

BAB I

PENDAHULUAN

1.1. Latar Belakang

Menurut *World Health Organization* (WHO), Rumah Sakit (RS) adalah bagian integral dari suatu organisasi sosial dan kesehatan dengan fungsi menyediakan pelayanan paripurna (komprehensif), penyembuhan penyakit (kuratif), dan pencegahan penyakit (preventif) kepada masyarakat.¹ Berdasarkan Undang-Undang No. 44 Tahun 2009, RS adalah institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan, dan gawat darurat.²

Untuk melaksanakan fungsi rumah sakit sebagai tempat menyelenggarakan pelayanan kesehatan, maka sesuai dengan Permenkes RI No. 159b/MenKes/SK/PER/II/1988 menyebutkan kegiatan pelayanan rumah sakit berupa pelayanan rawat jalan, pelayanan rawat inap dan pelayanan gawat darurat yang mencakup pelayanan medik dan penunjang medik.³ Kegiatan di rumah sakit mencakup pelaksanaan pelayanan kesehatan dan pelaksanaan administrasi, pemeliharaan gedung, peralatan dan perlengkapan dan UU Nomor 44 tahun 2009 tentang membuat, melaksanakan, dan menjaga standar mutu pelayanan kesehatan di Rumah Sakit sebagai acuan dalam melayani pasien.²

Rumah sakit di Indonesia sudah mengalami kemajuan pesat di dalam pengaturan "marketing" jasa sosial rumah sakit. Fakta bergabungnya BPJS/JKN minimal setelah era keresmian ASKES, JAMKESMAS serta BPJS Mandiri

digabungkan di awal tahun 2014, jumlah pasien pengguna jasa rawat jalan mengalir deras ke semua rumah sakit rujukan.⁴

Kemudahan memperoleh pelayanan rumah sakit (RS) pada era pelayanan kesehatan asuransi BPJS/JKN, pada suatu sisi bisnis perumahan sakitan telah berhasil meningkatkan efisiensi pelayanan rumah sakit rujukan sampai titik "*over burden*" (beban berlebih) untuk fasilitas yang sudah ada. Kondisi "*over burden*" tersebut potensi menimbulkan berbagai eksekusi negatif seperti kesan terlantar pada pasien dan kesan kelelahan fisik (*physical fatigue*) bagi pihak petugas pelayanan RS.⁴

Memenangkan persaingan dalam pelayanan kesehatan, rumah sakit perlu untuk mengembangkan pelayanan yang berorientasi pada pemenuhan kebutuhan konsumen. Salah satu hal yang harus diperhatikan pada sistem pelayanan kesehatan di abad ke-21 adalah pelayanan kesehatan yang memperhatikan keinginan individual, kebutuhan, dan kepuasan pasien yang mengarahkan seluruh keputusan pengobatan. Pemenuhan keinginan, kebutuhan dan kepuasan pasien berdampak pada minat untuk membeli ulang atau pemanfaatan produk yang bersangkutan.⁵

Rumah Sakit Umum (RSU) mempunyai misi memberikan pelayanan kesehatan yang bermutu dan terjangkau oleh masyarakat dalam rangka meningkatkan derajat kesehatan masyarakat. Salah satu dimensi mutu pelayanan kesehatan adalah akses terhadap pelayanan yang ditandai dengan waktu tunggu pasien.²

Pemanfaatan rumah sakit yang kurang oleh masyarakat membuat pemerintah lebih memperhatikan lagi kualitas pelayanan yang diberikan oleh rumah sakit.⁴ Pemerintah melalui Komite Akreditasi Rumah Sakit (KARS) melakukan penilaian atau akreditasi terhadap rumah sakit serta memberikan pengakuan kepada rumah sakit yang telah menjalankan standar pelayanan, yang meliputi 5 pelayanan dasar, 8 pelayanan dasar, 12 pelayanan dasar ataupun 15 pelayanan dasar. Kementrian kesehatan Republik Indonesia menyebutkan untuk tahun 2011 sekitar 50% Rumah sakit yang sudah terakreditasi KARS.⁶

Rumah sakit tidak dinilai oleh KARS saja melainkan bisa dinilai oleh pihak internasional melalui *Joint Commission International* (JCI). Rumah sakit yang sudah lulus akreditasi bertaraf internasional JCI pada tahun 2014 ada 18 rumah sakit, yaitu rumah sakit Dr Sarditjo Yogyakarta, rumah sakit Awal Bros Bekasi, rumah sakit Awal Bros di Tangerang, rumah sakit Awal Bros di Pekanbaru, rumah sakit Awal Bros di Batam, Eka hospital di Tangerang, rumah sakit Premier di Bintaro, rumah sakit Premier di Jatinegara, rumah sakit Premier di Surabaya, Rumah Sakit Umum Propinsi (RSUP) Sanglah di Bali, Rumah Sakit Umum Pusat Nasional (RSUPN) Dr Cipto Mangunkusumo di Jakarta, rumah sakit Pondok Indah-Puri Indah di Jakarta, rumah sakit Santosa Hospital di Bandung, rumah sakit Siloam Hospital Lippo Village di Tangerang, rumah sakit umum Fatmawati di Jakarta, rumah sakit JEC Kedoya di Jakarta, rumah sakit Eka Hospital di Pekanbaru, dan Rumah Sakit Pusat Angkatan Darat (RSPAD) Gatot Subroto di Jakarta.

Minat yang cenderung kurang kepada suatu pelayanan jasa terutama di

bidang pelayanan rumah sakit menyebabkan berkurangnya jumlah konsumen yang akan menggunakan jasa pelayanan kesehatan.⁵ Pemecahan masalahnya bisa dilihat dari sumber masalahnya misalnya pada pencitraan yang buruk dari rumah sakit, promosi yang dilakukan rumah sakit sangatlah kurang sehingga informasi tentang jasa yang ditawarkan tidak sampai ke konsumen, atau masalah kualitas pelayanan yang kurang memuaskan membuat konsumen cenderung enggan menggunakan jasa tersebut.⁴

Kecenderungan seseorang menunjukkan minat terhadap suatu produk atau jasa dapat dilihat berdasarkan Kemauan untuk mencari informasi terhadap suatu pelayanan secara lebih detail tentang pelayanan atau kualitas suatu rumah sakit tersebut, dengan tujuan untuk mengetahui secara pasti bagaimana spesifikasi rumah sakit tersebut, Kesiapan untuk membayar jasa pelayanan yang diterima Konsumen, hal ini dapat dilihat dari bentuk pengorbanan yang dilakukan terhadap suatu pelayanan yang telah diberikan, Menceritakan hal yang positif, pelanggan dengan minat besar terhadap suatu pelayanan, jika ditanya orang lain, maka secara otomatis pelanggan tersebut akan mencitrakan hal yang positif tentang sesuatu terhadap orang lain, karena pelanggan yang memiliki suatu minat secara *eksplisit* memiliki suatu keinginan dan kepercayaan terhadap suatu barang atau jasa yang digunakan, Kecenderungan untuk merekomendasikan, selain akan menceritakan hal yang positif, pelanggan tersebut juga akan merekomendasikan kepada orang lain untuk menggunakan pelayanan rumah sakit tersebut, karena seorang yang memiliki minat yang besar terhadap suatu pelayanan yang telah dirasakannya maka pelanggan cenderung memiliki pemikiran yang positif

terhadap pelayanan rumah sakit tersebut, sehingga jika ditanya oleh orang lain, maka pelanggan tersebut akan cenderung merekomendasikan kepada keluarga, rekan ataupun orang lain.⁵

Pelayanan kesehatan yang bermutu wajib diberikan oleh seluruh bagian yang ada di rumah sakit. Hasil studi *National ProductivityBoard* di Singapura mengenai perilaku pelanggan menunjukkan bahwa 77% orang menyatakan tidak akan kembali jika mendapatkan pelayanan yang kurang baik.

Beberapa survei menunjukkan bahwa kepuasan pasien banyak dipengaruhi secara langsung oleh mutu pelayanan yang diberikan rumah sakit terutama yang berhubungan dengan fasilitas rumah sakit, proses pelayanan dan sumber daya yang bekerja di rumah sakit. Hasan (2014) menyimpulkan bahwa sebagian keluhan pasien berhubungan dengan keberadaan petugas yang tidak profesional dalam memberikan pelayanan kesehatan. Selain itu juga karena sulitnya meminta informasi dari tenaga kesehatan terutama dokter dan perawat dan lain sebagainya, yang mencerminkan betapa lemahnya posisi pasien sebagai penerima jasa pelayanan kesehatan.⁷ Hasil serupa pada penelitian Khairani (2011), menyimpulkan bahwa terdapat hubungan yang signifikan antara mutu pelayanan pendaftaran dengan kepuasan pasien di Rumah Sakit Umum Daerah Pasaman Barat.⁸

Tempat Pendaftaran Pasien Rawat Jalan (TPPRJ) merupakan salah satu bagian pelayanan kesehatan yang menangani penerimaan pasien, baik yang akan berobat jalan maupun yang akan dirawat inap di rumah sakit. Pelayanan rawat jalan merupakan pelayanan pertama sebagai pintu gerbang rumah sakit,

serta memiliki peran sangat penting dalam memberikan kesan pertama bagi pasien sebagai konsumen.⁶

Waktu tunggu adalah waktu yang digunakan pasien untuk mendapatkan pelayanan kesehatan mulai tempat pendaftaran sampai masuk ke ruang pemeriksaan dokter.⁶ Waktu tunggu pasien merupakan salah satu komponen yang potensial menyebabkan ketidakpuasan. Lama waktu tunggu pasien mencerminkan bagaimana RS mengelola komponen pelayanan yang disesuaikan dengan situasi dan harapan pasien.⁴

Kategori jarak antara waktu tunggu dan waktu periksa yang diperkirakan bisa memuaskan atau kurang memuaskan pasien antara lain yaitu saat pasien datang mulai dari mendaftar ke loket, antri dan menunggu panggilan ke poli umum untuk dianamnesis dan diperiksa oleh dokter, perawat atau bidan lebih dari 90 menit (kategori lama), 30 – 60 menit (kategori sedang) dan ≤ 30 menit (kategori cepat). Waktu tunggu di Indonesia ditetapkan oleh Kementerian Kesehatan (Kemenkes) melalui standar pelayanan minimal. Setiap RS harus mengikuti standar pelayanan minimal tentang waktu tunggu ini. Standar pelayanan minimal di rawat jalan berdasar Kemenkes Nomor 129/Menkes /SK/II/2008 ialah kurang atau sama dengan 60 menit.⁶

Arus kedatangan pasien ke rawat jalan di rumah sakit umum pada masa dahulu sering dikeluhkan terlalu sedikit dibandingkan dengan prediksi yang ditargetkan. Sedangkan pada masa sekarang sudah berubah menjadi keluhan karena antrian pelayanan yang berkepanjangan pada pihak pasien dan keluhan pada petugas pelayanan yang kelelahan karena banyaknya pekerjaan yang harus

diselesaikan per setiap hari klinik.

Pada masa lalu ketika gerakan asuransi kesehatan BPJS/JKN belum cukup jauh mewajibkan setiap RS rekanan merasionalisasi biaya pelayanan kesehatan oleh rumah sakit, dan pemakaian obat generik belum semerata masa sekarang, sebagian pemegang kartu ASKES malah lebih suka memakai jasa rumah sakit non asuransi karena selain obat-obat yang dipakai banyak yang paten, biaya perobatan juga dapat direimburse oleh kantor. Hasilnya pada masa lalu bahwa banyak pejabat di lingkungan pemegang kartu ASKES yang berobat ke RS partikular non ASKES. Pada masa sekarang pemegang kartu ASKES yang dirujuk ke RS rujukan seperti Rumkit tidak bisa berbuat banyak kecuali mengeluh mengalami padatnya antrian. Kondisi kesakitan pasien dapat menjadi lebih parah karena perasaan amarah yang timbul menanti antrian yang berkepanjangan di Rumkit.

Permasalahan antrian yang membosankan pasien di beberapa rumah sakit sudah populer di Indonesia. Kurnia Widyaningrum dkk, Program Study Magister RS FK Brawijaya Malang yang dikutip oleh Aditama (2013) menunjukkan penurunan nilai efisiensi RS terkait dengan menurunnya kepuasan pasien di rawat jalan terkait kondisi ruangan tunggu dan sistematis pelayanan yang tidak terpola. Disiplin profesi petugas yang rendah serta sistem evaluasi dan pengendalian yang tidak dijalankan.

Berdasarkan hasil survei kepuasan pasien rawat jalan di Puskesmas Pandanaran Semarang tahun 2005 oleh Kepala Puskesmas Pandanaran, menyimpulkan bahwa terdapat 50% orang menyatakan tidak puas terhadap

pelayanan rawat jalan disebabkan karena 30% orang menyatakan waktu tunggu pasien yang lama, 20% orang menyatakan dokter datang tidak tepatwaktu, 20% orang menyatakan antrian di loket yang panjang, dan 30% orang menyatakan kurang ruang tunggu di apotek.

