



UNIVERSITAS INDONESIA

**FAKTOR-FAKTOR YANG MEMPENGARUHI
WAKTU PENCAPAIAN SASARAN MUTU
PELAYANAN UGD RS PLUIT
TAHUN 2008**

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

**Oleh
ERWAN JUS
NPM : 06 06 0 22 151**

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

PERNYATAAN PERSETUJUAN

Tesis dengan judul

FAKTOR-FAKTOR YANG MEMPENGARUHI WAKTU PENCAPAIAN SASARAN MUTU PELAYANAN UGD RS PLUIT TAHUN 2008

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

Depok, 30 Juni 2008

Pembimbing



(Prof. dr. Hasbullah Thabrany, MPH. DrPH)

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

Depok, 30 Juni 2008

Ketua

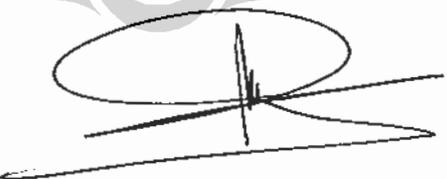


(Prof. dr. Hasbullah Thabrany, MPH, DrPH)

Anggota



(dra. Dumilah Ayuningtyas, MARS)



(dr. Tekky. P. Jokom, MBA)

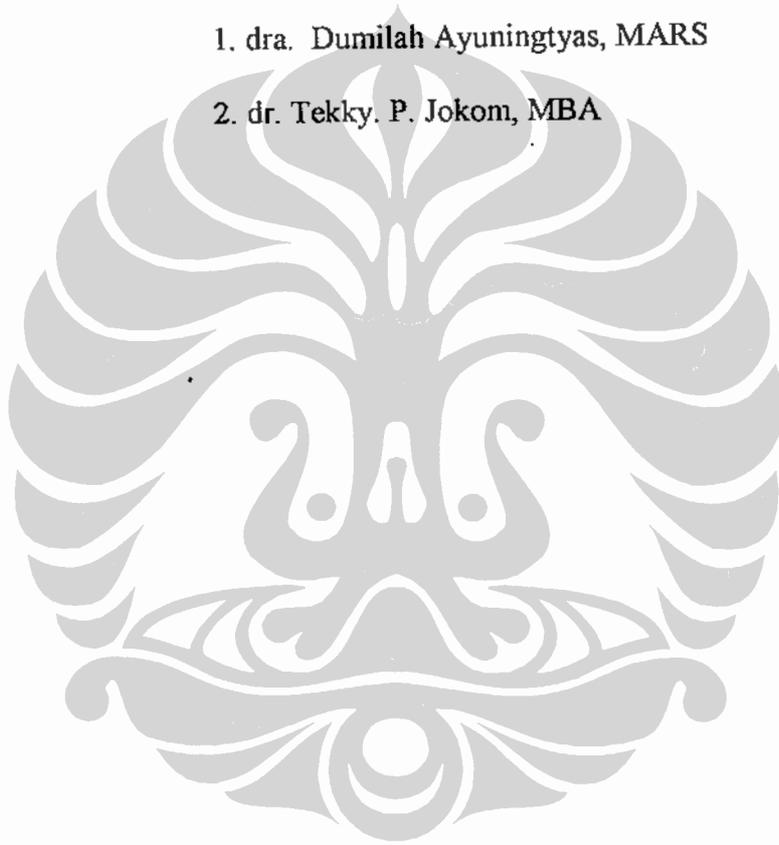
DAFTAR NAMA TIM PENGUJI

Ketua : Prof. dr. Hasbullah Thabrany, MPH, DrPH

Anggota :

1. dra. Dumilah Ayuningtyas, MARS

2. dr. Tekky. P. Jokom, MBA



SURAT PERNYATAAN

Yang bertanda tangan di bawah ini, saya :

Nama : Erwan Jus
NPM : 0606022151
Program Studi : Kajian Administrasi Rumah Sakit
Kekhususan : -
Angkatan : Semester Ganjil 2006
Jenjang : Magister

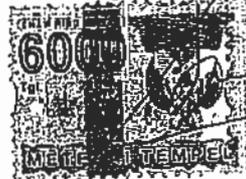
Menyatakan bahwa saya tidak melakukan kegiatan plagiat dalam penulisan tesis saya yang berjudul :

FAKTOR-FAKTOR YANG MEMPENGARUHI WAKTU PENCAPAIAN SASARAN MUTU PELAYANAN UGD RS PLUIT 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, 30 Juni 2008



(Erwan Jus).

PROGRAM STUDI KAJIAN ADMINISTRASI RUMAH SAKIT
Tesis, Juni 2008

Erwan Jus, NPM. 0606022151

Faktor-faktor yang Mempengaruhi Waktu Pencapaian Sasaran Mutu Pelayanan UGD RS Pluit tahun 2008.

xiv + 124 halaman, 2 gambar, 30 tabel, 7 lampiran

ABSTRAK

Lama waktu di UGD adalah ukuran utama dari kecepatan pelayanan UGD dan merupakan petanda dari sasaran mutu. Penelitian tentang waktu untuk menilai proses pelayanan UGD dapat membantu menjelaskan sebab lamanya waktu pelayanan UGD. Tujuan dari penelitian ini adalah untuk menganalisis faktor-faktor yang mempengaruhi waktu pelayanan pasien UGD RS Pluit. **Metoda.** Dengan penelitian survei, yang mengambil tempat di UGD RS Pluit, peneliti mengobservasi 171 pasien yang ditangani selama 3 minggu berturut-turut pada periode Maret 2008. Data penting yang dicatat, meliputi karakteristik pasien, durasi pelayanan perawat, durasi pelayanan dokter dan durasi total layanan pasien UGD RS Pluit. Dilakukan uji Anova dan *t test* untuk menentukan faktor-faktor yang mempengaruhi durasi pelayanan pasien pada nilai $\alpha=0,1$. **Hasil.** Pasien berusia tua, pasien status Gawat Darurat, pasien dengan Surat Pengantar dokter, pelatihan EKG dokter, pelatihan ACLS perawat berhubungan dengan durasi total layanan pasien UGD RS Pluit. **Kesimpulan.** Kategori pasien dan karakteristik dokter dan perawat adalah variabel independen penting yang secara signifikan mempengaruhi durasi pelayanan UGD. Penelitian lanjutan penting untuk menentukan bagaimana hal ini dan faktor-faktor lain dapat dipakai sebagai model untuk memprediksi waktu pelayanan pasien UGD.

Daftar Pustaka : 60 (1996-2008).

PROGRAM STUDI KAJIAN ADMINISTRASI RUMAH SAKIT
Thesis, Juni 2008

Erwan Jus, NPM. 0606022151

Influencing Factors to achieve Quality Objective Emergency Department Service Time in Pluit Hospital 2008.

xiv + 124 halaman, 2 gambar, 30 tabel, 7 lampiran

ABSTRACT

Length of stay (*LOS*) is a key measure of emergency department (ED) throughput and a marker of quality objective. Time study that assess ED services will help to clarify the causes of prolonged ED service to patients. The objectives of this study were to analyse factors influencing ED of Pluit Hospital patients care time. Methods: In this survey study, conducted at Emergency Department of Pluit hospital, investigators observed 171 patients treated during a continuous 3-weeks period in March 2008. Key data were recorded, including patients characteristics, nurses service time, doctors service time, and overall ED *LOS*. Anova test and t test were performed to determine which factors were associated with Emergency Department *LOS* to patients on $\alpha=0,1$. Results: Elderly patients, patients in emergency status, patients with doctor's letter, doctor's ECG training and nurse's ACLS training were significant associated with ED's service duration. Conclusions: Patients' category, doctors' and nurses' characteristic are important independent variables that influence ED's service duration. Future research is necessary to determine how these and other factors can be incorporated into a model for predicting ED *LOS*.

References : 60 (1996-2008).

KATA PENGANTAR

Puji syukur yang tak terhingga kami panjatkan kepada Tuhan Yang Maha Esa atas lindungannya sehingga tesis ini berhasil selesai sebagai persyaratan terakhir dalam menempuh pendidikan di Program Studi Kajian Administrasi Rumah Sakit Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia.

Pada kesempatan ini penulis ingin menyampaikan penghargaan dan ucapan terimakasih yang sebesar-besarnya kepada berbagai pihak yang telah membantu penulis selama dalam masa pendidikan serta penyusunan tesis ini.

- Prof. dr. Hasbullah Thabrany, MPH, DrPH guru besar dan sebagai pembimbing, atas segala bimbingan dan bantuan yang telah diberikan kepada saya selama mengikuti pendidikan dan menyelesaikan tesis ini.
- Dra. Dumilah Ayuningtyas, MARS yang telah bersedia meluangkan waktu dan tenaga untuk menguji dan memberikan petunjuk dan pengarahan dalam penyusunan tesis ini.
- Seluruh dosen selama penulis mengikuti pendidikan program studi Kajian Administrasi Rumah Sakit di FKM Universitas Indonesia.
- Ir. Yusron Nasution, MKes yang telah bersedia membimbing dalam penghitungan statistik penelitian saya.
- Dr. Tekky P Jokom, MBA selaku Direktur Utama RS Pluit tempat penulis bekerja, yang telah memberikan ijin dan membimbing serta turut menguji tesis ini.

- Dr. Peter Hasan selaku Direktur Medis RS Pluit yang telah memberikan ijin kepada penulis untuk melanjutkan pendidikan.
- Dr. Arief Oetama, MARS selaku Direktur Medik RS Gading Pluit yang telah banyak membimbing dan memberi masukan di dalam penyusunan tesis ini.
- Rekan-rekan sesama peserta program studi dan seluruh pegawai FKM Universitas Indonesia yang tidak dapat kami sebutkan satu per satu atas bantuan dan kerjasama yang baik selama penulis mengikuti pendidikan.
- Rekan-rekan dari IGD RS Pluit yang selalu membantu dan memberikan dorongan semangat kepada penulis.

Tak lupa kami ucapkan terimakasih kepada orang tua, isteri dan anak-anak kami atas segala dorongan, pengertian dan doa yang diberikan selama kami mengikuti pendidikan sehingga kami dapat menyelesaikan pendidikan.

Akhir kata penulis mohon maaf atas segala tutur kata dan kekhilafan yang mungkin pernah terjadi semasa menjalani pendidikan ataupun dalam lingkungan pergaulan sehari-hari di lingkungan Program Studi Kajian Administrasi Rumah Sakit Universitas Indonesia. Semoga tulisan ini bermanfaat bagi yang memerlukan dan semoga budi baik yang telah diberikan akan mendapat karunia dan rahmatNya.

Jakarta Juni 2008

Penulis

DAFTAR ISI

	Halaman
KATA PENGANTAR	i
DAFTAR ISI	iii
DAFTAR GAMBAR	vii
DAFTAR TABEL	viii
DAFTAR SINGKATAN	xi
RIWAYAT HIDUP	xiv
BAB I PENDAHULUAN	1
A. LATAR BELAKANG	1
B. PERUMUSAN MASALAH	8
C. PERTANYAAN PENELITIAN	9
D. TUJUAN PENELITIAN	10
E. MANFAAT PENELITIAN	10
F. RUANG LINGKUP PENELITIAN	11

BAB II	TINJAUAN PUSTAKA	12
	A. PELAYANAN UNIT GAWAT DARURAT	12
	B. PERMASALAHAN di UGD	15
	C. KETENAGAAN	17
	D. WAKTU PELAYANAN	19
	E. PENDIDIKAN dan PELATIHAN	22
	F. MOTIVASI	24
	G. KETRAMPILAN DOKTER dan PERAWAT	26
	H. KATEGORI PASIEN	31
	I. MATERIAL dan METODA	35
	J. MUTU PELAYANAN UGD	36
BAB III	KERANGKA KONSEP, HIPOTESIS dan DEFINISI OPERASIONAL	39
	A. KERANGKA KONSEP	39
	B. HIPOTESIS	41
	C. DEFINISI OPERASIONAL	42

BAB IV	METODOLOGI PENELITIAN	47
	A. DESAIN PENELITIAN	47
	B. LOKASI dan WAKTU PENELITIAN	47
	C. POPULASI dan SAMPEL	47
	D. TEKNIK PENGUMPULAN DATA	49
	E. PENGOLAHAN DATA	49
	F. ANALISIS DATA	50
BAB V	HASIL PENELITIAN	51
	A. GAMBARAN UMUM RS PLUIT	51
	B. GAMBARAN UGD RS PLUIT	53
	C. PELAKSANAAN PENELITIAN	57
	D. KUALITAS DATA	59
	E. HASIL PENELITIAN	60
	1. Analisis Durasi Total Layanan Pasien di UGD RS Pluit tahun 2008	61
	2. Kategori Pasien dan Durasi Total Layanan Pasien di UGD RS Pluit tahun 2008	62
	3. Karakteristik Dokter dan <i>Response Time</i> Dokter dalam melayani pasien di UGD RS Pluit tahun 2008	64

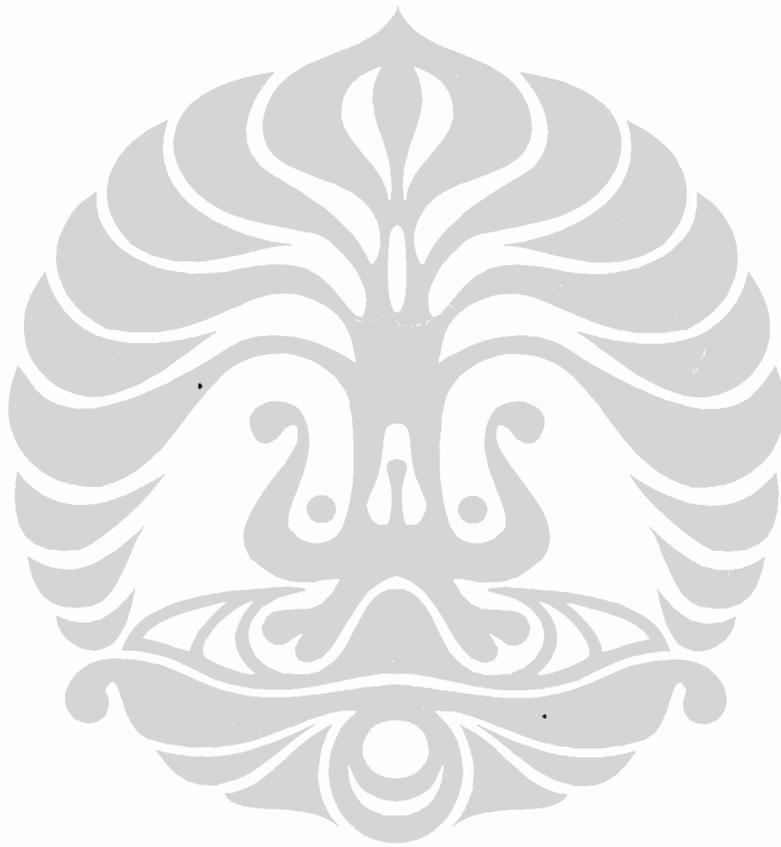
3.1. Karakteristik Dokter dan Durasi Dokter dalam memeriksa pasien di UGD RS Pluit tahun 2008	67
3.2. Karakteristik Dokter dan Durasi Total Dokter dalam melayani pasien di UGD RS Pluit tahun 2008	70
4. Karakteristik Perawat dan <i>Response Time</i> Perawat dalam melayani pasien di UGD RS Pluit tahun 2008	73
4.1. Karakteristik Perawat dan Durasi Perawat dalam memeriksa tanda vital pasien di UGD RS Pluit tahun 2008	76
4.2. Karakteristik Perawat dan Durasi Perawat dalam memasang Infus pasien di UGD RS Pluit tahun 2008	78
4.3. Karakteristik Perawat dan Durasi Total Perawat dalam melayani pasien di UGD RS Pluit tahun 2008	81
5. Kategori Pasien dan Waktu Tunggu Pelayanan Non Teknis Medis di UGD RS Pluit tahun 2008	84
BAB VI PEMBAHASAN	87
A. KETERBATASAN PENELITIAN	87
B. PEMBAHASAN HASIL PENELITIAN	89
1. Durasi Layanan Pasien di UGD RS Pluit tahun 2008	89
2. Kategori Pasien dan Durasi Total Layanan Pasien di UGD RS Pluit tahun 2008	94
3. Karakteristik Dokter dan Durasi Total Dokter dalam melayani pasien di UGD RS Pluit tahun 2008	97

4. Karakteristik Perawat dan Durasi Total Perawat dalam melayani pasien di UGD RS Pluit tahun 2008	102
5. Kategori Pasien dan Waktu Tunggu Pelayanan Non Teknis Medis di UGD RS Pluit tahun 2008	108
6. Faktor-faktor yang mempengaruhi Waktu Pelayanan UGD RS Pluit tahun 2008	112
BAB VII KESIMPULAN dan SARAN	116
A. KESIMPULAN	116
B. SARAN	118
DAFTAR PUSTAKA	120
LAMPIRAN	



DAFTAR GAMBAR

	Halaman
Gambar 3.1. KERANGKA TEORI	40
Gambar 3.2. KERANGKA KONSEP	41



DAFTAR TABEL

	Halaman
Tabel 1.1. Kunjungan UGD RS Pluit tahun 2004 – 2006	5
Tabel 2.1. Sistem Triase di beberapa Negara	32
Tabel 5.1. Data ketenagaan UGD RS PLUIT berdasarkan pendidikan per Desember 2007	54
Tabel 5.2. Data ketenagaan UGD RS PLUIT berdasarkan pelatihan per Desember 2007	54
Tabel 5.3. Data ketenagaan UGD RS PLUIT berdasarkan masa kerja per Desember 2007	55
Tabel 5.4. Rekapitulasi pasien Rawat Inap melalui UGD RS PLUIT Tahun 2007	55
Tabel 5.5. Rekapitulasi kunjungan pasien Gawat Darurat dan Tidak Gawat Darurat di UGD RS PLUIT tahun 2007	56
Tabel 5.6. Sensus Bulanan UGD RS Pluit Tahun 2007	57
Tabel 5.7. Distribusi Durasi Total Pelayanan Pasien di UGD RS Pluit tahun 2008	61
Tabel 5.8. Rata-rata Durasi Total Layanan Pasien berdasarkan Umur, Surat Pengantar dan Triase Pasien di UGD RS Pluit tahun 2008	63
Tabel 5.9. Distribusi <i>Response Time</i> Dokter dalam melayani pasien di UGD RS Pluit tahun 2008	64
Tabel 5.10. Rata-rata <i>Response Time</i> Dokter dalam melayani pasien di UGD RS Pluit berdasarkan Umur, Jender, Masa Kerja, Pelatihan PPGD, ATLS, dan EKG Dokter tahun 2008	66

Tabel 5.11	Distribusi Durasi Dokter dalam memeriksa pasien di UGD RS Pluit tahun 2008	67
Tabel 5.12.	Rata-rata Durasi Dokter dalam memeriksa pasien di UGD RS Pluit berdasarkan Umur, Jender, Masa Kerja, Pelatihan PPGD, ATLS dan EKG Dokter tahun 2008	69
Tabel 5.13.	Distribusi Durasi Total Dokter dalam melayani pasien di UGD RS Pluit tahun 2008	70
Tabel 5.14.	Rata-rata Durasi Total Dokter dalam melayani pasien di UGD RS Pluit berdasarkan Umur, Jender, Masa Kerja, Pelatihan PPGD, ATLS dan EKG Dokter tahun 2008	71
Tabel 5.15.	Distribusi <i>Response Time</i> Perawat melayani pasien di UGD RS Pluit tahun 2008	73
Tabel 5.16.	Rata-rata <i>Response Time</i> Perawat dalam melayani pasien di UGD RS Pluit berdasarkan Umur, Jender, Masa Kerja, Pelatihan PPGD dan ACLS Perawat tahun 2008	74
Tabel 5.17.	Distribusi Durasi Perawat memeriksa tanda vital pasien di UGD RS Pluit tahun 2008	76
Tabel 5.18.	Rata-rata Durasi Perawat dalam memeriksa tanda vital pasien di UGD RS Pluit berdasarkan Umur, Jender, Masa Kerja, Pelatihan PPGD dan ACLS Perawat tahun 2008	77
Tabel 5.19.	Distribusi Durasi Perawat memasang Infus pasien di UGD RS Pluit tahun 2008	79
Tabel 5.20.	Rata-rata Durasi Perawat dalam memasang Infus pasien di UGD RS Pluit berdasarkan Umur, Jender, Masa Kerja, Pelatihan PPGD dan ACLS Perawat tahun 2008	80
Tabel 5.21.	Distribusi Durasi Total Perawat dalam melayani pasien di UGD RS Pluit tahun 2008	81
Tabel 5.22.	Rata-rata Durasi Total Perawat dalam melayani pasien di UGD RS Pluit berdasarkan Umur, Jender, Masa Kerja, Pelatihan PPGD dan ACLS Perawat tahun 2008	82
Tabel 5.23.	Distribusi Waktu Tunggu Layanan Non Teknis Medis di UGD RS Pluit tahun 2008	84

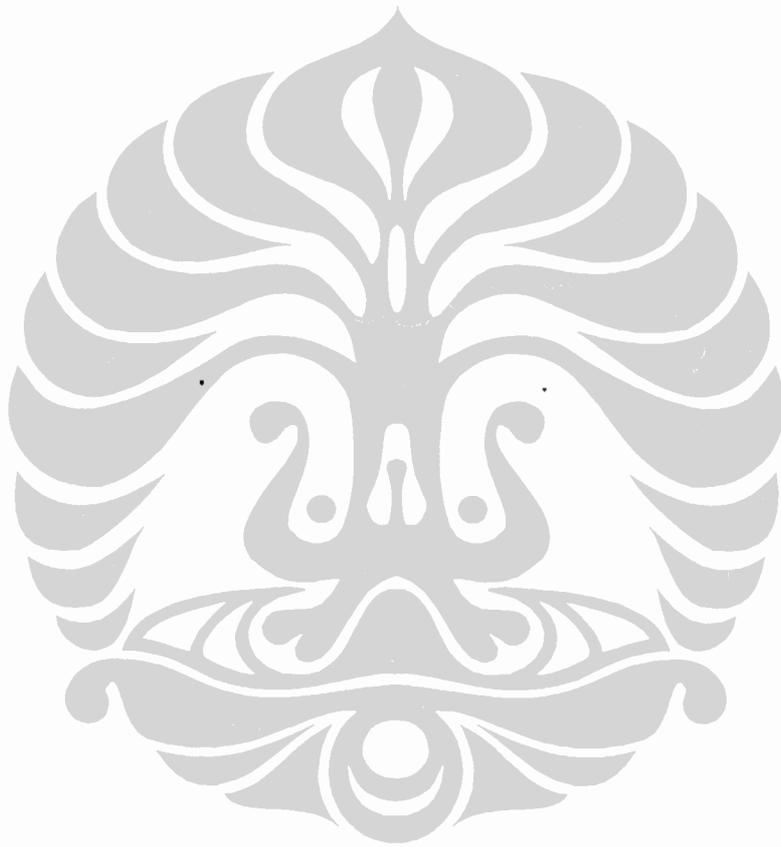
Tabel 5.24.	Rata-rata Waktu Tunggu Pelayanan Non Teknis Medis berdasarkan Umur, Surat Pengantar dan Triase Pasien di UGD RS Pluit tahun 2008	85
Tabel 6.1.	Hubungan Kategori Pasien dan Durasi Total Layanan Pasien berdasarkan Umur, Surat Pengantar dan Triase Pasien di UGD RS Pluit tahun 2008	94
Tabel 6.2.	Hubungan Karakteristik Dokter (umur, jender, masa kerja dan pelatihan PPGD, ATLS, dan EKG) dengan <i>Response time</i> dokter, Durasi Dokter memeriksa pasien dan Durasi Total Dokter melayani Pasien di UGD RS Pluit tahun 2008	98
Tabel 6.3.	Hubungan Karakteristik Perawat (umur, jender, masa kerja, pelatihan PPGD dan ACLS) dengan Durasi Total Perawat dalam melayani Pasien di UGD RS Pluit tahun 2008	104
Tabel 6.4.	Hubungan Karakteristik Pasien dan Waktu Tunggu Pelayanan Non Teknis Medis di UGD RS Pluit tahun 2008	109

DAFTAR SINGKATAN

ABC	: <i>Airway Breathing Circulation</i>
ACLS	: <i>Advance Cardiac Life Support</i>
AHRQ	: <i>Agency for Healthcare Research and Quality</i>
AJEM	: <i>American Journal of Emergency Medicine</i>
ANOVA	: <i>Analysis of Variance</i>
ATLS	: <i>Advance Trauma Life Support</i>
ATS	: <i>Australasia Triage Scale</i>
BCMA	: <i>British Columbia Medical Assosiation</i>
CAEP	: <i>Canadian Assosiation of Emergency Phisicians</i>
CCU	: <i>Critical Care Unit</i>
CDC	: <i>Centers for Disease Control and Prevention</i>
CIHI	: <i>Canada Institute for Health Information</i>
CJEM	: <i>Canadian Journal of Emergency Medicine</i>
CMAJ	: <i>Canadian Medical Association Journal</i>
CTAS	: <i>Canadian Triage and Aculty Scale</i>
DGD	: <i>Dokter Gawat Darurat</i>
DHF	: <i>Dengue Hemorrhage Fever</i>
ECG	: <i>Electro Cardio Graphy</i>
EDLOS	: <i>Emergency Departement Length of Stay</i>
EMTALA	: <i>Emergency Medical Treatment and Active Labor Act</i>

ESWL	: <i>Extra corporeal Shock Wave Lithotripsy</i>
GCS	: <i>Glasgow Coma Scale</i>
GDM	: Gawat Darurat Medis
GELS	: <i>General Emergency Life Support</i>
HD	: <i>Hemodialisa</i>
HSC	: <i>Health System Change</i>
IGD	: Instalasi Gawat Darurat
KGD	: Kedokteran Gawat Darurat
KLB	: Kejadian Luar Biasa
LOS	: <i>Length Of Stay</i>
NCHS	: <i>National Center for Health Statistics</i>
NHAMCS	: <i>The National Hospital Ambulatory Medical Care Survey</i>
NICU	: <i>Neonatus Intensive Care Unit</i>
NSW	: <i>New South Wales</i>
OHA	: <i>Ontario Hospital Association</i>
PGD	: Perawatan Gawat Darurat
PICU	: <i>Pediatric Intensive Care Unit</i>
PPGD	: Penanggulangan Penderita Gawat Darurat
PTT	: Pegawai Tidak Tetap
RSUD	: Rumah Sakit Umum Daerah
SDM	: Sumber Daya Manusia
SOP	: <i>Standard Operating Procedure</i>

SPSS	: <i>Statistical Package for Social Science</i>
SPGDT	: Sistem Penanggulangan Gawat Darurat Terpadu
UGD	: Unit Gawat Darurat
VCH	: <i>Vancouver Costal Health</i>



RIWAYAT HIDUP

Nama : Erwan Jus
Tempat/Tanggal Lahir : Labuhan Deli, 06 Mei 1964
Alamat : Perumahan Kepa Duri Mas Blok KK/8 B Jakarta Barat
Status Keluarga : Menikah
Alamat Instansi : Rumah Sakit Pluit, Jl Raya Pluit Selatan No 2
Jakarta Utara

Riwayat Pendidikan

1. SD Kalam Kudus Medan, lulus tahun 1976
2. SMP Kalam Kudus Medan, lulus tahun 1980
3. SMA Santa Thomas Medan, lulus tahun 1983
4. Fakultas Kedokteran Trisakti Jakarta, lulus tahun 1990

Riwayat Pekerjaan

1. Dokter PTT di Puskesmas Banguntapan Bantul D.I. Yogyakarta (1992-1995)
2. Dokter umum di Rumah Sakit Pluit Jakarta (1996- Sekarang)

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Kunjungan ke Unit Gawat Darurat (UGD) meningkat pesat akhir-akhir ini. Tahun 1990 pelayanan UGD di Amerika meningkat 106 % dari tahun 1980 sedangkan pada tahun 2002 kunjungan ke UGD mencapai 110,2 juta dan meningkat sebesar 23% dari 90 juta kunjungan yang terjadi pada tahun 1992 (Freeman et al, 2007). Di NSW pada tahun 1994 – 1995 ada 1,5 juta pasien mencari pengobatan di UGD. Pada tahun 1999 – 2000 angka ini meningkat menjadi 1,7 juta yang berarti suatu kenaikan sebesar 10,7% dari tahun 1994 – 1995 (NSW, 2001). Di Kanada pada tahun 2003 kunjungan ke UGD mencapai 14 juta. Data statistik Kanada menunjukkan satu dari delapan penduduk Kanada yang berumur 16 tahun atau lebih pernah ditangani di UGD oleh karena sakit (Oviatt et al, 2005).

Suatu penelitian di Australia terhadap 34.932 pasien di *Eastern Health* dari tahun 2000-2001 mendapatkan 18.619 (53%) pasien masuk lewat UGD. Dari angka ini, 665 (4%) dikeluarkan dari analisis karena data tidak lengkap sehingga tersisa 17.954 (96%) pasien. Dari angka tersisa tersebut, 48,1% adalah pria dengan rerata umur 50,7 tahun dan rerata umur wanita adalah 56,6 tahun. Keseluruhan rerata EDLOS (*Emergency Departement Length of Stay*) adalah 7,96 jam (Liew et al, 2003).

Di Indonesia tahun'2005 kunjungan ke UGD di seluruh rumah sakit tercatat 3,6 juta dari 30 juta kunjungan di seluruh rumah sakit. Dari jumlah tersebut

sebanyak 1,7 juta (46,5%) dirawat, 51.000 (1,4%) dirujuk, 1,9 juta (51,5%) dipulangkan. Angka kematian UGD di Indonesia mencapai 0,6 % (Depkes, 2006).

Di seluruh Jakarta jumlah kunjungan ke UGD sebanyak 154.810 kunjungan yang merupakan 5,9% dari seluruh kunjungan di rumah sakit (2,6 juta). Jumlah kematian pasien UGD di Jakarta 1% pada tahun 2005 (Depkes, 2006).

Di Amerika Serikat tiga puluh empat persen kunjungan ke UGD diklasifikasikan memerlukan penanganan dalam waktu 15 menit, hanya 10% yang diklasifikasikan sebagai *non urgent* (CDC, 2004). Hasil penelitian lain menunjukkan 22,3% kunjungan ke UGD diklasifikasikan *emergent* (gawat darurat), 18,5% *semiurgent*, dan 10,2% *non urgent* (tidak darurat) (Mc Caig et al, 2006). Di Kanada hasil sensus departemen *emergency* nasional menunjukkan 60-80% dari kunjungan pasien ke UGD digolongkan tidak *emergency* atau merupakan masalah medik yang minor (Carter et al, 2007).

Tahun 1999 – 2000 di *New South Wales* (NSW) didapatkan hampir 61% kunjungan ke UGD diklasifikasikan tidak *emergency* (NSW, 2001). Berdasarkan data CTAS (*Canadian Triage and Acuity Scale*) pada tahun 2003-2004, lebih dari separuh (57%) kunjungan ke UGD digolongkan dalam kondisi kurang darurat (misalnya sakit punggung kronik atau reaksi alergi ringan) atau kondisi tidak darurat (misalnya sakit tenggorokan, menstruasi, atau diare) (Oviatt et al, 2005). Suatu penelitian di Sudan menunjukkan 77% kasus yang berobat di UGD bukanlah seluruhnya kasus gawat darurat dan sebenarnya dapat ditangani dengan mudah di tingkat pelayanan kesehatan primer (Elaal et al, 2005).

