



**ANALISIS MUTU PELAYANAN KESEHATAN
UNIT GAWAT DARURAT RS BHINEKA BAKTI HUSADA
PAMULANG TANGERANG tahun 2008**

Disusun sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar Magister dalam Ilmu Kajian
Administrasi Rumah Sakit

**EMIRIANTI
7005050176**

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

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

Tesis, 11 Juli 2008

Emirianti

**ANALISIS MUTU PELAYANAN KESEHATAN UNIT GAWAT DARURAT RS
BHINEKA BAKTI HUSADA PAMULANG TANGERANG tahun 2008**

x + 122 hal, 35 tabel, 4 gambar, 7 lampiran

ABSTRAK

Rumah Sakit Bhineka Bakti Husada memiliki lokasi yang cukup strategis yaitu dipersimpangan perbatasan Jakarta, Bogor, Tangerang dan Depok dengan jumlah kunjungan pasien unit gawat darurat dan poli umum dari tahun ke tahun meningkat. Untuk mengetahui kualitas pelayanan unit gawat darurat maka perlu dilakukan survei analisis mutu pelayanan kesehatan unit gawat darurat rumah sakit. Hal ini disebabkan karena masih bergabungnya unit gawat darurat dan poli umum.

Jenis penelitian yang digunakan dalam penelitian adalah metode survei dan penelitian kuantitatif. Metode survei bertujuan untuk mengetahui faktor internal (kuantitas SDM, kompetensi SDM, kelengkapan sarana dan prasarana, ketersediaan sarana dan prasarana, kematian di UGD, Σ rata-rata pasien UGD perhari, Σ rata-rata pasien UGD yang dirujuk keluar perhari) yang mempengaruhi mutu pelayanan kesehatan UGD RS Bhineka Bakti Husada. Sedangkan penelitian kuantitatif yang bertujuan untuk mengetahui hubungan antara faktor eksternal (jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan) dengan mutu pelayanan kesehatan UGD Rumah Sakit Bakti Husada

Data yang diperlukan adalah data primer dan data sekunder. Data primer diperoleh dari kuesioner yang telah diisi oleh pasien unit gawat darurat dan wawancara mendalam kepada informan. Sedangkan data sekunder diperoleh dari Rumah Sakit Bhineka Bakti Husada Tangerang. Data primer berupa kuesioner berasal dari 150 pasien unit gawat darurat, dan di analisa menggunakan univariat, bivariat, dan diagram kartesius Untuk analisis bivariat digunakan uji chi square parametrik. Dilakukan pada bulan April dan Mei 2008. Hasil penelitian menunjukkan bahwa : Jumlah SDM yang tersedia di UGD RS BBH sudah memenuhi standar, kompetensi SDM yang tersedia di UGD RS BBH sudah memiliki sertifikat UGD (ACLS, EKG dan PPGD), Ketersediaan sarana dan prasarana masih belum memadai dimana unit radiologi belum beroperasi

selama 24 jam, kapasitas tempat tidur masih belum memenuhi standar nasional yaitu 12 tempat tidur, jumlah kunjungan pasien UGD mengalami peningkatan selama 4 tahun terakhir, Jumlah pasien UGD yang dirujuk ke tempat lain mengalami peningkatan khususnya pada bulan Desember 2007, Angka kematian pasien di UGD tergolong tinggi, ada hubungan yang signifikan antara pendidikan dengan kepuasan pasien, tidak ada hubungan yang signifikan antara jenis kelamin dengan kepuasan pasien, tidak ada hubungan yang signifikan antara pekerjaan dengan kepuasan pasien.

Variabel yang menurut pasien paling memberikan rasa puas dalam pelayanan yaitu dimensi kehandalan (penguasaan keterampilan dokter pada tugasnya) pasien menyatakan puas sebesar 97,3 %, kurang puas sebesar 2,7%, dimensi ketanggapan (kemampuan dokter dalam berkomunikasi dengan pasien) yang menyatakan puas sebesar 90,0 %, kurang puas 10,0 % , dimensi kehandalan (kesediaan dokter ketika dibutuhkan) yang menyatakan puas sebesar 86,7 %, kurang puas sebesar 13,3 %, dimensi jaminan (perhatian dan keramahan dokter kepada pasien) yang menyatakan puas 84,7%, kurang puas 15,3 %, dimensi empati (kemampuan petugas UGD dalam mengatasi masalah tanpa membedakan pasien) yang menyatakan puas 78,7 %, kurang puas 21,3 %.

Pada diagram kartesius yang termasuk di dalam kuadran 1 artinya variabel yang memiliki *performance* di bawah rata-rata tetapi tingkat kepentingannya cukup tinggi. Variabel yang masuk dalam kuadran 1 yaitu kemampuan petugas melayani pasien, kecepatan petugas dalam menangani pasien, pendaftaran dilaksanakan dengan cepat, perhatian dan keramahan dokter kepada pasien.

Disarankan kepada rumah sakit terutama manajemen untuk memperbaiki faktor-faktor yang berada pada kuadran 1. Selain itu Mutu pelayanan unit gawat darurat RS Bhineka Bakti Husada perlu diperbaiki dengan cara melihat berbagai aspek, seperti ketersediaan sarana dan prasarana antara lain seperti pemisahan UGD dengan poli umum, unit radiologi agar beroperasi selama 24 jam, penambahan kapasitas tempat tidur minimal menjadi yaitu 12 tempat tidur sehingga memenuhi standar nasional.

Kepustakaan 43 (1989 - 2008)

**UNIVERSITY OF INDONESIA
POST-GRADUATE PROGRAM HOSPITAL ADMINISTRATION STUDY
STUDY SROGRAM
FACULTY OF PUBLIC HEALTH
HOSPITAL ADMINISTRATION STUDY PROGRAM**

Thesis, July 11, 2008

Emirianti

**Analysis Health Service Quality of Emergency Department of Bhineka Bakti
Husada Hospital at Pamulang Tangerang 2008**

x + 122 pages, 35 tables, 4 pictures, 7 supplements

ABSTRACT

Rumah Sakit Bhineka Bakti Husada is a hospital which has strategic location enough that is around Jakarta, Bogor, Tangerang and Depok which has significant of member patient of emergency department and general poly each year. In order to determine the quality of service of this hospital, survey of health service quality of emergency department needs to be applied to this hospital. It is because still united between emergency department and general poly

The research divided into two group, there are survey method and quantitative research. The aim of survey method is to known internal factor (human resources quantity, human resources competence, completion tool and infrastructure, availability of tool and infrastructure, death at emergency department, amount average emergency department patient each day, amount average patient emergency department that referred out each day) which has influenced health service quality of emergency department of Bhineka Bakti Husada Hospital. While the aim of quantitative research is to known relationship between external factor (sex, education, job) with health service quality of emergency department of Bhineka Bakti Husada Hospital.

The research used two kinds of data, there are primary data and secondary data. Primary data which collected from kuesioner that loaded by emergency department patient and interview deepens to informant. While secondary data is collected from Bhineka Bakti Husada Hospital in Tangerang. Primary data was collected from kuesioner that comes from 150 patients of emergency department, and has been analised using univariat, bivariat and cartesius diagram. Bivariat analysis has used test chi square parametrik. This research was conducted in April - May 2008. The result shows that: human resources quantity that available at emergency department of Bhineka Bakti Husada Hospital is fulfil standard, human resources competence that available at emergency department of Bhineka Bakti Husada Hospital has certificate emergency department (ACLS, EKG and PPGD), completion tool and infrastructure stills not yet

give good service which the radiology unit does not operate during 24 clocks, bed capacity does not fulfil standard national that is 12 bed, totals of patient visit in emergency department have been enhanced during 4 the last year, totals patient of emergency department that referred to other place have been enhanced especially in december 2007, the rate of patient mortality at emergency department is still high. Relationship between education with patient satisfaction is significant. Relationship between sex of patient with patient satisfaction, relationship between job with patient satisfaction are no significant .

Based on patient, we can conclude the variables which give satisfaction in service are : reliability dimension satisfaction (doctor know-how mastery in the task) patient declare satisfied as big as 97,3 %, less satisfied as big as 2,7%, dimension responsiveness (the ability of doctor in communicate with respondent) that declare satisfied as big as 90,0 %, less satisfied 10,0 %, reliability dimension (doctor always already when needed) that declare satisfied as big as 86,7 %, less satisfied as big as 13,3 %, guarantee dimension (attention and affability of doctor to respondent) that declare satisfied 84,7%, less satisfied 15,3 %, empathy dimension (operator emergency unit ability in overcome problem without distinguish patient) that declare satisfied 78,7 %, less satisfied 21,3 %.

The cartesius diagram that belong in first quadrant mean variable with under average but have high importance level. Variables that enter in first quadrant are the ability operator in serves patient, operator speed in handle patient, enrollment is carried out swiftly, attention and affability of doctor to patient.

Regarding to the result the Bhineka Bakti Husada hospital management shall improve all factors that stay in first quadrant. Besides of that, service quality of emergency department of Bhineka Bakti Husada hospital necessary repaired by see various aspect, like tool availability and infrastructure among others like separation between emergency department with general poly, radiology unit can operate during 24 clocks, increase bed capacity to become 12 beds so that fulfil standard national.

References 43 (1989 - 2008).



**ANALISIS MUTU PELAYANAN KESEHATAN
UNIT GAWAT DARURAT RS BHINEKA BAKTI HUSADA
PAMULANG TANGERANG tahun 2008**

Disusun sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar Magister dalam Ilmu Kajian
Administrasi Rumah Sakit

**EMIRIANTI
7005050176**

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

SURAT PERNYATAAN

Yang bertanda tangan di bawah ini, saya;

Nama : EMIRIANTI
NPM : 7005050176
Mahasiswa Program : KARS
Tahun Akademik : 2005

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

..... ANALISIS MUTU PELAYANAN KESEHATAN UNIT GAWAT
..... DARURAT RS. BHINEKA BAKTI HUSADA PAMULANG
..... TANGERANG 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, 31 - 7 - 08



.....
EMIRIANTI)
.....

PERNYATAAN PERSETUJUAN

Tesis ini telah disetujui, diperiksa dan dipertahankan dihadapan panitia sidang ujian tesis
Magister Program Pascasarjana Program Studi Kajian Administrasi Rumah Sakit
Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia

Depok, 11 Juli 2008

Pembimbing Tesis



(Wiku Adisasmito, drh, M.Sc, Ph.D)

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

Depok 11 Juli 2008

Ketua



(Wiku Adisasmito, drh, M.Sc, Ph.D.)

Anggota

(Adang Bachtiar, dr, MPH, ScD)



(M. Haffizzurrachman S., dr, MPH)



(dr. Gatot Suryokusumo, MM)

KATA PENGANTAR

Puji syukur kita panjatkan ke hadirat Allah SWT atas segala limpahan rahmat dan ridho-Nya. Atas nikmatNya jualah, penulis dapat menyelesaikan tesis ini. Tesis berjudul Analisis Mutu Pelayanan Kesehatan Unit Gawat Darurat RS Bhineka Bakti Husada Pamulang Tangerang Pada Tahun 2008 ini disusun untuk memenuhi sebagian persyaratan memperoleh gelar Magister Administrasi Rumah Sakit Universitas Indonesia.

Pada kesempatan ini, penulis ingin menyampaikan ucapan terima kasih yang setinggi-tingginya kepada Bapak Wiku Adisasmito, drh, M.Sc, Ph.D selaku pembimbing yang telah memberikan bimbingan dan petunjuk dalam penelitian dan penulisan tesis ini.

Dalam menyelesaikan tesis ini, penulis mendapatkan dorongan, bimbingan, bantuan dan doa restu dari berbagai pihak baik secara langsung maupun tidak langsung . Untuk itu perkenankanlah penulis menyampaikan rasa terima kasih yang tulus kepada :

1. Ketua Program Studi kajian Administrasi Rumah Sakit Program Pasca Sarjana Universitas Indonesia.
2. Seluruh Staf Pengajar dan Administrasi Program Pasca Sarjana Universitas Indonesia.
3. Bapak Adang Bachtiar, dr, MPH, ScD, selaku penguji proposal tesis yang telah memberikan masukan yang sangat bermanfaat.
4. Ibu Amila Megraini, SE, MBA, selaku penguji seminar hasil tesis yang telah memberikan masukan yang sangat bermanfaat.

5. M. Haffizzurrachman S., dr, MPH selaku panitia sidang ujian tesis yang telah memberikan masukan yang sangat bermanfaat.
6. Bapak dr. Gatot Suryo K, MM, selaku Kepala Rumah Sakit Bhineka Bakti Husada dan selaku panitia sidang ujian tesis.
7. Ibu dr. Triwidowati, MARS, selaku Waka RS Bhineka Bakti Husada Bid Medik.
8. Mama dan Papa tercinta yang telah memberikan doa untuk keberhasilanku.
9. Kakak tercinta atas pengertian dan bantuannya.
10. Adik-adikku yang selalu memberi dorongan dan bantuan untuk menyelesaikan tesis ini.
11. Teman-teman kuliah angkatan 2005 dan teman-teman di Rumah sakit Bhineka Bakti Husada yang telah memberikan dukungan dalam proses pembuatan tesis.
12. Dan kepada semua pihak lain yang namanya tidak dapat disebutkan satu-persatu disini penulis mengucapkan banyak terima kasih sebesar-besarnya.

Akhirnya kepada Allah SWT segalanya diserahkan semoga jasa dan amal baik semua pihak mendapatkan balasan yang setimpal.

Semoga tesis penelitian ini dapat berguna bagi penulis dan Rumah sakit Bhineka Bakti Husada pada khususnya .Akhir kata semoga Allah SWT melimpahkan rahmat dan karunianya kepada kita semua.

Depok , 11 Juli 2008

Penulis

Emirianti

SURAT PERNYATAAN

Yang bertanda tangan dibawah ini, saya :

Nama : Emirianti

NPM : 7005050176

Mahasiswa KARS Angkatan: 2005

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

Analisis Mutu Pelayanan Kesehatan Unit Gawat Darurat Rs Bhineka Bakti Husada Pamulang Tangerang 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.

Jakarta, 11 Juli 2008

(Emirianti)

RIWAYAT HIDUP PENULIS

Nama : Emirianti
Tempat,tanggal lahir : Palembang, 11 Februari 1974
Alamat : Gading Griya Lestari GI No. 41 Jakut 14140
Agama : Islam

Riwayat Pendidikan

Tahun 1980 – 1986 Sekolah Dasar Advent II Palembang
Tahun 1986 - 1989 SMP Negeri 3 Palembang
Tahun 1989 – 1992 SMA Negeri 3 Palembang
Tahun 1992 – 2001 Fakultas Kedokteran Yarsi Jakarta

Riwayat Pekerjaan

Tahun 2003 – 2007 Dokter Umum di Poliklinik MPR RI
Tahun 2007 - sekarang Dokter Umum di Poliklinik DPD RI

DAFTAR ISI

	Halaman
KATA PENGANTAR.....	i
DAFTAR ISI.....	iii
DAFTAR TABEL.....	vii
DAFTAR GAMBAR.....	x
DAFTAR LAMPIRAN.....	xi
BAB I PENDAHULUAN.....	1
1.1. Latar Belakang Masalah.....	1
1.2. Rumusan Masalah.....	7
1.3. Pertanyaan Penelitian.....	8
1.4. Tujuan Penelitian.....	9
1.5. Manfaat Penelitian.....	10
1.6. Ruang Lingkup Penelitian.....	10
BAB II TINJAUAN PUSTAKA.....	12
2.1. Konsep Dasar Pelayanan Kesehatan.....	12
2.2. Konsep Mutu Pelayanan Kesehatan.....	19
2.3. Makna Mutu Dalam Pelayanan Kesehatan.....	21
2.4. Cara Mengukur Kepuasan Pelanggan (Kofler, P.,2000).....	25
2.5. Faktor-faktor Yang Mempengaruhi Mutu Pelayanan Kesehatan.....	26
2.6. Ukuran Kualitas Pelayanan Kesehatan.....	30

	2.7. Penilaian Untuk Pelayanan Gawat Darurat.....	31
	2.8. Strategi Peningkatan Mutu Pelayanan Kesehatan.....	32
	2.9. Faktor-faktor Yang Berperan Terhadap Kepuasan Pasien / Keluarganya di IGD.....	34
	2.10. Kepuasan Pelanggan.....	37
	2.11. Faktor-faktor Yang Mempengaruhi Kepuasan Pelanggan.....	44
	2.12. Tingkat Kepentingan Pelanggan.....	45
	2.13. Model Kesenjangan Kepuasan Pelanggan.....	47
	2.14. <i>Importance & Performance Analysis</i>	48
BAB III	GAMBARAN UMUM RUMAH SAKIT BHINEKA BAKTI HUSADA..	50
	3.1. Rumah Sakit Bhineka Bakti Husada.....	50
	3.2. Lokasi.....	52
	3.3. Demografi.....	52
	3.4. Aspek Legal.....	54
	3.5. Visi Misi.....	55
	3.6. Produk Jasa yang Ditawarkan.....	56
	3.7. Struktur Organisasi.....	59
	3.8. Ketenagaan.....	61
	3.9. Gambaran Umum UGD RS. Bhineka Bakti Husada.....	65
BAB IV	KERANGKA TEORI, KONSEP DAN DEFINISI ISTILAH, OPERASIONAL.....	72
	4.1. Kerangka Teori.....	72

	4.2. Kerangka Konsep.....	75
	4.3. Definisi Istilah Metode Suervei.....	76
	4.4. Definisi Operasional Penelitian Kuantitatif.....	77
BAB V	METODOLOGI PENELITIAN.....	84
	5.1. Rancangan Penelitian.....	84
	5.2. Tempat dan Waktu Penelitian.....	84
	5.3. Metode Penelitian Kuantitatif.....	84
	5.3.1. Populasi.....	84
	5.3.2. Sample.....	85
	5.4. Pengumpulan Data Kuantitatif.....	86
	5.5. Metode Survei.....	87
	5.6. Pengumpulan Data.....	88
	5.7. Analisa Data.....	89
BAB VI	HASIL PENELITIAN.....	91
	6.1. Hasil Penelitian Kuantitatif.....	91
	6.2. Hasil Metode Survei.....	102
	6.2.1. Kuantitas SDM UGD RS. Bhineka Bakti Husada.....	102
	6.2.2. Kompetensi SDM.....	103
	6.2.3. Kelengkapan dan Ketersediaan Sarana dan Prasarana.....	103
	6.2.4. Jumlah Kematian Pasien di UGD RS. Bhineka Bakti Husada...107	
	6.2.5. Jumlah Rata-rata Pasien UGD Per-hari.....	107
	6.2.6. Jumlah Rata-rata Pasien Yang Dirujuk ke RS. Lain.....	108

BAB VII	PEMBAHASAN.....	110
	7. Keterbatasan Penelitian.....	110
	7.1. Kuantitas SDM UGD RS. Bhineka Bakti Husada.....	111
	7.2. Kompetensi SDM UGD RS. Bhineka Bakti Husada.....	111
	7.3. Kelengkapan dan Ketersediaan Sarana dan Prasarana.....	113
	7.4. Jumlah Kematian Pasien di UGD RS. Bhineka Bakti Husada.....	114
	7.5. Jumlah Rata-rata Pasien UGD.....	116
	7.6. Jumlah Rata-rata Pasien Yang Dirujuk ke RS. Lain.....	116
	7.7. Jenis Kelamin.....	116
	7.8. Pendidikan.....	117
	7.9. Pekerjaan.....	117
	7.10. Harapan dan Persepsi Responden Terhadap Mutu Pelayanan UGD.....	118
BAB VIII	KESIMPULAN DAN SARAN.....	122
	8.1. Kesimpulan.....	122
	8.2. Saran.....	122

DAFTAR PUSTAKA

LAMPIRAN-LAMPIRAN

DAFTAR TABEL

	Halaman
Tabel 1.1.	Kompetensi Dokter UGD RS. Bhineka Bakti Husada.....6
Tabel 1.2.	Kunjungan Rawat Jalan Poliklinik Umum dan UGD Bulan Juni s.d. Desember 2007.....7
Tabel 3.1.	Jumlah penduduk.....53
Tabel 3.2.	BOR.....58
Tabel 3.3.	Kompetensi dan Jumlah Dokter RS Bhineka Bakti Husada.....61
Tabel 3.4.	Aspek Ketenagaan RS Bhineka Bakti Husada Tahun 2007..... 62
Tabel 3.5.	Jumlah Pegawai RS Bhineka Bakti Husada Berdasarkan Jenis Kelamin.....64
Tabel 3.6.	Jumlah Pegawai Berdasarkan Status.....64
Tabel 3.7.	Jumlah Pegawai Berdasarkan Pendidikan.....64
Tabel 3.8.	Tenaga Perawat UGD RS Bhineka Bakti Husada.....69
Tabel 3.9.	Kecenderungan Pasien Pada Instalasi Gawat Darurat – Umum.....70
Tabel 3.10.	Data/tabel Tindak Lanjut Pasien UGD dan Poliklinik Umum Bulan Januari s.d. Desember 2007.....71
Tabel 4.1.	Definisi Istilah Metode Survei.....76
Tabel 4.2.	Definisi Operasional Penelitian Kuantitatif.....77
Tabel 6.1	Distribusi Pasien Menurut Jenis Kelamin91
Tabel 6.2.	Distribusi Pasien Menurut Pendidikan.....91
Tabel 6.3	Gambaran sebaran Pasien menurut status pekerjaan.....92

Tabel 6.4	Distribusi Persepsi Pasien Terhadap Pelayanan UGD.....	92
Tabel 6.5	Distribusi Harapan Pasien Terhadap Pelayanan UGD.....	94
Tabel 6.6	Distribusi Antara Performance dan Importance.....	96
Tabel 6.7	Analisis Bivariat antara Jenis Kelamin dan Persepsi Pasien Terhadap Pelayanan UGD.....	99
Tabel 6.8	Analisis Bivariat antara Pendidikan dengan Persepsi Pasien Terhadap Pelayanan UGD.....	100
Tabel 6.9	Analisis Bivariat antara Pekerjaan dengan Persepsi Pasien Terhadap Pelayanan UGD.....	101
Tabel 6.10	Sumber Daya Manusia UGD RS Bhineka Bakti Husada.....	102
Tabel 6.11	Tenaga Perawat UGD RS Bhineka Bakti Husada.....	102
Tabel 6.12	Kompetensi dokter UGD RS Bhineka Bakti Husada.....	103
Tabel 6.13	Kapasitas Tempat Tidur.....	103
Tabel 6.14	Ruangan UGD RS Bhinneka Bakti Husada.....	104
Tabel 6.15	Listrik dan Telpn UGD RS Bhinneka Bakti Husada.....	104
Tabel 6.16	Alat Kesehatan UGD RS Bhinneka Bakti Husada.....	105
Tabel 6.17	Material UGD RS Bhinneka Bakti Husada.....	105
Tabel 6.18	Daftar Nama Obat dan Alat Kesehatan di UGD.....	106
Tabel 6.19	Jumlah Kematian Pasien di UGD RS Bhineka Bakti Husada.....	107
Tabel 6.20	Kecenderungan Pasien Pada Instalasi Gawat Darurat – Umum....	108
Tabel 6.21	Jumlah Rujukan UGD Berdasarkan Pengelompokan Usia dan Penyebab Merujuk.....	108



DAFTAR GAMBAR

	Halaman
Gambar 2.1	Simplified Patient Flowchart For The ER.....16
Gambar 2.2	Alur Proses Penerimaan Pasien di UGD.....17
Gambar 2.3	Model Generik Proposisi Nilai Pelanggan.....40
Gambar 6.1	Diagram Importance dan Performance Matrix.....97

DAFTAR LAMPIRAN

- | | |
|------------|--|
| Lampiran 1 | Kuesioner Biodata Pasien dan Mutu pelayanan UGD |
| Lampiran 2 | <i>Check List</i> (Formulir Isian untuk RS Bhineka Bakti Husada) |
| Lampiran 3 | Triase UGD RS Bhineka Bakti Husada |
| Lampiran 4 | Prosedur Pengaturan Dokter Jaga UGD RS Bhineka Bakti Husada |
| Lampiran 5 | Tanggung Jawab Dokter Jaga di UGD RS Bhineka Bakti Husada |
| Lampiran 6 | Surat Izin Tindakan Medik di Ugd RS Bhineka Bakti Husada |
| Lampiran 7 | Prosedur Pelayanan Ambulance Emergency |

BAB I

PENDAHULUAN

1.1. Latar Belakang Masalah.

Rumah Sakit (RS) adalah bagian penting dari suatu sistem kesehatan, karena rumah sakit menyediakan pelayanan kuratif kompleks, pelayanan gawat darurat, berfungsi sebagai pusat rujukan, dan merupakan pusat alih pengetahuan dan keahlian (teknologi). Dengan kemampuan SDM, sarana peralatan dan keuangan memungkinkan rumah sakit mempunyai daya guna yang lebih tinggi dari institusi pelayanan kesehatan lainnya (Depkes, 2005).

Rumah Sakit merupakan sistem yang terpadu dan merupakan bentuk organisasi pelayanan kesehatan yang mengalami perubahan terus menerus seiring dengan kecenderungan kompetensi segmentasi rumah sakit, pasar bebas, pengaruh persaingan antar rumah sakit yang tidak dapat dielakkan lagi. Sejalan dengan meningkatnya keadaan sosial ekonomi penduduk dan makin besarnya jumlah penduduk yang dilayani, maka RS harus dapat mempersiapkan diri dengan mempertinggi mutu pelayanan, sumber daya dan efisiensi sehingga siap bersaing.

Mutu pelayanan rumah sakit sangat penting bagi rumah sakit swasta karena harus berkompetisi dengan mutu dalam peningkatan pelayanan rumah sakit sehingga dapat memenangkan persaingan antar rumah sakit yang ada. Mutu rumah sakit secara umum dipengaruhi oleh faktor internal (provider) yang merupakan variable dependen, yaitu : sumber daya manusia di Unit Gawat Darurat (dokter dan perawat)

mengenai sikap dan kemampuan, waktu pelayanan (respons time), tarif, sarana dan prasarana serta beberapa hal lainnya di rumah sakit.

Syarat pelayanan kesehatan yang baik banyak macamnya, salah satu diantaranya yang dipandang mempunyai peranan yang amat penting ialah yang menyangkut mutu pelayanan (Azwar, 1993). Sedangkan pelayanan kesehatan yang bermutu adalah yang dapat memuaskan setiap pemakai jasa sesuai dengan kode etik dan standard pelayanan profesi yang telah ditetapkan (Azwar, 1993). Mutu adalah kepatuhan terhadap standar yang telah ditetapkan dan sebagai standar pelayanan kesehatan yang baik diharapkan RS telah mendapatkan sertifikasi ISO 9000 sehingga RS dapat bersaing satu sama lain agar dipilih pelanggan. Selain itu ISO 9000 memudahkan memperoleh sertifikat akreditasi rumah sakit.

RS Bhinneka Bakti Husada didirikan berdasarkan SK Ka Dinkes Dati I tanggal 19 Agustus 1994 no 503/SK 3943 RS /1997. RS Bhinneka Bakti Husada sebagai rumah sakit swasta harus peduli mutu. Tantangan RS Bhinneka Bakti Husada adalah persaingan dengan rumah sakit yang ada disekitarnya khususnya yang mempunyai target pasar yang relatif sama, misalnya RS Bakti Yudha, klinik-klinik yang ada disekitar RS Bhinneka Bakti Husada, oleh karena itu pelayanan RS Bhinneka Bakti Husada harus mempunyai mutu yang bagus. Sedangkan RS Puri Cinere yang juga dekat dengan rumah sakit bukan merupakan pesaing karena berbeda segmen pasarnya. Permintaan RS Puri Cinere datang dari masyarakat kelas menengah atas sampai masyarakat kelas atas.

Menurut Donabedian dalam Depkes (2005), menyatakan bahwa meningkatkan mutu pelayanan rumah sakit merupakan hal yang sangat penting.

Rumah sakit memberikan pelayanan yang paling kritis dan berbahaya dalam sistem pelayanan. Hal tersebut dikarenakan yang menjadi sasaran kegiatan adalah jiwa manusia, maka semua bentuk pelayanan di rumah sakit harus bermutu tinggi. Sejak saat itu rumah sakit diperkenalkan dengan berbagai upaya peningkatan mutu seperti Quality Assurance, gugus kendali mutu dan akreditasi, IsQua dan sebagainya (Depkes, 2005).

Mutu pelayanan rumah sakit tidak terlepas dari kinerja rumah sakit. Menurut Sabarguna (2007) bahwa tanggung jawab rumah sakit dalam rangka mencapai kinerja yang baik, perlu menjalankan hal-hal berikut ini :

1. Memperjelas tujuan dan sasaran dengan prioritas yang tepat.
2. Alokasi sumber daya yang minimum dalam mencapai tujuan dan sasaran.
3. Analisis yang jelas tentang biaya dan manfaat pelayanan yang bisa dicapai.
4. Evaluasi terhadap hasil yang dicapai.
5. Melaporkan hasil evaluasi kepada yang berkepentingan.

Dalam rangka menyongsong tahun kesejagatan / era globalisasi yang penuh persaingan dan meningkatkan mutu pelayanan kesehatan sebagai salah satu cara / upaya untuk mendukung pencapaian tujuan Rumah Sakit Bhineka Bakti Husada :
“ Berupaya mencapai standar pelayanan yang optimal melalui diklat bagi para petugas kesehatan dan secara kuantitas melalui suatu program yang terencana dan intensif. Program pengembangan secara kuantitas harus disesuaikan dengan program Rumah Sakit Bhineka Bakti Husada dalam hal penambahan tenaga dokter. Sedangkan program pengembangan secara kualitas dapat dilakukan dengan cara ;

pengiriman staf dokter dalam pelatihan , symposium, seminar, lokakarya, teknik / keterampilan dokter dan pendidikan /kursus manajemen dokter.

Berdasarkan kinerja selama ini permintaan pelayanan kesehatan RS Bhineka Bakti Husada cukup tinggi baik pelayanan rawat inap maupun rawat jalan dan bahkan tidak tertampung . Pelayanan kesehatan ditujukan untuk membuat pasien yang datang mengunjungi Rumah Sakit akan merasa dirinya mendapat kepuasan terhadap proses penyembuhan yang diberikan oleh pihak Rumah Sakit.

Pelayanan gawat darurat adalah pelayanan kesehatan di Rumah Sakit yang memberikan pertolongan pertama pada pasien dengan ancaman kematian dan kecacatan secara terpadu dengan melibatkan berbagai multi disiplin. Instalasi Gawat Darurat (IGD) merupakan unit pelayanan yang harus ada di setiap RS (ps. 23 Permenkes 159b/1988), atau menjadi suatu kewajiban bagi Rumah Sakit untuk menyelenggarakan pelayanan gawat darurat pra RS maupun Rumah Sakit melalui tersediannya sumber daya yang sesuai dengan standard di setiap institusi pelayanan kesehatan baik pra RS maupun RS. Tenaga medis, para medis dan tenaga kesehatan yang lainnya terlibat dalam memberikan pelayanan kepada pasien harus melaksanakan UGD sesuai dengan SPGDT (Sistem Penanggulangan Gawat Darurat Terpadu). Menurut Tim SPGDT dan PPGD Depkes 2005, hakekat SPGDT-S adalah sistem yang didesign berdasar SISKENAS untuk memberi pertolongan yang tepat - cermat - cepat pada penderita gadar untuk mencegah kematian dan kecacatan

Komponen Utama SPGDT-S adalah :

1. SDM Terlatih.
2. Sistem Komunikasi dari Desa / Puskesmas sampai RS kelas A / B.
3. Sistem Transportasi (Ambulans)

4. Sistem Pendanaan :

Askes, Jasa Raharja, JPKM, dll yang perlu dikembangkan.