Rumah Sakit Permata Bunda Medan merupakan salah satu fasilitas kesehatan yang dikelola oleh Pihak Swasta yang melayani masalah kesehatan masyarakat dan merupakan salah satu yang terbaik di Sumatera bagian Utara, sehingga dituntut untuk memberikan pelayanan yang sebaik-baiknya kepada masyarakat. Pelayanan yang baik akan memberikan kepuasan kepada masyarakat sebagai penerima jasa pelayanan. RS Permata Bunda termasuk kedalam Rumah Sakit Tipe **B**. Layanan Kesehatan ini telah terdaftar semenjak 30/06/2015 dengan Nomor Surat Izin -HK.07.06/III/3802/10 dan Tanggal Surat Izin 26/07/2010 dari Kementerian Kesehatan Jakarta dengan Sifat Tetap.⁹ Berdasarkan data tahun 2014 - 2015 sebelum menerima pasien BPJS terdapat 10.371 pasien, dimana 8.296 merupakan pasien Rawat Jalan dan 2.075 Pasien Rawat Inap. Setelah menerima BPJS pada tahun 2015-2016 Pasien Rumah Sakit Permata Bunda Mengalami Peningkatan yang signifikan hingga mencapai 24.780 Pasien dimana 19.824 Pasien Rawat Jalan dan 4.956 Pasien Rawat Inap. Jika dirata-ratakan berarti setiap harinya ada 68 pasien rawat jalan dan 13 Pasien Rawat Inap. Pada tahun 2016-2017 diperoleh data bahwa terjadi peningkatan pasien kembali dengan jumlah total 52560 Pasien dimana 45625 Pasien Rawat Jalan dan 6935 Pasien Rawat inap, Jika dirata-ratakan berarti setiap harinya ada 125 pasien rawat jalan dan 19 Pasien Rawat Inap dimana yang berarti meningkatnya kepadatan

jumlah antrian pendaftaran di RS dan hal ini akan berdampak pada waktu tunggu pasien dapat menjadi semakin lama.⁹

Instalasi Rawat Jalan (IRJ) merupakan unit fungsional yang menangani penerimaan pasien di rumah sakit, baik yang akan berobat jalan maupun yang akan dirawat di rumah sakit. Pada pengamatan yang dilakukan peneliti, dapat diperhitungkan bahwa proses pencarian berkas di pos pertama kunjungan pasien, berkas rekam medis (RM) dapat ditemukan dalam tempo sekitar 5 menit (standar KARS) per pasien. Berkas kemudian di transfer oleh petugas khusus ke masing-masing lokasi dokter spesialis yang kiranya dibutuhkan pasien pada kunjungan tersebut.⁶ Pasien kemudian dipanggil oleh perawat klinik untuk pemeriksaan *vital sign*, pemeriksaan anamnesa, pencatatan data pemeriksaan serta mempersiapkan pasien untuk pemeriksaan dokter. Pemeriksaan dokter memerlukan prosedur pelayanan standar yang bervariasi sesuai dengan indikasi penyakit yang diidap oleh pasien. Tahapan pelayanan di klinik spesialis rata-rata berakhir dalam 15 menit per pasien. Pemeriksaan diagnostik biasanya dilakukan di departemen pelayanan diagnostik tidak diperhitungkan ke dalam durasi pelayanan di ruang poliklinik dokter spesialis. Selanjutnya pasien biasanya diberikan resep untuk diambil dari farmasi. Durasi pengambilan obat difarmasi biasanya berdurasi sekitar 10 sampai 15 menit per pasien. Durasi ini juga bervariasi karena ada aneka ragam peresepan yang diresepkan.⁶

Salah satu dimensi mutu pelayanan kesehatan adalah akses terhadap pelayanan yang ditandai dengan waktu tunggu pasien. Menurut Saryono (2010) Waktu tunggu pasien dalam hal ini terhadap pelayanan Rekam

Medis di Pendaftaran Rawat Jalan merupakan salah satu hal penting yang akan menentukan citra awal pelayanan rumah sakit. Waktu tunggu pasien merupakan salah satu komponen yang potensial menyebabkan ketidakpuasan. Pasien akan menganggap pelayanan kesehatan jelek apabila sakitnya tidak sembuh – sembuh, antri lama, dan petugas kesehatan tidak ramah meskipun profesional.¹⁰

Pelayanan rekam medis yang baik dan bermutu tercermin dari pelayanan yang ramah, cepat, serta nyaman. Pelayanan rekam medis rawat jalan dimulai dari tempat pendaftaran pasien sampai memperoleh dokumen rekam medis yang akan digunakan untuk mendapatkan pelayanan kesehatan. Menurut DEPKES RI Tahun 1997 standar penyediaan dokumen rekam medis pelayanan rawat jalan adalah 10 menit, dan pelayanan dokumen rekam medis pelayanan rawat inap selama 15 menit.¹¹

Berdasarkan hasil survey awal tanggal 04 September 2017 di loket Rekam Medis Rawat Jalan Rumah Sakit Permata Bunda Medan selama 1 jam mulai jam 09.00 – 10.00 WIB, dari 12 orang pasien yang berkunjung diwaktu itu menunjukkan rata – rata 18 menit 25 detik waktu tunggu pasien terhadap pelayanan rekam medis di pendaftaran rawat jalan dan 15 – 20 Menit untuk mendapatkan pelayanan dokter dipoliklinik. Beberapa dokter spesialis kadang datang tidak sesuai dengan jam praktek yang tertera di Instalasi Rawat Jalan RSU Permata Bunda. Hal ini sangat dikeluhkan oleh pasien yang hendak berobat, karena mereka harus menunggu terlalu lama untuk mendapatkan pelayanan kesehatan di rumah sakit permata bunda medan. Belum lagi jika pasien datang dalam keadaan darurat yang harus mendapat pertolongan medis

secepatnya. Oleh karena itu waktu tunggu di rumah sakit permata bunda perlu mendapat perhatian untuk perbaikan kedepannya. Dalam pelayanan rawat jalan di rumah sakit, waktu tunggu adalah waktu yang dipergunakan oleh pasien untuk mendapatkan pelayanan rawat jalan dan rawat inap dari tempat pendaftaran sampai masuk ke ruang pemeriksaan dokter. Proses ini masih jauh dari standar yang sudah diterapkan oleh Dinas Kesehatan Republik Indonesia.

Berdasarkan latar belakang tersebut penulis tertarik untuk melakukan penelitian dengan judul “Analisis Faktor-Faktor Yang Memengaruhi Waktu Tunggu Pasien Rawat Jalan Di Rumah Sakit Permata Bunda Medan”

1.2. Rumusan Masalah

Rumusan masalah dalam penelitian ini adalah Analisis Faktor-Faktor Yang Memengaruhi Waktu Tunggu Pasien Rawat Jalan Di Rumah Sakit Permata Bunda Medan.

1.3. Tujuan Penelitian

1.3.1. Tujuan Umum

Untuk mendeskripsikan Analisis Faktor-Faktor Yang Memengaruhi Waktu Tunggu Pasien Rawat Jalan Di Rumah Sakit Permata Bunda Medan.

1.3.2. Tujuan Khusus

1. Untuk mendeskripsikan kegiatan rekam medis yang meliputi penerimaan pasien, pencatatan, penyimpanan dan pengambilan kembali.
2. Untuk mendeskripsikan waktu tunggu pasien di Pendaftaran Rekam Medis dan Poliklinik pada Instalasi Rawat Jalan.
3. Untuk mendeskripsikan sumber daya manusia yang meliputi jumlah tenaga, pendidikan, umur, dan masa kerja.
4. Untuk mendeskripsikan sumber daya material yang meliputi bahan, peralatan dan fasilitas.
5. Untuk mendeskripsikan ketidak lengkapan berkas pasien.

1.4. Manfaat Penelitian

1. Bagi Rumah Sakit sebagai tempat penelitian untuk sebagai pengembangan ilmu pengetahuan tentang faktor- faktor yang memengaruhi waktu tunggu pasien rawat jalan.
2. Bagi Peneliti untuk menambah ilmu pengetahuan khususnya mengenai tindakan yang perlu dilakukan mengenai penanganan waktu tunggu pasien rawat jalan.
3. Bagi Institusi pendidikan untuk menambah masukan materi yang berharga mengenai waktu tunggu pasien rawat jalan sebagai sumber pembelajaran.

4. Bagi Peneliti selanjutnya sebagai bahan acuan untuk melakukan penelitian selanjutnya demi mencapai keberhasilan dari penelitian yang akan datang.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1. Peneliti Terdahulu

- a. Soebarto (2011) melakukan penelitian tentang “Tinjauan Faktor-faktor yang mempengaruhi waktu tunggu pelayanan rekam medis di pendaftaran rawat jalan RSUD Permata Bunda Borneo”. Perbedaan : Penelitian yang di lakukan oleh Soebarto (2011) metode penelitian yang di gunakan metode penelitian deskriptif dengan pendekatan *cross secsional* sedangkan peneliti menggunakan metode penelitan deskriptif dengan pendekatan kualitatif,tempat dan waktu penelitian. Persamaan: Peneliti ini sama-sama menghitung waktu tunggu di bagian pelayanan rawat jalan.
- b. Sumi (2016) melakukan penelitian tentang “ Pengaruh Waktu Tunggu Pasien di Tempat Pendaftaran Pasien Rawat Jalan Terhadap Tingkat Kepuasan Pasien di RSUD DR. MDJOELHAM BINJAI. Perbedaan: Penelitian yang dilakukan Sumi (2016) yaitu untuk mengetahui pengaruh waktu tunggu pasien di tempat pendaftaran pasien rawat jalan terhadap tingkat kepuasan pasien Persamaan: penelitain ini yaitu untuk mengetahui faktor penyebab lama waktu tunggu di bagian pelayanan rekam medis rawat jalan.
- c. Dewi (2015) melakukan penelitian tentang” Hubungan Waktu Tunggu Pendaftaran Dengan Kepuasan Pasien di Tempat Pendaftaran Pasien Rawat Jalan (TPPRJ) RSUD Sukoharjo”. Perbedaan: Peneliti yang dilakukan oleh

Dewi (2015) yaitu menggunakan analisis univariat dan bivariat. Persamaan: Peneliti ini sama-sama membahas tentang lama tunggu pasien rawat jalan.

2.2. Rumah Sakit

Rumah sakit adalah institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan, dan gawat darurat. Gawat darurat adalah keadaan klinis pasien yang membutuhkan tindakan medis segera guna penyelamatan nyawa dan pencegahan kecacatan lebih lanjut. Pasien adalah setiap orang yang melakukan konsultasi masalah kesehatannya untuk memperoleh pelayanan kesehatan yang diperlukan baik secara langsung maupun tidak langsung di rumah sakit.²

Rumah sakit diselenggarakan berdasarkan azas pancasila dan didasarkan kepada nilai kemanusiaan, etika, profesionalitas, manfaat, keadilan, persamaan hak dan anti diskriminasi, pemerataan, perlindungan, keselamatan pasien, serta mempunyai fungsi sosial. Pengaturan penyelenggaraan rumah sakit bertujuan untuk :

- 1) Mempermudah akses masyarakat untuk mendapatkan pelayanan kesehatan.
- 2) Memberikan perlindungan terhadap keselamatan pasien, masyarakat, lingkungan rumah sakit, dan sumber daya manusia di rumah sakit.
- 3) Meningkatkan mutu dan mempertahankan standar pelayanan rumah sakit, dan
- 4) Memberikan kepastian hukum kepada pasien, masyarakat, sumber daya manusia rumah sakit, dan rumah sakit.

Rumah sakit dapat diselenggarakan oleh pemerintah, pemerintah daerah, atau swasta. Rumah sakit yang didirikan oleh pemerintah atau pemerintah daerah harus berbentuk unit pelaksana teknis dari instansi yang bertugas dibidang kesehatan, instansi tertentu, atau lembaga teknis daerah dengan pengelolaan badan layanan umum atau badan layanan umum daerah sesuai dengan peraturan perundang-undangan. Rumah sakit yang didirikan oleh swasta harus berbentuk badan hukum yang kegiatan usahanya hanya bergerak dibidang rumah sakit.²

2.2.1 Persyaratan Rumah Sakit

Penetapan Persyaratan Rumah Sakit sebagaimana dimaksud dalam Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 56 Tahun 2014 didasarkan pada:

- a. pelayanan;
- b. sumber daya manusia;
- c. peralatan; dan
- d. bangunan dan prasarana.¹⁵

Persyaratan lokasi harus memenuhi ketentuan mengenai kesehatan, keselamatan lingkungan, dan tata ruang sesuai kajian kebutuhan dan kelayakan penyelenggaraan rumah sakit. Ketentuan mengenai kesehatan dan keselamatan lingkungan menyangkut upaya pemantauan lingkungan, upaya pengelolaan lingkungan dengan analisis mengenai dampak lingkungan yang dilaksanakan sesuai peraturan perundang-undangan.

Ketentuan mengenai tata ruang dilaksanakan sesuai dengan peruntukan lokasi yang diatur dalam rencana tata ruang wilayah kabupaten/kota, rencana tata

ruang kawasan perkotaan, atau rencana tata bangunan dan lingkungan. Hasil kajian kebutuhan penyelenggaraan rumah sakit harus didasarkan pada studi kelayakan dengan menggunakan prinsip pemerataan pelayanan, efisiensi dan efektifitas, serta demografi.

Persyaratan bangunan harus memenuhi persyaratan administratif dan persyaratan teknis bangunan gedung pada umumnya. Persyaratan teknis bangunan rumah sakit sesuai dengan fungsi, kenyamanan, dan kemudahan dalam pemberian pelayanan, perlindungan, dan keselamatan bagi semua orang termasuk penyandang cacat, anak-anak, dan orang usia lanjut. Bangunan rumah sakit harus dapat digunakan untuk memenuhi kebutuhan pelayanan kesehatan yang paripurna, pendidikan, pelatihan, penelitian dan pengembangan ilmu dan teknologi kesehatan. Bangunan rumah sakit paling sedikit terdiri dari :

- 1) Rawat jalan,
- 2) Ruang rawat inap,
- 3) Ruang gawat darurat,
- 4) Ruang operasi,
- 5) Ruang tenaga kesehatan,
- 6) Ruang radiologi,
- 7) Ruang laboratorium,
- 8) Ruang sterilisasi,
- 9) Ruang farmasi,
- 10) Ruang pendidikan dan pelatihan,
- 11) Ruang kantor dan administrasi,

- 12) Ruang ibadah,
- 13) Ruang tunggu,
- 14) Ruang penyuluhan kesehatan masyarakat rumah sakit,
- 15) Ruang menyusui
- 16) Ruang mekanik,
- 17) Ruang dapur,
- 18) *Laundry*,
- 19) kamar jenazah,
- 20) taman,
- 21) pengelolaan sampah, dan
- 22) peralatan parkir yang mencukupi.⁶

2.2.2. Prasarana Rumah Sakit

Prasarana rumah sakit harus memenuhi persyaratan, keamanan, keselamatan dan kesehatan kerja penyelenggaraan rumah sakit. Pengoperasian dan pemeliharaan prasarana rumah sakit harus dilakukan oleh petugas yang mempunyai kompetensi di bidangnya. Pengoperasian dan pemeliharaan prasarana rumah sakit harus didokumentasikan dan dievaluasi secara berkala dan berkesinambungan. Prasarana rumah sakit sebagaimana diatur dalam undang-undang rumah sakit meliputi :

- 1) Instalansi air,
- 2) Instalansi mekanikal dan elektrik,
- 3) Instalansi gas medik,

- 4) Instalansi uap,
- 5) Instalansi pengelolaan limbah,
- 6) Instalansi pencegahan dan penanggulangan kebakaran,
- 7) Petunjuk, standar dan sarana evakuasi saat terjadi keadaan darurat,
- 8) Instalansi tata udara,
- 9) Sistem informasi dan komunikasi, dan
- 10) Ambulan.⁶

2.2.3. Sumber Daya Manusia

Sumber Daya Manusia (SDM) menurut wikipedia Bahasa Indonesia adalah salah satu faktor yang sangat penting bahkan tidak dapat dilepaskan dari sebuah organisasi, baik institusi maupun perusahaan. Sumber daya manusia juga merupakan kunci yang menentukan perkembangan suatu organisasi. Hellriegel dan Slocum yang dalam buku *management* (1992) yang dikutip oleh Tjandra Yoga Aditama menyebutkan ruang lingkup sumber daya manusia meliputi proses *staffing*, perencanaan SDM, *recruitment*, seleksi orientasi, kompensasi, penilaian kinerja, pelatihan serta pengembangan.

Staffing meliputi enam proses yaitu :

- 1) Perencanaan dan peramalan kebutuhan SDM,

Perencanaan SDM meliputi *skill inventory*, *job analysis*, *replacement chart*, dan *expert forecast*. *Skill inventory* adalah suatu data rinci setiap karyawan termasuk pendidikan, pelatihan, pengalaman, lama bekerja, posisi kerja sekarang, gaji yang diterima dan demografi lain seperti umur, ras, gender, dan status marital.

Job analysis merupakan analisis jabatan dan uraian dari tugas dan tanggung jawab dari jenis pekerjaan. *Replacement chart* adalah suatu diagram yang menggambarkan seluruh jabatan di organisasi. *Expert forecast* adalah peramalan atau asumsi seperti kemungkinan perkembangan organisasi dan kemungkinan *unemployment rate*.

- 2) *Recruitment*,
- 3) Seleksi,
- 4) Orientasi,
- 5) Kepindahan,
- 6) Berhenti bekerja.

Persyaratan sumber daya manusia rumah sakit harus sesuai ketentuan peraturan undang-undang rumah sakit. Jumlah dan jenis sumber daya manusia sesuai dengan jenis dan klasifikasi rumah sakit. Rumah sakit harus memiliki data ketenagaan yang melakukan praktik atau pekerjaan dalam penyelenggaraan rumah sakit. Rumah sakit dapat memperkerjakan tenaga tidak tetap dan konsultan sesuai dengan kebutuhan dan kemampuan rumah sakit.

Persyaratan sumber daya manusia rumah sakit yaitu harus memiliki tenaga tetap yang meliputi :

- 1) Tenaga medis,
- 2) Tenaga penunjang medis,
- 3) Tenaga keperawatan,
- 4) Tenaga kefarmasian,
- 5) Tenaga manajemen rumah sakit, dan

6) Tenaga non kesehatan.⁶

Tenaga medis yang melakukan praktik kedokteran dirumah sakit wajib memiliki surat izin praktik. Tenaga kesehatan tertentu yang bekerja dirumah sakit wajib memiliki izin sesuai ketentuan. Tenaga kesehatan yang bekerja dirumah sakitharus bekerja sesuai dengan standar profesi, standar pelayanan rumah sakit, standar prosedur operasional yang berlaku, etika profesi, menghormati hak pasien dan mengutamakan keselamatan pasien.

Rumah sakit dapat memperkerjakan tenaga kesehatan asing sesuai dengan kebutuhan pelayanan dengan mempertimbangkan kepentingan alih teknologi dan ilmu pengetahuan serta ketersediaan tenaga kesehatan setempat. Pendayagunaan tenaga kesehatan asing dilakukan bagi tenaga kesehatan asing yang telah mempunyai izin praktik.⁶

2.2.4. Perizinan Rumah Sakit

Penyelenggaraan rumah sakit wajib memiliki izin. Izin yang dimaksud adalah izin mendirikan dan izin operasional. Izin mendirikan rumah sakit berjangka 2 tahun dan dapat diperpanjang satu tahun. Izin operasional yang diberikan untuk jangka waktu 5 tahun dan dapat diperpanjang kembali selama memenuhi persyaratan.

Izin rumah sakit kelas A dan rumah sakit penanaman modal asing atau penanaman modal dalam negeri diberikan oleh menteri kesehatan setelah mendapatkan rekomendasi dari pejabat yang berwenang dibidang kesehatan pada pemerintah daerah propinsi. Izin rumah sakit kelas B diberikan oleh pemerintah

daerah propinsi setelah mendapatkan rekomendasi dari pejabat yang berwenang dibidang kesehatan pada pemerintah daerah atau kota. Izin rumah sakit kelas C dan D diberikan oleh pemerintah daerah kabupaten/kota setelah mendapatkan rekomendasi dari pejabat yang berwenang dibidang kesehatan pada pemerintah kabupaten/kota. Izin rumah sakit dapat dicabut jika :

- 1) Habis masa berlakunya,
- 2) Tidak lagi memenuhi persyaratan atau standar,
- 3) Terbukti melakukan pelanggaran terhadap peraturan perundang-undangan,
- 4) Perintah pengadilan dalam rangka penegakan hukum.¹⁵

2.2.5. Akreditasi rumah sakit

Akreditasi adalah suatu bentuk pengakuan pemerintah terhadap suatu lembaga. Akreditasi rumah sakit bertujuan sebagai upaya peningkatan mutu pelayanan rumah sakit yang dilakukan secara berkala minimal 3 tahun sekali. Akreditasi rumah sakit dilakukan oleh suatu lembaga independen baik dari dalam maupun luar negeri berdasarkan standar akreditasi yang berlaku. Lembaga akreditasi ditetapkan oleh menteri.

Proses akreditasi terdiri dari kegiatan survei oleh tim *surveior* dan proses pengambilan keputusan pada pengurus Komite Akreditasi Rumah Sakit (KARS). Tingkatan kelulusan dan kriterianya adalah sebagai berikut :

1) Tingkat dasar,

Empat bab digolongkan *major*, dengan nilai minimum setiap bab harus 80%, yang berisi sasaran keselamatan pasien rumah sakit, Hak Pasien dan Keluarga (HPK), Pendidikan Pasien dan Keluarga (PPK), Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien (PMKP). Sebelas bab digolongkan *minor*, dengan nilai minimum setiap bab 20% yang meliputi Millenium Development Goal's (MDG's), Akses Pelayanan dan Kontinuitas Pelayanan (APK), Asesmen Pasien (AP), Pelayanan Pasien (PP), Manajemen Penggunaan Obat (MPO), Manajemen Komunikasi dan Informasi (MKI), Kualifikasi dan Pendidikan Staf (KPS), Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI), Tata Kelola, Kepemimpinan, dan Pengarahan (TKP), Manajemen Fasilitas dan Keselamatan (MFK).

2) Tingkat madya,

Delapan bab digolongkan *major*, dengan nilai minimum setiap bab harus 80%, yang berisi sasaran keselamatan pasien rumah sakit, Hak Pasien dan Keluarga (HPK), Pendidikan Pasien dan Keluarga (PPK), Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien (PMKP), Millenium Development Goal's (MDG's), Akses Pelayanan dan Kontinuitas Pelayanan (APK), *Assesment* Pasien (AP), Pelayanan Pasien (PP). Tujuh bab digolongkan *minor*, dengan nilai minimum setiap bab harus 20%, yang meliputi Pelayanan Anastesi dan Bedah (PAB), Manajemen Penggunaan Obat (MPO), Manajemen Komunikasi dan Informasi (MKI), Kualifikasi dan Pendidikan Staf (KPS), Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI), Tata Kelola, Kepemimpinan, dan Pengarahan (TKP), Manajemen Fasilitas dan Keselamatan (MFK).

3) Tingkat utama,

Duabelas bab digolongkan *major*, dengan nilai minimum setiap bab harus 80%, yang berisi sasaran keselamatan pasien rumah sakit, Hak Pasien dan Keluarga (HPK), Pendidikan Pasien dan Keluarga (PPK), Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien (PMKP), *Millenium Development Goal's* (MDG's), Akses Pelayanan dan Kontinuitas Pelayanan (APK), Asesmen Pasien (AP), Pelayanan Pasien (PP), Pelayanan Anastesi dan Bedah (PAB), Manajemen Penggunaan Obat (MPO), Manajemen Komunikasi dan Informasi (MKI), Kualifikasi dan Pendidikan Staf (KPS). Tiga bab digolongkan minor, dengan nilai minimum setiap bab harus 20%, yang meliputi Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI), Tata Kelola, Kepemimpinan, dan Pengarahan (TKP), Manajemen Fasilitas dan Keselamatan (MFK).

4) Tingkat paripurna

limabelas bab (semua bab) digolongkan *major*, dengan nilai minimum setiap bab harus 80%, yang berisi sasaran keselamatan pasien rumah sakit, Hak Pasien dan Keluarga (HPK), Pendidikan Pasien dan Keluarga (PPK), Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien (PMKP), *Millenium Development Goal's* (MDG's), Akses Pelayanan dan Kontinuitas Pelayanan (APK), Asesmen Pasien (AP), Pelayanan Pasien (PP), Pelayanan Anastesi dan Bedah (PAB), Manajemen Penggunaan Obat (MPO), Manajemen Komunikasi dan Informasi (MKI), Kualifikasi dan Pendidikan Staf (KPS), Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI), Tata Kelola, Kepemimpinan, dan Pengarahan (TKP), Manajemen Fasilitas dan Keselamatan (MFK).

Rumah sakit yang telah mencapai akreditasi tingkat paripurna akan bisa melanjutkan akreditasi rumah sakit secara internasional. Akreditasi secara internasional dilakukan oleh komite *Joint Commission International* (JCI). Akreditasi oleh internasional menentukan bahwa kualitas pelayanan kesehatan telah mencapai standar pelayanan kesehatan yang tinggi.²

2.2.6. Jenis Rumah Sakit

Undang-undang no.44 tahun 2009 tentang rumah sakit menyatakan jenis rumah sakit berdasarkan kepemilikannya dibedakan kedalam dua jenis, yakni :

- 1) Rumah sakit publik seperti rumah sakit milik departemen kesehatan, rumah sakit milik pemerintah daerah provinsi, rumah sakit milik daerah kabupaten atau kota, rumah sakit milik Tentara Nasional Indonesia, dan rumah sakit milik departemen selain departemen kesehatan misalnya pertamina,
- 2) Rumah sakit privat misalnya rumah sakit milik yayasan, rumah sakit milik perusahaan, rumah sakit milik penanam modal dalam negeri atau luar negeri, dan rumah sakit milik badan hukum lain. Rumah sakit berdasarkan kepemilikannya dan jenis pelayanannya, rumah sakit dibedakan menjadi rumah sakit umum, rumah sakit jiwa dan rumah sakit khusus.²

2.2.7. Klasifikasi Rumah Sakit

Klasifikasi rumah sakit, berdasarkan jenis pelayanan yang diberikan terbagi menjadi dua yaitu :

- 1) Rumah sakit umum merupakan rumah sakit yang memberikan pelayanan kesehatan pada semua bidang dan jenis penyakit.
- 2) Rumah sakit khusus adalah rumah sakit yang memberikan pelayanan utama pada satu bidang atau satu jenis penyakit tertentu berdasarkan disiplin ilmu, golongan umur, organ, jenis penyakit atau kekhususan lainnya.

Klasifikasi rumah sakit menurut undang-undang no. 44 tahun 2009, bahwa rumah sakit umum dan rumah sakit khusus diklasifikasikan berdasarkan fasilitas dan kemampuan pelayanan rumah sakit. Hasil dari klasifikasi yang berdasarkan fasilitas dan kemampuannya dibedakan menjadi :

- 1) Rumah sakit umum kelas A,
- 2) Rumah sakit umum kelas B,
- 3) Rumah sakit umum kelas C,
- 4) Rumah sakit umum kelas D,
- 5) Rumah sakit khusus kelas A,
- 6) Rumah sakit khusus kelas B,
- 7) Rumah sakit khusus kelas C.

Rumah sakit umum kelas D diklasifikasikan menjadi dua rumah sakit. Klasifikasi rumah sakit kelas D yaitu rumah sakit umum kelas D dan rumah sakit umum kelas D pratama.

Rumah sakit umum tipe A memiliki ketentuan minimal tenaga kerja. Ketentuan minimal tenaga kerja pada rumah sakit tipe A yaitu :

- 1) Tenaga medis sebanyak 18 orang dokter umum,
- 2) Dokter gigi dan mulut umum sebanyak 4 orang,

- 3) Dokter untuk spesialis medik dasar masing-masing 6 orang,
- 4) Dokter untuk spesialis medik penunjang masing-masing 3 orang,
- 5) Dokter untuk spesialis lain masing-masing 3 orang,
- 6) Dokter untuk spesialis medik subspecialis masing-masing 2 orang,
- 7) Dokter gigi spesialis medik spesialis gigi dan mulut 1 orang,
- 8) 1 apoteker sebagai kepala apoteker, 5 apoteker yang bertugas dirawat jalan yang dibantu oleh minimal 10 tenaga teknis kefarmasian, 1 apoteker di instalansi gawat darurat yang dibantu oleh minimal 2 orang tenaga teknis kefarmasian, 1 orang apoteker diruang ICU yang dibantu oleh minimal 2 orang tenaga teknis kefarmasian, 1 apoteker sebagai koordinator penerimaan dan distribusi yang dapat merangka melakukan pelayanan farmasi klinik di rawat inap dan rawat jalan yang dibantu oleh tenaga teknis kefarmasian yang jumlahnya disesuaikan dengan beban kerja, 1 orang apoteker sebagai koordinator produksi yang dapat merangkap melakukan pelayanan farmasi klinik dirawat inap atau rawat jalan dan dibantu oleh tenaga teknis kefarmasian yang jumlahnya disesuaikan dengan beban kerja, dan jumlah tenaga keperawatan disesuaikan dengan jumlah tempat tidur diruang rawat inap.

Peralatan rumah sakit umum tipe A harus memiliki standar sesuai undang-undang. Peralatan tersebut terdiri dari peralatan medis untuk instalansi gawat darurat, rawat jalan, rawat inap, rawat intensif, rawat operasi, persalinan, radiologi, laboratorium klinik, pelayanan darah, rehabilitasi medik, farmasi, instalansi gizi, dan kamar jenazah.

Rumah sakit umum tipe B memiliki ketentuan tenaga medis. Tenaga medis yang dimaksud pada rumah sakit tipe B yaitu :

- 1) Dokter umum sebanyak 12 orang,
- 2) Dokter umum gigi dan mulut umum sebanyak 3 orang,
- 3) Dokter untuk spesialis medik dasar masing-masing 3 orang,
- 4) Dokter untuk spesialis medik penunjang masing-masing 2 orang,
- 5) Dokter untuk spesialis lain masing-masing 1 orang,
- 6) Dokter untuk spesialis medik subspecialis masing-masing 1 orang,
- 7) Dokter gigi spesialis medik spesialis gigi dan mulut masing-masing 1 orang,
- 8) Untuk tenaga kefarmasian yakni 1 apoteker sebagai kepala apoteker, 4 apoteker yang bertugas dirawat jalan yang dibantu oleh minimal 8 tenaga teknis kefarmasian, 4 apoteker yang bertugas dirawat inap yang dibantu oleh minimal 8 tenaga teknis kefarmasian, 1 apoteker di instalasi gawat darurat yang dibantu oleh minimal 2 orang tenaga teknis kefarmasian, 1 orang apoteker diruang ICU yang dibantu oleh minimal 2 orang tenaga teknis kefarmasian, 1 apoteker sebagai koordinator penerimaan dan distribusi yang dapat merangka melakukan pelayanan farmasi klinik di rawat inap dan rawat jalan yang dibantu oleh tenaga teknis kefarmasian yang jumlahnya disesuaikan dengan beban kerja, 1 orang apoteker sebagai koordinator produksi yang dapat merangkap melakukan pelayanan farmasi klinik dirawat inap atau rawat jalan dan dibantu oleh tenaga teknis kefarmasian yang jumlahnya disesuaikan dengan beban kerja.

Jumlah tenaga keperawatan disesuaikan dengan jumlah tempat tidur diruang rawat inap. Pelayanan penunjang non klinik yang harus disediakan yaitu pelayanan *laundry/linen*, jasa boga/dapur, teknisi dan pemeliharaan fasilitas, gudang. Pengelolaan limbah, ambulans, sistem informasi dan komunikasi, pemulasaran jenazah, sistem penanggulangan kebakaran, pengelolaan gas medik, dan pengelolaan air bersih.

Rumah sakit tipe C memiliki ketentuan pelayanan medik, pelayanan kefarmasian, pelayanan keperawatan dan kebidanan, pelayanan penunjang klinik, pelayanan penunjang nonklinik seperti *laundry*, jasa boga, pemeliharaan fasilitas, pengelolaan limbah, gudang, ambulans, sistem informasi dan komunikasi, pemulasaraan jenazah, sistem penanggulangan kebakaran, pengelolaan gas medik, dan pengelolaan air bersih, dan pelayanan rawat inap. pelayanan rawat inap, tempat tidur yang harus tersedia minimal 100 tempat tidur dengan pembagian jumlah tempat tidur perawatn kelas III paling sedikit 20% dari keseluruhan jumlah tempat tidur, dan 5% untuk tempat tidur perawatan intensif. Tenaga keperawatan pada rumah sakit umum tipe C mempunyai perbandingan yakni 2 perawat untuk 3 tempat tidur.

Sumber daya manusia dirumah sakit tipe C terdiri atas :

- 1) Dokter umum 9 orang, untuk pelayanan medik dasar.
- 2) Dokter gigi umum sebanyak 2 orang untuk pelayanan medik gigi umum.
- 3) Dokter spesialis pada pelayanan spesialis medik dasar masing-masing 2 orang.
- 4) Dokter spesialis pada pelayanan medik penunjang masing-masing 1 orang.

- 5) Dokter spesialis pada pelayanan spesialis medik gigi dan mulut masing-masing 1 orang
- 6) Apoteker sebagai kepala instalasi farmasi rumah sakit sebanyak 1 orang
- 7) Apoteker yang bertugas dirawat inap sebanyak 2 orang dan dibantu oleh paling sedikit 4 orang tenaga teknis kefarmasian.
- 8) Apoteker sebagai koordinator penerimaan, distribusi dan produksi yang dapat merangkap melakukan pelayanan farmasi klinik di rawat inap atau rawat jalan sebanyak 1 orang dan dibantu oleh tenaga teknis kefarmasian yang jumlahnya disesuaikan dengan beban kerja pelayanan kefarmasian rumah sakit.
- 9) Tenaga keperawatan dihitung dengan perbandingan 3 tempat tidur untuk 2 orang perawat.
- 10) Tenaga kesehatan lainnya dan tenaga non kesehatan yang dibutuhkan oleh rumah sakit disesuaikan dengan jumlah kebutuhan rumah sakit.

Rumah sakit kelas D pratama memiliki ketentuan meliputi pelayanan medik yakni pelayanan gawat darurat, pelayanan medik umum, pelayanan medik spesialis dasar, dan pelayanan medik spesialis penunjang, pelayanan kefarmasian, pelayanan keperawatan dan kebidanan, pelayanan penunjang klinik, pelayanan penunjang non klinik seperti *loundry/linen*, jasa boga/dapur, teknisi dan pemeliharaan fasilitas, gudang. Pengelolaan limbah, ambulan, sistem informasi dan komunikasi, pemulasaraan jenazah, sistem penanggulangan kebakaran, pengelolaan gas medik, dan pengelolaan air bersih, dan rawat inap.

Sumber daya manusia dirumah sakit tipe D terdiri atas :

- 1) Dokter umum 4 orang, untuk pelayanan medik dasar.

- 2) Dokter gigi umum sebanyak 1 orang untuk pelayanan medik gigi umum.
- 3) Dokter spesialis pada pelayanan spesialis medik dasar masing-masing 1 orang.
- 4) Apoteker sebagai kepala instalasi farmasi rumah sakit sebanyak 1 orang
- 5) Apoteker yang bertugas dirawat inap sebanyak 2 orang dan dibantu oleh paling sedikit 2 orang tenaga teknis kefarmasian.
- 6) Apoteker sebagai koordinator penerimaan, distribusi dan produksi yang dapat merangkap melakukan pelayanan farmasi klinik di rawat inap atau rawat jalan sebanyak 1 orang dan dibantu oleh tenaga teknis kefarmasian yang jumlahnya disesuaikan dengan beban kerja pelayanan kefarmasian rumah sakit.
- 7) Tenaga keperawatan dihitung dengan perbandingan 3 tempat tidur untuk 2 orang perawat.
- 8) Tenaga kesehatan lainnya dan tenaga non kesehatan yang dibutuhkan oleh rumah sakit disesuaikan dengan jumlah kebutuhan rumah sakit.

Rumah sakit selain rumah sakit umum, ada juga rumah sakit khusus yang melayani pelayanan kesehatan tertentu atau organ tertentu. Rumah sakit khusus hanya dapat menyelenggarakan pelayanan kesehatan sesuai dengan bidang kekhususannya dan bidang lain yang menunjang kekhususan tersebut. Penyelenggaraan kesehatan di luar bidang kekhususannya hanya dapat dilakukan pada pelayanan gawat darurat. Rumah sakit khusus meliputi rumah sakit khusus :

- 1) Ibu dan anak,
- 2) Mata,
- 3) Otak,

- 4) Gigi dan mulut,
- 5) Kanker,
- 6) Jantung dan pembuluh darah,
- 7) Jiwa,
- 8) Infeksi,
- 9) Paru,
- 10) Telinga-hidung-tenggorokan,
- 11) Bedah,
- 12) Ketergantungan obat, dan
- 13) Ginjal.

Rumah sakit khusus harus mempunyai fasilitas dan kemampuan. Fasilitas dan kemampuannya paling sedikit meliputi :

- 1) Pelayanan yang diselenggarakan, meliputi pelayanan medik yang terdiri dari pelayanan gawat darurat 24 jam, pelayanan medik umum, pelayanan medik spesialis dasar sesuai dengan kekhususan, pelayanan medik spesialis dan subspecialis sesuai kekhususan, dan pelayanan medik spesialis penunjang.
- 2) Pelayanan kefarmasian,
- 3) Pelayanan keperawatan,
- 4) Pelayanan penunjang klinik, dan
- 5) Pelayanan penunjang non klinik

Sumber daya manusia dirumah sakit khusus paling sedikit terdiri dari tenaga medis yang memiliki kewenangan menjalankan praktik kedokteran dirumah sakit yang bersangkutan sesuai ketentuan. Tenaga kefarmasian dengan

kualifikasi apoteker dan tenaga teknis kefarmasian dengan jumlah yang sesuai dengan kebutuhan pelayanan kefarmasian rumah sakit. Tenaga kesehatan lain dan tenaga nonkesehatan harus sesuai dengan kebutuhan pelayanan rumah sakit, serta peralatannya harus memenuhi standar sesuai ketentuan perundang-undangan.¹⁵

2.2.8. Tugas dan Fungsi Rumah Sakit

Tugas dan fungsi dari rumah sakit secara umum yakni melaksanakan pelayanan medis dan pelayanan penunjang medis, melaksanakan pelayanan medis tambahan dan pelayanan penunjang medis tambahan, melaksanakan pelayanan kedokteran kehakiman, melaksanakan pelayanan medis khusus, melaksanakan pelayanan rujukan kesehatan, melaksanakan pelayanan kedokteran gigi, melaksanakan pelayanan kedokteran sosial, melaksanakan pelayanan penyuluhan kesehatan, melaksanakan pelayanan rawat jalan, rawat darurat, rawat tinggal atau observasi, rawat inap, melaksanakan pelayanan administratif, melaksanakan pendidikan paramedis, membantu pendidikan tenaga medis umum, membantu pendidikan tenaga medis spesialis, membantu penelitian dan pengembangan kesehatan, dan membantu kegiatan penyelidikan epidemiologi.²

2.2.9. Organisasi Rumah Sakit

Organisasi dirumah sakit meliputi direktur, wakil direktur bagian pelayanan medik dan perawatan, wakil direktur penunjang medik dan instalansi, wakil direktur umum dan keuangan, dan wakil direktur bagian komite medik. Staf medis terdiri dari para dokter profesional dibidangnya masing-masing, staf

keperawatan yang terdiri dari para perawat profesional yang bertugas memberikan pertolongan kepada pasien atas dasar instruksi dokter, dan staf administrasi seperti penerimaan pembayaran, penagihan hutang, pembayaran biaya, dan pengendali pendapatan.

Kepala rumah sakit harus seorang tenaga medis yang mempunyai kemampuan dan keahlian dibidang perumah sakitan. Tenaga struktural yang menduduki jabatan sebagai pimpinan harus berkewarganegaraan Indonesia. Pemilik rumah sakit tidak boleh merangkap menjadi kepala rumah sakit.²

2.2.10. Misi dan Visi Rumah sakit

Misi rumah sakit merupakan pernyataan mengenai mengapa rumah sakit didirikan, apa tugasnya, dan untuk siapa rumah sakit tersebut melakukan kegiatan. Misi sebaiknya dapat menggambarkan tugas, cakupan, tindakan yang dilakukan, kelompok masyarakat yang akan dilayani, pengguna yang harus dipuaskan dan nilai dari rumah sakit tersebut.

Visi rumah sakit adalah gambaran keadaan rumah sakit dimasa mendatang dalam menjalankan misinya. Isi pernyataan visi tidak hanya berisi gagasan kosong. Visi juga meupakan gambaran masa mendatang yang berpijak dari masa sekarang dimana didalamnya terdapat logika dan naluri yang digunakan secara bersama-sama, disamping itu, visi sebaiknya menyiratkan harapan dan kebanggaan jika dapat dicapai nantinya. Visi dapat diwujudkan melalui berbagai strategi dan program kegiatan. Pernyataan visi sebaiknya memperhatikan sejarah

kelembagaan, perubahan lingkungan eksternal, perubahan lingkungan rumah sakit, dan kemampuan internal rumah sakit.

Penyusunan misi dan visi bertumpu pada pedoman nilai yang diacu oleh rumah sakit. Nilai yang diacu oleh rumah sakit dapat berupa hal yang unik, misalnya nilai kemanusiaan, nilai keagamaan, nilai pelayanan yang baik, atau nilai keuntungan material apabila rumah sakit tersebut merupakan lembaga *for profit*.⁶

2.2.11. Kewajiban dan Hak Rumah Sakit

Kewajiban rumah sakit secara umum yaitu menerapkan fungsi-fungsi manajemen dalam pengelolaan rumah sakit melalui *hospital by laws* agar tercipta *good corporate governance*, menerapkan fungsi manajemen klinis yang baik sesuai dengan standar pelayanan medis dan standar prosedur operasi yang telah ditetapkan agar tercipta *good clinical governance*.² Kewajiban rumah sakit meliputi :

- 1) Memberikan informasi yang benar tentang pelayanan rumah sakit kepada masyarakat,
- 2) Memberikan pelayanan kesehatan yang aman, bermutu, anti diskriminasi, dan efektif dengan mengutamakan kepentingan pasien sesuai dengan standar pelayanan rumah sakit,
- 3) Memberikan pelayanan gawat darurat kepada pasien sesuai dengan kemampuan pelayanannya,

- 4) Berperan aktif dalam memberikan pelayanan kesehatan pada bencana, sesuai dengan kemampuan pelayanannya,
- 5) Menyediakan sarana dan pelayanan bagi masyarakat tidak mampu atau miskin,
- 6) Melaksanakan fungsi sosial antara lain dengan memberikan fasilitas pelayanan pasien tidak mampu/miskin, pelayanan gawat darurat tanpa uang muka, ambulan gratis, pelayanan korban bencana dan kejadian luar biasa, atau bakti sosial bagi misi kemanusiaan,
- 7) Membuat, melaksanakan, dan menjaga standar mutu pelayanan kesehatan dirumah sakit sebagai acuan dalam melayani pasien,
- 8) Menyelenggarakan rekam medis,
- 9) Menyediakan sarana dan prasarana umum yang layak antara lain sarana ibadah, parkir, ruang tunggu, sarana untuk orang cacat, wanita menyusui, anak-anak, dan usia lanjut,
- 10) Melaksanakan sistem rujukan,
- 11) Menolak keinginan pasien yang bertentangan dengan standar profesi dan etika serta perundang-undangan,
- 12) Memberikan informasi yang benar, jelas dan jujur mengenai hak dan kewajiban pasien,
- 13) Menghormati dan melindungi hak pasien,
- 14) Melaksanakan etika rumah sakit,
- 15) Memiliki sistem pencegahan kecelakaan dan penanggulangan bencana,

- 16) Melaksanakan program pemerintah dibidang kesehatan baik secara regional maupun nasional,
- 17) Membuat daftar tenaga medis yang melakukan praktik kedokteran, kedokteran gigi, dan tenaga kesehatan lainnya,
- 18) Menyusun dan melaksanakan peraturan internal rumah sakit (*hospital by laws*),
- 19) Melindungi dan memberikan bantuan hukum bagi semua petugas rumah sakit dalam melaksanakan tugas,
- 20) Memberlakukan seluruh lingkungan rumah sakit sebagai kawasan tanpa rokok.

Rumah sakit selain mempunyai kewajiban tentu juga mempunyai hak. Hak rumah sakit yang diatur dalam undang-undang perumah sakitan meliputi :

- 1) Menentukan jumlah, jenis, dan kualifikasi sumber daya manusia sesuai dengan klasifikasi rumah sakit,
- 2) Menerima imbalan jasa pelayanan serta menentukan remunerasi, insentif, dan penghargaan sesuai sesuai dengan ketentuan,
- 3) Melakukan kerja sama dengan pihak lain dalam rangka melakukan pengembangan pelayanan,
- 4) Menerima bantuan dari pihak lain sesuai dengan ketentuan,
- 5) Menggugat pihak yang melakukan kerugian,
- 6) Mendapatkan perlindungan hukum,
- 7) Mempromosikan layanan kesehatan yang ada dirumah sakit,

- 8) Mendapatkan insentif pajak bagi rumah sakit publik dan rumah sakit yang ditetapkan sebagai rumah sakit pendidikan.¹⁵

2.2.12. Pemakai Jasa Rumah Sakit

Mereka yang membeli atau menggunakan produk/jasa pelayanan kesehatan disebut dengan pelanggan (*customer*). Pelanggan institusi pelayanan kesehatan dibedakan menjadi dua yaitu pelanggan internal (*internal customer*) dan pelanggan eksternal (*eksternal customer*). *Internal customer* adalah mereka yang bekerja didalam institusi kesehatan seperti staf medis, paramedis, teknisi, administrasi, pengelola, dan sebagainya. *Eksternal customer* adalah pasien, keluarga pasien, pengunjung, pemerintah, perusahaan asuransi kesehatan, masyarakat umum, rekanan, lembaga swadaya masyarakat, dan sebagainya.⁵

Pelanggan (*customer*) merupakan pemakai jasa rumah sakit. Pemakai jasa rumah sakit (*the user of the hospital*) di Indonesia dibedakan menjadi tiga yaitu:

- 1) *Full Purchases* dimana pemerintah dan perusahaan swasta merupakan pelanggan terbesar.
- 2) *Semi Buyers* dimana pemakai jasa yang tidak atau belum dapat membayar penuh nota tagihan rumah sakit.
- 3) *Prodeo User* dimana pemakai jasa yang tidak sama sekali sanggup membayar biaya perawatan rumah sakit. Kelompok ini terdiri dari dua bagian yaitu kelompok yang secara material tidak mampu membayar sesenpun (*disadvantage people*) dan kelompok *prodeo user in optima forma* yang terdiri dari pasien yang meninggalkan rumah sakit tanpa izin, pasien yang

kurang puas dengan pelayanan rumah sakit, dan pasien yang ditanggung oleh badan sosial (*privilage social*).

Pemakai jasa rumah sakit atau disebut juga dengan pasien, dilihat dari keadaannya dapat diklasifikasikan menjadi :

1) *Emergency* pasien

Kehidupan pasien dalam menghadapi situasi ancaman kematian sehingga memerlukan pengobatan sesegera mungkin.

2) *Urgency patient*

Pasien memerlukan pengobatan segera, bila ada penundaan yang berkepanjangan dapat menimbulkan bahaya terhadap kehidupan pasien.⁵

Pasien yang berobat kerumah sakit dengan status apapun harus diberlakukan sama. Pasien yang mencari dan mendapatkan pelayanan kesehatan mempunyai hak pasien. Hak pasien di rumah sakit ketika menggunakan pelayanan kesehatan antara lain :

- 1) Memperoleh informasi mengenai tata tertib dan peraturan yang berlaku dirumah sakit,
- 2) Memperoleh informasi tentang hak dan kewajiban pasien,
- 3) Memperoleh layanan yang manusiawi, adil, jujur, dan tanpa diskrimasi,
- 4) Memperoleh layanan kesehatan yang bermutu sesuai dengan standar profesi dan standar operasional,
- 5) Memperoleh layanan yang efektif dan efisien sehingga pasien terhindar dari kerugian fisik dan materi,
- 6) Mengajukan pengaduan atas kualitas yang didapatkan,

- 7) Memilih dokter dan kelas perawatan sesuai dengan keinginannya dan peraturan yang berlaku dirumah sakit,
- 8) Meminta konsultasi tentang penyakit yang dideritanya kepada dokter lain yang mempunyai Surat Izin Praktek (SIP) baik didalam maupun diluar rumah sakit,
- 9) Mendapatkan privasi dan kerahasiaan penyakit yang diderita termasuk data-data medisnya,
- 10) Mendapatkan informasi yang meliputi diagnosis dan tata cara tindakan medis, tujuan tindakan medis, alternatif tindakan, risiko dan komplikasi yang mungkin terjadi, dan prognosis terhadap tindakan yang dilakukan serta perkiraan biaya pengobatan.
- 11) Memberikan persetujuan atau menolak atas tindakan yang akan dilakukan oleh tenaga kesehatan terhadap penyakit yang dideritanya,
- 12) Terdampingi oleh keluarganya pada saat kritis,
- 13) Menjalankan ibadah sesuai agama atau kepercayaan yang dianutnya selama hal itu tidak mengganggu pasien lainnya,
- 14) Memperoleh keamanan dan keselamatan dirinya selama dalam perawatan dirumah sakit,
- 15) Mengajukan usul, saran, atau perbaikan atas perlakuan rumah sakit terhadap dirinya,
- 16) Menolak pelayanan bimbingan rohani yang tidak sesuai dengan agama dan kepercayaan yang dianutnya,

- 17) Menggunakan dan/atau menuntut rumah sakit apabila apabila rumah sakit diduga memberikan pelayanan yang tidak sesuai dengan standar baik secara perdata ataupun pidana, dan
- 18) Mengeluhkan pelayanan rumah sakit yang tidak sesuai dengan standar pelayanan melalui media cetak dan elektronik sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.⁶

Pasien dalam mencari dan mendapatkan pelayanan kesehatan, selain mempunyai hak pasien, pasien juga mempunyai kewajiban. Kewajiban pasien antara lain :

- 1) Memberikan keterangan yang jujur tentang penyakit dan perjalanan penyakit kepada petugas kesehatan,
- 2) Mematuhi nasihat dokter dan perawat,
- 3) Ikut menjaga kesehatan dirinya,
- 4) Memenuhi imbalan dan jasa.⁶

2.2.13. Standar Minimal dalam Pelayanan Rawat Jalan dan Rawat Inap di Rumah Sakit

Berdasarkan Keputusan Menteri kesehatan Nomor : 129/Menkes/SK/II/2008 tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit, standar minimal rawat jalan adalah sebagai berikut:

1. Dokter yang melayani pada Poliklinik Spesialis harus 100 % dokter spesialis.

2. Rumah sakit setidaknya harus menyediakan pelayanan klinik anak, klinik penyakit dalam, klinik kebidanan, dan klinik bedah.
3. Jam buka pelayanan adalah pukul 08.00 – 13.00 setiap hari kerja, kecuali hari Jumat pukul 08.00 – 11.00.
4. Waktu tunggu untuk rawat jalan tidak lebih dari 10 menit.
5. Kepuasan pelanggan lebih dari 90 %.⁶

2.2.14. Prosedur Pendaftaran Rawat Jalan

Pelayanan rawat jalan adalah sekumpulan pelayanan spesifik dari rumah sakit terhadap para pengunjung yang memerlukan pelayanan kesehatan. Secara umum pelayanan di RS, menurut kategori jenis dan pelayanannya dibagi menjadi 2 bagian utama. Pelayanan itu adalah pelayanan rawat jalan dengan durasi pelayanan siap satu hari pelayanan (pasien pulang hari) dan pasien rawat inap dengan durasi pelayanan lebih dari satu hari jam hari perawatan di RS. Pasien rawat jalan sama saja dengan pasien rawat inap tetapi karena status kesehatannya masih mampu pulang setelah diberi pelayanan, pasien dipulangkan ke rumah. Pasien rawat jalan boleh saja berubah status menjadi pasien rawat inap bila kondisi kesehatannya menunjukkan indikasi rawat inap. Bila pasien perlu dan mau diinapkan, maka status rawat jalannya diselesaikan dan kemudian ia diregistrasi ulang menjadi pasien rawat inap.

Pelayanan rawat jalan juga melingkupi pasien Instalasi Gawat Darurat dilayani di pos pelayanan khusus IGD dan dengan prioritas ditolong lebih dahulu berdasarkan kegawat daruratan yang dideteksi oleh petugas. Kondisi skala prioritas pasien IGD perlu disebutkan supaya dapat diterima secara manusiawi bahwa

pasien dengan status yang gawat atau darurat harus diberi prioritas pertolongan penyelamatan nyawa (*life saving*) lebih dahulu dan pelayanan administrasi registrasi menyusul kemudian. Di dalam penelitian ini peneliti tidak menyertakan kasus pasien rawat IGD sebagai objek penelitian.

Pelayanan rawat jalan diartikan peneliti sebagai pelayanan pasien di unit rawat jalan (bukan IGD) dimulai dari proses registrasi Rekam Medis (RM di anjungan RM), poli dokter spesialis (pelayanan perawat, dan dokter spesialis) pelayanan distribusi obat di farmasi milik RS. Pelayanan diagnostik (Laboratorium, Radiologi, CT Scan atau MRI) tidak diikutkan di dalam kategori pelayanan poli dokter spesialis. Pengecualian pemeriksaan USG yang biasanya dapat dilakukan sendiri oleh pihak dokter spesialis tertentu di poliklinik mereka sendiri, tidak dihitung sebagai beban kerja tambahan. Pelayanan poliklinik dokter spesialis secara sederhana dapat diartikan berakhir ketika pasien dinyatakan selesai diperiksa dokter dan resp obat (bila ada) ditulis untuk ditukarkan oleh pasien di farmasi RS. Pada penelitian rawat jalan ini, pelayanan pasien rawat jalan dianggap selesai setelah pasien mendapat penukaran obat di farmasi.²

2.2.15. Pelayanan Rawat Jalan

Rawat jalan adalah pasien yang menerima pelayanan kesehatan di rumah sakit tanpa dirawat di rumah sakit, atau terdaftar sebagai pasien rawat inap.

Rawat jalan (RJ) merupakan salah satu unit kerja di rumah sakit yang melayani pasien yang berobat jalan dan tidak lebih dari 24 jam pelayanan,

termasuk seluruh prosedur diagnostik dan terapeutik. Pada waktu yang akan datang, rawat jalan merupakan bagian terbesar dari pelayanan kesehatan di rumah sakit.

Pelayanan rawat jalan (*ambulatory services*) adalah salah satu bentuk dari pelayanan kedokteran. Secara sederhana yang dimaksud dengan pelayanan rawat jalan adalah pelayanan kedokteran yang disediakan untuk pasien tidak untuk rawat inap (*hospitalization*). Ke dalam pengertian pelayanan rawat jalan ini termasuk tidak hanya yang diselenggarakan oleh sarana pelayanan kesehatan yang telah lazim dikenal seperti rumah sakit atau klinik, tetapi juga yang diselenggarakan di rumah pasien (*home care*) serta di rumah perawatan (*nursing homes*).⁶

Rawat jalan juga merupakan salah satu yang dominan dari pasar rumah sakit serta merupakan sumber keuangan yang bermakna, sehingga selalu dilakukan upaya untuk meningkatkan mutu pelayanan.

Pelayanan rawat jalan merupakan satu dari area pelayanan kesehatan yang sedang berkembang pesat. Instalasi Rawat Jalan (IRJ) merupakan unit fungsional yang menangani penerimaan pasien di rumah sakit, baik yang akan berobat jalan maupun yang akan dirawat di rumah sakit. Pemberian pelayanan di IRJ pertama kali dilakukan di loket karcis yang dikelola oleh bagian Rekam Medis Rawat Jalan. Salah satu dimensi mutu pelayanan kesehatan adalah akses terhadap pelayanan yang ditandai dengan waktu tunggu pasien.¹⁵

2.2.16. Prosedur Pelayanan Dokter di Poliklinik Rawat Jalan

Prosedur adalah serangkaian aksi yang spesifik, tindakan atau operasi yang harus dijalankan atau dieksekusi dengan cara yang sama agar selalu memperoleh hasil yang sama dari keadaan yang sama contohnya prosedur kesehatan dan keselamatan kerja. Pelayanan menurut Kotler (2009), pelayanan adalah aktivitas atau hasil yang dapat ditawarkan oleh sebuah lembaga kepada pihak lain yang biasanya tidak kasat mata, dan hasilnya tidak dapat dimiliki oleh pihak lain tersebut adalah ketentuan tentang jenis dan mutu pelayanan dasar yang merupakan urusan wajib untuk diberikan pada yang berhak.¹⁶

Rumah Sakit adalah sarana kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan meliputi pelayanan promotif, preventif, kurative dan rehabilitatif yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan, dan rawat darurat Jenis Pelayanan adalah jenis pelayanan yang diberikan oleh RS kepada masyarakat.²

Pelayanan minimal adalah pelayanan standar yang memenuhi standar pelayanan profesional oleh dokter terhadap kebutuhan pihak pengguna jasa. Pelayanan minimal artinya dasar dari pelayanan selanjutnya bila diperlukan oleh kasus karena kondisi kesehatannya. Prosedur Pelayanan Rawat Jalan di poliklinik rawat jalan terbagi menjadi 2 bagian dalam tahapan yang berturutan.

1. Tahap penerimaan pasien untuk dipersiapkan menjalani pelayanan dokter.

Pelayanan ini dikerjakan oleh perawat pembantu di poliklinik dokter.

Perawat yang ditugaskan di sana melayani pasien menurut nomor urutan

pelayanan yang dicatatkan oleh pihak rekam medis berdasarkan kronologi jam registrasi di Rekam Medis.

2. Tugas utama perawat adalah membantu dokter mengukur vital sign standar, mencatat anamnesa dan melengkapi berkas yang diantarkan oleh petugas Rekam Medis.
3. Rentang waktu persiapan ini kemudian diikuti dengan pemeriksaan pasien oleh dokter. Jenis pemeriksaan cukup bervariasi seiring dengan indikasi yang ditemukan dokter pada vital sign, anamnesa, pemeriksaan fisik, wawancara terarah dan catatan di berkas rekam medis dari setiap pasien. Pemeriksaan dapat sangat sederhana dan dapat memerlukan prosedur diagnostik lain-lain yang dikerjakan oleh departemen diagnostik RS.
4. Dokter membuat analisis, menegakkan diagnosa, menentukan terapi ataupun resep, kalau perlu merujuk pasien ke ahli lain karena indikator yang ia temukan pada pasien.
5. Dokter untuk selanjutnya memberi nasihat tentang bagaimana pasien dapat mencegah masalah kesakitannya pada masa berikut.
6. Dokter menyatakan pemeriksaannya selesai setelah membuat kelengkapan catatan pemeriksaan, temuan-temuan pada diagnosa, diagnosa akhir yang dominan dan terapi serta masalah-masalah lain yang ditemukan pada pasien.
7. Pekerjaan di poliklinik dokter dinyatakan selesai apabila dokter sudah membubuhkan tanda tangan di berkas serta perawat mencatat jam pemeriksaan dimulai dan jam pemeriksaan selesai.

8. Waktu pelayanan yang diperlukan pada setiap kasus dicatat di dalam buku kunjungan harian oleh perawat. Biasanya rentang waktu itu antara 5 s/d 15 menit per pasien.
9. Kesulitan yang khas terjadi di rumah sakit dengan fasilitas dan tenaga dokter spesialis yang terbatas adalah beban kerja yang berlebihan dengan suplai kerja profesional yang relatif kurang. Masalah keahlian para pelaksana tugas tidak pernah menjadi masalah tetapi penyimpangan jam kedatangan dokter (sibuk di lokasi lain) sering menjadi kendala terjadinya penundaan pelayanan.⁶

2.2.17. Waktu Tunggu Pelayanan

Waktu tunggu adalah waktu yang dipergunakan oleh pasien untuk mendapatkan pelayanan rawat jalan dan rawat inap dari tempat pendaftaran sampai masuk ke ruang pemeriksaan dokter.

Waktu tunggu di rumah sakit berkaitan dengan pelayanan kesehatan meliputi pelayanan rekam medis, gawat darurat, pelayanan poliklinik dan lain sebagainya. Waktu tunggu adalah waktu yang digunakan oleh petugas kesehatan di rumah sakit untuk memberikan pelayanan pada pasien. Waktu tunggu merupakan masalah yang sering menimbulkan keluhan pasien di beberapa rumah sakit. Lama waktu tunggu pasien mencerminkan bagaimana rumah sakit mengelola komponen pelayanan yang disesuaikan dengan situasi dan harapan pasien.

Waktu tunggu pasien merupakan salah satu komponen yang potensial

menyebabkan ketidakpuasan. Pasien akan menganggap pelayanan kesehatan jelek apabila sakitnya tidak sembuh – sembuh, antri lama, dan petugas kesehatan tidak ramah meskipun profesional.

Waktu tunggu pelayanan adalah waktu tunggu pasien terhadap pelayanan mulai dari kedatangan pasien di tempat penerimaan pasien sampai dikirimnya berkas rekam medis ke poliklinik tujuan.¹⁷

Pelayanan rekam medis yang baik dan bermutu tercermin dari pelayanan yang ramah, cepat, serta nyaman. Pelayanan rekam medis rawat jalan dimulai dari tempat pendaftaran pasien sampai memperoleh dokumen rekam medis yang akan digunakan untuk mendapatkan pelayanan kesehatan. Berdasarkan standar penyediaan dokumen rekam medis pelayanan rawat jalan adalah 10 menit, dan pelayanan dokumen rekam medis pelayanan rawat inap selama 15 menit.¹⁸

Dalam pelayanan rawat jalan di rumah sakit, waktu tunggu adalah waktu yang dipergunakan oleh pasien untuk mendapatkan pelayanan rawat jalan dan rawat inap dari tempat pendaftaran sampai masuk ke ruang pemeriksaan dokter. Di sebut cepat jika waktu tunggu kurang dari atau sama dengan 10 menit, dan disebut lama jika waktu tunggu lebih dari 10 menit.⁶

Semua proses pelayanan diperhitungkan dalam waktu yang terukur untuk dapat memberikan pelayanan standar yang dibutuhkan oleh pasien secara akurat dan standar. Pasien diatur bergiliran menurut nomor urut registrasi kunjungan yang selalu diberikan ketika pasien mendaftarkan diri di anjungan rekam medis. Prinsip FIFO (First In First Out) dijalankan secara standar kecuali pasien gawat

darurat yang paling kritis harus didahulukan untuk pelayanan Instalasi Gawat Darurat (IGD).

a. Prinsip Mengenai Waktu Tunggu Pelayanan

Berdasarkan hasil riset David Maister yang dikutip oleh Asmuni (2009), merumuskan prinsip mengenai waktu menunggu, yaitu :

1. Waktu yang tidak diisi (*Unoccupied Time*) akan terasa lebih Lama dibandingkan waktu yang terisi

Bila kita hanya duduk bengong tanpa berbuat apa-apa, waktu akan terasa berjalan sangat lambat. Tantangan bagi organisasi jasa adalah memberikan aktivitas atau mengalihkan perhatian pelanggan sewaktu mereka sedang mengantri jasa. Oleh karena itu, banyak ruang praktik dokter umum dan dokter gigi yang menyediakan bacaan bagi para pasien yang sedang menunggu giliran. Bahkan ada pula tempat praktik dokter yang menyediakan buku cerita dan mainan anak-anak di ruang tunggu.

2. Menunggu disaat sebelum proses (*Pre-Process*) terasa lebih lama dibandingkan menunggu pada saat proses layanan dilakukan (*In-Process*) Dokter umum langganan salah seorang penulis buku ini punya 2 kamar periksa. Sementara yang satu dipakai untuk memeriksa pasien, pasien berikutnya diminta masuk ke kamar lainnya. Dengan cara ini, persepsi para pasien yang sudah masuk ke kamar periksa terhadap waktu menunggu akan berkurang, karena ia sudah bisa mulai mempersiapkan diri untuk diperiksa dokter, menimbang berat badan, atau melakukan aktifitas lainnya.

3. Menunggu yang tak pasti (*Uncertain Waits*) terasa lebih lama dari menunggu yang telah pasti

Meskipun menunggu biasanya membuat frustrasi, pada umumnya orang bisa beradaptasi secara mental untuk menunggu selama periode waktu tertentu yang diketahui. Artinya, kalau seseorang tahu bahwa ia menunggu selama 15 menit, maka secara mental ia bisa tenang dan menyesuaikan jadwalnya. Bayangkan kalau sedang berada di stasiun kereta dan ada keterlambatan dalam jadwal keberangkatan, namun tidak diberitahu tentang lamanya keterlambatan. Anda bimbang apakah tersedia cukup waktu bila ingin ke kamar kecil ataukah harus tetap duduk menunggu pemberitahuan keberangkatan.¹⁹

b. Faktor-Faktor Yang berhubungan Dengan Waktu Tunggu Pasien

Berikut ini merupakan beberapa faktor-faktor yang mempengaruhi waktu tunggu pasien, yaitu :

1. Aditama (2013) yang mengutip hasil penelitian Fetter Dapat disimpulkan bahwa faktor-faktor yang mempengaruhi waktu tunggu yaitu variasi *appointment interval*, waktu pelayanan yang panjang, Pola kedatangan pasien, pasien tidak datang pada waktu perjanjian (*no Show rate*), jumlah pasien yang datang tanpa perjanjian, pola kedatangan dokter terputusnya pelayanan pasien karena keinginan dokter untuk berhenti sebentar selama jam praktek.

2. Hasil penelitian Inge (2003) Faktor-faktor yang diduga berpengaruh terhadap waktu tunggu pasien dalam penelitiannya yaitu lama penyediaan dokumen rekam medis, lama pemeriksaan pasien, keterlambatan dokter dan jumlah antrian. Hal ini sejalan dengan penelitian Zhu yang berjudul *“Analysis of Factors Causing Long Patient Waiting Time and Clinic Overtime in Outpatient Clinics”* menyatakan bahwa keterlambatan memulai pelayanan, ketidakteraturan antrian, dan kelebihan beban pelayanan merupakan faktor-faktor yang menyebabkan lamanya waktu tunggu pasien.
3. Hasil penelitian Esti (2012) Faktor-faktor yang berhubungan dengan waktu tunggu pasien rawat jalan berdasarkan hasil penelitian tersebut, terdapat lima faktor yang berhubungan dengan waktu tunggu pasien rawat jalan, yaitu keterlambatan dokter, lama penyediaan dokumen rekam medis, jenis poliklinik, dan Jenis pembayaran.

2.2.18. Prosedur Pelayanan Pasien Rawat jalan

Prosedur pelayanan Pasien rawat jalan dimulai dari proses pendaftaran di bagian pendaftaran pasien. Dimana proses pencarian berkas di pos pertama kunjungan pasien, berkas rekam medis (RM) dapat ditemukan dalam tempo sekitar 5 menit (standar KARS) per pasien. Berkas kemudian di transfer oleh petugas khusus ke masing-masing lokasi dokter spesialis yang kiranya dibutuhkan pasien pada kunjungan tersebut.

Pasien kemudian dipanggil oleh perawat klinik untuk pemeriksaan *vital sign*, pemeriksaan anamnesa, pencatatan data pemeriksaan serta mempersiapkan pasien untuk pemeriksaan dokter. Pemeriksaan dokter memerlukan prosedur pelayanan standar yang bervariasi sesuai dengan indikasi penyakit yang diidap oleh pasien. Tahapan pelayanan di klinik spesialis rata-rata berakhir dalam 15 menit per pasien. Pemeriksaan diagnostik biasanya dilakukan di departemen pelayanan diagnostik tidak diperhitungkan ke dalam durasi pelayanan di ruang poliklinik dokter spesialis. Selanjutnya pasien biasanya diberikan resep untuk diambil dari farmasi.

Durasi pengambilan obat difarmasi biasanya berdurasi sekitar 10 sampai 15 menit per pasien. Durasi ini juga bervariasi karena ada aneka ragam peresepan yang diresepkan oleh dokter. Jadi dari kejadian sehari-hari jadwal registrasi kunjungan, pemeriksaan perawat dan dokter dan seterusnya pengambilan obat di farmasi untuk sekitar 60 orang pengunjung (klinik tersibuk) rata-rata selesai sebelum jam 15.00 setiap harinya. Pengalaman antri oleh pasien sebenarnya tidak menjadi masalah bagi pasien yang datang lebih awal mendaftarkan diri di registrasi rekam medis. Mereka yang datang lebih awal dapat segera pulang dalam rentang waktu 1 atau 1 jam 30 menit, setelah mendaftarkan kunjungan di rekam medis. Mereka yang beruntung karena mendapat kesempatan mendaftarkan diri pertama pendaftaran serta kedatangan dokter pemeriksa tidak tertunda karena ada tugas lain, tidak akan mengeluh karena antrian yang berkepanjangan. Pengalaman yang menyenangkan karena pendaftaran yang lebih dini dapat menghindarkan antrian yang membosankan, membuat pasien pelanggan selalu datang lebih cepat

berkerumun di depan anjungan pendaftaran, tetapi kondisi antrian tetap akan dialami oleh pemegang nomor urut yang terdaftar lebih terlambat. Fenomena antrian kelihatan akan terus berlangsung dari hari ke hari.⁶

2.2.19. Kepuasan Pasien

Kepuasan menurut Nursalam 2012 adalah perasaan senang seseorang yang berasal dari perbandingan antara kesenangan terhadap aktivitas dan suatu produk dengan harapannya. Kotler dalam Nursalam Kepuasan adalah perasaan senang atau kecewa seseorang yang muncul setelah membandingkan antara persepsinya atau kesannya terhadap kinerja atau hasil suatu produk dan harapan-harapannya.

Irawan dalam buku nursalam kepuasan adalah persepsi terhadap produk atau jasa yang telah memenuhi harapannya, jadi kepuasan adalah hasil dari akumulasi konsumen atau pelanggan dalam menggunakan produk atau jasa. Woodruff and Gardial dalam Supriyanto dalam Nursalam menyatakan kepuasan adalah model kesenjangan antara harapan (standar kinerja yang seharusnya) dengan kinerja aktual yang diterima pelanggan.

Kepuasan pelanggan menurut model kebutuhan ialah suatu keadaan suatu keadaan dimana kebutuhan, keinginan, dan harapan pasien dapat dipenuhi melalui produk atau jasa yang dikonsumsi, Kepuasan pasien adalah rasio kualitas yang dirasakan oleh pasien dibagi dengan kebutuhan, keinginan, dan harapan pasien.

Kepuasan pasien berhubungan dengan mutu pelayanan rasa sakit. Manajemen rumah sakit dapat mengetahui tingkat kepuasan pasien dengan

melakukan peningkatan mutu pelayanan. Persentase pasien yang menyatakan puas terhadap pelayanan berdasarkan hasil survei dengan instrumen yang baku.⁵

Ada empat persepsi kepuasan menurut *World Health Organization* yaitu *responsiveness*, *Reliability*, *courtesy of provider*, dan *security of service*, sehingga Kepuasan pasien akan dilihat dari segi :

1) *Responsiveness* (cepat tanggap)

Responsiveness merupakan nilai dalam kemampuan petugas kesehatan menolong pelanggan dan kesiapannya melayani sesuai prosedur dan bisa memenuhi harapan pelanggan. Persepsi ini merupakan penilaian mutu pelayanan yang paling dinamis. Harapan pelayanan kesehatan yang responsif terhadap kebutuhan pelanggannya ditentukan oleh sikap para *front-line-staff*, mereka berhubungan langsung dengan pengguna jasa pelayanan kesehatan, keluarganya, dan komunikasi *non-verbal*.

2) *Reliability*

Reliability merupakan kemampuan untuk memberikan pelayanan kesehatan dengan tepat waktu dan akurat sesuai dengan yang ditawarkan pada brosur promosi rumah sakit.

3) *Courtesy of Provider*

Courtesy of provider merupakan keramahan dari penyedia pelayanan.

4) *Security of Service*

Security of service merupakan keamanan pelayanan yang diberikan termasuk keamanan catatan dan rekam medik.⁶

2.2.20. Faktor yang Memengaruhi Kepuasan Pasien

Ada beberapa faktor yang memengaruhi kepuasan pasien menurut Nursalam 2016, yaitu sebagai berikut :

1) Kualitas produk atau jasa

Pasien akan merasa puas apabila hasil evaluasi mereka menunjukkan bahwa produk atau jasa yang digunakan berkualitas.

