



UNIVERSITAS INDONESIA

**ANALISIS KINERJA INSTALASI GAWAT DARURAT RUMAH
SAKIT UMUM DAERAH TARAKAN DENGAN PENDEKATAN
BALANCED SCORECARD
TAHUN 2008**

Tesis

Oleh :
DARUL AMANY
NPM : 0606139344

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

DEPOK, 2008



UNIVERSITAS INDONESIA

**ANALISIS KINERJA INSTALASI GAWAT DARURAT RUMAH
SAKIT UMUM DAERAH TARAKAN DENGAN PENDEKATAN
BALANCED SCORECARD
TAHUN 2008**

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

Oleh :
DARUL AMANY
NPM : 0606139344

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

DEPOK, 2008

PROGRAM STUDI KAJIAN ADMINISTRASI RUMAH SAKIT
Tesis, Juli 2008

Darul Amany, NPM. 0606139344

**Analisis Kinerja Instalasi Gawat Darurat Rumah Sakit Umum Daerah Tarakan
Dengan Pendekatan *Balanced Scorecard* Tahun 2008**

x + 99 halaman, 21 tabel, 8 gambar, 4 lampiran

ABSTRAK

Rumah Sakit Umum Daerah Tarakan merupakan salah satu RSUD yang mempunyai potensi untuk berkembang dalam menghadapi era globalisasi, Instalasi Gawat Darurat sebagai pintu masuk pasien yang paling besar di Rumah Sakit Daerah Tarakan. Oleh sebab itu perlu adanya pengukuran kinerja secara komprehensif IGD di RSUD Tarakan Tahun 2008. Untuk mengukur kinerja secara komprehensif dapat menggunakan pendekatan *Balanced Scorecard*. Mengukur kinerja dengan menggunakan *Balanced Scorecard* dapat memberikan informasi secara menyeluruh terhadap kinerja program yang dijalankan., baik itu keberhasilan program maupun kendala-kendala yang dihadapi dalam kegiatan. Dimana terdapat empat perspektif *Balanced Scorecard* yang dikaitkan dengan visi dan misi organisasi, yaitu perspektif finansial, perspektif pelanggan, perspektif proses bisnis internal dan perspektif pembelajaran dan pertumbuhan karyawan, manajemen dan organisasi.

Penelitian ini dilakukan di Instalasi Gawat Darurat Rumah Sakit Umum Daerah Tarakan pada bulan April sampai Juni 2008. Penelitian ini menggunakan metode studi kasus dengan pendekatan kualitatif dan kuantitatif untuk mengetahui gambaran kinerja IGD RSUD Tarakan berdasarkan empat perspektif dalam *Balanced Scorecard* yaitu perspektif keuangan, perspektif pelanggan, perspektif proses bisnis internal dan perspektif pembelajaran dan pertumbuhan. Populasi adalah seluruh pasien yang berkunjung ke RSUD Tarakan pada bulan April dan Juni 2008, sampel diambil secara *random sampling* terhadap pasien yang berkunjung ke IGD RSUD Tarakan dengan menggunakan alat ukur kuesioner. Pendekatan kualitatif dilakukan dengan metode *In-depth interview*, telaah dokumen dan observasi. *In-depth interview* dilakukan dengan Kepala IGD, Kepala Perawat IGD, Dokter jaga IGD dan perawat

IGD sebagai informannya, telaah dokumen terhadap data keuangan IGD sedangkan metode observasi terhadap *respon time* pelayanan oleh petugas IGD.

Dari hasil penelitian diperoleh gambaran bahwa perspektif pembelajaran dan pertumbuhan masih kurang baik karena masih kurangnya komitmen petugas IGD terhadap pelayanan yang dilakukan di IGD di sebabkan kurangnya sosialisasi Standar Pelayanan Minimal di IGD, masih ada ketidak puasan karyawan IGD terhadap reward gaji yang diterima dan ketidak puasan terhadap sistem pengembangan karier di IGD, perspektif proses bisnis internal tentang respon time belum memenuhi standar Depkes, perspektif pelanggan tentang kepuasan pelanggan masih dibawah standar Depkes yaitu < 70 % sedangkan perspektif keuangan tingkat pertumbuhan pendapatan secara keseluruhan terjadi peningkatan sebesar 9,43 % dari tahun 2006 ke tahun 2007.

Untuk itu diharapkan kepada pihak manajer RSUD Tarakan serta Kepala IGD untuk melakukan sosialisasi Standar Pelayanan Minimal (SPM) kepada seluruh tenaga yang bertugas di IGD serta meningkatkan komitmen tenaga di IGD dalam memberikan pelayanan yang bermutu terhadap pasien dengan menjalankan SPM yang telah ditetapkan oleh Depkes RI, dan menggunakan hasil penelitian yang didapat sebagai dasar untuk melakukan evaluasi kinerja selanjutnya di Instalasi Gawat Darurat dan menerapkannya ke dalam manajemen rumah sakit demi tercapai Visi dan Misi rumah sakit yang baru.

Daftar bacaan : 30 (1994 – 2007)

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

Thesis, July 2008

Darul Amany, NPM. 0606139344

**PERFORMANCE ANALYSES OF EMERGENCY ROOM (ER) OF TARAKAN
DISTRICT GENERAL HOSPITAL (TDGH) WITH A BALANCED SCORECARD
APPROACH, 2008**

x + 99 pages, 21 tables, 8 figures, 4 appendices

ABSTRACT

Tarakan District General Hospital (TDGH) is one of a district general hospital which has a potency to expand and develop in order to deal with the globalization era. It has widely known that the ER is the main entrance of receiving patients at the hospital. Therefore, there is a need for a comprehensive measurement on the performance of the ER at TDGH in 2008, using the Balanced Scoreboard approach. This approach will give the entire information of the performance of program conducting at the ER, whether its successful or problems found as the program has applied.

There are four perspectives that included at the Balanced Scorecard related to the vision and mission of the organization, they are: perspective of finance, perspective of client, perspective of internal business process, and perspective of employee, management and organization experience and development.

The study is conducted at the ER of TDGH in the period of April to June 2008, using a study case design with a qualitative and quantitative approach, in order to know the description of performance at the ER of Tarakan DGH, based on four perspectives of Balanced Scorecard. The population is all patients who visit to the Tarakan DGH in the month of April to June 2008. Sample is taken by a simple random sampling and interviewed with a structured questionnaire. For qualitative approach, an in-depth

interview is conducted, as well as a documents exploration and observation toward the ER. The in-depth interview is carried out toward informants, i.e. the Head of the ER, Head of nurse of the ER, doctor in charge of the ER and the nurse of the ER. Finance data is obtained from the documents exploration, and observation is taken toward service response time by the ER providers.

The study found that the perspective on the experience and development is poor, as the commitment of the ER providers in giving the services is still low. This because of the socialization of the Minimum Service Standard at the ER is not so good. Some employee still dissatisfy with the reward they have and also with the development career system at the ER. The perspective of the internal business process on the response time is not fulfilling the MoH criteria of standards. Perspective of client on service satisfaction is still below MoH standard, less than 70%. Of the perspective of finance, the income growth rate in overall is increase 9.43% from the year 2006 to 2007.

Therefore, it is expected that the management of the Tarakan DGH and the Head of the ER will carried out the socialization of the Minimum Service Standard (MSS/SPM) to all health providers of the ER, and increasing the commitment among providers at the ER to address a good services by applying SPM determined by the MoH. It is also expected that the result of the study will be using for the base of the advance performance evaluation at the ER and implemented in to the hospital management board, and hoped that the new visions and missions of the hospital are reached.

Reference: 30 (1994 – 2007)

PERNYATAAN PERSETUJUAN

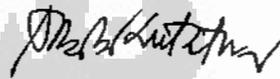
Tesis dengan judul

**ANALISIS KINERJA INSTALASI GAWAT DARURAT RUMAH
SAKIT UMUM DAERAH TARAKAN DENGAN PENDEKATAN
BALANCED SCORECARD
TAHUN 2008**

Telah disetujui, diperiksa dan dipertahankan dihadapan Tim Penguji Tesis Program
Pasca Sarjana Fakultas Kesehatan masyarakat Universitas Indonesia

Depok, 18 Juli 2008

Pembimbing Tesis

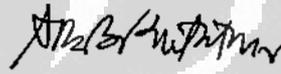


(dr. Adang Bachtiar, MPH, DSc)

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

Depok, 18 Juli 2008

Ketua



(dr. Adang Bachtiar, MPH, DSc)

Anggota



(Amila Megraeni, SE, MBA)



(dr. Soetirto Basuki, Spkk, Mkes)

SURAT PERNYATAAN

Yang bertanda tangan dibawah ini, saya :

Nama : DARUL AMANY
NPM : 0606139344
Program Studi : Kajian Administrasi Rumah Sakit
Kekhususan : Kajian Administrasi Rumah Sakit
Angkatan : 2006
Jenjang : Magister

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

**ANALISIS KINERJA INSTALASI GAWAT DARURAT RUMAH SAKIT
UMUM DAERAH TARAKAN DENGAN PENDEKATAN *BALANCED
SCORECARD* 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, 18 Juli 2008

(DARUL AMANY)

RIWAYAT HIDUP

Nama : Darul amany
Tempatr/Tanggal Lahir : Gandapura, 19 Juli 1971
Alamat : Komplek Pondok Citayam Permai, Blok BV no 4
Bojong Gede, Bogor
Status Keluarga : Menikah
Alamat Instansi : Jl. Merdeka No 10 kota Singkil, Aceh Singkil, NAD

Riwayat Pendidikan :

1. SD Negeri 2 Lhokseumawe, lulus tahun 1985
2. SMP Negeri 2 Lhokseumawe, lulus tahun 1988
3. SMA Negeri 1 Lhokseumawe, lulus tahun 1991
4. Fakultas Kedokteran Universitas Islam Sumatera Utara, lulus tahun 2003

Riwayat Pekerjaan :

1. Tahun 2003 - 2005 : Dokter Puskesmas Kecamatan Pulau banyak, Aceh Singkil NAD
2. Tahun 2005 – 2006 : Kepala Puskesmas Singkil Kota

KATA PENGANTAR

Bismillahirrahmannirrahim

Puji syukur kita panjatkan kehadirat Allah SWT atas segala rahmat dan karunia-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan Tesis ini dengan judul **“Analisis Kinerja Instalasi Gawat Darurat Rumah Sakit Umum Daerah Tarakan dengan pendekatan *Balanced Scorecard* Tahun 2008”**

Terima kasih yang sebesar-besarnya penulis sampaikan dengan penuh rasa hormat kepada Dr. Adang Bachtiar, MPH, DSc selaku pembimbing yang dengan segala kesibukannya masih sempat meluangkan waktu kepada penulis dalam memberikan bimbingan, arahan, saran dan dukungan yang diperlukan penulis untuk perbaikan tesis ini, walaupun penulis tahu tesis ini masih jauh dari harapan beliau tetapi inilah yang mampu penulis berikan.

Penulis juga mengucapkan terima kasih kepada :

1. Dra. Dumilah Ayunigtyas, MARS selaku penguji atas saran-sarannya yang sangat berharga dan dukungan semangat yang beliau berikan kepada penulis.
2. dr. Mieke savitri, Mkes selalu penguji hasil yng sangat banyak memberikan arahan dalam perbaikan tesis ini.
3. Amila Megraini, SE, MBA Selaku penguji tesis yang telah banyak memberikan masukan dan saran untuk perbaikan tesis ini.
4. Dr.Soetirto Basuki, Spkk, Mkes selaku penguji luar yang mewakili RSUD Tarakan

5. Badan Rehabilitasi dan Rekonstruksi NAD-Nias dan komite BRR sebagai penyandang dana selama penulis mengikuti pendidikan pasca sarjana di FKM UI
6. Seluruh Pengajar Program Pasca Sarjana Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia, yang telah memberikan tambahan ilmu pengetahuan kepada penulis sehingga memperkaya wawasan bagi penulis dalam menyelesaikan tesis ini.
7. Kepada seluruh Staf IGD RSUD Tarakan yang selama ini telah menerima penulis untuk bisa bergabung di IGD selama penulis mengambil data untuk keperluan tesis.
8. Kepada teman – teman KARS Azwir, Iskandar, Ade, Ita, Ami, Saiful, Sariaman, Lina, Faisal dan Iswadi yang selama ini telah banyak membantu dalam penyelesaian tesis ini.
9. Kepada teman – teman mahasiswa aceh yang tidak bisa penulis sebutkan satu persatu, semoga kebersamaan kita akan tetap terjalin sampai di daerah nanti.
10. Semua pihak yang telah membantu penulis dalam penyusunan tesis ini yang tak mungkin disebutkan satu persatu.

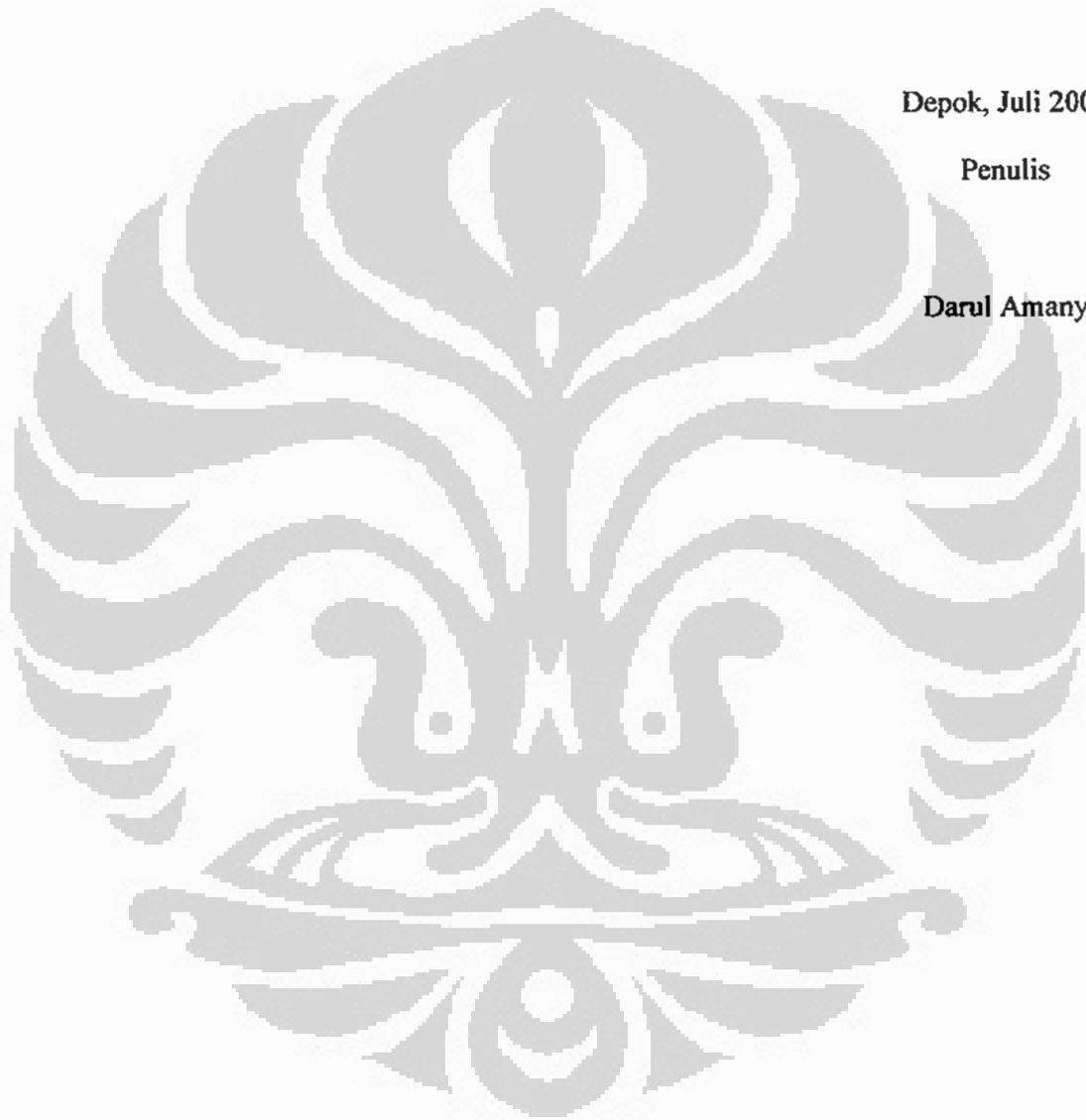
Tidak lupa pula terima kasih kepada ayahanda tercinta Drs. H. Ghazali AGani dan ibunda tersayang Dra. Hj. Safiah Hasan yang selama ini terus memberi semangat kepada penulis untuk tetap bertahan dan bersabar dalam menempuh pendidikan, teristimewa kepada istri tercinta Yohana Maya Syahputri yang selama ini dengan tabah menunggu dan memberikan dukungan kepada penulis agar tesis ini selesai dengan tepat waktu.

Akhir kata penulis menyadari bahwa tesis ini masih jauh dari kesempurnaan oleh sebab itu segala kritik dan saran sangat penulis harapkan untuk kesempurnaan tesis ini sehingga tesis ini dapat bermanfaat bagi pembaca.

Depok, Juli 2008

Penulis

Darul Amany



DAFTAR ISI

Judul	Halaman
ABSTRAK	
HALAMAN JUDUL	
LEMBAR PERSETUJUAN PEMBIMBING	
LEMBAR PERSETUJUAN PENGUJI	
SURAT PERNYATAAN BEBAS PLAGIAT	
RIWAYAT HIDUP	
KATA PENGANTAR	i
DAFTAR ISI	iv
DAFTAR TABEL	viii
DAFTAR GAMBAR	ix
DAFTAR LAMPIRAN	x
BAB I. PENDAHULUAN	
1.1 Latar belakang	1
1.2 Rumusan masalah	4
1.3 Pertanyaan penelitian	4
1.4 Tujuan penelitian	5
1.4.1. Tujuan umum	5
1.4.2. Tujuan khusus	5
1.5 Manfaat penelitian	5
1.6 Ruang lingkup penelitian	6
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	
2.1 Instalasi/Unit Gawat Darurat	7
2.1.1. Klasifikasi Unit Peayanan Gawat Darurat	9
2.1.2. Ketentuan Umum Unit Gawat Darurat	10

2.1.3. Organisasi dan tata laksana	12
2.2 Standar Pelayanan Gawat Darurat	14
2.2.1. Standar 1. Falsafah dan tujuan	15
2.2.2. Standar 2. Administrasi dan pengelolaan	16
2.2.3. Standar 3. Staf dan Pimpinan	19
2.2.4. Standar 4. Fasilitas dan Peralatan	20
2.2.5. Standar 5. Kebijakan dan prosedur	24
2.2.6. Standar 6. Pengembangan Staf dan Program Pendidikan ..	25
2.2.7. Standar 7. Evaluasi dan pengendalian Mutu	26
2.3 Standar Instalasi Gawat Darurat menurut DEPKES	27
2.3.1 Jenis pelayanan	29
2.3.2 Peralatan Medik	30
2.4 Penjabaran Indikator dalam Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit	33
2.5 Kinerja	39
2.5.1. Pengertian Kinerja	39
2.6 Pendekatan <i>Balanced Scorecard</i> (BSc)	40
2.7 Kepuasan Kerja	45
2.8 Kepuasan Pasien	47

BAB III. GAMBARAN UMUM RUMAH SAKIT

3.1 Sejarah dan Perkembangan	48
3.2 Falsafah, Visi, Misi dan Budaya Kerja RSUD Tarakan	50
3.3 Data Fisik RSUD Tarakan Tahun 2006	51
3.4 Pengelolaan Sumber Daya manusia	57
3.4.1 Berdasarkan Status Kepegawaian	58
3.4.2 Berdasarkan Jenis Ketenagaan	59
3.5 Instalasi Gawat Darurat	60
3.5.1. Ruang Gawat Darurat	60
3.5.2. Kinerja Operasional	60
3.5.3. Ketenagaan di IGD	63

BAB IV KERANGKA KONSEP DAN DEFENISI OPERASIONAL

4.1 Kerangka konsep	65
4.2 Defenisi operasional	67

BAB V. METODE PENELITIAN

5.1 Rancangan penelitian	69
5.2 Lokasi penelitian dan Waktu penelitian	69
5.3 Populasi dan Sampel	69
5.4 Subyek dan Informan	70
5.5 Pengumpulan Data	71
5.6 Tahap pengolahan Data	71
5.7 Analisa Data	72
5.8 Validitas data	73

BAB VI. HASIL PENELITIAN

6.1. Visi dan Misi Instalasi Gawat Darurat	74
6.2. Evaluasi komitmen dan kepuasan kerja sumber daya manusia di Instalasi Gawat Darurat	74
6.2.1 Pendapat terhadap IGD RSUD Tarakan	74
6.2.2. Pendapat terhadap Reward yang di terima di IGD	75
6.2.3. Pendapat terhadap Beban Kerja di IGD RSUD	76
6.2.4 Pendapat Terhadap Proses Peningkatan Kualitas SDM di IGD RSUD Tarakan.....	76
6.2.5. Pendapat Terhadap Kepedulian Atasan Terhadap Karyawan IGD	77
6.2.6. Pendapat Terhadap Sikap Sesama Karyawan di IGD	78
6.3. Evaluasi Pelayanan Pasien	78
6.3.1 <i>Respon Time</i>	78
6.3.2 Rujukan	79
6. 4 Evaluasi Kepuasan Pasien	79
6.4.1 Pelayanan Dokter	80
6.4.2 Pelayanan Perawat	81

6.4.3	Waktu Tunggu Rawat Inap	82
6.4.4	Waktu Tunggu Rujuk	83
6.4.5	Kemudahan Mencapai UGD	84
6.5	Evaluasi Kinerja Keuangan	85

BAB VII. PEMBAHASAN

7.1.	Keterbatasan peneliti	87
7.2.	Analisis Kinerja	88
7.2.1.	Perspektif Pertumbuhan dan Pembelajaran dilihat dari Komitmen dan kepuasan Sumber Daya Manusia di IGD..	88
7.2.2.	Perspektif proses bisnis internal dilihat dari pelayanan pasien di Instalasi Gawat Darurat	91
7.2.3.	Perspektif pelanggan dilihat dari kepuasan pasien IGD ...	92
7.2.4.	Perspektif finansial dilihat dari kinerja keuangan	94

