

ANALISIS MUTU PELAYANAN KESEHATAN DITINJAU DARI ASPEK INPUT RUMAH SAKIT DI INSTALASI RAWAT INAP RSU. HAJI MAKASSAR

¹Alwi Arifin, ¹Darmawansyah, ¹A. Tenri Sanna Ilma S.

¹Departemen Administrasi dan Kebijakan Kesehatan, Fakultas Kesehatan Masyarakat,

ABSTRACT

The quality of health care can be measured by consider or monitor and evaluate indicator, criteria and standard that are assumed relevant and suitable with aspect of structure, process and outcome of one health services institution. This study is about Quality of Health Services Observed From Hospital Input Aspect in Haji Hospital Makassar 2008 relating to Manpower, Money (budget) in, Materials and Method (hospital mechanism and standard of services). This was a qualitative study, involving 14 informants, Primary data were collected by indepeneth interview by using questionnaire, and the secondary data were collected from Haji hospital Makassar. This study shows that number of paramedic is still below standard concerning number of bed, doctors are not always present and no maximum services for patients. Educational background of paramedics has fulfilled the standard even though it can not guarantee the quality of paramedic in giving services to patients. In order to improve hospital service there should be Test of Competence to all paramedic in hospital. Training to develop nurse quality has not been well conducted because of budgeting problem, program and nurse schedule. Number of bed has fulfilled the standard even though it is always rejected by patients, the quantity and quality of means of services are still less. Integrated quality of health care from hospital input aspect included quantity and quality of man, money, material and method are still less and not fulfilled service standard yet. So, it means the hospital input aspect not in good quality.

PENDAHULUAN

Perubahan terus menerus terjadi pada lingkungan rumah sakit dewasa ini, baik yang diakibatkan oleh perkembangan teknologi bidang kedokteran, maupun adanya deregulasi bidang perumahasakitan terutama menghadapi era globalisasi, sehingga untuk menambah dan mempertahankan pasar perlu dikembangkan pelayanan dengan mutu yang baik. Untuk mencapai mutu yang baik Rumah Sakit sebagai perusahaan jasa harus selalu meningkatkan mutu dengan berbagai cara diantaranya melakukan standar penilaian mutu.¹⁹

Menurut Donabedian ada tiga pendekatan penilaian mutu yaitu : Aspek struktur meliputi sarana fisik, perlengkapan dan peralatan, organisasi dan manajemen, keuangan, sumberdaya manusia dan sumberdaya lainnya, hal ini yang dimaksud struktur adalah masukan (*input*). Aspek proses adalah semua kegiatan

yang dilaksanakan secara profesional oleh tenaga kesehatan (dokter, perawat, dan tenaga profesi lain) dan interaksinya dengan pasien, meliputi metode atau tata cara pelayanan kesehatan. Aspek keluaran adalah kegiatan dan tindakan dokter, perawat dan tenaga administrasi yang dapat dirasakan oleh pasien dan memberikan perubahan ke arah tingkat kesehatan dan kepuasan yang diharapkan pasien.⁵

Menurut Ketua Umum Perhimpunan Rumah Sakit Seluruh Indonesia (PERSI), Dr. Adib A. Yahya, MARS, tiga komponen mutu pelayanan kesehatan di rumah sakit, mencakup komponen input/struktur, komponen proses, dan komponen *outcome* (hasil). *Komponen input/struktur* menunjukkan aspek institusional fasilitas pelayanan kesehatan seperti ukuran, kompleksitas, jumlah dan luasnya unit atau departemen, jumlah dan kualifikasi staf, peralatan medis dan non medis, struktur

organisasi, sistem keuangan, dan sistem informasi.²¹

Selain itu, yang termasuk indikator struktur juga antara lain : Tenaga kesehatan profesional baik dokter maupun paramedis (kualitas dan kuantitas), anggaran biaya yang tersedia untuk operasional dan lain-lain, perlengkapan dan peralatan kedokteran, serta metode (adanya *standar operating procedure* masing-masing unit).⁵

Mutu asuhan kesehatan suatu organisasi pelayanan kesehatan dapat diukur dengan memperhatikan atau memantau dan menilai indikator, kriteria, dan standar yang diasumsikan relevan dan berlaku sesuai dengan aspek-aspek struktur, proses, dan outcome dari organisasi pelayanan kesehatan tersebut. Kriteria dan standar bagi organisasi pelayanan kesehatan dapat ditetapkan oleh instansi yang berwenang ataupun disusun sendiri disepakati bersama dengan staf medik dan tenaga kesehatan dari unit pemberi jasa pelayanan yang bersangkutan.⁵

Namun pada kenyataannya bahwa rendahnya mutu pelayanan dapat disebabkan oleh faktor *input* (kurangnya fasilitas, peralatan, tenaga dokter ahli, dana, dan sebagainya). Beberapa faktor yang mendukung mutu pelayanan yang rendah di RS di antaranya jumlah dokter spesialis, kuantitas dan kualitas perawat, serta alokasi pendanaan masih memprioritaskan pada fisik dan peralatan. Kecilnya alokasi dana untuk operasional RS disertai dengan tingginya target pemasukan PAD merupakan salah satu alasan kecilnya dana untuk peningkatan mutu pelayanan.