2) Harga

Harga yang termasuk didalamnya adalah harga produk atau jasa. Ketika harga perawatan yang dikeluarkan semakin mahal maka pasien mempunyai harapan yang lebih tinggi pula terhadap produk atau jasa yang dibayar.

3) Emosional

Pasien yang merasa bangga atau yakin bahwa orang lain akan kagum terhadap konsumen apabila pasien memilih institusi pelayanan yang sudah mempunyai pandangan, cenderung memiliki tingkat kepuasan yang lebih tinggi.

4) Kinerja

Wujud dari kinerja adalah kecepatan, kemudahan, dan kenyamanan dalam memberikan jasa pengobatan terutama keperawatan penyembuhan yang relatif lebih cepat, kemudahan dalam memenuhi kebutuhan pasien dan kenyamanan yang diberikan yaitu dengan memperhatikan kebersihan, keramahan, dan kelengkapan peralatan rumah sakit.

5) Estetika

Estetika merupakan daya tarik rumah sakit yang dapat ditangkap oleh panca indera, misalnya keramahan perawat, peralatan yang lengkap dan sebagainya.

6) Karakteristik produk

Karakteristik produk meliputi penampilan gedung, kebersihan, tipe kelas kamar yang disediakan beserta kelengkapannya.

7) Pelayanan

Pelayanan keramahan petrugas rumah saki, kecepatan dalam pelayanan, dan memperhatikan kebutuhan pasien. Tiga hal ini akan menciptakan kepuasan dari pelanggan.

8) Lokasi

Lokasi meliputi lingkungan rumah sakitnya dan letak kamar yang disediakan. Orang akan lebih memilih suatu rumah sakit dengan lokasi yang mudah untuk dicapai.

9) Fasilitas

Kelengkapan fasilitas merupakan penentu kepuasan pasien. Fasilitas seperti sarana dan prasarana rumah sakit, tempat parkir, ruang tunggu yang nyaman, dan ruang rawat inap yang nyaman akan menentukan penilaian kepuasan pasien.

10) Komunikasi

Komunikasi yaitu informasi yang diberikan oleh pihak penyedia jasa dan keluhan dari pasien.

11) Suasana

Suasana meliputi keamanan dan keakraban. Suasana yang aman, nyaman, sejuk, indah akan sangat mempengaruhi kepuasan pasien. Suasana seperti itu tidak hanya pasien saja yang menikmati melainkan pengunjung yang mengunjungi pasien juga.

12) Desain visual

Desain visual meliputi dekorasi ruangan, bangunan dan desain jalan yang tidak rumit. Tata ruang dan dekorasi ikut memengaruhi kenyamanan dan kepuasan pasien.⁶

2.2.21. Indeks Kepuasan

Beberapa faktor berpengaruh terhadap kepuasan konsumen menurut Nursalam 2016, secara garis besar ada lima kategori yaitu *product quality*, *service quality*, *price*, *emotional factor*, dan *cost of acquiring*.

1) *Product Quality*

Product Quality mempunyai persepsi yang membentuk kualitas produk barang yang akan membentuk kepuasan pada konsumen. Persepsinya adalah *performance*, *reliability*, *conformance*, *durability*, *featur* dan lain-lain.

2) *Service quality*

Service quality mempunyai persepsi 5 yaitu *tangible*, *reliability*, *assurance*, *empathy*, dan *responsiveness*.

3) *Price*

Harga dari produk atau jasa diukur dengan membandingkan nilai manfaat yang diterima dengan biaya yang harus dikeluarkan pasien.

4) *Emotional factor*

Keyakinan dan rasa bangga terhadap produk yang digunakan. *Emotional factor* diukur dari *perceived best score*.

5) *Cost of acquiring*

Biaya yang dikeluarkan untuk mendapatkan produk atau jasa.⁶

Menurut Murdani (2007) dalam buku Nursalam 2012, ada enam faktor yang menyebabkan timbulnya rasa tidak puas pelanggan terhadap suatu produk, yaitu tidak sesuai harapan dengan kenyataan, layanan selama proses menikmati jasa pelayanan tidak memuaskan, perilaku personel kurang memuaskan, suasana lingkungan fisik yang tidak meunjang, *cost* terlalu tinggi, dan promosi/iklan tidak sesuai dengan kenyataan. Menurut Kotler (2000) beberapa cara untuk mengukur kepuasan pelanggan yaitu sistem keluhan dan saran, survei kepuasan pelanggan, pembeli bayangan, dan analisis kehilangan pelanggan.⁵

2.3. Rekam Medis

2.3.1. Pengertian

Di dalam membahas pengertian rekam medis terlebih dahulu akan dikemukakan arti dari rekam medis itu sendiri. Rekam medis disini diartikan sebagai “keterangan baik yang tertulis maupun terekam tentang identitas, anamnese, penentuan fisik laboratorium, diagnosa segala pelayanan dan tindakan medis yang diberikan kepada pasien, dan pengobatan yang dirawat

inap, rawat jalan maupun yang mendapatkan pelayanan gawat darurat”. Kalau diartikan secara dangkal rekam medis seakan – akan hanya merupakan catatan dan dokumen tentang keadaan pasien, namun kalau dikaji lebih dalam rekam medis mempunyai makna yang lebih luas daripada hanya catatan biasa, karena didalam catatan tersebut sudah tercermin segala informasi menyangkut seseorang pasien yang akan dijadikan dasar didalam menentukan tindakan lebih lanjut dalam upaya pelayanan maupun tindakan medis lainnya yang diberikan kepada seseorang pasien yang datang kerumah sakit.¹⁸

Ada beberapa istilah rekam medis yaitu : Rekam Medis, “*Medical Record*”. Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor : 269/Menkes/Per/III/2008 pasal 1 yaitu berkas yang berisikan catatan dan dokumen tentang identitas pasien, pemeriksaan, pengobatan, tindakan dan pelayanan lain yang telah diberikan kepada pasien.

Rekam medis mempunyai pengertian yang sangat luas, tidak hanya sekedar kegiatan pencatatan, akan tetapi mempunyai pengertian sebagai suatu sistem penyelenggaraan rekam medis. Sedangkan kegiatan pencatatannya sendiri hanya merupakan salah satu kegiatan dari pada penyelenggaraan rekam medis adalah merupakan proses kegiatan yang dimulai pada saat diterimanya pasien di rumah sakit, diteruskan kegiatan pencatatan data medik pasien selama pasien itu mendapatkan pelayanan medis di rumah sakit, dan dilanjutkan dengan penanganan berkas rekam medis yang meliputi penyelenggaraan penyimpanan untuk melayani permintaan/ peminjaman aapabila dari pasien atau untuk keperluan lainnya.¹⁸

Menurut Gemala Hatta, prinsip dasar arsip kesehatan / rekam medis :
Arsip kesehatan yang paling utama yaitu rekam kesehatan yang merekam segala informasi seputar kesehatan dan pelayanan medis yang diterima setiap pasien. Praktek rekaman dibidang kesehatan sudah dikenal sejak zaman prasejarah yang terus berkelanjutan hingga masa kini. Berbagai isu tentang rekaman terus bermunculan dan berubah, baik dilihat dari sisi perkembangan teknologi rekaman, pengelolaan berkas dan kualitas rekaman yang terkait dengan dasar hukumnya. Apapun teknologi rekaman baik manual maupun komputerisasi yang digunakan dalam sarana pelayanan kesehatan, tetap saja menjalankan rekaman untuk keperluan administratif maupun medis.²³

Rekam medis adalah siapa, apa, di mana dan bagaimana perawatan pasien selama dirumah sakit, untuk melengkapi rekam medis harus memiliki data yang cukup tertulis dalam rangkaian kegiatan guna menghasilkan suatu diagnosis, jaminan, pengobatan dan hasil akhir.¹⁸

Rekam medis adalah keterangan baik yang tertulis maupun yang terekam tentang identitas, anamnese penentuan fisik laboratorium, diagnosa segala pelayanan dan tindakan medik yang diberikan kepada pasien dan pengobatan baik yang dirawat inap, rawat jalan maupun yang mendapatkan pelayanan gawat darurat.

Rekam medis adalah fakta yang berkaitan dengan keadaan pasien, riwayat penyakit dan pengobatan masa lalu serta saat ini yang tertulis oleh profesi kesehatan yang memberikan pelayanan kepada pasien tersebut.¹⁸

2.3.2. Tujuan Rekam Medis

Tujuan rekam medik adalah menunjang tercapainya tertip administrasi dalam rangka upaya peningkatan pelayanan kesehatan di rumah sakit. Tanpa didukung suatu sistem pengelolaan rekam medis yang baik dan benar, tidak mungkin tertip administrasi rumah sakit akan berhasil sebagaimana yang diharapkan. Sedangkan tertib administrasi merupakan salah satu faktor yang menentukan di dalam upaya pelayanan kesehatan di rumah sakit. Tujuan rekam medis secara rinci akan terlihat dan analog sebab kegunaan Rekam Medis itu sendiri.¹⁸

2.3.3. Kegunaan Rekam Medis

Kegunaan rekam medis secara umum adalah:

- a. Sebagai alat komunikasi antara tenaga kesehatan serta tenaga ahli lainnya yang ikut ambil bagian didalam memberikan pelayanan, pengobatan, perawatan kepada pasien.
- b. Sebagai dasar untuk merencanakan pengobatan/perawatan yang harus diberikan kepada seorang pasien.
- c. Sebagai bukti tertulis atas segala tindakan pelayanan, perkembangan penyakit dan pengobatan selama pasien berkunjung/dirawat di rumah sakit.
- d. Sebagai bahan yang berguna untuk analisa, penelitian, dan evaluasi terhadap kualitas pelayanan yang diberikan kepada pasien.
- e. Melindungi kepentingan hukum bagi pasien, rumah sakit maupun dokter dan tenaga kesehatan lainnya.

- f. Menyediakan data-data khusus yang sangat berguna untuk keperluan penelitian dan pendidikan.
- g. Sebagai dasar didalam perhitungan biaya pembayaran pelayanan medik pasien.
- h. Menjadi sumber ingatan yang harus didokumentasikan serta sebagai bahan pertanggungjawaban dan laporan.¹⁸

Kegunaan rekam medis menurut *Gibony*, 1991 yang disingkat ALFRED adalah:

a. *Adminisstration/* Administrasi

Data dan informasi yang dihasilkan rekam medis dapat digunakan manajemen untuk melaksanakan fungsinya guna pengelolaan berbagai sumber daya, karena isinya menyangkut tindakan berdasarkan wewenang dan tanggung jawab sebagai tenaga medis dan para medis dalam mencapai tujuan pelayanan kesehatan

b. *Legal/* Hukum

Sebagai alat bukti hukum yang dapat melindungi hukum terhadap pasien, *provider* kesehatan (dokter, perawat dan tenaga kesehatan lainnya) serta pengelola dan pemilik sarana pelayanan kesehatan. Berkas rekam medis mempunyai nilai hukum, karena isinya menyangkut masalah adanya jaminan kepastian hukum atas dasar keadilan, dalam rangka usaha untuk menegakkan hukum serta penyediaan bahan bukti untuk menegakkan keadilan.

c. *Aspek Medis*

sebagai dasar untuk merencanakan pengobatan / perawatan yang harus diberikan kepada seorang pasien.

d. *Financial/ Keuangan*

Setiap jasa yang diterima pasien bila dicatat dengan lengkap dan benar maka dapat digunakan untuk menghilangkan biaya yang harus dibayar pasien, selain itu jenis dan jumlah pelayanan kegiatan yang tercatat dalam formulir dapat digunakan untuk memprediksi pendapatan dan biaya sarana pelayanan kesehatan.

e. *Research/ Riset*

Berbagai macam penyakit yang telah dicatat dalam dokumen rekam medis dapat dilakukan penelusuran guna kepentingan penelitian dan pengembangan ilmu pengetahuan dibidang kesehatan. Suatu berkas rekam medis mempunyai nilai penelitian, karena isinya menyangkut data / informasi yang dapat dipergunakan sebagai aspek penelitian dan pengembangan ilmu pengetahuan dibidang kesehatan.

f. *Education/ Pendidikan*

Dokumen rekam medis dapat digunakan untuk belajar dan mengembangkan ilmu bagi mahasiswa atau pendidik. Dalam dokumen rekam medis terkandung data atau informasi tentang perkembangan kronologis dan kegiatan pelayanan medik yang diberikan kepada pasien. Informasi tersebut dapat dipergunakan sebagai bahan atau referensi pengajaran dibidang profesi pemakai.

g. *Documentation/ Dokumentasi*

Rekam medis sebagai dokumen karena memiliki sejarah medis seorang pasien dipakai sebagai bahan pertanggung jawaban dan laporan rumah sakit.²⁴

2.3.4. Kegiatan Rekam Medis

a) Penerimaan pasien/ Pendaftaran

Tempat Pendaftaran Pasien Rawat Jalan (TPPRJ) merupakan pintu masuk pertama dalam penerimaan dan pendaftaran pasien rawat jalan karena dimana setiap pasien yang akan berobat di rumah sakit harus terlebih dahulu mendaftar di TPPRJ. Kegiatan rekam medis yang berkaitan dengan Penerimaan pasien/ pendaftaran dijelaskan sebagai berikut :

- 1) Melaksanakan proses penyelenggaraan pelayanan pendaftaran pasien rawat jalan/ rawat inap IGD
- 2) Melakukan wawancara untuk mengisi identitas pribadi data sosial pasien rawat jalan
- 3) Menyiapkan rekam medis rawat jalan serta meminta rekam medis rawat jalan ke petugas rekam medis bagian penyimpanan
- 4) Mengisi buku register pendaftaran pasien rawat jalan
- 5) Membuat atau memutakhirkan kartu index utama pasien (KIUP) rawat jalan

Kegiatan rekam medis yang berkaitan dengan penerimaan pasien/ pendaftaran dijelaskan sebagai berikut:

- 1) Setiap pasien baru yang diterima di tempat penerimaan pasien (TPP) ditanya oleh petugas untuk mendapatkan data identitas yang akan diisikan pada formulir Ringkasan Riwayat Klinik.
- 2) Setiap pasien baru akan memperoleh nomor pasien yang akan digunakan sebagai nomor kartu pengenalan. Kartu pengenalan harus dibawa pada kunjungan berikutnya, baik sebagai pasien rawat jalan maupun pasien rawat inap.
- 3) Berkas rekam medis pasien baru akan dikirim oleh petugas sesuai dengan poliklinik yang dituju.
- 4) Berkas pasien yang harus dirawat akan dikirim ke ruang perawatan.