5. Sistem kerja sama lintas sektor Masyarakat, Polri, PMK, DLLAJR, dll.

(Tim SPGDT & PPGD, 2005)

Rosita Ratna (2005) mengatakan peralatan GD terdiri dari :

1. Logistik – obat LS
2. Tata Letak
 - Ruang IRD
 - Ruang Observasi
3. Alat Diagnostik
4. Ambulans GD
5. Alat Komunikasi

Pelayanan pada Instalasi atau Unit Gawat Darurat (UGD) seringkali menunjukkan pamor atau muka rumah sakit, tetapi penuh juga ketidakpastian karena mempunyai sifat yang darurat apalagi termasuk di dalamnya kegawatan (Sabarguna, 2008). Kondisi kesehatan masyarakat disekitar RS Bhineka Bakti Husada memerlukan pelayanan pada Instalasi atau Unit Gawat Darurat (UGD), karena RS Bhineka Bakti Husada terletak dipersimpangan jalan yang sering kali terjadi kecelakaan sehingga pertolongan pelayanan UGD sangat menentukan oleh karena itu mutu pelayanan UGD harus bagus.

Unit Gawat Darurat di Rumah Sakit Bhineka Bakti Husada belum terpisah dengan poliklinik umum, ruangan merekapun hanya dibatasi dengan pintu saja yang memungkinkan adanya arus hilir mudik di ruang ugd. Unit Gawat Darurat Rumah Sakit Bhineka Bakti Husada yang mempunyai luas 175,9 m² (16,95m x 10,38m) dan

rata-rata pasien ditahun 2007 berjumlah 1682 orang setiap bulannya (kurang lebih 50 orang setiap harinya) pada saat ini mempunyai kapasitas 10 tempat tidur memiliki tenaga dokter, dimana tenaga yang langsung terjun di Instalasi Rawat Inap berjumlah satu orang per shift .

Ketenagaan dokter pada UGD RS Bhineka Bakti Husada adalah bersifat kontrak dengan nama-nama dokter UGD tertera pada tabel berikut :

Tabel. 1. 1. Kompetensi dokter UGD RS Bhineka Bakti Husada

Kompetensi Dokter	Jumlah Tenaga (Orang)
PPGD	5
EKG	3
ATLS	1

Sumber : Bagian Kepegawaian Rs Bhineka Bakti Husada Februari 2008

Tata cara kerja atau prosedur kerja di Unit Gawat Darurat yaitu pasien yang datang akan diterima oleh perawat, kemudian dokter menentukan jenis dan tingkat kegawatan penyakitnya. Setiap kali menolong pasien para Dokter atau perawat tidak lupa memakai sarung tangan, lalu setelah diketahui tingkat kegawatannya pasien didorong ketempat yang sesuai dengan jenis kegawatan penyakitnya. Sementara pasien di periksa atau ditindak lanjuti, keluarga pasien / pengantar diberitahu untuk mendapatkan kartu berobat.

Djaja (2005) mengatakan tugas IGD menjadi berat karena jumlah pasien relatif banyak sedang tenaga minim, sering dijumpai tenaga dokter hanya satu dokter umum yang di dalam jam kerja seringkali merangkap sebagai dokter jaga ruangan, dokter ICU, dokter kunjungan pasien luar RS. Selain itu banyak dijumpai keadaan

yang tidak ideal untuk dilakukannya tindakan medis. Masih bergabungnya pelayanan poliklinik umum dan unit gawat darurat RS Bhineka Bakti Husada mendorong peneliti melakukan survei apakah mutu pelayanan unit gawat darurat RS Bhineka Bakti Husada sudah baik.

1.2. Rumusan Masalah

Tuntutan masyarakat terhadap mutu pelayanan unit gawat darurat dirumah sakit membuat unit gawat darurat menjadi ujung tombak rumah sakit. Mutu pelayanan menjadi penting karena kesadaran akan berkembang, mau dan mampu mengidentifikasi kualitas, untuk kepentingan monitor, diperbaiki atau ditingkatkan. Kunjungan rawat jalan poliklinik umum dan UGD RS Bhineka Bakti Husada selama bulan Januari sampai bulan Desember 2007 dapat dilihat pada tabel berikut ini

Tabel. 1.2.
Kunjungan Rawat Jalan Poliklinik Umum & UGD
Bulan Januari s.d. Desember 2007

No.	Bln	Poli Umum (Pasien)	UGD (Pasien)
1	Jan	1075	1909
2	Feb	1043	1571
3	Mar	1311	1948
4	Apr	872	1718
5	Mei	928	1690
6	Jun	823	1687
7	Jul	830	1777
8	Ags	685	1620
9	Sept	648	1442
10	Okt	683	1533
11	Nov	807	1536
12	Des	800	1755
Total		10505	20186

Sumber : RS Bhineka Bakti Husada

Selain sistem pencatatan pelaporan UGD masih manual, tidak ada akses langsung komunikasi, kepala UGD adalah dokter paruh waktu seperti yang telah disebutkan diatas, permasalahan utama dari pelayananan UGD RS Bhineka Bakti Husada yaitu masih bergabungnya pelayanan poliklinik umum dan unit gawat darurat RS Bhineka Bakti Husada sehingga menimbulkan pertanyaan apakah mutu pelayanan kesehatan unit gawat darurat RS Bhineka Bakti Husada sudah baik sehingga dapat menjadikan RS Bhineka Bakti Husada sebagai pusat rujukan dan pasien tidak beralih ke rumah sakit lain dalam memenuhi kebutuhan pelayanan kesehatan kecuali pada kondisi tertentu yang harus merujuk pasien ke rumah sakit lain. Untuk itu perlu dilakukan analisis mutu pelayanan kesehatan UGD RS Bhineka Bakti Husada Pamulang Tangerang tahun 2008.

1.3. Pertanyaan Penelitian

1. Bagaimana gambaran mutu pelayanan kesehatan UGD RS Bhineka Bakti Husada terhadap pengguna pelayanan kesehatan UGD RS Bhineka Bakti Husada?
2. Bagaimana gambaran faktor internal (kuantitas SDM, kompetensi SDM, kelengkapan sarana dan prasarana, ketersediaan sarana dan prasarana, kematian di UGD, Σ rata-rata pasien UGD perhari, Σ rata-rata pasien UGD yang dirujuk keluar perhari) yang mempengaruhi mutu pelayanan kesehatan UGD RS Bhineka Bakti Husada?
3. Bagaimana gambaran faktor eksternal (jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan) yang mempengaruhi mutu pelayanan UGD RS Bhineka Bakti Husada?

4. Apakah ada hubungan antara faktor eksternal (jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan) dengan mutu pelayanan kesehatan UGD Rumah Sakit Bakti Husada?

1.4. Tujuan

1. Tujuan Umum

Untuk mengetahui gambaran mutu pelayanan kesehatan UGD rumah sakit Bhineka Bakti Husada.

2. Tujuan Khusus

- 1) Mengetahui faktor internal (kuantitas SDM, kompetensi SDM, kelengkapan sarana dan prasarana, ketersediaan sarana dan prasarana, kematian di UGD, Σ rata-rata pasien UGD perhari, Σ rata-rata pasien UGD yang dirujuk keluar perhari) yang mempengaruhi mutu pelayanan kesehatan UGD RS Bhineka Bakti Husada.
- 2) Mengetahui faktor eksternal (jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan) yang mempengaruhi mutu pelayanan kesehatan UGD RS Bhineka Bakti Husada.
- 3) Mengetahui hubungan antara faktor eksternal (jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan) dengan mutu pelayanan kesehatan UGD Rumah Sakit Bakti Husada

1.5. Manfaat Penelitian

Penelitian yang dilakukan ini diharapkan akan bermanfaat bagi :

1) Bagi RS Bhineka Bakti Husada

- Memberikan masukan mengenai mutu pelayanan kesehatan UGD di RS Bhineka Bakti Husada.
- Memberikan informasi dalam menentukan kebijakan serta pengambilan keputusan dalam menghadapi permasalahan mutu pelayanan kesehatan UGD di RS Bhineka Bakti Husada.

2) Bagi Peneliti

Memperoleh pengalaman berharga dalam melakukan penelitian dan menerapkan teori dan fungsi manajemen rumah sakit, terutama bagi peningkatan mutu pelayanan kesehatan UGD di RS Bhineka Bakti Husada.

3) Bagi Lembaga Pendidikan

Program KARS UI memperoleh masukan sebagai evaluasi dari hasil belajar mengajar di program ini dan keberhasilannya dalam penerapan dilapangan.

1.6. Ruang Lingkup Penelitian

Penelitian ini dilakukan di RS Bhineka Bakti Husada selama bulan Januari sampai dengan April 2008 dengan menilai mutu pelayanan kesehatan UGD di RS Bhineka Bakti Husada.

Jenis penelitian yang digunakan dalam penelitian adalah pendekatan metode survei dan penelitian kuantitatif. Metode survei dilakukan untuk

mendapatkan gambaran mengenai faktor internal (kuantitas SDM, kompetensi SDM, kelengkapan sarana dan prasarana, ketersediaan sarana dan prasarana) yang mempengaruhi mutu pelayanan kesehatan UGD RS Bhineka Bakti Husada. Metode survei dilakukan dengan menggunakan observasi dan telaah dokumen. Penelitian kuantitatif dilakukan untuk mendapatkan gambaran mengenai faktor eksternal (jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan) yang mempengaruhi mutu pelayanan kesehatan UGD RS Bhineka Bakti Husada. Penelitian kuantitatif dilakukan melalui survei tertulis (kuesioner) kepada responden yang menggunakan pelayanan UGD. Penelitian kuantitatif didahului pra penelitian dimana diadakan pengumpulan data dasar serta melakukan uji coba kuesioner.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1. Konsep Dasar Pelayanan Kesehatan

Upaya bangsa Indonesia untuk mencapai derajat kesehatan yang optimal sebagai perwujudan kesejahteraan umum seperti dimaksud dalam Pembukaan Undang-Undang Dasar 1945 adalah meliputi kesehatan badaniah, rohaniah, dan sosial dan bukan hanya keadaan yang bebas dari penyakit, cacat dan kelemahan.

Selama lebih dari tiga dasawarsa, Indonesia telah melaksanakan berbagai upaya dalam rangka meningkatkan kesehatan dan kesejahteraan masyarakat. Pemerintah, dalam hal ini Departemen Kesehatan telah menyelenggarakan serangkaian reformasi di bidang kesehatan guna meningkatkan pelayanan kesehatan dan menjadikannya lebih efisien, efektif, serta terjangkau oleh masyarakat. Berbagai model pembiayaan kesehatan, sejumlah program intervensi teknis di bidang kesehatan, serta perbaikan organisasi dan manajemen telah diperkenalkan.

Seluruh fraksi yang ada di DPR (Fraksi Golongan Karya, Fraksi PDI Perjuangan, Fraksi Partai Kebangkitan Bangsa, Fraksi Partai Keadilan Sejahtera, Fraksi Partai Bintang Reformasi, Fraksi Partai Persatuan Pembangunan, Fraksi Bintang Pelopor Demokrasi), pada umumnya setuju tentang perlunya memperbarui peraturan perundangan-undangan di bidang kesehatan. Hal ini ditandai dengan diajukannya rancangan undang-undang usul inisiatif untuk di bahas di Dewan Perwakilan Rakyat. Seluruh Fraksi sepakat bahwa Undang-Undang Nomor 23

Tahun 1992 tentang Kesehatan sudah tidak memadai lagi untuk mendukung upaya pembangunan kesehatan.(RUU Kesehatan 2005)

Rumah sakit adalah bagian penting dari suatu sistem kesehatan, karena rumah sakit menyediakan pelayanan kuratif kompleks, pelayanan gawat darurat, berfungsi sebagai pusat rujukan, dan merupakan pusat alih pengetahuan dan keahlian atau teknologi (Depkes RI, 2005). Sedangkan menurut YPMK Perdhaki (2005) menyebutkan bahwa fungsi pokok RS adalah menyelenggarakan Upaya Kesehatan Perorangan dan Upaya Kesehatan Masyarakat (UKM) yang mengutamakan pelayanan kesehatan kuratif, rehabilitatif secara serasi dan terpadu dengan pelayanan kesehatan preventif dan promotif. Pada Rumah Sakit Pendidikan (Kelas A dan B) juga melaksanakan fungsi pendidikan dan penelitian.

Berdasarkan fungsi pokok tersebut RS menyelenggarakan kegiatan administrasi dan manajemen serta kegiatan pelayanan kesehatan. Pada umumnya Struktur Organisasi di RS disusun berdasarkan kelompok kategori 2 unit kerja sebagai berikut:

1. Unit Kerja Struktural (Direktur, Wakil Direktur, Bidang, Bagian) yang bertanggung jawab menyelenggarakan administrasi dan manajemen RS dan fungsional.
2. Unit kerja fungsional yaitu meliputi :
 - a. Unit kerja fungsional utama, adalah unit kerja dan sub-unit kerja yang langsung terkait dengan penyelenggaraan pelayanan kesehatan di dalam dan di luar RS, misalnya; Instalasi Rawat Inap, Instalasi Rawat Jalan, Instalasi Gawat Darurat, Instalasi Laboratorium, Instalasi Radiologi,

Instalasi Farmasi / Apotik, Instalasi Rehabilitasi Medik, Unit Pelayanan Home Care, Instalasi Gizi dll.

- b. Unit Kerja Fungsional Penunjang, adalah unit dan sub-unit kerja yang lingkup kegiatannya mendukung kegiatan pelayanan kesehatan maupun administrasi dan manajemen, misalnya; Instalasi Pemeliharaan Sarana RS, Instalasi Kamar Cuci /Laundry, CSSD dll.

(YPMK Perdhaki, 2005)

Unit Gawat Darurat (UGD) adalah salah satu bagian di rumah sakit yang menyediakan penanganan awal bagi pasien yang menderita sakit dan cedera, yang dapat mengancam kelangsungan hidupnya. Di UGD dapat ditemukan dokter dari berbagai spesialisasi bersama sejumlah perawat dan juga asisten dokter. Saat tiba di UGD, pasien biasanya menjalani pemilahan terlebih dahulu, anamnesis untuk membantu menentukan sifat dan keparahan penyakitnya. Penderita yang terkena penyakit serius biasanya lebih sering mendapat visite lebih sering oleh dokter daripada mereka yang penyakitnya tidak begitu parah. Setelah penaksiran dan penanganan awal, pasien bisa dirujuk ke RS, distabilkan dan dipindahkan ke RS lain karena berbagai alasan, atau dikeluarkan. Kebanyakan UGD buka 24 jam, meski pada malam hari jumlah staf yang ada di sana akan lebih sedikit.

(http://id.wikipedia.org/wiki/Unit_Gawat_Darurat)

Sedangkan menurut Aditama (2002), bahwa Instalasi Gawat Darurat sebuah RS merupakan unit layanan medik yang harus mampu menjadi ujung tombak kegiatan layanan yang berfungsi dalam penanggulangan keadaan kegawatan atau

ke daruratan medik. Sehingga unit ini sangat potensial dalam memberikan layanan serta memberi cerminan atau gambaran umum pertama peran rumah sakit bagi lingkungannya. Karenanya, dapat disebut sebagai pintu terdepan dari pelayanan rumah sakit terhadap masyarakatnya.

Agar upaya penanggulangan penderita gawat darurat dapat berfungsi dengan baik, perlu diadakan penataan pelayanan gawat darurat dengan menerbitkan suatu buku pedoman pelayanan UGD rumah sakit dan puskesmas (Dinkes DKI Jakarta, 2005).

Menurut Dinkes DKI Jakarta (2005), triage adalah sistem seleksi korban berdasarkan tingkat kegawatdaruratan penderita untuk memberikan prioritas penanganan korban. Penggolongan tingkat kegawatdaruratan medik tersebut terdiri atas warna-warna tertentu :

- Hijau :

Korban tidak luka atau tidak menderita gangguan psikis sehingga tidak perlu tindakan medis.

- Kuning :

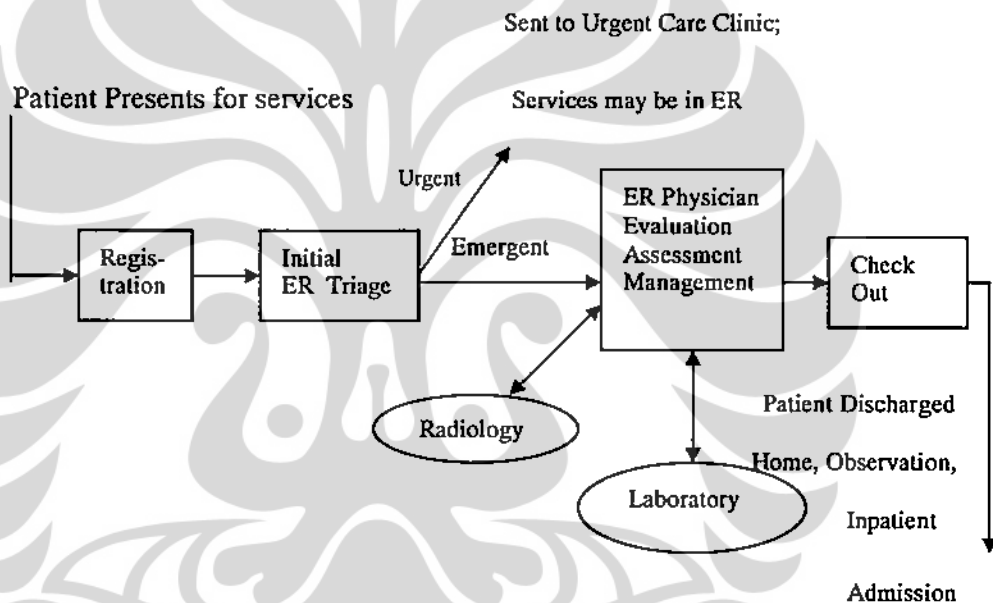
Korban dengan tingkat kegawatdaruratan ringan sehingga hanya memerlukan tindakan medis ringan.

- Merah :

Korban dengan kegawatdaruratan berat (gangguan "*Air way, Breathing, Circulation*")

- Hitam : Korban meninggal

Alur pasien di UGD sangat penting karena spesifik. alur pasien UGD menurut Abbey, D.C, yang dikutip oleh Sabarguna (2008) adalah berikut ini

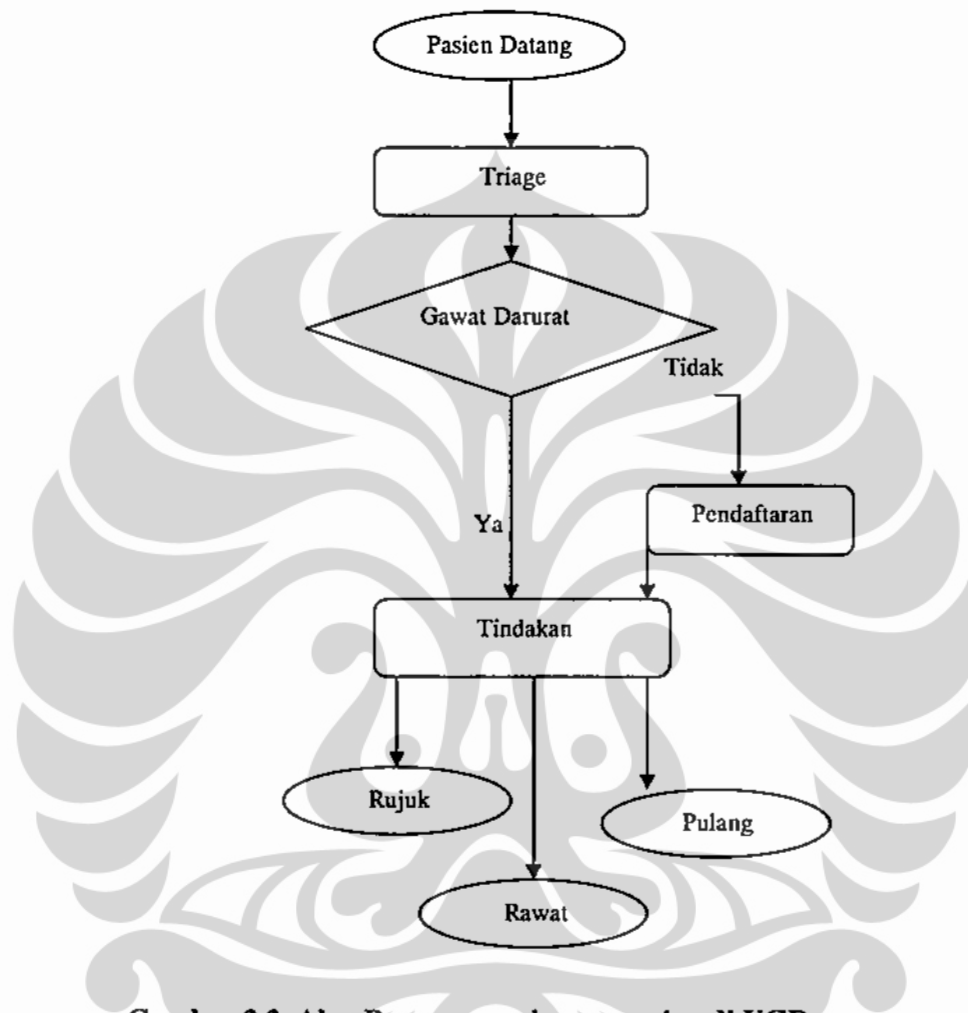


Gambar 2.1. Simplified Patient Flowchart for the ER

Ciri penting di atas adalah :

- Adanya seleksi awal jenis kasus, melalui *initial ER Triage*
- Pelayanan terpisah antara *urgent* dan *enlegent*
- Terkait dengan pelayanan pendukung seperti radiologi dan laboratorium.

Sedangkan menurut Dinkes DKI Jakarta (2005), prosedur mutu penerimaan pasien di UGD rumah sakit dan puskesmas adalah pada gambar berikut ini.



Gambar 2.2. Alur Proses penerimaan pasien di UGD

Menurut Dinkes DKI Jakarta (2005), *respons time* adalah suatu proses penanganan pasien gawat darurat di mulai dari diterima informasi / diketemukannya pasien sampai dilakukannya pertolongan pertama.

Sasaran mutu standarisasi unit gawat darurat rumah sakit dan puskesmas menurut Dinkes DKI Jakarta (2005) adalah :

- *Respons time* untuk kasus emergency 0 menit.
- *Respons time* untuk kasus urgent < 1 jam.

- 75% kesesuaian rujukan kasus gawat darurat dengan klasifikasi rumah sakit.
- 100% kepatuhan terhadap standar.
- 100% alat siap pakai.
- 100% ketersediaan obat-obatan dan alat kesehatan (standar minimal).
- 85% kepuasan pelanggan
- 100% keluhan pelanggan ditindaklanjuti
- 100% data akurat.

Kebijakan Operasional Pengukuran dan Analisa

- Respons time untuk kasus emergency 0 menit

Cara Pendataan :

- 1) Mencatat waktu pasien sampai di UGD.
- 2) Mencatat waktu pasien mendapat pelayanan / respons dari petugas unit gawat darurat.
- 3) Menghitung selisih waktu saat pasien mendapat pelayanan / respons dengan saat pasien tiba di UGD.

Formula Pengukuran :

Jumlah respons time pasien yang diukur = menit

Jumlah kunjungan pasien yang diukur

- 85% kepuasan pelanggan

Cara pengambilan data dengan melakukan survei kepuasan pelanggan

Formula pengukuran :

$$\frac{\text{Jumlah Pelanggan Puas}}{\text{Jumlah seluruh pasien}} \times 100\%$$

Jumlah seluruh pasien

2.2. Konsep Mutu Pelayanan Kesehatan

Salah satu tujuan pembentukan Undang-Undang tentang kesehatan adalah mendorong peningkatan mutu pelayanan, kualitas alat kesehatan, dan fasilitas upaya kesehatan masyarakat untuk kesehatan publik.

Gravin dalam Tjiptono (1996) mengelompokkan pengertian mutu dalam 5 perspektif, yaitu:

1. *Transcendental approach*, yaitu pendekatan mutu sebagai innate excellence, dimana mutu dapat dirasakan atau diketahui, tetapi sulit didefinisikan dan dioperasionalkan.
2. *Product based approach* yaitu menganggap bahwa mutu merupakan karakteristik atau atribut yang dapat dikuantifikasikan dan dapat diukur
3. *User Product approach*, yaitu menganggap bahwa mutu tergantung pada orang yang memandangnya, sehingga produk yang paling memuaskan preferensi seseorang merupakan produk yang bermutu paling tinggi.

4. *Manufacturing based approach*, yaitu memandang bahwa mutu sebagai kesesuaian atau sama dengan persyaratan (conformance to requirement). Dalam sektor jasa dapat dikatakan bahwa mutunya bersifat operation driven.
5. *Value based approach*, yaitu memandang mutu dari segi nilai dan harga dengan mempertimbangkan trade off antara kinerja dan harga, dimana mutu didefinisikan sebagai affordable excellence.

Dan lima perspektif mutu di atas dan dalam konteks mutu pelayanan kesehatan maka penelitian akan difokuskan pada perspektif user based approach, karena pendapat bahwa yang paling berkompeten menilai bermutu tidaknya suatu layanan adalah orang yang menerima, menggunakan dan merasakan jasa layanan tersebut. Dengan kata lain, bukanlah provider yang menyatakan pelayanannya sudah bermutu atau memuaskan masyarakat yang dilayani, akan tetapi masyarakat pemakai pengguna jasa layanan, pasien atau keluarganya sebagai pelanggan.

Wicop dalam Tjiptono (1996) mendefenisikan” mutu pelayanan sebagai tingkat keunggulan yang diharapkan dan pengendalian atas tingkat keunggulan tersebut dilakukan untuk memenuhi tuntutan dan kepuasan pelanggan “. Sejalan dengan pendapat ini, pelayanan kesehatan dapat dikatakan selain harus memenuhi ketentuan standar mutu dan kuantitas, kecepatan dan ketepatan pelayanan, juga harus lebih manusiawi. Dengan demikian ukuran pelayanan kesehatan yang bermutu yang dihasilkan mempunyai arti memuaskan bagi orang yang dilayani, baik internal maupun eksternal dan upaya optimal untuk memenuhi tuntutan atau persyaratan pelanggan atau masyarakat yang dilayani.

Lebih lanjut Juran dalam Wijono (1999) mengemukakan arti mutu dan manfaatnya ada dua macam, yaitu:

- a. Mutu sebagai keistimewaan produk. Di mata pelanggan, semakin baik keistimewaan produk semakin tinggi mutunya. Bagi manajer, keistimewaan produk berdampak pada penjualan. Untuk hal ini, mutu yang lebih tinggi biasanya biayanya lebih tinggi pula.
- b. Mutu berarti bebas dan kekurangan (defisiensi). Di mata pelanggan, semakin sedikit kekurangan, semakin baik mutunya. Bagi manajer produk yang bebas dan kekurangan berdampak pada biaya pula. Untuk hal ini mutu yang lebih rendah biasanya biayanya lebih rendah.

2.3. Makna Mutu dalam Pelayanan Kesehatan

Mutu pelayanan kesehatan dan sudut pandang pasien, dapat dikemukakan bahwa pada umumnya pasien awam dan jarang berpikir tentang arti mutu pelayanan medis yang menyangkut penyakit yang dideritanya. Pertanyaan hatinya adalah apakah dokternya baik, perawatnya tidak galak, apakah tarifnya mahal? apakah obatnya manjur ?

Mutu adalah sesuatu yang abstrak. Mutu pelayanan rumah sakit adalah identik dengan derajat kepuasan, baik kepuasan pasien / masyarakat, para profesional di rumah sakit (utamanya dokter), manajemen, dan pemerintah. Pelayanan rumah sakit dimulai dari sejak pasien masuk ke halaman rumah sakit sampai keluar halaman. Sering pasien (*external customer*), untuk membedakan dengan dokter sebagai *internal customer*, menganggap bahwa pelayanan rumah sakit

kurang bermutu dan merasa tidak puas oleh hal-hal kecil, loket pendaftaran atau pembayaran, dan sebagainya, yang tidak secara langsung berhubungan dengan pelayanan terhadap penyakit yang dideritanya (Dawud, 1999).

Dari hasil penelitian Cartwright di England and Wales pada tahun 1964 yang dikutip dan Wijono (1999) melalui pertanyaan apa mutu pelayanan dan pendapatnya tentang Dokter, diperoleh persepsi pasien dan hal-hal berikut:

1. Sesuatu hal tentang sifat para medis:

- a. Tenggang rasa penuh perhatian, simpatik atau bersahabat
- b. Mudah dihubungi atau bersahaja
- c. Sifat yang samar-samar, seperti menyenangkan atau bersahabat.
- d. Mendengarkan, mempunyai kesabaran dan mempunyai waktu
- e. Terus terang, jujur, apa adanya atau blak-blakan
- f. Baik terhadap anak
- g. Memberikan kepercayaan
- h. Menjelaskan sesuatu

2. Cara mengurus pasien:

- a. Cakap, mengetahui kesanggupannya, baik dengan tugasnya
- b. Cepat mengunjungi tanpa menggerutu
- c. Cermat dan teliti, serta berhati nurani
- d. Merujuk ke Rumah sakit dengan cepat

Mutu pelayanan dan sudut pandang petugas kesehatan, dapat dikemukakan bahwa petugas pelayanan berarti bebas melakukan segala sesuatu secara profesional untuk meningkatkan derajat kesehatan pasien dan masyarakat sesuai dengan ilmu pengetahuan dan keterampilan yang maju, mutu peralatan yang baik dan memenuhi standar yang baik. Komitmen dan motivasi petugas kesehatan sangat tergantung pada kemampuannya untuk melaksanakan tugas dengan cara optimal.

Mutu menurut konsumen adalah mutu yang dapat menimbulkan kepuasan, sesuai dengan apa yang diharapkannya (Rangkuti, F., 2002). Mutu dan kepuasan yang dipersepsikan oleh pasien/keluarganya seringkali berbeda dengan mutu dan kepuasan yang dipersepsikan oleh provider (pemberi layanan) dalam hal ini IGD Rumah Sakit Bhineka Bakti Husada. Dalam pandangan manajemen, pelayanan yang bermutu dapat berupa : pemenuhan terhadap standar-standar bagi suatu IGD seperti yang ditetapkan oleh Komisi Akreditasi kesehatan RI sesuai dengan Pedoman Akreditasi Rumah Sakit di Indonesia Tahun 2002. Dan pasien akan mengalami kepuasan bilamana dengan segera mendapatkan apa yang didambakannya. Menurut Arnould (2002) ada 3 macam kepuasan pelanggan, yaitu :

Pertama : Pelanggan berpendapat puas karena menghargai beberapa aspek atau tahapan suatu produk atau layanan yang dialaminya. Misalnya : seseorang akan merasakan puas berobat di IGD sebuah rumah sakit, karena begitu datang, pasien dilakukan pengukuran tekanan darah, langsung diperiksa, atau karena biaya pemeriksaannya yang murah/terjangkau, atau karena perawatnya ramah dan sopan, atau karena dokternya terkenal memiliki kemampuan dan keterampilan yang baik.

Kedua : berfokus pada pemenuhan, dimana pasien akan merasakan puas bilamana dapat terhindar dari hal-hal yang bersifat negatif (misalnya : pasien yang sedang menjalani operasi tumor kecil pada daerah muka, dan ternyata dokter melakukan operasi dengan baik, sehingga menguntungkan pasien dari segi estetika, karena bekas operasi nyaris tak terlihat).

