

BAB IV

HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

A. Hasil Penelitian

1. Profil Rumah Sakit

RS H.L Manambai Abdulkadir merupakan rumah sakit milik Pemerintah Provinsi Nusa Tenggara Barat yang berada di Pulau Sumbawa tepatnya di Kabupaten Sumbawa Besar, dengan alamat Jln. Lintas Sumbawa – Bima Km.05, Sumbawa Besar Telp. (0371)2628077, Fax. (0371) 2628099, email : rsudp_disumbawa@yahoo.com.

Secara historis Rumah Sakit H.L. Manambai Abdulkadir pada awalnya berdiri bernama Rumah Sakit Rujukan Provinsi Di Sumbawa. Rumah sakit ini mulai dioperasikan bulan Oktober 2012 dan diresmikan tanggal 17 Desember 2012. Dalam upaya mewujudkan tujuan terkait pelayanan berkualitas maka terdapat beberapa layanan kesehatan yang diberikan di Rumah Sakit H.L. Manambai Abdulkadir. Jenis pelayanan

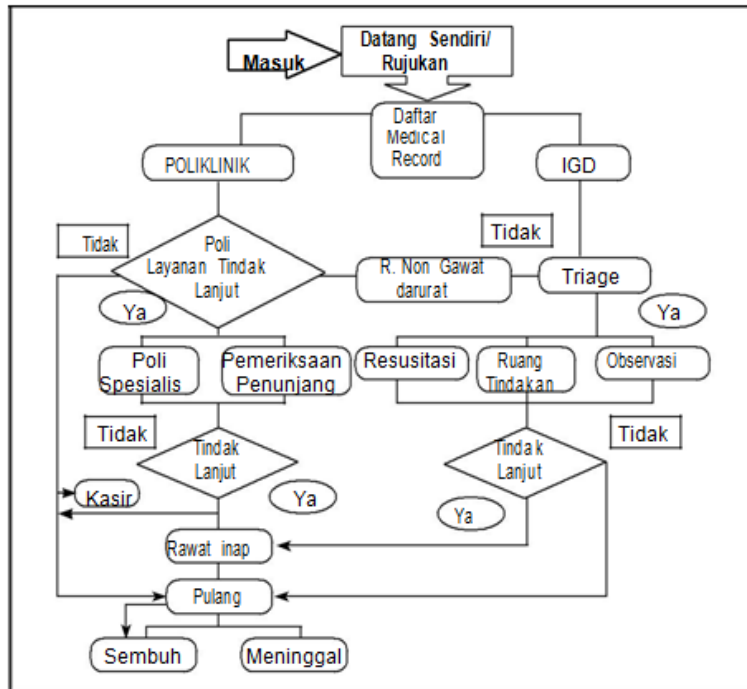
di Rumah Sakit H.L. Manambai Abdulkadir terbagi menjadi pelayanan medis, penunjang medis dan penunjang non medis. Pelayanan medis meliputi pelayanan rawat jalan, pelayanan rawat inap, instalasi gawat darurat, instalasi bedah sentral dan *intensive care unit*. Pelayanan penunjang medis mencakup 4 jenis pelayanan yakni pelayanan *radiology & imaging*, laboratorium dan farmasi, gizi rumah sakit, serta pelayanan pemeliharaan dan perbaikan sarana dan prasarana merupakan penunjang non medis di rumah sakit. Fasilitas rawat inap yang diperoleh di Rumah Sakit H.L. Manambai Abdulkadir berupa bangsal VVIP, VIP, kelas I, kelas II, kelas III, ICU, dan perinatal

Kinerja pelayanan rumah sakit dari tahun ketahun berkembang dengan pesat dengan semakin meningkatnya jenis pelayanan maupun kemampuan pelayanannya sehingga diharapkan akan semakin paripurna dan mampu memperluas akses pelayanan. Pada tahun 2016 jumlah kunjungan pasien gawat darurat 5.277 pasien, rawat jalan

14.069 pasien dan rawat inap 6.277 pasien dengan BOR sebesar 61.00 % dan Pada tahun 2017 jumlah pasien gawat darurat sebesar 6.613 pasien, rawat jalan 16.449 pasien, rawat inap 11.939 pasien dengan BOR sebesar 63.00%.

Hal ini perlu adanya dukungan pemerintah pusat untuk memenuhi kebutuhan fasilitas, sarana prasarana dan alat kesehatan rumah sakit yang memadai. Penelitian ini berfokus pada penerapan sub bab akreditasi akses ke pelayanan rumah sakit yang terkait di dalamnya dari pasien datang ke rumah sakit hingga pasien pulang ke rumah. Adapun unit terkait yaitu instalansi gawat darurat, admisi atau pendaftaran, rawat jalan, rawat inap dan instalansi penunjang lainnya. Pada penelitian ini membahas jauh ke unit IGD dan rawat jalan sebagai pintu masuknya pasien beserta staf medis yang terlebih di dalamnya seperti dokter shift IGD, dokter poli, perawat shift IGD, perawat poli dan tenaga administrasi pendaftaran. Berikut alur masuk pasien secara umum :

ALUR PELAYANAN PASIEN SECARA UMUM



Gambar 4.1. Alur Pelayanan Pasien

Sumber: Data sekunder regulasi RS H.L. Manambai Abdulkadir

2. Data Umum Instalansi Rawat Jalan

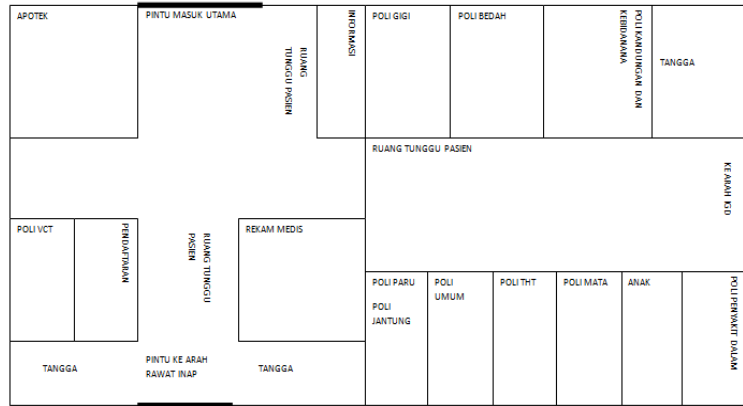
Pelayanan Rawat Jalan RS H.L. Manambai Abdulkadir berlokasi di poliklinik dilakukan waktu pagi dan sore hari, dilaksanakan oleh tenaga spesialis dan sub spesialis. Poliklinik RS H.L. Manambai Abdulkadir memiliki 11 poliklinik yang melayani pasien dengan

status pasien baru, pasien lama ataupun pasien dengan jaminan kesehatan BPJS. Waktu pendaftaran di poliklinik hari Senin - Kamis : 08.00 - 12.00 wita, hari Jumat : 08.00 - 10.00 Wita, Sabtu : 08.00-11.00. Adapun layanan poliklinik kami adalah sebagai berikut :

Tabel 4.1 Jadwal Poliklinik Rumah Sakit

POLIKLINIK	NAMA DOKTER	JADWAL PIKET
Poliklinik Anak	dr. Putu Fristia Indarini, Sp.A	Senin-Sabtu
	dr. Rafaela Lenny Puspa Sari	Senin-Sabtu
Poliklinik Bedah	dr. Sarwan Wibawa Mohan, M.Biomed. Sp.B	Senin-Sabtu
	dr. Meta Risky Anggorani	Senin-Sabtu
Poliklinik Kandungan & KB	dr. Sulaiman, SpOG	Senin- Rabu
	dr. Sutan Chandra, M.Biomed,Sp.OG	Kamis-Sabtu
Poliklinik Penyakit Dalam	dr. Franky Renato Anthonius, Sp.PD	Senin- Rabu
	dr. I Putu Eka Krishna Wijaya, M.Biomed,Sp.Pd	Kamis-Sabtu
Poliklinik Paru	dr. Nurkristi Permatasari Amin, Sp.P	Jum'at-Sabtu
Poliklinik Jantung	dr. Acil Aryadi, Sp.Jp	Senin, Rabu, Jum'at
Poliklinik Mata	dr. Asri Setiawan, Sp.M	Senin- Rabu
Poliklinik Gigi	drg. Shinta Apriliandini	Senin-Sabtu
	drg. Ni Putu Indah Suryadewi	Senin-Sabtu
Poliklinik Umum	dr. Frensi Ayu Primantari	Senin-Sabtu
VCT	dr. Komang Triana Arya Putra, Sp.Kj	Senin-Sabtu