Di Amerika waktu tunggu di daerah kota lebih lama dibandingkan yang bukan di kota. Seperlima dari pasien UGD di kota menunggu lebih dari satu jam

untuk bertemu dokter, dimana 31,7 % dari pasien yang bukan di kota hanya dalam 15 menit. Kira-kira 12,8 % dari pasien UGD di kota mempunyai rata-rata waktu tunggu lebih dari 60 menit untuk kasus darurat, dimana menurut triase kasus tersebut seharusnya ditangani antara 15-60 menit sejak tiba di UGD. Dari suatu penelitian didapatkan : Rata-rata waktu tunggu kurang dari 15 menit (17,6%), 15-29 menit (29,8%), 30-44 menit (24,7%), 45-59 menit (14,9%), 60 menit atau lebih (13,0%). Rata-rata waktu tindakan kurang dari 60 menit (8,2%), 60-89 menit (21,9%), 90-119 menit (29,1%), 120-179 menit (29,2%), 180 menit atau lebih (11,6%). Rata-rata total waktu kunjungan kurang dari 2 jam (31,8%), 2 jam (39,8%), 3 jam (18,2%), 4 jam atau lebih (10,2%) (Burt et al, 2006).

Tahun 2005, suatu survey yang dilakukan Yayasan *Commonwealth* didapatkan 42% pasien di Kanada yang bermasalah dalam kesehatannya menyatakan bahwa mereka menunggu lebih dari 2 jam untuk mendapatkan pelayanan di UGD pada 2 tahun terakhir ini, dimana angka tersebut lebih tinggi di banding dengan di Australia, Jerman, Inggris, Amerika Serikat dan Selandia Baru. Berdasarkan data terbaru dari *Vancouver Coastal Health (VCH)*, pasien UGD dengan masalah kesehatan yang berpotensi mengancam nyawa misalnya nyeri dada atau cedera kepala, menunggu lebih dari satu setengah jam untuk diperiksa oleh dokter di rumah sakit. Angka ini menunjukkan enam kali lebih lama dibanding angka Pedoman Nasional (contoh CTAS) yang merekomendasikan pasien dengan kondisi yang mengancam nyawa atau anggota gerak (level 2) harus diperiksa dokter dalam waktu 15 menit setelah ditangani suster (BCMA, 2006).

Pasien yang berobat ke UGD 86,8% mendapat tindakan diagnostik dan pemeriksaan penyaring. Pelayanan yang didapat dijelaskan sebagai berikut:

permeriksaan medis (62,9%), laboratorium darah lengkap (30,4%), *pulse oximetry* (19,1%), pemeriksaan darah lainnya (17,6%), Foto *Rontgen* dada (18,5%), pemeriksaan *urine* (16,1%) dan pemeriksaan *imaging/MRI* (40,7%) (CDC, 2004).

Di Indonesia kunjungan ke UGD sebesar 3,6 juta (12,2%) dari sebanyak 30 juta kunjungan ke rumah sakit. Dari seluruh jumlah kunjungan ke UGD 12,4 % yang berasal dari pasien rujukan (Depkes, 2006).

Tuntutan pasien terhadap pelayanan kesehatan yang bermutu semakin lama semakin meningkat khususnya di UGD yang merupakan pintu gerbang pelayanan suatu rumah sakit. Mutu pelayanan kesehatan suatu organisasi dapat diukur dengan memperhatikan dan menilai indikator, kriteria dan standar yang relevan dan berlaku sesuai aspek-aspek struktur, proses, dan *outcome* dari organisasi pelayanan kesehatan tersebut (Wiyono.D, 1999). Banyak sistem untuk menilai mutu, salah satu diantaranya adalah sistem manajemen mutu ISO yang menggunakan standar-standar untuk pengukuran suatu pelayanan organisasi kesehatan. Salah satu standar yang disyaratkan adalah pencapaian sasaran mutu dan UGD RS Pluit menggunakan aspek dalam hal lama waktu pelayanan terhadap pasien sebagai sasaran mutu.

Bagi pasien sebagai pemakai jasa pelayanan kesehatan, segi dimensi mutu pelayanan yang dipandang paling penting adalah efisiensi pelayanan kesehatan (45%), kemudian baru menyusul perhatian dokter secara pribadi kepada pasien (40%), pengetahuan ilmiah yang dimiliki dokter (40%), ketrampilan yang dimiliki dokter (35%), serta kenyamanan pelayanan yang dirasakan oleh pasien (35%) (Azwar.A, 1996).

Pada awal tahun 1997, rumah sakit Pluit memulai program peningkatan mutu pelayanan rumah sakit melalui program pencapaian sistem manajemen sesuai

persyaratan Akreditasi Departemen Kesehatan RI dan program sistem manajemen mutu International ISO 9002. Untuk program ISO 9002, rumah sakit Pluit memutuskan untuk melakukan proyek penerapan percontohan pada UGD sebagai gerbang pelayanan dari rumah sakit.

Data kunjungan pasien ke UGD rumah sakit Pluit berkisar 17.000-an pasien per tahun. Hasil kunjungan UGD terlihat pada tabel 1.1.

Tabel 1.1.
Kunjungan UGD RS Pluit tahun 2004 - 2006

Tahun	Jumlah kunjungan	Gawat darurat	Tidak gawat darurat
2004	17.345	3.215 (18,5%)	14.130 (81,5%)
2005	17.190	2.559 (14,9%)	14.631 (85,1%)
2006	16.222	1.292 (8,0%)	14.930 (92,0%)

Sumber : rekam medik RS Pluit

Keluhan pasien yang diterima dari tahun 2004 sampai akhir tahun 2006 yang ditulis lewat angket pasien tercatat 17,47 angket / 1000 pasien. Paling banyak pasien mengeluh mengenai kecepatan mendapat pelayanan di UGD (5,89 keluhan / 1000 pasien). Keluhan mengenai biaya yang dikeluarkan tidak sepadan dengan pelayanan yang diterima (5,76 keluhan / 1000 pasien). Keluhan mengenai dokter yang melayani tidak cepat (3,76 keluhan / 1000 pasien). Selebihnya keluhan mengenai petugas UGD tidak trampil melakukan tugas (2,06 keluhan / 1000 pasien).

Survei yang dilakukan di NSW pada tahun 2002 mengenai pelayanan UGD terhadap 717.200 orang (pria 363.000 orang, wanita 353.500 orang) selama 12 bulan didapatkan 11,9 % menyatakan pelayanan UGD 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 13,8%), 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%). Penelitian lain di NSW pada tahun 2002 menunjukkan alasan utama pelayanan kesehatan yang buruk adalah sikap perawat yang buruk (29,1%) dan ketrampilan perawat yang kurang (28,4%) (NSW, 2002).

UGD merupakan salah satu pos masalah dari sistem pelayanan kesehatan. UGD harus menyediakan respon yang cepat dan tepat untuk situasi yang mengancam nyawa serta pendistribusian sumber daya secara tepat (Elaal et al, 2005). Masalah di UGD sangat kompleks. Banyaknya kunjungan ke UGD pada waktu yang bersamaan membuat UGD menjadi penuh sesak (*overcrowding*). UGD yang *overcrowding* terjadi bila tuntutan pelayanan melebihi kemampuan dari UGD untuk menyediakan perawatan yang bermutu dalam kerangka waktu yang tepat. Keadaan ini membuat pasien tidak ditangani dengan baik dan akhirnya menyampaikan keluhan. Di Kanada UGD yang *overcrowding* sudah menyebabkan kesalahan dalam pengobatan, keterlambatan dalam pengobatan, ketidakpuasan pasien, staf mengalami lepas kontrol dan pemanjangan waktu tunggu (CAEP, 2007). Di Kanada pasien lebih banyak berkunjung ke UGD antara jam 8 pagi hingga jam 8 malam dengan puncaknya pada pagi hari. Di rumah sakit khusus anak yang merupakan urutan nomor dua pelayanan UGD, puncak kunjungan antara jam 7 malam hingga jam 10 malam (CIHI, 2005). Data di UGD rumah sakit Pluit pada tahun 2006 menunjukkan kunjungan pada *shift* pagi (34%), *shift* sore (32%) dan *shift* malam (34%). Dari data di atas terlihat tidak

ada perbedaan banyaknya kunjungan pasien ke UGD rumah sakit Pluit pada tiap *shift* sehingga sulit diprediksi kapan waktu terjadinya *overcrowding*.

Suatu penelitian yang dilakukan di dua Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Jawa Timur pada tahun 2006 menunjukkan bahwa sistem manajemen mutu ISO 9000 dapat membantu penerapan konsep dasar *clinical governance* di rumah sakit terutama dalam penerapan standar akuntabilitas pelayanan klinik, standar kebijakan, strategis standar pengembangan dan pelatihan profesional, kebijakan untuk keterlibatan seluruh staf dalam upaya peningkatan mutu, dan penerapan standar pengukuran efektivitas pelayanan (Djasri.H, 2006).

UGD RS Pluit telah mengikuti sistem manajemen mutu ISO (dalam waktu lebih dari 10 tahun) namun selama ini belum pernah ada penelitian tentang manfaat ISO terhadap mutu pelayanan UGD. Perlu diketahui juga apakah sistem manajemen mutu ISO sudah meningkatkan mutu pelayanan di UGD dengan cara menganalisis faktor-faktor yang berpengaruh terhadap waktu pencapaian sasaran mutu UGD. Sasaran mutu UGD RS Pluit adalah waktu pelayanan UGD maksimal 60 menit dihitung dari pasien datang sampai dengan pasien pulang atau pasien diantar ke ruang perawatan. Hasil sasaran mutu selama tahun 2007 menunjukkan angka yang sangat bervariasi antara 15 menit hingga 200 menit. Memang bila diambil rata-rata waktu pelayanan masih dibawah 60 menit; tetapi bila waktu pelayanan tersebut dibagi menjadi dua kelompok maka didapatkan hasil waktu pelayanan ≥ 60 menit sebesar 90,54/1000 pasien. Sisanya merupakan pasien yang dilayani < 60 menit. Hal ini mungkin disebabkan petugas UGD baik dokter maupun perawat berganti-ganti tiap *shift* dan mereka mempunyai tingkat pengalaman dan ketrampilan yang berbeda-beda

sehingga menyebabkan waktu pelayanan UGD yang berbeda-beda pula. Selain itu faktor dari pasiennya sendiri dapat mempengaruhi waktu pelayanan.

Hal-hal di atas ditambah dengan masih adanya keluhan dari pasien mengenai pelayanan UGD mendorong peneliti melakukan penelitian mengenai masalah ini di RS Pluit agar dapat memperbaiki pelayanan gawat darurat menjadi lebih baik.

B. PERUMUSAN MASALAH

Kunjungan ke UGD yang meningkat disertai dengan tuntutan terhadap UGD sebagai pintu gerbang pelayanan kesehatan yang harus melayani dengan cepat, profesional dan bermutu. UGD RS Pluit sudah menggunakan waktu triase dan waktu pelayanan pasien sebagai sasaran mutu pelayanan di UGD. Waktu triase pasien ditetapkan maksimal 3 menit, dihitung dari waktu pasien datang sampai dengan ditentukan kategori kasus baik oleh perawat ataupun dokter. Total waktu pelayanan pasien UGD RS Pluit adalah maksimal 60 menit dihitung dari pasien datang sampai dengan pasien pulang atau pasien diantar ke ruang perawatan. Namun hal tersebut masih belum memenuhi kepuasan pasien. Bagi pasien segala kekurangan pelayanan akan diungkapkan melalui keluhan-keluhan yang disampaikan kepada rumah sakit dan bagi rumah sakit menjadi dasar untuk melakukan upaya perbaikan pelayanan.

UGD merupakan unit pelayanan yang dituntut harus siaga sepanjang 24 jam dan harus memberikan pelayanan yang bermutu padahal mutu itu berubah-ubah tergantung dari sumber daya manusia yang terlibat khususnya dokter dan perawat serta pasien (kategori gawat darurat/tidak gawat darurat dan kategori dengan Surat

pengantar/*No Name*), oleh karena itu perlu didapatkan gambaran faktor-faktor yang berpengaruh terhadap waktu pencapaian sasaran mutu pelayanan UGD RS Pluit.

C. PERTANYAAN PENELITIAN

Dari rumusan masalah di atas maka disusunlah pertanyaan penelitian sebagai berikut :

1. Seberapa besar gambaran waktu pencapaian sasaran mutu di UGD RS Pluit tahun 2008?
2. Seberapa besar gambaran faktor-faktor karakteristik umur, jender, masa kerja, pelatihan perawat maupun dokter, kategori umur, Surat Pengantar/Tidak, dan triase pasien di UGD RS Pluit tahun 2008?
3. Seberapa besar hubungan antara karakteristik umur, jender, masa kerja dan pelatihan perawat dengan waktu pencapaian sasaran mutu pelayanan UGD RS Pluit tahun 2008?
4. Seberapa besar hubungan antara kategori umur, Surat Pengantar/Tidak dan triase pasien dengan waktu pencapaian sasaran mutu pelayanan di UGD RS Pluit tahun 2008?
5. Seberapa besar hubungan antara karakteristik umur, jender, masa kerja, dan pelatihan dokter dengan waktu pencapaian sasaran mutu pelayanan UGD RS Pluit tahun 2008?

D. TUJUAN PENELITIAN

Umum

Untuk mendapatkan gambaran hubungan faktor-faktor yang mempengaruhi waktu pencapaian sasaran mutu pelayanan UGD RS Pluit tahun 2008

Khusus

1. Diketahui besarnya gambaran waktu pencapaian sasaran mutu di UGD RS Pluit tahun 2008.
2. Diketahui besarnya gambaran faktor-faktor karakteristik umur, jender, masa kerja, pelatihan perawat maupun dokter, kategori umur, Surat Pengantar/Tidak, dan triase pasien di UGD RS Pluit tahun 2008.
3. Diketahui besarnya gambaran hubungan faktor-faktor karakteristik umur, jender, masa kerja, pelatihan perawat maupun dokter, kategori umur, Surat Pengantar/Tidak, dan triase pasien terhadap waktu pencapaian sasaran mutu pelayanan di UGD RS Pluit tahun 2008.

E. MANFAAT PENELITIAN

Bagi Ilmu Manajemen Rumah Sakit :

Sebagai informasi bagi peneliti lain khususnya yang melakukan penelitian tentang mutu pada pelayanan UGD Rumah Sakit.

Bagi Rumah Sakit Pluit :

- a. Hasil penelitian ini dapat dijadikan sebagai gambaran informasi mengenai permasalahan pelayanan UGD.

- b. Dapat dijadikan masukan didalam meningkatkan mutu pelayanan UGD RS Pluit.

F. RUANG LINGKUP PENELITIAN

Penelitian ini dilakukan untuk mendapatkan gambaran faktor-faktor yang mempengaruhi waktu pencapaian sasaran mutu pelayanan UGD RS Pluit tahun 2008 dan dilakukan karena masih adanya keluhan pasien mengenai pelayanan UGD RS Pluit walaupun UGD RS Pluit telah mengikuti sistem manajemen mutu ISO lebih dari 10 tahun dan Akreditasi oleh Departemen Kesehatan.

Penelitian ini dilaksanakan dengan metode survei. Pengambilan sampel dilakukan dalam 3 minggu berturut-turut pada awal bulan Maret 2008 dengan cara *Blok Sampel* bertempat di UGD RS Pluit Jakarta.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. PELAYANAN UNIT GAWAT DARURAT

Unit Gawat Darurat (UGD) adalah unit pelayanan Rumah Sakit yang memberikan pelayanan pertama pada pasien dengan ancaman kematian dan kecacatan secara terpadu dengan melibatkan berbagai multidisiplin (Depkes, 2005). Unit Gawat Darurat (UGD) adalah unit dari rumah sakit atau unit pengobatan primer yang melakukan tindakan awal kepada pasien dengan penyakit atau luka yang luas, beberapa diantaranya mungkin mengancam nyawa dan memerlukan tindakan segera (Wikipedia, 2007). Unit Gawat Darurat (UGD) adalah suatu unit tertentu dari rumah sakit yang terorganisasi dan mempunyai administrasi untuk menyediakan pengobatan gawat darurat yang berstandar tinggi bagi masyarakat yang membutuhkan pada keadaan akut atau gawat darurat termasuk dalam hal prosedur rawat inap di rumah sakit (NSW, 2001).

Kedokteran Gawat Darurat (KGD) mencakup diagnosis dan tindakan terhadap semua pasien yang memerlukan perawatan yang tidak direncanakan dan mendadak, atau terhadap pasien dengan penyakit atau cedera akut. Maksud KGD adalah untuk menekan angka kesakitan dan kematian pasien. Pelayanan KGD mencakup pelayanan pra rumah sakit, luar rumah sakit dan di rumah sakit. Pelayanan KGD memerlukan pengetahuan dan pengenalan yang adekuat tentang cedera serta penyakit akut, tindakan segera, stabilisasi serta konsultasi dan disposisi yang memadai untuk pasien. (Saainin.S, 2002).

Tugas dan Fungsi UGD yaitu memberikan pelayanan kesehatan pasien gawat darurat selama 24 jam secara terus menerus dan berkesinambungan, meliputi:

- a. Mengelola pelayanan gawat darurat.
- b. Melakukan pelayanan siaga bencana.
- c. Melakukan pendidikan dan pelatihan gawat darurat.
- d. Mengelola fasilitas, peralatan, dan obat-obatan *life saving*.
- e. Mengelola tenaga medis, tenaga keperawatan dan tenaga non-medis.
- f. Mengelola administrasi dan keuangan UGD.
- g. Melaksanakan pengendalian mutu pelayanan gawat darurat.
- h. Melakukan koordinasi dengan unit RS lain.

UGD harus bisa bekerjasama dengan unit pelayanan medis terkait yang ada di luar maupun di dalam instansi pelayanan kesehatan tersebut, baik pra rumah sakit maupun rumah sakit dalam menyelenggarakan terapi definitif (Depkes, 2005).

Menurut Depkes RI klasifikasi UGD terdiri dari:

1. UGD kelas IV
2. UGD kelas III
3. UGD kelas II
4. UGD kelas I

Yang dimaksud:

1. Unit 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 siap di tempat 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. Unit 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 di tempat (*on-site*) 24 jam yang memiliki kualifikasi medik 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).
3. Unit Gawat Darurat kelas II : memiliki dokter spesialis empat besar yang siap panggil (*on-call*), dokter umum yang siaga di tempat (*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).

4. Unit 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).

Klasifikasi yang membedakan setiap pelayanan di Unit Gawat Darurat (emergensi) di rumah sakit, adalah kemampuan dalam melakukan pemeriksaan awal dan penatalaksanaan pasien gawat darurat yang diketahui dengan adanya :

- a. Ketersediaan sumber daya manusia
- b. Ketersediaan fasilitas dan peralatan
- c. Ketersediaan sarana pendukung
- d. Ketersediaan sistem kendali mutu
- e. Ketersediaan fasilitas pendidikan dan pelatihan (Depkes Yan Med, 2006).

B. PERMASALAHAN di UGD

Di Amerika, *Emergency Medical Treatment and Active Labor Act* (EMTALA) menentukan dua persyaratan bagi rumah sakit yaitu pertama setiap rumah sakit harus menyediakan pemeriksaan penyaring yang sesuai untuk setiap orang yang berobat ke UGD dan meminta untuk diperiksa atau tindakan medis atau bagi siapapun yang memerlukan pengobatan dan kedua jika rumah sakit menentukan bahwa orang tersebut berada dalam kondisi gawat darurat, UGD harus membuat stabil atau

merujuk orang tersebut (jika perlu dirawat inap) . Rumah sakit harus menanggung biaya perawatan dari pasien yang tidak mampu membayar. Peningkatan dari kunjungan ke UGD oleh pasien yang tidak mampu bayar bukan hanya mempengaruhi jumlah kunjungan, tetapi juga mempengaruhi kenaikan angka pasien yang tidak terlayani. Sejumlah permasalahan lain yang dihadapi UGD adalah kekurangan tempat tindakan, *on-call* dokter spesialis dan pelayanan penerjemah berbagai bahasa (Burt,et al, 2006).

Tahun 2005 , peneliti dari HSC (*Health System Change*) di Amerika melaporkan tekanan yang dihadapi oleh UGD rumah sakit antara lain :

- a. Peningkatan tuntutan pelayanan UGD yang disebabkan peningkatan pertumbuhan penduduk yang cepat.
- b. Pada dekade lalu, secara keseluruhan *rate* penggunaan UGD meningkat 7%, yaitu dari 36,9 ke 39.6 kunjungan per 100 orang (O'Malley et al, 2007).

Di Indonesia, permasalahan di UGD bisa disederhanakan menjadi dua yaitu : (1.) masalah pembiayaan dan (2.) masalah beban kerja. Masalah pembiayaan berupa kesulitan biaya pengelolaan UGD yang setidaknya ada dua faktor yang mempengaruhi, yaitu biaya UGD yang memang besar dan pasien yang tidak selalu membayar karena ketidaksiapannya akibat musibah gawat darurat. Masalah beban kerja terjadi karena yang memanfaatkan UGD belum tentu pasien gawat melainkan mereka yang sebenarnya bisa dilayani di rawat jalan, dengan akibat beban kerja perawat UGD meningkat. Masalah beban kerja ini berakibat pada penurunan mutu pelayanan, karena perhatian pada pasien yang benar-benar membutuhkan pertolongan jadi berkurang (Azwar.A, 1996).

C. KETENAGAAN

Dokter Gawat Darurat (DGD) adalah pelaksana KGD. DGD memerlukan pendidikan, pelatihan, pengalaman serta kelakuan yang sesuai agar KGD dapat efektif. DGD bisa berpraktek di desa hingga di kota, baik sendiri-sendiri atau berkelompok, pegawai pemerintah ataupun pegawai fakultas kedokteran. DGD berkewajiban untuk bertanggung-jawab memberikan pelayanan kesehatan tidak terencana bagi masyarakat selama 24 jam sehari (Saainin.S, 2002).

Dokter UGD adalah dokter yang telah dilatih untuk mengerti :

1. Pengenalan, evaluasi, perawatan dan disposisi yang segera pada pasien yang mengalami sakit dan luka yang akut.
2. Administrasi, penelitian dan pelatihan pada semua aspek perawatan gawat darurat.
3. Pengarahan yang sesuai pada pasien untuk mendapatkan perawatan lanjutan, di dalam atau di luar rumah sakit sesuai dengan yang dibutuhkan.
4. Pengelolaan sistem pengobatan gawat darurat, termasuk respon pengobatan pada bencana, masalah kesehatan masyarakat, perawatan gawat darurat dan bencana (CAEP, 2001).

Pengadaan DGD melalui residensi selalu lebih sedikit dari kebutuhan akan DGD yang berkualifikasi. Kebanyakan DGD yang berkualitas, berkompeten dan berdedikasi saat ini berasal dari disiplin yang non KGD. Mereka akan tetap mengisi kebutuhan DGD. Karenanya semua dokter yang berdedikasi pada KGD harus diberi kesempatan memperlihatkan kompetensinya dalam KGD. Sistem evaluasi harus digunakan agar semua DGD dapat memperlihatkan kompetensi KGD nya. Sistem

evaluasi ini berdasarkan pendidikan, pelatihan, pengalaman klinik, penilaian kegiatan klinik serta ujian *board*. Bila DGD menampilkan kompetensi klinik, ia akan kompeten pada semua tingkat DGD.

Gawat Darurat Medis (GDM) serta Perawatan Gawat Darurat (PGD) harus berdasarkan anggapan publik atas kegawatdaruratan. Bila kebanyakan publik melihat proses medis mungkin menyebabkan kesakitan atau kematian, maka keadaan tersebut adalah gawat darurat yang memerlukan perhatian medis segera. Kepercayaan publik ini mungkin termasuk, namun tidak terbatas pada : nyeri akut atau berat, perdarahan eksternal atau kemungkinan perdarahan internal, sesak napas berat atau akut, nyeri dada, nyeri kepala berat atau akut, nyeri perut berat atau akut, demam berat atau akut, penurunan kesadaran, cedera traumatik akut, gangguan adekuasi sirkulasi, gangguan fungsi motor, perubahan tingkah akut, gangguan akut fungsi sensoris, evaluasi dan tindakan atas penyalahgunaan dan kelalaian, fungsi ginekologis abnormal, persalinan, disfungsi kemih atau usus akut, tindakan atas kelainan yang berhubungan dengan kesehatan masyarakat, infeksi akut, wabah, peradangan, reaksi alergi akut, krisis kesehatan mental akut, perawatan neonatal, kelainan yang berkaitan dengan penyalahgunaan obat/zat (Saainin.S, 2002).

Penelitian terhadap 1930 pasien di UGD yang ditangani oleh 21 dokter UGD (Median 17 pasien per *shift*, interkuartil range 14-23) didapatkan secara keseluruhan paling sedikit satu konsultasi dilakukan terhadap 38% pasien. Lebih dari separuh (54,3%) pasien yang dikonsulkan harus menjalani rawat inap di rumah sakit. Proporsi konsultasi antara pria dan wanita hampir sama (51%:49% , $p = 0,03$). Konsultasi lebih sering dilakukan pada pasien yang berumur tua, mempunyai angka kehadiran lebih tinggi, tiba pada saat jam tengah hari atau dengan ambulans (Woods et al, 2008).

D. WAKTU PELAYANAN

Menurut Depkes falsafah UGD menyebutkan bahwa kecepatan dan ketepatan dalam memberikan pertolongan pada pasien sesuai tingkat kegawatdaruratan, tanpa membedakan sosial, ekonomi, agama, dan ras akan menurunkan angka kematian dan kecacatan (Depkes, 2005).

Selain waktu yang merupakan faktor penting untuk penanganan pasien UGD, juga diperlukan perawat terlatih untuk dapat mengurangi keterlambatan didalam pemeriksaan dan pengobatan pasien (NSW, 2000).

The National Hospital Ambulatory Medical Care Survey (NHAMCS) mengklasifikasikan tingkat kegawatdaruratan pasien yang ditandai sejak tiba di UGD dan dilakukan triase, menjadi empat golongan yaitu, *emergent/gawat darurat* (kurang dari 15 menit), *urgent/darurat* (15-60 menit), *semiurgent* (1-2 jam) dan *non urgent* (2-24 jam) (Mc Caig et al, 2006).

Menurut laporan yang diberikan oleh beberapa rumah sakit di Kanada, separuh dari pasien UGD menunggu untuk diperiksa oleh dokter kurang dari 51 menit, 10% menunggu kurang dari 10 menit, dan lainnya menunggu hampir 3 jam atau lebih. Hasil survei di berbagai negara pada tahun 2004 menunjukkan bahwa waktu tunggu 2 jam atau lebih untuk bertemu dokter, di Kanada sebanyak 48%, 36% di *United Kingdom*, 34 % di Amerika Serikat, 29% di Australia dan 27% di Selandia Baru (CIHI, 2005).

Tahun 2003-2004, penduduk Ontario yang mengunjungi UGD hampir 5 juta kunjungan. Pada saat yang sama, waktu tunggu UGD untuk 90% yang berkunjung

mencapai 6,6 jam. Bila dipisah menjadi bagian yang lebih terperinci berdasarkan kegawatan pasien didapat: 90% pasien CTAS level I-III (memerlukan resusitasi, gawat darurat) menunggu sampai 8,67 jam dan 90% pasien CTAS level IV-V (tidak dan kurang gawat) menunggu hampir 4,32 jam. Waktu tunggu ini terjadi dengan berbagai alasan. CTAS level I, II, dan III menghabiskan sedikit waktu tunggu untuk bertemu dokter dan banyak waktu menunggu untuk dipulangkan atau masuk rawat inap rumah sakit. Sebaliknya pasien CTAS level IV dan V menghabiskan banyak waktu tunggu untuk bertemu dokter bergantung urutan berbagai tingkat pengobatan (OHA, 2006).

Waktu yang digunakan untuk menunggu dokter juga bervariasi berdasarkan berat ringannya kondisi pasien. Pasien-pasien tersebut berpendapat bahwa yang paling darurat adalah yang secara rata-rata paling cepat harus ditangani, dan setengahnya bertemu dokter dalam waktu 5 menit. Di lain pihak 10% dari yang sakit berat menunggu 45 menit atau lebih. Kasus yang tergolong sakit berat termasuk trauma berat, syok atau gagal nafas berat, sementara kasus tidak darurat seperti sakit tenggorokan, diare atau nyeri punggung kronik (CIHI, 2005).

Waktu pelayanan UGD didapatkan dari menghitung selisih waktu kedatangan dan waktu keluar pasien (Mc Caig et al, 2006). Total waktu pelayanan UGD diukur dari waktu pasien pertama kali mendaftar atau dilakukan triase di UGD hingga pasien keluar dari UGD. Ukuran ini mencakup waktu tunggu hingga pertama kali diperiksa dokter atau mendapat pengobatan dan waktu tambahan yang dihabiskan sampai pemeriksaan pasien lengkap (CIHI, 2007). Lama waktu tinggal di UGD (LOS) dihitung mulai dari waktu pasien pertama kali tiba di UGD, meliputi waktu penilaian triase perawat atau waktu pendaftaran pasien, bergantung yang mana

duluan, dan berakhir ketika pasien meninggalkan UGD untuk pulang ke rumah, perawatan di rumah dalam jangka panjang atau rawat inap, ke ruang operasi, *Intensive Care*, atau keputusan klinis setelah konsultasi atau ke fasilitas lainnya (OHA, 2006).

Dari penelitian di Kanada tentang lama waktu pasien di UGD, hampir separuh pasien yang berobat ke UGD menghabiskan waktu 2 jam atau kurang, dan 10% diantaranya menghabiskan waktu 36 menit atau kurang, namun demikian ada 10% yang menghabiskan waktu mereka lebih dari 6 jam di UGD. Proporsi pasien yang menghabiskan waktu kurang dari 4 jam di UGD hampir sama baik di Kanada (76%) dan Amerika Serikat (72%). Di Inggris, hampir semua pasien menghabiskan waktu kurang dari 4 jam, dan hal ini sesuai dengan tujuan dari program nasional untuk mengurangi waktu kunjungan di UGD (Oviatt et al, 2005).

Penelitian di Amerika terhadap 1047 pasien yang meliputi karakteristik pasien, waktu proses di UGD, pemeriksaan yang dilakukan, konsultasi dan lama waktu keseluruhan di UGD didapatkan hasil pasien dengan triase *intermediate* level III dan IV secara umum mempunyai waktu tunggu paling lama agar dapat diperiksa perawat dan dokter dan juga mempunyai waktu tinggal di UGD paling lama. Didapatkan juga bahwa level triase, pemeriksaan dan konsultasi adalah variabel independen penting yang mempengaruhi LOS (*Length Of Stay*) UGD (Yoon et al, 2008). Pasien yang harus rawat inap cenderung lebih lama di UGD karena mereka mungkin memerlukan pemeriksaan tambahan, konsul dengan dokter spesialis, atau pada beberapa kasus, pasien harus menunggu tersedianya tempat tidur di rawat inap rumah sakit. Pasien yang tidak membutuhkan rawat inap cenderung memerlukan waktu lebih pendek di UGD; 90% dari pasien ini dilayani dalam waktu kurang dari 6 jam (CIHI, 2007).

