

**ANALISIS KINERJA DAN BUDAYA MUTU DI IGD RS PKU MUHAMMADIYAH
YOGYAKARTA II**

***PERFORMANCE ANALYSIS AND QUALITY CULTURE IN UNIT EMERGENCY OF PKU
MUHAMMADIYAH HOSPITAL UNIT II YOGYAKARTA***

Erwin Santosa

*Program Studi Manajemen Rumahsakit, Universitas Muhammadiyah Yogyakarta
Jalan Lingkar Selatan, Tamantirto, Kasihan, Bantul, Yogyakarta 55183
Email: santosaerwin@yahoo.com*

Yunita Pransisca

*Program Studi Manajemen Rumahsakit, Universitas Muhammadiyah Yogyakarta
Jalan Lingkar Selatan, Tamantirto, Kasihan, Bantul, Yogyakarta 55183
Email: iyun_rafles@yahoo.com*

ABSTRACT

Concern to quality service in nowadays becoming global issue that triggered by consciousness to give best service for patient or by request from eksternal side of hospital. Government push hospital to give good quality of service by giving evaluation of hospital standarization. PKU Muhammadiyah Hospital Jogjakarta unit II which new one of health service unit right now striving to improve quality of service. Result of the beginning observation findout evaluation of activity are often neglected, particularly on unit emergency. The objective of this observation is to find out performance and quality culture in management unit emergency of PKU Muhammadiyah Hospital Jogjakarta unit II, This observation using qualitative method with case study as observation plan that using interview as observation instrument involving board of management and officer of unit emergency of PKU Muhammadiyah Hospital Jogjakarta unit II. The Self Assesment accreditation in 2008 and first edition of accreditation standard in 2012 result show that quality service standard that using by unit emergency of PKU Muhammadiyah Jogjakarta unit II for develop their quality of service its guided line for survey of hospital accreditation in 2008 instructed by Indonesia health ministry that poured into activity guidance of unit emergency, but because lack availability of unit emergency officer make unit emergency can't support implementation of unit emergency activity guidance. Working culture in unit emergency of PKU Muhammadiyah Hospital Jogjakarta unit II its only doing fast emergency response but not yet support quality service development because not yet develop service evaluation process. Service process evaluation hard to do because of limitation number of human resource. The result of unit emergency performance show by AKPPGD, DOA and result of accreditation in 2008 already achieve the standard, but not yet fulfill quality standard evaluation of health service management base on first edition of accreditation in 2012.

Key Word: *Performance, Quality, Accreditation, IGD*

ABSTRAK

Perhatian terhadap mutu pelayanan telah menjadi isu global yang dipicu oleh kesadaran untuk memberikan pelayanan terbaik kepada pasien maupun karena tuntutan dari pihak eksternal Rumah Sakit. Pemerintah mendorong Rumah Sakit untuk memberikan pelayanan yang bermutu dengan penilaian Akreditasi Rumah Sakit. RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta Unit II merupakan unit pelayanan yang relatif baru yang sedang mengupayakan perbaikan mutu pelayanan. Hasil observasi awal menemukan bahwa evaluasi kegiatan sering terabaikan, khususnya di IGD. Tujuan penelitian ini adalah untuk mengetahui kinerja dan budaya mutu dalam pengelolaan IGD RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta Unit II. Penelitian ini menggunakan metode kualitatif dengan rancangan penelitian studi kasus, yaitu dengan menggunakan instrumen penelitian berupa wawancara mendalam terhadap manajemen dan petugas IGD PKU Muhammadiyah Yogyakarta Unit II, Self Assesment Akreditasi 2008, dan Standar Akreditasi 2012 Edisi-1. Hasil menunjukkan bahwa Standar yang digunakan IGD RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta Unit II untuk pengembangan mutu pelayanannya adalah Pedoman Survei Akreditasi Rumah Sakit 2008 dari Kementerian Kesehatan RI yang dituangkan dalam Pedoman kerja IGD, namun ketersediaan jumlah petugas belum mendukung penyelenggaraan Pedoman kerja IGD tersebut. Budaya Kerja di IGD RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta Unit II hanya melakukan pelayanan yang cepat tanggap namun belum mendukung pengembangan mutu pelayanan karena belum mengembangkan evaluasi proses penyelenggaraan pelayanan. Evaluasi proses pelayanan terhambat oleh keterbatasan jumlah SDM. Hasil kinerja yang berupa AKPPGD, DOA dan hasil akreditasi 2008 telah memenuhi standar, namun belum memenuhi penilaian standar mutu pengelolaan pelayanan berdasarkan akreditasi 2012 Edisi-1.

