

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Instalasi Gawat Darurat

1. Fungsi / Lingkup kerja

Gawat darurat adalah suatu keadaan yang mana penderita memerlukan pemeriksaan medis segera, apabila tidak dilakukan akan berakibat fatal bagi penderita. Instalasi Gawat Darurat (IGD) adalah salah satu unit di rumah sakit yang harus dapat memberikan pelayanan darurat kepada masyarakat yang menderita penyakit akut dan mengalami kecelakaan, sesuai dengan standar (DepKes RI, 1992).

IGD berfungsi memberikan pelayanan kesehatan karena kondisi gawat darurat dan memerlukan penanganan cepat dan tepat, meliputi kasus bedah (traumatology dan terkait dengan organ tubuh bagian dalam) dan non bedah (penyakit dalam, anak dan syaraf).

IGD adalah suatu unit integral dalam satu rumah sakit dimana semua pengalaman pasien yang pernah datang ke IGD tersebut akan dapat menjadi pengaruh yang besar bagi masyarakat tentang bagaimana gambaran Rumah Sakit itu sebenarnya. Fungsinya adalah untuk menerima, menstabilkan dan mengatur pasien yang menunjukkan gejala yang bervariasi dan gawat serta juga kondisi-kondisi yang sifatnya tidak gawat. IGD juga menyediakan sarana penerimaan untuk penatalaksanaan pasien dalam keadaan bencana, hal ini merupakan bagian dari perannya di dalam membantu keadaan

bencana yang terjadi di tiap daerah (DepKes RI, 2004).

Ruang IGD, selain sebagai area klinis, IGD juga memerlukan fasilitas yang dapat menunjang beberapa fungsi-fungsi penting sebagai berikut: kegiatan ajar mengajar, penelitian/riset, administrasi, dan kenyamanan staff. Adapun area-area yang ada di dalam kegiatan pelayanan kesehatan bagi pasien di IGD adalah: (1) Area administratif, (2) *Reception/Triage/Waiting area*, (3) *Resuscitation area*, (4) Area Perawat Akut (pasien yang tidak menggunakan ambulan), (5) Area Konsultasi (untuk pasien yang menggunakan ambulan), (6) *Staff work stations*, (7) Area Khusus, misalnya: Ruang wawancara untuk keluarga pasien, Ruang Prosedur, *Plaster room*, *Apotik*, *Ophthalmology/ENT*, Psikiatri, Ruang Isolasi, Ruang Dekontaminasi, Area ajar mengajar. (8) Pelayanan Penunjang, misalnya: Gudang/ Tempat Penyimpanan, Perlengkapan bersih dan kotor, Kamar mandi, Ruang Staff, Tempat Troli Linen, (9) Tempat peralatan yang bersifat mobile *Mobile X-Ray equipment bay*, (10) Ruang alat kebersihan. (11) Area tempat makanan dan minuman, (12) Kantor Dan Area Administrasi, (13) Area diagnostic misalnya medis imaging area laboratorium, (14) Departemen keadaan darurat untuk sementara/ bangsal observasi jangka pendek/ singkat (opsional), (15) Ruang Sirkulasi.

Total ukuran dan jumlah area perawatan juga akan dipengaruhi oleh faktor-faktor seperti: Jumlah angka pasien, pertumbuhan yang diproyeksikan, anti pasti perubahan di dalam

teknologi, keparahan penyakit, waktu penggunaan laboratorium dan imaging medis, jumlah atau susunan kepegawaian dan struktur.

Menurut Kemenkes (2012), kebutuhan ruang, fungsi dan luasan ruang serta kebutuhan fasilitas pada ruang gawat darurat di Rumah sakit kelas C adalah sebagai berikut:

a. Ruang Penerimaan

- 1) Ruang administrasi , berfungsi untuk menyelenggarakan kegiatan administrasi, meliputi: pendataan pasien IGD, keuangan dan rekam medik. Besaran ruang/luas bekisar antara 3-5 m²/ petugas (luas area disesuaikan dengan jumlah petugas). Untuk kebutuhan fasilitas antara lain seperti meja, kursi, lemari berkas/arsip, telepon, safety box dan peralatan kantor lainnya.
- 2) Ruang tunggu pengantar pasien, berfungsi sebagai ruangan dimana keluarga/pengantar pasien menunggu. Ruang ini perlu disediakan tempat duduk dengan jumlah yang sesuai aktivitas pelayanan. Besaran ruang/luas 1-1,5 m²/ orang (luas disesuaikan dengan jumlah kunjungan pasien/hari). Kebutuhan fasilitas yang diperlukan antara lain kursi, meja, televisi dan alat pengkondisi udara (AC/Air Condition).
- 3) Ruang Triase, ruang tempat memilah – milah kondisi pasien, *true emergency* atau *false emergency*. Kebutuhan fasilitas yang diperlukan seperti wastafel, kit pemeriksaan sederhana, label.
- 4) Ruang penyimpanan brankar, tempat meletakkan/ paker brankar

pasien yang siap digunakan apabila diperlukan.

- 5) Ruang dekontaminasi (untuk RS di daerah industry), ruang untuk membersihkan/ dekontaminasi pasien setelah *drop off* dari ambulan dan sebelum memasuki area triase. Kebutuhan fasilitas yang diperlukan adalah shower dan sink lemari/rak alat dekontaminasi.
- 6) Area yang dapat digunakan untuk penanganan korban bencana massal. Kebutuhan fasilitas yang diperlukan adalah area terbuka dengan/tanpa penutup, fasilitas air bersih dan drainase.

b. Ruang Tindakan

- 1) Ruang resusitasi, ruangan ini dipergunakan untuk melakukan tindakan penyelamatan penderita gawat darurat akibat gangguan ABC. Luasan ruangan minimal 36 m². Kebutuhan fasilitas yang diperlukan seperti nasoparingeal, orofaringeal, laringoskop set anak, laringoskop set dewasa, nasotrakeal, orotrakeal, suction, trakeostomi set, bag valve mask, kanul oksigen, oksigen mask, chest tube, ECG, ventilator transport monitor, infusion pump, vena suction, nebulizer, stetoskop, warmer, NGT, USG.
- 2) Ruang tindakan bedah, ruangan ini untuk melakukan tindakan bedah ringan pada pasien. Luasan ruangan minimal 7,2 m²/meja tindakan. Kebutuhan fasilitas yang diperlukan yaitu meja periksa, dressing set, infusion set, vena section set, torakosintesis set, metalkauter, tempat tidur, tiang infus, film viewer.

- 3) Ruang tindakan non bedah, ruangan ini untuk melakukan tindakan non bedah pada pasien. Luasan ruangan minimal 7,2 m²/ meja tindakan. Kebutuhan fasilitas yang diperlukan yaitu kubah lambung set, EKG, irrigator, nebulizer, suction, oksigen medis, NGT, infusion pump, jarum spinal, lampu kepala, otoskop set, tiang infus, tempat tidur, film viewer, ophtalmoskop, bronkoskopi, slit lamp.
 - 4) Ruang observasi, ruang untuk melakukan observasi terhadap pasien setelah diberikan tindakan medis. Kebutuhan fasilitas hanya tempat tidur periksa.
 - 5) Ruang pos perawat (*nurse station*), ruang untuk melakukan perencanaan, pengorganisasian, pelayanan keperawatan, pengaturan jadwal, dokumentasi s/d evaluasi pasien. Pos perawat harus terletak dipusat blok yang dilayani agar perawat dapat mengawasi pasiennya secara efektif. Kebutuhan fasilitas yang diperlukan antara lain meja, kursi, wastafel, computer, dll.
- c. Ruang Penunjang Medis
- 1) Ruang petugas/ Staf, merupakan ruang tempat kerja, istirahat, diskusi petugas IGD, yaitu kepala IGD, dokter, dokter konsulen, perawat. Kebutuhan fasilitas yang diperlukan adalah sofa, lemari, meja/kursi, wastafel, *pantry*.
 - 2) Ruang perawat, ruang ini digunakan sebagai ruang istirahat perawat. Luas ruangan sesuai kebutuhan. Kebutuhan fasilitas

yang diperlukan antara lain sofa, lemari, meja/kursi, wastafel.

- 3) Gudang kotor, Fasilitas untuk membuang kotoran bekas pelayanan pasien khususnya yang berupa cairan. *Spoolhoek* berupa bak atau kloset yang dilengkapi dengan leher angsa. Kebutuhan fasilitas yang diperlukan adalah kloset leher angsa, kran air bersih.
- 4) Toilet petugas, terdiri dari kamar mandi/ WC untuk petugas IGD.
- 5) Ruang loker, merupakan ruang tempat menyimpan barang-barang milik petugas/staf IGD dan ruang ganti pakaian.

2. Syarat Khusus Instalasi Gawat Darurat

Komponen pelayanan yang diberikan kepada IGD terdiri atas perlengkapan elektrik dan mekanikal serta jenis perabotan dan jumlah. Kualitas juga mempengaruhi terhadap kegiatan yang berlangsung di dalam ruangan tersebut. Ada 2 faktor penting, yaitu manusia sebagai pengguna dan bangunan beserta komponen-komponennya sebagai lingkungan binaan yang mengakomodasi kegiatan manusia. Salah satu fungsi utama IGD adalah untuk menerima, menstabilkan dan mengatur pasien yang menunjukkan gejala yang bervariasi, gawat dan kondisi-kondisi yang sifatnya tidak gawat.

Adapun persyaratan khusus untuk IGD menurut pedoman teknis sarana prasarana RS kelas C yaitu:

- a. Area IGD harus terletak pada area depan atau muka dari tapak RS
- b. Area IGD harus mudah dilihat serta mudah dicapai dari luar tapak

- rumah sakit (jalan raya) dengan tanda-tanda yang sangat jelas dan mudah dimengerti masyarakat umum.
- c. Area IGD harus memiliki pintu masuk kendaraan yang berbeda dengan pintu masuk kendaraan ke area Instalasi Rawat Jalan/ Poliklinik, Instalasi rawat inap serta area zona servis dari rumah sakit.
 - d. Untuk tapak RS yang berbentuk memanjang mengikuti panjang jalan raya maka pintu masuk ke area IGD harus terletak pada pintu masuk pertama kali ditemui oleh pengguna kendaraan untuk masuk ke area RS.
 - e. Untuk bangunan RS yang berbentuk bangunan bertingkat banyak yang memiliki ataupun tidak memiliki lantai bawah tanah maka perletakan IGD harus berada pada lantai dasar atau area yang memiliki akses langsung.
 - f. IGD disarankan untuk memiliki area yang dapat digunakan untuk penanganan korban bencana massal.
 - g. Disarankan pada area untuk menurunkan atau menaikkan pasien memiliki system sirkulasi yang memungkinkan ambulan bergerak satu arah.
 - h. Letak bangunan IGD disarankan berdekatan dengan instalasi bedah sentral.
 - i. Letak bangunan IGD disarankan berdekatan dengan unit rawat intensif (Intensive Care Unit).

- j. Letak bangunan IGD disarankan berdekatan dengan unit kebidanan.
- k. Letak bangunan IGD disarankan berdekatan dengan instalasi laboratorium.
- l. Letak bangunan IGD disarankan berdekatan dengan instalasi radiologi.
- m. Letak bangunan IGD disarankan berdekatan dengan BDRS (Bank Darah Rumah Sakit).

Menurut DepKes RI tahun 1991, konsep dasar Unit Gawat Darurat ditetapkan dengan pertimbangan dasar, yaitu:

- a. Pemisahan antara ruang bedah dan non bedah.
- b. Dilakukan pemisahan sirkulasi antara pasien dengan perawat/dokter.
- c. Pengaturan sirkulasi perawat/dokter dan tempat alat-alat medik (*bench*) sehingga dimungkinkan penggunaan alat-alat secara bersama.
- d. Pembentukan ruang-ruang perawatan yang memungkinkan untuk digunakan sebagai ruang periksa, observasi dan resusitasi.
- e. Keseluruhan ruang dan alat ditetapkan untuk dapat digunakan selama 24 jam.
- f. Mempunyai pintu masuk khusus yang mudah dilalui kendaraan dan mudah dilihat.

3. Pelayanan Gawat Darurat

Setiap rumah sakit wajib memiliki pelayanan gawat darurat yang memiliki kemampuan melakukan pemeriksaan awal kasus-kasus gawat

darurat dan melakukan resusitasi dan stabilisasi.

Menurut Pedoman Penyelenggaraan Pelayanan Rumah Sakit yang dikeluarkan oleh Departemen Kesehatan RI tahun 2008, rumah sakit menyelenggarakan pelayanan gawat darurat secara terus menerus selama 24 jam, 7 hari dalam seminggu. Fasilitas yang disediakan di Instalasi Unit Rawat Darurat harus menjamin efektifitas dan efisiensi bagi pelayanan gawat darurat dalam waktu 24 jam dan dalam seminggu secara terus-menerus.

Instalasi/ Unit Rawat Darurat tidak terpisah secara fungsional dari unit-unit pelayanan lainnya di rumah sakit artinya dikelola dan diintegrasikan dengan instalasi/ unit lainnya di rumah sakit. Instalasi/ Unit Rawat Darurat harus dipimpin oleh dokter, dibantu oleh tenaga medis, keperawatan dan tenaga lain yang telah memperoleh sertifikasi pelatihan gawat darurat (DepKes RI, 2008).

Luas Unit Rawat Darurat disesuaikan dengan beban kerja yang diperkirakan untuk 20 tahun mendatang dan kelas rumah sakit. Ruang triage digunakan untuk seleksi pasien sesuai dengan tingkat kegawatan penyakitnya. Ruang resusitasi letaknya harus berdekatan dengan ruang triase. Cukup luas untuk menampung beberapa penderita. Keadaan ruangan menjamin ketenangan.

Instalasi gawat darurat rumah sakit tipe B setara dengan unit pelayanan gawat darurat bintang III. Yaitu memiliki dokter spesialis empat besar (dokter spesialis bedah, dokter spesialis penyakit dalam,

dokter spesialis anak, dokter spesialis kebidanan) yang siaga di tempat dalam 24 jam, dokter umum siaga ditempat 24 jam yang memiliki kualifikasi medic untuk pelayanan GELS (*General Emergency Life Support*) dan atau ATLS + ACLS dan mampu memberikan resusitasi dan stabilisasi kasus dengan masalah ABC (*Airway, Breathing, Circulation*) untuk terapi *definitive* serta memiliki alat transportasi untuk rujukan dan komunikasi yang siaga 24 jam (DepKes RI, 2008).

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.

Ruang IGD harus berdekatan dengan radiologi, laboratorium klinik dan ruang operasi. Ruang Rawat Darurat mempunyai akses langsung ke instalasi pemulasaran jenazah. Susunan ruang harus sedemikian rupa sehingga: (a) arus penderita dapat lancar dan tidak ada “*cross infection*”, (b) harus dapat menampung korban bencana sesuai dengan kemampuan kelas rumah sakit, (c) kegiatan mudah dikontrol oleh kepala perawat pada saat itu.

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

Komunikasi telepon / radio ke luar rumah sakit dan telepon internal di unit gawat darurat dan ke rumah sakit disiapkan di luar IGD. Ruangan harus didesain sedemikian rupa sehingga mudah dijadikan satu dan mudah dibersihkan dalam rangka antisipasi bencana.

4. Keselamatan (*Safety*) dan Keamanan (*Security*) Fasilitas Rumah Sakit

Menurut DepKes RI tahun 2008, konstruksi rumah sakit tidak membahayakan keselamatan pasien, karyawan dan masyarakat umum yang tinggal disekitarnya. Bangunan tersebut hendaknya tahan terhadap beban dan elemen yang mungkin terjadi, misalnya:

- a. Pintu keluar hendaknya terbatas pada tipe-tipe berikut, yaitu pintu yang mengarah keluar bangunan, tangga di dalam ruangan, ramp, dan tangga luar
- b. Minimum tersedia 2 pintu keluar yang berjauhan satu dengan lainnya pada setiap lantai gedung dan ada tanda untuk keluar apabila dalam keadaan darurat (*exit gate*)
- c. Pintu keluar langsung berhubungan dengan tempat terbuka di luar bangunan.

Seluruh bangunan dan ruangan di Rumah Sakit mempunyai sistem pemadam kebakaran yang sesuai dengan ketentuan yang berlaku. Terdapat alat deteksi kebakaran seperti alarm kebakaran di dinding atau detektor asap pada plafond. Terdapat alat pemadam kebakaran seperti pemadam api atau selang yang mudah terlihat dan mudah dicapai pada

lokasi yang strategis. Seluruh bangunan harus memenuhi aspek keamanan. Aspek keamanan pasien antara lain meliputi:

- a. Pegangan sepanjang tangga
- b. Toilet dilengkapi dengan pegangan dan bel
- c. Pintu dapat dibuka dari luar

Rumah sakit hendaknya menjamin keamanan terhadap orang yang berada di rumah sakit dan properti yang ada. Sistem keamanan pada rumah sakit direncanakan menggunakan 2 sistem, yaitu aktif dan pasif. Sistem keamanan aktif dapat menggunakan sistem monitor video (CCTV) yang diletakkan pada area-area yang kritis. Sistem ini memungkinkan petugas untuk memonitor segala sesuatu yang terjadi dalam 24 jam. Sistem keamanan pasif di dapat dari penataan lansekap dan pencahayaan luar ruangan yang memadai pada area-area yang kritis, terutama pada malam hari (Hatmoko AU, 2010).

5. Kenyamanan Fasilitas Rumah Sakit

Semua area di rumah sakit mempunyai pencahayaan yang cukup untuk mendukung kenyamanan dan penyembuhan pasien serta untuk mendukung kinerja karyawan dalam melakukan tugasnya. Ventilasi yang cukup hendaknya disediakan untuk menjamin kenyamanan pasien, karyawan dan masyarakat umum.

Rumah sakit hendaknya memperhatikan suara yang dapat diterima (*auditory privacy*) dan pandangan yang cukup (*visual privacy*), untuk mendapatkan kenyamanan akustik dan persyaratan privasi pada

area yang dirancang untuk aktifitas utama rumah sakit. Rumah sakit mempunyai lingkungan yang mendukung kenyamanan pasien, keluarga, dan pengunjung secara psikologis. Tingkat kebisingan di setiap kamar/ruang berdasarkan fungsinya harus memenuhi persyaratan kesehatan sebagai berikut:

- a. Ruang perawatan, isolasi, radiologi, operasi, maksimum 45dBA
- b. Klinik gigi, bengkel mekanis, maksimum 80 dBA
- c. Laboratorium maksimum 68 dBA
- d. Ruang cuci, dapur, dan ruang penyediaan air panas dan air dingin maksimum 8 dBA

Rumah sakit hendaknya menyediakan dan memelihara lingkungan yang sehat dan indah bagi pasien, karyawan, dan masyarakat umum.

6. IGD yang Memberikan Keselamatan (*Safety*), Keamanan (*Security*) dan Kenyamanan Bagi Penggunaanya

Menurut DepKes RI (2008) (lihat table 1) kriteria kondisi fisik instalasi gawat darurat di sebuah rumah sakit harus memenuhi kategori keselamatan (*safety*) penggunaanya baik itu pengguna internal maupun pengguna eksternal.

Tabel 1.
Kriteria IGD Menurut DepKes RI (2008)

Kriteria IGD	Syarat
Keselamatan (<i>safety</i>)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pintu keluar yang mengarah ke luar bangunan. 2. Tersedia dua buah pintu keluar. 3. Ada tanda untuk keluar apabila dalam keadaan darurat (<i>exit gate</i>) 4. Pintu keluar langsung berhubungan dengan tempat terbuka di luar bangunan (alam terbuka)

Kategori kewanan (*security*) dengan bebas tabrakan, tidak licin dan terkontrol. Sedangkan kategori kenyamanan mempunyai syarat seperti : cukup luas, pandangan bebas, luasan cukup, terlindung dari cuaca luar, suhu optimal dan bebas kebisingan.

Persepsi adalah proses memperoleh atau menerima informasi dari lingkungan. Persepsi merupakan salah satu aspek psikologis yang penting bagi manusia dalam merespon kehadiran berbagai aspek dan gejala di sekitarnya. Persepsi mengandung pengertian yang sangat luas, menyangkut intern dan ekstern. Berbagai ahli telah memberikan definisi yang beragam tentang persepsi, walaupun pada prinsipnya mengandung makna yang sama. Menurut Kamus Besar Bahasa Indonesia, persepsi adalah tanggapan (penerimaan) langsung dari sesuatu. Proses seseorang mengetahui beberapa hal melalui panca inderanya.

Sugihartono, dkk (2007) mengemukakan bahwa persepsi adalah kemampuan otak dalam menerjemahkan stimulus atau proses untuk menerjemahkan stimulus yang masuk ke dalam alat indera manusia. Persepsi manusia terdapat perbedaan sudut pandang dalam penginderaan.

Ada yang mempersepsikan sesuatu itu baik atau persepsi yang positif maupun persepsi negatif yang akan mempengaruhi tindakan manusia yang tampak atau nyata.

Setiap orang mempunyai kecenderungan dalam melihat benda yang sama dengan cara yang berbeda-beda. Perbedaan tersebut bisa dipengaruhi oleh banyak faktor, diantaranya adalah pengetahuan, pengalaman dan sudut pandangnya. Persepsi juga bertautan dengan cara pandang seseorang terhadap suatu objek tertentu dengan cara yang berbeda-beda dengan menggunakan alat indera yang dimiliki, kemudian berusaha untuk menafsirkannya. Persepsi baik positif maupun negatif ibarat file yang sudah tersimpan rapi di dalam alam pikiran bawah sadar kita. File itu akan segera muncul ketika ada stimulus yang memicunya, ada kejadian yang membukanya. Persepsi merupakan hasil kerja otak dalam memahami atau menilai suatu hal yang terjadi di sekitarnya (Waidi, 2006).

B. Evaluasi Pasca Huni (*Post Occupancy Evaluation*)

Evaluasi Pasca Huni (EPH) adalah kegiatan dalam rangka penilaian tingkat keberhasilan suatu bangunan dalam memberikan kepuasan dan dukungan kepada penghuni, terutama dalam pemenuhan kebutuhannya. Kegiatan EPH dilakukan untuk menilai tingkat kesesuaian antara bangunan dan lingkungan binaan dengan nilai – nilai dan kebutuhan penghuni bangunan, disamping itu juga untuk memberikan masukan dalam merancang bangunan yang mempunyai fungsi yang sama. EPH bermanfaat

untuk acuan jangka pendek, jangka menengah dan jangka panjang serta memberikan dukungan untuk meningkatkan kepuasan penghuni atas bangunan dan lingkungan binaan yang dihuni (Suryadhi, 2005).

Menurut Haryadi dan Sudibyo (1996), pengertian dari EPH adalah penilaian tingkat keberhasilan suatu bangunan dalam memberikan kepuasan dan dukungan kepada penghuni/pemakai, terutama nilai-nilai (individu maupun kelompok) dan kebutuhannya.

Menurut Preiser (1998) Evaluasi Pasca Huni (EPH) didefinisikan sebagai pengkajian atau penilaian tingkat keberhasilan suatu bangunan dalam memberikan kepuasan dan dukungan kepada pemakai, terutama nilai – nilai dan kebutuhannya. Evaluasi pasca huni mempunyai kegunaan:

1. Untuk menilai tingkat kesesuaian antara bangunan (sebagai lingkungan binaan) dengan nilai-nilai dan kebutuhan penghuninya.
2. Sebagian masukan dalam merancang bangunan dengan fungsi yang sama.

Penggunaan EPH adalah untuk menilai tingkat kesesuaian antara bangunan (lingkungan binaan) dengan nilai-nilai dan kebutuhan penghuni/pemakainya dan sebagai masukan dalam merancang bangunan dengan fungsi yang sama.

Bangunan setelah dihuni beberapa waktu beberapa waktu ada kemungkinan mengalami perubahan kinerja akibat ketidaksesuaian dengan perencanaan awal dengan pemanfaatan saat bangunan dihuni, sehingga bukan tindakan evaluasi kinerja bangunan. Bangunan selain memiliki

persyaratan fisik, bangunan juga harus mempunyai fungsi atas kegiatan pada penghuninya, sehingga bangunan dan penghuninya mempunyai interaksi (Suryadhi, 2005).

Rumah sakit merupakan sebuah fasilitas umum yang sarat dengan prasarana pengguna sarana. Sebuah rumah sakit sangat berpengaruh dengan keadaan dan fungsi dari prasarana dan sarananya, terlebih pada rumah sakit modern yang menggunakan teknologi maju. Banyak manajemen rumah sakit yang kurang memperhatikan hal ini. Seperti diketahui sebuah bangunan bukan hanya terdiri atas ruangan dan pembatas- pembatasnya saja, tetapi berfungsi juga komponen lain yaitu komponen servis. Komponen servis ini terdiri atas perlengkapan elektrikal dan mekanikal dan perabotan yang jenis dan jumlah serta kualitasnya tergantung dari kegiatan yang berlangsung di dalam rumah tersebut. Dengan demikian ada 2 faktor penting, yaitu manusia sebagai pengguna dan bangunan beserta komponen-komponennya sebagai lingkungan binaan yang mengakomodasi kegiatan manusia.

Peningkatan fungsi dan pelayanan rumah sakit merupakan fenomena yang selalu dihadapi oleh para pengelola rumah sakit. Menurut Haryadi dan Slamet (1996) perencanaan pengembangan dalam rangka peningkatan fungsi dan pelayanan rumah sakit selalu berdasarkan keadaan sebenarnya saat ini, untuk mencapai kondisi yang lebih baik di saat mendatang. Untuk mengetahui keadaan sebenarnya dari prasarana dan sarana fisik saat ini perlu dilakukan evaluasi, yaitu evaluasi pasca huni

(post occupancy evaluation).

Jenis kegiatan dalam evaluasi pasca huni akan pada interaksi antar komponen dalam proses evaluasi pasca huni:

1. Kriteria kinerja
 - a. Teknikal
 - b. Fungsional
 - c. Behavioral
2. Pengguna
 - a. Individu
 - b. Kelompok
 - c. Organisasi
3. Setting
 - a. Ruang
 - b. Bangunan
 - c. Fasilitas

Evaluasi pasca huni memiliki tahapan sebagaimana berikut:

1. Perencanaan Evaluasi Pasca Huni
 - a. Pengenalan masalah dan kelayakan
 - 1) Memilih tingkatan usaha yang sesuai
 - 2) Memilih biaya evaluasi yang sesuai
 - b. Perencanaan Sumber Daya
 - 1) Perencanaan SDM

- 2) Perencanaan waktu
- c. Perencanaan Riset
 - 1) Menentukan kategori kritis yang perlu diteliti
 - 2) Memilih indikator yang dapat mempresentasikan kategori
 - 3) Mengembangkan ukuran bagi tiap indikator
 - 4) Menyusun kriteria untuk evaluasi ukuran
 - 5) Antisipasi hasil dan kesimpulan
2. Pelaksanaan Evaluasi Pasca Huni
 - a. Awal Proses Pengumpulan Data Lapangan
 - 1) Mobilisasi
 - 2) Antisipasi reaksi
 - b. Pemantauan dan Manajemen Prosedur Pengumpulan Data
 - 1) Penalaan antar pengamat
 - 2) Uji awal instrument pengumpulan data
 - c. Analisis Data
 - 1) Tujuan analisis data: pemberian, interpretasi dan penjelasan
 - 2) Macam – macam analisis berhasil/gagal, peningkatan, rerata, presentase, variabilitas, bandingan 2 kelompok, analisis varian sederhana, chi-square, analisis korelasi.
 - 3) Tahapan analisis: menyusun data mentah, memasukkan dan transfer data, memproses data, mengemas dan komunikasi temuan, interpretasi data, serta melengkapi analisis data.

3. Penerapan Evaluasi Pasca Huni

a. Pelaporan Temuan

Pendahuluan, Metodologi, analisis data, temuan, kesimpulan, appendix, pustaka.

b. Rekomendasi Tindakan

1) Tindakan terkait kebijakan

2) Tindakan terkait prosedur

3) Tindakan terkait teknik

c. Review Hasil

1) Jangka pendek

2) Jangka menengah

3) Jangka panjang

Menurut Haryadi dan Slamet (1996), Evaluasi Pasca Huni (EPH) didefinisikan sebagai pengkajian atau penilaian tingkat keberhasilan suatu bangunan dalam memberikan kepuasan dan dukungan kepada pemakai, terutama nilai-nilai dan kebutuhannya. Evaluasi terhadap tingkat kepuasan pengguna atas sebuah bangunan dengan mempelajari *Performance* (tampilan) elemen-elemen bangunan tersebut setelah digunakan beberapa saat. Pengetahuan tentang performansi bangunan rumah sakit merupakan dasar peningkatan fungsi dan pelayanan rumah sakit.

Pengertian dari Evaluasi Pasca Huni adalah:

1. Merupakan sebuah proses evaluasi bangunan dalam suatu cara yang ketat dan sistematis setelah bangunan tersebut dihuni beberapa saat.

2. Evaluasi Pasca Huni dipusatkan pada pengguna bangunan dan kebutuhan-kebutuhannya.
3. Tujuan adalah untuk menghasilkan bangunan yang lebih baik dikemudian hari.
4. Evaluasi merupakan penilaian performansi bangunan, secara informal telah dilakukan sehari-hari (sadar atau tidak, terstruktur atau tidak).

Tiga tingkatan dari EPH, yaitu:

1. Indikatif EPH

Indikasi keberhasilan dan kegagalan bangunan, dilakukan dalam waktu yang sangat singkat (kurang lebih 3 jam). Biasanya evaluator sudah sangat mengenal dengan objek evaluasinya. Perolehan data dapat diperoleh salah satunya dari mempelajari dokumen (*blue print*), *walk in through*, kuesioner, wawancara.

2. Investigatif EPH

Berlangsung lebih lama dan lebih kompleks, biasanya dilakukan setelah ditemukan isu-isu (saat indukatif EPH) dikerjakan selama 2-4 minggu. Hasil dari EPH indikatif mempengaruhi hasil – hasil identifikasi permasalahan utama. EPH investigatif meliputi berbagai macam topik yang lebih detail dan reliabel.

Adapun langkah – langkah utama dalam pelaksanaan EPH investigatif identik dengan langkah – langkah dalam EPH indikatif, dimana level upaya lebih tinggi, lebih banyak menghemat waktu di tempat dan data yang dikumpulkan serta teknik analisa yang

digunakan akan lebih sempurna. Tidak seperti EPH indikatif, dimana kriteria bentuk bangunan yang digunakan dalam evaluasi berdasarkan pada pengalaman dari tim evaluasi, maka EPH investigatif menggunakan kriteria riset yang ditempatkan secara obyektif dan eksplisit.

Pembentukan kriteria evaluasi pada level investigatif melibatkan sedikitnya dua macam kegiatan: patokan perkiraan dibandingkan dengan patokan fasilitas serupa yang ada saat ini.

3. Diagnostik

Menggunakan metode yang lebih canggih, dengan hasil yang lebih tepat/akurat memerlukan waktu beberapa bulan. Hasilnya merupakan evaluasi yang menyeluruh. EPH diagnostik ini mengikuti strategi metode yang beragam, diantaranya ; kuesioner, survey dan ukuran-ukuran fisik dimana seluruh pendekatan ini disesuaikan dengan evaluasi komparatif terhadap fasilitas – fasilitas dengan tipe yang sama secara lintas-bagian. EPH diagnostik dilaksanakan dalam jangka waktu beberapa bulan hingga satu tahun atau lebih. Hasil-hasil dan rekomendasinya akan berorientasi jangka panjang yang bertujuan untuk memperbaiki tidak hanya pada fasilitas utama, tetapi juga dalam patokan tipe bangunan yang diberikan. Metodologi yang digunakan sangat mirip dengan metode tradisional dimana riset ini memfokuskan pada penggunaan paradigma ilmiah.

EPH diagnostik umumnya merupakan proyek berskala besar,

dengan melibatkan berbagai macam variabel. Tak jarang upaya yang dilakukan adalah untuk mengembangkan hasil-hasil yang mengindikasikan hubungan-hubungan antar-variabel. Karenanya, EPH diagnostik menggunakan baik teknik pengumpulan data maupun teknik analisa sempurna yang menghasilkan EPH investigatif dan indikatif.

Bagian penting dari EPH diagnostik telah diteliti, sementara tujuannya memiliki kolerasi secara fisik, lingkungan dan ukuran bentuk perilaku yang memberikan pengalaman lebih baik terhadap signifikansi beragam kriteria bentuk yang bersifat relatif. Seluruh prasyarat yang diajukan dalam EPH diagnostik memiliki potensi yang cukup besar dalam pembuatan prediksi yang bersifat akurat tentang bentuk bangunan dan menambahkan patokan pengetahuan untuk tentang tipe bangunan yang diberikan melalui perbaikan-perbaikan dalam kriteria desain dan pedoman literatur yang digunakan. Tahap kegiatan:

- a. *Planning*: rancangan evaluasi (tujuan, sasaran, waktu, tenaga, sumber informasi, cara dan alat.
- b. *Conducting*: pengumpulan data, analisis, temuan dan rekomendasi evaluasi.
- c. *Applying*: tindak lanjut/implementasi

Unsur-unsur fisika bangunan yang berkaitan dengan penelitian adalah:

- a. Bunyi

Bunyi mempunyai definisi:

- 1) Secara fisis, bunyi adalah penyimpangan tekanan, pergeseran partikel dalam medium elastic seperti udara. Ini adalah bunyi objektif.
- 2) Secara fisiologis, bunyi adalah sensasi pendengaran yang disebabkan penyimpangan fisis yang digambarkan di atas. Ini adalah bunyi subjektif.

Menurut Doelle (1998) bunyi dapat dihasilkan:

- 1) Di udara (*airborne sound*), misalnya suara manusia barcapak atau bernyanyi.
- 2) Karena benturan/tumbukan (*impact sound*) atau bunyi struktur (*structure sound*).
- 3) Karena getaran mesin.

Telinga normal tanggap terhadap bunyi diantara jangkauan frekuensi audio sekitar 20 sampai 20.000 Hz. Gelombang bunyi yang merambat dari sumbernya dengan muka gelombang berbentuk bola yang terus-menerus membesar, segera melemah bila jarak dari sumbernya bertambah. Sebagian energinya akan dipantulkan, diserap, disebarkan, dibelokkan atau ditransmisikan ke ruang yang berdampungan, tergantung pada sifat akustik dindingnya.

Bising adalah semua bunyi yang mengalihkan perhatian, mengganggu atau berbahaya bagi kegiatan sehari-hari. Dengan

kata lain tiap bunyi yang tidak diinginkan oleh penerima dianggap sebagai bising. Jadi pembicaraan atau music dianggap sebagai bising bila mereka tidak diinginkan. Seseorang cenderung mengabaikan bising bila bising itu secara wajar menyertai pekerjaan, seperti mesin ketik atau mesin di pabrik. Sumber bising dapat dikelompokkan menjadi dua, yaitu: (1) bising interior bisa dari alat-alat seperti mobil, motor, kipas angin, AC, televisi, radio, penghisap debu, mesin bor, dan (2) *outdoor*, seperti bunyi air hujan, angin, air mengalir. Bising berfrekuensi tinggi lebih mengganggu dari pada bising frekuensi rendah. Secara umum bising bias menghasilkan gangguan yang jauh lebih besar pada malam hari dari pada siang hari.

Sebuah rumah sakit adalah jenis bangunan yang penghuninya sangat dipengaruhi oleh bising. Karena itu pemilihan lokasi yang sesuai harus dipertimbangkan agar dapat mengurangi bising *outdoor*. Sedangkan bising interior dalam rumah sakit disebabkan oleh:

- 1) Peralatan mekanik (mesin diesel, *kompresor*, AC, *elevator*)
- 2) Fasilitas operasional (unit pipa ledeng, mesin cuci, fasilitas masuk)
- 3) Fasilitas pelayanan pasien (tangki oksigen, *trolley*, alat-alat kesehatan)
- 4) Kegiatan karyawan dan pasien (pembicaraan, langkah orang

berjalan)

Menurut Doelle (1998), bising yang cukup keras di atas 70 dB dapat menyebabkan kegelisahan (*nervousness*), kurang enak badan, kejenuhan mendengar, sakit lambung dan masalah peredaran darah. Bising yang sangat keras, di atas 85 dB dapat menyebabkan kemunduran yang serius pada kondisi kesehatan seseorang pada umumnya dan bila berlangsung lama, kehilangan pendengaran sementara atau permanen dapat terjadi, juga penyakit jantung, tekanan darah tinggi dan luka perut.

Pengaruh bising dapat menurunkan produktivitas dari pekerja. Hal ini telah dibuktikan dalam bidang industri, produksi akan turun dan pekerja-pekerja akan membuat lebih banyak kesalahan. Bila dipengaruhi oleh bising di atas 80 dB untuk waktu yang lama. Sebaliknya, juga terbukti bahwa hal yang sama dapat terjadi bila pekerja bekerja di tempat yang terlalu sunyi. Ini dibuktikan bahwa bising dalam jumlah tertentu dapat ditolerir dan sebenarnya sejumlah bising dibutuhkan untuk mempertahankan kesehatan jiwa. Bising buatan disebut *acoustical deodorant*. Misalnya musik latar belakang yang dipilih secara tepat dan didistribusikan dengan baik, seperti di ruang tunggu, hotel dan restoran.

Untuk mengendalikan bising yang disebabkan bantingan pintu dapat dihindari dengan menggunakan penahan pintu karet.

Lantai dapat ditutup dengan penutup elastic (tegel karet, tegel gabus, tegel *vinyl* atau *linoleum*) untuk mengurangi bising benturan. Selain itu petugas rumah sakit juga dilatih untuk berbicara dengan sopan dan menghargai orang lain, seperti tidak berbicara atau tertawa keras-keras.

b. Suhu Udara

Usia sebagai bangunan dapat mencapai 50-100 tahun, karena itu penting sekali dipikirkan mengenai pemakaian energi dalam tahap disain. Apabila kita salah dalam mengambil keputusan dalam tahap disain, akibatnya harus ditanggung selama gedung ini berdiri. Misalnya kalau kita lebih banyak menggunakan AC, padahal bisa dihemat dengan membuka jendela, lubang angin, tanaman, pelindung (*awning*), beranda. Selain kerugian dalam bentuk materi (uang) juga merusak lingkungan dan menghabiskan energi yang tidak perlu.

Thermal comfort Zone, Moore (1999) adalah kombinasi dari temperature udara, kelembaban, radiant temperature, arus udara, dan hal yang berpengaruh di dalam *comfort zone* adalah temperatur udara dan kelembaban.

Comfort Zone tidak absolut tetapi tergantung dari kultur, musim, kesehatan, lapisan lemak seseorang, tebalnya baju pakaian, kegiatan fisik. Kalau banyak kegiatan fisik maka *comfort zone* turun kearah bawah.

Tata laksana penghawaan dan pengaturan suhu udara menurut KEPMENKES RI No. 1204/Menkes/SK/X/2004 tentang Persyaratan Kesehatan Lingkungan Rumah Sakit:

- 1) Penghawaan atau ventilasi di rumah sakit harus mendapat perhatian yang khusus. Bila menggunakan sistem pendingin, hendaknya dipelihara dan dioperasikan sesuai buku petunjuk. Sehingga dapat menghasilkan suhu, aliran udara, dan kelembaban nyaman bagi pasien dan karyawan. Untuk rumah sakit yang menggunakan pengatur udara sentral harus diperhatikan *cooling tower*-nya agar tidak menjadi perindukan bakteri legionella dan untuk AHU (*Air Handling Unit*) filter udara harus dibersihkan dari debu dan bakteri atau jamur.
- 2) Suplai udara dan *Exhaust* hendaknya digerakkan secara mekanis, dan *exhaust fan* hendaknya diletakkan pada ujung sistem ventilasi.
- 3) Ruangan dengan volume 100 m^3 sekurang-kurangnya 1 (satu) fan dengan diameter 50 cm dengan debit udara $0,5 \text{ m}^3/\text{detik}$, dan frekuensi pergantian udara per jam adalah 2 (dua) sampai dengan 12 kali.
- 4) Pengambilan suplai udara dari luar, kecuali unit ruang individual, hendaknya diletakkan sejauh mungkin, minimal 7,50 Meter dari *exhauster* atau perlengkapan pembakaran
- 5) Tinggi intake minimal 0,9 meter dari atap.

- 6) Sistem hendaknya dibuat keseimbangan tekanan.
- 7) Suplai udara untuk daerah sensitif: ruang operasi, perawatan bayi, diambil dekat langit-langit dan *exhaust* dekat lantai, hendaknya disediakan 2 (dua) buah *exhaust fan* dan diletakkan minimal 7,50 cm dari lantai.
- 8) Suplai udara di atas lantai
- 9) Suplai udara koridor atau buangan *exhaust fan* dari tiap ruang hendaknya tidak digunakan sebagai suplai udara kecuali untuk suplai udara ke WC, toilet, gudang.
- 10) Ventilasi ruang-ruang sensitif hendaknya dilengkapi saringan 2 *beds*. Saringan I pasang di bagian penerimaan udara dari luar dengan efisiensi 30% dan saringan II (filter bakteri) dipasang 90%. Untuk mempelajari sistem ventilasi sentral dalam gedung hendaknya mempelajari khusus *central air conditioning system*.
- 11) Penghawaan alamiah, lubang ventilasi diupayakan sistem silang (*cross ventilation*) dan dijaga agar aliran udara tidak terhalang.
- 12) Penghawaan ruang operasi harus dijaga agar tekanannya lebih tinggi dibandingkan ruang-ruang yang lain dan menggunakan cara mekanis (*air conditioner*).
- 13) Penghawaan mekanis dengan menggunakan *exhaust fan* atau *air conditioner* dipasang pada ketinggian minimum 2,00 meter

di atas lantai atau minimum 0,20 meter dari langit-langit.

14) Untuk mengurangi kadar kuman dalam udara ruang (*indoor*)

1 (satu) kali sebulan harus di disinfeksi dengan menggunakan electron presipitator (*resorcinol, trieylin glikol*) atau disaring dengan *electron presipitator* atau menggunakan penyinaran ultraviolet.

15) Pemantauan kualitas udara ruang minimum 2 (dua) kali

setahun dilakukan pengambilan sampel dan pemeriksaan parameter kualitas udara (kuman, debu, dan gas).

c. Pencahayaan

Pencahayaan menurut Simha (2001) bertujuan:

- 1) Untuk mendukung aktivitas dan kegiatan lain pengguna bangunan.
- 2) Untuk mendukung fungsi keamanan.
- 3) Untuk menciptakan lingkungan yang sesuai dan menyenangkan

Cahaya sendiri dapat dibagi dua, yaitu cahaya alam (matahari) dan cahaya buatan (lampu). Kenyamanan dari sebuah cahaya menurut Moore (1999) ditentukan oleh : kondisi fisiologis mata, latar belakang objek, bentuk/wujud objek yang dipandang, mengontrol silau tingkat kekuatan penyinaran.

Menurut KEPMENKES RI No. 1204/Menkes/SK/X/2004 tentang Persyaratan Kesehatan Lingkungan Rumah Sakit bahwa tata laksana pencahayaan adalah sebagai berikut:

- 1) Lingkungan rumah sakit baik dalam maupun luar ruangan harus mendapat cahaya dengan intensitas cukup berdasarkan fungsinya.
- 2) Semua ruang yang digunakan baik untuk bekerja ataupun untuk menyimpan barang /peralatan perlu diberi penerangan.
- 3) Ruangan pasien harus diberikan penerangan umum dan penerangan untuk malam hari dan dilediakan saklar dekat pintu masuk, saklar individu ditempatkan pada titik yang mudah dijangkau dan tidak menimbulkan berisik. Disetiap setiap area pencahayaan adalah faktor yang sangat penting,

Sebaiknya digunakan sistem pencahayaan dengan standar yang tinggi. Masing-masing cahaya perlu mempunyai suatu tenaga 30,000 lux, untuk menerangi suatu ukuran bidang sedikitnya 150 mm dan dengan konstruksi yang sempurna. Pertimbangan lain sebaiknya area klinis juga tetap harus diberikan pencahayaan walaupun dalam keadaan siang karena hal ini dapat mengurangi efek disorientasi bagi para staff dan pasien.

Preiser et.al (1998) menyebutkan dalam evaluasi pasca huni yang diukur adalah kriteria performansi yang meliputi tiga aspek yaitu:

- 1) Aspek teknis: dapat terjadi ciri latar belakang lingkungan pengguna beraktivitas. Meliputi struktur, sanitasi dan ventilasi, keselamatan kebakaran, elektrik, dinding eksterior,

finishing interior, atap, akustik, pencahayaan dan sistem kontrol lingkungan.

- 2) Aspek fungsional: meliputi faktor manusia, penyimpanan, komunikasi dan alur kerja, fleksibilitas dan perubahan, serta spesialisasi dalam tipe atau unit bangunan. Organisasi yang menempati gedung mengharapkan memperoleh kepuasan dari gedung tersebut karena kinerja fungsionalnya.
- 3) Aspek perilaku: meliputi teritorialitas, privasi dan interaksi, persepsi lingkungan, citra dan makna, serta kognisi dan orientasi lingkungan.

C. Peran Evaluasi Pasca Huni dalam Proses Revitalisasi Fasilitas Kesehatan

Menurut Hatmoko (2003), kebanyakan fasilitas kesehatan sekarang berada dalam tahap penghunian dan pemanfaatan. Dan karenanya, sesungguhnya sangat diperlukan evaluasi terhadap fasilitas yang ada sekarang, yang lazim disebut dengan Evaluasi Pasca Huni atau EPH (*Post Occupancy Evaluation*). Tahap evaluasi pasca huni adalah tahap yang sangat perlu untuk melihat kesesuaian antara apa yang ada sekarang dengan pola-pola pemanfaatan oleh manusia dan perilakunya. Evaluasi pasca huni adalah suatu proses evaluasi fasilitas dengan cara yang sistematis setelah fasilitas tersebut dibangun dan dihuni dalam suatu kurun waktu tertentu.

Kegunaan evaluasi pasca huni terbagi dalam 3 jangka waktu:

1. Kegunaan jangka pendek. Meliputi peningkatan dalam hal-hal berikut:
 - identifikasi masalah dan solusi dalam manajemen fasilitas, manajemen

fasilitas yang proaktif terhadap aspirasi pengguna, peningkatan pemanfaatan ruang dan umpan balik terhadap perikerja bangunan, peningkatan sikap pengguna melalui keterlibatan dalam proses evaluasi, pemahaman implikasi perikerja dalam kaitannya dengan ketersediaan anggaran, serta proses pengambilan keputusan yang lebih rasional dan objektif.

2. Kegunaan jangka menengah. Meliputi peningkatan dalam hal-hal berikut: kemampuan pengembangan fasilitas sesuai dengan pertumbuhan organisasi, penghematan biaya dalam proses pemanfaatan dan pemeliharaan bangunan serta peningkatan usia bangunan, serta akuntabilitas perikerja bangunan oleh semua pengguna.
3. Kegunaan jangka panjang, meliputi peningkatan dalam hal-hal berikut: perikerja fasilitas dalam jangka panjang, perbaikan basis data, standar, dan kriteria untuk perancangan fasilitas, serta perbaikan sistem penilaian fasilitas melalui kuantifikasi.

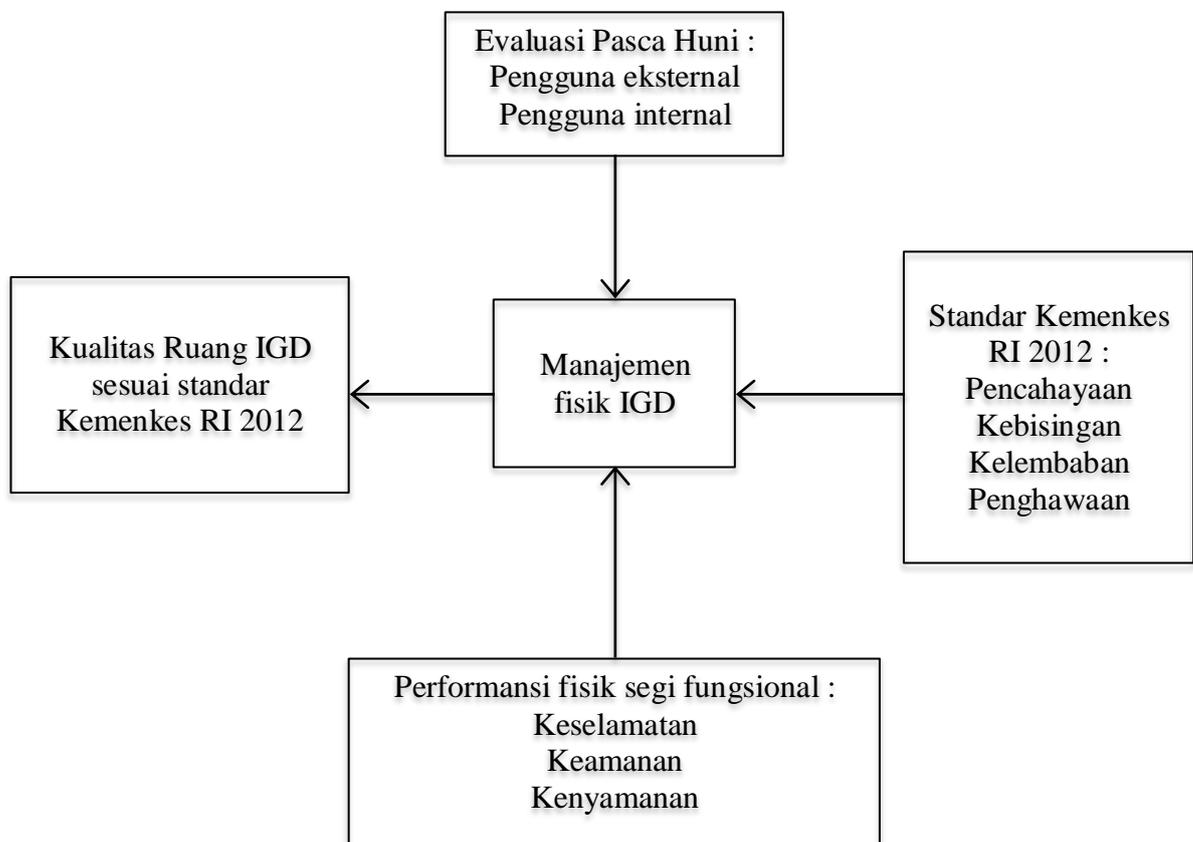
Bagi fasilitas kesehatan, evaluasi pasca huni perlu dikaitkan dengan “*state of the art*” fasilitas kesehatan, yang meliputi beberapa kategori:

1. Dalam kriteria perikerja terdapat beberapa kriteria yang perlu diikuti, antara lain Standar Fasilitas Kesehatan, Standar Arsitektural untuk fasilitas kesehatan, khususnya Fasilitas Kesehatan, maupun hasil-hasil penelitian mengenai fasilitas kesehatan komunitas seperti Fasilitas Kesehatan.
2. Dalam komponen pengguna meliputi penyedia jasa dalam fasilitas kesehatan (pengelola, dokter, paramedic dan manajemen) maupun

pengguna jasa fasilitas kesehatan (individu maupun kelompok masyarakat).

3. Dalam komponen setting perlu ditinjau komponen-komponen setting fasilitas kesehatan yang terdiri atas berbagai unit, bagian, ataupun kelompok fasilitas tertentu.

D. KERANGKA TEORI



Gambar 1. Kerangka teori evaluasi pasca huni IGD berdasarkan performansi fisik

E. LANDASAN TEORI

Penampilan fisik adalah merupakan suatu hal yang penting bagi

sebuah rumah sakit. Dari sisi dokter maupun paramedik, rumah sakit yang baik secara fungsional akan meningkatkan kinerja, semangat dan produktivitas. Dari sisi pasien dan pengunjung, penampilan rumah sakit yang menarik akan memberi rasa aman dan nyaman yang dapat mempercepat penyembuhannya.

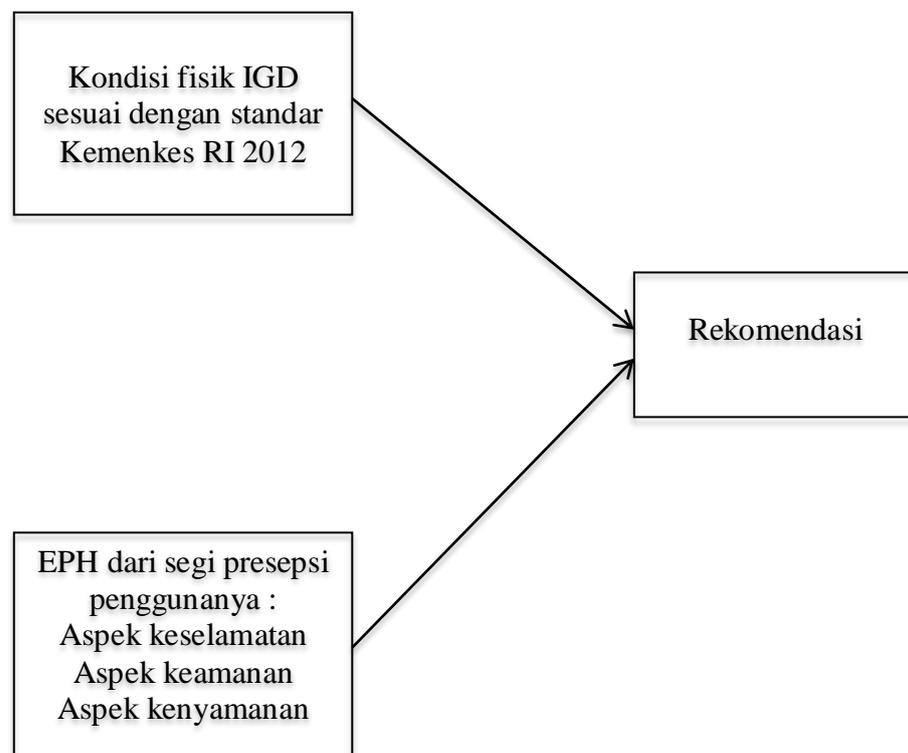
Evaluasi Pasca Huni didefinisikan sebagai pengkajian atau penilaian tingkat keberhasilan suatu bangunan dalam memberikan kepuasan dan dukungan kepada pemakai, terutama nilai-nilai dan kebutuhannya. Evaluasi terhadap tingkat kepuasan pengguna atas sebuah bangunan dengan mempelajari *Performance* (tampilan) elemen-elemen bangunan tersebut setelah digunakan beberapa saat. Pengetahuan tentang performansi bangunan rumah sakit merupakan dasar peningkatan fungsi dan pelayanan rumah sakit.

Persepsi individu terhadap suatu objek merupakan hasil mengorganisasikan dan menginterpretasikan berbagai informasi dan kejadian yang diterimanya ketika individu terlibat dengan objek tersebut. Persepsi konsumen dan penyedia jasa kesehatan terhadap lingkungan fisik rumah sakit dapat mempengaruhi perilaku dan respon mereka. Persepsi dan aspirasi pengguna baik internal maupun eksternal juga menjadi dasar dalam optimalisasi pelayanan kesehatan.

Untuk dapat melengkapi standar pelayanan medic rumah sakit, diperlukan adanya standar media yang harus dijadikan acuan dalam upaya meningkatkan dan mengembangkan rumah sakit untuk mencapai kondisi

yang sesuai dengan standar yang ditetapkan. Pedoman fasilitas rumah sakit yang dikeluarkan oleh Direktorat Jenderal Medik Kementerian Kesehatan RI dapat dipakai salah satu acuan. Standarisasi adalah penyesuaian bentuk (ukuran, kualitas, dsb) dengan pedoman (standar) yang ditetapkan atau dapat disebut pembakuan dalam penelitian ini standar yang digunakan adalah standar RS tipe C dari Kementerian Kesehatan RI.

F. KERANGKA KONSEP



Gambar 2. Kerangka konsep evaluasi pasca huni IGD berdasarkan performansi fisik

G. KEASLIAN PENELITIAN

Penelitian tentang manajemen fisik di rumah sakit sudah beberapa kali

dilakukan, antara lain :

1. Suryadhi, 2005, dengan judul penelitian “Evaluasi Pasca Huni Instalasi Rawat Darurat di Badan Rumah Sakit Tabanan”. Metode pengambilan data yang digunakan menggunakan kuesioner dan pengukuran lingkungan fisik. Hasil penelitian menunjukkan masih banyak ruangan di IRD BRSU Tabanan yang memiliki kekurangan-kekurangan bila dibandingkan dengan standar Departemen Kesehatan RI. Persamaan dengan penelitian ini yaitu metode pengambilan datanya dengan menggunakan kuesioner. Perbedaannya adalah Rumah Sakit yang diteliti dan titik-titik ruangan yang diteliti.
2. Poliman, 1997 dengan judul penelitian “Strategi Pengembangan Unit Gawat Darurat Rumah Sakit Honoris dengan Menggunakan Teori Evaluasi Pasca Huni”. Tujuan dari penelitian ini untuk mengevaluasi performansi fisik UGD RS Honoris yang ada sekarang dan membandingkannya dengan konfirmasi pasien. Berdasarkan sifatnya penelitian ini merupakan penelitian deskriptif evaluatif.
3. Nugroho, 2011 dengan judul penelitian “Evaluasi Pasca Huni Pengguna Internal Berdasarkan Performa Fisik Kamar Operasi RS Panembahan Senopati Bantul.” Persamaan dengan penelitian ini adalah mengevaluasi suatu bangunan dari segi performansi fisik yang sesuai dengan standar normatif. Namun letak perbedaannya yaitu obyek yang diteliti.

Perbedaan penelitian ini dibandingkan dengan penelitian-penelitian sebelumnya yaitu EPH dalam penelitian ini lebih mengarah pada tingkat

EPH Investigatif. Karena peneliti akan mengadakan pengamatan langsung hal-hal yang menjadi dampak permasalahan yang timbul dari penghuni IGD itu sendiri, kemudian dilanjutkan pada investigasi baik itu survey langsung maupun dengan kuesioner selama 1 bulan. Pada penelitian ini lebih difokuskan pada bagaimana kondisi fisik IGD RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta Unit II saat ini dengan standarisasi dari DepKes RI.

Namun, disisi lain ada persamaan dari penelitian sebelumnya yaitu cara pengumpulan data dan cara penelitian. Subyek penelitian ini adalah pengguna internal dan eksternal, sedangkan obyek penelitian ini adalah bangunan Instalasi Gawat Darurat RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta Unit II.

H. PERTANYAAN PENELITIAN

Berdasarkan latar belakang, permasalahan dan kerangka konsep penelitian, maka terdapat pertanyaan penelitian sebagai berikut:

1. Bagaimana performansi fisik lokasi, pencahayaan, kebisingan, kelembaban dan penghawaan instalasi gawat darurat RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta Unit II saat ini apakah sesuai dengan standar Kemenkes RI 2012?
2. Bagaimana kesesuaian aspek keselamatan, keamanan dan kenyamanan instalasi gawat darurat RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta Unit II menurut pengguna internal dan pengguna eksternalnya?