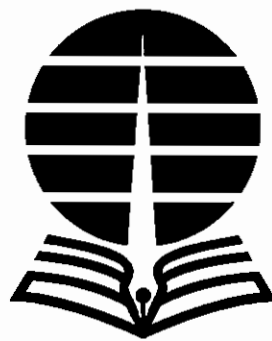


TUGAS AKHIR PROGRAM MAGISTER (TAPM)

**IMPLEMENTASI STANDAR PELAYANAN
INSTALASI GAWAT DARURAT DI RS Dr. SOBIRIN
KABUPATEN MUSI RAWAS**



UNIVERSITAS TERBUKA

**TAPM Diajukan sebagai salah satu syarat untuk
memperoleh Gelar Magister Ilmu Administrasi
Bidang Minat Administrasi Publik**

Disusun Oleh :

WIDYOKTORAPIKA

NIM. 500633421

PROGRAM PASCASARJANA

UNIVERSITAS TERBUKA

JAKARTA

2017

ABSTRACT

Service Standards Implementation of Emergency Room

At Dr.Sobirin Hospital Musi Rawas Regency

WIDYOKTORAPIKA
Indonesia Open University
widyaokta@gmail.com

The main purpose of this research is to analyze how the implementation of emergency room service standard in Dr.Sobirin hospital Musi Rawas Regency and to analyze what factors that influence it.

This research used qualitative method because it was done in natural condition. The concept of this research was public policy where the product researched was Ministerial Regulation Number 856 Year 2009 about service standards of emergency room. Data collection techniques conducted in this paper were in-depth interviews, observation, and documentation studies.

The results of the study and analysis of data described that the implementation of service standards of emergency room at Dr.Sobirin hospital Musi Rawas Regency had not been implemented optimally. This was reflected in the level of compliance in the fulfillment of requirements of the human resources, physical repair of buildings and the availability of medical facilities in the emergency room had not complied with the standards. In terms of functional routine of the service process at the emergency department had not been implemented smoothly this was because the emergency room had no special triage space, resuscitation room and observation room to accommodate patients who needed supervision. Factors inhibiting the fulfillment of emergency room service standard was the location of Dr.Sobirin hospital which belongs to Musi Rawas Regency but located in Lubuk linggau City, planning and commitment factors from hospital management that tended not to focus on fulfillment of emergency room service standard and lack of hospital budget that resulted in not all proposals in the hospital could be well realized.

Keywords : Implementation, Policy, Service standards

ABSTRAK

Implementasi Standar Pelayanan Instalasi Gawat Darurat Di Rumah Sakit Dr.Sobirin Kabupaten Musi Rawas

WIDYOKTORAPIKA
Universitas Terbuka
widyaokta@gmail.com

Tujuan utama dari penelitian ini untuk menganalisis bagaimana Implementasi Standar Pelayanan Instalasi Gawat Darurat Di Rumah Sakit dr.Sobirin Kabupaten Musi Rawas dan untuk menganalisis faktor-faktor apa yang mempengaruhi Implementasi Standar Pelayanan Instalasi Gawat Darurat Di Rumah Sakit dr.Sobirin Kabupaten Musi Rawas.

Penelitian ini menggunakan metode kualitatif karena dilakukan pada kondisi yang alamiah. Konsep penelitian ini adalah kebijakan publik dimana produk yang diteliti adalah Peraturan Menteri Nomor 856 Tahun 2009 Tentang Standar Pelayanan Instalasi Gawat Darurat. Teknik pengumpulan data yang dilakukan dalam penulisan ini adalah dengan cara wawancara mendalam (In-depth Interview), observasi, dan studi dokumentasi.

Hasil penelitian dan analisis data mendeskripsikan bahwa pelaksanaan standar pelayanan instalasi gawat darurat di Rumah Sakit dr.Sobirin Kabupaten Musi Rawas belum terlaksana dengan optimal. Hal tersebut tercermin dari tingkat kepatuhan dalam pemenuhan persyaratan SDM, pembenahan fisik bangunan dan ketersediaan fasilitas medis di Instalasi Gawat Darurat belum sesuai dengan standar. Dalam hal rutinitas fungsi yakni proses pelayanan di instalasi gawat darurat belum dapat di implementasikan dengan lancar hal ini dikarenakan igd belum memiliki ruang khusus triase, ruang resusitasi dan ruang observasi untuk menampung pasien-pasien yang perlu pengawasan. Faktor penghambat terpenuhinya standar pelayanan igd adalah faktor lokasi rumah sakit dr.Sobirin yang notabine milik Kabupaten Musi Rawas tetapi berlokasi di Kota Lubuk linggau, faktor perencanaan dan komitmen dari rumah sakit yang cenderung tidak focus terhadap pemenuhan standar pelayanan IGD serta minimnya anggaran rumah sakit yang mengakibatkan tidak semua usulan di rumah sakit dapat di realisaikan dengan baik.

Kata Kunci : Implementasi, Kebijakan, Standar pelayanan.

**UNIVERSITAS TERBUKA
PROGRAM PASCASARJANA
MAGISTER ADMINISTRASI PUBLIK**

LEMBAR LAYAK UJI

Yang bertanda tangan dibawah ini, Saya selaku pembimbing TAPM dari Mahasiswa,

Nama/NIM : Widyoktorapika/500633421

Judul TAPM : Implementasi Standar Pelayanan Instalasi Gawat Darurat Di
Rumah Sakit dr.Sobirin Kabupaten Musi Rwas.

Menyatakan dengan sesungguhnya, bahwa TAPM dari mahasiswa yang bersangkutan sudah/baru* selesai sekitar% sehingga dinyatakan **sudah layak uji/belum layak uji*** dalam Ujian Sidang Tugas Akhir Program Magister (TAPM).

Demikian keterangan ini dibuat untuk menjadikan periksa.

Jakarta, 2017

Pembimbing

Dr. Darmanto, M.Ed
NIP. 19601224 1990011 001

UNIVERSITAS TERBUKA
PROGRAM PASCASARJANA
MAGISTER ADMINISTRASI PUBLIK

PENGESAHAN

Nama : WIDYOKTORAPIKA
NIM : 500633421
Program Studi : Administrasi Publik
Judul TAPM : Implementasi Standar Pelayanan Instalasi Gawat Darurat
Di Rumah Sakit Dr. Sobirin Kabupaten Musi Rawas.

TAPM Telah dipertahankan di hadapan Panitia Penguji Tugas Akhir Program Magister (TAPM) Program Studi Magister Administrasi Publik Universitas Terbuka (PPS MAP-UT) pada:

Hari/Tanggal : Selasa, 25 Juli 2017
Waktu : 08.00 – 09.30 WIB

dan telah dinyatakan **LULUS**

PANITIA PENGUJI TAPM

Ketua Komisi Penguji

Nama : Dr.Liestyodono B.Irianto,M.Si

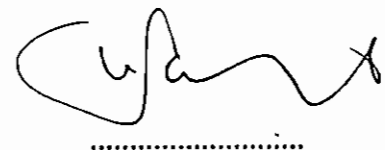
Tandatangan

Penguji Ahli

Nama : Prof.Dr.Aries Djaenuri,M.A

Pembimbing TAPM

Nama : Dr.Darmanto,M.Ed



LEMBAR PERSETUJUAN TAPM

Judul TAPM : Implementasi Standar Pelayanan Instalasi Gawat Darurat
di Rumah Sakit Dr. Sobirin Kabupaten Musi Rawas

Penyusun TAPM : WIDYOKTORAPIKA

NIM : 500633421

Program Studi : Magister Administrasi Publik

Hari / Tanggal : Selasa/ 25 Juli 2017

Menyetujui:

Pembimbing,



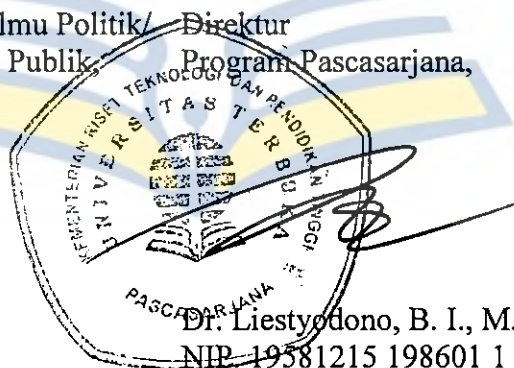
Dr. Darmanto, M.Ed
NIP. 19591027 198603 1 003

Mengetahui:

Ketua Bidang Ilmu Sosial dan Ilmu Politik/ Direktur
Program Magister Administrasi Publik, Program Pascasarjana,



Dr. Darmanto, M. Ed.
NIP. 19591027 198603 1 003



Dr. Liestyodono, B. I., M.Si
NIP. 19581215 198601 1 009

**UNIVERSITAS TERBUKA
PROGRAM PASCASARJANA
MAGISTER ADMINISTRASI PUBLIK**

PERNYATAAN

TAPM yang berjudul Implementasi Standar Pelayanan Instalasi Gawat Darurat Di Rumah Sakit Dr. Sobirin Kabupaten Musi Rawas adalah hasil karya saya sendiri, dan seluruh sumber yang dikutip maupun dirujuk telah saya nyatakan dengan benar. Apabila di kemudian hari ternyata ditemukan adanya penjiplakan (plagiat), maka saya bersedia menerima sanksi akademik.

Lubuk linggau, Juni 2017
Yang Menyatakan



**WIDYOKTORAPIKA
NIM. 500633421**

KATA PENGANTAR

Puji syukur saya panjatkan kepada Tuhan Yang Maha Esa, karena berkat rahmat-Nya jualah saya dapat menyelesaikan Tugas Akhir Program Magister (TAPM) ini. Penulisan TAPM ini dilakukan dalam rangka memenuhi salah satu syarat untuk mencapai gelar Magister Administrasi Publik pada Program Pascasarjana Universitas Terbuka. Saya menyadari bahwa, tanpa bantuan dan bimbingan dari berbagai pihak, mulai dari perkuliahan sampai pada penulisan penyusunan TAPM ini, sangatlah sulit bagi saya untuk menyelesaikan TAPM ini.

Pada kesempatan ini saya menyampaikan ucapan terima kasih dengan tulus dan penghargaan yang setinggi-tingginya kepada :

1. Bapak Drs.Ojat Darajat, M.Bus, Ph.D selaku Rektor Universitas Terbuka
2. Bapak Ir.Adi Winata, M.Si selaku Kepala Universitas Terbuka UPBJJ Palembang beserta seluruh staf
3. Bapak Dr. Darmanto, M.Ed selaku Dosen Pembimbing yang telah banyak memberikan masukan, motivasi dan meluangkan waktu untuk membimbing, mengarahkan serta membantu penulis dalam penyempurnaan penelitian ini.
4. Bapak Tutor perkuliahan (Prof. Sobri, Dr. Andrieas, Dr. Raniasa) yang telah mendidik dan memberikan ilmu pengetahuan selama menempuh pendidikan di Universitas Terbuka Pasca Sarjana Bidang Minat Administrasi Publik.
5. Bapak Bupati Musi Rawas yang telah memberikan izin perkuliahan secara resmi sehingga memberikan semangat moril bagi penulis.

6. Bapak Dr. HARUN, MKM selaku Direktur Rumah Sakit Dr. Sobirin Kabupaten Musi Rawas yang telah memberikan kesempatan untuk mengambil data dan informasi yang diperlukan oleh penulis.
7. Kedua orang tuaku, Ayahnda Adi Warman.As dan Ibunda Tisnawati di Desa Mengkenang, Kec. Mulak Ulu Kab. Lahat. Sumatera Selatan yang selalu mendo'akan dan menyayangi anak-anaknya.
8. Istriku tercinta Lina Fajriah,ST dan Anakku tersayang Aliyyah Putri Aqila, yang senantiasa mendo'akan, memberikan motivasi dan dukungan buat penulis.
9. Semua pihak yang telah memberikan bantuan dalam penyusunan TAPM ini yang tidak bias disebutkan satu persatu.

Dengan segala kerendahan hati, penulis menyadari bahwa TAPM ini masih jauh dari kesempurnaan dan tidak luput dari kesalahan, baik dari segi materi maupun penyajiannya. Untuk itu, kritik dan saran yang membangun dari semua pihak sangat penulis harapkan demi perbaikan di masa yang akan datang. Semoga TAPM ini dapat menambah khasanah bagi ilmu pengetahuan dan berguna bagi penulis dan pembaca semua. Amin.....

Lubuklinggau, Juli 2017
Penulis ,

WIDYOKTORAPIKA
NIM. 500633421

DAFTAR RIWAYAT HIDUP

Nama : WIDYOKTORAPIKA

NIM : 500633421

Program Studi : Administrasi Publik

Tempat dan Tanggal Lahir : Mengkenang, 02 Oktober 1976

Riwayat Pendidikan : SD No. 14 Mengkenang (TamatTahun1986)
SLTP Negeri 5 Lahat (TamatTahun 1992)
SPK Depkes Lubuklinggau (TamatTahun1999)
Akper Fitrah Aldar Lubuklinggau (TamatTahun 2002)
Fisipol Unihaz Bengkulu (Tamat Tahun 2006)

Riwayat Pekerjaan :
1. Staf Puskesmas Muara Kelingi (Tahun1997-2003)
2. Staf Fungsional di RS Dr. Sobirin Kabupaten Musi Rawas (Tahun 2003 - Sekarang)

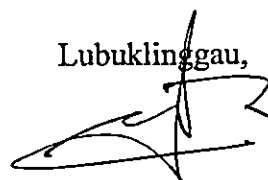
AlamatTetap : Jl. Sukarela No.85 RT.08 Kelurahan Taba Pingin
Kecamatan Lubuk linggau Selatan II, Kota Lubuk
linggau.

Handphone : 0813 7359 1535

Email : widyaokta@gmail.com

Lubuklinggau,

2017



WIDYOKTORAPIKA
Nim : 500633421

DAFTAR ISI

	Halaman
ABSTRAK	i
LEMABAR PERSETUJUAN	iii
LEMABAR PERNYATAAN	iv
KATA PENGANTAR	v
RIWAYAT HIDUP	vii
DAFTAR ISI	viii
DAFTAR TABEL	xi
DAFTAR GAMBAR	xii
 BAB I PENDAHULUAN	
A. Latar Belakang	1
B. Rumusan Masalah	10
C. Pertanyaan Penelitian.....	10
D. Tujuan Penelitian.....	10
E. Manfaat Penelitian.....	11
 BAB II TINJAUAN PUSTAKA	
A. Landasan Teori.....	12
B. Implementasi Kebijakan Publik	14
C. Standar Pelayanan Instalasi Gawat Darurat	17
D. Teori-Teori Implementasi Kebijakan Publik.....	22
1. Model George Edward III	22
2. Model Ripley and Franklin	27

3. Model D. Van Metter and C. Van Horn	29
4. Model Merilee Serill Grindle	32
5. Model Brian W.Hogwood and Lewis A.Gunn.....	34
E. Teori Implementasi Kebijakan Publik yang Digunakan	35
F. Kerangka Teori.....	36
G. Kajian Penelitian Terdahulu.....	38
H. Kerangka Pemikiran	42

BAB III METODE PENELITIAN

A. Desain Penelitian	44
B. Definisi Konsep	45
C. Fokus Penelitian	46
D. Unit Analisis.....	47
E. Key Informant	47
F. Data dan Sumber Data.....	48
1. Data	48
2. Sumber Data.....	48
G. Teknik Pengumpulan Data	49
H. Teknik Analisis Data.....	51

BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN

A. Deskripsi Objek Penelitian.....	54
1. Sejarah Singkat Organisasi Rumah Sakit Dr.Sobirin Kabupaten Musi Rawas.....	54
2. Struktur Organisasi.....	56
3. Tugas Dan Fungsi.....	57

4. Visi dan Misi Organisasi.....	58
5. Jenis Layanan Kesehatan.....	58
6. Nilai-nilai.....	59
7. Resiko.....	60
B. Hasil Penelitian.....	61
1. Implementasi Permenkes No. 856 Tahun 2009	
Tentang Standar Pelayann Instalai Gawat Darurat.....	61
a. Tingkat Kepatuhan.....	62
b. Kelancaran Rutinitas Fungsi.....	77
c. Kinerja dan Dampak.....	88
2. Faktor Penghambat Pemenuhan Standr pelayanan IGD.....	97
BAB V KESIMPULAN DAN SARAN	
A Kesimpulan.....	103
B Saran	104
DAFTAR PUSTAKA.....	105
LAMPIRAN-LAMPIRAN.....	107

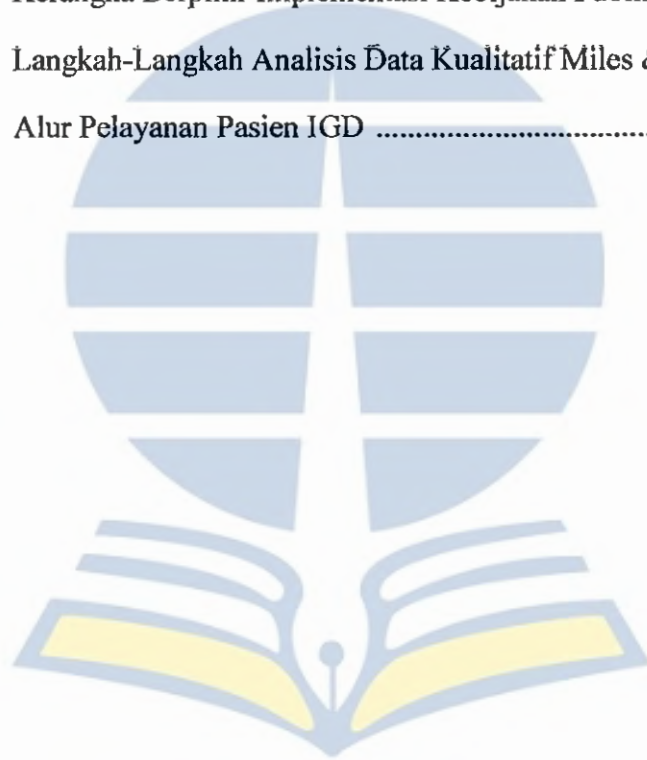
DAFTAR TABEL

	Halaman
Tabel 1.1	Angka Kematian Di IGD Rumah Sakit dr.Sobirin Kabupaten Musir Rawas Tahun 2016 8
Tabel 2.1	Matrik Penelitian Terdahulu 38
Tabel 3.1	Fokus Penelitian Implementasi Standar Pelayanan IGD 46
Tabel 4.1	Pemenuhan Persyaratan Sumber Daya Manusia 63
Tabel 4.2	Pembenahan Kondisi Fisik dan Sarana..... 68
Tabel 4.3	Ketersediaan Fasilitas/Prasarana Medis 71
Tabel 4.4	Laporan Inventaris Alat-Alat Medis IGD Tahun 2016..... 73
Tabel 4.5	Kecepatan Pelayanan Kegawatdaruratan..... 78
Tabel 4.6	Proses Pelayanan Tanpa Hambatan 82
Tabel 4.7	Gambaran Angka Kematian di IGD 88
Tabel 4.8	Angka Kematian Di IGD Tahun 2015..... 89
Tabel 4.9	Angka Kematian Di IGD Tahun 2016..... 90



DAFTAR GAMBAR

	Halaman
Gambar 1.1	Lorong Di IGD Yang Dijadikan Tempat Ruang Perawatan..... 9
Gambar 2.1	Dampak Langsung dan Tidak Langsung Pada Implementasi..... 22
Gambar 2.2	Model Implementasi Kebijakan Van Meter dan Van Horn..... 32
Gambar 2.3	Model Marilee Serrill Grindle 33
Gambar 2.4	Kerangka Berpikir Implementasi Kebijakan Publik 42
Gambar 3.1	Langkah-Langkah Analisis Data Kualitatif Miles & Huberman..... 52
Gambar 4.1	Alur Pelayanan Pasien IGD 85



BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang Masalah

Pelayanan publik yang optimal dan prima merupakan pengharapan dari seluruh masyarakat dan menjadi tolok ukur terhadap kinerja yang dilakukan oleh lembaga / instansi pelayanan publik. Penggambaran ketidapuasan masyarakat terhadap pelayanan publik akan selalu menjadi pembenahan pemerintah dalam mengevaluasi kebijakan-kebijakan yang telah di implementasikan.