Kata kunci : Kinerja, Mutu, Akreditasi, IGD.

PENDAHULUAN

Paradigma baru pelayanan medis lebih diarahkan pada kepedulian terhadap keinginan memberi pelayanan yang sesuai dengan kebutuhan dan harapan pasien, kegiatan memastikan dan menjamin mutu layanan, upaya memberdayakan pasien dalam semua proses pelayanan medis, serta memberikan pelayanan kesehatan yang aman⁽¹⁾. Perhatian terhadap mutu pelayanan telah menjadi isu global yang dipicu oleh kesadaran untuk memberikan pelayanan yang terbaik kepada pasien maupun karena tuntutan dari pihak eksternal RS.

RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta merupakan salah satu RS swasta di Yogyakarta. RS tersebut memiliki 2 unit. RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta mempunyai visi yaitu “Menjadi rumah sakit Islam yang berdasar pada Al Qur’an dan Sunnah Rasulullah SAW, dan sebagai rujukan terpercaya di Daerah Istimewa Yogyakarta dan Jawa Tengah dengan kualitas pelayanan kesehatan yang Islami, profesional, cepat, nyaman dan bermutu, setara dengan kualitas pelayanan rumah sakit - rumah sakit terkemuka di Indonesia dan Asia.

Salah satu unit pelayanan yang dimiliki RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta Unit II adalah instalasi gawat

darurat. IGD RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta Unit II merupakan pelayanan pertama sebagai ujung tombak pelayanan RS sehingga dituntut untuk memberikan pelayanan yang tepat. Unit ini terdiri dari 12 dokter umum dan 13 perawat. Mereka dipekerjakan secara bergiliran dan terbagi menjadi 3 shift, yaitu shift pagi, siang dan malam. Lama setiap shift kurang lebih 8 jam. IGD di PKU Muhammadiyah menyelenggarakan pelayanan 24 jam setiap hari serta melayani 2 pelayanan gawat darurat yaitu False Emergency dan True Emergency, yang diselenggarakan oleh 1 dokter umum dan dibantu 2-3 perawat setiap shift jaga. Pada pelayanan ini terdapat 3 kali shift jaga yaitu pagi, siang, malam.

AKPPGD atau Waktu tanggap yang ditetapkan untuk pelayanan pertama gawat darurat yang ditetapkan Manajemen RS PKU Muhammadiyah kurang dari 15 menit. Manajemen membuat toleransi angka keterlambatan kurang dari 10 persen. Pada tahun 2011, jumlah pasien true emergency sebanyak 4455. Angka keterlambatan pelayanan pertama gawat darurat (AKPPGD) IGD RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta Unit II cukup baik karena hanya 4.02 persen. Selain itu angka DOA (Death On Arrival) juga menunjukkan angka 1,25 perseribu yaitu dimana pasien yang masuk

dalam keadaan meninggal atau kematian kurang dari 24 jam dimana angka maksimalnya adalah 2 perseribu kasus yang ditangani di IGD. Hal tersebut menunjukkan bahwa angka AKPPGD dan DOA IGD RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta Unit II cukup baik. Walaupun hasil AKPPGD dan DOA baik, hasil observasi awal menemukan bahwa evaluasi kegiatan sering terabaikan. Evaluasi yang terabaikan juga berkaitan dengan sistem informasi serta prosedur yang telah dikembangkan sehingga tidak berjalan dengan lancar. Hal tersebut juga berdampak pada lemahnya perencanaan dan pengembangan termasuk perencanaan dan pengembangan sumber daya manusia.

