

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Telaah Pustaka

1. Akses Dan Kontinuitas Pelayanan

a. Akses Pelayanan Rumah Sakit

Skrining merupakan pemeriksaan yang dilakukan pada sekelompok orang untuk memisahkan atau mengelompokkan orang yang sehat dari orang yang memiliki keadaan patologis yang tidak terdiagnosis atau memiliki resiko tinggi (Dorland, 2015). Rumah sakit memerlukan regulasi mengenai penerimaan pasien yang akan dirawat inap atau pemeriksaan pasien dirawat jalan sesuai dengan kebutuhan pelayanan kesehatan pasien yang telah diidentifikasi disesuaikan dengan sumber daya rumah sakit yang tersedia. Penyelarasan kebutuhan pelayanan pasien dengan misi dan sumber daya yang dimiliki rumah sakit tergantung pada informasi yang

didapat mengenai kebutuhan pasien atau anamnesis singkat dan kondisinya lewat skrining pada kontak pertama. Skrining dapat dilakukan melalui kriteria triase, evaluasi visual atau pengamatan, atau hasil pemeriksaan fisis, psikologis, laboratorium klinis, atau diagnostik imaging sebelumnya yang dibawa oleh pasien. Skrining dapat dilakukan di tempat pasien, ambulans, atau waktu pasien tiba di rumah sakit. Keputusan menerima pasien untuk diobati, atau dirujuk dibuat setelah ada evaluasi hasil skrining. Jika rumah sakit mempunyai kemampuan menyediakan pelayanan yang dibutuhkan serta konsisten dengan misi dan kemampuan pelayanannya maka dipertimbangkan untuk menerima pasien rawat inap atau pasien rawat jalan (KARS, 2017).

Akses pasien rawat inap ke rumah sakit melalui 2 jalur, yaitu instalasi rawat jalan atau poliklinik dan instalasi gawat darurat, yang selanjutnya akan di alihkan ke Tempat Persiapan

Pasien Rawat Inap (TPPRI) dan akan dilakukan proses pencatatan pasien masuk ke bangsal sesuai dengan penyakit dan kemampuan/ kelas pasien. Sesuai dengan peraturan yang berlaku di rumah sakit yaitu tentang Penyelenggaraan Pelayanan Kesehatan Rumah Sakit Umum dan Unit Pelayanan Dasar yang juga dituangkan dalam prosedur pelayanan rawat inap, maka ketentuan rawat inap pasien sepenuhnya ditentukan oleh dokter (Soejitno, Alkatiri, & Ibrahim, 2000).

Peran dokter penting untuk menentukan rencana rawat inap pasien di rumah sakit sehingga rumah sakit harus mengatur dan mengendalikan pasien rawat inap dengan mengatur dokter yang bertugas di instalasi gawat darurat dan instalasi rawat jalan. Hal ini akan mempengaruhi kualitas pelayanan kesehatan yang diberikan rumah sakit. Oleh karena itu diperlukan suatu standar yang teruji dalam

melakukan admisi pasien rawat inap (Soejitno, Alkatiri, & Ibrahim, 2000).

Pasien yang mempunyai kebutuhan darurat, sangat mendesak, dan atau yang membutuhkan pertolongan segera harus diberikan prioritas atau diutamakan untuk diasesmen dan diberikan tindakan untuk mengatasi keadaan gawat dan atau darurat pasien. Pasien gawat dan atau darurat yang membutuhkan tindakan segera diidentifikasi menggunakan proses kriteria triase berbasis bukti untuk memprioritaskan kebutuhan pasien yang mendesak dengan memberikan penanganan dahulu dari pasien yang lain. Saat keadaan bencana digunakan kriteria triase bencana. Kriteria psikologis juga dibutuhkan dalam proses triase. Pelatihan bagi staf medis diselenggarakan agar staf medis mampu menerapkan kriteria triase berbasis bukti dengan memprioritaskan pasien yang membutuhkan

pertolongan segera dan pelayanan yang dibutuhkan (KARS, 2017).

Istilah "triase" berasal dari kata Prancis "trier" yang berarti menyortir, memilih, mengelompokkan, atau memilih. Triase merupakan proses formal penilaian langsung dari semua pasien yang memeriksakan diri ke IGD yang dikarenakan banyak pasien dapat datang secara bersamaan. Sistem triase yang efektif bertujuan untuk memastikan bahwa pasien yang membutuhkan perawatan gawat dan atau darurat dapat menerima perhatian yang tepat, di lokasi yang sesuai dengan tingkat urgensi yang dibutuhkan serta tindakan gawat dan atau darurat diberikan segera sebagai respon terhadap kebutuhan klinis pasien dibandingkan dengan urutan kedatangannya. Sistem triase yang efektif mengklasifikasikan pasien ke dalam kelompok berdasarkan keparahan penyakit atau cedera dan bertujuan untuk memastikan bahwa pasien dengan

penyakit atau cedera yang mengancam kehidupan menerima intervensi langsung dan mengalokasi sumber daya rumah sakit (The Victorian Department of Human Services, 2001).