Ketiga : Pernyataan bahwa kepuasan dipengaruhi oleh faktor-faktor internal yang terdapat pada pelanggan, misal : pengertian, kepercayaan, emosi, hubungan kelompok dan konflik. Demikian juga dengan faktor pendidikan, penghasilan dan pembiayaan kesehatan dapat menimbulkan variasi tingkat kepuasan pasien/keluarganya (Arnould et. al. 2002). Sedangkan bagi petugas kesehatan di IGD mempersepsi mutu yang dapat menimbulkan kepuasan ini beda sekali dengan konsumen (pasien/keluarganya). *Response time*, pelayanan yang cepat, tepat dan akurat seringkali menjadi ukuran mutu yang dapat menimbulkan kepuasan. *Triage*, yaitu suatu sistem seleksi pasien berdasarkan prioritas kegawatdaruratan mediknya dan pertolongan yang hendak dilakukan, seringkali bisa menjadikan suatu konflik antara petugas IGD dengan pasien/keluarganya, karena persepsi mengenai kegawatdaruratan mediknya juga berbeda. Yang gawat/darurat menurut pasien/keluarganya belum tentu gawat/darurat menurut petugas IGD. Pengembangan saat sistem komunikasi dengan informasi yang jelas dan mudah dimengerti dapat menghindarkan perbedaan persepsi ini.

2.4. Cara Mengukur Kepuasan Pelanggan (Kotler, P., 2000).

1. *Complaint and Suggestion Systems* (Sistem Keluhan dan Saran).

- a. Formulir saran diisi oleh pasien/keluarganya berisi apa-apa yang disukai/tidak suka mengenai pelayanan di rumah sakit.
- b. Menyediakan nomor telepon (*hotline service*) dengan nomor telepon bebas pulsa (*toll-free*).
- c. Membuka situs internet untuk memfasilitasi komunikasi dua arah.

Masukan tersebut diatas akan memberikan banyak ide-ide yang bagus kepada pihak rumah sakit, sehingga memungkinkan manajemen rumah sakit untuk segera bertindak menyelesaikan masalah yang ada.

2. *Customer Satisfaction Survey* (Survei Kepuasan Pelanggan).

Penelitian menunjukkan bahwa meskipun pelanggan tidak puas, jumlah pelanggan yang mengeluh kurang dari 5% (Kotler, P 2000), sedangkan menurut survei yang dilakukan *Health Care Advisory Board* seperti yang dikutip oleh Krowinski(1996) : “91% dari pasien yang tidak puas tidak mengeluh”. Oleh karena itu sedikitnya jumlah keluhan bukanlah ukuran untuk suatu kepuasan pelanggan. Beberapa perusahaan melakukan pengiriman kuesioner dan menelpon pasien untuk mengukur tingkat kepuasan pelanggannya secara periodik.

3. *Ghost Shopping* (*Mysterious Shopping*).

Rumah sakit menugaskan orang-orang tertentu untuk bertindak sebagai pasien yang berpura-pura beribab atau mengamati rumah sakit dan/atau rumah sakit sendiri untuk mengetahui keunggulan dan kelemahan pelayanan-pelayanan di rumah sakit lain maupun rumah sakit sendiri. Pasien misterius ini melaporkan

hal-hal yang bermanfaat, sebagai dapat dipergunakan untuk bahan mengambil keputusan bagi manajemen.

4. *Lost Customer Analysis* (Analisa Kehilangan Pelanggan).

Pihak rumah sakit berusaha untuk menghubungi pasien-pasien yang sudah lama tidak kembali lagi (termasuk pasien yang seharusnya kontrol, tetapi tidak datang). Pasien tersebut dibujuk untuk menjawab pertanyaan-pertanyaan mengenai penyebab mereka tidak berobat lagi di rumah sakit tersebut. Ditanyakan apakah penyebab mereka tidak berobat ke rumah sakit lain, ataukah ada suatu masalah yang menyebabkan pasien tidak datang. Informasi yang didapat dari wawancara tersebut dapat dipergunakan untuk meningkatkan kinerja karyawan rumah sakit, sehingga diharapkan tidak ada lagi pelanggan yang lari. Karena tingkat kepuasan yang meningkat.

2.5. **Faktor-faktor yang Mempengaruhi Mutu Pelayanan Kesehatan**

Wijono (1999) berpendapat ada 9 faktor yang secara langsung mempengaruhi, yaitu

1. Faktor Manusia, yaitu dengan kemajuan teknologi, komputer dan lain-lain yang memerlukan tenaga-tenaga spesialis yang makin banyak
2. Faktor uang, yaitu meningkatnya kompetisi di segala bidang yang memerlukan penyesuaian pembiayaan yang luar biasa, termasuk mutu
3. Faktor material, bahan-bahan yang semakin terbatas dan berbagai jenis material yang diperlukan

4. Faktor mesin dan mekanisme, yaitu selalu perlu penyesuaian-penyesuaian yang sesuai dengan kebutuhan kepuasan pelanggan.
5. Faktor metode informasi modem, yaitu kecepatan kemampuan teknologi komputer harus senantiasa diikuti.
6. Faktor pasar, yaitu tuntutan pasar yang semakin meluas.
7. Faktor manajemen dan tanggungjawab manajemen mutu oleh peminintah.
8. Faktor motivasi, yaitu meningkatnya mutu yang kompleks memerlukan kesadaran mutu bagi pegawai-pegawai.
9. Faktor persyaratan produk, yaitu persyaratan produk yang meningkat yang diminta pelanggan perlu disesuaikan secara terus menerus.

Mutu pelayanan rumah sakit menjadi fokus tuntutan masyarakat; dalam persaingan antar rumah sakit yang semakin terasa dampaknya, maka mutu pelayanan akan menjadi salah satu alternatif utama bagi calon pasien dan keluarganya yang akan menggunakan jasa pelayanan kesehatan di rumah sakit. Perilaku petugas di rumah sakit merupakan salah satu variabel utama dalam mewujudkan mutu pelayanan rumah sakit yang baik, karena pasien menuntut pelayanan yang baik tidak hanya melihat kecepatan, ketelitian para petugas tapi juga perilakunya, seperti keramahan, perhatian, tidak membuat diskriminasi, sopan dan lain-lain. (Sumarwanto, 1993)

Pemahaman konsep tentang mutu pelayanan akan terikat dengan faktor kepuasan pelanggan, meskipun puasanya pelanggan tidak selalu berarti pelayanannya bermutu. Mutu pelayanan rumah sakit menyakuti hasil pelayanan dengan predikat sempurna, sehingga pelayanan dinilai bermutu baik kalau layanan

tersebut tidak mempunyai cela. Hasil layanan yang diterima oleh konsumen atau pelanggan merupakan proses dari semua *input* yang terpadu, baik yang berhubungan langsung maupun tidak langsung dalam pelayanan di rumah sakit tersebut. (Sumarwanto,1993)

Variabel *input* dalam proses mewujudkan mutu pelayanan meliputi (Sumarwanto,1993):

1) Faktor manusia

Manusia sebagai pemberi pelayanan langsung, mulai dari dokter, paramedis, tenaga administrasi, satpam, petugas parkir maupun bukan pemberi pelayanan langsung seperti : direktur,yayasan/pemilik modal, petugas *laundry, cleaning service*, dan lain-lain.

2) Faktor Sarana dan Prasarana Fisik

Bangunan gedung meliputi *lay out*, kualitas bahan, bentuk, warna, kebersihan, lokasi. Peralatan : alat medis, alat nonmedis seperti : alat suntik, tensimeter, mebelair, sarana komunikasi, AC, kulkas, dan lain-lain.

5) Faktor Manajemen

Prosedur pelayanan, prosedur administrasi, ketentuan pemakaian alat, ketentuan tarif, standar terapi, standar pelayanan, standar perilaku, dan lain-lain.

6) Faktor Alam

Faktor ini lebih banyak bersifat tak terkendali atau sulit dikendalikan seperti : banjir, kemarau panjang, gempa bumi, angin ribut, dan lain-lain.

7) Dan lain-lain

Sesungguhnya mutu rumah sakit dibutuhkan oleh mereka yang mendapat layanan seperti:

1) Pelanggan

Pelanggan atau konsumen jasa pelayanan rumah sakit secara langsung yang paling banyak membutuhkan mutu pelayanan rumah sakit; mulai parkir kendaraan, mendaftarkan diri sebagai pasien, mendapat pemeriksaan, mendapat terapi, kemudian membayar atau menggunakan fasilitas lain seperti: rawat tinggal, pemeriksaan penunjang serta bermacam-macam jasa, telepon, laundry, keamanan dan lain-lain. Pelanggan butuh pelayanan yang cepat, ramah, teliti, profesional, tarif "wajar", pemeriksaan tidak diada-adakan, obat tidak *over* dosis, rawat tinggal tak diperpanjang, tidak melakukan diskriminasi, dan lain-lain.

2) Masyarakat

Masyarakat mengharapkan agar Rumah Sakit tidak mencemari lingkungan, ikut membangun wilayah sekitar dan mempunyai fungsi sosial, dan sebagainya.

3) Pegawai Rumah Sakit

Mengharapkan kesempatan pengembangan keilmuan, ketrampilan, karier dan kesejahteraan, di samping fasilitas lengkap, dan administrasi tertib.

4) Manajemen Rumah Sakit

Mutu yang diharapkan adalah adanya *input* yang baik sehingga mudah diproses untuk pencapaian hasil/tujuan rumah sakit, meliputi : - Sumber daya manusia, - Sumber dana, - Material, - Metode, - Teknologi dan lain-lain.

5) Pemilik Modal /Yayasan

Mutu yang diharapkan dari rumah sakit adalah : - ada pertumbuhan, - untung/SHU banyak, - misi tercapai.

6) Pemerintah

Mutu rumah sakit yang diharapkan pemerintah antara lain :

1. Mendukung program pemerintah untuk pembangunan bidang kesehatan.
2. Mengikuti ketentuan-ketentuan atau perundang-undangan yang ditetapkan pemerintah dan lain-lain. Kaitan antara standar perilaku dan upaya meningkatkan mutu pelayanan pada pelanggan dapat dilihat dari parameter kepuasan pelanggan.

2.6. Ukuran Kualitas Pelayanan Kesehatan

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

Untuk menilai bermutu tidaknya pelayanan kesehatan bukanlah provider yang menyelenggarakan pelayanan tersebut, akan tetapi dinilai oleh masyarakat pelanggan institusi pelayanan tersebut.

Secara umum untuk menilai bermutu tidaknya suatu pelayanan publik, menurut Parasuraman (1990) sebagai berikut:

1. *Tangibles* (kenyataan/berwujud) adalah penampilan para pegawai dan fasilitas lainnya seperti peralatan atau perlengkapan yang menunjang pelayanan.
2. *Responsiveness* (ketanggapan/keresponsifan) adalah kesadaran atau keinginan untuk membantu konsumen dan memberikan pelayanan yang cepat dan tanggap.
3. *Reliability* (kepercayaan/keandalan) adalah kemampuan untuk memberikan secara cepat dan benar jenis pelayanan yang telah dijanjikan kepada konsumen atau pelanggan.
4. *Assurance* (kepastian/jaminan) adalah pengetahuan atau wawasan dan kemampuan pemberi layanan untuk menimbulkan keyakinan atau menjamin konsumen.
5. *Emphaty* (kepedulian dan perlindungan) adalah kemauan memberikan pelayanan melalui pendekatan personal relation, memberikan perlindungan, serta mengetahui keinginan dan kebutuhan konsumen.

2.7. Penilaian Untuk Pelayanan Gawat Darurat

Menurut Rumondor (2005) penilaian untuk Pelayanan Gawat Darurat terdiri dari beberapa komponen yaitu: dokumen, observasi dan wawancara. Dokumen menilai adanya dokumen-dokumen tertentu seperti yang disebutkan dalam standar. Observasi adalah hal-hal yang diamati oleh surveyor untuk dinilai, sedangkan

Wawancara adalah penilaian yang didapat melalui wawancara surveyor akreditasi rumah sakit dengan wakil dari rumah sakit yang dinilai. Standar akreditasi untuk bidang pelayanan unit gawat darurat adalah sebagai berikut :

- Standar 1: Falsafah dan Tujuan
- Standar 2: Administrasi dan Pengelolaan
- Standar 3: Staf dan Pimpinan
- Standar 4: Fasilitas dan Peralatan
- Standar 5: Kebijakan dan Prosedur
- Standar 6: Pengembangan Staf dan Program Pendidikan
- Standar 7: Evaluasi dan Pengendalian Mutu

2.8. Strategi Peningkatan Mutu Pelayanan Kesehatan.

Strategi meningkatkan mutu pelayanan kesehatan merupakan salah satu upaya yang wajib dilakukan bagi terciptanya pelayanan kesehatan berkualitas unggul, memiliki kompetensi, dapat dimanfaatkan, mengembangkan kreativitas, inovasi dan menguasai ilmu pengetahuan dan teknologi.

Menurut Liman (2003), hal-hal yang harus dipertahankan oleh pihak rumah sakit, karena unsur jasa pokok telah berhasil dilaksanakan oleh pihak rumah sakit, karena dianggap penting dan memuaskan dalam pelayanan UGD, yaitu :

- Dokter dan perawat senantiasa ada pada saat dibutuhkan.
- Sikap dokter dan perawat yang simpatik.
- Pelayanan yang sama untuk setiap pasien.

- Prosedur penerimaan pasien yang cepat, tepat dan tidak berbelit-belit.
- Pemeriksaan dan pengobatan cepat dan tepat.
- Dokter/perawat cepat tanggap terhadap pelayanan keluhan pasien.
- Dokter dan perawat sabar dan telaten dalam memberikan pertolongan.

Penelitian yang dilakukan oleh Hingawati (2002) mengatakan bahwa evaluasi merupakan salah satu proses manajemen dalam rangka peningkatan mutu, seperti evaluasi terhadap 2 buah sistem pengendalian penyediaan alat kesehatan habis pakai di UGD. Walaupun tidak terdapat perbedaan secara kuantitas, terdapat perbaikan di bidang administrasi merupakan syarat utama pencegahan kehilangan barang. Sistem baru juga memungkinkan perbaikan di bidang keuangan oleh karena itu untuk meningkatkan mutu pelayanan penyedia alkes perlu diperhatikan. Sedangkan menurut Aboebakar (2005), bahwa kita dapat meningkatkan mutu pelayanan unit gawat darurat dengan menerapkan perbaikan sistem manajemen misalnya dengan melakukan treatment untuk peningkatan motivasi karyawan IGD melalui pembentukan GKM (Gugus Kendali Mutu) di IGD sehingga terjadi perbaikan kinerja dan citra RS. Setidaknya apa yang telah dilaksanakan di IGD dapat dijadikan pilot project untuk memperbaiki pelayanan dan manajemen RS agar menjadi RS yang berkualitas.

Menurut Olga & Syiril (1996) yang dikutip oleh Aboebakar (2005), Gugus Kendali Mutu merupakan mekanisme formal dan dilembagakan yang bertujuan untuk mencari pemecahan persoalan dengan memberikan tekanan pada partisipasi dan kreativitas di antara karyawan. Kelompok kecil pekerja terlibat dalam suatu

proses pengkajian bersama untuk menyingkapkan dan memecahkan persoalan yang berkaitan dengan pekerjaan.

Strategi meningkatkan mutu pelayanan kesehatan untuk dapat menghadapi peluang dan tantangan serta perkembangan yang semakin pesat, perlu dilakukan terus menerus, sehingga menjadikan mutu pelayanan kesehatan tetap merupakan sumber daya yang produktif.

Berkaitan dengan hal tersebut, maka diharapkan setiap individu berupaya menyempurnakan segala hal yang berkaitan dengan kualifikasi atau persyaratan kemampuan SDM untuk dapat lebih mampu mengemban tugas pekerjaan, dengan memanfaatkan “kompetensi”. Sejalan dengan pemikiran tersebut, maka salah satu keberhasilan dalam upaya peningkatan kualitas mutu pelayanan kesehatan yaitu meningkatkan kompetensi pelayanan secara terus-menerus untuk mencapai keunggulan kompetitif.

2.9. Faktor-faktor yang Berperan Terhadap Kepuasan Pasien / Keluarganya di IGD

Sintesa dari kepuasan pasien di IGD adalah suatu keadaan yang dirasakan oleh pasien di IGD sebagai suatu keadaan yang menyenangkan atau mengecewakan yang merupakan hasil dari membandingkan antara apa yang diharapkan dan apa yang diterima pasien secara nyata, yang ditandai dengan 5 dimensi mutu dan indikator-indikatornya tersebut adalah :

Tangible :

1. Kebersihan, kerapian dan kenyamanan ruangan

2. Penampilan dokter rapi dan bersih
3. Penampilan perawat rapi dan bersih
4. Kelengkapan, kesiapan dan kebersihan alat-alat yang dipakai
5. Tarif pemeliharaan terjangkau

Reliability :

6. Dokter dan perawat senantiasa ada pada saat dibutuhkan
7. Sikap dokter dan perawat yang simpatik
8. Pelayanan yang sama untuk setiap pasien
9. Pelayanan dilakukan nyaris tanpa kesalahan

Responsiveness :

10. Prosedur penerimaan pasien cepat dan tidak berbelit-belit
11. Pemeriksaan dan pengobatan cepat dan tepat
12. Dokter / perawat cepat tanggap terhadap keluhan pasien

Assurance :

13. Sikap dokter sopan dan ramah
14. Sikap perawat sopan dan ramah
15. Dokter terampil dan kemampuannya dapat dipercaya
16. Informasi yang diberikan dokter / perawat jelas dan mudah dimengerti

Empathy :

17. Dokter dan perawat memperhatikan setiap keluhan pasien dan berusaha untuk menanganinya
18. Pelayanan yang tulus didasarkan pada hati nurani dan bersifat pribadi (orang per orang)
19. Dokter / perawat sabar dan telaten dalam memberikan pertolongan

Kepuasan pelanggan telah menjadi konsep sentral dalam wacana bisnis dan manajemen (Tjiptono dan Chandra, 2005 dalam Wiyono, 2005). Pelanggan umumnya mengharapkan produk berupa barang atau jasa yang dikonsumsi dapat diterima dan dinikmatinya dengan pelayanan yang baik atau memuaskan (Assauri, 2003 dalam Wiyono, 2005). Kepuasan pelanggan dapat membentuk persepsi dan selanjutnya dapat memposisikan produk perusahaan di mata pelanggannya.

Kepuasan bisa diartikan sebagai upaya pemenuhan sesuatu atau membuat sesuatu memadai (Tjiptono dan Chandra, 2005 dalam Wiyono, 2005). Menurut Oliver (dalam Barnes, 2003 dalam Wiyono, 2005) kepuasan adalah tanggapan pelanggan atas terpenuhinya kebutuhan; sedangkan Kotler (2003) mendefinisikan kepuasan sebagai perasaan senang atau kecewa seseorang yang dialami setelah membandingkan antara persepsi kinerja atau hasil suatu produk dengan harapan-harapannya.

Beberapa perusahaan yang paling berhasil saat ini sedang meningkatkan harapan dan memberikan kinerja yang sesuai. Perusahaan-perusahaan ini sedang menuju ke *TCS (Total Customer Satisfaction)*-kepuasan pelanggan total (Kotler, 2003). Konsep *TCS* sendiri menekankan pentingnya sasaran pada kepuasan tinggi

atau sangat puas agar konsumennya tidak mudah tergiur dengan tawaran lain. Menurut Wahyuddin dan Muryati (2001) dalam Wiyono, 2005 bagi perusahaan-perusahaan yang berwawasan pelanggan, kepuasan adalah sasaran sekaligus kiat pemasaran. Ada berbagai perangkat untuk melacak dan mengukur kepuasan pelanggan, yaitu sistem keluhan dan saran, survei kepuasan pelanggan, dan analisis pelanggan yang hilang.

Kepuasan pelanggan ditentukan oleh berbagai jenis pelayanan yang didapatkan oleh pelanggan selama menggunakan pelayanan. Ketidakpuasan yang diperoleh oleh pelanggan pada tahap awal akan menimbulkan persepsi berupa kualitas pelayanan yang buruk pada tahap pelayanan selanjutnya, sehingga mengakibatkan pelanggan merasa tidak puas dengan pelayanan yang diberikan secara keseluruhan.

Tingkat kepuasan pelanggan terhadap pelayanan merupakan faktor yang penting dalam mengembangkan suatu sistem penyediaan pelayanan yang tanggap terhadap kebutuhan pelanggan, meminimalkan biaya dan waktu serta memaksimalkan dampak pelayanan terhadap populasi sasaran.

2. 10. Kepuasan Pelanggan

Kepuasan Pasien merupakan salah satu topik yang paling banyak dibicarakan, diteliti dan ditulis oleh para ahli pemasaran pelayanan kesehatan. Sebagaimana kita ketahui bahwa kepuasan pasien lebih dari sekedar kesembuhan yang didapat dari sakit, namun kepuasan yang didapat pasien juga berkaitan dengan proses yang dialami pasien dari pelayanan kesehatan itu sendiri.

Kata kepuasan (*satisfaction*) berasal dari bahasa latin “*satis*” (artinya cukup baik, memadai) dan “*facio*” (artinya melakukan atau membuat). Jadi kepuasan berarti ‘membuat sesuatu memadai’.

Menurut Kotler (2002) definisi kepuasan adalah tingkat perasaan seseorang, setelah membandingkan kinerja yang ia rasakan dengan harapan.

Rangkuti (2003) menyatakan bahwa kepuasan adalah ketidaksesuaian antara pelayanan yang dipersepsikan (*perceived service*) dan pelayanan yang diharapkan (*expected service*).

Notoatmodjo (1989) menyatakan bahwa tingkat kepuasan yang dirasakan oleh pasien dipengaruhi oleh perbedaan faktor sosiodemografi diantaranya kedudukan demografi, tingkat ekonomi, latar belakang pendidikan, budaya dan umur.

Kepuasan pelanggan adalah suatu keadaan dimana keinginan, harapan dan kebutuhan pelanggan dipenuhi. Suatu pelayanan dinilai memuaskan bila pelayanan tersebut dapat memenuhi kebutuhan dan harapan pelanggan. (www.delivery.org).

Kepuasan pelanggan ditentukan oleh berbagai jenis pelayanan yang didapatkan oleh pelanggan selama menggunakan pelayanan. Ketidakpuasan yang diperoleh oleh pelanggan pada tahap awal akan menimbulkan persepsi berupa kualitas pelayanan yang buruk pada tahap pelayanan selanjutnya, sehingga mengakibatkan pelanggan merasa tidak puas dengan pelayanan yang diberikan secara keseluruhan.

Kepuasan pelanggan adalah suatu keadaan dimana keinginan, harapan dan keperluan pelanggan dipenuhi. Suatu pelayanan dinilai memuaskan bila ia dapat memenuhi kebutuhan dan harapan pelanggannya. Ada beberapa faktor yang dapat

dipertimbangkan oleh pelanggan dalam menilai suatu pelayanan, yaitu: ketepatan waktu, dapat dipercaya, kemampuan teknis, diharapkan, berkualitas dan harga yang sepadan (www.delivery.org).

Menurut Tjiptono (1999), meningkatnya intensitas persaingan dan jumlah pesaing juga menuntut setiap petugas untuk selalu memperhatikan kebutuhan dan keinginan konsumen serta berusaha memenuhi apa yang mereka harapkan dengan cara lebih memuaskan daripada yang dilakukan penyedia jasa lainnya.

Terdapat beberapa cara untuk mengukur kepuasan pelanggan, salah satunya adalah dengan melakukan penilaian pelanggan terhadap dua isu penting yaitu: (1) tingkat kepentingan pelayanan yang diberikan, dan (2) kinerja pemberi pelayanan didalam memberikan pelayanannya (www.delivery.org).

Berdasarkan faktor-faktor tersebut, pelanggan sendiri yang menilai tingkat kepuasan yang mereka terima dari barang atau jasa spesifik yang diberikan, serta tingkat kepercayaan mereka terhadap kemampuan pemberi pelayanan.

Tingkat kepuasan pelanggan terhadap pelayanan merupakan faktor yang penting dalam mengembangkan suatu sistem penyediaan pelayanan yang tanggap terhadap kebutuhan pelanggan, meminimalkan biaya dan waktu serta memaksimalkan dampak pelayanan terhadap populasi sasaran.

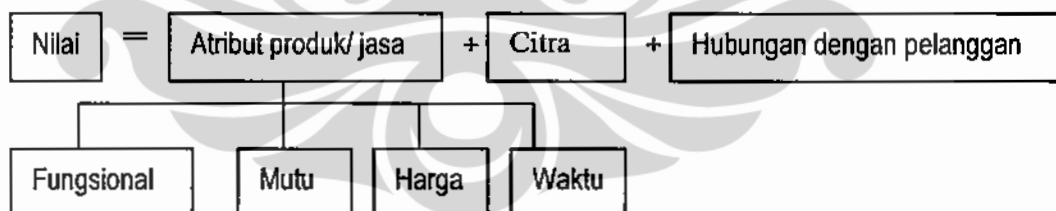
Dalam rangka mengembangkan suatu mekanisme pemberian pelayanan yang memenuhi kebutuhan, keinginan dan harapan pelanggan, perlu mengetahui hal-hal berikut :

1. Mengetahui apa yang pelanggan pikirkan tentang anda, pelayanan anda, dan pesaing anda.
2. Mengukur dan meningkatkan kinerja anda.

3. Mempergunakan kelebihan anda kedalam pemilahan pasar.
4. Memanfaatkan kelemahan anda ke dalam peluang pengembangan -- sebelum orang lain memulainya.
5. Membangun wahana komunikasi internal sehingga setiap orang tahu apa yang mereka kerjakan.
6. Menunjukkan komitmen anda terhadap kualitas dan pelanggan anda

Umpan balik dan informasi merupakan elemen yang penting dalam membangun sistem pemberian pelayanan yang efektif, termasuk: tingkat kepuasan pelanggan dan kualitas pelayanan. (www.delivery.org)

Untuk mencapai kepuasan pelanggan maka kebanyakan organisasi, termasuk organisasi/perusahaan yang melaksanakan pelayanan jasa seperti di Rumah Sakit harus menciptakan proposisi nilai bagi pelanggan.



Gambar 2. 3. Model Generik Proposisi Nilai Pelanggan

Sebagian besar dari perusahaan mengembangkan proposisi nilai pelanggan dalam atribut produk dan jasa mereka yaitu :

Nilai, didefinisikan sebagai pengkajian secara menyeluruh, manfaat dari suatu produk.

Daya Saing, suatu produk /jasa harus memiliki daya saing agar menarik pelanggan. Suatu produk mempunyai daya saing bila keunikan dan kualitas pelayanannya disesuaikan dengan manfaat serta pelayanan yang dibutuhkan oleh pelanggan. Manfaat suatu produk tergantung pada seberapa jauh produk tersebut memenuhi nilai-nilai yang dibutuhkan pelanggan.

Waktu, sangat penting untuk mengurangi dan mencapai tenggang waktu (lead time) pelayanan.

Mutu, sangat penting terutama dalam pelayanan jasa perumahnyasakit untuk memberikan pelayanan yang bermutu dan profesional. Kegagalan dalam mutu akan mengakibatkan pelanggan akan meninggalkan perusahaan atau rumah sakit tersebut, mencari rumah sakit lain yang memberikan pelayanan dengan mutu yang lebih baik.

Di samping waktu dan mutu maka pelanggan akan memperhatikan biaya yang dikeluarkannya untuk mendapatkan pelayanan tersebut. Pelanggan akan tanggap terhadap perbedaan biaya (bukan harga) dan selau membandingkan dengan pesaing yang memberikan mutu, waktu dan biaya lebih baik dan akan berpaling kepada pesaing yang lebih baik.

Faktor – faktor dalam atribut jasa perumahnyasakit yang disebutkan di atas, ditambah dengan faktor kompetensi SDM termasuk sikap terhadap pelanggan mempunyai peranan yang penting sehingga pengukuran kepuasan dan persepsi pelanggan (pasien) di rumah sakit harus melihat faktor-faktor tersebut sebagai variabel independen yang berhubungan dengan faktor dependen yaitu pelanggan.

Kualitas merupakan inti kelangsungan hidup sebuah lembaga. Gerakan revolusi mutu melalui pendekatan manajemen mutu terpadu menjadi tuntutan yang tidak boleh diabaikan jika suatu lembaga ingin hidup dan berkembang, Persaingan

yang semakin ketat akhir-akhir ini menuntut sebuah lembaga penyedia jasa/layanan untuk selalu memanjakan konsumen/pelanggan dengan memberikan pelayanan terbaik. Para pelanggan akan mencari produk berupa barang atau jasa dari perusahaan yang dapat memberikan pelayanan yang terbaik kepadanya (Assauri, 2003).

Penelitian oleh Robert dan Prevost, sebagaimana dikutip oleh Azwar (1996) membuktikan adanya perbedaan ruang lingkup mutu sebagaimana berikut :

- a. Bagi pemakai jasa pelayanan kesehatan, mutu pelayanan kesehatan lebih terkait pada aspek ketanggapan petugas atas kebutuhan pasien, keprihatinan serta keramahramahan petugas dalam melayani pasien dan atau kesembuhan penyakit yang sedang diderita oleh pasien.
- b. Bagi penyelenggaran pelayanan kesehatan , mutu pelayanan kesehatan lebih terkait pada aspek kesesuaian pelayanan dengan perkembangan ilmu dan tekhnologi terkini dalam menyelenggarakan pelayanan kesehatan sesuai dengan kebutuhan pasien.
- c. Bagi penyandang dana pelayanan kesehatan, mutu pelayanan kesehatan lebih terkait pada aspek efisiensi pemakaian dana pelayanan kesehatan. Pelayanan bermutu ketika biaya yang dibutuhkan untuk menghasilkan jasa pelayanan kesehatan dapat dikeluarkan seefisien mungkin.

Penelitian lain yang dilakukan oleh Smith dan Metzner, sebagaimana dikutip oleh Azwar (1996) juga menunjukkan adanya perbedaan aspek mutu terhadap pelayanan kesehatan, sebagaimana berikut :

- a. Bagi dokter, aspek mutu pelayanan kesehatan yang dipandang penting adalah pengetahuan ilmiah yang dimiliki oleh dokter (80%), baru kemudian perhatian dokter secara pribadi kepada pasien (60%), ketrampilan yang dimiliki oleh dokter (50%), efisiensi pelayanan kesehatan (45%), dan terakhir kenyamanan pelayanan yang dirasakan oleh pasien (8%).
- b. Sedangkan untuk pasien sebagai pemakai jasa, aspek yang dipandang paling penting adalah efisiensi pelayanan kesehatan (45%), perhatian dokter secara pribadi kepada pasien (40%), ketrampilan dokter (35%) serta kenyamanan yang dirasakan oleh pasien (35%).

Wahyuddin dan Muryati (2001) menyatakan bahwa dalam pelayanan yang disebut konsumen (*customer*) adalah masyarakat yang mendapat manfaat dari aktivitas yang dilakukan oleh organisasi atau petugas dari organisasi pemberi layanan tersebut. Bagi perusahaan-perusahaan yang berwawasan pelanggan, kepuasan adalah sasaran sekaligus kiat pemasaran. Ada berbagai perangkat untuk melacak dan mengukur kepuasan pelanggan, yaitu sistem keluhan dan saran, survei kepuasan pelanggan, belanja siluman, dan analisis pelanggan yang hilang.

Menurut Gummesson (dalam Tjiptono dan Chandra, 2005) menekankan bahwa jasa merupakan sesuatu yang bisa dipertukarkan namun kerap kali sulit dialami atau dirasakan secara fisik. Sejalan dengan itu, Kotler (2003) menyatakan jasa adalah setiap tindakan atau manfaat yang dapat ditawarkan oleh satu pihak kepada pihak lain yang pada esensinya tidak berwujud dan tidak mengakibatkan kepemilikan sesuatu. Produksinya dapat atau tidak dapat dikaitkan dengan suatu produk fisik. Ada empat karakteristik jasa yang sangat mempengaruhi rancangan

program pemasarannya, yaitu tidak berwujud, tidak terpisahkan, bervariasi, dan mudah lenyap. Ada dua pihak yang terlibat dalam proses jasa/pelayanan, yaitu penyedia layanan (pelayan) dan konsumen (yang dilayani).