Penelitian di Kanada menunjukkan bahwa hampir separuh pasien yang berkunjung ke UGD menghabiskan waktu 2 jam atau kurang dengan median 128 menit, 10% pasien menghabiskan waktu 36 menit atau kurang (persentil 10), dan 10% lainnya menghabiskan waktu > 6 jam di UGD (persentil 90). Jumlah waktu yang dihabiskan di UGD bervariasi bergantung pada beratnya penyakit, luka pasien, jumlah pasien di UGD saat itu, dan jam saat berobat. Peningkatan waktu tinggal pada pasien dengan sakit yang lebih berat yang berobat ke UGD juga dilaporkan rumah sakit di Australia pada tahun 2003-2004. Pasien yang di triase sakit berat mempunyai median waktu tinggal di UGD lebih dari 3 jam (195 menit) dibanding dengan yang di triase kurang berat penyakitnya mempunyai median waktu tinggal 75 menit.

Alur waktu pelayanan pasien di UGD mencakup :

- a. Triase : - Waktu triase, Level triase
- b. Pendaftaran : - Tanggal/Jam, Demografi/Alamat
- c. Proses perawatan : - Pemeriksaan Dokter, diagnostik, pengobatan dan keputusan rawat inap
- d. Pasien keluar/*discharge* : - Tanggal/jam, Kategori keluar untuk pulang ke rumah, rawat inap atau dirujuk (CIHI, 2005).

E. PENDIDIKAN dan PELATIHAN

UGD harus memiliki personil yang trampil, ditunjang oleh kemampuan yang diperoleh melalui berbagai kursus/pelatihan secara periodik. Pelayanan Unit Gawat Darurat ditetapkan sesuai standar klasifikasi tempat pelayanan, diperlukan data jumlah/jenis kunjungan yang diterima sehari-hari dan kesiapan serta kemampuan

menangani korban massal (sesuai dengan prediksi keadaan khusus di wilayahnya) (Depkes, 2005).

Dalam memenuhi tuntutan masa depan, perawat UGD harus membangun sikap yang menunjukkan:

- Cara kerja yang fleksibel dan inovatif serta cara berpikir professional.
- Komitmen untuk pembelajaran dan latihan berkesinambungan
- Pengakuan akan kemampuan serta keterbatasan diri
- Standar yang tepat akan pendidikan, keahlian klinis serta kompetensi untuk memberikan pelayanan yang bermutu untuk pasien (NSW, 2000).

Pelaksanaan Pelayanan Gawat Darurat harus mempunyai kemampuan pelatihan dengan kualifikasi sebagai berikut :

1. Unit Gawat Darurat kelas IV mampu memberikan pelatihan Penanggulangan Penderita Gawat Darurat (PPGD)/ *General Emergency Life Support (GELS)* dan pendidikan untuk calon dokter spesialis, dokter umum, perawat, awam khusus, dan awam umum.
2. Unit Gawat Darurat kelas III mampu memberikan pelatihan PPGD/GELS untuk dokter, perawat, awam khusus, dan awam umum.
3. Unit Gawat Darurat kelas II mampu memberikan pelatihan PPGD/Bantuan Hidup Dasar (BHD) untuk perawat, awam khusus, dan awam umum.
4. Unit Gawat Darurat kelas I/Pra Rumah sakit/Puskesmas dan sederajatnya mampu memberikan pelatihan PPGD/BHD untuk awam khusus dan awam umum (Depkes, 2005).

F. MOTIVASI

Pengertian motivasi atau memotivasi merupakan proses dengan apa seseorang atasan memacu bawahan untuk bekerja dalam rangka upaya mencapai sasaran organisatoris sebagai alat untuk memuaskan keinginan pribadi mereka sendiri. Model motivasi dari Frederick Taylor yang dikutip oleh Pitauli adalah dengan menaikkan sistem upah untuk memotivasi para karyawan. Makin besar hasil yang dikerjakan karyawan tersebut makin besar upah yang didapat. Selain dengan menaikkan upah pekerja, masih ada hal-hal yang patut diperhatikan, yaitu hubungan sosial. Elton Moyo dan peneliti hubungan antar manusia lainnya mengemukakan bahwa kontak sosial yang dialami karyawan baik di dalam kerja maupun di luar jam kerja mempunyai arti penting. Atasan perlu memotivasi karyawan dengan memperhatikan dan memenuhi sedapat mungkin kebutuhan sosialnya dengan membuat mereka merasa berguna dan penting. Kelompok kerja informal dibiarkan tumbuh dan kadang-kadang perlu rekreasi bersama (Pitauli S, 2003).

Motivasi adalah karakteristik psikologi manusia yang memberi kontribusi pada tingkat komitmen seseorang. Hal ini termasuk faktor-faktor yang menyebabkan, menyalurkan dan mempertahankan tingkah laku manusia dalam arah tekad tertentu.

Suatu penampilan kerja diakibatkan dari interaksi dua variabel yaitu (1) kemampuan melaksanakan tugas dan (2) motivasi. Memotivasi adalah proses manajemen untuk mempengaruhi tingkah laku manusia berdasarkan pengetahuan mengenai "apa yang membuat orang tergerak".

Menurut bentuknya motivasi terdiri dari :

1. Motivasi Intrinsik yaitu motivasi yang datangnya dari dalam diri individu.
2. Motivasi Ekstrinsik yaitu motivasi yang datangnya dari luar individu.
3. Motivasi Terdesak yaitu motivasi yang muncul dalam kondisi terjepit dan munculnya serentak serta menghentak dan cepat sekali.

Teori-teori motivasi dikelompokkan menjadi lima kategori yaitu teori kebutuhan, teori penguatan, teori keadilan, teori harapan dan teori penetapan sasaran.

Motivasi kerja adalah suatu kondisi yang berpengaruh untuk membangkitkan, mengarahkan dan memelihara perilaku yang berhubungan dengan lingkungan kerja.

Beberapa prinsip dalam memotivasi kerja yaitu :

1. Prinsip partisipatif

Dalam upaya memotivasi kerja, pegawai perlu diberikan kesempatan ikut berpartisipasi dalam menentukan tujuan yang akan dicapai oleh pemimpin.

2. Prinsip komunikasi

Pemimpin mengkomunikasikan segala sesuatu yang berhubungan dengan usaha pencapaian tugas, dengan informasi yang jelas, pegawai akan lebih mudah dimotivasi kerjanya.

3. Prinsip mengakui andil bawahan

Pemimpin mengakui bahwa bawahan (pegawai) mempunyai andil di dalam usaha pencapaian tujuan. Dengan pengakuan tersebut, pegawai akan lebih mudah dimotivasi kerjanya.

4. Prinsip pendelegasian wewenang

Pemimpin akan memberikan otoritas atau wewenang kepada pegawai bawahan untuk sewaktu-waktu dapat mengambil keputusan terhadap

pekerjaan yang dilakukannya, hal ini dapat membuat pegawai yang bersangkutan menjadi termotivasi untuk mencapai tujuan yang diharapkan oleh pemimpin

5. Prinsip memberi perhatian

Pemimpin memberikan perhatian terhadap apa yang diinginkan pegawai bawahannya, dan bawahan akan termotivasi bekerja sesuai dengan harapan pemimpin (Nursalam, 2002).

G. KETRAMPILAN DOKTER dan PERAWAT

Menurut Konsil Kedokteran Indonesia seorang dokter harus memenuhi persyaratan standar kompetensi dokter. Kompetensi adalah seperangkat tindakan cerdas dan penuh tanggung jawab yang dimiliki seseorang sebagai syarat untuk dianggap mampu oleh masyarakat dalam melaksanakan tugas di bidang pekerjaan tertentu dan memenuhi elemen-elemen sebagai berikut :

1. Landasan kepribadian
2. Penguasaan ilmu dan ketrampilan
3. Kemampuan berkarya
4. Sikap dan perilaku dalam berkarya menurut tingkat keahlian berdasarkan ilmu dan ketrampilan yang dikuasai
5. Pemahaman kaidah berkehidupan masyarakat sesuai dengan keahlian dalam berkarya (Konsil Kedokteran Indonesia, 2006).

Area ketrampilan klinis seorang dokter adalah mempunyai kompetensi inti yaitu melakukan prosedur klinis sesuai masalah, kebutuhan pasien dan sesuai kewenangannya dan mampu:

1. Memperoleh dan mencatat informasi yang akurat serta penting tentang pasien dan keluarganya dengan cara menggali dan merekam dengan jelas keluhan-keluhan yang disampaikan (bila perlu disertai gambar), riwayat penyakit saat ini, medis, keluarga, sosial serta riwayat lain yang relevan.
2. Melakukan prosedur klinik dan laboratorium dengan cara :
 - Memilih prosedur klinis dan laboratorium sesuai dengan masalah pasien
 - Melakukan prosedur klinis dan laboratorium sesuai kebutuhan pasien dan kewenangannya
 - Melakukan pemeriksaan fisik dengan cara yang seminimal mungkin menimbulkan rasa sakit dan ketidaknyamanan pada pasien
 - Melakukan pemeriksaan fisik yang sesuai dengan masalah pasien
 - Menemukan tanda-tanda fisik dan membuat rekam medis dengan jelas dan benar
 - Mengidentifikasi, memilih dan menentukan pemeriksaan laboratorium yang sesuai
 - Melakukan pemeriksaan laboratorium dasar
 - Membuat permintaan pemeriksaan laboratorium penunjang
 - Menentukan pemeriksaan penunjang untuk tujuan penapisan penyakit.
 - Memilih dan melakukan ketrampilan terapeutik, serta tindakan preventif sesuai dengan kewenangannya

3. Melakukan prosedur ke daruratan klinis dengan cara:

- Menentukan keadaan ke daruratan klinis
- Memilih prosedur ke daruratan klinis sesuai kebutuhan pasien atau menetapkan rujukan
- Melakukan prosedur ke daruratan klinis secara benar dan etis, sesuai dengan kewenangannya
- Mengevaluasi dan melakukan tindak lanjut (**Konsil Kedokteran Indonesia 2006**).

Menurut Depkes seorang perawat harus memenuhi kompetensi perawat khususnya untuk perawat gawat darurat harus memiliki kemampuan untuk melakukan tindakan dengan berdasarkan pengkajian secara komprehensif dan perencanaan yang tepat dan lengkap. Kompetensi ini bukan prosedur tindakan tetapi kompetensi perawat harus diikuti dan dilaksanakan sesuai *standard operating procedure* (SOP) yang baku. Kompetensi tersebut meliputi pengetahuan, sikap dan ketrampilan yang harus ditingkatkan atau dikembangkan dan dipelihara sehingga menjamin perawat dapat melaksanakan peran dan fungsinya secara profesional .

Kompetensi tersebut diuraikan berdasarkan pendekatan sistem dan fungsi tubuh sebagai berikut:

- a. Sistem Pernafasan :
 1. Mengetahui adanya sumbatan jalan nafas
 2. Membebaskan jalan nafas
 3. Memberikan nafas buatan
 4. Melakukan resusitasi kardio pulmoner
 5. Mengetahui tanda-tanda trauma toraks

6. Memberikan pertolongan pertama pada trauma toraks
- b. Sistem sirkulasi (jantung) :
 1. Mengetahui tanda-tanda aritmia jantung, syok
 2. Memberi pertolongan pertama pada aritmia jantung
 3. Mengetahui adanya henti jantung
 4. Memberi pertolongan pertama pada henti jantung
 5. Mengatur posisi baring
 - c. Sistem vaskuler :
 1. Menghentikan perdarahan dengan menekan atau memasang *tourniquet*
 2. Melakukan kolaborasi untuk pemasangan infus/transfusi
 - d. Sistem saraf :
 1. Mengetahui tanda-tanda koma dan memberi pertolongan pertama
 2. Memberikan pertolongan pertama pada trauma kepala
 3. Mengetahui tanda-tanda stroke dan memberi pertolongan pertama
 4. Mengetahui tanda-tanda kelainan neurologis
 5. Memberikan pertolongan pertama pada keadaan dengan kelainan neurologis
 - e. Sistem imunologis :
 1. Mengetahui tanda-tanda syok anafilaksis
 2. Memberikan pertolongan pertama
 - f. Sistem gastro intestinal :

Mengetahui tanda-tanda akut abdomen
 - g. Sistem skeletal :
 1. Mengetahui tanda-tanda patah tulang

2. Mampu memasang bidai
 3. Mampu mentransportasi penderita dengan patah tulang
- h. Sistem kulit :
1. Memberikan pertolongan pertama pada luka
 2. Memberikan pertolongan pada luka bakar
- i. Sistem farmakologis/toksikologis :
1. Memberikan pertolongan pertama pada keracunan
 2. Memberikan pertolongan pertama pada penyalahgunaan obat
 3. Memberikan pertolongan pertama pada gigitan binatang
- j. Sistem reproduksi :
1. Mengenal kelainan darurat obstetrik atau ginekologi
 2. Melakukan pertolongan pertama gawat darurat kebidanan
- k. Aspek psikologis :
1. Mampu mengidentifikasi gangguan psiko sosial
 2. Mampu memberikan pertolongan pertama
- Disamping kompetensi tersebut diatas tenaga keperawatan harus memahami:
- a. Sistem pengorganisasian :
1. Mengetahui sistem penanggulangan penderita gawat darurat
 2. Mampu mengkoordinasikan kegiatan pelayanan keperawatan dalam sistem penanggulangan korban bencana
- b. Sistem komunikasi medis :
1. Mengenal berbagai jenis alat komunikasi medis
 2. Mampu mengoperasikan alat komunikasi medis

c. Sistem pencatatan dan pelaporan :

1. Mengenal jenis dan cara penggunaan format untuk pencatatan dan pelaporan
2. Mampu melaksanakan pencatatan dan pelaporan secara tepat dan benar sesuai dengan ketentuan yang berlaku (**Depkes 2005**) .

H. KATEGORI PASIEN

Beberapa kondisi dimana waktu perjalanan hingga tiba di suatu UGD dapat menyebabkan kondisi pasien semakin memburuk walaupun sudah dilakukan persiapan yang baik. Kebanyakan kematian yang timbul pada serangan pertama terjadi pada waktu 2 jam pertama dan sebagian dapat diselamatkan bila ada perawat yang terlatih dan sanggup melakukan tindakan resusitasi dan defibrilasi (**NSW, 2000**).

Banyak penelitian yang melaporkan bahwa kunjungan pasien ke UGD kebanyakan dengan luka ringan, sakit atau masalah pengobatan kesehatan primer dimana kasus tersebut sebenarnya dapat ditangani di praktek Dokter Umum (**NSW, 2000**).

Penelitian yang dilakukan oleh CIHI (*Canadian Institute for Health Information*) tahun 2003-2004 menunjukkan bahwa 57% pasien yang berobat ke UGD termasuk yang kurang darurat (*less-urgent*) atau tidak darurat (*non-urgent*). Hanya 0,5% pasien yang dipertimbangkan sebagai penyakit berat dalam arti mereka membutuhkan tindakan penyelamatan nyawa (*life-saving*) (**Oviatt et al, 2005**).

Beberapa negara menetapkan sistem triase pasien dalam berbagai tingkatan/level serta *response time* dari dokter atau perawat terhadap pasien yang berobat ke

UGD misalnya *Australasian College for Emergency Medicine 2002, Canadian Association of Emergency Physician 2002, dan Manchester Triage Group 1997 (AHRQ, 2005).*

Tabel 2.1.
Sistem Triase di beberapa Negara.

Sistem	Negara	Level	Response Time
<i>Australasia Triage Scale (ATS)</i>	Australia	1. <i>Resuscitation</i>	Level 1 -- 0 menit
	Selandia Baru	2. <i>Emergency</i>	2 -- 10 menit
		3. <i>Urgent</i>	3 -- 30 menit
		4. <i>Semi Urgent</i>	4 -- 60 menit
		5. <i>Non Urgent</i>	5 -- 120 menit
<i>Manchester</i>	England	1. <i>Resuscitation (red)</i>	Level 1 – 0 menit
	Scotland	2. <i>Emergency (orange)</i>	2 -- 10 menit
		3. <i>Urgent (yellow)</i>	3 -- 60 menit
		4. <i>Semi Urgent (green)</i>	4 -- 120 menit
		5. <i>Non Urgent (blue)</i>	5 -- 240 menit
<i>Canadian Triage and Acuity Scale (CTAS)</i>	Kanada	1. <i>Resuscitation</i>	Level 1 – 0 menit
		2. <i>Emergency</i>	2 -- 10 menit
		3. <i>Urgent</i>	3 -- 30 menit
		4. <i>Semi Urgent</i>	4 -- 60 menit
		5. <i>Non Urgent</i>	5 -- 120 menit

Laporan di Kanada menunjukkan kebanyakan pasien yang berobat ke UGD diperbolehkan pulang ke rumah. Lebih dari 80% pulang ke rumah setelah berobat ke UGD. Hanya 11% yang memerlukan rawat inap untuk penanganan lebih lanjut (CIHI, 2005).

Di Kanada penggolongan pasien berdasarkan beratnya kondisi menggunakan metoda menurut *The Canadian Triage and Acuity Scala* (CTAS) :

- CTAS I : sakit berat, memerlukan resusitasi
- CTAS II : memerlukan penanganan darurat dan tindakan medis segera
- CTAS III : memerlukan penanganan darurat
- CTAS IV : memerlukan penanganan kurang darurat
- CTAS V : memerlukan penanganan tidak darurat (Oviatt et al, 2005).

Menurut Depkes pasien yang masuk ke UGD harus dilakukan sistem triase untuk menentukan diagnosa kegawatan pasien tersebut. Triase yaitu suatu sistem seleksi dan pemilihan pasien untuk menentukan tingkat kegawatan dan prioritas penanganan pasien. Petugas yang melakukan triase adalah dokter atau perawat yang sudah bersertifikat pelatihan PPGD dan lain-lain.

Klasifikasi dan pemberian label pasien untuk tindakan triase yaitu untuk menentukan tingkat perawatan yang dibutuhkan oleh korban. Kartu kode warna triase dapat digunakan disini setelah diperoleh informasi akurat tentang keadaan penderita.

Kartu warna yang digunakan disini adalah:

- **Merah** = korban-korban yang membutuhkan stabilisasi dan korban-korban, misalnya:
 - Syok oleh berbagai kausa
 - Gangguan pernafasan

- Trauma kepala dengan pupil anisokor
 - Pendarahan eksternal massif
 - Gangguan jantung yang mengancam
 - Luka bakar > 50% atau luka bakar di daerah thoraks
- **Kuning** = korban memerlukan pengawasan ketat, tetapi perawatan dapat ditunda sementara, termasuk dalam kategori ini, misalnya:
- Korban dengan resiko syok (korban dengan gangguan jantung, trauma abdomen berat).
 - Fraktur *multiple*
 - Fraktur femur/pelvis
 - Luka bakar luas
 - Gangguan kesadaran/trauma kepala
 - Korban dengan status yang tidak jelas
- **Hijau** = kelompok korban yang tidak memerlukan pengobatan atau pemberian pengobatan dapat ditunda, mencakup korban, misalnya:
- Fraktur minor
 - Luka minor, luka bakar minor, atau tanpa luka
- **Hitam** = korban yang telah meninggal dunia.

Pada kecelakaan-kecelakaan yang hanya menimbulkan sedikit korban dan tersedia sarana kesehatan yang menampung mereka, korban seperti di atas akan menjadi perhatian utama dan harus segera dipindahkan ke unit perawatan khusus.

Keputusan untuk mendampingi pasien dengan resiko klinik yang paling besar akan menjadi karakter petugas bila triase sudah menjadi budaya kerja pada UGD,

sehingga waktu yang terbatas justru mendorong karakter yang sistematis, simultan dan integratif menjadi kekuatan baru dalam manajemen resiko klinik.

Triase sebagai cara pemilahan penderita berdasar kebutuhan terapi (jenis luka, tanda vital, mekanisme trauma) dan sumber daya yang tersedia, mempunyai kontribusi besar dalam waktu tunggu pasien terutama bila pasien datang bersamaan atau dalam kondisi *overload* (Wijanarka dkk, 2005).

I. MATERIAL dan METODA

Standar alat dan instrumen di UGD harus berkualitas baik dan selalu tersedia untuk dipakai. Peralatan emergensi yang tersedia termasuk tabung oksigen, alat ventilasi manual, *suction*, *laryngoscope* dan *Endotracheal tube*, ECG dan *defibrillator* dan lain-lain (Wijono.D, 1999). UGD harus mempunyai standar minimum dan SOP untuk stafnya, serta didukung oleh peraturan dari *colegium* gawat darurat. Semua UGD harus mampu menyediakan suatu standar pengobatan minimal kepada pasien yang berobat ke UGD, bahkan bagian subspecialis dari suatu rumah sakit (NSW, 2001).

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 kegawatdaruratan.

Mengenai administrasi dan pengelolaannya di UGD harus ada dokter yang bertanggung jawab pada pelayanan, perawat senior dengan kualifikasi tertentu,

kerjasama dengan bagian lain, berperan dalam penanggulangan bencana dan melakukan sistem rujukan serta masih banyak lagi tuntutan UGD sebagai unit pelayanan (Wijono.D, 1999).

Menurut Depkes pelaksanaan Pelayanan Gawat Darurat mempunyai Standar Operating Prosedur (SOP) sebagai berikut :

1. Kasus kegawatan dengan ancaman kematian
2. *True Emergency* (5 kasus terbanyak)
3. Kasus dengan korban massal (trauma,dll)
4. Kasus keracunan massal serta Kejadian Luar Biasa (KLB), DHF dan diare
5. Kasus-kasus khusus seperti :
 - a. Kekerasan pada perempuan /anak
 - b. Persalinan yang mengancam jiwa/Persalinan normal
 - c. Kegawatan di ruang perawatan (Depkes, 2005).

J. MUTU PELAYANAN UGD

Mutu pelayanan kesehatan adalah yang menunjuk pada tingkat kesempurnaan pelayanan kesehatan, yang di satu pihak dapat menimbulkan kepuasan pada setiap pasien sesuai dengan tingkat kepuasan rata-rata penduduk, serta di pihak lain tata cara penyelenggaraannya sesuai dengan kode etik dan standar pelayanan profesi yang telah ditetapkan. Untuk pencapaian mutu tersebut perlu adanya suatu sasaran mutu yang dituju. Yang dimaksud dengan sasaran adalah kepada siapa keluaran yang dihasilkan, yakni upaya kesehatan tersebut ditujukan (Azwar.A, 1998)

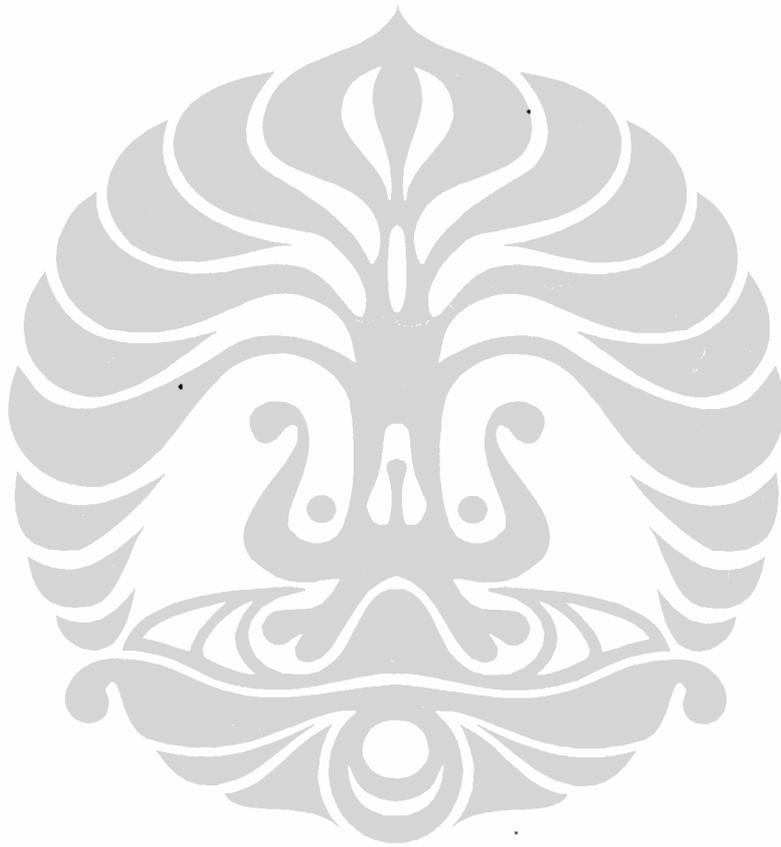
Suatu penelitian di dua RSUD di Jawa Timur yang telah mengikuti sistem manajemen mutu ISO dengan sasaran mutu untuk setiap unit pelayanannya, termasuk pelayanan klinik. Beberapa indikator klinik yang digunakan seperti angka kematian, waktu tunggu (*response time*) di instalasi gawat darurat, ketepatan hasil pemeriksaan di laboratorium, dan angka infeksi nosokomial di rawat inap (Djasri.H, 2006). Peran ISO 9000 adalah dengan mewajibkan seluruh unit/bagian memiliki sasaran mutu dengan target pencapaiannya masing-masing. Dengan adanya kewajiban menjalankan proses audit internal maka ISO 9000 mendorong adanya laporan dan tindak lanjut dari pencapaian sasaran mutu dan indikator kinerja.

Meski ISO adalah organisasi non pemerintah, kemampuannya untuk menetapkan standar yang sering menjadi hukum melalui persetujuan atau standar nasional membuatnya lebih berpengaruh daripada kebanyakan organisasi non-pemerintah lainnya, dan dalam prakteknya ISO menjadi konsorsium dengan hubungan yang kuat dengan pihak-pihak pemerintah. Peserta ISO termasuk satu badan standar nasional dari setiap Negara dan perusahaan-perusahaan besar.

Penerapan ISO di suatu perusahaan berguna untuk :

1. Meningkatkan citra perusahaan
2. Meningkatkan kinerja lingkungan perusahaan
3. Meningkatkan efisiensi kegiatan
4. Memperbaiki manajemen organisasi dengan menerapkan perencanaan, pelaksanaan, pengukuran dan tindakan perbaikan (*plan, do, check, act*)
5. Meningkatkan penataan terhadap ketentuan peraturan perundang-perundangan dalam hal pengelolaan lingkungan
6. Mengurangi resiko usaha

7. Meningkatkan daya saing
8. Meningkatkan komunikasi internal dan hubungan baik dengan berbagai pihak yang berkepentingan
9. Mendapat kepercayaan dari konsumen/mitra kerja/pemodal (**Wikipedia Indonesia, 2007**).



BAB III
KERANGKA KONSEP, HIPOTESIS
dan
DEFINISI OPERASIONAL

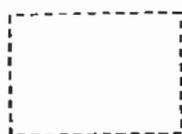
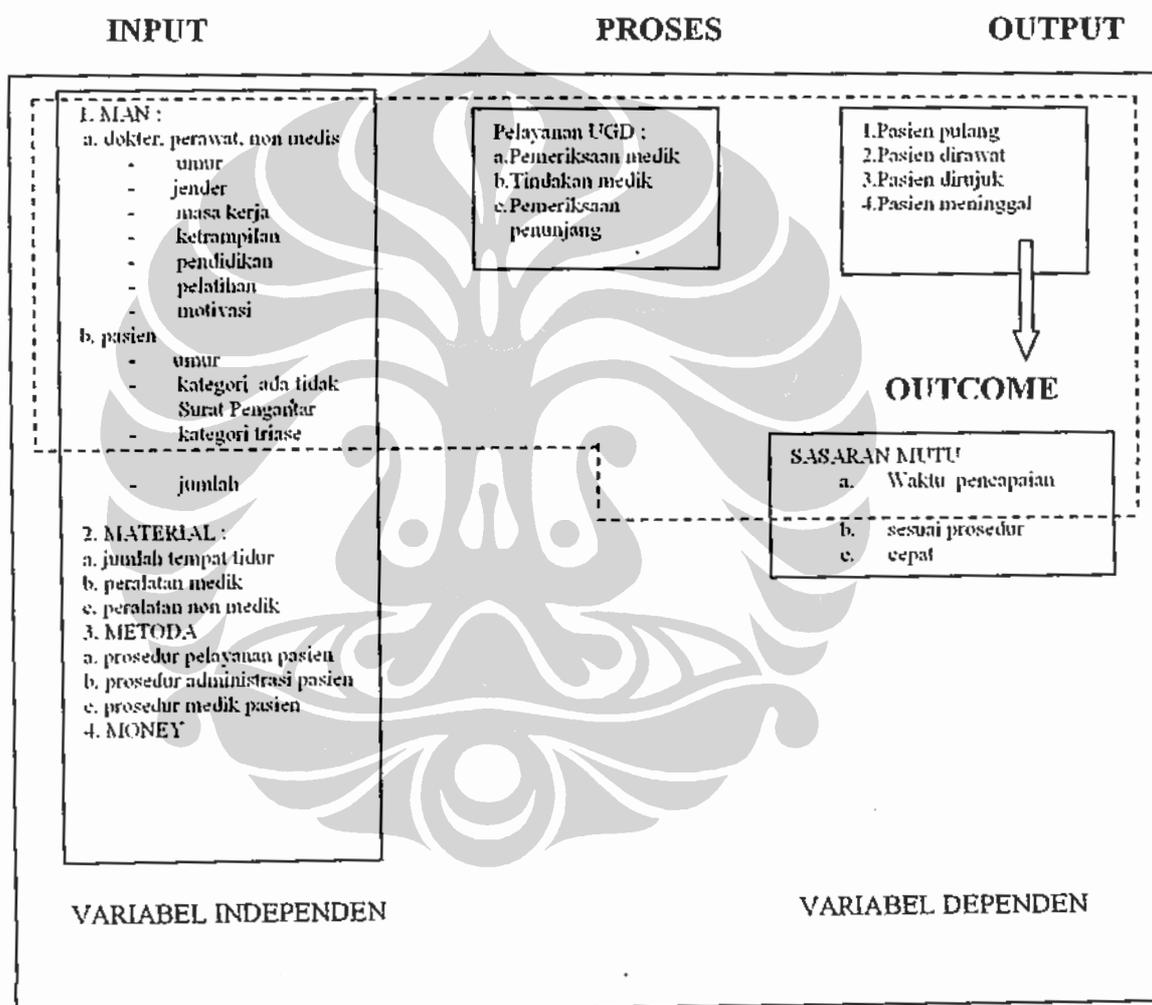
A. KERANGKA KONSEP

Untuk mendapatkan gambaran dan seberapa besar faktor-faktor yang mempengaruhi waktu pencapaian sasaran mutu pelayanan UGD RS. Pluit, hal tersebut akan dilihat secara sistem (lihat kerangka teori). Dari pemetaan menurut sistem ini dan dihubungkan dengan teori yang ada didalam tinjauan pustaka serta kenyataan di lapangan maka dapat terlihat faktor *input* pada pelayanan UGD yang mempengaruhi waktu pencapaian sasaran mutu dimana sasaran mutu UGD RS Pluit adalah waktu pelayanan UGD maksimal 60 menit, dihitung dari pasien datang sampai dengan pasien pulang atau pasien diantar ke ruang perawatan dan waktu pelayanan ini meliputi waktu pelayanan perawat, waktu pelayanan dokter dan waktu pelayanan lainnya misalnya waktu untuk pemeriksaan laboratorium, *Rontgen* foto, konsul dokter spesialis dll.