Sumber: Data sekunder regulasi RS H.L. Manambai
Abdulkadir



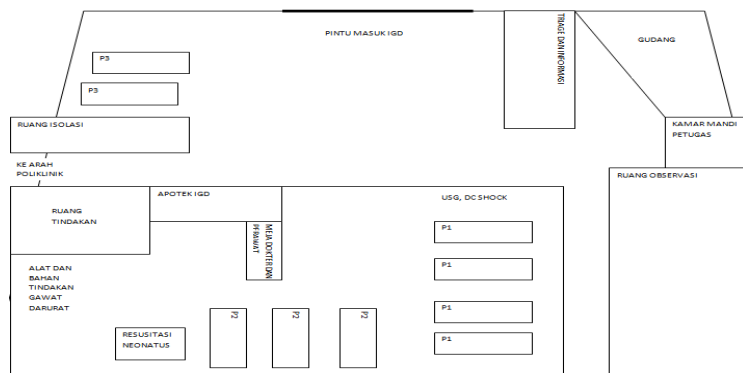
Gambar 4.2 Denah Poliklinik

Sumber: Data primerdenahRS H.L. Manambai Abdulkadir

3. Data Umum Instalansi Gawat Darurat

Instalasi gawat darurat adalah penyambung antar masyarakat dengan pelayanan rumah sakit. Fungsi instalasi gawat darurat dalam sistem pelayanan kesehatan sangat penting hal ini ditunjukkan dengan kenaikan jumlah kunjungan pasien dari tahun ke tahun, hal ini menunjukkan instalasi gawat darurat semakin sering dipilih sebagai sarana utama kesistem kesehatan. IGD dilengkapi dengan peralatan penunjang yang meliputi : *patient monitor*, *defibrilator*, saturasi O₂, *electrocardiogram*, *suction pump*, *infuse pump*, *syring pump*, *ultrasonography*

portable dan *electric mobile stretcher* yang dipergunakan petugas mengantar pasien ke bangsal-bangsal perawatan, selain itu IGD ditunjang oleh unit lainnya yaitu farmasi, rontgen, laboratorium, ruang tindakan minor, serta ketersediaan *hospital bed* yang terdiri dari 12 *bed*.



Gambar 4.3 Denah IGD

Sumber: Data primer denah RS H.L. Manambai Abdulkadir

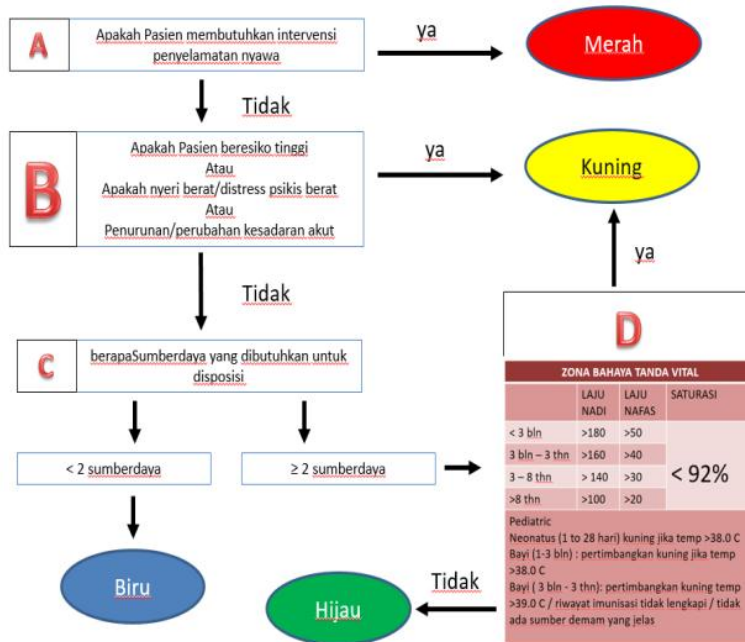
System pelayanan UGD

Triase berdasarkan *Emergency Severity Index* (ESI) merupakan salah satu metode triase 5 kategori (triase berdasarkan *Emergency Severity Index, Australian Triage Scale, Canadian Emergency Department Triage and Acuity Scale, Machaster Triage System*) cukup mudah

dan memiliki validitas dan spesifitas yang cukup baik untuk diadopsi menjadi sistem triase di instalasi gawat darurat RS. H.L. Manambai Abdulkadir. Triase ini dilakukan terhadap :

1. Pasien yang datang ke Instalasi Gawat Darurat (IGD) RS H.L. Manambai Abdulkadir.
2. Pasien atau korban dari luar RS H.L. Manambai Abdulkadir yang akan ditransfer dan dirujuk akibat penyakit tertentu atau kecelakaan atau bencana.

Petugas triase yaitu perawat yang bekerja di IGD RS H.L. Manambai Abdulkadir dan mempunyai sertifikat pelatihan triase, yang sudah diverifikasi oleh RS H.L. Manambai Abdulkadir.



Gambar 4.4 Triase berdasarkan *Emergency Severity Index*
Sumber: Data sekunder regulasi ARK 1.1 Triase RS H.L.
Manambai Abdulkadir

4. Input

a. Sumber Daya Manusia (SDM)

Beban kerja di IGD RS H.L. Manambai Abdulkadir.

1) Jumlah tenaga

Jumlah tenaga kerja di IGD RS H.L. Manambai

Abdulkadir adalah sebagai berikut :

Tabel 4.2 Jumlah Tenaga Kerja Unit IGD

Tenaga Kerja	Jumlah	Pendidikan
Dokter Spesialis <i>Emergency</i>	1 Orang	Spesialis
Dokter umum	5 Orang	S1 kedokteran + dokter
Dokter intersip	7 Orang	S1 kedokteran + dokter
Kepala Ruang	1 Orang	S1 Keperawatan + Ners.
Perawat	24 Orang	Diploma IV (D4), S1 Keperawatan + Ners.
Bidan	10 Orang	Diploma III (D3)
Transporter	4 Orang	SMA

Sumber: Data sekunder, Unit IGD

2) Jumlah pasien

Jumlah pasien yang diterima IGD pada tahun 2017 berjumlah 6631 pasien dengan rata rata pasien perhari 18-20 pasien di unit IGD.

3) Kebutuhan tenaga kerja

Perhitungan tenaga perawat sangatlah berhubungan dengan beban kerja perawat. Terdapat beberapa hal yang perlu diperhatikan dalam mengkaji beban kerja tenaga perawat, yakni rasio pasien dibandingkan perawat, rasio

tempat tidur, serta perlunya memperhitungkan tugas non-keperawatan yang dilakukan oleh perawat seperti transport pasien (Kang et al. 2016).

Tabel 4.3 Perhitungan Jumlah Perawatan Per Hari Pasien Di IGD

No	Kategori	Rata-Rata Jumlah Pasien/hari	Jam Perawatan/hari	Jumlah Jam Perawatan/hari
1	Minimal	1	2	2
2	Sedang	1	3,08	3.08
3	Agak berat	5	4,15	20,75
4	Berat	3	6,61	19,83
Jumlah				45,66

Sumber: Data primer di IGD

Perhitungan kebutuhan tenaga keperawatan menurut Depkes (2001):

- Tenaga perawat =

Jumlah jam perawatan di ruangan/hari

Jam efektif perawat

$$\frac{45,66}{7} = 6,52$$

- Faktor Koreksi *Loss day* =

Jumlah hari libur + cutix jumlah perawat

Jumlah hari kerja efektif

$$= \frac{(70+12) \times 6,52}{365-(70+12)}$$

$$= \frac{82 \times 6,52}{283} = 1,88$$

$$= 1,88$$

283

- Tugas Non Keperawatan

$$= (6,52+1,88) \times 25 \%$$

$$= 2,10$$

Maka tenaga yang dibutuhkan = 6,52 + 1,88 + 2,10

+ 1 Ka Ru = 11,5 atau dibulatkan menjadi 12

orang perawat. Untuk menentukan jumlah tenaga

keperawatan yang dibutuhkan per shift, yaitu

dengan ketentuan menurut Warstler (Swansburg,

1990) : proporsi shift pagi 47%, shift sore 36%,

dan shift malam 17%.