Penelitian ini dimaksudkan untuk mengetahui gambaran mutu pelayanan kesehatan ditinjau dari aspek input di instalasi rawat inap berdasarkan *man, money, material, method*.

DAN METODE PENELITIAN

Lokasi Penelitian

Penelitian ini dilakukan di instalasi rawat inap RSUD Haji Makassar yang merupakan gerbang rujukan RS Bhayangkara dan RS Labuang Baji.

Desain Penelitian

Jenis penelitian yang digunakan adalah penelitian kualitatif yang bermaksud untuk mengetahui informasi tentang mutu pelayanan kesehatan terkait *man, money, material, method*

di instalasi rawat inap RSUD Haji. Informan berjumlah 14 orang, dimana yang bertindak sebagai informan kunci adalah Kepala Ruang Perawatan. Sedangkan Kepala Instalasi Rawat Inap, Kepala Seksi Keuangan, Kepala Diklat Keperawatan, Kepala Seksi Rekam Medik dan Dokter Spesialis, Perawat dan Pasien berkaitan sebagai informan biasa. Dimana penentuan informan dilakukan dengan teknik *Purposive* yaitu pengambilan sampel sumber data dengan pertimbangan tertentu yang dianggap paling tahu tentang apa yang diharapkan dan memudahkan peneliti.⁴

Metode Pengumpulan Data

Pengumpulan data dilakukan dengan proses wawancara mendalam (*indepth interview*).⁴ terhadap informan dengan menggunakan alat bantu tape recorder dan pedoman wawancara yang telah disediakan sebelumnya, observasi dilokasi penelitian, serta telaah dokumen berupa jumlah tenaga perawat, tenaga medik, latar belakang pendidikan, realisasi pendapatan rumah sakit, serta standar ketenagaan dan peralatan di instalasi rawat inap maupun Master Plan.

Analisis Data

Data yang diperoleh dari hasil wawancara mendalam di olah secara manual dengan analisis isi yaitu mengelompokkan hasil wawancara sesuai dengan tujuan penelitian. Dan selanjutnya di interpretasikan dan disajikan dalam bentuk naskah, sedangkan data dari hasil observasi dan telaah dokumen dikelompokkan sesuai dengan variabel penelitian kemudian dianalisa dan disajikan dalam bentuk naskah.⁴

HASIL

Man (Sumber Daya Manusia)

Man merujuk pada sumber daya manusia yang dimiliki oleh organisasi RS. Untuk memperoleh informasi tentang ketenagaan (sumber daya manusia) dilakukan dengan menggunakan metode triangulasi teknik melalui *indepth interview* dan telaah dokumen. Indikator yang ingin diketahui yaitu kecukupan jumlah tenaga medis dan paramedis terhadap jumlah pasien yang harus terlayani, kesesuaian kualifikasi pendidikan tenaga keperawatan terhadap kebutuhan penyakit pasien, serta pelatihan dan pengembangan.

Kecukupan Tenaga Medis dan Tenaga Perawat Terhadap Pasien

Kalau mau bicara standar, masih belum sesuai artinya tenaga yang kita miliki masih kurang jika dibandingkan dengan jumlah pasien, makanya sekarang sedang kita benahi, kita diberi tanggungjawab untuk mendata kembali, karena mau mengarah ke BLU. Meskipun tidak mencukupi jumlahnya dan tidak sesuai standar harus tetap jalan, karena kalau mau tunggu rasio, pasien tidak terlayani, tapi sekarang sedang disusun standar tenaga dan alat.”

(ADM, Masa Kerja ± 1 tahun)

“ Pasien tidak mengeluh tentang kekurangan perawat, tapi untuk IRNA yang masih kurang ini, karena dihitung bukan berdasarkan jumlah tempat tidur tapi tingkat ketergantungan pasien dan beban kerja, justru yang mengeluh adalah tenaga perawat ruangan (teman seprofesi) karena merasa kewalahan.”