Faktor manusia baik dokter dan perawat dengan karakteristik umur, jender, masa kerja, dan pelatihan maupun pasien sendiri dengan kategori umur, Surat Pengantar/Tidak dan kategori triase diduga berpengaruh terhadap waktu pencapaian sasaran mutu pelayanan UGD.RS Pluit. Hal lainnya adalah ketrampilan, pendidikan, motivasi, jumlah tempat tidur, peralatan medik dan non-medik, dana serta prosedur

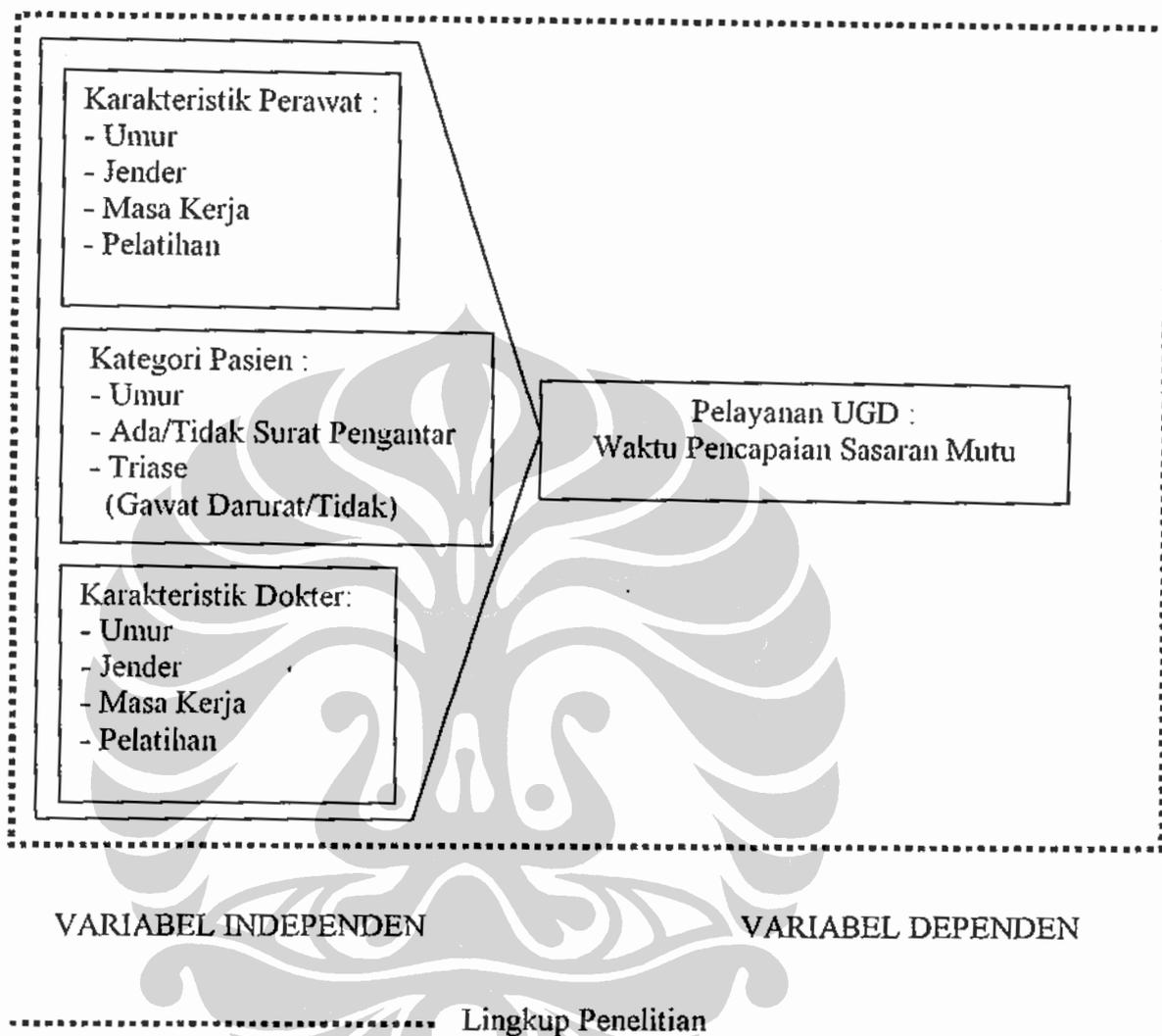
yang ada. Namun hal ini tidak diikutsertakan dalam penelitian karena adanya keterbatasan dari peneliti dan untuk mendapatkan gambaran mengenai faktor-faktor tersebut apakah sudah memadai atau tidak, dapat dibandingkan dengan standar yang ada misalnya standar Depkes.

Gambar 3.1. KERANGKA TEORI



Lingkup penelitian

Gambar 3.2. KERANGKA KONSEP



B. HIPOTESIS

Ada hubungan antara faktor-faktor karakteristik umur, jender, masa kerja, pelatihan perawat maupun dokter, kategori umur, Surat Pengantar/Tidak, dan triase pasien dengan waktu pencapaian sasaran mutu pada pelayanan UGD RS Pluit tahun 2008.

C. DEFINISI OPERASIONAL VARIABEL

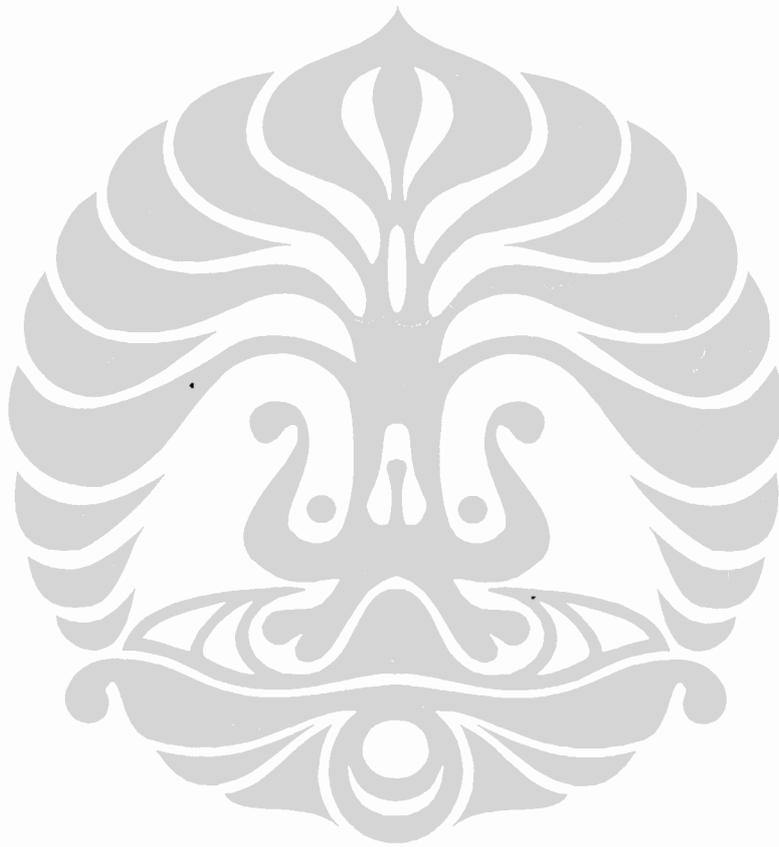
No	Variabel	Definisi Operasional	Pengukuran			Skala
			Cara	Alat	Hasil	
1	1.1. Waktu pencapaian Sasaran Mutu	<p>1.1. Waktu pencapaian Sasaran mutu adalah waktu pelayanan UGD dihitung dari pasien datang sampai dengan pasien pulang atau pasien diantar ke ruang perawatan, didalamnya mencakup waktu pelayanan yang dilakukan oleh perawat/dokter untuk menyelesaikan tiap tahap tindakan medis terhadap pasien yang dirawat serta waktu tunggu pelayanan non teknis medis.</p> <p>1.2. Durasi perawat melayani pasien adalah waktu yang dipergunakan perawat untuk menyelesaikan tiap tahap tindakan medis pada pasien yang ditangani, didalamnya mencakup durasi <i>response time</i> perawat, durasi pemeriksaan tanda vital dan durasi pemasangan infus,</p> <p>1.2.1. Durasi <i>Response time</i> perawat adalah waktu respon dari perawat dihitung dari pasien tiba di UGD sampai dengan perawat melakukan tindakan medis.</p>	<p>1.1. Catat waktu mulai pasien masuk sampai dengan pasien keluar</p> <p>1.2. Penjumlahan durasi <i>response time</i> perawat, durasi pemeriksaan tanda vital dan durasi pemasangan infus oleh perawat.</p> <p>1.2.1. Catat waktu pasien mulai masuk hingga diperiksa perawat</p> <p>1.2.2. Catat waktu mulai mengukur tensi, nadi, frekuensi nafas dan suhu hingga perawat menulis hasil di Berkas Rekam Medis</p> <p>1.2.3. Catat waktu mulai dari mempersiapkan alat, menusukkan jarum hingga merapikan alat</p> <p>1.3. Penjumlahan waktu respons dokter dan waktu pemeriksaan dokter</p> <p>1.3.1 Catat waktu</p>	<p>1.1. Jam dan Formulir Pengumpul Data untuk :</p> <p>1.2. Durasi pelayanan perawat</p> <p>1.2.1. <i>Response time</i> perawat</p> <p>1.2.2. Tindakan pemeriksaan tanda vital perawat</p> <p>1.2.3. Tindakan pemasangan infus perawat</p> <p>1.3. Waktu pelayanan dokter</p> <p>1.3.1. <i>Response time</i> dokter</p> <p>1.3.2. Waktu pemeriksaan dokter</p> <p>1.4. Waktu tunggu pelayanan non teknis medis.</p>	<p>1.1. Data waktu pencapaian sasaran mutu (durasi layanan pasien).</p> <p>1.2. Data Durasi perawat melayani pasien</p> <p>1.3. 1.2.1 Data Durasi <i>Response time</i> perawat</p> <p>1.2.2. Data Durasi Perawat mengukur tensi, nadi, frekuensi nafas dan suhu (Durasi Perawat memeriksa tanda vital pasien).</p> <p>1.2.3. Data Durasi Perawat memasang infus</p> <p>1.3. Data Durasi dokter melayani pasien.</p> <p>1.3.1. Data Durasi <i>Response time</i> dokter</p> <p>1.3.2 Data Durasi Dokter memeriksa Pasien</p> <p>1.4. Data waktu</p>	Rasio

	<p>1.2.2. Durasi perawat memeriksa tanda vital pasien adalah waktu yang dihitung sewaktu perawat melakukan tindakan mengukur tanda-tanda vital meliputi pemeriksaan tensi, nadi, frekuensi nafas dan suhu.</p> <p>1.2.3. Durasi perawat memasang infus yaitu waktu saat perawat memasang infus, dihitung mulai dari mempersiapkan alat, menusukkan jarum dan merapikan alat</p> <p>1.3 Durasi Dokter melayani pasien adalah waktu yang dipergunakan dokter untuk menyelesaikan tindakan medis pada pasien dan didalamnya mencakup waktu respons dokter dan waktu pemeriksaan dokter.</p> <p>1.3.1. Durasi <i>Response time</i> dokter yaitu waktu respon dokter dihitung dari waktu pasien tiba di UGD hingga diperiksa dokter.</p> <p>1.3.2. Durasi dokter memeriksa pasien adalah waktu yang dipakai dokter memeriksa pasien dihitung mulai dari pasien diperiksa sampai dengan menegakkan diagnosa atau memberikan instruksi pengobatan.</p> <p>1.4. Waktu tunggu Pelayanan non Teknis Medis adalah waktu tunggu pasien setelah semua pelayanan di UGD selesai atau waktu tunggu pasien yang dihitung dari total waktu layanan pasien di UGD dikurangi dengan durasi</p>	<p>mulai dari pasien masuk hingga diperiksa dokter</p> <p>1.3.2. Catat waktu mulai dari dokter memeriksa pasien hingga menegakkan diagnosa atau memberikan instruksi pengobatan</p> <p>1.4.1. Hitung selisih durasi total waktu layanan pasien di UGD dengan durasi total layanan dokter, perawat serta layanan penunjang lainnya di UGD.</p>	<p>tunggu pelayanan non teknis medis..</p>
--	---	---	--

		layanan dokter, perawat serta layanan penunjang lainnya di UGD.				
2	Perawat : 2.1. Umur perawat	2.1. Umur perawat adalah perhitungan lama hidup perawat tersebut yang telah ditempuh (tahun) sejak lahir hingga saat penelitian.	2.1. Catat usia dari perawat	2.1. Kartu tanda penduduk atau kartu identitas lain dan kuesioner	2.1. Data umur perawat	I n t e r v a l
	2.2. Jender	2.2. Jender adalah ciri yang membedakan perawat dalam dua kelompok jenis kelamin yang berbeda	2.2. Catat jenis kelamin perawat	2.2. Kartu tanda penduduk atau kartu identitas lain dan kuesioner	2.2. Data jenis kelamin perawat 2.2.1. Laki-laki 2.2.2. Perempuan	N o m i n a l
	2.3. Masa kerja perawat	2.3. Masa kerja perawat adalah lama waktu kerja seorang perawat dihitung mulai masuk bekerja di rumah sakit hingga saat sekarang	2.3. Mengambil data dari bagian Personalia	2.3. Kuisisioner	2.3. Data masa kerja perawat 2.3.1. 1 bulan - 3 tahun 0 bulan 2.3.2. 3 tahun 1 bulan atau lebih	O r d i n a l
	2.4. Pelatihan perawat	2.4. Pelatihan perawat adalah penerapan ilmu praktis yang telah diikuti oleh perawat baik PPGD dan atau ACLS	2.4. Mengambil data dari "Curriculum Vitae" terbaru personil UGD	2.4. Sertifikat Pelatihan dan kuisisioner	2.4. Data pelatihan perawat 2.4.1. PPGD 2.4.2. ACLS	N o m i n a l
3	Dokter : 3.1. Umur dokter	3.1. Umur adalah perhitungan lama hidup dokter tersebut yang telah ditempuh (tahun) sejak lahir hingga saat penelitian.	3.1. Catat usia dari dokter	3.1. Kartu Tanda Penduduk atau Kartu identitas lain.	3.1. Data umur dokter	I n t e r v a l

	3.2. Jender	3.2. Jender adalah ciri yang membedakan dokter dalam dua kelompok jenis kelamin yang berbeda	3.2. Catat jenis kelamin dokter	3.2. Kartu Tanda Penduduk atau Kartu identitas lain.	3.2. Data jenis kelamin dokter 3.2.1. Laki-laki 3.2.2. Perempuan	N o m i n a l
	3.3 Masa kerja dokter	3.3. Masa kerja adalah lama waktu kerja seorang dokter dihitung mulai masuk bekerja di rumah sakit hingga saat sekarang	3.3. Mengambil data dari bagian Personalia	3.3. Kuisisioner	3.3. Data masa kerja dokter 3.3.1. 1 bulan - 3 tahun 0 bulan 3.3.2 3 tahun 1 bulan atau lebih	O r d i n a l
	3.4. Pelatihan dokter	3.4. Pelatihan dokter adalah penerapan ilmu praktis yang telah diikuti seorang dokter baik PPGD, ACLS, ATLS, dan atau EKG	3.4. Mengambil data dari "Curriculum Vitae" terbaru personil UGD	3.4. Sertifikat Pelatihan dan kuisisioner	3.4. Data pelatihan dokter 3.4.1. PPGD 3.4.2. ACLS 3.4.2. ATLS 3.4.4. EKG	N o m i n a l
4	Pasien					
	4.1. Umur	4.1. Umur pasien adalah perhitungan lama hidup pasien tersebut yang telah ditempuh (tahun) sejak lahir hingga saat penelitian.	4.1. Mengambil data dari bagian pendaftaran pasien UGD.	4.1. Kartu tanda Penduduk	4.1. Data umur pasien.	I n t e r v a l
	4.2. Kategori Pasien dengan Surat Pengantar/ Tidak	4.2. Kategori pasien dengan Surat Pengantar/Tidak adalah pasien yang berobat ke UGD dengan membawa Surat Pengantar dari Dokter spesialis/ dokter di luar UGD untuk ditangani di UGD atau <i>No Name</i> (pasien murni dari UGD).	4.2. Observasi.	4.2. Kuesioner	4.2. Data pasien 4.2.1. Dengan Surat Pengantar 4.2.2. Pasien <i>No Name</i>	O r d i n a l

4.3. Kategori Triase Pasien	4.3. Kategori Triase pasien adalah status pasien setelah dilakukan triase oleh dokter atau perawat. Bila gawat Darurat: Merah dan tidak Gawat Darurat: Kuning, Hijau	4.3. Observasi	4.3. Warna Triase dan kuesioner 4.3.1 Merah untuk katagori gawat darurat 4.3.2. Hijau dan Kuning untuk katagori tidak gawat darurat	4.3. Data pasien 4.3.1. Gawat darurat 4.3.2. Tidak gawat darurat	O r d i n a l
-----------------------------	--	----------------	---	--	---------------------------------



BAB IV

METODOLOGI PENELITIAN

A. DESAIN PENELITIAN

Penelitian ini dilakukan dengan metode survei yang dilakukan dalam waktu bersamaan terhadap faktor-faktor yang mempengaruhi waktu pencapaian sasaran mutu pelayanan UGD RS Pluit (Bachtiar.A, 2007). Dari hasil pengamatan dan pencatatan didapatkan data waktu pencapaian sasaran mutu, data waktu dari karakteristik dokter dan data waktu dari karakteristik perawat dengan menggunakan alat bantu jam, formulir pengumpul data dan kuesioner. Sedangkan data kategori pasien didapat dari pencatatan dengan menggunakan alat bantu kuesioner.

B. LOKASI dan WAKTU PENELITIAN

Penelitian ini dilakukan di UGD RS Pluit Jakarta dan dilakukan selama 3 minggu berturut-turut pada awal bulan Maret 2008 .

C. POPULASI dan SAMPEL

1. Populasi

Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh pasien yang berobat ke UGD RS Pluit Jakarta.

2. Sampel

Dari data UGD RS Pluit didapatkan bahwa data kunjungan tiap bulan relatif sama dengan setiap hari kunjungan pasien sebanyak 40-50 pasien dan dari angka tersebut sebanyak 10-15 pasien menjalani rawat inap. Berdasarkan data diatas maka pengambilan sampel dilakukan dengan cara *blok sampel* dalam waktu 3 minggu berturut-turut pada bulan Maret 2008. Jumlah sampel yang diambil minimal sesuai dengan ukuran besarnya sampel atau sejumlah sampel yang didapat selama periode penelitian.

Kriteria inklusi :

- Pasien yang berobat ke UGD RS Pluit dan diharuskan rawat inap serta mendapat tindakan pemasangan infus.

Kriteria eksklusi :

- a. Pasien hamil *in partu* yang perlu segera dirujuk ke kamar bersalin.
- b. Pasien yang dalam kondisi kritis perlu segera dirujuk ke CCU (*Critical Care Unit*), NICU/PICU (*Neonatal Intensive Care Unit/Perinatal Intensive Care Unit*), Kamar Bedah, HD (*Hemodialisa*).
- c. Kondisi UGD dalam keadaan status KLB (*Kejadian Luar Biasa*).

Besarnya sampel penelitian ini dihitung berdasarkan tes hipotesis untuk satu proporsi populasi (*two-sided test*) dengan menggunakan rumus:

$$n = \frac{\{ z_{1-\alpha/2} \sqrt{P_0(1-P_0)} + z_{1-\beta} \sqrt{P_\alpha(1-P_\alpha)} \}^2}{(P_\alpha - P_0)^2}$$

Keterangan:	Value	
<i>Level of significance (%)</i>	α	10
<i>Power of the test (%)</i>	$1-\beta$	90
<i>Test value of the population proportion</i>	P_0	0.50

Anticipated value of the population proportion P_a 0.35

Sample size n 92

$P_o = 0,5$ diasumsikan peneliti tidak mengetahui besarnya proporsi sampel dalam populasi.

(Lwanga et al, 1998).

D. TEKNIK PENGUMPULAN DATA

Data yang diambil dalam penelitian ini adalah data primer. Data primer yang dikumpulkan hanya yang masuk dalam variabel penelitian yaitu waktu pencapaian sasaran mutu dan mencakup waktu pelayanan perawat maupun dokter, juga data pasien dengan kategori Surat Pengantar/Tidak, dan kategori triase. Data sekunder yang dipergunakan adalah untuk mengetahui karakteristik umur, jender, masa kerja, dan pelatihan perawat maupun dokter .

E. PENGOLAHAN DATA

Data yang telah dikumpulkan diolah dengan komputer menggunakan bantuan perangkat lunak program olah data *SPSS* melalui tahapan sebagai berikut:

1. *Editing Data*

Merupakan kegiatan untuk melakukan pengecekan isian *checklist*, *editing* dilakukan mulai dari lapangan agar data yang salah atau meragukan dapat ditelusuri kembali.

2. *Coding Data*

Merupakan kegiatan, merubah data berbentuk huruf menjadi data berbentuk angka atau bilangan untuk memudahkan *input* data dalam komputer.

3. *Processing Data*

Pada tahap ini kegiatan yang dilaksanakan adalah membuat struktur data, *file* data dan *entry* data. Proses ini dilakukan dengan perangkat lunak.

4. *Cleaning Data*

Merupakan kegiatan pengecekan kembali data yang dientry apakah ada kesalahan atau tidak.

F. ANALISIS DATA

1. Analisis Data Univariat

Analisis Univariat digunakan untuk deskriptif ke setiap variabel yang diteliti dalam penelitian, yaitu dengan melihat gambaran distribusi frekuensi variabel dependen dan variabel independen yang disajikan dalam bentuk tabel, juga dalam bentuk statistik deskriptif yang meliputi mean, median, nilai minimum dan nilai maksimum serta standar deviasi. Namun data yang akan digunakan pada analisis selanjutnya adalah data jenis kontinyu.

2. Analisis Data Bivariat

Analisis Bivariat dimaksudkan untuk melihat hubungan antara dua variabel yaitu variabel independen dengan variabel dependen sesuai dengan kerangka konsep. Uji statistik yang digunakan adalah Anova dan *t test*. Fungsi uji Anova dan *t test* adalah untuk melihat ada tidaknya hubungan antara variabel independen dan variabel dependen.

BAB V

HASIL PENELITIAN

Dalam bab ini akan disajikan gambaran umum RS Pluit Jakarta dan UGD nya, pelaksanaan penelitian, kualitas data, dan hasil penelitian beserta analisisnya dalam bentuk tabulasi dan narasi.

A. GAMBARAN UMUM RS PLUIT

Rumah Sakit PLUIT merupakan rumah sakit swasta murni yang didirikan oleh PT SARANADUTA JASAMEDIKA dan diresmikan pada tanggal 28 Agustus 1996 oleh Menteri Kesehatan pada saat itu Prof. Dr. Sujudi dan terletak di atas sebidang tanah seluas 6.763 m² di Jalan Raya Pluit Selatan No. 2 Jakarta Utara dengan luas bangunan 15.000 m². Pembangunan awal RS PLUIT telah menelan biaya 40 milyar rupiah, yang dilengkapi dengan peralatan kedokteran yang bernilai 10 milyar rupiah, dimana rencana awalnya memiliki daya tampung sebanyak 190 tempat tidur, termasuk 24 tempat tidur kelas III.

Rumah Sakit Pluit yang didirikan di lokasi strategis dan dikelilingi oleh kawasan pemukiman dan bisnis yang sedang berkembang pesat, dibekali sarana bangunan dan peralatan kedokteran yang modern serta ditopang oleh sumber daya manusia yang profesional di masing-masing bidangnya, diharapkan mampu mengemban misinya yaitu memberikan pelayanan yang baik dan bermutu melalui kerjasama yang kompak dan profesional didasari oleh rasa kasih dan pengabdian kepada sesama.

Keunggulan dari Rumah Sakit Pluit dalam melayani masyarakat didukung sepenuhnya oleh profesionalisme dari para dokter ahli, dokter umum, perawat serta staff medis yang handal. Tatanan ini dilengkapi dengan sistem manajemen yang cukup antisipatif, sehingga para manager dari bidang non medis yang bergabung di Rumah Sakit Pluit dapat menyusun dan mengimplementasikan strategi sesuai dengan situasi dan kondisi.

Dengan diresmikannya penggunaan RS PLUIT oleh Menteri Kesehatan RI Prof. Dr. Sujudi pada tanggal 28 Agustus 1996, maka tanggal tersebut ditetapkan sebagai Hari Lahirnya RS PLUIT.

Fasilitas dan Jenis pelayanan yang ada di RS Pluit antara lain :

1. Rawat Inap

Dengan kapasitas 175 tempat tidur dengan beberapa pilihan kamar: Eksekutif, Super VIP, VIP, Kelas I (2 tempat tidur), Kelas II (3 tempat tidur), Kelas III (8 tempat tidur), Anak kelas I (1 tempat tidur), Anak kelas II (3 tempat tidur), *Critical Care Unit* (CCU dewasa), *Pediatric Intensive Care Unit* (CCU Anak/PICU), *Neonatus Intensive Care Unit* (CCU Bayi/NICU), *High Care Unit* (3 unit), *High Care Unit* VIP, *High Care Unit* lain (6 unit), Kamar Isolasi, Kamar Bayi (40 tempat tidur)

2. Pelayanan Perawatan Sehari (*One Day Care*)

3. Pelayanan 24 Jam : Instalasi Gawat Darurat (IGD) dan Ambulans, Instalasi Farmasi, Instalasi Radiologi, Instalasi Laboratorium, Unit Bank Darah

4. Penunjang Medis : *Helical CT-Scan 64 slice*, Mamografi, *USG (colour)*, *Echo Cardiologi*, *Endoscopy*, *Triplex Sonograf*, *Bronchoscop*, EEG / EMG, *Treadmil-ECG*, *Medical Check Up*, Kamar Operasi , Kamar Persalinan,

Hemodialisa, Klinik Peremajaan Kulit dengan Laser, Klinik Keluarga Bahagia, Fisioterapi, Terapi Wicara, *Colon Hydrotherapy*, ESWL

5. Fasilitas Penunjang: *Café*, Kantin, *Health Care Shop*, Klinik Perawatan Tubuh Genetik.

B. GAMBARAN UGD RS PLUIT

Pada awal tahun 1997, Rumah Sakit Pluit memulai program peningkatan manajemen mutu pelayanan rumah sakit melalui program penerapan sistem manajemen sesuai dengan persyaratan Akreditasi Departemen Kesehatan RI dan persyaratan sistem manajemen mutu ISO 9002:1994, Manajemen RS Pluit memutuskan untuk melakukan proyek penerapan percontohan pada UGD sebagai pintu gerbang pelayanan kesehatan dari rumah sakit. Kemudian pada tahun 2003 UGD RS Pluit mengalami pembaharuan sistem manajemen mutu ISO 9002:1994 ke ISO 9001:2000. Sasaran mutu UGD RS Pluit adalah waktu pelayanan UGD maksimal 60 menit dihitung dari pasien datang sampai dengan pasien pulang atau pasien diantar ke ruang perawatan

UGD RS Pluit mengambil tempat di lantai 1 dari rumah sakit dengan pertimbangan untuk memudahkan akses pasien masuk ke UGD serta terletak berdekatan dengan unit penunjang lainnya seperti Radiologi, Laboratorium dan Farmasi. Didalam UGD sendiri terdapat 8 tempat tidur pasien untuk berbagai kategori triase pasien dan dilengkapi alat-alat resusitasi lengkap. Setiap *shift* terdapat 2 dokter jaga yang *stand by* 24 jam dan dibantu oleh 4-5 perawat.

Tabel 5.1.
Data ketenagaan UGD RS PLUIT
berdasarkan pendidikan per Desember 2007

TENAGA	D3	S1	TOTAL
Dokter	0	14	14
Perawat	20	1	21

Sumber : UGD RS Pluit

Total dokter UGD sebanyak 14 orang dan merupakan lulusan S1 dari berbagai Fakultas Kedokteran baik swasta maupun negeri di Indonesia sedangkan total perawat sebanyak 21 orang dengan lulusan D3 sebanyak 20 orang dan satu perawat lulusan S1.

Tabel 5.2
Data ketenagaan UGD RS PLUIT
berdasarkan pelatihan per Desember 2007

TENAGA	PELATIHAN			
	PPGD	ACLS	ATLS	EKG
Dokter	11	10	2	7
Perawat	19	13	0	0

Sumber : UGD RS Pluit

Dokter dan perawat jaga telah mengikuti berbagai macam pelatihan yang disyaratkan oleh Depkes RI. Masih terdapat 2 perawat yang belum mengikuti pelatihan PPGD yang merupakan syarat pelatihan minimal oleh Depkes untuk seorang perawat yang bekerja di UGD.

Tabel 5.3.
Data ketenagaan UGD RS PLUIT
berdasarkan masa kerja per Desember 2007

TENAGA	MASA KERJA (tahun)					TOTAL
	0-1	2-3	4-5	6-7	>8	
Dokter	5	2	3	2	2	14
Perawat	3	4	4	5	5	21

Sumber : UGD RS Pluit

Komposisi masa kerja dokter dan perawat pada tahun 2007 cukup bervariasi antara yang lama ataupun yang baru. Bila dikelompokkan menjadi dua kelompok antara masa kerja sampai dengan 3 tahun dan lebih dari 3 tahun maka akan didapat perbandingan untuk dokter adalah 50% : 50% ; sedangkan untuk perawat adalah 33%: 67%.

Tabel 5.4.
Rekapitulasi pasien Rawat Inap melalui UGD RS PLUIT Tahun 2007

BULAN	NO NAME	SURAT PENGANTAR	TOTAL
Januari	346	305	651
Februari	398	267	665
Maret	305	303	698
April	350	283	633
Mei	344	347	691
Juni	302	257	559
Juli	305	255	560
Agustus	272	206	478
September	253	222	475
Oktober	251	177	428
November	290	216	506
Desember	292	225	517
Total	3.798	3.063	6.861

Sumber : UGD RS Pluit

Pasien yang berobat ke UGD terdapat pasien yang *No Name* (tanpa membawa surat pengantar) dan pasien membawa Surat Pengantar. Perbandingan total pasien rawat inap melalui UGD tahun 2007 antara *No Name* dan Surat Pengantar adalah 55% : 45%.

Tabel 5.5.
Rekapitulasi kunjungan pasien Gawat Darurat dan Tidak Gawat Darurat di UGD RS PLUIT tahun 2007

BULAN	GAWAT DARURAT	TIDAK GAWAT DARURAT	TOTAL
Januari	97	1.035	1.132
Februari	111	1.227	1.338
Maret	130	1.077	1.207
April	114	954	1.068
Mei	105	985	1.090
Juni	87	867	954
Juli	135	841	976
Agustus	104	820	924
September	64	796	860
Oktober	96	808	904
November	100	932	1.032
Desember	70	1.013	1.083
Total	1.213	11.355	12.568

Sumber : UGD RS Pluit

Kategori pasien yang berobat ke UGD terdapat pasien Gawat Darurat dan Tidak Gawat Darurat dan didapatkan perbandingan sebesar 9% : 91% pada tahun 2007.

Tabel 5.6.
Sensus Bulanan UGD RS Pluit Tahun 2007

N O	BULAN	PASIEN BARU	PASIEN LAMA	KARY AWAN	BEDAH	NON BEDAH	TOTAL	RATA - RATA
1	Jan	827	665	46	342	1.196	1.538	50
2	Feb	973	676	38	290	1.397	1.687	60
3	Mar	934	639	45	333	1.285	1.618	52
4	Apr	748	648	36	282	1.151	1.432	48
5	Mei	854	586	52	334	1.158	1.492	50
6	Jun	743	501	41	284	1.001	1.285	43
7	Jul	728	559	38	323	1.002	1.325	43
8	Agt	657	539	42	293	945	1.238	40
9	Sep	617	511	38	64	902	1.166	38
10	Okt	616	533	38	312	875	1.187	38
11	Nov	663	562	32	292	965	1.257	41
12	Des	776	594	39	304	1.105	1.409	45
	Total	9.136	7.013	485	3.653	12.981	16.634	

Sumber : UGD RS

Pasien yang berobat ke UGD pada tahun 2007 meliputi pasien luar dan karyawan RS Pluit. Dapat dikelompokkan menjadi pasien baru dan lama dengan perbandingan 56,6% : 43,4%. Juga dapat dikelompokkan menjadi kasus Bedah dan Non Bedah dengan perbandingan 22% : 78%. Karyawan yang berobat di UGD sebesar 3% dari total kunjungan UGD per tahun.