Maka pada kondisi di atas jumlah tenaga

keperawatan yang dibutuhkan pershift adalah:

- shift pagi: 5,64 orang (6 orang),
- shift sore: 4,32 orang (4 orang), dan

- shift malam: 2,04 orang (2 orang).

b. Method

Berdasarkan elemen penilaian SNARS edisi 1, adanya regulasi sebagai salah satu elemen wajib dalam aspek penilaian maka dinilailah SOP sebagai salah satu wujud kebijakan rumah sakit. Kebijakan merupakan peraturan atau suratkeputusan yang ditetapkan oleh direktur yang merupakan garis besar bersifat mengikat dan wajib dilaksanakan oleh penanggung jawab maupun pelaksanaan. Berdasarkan kebijakan tersebut, disusun pedoman atau panduan dan *standar operasional prosedur* (SOP) yang memberikan kejelasan langkah-langkah dalam pelaksanaan kegiatan rumah sakit yang dapat dilihat pada lampiran 3. Dari hasil penelitian didapatkan SOP ARK 1 SNARS edisi 1 sebagai berikut :

Tabel 4.4Regulasi ARK 1

No.	SUB BAB ARK	REGULASI	INTALASI TERKAIT
1	ARK 1 Skrining pasien	<ul style="list-style-type: none"> • Surat keputusan direktur tentang kebijakan instalasi gawat darurat Rumah Sakit H.L. Manambai Abdulkadir. • Surat keputusan direktur tentang kebijakan akses pelayanan Rumah Sakit H.L. Manambai Abdulkadir. • Surat keputusan direktur tentang panduan skrining pasien. • Panduan skrining. • SOP skrining pasien dari luar rumah sakit. • SOP skrining pasien di dalam rumah sakit. • SOP skrining pasien rawat jalan. 	<ul style="list-style-type: none"> • Instalasi gawat darurat, Instalasi rekam medis bagian pendaftaran. • Instalasi gawat darurat, Instalasi rawat jalan • Poliklinik, pendaftaran rawat jalan
2	ARK 1.1 Pelayanan darurat	<ul style="list-style-type: none"> • Surat keputusan direktur tentang panduan triase pasien berdasarkan <i>emergency severity index</i> (modifikasi). • Panduan skrining. • SOP triase. 	Instalasi gawat darurat
3	ARK 1.2 Admisi pasien rawat inap	<ul style="list-style-type: none"> • Surat keputusan direktur tentang panduan skrining pasien rawat inap. • Panduan skrining pasien rawat inap. • SOP pelayanan ranap 	Bagian Administrasi Pasien, Poliklinik, Instalasi Rawat Inap, Instalasi Gawat Darurat.

4	ARK 1.3 Penundaan pelayanan	<ul style="list-style-type: none"> • Surat keputusan direktur tentang panduan penundaan dan kelambatan pelayanan. • Panduan penundaan dan kelambatan pelayanan. • SOP penundaan pelayanan 	Kelompok Staf Medis Bidang Keperawatan Unit Rawat Inap Unit Rawat Jalan Instalasi Gawat Darurat Instalasi Gizi Instalasi Bedah Central Instalasi Farmasi Instalasi Fisioterapi Instalasi Laboratorium
---	-----------------------------------	--	--

Sumber: Data sekunder regulasi RS H.L. Manambai Abdulkadir

Tabel ini memastikan apakah Rumah Sakit H.L. Manambai Abdulkadir telah memiliki regulasi yang dinilai dalam elemen penilaian akreditasi ARK, karena ada banyak kesimpangsiuran mengenai pelaksanaan akreditasi. Hal ini sesuai dengan hasil hasil *coding* wawancara sebagai berikut:

Tabel 4.5 Hasil Coding wawanca SOP

Pertanyaan	Responden	<i>Open coding</i>	<i>Axial coding</i>	Tema
Apakah ada SOP ARK 1 dan sejak kapan diterapkan?	Perawat(S1)	Belum ada	SOP belum ada pada setiap ruangan	SOP belum ada pada setiap ruangan
	PerawatPN (DIII)	Tidak ada SOP		
	Perawat Kepala ruangan	Sudah ada SOP tetapi sedang		

		diperbanyak		
	Perawat Kepala Bangsal	Belum ada		
	Dokter IGD 1	Belum ada SOP di IGD		
	Dokter IGD 2	Mungkin ada, saya tidak tahu		
	Anggota pokja ARK 1	SOP sedang kami perbanyak, belum kami edarkan ke setiap ruangan		

Sumber: Data primer hasil coding wawancara

c. Material

Rekam medis merupakan sebagai dokumen bukti implementasi dari akreditasi, akan tetapi saat peneliti melakukan observasi, masih banyaknya form rekam medis yang sesuai dengan elemen SOP yang belum tersedia. Hal ini didukung dengan hasil coding wawancara, sebagai berikut:

Tabel 4.6 Hasil *coding* wawancara dokumentasi

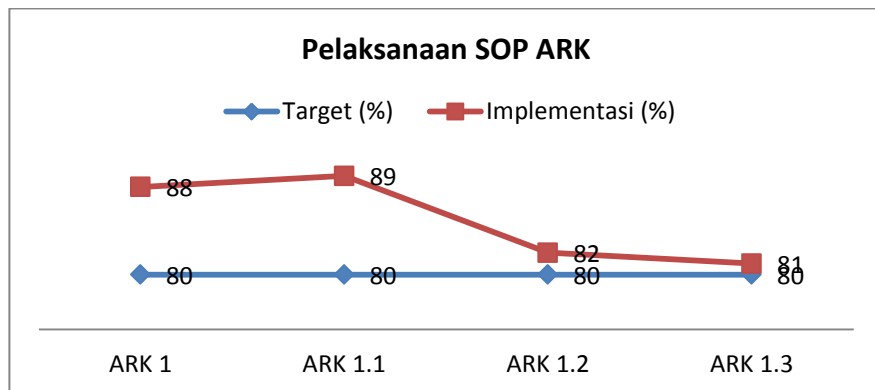
Pertanyaan	Responden	<i>Open coding</i>	<i>Axial coding</i>	Tema
Apakah pada RM ada dokumen ARK seperti penundaan pelayanan?	Perawat (S1)	Form tidak ada	Form tidak tersedia	Form tidak tersedia
	Perawat PN (DIII)	Form tidak ada		
	Perawat PN (S1)	Form tidak ada		
	Dokter IGD	Form tidak ada		
	Dokter Bangsal	Form tidak ada		

Sumber: Data primer hasil coding wawancara

5. Proses

a. Hasil Evaluasi SOP

Pada penelitian ini dilakukan evaluasi SOP terhadap. Dari hasil evaluasi tersebut dijelaskan dalam gambar di bawah ini :