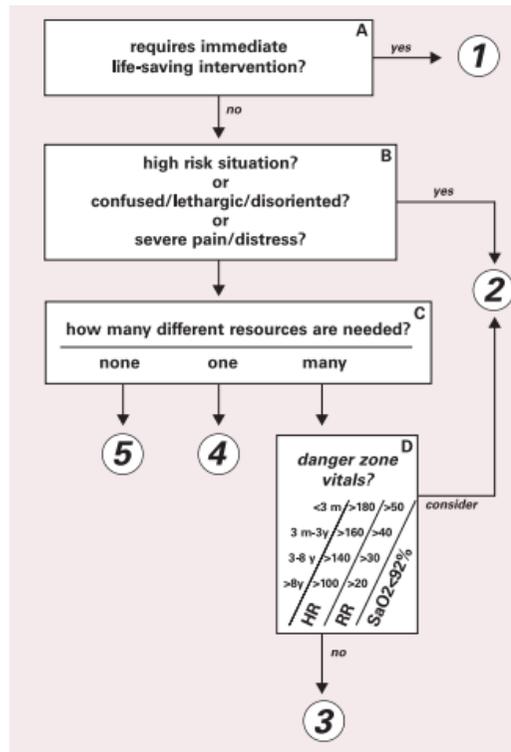
Sistem triase IGD yang efektif harus memilah pasien trauma dan non-trauma menurut tingkat keparahan, dan mempertimbangkan patologi pasien serta ketersediaan sumber fasilitas kesehatan rumah sakit. Meskipun ada banyak algoritma triase di rumah sakit yang divalidasi yang dirancang untuk memenuhi kebutuhan pengguna yang berbeda, seperti *Emergency Severity Index* dengan lima tingkat yang direkomendasikan untuk digunakan di rumah sakit di Amerika Serikat, dan *The South African Triage Scale* (SATS) digunakan di Afrika Selatan, penting untuk mengenali bahwa skala triase yang dikembangkan di satu negara atau wilayah mungkin tidak berlaku di tempat lain (Abdelwahab, Yang, & Gebremedhin, 2017).

Sistem ESI dikembangkan di Amerika Serikat dan Kanada oleh perhimpunan perawat emergensi. *Emergency Severity Index* diadopsi secara luas di Eropa, Australia, Asia, dan rumah sakit-rumah sakit di Indonesia. *Emergency Severity Index* (ESI) memiliki 5 skala prioritas yaitu:

- a) Prioritas 1 (label biru) merupakan pasien-pasien dengan kondisi yang mengancam jiwa (*impending life/limb threatening problem*) sehingga membutuhkan tindakan penyelamatan jiwa yang segera. Parameter prioritas 1 adalah semua gangguan signifikan pada ABCD.
- b) Prioritas 2 (label merah) merupakan pasien-pasien dengan kondisi yang berpotensi mengancam jiwa atau organ sehingga membutuhkan pertolongan yang sifatnya segera dan tidak dapat ditunda. Parameter prioritas 2 adalah pasien-pasien haemodinamik atau

ABCD stabil dengan penurunan kesadaran tapi tidak sampai koma (GCS 8-12).

- c) Prioritas 3 (label kuning) merupakan pasien-pasien yang membutuhkan evaluasi yang mendalam dan pemeriksaan klinis yang menyeluruh.
- d) Prioritas 4 (label kuning) merupakan pasien-pasien yang memerlukan satu macam sumber daya perawatan IGD.
- e) Prioritas 5 (label putih) merupakan pasien-pasien yang tidak memerlukan sumber daya. Pasien ini hanya memerlukan pemeriksaan fisik dan anamnesis tanpa pemeriksaan penunjang (Gilboy, Tanabe, Travers, & Rosenau, 2011).



Gambar 2.1 Triage *Emergency Severity Index* (ESI)
 Sumber : Gilboy, Tanabe, Travers, & Rosenau, 2011

b. Kontinuitas Pelayanan

Proses klinis admisi pasien merupakan proses yang diawali dari anamnesis, pemeriksaan fisik, pemeriksaan laboratorium dan pemeriksaan penunjang sampai ditegakkan diagnosis serta rencana pengelolaan awal. Dari semua data klinis tersebut akhirnya dapat diputuskan bahwa apakah

pasien secara objektif menurut keadaan kliniknya memerlukan perawatan inap di rumah sakit ataupun tidak (Swartz, 1999; Seller, 1997; Mattingly, 1995).

Anamnesis merupakan proses awal dari pemeriksaan pasien. Tujuan utama anamnesis adalah untuk mengumpulkan semua data dasar yang berkaitan dengan penyakit pasien dan adaptasi pasien terhadap penyakitnya. Anamnesis akan mengungkap dari gejala penyakit penderita (Swartz, 1999; Seller, 1997; Mattingly, 1995). Pemeriksaan fisik merupakan prosedur klinis yang dilakukan untuk mengungkap tanda penyakit dari pasien. Tanda penyakit adalah keadaan objektif dari pasien yang diungkap dari hasil pemeriksaan/observasi dokter pemeriksa. Gejala yang diungkapkan melalui anamnesis dikonfirmasi oleh dokter dengan pemeriksaan fisik. Pemeriksaan fisik dilakukan dengan inspeksi, palpasi, perkusi

dan auskultasi (Swartz., 1999; Seller, 1997; Mattingly, 1995).

