

**EVALUASI WAKTU TUNGGU PELAYANAN
INSTALASI GAWAT DARURAT RUMAH SAKIT UMUM DAERAH PANEMBAHAN
SENOPATI BANTUL**

THE EVALUATION OF WAITING TIME INSTALLATION OF EMERGENCY SERVICES IN
RSUD PANEMBAHAN SENOPATI BANTUL

Willy, Arlina Dewi

Program Studi Manajemen Rumah Sakit, Universitas Muhammadiyah Yogyakarta
Jalan Lingkar Selatan, Tamantirto, Kasihan, Bantul, Yogyakarta 55183

Email: willywivela@gmail.com

ABSTRAK

Latar Belakang : Pelayanan pasien gawat darurat adalah pelayanan yang memerlukan pertolongan segera yaitu cepat, tepat dan cermat untuk mencegah kematian dan kecacatan. Salah satu indikator mutu pelayanan berupa *respon time* atau waktu tanggap, indikator untuk menilai mutu dan efisiensi pelayanan di IGD adalah waktu tanggap berdasarkan kategori triase (*Australia Medical Workforce Advisory Committee, 1997*). Tujuan penelitian adalah mengetahui gambaran dan faktor-faktor yang menghambat waktu tunggu pelayanan pasien di IGD RSUD Panembahan Senopati Bantul.

Metode Penelitian : Jenis penelitian ini adalah kualitatif dengan pendekatan studi kasus. Penelitian melibatkan 23 responden dalam wawancara. Metode Pengambilan sampel responden dengan menggunakan tehnik purposive sampling. Ada tiga cara memperoleh data dalam penelitian ini yaitu observasi partisipatif, wawancara dan telaah dokumen. Analisa data dilakukan dengan 2 cara yaitu catatan jam pelayanan diolah dengan menghitung selisih jam kemudian hasil wawancara diolah dan dianalisis dengan melihat kesamaan dan perbedaan isi materi yang disampaikan responden.

Hasil dan Pembahasan : Rata-rata waktu tunggu pelayanan adalah 59 detik dengan masing-masing kategori pasien *Resuscitation* 15 detik, *Emergency* 58 detik, *Urgent* 1 menit 11 detik, *Semi Urgent* 34 detik, *Non Urgent* 19 detik. Terdapat 5 faktor yang mempengaruhi waktu tunggu pelayanan pasien secara keseluruhan yaitu kesiapan pelayanan SDM (kuantitas dan kualitas) , alat (kuantitas dan kualitas) dan penunjang laboratorium (kualitas).

Kesimpulan : Waktu tunggu pelayanan (tanggap) IGD RSUD Panembahan Senopati Bantul telah memenuhi standar *The Australian Council of Healthcare Standards*. Faktor-faktor yang mempengaruhi waktu tunggu pasien dipengaruhi oleh kuantitas dan kualitas kesiapan pelayanan IGD. Untuk meningkatkan mutu pelayanan, perlu usaha untuk memperbaiki faktor-faktor kuantitas dan kualitas pelayanan SDM, alat dan penunjang Laboratorium.

Kata kunci : waktu tunggu, instalasi gawat darurat, ACHS

ABSTRACT

Background: emergency patient services are services that require urgent assistance that is fast, accurate and carefully to prevent death and disability. One of the indicators of quality of service such as response time or the response time, the indicator for assessing the quality and efficiency of service delivery in the ER is the response time by triage category (Australian Medical Workforce Advisory Committee, 1997). The purpose of research is to know the description and the factors that hinder the patient's waiting time in the emergency service Panembahan Senopati Bantul District Hospital.

Methods: The study is a qualitative case study approach. The study involved 23 respondents in the interview. Methods of Sampling respondents using purposive sampling technique. There are three ways to get the data in this research is participant observation, interviews and review documents. Data analysis was done by two ways: record hours of service processed by calculating the difference hours later processed and analyzed the results of interviews with the similarities and differences in the content of the material presented respondents.

Results and Discussion: The average waiting time is 59 seconds service with each category of patients Resuscitation 15 seconds, 58 seconds Emergency, Urgent 1 minute 11 seconds, 34 seconds Semi Urgent, Non-Urgent 19 seconds. There are 5 factors that affect patient care waiting time overall that the readiness of HR services (quantity and quality), tools (quantity and quality) and supporting laboratory (quality).

Conclusion: The waiting time of service (response) Panembahan Senopati Bantul Hospital emergency department has met the standards of the Australian Council of Healthcare Standards. Factors that affect patient waiting time is affected by the quantity and quality of emergency services preparedness. To improve the quality of service , business need to improve the factors of quantity and quality of human resources, tools and support Laboratories

Keywords: waiting time, emergency department, ACHS

PENDAHULUAN

Majunya pengetahuan dan teknologi serta derasnya arus informasi mengakibatkan sistem nilai masyarakat berubah, sehingga masyarakat cenderung menuntut pelayanan umum yang lebih bermutu termasuk pelayanan kesehatan¹.