Pada penelitian yang dilaporkan oleh Hendrajana (2005) tentang pengaruh kualitas pelayanan medis, paramedis, dan penunjang medis terhadap kepuasan pelanggan rawat jalan di RSUD Dr. Moewardi Surakarta menunjukkan bahwa terdapat pengaruh signifikan antara berbagai variabel kualitas pelayanan terhadap kepuasan pelanggan rawat jalan di RSUD Dr. Moewardi Surakarta.

2.11. Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Kepuasan Pelanggan

Salah satu faktor yang menentukan kepuasan pelanggan adalah persepsi pelanggan mengenai kualitas jasa yang terfokus pada lima dimensi jasa. Kepuasan pelanggan selain dipengaruhi oleh persepsi kualitas jasa juga ditentukan oleh kualitas produk, harga dan faktor yang bersifat pribadi dan situasi sesaat. Persepsi pelanggan mengenai kualitas jasa tidak mengharuskan pelanggan menggunakan produk terlebih dahulu.

Proses persepsi terhadap suatu jasa tidak mengharuskan pelanggan menggunakan jasa terlebih dahulu. Faktor-faktor yang berpengaruh terhadap persepsi pelanggan atas suatu jasa adalah :

1. Harga
2. Citra
3. Tahap pelayanan
4. Momen pelayanan

2.12. Tingkat Kepentingan Pelanggan

Tingkat kepentingan pelanggan didefinisikan sebagai suatu keyakinan pelanggan sebelum mencoba atau membeli produk /jasa yang kemudian akan dijadikan suatu standar acuan dalam menilai kinerja suatu produk.

Menurut model diatas ada dua tingkat kepentingan pelanggan yaitu, *adequate service* dan *desired service*.

- *Adequate service* adalah tingkat kinerja jasa minimal yang masih dapat diterima berdasarkan perkiraan jasa yang mungkin akan diterima dan tergantung alternatif yang tersedia.
- *Desired service* adalah tingkat kinerja jasa yang diharapkan pelanggan yang akan diterimanya yang merupakan gabungan dari kepercayaan pelanggan mengenai apa yang dapat dan harus diterimanya.
- *Tolerance* adalah daerah diantara *adequate service* dan *desired service* yaitu dimana variasi pelayanan yang masih dapat diterima oleh pelanggan.

Apabila pelayanan yang diterima oleh pelanggan dibawah *adequate service* pelanggan akan frustasi dan kecewa. Sedangkan apabila yang diterima pelanggan melebihi *desired service* pelanggan akan merasa puas dan terkejut.

Desired service dipengaruhi oleh factor-faktor berikut :

1. Keinginan untuk dilayani dengan baik dan benar
2. Kebutuhan perorangan
3. Pelayanan yang diharapkan pelanggan karena merupakan kebutuhan yang mendasar.
4. Janji secara langsung

Pelayanan yang diharapkan pelanggan karena pelanggan dijanjikan mendapatkan pelayanan.

5. Janji secara tidak langsung

Pelayanan yang diharapkan pelanggan karena memperoleh petunjuk yang berkaitan dengan pelayanan sehingga pelanggan menarik kesimpulan tentang pelayanan yang akan diberikan.

6. Komunikasi dari mulut ke mulut

Pelayanan yang diharapkan pelanggan karena pelanggan menerima informasi atau pernyataan yang disampaikan oleh pihak lain.

7. pengalaman masa lalu

Pelayanan yang diharapkan oleh pelanggan karena dia telah memiliki pengalaman yang meliputi hal-hal yang telah dipelajarinya.

Adequate service dipengaruhi oleh factor-faktor berikut:

1. Keadaan darurat

Pelayanan minimal yang harus diterima oleh pelanggan karena pelanggan membutuhkan pelayanan untuk sementara waktu.

2. Ketersediaan alternatif

Pelayanan minimal yang diharapkan oleh pelanggan yang muncul dari persepsi pelanggan atas tingkat atau derajat pelayanan yang sejenis.

3. Derajat keterlibatan pelanggan

Pelayanan minimal yang masih diterima pelanggan karena pelanggan terlibat dalam penyedia jasa. Semakin besar pelanggan terlibat semakin sukar pelanggan melontarkan keluhan dan pelanggan semakin harus menerima menerima pelayanan

4. Faktor-faktor yang tergantung situasi

Pelayanan minimal yang masih dapat diterima pelanggan karena adanya peristiwa yang dapat mempengaruhi kinerja yang berada diluar kendali penyedia jasa.

5. Pelayanan yang diperkirakan

Pelayanan yang dapat diterima pelanggan karena pelanggan telah memperkirakan akan mendapatkan pelayanan minimal

2.13. Model Kesenjangan Kepuasan Pelanggan

Kepuasan pelanggan terhadap suatu jasa ditentukan oleh suatu tingkat kepuasan pelanggan sebelum menggunakan jasa dibandingkan dengan persepsi pelanggan terhadap jasa setelah pelanggan merasakan kinerja jasa.

Salah satu faktor yang menentukan kepuasan pelanggan adalah kualitas pelayanan yang terdiri dari 5 dimensi pelayanan seperti yang telah disebutkan terdahulu di atas. Kesenjangan adalah dimana ada ketidakseimbangan antara pelayanan yang dipersepsikan dengan pelayanan yang diharapkan.

Di dalam masyarakat terdapat perbedaan yang mempengaruhi persepsi dan harapan pasien. Menurut Lumenta (1989) dengan meningkatnya tarap pendidikan akan meningkatkan tuntutan dan harapan terhadap pelayanan kesehatan. Seseorang dengan pendidikan tinggi berharap pelayanan kesehatan tidak hanya dapat mengatasi masalah kesehatan saja tetapi juga masalah sehari-hari, masyarakat yang berpendidikan tinggi yang berada dalam lingkungan modern tidak mudah puas dengan pelayanan kesehatan dasar.

Menurut Sarwono (1996) tingkat kepuasan yang dirasakan akan berbeda, hal ini tergantung pada latar belakang pendidikan pasien, pangkat, tingkat ekonomi, kedudukan sosial, jenis kelamin, kepribadian seseorang.

Umur produktif mempunyai semangat yang tinggi juga memiliki tuntutan dan harapan terhadap kepuasan yang lebih besar dibandingkan umur tua. Kelompok umur produktif cenderung lebih banyak tuntutan dan berharap banyak terhadap kemampuan pelayanan kesehatan dasar dan cenderung mengeritik. Pria lebih banyak tuntutan dan berharap lebih banyak terhadap kemampuan pelayanan kesehatan dasar dan cenderung mengkritik daripada wanita.

2.14. *Importance & Performance Analysis* (Rangkuti, 2003)

Importance & Performance Analysis dilakukan dengan menggambarkannya ke dalam suatu bentuk *diagram kartesius*. Diagram ini dapat dibuat setelah diketahui rata-rata skor seluruh pasien baik untuk harapan maupun persepsi.

Pemetaan dengan menggunakan diagram ini bertujuan untuk melihat unsur-unsur yang menjadi kekuatan dan kelemahan di poliklinik penyakit dalam regular dan non regular rumah sakit Persahabatan.

Diagram kartesius ini terdiri dari 4 kuadran; kuadran pertama terletak di sebelah kiri atas, kuadran kedua di sebelah kanan atas, kuadran ketiga di sebelah kiri bawah, dan kuadran keempat di sebelah kanan bawah.

Strategi yang dapat dilakukan berkenaan dengan posisi masing-masing variabel pada keempat kuadran tersebut dapat dijelaskan sebagai berikut:

Kuadran 1 (*attributes to improve*)

Ini adalah wilayah yang memuat faktor-faktor yang dianggap penting oleh pelanggan tetapi pada kenyataannya faktor-faktor ini belum sesuai seperti yang

pelanggan harapkan (tingkat kepuasan yang diperoleh masih sangat rendah). Variabel-variabel yang masuk dalam kuadran ini harus ditingkatkan. Caranya adalah perusahaan melakukan perbaikan secara terus-menerus sehingga *performance* variabel yang ada dalam kuadran ini akan meningkat.

Kuadran 2 (*maintain performance*)

Kuadran 2 (*maintain performance*) adalah wilayah-wilayah yang memuat faktor-faktor yang dianggap penting oleh pelanggan dan faktor-faktor yang dianggap oleh pelanggan sudah sesuai dengan yang dirasakannya sehingga tingkat kepuasannya relatif lebih tinggi. Variabel-variabel yang termasuk kuadran ini harus tetap dipertahankan karena semua variabel ini menjadikan produk/jasa tersebut unggul di mata pelanggan.

Kuadran 3 (*attributes to maintain*)

Sedangkan kuadran 3 (*attributes to maintain*) adalah wilayah yang memuat faktor-faktor yang dianggap kurang penting oleh pelanggan dan pada kenyataannya kinerjanya tidak terlalu istimewa. Peningkatan variabel-variabel yang termasuk dalam kuadran ini dapat dipertimbangkan kembali karena pengaruhnya terhadap manfaat yang dirasakan oleh pelanggan sangat kecil.

Kuadran 4 (*main priority*)

Kuadran 4 (*main priority*) sendiri adalah wilayah yang memuat faktor-faktor yang dianggap kurang penting oleh pelanggan dan dirasakan terlalu berlebihan. Variabel-variabel yang termasuk dalam kuadran ini dapat dikurangi agar perusahaan dapat menghemat biaya.

BAB III

GAMBARAN UMUM RS BHINEKA BAKTI HUSADA

3.1. Rumah Sakit Bhineka Bakti Husada

Rumah sakit Bhinneka Bakti Husada diawali dari Praktik pribadi Dokter pada tanggal 15 Oktober 1987 oleh Dr. H. Muslim Gunawan, DTPH di jalan Pondok Cabe Raya no 17 Pamulang . Tanggal 19 Agustus 1994 mulai merintis berdirinya Rumah Sakit.

Rumah sakit Bhineka Bakti Husada pada awalnya merupakan suatu klinik kesehatan. Seiring dengan perkembangan waktu klinik tersebut berkembang pesat dan bahkan menjadi Rumah Sakit yang melayani kebutuhan pelayanan kesehatan bagi masyarakat sekitarnya. Rumah Sakit Bhineka Bakti Husada memiliki lokasi yang cukup strategis yaitu dipersimpangan perbatasan Jakarta, Bogor, Tangerang dan Depok tepatnya di jalan Pondok Cabe Raya no 17 Pamulang Tangerang.

Jenis pelayanan RS Bhineka Bakti Husada saat ini berupa pelayanan rawat inap, rawat jalan serta pelayanan penunjang. Pelayanan Rawat Inap RS Bhineka terdiri dari 60 bed terbagi dalam berbagai macam kelas. Kelas Utama, kelas I, II dan III. Sedangkan pelayanan rawat jalan terdiri poliklinik spesialis dan non spesialis. Pelayanan penunjang yang dimiliki seperti apotik, pelayanan gizi pasien rawat inap, radiologi, laboratorium, rekam medik, kamar jenazah serta ambulance.

Sumber daya manusia di RS Bhineka Bakti Husada tahun 2007 secara umum mempunyai tenaga yang berlatar belakang pendidikan dan pelatihan yang beraneka ragam yaitu berjumlah 172 orang yang terdiri dari :

- Dokter Spesialis 32 orang

- Dokter Umum 15 orang
- Dokter Umum berkeahlian khusus 3 orang
- Dokter Gigi 8 orang
- Perawat
SPK 20 orang , D3 49 orang
- Bidan
D1 3 orang, D3 4 orang
- Rekam Medik
D3 RM 1 orang
SMA 9 orang
- Laboratorium
D3 1 orang
SMAK 5 orang
- Radiologi 2 orang
- PRR
SMA 8 orang
SMP 2 orang
- Dapur
D3 Juru Masak 2 orang
SMKK 3 orang
SMA 2 orang
SD 3 orang

3.2. Lokasi

Rumah Sakit Bhineka Bakti Husada pada awal berdiri adalah sebesar 250 meter, kemudian makin lama bertambah menjadi seluas 945 meter .

Alamat : Jl. Pondok Cabe Raya no. 17 Pamulang Tangerang

Nomor telepon : 021- 7490018, 021- 7490829, 021- 749157

3.3. Demografi

Perkiraan jumlah penduduk yang tersebar di dalam 6 kecamatan di sekitar Rumah Sakit yaitu Kecamatan Ciputat, Pamulang, Serpong, Gunung Sindur, Parung dan Sawangan dan pada saat ini kurang lebih berpenduduk 400.000 jiwa. Populasi umumnya terdiri dari masyarakat kelas sosio ekonomi menengah ke bawah yang terdiri dari para karyawan / pekerja, para pedagang serta sedikit dari petani. Di daerah Pamulang termasuk kawasan komersial dikelilingi kawasan perumahan-perumahan padat berskala besar dengan berbagai kelas dan tidak kurang 100 kompleks perumahan tersebar di daerah ini.

Potensi permintaan RS Bhineka Bakti Husada diperkirakan berasal dari kecamatan Pamulang dan Ciputat di kabupaten tangerang, serta Kelurahan Cinere dan kecamatan sawangan di kota Depok. Berdasarkan data BPS, jumlah penduduk catchments area sejak tahun 2002 hingga tahun 2006 dapat dilihat pada tabel 3.1.

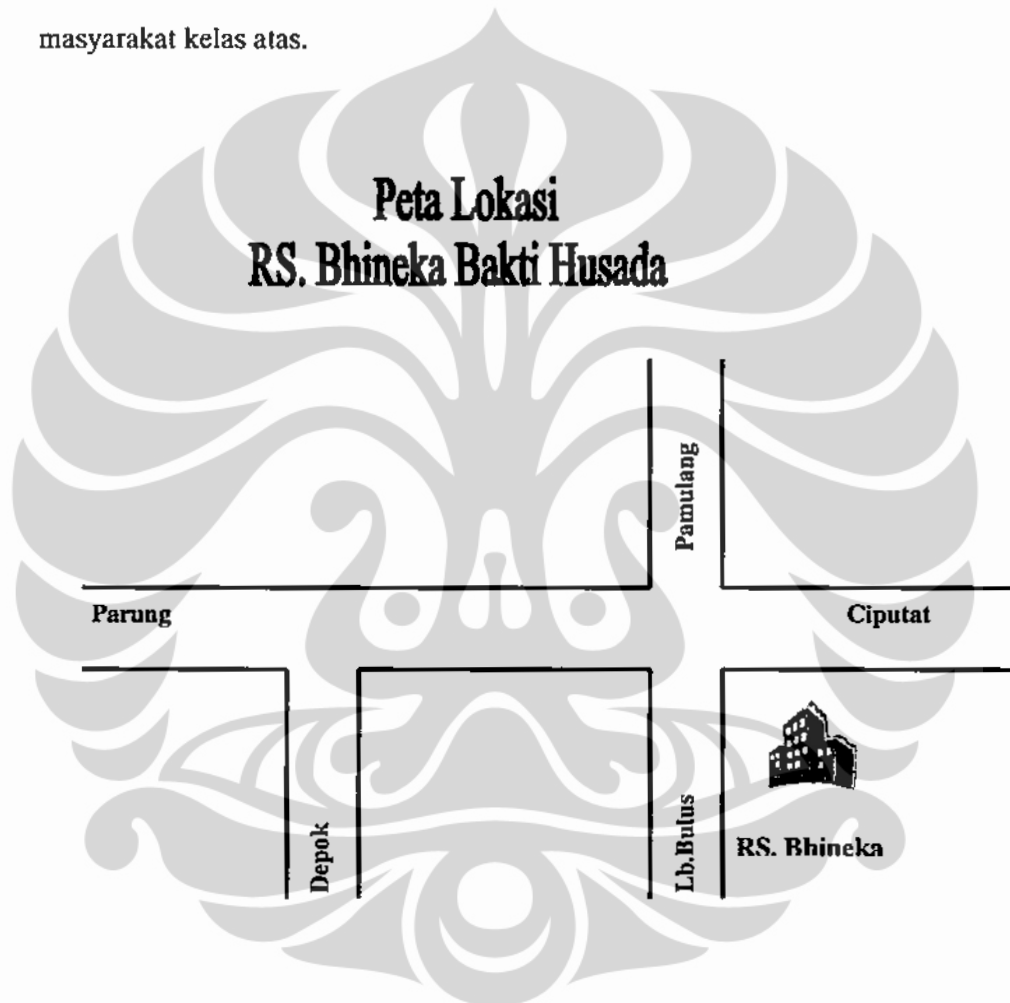
Tabel 3.1 Jumlah Penduduk

Lokasi	2006
Pamulang	247.052
Ciputat	322.348
Cinere	17.252
Sawangan	145.743
Parung	74.197
Cisceng	85.996
Gunung Sindur	71.118
Total	734.401

Sumber : BPS (diolah), 2006

Terlihat pada tabel 3.1 bahwa potensi pasien terbesar berasal dari Ciputat , Pamulang dan Sawangan. Bila dilihat pada peta bahwa rumah sakit berdekatan dengan tiga wilayah tersebut sehingga potensi pelanggan besar. Tidak seluruh pasien rawat jalan dan rawat inap di *catchment area* melakukan pengobatan di RS Bhineka Bakti Husada. Selama ini, pasien RS Bhineka Bakti Husada mayoritas berasal dari masyarakat kelas bawah dan menengah bawah. Diharapkan ekspansi Rumah Sakit pada tahun 2008 dapat menarik lebih banyak lagi permintaan dari masyarakat kelas menengah – menengah dan menengah – atas. Persaingan RS Bhineka Bakti Husada berasal dari RS Bakti Yudha di sawangan yang memperebutkan target pasar yang relatif sama. RS Puri Cinere yang juga dekat

dengan rumah sakit bukan merupakan pesaing karena berbeda segmen pasarnya. Permintaan RS Puri Cinere datang dari masyarakat kelas menengah atas sampai masyarakat kelas atas.



3.4. Aspek Legal

Badan Hukum yang dipilih oleh rumah sakit adalah PT, karena Rumah sakit diselenggarakan atas prinsip swadana dengan tidak melupakan fungsi sosial. Ulasan mengenai nama pemilik dan direksi serta kekuatan yang dimilikinya. PT Bhineka Bakti Husada, dengan akte notaries no Kehakiman C-03742 HT.01.01. TH 20 dikeluarkan oleh Notaris Adrian Djuani, SH. Susunan pemegang saham perseroan sesuai dengan akte sebanyak 8 orang.

3.5. Visi dan Misi

Visi: Menjadi pilihan utama rujukan bagi jasa perawatan medis akut dan lainnya dengan pelayanan yang professional dan Islami di wilayah perbatasan Tangerang, Bogor dan Jakarta selatan pada tahun 2009.

Misi: Membantu meningkatkan derajat kesejahteraan rakyat melalui penyelenggaraan pelayanan kesehatan rumah sakit yang terjangkau dan bermutu dengan:

- ❑ Menerapkan nilai-nilai islami dalam pemberian pelayanan.
- ❑ Mendorong kecakapan SDM ke tingkat yang lebih tinggi
- ❑ Berpartisipasi dalam perencanaan dan pengkoordinasian pelayanan kesehatan nasional.
- ❑ Selalu berusaha memperhatikan kepuasan konsumen secara berkesinambungan

Motto : **BERSAHAJA**

BER : Berkarya dengan optimal, dimananpun dan kapanpun amanah yang kita terima selalu dilaksanakan .

SA : Sadar bahwa bekerja adalah ibadah, kalau kita lakukan dengan profesionalisme dan ikhlas, maka disamping rupiah kita dapatkan, berkah dan pahala akan kita raih.

HA : Harus bisa melakukan inovasi dan improvisasi agar dapat meningkatkan hasil guna dan daya guna

JA : Jangan tinggalkan aturan dan norma agama.

3.6. Produk jasa yang ditawarkan adalah:

a. Pelayanan Rawat Jalan , melayani pasien umum dan spesialis

Poliklinik Umum masih bergabung dengan Unit Gawat Darurat melayani pasien 24 jam dengan 14 dokter umum dan 12 perawat.

Poliklinik Spesialis mempunyai 9 ruangan praktek yang dipergunakan secara bergantian pada 3 shift yaitu pagi jam 09.00-1200, siang 14.00-16.00 dan malam hari jam 18.00-21.00. Poliklinik Spesialis terdiri atas :

- Poliklinik Jantung
- Poliklinik THT
- Poliklinik Penyakit Dalam
- Poliklinik Bedah
- Poliklinik Paru
- Poliklinik Saraf
- Poliklinik Kebidanan dan Kandungan
- Poliklinik Mata
- Poliklinik Gizi
- Poliklinik Kulit dan Kelamin

b. Pelayanan Penunjang

- Laboratorium
- Radiologi
- Fisioterapi
- Rekam medik

- Apotik/farmasi
- Kamar jenazah
- Ambulance
- Dapur
- Fisioterapi

c. **Pelayanan rawat Inap**

Pelayanan rawat inap terdiri dari 60 Bed, terdiri atas kelas utama 4, kelas I A sebanyak 4, kelas I B sebanyak 1, kelas II A sebanyak 20, Kelas II B sebanyak 2, kelas III A sebanyak 6 dan kelas III B sebanyak 23.

Fasilitas Yang Tersedia

1. Rontgen kontras dan non kontras
2. USG
3. Laboratorium : hematologi, kimia klinik, serologi, mikrobiologi, imunologi
4. EKG
5. Bedah minor dan OK

Indikator rawat inap per kelas bulan Januari sampai Desember 2007 dapat dilihat pada tabel dibawah ini.

Tabel. 3.2. BOR

Tabel. 3.2. Indikator Rawat Inap Per Kelas Bl. Januari s.d. Desember '07 (Tanpa Kebidanan)

Kls/	III (A&B)										II (A&B)										I (A&B)										UTAMA									
	Tt	Hp	Lr	H+M	BOR	LOS	BTO	TOI	Tt	Hp	Lr	H+M	BOR	LOS	BTO	TOI	Tt	Hp	Lr	H+M	BOR	LOS	BTO	TOI	Tt	Hp	Lr	H+M	BOR	LOS	BTO	TOI								
Jan 24	676	657	176	195	87.9	3.4	8.1	0.5	18	510	559	142	91.4	3.9	7.9	0.3	4	123	121	29	99.2	4.2	7.3	0.0	4	121	123	30	97.6	4.1	7.5	0.1								
Jan 24	609	650	158	188	88.2	3.3	7.8	0.5	26	571	545	152	73.2	3.6	5.8	1.4	8	146	152	44	60.8	3.5	5.5	2.1	4	119	125	31	99.2	4.0	7.8	0.0								
Jan 24	650	656	194	203	83.5	3.1	8.5	0.6	30	817	846	218	87.8	3.9	7.3	0.5	7	204	221	61	94.0	3.6	8.7	0.2	4	120	115	36	96.8	3.2	9.0	0.1								
Jan 24	650	631	184	183	78.2	3.0	7.6	0.9	30	764	774	246	82.2	3.1	8.2	0.7	7	208	211	52	95.9	4.1	7.4	0.2	4	111	119	34	89.5	3.5	8.5	0.4								
Jan 24	650	657	183	183	78.9	3.2	7.6	0.8	30	734	680	216	81.6	3.1	7.2	0.8	7	172	153	55	81.9	2.8	7.9	0.7	4	89	87	30	74.2	2.9	7.5	1.0								
Jan 24	650	658	177	183	89.6	3.0	7.4	1.3	30	635	721	226	68.3	3.2	7.5	1.3	7	162	203	63	74.7	3.2	9.0	0.9	4	83	74	25	66.9	3.0	6.3	1.6								
Jan 24	650	603	190	190	80.6	3.2	7.9	0.7	30	754	725	233	83.8	3.1	7.8	0.6	7	194	188	49	92.4	3.8	7.0	0.3	4	109	104	26	90.8	4.0	6.5	0.4								
Jan 24	650	625	185	185	85.5	3.4	7.7	0.6	30	808	820	228	86.9	3.6	7.6	0.5	5	144	135	40	92.9	3.4	8.0	0.3	6	172	186	46	92.5	4.0	7.7	0.3								
Jan 24	7400	7420	2216	2216	84.5	3.3	9.2	0.6	26	7566	7637	2528	79.7	3.0	9.2	0.8	6	1828	1922	511	83.5	3.8	8.5	0.7	4	1398	1406	369	95.8	3.8	9.2	0.2								

Keterangan

- BOR : Bed Occupancy Rate
- LOS : Length Of Stay
- BTO : Bed Turn Over
- TOI : Tur Over Interval

Perhitungan BOR dan TOI untuk kls I & kls II, jumlah bed dihitung rata-rata

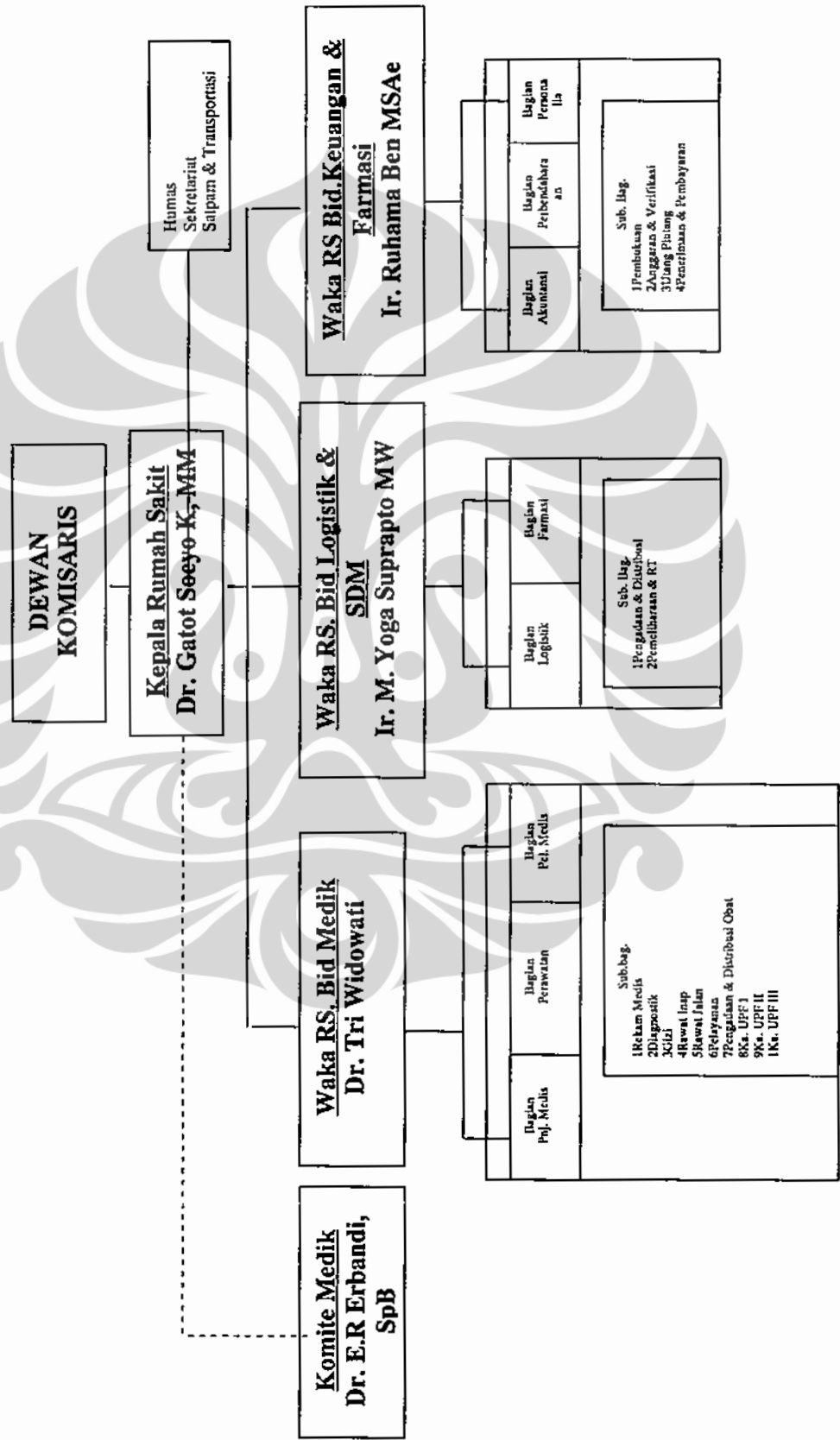
3.7. Struktur Organisasi

Rumah Sakit Bhineka Bakti Husada dipimpin oleh Kepala Rumah Sakit dibantu oleh 3 wakil kepala yaitu wakil kepala rumah sakit bidang umum, medik, keuangan dan farmasi.

- a. Waka RS bidang Umum membawahi
 - Bagian Personalia
 - Bagian Logistik
- b. Waka RS bidang Medik membawahi
 - Bagian Pelayanan dan Penunjang
 - Bagian Keperawatan
- c. Waka RS bidang Keuangan dan Farmasi
 - Bagian Keuangan dan Akutansi
 - Bagian Farmasi

Struktur organisasi RS Bhineka Bakti Husada dapat dilihat pada bagan berikut ini :

STRUKTUR ORGANISASI



3.8. Ketenagaan

Produk layanan diberikan oleh tenaga ahli : Dokter spesialis 38 orang, dokter umum 14 orang dan dokter gigi 9 orang. Semua dokter umum, dokter spesialis dan dokter gigi di RS Bhineka Bakti Husada adalah berstatus sebagai tenaga dokter kontrak. Nama-nama dokter tersebut dan statusnya dapat dilihat pada tabel 3. 1. dibawah ini.