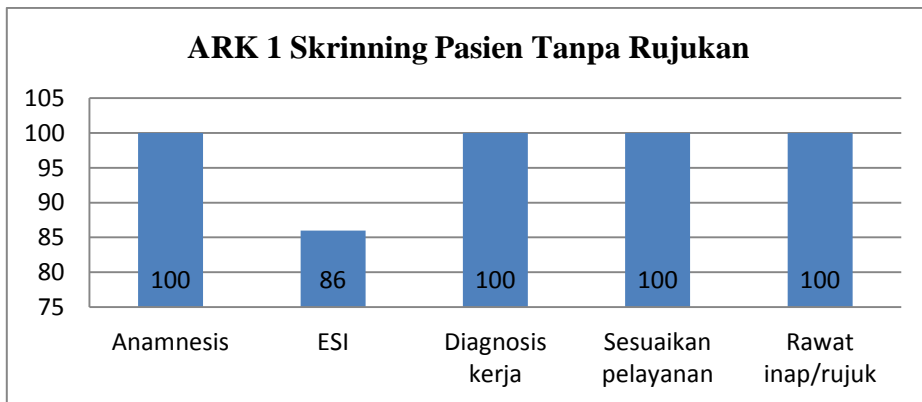
Gambar 4.5 Hasil evaluasi *SOP*

Sumber: Data primer hasil observasi ruang IGD, rawat jalan dan pendaftaran

Dari penelitian yang dilakukan untuk mengetahui pelaksanaan standar ARK dinilai dari kepatuhan untuk mengikuti langkah langkah SOP, didapatkan hasil bahwa staf klinis patuh mengikuti SOP standar ARK melebihi 80% dari total pelaksanaan SOP. Target 80% diambil dari standar SNARS untuk mencapai lulus bab minimal 80%. Berikut dilampirkan hasil pelaksanaan SOP pada IGD, rawat jalan dan pendaftaran :

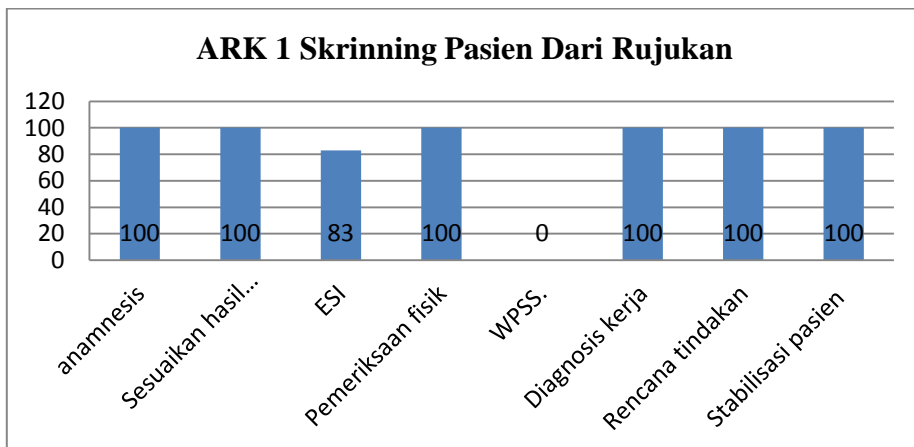
- 1) ARK 1 Skrining : SOP ARK 1 skrining dibagi menjadi tiga bagian yaitu skrining pasien dari luar

rumah sakit baik rujukan maupun datang sendiri, skrining pasien di dalam rumah sakit dan skrining pasien rawat jalan.



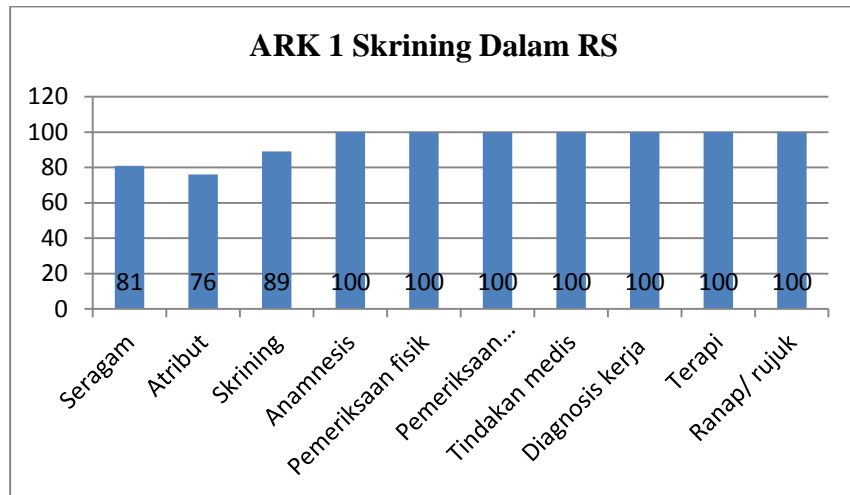
Gambar 4.6 Skrining Pasien Tanpa Rujukan

Sumber: Data primer hasil observasi ruang IGD, rawat jalan dan pendaftaran

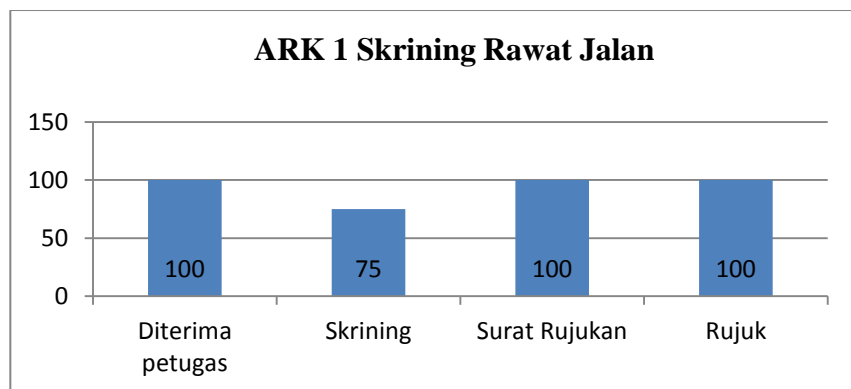


Gambar 4.7 Skrining Pasien Dari Rujukan

Sumber: Data primer hasil observasi ruang IGD, rawat jalan dan pendaftaran



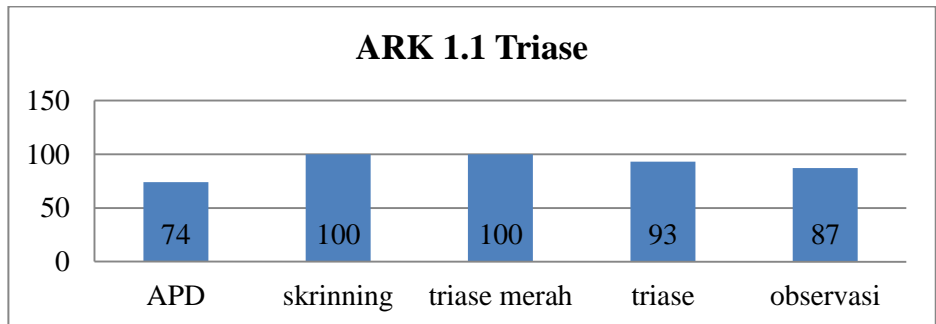
Gambar 4.8 Skrinning Pasien Di Dalam Rumah Sakit
 Sumber: Data primer hasil observasi ruang IGD, rawat jalan dan pendaftaran



Gambar 4.9 Skrinning Pasien Rawat Jalan
 Sumber: Data primer hasil observasi ruang IGD, rawat jalan dan pendaftaran

Penilaian pelaksanaan kepatuhan SOP ARK untuk aspek skrining secara keseluruhan sudah dinilai baik melebihi target 80%, namun ada beberapa poin yang memiliki presentasi yang kecil yaitu pada bagian skrining pasien dari rujukan yaitu WPSS (*The Worthing Physiological Scoring System*) bernilai 0%, hal ini diketahui karena tidak adanya form triase yang terbaru pada rekam medis pasien sehingga tidak dapat didokumentasikan. Penggunaan atribut staf klinis IGD bernilai 76% dan skrining pasien rawat jalan oleh petugas pendaftaran bernilai 75% .