BAB VIII. KESIMPULAN DAN SARAN

8.1.	Kesimpulan	95
8.2.	Saran	96
8.2.1.	Direktur Rumah Sakit	96
8.2.2.	Kepala Instalasi Gawat Darurat	97

DAFTAR PUSTAKA

LAMPIRAN

DAFTAR TABEL

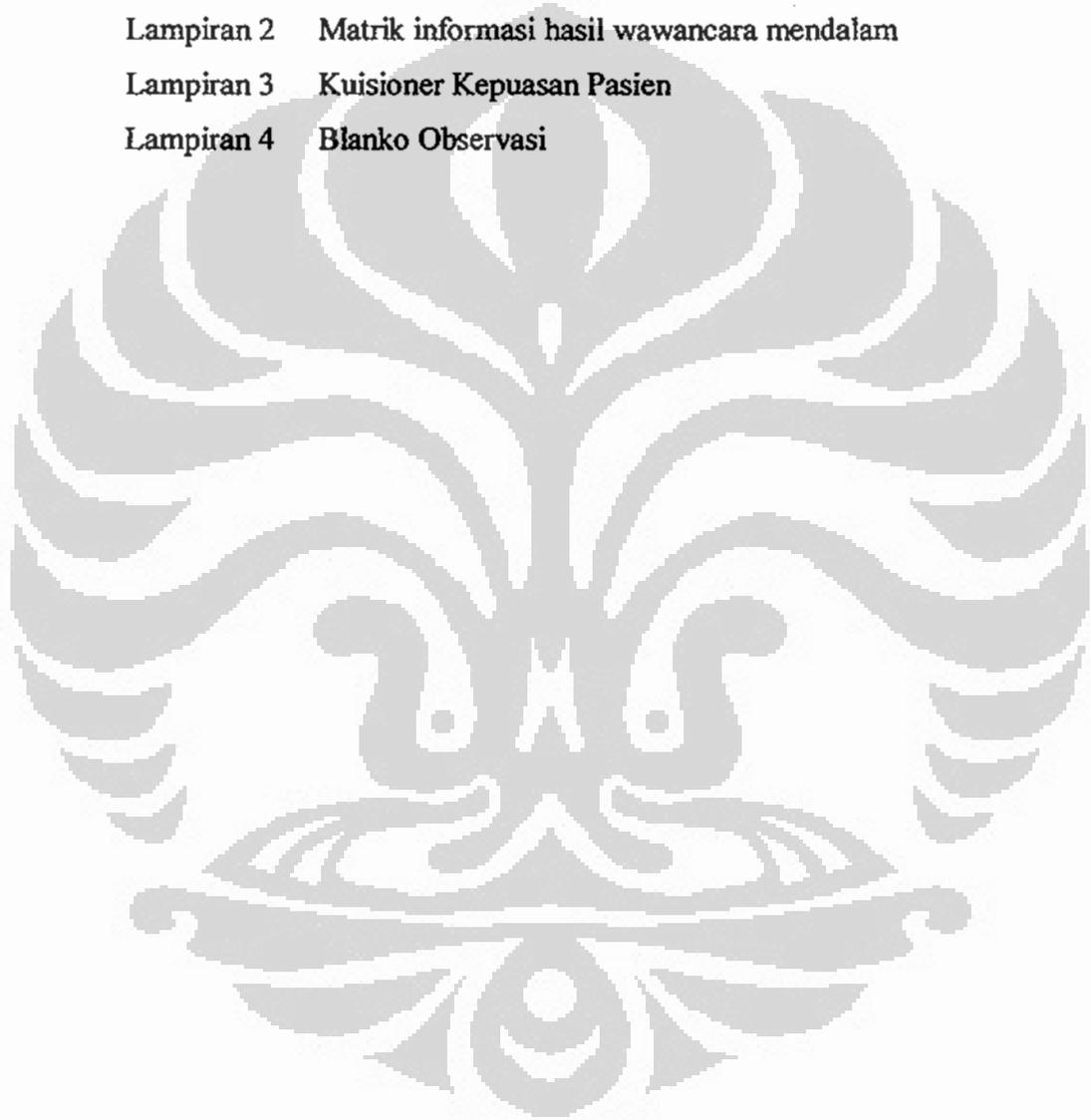
No Tabel	Halaman
2.1. Kemampuan menangani life saving anak dan dewasa di Instalasi Gawat Darurat	33
2.2. Jam buka pelayanan Gawat Darurat	34
2.3. Pemberi pelayanan kegawat daruratan yang bersertifikat	35
2.4. Kecepatan Pelayanan Dokter di Gawat Darurat	36
2.5. Kepuasan Pelanggan pada Gawat Darurat	37
2.6. Kematian Pasien 24 jam di Gawat Darurat	38
3.1. Luas tanah. dan bangunan RSUD Tarakan tahun 1953-2006	52
3.2. Status kepegawaian	58
3.3. Jenis Ketenagaan	59
3.4. Jumlah kunjungan Instalasi Gawat Darurat tahun 2006	60
3.5. Jumlah kunjungan IGD tahun 2005 – 2006	61
3.6. Jumlah kunjungan pasien IGD berdasarkan usia tahun 2006	61
3.7. Data Surveilans pasien DBD tahun 2005-2006	62
6.1. Jumlah pasien dirujuk dan meninggal di IGD Tarakan Th 2006-2007	79
6.2. Distribusi Kepuasan Pasien Terhadap Pelayanan Dokter di IGD RSUD Tarakan Jakarta Pusat Tahun 2008	81
6.3. Distribusi Kepuasan Pasien Terhadap Pelayanan Perawat di IGD RSUD Tarakan Jakarta Pusat Tahun 2008	82
6.4. Distribusi Kepuasan Pasien Terhadap Waktu tunggu Rawat Inap di IGD RSUD Tarakan Jakarta Pusat Tahun 2008	83
6.5. Distribusi Kepuasan Pasien Terhadap Waktu tunggu Rujuk di IGD RSUD Tarakan Jakarta Pusat Tahun 2008	84
6.6. Distribusi Kepuasan Pasien Terhadap Kemudahan Mencapai IGD RSUD Tarakan Jakarta Pusat Tahun 2008	85
6.7. Pendapatan IGD pada tahun 2006	85
6.8. Pendapatan IGD pada tahun 2007	86

DAFTAR GAMBAR

No Gambar	Halaman
2.1 Balanced Scorecard	42
3.1 Struktur Organisasi IGD RSUD Tarakan	63
4.1 Kerangka Konsep	66
6.1 Grafik Histogram pelayanan Dokter	80
6.2 Grafik Histogram pelayanan perawat	81
6.3 Grafik Histogram waktu Tunggu Rawat Inap	82
6.4 Grafik Histogram waktu tunggu Rujuk	83
6.5 Grafik Histogram Kemudahan mencapai IGD	84

DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1 Pedoman wawancara Mendalam
- Lampiran 2 Matrik informasi hasil wawancara mendalam
- Lampiran 3 Kuisisioner Kepuasan Pasien
- Lampiran 4 Blanko Observasi



BAB 1

PENDAHULUAN

1.1. Latar belakang

Perubahan dan tantangan strategis yang mendasar akan dihadapi Indonesia baik eksternal maupun internal dalam memasuki milenium ketiga ini, yang perlu dipertimbangkan dalam melaksanakan pembangunan nasional termasuk pembangunan kesehatan, dalam konteks eksternal, perubahan dan tantangan strategis yang terjadi adalah berlangsungnya era globalisasi, perkembangan teknologi, transportasi, dan telekomunikasi-informasi yang mengarah pada terbentuknya dunia tanpa batas, globalisasi yang ditandai oleh meningkatnya persaingan bebas, mengharuskan setiap komponen bangsa meningkatkan daya saing, sejalan dengan itu demokratisasi, hak asasi manusia dan pelestarian lingkungan hidup telah menjadi tuntutan dunia yang semakin mendesak, keterikatan Indonesia dengan berbagai komitmen internasional seperti *Millennium Development Goals*, *Sustainable Development Principles*, *World Fit for Children* dan agenda-agenda internasional lainnya dibidang kesehatan, perlu dipertimbangkan dalam penyusunan kebijakan dan penyelenggaraan pembangunan kesehatan (SKN, 2004).

Masalah dan tantangan utama adalah bagaimana mengatasi kelemahan-kelemahan institusional yang ada, inti dari semua itu adalah 1) bagaimana meningkatkan mutu sumber daya yang ada, 2) bagaimana menyempurnakan sistem – sistem yang ada di rumah sakit, 3) bagaimana menyempurnakan sarana untuk mendukung manusia dan system, rumah sakit adalah sebagai salah satu sistem yang

di motori oleh manajernya, harus melakukan penyesuaian-penyesuaian sedemikian rupa untuk tetap mampu bertahan dan berkembang.

Rumah sakit merupakan salah satu institusi yang berfungsi dalam menyelenggarakan jasa pelayanan kesehatan kepada masyarakat, pelayanan ini harus bersifat menyeluruh, terpadu, dapat diterima dan terjangkau oleh masyarakat, pelayanan dasar yang harus dimiliki oleh rumah sakit meliputi 5 (lima) pelayanan dasar yaitu : Pelayanan medis, pelayanan keperawatan, pelayanan gawat darurat, pelayanan rekam medis, dan administrasi-keuangan, pelayanan di Instalasi/Unit Gawat Darurat merupakan tolok ukur kualitas pelayanan rumah sakit pada umumnya, unit gawat darurat mempunyai tujuan pelayanan mencegah kematian dan kecacatan pada penderita gawat darurat. (Pedoman Pelayanan Gawat Darurat, Depkes, 1992)

Selama ini para manajer rumah sakit hanya mengukur keberhasilan rumah sakit dengan keberhasilan finansial saja, ukuran finansial merupakan alat pengukuran tradisional yang digunakan oleh sektor swasta, risiko yang timbul dengan menggunakan ukuran finansial saja adalah tidak selalu memberikan gambaran yang akurat tentang arah organisasi dan dapat memimpin organisasi kearah jangka pendek bukan kearah kejangka panjang, Menurut (Kaplan dan Norton, 1992 dalam Gaspersz, 2006) tujuan finansial ukuran yang tidak memadai untuk organisasi pemerintah, Fokus utama pada organisasi pemerintah bukan pada pencapaian tujuan finansial, tetapi lebih berfokus pada pelanggan yang dalam konteks organisasi pemerintah adalah masyarakat pembayar pajak, *Balanced scorecard* menawarkan suatu peta jalan yang sistematis dan komprehensif bagi organisasi – organisasi untuk menerjemahkan pernyataan visi dan misi mereka kedalam sekumpulan ukuran kinerja yang saling berkaitan, ukuran – ukuran ini tidak digunakan untuk

mengendalikan perilaku tetapi untuk mengartikulasikan strategi organisasi, dan membantu menyesuaikan inisiatif individu, lintas departemen, organisasi, demi tercapainya sasaran bersama (Gaspersz, 2006).

Gambaran kunjungan di IGD Tarakan, diketahui bahwa kunjungan non bedah paling banyak yang datang ke IGD yaitu 53,96 %, bedah 21,61% , anak 19,70 % dan yang terakhir adalah kebidanan, yaitu 4,74% , untuk pasien yang dirujuk adalah dengan alasan atas permintaan keluarga pasien atau keterbatasan alat di IGD atau jenis pelayanan yang tidak dapat dilakukan di IGD (Informasi kegiatan RSUD Tarakan ,2006). Ini menunjukkan bahwa instalasi gawat darurat merupakan pintu masuk pasien yang terbesar di rumah sakit tersebut dan untuk meningkatkan pelayanan di unit tersebut maka perlu adanya analisis kinerja di instalasi gawat darurat RSUD Tarakan.

Untuk mengukur kinerja IGD di RSUD Tarakan secara komprehensif ini dapat menggunakan pendekatan *Balanced Scorecard*, karena mengukur kinerja dengan menggunakan *Balanced Scorecard* ini dapat memberikan informasi secara menyeluruh terhadap kinerja program yang dijalankan., baik itu keberhasilan program maupun kendala-kendala yang dihadapi dalam kegiatan. Dimana terdapat empat perspektif *Balanced Scorecard* yang dikaitkan dengan visi dan misi organisasi, yaitu: 1) perspektif finansial, 2) perspektif pelanggan, 3) perspektif proses bisnis internal dan 4) perspektif pembelajaran dan pertumbuhan karyawan, manajemen dan organisasi (Gaspersz, 2005).

1.2. Rumusan Masalah

Berdasarkan fakta yang diuraikan di latar belakang, bahwa belum ada bentuk penilaian kinerja dengan menggunakan analisis *balanced scorecard*. Secara teoritis pelaksanaan suatu program perlu dilaksanakan suatu penilaian untuk mengetahui keberhasilan dan kendala-kendala yang dihadapi oleh program tersebut. Sedangkan Rumah Sakit Umum Daerah Tarakan merupakan salah satu RSUD yang mempunyai potensi untuk berkembang dalam menghadapi era globalisasi, disini peneliti ingin mengukur kinerja Instalasi Gawat Darurat sebagai pintu masuk pasien yang paling besar di Rumah Sakit Daerah Tarakan. Maka rumusan masalah yang didapat dalam penelitian ini adalah belum diketahuinya secara komprehensif gambaran kinerja IGD di RSUD Tarakan Tahun 2008.

1.3. Pertanyaan penelitian

1. Bagaimana gambaran kinerja Instalasi Gawat Darurat RSUD Tarakan yang ditinjau dari perspektif pembelajaran dan pertumbuhan ?
2. Bagaimana gambaran kinerja Instalasi Gawat Darurat RSUD Tarakan yang ditinjau dari perspektif proses bisnis internal ?
3. Bagaimana gambaran kinerja Instalasi Gawat Darurat RSUD Tarakan yang ditinjau dari perspektif pelanggan ?
4. Bagaimana gambaran kinerja Instalasi Gawat Darurat RSUD Tarakan yang ditinjau dari perspektif keuangan ?

1.4. Tujuan Penelitian

1.4.1. Tujuan Umum

Mengetahui secara komprehensif gambaran kinerja Instalasi Gawat Darurat di Rumah Sakit Umum Daerah Tarakan dengan pendekatan *Balanced Scorecard*.

1.4.2. Tujuan khusus

1. Teridentifikasinya gambaran kinerja Instalasi Gawat Darurat RSUD Tarakan ditinjau dari perspektif pembelajaran dan pertumbuhan.
2. Teridentifikasinya gambaran kinerja Instalasi Gawat Darurat RSUD Tarakan ditinjau dari perspektif proses bisnis internal.
3. Teridentifikasinya gambaran kinerja Instalasi Gawat Darurat RSUD Tarakan ditinjau dari perspektif pelanggan.
4. Teridentifikasinya gambaran kinerja Instalasi Gawat Darurat RSUD Tarakan ditinjau dari perspektif keuangan.

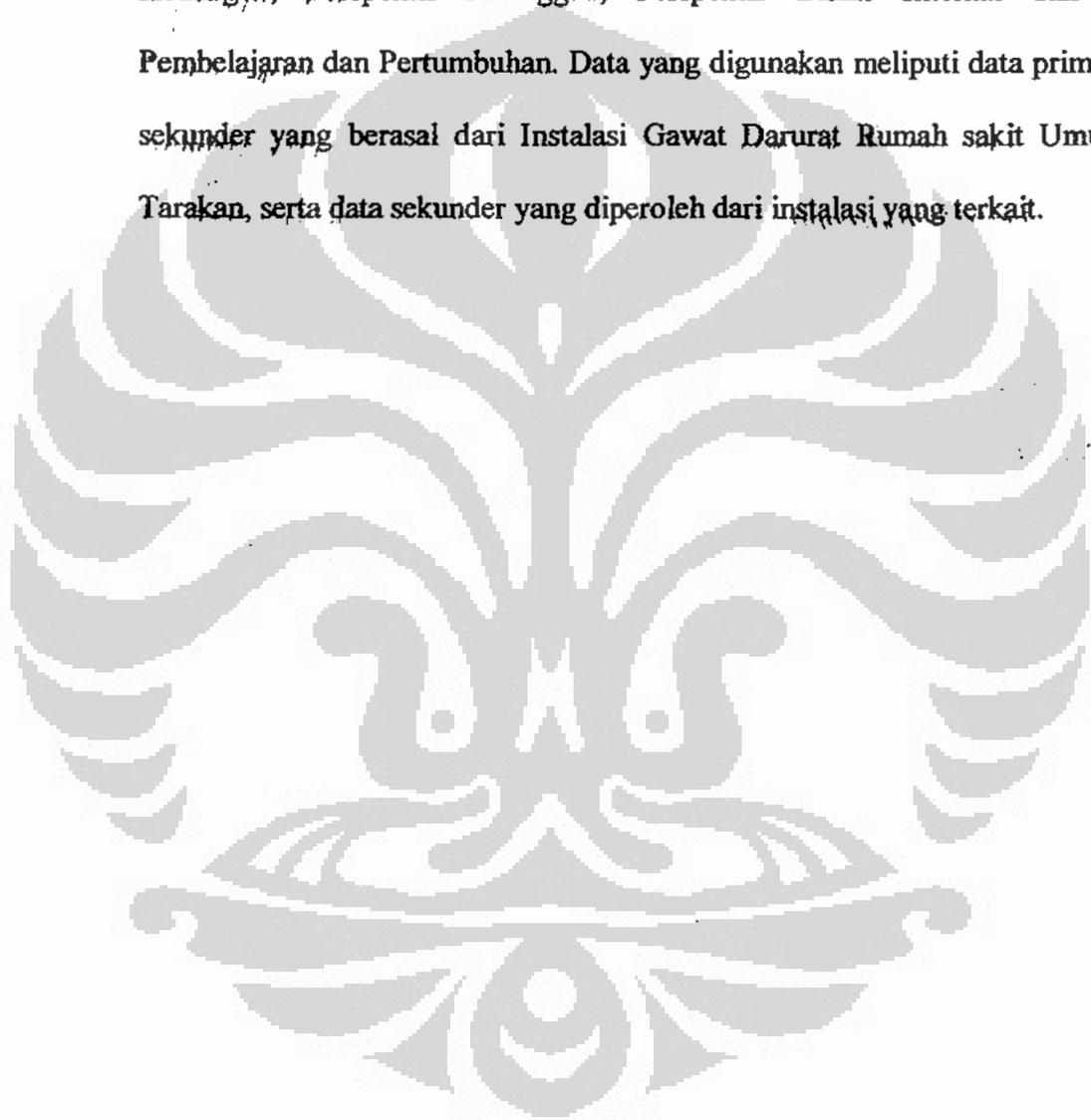
1.5. Manfaat Penelitian

1.5.1 Manfaat Aplikatif

- a. Membantu evaluasi kinerja Instalasi Gawat Darurat Rumah Sakit Umum Daerah Tarakan melalui pendekatan *Balanced Scorecard* yang dapat dijadikan sebagai bahan pertimbangan untuk meningkatkan pelayanan kesehatan di IGD.
- b. Sebagai bahan masukan untuk penilaian kinerja Instalasi Gawat Darurat RSUD Tarakan selanjutnya

1.6. Ruang Lingkup Penelitian

Penelitian dilakukan terhadap Instalasi Gawat Darurat Rumah Sakit Umum Daerah Tarakan, dengan pendekatan *Balanced Scorecard* yang meliputi Perspektif Keuangan, Perspektif Pelanggan, Perspektif Bisnis Internal dan Perspektif Pembelajaran dan Pertumbuhan. Data yang digunakan meliputi data primer dan data sekunder yang berasal dari Instalasi Gawat Darurat Rumah sakit Umum Daerah Tarakan, serta data sekunder yang diperoleh dari instalasi yang terkait.



BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1. Instalasi/Unit Gawat Darurat

Unit/Instalasi Gawat Darurat adalah unit pelayanan dirumah sakit yang memberikan pelayanan pertama pada pasien dengan ancaman kematian dan kecacatan secara terpadu dengan melibatkan berbagai multi disiplin (Depkes,2004).Didalam menjalankan pelayanan di Unit/Instalasi Gawat Darurat yang peka terhadap kedaruratan dan keadaan bencana maka diterapkan Sistem Pelayanan Gawat Darurat Terpadu (SPGDT). SPGDT adalah suatu sistem pelayanan gawat darurat yang terdiri dari unsur, pelayanan pra rumah sakit, pelayanan dirumah sakit dan pelayanan antar rumah sakit, pelayanan berpedoman pada respon cepat yang menekankan pada *time saving is life and limb saving* yang melibatkan pelayanan oleh masyarakat awam umum, awam umum khusus, petugas medis, pelayanan gawat darurat dan sistem komunikasi untuk menyelenggarakan pelayanan terpadu bagi penderita gawat darurat baik dalam keadaan sehari-hari maupun dalam keadaan bencana. Rijadi (1997) membagikan pasien gawat darurat berdasarkan klasifikasinya dibedakan atas:

a. Pasien gawat darurat

Merupakan pasien yang tiba-tiba berada dalam keadaan gawat darurat atau akan menjadi gawat darurat atau terancam nyawanya atau badannya (akan menjadi cacat) bila tidak mendapat pertolongan secepatnya.

b. Pasien gawat tidak darurat

Yaitu pasien berada dalam keadaan gawat tetapi tidak memerlukan tindakan darurat, misalnya kanker stadium lanjut.

c. Pasien darurat tidak gawat

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

d. Pasien tidak gawat tidak darurat

Keadaan pasien tidak mengancam nyawa dan badannya, misalnya pasien dengan *ulcus tropicum*, tbc kulit dan sebagainya.

Pelayanan di Unit/Instalasi Gawat Darurat adalah pelayanan pertama bagi kasus gawat darurat yang memerlukan organisasi yang baik, pembiayaan termasuk sumber pembiayaan, sumber daya manusia yang baik dan terlatih, mengikuti perkembangan teknologi pada pelayanan medis.

Klasifikasi yang membedakan setiap pelayanan di unit gawat darurat di rumah sakit adalah kemampuan dalam melakukan pemeriksaan awal dan penatalaksanaan pasien gawat darurat yang diketahui dengan adanya:

- a. Ketersediaan sumber daya manusia
- b. Ketersediaan fasilitas dan peralatan
- c. Ketersediaan sarana pendukung
- d. Ketersediaan sistem kendali mutu
- e. Ketersediaan fasilitas pendidikan dan pelatihan (Depkes,2004).

2.1.1. Klasifikasi Unit Pelayanan Gawat Darurat

Unit Pelayanan Gawat Darurat ditetapkan sesuai standar klasifikasi tempat pelayanan, diperlukan data jumlah/jenis kunjungan yang diterima sehari-hari dan kesiapan serta kemampuan menangani korban massal.

Klasifikasi unit pelayanan gawat darurat terdiri dari:

a. Unit Pelayanan Gawat Darurat Kelas IV

Yang dimaksud unit pelayanan gawat darurat kelas IV yaitu memiliki dokter subspecialis yang siap panggil (*on-call*), beberapa dokter spesialis yang selalu siap di tempat (*on-site*) bertugas dalam 24 jam, dokter umum yang selalu siap di tempat 24 jam yang memiliki kualifikasi pelayanan *general emergency life support* (GELS) dengan kemampuan memberikan resusitasi dan *stabilisasi airways, breathing, circulation*, serta terapi definitif. Memiliki alat transportasi untuk pasien gawat darurat dan dapat melakukan rujukan dan komunikasi yang siap dalam 24 jam.

b. Unit Pelayanan Gawat Darurat Kelas III

Memiliki dokter spesialis empat besar (dokter spesialis bedah, dokter spesialis penyakit dalam, dokter spesialis anak, dokter spesialis kebidanan) yang siaga ditempat (*on site*) dalam 24 jam, dokter umum siaga ditempat (*on site*) 24 jam yang memiliki kualifikasi medik untuk pelayanan GELS dan mampu memberikan *resusitasi* dan *stabilisasi* dengan masalah ABC untuk terapi definitif serta memiliki alat transportasi untuk rujukan dan komunikasi yang siap 24 jam.

c. Unit Pelayanan Gawat Darurat Kelas II

Memiliki dokter spesialis empat besar yang siap panggil, dokter umum yang siaga di tempat dalam 24 jam yang memiliki kualifikasi pelayanan GELS dan mampu memberikan *resusitasi* dan *stabilisasi* dengan masalah ABC untuk terapi definitif serta memiliki alat transportasi untuk rujukan dan komunikasi yang siap 24 jam.

d. Unit Pelayanan Gawat Darurat Kelas I

Memiliki dokter umum di tempat 24 jam yang memiliki kualifikasi GELS, mampu melakukan resusitasi dan stabilisasi pasien, serta memiliki alat transportasi untuk rujukan dan komunikasi.