Proses akreditasi dirancang untuk menciptakan budaya kualitas dalam suatu organisasi pelayanan kesehatan, sehingga organisasi itu akan berusaha meningkatkan mutu proses pelayanannya. Tuntutan-tuntutan tersebut 'memaksa' RS untuk selalu memperbaiki mutu pelayanan dengan mengembangkan budaya organisasi yang berorientasi pada mutu. Konsep mutu pelayanan kesehatan adalah tingkat kesempurnaan pelayanan kesehatan yang dapat menimbulkan kepuasan pasien dengan menggunakan tatacara penyelenggaraan yang sesuai dengan kode etik dan standar pelayanan profesi yang telah ditetapkan.⁽²⁾

Mutu pelayanan kesehatan dapat diukur dengan menggunakan 3 faktor yang digolongkan menjadi *input* (aspek struktur), proses dan *output/outcome* (keluaran). Faktor input merupakan faktor yang menentukan terwujudnya kegiatan-kegiatan (proses) agar menjadi langkah-langkah nyata untuk mencapai hasil (output)⁽³⁾

BAHAN DAN CARA

Penelitian ini dilakukan dengan metode wawancara langsung kepada subyek penelitian dengan menggunakan pedoman wawancara yang berisi pertanyaan-pertanyaan terbuka, Assesment dengan pedoman akreditasi 2008 dan Standar Akreditasi 2012 Edisi-1 tanpa telusur dan telaah dokumen, serta alat bantu lainnya meliputi *tape recorder*, buku dan alat tulis. Data yang dikumpulkan dalam penelitian ini diperoleh dengan melakukan wawancara mendalam terhadap manajemen dan petugas IGD RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta Unit II dalam 1 shift serta observasi dokumen.

Analisa data kualitatif dilakukan dengan cara mentranskrip catatan serta seluruh hasil rekaman wawancara mendalam secara bertahap

1. Mengumpulkan data yang diperoleh

2. Data yang telah dikumpulkan kemudian dibuat transkrip data yaitu mencatat seluruh data yang diperoleh seperti apa adanya tanpa membuat kesimpulan
3. Setelah data dibuat transkrip kemudian dilakukan pemilihan sesuai kategori data yaitu pengelompokkan data sesuai dengan sub topik.

HASIL

Ketersediaan sumber daya manusia di IGD RS PKU Muhammadiyah II telah memadai dari sisi kualitas. Petugas yang bertugas di IGD berlatar belakang pendidikan dan pelatihan memenuhi persyaratan yang telah ditetapkan. Secara kuantitas, jumlah dokter umum yang bekerja di IGD telah memenuhi kebutuhan. Jumlah perawat di IGD sebanyak 13. Jumlah tersebut dianggap kurang jika dihitung berdasarkan jumlah pasien yang dilayani. Keterbatasan tersebut semakin memperburuk mutu pelayanan karena perawat IGD merangkap bertugas di OK.

Faktor proses dipengaruhi oleh faktor input. Keterbatasan SDM yang dimiliki IGD menyebabkan pelayanan di IGD tidak sesuai dengan pedoman pelayanan yang ditetapkan. Proses pelayanan kesehatan yang diselenggarakan belum dievaluasi secara rutin dan berkala. Kegiatan evaluasi tidak

dapat dikerjakan karena keterbatasan jumlah SDM. Tim evaluasi terdiri dari petugas yang juga terlibat dalam pelayanan. Karena Keterbatasan SDM, manajemen lebih mengutamakan kecepatan pelayanan kepada pasien. Sampai saat ini, evaluasi yang dilakukan hanyalah evaluasi verbal antar seluruh petugas yang dilaksanakan pada saat Apel pagi yang rutin dilaksanakan setiap hari.

Hasil Akreditasi tahun 2008 yang sudah baik karena mendapatkan nilai lebih dari 80%. Akan tetapi setelah dilakukan Assesment dengan menggunakan Standar Akreditasi Versi 2012 Edisi-1 didapatkan hasil yang belum sesuai dengan standar tersebut. Sebagian besar mendapatkan skor 5 yang berarti bahwa kelengkapan dokumentasi berdasarkan standar sudah lengkap akan tetapi belum dilaksanakan. Perbedaan hasil penilaian tersebut karena penilaian akreditasi 2008 lebih pada kelengkapan dokumentasi standar sedangkan Akreditasi 2012 lebih menekankan pada dokumentasi pelaksanaan/proses dari standar tersebut.