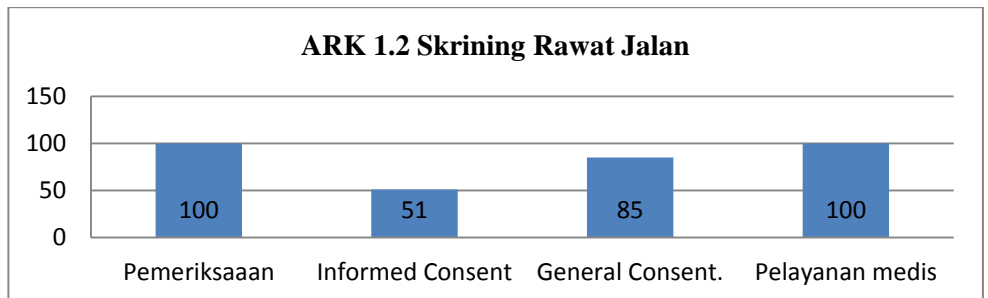
- 2) ARK 1.1 Triase : Pelaksanaan sistem triase pada RS H.L. Manambai Abdulkadir telah berjalan sesuai dengan SOP. Akan tetapi, masih kurang dalam poin penggunaan APD terutama penggunaan sarung tangan dengan tingkat kepatuhan yaitu 74%.



Gambar 4.10 SOP Triase

Sumber: Data primer hasil observasi ruang IGD, rawat jalan dan pendaftaran

- 3) ARK 1.2 Skrining Rawat Jalan : Dari hasil observasi didapatkan pada poin hasil diagnosa dari pemeriksaan dokter dijelaskan kepada pasien/ keluarga pasien masih di bawah 80% yaitu 51%.

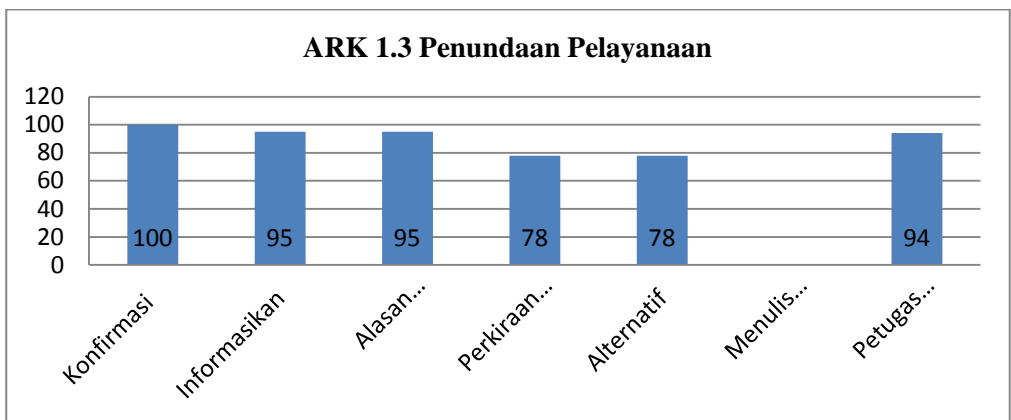


Gambar 4.11 SOP Skrining Rawat Jalan

Sumber: Data primer hasil observasi ruang IGD, rawat jalan dan pendaftaran

1) ARK 1.3 Penundaan Pelayanan: penundaan pelayanan adalah apabila pasien terlayani dalam waktu yang lama untuk mendapatkan pelayanan diagnostik dan pengobatan atau dalam mendapatkan rencana pelayanan, pasien membutuhkan penempatan di daftar tunggu. Kepatuhan pada aspek jika terjadi penundaan pelayanan secara keseluruhan dapat di nilai masih di bawah 80%, terkhususnya pada poin petugas menginformasikan kepada pasien tentang perkiraan penundaan sebesar 78%, menginformasikan kepada pasien tentang alternatif pelayanan sesuai dengan kebutuhan klinis pasien sebesar 78%, dan menulis penundaan pelayanan di rekam medis pasien sebesar 0%. Tidak terdokumentasikannya penundaan pelayanan dikarenakan *form* masih dalam tahap perubahan. Penundaan

pelayanan dokter dapat dikarenakan, dokter berhalangan untuk praktek di instalasi rawat jalandan dokter yang datang terlambat lebih dari respon time waktu tunggu kehadiran dokter yang sudah ditentukan



Gambar 4.12 SOP penundaan pelayanan

Sumber: Data primer hasil observasi ruang IGD, rawat jalan dan pendaftaran

2) Hambatan dan Rekomendasi

Berdasarkan hasil wawancara dengan semua responden diperoleh beberapa kendala dalam pelaksanaan ARK 1 SNARS edisi 1 seperti pada tabel dibawah ini:

Tabel 4.7 *Coding* wawancara

Pertanyaan	Sumber	<i>Open coding</i>	<i>Axial coding</i>	Tema
Sejak kapan persiapan akreditasi di rumah sakit? Dan apakah ada sosialisasinya? Sudah dilakukan <i>self assesment</i> akreditasi?	Perawat 1 (S1)	<ul style="list-style-type: none"> • Tidak tahu ada sosialisasi 	Tidak mengerti	Tidak ada sosialisasi mengenai akreditasi, dan belum dilakukan <i>self assesment</i>
	Perawat 2 Kepala ruangan IGD	<ul style="list-style-type: none"> • Sejak bulan 8 tahun kemarin • Belum ada sosialisasi 		
	Dokter IGD 1	<ul style="list-style-type: none"> • Sejak tahun kemarin • Tidak ada sosialisasi 		
	Staf administrasi rawat jalan	<ul style="list-style-type: none"> • Tidak tahu ada sosialisasi 		
	Anggota pokja ARK 1	<ul style="list-style-type: none"> • Persiapan akreditasi dari tahun kmrin • Belum sempat dilakukan akreditasi dikarenak perunahan dokumen dari KARS menuju SNARS • Belum diadakan <i>self assesment</i> 		
Apakah ada SOP ARK 1 dan sejak kapan diterapkan?	Perawat(S1)	Belum ada	SOP belum ada pada setiap ruangan	SOP belum ada pada setiap ruangan
	PerawatPN (DIII)	Tidak ada SOP		
	Perawat Kepala ruangan	Sudah ada SOP tetapi sedang diperbanyak		

	Perawat Kepala Bangsal	Belum ada		
	Dokter IGD 1	Belum ada SOP di IGD		
	Dokter IGD 2	Mungkin ada, saya tidak tahu		
	Anggota pokja ARK 1	SOP sedang kami perbanyak, belum kami edarkan ke setiap ruangan		
Apakah SOP dan akreditasi menambah beban kerja atau mempermudah?	Perawat (S1)	Menambah	SOP menambah beban kerja	Akreditasi dan SOP ARK menjadi beban kerja
	Perawat PN (DIII)	Menambah		
	Perawat PN (S1)	Menambah		
	Dokter IGD 1	Mempermudah		
	Dokter IGD 2	Menambah		
Apakah pada RM ada dokumen ARK seperti penundaan pelayanan?	Perawat (S1)	Form tidak ada	Form tidak tersedia	Form tidak tersedia
	Perawat PN (DIII)	Form tidak ada		
	Perawat PN (S1)	Form tidak ada		
	Dokter IGD	Form tidak ada		
Bagaimana hambatan dalam melaksanakan SOP dan akreditasi	Perawat (S1)	Kurang sosialisasi	Tidak adanya sosialisasi terhadap staf medis	Kurang sosialisasi
	Perawat PN (DIII)	Tidak Mengikuti sesuai prosedur		

selama ini?	Perawat (DIII)	Tidak tahu		
	Perawat (DIII)	Tidak tahu		
	Perawat (S1)	Kurang sosialisasi		
	Perawat Kepala IGD	Kurang sosialisasi		
	Perawat (S1)	Kurang sosialisasi		
	Dokter poli	Kurang melibatkan kami tenaga medis		
	Dokter IGD	Kurang dana dalam pelaksanaannya		

Sumber: Data primer hasil coding wawancara

Dari hasil *coding* wawancara yang dilakukan kepada staf dan tenaga medis rumah sakit didapatkan beberapa permasalahan dalam pelaksanaan implementasi akreditasi terutama pada sub bab ARK 1. Untuk menemukan garis besar masalah tersebut, perlu dilakukan pemecahan masalah melalui metode USG dan menentukan