C. PELAKSANAAN PENELITIAN

Penelitian ini dilakukan selama 3 minggu berturut-turut yakni mulai dari tanggal 1 Maret 2008 s/d 21 Maret 2008 bertempat di UGD RS Pluit Jakarta dengan jumlah sampel sebanyak 171 yang memenuhi kriteria. Pengumpulan data dilakukan setiap *shift* baik pagi, sore maupun malam hari oleh *observer* yang telah diberi pengarahan dan pelatihan singkat tentang cara pengumpulan data.

Jumlah *observer* sebanyak 6 orang dengan paling sedikit ada satu *observer* setiap *shift*. Data yang diambil adalah semua pasien yang berkunjung ke UGD baik dengan membawa Surat pengantar ataupun Tanpa Surat Pengantar dan diharuskan menjalani rawat inap oleh dokter serta pasien tersebut harus menjalani pemasangan infus. Data diambil dengan cara mencatat waktu mempergunakan jam Amano dengan formulir pencatatan waktu. Pencatatan waktu mulai dari pasien masuk ke UGD hingga pasien keluar dari UGD.

Selama proses pelayanan terhadap pasien tersebut akan dicatat secara berurutan ataupun berbarengan mulai dari *response time* perawat dan dokter, durasi perawat memeriksa tanda vital, durasi waktu pemeriksaan pasien oleh dokter, durasi waktu pemasangan infus oleh perawat, pemeriksaan penunjang (bila ada) antara lain laboratorium, *rontgen*, EKG maupun konsultasi dengan dokter spesialis dan terakhir setelah pelayanan tersebut selesai akan dicatat waktu tunggu pasien yang disebabkan untuk menyelesaikan administrasi, menunggu kesiapan dari tempat tidur rawat inap dan lain-lain.

Data dari formulir Pengumpul Data lalu dipindahkan ke lembar kuesioner. Di dalam lembar kuesioner dicatat tanggal kunjungan, identitas pasien (nama, umur, *no register*, jenis kunjungan lama/baru, kategori surat pengantar/*no name*, kategori Triase Gawat Darurat/ Tidak Gawat Darurat), Total waktu pelayanan pasien (menit), karakteristik dokter [nama, umur, jender, masa kerja, pelatihan, *response time* (menit) dan waktu pemeriksaan/durasi dokter memeriksa pasien(menit)], karakteristik perawat [nama, umur, jender, masa kerja, pelatihan, *response time* perawat (menit), waktu tindakan perawat/durasi perawat memeriksa tanda vital pasien (menit) dan waktu tindakan lanjut/durasi perawat memasang infus pasien(menit)], Waktu tunggu

pelayanan non teknis medis (menit), Waktu pemeriksaan lainnya (laboratorium, radiologi, EKG, konsul dan lain-lain).

D. KUALITAS DATA

Pencatatan waktu dengan menggunakan jam Amano di lembar formulir pengumpul data sangat dipengaruhi oleh ketepatan sang *observer* dalam mencatat waktu tersebut. Hal tersebut terutama di dalam mencatat mulai dan akhir dari suatu pelayanan, tetapi dengan beberapa kali uji coba dan setelah mendapat pelatihan dari peneliti maka semua *observer* sudah dapat melakukan pencatatan waktu seperti yang telah disepakati.

UGD RS Pluit telah menerapkan sistem pencatatan waktu pelayanan pasien selama lebih dari 10 tahun dan petugas yang berdinis sudah terbiasa dengan sistem tersebut. *Observer* yang dipilih adalah petugas UGD dengan masa kerja lebih dari 5 tahun dan diasumsikan lebih mengerti mengenai pekerjaan di UGD. Dengan demikian diharapkan bias pengukuran yang diakibatkan oleh *observer* bisa seminimal mungkin. Untuk bias seleksi yang biasanya ada bila subyek penelitian diambil secara *non random sampling* diminimalisasi dengan pengambilan sampel setiap *shift* baik pagi, sore maupun malam hari terhadap pasien yang berobat di UGD dan dijadikan sampel penelitian apabila memenuhi kriteria inklusi.

E. HASIL PENELITIAN

Hasil penelitian di bawah ini adalah hasil analisis terhadap durasi total layanan pasien di Unit Gawat Darurat (UGD) RS Pluit, *response time* dokter, durasi dokter memeriksa pasien, dan durasi total dokter dalam melayani pasien. Selanjutnya diukur juga *response time* perawat, durasi perawat dalam memeriksa tanda vital pasien, durasi perawat dalam memasang infus pasien dan durasi total perawat dalam melayani pasien di UGD RS PLuit. Selain itu, diukur juga waktu tunggu pelayanan non teknis medis.

Masing-masing variabel durasi tersebut di atas selanjutnya dianalisis berdasarkan kategori pasien dan karakteristik dokter serta perawat. Tujuan analisis tersebut adalah untuk mengetahui perbedaan rata-rata durasi layanan pasien di UGD RS Pluit berdasarkan kategori pasien, karakteristik dokter dan perawat. Uji statistik yang digunakan dalam menjawab tujuan tersebut adalah uji beda dua mean (uji-t) yaitu untuk mengetahui perbedaan dua nilai rata-rata dari durasi layanan pasien di UGD RS Pluit berdasarkan kategori pasien, karakteristik dokter dan perawat. Selain uji-t, digunakan juga ANOVA (*Analysis of Variance*) untuk mengetahui perbedaan lebih dari dua nilai rata-rata dari durasi layanan pasien di UGD berdasarkan karakteristik pasien, dokter dan perawat. Alasan menggunakan analisis tersebut didasarkan pada variabel durasi layanan pasien di UGD RS Pluit sebagai variabel dependen diukur dengan satuan menit, masuk kelompok variabel numerik dan juga berdistribusi normal. Sedangkan variabel independen yaitu kategori pasien, karakteristik dokter dan perawat masuk ke dalam kelompok variabel kategorik.

1. Analisis Durasi Total Layanan Pasien di UGD RS Pluit tahun 2008.

Durasi total pelayanan pasien UGD RS Pluit adalah waktu yang digunakan pasien mulai dari pasien masuk sampai pasien keluar dari pelayanan UGD. Pengukuran waktu layanan ini merupakan salah satu indikator mutu layanan kesehatan di UGD RS Pluit. Rata-rata durasi total layanan di UGD RS Pluit adalah 50 menit dan waktu paling cepat adalah 15 menit dan waktu paling lama adalah 134 menit (dua jam lebih). Bila menggunakan standar durasi total layanan di UGD adalah 60 menit, maka rata-rata durasi total layanan pasien di UGD sudah dibawah angka standar layanan tersebut. Terlihat bahwa sekitar 73,1% pasien dengan durasi total layanan di UGD RS Pluit kurang dari 60 menit dan sisanya sekitar 26,9% lebih dari 60 menit (tabel 5.7).

Tabel 5.7
Distribusi Durasi Total Pelayanan Pasien
di UGD RS Pluit tahun 2008

Lama Waktu Pelayanan	Jumlah Pasien	Persentase
≤ 60 menit	125	73,1
> 60 menit	46	26,9
Total	171	100,0

Rata-rata=50,3 menit, SD=20,7 menit, Min=15 menit, Maks=134 menit

2. Kategori Pasien dan Durasi Total Layanan Pasien di UGD RS Pluit tahun 2008.

Rata-rata durasi total layanan pasien di UGD RS Pluit sudah di bawah standar 60 menit, namun ada perbedaan rata-rata durasi total layanan berdasarkan umur pasien. Pasien dengan umur yang lebih muda cenderung lebih cepat layanan di UGD dibanding dengan pasien yang lebih tua. Rata-rata durasi total layanan pasien dengan umur kurang 21 tahun adalah 38 menit, sedangkan pada pasien dengan umur 65 tahun atau lebih adalah 60 menit. Angka tersebut menggambarkan durasi total layanan pasien di UGD RS Pluit cenderung semakin lama seiring dengan semakin tua umur pasien. Adanya perbedaan durasi total layanan di UGD berdasarkan umur pasien secara statistik signifikan ($p=0,001$). Hal tersebut menunjukkan bahwa ada perbedaan durasi total layanan pasien di UGD berdasarkan pada umur pasien (tabel 5.8).

Dari 171 pasien, 41,5% (71 pasien) adalah pasien dengan surat pengantar dan 58,5% (100 pasien) tidak membawa surat pengantar ke UGD. Angka tersebut menggambarkan lebih banyak yang tidak membawa surat pengantar. Di antara pasien yang membawa surat pengantar, rata-rata waktu layanan di UGD adalah 43,6 menit dan pasien yang tidak membawa surat pengantar rata-rata waktu layanan adalah 55,1 menit (tabel 5.8). Dari angka tersebut dapat dikatakan bahwa pasien tanpa surat pengantar mempunyai durasi total layanan di UGD RS Pluit lebih lama dibanding pasien yang membawa surat pengantar. Perbedaan waktu layanan tersebut secara statistik signifikan ($p=0,001$). Sehingga dapat diambil kesimpulan bahwa ada perbedaan rata-rata durasi total layanan di UGD RS Pluit berdasarkan ada tidaknya

surat pengantar dan pasien yang membawa surat pengantar cenderung membutuhkan waktu lebih cepat dibanding dengan pasien yang tidak membawa surat pengantar.

Dari 171 pasien, 19,3% (33 pasien) merupakan pasien dengan gawat darurat dan 80,7% (138 pasien) adalah pasien dengan tidak gawat darurat. Angka tersebut dalam penelitian ini menggambarkan bahwa lebih banyak pasien dengan status tidak gawat darurat.

Diantara pasien dengan status pasien gawat darurat, rata-rata durasi total layanan di UGD RS Pluit adalah 67,2 menit dan pasien dengan status tidak gawat darurat, rata-rata durasi layanan adalah 46,3 menit (tabel 5.8). Sehingga dapat dikatakan bahwa pasien dengan status gawat darurat mempunyai durasi layanan di UGD RS Pluit lebih lama dibanding pasien dengan status tidak gawat darurat. Perbedaan durasi layanan tersebut secara statistik signifikan ($p=0,001$). Dapat diambil kesimpulan bahwa ada perbedaan rata-rata durasi total layanan di UGD RS Pluit berdasarkan tingkat kegawatdaruratan pasien (triase pasien).

Tabel 5.8.
Rata-rata Durasi Total Layanan Pasien berdasarkan Umur, Surat Pengantar dan Triase Pasien di UGD RS Pluit tahun 2008

Variabel Independen	Kelompok	n (171 Pasien)	Variabel Dependen Rerata** (menit)	SD**	Min**	Maks**	P*
UMUR PASIEN	<21 thn	37	38,0	15,3	15	95	0,001
	21-30 thn	32	46,8	18,6	23	99	
	31-50 thn	39	53,0	21,6	22	134	
	51-65 thn	26	53,7	20,4	25	121	
	>65 thn	37	60,4	20,6	27	124	
SURAT PENGANTAR	Ada	71	43,6	20,2	15	124	0,001
	Tidak ada	100	55,1	19,8	24	134	
TRIASE PASIEN	Gawat-Darurat	33	67,2	23,7	37	134	0,001
	Tidak	138	46,3	17,8	15	101	

*Nilai P < 0,1 secara statistik signifikan

** Dalam Menit

3. Karakteristik Dokter dan *Response Time* Dokter dalam melayani pasien di UGD RS Pluit tahun 2008

Rata-rata *response time* dokter dalam menangani pasien di UGD RS Pluit adalah 1,8 menit dengan waktu tercepat adalah kurang dari 1 menit dan waktu terlama adalah 17 menit. Bila didasarkan pada standar *response time* dokter adalah 3 menit maka dapat dikatakan bahwa sekitar 92,4% dokter sudah memberikan *response time* kurang atau sama dengan waktu 3 menit (tabel 5.9).

Tabel 5.9
Distribusi *Response Time* Dokter dalam melayani pasien di UGD RS Pluit tahun 2008

<i>Response Time</i> Dokter	Jumlah Pasien	Persentase
≤1 menit	112	65,5
2-3 menit	46	26,9
>3 menit	13	7,6
Total	171	100,0

Rata-rata=1,8 menit, SD=2,0 menit, Min=0,07 menit, Maks=17 menit

Dokter dengan umur kurang dari 35 tahun rata-rata *response time* adalah 2,1 menit, sedangkan dokter dengan umur lebih tua yaitu di atas 35 tahun rata-rata *response time* adalah 1,5 menit. Namun demikian perbedaan tersebut secara statistik tidak signifikan ($p=0,104$). Sehingga dapat disimpulkan bahwa tidak ada perbedaan *response time* dokter berdasarkan umur dokter (tabel 5.10).

Demikian juga rata-rata *response time* dokter bila dilihat dari jenis kelamin menunjukkan tidak ada perbedaan bermakna ($p=0,810$). Artinya tidak ada perbedaan *response time* di UGD RS Pluit antara dokter laki-laki dengan dokter perempuan.

Hal yang sama juga didapatkan pada *response time* dokter berdasarkan masa kerja dokter. Meskipun terlihat ada kecenderungan bahwa dokter dengan masa kerja yang lebih lama mempunyai *response time* lebih cepat dibanding dengan dokter yang baru kerja (tabel 5.10). Namun demikian perbedaan tersebut secara statistik tidak signifikan ($p=0,264$). Sehingga dapat dikatakan bahwa tidak ada perbedaan *response time* dokter berdasarkan masa kerja dokter.

Dari seluruh dokter yang bertugas di UGD RS Pluit, semuanya sudah mendapatkan pelatihan ACLS, 83% mendapatkan pelatihan PPGD, 71,9% mendapatkan pelatihan ATLS dan 60,8% mendapatkan pelatihan EKG.

Diantara dokter yang sudah pernah mendapatkan pelatihan PPGD rata-rata *response time* adalah 1,8 menit dan lebih lama dibanding dengan dokter yang belum mendapatkan pelatihan PPGD yaitu 1,6 menit (tabel 5.10). Namun demikian perbedaan tersebut secara statistik tidak signifikan ($p=0,503$). Sehingga dapat dikatakan bahwa tidak ada perbedaan *response time* dokter berdasarkan pelatihan PPGD.

Demikian juga dengan dokter yang sudah pernah mendapatkan pelatihan ATLS, rata-rata *response time* adalah 1,8 menit dan lebih tinggi dibanding dengan dokter yang belum mendapatkan pelatihan ATLS yaitu 1,7 menit (tabel 5.10). Namun demikian perbedaan tersebut secara statistik tidak signifikan ($p=0,588$). Sehingga

dapat dikatakan bahwa tidak ada perbedaan *response time* dokter berdasarkan pelatihan ATLS.

Tabel 5.10.

Rata-rata *Response Time* Dokter dalam melayani pasien di UGD RS Pluit berdasarkan Umur, Jender, Masa Kerja, Pelatihan PPGD, ATLS, dan EKG Dokter tahun 2008

Variabel Independen (Dokter)	Kelompok	n (171 Pasien)	Variabel Dependen Rerata** (menit)	SD**	Min**	Maks**	P*
UMUR	< 35 tahun	82	2,1	2,7	0,1	17,0	0,104
	>36 tahun	89	1,5	1,1	0,1	7,0	
JENDER	Laki-laki	119	1,8	2,0	0,10	17,0	0,810
	Perempuan	52	1,7	2,1	0,10	12,0	
MASA KERJA	< 4 tahun	85	2,0	2,7	0,1	17,0	0,264
	4-6 tahun	53	1,5	1,2	0,1	7,0	
	> 6 tahun	33	1,7	1,0	0,2	5,0	
PPGD	Tidak	29	1,6	0,8	0,2	5,0	0,503
	Ya	142	1,8	2,2	0,1	17,0	
ATLS	Tidak	48	1,7	1,1	0,2	5,0	0,588
	Ya	123	1,8	2,3	0,1	17,0	
EKG	Tidak	67	2,1	2,7	0,2	17,0	0,168
	Ya	104	1,6	1,5	0,1	12,0	

*Nilai P < 0,1 secara statistik signifikan

** Dalam Menit

Selanjutnya, dokter yang sudah pernah mendapatkan pelatihan EKG rata-rata *response time* adalah 1,6 menit dan lebih cepat dibanding dengan dokter yang belum mendapatkan pelatihan EKG yaitu 2,1 menit. Namun demikian perbedaan tersebut secara statistik tidak signifikan ($p=0,168$). Sehingga dapat dikatakan bahwa tidak ada perbedaan *response time* dokter berdasarkan pelatihan EKG.

4.1.Karakteristik Dokter dan Durasi Dokter dalam memeriksa pasien di UGD RS Pluit tahun 2008.

Selain *response time* layanan dokter di UGD, diukur pula durasi pemeriksaan dokter terhadap pasien di UGD RS Pluit (tabel 5.11). Rata-rata durasi pemeriksaan dokter di UGD RS Pluit adalah 11 menit dan durasi pemeriksaan dokter paling cepat adalah satu menit dan waktu pemeriksaan dokter paling lama adalah 63 menit. Selanjutnya, sekitar 66,6% durasi pemeriksaan dokter di UGD RS Pluit adalah kurang dari atau sama dengan 10 menit. Selebihnya yaitu 33,3% durasi pemeriksaan dokter di UGD RS Pluit adalah lebih dari 10 menit.

Tabel 5.11
Distribusi Durasi Dokter dalam memeriksa pasien
di UGD RS Pluit tahun 2008

Waktu Pemeriksaan Dokter	Jumlah Pasien	Persentase
≤5 menit	54	31,6
6-10 menit	60	35,1
>10 menit	57	33,3
Total	171	100,0

Rata-rata=11,1 menit, SD=10,3 menit, Min=1 menit, Maks=63 menit

Rata-rata durasi pemeriksaan dokter dengan umur kurang atau sama dengan 35 tahun adalah 11,9 menit sedangkan dokter yang berumur di atas 35 tahun rata-rata durasi pemeriksaan dokter adalah 10,4 menit (tabel 5.12). Berdasarkan pada hasil analisis didapatkan bahwa tidak ada perbedaan rata-rata durasi pemeriksaan dokter berdasarkan umur dokter ($p=0.335$). Sehingga dapat dikatakan bahwa durasi

pemeriksaan dokter di UGD RS Pluit memberikan waktu yang sama berdasarkan umur dokter.

Durasi pemeriksaan dokter di UGD RS Pluit bila dilihat berdasarkan jenis kelamin dokter secara statistik tidak memberikan durasi pemeriksaan yang berbeda ($p=0,781$). Sehingga dapat dikatakan bahwa dokter laki-laki maupun dokter perempuan memberikan durasi pemeriksaan yang sama di UGD RS Pluit.

Selanjutnya ingin diketahui apakah ada perbedaan durasi pemeriksaan dokter di UGD RS Pluit berdasarkan masa kerja sebagai dokter. Dari tabel 5.12 didapatkan bahwa tidak ada perbedaan durasi pemeriksaan dokter berdasarkan masa kerja sebagai dokter ($p=0,637$). Hal tersebut menggambarkan bahwa durasi pemeriksaan dokter di UGD RS Pluit sudah terstandarisasi meskipun ada perbedaan masa kerja dokter.

Diantara dokter yang sudah pernah mendapatkan pelatihan PPGD rata-rata durasi pemeriksaan dokter adalah 11,5 menit dan lebih tinggi dibanding dengan dokter yang belum mendapatkan pelatihan PPGD yaitu 9,5 menit (tabel 5.12). Namun demikian perbedaan tersebut secara statistik tidak signifikan ($p=0,353$). Sehingga dapat dikatakan bahwa tidak ada perbedaan durasi pemeriksaan dokter di UGD RS Pluit berdasarkan pelatihan PPGD.

Demikian juga dengan dokter yang sudah pernah mendapatkan pelatihan ATLS rata-rata durasi pemeriksaan dokter adalah 11,0 menit dan sama dibanding dengan dokter yang belum mendapatkan pelatihan ATLS yaitu 11,3 menit (tabel 5.12). Sehingga dapat dikatakan bahwa tidak ada perbedaan durasi pemeriksaan dokter berdasarkan pelatihan ATLS.

Tabel 5.12.

Rata-rata Durasi Dokter dalam memeriksa pasien di UGD RS Pluit berdasarkan Umur, Jender, Masa Kerja, Pelatihan PPGD, ATLS dan EKG Dokter tahun 2008

Variabel Independen (Dokter)	Kelompok	n (171 Pasien)	Variabel Dependen Rerata** (menit)	SD**	Min**	Maks**	P*
UMUR	< 35 tahun	82	11,9	11,7	1,0	63,0	0,335
	>36 tahun	89	10,4	8,9	1,0	46,0	
JENDER	Laki-laki	119	10,9	8,9	1,0	47,0	0,781
	Perempuan	52	11,5	13,1	1,0	63,0	
MASA KERJA	< 4 tahun	85	11,9	11,9	1,0	63,0	0,637
	4-6 tahun	53	10,5	8,6	2,7	46,0	
	> 6 tahun	33	10,2	8,8	1,0	41,0	
PPGD	Tidak	29	9,5	6,7	1,0	29,0	0,353
	Ya	142	11,5	10,9	1,0	63,0	
ATLS	Tidak	48	11,3	10,7	1,0	46,0	0,872
	Ya	123	11,0	10,2	1,0	63,0	
EKG	Tidak	67	12,6	12,4	1,0	63,0	0,099
	Ya	104	10,1	8,7	1,0	46,0	

*Nilai P < 0,1 secara statistik signifikan

** Dalam Menit

Selanjutnya, dokter yang sudah pernah mendapatkan pelatihan EKG rata-rata durasi pemeriksaan adalah 10,1 menit dan lebih cepat dibanding dengan dokter yang belum mendapatkan pelatihan EKG yaitu 12,6 menit (tabel 5.12). Dengan menggunakan $\alpha=0,10$ perbedaan tersebut secara statistik signifikan ($p=0,099$). Sehingga dapat dikatakan bahwa ada perbedaan durasi pemeriksaan dokter berdasarkan pelatihan EKG.

3.2. Karakteristik Dokter dan Durasi Total Dokter dalam melayani pasien di UGD RS Pluit tahun 2008.

Durasi total layanan dokter di UGD RS Pluit merupakan jumlah *response time* dokter dan durasi pemeriksaan dokter pada pasien. Rata-rata durasi total layanan dokter di UGD RS Pluit adalah 12,9 menit dengan durasi paling pendek 2 menit dan durasi paling lama adalah 65 menit. Sekitar 57,3% durasi layanan dokter di UGD adalah kurang dari atau sama dengan 10 menit dan 42,7% durasi total layanan dokter adalah lebih dari 10 menit (5.13).

Tabel 5.13.
Distribusi Durasi Total Dokter dalam melayani pasien di UGD RS Pluit tahun 2008

Waktu Pemeriksaan Dokter	Jumlah Pasien	Persentase
≤5 menit	33	19,3
6-10 menit	65	38,0
>10 menit	73	42,7
Total	171	100,0

Rata-rata=12,9 menit, SD=10,9 menit, Min=2 menit, Maks=65 menit

Rata-rata durasi total layanan berdasarkan kelompok umur dokter kurang atau sama dengan 35 tahun adalah 14,0 menit dan lebih lama dibanding dengan dokter yang berumur lebih dari 35 tahun yaitu 11,9 menit (tabel 5.14). Namun demikian perbedaan rata-rata durasi total layanan dokter tersebut tidak signifikan ($p=0.221$). Sehingga dapat dikatakan bahwa durasi total layanan dokter di UGD RS Pluit memberikan waktu yang sama berdasarkan umur dokter.

Demikian juga dengan durasi total layanan dokter di UGD RS Pluit bila dilihat berdasarkan jenis kelamin dokter yang memberikan pelayanan. Berdasarkan pada tabel 5.14, dokter laki-laki rata-rata durasi total layanan di UGD RS Pluit lebih cepat dibanding dengan dokter perempuan, namun secara statistik tidak signifikan ($p=0,827$). Sehingga dapat dikatakan bahwa baik dokter laki-laki maupun dokter perempuan memberikan durasi total layanan yang sama di UGD RS Pluit.

Tabel 5.14.
Rata-rata Durasi Total Dokter dalam melayani pasien di UGD RS Pluit berdasarkan Umur, Jender, Masa Kerja, Pelatihan PPGD, ATLS dan EKG Dokter tahun 2008

Variabel Independen (Dokter)	Kelompok	n (171 Pasien)	Variabel Dependen Rerata** (menit)	SD**	Min**	Maks**	P*
UMUR	< 35 tahun	82	14,0	12,5	2,0	65,0	0,221
	>36 tahun	89	11,9	9,1	2,0	47,0	
JENDER	Laki-laki	119	12,8	9,5	2,0	56,0	0,827
	Perempuan	52	13,2	13,7	2,0	65,0	
MASA KERJA	< 4 tahun	85	13,9	12,7	2,0	65,0	0,490
	4-6 tahun	53	11,9	8,6	3,3	47,0	
	> 6 tahun	33	11,9	9,1	2,0	43,0	
PPGD	Tidak	29	11,1	7,0	2,0	32,0	0,312
	Ya	142	13,3	11,5	2,0	65,0	
ATLS	Tidak	48	13,0	10,8	2,0	48,0	0,959
	Ya	123	12,9	11,0	2,0	65,0	
EKG	Tidak	67	14,8	13,2	2,0	65,0	0,067
	Ya	104	11,7	8,9	2,0	47,0	

*Nilai $P < 0,1$ secara statistik signifikan

** Dalam Menit

Selanjutnya ingin diketahui apakah ada perbedaan durasi total layanan dokter di UGD RS Pluit berdasarkan masa kerja sebagai dokter. Dari tabel 5.14. didapatkan bahwa tidak ada perbedaan rata-rata durasi total layanan dokter berdasarkan masa kerja sebagai dokter ($p=0,490$). Hal tersebut menggambarkan

bahwa durasi total layanan dokter di UGD RS Pluit sudah terstandarisasi meskipun ada perbedaan masa kerja dokter.

Diantara dokter yang sudah pernah mendapatkan pelatihan PPGD rata-rata durasi total layanan dokter di UGD RS Pluit adalah 13,3 menit dan lebih lama dibanding dengan dokter yang belum mendapatkan pelatihan PPGD yaitu 11,1 menit (tabel 5.14). Namun demikian perbedaan tersebut secara statistik tidak signifikan ($p=0,312$). Sehingga dapat dikatakan bahwa tidak ada perbedaan durasi total layanan dokter di UGD RS Pluit berdasarkan pelatihan PPGD.

Demikian juga dengan dokter yang sudah pernah mendapatkan pelatihan ATLS rata-rata durasi total layanan dokter adalah 12,9 menit dan sama dibanding dengan dokter yang belum mendapatkan pelatihan ATLS yaitu 13,0 menit (tabel 5.14). Sehingga dapat dikatakan bahwa tidak ada perbedaan durasi total layanan dokter berdasarkan pelatihan ATLS.

Selanjutnya, dokter yang sudah pernah mendapatkan pelatihan EKG rata-rata durasi total layanan dokter di UGD RS Pluit. adalah 11,7 menit dan lebih cepat dibanding dengan dokter yang belum mendapatkan pelatihan EKG yaitu 14,8 menit (tabel 5.14). Perbedaan tersebut secara statistik signifikan ($p=0,067$) pada $\alpha=0,10$. Sehingga dapat dikatakan bahwa ada perbedaan durasi total layanan dokter di UGD RS Pluit berdasarkan pelatihan EKG.

4. Karakteristik Perawat dan *Response Time* Perawat dalam melayani pasien di UGD RS Pluit tahun 2008.

Rata-rata *response time* perawat dalam menangani pasien di UGD RS Pluit adalah 1,3 menit dengan waktu paling cepat adalah kurang dari 1 menit dan terlama adalah 17 menit (tabel 5.15). Bila didasarkan standar *response time* perawat adalah 3 menit maka sekitar 95,3% perawat sudah memberikan *response time* 3 menit atau kurang.

Tabel 5.15.
Distribusi Response Time Perawat melayani pasien di UGD RS Pluit tahun 2008

Response Time Perawat	Jumlah Pasien	Persentase
<=1 menit	146	85,4
2-3 menit	17	9,9
>3 menit	8	4,7
Total	171	100,0

Rata-rata=1,3 menit, SD=1,7 menit, Min=0,02 menit, Maks=17 menit

Perawat dengan umur muda (kurang atau sama dengan 25 tahun) rata-rata *response time* adalah 0,9 menit, sedangkan perawat dengan umur yang lebih tua ada kecenderungan *response time* semakin lama (tabel 5,16). Namun demikian perbedaan tersebut secara statistik tidak signifikan ($p=0,454$). Sehingga dapat disimpulkan bahwa tidak ada perbedaan *response time* perawat berdasarkan umur perawat.

Tabel 5.16.
Rata-rata *Response Time* Perawat dalam melayani pasien di UGD RS Pluit berdasarkan Umur, Jender, Masa Kerja, Pelatihan PPGD dan ACLS Perawat tahun 2008

Variabel Independen (Perawat)	Kelompok	n (171 Pasien)	Variabel Dependen Rerata** (menit)	SD**	Min**	Maks**	P*
UMUR	≤ 25 thn	45	0,9	0,5	0,02	3,0	0,454
	26-30 thn	58	1,5	1,8	0,08	11,0	
	31-35 thn	44	1,4	2,4	0,17	17,0	
	≥ 36 thn	24	1,3	0,9	0,17	4,0	
JENDER	Laki-laki	68	1,1	1,3	0,08	11,0	0,308
	Perempuan	103	1,4	1,9	0,02	17,0	
MASA KERJA	≤ 7 tahun	135	1,3	1,9	0,0	17,0	0,561
	> 7 tahun	36	1,2	0,9	0,2	4,0	
PPGD	Tidak	19	0,8	0,3	0,02	1,0	0,193
	Ya	152	1,4	1,8	0,08	17,0	
ACLS	Tidak	54	0,9	0,4	0,02	3,0	0,065
	Ya	117	1,5	2,0	0,08	17,0	

*Nilai $P < 0,1$ secara statistik signifikan

** Dalam Menit

Rata-rata *response time* perawat perempuan adalah 1,4 menit dan lebih lama dibanding dengan *response time* perawat laki-laki yaitu 1,1 menit (tabel 5.16). Namun demikian perbedaan tersebut secara statistik tidak signifikan ($p=0,308$). Sehingga dapat dikatakan bahwa tidak ada perbedaan *response time* perawat laki-laki dengan *response time* perawat perempuan dalam memberikan layanan di UGD RS Pluit.

Perawat dengan masa kerja kurang dari 5 tahun mempunyai *response time* yang sama dengan perawat masa kerja lebih dari 5 tahun (tabel 5.16). Berdasarkan hasil uji statistik didapatkan nilai $p=0,561$, sehingga dapat dikatakan bahwa tidak ada perbedaan *response time* perawat berdasarkan masa kerja perawat.

Dari seluruh perawat yang memberikan pelayanan di UGD RS Pluit, 88,9% sudah mendapatkan pelatihan PPGD dan 68,49% mendapatkan pelatihan ACLS.

Diantara perawat yang sudah pernah mendapatkan pelatihan PPGD rata-rata *response time* adalah 1,4 menit dan lebih lama dibanding dengan perawat yang belum mendapatkan pelatihan PPGD yaitu 0,8 menit (tabel 5.16). Namun demikian perbedaan tersebut secara statistik tidak signifikan ($p=0,193$). Sehingga dapat dikatakan tidak ada perbedaan *response time* perawat berdasarkan pelatihan PPGD.

