannya itu"

Ungkapan dari informan 1,

"Saya kira masalah SDM begini, baik dokter atau paramedik, hitung dulu need, hitung workload, dari full time equivalent , jumlah dan gradasi kualitas, yang paling berat adalah keperawatan yang sulit, perencanaan itu belum jelas perawat dengan perawat profesional harus dipenuhi, dalam hal ini harus duduk bersama, baru bisa mendesak, mereka hanya lihat-lihat pada waktu senggang, waktu kosong lihat ngomong-ngomong, teruskan duduk bersama."

6.3.1.2. Perencanaan peralatan medis, non medis dan obat-obatan

Dalam perencanaan peralatan medis, non medis dan obat-obatan di BGD dari telaah dokumen yang ada sudah setiap tahun secara teratur dibuat perencanaan dari bagian hanya dalam pelaksanaan kadang kala terhambat . Permasalahan ini sama seperti yang diungkapkan oleh para informan.

Ungkapan informan 2,

" Mengenai anggaran kalau secara khusus saya tidak tahu , tapi secara umum komitmen direksi untuk pemenuhan peralatan, SDM dan obat-obatan , unsur penunjang SIM komputer, tidak ada masalah , untuk kebutuhan rutinitas. Hanya terbentur untuk pengembangan seperti menyekolahkan , kemudian memperluas wawasan , tapi kalau untuk memback up kegiatan rutin tidak ada masalah."

Ungkapan informan 7,

"Memang ado sebagian kito sudah ado perencanaan misalkan peralatan, SDM, dan pelatihan cuman jadi hambatannyo itu , kadang-kadang kito sudah mengajukan tapi realisasinyo belum ada, entah masalahnyo dari atas apo dari pengelola rumah sakit sendiri yang belum ,belum belum biso melakukannya itu"

6.3.2. Organizing (Pengorganisasian)

Pengorganisasian adalah pengaturan agar proses pelaksanaan pelayanan di BGD dapat berjalan sesuai yang direncanakan.

Pengorganisasian ini meliputi pelaksanaan 1) Alur pasien, 2) Jadwal dinas petugas, 3) UTW (Uraian Tugas dan Wewenang), 4) Standar Prosedur Operasional (SPO), 5) Peraturan/kebijakan manajemen.

Pendapat dari beberapa informan dalam pengorganisasian di BGD sebagian besar sudah ada dan sudah berjalan hanya belum semua petugas melaksanakannya dengan baik, serta belum ada keseragaman dalam pelaksanaannya.

6.3.2.1. Alur pasien

Alur pasien adalah gambaran yang menerangkan langkah-langkah pelayanan yang dilakukan terhadap pasien mulai masuk sampai keluar dari BGD.

Berdasarkan observasi alur pelayanan di BGD sudah dilaksanakan dengan cukup baik oleh dokter, hanya individu tertentu yang suka keluar dari alur. Begitupun ungkapan yang sama disampaikan oleh informan, lain dokter lain sifatnya dan kadang kala pasien yang susah diatur.

Informan 6 mengatakan,

"Kalu masalah alur pasien kadang-kadang, lain dokter, lain-lain sifatnyo, pasien jugo ado yang mau ngikuti aturan ado yang dak galak,pengalaman dari alur pasien ini, ada bagian tertentu yang jadi permasalahan besar sehingga menjadi hambatan dalam mutu BGD,"

6.3.2.2. Jadwal dinas petugas

Jadwal dinas petugas sudah disusun dengan baik dari dokter, perawat, pekarya, petugas administrasi dan keuangan, serta sanitasi agar sistem pelayanan di BGD dapat berjalan dengan baik.

Dalam pembuatan jadwal dinas ini diakui oleh beberapa informan sudah berjalan dengan baik sesuai prosedur hanya ada beberapa individu yang kadang-kadang keluar dari ketentuan yang telah disepakati dan yang keluar dari ketentuan terlihat pada saat observasi ada terjadi pertukaran dinas khususnya perawat dengan perawat yang tidak selevel, sedangkan di prosedur yang ada pertukaran dinas harus dengan yang selevel (misalnya perawat senior dengan senior).

Ungkapan informan 5,

"Pengaturan tugas dinas sudah cukup adil, bagus, pokoknya sudah bagus, walaupun disana sini masih ada yang tidak menerima, kadang mereka dibelakang bilang ini-ini, tapi kalau gitu harus ngomong. Untuk jadwal dokter sudah bagus adil, untuk perawat juga sudah bagus sudah diatur senior, medior dan junior,....."

Ungkapan informan 7,

"Dalem hal pengaturan dinas protapnyo rasonya ado , datang jam berapo pulang jam berapo, apo dikerjoken, pembagian tugasnyo ado yang diatur "P" itu, prosedurnyo ado. Pelaksanaan dilapangan ini, sesuai prosedur dak , kadang kala ado yang melanggar sedikit-sedikit.."

6.3.2.3.UTW (Uraian Tugas dan Wewenang)

Uraian Tugas dan Wewenang adalah aturan atau ketentuan secara tertulis yang dikeluarkan oleh manajemen sebagai pedoman bagi setiap petugas apa yang menjadi tugas dan wewenang dalam pekerjaan sehari-hari .

Menurut informan dan berdasarkan hasil observasi peneliti UTW di BGD sudah ada hanya pelaksanaannya yang kadang- kala tidak sesuai dengan UTW masing-masing, baik itu dokter maupun perawat, untuk petugas baru diakui bahwa kurangnya mensosialisasikan UTW pada saat pelaksanaan

orientasi karyawan baru di BGD diusulkan pada program orientasi karyawan baru di BGD sebaiknya pembimbing mempunyai waktu khusus.

Ungkapan disampaikan oleh informan 7,

"Masalah UTW secara pribadi bae sedengken aku bae , mungkin awal-awal aku inget UTW , sekarang ini kalau idak buka - buka mungkin lupu, apo lagi karyawan baru, kito sini kayaknyo kurang mensosialisasi UTW, jadi mano apo ye, masalah manajemen penerimaan karyawan baru yang belum kita laksanakan secara utuh, mungkin...boleh tanyo dengan karyawan-karyawan baru kito apokeh sudah sesuai dengan prosedur penerimaan karyawan baru, orientasi karyawan baru, caknyo belum berjalan, apo kareno kesibukan waktu atau dak ado dijenjuk waktu khusus, misalkan ado waktu khusus idak dinas dio mengasi orientasi khusus., mengenai UTW ini usulan, agar diberiken kepada setiap orang, untuk disosisialisasikan, lebih sering disosialisasikan entah itu seminggu sekali atau sebulan sekali, kadang-kadang kito kerjo idak sesuai UTW lagi termasuk dokter bukan bae perawat."

6.3.2.4.Pembuatan Standar Prosedur Operasional (SPO)

Standar Prosedur Operasional adalah prosedur atau tata cara kerja secara tertulis yang menjadi standard baik medis, nonmedis maupun administratif yang telah ditetapkan oleh rumah sakit untuk digunakan dalam pelaksanaan pelayanan di BGD.

Standar Prosedur Operasional (SPO) ini sudah ada di BGD, hanya dalam pelaksanaannya sering tidak sesuai prosedur, hal ini disampaikan oleh beberapa informan karena baik dokter maupun perawat kurang baca SPO nya, apalagi petugas yang baru sering bekerja diluar SPO.

Pernyataan ini disampaikan oleh informan 5,

"....., jadi kelihatannya mereka kurang menguasai standarnya, mereka sudah tahu tapi kurang tahu isinya termasuk saya, karena kurang baca saja, jadi memang ada tapi jarang buka , jadi kalau mereka mengobati jadi diluar prosedur, kadang SPO membuat medical record, sana sini tidak buat, memang kita ini malas membaca standar prosedur, aku anggap ini karena kebiasaan sehari-hari, sudah benar padahal tidak benar, itu aja "

Ungkapan yang sama juga disampaikan oleh informan 7,

"Kalau untuk dokter yang baru ini banyak keluhan, masalah mungkin protap sudah lupo apo cak mano, yang kedua kadang-kadang kami perawat belum mitra, ado dokter yang manganggep bukan mitra, pokoknyo apo yang disuruh gaweken bae, apo yang tertulis gaweken, ado yang mau menerima saran ado yang idak mau nerimo pendapat,jadi pengetahuan kami, pasien cak ini dak boleh kasih ini, bila perlu bukak protap, buku,...."

6.3.2.5. Peraturan/kebijakan manajemen

Peraturan atau kebijakan adalah suatu peraturan yang dibuat oleh direksi atau manajemen atau pejabat setingkat direksi yang harus diikuti oleh unit atau satuan kerja di bawahnya dalam rangka pelayanan pasien atau tugas kedinasan lain.

Menurut pendapat informan dan berdasarkan hasil observasi peneliti, peraturan atau kebijakan di BGD sudah ada dan sudah berjalan dengan baik seperti yang dibuat oleh manajemen rumah sakit misalnya semua dokter umum baru harus magang melalui BGD, untuk pasien yang tidak mampu dokter jaga BGD mempunyai wewenang untuk menolong atau meringankan biaya, dan juga bagaimana BGD memberikan pelayanan yang bermutu dan aman (*safety*) dengan kondisi yang dimiliki, termasuk menciptakan organisasi pembelajaran dan menghilangkan budaya saling menyalahkan (*blaming culture*) dengan jalan menggalang pelaporan dan mempelajari metode pemecahan masalah, dan ada juga usulan dari informan agar adanya reward bagi dokter jaga maupun perawat BGD.

Demikian dikatakan oleh informan 3,

"Jadi semua dokter umum yang masuk ke kita harus melalui dokter jaga dulu, dievaluasi bagaimana kondite, sikapnya te-hadap pasien, jarang dokter umum tidak melalui BGD dulu, disamping untuk pelatihan, nanti baru disekolahkan prinsip kita, siapa yang mampu dan mau kita sekolahkan, kita kembangkan."

"....., untuk orang miskin tidak menjadi masalah tolong saja, selama yayasan dan direksi tidak menegur silahkan saja bantu yang tidak punya uang, kita ada dana khusus bagi yang tidak mampu."

Informan 2 menyampaikan kebijakannya,

"Kebijakan manajemen agar pelayanan tetap berjalan adalah bagaimana memberikan pelayanan yang bermutu dan aman sesuai dengan situasi dan kondisi yang kita miliki dalam hal standarisasi , kecukupan tenaga minimal terpenuhi , peralatan minimal terpenuhi , pemantauan dalam tugas harus terpenuhi, bagaimana dari direksi membuat kebijakan untuk menciptakan sebagai organisasi pembelajaran, seperti bagaimana menghilangkan blaming, menggalang suatu pelaporan, mempelajari metode bagaimana pemecahan masalah emergensi suatu sub sistem pelayan mampu bekerja secara team work."

6.3.3. Actuating (Pelaksanaan)

Actuating atau pelaksanaan adalah kegiatan yang dilakukan dalam proses pelayanan pasien di BGD dalam hal ini alur proses pelaksanaan pelayanan mulai dari pasien masuk sampai keluar dari BGD baik itu rawat inap atau rawat jalan ataupun dirujuk ke rumah sakit lain . Dalam pelaksanaan proses pelaksanaan pelayanan yang diteliti adalah alur proses yaitu 1) Triase, 2) Pendaftaran, 3) Pemeriksaan dan diagnose, 4) Tindakan medik, 5) Pemeriksaan penunjang, 6) Konsul ke dokter spesialis, 7) Observasi 8) Registrasi rawat inap, 9) Pembayaran , 10) Penjemputan pasien rawat inap.

Dalam proses pelayanan ini banyak sekali informasi yang didapat dari para informan mengenai pelayanan yang telah dilakukan di BGD Rumah Sakit RK Charitas baik itu yang berupa pendapat, keluhan, saran bahkan harapan dari informan untuk perkembangan dalam pengelolaan pelayanan di BGD Rumah Sakit RK Charitas pada masa depan, sesungguhnya proses pelayanan itu bukan saja pada saat pasien mendaftar di BGD melainkan ketika pasien datang di depan BGD saat disambut oleh petugas baik itu satpam atau oleh petugas medis, itu pertanda

pelayanan sudah dimulai baik dengan sapaan, penjemputan dan pada saat itu juga mutu pelayanan sudah mulai dinilai dan sudah dapat menimbulkan permasalahan. Hal ini seperti diungkapkan oleh beberapa informan.

Informan 8 menyatakan,

".....tapi perlu adanya customer service, di depan bukan satpam kayaknya mereka sering kali keluhan satpamnya dewek, pasien dak percayo dengan kami dio nak samo perawat tula yang nyogok disitu paling tidak biso kasih pengarahan."

Informan 1 juga menyatakan,

"Di luar negeri yang terima pasien bell boy biasanya laki-laki, mungkin sex different, ada wanita mungkin lebih senang, beda kultur. Satpam memang tidak ada, bell boy pakai pakaian putih juga tapi ada membedakan dengan non paramedik jadi psikologisnya, jadi jangan baju satpam dia marah, baju pakai lis, biru/hijau yang membedakan dengan perawat."

6.3.3.1. Triase

Triase adalah suatu sistem seleksi atau pemilahan pasien untuk menentukan tingkat kegawatannya serta untuk menentukan prioritas penanganan pasien. Triase ini dilakukan oleh dokter atau perawat triase yang kompeten pada waktu pasien datang ke BGD.

Pada saat peneliti melakukan observasi, triase ada yang dilakukan oleh satpam, di dalam prosedur harus dilakukan oleh dokter atau perawat yang kompeten, dan ditemui adanya kasus yang tidak gawat darurat yang dilayani di BGD. Menurut informan yang menjadi masalah saat ini adalah pelaksanaan triase belum baik karena belum sesuai prosedur, dan belum ada keseragaman antara dokter dan perawat, ataupun masih dilakukan oleh satpam. Permasalahan juga terjadi pada saat poli sudah tutup sehingga kasus non gawat darurat terpaksa dilayani di BGD. Usulan informan agar dibuka poli insidental dekat BGD pada jam 12.00-14.00 dan 19.00 – 21.00 pada saat poli rawat jalan tidak

ada pelayanan. Strategi manajemen ke depan di gedung baru harus ada poli dari waktu ke waktu .

Pentingnya proses triase diungkapkan informan 1,

"Untuk mengatasi overcrowding, saran harus safety, penting triase, bila poli ada langsung lempar, sehingga emergensi lebih focus dan teliti, kemudian proses kerja efisien dan cepat."

Prosedur triase juga diungkapkan oleh informan 7,

"....., kadang-kadang kito mentriase belum sesuai prosedur, kadang-kadang yang triase itu satpam apo kareno kesibukan atau ado pasien lain cak itu, seperti dokter ado dokter tertentu , semua pasien tu maunyo perikso disini kito sudah triase, pak itu harus ke poli tetapi langsung dimentahkan oleh dokter jago,....."

Hambatan yang ada diungkapkan oleh informan 2,

" Jadi memang di BGD yang jadi masalah adalah crowdit, kasus emergensi dan tidak emergensi dilayani semua, karena kemana pasien yang tidak emergensi harus dilayani pada saat tidak ada pelayanan , seharusnya pelayanan poliklinik dari waktu ke waktu terbuka, sehingga yang tidak emergensi dapat disalurkan, sehingga apa yang dihadapi di BGD adalah kasus poli. Sehingga petugas BGD dapat meningkatkan konsentrasi, error dapat diminimalisasi, strateginya ke depan ini harus menjadi bagian strategi dari arus , bukan hanya distribusi tapi juga memberikan pelayanan , semoga di gedung baru nanti semua ini dapat diwujudkan."

Usulan informan 5,

"Pada saat poli tutup numpuk pasien di sini, saya rasakan selama ini pagi-pagi santai jam 12.00 padat atau sore santai jam 19.00 keatas numpuk ramai, kalau untuk poli gawat darurat menghadapi jam 12.00 -14.00, dan jam 19.00 – 21.00 jangan lambat-lambat pelayanan harus ditingkatkan, saya rasa bagus juga , asal dekat-dekat BGD jangan didepan"

6.3.3.2.Pendaftaran

Pendaftaran adalah proses pencatatan atau pengidentifikasian setiap pasien yang akan berobat di BGD (nama, alamat, jenis kelamin, usia, pekerjaan, agama, jam datang , serta identitas pengantar)

Kondisi berdasarkan observasi peneliti, proses pembayaran dan pendaftaran berada pada satu tempat, dan dilaksanakan oleh satu orang petugas administrasi BGD walaupun dibantu oleh perawat, pada saat ramai sering terjadi penumpukan di tempat tersebut sehingga terkesan pelayanan menjadi lambat. Hasil wawancara informan juga mengusulkan agar tempat pendaftaran dan pembayaran dipisah, dan petugas registrasi rawat inap diharapkan dapat membantu mendaftarkan pasien selain petugas pendaftaran BGD .

Ungkapan informan 7,

".....,tentang registrasi, mungkin sekarang alur kalau seandainya cak ini pasien masuk dari awal sudah ditekenken untuk yang masuk 2 orang penunggu dari satpam yang lain suruh tunggu di luar, yang satu langsung suruh daftar didepan tempat registrasi supaya dak jadi penumpukan sedang disini khusus untuk tempat pembayaran kadang sekarang disini daftar disini bayar. Jadi petugas registrasi bisa bantu untuk daftarken pasien namo, identitas dan nomor kartu, jadi disini hanya pembayaran dan transaksi keperawatan. Tapi biso dak mereka bantu daftar,....., jadi pengantar waktu masuk sudah mendaftar , idak sudah masuk dipanggil untuk daftar."

6.3.3.3.Pemeriksaan dan diagnose

Pemeriksaan dan diagnose adalah perlakuan medis yang dilakukan oleh dokter kepada pasien untuk menegakkan diagnosa penyakit.

Menurut informan dalam pemeriksaan dan diagnose ini dokter banyak melakukan misdiagnosis dan teledor, kedepan perlu peningkatan kemampuan dalam assesment. Berdasarkan observasi peneliti melihat dalam kondisi pasien ramai dokter sering tidak fokus karena mau cepat memeriksa pasien lain, tidak fokus ini besar dampaknya pada ketelitian dalam anamnese dan pemeriksaan serta ketepatan diagnose dan terapi .

Informan 1 menyampaikan,

"Harapan kedepan, dokter assesment perlu ditingkatkan, banyak misdiagnosis, keteledoran, kemudian harus focus, profesionalisme... ."

6.3.3.4.Tindakan medik

Tindakan medik adalah kegiatan medik yang dilakukan terhadap pasien untuk mengatasi penyakitnya atau untuk melakukan pemeriksaan lebih lanjut.

Menurut para informan dalam melakukan tindakan medik ini ada yang sesuai prosedur dan ada juga yang tidak memenuhi prosedur dan ada petugas yang belum dapat melakukan tindakan medis tertentu misalnya pemasangan infus pada anak dan bayi. Hal ini tergantung individu masing-masing atau karena kurangnya sosialisasi dari prosedur tersebut. Permasalahan ini sama seperti yang ditemui oleh peneliti pada saat observasi.