(AGS, Masa Kerja ± 3 tahun)

Hasil penelitian tentang kondisi pada instalasi rawat inap berdasarkan ketenagaan/sumber daya manusia menunjukan bahwa kesesuaian jumlah tenaga dengan jumlah pasien tidak seimbang. Hal ini tentu akan mempengaruhi kualitas pelayanan kepada pasien.

Kesesuaian Kualifikasi Pendidikan Dengan Kebutuhan Pasien

“ Dengan latar belakang pendidikan tidak menjamin kebutuhan pasien, karena sifatnya individual skill, keterampilan yang utama, makanya Uji Kompetensi sangat bagus. Namun, dengan adanya rotasi bisa membantu pengetahuan tenaga, karena tiap 2 minggu akan diajar oleh perawat lama, tidak langsung ditempatkan.”

(ADM, Masa Kerja ± 1 tahun)

Uji Kompetensi sangat penting diadakan agar tenaga yang direkrut bisa mempunyai kapabilitas sesuai dengan profesinya. Oleh karena itu agar mutu pelayanan kesehatan bisa tercapai sebaiknya perencanaan sumber daya manusia dalam hal tenaga medis lebih ditingkatkan agar dapat terpenuhi kebutuhan pasien di rawat inap.

Sedangkan dalam hal kualifikasi pendidikan RS Haji tidak mempunyai sistem

perekrutan tersendiri untuk tenaga perawat. Sebagai RS Pemerintah, RS Haji hanya menerima quota tenaga yang sudah ada tanpa memilih jenis pendidikan yang dimiliki. Kecuali, untuk perekrutan tenaga sukarela, RS Haji memberikan batasan minimal D3 dan sudah memiliki Surat Izin Perawat (SIP). Namun, khususnya untuk tenaga sukarela RS Haji tidak bisa merekrut terlalu banyak, karena mereka tenaga yang tidak mendapatkan imbalan financial, dan walaupun ada mereka harus antri setelah ada penggantian.

Kualifikasi pendidikan merupakan dasar yang penting bagi seorang tenaga medis dan paramedis memberikan pelayanan kepada pasien sesuai dengan kebutuhan penyakitnya, dimana dengan kualifikasi yang ada pasien merasa yakin bahwa diagnosa yang diberikan sesuai dengan penyakitnya. Namun, kualifikasi pendidikan untuk sekarang ini, bukan merupakan hal yang utama dan menjamin keakurata tenaga medis maupun paramedis. ketepatan dalam pemberian pelayanan. Tetapi lebih bersifat individual skill/kompetensi khusus yang dimiliki oleh setiap pribadi tenaga perawat yang ada. Namun, dengan adanya rotasi sedikit banyak tenaga perawat bisa memahami porsi setiap ruang perawatan dan pengetahuan mereka juga bisa semakin bertambah karena mendapatkan bimbingan dari perawat yang sudah lama bekerja. Oleh karena itu sangat diharapkan nantinya bisa dilaksanakan Uji Kompetensi agar terjadi peningkatan mutu sumber daya manusia..

Keikutsertaan Tenaga Medis dan Paramedis Dalam Pelatihan dan Pengembangan

Di samping itu, bila berbicara tentang keikutsertaan tenaga perawat dalam pelatihan dan pengembangan, hal tersebut masih sangat kurang. Berdasarkan hasil penelitian menunjukkan bahwa pelaksanaan pelatihan dan pengembangan tersebut dilakukan secara bertahap setiap tahun mengingat karena terbentur dengan persoalan anggaran, program maupun jadwal kerja.

“ Diklat itu penting sekali. Terus terang saja saya sangat menginginkan diklat internal, karena perkembangan IPTEK terus berubah, 5 tahun yang akan datang jauh berbeda dengan sekarang. Untuk mengetahui kemampuan perlu audit mutu.

Terus terang saja memang tidak jalan, tetapi dengan pimpinan baru kita akan jalan. Kita optimis dengan itu.”

(ADM, Masa Kerja ± 1 tahun)

Namun, kenyataan dalam sebuah institusi RS semuanya akan dikembalikan kepada pihak manajemen agar lebih mempermantap program pelatihan dan pengembangan, sehingga dapat lebih ditingkatkan kualitas/mutu sumber daya manusia.

Mutu pelayanan tak terlepas dari mutu keperawatan, dimana upaya peningkatan kemampuan dan keterampilan tenaga perawat melalui pelatihan-pelatihan belum mampu mengatasi kesenjangan antara tuntutan peningkatan mutu pelayanan keperawatan dan kemajuan IPTEK kesehatan/keperawatan. Pengembangan karier tenaga perawat kearah profesionalisme melalui penyelenggaraan pendidikan berjenjang belum terarah dengan jelas.