2.1.2. Ketentuan Umum Pelayanan Unit Gawat Darurat

- a. Organisasi Unit Pelayanan Gawat Darurat didasarkan pada organisasi multi disiplin, multi profesi dan terintegrasi.
- b. Mempunyai struktur fungsional organisasi UGD yang terdiri dari unsur pimpinan dan unsur pelaksana yang bertanggung jawab dalam melaksanakan pelayanan gawat darurat di unit Pelayanan Gawat Darurat dengan wewenang penuh.
- c. Dalam melaksanakan pelayanan di UGD harus mempunyai alur pelayanan sebagai berikut:
 - 1) Pelayanan Triase(*screening*)
 - 2) Ruang Resusitasi/stabilisasi
 - 3) Ruang observasi sesuai dengan fasilitas dan kemampuan yang tersedia didukung terapi definitif

- 4) Pelayanan rekam medik 24 jam.
- d. Unit pelayanan gawat darurat harus bisa bekerja sama dengan unit pelayanan medis terkait dengan ada diluar maupun di dalam instansi pelayanan tersebut baik pra rumah sakit maupun rumah sakit dalam menyelenggarakan terapi definitif.
- e. Dalam kesiagaan menghadapi bencana
- 1) Mempunyai *disasterplan* yang diberlakukan didalam instansi pelayanan kesehatan maupun jajaran pemerintah daerah serta instansi terkait dalam wilayah tempat pelayanan gawat darurat tersebut berada untuk menagani korban bencana.
 - 2) Mempunyai kerja sama dengan sarana dan fasilitas kesehatan disekitarnya dalam menghadapi keadaan bencana yang terjadi di daerah wilayah kerjanya.
- f. Memiliki sarana penunjang
- 1) Penunjang medis : Radiologi, laboratorium klinik, depo farmasi dan depo penyediaan darah.
 - 2) Penunjang non medis : komunikasi khusus (telepon, radio medik) dan ambulan.
- g. Memiliki personalia yang terampil, ditunjang oleh kemampuan yang diperoleh melalui berbagai pelatihan atau kursus.
- h. Memilii program pelatihan untuk pelayanan gawat darurat sesuai dengan klasifikasi Unit Pelayanan Gawat Darurat Tersebut.(Depkes, 2004)

2.1.3. Organisasi Dan Tata Laksana

Di setiap rumah sakit pada unit pelayanan gawat darurat harus mempunyai:

a. Falsafah dan tujuan

Mempunyai kebijakan berupa surat-surat keputusan tentang:

- 1) Pembentukan unit gawat darurat;
- 2) Tatalaksana di unit pelayanan gawat darurat antara lain, alur pelayanan, tata tertib, standar pelayanan, pembiayaan dan lain-lain;
- 3) Evaluasi dan monitoring.

b. Administrasi dan pengelolaan, pada unit pelayanan gawat darurat harus mempunyai ketentuan tertulis tentang:

- 1) Uraian tugas, struktur organisasi dan personalia;
- 2) Pendataan fasilitas, sarana dan prasarana, dan lain-lain;
- 3) Pelaksanaan koordinasi dengan unit-unit pelayanan terkait baik intern maupun intra pelayanan gawat darurat;
- 4) Disaster plan.

c. Pimpinan dan staf

Pelaksana gawat darurat dipimpin oleh tenaga:

- 1) Pelayanan gawat darurat dipimpin oleh tenaga dengan klasifikasi pelayanan gawat darurat;
- 2) Staf pelaksana pelayanan gawat darurat adalah tenaga fungsional dengan kualifikasi sesuai dengan klasifikasi pelayanan gawat darurat.

d. Lokasi dan fasilitas;

- 1) Lokasi pelayanan gawat darurat mudah di akses langsung oleh masyarakat.

- 2) Pelayanan gawat darurat harus mempunyai fasilitas triase, reusitasi, ruang observasi, pelayan *false emergency*, ruang istirahat petugas, ruang tunggu dan lain-lain.
- 3) Dalam keadaan bencana mudah dilakukan zoning ruangan.
- 4) Mempunyai fasilitas komunikasi dan informasi untuk masyarakat.
- 5) Mempunyai fasilitas untuk *life saving* (alat, obat dan ruangan).

e. Prosedur tetap pelayanan

Pelaksana pelayanan gawat darurat harus mempunyai Standar Operasional Prosedur (SOP), sebagai berikut;

- 1) Kasus perawatan dengan ancaman kematian.
- 2) *True emergency* dengan lima kasus terbanyak.
- 3) Kasus keracunan missal.
- 4) Kasus-kasus khusus seperti: perkosaan, kekerasan pada anak, persalinan normal/tidak normal, kegawatan diruang perawatan.
- 5) Ketentuan-ketentuan khusus yang berhubungan dengan: kegunaan hubungan dengan asuransi, batas-batas tindakan medis, etika dan hukum, pendataan, tanggung jawab dokter pada penanganan kedaruratan.

f. Pelatihan dan peningkatan Sumber Daya Manusia (SDM)

Pelaksanaan pelayanan gawat darurat harus mempunyai kemampuan memberikan pelatihan dengan kualifikasi sebagai berikut;

- 1) Unit pelayanan gawat darurat kelas IV mampu memberikan pelatihan PPGD/GELS dan pendidikan untuk calon dokter spesialis, dokter umum, perawat, awam umum, awam khusus.

- 2) Unit pelayanan gawat darurat kelas III mampu memberikan pelatihan PPGD/GELS untuk dokter, perawat, awam khusus dan awam umum.
- 3) Unit pelayanan gawat darurat kelas II mampu memberikan pelatihan PPGD/ Bantuan Hidup Dasar (BHD) untuk perawat, awam khusus dan awam umum.
- 4) Unit pelayanan gawat darurat kelas I/ pra rumah sakit/puskesmas mampu memberikan pelatihan PPGD pada awam khusus dan awam umum.

g. Standar Operasional Prosedur (SOP)

Tentang program dan pelaksanaan pelatihan bagi tenaga baru maupun penyegaran bagi tenaga lama.

h. Evaluasi dan kendali mutu

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

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

2.2. Standar Pelayanan Gawat Darurat

Dalam buku Manajemen Mutu layanan Kesehatan, Wiyono D (1999), ada 7 (tujuh) standarisasi yang di kemukakan untuk Instalasi Gawat Darurat adalah :

2.2.1. Standar 1. Falsafah dan tujuan

Memberikan pelayanan gawat Darurat dengan standar yang tinggi kepada masyarakat yang menderita penyakit akut dan mengalami kecelakan.

Kriteria

1. Pelayanan harus diselenggarakan dalam 24 jam

Pengertian :

Harus ada petunjuk yang jelas bagaimana mendapatkan pelayanan gawat darurat untuk rumah sakit yang buka hanya pada jam kerja.

2. Pelayanan pasien yang tak darurat tidak boleh mengganggu pelayanan pasien gawat darurat.

3. Unit gawat darurat harus membatasi diri dalam pelayanan gawat darurat saja, (*primary emergency care*), perawatan selanjutnya diatur dibagian lain/tempat lain

Pengertian :

Ditempat pelayanan tertentu pelayanan kasus bedah yang ringan dapat / boleh dilakukan di unit.

4. Unit gawat darurat menyelenggarakan pendidikan pelatihan penanggulangan gawat darurat untuk perawat pegawai rumah sakit dan masyarakat sekitarnya.
5. Penelitian yang berhubungan dengan fungsi gawat darurat dan kesehatan masyarakat yang harus di selenggarakan.

2.2.2. Standar 2. Administrasi dan pengelolaan.

Unit gawat darurat harus sesuai dengan kebutuhan masyarakat dan harus diatur dan dipimpin serta diintegrasikan dengan bagian dan instalasi rumah sakit lainnya.

Kriteria

1. Harus ada dokter yang bertanggung jawab pada pelayanan

Pengertian :

Di rumah sakit yang besar penanggung jawab adalah kepala unit seorang staf senior, dengan unit yang sejajar dengan unit lainnya. Di rumah sakit yang kecil penanggung jawab adalah dokter atau suatu tim dengan dokter sebagai ketua.

2. Harus ada seorang perawat senior dengan kualifikasi berijazah khusus yang mengepalari perawatan gawat darurat.
3. Kerja sama yang erat diperlukan untuk:
 - a. Unit/bagian/instalasi lainnya dari rumah sakit
 - b. Pelayanan ambulan
 - c. Dokter disekitarnya
 - d. Instansi dan pelayanan setempat.
4. Unit harus punya peran utama dalam perencanaan :
 - a. Penanggulangan bencana/disaster
 - b. Penanggulangan kasus-kasus kebakaran
 - c. Penanggulangan henti jantung
5. Semua staf / pegawai harus menyadari dan mengetahui kebijakan dan tujuan dari unit.

Pengertian :

Meliputi kesadaran sopan santun, keleluasaan pribadi (*privacy*), waktu tunggu, bahasa, perbedaan rasial(suku), kepentingan konsultasi dan bantuan sosial dan bantuan keagamaan. Pendekatan terpadu sebagai satu tim sangat penting untuk tercapainya standar perawatan yang tinggi dan pemeliharaan semangat tim perlu selalu dipertahankan.

6. Identifikasi pasien pada saat masuk harus cermat.

Pengertian :

Hal ini di capai dengan sistem penomoran di unit sesuai dengan rekam medis atau memakai penomoran rekam medis sendiri dan pencatatan rekam medis harus disimpan agar dapat digunakan dalam pelaporan dan statistik.

7. Semua pasien yang masuk harus melalui triase

Pengertian :

Triase harus dilakukan oleh dokter atau perawat senior yang berijazah/berpengalaman. Triase sangat penting untuk penilaian kegawatan pasien dan pemberian pertolongan /terapi sesuai dengan derajat kegawatan dan kedaruratan yang dihadapi. Petugas triase juga bertanggung jawab dalam organisasi dan pengawasan penerimaan pasien dan daerah ruang tunggu.

8. Rumah sakit yang memberi pelayanan terbatas pada pasien gawat darurat harus dapat mengatur untuk rujukan ke rumah sakit lain.

Pengertian :

Rumah sakit tersebut harus memberikan pertolongan sesuai dengan indikasi dan kemampuannya yang maksimal, Mengatur transportasi ke tempat rujukan dan memberi tahu rumah sakit rujukan, menyertakan pengawalan yang sesuai

dengan keperluan serta menyertakan semua data klinis yang diperlukan oleh rumah sakit yang dirujuk.

9. Pasien dengan kegawatan yang mengancam nyawa harus selalu diobservasi dan di pantau oleh tenaga trampil dan mampu.

Pengertian:

Pemantauan harus dilakukan dari Instalasi Gawat darurat kebagian lain, dari rumah sakit ke rumah sakit yang lain dan pasien harus didampingi oleh tenaga trampil dan mampu memberikan pertolongan bila timbul kesulitan umumnya pandamping seorang dokter .

10. Tenaga dan cadangan tenaga untuk unit harus diatur dan disesuaikan dengan kebutuhan

Pengertian :

- a. Jadwal jaga harian dan jadwal jaga konsulen dari semua unit harus selalu tepat dan sesuai.
 - b. Pelayanan radiologi, hematologi, biokimia, mikrobiologi dan patologi harus diorganisasi/diatur sesuai kemampuan pelayanan rumah sakit
 - c. Fasilitas penyediaan darah dan reaksi kecocokan darah(*cross matching*) harus tersedia selama 24 jam dan kerja sama dengan PMI
 - d. Harus ada pengaturan penyediaan obat, cairan infus termasuk plasma *expander*, alat dan kain steril, linen, alat sekali pakai dalam jumlah dan jenis yang siap pakai sesuai dengan kebutuhan
11. Pasien yang dipulangkan harus mendapat petunjuk dan penerangan yang jelas mengenai penyakitnya dan pengobatan selanjutnya
 12. Rekam medis harus disediakan untuk setiap kunjungan

Pengertian :

Sistem yang optimum adalah bila rekam medis unit gawat darurat, menyatu dengan rekam medis rumah sakit. Rekam medis harus dapat melayani selama 24 jam, bila ini tidak dapat diselenggarakan setiap pasien harus dibuatkan rekam medis sendiri, rekam medis untuk pasien minimal harus mencantumkan :

- a. Tanggal dan waktu datang
- b. Catatan penemuan klinik, laboratorium dan radiologik.
- c. Pengobatan dan tindakan yang jelas dan tepat waktu serta keluar dari unit gawat darurat
- d. Identitas dan tanda tangan dari dokter yang menangani

13. Unit gawat darurat harus mempunyai struktur organisasi yang tertulis dan pembagian tugas untuk semua petugas, bila diperlukan penilaian dilakukan setiap tiga tahun.

2.2.3. Standar 3. Staf dan pimpinan

Unit gawat darurat dipimpin oleh dokter dan staf yang terdiri dari tenaga medis, para medis perawatan, dan tenaga non medis yang berkualifikasi untuk menjamin dilaksanakannya pelayanan yang telah ditentukan.

Kriteria

1. Tenaga yang bekerja di unit harus sesuai dengan jumlah dan kemampuannya

Pengertian :

- a. Harus selalu ada dokter yang bertanggung jawab setiap waktu bila unit merupakan unit tersendiri. Bila ia tidak berada ditempat harus ada

sistem pengganti yang memadai. Di rumah sakit yang besar atau pendidikan harus selalu ada peserta program dokter spesialis yang minimal tahun ke dua. Bila ada mahasiswa kedokteran yang ikut dalam unit mereka setiap waktu harus didampingi oleh dokter.

- b. Tenaga paramedis perawatan yang bekerja harus berpengalaman/terdidik. Hal ini diperlukan karena sifat pekerjaan dan tugas dalam gawat darurat harus selalu tersedia selama 24 jam.
- c. Kedudukan tenaga non medis seperti tenaga tata usaha, sekretaris , pekerja sosial dan tenaga lainnya harus disesuaikan dengan kebutuhan.

2. Unit harus mempunyai bagian organisasi yang dapat menunjukkan hubungan antara staf medis, paramedis perawatan, para medis non perawatan dan tenaga non medis serta garis otoritas, dan tanggung jawab.
3. Rapat /pertemuan staf secara teratur harus diadakan agar komunikasi berjalan dengan baik dan untuk penilaian pelayanan.
4. Rincian tugas tertulis sejak penugasan harus selalu ada bagi setiap petugas
5. Pada saat mulai diterima sebagai tenaga kerja harus diberikan orientasi dan pengenalan lapangan.
6. Harus ada program penilaian untuk kerja sebagai umpan balik untuk seluruh staf.

2.2.4. Standar 4. Fasilitas dan peralatan

Fasilitas yang disediakan harus menjamin efisiensi bagi pelayan pasien gawat darurat dalam waktu 24 jam terus-menerus.

Kriteria

1. Susunan ruangan dan arsitektur harus dapat menjamin efisiensi pelayanan kegawatan.

Pengertian :

- a. Letak unit harus diberi petunjuk jelas hingga dapat diketahui dari jalan manapun dari dalam rumah sakit .
- b. Tempat pemutaran ambulan harus cukup luas bila mungkin dibawah atap. Tempat penerimaan pasien dari triase harus diletakkan sedemikian rupa hingga dapat melihat dan mengawasi kedatangan ambulan dan tempat brankar. Bila mungkin ruang resusitasi berada dekat dan mudah dicapai dari tempat penerimaan pasien .
- c. Tempat pemeriksaan tempat tidur/brankar harus cukup untuk menerima beban pekerjaan. Harus disediakan ruang yang cukup dan ada tempat tersendiri untuk melakukan resusitasi, perawatan luka, pembidaian, observasi, isolasi untuk kasus infeksi dan ruang perawat.
- d. Daerah yang memang agar disediakan untuk keluarga yang duka dan gelisah.
- e. Besarnya rumah sakit menentukan perlu tidaknya
 - 1) Ruang penyimpanan alat steril, obat cairan infus, alat kedokteran, serta ruang penyimpanan lain .
 - 2) Ruang kantor untuk kepala, staf, perawat dan lain-lain.
 - 3) Ruang pembersihan dan ruang pembuangan.
 - 4) Ruang rapat dan ruang istirahat.
 - 5) Kamar mandi.

- f. Harus tersedia nomor telepon yang cukup. Unit yang besar harus mempunyai system komunikasi didalam unit dan dengan unit/bagian terkait dalam rumah sakit
2. Harus ada pelayanan radiologi yang diorganisasi dengan baik serta lokasinya berdekatan dengan unit gawat darurat.

Pengertian :

Pelayanan radiologi harus dapat dilaksanakan diluar jam kerja. Pelayanan radiologi sangat penting dan dalam unit yang besar harus terletak didalam unit. Harus tersedia ruang untuk membaca foto dan ruang untuk akomodasi staf radiologi.

3. Alat dan instrumen harus berkualitas baik dan selalu tersedia untuk dipakai peralatan ini juga harus tersedia untuk anak

Pengertian :

Peralatan dan obat berikut harus tersedia didalam unit:

- a. Tabung oksigen dengan cukup oksigen untuk terapi dan nebulasi
- b. Alat ventilasi manual yang mampu memberikan 100% oksigen medis
- c. Alat pengisap(suction)
- d. Laringoskop dan pipa endotrakheal
- e. Cairan infus dan set infus serta alat pompa infus
- f. ECG (*elektro cardio grafi*) dengan 12 titik pantau untuk diagnosis
- g. Defibrilator
- h. *Military Anti Shock Trousers* (MAST suit) untuk anak dan dewasa
- i. Jordan frame
- j. Alat untuk pemasangan WSD (*water sealed drainage*)

- k. Set bedah minor
- l. Bidai dan bidai servikal/ leher
- m. Set trakheostomi
- n. Anti bisa ular/tetanus
- o. Obat penyambung nyawa
- p. Respirator
- q. Humidifier
- r. Resusitasi
- s. Pemanas darah
- t. Lemari es untuk menyimpan darah
- u. Alat CVP(*central Venous Pressure*)

2.2.5. Standar 5. Kebijakan Dan Prosedur

Harus ada kebijakan dan prosedur pelaksanaan tertulis diunit yang selalu disempurnakan dan mudah didapat oleh seluruh staf.

Kriteria

1. Buku petunjuk berikan hal-hal sebagai berikut :
 - a. Organisasi dan kebijakan umum
 - b. Triase
 - c. Rujukan
 - d. Prosedur penerimaan pasien
 - e. Cara pembayaran
 - f. Asuransi
 - g. Perkosaan

- h. Penyiksaan anak (*Child abuse*)
- i. Kasus kriminal
- j. Cedera karena kejahatan
- k. Cara pengamanan
- l. Rujukan untuk kasus psikiatri
- m. Pasien tak dikenal
- n. Cara penyediaan kebutuhan obat , rekam medis, radiologi dan lain-lain selama 24 jam
- o. Penyakit yang harus dilaporkan
- p. Tiba mati (*DOA/Death on arrival*)
- q. Otopsi
- r. Visum et repertum
- s. Permintaan oleh yang berwajib untuk barang bukti
- t. Permintaan oleh yang berwajib untuk pengukuran kadar alkohol
- u. Permintaan oleh yang berwajib untuk pengambilan contoh darah
- v. Rahasia jabatan dan rahasia medis
- w. Penulis resep
- x. Permintaan obat narkotik
- y. Penanganan henti jantung
- z. Prosedur bencana di rumah sakit
- â. Prosedur bencana dari luar rumah sakit
- ä. Prosedur dalam pemadaman listrik, kebakaran
- ö. Prosedur adanya ancaman bom, penyanderaan

2. Prosedur medis tertulis disesuaikan kebijakan unit terkait dan kebijakan rumah sakit prosedur ini berisi pula :
 - a. Batas tanggung jawab tiap staf dokter atau unit yang terkait
 - b. Batasan tindakan apa yang dikerjakan di unit gawat darurat
 - c. Penggunaan / pemakaian tempat tidur
 - d. Protokol medis untuk pelaksanaan kasus mengancam nyawa, penyakit /keadaan yang sering dijumpai
 - e. Protokol medis untuk penyakit /keadaan yang jarang di jumpai seperti rabies dan lain-lain.

2.2.6. Standar 6. Pengembangan Staf Dan Program Pendidikan

Unit gawat darurat agar dimanfaatkan untuk pelatihan magang (*in service training*) dan pendidikan berkelanjutan bagi seluruh pegawai.

Kriteria

1. Unit gawat darurat sebagai tempat praktek untuk kebutuhan pendidikan dari mahasiswa kedokteran, peserta program dokter spesialis, dan siswa perawat serta paramedis lain
2. Perlu adanya program orientasi bagi setiap dokter, perawat maupun non medis sebelum mereka mulai bekerja di unit gawat darurat
3. Bila memungkinkan unit mengusahakan agar staf/pegawai dapat menghadiri pertemuan ilmiah yang ada hubungannya dengan fungsi unit
4. Bila memungkinkan unit akan membantu penelitian kedokteran maupun keperawatan

5. Semua pegawai paramedis harus mampu dalam pertolongan hidup dasar(*basic life support*):

- a. Pembebasan jalan nafas dan bantuan pernafasan
- b. Pengendalian perdarahan
- c. Pijatan jantung eksternal
- d. Penggunaan defibrilator

2.2.7 Standar 7. Evaluasi Dan Pengendalian Mutu

Adanya upaya penilaian kemampuan dan hasil unit gawat darurat harus secara terus menerus.

Kriteria ;

1. Harus tersedia data dan informasi untuk upaya penelitian secara berkala

Pengertian :

Pengumpulan statistik harus dibatasi dan disesuaikan dengan kemampuan staf yang mengerjakannya. Statistik yang berguna adalah mengenal jumlah pengunjung, waktu pelayanan, penggunaan pemeriksaan penunjang, pola penyakit/kecelakaan dan angka kematian. Statistik ini harus dinilai secara berkala.

2. Pelaporan tentang kecelakaan harus ditelaah dan dibahas.
3. Unit menyelenggarakan pertemuan berkala.

Pengertian :

Tujuan pertemuan/pembicaraan adalah :

- a. Mengenal masalah yang penting
- b. Melakukan intervensi bila perlu

- c. Menyebarkan informasi tersebut ke seluruh unit
4. Diusahakan penilaian hasil pelayanan medis

Pengertian :

Metode sederhana seperti laporan kasus, penilaian ulang penyakit tertentu dan studi prospektif harus di usahakan

2.3. Standar Instalasi Gawat Darurat menurut Depkes

Kemudian menurut buku standar penyelenggaraan rumah sakit kelas B, C dan D yang dikeluarkan oleh Direktorat Bina Pelayanan Medik Spesialistik Direktorat Jenderal Bina Pelayanan Medik Depkes RI, 2007 bahwa untuk instalasi gawat darurat untuk rumah sakit tipe B mempunyai standar sebagai berikut :

1. Rumah sakit harus menyelenggarakan pelayanan gawat darurat secara terus menerus selama 24 jam 7 hari dalam seminggu.
2. Fasilitas yang disediakan di Instalasi/unit gawat darurat harus menjamin efektifitas dan efisiensi bagi pelayanan gawat darurat dalam waktu 24 jam dan seminggu secara terus menerus.
3. Instalasi/unit gawat darurat secara fungsional tidak terpisah dari unit pelayanan lainnya di rumah sakit.
4. Instalasi/unit gawat darurat harus dikelola dan diintegrasikan dengan instalasi/unit lainnya di rumah sakit.
5. Instalasi/unit gawat darurat harus dipimpin oleh dokter, dibantu oleh tenaga medik, keperawatan dan tenaga lain yang telah memperoleh sertifikasi pelatihan gawat darurat.

6. Gedung instalasi/unit darurat harus mudah dicapai dengan tanda-tanda yang jelas dari jalan maupun dari dalam.
7. Pintu instalasi/unit gawat darurat harus menghadap kearah yang mudah di akses langsung oleh ambulan tanpa mundur.
8. Harus mampu menerima 2-5 ambulan sekaligus untuk sesuai dengan beban kelas rumah sakit (rumah sakit kelas C menampung 2-3 ambulan, kelas D 1-2 ambulans)
9. Luas instalasi/unit gawat darurat disesuaikan dengan beban kerja yang diperkirakan untuk 20 tahun mendatang dan kelas rumah sakit.
10. Ruang triase digunakan untuk seleksi pasien sesuai dengan tingkat kegawatan penyakitnya.
11. Ruang resusitasi letaknya harus berdekatan dengan ruang triase. Cukup luas untuk menampung beberapa penderita. Keadaan ruangan harus menjamin ketenangan.
12. Ruang tindakan untuk rumah sakit kelas A dan B dipisahkan antara ruang tindakan bedah dan non bedah. Untuk rumah sakit kelas A,B dan C digunakan untuk menangani bedah minor, infeksi dan luka bakar.
13. Ruang Instalasi/unit gawat darurat harus berdekatan dengan radiologi, laboratorium klinik dan ruangan operasi.
14. Susunan ruang harus sedemikian rupa sehingga (a) arus penderita dapat lancar dan tidak ada "*cross infectio* ", (b) harus dapat menampung korban bencana sesuai dengan kemampuan kelas

rumah sakit, (c) kegiatan mudah dikontrol oleh kepala perawat pada saat itu.