Tabel. 3. 3. Kompetensi dan Jumlah Dokter RS Bhineka Bakti Husada

No.	Kompetensi	Jumlah Dokter
1.	Dokter Umum	14
2.	Dokter Sp. Bedah	6
3.	Dokter Sp. THT	2
4.	Dokter Sp. Kulit	1
5.	Dokter Sp. Kandungan	4
6.	Dokter Sp. Peny. Dalam	4
7.	Dokter Sp. Paru	1
8.	Dokter Sp. Syaraf	2
9.	Dokter Sp. Patologi Anatomi	1
10.	Dokter Urologi	1
11.	Dokter Sp. Anak	5
12.	Dokter Sp. Bedah Anak	1
13.	Dokter Sp. Jantung	1
14.	Dokter Spesialis Anesthesi	5

No.	Kompetensi	Jumlah Dokter
15.	Dokter Sp. Patologi Klinis	1
16.	Psikiatri	1
17.	Dokter Bedah Mulut & Rahang	1
18.	Dokter Sp. Radiologi	1
19.	Dokter Sp. Mata	1
20.	Dokter Gigi	8
21.	Medikal Check Up	2

Sumber : Sub bagian kepegawaian RS Bhineka Bakti Husada bulan Desember 2007

Aspek ketenagaan di RS Bhineka Bakti Husada hingga Desember 2007 dapat dilihat pada tabel berikut :

Tabel.3.4. Aspek Ketenagaan RS Bhineka Bakti Husada Tahun 2007

No.	Bagian	Jenis Kelamin		Status Kepegawaian		Jumlah
		Pria	Wanita	Tetap	Kontrak	
1.	Medis dr. Spesialis	29	9		38	38
2.	Medis dr. Umum	8	6		14	14
3.	Medis dr. Gigi	3	6		9	9
4.	Direksi	2	1		3	3
	Total				64	64
1.	Perawatan (DIII)	17	30	19	28	47
2.	Perawatan (SPK)	4	15	19		19
3.	Kebidanan		7	4	3	7
4.	Perawat gigi				1	1

5.	Diagnostik		1	1		1
6.	Para Medis Non Perawatan					
	- Radiologi	1	1	1	1	2
	- Laboratorium	4	2	3	3	6
	- Rekam Medis	5	5	9	1	10
	- Ins. Farmasi	6	5	10	1	11
	- Gizi		2	2		2
	- PPR	2	9	7	4	11
	- JR / Ope. Kom	6		4	2	6
	- Dapur	1	7	1	7	8
7.	Non Medis					
	- Personalia	2	1	3		3
	- Keuangan	13	5	12	6	18
	- Sekretariat / Umum	2		1	1	2
	- Humas	1		1		1
	- Satpam	6		1	5	6
	- Sopir	2		2		2
	- Logistik	5		5		5
	- Tekhnisis	3		2	1	3
	- Laundry / OB	1	2		3	3
	Total	81	93	107	67	174

Sumber : Sub bagian kepegawaian RS Bhineka Bakti Husada bulan Desember 2007

Tabel. 3.5. Jumlah Pegawai RS Bhineka Bakti Husada Berdasarkan Jenis Kelamin

Jumlah Pegawai	Tahun 2005		Tahun 2005		Tahun 2005	
	Pria	Wanita	Pria	Wanita	Pria	Wanita
Sub Total	78	84	76	83	80	94
Total	162		159		174	

Sumber : Sub bagian kepegawaian RS Bhineka Bakti Husada bulan Desember 2007

Tabel. 3. 6. Jumlah Pegawai Berdasarkan Status

Status Pegawai	Tahun 2005	Tahun 2006	Tahun 2007
Tetap	94	111	107
Kontrak	68	48	67
Honorer		2	2
Outsourching		3	4
Jumlah	162	159	174

Sumber : Sub bagian kepegawaian RS Bhineka Bakti Husada bulan Desember 2007

Tabel. 3.7. Jumlah Pegawai Berdasarkan Pendidikan

Pendidikan	Tahun 2005	Tahun 2006	Tahun 2007
SD	12	10	9
SMP	7	8	9
SMA	59	59	58
SPK	20	20	20

Pendidikan	Tahun 2005	Tahun 2006	Tahun 2007
D III Akper	32	35	46
D I Kebidanan	3	3	3
D III Kebidanan	4	4	4
D III Umum	13	12	12
S I	12	12	12
Jumlah	162	159	174

Sumber : Sub bagian kepegawaian RS Bhineka Bakti Husada bulan Desember 2007

3.9. Gambaran Umum UGD RS Bhineka Bakti Husada

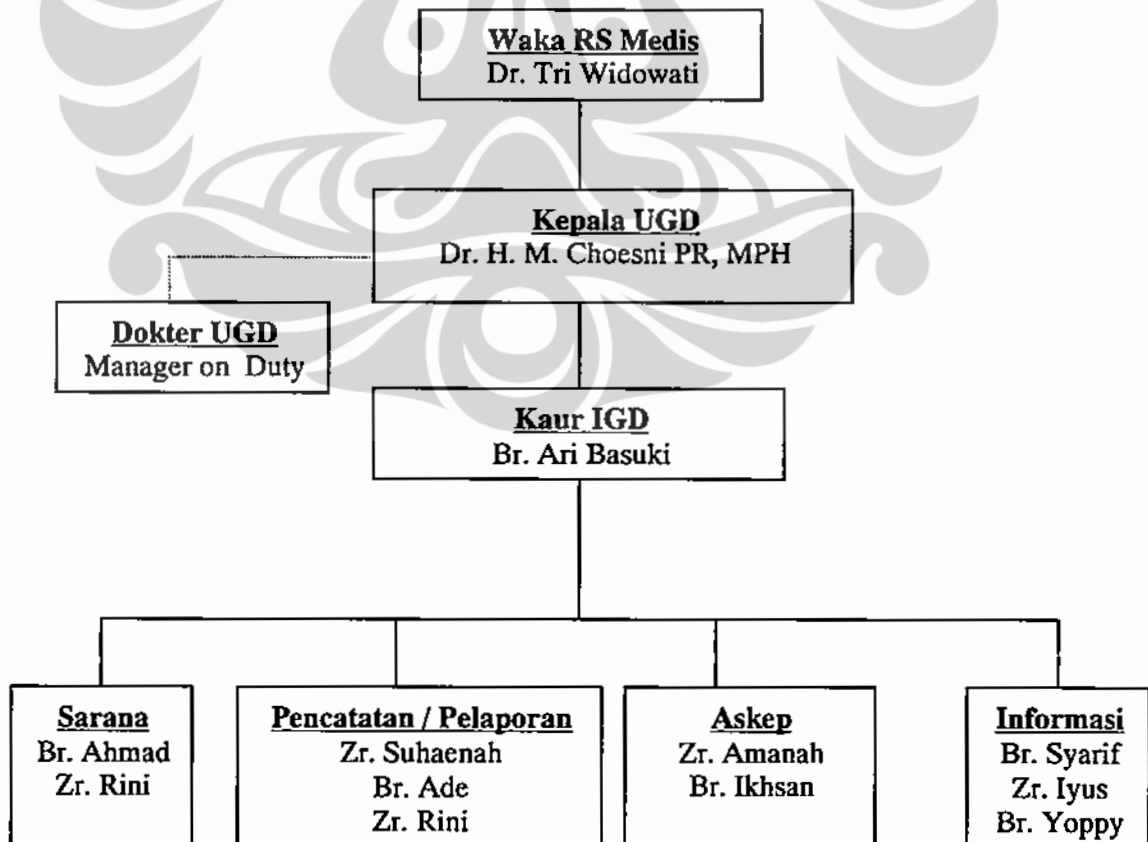
Misi pelayanan kesehatan UGD RS Bhineka Bakti Husada yaitu memberikan jasa pelayanan Gawat Darurat secara cepat, tepat, aman, professional, islami dan sebagai pelayanan utama rujukan dari instansi dan masyarakat di wilayah perbatasan tangerang, Bogor dan Jakarta selatan. Sedangkan Falsafah dari UGD RS Bhineka Bakti Husada yaitu dalam memberikan pelayanan gawat darurat di rumah sakit Bhineka Bakti Husada memiliki keyakinan bahwa :

1. Memahami pasien sebagai individu yang unik serta memiliki kebutuhan bio, psiko, sosial dan spiritual
2. Menyelenggarakan pelayanan IGD selama 24 jam terus menerus.
3. Pelayanan kegawatdaruratan bertujuan untuk meningkatkan derajat kesehatan tanpa pilih kasih
4. Melalui riset dan pengembangan ilmu keperawatan gawat darurat dapat meningkatkan kemampuan SDM ke tingkat yang lebih tinggi.

5. Bekerjasama dan membina hubungan baik antar tim kesehatan yang ada di lingkungan Rumah Sakit Bhineka Bakti Husada sehingga dapat memberikan pelayanan yang memuaskan.
6. Memberikan pelayanan gawat darurat merupakan sarana penyembuhan yang bernilai ibadah.

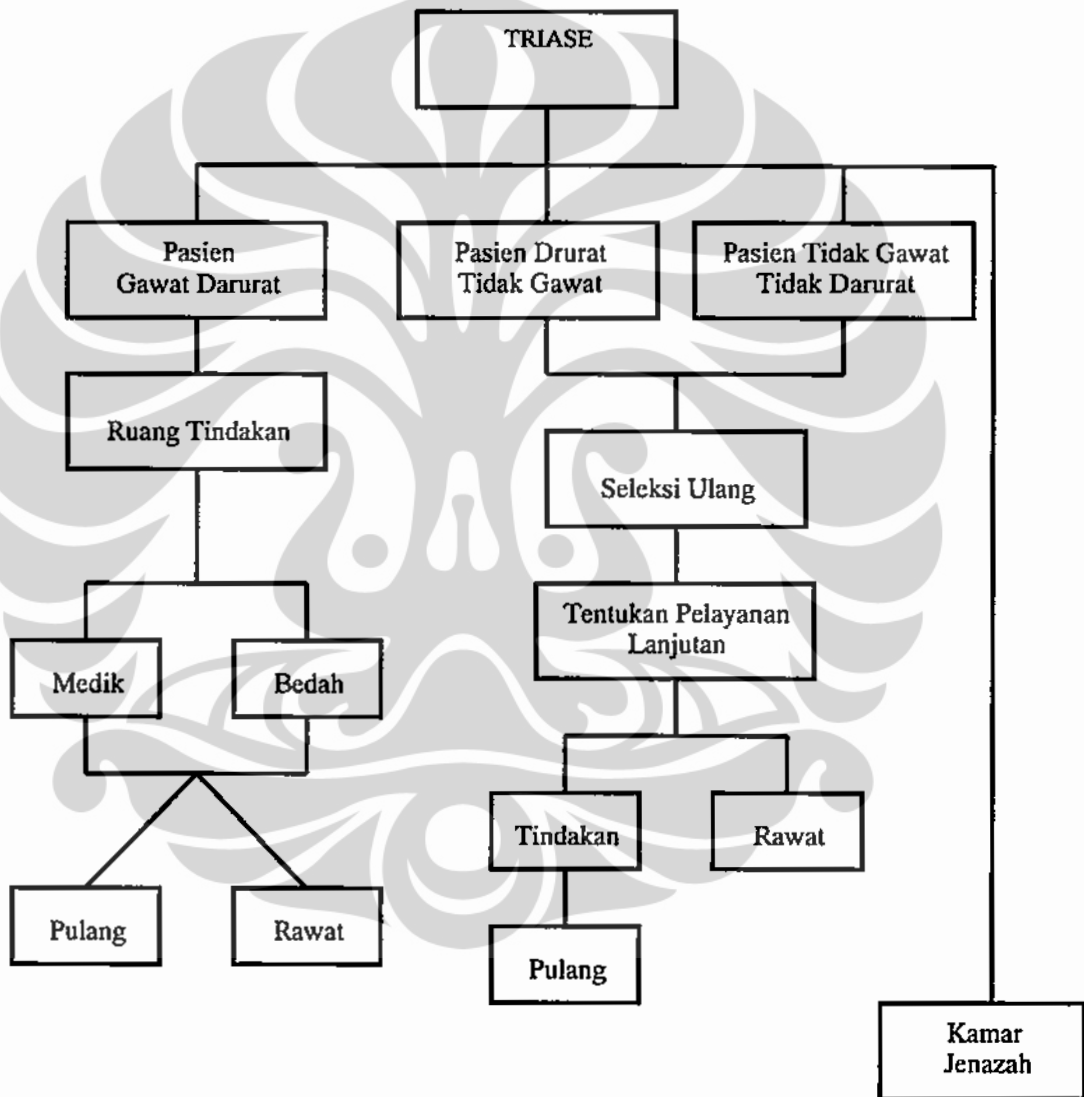
Struktur organisasi UGD RS Bhineka Bakti Husada dapat dilihat pada struktur di bawah ini.

**Struktur Organisasi Fungsional Instalasi Gawat Darurat
Rumah Sakit Bhineka Bakti Husada**



Ahur Penanganan Pasien UGD RS Bhineka Bakti Husada

UGD



Perawat jaga di Unit Gawat Darurat dibagi menjadi tiga shift yaitu :

- Shift pagi (jam 07.00 s.d. 14.00 WIB)
- Shift sore (jam 14.00 s.d. 21.00 WIB)
- Shift malam (jam 21.00 s.d. 07.00 WIB)

Karena Unit Gawat Darurat ini masih bergabung dengan poli umum maka untuk memudahkan perawat bekerja menangani pasien maka dalam buku laporan perawat juga ditulis ketentuan seperti :

A. Diagnosa Trauma

- i. KLL (Kecelakaan Lalu Lintas)
- ii. Kecelakaan kerja
- iii. Kecelakaan rumah tangga
- iv. Keracunan
- v. Luka Bakar
- vi. Perkosaan
- vii. Gigitan Binatang

B. Kriteria pasien *true emergency*

1. Sesak napas dengan PPOK. Status Asmatics, trauma dada berat, hemothorax, pneumothorax.
2. KLL dengan perdarahan massif.
3. Stroke hemorrhagic dengan penurunan kesadaran.
4. MCL.
5. Cardiac Arrest.
6. Sumbatan jalan napas (parsial total).
7. GEA dengan dehidrasi berat.

8. Asidosis metabolic.
9. Intoxicasi berat.
10. Cambustio > 30%.
11. Trauma abdomen.
12. Trauma Capitis.
13. Pasien dengan gambaran EKG VT, AF dan syok.

Ketenagaan perawat pada UGD RS Bhineka Bakti Husada dapat dilihat pada tabel berikut ini.

Tabel 3.8. Tenaga Perawat UGD RS Bhineka Bakti Husada

No.	Jenis Tenaga	Tahun 2007		Jumlah
		Tetap	Kontrak	
1.	Akper	3	2	5
2.	SPK	7		7
	Jumlah	10	2	12

Sumber : Bagian Kepegawaian RS Bhineka Bakti Husada Februari 2008

Kinerja UGD pada tabel. 3.8. menunjukkan kunjungan unit gawat darurat dan poli umum RS. Bhineka Bakti Husada Kunjungan tahun 2004-2007. Terlihat pada tabel bahwa kunjungan per tahun semakin meningkat.

Tabel. 3.9. Kecenderungan Pasien Pada Instalasi Gawat Darurat – Umum

Jenis Pelayanan	Data Kegiatan (Pasien)				Vol. Kegiatan Rata-rata / th	% kenaikan 2006-7	Trend
	2004	2005	2006	2007			
UGD	16735	17039	18735	20186	18174	8	Naik
Umum	11864	10730	9932	10505	10758	6	Turun
Jumlah	28599	27407	28667	30691	28932	7	Naik

Sumber : RS Bhineka Bakti Husada

Pasien UGD meningkat 8 % dari tahun 2006. dan poliklinik umum terlihat turun 6 % tetapi secara keseluruhan meningkat 7 %, hal ini menunjukkan bahwa keberadaan RS yang terletak di persimpangan 3 Kab sangat mendukung. Sedangkan data tindak lanjut pasien UGD dan Poliklinik Umum bulan Januari sampai Desember tahun 2007 RS Bhineka Bakti Husada dapat dilihat pada tabel berikut.

Tabel. 3.10.
Data/ tabel Tindak Lanjut Pasien UGD & Poliklinik Umum
 Bl. Januari s.d. Desember '07

No.	Bulan	Tindak Lanjut Pasien UGD & Poliklinik Umum			Meninggal di UGD			Kjg UGD & P.Umum*	D.O.A		
		Dirujuk*	%	Dirawat*	%	Pulang	%			Jml	%
1	Jan	227	8.68	363	13.89	2020	77.3	4	0.15	2614	
2	Feb	207	6.35	315	9.67	2734	83.9	3	0.09	3259	
3	Mar	214	8.26	354	13.67	2018	77.9	4	0.15	2590	
4	Apr	208	7.94	334	12.76	2072	79.1	4	0.15	2618	
5	Mei	182	7.25	342	13.63	1984	79.0	2	0.08	2510	
6	Jun	131	5.02	370	14.19	2104	80.7	2	0.08	2607	
7	Jul	98	4.25	455	19.74	1747	75.8	5	0.22	2305	7
8	Ags	89	4.26	458	21.91	1540	73.7	3	0.14	2090	10
9	Sept	71	3.20	447	20.17	1694	76.4	4	0.18	2216	10
10	Okt	120	5.12	441	18.82	1777	75.8	5	0.21	2343	5
11	Nov	111	4.34	453	17.73	1989	77.8	2	0.08	2555	12
12	Des	1894	6.17	442	1.44	28343	92.3	12	0.04	30691	3
		3552	6.08	4774	8.17	50022	85.7	50	0.09	58398	47

*pasien rawat hanya UGD & Klinik Umum saja (tanpa spesialis)

* penambahan tempat tidur sebanyak 15 buah pada bulan Juli 2007 (sehingga ada peningkatan prosentase pasien masuk rawat inap)

BAB IV

KERANGKA TEORI, KONSEP, DAN DEFINISI ISTILAH, OPERASIONAL

4.1. Kerangka Teori

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

Menurut Arnould (2002) ada 3 macam kepuasan pelanggan, yaitu :

Pertama : Pelanggan berpendapat puas karena menghargai beberapa aspek atau tahapan suatu produk atau layanan yang dialaminya. Misalnya : seseorang akan merasakan puas berobat di IGD sebuah rumah sakit, karena begitu datang, pasien dilakukan pengukuran tekanan darah, langsung diperiksa, atau karena biaya pemeriksaannya yang murah/terjangkau, atau karena perawatnya ramah dan sopan, atau karena dokternya terkenal memiliki kemampuan dan keterampilan yang baik.

Kedua : berfokus pada pemenuhan, dimana pasien akan merasakan puas bilamana dapat terhindar dari hal-hal yang bersifat negatif (misalnya : pasien yang

sedang menjalani operasi tumor kecil pada daerah muka, dan ternyata dokter melakukan operasi dengan baik, sehingga menguntungkan pasien dari segi estetika, karena bekas operasi nyaris tak terlihat).

Ketiga : Pernyataan bahwa kepuasan dipengaruhi oleh faktor-faktor internal yang terdapat pada pelanggan, misal : pengertian, kepercayaan, emosi, hubungan kelompok dan konflik. Demikian juga dengan faktor pendidikan, penghasilan dan pembiayaan kesehatan dapat menimbulkan variasi tingkat kepuasan pasien/keluarganya (Arnould et. al. 2002). Sedangkan bagi petugas kesehatan di IGD mempersepsi mutu yang dapat menimbulkan kepuasan ini beda sekali dengan konsumen (pasien/keluarganya). Response time, pelayanan yang cepat, tepat dan akurat seringkali menjadi ukuran mutu yang dapat menimbulkan kepuasan. Triage, yaitu suatu sistem seleksi pasien berdasarkan prioritas kegawatdaruratan mediknya dan pertolongan yang hendak dilakukan, seringkali bisa menjadikan suatu konflik antara petugas IGD dengan pasien/keluarganya, karena persepsi mengenai kegawatdaruratan mediknya juga berbeda. Yang gawat/darurat menurut pasien/keluarganya belum tentu gawat/darurat menurut petugas IGD. Pengembangan saat sistem komunikasi dengan informasi yang jelas dan mudah dimengerti dapat menghindarkan perbedaan persepsi ini.

Oleh karena mutu merupakan hasil persepsi yang oleh pelanggan dianggap sebagai mutu, maka faktor yang paling berpengaruh adalah faktor *provider* / pemberi layanan. Sedangkan faktor eksternal (pasien / keluarganya), diantaranya : umur, pendidikan, pekerjaan, penghasilan, wilayah tempat tinggal pasien serta alasan berobat di RS Bhineka Bakti Husada. Hal tersebut dapat dipergunakan untuk melihat gambaran karakteristik pasien yang masuk di Unit Gawat Darurat Rumah Sakit

Bhineka Bakti Husada Tangerang yang dapat dijadikan sebagai bahan pertimbangan bagi upaya terobosan-terobosan yang akan dilakukan oleh pihak manajemen rumah sakit untuk memperbaiki mutu Unit Gawat Darurat, sesuai dengan harapan pasien / keluarganya. Demikian proses ini berjalan berkesinambungan.

Prof. Donabedian (1990) yang dikutip dari Lumenta (2008) membagi unsur-unsur di rumah sakit dalam tiga kelompok. Pertama, struktur yang meliputi fasilitas fisik, struktur organisasi, SDM, peralatan, kebijakan, SOP (*Standard Operating Procedure*), program kerja, dan sebagainya. Kedua adalah proses, yakni semua kegiatan pelayanan dan operasional dari staf, unit, bagian, dan sebagainya. Dan ketiga adalah outcome (hasil) yang merupakan hasil akhir atau kemajuan yang diperoleh.

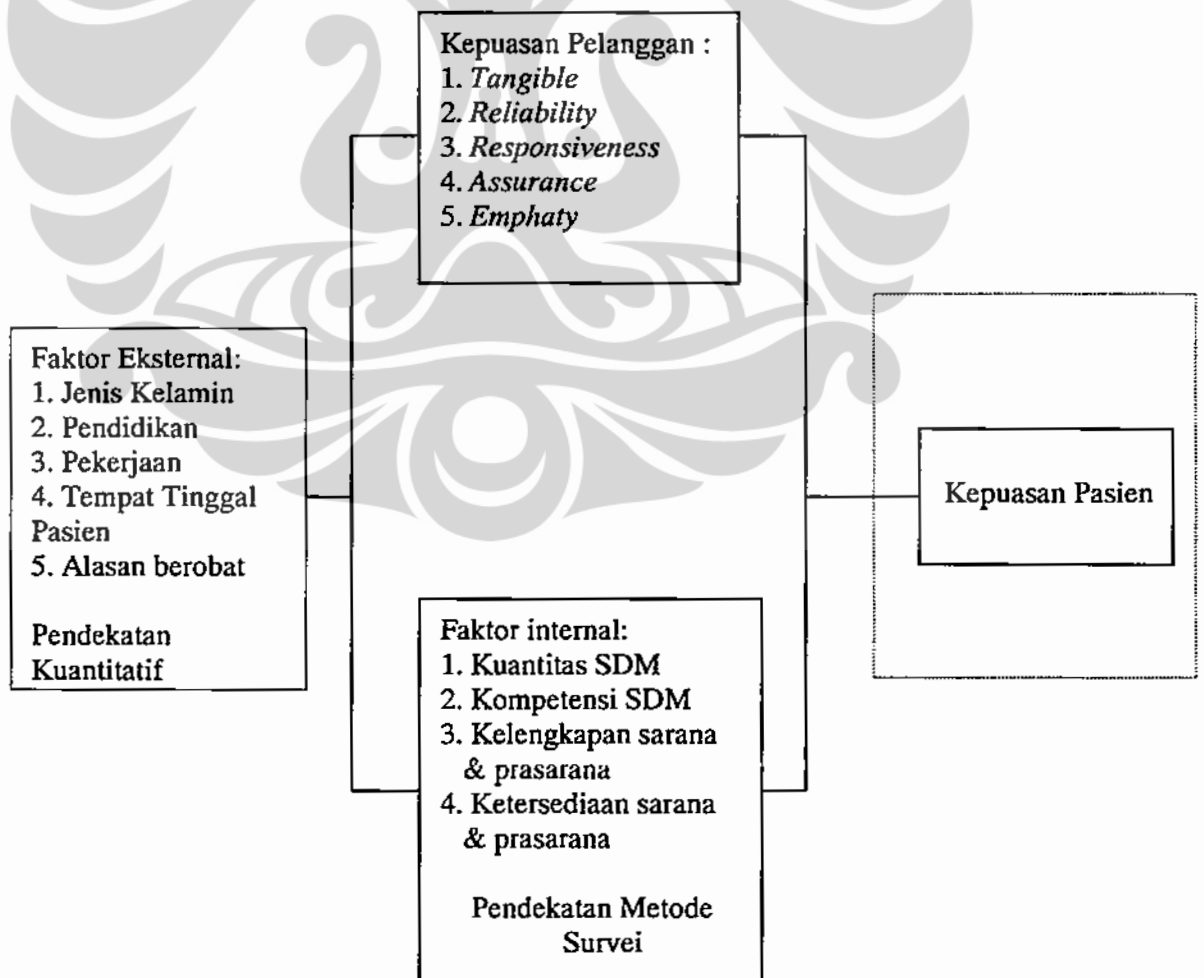
Untuk itu perlu dijelaskan bahwa penilaian kinerja rumah sakit didasarkan atas lima faktor atau indikator. Pertama, kepuasan pasien, yakni bagaimana indikator ini dari waktu ke waktu mengalami perubahan. Kedua, pelayanan medik. Jumlah indikatornya sangat banyak, antara lain indikator di bidang Gawat Darurat.

Indikator ketiga adalah efisiensi, yakni indikator di bidang keuangan meliputi rentabilitas, likuiditas, dan profit margin. Di bidang produktivitas tempat tidur mencakup BOR (*Bed Occupancy Rate*), ALOS (*Average Length of Stay*), dan sebagainya. Keempat, kepuasan staf dan karyawan, juga merupakan indikator untuk menilai kinerja rumah sakit. Kelima, Kualitas Kesling (Kesehatan Lingkungan), terkait dengan penanganan limbah, sanitasi, pengamanan terhadap risiko keselamatan, dan lain-lain.

Kelima kelompok tersebut merupakan hal-hal yang menentukan apakah kinerja rumah sakit itu membaik atau meningkat atau sebaliknya. Melalui akreditasi,

kelima kelompok unsur ini diukur apakah memenuhi standar yang berlaku atau telah ditentukan. Hasil pengukuran ini baik dalam kelompok struktur atau proses atau pun outcome akan menunjukkan rumah sakit ini sudah berkualitas atau belum. Dan bila kelima unsur ini ditangani oleh pihak manajemen rumah sakit secara komprehensif dan terintegrasi maka kualitas pelayanan akan meningkat.

4. 2 Kerangka Konsep (Modifikasi Parasuraman (1990), Donabedian dalam Lumenta (2008), Depkes (2005))



4.3. Definisi Istilah Metode Survei

Tabel. 4.1. Definisi Istilah Metode Survei

No.	Variable	Definisi Istilah	Cara Ukur	Pengukuran	
				Alat	Hasil
1.	Kuantitas SDM	Jumlah Sumber Daya Manusia yang tersedia di UGD	Melihat data sekunder	Form isian data sekunder	Angka
2.	Kompetensi SDM	Kualifikasi yang dimiliki berdasarkan tingkat pendidikan	Melihat data sekunder	Form isian data sekunder	1. <SMU 2. SMU 3. D3 4. SI 5. S2 6. S3
3.	Kelengkapan sarana dan prasarana	Kelengkapan sarana dan prasarana yang tersedia di UGD	Melihat data sekunder	Form isian data sekunder	1. Lengkap 2. Tidak lengkap
4.	Ketersediaan sarana dan prasarana	Ketersediaan sarana dan prasarana yang tersedia di UGD	Melihat data sekunder	Form isian data sekunder	3. Lengkap 4. Tidak lengkap
5.	Kematian di UGD	Angka kematian pasien di UGD	Melihat data sekunder	Form isian data sekunder	Angka
6.	\sum rata-rata pasien UGD per hari	Rata-rata jumlah pasien UGD per hari di UGD	Melihat data sekunder	Form isian data sekunder	Angka
7.	\sum rata-rata pasien UGD yang dirujuk keluar per hari	Rata-rata jumlah pasien UGD yang dirujuk keluar per hari	Melihat data sekunder	Form isian data sekunder	Angka

4.4. Definisi Operasional Penelitian Kuantitatif

Tabel 4.2. Definisi Operasional Penelitian Kuantitatif

No	Variabel	Definisi Operasional	Cara Ukur	Alat Ukur	Hasil Ukur	Skala Ukur
1.	Jenis Kelamin	Jenis Kelamin pasien saat dilakukan wawancara.	Diukur dengan mengajukan pertanyaan tentang jenis kelamin pasien pada saat dilakukan survey.	Kuesioner 2	Diketahuinya jenis kelamin pasien yang akan dikategorikan dalam : laki-laki dan perempuan	Nominal
2.	Pendidikan	Pendidikan formal tertinggi yang pernah diselesaikan pasien.	Diukur dengan mengajukan pertanyaan kepada pasien tentang pendidikan formal yang pernah dijalani / ditamatkan.	Kuesioner 3	Diketahuinya tingkat pendidikan formal terakhir yang pernah dijalani pasien: 1. Tidak tamat SD 2. Tamat SD	Ordinal
3.	Pekerjaan	Pekerjaan terakhir pasien 1 bulan terakhir ini pada saat dilakukannya wawancara.	Diukur dengan mengajukan pertanyaan kepada pasien mengenai pekerjaan pasien saat ini.	Kuesioner 4	Diketahuinya pekerjaan pasien saat ini : 1. Tidak bekerja 2. Bekerja	Nominal
4.	Tempat tinggal pasien	Tempat dimana pasien tinggal dalam waktu 1 bulan terakhir.	Diukur dengan mengajukan pertanyaan kepada pasien mengenai tempat tinggal pasien 1 bulan terakhir.	Kuesioner 5	Diketahuinya wilayah tempat tinggal pasien : Jakarta Barat, Jakarta Utara, Jakarta Selatan, Jakarta Timur, Jakarta Pusat, Di Luar Wilayah DKI Jakarta.	Interval

No	Variabel	Definisi Operasional	Cara Ukur	Alat Ukur	Hasil Ukur	Skala Ukur
5	Persepsi Pasien					
6	Dimensi Tangible					
7	Faktor keamanan dan kenyamanan di lingkungan UGD	Persepsi pasien mengenai keamanan dan kenyamanan di lingkungan UGD RS Bhineka Bakti Husada	Diukur tingkat kepentingan dan kepuasan pasien / keluarganya dengan mengajukan pertanyaan kepada pasien mengenai keamanan, kesejukan dan suasana yang tidak berisik	Kuesioner (no. 6)	Diketahuinya tingkat kepentingan dan tingkat keamanan dan kenyamanan ruangan UGD RS	Ordinal
8	Kelengkapan, kesiapan dan kebersihan alat-alat yang dipakai	Persepsi pasien mengenai kelengkapan, kesiapan dan kebersihan alat yang dipakai yang dilihatnya (misalnya: alat-alat disusun rapi, bersih tidak berdebu, ketika memerlukan sesuatu untuk tindakan yang akan dilakukan tidak mencari-cari, dan sebagainya atau persepsi pasien mengenai hal tersebut).	Diukur tingkat kepentingannya dan kepuasan pasien / keluarganya dengan mengajukan pertanyaan kepada pasien mengenai persepsi pasien terhadap kelengkapan alat-alat di UGD, kesiapan alat ketika diperlukan dan alat-alat tersebut dalam keadaan bersih.	Kuesioner (no. 7)	Diketahuinya tingkat kepentingan dan tingkat kelengkapan, kesiapan dan kebersihan alat-alat yang dipakai di UGD RS Bhineka Bakti Husada menurut persepsi pasien.	Ordinal
9	Keadaan fisik (Kebersihan, kerapian, kenyamanan) ruangan	Persepsi pasien mengenai kebersihan, kerapian ruangan UGD RS Bhineka Bakti Husada.	Diukur tingkat kepentingan dan kepuasan pasien / keluarganya dengan mengajukan pertanyaan kepada pasien mengenai kebersihan dan kerapian ruangan	Kuesioner (no. 8)	Diketahuinya tingkat kepentingan dan tingkat kebersihan, kerapian dan kenyamanan ruangan UGD RS Bhineka Bakti Husada menurut persepsi pasien.	Ordinal
10	Dimensi Reliability					
11	Waktu pelayanan sesuai dengan jam pelayanan	Pada jam berapapun pasien ke UGD RS Bhineka Bakti Husada selalu ada	Diukur tingkat kepentingan dan kepuasan pasien /	Kuesioner (no. 9)	Diketahuinya tingkat kepentingan dan tingkat	Ordinal