Informan 5 menyatakan,

"Masalah tindakan saya lihat tidak memenuhi prosedur, dari prosedur jahit saja, mereka sudah desinfektan, sterilisasi kadang mereka pegang-pegang yang macam-macam, jadi tidak steril,, kalau pasang infus sudah cukup terampil , ada beberapa orang tidak bisa untuk anak-anak atau bayi, ada orang-orang tertentu yang bisa kalau pasang infus bayi,"

Informan 7 juga menyatakan,

"Kalu protap tindakan baik medis, sudah ado, yang jadi masalah prosedur pelaksanaannyo yaitu balek ke pribadi lagi,....., tapi kareno kito kurang sosialisasi kurang apo ye, lama kelamaan bisa melenceng misalken bae masalah kesterilan atau tidak steril , jadi kito biso kerjo kurang steril atau tidak steril samo sekali."

6.3.3.5.Pemeriksaan penunjang

Pemeriksaan penunjang adalah suatu pemeriksaan tambahan yang dilakukan untuk memperkuat atau memastikan suatu diagnosa (misalnya pemeriksaan laboratorium, radiologi, *USG* dan lain-lain)

Dari hasil observasi, peneliti melihat prosedur pemeriksaan penunjang ini semua sudah ada baik dari prosedur pelaksanaannya maupun kapan prosedur pemeriksaan penunjang itu dilakukan, yang menjadi kendala adalah lamanya menunggu hasil pemeriksaan penunjang radiologi serta lamanya menunggu antrian bila pasien mau *USG*. Sama seperti yang diungkapkan para informan ada pemeriksaan penunjang yang sangat dibutuhkan dalam menegakkan diagnose dan pemberian terapi tetapi lambat dalam pelaksanaannya atau hasilnya lambat, usulan informan agar ke depan BGD mempunyai laboratorium mini untuk yang cito dan unit transfusi darah sendiri sehingga mempermudah dan mempercepat waktu pelayanan.

Ungkapan informan 8,

*"Kadangan kito jugo susah , tanpa penunjang kito tidak biso menegakkan diagnose, masak kito ragu-ragu pasien disuruh balek dak mungkin, , petugas penunjang jugo, kito ejokenlah kalu biso pagi-pagi , ngapo nak siang jadi lamo nunggu sampe siang, kayak *USG* kadang-kadang jam 08.00 lapor belum biso, saran aku makmanolah kiro-kiro dari BGD biso diselipken ,...., *USG* nganter kepucuk, perawat sikok minimal ditunggu ,mbok *USG* kalu manggil jangan sampe di pucuk nunggu lamo, sedengken disini banyak gawe, kito disini jugo harus komunikasi, disini rame, perawat hilang."*

Ungkapan informan 5,

*"Laboratorium kalau hari libur cepet, kalau dak libur lambat bisa 2 jam, kalau libur 10-15 menit selesai. Memang yang diperiksa cito-cito aja. Kito dak ngerti tapi penunjang itu agak lambat, jadi kelambatan ini dari labor, kalau untuk rontgen itu lambat juga kalau hari libur harus panggil kalau benar-bener cito, kalau hari biasa lambat nunggu dokternya untuk rontgent dan *USG*, yang bagusnya kalau kita benar-bener emergensi kita sediakan tenaga yang cepet sehingga tidak menghambat kita yang di emergensi, itu faktor yang menghambat kerja kita."*

Pengakuan informan 9,

*"Keluhan kami *SDM* rontgen kami kurang sehingga kami tidak bisa memenuhi kebutuhan BGD pada malam hari atau hari libur,..... sebenarnya kesalahan bagian rontgen, kenapa tidak ada ditempat ."*

Usulan informan 10,

"BGD harus punya laboratorium kecil/mini untuk yang cito-cito saja, nanti saya usulkan ke direksi, mungkin juga ke depan ada cito transfusi darah, untuk pasien yang tidak mungkin pindah ke bangsal."

6.3.3.6. Konsul ke dokter spesialis

Konsul ke dokter spesialis adalah suatu komunikasi yang dilakukan oleh dokter jaga BGD kepada dokter ahli untuk melaporkan keadaan pasien baru yang berasal dari BGD yang akan dirawat oleh dokter ahli tersebut beserta terapi atau pemeriksaan penunjang tambahan pada pasien tersebut.

Untuk pasien yang memerlukan konsul ini, sebenarnya peraturan rumah sakit sudah ada hanya mungkin perlu dipertegas dari manajemen rumah sakit dalam hal ini Direktur Medis, karena ada keluhan dari dokter jaga terhadap dokter konsulen bila disuruh datang pada saat dibutuhkan sering susah dan sering marah hal ini diperjelas dari bangsal perawatan, sehingga menimbulkan ketidakpuasan dari pasien ataupun keluarga.

Ungkapan informan 5,

"Dokter yang on call terutama yang jantung yang paling lama itu dokter "M" datangnya susah juga dokter "H" cepet tapi kalau sudah malam, dio jawab inikan sudah malem jam 12 (00.00) tidak mungkin saya ke sana."

"Masalah dokter konsulen kalau dipaksakan datang nanti marah pulok, harus datang, jadi tergantung dari rumah sakit perjanjiannya bagaimana, kalau keluarga dokter, karyawan baru enak disuruh datang,"

Ungkapan dari informan 11,

"....., kalau ada kasus yang mungkin gawat yang terus dirawat di tempat kami, kami pasti siap mungkin untuk komunikasi dengan dokter yang merawat itu yang penting, contohnya kayak kemarin pasiennya jelek, pasiennya yang sopor, menghubungi dokter yang merawat tidak dari BGD, kami hubungi dari sini, dokternya tidak nyambung-nyambung. Dalam kenyataannya dokter dihubungi tidak bisa. Pagi jam 5.30 dihubungi dokternya lagi tidak dapat-dapat,....."

6.3.3.7.Observasi

Observasi adalah tindakan monitoring untuk mengetahui perkembangan penyakit atau evaluasi terhadap pengobatan/tindakan yang sudah diberikan.

Menurut observasi peneliti kadang kala di BGD banyak pasien titipan yang belum mendapat kamar, karena tempat rawat inap penuh bukannya pasien yang gawat darurat yang memang membutuhkan observasi, sehingga BGD terkesan ramai dan kacau sedangkan di BGD belum ada ruang *one day care*. Menurut informan di BGD tidak ada prosedurnya untuk pasien titipan yang ada adalah untuk pasien yang memerlukan observasi, sedangkan BGD juga tidak memiliki ruang observasi khusus untuk pasien titipan. Diusulkan oleh informan agar pasien yang memerlukan observasi lebih selektif sehingga pasien dapat diobservasi dengan baik.

Ungkapan dari informan 6,

"....., harus ada ruang observasi untuk pasien titipan, perawat atau pekaryanya khusus, jadi kito idak kehilangan pasien, sekarang banyak kehilangan pasien, kito dak biso memaksoken pasien masuk kareno tenaga kurang, ruang dak sesuai"

Ungkapan informan 5,

"Untuk pasien-pasien observasi kadang-kadang termasuk saya tidak sesuai prosedur , kadang-kadang kita tidak mengobservasi dengan baik karena kerepotan kita."

"Untuk ke depan memang kita bicara dengan mutu , saran yang perlu diobservasi memang pasien yang perlu-perlu saja misal DBD tidak boleh dirujuk, juga tergantung kondisi pasien, harus selektif dan tidak perlu banyak-banyak....."

Ungkapan informan 8,

"Pasien titipan tidak ada prosedurnya, kalu pasien observasi adoapo rumah sakit kepikiran dak ye, kesian samo pasien dari awal dak katek itu."

6.3.3.8. Proses pembayaran

Pembayaran adalah proses transaksi biaya terhadap semua pelayanan yang telah diberikan.

Dari hasil observasi proses pembayaran sudah dilaksanakan dengan baik oleh petugas administrasi dan keuangan, tetapi bila pasien ramai maka terkesan kurang fasilitas pembayaran dan proses pembayaran menjadi lambat karena menumpuk pada satu petugas dan terlihat kurang tenaga. Menurut informan permasalahan ini terjadi karena tidak tercukupinya printer, usulan informan jika printer ditambah maka perawat bisa membantu proses pembayaran.

Ungkapan dari informan 7,

"Memang pada waktu pasien banyak, sepertinyo kito kekurangan fasilitas pembayaran, karena ditumpukkan pada satu komputer dan satu orang....., pada waktu tertentu sepertinyo kekurangan tenago, sebenernyo itu dak masalah, kalu komputernyo tercukupi, komputer yang biso cetak yang satu satunyo lagi eror. Jadi mungkin masalah komputernyo usulannyo mungkin printer penambahan peralatan untuk administrasi. Perawat biso bantu pada saat pembayaran."

Ungkapan dari informan 5,

"Saya rasa untuk mengatasi keramaian tenaganya harus tambah, kemudian respon dari tenaga itu....., kasirnya harus cepat, kalau memang komputernya lambat, ganti atau memang harus ditambah SDM dan komputer, ..."

6.3.3.9. Registrasi rawat inap

Registrasi rawat inap adalah tempat pendaftaran pasien rawat inap yang berasal dari BGD.

Berdasarkan ungkapan informan dan hasil observasi peneliti, dengan adanya petugas khusus registrasi rawat inap di BGD yang dahulunya merangkap

jadi satu dengan registrasi rawat inap rumah sakit, ini dirasakan sangat membantu proses pelayanan, tetapi ada beberapa permasalahan yang masih menjadi hambatan dalam pelayanan yaitu informasi kamar kosong masih lambat, serta kurangnya komunikasi antara petugas registrasi rawat inap BGD dengan perawat ruangan maupun antara petugas registrasi rawat inap BGD dengan petugas rawat inap rumah sakit, serta belum adanya prosedur tetap untuk pelayanan di registrasi rawat inap BGD.

Demikian ungkapan informan 5,

"Untuk registrasi rawat inap saya rasa cukup membantu dan sesuai prosedural,dan sangat membantu mencarikan tempat untuk pasien-pasien, membuat kartu cuman kayaknya faktor kecapean, sehingga mereka bisa emosi. Komunikasi dengan pasien sudah cukup, tidak sambil marah, ketus, hanya pada saat ramai beban mereka sangat banyak mungkin hanya pada jam-jam tertentu..."

Informan 7 juga menyatakan,

"Kalu protap registrasi rawat inap belum terbaca yang mana dapat daftar di bawah dan kapan dapat daftar diatas, sebab pada saat sibuk ado petugas yang biso terkaver dan ado yang dak terkaver, jadi pasien antri. Pernah kejadian yang bawah suruh ke atas yang atas suruh ke bawah, jadi protap secara tertulis belum ada dokter, tentang registrasi,....."

Informan 11 menyatakan,

"Kalau pasien penuh, dan tidak mau dirujuk ke tempat lain. mungkin harus ada satu petugas yang ngecek keruangan, karena kalau tanya informasi selalu penuh ruangan....., karena kalau lihat komputer, tergantung personelnya, kalau pulang cepat dikosongkan, kalau tidak tunggu saja nanti jam operan, memang ada beberapa pavilyun seperti itu,, mungkin komunikasi di bawah yang perlu..."

6.3.3.10. Penjemputan pasien rawat inap

Penjemputan pasien rawat inap adalah prosedur pemindahan pasien yang akan dirawat inap dari BGD ke bangsal perawatan atau ke ICU.

Berdasarkan observasi peneliti dan hasil wawancara terhadap informan, proses penjemputan pasien rawat inap di BGD lama, dikarenakan kesibukan petugas di bangsal pada jam - jam tertentu, kadang kala memang ada bangsal atau individu tertentu yang membuat proses menjadi lambat, ini dikarenakan komunikasi antara petugas BGD dan bangsal perawatan yang kurang berjalan dengan baik, usulan informan bila petugas ruangan sedang sibuk maka petugas BGD dapat mengantar ke ruangan. Salah satu himbauan dari informan perlunya kerja sama antara medis dan keperawatan agar permasalahan ini bisa diselesaikan dengan tuntas .

Usulan informan 3,

"Pelayanan BGD cepat, kalau agak lama itu dikarenakan penjemputan yang lama dari bangsal, coba dihubungi bila perlu diantar, tapi sekarang masih, kalau malam saya ke atas mereka tidak merasa ada pasien baru, di atas mereka masih keliling sana sini, kadang tidak tahu, kadang ya nanti, itu pasien ngomel-ngomel yang lama nunggu di BGD."

Himbauan informan 4,

"Memang belum ada rencana kedepan mau apa , tahu kita masalah itu ada, tapi tidak dituntaskan , kita tidak betul menyelesaikan sampai tuntas, misal penjemputan pasien tetap ada masalah,, kedepan perlu duduk bersama, sekarang kita bila ada masalah, baru bereaksi , tidak pernah memikirkan diluar itu, ini perlu kerja sama medis dan keperawatan"

Ungkapan informan 7,

"Penjemputan pasien rawat inap sebenarnya prosedurnya sudah ada, mungkin kadang kala tergantung kondisi mereka diatas, kadang-kadang tepat waktu, lancar, kadang kala lamo , tergantung cak mano kito komunikasi dengan petugas diatas dengan pasien , sehingga tidak terjadi sesuatu kesalah pahaman dengan pasien sehingga idak meraso lamo dijemput, seandainya pada saat dinas itu penyelianyo jeli, kalu lebih dari 10 menit idak dijemput koordinasi keruangan kalu dio sibuk kito antar kalu samo sibuk terpaksa PJ keliling yang turun tangan"

Usulan informan 1,

"Perlu koordinasi , team work misal ada waktu longgar kita bisa lempar ke bangsal, kalau dibangsal katanya repot kita tidak tahu, kerja sama dan sama kerja tidak saling lempar."

6.3.4. Controlling (Pengendalian)

Controlling atau pengendalian adalah suatu cara monitoring atau evaluasi dari seluruh kegiatan yang dilaksanakan di BGD baik medis maupun non medis, apakah sudah sesuai dengan perencanaan, prosedur, dan hasil sudah sesuai dengan yang diharapkan.

Yang dapat digunakan sebagai sarana untuk melakukan *controlling* dalam proses pelayanan antara lain adalah kegiatan - kegiatan a) *Morning report*/laporan pagi, b) Evaluasi laporan kegiatan c) Pertemuan rutin bulanan, d) Evaluasi kinerja, e) Laporan *patient safety*, f) Kotak saran, g) *Response time* (waktu tunggu), h) Waktu pelayanan.

Controlling atau pengendalian di BGD Rumah Sakit RK Charitas dirasakan masih sangat kurang, hal ini diungkapkan oleh informan .

Ungkapan informan 2,

"Memang menurut saya harus diakui bahwa , karena secara jujur saja ya sebagai manajemen, tentunya dengan pola pekerjaan yang double ini ada sisi kelemahan, ada untuk monitor terhadap mutu , bagaimana membuat instrument /indikator untuk menilai mutu misalnya dari sisi kecepatan, berapa KTD , kematian yang seharusnya tidak terjadi, berapa kesalahan diagnosa yang terjadi yang dilakukan oleh temen disana, kita belum bisa untuk melakukan seperti itu, jadi kita belum tahu, performance dari indikator tadi belum tahu, salah diagnose tidak tahu angkanya, tidak tahu ada pembinaan, pembelajaran, jadi hanya berjalan seperti itu saja."

6.3.4.1. *Morning Report*/Laporan pagi

Morning report adalah laporan pagi di BGD yang dipimpin langsung oleh Kepala Bagian Gawat Darurat atau dokter jaga BGD beserta seluruh petugas (shift malam dan pagi).

Pada saat peneliti melakukan observasi dengan mengikuti kegiatan laporan pagi atau *morning report* di BGD Pertemuan ini dihadiri oleh Kepala Bagian dan Kepala Seksi Keperawatan serta seluruh petugas BGD yang dinas pagi dan dinas malam, pertemuan ini dimulai dengan doa pagi bersama lalu laporan dari penyelia malam ke penyelia pagi dengan segala kejadian pelayanan pada shift yang dilaluinya dan juga disampaikan bila ada permasalahan KTD, atau yang tidak sesuai prosedur ataupun pengumuman - pengumuman lainnya.

Dari beberapa ungkapan informan dari dokter jaga BGD, mereka menanggapi kegiatan *morning report* atau laporan pagi ini secara positif karena manfaatnya besar untuk kepentingan bersama, hanya saja waktu pertemuannya yang menjadi hambatan, karena belum ada kesepakatan bersama, diusulkan mungkin ada hari tertentu dan jam tertentu untuk pertemuan dokter jaga BGD dan ICU sehingga permasalahan tidak tertunda-tunda. Informan lain dari perawat BGD menanggapi pentingnya moment tersebut untuk saling menyampaikan serta saling mengingatkan hanya waktunya tidak dapat sebentar sehingga perlu disepakati bersama.

Demikian ungkapan informan 5,

"....., bagus juga kita *morning report* ada evaluasi ...memang *morning report* bagusnya, kumpul evaluasi, baru sesuai standar. Saya rasa kita jarang ngumpul, coba kita giatkan lagi pasti semua mendukung, Ya kalau

untuk dokter saya rasa harus ikut juga doa pagi dan ikut morning report walau gabung dengan perawat , harus dihadiri kabag sama-sama komunikasi , sekali-sekali khusus dokter.....”

Ungkapan dari informan 6,

” Untuk morning report bagus cuman kayak mana ya, repot idak bisa cepet, apolagi kalu ado kasus lamo, apo di rangkum sampe 3 hari atau seminggu khusus hari sabtu rapat, apo hari senin jadikan orang dak alasan dak datang, kecuali jago apo ado apo , jadi biso dateng, jadi pagi doala dak sempet mengenai laporan, pasien apo apo, jam terserah jam 13.00 atau 14.00 apo jam 08.00 pagi jadi pasti banyak yang datang harus konsekuen untuk kepentingan bersama bagusnyo emergensi dan ICU, harusnyo ado jago ICU tu jadi masalah dak tertunda lamo.”

6.3.4.2. Evaluasi laporan kegiatan

Evaluasi laporan kegiatan adalah laporan tahunan yang membahas seluruh kegiatan dan pelayanan yang telah dilakukan, hambatan yang ada serta usulan-usulan dan perencanaan pada tahun berikut.

Berdasarkan telaah dokumen peneliti melihat adanya evaluasi kegiatan tahunan yang dibuat oleh Kepala Bagian Gawat Darurat. Menurut informan sayangnya laporan tersebut tidak ada tanggapan atau umpan balik dari manajemen.

Ungkapan dari informan 7,

”Kalua masalah laporan kegiatan apo tahunan , biasonyo itu yang buat kepala bagian , hanya data-datanyo minta dari petugas , hasilnyo dikirim kedepan dan dak ado kelanjutannyo .apo masalahnyo ditanggapi apo idak , apo ada solusinyo, selesai mak itu bae. Apo kepinginnyo dirapatken baik di BGD apo di depan.”

6.3.4.3. Pertemuan rutin bulanan

Pertemuan rutin bulanan adalah pertemuan setiap bulan untuk membicarakan permasalahan yang ada, pemecahan, dan perencanaan pelaksanaan kedepan.

Selama melakukan observasi di BGD peneliti belum pernah melihat adanya pertemuan rutin bulanan. Menurut informan akhir-akhir ini pertemuan bulanan di BGD jarang dilakukan, sedangkan manfaatnya sangat penting untuk menyampaikan usulan, rencana kerja kedepan serta membahas bila ada permasalahan. Usulan informan agar pertemuan bulanan tersebut dimulai kembali.