Oleh karena itu, penting bagi pihak manajemen dan direktur RS bisa lebih memprioritaskan keikutsertaan tenaga perawat dalam pelatihan-pelatihan, utamanya dalam pelatihan lingkup internal, agar pengetahuan dan ketrampilan bisa lebih dipertajam.

Money (Sumber daya Keuangan/Anggaran)

Money/uang merupakan alat yang penting untuk mencapai tujuan karena segala sesuatu harus diperhitungkan secara rasional. Hal ini akan berhubungan dengan berapa jumlah yang harus disediakan untuk peralatan yang dibutuhkan, berapa biaya yang disisihkan untuk diklat, gaji serta berapa hasil yang akan dicapai oleh suatu RS.

Alokasi Dana dan Pendistribusian yang Cukup Untuk Rawat Inap Dalam Memenuhi Kebutuhan Pelayanan

Berdasarkan penilaian keuangan dalam Master Plan RS Haji bahwa penilaian keuangan dilakukan setelah dipelajari dan dinilai dari segi komersial dan teknis karena dari aspek komersial dan teknis itulah diperoleh data dan keterangan dalam rangka merancang investasi dan pembiayaan untuk membangun proyek, yaitu :

- 1.Mengenai peralatan dan biayanya.
- 2.Keperluan-keperluan operasional dan biayanya
- 3.Tenaga kerja (karyawan) termasuk para manajer dan biayanya,
- 4.Produk dan volume penjualan serta pendapatan yang diperkirakan

akan diperoleh dalam beberapa periode yang akan datang setelah proyek berjalan dan lain-lain data keterangan lain yang dapat dinilai dengan uang.

Berdasarkan hasil penelitian, RS Haji tidak menurunkan dana segar kepada tiap-tiap ruangan untuk dikelola sesuai kebutuhan pelayanan, tetapi mengajukan proposal kebutuhan tersebut yang nantinya akan diperhitungkan oleh pihak yang terkait. Permintaan tersebut diajukan melalui Rencana Kegiatan Anggaran yang nantinya akan dirapatkan terlebih dahulu, hingga sampai pada pembahasan di DPR, sebagai RS Pemerintah.

“ Diajukan proposal ke bagian keuangan, koordinasi dengan pihak terkait (Direktur) sesuai permintaan kebutuhan melalui Rencana Kegiatan Anggaran (RKA), tetapi sebelumnya dirapatkan terlebih dahulu. Jadi, semua penunjang kegiatan melakukan pertemuan, pembahasan di DPR, dimana semua kebutuhan permintaan dimasukkan ke RKA sesuai alokasi dana.”

(NRL, Masa Kerja ± 2 tahun)

“ Masalah yang terjadi, kalau dana belum turun, bisaanya lama padahal kita butuh. Misalnya disini seprei kurang, saya minta seprei tapi sampai sekarang belum ada dananya. Kita tidak pernah pegang uang cash, uang pasien saja langsung disetor ke loket pembayaran. “

(SRW, Masa Kerja ± 2 tahun)

Dari hasil wawancara tersebut sangat jelas tergambar konsep anggaran yang ada di RS Haji yang hanya mengajukan proposal kebutuhan, kemudian menunggu dana cair dan diturunkan ke tiap-tiap ruangan perawatan sebagai biaya operasional. Di RS Haji khususnya instalasi rawat inap masih merasakan kendala dalam hal keuangan. Dimana, terkadang dengan proposal yang diajukan besaran alokasi dana belum cukup untuk menutupi kebutuhan operasional pelayanan setiap ruang perawatan. Senada juga yang dikatakan oleh Pelaksana Harian Keuangan bahwa bila permintaan besar sementara yang diminta tersebut memang sudah ada pagunya maka pihak Keuangan hanya membagi-bagi sesuai porsi. Makanya bisaa ada pihak yang tidak merasa puas, karena diberikan sesuai prioritas, diutamakan yang lebih

membutuhkan, seperti halnya gaji dan yang bersentuhan langsung dengan pelayanan.

Alokasi Dana Untuk Pelatihan dan Pengembangan Tenaga Medis dan Nonmedis

Sama halnya dengan ketidakefektifan pelaksanaan pelatihan dan pengembangan tenaga perawat RS yang penting dalam upaya peningkatan mutu SDM kesemuanya terhambat karena persoalan anggaran yang disisihkan oleh RS dibawah standar yaitu kurang dari 5%. Keadaan tersebut juga tentu saja akan ikut berpengaruh terhadap mutu sumber daya manusia yang memberikan pelayanan kesehatan kepada pasien.