Tim medis mempunyai peran yang besar dalam menciptakan biaya antara lain dengan memasukkan pasien ke rumah sakit dan memprogram jenis pelayanan. Oleh karena itu tim medis sangat berperan dalam penghematan biaya tanpa mengorbankan kualitas atau bahkan sebaliknya berperan dalam penggunaan biaya yang berlebihan dan tidak efisien. Potensi terjadinya ketidaktepatan dalam penggunaan rumah sakit menjadi sangat besar. Hal ini disebabkan karena secara indikasi medis tidak diperlukan namun demikian dapat bermanfaat bagi kepentingan finansial rumah sakit ataupun karena perilaku menyimpang dari oknum tenaga medis. Dilaporkan di Amerika Serikat pada tahun 1980 terjadi kerugian 76 juta dollar, atau hampir 4 % dari GNP (*Gross National Product*) tahun tersebut,

dikarenakan pelayanan medis yang tidak tepat (Sulastomo, 2000; Danielle , 2001; Thurner & Kotzian., 2001)

Jika rumah sakit tidak memiliki sumber daya dalam memenuhi kebutuhan pasien dengan kondisi darurat dan atau darurat, pasien ditransfer ke rumah sakit lain yang memiliki fasilitas pelayanannya untuk memenuhi kebutuhan pasien. Sebelum ditransfer atau dirujuk pasien harus dalam distabilkan terlebih dahulu dan dilengkapi dengan dokumen pencatatan pasien dalam rekam medis (KARS, 2017).

Transfer pasien intra dan antar-rumah sakit merupakan aspek penting dari perawatan pasien yang sering dilakukan untuk memperbaiki manajemen berfokus pasien. Transfer pasien antar rumah sakit atau transfer eksternal dengan fasilitas yang sama dikarenakan tidak tersedia *bed* pasien atau untuk prosedur diagnostik, atau transfer ke

fasilitas lain dengan perawatan yang lebih maju. Tujuan utama dari transfer tersebut adalah menjaga kelangsungan perawatan medis. Pada proses transfer pasien dapat terjadi berbagai perubahan fisiologis yang dapat mempengaruhi prognosis pasien, sehingga harus dimulai secara sistematis dan sesuai dengan pedoman berbasis bukti. Unsur-unsur utama dari transfer *safety* melibatkan keputusan untuk mentransfer dan komunikasi, pra-transfer stabilisasi dan persiapan, memilih mode transfer yang sesuai, yaitu, transportasi darat atau transportasi udara, personil yang menyertai pasien, peralatan dan pemantauan yang diperlukan selama transfer, dan dokumentasi serah terima pasien di fasilitas penerima. Unsur-unsur utama ini harus diikuti dalam setiap transfer untuk mencegah efek samping yang dapat sangat mempengaruhi prognosis pasien. *Guideline* internasional yang tersedia merupakan berbasis bukti yang

berdasarkan dari berbagai badan profesional di negara maju (Kulshrestha & Singh, 2016).

Keputusan untuk mentransfer pasien didasarkan pada manfaat perawatan yang tersedia di fasilitas lain terhadap potensi risiko yang terlibat. Kebutuhan untuk mentransfer pasien harus mempertimbangkan manfaat memberikan perawatan ekstra pada manajemen atau hasil (Waydhas, 1999). Transfer pasien intra atau antar rumah sakit harus bertujuan untuk menjaga kesehatan yang optimal dari pasien yang dilakukan dengan memindahkan pasien ke fasilitas terdekat yang memberikan perawatan khusus tertinggi (Iwashyna & Courey, 2011). Baik transfer dan fasilitas penerima harus bertujuan untuk kelangsungan perawatan medis pasien. Transfer pasien yang tidak terorganisir dengan baik dan tergesa-gesa dapat berkontribusi secara signifikan

terhadap morbiditas dan mortalitas (Joosse P, van Lieshout, van Exter, Ponsen, & Vandertop, 2012).

Persetujuan tertulis dan terinformasi dari kerabat pasien beserta alasan untuk mentransfer wajib dilakukan sebelum transfer. Di beberapa negara, kelompok transfer perawatan kritis khusus telah dibentuk untuk mengkoordinasi dan memfasilitasi transfer pasien. Kelompok-kelompok ini juga mengatur fasilitas yang sesuai di rumah sakit atau fasilitas penerima (Vos, Nissen, & Nieman, 2004). Komunikasi langsung antara transfer dan fasilitas penerima harus dilakukan dengan berbagi informasi lengkap tentang kondisi klinis pasien, pengobatan yang diberikan, alasan untuk transfer, cara transfer dan timeline transfer, dalam dokumen tertulis (Duke & Green, 2001).