Sedangkan untuk penerimaan pasien lama sebagai berikut:

- 1) Pasien lama dibedakan antara pasien datang dengan perjanjian dan pasien datang tanpa perjanjian. Baik pasien dengan perjanjian atau tanpa perjanjian mendapat pelayanan di TPP.
- 2) Pasien dengan perjanjian akan langsung menuju poliklinik tujuan karena berkas rekam medisnya sudah disiapkan oleh petugas.
- 3) Pasien tanpa perjanjian harus menunggu karena berkas rekam medis akan dimintakan oleh petugas TPP ke bagian rekam medis.
- 4) Setelah berkas rekam medis dikirim ke poliklinik, pasien akan mendapat pelayanan.

b) Pencatatan

Pencatatan adalah pendokumentasian segala informasi medis pasien ke dalam rekam medis yang akan menjadi bahan informasi. Catatan berdasarkan sumber datanya dibedakan menjadi catatan sosial dan catatan medis. Catatan sosial diperoleh saat penerimaan pasien di TPP yang meliputi nama, alamat, umur, agama, dan pekerjaan. Sedangkan data medis diperoleh pasien setelah mendapatkan pelayanan dari dokter, perawat atau petugas lainnya seperti petugas laboratorium dan radiologi.

Prinsip utama yang harus di taati oleh petugas pencatatan adalah: nama pasien harus lengkap, minimal terdiri dua suku kata. Dengan demikian, nama pasien yang akan tercantum dalam rekam medis akan menjadi satu di antara kemungkinan

ini :

- 1) Nama pasien sendiri, apabila nama sudah terdiri dari satu kata atau lebih;
- 2) Nama pasien sendiri dilengkapi dengan nama suami, apabila pasien seorang pasien bersuami;
- 3) Nama pasien sendiri dilengkapi dengan nama orang tua (biasanya adalah nama ayah);
- 4) Bagi pasien yang mempunyai nama keluarga/ marga, maka nama keluarga atau marga atau surname didahulukan dan kemudian diikuti nama sendiri;

Dalam sistem penamaan rekam medis, diharapkan :

- 1) Nama ditulis dengan huruf cetak dan mengikuti ejaan yang disempurnakan;
- 2) Sebagai pelengkap bagi pasien perempuan di akhir nama lengkap ditambah Ny. Atau Nn. Sesuai dengan statusnya;
- 3) Pencantuman titel selalu diletakkan sesudah nama lengkap pasien;
- 4) Perkataan Tuan, Saudara, Bapak, tidak dicantumkan dalam penulisan nama pasien;

c) Penyimpanan

Bentuk penyimpanan berkas rekam medis ada dua, yaitu sentralisasi dan desentralisasi. Sentralisasi adalah penyimpanan rekam medis pasien dalam satu kesatuan baik catatan kunjungan poliklinik maupun catatan selama pasien dirawat inap. Sedangkan desentralisasi yaitu penyimpanan dengan melakukan pemisahan antara rekam medis di poliklinik dengan rekam medis dirawat inap. Berkas rekam medis pasien poliklinik disimpan di satu tempat penyimpanan, sedangkan berkas rekam medis pasien rawat inap disimpan di bagian rekam medis. Secara teori sentralisasi lebih baik daripada desentralisasi, tetapi pelaksanaannya sangat tergantung pada situasi dan kondisi masing – masing rumah sakit. Penyimpanan berkas rekam medis dapat menggunakan sistem nomor. Sistem penomoran yang sering dipakai adalah sistem nomor langsung (*straight numerical*),

sistem angka akhir (*terminal digit*), dan sistem angka tengah (*middle digit*).

d) Pengambilan kembali

Peminjaman dan pengembalian kembali berkas rekam medis dijelaskan sebagai berikut:

- 1) Permintaan rutin dari poliklinik atau dokter yang melakukan riset, harus diajukan kebagian rekam medis, setiap hari pada jam yang telah ditentukan.
- 2) Poliklinik yang meminta berkas rekam medis harus mengisi kartu permintaan. Petugas harus menulis dengan benar dan jelas nama pasien dan nomor kartu rekam medisnya.
- 3) Permintaan atau peminjaman rekam medis yang tidak rutin, seperti untuk pertolongan gawat darurat, harus dipenuhi sesegera mungkin.
- 4) Permintaan lewat telpon juga dilayani dan petugas bagian rekam medis harus mengisi kartu permintaan. Petugas dari bagian lain yang meminta harus datang sendiri untuk mengambil berkas rekam medis dan diminta dan harus mengisi kartu permintaan.²⁴

2.4. Kerangka Teori Penelitian

Menurut Permenkes No. 269/MENKES/PER/III/2008 rekam medis adalah berkas yang berisikan catatan dan dokumen tentang identitas pasien, pemeriksaan, pengobatan, tindakan dan pelayanan lain yang telah diberikan

kepada pasien.²⁴

Bagian pendaftaran pasien rawat jalan merupakan salah satu bagian dari rumah sakit yang kegiatannya penerimaan dan pendaftaran pasien yang akan di rawat jalan, baik itu pasien baru maupun pasien lama. Pencatatan dari proses pelayanan rekam medis yang mutlak dibutuhkan oleh rumah sakit agar dapat menilai seberapa jauh keberhasilan pelayanan medis yang telah diberikan kepada pasien, oleh karena itu pengelolaan rekam medis mulai dari pencatatan sebagai kegiatan pertama kali dalam menangkap data sampai dengan analisa yang lapornya perlu dikembangkan yang dapat menghasilkan informasi guna berbagai keperluan manajemen rekam medis.

Rawat jalan adalah pasien yang menerima pelayanan kesehatan di rumah sakit tanpa dirawat di rumah sakit, atau terdaftar sebagai pasien rawat inap. Pelayanan rawat jalan merupakan salah satu unit kerja di rumah sakit yang melayani pasien berobat jalan dan tidak lebih dari 24 jam pelayanan, termasuk seluruh prosedur diagnostik dan terapeutik. Rawat jalan juga merupakan salah satu yang dominan dari pasar rumah sakit serta merupakan sumber keuangan yang bermakna, sehingga selalu dilakukan upaya untuk meningkatkan mutu pelayanan.²

Instalasi Rawat Jalan (IRJ) merupakan unit fungsional yang menanganai penerimaan pasien di rumah sakit, baik yang akan berobat jalan maupun yang akan dirawat di rumah sakit. Pemberian pelayanan di IRJ pertama kali dilakukan di loket karcis yang dikelola oleh bagian Rekam Medis Rawat Jalan. Salah satu dimensi mutu pelayanan kesehatan adalah akses terhadap

pelayanan yang ditandai dengan waktu tunggu pasien.

Waktu tunggu merupakan masalah yang sering menimbulkan keluhan pasien di beberapa rumah sakit. Lama waktu tunggu pasien mencerminkan bagaimana rumah sakit mengelola komponen pelayanan yang disesuaikan dengan situasi dan harapan pasien. Waktu tunggu pelayanan adalah waktu tunggu pasien terhadap pelayanan mulai dari kedatangan pasien di tempat penerimaan pasien sampai dikirimnya berkas rekam medis ke poliklinik tujuan. Dalam pelayanan rawat jalan di rumah sakit, waktu tunggu adalah waktu yang diperanggunkan oleh pasien untuk mendapatkan pelayanan rawat jalan dan rawat inap dari tempat pendaftaran sampai masuk ke ruang pemeriksaan dokter. Di sebut cepat jika waktu tunggu kurang dari atau sama dengan 10 menit, dan disebut lama jika waktu tunggu lebih dari 10 menit.⁶

BAB III

METODE PENELITIAN

3.1. Desain Penelitian

Desain penelitian adalah tata cara bagaimana suatu penelitian dilaksanakan. Pengertian lain dari metode penelitian ialah cara yang digunakan oleh peneliti dalam mengumpulkan data penelitiannya, seperti wawancara, observasi, tes maupun dokumentasi.²⁶ Sedangkan menurut Subagyo (2006) Desain penelitian merupakan suatu\ cara atau jalan untuk memperoleh kembali pemecahan terhadap segala permasalahan.

Metode yang digunakan dalam penelitian ini adalah metode penelitian kualitatif. Penelitian kualitatif ialah prosedur penelitian yang menghasilkan data deskriptif berupa kata-kata tertulis atau lisan dari orang-orang dan perilaku yang diamati, sedangkan tujuan dari penelitian kualitatif menurut Sulisty-Basuki (2010) ialah bertujuan untuk memperoleh gambaran seutuhnya mengenai suatu hal menurut pandangan manusia yang diteliti. Penelitian kualitatif berhubungan dengan ide, persepsi, pendapat, atau kepercayaan orang yang diteliti yang kesemuanya tidak dapat diukur dengan angka-angka. Sedangkan menurut Prastowo (2012) penelitian kualitatif menekankan pada analisis induktif, bukan analisis deduktif. Data yang dikumpulkan bukan dimaksudkan untuk mendukung atau menolak hipotesis yang telah disusun sebelum penelitian dimulai, tetapi abstraksi disusun sebagai kekhususan yang telah terkumpul dan dikelompokkan bersama lewat proses

pengumpulan data yang dilaksanakan secara teliti. Pada penelitian ini, peneliti mengembangkan konsep dan menghimpun fakta, tetapi tidak melakukan pengujian hipotesis melalui perhitungan angka-angka.

Teknik Triangulasi adalah teknik pemeriksaan data untuk keperluan pengecekan atau sebagai pembandingan terhadap data yang telah diperoleh. Terdapat tiga macam teknik triangulasi antara lain:

- a. Triangulasi dengan sumber yaitu teknik pengecekan data yang dilakukan dengan cara mengecek data yang telah diperoleh melalui beberapa sumber. Dalam penelitian ini, agar sesuai dengan tujuan penelitian mengenai waktu tunggu pasien, maka pengumpulan dan pengujian data yang telah diperoleh dilakukan ke berbagai pihak yang terkait sebagai objek penelitian yang terdiri dari petugas pendaftaran, Petugas Penyimpanan Rekam Medis, Dokter Poliklinik, dan Perawat. Data yang telah diperoleh dideskripsikan, dikategorisasikan, mana pandangan yang sama, yang berbeda, dan mana spesifik dari data tiga sumber data tersebut. Data yang telah dianalisis tersebut akan menghasilkan suatu kesimpulan dan selanjutnya dimintakan kesepakatan dari sumber data yang diperoleh.
- b. Triangulasi teknik ialah teknik pengecekan data yang dilakukan dengan cara mengecek data kepada sumber yang sama dengan teknik yang berbeda. Dalam penelitian ini, peneliti memperoleh data dengan wawancara, kemudian dicek dengan observasi, dokumentasi.
- c. Triangulasi waktu merupakan teknik pengecekan data yang dilakukan dengan cara melakukan pengecekan melalui wawancara, observasi, atau

teknik lain dalam waktu atau situasi yang berbeda. Dalam penelitian ini, pengumpulan data dilakukan pada waktu pagi dan siang hari. Dengan begitu maka dapat diketahui apakah nara sumber memberikan data yang sama atau tidak.

3.2. Lokasi dan Waktu penelitian

3.2.1. Lokasi Penelitian

Penelitian ini dilaksanakan di RSUD Permata Bunda Medan.

3.2.2. Waktu Penelitian

Waktu yang diperlukan untuk menyelesaikan penelitian ini yaitu dari Desember 2017 sampai Februari 2018

3.3. Informan

Informan dalam Penelitian ini adalah petugas pendaftaran sebanyak 1 orang, Petugas Penyimpanan Rekam Medis 1 orang, 2 Orang Dokter Poliklinik, dan 1 orang Perawat

3.4. Teknik Pengumpulan Data

Teknik pengumpulan data pada penelitian ini menggunakan dua cara yaitu :

1. Wawancara adalah mendapatkan informasi dengan cara bertanya langsung kepada responden. Wawancara adalah salah satu bagian yang terpenting dari setiap survey, tanpa wawancara, peneliti akan kehilangan informasi

yang hanya dapat diperoleh dengan jalan bertanya langsung kepada responden. Instrumen untuk wawancara dengan menggunakan daftar pertanyaan.

2. Pengamatan atau observasi Pengamatan adalah salah satu kegiatan dari makhluk hidup, yang terdiri dari menerima pengetahuan tentang dunia luar melalui indera, atau pencatatan data menggunakan instrumen lembar catatan.²⁵

Instrumen penelitian adalah alat atau fasilitas yang digunakan oleh peneliti dalam mengumpulkan data agar pekerjaannya lebih mudah dan hasilnya lebih baik

Instrumen yang digunakan dalam penelitian ini adalah :

- a. Pedoman wawancara Pedoman wawancara ini berisi daftar pertanyaan yang akan diajukan oleh peneliti kepada subjek penelitian.
- b. Alat tulis pada penelitian ini adalah pena dan buku yang digunakan untuk mencatat hasil penelitian.
- c. Alat perekam (recording). Alat perekam digunakan untuk merekam hasil wawancara. Dalam hal ini peneliti menggunakan HP untuk merekam hasil wawancara.²⁶

3.5. Teknik Validasi Data

Data yang telah berhasil diperoleh pada lokasi penelitian, dikumpulkan dan dicatat dalam penelitian, harus diusahakan bukan hanya untuk kedalaman dan kebenarannya tetapi juga bagi kemantapan dan ketepatannya. Triangulasi

merupakan cara yang paling umum digunakan bagi peningkatan validitas data dalam desain penelitian kualitatif.²⁶

Triangulasi adalah teknik pemeriksaan keabsahan data yang memanfaatkan sesuatu yang lain.¹⁸ Dalam penelitian ini, peneliti akan menggunakan teknik triangulasi data (sering kali juga disebut dengan triangulasi sumber), yaitu cara membandingkan dan memeriksa kembali derajat kepercayaan suatu informasi atau data yang telah diperoleh melalui wawancara dengan data sekunder berupa dokumen-dokumen terkait, dan hasil observasi sebanyak 2 kali. Dari sini, peneliti akan sampai pada salah satu kemungkinan: data yang diperoleh ternyata konsisten, tidak konsisten, atau berlawanan. Dengan cara begini peneliti kemudian dapat mengungkapkan gambaran yang lebih memadai (beragam perspektif) mengenai gejala yang diteliti.²⁶