Implementasi kebijakan merupakan suatu proses melaksanakan keputusan kebijakan (biasanya dalam bentuk Undang-Undang, Peraturan Pemerintah, Keputusan Peradilan, Perintah Eksekutif atau Dekrit Presiden). Sedangkan menurut Van Meter dan Van Horn (1974) dalam Erwan Agus.P dan Dyah ratih.S (2015 : 20) merumuskan proses implementasi adalah tindakan-tindakan yang dilakukan baik oleh individu-individu / pejabat-pejabat atau kelompok-kelompok pemerintah atau swasta yang diarahkan pada tercapainya tujuan-tujuan yang telah digariskan dalam keputusan kebijakan.

Pembangunan dibidang kesehatan di Indonesia bertujuan untuk mencapai masyarakat yang memiliki kemampuan untuk mewujudkan keadaan yang sehat, baik secara jasmani maupun rohani. Berdasarkan hal tersebut pemerintah berupaya membangun pelayanan kesehatan yang mudah dijangkau dan dapat dimanfaatkan oleh semua lapisan masyarakat dari kalangan bawah sampai kalangan atas tanpa membedakan status sosial ekonomi seseorang, untuk memperoleh pelayanan kesehatan secara adil dan merata (Depkes RI, 2008).

Pelayanan yang adil dan merata akan dapat menimbulkan kepuasan terhadap penerima jasa layanan karena masyarakat pada saat ini sudah mulai kritis dalam menilai pelayanan khususnya dibidang kesehatan.

Pelayanan publik diartikan sebagai pemberian layanan (melayani) keperluan orang atau masyarakat yang mempunyai kepentingan pada organisasi itu sesuai dengan aturan pokok dan tata cara yang ditetapkan (Deddy M. 2016 : 188). Sedangkan menurut undang-undang nomor 25 tahun 2009, pelayanan publik adalah kegiatan atau rangkaian kegiatan dalam rangka pemenuhan kebutuhan pelayanan sesuai dengan peraturan perundang-undangan bagi setiap warga negara dan penduduk atas barang, jasa dan atau pelayanan administratif yang diselenggarakan oleh penyelenggara pelayanan publik. Sedangkan Penyelenggara Pelayanan Publik adalah setiap instansi penyelenggara negara, korporasi, lembaga independen yang dibentuk berdasarkan undang-undang untuk kegiatan pelayanan publik dan badan hukum lain yang dibentuk semata-mata untuk kegiatan pelayanan publik.

Dalam pelaksanaannya kebijakan pelayanan publik harus diturunkan dalam serangkaian petunjuk pelaksanaan dan petunjuk teknis yang berlaku internal dalam berokrasi. Sedangkan dari sisi masyarakat yang penting adalah adanya standar pelayanan publik yang menjabarkan pada masyarakat apa pelayanan yang menjadi haknya, siapa yang bisa mendapatkannya, apa persyaratanya, juga bagaimana bentuk layanan itu. Pada prinsipnya pelayanan publik senantiasa harus selalu ditingkatkan kinerjanya sesuai dengan keinginan dan tuntutan masyarakat.

Terselenggaranya pelayanan publik yang baik menunjukkan indikasi membaiknya kinerja manajemen pemerintahan dan di sisi lain menunjukkan adanya

perubahan sikap mental dan perilaku aparat pemerintahan menjadi lebih baik. Meningkatnya kualitas pelayanan publik sangat dipengaruhi oleh kepedulian dan komitmen pimpinan / top manajer dan aparat penyelenggara pemerintahan untuk menyelenggarakan pelayanan yang lebih baik.

Hakikat dasar dari penyelenggaraan pelayanan publik di rumah sakit adalah pemenuhan kebutuhan dan tuntutan dari para pemakai jasa pelayanan kesehatan (pasien) dimana pasien mengharapkan suatu penyelesaian dari masalah kesehatannya pada rumah sakit. Oleh karena itu pasien memandang bahwa rumah sakit lebih mampu dalam hal pemberian pelayanan medik dalam upaya penyembuhan dan pemulihan yang berkualitas, cepat tanggap atas keluhan serta penyediaan pelayanan kesehatan yang nyaman. Pandangan pasien ini sangat penting karena pasien yang merasa puas akan mematuhi pengobatan dan mau datang berobat ke rumah sakit. Untuk itu rumah sakit harus memiliki standar pelayanan yang merupakan tolok ukur dalam penyelenggaraan pelayanan publik yang wajib ditaati oleh pemberi dan penerima pelayanan.

Menurut Hardiyansyah dalam bukunya yang berjudul kualitas pelayanan publik (2011 : 28) Standar pelayanan merupakan ukuran yang dibakukan dalam penyelenggaraan pelayanan publik sebagai pedoman yang wajib di taati dan dilaksanakan oleh penyelenggara pelayanan, dan menjadi pedoman bagi penerima pelayanan dalam proses pengajuan permohonan, serta sebagai alat kontrol masyarakat dan atau penerima layanan atas kinerja penyelenggara pelayanan. Jadi dapat dikatakan bahwa standar pelayanan merupakan tolok ukur yang dipergunakan sebagai pedoman penyelenggaraan pelayanan dan acuan penilaian

kualitas pelayanan sebagai kewajiban dan janji penyelenggara kepada masyarakat dalam rangka pelayanan yang berkualitas, cepat, mudah, terjangkau, dan terukur.

Membangun sebuah pelayanan yang berkualitas bukanlah hal yang mudah, karena akan ditemui beberapa tantangan dan kendala yang harus disikapi positif demi pengembangan pelayanan selanjutnya. Pelayanan dikatakan berkualitas apabila pelayanan tersebut dapat memenuhi kebutuhan dan harapan masyarakat. Apabila masyarakat tidak puas terhadap suatu pelayanan yang disediakan maka pelayanan tersebut dapat dipastikan tidak berkualitas.

Dalam implementasinya standar pelayanan menjadi sebuah acuan bagi para pelaksana pelayanan publik agar pelayanan yang diberikan dapat berkualitas dan memuaskan masyarakat. Selain itu standar pelayanan yang telah disusun dan ditetapkan oleh unit pelayanan publik harus dipublikasikan kepada masyarakat, baik melalui media cetak maupun media elektronik sehingga semua masyarakat yang ingin mendapatkan pelayanan mempunyai gambaran jelas mengenai bagaimana keadaan pelayanan di tempat tersebut, tentang mekanisme, prosedur, waktu pelayanan, biaya, dan berbagai hal lain yang disediakan oleh unit pelayanan publik. Dengan dipublikasikannya standar pelayanan, masyarakat bisa mengetahui baik buruknya pelayanan yang diberikan, dan apabila pelayanan tidak sesuai dengan standar pelayanan yang dipublikasikan, masyarakat berhak untuk protes atau melaporkan unit pelayanan publik yang bersangkutan, baik kepada unit pengawasan maupun melalui layanan pengaduan yang disediakan unit tersebut. Dengan adanya standar pelayanan, yang telah disusun oleh seluruh lini pemerintahan, diharapkan seluruh urusan ketatalaksanaan dan pelayanan yang

diberikan kepada masyarakat dapat terus ditingkatkan dengan lebih baik sehingga citra pemerintah akan semakin bagus dan masyarakat akan semakin sejahtera.

Rumah sakit adalah institusi pelayanan kesehatan bagi masyarakat dengan karakteristik tersendiri yang dipengaruhi oleh perkembangan ilmu pengetahuan kesehatan, kemajuan teknologi dan kehidupan sosial ekonomi masyarakat yang harus tetap mampu meningkatkan pelayanan yang lebih bermutu dan terjangkau oleh masyarakat agar terwujud derajat kesehatan yang setinggi-tingginya. (UU No. 44 Tentang Rumah Sakit, 2009). Instalasi Gawat Darurat (IGD) adalah salah satu fasilitas terpenting dalam sebuah rumah sakit yang merupakan tempat penanganan awal bagi pasien yang datang dalam kondisi terancam nyawanya atau dalam keadaan gawat darurat, dengan kata lain butuh penanganan dan pertolongan cepat dan tepat.

Rumah sakit perlu melakukan suatu upaya untuk tetap bertahan dan berkembang mengingat besarnya biaya operasional rumah sakit yang sangat tinggi disertai meningkatnya kompetisi kualitas pelayanan jasa rumah sakit. Adapun upaya yang harus dilakukan rumah sakit adalah dengan cara mendiferensiasikan pelayanan jasa kesehatan termasuk pelayanan di Instalasi Gawat Darurat dengan memberikan pelayanan kesehatan yang berkualitas, lebih tinggi dari pesaing secara konsisten. Kuncinya dengan cara memenuhi standar-standar yang telah ditetapkan, dimana setelah menerima jasa pelayanan kesehatan pasien akan membandingkan jasa yang dialaminya dengan jasa yang diharapkan.

Bagi manajemen rumah sakit, mengetahui keinginan dan kebutuhan pasien adalah hal utama, untuk itu manajemen perlu mendapatkan input dari konsumen berupa harapan akan jasa yang diinginkan. Kondisi ini sangat membantu

manajemen rumah sakit untuk mendeskripsikan dan mewujudkan kedalam spesifikasi kualitas pelayanan. Keberhasilan yang diperoleh suatu layanan kesehatan dalam meningkatkan kualitas pelayanannya sangat berhubungan erat dengan kepuasan pasien.

Instalasi Gawat darurat sebagai tolok ukur pelayanan di Rumah Sakit sangat menentukan kriteria pemberian pelayanan kesehatan di rumah sakit. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 856 Tahun 2009 telah mengatur tentang Standar Pelayanan Instalasi Gawat Darurat sebagai upaya untuk meningkatkan manajemen instalasi gawat darurat. Upaya tersebut diantaranya mengatur tentang klasifikasi Instalasi Gawat Darurat, jenis pelayanan, persyaratan SDM, ketentuan fisik bangunan, obat-obatan serta persyaratan sarana dan prasarana sesuai dengan tipe/kelas rumah sakit. Target pencapaian standar Instalasi Gawat Darurat rumah sakit secara nasional adalah maksimal 5 tahun dari tanggal penetapan SK. Dengan memenuhi dan mengimplementasikan standar pelayanan tersebut diharapkan dapat meningkatkan kepuasan masyarakat terhadap pelayanan di IGD sebagai fasilitas penanganan kasus kegawatdaruratan sehingga kecacatan dan atau kematian dapat dieliminasi.

Instalasi gawat darurat rumah sakit dr. Sobirin merupakan salah satu pemberi layanan publik dalam bidang kegawatdaruratan milik pemerintah kabupaten Musi Rawas yang terletak di Kota Lubuklinggau, juga merasakan adanya persaingan global dalam bidang kesehatan, adanya penyerahan kewenangan pengelolaan kesehatan kepada pemerintah daerah serta perkembangan kesehatan yang sangat pesat, disisi lain seluruh lapisan masyarakat yang semakin pintar juga menuntut adanya pelayanan yang berkualitas yaitu

pelayanan prima yang diberikan oleh tenaga profesional disertai dengan keterjangkauan biaya pelayanan. Seiring dengan perkembangan tersebut maka konsekuensinya adalah adanya peningkatan terhadap kualitas pelayanan kesehatan kepada masyarakat.

Dari pengamatan atau observasi penulis dan wawancara awal kepada keluarga pasien, diketahui adanya keluhan masyarakat mengenai ketidakpuasan tentang pelayanan yang diberikan Instalasi Gawat Darurat (IGD) Rumah Sakit dr.Sobirin, baik dari segi fasilitas/sarana dan prasarana, SDM, maupun prosedur pelayanan yang belum optimal. Dari segi fasilitas sarana dan prasarana diketahui belum sesuai dengan kebutuhan pasien, dimana IGD RS dr.Sobirin belum memiliki ruang khusus triase, ruang resusitasi dan ruang observasi pasien atau dengan kata lain ruangan tersebut masih bergabung dan hanya bisa memuat 3 tempat tidur, belum memiliki area parkir ambulance yang bisa menampung lebih dari 2 ambulance, serta luas bangunan IGD belum sesuai terkhusus untuk penanganan korban massal atau bencana. Hal ini memberikan gambaran mengenai persyaratan utilitas bangunan yang memenuhi persyaratan keselamatan, kesehatan, kenyamanan dan kemudahan belum terpenuhi. Sedangkan pengunjung maupun pasien IGD selalu datang dalam keadaan tergesa-gesa dan mengalami kepanikan yang memerlukan pengaturan alur pasien yang baik dan tidak boleh memungkinkan terjadinya infeksi silang (cross infection).

Pasien yang masuk ke IGD rumah sakit tentunya butuh pertolongan yang cepat dan tepat. Selain itu pelayanan kegawatdaruratan yang memuaskan tidak lepas dari ketersediaan fasilitas di IGD yang mencakup alat dan instrumen, obat-obatan, dan ketersediaan sumber daya manusia dengan jumlah dan kompetensi

yang memadai sesuai dengan standar yang telah ditentukan sehingga kecacatan dan atau kematian dapat dieliminasi. Berdasarkan data dari bidang rekam medis mengenai angka kematian di Instalasi Gawat Darurat rumah sakit dr. Sobirin kabupaten Musi Rawas tahun 2016 masih tinggi yaitu sebagai berikut :

Tabel 1.1
Angka Kematian di Instalasi Gawat Darurat Rumah Sakit dr. Sobirin
Kabupaten Musi Rawas Tahun 2016

No	Bulan	Jumlah DOA	Jumlah Kematian di IGD	Total	Jumlah Pasien	ket
1	Januari	9	4	13	1.351	
2	Februari	5	1	6	1.196	
3	Maret	9	2	11	1.221	
4	April	2	1	3	1.056	
5	Mei	2	5	7	1.202	
6	Juni	5	4	9	923	
7	Juli	7	1	8	1.218	
8	Agustus	4	6	10	1.014	
9	September	10	3	13	945	
10	Oktober	9	3	12	1.035	
11	November	3	1	4	1.014	
12	Desember	8	5	13	1.051	
Jumlah		78	36	109	13.226	

Sumber : Rekam Medis Rumah Sakit dr. Sobirin Kabupaten Musi Rawas.

Pada tabel 1.1, dapat dilihat bahwa angka kematian di Instalasi Gawat Darurat pada tahun 2016 masih tinggi yaitu sebanyak 36 orang dari 13,226 pasien. Padahal standar pelayanan minimal kematian di igd dua per seribu, artinya dikatakan baik apabila dari seribu pasien gawat darurat yang meninggal di IGD hanya 2 orang. Hal ini menunjukkan bahwa pelayanan kegawatdaruratan di IGD

Rumah Sakit dr. Sobirin Kabupaten Musi Rawas belum optimal yang berdampak buruk terhadap pelayanan rumah sakit dr.Sobirin serta dapat menimbulkan ketidakpercayaan masyarakat.

Belum optimalnya pelayanan di IGD juga berkaitan dengan ruang perawatan rawat inap yang sering penuh, sehingga pasien yang telah diberikan pertolongan kegawatdaruratan dan membutuhkan ruang perawatan rawat inap harus menunggu lama di IGD yaitu lebih dari tiga jam bahkan ada yang lebih satu hari baru mendapat kamar atau ruangan rawat inap. Tempat menunggu pasien tersebut adalah lorong di IGD yang tidak layak untuk menjadi ruang perawatan. Selain sempit dan bising lorong tersebut merupakan akses keluar masuk pasien ke ruang radiologi dan farmasi yang mengakibatkan ketidaknyamanan dan ketidakpuasan pasien terhadap pelayanan di IGD.

Gambar 1.1
Lorong di IGD yang menjadi ruang perawatan



Sumber : Observasi lapangan

Keberhasilan yang diperoleh suatu layanan kesehatan dalam meningkatkan kualitas pelayanannya sangat berhubungan erat dengan kepuasan pasien. Karena kualitas pelayanan merupakan penentu kepuasan pelanggan, peneliti memprediksi ketidakpuasan masyarakat dan belum optimalnya pelayanan di Instalasi Gawat

Darurat (IGD) Rumah Sakit dr.Sobirin Kabupaten Musi Rawas dikarenakan standar pelayanan yang telah ditetapkan melalui Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 856 Tahun 2009 belum optimal. Oleh sebab itu maka peneliti tertarik untuk meneliti lebih lanjut sebagai suatu karya ilmiah dalam bentuk tesis dengan judul “Implementasi standar pelayanan gawat darurat di rumah sakit Dr.Sobirin kabupaten Musi Rawas.

B. Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang diatas, maka rumusan permasalahannya adalah Standar pelayanan di Instalasi Gawat Darurat Rumah Sakit dr.Sobirin Kabupaten Musi Rawas belum optimal.

C. Pertanyaan Penelitian

1. Bagaimanakah implementasi standar pelayanan Instalasi Gawat Darurat di Rumah Sakit Dr.Sobirin Kabupaten Musi Rawas.?
2. Faktor-faktor apa yang menghambat implementasi standar pelayanan instalasi gawat darurat di Rumah Sakit Dr.Sobirin Kabupaten Musi Rawas?