Hasil Assesment terhadap kelengkapan dokumentasi yang mengacu pada Standar Akreditasi Versi 2012 Edisi-1 merupakan fakta bahwa evaluasi proses pelayanan belum dilaksanakan dengan baik. Dalam

manajemen mutu, proses menjadi fokus perhatian karena harus dikendalikan agar dapat mempertahankan keunggulan atau meningkatkan kinerja total dari suatu proses.

PEMBAHASAN

1. Faktor Input

Pengukuran mutu pelayanan kesehatan diukur dengan menggunakan 3 variabel yang digolongkan menjadi *input* (aspek struktur), proses dan *output/outcome* (keluaran). *Input* (aspek struktur) adalah segala sumber daya yang diperlukan untuk melakukan pelayanan kesehatan, seperti tenaga, dana, obat, fasilitas, peralatan, bahan, teknologi, organisasi, informasi dan lain-lain. Pelayanan kesehatan yang bermutu memerlukan dukungan input yang bermutu pula.⁽³⁾

Sumber daya yang dimiliki IGD PKU Muhammadiyah Yogyakarta Unit II diantaranya pedoman pelayanan. Pedoman pelayanan tersebut mengacu pada standar akreditasi RS yang ditetapkan oleh Kementerian Kesehatan. Pedoman tersebut sebagai standar mutu pelayanan IGD RS PKU Muhammadiyah. Pedoman pelayanan tersebut diantaranya mengatur mengenai ketersediaan sumber yang harus disediakan untuk menjalankan pelayanan kesehatan di IGD.

Ketersediaan sumber daya manusia di IGD RS PKU Muhammadiyah II telah memadai dari sisi kualitas. Petugas yang bertugas di IGD berlatar belakang pendidikan dan pelatihan memenuhi persyaratan yang telah ditetapkan. Secara kuantitas, jumlah dokter umum yang bekerja di IGD telah memenuhi kebutuhan. Jumlah perawat di IGD sebanyak 13. Jumlah tersebut dianggap kurang jika dihitung berdasarkan jumlah pasien yang dilayani. Keterbatasan tersebut semakin memperburuk mutu pelayanan karena perawat IGD merangkap bertugas di OK.

Usulan untuk penambahan perawat di IGD telah dilakukan namun pihak manajemen IGD maupun RS tidak mempunyai kewenangan untuk pengadaan SDM karena pengadaan SDM merupakan kebijakan Yayasan. Yayasan melakukan perekrutan lebih diorientasikan membuka bangsal Unit II yang belum berfungsi. Hal tersebut mendorong pihak manajemen IGD mengupayakan untuk mengoptimalkan jumlah perawat yang ada. Optimalisasi perawat dilakukan dengan membuat jadwal jaga dengan pola 3 perawat shift pagi, 2 perawat shift siang dan 2 orang shift malam. Optimalisasi tersebut berisiko pada penurunan kualitas pelayanan. Pada saat pelayanan resusitasi yang seharusnya

dilakukan oleh 3 orang perawat sering terganggu karena keterbatasan jumlah perawat tersebut dan juga kualitas pelayanan yang diberikan pada pasien lain yang datang pada saat bersama. Untuk mengatasi hal tersebut, manajemen membuat kebijakan memobilisasi perawat bangsal untuk membantu IGD bila IGD membutuhkan.

Manusia sebagai faktor input terpenting dalam proses manajemen dan faktor non manusia merupakan faktor input yang menentukan terwujudnya kegiatan-kegiatan (proses) agar menjadi langkah-langkah nyata untuk mencapai hasil (output).⁽⁴⁾ Secara factual, keterbatasan ketersediaan SDM secara kuantitas tidak mempengaruhi kinerja IGD secara nyata. Hasil studi dokumentasi menunjukkan bahwa AKPPGD sebesar 4,02 persen masih di bawah standar maksimal 10 persen. Angka DOA 1,25/1000 juga masih lebih kecil dibandingkan standar sebesar 2/1000 kasus kematian kurang dari 24 jam di IGD.