Dalam rangka mengantisipasi era global, program peningkatan pelayanan kesehatan khususnya di rumah sakit merupakan langkah terpenting untuk peningkatan daya saing dalam usaha sektor perumahsakit. Perlu dipahami bahwa upaya peningkatan pelayanan kesehatan mutlak memerlukan evaluasi yang dilakukan secara periodic.²

Salah satu indikator mutu pelayanan berupa *respon time* atau waktu tanggap, hal ini sebagai indikator proses untuk mencapai indikator hasil yaitu kelangsungan hidup. Pertolongan gawat darurat memiliki sebuah waktu standar pelayanan yang dikenal dengan

istilah waktu tanggap (*respon time*) yaitu maksimal 5 menit. Waktu tanggap pelayanan merupakan gabungan dari waktu tanggap saat pasien tiba di depan pintu rumah sakit sampai mendapat tanggapan atau respon dari petugas instalasi gawat darurat dengan waktu pelayanan yaitu waktu yang diperlukan pasien sampai selesai. Waktu tanggap dikatakan tepat waktu atau tidak terlambat apabila waktu yang diperlukan tidak melebihi waktu rata-rata standar yang ada.³ Indikator untuk menilai mutu dan efisiensi pelayanan di IGD adalah waktu tanggap berdasarkan kategori triase (*Australia Medical Workforce Advisory Committee, 1997*).⁴

Pada tahun 2007, data kunjungan pasien ke Instalasi Gawat Darurat (IGD) di seluruh Indonesia mencapai 4.402.205 (13,3% dari total seluruh kunjungan di RSUD) dengan jumlah kunjungan 12% dari kunjungan IGD berasal dari rujukan dengan jumlah Rumah

Sakit Umum 1.033 dari 1.319 Rumah Sakit yang ada.⁵

Dari data komplain pasien pada tahun 2015, komplain berkaitan dengan bidang pelayanan medis yaitu ketepatan waktu pelayanan dokter melalui pengaduan langsung sebesar 55%, kemudian berkaitan dengan keluhan pelayanan IGD melalui Email sebesar 33% dan melalui SMS center 34,85%, sedangkan data komplain pasien pada tahun 2016 (Januari-Maret), komplain berkaitan dengan keluhan pelayanan IGD melalui SMS center sebesar 14,58%. Komplain berupa terlambatnya pelayanan yang diberikan oleh petugas IGD kepada pasien, dimana hal tersebut menjadi acuan untuk meningkatkan mutu dan kualitas rumah sakit.

Berdasarkan survei pendahuluan yang dilakukan melalui observasi singkat di lokasi pada tanggal 21 Maret 2015 ditemukan bahwa indikator kinerja Instalasi Gawat Darurat belum berjalan dengan baik. Hal Ini

diketahui dari pengamatan singkat terhadap 3 kasus, menunjukkan waktu pelayanan melewati waktu yang ditentukan, yaitu rata-rata 5,5 menit masih diatas Standar Pelayanan Minimal RS yaitu ≤ 5 menit.⁶

Rumusan masalah pada penelitian ini adalah :

1. Bagaimanakah waktu tunggu pelayanan pasien di IGD RSUD Panembahan Senopati Bantul ?
2. Faktor-faktor apa saja yang menghambat waktu tunggu pelayanan pasien di IGD RSUD Panembahan Senopati Bantul ?
3. Apakah rekomendasi untuk memperbaiki waktu tunggu pelayanan pasien di IGD RSUD Panembahan Senopati Bantul ?

LANDASAN TEORI

The Australian Council of Healthcare Standar (ACHS) membagi indikator dalam kategori triase waktu tunggu relatif gawat darurat dalam skala triase nasional sebagai berikut (ACHS, 2012) :

1. Kategori I (*resuscitation*) yakni tindakan harus dilakukan dengan segera (*immediately*).
2. Kategori II (*emergency*) yakni tindakan harus dilakukan dalam waktu 10 menit.
3. Kategori III (*urgent*) yakni tindakan harus dilakukan dalam 20 menit.
4. Kategori IV (*semi urgent*) yakni tindakan yang harus dilakukan dalam waktu 60 menit.
5. Kategori V (*non-urgent*) yakni tindakan harus dilakukan dalam waktu 120 menit.

METODE PENELITIAN

Jenis penelitian ini adalah kualitatif dengan pendekatan studi kasus. Cara yang digunakan adalah observasi, wawancara dengan responden yang telah ditetapkan, dan telaah dokumen. Sebelumnya dilakukan pencatatan waktu untuk

menghitung lamanya waktu pelayanan terhadap pasien IGD RSUD Panembahan Senopati Bantul yang akan ditangani oleh petugas IGD dengan menggunakan indikator *The Australian Council of Healthcare Standards (ACHS)*.⁷

Metode Pengambilan sampel dengan menggunakan tehnik *purposive sampling*. Penelitian melibatkan 23 responden dalam wawancara antara lain Pejabat struktural Rumah Sakit, Dokter, Perawat, Bidan, Pasien atau keluarganya.

Penelitian ini dilakukan dengan cara observasional dengan menggunakan alat bantu formulir, yakni dilakukan pengamatan langsung untuk mengetahui proses pelayanan petugas IGD terhadap pasien. Kemudian melakukan wawancara dengan responden.

Ada tiga cara memperoleh data dalam penelitian ini yaitu observasi partisipatif, wawancara dan telaah dokumen dalam hal ini rekam medik pasien.

Analisa data dilakukan dengan 2 cara yaitu pertama catatan jam pelayanan diolah dengan menghitung selisih jam pada masing-masing tahap sehingga diperoleh informasi mengenai lamanya waktu pada masing-masing tahap pelayanan dilanjutkan kedua hasil wawancara diolah dan dianalisis dengan melihat kesamaan dan perbedaan isi materi yang disampaikan responden. Kemudian dilakukan eduksi data, yaitu proses menseleksi, mempertajam, menyederhanakan atau melakukan transformasi dari data kasar menjadi informasi yang lebih terarah, pemaparan penyajian informasi secara terorganisir, sehingga analisis dapat mengarah pada pembuatan kesimpulan mengenai faktor-faktor yang berhubungan dengan waktu tunggu terhadap penanganan pasien IGD.