“Anggaran untuk pelatihan dan pengembangan masih dibawah standar 5% karena masih dianggap tidak penting.”

(SYF, Masa Kerja ± 3 tahun)

Padahal menurut indikator kinerja SPM anggaran untuk diklat sebesar 5% dari jumlah anggaran RS, sehingga dengan pelatihan dan pengembangan yang terbatas, maka tenaga kesehatan/keperawatan akan tertinggal dalam hal pengetahuan-pengetahuan terkini tentang kesehatan, begitupula dalam hal keterampilan. Pelatihan dan pengembangan sangat terkait dengan biaya dan tenaga pemberi pelayanan di RS (*Man dan Money*).

Material (Saran dan Prasarana)

Kecukupan Jumlah Tempat Tidur Terhadap Jumlah Pasien

“Pasien yang datang tidak tentu jumlahnya, tapi rata-rata full perhari. Penolakan bisaa dilakukan apabila bed betul-betul penuh.”

(NSR, Masa Kerja ± 12 tahun)

“Kita ini orang tidak mampu, jadi menggunakan Jamkesmas, berharap bisa ditempatkan di Perawatan III (gratis), tapi karena bangsal penuh jadi ditempatkan disini. Katanya sih waktu itu sementara, trus saya Tanya apa pada saat ada kosong saya bisa pindah, katanya bisa. Tapi kata dokter di bangsal itu ada penyakit menular jadi dia takut kita pindah, nanti ada apa-apa. Jadi, kita tetap disini saja.”

(NRF, 22 tahun)

Berdasarkan hasil penelitian, bahwa sarana fisik bangunan telah memenuhi standar, dimana jumlah tempat tidur sudah tersedia ± 116 buah sampai pada hal-hal lain yang juga sudah tersedia. Akan tetapi, dengan jumlah tempat tidur tersebut masih sering terjadi penolakan pasien setiap hari, khususnya untuk ruang perawatan III yang paling banyak mengeluhkan kekurangan tersebut, karena pasien yang datang selalu full setiap hari sementara tempat tidur juga masih terpakai. Padahal seharusnya Standar pemerintah jumlah TT u/RS kelas C adalah 100 TT, 1 TT untuk 1500 penduduk. Namun, kenyataannya 100 TT hanya dapat melayani 20 ribu penduduk, sedangkan jumlah pasien RS Haji tahun 207 sebesar 24.492 jiwa.

Oleh karena itu, dengan kesehatan gratis yang juga merupakan program Pemerintah di kelas bangsal ini, maka akan segera diberikan bantuan sebanyak 200 tempat tidur, yang nantinya Ruang Perawatan II akan menjadi prioritas. Sementara bila menilik permasalahan pemanfaatan RS dalam hal BOR yang berada di bawah nilai ideal yaitu 53,13% (idealnya 65-85%) karena adanya mutu pelayanan RS yang rendah, khususnya bila dikaitkan dengan ketenagaan (dokter yang kurang dan tidak tepat waktu) sampai pada peralatan dan tempat tidur yang masih kurang, sehingga menyebabkan sering terjadinya penolakan pasien yang terjadi hampir setiap hari.

Ketersediaan Peralatan yang Sesuai, Cukup Jumlah dan Berkualitas

“ Peralatan masih banyak yang kurang. Misalnya nabilizer (pertolongan pertama pasien sesak) tidak ada, Sexion, EKG juga tidak ada. Sebenarnya harus dipenuhi di ruangan sehingga bila tidak ada kan harus dialihkan lagi ke UGD untuk sekedar penggunaan EKG setelah itu dikembalikan lagi. “

(NSR, Masa Kerja ± 12 tahun)

“ Peralatan sudah memadai, tapi sementara disusun standarnya. Kalau mau dilihat pasti ada masalah peralatan di tiap ruangan, kecuali kalau swasta mungkin tidak karena sekali lagi kita terbentur dengan masalah anggaran.”

(ADM, Masa Kerja ± 1 tahun)

Berdasarkan hasil penelitian menunjukkan adanya ketidaksesuaian dengan standar peralatan

yang harus tersedia di setiap kamar perawatan maupun peralatan yang ada kurang berkualitas. Beberapa keluhan hampir di setiap ruang perawatan. Mulai dari ruang perawatan I yang mengeluhkan sampiran yang masih kurang, Perawatan II yang mengeluhkan beberapa alat yang dibutuhkan seperti Nabilizer, Suction, maupun EKG yang tidak ada, Perawatan III/VIP yang juga mengeluhkan pipa O2 untuk pasien sesak yang masih kurang sampai pada kebutuhan akan seprei yang juga kurang, dan lain sebagainya.

Namun, Kepala Instalasi Rawat Inap sebagai pihak yang memiliki tanggungjawab dengan hal tersebut telah berupaya menyusun standar kebutuhan alat di tiap ruangan perawatan yang seharusnya diterapkan, agar nantinya menjadi acuan kebutuhan peralatan yang minimal dan optimal diberikan sebagai penunjang pemberian pelayanan keperawatan pada pasien. Adapun standar ketenagaan tersebut diberikan dalam bentuk lampiran. Dengan adanya standar tersebut diharapkan nantinya Perencanaan dan Pengadaan peralatan bisa diupayakan sesuai standar minimal agar dapat memberikan pelayanan kesehatan yang bermutu bagi pasien, meskipun tidak mampu menyamai dengan RS swasta.

Penampilan Fisik Kamar Perawatan

“ Kondisi kamar bagus, hanya WC sudah tersumbat, baknya kotor. Padahal bisaanya tiap RS ada yang bertugas membersihkan WC, tapi ini tidak. “

(NRF, 22 tahun)

Pihak pasien tidak mengeluhkan penampilan fisik kamar perawatan dalam hal kenyamanan dan kebersihan, tetapi keluhan lebih banyak karena kondisi kamar mandi (WC) yang sudah tersumbat, bak kotor, dan sebagainya.

Sedangkan berdasarkan hasil observasi ke tiap-tiap kamar perawatan terlihat bahwa tidak ada masalah dengan kebersihan kamar. Kamar perawatan nampak bersih dan nyaman bagi pasien. Meskipun demikian, di sekitar selokan di luar kamar masih nampak kotor dan berbau. Utamanya untuk ruang perawatan I dan II.

4. Method (Prosedur Pelayanan, Medical Record dan Standar Pelayanan RS)

Metode adalah suatu tata kerja yang memperlancar jalannya pekerjaan manajer. Sebuah metode dapat dinyatakan sebagai penetapan cara pelaksanaan kerja suatu tugas dengan memberikan pertimbangan-pertimbangan kepada sasaran, fasilitas-fasilitas yang tersedia.

Mekanisme/Prosedur Pelayanan

“ Prosedur bisa memuaskan kita, dari awal tidak plin plan, siap Bantu kita. Dan saya masuknya melalui UGD. Tetapi saya tidak tahu berapa sehari semalam, hanya dari info yang saya dengar katanya sehari semalam Rp. 55. 000, tapi saya juga tidak tahu itu sudah termasuk kamar dan dokter atau belum, jadi masih belum jelas.”

(NRF, 22 tahun)

Berdasarkan hasil penelitian menunjukkan bahwa sistem-sistem yang diterapkan di RS Haji khususnya untuk rawat inap sudah cukup baik, tidak berbelit-belit dan pasien merasa terlayani dengan baik. Apalagi sekarang sudah ada Central Opname bagi pasien, sehingga untuk memperoleh perawatan inap bisa melalui dua cara yaitu UGD dan Central Opname. Selain itu, bagi pasien Jamkesmas juga hanya dibutuhkan administrasi yang lengkap terutama KTP, agar dapat diketahui dengan jelas domisili pasien, khususnya bagi pasien rujukan dari daerah atau RS lain.

Pencatatan dan Pelaporan Data Pasien

Lain halnya dengan sistem pencatatan dan pelaporan data pasien, masih dirasakan sangat kurang oleh pihak RS, dimana sering terjadi ketidakakuratan maupun keterlambatan. Padahal seharusnya Pelaporan bulanan, 1x 1 bulan, pelaporan triwulan 1x 3 bulan dalam waktu 2x24 jam sesuai dalam Master Plan.

“ Untuk pembuktian secara fisik belum bisa dilihat dari status pasien, karena pencatatan dan pelaporan masih kurang, utamanya kegiatan pendokumentasian.”

(AGS, Masa Kerja ± 4 tahun)

“ Persoalan pada pencatatan dan pelaporan data pasien, dimana seharusnya ada orang RM yang ditempatkan di tiap ruangan agar tidak terlambat, karena susah kalau orang ruangan yang kerja, semua bisa terhambat.”

(MHS, Masa Kerja ± 12 tahun)

Hal tersebut terjadi karena adanya keterbatasan dari segi sarana penunjang sampai pada keterbatasan tenaga. Dimana, data rekam medik diolah dan dibawakan oleh pihak perawat yang juga sibuk dengan pekerjaannya masing-masing, sehingga sebaiknya ditempatkan 1 orang wakil dari rekam medis yang secara khusus bekerja di setiap ruangan mengolah dan membawa data ke bagian rekam medik agar tidak ada lagi keterlambatan pencatatan dan pelaporan data pasien. Dalam hal ketidakakuratan, kebanyakan pasien ingin dilayani segera sehingga mereka tidak lagi menggunakan data yang sudah ada tetapi membuat data pasien yang baru, sehingga kadang berulang dengan pasien yang sama.