15. Ruang keluarga menunggu harus sedemikian rupa agar tidak mengganggu pekerjaan. Keluarga dapat istirahat dan mudah diminta keterangan yang lengkap dari petugas. Juga dilengkapi Fasilitas WC dan kantin sesuai dengan beban/kualitas kerja yang dilakukan di instalasi gawat darurat tersebut.

16. Ruang Gawat darurat mempunyai akses langsung ke instalasi pemulasan jenazah.

17. Komunikasi telepon/radio keluar rumah sakit dan telepon internal di unit gawat darurat dan ke rumah sakit disiapkan di luar IGD

18. Ruang harus didesain sedemikian rupa hingga mudah dijadikan satu dan mudah dibersihkan dalam rangka antisipasi bencana.

2.3.1. Jenis pelayanan

Memberikan pelayanan gawat darurat spesialistik bidang bedah, bidang medik non bedah, bidang obstetri ginekologi selama 24 jam

Ada berbagai macam diagnosa & penanggulangan yang diberikan di IGD :

- Renjatan (shock): Kardiogenik, hipovolemik, hemoragik, septic
- Pireksia/Hiperpireksia
- Kegawatan Kardiovaskuler : payah jantung akut, asma kardiaale, infark jantung akut, hipertensi berat, ensefalopatia-hipertensive
- Penurunan kesadaran: ketosis, uremia, hepatic, koma, CVA, malaria serebral.
- Gangguan keseimbangan asam basa

- Gangguan keseimbangan cairan dan elektrolit
- Gangguan pernafasan: asfiksia
- Asma bronkiale/Status asmatikus
- Pneumotoraks
- Efusi pleural
- Pendarahan hematemesis, hemoptoe
- Dokter jaga khusus di UGD 24 jam yang telah mendapat PPGD
- Ada perawat sebagai penanggung jawab pelayanan keperawatan gawat darurat dan mampu melakukan teknik pertolongan hidup dasar / *Basic life support*
- Unit gawat darurat sebagai unit tersendiri
- Kamar tindakan untuk pelayanan darurat medik, bedah dan darurat obsterik ginekologi
- Ruang untuk resusitasi
- SOP untuk kasus gawat darurat
- Sarana komunikasi internal dan eksternal
- Ambulan untuk rujukan *Defibri'ator Bed Side Monitor Electrocardiography Operating Lamp Sterillizator Suction Pump Electro Surgery Anaesthesi Apparatus X-Ray Unit Infusion Pump Inhalation Unit Operating Table Oxygen Tent Scution Thorax*

2.3.2. Peralatan Medik

Peralatan medis yang harus disediakan di ruangan adalah :

A. Triase

Set pemeriksaan pasien Brankar penerimaan pasien Resusitasi set

B. Ruang Tindakan Medik

Wound Toilet set, Toraks Drain set, Vena sectie set Evakuator (Emergency set) Partus set, Curretage set, Vacum set, Forceps set, Basic ENT set, Eye set, Set kumbah lambung Endoscopy equipment Monitor observasi Set, bedah dasar Set, laparatomi Set, apendektomi Set, sectio cesaria Set, bedah anak Set, nephrektomi Set, Vasculer Set, neurosurgery Set, orthopedic Set, urologi emergensi Set, bedah plastic emergensi Set, laparaskopi Set, endoscopy surgery Set, anasthesi Peralatan ICU: ventilator, monitor perawatan luka bakar peralatan dekontaminasi peralatan isolasi pasien

Penunjang Medik :

Dan untuk penunjang medik alat yang harus ada adalah :

A. Radiologi

- Konvensional 250 m A dan 500 mA
- USG

B. Laboratorium

- Lab sederhana
- Lab lengkap
- Lab canggih

C. Gas Medik

- Oksigen
- Gas anesthesia

Non Medik :

- a. Alat rumah tangga
- b. Alat administrasi
- c. Alat teknisi

Obat-obatan :

- a. Obat bantuan hidup
- b. Obat Stabilitas
- c. Obat untuk terapi cepat

Dan tersedianya obat untuk penanggulangan gawat darurat pelayanan medik spesialistik di bidang spesialistik bedah, medik non bedah, obsteri ginekologi, dan pelayanan spesialistik lainnya serta pelayanan sub spesialistik terbatas.

2.4. Penjabaran Indikator dalam Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit

Menurut buku rancangan Standar Pelayanan Minimal yang dikeluarkan oleh Direktorat Bina Pelayanan Medik Spesialistik Direktorat Jenderal Bina Pelayanan Medik Depkes RI, 2007, Standar Pelayanan Minimal IGD ada 6 (enam) seperti pada tabel di bawah ini.

Tabel 2.1
Kemampuan Menangani *Life Saving* Anak Dan Dewasa Di Gawat Darurat

Judul	Kemampuan Menangani <i>Life Saving</i> Anak Dan Dewasa Di Gawat Darurat
Dimensi Mutu	Keselamatan
Tujuan	Tergambarnya kemampuan Rumah Sakit dalam memberikan pelayanan Gawat Darurat terhadap anak dan dewasa
Definisi Operasional	<i>Life saving</i> adalah upaya penyelamatan jiwa manusia dengan urutan <i>Airway, Breath, Circulation</i>
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap bulan
Periode Analisa	Tiga bulan sekali
Numerator	Jumlah kumulatif pasien yang mendapat pertolongan <i>life saving</i> di Gawat Darurat
Denominator	Jumlah seluruh pasien yang datang ke Gawat Darurat
Sumber data	Rekam Medik di Gawat Darurat
Standar	100%
Penanggung jawab Pengumpul data	Kepala Instalasi Gawat Darurat

Sumber : Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit, Direktorat Bina Pelayanan Medik Spesialistik Direktorat Jenderal Bina Pelayanan Medik Depkes RI Jakarta 2007

Tabel 2.2
Jam Buka Pelayanan Gawat Darurat

Judul	Jam Buka Pelayanan Gawat Darurat
Dimensi Mutu	Keterjangkauan
Tujuan	Tersedianya Pelayanan Gawat Darurat 24 Jam di setiap Rumah Sakit
Definisi Operasional	Jam buka 24 jam adalah Gawat Darurat selalu siap memberikan pelayanan selama 24 jam penuh
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap bulan
Periode Analisa	Tiga bulan sekali
Numerator	Jumlah kumulatif jam buka gawat darurat dalam satu bulan
Denominator	Jumlah hari dalam satu bulan
Sumber data	Laporan bulanan
Standar	24 Jam
Penanggung jawab Pengumpulan data	Kepala Instalasi Gawat Darurat

Sumber : Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit, Direktorat Bina Pelayanan Medik Spesialistik Direktorat Jenderal Bina Pelayanan Medik Depkes RI Jakarta 2007

Tabel 2.3
Pemberi Pelayanan Kegawat Daruratan yang Bersertifikat

Judul	Pemberi Pelayanan Kegawat Daruratan yang Bersertifikat ATLS/BTLS/ACLS/PPGD
Dimensi Mutu	Kompetensi teknis
Tujuan	Tersedianya Pelayanan Gawat Darurat oleh tenaga kompeten dalam bidang ke gawat darurat
Definisi Operasional	Tenaga Kompeten pada gawat darurat adalah tenaga yang sudah memiliki sertifikat pelatihan ATLS/BTLS/ACLS/PPGD
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap bulan
Periode Analisa	Tiga bulan sekali
Numerator	Jumlah tenaga yang bersertifikat ATLS/BTLS/ACLS/PPGD
Denominator	Jumlah tenaga yang memberikan pelayanan kegawat daruratan
Sumber data	Kepegawaian
Standar	100%
Penanggung jawab Pengumpulan data	Kepala pendidikan dan pelatihan Rumah Sakit

Sumber : Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit, Direktorat Bina Pelayanan Medik Spesialistik Direktorat Jenderal Bina Pelayanan Medik Depkes RI Jakarta 2007

Tabel 2.4
Kecepatan Pelayanan Dokter di Gawat Darurat

Judul	Kecepatan Pelayanan Dokter di Gawat Darurat
Dimensi Mutu	Keselamatan dan efektifitas
Tujuan	Terselenggaranya pelayanan yang cepat, responsif dan mampu Menyelamatkan pasien gawat darurat
Definisi Operasional	Kecepatan pelayanan dokter di gawat darurat adalah sejak pasien itu datang sampai mendapat pelayanan dokter
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap bulan
Periode Analisa	Tiga bulan sekali
Numerator	Jumlah kumulatif waktu yang diperlukan sejak kedatangan semua pasien yang disampling secara acak sampai dilayani dokter
Denominator	Jumlah seluruh pasien yang di sampling (minimal n=50)
Sumber data	<i>Sample</i>
Standar	5 menit terlayani setelah pasien datang
Penanggung jawab Pengumpul data	Kepala Gawat Darurat / Tim mutu /panitia mutu

Sumber : Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit, Direktorat Bina Pelayanan Medik Spesialistik Direktorat Jenderal Bina Pelayanan Medik Depkes RI Jakarta 2007

Tabel 2.5
Kepuasan Pelanggan pada Gawat Darurat

Judul	Kepuasan Pelanggan pada Gawat Darurat
Dimensi Mutu	Kenyamanan
Tujuan	Terselenggaranya pelayanan gawat darurat yang mampu memberikan kepuasan pelanggan
Definisi Operasional	Kepuasan adalah pernyataan tentang persepsi pelanggan terhadap pelayanan yang diberikan
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap bulan
Periode Analisa	Tiga bulan sekali
Numerator	Jumlah kumulatif rerata penilaian kepuasan pasien Gawat Darurat yang di survey
Denominator	Jumlah seluruh pasien Gawat Darurat yang di survey (minimal n=50)
Sumber data	Survey
Standar	70%
Penanggung jawab Pengumpul data	Kepala Gawat Darurat / Tim mutu/panitia mutu

Sumber : Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit, Direktorat Bina Pelayanan Medik Spesialistik Direktorat Jenderal Bina Pelayanan Medik Depkes RI Jakarta 2007

Tabel 2.6
Kematian Pasien 24 jam di Gawat Darurat

Judul	Kematian Pasien 24 jam di Gawat Darurat
Dimensi Mutu	Efektifitas dan Keselamatan
Tujuan	Terselenggaranya pelayanan yang efektif dan mampu menyelamatkan pasien gawat darurat
Definisi Operasional	Kematian 24 jam adalah kematian yang terjadi dalam periode 24 jam sejak pasien datang
Frekuensi Pengumpulan Data	Tiga bulan
Periode Analisa	Tiga bulan
Numerator	Jumlah pasien yang meninggal dalam periode 24 jam sejak pasien datang
Denominator	Jumlah seluruh pasien yang ditangani di Gawat Darurat
Sumber data	Rekam Medik
Standar	2 perseribu
Penanggung jawab Pengumpul data	Kepala Gawat Darurat

Sumber : Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit, Direktorat Bina Pelayanan Medik Spesialistik Direktorat Jenderal Bina Pelayanan Medik Depkes RI Jakarta 2007

2.5. Kinerja

2.5.1 Pengertian kinerja

Menurut Ilyas, 2002 Kinerja adalah :

"...Penampilan hasil karya personel baik kuantitas maupun kualitas dalam suatu organisasi . Kinerja dapat merupakan penampilan individu maupun kelompok kerja personel. Penampilan hasil karya terbatas kepada personel yang memangku jabatan fungsional maupun struktural, tetapi juga keseluruhan jajaran personel di dalam organisasi..."

Ada tiga komponen penting yang menyangkut Deskripsi dari kinerja yaitu : tujuan, ukuran, dan penilaian. Strategi untuk meningkatkan kinerja adalah menentukan tujuan unit organisasi. Bagaimana seharusnya perilaku kerja setiap personel yang di harapkan organisasi sangat dipengaruhi oleh tujuan organisasi. Penentuan tujuan saja tidaklah cukup perlu adanya ukuran kinerja tiap personel, ukuran kuantitatif dan kualitatif standar kinerja untuk setiap tugas dan jabatan setiap personel memegang peranan penting. Proses pencapaian kinerja setiap personel dikaitkan dengan penilaian kinerja secara reguler. Tindakan ini akan membuat personel untuk senantiasa berorientasi terhadap tujuan dan berperilaku kerja sesuai dan searah dengan tujuan yang hendak dicapai. Dengan demikian jelaslah bahwa pengertian kinerja dengan deskripsi tujuan, ukuran operasional, dan penilaian reguler mempunyai peran penting dalam merawat dan memotivasi personel. (Ilyas, 2002)

Manajemen kinerja menurut Permana,(2002) adalah suatu strategi dan pendekatan terpadu yang mendukung kesuksesan suatu organisasi melalui suatu peningkatan kinerja dalam organisasi dengan mengembangkan kemampuan tim serta

kontribusi dari individu. Beberapa hal yang harus dilakukan oleh organisasi agar pengukuran kinerja terlaksana dengan baik :

- a. Adanya komitmen untuk mengukur kinerja. Pengukuran kinerja sebaiknya segera dimulai dan tidak perlu mengharap pengukuran kinerja akan langsung sempurna, yang nantinya akan dilakukan perbaikan atas pengukuran kinerja yang telah disusun.
- b. Pengukuran kinerja sebagai suatu proses yang berkelanjutan. Merupakan suatu proses yang sifatnya berulang-ulang dan mencerminkan upaya organisasi untuk selalu memperbaiki kinerja.
- c. Pengukuran kinerja harus sesuai dengan besarnya organisasi, struktur organisasi, visi, misi, dan sasaran organisasi

2.6. Pendekatan *Balanced Scorecard* (BSc)

Balanced Scorecard terdiri dari 2 (dua) suku kata yaitu *Balanced* dan *Scorecard*. *Balanced* artinya seimbang. *Scorecard* adalah kartu skor untuk mencatat. Berdasarkan sejarahnya BSc dimulai awal tahun 1990 yang dicetuskan oleh Robert Kaplan dan David Norton sebagai konsep indikator kinerja. Kemudian tahun 1995, BSc menjadi konsep berpikir strategis. Tahun 1999 mulai banyak digunakan oleh rumah sakit.

Definisi BSc menurut Mulyadi, 2001 adalah merupakan *Contemporary Management Tool*, untuk meningkatkan organisasi dan keuangan meliputi aspek keuangan, pelanggan, bisnis internal dan pertumbuhan dan pembelajaran.

Menurut Harvard (1996 dalam Yuwono 2004) menyebutkan bahwa salah satu instrument penilaian kinerja rumah sakit yang sekaligus dapat digunakan sebagai alat Perencanaan Strategis adalah *Balanced Scorecard*.

Pendekatan baru dalam manajemen yang di kembangkan oleh Norton & Kaplan (1996) yaitu *balanced scorecard*, adalah pilihan yang tepat untuk di gunakan dalam mengelola organisasi (Umar, 2001)

Pengukuran kinerja dengan BSc meliputi pengukuran kinerja dari 4 perspektif yaitu pembelajaran dan pertumbuhan, bisnis internal, pelanggan, dan keuangan. Pengukuran kinerja ini sangat komprehensif yang mencakup ukuran finansial dan nonfinansial, serta menggambarkan hubungan perspektif satu dengan yang lain (Yuwono, 2004).

Semuanya memandang BSc bukan sebagai alat ukur, namun Manajemen perubahan. Beberapa alasan mengapa banyak RS menggunakan BSc sebagai konsep manajemen kinerja, diantaranya adalah :

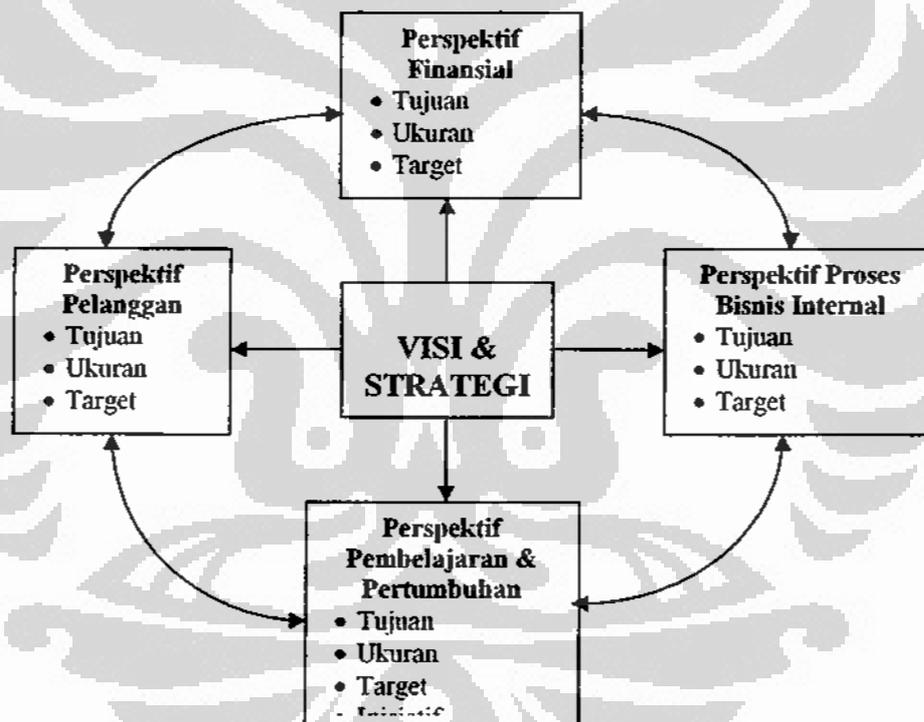
1. Sebagai produk yang intangible.
2. Pengelolaan sentralisasi sulit dilaksanakan karena bersifat multi produk.
Cenderung desentralisasi.

3. Jika dilihat dari kinerja finansial saja, RS kurang menguntungkan.

Balanced Scorecard (BSc) merupakan suatu sistem manajemen stratejik yang menjabarkan misi dan strategi suatu organisasi ke dalam tujuan operasional dan tolak ukur kinerja untuk empat perspektif yang berbeda, yaitu perspektif finansial, perspektif pelanggan, perspektif proses bisnis internal serta perspektif pembelajaran dan pertumbuhan. BSC juga merupakan suatu kerangka kerja. Untuk mengintegrasikan berbagai ukuran yang diturunkan dari strategi organisasi. Selain

ukuran kinerja finansial masa lalu, juga memperkenalkan pendorong kinerja finansial masa depan yang meliputi empat perspektif diatas. BSC adalah system manajemen bagi organisasi untuk berinvestasi dalam jangka panjang, untuk pelanggan, pembelajaran dan pertumbuhan karyawan termasuk manajemen, proses bisnis internal demi memperoleh hasil finansial yang memungkinkan organisasi dari sekedar mengelola *buttom line* untuk memacu hasil jangka pendek. (Gaspersz, 2003)

Gambar 2.1
Balanced scorcard



Dimodifikasi dari Robert s Kaplan & David P Norton (1996)

BSc digunakan dalam sistem manajemen strategis untuk mengelola strategi jangka panjang sehingga dapat menjembatani gap utama yang timbul antara pengembangan dan formulasi strategi dan proses implementasinya (Kaplan & Norton 1996).

Gap yang dimaksud adalah :

1. Hambatan Visi : Visi dan strategi tidak dapat dijalankan (*not actionable*)
2. Hambatan SDM: Strategi tidak terhubung dengan sasaran-sasaran (*goals*)
3. Departemen, tim dan individu
4. Hambatan Operasi : Strategi tidak terhubung dengan alokasi sumber daya
5. Hambatan Pembelajaran : Umpan balik yang diperoleh bersifat taktis bukan strategis

Dalam proses BSC digunakan 4 (empat) perspektif dalam melakukan pengukuran kinerja yaitu :

1) Perspektif Keuangan (*Financial Perspektif*)

Ukuran kinerja keuangan memberikan petunjuk apakah strategi perusahaan, implemementasi dan pelaksanaannya memberikan kontribusi atau tidak kepada peningkatan laba perusahaan. Tujuan finansial biasanya berhubungan dengan profitabilitas, yang diukur misalnya oleh laba operasi, *return on capital employed* (ROCE) dan nilai tambah ekonomi (*economic value added*). Tolak ukur dalam perspektif keuangan dapat disesuaikan dengan tahapan dari pertumbuhan, yaitu :

- a) Tahapan bertumbuh (*growth*), dimana tujuan financial adalah persentase tingkat pertumbuhan pendapatan, dan tingkat pertumbuhan penjualan.
- b) Tahapan bertahan (*sustain*), dimana tujuan financial bertumpu pada ROCE, laba operasi, dan margin kotor.
- c) Tahapan menuai (*harvest*), dimana tujuan financial ditekankan pada memaksimalkan pengembalian kas.

2) Perspektif Pelanggan (*Customer Perspective*)

Dalam perspektif ini, para manajer harus mampu mengidentifikasi pelanggan dan segmen pasar dimana unit bisnis tersebut akan bersaing dan berbagai ukuran kinerja unit bisnis di dalam segmen sasaran. Ukuran keberhasilan dari strategi ini adalah :

- a) Kepuasan pelanggan (*customer satisfaction*)
- b) Retensi pelanggan (*customer retention*)
- c) Akuisisi pelanggan baru (*customer acquisition*)
- d) Profitabilitas pelanggan
- e) Pangsa pasar

3) Perspektif Proses Bisnis Internal (*Internal Process Perspective*)

Dalam proses bisnis internal terdapat 3 macam proses yaitu proses inovasi, proses operasional, proses pasca layanan / tindakan. Proses tersebut merupakan rangkaian aktivitas yang digunakan rumah sakit untuk menghasilkan produk / jasa sesuai kebutuhan pelanggan.

- a) Dalam proses inovasi : dimulai dengan survey tentang kebutuhan pelanggan identifikasi pasar, mendesain produk/jasa sesuai dengan kebutuhan pelanggan.
- b) Dalam proses operasional : produk/jasa yang telah di desain kemudian di operasional. Dalam proses ini perlu dilakukan pemasaran secara efektif kepada pelanggan.
- c) Dalam proses pasca layanan/tindakan : pelanggan yang telah selesai mendapat pelayanan harus selalu dipantau dan di tindak lanjuti.

Ketiga proses tersebut membentuk suatu rangkaian proses yang disebut : *Generic Value Chain* (rantai nilai generic). Ukuran dalam proses bisnis internal antara lain : mutu produk layanan, tingkat produktivitas, fleksibilitas (terutama kecepatan dan ketepatan pelayanan), tingkat utilisasi alat, parameter kinerja pelayanan lain.

4) Perspektif Pertumbuhan dan Pembelajaran (*Learning and Growth Perspective*)

Dalam perspektif pertumbuhan dan Pembelajaran (*Learning and Growth Perspective*). Dalam perspektif ini dikaitkan dengan aspek Sumber Daya Manusia (SDM). Menurut Kaplan & Norton (2000) dalam Dumilah Ayuningtyias (2006) terdapat tiga kategori untuk perpektif pembelajaran dan pertumbuhan, yaitu kapabilitas pekerja, kapabilitas sistem informasi, serta motivasi, pemberdayaan dan keselarasan. Kapabilitas pekerja dipengaruhi oleh tiga ukuran yaitu, kepuasan pekerja, retensi pekerja dan produktivitas pekerja.. Faktor pendorong kapabilitas pekerja antara lain: kompetensi staf, infrastruktur teknologi dan iklim untuk bertindak. Perspektif keuangan, pelanggan dan proses bisnis internal merupakan faktor yang menjadikan rumah sakit unggul dalam persaingan. Sedangkan perspektif pembelajaran dan pertumbuhan merupakan pemacu untuk menjadikan rumah sakit unggul dalam ketiga perspektif yang lain.