Persiapan dan stabilisasi pasien yang tepat dan teliti harus dilakukan sebelum transfer untuk

mencegah efek samping atau penurunan kondisi klinis pasien. Pasien harus diresusitasi secara memadai dan distabilkan semaksimal mungkin tanpa membuang waktu yang tidak semestinya. Selama persiapan pasien A, B, C dan D yaitu, napas, pernapasan, sirkulasi dan kecacatan harus diperiksa dan setiap masalah yang dapat dicegah terkait harus diperbaiki. Penggunaan daftar periksa pra-transfer berguna dalam konteks ini (Kulshrestha & Singh, 2016).

Disarankan untuk memiliki setidaknya dua personel kompeten yang menyertai pasien untuk ditransfer. Perawatan yang dibutuhkan oleh setiap pasien selama transfer tergantung pada tingkat ketergantungan perawatan kritis pasien, dan dibagi menjadi:

- Level 0: Pasien yang dapat dikelola di tingkat bangsal di rumah sakit dan biasanya tidak perlu didampingi oleh staf medis.

- Level 1: Pasien yang berisiko mengalami perburukan dalam kondisi mereka selama transfer tetapi dapat dikelola dalam dengan dukungan dari tim perawatan kritis yang didampingi oleh perawat paramedis atau terlatih.
- Level 2: Pasien yang membutuhkan observasi atau intervensi untuk kegagalan sistem organ tunggal dan harus didampingi oleh personel yang terlatih dan kompeten.
- Level 3: Pasien dengan kebutuhan perawatan pernapasan lanjutan selama transportasi dengan dukungan setidaknya dua sistem organ yang gagal. Pasien-pasien ini harus didampingi oleh dokter yang kompeten bersama perawat dan paramedis (Kulshrestha & Singh, 2016).

Orang yang menyertainya harus dilatih dengan baik, kompeten dan berpengalaman dan sebaiknya sudah melakukan pelatihan dalam transfer pasien

dan harus memiliki pelatihan yang cukup dalam dukungan kehidupan jantung yang canggih, manajemen saluran napas dan perawatan kritis. Jika dokter tidak tersedia untuk memindahkan pasien yang tidak stabil, maka ketentuan untuk menghubungi dokter yang bersangkutan oleh tim transportasi pasti akan tersedia (Kulshrestha & Singh, 2016).

PASIENT	PETUGAS PENDAMPING [MINIMAL]	KETERAMPILAN YANG DIBUTUHKAN	PERALATAN UTAMA DAN JENIS KENDARAAN
DERAJAT 0	Petugas ambulans	Bantuan hidup dasar (BHD)	Kendaraan High Dependency Service (HDS)/ Ambulan
DERAJAT 0,5 (ORANG TUA/DELIRIUM)	Petugas ambulans dan paramedis	Bantuan hidup dasar	Kendaraan HDS/ Ambulan
DERAJAT 1	Petugas ambulans dan perawat	Bantuan hidup dasar, pemberian oksigen, Pemberian obat-obatan, kenal akan tanda deteriorasi, Keterampilan perawatan, trakeostomi dan suction	Kendaraan HDS/ ambulans, oksigen, suction, tiang infus portabel, Infus pump dengan baterai, oksimetri
DERAJAT 2	Dokter, perawat dan petugas ambulans	Semua ketrampilan di atas, ditambah: penggunaan alat pernapasan, bantuan hidup lanjut, penggunaan kantong pernapasan (bag-valve mask), penggunaan defibrillator, penggunaan monitor intensif	Ambulans, semua peralatan di atas, ditambah: monitor EKG dan tekanan darah dan defibrillator bila diperlukan
DERAJAT 3	Dokter, perawat, dan petugas ambulans	<p>Dokter:</p> <ul style="list-style-type: none"> Minimal 6 bulan pengalaman mengenal perawatan pasien intensif dan bekerja di ICU Keterampilan bantuan hidup dasar dan lanjut Keterampilan menangani permasalahan jalan napas dan pernapasan, minimal level ST 3 atau sederajat. Harus mengikuti pelatihan untuk transfer pasien dengan sakit berat / kritis <p>Perawat:</p> <ul style="list-style-type: none"> Minimal 2 tahun bekerja di ICU Keterampilan bantuan hidup dasar dan lanjut Harus mengikuti pelatihan untuk transfer pasien dengan sakit berat / kritis 	Ambulans lengkap/ AGD 118, monitor ICU portabel yang lengkap, ventilator dan peralatan transfer yang memenuhi standar minimal.