Informan 7 mengusulkan,

" Apo kito bahas pada pertemuan bulanan , kayaknyo sekarang jarang pertemuan bulanan padahal menurut aku itu penting kareno pada saat itulah kito biso banyak menyampaikan usulan dan rencana kerjo kedepan, dan kalu ado masalah dapat dibahas disitu , cobo kito mulai lagi."

6.3.4.4. Evaluasi kinerja

Evaluasi kinerja adalah penilaian kinerja staf BGD yang dilaksanakan oleh pejabat struktural (Kepala Bagian, Kepala Seksi, dan Penyelia BGD) terhadap kinerja petugas BGD.

Menurut informan, evaluasi kinerja di BGD sudah berjalan sesuai aturan kepegawaian dimana seluruh karyawan BGD di luar dokter jaga BGD , dievaluasi oleh Kepala Bagian Gawat Darurat, masukan dari informan sebelum penilaian dilakukan sebaiknya diadakan dahulu pertemuan antara pejabat struktural dengan dokter jaga BGD agar informasi yang didapat lebih akurat. Sedangkan untuk dokter jaga sampai saat ini evaluasinya belum berjalan. Usulan dari para informan agar Direktur Medis yang melakukan evaluasi kinerja dokter jaga BGD.

Ungkapan dari informan 7,

"Evaluasi karyawan selama ini sudah berjalan sesuai peraturan, bahwa yang nilai adalah Kepala Bagian, cumen ada baiknya cara evaluasi dilakukan"

pertemuan dulu,, baik antar penyelia bae, cakmano si A dimana sisi kelemahan dan kelebihan dan bagaimana cara memperbaiki,, mak itu jago kalu dokter mengevaluasi penyelia, diadakan pertemuan beberapa orang dokter penyelia ini makmano yang tahu kito yang sedinesan kerjonyo"

Ungkapan dari informan 3,

"Kita percaya, dokter jaga konditenya baik, mestinya kondite dokter yang melakukan evaluasi adalah Direktorat Medik , tapi kita belum berjalan. Tapi dalam rapat direksi kita sudah tahu, kita bicarakan sama-sama, karir tetap kita coba untuk dinaikkan, karena sistemnya belum ada, saya minta ada penilaian tapi belum jalan untuk dokter."

6.3.4.5. Laporan Patient Safety

Laporan *patient safety* adalah segala kegiatan pelayanan yang berhubungan dengan keselamatan pasien

Menurut informan yang sekaligus sebagai motor gerakan *patient safety* saat di RS RK Charitas mengungkapkan pendapatnya bahwa dalam memberikan pelayanan yang bermutu dan aman, harus adanya standarisasi minimal baik ketenagaan, peralatan , prosedur kerja dan pemantauan dan harus adanya organisasi pembelajaran, seperti menghilangkan budaya saling menyalahkan (*blaming culture*) serta menggalang suatu pelaporan, mempelajari metode bagaimana pemecahan masalah di BGD sebagai suatu sub sistem pelayanan yang mampu bekerja secara *team work*. Begitupun yang disampaikan oleh informan lainnya bahwa gerakan ini masih baru di BGD walaupun prosedurnya sudah ada dan sistem pelaporannya juga sudah ada dan sudah dilaksanakan tetapi diharapkan adanya umpan balik dari team *patient safety* rumah sakit sehingga kejadian tersebut tidak terulang kembali.

Dari telaah dokumen laporan *patient safety* 2006 dan 2007 ditemukan 22 kejadian KTD di BGD. Prosedur dan system pelaporan kronologi kejadian juga sudah ada.

Ungkapan informan 2,

"Kebijakan Direktur Medis agar pelayanan tetap berjalan adalah bagaimana memberikan pelayanan yang bermutu dan aman sesuai dengan situasi dan kondisi yang kita miliki dalam hal standarisasi, kecukupan tenaga minimal terpenuhi, peralatan minimal terpenuhi, pemantauan dalam tugas harus terpenuhi, standarisasi-standarisasi yang diperlukan baik alat, prosedur juga harus terpenuhi bagaimana dari direksi membuat kebijakan untuk menciptakan sebagai organisasi pembelajaran, seperti bagaimana menghilangkan blaming, menggalang suatu pelaporan, mempelajari metode bagaimana pemecahan masalah emergensi suatu sub sistem pelayanan mampu bekerja secara team work."

Ungkapan informan 7,

"Patient safety sudah ada protap dan sudah berjalan, kalau ada KTD (Kejadian Tidak Diharapkan) kita buat kronologis, buat laporan, kita sudah berjalan sesuai protap, usulan kadang-kadang feed backnya apo?, kita dak tau sebaiknya disosialisasikan. Terus ada catatan hasil dari patient safety, dari depan apo yang harus dilakukan bahwa dari kejadian itu apo yang biso kita lakukan baik dari team patient safety atau dari pucuk, supaya dak terulang lagi kejadian itu"

6.3.4.6. Kotak Saran

Kotak saran adalah sarana yang disediakan untuk menampung saran, masukan, kritikan yang membangun guna meningkatkan pelayanan di BGD.

Berdasarkan hasil wawancara, observasi dan telaah dokumen, dikatakan prosedur kotak saran di BGD sudah ada tetapi tidak berjalan dengan baik, fasilitas dan perlengkapan tidak dikontrol dan hasilnya pun tidak dibicarakan atau dievaluasi bersama-sama sehingga tidak memberikan dampak untuk kemajuan pelayanan di BGD. Hasil telaah dokumen hasil evaluasi kotak saran yang ada di BGD RS RK Charitas terakhir pada tahun 2004.

Ungkapan informan 5,

"Kotak saran ada tapi jarang kita mengetahui isinya atau hasilnya, kita tidak mau tanya atau bagaimana, kalau ada isinya kita bahas ramai-ramai, saya rasa hanya beberapa dokter saja yang tahu apa yang ditulis orang-orang terhadap emergensi ini. Untuk kemajuan bersama, dokter, perawat sama-sama untuk memajukan emergensi."

Ungkapan informan 8,

"Kayaknyo kotak saran dak terlalu berjalan, kertasnyo bae lagi dimano penapun dak pernah dikontrol kayaknya perlu pengelolaan lebih bagus lagi."

6.3.4.7. Response Time (Waktu Tunggu)

Response time adalah waktu yang dibutuhkan oleh pasien mulai datang sampai dilayani oleh petugas (dokter/perawat).

Response time di BGD rata-rata sudah baik ini semua disampaikan oleh para informan, hanya yang menjadi hambatan bila pasien ramai *response time* menjadi lama dan permasalahan juga terjadi pada pencatatan ada dokter jaga yang lupa atau tidak mau menulis jam layan ataupun pada saat pasien ramai sering lupa diisi, hal ini mempengaruhi data *response time*. Dari telaah dokumen peneliti masih menemukan banyak waktu layan pada status awal BGD yang kosong dan dari data rekam medis *response time* di BGD cukup cepat rata-rata di bawah dua menit.

Ungkapan informan 6,

"Kecepatan pelayanan rata-rata sudah bagus, masalah response time ada baiknya juga, kadang kalu pasien rame, baru perikso 15 menit kemudian, ini kan bukan kemauan kito juga, tapi memang rame padahal belum tentu lambat, kalu dak terlalu rame rata-rata cepet kecuali ada pasien kecelakaan, jantung sesuai dengan golongan penyakit-penyakitnyo."

Ungkapan informan 5,

" Waktu tunggu nya sudah kurang 5 menit, hanya ketrampilan dokter dan pengobatan dokter, pasien panas 1-2 hari, jangan langsung dirawat kasihan, RS penuh terus, tinggal pelayanan saja ditingkatkan."

Ungkapan informan 7,

"Menurut saya kecepatan pelayanan menurut waktu tergantung dari keadaan pasien dan jumlahnya saat itu, tapi kalau tidak nulis/dokumentasi itulah masalahnya kalau pasiennya rame, tergantung pasiennya, kalau ada hecing lamo, tapi rata-rata sudah lumayanlah."

6.3.4.8. Waktu Pelayanan

Waktu pelayanan adalah waktu yang dibutuhkan oleh pasien mulai datang sampai keluar dari Bagian Gawat Darurat

Dalam observasi peneliti melihat waktu pelayanan di BGD ini cukup lama terutama pasien yang mau masuk rumah sakit menunggu jemputan dari bangsal perawatan. Informan juga mengungkapkan lamanya waktu pelayanan ini bisa dikarenakan keterlambatan petugas BGD sendiri ataupun petugas dari bagian terkait misalnya proses pemeriksaan penunjang yang masih lama, proses registrasi rawat inap masih lama, penjemputan pasien rawat inap dari bangsal perawatan lama.

Informan 1 menyatakan,

" Mutu pengelolaan BGD, kalau saya lihat dari pasien, waiting for the position itu sudah baik, hanya total waktu lama, ini banyak faktor bisa dari registrasi, emergensi sendiri, bisa juga dari bangsal. Itu yang belum puas dari pasien, setelah itu menunggu lama bila dijemput, ..."

Informan 3 juga memperjelas masalah,

" Yang jadi masalah, penjemputan pasien masih lama.kadang-kadang bisa 1 jam nah ini yang kadang pasien masih banyak ngomel-ngomel karena lama penjemputan."

6.4. Gambaran Bagian Gawat Darurat berdasarkan output

Output yang dinilai pada wawancara, observasi dan pemeriksaan data sekunder adalah waktu tunggu (*response time*) dan waktu layan. Didapat *response time* cukup cepat 1,45 menit sedangkan waktu layan lama 67 menit.

Informan 1 menyatakan,

"Kalau saya lihat dari pasien, waiting for the position itu sudah baik, hanya total waktu lama, ini banyak faktor bisa dari registrasi, emergensi sendiri, bisa juga dari bangsal. Itu yang belum puas dari pasien, setelah itu menunggu lama, bila dijemput registrasi belum selesai".

Demikian ungkapan dari informan 4,

"BGD saat ini baik secara keseluruhan, saya sendiri secara pribadi berulang kali berobat kesana merasa cepat dan mereka punya keahlian dan kemampuan yang dapat kita andalkan, kita rasakan cukup baik mereka berikan dalam pengobatan cepat dan tepat sasaran cepat teratasi, kemampuan dan keahlian SDM kita, lingkungan dan sarana cukup memadai"

Tabel.6.2. Rata-rata waktu tunggu (*response time*) di BGD RS RK Charitas periode bulan April sampai Juni 2007 berdasarkan kegawatannya

Bulan	Gawat Darurat	Gawat Tidak Darurat	Darurat Tidak Gawat	Tidak Gawat Tidak Darurat
April	1,28	1,58	1,42	1,64
Mei	1,54	1,39	1,35	1,88
Juni	1,27	1,03	1,57	1,44
Rata-rata	1,32	1,33	1,48	1,65
Total rata-rata	1,45			

Data Rekam Medis BGD RS RK Charitas bulan April - Juni 2007.

Tabel 6.3. Rata-rata waktu pelayanan di BGD RS RK Charitas bulan April sampai Juni 2007 berdasarkan shift jaga.

Bulan	Pagi(menit)	Sore(menit)	Malam(menit)
April	98	51	79
Mei	89	46	68
Juni	73	44	58
Rata-rata/Shift	87	47	68
Rata-rata seluruh	67		

Data Rekam Medis BGD RS RK Charitas bulan April - Juni 2007.

BAB VII

PEMBAHASAN

7.1. KETERBATASAN PENELITIAN

Tidak mudahnya mengatur waktu untuk melakukan wawancara mendalam (*indepth interview*) terhadap informan yang merupakan orang - orang pelaksana lapangan yang selalu sibuk dan para manajemen rumah sakit sehingga seringkali terjadi perubahan jadwal dari jadwal yang sudah disepakati .

7.2. PEMBAHASAN

Dalam menganalisis pengelolaan pelayanan di BGD RS RK Charitas, para informan menyatakan dalam pengelolaan pelayanan di BGD RS RK Charitas cukup baik hanya perlu perbaikan secara terus menerus dan manajemen sangat antusias memberikan masukan serta saran agar BGD RS RK Charitas dapat menjadi yang terbaik karena merupakan pintu gerbang dan cerminnya Rumah Sakit RK Charitas, demikianlah harapan Direktur Keperawatan. Strategi dari Direktur Medis yang paling penting dalam pengelolaan pelayanan adalah memberikan pelayanan yang cepat dan tepat dengan SDM yang professional dan pelayanan sesuai prosedur, diharapkan pelayanan tersebut mempunyai daya tarik . Direktur Penunjang Medis mengatakan untuk pengembangan pelayanan Bagian Gawat Darurat direksi tidak menjadi masalah karena ada dananya. Direktur Utama menyampaikan dua hal pokok dalam pelayanan di BGD yaitu waktu dan kepuasan pelanggan .

Setelah peneliti melakukan identifikasi permasalahan-permasalahan yang mempengaruhi pengelolaan pelayanan di BGD RS RK Charitas baik dari faktor input maupun faktor proses, terdapat 18 permasalahan yang mempengaruhi pengelolaan pelayanan di BGD RS RK Charitas, ternyata tidak mungkin menyelesaikan keseluruhan permasalahan secara bersamaan sehingga perlu membuat skala prioritas masalah yang diperkirakan sangat berpengaruh terhadap pengelolaan pelayanan di BGD RS RK Charitas dari yang terpenting sampai yang kurang penting dengan angka 1 sampai 10 sehingga akan tersaring menjadi 10 permasalahan dominan .

Untuk memilih dan memprioritaskan pemecahan masalah dari 10 permasalahan dominan akan dilakukan pembobotan untuk memilih dan memprioritaskan 3 ranking teratas permasalahan yang akan diatasi. Perry Johnson menyarankan penggunaan *Problem Priority Matrix* dimana ranking manfaat ditentukan berdasarkan besarnya manfaat yang diperoleh dengan teratasinya suatu masalah bagi organisasi , ranking usaha ditetapkan berdasarkan besarnya usaha yang dibutuhkan untuk memecahkan masalah tersebut. *Extended number* diperoleh dengan mengalikan ranking manfaat dengan ranking usaha setiap masalah, prioritas utama diberikan pada masalah yang memiliki *extended number* paling kecil.

Tabel.7.1. Prioritas masalah menurut Delbecq

Masalah	Prioritas					Total score	Rata-rata
	1	2	3	4	5		
Kualitas dokter kurang	4	5	4	2	1	16	3,2
Kuantitas /jumlah perawat kurang	1	4	2	1	2	10	2
Kualitas perawat kurang	3	4	1	4	3	15	3
Satpam kurang tegas	2	7	9	9	9	36	7,2
Petugas registrasi rawat inap lambat	5	8	6	7	5	31	6,2
Petugas administrasi lambat	3	8	6	7	8	32	6,4
Tidak ada one day care	10	1	3	8	10	32	6,4
Peralatan medis kurang	7	3	9	10	7	36	7,2
UTW belum dijalani dengan baik	6	9	7	6	6	34	6,8
Triase belum baik	2	1	8	3	2	16	3,2
Pemeriksaan radiologi lambat	1	3	8	5	4	21	4,2
Proses pembayaran lambat	3	9	6	9	9	36	7,2
Penjemputan pasien rawat inap lambat	1	2	1	1	4	9	1,8
Proses registrasi rawat inap lambat	2	8	10	7	9	36	7,2
Konsultasi dengan dokter spesialis lambat	8	2	10	8	8	36	7,2
Standar Prosedur Operasional belum dijalankan dengan baik	4	6	7	5	3	2	5
Morning report belum baik	9	10	5	7	5	36	7,2
Evaluasi kinerja kurang akurat	2	10	10	8	6	36	7,2

Tabel.7.2. Hasil scoring penentuan prioritas masalah

No.	Masalah	No. Prioritas
1	Proses penjemputan pasien rawat inap lambat	1
2	Kuantitas /jumlah perawat kurang	2
3	Kualitas perawat kurang	3
4	Kualitas dokter kurang	4
5	Triase belum baik	4
6	Proses pemeriksaan radiologi lambat	5
7	Standar Prosedur Operasional belum dijalankan dengan baik	6
8	Petugas registrasi rawat inap lambat	7
9	Tidak ada one day care	8
10	Petugas administrasi lambat	8
11	UTW belum dijalani dengan baik	9
12	Satpam kurang tegas	10
13	Peralatan Medis kurang	10
14	Proses registrasi rawat inap lambat	10
15	Konsultasi dengan dokter spesialis lambat	10
16	Morning report belum baik	10
17	Evaluasi kinerja kurang akurat	10
18	Proses pembayaran lambat	10

Tabel.7.3.Problem Priority Matrix menurut Perry Johnson

No	Masalah	Ranking Manfaat	Ranking Usaha	Extended Number	Ranking Akhir
1	Proses penjemputan pasien rawat inap lambat	1	1	1	1
2	Kuantitas /jumlah perawat kurang	4	5	20	3
3	Kualitas perawat kurang	3	2	6	2
4	Kualitas dokter kurang	2	3	6	2
5	Triase belum baik	5	4	20	3
6	Proses pemeriksaan radiologi lambat	6	9	54	5
7	Standar Prosedur Operasional belum dijalankan dengan baik	7	6	42	4
8	Petugas registrasi rawat inap lambat	9	7	63	6
9	Tidak ada one day care	8	10	80	7
10	Petugas administrasi lambat	10	8	80	7

Dari 10 permasalahan yang dominan , dilakukan penilaian oleh informan yang terlibat langsung dalam pelayanan di BGD RS RK Charitas yaitu Direktur Medis, Dokter jaga BGD, Penyelia BGD dan Perawat Pelaksana BGD ternyata didapatkan 3 ranking teratas yang menjadi prioritas pemecahan masalah dimana dari 3 ranking prioritas pemecahan masalah ada yang mempunyai nilai yang sama dan disepakati oleh informan yang diambil adalah ranking 1, 2, dan 3 sehingga jumlah masalah yang diprioritaskan untuk diselesaikan menjadi 5 masalah yaitu proses penjemputan pasien rawat inap lambat, kualitas dokter kurang, kualitas perawat kurang, kuantitas atau jumlah perawat yang kurang serta triase belum baik.

Baik atau tidaknya keluaran (*output*) sangat dipengaruhi oleh proses, masukan (*input*) dan lingkungan, dari ke 5 permasalahan yang termasuk faktor *input* adalah *Man* (dokter dan perawat) yaitu kualitas dokter dan perawat kurang serta kuantitas perawat kurang, sedangkan faktor proses permasalahan berada pada perencanaan (*Planning*) yaitu perencanaan jumlah tenaga perawat, perencanaan pengembangan dokter dan perawat yang belum berjalan dengan baik dan pada pelaksanaan (*Actuating*) permasalahan pada pelaksanaan triase yang belum baik serta penjemputan pasien rawat inap yang lama.