D. Tujuan penelitian

Penelitian ini memiliki tujuan sebagai berikut :

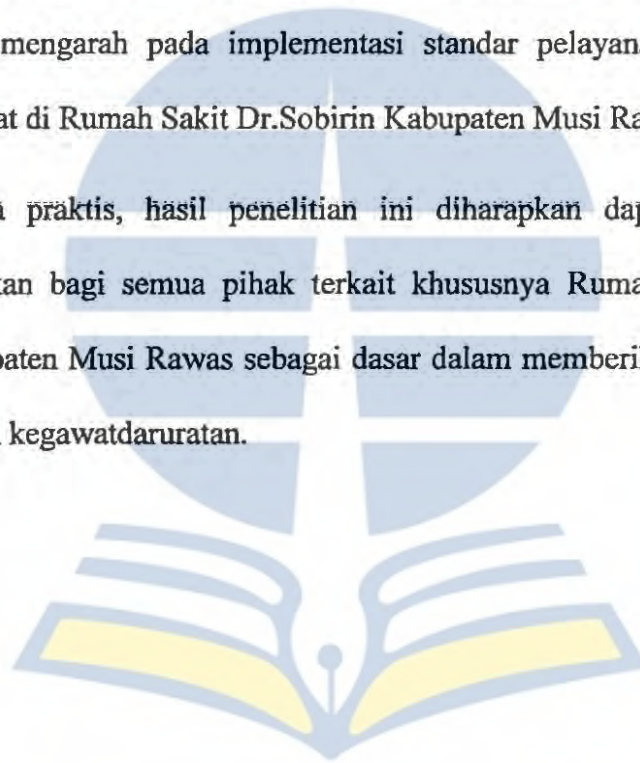
1. Untuk menganalisis bagaimana implementasi standar pelayanan instalasi gawat darurat di Rumah Sakit Dr.Sobirin Kabupaten Musi Rawas

2. Untuk menganalisis faktor-faktor apa yang mempengaruhi implementasi standar pelayanan instalasi gawat darurat di Rumah Sakit Dr.Sobirin Kabupaten Musi Rawas.

D. Manfaat penelitian

Manfaat yang didapat dari hasil penelitian ini adalah:

1. Secara teoritis, penelitian ini diharapkan menjadi bahan studi dan menjadi salah satu sumbangsih pemikiran ilmiah dalam melengkapi kajian-kajian yang mengarah pada implementasi standar pelayanan Instalasi Gawat Darurat di Rumah Sakit Dr.Sobirin Kabupaten Musi Rawas.
2. Secara praktis, hasil penelitian ini diharapkan dapat menjadi bahan masukan bagi semua pihak terkait khususnya Rumah Sakit Dr.Sobirin Kabupaten Musi Rawas sebagai dasar dalam memberikan pelayanan pada pasien kegawatdaruratan.



BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Landasan Teori

Implementasi Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 856 Tahun 2009 tentang standar pelayanan instalasi gawat darurat merupakan suatu yang berkenaan dengan kebijakan publik khususnya dari aspek implementasi peraturan pemerintah, oleh karena itu teori utama yang akan dijadikan landasan adalah teori implementasi kebijakan publik.

Menurut Carl Friedrich dalam Winano (2014 :20-21) kebijakan adalah serangkaian konsep tindakan yang diusulkan oleh seorang atau sekelompok orang atau pemerintah dalam suatu lingkungan tertentu dengan menunjukkan hambatan-hambatan dan peluang terhadap pelaksanaan usulan tersebut dalam rangka mencapai tujuan tertentu.

Sedangkan Thomas R. Dye dalam suwitri, Hartuti, dan Kismartini (2014 : 1.7) mengemukakan kebijakan publik sebagai “apapun pilihan pemerintah untuk melakukan atau tidak melakukan”. Kata publik dalam kebijakan publik mengandung pengertian bahwa “Kebijakan tersebut berasal dari publik, disusun oleh publik dan berlaku untuk publik” dengan demikian kebijakan publik sangat erat berhubungan dengan kepentingan publik. Senada dengan definisi ini Harold Laswell dan Abraham Kaplan dalam Suwitri (2014 : 1.9) mendefinisikan kebijakan publik / *publik policy* sebagai “suatu program pencapaian tujuan , nilai-nilai dan praktik-praktik yang terarah”.

Dari beberapa definisi di atas kita bisa melihat bahwa kebijakan publik memiliki kata kunci “tujuan”, “nilai-nilai”, dan “praktik”. Kebijakan publik selalu

memiliki tujuan, seperti kebijakan pemerintah untuk menertibkan standar pelayanan instalasi gawat darurat dengan mengeluarkan peraturan menteri.

Dunn dalam Winarno (2014 : 35-36) menyatakan bahwa tahap-tahap kebijakan publik adalah sebagai berikut :

- Tahap penyusunan agenda : para pejabat yang dipilih dan diangkat menempatkan masalah pada agenda publik.
- Tahap formulasi kebijakan : masalah yang telah masuk ke agenda kebijakan kemudian dibahas oleh para pembuat kebijakan.
- Tahap adopsi kebijakan : dari sekian banyak alternatif kebijakan yang ditawarkan oleh para perumus kebijakan, pada akhirnya salah satu dari alternatif kebijakan tersebut diadopsi dengan dukungan dari mayoritas legislatif, konsensus antara direktur lembaga atau keputusan pengadilan.
- Tahap implementasi kebijakan hanya akan menjadi catatan-catatan elite, jika program tersebut tidak diimplementasikan.
- Tahap evaluasi kebijakan : pada tahap ini kebijakan yang telah dijalankan akan dinilai atau dievaluasi, untuk melihat sejauh mana kebijakan yang dibuat telah mampu memecahkan masalah.

Menurut Mulyadi.D, (2016 : 3) Kebijakan publik merupakan suatu proses formulasi, implementasi dan evaluasi kebijakan yang berkesinambungan dan saling terkait, yang dilakukan oleh pemerintah dengan stakeholder dalam mengatur, mengelola dan menyelesaikan berbagai urusan publik, masalah publik dan sumber daya yang ada untuk kemaslahatan publik. Dari ketiga proses tersebut, tahapan implementasi dan evaluasi kebijakan publik merupakan hal yang sangat penting dilakukan. Hal ini bertujuan bahwa setiap kebijakan publik yang dihasilkan harus betul-betul bisa diimplementasikan dalam kehidupan bermasyarakat dan kemudian dilakukan evaluasi melalui upaya untuk menilai secara kritis dan cerdas terhadap kebijakan publik mencapai tujuan, sasaran dan dampak yang diharapkan dari kebijakan publik tersebut.

B. Implementasi Kebijakan Publik

Kebijakan publik merupakan produk hukum yang diperoleh melalui proses kegiatan atau tindakan yang bersifat administratif, ilmiah dan politis yang dibuat oleh pembuat kebijakan (policy maker) dan pemangku kebijakan terkait. Sebuah kebijakan publik mempunyai tujuan untuk mengatur, mengelola, dan memecahkan suatu masalah publik tertentu untuk kepentingan bersama. Suatu kebijakan publik bukan hanya proses formulasi melegitimasi kebijakan saja, tetapi terkait dengan implementasi dan evaluasinya. Sebaik apapun suatu substansi kebijakan publik yang dibuat atau diformulasikan, tidak akan berguna jika tidak terimplementasikan dengan baik. (Mulyadi.D, 2016: 45)

Implementasi kebijakan adalah penerapan apa yang diamanahkan oleh suatu kebijakan secara baik dan benar dalam rangka mencapai tujuan kebijakan tersebut (Alfatih 2010 : 15). Rafly dan Franklin dalam Winarno (2014 :148) berpendapat bahwa implementasi adalah apa yang terjadi setelah undang-undang ditetapkan yang memberikan otoritas program, kebijakan, keuntungan (*benefit*), atau suatu jenis keluaran yang nyata (*tangible output*). Implementasi mencakup tindakan-tindakan oleh berbagai aktor, khususnya para birokrat yang dimaksudkan untuk membuat program berjalan.

Menurut Agus Erwin P. Dan Ratih DS. dalam bukunya Implementasi Kebijakan Publik (2015 : 21), Implementasi intinya adalah kegiatan untuk mendistribusikan keluaran kebijakan (*to deliver policy output*) yang dilakukan para implementator kepada kelompok sasaran (*target group*) sebagai upaya untuk mewujudkan tujuan kebijakan. Sedangkan menurut Grindle dalam Mulyadi.D, (2016 :47) menyatakan bahwa implementasi adalah proses umum tindakan

administratif yang dapat diteliti pada tingkat program tertentu. Senada dengan definisi ini Budi Winarno dalam bukunya Kebijakan Publik Era Globalisasi (2016 : 134) mengemukakan bahwa implementasi merupakan tahap dari proses kebijakan segera setelah penetapan undang-undang, dimana berbagai aktor, organisasi, prosedur, dan teknik bekerja bersama-sama untuk menjalankan kebijakan dalam upaya untuk meraih tujuan-tujuan kebijakan atau program-program.

Dari pengertian implementasi yang dikemukakan di atas, dapat dikatakan bahwa implementasi merupakan proses untuk melaksanakan ide, proses atau seperangkat aktivitas baru dengan harapan orang lain dapat menerima dan melakukan penyesuaian dalam tubuh birokrasi demi terciptanya suatu tujuan yang bisa tercapai dengan jaringan pelaksana yang bisa dipercaya.

Ripley dan Franklin 1986 didalam Wayne Parsons (2014 : 482) mengatakan bahwa keberhasilan implementasi relatif tidak sulit apabila kebijakannya bersifat distributif, kebijakan regulatifnya moderat, dan kebijakan redistributifnya rendah. Istilah implementasi menunjuk pada sejumlah kegiatan yang mengikuti pernyataan maksud tentang tujuan-tujuan program dan hasil-hasil yang diinginkan oleh para pejabat pemerintah. Dapat dikatakan bahwa implementasi adalah bukan sekedar aktivitas, tetapi suatu kegiatan yang terencana dan dilakukan secara sungguh-sungguh berdasarkan acuan norma tertentu untuk mencapai tujuan kegiatan. Oleh karena itu implementasi tidak berdiri sendiri tetapi dipengaruhi oleh objek berikutnya.

Kebijakan publik pada dasarnya memberikan pelayanan, melakukan pengaturan distribusi harta benda dan kekayaan negara, menggali sumber daya

alam untuk mobilisasi dana pada pengeluaran negara, melaksanakan kegiatan pelayanan dan perlindungan kepada masyarakat dan lain sebagainya. Sedangkan administrasi publik merupakan suatu proses yang melibatkan beberapa orang dengan berbagai keahlian dan kecakapan untuk melaksanakan kebijakan-kebijakan pemerintah (Pfiffner dan Presthus dalam Sundarso, 2014 : 1.17).

Proses implementasi baru akan dimulai apabila tujuan dan sasaran telah ditetapkan, program kegiatan telah tersusun dan dana telah siap dan telah disalurkan untuk mencapai sasaran. Menurut Mulyadi.D, (2016 : 50) Keberhasilan kebijakan atau program dikaji berdasarkan perspektif proses implementasi dan prespektif hasil. Pada perspektif proses, program pemerintah dikatakan berhasil jika pelaksanaannya sesuai dengan petunjuk dan ketentuan pelaksanaan yang dibuat oleh pembuat program yang mencakup antara lain cara pelaksanaa, agen pelaksana, kelompok sasaran dan manfaat program. Sedangkan pada perspektif hasil, program dapat dinilai berhasil manakala program membawa dampak seperti yang diinginkan. Suatu program bisa saja berhasil dilihat dari sudut proses, akan tetapi bisa saja gagal jika ditinjau dari dampak yang dihasilkannya.

Studi implementasi kebijakan publik merupakan kajian mengenai studi kebijakan-kebijakan yang mengarah pada proses implementasi dari suatu kebijakan. Dalam prakteknya implementasi kebijakan publik merupakan suatu proses yang begitu kompleks bahkan tidak jarang bermuatan politis dengan adanya intervensi berbagai kepentingan (Agustino. L, 2008:138).

Menurut Wahyu dan Nurharjadm dalam Mulyadi.D (2016 : 50) Studi implementasi merupakan studi untuk mengetahui proses implementasi, tujuan

utama proses implementasi itu sendiri untuk memberi umpan balik pada pelaksanaan kebijakan dan juga untuk mengetahui apakah proses pelaksanaan telah sesuai dengan rancana atau standar yang telah ditetapkan, selanjutnya untuk mengetahui hambatan dan problem yang muncul dalam proses implementasi.

Berdasarkan uraian tersebut di atas dapat disimpulkan bahwa implementasi kebijakan publik merupakan suatu proses yang dinamis, dimana pelaksana kebijakan melakukan suatu aktivitas atau kegiatan, sehingga pada akhirnya akan mendapatkan suatu hasil yang sesuai dengan tujuan atau sasaran kebijakan itu sendiri.

Kebijakan yang telah ditetapkan oleh Pemerintah, perlu dilaksanakan atau diimplementasikan untuk mewujudkan keteraturan dan ketertiban dalam masyarakat, termasuk kebijakan publik yang ditetapkan oleh menteri kesehatan, bentuk kebijakan publik yang penulis teliti ini adalah peraturan menteri, namun karena tidak ada teori yang mengatakan “implementasi peraturan menteri” dan yang ada hanya implementasi kebijakan publik maka implementasi inilah yang penulis teliti, namun kebijakan publik ini belum terlaksana secara maksimal dalam menertibkan standar pelayanan instalasi gawat darurat.

C. Standar Pelayanan Instalasi Gawat Darurat

Fokus utama kebijakan publik adalah pelayanan publik, yang merupakan segala bentuk jasa pelayanan, baik dalam bentuk barang maupun jasa publik yang pada prinsipnya menjadi tanggung jawab dan dilaksanakan oleh negara untuk mempertahankan atau meningkatkan kualitas kehidupan orang banyak. Dalam pelaksanaannya, kebijakan pelayanan publik ini harus diturunkan dalam

serangkaian petunjuk pelaksanaan dan petunjuk teknis yang berlaku internal dalam birokrasi. Sedangkan dari sisi masyarakat yang penting adanya standar pelayanan publik yang menjabarkan pada masyarakat apa pelayanan yang menjadi haknya, siapa yang bisa mendapatkannya, apa persyaratannya dan juga bagaimana bentuk layanan itu. (Mulyadi.D, 2016 : 191)

Kotler dalam Napitupulu P. (2007 : 163) Mendefinisikan pelayanan adalah setiap tindakan atau kegiatan yang dapat ditawarkan oleh suatu pihak kepada pihak lain, yang pada dasarnya tidak berwujud dan tidak mengakibatkan kepemilikan apapun. Sedangkan Sadu warsistiono dalam Hardianyah (2011 : 11) Pelayanan publik adalah pemberi jasa baik oleh pemerintah ataupun pihak swasta kepada masyarakat, dengan atau tanpa pembayaran guna memenuhi kebutuhan dan atau kepentingan masyarakat. Menurut Hardiansyah (2011 : 15) pelayanan publik dapat diartikan sebagai pemberi layanan (melayani) keperluan orang atau masyarakat yang mempunyai kepentingan pada organisasi itu sesuai dengan aturan pokok dan tata cara yang telah ditetapkan.

Dari beberapa definisi di atas kita bisa melihat bahwa pelayanan publik memiliki kata kunci “melayani”, “kepentingan”, “masyarakat” dan “aturan”. Pemerintahan moderen pada hakekatnya adalah pelayanan kepada masyarakat. Tugas pelayanan lebih menekankan kepada mendahulukan kepentingan umum, mempermudah urusan publik dan mempersingkat waktu proses urusan publik.

Standar Pelayanan adalah tolok ukur yang dipergunakan sebagai pedoman penyelenggaraan pelayanan dan acuan penilaian kualitas pelayanan sebagai kewajiban dan janji penyelenggara kepada masyarakat dalam rangka pelayanan yang berkualitas, cepat, mudah, terjangkau, dan terukur (UU No.25 tahun 2009).

Setiap penyelenggaraan pelayanan publik harus memiliki standar pelayanan dan dipublikasikan sebagai jaminan adanya kepastian bagi penerima pelayanan. Standar pelayanan adalah ukuran yang diberlakukan dalam penyelenggaraan pelayanan yang wajib ditaati oleh pemberi dan atau penerima pelayanan. Menurut Bharata dalam Mulyadi.D (2016 : 195) ada empat unsur penting dalam proses pelayanan publik, yaitu :

1. Penyedia layanan, yaitu pihak yang dapat memberikan suatu layanan tertentu kepada konsumen, baik berupa layanan dalam bentuk penyediaan dan penyerahan barang (goods) atau jasa-jasa (services).
2. Penerima layanan, yaitu mereka yang disebut sebagai konsumen (customer) atau customer yang menerima berbagai layanan dari penyedia layanan.
3. Jenis layanan, yaitu layanan yang dapat diberikan oleh penyedia layanan kepada pihak yang membutuhkan layanan.
4. Kepuasan pelanggan, dalam memberikan layanan penyedia layanan harus mengacu pada tujuan utama pelayanan, yaitu kepuasan pelanggan. Hal ini sangat penting dilakukan karena tingkat kepuasan yang diperoleh para pelanggan itu biasanya sangat berkaitan erat dengan standar kualitas barang dan atau jasa yang mereka nikmati.

Setiap orang mengharapkan pelayanan yang unggul, yaitu suatu sikap atau cara pegawai dalam melayani pelanggan secara memuaskan. Pelayanan publik yang profesional, artinya pelayanan publik yang dicirikan oleh adanya akuntabilitas dan tanggung jawab dari pemberi layanan (aparatur pemerintah) yang efektif dalam pencapaian tujuan dan sasaran. Bila jasa/layanan yang diterima (perceived service) sesuai dengan yang diharapkan, maka kualitas jasa/layanan yang dipersepsikan baik dan memuaskan. Jika jasa yang diterima melampaui harapan pelanggan, maka kualitas jasa dipersepsikan sebagai kualitas yang ideal. Sebaliknya bila jasa/layanan yang diterima lebih rendah dari pada diharapkan, maka kualitas/layanan akan dipersepsikan buruk.

Dalam pelaksanaannya Standar Pelayanan menjadi sebuah acuan bagi para pelaksana pelayanan publik sebagai standar dalam melaksanakan pelayanan. Selain itu standar pelayanan yang telah disusun dan ditetapkan oleh unit pelayanan publik harus dipublikasikan kepada masyarakat, baik melalui media cetak maupun media elektronik sehingga semua masyarakat yang ingin mendapatkan pelayanan mempunyai gambaran jelas mengenai bagaimana keadaan pelayanan di tempat tersebut, tentang mekanisme, prosedur, waktu pelayanan, biaya, dan berbagai hal lain yang disediakan oleh unit pelayanan publik. Dengan dipublikasikannya standar pelayanan, masyarakat bisa mengetahui baik buruknya pelayanan yang diberikan, dan apabila pelayanan tidak sesuai dengan Standar Pelayanan yang dipublikasikan, masyarakat berhak untuk protes atau melaporkan unit pelayanan publik yang bersangkutan, baik kepada unit pengawasan maupun melalui layanan pengaduan yang disediakan unit tersebut.