Gambar 2.2 Elemen Kegiatan Rujukan
Sumber : Lumenta, 2018

Dokumentasi transfer pasien yang paling penting tetapi sering terlewatkan sebagai bagian dari

transfer. Dokumentasi harus selalu jelas pada semua tahap transfer. Karena itu adalah satu-satunya dokumen yang bersifat hukum bahwa pasien dipindahkan, sehingga harus mencakup kondisi pasien, alasan untuk mentransfer, nama dan peruntukan merujuk dan menerima dokter, detail dan status tanda-tanda vital sebelum transfer, kejadian klinis selama transfer dan pengobatan yang diberikan. Dokumen standar harus digunakan dan dipelihara baik untuk transfer intra dan antar rumah sakit. Dokumen-dokumen ini harus digunakan untuk tujuan audit untuk menyelidiki kekurangan dalam transfer pasien. Harus ada penyerahan formal pada fasilitas penerima antara tim transfer dan tim penerima termasuk dokter dan perawat. Berbagai laporan penyelidikan klinis dan studi diagnostik harus diserahkan kepada tim penerima. Terlepas dari rekomendasi yang ada dan pedoman untuk transfer

pasien yang aman, ini sering tidak diikuti atau tidak dipenuhi (Kulshrestha & Singh, 2016)

2. Standar Akses Ke Rumah Sakit Dan Kontinuitas Pelayanan (ARK)

Rumah sakit merupakan bagian dari suatu sistem pelayanan yang terintegrasi dengan para profesional dibidang pelayanan kesehatan dan tingkat pelayanan yang akan membangun suatu kontinuitas pelayanan. Maksud dan tujuannya adalah menyelaraskan kebutuhan pasien dibidang pelayanan kesehatan dengan pelayanan yang tersedia di rumah sakit, mengkoordinasikan pelayanan, kemudian merencanakan kepulangan dan tindakan selanjutnya. Hasilnya adalah meningkatkan mutu pelayanan pasien dan efisien penggunaan sumber daya yang tersedia di rumah sakit. Informasi diperlukan untuk membuat keputusan yang benar tentang:

- 1) Kebutuhan pasien yang mana yang dapat dilayani rumah sakit.
- 2) Pemberian pelayanan yang efisien kepada pasien.

3) Transfer dan pemulangan yang tepat ke rumah atau ke pelayanan lain (KARS, 2012).

Adapun standar terbaru dari ARK 1 yaitu:

- 1) ARK 1 Skrining
- 2) ARK 1.1 Pelayanan darurat/ medesak
- 3) APK 1.2 Pelayanan preventif, paliatif, kuratif dan rehabilitatif
- 4) APK 1.3 Penundaan pelayanan

3. Sumber Daya Rumah Sakit

Mutu asuhan kesehatan sebuah rumah sakit akan selalu terkait dengan struktur, proses, dan *outcome* sistem pelayanan rumah sakit tersebut. Mutu asuhan pelayanan rumah sakit juga dapat dikaji dari tingkat pemanfaatan sarana pelayanan oleh masyarakat, mutu pelayanan dan tingkat efisiensi rumah sakit. Ada beberapa aspek penting yang perlu dikaji jika ingin membahas indikator mutu pelayanan rumah sakit (Muninjaya, 2004).

a. Aspek struktur

Struktur adalah semua masukan (*input*) untuk sistem pelayanan sebuah rumah sakit yang meliputi tenaga, peralatan, dana dan sebagainya. Ada sebuah asumsi yang mengatakan bahwa jika struktur sistem rumah sakit tertata dengan baik, akan lebih menjamin mutu asuhannya. Baik tidaknya struktur rumah sakit diukur dari tingkat kewajaran, kualitas, biaya (efisiensi), mutu dari masing masing komponen struktur (Muninjaya, 2004).

b. Proses

Proses adalah semua kegiatan dokter dan tenaga profesi lainnya yang mengadakan interaksi secara profesional dengan pasiennya. Interaksi ini diukur antara lain dalam bentuk penilaian tentang penyakit pasien, penegakkan diagnosis, rencana tindakan pengobatan, indikasi tindakan, penanganan penyakit, dan prosedur pengobatan. Dalam hal ini juga dianut asumsi bahwa semakin patuh tenaga

profesi menjalankan “*standards of good practice*” (*standard of conduct*) yang telah diterima dan diakui oleh masing masing ikatan profesi akan semakin tinggi pula mutu asuhan terhadap pasien. Baik tidaknya pelaksanaan proses pelayanan di rumah bagus dapat diukur dari tiga aspek yaitu relevan tidaknya proses itu bagi pasien, efektivitas prosesnya, dan kualitas interaksi asuhan terhadap pasien (Muninjaya, 2004).

c. *Outcome*

Outcome adalah hasil kegiatan dokter dan tenaga profesi lainnya di rumah sakit terhadap pasien. Di sini diperlukan pedoman untuk mengukur mutu asuhan pelayan kesehatan. Indikator mutu pelayanan meliputi akreditasi (Muninjaya, 2004).