1. Proses penjemputan pasien rawat inap

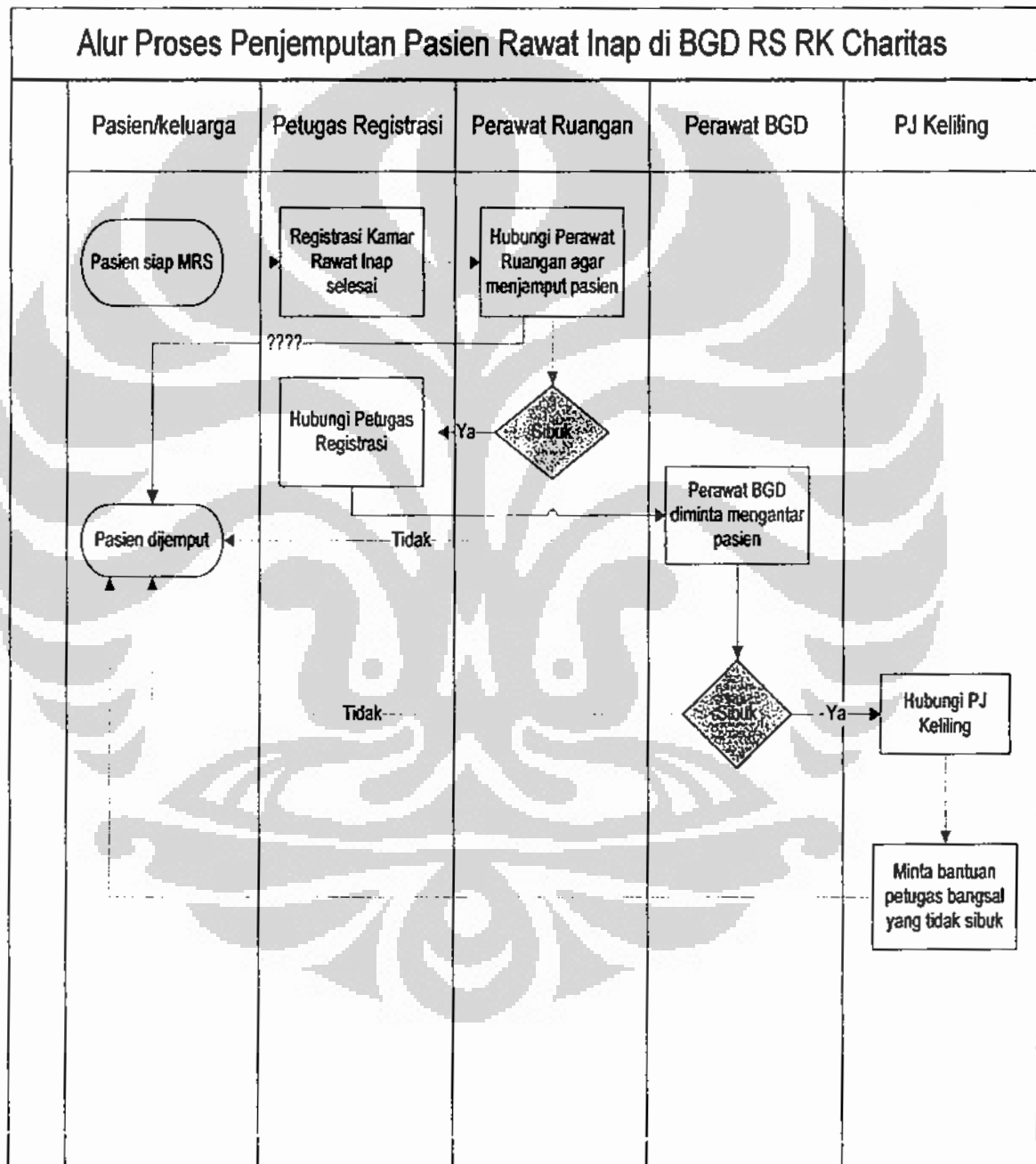
Proses penjemputan pasien yang akan dirawat inap di BGD RS RK Charitas menjadi permasalahan utama karena lama, penjemputan pasien rawat inap ini menjadi salah satu bagian dari alur proses yang ada dalam pelayanan dimana bila salah satu bagian dari alur proses pelayanan mengalami keterlambatan maka akan mempengaruhi seluruh waktu pelayanan di BGD.

Penelitian yang dilakukan oleh Tutuko (1992) yang dikutip oleh Ilyas (2004) dalam penelitian tersebut menunjukkan lama waktu kontak perawat dengan klasifikasi pasien di Instalasi Gawat Darurat di RS POLRI di Jakarta ditemukan data untuk kasus gawat darurat 86,3 menit, pada kasus mendesak (darurat) perlu waktu 71,3 menit, dan pada keadaan tidak mendesak 33,7 menit. *Survey Emergency Services Time* yang dilakukan di BGD RS RK Charitas pada bulan Maret 2008 menyatakan 91 % pasien mendapat pelayanan kurang dari 1 jam, 8,2 % mendapat pelayanan 1- 2 jam, 0,4 % mendapat pelayanan 3 -4 jam dan 0,4 % tidak bersedia memberikan pernyataan (Luisono, 2008). Data rekam medis BGD tahun 2007 menyatakan waktu layan di BGD RS RK Charitas rata-rata 67 menit.

Faktor penyebab lamanya penjemputan pasien rawat inap di BGD RS RK Charitas menurut peneliti karena tingginya tingkat kesibukan perawat di bangsal sehingga perawat bangsal baru dapat menjemput setelah pekerjaannya di bangsal selesai, faktor penyebab lainnya yaitu perilaku individu perawat bangsal yang kurang *care* terhadap pasien sehingga pelayanan ditunda-tunda dan menjadi lambat serta faktor komunikasi, koordinasi dan kerjasama antara bagian perawatan dan BGD yang kurang, usulan dalam menghadapi permasalahan tersebut agar komunikasi, koordinasi dan kerja sama (*team work*) petugas BGD dengan petugas keperawatan dibina dengan baik, sehingga bila perawat ruangan sedang sibuk atau ada permasalahan dalam penjemputan pasien rawat inap di BGD dapat memberikan informasi kepada perawat BGD sehingga perawat BGD dapat membantu mengantar pasien tersebut ke ruangan rawat inap, jika perawat BGD juga sibuk maka akan meminta pertolongan kepada PJ Keliling untuk membantu, sehingga *flow* pasien menjadi cepat dan tidak terjadi penumpukan di BGD dan pasienpun merasa dilayani dengan baik. Permasalahan yang sudah cukup lama terjadi ini menurut peneliti sebaiknya diselesaikan dengan tuntas secara bersama antara direktorat medis dan direktorat keperawatan sehingga terjalin hubungan kerjasama, komunikasi dan koordinasi yang baik dalam menyelesaikan permasalahan lamanya proses penjemputan pasien rawat inap tersebut. Menurut Evans dan Lindsay, (2007) di dalam prinsip manajemen kualitas dan *Six Sigma* dimana manajemen kualitas modern didasari oleh tiga prinsip dasar yaitu fokus pada pelanggan, partisipasi dan kerja sama semua individu di dalam rumah sakit serta fokus pada proses yang didukung oleh perbaikan dan pembelajaran secara terus menerus. Seorang mantan eksekutif disalah satu devisi Texas Instruments mengatakan **"Jika anda tidak**

mengubah prosesnya, mengapa anda menuntut hasilnya berubah ?". Perbaikan proses merupakan aktivitas paling utama dalam *Six Sigma*.

Gambar.7.1. Alur proses penjemputan pasien rawat inap di BGD RS RK Charitas.



2. Kualitas dokter

Suatu pelayanan kesehatan disebut bermutu apabila pelayanan tersebut dapat menyembuhkan pasien serta tindakan yang dilakukan aman. Untuk mencapai kesembuhan dan tindakan yang aman perlu terbinanya hubungan yang baik antara dokter dan pasien, sangat diharapkan setiap dokter dapat dan bersedia memberikan perhatian yang cukup kepada pasiennya dalam mendengarkan keluhan serta menjawab dan memberikan keterangan yang sejelas-jelasnya tentang keadaan penyakit pasien tersebut (Azwar, 1996).

Dengan kondisi pelayanan di BGD RS RK Charitas yang ada saat ini peneliti melihat tingginya beban kerja terutama pada saat *overcrowding* akan mempengaruhi seorang dokter untuk dapat memberikan pelayanan dengan maksimal atau sebaik mungkin, karena dokter dikejar-kejar untuk cepat melayani pasien karena sudah ditunggu pasien lainnya, kondisi tersebut membuat dokter tidak dapat melakukan anamnese, pemeriksaan fisik dengan baik serta menegakkan diagnose dan memberikan terapi dengan tepat dan faktor kesalahanpun akan semakin besar. Ada juga individu tertentu dari dokter BGD yang memang kurang kemampuannya dalam pemeriksaan, diagnose maupun pemberian terapi, mungkin karena masih baru atau sudah lupa dengan prosedur yang ada. Permasalahan inilah yang diungkapkan bahwa kualitas dokter jaga BGD kurang, usulan untuk meningkatkan kualitas dokter jaga BGD ini perlunya meningkatkan pengetahuan dokter jaga BGD dengan banyak memberi kesempatan untuk pelatihan dan pengembangan keilmuan khususnya yang berhubungan dengan kegawatdaruratan dengan program *CME (Continue Medical Education)*, serta perbaikan system untuk mengatasi *overcrowding* dengan melakukan triase yang baik .

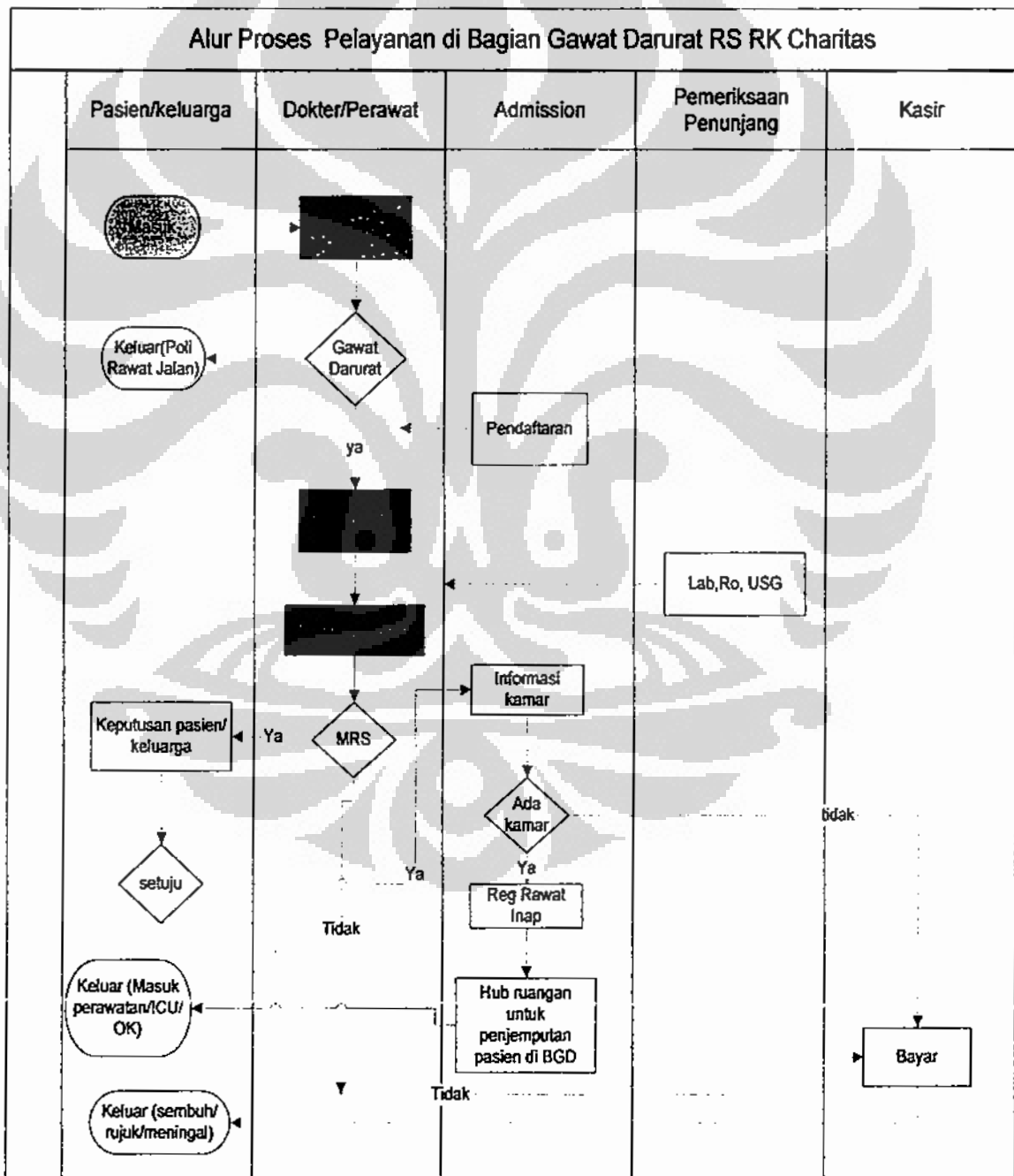
Kejadian Tidak Diharapkan dapat dan mungkin terjadi karena begitu banyak prosedur diagnostik dan terapi yang dilakukan di rumah sakit, begitu banyak SDM yang terlibat, begitu banyak komunikasi yang harus dilakukan, begitu banyak pemeriksaan medis seperti laboratorium, pemeriksaan imaging, pemberian obat yang harus dilakukan dimana setiap proses tersebut dapat terjadi *error*. Belum lagi ditambah dengan tuntutan tekanan waktu (*time pressure*) dalam menangani kasus emergency, beban pekerjaan yang tinggi dan lingkungan kerja yang penuh stress dan mendebarkan, serta waktu bekerja dokter yang tidak menentu, menciptakan situasi dan kondisi yang berisiko menimbulkan kesalahan medis (*medical error*) solusi yang dilakukan adalah meningkatkan pengetahuan dan skill SDM (Cahyono, 2006).

Pendidikan dan pelatihan dapat dipandang sebagai salah satu bentuk investasi, oleh karena itu setiap organisasi atau instansi yang ingin berkembang, maka pendidikan dan pelatihan bagi karyawannya harus memperoleh perhatian yang besar, pelatihan bagi para karyawan ini agar diperoleh efektivitas dan efisiensi kerja, serta menjadi keuntungan bagi organisasi, karena dengan meningkatnya kemampuan atau ketrampilan para karyawan, dapat meningkatkan produktivitas kerja para karyawan. Produktivitas kerja para karyawan meningkat berarti organisasi yang bersangkutan akan memperoleh keuntungan (Notoatmodjo, 2003).

Menurut Deming, setiap upaya perbaikan kualitas akan membuat proses dan sistem menjadi lebih baik dan lebih baik lagi. Produktifitas total secara keseluruhan akan meningkat karena pemborosan (*waste*) dan inefisiensi akan berkurang. Pelanggan akan memperoleh produk-produk yang berkualitas tinggi pada tingkat biaya perunit yang menurun secara terus menerus. Seseorang yang memperoleh produk berkualitas tinggi dengan tingkat harga yang kompetitif akan menceritakan

kepada teman-temannya, sehingga permintaan terhadap produk itu akan meningkat. Pada akhirnya akan memperluas pasar (*market share*). Perbaikan kualitas akan meningkatkan kesempatan kerja, serta meningkatkan pengembalian investasi (*return of investment*) dikutip oleh Gazpersz .V, (2002)

Gambar 7.2. Alur proses pelayanan di BGD RS RK Charitas .



3. Kualitas perawat BGD

Kualitas perawat BGD dinilai dalam hal ini yaitu a) Ketrampilan, b) Kinerja, c) Performance, d) Komunikasi, koordinasi dan kerjasama, e) Pendidikan dan pelatihan .

a) Ketrampilan perawat BGD

Perawat BGD dinilai ada yang kurang terampil dalam melakukan tindakan medis tertentu , menurut peneliti ini tidak secara keseluruhan tetapi ada perawat-perawat tertentu yang belum berani atau belum bisa melakukan tindakan medis tertentu, ini dikarenakan masa kerjanya yang masih baru dan menurut informan agar perawat BGD tidak dimutasi ke bagian lain karena untuk membekali, memberikan pendidikan atau pelatihan dasar kegawat darurat sehingga perawat siap pakai memerlukan waktu dan biaya yang besar, sedangkan untuk memberikan kesempatan pelatihan bagi perawat masih ada hambatan. Peneliti melihat untuk mengembangkan ketrampilan perawat BGD adalah dengan memberikan kesempatan yang seluas-luasnya kepada perawat untuk mendapatkan pendidikan atau pelatihan.

Menurut Notoatmodjo,(2003) tujuan pelatihan adalah untuk meningkatkan produktivitas atau hasil kerja pegawai, atau dengan kata lain adalah untuk meningkatkan efektivitas dan efisiensi kerja tiap pegawai .

Mutu asuhan keperawatan akan sangat dipengaruhi oleh tenaga keperawatan yang ada, dan hal ini akan berdampak terhadap kualitas pelayanan kesehatan secara menyeluruh di rumah sakit, dimana mutu asuhan keperawatan merupakan salah satu faktor penentu citra rumah sakit dimata masyarakat. Sasaran yang akan dicapai dalam peningkatan mutu asuhan keperawatan adalah sumber daya

manusia keperawatan. Peningkatan SDM baik kualitas (pendidikan formal atau non formal) maupun kuantitas dalam hal ini rasio jumlah perawat dengan jumlah pasien yang ditangani juga merupakan faktor penentu mutu pelayanan keperawatan, sehingga kualitas dan kuantitas mutlak harus dilaksanakan sesuai dengan perkembangan IPTEK kesehatan dan IPTEK keperawatan (Firsariana, 2006)

b) Kinerja perawat BGD

Kinerja perawat BGD dinilai kurang, karena perawat sering bekerja tidak sesuai prosedur dan kurang teliti.

Perawat bekerja tidak sesuai prosedur akan memberikan dampak kepada mutu pelayanan termasuk keamanan dan keselamatan pasien. Penyebab perawat bekerja tidak sesuai prosedur ini menurut peneliti bisa karena faktor kelelahan, atau pekerjaan yang *over load* sehingga kerja menjadi tidak fokus. Tingginya beban kerja yang disebabkan ramainya kunjungan salah satu penyebab utama tidak fokusnya perawat memberikan pelayanan dan terkesan ingin cepat agar semua pasien dapat terlayani tanpa memperhatikan prosedur, mutu dan keamanan pasien. Mengatasi permasalahan ini perlunya penambahan tenaga perawat serta perlu adanya sistem yang mengatur dalam hal monitoring atau evaluasi terhadap pelaksanaan standar prosedur pelayanan agar kesalahan dapat diperbaiki dan tidak diulangi.

Kurang teliti perawat BGD menurut peneliti biasanya terjadi pada saat pasien ramai dan pada individu tertentu yang kurang teliti, karena pada saat ramai dan *overcrowding* kerja menjadi tidak fokus dan perawat ingin cepat menyelesaikan pekerjaannya karena mau menolong pasien yang lain. Tingginya beban kerja ini

mempengaruhi faktor ketelitian dari petugas. Usulan peneliti agar diperbaiki sistem yang menjadi penyebab *overcrowding* dan tingginya beban kerja perawat.