Instalasi Gawat Darurat adalah unit pelayanan di rumah sakit yang memberikan pelayanan pertama pada pasien dengan ancaman kematian dan kecacatan secara terpadu dengan melibatkan berbagai multi disiplin. Menurut Musliha, (2010 : 37) Pelayanan gawat darurat merupakan pelayanan yang ditujukan kepada pasien gawat darurat yaitu pasien yang tiba-tiba berada dalam keadaan gawat atau akan menjadi gawat dan terancam nyawanya atau anggota badannya (akan menjadi cacat) bila tidak mendapat pertolongan secara cepat dan tepat.

Pelayanan Instalasi Gawat Darurat adalah bagian dari pelayanan kedokteran yang dibutuhkan oleh penderita dalam waktu segera untuk menyelamatkan kehidupannya (life saving). Ada beberapa hal yang membuat situasi di IGD menjadi khas, diantaranya adalah pasien yang perlu penanganan

cepat walaupun riwayat kesehatannya belum jelas. Sistem pelayanan yang diberikan menggunakan sistem triage, dimana pelayanan diutamakan bagi pasien dalam keadaan darurat (emergency) bukan berdasarkan antrian.'

Kementerian Kesehatan telah mengeluarkan kebijakan mengenai Standar pelayanan Instalasi Gawat Darurat (IGD) Rumah Sakit yang tertuang dalam Kepmenkes RI No. 856/Menkes/SK/IX/2009 yang telah disesuaikan dengan situasi dan kondisi perumahsakit di Indonesia. diantaranya mengatur tentang :

a. Prinsip umum pelayanan IGD di rumah sakit, adalah :

- 1). Setiap Rumah Sakit wajib memiliki pelayanan gawat darurat yang memiliki kemampuan : melakukan pemeriksaan awal kasus-kasus gawat darurat dan melakukan resusitasi dan stabilisasi (life saving).
- 2). Pelayanan di Instalasi Gawat Darurat Rumah Sakit harus dapat memberikan pelayanan 24 jam dalam sehari dan tujuh hari dalam seminggu.
- 3). Berbagai nama untuk instalasi/unit pelayanan gawat darurat di rumah sakit diseragamkan menjadi Instalasi Gawat Darurat (IGD).
- 4). Rumah Sakit tidak boleh meminta uang muka pada saat menangani kasus gawat darurat.
- 5). Pasien gawat darurat harus ditangani paling lama 5 (lima) menit setelah sampai di IGD.
- 6). Organisasi IGD didasarkan pada organisasi multidisiplin, multiprofesi dan terintegrasi struktur organisasi fungsional (unsur pimpinan dan unsur pelaksana)
- 7). Setiap Rumah sakit wajib berusaha untuk menyesuaikan pelayanan gawat daruratnya minimal sesuai dengan klasifikasi.

b. Klasifikasi Pelayanan Instalasi Gawat Darurat Level II sebagai Standar minimal untuk Rumah Sakit Kelas C

c. Jenis pelayanan.

d. Sumber Daya Manusia

e. Ketentuan Umum Fisik Bangunan

f. Ketentuan Umum Sarana

g. Ketentuan Umum Fasilitas / Prasarana Medis dan obat-obatan sesuai dengan tipe/kelas IGD.

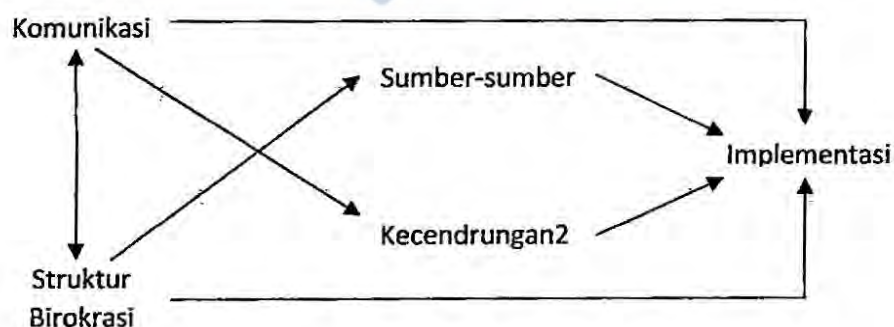
D. Teori-teori Implementasi Kebijakan Publik

1. Menurut Edward

Menurut Edwards, (1980) dalam Winarno (2014:177) studi implementasi kebijakan adalah krusial bagi *publik administration* dan *publik policy*. Implementasi kebijakan adalah salah satu tahap kebijakan publik, antara pembentukan kebijakan dan konsekuensi-konsekuensi kebijakan bagi masyarakat yang dipengaruhinya. Jika suatu kebijakan tidak tepat dapat mengurangi masalah yang merupakan sasaran dari kebijakan, maka kebijakan itu mungkin akan mengalami kegagalan sekalipun kebijakan itu diimplementasikan dengan sangat baik, sementara itu suatu kebijakan yang telah direncanakan dengan sangat baik, mungkin juga akan mengalami kegagalan, jika kebijakan tersebut kurang diimplementasikan dengan baik oleh para pelaksana kebijakan.

Dalam mengkaji implementasi kebijakan ada empat faktor atau variabel krusial dalam implementasi kebijakan publik. Faktor-faktor atau variabel-variabel tersebut adalah komunikasi, sumber-sumber, kecenderungan-kecenderungan dan struktur birokrasi.

Gambar 2.1
Dampak Langsung dan Tidak Langsung pada Implementasi



Sumber : Edward III dalam Winarno (2014:211)

Gambar 2.1 menjelaskan interaksi-interaksi tujuan singkat dari beberapa hubungan dari faktor-faktor peranan mereka dalam proses implementasi.

a. Komunikasi

Menurut Edwards dalam Winarno (2014:178) ada tiga hal penting dalam proses komunikasi kebijakan, yakni transmisi, konsistensi dan kejelasan (*clarity*). Menurut Edwards dalam Winarno (2014:178) persyaratan pertama bagi implementasi kebijakan yang efektif adalah bahwa mereka yang melaksanakan keputusan harus mengetahui apa yang harus mereka lakukan. Keputusan-keputusan kebijakan dan perintah-perintah harus diteruskan kepada personil yang tepat sebelum keputusan-keputusan dan perintah-perintah itu dapat diikuti, tentu saja komunikasi-komunikasi harus akurat dan harus dimengerti dengan cermat oleh para pelaksana. Akan tetapi banyak hambatan-hambatan yang menghadang transmisi komunikasi-komunikasi pelaksanaan dan hambatan-hambatan ini mungkin menghalangi pelaksanaan kebijakan.

b. Sumber-sumber

Menurut Edward dalam Winarno (2014;184-191) perintah-perintah implementasi mungkin diteruskan secara cermat, jelas dan konsisten, tetapi jika para pelaksana kekurangan sumber-sumber yang diperlukan untuk melaksanakan kebijakan-kebijakan, maka implementasi inipun cenderung tidak efektif. Dengan demikian sumber-sumber dapat merupakan faktor yang penting dalam melaksanakan kebijakan publik. Sumber-sumber penting tersebut adalah :

1). Staf; sumberdaya utama dalam implementasi kebijakan adalah staf.

Kegagalan yang sering terjadi dalam implementasi kebijakan salah satunya

disebabkan oleh karena staf yang tidak mencukupi, memadai, ataupun tidak kompeten di bidangnya. Penambahan jumlah staf dan implementor saja tidak cukup, tetapi diperlukan juga kecukupan staf dengan keahlian dan kemampuan yang diperlukan (kompeten dan kapabel) dalam mengimplementasikan kebijakan atau melaksanakan tugas yang diinginkan oleh kebijakan itu sendiri.

- 2). Informasi; dalam implementasi kebijakan, informasi mempunyai dua bentuk, yaitu pertama informasi yang berhubungan dengan cara melaksanakan kebijakan. Implementor harus mengetahui apa yang harus mereka lakukan saat mereka diberi perintah. Kedua, informasi mengenai data kepatuhan dari para pelaksana terhadap peraturan dan regulasi pemerintah yang telah ditetapkan. Implementer harus mengetahui apakah orang yang terlibat di dalam pelaksanaan kebijakan tersebut patuh terhadap hukum.
- 3). Wewenang; pada umumnya kewenangan harus bersifat formal agar perintah dapat dilaksanakan. Kewenangan merupakan otoritas atau legitimasi bagi para pelaksana dalam melaksanakan kebijakan yang ditetapkan secara politik. Ketika wewenang nihil, maka kekuatan para implementor dimata publik tidak terlegitimasi, sehingga dapat menggagalkan proses implementasi kebijakan. Tetapi dalam konteks yang lain, ketika wewenang formal tersebut ada, maka sering terjadi kesalahan dalam melihat efektivitas kewenangan. Disatu pihak, efektivitas akan menyusut manakala wewenang diselewengkan oleh para pelaksana demi kepentingannya sendiri atau demi kepentingan kelompoknya.

- 4). Fasilitas; fasilitas fisik juga merupakan faktor penting dalam implementasi kebijakan. Implementor mungkin memiliki staf yang mencukupi, mengerti apa yang harus dilakukan dan memiliki wewenang untuk melaksanakan tugasnya, tetapi tanpa adanya fasilitas pendukung (sarana dan prasarana) maka implementasi kebijakan tersebut tidak akan berhasil.

c. Kecenderungan-kecenderungan

Menurut Edwards dalam Winarno (2014:197) dampak dari kecenderungan-kecenderungan adalah banyaknya kebijakan masuk kedalam “zona ketidakacuhan”. Jika orang diminta untuk melaksanakan perintah-perintah yang tidak mereka setujui, maka kesalahan-kesalahan yang tidak dapat dielakkan terjadi, yakni antara keputusan-keputusan kebijakan dan pencapaian kebijakan. Dalam kasus-kasus seperti ini, maka para pelaksana kebijakan akan menggunakan keleluasaan dan kadang-kadang dengan cara-cara yang halus untuk menghambat implementasi.

Menurut Winarno (2014:199) penyebab munculnya perbedaan antara para pembuat keputusan puncak dan mendorong ketidakefektifan implementasi kebijakan adalah :

- 1). Pengangkatan birokrat; disposisi atau sikap pelaksana akan menimbulkan hambatan-hambatan yang nyata terhadap implementasi kebijakan apabila personil yang ada tidak melaksanakan kebijakan-kebijakan yang diinginkan oleh pejabat-pejabat tinggi. Karena itu, pemilihan dan pengangkatan personil pelaksana kebijakan haruslah orang-orang yang memiliki dedikasi pada kebijakan yang telah ditetapkan.

- 2). Insentif; menurut Edward dalam Winarno menyatakan bahwa salah satu teknik yang disarankan untuk mengatasi masalah kecenderungan para pelaksana adalah dengan memanipulasi insentif. Oleh karena itu, pada umumnya orang bertindak menurut kepentingan mereka sendiri, maka memanipulasi insentif oleh para pembuat kebijakan mempengaruhi tindakan para pelaksana kebijakan. Dengan cara menambah keuntungan atau biaya tertentu mungkin akan menjadi faktor pendorong yang membuat para pelaksana kebijakan melaksanakan perintah dengan baik. Hal ini dilakukan sebagai upaya memenuhi kepentingan pribadi (self interest) atau organisasi.

d. Struktur birokrasi.

Dua karakteristik, menurut Edwards dalam Winarno (2014), yang dapat mendongkrak kinerja struktur birokrasi/organisasi kearah yang lebih baik, yaitu dengan melakukan :

- 1). Standar Operating Procedures (SOP): adalah suatu kegiatan rutin yang memungkinkan para pegawai (atau pelaksana kebijakan / administrator / birokrat) untuk melaksanakan kegiatan-kegiatannya setiap hari sesuai dengan standar yang ditetapkan atau standar minimum yang dibutuhkan.
- 2). Fragmentasi; adalah upaya penyebaran tanggungjawab kegiatan-kegiatan atau aktivitas-aktivitas pegawai diantara beberapa unit kerja.

Kebijakan yang begitu kompleks menuntut adanya kerjasama banyak orang, ketika stuktur birokrasi tidak kondusif pada kebijakan yang tersedia, maka hal ini akan menyebabkan sumber daya-sumber daya menjadi tidak efektif dan menghambat jalannya kebijakan. Birokrasi sebagai pelaksana

sebuah kebijakan harus dapat mendukung kebijakan yang telah diputuskan secara politik dengan jalan melakukan koordinasi dengan baik.

2. Model Ripley and Farnklin

Menurut Ripley and Franklin dikutip dari Agus Erwin dan Ratih DS (2015 : 68-69) Implementasi dapat dilihat dari dua perspektif sebagaimana ia jelaskan; "Implementation studies have two major foci: "compliance" and "what's happening?". Perspektif pertama (compliance perspective) memahami keberhasilan implementasi dalam arti sempit yaitu sebagai kepatuhan para implementer dalam melaksanakan kebijakan yang tertuang dalam dokumen kebijakan (dalam bentuk undang-undang, peraturan pemerintah atau program). Dengan cara pandang yang demikian studi implementasi yang menggunakan perspektif ini juga ingin mengetahui kepatuhan para bawahan dalam menjalankan perintah yang diberikan oleh para atasan sebagai upaya untuk melaksanakan suatu kebijakan. Perspektif ini berangkat dari pertanyaan: Apakah implementer mematuhi prosedur yang telah ditetapkan?, Apakah pelaksanaan kegiatan sesuai dengan jadwal yang telah disusun?, Apakah kelompok sasaran yang dijangkau sesuai dengan kriteria yang ditetapkan oleh kebijakan? Apakah kualitas keluaran kebijakan yang disampaikan kepada kelompok sasaran sesuai standar yang ditetapkan oleh kebijakan? Apakah implementer tidak melanggar larangan-larangan yang telah dibuat? Dan seterusnya.

Perspektif kepatuhan boleh dikatakan sangat kental dipengaruhi oleh pandangan yang melihat keberhasilan implementasi sangat ditentukan oleh persoalan pengelolaan urusan administrasi dan manajemen. Dengan pandangan

yang demikian maka keberhasilan implementasi secara 'mudah' dapat dilihat melalui serangkaian 'checklist' tentang apa yang harus dilakukan oleh para implementer dalam melakukan delivery berbagai policy output kepada kelompok sasaran. Keberhasilan mereka kemudian diukur dari ketepatan atau kemampuan mereka dalam mengikuti berbagai peraturan yang dibuat dalam bentuk 'checklist' tersebut.

Berbeda halnya dengan perspektif pertama, perspektif kedua tidak hanya memahami implementasi dari aspek kepatuhan para implementer kebijakan dalam mengikuti standart operating procedure (SOP) semata-mata. Perspektif kedua ini berusaha untuk memahami implementasi secara lebih luas. Pertanyaan untuk mengukur keberhasilan implementasi adalah : "What is it achieving? And Why or What's happening? And why?". Mengikuti pendapat Ripley tersebut maka ukuran keberhasilan implementasi tidak hanya dilihat dari segi kepatuhan para implementer dalam mengikuti SOP namun demikian juga diukur dari keberhasilan mereka dalam merealisasikan tujuan-tujuan kebijakan yang wujud nyatanya berupa munculnya dampak kebijakan. Artinya, kepatuhan para implementer dalam mengimplementasikan kebijakan sesuai SOP bukan satu-satunya alat ukur keberhasilan implementasi. Kepatuhan tersebut semestinya perlu dipandang sebagai kondisi yang harus dilalui (*necessary condition*) agar tujuan kebijakan dapat diwujudkan, bukan tujuan akhir dari implementasi itu sendiri. Pencapaian tujuan kebijakan tidak cukup hanya dengan mengikuti SOP saja akan tetapi akan sangat dipengaruhi oleh faktor yang lain seperti ketepatan instrumen kebijakan, kecukupan keluaran kebijakan, kualitas keluaran kebijakan, kecukupan keluaran kebijakan, kualitas keluaran kebijakan, dan lain-lain.

Jadi menurut teori Refley and franklin terdapat tiga cara yang dominan untuk mengetahui keberhasilan suatu implementasi, yaitu :

- a. Beberapa diskusi yang membahas tentang keberhasilan suatu implementasi, yaitu diukur dari tingkat kepatuhan (*compliance*)
- b. Bahwa keberhasilan implementasi ditandai dengan lancarnya rutinitas fungsi (*Smoothly function routines*)
- c. Bahwa keberhasilan suatu implementasi mengacu dan mengarah pada kinerja yang diinginkan (*desired performance*), dan dampak (*impact*) yang dikehendaki dari semua program yang ada.

3. Model Donald Van Metter and Carl Van Horn

Menurut Van Metter and Van Horn dalam Mulyadi.D (2016 : 72) ada enam variabel yang mempengaruhi kinerja implementasi yaitu :

- a. Standar dan sasaran Kebijakan

Standar dan sasaran kebijakan harus jelas dan terukur, sehingga tidak menimbulkan interpretasi yang dapat menyebabkan terjadinya komplik di antara para agen implementasi.

- b. Sumber daya

Kebijakan perlu didukung oleh sumber daya, baik sumber daya manusia maupun sumber daya non manusia. Manusia merupakan sumber daya yang terpenting dalam menentukan suatu keberhasilan proses implementasi. Tahap-tahap tertentu dari keseluruhan proses implementasi menuntut adanya sumber daya manusia yang berkualitas sesuai dengan pekerjaan yang diisyaratkan oleh kebijakan yang telah ditetapkan secara politik. Tetapi ketika kompetensi dan

kapabilitas dari sumber-sumber daya itu nihil, maka kinerja kebijakan publik sangat sulit untuk diharapkan.

Sumber daya lain yang perlu diperhitungkan juga ialah sumber daya finansial dan sumber daya waktu. Mau tak mau, ketika sumber daya manusia yang kompeten dan kapabel telah tersedia sedangkan kucuran dana melalui anggaran tidak tersedia, maka memang menjadi persoalan pelik untuk merealisasikan apa yang hendak dituju oleh tujuan kebijakan publik. Demikian dengan sumber daya waktu di mana saat sumber daya manusia giat bekerja dan kucuran berjalan dengan baik, tetapi terbentur dengan persoalan waktu yang ketat, maka hal ini dapat menjadi penyebab ketidakberhasilan implementasi kebijakan.

c. Komunikasi antar organisasi dan penguatan aktivitas.

Koordinasi merupakan mekanisme yang ampuh dalam implementasi kebijakan publik. Semakin baik koordinasi dan komunikasi diantara pihak-pihak yang terlibat dalam suatu proses implementasi, maka asumsinya kesalahan-kesalahan akan sangat kecil untuk terjadi, begitu pula sebaliknya.

d. Karakteristik Agen Pelaksana

Pusat perhatian pada agen pelaksana meliputi organisasi formal dan organisasi informal yang akan terlibat pengeimplementasian kebijakan publik. Hal ini sangat penting karena kinerja implementasi kebijakan publik sangat banyak dipengaruhi oleh cirri-ciri yang tepat serta cocok dengan para agen pelaksananya. Selain itu, cakupan atau luas wilayah implementasi kebijakan perlu juga diperhitungkan manakala hendak menentukan agen

pelaksana. Semakin luas cakupan implementasi kebijakan, maka seharusnya semakin besar pula agen yang terlibat.

e. Kondisi sosial, ekonomi dan politik.

Kondisi sosial, ekonomi dan politik mencakup sumber daya ekonomi lingkungan yang dapat mendukung keberhasilan implementasi kebijakan. sejauh mana lingkungan eksternal turut mendorong keberhasilan kebijakan publik yang telah ditetapkan. Lingkungan social, ekonomi, dan politik yang tidak kondusif dapat menjadi biang terjadi dari kegagalan kinerja implementasi kebijakan.

f. Disposition implementor.

Disposition implementor mencakup tiga hal penting yaitu :

- 1). Respon implementor terhadap kebijakan, yang akan mempengaruhi kemauanya untuk melaksanakan kebijakan.
- 2). Kognisi, yakni pemahamannya terhadap kebijakan.
- 3). Intensitas disposisi implementor yakni preferensi nilai yang dimiliki oleh implementor.

Sikap penerimaan atau penolakan dari agen pelaksana akan sangat banyak mempengaruhi keberhasilan atau tidaknya kinerja implementasi kebijakan publik. Hal ini sangat mungkin terjadi oleh karena kebijakan yang akan implementor laksanakan adalah kebijakan “dari atas” (top down) yang sangat mungkin para pengambil keputusannya tidak pernah mengetahuinya (bahkan tidak menyentuh) kebutuhan, keinginan, atau permasalahan yang warga ingin selesaikan.

Gambar 2.2
Model Implementasi Kebijakan Van Meter dan Van Horn



Sumber : Van Meter dan Van Horn dalam Mulyadi D (2016 : 73)

4. Menurut Merilee Serrill Grindle

Keberhasilan implementasi menurut Merilee S. Grindle dalam Mulyadi D (2016 : 66) dipengaruhi oleh isi kebijakan (*content of polici*) dan lingkungan kebijakan (*content of implementation*). Ide dasarnya adalah bahwa setelah kebijakan ditransformasikan, barulah implementasi kebijakan dilakukan. Keberhasilannya ditentukan oleh derajat implementability dari kebijakan tersebut.

Isi kebijakan tersebut mencakup hal-hal berikut :

1. Kepentingan yang terpengaruhi oleh kebijakan
2. Jenis manfaat yang dihasilkan
3. Derajat perubahan yang diinginkan
4. Kedudukan pembuat kebijakan
5. Siapa pelaksana program.

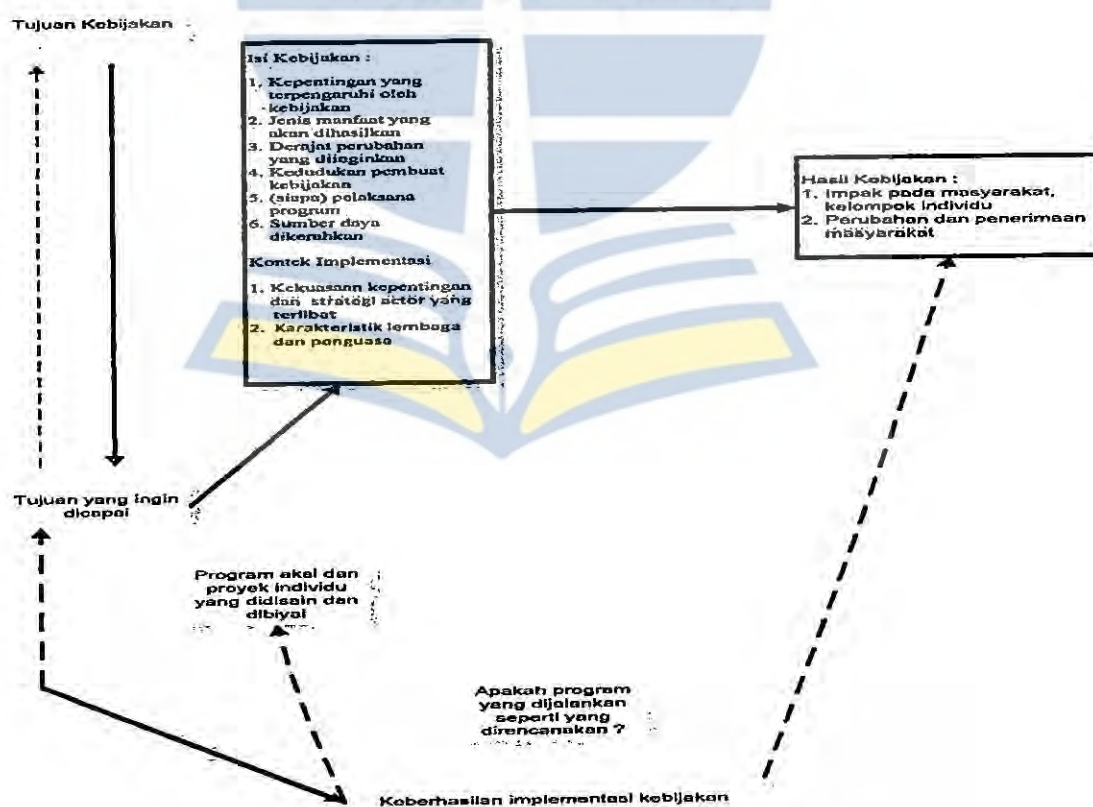
6. Sumber daya yang dikerahkan

Sedangkan lingkungan kebijakan (*context of implementation*) mencakup :

1. Kekuasaan, kepentingan dan strategi aktor yang terlibat
2. Karakteristik lembaga dan penguasa
3. Kepatuhan dan daya tanggap

Namun demikian, jika dicermati model Grindle dapat dipahami bahwa keunikan model ini terletak pada pemahamannya yang komprehensif akan konteks kebijakan, khususnya yang menyangkut dengan implementor, penerima implementasi, dan arena konflik yang mungkin terjadi diantara para aktor implementasi, serta kondisi-kondisi sumber daya implementasi yang diperlukan.

Gambar 2.3
Model Merilee Serrill Grindle



Sumber : Merilee Grindle dalam Mulyadi D (2016 : 67)

5. Menurut Brian W.Hogwood and Lewis A.Gunn

Menurut Hogwood dan Gunn dalam Alfatih (2010 : 48-49) untuk dapat mengimplementasikan kebijakan publik dengan sempurna maka diperlukan beberapa persyaratan tertentu, yaitu :

- a. Kondisi eksternal yang dihadapi oleh badan / instansi pelaksana tidak akan menimbulkan gangguan/kendala yang serious.
- b. Tersedia waktu dan sumber daya yang cukup memadai.
- c. Perpaduan sumber-sumber yang diperlukan benar-benar tersedia.
- d. Kebijakan yang akan diimplementasikan didasari pada hubungan kausalitas yang handal.
- e. Hubungan kausalitas bersifat langsung dan hanya sedikit mata rantai penghubungnya.
- f. Hubungan saling ketergantungan harus kecil.
- g. Pemahaman yang mendalam dan kesepakatan terhadap tujuan.
- h. Tugas-tugas diperinci dan ditempatkan dalam urutan yang tepat.
- i. Komunikasi dan koordinasi yang sempurna.
- j. Pihak-pihak yang memiliki wewenang/kekuasaan dapat menuntut dan mendapatkan keputusan yang sempurna.

Model ini terdiri dari 10 point yang harus diperhatikan dengan seksama agar implementasi kebijakan dapat dilaksanakan dengan baik. Ada beragam sumber daya, misalnya, waktu, keuangan, sumber daya manusia, peralatan, yang harus tersedia dengan memadai. Di samping itu, sumber daya yang memadai tersebut harus dalam kombnasi yang berimbang. Tidak boleh terjadi sumber daya manusia cukup tetapi peralatan tidak memadai, atau sumber keuangan memadai,

tetapi ketersediaan waktu dan keterampilan tidak cukup. Hambatan lain, kondisi eksternal pelaksana harus dapat dikontrol agar kondusif bagi implementasi kebijakan. Ini cukup sulit sebab kondisi lingkungan sangat luas, beragam serta mempunyai karakteristik yang spesifik sehingga tidak mudah untuk dapat dikendalikan dengan baik. Misalnya sistem sosial, hal ini sangat sulit untuk dikendalikan sebab ia sudah sangat lama ada, tumbuh berkembang, dan sudah menjadi tradisi dan kepercayaan masyarakat. lingkungan eksternal lainnya yang sulit dikontrol adalah keadaan ekonomi masyarakat, di mana sangat tidak mudah untuk mengubah keadaan ekonomi masyarakat, apalagi dalam waktu dekat demi implementasi suatu kebijakan publik. Teori ini juga mensyaratkan adanya komunikasi dan koordinasi yang sempurna. Seringkali, dalam pelaksanaan suatu kegiatan, kedua hal ini kurang mendapat perhatian dengan baik. Apalagi harus sempurna. Hal ini sering memperburuk karena adanya ego sektoral.

E. Teori Implementasi Kebijakan Publik Yang Digunakan

Dari beberapa teori implementasi yang diuraikan di atas, pada prinsipnya tidak ada teori implementasi kebijakan yang terbaik secara keseluruhan untuk diterapkan dalam mengimplementasikan kebijakan Peraturan menteri kesehatan tentang standar pelayanan instalasi gawat darurat. Tidak terdapat proses kompetisi maupun kontestasi di antara model implementasi kebijakan karena isu yang lebih relevan adalah kesesuaian implementasi dengan kebijakan itu sendiri. Dengan demikian setiap kebijakan publik memerlukan model implementasi kebijakan yang berlainan.

Setelah mengkategorikan dan meneliti permasalahan awal yang ada yaitu dari segi implementasi kebijakan publik maka teori yang cocok dipakai dalam penelitian ini adalah teori *Randall P. Ripley & Grace Franklin*, karena teori ini sesuai dengan kondisi dan dapat di pahami pada kebijakan yang ada di rumah sakit dr.Sobirin Kabupaten Musi Rawas dimana Teori Ripley and Franklin ini, ingin menekankan tingkat kepatuhan para implementor kebijakan terhadap isi kebijakan itu sendiri. Setelah adanya kepatuhan terhadap kebijakan yang ada, pada tahap selanjutnya melihat kelancaran pelaksanaan rutinitas fungsi, serta beberapa besar masalah yang dihadapi dalam implementasi. Pada akhirnya setelah semua berjalan maka akan terwujudnya kinerja yang baik dan tercapainya tujuan (dampak) yang diinginkan.

F. Kerangka Teori

Seperti diutarakan di atas, penelitian ini mengungkapkan teori menurut Ripley and Franklin (Dalam Agus Erwin dan Ratih DS 2015 : 68-70) Ada tiga cara yang dominan bagi suksesnya implementasi kebijakan, yaitu diukur dari:

1. Tingkat kepatuhan,
2. Lancarnya rutinitas fungsi,
3. Kinerja dan dampak.

1. Tingkat Kepatuhan

Tingkat keberhasilan implementasi kebijakan dapat diukur dengan melihat tingkat kepatuhan terhadap isi kebijakan dengan peraturan yang telah diatur.

Dengan cara pandang yang demikian studi implementasi yang menggunakan perspektif ini juga ingin mengetahui kepatuhan para bawahan dalam menjalankan perintah yang diberikan oleh para atasan sebagai upaya untuk melaksanakan suatu kebijakan. Apabila dalam pelaksanaannya Peraturan Menteri Kesehatan no 856 tahun 2009 tentang standar pelayanan IGD dipatuhi sesuai dengan apa yang diperintahkan, maka kualitas pelayanan akan baik, angka kematian dan kecacatan dapat dieliminasi dan kepuasan masyarakat dapat meningkat.

2. Lancarnya Rutinitas Fungsi

Suatu keberhasilan implementasi kebijakan dapat ditandai dengan lancarnya rutinitas fungsi dan tidak adanya masalah yang dihadapi. Pencapaian tujuan kebijakan tidak cukup hanya dengan mengikuti SOP saja, akan tetapi akan sangat dipengaruhi oleh faktor yang lain seperti ketepatan instrument kebijakan, kecukupan keluaran kebijakan, kualitas keluaran kebijakan dll. Dengan adanya kelancaran rutinitas suatu pelaksanaan pada program kegiatan dapat menjadikan implementasi yang baik juga.

3. Kinerja dan Dampak

Bahwa dengan adanya kinerja dan dampak yang baik merupakan wujud keberhasilan implementasi kebijakan. Keberhasilan kebijakan atau program juga dikaji berdasarkan perspektif proses implementasi dan perspektif hasil. Pada perspektif proses, program pemerintah dikatakan berhasil jika pelaksanaannya sesuai dengan petunjuk dan ketentuan pelaksanaan yang dibuat

oleh pembuat program yang mencakup antara lain cara pelaksanaan, agen pelaksana, kelompok sasaran dan manfaat program. Sedangkan pada perspektif hasil, program dapat dinilai berhasil manakala program membawa dampak seperti yang diinginkan. Suatu program mungkin saja berhasil dilihat dari sudut proses, tetapi boleh jadi gagal ditinjau dari dampak yang dihasilkan, atau sebaliknya.

G. Kajian Penelitian Terdahulu

Tabel 2.1
Matrik Penelitian Terdahulu

No	Judul	Nama peneliti	Metodelogi	Kesimpulan
1	Implementasi standar operasional pelayanan kesehatan di rumah sakit Bhayangkara Tingkat III Pontianak. Tahun 2012	Josep Ginting	Kualitatif Deskriptif	<p>Hasil penelitian menunjukkan implementasi standar dalam pelayanan kesehatan kepada pasien rawat inap di rumah sakit Bhayangkari tingkat III Pontianak belum berjalan sebagaimana yang diharapkan.</p> <p>Perbedaan : Subjek, Lokasi Penelitian, teori yang digunakan</p> <p>Persamaan : Metode penelitian, Teknik pengumpulan data, pengolahan data</p>

2	Analisa pelaksanaan standar pelayanan minimal di unit gawat darurat RSUD Sungai Dareh Tahun 2010	Mike Ortunaida	Kualitatif diskriptif	<p>Hasil penelitian menunjukkan manajemen pelaksanaan standar pelayanan minimum UGD di RSUD Sungai Dareh belum sesuai dengan standar, lokasi bangunan belum strategis dan berkelok-kelok, belum semua staf pemberi pelayanan mendapatkan pelatihan kegawatdaruratan.</p> <p>Perbedaan : Subjek, lokasi penelitian, teori yang digunakan Persamaan : Metode penelitian, Teknik pengumpulan data, pengolahan data dan meneliti standar pelayanan IGD</p>
3	Analisis faktor-faktor kebijakan dalam implementasi program keselamatan dan kesehatan kerja di Instalasi Gawat Darurat RSUD kota Semarang. Tahun 2013	Ajeng Retno Yunita	Kualitatif Deskriptif	<p>Hasil penelitian menunjukkan faktor faktor implementasi dari segi isi dan tujuan program K3RS, komonikasi, dan kometmen di Instalasi Gawat Darurat RSUD kota Semarang masih kurang. Sedangkan untuk sumber daya, lingkungan dan SOP sudah baik.</p> <p>Perbedaan : Subjek, Lokasi Penelitian.</p>

				<p>Persamaan : Metode penelitian, Teknik pengumpulan data, pengolahan data.</p>
4	<p>Manajemen Mutu Pelayanan Instalasi Gawat Darurat RSUD Kudus Tahun 2012</p>	<p>Elok Mariyatul Qibitiah</p>	<p>Kualitatif diskriptif</p>	<p>Hasil penelitian menunjukkan proses manajemen mutu IGD RSUD Kudus belum berjalan dengan baik, petugas igd belum memenuhi kriteria khusus.</p> <p>Perbedaan : Subjek, lokasi penelitian, Persamaan : Metode penelitian, Teknik pengumpulan data.</p>
5	<p>Hubungan status kegawatdaruratan dengan penilaian terhadap pelayanan di IGD RSUD Ibnu Sina Kabupaten Gresik Tahun 2014</p>	<p>Hikmah Ridho Hardyanti</p>	<p>Penelitian ini menggunakan pendekatan observasional dengan rancangan bangun cross sectional</p>	<p>Hasil penelitian menunjukkan penilaian empat variable terhadap IGD RSUD Ibnu Sina Kabupaten Gresik yang masih buruk adalah variabel kebijakan pasien yang datang. sedangkan ketiga variable lainnya yaitu kondisi fisik sarana, fasilitas dan sumberdaya dinilai sudah baik oleh pasien.</p> <p>Perbedaan : Subjek, Metode penelitian, lokasi penelitian. Persamaan : Meneliti pelayanan IGD</p>

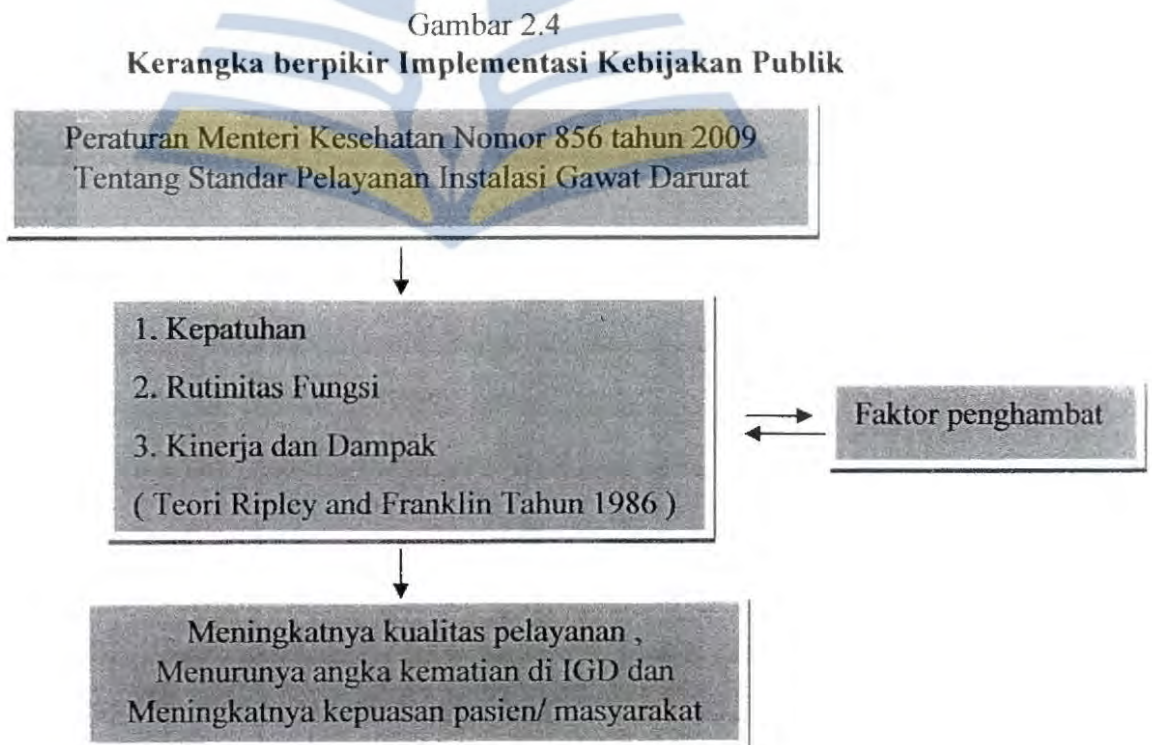
6	Implementasi program pelayanan kesehatan masyarakat dengan menggunakan kartu Jakarta sehat (Study pada RSAB Harapan Kita dan RS Zahirah DKI Jakarta) Tahun 2013	Indah Nur Lathifah	Kualitatif Diskriptif	<p>Hasil penelitian menunjukkan implementasi program pelayanan kesehatan masyarakat dengan menggunakan KJS di RSAB Harapan Kita dan RS Zahirah DKI Jakarta sudah berjalan dengan baik dan sesuai dengan peraturan yang dibuat pemprov DKI Jakarta.</p> <p>Perbedaan : Subjek, lokasi penelitian, pengolahan data</p> <p>Persamaan : Metode penelitian, teori yang digunakan teori implementasi kebijakan public.</p>
7	Analisis waktu pelayanan pasien Emergency Severity Index level 3 di Instalasi Gawat Darurat RS Yos Sudarso Tahun 2016	Mila Gunawan	Kualitatif	<p>Hasil penelitian menunjukkan rata-rata waktu pada tiap tahapan proses pelayanan sudah mencapai standar, tetapi masih terdapat keterlambatan dikarenakan menunggu hasil pemeriksaan radiologi dan laboratorium.</p> <p>Perbedaan : Subjek, lokasi penelitian, pengolahan data</p> <p>Persamaan : Metode penelitian, Teknik pengumpulan data.</p>

H. Kerangka Pemikiran

Pada penelitian ini nantinya akan diketahui bagaimana tiga variabel utama dari teori Ripley and Franklin yaitu tingkat kepatuhan, rutinitas fungsi, kinerja dan dampak yang mempengaruhi proses implementasi standar pelayanan igd, disamping faktor-faktor lain yang mungkin ditemukan di lapangan di luar faktor-faktor tersebut.

Implementasi dari setiap kebijakan merupakan suatu proses yang dinamis yang mencakup banyak interaksi dari banyak variabel yang bekerja secara stimulan satu sama lain untuk mendukung dan menghambat implementasi kebijakan. Oleh karena itu tidak ada variabel tunggal dalam proses implementasi sehingga perlu dijelaskan keterkaitan antara satu variabel dan variabel lainnya dan bagaimana mempengaruhi implementasi kebijakan.

Seperti dapat kita lihat pada Gambar 2.4 berikut ini variabel yang mempengaruhi implementasi kebijakan sebagai berikut :



Dalam penelitian ini, ketiga perspektif itu dipakai sebagai pedoman untuk mengukur keberhasilan implementasi peraturan pemerintah, hal ini dikarenakan ketiga persepektif tersebut tidak kontradiksi satu dengan yang lain, bahkan mereka saling melengkapi sehingga ketiga persepektif tersebut lebih *holistic*, oleh karenanya cocok dengan penelitian ini. Ketiga *measurement* tersebut adalah :

1. Tingkat kepatuhan

Yaitu peneliti menginginkan sejauh mana tingkat kepatuhan manajemen rumah sakit dr.Sobirin terhadap peraturan menteri tentang standarisasi pelayanan IGD,karena dalam meningkatkan pelayanan kegawatdaruratan, manajemen rumah sakit harus memenuhi klasifikasi instalasi gawat darurat, jenis pelayanan, persyaratan SDM, ketentuan fisik bangunan, obat-obatan serta persyaratan sarana dan prasarana sesuai dengan tipe/kelas IGD

2. Lancarnya rutinitas fungsi

Bahwa keberhasilan implementasi ditandai dengan lancarnya rutinitas fungsi dan tidak adanya masalah- masalah yang dihadapi terutama dalam pelayanan pasien kegawatdaruratan.

3. Kinerja dan dampak

Terwujudnya kinerja dengan meingkatkan kualitas pelayanan kegawatdaruratan dikarenakan apabila kualitas pelayanan meningkat maka angka kematian di IGD dapat menurun sehingga kepuasan pelayanan pasien/masyarakat juga akan meningkat.

BAB III METODE PENELITIAN

A. Desain Penelitian

Menurut Hamdi.M dan Ismaryati.S dalam buku mereka Metodologi Penelitian Administrasi (2014 :6.27) Desain penelitian adalah bagian dari metode penelitian yang berisikan uraian mengenai pendekatan penelitian yang di pilih. Secara umum rancangan penelitian adalah pokok-pokok perencanaan seluruh penelitian yang tertuang dalam satu kesatuan naskah secara ringkas, jelas dan utuh. Rancangan penelitian dibuat dengan tujuan agar pelaksanaan penelitian dapat dijalankan dengan baik , benar dan lancar.

Penelitian ini menggunakan metode kualitatif atau naturalistic karena dilakukan pada kondisi yang alamiah. Patton dalam Ahmadi.R (2014 : 15) mengemukakan bahwa metode penelitian kualitatif adalah untuk memahami fenomena yang sedang terjadi secara alamiah (Natural) dalam keadaan-keadaan yang sedang terjadi secara alamiah. Konsep ini menekankan pentingnya sifat data yang diperoleh oleh peneliti yakni data alamiah dimana peneliti adalah sebagai instrumen kunci, teknik pengumpulan data dilakukan triangulasi (gabungan), analisis data bersifat induktif, dan hasil penelitian lebih menekankan makna daripada generalisasi.

Obyek alamiah yang dimaksud oleh Patton dalam Ahmadi.R (2014 : 15) adalah obyek yang apa adanya, tidak dimanipulasi oleh peneliti sehingga kondisi pada saat peneliti memasuki obyek, setelah berada di obyek dan setelah keluar dari obyek realtif tidak berubah. Dalam penelitian ini disebut bahwa yang menjadi instrument atau alat penelitian adalah peneliti itu sendiri, maksudnya peneliti

menjadi human instrument yang berfungsi menetapkan focus penelitian, memilih informan sebagai sumber daya, melakukan pengumpulan data, menilai kualitas data, analisa data, menafsirkan data dan membuat kesimpulan.

B. Definisi Konsep

Menurut Hamdi.M dan Ismaryati,S, (2014 : 8.13) dalam penelitian kualitatif konseptualisasi atau pembentukan konsep merupakan bagian integral dari analisis data dan bermula selama pengumpulan data. Dalam hal ini konseptualisasi merupakan suatu cara peneliti mengorganisasikan data dan memaknainya. Definisi konseptual digunakan untuk mengekspresikan suatu abstraksi yang terbentuk melalui generalisasi dari pengamatan terhadap fenomena-fenomena yang ada.

Variabel adalah terdiri dari Aspek dan konsep, seperti dalam penelitian ini variabel penulis adalah implementasi peraturan menteri kesehatan, oleh karena peraturan menteri kesehatan merupakan hasil dari kebijakan publik maka variabel dari penelitian penulis adalah implementasi kebijakan publik. Konsep yang penulis gunakan dalam penelitian ini adalah kebijakan publik, sedangkan aspeknya adalah implementasi. Maka dalam penelitian ini yang menjadi definisi konsep adalah sebagai berikut :

1. Kebijakan Publik yang akan diteliti mengenai standar pelayanan instalasi gawat darurat di Rumah Sakit Dr.Sobirin Kabupaten Musi Rawas.
2. Kebijakan adalah serangkaian keputusan dan aktifitas pemerintah yang didesain untuk mengatasi masalah publik. Dalam penelitian ini yang dimaksud

dengan kebijakan publik adalah Peraturan menteri kesehatan no 856 tahun 2009 tentang standar pelayanan instalasi gawat darurat.

3. Program dalam penelitian ini adalah pelaksanaan standar pelayanan IGD.
4. Unsur-unsur dari teori yang dipakai adalah menurut Ripley and Franklin yaitu:
 - a. Tingkat Kepatuhan (Ketaatan dalam memenuhi standarisasi pelayanan instalasi gawat darurat).
 - b. Kelancaran Fungsi (Tidak ada hambatan dalam proses pelayanan gawat darurat).
 - c. Kinerja dan Dampak (Meningkatnya kualitas pelayanan, menurunnya angka kematian di igd dan meningkatnya kepuasan pasien/masyarakat).

C. Fokus Penelitian

Tabel 3.1
Fokus Penelitian Implementasi Standar Pelayanan IGD

Variable	Dimensi	Indikator
1	2	3
Implementasi Kebijakan Publik Tentang standar pelayanan IGD (Studi di Rumah Sakit Dr.Sobirin Kabupaten Musi Rawas)	Tingkat Kepatuhan	1.Pemenuhan persyaratan Sumber daya manusia. 2.Pembenahan kondisi Fisik dan sarana. 3.Kesediaan fasilitas / prasarana medis.
	Kelancaran Rutinitas Fungsi	1.Kecepatan pelayanan kegawatdaruratan. 2.Proses pelayanan tanpa hambatan.
	Kinerja dan Dampak	1. Menurunnya angka kematian di IGD 2. Meningkatnya kepuasan pasien/masyarakat

D. Unit Analisis

Di dalam penelitian Implementasi Kebijakan Publik Standar pelayanan Instalasi Gawat Darurat (Permenkes No 856 tahun 2009) Di Rumah sakit Dr.Sobirin, unit analisisnya adalah sistem pelayanan Instalasi Gawat darurat di Rumah Sakit Dr.Sobirin Kabupaten Musi Rawas.

E. Key Informant

Di dalam penelitian ini informan yang diwawancarai adalah

1. Direktur RS Dr.Sobirin Kabupaten Musi Rawas, karena direktur dipandang sebagai orang yang berwenang pada kedudukannya yang mempunyai pengetahuan dan informasi mengenai kebijakan standar pelayanan Instalasi Gawat Darurat.
2. Kepala Bidang Pelayanan RS Dr.Sobirin Kabupaten Musi Rawas. Yang bersangkutan dijadikan informan dengan pertimbangan yang bersangkutan kental dengan pengalaman dan memiliki informasi yang dibutuhkan oleh peneliti mengenai pelaksanaan standar pelayanan IGD.
3. Kepala IGD RS Dr.Sobirin Kabupaten Musi Rawas. Ka IGD ini adalah orang paling mengerti dan memahami kondisi IGD karena yang bersangkutan terlibat langsung dengan kegiatan rutin di IGD.
4. 2 orang dokter dan 2 orang perawat IGD RS Dr.Sobirin Kabupaten Musi Rawas. 2 orang dokter dan 2 orang perawat tersebut dijadikan informan karena yang bersangkutan merupakan dokter dan perawat senior di Instalasi Gawat Darurat yang merupakan pemberi pelayanan kegawatdaruratan dan dipandang memiliki informasi tentang standar pelayanan IGD.

5. Keluarga Pasien IGD RS Dr.Sobirin Kabupaten Musi Rawas. Keluarga Pasien yang dijadikan informan berjumlah 4 orang. Keempat keluarga pasien tersebut dipilih secara purposive sampling pada saat peneliti turun ke lapangan dengan pertimbangan yang bersangkutan memiliki informasi yang dapat melengkapi atau mengklarifikasi informasi yang disampaikan oleh informan lainnya sehingga secara bersama-sama memberikan data yang komprehensif mengenai pelaksanaan standar pelayanan IGD.

F. Data dan Sumber Data

1. Data

Dalam penelitian ini menggunakan dua jenis data menurut jenisnya yaitu :

a. Data Kualitatif

Data yang diperoleh dalam bentuk kata, frase, dan kalimat.

b. Data Kuantitatif

Data dalam bentuk angka dan gambar (numeric and graph).

2. Sumber Data

Menurut Bogdan dan Biklen dalam Ahmadi R (2014 : 108) data adalah bahan-bahan kasar (rough materials) yang dikumpulkan para peneliti dari dunia (lapangan) yang ditelitinya, bahan-bahan itu berupa hal-hal khusus yang menjadi dasar analisis. Sumber data dapat dibagi menjadi dua kelompok besar yang disebut data primer dan data skunder.

a. Data Primer

Data primer adalah data asli yang dikumpulkan sendiri oleh peneliti dengan instrumen yang dipersiapkannya dan hasilnya diolah sendiri untuk dapat menjawab masalah penelitian yang diajukan. Data Primer

bersumber melalui wawancara terhadap key informan atau informan yang relevan dalam memberikan informasi mengenai Implementasi Standar pelayanan Instalasi Gawat Darurat di Rumah Sakit dr. Sobirin Kabupaten Musi Rawas. Selain itu data primer diperoleh dengan melakukan pengamatan langsung.

b. **Data Sekunder**

Data sekunder adalah data yang tidak langsung didapat dilapangan. Data sekunder yang diperoleh dalam penelitian Implementasi Standar pelayanan Instalasi Gawat Darurat di Rumah Sakit dr. Sobirin Kabupaten Musi Rawas adalah laporan-laporan kegiatan dan arsip yang berkaitan dengan penelitian ini.

G. Teknik Pengumpulan Data

Menurut Neuman dalam Hamdi.M dan Ismaryati.S (2014 : 7.1) menyatakan bahwa peneliti kualitatif memulai pengumpulan data dengan suatu topik umum dan hal-hal yang relevan. Pemfokusan dan penghalusan berlanjut setelah peneliti mengumpulkan beberapa data dan memulai analisis awal. Penyesuaian dan penajaman pertanyaan penelitian tersebut dilakukan karena peneliti jarang mengetahui isu atau pertanyaan paling penting sampai mereka sepenuhnya menyatu dengan data.

Data kualitatif adalah data emperis. Data itu termasuk dokumen peristiwa nyata, rekaman apa yang mereka nyatakan (dengan kata-kata,isyarat,nada), observasi perilaku spesifik, studi dokumen tertulis, atau menguji kesan visual. Semua data itu adalah aspek-aspek kongkrit suatu dunia.(Ahmadi.R, 2014 :109)

Dalam penelitian ini teknik pengumpulan data dilakukan dengan cara :

1. Wawancara Mendalam (*In-depth Interview*)

Menurut Elliot mishler dalam Ahmadi.R (2014 :120) Wawancara adalah suatu produk bersama (*joint product*) tentang apa yang dibicarakan oleh responden dan pewawancara, dan bagaimana mereka berbicara satu sama lain. Catatan sebuah wawancara yang peneliti buat dan kemudian digunakan di dalam pekerjaan analisis dan interpretasi adalah sebuah penggambaran atau representasi dari percakapan tersebut. Sedangkan wawancara mendalam atau wawancara tak terstruktur, menurut Wahyuni dalam Hamdi.M dan Ismaryati.S (2014 : 7.20), memiliki karakteristik berupa tidak adanya pedoman wawancara terstruktur. Oleh karena itu, peneliti tidak menyediakan alternatif jawaban. Sebaliknya, responden atau informan dapat memberikan jawaban bebas terhadap setiap pertanyaan yang diajukan. Dengan karakteristik yang demikian itu, wawancara mendalam mensyaratkan pengetahuan mendalam dari peneliti mengenai topik yang akan diwawancarakan. Ciri khusus/kekhasan dari wawancara-mendalam ini adalah keterlibatan peneliti dalam kehidupan responden/informan. Oleh karena itu, manfaat dari wawancara ini adalah memberikan tambahan pengetahuan terhadap topik yang diwawancarakan, baik berupa pengayaan derajat pemahaman maupun dalam penambahan perspektif pemahaman.

2. Observasi

Dalam metodologi penelitian, observasi selalu merupakan kegiatan yang terencana. Tujuan dari observasi adalah memperoleh data tentang sesuatu

keadaan atau peristiwa secara sistematis dan dilakukan dengan bantuan instrumen atau panduan observasi sesuai dengan masalah penelitian yang akan diteliti. (Hamdi.M dan Ismaryati.S, 2014 : 7.4). Dalam penelitian ini penulis terjun langsung ke tempat penelitian dengan mengadakan pengamatan langsung pada obyek yang diteliti, yaitu di Instalasi Gawat Darurat Rumah Sakit dr. Sobirin Kabupaten Musi Rawas, guna mengamati secara teliti dan seksama terhadap keadaan yang sesungguhnya di lapangan dan mengamati gejala-gejala yang timbul untuk dijadikan bahan penelitian, sehingga mendapatkan data-data yang faktual dari obyek tersebut.

3. Studi Dokumentasi

Menurut Hamdi.M dan Ismaryati.S,(2014 : 7.3). Dokumentasi berarti semua publikasi atau data tercetak yang dihasilkan oleh seseorang atau suatu instansi. Dalam penelitian ini yang akan dikumpulkan dan dikaji adalah dokumen-dokumen yang berkaitan dengan standar pelayanan IGD berupa; catatan-catatan, arsip-arsip dan kumpulan peraturan perundang-perundangan, bahan pustaka serta laporan-laporan dari Instalasi Gawat Darurat Rumah Sakit dr. Sobirin Kabupaten Musi Rawas yang berkaitan dengan penelitian ini.

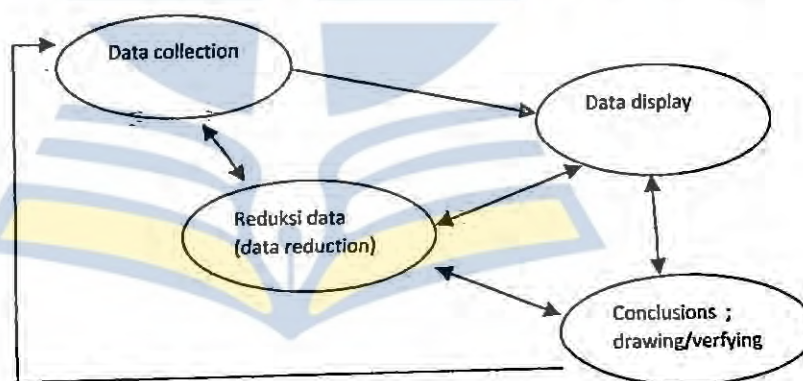
H. Teknik Analisis Data

Teknik analisis data yang diambil oleh peneliti menggunakan teknik deskriptif. Adapun jenis atau metode penelitian ini adalah metode kualitatif, oleh karena itu jenis teknik analisis data yang diambil adalah deskriptif kualitatif.

Menurut Bogdan dan Biklen dalam Ahmadi.R (2014 : 230) mengatakan bahwa analisis data merupakan suatu proses penyelidikan dan pengaturan secara sistematis transkrip wawancara, catatan lapangan, dan material-material lain yang anda kumpulkan untuk meningkatkan pemahaman anda sendiri tentang data dan memungkinkan anda untuk mempresentasikan apa yang telah ditemukan pada orang-orang lain. Analisis meliputi mengerjakan data , mengorganisasinya, membaginya menjadi satuan-satuan yang dapat dikelola, mensintesisnya, mencari pola, menemukan apa yang penting dan apa yang akan dipelajari serta memutuskan apa yang akan dilaporkan.

Langkah-langkah analisis data menurut Miles & Huberman dalam Ahmadi.R, (2014 :231) sebagai berikut

Gambar 3.1
Langkah-langkah analisis data kualitatif Miles & Huberman



Sumber : Metode Penelitian Kualitatif, Ahmadi.R (2014:231)

Analisis data kualitatif model Miles dan Huberman ini bersifat interaktif dimana antara satu tahapan dengan tahapan yang lain saling terkait (Berintraksi). Terdapat tiga tahapan yang harus dikerjakan dalam menganalisis data penelitian kualitatif, yaitu:

1. Reduksi data (*data reduction*) ;

2. Paparan data (*data display*); dan
3. Penarikan kesimpulan dan verifikasi (*conclusion drawing/verifying*).

Analisis data kualitatif dilakukan secara bersamaan dengan proses pengumpulan data berlangsung, artinya kegiatan-kegiatan tersebut dilakukan juga selama dan sesudah pengumpulan data.

Teknik analisis data yang digunakan dalam penelitian ini dilakukan sejak sebelum memasuki lapangan, dan setelah di lapangan.

1. Analisis sebelum di lapangan

Analisis dilakukan terhadap data hasil studi pendahuluan atau data sekunder, yang akan digunakan untuk menentukan fokus penelitian.

2. Analisis selama di lapangan

Analisis selama di lapangan mengikuti konsep Miles and Huberman. Aktivitas dalam analisis data kualitatif dilakukan secara interatif dan berlangsung secara terus menerus pada setiap tahapan penelitian sampai tuntas, dan datanya sampai jenuh.

3. Analisis setelah di lapangan

Data hasil pengumpulan di lapangan dalam implementasi kebijakan publik kemudian diolah secara fenomenologis memperbaiki/memperhalus hasil temuan lapangan serta memperbaiki data hasil temuan di lapangan.

BAB IV PEMBAHASAN

A. Deskripsi Objek Penelitian

1. Sejarah singkat organisasi

Rumah Sakit dr. Sobirin merupakan salah satu rumah sakit milik Pemerintah Kabupaten Musi Rawas yang terletak di Kota Lubuklinggau, merupakan rumah sakit kelas C dengan jumlah karyawan sebanyak 417 orang yang terdiri dari tenaga medis, tenaga keperawatan, tenaga farmasi, tenaga kesehatan masyarakat, tenaga gizi, tenaga terapi fisik, tenaga keteknisan medis, tenaga kesehatan lingkungan, tenaga radiografer, tenaga fungsional kesehatan lainnya dan tenaga non kesehatan lainnya.

Secara geografis Rumah Sakit dr. Sobirin Kabupaten Musi Rawas berada di Kota Lubuklinggau tepatnya di Jalan Yos Sudarso Nomor 13 Kota Lubuklinggau Kode Pos 31611 dengan batas-batas sebagai berikut :

- a. Sebelah utara : Jalan yos sudarso
- b. Sebelah Selatan : Jalan kesehatan
- c. Sebelah Timur : Jalan kesehatan/Rel kereta api
- d. Sebelah barat : Jalan kesehatan/perumahan penduduk

Rumah Sakit dr. Sobirin Kabupaten Musi Rawas berdiri pada tahun 1938 dengan nama *Centrale Buogerlijke Ziekeninrichting*. Tahun 1964 berdasarkan Surat Keputusan Menteri Kesehatan RI No. 21215/Kab/1964 tanggal 14 April 1964 namanya diubah menjadi Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Lubuklinggau dan pengelolaan RSUD Lubuklinggau diserahkan ke Pemerintahan Daerah. Pada tahun 1979 berdasarkan Keputusan Menteri Kesehatan RI No.

51/Menkes/SK/II/1979 tanggal 22 Februari 1979 RSUD Lubuklinggau ditetapkan sebagai Rumah Sakit Umum Kelas D dan berdasarkan Surat Keputusan Menteri Kesehatan RI No. 233/Menkes/SK/VI/1983 tanggal 11 Juni 1983 RSUD Lubuklinggau ditetapkan sebagai Rumah Sakit Umum Kelas C.

Berdasarkan Peraturan Daerah Kabupaten Musi Rawas No. 3 Tahun 2001 tentang Pembentukan Organisasi dan Tata Kerja Lembaga Teknis Daerah Kabupaten Musi Rawas, nama RSUD Lubuklinggau berubah menjadi Rumah Sakit Daerah (RSD) Kabupaten Musi Rawas. Selanjutnya berdasarkan Peraturan Daerah Kabupaten Musi Rawas No. 3 tahun 2008 tentang Susunan Organisasi dan Tata Kerja Lembaga Teknis Daerah Kabupaten Musi Rawas nama RSD Kabupaten Musi Rawas diubah menjadi Rumah Sakit dr. Sobirin Kabupaten Musi Rawas dan ditetapkan juga sebagai Lembaga Teknis Daerah yang berbentuk Badan dengan eselonering tiga (III).

Dengan adanya Undang-Undang RI No. 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit, pasal 7 ayat 3 yang menyebutkan bahwa Rumah Sakit yang didirikan oleh Pemerintah dan Pemerintah Daerah, harus berbentuk Unit Pelaksana Teknis dari Instansi yang bertugas di bidang kesehatan, instansi tertentu atau Lembaga Teknis Daerah, dengan Pengelolaan Badan Layanan Umum (BLU) atau Badan Layanan Umum Daerah (BLUD). Seiring dengan itu Rumah Sakit dr. Sobirin Kabupaten Musi Rawas berubah menjadi BLUD yaitu berdasarkan Keputusan Bupati Musi Rawas No. 179/KPTS/II/2010 tanggal 20 Maret 2010 tentang Penetapan Rumah Sakit dr. Sobirin sebagai Satuan Kerja Perangkat Daerah yang menerapkan Pola Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum Daerah (BLUD) secara penuh. (Profil Rumah Sakit dr. Sobirin Kabupaten Musi Rawas, 2014)

2. Struktur organisasi

Berdasarkan Peraturan Daerah Kabupaten Musi Rawas No. 3 Tahun 2008 tentang Pembentukan Organisasi dan Tata Kerja Perangkat Daerah Kabupaten Musi Rawas, Rumah Sakit dr. Sobirin Kabupaten Musi Rawas dipimpin oleh seorang Direktur yang dibantu oleh Kepala Bagian Tata Usaha dan Kepala Bidang. Susunan organisasi RS Dr. Sobirin Kabupaten Musi Rawas tersebut terdiri dari :

a. Direktur

b. Bagian Tata Usaha, terdiri dari :

- 1) Sub Bagian Kepegawaian dan Humas
- 2) Sub Bagian Umum dan Perlengkapan
- 3) Sub Bagian Keuangan

c. Bidang – Bidang, terdiri dari :

1) Bidang Pelayanan, yang meliputi :

- a) Seksi Pengendalian Pelayanan dan Penunjang Medis
- b) Seksi Analisa dan Pendayagunaan Sarana

2) Bidang Perencanaan dan Rekam Medis, yang meliputi :

- a) Seksi Perencanaan, Evaluasi dan Pelaporan
- b) Seksi Rekam Medis dan Informasi Kesehatan

3) Bidang Perawatan, yang meliputi :

- a) Seksi Profesi/SDM Keperawatan dan Asuhan Keperawatan
- b) Seksi Logistik Keperawatan

d. Jabatan Fungsional, terdiri dari :

- 1) Komite Medis

- 2) Komite Keperawatan
- 3) Komite Penunjang Medis
- 4) Satuan Pengawas Intern

3. Tugas dan fungsi

Tugas pokok Rumah Sakit dr. Sobirin Kabupaten Musi Rawas yang tertuang dalam Peraturan Daerah Kabupaten Musi Rawas No. 3 Tahun 2008 tentang Susunan Organisasi dan Tata Kerja Lembaga Teknis Daerah Kabupaten Musi Rawas adalah membantu Bupati menyelenggarakan pemerintahan daerah dalam melaksanakan sebagian kewenangan otonomi daerah di bidang pelayanan kesehatan secara berdaya guna dan berhasil guna dengan mengutamakan pemeliharaan, penyembuhan dan pemulihan kesehatan yang dilaksanakan secara terpadu serta melaksanakan upaya rujukan sesuai perundang-undangan yang berlaku.

Fungsi yang harus dilaksanakan oleh Rumah Sakit dr. Sobirin Kabupaten Musi Rawas adalah :

- a. Perumusan kebijakan umum di bidang pelayanan kesehatan pada rumah sakit.
- b. Perumusan kebijakan teknis operasional pelayanan kesehatan.
- c. Pelayanan kesehatan dalam upaya penyembuhan dan pemulihan kesehatan serta melaksanakan upaya pencegahan dan peningkatan kesehatan.
- d. Pengkoordinasian dengan instansi terkait dalam upaya pencegahan dan peningkatan kesehatan dan pelaporannya.

- e. Pelayanan medis, penunjang medis dan non medis, pelayanan asuhan keperawatan dan pelayanan rujukan kesehatan.
- f. Penyelenggaraan rekam medik.
- g. Penyelenggaraan pendidikan dan pelatihan dalam upaya peningkatan profesionalitas pelaksanaan tugas.
- h. Penyelenggaraan administrasi umum, perlengkapan, kepegawaian, keuangan, hukum dan humas serta perencanaan program.
- i. Pelaksanaan tugas lain yang diberikan oleh Bupati sesuai dengan tugas dan fungsinya.

4. Visi dan misi organisasi

Visi Rumah Sakit dr. Sobirin Kabupaten Musi Rawas adalah Rumah Sakit dengan pelayanan prima dan berkeadilan menuju Musi Rawas Darussalam. Misi Rumah Sakit dr. Sobirin Kabupaten Musi Rawas adalah :

- a. Memberikan pelayanan profesional yang akuntabel.
- b. Mewujudkan tata kelola pemerintahan yang baik.
- c. Meningkatkan dan mengembangkan kompetensi sumber daya manusia.
- d. Meningkatkan dan mengembangkan sarana dan prasarana rumah sakit.
- e. Mengembangkan kemitraan dengan masyarakat dan pihak yang berkepentingan.

5. Jenis layanan kesehatan

- a. Layanan kesehatan rawat jalan, meliputi : poliklinik umum, poliklinik penyakit dalam, poliklinik penyakit anak, poliklinik penyakit mata,

poliklinik penyakit kebidanan dan kandungan, poliklinik penyakit THT, poliklinik penyakit gigi dan mulut, poliklinik penyakit bedah, poliklinik konsultasi gizi, poliklinik Keluarga Berencana, poliklinik VCT (Voluntary counselling and testing), poliklinik psikologi, poliklinik tumbuh kembang anak dan poliklinik akupunktur.

b. Layanan kesehatan rawat inap.

Layanan kesehatan rawat inap merupakan layanan kesehatan tingkat lanjut bagi pasien yang memerlukan perawatan lebih lanjut. Kelas perawatan yang tersedia adalah VIP, kelas utama, kelas I, kelas II dan kelas III.

c. Layanan kesehatan gawat darurat.

Merupakan salah satu unit layanan yang memberikan pelayanan kesehatan selama 24 jam.

d. Layanan penunjang medis, meliputi layanan radiologi, laboratorium, transfusi darah, layanan farmasi, gizi, rehabilitasi medis, hemodialisa.

6. Nilai-Nilai

Dalam rangka mewujudkan visi dan misinya Rumah Sakit dr. Sobirin memiliki Nilai Dasar dan Keyakinan Dasar yang merupakan budaya kerja dan menjadi pijakan, pegangandan pedoman bagi pimpinan dan karyawan dalam melaksanakan tugas-tugasnya. Nilai-Nilai Dasar (*Core Values*) terdiri atas Perikemanusiaan, Hak Asasi Manusia, Adil dan Merata, Pemberdayaan dan Kemandirian Masyarakat, Kemitraan, Pengutamakan dan Tata Penyelenggaraan yang Baik. Rumusan yang tercipta dari nilai-nilai dasar tersebut adalah seluruh

jajaran karyawan Rumah Sakit dr. Sobirin dalam melaksanakan tugas tugasnya memiliki budaya kerja yang berperikemanusiaan, menghargai hak asasi setiap pelanggan, memberikan pelayanan secara adil dan merata, masalah kesehatan yang dihadapi pelanggan merupakan tanggungjawab bersama dengan mengutamakan manfaat sebesar besarnya bagi kesehatan masyarakat.

7. Resiko

Resiko yang harus dihadapi oleh rumah sakit adalah :

- 1) Kualitas pelayanan yang tidak standar dan komitmen sumber daya manusia yang belum memadai.
- 2) Tuntutan pengguna jasa pelayanan akibat kelalaian dalam pelayanan, baik karena *human error* maupun karena gangguan peralatan.
- 3) *Cost recovery* yang tidak tercapai.
- 4) Biaya operasional yang semakin meningkat setiap tahunnya, baik karena kenaikan biaya pegawai maupun kenaikan harga bahan dan obat-obatan akibat inflasi dibidang pelayanan kesehatan.
- 5) Kebijakan - kebijakan Pemerintah dan Pemerintah Daerah dibidang perumahsakitian.
- 6) Rumah sakit harus terus mengembangkan kualitas pelayanan secara berkelanjutan berkaitan dengan standar kualitas pelayanan pada era globalisasi.

B. Hasil Penelitian

1. Implementasi Permenkes No 856 Tahun 2009 tentang Standar Pelayanan Instalasi Gawat Darurat.

Pada bab ini peneliti akan membahas hasil penelitian Implementasi Peraturan menteri kesehatan tentang standar pelayanan Instalasi Gawat Darurat di Rumah sakit Dr.Sobirin Kabupaten Musi rawas. Tujuan dibuat Peraturan tersebut adalah agar kualitas pelayanan serta kepuasan masyarakat terhadap pelayanan Instalasi Gawat Darurat sebagai fasilitas penanganan kasus kegawatdaruratan dapat meningkat dengan memberikan pelayanan yang cepat dan penanganan yang tepat sehingga kecacatan dan atau kematian dapat dieliminasi.

Sesuai dengan teori Rifley & Franklin implementasi kebijakan terdiri dari tiga dimensi yaitu:

1. Tingkat kepatuhan
2. Lancarnya Rutinitas Kerja
3. Kinerja dan Dampak

Ketiga dimensi tersebut memiliki indikator-indikator yang dapat dijadikan ukuran untuk kemudian diteliti dalam implementasi standar pelayanan IGD :

1. Tingkat kepatuhan terdiri dari 3 (tiga) indikator yaitu:
 - a. Pemenuhan persyaratan Sumber daya manusia.
 - b. Pembenahan kondisi Fisik dan sarana.
 - c. Ketersediaan fasilitas / prasarana medis.
2. Kelancaran Rutinitas Fungsi terdiri dari 2 (dua) indikator yaitu:
 - a. Kecepatan pelayanan kegawatdaruratan.
 - b. Proses pelayanan tanpa hambatan.

3. Kinerja dan Dampak terdiri dari 2 (dua) indikator antara lain:
 - a. Menurunnya angka kematian di IGD
 - b. Meningkatnya kepuasan pasien.

1. Tingkat Kepatuhan

Banyak faktor yang mempengaruhi proses implementasi kebijakan yang mengharuskan implementor agar lebih leluasa mengadakan penyesuaian. Menurut Ripley dalam Alfatih (2010:55), terdapat dua kekurangan perspektif kepatuhan, yakni: (1) banyak faktor non-birokratis yang berpengaruh tetapi justru kurang diperhatikan, dan (2) adanya program yang tidak didesain dengan baik. Kedua perspektif tersebut tidak kontradiktif, tetapi saling melengkapi satu sama lain. Berdasarkan pendekatan kepatuhan dan pendekatan faktual dapat dinyatakan bahwa keberhasilan kebijakan sangat ditentukan oleh tahap implementasi dan keberhasilan proses implementasi ditentukan oleh kemampuan implementor, yaitu: (1) kepatuhan implementor mengikuti apa yang diperintahkan oleh atasan, dan (2) kemampuan implementor melakukan apa yang dianggap tepat sebagai keputusan pribadi dalam menghadapi pengaruh eksternal dan faktor non-organisasional, atau pendekatan faktual.

a) Pemenuhan persyaratan Sumber daya manusia.

Untuk mengukur tingkat kepatuhan implementasi kebijakan publik tentang standar pelayanan IGD adalah pemenuhan persyaratan SDM. Penulis telah melakukan wawancara mendalam kepada informan di Instalasi Gawat Darurat RS Dr.Sobirin Kabupaten Muasi Rawas seperti dalam Tabel berikut ini:

Tabel : 4.1
Pemenuhan persyaratan Sumber daya manusia.

No	Gambaran Persyaratan SDM	Keterangan
1.	Apakah sdm igd ada perayaratan..?	Ya
2.	Persyaratan sdm apa yang harus dipenuhi..?	Persyaratan SDM IGD - Dokter Spesialis Bedah, Obsgin, Anak, dan Dokter Spesialis Penyakit Dalam On Call. - Dokter Umum + Pelatihan Kegawat daruratan On site 24 Jam - Perawat + Pelatihan Emergency Nursing On site 24 Jam - Non Medis Bagian Keuangan On site 24 Jam. - Kantib On site 24 Jam. - Pekarya On site 24 Jam.
3.	Apakah semua SDM IGD sudah memenuhi persyaratan	Belum
4.	SDM Mana yang belum terpenuhi	- Masih ada Dokter Umum dan perawat yang sertifikat pelatihan Kegawat daruratannya tidak aktif - Belum ada satgas khusus yang jaga di IGD On site 24 Jam.

Sumber : Wawancara (2017)

Dari tabel 4.1, peneliti menyimpulkan bahwa Persyaratan sumber daya manusia pemberi pelayanan di Instalasi Gawat Darurat RS Dr.Sobirin Kabupaten Musi Rawas hingga Maret 2017 belum terpenuhi, padahal ada aturan yang mengatur yaitu Permenkes no 856 tahun 2009 tentang standar pelayanan IGD.

Pada kesempatan ini peneliti menanyakan kepada perawat pelaksana tentang syarat apa saja yang harus di penuhi oleh pemberi pelayanan di Instalasi Gawat Darurat dan apakah syarat tersebut sudah terpenuhi.?