B. Penelitian Terdahulu

1. Penelitian dilakukan oleh Behrooz Hashemi tahun 2014 dengan tujuan penelitian adalah untuk menganalisis

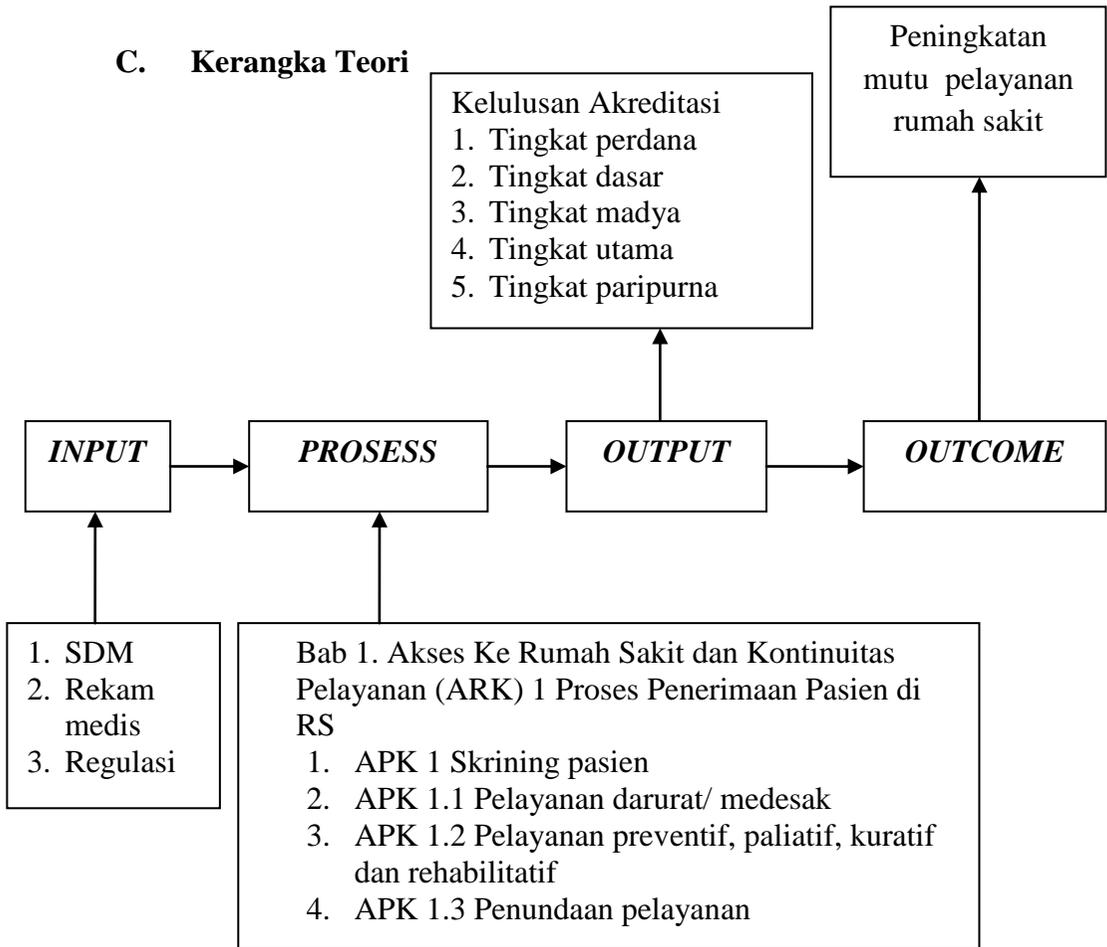
penerapan akreditasi di Instalansi Gawat Darurat (IGD) dengan metode penelitian kuantitative pendekatan kohort selama empat bulan di IGD Rumah Sakit Tajima Shohadaye. Berdasarkan temuan penelitian ini, IGD Rumah Sakit Shohadaye Tajrish mencapai skor di bawah 50% dalam enam poin yaitu peningkatan kualitas, admisi dan skrinning pasien, kompetensi dan tes kemampuan untuk staf, pengumpulan dan analisis data, pelatihan pasien, dan fasilitas. Sementara, nilai yang diberikan dalam rencana strategis, kepala ruangan, kepala perawat, dokter, perawat yang bertanggung jawab untuk shift, adalah 100%. (Hashemi, 2014).

2. Penelitian dilakukan oleh Amini tahun 2012 dengan tujuan penelitian untuk menilai kekurangan dan area potensial melalui audit medis di IGD pada enam rumah sakit umum yang berkerjasama dengan Universitas Ilmu Kedokteran Shahid Beheshti di Iran dengan secara observasi dan wawancara. Berdasarkan temuan penelitian ini pendidikan, desain dan fasilitas, peralatan,

dan perencanaan bencana telah meningkat secara signifikan dengan $p < 0,05$, setelah pembentukan IGD. Hampir semua poin menunjukkan perubahan positif meskipun tidak signifikan (Amini A, 2012).

3. Penelitian dilakukan oleh Mahalul Azam dan Arulita Ika Fibriana pada tahun 2011 dengan tujuan penelitian ini adalah merancang sistem informasi admisi pasien rawat inap untuk membantu pengambilan keputusan klinis dan administrasi dalam admisi pasien rawat inap di Rumah Sakit Umum Daerah dr. H. Soewondo Kabupaten Kendal. Hasil penelitian ini berupa rancangan Sistem Informasi Admisi (SIA) pasien rawat inap meliputi masukan, keluaran, basis data, dan antarmuka yang dilanjutkan dengan membangun sistem sehingga dihasilkan SIA. Diperlukan komitmen manajemen untuk dapat menjalankan SIA, evaluasi setiap tahun terhadap kinerja sistem untuk mengantisipasi perubahan kebutuhan informasi, dan rancangan *input* data yang cepat dengan teknologi tinggi (Azam & Fibriana, 2011)