Demikian juga dengan perawat yang sudah pernah mendapatkan pelatihan ACLS rata-rata *response time* adalah 1,5 menit dan lebih lama dibanding dengan perawat yang belum mendapatkan pelatihan ACLS yaitu 0,9 menit (tabel 5.16). Namun demikian perbedaan tersebut secara statistik signifikan ($p=0,065$) pada $\alpha=0,10$. Sehingga dapat dikatakan bahwa ada perbedaan *response time* perawat berdasarkan pelatihan ACLS.

4.1.Karakteristik Perawat dan Durasi Perawat dalam memeriksa tanda vital pasien di UGD RS Pluit tahun 2008.

Rata-rata durasi perawat memeriksa tanda vital pasien di UGD RS Pluit adalah 4,5 menit dengan waktu paling cepat adalah kurang dari 1 menit dan waktu terlama adalah 13 menit. Bila didasarkan pada standar durasi perawat memeriksa tanda vital pasien adalah 5 menit maka dapat dikatakan bahwa sekitar 75,4% perawat sudah memberikan durasi pemeriksaan tanda vital 5 menit atau kurang (tabel 5.17).

Tabel 5.17.
Distribusi Durasi Perawat memeriksa tanda vital pasien
di UGD RS Pluit tahun 2008

Waktu Tindakan Perawat	Jumlah Pasien	Persentase
<=3 menit	59	34,5
>3-5 menit	70	40,9
>5 menit	42	24,6
Total	171	100,0

Rata-rata=4,5 menit, SD=2,0 menit, Min=1 menit, Maks=13 menit

Rata-rata durasi memeriksa tanda vital pasien oleh perawat yang berumur muda (25 tahun atau kurang) adalah 4,6 menit dan hampir sama dengan rata-rata durasi pemeriksaan tanda vital oleh perawat yang berumur tua (lebih dari 35 tahun). Sedangkan perawat yang berumur 26 sampai dengan 35 tahun rata-rata durasi pemeriksaan tanda vital oleh perawat berkisar 4 menit (tabel 5.18). Adanya perbedaan tersebut secara statistik signifikan ($p=0,042$).

Sehingga dapat dikatakan bahwa ada perbedaan durasi pemeriksaan tanda vital pasien oleh perawat berdasarkan umur perawat dengan umur muda dan umur tua cenderung memberikan durasi pemeriksaan tanda vital yang lebih lama.

Tabel 5.18.

Rata-rata Durasi Perawat dalam memeriksa tanda vital pasien di UGD RS Pluit berdasarkan Umur, Jender, Masa Kerja, Pelatihan PPGD dan ACLS Perawat tahun 2008

Variabel Independen (Perawat)	Kelompok	n (171 Pasien)	Variabel Dependen Rerata** (menit)	SD**	Min**	Maks**	P*
UMUR	≤ 25 thn	45	4,6	1,9	2,0	10,0	0,042
	26-30 thn	58	4,4	2,3	1,0	13,0	
	31-35 thn	44	3,9	1,4	1,5	8,0	
	≥ 36 thn	24	5,4	2,1	2,0	10,0	
JENDER	Laki-laki	68	4,5	1,3	1,7	13,0	0,914
	Perempuan	103	4,5	1,9	1,0	10,0	
MASA KERJA	≤ 7 tahun	135	4,3	2,0	1,0	13,0	0,065
	> 7 tahun	36	5,0	2,1	1,5	10,0	
PPGD	Tidak	19	3,9	1,8	2,0	8,5	0,150
	Ya	152	4,6	2,0	1,0	13,0	
ACLS	Tidak	54	4,5	1,9	2,0	10,0	0,976
	Ya	117	4,5	2,1	1,0	13,0	

*Nilai P < 0,1 secara statistik signifikan

** Dalam Menit

Rata-rata durasi perawat perempuan memeriksa tanda vital pasien adalah 4,5 menit dan sama dengan durasi perawat laki-laki yaitu 4,5 menit (tabel 5.18). Sehingga dapat dikatakan bahwa tidak ada perbedaan durasi perawat laki-laki memeriksa tanda vital pasien dengan durasi perawat perempuan memeriksa tanda vital pasien di UGD RS Pluit.

Rata-rata durasi perawat memeriksa tanda vital pasien dengan masa kerja lebih dari 7 tahun adalah 5,0 menit dan lebih lama dibanding dengan rata-rata durasi perawat dengan masa kerja kurang dari 7 tahun yaitu 4,3 menit (tabel 5.18).

Namun demikian perbedaan tersebut secara statistik signifikan pada $\alpha=0,10$ dengan nilai $p=0,065$. Sehingga dapat dikatakan bahwa ada perbedaan durasi perawat memeriksa tanda vital pasien berdasarkan masa kerja perawat.

Diantara perawat yang sudah pernah mendapatkan pelatihan PPGD rata-rata durasi pemeriksaan tanda vital adalah 4,6 menit dan lebih lama dibanding dengan perawat yang belum mendapatkan pelatihan PPGD yaitu 3,9 menit (tabel 5.18). Namun demikian perbedaan tersebut secara statistik tidak signifikan ($p=0,150$). Sehingga dapat dikatakan tidak ada perbedaan durasi perawat memeriksa tanda vital pasien berdasarkan pelatihan PPGD.

Diantara perawat yang sudah pernah mendapatkan pelatihan ACLS dan yang belum mendapatkan pelatihan ACLS rata-rata durasi pemeriksaan tanda vital adalah 4,5 menit (tabel 5.18). Sehingga dapat dikatakan tidak ada perbedaan durasi perawat memeriksa tanda vital pasien berdasarkan pelatihan ACLS.

4.2.Karakteristik Perawat dan Durasi Perawat dalam memasang Infus pasien di UGD RS Pluit tahun 2008.

Rata-rata durasi perawat dalam memasang infus pasien di UGD RS Pluit adalah 8,9 menit dengan waktu paling cepat adalah kurang dari 3 menit dan waktu terlama adalah 23 menit. Sebagian besar durasi pemasangan infus berkisar antara 5-10 menit. Bila didasarkan pada standar durasi pemasangan infus perawat adalah 10 menit maka dapat dikatakan bahwa sekitar 73,7% perawat sudah memberikan durasi pemasangan infus 10 menit atau kurang (tabel 5.19).

Tabel 5.19.
Distribusi Durasi Perawat memasang Infus pasien di UGD RS Pluit tahun 2008

Waktu Pemasangan Infus	Jumlah Pasien	Persentase
<=5 menit	21	12,3
>5-10 menit	105	61,4
>10 menit	45	26,3
Total	171	100,0

Rata-rata=8,9 menit, SD=3,7 menit, Min=3 menit, Maks=23 menit

Rata-rata durasi pemasangan infus pasien oleh perawat yang berumur muda (25 tahun atau kurang) adalah 8,6 menit dan hampir sama dengan rata-rata durasi pemasangan infus pasien oleh perawat dengan umur lebih tua (lebih dari 35 tahun). Sedangkan perawat yang berumur 31 sampai dengan 35 tahun rata-rata durasi pemasangan infus pasien adalah 9,6 menit (tabel 5.20). Adanya perbedaan tersebut secara statistik adalah tidak signifikan ($p=0,437$). Sehingga dapat dikatakan bahwa tidak ada perbedaan durasi pemasangan infus pasien berdasarkan umur perawat.

Rata-rata durasi pemasangan infus pasien oleh perawat perempuan adalah 9,2 menit dan lebih lama dibanding dengan durasi pemasangan infus pasien oleh perawat laki-laki yaitu 8,7 menit (tabel 5.20). Perbedaan rata-rata durasi pemasangan infus pasien perawat tersebut secara statistik tidak signifikan ($p=350$). Sehingga dapat dikatakan bahwa tidak ada perbedaan durasi pemasangan infus pasien oleh perawat laki-laki dan perawat perempuan.

Rata-rata durasi pemasangan infus pasien oleh perawat dengan masa kerja sebagai perawat 7 tahun atau kurang adalah 9,5 menit dan lebih lama dibanding perawat dengan masa kerja sebagai perawat lebih dari 7 tahun yaitu 7,5 menit (tabel

5.20). Perbedaan tersebut secara statistik signifikan ($p=0,008$). Sehingga dapat dikatakan bahwa ada perbedaan rata-rata durasi pemasangan infus pasien berdasarkan masa kerja perawat.

Tabel 5.20.
Rata-rata Durasi Perawat dalam memasang Infus pasien di UGD RS Pluit berdasarkan Umur, Jender, Masa Kerja, Pelatihan PPGD dan ACLS Perawat Tahun 2008

Variabel Independen (Perawat)	Kelompok	n (171 Pasien)	Variabel Dependen Rerata** (menit)	SD**	Min**	Maks**	P*
UMUR	≤ 25 thn	45	8,6	3,1	4,0	20,0	0,437
	26-30 thn	58	8,9	3,6	3,0	23,0	
	31-35 thn	44	9,6	4,4	4,0	22,0	
	≥ 36 thn	24	8,2	3,4	3,5	16,0	
JENDER	Laki-laki	68	8,7	3,4	4,0	20,0	0,350
	Perempuan	103	9,2	3,9	3,0	23,0	
MASA KERJA	≤ 7 tahun	135	9,3	3,8	3,0	23,0	0,008
	> 7 tahun	36	7,5	3,1	3,5	16,0	
PPGD	Tidak	19	10,0	3,7	5,0	20,0	0,180
	Ya	152	8,8	3,7	3,0	23,0	
ACLS	Tidak	54	8,4	3,0	3,5	20,0	0,164
	Ya	117	9,2	3,9	3,0	23,0	

*Nilai $P < 0,1$ secara statistik signifikan

** Dalam Menit

Diantara perawat yang sudah pernah mendapatkan pelatihan PPGD rata-rata durasi pemasangan infus adalah 8,8 menit dan lebih cepat dibanding dengan perawat yang belum mendapatkan pelatihan PPGD yaitu 10,0 menit (tabel 5.20). Namun demikian perbedaan tersebut secara statistik tidak signifikan ($p=0,180$). Sehingga dapat dikatakan tidak ada perbedaan durasi pemasangan infus perawat berdasarkan pelatihan PPGD.

Diantara perawat yang sudah pernah mendapatkan pelatihan ACLS rata-rata durasi pemasangan infus adalah 9,2 menit dan lebih lama dibanding dengan perawat yang belum mendapatkan pelatihan ACLS yaitu 8,4 menit (tabel 5.20).

Namun demikian perbedaan tersebut secara statistik tidak signifikan ($p=0,164$). Sehingga dapat dikatakan tidak ada perbedaan durasi pemasangan infus perawat berdasarkan pelatihan ACLS.

4.3. Karakteristik Perawat dan Durasi Total Perawat dalam melayani pasien di UGD RS Pluit tahun 2008.

Durasi total perawat dalam melayani pasien di UGD RS Pluit merupakan jumlah *response time* perawat, pemeriksaan tanda vital pasien oleh perawat dan durasi perawat dalam memasang infus pasien. Rata-rata durasi total perawat dalam melayani pasien di UGD RS Pluit adalah 14,7 menit dengan durasi paling pendek 8 menit dan durasi paling lama adalah 30 menit. Sekitar 66,1% durasi total perawat melayani pasien di UGD RS Pluit adalah kurang dari atau sama dengan 10 menit. Selebihnya yaitu 33,9% durasi total layanan perawat di UGD adalah lebih dari 10 menit (tabel 5.21).

Tabel 5.21.
Distribusi Durasi Total Perawat dalam melayani pasien di UGD RS Pluit tahun 2008

Total Waktu Pelayanan Perawat	Jumlah Pasien	Persentase
≤ 10 menit	20	11,7
$>10-15$ menit	93	54,4
>15 menit	58	33,9
Total	171	100,0

Rata-rata=14,7 menit, SD=4,5 menit, Min=8 menit, Maks=30 menit

Rata-rata durasi total layanan pasien oleh perawat di UGD yang umur (25 tahun atau kurang) adalah 14,1 menit dan lebih cepat dibanding dengan perawat yang berumur lebih tua (26-30 tahun) yaitu 14,9 menit dan 15 menit pada umur perawat di atas 30 tahun (tabel 5.22). Adanya perbedaan tersebut secara statistik tidak signifikan ($p=0,785$). Sehingga dapat dikatakan bahwa tidak ada perbedaan durasi total perawat melayani pasien di UGD RS Pluit berdasarkan umur perawat.

Tabel 5.22.

Rata-rata Durasi Total Perawat dalam melayani pasien di UGD RS Pluit berdasarkan Umur, Jender, Masa Kerja, Pelatihan PPGD dan ACLS Perawat tahun 2008

Variabel Independen (Perawat)	Kelompok	n (171 Pasien)	Variabel Dependen Rerata** (menit)	SD**	Min**	Maks**	P**
UMUR	≤ 25 thn	45	14,1	3,1	9,0	24,0	0,785
	26-30 thn	58	14,9	5,0	8,1	30,0	
	31-35 thn	44	15,0	5,2	8,0	30,0	
	≥ 36 thn	24	15,0	4,2	8,3	22,3	
JENDER	Laki-laki	68	14,6	4,8	8,0	30,0	0,713
	Perempuan	103	14,8	4,3	8,0	30,0	
MASA KERJA	≤ 7 tahun	135	15,0	4,6	8,0	30,0	0,117
	> 7 tahun	36	13,7	4,1	8,0	22,3	
PPGD	Tidak	19	14,7	3,3	9,0	24,0	0,976
	Ya	152	14,7	4,6	8,0	30,0	
ACLS	Tidak	54	13,8	3,0	9,0	24,0	0,067
	Ya	117	15,2	5,0	8,0	30,0	

*Nilai $P < 0,1$ secara statistik signifikan

** Dalam Menit

Rata-rata durasi total perawat perempuan melayani pasien di UGD RS Pluit adalah 14,8 menit dan sama dengan durasi total layanan pasien oleh perawat laki-laki yaitu 14,6 menit (tabel 5.22). Perbedaan rata-rata durasi total layanan pasien oleh perawat-perawat tersebut secara statistik tidak signifikan ($p=0,713$). Sehingga dapat dikatakan bahwa tidak ada perbedaan durasi total layanan pasien oleh perawat

laki-laki dengan durasi total layanan pasien oleh perawat perempuan dalam memberikan layanan di UGD RS Pluit

Rata-rata durasi total layanan pasien oleh perawat di UGD RS Pluit dengan masa kerja 7 tahun atau kurang adalah 15,0 menit, bagi perawat dengan masa kerja lebih dari 7 tahun rata-rata durasi total layanan pasiennya adalah 13,7 menit (tabel 5.22). Hal tersebut menggambarkan bahwa makin lama perawat bekerja maka rata-rata durasi total layanan perawat di UGD lebih cepat. Namun demikian berdasarkan uji statistik perbedaan tersebut tidak signifikan ($p=0,117$). Sehingga dapat dikatakan bahwa tidak ada perbedaan rata-rata durasi total layanan perawat di UGD berdasarkan masa kerja perawat.

Diantara perawat yang sudah pernah mendapatkan pelatihan PPGD rata-rata durasi total perawat dalam melayani pasien di UGD RS Pluit adalah 14,7 menit dan sama dengan perawat yang belum mendapatkan pelatihan PPGD yaitu 14,7 menit (tabel 5.22). Sehingga dapat dikatakan tidak ada perbedaan durasi total perawat dalam melayani pasien di UGD RS Pluit berdasarkan pelatihan PPGD.

Diantara perawat yang sudah pernah mendapatkan pelatihan ACLS rata-rata durasi total perawat dalam melayani pasien di UGD RS Pluit adalah 15,2 menit dan lebih lama dibanding dengan perawat yang belum mendapatkan pelatihan ACLS yaitu 13,8 menit (tabel 5.22). Perbedaan tersebut secara statistik signifikan ($p=0,067$). Sehingga dapat dikatakan ada perbedaan durasi total perawat dalam melayani pasien di UGD RS Pluit berdasarkan pelatihan ACLS.

5. Kategori Pasien dan Waktu Tunggu Pelayanan Non Teknis Medis di UGD RS Pluit tahun 2008

Waktu tunggu pelayanan non teknis medis dihitung dari selisih durasi total waktu layanan pasien di UGD RS Pluit dengan durasi total layanan dokter, perawat serta layanan penunjang lainnya di UGD RS Pluit. Didasarkan pada definisi tersebut rata-rata waktu tunggu pelayanan non teknis medis di UGD RS Pluit adalah 12,6 menit dengan waktu tercepat adalah 1 menit dan waktu terlama adalah 65 menit (tabel 5.23). Waktu tunggu pelayanan non teknis medis di UGD RS Pluit sekitar 56,1% adalah kurang atau sama dengan 10 menit, sedangkan sisanya 43,9% lebih dari 10 menit.

Tabel 5.23.
Distribusi Waktu Tunggu Layanan Non Teknis Medis
di UGD RS Pluit tahun 2008

Waktu Tunggu Pelayanan Non Teknis Medis	Jumlah Pasien	Persentase
<=5 menit	56	32,7
>5-10 menit	40	23,4
>10-15 menit	30	17,5
>15 menit	45	26,3
Total	171	100,0

Rata-rata=12,6 menit, SD=12,5 menit, Min=1 menit, Maks=65 menit

Secara rata-rata waktu tunggu pelayanan non teknis medis adalah 12,6 menit. Bila dilihat berdasarkan umur pasien ternyata waktu tunggu pelayanan non teknis medis berbeda-beda. Perbedaan tersebut terlihat pada tabel 5.24. Semakin tua umur pasien maka semakin lama waktu tunggu pelayanan non teknis medis di UGD

RS Pluit dan perbedaan tersebut secara statistik signifikan ($p=0,014$). Hal tersebut menggambarkan bahwa ada perbedaan waktu tunggu pelayanan non teknis medis berdasarkan umur pasien dan semakin tua umur pasien maka semakin lama waktu tunggu pelayanan non teknis medis bagi pasien tersebut.

Tabel 5.24.
Rata-rata Waktu Tunggu Pelayanan Non Teknis Medis berdasarkan Umur, Surat Pengantar dan Triase Pasien di UGD RS Pluit tahun 2008

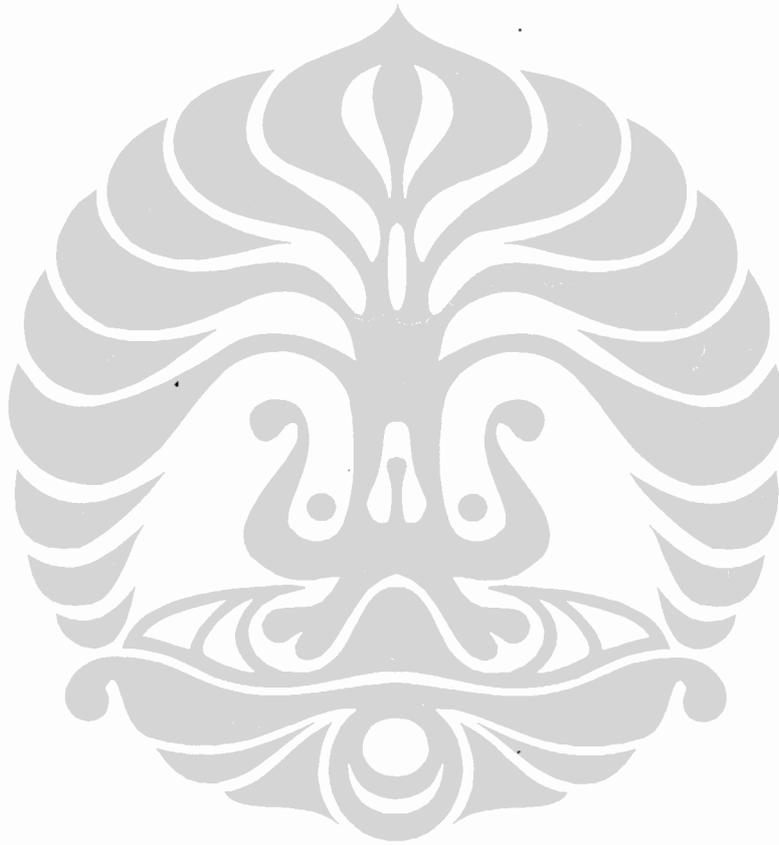
Variabel Independen	Kelompok	n (171 Pasien)	Variabel Dependen Rerata** (menit)	SD**	Min**	Maks**	P*
UMUR PASIEN	<21 thn	37	8,2	8,1	1,0	47,0	0,014
	21-30 thn	32	9,9	9,4	1,0	39,0	
	31-50 thn	39	12,7	11,8	1,0	64,0	
	51-65 thn	26	14,5	14,1	1,0	65,0	
	>65 thn	37	17,6	16,1	1,0	64,0	
	Total	171	12,6	12,5	1,0	65,0	
SURAT PENGANTAR	Ada	71	13,0	12,5	1,0	64,0	0,657
	Tidak ada	100	12,2	12,6	1,0	65,0	
	Total	171	12,6	12,4	1,0	65,0	
TRIASE PASIEN	Gawat Darurat	33	19,6	18,8	1,0	65,0	0,001
	Tidak	138	10,9	9,9	1,0	55,0	
	Total	171	12,6	12,4	1,0	65,0	

*Nilai $P < 0,1$ secara statistik signifikan

** Dalam Menit

Hal sebaliknya terjadi bila waktu tunggu pelayanan non teknis medis dilihat berdasarkan ada tidaknya surat pengantar pasien ke UGD RS Pluit. Meskipun pasien yang membawa surat pengantar ke UGD RS Pluit mempunyai rata-rata waktu tunggu pelayanan non teknis medis 13,0 menit dan lebih lama dibanding dengan pasien yang tidak membawa surat pengantar yaitu 12,2 menit (tabel 5.24). Namun demikian perbedaan tersebut secara statistik tidak signifikan ($p=0,657$). Sehingga dapat disimpulkan bahwa tidak ada perbedaan waktu tunggu pelayanan non teknis medis pasien di UGD RS Pluit berdasarkan ada tidaknya surat pengantar.

Rata-rata waktu tunggu pelayanan non teknis medis pada pasien gawat darurat adalah 19,6 menit dan jauh lebih lama dibanding dengan rata-rata waktu tunggu pelayanan non teknis medis pasien dengan status tidak gawat darurat yaitu 10,9 menit (tabel 5.24). Perbedaan waktu tunggu pelayanan non teknis medis tersebut secara statistik adalah signifikan ($p=0,001$). Sehingga dapat disimpulkan bahwa ada perbedaan waktu tunggu pelayanan non teknis medis berdasarkan tingkat kegawatdaruratan pasien yang mendapat pelayanan di UGD RS Pluit (triase pasien).



BAB VI

PEMBAHASAN

Pembahasan penelitian ini mengacu pada tujuan penelitian yaitu untuk memperoleh gambaran hubungan faktor-faktor yang mempengaruhi waktu pencapaian sasaran mutu pelayanan UGD RS Pluit tahun 2008.

Pembahasan hasil penelitian ini meliputi pembahasan tentang keterbatasan penelitian dan hasil penelitian yaitu hubungan antara variabel independen dengan variabel dependen.

A. KETERBATASAN PENELITIAN.

1. Kepustakaan

Penelitian tentang mutu pelayanan Unit Gawat Darurat sudah sering dilakukan di berbagai rumah sakit tetapi umumnya pembahasan lebih terarah kepada mutu pelayanan dalam bentuk hubungan tingkat pelayanan UGD dengan variabel – variabel pelayanan kesehatan. Sementara penelitian tentang mutu UGD dalam aspek waktu pelayanan belum banyak dilakukan khususnya di Indonesia apabila dibandingkan dengan di luar negeri misalnya di Amerika Serikat, Kanada, Australia dan lain-lain. Dengan sendirinya peneliti lebih banyak membandingkan hasil penelitian dengan penelitian yang ada di luar negeri.

2. Responden

Sesuai dengan kriteria inklusi penelitian yaitu pasien yang berobat ke UGD RS Pluit dan diharuskan menjalani rawat inap oleh dokter jaga serta pasien tersebut harus mendapat tindakan pemasangan infus. Sementara tidak terlepas kemungkinan pada satu saat pasien yang berobat ke UGD dalam keadaan ramai dan sulit menentukan pasien mana yang memenuhi kriteria inklusi ataupun kriteria eksklusi yakni pasien hamil *in partu* yang perlu segera dirujuk ke kamar bersalin, pasien yang dalam kondisi kritis perlu segera dirujuk ke CCU (*Critical Care Unit*), NICU/PICU (*Neonatal Intensive Care Unit/Perinatal Intensive Care Unit*), Kamar Bedah, HD (*Hemodialisa*); serta selama waktu penelitian UGD tidak berada dalam kondisi status KLB (Kejadian Luar Biasa).

Untuk menyasati hal tersebut dilakukan tindakan dengan cara semua pasien yang berobat ke UGD dicatat waktunya lalu diobservasi yang memenuhi kriteria inklusi penelitian dicatat waktu pelayanan di UGD sampai waktu diantar ke ruangan rawat inap.

Penelitian dilakukan pada pasien yang berobat di UGD dengan menggunakan metode survei dimana faktor independen dan dependen diukur dengan pencatatan waktu dalam satu kali pengukuran sehingga penelitian ini kurang dapat menggambarkan proses perkembangan variabel independen (faktor resiko) dalam mempengaruhi variabel dependen (efek) secara menyeluruh, juga sulit mengendalikan variabel lain yang mungkin dapat mempengaruhi variabel yang diteliti.

3. Peneliti dan anggota peneliti

Dalam hal penelitian ini diakui keterbatasan peneliti sebagai orang baru dan harus membagi tugas sehingga tidak dapat menunggu proses pengambilan sampel

setiap waktu. Anggota peneliti dibuat sebanyak 6 orang dengan pertimbangan setiap *shift* baik pagi, sore maupun malam hari agar supaya tetap dapat memperoleh sampel penelitian yang berkelanjutan dan *observer* sebelumnya telah mendapat pelatihan dari peneliti.

Keterbatasan penelitian ini adalah hanya memandang mutu dari aspek kecepatan pelayanan UGD terhadap pasien. Sedangkan mutu pelayanan pasien selain dari aspek kecepatan waktu pelayanan, bisa juga dipandang dari aspek ketepatan pelayanannya.

B. PEMBAHASAN HASIL PENELITIAN

1. Durasi Layanan Pasien di UGD RS Pluit tahun 2008

Waktu pelayanan UGD didapatkan dari menghitung selisih waktu kedatangan dan waktu keluar pasien (Mc Caig et al, 2006). Total waktu pelayanan UGD diukur dari waktu pasien pertama kali mendaftar atau dilakukan triase di UGD hingga petugas mengeluarkan pasien dari UGD. Ukuran ini mencakup waktu tunggu hingga pertama kali diperiksa dokter atau mendapat pengobatan dan waktu tambahan yang dihabiskan sampai pemeriksaan pasien lengkap (CIHI, 2007). Lama waktu tinggal di UGD (LOS) dihitung mulai dari waktu pasien pertama kali tiba di UGD, meliputi waktu penilaian triase perawat atau waktu pendaftaran pasien, bergantung yang mana lebih dulu, dan berakhir ketika pasien meninggalkan UGD untuk pulang ke rumah, perawatan jangka panjang di rumah atau rawat inap, masuk ke ruang operasi,

Intensive Care, hasil keputusan klinis setelah konsultasi atau ke fasilitas lainnya (OHA, 2006).

Penelitian waktu pelayanan klinik pada umumnya dilaksanakan dengan pengamatan satuan waktu pada hari, jam, atau menit, dengan contoh penelitian Wijanarka menggunakan satuan waktu menit dan penelitian yang dilakukan ini juga menggunakan satuan waktu menit. Hal tersebut berbeda dengan satuan waktu untuk *Length of Stay* rawat inap yang biasanya menggunakan satuan waktu hari.

Total waktu sejak pasien tiba di UGD hingga dirawat atau pulang adalah suatu cermin indikator kinerja, dan merupakan indikasi bagaimana keseluruhan proses berlangsung bukan hanya satu bagian proses saja. Ukuran total waktu pelayanan di UGD sudah diadopsi oleh pemerintah Inggris sebagai salah satu target baru untuk menyusun perencanaan Sistem Kesehatan Nasional (Downing et al, 2004).

Durasi total pelayanan pasien di Unit Gawat Darurat (UGD) RS Pluit adalah waktu yang digunakan pasien mulai dari pasien masuk sampai pasien keluar dari pelayanan UGD. Pengukuran waktu layanan ini merupakan salah satu indikator mutu layanan kesehatan di UGD RS Pluit.

Dari hasil penelitian didapatkan rata-rata durasi total layanan di UGD RS Pluit adalah 50 menit, paling cepat 15 menit, paling lama 134 menit. Artinya sejak pasien masuk sampai keluar dari ruang UGD dibutuhkan waktu 50 menit. Rata-rata durasi layanan tersebut sudah dibawah angka waktu sasaran mutu layanan UGD RS Pluit yang 60 menit. Hal tersebut terlihat bahwa sudah sekitar 73,1% pasien waktu pelayanan di UGD RS Pluit kurang dari 60 menit tetapi masih ada sekitar 26,9% yang lebih dari 60 menit (tabel 5.1).

Bila dibandingkan dengan durasi total pelayanan UGD RS Pluit selama ini yang mempunyai rata-rata 30 menit, khususnya di bulan Maret 2008 dengan rata-rata waktu pelayanan 29 menit, paling lama 42 menit serta paling cepat 24 menit. Hasil tersebut menunjukkan rata-rata waktu pelayanan dari hasil penelitian (50 menit) lebih lama dari hasil yang dicatat oleh UGD RS Pluit (29 menit). Hal tersebut mungkin dikarenakan pencatatan waktu pelayanan oleh UGD RS Pluit dilakukan pada semua pasien yang berobat, baik rawat jalan dan rawat inap yang waktu pelayanannya bila diambil rata-rata akan lebih rendah dibandingkan bila hanya yang diambil rata-rata waktu pelayanan pada pasien rawat inap saja.

Dalam era globalisasi yang hiperkompetitif, sudah saatnya setiap instalasi gawat darurat rumah sakit dapat memberikan pelayanan berkualitas (sistematis dan berkelanjutan), yang sesuai dengan kebutuhan pelanggan (pasien) sehingga dapat memberikan kepuasan sebagai strategi memenangkan persaingan.

Karakteristik pelayanan medis yang bermutu dan sesuai dengan kebutuhan, yang dapat menghasilkan kepuasan para pelanggan (pasien) di antaranya adalah kecepatan dan ketepatan pemberian penatalaksanaan medis secara efektif, efisien, di samping kenyamanan, empati, respek, atau dukungan, dan lain-lain. Indikator mutu sederhana atau minimal yang dapat diamati dari hasil pemberian pelayanan medis di instalasi gawat darurat rumah sakit diantaranya adalah angka keterlambatan pelayanan pertama gawat darurat (*emergency response time rate*).

Data hasil kegiatan di instalasi gawat darurat RSUD Bantul menunjukkan bahwa sejak 5 tahun terakhir telah terjadi peningkatan angka rata-rata kunjungan pasien setiap tahunnya sebanyak 465 pasien (5,4%). Mutu penanganan kegawat daruratan medis di instalasi gawat darurat menunjukkan rata-rata 30 menit atau lebih

lama 15 menit dari standar mutu pelayanan yang didasarkan pada angka ketelambatan waktu penanganan pertama gawat darurat (*emergency response time rate*) (Hendrik dkk, 2006).