Keberhasilan tersebut kemungkinan dipengaruhi kualitas SDM dan fasilitas IGD yang memadai. Secara kualitas seluruh perawat IGD sudah bersertifikasi PPGD. Dokter yang bertugas di IGD semuanya sudah bersertifikasi ATLS dan sebagian ACLS. Kualitas SDM yang memadai didukung oleh fasilitas/peralatan di IGD

yang sesuai dengan standar sarana IGD berdasarkan type RS yang ditetapkan oleh kementerian kesehatan. Pengetahuan, keterampilan dan kompetensi karyawan melakukan tugasnya serta sinergi antara SDM akan menghasilkan kinerja yang optimal. Sumber daya manusia (SDM) yang berkualitas merupakan aset utama suatu organisasi, baik organisasi bisnis maupun organisasi nirlaba.⁽⁵⁾

Faktor lain yang kemungkinan berpengaruh terhadap kinerja adalah motivasi kerja petugas yang cukup tinggi. Semua petugas di pelayanan IGD adalah pekerja full time dan mendapat kompensasi yang memadai diantaranya gaji, uang lembur dan jaminan kesehatan penuh bagi petugas dan keluarganya. Motivasi kerja lain yang mempengaruhi kinerja petugas adalah membantu sesama dengan ikhlas sebagai ibadah yang selalu diinternalisasikan melalui wadah pengajian rutin karyawan PKU Muhammadiyah. Motivasi kerja adalah suatu kekuatan potensial dalam diri seorang manusia, yang dapat dikembangkannya sendiri atau dikembangkan oleh sejumlah kekuatan luar yang dapat mempengaruhi hasil kerjanya. Kekuatan luar yang berpengaruh terhadap motivasi kerja diantaranya imbalan moneter dan imbalan non moneter.⁽⁶⁾

2. Faktor Proses

Faktor proses merupakan rangkaian kegiatan dokter, perawat dan tenaga profesional lainnya serta petugas administrasi dalam interaksinya dengan pasien, yang meliputi apa dan bagaimana kegiatan profesional dan tenaga administrasi itu dilaksanakan. Proses ini mencakup (penilaian tentang pasien, penegakan diagnosis, rencana pengobatan, indikasi tindakan, prosedur asuhan keperawatan, prosedur tindakan pengobatan dan segi-segi teknis tindakan itu sendiri serta penanganan yang dilakukan).⁽³⁾

Faktor proses dipengaruhi oleh faktor input. Keterbatasan SDM yang dimiliki IGD menyebabkan pelayanan di IGD tidak sesuai dengan pedoman pelayanan yang ditetapkan. Proses pelayanan kesehatan yang diselenggarakan belum dievaluasi secara rutin dan berkala. Kegiatan evaluasi tidak dapat dikerjakan karena keterbatasan jumlah SDM. Tim evaluasi terdiri dari petugas yang juga terlibat dalam pelayanan. Karena Keterbatasan SDM, manajemen lebih mengutamakan kecepatan pelayanan kepada pasien. Sampai saat ini, evaluasi yang dilakukan hanyalah evaluasi verbal antar seluruh petugas yang dilaksanakan pada saat

Apel pagi yang rutin dilaksanakan setiap hari.

Keberhasilan tim IGD PKU Muhammadiyah memenuhi target output yang ditetapkan manajemen tersebut tidak lepas dari pengaruh budaya kerja yang dikembangkan oleh manajemen. Budaya organisasi sebagai suatu sistem makna bersama yang dianut oleh anggota yang membedakan organisasi tersebut dengan organisasi yang lain. Budaya organisasi adalah sistem gagasan dari organisasi yang menjadi ideologi dan merupakan ciri organisasi yang tercermin dalam perilaku anggotanya atau atribut lain.⁽⁷⁾

Pihak manajemen mengembangkan budaya kerja di IGD dengan budaya cepat tanggap. Budaya kerja tersebut dikembangkan secara alamiah. Pengembangan budaya secara ilmiah seperti penggunaan teori standar mutu seperti TQM, GKM, CQI, dan lain-lain belum dijalankan. Petugas menjalankan proses pelayanan merujuk pada pendidikan dan pelatihan yang sudah diikuti.