2.7. Kepuasan Kerja

Kepuasan kerja menurut Davis(1981) dalam Sri,D (2000) adalah rasa senang dan tidak senang dengan pandangan karyawan terhadap pekerjaannya. Hal ini diartikan bahwa jumlah dari kesesuaian antara harapan seseorang terhadap pekerjaan dan imbalan yang diterima. Selain itu juga diartikan bahwa kepuasan kerja adalah

kepuasan hidup. Kepuasan kerja dalam pengertian perilaku organisasi adalah sikap umum seseorang terhadap pekerjaan berupa penghargaan yang diterima dengan penghargaan yang seharusnya diterima menurut perhitungannya sendiri. Kepercayaan bahwa karyawan yang puas itu lebih produktif daripada karyawan yang tidak puas telah menjadi pegangan bagi para manager. Kepuasan kerja akan mempengaruhi kualitas pekerjaan dan perilaku seseorang. Beberapa faktor yang mempengaruhi kepuasan kerja pegawai antara lain kerja yang secara mental menantang, ganjaran yang pantas, kondisi kerja yang mendukung dan rekan kerja yang mendukung. Sedangkan menurut Locke dalam Luthan, F (2006) definisi komprehensif dari kepuasan kerja yang meliputi reaksi dan atau sikap kognitif, afektif, dan evaluatif dan menyatakan bahwa kepuasan kerja adalah "keadaan emosi yang senang atau emosi positif yang berasal dari penilaian kinerja atau pengalaman kerja seseorang". Dan Menurut Munandar(2006) kepuasan kerja yang ada pada pekerja timbul karena mereka, dalam jumlah tertentu, berada dalam suatu ruangan kerja, sehingga mereka dapat saling berbicara (kebutuhan sosial terpenuhi).

Ada beberapa hal selain gaji yang menjadikan ketidakpuasan kerja, menurut Munandar (2006) Kelompok lain yang menimbulkan ketidakpuasan berkaitan dengan konteks dari pekerjaan, dengan faktor-faktor ekstrinsik dengan pekerjaan yaitu administrasi dan kebijakan organisasi, penyeliaan, hubungan antar pribadi dan kondisi kerja.

Kepuasan kerja mencerminkan perasaan seseorang terhadap pekerjaannya, ini nampak dalam sikap positif dalam pekerjaannya dan segala sesuatu yang yang di hadapi di lingkungan kerja (Handoko, 2001)

2.8. Kepuasan pasien

Menurut Azwar(1996) mutu pelayanan kesehatan adalah yang menunjuk pada tingkat kesempurnaan pelayanan kesehatan,yang di satu pihak dapat menimbulkan kepuasan pada setiap pasien sesuai dengan tingkat kepuasan rata-rata penduduk, serta dipihak lain tata cara penyelenggaraannya sesuai dengan kode etik dan standar pelayanan professional yang telah ditentukan.

Dimensi kepuasan pasien dapat di bedakan menjadi 2 macam yaitu 1) Kepuasan pasien yang mengacu hanya pada penerapan kode etik serta standar pelayanan yang mencakup hubungan dokter pasien, kenyamanan pelayanan, kebebasan melakukan pilihan , pengetahuan dan kompetensi teknis, efektifitas pelayanan dan keamanan tindakan, 2) Kepuasan yang mengacu pada penerapan semua persyaratan kesehatan, yang meliputi ketersediaan pelayanan kesehatan, penerimaan pelayanan kesehatan, ketercapaian pelayanan kesehatan, keterjangkauan pelayanan kesehatan, efesiensi pelayanan kesehatan, dan mutu pelayanan kesehatan (Supranto,1997)

Menurut Mulyadi (2001) Pelanggan akan merasa puas jika mereka mendapatkan produk atau jasa yang memenuhi kebutuhan mereka pada waktu yang tepat, dan pada harga yang dipandang memadai bagi pelanggan, pelanggan yang puas akan kembali membeli produk dan jasa yang di hasilkan oleh perusahaan.

Untuk itu ada pepatah bijak yang bias di jadikan pegangan :

“ jangan janjikan apa yang tidak bisa di berikan, tetapi berikan lebih dari apa yang di janjikan” (Tjiptono F & Chandra G, 2007)

BAB 3

GAMBARAN UMUM RSUD TARAKAN

3.1. Sejarah Dan Perkembangan

Dalam perkembangannya RSUD Tarakan mengalami banyak perubahan sejak awal berdiri hingga saat ini. Berikut ini perubahan yang dialami RSUD Tarakan yang awalnya berfungsi sebagai Balai pengobatan sejak tahun 1953 sampai dengan tahun 2006.

- a. Tahun 1953 : sebagai Balai Pengobatan dengan bangunan 2 lantai (Blok A) berlokasi di Jl. Kyai Caringin No. 7 Jakarta Pusat.
- b. Tahun 1968 : menjadi Puskesmas Kecamatan Gambir dan Suku Dinas kesehatan Jakarta Pusat.
- c. Tahun 1985 : didirikan bangunan fisik di bag. belakang menjadi 4 lantai (Blok B).
- d. Tahun 1987 : menjadi Rumah Sakit Umum Daerah Tarakan yang merupakan salah satu rumah sakit pemerintah DKI.
- e. Tahun 1989 : ditetapkan sebagai Rumah Sakit Tipe C dengan kapasitas 30 tempat tidur berdasarkan SK. Menkes No.15 Tahun 1989 dan SK Gubernur DKI Jakarta No. 44 Tahun
- f. Tahun 1997 : RSUD Tarakan menjadi RS. Unit Swadana (April 1997) dengan PERDA No. 10/1997 dan Rumah Sakit Kelas B berdasar SK. Menkes No. 1224/Menkes/SK/1997 (Desember 1997)

g. Tahun 1998 : Bulan Maret disahkan organisasi dan tata kerja RSUD Tarakan Kelas Non Pendidikan melalui PERDA No. 4 Tahun 1998 dan Oktober disahkan operasionalisasi organisasi dan tata kerja Kelas B Non Pendidikan.

h. Tahun 2001 : dibangun gedung baru yang terdiri 3 lantai terletak di samping kanan (Blok C).

i. Tahun 2003

Dibangunnya gedung baru berlantai 6 yang terletak di Jl. Siantar, yang bersebelahan dengan jl. Kyai Caringin, dan mulai beroperasi bulan Juni 2004.

j. Tahun 2004

Di pertengahan tahun 2004 gedung RSUD Tarakan yang didirikan pada tahun 1953 di renovasi total menjadi gedung DP I berlantai 8 yang pembangunannya selesai akhir Desember 2005 dan beroperasi bulan Maret tahun 2006

k. Tahun 2005

Renovasi total gedung DP I berlantai 8 yang dimulai pertengahan tahun 2004 dan selesai akhir tahun 2005 yang terdiri dari Blok A,B dan C.

l. Tahun 2006

Pada tahun ini RSUD Tarakan mempunyai 2 buah gedung yaitu : gedung DP II dan gedung DP I.

1. Gedung DP I berlantai 8 dibangun pada pertengahan tahun 2004 terdiri 2 blok yaitu blok A dan blok B, selesai akhir 2005 dan ber operasional mulai awal Maret.
2. Gedung DP II berlantai 6 dibangun tahun 2003.
3. Blok C yang menempel pada gedung DP I
4. Jembatan penghubung antara gedung DP I dan DP II.

3.2. FALSAFAH, VISI, MISI DAN BUDAYA KERJA RSUD TARAKAN

A. FALSAFAH TRIDARMA RSUD TARAKAN

1. Melaksanakan pelayanan kesehatan paripurna atas ridho Tuhan Yang Maha Esa
2. Mengembangkan profesi guna meningkatkan pelayanan.
3. Mewujudkan kesejahteraan bersama.

B. VISI

Rumah sakit kebanggaan masyarakat DKI Jakarta dan bertaraf Internasional.

C. MISI

1. Memberikan pelayanan kesehatan yang memuaskan seluruh lapisan masyarakat.
2. Mewujudkan SDM professional dan sejahtera

Kemudian Desember 2007 RSUD Tarakan merumuskan kembali VISI dan MISI yang baru untuk tahun 2008-2012 yang sekarang digunakan yaitu:

VISI

“RUMAH SAKIT SAHABAT ANDA MENUJU SEHAT”

MISI

1. Melayani masyarakat dengan prinsip pelayanan prima.
2. Meningkatkan jenis sarana dan prasarana layanan sesuai tuntutan pelayanan.
3. Mewujudkan SDM profesional dan sejahtera.
4. Mendorong kemandirian dan peran serta masyarakat untuk hidup sehat.

D. VALUE

1. Bekerja dengan tulus dan ikhlas.
2. Komitmen dan kebersamaan meningkatkan kinerja pelayanan.
3. Selalu belajar dan inovatif.
4. Disiplin dan berjiwa besar.
5. Transparan dan akuntabilitas dalam bekerja.

E. KEBIJAKAN MUTU

RSUD Tarakan memberikan pelayanan prima secara konsisten sehingga tercapai kepuasan pelanggan.

F. MOTTO

KESEMBUHAN ANDA KEBAHAGIAAN KAMI

G. BUDAYA KERJA

PEDULI

Percaya kemampuan diri

Dukungan antar manusia

Limpahan Rahmat Tuhan Yang Maha Esa

3.3. DATA FISIK RSUD TARAKAN TAHUN 2006

A. LUAS TANAH :

- a. Luas tanah gedung DP I dan blok C : 7.023 m²
- b. Luas tanah gedung DP II : 3.440 m²
- c. Luas tanah RSUD Tarakan seluruhnya : 10.463 m²

B. LUAS BANGUNAN

Dimulai pada bulan Maret 2006 pelayanan terhadap pasien dan kegiatan manajemen RSUD Tarakan dilaksanakan pada gedung baru yaitu gedung DP I yang dibangun pada tahun 2004 yang berlantai 8, dan gedung DP II yang berlantai 6 untuk pelayanan pemeriksaan medical cek up, IBS, dan anestesi serta perawatan pasien kelas I dan II. Berikut ini rincian luas bangunan RSUD Tarakan dari tahun 1953 sampai dengan tahun 2006 :

Tabel 3.1
Luas tanah dan bangunan RSUD Tarakan tahun 1953-2006

No	Uraian	Tahun dibangun	Luas		Jumlah	
			Bangunan	Tanah	Tempat tidur	Lantai
1	Balai pengobatan	1953				
2	Puskesmas	1968	2,570 m ²	6,662 m ²		2
3	Rumah sakit type C	1987	4,740 m ²	6662 m ²	30	4
4	Rumah sakit type B non pendidikan	1998	6,275 m ²	7,023 m ²	153	4
5	Gedung DP I terdiri dari					
	a. Blok A dan Blok B	2004	15,113,72 m ²	7,023 m ²	Blok B 141	Blok A 2 Blok B 8
	b. Blok C	2001	1,535,36 m ²			3
6	Gedung DP II terdiri dari			3,440 m ²		
	Blok D	2003	9,865 m ²			6
	Blok E	2003	565 m ²			
	Gedung 2006 (DP I & DP II)		27,079,08 m ²	10,463 m ²		

Sumber : Sub.Bagian Program Rumah Sakit Umum Daerah Tarakan

Berikut ini rincian ruangan di RSUD Tarakan pada tahun 2006 :

A. Gedung DP I yang berlantai 8 :

a. Lantai Basement

1. Sub. Bag. Rumah Tangga
2. Gudang Farmasi
3. Sub. Bag. Rekam Medis
4. Instalasi Gizi
5. Instalasi Sanitasi
6. Gudang Rumah Tangga
7. P2BJU

b. Lantai 1 (satu)

1. Poli bedah
2. Poli jantung
3. Poli peny. Alam
4. Poli saraf
5. Poli kebidanan
6. Poli paru
7. Pihak ke 3 dan Gakin
8. Ruang informasi
9. Ruang pendaftaran pasien r. jalan
10. Kasir Rawat Jalan dan R. Inap
11. Depo farmasi RSUD Tarakan
12. Ruang operator
13. Ruang pendaftaran pemeriksaan radiology

14. Inst. jenazah

c. Lantai 2 (Dua)

1. Instalasi farmasi & depo farmasi
2. Ka. Sub. Bag. Pemasaran & Informasi
3. Poli mata
4. Poli kulit & kelamin
5. Poli THT
6. Poli gigi & mulut
7. Poli anak
8. Kasir penunjang

d. Lantai 3 (Tiga)

1. Ruang perawatan bersalin kls III (seruni)
2. Ruang perawatan perinatologi

e. Lantai 4 (Empat)

Di peruntukkan untuk ruang administrasi dan manajemen yaitu :

1. Ruang Direktur
2. Ruang Sekretaris Direktur
3. Ruang Ba. Keuangan
4. Ruang Wadir Umum & Keuangan
5. Ruang Sub. Bag. Anggaran
6. Ruang Wadir Pelayanan
7. Ruang Sekretaris Wadir Pelayanan
8. Ruang Bidang Pelayanan
9. Ruang Bidang Perawatan

10. Ruang Bag. Umum
11. Ruang Bag. Perencanaan
12. Ruang Seksi Perawatan I
13. Ruang Seksi Perawatan II
14. Ruang Seksi Medis I
15. Ruang Seksi Medis II
16. Ruang Sub. Bag. Tata Usaha
17. Ruang Sub. Bag. Program
18. Ruang Tata Usaha
19. Ruang Sub. Ba. Program
20. Ruang Sub. Bag. Kepegawaian
21. Ruang Instalasi Diklat
22. Ruang SPI
23. Ruang Rapat (Pertemuan)
- f. Lantai 5 (Lima)
 1. Ruang perawatan bedah kelas 3 (soka)
- g. Lantai 6 (Enam)
 1. Ruang perawatan anak kelas 3 (melati)
- h. Lantai 7 (Tujuh)
 1. Ruang perawatan paru kelas 3 (mawar)
- i. Lantai 8 (Delapan)
 1. Ruang perawatan peny. Dalam kelas 3 (dahlia)

B. Gedung DP II berlantai 6 dengan rincian :

a. Lantai dasar

1. Instalasi pemeliharaan sarana dan prasarana rumah sakit (IPSR)

b. Lantai 1 (satu)

c. Lantai 2 (dua)

1. Instalasi bedah sentral
2. Instalasi anestesi
3. Ruang perawatan HCU
4. Ruang patologi anatomi
5. Instalasi CSSD

d. Lantai 3 (tiga)

1. Ruang pelayanan medical cek up
2. Instalasi rehab medik (fisioterapi)
3. Kasir medical cek up

e. Lantai 5 (lima)

1. Ruang perawatan VIP
2. Ruang perawatan kelas 1

f. Lantai 6 (enam)

1. Ruang perawatan kelas 2

C. Blok C terdiri dari 3 lantai dengan rincian :

a. Lantai 1

1. Instalasi Gawat Darurat (IGD)
2. Ruang pemeriksaan USG
3. Instalasi Radiologi

D. Jembatan penghubung antara DP I dan DP II

1. Instalasi Laboratorium (P. klinik)

C. SARANA LAINNYA

1. Sarana Air bersih (PAM)	:	1 unit (500 m3)
2. Sarana Listrik (PLN)	:	2.075 KWH
3. Pengolahan Limbah	:	2 unit
4. Pembakaran Sampah	:	1 unit
5. Lift pasien	:	7 unit
6. Kendaraan Operasional		
- Ambulance	:	7 unit
7. Sarana Komunikasi		
- Telephone	:	30 unit
- Aiphone	:	250 unit
- Fax	:	3 unit
8. Komputer	:	62 unit

3.4. PENGELOLAAN SUMBER DAYA MANUSIA

Perkembangan perumahan sakitan menurut RSUD Tarakan untuk dapat meningkatkan kemampuan manajemen dalam operasional rumah sakit. Hal tersebut tidak dapat dilepaskan dari peran SDM yang handal, yang mampu berkontribusi maksimal kepada kemajuan rumah sakit.

Kontribusi yang besar bukan semata-mata karena jumlah karyawan yang banyak, melainkan karena rumah sakit memiliki SDM yang berkualitas dalam berkarya serta mampu mengembangkan pelayanan maupun menciptakan kepuasan pasien.

Data pada akhir tahun 2006 menunjukkan bahwa karyawan RSUD Tarakan berjumlah 516 orang yang terdiri dari :

- | | |
|---------------------------------------|--------|
| 1. Tenaga medis | 10,66% |
| 2. Tenaga perawatan | 40,70% |
| 3. Tenaga paramedis dan non paramedis | 9,11% |
| 4. Tenaga non medis | 39,53% |

3.4.1. Berdasarkan Status Kepegawaian

Tabel.3. 2
Status kepegawaian

No	Status ketenagaan	2005	Prosen	2006	Prosen
1	Pegawai negeri sipil	233	51,55%	226	43,80%
2	PTT	29	6,42%	29	5,62%
3	Honorer	190	42,04%	261	50,58%
	JUMLAH	452		516	

Sumber : Sub.Bagian Program Rumah Sakit Umum Daerah Tarakan

Pada tahun 2006 terlihat adanya penurunan jumlah Pegawai negeri sipil sebanyak 7 orang dibandingkan tahun 2005 ini di sebabkan :

1. Pegawai negeri sipil yang pensiun = 5 orang
2. Adanya pegawai yang pindah ke instansi lain = 2 orang

3.4.2. Berdasarkan Jenis Ketenagaan

**DAFTAR KETENAGAAN BERDASARKAN JENIS TENAGA RSUD
TARAKAN TAHUN 2006**

**Tabel 3.3
Jenis ketenagaan**

No	Uraian ketenagaan	Jenis tenaga			Jumlah
		PNS	PTT	Honor	
1	Tenaga Medis	54		1	55
2	Tenaga Perawatan	103	24	83	210
3	Tenaga paramedis non perawatan	22	5	20	47
4	tenaga non medis	47	0	157	204
	Jumlah	226	29	261	516

Sumber : Sub.Bagian Program Rumah Sakit Umum Daerah Tarakan

Pada tahun 2006 jumlah tenaga secara keseluruhan bertambah 41,16% atau 64 orang disbanding dengan tahun 2005. Jenis tenaga yang bertambah adalah ;

- a. Tenaga perawatan : 49 orang
- b. Tenaga non medis : 30 orang

penambahan tenaga perawatan adalah untuk meningkatkan pelayanan di bidang keperawatan karena selain untuk mengganti perawat yang pensiun ,pindah dan berhenti juga untuk di tempatkan ke ruang erawatan karena adanya kenaikan jumlah tempat tidur di ruang rawat inap khususnya dari 141 tempat tidur pada tahun 2006 menjadi 219 tempat tidur pada tahun 2007, sedangkan penambahan di on medis adalah di sebabkan oleh karena bertambahnya ruang dan luas pelayanan dari 1 gedung dengan 6 lantai menjadi 2 gedung dengan 10 lantai.

3.5. Instalasi Gawat Darurat

3.5.1. Ruang Gawat Darurat

Ruang Gawat Darurat terletak di blok C Lantai 1 yang terdiri dari :

- a. Ruang emergensi yang masih menyatu dengan ruang triase
- b. Ruang perinatologi
- c. Ruang tindakan bedah dan non Bedah
- d. ruang obsevasi
- e. Ruang false emergency

3.5.2. Kinerja operasional

Pada tahun 2006 IGD menempati lantai I bloc C yang menempel pada gedung DPI RSUD tarakan dengan jumlah 6 tempat tidur.

Tabel 3.4
Jumlah kunjungan Instalasi Gawat Darurat tahun 2006

No	Jenis pelayanan	Total pasien		Tindak lanjut pelayanan		Mati sebelum dirawat
		Rujukan	Non rujukan	Di rawat	Di rujuk	
1	BEDAH	-	4.316	187	372	8
2	NON BEDAH	-	10.779	3.75	1.813	112
3	KEBIDANAN	-	946	788	62	-
4	PSIKIATRI	-	-	-	-	-
5	ANAK	-	3.935	2.208	332	17
	Total		19.976	6.933	2.579	1.378

Sumber : Sub.Bagian Program Rumah Sakit Umum Daerah Tarakan

Dapat dilihat dari tabel diatas bahwa kunjungan non bedah paling banyak yang datang ke IGD yaitu 53,96 %, bedah 21,61% , anak 19,70 % dan yang terakhir adalah kebidanan yaitu 4,74% , untuk pasien yang dirujuk adalah dengan alasan atas

permintaan keluarga pasien atau keterbatasan alat di IGD atau jenis pelayanan yang tidak dapat dilakukan di IGD

Tabel 3.5
Jumlah kunjungan IGD tahun 2005 – 2006

No	Jenis pelayanan	Tahun			
		2005	%	2006	%
1	BEDAH	4,796	26,16%	4,316	21,61%
2	NON BEDAH	8,700	47,46%	10,779	53,96%
3	KEBIDANAN	890	4,86%	946	4,74%
4	ANAK	3,945	21,52%	3,935	19,70%
	Total	18,331	100%	19,976	100%

Sumber : Sub.Bagian Program Rumah Sakit Umum Daerah Tarakan

Pada tabel diatas jumlah kunjungan IGD naik pada tahun 2006 sekitar 1,645 orang atau 8,97% dibandingkan jumlah kunjungan pada tahun 2005

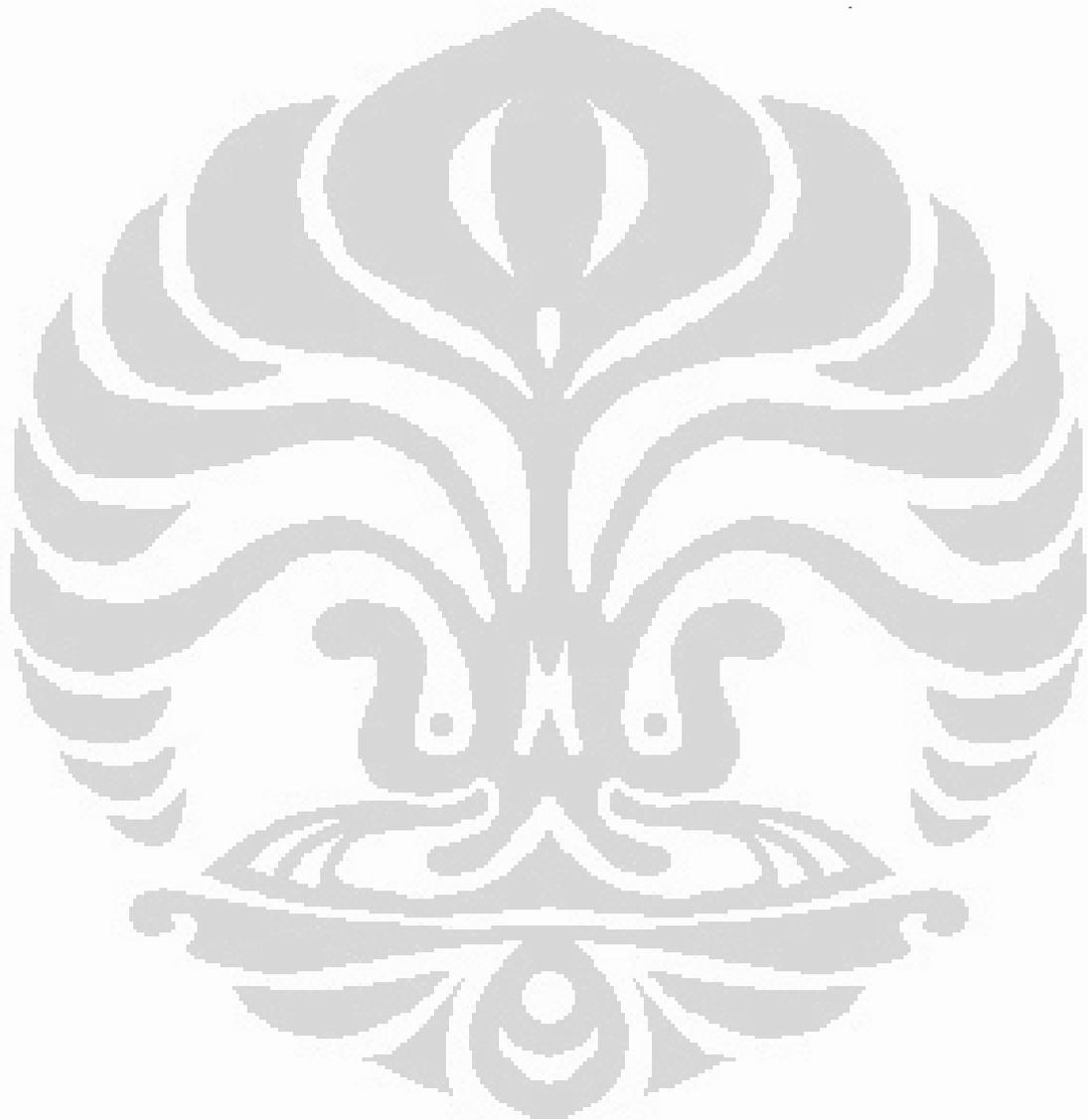
Tabel 3.6
Jumlah kunjungan pasien IGD berdasarkan Usia tahun 2006