Memahami bahwa setiap manusia mempunyai keterbatasan sehingga kesalahan adalah manusiawi (*Human is Error*). Dalam konsep *patient safety* adanya standarisasi, organisasi pembelajaran yang akan melahirkan SDM yang profesional, serta terciptanya budaya keselamatan pasien (*Safety Culture*) dalam arti tidak saling menyalahkan (*No Blaming Culture*) serta adanya suatu sistem pelaporan yang dijalankan, bila terjadinya suatu penyimpangan dari prosedur yang sudah ditetapkan perlu dicari apa yang menyebabkan permasalahan itu terjadi, bukan saling menyalahkan (Cahyono, 2006).

Menurut Fayol bagian terakhir dari suatu manajemen adalah kontrol apakah segala sesuatu terjadi sesuai dengan rencana yang telah disepakati, instruksi yang dikeluarkan, serta prinsip-prinsip yang ditentukan. Yang bertujuan untuk menunjukkan kekurangan dan kesalahan agar dapat diperbaiki dan tidak terjadi lagi (Swanburg, 2000).

Keperawatan sebagai suatu profesi bertanggung jawab untuk mempertahankan mutu pelayanan keperawatan dengan standar praktek keperawatan. Tujuan dari standar ini adalah meningkatkan kualitas dan kuantitas pelayanan, menurunkan biaya kesehatan dan melindungi karyawan dari kelalaian dalam melakukan tugas dan melindungi pasien dari tindakan yang tidak terapeutik (Hardjanti, 2005)

Overcrowding dapat diartikan sebagai situasi dimana kebutuhan untuk pelayanan meningkat dan dituntut kemampuan untuk memberikan pelayanan di

dalam waktu tertentu, yang menyebabkan dokter dan perawat tidak mampu memberikan pelayanan yang berkualitas (CAEP, 2000)

Dalam pemberian pelayanan yang optimal diperlukan beberapa prinsip pengorganisasian yang meliputi 1) Pembagian kerja, 2) Pendelegasian tugas, 3) Penjadwalan, 4) Koordinasi dan 5) Manajemen waktu (Hardjanti, 2005).

c) **Performance perawat BGD**

Performance perawat kurang baik karena perawat BGD ketus dan tidak care dengan pasien, menurut peneliti performance perawat BGD kurang, ini bisa dikarenakan kecapean, tingginya beban kerja serta kurangnya perhatian dari atasan. Sistem inilah yang perlu diperbaiki dan perlu dipikirkan karena berdampak pada mutu pelayanan. Peneliti mungulkan pada manajemen agar adanya sistem yang memonitor beban kerja serta memberikan reward atau kompensasi kepada perawat sehingga mereka merasa diperhatikan dan termotivasi untuk memberikan pelayanan yang lebih baik lagi.

Kompensasi bukan hanya penting untuk para karyawan, tetapi juga untuk organisasi itu sendiri. Bila organisasi tidak memperhatikan dengan baik kompensasi bagi karyawannya, tidak mustahil akan kehilangan sumber daya manusia yang berkualitas tinggi. Tujuan kompensasi antara lain 1) Menghargai prestasi kerja, 2) Menjamin keadilan, 3) Mempertahankan karyawan, 4) Memperoleh karyawan yang bermutu, 5) Pengendalian biaya, 6) Memenuhi peraturan-peraturan (Notoatmodjo, 2003)

Tidak mungkin mengharapkan perawat bekerja dengan penuh senyum, teliti, sabar dan memberikan penjelasan tentang kondisi pasien dengan baik, jika dirinya harus bekerja kelelahan karena melebihi kapasitasnya. Kondisi semacam

ini sering mengundang keluhan pasien dan keluarga yang merasa tidak terlayani dengan baik (Firsariana, 2006)

Drucker mengatakan bahwa pegawai berpendidikan akan produktif hanya dengan motivasi diri sendiri, diarahkan sendiri dalam pencapaiannya. Orang-orang mempunyai motivasi untuk bekerja berdasarkan tingkat kebutuhan Maslow walaupun semua kebutuhan telah terpenuhi, tetapi kebutuhan manusia akan penghargaan ekonomi tetap penting, hal ini dapat mencegah ketidakpuasan dalam pekerjaan (Swanburg, 2000).

d) Komunikasi, koordinasi dan kerja sama perawat BGD

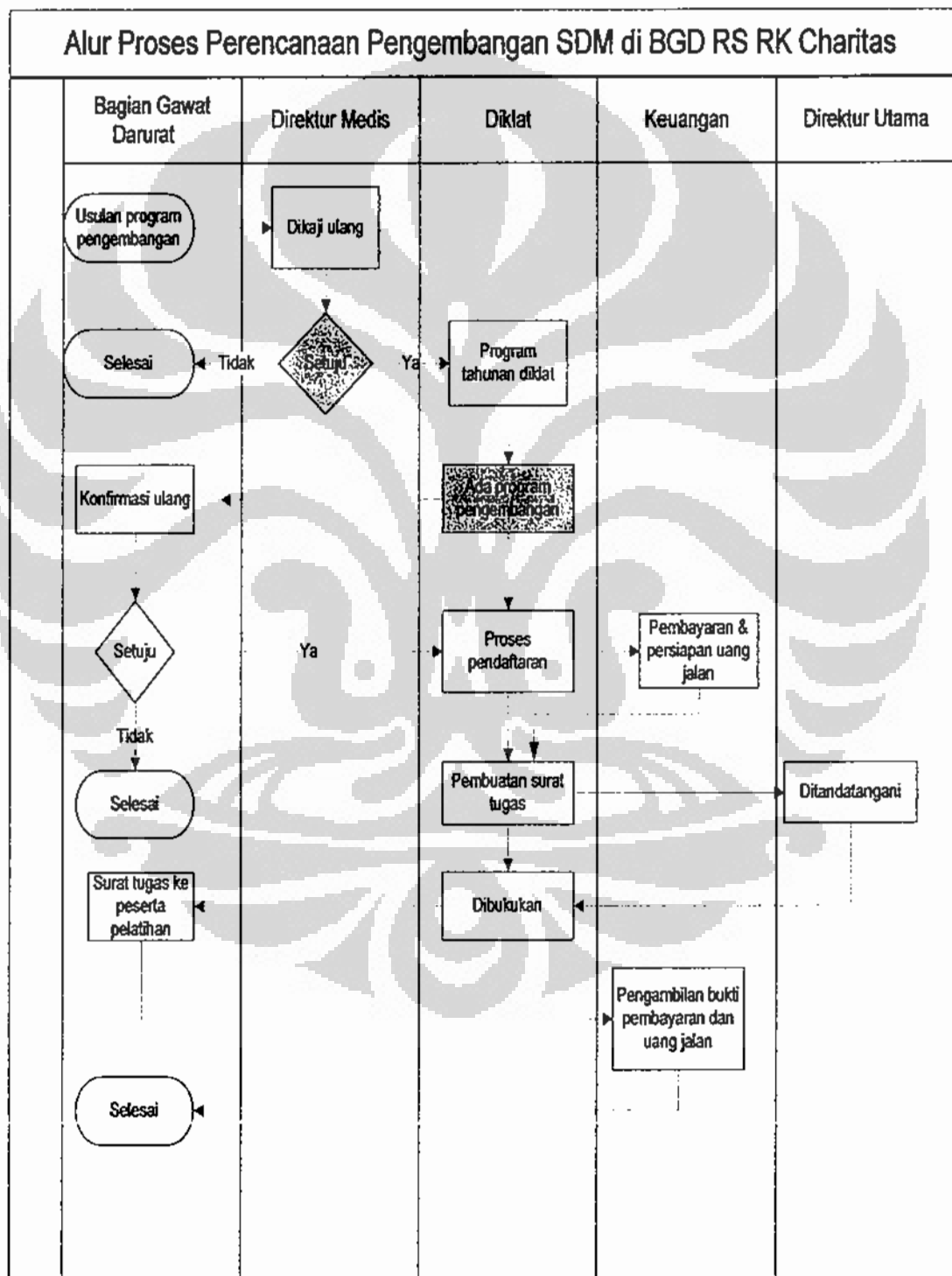
Komunikasi, koordinasi dan kerja sama merupakan suatu hal yang penting dalam suatu pelayanan kesehatan, terutama di BGD yang berkerja berdasarkan *team work*. Kekurangan ini menurut peneliti sering terjadi pada saat kunjungan pasien ramai, perawat sangat sibuk sehingga kepanikan akan terjadi.

Menurut Joseph Juran partisipasi dan kerjasama dari seluruh karyawan sebagai salah satu kunci pencapaian kualitas. Kerja tim memfokuskan perhatian terhadap hubungan petugas dengan pelanggan serta mendorong keterlibatan tim dalam memecahkan masalah khususnya yang terjadi antar unit (Evans & Lindsay, 2007).

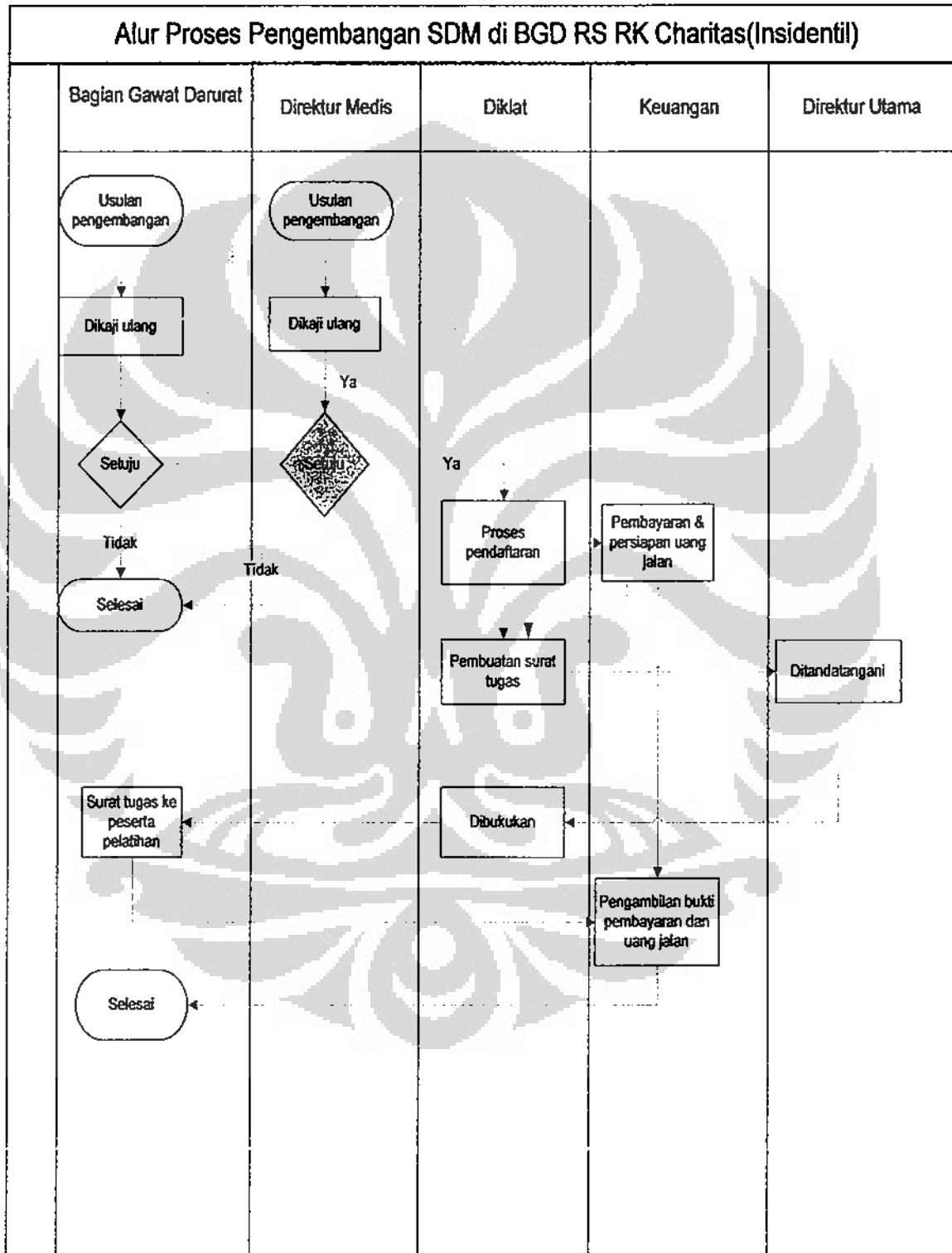
Kualitas pelayanan yang baik sering kali hanya dapat dimungkinkan apabila terdapat *teamwork* yang baik. Banyak kesalahan yang menyebabkan pelanggan tidak puas. Tidak ada *teamwork* dan koordinasi bukan hanya terjadi antar unit tetapi juga terjadi antara individu di dalam satu unit yang sama. Dalam *teamwork* yang dibutuhkan adalah saling menghargai nilai dari anggota team yang lain,

mempunyai visi dan misi yang sama serta percaya bahwa *teamwork* adalah cara terbaik untuk mencapai tujuan (Irawan , 2003).

Gambar 7.3. Alur proses perencanaan pengembangan SDM di BGD RS RK Charitas



Gambar 7.4. Alur proses pengembangan SDM di BGD RS RK Charitas yang insidentil



4) Jumlah perawat BGD

Peneliti menemukan bahwa jumlah perawat jaga BGD saat ini sudah tidak seimbang lagi dengan jumlah kunjungan pasien, sehingga beban kerja meningkat dan membuat seorang perawat tidak fokus pada pekerjaannya, dan akan mempengaruhi kinerja dalam pelayanan keperawatan. Beban kerja perawat BGD terlihat sangat tinggi karena selain memberikan asuhan keperawatan kepada pasien, perawat juga dibebani tugas administrasi lainnya, dengan jumlah kunjungan 109 pasien per hari dan jumlah jam keperawatan rata-rata 67 menit berdasarkan perhitungan dari formula Ilyas, 2004.

$$\begin{aligned}
 TP &= \frac{D \times 365}{255 \times \text{Jam kerja/hari}} \\
 &= \frac{\{ (109 \times 67/60 \text{ jam}) + (3 \text{ shift} \times \frac{1}{4} \text{ jam}) \} \times 365}{255 \times 7 \text{ Jam/hari}} \\
 &= 25,34 \text{ orang dibulatkan menjadi 25 orang}
 \end{aligned}$$

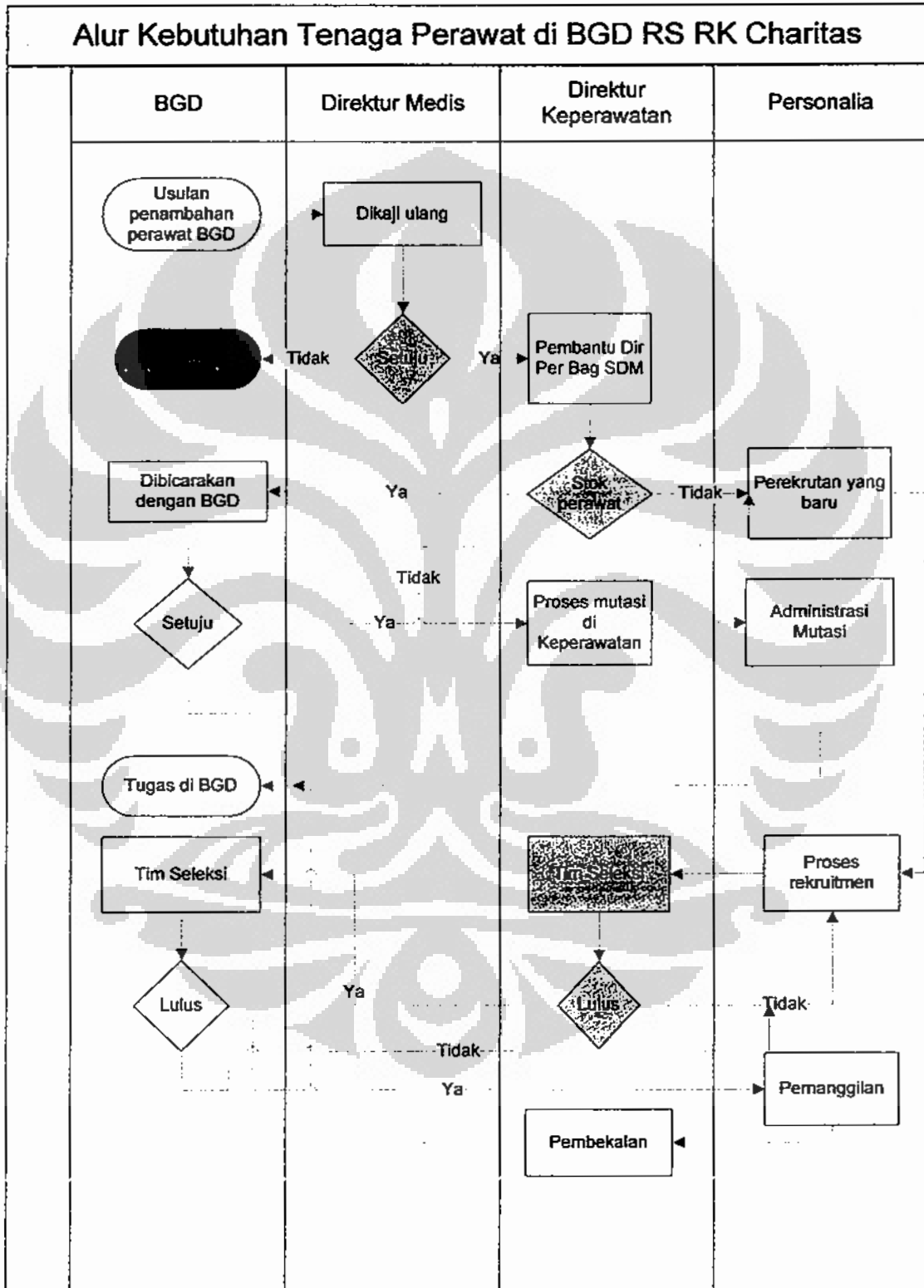
Untuk perawat yang bertugas di BGD harus terdiri dari 3 kelompok untuk 3 shift perhari ditambah dengan 1 kelompok sebagai pengganti anggota regu yang cuti atau libur (Ilyas, 2004). Dengan demikian jumlah perawat 25 orang akan dibagi sesuai dengan shift dan beban kerja yang ada, sehingga setiap shift terdiri dari 6, jumlah perawat BGD saat ini ada 20 orang sehingga masih dibutuhkan 5 orang tenaga perawat.

Langkah awal pada rekrutmen harus berdasarkan seleksi yang benar, usaha rekrutmen tenaga jangan tergesa-gesa karena dapat mengakibatkan seleksi yang tidak memuaskan. Oleh karena itu tipe karyawan yang dibutuhkan suatu rumah sakit guna

mencapai kesuksesan di masa depan adalah 1) Karyawan yang memiliki kapabilitas, yaitu memiliki pengetahuan, kemampuan, ketrampilan, dan motivasi. 2) Karyawan yang memiliki komitmen, yaitu memilih hubungan yang baik dengan karyawan lainnya dan "sense of belonging" terhadap rumah sakit. Hal lain yang perlu diperhatikan, bahwa dalam era global sekarang tipe karyawan yang memenuhi kriteria sumber daya manusia dalam usaha berorientasi pada kepuasan *customer* (Mc Conell, 2003) adalah sebagai berikut : *self motivated, creativer, proactive, able to work under independently, able to work under pressure, pleasant personality dan sociable, understanding user need*. Pada kenyataan bahwa yang sangat dibutuhkan adalah *minimal skill*, dan diharapkan SDM akan dapat memiliki kinerja mampu bersaing sehingga SDM dapat diukur dari segi produktifitas, profitabilitas dan kualitas pelayanannya sesuai kebutuhan dan keinginan setiap pelanggan (Hardjanti, 2006).