Pengembangan budaya cepat tanggap didukung dengan program penyegaran keterampilan petugas secara berkala. Program penyegaran pelatihan dilakukan di rumah sakit sendiri atau mengirim petugas untuk mengikuti pelatihan

di luar. Program pelatihan sebagai penyegaran keterampilan petugas belum dilakukan evaluasi karena program penyegaran baru dilakukan. Evaluasi pelatihan direncanakan setelah satu tahun pelaksanaan pelatihan. Selain meningkatkan kemampuan SDM untuk mencapai budaya pelayanan yang cepat tanggap, manajemen juga meningkatkan koordinasi dengan instalasi lain, seperti meningkatkan koordinasi dengan instalasi laboratorium dan radiologi.

Pengembangan budaya cepat tanggap ternyata tidak dapat memenuhi kriteria akreditasi RS yang ditetapkan Kementerian Kesehatan. Berdasarkan Hasil Assesment terhadap kelengkapan dokumentasi yang mengacu pada Standar Akreditasi Versi 2012 Edisi-1 untuk standar IGD menunjukan RS sebagian besar mempunyai skor 5, yang berarti terdapat dokumentasi namun pelaksanaannya belum dilakukan. Konsep mutu pelayanan kesehatan pada umumnya menunjuk pada tingkat kesempurnaan pelayanan kesehatan. Kesempurnaan pelayanan kesehatan seharusnya dapat menimbulkan kepuasan setiap pasien sesuai dengan tingkat kepuasan rata-rata penduduk. Pemenuhan kepuasan pasien tersebut harus dengan menggunakan tatacara penyelenggaraan yang sesuai

dengan kode etik dan standar pelayanan profesi yang telah ditetapkan.⁽²⁾ Pelaksanaan SOP merupakan bagian dari tatacara penyelenggaraan yang sesuai standar pelayanan yang ditetapkan oleh lembaga Akreditasi RS Kementerian Kesehatan.

IGD telah memiliki SOP yang sudah ditetapkan dan disesuaikan dengan pedoman survey akreditasi 2008, namun SOP belum dijalankan secara baik. SOP tersebut tidak dibagikan kepada petugas melainkan disimpan oleh supervisor. Fakta tersebut menunjukkan bahwa SOP tidak disosialisasikan kepada petugas sebagai pedoman kerja.

Faktor struktur organisasi terdapat pada upaya peningkatan mutu staf medis dan keperawatan.⁽⁸⁾ Upaya peningkatan kemampuan staf keperawatan dan medis telah dilakukan oleh manajemen dengan membuat pola pelatihan secara berkala. Upaya tersebut belum didukung oleh kegiatan evaluasi kemampuan petugas pasca pelatihan. Pengembangan pelaksanaan (SOP) sesuai dengan akreditasi RS hanya sebatas untuk memenuhi kelengkapan administrasi akredistasi, karena pelaksanaan SOP belum dilakukan. Dengan demikian, kemampuan teknis organisasi yang merefleksikan kemampuan organisasi dalam menggunakan perangkat manajemen mutu

hanya sekedar untuk mendapatkan akreditasi. Peran stake holder dalam struktur organisasi dapat dikembangkan dengan mengoptimalkan kegiatan evaluasi.

Peningkatan kualitas merupakan aktivitas teknis dan manajemen untuk mengukur karakteristik kualitas suatu produk dibandingkan dengan hasil yang diinginkan (standar).⁽⁹⁾ Pengertian tersebut dapat dimaknai evaluasi merupakan kegiatan yang harus dilakukan. Evaluasi IGD dilakukan oleh supervisor perawat atau koordinator dokter umum dengan membuat laporan pelayanan. Dalam kasus penelitian ini evaluasi yang dilakukan oleh manajemen cenderung pada evaluasi mengenai hasil bukan evaluasi mengenai proses pelayanan. Keterbatasan SDM menyebabkan kegiatan evaluasi proses pelayanan tidak dapat dilakukan secara optimal.