No	Variabel	Definisi Operasional	Cara Ukur	Alat Ukur	Hasil Ukur	Skala Ukur
12	Kesediaan Dokter ketika dibutuhkan	dokter dan perawat, demikian juga waktu memerlukan sesuatu hal ketika pasien sedang di UGD (misalnya : minta bantuan untuk buang air besar / buang air kecil, dan sebagainya).	keluarganya dengan mengajukan pertanyaan kepada pasien mengenai keberadaan dokter dan perawat ketika pasien memerlukan.	Kuesioner (no. 10)	keberadaan dokter dan perawat UGD pada saat dibutuhkan menurut persepsi pasien.	Ordinal
13	Penguasaan keterampilan dokter pada tugasnya	Pada jam berapapun pasien ke UGD RS Bhineka Bakti Husada selalu ada dokter. Kemampuan yang ditunjukkan dokter dalam memeriksa, mendiagnosis dan mengobati pasien	Diukur tingkat kepentingan dan kepuasan pasien / keluarganya dengan mengajukan pertanyaan kepada pasien mengenai keberadaan dokter ketika pasien memerlukan.	Kuesioner (no. 11)	Diketahuinya tingkat kepentingan dan tingkat keberadaan dokter UGD pada saat dibutuhkan menurut persepsi pasien.	Ordinal
14	Kemampuan petugas melayani Pasien	Kemampuan yang ditunjukkan petugas dalam melaksanakan tugasnya yaitu tidak dijumpainya kesalahan berarti pada saat pemberian pelayanan kepada	Diukur dengan menanyakan kepada pasien tentang ada / tidaknya kesalahan yang berarti yang dibuat oleh	Kuesioner (no. 12)	Diketahuinya tingkat kepentingan dan tingkat pelayanan petugas yang nyaris tanpa kesalahan di IGD RS Bhineka Bakti	Ordinal

No	Variabel	Definisi Operasional	Cara Ukur	Alat Ukur	Hasil Ukur	Skala Ukur
15	Dimensi Responsiveness					
16	Kemudahan dalam proses administrasi	pasien (mis : memasang infus berkali-kali, menyuntik intra vena berkali-kali, pembengkakan setelah suntikan, pasien terjatuh atau tindakan-tindakan lain yang dianggap pasien sebagai kesalahan oleh pasien)	petugas dan tingkat kepentingan dan kepuasan pasien terhadap hal tersebut.	Kuesioner (no. 13)	Husada menurut persepsi pasien	Ordinal
17	Pendaftaran dilaksanakan dengan cepat	Proses administrasi tidak menyulitkan pasien	Diukur tingkat kepentingan dan kepuasan dengan mengajukan pertanyaan kepada pasien mengenai kemudahan dalam prose administrasi pasien.	Kuesioner (no. 14)	Diketahuinya tingkat kepentingan dan tingkat kemudahan dalam proses administrasi pasien di UGD RS Bhineka Bakti Husada menurut persepsi pasien.	Ordinal
18	Prosedur penerimaan pasien cepat dan tidak berbelit-belit	Kecepatan pelayanan petugas dalam pendaftaran pasien	Diukur tingkat kepentingan dan kepuasan dengan mengajukan pertanyaan kepada pasien mengenai kecepatan pelayanan petugas dalam pendaftaran pasien.	Kuesioner (no. 15)	Diketahuinya tingkat kepentingan dan tingkat kecepatan pelayanan petugas dalam pendaftaran pasien di UGD RS Bhineka Bakti Husada menurut persepsi pasien.	Ordinal
		Prosedur mulai dari pasien datang sampai dengan pasien diperiksa tidak ditanyakan biaya, sementara prosedur administrasi dapat dilakukan bersamaan atau menyusul setelah pemeriksaan terhadap pasien.	Diukur tingkat kepentingan dan kepuasan pasien / keluarganya dengan menanyakan kepada pasien mengenai persepsi kecepatan pelayanan dan kemudahannya (tidak berbelit-belit).		Diketahuinya tingkat kepentingan dan tingkat kecepatan terhadap prosedur penerimaan pasien yang cepat dan tidak berbelit-belit di UGD RS Bhineka Bakti Husada menurut persepsi pasien.	Ordinal

No	Variabel	Definisi Operasional	Cara Ukur	Alat Ukur	Hasil Ukur	Skala Ukur
19	Kemampuan dokter dalam berkomunikasi dengan Pasien	Dokter mampu berkomunikasi dengan baik dengan pasien seperti memberi keterangan perihal keadaan pasien, diagnosis, tindakan yang akan dilakukan, dan menanggapi keluhan pasien. Untuk tindakan-tindakan khusus kepada pasien / keluarga diterangkan dan dimintakan <i>informed consent</i> sebelum dilakukan tindakan. Isi pesan dalam keterangan tersebut jelas dan mudah dimengerti.	Diukur tingkat kepentingan dan kepuasan pasien / keluarganya dengan menanyakan pengalaman pasien dalam menerima penjelasan yang diberikan dokter. Ditanyakan apakah penjelasan dapat dimengerti dengan jelas ? Dan menanyakan kepada pasien mengenai kecepatan tanggapan dokter atas keluhan yang disampaikan pasien.	Kuesioner (no. 16)	Diketahuinya tingkat kepentingan dan tingkat kejelasan komunikasi dokter dengan pasien yaitu mudah dimengertinya informasi yang diberikan dokter menurut persepsi pasien dan mengetahui tingkat kepentingan dan tingkat cepat tanggap dokter terhadap keluhan pasien menurut persepsi pasien	Ordinal
20	Kecepatan petugas dalam menanganai Pasien	Kecepatan penanganan petugas terhadap pasien.	Diukur tingkat kepentingan dan kepuasan dengan mengajukan kepada pasien mengenai kecepatan penanganan petugas terhadap pasien	Kuesioner (no. 17)	Diketahuinya tingkat kepentingan dan tingkat kecepatan dalam penanganan petugas terhadap pasien di UGD RS Bhineka Bakti Husada menurut persepsi pasien	Ordinal
21	Dimensi Assurance	Sopan santun dan keramahan petugas sewaktu melayani pasien	Diukur tingkat kepentingan dan kepuasan pasien / keluarganya dengan menanyakan keramahan dan sopan santun petugas selama memberikan pelayanan. Petugas	Kuesioner (no. 18)	Diketahuinya tingkat kepentingan dan tingkat kesopanan dan keramahan petugas dalam melayani pasien menurut persepsi pasien.	Ordinal
22	Keramahan petugas dalam melayani Pasien					

No	Variabel	Definisi Operasional	Cara Ukur	Alat Ukur	Hasil Ukur	Skala Ukur
23	Keramahan petugas kepada Pasien	Sopan santun dan keramahan petugas kepada pasien	berbicara dengan bahasa yang baik, halus dan memenuhi tatanan kesopanan serta menyenangkan. Diukur tingkat kepentingan dan kepuasan pasien / keluarganya dengan menanyakan keramahan dan sopan santun petugas kepada pasien. Petugas berbicara dengan bahasa yang baik, halus dan memenuhi tatanan kesopanan serta menyenangkan.	Kuesioner (no. 19)	Diketahui tingkat kepentingan dan tingkat kesopanan dan keramahan petugas kepada pasien menurut persepsi pasien.	Ordinal
24	Perhatian dan keramahan dokter kepada Pasien	Sopan santun dan keramahan dokter sewaktu memeriksa pasien	Diukur tingkat kepentingan dan kepuasan pasien / keluarganya dengan menanyakan keramahan dan sopan santun dokter selama memberikan pelayanan. Dokter berbicara dengan bahasa yang baik, halus dan memenuhi tatanan kesopanan serta menyenangkan.	Kuesioner (no. 20)	Diketahui tingkat kepentingan dan tingkat kesopanan dan keramahan dokter menurut persepsi pasien.	Ordinal

No	Variabel	Definisi Operasional	Cara Ukur	Alat Ukur	Hasil Ukur	Skala Ukur
25	Dimensi Empathy					
26	Kemampuan petugas UGD dalam mengatasi masalah tanpa membedakan Pasien	Kecepatan pelayanan petugas dalam mengatasi masalah dengan tidak didasari pada kaya / miskinnya pasien, suku / bangsa, agama, dan sebagainya.	Diukur tingkat kepentingan dan kepuasan dengan mengajukan pertanyaan kepada pasien mengenai kecepatan petugas dalam mengatasi masalah dan menanyakan kepada pasien tentang ada / tidaknya perbedaan pelayanan terhadap pasien dan tingkat kepentingannya dan kepuasan pasien terhadap hal tersebut, bukan prioritas penanganan pasien berdasarkan kegawatdaruratan medikinya.	Kuesioner (no. 21)	Diketahuiinya tingkat kepentingan dan tingkat kecepatan petugas dalam mengatasi masalah dengan tingkat pembertian pelayanan yang sama untuk setiap pasien di UGD RS Bhineka Bakti Husada menurut persepsi pasien	Ordinal

BAB V

METODOLOGI PENELITIAN

5.1. Rancangan Penelitian.

Untuk mengetahui faktor internal yang mempengaruhi mutu pelayanan UGD dilakukan menggunakan metode survei sedangkan untuk mengetahui faktor eksternal yang mempengaruhi mutu pelayanan UGD dilakukan menggunakan metode kuantitatif.

5.2. Tempat dan Waktu Penelitian

Penelitian ini dilakukan di RS Bhineka Bakti Husada Pondok Cabe Tangerang. Penelitian ini dilaksanakan selama bulan Januari 2008 sampai dengan April 2008.

5.3. Metode Penelitian Kuantitatif

5.3.1. Populasi

Populasi penelitian ini adalah seluruh pasien keluarganya yang berobat atau menerima pelayanan di UGD RS Bhineka Bakti Husada tidak hanya pasien yang mengalami kegawatdaruratan medik saja. Sedangkan keluarganya adalah orang yang memiliki hubungan darah / kekerabatan, misalnya : suami atau istri / orang tua / anak / kakek atau nenek / paman atau bibi / keponakan atau kerabat lainnya yang bertanggung

jawab terhadap pengobatan pasien serta cukup dewasa atau dianggap cukup mampu memberikan penilaian.

5.3.2. Sampel

Menurut Ariawan (2004), Rumus uji hipotesis beda 2 proporsi dua arah sebagai berikut:

$$n = \frac{\left\{ Z_{1-\alpha} \sqrt{2\bar{P}(1-\bar{P})} + Z_{1-\beta} \sqrt{P_1(1-P_1) + P_2(1-P_2)} \right\}^2}{\{P_1 - P_2\}^2}$$

$$n = 128 \text{ pasien}$$

Keterangan:

n = jumlah sampel

$Z_{1-\alpha}$ = nilai distribusi normal baku pada tingkat kemaknaan $\alpha = 0,05$ yaitu sebesar 1,64

$Z_{1-\beta}$ = nilai distribusi normal baku berdasarkan *power* penelitian 90%, yaitu sebesar 1,282

P_1 = proporsi pasien dengan tingkat kepuasan tinggi (55%)

P_2 = proporsi pasien dengan tingkat kepuasan rendah (35%)

Didapatkan nilai $n = 128$ pasien

Dalam penelitian ini akan diambil sejumlah 150 sampel dengan asumsi meminimalkan bias dan meningkatkan validitas eksternal. Dengan jumlah sampel yang melebihi perhitungan jumlah sampel menurut perhitungan, diharapkan juga mewakili

voice of customer (populasi) pasien yang berobat di Instalasi Gawat Darurat RS Bhineka bakti Husada.

Diharapkan dengan teknik-teknik : merekrut petugas khusus yang telah dilatih untuk pengumpulan data, tehnik pengambilan sampel dengan menggunakan *systematic random sampling* yaitu mengambil sampel secara acak dengan asumsi populasi homogen, jumlah sampel yang cukup besar dapat memberikan gambaran yang benar-benar sesuai dengan persepsi pasien / keluarganya, sehingga upaya-upaya yang akan dilakukan untuk memperbaiki kekurangan-kekurangan yang ada di Instalasi Gawat Darurat RS Bhineka Bakti Husada kelak akan menghasilkan perbaikan dan peningkatan mutu pelayanan.

Peneliti menyadari bahwa pasien yang masuk di UGD RS Bhineka Bakti Husada berdasarkan kegawat daruratan mediknya dapat digolongkan atas 4 kategori yaitu : pasien gawat dan darurat, pasien gawat tidak darurat, pasien tidak gawat tetapi darurat dan pasien tidak gawat tidak darurat. Namun fokus dan tujuan utama penelitian lebih dititikberatkan pada mutu pelayanan UGD yang masih bergabung dengan poliklinik umum di UGD RS Bhineka Bakti Husada.

5.4. Pengumpulan Data Kuantitatif

Data yang diperlukan adalah data primer dan data sekunder. Data primer diperoleh dari kuesioner yang telah diisi oleh pasien unit gawat darurat sedangkan data sekunder diperoleh dari Rumah Sakit Bhineka Bakti Husada Tangerang. Penelitian ini menggunakan kuesioner sebagai alat ukur. Kuesioner terdiri dari dua, yaitu kuesioner

harapan dan kuesioner persepsi pasien terhadap pelayanan di Rumah Sakit Bhineka Bakti Husada Tangerang

Kriteria pasien adalah sebagai berikut :

- a. Semua pasien yang berobat di unit gawat darurat pada saat penelitian berlangsung.
- b. Pasien dewasa yang bisa menjawab sendiri pertanyaan dalam kuesioner atau dapat diwakili oleh keluarga yang mengantar apabila pasien lanjut usia.
- c. Pasien anak diwakili oleh orang tua / keluarga yang mengantar.
- d. Pasien dalam kondisi sadar dan dapat berkomunikasi dengan baik.
- e. Bersedia untuk diwawancarai.

Sebelum melakukan pengumpulan data, kuesioner diuji cobakan terlebih dahulu pada pasien, dengan tujuan untuk mengetahui sejauh mana pasien mengerti isi kuesioner tersebut, kejelasan pertanyaan serta menguji konsistensi dan keabsahan pertanyaan.

5.5. Metode Survei

Sumber data pada metode survei ini adalah wawancara mendalam kepada informan dan telaah data sekunder yang berhubungan dengan indikator mutu pelayanan UGD antara lain:

1. *Net Death Rate*
2. *Gross Death Rate*
3. \sum rata-rata pasien UGD per hari
4. \sum rata-rata pasien intensif per hari
5. \sum rata-rata pasien yang dirujuk ke RS lain

5.6. Pengumpulan Data

Setelah data terkumpul dilakukan pengolahan data dengan proses sebagai berikut

1. Editing yaitu memeriksa kelengkapan pengisian, kesinambungan data dan keseragaman data.
2. Coding yaitu memberikan kode pada setiap informasi yang telah terkumpul.
3. Scoring data yaitu memberikan skor pada setiap jawaban. Skor diberikan pada pernyataan tentang harapan dan persepsi
4. Entry data yaitu proses memasukkan data dari lembaran kuesioner ke dalam komputer.
5. Cleaning yaitu proses pembersihan data dengan melakukan pengecekan kembali data yang sudah dimasukkan apakah ada suatu kekeliruan.

Setelah dilakukan penskoran terhadap kedua jenis kuesioner, dilakukan pengukuran tingkat kepuasan dengan melihat bobot harapan dibandingkan dengan persepsi . Pasien dikatakan puas apabila bobot harapan = persepsi (=1) . Setelah itu ditentukan hasilnya berada dalam kuadran A, B, C, atau D dengan menggunakan Diagram Kartesius.

Untuk dapat melihat posisi penempatan data tersebut dapat dibagi menjadi empat bagian yaitu :

1. Kuadran A menunjukkan bahwa unsur-unsur pelayanan sangat penting bagi pasien, akan tetapi pihak rumah sakit belum melaksanakan sesuai dengan

keinginan pasien, sehingga menimbulkan kekecewaan rasa tidak puas, hal ini merupakan prioritas utama untuk diperbaiki.

2. Kuadran B menunjukkan bahwa unsur – unsur pelayanan yang dianggap penting oleh pasien telah dilaksanakan dengan baik dan dapat memuaskan pasien itu sendiri, maka kini kewajiban dari rumah sakit adalah mempertahankan kinerjanya.
3. Kuadran C menunjukkan bahwa unsur – unsur yang memang dianggap kurang penting oleh pasien dimana sebaliknya rumah sakit menjalankannya secara sedang saja.
4. Kuadran D menunjukkan bahwa unsur – unsur pelayanan yang dianggap kurang penting, tetapi telah dijalankan dengan sangat baik oleh pihak rumah sakit dan dianggap berlebihan (Supranto, 2001).

Langkah selanjutnya adalah memasukan data dari kuesioner ke dalam komputer, untuk lebih memudahkan dalam pengolahan data dan menganalisanya.

5.7. Analisa Data

Data yang telah diolah kemudian dilakukan analisis untuk mendapatkan gambaran tingkat kepuasan pasien. Analisis yang dilakukan adalah:

- a. Analisis univariat untuk mengetahui distribusi pasien berdasarkan karakteristik pasien berdasarkan umur pasien, jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan, tempat tinggal pasien, alasan berobat.

- b. Analisis bivariat untuk memperoleh hubungan antara variabel independent dengan variabel dependent menggunakan uji chi square untuk dapat diketahui ada tidaknya hubungan yang bermakna secara statistik dengan derajat kemaknaan $p < 0,05$ (5%).
- c. Analisis Diagram Kartesius untuk mengetahui gambaran persepsi dan harapan pasien terhadap pelayanan poliklinik spesialis RS . Diagram Kartesius merupakan suatu bangun yang dibagi empat bagian (Supranto,1997). Sumbu tegak (Y)diisi oleh skor harapan pasien terhadap pelayanan yang diharapkan pasien. Sumbu mendatar (X) diisi oleh persepsi pasien terhadap pelayanan yang telah diterima.

BAB VI

HASIL PENELITIAN

6.1 Hasil Penelitian Kuantitatif

Analisis yang digunakan untuk penelitian ini adalah analisis univariat dan analisis bivariat. Untuk analisis bivariat digunakan uji chi square parametrik.

I. ANALISIS UNIVARIAT

Tabel 6.1
Distribusi Pasien Menurut Jenis Kelamin

Jenis Kelamin	Jumlah	Persentase
Laki-laki	81	54.0%
Perempuan	69	46.0%
Total	150	100%

Distribusi pasien menurut jenis kelamin laki-laki sebanyak 81 orang (54.0%) dan pasien perempuan sebanyak 69 orang (46.0%).

Tabel 6.2
Distribusi Pasien Menurut Pendidikan

Pendidikan	Jumlah	Persentase
Tidak tamat SD	31	20.7%
Tamat SD	119	79.3%
Total	150	100%

Distribusi pasien yang paling banyak mempunyai pendidikan tamat SD sebanyak 119 orang (79.3%) sedangkan yang tidak tamat SD sebanyak 31 orang (20.7%).

Tabel 6.3
Distribusi Pasien Menurut Pekerjaan

Pekerjaan	Jumlah	Persentase
Tidak Bekerja	74	49.3
Bekerja	76	50.7
Total	150	100

Distribusi pasien yang bekerja sebanyak 76 orang (50.7) dan pasien yang tidak bekerja sebanyak 74 orang (49.3%).

Tabel 6.4
Distribusi Persepsi Pasien Terhadap Pelayanan UGD

No.	Variabel	Puas	%	Tidak puas	%	Importance
A.	Dimensi Tangible					
1.	Faktor keamanan dan kenyamanan di lingkungan UGD	147	96.0	3	4.0	1.98
2.	Kelengkapan, kesiapan dan kebersihan alat-alat yang dipakai	137	91.3	13	8.7	1.91
3.	Keadaan fisik (kebersihan, kerapian, kenyamanan) ruangan	147	98.0	3	2.0	1.98
B	Dimensi Reliability					
4.	Waktu pelayanan sesuai dengan jam pelayanan	141	94.0	9	6.0	1.94
5.	Kesediaan dokter ketika dibutuhkan	143	95.3	7	4.7	1.95
6.	Penguasaan keterampilan dokter pada tugasnya	142	94.7	8	5.3	1.95
7.	Kemampuan petugas melayani pasien	144	96.0	6	4.0	1.96
C	Dimensi Responsiveness					
8.	Kemudahan dalam proses administrasi	147	98.0	3	2.0	1.98
9.	Pendaftaran dilaksanakan dengan cepat	147	98.0	3	2.0	1.98

No.	Variabel	Puas	%	Tidak puas	%	Importance
10.	Prosedur pendaftaran tidak berbelit-belit	137	91.3	13	34.7	1.91
11.	Kemampuan dokter dalam berkomunikasi dengan pasien	143	95.3	7	4.7	1.95
12.	Kecepatan petugas dalam menangani pasien	149	99.3	1	0.7	1.99
D	Dimensi Assurance					
13.	Keramahan petugas dalam melayani pasien	146	96.7	4	3.3	1.97
14.	Keramahan petugas kepada pasien	146	97.3	4	2.7	1.97
15.	Perhatian dan keramahan dokter kepada pasien	147	98.0	3	2.0	1.98
E	Dimensi Empathy					
16.	Kemampuan petugas UGD dalam mengatasi masalah tanpa membedakan pasien	147	98.0	3	2.0	1.98

Berdasarkan tabel diatas terdapat beberapa variabel penentu yang memiliki nilai indek paling besar yang artinya pasien benar-benar menilai pelayanan tersebut penting seperti :

- a. Kecepatan petugas dalam menangani pasien.
- b. Kemampuan petugas dalam mengatasi masalah tanpa membedakan pasien.
- c. Kemudahan dalam proses administrasi.
- d. Pendaftaran dilaksanakan dengan cepat.
- e. Faktor keamanan dan kenyamanan di lingkungan UGD.
- f. Perhatian dan keramahan dokter kepada pasien.
- g. Keadaan fisik (kebersihan, kerapihan, kenyamanan) ruangan.

Sedangkan variabel yang memiliki nilai relatif rendah atau variabel yang menurut pelanggan tidak penting dalam pelayanan yaitu Prosedur pendaftaran tidak berbelit-belit dan kelengkapan, kesiapan dan kebersihan alat-alat yang dipakai.

Tabel 6.5

Distribusi Harapan Pasien Terhadap Pelayanan UGD

No.	Variabel	Penting	%	Tidak penting	%	Performance
A	Dimensi Tangibles					
1.	Faktor keamanan dan kenyamanan di lingkungan UGD	124	82.7	26	17.3	1.83
2.	Kelengkapan, kesiapan dan kebersihan alat-alat yang dipakai	121	80.7	29	19.3	1.81
3.	Keadaan fisik (kebersihan, kerapian, kenyamanan) ruangan UGD	125	83.3	25	16.7	1.83
B	Dimensi Reliability					
4.	Waktu pelayanan sesuai dengan jam pelayanan	144	76.0	36	24.0	1.76
5.	Kesediaan dokter ketika dibutuhkan	130	86.7	20	13.3	1.87
6.	Penguasaan keterampilan dokter pada tugasnya	146	97.3	4	2.7	1.97
7.	Kemampuan petugas melayani pasien	118	78.7	32	21.3	1.79
C	Dimensi Responsiveness					
8.	Kemudahan dalam proses administrasi	125	83.3	25	16.7	1.83
9.	Pendaftaran dilaksanakan dengan cepat	125	83.3	25	16.7	1.83
10.	Prosedur pendaftaran tidak berbelit-belit	123	82.0	27	18.0	1.82
11.	Kemampuan dokter dalam berkomunikasi dengan Pasien	135	90.0	15	10.0	1.90
12.	Kecepatan petugas dalam menangani pasien	125	83.3	25	16.7	1.83

No.	Variabel	Penting	%	Tidak penting	%	Performance
D	Dimensi Assurance					
13.	Keramahan petugas dalam melayani pasien	122	81.3	28	18.7	1.81
14.	Keramahan petugas kepada pasien	118	78.7	32	21.3	1.79
15.	Perhatian dan keramahan dokter kepada pasien	127	84.7	23	21.3	1.85
E	Dimensi Empathy					
16.	Kemampuan petugas UGD dalam mengatasi masalah tanpa membedakan pasien	118	78.7	32	21.3	1.79

Berdasarkan tabel diatas terdapat memiliki nilai paling memberikan rasa puas dalam pelayanan yaitu variabel :

- a. Penguasaan keterampilan dokter pada tugasnya dengan kepuasan >70% (97,3%).
- b. Kemampuan dokter dalam berkomunikasi dengan pasien dengan kepuasan > 70% (90,0%).
- c. Kesiediaan dokter ketika dibutuhkan dengan kepuasan >70% (86.7%).
- d. Perhatian dan keramahan dokter kepada Pasien dengan kepuasan >70% (84.7%).

Sedangkan variabel yang memiliki nilai relatif rendah atau variabel yang menurut pelanggan tidak puas dalam pelayanan yaitu waktu pelayanan sesuai dengan jam buka (08.00-1200).

Tabel 6.6

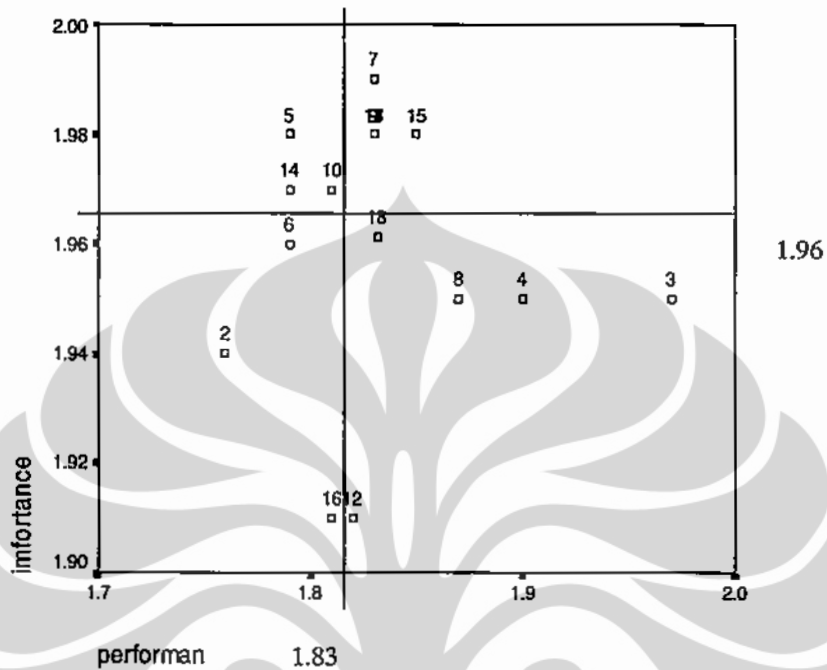
Distribusi Antara Performance dan Importance

NO	Performance	Importance
1	1.76	1.94
2	1.97	1.95
3	1.90	1.95
4	1.79	1.98
5	1.79	1.96
6	1.83	1.99
7	1.87	1.95
8	1.83	1.98
9	1.81	1.97
10	1.83	1.98
11	1.82	1.91
12	1.83	1.98
13	1.79	1.97
14	1.85	1.98
15	1.81	1.91
16	1.83	1.98
	1.831875	1.96125

Berdasarkan tabel di atas terlihat bahwa nilai performance terbesar adalah 1.97 dan nilai importance terbesar adalah 1.99. Nilai performance terendah adalah 1.76 dan nilai importance terendah adalah 1.91.

Gambar 6.1

Diagram Importance dan Performance Matrix



Kuadran 1

Variabel yang berada pada kuadran 1 artinya variabel yang memiliki *performance* di bawah rata-rata tetapi tingkat kepentingannya cukup tinggi. Semua yang berada di kuadran 1 perlu ditingkatkan agar masuk ke kuadran 2. Variabel yang masuk dalam kuadran 1 yaitu :

- Variabel 5 (kemampuan petugas melayani Pasien)
- Variabel 6 (kecepatan petugas dalam menangani Pasien)
- Variabel 10 (pendaftaran dilaksanakan dengan cepat)
- Variabel 14 (perhatian dan keramahan dokter kepada Pasien)

Kuadran 4

Variabel yang ada pada kuadran 4 adalah variabel yang memiliki *performance* yang menurut pelanggan sangat baik tetapi variabel ini mempunyai tingkat kepentingan (*importance*) yang tidak begitu penting jadi variabel ini perlu dipertimbangkan karena dirasakan terlalu berlebihan yaitu:

- Variabel 3 (kemampuan dokter dalam berkomunikasi dengan dokter)
- Variabel 4 (kemampuan petugas UGD dalam mengatasi masalah tanpa membedakan Pasien)
- Variabel 8 (kemudahan dalam proses administrasi)

Kuadran 2

Variabel yang mempunyai *performance* dan *importance* yang tinggi yaitu

- Variabel 1 (waktu pelayanan sesuai dengan jam pelayanan)
- Variabel 7 (kesediaan dokter ketika dibutuhkan)
- Variabel 9 (keramahan petugas dalam melayani Pasien)
- Variabel 11 (prosedur pendaftaran tidak berbelit-belit)
- Variabel 13 (keramahan petugas kepada Pasien)
- Variabel 15 (kelengkapan, kesiapan dan kebersihan alat-alat yang dipakai)

Kuadran 3

Variabel yang berada pada kuadran 3 adalah Variabel yang mempunyai *performance* dan *importance* yang relatif rendah variabel ini perlu diperhatikan dan dikelola sangat serius karena ketidakpuasan berawal dari variabel ini yaitu :

- Variabel 2 (penguasaan keterampilan dokter pada tugasnya)

- Variabel 12 (faktor keamanan dan kenyamanan di lingkungan UGD)
- Variabel 16 (keadaan fisik (kerapihan, kerapihan, kenyamanan) ruangan UGD)

II. ANALISIS BIVARIAT

Tabel 6.7

Analisis Bivariat antara Jenis Kelamin dan Persepsi Pasien Terhadap Pelayanan UGD

Jenis Kelamin	Pendapat/Persepsi Pasien						P Value
	Puas		Tidak puas		Total		
	n	%	N	%	N	%	
Laki-laki	57	70.4	24	29.6	81	100	0.765
Perempuan	51	73.9	18	26.1	69	100	
Total	108	72.0	42	28.0	150	100	

Hasil analisis hubungan antara jenis kelamin dengan pendapat / persepsi pelanggan di peroleh bahwa ada 57 orang (70.4%) dari 81 laki-laki dengan pendapat / persepsi puas. Sedangkan perempuan yang berpendapat/persepsi pelanggan puas ada 51 orang (73.9%) dari 69 orang . Hasil uji Statistik diperoleh nilai $p= 0.765$ maka dapat disimpulkan tidak ada perbedaan proporsi pendapat/persepsi pelanggan antara laki-laki dan perempuan (**tidak ada hubungan yang signifikan antara jenis kelamin dengan kepuasan pelanggan**).

Hasil penelitian ini tidak sesuai dengan tinjauan pustaka menurut Lumenta (1989) bahwa pria lebih banyak tuntutan dan berharap lebih banyak terhadap kemampuan pelayanan kesehatan dasar dan cenderung mengkritik daripada wanita.

Tabel 6.8
Analisis Bivariat antara Pendidikan dengan Persepsi Pasien Terhadap Pelayanan UGD

Pendidikan	Pendapat/Persepsi Pelanggan						P Value
	Puas		Tidak puas		Total		
	N	%	N	%	N	%	
Tidak tamat SD	17	54.8	14	45.2	31	100	0.030
Tamat SD	91	76.5	28	23.5	119	100	
Total	108	72.0	42	28.0	150	100	

Hasil analisis hubungan antara pendidikan dengan pendapat /persepsi pelanggan di peroleh bahwa ada 17 orang (54.8%) dari 31 orang yang tidak tamat SD dengan pendapat/persepsi puas. Sedangkan yang tamat SD berpendapat/persepsi pelanggan puas ada 28 orang (23.5%) dari 119 orang . Hasil uji Statistik diperoleh nilai $p= 0.030$ maka dapat disimpulkan ada perbedaan proporsi pendapat/persepsi pelanggan antara pelanggan yang tidak tamat SD dengan pelanggan yang tamat SD (**ada hubungan yang signifikan antara pendidikan dengan kepuasan pelanggan**).

Hasil penelitian sesuai dengan tinjauan pustaka menurut Menurut Lumenta (1989) dengan meningkatnya taraf pendidikan akan meningkatkan tuntutan dan harapan terhadap pelayanan kesehatan. Seseorang dengan pendidikan tinggi berharap pelayanan

kesehatan tidak hanya dapat mengatasi masalah kesehatan saja tetapi juga masalah sehari-hari, masyarakat yang berpendidikan tinggi yang berada dalam lingkungan modern tidak mudah puas dengan pelayanan kesehatan dasar.

Tabel 6.9

Analisis Bivariat antara Pekerjaan dengan Persepsi Pasien Terhadap Pelayanan UGD RS Bhinneka Bakti Husada Tahun 2008

Pekerjaan	Pendapat/Persepsi Pelanggan					P Value	
	Puas		Tidak puas		Total		
	N	%	n	%	N	%	
Tidak bekerja	49	66.2	25	33.8	74	100	0.169
Bekerja	59	77.6	17	22.4	76	100	
Total	108	72.0	42	28.0	150	100	

Hasil analisis hubungan antara pekerjaan dengan pendapat /persepsi pelanggan di peroleh bahwa ada 49 orang (66.2%) dari 74 orang yang tidak bekerja dengan pendapat/persepsi puas. Sedangkan yang bekerja berpendapat/persepsi pelanggan puas ada 59 orang (77.6%) dari 76 orang . Hasil uji Statistik diperoleh nilai $p= 0.169$ maka dapat disimpulkan tidak ada perbedaan proporsi pendapat/persepsi pelanggan antara pelanggan yang tidak bekerja dengan pelanggan yang bekerja (**tidak ada hubungan yang signifikan antara pekerjaan dengan kepuasan pelanggan**).

Hasil penelitian tidak sesuai dengan tinjauan menurut Menurut Notoatmodjo (1989) tingkat kepuasan yang dirasakan oleh Pasien dipengaruhi oleh perbedaan factor sosiodemografi di antaranya kedudukan demografi, tingkat ekonomi, latar belakang pendidikan, budaya dan umur.

6.2. HASIL METODE SURVEI

6.2.1 Kuantitas SDM UGD Rumah Sakit Bhineka Bakti Husada

Tabel 6.10 Sumber Daya Manusia UGD RS Bhineka Bakti Husada

No.	SDM UGD	Jumlah
1.	Kepala UGD	1 orang
2.	Dokter UGD	Manager on Duty
3.	Kaur IGD	1 orang
4.	Sarana Pencatatan / Pelaporan	2 orang
5.	Askep	3 orang
6.	Informasi	3 orang
7.	Perawat	12 orang
	Total	23 orang

Sumber : Bagian Kepegawaian RS Bhineka Bakti Husada Februari 2008

Berdasarkan tabel di atas terlihat bahwa jumlah SDM yang terdapat di UGD berjumlah 23 orang. Jumlah tenaga yang paling banyak adalah tenaga perawat sebanyak 12 orang. Perincian jumlah tenaga perawat di UGD RS Bhineka Bakti dapat dilihat pada tabel di bawah ini

Tabel 6.11 Tenaga Perawat UGD RS Bhineka Bakti Husada

No.	Jenis Tenaga	Tahun 2007		Jumlah
		Tetap	Kontrak	
1.	Akper	3	2	5
2.	SPK	7		7
	Jumlah	10	2	12

Sumber : Bagian Kepegawaian RS Bhineka Bakti Husada Februari 2008

6.2.2 Kompetensi SDM

Tabel. 6. 12 Kompetensi dokter UGD RS Bhineka Bakti Husada

Kompetensi Dokter	Jumlah Tenaga (Orang)
PPGD	5
EKG	3
ATLS	1

Sumber : Bagian Kepegawaian RS Bhineka Bakti Husada Februari 2008

Dari keseluruhan jumlah dokter yang bertugas di RS Bhineka Bakti Husada diketahui bahwa jumlah dokter yang memiliki kompetensi terbanyak adalah PPGD kemudian EKG dan ATLS.

6.2.3 Kelengkapan dan Ketersediaan sarana & prasarana

Sarana dan fasilitas UGD RS Bhineka Bakti Husada terdiri dari :

1. Kapasitas tempat tidur

UGD mempunyai kapasitas 10 tempat tidur yang masing-masing mempunyai fungsi sebagai berikut :

Tabel 6.13
Kapasitas Tempat Tidur

No	Nama Ruang	Jumlah Tempat Tidur	Keterangan
1	Triage	2	Baik
2	Non Bedah	1	Baik
3	Observasi	2	Baik
4	Resusitasi	1	Baik
5	Tindakan	4	Baik
		10	

Berdasarkan tabel di atas terlihat bahwa jumlah tempat tidur berdasarkan fungsi berada dalam kondisi baik.

2. Fasilitas dan Peralatan

Fasilitas dan Peralatan yang terdapat di UGD RS Bhineka Bakti Husada terdiri dari:

2.1 Ruangan

Ruangan terdiri dari :

Tabel 6.14
Ruangan UGD RS Bhinneka Bakti Husada

No	Nama Alat	Sudah Ada	Belum Ada	Jumlah	Kurang Memadai
1	Ruang Triage	V		1	
2	Ruang Non Bedah	V		1	
3	Ruang tindakan / Bedah	V		1	
4	Ruang Observasi	V		1	
5	Ruang Resusitasi	V		1	
6	Ruang Nurse Station	V		1	
7	Ruang Dokter	V		1	
8	Ruang tunggu pasien	V		1	Kurang Memadai
9	Ruang Spoel hok		V		
10	Kamar mandi obs		V		

Menurut tabel di atas ruang yang belum tersedia di UGD RS Bhineka Bakti Husada adalah ruang Spoel hok dan kamar mandi obs.

2.2 Listrik dan Telpon

Tabel 6.15
Listrik dan Telpon UGD RS Bhinneka Bakti Husada

No	Nama Alat	Sudah Ada	Belum Ada	Jumlah	Kurang
1	Lampu Tindakan	V		1	1
2	AC	V		5	-
3	Telpon	Intern	Extern	1	1
4	Amplie	V		1	
5	Lampu Emergency	V		7	

Menurut tabel di atas terlihat bahwa alat listrik dan telpon yang belum tersedia adalah telpon eksternal.

2.3 Alat Kesehatan

Tabel 6.16
Alat Kesehatan UGD RS Bhinneka Bakti Husada

No	Nama Alat	Sudah Ada	Belum Ada	Jumlah	Kurang
1	Minor Set	V		3	4
2	Laringoscopi Set	V		1	-
3	Diagnostik set	V		1	-
4	Monitor ECG		V		
5	DC syok		V		
6	Sterilisator	V		1	-
7	Suction	V		1	1

Menurut tabel di atas terlihat bahwa alat kesehatan yang belum ada di UGD RS Bhinneka Bakti Husada adalah monitor ECG dan DC syok.

2.4 Material Kesehatan

Tabel 6.17
Material UGD RS Bhinneka Bakti Husada

No	Nama Alat	Sudah Ada	Belum ada	Jumlah	Kurang
1	Blancar Pasien	V		6	1
2	Tempat tidur	V		5	4
3	Tiang Infus	V		7	3
4	Troli Emergency		V		1

2.5 Sarana Penunjang

- a) Laboratorium
- b) Rontgen
- c) Dokter Konsulen
- d) EKG
- e) USG

Sedangkan Logistik di Unit Gawat Darurat RS Bhineka Bakti Husada tertera pada tabel berikut.

Tabel 6.18. Daftar Nama Obat dan Alat Kesehatan di Unit Gawat Darurat RS**Bhineka Bakti Husada**

No	Nama Obat atau Alat Kesehatan	No	Nama Obat atau Alat Kesehatan
1	Cateter no. 8	35	Selang oksigen anak
2	Cateter no. 14	36	Xillocain jelly
3	Cateter no. 16	37	Kemicetine Zalf
4	Cateter no. 18	38	Plain 3/0
5	Cateter no. 20	39	Plain 4/0
6	Selang NGT no. 8	40	Mersilk 3/0
7	Selang NGT no. 10	41	Prolene 3/0
8	Selang NGT no. 16	42	Prolene 4/0
9	Selang NGT no. 18	43	Cromic 2/0
10	S spuit 1 cc	44	SA inj
11	S spuit 3 cc	45	Vit K
12	S spuit 10 cc	46	Etibernal
13	S spuit 50 cc	47	Lidocain
14	Needle 23	48	Epineprin
15	Needle 24	49	Aminophylin
16	Jarum Jahit no. 10	50	Dopamine
17	Jarum Jahit no. 13	51	Adona 10 mg
18	Sarung Tangan 7 ½	52	Dexamethasone
19	Pisau no.11	53	Meylon
20	Pisau no.15	54	Dextrose 40%
21	Adsyte no. 18	55	DON
22	Adsyte no. 20	56	Drill
23	Adsyte no. 22	57	Terramycin
24	Neoflon no. 24	58	Neoroboran
25	Infus set macro	59	Diazepam
26	Infus set micro	60	Lasix
27	Tranfusi set	61	RL 500 ml
28	Sufratul	62	Dextrose 5%
29	Selang Oksigen dewasa	63	Dextrose 10%
30	NaCl 0,9%	64	Berotex
31	Assering 5	65	Ventolin
32	2 A	66	MGSO4
33	Dextran 70	67	Penyangga leher
34	Bisolvon	68	Kasa 3B

Sumber : Data Logistik UGD RS BBH.

6.2.4. Jumlah Kematian Pasien di UGD RS Bhinneka Bakti Husada

Tabel 6.19. Jumlah Kematian Pasien di UGD RS Bhinneka Bakti Husada

No.	Bulan	Meninggal di UGD		Kjg UGD & P.Umum*	D.O.A
		Jml	%		
1	Jan	4	0.15	2614	
2	Feb	3	0.09	3259	
3	Mar	4	0.15	2590	
4	Apr	4	0.15	2618	
5	Mei	2	0.08	2510	
6	Jun	2	0.08	2607	
7	Jul	5	0.22	2305	7
8	Ags	3	0.14	2090	10
9	Sept	4	0.18	2216	10
10	Okt	5	0.21	2343	5
11	Nov	2	0.08	2555	12
12	Des	12	0.24	30691	3
		50	0.09	58398	47

Menurut tabel di atas terlihat bahwa selama kurun waktu tahun 2007 jumlah pasien yang meninggal di UGD sebanyak 50 orang dengan jumlah pasien meninggal tertinggi pada bulan Desember sebanyak 12 orang (0,24%).

6.2.5. Jumlah rata-rata pasien UGD per hari

Kinerja UGD pada tabel 6.10 menunjukkan kunjungan unit gawat darurat dan poli umum RS. Bhinneka Bakti Husada Kunjungan tahun 2004-2007. Terlihat pada tabel bahwa kunjungan per tahun semakin meningkat.

Tabel 6.20. Kecenderungan Pasien Pada Instalasi Gawat Darurat – Umum

Jenis Pelayanan	Data Kegiatan (Pasien)				Vol. Kegiatan Rata-rata / th	% kenaikan 2006-7	Trend
	2004	2005	2006	2007			
UGD	16735	17039	18735	20186	18174	8	Naik
Umum	11864	10730	9932	10505	10758	6	Turun
Jumlah	28599	27407	28667	30691	28932	7	Naik

Sumber : RS Bhineka Bakti Husada

Pasien UGD meningkat pada tahun 2007 sebesar 8 % dari tahun sebelumnya dan poliklinik umum terlihat turun 6 % tetapi secara keseluruhan meningkat 7 %, hal ini menunjukkan bahwa keberadaan RS yang terletak di persimpangan 3 Kabupaten sangat mendukung.

6.2.6. Jumlah rata-rata pasien yang dirujuk ke RS lain

Tabel. 6.21

Jumlah Rujukan UGD Berdasarkan Pengelompokan Usia dan Penyebab Merujuk Periode Januari s.d. Desember 2007

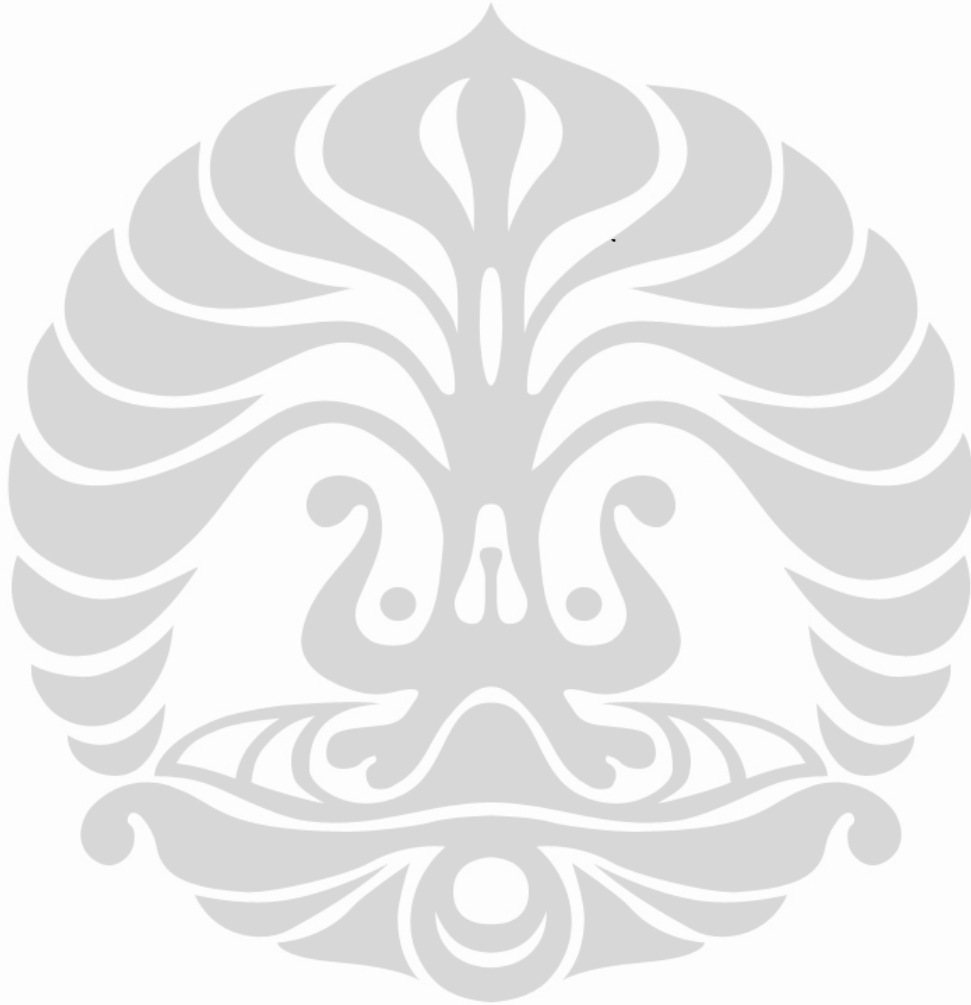
Bulan	Jumlah Rujukan*	Anak		Dewasa		Alasan Merujuk		
		Bedah	Non Bedah	Bedah	Non Bedah	TT Penuh	Penyakit Berat/ Fasilitas	APS
Januari	227		10	44	173	203	17	7
Februari	207	1	16	42	148	180	16	11
Maret	214		12	50	152	185	22	7
April	208	2	20	38	148	187	17	4
Mei	182	6	23	16	137	152	20	10
Juni	131	1	13	5	112	101	17	13
Juli	98		19	32	47	65	23	10
Agustus	89	3	7	25	54	64	13	12
September	71	3	11	32	25	35	26	10
Oktober	120	1	4	19	96	89	21	10

Tabel. 6.21

**Jumlah Rujukan UGD Berdasarkan Pengelompokan Usia dan Penyebab Merujuk
Periode Januari s.d. Desember 2007**

November	111	2	24	25	60	88	20	3
Desember	1894	5	11	35	1843	1864	18	12
Total	3552	24	170	363	2995	3213	230	109

Tabel di atas menunjukkan jumlah total rujukan pada tahun 2007 sebanyak 3.552 kasus dengan jumlah rujukan tertinggi pada bulan Desember sebanyak 1894 kasus.



BAB VII

PEMBAHASAN

7. Keterbatasan Penelitian

Pada penelitian ini terdapat beberapa keterbatasan. Hal-hal yang menjadi keterbatasan penelitian ini meliputi. Observasi dilakukan pada saat jam kerja dan di tempat kerja sehingga penggalian informasi menjadi kurang optimal. Namun demikian, sebelum melakukan observasi, peneliti membuat kesepakatan waktu dengan para informan sehingga informasi yang didapat menjadi lebih optimal. Keterbatasan lainnya adalah selama proses penelitian dilakukan ada kemungkinan terjadinya masalah seperti kurang terbukanya pasien dalam menjawab pertanyaan yang diajukan. Oleh karena itu, peneliti kemudian melakukan pendekatan personal terlebih dahulu sehingga informasi yang didapat menjadi lebih tergal.

Kerangka konsep pada penelitian ini hanya menghubungkan komponen-komponen yang diperkirakan terkait dengan variabel penelitian ini, sehingga besar kemungkinan ada beberapa variabel lain yang belum masuk atau belum ikut dalam kerangka konsep karena keterbatasan penelitian. Selain itu tidak semua variabel yang berhubungan dengan mutu pelayanan UGD diteliti dengan pertimbangan waktu dan biaya yang ada.

7.1. Kuantitas SDM UGD Rumah Sakit Bhineka Bakti Husada

Unit Gawat Darurat (UGD) merupakan salah satu pintu gerbang RS Bhinneka Bakti Husada. Pasien-pasien dalam keadaan gawat, darurat, kecelakaan, maupun mereka yang memerlukan penanganan medik di luar jam kerja klinik (*Outpatient Department /OPD*) ditangani oleh staf UGD, dimulai dari petugas triage, dokter, perawat, tenaga paramedik, dan *ambulance driver*.

Berdasarkan hasil penelitian terlihat bahwa jumlah SDM yang terdapat di UGD berjumlah 23 orang. Jumlah tenaga yang paling banyak adalah tenaga perawat sebanyak 12 orang. Standar minimal petugas gawat darurat, menurut dr Evie dari RS Ludira Husada Tama (2008), terdiri seorang dokter yang selalu siaga di tempat dengan 4-5 orang perawat di tambah dokter konselen. Untuk dokter konseling hanya jika dibutuhkan.

Berdasarkan observasi yang dilakukan oleh peneliti, kegiatan harian dan pengaturan manajemen di Instalasi Gawat Darurat RS Bhinneka Bakti Husada dipimpin oleh seorang dokter umum sebagai kepala instalasi. Pelaksanaan kegiatan penanganan kegawatdaruratan medis di Instalasi Gawat Darurat RS Bhinneka Bakti Husada dilakukan secara bersama-sama (*team work*) antara tenaga medis (dokter umum) dan paramedis yang penugasan kinerja hariannya dibagi 3 *shift* (pagi, siang, dan malam) dengan jumlah tenaga medis dan paramedis terbanyak pada masa *shift* pagi.

7.2. Kompetensi SDM UGD Rumah Sakit Bhineka Bakti Husada

Semua dokter dan perawat di UGD RS Bhineka Bakti Husada memiliki sertifikasi pelatihan gawat darurat sesuai standar nasional. Sementara petugas

paramedik, administrasi, yang bertugas semua juga memiliki pengetahuan dan keterampilan Bantuan Hidup Dasar.

Dari hasil penelitian diketahui dari seluruh tenaga medis yang terdiri dari 8 dokter sudah memiliki sertifikat yang dibutuhkan di UGD meliputi 1 dokter bersertifikat ATLS - *advance traumatic life support*, 3 dokter bersertifikat EKG dan 5 dokter bersertifikat PPGD (Pelatihan Penanganan Gawat Darurat).

Menurut dr. Evie Indrawati, MKes dari RS Ludira Husada Tama (2008), semua petugas yang menangani UGD harus bersertifikat. Semua yang bertugas di gawat darurat baik dokter maupun perawat harus bersertifikat memiliki keahlian mampu menangani gawat darurat jantung dan gawat darurat trauma. Komposisi 1 dokter dengan 4 perawat ini merupakan standar minimal. Jika keadaannya gawat, semakin banyak petugasnya semakin baik.

Petugas di UGD harus mempunyai kemampuan menangani serangan jantung. Kemudian kecelakaan, seperti apa pun yang terlihat oleh mata, korban kecelakaan harus ditangani secara gawat darurat. Sebab menurut dr. Evie, kadang ada luka yang tidak terlihat oleh mata, ternyata luka dalam cukup parah. Itu sebabnya semua korban kecelakaan ditangani secara gawat darurat. Kadang patah tulang juga tidak kelihatan dari luar. Menurut dr. Evie, UGD dan klinik biasa terpisah. UGD siaga 24 jam dibantu laboratorium dan kardiologi. Meskipun siang hari, kalau pasien memerlukan pertolongan segera harus dengan layanan gawat darurat. Diare dan demam berdarah termasuk yang harus ditangani segera..

Di UGD RS Ludira Husada Tama, setiap tim bertugas 8 jam dengan seorang dokter stay yang siaga setiap saat dan seorang dokter konsulen dibantu 4-5 orang

perawat. Semua sudah bersertifikat keahlian untuk menangani pasien gawat darurat. (Evie, 2008).

Penanganan kegawat daruratan di UGD RS Bhineka Bakti Husada disesuaikan dengan standar nasional, baik dalam hal tingkat profesionalitas tenaga dokter dan perawat, melalui sertifikasi dan pelatihan, pengalaman, juga prosedur penanganan kegawat daruratan. Pencatatan dan pelaporan administrasi dilakukan umumnya oleh para tenaga paramedis yang dikoordinasikan oleh seorang paramedis yang telah ditentukan.

7.3. Kelengkapan dan Ketersediaan sarana & prasarana

Berdasarkan hasil observasi yang dilakukan oleh peneliti diketahui bahwa Unit Gawat Darurat di Rumah Sakit Bhineka Bakti Husada belum terpisah dengan poliklinik umum, ruangan merekapun hanya dibatasi dengan pintu saja yang memungkinkan adanya arus hilir mudik di ruang UGD. Hal ini tidak sesuai dengan persyaratan akreditasi RS dimana UGD harus terpisah dengan unit lain.

Unit Gawat Darurat Rumah Sakit Bhineka Bakti Husada mempunyai luas 175,9 m² (16,95m x 10,38m) dengan kapasitas 10 tempat tidur dimana tenaga yang langsung terjun di Instalasi Rawat Inap berjumlah satu orang per shift .

Instalasi Gawat Darurat adalah salah satu instalasi di RS Bhinneka Bakti Husada yang difasilitasikan untuk memberikan penanganan kegawatdaruratan medis kepada masyarakat (pasien) selama 24 jam. Berdasarkan hasil penelitian peralatan untuk kebutuhan penanganan kegawatdaruratan medis cukup tersedia di instalasi ini seperti *bagging*, manometer dan tabung oksigen (O₂), *monitor ECG (electrocardiogram)* dengan defibrilator-nya, *nebulizer*, dan perlengkapan bedah minor.

UGD RS Bhineka Bakti Husada juga ditunjang oleh perlengkapan yang cukup lengkap untuk penanganan kegawat daruratan. Jumlah kapasitas TT di UGD RS Bhineka Bakti Husada adalah 10 TT, sedangkan standar nasional untuk kapasitas TT di UGD adalah 12 TT. Dengan demikian perlu ada penambahan 2 TT lagi agar sesuai dengan standar nasional.

UGD RS BBH memiliki 1 ruang resusitasi yang masing-masing dilengkapi dengan perlengkapan monitoring dan penanganan gawat darurat terpadu, perlengkapan evakuasi medik dan transportasi, perlengkapan penanganan resusitasi bayi baru lahir, inkubator untuk transport, ventilator (mesin bantu nafas) portable 2 buah, baik untuk dewasa maupun bayi (neonatus).

UGD RS BBH mampu melakukan pemeriksaan penunjang Radiologi (XRy). Namun demikian pemeriksaan penunjang radiologi belum beroperasi selama 24 jam karena keterbatasan SDM sehingga ada pasien yang dirujuk dan dimobilisasi ke tempat lain.

7.4. Jumlah Kematian Pasien di UGD RS Bhineka Bakti Husada

Menurut hasil penelitian diketahui bahwa selama kurun waktu tahun 2007 jumlah pasien yang meninggal di UGD sebanyak 50 orang dengan jumlah pasien meninggal tertinggi pada bulan Desember sebanyak 12 orang (0,24%). Dengan demikian dapat disimpulkan bahwa jumlah kematian di UGD RS BBH tergolong cukup tinggi. Hal ini perlu mendapat perhatian yang cukup serius karena angka kematian di UGD merupakan salah satu indikator mutu pelayanan UGD. Oleh karena itu perlu dicari penyebab besarnya angka kematian di UGD RS Bhineka Bakti Husada.

Prof. Donabedian yang dikutip oleh Lumenta (2008) membagi unsur-unsur di rumah sakit dalam tiga kelompok. Pertama, struktur yang meliputi fasilitas fisik, struktur organisasi, SDM, peralatan, kebijakan, SOP (*Standard Operating Procedure*), program kerja, dan sebagainya. Kedua adalah proses, yakni semua kegiatan pelayanan dan operasional dari staf, unit, bagian, dan sebagainya. Dan ketiga adalah outcome (hasil) yang merupakan hasil akhir atau kemajuan yang diperoleh.

Untuk itu perlu dijelaskan bahwa penilaian kinerja rumah sakit didasarkan atas lima faktor atau indikator. Pertama, kepuasan pasien, yakni bagaimana indikator ini dari waktu ke waktu mengalami perubahan. Kedua, pelayanan medik. Jumlah indikatornya sangat banyak, antara lain indikator di bidang Gawat Darurat.

Indikator ketiga adalah efisiensi, yakni indikator di bidang keuangan meliputi rentabilitas, likuiditas, dan profit margin. Di bidang produktivitas tempat tidur mencakup BOR (*Bed Occupancy Rate*), ALOS (*Average Length of Stay*), dan sebagainya. Keempat, kepuasan staf dan karyawan, juga merupakan indikator untuk menilai kinerja rumah sakit. Kelima, Kualitas Kesling (Kesehatan Lingkungan), terkait dengan penanganan limbah, sanitasi, pengamanan terhadap risiko keselamatan, dan lain-lain.

Kelima kelompok tersebut merupakan hal-hal yang menentukan apakah kinerja rumah sakit itu membaik atau meningkat atau sebaliknya. Melalui akreditasi, kelima kelompok unsur ini diukur apakah memenuhi standar yang berlaku atau telah ditentukan. Hasil pengukuran ini baik dalam kelompok struktur atau proses atau pun outcome akan menunjukkan rumah sakit ini sudah berkualitas atau belum. Dan bila kelima unsur ini ditangani oleh pihak manajemen rumah sakit secara

komprehensif dan terintegrasi maka kualitas pelayanan akan meningkat.

7.5. Jumlah rata-rata pasien UGD

Data hasil kegiatan di instalasi gawat darurat RS Bhinneka Bakti Husada menunjukkan bahwa sejak 4 tahun terakhir telah terjadi peningkatan angka rata-rata kunjungan pasien setiap tahunnya dengan rata-rata pasien di tahun 2007 berjumlah 1682 orang setiap bulannya (kurang lebih 50 orang setiap harinya).

7.6. Jumlah rata-rata pasien yang dirujuk ke RS lain

Hasil penelitian menunjukkan jumlah total rujukan pada tahun 2007 sebanyak 3.552 kasus dengan jumlah rujukan tertinggi pada bulan Desember sebanyak 1894 kasus.

Sasaran mutu standarisasi unit gawat darurat rumah sakit dan puskesmas menurut Dinkes DKI Jakarta (2005) untuk kasus rujukan di UGD adalah 75% kesesuaian rujukan kasus gawat darurat dengan klasifikasi rumah sakit.

7.7. Jenis Kelamin

Menurut analisis bivariat tidak ada hubungan yang signifikan antara jenis kelamin dengan kepuasan pelanggan. Hasil penelitian ini tidak sesuai dengan tinjauan pustaka menurut Lumenta (1989) bahwa pria lebih banyak tuntutan dan berharap lebih banyak terhadap kemampuan pelayanan kesehatan dasar dan cenderung mengkritik daripada wanita. Penelitian Neneng (2000) menemukan bahwa perempuan lebih sulit mendapat kepuasan dibandingkan laki-laki. Hal ini dapat dilihat bahwa perempuan lebih teliti di

dalam memenuhi kebutuhan hidup sehari-hari dengan pada umumnya perempuan senang untuk menawar . Sedangkan laki-laki tidak terlalu peduli dengan apa yang diterima.

7.8. Pendidikan

Menurut analisis bivariat ada hubungan yang bermakna antara pendidikan dengan kepuasan pelanggan. Hasil penelitian sesuai dengan tinjauan pustaka menurut Lumenta (1989) yang menyatakan dengan meningkatnya taraf pendidikan akan meningkatkan tuntutan dan harapan terhadap pelayanan kesehatan. Seseorang dengan pendidikan tinggi berharap pelayanan kesehatan tidak hanya dapat mengatasi masalah kesehatan saja tetapi juga masalah sehari-hari, masyarakat yang berpendidikan tinggi yang berada dalam lingkungan modern tidak mudah puas dengan pelayanan kesehatan dasar.

Hal ini berbeda dengan penelitian di RSUD Bekasi yang menyatakan bahwa pendidikan mempunyai hubungan bermakna dengan kepuasan pasien. Dan dijelaskan pula bahwa semakin tinggi tingkat pendidikan seseorang maka makin sulit untuk mendapatkan kepuasan. Hal ini dapat dijelaskan karena semakin tinggi pendidikan seseorang maka semakin meningkat kebutuhan hidupnya dan semakin banyak untuk mencari kepuasan lainnya.

7.9. Pekerjaan

Menurut analisis bivariat tidak ada hubungan yang signifikan antara pekerjaan dengan kepuasan pelanggan. Hasil penelitian tidak sesuai dengan tinjauan menurut Menurut Notoatmodjo (1989) tingkat kepuasan yang dirasakan oleh Pasien dipengaruhi

oleh perbedaan factor sosiodemografi di antaranya kedudukan demografi, tingkat ekonomi, latar belakang pendidikan, budaya dan umur.

7.10. Harapan dan Persepsi Pasien Terhadap Mutu Pelayanan UGD

Score kurang dari 1 mencerminkan harapan tidak sesuai dengan pelaksanaan pelayanan, sehingga menimbulkan ketidakpuasan dari pelanggan. Bila dilihat dari ke lima dimensi maka terlihat tidak ada satu dimensi pun yang memuaskan pelanggan. Semakin besar gapnya semakin besar pula kekurangannya di mata pelanggan rumah sakit.

Bila melihat dari bagan kualitas jasa (gambar 2.1) maka penelitian ini membahas kesenjangan pada jasa yang dialami dan jasa yang diharapkan (kesenjangan nomor 5) dan komunikasi eksternal ke pelanggan juga ikut membentuk harapan dari pelanggan. Sehingga bila pelanggan mengukur kinerja rumah sakit berdasarkan pengetahuan yang berbeda maka akan menghasilkan persepsi yang keliru mengenai kualitas jasa. Zeithaml menjelaskan bahwa proses ketidaksesuaian antara keinginan dan kenyataan dapat dilihat pada diagram perseptual. Berdasarkan *gaps model of service quality* kesenjangan dari sumber sisi penerima pelayanan /pelanggan merupakan kesenjangan yang kelima.

Pada Dimensi kepuasan menurut diagram Kartesius hal-hal yang harus dikerjakan dan perlu diperbaiki oleh manajemen terlihat pada kuadran 1. Faktor-faktor yang termasuk di dalam kuadran ini perlu diprioritaskan karena dinilai sangat penting oleh pelanggan sedangkan tingkat pelaksanaannya belum memuaskan maka perlu dilakukan perbaikan secara terus menerus sehingga *performance variabel* menjadi meningkat.