Rekrutmen menjadi semakin penting untuk mendapatkan karyawan yang baik dan memiliki komitmen tinggi kepada tugas dan fungsi dalam organisasi. Supaya mendapatkan pegawai yang handal, sehingga meskipun jumlah pegawai tidak terlalu banyak, namun tugas dan fungsi dapat dituntaskan dengan lancar. Hal tersebut dapat terpenuhi dengan proses *rekrutmen* yang baik dan bersih dari KKN. Dengan pegawai yang memiliki kemampuan standard serta komitmen yang tinggi maka organisasi dapat lebih menghemat biaya (Sulistiyani T A & Rosidah, 2003).

Gambar 7.5. Alur kebutuhan tenaga perawat di BGD RS RKCharitas



5) Pelaksanaan Triase

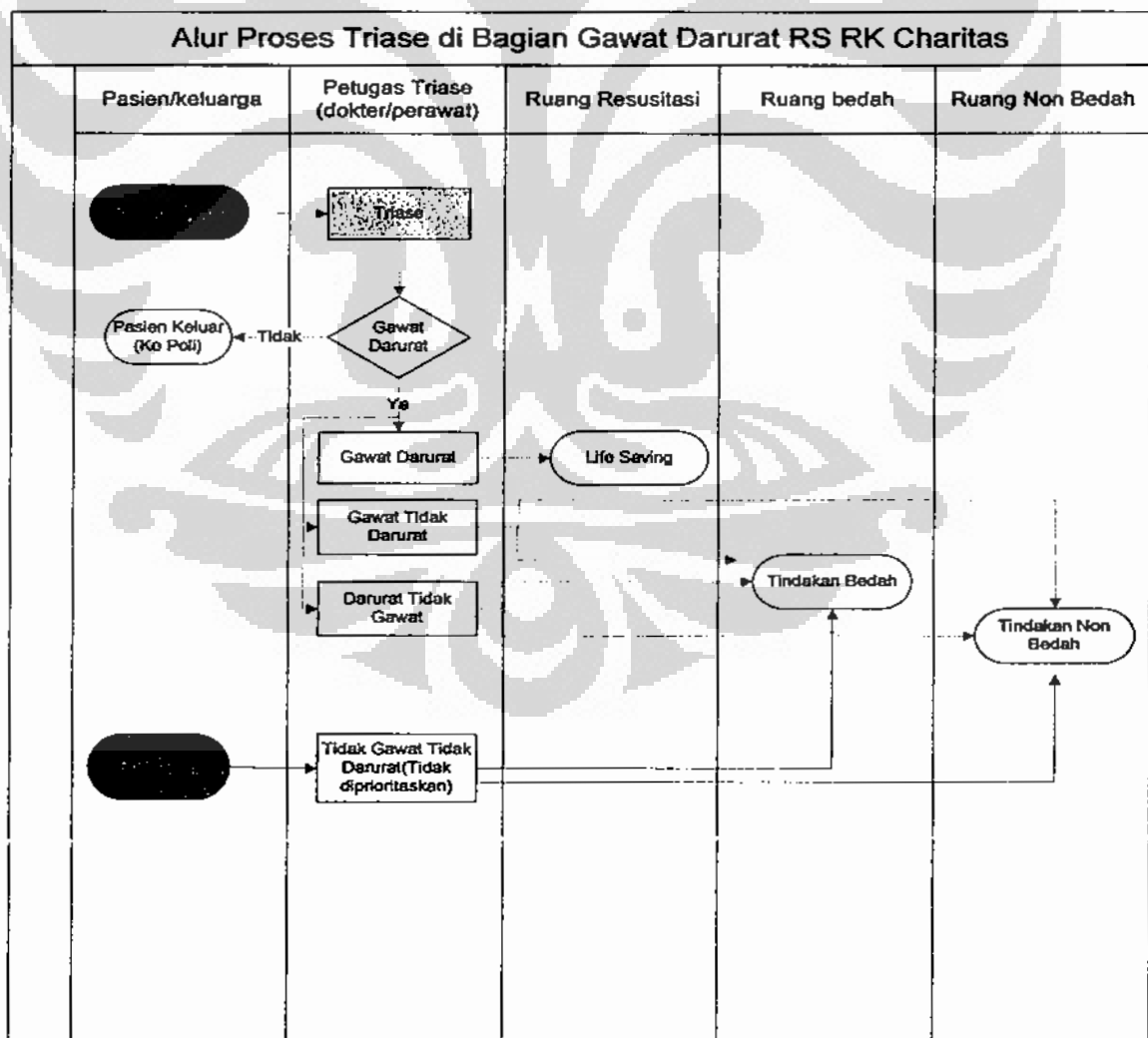
Dalam pelaksanaan triase di BGD RS RK Charitas belum baik. Permasalahan yang terjadi karena triase masih sering dilakukan satpam sehingga sering terjadinya kesalahan serta belum ada kesepakatan atau keseragaman dan ketegasan antara dokter dan perawat dalam melakukan triase sehingga masih menjadi kerancuan, fasilitas pelayanan poli rawat jalan tidak buka terus menerus. Kesalahan triase akan menyebabkan waktu tunggu pasien menjadi lebih lama bahkan menyebabkan *overcrowding*.

Permasalahan ini diatasi dengan mempertegas prosedur triase, bahwa yang melaksanakan triase adalah dokter atau perawat yang berkompeten serta adanya keseragaman dalam pelaksanaannya antara dokter dan perawat. Triase yang baik akan mempengaruhi *flow* atau arus pelayanan sehingga tidak terjadinya penumpukan pasien (*overcrowding*) dan akan memperbaiki waktu tunggu dan waktu pelayanan. Perbaikan proses triase ini harus didukung oleh pelayanan poli yang selalu siap melayani pasien yang tidak gawat tidak darurat, sehingga perlunya pelayanan poli insidental dekat BGD pada saat poli rawat jalan tidak ada pelayanan.

Memang tidak ada standar yang mengatakan berapa lama waktu proses secara keseluruhan di Bagian Gawat Darurat, yang ada adalah patokan waktu penanganan pertama berdasarkan jenis kasus yang ditentukan pada waktu triase. Pada kasus pasien Gawat memerlukan waktu penanganan kurang dari 15 menit dan Darurat memerlukan waktu penanganan satu jam pertama. Penelitian yang dilakukan di New South Wales pada tahun 2003 mengenai ketidakpuasan pasien BGD, terutama karena waktu tunggu yang lama (64,4%) (NSW Health, 2000).

Penelitian yang dilakukan di RS Bhakti Yudha Depok Jakarta pada tahun 2000 oleh Pardede, mendapatkan waktu tunggu rata-rata di BGD rumah sakit tersebut adalah 12,23 menit dan ada 22 % pasien menunggu lebih dari 15 menit. Survey yang dilakukan di BGD RS RK Charitas pada bulan Maret 2008 didapat 85,6 % pasien dilayani oleh perawat kurang dari 15 menit dan 14,4 % lebih dari 15 menit, sedangkan pelayanan yang diberikan oleh dokter 80,2 % kurang dari 15 menit dan 19,8 % lebih dari 15 menit (Luisono, 2008). Sedangkan data dari rekam medis BGD menyatakan rata-rata waktu tunggu di BGD 1,45 menit.

Gambar 7.6. Alur proses triase di BGD RS RK Charitas



Dari ke lima permasalahan di BGD RS RK Charitas yang menjadi prioritas untuk diperbaiki, peneliti melihat ada hubungan keterkaitan satu permasalahan dengan yang lain, sehingga bila salah satu permasalahan atau system diperbaiki akan mempunyai dampak positif terhadap permasalahan atau system yang lain.

Manajemen modern *Six Sigma* dapat menjadi dasar dalam perbaikan pengelolaan pelayanan di BGD RS RK Charitas. Karena manajemen modern *Six Sigma* berfokus pada pelanggan, partisipasi dan kerja sama, fokus pada proses yang didukung oleh perbaikan dan pembelajaran secara terus menerus dengan tujuan meningkatkan kualitas, produktifitas, menekan biaya serta meningkatkan profitabilitas dengan metodologi **DMAIC** (Evans & Lindsay, 2007)

BAB VIII

KESIMPULAN DAN SARAN

8.1. KESIMPULAN

Dari penelitian ini dapat disimpulkan bahwa

1. Secara umum pengelolaan pelayanan di Bagian Gawat Darurat Rumah Sakit RK Charitas cukup baik, walaupun permasalahan - permasalahan yang mempengaruhi cukup banyak baik dari faktor *input* maupun faktor proses. Manajemen mengharapkan agar pengelolaan pelayanan di Bagian Gawat Darurat dapat ditingkatkan karena Bagian Gawat Darurat merupakan pintu gerbang dan cermin dari Rumah Sakit RK Charitas Palembang.
2. Faktor *input* yang mempengaruhi pengelolaan pelayanan di Bagian Gawat Darurat Rumah Sakit RK Charitas yaitu *Man* (dokter dan perawat) yang dipermasalahan adalah kualitas dokter dan perawat yang kurang serta kuantitas/jumlah perawat kurang.
3. Faktor proses yang mempengaruhi pengelolaan pelayanan di Bagian Gawat Darurat Rumah Sakit RK Charitas yaitu *Planning* (perencanaan) dan *Actuating* (pelaksanaan). Dalam *Planning* (perencanaan) yaitu permasalahan perencanaan pengembangan dan pendidikan bagi dokter serta perawat belum terlaksana dengan baik sehingga kualitas dokter dan perawat BGD dirasakan kurang serta perencanaan jumlah tenaga perawat belum terpenuhi sehingga jumlah perawat BGD belum sesuai dengan standar minimal. Sedangkan dalam *Actuating* (pelaksanaan) permasalahan yaitu

pelaksanaan triase belum dilakukan dengan baik serta proses penjemputan pasien rawat inap yang lama .

8.2. SARAN

1. Adakan rapat koordinasi setiap bulan antara Direktorat Medis dan Direktorat Keperawatan beserta jajarannya untuk mempercepat proses penjemputan pasien rawat inap dengan melakukan koordinasi, komunikasi dan kerja sama antara BGD dengan bangsal perawatan, bila bangsal sedang sibuk maka petugas BGD yang mengantar pasien ke ruangan, sehingga waktu pelayanan menjadi lebih singkat.
2. Meningkatkan kualitas dokter dan perawat BGD dengan banyak memberi kesempatan untuk pengembangan diri dengan memberikan kesempatan pendidikan ataupun pelatihan yang berhubungan dengan pelayanan kegawat daruratan dengan anggaran biaya dari rumah sakit, serta memberikan reward atau perhatian kepada petugas (penghargaan atau tanggung jawab/jabatan).
3. Menambah tenaga perawat BGD sesuai standar minimal yang ada, sehingga beban kerja perawat yang tinggi dapat teratasi dan perawat dapat melaksanakan pelayanan keperawatan lebih fokus sehingga mutu pengelolaan pelayanan menjadi lebih baik .
4. Mempertegas proses pelaksanaan triase pasien BGD, yang dilakukan oleh dokter jaga atau perawat sesuai prosedur yang telah ditetapkan serta membuka pelayanan poli insidentil pada jam 12.00 sampai 14.00 serta jam

19.00 sampai 21.00 dekat BGD pada saat poli rawat jalan tutup untuk melayani pasien yang tidak gawat tidak darurat.

5. Setelah dilakukan penelitian kualitatif yang cakupannya luas ini, diharapkan adanya penelitian yang lebih terfokus kepada salah satu bidang, sehingga didapatkan solusi yang lebih spesifik.



DAFTAR PUSTAKA

- Aboebakar, J. 2005. 'Pembenahan Manajemen Instalasi Gawat Darurat Melalui Peningkatan Motivasi Berprestasi di Rumah Sakit Dokter Soedarso Pontianak', *Jurnal MARS*, Vol VI no.1.
- Ariani, D. 1999. *Manajemen Kualitas*, Universitas Atma Jaya Yogyakarta, edisi pertama. Andi Offset. Yogyakarta.
- Azwar, A. 1996. *Pengantar Administrasi Kesehatan*, FK UI, edisi ketiga. Binarupa Aksara. Jakarta.
- Azwar, A. 1996. *Menjaga Mutu Pelayanan Kesehatan*, edisi kedua. Pustaka Sinar Harapan, Jakarta.
- Bachtiar, A. 2007. *Modul Metodologi Penelitian Kesehatan*, FKM UI. Jakarta.
- CAEP, 2000. *Emergency Department Overcrowding*, NENA. www.caep.ca.
- _____, 2007. *Emergency Department Overcrowding*. <http://caep.ca/template.asp.id>.
- Cahyono, S. 2004. 'Mempertanyakan Sistem Manajemen Mutu Asuhan Klinis Perumahsakitannya Kita'. http://kompas.com/kompas_cetak/0408/13/rumah/1195994.htm.
- _____. 2006. 'Root Cause Analysis Sebagai Metode Pemecahan Masalah Kejadian Yang Tidak Diharapkan'. *Jurnal PERSI*. Vol 6, hal 17-23.
- Dawud, Y. 1999. 'Peran Proses Manajemen dalam Pengembangan Mutu Pelayanan Rumah Sakit', *Jurnal Manajemen & Administrasi Rumah Sakit Indonesia*, Volume I, no.1.
- Depkes RI. DirJen YanMed . 1995, *Pedoman Pelayanan Gawat Darurat*, cetakan kedua . Jakarta.
- _____, 2001, *Standar Tenaga Keperawatan Di Rumah Sakit*. Jakarta.
- _____, 2006, *Panduan Nasional Keselamatan Pasien Rumah Sakit*. Jakarta.
- _____, 2006, *Sistem Penanggulangan Gawat Darurat Terpadu*, cetakan ketiga. Jakarta.
- Dinkes Kota Palembang. 2007, *Profil Kesehatan Kota Palembang tahun 2006*. Palembang.

- Firsariana, J. 2006. 'Peran Pengelolaan Keperawatan Dalam Meningkatkan Kepuasan Pelanggan'. *Jurnal PERSI*. Vol 6, hal 9-11.
- Gaspersz, V. 2001 . *Total Quality Management*, PT Gramedia Pustaka Utama Jakarta.
- Harijono, L. 2002. *Upaya peningkatan Mutu Pelayanan di IGD RS. Sumber Waras melalui Survey Tingkat Kepuasan Pasien dan Keluarganya*. Tesis KARS UI.
- Hardjanti, M.T. 2005. 'Manajemen Bangsal Keperawatan'. *Jurnal PERSI*, Vol 5, hal 8-18.
- Ilyas, Y. 2004. *Perencanaan SDM Rumah Sakit. Pusat Kajian Ekonomi Kesehatan , FKM UI, cetakan kedua*. Jakarta.
- Irawan, D H. . 2003. *10 Prinsip Kepuasan Pelanggan*, P.T. Elex Media Komputindo. Jakarta.
- Irianti , D K.2006. *Pelayanan Unit Gawat Darurat RS. ST. Carolus Pendekatan Pemecahan Masalah Menurut Perspektif Penyedia Pelayanan*. Jakarta .Tesis. KARS UI.
- Lavelly, R. 2005. *Managing Patient Flow, E- medicine*. <http://www.emedicine.com/emerg/topic677.htm>.
- Lindsay ,W.; Evans. J. 2007. *An Introduction to Six Sigma & Process Improvement*, Salemba Empat, Jakarta.
- Luisono, Y . 2008. *Survey Keterlambatan Pelayanan Pertama Gawat Darurat di Bagian Gawat Darurat RS RK Charitas . Palembang*.
- Manggala, D. 2005. 'Menerapkan Konsep Lean dan Six Sigma di Sektor Publik'. <http://ipoms.web.id/j>.
- Miranda ,S.T. 2006. *SIX SIGMA, Gambaran Umum, Penerapan Proses dan Metode- Metode yang Digunakan untuk Perbaikan, GE MOTOROLA*. Harvarindo . Jakarta.
- Moleong, L. 2007. *Metodologi Penelitian Kualitatif*. cetakan kedua puluh empat PT Remaja Rosdakarya Offset, Bandung .
- NCHS-2004 Fact Sheet. *CDC Realeases Latest Data on Emergency Department Visit*. <http://www.cdc.gov/nchs/pressroom/04facts/emergencydept.htm>.
- New South Wales Public Health Bull . 2001 . *Emergency Department Services Plan*.
 _____ . 2002 . *Emergency Department Services Plan*.

- Notoatmodjo, S. 2003. *Pengembangan Sumber Daya Manusia*. Rineka Cipta. Jakarta.
- Oviatt, J ; Leona H. 2005, *More Than Half of Emergency Department Visits Classified as "Less-Urgent" or "Non-Urgent"*. CIHI News, media@cihi.ca.
- Pardede, H. 2000. *Studi Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Waktu Tunggu UGD di RS Bhakti Yuda*. Tesis KARS UI.
- Rachman A K. 2008 . *Mengenal Konsep Dasar Six Sigma* .
<http://www.portalhr.com/kolom/2id87.html>.
- Singarimbun, M., dan Effendi, S., 1989. *Metode Penelitian Survei*. Cetakan Pertama, PT Midas Surya Grafindo. Jakarta.
- Sugiyono. 2007. *Memahami Penelitian Kualitatif*. Cetakan ketiga. CV Alfabeta, Bandung.
- Sulistiyani T A, & Rosidah, 2003. *Manajemen Sumber Daya Manusia*. Graha Ilmu, Yogyakarta.
- Suryawati, C., Dharminto, & Shaluhiah Z. 2006.' Developing Hospital Patient Satisfaction Indicators In Central Java Provinc', *Jurnal Manajemen Pelayanan Kesehatan*, Volume 09, no 04, Des.,hal 177-184.
- Swanburg, C R. 2000. *Pengantar Kepemimpinan & Manajemen Keperawatan Untuk Perawat Klinis*. EGC. Jakarta.
- Syahrizal, A. 2003. 'Strategi Menuju Perusahaan Six Sigma'.
<http://www.ebizzasia.com/0109-2003/columns.0109,adtya.htm>.
- Tjiptono, F. 2005. *Pinsip-Prinsip Total Quality Service*. CV Andi Offset. Yogyakarta.
- Vibiznews-Quality Management. 2007. *Pengenalan Six Sigma, Sejarah, Definisi*
http://www.vibiznews.com/1New/journal_last.php?id=7&sub=journ...
- Wijono, D . 1999. *Manajemen Mutu Pelayanan Kesehatan*. Airlangga University Press , volume 1. Surabaya. .

LAMPIRAN I

PEDOMAN WAWANCARA MENDALAM UNTUK KEY PERSON DIREKTUR UTAMA, DIREKTUR MEDIS, DIREKTUR PENUNJANG MEDIS , DIREKTUR KEPERAWATAN DAN DIREKTUR ADMINISTRASI KEUANGAN & PERSONALIA RUMAH SAKIT RK CHARITAS PALEMBANG

Nama pencatat :

Tanggal :

Tempat :

Nama informan :

Jabatan saat ini :

Lama bekerja :

Pendidikan :

Jenis kelamin :

Umur :

A. Tujuan wawancara

Tujuan dari wawancara mendalam ini adalah untuk mendapatkan informasi tentang gambaran pengelolaan pelayanan di Bagian Gawat Darurat Rumah Sakit RK Charitas Palembang.