3. Faktor Output

Output/outcome (aspek keluaran) adalah merupakan hasil pelayanan kesehatan berupa kegiatan dan tindakan dokter, perawat dan tenaga profesional lainnya serta pelayanan bagian administratif terhadap pasien dalam arti perubahan derajat kesehatan dan kepuasannya, baik positif maupun sebaliknya.⁽³⁾ Output pelayanan kesehatan yang berupa perubahan derajat kesehatan yang ditetapkan mengacu pada

Permenkes, yaitu berupa AKPPGD dan angka DOA. AKPPGD dan angka DOA merupakan penyusunan indikator penilaian sistem keselamatan pasien rumah sakit dalam sistem akreditasi rumah sakit tersebut dilakukan dengan mengacu pada standar keselamatan pasien rumah sakit WHO.

Hasil observasi dokumen laporan pelayanan IGD pada tahun 2012 didapatkan bahwa AKPPGD sebesar 4,02 dan DOA sebesar 1,25/1000. Angka keterlambatan tersebut masih dibawah toleransi 10 persen dan angka DOA masih di bawah 2/1000. Hal tersebut berarti pelayanan IGD telah memenuhi target yang ditetapkan oleh manajemen.

AKPPGD singkatan dari Angka keterlambatan pelayanan pertama gawat darurat. Manajemen RS menetapkan standar pelayanan pertama gawat darurat kurang dari 15 menit dengan toleransi AKPPGD kurang dari 10 persen. Waktu 15 menit tersebut diukur dari pasien datang hingga penegakan diagnosis. Hal tersebut berarti AKPPGP bukan response time (waktu tanggap). Waktu tanggap di IGD merupakan gabungan dari waktu tanggap saat pasien tiba di depan pintu rumah sakit sampai mendapat tanggapan atau respon dari perawat IGD. Waktu tanggap dapat dihitung dengan hitungan menit.⁽¹⁰⁾ Angka

keterlambatan waktu tanggap atau response time pelayanan dokter di IGD ditetapkan maksimal 5 menit. Perbedaan indikator tersebut sebaiknya disesuaikan karena response time merupakan salah satu indikator akreditasi RS.

Dalam pasal 10 ayat 1 Permenkes Nomor 147/2010 tentang Perizinan Rumah Sakit disebutkan bahwa setiap RS yang telah mendapatkan izin operasional harus diregistrasi dan diakreditasi. Akreditasi Rumah Sakit adalah pengakuan yang diberikan oleh pemerintah kepada manajemen RS yang telah memenuhi standar yang telah ditetapkan. Akreditasi RS merupakan sistem yang bertujuan merangsang profesi untuk berperan serta di dalam pengembang mutu pelayanan kesehatan. Proses akreditasi dirancang untuk menciptakan budaya kualitas dalam suatu organisasi pelayanan kesehatan, sehingga organisasi itu akan berusaha meningkatkan mutu proses perawatannya.

Konsep mutu pelayanan kesehatan pada umumnya menunjuk pada tingkat kesempurnaan pelayanan kesehatan. Kesempurnaan pelayanan kesehatan seharusnya dapat menimbulkan kepuasan setiap pasien sesuai dengan tingkat kepuasan rata-rata penduduk. Pemenuhan kepuasan pasien tersebut harus dengan menggunakan

tatacara penyelenggaraan yang sesuai dengan kode etik dan standar pelayanan profesi yang telah ditetapkan.⁽²⁾

Hasil Akreditasi tahun 2008 yang sudah baik karena mendapatkan nilai lebih dari 80%. Akan tetapi setelah dilakukan Assesment dengan menggunakan Standar Akreditasi Versi 2012 Edisi-1 didapatkan hasil yang belum sesuai dengan standar tersebut. Sebagian besar mendapatkan skor 5 yang berarti bahwa kelengkapan dokumentasi berdasarkan standar sudah lengkap akan tetapi belum dilaksanakan. Perbedaan hasil penilaian tersebut karena penilaian akreditasi 2008 lebih pada kelengkapan dokumentasi standar sedangkan Akreditasi 2012 lebih menekankan pada dokumentasi pelaksanaan/proses dari standar tersebut.