HASIL DAN PEMBAHASAN

1. Gambaran Waktu Tunggu Pelayanan IGD RSUD Panembahan Senopati Bantul

a. Waktu Tanggap Pelayanan IGD

Gambaran waktu tanggap pelayanan pada tabel 1 menjelaskan bahwa rata-rata keseluruhan sangat baik, respon pertama yang diberikan dokter/perawat/bidan adalah 59 detik. Hal ini memberi tanda bahwa pelayanan sudah dalam standar ACHS. Jika kita mengamati tabel kategori pasien *semi urgent* (34 detik) dan *non urgent* (19 detik) memberi waktu yang lebih baik dibandingkan dengan kategori *emergency* (58 detik) dan *urgent* (1 menit 11 detik) padahal kedua waktu ini jika di RSPS dikategorikan sebagai merah. Hal ini dikarenakan perbedaan waktu yang diambil, pasien dengan kategori *semi urgent* dan *non urgent* memang lebih banyak datang pada saat jumlah pasien tidak menumpuk terutama di pagi hari dan hari-hari libur (Minggu). Kategori pasien *emergency* dan

urgent sangat banyak datang bersamaan pada malam hari dimana pasien menumpuk sehingga sedikit menambah waktu tanggap.

Menurut penelitian Irsan pada tahun 2011 dengan menggunakan standar ACHS di RSUD Wonosari, rata-rata waktu tanggap untuk kategori

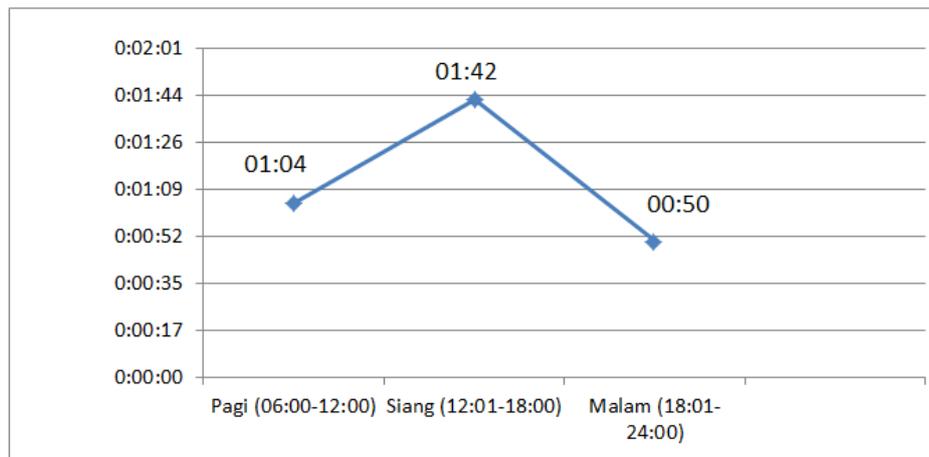
resuscitation 16 detik, *emergency* 1 menit 10 detik, *urgent* 1 menit 41 detik, *semi urgent* 2 menit 53 detik dan *non urgent* 3 menit 93 detik.⁸ Jika kita membandingkan dengan rata-rata waktu tanggap di RSUD Panembahan Senopati terlihat sedikit perbedaan tetapi keduanya masih dalam standar ACHS.

Tabel 1. Waktu Tanggap Pelayanan IGD RSUD Panembahan Senopati Bantul

No	Kategori Pasien	Rata-rata/mean (menit/detik)	Jumlah obeservasi	Standar ACHS
1	<i>Resuscitation</i>	00:15	1	Sesuai Standar (segera)
2	<i>Emergency</i>	00:58	30	Sesuai Standar (≤ 10 menit)
3	<i>Urgent</i>	01:11	50	Sesuai Standar (≤ 20 menit)
4	<i>Semi Urgent</i>	00:34	14	Sesuai Standar (≤ 60 menit)
5	<i>Non Urgent</i>	00:19	5	Sesuai Standar (≤ 120 menit)
6	Rata-rata <i>waiting time</i>	00:59	100	Sesuai Standar

Jika kita mengamati gambar 1 waktu tanggap pelayanan dibagi berdasarkan waktu pagi, siang, malam, dari keseluruhan sudah baik dan dalam standar ACHS. Perbedaan tertinggi sedikit terjadi pada siang hari yaitu 1 menit 42 detik. Menurut peneliti bahwa pada

waktu siang hari adalah waktu dimana pendaftaran poli RS tutup dan tiba-tiba pasien IGD datang secara bersamaan dengan waktu tidak lama.



Gambar 1. Waktu Tanggap Pelayanan IGD RSUD Panembahan Senopati Bantul berdasarkan Waktu Jaga

b. Lama Tunggu Waktu Pelayanan IGD

Gambar 2 adalah rata-rata lama pasien berada di IGD, jika kita mengamati bahwa lama pasien menunggu rata-rata berkisar 1-2 jam. Pada waktu siang (12.01-18.00) memiliki waktu terlama yaitu 1 jam 52 menit 30 detik. Hal ini terjadi karena faktor berkurangnya tenaga dokter/perawat/bidan yang istirahat secara bergantian sehingga banyak pasien yang terlambat pelayanannya sedangkan pada waktu malam (18.01-24.00) memiliki waktu tercepat lama pasien di IGD, menurut peneliti bahwa pada jam ini sudah dipersiapkan oleh manajemen IGD