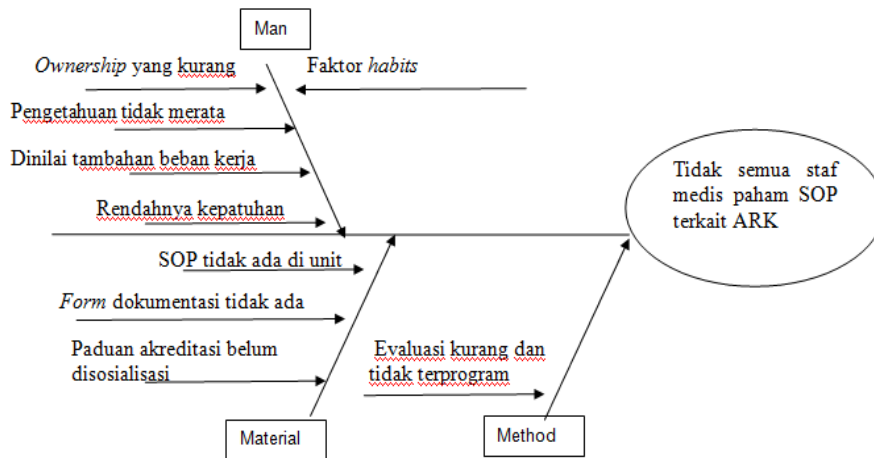
prioritas sebagai akar dari masalah yang ada. Hasil dari metode USG terlampir pada tabel 4.8

Tabel 4.8 Prioritas masalah metode USG

No	Permasalahan	<i>Urgency</i>	<i>Seriousness</i>	<i>Growth</i>	Total	Prioritas
1.	Tidak semua staf medis mengetahui adanya SOP terkait ARK	4	5	3	60	1
2.	Kurangnya sosialisasi akreditasi	4	4	3	48	2
3.	SOP tidak berada di Instalansi terkait	4	3	3	36	3
4.	Staf medis tidak mengetahui isi dari SOP terkait ARK.	3	3	3	27	4
5.	Evaluasi persiapan akreditasi belum terlaksana.	2	3	2	12	5

Setelah mengidentifikasi beberapa akar masalah maka langkah berikutnya metode diagram *fishbone* yang kemudian di cari alternatif solusinya dengan teori tapisan Mc Namara. Berdasarkan hasil analisa data survei penelitian yang telah

dilakukan adalah tidak semua staf medis paham akan SOP terkait ARK.



Gambar 4.13 *FishBone*

Penyelesaian masalah adalah suatu kegiatan mencari dan menghilangkan akar masalah. Bukan gejala masalah yang diselesaikan, tetapi akar masalahnya yang diatasi, agar tidak berulang kembali.

Tabel 4.9 Mc Namara

No.	Alternatif	Efektifitas	Mudah	Biaya	Total
1.	Evaluasi dan sosialisasi (<i>in house training</i>)	5	5	4	14
2.	Membuat buku panduan	5	4	3	12

B. Pembahasan

1. Pelaksanaan

Sebagai salah satu subsistem dalam pelayanan kesehatan, rumah sakit menjadi tempat rujukan bagi unit-unit pelayanan kesehatan dasar. Rumah sakit merupakan organisasi yang bergerak dalam bidang jasa kesehatan. Sejalan dengan lajunya pembangunan nasional maka tuntutan akan mutu pelayanan kesehatan oleh rumah sakit juga semakin meningkat. Hal ini ditandai dengan berbagai kritikan tentang ketidakpuasan terhadap pelayanan rumah sakit melalui berbagai upaya termasuk melalui jalur hukum (SK. Poerwani dan Evle Sopacua, 2006). Oleh karena itu upaya untuk menjaga dan meningkatkan mutu layanan rumah sakit, baik untuk memenuhi kebutuhan masyarakat baik internal maupun eksternal rumah sakit perlu dilaksanakan.

Menilik hasil observasi pelaksanaan ARK 1, ARK 1.1, ARK 1.2 dan ARK 1.3 pada RSMA

mencapai 80% telah dilakukan oleh staf klinis. Hal ini terkait dengan proses skrining, triase pasien pada rawat jalan dan instalansi gawat darurat, skrining rawat inap dan penundaan pelayanan. Ada beberapa poin SOP yang belum sepenuhnya dilakukan oleh staf klinis yaitu petugas IGD melakukan penilaian hasil pemeriksaan fisik dengan kriteria WPSS, hasil diagnosa dari pemeriksaan dokter dijelaskan kepada pasien/ keluarga pasien, pasien mengisi *general consent*, petugas menulis penundaan pelayanan di rekam medis pasien, dan petugas triase wajib memakai alat perlindungan diri seperti masker dan *handscoon* guna pencegahan infeksi. Akan tetapi, pelaksanaan SOP ARK secara keseluruhan telah dilaksanakan oleh staf medis RSMA, hal ini didukung oleh adanya supervisi yang dilakukan oleh dokter spesialis *emergency* selaku anggota program kerja ARK. Selain memiliki peran sebagai anggota program kerja ARK, dokter spesialis *emergency* memberikan kesan pertama pada pasien

yang positif. Perawat yang bekerja di IGD merupakan salah satu tim perawatan kesehatan yang paling penting dan kualitas layanan kesehatan sangat tergantung pada pekerjaan mereka. Salah satu faktor yang meningkatkan kepuasan kerja perawat adalah kehadiran dokter spesialis *emergency* 24 jam di IGD. Dokter spesialis *emergency* membagi pasien di antara perawat dan mendefinisikan tugas mereka yang tepat, pelaporan dan tanggap perawat ditingkatkan. Perawat mengantarkan pasien yang telah di triase keperawat yang memiliki tanggung jawab pasien ini dan mendokumentasikan status keperawatan untuk rekam medis (Amiresmaili, Moghadam, Nia, & Nia, 2014). Sama halnya dengan sistem triase di RSMA, perawat dibagi tugas menjadi perawat triase, p3 dan ambulans berjumlah 2, perawat p2 dan perawat p1 berjumlah 3 perawat dan 2 bidan. Hal ini lah yang menyebabkan jumlah perawat pada rumah sakit ini tidak sesuai dengan jumlah kebutuhan perawat berdasarkan

perhitungan Departemen Kesehatan. Selain itu, kehadiran dokter spesialis *emergency* memberikan kerja sama yang lebih baik dengan spesialis lain sehingga kehadiran mereka yang terus menerus dan melakukan tindakan utama yang berhubungan dengan spesialis lain telah mengurangi beban kerja para spesialis tersebut.

Kehadiran dokter spesialis *emergency* efektif dalam pengambilan keputusan untuk pasien dalam kurun waktu kurang dari 6 jam sehingga meminimalisir terjadinya penundaan pasien di IGD. Demikian pula, Hosseini menunjukkan bahwa manajemen tempat tidur dalam semua shift kerja efektif dalam mengurangi kepadatan IGD dan mengurangi ketidakpuasan pasien dan pasien tidak merasa diabaikan dan bertanya tanya akan tindak lanjut dari IGD sehingga memberikan efek peningkatan kualitas layanan IGD (Amiresmaili, Moghadam, Nia, & Nia, 2014). Dalam penelitian Kathan, membandingkan rumah sakit yang memiliki

dokter spesialis *emergency* dan yang tidak, telah menyimpulkan bahwa kehadiran spesialis ini menciptakan suasana kerja yang lebih baik di rumah sakit. Mereka yang telah bekerja dengan dokter spesialis *emergency* telah mengalami dukungan interpersonal yang lebih baik, penyesuaian interpersonal, komitmen, kerjasama antarpribadi, pembelajaran tim, kerja sama rekan kerja, dan kejelasan peran pekerjaan penentuan nasib sendiri dalam tim (Kathan CD, 2008).