C. Kerangka Teori



Gambar 2.3 Kerangka Teori

D. Landasan Teori

Akreditasi rumah sakit adalah alat pemantauan untuk pelaksanaan pengukuran indikator kinerja rumah sakit. Pengembangan penilaian terhadap kinerja rumah sakit merupakan tugas dari pemerintah pusat salah satunya adalah

Departemen Kesehatan. Dalam buku "Pedoman Penyelenggaraan Rumah Sakit" disebutkan bahwa rumah sakit diharuskan memiliki program peningkatan mutu baik internal maupun eksternal, untuk mengevaluasi seluruh kegiatan yang berkaitan dengan asuhan pelayanan pasien. Program peningkatan mutu internal dapat dilakukan dengan materi, metode dan teknik yang dipilih dan ditetapkan oleh rumah sakit. Program peningkatan mutu eksternal dapat dilakukan melalui akreditasi, sertifikasi ISO dan lain-lain (Departemen Kesehatan, 2007).

Kegiatan akreditasi merupakan bentuk perhatian dan perlindungan pemerintah dengan memberikan pelayanan yang profesional. Kualitas pelayanan yang diberikan sesuai standar merupakan profesionalisme yang dapat menyebabkan efisiensi dalam pelayanan dan kemampuan kompetitif rumah sakit yang positif (Poewarni & Sopacua, 2006). Kegiatan pra akreditasi adalah penilaian sendiri (*self assessment*) yang dilakukan oleh rumah sakit dan proses penilaian dari luar (*external peer review*) untuk menilai mutu

layanan dihubungkan dengan standar dan cara penerapannya (Kusbaryanto, 2010).

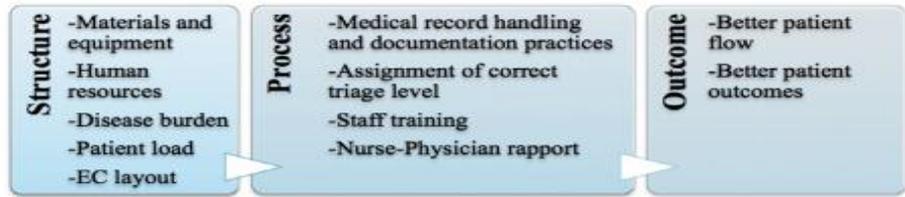
Menurut Donabedian (1992) sebagaimana dikutip Lumenta. N (2003) mutu diukur dari apa yang terjadi pada interaksi struktur (*input*), proses dan luaran (*outcome*). Struktur (*input*), merujuk pada fasilitas fisik, struktur organisasi, alat dan bahan, kebijakan, program sumberdaya manusia termasuk jumlah dan kualifikasi serta sumber produksinya, *standard operational procedure* (SOP) atau prosedur kerja tetap (protap) (Poewarni & Sopacua, 2006).

Kegiatan akreditasi berkaitan dengan struktur, karena mengkaji semua hal yang ada di sana, dan sebagian proses. Sehingga dengan kata lain, bila struktur atau *input* baik, maka mungkin sekali mutu pelayanan juga baik. Terdapat keeratan hubungan antara akreditasi dengan mutu pelayanan rumah sakit, sehingga bila kegiatan akreditasi dilaksanakan dengan berkelanjutan, tepat waktu sesuai lama berlaku status terakreditasi dapat dikatakan sebagai upaya menjaga mutu pelayanan rumah sakit. Pemahaman yang partial akan

melepaskan kegiatan akreditasi dari mutu pelayanan rumah sakit dan menganggapnya sebagai sesuatu yang 'menghambat' kegiatan pelayanan di rumah sakit. Mutu pelayanan rumah sakit dapat diukur melalui kegiatan akreditasi dengan menilai struktur yang ada di rumah sakit. Proses merujuk pada operasionalisasi kerja dari organisasi, bagian-bagian kegiatan pelayanan, pelaksanaan prosedur kerja tetap dalam pelaksanaan kegiatan pelayanan kepada pelanggan. Luaran adalah hasil yang dicapai dalam pelayanan kesehatan, perubahan pengetahuan dan perilaku yang berdampak pada status kesehatan dan kepuasan terhadap pelayanan yang diberikan. Termasuk juga pengurangan biaya, pengurangan sumber daya manusia dan pengurangan beban kerja dan lain-lain (Poewarni & Sopacua, 2006).