Penelitian di Amerika oleh Jenifer Calhoun menunjukkan rata-rata waktu yang dihabiskan di UGD pada bulan November 2007 adalah kira-kira 3 jam, atau 1 jam lebih baik dibandingkan bulan November 2006. Jelasnya, hampir 80 % pasien yang berkunjung ke UGD pada bulan November 2007 yang ditangani dan dipulangkan mempunyai waktu pelayanan kurang dari 4 jam. Angka tersebut merupakan 20 % lebih baik dibanding bulan November 2006 (Calhoun et al, 2007).

Penelitian di IGD RSUD Bantul dengan tujuan menganalisis dan membuktikan pengaruh waktu penatalaksanaan kegawatdaruratan medis terhadap mutu pelayanan IGD menunjukkan bahwa waktu penanganan kegawatdaruratan medis rata-rata ialah 12,51 menit, dengan waktu rata-rata tersering ialah 10 menit, dan hasil analisis mutunya menunjukkan bahwa waktu penanganan kegawatdaruratannya tidak terlambat atau dapat mencegah kematian sampai 30% dari kasus kegawatdaruratan (Hendrik dkk, 2006).

Dari 2002-2004, NHAMCS (*National Hospital Ambulatory Medical Care Survey*) mengumpulkan data terhadap 114.179 kunjungan UGD, yang mewakili besarnya taksiran 314,3 juta kunjungan nasional dalam 3 tahun dan didapatkan rerata LOS (*Length of Stay*) untuk pasien rawat jalan 167,4 menit dan pasien rawat inap rerata waktu yang dihabiskan 364,4 menit. Setelah disesuaikan dengan beratnya penyakit pasien dan pengaruh dari tiap rumah sakit, didapatkan waktu yang dihabiskan lebih lama berhubungan dengan pasien bukan kulit putih (tambahan 10,6

menit) dan pasien yang berusia lebih lanjut. Perbedaan waktu yang dihabiskan paling banyak dihubungkan dengan porsi waktu yang dihabiskan di UGD untuk bertemu dokter dengan contoh bila dibandingkan pasien kulit putih, maka yang bukan kulit putih menunggu lebih lama 5,4 menit untuk bertemu dokter (Handel et al, 2007).

Penelitian oleh Gardner menunjukkan beberapa faktor berhubungan secara signifikan terhadap peningkatan EDLOS (*Emergency Department Length of Stay*) dan mungkin adalah faktor penting dalam strategi mengurangi EDLOS. Didapatkan pasien rawat inap mempunyai median LOS 255 menit dan pasien rawat jalan dengan median 210 menit (Gardner et al, 2007). Penelitian oleh Weinsier secara retrospektif dengan mengumpulkan data pasien didapatkan EDLOS 286,75 menit (Weinsier.S.T, 1999).

Penelitian terhadap jumlah dan pasien luka yang berobat di UGD Singapura, dari 347 pasien dengan luka berat menunjukkan median umur pasien 32 tahun dengan 17,9% wanita dan 82,1% pria. 125 (36%) pasien berada di UGD lebih dari 2 jam dan 102 (29,4%) pasien kurang dari 60 menit (Lim et al, 2003).

Bila total waktu pelayanan hasil penelitian dibandingkan dengan hasil dari penelitian lainnya maka dapat dikatakan rata-rata total waktu pelayanan dari penelitian terlihat lebih cepat yakni 50 menit dibanding dengan hasil penelitian lain yang paling cepat 2 jam atau lebih walaupun terlihat juga penelitian di UGD Singapura ada waktu pelayanan di bawah 60 menit. Hal ini mungkin dikarenakan perbandingan jumlah pasien yang dilayani dengan jumlah tenaga kesehatan.

Tahun 2005 CIHI memberikan laporan tentang lama waktu tunggu UGD di Kanada. Berdasarkan laporan tersebut, 14 juta penduduk Kanada berkunjung ke UGD setiap tahun dan dilaporkan sebagai angka tertinggi yang mempergunakan UGD dan

juga merupakan angka tertinggi (48%) untuk orang dewasa yang menunggu lebih dari 2 jam agar mendapat perawatan, dibandingkan dengan di Australia (29%), Selandia Baru (27%), Inggris (36%) dan Amerika Serikat (34%) (OHA, 2006).

2. Kategori Pasien dan Durasi Total Layanan Pasien di UGD RS Pluit tahun 2008.

Hasil penelitian menunjukkan rata-rata durasi total layanan pasien di UGD RS Pluit sudah dibawah waktu sasaran mutu UGD RS Pluit yang 60 menit, namun demikian bila diteliti lebih lanjut maka akan didapatkan perbedaan rata-rata layanan berdasarkan umur pasien, ada tidaknya surat pengantar dan tingkat kegawatdaruratan /triase pasien.

Tabel 6.1.
Hubungan Kategori Pasien dan Durasi Total Layanan Pasien berdasarkan Umur, Surat Pengantar dan Triase Pasien di UGD RS Pluit tahun 2008

Variabel Independen (Kategori Pasien)	P*
UMUR PASIEN	0,001
SURAT PENGANTAR (ADA/TIDAK)	0,001
TRIASE PASIEN (GAWAT DARURAT/TIDAK)	0,001

* $p < 0,1$ menunjukkan perbedaan signifikan

Pasien dengan umur yang lebih muda cenderung lebih cepat layanan di UGD RS Pluit dibanding dengan pasien yang lebih tua. Rata-rata durasi layanan pasien dengan umur kurang dari 21 tahun adalah 38 menit dan cenderung meningkat dengan semakin meningkatnya umur pasien yaitu menjadi 60 menit pada pasien dengan umur lebih dari 65 tahun. Perbedaan durasi layanan di UGD RS Pluit berdasarkan umur

pasien secara statistik signifikan ($p=0,001$)(tabel 6.1). Hal tersebut menggambarkan adanya perbedaan durasi layanan di UGD RS Pluit berdasarkan umur dari pasien.

Hasil ini sesuai dengan hasil penelitian di Kanada yang menyatakan bahwa setiap tahun lebih dari satu juta penduduk Kanada dirawat di RS lewat UGD Pasien tersebut cenderung berusia tua, mengalami beberapa kondisi atau sakit yang beragam dan berat serta mereka tinggal di rumah sakit lebih lama dari rata-rata pasien rawat inap lainnya (Dawson et al, 2008). Laporan *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC) menyebutkan bahwa terdapat kenaikan kunjungan ke UGD oleh orang dewasa, khususnya yang berumur 65 tahun atau lebih. Di antara pasien berumur 65-74 tahun, *rate* kunjungannya lima kali lebih tinggi pada pasien yang bertempat tinggal di panti asuhan atau institusi sejenis dibandingkan dengan yang tidak bertempat tinggal di satu institusi (CDC, 2005).

Penelitian di Australia terhadap 704 pasien UGD mengenai hubungan faktor resiko dengan lamanya rawat inap didapatkan cakupan umur kurang dari 65 tahun, saturasi oksigen normal, dan rujukan oleh diri sendiri serta didapatkan 95% pasien mempunyai rerata umur 63,6 tahun (AHRQ, 2007).

Penelitian di Inggris terhadap 694.962 pasien menunjukkan proporsi umur pasien yang menghabiskan waktu lebih dari 4 jam di UGD sebesar 39,0% berada pada kelompok umur lebih dari 85 tahun (Downing et al, 2004). Penelitian lain di Inggris menunjukkan angka pasien yang menunggu tempat tidur rumah sakit kosong di UGD menurun 30% dari tahun 2002 ke 2003 tetapi median umur pasien yang memerlukan rawat inap semakin meningkat dalam beberapa tahun, sebagai contoh dari penelitian terhadap 7.857 pasien UGD didapatkan median umur 60,6 tahun dan 48,7% adalah laki-laki (Moloney.E.D, 2005).

Dari hasil penelitian ini didapatkan pasien yang membawa surat pengantar (41,5%) mempunyai rata-rata waktu layanan di UGD RS Pluit adalah 43,6 menit dan pasien yang tidak membawa surat pengantar (58,5%) adalah 55,1 menit. Angka tersebut menunjukkan bahwa pasien tanpa surat pengantar mempunyai waktu layanan di UGD RS Pluit lebih lama dibanding pasien yang membawa surat pengantar. Perbedaan waktu layanan tersebut secara statistik signifikan ($p=0,001$) (tabel 6.1). Sehingga dapat disimpulkan bahwa ada perbedaan rata-rata waktu layanan di UGD berdasarkan ada tidaknya surat pengantar. Hal ini mungkin dikarenakan dokter jaga sudah lebih terfokus dan tinggal melaksanakan pengobatan karena di Surat Pengantar tersebut sudah tertulis identitas pasien, *Diagnosa* dan *Therapy* pasien.

Di antara pasien dengan status pasien gawat darurat (19,3%), rata-rata durasi layanan di UGD adalah 67,2 menit dan pasien dengan status tidak gawat darurat (80,7%), rata-rata durasi layanan adalah 46,3 menit. Sehingga dapat dikatakan bahwa pasien dengan status gawat darurat mempunyai durasi layanan di UGD lebih lama dibanding pasien dengan status tidak gawat darurat. Perbedaan durasi layanan tersebut secara statistik signifikan ($p=0,001$) (tabel 6.1). Sehingga dapat disimpulkan bahwa ada perbedaan rata-rata waktu layanan di UGD RS Pluit berdasarkan tingkat kegawatdaruratan pasien (triase pasien).

Hasil ini sesuai dengan hasil penelitian di Kanada yang menyatakan lama waktu tinggal di UGD bagaimanapun bergantung pada beratnya penyakit pasien. Data tahun 2003-2004 di Kanada menunjukkan pasien dengan kondisi penyakit lebih berat berada lebih lama di UGD dibanding dengan yang kurang berat penyakitnya. Didapatkan median waktu LOS dari hasil triase menunjukkan bahwa pasien dengan CTAS I (memerlukan resusitasi/gawat darurat) sebesar 161 menit dibanding dengan

yang CTAS V (non emergensi) sebesar 67 menit. Perbedaan ini sebagai bukti yang menunjukkan semakin kompleks masalah kesehatan seseorang maka memerlukan pemeriksaan diagnostik yang lebih banyak dan waktu pengawasan lebih lama dibanding dengan mereka dengan kondisi yang bisa ditangani langsung oleh dokter UGD. Juga dibuktikan median LOS yang meningkat seiring dengan peningkatan usia.

Peningkatan LOS pada pasien UGD dengan sakit yang lebih berat juga dilaporkan di Australia pada tahun 2003-2004. Pasien yang di triase gawat darurat mempunyai LOS lebih dari 3 jam (195 menit) dibanding dengan yang di triase tidak gawat darurat 75 menit (CIHI, 2005)

Penelitian di Kanada terhadap 1047 pasien menunjukkan 51% nya adalah laki-laki, 91% tergolong triase level III, IV, dan V dengan distribusi berbentuk lonceng, triase level I dan V mempunyai LOS terpendek dan level III yang terlama. Dari 894 pasien didapatkan rerata EDLOS 271 menit dengan kebanyakan menghabiskan waktu 2-5 jam di UGD, 11,3% menghabiskan lebih dari 9 jam, 5,0% menghabiskan lebih dari 12 jam dan 0,3% menghabiskan waktu lebih dari 24 jam (Yoon et al, 2003)

3. Karakteristik Dokter dan Durasi Total Dokter dalam melayani pasien di UGD RS Pluit tahun 2008.

Durasi total dokter dalam melayani pasien di UGD RS Pluit merupakan jumlah *response time* dokter dan durasi dokter memeriksa pasien. Rata-rata durasi total dokter dalam melayani pasien di UGD RS Pluit adalah 12,9 menit dengan durasi paling pendek 2 menit dan durasi paling lama adalah 65 menit. Sekitar 57,3%

durasi total layanan dokter di UGD RS Pluit adalah kurang dari atau sama dengan 10 menit. Selebihnya yaitu 42,7% lebih dari 10 menit. Penelitian di Kanada menunjukkan waktu pelayanan dokter UGD di Kanada adalah 3-4 pasien per jam (Carter et al, 2007).

Penelitian oleh Millar menunjukkan rerata waktu pelayanan dokter UGD adalah 17,9 menit (Millar.K.R, 2007). Penelitian lain juga menunjukkan bahwa perbedaan LOS yang paling utama dihubungkan dengan porsi waktu yang dihabiskan di UGD untuk bertemu dokter (Handel et al, 2007).

Tabel 6.2.

Hubungan Karakteristik Dokter (umur, jender, masa kerja dan pelatihan PPGD, ATLS, EKG) dengan *Response time* dokter, Durasi Dokter memeriksa pasien dan Durasi Total Dokter melayani Pasien di UGD RS Pluit tahun 2008

Variabel Dependen	Variabel independen (dokter)	P*	
RESPONSE TIME DOKTER	UMUR	0,104	
	JENDER	0,810	
	MASA KERJA	0,264	
	PELATIHAN	PPGD	0,503
		ATLS	0,588
		EKG	0,168
DURASI DOKTER MEMERIKSA PASIEN	UMUR	0,335	
	JENDER	0,781	
	MASA KERJA	0,637	
	PELATIHAN	PPGD	0,353
		ATLS	0,872
		EKG	0,099
DURASI TOTAL LAYANAN DOKTER	UMUR	0,221	
	JENDER	0,827	
	MASA KERJA	0,490	
	PELATIHAN	PPGD	0,312
		ATLS	0,959
		EKG	0,067

- $p < 0,1$ menunjukkan perbedaan signifikan

Rata-rata *response time* dokter dalam melayani pasien di UGD RS Pluit adalah 1,8 menit dengan waktu tercepat adalah kurang dari 1 menit dan waktu terlama adalah 17 menit. Bila didasarkan pada standar *response time* dokter adalah 3 menit maka dapat dikatakan bahwa sekitar 92,4% dokter sudah memberikan *response time* kurang atau sama dengan waktu 3 menit.

Selain *response time* layanan dokter di UGD, diukur pula durasi pemeriksaan dokter terhadap pasien di UGD RS Pluit. Rata-rata durasi dokter memeriksa pasien di UGD RS Pluit adalah 11 menit dan durasi pemeriksaan dokter paling cepat adalah satu menit dan waktu pemeriksaan dokter paling lama adalah 63 menit. Sekitar 66,6% durasi pemeriksaan dokter di UGD RS Pluit adalah kurang dari atau sama dengan 10 menit. Selebihnya yaitu 33,3% lebih dari 10 menit.

Bila kita melihat hubungan subvariabel karakteristik dokter (umur, jender, masa kerja dan pelatihan PPGD, ATLS, dan EKG) dengan *response time* dokter, durasi dokter memeriksa pasien dan durasi total layanan dokter di UGD RS Pluit maka dari angka statistik menunjukkan nilai $p > 0,1$ (tabel 6.2) didapatkan pada hubungan antara karakteristik dokter (umur, jender, masa kerja, pelatihan PPGD, ATLS dan EKG) dengan *response time* dokter, hubungan antara karakteristik dokter (umur, jender, masa kerja, pelatihan PPGD dan ATLS) dengan durasi dokter memeriksa pasien dan durasi total layanan dokter.

Dari hal tersebut dapat disimpulkan bahwa tidak ada perbedaan rata-rata *response time* dokter berdasarkan umur, jender, masa kerja, pelatihan PPGD, ATLS dan EKG dokter; tidak ada perbedaan durasi dokter memeriksa pasien dan total layanan dokter berdasarkan umur, jender, masa kerja, pelatihan PPGD dan ATLS dokter.

Hubungan antara pelatihan EKG dengan durasi dokter memeriksa pasien dan durasi total dokter dalam melayani pasien menunjukkan statistik yang signifikan ($p=0,067$) pada $\alpha=0,10$ sehingga dapat disimpulkan bahwa ada perbedaan rata-rata durasi dokter memeriksa pasien dan durasi total layanan dokter pada pasien berdasarkan pelatihan EKG, dimana dokter yang sudah pernah mendapatkan pelatihan EKG lebih cepat dibanding dengan dokter yang belum mendapatkan pelatihan EKG. Hal tersebut menggambarkan bahwa durasi total layanan dokter di UGD RS Pluit sudah terstandarisasi baik meskipun ada perbedaan dalam hal umur, jender, masa kerja dan pelatihan dokter.

Manajemen sudah menetapkan prosedur dalam rekrutmen dokter UGD RS PLUIT yang wajib diikuti semua dokter baru yang meliputi masa pengenalan, masa orientasi dan masa kontrak. Didalam masa percobaan tersebut setiap dokter baru mengikuti, mempelajari dan diuji apakah sudah mampu melaksanakan tugas untuk bekerja di UGD. Dengan demikian setiap dokter yang bekerja di UGD RS Pluit diharapkan mempunyai kemampuan yang sama dalam pelayanan terhadap pasien.

Khusus untuk pelatihan EKG dokter angka statistik menunjukkan hasil yang signifikan. Hal ini kemungkinan berhubungan dengan kategori pasien yang rawat inap dimana setiap pasien dengan umur lebih dari 40 tahun dilakukan pemeriksaan EKG dan setiap dokter jaga UGD RS Pluit sudah mahir menginterpretasikan hasil EKG tersebut.

Penelitian yang dilakukan di Amerika oleh Wilkin dkk. seperti yang dikutip oleh Ilyas (2002) menemukan bahwa dokter wanita kurang melakukan konsultasi, menghabiskan waktu lebih sedikit dalam praktek dan kontak langsung dengan pasien dan juga ditemukan tidak adanya hubungan antara umur dokter dan beban kerjanya.

Penelitian oleh Boots seperti yang dikutip oleh Ilyas (2002) menemukan bahwa dokter yang lebih berpengalaman (dengan sendirinya rata-rata lebih tua umurnya) menghabiskan waktu lebih sedikit pada aspek diagnosis dan lebih pada pemberian nasehat dan konsultasi pada pasien.

Penelitian lainnya oleh Boots seperti yang dikutip oleh Ilyas (2002) menemukan bahwa alokasi waktu dokter dengan persepsi tugas yang lebih luas kurang dipengaruhi oleh tekanan jumlah pasien per hari, artinya dokter tersebut tetap menggunakan waktu yang cukup banyak dalam memberikan konsultasi pada pasien.

Penelitian terhadap dokter PTT yang dilakukan oleh Ilyas tentang Studi Determinan Kinerja Dokter Puskesmas, Kasus : Dokter Pegawai Tidak Tetap (PTT) menunjukkan variabel bebas yang kontribusinya relatif besar terhadap kinerja yaitu manfaat supervisi, penghasilan, seks, jabatan, karier, dan variabel pelatihan. Sedangkan kelompok variabel bebas yang kontribusinya lemah terhadap kinerja adalah status pernikahan, keluarga tinggal bersama, sikap, proses pengangkatan dan variabel lama kerja. Variabel pelatihan saat tugas berefek relatif kecil terhadap kinerja dokter PTT. Penambahan satu kali pelatihan saat tugas akan berpengaruh terhadap sebesar 0,14 unit kinerja. Penelitian yang dilakukan oleh Kopelman seperti yang dikutip oleh Ilyas (2002) menunjukkan pendidikan dan pelatihan berefek sebesar 10% - 15% terhadap kinerja. Variabel seks menunjukkan bahwa wanita berefek negatif terhadap kinerja sebesar -1,1 unit.

Penelitian total waktu pelayanan dokter UGD per satu kunjungan pasien dengan memakai sampel 585 pasien yang mencakup jender, umur, tanda vital dan *Glasgow Coma Scale* (GCS), serta cara ke UGD, level triase, penyakit penyerta dan prosedur kerja memberikan hasil variabel prediksi terbesar yang mempengaruhi

waktu pelayanan dokter adalah prosedur kerja, level triase, tiba dengan ambulans, GCS, umur, penyakit penyerta dan jumlah prioritas kunjungan (Innes et al, 2005).

Penelitian terhadap 1930 pasien di UGD yang ditangani oleh 21 dokter UGD (Median 17 pasien per shift) didapatkan secara keseluruhan paling sedikit satu konsultasi dilakukan terhadap 38% pasien. Lebih dari separuh (54,3%) pasien yang dikonsulkan harus menjalani rawat inap di rumah sakit. Proporsi konsultasi antara pria dan wanita hampir sama (51%:49% , $p = 0,03$) (Woods et al, 2008).

4. Karakteristik Perawat dan Durasi Total Perawat dalam melayani pasien di UGD RS Pluit tahun 2008.

Durasi total perawat dalam melayani pasien di UGD RS Pluit merupakan jumlah *response time* perawat, pemeriksaan tanda vital pasien oleh perawat dan durasi perawat dalam memasang infus pasien. Rata-rata durasi total perawat dalam melayani pasien di UGD RS Pluit adalah 14,7 menit dengan durasi paling pendek 8 menit dan durasi paling lama adalah 30 menit. Selanjutnya, sekitar 66,1% durasi total perawat melayani pasien di UGD RS Pluit adalah kurang dari atau sama dengan 10 menit. Selebihnya yaitu 33,9% durasi total layanan perawat di UGD adalah lebih dari 10 menit. Penelitian di Selandia Baru terhadap 261 kunjungan ke UGD dengan rata-rata LOS 200 menit didapatkan rerata waktu penanganan oleh perawat adalah 49 menit per kunjungan. Secara rata-rata, pasien dengan kode triase darurat, LOS lebih lama atau yang tidak rawat jalan mendapat penanganan perawat lebih lama (Gabolinscy.B, 2005).

Penelitian dengan metoda *work sampling* yang dilakukan Tutuko di Instalasi Gawat Darurat RS Polri di Jakarta seperti yang dikutip Ilyas (2004) dengan menghitung waktu yang dibutuhkan oleh perawat untuk kasus di UGD menunjukkan data untuk kasus gawat darurat 86,3 menit, kasus mendesak 71,3 menit dan kasus tidak mendesak 33,7 menit.

Penelitian di Amerika menunjukkan pasien paling kritis atau terluka mendapatkan *response time* perawat dan dokter yang cepat, dengan berbagai variasi waktu, tetapi keseluruhan rate pelayanan perawat diatas 80% untuk kasus tadi (Yoon et al, 2003).

Tabel 6.3.

Hubungan Karakteristik Perawat (umur, jender, masa kerja, pelatihan PPGD dan ACLS) dengan Durasi Total Perawat dalam melayani Pasien di UGD RS Pluit tahun 2008

Variabel Dependen	Variabel Independen (perawat)	P*	
RESPONSE TIME PERAWAT	UMUR	0,454	
	JENDER	0,308	
	MASA KERJA	0,561	
	PELATIHAN	PPGD	0,193
		ACLS	0,065
DURASI PERAWAT MEMERIKSA TANDA VITAL	UMUR	0,042	
	JENDER	0,914	
	MASA KERJA	0,065	
	PELATIHAN	PPGD	0,150
		ACLS	0,976
DURASI PERAWAT MEMASANG INFUS	UMUR	0,437	
	JENDER	0,350	
	MASA KERJA	0,008	
	PELATIHAN	PPGD	0,180
		ACLS	0,164
DURASI TOTAL LAYANAN PERAWAT	UMUR	0,785	
	JENDER	0,713	
	MASA KERJA	0,117	
	PELATIHAN	PPGD	0,976
		ACLS	0,067

* $p < 0,1$ menunjukkan perbedaan signifikan.

Didapatkan rata-rata *response time* perawat dalam melayani pasien di UGD RS Pluit adalah 1,3 menit dengan waktu paling cepat adalah kurang dari 1 menit dan waktu terlama adalah 17 menit. Bila didasarkan pada standar *response time* perawat adalah 3 menit maka dapat dikatakan bahwa sekitar 95,3% perawat sudah memberikan *response time* 3 menit atau kurang.

Rata-rata durasi perawat dalam memeriksa tanda vital pasien di UGD RS Pluit adalah 4,5 menit dengan waktu paling cepat adalah kurang dari 1 menit dan waktu terlama adalah 13 menit. Bila didasarkan pada standar durasi pemeriksaan tanda vital perawat adalah 5 menit maka dapat dikatakan bahwa sekitar 75,4% perawat sudah memberikan durasi pemeriksaan tanda vital 5 menit atau kurang.

Rata-rata durasi perawat dalam memasang infus pasien di UGD RS Pluit adalah 8,9 menit dengan waktu paling cepat adalah kurang dari 3 menit dan waktu terlama adalah 23 menit. Sebagian besar durasi pemasangan infus berkisar antara 5-10 menit. Bila didasarkan pada standar durasi pemasangan infus perawat adalah 10 menit maka dapat dikatakan bahwa sekitar 73,7% perawat sudah memberikan durasi pemasangan infus 10 menit atau kurang.

Bila kita melihat hubungan karakteristik perawat (umur, jender, masa kerja, pelatihan PPGD dan ACLS) dengan *response time* perawat, durasi perawat memeriksa tanda vital, durasi perawat memasang infus dan durasi total layanan perawat di UGD RS Pluit maka akan didapatkan hubungan secara statistik signifikan ($p < 0,1$) pada hubungan *response time* perawat dengan pelatihan ACLS perawat, hubungan durasi perawat memeriksa tanda vital pasien dengan umur dan masa kerja perawat, hubungan durasi perawat memasang infus pasien dengan masa kerja dan hubungan durasi total layanan perawat dengan pelatihan ACLS.

Dari hal tersebut dapat diambil kesimpulan ada perbedaan rata-rata *response time* perawat berdasarkan pelatihan ACLS dimana perawat yang sudah pernah mendapatkan pelatihan ACLS rata-rata *response time* lebih lama dibanding dengan perawat yang belum mendapatkan pelatihan ACLS.

Ada perbedaan rata-rata durasi perawat memeriksa tanda vital pasien berdasarkan umur perawat dimana durasi pemeriksaan tanda vital pasien oleh perawat dengan umur muda dan umur tua cenderung memberikan durasi pemeriksaan tanda vital yang lebih lama, ada perbedaan rata-rata durasi perawat memeriksa tanda vital pasien berdasarkan masa kerja perawat dimana rata-rata durasi perawat memeriksa tanda vital pasien dengan masa kerja lebih dari 7 tahun lebih lama dibanding dengan rata-rata durasi perawat dengan masa kerja kurang dari 7 tahun, ada perbedaan rata-rata durasi memasang infus pasien berdasarkan masa kerja dimana rata-rata durasi pemasangan infus pasien oleh perawat dengan masa kerja sebagai perawat 7 tahun atau kurang lebih lama dibanding perawat dengan masa kerja sebagai perawat lebih dari 7 tahun dan ada perbedaan rata-rata durasi total layanan perawat berdasarkan pelatihan ACLS dimana perawat yang sudah pernah mendapatkan pelatihan ACLS rata-rata durasi total perawat dalam melayani pasien di UGD RS Pluit lebih lama dibanding dengan perawat yang belum mendapatkan pelatihan ACLS.

Hal ini mungkin disebabkan semakin lama masa kerja seseorang yang tentunya diikuti bertambahnya umur, maka pengalaman seseorang akan bertambah dan mungkin perawat tersebut menjadi lebih teliti dan lebih hati-hati di dalam tindakan pemeriksaan tanda vital dan melayani pasien. Hal ini sesuai dengan kutipan oleh Ilyas (2002) dari penelitian Boots yang menyatakan bahwa dokter yang lebih

berpengalaman dengan sendirinya rata-rata lebih tua umurnya. Tetapi perlu diingat juga bahwa sumber daya manusia adalah subjek yang dapat *obsolete* artinya sumber daya manusia juga dapat usang, dimana pengetahuan dan ketrampilannya tidak berkembang sehingga ketinggalan zaman (Ilyas.Y, 2004).

Dari hasil penelitian yang menunjukkan angka statistik yang tidak signifikan didapatkan pada a. Hubungan *response time* perawat dengan umur, jender, masa kerja, pelatihan PPGD perawat b. Hubungan durasi perawat memeriksa tanda vital pasien dengan jender, pelatihan PPGD dan ACLS perawat c. Hubungan durasi perawat memasang infus pasien dengan umur, jender, pelatihan PPGD dan ACLS perawat d. Hubungan durasi total layanan perawat dengan umur, jender, masa kerja, pelatihan PPGD perawat. Dari hal tersebut dapat diambil kesimpulan tidak ada perbedaan rata-rata durasi *response time* perawat dengan umur, jender, masa kerja pelatihan PPGD perawat, tidak ada perbedaan rata-rata durasi perawat memeriksa tanda vital pasien dengan jender, pelatihan PPGD dan ACLS perawat, tidak ada perbedaan rata-rata durasi perawat memasang infus pasien dengan umur, jender, pelatihan PPGD dan ACLS perawat, serta tidak ada perbedaan rata-rata durasi total layanan perawat dengan umur, jender, masa kerja, pelatihan PPGD perawat.

Bila hal-hal diatas dikaji lebih mendalam, maka beberapa kemungkinan yang bisa diutarakan. Setiap perawat yang bekerja di UGD harus tanggap dalam arti harus cepat dan tepat menghadapi pasien yang berobat karena pasien yang datang ke UGD selalu diasumsikan adalah pasien yang gawat darurat. Oleh sebab itu dapat diasumsikan perawat yang lebih lama masa kerjanya akan memberikan pelayanan pasien yang lebih teliti dan hati-hati namun berakibat pelayanan pasien menjadi lebih lama tetapi masih dalam batas waktu standar.

Setiap perawat sudah mendapat pengetahuan di dalam melakukan tindakan pemeriksaan tanda vital (tensi, nadi, suhu, dan pernafasan) dan tindakan pemasangan infus sewaktu mengikuti pendidikan, tetapi dengan tingkat kemampuan dan ketrampilan yang berbeda. Semakin sering seseorang melakukan tindakan tersebut maka selain semakin mahir tetapi perlu ketepatan dalam tindakan tersebut.

Hal ini sesuai dengan falsafah UGD rumah sakit yang ditetapkan oleh Depkes yang menyatakan kecepatan dan ketepatan dalam memberikan pertolongan pada pasien sesuai dengan tingkat kegawatdaruratan, tanpa membedakan sosial, ekonomi, agama, dan ras akan menurunkan angka kematian dan kecacatan (Depkes, 2005). Dari hasil penelitian perawat di Kanada menunjukkan perawat melayani antara 1-2 pasien per jam (Carter et al, 2007).

Penelitian yang dilakukan Ilyas tentang determinan kinerja tenaga kesehatan variabel bebas yang kontribusinya relatif besar terhadap kinerja yaitu: manfaat supervisi, penghasilan, jender, jabatan, karier, dan variabel pelatihan. Sedangkan kelompok variabel bebas yang kontribusinya lemah terhadap kinerja adalah status pernikahan, lama kerja, keluarga tinggal bersama, sikap, proses pengangkatan dan variabel praktek bersama (Ilyas.Y, 2002).

Penelitian yang dilakukan terhadap perawat di instalasi rawat inap RSUD Banyumas sebanyak 80 orang dari 10 Ruang Rawat diperoleh adanya hubungan bermakna antara lingkungan kerja perawat dengan kinerja perawat, ada hubungan antara karakteristik individu pendidikan dengan kinerja perawat, ada hubungan antara karakteristik individu senioritas/lama kerja, umur, status pernikahan, dan pendidikan dengan lingkungan kerja perawat serta ada hubungan bermakna kombinasi antara

lingkungan kerja dan karakteristik individu pendidikan dengan kinerja perawat (Amriyati, 2002)

Dari penelitian hubungan antar variabel ditemukan bahwa variabel yang mempunyai hubungan signifikan dengan kinerja tenaga kesehatan (Nakes) yaitu : umur, jenis kelamin, motivasi dan beban kerja. Variabel yang tidak mempunyai hubungan signifikan dengan kinerja Nakes yaitu pendidikan, kepemimpinan dan pengetahuan. Variabel yang paling dominan berhubungan dengan kinerja Nakes adalah variabel umur yaitu semakin tua umur Nakes cenderung mempunyai kinerja baik (Wahyuningsih, 2004).