B. Petunjuk Umum

1. Sampaikan ucapan terimakasih atas kesediannya
2. Memperkenalkan diri sebagai peneliti
3. Menerangkan tujuan dari wawancara mendalam ini.

C. Petunjuk wawancara

1. Wawancara dipimpin langsung oleh peneliti
2. Informan bebas untuk menyampaikan pendapat
3. Pendapat, saran, dan pengalaman informan sangat berharga untuk penelitian ini.
4. Jawaban tidak ada yang salah karena semata-mata untuk penelitian
5. Diskusi selain dicatat juga akan direkam dengan tape recorder dan terjamin kerahasiaannya.
6. Mengadakan wawancara

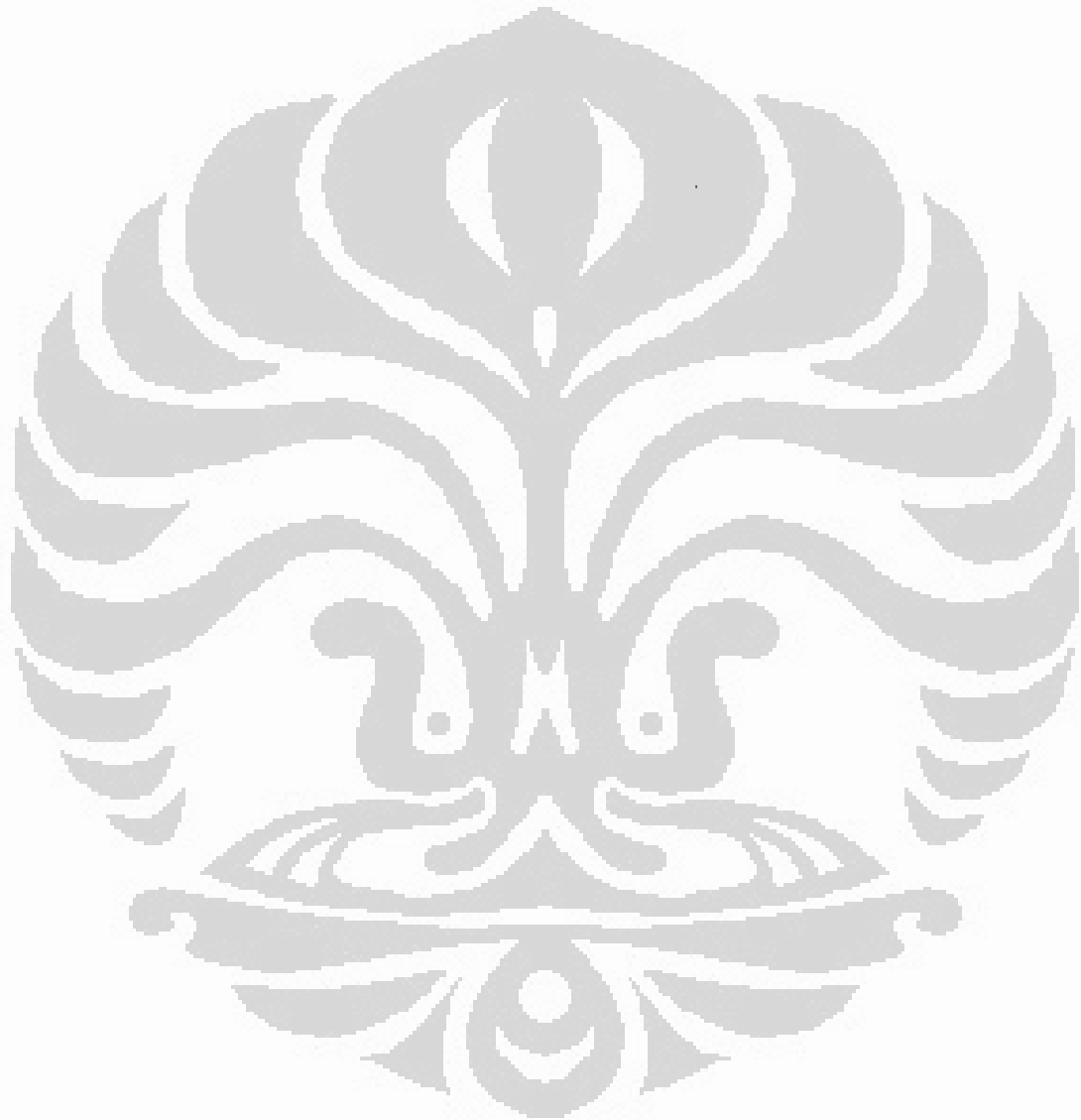
Pertanyaan-pertanyaan :

1. Bagaimana menurut pendapat informan gambaran pengelolaan pelayanan di Bagian Gawat Darurat Rumah Sakit RK Charitas Palembang ?
2. Permasalahan apa yang menyebabkan pengelolaan pelayanan di Bagian Gawat Darurat Rumah Sakit RK Charitas seperti saat ini ?
3. Bagaimana strategi yang digunakan dalam pengelolaan pelayanan di Bagian Gawat Darurat Rumah Sakit RK Charitas saat ini ?
4. Kebijakan apa yang dikeluarkan dalam pelaksanaan pengelolaan pelayanan di Bagian Gawat Darurat Rumah Sakit RK Charitas ?
5. Apa harapan informan terhadap pengelolaan pelayanan di Bagian Gawat Darurat Rumah Sakit RK Charitas ?
6. Bagaimana strategi informan dalam pengelolaan keuangan agar pelayanan di Bagian Gawat Darurat Rumah Sakit RK Charitas dapat berjalan dengan baik?
7. Rencana strategis apa yang akan digunakan dalam meningkatkan pengelolaan pelayanan di Bagian Gawat Darurat Rumah Sakit RK Charitas ?

D. Kesimpulan dan saran

E. Penutup

Ucapan terimakasih untuk waktu dan informasi yang telah diberikan.



**PEDOMAN WAWANCARA MENDALAM UNTUK KEY PERSON
DOKTER JAGA , PENYELIA , PERAWAT PELAKSANA BGD
RUMAH SAKIT RK CHARITAS PALEMBANG**

Nama pencatat :

Tanggal :

Tempat :

Nama informan :

Jabatan saat ini :

Lama bekerja :

Pendidikan :

Jenis kelamin :

Umur :

A. Tujuan wawancara

Tujuan dari wawancara mendalam ini adalah untuk mendapatkan informasi tentang gambaran pengelolaan pelayanan di Bagian Gawat Darurat Rumah Sakit RK Charitas Palembang.

B. Petunjuk Umum

1. Sampaikan ucapan terimakasih atas kesediannya
2. Memperkenalkan diri sebagai peneliti
3. Menerangkan tujuan dari wawancara mendalam ini.

C. Petunjuk wawancara

1. Wawancara dipimpin langsung oleh peneliti
2. Informan bebas untuk menyampaikan pendapat

3. Pendapat, saran, dan pengalaman informan sangat berharga untuk penelitian ini.
4. Jawaban tidak ada yang salah karena semata-mata untuk penelitian
5. Diskusi selain dicatat juga akan direkam dengan tape recorder dan terjamin kerahasiaannya.
6. Mengadakan wawancara

Pertanyaan-pertanyaan :

1. Bagaimana menurut pendapat anda gambaran pengelolaan pelayanan di Bagian Gawat Darurat Rumah Sakit RK Charitas Palembang ?
2. Bagaimana prosedur perencanaan ketenagaan di Bagian Gawat Darurat Rumah Sakit RK Charitas, dan bagaimana pelaksanaannya?
3. Bagaimana prosedur perencanaan peralatan medis, nonmedis dan obat-obatan di Bagian Gawat Darurat Rumah Sakit RK Charitas dan bagaimana pelaksanaannya?
4. Bagaimana prosedur perencanaan pengembangan staf dan pendidikan SDM di Bagian Gawat Darurat Rumah Sakit RK Charitas dan bagaimana pelaksanaannya?
5. Bagaimana prosedur pengaturan jadwal dinas dokter jaga dan petugas di Bagian Gawat Darurat Rumah Sakit RK Charitas dan bagaimana pelaksanaannya?
6. Bagaimanakah pelaksanaan Uraian Tugas dan Wewenang (UTW) yang ada di Bagian Gawat Darurat Rumah Sakit RK Charitas ?

7. Bagaimana prosedur pembuatan Standar Prosedur Operasional (SPO) di Bagian Gawat Darurat Rumah Sakit RK Charitas dan bagaimana pelaksanaannya?
8. Bagaimana pelaksanaan terhadap peraturan/kebijakan manajemen di Bagian Gawat Darurat Rumah Sakit RK Charitas?
9. Bagaimana alur pelayanan pasien di Bagian Gawat Darurat Rumah Sakit RK Charitas dan bagaimana pelaksanaannya?
10. Bagaimana prosedur pendaftaran pasien di Bagian Gawat Darurat Rumah Sakit RK Charitas dan bagaimana pelaksanaannya ?
11. Bagaimana prosedur triase di Bagian Gawat Darurat Rumah Sakit RK Charitas dan bagaimana pelaksanaannya ?
12. Bagaimana prosedur pemeriksaan pasien di Bagian Gawat Darurat Rumah Sakit RK Charitas dan bagaimana pelaksanaannya ?
13. Bagaimana prosedur tindakan medik di Bagian Gawat Darurat Rumah Sakit RK Charitas dan bagaimana pelaksanaannya ?
14. Bagaimana prosedur melakukan pemeriksaan penunjang di Bagian Gawat Darurat Rumah Sakit RK Charitas dan bagaimana pelaksanaannya ?
15. Bagaimana prosedur konsul kepada dokter spesialis di Bagian Gawat Darurat Rumah Sakit RK Charitas dan bagaimana pelaksanaannya ?
16. Bagaimana prosedur pasien yang diobservasi di Bagian Gawat Darurat Rumah Sakit RK Charitas dan bagaimana pelaksanaannya ?
17. Bagaimana prosedur pembayaran di Bagian Gawat Darurat Rumah Sakit RK Charitas dan bagaimana pelaksanaannya?

18. Bagaimana prosedur registrasi pasien rawat inap di Bagian Gawat Darurat Rumah Sakit RK Charitas dan bagaimana pelaksanaannya ?
19. Bagaimana prosedur pejemputan pasien yang mau dirawat inap di Bagian Gawat Darurat Rumah Sakit RK Charitas dan bagaimana pelaksanaannya ?
20. Bagaimana pelaksanaan *morning report* di Bagian Gawat Darurat Rumah Sakit RK Charitas, dan bagaimana menurut pendapat anda ?.
21. Bagaimana pelaksanaan evaluasi laporan kegiatan di Bagian Gawat Darurat Rumah Sakit RK Charitas dan bagaimana menurut pendapat anda?
22. Bagaimana prosedur evaluasi kinerja di Bagian Gawat Darurat Rumah Sakit RK Charitas, dan bagaimana pelaksanaannya menurut pendapat anda ?
23. Bagaimana prosedur pelaporan *patient safety* di Bagian Gawat Darurat Rumah Sakit RK Charitas, dan bagaimana pelaksanaannya menurut pendapat anda?
24. Bagaimana prosedur pengelolaan kotak saran di Bagian Gawat Darurat Rumah Sakit RK Charitas, dan bagaimana pelaksanaannya menurut anda?
25. Bagaimana prosedur pencatatan *Response Time* dan Waktu Pelayanan di Bagian Gawat Darurat Rumah Sakit RK Charitas, dan bagaimana pelaksanaannya menurut pendapat anda ?

D. Kesimpulan dan saran

E. Penutup

Ucapan terimakasih untuk waktu dan informasi yang telah diberikan.

**PEDOMAN WAWANCARA MENDALAM UNTUK KEY PERSON
PETUGAS PENUNJANG MEDIS
(LABORATORIUM DAN RADIOLOGI)
RUMAH SAKIT RK CHARITAS PALEMBANG**

Nama pencatat :
Tanggal :
Tempat :
Nama informan :
Jabatan saat ini :
Lama bekerja :
Pendidikan :
Jenis kelamin :
Umur :

A. Tujuan wawancara

Tujuan dari wawancara mendalam ini adalah untuk mendapatkan informasi tentang gambaran pengelolaan pelayanan di Bagian Gawat Darurat Rumah Sakit RK Charitas Palembang.

B. Petunjuk Umum

1. Sampaikan ucapan terimakasih atas kesediannya
2. Memperkenalkan diri sebagai peneliti
3. Menerangkan tujuan dari wawancara mendalam ini.

C. Petunjuk wawancara

1. Wawancara dipimpin langsung oleh peneliti
2. Informan bebas untuk menyampaikan pendapat

3. Pendapat, saran, dan pengalaman informan sangat berharga untuk penelitian ini.
4. Jawaban tidak ada yang salah karena semata-mata untuk penelitian
5. Diskusi selain dicatat juga akan direkam dengan tape recorder dan terjamin kerahasiaannya.
6. Mengadakan wawancara

Pertanyaan-pertanyaan :

1. Bagaimana menurut pendapat anda gambaran pengelolaan pelayanan di Bagian Gawat Darurat Rumah Sakit RK Charitas Palembang saat ini ?
2. Bagaimana prosedur pemeriksaan penunjang untuk pasien dari Bagian Gawat Darurat Rumah Sakit RK Charitas?
3. Bagaimana menurut pendapat anda pelaksanaan pemeriksaan penunjang untuk pasien dari Bagian Gawat Darurat Rumah Sakit RK Charitas?
4. Permasalahan apa yang menjadi hambatan dalam pelaksanaan pemeriksaan penunjang untuk pasien dari Bagian Gawat Darurat Rumah Sakit RK Charitas?

D. Kesimpulan dan saran

E. Penutup

Ucapan terimakasih untuk waktu dan informasi yang telah diberikan.

**PEDOMAN WAWANCARA MENDALAM UNTUK KEY PERSON
PETUGAS KEPERAWATAN
RUMAH SAKIT RK CHARITAS PALEMBANG**

Nama pencatat :

Tanggal :

Tempat :

Nama informan :

Jabatan saat ini :

Lama bekerja :

Pendidikan :

Jenis kelamin :

Umur :

A. Tujuan wawancara

Tujuan dari wawancara mendalam ini adalah untuk mendapatkan informasi tentang gambaran pengelolaan pelayanan di Bagian Gawat Darurat Rumah Sakit RK Charitas Palembang.

B. Petunjuk Umum

1. Sampaikan ucapan terimakasih atas kesediannya
2. Memperkenalkan diri sebagai peneliti
3. Menerangkan tujuan dari wawancara mendalam ini.

C. Petunjuk wawancara

1. Wawancara dipimpin langsung oleh peneliti
2. Informan bebas untuk menyampaikan pendapat

3. Pendapat, saran, dan pengalaman informan sangat berharga untuk penelitian ini.
4. Jawaban tidak ada yang salah karena semata-mata untuk penelitian
5. Diskusi selain dicatat juga akan direkam dengan tape recorder dan terjamin kerahasiaannya.
6. Mengadakan wawancara

Pertanyaan-pertanyaan :

1. Bagaimana menurut pendapat anda gambaran pengelolaan pelayanan di Bagian Gawat Darurat Rumah Sakit RK Charitas Palembang saat ini?
 2. Bagaimana prosedur penjemputan pasien rawat inap yang berasal dari Bagian Gawat Darurat ?
 3. Bagaimana pelaksanaan penjemputan pasien rawat inap yang berasal dari Bagian Gawat Darurat ?
 4. Permasalahan apa yang menjadi hambatan dalam pelaksanaan penjemputan pasien rawat inap yang berasal dari Bagian Gawat Darurat ?
 5. Apa hambatan dalam pelaksanaan penjemputan pasien rawat inap yang berasal dari Bagian Gawat Darurat?.
- D. Kesimpulan dan saran
- E. Penutup

Ucapan terimakasih untuk waktu dan informasi yang telah diberikan.

Matrik Wawancara Mendalam Dengan Pihak Manajemen

Lampiran 2.

No	Jenis pertanyaan	I.1	I.2	I.3	I.4
1	Bagaimana menurut pendapat informan gambaran pengelolaan pelayanan di BGD RS RK Charitas Palembang?	<i>Time spend waiting for the position</i> sudah baik Total waktu lama.	Kecepatan pelayanan sudah cukup	Cukup baik Saran SDM tidak mutasi.	Baik, Pelayanan cepat & tepat
2	Permasalahan apa yang menyebabkan pengelolaan pelayanan di BGD RS RK Charitas saat ini?	Registrasi lambat Penjemputan lambat	Kesalahan system yang telah memback up, Standar pelayanan medis Tidak pernah melihat kelemahan (terlena) Kurang <i>monitoring</i> karena pekerjaan <i>double</i> .	Ketrampilan dokter masih kurang Pelatihan untuk SDM kurang Pemakaian obat tidak sesuai formularium Masalah penjemputan pasien Kurang tenaga perawat	Sistem pelayanan perlu diperbaiki belum tertata rapi Mereka kecapean, beban kerja tinggi Tidak punya sistem kontrol yang baik
3	Bagaimana strategi yang digunakan dalam pengelolaan pelayanan di BGD RS RK Charitas saat ini?	Triase Perlu koordinasi dan <i>team work</i>	Tehnologi yang dapat meminimalisasi beban kerja (<i>electronic monitor record</i>). Standarisasi dari segi profesi (spesialisasi emergensi) Kerja tim (<i>team work</i>) saling mengingatkan & melengkapi.	Tetap ngotot mencari SDM dengan keperawatan Kirim untuk pelatihan Pasien MRS lebih selektif Bila bangsal lambat jemput, antar dari BGD	Memikirkan segi kualitas & kuantitas Kedepan standard SDM BGD D3 minimal sudah BHD. Meningkatkan SDM dalam pendidikan
4	Kebijakan apa yang dikeluarkan dalam pelaksanaan pengelolaan pelayanan di BGD RS RK Charitas?	Perencanaan perawat & perawat profesional harus dipenuhi Harus duduk bersama	Bagaimana memberikan pelayanan bermutu & aman, sesuai situasi dan kondisi yang dimiliki, Kecukupan tenaga	Semua dokter umum yang masuk harus melalui BGD untuk dievaluasi. Yang mau & mampu dikembangkan	Kedepan harus menyiapkan orang untuk memikirkan sistem kontrol yang baik.

No	Jenis pertanyaan	I.1	I.2	I.3	I.4
5	Apa harapan informan terhadap pengelolaan pelayanan di BGD RS RK Charitas?	Kedepan registrasi harus Cepat Dokter assesment perlu ditingkatkan Dokter dan perawat harus fokus & profesional	Ada standar, kerja sesuai standar, ada penilaian standard. Ada system laporan, <i>team work</i> , budaya tidak menyalahkan. Tehnologi canggih Kompetensi SDM	Untuk meningkatkan mutu ada hambatan dari radiologi (kurang tenaga APRO)	Menjadi yang terbaik karena pintu masuk. Seluruh sistem harus diperbaiki. Pembenahan manajemen habis-habisan, buka wacana
6	Bagaimana strategi informan dalam pengelolaan keuangan agar pelayanan di BGD RS RK Charitas dapat berjalan dengan baik ?	BGD tidak rugi BGD sudah ada <i>budgeting</i> , bila ada pengembangan alat, pelatihan biasanya dipenuhi.	Secara khusus tidak tahu Komitmen untuk kegiatan rutin pemenuhan peralatan, SDM & obat-obatan tidak ada masalah.	BGD ada duit lebih Tidak masalah untuk peningkatan mutu Ada dana khusus untuk yang tidak mampu	Perencanaan dari yayasan kurang, kedepan kita harus lebih fokus.
7	Rencana strategis apa yang akan digunakan dalam meningkatkan pengelolaan pelayanan di BGD RS RK Charitas?	SDM sekolah khusus emergensi	Memberikan pelayanan yang cepat dan tepat. SDM yang profesional Peralatan sesuai standar Membuat program <i>CME</i> Rekrut dokter yang masih fresh beri pendidikan emergensi Perawat agar sesuai baik jumlah maupun kompetensi.	Rencana jangka panjang BGD pindah ke depan.	Perlu duduk bersama medis & perawatan menyelesaikan masalah sampai tuntas. Perlu disipilin petugas rongent. Evaluasi dokter perlu tegas dari mulai rekrutmen Sangat penting untuk pengembangan dokter

LAMPIRAN 3.

MATRIK WA WANCARA MENDALAM DENGAN PETUGAS BAGIAN GAWAT DARURAT

No	Jenis Pertanyaan	I.5	I.6	I.7	I.8
1	Bagaimana menurut pendapat anda gambaran pengelolaan pelayanan di BGD RS RK Charitas Palembang?	Secara global sudah baik Penjemputan lambat Administrasi lambat Kurang perawat	Sudah lebih baik dari dahulu	Mutu menyangkut manajemen, sudah ada hanya dijalankan apa tidak	Sudah jauh lebih baik Kendala pasti ada
2	Bagaimana prosedur perencanaan ketenagaan di Bagian Gawat Darurat Rumah Sakit RK Charitas, dan bagaimana pelaksanaannya?	Dokter cukup Perawat kurang	SDM pindah-pindah terutama perawat	Sudah ada perencanaan, tapi realisasi belum ada Kuantitas sudah ada penambahan dengan berjalannya waktu	Perencanaan sudah ada tapi realisasi belum Perawat sebaiknya tetap ditambah Jumlah pasien tidak seimbang dengan perawat
3	Bagaimana prosedur perencanaan peralatan medis, nonmedis dan obat-obatan di Bagian Gawat Darurat Rumah Sakit RK Charitas dan bagaimana pelaksanaannya?	Sudah cukup, mungkin perlu peralatan khusus cystotomi.	Ada ruang resusitasi khusus Alat perlu ditambah lebih dari satu	Sudah ada Sudah baik	Perencanaan kendala stok habis Tapi tidak ada masalah di BGD
4	Bagaimana prosedur perencanaan pengembangan staf dan pendidikan SDM di Bagian Gawat Darurat Rumah Sakit RK Charitas dan bagaimana pelaksanaannya?	Sudah mengikuti perkembangan ilmu pengetahuan, pelatihan. Untuk dokter agar lebih diberi kemudahan untuk pelatihan	Tergantung diklat dan kurang terprogram	Sudah ada, realisasi belum Pengembangan kurang, baik dokter atau perawat sehingga mutu kepasien belum memuaskan	Kata tertulis sudah ada Pelatihan-pelatihan ada Kendalanya ada yang tidak mau maju Reward tidak ada
5	Bagaimana prosedur pengaturan jadwal dinas dokter jaga dan petugas di Bagian Gawat Darurat Rumah Sakit RK Charitas dan bagaimana pelaksanaannya?	Sudah bagus prosedurnya Sudah cukup adil, bagus	-	Prosedur sudah jelas Tergantung manajemen mendidik, apa perlu sanksi	Protap sudah ada Pelaksanaan kadang melanggar sedikit
6	Bagaimanakah pelaksanaan Uraian Tugas dan Wewenang (UTW) yang ada di Bagian Gawat Darurat Rumah Sakit RK Charitas ?	Sudah cukup, saling bantu dan mengingatkan	-	UTW ada. Kurang sosialisasi sehingga lupa	Prosedur ada Pelaksanaan melanggar

No	Jenis Pertanyaan	I.5	I.6	I.7	I.8
7	Bagaimana prosedur pembuatan Standar Prosedur Operasional (SPO) di Bagian Gawat Darurat Rumah Sakit RK Charitas dan bagaimana pelaksanaannya?	Sudah ada Sudah mengikuti prosedur Kurang baca SPO	-	Sudah ada, pelaksanaan tergantung pribadi, lama-lama keluar prosedur	Prosedur sudah ada Sebagian besar sudah dilaksanakan, hanya bila pasien ramai standar jadi menurun Dari RS tidak ada kebijakan Yang ada usulan dari BGD manajemen hanya tanda tangan Perbaikan sejak ada akreditasi
8	Bagaimana pelaksanaan terhadap peraturan/kebijakan manajemen di Bagian Gawat Darurat Rumah Sakit RK Charitas?	Sudah jalan Reward/perhatian terhadap dokter dan perawat perlu diadakan	-	Selama ini belum ada perhatian dari manajemen, apa tidak ada laporan dari kita atau tidak ada pemantauan dari atas. Kurang komunikasi	Untuk pasien GD tidak masalah Pasien tidak gawat tetap minyta dilayani di BGD sehingga jadi masalah
9	Bagaimana alur pelayanan pasien di Bagian Gawat Darurat Rumah Sakit RK Charitas dan bagaimana pelaksanaannya?	Terjadi penumpukan karena pasien banyak, penjemputan lama, administrasi lambat	Lain dokter lain sifatnya Ada pasien tidak mau ikutin aturan RS	Harus diingatkan terus, pelaksanaannya berbeda setiap dokter	Untuk pasien GD tidak masalah Pasien tidak gawat tetap minyta dilayani di BGD sehingga jadi masalah
10	Bagaimana prosedur pendaftaran pasien di Bagian Gawat Darurat Rumah Sakit RK Charitas dan bagaimana pelaksanaannya?	Sudah jalan	-	Prosedur ada Tempat menjadi satu dengan pembayaran Usul tempat pisah dan petugas registrasi rawat inap bisa bantu.	Tugas rangkap dengan pembayaran, sehingga kerja tidak maksimal
11	Bagaimana prosedur triase di Bagian Gawat Darurat Rumah Sakit RK Charitas dan bagaimana pelaksanaannya?	Sesuai prosedur	-	Prosedur ada Pelaksanaan belum sesuai prosedur	Tidak sesuai prosedur Dokter dan perawat tidak sama persepsinya
12	Bagaimana prosedur pemeriksaan pasien di Bagian Gawat Darurat Rumah Sakit RK Charitas dan bagaimana pelaksanaannya?	Ada yang lambat, ada yang digilir	-	Tiap dokter tidak sama	-
13	Bagaimana prosedur tindakan medik di Bagian Gawat Darurat Rumah Sakit RK Charitas dan bagaimana pelaksanaannya?	Ada yang tidak prosedural Ada yang tidak bisa tindakan medis tertentu	-	Prosedur ada Pelaksanaan kadang tidak sesuai prosedur	-

LAMPIRAN 4.

MATRIK WAWANCARA MENDALAM DENGAN BAGIAN PENUNJANG MEDIS

No	Jenis Pertanyaan	I.9	I.10
1	Bagaimana menurut pendapat anda gambaran pengelolaan pelayanan di BGD RS RK Charitas Palembang saat ini ?	Sudah bagus, pelayanan cepat Kekurangannya kalau tempat penuh pasien menunggu lama	Sudah cukup baik / sedang.
2	Bagaimana prosedur pemeriksaan penunjang untuk pasien dari BGD RS RK Charitas?	Prosedur sudah ada Hambatan permintaan foto dari dokter kurang jelas dan kurang teliti periksa pasiennya.	Kalau petugas BGD tidak bisa mengambil darah , minta tolong petugas laboratorium.
3	Bagaimana menurut pendapat anda pelaksanaan pemeriksaan penunjang untuk pasien dari BGD RS RK Charitas?	Prosedur sudah ada Kalau pasien dari BGD jam berapapun siang hari pasti dilakukan. Kalau ada kelainan (perdarahan) pasti langsung diberi tahu. Kalau kasus darurat 30 menit sudah selesai.	Sudah sesuai prosedur , hanya petugas laboratorium lupa sosialisasi cara pengambilan darah, sehingga darah sampai disini sudah lisis/rusak, terpaksa diambil lagi
4	Permasalahan apa yang menjadi hambatan dalam pelaksanaan pemeriksaan penunjang untuk pasien dari BGD RS RK Charitas?	Kesalahan kami SDM rontgen tidak ada ditempat pada malam hari/hari libur karena kurang tenaga.	Biaya sering tidak terbayarkan khusus untuk pasien yang MRS. Ruang BGD tidak ada nomor, sehingga takut salah ambil darah pasien (KTD) Kedepan BGD harus punya labor mini sendiri untuk yang cito saja .

LAMPIRAN 5.

MATRIK WAWANCARA MENDALAM DENGAN BAGIAN KEPERAWATAN

No	Jenis Pertanyaan	I.11	I.12
1	Bagaimana menurut pendapat anda gambaran pengelolaan pelayanan di BGD RS RK Charitas Palembang saat ini ?	Sudah cukup baik Pasien gawat segera konsul dari BGD Dokter <i>oncall</i> sulit dihubungi Komunikasi petugas BGD & perawat kurang	Kualitas sudah bagus Membutuhkan tenaga yang profesional Komunikasi/penjelasan dari petugas BGD kepada pasien kurang. Tenaga dokter & perawat belum memenuhi standar
2	Bagaimana prosedur penjemputan pasien rawat inap yang berasal dari BGD?	Sudah sesuai prosedur, kadang	Sudah ada prosedur hanya tergantung oknumnya
3	Bagaimana pelaksanaan penjemputan pasien rawat inap yang berasal dari BGD?	Sering terlambat	Penjemputan lama sehingga pasien titip di BGD
4	Permasalahan apa yang menjadi hambatan dalam pelaksanaan penjemputan pasien rawat inap yang berasal dari BGD?	Beban kerja banyak mau ke OK, buat catatan perawat, ikuti dokter visite. Petugas registrasi atau perawat BGD kurang komunikasi.	Tergantung oknum ada yang gesit, saling tunggu Pagi sangat sibuk
5	Apa hambatan dalam pelaksanaan penjemputan pasien rawat inap yang berasal dari BGD?	Tenaga pas, kalau bisa dari BGD yang antar	Kalau bisa pemenuhan tenaga

No	Jenis Pertanyaan	I.5	I.6	I.7	I.8
14	Bagaimana prosedur pelaksanaan penunjang di Bagian Gawat Darurat Rumah Sakit RK Charitas dan bagaimana pelaksanaannya ?	Lambat (labor, rontgen, USG)	Rontgen tidak ditempat Malam & hari libur Hasil sekarang sudah cepat	Protap sudah jelas Masalah administrasi pembayarannya belum jelas dan belum jalan	USG bermasalah, Usul yang cito dari BGD kalau bisa di utamakan
15	Bagaimana prosedur konsul kepada dokter spesialis di Bagian Gawat Darurat Rumah Sakit RK Charitas dan bagaimana pelaksanaannya ?	Kita hubungi tapi ada yang cepat ada yang tidak Dokter oncall jantung lambat	Tergantung perjanjian RS dan harus ada kriteria Disuruh datang marah Bedah mudah datang	Mengacu pada protap Sebaiknya satu orang yang tugas khusus dampingi	-
16	Bagaimana prosedur pasien yang diobservasi di Bagian Gawat Darurat Rumah Sakit RK Charitas dan bagaimana pelaksanaannya ?	Harus selektif, kalau perlu rujuk ke rumah sakit satelit kita. Kadang tidak sesuai prosedur	Harus ada ruang obs untuk pasien titipan Petugas khusus bukan BGD Kehilangan pasien hilang	Prosedur ada Pelaksanaan campur dengan pasien titipan Belum ada ruang titipan khusus Prosedur pasien titipan belum ada	Prosedur pasien observasi ada, pelaksanaan sesuai prosedur Prosedur pasien titipan tidak ada
17	Bagaimana prosedur pembayaran di Bagian Gawat Darurat Rumah Sakit RK Charitas dan bagaimana pelaksanaannya?	Petugas lambat, kadang menumpuk	Kalau ramai lama	Pada saat pasien ramai pendaftaran yang tempatnya disatukan dengan pembayaran terkesan menumpuk, terkesan kekurangan fasilitas dan tenaga	Tugas rangkap Tidak maksimal kerja terutama pada saat ramai
18	Bagaimana prosedur registrasi pasien rawat inap di Bagian Gawat Darurat Rumah Sakit RK Charitas dan bagaimana pelaksanaannya ?	Sesuai prosedur Sangat membantu ,terutama mencarikan tempat, membuat kartu Komunikasi baik Lama	Bila yang masuk rawat inap banyak jadi lama	Prosedur yang baru belum ada, karena prosedur yang lama daftar masih diatas. Belum terkoordinasi	Informasi kamar tidak jelas
19	Bagaimana prosedur pejemputan pasien yang mau dirawat inap di Bagian Gawat Darurat Rumah Sakit RK Charitas dan bagaimana pelaksanaannya ?	Lama	Tidak lancar Pasien gawat lama jemput Perawat kurang, laporan dinas	Prosedur sudah ada Tergantung kondisi perawat ruangan Tergantung komunikasi petugas dan tergantung penyelia jeli apa tidak	Lambat

No	Jenis Pertanyaan	I.5	I.6	I.7	I.8
20	Bagaimana pelaksanaan <i>morning report</i> di Bagian Gawat Darurat Rumah Sakit RK Charitas, dan bagaimana menurut pendapat anda?	Bagus, dokter juga harus ikut, komunikasi, untuk menilai diri, evaluasi sesuai standar/-	Baik Kadang repot, tidak bisa cepat, harus ada waktu khusus.	Sebaiknya dilakukan terprogram, kalau laporan jaga sebaiknya setiap shift sebelum kerja.	Baik, adanya informasi Perlu tercatat Sebagai alat komunikasi
21	Bagaimana pelaksanaan evaluasi laporan kegiatan di Bagian Gawat Darurat Rumah Sakit RK Charitas dan bagaimana menurut pendapat anda?	Tidak ada kelanjutan Buat apa tidak sama saja	-	Biasanya yang buat kabag. Masalahnya laporan kita ke atas tidak ada kelanjutannya, masalah ditanggapi atau tidak, solusi bagaimana. Sebaiknya dirapatkan baik di BGD atau di manajemen.	.
22	Bagaimana prosedur evaluasi kinerja di Bagian Gawat Darurat Rumah Sakit RK Charitas, dan bagaimana pelaksanaannya menurut pendapat anda?	-	Harus ada sistem supaya tidak subyektif Evaluasi dokter harus dari direksi	Sesudah sesuai peraturan Usul sebaiknya sebelum evaluasi ada pertemuan dahulu untuk saling informasi	Agak riskan karena hanya kepala bagian sendiri yang menilai Usulan melibatkan penyelia dan dokter jaga untuk <i>crosscheck</i>
23	Bagaimana prosedur pelaporan patient safety di Bagian Gawat Darurat Rumah Sakit RK Charitas, dan bagaimana pelaksanaannya menurut pendapat anda?	Kalau crowdit terhambat	Dampak positif, tapi tumpang tindih dengan P2K3 dan INOS Harus diperjelas	Protap sudah ada, sudah jalan, laporan sudah. Feed back nya bagaimana.	Prosedur ada. BGD belum bisa laksanakan karena kondisi ramai Kerja harus fokus
24	Bagaimana prosedur pengelolaan kotak saran di Bagian Gawat Darurat Rumah Sakit RK Charitas, dan bagaimana pelaksanaannya menurut anda?	Ada Jarang mengetahui isinya, sebaiknya dibicarakan sama-sama	-	Prosedur & aturan ada, Masyarakat kita belum terbiasa. Usul caranya harus sederhana	Kurang berjalan, tidak pernah dikontrol Perlu pengelolaan lebih baik.
25	Bagaimana prosedur pencatatan <i>Response Time</i> dan Waktu Pelayanan di Bagian Gawat Darurat Rumah Sakit RK Charitas, dan bagaimana pelaksanaannya menurut pendapat anda?	Sudah jalan Ada beberapa yang lupa Ada yang tidak mau banyak nulis Adakan pertemuan, beri pengarah	Sudah jalan <i>Response Time</i> sudah bagus rata-rata cepat, kec ramai /pasien gawat Penjempuitan lama	RT Kalau septi dibawah 5 menit, tergantung keadaan pasien dan jumlah pasien. Kadang pencatatan tidak sesuai dengan pelaksanaan	Kecepatan pelayanan cukup baik dengan segala keterbatasan tenaga

LAMPIRAN 6 . MATRIK PERMASALAHAN DAN PENYELESAIAN MASALAH.

MATRIK PERMASALAHAN

No	Asal Informasi	Input							Proses									
		Dokter	Perawat	Pet Reg RJ	Pet Adm & Pembayaran	Satpam	Pekarya & Sanitasi	PLANNING			ORGANIZING							
								SDM	Alat & Obat	U T W	Jad Dinas	S P O	Kebijakan/ Peraturan Manajemen	ALUR				
1	I.1	✓	✓	✓		✓											✓	
2	I.2	✓	✓					✓						✓				
3	I.3	✓	✓	✓				✓										
4	I.4	✓	✓															
5	I.5	✓	✓	✓	✓	✓		✓						✓				✓
6	I.6	✓	✓	✓				✓										
7	I.7	✓	✓	✓	✓			✓						✓				✓
8	I.8	✓	✓		✓									✓				
9	I.9	✓	✓															
10	I.10	✓	✓	✓	✓			✓										
11	I.11	✓	✓	✓		✓												
12	I.12	✓	✓			✓											✓	

Catatan : ✓ : ada permasalahan ✘ : cukup baik ☐ : tidak ada komentar

MATRIK PENYELESAIAN MASALAH

No	Asal Informasi	Input										Proses					
		Dokter					Pekarya & Sanitasi					PLANNING			ORGANIZING		
		Dokter	Perawat	Pet Reg RJ	Pet Adm & Pembayaran	Satpam	Pet Reg RJ	Pet Adm & Pembayaran	Satpam	Pekarya & Sanitasi	SDM	Alat & Obat	U T W	Jad Dinas	S P O	Kebijakan/ Peraturan Manajemen	ALUR
1	I.1	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗						⊗	
2	I.2	⊗	⊗											⊗			
3	I.3	⊗	⊗												⊗		
4	I.4	⊗	⊗												⊗		
5	I.5	⊗	⊗											⊗			
6	I.6		⊗														
7	I.7	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗				⊗			⊗
8	I.8	⊗	⊗											⊗			
9	I.9		⊗											⊗			
10	I.10	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗							
11	I.11			⊗												⊗	
12	I.12	⊗	⊗														

Catatan : ✓ : ada permasalahan ✎ : cukup baik kosong : tidak ada komentar