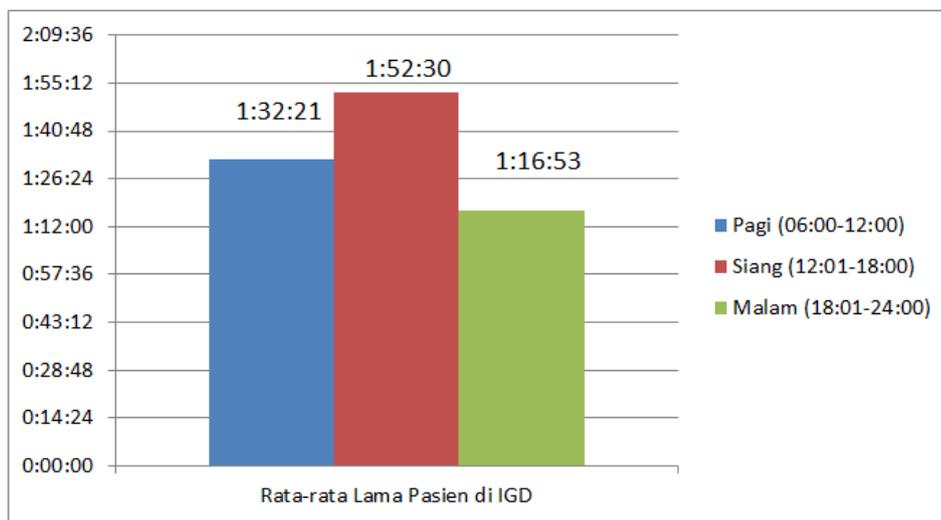
bahwa merupakan jam penting dimana pasien datang bersamaan dengan jumlah banyak sehingga para petugas medis harus lengkap dan memberi pelayanan dengan cepat.

Sedangkan pada gambar 3 rata-rata pasien berada di IGD berdasarkan kategori triase maka didapatkan hasil kategori *emergency* 1 jam 36 menit 34 detik, *urgent* 1 jam 36 menit 54 detik, *semi urgent* 57 menit 20 detik, *non urgent* 45 menit 45 detik.

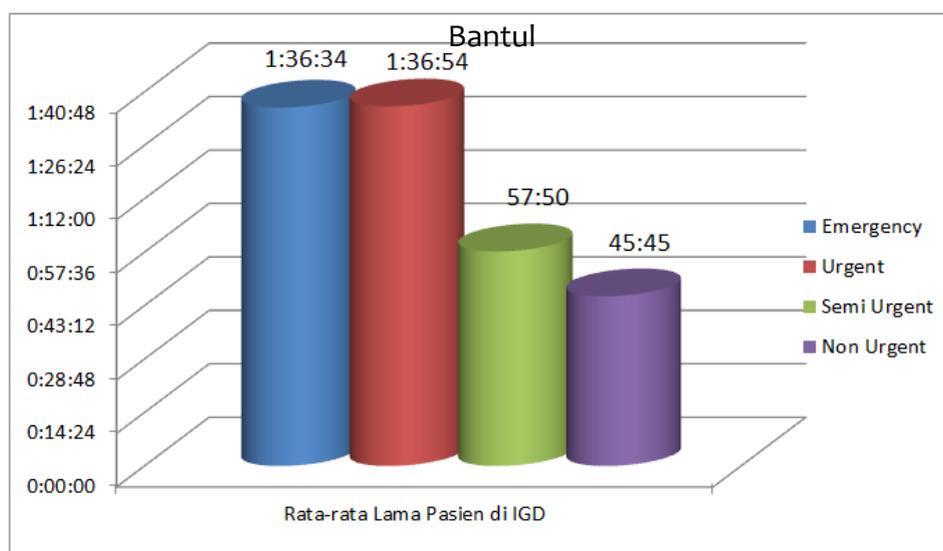
Pada penelitian yang dilakukan oleh Haryatun tahun 2005 dengan menghitung waktu pelayanan pasien gawat darurat dengan cedera kepala dari pasien

masuk pintu IGD sampai siap keluar dari IGD didapatkan rata-rata waktu tanggap pelayanan. Selama 1 jam 38 menit 33 detik (kategori I=*resuscitation*), 1 jam 19 menit 8 detik (kategori II=*emergency*), 1 jam 18 menit 12 detik (kategori

III=*urgent*), 44 menit 6 detik (kategori IV=*semi urgent*), 33 menit 9 detik (Kategori V=*non urgent*).⁹ Jika kita membandingkan terlihat bahwa lama waktu tunggu di RSUD Panembahan Senopati lebih tinggi \pm 10 menit.



Gambar 2. Rata-rata Lama Pasien Berada di IGD RSUD Panembahan Senopati



Gambar 3. Rata-rata Lama Pasien Berada di IGD RSUD Panembahan Senopati Bantul berdasarkan Kategori Triase

c. Waktu Tunggu Tiap Tahapan Pelayanan IGD

Pada tabel 2. yaitu rata-rata waktu tunggu pelayanan berdasarkan tahapan tindakan menjelaskan bahwa di IGD terdapat 7 komponen utama yang harus dilakukan oleh petugas medis. Rata-rata tercepat tetap dimiliki oleh waktu tanggap petugas jaga IGD . Perlu diperhatikan rata-rata terlama berasal dari waktu tunggu pelayanan pasien diantar ke bangsal/pulang yaitu 45 menit 40

detik, terutama pada bagian bangsal menjelaskan bahwa setelah pasien menerima tindakan terakhir di IGD, pasien masih harus menunggu untuk diantar ke bangsal. Hal ini disebabkan faktor ruangan/bangsal yang penuh atau bangsal yang ada tidak sesuai dengan jaminan kesehatan pasien sehingga pasien menunggu lama di IGD. Gambaran umum waktu tunggu pelayanan pasien di IGD dari tiap-tiap tahapan adalah sebagai berikut :