Hasil Assesment terhadap kelengkapan dokumantasi yang mengacu pada Standar Akreditasi Versi 2012 Edisi-1 merupakan fakta bahwa evaluasi proses pelayanan belum dilaksanakan dengan baik. Dalam manajemen mutu, proses menjadi fokus perhatian karena harus dikendalikan agar dapat mempertahankan keunggulan atau meningkatkan kinerja total dari suatu proses.⁽⁹⁾ Salah satu ciri dari sistem pengendalian kualitas yaitu terdapat aktivitas yang berorientasi pada tindakan

untuk mencegah kerusakan produk karena kesalahan dan kelalaian dalam proses produksi. Tindakan mencegah kerusakan produk dalam pelayanan kesehatan merupakan tindakan manajemen mutu. Bentuk tindakan tersebut adalah tindakan mengawasi atau mengevaluasi proses pelayanan agar sesuai dengan standar yang ditetapkan. Disisi lain, proses akreditasi Rumah Sakit dirancang untuk menciptakan budaya kualitas dalam suatu organisasi pelayanan kesehatan, sehingga organisasi itu akan berusaha meningkatkan mutu proses pelayanannya. Sistem manajemen mutu merupakan suatu pendekatan, seperangkat cara dan metoda spesifik untuk melaksanakan program aktivitas peningkatan mutu. Salah satu factor yang mempengaruhi penerapan sistem manajemen, yaitu : budaya organisasi (dalam mengembangkan standar dan nilai-nilai berhubungan dengan keterpaduan, kerja tim dan inovasi, asumsi tentang perubahan dan pengambilan risiko). Pendekatan ini memerlukan dukungan dari struktur organisasi dan kemampuan teknis organisasi.⁽⁹⁾

KESIMPULAN

Input berupa standar yang untuk pengembangan mutu pelayanan IGD adalah Pedoman Survei Akreditasi Rumah Sakit 2008 dari Kementerian Kesehatan yang dituangkan dalam Pedoman kerja IGD. Standar input tidak terpenuhi karena ketersediaan jumlah perawat belum sesuai Pedoman kerja IGD. Budaya mutu yang dikembangkan di IGD RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta Unit II hanya melakukan pelayanan yang cepat tanggap namun belum mengembangkan evaluasi proses penyelenggaraan pelayanan. Budaya mutu sebagai standar proses pelayanan terhambat oleh keterbatasan jumlah SDM. Input SDM yang terbatas dan budaya mutu yang berorientasi hasil menyebabkan AKPPGD dan DOA di PKU Muhammadiyah Unit II dapat memenuhi standar output yang ditetapkan oleh Manajemen, namun belum memenuhi standar mutu pengelolaan pelayanan yang ditetapkan akreditasi.

DAFTAR PUSTAKA

1. Wright, J. and P. Hill (2003). Clinical Governance. London, Churchill Livingstone

2. Azwar, A.(1998). *Pengantar Administrasi Kesehatan*, Edisi ketiga, Binapura Aksara, Jakarta.
3. Donabedian, A., (1988), The Quality of Care; *Journal of Jama*, No.23/30 (12) P; 260.
4. Siagian, S.P., 1999, *Manajemen Sumber Daya Manusia*, Bumi Aksara, Jakarta
5. Handoko, T.H., 2001. *Manajemen Personalia dan Sumber Daya Manusia*. BPFE, Cetakan 15, Yogyakarta.
6. Winardi W (2007), Peran Pemimpin Membangun Budaya Perusahaan, dalam Moeljono D dan Sudjarmiko S (eds) *Corporate Culture Challenge to Excellence*. PT Gramedia. Jakarta
7. Robbin, R. P. (2006) *Perilaku Organisasi*, edisi kesepuluh. Jakarta: PT Indeks
8. Wardhani, V., A. Utarini, et al. (2009). "Determinants of quality management systems implementation in hospitals." *HealthPolicy* 89.
9. Gasper V (2003), *Total Quality Management*, Jakarta, PT Gramedia Pustaka Umum
10. Departemen Kesehatan, 2008, Surat keputusan Menteri Kesehatan nomor : 129 tahun 2008 tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit