

Divisi Clinical Services

Divisi *Clinical Services* (CS) merupakan divisi terbesar dari 4 divisi di Program Aceh UGM. Semua program di divisi ini ditujukan untuk revitalisasi dan pengembangan RS Cut Nyak Dhien (CND) Meulaboh sebagai pusat rujukan di wilayah pantai barat-selatan NAD. Untuk mencapai tujuan tersebut, kegiatan divisi ini dibagi dalam 6 komponen, yaitu:

1. Bantuan tenaga medis, yang merupakan tulang punggung program secara keseluruhan, berupa pengiriman tim medis/ dokter spesialis secara rotasi ke RS CND selama tiga tahun berturut-turut baik pada fase respon akut, fase pemulihan maupun fase pengembangan dan persiapan.
2. Sistem penanggulangan gawat darurat terpadu, perpaduan antara persiapan sumber daya manusia melalui pelatihan kegawatdaruratan, pembentukan *networking* penanggulangan bencana atau dikenal dengan Basel 118, persiapan dan pengembangan Unit Gawat Darurat di wilayah pantai barat-selatan, semiloka manajemen bencana dan pembuatan modul masalah kesehatan pada manajemen bencana.
3. Sistem manajemen mutu yang diterapkan di RS CND merupakan satu kesatuan program dalam peningkatan kualitas pelayanan di RS CND. Program ini meliputi pengembangan dokumen mutu berupa Standar Manual Mutu, Pedoman Pelayanan Medis, Standard Operational Procedure, semiloka manajemen mutu, supervisi dari RS Dr. Sardjito Yogyakarta, membangun komitmen bersama dalam pengembangan mutu, *clinical quality and patient safety study tour* Australia dan kaji banding RS Cut Nyak Dhien serta *monitoring* dan evaluasi berkala melalui buku pencatatan pasien di rawat inap, bangsal dan penunjang medis.
4. Peningkatan kapasitas staf RS CND melalui pendidikan dan pelatihan dilakukan dengan beberapa metode antara lain pengkajian, pelatihan *on site* dan magang di RS Dr. Sardjito Yogyakarta serta program *mentoring*, sebagai sarana pembelajaran menuju kemandirian RS Cut Nyak Dhien.
5. Pemberdayaan masyarakat ditujukan untuk memberikan informasi kepada masyarakat terhadap jenis pelayanan yang ada di RS CND agar bisa lebih diakses masyarakat di Aceh Barat dan di 5 kabupaten lain sekitarnya. Survei kepuasan pasien dan staf juga dilakukan untuk mendapatkan masukan terhadap perbaikan pelayanan rumah sakit baik ke dalam maupun ke luar.
6. Budaya kerja dan etika kerja merupakan program yang mempunyai tantangan terbesar karena hal ini menyangkut suatu perubahan yang mendasar dari keadaan yang sudah bertahun-tahun. Dibutuhkan waktu yang cukup lama untuk melihat dampaknya, namun wacana perubahan dasar dalam bentuk tata nilai bekerja sudah ditanamkan ke semua staf melalui program ini.

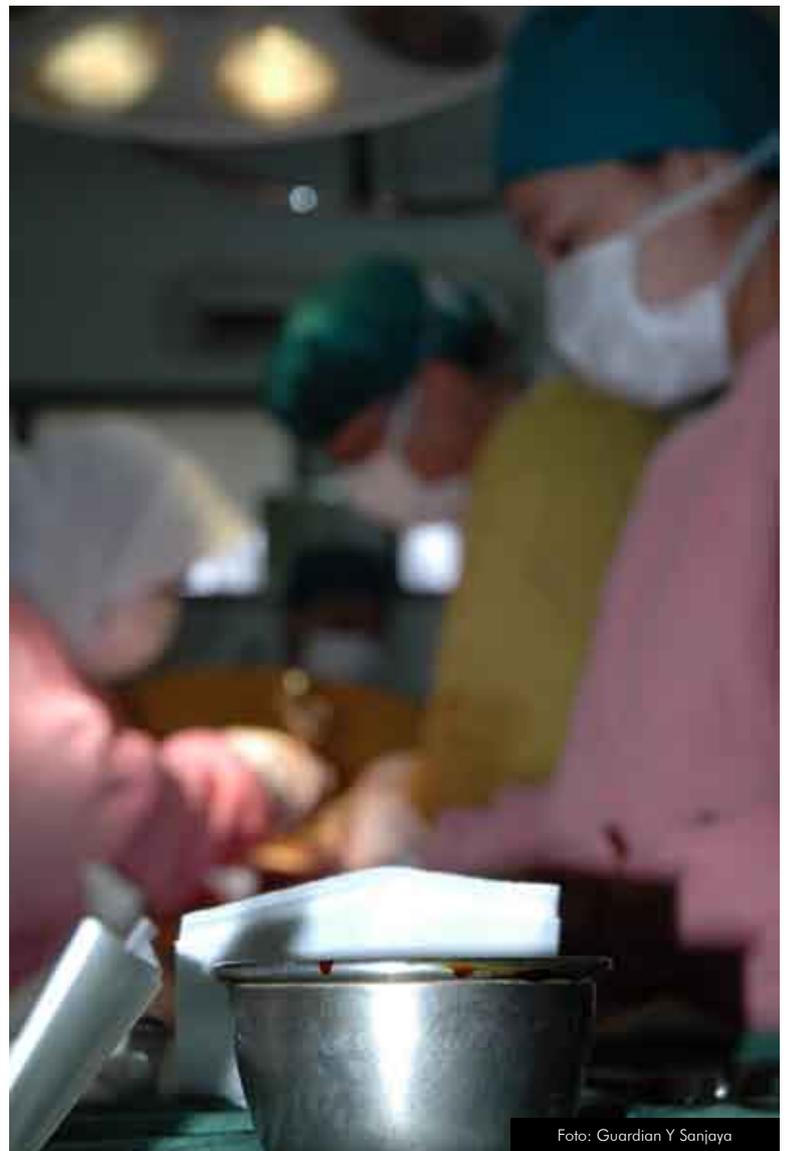


Foto: Guardian Y Sanjaya

Komponen 1

Bantuan Tim Medis di Rumah Sakit Cut Nyak Dhien Aceh Barat

Risalia Reni Arisanti

Pengiriman Tim Medis RS Dr. Sardjito-FK UGM

Dahsyatnya musibah bencana alam gempa dan Tsunami di Aceh pada tanggal 26 Desember 2004, selain menimbulkan korban nyawa manusia juga telah mengakibatkan kerusakan seluruh struktur dan infrastruktur di Aceh termasuk diantaranya di kota Meulaboh. Seiring dengan terjadinya bencana tersebut, ratusan ribu pengungsi dan korban yang masih hidup membutuhkan pertolongan gawat darurat terutama di bidang medis, sanitasi, gizi, listrik, sandang, pangan dan sebagainya.

Segera setelah bencana terjadi, RS Dr. Sardjito-Fakultas Kedokteran UGM (FK UGM) merasa ikut bertanggung jawab untuk memberikan bantuan tanggap darurat. Rabu, tanggal 29 Desember 2004 diputuskan untuk mengirim tim medis "Jogja Medical Rescue for Aceh" yang terdiri dari gabungan berbagai macam Staf Medis Fungsional (SMF) yang berasal dari RS Dr. Sardjito Yogyakarta. Pembentukan ini dimotori oleh Prof. Dr. dr. Sutaryo, SpA(K), ketua komite medik RS Dr. Sardjito serta didukung penuh oleh jajaran direksi dan kepala staf medis fungsional (SMF)/Instalasi RS Dr. Sardjito-Dekan FK UGM. Hanya dalam tempo 30 menit, di ruang tim medis RS Dr. Sardjito terbentuk Tim Medis I yang terdiri dari 26 orang yang dipimpin oleh dr. Hendro Wartatmo, Sp.B-KBD salah seorang dokter bedah dan pakar di bidang penanganan

bencana. Tim ini merupakan tim pertama yang bertugas memberikan bantuan gawat darurat kepada korban sekaligus melakukan *rapid assessment* terhadap kebutuhan di daerah bencana untuk dapat ditindaklanjuti oleh tim berikutnya.

Fase Respon Akut

Sampai bulan Desember 2005 setidaknya 23 tim medis dikirim ke RS Cut Nyak Dhien (RS CND)Meulaboh, Aceh Barat. Masa tugas setiap tim yang dikirim antara 2 minggu sampai 1 bulan. Gambaran personil dapat dilihat sebagai berikut: 27 dokter umum/BSB, 64 perawat, 9 spesialis bedah/residen senior, 2 residen senior obsgin, 10 spesialis anak/residen senior, 8 residen senior penyakit dalam, 9 residen senior anestesi, 25 psikiatri/residen senior, 3 residen senior mata, 4 psikolog, 14 ahli gizi, 4 tenaga sanitasi, 4 teknisi, 1 farmasis, dan 11 tenaga rekam medis sehingga total keseluruhan personil mencapai 200 orang.

Setiap tim yang telah melaksanakan masa tugas memberikan laporan kondisi terakhir yang mereka hadapi di lapangan sehingga tim berikutnya yang menggantikan sudah siap menghadapi kondisi yang ada. Laporan dari tim-tim awal yang berangkat antara lain menyangkut:

1. Sumber daya manusia yang kurang baik dari segi ku-

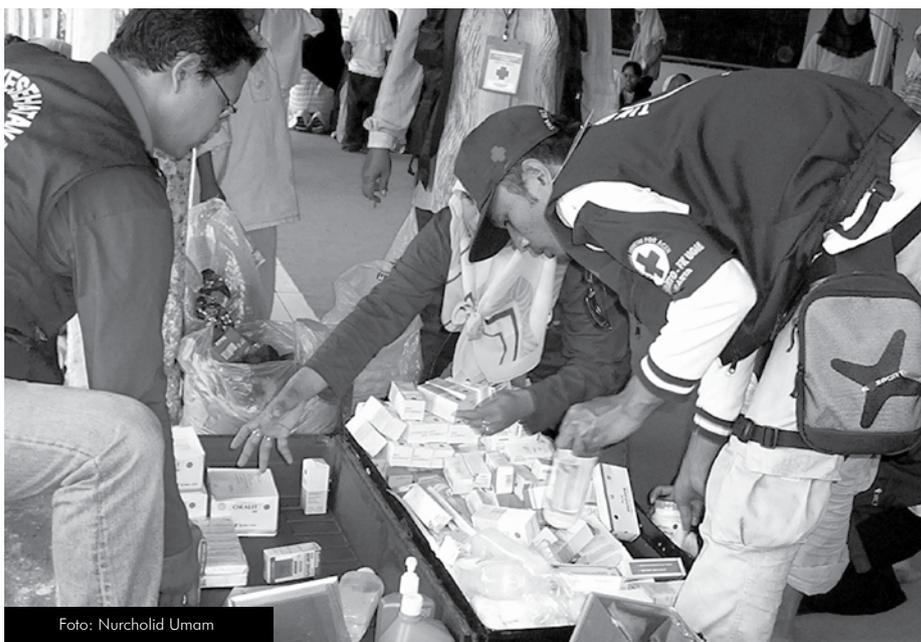


Foto: Nurcholid Umam

Pada fase gawat darurat, tim medis RS Dr Sardjito - UGM mengaktifkan kembali pelayanan medis dan operasi di RS Cut Nyak Dhien.



Dokumen Clinical Services

Pada fase respon akut pasca Tsunami, Harian Kedaulatan Rakyat Yogyakarta turut membantu dengan menyumbangkan sejumlah uang untuk pemberangkatan tim medis dari RS Dr. Sardjito dan 2 unit ambulans untuk RS CND Meulaboh.

antitas maupun kualitas. Rata-rata perawat yang ada belum melakukan asuhan keperawatan yang standar.

2. Motivasi kerja yang kurang dari SDM yang ada. Rata-rata tenaga perawat yang ada masih honorer dengan gaji yang kurang memadai.
3. Obat maupun instrumen medis yang masih kurang. Masih belum adanya stok obat untuk kondisi darurat, belum adanya obat *parenteral*, belum adanya kelengkapan tempat tidur di bangsal dan lain sebagainya.
4. Rekam medik yang belum berjalan dengan baik, tidak berjalannya pencatatan dan penyimpanan rekam medis yang baik.
5. Sistem pembayaran dari pasien yang belum satu pintu.

Berdasarkan temuan yang ada di lapangan, tim manajemen merencanakan langkah-langkah lanjutan untuk memperbaiki kondisi yang ada dengan pengembangan *log frame* yang sudah dibuat sebelumnya. Sayangnya, untuk tahun pertama ini tim belum melaporkan jumlah pasien yang sudah dilayani sehingga tidak dapat dilaporkan jumlah keseluruhan pasien yang telah mendapatkan pelayanan oleh tim medis RS Dr. Sardjito-FK UGM.

Untuk mendukung pelaksanaan program maka dipilihlah supervisor dari tiap bagian untuk melakukan supervisi dan *monitoring* pelayanan medis dan penunjang medis. Pada pertemuan di bulan September 2005 telah dihasilkan beberapa kesepakatan mengenai tugas supervisor dalam mendukung program divisi *Clinical Services* (CS). Supervisor akan mempertimbangkan mengenai penghargaan secara akademik bagi residen yang menjadi bagian dari program CS. Terhitung sejak September 2005, telah ada 9 supervisor yakni: dr. Bambang Suryono, Sp.An, KIC (SMF Anestesi); dr. Hendro Wartatmo, Sp.B-KBD (SMF

Bedah); dr. Burham Warsito, Sp. OG (K. Onk) (SMF Obsgin); dr. Tatang Talka Gani, Sp.M sebagai (SMF Mata); dr. Med. Soewarso, Sp. PK(K), Ph.D (SMF Patologi Klinik); dr. Anita Ekowati, Sp. Rad (SMF Radiologi); Prof. dr. Purnomo Suryantoro, Sp.A(K) (SMF Anak); Prof. Dr. dr Soewadi, Sp. KJ(K) MPH (SMF Jiwa); dan Prof. dr. Ahmad Husein Asdie, Sp. PD (SMF Penyakit Dalam). Supervisor yang diajukan tersebut telah melaksanakan 1 kali supervisi yang hasil supervisinya digunakan untuk membenah pelaksanaan program selanjutnya.

Fase Pemulihan

Tahun kedua program, sebanyak 12 tim medis dikirim untuk memenuhi kebutuhan pelayanan klinik di RS CND, terutama pelayanan dokter spesialis. Satu tim medis, yakni tim 29 dengan sangat terpaksa tidak dapat memberikan pelayanan dan harus kembali ke Yogyakarta sesampainya di Meulaboh. Pasalnya telah terjadi bencana gempa bumi di Yogyakarta pada tanggal 27 Mei 2006 sehingga tim lebih dibutuhkan di Jogja. Pada fase awal 9 bagian sudah aktif terlibat, akan tetapi berdasarkan peningkatan kebutuhan dan permintaan direktur RS CND akan pelayanan spesialis THT (Telinga Hidung Tenggorokan) dan Neurologi, maka pada bulan April 2006 dikirim residen senior dari SMF THT dan mulai bulan Agustus 2006 dikirim residen dari SMF Neurologi.

Pada fase ini juga, Program Aceh memfasilitasi dokter spesialis baru lulusan FK UGM untuk menjalankan program Wajib Kerja Spesialis (WKS) selama 6 bulan. Terhitung mulai bulan Februari 2006, 3 orang spesialis muda masing-masing 1 orang spesialis anak dan 2 orang spesialis obsgin mengikuti WKS di RS CND. Sebulan pertama, dokter spesialis muda tersebut terlibat sebagai anggota tim medis Program Aceh sekaligus mengurus surat-surat pe-

nempatan WKS. Setelah masa tugas selesai pada Agustus 2006, dokter spesialis muda lain dari RS Dr. Sardjito tertarik untuk menggantikan tugas tersebut sebagai WKS selama 6 bulan yakni 1 orang spesialis anak dan 2 orang spesialis obsgin untuk periode September 2006-Februari 2007. Sebagai konsekuensinya, kedua SMF tersebut tidak lagi secara rutin mengirimkan residen sebagai anggota tim medis RS Dr. Sardjito-FK UGM. Selama program berjalan, target 9 anggota tim medis yang dikirim setiap bulannya tidak bisa terealisasi. Beberapa SMF tidak dapat secara kontinyu mengirimkan residen/spesialis dengan berbagai macam kendala misalnya ujian akhir residen, keterbatasan jumlah residen dan lain sebagainya.

Selain bertugas memberikan pelayanan klinik, anggota tim medis tersebut juga memiliki peran dalam pengembangan mutu pelayanan RS CND. Sebagai realisasinya, beberapa kegiatan dilakukan seperti penyusunan prosedur tetap pelayanan medik di beberapa unit, baik ICU (*Intensive Care Unit*), instalasi radiologi, kamar operasi, UGD (*Unit Gawat Darurat*), maupun instalasi rawat inap. Selain itu, tim medis menyelenggarakan seminar untuk dokter umum dan perawat serta menyelenggarakan pertemuan ilmiah mingguan.

Berbagai bentuk pelayanan medis spesialis yang dikelola oleh divisi *Clinical Services*, menimbulkan dampak positif bagi RS CND. Berbagai kasus yang ada dapat ditangani secara langsung tanpa harus merujuk pasien ke fasilitas yang lebih tinggi, selain itu juga berdampak pada meningkatnya jumlah pasien di RS CND.

Briefing sebelum pemberangkatan dan evaluasi setelah pelaksanaan tugas selalu dilakukan untuk tiap tim medis. Pada fase ini hasil evaluasi yang didapatkan antara lain:

1. Pelayanan di RS CND

- Belum adanya standar pelayanan medis untuk tenaga medis dan paramedis.
 - Alur pelayanan pasien yang tidak tertata dengan baik.
 - Rekam medis yang belum berjalan dengan baik.
 - Asuhan keperawatan tidak sepenuhnya dilakukan.
 - Diluar jam kerja, pelayanan pendukung diagnostik seperti laboratorium, radiologi dan rekam medis sering tidak berjalan.
2. Sumber Daya Manusia
 - Tenaga perawat dirasakan masih kurang, sehingga kadang dalam memberikan pelayanan kepada pasien sering memberdayakan keluarga pasien.
 - Motivasi kerja staf yang kurang, terutama mengenai kedisiplinan waktu pelayanan.
 3. Sarana dan prasarana
 - Sistem inventaris dan logistik yang belum berjalan dengan baik sehingga sering terjadi keterlambatan pengadaan alat dan bahan pemeriksaan contohnya film, kontras, reagen dan sebagainya.
 - Pemeliharaan alat sering tidak berjalan terutama untuk alat-alat radiologi dan laboratorium yang jarang dilakukan kalibrasi, sedangkan untuk set alat di ruang operasi beberapa tidak layak digunakan.
 - Farmasi yang ada hanya melayani pasien Askeskin sehingga pasien lain harus membeli di apotik luar yang seringkali memperlambat waktu pelayanan untuk pasien.
 4. Sistem keuangan

Status rumah sakit yang belum menjadi swadaya/BLUD (Badan Layanan Umum Daerah) mempersulit pengelolaan keuangan sehingga sering terjadi keterlambatan penerimaan gaji dan pemberian jasa medis kepada

Bagan 1. Jumlah tenaga medis yang dikirim ke RS Cut Nyak Dhien Meulaboh dan jumlah pasien yang mendapatkan pelayanan medis dari tim UGM tahun 2006.

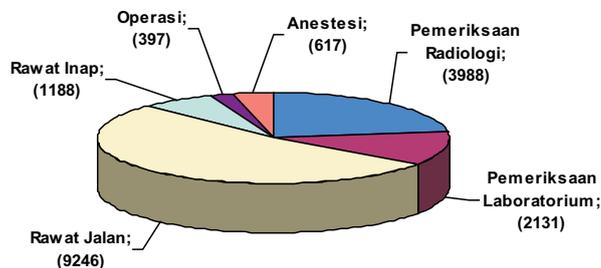
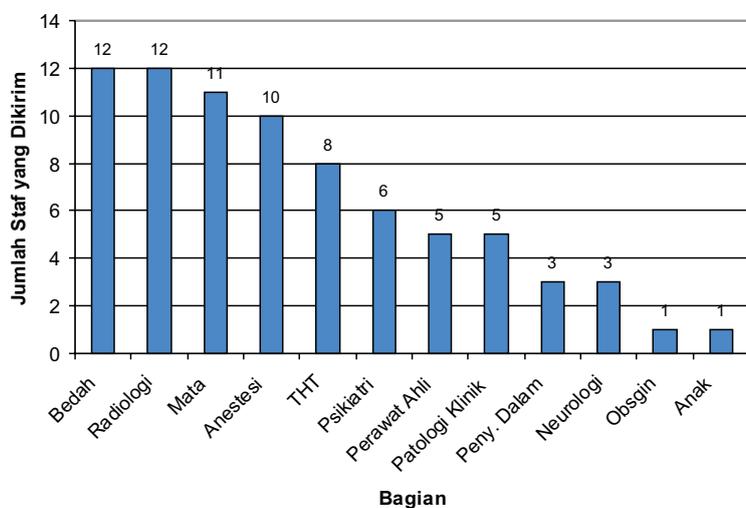




Foto: Guardian Y Sanjaya

Pelayanan medis di RS Cut Nyak Dhien menjadi prioritas utama kegiatan *Clinical Services*. Sejumlah tenaga medis dan pendukungnya dikirim untuk membantu pelayanan rumah sakit yang lumpuh pasca Tsunami.

da staf. Kondisi ini diperparah dengan tidak adanya transparansi pengelolaan keuangan yang secara tidak langsung berpengaruh terhadap kinerja pegawai. Dampak lain yang ditimbulkan adalah masih sering terjadinya penarikan jasa medis diluar ketentuan rumah sakit terhadap pasien.

Hasil-hasil evaluasi juga disampaikan pada pihak rumah sakit untuk membantu proses pembenahan kinerja rumah sakit. Pada pertengahan fase ini juga mulai dibentuk tim *Clinical Quality (CliQ)* yang membantu mendampingi proses pembenahan tersebut.

Berkaitan adanya pergantian jajaran kepengurusan di setiap SMF RS Dr. Sardjito, maka pada bulan Agustus dilakukan pergantian supervisor program. Pemilihan tersebut dilakukan oleh masing-masing SMF dan disahkan oleh Dekan FK UGM. Tim yang baru terdiri atas: dr. Birowo Yudo Pratomo, Sp.An (SMF Anestesi); dr. Cempaka Tursina, Sp.S dan dr. Pernodjo Dahlan, Sp.S(K) (SMF Neurologi); dr. Anita Ekowati, Sp.Rad (SMF Radiologi); dr. Tatang Talka Gani, Sp.M (SMF Mata); dr. Risanto Siswosudarmo, Sp.OG (SMF Obsgin); dr. Pudjo Hagung, Sp.A(K) (SMF Anak); Prof. dr. Soewadi, MPH, Sp.KJ (SMF Jiwa); dr. Hendro Wartatmo, Sp.B-KBD (SMF Bedah); dr. Usi Sukorini, Sp.PK, M.Kes (SMF Patologi Klinik); Prof. Dr. dr. Barmawi Hisyam, Sp.PD-KP (SMF Penyakit Dalam); dan dr. Sutarno Atmohartono, Sp.THT (SMF THT). Pada bulan September 2006 diadakan pertemuan yang menghasilkan beberapa kesepakatan antara lain supervisor akan mempertimbangkan mengenai penghargaan secara akademik bagi residen yang bersedia berangkat, supervisor diharapkan mengerti dan menyetujui untuk mengimplementasikan tugas-tugas yang terkait dengan kebutuhan pemenuhan tenaga medis di RS CND (*provision of staffs*)

maupun program mutu yang dikembangkan tim *CliQ*. Sebagai tindak lanjut dari kesepakatan tersebut, maka pada bulan November dan Desember 2006, sebanyak 8 orang supervisor melakukan kunjungan/ visitasi di RS CND. Pada bulan November, 4 supervisor yang melakukan visitasi diantaranya dr. Birowo Yudo Pratomo, Sp.An, dr. Cempaka Tursina, Sp.S, dr. Anita Ekowati, Sp.Rad, dan dr. Tatang Talka Gani, Sp.M. Sedangkan pada bulan Desember 4 orang supervisor, yaitu dr. Risanto Siswosudarmo, Sp.OG, dr. Pudjo Hagung, Sp.A(K), Prof. dr. Soewadi, MPH, Sp.KJ, dan dr. Hendro Wartatmo, Sp.B-KBD melakukan visitasi dengan didampingi dr. Ishandono, Sp.BP selaku ketua TKP-PPDS dan Koordinator Program CS. Visitasi tersebut menghasilkan beberapa rekomendasi yang terkait dengan peningkatan mutu pelayanan RS CND.

Untuk menjamin keberlangsungan pelayanan medis spesialis jangka panjang di RS CND, diperlukan adanya dokter spesialis tetap di RS tersebut. Program Aceh berusaha memenuhi kebutuhan tersebut dengan memfasilitasi dokter umum lokal yang berasal dari puskesmas setempat maupun RS CND untuk menempuh program pendidikan spesialis (PPDS) di FK UGM. Karena itulah menurut, *Clinical Services* kemudian menjadi fasilitator bagi dokter umum yang mengikuti program PPDS dengan cara mengajukan permohonan rekomendasi kepada dekan FK UGM. Dalam pelaksanaannya, dana yang dipakai untuk pembiayaan pendidikan diperoleh dari Badan Rekonstruksi dan Rehabilitasi Aceh-Nias (BRR). Dan berdasarkan penilaian akan kebutuhan standar minimal RS tipe C, dokter spesialis yang dibutuhkan adalah bedah, anestesi, anak, penyakit dalam, dan obsgin. Karenanya pada tahun 2006, 5 orang dokter umum yang berasal dari puskesmas setempat dan RS CND mengikuti seleksi penerimaan mahasiswa PPDS. 2 orang berhasil masuk di

bagian penyakit dalam dan patologi klinik serta memulai pendidikan sejak bulan Juli 2006. Sedangkan 3 orang lainnya masuk di bagian bedah, anestesi dan anak serta memulai pendidikan sejak bulan Januari 2007.

Fase Perkembangan dan Persiapan

Tahun ketiga pelaksanaan program, telah dikirimkan 13 tim medis dengan jumlah personel sebanyak 78 orang dari 11 bagian. Dari keseluruhan tim yang bertugas, hanya tim medis terakhir bertugas selama 3 minggu dengan pertimbangan berakhirnya program yakni pada tanggal 31 Desember 2007. Pada bulan Februari 2007, RS CND mendapat seorang dokter spesialis penyakit dalam tetap dan bulan Juli 2007 masuk juga seorang dokter spesialis bedah tetap. Sejak bulan tersebut CS tidak mengirimkan lagi residen dari bagian yang bersangkutan.

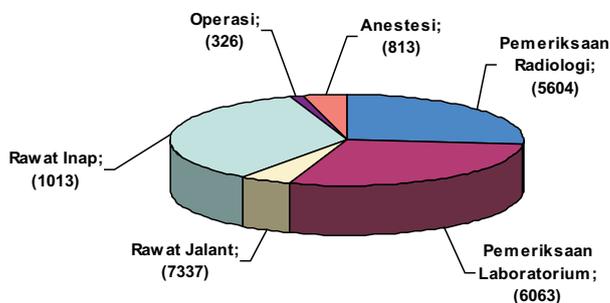
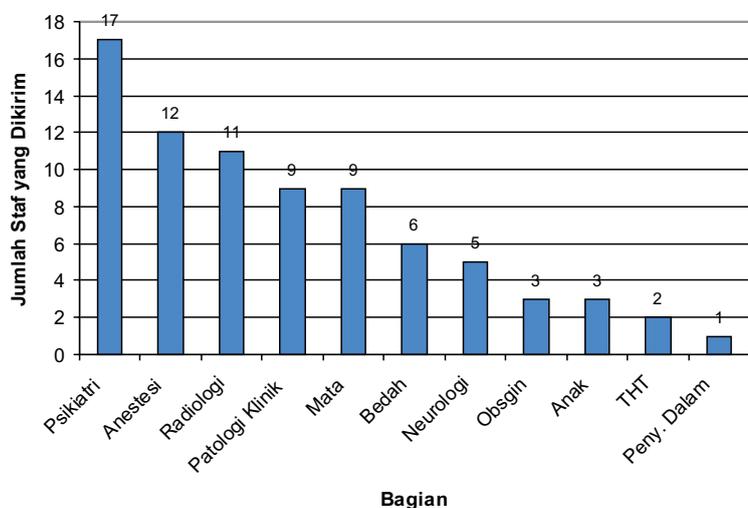
Selain tim medis, beberapa spesialis muda lulusan UGM melaksanakan WKS untuk periode April-September 2007 antara lain 1 orang spesialis anak, 2 orang spesialis obsgin, 1 orang spesialis THT dan 1 orang spesialis saraf. Hanya saja setelah keluarnya kebijakan baru dari Departemen Kesehatan yang menerangkan bahwa WKS/PTT tidak wajib lagi dan adanya alternatif pilihan untuk menjalankannya, membuat kurangnya minat dokter spesialis muda untuk melaksanakan WKS di RS CND. Ketidakjelasan besaran pemberian insentif dari Pemda Aceh Barat dan persaingan besaran insentif dengan daerah lain menyebabkan dokter spesialis muda enggan untuk melaksanakan program WKS di Meulaboh. Untuk mengatasi kekurangan dokter spesialis tersebut, pihak RS CND kembali menerbitkan surat permintaan kepada UGM untuk mengirimkan residen senior atau spesialis bagian Obstetri dan Ginekologi, Anak dan Saraf. Sedangkan pembiayaan

pengadaan tersebut, sebagian besar dibebankan pada anggaran Pemda Aceh Barat dan sebagian kecil dari dana *World Vision Australia*. Pada pelaksanaannya penurunan dana dari pihak Pemda Aceh Barat tersendat-sendat karena sistem birokrasi yang cukup panjang sehingga tidak sesuai dengan waktu yang telah disepakati.

Beberapa peraturan terpaksa dikeluarkan oleh RS CND berkaitan dengan pelayanan kesehatan yang dilakukan oleh tim medis. Tim medis yang diberangkatkan tidak diperbolehkan melakukan ODC (*One Day Care*) yang dianggap merugikan pasien karena hanya berlaku untuk pasien umum dengan biaya yang lebih tinggi. Sistem ODC sendiri sebenarnya sudah diajukan kepada pihak rumah sakit melalui Program Aceh, namun pihak rumah sakit merasa belum siap dalam pelaksanaannya dengan mempertimbangkan sistem yang ada saat itu. Hasil evaluasi tim medis selama tahun 2007 menunjukkan masih adanya beberapa permasalahan yang sama dengan tahun-tahun sebelumnya terutama mengenai budaya kerja, SDM, pengadaan logistik, sistem inventori yang belum baik, pemeliharaan alat dan sebagainya. Hasil evaluasi dari tim medis yang bertugas selalu diinformasikan kepada pihak rumah sakit maupun tim mutu untuk ditindaklanjuti rumah sakit dalam melakukan pembenahan-pembenahan.

Pada fase ini, 6 orang supervisor telah melaksanakan supervisi yakni dr. Bhirowo, Sp.An, dr. Anita, Sp.Rad, dr. Cempaka, Sp.S dan dr. Tatang, Sp.M pada bulan April 2007; dr. Pudjo, Sp.A(K) pada bulan November 2007 dan dr. Pernodjo, Sp.S(K) pada bulan Desember 2007. Masukan yang diperoleh dari supervisi tersebut dikomunikasikan dengan pihak rumah sakit dan tim mutu untuk memberikan gambaran perbaikan yang harus segera

Bagan 2. Jumlah tim medis yang dikirim ke RS Cut Nyak Dhien Meulaboh dan jumlah pasien yang mendapatkan pelayanan medis dari tim medis UGM tahun 2007.



Supervisi ke RS Cut Nyak Dhien terus dilakukan oleh supervisor masing-masing bagian yang sudah ditunjuk melalui SK Dekan Fakultas Kedokteran UGM. dr. Birowo, Sp.An (tengah) melakukan supervisi di Intensive Care Unit (ICU) RS Cut Nyak Dhien Meulaboh.



Dokumen Clinical Services

dilakukan. Selain melaksanakan supervisi, pada bulan April 2007 4 orang supervisor juga mengadakan sebuah pelatihan singkat "Training Emergency Case for General Practitioner and Nurses". Tujuan pelatihan adalah untuk mempersiapkan kemandirian staf, peningkatan pengetahuan dan ketrampilan dari staf rumah sakit maupun puskesmas di wilayah rumah sakit. Pelatihan ini diikuti oleh 22 peserta yang terdiri atas 8 dokter umum dan 14 perawat dari rumah sakit dan puskesmas dan berlangsung selama 2 hari (24 -25 April 2007).

Hari pertama peserta dipaparkan materi kegawatdaruratan umum, kegawatdaruratan saraf, kegawatdaruratan mata dan pembacaan foto pada kasus gawat darurat. Untuk hari ke-2 peserta dibagi menjadi 2 kelompok untuk melaksanakan praktek lapangan di bidang saraf dan pembacaan foto. Peserta diajak melakukan praktek langsung di rumah sakit. Untuk bagian mata, peserta praktek adalah perawat khusus yang membantu operasi mata. Dalam pelatihan ini perawat tersebut diberikan pengetahuan dan ketrampilan dalam asistensi operasi mata. Sedangkan untuk praktek anestesi yang pesertanya adalah semua penata anestesi RS CND, diberi kesempatan untuk mengembangkan pengetahuan dan ketrampilan yang selama ini belum sepenuhnya dipahami. Para peserta cukup antusias mengikuti pelatihan ini. Terbukti dengan peningkatan nilai *post test* (rata-rata 61% menjawab benar) dibandingkan *pretest* (rata-rata 47,5% menjawab benar). Peserta berharap bisa mendapatkan pelatihan serupa secara lebih sering terutama ketrampilan aplikatif langsung di lapangan.

Dalam rangka persiapan tenaga medis permanen, tahun ini terdapat 2 orang dokter umum dari Aceh Barat yang menempuh pendidikan spesialis di UGM yakni dr.

Cut Putri Yohana di SMF Ilmu Penyakit Kulit dan Kelamin (mulai pendidikan bulan Juni 2007) dan dr. Suherman di SMF THT (mulai pendidikan bulan Januari 2008). Selain menempuh pendidikan spesialis terdapat 1 orang dokter umum yang melaksanakan *On Job Training* di bagian psikiatri. Pelatihan ini dilakukan untuk menjaga kesinambungan pelayanan psikiatri mengingat akan dibukanya bangsal jiwa yang bernama Bangsal Zaitun Mitra Mandiri di RS CND. Hal ini sangat relevan mengingat belum adanya dokter psikiatri tetap di RS CND, dan dokter tersebut dapat menggantikan fungsi ini sambil menunggu adanya psikiater yang masuk di RS CND. *On Job Training* tersebut dilaksanakan mulai tanggal 22 Oktober – 17 November 2007 di Yogyakarta.

Materi *On Job Training* antara lain pengenalan kasus-kasus psikiatri yang biasa ditangani di tingkat rumah sakit, gangguan *schizofrenia* dan gangguan psikotik lainnya, kegawatdaruratan jiwa, *anxiety* dan depresi, NAPZA, teknik konseling dan wawancara, pelayanan kesehatan jiwa di rumah sakit daerah dan psikoterapi serta rehabilitasi pasien kronis. Selain pemberian materi, peserta juga langsung diajak mengaplikasikan materi yang didapat dengan mengikuti kegiatan di bangsal dan rawat jalan. Selain di RS Dr. Sardjito, pelatihan juga dilaksanakan di RS Ghrasia, RS Wonosari, RS Wates, panti wreda, SLB dan RSJP Magelang dengan penyesuaian materi yang diberikan di masing-masing tempat. Kendala yang dihadapi selama pelaksanaan adalah masalah penggunaan bahasa daerah dalam komunikasi dokter pasien sehingga peserta kadang-kadang kurang memahami. Selain itu waktu pelatihan dirasa terlalu singkat untuk menyerap ilmu yang diberikan. Tapi secara umum pelaksanaan *On Job Training* berjalan dengan baik.

Komponen 2

Pengembangan Sistem Penanggulangan Gawat Darurat Terpadu di Wilayah Pantai Barat NAD

Risalia Reni Arisanti

Sistem Penanggulangan Gawat Darurat Terpadu

Sistem Penanggulangan Gawat Darurat Terpadu (SPGDT) adalah suatu sistem koordinasi yang diharapkan dapat mengarahkan unit pelayanan kesehatan di suatu daerah maupun skala nasional, sehingga pertolongan yang diberikan bagi korban gawat darurat dapat berjalan secara optimal. SPGDT dimulai dan dikembangkan oleh Departemen Kesehatan RI sejak beberapa tahun yang lalu, dan dipertegas melalui Deklarasi Makasar yang dicanangkan oleh Menteri Kesehatan Republik Indonesia pada peringatan Hari Kesehatan Nasional ke 36 pada tanggal 12 Desember 2001. Sistem ini dimaksudkan menjadi bagian dari manajemen bencana di Indonesia dan terintegrasi dengan Badan Koordinasi Nasional Penanggulangan Bencana (Bakornas PBP) dimana Menteri Kesehatan menjadi salah satu anggotanya. Penderita gawat darurat dapat dijumpai setiap saat, tidak hanya pada keadaan bencana saja. Penderita serangan jantung atau *stroke*, serta korban kecelakaan lalu lintas

adalah contoh penderita gawat darurat dalam keadaan sehari-hari. Dalam hal ini Ambulans Gawat Darurat (AGD) dan Unit Gawat Darurat (UGD) adalah satuan kerja yang merupakan ujung tombak dalam menjalankan SPGDT untuk kejadian sehari-hari. Keberadaan AGD dan UGD yang didukung oleh personil yang berkemampuan memadai serta prasarana dan sarana yang cukup akan sangat menentukan tingkat keberhasilan pertolongan yang diberikan. Namun demikian, masih ada satu hal lain yang diperlukan, khususnya bila diperlukan kerja sama antar beberapa unit kerja, yaitu sistem yang baik. Untuk tujuan inilah SPGDT dikembangkan.

Dalam keadaan bencana, secara teknis medis penanganan korban gawat darurat sama dengan penderita gawat darurat sehari-hari. Yang membedakan adalah bahwa pada keadaan bencana kuantitas maupun kualitas korban melebihi kemampuan unit kesehatan lokal untuk menanganinya. Adanya jumlah korban yang banyak mengakibatkan beban kerja jadi meningkat, sedangkan tingkat cedera yang berat akan membuat



Korban Tsunami mendapatkan perawatan dari tim Pusbankes 118 Yogyakarta yang tergabung dalam tim medis RS Dr. Sardjito - UGM. Sistem penanggulangan gawat darurat terpadu sudah ada di beberapa kota di Indonesia. UGM mengadopsi sistem tersebut untuk diterapkan di Propinsi Nanggroe Aceh Darussalam, terutama di pesisir pantai barat.



Foto: Nurcholid Umam

tingkat kesulitan kerja yang lebih tinggi. Secara singkat dapat dikatakan bahwa SPGDT untuk keadaan bencana adalah eskalasi atau peningkatan SPGDT untuk keadaan sehari-hari. Oleh karena itu untuk dapat menjalankan SPGDT dalam keadaan bencana, syarat yang harus dipenuhi adalah adanya SPGDT untuk keadaan sehari-hari yang sudah berjalan baik. Dengan kata lain, tidak mungkin SPGDT untuk keadaan bencana dapat berjalan baik apabila belum pernah ada SPGDT sehari-hari yang sudah mapan.

Dalam penanganan korban bencana Tsunami di Aceh dan Nias yang lalu, walaupun belum optimal tim medis dari beberapa daerah seperti Makasar, Jakarta, Bandung, Manado, Surabaya, dan Yogyakarta sendiri bergerak sesuai sistem dalam SPGDT. Di Aceh sendiri, sebelum dan sesudah bencana Tsunami belum memiliki sistem penanggulangan gawat darurat yang memadai. Sistem rujukan pelayanan kesehatan yang sudah ada pun belum berfungsi seperti yang diharapkan. Berbagai persoalan yang muncul akhirnya membuat tim *emergency* RS Dr. Sardjito dan Fakultas Kedokteran UGM mencoba mengembangkan Sistem Penanggulangan Gawat Darurat Terpadu di Aceh.

Semiloka SPGDT dan Pelatihan Kru Ambulans 118 Wilayah Aceh Barat dan Selatan.

Pengenalan awal SPGDT di Aceh oleh tim UGM dilakukan melalui semiloka sistem rujukan wilayah pantai Barat-Selatan NAD pada 12 Januari 2006. Semiloka yang dihadiri oleh kepala dinas kesehatan dan direktur rumah sakit dari 6 kabupaten wilayah pantai barat NAD, ditindak lanjuti dengan kesepakatan bersama pembentukan SPGDT untuk wilayah pantai barat NAD dalam sebuah semiloka lanjutan pada tanggal 7-9 Mei 2006. Semiloka tersebut

digelar untuk membentuk sistem rujukan pelayanan kesehatan di wilayah Aceh Barat-Selatan dengan pusat rujukan di RS Cut Nyak Dhien Meulaboh. Strategi yang dipakai dalam semiloka ini adalah meningkatkan kemampuan (*capacity building*) sumber daya manusia setempat melalui pelatihan kru AGD 118, mengingat bahwa prasarana dan sarana di wilayah tersebut tersedia dalam jumlah dan kualitas yang memadai.

Pada hari pertama pelatihan, materi yang disampaikan adalah dinamika kelompok dan komunikasi oleh instruktur dari Pusbankes (Pusat Siaga Bantuan Kesehatan) 118 DIY. Peserta pelatihan sebanyak 12 tim yang berasal dari 6 kabupaten yaitu Aceh Jaya, Aceh Barat, Nagan Raya, Aceh Barat Daya, Aceh selatan dan Aceh Singkil. Setiap tim terdiri dari 1 orang dokter, 1 orang perawat dan 1 orang sopir ambulans. Sementara pada hari kedua materi yang disampaikan tentang penanggulangan penderita gawat darurat, diantaranya meliputi materi *Basic Life Support*, stabilisasi transportasi, syok dan perdarahan, balut bidai, dan *standard operating procedure* ambulans gawat darurat 118.

Pada siang harinya, seluruh dokter bersama dinas kesehatan 6 kabupaten, anggota DPRD komisi B dan komisi D Kabupaten Aceh Barat, perwakilan Direktur Rumah Sakit dan Puskesmas dari 6 kabupaten mengikuti semiloka tentang SPGDT, AGD 118 dan kebijakan Departemen Kesehatan tentang penanganan gawat darurat. Pembicara yang dihadirkan antara lain Wakil Departemen Kesehatan RI, Prof. DR. Aryono P, SpB-KBD (AGD 118 Jakarta), dr. Adam Suyadi, SpB (Pusbankes 118 DIY), dr. Hendro Wartatmo, SpB-KBD (Program Koordinator SPGDT), dr. Haris Marta Saputra, SpA (Direktur RS CND), perwakilan puskesmas dari wilayah Aceh Barat-Selatan dan perwakilan dinas kesehatan wilayah Aceh Barat-

Selatan. Hari ketiga semiloka membahas rancangan *Memorandum of Understanding* (MoU) tentang SPGDT dan sistem rujukan dengan RS CND sebagai pusat rujukan. Sedangkan pelatihan kru AGD 118 membahas materi tentang SPGDT bagi perawat dan paramedik serta standarisasi ambulans gawat darurat.

Hasil yang dicapai dalam pelatihan dan semiloka tersebut sangat beragam, diantaranya:

- a. Disepakatinya pelayanan gawat darurat di wilayah pantai Barat dan Selatan yang meliputi wilayah Aceh Jaya, Aceh Barat, Nagan Raya, Aceh Barat Daya, Aceh Selatan dan Aceh Singkil. Kesepakatan tersebut dibuat atas dasar kemanusiaan semata, *non profit*, tidak membedakan suku, agama, ras, tingkat sosial dan golongan.
- b. Organisasi AGD 118 yang ada untuk sementara di beri nama Badan Kerjasama Aceh Barat-Selatan 118 (Basel 118). Selanjutnya dr. Haris Marta Saputra, SpA ditunjuk sebagai koordinator tim AGD 118 wilayah pantai Aceh Barat-Selatan. Keputusan ini diketahui oleh Bupati Aceh Barat yang diwakili oleh sekretaris daerah wilayah Aceh Barat. Agenda selanjutnya adalah mengadakan pertemuan rutin bagi seluruh tim Basel 118 dalam memperkuat pelayanan gawat darurat untuk masyarakat.

Kesepakatan tersebut ditandatangani oleh seluruh perwakilan untuk ditindak-lanjuti pada masa yang akan datang. Usai penandatanganan kesepakatan, acara ditutup dengan penempelan stiker 118 pada ambulans peserta pelatihan sekaligus meresmikan terbentuknya Basel 118.

Seluruh program yang telah dilaksanakan merupakan tahap awal pembentukan Sistem Penanggulangan Gawat Darurat Terpadu dengan RS CND sebagai pusat rujukan. Program tersebut merupakan unsur penting untuk memperkuat RS CND dengan melibatkan seluruh elemen kesehatan di wilayah Aceh Barat-Selatan.

Evaluasi dan Tindak Lanjut Basel 118

Menindak-lanjuti semiloka yang telah dilaksanakan sebelumnya maka perlu dilaksanakan evaluasi untuk menilai sejauh mana perkembangan tim Basel 118. Evaluasi ini juga ditujukan untuk menjaga kesinambungan tim yang telah terbentuk tersebut. Sayangnya semiloka lanjutan ini baru dapat dilaksanakan pada tahun 2007 setelah sempat terhentinya kegiatan di tahun 2006 karena adanya gempa di Yogyakarta pada tanggal 27 Mei 2006 yang menyerap tenaga dan pikiran tim konsultan dalam penanggulangannya.

Evaluasi berupa semiloka yang diikuti oleh 41 peserta terdiri atas dokter, perawat dan sopir ambulans yang berasal dari 6 kabupaten yakni Aceh Barat Daya, Aceh Selatan, Aceh Singkil, Aceh Barat, Aceh Jaya, dan Nagan Raya. Pembukaan acara dilakukan oleh dr. T. Amir Hamzah, Sp.PD, M.Kes selaku Kepala Dinas Kesehatan Aceh Barat. Evaluasi secara kuantitatif menggunakan instrumen kuesioner dengan hasil sebagai berikut:

- a. Hanya 28% peserta yang datang yang ikut pada semiloka sebelumnya (semiloka Mei 2006). Hasil ini menunjukkan *turn over* peserta yang tinggi.



Dokumen Clinical Services

Sesi praktek tindakan medis pada pelatihan kegawat daruratan medis di RS Cut Nyak Dhien yang difasilitasi oleh tim UGM dan tim Pusbankes 118 Yogyakarta.



Dokumen Clinical Services

Diskusi kelompok terarah (FGD) pada semiloka penerapan sistem penanggulangan gawat darurat terpadu (SPGDT) di pesisir pantai barat NAD. FGD difasilitasi oleh dr. Bowo (kanan), seorang dokter Brigade Siaga Bencana (BSB) dari Yogyakarta.

- b. 54% peserta yang menyatakan bahwa rumah sakit belum mempunyai sistem antisipasi bencana.
- c. 59% peserta menyatakan belum ada kerjasama dengan rumah sakit lain untuk antisipasi bencana.
- d. 25% peserta yang menyatakan bahwa pernah diadakan latihan bersama antar rumah sakit dalam penanggulangan bencana.
- e. 53% dokter yang sudah dilatih dan merasa mampu menangani kasus-kasus gawat darurat.
- f. 51% perawat yang sudah dilatih dan merasa mampu menangani kasus-kasus gawat darurat.
- g. 55% peserta menyatakan bahwa ambulans mereka secara fisik mendekati standar tapi tidak memiliki perlengkapan *life saving* yang sesuai standar.
- h. 19% peserta menyatakan bahwa mereka memiliki sarana komunikasi, baik di UGD dan di ambulans.

Hasil-hasil evaluasi ini digunakan sebagai salah satu pertimbangan menyusun rekomendasi.

Acara dilanjutkan kuliah dengan materi meliputi: *conceptual framework of disaster*, standar kompetensi dokter dan perawat, standar ambulans, komunikasi medik, dan *emergency networking*. Kemudian dilanjutkan dengan diskusi kelompok dan penyusunan rekomendasi. Hasil-hasil diskusi dan rekomendasi untuk Basel 118 adalah sebagai berikut;

1. Visi : Terbentuknya sistem *networking* wilayah Aceh Barat-Selatan dalam suatu organisasi bernama Basel 118
2. Misi : Dalam pelayanan *prehospital*
 - Memberikan pelayanan gawat darurat.
 - Memberikan pelayanan ambulans.
 - Meningkatkan SDM dari masing-masing anggota.
3. Struktur organisasi:
 - Ketua : RS CND
 - Sekretaris : RS Teuku Umar

- Bendahara : RS Nagan Raya
 - Bidang pelayanan: Koordinator RS CND/RS Abdya
 - Bidang pengembangan SDM: RS Singkil dan Nagan Raya
 - Bidang manajerial: RS Tapak Tuan/ Aceh Jaya
4. Protap yang disusun:
 - Prosedur tetap sistem aktivasi.
 - Prosedur tetap sistem komando.
 - Pelaporan.
 - Pertanggungjawaban.
 5. Standarisasi SDM dan sarana
 - Dokter dan perawat belum mengikuti pelatihan tentang gawat darurat. Solusinya antara lain: sosialisasi pada kru ambulans dan direktur, pengajuan proposal pelatihan, *monitoring* proposal, pelaksanaan pelatihan, evaluasi kinerja.
 - Ambulans tidak standar, rumah sakit dan puskesmas tidak memiliki ambulans khusus gawat darurat. Solusi: sosialisasi kepada Kepala Dinas Kesehatan/ Direktur Rumah Sakit.
 - Ambulans tidak memiliki surat izin/ surat izin mengemudi sopir yang baku untuk ambulans. Solusi: mengurus surat izin kendaraan, surat izin mengemudi untuk sopir disesuaikan.
 - Ambulans tidak memiliki peralatan *life saving* yang memadai. Solusi: sosialisasi kepada Direktur, mengajukan proposal pada Kadinkes dan Pemda setempat.
 - Akan dilakukan penyusunan protap untuk ambulans diantaranya: protap kru ambulans, protap kelengkapan fisik ambulans, protap operasional ambulans, protap tindakan medis, protap peralatan medis/ non-medis serta protap tentang obat-obatan gawat darurat.

Semiloka *Networking in Emergency Response*

Mengkaji semiloka yang telah dilaksanakan sebelumnya maka hal yang dipandang perlu ditindak-lanjuti adalah bagaimana menumbuhkan motivasi, pembinaan sumber daya manusia dan kebersamaan yang akan menjalankan sistem tersebut. Selain itu, dengan berhentinya bantuan dari luar, termasuk dari UGM dan *World Vision Australia/The Melbourne University* dan adanya dana otonomi khusus dari Pemerintah Pusat melalui propinsi NAD pada tahun 2008 maka Dinas Kesehatan Propinsi Nanggroe Aceh Darussalam dan Basel 118 bekerja sama dengan Universitas Gadjah Mada menyelenggarakan semiloka "Networking in Emergency Response". Dalam semiloka ini dibahas mengenai masalah teknis dan pendanaan untuk menjaga kesinambungan program tersebut.

Semiloka yang berlangsung tanggal 3-5 Agustus 2007 di Banda Aceh diikuti oleh 53 peserta yang terdiri atas tim Basel 118 yang dulu pernah hadir pada acara evaluasi dan tindak lanjut Basel 118 pada bulan Mei 2007 (dokter, perawat dan supir ambulans dari puskesmas dan rumah sakit) ditambah dengan perwakilan dari Dinas Kesehatan, Pemda dan PMI (Palang Merah Indonesia). Pembukaan acara dilakukan oleh Kadinkes Propinsi NAD dr. Anjar Asmara, MKes.

Acara kemudian dilanjutkan dengan pemberian materi tentang *networking* pada saat bencana, terutama tentang beberapa pembelajaran dari bencana yang pernah dialami di Yogyakarta dan Aceh yang disampaikan oleh Prof. dr. Laksono Trisnantoro, MSc, PhD. Hal yang perlu

digaris-bawahi pada sesi ini adalah perlu dilakukan pengembangan kegawat-daruratan di wilayah Aceh Barat-Selatan. Sehubungan dengan hal tersebut tentunya memerlukan dukungan Pemerintah NAD. Dukungan dapat berupa pembelian peralatan untuk kelengkapan tim, latihan bersama dan pertemuan tahunan untuk terus meningkatkan semangat. Catatan penting dari Kadinkes sehubungan dengan materi ini adalah keterlibatan sektor-sektor lain/program terkait di pemerintahan sehingga tim yang terpadu ini siap bekerja sama. Bappeda sebagai kaki tangan di bagian keuangan juga diikuti dalam tim. Selain itu Dinkes Propinsi akan menjadikan Basel 118 sebagai contoh untuk dikembangkan di daerah lain. Dinkes Propinsi berjanji akan mengadakan pertemuan khusus untuk menindak-lanjuti program ini dengan melibatkan beberapa pihak lain diantaranya Pemda, Satkorlak, Satlak, Bagian Pembangunan tiap-tiap kabupaten.

Selanjutnya pada sesi 2 dilakukan *outbound training* yang dipimpin oleh Drs. Sumaryono. Kegiatan *outbound* berupa permainan untuk *team-building* yang berlangsung selama 2 hari dengan mengambil lokasi di Pantai Lhok Nga Banda Aceh. Selain permainan-permainan, pada hari kedua juga dilakukan simulasi kasus "emergency response". Simulasi ini dilaksanakan dengan membagi peserta menjadi 3 kelompok besar yakni: *observer*, pasien dan penolong. Pada simulasi ditampilkan 1 kasus *emergency* yang mengakibatkan banyak korban luka dan meninggal. Diharapkan penolong dapat menunjukkan kerjasama tim yang baik untuk melakukan *triase* dengan matang dan melakukan transportasi ke rumah sakit dengan menggunakan ambulans. Kemudian kelompok-kelompok



Kepala Dinas Kesehatan Propinsi NAD, dr. Anjar Asmara, M.Kes, berdiskusi dengan tim Basel 118 pada kesempatan semiloka akhir di Aceh Barat.

Dokumen Clinical Services



Dokumen Clinical Service

Mobil ambulans, salah satu aset bergerak, dalam waktu dekat akan dikelola oleh badan khusus di bawah Pemerintah Daerah.

tersebut melakukan *rolling* peran. Ketika simulasi kasus dilakukan (3 kali simulasi), tampak adanya peningkatan kualitas pelaksanaan.

Dari hasil *outbound* didapatkan beberapa temuan penting diantaranya adalah proses OMT ini merupakan pemicu semata bagi semua anggota tim Basel 118 untuk mengembangkan pola seperti ini secara berkesinambungan. Di akhir sesi ada kesepakatan antar peserta untuk melakukan proses latihan bersama secara terjadwal di masa yang akan datang. Sebuah kesadaran bersama untuk meningkatkan diri dan melakukan "preparedness" atau persiapan sebagai kunci kebersamaan yang telah terjadi. Rekomendasi yang didapat antara lain:

- a. Kesepakatan yang telah dibangun oleh para peserta perlu didukung dan difasilitasi oleh pihak *stakeholders* dalam hal ini Pemerintah Propinsi NAD dan Pemerintah Daerah Kabupaten atau Kodya di wilayah Barat-Selatan NAD.
- b. Kesepakatan para peserta harus ditindak-lanjuti dengan program pelatihan teknis secara terjadwal. Hal ini penting sebagai cara untuk meningkatkan kompetensi dalam hal-hal teknis dan membangun kebiasaan untuk memecahkan permasalahan secara tim. Selain itu, kebiasaan untuk latihan bersama akan meminimalisasi hambatan-hambatan psikologis yang mungkin terjadi saat menangani kasus nyata.

Pada hari ke-3 acara diisi dengan pemberian materi dasar-dasar pembentukan jejaring pelayanan gawat darurat, *success story* Pusbankes 118 DIY di Yogyakarta dan AGD 118 Makasar, serta *volunters in disaster*. Acara kemudian dilanjutkan dengan diskusi kelompok. Dari hasil diskusi dihasilkan beberapa rekomendasi antara lain:

- a. Basel 118 adalah suatu tim AGD untuk penanganan *pre* rumah sakit, yang merupakan bagian dari penanganan terhadap pasien gawat darurat untuk kabupaten di wilayah Barat-Selatan, yaitu Aceh Jaya, Aceh Barat, Nagan Raya, Aceh Barat Daya, Aceh Selatan dan Aceh Singkil.
- b. Struktur organisasi masih sama dengan kesepakatan sebelumnya hanya saja pada pertemuan ini langsung ditentukan personelnnya:
 - Ketua: RS CND (dr. Furqansyah)
 - Sekretaris : RS Teuku Umar
 - Bendahara : RS Nagan Raya (Broto)
 - Bidang pelayanan: Koordinator RS CND (dr. Agustia Sukri) / RS Abdya (dr.Malahayati)
 - Bidang pengembangan SDM: RS Singkil (dr. Tri Sari) dan Nagan Raya (dr. Hendra)
 - Bidang manajerial: RS Tapak Tuan (dr. Cut Dewi Kartika)/ Aceh Jaya (dr. Ira Silvia)
- c. Diadakan sosialisasi nomor telepon 118 melalui telkom dengan target waktu 1 bulan setelah semiloka diadakan.
- d. Diadakan pertemuan dan pelatihan secara reguler.

dr. Birowo Yudoprato, Sp.An



Supervisor Bagian Anestesi
RS Dr. Sardjito

"Merupakan suatu bukti bahwa daerah miskin, terpencil dan daerah perbatasan di Indonesia tidaklah sedikit dan permasalahannya sangatlah kompleks. Fakultas Kedokteran UGM sebagai pusat pendidikan dokter harus bisa peduli dan bertanggung jawab sebagai bagian tri darma perguruan tinggi. Untuk itu diperlukan pemikiran strategis dan prospektif dalam membantu daerah terpencil. Program Aceh ini bisa dijadikan model kerja sama dengan sumber dana pemerintah daerah setempat atau sumber dana lainnya dalam membantu dan mengembangkan pelayanan kesehatan di daerah terpencil. Selamat atas keberhasilan RS Dr. Sardjito, Fakultas Kedokteran UGM dan Fakultas Psikologi UGM, semoga bermanfaat dan sukses."

- e. Dadakan pertemuan lanjutan pada tanggal 4 November 2007 di Aceh Barat untuk pembahasan proposal pelatihan.
- f. Untuk lebih menguatkan komitmen anggota Basel 118, maka dari masing-masing anggota mengumpulkan iuran sebesar Rp. 50.000,00 sebagai dana pelaksanaan kegiatan selanjutnya.

Seluruh rangkaian acara ditutup oleh *course director* yang mengungkapkan bahwa kegiatan ini merupakan langkah awal untuk memberi pelayanan terbaik kepada masyarakat. Anggota tim gawat darurat harus siap untuk tidak mendapatkan apa-apa (sukarela), hal itu tidak akan membatasi gerak langkah tim dan diharapkan para anggota Basel 118 dapat membawa hasil semiloka selama 3 hari ini sebagai bahan advokasi ke daerah masing-masing.

Persiapan dan pengembangan UGD di wilayah Pantai Barat dan Selatan

Dalam rangka meningkatkan pelayanan medis di wilayah Pantai Barat-Selatan khususnya RS Cut Nyak Dhien

Meulaboh, yang diharapkan sebagai rumah sakit rujukan di wilayah Aceh Barat, maka pelayanan yang profesional dan berkualitas menjadi program utama yang harus dilaksanakan di rumah sakit dan jaringan pelayanan kesehatan di sekitarnya. Unit Gawat Darurat sebagai pintu gerbang pelayanan kesehatan di sebuah rumah sakit harus memiliki kualitas pelayanan yang baik dan sesuai dengan standar. Untuk itu perlu disosialisasikan standar-standar pelayanan maupun pendukung pelayanan yang harus dilaksanakan di UGD sesuai yang ditetapkan oleh Dirjen Yanmed Depkes RI. Semiloka pengembangan UGD yang berlangsung pada tanggal 22 Mei 2007 dilakukan untuk sosialisasi standar pelayanan. Semiloka diikuti 20 peserta dari 6 rumah sakit di wilayah Pantai Barat-Selatan. Penyajian dilakukan dengan metode kuliah terpadu dan standar-standar pelayanan dan pendukung di UGD yang mengacu pada ketetapan Dirjen Yanmed Depkes RI. Kemudian acara dilanjutkan dengan diskusi dan penyusunan rekomendasi. Hasil diskusi antara lain:

- Dari ke-5 rumah sakit yang didata menunjukkan bahwa sumber daya manusia (SDM) yang bisa



RS Cut Nyak Dhien belum optimal, tampak pada foto rumah sakit pada waktu-waktu tertentu sepi pengunjung.

Dokumen Clinical Services



Dokumen Clinical Services

dr. Hendro Wartatmo, Sp.B-KBD memberikan pengarahan pada simulasi penanggulangan kegawat daruratan di Banda Aceh. Simulasi dihadiri oleh semua tim Basel 118 dari 6 kabupaten pesisir pantai barat NAD.

dipenuhi baru kurang lebih 40% baik secara kualitas maupun kuantitas. (RS Teuku Umar belum dapat berfungsi mengingat operasional pasca Tsunami masih bersama dengan RS CND).

- Standar sarana dan prasana belum memenuhi standar dimana pembagian ruang medis belum optimal, belum tersedianya *X-ray mobile*, ruang observasi belum optimal, belum adanya ruang operasi minor, peralatan *life saving* belum memadai, obat-obatan *emergency* juga belum memadai dan tidak adanya standar alur penanganan pasien.

Diharapkan hasil semiloka ini dapat memberi gambaran bagi perwakilan masing-masing rumah sakit tentang standar pelayanan sesuai ketentuan yang ada dan dapat dijadikan bahan advokasi pada institusi yang terkait.

Penerbitan Buku Masalah Kesehatan pada Manajemen Bencana: Pengalaman dari Bencana di Aceh dan DIY

Untuk mendokumentasikan berbagai pengalaman yang dirasakan atas terjadinya bencana di Aceh dan DIY, maka diterbitkanlah buku yang membahas tentang masalah kesehatan manajemen bencana. Buku tersebut bisa dijadikan sosialisasi aktifitas pengabdian masyarakat dari para staf pengajar di FK UGM terhadap bencana yang terjadi, khususnya di Aceh dan DIY. Pembuatan buku tersebut juga dimaksudkan sebagai sarana sosialisasi model pusat *preparedness* bencana pada sebelum terjadinya bencana dan pelayanan gawat darurat. Buku ini terdiri dari tiga bagian, diantaranya (1) Pengantar yang

Tabel 1. Kontributor buku *Buku Masalah Kesehatan pada Manajemen Bencana: Pengalaman dari Bencana di Aceh dan DIY*

Nama Kontributor
Agus Priyanto, SKM, Mkes
Ali Ghufroon Mukti, Prof. dr, MSc, Ph.D
Andreasta Meliala, dr, Dipl.PH.
Anis Fuad, S.Ked, DEA
Bambang Suryono S, dr, Sp.An. KIC, M.Kes.KNA
Bondan Agus Suryanto, dr, SE, MA, AAK
Carla Raymondalexas Marchira, dr, Sp.J
Endang L. Budiarti, Dra, M.Farm, Apt
Hari Kusnanto, Prof. dr, DrPH
Haripurnomo K, dr, MPH, DrPH
Hendro Wartatmo, dr, SpB, KBD
Julita Hendrartini, Drg, Mkes
Laksono Trisnantoro, Prof. dr, MSc., Ph.D
Mubasysyir Hasanbasri, dr, MA
Riris Andono Ahmad, dr, MPH
Sitti Noor Zainab, dr, M.Kes
Subagyo Pramuwijoyo, DR, Ir, DEA
Sulanto Saleh Danu, dr, Sp.FK
Tri Baskoro Tunggul Satoto, dr, MSc, PhD
VJ (Key Win)
Winnie Setyonugroho, S.Ked., MT
Yayi Suryo Prabandari, Dra, Msi, PhD

Para kontributor modul manajemen bencana mempresentasikan masing-masing topik sesuai pengalaman bencana di Aceh dan Yogyakarta. Dari kanan dr. Hendro Wartatmo, dr. Sulanto Saleh, dan dr. Haripurnomo.



Dokumen Clinical Services

berisi *pre-event, event, damage, dan change of social function*; (2) *Responses* yang berisi *role of government, emergency response, emergency treatment, logistic, administration back up, leadership, surveillans, promosi kesehatan dan kesehatan jiwa*; dan (3) Kesimpulan dari keseluruhan topik.

Semiloka Manajemen Bencana di Sektor Kesehatan

Berdasarkan pengamatan dan partisipasi dalam usaha penanggulangan bencana selama ini, didapatkan kesan bahwa sampai saat ini belum ada pola penanganan yang jelas. Pendekatan usaha penanggulangan bencana dari aspek ilmiah pun belum dilakukan secara luas. Sementara pada sektor kesehatan, bencana sebagai masalah kesehatan masyarakat belum banyak dikaji karena perhatian lebih banyak ditujukan pada *emergency medicine*. Karena permasalahan itulah, maka diperlukan usaha penanggulangan bencana agar diperoleh hasil yang lebih baik dimana pengembangan manajemen bencana dibutuhkan untuk menunjang *emergency medicine*.

Salah satu usaha yang dilakukan adalah melalui penyelenggaraan semiloka. Tujuannya adalah memberikan pemahaman mengenai jenis-jenis bencana, memberikan pemahaman mengenai manajemen penanggulangan bencana, khususnya pada sektor kesehatan dengan pendekatan kesehatan masyarakat. Selain itu untuk menyiapkan peserta supaya dapat membuat perencanaan penanggulangan bencana sesuai keadaan daerah dan fungsinya masing-masing. Dalam rangka pengembangan modul, pada tanggal 30-31 Oktober 2006 diadakan *Training for Trainer (ToT)* di Kaliurang, Yogyakarta. TOT dihadiri 20 orang yang merupakan kontributor pada

buku Masalah Kesehatan pada Manajemen Bencana: Pengalaman dari Bencana di Aceh dan DIY. Pada TOT ini dihasilkan beberapa kesepakatan, antara lain dibentuknya 6 kelompok latihan *tabletop* yang meliputi *governance, medical emergency, logistik medik, surveillans, promosi kesehatan dan kesehatan jiwa*.

Masing-masing *tabletop* berisi skenario-skenario berdasarkan pengalaman kejadian pada saat terjadinya bencana gempa di DIY dan pertanyaan-pertanyaan kunci yang berkaitan dengan skenario tersebut. Untuk lebih memantapkan modul yang digunakan pada semiloka ini maka diadakan *try out* untuk masing-masing *tabletop*. *Try out* berlangsung pada tanggal 13-21 November 2006 di laboratorium kepemimpinan yang terletak di gedung IKM lantai 3. *Try out* melibatkan mahasiswa S2, staf PMI, staf RS Bantul, staf Dinkes Bantul dan lain-lain. Dari kegiatan tersebut dihasilkan masukan-masukan untuk lebih menyempurnakan skenario-skenario yang ada di dalam *tabletop* dan masukan untuk para *trainer* bagaimana seharusnya cara menyajikan suatu latihan sesuai *tabletop*. Di Aceh semiloka Manajemen Bencana dilaksanakan dalam 2 tahap yakni pada tanggal 15 – 17 Desember 2006 dan 24 – 26 Mei 2007

Semiloka pertama diikuti 22 peserta dari 3 kabupaten yang meliputi 11 orang dari Aceh Barat, 5 orang dari Nagan Raya, 6 orang dari Aceh Jaya dan 1 orang perwakilan WHO Banda Aceh. Semiloka dibuka oleh Hasan Abdullah selaku Asisten 2 Bupati Kabupaten Aceh Barat. Pada hari pertama diberikan pengantar pelaksanaan semiloka oleh dr. Hendro Wartatmo, Sp.B-KBD selaku *course director* dan kerangka konsep manajemen bencana yang dibawakan oleh dr. Haripurnomo, MPH, DrPH. Setelah itu peserta dibagi menjadi 3 kelompok berdasarkan kabupaten.



Sesi diskusi kelompok pada sebuah semiloka Pengulangan Gawat Darurat Terpadu (SPGDT) di sektor kesehatan.

Dokumen Clinical Services

Masing-masing kelompok membahas *tabletop exercise* I yakni *governance* di saat *preparedness* yang memberikan situasi yang nyata terjadi dengan bercermin pada bencana yang telah lewat. Pada hari kedua peserta semiloka dibagi menjadi 5 kelompok berdasarkan *tabletop exercise* yang ada. Tiap-tiap kabupaten memiliki perwakilan diskusi di 5 kelompok *exercise*. *Tabletop exercise* antara lain membahas mengenai *medical emergency*, logistik medik, surveilans, promosi kesehatan dan kesehatan jiwa.

Hasil diskusi pada hari 1 dan 2 yang disimpulkan dalam bentuk rekomendasi berdasarkan wilayah kabupaten masing-masing dan dipresentasikan pada hari ke-3. Diantara rekomendasi tersebut terdapat kesepakatan kelompok mengenai definisi bencana. Hal tersebut penting untuk dirumuskan mengingat banyaknya cakupan definisi bencana dan apa saja yang nantinya bisa ditindak lanjuti dan didanai oleh masing-masing kabupaten.

Selain itu terbentuk pula rancangan struktur organisasi penanggulangan bencana yang berbeda untuk masing-masing kabupaten. Secara umum organisasi ini diketuai oleh Satlak yang dalam hal ini adalah Bupati. Khusus untuk sektor kesehatan dibentuk struktur organisasi yang diketuai oleh Kadinkes yang membawahi 5 bidang seperti *medical emergency*, logistik medik, surveilans, promosi kesehatan dan bidang kesehatan jiwa dengan uraian tugas masing-masing. Satu bagian yang masih menjadi wacana adalah bagian aktifasi yang berperan penting untuk menggerakkan berbagai komponen pada saat terjadinya bencana. Mengenai masalah pendanaan bisa didapat dari APBN/APBD, LSM, WHO dan donor lain yang tidak mengikat. Sedangkan *networking* dilakukan dengan menjalin komunikasi yang baik dengan Pemda

dan struktur kesehatan lain di tempat tersebut seperti rumah sakit dan puskesmas.

Dari rekomendasi-rekomendasi yang telah dibuat akhirnya dapat disusun beberapa *Plan of Action* yang dilaksanakan dalam waktu 3 bulan. Seperti penyempurnaan hasil semiloka untuk dapat menjadi pedoman yang memperoleh kesepakatan bersama (2 minggu setelah semiloka), sosialisasi tingkat kecamatan dengan sasaran *keuchik*, guru, tokoh agama/tokoh masyarakat (bulan I s/d bulan II), menyelenggarakan pelatihan penanggulangan bencana yang diikuti oleh 3 kabupaten (Aceh Jaya, Aceh Barat dan Nagan Raya) dengan nara sumber tim penanggulangan bencana Yogyakarta (bulan III). Sebagai rencana sumber dana untuk kegiatan tersebut adalah BRR, LSM/WHO/UNDP, PMI dan Pemda.

Berbeda dengan semiloka pertama, semiloka kedua yang dilakukan pada tanggal 24 – 26 Mei 2007 diikuti oleh 43 peserta dari 6 kabupaten yakni Kabupaten Aceh Barat Daya, Aceh Selatan, Aceh Singkil, Aceh Barat, Aceh Jaya, dan Nagan Raya. Diantaranya Kepala Dinas Kesehatan beserta staf Dinas Kesehatan Bidang Surveilans, Bidang Logistik Medik, Bidang yang menangani kesehatan jiwa, dan Bidang Promosi Kesehatan, Ketua PMI, Direktur dan Kepala Perawat Rumah Sakit, Ketua Satlak Penanggulangan Bencana, dan Kepala Puskesmas terpilih dari masing-masing kabupaten.

Semiloka ini disajikan dengan metode kuliah, diskusi kelompok, dan penyusunan rekomendasi. Hari pertama semiloka, acara dibuka oleh Hasan Abdullah selaku Asisten 2 Bupati Kabupaten Aceh Barat. Peserta untuk hari pertama terdiri atas 3 Kabupaten yakni Kabupaten Aceh Barat Daya, Aceh Selatan dan Aceh Singkil. Untuk



"Bergabung dalam program kemanusiaan UGM-WVA-RS CND memberikan banyak pembelajaran bagi saya. Pembelajaran mengenai manajemen proyek, manajemen rumah sakit dan pembelajaran untuk mengharmonisasikan antara dua budaya yang berbeda. Semoga apa yang telah kita lakukan secara sinergis bersama teman-teman di wilayah aceh barat dan selatan dapat memberikan kemanfaatan yang tidak akan terputus dan silaturahmi yang telah kita jalin akan terus dapat berjalan

Seulamat beujuang syeidara lon yang na di Aceh Barat ngoen Selatan, semoga jeut ta cipta status kesehatan di sienan leu beih geit dari yang ka."

pembahasan hari pertama diberikan secara singkat materi tentang *ekstrahospital* yang terdiri atas 6 *tabletop*: Peran pemerintah di masa persiapan, respon medis akut, logistik medik, surveilans bencana, promosi kesehatan, dan kesehatan jiwa. Kemudian peserta dibagi menjadi 6 kelompok untuk mendiskusikan masing-masing materi tersebut.

Pada hari kedua diberikan materi mengenai *intrahospital* secara singkat yang meliputi *the management hierarchy*, *the clinical hierarchy*, dan *the nursing hierarchy*. Kemudian acara dilanjutkan dengan penyusunan konsep *disaster plan* untuk masing-masing kabupaten. Acara semiloka ini diakhiri dengan penyusunan rekomendasi bersama dari semua peserta semiloka dengan hasil sebagai berikut:

1. Setiap rumah sakit dan dinas kesehatan harus membuat *disaster plan*.
2. Setiap kabupaten mengupayakan biaya untuk penyusunan dan pelaksanaan *disaster plan* sesuai

dengan Kepmenkes 1653/Menkes/SK/XII/2005 untuk tahun 2007/2008.

3. UGM dapat memfasilitasi advokasi *disaster plan* ke 6 kabupaten dengan dana *World Vision Australia*.
4. Enam kabupaten (Aceh Jaya, Aceh Barat, Nagan Raya, Aceh Barat Daya, Aceh Selatan dan Aceh Singkil) membentuk forum jejaring dalam penanggulangan bencana (perjanjian kerjasama menyusul), dan diusulkan pendanaan dari propinsi.
5. Peserta semiloka akan dipanggil kembali untuk presentasi hasil yang telah dibuat di masing-masing kabupaten.

Dari seluruh rangkaian kegiatan yang telah dilaksanakan, masih menyisakan pekerjaan rumah yang cukup besar dalam menjaga kesinambungan tim Basel 118 yang telah terbentuk. Selain itu pematangan konsep *disaster plan* dari masing-masing wilayah Barat Selatan juga harus selalu dipantau demi tercapainya usaha penanggulangan bencana secara komprehensif.



Presentasi masing-masing kelompok latihan *tabletop* pada semiloka SPGDT sektor kesehatan. Semiloka dilakukan di Aceh Barat dengan melibatkan peserta dari 6 kabupaten pesisir pantai barat NAD.

Clinical Service Document

Komponen 3

Sistem Manajemen Mutu RS Cut Nyak Dhien

Atien Nur Chamidah

Pengembangan Dokumen Mutu RS Cut Nyak Dhien

Dalam rangka kegiatan pengembangan sistem manajemen mutu RS Cut Nyak Dhien (RS CND), divisi *Clinical Services* (CS) membentuk sebuah tim yang diberi nama tim CliQ (*Clinical Quality*). Tim yang dikoordinir oleh dr. Rukmono Siswishanto, M.Kes, Sp.OG(K) ini melakukan pengembangan berbagai dokumen manual mutu klinik. Dokumen-dokumen tersebut adalah Pedoman Pelayanan Medis (PPM), Prosedur Tetap Pelayanan Klinik, Indikator Pelayanan Minimal, uraian tugas, *Hospital Bylaws*, dan Standar Manual Mutu (SMM). Dokumen-dokumen tersebut diadopsi dari dokumen-dokumen yang sudah tersedia kemudian dilakukan penyesuaian dengan kondisi di RS Cut Nyak Dhien.

Kegiatan pengembangan dokumen mutu di RS CND diawali dengan sosialisasi draf Pedoman Pelayanan Medis dan Standar Manual Mutu yang telah disusun oleh tim CliQ pada bulan Juli 2006 yang dilanjutkan dengan berbagai kegiatan sosialisasi lanjutan dan proses revisi. Sosialisasi pedoman pelayanan medis terutama dilakukan oleh residen yang tergabung dalam tim medis setiap angkatan. Pertemuan rutin setiap hari Kamis di RS CND banyak

dimanfaatkan untuk kegiatan ilmiah berupa presentasi mengenai pedoman pelayanan medis maupun prosedur tetap pelayanan medis suatu unit. Pada kesempatan inilah diharapkan adanya masukan-masukan dari staf lokal RS CND yang bermanfaat bagi proses revisi.

Salah satu kendala dalam penyusunan dokumen ini adalah tidak adanya dokter definitif di semua unit pelayanan RS CND. Proses revisi dan koreksi selanjutnya dilakukan oleh supervisor masing-masing bagian di RS Dr. Sardjito-Fakultas Kedokteran UGM yang telah melakukan supervisi ke RS CND. Semua proses ini ternyata tidak mudah dan memerlukan waktu yang lama, hingga akhirnya pada bulan Agustus 2007, tim CliQ berhasil menyelesaikan proses ini dan menyerahkan draf Pedoman Pelayanan Medis RS Cut Nyak Dhien untuk sepuluh besar penyakit di sembilan unit pelayanan, yaitu: Penyakit Dalam, Anak, Bedah, Obsgin, Anestesi, Mata, THT, Neurologi, dan Jiwa. Namun, dokumen pedoman pelayanan medik ini tetap masih memerlukan revisi, terlebih lagi jika RS CND telah memiliki dokter definitif di masing-masing unit yang nantinya akan menggunakan dokumen ini sebagai pedoman dalam memberikan pelayanan kepada pasien. Proses revisi selanjutnya akan menjadi tanggung jawab komite medik RS CND.



Tim Manajemen Representatif (MR) RS Cut Nyak Dhien dibentuk dalam rangka mendukung perbaikan mutu pelayanan rumah sakit. Tim ini sudah secara langsung dibimbing oleh tim CliQ (Clinical Quality) Program Aceh RS Dr Sardjito - UGM sejak tahun 2006.

Clinical Service Document

Dokumen lain yang penting sebagai pedoman dalam memberikan pelayanan klinik adalah prosedur tetap. Proses penyusunan dokumen yang diadopsi dari dokumen RS Dr. Sardjito ini banyak melibatkan peran mentor yang melakukan aktivitas *mentoring* di unit-unit penunjang. Selain melakukan aktivitas *mentoring*, mentor juga mendapat tugas untuk menyusun prosedur tetap bersama dengan staf lokal di masing-masing unit. Sebelum diserahkan dan ditetapkan oleh Direktur RS CND, draf prosedur tetap yang telah tersusun terlebih dahulu dikoreksi oleh supervisor di setiap unit. Bersamaan dengan penyerahan dokumen pedoman pelayanan medik, tim CliQ juga menyerahkan sembilan dokumen prosedur tetap, yaitu: farmasi, gizi, radiologi, UGD, laboratorium, kamar operasi, ICU, keperawatan, dan rehabilitasi medik. Seperti halnya dokumen pedoman pelayanan medik, dokumen prosedur tetap ini tentunya masih memerlukan berbagai revisi yang berkelanjutan.

Indikator pelayanan minimal RS CND merupakan salah satu dokumen yang dihasilkan dalam acara semiloka manajemen rumah sakit yang diselenggarakan pada bulan Agustus 2007. Peserta semiloka yang terdiri dari staf manajemen RS CND dari semua level merumuskan bersama indikator-indikator minimal yang harus dipenuhi dalam pemberian pelayanan. Penyusunan indikator ini berdasarkan standar pelayanan minimal yang telah ditetapkan oleh Departemen Kesehatan. Indikator yang telah disusun adalah indikator pada tingkat unit kerja maupun indikator tingkat rumah sakit yang secara jelas terlihat dalam tabel 1.

Masing-masing indikator mempunyai periode analisis yang berbeda dan memerlukan waktu pengumpulan data yang berbeda pula. Hingga saat ini proses pengumpulan data dan analisis belum dilakukan, namun ke depan diharapkan RSCND melalui tim *Management Representatif*

Tabel 1. Indikator kinerja rumah sakit RS Cut Nyak Dhien Aceh Barat

Unit Kerja	Nama Indikator
Rumah Sakit Keseluruhan	<ul style="list-style-type: none"> • Rasio jumlah perawat/bed • Rasio jumlah paramedis (perawat) terhadap jumlah pasien • <i>Cost recovery</i>
Pelayanan Kamar Operasi	Waktu tunggu operasi elektif
Pelayanan Rawat Jalan	<ul style="list-style-type: none"> • Pemberi pelayanan di klinik spesialis • Waktu tunggu di rawat jalan • Jam buka pelayanan sesuai ketentuan
Unit Gawat Darurat	<ul style="list-style-type: none"> • Jam buka pelayanan gawat darurat • Pemberi pelayanan kegawatdaruratan yang bersertifikat • Kepuasan pelanggan pada UGD
Pelayanan Rawat Inap	Pemberi pelayanan di rawat inap
Farmasi	Waktu tunggu pelayanan obat jadi
Rehabilitasi Medik	Kejadian <i>drop out</i> pasien terhadap pelayanan rehabilitasi/fisioterapi yang direncanakan
Laboratorium	Waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium
Radiologi	Waktu tunggu hasil pelayanan foto thorak
Pelayanan Intensif	Rata-rata pasien yang kembali ke perawatan intensif dengan kasus yang sama < 72 jam
Pelayanan Keluarga Miskin (GAKIN)	Jumlah pelayanan Gakin dalam 1 bulan
Pelayanan Pengolahan Limbah	Pengolahan limbah padat berbahaya sesuai dengan aturan
Instalasi Gizi	Tidak ada kesalahan dalam pemberian diet
Pelayanan Transfusi Darah	Angka Kejadian reaksi transfusi
Pelayanan Rekam Medis	Waktu penyediaan rekam medis pelayanan rawat inap
Pelayanan Ambulans/Kereta jenazah	Kecepatan pelayanan Ambulans/Kereta jenazah
Pelayanan Adiministrasi Manajemen	<ul style="list-style-type: none"> • Ketepatan waktu pengusulan kenaikan pangkat • Ketepatan waktu pengurusan kenaikan gaji berkala
Instalasi Perawatan Sarana dan Prasarana Rumah Sakit (IPSR)	Ketepatan waktu pemeliharaan alat

(MR) mempunyai komitmen untuk melakukan proses ini, sehingga nantinya ada tolok ukur yang jelas mengenai kualitas pelayanan di RS CND.

Dari sisi manajemen, terdapat beberapa dokumen yang bisa dijadikan pedoman dalam mengelola manajemen RS CND, yaitu Sistem Manual Mutu (SMM), *Hospital Bylaws*, dan uraian tugas masing-masing staf. SMM dan *Hospital Bylaws* telah disosialisasikan kepada jajaran manajemen RS CND pada bulan Agustus 2007 oleh dr. Hanevi Djasri, MARS dan dr. Tjahjono Koentjoro, MPH, DrPH selaku konsultan dalam pengembangan dua dokumen ini.

Sistem Manual Mutu (SMM) adalah dokumen yang membahas tentang uraian singkat mengenai manajemen mutu, tanggung jawab manajemen, pengelolaan sumber daya, realisasi pelayanan, serta pengukuran, analisis dan perbaikan. Pada dokumen ini juga telah dijelaskan tugas dan fungsi tim *Management Representative* dalam mengimplementasikan sistem mutu yang telah didokumentasikan.

Hospital Bylaws (Peraturan Internal Rumah Sakit) merupakan salah satu bentuk aturan tertulis yang berlaku khusus di suatu rumah sakit dengan tujuan untuk melindungi semua pihak yang terkait secara baik dan benar berdasarkan rasa keadilan. Peraturan Internal Rumah Sakit ini terdiri dari dua bagian utama, yaitu *corporate bylaws* yaitu peraturan yang mengatur rumah sakit secara umum dan *medical staff bylaws* yaitu peraturan yang mengatur tentang tata kelola tenaga medis di RS Cut Nyak Dhien Meulaboh. Meningkatkan kesadaran masyarakat akan hukum akhir-

akhir ini, menyebabkan banyak tuntutan hukum terhadap rumah sakit, sehingga aturan tertulis ini akan menjadi acuan yang sangat penting dan berfungsi sebagai dasar dalam menyusun peraturan operasional sehari-hari di lingkungan RS Cut Nyak Dhien Meulaboh.

Penyusunan uraian tugas masing-masing staf difasilitasi oleh mentor yang melakukan program *mentoring* di unit-unit penunjang. Adanya uraian tugas yang jelas dari masing-masing staf di suatu unit ini diharapkan dapat meningkatkan profesionalitas staf dan keteraturan manajemen RS CND. Dalam implementasinya dokumen ini memerlukan proses pengawasan yang berkesinambungan dari pihak manajemen serta perlu adanya sistem *reward* dan *punishment*, serta pendidikan tingkat lanjut kepada staf yang bertujuan untuk meningkatkan kualitas sumber daya manusia di RS CND.

Membangun Komitmen Bersama dalam Pengembangan Mutu Pelayanan

Dalam mewujudkan komitmen bersama, kegiatan yang pertama kali diselenggarakan oleh tim CliQ adalah serangkaian sosialisasi dan Semiloka Manajemen Mutu yang dilaksanakan pada tanggal 3-5 Juli 2006. Pada tahap selanjutnya, untuk mempermudah koordinasi dengan RS CND, tim CliQ meminta direktur RS CND membentuk sebuah tim yang kemudian bernama tim *Management Representative* (MR). Tim ini akan bertugas sebagai motor penggerak perubahan di RS CND. Tim MR terdiri dari 7 orang staf yang disahkan berdasarkan SK Direktur dan berasal dari jajaran manajemen rumah



Dokumen Clinical Services

Setiap karyawan rumah sakit mempunyai peran dan tanggung jawab yang berbeda. *Hospital Bylaws* atau tata kelola rumah sakit adalah dokumen resmi dalam mengatur tanggung jawab tersebut.



Clinical Service Document

Pendaftaran pasien di fasilitas rawat jalan sudah menggunakan sistem yang terpusat. Sistem ini sangat membantu dalam mentertibkan registrasi pasien di rumah sakit.

sakit dan unit-unit penunjang pelayanan. Namun, pada pelaksanaannya tim ini tidak dapat menjalankan fungsinya dengan baik karena belum adanya penjabaran tugas dan fungsi yang jelas serta terjadinya mutasi tugas anggota MR dari RS CND ke Dinas Kesehatan.

Pada acara semiloka manajemen rumah sakit bulan Agustus 2007, dilakukan perombakan tim MR. Kali ini, anggota tim MR dianggap cukup mewakili seluruh staf RS CND karena langsung dipilih oleh peserta semiloka yang berasal dari perwakilan manajemen semua unit. Tim kedua ini terdiri dari 11 orang yang dikoordinir oleh dr. Akbar Siregar, Sp.PD. Berdasarkan SK Kepala BP RS CND No: 445/1163/IX/2007, anggota tim MR mempunyai tugas utama sesuai Tupoksi yang ditetapkan dalam Perda dan mempunyai tugas tambahan sebagai Wakil Manajemen (*Management Representative*), antara lain:

- Bertanggung jawab akan implementasi dan tinjauan yang efektif dari sistem manual mutu dan sistem mutu lainnya yang didokumentasikan.
- Merencanakan dan memantau program audit mutu internal.
- Mengidentifikasi dan mengelola program untuk perbaikan sistem mutu yang berkelanjutan.
- Menentukan apakah kebijaksanaan dan penerapan yang diajukan telah memenuhi persyaratan standar, sesuai dengan jasa yang ditawarkan, ditetapkan dengan benar dan ketidaksesuaian telah diperbaiki.
- Mengkoordinir pelaksanaan Rapat Tinjauan Manajemen.
- Bertanggung jawab dan melaporkan kepada direktur perihal status penerapan sistem manajemen mutu, setidaknya satu bulan sekali.

- Sebagai penghubung dengan pihak luar dalam hal penerapan sistem manajemen mutu RS Cut Nyak Dhien.
- Dalam menjalankan tugasnya, MR bersifat independen diluar struktural rumah sakit dan berhak atas kewenangan yang bertujuan kepada peningkatan mutu RS.

Beberapa perubahan baru yang telah difasilitasi oleh tim MR antara lain pengaktifan pertemuan mingguan dengan agenda yang telah ditetapkan, pembenahan sistem logistik, pengaktifan kembali komite medik, dan pembentukan komite keperawatan. Ke depan tim ini masih mempunyai suatu tugas yang cukup berat yaitu untuk mempersiapkan RS CND menuju badan hukum baru yaitu Badan Layanan Umum.

Studi Banding *Clinical Quality* dan *Patient Safety* di Australia

Setelah sempat timbul keraguan apakah urusan visa ke Australia bisa selesai sebelum tanggal 20 Juni, akhirnya tim studi banding bisa sedikit lega setelah semua visa dan urusan SKCK dapat diselesaikan. Tiket pesawat yang semula belum jelas akhirnya dapat dipastikan dan tim berangkat menggunakan *Qantas Air* pada tanggal 22 Juni 2007 pukul 01.00 dinihari dari Jakarta walaupun sempat transit di Perth. Tim studi banding terdiri dari 8 orang, yaitu dr. Haris, dr. Akbar, Drs. Adnan, Drs. Muharir, dan Dahliana AMK dari RS Cut Nyak Dhien; dr. Yani dari FK Universitas Syah Kuala; serta dr. Rukmono dan dr. Atien dari FK UGM.

Peningkatan mutu pelayanan rumah sakit harus didukung dengan karyawan yang profesional dan penuh tanggung jawab.



Dokumen Clinical Services

Hari pertama studi banding diawali dengan penjemputan oleh Mia Urbano. Sesampai di *Royal Children's Hospital* (RCH), Dr. Karen Dunn, fasilitator studi banding, memberikan penjelasan tentang tujuan program studi banding dan pengertian mengenai *quality and patient safety* yang merupakan bidang keahliannya di RCH. Tujuan utama studi banding ini adalah untuk meningkatkan semangat dan kemampuan para peserta dalam mengembangkan RS CND. Karena itu diharapkan para peserta dapat aktif dan bila perlu mengusulkan topik-topik yang lebih sesuai dengan kebutuhan. Tim ingin RS CND dapat menjadi rumah sakit yang unggul di kawasan Aceh Barat karena dapat memberikan pelayanan terbaik dan mencapai hasil terbaik bagi masyarakat pelanggannya.

Dr. Karen Dunn menjelaskan bahwa masalah *quality* (mutu) dan *safety* (keselamatan) menjadi isu yang penting karena ternyata banyak kejadian di rumah sakit sebenarnya tidak diharapkan seperti cedera dan komplikasi akibat pelayanan klinik. Hal ini semestinya bisa dicegah atau tidak perlu terjadi jika *quality and patient safety* dikelola dengan sebaik-baiknya. *Safety* berarti pasien dan keluarganya terbebas dari cedera atau komplikasi ketika menggunakan jasa rumah sakit dari awal hingga akhir. Semua (tidak hanya pekerjaan dokternya saja) harus dilakukan secara benar sepanjang pelayanan itu dilakukan. Ini memerlukan keterlibatan aktif dari semua baik pasien dan keluarganya, staf (semua pegawai rumah sakit termasuk direktur, dokter, perawat, administrasi, tukang cuci), lingkungan rumah sakit, budaya dan *leadership* di tempat kerja, aturan-aturan, dan atau *Qanun*. Sedangkan, mutu berarti terpenuhinya standar dan harapan pelayanan rumah sakit dalam hal keselamatan, efektifitas, kesesuaian penerimaan oleh

pelanggan, aksesabilitas, dan efisiensi. Untuk mengetahui apakah rumah sakit sudah dapat memenuhi standar dan harapan seperti itu, maka diperlukan indikator atau parameter yang datanya perlu dikumpulkan terus menerus dari waktu ke waktu agar dapat dianalisis dengan benar. Contoh indikator keselamatan misalnya angka kejadian infeksi *nosokomial*. Indikator efektifitas misalnya angka kematian pasien cedera kepala yang berobat di rumah sakit dan sebagainya.

Pada hari pertama kegiatan ini, tim juga berkesempatan untuk bertemu dan berdialog dengan dr. Tony Cull (CEO RCH). Menurut penjelasan dr. Cull, RCH merupakan RS Anak rujukan di negara bagian (propinsi) Victoria yang melayani sekitar 5 juta penduduk dengan jumlah anak-anak sekitar 1 juta. Jumlah pasien UGD dan rawat jalan sekitar 4.000/minggu atau sama dengan 800/hari. RCH memiliki 260 bed (termasuk 30 PICU dan 30 NICU) dengan jumlah tenaga medis 900 perawat dan 500 dokter. Berdiri sejak 1963, RCH memiliki reputasi yang baik, memiliki beberapa pusat unggulan, sebagai tempat pendidikan, penelitian, dan memiliki jangkauan layanan internasional. Terdapat unit khusus yang disebut *Royal Children's Hospital International* yang pada waktu kejadian Tsunami menyiagakan sebanyak 200 personil yang bisa dimanfaatkan untuk memberikan bantuan. RCH memperoleh pendanaan dari pemerintah (baik nasional maupun dari propinsi/*state*), dana masyarakat, dan lembaga-lembaga donor. RS ini akan menempati lokasi baru dengan desain bangunan berdasar perubahan konsep dalam pelayanan, sedangkan gedung lama akan dirobohkan untuk dijadikan taman.

Visi RCH, yaitu *To be a GREAT hospital* (menjadi RS yang unggul) dikembangkan melalui proses panjang untuk menjangkau aspirasi dan keinginan-keinginan semua staf dan *stakeholders* (pemerintah, masyarakat), yang kemudian dirumuskan oleh pimpinan rumah sakit. Proses itu dapat melalui diskusi-diskusi, pertemuan-pertemuan, menganalisis saran-saran dan kritik. Jadi pernyataan dan isi visi itu tidak berasal dari pimpinan rumah sakit, tetapi lebih merupakan kristalisasi atas semua keinginan para pihak yang berkepentingan dengan keberadaan rumah sakit di masa depan. Visi yang dikembangkan dengan cara seperti inilah yang akan dapat memberikan motivasi kepada seluruh staf untuk memberikan sumbangan terbaik bagi kemajuan rumah sakit.

Sesi belajar di hari kedua diawali dengan kunjungan ke fasilitas-fasilitas yang ada di RCH. Ada beberapa fasilitas yang membuat tim terkesan. *Family Resource Centre* merupakan fasilitas yang disediakan untuk para keluarga untuk beristirahat ketika menunggu waktu bertemu, mengisi waktu dengan kegiatan membaca, mengakses intranet, berganti baju, dan sebagainya. Fasilitas ini sangat bermanfaat bagi keluarga yang datang dari tempat jauh. Pasien bisa masuk ke RCH melalui rawat jalan atau UGD. Terdapat fasilitas pendaftaran untuk membuat perjanjian bertemu dengan dokter yaitu di *counter* yang disebut dengan *outpatient appointments*. Sistem penunjuk dan sarana komunikasi di RS ini sangat komunikatif. Poliklinik dikelompokkan menjadi tiga, yaitu kelompok *Blue Desk*, *Red Desk*, dan *Green Desk*. *Lift* diberi warna yang berbeda untuk tujuan fasilitas tertentu. Fasilitas umum misalnya: toko, kafe, telepon umum, dan bazar amal juga tersedia. Barang-barang *merchandise* RS dipajang dan bisa dibeli. Di *lobby* disediakan telpon gratis untuk memanggil taksi (kerjasama dengan perusahaan taksi). Perhatian yang

cukup besar terhadap kenyamanan pasien tampak dengan tersedianya ruang bius khusus. Sebelum dibius orang tua bisa mendampingi sampai pasien tertidur, setelah selesai operasi, orang tua diminta ikut di ruang pulih sehingga ketika sadar pasien langsung berjumpa dengan orang tuanya. Hal ini dapat mengurangi stres pada anak yang dilakukan tindakan operasi.

Penjelasan lebih detail disampaikan oleh tim *clinical quality and patient safety* RCH. Seperti yang dijelaskan oleh Vanessa Lane (*Clinical Risk Manager*) bahwa setiap kejadian atau keadaan yang menimbulkan atau berpotensi dapat menimbulkan sesuatu yang tidak diharapkan atau mencederai pasien dalam proses pelayanan yang sedang diberikan kepadanya (marabahaya) perlu dilaporkan. Agar setiap petugas secara sukarela memberikan laporan tersebut, maka perlu dikembangkan dan dilaksanakan secara konsisten antara lain budaya tidak menyalahkan. Menyalahkan (*blaming*) tidak akan pernah berdampak baik terhadap peningkatan keselamatan (*safety*). Sistem pelaporan dan pengolahan data tentang marabahaya di RCH menggunakan program komputer yang disebut *Riskman*. Selain itu, tim juga mendapatkan penjelasan tentang *patient liaison*, yaitu petugas yang menjadi penghubung (komunikator) antara pasien/keluarganya dengan pihak rumah sakit. Area tugasnya adalah mengelola keluhan pasien maupun hal-hal yang bersifat positif. Unit *Patient Liaison* bekerja dalam hari dan jam kerja. Bila ada keluhan diluar jam kerja dan sifatnya penting atau mendadak maka akan ditangani oleh kepala perawat jaga dan diselesaikan atau diteruskan pada hari kerja berikutnya.

RCH sangat menerapkan konsep peduli pelanggan dan akuntabilitas. Ada empat hal yang menjadi konsep dasar *patient and family centred care*, yaitu: (1) Martabat dan



Para peserta studi tur *Hospital Quality and Patient Safety* di *Royal Children Hospital Australia*.



“Tidak kurang dari 1,5 tahun bergabung dengan Program Aceh sungguh pengalaman tak terlupakan. Sebagai seorang lulusan muda, Program Aceh seperti lautan ilmu, yang manfaatnya tak pernah habis, selalu ada hal-hal baru yang bisa dipelajari. Ilmu yg belum kami dapatkan dari bangku kuliah seperti manajemen logistik atau manajemen rumah sakit, kepemimpinan, pelatihan dan sebagainya. Ijinkan kami mengucapkan terima kasih atas kesempatan menimba ilmu dari guru-guru terbaik yg bisa saya temui baik dari Fakultas Kedokteran dan Psikologi UGM, RS Dr. Sardjito, Bapelkes Gombong dan terutama RS Cut Nyak Dhien.

Hal lain yang paling tak terlupakan adalah mengenai dinamika kerja dan kerja tim terutama ketika harus menghadapi perubahan. Berhasil melewati krisis perubahan manajemen pada saat itu adalah bukti hasil kerjasama tim dan keyakinan bahwa perubahan akan memberikan manfaat bagi semua bukan sebaliknya.”

rasa hormat, (2) Berbagi informasi, (3) Partisipasi, dan (4) Kolaborasi. RCH diakreditasi oleh ACHS pada bulan Maret 2007. Standar yang dipakai adalah *The ACHS Equip 4*. Dalam standar tersebut standar dikelompokkan menjadi 3 grup: *clinical* (klinis), *support* (penunjang), dan *corporate* (manajemen). Untuk meningkatkan partisipasi para staf dan pegawai dalam kegiatan akreditasi, dibuat lembar informasi akreditasi berisi pertanyaan-pertanyaan tentang pokok-pokok yang perlu diketahui dan diberikan petunjuk dimana informasi tersebut dapat diperoleh. *Website* RCH juga memuat informasi-informasi yang diperlukan berkaitan dengan akreditasi.

Pada kegiatan studi banding ini, tim juga berkesempatan mengunjungi *Wimmera Base Hospital*. Sebuah rumah sakit yang terletak di kota kecil bernama Horsham. Dilihat dari jumlah tempat tidurnya, tipe rumah sakit ini tidak jauh berbeda dengan RS CND. Namun, banyak hal menarik yang bisa dipelajari dari *Wimmera Base Hospital*. Rumah sakit itu telah menerapkan *clinical governance* dengan cara yang sangat baik. Sistemnya jelas, dapat dilaksanakan, dan berkesinambungan. Hal itu tentu tak lain karena kepemimpinan dari Prof. Alan Wolff. Tidak disangka dari rumah sakit kecil di daerah seperti itu ternyata sudah menghasilkan banyak publikasi di jurnal manajemen risiko. Menurut Prof. Alan untuk mengimplementasikan program *clinical governance* di *Wimmera Base Hospital* terdapat delapan belas langkah yang sudah dilakukan dan menunjukkan hasil yang baik. Diantara langkah-langkah tersebut yang bisa dicontoh oleh RS CND adalah penggunaan cara-cara konstruktif dan bersifat jangka panjang dalam melakukan perubahan budaya. Berkomunikasilah secara terbuka dan jujur, menghormati perubahan sistem yang mungkin menyakitkan dan gunakan cara-cara yang tidak bersifat menghukum bila terjadi kesalahan.

Studi banding yang berlangsung selama sepuluh hari ini diharapkan dapat menjadi suatu titik awal perubahan RS

CND menuju peningkatan kualitas pelayanan. Berbagai pembelajaran yang didapatkan diharapkan dapat diimplementasikan sesuai dengan kondisi RS CND, seperti yang telah dijelaskan oleh dr. Haris Marta Saputra, direktur RS CND pada sesi akhir, bahwa hal-hal positif yang didapatkan dari RCH maupun *Wimmera Base Hospital* yang dikelompokkan menjadi manajemen, sumber daya manusia, sistem keuangan, mutu dan keselamatan, serta fasilitasnya dapat dijadikan contoh bagi RS CND. Selain itu, dr. Akbar Siregar dalam presentasinya di acara “Sosialisasi Hasil Studi Banding Australia” menyebutkan bahwa program peningkatan mutu pelayanan medis yang bisa diaplikasikan di RS CND adalah sebagai berikut: laporan kasus yang bermasalah lintas instalasi, laporan kasus kematian, penyediaan sarana perpustakaan beserta literatur ilmiah, temu ilmiah, kursus ilmiah berkala, *mentoring*, serta bimbingan senior-junior.

Studi Banding Tim Manajemen RS Cut Nyak Dhien

Studi banding tim manajemen RS CND dibagi dalam 2 kegiatan yaitu : Forum Mutu IHQN 2007 yang berlangsung tanggal 28-30 Agustus 2007 di Surabaya dan Studi Banding di RS Tabanan Bali, yang berlangsung tanggal 31 Agustus 2007- 2 September 2007.

Forum Mutu IHQN 2007 yang berlangsung selama 3 hari, mempunyai tema “Tantangan Pengembangan Mutu Pelayanan Kesehatan: Antara Keselamatan Pasien, Biaya dan Efisiensi”. Materi disajikan dalam 3 bentuk yaitu kuliah umum, diskusi kelompok dan sesi pelatihan. Kuliah umum yang disampaikan oleh pengambil kebijakan di tingkat pusat bermaterikan peningkatan mutu pelayanan kesehatan terhadap publik. Kelompok diskusi dibagi dalam 3 kelompok sesuai dengan kerangka acuan peningkatan mutu Donald Berwick yaitu kelompok A,B dan C. Kelompok A terkait dengan sesi pertemuan dalam konteks sesi mikro organisasi yang melibatkan/diikuti praktisi

pelayanan kesehatan (dokter, dokter spesialis, perawat, bidan, penunjang medis dan staf klinisi lain). Kelompok B terkait dengan sesi pertemuan dalam konteks organisasi, yang terutama ditujukan kepada para manajer dan pengelola sarana pelayanan kesehatan (staf manajemen, direktur rumah sakit, kepala bidang, kepala puskesmas dll). Kelompok C terkait dengan sesi pertemuan dalam konteks di luar praktisi pelayanan kesehatan dan manajer tetapi yang masih terlibat langsung atau yang disebut dengan regulator pelayanan kesehatan (Departemen Kesehatan, Dinas Kesehatan, pihak asuransi, LSM). Sesi pelatihan dilakukan dalam bentuk simulasi yang dilakukan pada hari ke-3 dengan mengambil contoh kasus untuk kemudian dipecahkan secara bersama oleh elemen yang terlibat.

Pada forum ini juga dilakukan pertemuan antara Tim RS CND, Tim Pengarah dari RS Dr. Sardjito Yogyakarta dan Dr. Karen Dunn, *Pediatric* sebagai fasilitator utama dari Australia. Pertemuan ini mendiskusikan tentang kondisi terakhir di RS CND Meulaboh, dan perubahan-perubahan yang telah dilakukan pasca studi banding di Australia. Secara umum hasil yang didapat dari kegiatan Forum Mutu IHQN 2007 adalah :

1. Keselamatan pasien, biaya dan efisiensi merupakan indikator utama yang harus diperhatikan dalam peningkatan mutu pelayanan kesehatan di rumah sakit.
2. Integrasi antara keselamatan pasien, besarnya biaya dan efisiensi memerlukan suatu instrumen/ sistem yang baik. Dalam menyusun instrumen/ sistem tersebut harus melibatkan berbagai pihak praktisi kesehatan, pihak manajer, dan regulator kesehatan.
3. *Diagnostic Related Group* Indonesia (DRG) merupakan salah satu instrumen atau sistem yang akan diterapkan di rumah sakit pemerintah di Indonesia dalam

peningkatan mutu pelayanan rumah sakit. Uji coba akan segera dilakukan di beberapa rumah sakit di Indonesia.

4. Instrumen atau sistem yang baik untuk mencapai target dalam hal keselamatan pasien, biaya dan efisiensi dapat juga dibentuk di suatu rumah sakit dengan menyesuaikan sumber daya, kondisi masyarakat dan pengambil keputusan di daerah. Instrumen/ sistem yang terbentuk harus selalu dievaluasi sehingga menghasilkan instrumen/ sistem yang baik.

Sementara itu Studi Banding di RS Tabanan Bali dilakukan selama 2 hari. RS Tabanan Bali sekitar 6-7 tahun yang lalu mempunyai kondisi yang sama persis dengan kondisi RS CND saat ini. RS Tabanan Bali saat ini sudah menjadi rumah sakit acuan untuk rumah sakit pemerintah tipe C, sehingga RS Tabanan sering dijadikan tempat studi banding bagi rumah sakit tipe C diseluruh Indonesia. Selain itu RS Tabanan sejak Juni 2006 sudah menjadi rumah sakit dengan status BLU (Badan Layanan Umum).

Studi banding yang dilakukan dari bidang manajemen meliputi semua aspek secara umum. Beberapa hal yang bisa dihasilkan antara lain :

1. Sejarah ringkas RS Tabanan mulai dari rumah sakit yang kotor, kumuh, kumal, kacau, kemudian menjadi rumah sakit yang bersih, rapi, tertib, teratur, dan ramah.
2. Wawancara dan diskusi dengan direktur RS Tabanan tentang strategi kepemimpinan di RS Tabanan.
3. Wawancara dan diskusi dengan Ketua Komite Medik.
4. Wawancara dan diskusi dengan Ketua Komite Keperawatan.
5. Wawancara dan diskusi dengan Kepala-kepala Bidang.



Dokumen Clinical Services

Manajemen limbah medis yang baik turut berperan dalam peningkatan mutu pelayanan. Tampak pada foto, tempat sampah rumah sakit masih ditumpuk di depan fasilitas instalasi gizi dan belum dikelola secara baik.



Clinical Service Document



Clinical Service Document

Pelayanan rawat inap merupakan salah satu indikator kinerja pelayanan sebuah rumah sakit. Standar pelayanan rawat inap harus terus ditingkatkan. Foto menunjukkan pelayanan rawat inap kelas 3 di RS Cut Nyak Dhien sebagai representasi dari pelayanan rumah sakit di daerah terpencil. Masih banyak yang harus dilakukan dalam meningkatkan kualitas pelayanan rumah sakit terutama di daerah terpencil.

6. Mengikuti *Morning Meeting*.
7. Meninjau seluruh ruangan mulai dari ruang direktur, ruang kepala bidang, ruang komite medik, komite keperawatan, farmasi, rawat jalan, rawat inap, UGD, poli eksekutif, VIP, kamar mandi, ambulans, UTD, parkir, kantin dan sistem informasi.
8. Mengkopi arsip-arsip dan dokumen dari RS Tabanan yang dianggap perlu.
9. Mendokumentasikan hal-hal lain yang dianggap perlu.

Pasca kegiatan studi banding ini, beberapa hal telah dilakukan oleh pihak RS CND yang dimotori oleh peserta studi banding. Salah satu hal yang terlihat cukup mengembirakan adalah adanya implementasi pengaktifan tim MR yang digunakan sebagai motor untuk menyusun rencana perubahan. Pertemuan rutin yang dikoordinir

tim MR dengan topik tertentu diselenggarakan dua kali dalam seminggu, yaitu setiap hari Selasa dan Kamis. Hasil pertemuan tim MR ini kemudian dikoordinasikan dengan direktur untuk tahap kebijakan dalam mengambil suatu ketetapan. Selain itu, tim MR juga memfasilitasi terselenggaranya pertemuan dengan pemerintah daerah dan DPRD setempat untuk membahas berbagai kebijakan yang memerlukan keterlibatan *stakeholders* setempat.

Selain studi banding manajemen, di RS Tabanan Bali juga dilakukan studi banding logistik yang diikuti oleh 2 (dua) orang staf RS CND, yaitu Nurhafni, S.Si,Apt (Kepala Instalasi Farmasi RS Cut Nyak Dhien) dan Ruslan, Amd (Kepala Instalasi Radiologi RS Cut Nyak Dhien). Studi banding dilakukan selama 5 hari, yaitu tanggal 28 September s/d 1 Agustus 2007.

Sistem logistik di RS Tabanan terbagi menjadi 2 bagian, yaitu logistik medis dan logistik non-medis. Logistik medis terdiri dari obat-obatan, cairan infus dan alat kesehatan habis pakai yang semuanya terkoordinasi di Farmasi. Untuk kebutuhan di Instalasi Radiologi dan Laboratorium, alat kesehatan habis pakai dikelola sendiri oleh masing-masing instalasi. Sedangkan logistik non-medis terdiri dari ATK, kursi, meja, alat-alat kesehatan, linen dan sebagainya dikoordinasikan di gudang material.

Selama 5 hari di RS Tabanan, peserta studi banding mempelajari tentang beberapa prosedur yang terkait dengan bahan medis, yaitu: prosedur pembelian, penerimaan dan penyimpanan bahan medis; prosedur seleksi dan evaluasi suplier; prosedur pelayanan farmasi A (obat dinas); dan prosedur stok opname. Sedangkan mengenai sistem logistik non-medis, hal-hal yang dipelajari adalah mengenai perencanaan, alur permintaan barang yang tersedia, dan alur permintaan barang yang diorder.

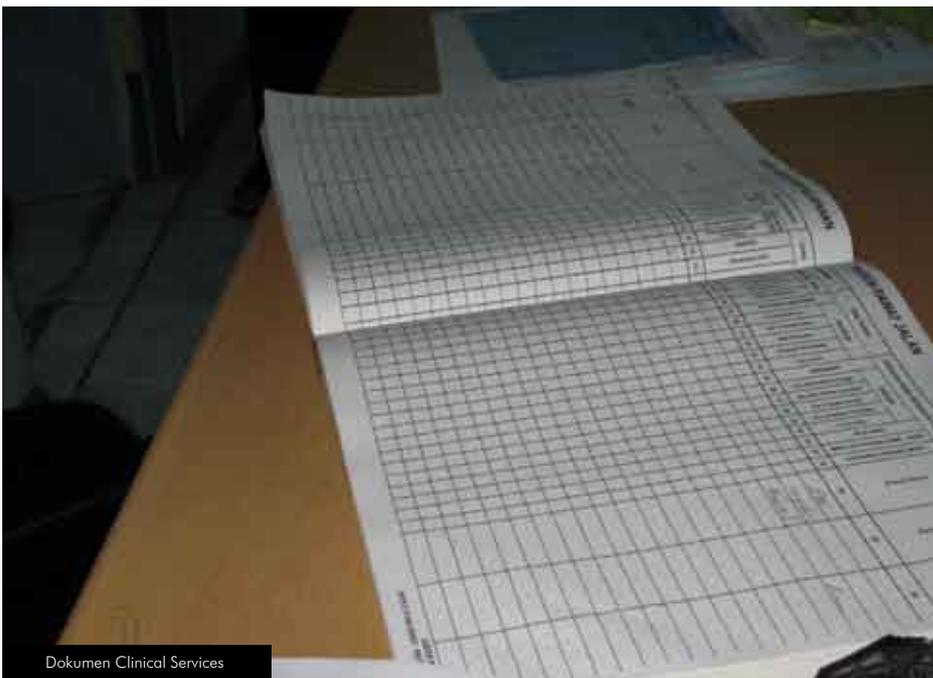
Pasca kegiatan studi banding, tim melakukan rapat koordinasi dengan manajemen RSCND untuk merumuskan sistem logistik. Kesepakatan yang diperoleh dalam rapat koordinasi tersebut adalah akan dilakukan penerapan protap logistik dengan pembagian tugas sebagai berikut: instalasi farmasi mengurus obat dan bahan habis pakai, instalasi radiologi mengurus kebutuhan film, serta instalasi laboratorium mengurus kebutuhan reagen. Bagian umum yang selama ini mengelola logistik memerlukan penambahan tenaga agar dapat lebih mengoptimalkan kinerjanya. Selain itu, masing-masing kepala ruang dan instalasi akan dilibatkan dalam penyusunan kebutuhan logistik dengan cara secepatnya mengisi lembar kebutuhan logistik di masing-masing bagian untuk penyusunan anggaran 2008.

Monitoring dan Evaluasi Pelayanan RS Cut Nyak Dhien

Dalam membantu kegiatan monitor dan evaluasi pelayanan di RS CND, di tahun 2006 dikirimkan bantuan berupa buku register. Pengiriman buku melalui dua tahap. Tahap pertama pada tanggal 5 Juli 2006 dan tahap kedua tanggal 20 Desember 2006. Total pengiriman buku register adalah sebagai berikut: 26 buku register rawat jalan, 8 buku register rawat inap, 2 buku register persalinan, 2 buku register kamar operasi, 2 buku register UGD, 2 buku register radiologi dan 2 buku register laboratorium. Pada akhir tahun 2006, tim melakukan evaluasi pelayanan berdasarkan pada catatan yang terdokumentasi dalam buku register tersebut. Namun, evaluasi ini tidak dapat dilakukan maksimal karena ternyata penggunaan buku register belum sepenuhnya dapat berjalan dengan baik.

Selain melalui buku register, tahun 2007 secara khusus tim CliQ meminta dr. Osman Sianipar dkk dari *Center of Epidemiology and Biostatistic Unit (CE&BU)* RS Dr. Sardjito, untuk melakukan penelitian dengan topik "Pemulihan Pelayanan Kesehatan di RS Cut Nyak Dhien: Tinjauan Manajemen dan Epidemiologi Klinis" sebagai salah satu evaluasi pelayanan di RS CND setelah didukung UGM selama 3 tahun penuh.

Penelitian ini menggunakan metode observasi secara retrospektif maupun prospektif, wawancara mendalam dan dengan pembuktian dokumen. Salah satu alat ukur yang digunakan adalah instrumen akreditasi dari Komite Akreditasi Rumah Sakit (KARS). Pendekatan kualitatif juga dilakukan untuk mengetahui praktek pemberian obat yang rasional dan mengetahui kesiapan rumah sakit apabila program dan kegiatan pemulihan ini telah berakhir.



Buku register digunakan untuk monitoring dan evaluasi kinerja pelayanan rumah sakit. Salah satu program peningkatan kualitas pelayanan di RS Cut Nyak Dhien adalah menyediakan standar buku register yang dalam waktu dekat akan digantikan dengan sistem elektronik.

Hasilnya, secara keseluruhan kesiapan pelayanan kesehatan di RS CND yang meliputi Pelayanan Gawat Darurat, Pelayanan Medik, Pelayanan Keperawatan, Pelayanan Gizi, Pelayanan Farmasi, Pelayanan Laboratorium, Pelayanan Radiologi, dan Pelayanan Transfusi Darah menunjukkan hasil yang belum memuaskan karena berada di bawah nilai 75%. Demikian halnya dengan sistem *inventory* yang merupakan pendukung pelayanan. RS CND belum mempunyai suatu sistem beserta perangkatnya yang mampu mengelola *inventory* rumah sakit dengan baik. Dari pengamatan di kamar operasi diperoleh hasil bahwa belum adanya sistem manajemen pelayanan kamar operasi yang baik sehingga mempengaruhi kinerja dan mutu pelayanan pembedahan. Khusus untuk indikator pelayanan ibu bersalin dan bayi *neonatal*, dalam hal ini angka kejadian kematian bayi baru lahir dengan $BBL \leq 2.000$ gram dan angka kejadian *seksio caesarea* ditemukan angka tersebut masih tinggi dan masih dalam kategori buruk. Pemberian obat rasional juga merupakan salah satu masalah yang ada di RS CND. Hasil penelitian ini menunjukkan masih adanya pola persepsian yang tidak rasional. Namun, secara keseluruhan ke-12 indikator mutu pelayanan kesehatan di RS CND dapat dikategorikan baik.

Pelayanan rawat jalan dan rawat inap kepada masyarakat pelanggan di RS CND telah berjalan dengan indikator kinerja cukup baik meskipun belum didukung sistem manajemen yang memadai. Hal ini dapat terwujud karena selama ini masih banyak tenaga bantuan dari luar rumah sakit bahkan dari luar Aceh yang mendukung proses pelayanan. Namun adanya tenaga bantuan ini belum mampu mendorong jajaran manajerial dan profesional

pelaksana tetap di RS CND untuk mandiri dan bersiap dengan sistem yang baik serta mapan.

Secara fisik dan psikologis staf rumah sakit belum siap 100% untuk mandiri. Salah satu alasan adalah masih adanya beberapa staf yang sedang mengambil pendidikan spesialis dan belum tentu akan menyelesaikan pendidikannya pada tahun 2008. Sementara itu dari sisi manajemen dan administrasi masih memerlukan SDM yang handal dan mampu mengatasi segala permasalahan sosial yang muncul. Beberapa staf menyatakan kesiapan untuk mandiri, tetapi yang lain tetap keberatan. Apabila harus mandiri mereka berharap masih ada bimbingan atau pelatihan dari UGM. Apa yang sudah mereka terima dari UGM diharapkan bisa dilanjutkan meskipun lewat media komunikasi jarak jauh misalnya melalui telepon. Sementara yang pesimis merasa bahwa jika mereka harus mandiri ada kekhawatiran kondisinya akan kembali seperti keadaan sebelum Tsunami.

Pembenahan administrasi dan manajerial serta peningkatan mutu SDM tidak bisa ditunda lagi mengingat tuntutan masyarakat akan pelayanan kesehatan pasca Tsunami semakin tinggi. Kebutuhan akan dokter spesialis semakin besar karena masyarakat semakin berkembang cara berpikirnya. Adanya bandara dan sistem transportasi yang lancar di wilayah ini mendorong masyarakat untuk berobat ke luar wilayah baik ke Banda Aceh, Medan, atau Penang. Perbaikan bisa dilakukan dengan pembenahan etos kerja dan rasa kepemilikan bahwa rumah sakit bukan hanya merupakan tempat bekerja dan mencari nafkah tetapi juga merupakan tempat yang harus dikembangkan.

Pelayanan di rumah sakit Cut Nyak Dhien terlihat lebih baik dan tampak lebih terorganisasi setelah beberapa kali diintervensi program-program UGM. Semua jenis pelayanan harus melalui loket pendaftaran sebelum mendapatkan pelayanan medis.



Dokumen Clinical Services

Komponen 4

Peningkatan Kapasitas Staf RS Cut Nyak Dhien Melalui Pelatihan

Atien Nur Chamidah, Nurul Kodriati

Pendahuluan

Pendidikan dan pelatihan merupakan dasar dari program yang efektif untuk menyediakan staf yang kompeten. Di lain sisi, pihak manajerial adalah pihak yang bertanggung jawab untuk menentukan kualifikasi, kinerja, pengkajian dan peningkatan kompetensi seluruh stafnya. Dengan kata lain, pelatihan yang baik memerlukan perencanaan yang matang untuk menghasilkan staf yang kompeten dan pada akhirnya pelayanan yang berkualitas.

Pasca Tsunami, RS Cut Nyak Dhien (RS CND) Meulaboh, Aceh Barat mempunyai kendala dalam memberikan pelayanan kesehatan yang optimal kepada masyarakat. Untuk mengatasi hal ini, UGM-RS Dr. Sardjito bekerjasama dengan *World Vision Australia* dan *The Melbourne University* mengadakan serial pelatihan dan dikelola dalam program komponen 4 dari 6 komponen di divisi *Clinical Services*.

Kegiatan pelatihan dan pendidikan dalam program ini melibatkan beberapa bagian dari RS Dr. Sardjito seperti Farmasi, Laboratorium, Keperawatan dan Radiologi. Secara Umum pendekatan yang dilakukan melalui 2

fase yaitu teknis dan manajerial. Pendekatan teknis dibagi menjadi beberapa agenda yaitu (1) Pengkajian, (2) Pelatihan (*On Job Training* dan *On Site Training*), (3) *Monitoring* dan *mentoring*. Pendekatan kedua adalah manajerial untuk memaksimalkan implementasi hasil dari pendekatan teknis. Pendekatan kedua ini termasuk dalam komponen 3 yaitu *Quality Management System (QMS)*.

1. Pengkajian

Di awal program, tahun 2005, pengkajian per bagian dilakukan dan disesuaikan dengan kebutuhan lapangan. Hal ini ditindak-lanjuti dengan pelaksanaan pelatihan dan *monitoring*. Namun, sesuai dengan kebutuhan yang semakin meningkat dan kebutuhan akan pelatihan dan pendekatan yang lebih komprehensif, maka dilakukan pengkajian ulang yang menyeluruh melalui *Training Need Assessment* oleh beberapa konsultan pada bulan Juni 2006.

Beberapa pengkajian lain pernah dilakukan, yaitu di Unit Radiologi pada bulan Februari 2006 oleh dr. Anita Ekowati Sp.Rad. Kemudian hasil pengkajian disusun dalam program pelatihan dan pendidikan. Data yang didapat dari pengkajian tersebut antara lain terkait dengan kondisi



ruang radiologi yang belum tertata rapi, kursi penunggu pasien tidak cukup dan lampu penerangan ruangan yang tidak cukup terang. Sedangkan AC hanya 1 yang berfungsi dibandingkan kebutuhan minimal untuk pemeliharaan alat dan kenyamanan pasien dan petugas dalam bekerja. Dari segi anggaran, perhitungan jasa medis tidak jelas dan belum ada dana taktis yang memadai.

Selain itu Unit Radiologi belum memiliki prosedur pelayanan yang baku dan disepakati, penyediaan bahan dan pemeliharaan alat belum terjadwal dan belum dilakukan dengan benar. Begitu pula dengan rencana kebutuhan bahan dan alat dalam satu tahun tidak dibuat, timbul keluhan baik dari pasien maupun petugas. Hasil pemeriksaan radiologi terlihat tidak menarik, banyak foto berartefak (bayangan pengganggu) yang dapat mempengaruhi analisis gambar sehingga dapat meningkatkan kekeliruan diagnosis. Selain itu hasil film yang digunakan mudah rusak karena tidak adanya amplop berukuran besar.

Dra. Rosita Mulyaningsih, Apt, Sp.FRS dan Dra. Erna Kristin, Apt, M.Kes melakukan pengkajian di Unit Farmasi pada tanggal 8-10 Maret 2006. Hasil pengkajian ini menjadi dasar intervensi untuk lebih meningkatkan mutu pelayanan di unit farmasi. Direncanakan unit farmasi bisa dijadikan sebagai *revenue centre* lebih dari sekedar *cost-center*.

Hasil yang didapatkan dari pengkajian di Unit Farmasi antara lain perlunya pementapan struktur organisasi di rumah sakit yang berhubungan dengan obat sehingga kegiatan manajemen obat bisa dilakukan melalui satu pintu. Selain itu, perlu disiapkan sistem komunikasi yang efektif antara unit farmasi dan unit-unit pelayanan klinik.

Sebab kondisi yang ada antara lain belum adanya standar pelayanan farmasi di rumah sakit, pedoman pengobatan, formularium obat dan *Standard Operational Procedure* (SOP) lain yang berkaitan dengan obat. Pengelolaan obat tidak dilakukan berdasarkan Daftar Obat Esensial Nasional (DOEN). Pengadaan obat justru dilakukan oleh bagian umum. Tidak adanya sistem *inventory*, distribusi yang belum optimal dan tidak ada *monitoring* penggunaan obat, serta belum adanya komite farmasi dan pemikiran mengenai *rational drug use*.

2. Pelatihan

Kegiatan *On Job Training* (OJT) dilakukan sejak tahun 2005. Pada tahun 2006, terdapat perubahan kecil antara lain tidak hanya mengirimkan perawat, tetapi dikirim juga staf RS CND dari unit penunjang yaitu Unit Radiologi, Laboratorium dan Farmasi. Tahun 2006, terdapat tiga OJT yang berlangsung (OJT III – V). Sebelum menjalani pelatihan di RS Dr. Sardjito, seluruh peserta mendapatkan materi tentang motivasi, manajemen perubahan dan evaluasi diri dari tim *Mental Health*.

Peserta OJT juga mendapatkan pelatihan komputer dasar dan internet serta teknik komunikasi. OJT III berlangsung pada 27 Januari – 4 Maret 2006. Peserta yang terlibat yaitu Teuku Mirza, Mutia, Sufiani, Ermanidar, Cut Syamsiah yang masing-masing berada di lokasi Bangsal Interna, Bedah, Obsgin, dan Interna-VIP RS Dr. Sardjito.

Sementara peserta OJT IV adalah staf RS CND yang mengikuti pelatihan di bagian Instalasi Bedah Sentral (IBS) dan *Pediatric Intensive Care Unit* (PICU) selama tiga bulan. OJT IV ini diikuti oleh dua peserta yaitu Kasman, AMK dan Rina Asmar, AMK. Salah satu peserta OJT, yakni Kasman, AMK hanya mengikuti pelatihan satu bulan saja karena

Unit Farmasi merupakan unit yang penting di sebuah rumah sakit. Unit ini tidak hanya menyediakan obat-obatan tetapi juga bahan habis pakai untuk semua kebutuhan pasien.



Dokumen Clinical Services

memiliki alasan keluarga dan harus pulang. Praktis hanya Rina Asmar yang mengikuti pelatihan secara penuh.

Terakhir, OJT V adalah OJT untuk Unit Radiologi, Laboratorium, Farmasi yang dilakukan pada bulan Juni 2006. Para peserta yang ikut OJT diantaranya Ruslan AMR, Rusmiati, dan Nurhafni, Apt. OJT tersebut merupakan kegiatan OJT terakhir karena pada saat yang bersamaan *Training Need Assessment* di semua bagian RS CND menunjukkan bahwa program pelatihan yang pernah diberikan kurang efektif sehingga diperlukan perubahan pendekatan antara lain yaitu melalui program *mentoring*.

3. Monitoring

Sejak Januari 2006, seorang perawat diikuti-sertakan dalam tim medis untuk melakukan *monitoring* dan evaluasi hasil implementasi pelatihan yang telah dilakukan. *Monitoring* berjalan selama 5 bulan. Staf yang pernah bertugas antara lain Ngatini, AMK; Sri Asmumi, AMK; Aryo Bagus, AMK; Wahyu, S.Kep,Ns; dan Supartinah, AMK. Kegiatan ini juga dirasa kurang efektif karena kurang mendorong kemandirian staf RS Cut Nyak Dhien sehingga program ini juga dihentikan dan dimodifikasi menjadi program *mentoring*.

Training Need Assessment

Training Need Assessment yang dilakukan oleh tim CliQ pada Juni 2006 menyimpulkan bahwa pelayanan penunjang merupakan pelayanan yang penting terutama dalam penegakan diagnosis dan mendukung pelayanan asuhan klinis. Dari *review* terhadap hasil kajian sebelumnya yang dilakukan pada Unit Laboratorium,

Unit Farmasi, Unit Radiologi, dan Unit Gizi, didapatkan bahwa sistem pelayanan belum berjalan sebagai mana mestinya. Pasalnya belum dibakukannya sistem pelayanan yang standar dan kurangnya sarana dan peralatan untuk bekerja.

Sistem pelayanan penunjang juga perlu segera disusun dan dilengkapi dengan sarana dan peralatan minimal yang dibutuhkan. Begitu pula dengan mekanisme kerja yang jelas pada sistem mikro pelayanan. Hal ini perlu disusun dan ditata sehingga pelayanan dapat dilakukan dengan efektif dan efisien sesuai dengan standar pelayanan, kebutuhan dan harapan pelanggan.

Sementara dari hasil observasi lapangan pada unit penunjang didapat bahwa Unit Laboratorium, Unit Gawat Darurat, Unit Radiologi, Unit Farmasi, Unit Gizi, *Laundry*, dan Unit Transfusi Darah menunjukkan sistem kerja yang belum berjalan dengan baik. Selain itu prosedur/ alur kerja belum jelas dan kurangnya dukungan sarana dan peralatan kerja. Keamanan dan keselamatan pasien, maupun keamanan dan keselamatan kerja sepertinya belum mendapat perhatian. Termasuk kebersihan, penataan barang dan peralatan serta tata graha yang ada belum mendapat perhatian sehingga tidak berjalan sebagaimana mestinya.

Hasil analisis tugas dan kebutuhan pelatihan yang dilaksanakan menyimpulkan bahwa pelatihan teknis telah banyak diikuti oleh staf RS CND, namun hasil pelatihan belum dapat diterapkan. Hal tersebut disebabkan adanya kendala sistem manajemen yang belum berjalan dengan normal dan kurang tersedianya sarana dan peralatan untuk mengerjakan tugas.

Praktek lapangan pada pelatihan untuk perawat. Untuk yang kesekian kalinya perawat RS Cut Nyak Dhien menjadi koassisten di rumah sakit tempat mereka biasa bekerja.



Dokumen Clinical Services

Metode mentoring, yang merupakan sebuah program peningkatan kapasitas staf, terbukti sangat efektif membantu karyawan dalam meningkatkan kemampuannya. Pada foto mentoring di Unit Gizi yang dibimbing oleh seorang mentor dari RS Dr Sardjito Yogyakarta.



Pelatihan teknis saat ini belum menjadi prioritas utama karena yang diprioritaskan adalah perbaikan sistem kerja dan dukungan sarana dan peralatan. Begitu pula dengan bangunan fisik rumah sakit yang masih perlu direnovasi. Karenanya, dalam upaya perbaikan/pengembangan sistem kerja pada setiap unit perlu memperhatikan rencana renovasi dan pentahapan renovasi, sehingga pengembangan sistem, pengadaan sarana dan peralatan, dan renovasi dapat terlaksana secara harmonis.

Mentoring Sebagai Sarana Pembelajaran Menuju Kemandirian RS Cut Nyak Dhien

Mentoring adalah sebuah piranti yang dapat digunakan organisasi untuk mendampingi, mengembangkan dan membangun staf. *Mentoring* juga merupakan hubungan yang memberikan kesempatan untuk berbagi keprofesionalitasan, ketrampilan personal dan pengalaman. Dalam pelaksanaannya didasarkan pada kepercayaan, dukungan, komentar membangun, keterbukaan dan keinginan untuk belajar dan berbagi. *Mentoring* menggunakan 3 pendekatan antara lain:

1. *Mapping current process* yang pada fase ini mentor diharapkan dapat mengidentifikasi kelemahan dan rencana perbaikan di setiap unit/ instalasi tempat *mentoring* berlangsung. Fase ini dilakukan sebelum keberangkatan ke Aceh sehingga dapat memperlancar proses pemahaman terhadap lingkungan dan mempersiapkan proses pelaksanaan *mentoring*.
2. Diskusi dengan *mentee*/ staf yang akan didampingi merupakan pendekatan yang intensif, dengan didahului proses pengenalan *mentee* dan mentor yang berlangsung selama 3-4 hari pertama interaksi. Selanjutnya dilakukan identifikasi dan kesepakatan antara *mentee* dan mentor. Setelah proses pengenalan dan pendekatan berlangsung, diharapkan ada

pembagian tugas dan kesepakatan antara *mentee* dan mentor untuk pelaksanaan kerja sehari-hari. Kegiatan ini akan berlangsung sampai akhir minggu ketiga pelaksanaan *mentoring*.

3. *Mapping* akhir dari proses yang sudah diperbaiki merupakan evaluasi dari proses *mentoring* untuk menetapkan rencana tidak lanjut pelaksanaan oleh *mentee* (*maintenance*). Selain itu juga akan dilakukan evaluasi kepuasan pasien dan kepuasan kerja staf unit tempat *mentoring* berlangsung.

Dua puluh tahun terakhir, *mentoring* menjadi pusat perhatian dalam penanggulangan berbagai macam masalah yang mungkin belum bisa tertangani dengan metode konvensional. Banyak negara mulai menggunakan metode *mentoring* terutama untuk mengatasi permasalahan pada remaja. Setelah mengikuti program *mentoring*, terdapat beberapa perubahan positif pada remaja seperti penurunan penggunaan obat, penurunan frekuensi bolos pelajaran dan sekolah, peningkatan hubungan dengan orang tua dan hubungan dengan teman yang menjadi lebih erat (Grossman JB & Gerry EM, 1997; Arvalo E, 2004; Jekielek S, Moore KA, Hair EC, 2003).

Penggunaan *mentoring* kemudian tidak hanya terbatas pada penanggulangan masalah remaja. Saat ini *mentoring* banyak digunakan dalam kampus untuk membantu mahasiswa beradaptasi dengan lingkungan akademisnya (*Faculty of health Sciences, 2006*), begitu pula dengan perusahaan-perusahaan. Beberapa keberhasilan pada perusahaan yang menerapkan *mentoring* adalah meningkatnya efektifitas kerja, staf menjadi lebih percaya diri dalam menjalankan tugasnya, penurunan biaya operasional dan meningkatnya komitmen staf (Spencer C, 1999; *The National Environmental Education & Training Foundation, 2000*).



Dokumen Clinical Services

Unit Laboratorium merupakan salah satu unit penunjang medis yang mempunyai peran penting di rumah sakit. Unit ini perlu dikembangkan agar dapat menjadi sumber pemasukan bagi rumah sakit.

Mengetahui keefektifannya, metode *mentoring* kemudian digunakan dalam pengembangan sumber daya manusia di RS CND. Beberapa hal yang menjadi pertimbangan dalam penggunaan *mentoring* selain beberapa manfaat yang telah disebut di atas adalah kurang efektifnya pelatihan-pelatihan yang selama ini telah dilaksanakan. Dalam satu tahun ini program Aceh telah mengadakan berbagai macam pelatihan sesuai dengan kebutuhan staf untuk meningkatkan kualitas kerja dan mutu pelayanan rumah sakit. Namun setelah pelatihan berakhir, implementasi hasil pelatihan menjadi hal yang sulit untuk ditemui. Beberapa alasan yang muncul adalah minimnya peralatan untuk mendukung pelaksanaan hasil pelatihan, tidak adanya penghargaan dan dukungan dari pihak manajerial dan kurangnya lingkungan yang kondusif untuk melaksanakan tugas.

Aktivitas *mentoring* di RS CND mulai dilaksanakan pada akhir tahun 2006 hingga tahun 2007. *Mentoring* tahap pertama dilaksanakan pada tanggal 18 September - 4 Oktober 2006 di dua unit penunjang pelayanan medik RS CND, yaitu Unit Farmasi dan Gizi. Tahap kedua *mentoring* dilaksanakan di Unit Laboratorium, Radiologi, dan Unit Gawat Darurat pada 31 Januari - 26 Februari 2007. Pada tahap ketiga *mentoring* difokuskan pada bidang keperawatan, yaitu keperawatan di empat ruang utama, kamar operasi, ICU serta pengendalian infeksi *nosokomial*. Setiap tahap *mentoring* selalu diikuti dengan dua kali supervisi yang diselenggarakan minimal 3 bulan setelah kegiatan *mentoring*.

1. *Mentoring* Farmasi

Tim mentor farmasi terdiri dari tiga orang, yaitu Dra. Dwi Pudjaningsih, M.Kes, Apt; Asri Riswiyanti, S.F. Apt; dan Yulianto, S. Farm, Apt. Selama satu bulan kegiatan, mentor melakukan beberapa hal yang didahului dengan penilaian kondisi unit *mentoring* dan perencanaan proses perbaikan yang akan dilakukan. Perbaikan di proses pelayanan dilakukan dalam hal pemberian label, pemberian informasi pada saat penyerahan obat, serta ketepatan dan kecepatan pelayanan. Penataan obat di unit farmasi diatur menurut macam persediaan obat, farmakoterapi, alfabetis, FIFO dan FEFO, penataan ruang dan pengadaan rak obat, serta pengelolaan obat yang sudah lewat waktu pemakaian.

Obat bantuan yang kadaluarsa merupakan suatu permasalahan besar di Unit Farmasi. Oleh karena itu, UGM membantu pemasangan *Incenerator* bantuan WHO di RS CND yang belum difungsikan untuk mengolah sampah medis tersebut. Sistem pendokumentasian diperbaiki dengan cara mendokumentasikan data obat yang keluar berdasarkan permintaan resep dokter. Sistem pendistribusian stok dihitung secara finansial dan disediakan pula *emergency kit* di setiap unit. Selain itu, tim mentor farmasi juga menyusun formularium obat sebagai langkah awal pembentukan panitia farmasi terapi.

Supervisi *mentoring* farmasi dilakukan dua kali, yaitu pada bulan Maret dan Juni 2007. Pada kegiatan supervisi, mentor (supervisor) mengamati berbagai

perkembangan yang ada pasca *mentoring*. Beberapa masukan untuk perbaikan unit farmasi diberikan dalam kegiatan tersebut. Untuk kelancaran manajemen dan pelayanan Unit Farmasi, mentor memberikan bimbingan tentang penyusunan uraian tugas dan prosedur tetap pelayanan. Sebagian besar program yang sudah dijalankan pada saat *mentoring* masih berjalan pada saat supervisi dilakukan, namun untuk menjaga kelangsungan kegiatan di kemudian hari perlu dilakukan pendidikan dan pelatihan mengenai kepemimpinan dan organisasi bagi pihak manajemen.

Belum adanya kebijakan pelayanan obat satu pintu di unit farmasi menyebabkan masih terhambatnya pelayanan obat di RS CND. Hingga saat ini, unit farmasi hanya melayani permintaan obat untuk pasien Askeskin. Pasien Askes dan umum tidak sepenuhnya bisa dilayani oleh Unit Farmasi, akibatnya proses terapi tidak dapat dipantau dengan baik. Selain itu, Unit Farmasi juga tidak dapat menjadi unit yang memberikan pemasukan besar untuk rumah sakit (*revenue centre*). Pada kegiatan supervisi yang kedua, mentor farmasi mengusulkan pengembangan pelayanan farmasi menjadi unit yang dapat melayani semua pasien. Unit Farmasi seharusnya diberi tanggung jawab pengelolaan obat satu pintu secara efektif dan efisien.

2. *Mentoring* Gizi

Mentoring Unit Gizi dilaksanakan pada tanggal 18 September sampai dengan 14 Oktober 2006. Tim mentor gizi terdiri dari dua orang, yaitu Moch. Zaenal Muttaqin, AMG dan Hastuti Pelitawati, S.SiT. Selain itu terdapat satu

supervisor Nur Dwi Handayani, S.SiT dari Instalasi Gizi RS. Dr. Sardjito. Mentor bersama dengan *mentee* melakukan proses perbaikan dan pembenahan sistem yang belum berjalan sesuai dengan manajemen sistem pelayanan gizi rumah sakit berikut prioritas pelayanannya yang dipimpin oleh penanggung jawab kegiatan.

Perbaikan-perbaikan yang dilakukan di Unit Gizi RS CND selama kegiatan *mentoring* bertujuan untuk meningkatkan kualitas pelayanan gizi rumah sakit. Penggunaan ikan sebagai lauk hewani terlalu sering muncul, konsumsi terhadap telur masih kurang sedangkan untuk daging ayam harganya terlalu mahal. Sebagai solusinya, mentor memberikan variasi pengolahan menu dengan bahan dasar ikan. Untuk mendukung pemesanan dan pembelian bahan makanan dilakukan pembuatan spesifikasi bahan makanan, inventori dan komputasi data harian. Penyimpanan bahan makanan diperbaiki melalui penataan ruang penerimaan bahan makanan dan pembuatan kartu *Stelling* dan penerapan sistem FIFO (*First In First Out*). Belum terdapatnya ruangan yang memadai untuk kegiatan persiapan serta kurang higienisnya ruangan sangat mempengaruhi proses persiapan bahan makanan.

Peningkatan proses pengolahan bahan makanan dilakukan dengan cara melengkapi APD dan menerapkan jadwal pengawasan distribusi oleh ahli gizi untuk pengecekan. Selama *mentoring* ini masih didapatkan adanya kekeliruan pemberian diit di ruang rawat inap. Sistem pencatatan dan pelaporan di Unit Gizi belum terdokumentasi, sehingga belum menjadi suatu sistem



Peningkatan kapasitas karyawan RS Cut Nyak Dhien dengan strategi program pelatihan dilakukan secara berkala dengan melibatkan banyak konsultan yang diberangkatkan ke Aceh Barat. Dapat dilihat di foto tiga orang karyawan Unit Gizi melakukan penilaian kebutuhan gizi untuk seorang pasien di instalasi rawat inap.

Dokumen Clinical Services

Petugas masak di Unit Gizi terpaksa mengolah makanan di tempat sementara karena RS Cut Nyak Dhien sedang dalam proses renovasi bangunan bantuan Pemerintah Singapura.



Foto: Guardian Y Sanjaya

informasi yang dapat dipergunakan sebagai bank data kegiatan. Kegiatan konsultasi gizi di rawat inap sudah dilakukan, tetapi terkadang data-data pasien belum lengkap. Pemberian diit masih belum sesuai dengan yang semestinya, salah satu kendala adalah tenaga pramusaji yang belum bisa baca dan tulis.

Kegiatan supervisi dilakukan dua kali, yaitu pada bulan Maret dan Juni 2007. Dalam kegiatan supervisi ini dilakukan pengamatan terhadap perkembangan Unit Gizi pasca kegiatan *mentoring*. Berdasarkan penilaian, masih banyak kegiatan yang belum optimal baik dari *input*, proses, maupun *output* pelayanan gizi. Untuk menjaga kelangsungan kegiatan pelayanan Unit Gizi diperlukan komunikasi yang berkelanjutan dan evaluasi berkala oleh bidang penunjang medis dan pelayanan. Selain itu, kualifikasi tenaga dan rasio ketenagaan di Unit Gizi terutama untuk tenaga pemasak dan pramusaji harus sesegera mungkin dipenuhi agar proses pelayanan sesuai standar berjalan sebagaimana mestinya.

3. *Mentoring* Radiologi

Kegiatan *mentoring* di Unit Radiologi dilaksanakan selama satu bulan pada tanggal 31 Januari sampai dengan 26 Februari 2007. Tim mentor radiologi terdiri dari dua orang staf Instalasi Radiologi RS Dr. Sardjito, yaitu Haryomo, AMR dan Probo Waseso, ST. Tim mentor melakukan berbagai kegiatan untuk meningkatkan kualitas pelayanan radiologi di RS Cut Nyak Dhien. Perubahan-perubahan tersebut meliputi perubahan struktur organisasi, penataan sistem pelayanan, koordinasi dengan manajemen dan

bagian-bagian terkait, tertatanya sistem administrasi serta menumbuhkan kesadaran dan tanggung jawab pegawai.

Hambatan-hambatan yang ditemui selama kegiatan *mentoring* adalah kurangnya komitmen dan koordinasi di level manajemen serta belum adanya alat pendukung administrasi dan korespondensi. Tim mentor juga mengusulkan perlunya program pelatihan teknis untuk meningkatkan ketrampilan semua radiografer di RS Cut Nyak Dhien dalam melakukan pemeriksaan.

Supervisi yang dilakukan pada bulan Mei dan Agustus 2007 memperlihatkan adanya kontinuitas dalam pelaksanaan kegiatan-kegiatan yang sudah dimulai pada saat *mentoring*. Namun, sistem perencanaan kebutuhan di Unit Radiologi belum dapat berjalan yang terbukti dengan kurang lancarnya logistik film dan amplop untuk hasil foto. Bersamaan dengan kegiatan supervisi kedua, dilaksanakan pula tutorial teknik radiologi yang bertujuan untuk meningkatkan ketrampilan radiografer antara lain untuk pemeriksaan *Sinus Paranasalis*, pemeriksaan *Thorax*, Pemeriksaan *Mastoid*, Pemeriksaan *Temporo Mandibular Joint*, dan pemeriksaan kepala dalam 2 posisi dan 3 posisi.

Pada akhir supervisi, tim mentor radiologi memberikan masukan perlunya peningkatan koordinasi dan membangun komitmen dalam meningkatkan pelayanan serta menata staf radiologi untuk bekerja dengan optimal. Selain itu, staf radiologi perlu berusaha untuk meningkatkan ketrampilan dalam hal pembuatan foto. Staf radiologi

harus dibangunkan semangat kesadaran dan tanggung jawabnya untuk mengerjakan dan melanjutkan program-program yang telah dikerjakan bersama mentor.

4. *Mentoring* Laboratorium

Mentoring di Unit Laboratorium diselenggarakan bersamaan dengan *mentoring* Unit Radiologi dan Unit Gawat Darurat. Tim *mentoring* ini terdiri dari dua orang, yaitu Harry Ismanto dan Mujiman. Identifikasi masalah yang dilakukan di awal *mentoring* memberikan hasil antara lain sistem manajemen belum berjalan dengan baik, hasil analisis pemeriksaan yang cenderung tinggi, pengadaan reagensia tidak lancar, tidak tertatanya logistik, sebagian protap belum ada, suhu ruang laboratorium belum stabil, dan alat-alat pemeriksaan laboratorium elektrik belum menggunakan *ground*.

Hal pertama yang dilakukan mentor untuk membenahi manajemen adalah menyusun draf struktur organisasi dan uraian tugas. Sistem penerimaan pasien, penataan kembali sistem pelaporan kegiatan dan pendapatan di laboratorium. Optimalisasi fasilitas yang ada dilakukan dengan cara mengaplikasikan sebagian brosur cara kerja yang tadinya belum sepenuhnya dipahami oleh staf laboratorium RS Cut Nyak Dhien. Pertemuan internal dan eksternal mulai dilakukan secara rutin sebagai sarana komunikasi antar staf maupun antar unit. Untuk memperbaiki penataan logistik, mentor membantu memfasilitasi penyediaan format pelaporan kegiatan dan stok opname reagensia. Selain itu, mentor bersama dengan staf lokal menyusun prosedur tetap pelayanan laboratorium untuk meningkatkan mutu pelayanan Unit Laboratorium.

Selama kegiatan *mentoring* ini, *mentee* memberikan respon yang sangat positif terhadap kegiatan *mentoring*. Secara umum, mentor melihat adanya perubahan mutu pelayanan laboratorium. Dari segi ketrampilan terdapat kemajuan pemahaman petugas laboratorium terhadap sebagian brosur prosedur analitik yang ada dalam *kit* untuk diaplikasikan ke alat. Selain itu, secara psikologis terdapat perubahan sikap personil petugas laboratorium.

Pasca kegiatan *mentoring* yang diselenggarakan pada bulan Februari, tim mentor yang diwakili oleh Harry Ismanto telah dua kali melakukan supervisi, yaitu pada bulan Mei dan Agustus 2007. Supervisi pertama memperoleh hasil bahwa program *mentoring* yang dilakukan di Unit Laboratorium RS CND memberi dampak peningkatan jumlah pelayanan, perbaikan sistem administrasi, perbaikan sistem *reward* pada seluruh karyawan dan pengelolaan keuangan yang transparan, peningkatan ketrampilan dan dedikasi petugas serta logistik yang sudah mulai tertata dan termonitor. Salah satu indikator peningkatan kualitas pelayanan adalah tampak adanya kenaikan jumlah pemeriksaan sampel dari bulan Februari, Maret, dan April 2007.

Beberapa hal yang belum tercapai di unit laboratorium antara lain pemeriksaan Elektrolit, Bakteri Tahan Asam, Eksudat/transudat, *Liquor Cerebro Spinal*, biakan kuman, sistem perencanaan dan pelaporan dibagian logistik, jumlah ketenagaan (Analisis) yang belum cukup, serta belum optimalnya kerjasama dengan unit/ bagian lain yang terkait.



Seorang radiografer RS Cut Nyak Dhien melakukan persiapan pemeriksaan radiologis pada seorang pasien.

Dokumen Clinical Services

dr. Tatang Talka Gani, Sp.M (kanan), supervisor bagian mata memberikan kursus singkat kegawat daruratan mata di RS Cut Nyak Dhien disela-sela kunjungan supervisi.



Dokumen Clinical Services

Supervisi kedua ternyata tidak mendapatkan hasil yang lebih baik dari sebelumnya. Jumlah pelayanan terlihat menurun, administrasi masih belum berjalan dengan baik, petugas masih menggunakan tulisan tangan dan mesin ketik yang diberikan pada kegiatan *mentoring* sebelumnya tidak dimanfaatkan. Pelayanan hasil laboratorium lambat dan kurang sesuai, sehingga menimbulkan komplain dari staf medis. Komitmen dan tanggung jawab staf masih kurang, hampir setiap hari ada staf yang tidak masuk. Jumlah staf untuk pelayanan masih kurang terlebih lagi dengan adanya mutasi dua orang staf senior di Unit Laboratorium. Tenaga yang mampu untuk mengatasi permasalahan teknis juga tidak ada. Pertemuan rutin laboratorium tidak berjalan lagi. Dari sisi manajemen permasalahan terbesar adalah belum berjalannya sistem logistik, terbukti dengan ditemukannya persediaan reagen yang sebenarnya tidak digunakan dalam pelayanan. Selain itu, kepemimpinan di Unit Laboratorium belum berjalan dengan baik, sehingga organisasi seakan-akan kurang terkelola.

5. *Mentoring* Unit Gawat Darurat

Tim *mentoring* Unit Gawat Darurat terdiri dari dua orang, yaitu dr. Budhi Suryadharmas dan IG Ketut Waryasa, AMK. Kegiatan yang diselenggarakan pada bulan Februari 2006 ini dilakukan melalui cara-cara pendekatan pada *mentee* dengan pertemuan, penggalan, pengkajian, pembahasan, diskusi dan koordinasi dengan pihak manajerial maupun unit terkait. Banyak perubahan positif dalam manajemen pelayanan di Unit Gawat Darurat yang terjadi setelah kegiatan *mentoring*, antara lain mengenai penataan alur pasien masuk UGD. Selain itu, tata ruang pelayanan sekarang sudah sesuai dengan kebutuhan. Struktur organisasi dan tupoksi sekarang sudah ada dan sistemnya jelas. Kebutuhan adanya petugas pendaftaran/catatan medik terealisasi pada akhir kegiatan ini. Satpam dan petugas transporter pasien sekarang sudah ada

walaupun belum memenuhi syarat. Usulan mengenai seragam yang membedakan antara dokter dan perawat sudah dimasukkan dalam anggaran 2007. Sistem laporan pelimpahan tugas jaga sebagai kontrol permasalahan pelayanan UGD sudah mulai dibuat untuk per *shift* jaga. Untuk meningkatkan mutu pelayanan dibentuk pula Petugas Pemantau Pelayanan Medik (P3M) di UGD dengan Kepala Ruang sebagai Koordinator P3M.

Supervisi dilakukan dua kali pada bulan Mei dan Agustus 2007. Pada kegiatan supervisi ini didapatkan hasil bahwa program *mentoring* yang dilaksanakan di Unit Gawat Darurat menunjukkan perkembangan yang positif dan terjadi peningkatan mutu pelayanan pada sistem administrasi, sistem pelayanan, sistem kebijakan, dan sistem pendukung manajemen. Meskipun demikian masih terdapat hambatan dan masalah pada sistem fasilitas, logistik, manajemen SDM, dan manajemen keuangan sehingga masih belum berjalan sesuai harapan.

Permasalahan lain yang masih tampak di Unit Gawat Darurat dari sisi pelayanan adalah pengisian dan rekapitulasi buku register pasien yang belum berjalan rutin dan teratur, terutama pada *shift* siang dan malam karena jumlah petugas masih kurang. Sistem triase sudah berjalan dengan baik, namun masih perlu adanya peningkatan kemampuan dokter triase. Selain itu, prota-protap pendukung pelayanan yang sudah tersusun belum disosialisasikan kepada seluruh staf.

Sedangkan dari sisi infrastruktur kendala yang masih tampak adalah belum berfungsinya loket pendaftaran pasien secara efektif, fasilitas ruang tunggu masih kurang memadai, dan ambulans tidak selalu siaga 24 jam untuk keadaan darurat. Permasalahan dari sisi manajemen juga cukup menjadikan kendala dalam pelayanan, yaitu belum adanya penyusunan anggaran, pelaporan,



dr. Anita Ekowati, Sp.Rad (kanan), memberikan pelatihan pembacaan rontgen foto pada kasus gawat darurat kepada beberapa dokter umum lokal bersamaan dengan kegiatan supervisi di RS Cut Nyak Dhien.

dan pertanggungjawaban keuangan, serta pengelolaan keuangan yang transparan. Petugas Pemantau Pelayanan Medik (P3M) yang terbentuk belum secara aktif berfungsi dalam menjaga dan meningkatkan mutu pelayanan sedangkan pertemuan rutin mingguan antar unit tidak berfungsi lagi seperti sebelumnya.

6. *Mentoring* Keperawatan

Mentoring keperawatan merupakan seri terakhir dari kegiatan *mentoring* unit penunjang yang diselenggarakan oleh *Clinical Services*. Kegiatan ini terselenggara pada bulan April-Mei 2007 oleh lima orang perawat RS Dr. Sardjito sesuai bidang keahliannya masing-masing. Nanik Sri Khodriyati, S.Kep, NS dan Rahmad Widodo, AMK menjalankan tugas sebagai mentor di 4 ruang rawat utama RS CND. Kegiatan yang dilaksanakan berdasarkan identifikasi masalah dari ke-4 ruang rawat utama meliputi restrukturisasi pedoman/standar pelayanan, sistem pergantian jaga, administrasi, dan perlengkapan *emergency kit*. Restrukturisasi standar pelayanan meliputi pembuatan uraian tugas, penyusunan prosedur tetap dan Standar Asuhan Keperawatan (SAK). Sistem pergantian jaga dilaksanakan keliling dari pasien ke pasien dan tidak hanya membaca buku laporan jaga. Selain itu, penulisan buku laporan dan buku *vital sign* sudah dibuat, sehingga mudah mengikuti perkembangan keadaan pasien dalam satu hari. Pembinaan sistem administrasi dilakukan dengan cara pembuatan struktur organisasi, papan nama pasien, tempat pengumuman, tempat status pasien, tempat SAK dan Protap, dan buku pedoman informasi pasien baru. Untuk meningkatkan kualitas pelayanan, tim mentor menginisiasi pembentukan supervisi perawat yang disebut menteri kontrol (Menko).

Mentoring keperawatan juga dilaksanakan di kamar operasi RS CND. Selama 1 bulan, Tri Subekti, S.Kep, Ns bertugas untuk membenahi manajemen dan pelayanan di

kamar operasi berdasarkan penilaian yang telah dilakukan pada awal *mentoring*. Permasalahan yang terjadi di kamar operasi antara lain jadwal operasi yang tidak tepat waktu, kinerja perawat kamar operasi belum optimal, perilaku petugas yang memungkinkan terjadinya infeksi *nosokomial*, inventarisasi alat, pendokumentasian asuhan keperawatan perioperatif, dan kualitas SDM yang masih kurang. Pada minggu terakhir *mentoring* keperawatan, keterlambatan operasi teratasi dengan pengadaan satelit farmasi untuk pengadaan obat terutama obat anestesi, pengadaan linen dan instrumen steril. Akan tetapi, faktor SDM baik dari segi kualitas maupun kuantitas masih menjadi kendala yang belum dapat teratasi. Bongkar besar yang seharusnya berdasarkan protap dilakukan 2 minggu sekali tidak dapat terlaksana dengan rutin.

Mentoring di Intensive Care Unit (ICU) dilaksanakan oleh Kuntadi,AMK. Beberapa hal yang disepakati dalam rangka peningkatan mutu ICU, adalah penataan ruang, penataan dan kerja sama dengan Unit Farmasi untuk melengkapi alat dan obat emergensi serta perawatannya, peningkatan kedisiplinan kerja, peningkatan mutu asuhan keperawatan, adanya kebijakan rumah sakit mengenai tata tertib penunggu, dan adanya pedoman informasi pasien baru. Pendampingan pelayanan di ruang ICU meliputi penataan dan upaya mengoptimalkan sarana, melaksanakan asuhan keperawatan sesuai uraian tugas dan protap, manajemen tugas dan tanggung jawab terutama terhadap pasien, *monitoring* harian, dan dokumentasinya. Secara umum, program *mentoring* dapat berjalan sesuai kesepakatan bersama, tapi secara kualitas hasil dari kegiatan *mentoring* ini masih banyak kekurangan yang disebabkan oleh berbagai faktor. Belum adanya dokter penanggung jawab ICU yang kompeten terhadap perawatan intensif menjadi salah satu kendala belum terlaksananya pelayanan ICU dengan baik.

Aspek lain yang menjadi perhatian dalam *mentoring* keperawatan adalah pengendalian infeksi *nosokomial*. Dari hasil observasi yang dilakukan oleh Sumarsih, AMK pengendalian infeksi *nosokomial* di RS Cut Nyak Dhien belum terlaksana disebabkan karena terbatasnya alat-alat keperawatan dan fasilitas pendukung serta pemeliharaan oleh petugas kebersihan, perawat, dan pengunjung atau penunggu pasien. Pemeliharaan sarana rumah sakit belum berfungsi optimal karena kurangnya tenaga. Untuk menunjang pelayanan keperawatan yang sesuai dengan protap seperti ganti verban, membutuhkan verban set/ instrumen steril dalam jumlah yang cukup, maka dilakukan kerja sama dengan IPSRS (Instalasi Perawatan Sarana dan Prasarana Rumah Sakit) dalam pengadaan sentral sterilisasi terutama untuk memenuhi kebutuhan bangsal akan instrumen yang siap pakai.

Supervisi *mentoring* keperawatan yang dilakukan pada bulan Agustus 2007 menunjukkan hasil yang kurang memuaskan. Banyak hal-hal yang sudah dilakukan selama *mentoring* tidak ditindaklanjuti oleh staf RS CND. Pelaksanaan pergantian jaga dengan keliling dari pasien ke pasien belum rutin dilaksanakan terutama di Ruang Bedah dan Anak. Penulisan grafik *vital sign* tidak berjalan lagi dan dokumen asuhan keperawatan belum terisi dengan lengkap. Banyak waktu perawat yang tersita untuk melakukan pekerjaan non-keperawatan karena staf administrasi yang kurang. Pedoman informasi pasien baru di ruangan sudah sebagian dilakukan. Papan nama pasien yang disediakan selama kegiatan *mentoring* tidak terisi lagi dengan lengkap. Program menko tidak berjalan lagi karena beberapa perawat yang diberi tugas tidak

menjalankan tugas dengan baik dan tidak ada sanksi bagi yang tidak disiplin. Penanggungjawab logistik di setiap ruangan belum menjalankan fungsinya dengan baik. Sistem *reward* dan *punishment* belum dijalankan serta tidak ada supervisi dan penilaian terhadap SAK dari pihak manajemen.

Kamar operasi juga tidak menunjukkan adanya perbaikan dari sebelum *mentoring*. Jam mulai pelayanan operasi masih terlambat, satelit farmasi di kamar operasi tidak ada lagi karena tidak adanya persediaan obat. Penanggung jawab logistik belum menjalankan tugasnya dengan baik, sehingga pengadaan obat dan logistik tidak terencana dengan baik. Keadaan yang sama juga tampak di ICU. Aturan pembatasan pengunjung belum dipatuhi. *Monitoring* pasien belum berjalan optimal. Pemberian informasi pasien baru dan pelaksanaan pelayanan keperawatan sesuai uraian tugas juga belum berjalan. SDM yang ada belum ada yang memenuhi standar kompetensi.

Pengendalian infeksi *nosokomial* di RS Cut Nyak Dhien juga belum berjalan optimal. Pembuangan sampah infeksius dan noninfeksius masih dicampur. Perilaku dalam pemakaian sandal khusus zona steril di kamar operasi masih belum dioptimalkan. Tempat sandal yang disediakan pada saat *mentoring* tidak digunakan lagi. Perencanaan logistik untuk keperluan pencegahan infeksi *nosokomial*, seperti masker, sarung tangan, dan antiseptik juga belum berjalan.



Dokumen Clinical Services

Mentoring di Unit Farmasi melibatkan semua staf Unit Farmasi RS Cut Nyak Dhien. Mentoring ini mengarahkan Unit Farmasi untuk menjadi unit 'revenue centre' bagi RS CND. Secara manajerial staf di Unit Farmasi sudah siap untuk melayani pasien umum.

dr. Rukmono S, M.Kes, Sp. OG



Koordinator Program Mutu
Divisi Clinical Services

“Saya bangga dan merasa beruntung bisa bergabung dalam tim yang membantu pemerintah dan masyarakat di Aceh untuk bangkit kembali pasca bencana Tsunami. Dalam bidang peningkatan mutu pelayanan klinik rumah sakit, saya merasa sumbangsih saya sangatlah kecil. Tetapi dari yang kecil itu saya punya pengharapan besar akan tiba masanya teman-teman di Aceh, khususnya di RS Cut Nyak Dhien dapat mewujudkan rumah sakit yang bermutu dalam memenuhi kebutuhan masyarakatnya. Terima kasih kepada teman-teman di Aceh untuk kesempatan saling belajar diantara kita”

Penutup

Berbagai kegiatan telah dilaksanakan sesuai dengan *log frame* program, antara lain terselenggaranya seluruh *On Job Training* (lima gelombang), terselenggaranya *Training Need Assessment*, terselenggaranya 6 kali *mentoring* di tiap-tiap unit RS CND, terselenggaranya pertemuan rutin staf RS CND dan tim UGM setiap minggu sekali yaitu pada hari Kamis serta terselenggaranya beberapa seminar ilmiah. Beberapa *output* yang dihasilkan antara lain inventarisasi obat di Unit Farmasi yang menjadi lebih baik,

manajemen obat kadaluarsa sudah dapat dilaksanakan dengan tersedianya *Incenerator*. Di Unit Laboratorium mulai diadakannya kontrol internal sedangkan di Unit Gizi penyediaan menu makanan yang bervariasi bagi pasien RS CND sudah dilakukan dan sesuai dengan diagnosa.

Meski ada beberapa *output* yang dihasilkan, selama pelaksanaan kegiatan masih didapat hambatan yang harus diperbaiki antara lain implementasi hasil pelatihan terbentur masalah birokrasi dan manajerial.



Foto: Guardian Y Sanjaya



Dokumen Clinical Services

Kegiatan operasi di RS Cut Nyak Dhien sudah berjalan dengan baik, namun masih membutuhkan sistem manajemen yang baik mengingat jumlah tindakan operasi yang dilakukan semakin meningkat.

Komponen 5

Pemberdayaan Masyarakat

Atien Nur Chamidah, Risalia Reni Arisanti

Informasi mengenai pelayanan kesehatan untuk mengenalkan dan memudahkan akses kepada masyarakat dibutuhkan usaha promosi yang baik. Untuk pelaksanaannya di Aceh Barat dan sekitarnya merupakan sebuah tantangan besar dan tidak mudah untuk dilakukan.

Promosi

Promosi atau marketing RS Cut Nyak Dhien (CND) agar dapat lebih dikenal dan lebih diakses masyarakat Aceh Barat dan sekitarnya merupakan sebuah tantangan yang berat untuk dilakukan. Usaha-usaha promosi yang telah dilaksanakan antara lain dengan pembuatan dan penyebaran *leaflet-leaflet* yang berisi informasi fasilitas dan tarif pelayanan RS CND. Kejelasan akan jenis layanan, biaya dan ketersediaan tenaga spesialis merupakan isu penting untuk segera diperkuat agar mendapatkan kepercayaan dari masyarakat. Persaingan dengan rumah sakit yang ada di sekitar Aceh Barat merupakan tantangan besar bagi RS CND untuk segera membenahi pelayanan kesehatan yang bermutu, lengkap dan terjangkau bagi masyarakat Aceh Barat dan sekitarnya. Perbandingan jumlah kunjungan pasien di fasilitas kesehatan yang ada di 6 Kabupaten wilayah pantai barat NAD dapat dilihat pada tabel 1.

RS CND mempunyai potensi yang besar sebagai penyedia pelayanan kesehatan di wilayah pantai barat NAD jika dikelola dengan baik. Jumlah penduduk yang cukup besar (peringkat 2 diantara 5 kabupaten lain) merupakan pasar yang sangat baik bagi RS CND. Menurut sensus penduduk NAD tahun 2005 jumlah penduduk di 6 kabupaten wilayah pantai Barat Aceh sebanyak 790.345 jiwa. Jika dilihat dari jumlah rata-rata kunjungan pasien di unit rawat jalan per bulan pada tahun 2005 yaitu sebanyak 3.801 orang atau hanya sekitar 0,48% dari jumlah penduduk di 6 kabupaten yang berkunjung ke RS CND untuk mendapatkan pelayanan medis. Jumlah yang cukup sedikit jika dibandingkan dengan jumlah rata-rata penduduk per bulan yang berkunjung ke semua fasilitas kesehatan yang ada yaitu sebesar 8%.

Survey Kepuasan Pasien dan Karyawan

RS CND Meulaboh dengan difasilitasi oleh divisi *Clinical Services UGM-World Vision Australia* telah melakukan berbagai program dalam meningkatkan kualitas pelayanan di rumah sakit. Selama kurun waktu dua tahun antara 2006 dan 2007, berbagai pelatihan dan pembelajaran telah dilakukan di unit penunjang pelayanan medis RS CND. Peningkatan kualitas pelayanan ini selain berorientasi pada produk pelayanan, yaitu mengurangi mortalitas dan morbiditas juga berorientasi pada kepuasan pelanggan.

Tabel 1. Perbandingan jumlah penduduk dan jumlah kunjungan pasien ke fasilitas kesehatan di 6 kabupaten wilayah pantai Barat NAD.

Kabupaten	Jumlah Penduduk (Orang)*	Jumlah Kunjungan pasien rata-rata per bulan per fasilitas kesehatan tahun 2006					
		Rumah Sakit	Kunjungan	%	Puskesmas	Kunjungan	%
Aceh Barat	150.450	1	3.801**	2,53%	12	10.947	7,28%
Aceh Jaya	60.660	0			5	8.176	13,48%
Nagan Raya	123.743	0			11	5.645	4,56%
Aceh Barat Daya	115.676	1	1.065	0,92%	7	12.429	10,74%
Aceh Selatan	191.539	1	3.508	1,83%	27	12.411	6,48%
Aceh Singkil	148.277	1	787	0,53%	13	4.487	3,03%

Sumber: Profil Kesehatan Propinsi Nanggroe Aceh Darussalam 2007

* Data Survey Penduduk Aceh dan Nias (SPAN) 2005

** Data RS Cut Nyak Dhien tahun 2005

Poliklinik Anak Umum

Buka setiap hari kerja
Memberi pelayanan/pemeriksaan:
Pelayanan pengobatan untuk pasien
anak2 yang ditangani oleh dokter umum

Rehabilitasi Medik

Buka setiap hari kerja
Memberi pelayanan:
Fisioterapi, Okupasi Terapi, Infra Red

ALUR PELAYANAN RAWAT JALAN PASIEN UMUM DAN KERJASAMA



ALUR PELAYANAN RAWAT JALAN PASIEN ASKES



PELAYANAN RAWAT JALAN RSUD CUT NYAK DHEN MEULABOH



Jl. Gajah Mada Meulaboh, Aceh Barat
Telp. : (0655) 7551273
Fax. : (0655) 7551274
email : rsud_meulaboh@yahoo.co.id

Salah satu leaflet yang dibuat dalam rangka promosi rumah sakit Cut Nyak Dhien Meulaboh.

Dokumen Clinical Services

Survei yang dilakukan bersamaan dengan *Training Need Assessment* pada tahun 2006 terhadap 80 orang pasien memetakan berbagai harapan pasien terhadap pelayanan RS Cut Nyak Dhien.

Secara umum pada survey pertama, pasien mengharapkan dilakukan peningkatan mutu pelayanan yang lebih cepat dan tepat waktu, serta adanya dokter spesialis di RS CND. Keramahan dan kesopanan petugas, serta perhatian atau kepedulian petugas merupakan harapan pasien dalam memperoleh pelayanan di rumah sakit. Didukung dengan lingkungan rumah sakit yang bersih dan perbaikan fasilitas pelayanan, dan ketersediaan fasilitas yang nyaman, aman, dan penataan ruang yang baik akan lebih membuat pasien merasa nyaman berada di RS CND, walaupun alasan utama pasien memilih dirawat di RS CND adalah karena RS CND merupakan satu-satunya rumah sakit yang ada di Meulaboh.

Setidaknya 67% pasien menilai pelayanan di RS CND sudah baik walaupun keramahan karyawan, kedisiplinan, dan kesigapan karyawan dalam menjawab kebutuhan pasien dirasa kurang diperhatikan. Selain itu pasien

masih mengeluh terhadap prosedur yang berbelit dalam mendapatkan pelayanan di RS CND.

Pasien berharap adanya peningkatan mutu pelayanan, kebersihan, dan pemeliharaan gedung dan prasarana pelayanan yang ada yang didukung oleh kelengkapan peralatan serta penataan lingkungan rumah sakit yang lebih baik. Mereka juga mengharapkan jenis pelayanan yang harus ada di RS CND meliputi: Pelayanan kesehatan jiwa, pelayanan dokter spesialis, pelayanan bedah terutama bedah tulang, bedah plastik dan tumor, bahkan jika memungkinkan setara dengan rumah sakit di Penang, Malaysia. Pasien juga berharap adanya kelengkapan obat di apotek sehingga tidak perlu membeli di luar rumah sakit, adanya fasilitas hiburan di ruang tunggu, dan penyediaan kelengkapan kebutuhan non-medis pasien di lingkungan rumah sakit.

Di akhir program kerjasama ini, dinilai kembali kepuasan pasien mengenai pelayanan RS Cut Nyak Dhien melalui sebuah survey yang dilakukan pada akhir bulan Desember 2007. Survey dilakukan di tujuh unit pelayanan rumah sakit, yaitu Unit Farmasi, Gizi, Laboratorium, Radiologi, Unit Rawat Jalan, Unit Rawat Inap, dan ICU. Secara garis

besar survey dilakukan untuk menilai pandangan pasien terhadap pelayanan rumah sakit, kinerja petugas, fasilitas pelayanan, biaya yang harus dikeluarkan serta keluhan dan saran untuk peningkatan kualitas pelayanan RS Cut Nyak Dhien.

Unit Farmasi

Selama periode pengumpulan data, surveyor berhasil mengumpulkan kuesioner dari 39 orang responden. Responden ini merupakan pelanggan rumah sakit yang sedang menjalani pengobatan rawat inap maupun rawat jalan di RS CND. Sebagian besar responden menyatakan setuju bahwa pelayanan Unit Farmasi RS CND memuaskan. Selain itu, pelayanan Unit Farmasi juga dinilai cepat dan tepat serta aturan pembayarannya mudah. Pelayanan pada pasien rawat inap juga sudah cukup memuaskan, sebagian besar menyatakan bahwa perawatlah yang memberikan obat dan menjelaskan penggunaan obat kepada pasien. Pasien tidak perlu menyiapkan sendiri obat yang harus diminumnya. Selain itu, pasien mengungkapkan bahwa petugas farmasi melakukan kunjungan kepada pasien rawat inap untuk memberikan penjelasan mengenai obat yang diminum pasien.

Sebagian besar responden juga menilai kinerja petugas Unit Farmasi baik. Petugas melayani pasien dengan ramah, datang tepat waktu atau disiplin, dan mengerjakan tugasnya dengan baik. Selain itu, petugas juga memberikan penjelasan yang cukup mengenai aturan pakai serta efek samping obat. Petugas juga menanggapi keluhan pasien dengan baik.

Semua responden menyatakan bahwa mereka membutuhkan penjelasan mengenai obat. Informasi

pokok yang dibutuhkan oleh pasien dari Unit Farmasi adalah informasi mengenai efek samping obat dan aturan pemakaian obat telah terpenuhi melalui informasi yang diberikan oleh petugas unit farmasi.

Penilaian responden mengenai persediaan obat di Unit Farmasi RS CND ternyata beragam. Dua belas orang responden menyatakan setuju bahwa obat-obat yang tersedia di farmasi lengkap, namun terdapat 10 orang juga yang menyatakan bahwa obat-obat yang tersedia di farmasi tidak lengkap. Namun, sebagian besar responden menyatakan bahwa obat yang diberikan oleh Unit Farmasi sudah sesuai dengan kebutuhan pasien. Fasilitas ruang tunggu Unit Farmasi ternyata sudah cukup memuaskan pelanggan. Unit Farmasi RS CND telah mempunyai ruang tunggu yang nyaman dan tempat duduk yang cukup memadai.

Di balik pernyataan kepuasan pelanggan terhadap pelayanan Unit Farmasi, masih terdapat responden yang menyatakan mempunyai keluhan terhadap pelayanan unit farmasi RS Cut Nyak Dhien. Keluhan yang disampaikan terutama mengenai ketidaklengkapan obat yang tersedia di Unit Farmasi. Tak jarang pasien harus membeli obat di apotek luar rumah sakit. Petugas juga telah menanyakan keluhan pasien yang terkait dengan alergi. Keluhan-keluhan pasien tersebut sebagian besar disampaikan kepada apoteker dan dokter yang merawat pasien, walaupun petugas yang paling sering menanyakan keluhan mengenai obat adalah perawat, bukan apoteker atau petugas lainnya.

Pasien sebagai pelanggan RS CND mengharapkan adanya peningkatan pelayanan Unit Farmasi. Untuk itu, berbagai saran diberikan terutama yang terkait dengan tersedianya stok obat baik dari segi jenis maupun jumlahnya sehingga

Sejumlah pasien terpaksa antri untuk mendapatkan pelayanan medis di RS Cut Nyak Dhien Meulaboh. RS CND menjadi rumah sakit rujukan untuk wilayah pantai barat NAD.



Dokumen Clinical Services



Dokumen Clinical Services

Pasien rawat inap dipulangkan setelah mendapatkan terapi yang memadai dan sudah dinyatakan sembuh.

semua kebutuhan pasien dapat terpenuhi. Selain itu, fasilitas ruang juga perlu ditingkatkan agar pelayanan yang diberikan dapat lebih optimal.

Unit Gizi

Kuesioner yang berhasil dikumpulkan selama periode pengambilan data adalah sejumlah 40 kuesioner. Responden merupakan pasien atau keluarga pasien yang menjalani rawat inap di RS CND.

Sebagian besar responden menyatakan bahwa secara umum pelayanan gizi RS CND cukup baik dan tepat waktu dalam penyajian makanan. Menu makanan yang disajikan Unit Gizi cukup memuaskan baik dari segi bentuk penampilan menu, rasa makanan, maupun porsi makanan. Namun, dari segi variasi menu komentar yang diberikan oleh responden cukup beragam, meskipun sebagian besar merasa bahwa variasi menu sudah cukup memuaskan. Peralatan makan yang digunakan dalam penyajian menu ternyata dianggap kurang lengkap oleh sebagian besar responden. Sedangkan dari segi kebersihan peralatan dan makanan dirasakan sudah cukup. Penyajian makanan kepada pasien kadang mengalami keterlambatan, walaupun suhu makanan yang disajikan masih hangat. Hanya sedikit responden yang menyatakan bahwa terdapat biaya tambahan yang harus dibayarkan pada pelayanan gizi di RS CND. Namun tidak diperoleh data berapa besar biaya yang harus dikeluarkan.

Petugas survey telah menanyakan keluhan mengenai pelayanan gizi rumah sakit, namun tidak banyak responden yang menyampaikan keluhannya. Sebagian besar keluhan disampaikan pelanggan kepada dokter yang merawat. Beberapa keluhan yang disampaikan adalah mengenai ketidak-lengkapan fasilitas alat makan serta tidak disediakannya air minum. Selain itu, terdapat pula responden yang menyatakan keluhan mengenai ketidak-sesuaian diet yang diterima dengan anjuran dokter.

Pelanggan rumah sakit memberikan berbagai saran yang terkait dengan pelayanan gizi rumah sakit. Pelanggan berharap pelayanan gizi dapat ditingkatkan terutama mengenai kelengkapan fasilitas alat makan dan minum.

Unit Radiologi

Kuesioner yang berhasil dikumpulkan selama periode pengambilan data sejumlah 41 kuesioner. Hampir semua responden menyatakan bahwa pelayanan di Unit Radiologi RS CND sudah memuaskan. Pelayanan Unit Radiologi dinilai cepat dan tepat serta hasil pemeriksaan diserahkan tepat waktu. Rata-rata waktu yang diperlukan untuk menunggu hasil pemeriksaan adalah 24,5 menit. Selain itu, tarif pelayanan pun terjangkau oleh pelanggan. Hanya 3 orang responden yang menyatakan terdapat biaya tambahan pada pemeriksaan radiologi yang dilakukan, namun tidak terdapat rincian data mengenai berapa besar biaya tambahan tersebut.



Dokumen Clinical Services

Sistem pengaturan obat di Gudang Farmasi menjadi lebih baik setelah dilakukan intervensi pelatihan dan mentoring di Unit Farmasi.

Petugas Unit Radiologi dapat dinilai memberikan penampilan yang baik karena sebagian besar pasien merasa petugas ramah, disiplin, mengerjakan tugasnya dengan baik, serta menanggapi keluhan dengan baik.

Fasilitas ruang tunggu dan tempat duduk dirasakan oleh sebagian besar responden telah cukup memuaskan karena ruang tunggu cukup nyaman dan tempat duduknya cukup memadai.

Sebagai salah satu bentuk pelayanan prima kepada pelanggan, petugas survey menanyakan keluhan mengenai pelayanan kepada pelanggan. Namun, hanya 3 orang responden yang menyatakan mempunyai keluhan terhadap pelayanan unit radiologi.

Saran-saran yang diberikan oleh responden untuk peningkatan pelayanan radiologi RS Cut Nyak Dhien terkait dengan peningkatan fasilitas pemeriksaan. Unit radiologi diharapkan mempunyai peralatan yang lebih canggih dan lengkap, serta penambahan jumlah petugas sehingga pelayanan yang diberikan bisa lebih baik.

Unit Laboratorium

Kuesioner yang berhasil dikumpulkan selama periode pengambilan data sejumlah 29 kuesioner. Hampir semua responden menyatakan bahwa pelayanan laboratorium RS CND sudah memuaskan. Pelayanan Unit Laboratorium dinilai cepat dan tepat serta hasil pemeriksaan diserahkan tepat waktu. Rata-rata waktu yang diperlukan untuk menunggu hasil pemeriksaan adalah 33 menit. Selain itu,

tarif pelayanan pun terjangkau oleh pelanggan dan tidak ada satu pun responden yang menyatakan dimintai biaya tambahan oleh petugas laboratorium ketika menjalani pemeriksaan di unit tersebut.

Petugas Unit Laboratorium dapat dinilai memberikan pelayanan yang baik karena sebagian besar pelanggan merasa petugas ramah, disiplin, mengerjakan tugasnya dengan baik, terampil dalam mengambil *sample* darah, memberikan informasi tentang pengambilan *sample*, serta menanggapi keluhan dengan baik.

Fasilitas ruang laboratorium dirasakan oleh sebagian besar responden cukup memuaskan karena mempunyai ruang tunggu yang cukup nyaman dan tempat pengambilan *sample* yang cukup nyaman dan bersih.

Sebagai salah satu bentuk pelayanan prima kepada pelanggan, petugas survey menanyakan keluhan mengenai pelayanan Unit Laboratorium kepada pelanggan. Namun, hanya 1 orang responden yang menyatakan mempunyai keluhan terhadap pelayanan di unit ini.

Beberapa saran diberikan oleh responden untuk peningkatan pelayanan laboratorium RS CND. Unit Laboratorium RS CND diharapkan mempunyai dokter spesialis patologi klinik yang definitif, sehingga pasien setiap saat dapat berkonsultasi langsung dengan dokter mengenai hasil pemeriksaannya. Selain itu, untuk meningkatkan kualitas pelayanan, RS CND diharapkan mempunyai sistem pengadaan *reagen* yang berkesinambungan.



Dokumen Clinical Services

Permintaan pemeriksaan laboratorium juga meningkat seiring dengan peningkatan jumlah pasien di RS Cut Nyak Dhien Meulaboh.

Unit Rawat Inap

Kuesioner yang berhasil dikumpulkan selama periode pengambilan data sejumlah 89 kuesioner. Responden merupakan pasien atau keluarga pasien yang menjalani rawat inap di Ruang Kebidanan dan Kandungan (Obsgin), Penyakit Dalam, Bedah, Anak, Kelas Utama, dan Kelas VIP RS Cut Nyak Dhien.

Hampir semua responden menyatakan bahwa pelayanan Unit Rawat Inap RS Cut Nyak Dhien sudah memuaskan. Pelayanan di ruang rawat inap dinilai cepat dan tepat serta tarif pelayanan terjangkau oleh pelanggan. Hampir seluruh responden menyatakan bahwa mereka dikenakan biaya tambahan untuk pelayanan yang didapatkan di ruang rawat inap. Namun, tidak terdapat data yang jelas berapa jumlah biaya yang harus dibayarkan oleh pelanggan.

Petugas ruang rawat inap RS Cut Nyak Dhien dapat dinilai memberikan pelayanan yang baik karena sebagian besar pelanggan merasa petugas ramah, disiplin, memberikan informasi, serta menanggapi keluhan dengan baik. Perawat ruang rawat inap mengerjakan tugasnya dengan baik dan dokter juga mempunyai waktu yang cukup untuk pasien.

Responden memberikan tanggapan yang beragam mengenai fasilitas ruang rawat inap RS Cut Nyak Dhien, walaupun sebagian besar merasa fasilitas ruang rawat inap sudah cukup memadai, namun dari segi kebersihan dan kenyamanan dirasakan masih kurang.

Petugas survey telah menanyakan keluhan kepada pasien terkait pelayanan yang didapatkan di ruang rawat inap. Enam belas orang responden menyatakan mempunyai keluhan terhadap pelayanan ruang rawat inap. Keluhan terbanyak responden adalah mengenai kebersihan ruang dan kamar mandi.

Saran-saran responden terkait dengan pelayanan adalah sebagai berikut: perlu adanya peningkatan mutu pelayanan; perlu adanya penambahan jumlah petugas agar pelayanan menjadi lebih optimal; perlu adanya tata tertib dan jadwal kunjungan. Petugas juga diharapkan memberikan informasi dengan jelas, bahasa yang baik, dan lemah lembut serta keramahannya perlu ditingkatkan. Dokter dan perawat diharapkan tidak membedakan pasien dari status ekonominya. Dokter juga diminta melakukan visitasi sesuai jadwal dan perawat perlu menjenguk pasien serta menanyakan kondisinya setiap dua jam sekali. Kelengkapan fasilitas ruang, seperti spre, selimut, pendingin ruangan perlu ditingkatkan. Kebersihan ruangan dan kamar mandi harus selalu terjaga.

Intensive Care Unit (ICU)

Kuesioner yang berhasil dikumpulkan selama periode pengambilan data sejumlah 9 kuesioner. Semua responden menyatakan bahwa pelayanan ICU RS CNL sudah memuaskan. Pelayanan di ICU dinilai cepat dan tepat serta tarif pelayanan terjangkau oleh pelanggan serta tidak adanya biaya tambahan yang harus dibayarkan oleh pasien untuk pelayanan yang didapatkan di ruang ICU. Kepuasan pelanggan ini terbukti dengan tidak ada satu pun pelanggan yang mempunyai keluhan terhadap pelayanan ruang ICU.

Petugas ruang ICU RS CND dinilai memberikan pelayanan yang baik karena semua pelanggan merasa petugas ramah, disiplin, memberikan informasi, serta menanggapi keluhan dengan baik. Perawat ruang ICU mengerjakan tugasnya dengan baik dan dokter juga mempunyai waktu yang cukup untuk pasien.

Sebagian besar responden menilai fasilitas ICU cukup memadai demikian pula dengan kebersihan dan kenyamanan ruang. Saran-saran responden untuk peningkatan kualitas pelayanan ICU adalah sebagai berikut:

- Ruang ICU RS CND perlu ditata dengan rapi sesuai dengan khasnya Nanggroe Teuku Umar yang mempunyai seni tinggi.
- Perawat perlu ditingkatkan pengawasannya kepada pasien sesuai dengan kondisi pasien.
- Dokter perlu ketepatan waktu visitasi setiap harinya, sehingga ketika pihak keluarga pasien ingin berkonsultasi, tahu kapan saatnya bisa bertemu dengan dokter secara langsung.
- Perbaiki manajemen RS CND.

Unit Rawat Jalan

Kuesioner yang berhasil dikumpulkan selama periode pengambilan data sejumlah 20 kuesioner. Responden merupakan pasien atau keluarga pasien yang berobat jalan di Poliklinik Umum, Gigi, THT dan Penyakit Dalam RS CND.

Semua responden menyatakan bahwa pelayanan Unit Rawat Jalan (poliklinik) RS CND sudah memuaskan.

Pelayanan di poliklinik dinilai cepat dan tepat serta tarif pelayanan terjangkau oleh pelanggan. Rata-rata waktu yang diperlukan oleh pasien untuk menunggu pemeriksaan dari mulai pendaftaran adalah 27 menit. Hanya satu orang responden yang menyatakan bahwa dikenakan biaya tambahan untuk pelayanan yang didapatkan di ruang poliklinik, namun tidak menyebutkan berapa besar biaya yang harus dikeluarkan.

Petugas Unit Rawat Jalan RS CND dinilai memberikan pelayanan yang baik karena semua pelanggan merasa petugas ramah, disiplin, memberikan informasi, serta menanggapi keluhan dengan baik. Petugas Unit Rawat Jalan mengerjakan tugasnya dengan baik dan dokter juga mempunyai waktu yang cukup untuk melayani pasien.

Semua responden menilai fasilitas di Unit Rawat Jalan cukup memadai. Namun, tiga orang responden menyatakan bahwa ruang poliklinik kurang nyaman.

Sebagian besar responden menyatakan bahwa petugas telah menanyakan keluhan kepada pelanggan terkait pelayanan yang diberikan di Unit Rawat Jalan. Tidak ada satu pun responden yang menyatakan mempunyai keluhan terhadap pelayanan di unit rawat jalan.

Berbagai saran disampaikan responden untuk meningkatkan kualitas pelayanan unit rawat jalan. Fasilitas dan peralatan diharapkan lebih memadai untuk menunjang pelayanan serta ruangan pemeriksaan yang diperluas. Petugas diharapkan mempertahankan kebaikannya dalam melayani pasien, sedangkan dokter diminta untuk datang tepat waktu sesuai jadwal pelayanan.



Dokumen Clinical Services

Jumlah kunjungan dan rujukan pasien meningkat setelah masyarakat mengetahui tersedianya dokter spesialis di RS Cut Nyak Dhien Meulaboh. Tantangan terbesar adalah mempertahankan citra rumah sakit sebagai pemberi pelayanan kesehatan yang baik.

Komponen 6

Budaya dan Etika Kerja

Sumaryono, Anita Lestari, Arief Bachtiar

PENGANTAR

Banyak hasil penelitian dan pengkajian yang dilakukan oleh pakar di bidang perilaku organisasional (misal, Peters & Waterman, 1982; Deal & Kennedy, 1982), menunjukkan bahwa budaya organisasi (*organizational culture*) mempunyai dampak signifikan terhadap kinerja (*performance*) dan keefektifan organisasi. Pembelajaran dari berbagai hasil penelitian tersebut mengungkap bahwa banyak organisasi sukses mempunyai serangkaian karakteristik budaya yang kuat. Sebagai suatu sistem nilai organisasi, budaya memberikan berbagai prinsip pengoperasian dasar dan pedoman berperilaku kerja bagi pekerja.

Kealpaan pada sistem sosial telah menyebabkan studi perilaku organisasional mengalami bias psikologis individualistik (Schein, 1996). Bias ini menyebabkan peneliti sering mengabaikan pentingnya budaya yang mempengaruhi bagaimana organisasi berfungsi. Ada kebutuhan untuk menggunakan "lensa" yang lebih terintegrasi, berdasarkan psikologi sosial, sosiologi, dan antropologi, dalam menjelaskan fenomena organisasional.

Budaya organisasi merupakan pola berbagai asumsi dasar dan nilai yang dipegang diyakini valid sebagai acuan dan cara yang "benar" untuk mempersepsikan, merasakan, memikirkan dan memecahkan berbagai masalah. Berbagai *shared values* tersebut ditemukan dan dikembangkan oleh suatu organisasi sejalan dengan proses pembelajaran dalam menghadapi masalah-masalah adaptasi eksternal dan integrasi internal (Schein, 1992). Budaya organisasi mencerminkan sistem *shared meaning* yang dipegang oleh para karyawan dan yang membedakan antara organisasi satu dengan organisasi lain.

Sejalan dengan sinyalemen yang diungkapkan oleh Schein (1996) di atas, fenomena terjadi pada kasus program pendampingan di RS Cut Nyak Dhien, Meulaboh (RS CND). Berdasarkan evaluasi organisasi yang dilakukan oleh tim-tim di lapangan, tampak bahwa kinerja para staf RS CND yang sudah mendapatkan pendampingan dari tim RS Dr. Sardjito-FK UGM selama hampir satu tahun, kurang menunjukkan kesediaan untuk melakukan perubahan seperti yang diharapkan. Beberapa perubahan memang telah terjadi, tetapi hambatan yang berkaitan dengan sikap masih saja terjadi. Salah satu fenomena adalah sikap yang tidak siap untuk menuju perubahan yang lebih teratur, sistematis, tertib administratif, dan disiplin pada prosedur.



Unit Farmasi salah satu unit penunjang medis di rumah sakit. Unit ini harus beroperasi 24 jam sehari untuk memenuhi kebutuhan permintaan obat dan bahan habis pakai. Unit Farmasi bisa dijadikan sebagai sumber pendapatan yang besar bagi rumah sakit jika dikelola dengan baik.

Dokumen Clinical Services

Unit Gizi merupakan unit yang kecil di RS Cut Nyak Dhien tetapi mempunyai peran yang penting dalam pemenuhan kebutuhan gizi pasien selama dirawat di rumah sakit.



Berawal dari proses evaluasi yang intensif atas apa yang terjadi di lapangan, maka tim Budaya dan Etika Kerja ini diharapkan akan menemukan dan memformulasi kembali proses tata nilai yang akan dijadikan "shared values" yang akan digunakan seluruh komponen di RS CND. Secara lebih spesifik tim ini akan mendapatkan gambaran atau profil tata nilai RS CND. Profil serta rumusan tata nilai baru nantinya diharapkan dapat dijadikan pedoman aktivitas oleh manajemen dan pegawai dalam melakukan proses pelayanan di RS CND, Meulaboh.

TAHAPAN PENGEMBANGAN BUDAYA ORGANISASI

Telaah tentang budaya organisasi bukanlah proses telaah yang singkat dan harus dilakukan secara sistematis. Dalam proses ini dirancang sebuah proses pengembangan dengan tahapan sebagai berikut:

TAHAP PENYADARAN

Tahap awal dibagi menjadi tiga langkah, yaitu proses penilaian kebutuhan, proses pengembangan materi untuk menyamakan persepsi atas apa yang akan dilakukan, dan proses pemanasan dengan pelatihan *team-building, service excellence and leadership*. Tujuan dari tahap awal ini adalah penemuan inti permasalahan dan membangkitkan komitmen bersama untuk memahami permasalahan yang sebenarnya.

Proses Penilaian

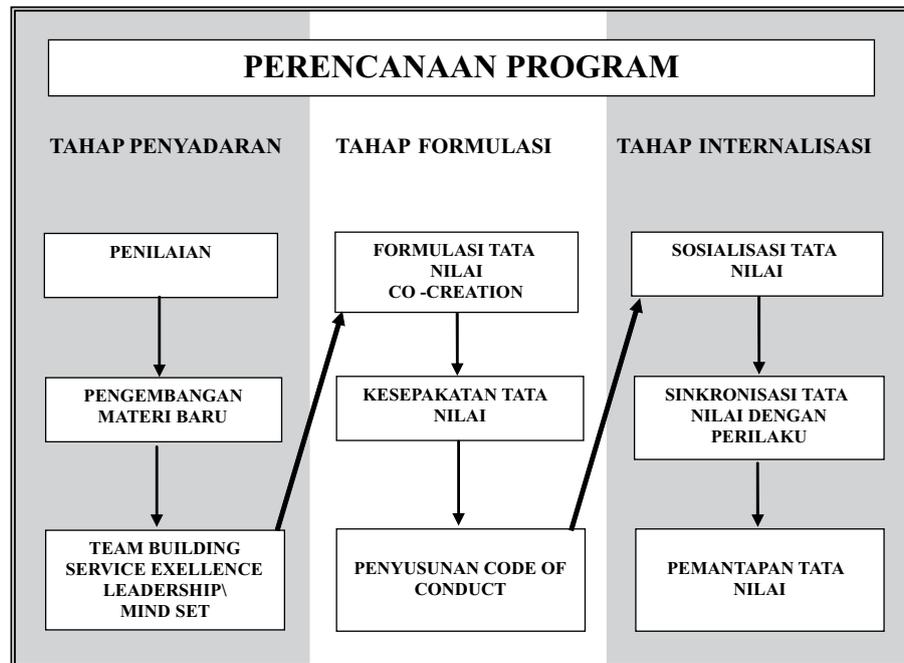
Tim pertama diterjunkan untuk mengamati berbagai aspek perilaku dan artefak apa saja yang dapat ditelaah sebagai salah satu manifestasi dari tata nilai yang dipegang selama ini. Berbagai temuan menarik antara lain:

- Beberapa bagian tampak tidak menunjukkan aktivitas kerja, banyak yang bergerombol dan duduk-duduk.
- Kondisi RS CND relatif terbuka, semua orang dan semua pihak dapat dengan leluasa memasuki areal RS tanpa ada pengaturan dan pengawasan. Contoh: Penjual makanan (*Bakso pikulan*) dapat leluasa masuk di lorong-lorong.
- Terkesan kotor dan banyak saluran air yang *mampet*.
- Kondisi ruang kerja tiap bagian tampak sempit dan agak tertutup. Pengaturan interior terkesan kaku dan tersekat-sekat. Hubungan antar bagian menjadi kurang akrab karena faktor fisik bangunan.
- Lokasi pejabat di lantai dua dan pegawai di lantai satu membuat kemungkinan adanya jarak sosial dan situasi yang tidak saling tahu.
- Situasi parkir yang *semrawut* dan cenderung seenaknya dalam melakukan parkir.

Proses Pengembangan Materi

Berdasarkan hasil observasi ini tampak bahwa ada ketidakteraturan dalam proses perilaku dan tidak ada kesatuan tata nilai. Hal ini dipertegas saat dilakukan proses *Focus Group Discussion (FGD)*. Beberapa pihak sepakat untuk melakukan pembenahan menuju yang lebih baik, tetapi konsistensi tidak terjadi antar bagian. Secara lebih rinci hasil FGD yang diikuti 40 orang staf medis dan paramedis dalam 3 tahap FGD dan 12 orang jajaran manajemen dalam 1 tahap FGD, antara lain sebagai berikut:

- Sebagian besar pegawai dibawah Kasubbag, memiliki semangat dan kesediaan untuk menerima perubahan serta pembaharuan sistem dalam layanan terhadap konsumen.
- Peserta merasa bahwa dalam pengembangan RS CND perlu dilakukan secara bersama dan perlu



kesamaan komitmen dalam bekerja serta memberikan pelayanan pada masyarakat.

- Permasalahan yang ada antara lain masalah disiplin, kerja sama, kemampuan atau kompetensi pegawai dan berbagai faktor penghambat eksternal seperti kekurangan SDM dalam keperawatan, keterbatasan alat, ketergantungan dengan pihak lain seperti anggaran yang tergantung pada Pemerintah Kabupaten Aceh Barat.
- Kemampuan dalam aspek kepemimpinan masih tidak merata di kalangan pejabat setingkat Kasubbid dan Kabid. Variasi kebijakan dalam penegakan disiplin dan *punishment* merupakan kondisi yang menghambat. Masih ada ketidak-kompakkan dalam mengelola bagian.
- Perlu adanya saling mengingatkan dan perhatian dalam pelaksanaan tugas. Hal yang mendasar adalah kesadaran bahwa pekerjaan tiap bagian merupakan bagian penting bagi pekerjaan lain. Salah satu contoh masalah ketidak-lengkapan dalam pengisian rekam medis akan berpengaruh pada bagian anggaran dan juga berpengaruh pada penyusunan rencana anggaran ke pihak Pemkab Aceh Barat. Akhirnya semua konsekuensi dirasakan oleh RS CND secara keseluruhan. Sementara itu permasalahan rekam medis terjadi karena bagian penerima awal tidak lengkap dalam mencatat.
- Permasalahan seperti contoh di atas juga akan berdampak pada pelayanan terhadap pasien/konsumen. Ketidak-lengkapan data dan hasil diagnosis akan membuat proses pelayanan menjadi tidak benar.
- Penerapan peraturan diharapkan bersifat impersonal

dan berlaku secara keseluruhan, termasuk dalam hal penegakan *reward* dan *punishment*. Kesamaan kebijakan dan keputusan dalam hal ini perlu disepakati antar bidang.

- Peserta merasa perlu mengembangkan proses pelurusan niat kerja berdasarkan sumpah dan konsep kerja adalah ibadah. Peserta merasa perlu pendekatan religius dalam tataran operasional. Selain itu perlu mengembangkan situasi kerja yang bernuansa kekeluargaan. Komunikasi perlu terbuka dan saling memahami tingkat kepentingan.
- Ada beberapa peralatan mutakhir, namun orang yang mengoperasikan tidak ada. Hal ini membuat pelayanan tidak optimal. Kondisi ini terjadi karena beberapa kemungkinan antara lain tidak ada karyawan yang memang benar-benar mampu atau perlu proses pembedahan dalam struktur pelatihan.

Proses Pemanasan

Proses pemanasan dilakukan dengan kegiatan pelatihan *team-building* atau *outbound* yang dimulai tanggal 20 Maret 2007 sampai dengan tanggal 19 April 2007. Sasaran peserta kegiatan ini adalah seluruh karyawan RS CND Meulaboh. Bagi individu manfaatnya adalah meningkatkan rasa percaya diri, mengembangkan kepemimpinan, meningkatkan kemampuan menghadapi tekanan, mengembangkan kemampuan berkomunikasi, mengembangkan kemampuan beradaptasi pada situasi baru, meningkatkan keterbukaan pribadi, mendorong pencapaian tujuan yang lebih tinggi, serta mengembangkan paradigma yang lebih luas.

Sedangkan untuk unit kerja dapat meningkatkan

dr. B. Hastha Yoga, SpKJ



Senior Site Manager
Program Aceh

"Program ini merupakan program besar dimana menitik beratkan pada perubahan perilaku orang yg bekerja di bidang kesehatan untuk lebih baik lagi didalam memberikan pelayanan kesehatan, sayangnya hasilnya tidak tampak seketika dan bisa dirasakan oleh masyarakat, masih diperlukan waktu lagi untuk melihat hasil jerih payah yang sudah dilakukan. Berbahagialah orang yang bisa merubah perilaku seseorang menjadi lebih baik lagi dengan memperhatikan ke-arifan lokal (local wisdom)."

kemampuan *goal setting*, meningkatkan kepemimpinan, kemampuan menangani konflik dalam kelompok, rasa tanggung jawab terhadap kelompok, mengembangkan rasa percaya satu sama lain, hubungan pribadi yang lebih intensif dalam kelompok, meningkatkan kesadaran akan pentingnya pihak lain, strategi pemecahan masalah secara kelompok, dan meningkatkan efektifitas kelompok. Sedangkan manfaat bagi organisasi atau perusahaan adalah adanya peningkatan kesadaran terhadap nilai, norma, etika perusahaan, motivasi untuk membentuk budaya dan atmosfer yang lebih nyaman serta meningkatkan produktivitas kerja.

Kegiatan *outbound* secara keseluruhan diikuti oleh 249 orang pegawai (78%), sedangkan yang berhalangan hadir sekitar 69 orang peserta (22%) dari total keseluruhan 318 orang peserta. Pelatihan dibagi dalam 10 kali pelaksanaan dengan jumlah peserta antara 20-30 orang per kali *outbound* yang bertempat di kawasan pantai sekitar Meulaboh.

Formulasi Tata Nilai

Dalam kegiatan pelatihan *team-building* diformulasikan

tata nilai melalui sebuah proses "Co-Creation" atau penemuan bersama warga RS CND. Kesepakatan tata nilai yang akan diterapkan dalam RS CND yaitu :

1. Membangun kerjasama yang kontributif.
2. Komitmen dengan tanggung jawab kerja.
3. Mengembangkan kepedulian.
4. Mengembangkan rasa memiliki.
5. Pelayanan yang cepat.
6. Pelayanan yang tepat.
7. Pelayanan yang akurat.
8. Menjadi panutan.
9. Menegakkan disiplin.
10. Kerja itu ibadah.
11. Membangun sikap kekeluargaan.
12. Menciptakan rasa aman.
13. Memberikan kenyamanan pada orang lain.
14. Membangun kemauan belajar.
15. Berbagi pendapat atau ide.

Dalam konteks ini kemudian tata nilai yang akan disosialisasikan diekstraksi menjadi seperangkat tata nilai yang telah diformulasi oleh warga RS CND, yaitu:



Dokumen Clinical Services

Aktivitas *outbound* sangat berguna dalam mengembangkan kepemimpinan, berkomunikasi dan keterbukaan pribadi dalam mendorong pencapaian tujuan bersama.



Dokumen Clinical Services

Kepuasan pasien terhadap pelayanan tergantung dari perlakuan petugas kesehatan. Pelayanan yang baik menciptakan kepuasan pasien.

“RSUD CUT NYAK DHIEN – MEULABOH usaha membangun budaya IKHLAS”

Ibadah sebagai prinsip kerja.

Komitmen, tanggung jawab dan disiplin.

Hidupkan semangat kerjasama dan kekeluargaan.

Layanan cepat, tepat, dan akurat.

Aman dan nyaman bagi semua.

Selalu belajar untuk kepuasan pelanggan.

TAHAP PROSES SOSIALISASI

Proses sosialisasi merupakan sebuah tahapan penting bagi awal suksesnya sebuah ide menjadi kenyataan. Sejalan dengan konsep tersebut, maka sosialisasi tata nilai yang sudah dirancang oleh staf RS CND sendiri menjadi bagian yang penting. Oleh karena itu, proses sosialisasi dilakukan dengan perencanaan secara seksama dan memperhatikan konteks budaya serta kebiasaan yang terjadi di lapangan, dalam hal ini situasi dan kondisi RS CND. Dengan pemahaman konteks sebagai dasar, akan menjadikan proses sosialisasi menjadi menarik dan mudah diinternalisasikan.

Menyadari kondisi tersebut, proses sosialisasi yang dilakukan di RS CND dengan membangun keterlibatan staf yang dikenal sebagai sosok yang lebih merasa berarti jika didengarkan dan diajak berdiskusi. Kondisi ini ditemukan saat observasi awal dalam proses pengembangan tata nilai pada bulan Desember 2006. Hal ini diperkuat dengan proses perumusan tata nilai yang juga dilakukan dengan model *Co-Creation* atau pelibatan peserta untuk menemukan apa yang diperlukan yang harus disepakati sebagai tata nilai.

Proses sosialisasi yang melibatkan para peserta secara aktif ini merupakan rangkaian program besar dalam pengembangan budaya kerja. Jika dicermati secara

mendalam, tahap ini merupakan tahap permulaan yang dimulai dari proses penemuan tata nilai yang dikehendaki oleh seluruh komponen RS CND dan diakhiri dengan proses sosialisasi. Dengan demikian proses ini masih perlu ditindaklanjuti dan dikembangkan secara mandiri.

Metode yang digunakan dalam proses sosialisasi mengacu saat proses penemuan tata nilai, artinya para peserta diminta mendiskusikan kembali tata nilai yang telah disepakati. Perbedaan yang mendasar adalah tema diskusi. Pada saat proses *Co-creation* lebih ditekankan pada “Nilai apa saja yang akan membuat RS CND maju dan unggul”. Sementara itu tema diskusi saat proses sosialisasi lebih difokuskan pada “Bagaimana implementasi IKHLAS dalam tataran perilaku dan faktor apa saja yang mendukung serta menghambat proses implementasi IKHLAS”.

Model sosialisasi ini dipilih dengan pertimbangan, keterlibatan dalam pembahasan merupakan hal yang teramat penting dan hal tersebut merupakan sebuah “Kontrak Sosial”. Secara aktif sebagian besar mendiskusikan dan secara sadar tiap individu merasa berpartisipasi. Partisipasi semacam ini diharapkan akan membangun perasaan bahwa seperangkat tata nilai ini merupakan “miliknya”.

Selain itu, dengan memahami berbagai faktor, baik pendukung maupun penghambat, maka seluruh staf RS CND tidak sekedar menyadari pentingnya tata nilai. Akan tetapi juga mampu memahami secara bersama bahwa tata nilai ini tidak akan berkembang tanpa energi dan kesepakatan untuk memperhatikan faktor-faktor tersebut. Dengan proses ini diharapkan akan tumbuh kesadaran secara kolektif, bahwa tanggung jawab sukses ada di pundak seluruh warga RS CND.



Dokumen Clinical Services



Dokumen Clinical Services

Foto atas: dr. Arsil, Sp.M, salah satu anggota tim medis dari bagian mata memberikan pelayanan di RS Cut Nyak Dhien. Jumlah pasien mata meningkat setelah adanya pelayanan yang optimal di bagian mata RS Cut Nyak Dhien. Fot bawah: tenaga medis dari SMF Radiologi RS Dr. Sardjito turut dikirim dalam membantu pemulihan pelayanan kesehatan di RS Cut Nyak Dhien.

Tahap sosialisasi ini dilakukan dengan kegiatan serial berkelompok yang dibagi dalam 6 kelompok sesuai motto IKHLAS yang sudah disepakati sebelumnya.

Kelompok 1: Ibadah sebagai prinsip kerja.

Bekerja yang dilandasi dengan niat yang baik, ikhlas, jujur dan sabar akan membuat pekerjaan terasa ringan dan mudah. Bekerja merupakan salah satu bentuk ibadah kepada Allah SWT.

Kelompok 2: Komitmen, tanggung jawab, dan disiplin.

Komitmen adalah suatu kesepakatan yang telah ditetapkan/disepakati bersama yang harus dipatuhi dan dijalankan baik perorangan atau kelompok sesuai dengan fungsi untuk suatu tujuan. Dengan komitmen, tanggung jawab dan disiplin yang bagus di setiap pegawai, diharapkan bisa mewujudkan kemandirian dan kemajuan. Ibaratkan sebatang pohon bila batangnya bagus tentu buahnya juga bagus (atasan dan bawahannya).

Kelompok 3: Hidupkan semangat kerjasama dan kekeluargaan.

Kerjasama merupakan hubungan timbal balik yang dilakukan antara satu sama lain untuk mencapai tujuan

yang diharapkan. Kekeluargaan berarti suatu hubungan atau ikatan yang tidak membedakan antara satu sama lain dan adanya sifat berperilaku merangkul, adanya saling asah, asih dan asuh. Dengan semangat kerjasama dan kekeluargaan dalam bertugas akan timbul rasa memiliki dan lebih memudahkan menyelesaikan tugas dan pekerjaan.

Kelompok 4: Layanan cepat, tepat, dan akurat.

Dalam mencapai pelayanan yang cepat, tepat dan akurat, dibutuhkan tenaga medis dan para medis yang memadai dan bekerja secara profesional serta fasilitas penunjang yang mendukung agar tercapai tujuan yang diinginkan.

Kelompok 5: Aman dan nyaman bagi semua.

Aman adalah suatu keadaan dimana kita merasa bebas dari ancaman, intimidasi, dan tekanan dari pihak manapun (baik dari atasan, teman sejawat, keluarga pasien dan pihak luar). Sedangkan nyaman berarti suatu keadaan atau kondisi kita merasa bahwa segala sesuatu yang berada di sekeliling kita itu membuat kita tenang serta rileks dalam bekerja

Dalam menciptakan kondisi yang aman dan nyaman dalam bekerja, perlu adanya kedisiplinan bagi semua

karyawan, rasa saling menghargai, tidak saling mencurigai, komunikasi yang baik, mematuhi peraturan dan kode etik profesi. Dengan motto 6S (salam, senyum, sapa, sentuh, santun, sabar) dapat menciptakan suasana yang aman dan nyaman baik bagi pasien, keluarga pasien, teman sejawat, juga atasan.

Kelompok 6: Selalu belajar untuk kepuasan pelanggan.

Belajar berarti berusaha dalam meningkatkan kemampuan dan kreativitas individu dan kelompok yang bertujuan untuk meningkatkan mutu pelayanan dan dapat memberikan kepuasan pelanggan. Belajar dilakukan sepanjang waktu baik secara formal maupun informal. Secara informal dapat berawal dari diri sendiri, dengan rekan kerja, pasien dan bahkan dengan keluarga. Hasil yang diharapkan adalah peningkatan kualitas sumber daya manusia dalam melakukan pelayanan di segala aspek.

Mencermati fenomena dan hasil diskusi dalam setiap proses, ada berbagai hal yang menarik untuk dijadikan pertimbangan dalam proses pematapan dan sinkronisasi antara tata nilai dan perilaku kerja. Beberapa hal penting dalam proses ini diantaranya adalah:

1. Dalam taraf pemahaman dan penalaran, para peserta yang dalam hal ini adalah staf RS CND menyadari akan pentingnya tata nilai. Dalam proses diskusi tampak sekali bahwa sebenarnya warga RS CND sadar sepenuhnya dan merasa apa yang didiskusikan adalah kunci bagi RS CND untuk maju.
2. Meski pun warga RS CND sadar akan pentingnya tata nilai, tampak juga bahwa implementasinya tidak mudah. Pertanyaan tentang apakah ini akan berjalan muncul, sementara contoh perilaku masih belum ada konsistensi.
3. Kesadaran prasyarat pembenahan juga muncul dengan menyebutkan aspek manajemen keuangan serta pengembangan SDM (tanggung jawab dan kedisiplinan) yang menjadi fokus sentral.
4. Hal yang menarik dalam perilaku, tampak bahwa peserta diskusi menyadari dan bahkan berani menyebut atribusi "malas" sebagai kekhasan, tetapi kesadaran berubah masih belum mau. Hal ini menjadi menarik karena ada perbedaan antara pemahaman dan implementasi untuk memperbaiki.
5. Keterlibatan secara fisik top manajemen dan jajarannya masih menjadi titik perhatian tersendiri. Keterlibatan secara fisik dapat diartikan komitmen di mata peserta, sehingga hal ini menjadi permasalahan yang cukup penting. Apalagi jika dikaitkan dengan kultur PNS atau kultur sebagian organisasi di Indonesia, budaya paternalistik masih melekat. Jika pimpinan memiliki komitmen, maka proses akan berjalan baik.

KESIMPULAN DAN SARAN

Berdasarkan hasil analisis secara mendalam tampak bahwa keberhasilan tahap implementasi dan penetapan tata nilai sebagai acuan dalam berperilaku kerja masih menjadi permasalahan. Beberapa hal perlu mendapat perhatian, antara lain:

1. Komitmen pimpinan merupakan faktor yang teramat penting. Komitmen ini tidak sekedar keterlibatan, tetapi juga kesediaan memberikan jaminan proses pelaksanaan operasionalisasi kerja di tiap lini yang berjalan baik dan benar. Baik dan benar dalam hal ini lebih ditekankan pada masalah tanggung jawab dan kedisiplinan di setiap lini operasional RS CND.
2. Permasalahan manajemen keuangan menjadi permasalahan yang masih mengganjal bagi setiap anggota RS CND. Faktor ini menjadi kendala manakala ada tuntutan kesesuaian dengan prosedur dan optimalisasi dalam pelayanan, karena faktor pendukung (imbangan) tidak sesuai dengan apa yang mereka harapkan (dalam hal ketepatan waktu penyampaian jasa medis atau keperawatan). Hal ini dianggap penting karena faktor imbalan ini dianggap sebagai motivator para staf untuk memacu kinerja lebih optimal. Oleh sebab itu, koordinasi antara pihak manajemen dengan pemda setempat menjadi salah satu kunci penting.
3. Penerapan aturan sebagai alat untuk memacu staf supaya baik dirasakan sebagai kebutuhan, bahkan bagi staf *reward* dan *punishment* dianggap hal yang wajar untuk dilakukan, sepanjang konsistensi ada. Kondisi ini juga menuntut acuan suri teladan sebagai prasyarat.

Berbagai prasyarat di atas merupakan hal penting yang harus terjadi jika proses internalisasi ini akan berjalan mulus sampai tahap pematapan dan penilaian dalam perilaku. Tanpa ketiga hal tersebut di atas terjadi, agak mustahil tata nilai IKHLAS akan terwujud dan hal ini akan membuat kinerja RS CND dalam melayani konsumen berjalan apa adanya. Harapan yang terpateri adalah ketika RS CND secara fisik benar-benar menjadi bagus, maka aspek perilaku menjadi pilar penting untuk menjamin pelayanan berkembang baik. Harapan tetap ada, perjalanan yang tertatih-tatih mungkin akan terjadi. Akan tetapi, proses harus berjalan dan kunci sukses terletak pada kemauan seluruh warga RS CND secara keseluruhan. Sukses harus dikembangkan dan menjadi milik sejati pihak RS CND, karena pendamping hanyalah fasilitator dari sebuah proses.

Divisi Mental Health

Diawali dengan keikutsertaan tim Fakultas Psikologi UGM pada *Mental Health Rapid Assessment* bersama Departemen Kesehatan pasca Tsunami, Divisi *Mental Health* kemudian dibentuk bekerjasama dengan tim RS Dr. Sardjito dan Fakultas Kedokteran UGM. Program *Mental Health* pada prinsipnya berfokus pada 2 dimensi: kesehatan jiwa dan dukungan psikososial. Sebuah sistem rujukan kesehatan jiwa berbasis komunitas sudah dipaparkan sejak pertama kali program ini direncanakan. Secara keseluruhan program *Mental Health* dibangun dengan tiga metode yaitu intervensi berbasis pada Pusat Pelayanan Psikologis di dua tempat, Banda Aceh dan Aceh Barat, intervensi berbasis komunitas melalui program *outreach* di barak-barak pengungsian dan *home visit* serta intervensi berbasis media komunikasi massa.

Kondisi pusat kota meulaboh beberapa bulan pasca Tsunami. Aktivitas di kota ini masih sedikit, tampak beberapa orang Aceh mengumpulkan puing-puing reruntuhan yang masih bisa dimanfaatkan.



Dokumen Mental Health

Drs. Haryanto, MSi (kanan), program koordinator divisi *Mental Health*, sedang berbicara dengan seorang warga Aceh di barak pengungsian.



Foto: Haryanto