Hal ini sesuai dengan penelitian Adelia, RS Ridawan Maureksa yang menyatakan bahwa faktor ketepatan waktu merupakan prioritas utama. Perbaikan yang dapat dilakukan adalah memperjelas *komitment* dokter untuk dapat datang tepat waktu dan dapat memanfaatkan waktu secara optimal pada saat berada di rumah sakit. Faktor-faktor yang termasuk di dalam kuadran 2 adalah faktor yang dianggap sudah sesuai pelaksanaannya, sehingga perlu dipertahankan untuk menjadi produk unggul di mata pelanggan. Kepuasan pelanggan bukanlah tujuan utama, karena menurut Rangkuti, 2006 pelanggan yang memiliki kepuasan tinggi cenderung melakukan perpindahan merek. Hal ini dapat dimengerti karena selera pelanggan cepat berubah apalagi dengan adanya iming-iming ataupun ada pengaruh dari luar . Untuk faktor-faktor yang berada pada kuadran 3 perlu dipertimbangkan untuk pelaksanaannya karena pengaruh terhadap pemanfaatan yang dirasakan pelanggan sangatlah kecil. Pada kuadran 4 memuat faktor yang kurang penting oleh pelanggan dan dilaksanakan terlalu berlebihan. Faktor di dalam kuadran ini dapat dihemat untuk meminimalkan biaya rumah sakit.

Kepuasan pelanggan terhadap pelayanan UGD mempengaruhi mutu pelayanan kesehatan UGD itu sendiri. Pada Dimensi kepuasan menurut diagram Kartesius berfungsi untuk melihat faktor-faktor yang merupakan harapan dan persepsi dari pelanggan. Variabel yang berada pada kuadran 1 artinya variabel yang memiliki *performance* di bawah rata-rata tetapi tingkat kepentingannya cukup tinggi. Variabel yang ada pada kuadran 4 adalah variabel yang memiliki *performance* yang menurut pelanggan sangat baik tetapi variabel ini mempunyai tingkat kepentingan (*importance*) yang tidak begitu penting jadi variabel ini perlu dipertimbangkan karena dirasakan terlalu berlebihan. Variabel yang ada pada kuadran 2 adalah variabel yang mempunyai

performance dan *importance* yang tinggi. Variabel pada kuadran 3 adalah variabel yang mempunyai *performance* dan *importance* yang relatif rendah variabel ini perlu diperhatikan dan dikelola sangat serius karena ketidakpuasan berawal dari variabel ini.

Dari hasil penelitian ini dapat dilihat bahwa :

a. Dimensi *Tangible* (dapat dilihat / dirasa)

Pada dimensi *tangible* termasuk ke dalam kuadran 2 yaitu variabel 15 (kelengkapan, kesiapan dan kebersihan alat-alat yang dipakai). Sedangkan yang terdapat di kuadran 3 meliputi variabel 12 (faktor keamanan dan kenyamanan di lingkungan UGD) dan variabel 16 (keadaan fisik (kerapihan, kerapihan, kenyamanan) ruangan UGD).

b. Dimensi *Reliability* (kehandalan)

Pada dimensi *reliability* termasuk ke dalam kuadran 1 yaitu variabel 5 (kemampuan petugas melayani Pasien), kuadran 2 meliputi variabel 1 (waktu pelayanan sesuai dengan jam pelayanan dan variabel 7 (kesediaan dokter ketika dibutuhkan), kuadran 3 terdiri dari variabel 2 (penguasaan keterampilan dokter pada tugasnya).

c. Dimensi *Responsiveness* (ketanggapan)

Pada dimensi *responsiveness* termasuk ke dalam kuadran 4 meliputi variabel 8 (kemudahan dalam proses administrasi) dan variabel 3 (kemampuan dokter dalam berkomunikasi dengan dokter), kuadran 1 terdiri dari variabel 10 (pendaftaran dilaksanakan dengan cepat) dan variabel 6 (kecepatan petugas dalam menangani Pasien), kuadran 2 yaitu variabel 11 (prosedur pendaftaran tidak berbelit-belit).

d. Dimensi *Assurance* (Jaminan)

Pada dimensi *Assurance* termasuk ke dalam kuadran 1 yaitu variabel 14 (perhatian dan keramahan dokter kepada Pasien), kuadran 2 terdiri dari variabel 9 (keramahan petugas dalam melayani Pasien) dan variabel 13 (keramahan petugas kepada Pasien).

e. Dimensi *Emphaty* (Memahami keadaan pasien)

Pada dimensi *Emphaty* termasuk ke dalam kuadran 4 yaitu variabel 4 (kemampuan petugas UGD dalam mengatasi masalah tanpa membedakan Pasien).

Dengan hasil yang didapat menggambarkan bahwa variabel pada kuadran 3 yang meliputi dimensi tangible yaitu faktor keamanan dan kenyamanan di lingkungan UGD dan keadaan fisik (kerapihan, kerapihan, kenyamanan) ruangan UGD, dimensi *reliability* yaitu penguasaan keterampilan dokter pada tugasnya adalah merupakan variabel yang mempunyai *performace* dan *importance* yang relatif rendah sehingga variabel ini perlu diperhatikan dan dikelola sangat serius karena ketidakpuasan pelayanan UGD berawal dari variabel ini sehingga mempengaruhi mutu pelayanan kesehatan UGD RS Bhineka Bakti Husada.

Dengan demikian dapat disimpulkan bahwa faktor kermanan dan kenyamanan di lingkungan UGD menjadi hal yang penting bagi pasien. Oleh karena kepercayaan pasien akan menjadi berkurang apabila lingkungan UGD tidak aman. Selain itu faktor penguasaan keterampilan juga perlu diperhatikan karena pasien UGD merupakan pasien yang sangat membutuhkan pertolongan dengan cepat dan tepat. Bila pasien tidak mendapatkan penanganan yang tepat maka hal ini akan berdampak fatal terhadap jiwa pasien.

BAB VIII

KESIMPULAN DAN SARAN

8.1. KESIMPULAN.

Mutu pelayanan unit gawat darurat RS Bhineka Bakti Husada perlu diperbaiki dengan cara melihat berbagai aspek, seperti ketersediaan sarana dan prasarana antara lain UGD dengan poli umum masih bergabung, unit radiologi belum beroperasi selama 24 jam, kapasitas tempat tidur yang jumlahnya masih 10 tempat tidur kurang dari standart nasional minimal.

8.2. SARAN

1. UGD dan poli umum di RS Bhineka Bakti Husada diharapkan terpisah.
2. Penambahan kapasitas tempat tidur menjadi yaitu 12 tempat tidur sehingga memenuhi standar nasional.
3. Unit radiologi agar beroperasi selama 24 jam
4. Petugas sebaiknya memperhatikan apa yang menjadi harapan pelanggan. Petugas perlu diperhatikan dan dikelola sangat serius karena ketidakpuasan berawal dari
 - Penguasaan keterampilan dokter pada tugasnya
 - Faktor keamanan dan kenyamanan di lingkungan UGD
 - Keadaan fisik (kebersihan, kerapihan, kenyamanan) ruangan.

DAFTAR PUSTAKA

Aditama, Tjandra Yoga, 2002, Manajemen Administrasi Rumah Sakit, Universitas Indonesia Press, Jakarta.

Ariawan, Iwan. 2004. Rumus Besar Sampel. Modul Kuliah Biostatistik. FKM UI: Departemen Biostatistik.

Arnould, E. et al. 2002, *Consumers, Chapter Seventeen : Consumers Satisfaction*, First Edition, New York : Mcgraw-Hill Companies, Inc.

Atmadja Surya, Djaja, 2005, Aspek Medikolegal Pelayanan Dokter Di UGD, Pelatihan Manajemen IGD, Dep. Ked. Forensik dan Medikolegal, FKUI, Jakarta.

Azwar, A, 1993, Program Menjaga Mutu Pelayanan Kesehatan, PKMI.

Azwar, Azrul. 1996. *Menjaga Mutu Pelayanan Kesehatan*. Pustaka Sinar Harapan. Jakarta.

Depkes RI, 2003. *Modul Penyelenggaraan Survey Cepat Edisi ketiga*. Depkes. Jakarta.

Depkes. RI, 1991. *Pedoman Kerja UGD*, Jilid 1 dan II Depkes RI. Jakarta.

Dinas Kesehatan Provinsi DKI Jakarta, 2005, Pelayanan Unit Gawat Darurat Rumah Sakit dan Puskesmas, Kesehatan Gawat Darurat dan bencana, Dinkes DKI Jakarta, volume 4, edisi 1, Jakarta.

Direktorat Jenderal Pelayanan Medik Departemen Kesehatan R.I. & Komisis Akreditasi Rumah Sakit dan Sarana Kesehatan Lainnya (KARS), 2002, Pedoman Survei Akreditasi : Instrumen 5 Pelayanan Versi 2002, Jakarta.

Direktorat Jenderal Pelayanan Medik, 2005, Indikator Kinerja Rumah Sakit, Departemen Kesehatan RI, Jakarta.

Hastono, Priyo, Sutanto. 2004. *Analisis Data*. FKM-UI. Depok.

http://id.wikipedia.org/wiki/Unit_Gawat_Darurat

Hendrik, Kurnianto Trubus Pranowo et al. 2006. Pengaruh Waktu Penatalaksanaan Kegawatdaruratan Medis terhadap Mutu Pelayanan di Instalasi Gawat Darurat RSUD Bantul. 2006. Cermin Dunia Kedokteran Indonesia No. 152 Tahun 2006.

Hingawati, 2002, Evaluasi Pengendalian Penyediaan Alat Kesehatan Habis Pakai di UGD RS Husada Tahun 2001, Thesis Program Studi KARS Universitas Indonesia.

Hospital Expo, Jakarta, 21 - 25 November 1993. Cermin Dunia Kedokteran, Edisi Khusus No. 91, 1994.

Indrawati, Evie. 2008. Petugas UGD Harus Bersertifikat diakses dari http://kab.merauke.go.id/index2.php?option=com_content&do_pdf=1&id=127 tanggal 4 Juni 2008 pukul 14.45

Jusbandi Aboebakar, 2005, Pembinaan Manajemen Instalasi Gawat Darurat Melalui Peningkatan Motivasi Berprestasi di Rumah Sakit Dokter Soedarso Pontianak, Jurnal Manajemen & Administrasi Rumah Sakit Indonesia, No. 1 Vol. IV.

Kotler, P. 2000, *Marketing Management*, The Millennium Edition (tenth edition), Prentice Hall Inc, New Jersey.

Liman Harijono, 2003, Upaya Peningkatan Mutu Pelayanan di Instalasi Gawat Darurat RS Sumber Waras Melalui Survei Tingkat Kepuasan Pasien / Keluarganya, Thesis Program Studi KARS Universitas Indonesia.

Lumenta, Dr. Nico A. 2008, K.Nefro, MM. Instrumen Akreditasi RS Pelayanan Gawat Darurat . Komisi Akreditasi Rumah Sakit (KARS) Departemen Kesehatan Lokakarya PELKESI Bandung, 3 – 4 April 2008.

Lumenta, Benyamin. 1989. *Pasien, citra, Peran dan Perilaku Tinjauan penomena Sosial*. Cetakan I Kanisuis. Yogyakarta.

Nazir, M, 1999, Metode Penelitian, Penerbit Ghalia Indonesia, Cetakan Ke 4, Jakarta.

Neneng D. 2000, Kepuasan Pasien Jaminan Terhadap Pelayanan Rawat Jalan Rumah Sakit Umum Daerah Bekasi Bulan Mei-Juni 2000, Tesis Kars UI, Program Pasca Sarjana UI .

Notoatmodjo, 1989, *Pengantar Pendidikan dan Ilmu Perilaku*. Andi Ofset. Yogyakarta.

Rahmi, Adelia, 2003, Analisis Keterkaitan Faktor-faktor Karakteristik Pasien Dinas dengan Kepuasannya Melalui Pengukuran Perbedaan (Kesesuaian) harapan dan Persepsi Tersebut di Poliklinik rawat Jalan rumah Sakit Tk. IIM. Ridwan Meureksa pada tahun 2003, Tesis Kars UI , Program Pasca Sarjana UI.

Rangkuti, F. 2002, Riset Pemasaran, Penerbit PT Gramedia Pustaka Utama bekerja sama dengan Sekolah Tinggi Ekonomi IBII, Cetakan Ke 5, Jakarta.

Rangkuti, Freddy. 2003. *Measuring Customer Satisfaction*. PT Gramedia Pustaka Utama. Jakarta.

Rangkuti Freddy, 2006, *Measuring Customer Satisfaction, Teknik mengukur dan Strategi Meningkatkan Kepuasan Pelanggan*, PT Gramedi Pustaka Utama.

Rosita, Ratna, 2005, *Peran IRD Dalam Hospital Disaster Plan*, Direktur Pelayanan Medik dan Gigi Dasar.

RUU Kesehatan, 2005.

Rumondor, Benutomo, Dr, SpB, 2000, *ISO 9000 Untuk Rumah Sakit*, Bahan Persentasi RS MeiliaHall, Manajer Pelayanan Medis RS Meilia, Jakarta.

Sarwono, SW. 1996. *Teori-teori Psikologi Sosial*. CV Rajawali. Jakarta.

Sabarguna, B.S, 2008, *Sistem Bantu Keputusan untuk Gawat Darurat Intensive Care Pelayanan Operasi*, Konsorium Rumah Sakit Islam Jateng-DIY, cetakan I, Yogyakarta.

_____, 2007, *Knowledge Management untuk Rumah Sakit*, Sagung Seto, cetakan I, Jakarta.

Sumarwanto, Edi. 1993. Standar Perilaku sebagai Upaya Peningkatan Mutu Pelayanan Drg. Edi Sumarwanto, MBA. Semarang. *Makalah ini disajikan pada Kongres VI PERSI Hospital Expo, Jakarta, 21 - 25 November 1993*. Cermin Dunia Kedokteran, Edisi Khusus No. 91, 1994.

Supranto, J, 2001, Pengukuran Tingkat Kepuasan Pelanggan untuk Meningkatkan Pangsa Pasar, Rineka Cipta Press, edisi ke 2, Jakarta.

Tim SPGDT dan PPGD, 2005, Kebijakan DEPKES Dalam Pelayanan Gawat Darurat, Departemen Kesehatan RI, Jakarta.

Tjiptono, F, 1996, Manajemen Jasa, Andi, Yogyakarta.

Tjiptono, Fandy. 2001. *Total Quality Management*. Andi Offset. Yogyakarta.

Umar, H, 2001, Metode Penelitian untuk Skripsi dan Tesis Bisnis, PT. Raja Grafindo Persada, Cetakan Ke 4, Jakarta.

Wijono, D, 1999, Manajemen Mutu Pelayanan Kesehatan, Airlangga University Press, Surabaya.

Yudnarso Dawud, 1999, Peran Proses Manajemen dalam Pengembangan Mutu Pelayanan Rumah Sakit, Jurnal Manajemen & Administrasi Rumah Sakit Indonesia Nomor 1 Volume I.

YPMK Perdhaki, 2005, Pelatihan Manajemen IGD, Jakarta.

Zeithaml, V. A.; Parasuraman, A.; Berry, L.L, 1990, *Delivering Quality Service : Balancing Consumer Perceptions and Expectations*, The Free Press, New York.



Lampiran 1

Kepada Yth : Pasien / Keluarga Pasien

Dalam rangka meningkatkan mutu pelayanan di Instalasi Gawat Darurat Rumah Sakit Bhineka Bakti Husada serta memberikan pelayanan yang terbaik bagi pasien, kami senantiasa mengadakan evaluasi secara periodic terhadap pelayanan yang kami berikan.

Untuk tercapainya tujuan diatas kami mohon Bapak/Ibu/Sdr/Sdri dapat meluangkan waktu sejenak guna mengisi kuesioner, memberikan masukan untuk upaya-upaya perbaikan yang akan kami lakukan. Terima kasih atas perhatian dan bantuan Bapak/Ibu/Sdr/Sdri.

1. Kode responden (diisi oleh petugas berdasarkan nomor pengambilan kuesioner)

2. Jenis Kelamin :

Laki-laki
 Perempuan

3. Pendidikan responden :

Tidak Sekolah
 SD
 SLTP atau sederajat
 SLTA atau sederajat
 Akademi atau sederajat
 Universitas

4. Pekerjaan Responden :

- Tidak bekerja
- Buruh harian
- Pegawai swasta
- Pegawai Negeri Sipil (PNS)
- TNI/Polisi
- Pedagang/Wiraswasta
- Lain-lain : (sebutkan)

5. Tempat tinggal pasien :

- Wilayah Jakarta Barat, Kecamatan : (sebutkan)
- Wilayah Jakarta Timur, Kecamatan : (sebutkan)
- Wilayah Jakarta Utara, Kecamatan : (sebutkan)
- Wilayah Jakarta Selatan, Kecamatan : (sebutkan)
- Wilayah Jakarta Pusat, Kecamatan : (sebutkan)
- Di luar Wilayah DKI Jakarta, Nama Kota :
(sebutkan)

II. Persepsi dan harapan pasien UGD terhadap pelayanan UGD

Pilihan jawaban sebagai berikut :

Harapan:

- 1: Sangat Tidak penting
- 2: Tidak Penting
- 1. Penting
- 2. Sangat Penting

Kenyataan

- 1: Sangat Tidak puas
- 2: Tidak Puas
- 3: Puas
- 4: Sangat Puas

HARAPAN				PERNYATAAN	KENYATAAN			
1	2	3	4		1	2	3	4
				DIMENSI TANGIBLE (DAPAT DILIHAT/DIRASA)				
				Faktor keamanan dan kenyamanan di lingkungan UGD				
				Kelengkapan, kesiapan dan kebersihan alat-alat yang dipakai				
				Keadaan fisik (kebersihan, kerapihan, kenyamanan) ruangan				
				DIMENSI RELIABILITY (KEHANDALAN)				
				Waktu pelayanan sesuai dengan jam pelayanan				
				Kesediaan dokter ketika dibutuhkan				
				Penguasaan keterampilan dokter pada tugasnya				
				Kemampuan petugas melayani pasien				
				DIMENSI RESPONSIVENESS (KETANGGAPAN)				
				Kemudahan dalam proses administrasi				
				Pendaftaran dilaksanakan dengan cepat				
				Prosedur pendaftaran tidak berbelit-belit				
				Kemampuan dokter dalam berkomunikasi dengan pasien				

				Kecepatan petugas dalam menangani pasien				
				DIMENSI ASSURANCE (JAMINAN)				
				Keramahan petugas dalam melayani pasien				
				Keramahan petugas kepada pasien				
				Perhatian dan keramahan dokter kepada pasien				
				DIMENSI EMPHATY (MEMAHAMI KEADAAN PASIEN)				
				Kemampuan petugas UGD dalam mengatasi masalah tanpa membedakan pasien				

III. Saran – saran untuk perbaikan UGD RS :

1.
2.
3.
4.
5.
6.
7.
8.

CHECK LIST (FORMULIR ISIAN)**Jumlah SDM UGD RS Bhineka Bakti Husada**

No.	SDM UGD	Jumlah (Orang)
1.	Kepala UGD	
2.	Dokter UGD	
3.	Kaur IGD	
4.	Sarana Pencatatan / Pelaporan	
5.	Askep	
6.	Informasi	
7.	Perawat	
	Total	

Tenaga Perawat UGD RS Bhineka Bakti Husada

No.	Jenis Tenaga	Tahun 2007		Jumlah
		Tetap	Kontrak	
1.				
2.				
	Jumlah			

Kompetensi Dokter RS Bhineka Bakti Husada

Kompetensi Dokter	Jumlah Tenaga (Orang)
PPGD	
EKG	
ATLS	

Kapasitas Tempat Tidur RS Bhineka Bakti Husada

No	Nama Ruang	Jumlah Tempat Tidur	Ket
1	Triage		
2	Non Bedah		
3	Observasi		
4	Resusitasi		
5	Tindakan		

CHECK LIST (FORMULIR ISIAN)

Ruangan UGD RS Bhinneka Bakti Husada

No	Nama Alat	Sudah Ada	Belum Ada	Jumlah	Kurang Memadai
1	Ruang Triage				
2	Ruang Non Bedah				
3	Ruang tindakan / Bedah				
4	Ruang Observasi				
5	Ruang Resusitasi				
6	Ruang Nurse Station				
7	Ruang Dokter				
8	Ruang tunggu pasien				
9	Ruang Spoel hok				
10	Kamar mandi obs				

Listrik dan Telpon UGD RS Bhinneka Bakti Husada

No	Nama Alat	Sudah Ada	Belum Ada	Jumlah	Kurang
1	Lampu Tindakan				
2	AC				
3	Telpon				
4	Amplie				
5	Lampu Emergency				

Alat Kesehatan UGD RS Bhinneka Bakti Husada

No	Nama Alat	Sudah Ada	Belum Ada	Jumlah	Kurang
1	Minor Set				
2	Laringoscopi Set				
3	Diagnostik set				
4	Monitor ECG				
5	DC syok				
6	Sterilisator				
7	Suction				

Material UGD RS Bhinneka Bakti Husada

No	Nama Alat	Sudah Ada	Belum ada	Jumlah	Kurang
1	Blancar Pasien				
2	Tempat tidur				
3	Tiang Infus				
4	Troli Emergency				

CHECK LIST (FORMULIR ISIAN)

Daftar Nama Obat dan Alat Kesehatan di Unit Gawat Darurat RS Bhineka Bakti

Husada

No	Nama Obat atau Alat Kesehatan	No	Nama Obat atau Alat Kesehatan
1		35	
2		36	
3		37	
4		38	
5		39	
6		40	
7		41	
8		42	
9		43	
10		44	
11		45	
12		46	
13		47	
14		48	
15		49	
16		50	

CHECK LIST (FORMULIR ISIAN)

Jumlah Kematian Pasien di UGD RS Bhineka Bakti Husada

No.	Bulan	Meninggal di UGD		Kjg UGD & P.Umum*	D.O.A
		Jml	%		
1	Jan				
2	Feb				
3	Mar				
4	Apr				
5	Mei				
6	Jun				
7	Jul				
8	Ags				
9	Sept				
10	Okt				
11	Nov				
12	Des				
	Jumlah				

Kecenderungan Pasien Pada Instalasi Gawat Darurat -- Umum RS Bhineka Bakti Husada

Jenis Pelayanan	Data Kegiatan (Pasien)				Vol. Kegiatan Rata-rata / th	% kenaikan 2006-7	Trend
	2004	2005	2006	2007			
UGD							
Umum							
Jumlah							

CHECK LIST (FORMULIR ISIAN)

**Jumlah Rujukan UGD Berdasarkan Pengelompokan Usia dan Penyebab Merujuk
Periode Januari s.d. Desember 2007 RS Bhineka Bakti Husada**

Bulan	Jumlah Rujukan*	Anak		Dewasa		Alasan Merujuk		
		Bedah	Non Bedah	Bedah	Non Bedah	TT Penuh	Penyakit Berat/ Fasilitas	APS
Januari								
Februari								
Maret								
April								
Mei								
Juni								
Juli								
Agustus								
September								
Oktober								
November								
Desember								
Total								

Lampiran 3

Rumah Sakit Bhineka Bakti Husada Jl.Cabe Raya no.17 Tangerang	TRIASE		
PROSEDUR TETAP PELAYANAN IGD	Nomor Dokumen :	Nomor Revisi :	Halaman :
	Tanggal Terbit :	Ditetapkan Direktur : Dr. Gatot Soeryo K, MM	
Pengertian	Suatu prosedur dalam menangani pasien IGD di tempat triase		
Tujuan	Untuk menjamin kecepatan bertindak sesuai dengan prioritas kegawatan penyakitnya		
Kebijakan	IGD harus bertindak cepat untuk keselamatan jiwa pasien		
Prosedur	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien diterima oleh perawat, dan dokter menentukan jenis dan tingkat kegawatan penyakitnya. 2. Pasien didorong ke tempat pemeriksaan yang sesuai dengan jenis dan tingkat kegawatan penyakitnya. 3. Keluarga/ pengantar diberitahu agar mendaftarkan pasien ke Tempat Pendaftaran Pasien, untuk mendapatkan kartu berobat. <p>Dalam keadaan bencana/disaster, triase menggunakan labelisasi dengan cara sebagai berikut :</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Label hijau : tidak gawat darurat (tindakan ringan dapat pulang) ➤ Label kuning : darurat tidak gawat (membutuhkan pertolongan cepat) ➤ Label merah : gawat darurat (pertolongan segera, nyawa terancam, perlu resusitasi) ➤ Label hitam : Meninggal <p>Label putih : pasien yang tergolong penyakit terminasi (kanker stadium IV)</p>		
Unit terkait	Bagian Pendaftaran		

Rumah Sakit Bhineka Bakti Husada Jl.Cabe Raya no.17 Tangerang	PROSEDUR PENGATURAN DOKTER JAGA IGD		
PROSEDUR TETAP PELAYANAN IGD	Nomor Dokumen :	Nomor Revisi :	Halaman :
	Tanggal Terbit :	Ditetapkan Direktur : Dr. Gatot Soeryo K, MM	
Pengertian	Suatu prosedur dalam mengatur jadwal dokter jaga IGD		
Tujuan	Untuk kelancaran pelayanan dan kepuasan pasien		
Kebijakan	IGD buka 24 jam setiap hari dengan dokter dan perawat jaga "on site" dan dokter konsulen jaga "on call"		
Prosedur	<ol style="list-style-type: none"> 1. Dokter jaga bertugas sesuai dengan jadwal jam kerja yang telah ditentukan, yaitu : <ul style="list-style-type: none"> Pagi : Pukul 08.00 – 16.00 WIB Sore : Pukul 16.00 – 21.00 WIB Malam : Pukul 21.00 – 08.00 WIB 2. Dokter jaga diatur setiap bulan oleh koordinator dokter jaga dan diketahui oleh kepala IGD 3. Tugas dokter jaga memberikan pelayanan kepada pasien yang datang ke IGD selama 24 jam "on site" 4. Perawat jaga bertugas sesuai jam kerja yang ditentukan bidang keperawatan 5. Perawat jaga diatur oleh kepala perawatan IGD dan diketahui oleh kepala IGD 6. Tugas perawat jaga adalah membantu dokter jaga dan memberi PROSEDUR TETAP PELAYANAN IGD kepada pasien yang datang ke IGD "on site" 7. Dokter konsulen jaga diatur oleh Bidang Pelayanan Medis, bertugas on call bila diperlukan oleh dokter jaga IGD untuk konsultasi pasien 		
Unit Terkait	<ol style="list-style-type: none"> 1. IGD 2. Bagian Keperawatan 3. Bidang Pelayanan Medis 		

Lampiran 5

Rumah Sakit Bhineka Bakti Husada Jl.Cabe Raya no.17 Tangerang	TANGGUNG JAWAB DOKTER DI IGD		
PROSEDUR TETAP PELAYANAN IGD	Nomor Dokumen :	Nomor Revisi :	Halaman :
	Tanggal Terbit :	Ditetapkan Direktur : Dr. Gatot Soeryo K, MM	
Pengertian	Suatu penjelasan tentang tanggung jawab dokter di IGD		
Tujuan	Sebagai pedoman tanggung jawab dokter dalam menjalankan Profesinya		
Kebijakan	Tanggung jawab dokter di IGD adalah tugas-tugas yang harus dilaksanakan dokter di IGD untuk melaksanakan pelayanan dan kewenangan yang harus dikerjakan di IGD		
Tanggungjawabnya	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mengutamakan keselamatan jiwa pasien 2. Mendahulukan penderita gawat darurat 3. Memahami EKG dasar, setidaknya kelainan yang memerlukan penanganan segera/mengancam nyawa. 4. Memahami kegawatdaruratan lainnya 5. Bersikap dan bertindak demi nama baik RS yaitu benar, ramah, informatif, tegas, dan bijaksana 6. Memberitahukan keadaan pasien yang kritis di IGD kepada keluarganya serta memberikan keterangan tentang tindakan yang akan dilakukan 7. Memberikan obat-obatan yang dianjurkan dalam standar RSBBH 8. Menulis status pasien : Anamnesa, Pemeriksaan fisik dan penunjangnya, Diagnosis, Terapi (nama obat, dosis dan jumlahnya), serta nama jelas dan tanda tangan. 9. Mengikuti kegiatan-kegiatan ilmiah yang diadakan RS 10. Melaporkan hal-hal penting/khusus kepada direktur bila hal tersebut dianggap perlu 		
Unit Terkait	Dokter IGD		

Lampiran 6

Rumah Sakit Bhineka Bakti Husada Jl.Cabe Raya no.17 Tangerang	SURAT IZIN TINDAKAN MEDIK DI INSTALASI GAWAT DARURAT		
PROSEDUR TETAP PELAYANAN IGD	Nomor Dokumen :	Nomor Revisi :	Halaman :
	Tanggal Terbit :	Ditetapkan Direktur : Dr. Gatot Soeryo K, MM	
Pengertian	Suatu prosedur yang dilakukan untuk meminta persetujuan dari pihak keluarga / pasien sebelum melakukan tindakan		
Tujuan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Sebagai acuan dalam melakukan tindakan medik di IGD 2. Sebagai aspek legalitas di dalam tuntutan hukum 		
Kebijakan	Dijelaskan oleh dokter kepada pasien yang akan dilakukan tindakan invasif		
Langkah-langkah	<ol style="list-style-type: none"> 1. Perawat / Dokter mempersiapkan formulir tindakan medis 2. Dokter menginformasikan tentang informed consent 3. Pasien / keluarga mengerti dan mengisi formulir tindakan medis dan menandatangani form tersebut 4. Dokter menandatangani form tindakan sebagai penanggung jawab medik 5. Perawat IGD menandatangani sebagai saksi 6. Perawat melampirkan form tindakan medis di status pasien 7. Bila pasien / keluarga tidak menandatangani form tersebut maka tindakan tidak bisa dilakukan 8. Bila pasien dalam kondisi sendiri dan tidak dapat menandatangani form tersebut karena kelemahan fisik dan lainnya maka dokter IGD sebagai penanggung jawab (manager on duty) di dalam memberikan keputusan terhadap pasien. 		
Unit Terkait	IGD, pasien dan keluarga pasien		

Rumah Sakit Bhineka Bakti Husada Jl.Cabe Raya no.17 Tangerang	PROSEDUR PELAYANAN AMBULANCE EMERGENCY		
PROSEDUR TETAP PELAYANAN IGD	Nomor Dokumen :	Nomor Revisi :	Halaman :
	Tanggal Terbit :	Ditetapkan Direktur : Dr. Gatot Soeryo K, MM	
Pengertian	Suatu prosedur dalam pelayanan ambulance emergency		
Tujuan	Sebagai acuan dalam pelayanan penggunaan ambulance agar pelayanan pasien gawat darurat dilakukan secara optimal		
Kebijakan	Sarana transportasi pasien dari atau ke rumah sakit		
Prosedur	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pelayanan ambulance selama 24 jam terbagi dalam 3 shift jaga 2. Ambulance dipergunakan untuk mengantar atau merujuk pasien dari Rumah Sakit Bhineka Bakti Husada ke rumah sakit lain atas dasar kebutuhan, instruksi dokter atau permintaan pasien/ keluarganya. 3. Ambulance dapat menjemput pasien dari rumah ke rumah sakit Bhineka Bakti Husada atau mengantarkan pasien pulang ke rumah 4. Ambulance dikemudikan oleh sopir dari RSBBH 5. Pembayaran sewa ambulance dilakukan di kasir dengan membawa blanko pembayaran 6. Sopir mencatat pemakaian ambulance pada buku pemakaian ambulance 7. Pemakaian ambulance diketahui oleh kepala IGD atau dokter jaga IGD 		
Unit Terkait	<ol style="list-style-type: none"> 1. IGD 2. Bagian Kendaraan/ambulance 3. Bagian keuangan/kasir 		