Di IGD pencegahan infeksi adalah tantangan utama dalam lingkungan perawatan kesehatan yang kompleks dan dinamis. Pasien datang dengan penyakit yang berbeda dan tingkat resiko yang bervariasi, mulai dari yang sehat hingga yang kritis. Pengenalan risiko dan pengambilan keputusan medis sering didasarkan pada data yang terbatas dan berkembang, di bawah kendala waktu dan sumber daya yang signifikan. Pasien menunggu diagnosis, intervensi, dan disposisi

yang berdekatan satu sama lain, dengan lebih dari 129,8 juta kunjungan pasien dilakukan ke US pada tahun 2010, IGD adalah gerbang utama untuk perawatan medis rawat inap, menyumbang hampir setengah dari semua penerimaan rumah sakit (Stephen Y., et al., 2014).

Kepatuhan terhadap tindakan pencegahan ini bersifat suboptimal secara global, dan petugas kesehatan selektif memilih yang mana bagian dari SOP yang mereka terapkan pada praktik klinis mereka. Ulasan khusus untuk keperawatan perioperatif dan penggunaan kaca mata pelindung mengungkapkan bahwa tingkat kepatuhan dalam menggunakan bentuk APD ini secara keseluruhan rendah, dibandingkan dengan APD lainnya. Beberapa alasan untuk tingkat ketidakpatuhan yang rendah ini termasuk: perawat terlalu sibuk untuk menggunakan APD; pasien dianggap berisiko rendah; APD tidak nyaman dipakai; APD tidak tersedia atau sulit diakses; secara negatif

mempengaruhi ketangkasan pengguna APD; dan kurangnya dukungan eksplisit dari manajemen. Bahkan jika peralatan tersedia, perawat melaporkan bahwa mereka tidak selalu memiliki pengetahuan yang relevan tentang penggunaan APD, dengan beberapa perawat melaporkan kurangnya kesadaran atau jaminan bahwa APD efektif dalam memberikan perlindungan terhadap mikroorganisme dan penyakit menular (Neo, Edward, & Mills, 2012). Hal ini selaras dari hasil penelitian di RSMA menunjukkan kurangnya kepatuhan staf medis dalam penggunaan APD yang didasarkan atas kurangnya kesadaran akan tetapi mengerti pentingnya APD dalam pelaksanaan tugas.

Mendukung dari hasil penelitian ini, pada studi yang dilakukan di RSUD Ulin Banjarmasin didapatkan pengaruh yang signifikan pengawasan perawat dan ketersediaan APD terhadap kepatuhan penggunaan APD di IBS RSUD Ulin Banjarmasin akan tetapi terdapat pengaruh yang tidak signifikan dari variabel

pengetahuan, sikap, lama bekerja, kebijakan, teman sejawat, media massa persepsi terhadap kepatuhan penggunaan APD di IBS RSUD Ulin Banjarmasin (Sudarmo, Helmi, & Leni, 2016).

Dari hasil observasi terdapat poin petugas menulis penundaan pelayanan di rekam medis pasien dalam SOP ARK 1.3 yang belum dilaksanakan, dikonfirmasi dari hasil wawancara dengan staf medis terkait bahwa *form* rekam medis guna mendokumentasikan poin tersebut masih dalam tahap percetakan. Jika hal ini terus terjadi akan terjadi efek negatif dalam pelayanan rumah sakit. Dalam sistem hukum, dokumentasi dianggap sebagai elemen penting. Memperluas dimensi manajemen risiko, kegagalan untuk mendokumentasikan data yang relevan itu sendiri dianggap sebagai pelanggaran signifikan dan penyimpangan dari standar perawatan. Tentu saja, perlindungan dari bahaya hukum jauh dari satu-satunya alasan untuk dokumentasi dalam perawatan klinis.

Catatan pasien dalam rekam medis memberikan bukti versi perawatan yang berkelanjutan karena ia berkembang seiring waktu dan sebagai referensi yang bernilai dalam perawatan darurat, penelitian, dan jaminan kualitas (Guthell, 2004). Penelitian Cheevakasemsook tentang pendokumentasian asuhan keperawatan pada perawat di Thailand menunjukkan bahwa terdapat kekacauan dalam pendokumentasian dimana pendokumentasian yang diterapkan tidak sesuai dengan standar. Kebanyakan pendokumentasian tidak terdapat diagnosa dan perencanaan, hanya ada pengkajian dan sedikit catatan perawat (Cheevakasemsook, et. al., 2006). Penelitian Suryandana di Rumah sakit Puri Indah Jakarta menunjukkan bahwa terdapat hubungan antara peran ketua tim dengan pendokumentasian asuhan keperawatan. Dari penelitiannya didapatkan bahwa ada 50% pendokumentasian baik dengan peran baik dan 25% pendokumentasian kurang baik dengan peran

tidak baik (Suryandana, 2010). Sehingga pengisian rekam medis secara lengkap diperlukan bukan hanya guna syarat akreditasi tetapi sebagai bentuk bukti pelayanan pasien.

2. Hambatan dan Rekomendasi

Dari hasil observasi dan wawancara di RSMA, didapatkan titik hambatan dalam akses dan kontinuitas pelayanan ke rumah sakit adalah ketidaktahuan staf klinis mengenai regulasi yaitu *standar operasional procedure* yang menyebabkan pelayanan pasien tidak maksimal. SOP dibuat sebagai standar dalam melakukan semua tindakan, maka dari itu sangat penting bagi setiap karyawan untuk patuh dan mentaati SOP yang telah dibuat. Kepatuhan dalam menjalankan SOP dipengaruhi oleh faktor internal dan eksternal. Faktor internal antara lain sikap, niat, pengetahuan, persepsi. Sedangkan faktor eksternal meliputi, lingkungan kerja, beban kerja. sikap (*attitude toward*

behavioral), perilaku seseorang dipengaruhi oleh banyak faktor, antara lain sikap, latar belakang individu, stimulus, status pribadi dan motivasi (Lailatul M, 2009; Maria & Tantri, 2016).

Peran IGD adalah sebagai pintu masuk pasien gawat dan darurat, sehingga konsekuensinya staf klinis IGD memiliki tanggung jawab yang semakin meningkat sebagai penjaga gerbang untuk perawatan rawat inap dan sebagai koordinator perawatan. Tantangan bagi IGD juga ditambah dengan masalah kepegawaian medis, seperti rendahnya perekrutan ke pelatihan khusus yang lebih tinggi dan jabatan konsultan yang tidak terisi. Akibatnya, staf klinis baru mungkin kekurangan pengawasan dan pelatihan yang mengakibatkan penurunan keterampilan yang diperlukan untuk melakukan fungsi penjaga gerbang secara efektif melalui proses skrining dan triase (Cowling, Soljak, Bell, & Majeed, 2014). Hal di atas sesuai dengan penelitian Tanabe, Motoko & Yoshimi

Suzukamo pada 112 perawat yang dibagi menjadi 2 kelompok yaitu salah satunya sebagai kontrol. Penelitian ini memberikan perlakuan berupa pelatihan keterampilan komunikasi dan hasilnya menunjukkan bahwa kinerja perawat meningkat secara signifikan pada perawat yang lebih dahulu mendapatkan pelatihan daripada yang tidak diberikan pelatihan (Tanabe, et al, 2012).

Kinerja staf klinis yang baik dapat juga disebabkan oleh pengalaman yang cukup lama bekerja di IGD (5–10 tahun), dengan pengalaman yang cukup lama, maka kemampuan menghadapi pasien dan kasus juga akan semakin banyak sehingga ketika melaksanakan tindakan perawatan dapat optimal (Ainiyah, Ahsan, & Fathoni, 2015). Hal ini sesuai dengan penelitian Fujino pada 1395 perawat yang bekerja di Rumah Sakit Umum di Jepang menunjukkan bahwa 1045 perawat (76%) menunjukkan bahwa semakin lama bekerja maka kinerja perawat menjadi

semakin baik (Fujino Y, Tanaka M, Yonemitsu Y, Kawamoto R., 2014).