No	Keterangan	Anak	Dewasa	Jumlah	%
1	Meninggal	42	95	137	0,69%
2	Rawat	2,769	4,164	6,933	34,71%
3	Rawat jalan	2,786	7,541	10,327	51,70%
4	Rujuk	458	2.121	2,579	12,91%
	Jumlah	6,055	13,921	19,976	100%

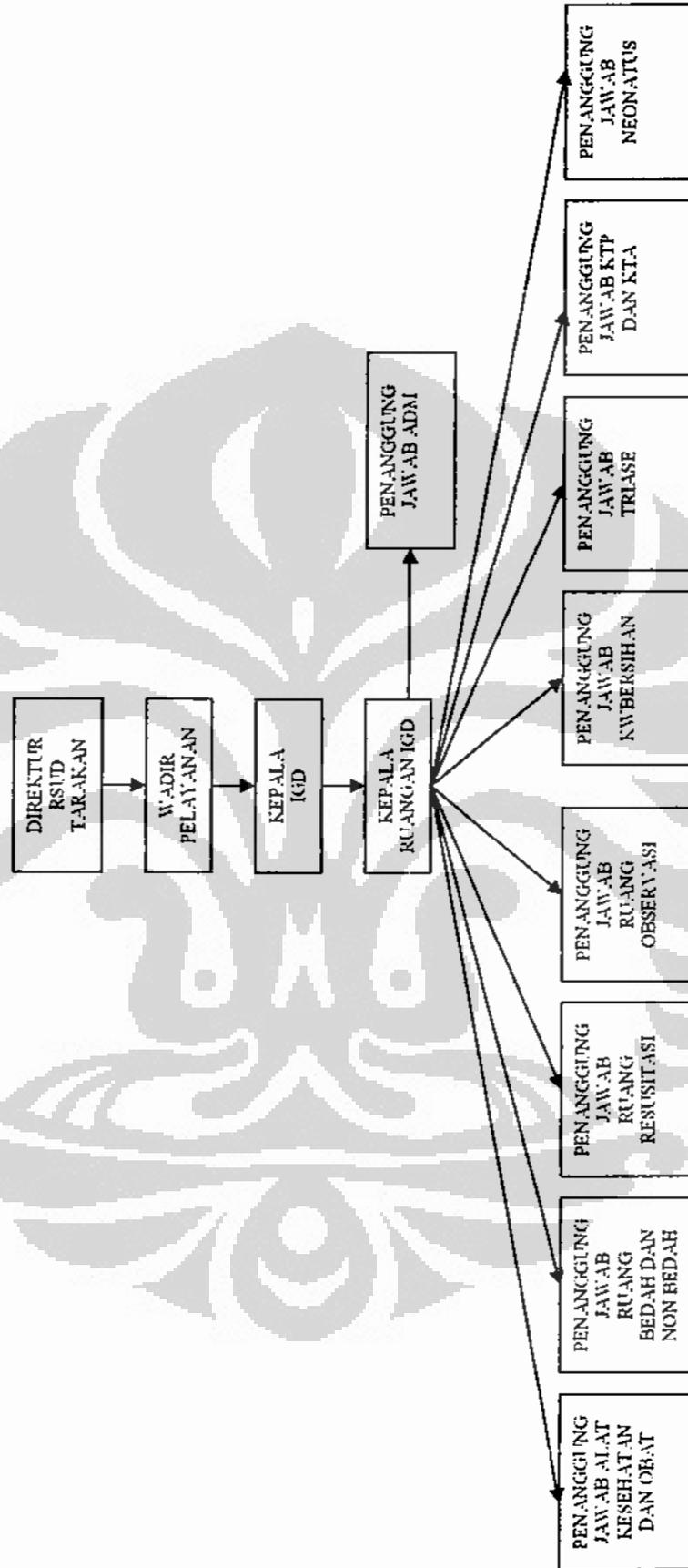
Sumber : Sub.Bagian Program Rumah Sakit Umum Daerah Tarakan

Dari tabel di atas terlihat sebesar 51,70% dari seluruh kunjungan IGD adalah pasien dewasa dan sebesar 30,31% adalah pasien anak.

Sedangkan untuk pasien yang menjalani rawat jalan atau pulang berada pada urutan 1, lalu di ikuti pasien yang di rawat ,kemudian pasien yang dirujuk dan yang terakhir adalah pasien yang meninggal sebelum dirawat.



Gambar 3.1
STRUKTUR ORGANISASI
INSTALASI GAWAT DARURAT RSUD TARAKAN



Sumber : Kepala Ruangan Instalasi Gawat Darurat RSUD Tarakan

3.5.3. Ketenagaan di IGD

a. Perawat dan bidan :

1. Perawat 17 orang

2. Bidan 3 orang

PNS : 13 orang

Honor : 5 orang

Magang : 2 orang

Pendidikan

SPK : 5 orang

D3 keperawatan: 11 orang

D1 kebidanan : 2 orang

D4 kebidanan : 1 orang

S1 keperawatan : 1 orang

Sebagian besar petugas IGD telah mendapatkan pelatihan ATLS/ACLS/BCLS/PPGD kecuali petugas magan dan honor yang masih dalam usulan

b. Dokter jaga :

Jumlah 7 orang

1 orang dokter definitive sebagai kepala instalasi IGD

6 orang dokter jaga tamu sebagai tenaga kontrak (bersertifikat

ATLS/ACLS)

c. Administrasi

1 orang pendidikan SMU

BAB 4

KERANGKA KONSEP

4.1. Kerangka Konsep

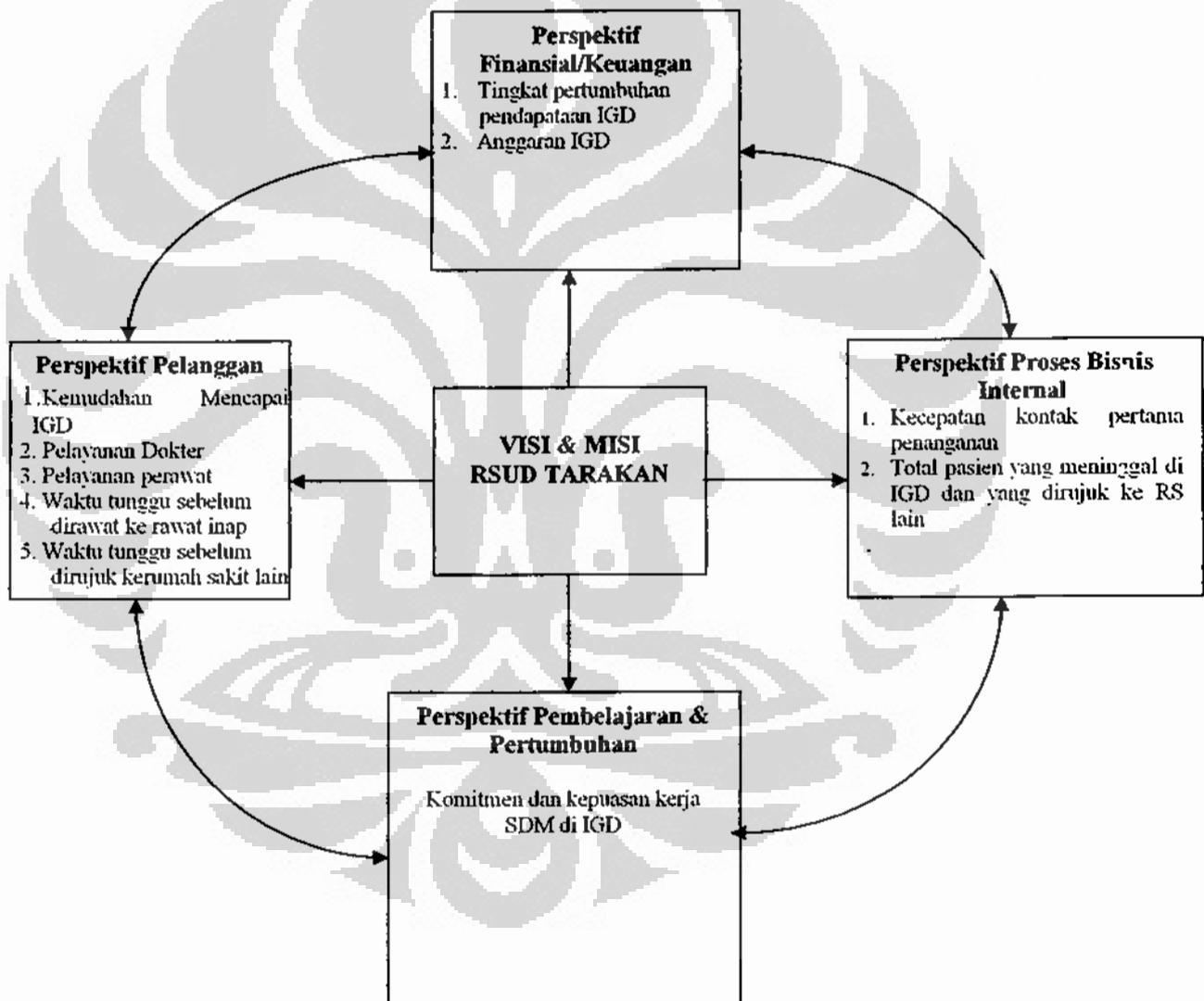
Penelitian ini bertujuan untuk mendapatkan gambaran kinerja di pelayanan IGD RSUD Tarakan melalui pendekatan kerangka *balanced scorecard*, yang terdiri dari 4 (empat) perspektif, yaitu:

1. Perspektif Pembelajaran dan Pertumbuhan, kemampuan rumah sakit meningkatkan dan memenuhi kebutuhan serta harapan dari SDM sebagai pemberi pelayanan kepada pasien di IGD.
2. Perspektif Pelanggan (*Customer*), pihak provider rumah sakit harus mengetahui mutu pelayanan yang mereka berikan kepada pasien apakah sudah sesuai dengan keinginan dan tingkat kepuasan pasien. Untuk mengetahuinya dilakukan dengan mengetahui pendapat pasien/keluarga atau pengantar pasien terhadap: a) kemudahan mencapai IGD, b) pelayanan dokter, c) pelayanan perawat, d) waktu tunggu sebelum dirawat ke rawat inap, e) waktu tunggu sebelum dirujuk ke rumah sakit lain.
3. Perspektif Proses Bisnis Internal, untuk mengevaluasi proses internal dilakukan dengan mengukur pelayanan pasien melalui: 1) kecepatan kontak pertama penanganan pasien oleh dokter dan perawat, 2) Total pasien yang meninggal di IGD dan yang dirujuk ke rumah sakit lain.

4. Perspektif Keuangan (*Financial*), merupakan bentuk pertanggung jawaban dari kinerja keuangan yang menjadi kewajiban provider rumah sakit. Untuk menilai kinerja ini dengan menghitung tingkat pertumbuhan pendapatan di IGD

Gambar 4.1

Kerangka konsep



Dimodifikasi dari Robert s Kaplan & David P Norton (1996)

4.2. Definisi Operasional

Variable	Definisi Operasional	Cara Ukur	Alat Ukur	Hasil Ukur	Skala Ukur
Perspektif Pembelajaran dan Pertumbuhan					
Komitmen dan kepuasan kerja SDM di IGD	Kesepakatan dan persepsi yang menyenangkan terhadap kerja dari petugas di IGD	Wawancara mendalam	Pedoman wawancara		
Perspektif Pelanggan					
Kemudahan mencapai IGD	Persepsi pasien terhadap kemudahan untuk mengakses dan mencapai fasilitas layanan IGD	Self reported	Kuisisioner	- Puas - Tidak puas	Ordinal
Pelayanan Dokter	Persepsi pasien terhadap pelayanan yang di berikan oleh petugas medis di IGD	Self reported	Kuisisioner	- Puas - Tidak puas	Ordinal
Pelayanan Perawat	Persepsi pasien terhadap pelayanan yang yang di berikan oleh petugas paramedis di IGD	Self reported	Kuisisioner	- Puas - Tidak puas	Ordinal
Waktu Tunggu sebelum di rawat ke Rawat inap	Persepsi pasien terhadap Lamanya mendapatkan jasa pelayanan rawat inap setelah mendapatkan pelayanan di IGD	Self reported	Kuisisioner	- Puas - Tidak puas	Ordinal
Waktu tunggu sebelum di rujuk ke rumah sakit lain	Persepsi pasien terhadap Lamanya mendapatkan keputusan rujukan RS lain.	Self reported	Kuisisioner	- Puas - Tidak puas	Ordinal
Perspektif Proses Bisnis Internal					
Kecepatan kontak pertama pelayanan	Ketepatan waktu reponden mendapat layanan pertama oleh petugas IGD menurut standar Depkes RI	Observasi	Daftar Checklis	- Tepat waktu - Tidak tepat waktu	Ordinal
Total pasien yang meninggal di IGD dan yang di rujuk ke RS lain	Jumlah kasus kematian di IGD serta jumlah kasus yang harus dikirim ke rumah sakit lain untuk mendapatkan pelayanan.	Telaah Dokumen	Daftar Tilik	- Persentase Jlh kasus meninggal - Persentase Jlh kasus yang dirujuk	Interval

Perspektif Financial/Keuangan					
Tingkat pertumbuhan pendapatan IGD	Jumlah pemasukan IGD dalam satu kurun waktu selama 2 tahun	Telaah Dokumen	Daftar Tilik	- Persentase	Interval
Anggaran	Jumlah dana yang di alokasikan dalam satu kurun waktu	Telaah Dokumen	Daftar tilik	- Persentase	Interval
Visi dan Misi	Gambaran konseptual tentang keiginan masa mendatang dan bagaimana cara mewujudkannya	Dokumen tentang penjelasan Visi dan Misi	Pernyataan dan penjelasan dokumen tentang visi dan Misi	Dokumen tentang Pernyataan dan penjelasan dokumen tentang Visi dan Misi	

BAB 5

METODE PENELITIAN

5.1. Rancangan penelitian

Penelitian ini merupakan penelitian kualitatif dan kuantitatif secara deskriptif yang hanya menggambarkan kondisi pada satu periode saja berdasarkan fakta yang sebenarnya dan menggunakan metode studi kasus terhadap data yang dihimpun.

5.2. Lokasi dan waktu penelitian

Penelitian ini dilakukan di Instalasi Gawat Darurat (IGD) Rumah Sakit Tarakan Jakarta Pusat. Yang dilakukan pada bulan April sampai dengan Juni Tahun 2008.

5.3. Populasi dan Sampel

Untuk data kuantitatif populasi yang digunakan dalam penelitian ini adalah pasien yang berkunjung ke Rumah Sakit Umum Tarakan, sedangkan sampel adalah pasien yang berkunjung ke Instalasi Gawat Darurat sesuai dengan kriteria. Adapun besaran sampel ditentukan berdasarkan rumus proporsi populasi tunggal (menggunakan rumus Lameshow, 1996):

$$n = \frac{Z_{1-\alpha/2} p(1-p)}{d^2}$$

Keterangan:

n = besar sampel

$Z_{1-\alpha/2}$ = Nilai baku distribusi normal pada derajat kepercayaan 95% = 1,96

p = Proporsi sesuatu yang tidak diketahui = 0,5

$1 - p = q$

d = derajat akurasi (presisi) yang diinginkan = 10%

Berdasarkan rumus diatas maka jumlah sampel minimal yang diperlukan dalam penelitian ini adalah 97 orang. Untuk mengantisipasi terjadinya kehilangan sampel atau menghindari data yang tidak terpakai waktu pengukuran sehingga sampel minimal tidak terpenuhi maka jumlah sampel ditambah 10% dari sampel minimal. Maka jumlah sampel yang diambil sebanyak 107 orang

5.4. Subyek dan Informan

Untuk metode penelitian kualitatif diambil informan sumber daya manusia di Instalasi Gawat Darurat dan untuk metode penelitian kuantitatif diambil responden pasien/keluarga pasien yang datang berobat di Instalasi Gawat Darurat. Untuk Sumber Daya Manusia yang ada di Instalasi Gawat Darurat yaitu sebanyak 5 orang informan yang terdiri dari 1 kepala IGD, 1 dokter jaga Instalasi Gawat Darurat, 1 kepala perawat, 2 perawat di Instalasi Gawat Darurat.

Untuk metode kuantitatif responden adalah pasien/keluarga digunakan sampel menyeluruh sebanyak 97 pasien/keluarga yang datang berobat di Instalasi Gawat Darurat selama bulan Mei tahun 2008 secara random, dengan memenuhi kriteria yang telah ditetapkan sebagai subyek penelitian, yaitu 1) Pasien yang datang berobat di Instalasi Gawat Darurat pada waktu itu, 2) Pasien yang dapat

berkomunikasi dengan baik, 3) Bila pasien tidak sadar, anak-anak, atau pasien yang mempunyai gangguan jiwa diwakili oleh pengantarnya atau orang tuanya, 4) pasien masih hidup.

5.5. Pengumpulan data

Penelitian dilakukan dengan menggunakan kuesioner kepuasan pasien, cek list dan wawancara mendalam. Kuesioner kepada pasien Instalasi Gawat Darurat untuk mengevaluasi kepuasan mereka terhadap loyalitas pelanggan. Wawancara mendalam kepada sumber daya manusia di Instalasi Gawat Darurat untuk mengevaluasi komitmen dan kepuasan kerja mereka instrument penelitian adalah peneliti sendiri. Untuk mengetahui kinerja keuangan Instalasi Gawat Darurat digunakan data sekunder dari IGD dan rumah sakit serta cek list rencana anggaran dan realisasinya. Sedangkan untuk mengetahui pelayanan pasien di Instalasi Gawat Darurat digunakan data sekunder dan observasi langsung menggunakan cek list.

Jenis data dalam penelitian ini yaitu 1) Data primer untuk mengevaluasi Kepuasan pasien Instalasi Gawat Darurat diperoleh dengan kuisisioner, pelayanan pasien Instalasi Gawat Darurat dari observasi, komitmen dan kepuasan kerja sumber daya manusia di Instalasi Gawat Darurat dengan wawancara mendalam, 2) Data sekunder untuk mengevaluasi kinerja keuangan Instalasi Gawat Darurat dengan telaah dokumen.

5.6. Tahap pengolahan data

Kuisisioner yang digunakan dalam penelitian ini mengadopsi dari kuisisioner penelitian yang pernah dilakukan oleh Sri,D(2000) blanko kuesioner dibagikan

kepada semua responden pasien/keluarga yang datang berobat di Instalasi Gawat Darurat (IGD) dan memenuhi kriteria selama bulan Mei 2008, kemudian hasil jawaban responden dikumpulkan untuk dianalisa. Untuk alat penelitian cek list, dilakukan observasi proses pelayanan pasien terhadap sampel pasien yang dilayani di IGD selama bulan Mei 2008. Untuk wawancara mendalam, dilakukan wawancara mendalam terhadap informan Sumber Daya Manusia yaitu 1 kepala IGD, 1 dokter jaga, 1 kepala perawatan dan 2 perawat IGD, wawancara mendalam dilakukan berulang kali terhadap beberapa informan sampai jawaban atau pendapat informan dianggap memadai oleh peneliti. Untuk telaah dokumen dilakukan telaah dokumen terhadap data sekunder keuangan di IGD dan data jumlah pasien dirujuk ke rumah sakit lain dan pasien yang meninggal tahun 2006 dan tahun 2007 di IGD.

5.7. Analisis Data

Data yang diperoleh melalui alat penelitian berupa data kualitatif dan data kuantitatif, dianalisa berdasarkan kerangka konsep *balanced scorecard* yang merupakan keseimbangan dari 4 perspektif yaitu keuangan, pelanggan, proses internal, pembelajaran serta pertumbuhan. Untuk perspektif keuangan dipakai *key success factors* nya adalah a) Tingkat pertumbuhan pendapatan IGD selama 2 tahun , b) Anggaran perencanaan dan realisasinya dengan cara ukur melihat apakah ada kesenjangan antara perencanaan dan kenyataan yang didapat. *Key success factors* dari perspektif pelanggan adalah Kepuasan pelanggan yang menggunakan kuesioner dengan hasil distribusi frekwensi. Untuk perspektif proses bisnis internal dipakai indikator : a) Kecepatan kontak pertama pasien oleh dokter dan perawat yang diperoleh dari observasi dengan menggunakan cek list, hasil ukur merupakan data

kualitatif, b) Total pasien meninggal dan dirujuk yang merupakan data kuantitatif. Komitmen dan kepuasan sumber daya manusia terhadap reward, kesejahteraan, pendidikan dan pelatihan serta pendapat terhadap sesama rekan kerja di IGD adalah indikator yang dipilih dari perspektif pembelajaran dan pertumbuhan. Data diperoleh dari wawancara mendalam dengan hasil ukur adalah kualitatif.

5.8. Validitas Data

Untuk menjamin validitas informasi yang dikumpulkan, dalam penelitian kualitatif maka dilakukan triangulasi sumber dengan menggunakan kelompok informan yang berbeda, untuk triangulasi metode dilakukan wawancara mendalam dan telaah dokumen serta observasi.

BAB 6

HASIL PENELITIAN

6.1. Visi dan Misi Instalasi Gawat Darurat

Dari penelitian yang dilakukan diperoleh gambaran bahwa Instalasi Gawat Darurat belum mempunyai Visi dan Misi yang baru, maka untuk saat ini mengacu pada Visi dan Misi baru rumah sakit, yaitu :

Visi

“RUMAH SAKIT SAHABAT ANDA MENUJU SEHAT”

Misi

1. Melayani masyarakat dengan prinsip pelayanan prima.
2. Meningkatkan jenis sarana dan prasarana layanan sesuai tuntutan pelayanan.
3. Mewujudkan SDM profesional dan sejahtera.
4. Mendorong kemandirian dan peran serta masyarakat untuk hidup sehat.

6.2. Evaluasi komitmen dan kepuasan kerja sumber daya manusia di Instalasi Gawat Darurat

6.2.1. Pendapat terhadap IGD RSUD Tarakan

Dari hasil wawancara mendalam dengan informan (SDM di Instalasi Gawat Darurat) mengenai pendapat terhadap Instalasi Gawat Darurat Rumah Sakit Umum Daerah Tarakan, diperoleh informasi seperti kutipan di bawah ini.