Standar Pelayanan RS Yang Digunakan

Sedangkan dalam hal Standar Pelayanan Kesehatan berdasarkan hasil penelitian RS Haji mempunyai Master Plan sebagai dasar perencanaan kebutuhan setiap sector mulai dari Ketenagaan, Bangunan Fisik sampai pada analisis kebutuhan keuangan RS. Selain itu juga terdapat Standar Operasional Prosedur, Standar Asuhan Keperawatan, maupun Standar Ketenagaan dan Peralatan.

“Kemarin ada kejadian yang terjadi, meskipun itu bukan termasuk menyimpang dari standar yang ada, yaitu terjadi diskomunikasi, karena petugas tidak melaksanakan informed consent. Namun, sekarang sudah ada yang sementara dijalankan ke ruangan – ruangan untuk melihat bagaimana pelaksanaan SAK dan SOP tersebut, juga untuk medical recordnya. Kita mulai perlahan-lahan kalau memang ada yang kurang kita perbaiki, dan kalau sudah bagus kita laksanakan.”

(AGS, Masa Kerja ± 3 tahun)

“Intinya kalau mau memenuhi standar kita selalu terbentur dengan program dan anggaran Pemerintah. Kenyataannya kita sudah jalan, dan sekarang mengarah ke ISO, insya Allah akhir Januari. Mudah-mudahan bisa agar tidak ada masalah lagi dengan standar.”

(ADM, Masa Kerja ± 1 tahun)

Dari hasil penelitian menunjukkan pula adanya kendala dari pihak RS dalam

menjalankan dan menyesuaikan pelayanan dengan Standar yang ada sebagai RS Pemerintah yang sudah terakreditasi. Meskipun telah memperoleh pengakuan yang demikian ternyata tidak menjamin pelaksanaannya di lapangan bisa benar-benar sesuai dengan standar yang ada. Petugas yang ada kadang-kadang masih bersikap seperti dulu sebelum terakreditasi.

Selain itu pemberian pelayanan kesehatan di RS Haji, khususnya rawat inap yang tidak sepenuhnya sesuai dengan standar itu kembali lagi karena terbentur dengan masalah kebijakan program dan anggaran. Namun, pihak-pihak pelaksana mulai dari bagian yang paling bawah sampai pihak atasan sudah mulai membenahi persoalan – persoalan yang telah disebutkan sebelumnya, sehingga yang kurang bisa diperbaiki dan yang sudah baik bisa dijalankan dengan baik dan maksimal.

KESIMPULAN

Jumlah tenaga paramedis belum sesuai standar karena dihitung bukan berdasarkan tempat tidur tetapi berdasarkan tingkat ketergantungan pasien dan beban kerja, sehingga terjadi keluhan dengan ketidaksiapan dokter setiap saat dalam memberikan pelayanan maksimal pada pasien, latar belakang pendidikan tenaga tidak menjamin kesesuaian kebutuhan pasien, meskipun telah memenuhi standar, serta pelatihan dan pengembangan dilaksanakan secara bertahap setaip tahun karena terbentur dengan anggaran dan program.

Tidak ada alokasi dana untuk rawat inap tetapi melalui pengajuan proposal sehingga kurang cukup dalam memenuhi kebutuhan operasional pelayanan, serta anggaran diklat tidak sesuai standar karena dianggap tidak penting.

Jumlah tempat tidur sudah sesuai dengan standar meskipun masih sering terjadi penolakan pasien, peralatan pelayanan masih kurang memadai dari segi jumlah dan kualitasnya, serta kondisi kamar dan ruang perawatan sudah sesuai standar, cukup bersih dan nyaman, tetapi bermasalah dengan kamar mandi yang jorok, lampu dan air yang kadang-kadang padam.

Prosedur pelayanan baik, sistem administrasi (pembayaran) belum jelas, tetapi tidak ada keluhan yang berarti, sistem pencatatan dan pelaporan masih sering terlambat dan tidak

akurat, serta standar pelayanan dan akreditasi RS yang diterapkan belum sepenuhnya dijalankan karena kurangnya perilaku “sadar mutu”

SARAN

Untuk Pihak Rumah Sakit

Sebaiknya ditempatkan satu orang dokter jaga di setiap ruang perawatan. Pengadaan peralatan-peralatan yang masih kurang disetiap ruangan perawatan, penambahan jumlah tempat tidur, dan lebih memperhatikan kondisi kamar mulai dari WC dan fasilitas lainnya.