5. Kategori Pasien dan Waktu Tunggu Pelayanan Non Teknis Medis di UGD RS Pluit tahun 2008.

Istilah waktu tunggu telah digunakan untuk menjelaskan berbagai maksud, tetapi hal tersebut berhubungan dengan pengalaman pasien. Setiap pasien yang berkunjung di UGD mempunyai pengalaman menunggu dalam berbagai tahap perawatannya, mereka menunggu di triase oleh petugas triase, lalu menunggu di ruang tunggu untuk dibawa ke ruang tindakan agar dapat ditangani oleh perawat dan dokter UGD. Beberapa pasien menunggu untuk diperiksa dokter konsulen, dan akhirnya mereka menunggu tempat tidur agar dapat dirawat inap (Millar.K.R, 2007).

Waktu tunggu didefinisikan dengan berbagai cara diantaranya : waktu yang dihabiskan oleh pasien semenjak dia mendaftar sampai dengan waktu mulai konsultasi. Atau waktu yang dihabiskan oleh pasien sejak tiba di RS hingga selesai pelayanan kesehatan atau menerima resep. Waktu tunggu juga didefinisikan sebagai

keseluruhan waktu kunjungan, mulai dari pendaftaran sampai keluar atau dirujuk atau dirawat inap. Waktu tersebut dinyatakan dalam menit (Elaal et al, 2005).

Tabel 6.4.
Hubungan Karakteristik Pasien dan Waktu Tunggu Pelayanan Non Teknis Medis di UGD RS Pluit tahun 2008

VARIABEL INDEPENDEN KATEGORI PASIEN	P*
UMUR PASIEN	0,014
SURAT PENGANTAR (ADA/TIDAK)	0,657
TRIASE PASIEN (GAWAT DARURAT/TIDAK)	0,001

* $p < 0,1$ menunjukkan perbedaan signifikan.

Waktu tunggu pelayanan non teknis medis di UGD RS Pluit merupakan waktu yang dihitung dari selisih durasi total waktu layanan pasien UGD dengan durasi layanan dokter, perawat serta layanan penunjang lainnya UGD. Didasarkan pada definisi tersebut rata-rata waktu tunggu pelayanan non teknis medis di UGD RS Pluit adalah 12,6 menit dengan waktu tercepat adalah 1 menit dan waktu terlama adalah 65 menit (tabel 5.56). Waktu tunggu pelayanan non teknis medis di UGD RS Pluit sekitar 56,1% adalah kurang atau sama dengan 10 menit, sedangkan sisanya 43,9% lebih dari 10 menit.

Bila dilihat berdasarkan umur pasien ternyata waktu tunggu pelayanan non teknis medis di UGD RS Pluit berbeda-beda. Semakin tua umur pasien maka semakin lama waktu tunggu pelayanan non teknis medis dan perbedaan tersebut secara statistik signifikan ($p=0,014$). Hal tersebut menggambarkan bahwa ada perbedaan waktu tunggu pelayanan non teknis medis di UGD RS Pluit berdasarkan umur pasien dan semakin tua umur pasien maka semakin lama waktu tunggu pelayanan non teknis medis bagi pasien tersebut. Hal ini sesuai dengan data laporan CIHI (*Canadian*

Institute for Health Information) yang menyebutkan bahwa pasien yang berumur lebih tua dan lebih menunggu lebih lama di UGD rumah sakit sebelum mereka masuk rawat inap (CMAJ, 2008).

Hal sebaliknya terjadi bila waktu tunggu pelayanan non teknis medis di UGD RS Pluit dilihat berdasarkan ada tidaknya surat pengantar pasien ke UGD. Meskipun pasien yang membawa surat pengantar ke UGD RS Pluit mempunyai rata-rata waktu tunggu pelayanan non teknis medis 13,0 menit dan lebih lama dibanding dengan pasien yang tidak membawa surat pengantar yaitu 12,2 menit (tabel 5.58). Namun demikian perbedaan tersebut secara statistik tidak signifikan ($p=0,657$). Sehingga dapat disimpulkan bahwa tidak ada perbedaan waktu tunggu pelayanan non teknis medis di UGD RS Pluit berdasarkan ada tidaknya surat pengantar. Hal ini mungkin disebabkan kategori pasien yang membawa surat pengantar ataupun tidak dalam hal umur adalah relatif sama, sehingga waktu pelayanan yang didapat pasien juga relatif sama.

Rata-rata waktu tunggu pelayanan non teknis medis di UGD RS Pluit pada pasien gawat darurat adalah 19,6 menit dan jauh lebih lama dibanding dengan rata-rata waktu tunggu pelayanan non teknis medis pada pasien dengan status tidak gawat darurat yaitu 10,9 menit (tabel 5.59). Perbedaan waktu tunggu pelayanan non teknis medis tersebut secara statistik signifikan ($p=0,001$). Sehingga dapat disimpulkan bahwa ada perbedaan waktu tunggu pelayanan non teknis medis di UGD RS Pluit berdasarkan tingkat kegawatdaruratan pasien yang mendapat pelayanan di UGD (triase pasien) dimana waktu tunggu pelayanan non teknis medis pada pasien gawat darurat jauh lebih lama dibanding dengan pasien tidak gawat darurat.

Pada tahun 2000, dokter UGD *British Columbia* (BC) di Kanada mengatakan bahwa median waktu tunggu untuk dilayani di UGD adalah 1,1 jam, hampir dua kali lamanya waktu yang disepakati dapat diterima (0,6 jam). Juga dilaporkan median waktu untuk masuk rawat inap dari UGD ke RS sebesar 12 jam dan angka ini menunjukkan 10 jam lebih lama dari median waktu yang dapat diterima yakni 2 jam (BCMA, 2006)

Penelitian tahun 2003-2004 menunjukkan separuh dari pasien menghabiskan waktu tunggu sebesar 51 menit untuk diperiksa dokter dan separuhnya menghabiskan waktu lebih dari itu. Data lain menunjukkan 10% pasien UGD menunggu 10 menit atau kurang (persentil 10) dan 90% lainnya menunggu 65 menit atau lebih (persentil 90). Secara umum median waktu tunggu diperiksa dokter bervariasi bergantung pada jumlah pasien di UGD saat itu dan juga berat tidaknya penyakit pasien (CIHI, 2005)

Penelitian di IGD RS Panti Nugroho Yogyakarta terhadap pasien dengan cedera kepala didapatkan waktu tunggu cedera kepala ringan 3,1 menit (target 15 menit), untuk cedera kepala sedang 3,3 menit (target 10 menit) dan untuk cedera kepala berat 0,7 menit (target 5 menit) (Wijanarka dkk., 2005).

Penelitian *Trend Resulted* menunjukkan rata-rata waktu tunggu kira-kira 30 menit agar dapat diperiksa dokter (2004) meningkat 20 menit dari tahun 1997. Untuk pasien yang di diagnosa oleh UGD sebagai serangan jantung, rata-rata waktu tunggu meningkat 150% yakni dari rata-rata 8 menit menjadi 20 menit (1997-2004) (Lopes.G, 2008).

Penelitian di Amerika menunjukkan bahwa wanita menunggu lebih lama dari pria (26 menit dibanding 25 menit). Kaum minoritas menunggu lebih lama dari kaum

kulit putih (Kulit putih menunggu 24 menit, Kulit hitam 31 menit dan Hispanic 33 menit) (Emily.B, 2008).

Penelitian Siddharthan yang dikutip Wijanarka menunjukkan waktu tunggu rata-rata di UGD adalah 3 jam 6 menit, sedangkan penelitian Wijanarka menunjukkan waktu tunggu rata-rata 2 jam 1 menit (Wijanarka dkk., 2005).

Lebih dari 14 juta orang mempergunakan pelayanan UGD di Inggris setiap tahun dengan hasil survei waktu tunggu merupakan hal terpenting di UGD. Persepsi pasien tentang pelayanan UGD dan kepuasan mereka terhadap pelayanan sangat bergantung dari persepsi waktu tunggu mereka (Downing et al, 2004).

6. Faktor-faktor yang mempengaruhi Waktu Pelayanan UGD RS Pluit tahun 2008.

Hasil penelitian menunjukkan faktor-faktor yang mempengaruhi waktu pelayanan UGD RS Pluit /variabel dependen (waktu pencapaian sasaran mutu) yang signifikan adalah faktor kategori pasien, karakteristik dokter dan karakteristik perawat. Variabel independen kategori pasien mencakup umur, ada tidaknya surat pengantar, dan tingkat kegawatdaruratan / triase pasien. Variabel independen karakteristik perawat mencakup umur, masa kerja dan pelatihan ACLS. Sedangkan variabel independen kategori dokter mencakup pelatihan EKG.

Hasil penelitian sesuai dengan penelitian di Amerika yang menyatakan bahwa banyak faktor yang mempengaruhi EDLOS dari sampel penelitian meliputi usia, diagnosa pasien, konsultasi, pemeriksaan radiologi yang multipel, penundaan pengurusan rawat inap, perawat sibuk, keluarga berada disamping tempat tidur,

observasi dan pasien memerlukan tindakan stabilisasi, tempat tidur belum siap, dan pasien dalam proses infus. Tidak ada faktor bermakna EDLOS yang tercatat diakibatkan waktu mulai diperiksa dokter (Weinsier.S.T, 1999).

LOS adalah suatu ukuran kunci keseluruhan dari UGD dan darinya merupakan pertanda *overcrowding*. Penelitian terhadap 1047 pasien dengan cara menentukan waktu proses dan stratifikasi menggunakan CTAS (*Canada Triage Acuity Scale*) menunjukkan hasil pasien dengan level triase III – IV umumnya mempunyai waktu tunggu paling lama untuk diperiksa suster dan dokter dan mempunyai LOS yang paling lama juga. Hasil CTAS juga menunjukkan prediksi waktu laboratorium dan pemeriksaan penunjang sama dengan *rate* waktu konsultasi. Penggunaan alat diagnostik *imaging* dan laboratorium berhubungan dengan semakin lamanya LOS, bervariasi bergantung jenis pemeriksaan yang spesifik. Konsultasi dengan dokter spesialis berhubungan juga dengan lamanya LOS, dan efek ini sangat bervariasi bergantung pada jenis konsultasi.

Penelitian dengan mengumpulkan data pasien meliputi umur, jenis kelamin, waktu pendaftaran, cara kedatangan (dengan atau tanpa ambulans), level triase awal, waktu penilaian triase, waktu penilaian perawat, waktu penilaian dokter, waktu keputusan medik (pulang atau rawat inap), waktu keluar, pemakaian pemeriksaan tambahan (laboratorium, foto *rontgen*, *CT Scan*, *USG*, kedokteran nuklir), dan pelayanan konsultasi dokter spesialis, menunjukkan hasil bahwa level triase, tindakan pemeriksaan dan konsultasi dokter spesialis merupakan faktor independen penting yang mempengaruhi *EDLOS* (Yoon et al, 2003).

Penelitian terhadap pasien yang berobat di UGD menunjukkan secara keseluruhan 83% menghabiskan waktu kurang dari 4 jam, 3,6% menghabiskan waktu

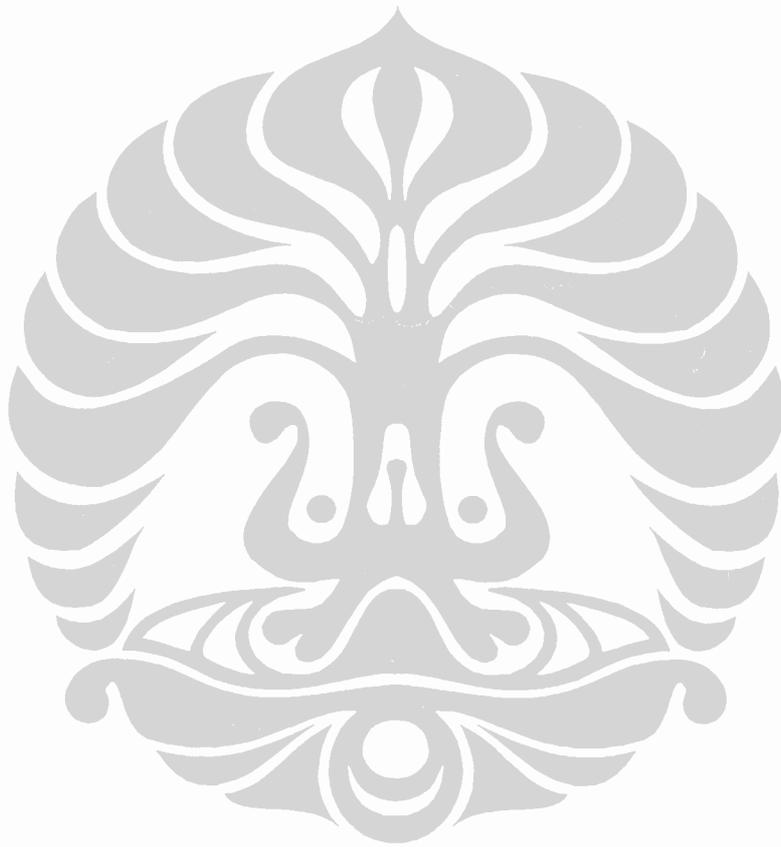
lebih dari 8 jam di UGD. Faktor resiko pasien menghabiskan waktu lebih dari 4 jam di UGD adalah mengurus persyaratan rawat inap, tiba dengan ambulans, tiba malam hari, usia yang meningkat, level kesakitan yang tinggi. Pasien yang harus menjalani rawat inap mengalami efek terbesar menghabiskan waktu di UGD, dengan resiko 2,64 kali menghabiskan waktu 4-8 jam dan 4,84 kali menghabiskan waktu 8 jam (Downing et al, 2004)

Penelitian menemukan bahwa peningkatan umur pasien, tiba dengan ambulans, pasien yang menjalani rawat inap serta deprivasi yang meningkat adalah faktor positif pasien yang menghabiskan waktu lebih dari 4 jam di UGD. Alasan hal tersebut adalah kenyataannya mereka memerlukan lebih banyak persyaratan agar dapat dirawat inap, dan mereka mempunyai penyakit yang lebih kompleks yang berakibat menambah jenis pemeriksaan, diagnosis dan proses pengobatan (Downing et al, 2004)

Penelitian terhadap 93.274 pasien UGD untuk melihat faktor yang berhubungan dengan LOS harian pasien didapatkan faktor independen yang mempengaruhi LOS harian pasien adalah pasien rawat inap pro operasi terencana, jumlah pasien saat itu, dan tingkat kepenuhan rumah sakit. LOS harian pasien bertambah 0,31 menit untuk setiap pasien rawat inap pro operasi terencana, 2,2 menit untuk pasien UGD yang dirawat inap dan 4,1 menit untuk setiap kenaikan 5% dari tingkat kepenuhan rumah sakit (Gardner et al, 2007).

Dari penelitian lain didapatkan pasien rawat inap mempunyai median LOS 255 menit dan pasien rawat jalan dengan median 120 menit. Faktor-faktor yang mempengaruhi EDLOS pada pasien rawat inap adalah Etnis Hispanik (+20 menit), *Computed Tomographi Scan* dan *Magnetic Resonance Imaging* (+ 36 menit) dan

lokasi rumah sakit di kota (+32 menit). *Intensive Care Unit* mempunyai LOS yang lebih pendek (-30 menit) (Gardner et al, 2007)



BAB VII

KESIMPULAN dan SARAN

A. KESIMPULAN

Berdasarkan hasil dan pembahasan penelitian, maka dapat disimpulkan:

1. Rata-rata durasi total layanan pasien di UGD RS Pluit sudah dibawah angka waktu sasaran mutu layanan yaitu 60 menit dimana sekitar 73,1% pasien menghabiskan waktu kurang dari 60 menit dan sekitar 26,9% lebih dari 60 menit dengan durasi rata-rata 50 menit.
2. Rata-rata durasi layanan pasien dengan umur kurang dari 21 tahun adalah 38 menit dan cenderung meningkat dengan semakin meningkatnya umur pasien yaitu menjadi 60 menit pada pasien dengan umur lebih dari 65 tahun. Perbedaan durasi layanan di UGD RS Pluit berdasarkan umur pasien secara statistik signifikan ($p=0,001$) dan menggambarkan pelayanan cenderung semakin lama seiring dengan semakin tua umur pasien.
3. Rata-rata waktu layanan di UGD RS Pluit pada pasien yang membawa surat pengantar (41,5%) adalah 43,6 menit dan pasien yang tidak membawa surat pengantar (58,5%) 55,1 menit. Perbedaan waktu layanan tersebut secara statistik signifikan ($p=0,001$) dan menggambarkan pasien yang membawa surat pengantar cenderung memperoleh layanan lebih cepat dibanding yang tidak membawa surat pengantar.

4. Rata-rata durasi layanan di UGD RS Pluit pada pasien dengan status gawat darurat (19,3%) adalah 67,2 menit dan pasien dengan status tidak gawat darurat (80,7%) 46,3 menit. Perbedaan durasi layanan tersebut secara statistik signifikan ($p=0,001$) dan menggambarkan pasien dengan status gawat darurat mempunyai durasi layanan di UGD RS Pluit lebih lama dibanding status tidak gawat darurat.
5. Rata-rata total durasi layanan dokter di UGD adalah 12,9 menit dengan durasi paling pendek 2 menit dan paling lama 65 menit dimana hubungan karakteristik dokter (umur, jender, masa kerja dan pelatihan PPGD, dan ATLS) dengan durasi total dokter melayani pasien menunjukkan nilai statistik $p > 0,1$ yang menggambarkan tidak ada perbedaan.
Khusus hubungan antara pelatihan EKG dengan durasi total dokter melayani pasien menunjukkan angka statistik yang bermakna ($p=0,067$) pada $\alpha=0,1$ dimana dokter yang sudah pernah mendapatkan pelatihan EKG lebih cepat dibanding dengan dokter yang belum mendapatkan pelatihan EKG.
6. Rata-rata durasi total layanan perawat di UGD adalah 14,7 menit, paling pendek 8 menit dan paling lama 30 menit. Hubungan durasi total layanan perawat dengan pelatihan ACLS menunjukkan angka statistik yang bermakna ($p<0,1$) dan menggambarkan perawat yang sudah mendapatkan pelatihan ACLS memiliki rata-rata durasi total lebih lama dalam melayani pasien di UGD RS Pluit dibanding yang belum mendapat pelatihan ACLS.
7. Hasil penelitian karakteristik perawat (umur, jender, masa kerja, dan pelatihan PPGD) dengan total layanan perawat menunjukkan angka statistik yang tidak signifikan.

8. Hasil penelitian menunjukkan faktor-faktor yang mempengaruhi waktu pelayanan UGD (waktu pencapaian sasaran mutu) yang signifikan adalah a. faktor kategori pasien yaitu umur pasien, ada tidaknya Surat Pengantar dan triase pasien, b. karakteristik dokter yaitu pelatihan EKG dan c. karakteristik perawat yaitu pelatihan ACLS, umur perawat dan masa kerja perawat.
9. Hipotesis Nol yang ditolak ($p < 0.1$) didapatkan pada hubungan antara durasi total layanan pasien di UGD RS Pluit dengan kategori pasien (umur, ada tidaknya surat pengantar dan triase pasien), hubungan antara durasi total layanan dokter dengan pelatihan EKG dokter, hubungan antara durasi total layanan perawat dengan pelatihan ACLS perawat.
10. Hipotesis Nol yang diterima ($p > 0.1$) didapatkan pada hubungan antara durasi total layanan dokter dengan karakteristik dokter (umur, jender, masa kerja, pelatihan PPGD, dan ATLS dokter) dan hubungan antara durasi total layanan perawat dengan karakteristik perawat (umur, jender, masa kerja, pelatihan PPGD perawat).

B. SARAN

Saran yang dapat disampaikan :

1. Peneliti selanjutnya

Penelitian ini merupakan data awal bagi penelitian selanjutnya sehingga diharapkan adanya penelitian lanjutan dengan menggunakan desain yang sama tetapi populasi dan subjek yang berbeda. Juga disarankan agar penelitian

diarahkan ke faktor lain yang dapat mempengaruhi pencapaian waktu sasaran mutu dalam hal ini waktu pelayanan UGD.

2. Institusi Rumah Sakit

Untuk dapat meningkatkan pelayanan UGD RS Pluit maka banyak aspek yang dapat diperbaiki dan diperkirakan dari waktu pelayanan pasien. Jumlah ketenagaan secara keseluruhan bisa diperkirakan dengan lebih tepat. UGD RS Pluit dapat memperkirakan beban kerja baik dokter maupun perawat pada setiap *shift* sehingga dapat disusun jadwal kerja yang lebih baik. Perlu dipertimbangkan jalur khusus (*Fast Tract*) terutama untuk penanganan pasien berusia tua dan di triase gawat darurat dalam rangka menurunkan LOS di UGD.

3. Institusi Pendidikan

Diharapkan hasil penelitian ini dapat dijadikan masukan dalam meningkatkan pengetahuan terutama dalam hal waktu penanganan pasien UGD oleh dokter maupun perawat. Juga dapat diketahui berapa lama waktu yang dihabiskan seseorang bila berobat ke UGD dalam kondisi gawat darurat maupun tidak ataupun hal lainnya dari hasil penelitian ini.

DAFTAR PUSTAKA

- AHRQ. 2005. Agency for Healthcare Research and Quality 2005. www.ahrq.gov 'Emergency Severity Index, version 4' : Implementation Handbook.
- Amriyati. 2002. 'Kinerja perawat ditinjau dari lingkungan Kerja dan karakteristik individu.' Master theses JKPKBPPK/2002-03-27. Email : upik@med-gmu.org Medical Faculty, Gajah Mada University.
- Azwar, Azrul 1996. 'Pengantar administrasi kesehatan'. Edisi 3. Binarupa Aksara.
- Bachtiar, Adang 2007.' *Buku ajar Metodologi Penelitian Kesehatan.*' Program Pasca Sarjana Universitas Indonesia.
- BCMA (British Columbia Medical Assosiation). 2006. '*Waiting too long : Reducing and better managing wait times in B C*'. A policy paper by the BCMA'S Concil on Health Economics & Policy. June 2006.
- Burt, W Catharine Ed D, Linda F McCaig MPH. 2006. Advance Data, From Vital and Health Statistics, Number 376, September 27, 2006. CDC. '*Staffing, Capacity, and Ambulance Diversion in Emergency Departments*' : United States, 2003-04.
- CAEP. 2001. Canadian Assosiation of Emergency Phisicians. '*Emergency medicine: Change & Challenge*'. November 15, 2001.
- CAEP. 2007. Position Statement on Emergency Department Overcrowding from The Canadian Assosiation of Emergency Phisicians, February,2007
- Calhoun, Jenifer. 2007. '*ER wait times fall,*' Mc Clatchy Tribune Business News Washington Dec 31, 2007.
- Carter, Alix J E, MD, Alecs H Chochinov, MD. 2007. CJEM. Vol 9 No. 4, p286 2007. '*A systematic review of the impact of nurse practitioners on cost, quality of care, satisfaction and wait times in the emergency department*'.
- CDC. 2005. Centers for Disease Control and Prevention: '*Visits to U.S Emergency Departments at All-Time high; Number of Departments Shrinking*'.
- CDC. 2004. CDC Release Latest Data on Emergency Department visits. March 18, 2004.
- CIHI. 2005. Canada Institute for Health Information 2005. '*Understanding emergency department wait times: Who is using emergency departments and how long are they waiting?*'

- CIHI. 2007. *'Understanding Emergency Department Wait Times: How Long Do People Spend in Emergency Departments in Ontario?'*
- CMAJ. 2008. *'Elderly face longer bed wait times in hospital.'* Januari 1,2008. 178(1).
- Dawson, Heather, Jaya Weerasooriya & Greg Webster. 2008. CIHI Survey: Hospital Admissions via The Emergency Department : *'Implications for Planning and Patient Flow'*. Healthcare Quarterly 2008, Vol 11 no 1: 20-2
- Dent, Andrew W Tracey J Weiland, Lisa Vallender & Nicola E Oettel. 2007. Australian Health Review. *'Can medical admission and length of stay be accurately predicted by emergency staff, patients or relatives?'* Nov 2007, 31, 4, pg 633.
- Departemen Kesehatan (Depkes Yan Med). 2006 . *'Sistem Penanggulangan Gawat Darurat Terpadu (SPGDT).'* Cetakan ketiga. Dirjen Yan Med.
- Departemen Kesehatan (Depkes) RI. 2005. *'Pedoman pelayanan keperawatan gawat darurat di rumah sakit'*.
- Departemen Kesehatan (Depkes) RI. 2006. *'Statistik rumah sakit di Indonesia. Seri 1 : kegiatan pelayanan'*.
- Djasri, Hanevi. 2006. Jurnal Manajemen pelayanan kesehatan Vol 09, No 03 September 2006 *'Penerapan clinical governance melalui ISO 9000 : studi kasus di dua RSUD Provinsi Jawa Timur'*.
- Downing, Amy, Richard C Wilson & Matthew W Cooke. 2004. Journal of Public Health. *'Which patients spend more than 4 hours in the Accident and Emergency department'*. 26; 2. Academic Research Library. Jun 2004.
- Elaal, Sara A.M Abd MD, Yousif A Ibrahim MD. 2005. Sudanese Journal of Public Health. April 2006 Vol 1(2). *'The waiting time at emergency department at Khartoum state-2005'*.
- Emily, Bregel. 2008. *'ER care comes slowly'*. Mc Clatchy Tribune Business News Washington Jan. 16, 2008. *More waiting in U.S. Emergency rooms.* Mc Clatchy Tribune Business News Washington Jan. 15, 2008
- Freeman, Jeffrey, MD. 2007. Can J Emerg Med. 2007; 9(5): 378-9 *'Emergency department overcrowding : peering through the holes in the safety net'*.
- Gabolinscy, Brian 2005. Triage code : *'A predictor of nursing care in the emergency department'*.

- Gardner, Rebekah L MD, et al. 2007. 'Factors associated with longer ED length of Stay'. AJEM (American Journal of Emergency Medicine) Vol.25, issue 6, July 2007, pages 643-650.
- Handel, Daniel A, K John Mc Connell. 2007. *Western Journal of Emergency Medicine*, vol.8; issue 3 2007. article 21. 'Emergency Department length of stay and predictive demographic characterist'.
- Hendrik, Kurnianto Trubus Pranowo, dkk. 2006. Cermin Dunia Kedokteran No.152. 'Pengaruh Waktu Penatalaksanaan kegawatdaruratan Medis terhadap Mutu Pelayanan di Instalasi Gawat Darurat RSUD Bantul'.
- Ilyas, Yaslis. 2004. 'Perencanaan SDM Rumah Sakit edisi revisi'.
- Ilyas, Yaslis. 2002. 'KINERJA Teori, penilaian, dan penelitian'.
- Innes, Grant D, et al. 2005. 'Perspective time study derivation of emergency physician workload predictor'. CJEM : Journal of the Canadian Association of Emergency Phisicians. Vol.7; Iss 5 ; pg 299; 10 pgs.
- Konsil kedokteran Indonesia. 2006. 'Standar Kompetensi Dokter'.
- Liew, Don, Donny Liew & Marcus P Kennedy. 2003. Medical journal of Australia 2003, 179 (10): 524-526. 'Emergency department length of stay independently predicts excess inpatient length of stay'.
- Lim, Y H, et al. 2003 Hong Kong Journal of Emergency Medicine. 'Severely injured patients presenting to the Singapore General Hospital : a one Year study'. Vol 10(1) Jan 2003.
- Lopes, Gregory. 2008. 'More waiting in U.S. Emergency rooms'. Mc Clatchy Tribune Business News Washington Jan. 15, 2008.
- Lwanga, S K, S. Lames. 1998. WHO (World Health Organisation) 1998. 'Sample size determination in health studies, version 2. A practical manual.'
- Mc Caig, Linda F MPH, Catharine W Burt Ed D. 2006. Advance Data, From Vital and Health Statistics, Number 340, March 18, 2006. CDC. 'National Hospital Ambulatory Medical Care Survey: 2002 Emergency Departement Summary'.
- Millar, Kelley Rae. 2007. Millar thesis. 'Estimating Phisician workload on the Pediatric Emergency Department', University of Calgary 2007.
- Moloney E D, et al. 2005. Q J Med. ' Impact of an acute medical admission unit on length of hospital stay, and emergency department 'wait times' '.Apr 2005; 98, 4; Academic Research Library. Pg 283

- NCHS. 2004. National Center for Health Statistics 2004. CDC release latest data on emergency department visit.
- Niels, Rathlev K et al. 2007. *Annals of Emergency Medicine* (2007). 'Time series analysis of variables associated with daily mean Emergency Department Length of Stay'. Vol. 49 No 3, pg 265-271
- NSW. 2000. New South Wales Public Health Bulletin 2000. 'Accident emergency nursing. A contribution to the future'.
- NSW. 2001. New South Wales Public Health Bulletin 2001. 'Emergency department services plan'.
- NSW. 2002. NSW Public Health Bulletin Supplement. The New South Wales Adult Health Survey 2002
- NSW. 2003. New South Wales Public Health Bulletin Supplement 2003. Center for epidemiology and research. NSW Department of Health. 'New South Wales Adult Health Survey 2002'.
- Nursalam. 2002. 'Manajemen Keperawatan: Aplikasi dalam Praktek Keperawatan Profesional;' Salemba Medika.
- O'Malley, Ann S, Debra A Draper & Laurie E Felland. 2007 Issue Briefs no. 115, November 2007. 'Hospital Emergency on-call coverage: Is there a Doctor in the house?'
- OHA. 2006. *Ontario Hospital Association*. Improving Access to emergency care : Addressing system issues August 2006.
- Oviatt, Jill, Leona Hollingsworth. 2005. CIHI 2005. 'More Than Half of Emergency Departement Visits Classified as "Less-Urgent" or "Non-Urgent"'. media@cihi.ca
- Pitauli, Sondang Drg. 2003. 'Dokter Gigi sebagai Menejer Kesehatan di Puskesmas'. Fakultas Kedokteran Gigi Universitas Sumatera Utara. Digitized by USU Digital Library.
- Saanin, Saeful. 2002. 'Falsafah dasar kegawat-daruratan'.
- Wahyuningsih. 2004. 'Analisis Kinerja Pengawas Menelan Obat (PMO) Penderita Tuberkulosis oleh Tenaga Kesehatan di Kab. Lampung Selatan tahun 2004': <http://www.digilib.ui.edu/opac/themes/libri2/detail.jsp?id=77793&lokasi=lokal>

- Weinsier, Stephane Thatcher. 1999. Florida International Universit. '*Factors affecting Emergency Department length of stay of patients admitted to telemetry and critical care units*'.
- Wijanarka, Agus, Iwan Dwiprahasto. 2005. JMPK (Jurnal Manajemen Pelayanan Kesehatan) Vol. 08/No.4/Desember/2005. '*Implementasi clinical governance : Pengembangan indikator klinik cedera kepala di Instalasi Gawat Darurat*'.
- Wijono, Djoko. 1999. '*Manajemen mutu pelayanan kesehatan*'. Airlangga University Press.
- Wikipedia Indonesia. 2007.' *ISO*'.
- Wikipedia. 2007. '*Emergency department*'.
- Woods, Robert A, MD et.al. 2008. CJEM 2008: 10 (1): 25-31. '*Consultation outcomes in the emergency department : Exploring rates and complexity*'.
- Yoon, Philip, Ivan Steiner & Gilles Reinhardt. 2003. '*Analysis of factors influencing length of stay in the Emergency Department*'. CJEM : Journal of the Canadian Association of Emergency Phisicians. Vol.5 edisi 3.