Selaras dengan penelitian dari Pamuji, menurut hasil wawancara dengan beberapa responden kurangnya pengetahuan dikarenakan kurang adanya penyegaran maupun pelatihan. Selain itu juga akibat kurangnya perawat mengikuti berbagai seminar. Pelatihan dan penyegaran tentang standar prosedur operasional pelayanan keperawatan belum sempat dilakukan, akan tetapi hal ini dibantu dengan adanya dokter spesialis *emergency* yang mengawasi kinerja staf medis. Dengan masa kerja yang relatif belum lama pengetahuan yang didapat semasa pendidikan masih teringat dengan baik. Selain itu SPO yang dilakukan ini merupakan SPO yang dilaksanakan setiap hari oleh perawat. Pada RSUD Purbalingga hasil dari penelitian Pamuji tahun 2008, perilaku perawat yang patuh terhadap SPO disebabkan motivasi tentang reward yang berlaku di RSUD Purbalingga berupa insentif

setiap bulannya dan motivasi dari pihak manajemen rumah sakit. Martoyo (1994) menyatakan bahwa kompensasi atau reward adalah merupakan alat untuk menciptakan iklim kondusif yang akan mendorong pegawai untuk bekerja lebih produktif dan meningkatkan prestasi kerja. Dalam hal ini reward dapat meningkatkan kepatuhan. Sebagian besar responden patuh terhadap SPO yang berlaku di RSUD Purbalingga (Pamuji, Asrin, & Kamaludin, 2008).

Selain faktor ketidakpatuhan terhadap SOP ARK, secara khusus poin skrining dan triase yang menjadi kesan pertama pasien, mengambil andil penting dalam terlaksananya pelayanan. Pentingnya pelaksanaan triase di IGD dapat dilihat saat pasien datang secara bersamaan dengan tingkat penanganan yang berbeda. Tingkat kunjungan IGD akan meningkat secara substansial untuk penerima asuransi kesehatan geriatri dan masyarakat yang tidak mampu. Sementara populasi ini cenderung lebih sakit dan memiliki akses yang lebih

buruk ke perawatan rawat jalan, dibandingkan dengan populasi dewasa nasional secara keseluruhan (Kanzaria, Probst, & Hsia, 2016). Proses skrining dan triase yang tepat dan cepat dapat menurunkan angka kematian, hal ini dibuktikan ada tahun 1997- 2011, terjadi penurunan hampir 50 persen kematian orang dewasa di IGD Amerika Serikat. Etiologi untuk tren ini terkait dengan kemajuan dalam perawatan paliatif, pra-rumah sakit, dan triase. Perbaikan dalam pengobatan darurat dan kesehatan masyarakat juga dapat membantu menjelaskan penurunan mortalitas IGD. Dalam beberapa dekade terakhir, kemajuan besar telah terjadi secara akut manajemen kondisi yang mengancam jiwa seperti infark miokard, stroke, trauma, dan sepsis. Kemajuan seperti itu termasuk terapi medis yang ditingkatkan, regionalisasi dari perawatan medis dan trauma akut, dan peningkatan pelatihan perawatan kritis personel pra-rumah sakit dan dokter spesialis *emergency* (Kanzaria, Probst, & Hsia,

2016). Oleh karena itu, maka proses skrining dan triase yang tercantum dalam SOP akses ke pelayanan rumah sakit sangat dibutuhkan guna menurunkan angka mortalitas dan menurunkan angka kunjungan IGD untuk kasus rawat jalan.

Penelitian Dadashzadeh menyatakan bahwa faktor yang mempengaruhi pelaksanaan triage dibagi menjadi 3 kategori yaitu pertama faktor personil (keterampilan dan pengetahuan perawat), kedua faktor pasien dan ketiga adalah faktor non personil salah satunya adalah beban kerja (Dadashzadeh, A.; Farahnaz A.; Azad R.; Morteza G, 2013). Hal tersebut di atas dikuatkan pula oleh Australian Triage Process Review menyatakan bahwa kinerja mempengaruhi pelaksanaan triage. Oleh karena itu dapat disimpulkan bahwa faktor kinerja berhubungan dengan pelaksanaan triage. Hasil penelitian menunjukkan bahwa ada hubungan faktor pasien dengan pelaksanaan triage oleh tenaga kesehatan. Australian Triage Process Review

yang menyatakan bahwa faktor yang mempengaruhi pelaksanaan triage adalah faktor pasien yang meliputi kepuasan atau pengalaman pasien, karakteristik pasien, keamanan dan keselamatan pasien, lama waktu tunggu, serta antrian (Australian Triage Process Review, 2011).

Guna memudahkan kebutuhan perawatan pasien apakah ke IGD atau rawat jalan, rumah sakit dapat mendirikan departemen preadmissi klinik. Untuk mendapatkan informasi yang berhubungan dengan berbagai proses pelayanan di ruang perawatan, pasien dapat mengetahuinya melalui suatu bagian yang disebut preadmissi klinik. Pada bagian ini pasien dapat melihat bagaimana suatu tindakan dilakukan melalui dokumentasi yang tersedia sehingga pasien mendapatkan gambaran prosedur yang akan dilakukan terhadap dirinya. Untuk mempermudah proses admisi ini, maka rumah sakit di luar negeri telah membuat suatu unit atau departemen sendiri yang disebut departemen admisi yang tugasnya mengatur alur

pasien, mengatur tujuan pengiriman pasien ke ruang bangsal dan menentukan posisi pasien dalam daftar tunggu (*waiting list*) untuk mendapatkan pelayanan penunjang (Health Strategy Implementation Project, 2003). Jika tidak bisa membentuk satu unit atau departemen sendiri maka rumah sakit bisa menunjuk satu orang yang bertugas mengawasi proses admisi ini (*admission manager*) yang memiliki kebijakan dan kewenangan dalam mengatur alur pasien. Manajemen yang efektif dari penerimaan pasien dan sumber daya terkait sangat penting jika terjadi peningkatan jumlah pasien yang akan ditempatkan di rumah sakit. Sedangkan sumber daya yang dimiliki menjadi halangan untuk arus pasien di rumah sakit termasuk dalam hal kesulitan memperoleh akses ke tempat tidur rawat inap (yaitu tidak cukup kapasitas bed), penumpukan pasien di IGD, dan *length of stay* meningkat di rawat inap (Health Strategy Implementation Project, 2003).

Selain paparan diatas, dari hasil observasi di ruangan IGD dan poliklinik RS H.L. Manambai Abdulkadir, pengelolaan data hasil pemeriksaan klinis dan sistem informasi untuk keputusan klinis, termasuk proses admisi masih dilakukan secara manual. Petugas memerlukan waktu yang cukup lama untuk mendapat data dan informasi hasil pemeriksaan klinis yang dilakukan kini atau terdahulu.

Sistem informasi admisi manual juga belum mendukung deteksi kekeliruan yang terjadi dalam proses administrasi dan proses klinis dalam admisi pasien rawat inap. Namun, perancangan sistem informasi admisi pasien rawat inap berbasis komputer harus memperhatikan kemudahan dan tingkat persetujuan pengguna sistem karena memerlukan adaptasi serta sangat dipengaruhi oleh perilaku penerimaan pengguna sistem admisi. Penerapan standar admisi pasien rawat inap harus berdasarkan data hasil pemeriksaan klinis yang adekuat.

Ketersediaan data pemeriksaan klinis yang adekuat meliputi kelengkapan data, keakuratan data serta kemudahan dalam memperoleh/mengakses data dan informasi (Azam & Fibriana, 2011). Hal ini juga didukung dengan penelitian Ryota yang menyatakan sistem *electronic medical record* baru akan mempersingkat waktu yang diperlukan untuk merekam data klinis dan menyediakan perawatan yang tepat untuk sebagian besar pasien yang dirawat di IGD (Ryota Inokuchi, et al, 2015).

Manajemen yang baik adalah prasyarat untuk meningkatkan kinerja operasional. Pelaporan yang akurat dan tepat waktu diperlukan pada indikator yang relevan dengan pengalaman pasien. Manajemen rumah sakit sekarang harus menggunakan informasi yang cukup untuk meningkatkan pengorganisasian layanan, guna perawatan pasien (Amini A; Dindoost P; Moghimi M; et al, 2012).