Memberi prioritas kepada peningkatan sumber daya manusia di RS, diupayakan adanya Uji Kompetensi bagi tenaga baru yang akan ditempatkan di RS, dan pelaksanaan pelatihan

dan pengembangan internal bisa maksimal dilaksanakan..

Mempermantap perencanaan dan budaya mutu dalam hal *Man* (Ketenagaan), *Money* (Financial), *Material* (Sarana dan Prasarana) dan *Method* (Prosedur dan Standar Pelayanan), agar mampu mempersiapkan diri dan perilaku yang “sadar mutu”.

Untuk Pemerintah Daerah :

Untuk lebih memperhatikan sektor kesehatan, salah satunya dengan menambah alokasi anggaran yang dibutuhkan oleh rumah sakit, termasuk untuk pelaksanaan pelatihan dan pengembangan tenaga untuk meningkatkan mutu pelayanan SDM.

DAFTAR PUSTAKA

1. Azwar Asrul, *Pengantar Administrasi Kesehatan*. PT. Binarupa Aiksara . Edisi Ketiga. Tahun 1996
2. Aditama, Candra Yoga, *Manajemen Adminstrasi Rumah Sakit*, UI Press, 2000
3. Fandy Tjiptono. Anastasia Diana. *Total Quality Management (TQM)* Yogyakarta, 1998
4. Sugiyono. *Memahami Penelitian Kualitatif*. Bandung : CV. Alfabeta. 2005.
5. Wijono Djoko, *Manajemen Kualitas Pelayanan Kesehatan*, Vol.1 .Surabaya, Airlangga, University Press, 1999
6. Sulastomo, *Manajemen Kesehatan*. PT. Gramedia Pustaka Utama, Jakarta Tahun 2003.
7. Ratminto. Winarsih, Atik Septi, *Manajemen Pelayanan, Pengembangan Model Konseptual, Penerapan Citizen's Charter dan Standar Pelayanan Minimal*. Pustaka Pelajar, Cetakan Akhir Tahun 2007
8. Adisasmito, Wiku, *Sistem Kesehatan*. PT. Raja Grafindo Persada, Jakarta Tahun 2007
9. Wasisto, Broto. *Peningkatan Mutu Pelayanan Rumah Sakit*. <http://www.kalbe.co.id> Direktur Jenderal Pelayanan Medik Departemen Kesehatan RI, Jakarta. Tahun 2008
10. Muninjaya, A. A. Gde, *Manajemen Kesehatan Edisi 2*. Penerbit Buku Kedokteran ECG, Jakarta Tahun 2004
11. S. Pohan, Imbalo, *Dasar-Dasar Pengertian dan Penerapan Jaminan Mutu Layanan Kesehatan*. Penerbit Buku Kedokteran ECG, Jakarta Tahun 2007
12. Sudjana. *Metoda Statistika*. Penerbit Tarsito, Bandung Tahun 2002.
13. Fahriadi, *Upaya Peningkatan Mutu dan Pelayanan Rumah Sakit: Diantara Tuntutan Sosial Dan Industri Bisnis*. Diakses tanggal 21 Oktober 2008. <http://rsudraza.banjarkab.go.id>.
14. Utama, Surya. *Memahami Fenomena Kepuasan Pasien Rumah Sakit*. Diakses Tanggal 11 September 2008. <http://digilib.usu.ac.id>.
15. Rahmulyono, Anjar. *Analisis Pengaruh Kualitas Pelayanan terhadap Kepuasan Pasien Puskesmas Depok I di Sleman*. Diakses tanggal 26 Oktober 2008. <http://rac.uui.ac.id>.
16. C. Sjaaf, Amal. *Standar Pelayanan Minimal untuk Pelayanan Dasar Bagi Masyarakat..* Konsorsium Pelayanan Medik-Departemen Kesehatan Jakarta, Februari 2006
17. Chriswardani Suryawati, Dharminto, Zahroh Shaluhiah. *Artikel Penelitian “Penyusunan Indikator Kepuasan Pasien Rawat Inap Rumah Sakit Di Provinsi Jawa Tengah*. Depdikbud RI. 1999.
18. Indah Puri, Hetty. *Artikel Penelitian “Analisis Kepuasan Kerja Pelanggan Internal Dan Mutu Pelayanan Pada Pelanggan Eksternal Di Rumah Sakit*

Permata Bunda Medan. Program Pasca Kesehatan Masyarakat.. Universitas
Sarjana Program Studi Magister Ilmu Sumatera Utara. 2004