Tabel 2. Rata-rata Waktu Tunggu Pelayanan Pasien di IGD RSUD Panembahan Senopati Bantul berdasarkan Tahapan Tindakan

No	Tahapan Tindakan	Rata-rata/mean (menit/detik)
1	Waktu tunggu pelayanan dokter/perawat/bidan jaga IGD (dari pasien datang ke IGD sampai diperiksa dokter IGD (waktu tanggap))	00:59
2	Waktu tunggu pelayanan menggunakan alat pemeriksaan (dari tindakan sebelumnya sampai dilakukan pemeriksaan dengan menggunakan alat)	09:24
3	Waktu tunggu pelayanan pemeriksaan penunjang radiologi (dari tindakan sebelumnya sampai dilakukan pemeriksaan radiologi)	28:06
4	Waktu tunggu pelayanan pemeriksaan penunjang laboratorium (dari tindakan sebelumnya sampai dilakukan pemeriksaan laboratorium)	15:54
5	Waktu tunggu pelayanan permintaan persetujuan dari pasien (dari tindakan sebelumnya sampai mendapat persetujuan dari pasien/tanda tangan)	25:46
6	Waktu tunggu pelayanan pemberian obat ke pasien (dari tindakan sebelumnya sampai pasien diberikan obat)	16:21
7	Waktu tunggu pelayanan pengantaran pasien ke bangsal/pulang (dari tindakan sebelumnya sampai pasien diantar ke bangsal/pulang)	45:40

2. Faktor-Faktor Yang Menghambat Waktu Tunggu Pelayanan IGD RSUD Panembahan Senopati Bantul

a. Faktor Kesiapan Sumber Daya Manusia

Dokter jaga IGD sering sulit menentukan tindakan selanjutnya untuk mengatasi kegawatdaruratannya seperti :

“... masalahnya karena kalo pagi teman sejawat masing masing itu ada, kendalanya kalo sore, kalo sore kan otomatis yang membaca hasil tidak ada, tapi biasanya kita mencoba, baik radiologi maupun laboratorium...”

Untuk mengatasi dokter jaga IGD yang sulit untuk membaca hasil radiologi pada saat waktu malam atau hari libur sedangkan pasien membutuhkan tindakan segera, Peneliti memberikan rekomendasi pelatihan diagnostik radiologi kegawatdaruratan, pelatihan dapat berupa seminar dan workshop yang sering diadakan, materi yang penting berupa kegawatdaruratan kepala, thorax, abdomen, muskuloskeletal dan anak.

Dengan berkembangnya teknologi saat ini sudah sangat dimudahkan melalui teknologi yang bernama Teleradiologi. Teleradiologi (teleradiology) adalah transmisi elektronik dari citra radiologi pasien seperti gambar X-Ray, CT (computer tomography), dan citra resonansi magnetik dari satu lokasi ke lokasi lain untuk tujuan interpretasi, analisa dan / atau konsultasi.¹⁰

Sesuai dengan Keputusan menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 1014/Menkes/SK/XI/2008. Tentang Standar Pelayanan Radiologi Diagnostik Di Sarana Pelayanan Kesehatan, dalam Kebijakan system administrasi pelayanan radiologi diagnostik yang menyebutkan : “Pembacaan hasil pemeriksaan radiologi diagnostik dapat dilakukan dengan menggunakan sarana teleradiologi sesuai dengan Standar Pelayanan Teleradiologi PDSRI”.¹¹

Informasi yang didapat dari observasi partisipatif dan wawancara:

“...perbandingan perawat di ugd dengan jumlah pasien sekian, itu minimal 30. Tapi kenyataannya dengan banyak pertimbangan, dengan mau 30 pertama nanti menurunkan motivasi karena semakin banyak orang, yang dibagi semakin banyak akan menurunkan motivasi.”

Jumlah pasien yang berobat ke IGD RSUD Panembahan Senopati Bantul selama bulan Mei 2015 adalah 1662 pasien, yang berarti rata-rata 55 pasien/hari. Setelah dihitung dengan rumus Standar Tenaga Keperawatan di Rumah Sakit Direktorat Keperawatan dan Keteknisian Medis Departemen Kesehatan tahun 2005, didapatkan 31 Perawat. Saat ini jumlah perawat IGD RSUD Panembahan Senopati Bantul adalah 26 orang, berdasarkan perhitungan diatas tidak sesuai/tidak mencukupi.

Dari responden lain, diketahui kesiapan perawat jaga IGD belum merata :

“Misal pasien anak, venanya sulit ada yang bisa, ada yang enggak, kalo perawat senior sekali tusuk jadi...”

“...begini mas, kalo pelatihan tidak efektif untuk infuse anak, yang membuat orang terampil atau tidakkan jam terbangnya. Karena prinsip untuk dewasa atau anak teori nya sama, kalo keterampilan jam terbang harus diseringkan...”

Untuk meningkatkan kualitas pelayanan seperti yang dilakukan pihak manajemen Rumah Sakit Mardi Rahayu mengelola suatu sistem yang mengutamakan keselamatan pasien/*patient safety*. Salah satu tindakan dalam keperawatan adalah pemasangan infus sesuai SOP. SOP pemasangan infus ini sudah ada di rumah sakit, tetapi masih banyak perawat yang melakukan pemasangan infus tidak sesuai dengan SOP yang ada. Salah satu tindakan *patient safety* dalam intervensi keperawatan adalah tindakan pemasangan infus yang dilakukan perawat harus berdasarkan dengan Standar Operasional Prosedur (SOP) yang sudah ditetapkan. Terjadinya kejadian plebitis, bengkak, dan

trauma akibat pemasangan infus yang berulang-ulang adalah akibat tindakan pemasangan infus yang tidak mengutamakan *patient safety*, sehingga pasien akan banyak dirugikan akibatnya rentang waktu rawat inap pasien akan bertambah panjang.¹²

Menurut Maria dkk pada tahun 2012 dalam studinya pada pemasangan infus perifer didapatkan hasil bahwa resiko terjadinya flebitis lebih terjadi pada infus yang dipasang oleh *General Nurses* (perawat umum) dibandingkan dengan infus yang dipasang oleh *Infusion Nurses* (perawat yang khusus menangani masalah infus) angka perbandingan yang didapat untuk resiko terjadinya flebitis 3:1.¹³ Berdasarkan studi tersebut dapat pula direkomendasikan pembentukan sebuah Tim Infus Intravena di IGD RSUD Panembahan Senopati Bantul, dimana tim ini terdiri dari beberapa orang yang terampil dalam infus bayi/anak dan terdapat

pada setiap shift jaga setiap harinya.

Menurut responden lain, faktor lain yang terjadi :

“...kami mengakui penempatan di tempat tersebut (IGD, IBS, ICU, perinatal) belum kredensialing, penentuan kredensialing ada di dalam permenkes terbaru untuk komite keperawatan, itu baru keluar di tahun 2014. Seharusnya itu pada saat penerimaan itu melalui recruitment atau melalui perpindahan seorang perawat dari RS atau dari manapun itu harus melalui panitia kredensial...”

Kualitas yang berbeda-beda tiap perawat telah mengindikasikan bahwa masih kurangnya proses penempatan perawat di IGD. Peneliti memberikan rekomendasi dengan segera membentuk panitia kredensialing.

Kredensialing adalah proses verifikasi kompetensi seseorang perawat yang selanjutnya ditetapkan kewenangan klinis (*clinical privilege*) untuk melakukan tindakan keperawatan sesuai dengan lingkup praktiknya.¹⁴

Dengan demikian, kredensial berbicara tentang

lingkup kewenangan/kompetensi yang dimiliki oleh seorang tenaga perawat. Hasil akhir dari proses kredensial adalah seorang perawat kompeten atau tidak kompeten terhadap kewenangan klinis sesuai dengan jenjangnya. Rumah sakit menggunakan proses yang ditentukan untuk memastikan bahwa pengetahuan dan keterampilan staf klinis konsisten sesuai dengan kebutuhan pasien. Proses rekrutmen staf sesuai dengan kualifikasi yang sesuai persyaratan untuk posisi tertentu. Proses ini juga memastikan bahwa keterampilan staf pada awal dan dari waktu ke waktu sesuai dengan kebutuhan pasien.¹⁴

b. Faktor Kesiapan Alat

Salah satu responden dokter mengatakan sebagai berikut :

“...alat kita sering dipinjam, monitor dipinjam, dikembalikan tahu-tahu rusak, infant warmer dipinjem padahal mau dipake, kendala ini, padahal standar minimal belum terpenuhi tapi alat-alat dipinjam...”

Dari observasi partisipatif dan wawancara dengan pejabat RS yang terkait untuk alat kesehatan yang dipakai di IGD sudah cukup lama dengan *over utility*, tidak lengkap dan jumlahnya kurang sekali, sehingga pada beberapa tindakan harus meminjam dari tempat lain seperti infuse pump, partus set ke bangsal/VK. Kemudian beberapa alat yang dimiliki IGD seperti *warmer* juga dipinjam oleh ruang operasi untuk waktu yang lama, padahal untuk memenuhi standar alat minimal IGD saja sudah sulit. Berdasarkan tabel 4.10 mengenai gambaran kesiapan alat IGD dicapai hasil yang tidak baik.

Responden yang lain mengatakan :

“EKG harus ditambah itu menurut saya, punya satu itu pun sering error. Set partus saja pinjem punya VK. yang menghambat salah satunya gantian pakai EKG kan pasien tidak cuma satu yang mau pakai...”

“...volume pemakaian EKG itu per tahunnya 6000 kali pemakaian, itu yang terekam dalam sistem informasi, ya itu pemakaian sudah over utility, kalo

memang 2 atau 3 tahun harus ganti ya ganti, ini sudah lebih dari 3 tahun...”

Menurut Abdul pada tahun 2011 perencanaan dilakukan sesuai dengan kebutuhan jenis dan jumlah peralatan kesehatan. Adapun untuk menentukan hal tersebut dapat melalui teknis analisa kebutuhan.

Pada umumnya hasil dari perencanaan kebutuhan alat kesehatan tidak semua dapat direalisasikan, hal ini biasanya berkaitan ketersediaan dana yang tidak mencukupi. Untuk menentukan prioritas kebutuhan alat kesehatan dapat dilakukan dengan metode sebagai berikut¹⁵ :

Penentuan prioritas Kebutuhan Alat Kesehatan :
 Prioritas Alkes = Nilai A x Nilai B
 A : Penting tidaknya alat kesehatan
 B : Kondisi alat kesehatan
 Nilai Total \geq 15, maka prioritas Penggantian alat kesehatan.