“...Semua pasien disini tidak melalui triase... jadi langsung ke IGD dan semua pasien campur aja di IGD...” (Informan 1)

"...indikator IGD saya tidak berani menampilkan di meja dokter takut salah pengertian tentang respon time yang kurang dari lima menit..."
(Informan 2)

"...Waduh, serba kekurangan...terutama fasilitas obat-obatan, penataan ruangan yang kurang baik dan kurang teratur..." **(Informan 3)**

"...IGD itu harusnya bersih tidak ada lalat... lengkap dengan segala fasilitas yang menunjang..." **(Informan 4)**

"...Ya begini IGD kita,...tetapi kita tetap memberikan pelayanan yang terbaik kepada masyarakat..." **(Informan 5)**

Dari hasil wawancara tersebut dapat di simpulkan bahwa sebagian besar informan menyatakan bahwa keadaan IGD masih sangat serba kekurangan terutama ketersediaan fasilitas dan penataan ruangan khususnya ruang triase. Dan dari informasi yang di dapatkan tentang indikator IGD ternyata masih ada ketidaktahuan tentang penjabaran indikator tersebut.

6.2.2. Pendapat terhadap Reward yang di terima di IGD

Sedangkan pendapat informan terhadap reward yang di terima oleh petugas di Instalasi Gawat Darurat dapat dilihat seperti petikan informasi berikut.

"...Kalau reward yang diterima masih sangat kurang dibanding dengan beban kerja..." **(Informan 1)**

"...Kalau dari IGD khusus sih gak ada, hanya kalau lebaran aja, kalau dibilang cukup ya cukup-cukup aja..." **(Informan 2)**

"...Kalau memang mau beramal ya disini, kita tidak bisa berharap banyak dari Tarakan pendapatan kurang karena tidak di hitung perpasiennya..."
(Informan 3)

"...Sama aja dengan perawat di ruangan kalau reward khusus IGD sih gak ada..." **(Informan 4)**

"...Reward yang di terima terlalu kecil, minim sekali hampir tidak sebanding..." **(Informan 5)**

Dari kutipan di atas, menunjukkan bahwa semua informan dari Informan hampir sama yang intinya merasa kurang puas terhadap reward yang diterima selama ini di Instalasi Gawat Darurat Rumah Sakit Umum Daerah Tarakan

6.2.3. Pendapat terhadap Beban Kerja di IGD RSUD Tarakan

Dari hasil wawancara dengan Informan terhadap beban kerja di IGD RSUD Tarakan diperoleh informasi, seperti kutipan wawancara di bawah ini.

"...Kalau beban kerja biasa aja sebenarnya karena memang kita berada pada IGD..." (Informan 1)

"...Beban kerja sebenarnya tidak terlalu berat namanya juga di IGD udah biasa..." (Informan 2)

"...Beban kerja biasa aja gak ada masalah..." (Informan 4)

"...Kalau untuk sekarang masih sedang masih bisalah..." (Informan 5)

Dari kutipan wawancara di atas, sebagian besar informan berpendapat bahwa beban kerja di IGD tidak menjadi masalah. Berbeda dengan pendapat salah satu informan yang menyatakan bahwa beban kerja di IGD terasa berat, berikut kutipan informasi yang disampaikan.

"...Memang berat, berat ya terutama dari dokter spesialis, karena pasien harus di tangani dokter umum bila spesialis tidak datang..." (Informan 3)

Informasi di atas ditujukan terhadap dokter spesialis yang selama ini hanya *on call* sehingga beban kerja dokter jaga menjadi lebih berat.

6.2.4. Pendapat Terhadap Proses Peningkatan Kualitas SDM di IGD

Dari hasil wawancara mendalam mengenai proses peningkatan kualitas SDM di IGD RSUD Tarakan informasi yang diterima sedikit bervariasi ini dapat di lihat dari petikan di bawah ini :

"....Kalau untuk peningkatan SDM disini bukan berdasarkan DUK (daftar urutan kepegangatan) tetapi berdasarkan daftar urutan kedekatan..."
(Informan 1)

"...Kalau untuk sekolah biaya sendiri tidak ada dukungan dari rumah sakit tapi kalau sekolah biaya dari rumah sakit itu ada..." **(Informan 2)**

"...Kalau pelatihan kita pernah di ikutkan seperti ACLS pernah diikuti..."
(Informan 3)

"...Ada pelatihan-pelatihan yang di ikutkan tiap tahun..." **(Informan 4)**

"...Tiap tahun selalu ada, atas usulan kepala instalasi dan diajukan keatasan..." **(Informan 5)**

Dari kutipan diatas informasi yang didapat menyatakan sistem peningkatan kualitas SDM belum menyeluruh karena masih ada yang merasa tidak puas dengan proses seleksi untuk mendapatkan kesempatan melanjutkan pendidikan dan mendapatkan pelatihan-pelatihan mengenai IGD.

6.2.5. Pendapat Terhadap Kepedulian Atasan Terhadap Karyawan IGD

Dari hasil wawancara mendalam terhadap informan SDM di IGD mengenai pendapat tentang kepedulian atasan terhadap karyawan, dapat dilihat dari petikan di bawah ini.

"...Kalau kepala instalasi pasti selalu memperhatikan, tapi kalau ke atasan yang lebih tinggi biasa aja..." **(Informan 1)**

"...Kalau untuk kepala UGD otomatis pasti memantau untuk kepala perawat dia sering menelpon untuk menanyakan perawat di IGD..." **(Informan 2)**

"...Saya kira sih kurang, mereka taunya nuntut kita macam-macam tetapi kesejahteraan kita tidak terpenuhi..." **(Informan 3)**

"...Nggak ada biasa aja..." **(Informan 4)**

"...Kalau untuk kemitraan bagus tapi kenyataannya tidak sesuai..."
(Informan 5)

Dari informasi yang didapat bahwa untuk kepedulian atasan sampai tingkat kepala instalasi sudah cukup baik, tetapi ke tingkat pimpinan rumah sakit mereka merasa masih kurang kepeduliannya terhadap karyawan IGD

6.2.6. Pendapat Terhadap Sikap Sesama Karyawan di IGD

Informasi yang didapat dari hasil wawancara mendalam dengan informan mengenai pendapat terhadap sikap sesama karyawan di IGD dapat dilihat dari petikan informasi di bawah ini:

"...Ini yang bikin kami betah karena saling mengisi, kalau ada teman yang berhalangan untuk masuk kita bisa minta ganti pada teman yang lain yang sama-sama seniornya..." (Informan 1)

"...Kompaklah semuanya, sesama perawat, dokter semua yang ada di IGD" (Informan 2)

"...Wah disini paling enak, sesama perawat kompak dengan dokter juga kompak..." (Informan 3)

"...Kalau sesama karyawan IGD enak itu salah satu alasan yang membuat kami betah di sini..." (Informan 4)

"...Hampir tidak ada jarak antara saya dan anak-anak itu..." (Informan 5)

Semua informan menyatakan bahwa sikap sesama teman-teman di IGD sangat baik ini menunjukkan bahwa ada kekompakan yang membuat mereka bertahan di IGD

6. 3. Evaluasi Pelayanan Pasien

6.3.1. Respon Time

observasi yang dilakukan peneliti tgl 06 Juli 2008 ditemukan keterlambatan *respon time* terhadap seorang pasien yang datang ke IGD jam 12.12 wib dengan

keluhan stroke, dari observasi peneliti dokter terlihat baru memeriksa pasien pada jam 12.30 wib terjadi keterlambatan respon time selama 18 menit sejak pasien masuk. Kemudian pada hari yang sama pada jam 13.54 wib, pasien baru mendapat pelayanan dokter 15 menit kemudian setelah dokter jaga sore datang.

6.3.2. Rujukan

Dari data sekunder yang didapat peneliti jumlah rujukan dan jumlah pasien yang meninggal pada tahun 2006 dan 2007 dapat dilihat pada tabel di bawah.

Tabel 6.1

Jumlah pasien dirujuk dan yang meninggal di IGD tarakan Th 2006 dan 2007

Tahun	Jumlah Pasien	Dirujuk	%	Meninggal	%
2006	19.976	2.579	12.91	137	0.69
2007	25.975	3.055	11.77	90	0.35

Pada table 6.1 menunjukkan bahwa jumlah pasien yang meninggal terjadi penurunan pada hampir 50 % dari tahun 2006 yaitu dari 0.69 % menjadi 0.35 % pada tahun 2007.

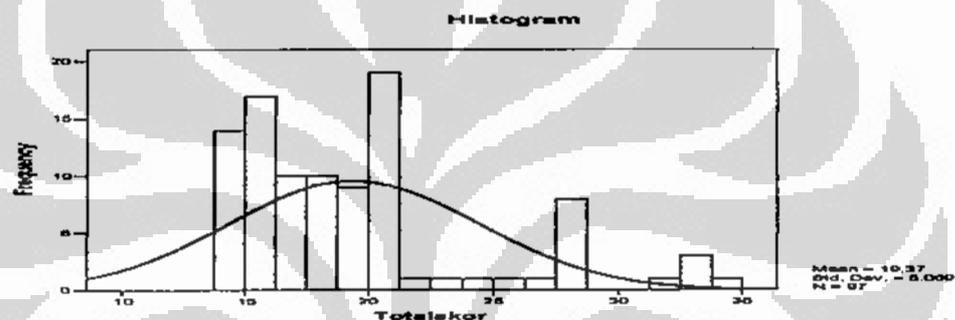
6. 4. Evaluasi Kepuasan Pasien

Evaluasi kepuasan pasien terhadap pelayanan yang diberikan di Unit Dawat Darurat yang berkaitan dengan pelayanan dokter, perawat, waktu tunggu rujuk, waktu rawat inap dan kemudahan mencapai Instalasi Gawat Darurat. Seperti yang terlihat pada tabel-tabel berikut.

6.4.1. Pelayanan Dokter

Pelayanan yang diberikan oleh Dokter diukur dengan 7 (tujuh) item pertanyaan. Dari hasil jawaban responden menggambarkan bentuk kurva tidak normal seperti pada grafik di bawah, maka nilai yang diambil untuk mengkategorikan pelayanan yang diberikan oleh dokter menggunakan nilai median.

Gambar 6.1



Tabel 6.2

Distribusi Kepuasan Pasien Terhadap Pelayanan Dokter di IGD RSUD Tarakan Jakarta Pusat Tahun 2008

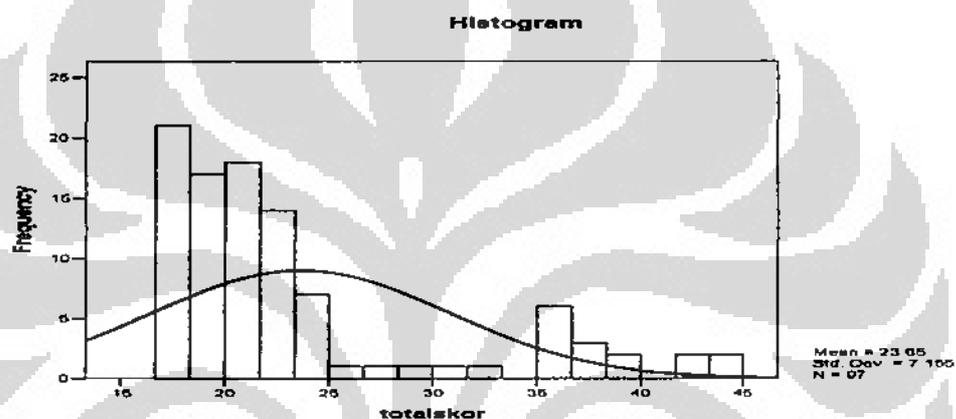
No	Pelayanan Dokter	f	%
1	Puas	46	47,4
2	Tidak Puas	51	52,6
Total		97	100.0

Berdasarkan tabel 6.2, dapat diketahui bahwa 52,6 % responden dikategorikan tidak puas terhadap pelayanan yang diberikan oleh dokter di Unit Gawat Darurat.

6.4.2. Pelayanan Perawat

Untuk pelayanan perawat nilai tengah yang digunakan adalah nilai median dikarenakan kurva berbentuk tidak normal, hasil jawaban responden dapat dilihat dari tabel dibawah ini.

Gambar 6.2



Tabel 6.3
Distribusi Kepuasan Pasien Terhadap Pelayanan Perawat di IGD RSUD Tarakan Jakarta Pusat Tahun 2008

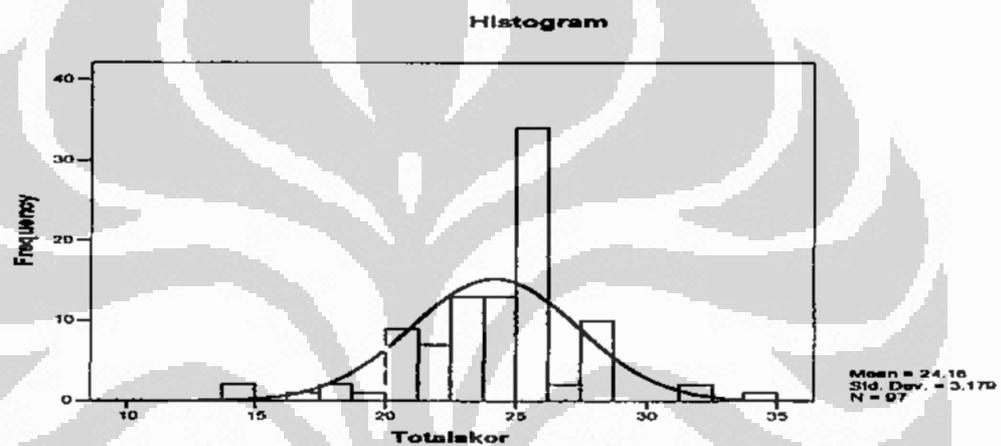
No	Pelayanan Perawat	f	%
1	Puas	41	42,3
2	Tidak Puas	56	57,7
Total		97	100.0

Dari tabel 6.3 menunjukkan bahwa 57,7% responden dikategorikan tidak puas terhadap pelayanan yang diberikan oleh perawat di Instalasi Gawat Darurat.

6.4.3. Waktu Tunggu Rawat Inap

Untuk waktu tunggu rawat inap nilai tengah yang di gunakan adalah nilai mean karena kurva berbentuk normal, dan hasil jawaban responden dapat dilihat pada tabel berikut ini.

Gambar 6.3



Tabel 6.4

**Distribusi Kepuasan Pasien Terhadap Waktu tunggu Rawat Inap di IGD
RSUD Tarakan Jakarta Pusat Tahun 2008**

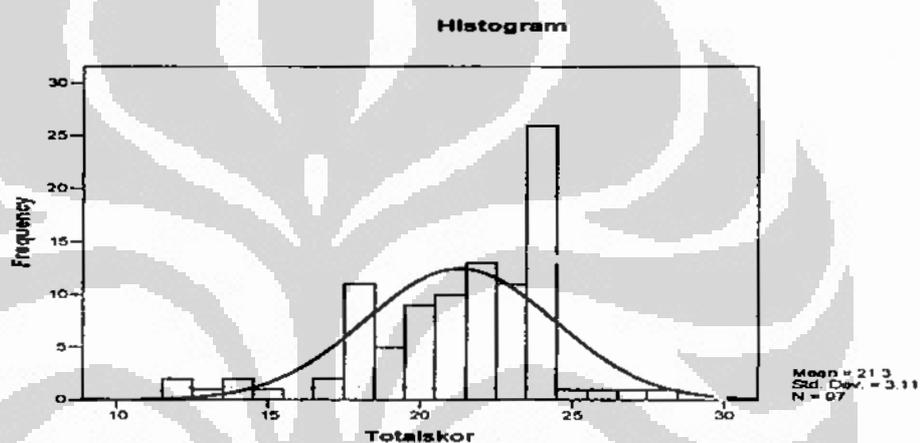
No	Waktu tunggu Rawat Inap	f	%
1	Puas	49	50,5
2	Tidak Puas	48	49,5
Total		97	100.0

Berdasarkan tabel 6.4. dapat diketahui bahwa 50.5% responden dikategorikan puas terhadap waktu tunggu rawat inap di Unit Gawat Darurat.

6.4.4. Waktu Tunggu Rujuk

Untuk waktu tunggu rujuk nilai tengah yang digunakan oleh peneliti adalah nilai mean dikarenakan kurva berbentuk normal, dan hasil jawaban responden dapat dilihat pada tabel dibawah ini.

Gambar 6.4



Tabel 6.5

Distribusi Kepuasan Pasien Terhadap Waktu tunggu Rujuk diIGD RSUD Tarakan Jakarta Pusat Tahun 2008

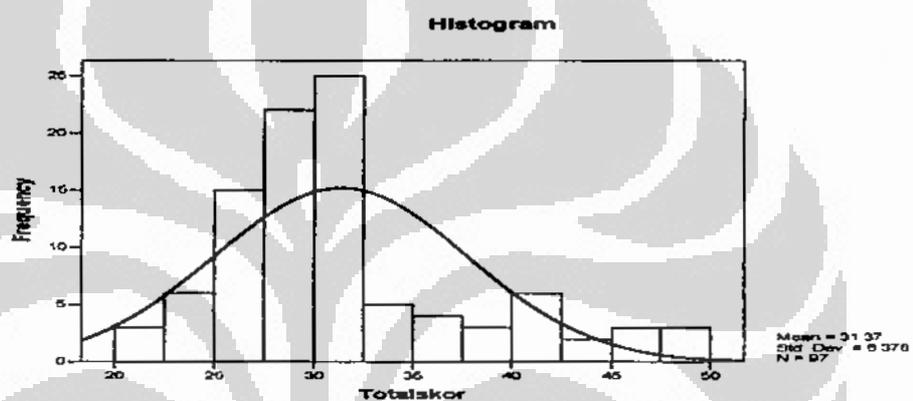
No	Waktu tunggu Rujuk	F	%
1	Puas	54	55,7
2	Tidak Puas	43	44,3
Total		97	100.0

Berdasarkan tabel 6.7, menunjukkan bahwa 55,7 % responden dikategorikan puas terhadap waktu tunggu rujuk ke rumah sakit lain.

6.4.5. Kemudahan Mencapai UGD

Nilai tengah yang digunakan untuk kemudahan mencapai IGD adalah nilai median ini dikarenakan kurva berbentuk tidak normal melenceng kekiri, dapat dilihat hasil jawaban responden pada tabel dibawah ini.

Gambar 6.5



Tabel 6.6
Distribusi Kepuasan Pasien Terhadap Kemudahan Mencapai IGD RSUD
Tarakan Jakarta Pusat Tahun 2008

No	Kemudahan Mencapai UGD	F	%
1	Puas	42	43,3
2	Tidak Puas	55	56,7
Total		97	100.0

Berdasarkan tabel 6.8 di atas dapat diketahui bahwa 54,2% responden dikategorikan tidak puas terhadap kemudahan untuk mencapai Instalasi Gawat Darurat.

6.5 Evaluasi Kinerja Keuangan

Dari telaah dokumen yang didapat peneliti dari data sekunder keuangan IGD yang diambil selama dua tahun terakhir dapat kita lihat bahwa tingkat pertumbuhan keuangan di IGD Tarakan seperti pada tabel di bawah ini.

Tabel 6.7
Pendapatan IGD pada tahun 2006

Bulan	Pendapatan IGD/Bln (Rp)	Persentase terhadap total pendapatan(%)
Januari	49,319,000	8.68
Februari	45,800,000	8.06
Maret	46,786,000	8.24
April	47,540,000	8.37
Mei	54,475,000	9.59
Juni	50,780,000	8.94
Juli	51,790,000	9.12
Agustus	47,685,000	8.40
September	46,455,000	8.18
Oktober	42,390,000	7.46
November	41,315,000	7.27
Desember	43,660,000	7.69
Total	567,995,000	100.00

Dari table 6.9 di atas kita lihat bahwa pendapatan tahun 2006 sebesar 567,995,000 Rupiah .

Table 6.8
Pendapatan IGD pada tahun 2007

Bulan	Pendapatan IGD/Bln (rp)	Persentase terhadap total pendapatan (%)
Januari	53,300,000	7.77
Februari	75,325,000	10.98
Maret	59,309,000	8.64
April	56,385,000	8.22
Mei	66,528,000	9.69
Juni	61,815,000	9.01
Juli	59,150,000	8.62
Agustus	55,155,000	8.04
September	52,295,000	7.62
Oktober	46,800,000	6.82
November	49,855,000	7.26
Desember	50,385,000	7.34
Total	686,302,000	100

Sumber : bagian administrasi IGD

Dari table 6.10 dilihat bahwa pendapatan IGD sebesar 686,302,000 rupiah pada tahun 2007. Sedangkan dari tahun 2006 ke 2007 terlihat pertumbuhan sebesar 9,43 % ini menandakan bahwa tingkat pendapatan IGD meningkat pertahunnya.

Dari hasil telaah dokumen didapat anggaran untuk kamar gawat darurat untuk tahun 2006 sebesar Rp 1,195,600,000 dan yang terealisasi Rp 1,195,600,000 jadi 100 % anggaran IGD tahun 2006 terealisasi.

Disini IGD hanya merupakan Unit pendapatan rumah sakit saja berdasarkan jumlah pasien dan tidak membuat neraca laba-rugi, karena hal itu dilakukan di bagian keuangan Rumah sakit.

BAB 7

PEMBAHASAN

7.1. Keterbatasan penelitian

Oleh karena keterbatasan waktu, analisis kinerja yang di teliti oleh peneliti belum mencakup semua Indikator dari *balanced scorecard* hanya item tertentu yang penulis ambil seperti perspektif pertumbuhan dan pembelajaran hanya komitmen dan kepuasan SDM saja, perspektif Pelanggan hanya kepada kepuasan pelanggan saja, perspektif proses bisnis hanya pada respon time dan jumlah pasien di rujuk dan yang meninggal, perspektif keuangan hanya pada tingkat pertumbuhan dan anggaran saja, maka dari itu penilaian yang diberikan peneliti belum optimal seperti yang di harapkan.

Instalasi gawat Darurat hanya mempunyai laporan pendapatan keuangan saja dan tidak mempunyai target yang harus dicapai untuk IGD pertahunnya, oleh karena itu kinerja keuangan yang di analisis peneliti tidak dapat mewakili kinerja keuangan yang sebenarnya hanya merupakan asumsi peneliti saja terhadap tingkat pertumbuhan keuangan di Instalasi Gawat Darurat berdasarkan selisih pendapatan pertahun selama dua tahun terakhir.

Dalam melakukan observasi terhadap waktu kontak pertama pasien dengan dokter dan perawat, peneliti sulit menentukan jenis kasus kriteria triase, hal ini dikarenakan IGD belum mempunyai triase sehingga semua pasien langsung keruang emergensi baik pasien yang *true emergency* maupun yang *false emergency* oleh

sebab itu perlu pengamatan yang lebih cermat dalam menentukan kasus triase sehingga data yang di peroleh lebih akurat.

7.2. Analisis Kinerja

Analisis dilakukan berdasarkan kerangka *balanced scorecard* yang di hubungkan dengan berbagai indikator di Instalasi Gawat Darurat yaitu perspektif pembelajaran dan pertumbuhan dilihat dari komitmen dan kepuasan kerja Sumber Daya Manusia, perspektif proses bisnis internal dilihat dari pelayanan pasien, perspektif pelanggan dilihat dari kepuasan pasien dan perspektif keuangan dilihat dari kinerja keuangan.

Belum adanya Visi dan Misi IGD yang baru membuat IGD sulit menentukan target dan strategi kedepan walaupun mengacu pada Visi dan Misi rumah sakit, hal ini perlu menjadi prioritas kepala IGD untuk segera membuat sebuah Visi dan Misi IGD kedepan.