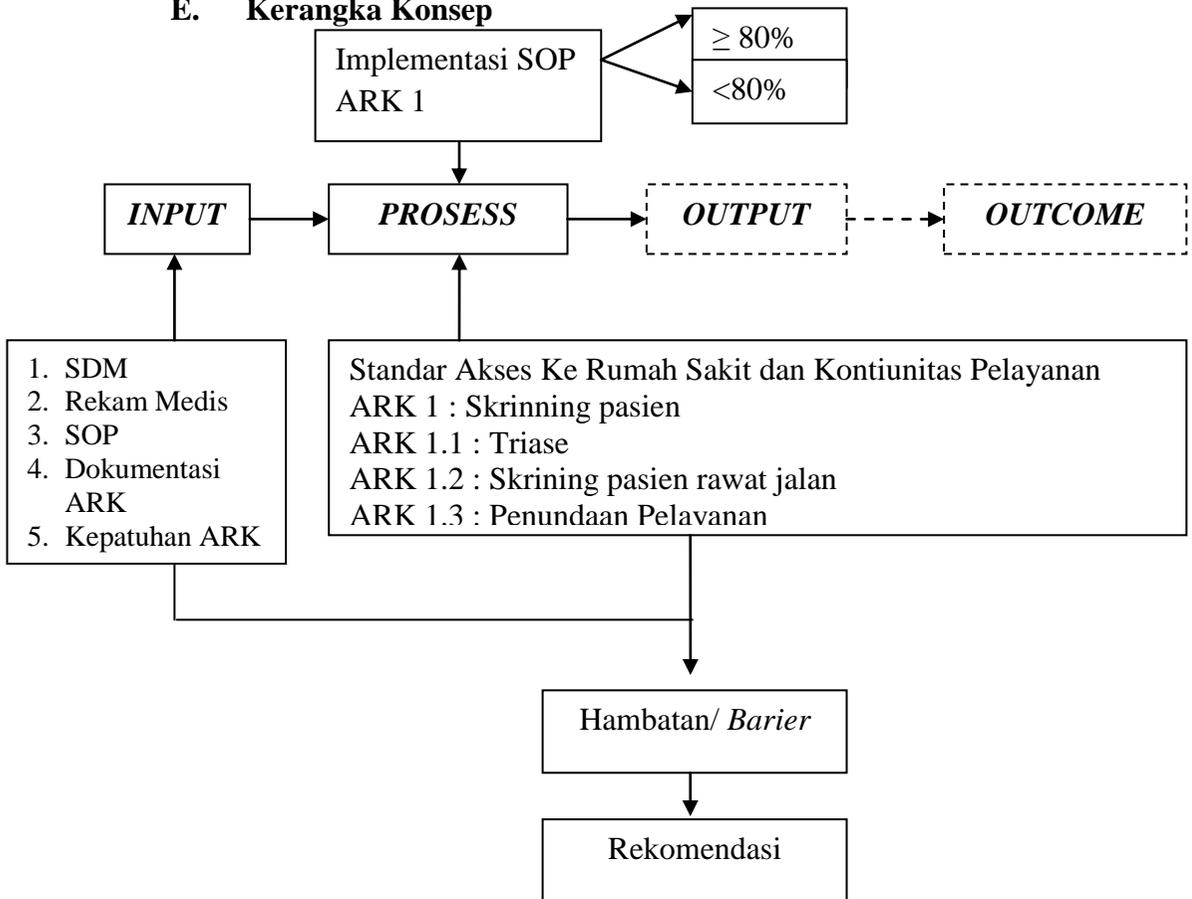
Faktor kelemahan yang tidak bisa ditoleransi yaitu dalam praktek penanganan dan dokumentasi catatan medis di IGD. Sebuah tinjauan sistematis termasuk 59 negara menyimpulkan bahwa kualitas perekaman medis merupakan

tantangan utama untuk mengukur keadaan perawatan darurat di IGD. Penanganan dan dokumentasi catatan medis yang buruk dapat menghambat upaya untuk mengatasi masalah kualitas di rumah sakit. Salah satu faktor menunjukkan bahwa staf rumah sakit tidak menganggap bentuk triase sebagai bagian penting dari rekam medis pasien. Akibatnya, staf tidak menggunakan formulir untuk mencapai fungsi yang diinginkan seperti mengkomunikasikan prioritas pasien (triase) ke dokter yang merawat atau mendokumentasikan presentasi awal pasien untuk memantau perubahan status. Para peneliti mendiskusikan masalah hilangnya formulir triase dengan manajemen rumah sakit, dan sebagai hasilnya staf IGD disosialisasikan bahwa bentuk triase adalah komponen wajib rekam medis pasien dan harus disimpan dalam rekam medis pasien (Abdelwahab, Yang, & Gebremedhin, 2017).



Gambar 2.4 Model Donabedian dalam penerapan triase di IGD
 Sumber : Abdelwahab, Yang, & Gebremedhin (2017)

E. Kerangka Konsep



Gambar 2.5 Kerangka Konsep

Keterangan :

—— : Dilakukan penelitian

---- : Tidak dilakukan penelitian.

F. Pertanyaan Penelitian

1. Bagaimana pelaksanaan standar akses ke rumah sakit dan pelayanan kontinuitas 1 SNARS edisi 1 di Rumah Sakit H.L. Manambai Abdulkadir?
2. Apa saja masalah dan hambatan pelaksanaan standar akses ke rumah sakit dan pelayanan kontinuitas 1 SNARS edisi 1 di Rumah Sakit H.L. Manambai Abdulkadir?
3. Bagaimana rekomendasi dalam peningkatan atau perbaikan pelaksanaan standar akses ke rumah sakit dan pelayanan kontinuitas 1 SNARS edisi 1 di Rumah Sakit H.L. Manambai Abdulkadir ?