4. Menentukan penting tidaknya peralatan di pelayanan (Nilai A)

Nilai	Kriteria	Keterangan
7	Kritis	Unit pelayanan tidak dapat berfungsi secara efektif tanpa peralatan
6	Esensial	Pelayanan utama tidak dapat dilakukan tanpa peralatan
5	Penting	Pelayanan utama dapat terhambat atau tertunda tanpa peralatan ini
3	Agak Penting	Beberapa pelayanan yang menguntungkan tetapi bukan utama dapat terhambat atau tertunda tanpa peralatan
1	Tidak Penting	Peralatan tidak atau jarang digunakan atau hanya digunakan untuk tugas-tugas berdampak rendah

4. Menentukan kondisi peralatan (Nilai B)

Nilai	Kriteria Keadaan	Kondisi Alat
5	Sangat Sering Rusak	<ul style="list-style-type: none"> Alkes dalam kondisi yang sangat buruk dan tidak ada kemungkinan diperbaiki Alkes telah dipertimbangkan oleh teknologi baru dan sesuai prosedur klinik efektifitasnya diragukan Alkes telah dipertimbangkan oleh teknologi baru yang lebih efisien dan efektif
4	Sering Rusak	<ul style="list-style-type: none"> Alkes dapat dipertimbangkan, tetapi biaya perbaikan tidak tersedia Alkes masih dapat diperbaiki tetapi dilihat dari biaya pemeliharaan tidak efektif secara klinis dan tidak efisien Alkes telah dipertimbangkan oleh teknologi baru dan sudah tidak sesuai dengan prosedur klinik
3	Berkas Rusak	Alkes ini sangat tua namun apabila suku cadang perlu diganti tidak efektif dilihat dari sisi biaya
2	Jarang Rusak	Alkes dalam kondisi baik dan biaya perbaikan tersedia
1	Sangat Jarang Rusak	Alkes dalam keadaan baru

Peneliti menghitung jumlah dari Penentuan prioritas Kebutuhan Alat Kesehatan EKG IGD yaitu :

- Nilai A : 5

Pelayanan utama dapat terhambat atau tertunda tanpa peralatan ini.

- Nilai B : 4

Alkes masih dapat diperbaiki tetapi dilihat dari riwayat pemeliharaan tidak efektif secara klinis dan tidak efisien.

Sehingga diperoleh jumlah skor 20 diyaitu EKG IGD RSUD Panembahan Senapati Bantul harus segera dilakukan penggantian.

c. Faktor Kesiapan Instalasi Penunjang

Tabel 3. Waktu Tunggu Pelayanan Instalasi Penunjang IGD RSUD Panembahan Senopati Bantul

No	Pelayanan	Rata-rata/mean (menit/detik)
1	Instalasi Radiologi	08:11
2	Instalasi laboratorium	53:36

Kesiapan Instalasi Radiologi

dari wawancara:

“Radiologi sebagai salah satu penunjang, pasti pasien emergency terutama tentu akan selalu kita dahulukan, dan pasien yang tidak emergency biasanya akan kita langsung lakukan pelayanan.”

Dari penelitian diketahui bahwa waktu tunggu pelayanan radiologi untuk IGD rata-rata 8 menit 11 detik. Dibandingkan dengan penelitian Virgin di tahun 2000, di RSUP Fatmawati rata-rata waktu pelayanan Radiologi adalah 14 menit.¹⁶ Dapat dikatakan bahwa pelayanan radiologi untuk IGD RSUD Panembahan Senopati Bantul sangat baik.

Salah satu responden instalasi laboratorium mengatakan sebagai berikut :

“...hambatan kita telfon tapi petugasnya tidak segera datang kesini, darah lisis juga, kami kan tidak tahu yang lisis yang mana, yang tahu sana (laborat), misalnya menunggu ada beberapa darah disini, misal ada 2 atau 3 sampel baru diambil kesini...”

“...kita yang ambil sudah cepet, keluhan lab itu pasti ada yang beku, disebabkan bukan salah kita yang ambil cuman kadang lama banget dari lab yang ambil. Tindakan lain juga cepet, ambil darah, kasih identitasnya, tapi dari lab nya lama yang ngambil...”

Dari observasi partisipatif dan wawancara, diketahui bahwa waktu tunggu pemeriksaan sampel rata-rata 53 menit 36 detik. Dibandingkan dengan hasil penelitian Siregar di 2006 di RSCM rata-rata waktu pemeriksaan laboratorium 1 jam 27 menit.¹⁷ Kemudian hambatan yang terjadi banyak terjadi pada tidak selarasnya komunikasi yang berasal dari petugas IGD dengan petugas laboratorium sehingga banyak sampel yang rusak dan harus diambil ulang, hal ini dikarenakan banyak kesalahan identitas, lupa memberi tahu petugas lab atau petugas lab yang lama untuk

mengambil sampel di IGD. Perlu diketahui bahwa jarak antara IGD dan laboratorium berkisar 100 meter, memang cukup jauh. Berdasarkan tabel 3 mengenai kesiapan instalasi laboratorium untuk IGD dapat dikatakan kurang baik.

Untuk mengatasi hambatan yang terjadi di laboratorium dan IGD, peneliti memberi rekomendasi berupa kembali kepada kepatuhan terhadap SPO. SPO (Standar Prosedur Operasional) adalah suatu standar / pedoman tertulis yang dipergunakan untuk mendorong dan menggerakkan suatu kelompok untuk mencapai tujuan organisasi. Standar prosedur operasional merupakan tatacara atau tahapan yang dibakukan dan yang harus dilalui untuk menyelesaikan suatu proses kerja tertentu.¹⁸

Idealnya untuk mempersingkat alur SPO yang ada antara laboratorium dan IGD dengan menggunakan PTT (*Pneumatic Tube Transport*) yaitu

alat untuk mempersingkat waktu tunggu pemeriksaan sampel agar menghindari koordinasi yang salah antara petugas IGD dan petugas Lab. Harga alat ini sangat mahal dan sudah di gunakan oleh beberapa RS besar di Yogyakarta.

Sistem transportasi tersebut yaitu **Pneumatic tubes (capsule pipelines/Lamson tubes/Pneumatic Tube Transport (PTT)).** Salah satu perusahaan penyedia adalah aerocom. Aerocom ini menggunakan semacam kapsul yang bisa diisi dengan (obat/resep/sample/hasil lab) dan dikirmkan melalui tabung/pipa (kedap) kemudian di dorong dengan tekanan angin.



Gambar 4.6 Pneumatic Tube Transport

Kesimpulan

1. Waktu tunggu pelayanan (tanggap) IGD RSUD Panembahan Senopati Bantul telah memenuhi standar *The Australian Council of Healthcare Standards* (ACHS).
2. Faktor-faktor yang berhubungan langsung kepada mutu pelayanan dan mempengaruhi waktu tunggu pelayanan IGD RSUD Panembahan Senopati Bantul adalah kuantitas dan kualitas pelayanan yang terdiri dari kesiapan pelayanan SDM (kuantitas dan kualitas) , alat (kuantitas dan kualitas) dan penunjang laboratorium (kualitas).
3. Untuk meningkatkan mutu pelayanan IGD RSUD Panembahan Senopati Bantul yang berdampak pada kepuasan pasien, perlu usaha untuk memperbaiki faktor-faktor kuantitas dan

kualitas pelayanan SDM, alat dan penunjang Laboratorium.

Daftar Pustaka

1. Moeis, E. 1994, *Budaya Mutu Sebagai Bagian Integral Manajemen Rumah Sakit*, Jakarta, Majalah Cermin Dunia Kedokteran.
2. Indrajaja, F, 1993, *Aspek Sistem Rujukan Dalam Mendukung Pelayanan Kesehatan Yang Berkesinambungan*, Yogyakarta, Majalah Kedokteran Indonesia.
3. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia, 2008, *Tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit*, Jakarta
4. Australian Medical Workforce Advisory Committee, 1997, *The Emergency Medicine Workforce In Australia. Amwac Report* (Online).
5. Keputusan Mentri Kesehatan Republik Indonesia, 2009, *Standar Instalasi Gawat Darurat (IGD) Rumah Sakit*, Jakarta,

- Menteri Kesehatan Republik Indonesia.
6. Departemen Kesehatan Republik Indonesia, 2008, *Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit*. Jakarta, Direktorat Jenderal Bina Pelayanan Medik.
 7. ACHS, 2012, *Clinical Indicators A User's Manual : Emergency Medicine*, Australia, Australian Council On Healthcare Standards.
 8. Irsan, 2011, Evaluasi Kinerja Pelayanan dan Kepuasan Pasien Instalasi Gawat Darurat Rumah Sakit Umum Daerah Wonosari, *Jurnal Magister Manajemen Rumah Sakit*, 30-32
 9. Haryatun, Nunuk, 2005, Perbedaan Waktu Tanggap Tindakan Keperawatan Pasien Cedera kepala Kategori 1 – V Di Instalasi Gawat Darurat RSUD Dr. Moewardi, *FIK UMS*, 71-72
 10. Huang, 2000, *Teknologi Teleradiologi untuk Indonesia*. Jakarta : Majalah Kedokteran Indonesia
 11. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 1014/Menkes/SK/XI/2008, 2008, *Standar Pelayanan Radiologi Diagnostik Di Sarana Pelayanan Kesehatan, dalam Kebijakan system administrasi pelayanan radiologi diagnostik*, Jakarta, Menteri Kesehatan Republik Indonesia
 12. Ratnawati, Dyah, 2009, Hubungan Antara Tingkat Pengetahuan Perawat Tentang *Patient Safety* Dengan Tindakan Pemasangan Infus Sesuai Dengan Standar Operasional Prosedur, *RS Mardi Rahayu Kudus*, 5-6
 13. Maria, dkk, 2012, Kepatuhan Perawat dalam melaksanakan Standar Prosedur Operasional Pemasangan Infus terhadap Phlebitis, *Jurnal STIKES Volume 5, No. 1, Juli 2012*
 14. KARS, 2011, *Standar Akreditasi Rumah Sakit*, Jakarta : Kemenkes
 15. Abdul, 2011, *Workshop Perhitungan Unit Cost Alat*

Kesehatan Dengan Metode Aic,
Surabaya

16. Virgin, F. 2000, *Analisis Proses Pelayanan Terhadap Pasien yang akan Menjalani Operasi Cito di Instalasi Rawat Darurat RSUP Fatmawati pada Periode 14 Juni-13 Juli 2000*. Tesis Program Studi Kajian Administrasi Rumah Sakit Program Pasca Sarjana Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia
17. Siregar, BA, 2006, *Profil Penanganan Prabedah Pasien Sangat Gawat Darurat dan Gawat Darurat yang Dilakukan Pembedahan di UGD RSCM September-November 2005*. Makalah Departemen Pembedahan Ilmu Bedah. Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia, *Rumah Sakit Dr. Cipto Manungkusomo*, Jakarta
18. Potter dan Perry, 2005, *Fundamental Keperawatan : Konsep, Proses, dan Praktik*, Jakarta : EGC