7.2.1. Perspektif Pertumbuhan dan Pembelajaran dilihat dari Komitmen dan kepuasan Sumber Daya Manusia di IGD

Dari hasil penelitian dengan menggunakan wawancara mendalam menunjukkan bahwa indikator Sumber Daya Manusia di Instalasi Gawat Darurat belum baik, hal ini dapat dilihat dari ketidak tahuan karyawan terhadap indikator IGD sehingga kegiatan pelayanan di IGD tidak berdasarkan Standar Pelayanan Minimal. Selain dari itu kepuasan terhadap reward yang di terima oleh dokter jaga yaitu gaji yang kurang, juga menjadi suatu hal yang membuat kurangnya komitmen karyawan IGD walaupun sebenarnya faktor gaji bukan merupakan satu-satunya yang

menyebabkan ketidakpuasan kerja masih ada faktor-faktor lain yang menimbulkan ketidakpuasan kerja menurut Herzberg dalam Munandar (2006) Kelompok lain yang menimbulkan ketidakpuasan berkaitan dengan konteks dari pekerjaan, dengan faktor-faktor ekstrinsik dengan pekerjaan yaitu administrasi dan kebijakan organisasi, penyediaan, gaji, hubungan antar pribadi dan kondisi kerja. Dari pernyataan di atas pihak rumah sakit harus lebih memperhatikan faktor-faktor yang berkaitan dengan ketidakpuasan tenaga kerja, sehingga dapat meningkatkan motivasi kerja.

Beban kerja dokter jaga juga perlu menjadi perhatian para manajer Rumah sakit dimana dokter jaga mengeluh tentang dokter spesialis yang tidak *on site* yang hanya *on call* saja, hal ini menyebabkan beban kerja dokter jaga menjadi lebih berat.

Kesempatan untuk meningkatkan kualitas SDM di Instalasi Gawat Darurat juga masih belum merata dan masih ada ketidakpuasan karyawan terhadap sistem pemilihan karyawan untuk melanjutkan pendidikan dan pelatihan baik untuk penyegaran kembali ataupun untuk mendapatkan ilmu baru mengenai IGD karena hal ini juga berkaitan dengan komitmen karyawan sesuai dengan yang dikemukakan oleh Mulyadi (1999) yaitu untuk memiliki personel yang produktif dan berkomitmen, organisasi perlu membangun personel melalui proses pembelajaran dan pertumbuhan.

Dari data tersebut mengidentifikasi bahwa karyawan Instalasi Gawat Darurat menilai perencanaan dan pengembangan karier mereka belum terjamin. Oleh karena itu untuk meningkatkan komitmen dan kepuasan karyawan IGD, kepala Instalasi Gawat Darurat dalam hal ini sebaiknya mulai menyusun pola perencanaan pengembangan karier terarah bagi karyawan Instalasi Gawat Darurat khususnya bagi

mereka yang memenuhi persyaratan, yakni memiliki kemampuan, kemauan, dan loyalitas yang tinggi terhadap Instalasi Gawat Darurat.

Sedangkan dari hasil wawancara mendalam terhadap sikap terhadap sesama rekan kerja sangat baik, ini menandakan bahwa hubungan sesama rekan kerja di Instalasi gawat darurat sudah cukup baik seperti dikemukakan Herzberg dalam Munandar di atas maka faktor ketidakpuasan sudah terpenuhi. Dan ini sesuai dengan Munandar (2006) kepuasan kerja yang ada pada pekerja timbul karena mereka, dalam jumlah tertentu, berada dalam suatu ruangan kerja, sehingga mereka dapat saling berbicara (kebutuhan sosial terpenuhi). Ini bersifat kepuasan kerja tetapi tidak menyebabkan meningkatnya motivasi kerja.

Sedangkan tanggapan terhadap IGD informan menyatakan masih kurang memadai, ini sesuai dengan pendapat Munandar (2006) kondisi kerja yang *uncomfortable* akan menimbulkan keengganan untuk bekerja. Oleh sebab itu pihak rumah sakit harus mencari solusi untuk hal tersebut sehingga semua kebutuhan di IGD dapat terpenuhi termasuk kebutuhan fisik bangunan.

Untuk kepedulian atasan terhadap karyawan dapat kita lihat bahwa dari beberapa informasi dapat di simpulkan bahwa tingkat kepedulian atasan terutama kepala IGD sudah cukup baik dan hal ini perlu dipertahankan kedepan. Tetapi ada juga informan yang mengemukakan pendapat yang berbeda, ini mengungkapkan bahwa masih ada ketidakpuasan yang dirasakan oleh karyawan IGD terhadap kepedulian atasan. Hal ini berhubungan dengan pendapat Locke dalam Munandar (2006) tingkat kepuasan kerja yang paling besar dengan atasan adalah jika kedua hubungan adalah positif. Karena hubungan antara karyawan dan atasan dapat meningkatkan motivasi kerja. Ini sesuai dengan pendapat Herzberg dalam Munandar

(2006) namun jika penyeliaan dilakukan oleh atasan yang memiliki ciri-ciri pemimpin yang transformasional maka karyawan akan meningkatkan motivasinya dan sekaligus dapat merasa puas dengan pekerjaannya. Begitu juga menurut Mulyadi (1999) bahwa kepuasan kerja dan komitmen sangat dibutuhkan dalam menjalankan proses bisnis internal dimana lingkungan kerja akan mempengaruhi komitmen dan kepuasan kerja karyawan.

Dari hasil wawancara tersebut maka ada ketidakpuasan dari SDM terhadap atasan oleh sebab itu pihak rumah sakit harus lebih meningkatkan hubungan antara atasan dan seluruh karyawan IGD terutama dalam hal memenuhi kebutuhan kesejahteraan karyawan. Setiap keluhan dari karyawan sebaiknya di jadikan bahan pertimbangan karena apabila hal tersebut tidak dilakukan oleh pihak rumah sakit akibatnya motivasi kerja karyawan menjadi menurun, sehingga merekapun bekerja untuk memenuhi kewajiban saja, tidak ada motivasi untuk mencapai suatu tujuan bersama.

7.2.2. Perspektif proses bisnis internal dilihat dari pelayanan pasien di Instalasi Gawat Darurat

Dari hasil observasi yang dilakukan peneliti masih ditemukan keterlambatan dalam *respon time* yang seharusnya kurang dari lima (5) menit menurut Standar Depkes RI tetapi yang ditemukan peneliti lebih dari lima menit, hal ini bisa disebabkan oleh kelalaian petugas, faktor kesengajaan ataupun ketidaktahuan petugas IGD terhadap Standar Pelayanan Minimal di IGD, Kemudian peneliti menemukan keterlambatan *respon time* akibat dari pergantian petugas jaga, pada saat jam pergantian dokter jaga pagi dengan dokter jaga sore pasien datang bersamaan

sedangkan dokter jaga pagi sudah pulang, maka pada saat itu terjadi keterlambatan *respon time* terhadap pasien dikarenakan menunggu dokter yang sedang ganti pakaian, seharusnya dokter jaga pagi pulang setelah dokter pengganti siap melayani pasien di IGD.

Hal ini sesuai dengan Evaluasi Standar Pelayanan Minimal Yang dilakukan oleh Tim Evaluasi SPM RSUD Tarakan pada tanggal 3 September 2007 sampai dengan 30 November 2007, yaitu dari Standar Pelayanan Minimal yang telah ditetapkan mengenai kecepatan penanganan penderita gawat darurat di RSUD Tarakan ternyata hanya sebesar 3% pasien saja yang ditangani kurang dari 5 menit, sebesar 48% ditangani dalam waktu antara 5 – 10 menit dan sebesar 49% pasien di Insulasi Gawat Darurat ditangani dalam waktu lebih dari 10 menit. Secara rata –rata penderita gawat darurat ditangani dalam waktu 13 menit.

Sedangkan angka kematian menurut data dua tahun terakhir menunjukkan adanya penurunan jumlah pasien yang meninggal di IGD pada tahun 2007 dan jumlah tersebut tidak lebih dari 2 perseribu sesuai dengan indikator yang di tetapkan oleh Depkes RI.

7.2.3. Perspektif pelanggan dilihat dari kepuasan pasien IGD

Selanjutnya pelayanan yang tidak baik akan menimbulkan produk yang tidak memuaskan pasien atau *Costumer*, sehingga pasien tidak akan menggunakan lagi fasilitas layanan kesehatan di rumah sakit tersebut. Dari hasil penelitian dapat dilihat bahwa 52,6% pasien tidak puas dan 47,4% pasien puas terhadap pelayanan yang diberikan oleh dokter. Dari data yang didapat sebagian besar responden menyatakan tidak puas terhadap pelayanan dokter, kemampuan dan kecekatan dokter sampai saat

ini masih menjadi daya tarik utama seseorang datang ke sebuah tempat layanan kesehatan, oleh sebab itu sebaiknya IGD tarakan lebih memotivasi para tenaga medis di IGD dalam melakukan pelayanan kesehatan sehingga mereka tidak hanya menyelesaikan tanggung jawab sebagai dokter jaga tetapi tetap menjaga mutu layanan yang maksimal diakarenakan motivasi kerja yang tinggi.

Sedangkan pelayan kesehatan yang diberikan perawat di IGD 42,3 % pasien menyatakan puas dan 57,7 % pasien menyatakan tidak puas. Perawat disini juga memegang peranan penting karena mereka adalah ujung tombak dalam pelayanan kesehatan, hampir sebagian karyawan rumah sakit adalah perawat. Oleh sebab itu pimpinan IGD perlu memberikan masukan kepada perawat untuk lebih fokus kepada pelanggan, Apabila hal ini tidak dilakukan tentu akan merugikan rumah sakit sendiri dimana pelanggan akan pindah ke rumah sakit yang dirasa dapat memenuhi kebutuhannya.

Mengenai waktu tunggu rawat inap didapat bahwa 50,5 % menyatakan puas sedangkan 49,5 % menyatakan tidak puas. Waktu tunggu setelah mendapatkan pelayanan di IGD sering menjadi masalah hal ini disebabkan karena makin lama waktu tunggu dapat menyebabkan pasien dan keluarganya merasa tidak terlayani dengan baik.

Demikian juga untuk waktu tunggu rujuk ke rumah sakit lain 55,7 % puas sedangkan 44,3 % tidak puas. Sama halnya dengan waktu tunggu rawat inap hal ini juga menjadi penting untuk di layani dengan cepat untuk menghindari komplain dari pasien. Dari data didapat ternyata sebagian besar menyatakan puas hal ini juga perlu untuk di pertahankan dan ditingkatkan oleh semua komponen personel di IGD.

Terakhir untuk kemudahan mencapai Instalasi Gawat Darurat didapat hasil jawaban responden 43,3 % menyatakan puas dan 56,7 % menyatakan tidak puas. Dari hasil jawaban responden tersebut dapat dilihat bahwa sebagian besar responden merasa tidak puas terhadap kemudahan mencapai IGD di Rumah Sakit Umum Tarakan, hal ini disebabkan untuk mengakses ke IGD pasien masih merasa sulit dan papan penunjuk IGD belum cukup mudah untuk dilihat oleh pelanggan, jadi perlu adanya pembenahan terhadap papan petunjuk IGD yang dirasa belum strategis posisinya, tempat parkir di IGD juga harus luas dan nyaman, jalan menuju IGD leluasa untuk kendaraan yang mengantar pasien sehingga dengan mudah mencapai pintu masuk IGD. Dari kelima item yang dinilai ada dua item yang menyatakan puas dan itupun tidak mencapai 70 % dari responden sesuai dengan Standar pelayanan minimal rumah sakit, Direktorat Bina Pelayanan Medik Spesialistik Direktorat Jenderal Bina Pelayanan Medik Depkes RI Jakarta 2007 tingkat kepuasan pasien terhadap layanan Instalasi Gawat Darurat harus memenuhi standar kepuasan 70%, oleh sebab itu IGD tarakan belum mencapai standar yang ditentukan oleh Depkes. Dari hasil tersebut pihak rumah sakit harus lebih meningkatkan lagi pelayanan terhadap konsumen atau pelanggan khususnya IGD dengan memperhatikan faktor-faktor kepuasan pasien karena kepuasan pasien seharusnya menjadi perhatian yang utama untuk menciptakan loyalitas pelanggan.

7.2.4. Perspektif finansial dilihat dari kinerja keuangan

Dari hasil telaah dokumen terhadap kinerja keuangan di IGD didapat bahwa tingkat pertumbuhan pendapatan di IGD secara keseluruhan meningkat yaitu sebesar 9,43 %, Sedangkan anggaran IGD pada tahun 2006 terealisasi 100 % ini

menunjukkan bahwa untuk kebutuhan IGD seharusnya dapat terpenuhi 100 %, Seperti yang dikemukakan Mulyadi (1999) bahwa kondisi keuangan adalah merupakan manifestasi keberhasilan atau kegagalan yang terjadi di kinerja operasional yaitu *product, process* dan *people*.

Oleh karena IGD hanya merupakan Unit pendapatan Rumah Sakit maka IGD tidak membuat neraca laba-rugi hal tersebut dilakukan di bagian keuangan Rumah Sakit Umum Daerah Tarakan



BAB 8

KESIMPULAN DAN SARAN

8. 1. Kesimpulan

Dari hasil penelitian dan pembahasan dan dengan merujuk kembali pada perumusan masalah dan pertanyaan penelitian, dapat diambil kesimpulan dari analisis kinerja Instalasi Gawat Darurat berdasarkan kerangka *balanced scorecard* sebagai berikut.

Gambaran indikator kinerja sumber daya manusia di Instalasi Gawat Darurat belum optimal, karena komitmen dan kepuasan kerja sumber daya manusia belum optimal karena masih ada ketidakpuasan karyawan IGD terhadap kepedulian atasan dan kebijakan yang ada di IGD, ketidakpuasan karyawan terhadap kompensasi yang diterima, ketidakpuasan karyawan terhadap pengembangan SDM untuk mendapatkan pendidikan dan pelatihan dan ketidak tahuan atau ketidak pedulian karyawan terhadap indikator IGD.

Gambaran Indikator pelayanan pasien menunjukkan bahwa IGD Tarakan masih belum memenuhi Standar Pelayanan Minimal menurut Depkes RI, terhadap *respon time* yang dilakukan oleh dokter.

Sedangkan kepuasan pasien terhadap layanan Instalasi Gawat Darurat belum optimal, karena kepuasan pasien masih dibawah 70 %.

Gambaran Kinerja keuangan Instalasi Gawat Darurat belum optimal, walaupun terjadi peningkatan pendapatan di IGD. Tetapi belum terlihat bahwa

keberhasilan keuangan didukung oleh keberhasilan ketiga perspektif yang lain pada *balanced scorecard*

Walaupun hasil analisis terlihat bahwa Kinerja Instalasi Gawat Darurat Rumah Sakit Tarakan belum optimal tetapi belum bisa dikatakan tidak baik, karena rumah sakit belum mempunyai dasar indikator pengukuran kinerja dan belum mengenal apa itu *balanced scorecard*.

8.2. Saran

Dari kesimpulan di atas maka ada beberapa saran yang dapat disampaikan oleh peneliti kepada pihak RSUD Tarakan..

8.2.1. Direktur Rumah sakit

Dari hasil penelitian ini diketahui bahwa kinerja IGD belum optimal berdasarkan *balanced scorecard*, artinya belum adanya keseimbangan antara keempat perspektif *balanced scorecard*, maka hendaknya direktur memperhatikan keempat perspektif *balanced scorecard* dan menggunakan hasil penelitian yang didapat sebagai dasar untuk melakukan evaluasi kinerja selanjutnya di Instalasi Gawat Darurat dan menerapkannya ke dalam manajemen rumah sakit demi tercapai Visi dan Misi rumah sakit yang baru.

a. Komitmen dan kepuasan sumber daya manusia

Sosialisasi terhadap Standar Pelayanan Minimal di IGD perlu dilakukan untuk menghindari persepsi yang salah terhadap indikator IGD, direktur perlu meninjau kembali jumlah *Reward* yang diberikan kepada dokter jaga kontrak yaitu gaji yang selama ini masih dirasa kurang. Membuka kesempatan yang luas kepada karyawan

IGD agar dapat melanjutkan pendidikan sesuai dengan kompetensi, demikian juga dengan ruang Triase yang selama ini masih dalam proses realisasi untuk segera dapat terwujud di IGD. Dan adanya dokter spesialis yang *on site* di IGD sehingga beban kerja dokter jaga bias berkurang. Hal ini perlu dilakukan untuk memenuhi kepuasan pekerja sehingga tujuan organisasi dapat tercapai

b. Pelayanan pasien

Kurang baiknya pelayanan yang diberikan petugas IGD kepada pasien bisa disebabkan beberapa hal yaitu ketidaktahuan petugas terhadap indikator IGD, kelalaian dan kesengajaan petugas itu sendiri, hal ini terjadi karena ketidakpuasan pelanggan internal. Oleh sebab itu kepuasan pelanggan internal perlu menjadi perhatian manajer kedepan.

c. Kepuasan pasien

Perlu adanya pembinaan terhadap para petugas medis dan paramedis lebih kepada *customer focus* sehingga pasien merasa senang terlayani oleh para petugas IGD yang ramah dan bersahabat. Sedangkan untuk kemudahan mencapai IGD perlu adanya peninjauan kembali lokasi tempat papan penunjuk IGD dan jalan akses yang dilalui roda empat ke IGD agar *customer* dengan mudah mencapai IGD

d. Keuangan

Menentukan seberapa besar target yang harus dicapai IGD pertahunnya.

8.2.2. Kepala Instalasi Gawat Darurat

Kepala Instalasi Gawat Darurat dapat memanfaatkan hasil penelitian ini sebagai dasar evaluasi dan masukan untuk lebih meningkatkan kinerja Instalasi Gawat Darurat di masa yang akan datang.

Segera membuat sebuah Visi dan Misi IGD mengacu pada Visi dan Misi rumah sakit sekarang, sehingga IGD RSUD Tarakan mempunyai tujuan bersama yang jelas.

a. Komitmen dan kepuasan sumber daya manusia

Penyegaran kembali terhadap Standar Pelayanan Minimal di IGD sehingga tidak salah dalam mengartikan indikator IGD, dalam pengusulan untuk pelatihan dan pendidikan sebaiknya kepala instalasi memprioritaskan sesuai dengan tingkat kompetensi sehingga rasa keadilan dapat terpenuhi, memberi pengertian kepada seluruh Sumber Daya Manusia di Instalasi Gawat Darurat untuk berkomitmen dalam memberikan pelayanan yang optimal sehingga tujuan bersama tercapai.

b. Pelayanan pasien

Optimalisasi pelayanan pasien yang sesuai dengan Standar Pelayanan Minimal menurut Depkes RI dengan memperhatikan kepuasan pelanggan internal sebagai pemberi layanan.

c. Kepuasan pasien

Melakukan pendekatan yang lebih dalam kepada petugas medis dan para medis dalam menghadapi pasien agar lebih fokus pada pelanggan sehingga gambaran bahwa rumah sakit pemerintah petugasnya kurang ramah bisa dihilangkan dari pikiran masyarakat.

d. Keuangan

Memberi masukan kepada direktur agar meninjau kembali reward gaji yang di berikan kepada dokter jaga agar sesuai dengan beban kerja IGD.

DAFTAR PUSTAKA

- Azwar, A, 1994. Tantangan pendanaan unit gawat darurat , majalah kedokteran Indonesia, Volume 43, nomor 3, hal: 152 – 153, Jakarta.
- 1996. Menjaga Mutu Pelayanan Kesehatan, Pustaka Sinar Harapan, Jakarta
- Ayuningtyias, D, 2006. Modul Manajemen Strategis Rumah Sakit, Program Pasca Sarjana Program Studi Kajian Administrasi Rumah Sakit Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Indonesia.
- Depkes RI, 1995, Pedoman pelayanan Cawat Darurat, Ditjen Yanmed , Jakarta
- Depkes RI, 2004, Sistem Penanggulangan Gawat Darurat Terpadu, Ditjen Yanmed, Jakarta
- Depkes RI, 2007, Standar Penyelenggaraan Rumah Sakit kelas B,C dan D, Ditjen Yanmed Depkes, Jakarta.
- Depkes RI, 2007, Rancangan Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit, Ditjen Yanmed Depkes, Jakarta.
- Tim Evaluasi SPM RSUD Tarakan, 2007. Evaluasi SPM RSUD Tarakan tanggal 3 September 2007 sampai dengan 30 November 2007.
- Gaspersz Vincent, 2002. Balanced scorecard dengan six sigma untuk organisasi bisnis dan pemerintah, Penerbit PT Gramedia Pustaka Utama, Jakarta
- Handoko, H, T, 2001. Manajemen Personalia dan Sumber Daya Manusia, edisi kedua, penerbit BPFE-Yogyakarta, IKAPI

Ilyas, Y 1999. *Kinerja Teori Penilaian dan Penelitian*, Badan Penerbit FKM UI,
Jakarta.

Kaplan, R, S & Norton, D, P, 1996. *Translating Strategy Into Action The Balanced Scorecard*, Harvard Business School Press, Boston.

-----, 2001. *How Balanced Scorecard Companies Thrive In The New Business Enviroment*, Harvard Business School Press, Boston.

Luthans, F, 2006. *Perilaku Organisasi*, edisi 10, Penerbit ANDI Yogyakarta

Laporan/Informasi kegiatan RSUD Tarakan Tahun 2006, Pemerintah provinsi DKI Jakarta, RSUD Tarakan

Moleong, L, J, 2001. *Metodologi Penelitian Kualitatif*, Penerbit PT Remaja Rosdakarya, Bandung.

Munandar Ashar S, 2006. *Psikologi Industri dan Organisasi*, Penerbit Universitas Indonesia (UI-Press), Jakarta

Mulyadi & Setyawan, 1999. *Balanced Scorecard Sebagai Kerangka Pengukuran Kinerja*, Penerbit Aditya Media, Yogyakarta.

Mulyadi, 2001. *Balanced Scorecard Alat Manajemen Kontemporer untuk pelipatganda Kinerja Keuangan Perusahaan*, Penerbit Salemba Empat, Jakarta.

Permana, H, 2002. *Creating the strategy focused health care organization*, Shangrila Hotel, Jakarta.

Rijadi, S, 1997. *Pelatihan : Manajemen Gawat Darurat*, Pokja Kajian Pelayanan Kesehatan, Pusat penelitian Universitas Indonesia.

Sugiyono, Dr, Prof, 2007. *Metode penelitian kuantitatif, kualitatif dan R & D*, penerbit Afabeta, Bandung.

Suprpto, J, 1997. Pengukuran Tingkat Kepuasan Pelanggan Untuk Meningkatkan Pangsa Pasar, Penerbit Rineka Cipta, Jakarta.

Sri D, Evaluasi kinerja Instalasi gawat Darurat Rumah sakit Atmajaya Berdasarkan Analisis Balance scorecard, Tesis, Kajian Administrasi Rumah sakit Program Pascasarjana FKM UI, 2000

Tjiptono, F & Chandra, G, 2007. *Service, Quality Satisfaction*, edisi kedua, penerbit ANDI Yogyakarta.

Umar, H, 2001. *Strategic Management in Action*, PT Gramedia Pustaka Utama, Jakarta.

Widjaja Tunggal Amin, 2000. *Pengukuran Kinerja dengan Balanced Scorecard*, Harvarindo, Jakarta.

_____, 2001. *Memahami konsep Balanced Scorecard*, Harvarindo Jakarta.

Wiyono D. *Manajemen Mutu Layanan Kesehatan*, 1999. Teori, Strategi dan aplikasi. Vol. 1, Airlangga University Press, Surabaya.

Wiyono D. *Manajemen Mutu Layanan Kesehatan*, 1999. Teori, Strategi dan aplikasi. Vol. 2, Airlangga University Press, Surabaya.

Yuwono S, Sukarno E, Ichsan M, 2002. *Petunjuk Praktis Penyusunan Balanced Scorecard*, Penerbit PT Gramedia Pustaka Utama, Jakarta