“.....untuk perawat, syarat yang harus dipenuhi adalah sertifikat BCLS,BTLS atau PPGD sedangkan untuk dokter mereka harus sudah pelatihan ACLS,ATLS atau GELS yang masih berlaku. Saat ini semua

perawat dan dokter sudah mengikuti pelatihan tersebut tetapi sertifikat tersebut memiliki masa berlaku tiga tahun sehingga banyak yang mati sertifikatnya.... Dan untuk tenaga keamanan, IGD kita saat ini belum ada satpam khusus yang bertugas di igd”. (Ns.Jurhamidah.Skep. 27/03/2017)

Ketika peneliti meminta tanggapan Kepala Bidang Pelayanan RS Dr.Sobirin kabupaten Musi rawas tentang persyaratan SDM pemberi pelayanan di IGD, dia menjelaskan:

“.....untuk persyaratan SDM di IGD sudah baik dimana dokter spesialis pada igd level 2 standarnya harus ada 4 dokter spesialis yaitu dokter spesialis penyakit dalam,bedah,obgin dan anak on call sedangkan pada igd kita saat ini sudah lebih yaitu di tambah dengan dokter spesialis THT dan Spesialis mata.

.....semua dokter dan perawat harus memiliki sertifikat kegawatdaruratan itu syarat mutlak yang harus kita ikuti. Dan untuk IGD kita petugasnya rata-rata sudah memiliki sertifikat kegawat daruratan, hanya saja yang menjadi kendala kita bahwa sertifikat tersebut hanya 3 tahun masa berlakunya.... artinya mereka sudah pelatihan tetapi sertifikatnya tidak aktif lagi”.

..... Dan untuk kelancaran kegiatan di IGD tenaga administrasi keuangan sudah on site 24 jam tapi kalau tenaga keamanan kita masih bergabung dengan satgas ruang rawat inap belum ada tenaga satpam khusus yang bertugas untuk IGD”. (Kabid Pelayanan. 29/03/2017)

Menurut Hardiyansyah dalam bukunya yang berjudul Kualitas Pelayanan Public (2011:44) Petugas pelayanan merupakan ujung tombak terdepan yang berhadapan langsung dengan public. Itu sebabnya sebagai petugas terdepan harus memiliki profesionalisme,bagaimana cara memberikan pelayanan yang sebaik-baiknya kepada masyarakat. Menurut sedarmayanti dalam Hardiyansyah (2011:87) Membangun pelayanan prima harus dimulai dan mewujudkan profesionalisme SDM setidaknya mendekati atau melebihi standar yang ada.

Igd sebagai penyedia layanan public dalam bidang kegawatdaruratan senantiasa dituntut kemampuannya meningkatkan kualitas layanan, mampu menetapkan standar layanan yang berdemensi menjaga kualitas hidup, melindungi keselamatan dan kesehatan masyarakat. Definisi persyaratan ,menurut KBBI

(Kamus Besar Bahasa Indonesia) (2011:424), mengandung makna janji sebagai tuntutan, artinya Pemenuhan kondisi SDM sesuai standar merupakan suatu kewajiban bagi Instalasi Gawat Darurat RS Dr.Sobirin Kabupaten Musi rawas agar pelayanan yang diberikan benar-benar optimal dan kecacatan atau kematian dapat tereleminasi.

Hasil wawancara peneliti dengan pegawai IGD, khususnya dokter dan perawat:

“.....Sebenarnya sebelum kami bekerja di Rumah sakit ini, kami sudah mengikuti pelatihan dan telah mempunyai sertifikat kegawatdaruratan karena sertifikat tsb merupakan salah satu persyaratan untuk bekerja di RS ini apalagi Di IGD. Seharusnya setiap 3 tahun sertifikat tersebut diperbaharui karena ilmu medis ini selalu berkembang, akan tetapi rumah sakit hanya mengirim 2 orang setiap tahun untuk pelatihan.....akibatnya standar sdm yang harus 100% bersertifikat kegawatdaruratan tidak terpenuhi.”. (Dr.Cedy Legowo, 27/03/2017).

Selanjutnya peneliti juga mewawancari perawat IGD

“.....untuk menghindari hal-hal yang tidak diinginkan di IGD ini harus ada tenaga keamanan yang on site 24 jam di IGD, karena pasien yang datang ke igd tidak terduga dan selalu ingin dilayani cepat,cepat dan cepat.... kepala IGD sudah mengusulkan pada rumah sakit untuk ditempatkan tenaga satpam 24 jam di IGD tetapi sampai saat ini belum ada realisanya”. (Ns.Jurhamidah.Skep. 27/03/2017)

Merasa kurang puas dengan jawaban Dokter dan perawat IGD , peneliti melanjutkan pertanyaan kepada Kepala Instalasi Gawat Darurat. Kepala IGD mempunyai tugas pokok dan fungsi (TUPOKSI) yaitu:

- a. Membuat perencanaan kebutuhan operasional bulanan, triwulan,semester, tahunan di Instalasi Gawat Darurat.
- b. Melaksananakn pembinaan dan bimbingan terhadap para stafnya dalam rangka mengendalikan dan mengembangkan mutu pelayanan Instalasi Gawat Darurat.

- c. Melaksanakan monitoring dan supervisie kegiatan di Instalasi Gawat Darurat berdasarkan system dan prosedur yang telah ditetapkan.
- d. Memimpin penyelenggaraan pertemuan staf dan pelaksanaan untuk menyusun rencana dan evaluasi secara periodik.
- e. Memberikan laporan kegiatan operasional dan pelayanan kepada pimpinan rumah sakit setiap bulan, triwulan, semester, dan tahunan.
- f. Melakukan penilaian staf dan pelaksanaan berdasarkan DP3 RS.
- g. Membantu Direktur rumah sakit Dr.Sobirin dalam menyusun kebijakan pengelolaan dan fungsi Instalasi Gawat Darurat secara efektif dan efesien.

Menurut keterangan Kepala Instalasi Gawat Darurat, SDM IGD merupakan multi disiplin ilmu, dimana saat ini SDMnya sudah cukup baik walaupun belum 100 % memenuhi persyaratan yang telah di tentukan. Setiap tahun telah di usulkan pada manajemen rumah sakit untuk mengirim 6 orang tenaga medis dan paramedis agar mengikuti pelatihan kegawatdaruratan secara kontinyu dengan harapan SDM pemberi pelayanan di IGD kemampuan life savingnya dapat 100% yang di tandai dengan memiliki sertifikat pelatihan kegawatdaruratan yang masih berlaku. Akan tetapi dari manajemen rumah sakit karena kekurangan anggaran hanya mampu mengirim 2 orang setiap tahun sehingga capaian SDM IGD yang bersertifikat kegawatdaruratan aktif belum terpenuhi. Untuk tenaga keamanan sudah diusulkan untuk on site 24 jam di IGD tetapi realisasinya belum terlaksana, hal ini disebabkan karena rumah sakit masih kekurangan tenaga satpam.

Berikut hasil wawancara Peneliti dengan Kepala Instalasi Gawat Darurat yang menanyakan kembali tentang pemenuhan persyaratan SDM di IGD?

“.....Memang benar SDM (perawat dan Dokter) di IGD belum 100% memiliki sertifikat kegawat daruratan yang masih aktif dari 12 dokter on site 24 jam hanya 8 orang yang sertifikatnya masih aktif sisanya 4 orang harus mengikuti pelatihan lagi. Sedangkan tenaga perawat dari 21 orang perawat on site 24 jam yang sertifikatnya masih aktif tinggal 10 orang sisanya 11 orang tidak aktif lagi, Hal ini disebabkan karena dana anggaran untuk pelatihan tersebut selalu di pangkas dari 6 orang setiap tahun yang kita usulkan ke pihak manajemen rumah sakit hanya 2 orang yang di Acc.. sehingga pelatihan tersebut tidak kontinyu..... kalau untuk perawat kepala sudah baik dimana pendidikan sudah S1 dan mempunyai sertifikat emergency nursing yang masih aktif.”. (Kepala Instalasi Gawat Darurat 28/03/2017).

Berdasarkan keterangan informan diatas bahwa tingkat kepatuhan dalam pemenuhan persyaratan SDM Instalasi Gawat Darurat khususnya tenaga dokter dan perawat yang memiliki sertifikat kegawatdaruratan aktif belum terpenuhi, Hal ini hampir sama dengan hasil penelitian Mike Ortuniada yang menunjukkan manajemen pelaksanaan standar pelayanan minimum di UGD RSUD Sungai Dareh belum sesuai dengan standar, lokasi bangunan belum strategis dan belum semua staf pemberi pelayanan mendapatkan pelatihan kegawatdaruratan.

Belum terpenuhinya persyaratan SDM yang memiliki sertifikat aktif dikarenakan seluruh perawat dan dokter igd yang sudah mengikuti pelatihan kegawatdaruratan tidak di ikutkan lagi untuk pelatihan secara kontinyu padahal masa berlaku sertifikat hanya 3 tahun. Hal ini disebabkan biaya atau anggaran untuk pelatihan kegawatdaruratan terbatas yang hanya mampu mengirim 2 orang setiap tahun. Begitu juga dengan tenaga keamanan on site 24 jam di IGD belum terpenuhi hal ini dikarenakan rumah sakit masih kekurangan tenaga satpam sehingga pembagian shifnya diprioritaskan pada ruang rawat inap.

b) Pembenahan kondisi Fisik dan sarana.

Pelaksanaan kebijakan implementasi ini tidak terlepas dari faktor Pembenahan kondisi Fisik dan sarana. Yang dimaksud dengan pembenahan kondisi fisik dan sarana adalah bahwa instalasi gawat darurat berbenah diri seperti yang diamanahkan oleh peraturan menteri kesehatan tentang standard pelayanan IGD sehingga kondisinya sesuai dengan standard.

Tabel 4.2
Pembenahan kondisi Fisik dan sarana.

No.	Gambaran pembenahan kondisi fisik dan sarana	Keterangan
1.	Peraturan yang mengatur tentang fisik dan sarana IGD ?	Ada
2.	Bagaimanakah kondisi fisik bangunan gedung dan ruangan IGD saat ini	Secara umum kondisi fisik dan sarana sudah baik dan dapat memberikan pelayanan kegawatdaruratan.
3.	Apakah kondisi fisik dan sarana sudah sesuai standard ?	Belum
4.	Kondisi fisik dan sarana mana yang belum sesuai standard	Kondisi Fisik dan sarana yang belum sesuai standard : - Belum ada ruang khusus untuk resusitasi, Ruang triase, ruang observasi dan ruang khusus tindakan bayi/anak, - Area parker ambulance hanya bisa menampung 1 Ambulance. - Ruang tunggu yang terlalu kecil dan belum ada toilet
5.	Apa upaya yang telah dilakukan untuk pembenahan kondisi fisik yang belum sesuai standard..?	Melalui bidang perencanaan telah diusulkan setiap tahun untuk rehap fisik igd agar sesuai standard.

Sumber : Wawancara (2017)

Memperhatikan tabel 4.2, Pembinaan kondisi Fisik dan sarana Instalasi Gawat Darurat telah diusulkan setiap tahun untuk di rehap sesuai standard akan tetapi sampai saat ini usulan tersebut belum terrealisasi.

Penulis mewawancarai dokter igd dengan hasil sebagai berikut:

“.....seharusnya tata ruang igd tertata rapi mulai dari ruang penerimaan pasien ada ruang triase untuk memilah-milah pasien kemudian ada ruang resusitasi untuk pelayanan pasien dengan gangguan airway,briting dan sirkulasi..... harus ada ruang tindakan bedah,nonbedah juga harus ada ruang khusus observasi untuk pelayanan pasien-pasien yang memerlukan pengawasan.... tetapi di rumah sakit kita ruang-ruang tersebut masih bergabung..” (wawancara dengan dr.cendy, 27/03/2017).

Pemenuhan kondisi fisik sesuai standard merupakan kewajiban bagi instalasi gawat darurat. Hal ini diperlukan agar persyaratan utilitas bangunan yang memenuhi persyaratan keselamatan, kesehatan, kenyamanan dan kemudahan dapat terpenuhi, sehingga pengaturan alur pasien dapat berjalan dengan baik dan tidak memungkinkan terjadinya infeksi silang (cross infection).

Dari analisa penulis, usulan rehab igd agar sesuai standard telah diusulkan oleh Instalasi Gawat Darurat Rumah Sakit dr.Sobirin kabupaten Musi Rawas, akan tetapi pembinaan fisik dan sarana tersebut belum dilaksanakan, jadi wajar saja kalau saat ini kondisi fisik belum sesuai dengan harapan.yaitu Belum ada ruang khusus untuk resusitasi, Ruang triase, ruang observasi dan ruang khusus tindakan bayi/anak, serta Ruang tunggu yang terlalu kecil.

Pendapat beberapa informan terhadap pembinaan kondisi fisik dan sarana IGD hampir semuanya sama, yaitu sudah diusulkan tetapi belum dilaksanakan. Adapun wawancara dengan Kepala Instalasi Gawat Darurat adalah sebagai berikut:

“.....Untuk usulan perbaikan fisik dan sarana IGD sudah dilakukan setiap tahun ,bahkan tahun 2014 pernah bupati sendiri yang mengukur ruang

igd..... tapi kenyataanya sampai saat ini ruang igd belum tersentuh untuk perbaikan. Tahun 2017 ini juga telah kita usulkan lagi... mudah-mudahan tahun ini usulan kita terrealisasi.

.....sebenarnya pembenahan fisik yang diusulkan hanya mengubah tata ruang saja, agar igd memiliki area parker ambulance yang bisa menampung tidak hanya 1 kendaraan seperti saat ini tetapi dapat menampung lebih dari 2 (dua) kendaraan, lalu menambah ruang khusus triase, ruang resusitasi, ruang tindakan bedah, non bedah, ruang ponek dan ruang observasi...lalu kita perbesar ruang tunggu ditambah dengan toilet yang selama ini belum ada toiletnya....”(Ka.IGD 28/03/2017).

Selanjutnya peneliti juga mewawancari Direktur Rumah Sakit Dr.Sobirin,

dia menyatakan bahwa:

“.....Benar.. dari IGD melalui bidang perencanaan telah mengusulkan pembenahan fisik agar sesuai dengan standard, tetapi perlu di ingat rumah sakit bukan hanya igd saja banyak ruang lainnya yang fisiknya juga perlu ditingkatkan.

.....kalau berbicara pembenahan fisik dan sarana rumah sakit kita juga berbicara anggaran belanja Rumah sakit. Anggaran kita setiap tahun minim karena selalu ada pemangkasan anggaran, jadi untuk perbaikan ruangan dilakukan melalui tingkat prioritas.”.(Dr.Harun MKM : 01/04/2017).

Dari hasil wawancara dengan 2 (dua) informan di atas dapat di simpulkan bahwa bangunan fisik dan sarana igd belum sesuai dengan harapan. Dalam proses pelaksanaan usulan mengenai pembenahan fisik dan sarana igd tersebut sudah diusulkan dengan baik. Para informan juga memberikan informasi bahwa pelaksanaan usulan fisik dan sarana sudah sesuai prosedur namun pembenahan fisik dan sarana sesuai amanat peraturan menteri kesehatan belum dapat terlaksana karena rumah sakit masih memprioritaskan pembenahan fisik dan sarana yang lebih urgency untuk dibenahi di instalasi atau bagian lain, hal ini disebabkan karena anggaran dana rumah sakit yang belum mencukupi.

c). Ketersediaan fasilitas / prasarana medis.

Instalasi Gawat darurat merupakan suatu organisasi yang bergerak dalam bidang jasa kesehatan yang memberikan pelayanan kegawatdaruratan dalam bentuk pemeriksaan, diagnostik, pengobatan, tindakan medis dan perawatan yang dibutuhkan oleh pasien dengan sebaik-baiknya. Dalam menjalankan aktifitasnya Instalasi Gawat darurat memerlukan berbagai macam sumber daya, salah satu yang terpenting adalah ketersediaan fasilitas/prasarana medis.

Tabel : 4.3
Ketersediaan fasilitas / prasarana medis

No.	Gambaran Ketersediaan fasilitas / prasarana medis.	Keterangan
1.	Laporan dan data Fasilitas/prasarana medis ?	Ada
2.	Bagaimanakah ketersediaan fasilitas / prasarana medis di IGD saat ini.?	Fasilitas medis di igd dengan kategori IGD level II sudah cukup baik. Walau ada beberapa alat yang belum dimiliki.
3.	Fasilitas / prasarana medis mana yang belum dimiliki.?	<ul style="list-style-type: none"> - Ventilator - Belum ada O2 sentral. - Torakosintetis set - Metal Kauter - Incubator minimal 1 set
4.	Seberapa penting alat yang belum dimiliki tersebut	Semua fasilitas yang dibutuhkan IGD pasti penting walaupun jarang digunakan karena kegunaan fasilitas/prasarana untuk mempermudah dan meringankan pekerjaan.

Sumber : Wawancara (2017)

Memperhatikan tabel 4.3 Instalasi Gawat Darurat Rumah Sakit dr.Sobirin Kabupaten Musi Rawas termasuk dalam kategori level II, dimana untuk ketersediaan fasilitas / prasarana medis masih ada yang belum terpenuhi diantaranya ventilator, O2 sentral, Incubator metal cauter, dan torakosentesis set.

Berikut ini hasil wawancara penulis dengan informan yang ada di

IGD :

“.....setiap pasien yang gawat darurat pasti kita prioritaskan untuk didahulukan penanganannya “.....untuk perlengkapan peralatan medis di IGD sudah cukup baik, terbukti setiap pasien yang datang ke IGD dapat kita layani dengan baik..(Perawat IGD 27/03/2017)

Peneliti juga mewawancari dokter IGD,

“..... Di igd kita ada Trolyy Emergency yang didalamnya ada alat-alat medis ada defibrilator, monitor vital sign, mesin EKG dan alat alat kegawatdaruratan lainnya lengkap dengan obat-obatan tanpa di resepkan..... jadi kita tinggal menarik trolyy tersebut ke dekat pasien, tetapi yang menjadi masalah kita saat ini tata ruang yang belum memadai, belum sesuai standard.....coba bapak lihat ruang resusitasi, ruang tindakan non bedah,dan ruang triase saat ini masih bergabung menjadi satu tempat yang seharusnya dengan kondisi rumah sakit tipe C, IGDnya berdada pada level II ruangan-ruangan tersebut sudah terpisah lengkap dengan peralatan medisnya.....

....sebenarnya tidak terlalu banyak lagi peralatan medis di igd yang belum di miliki misalnya mesin ventilator, incubator,metal kauter juga O2 sentral karena saat ini setiap tempat tidur pasien masih pakai tabung yang notabene memakan tempat”.(Dr.Cendy : 27/03/2017)

Gawat darurat merupakan keadaan klinis pasien yang membutuhkan tindakan medis segera guna penyelamatan nyawa dan pencegahan kecacatan selanjutnya. Penanganan pasien gawat darurat pada layanan kesehatan berkaitan erat dengan fasilitas/prasarana medis yang di miliki. Menurut Moenir dalam Susongko (2015 : 5.8) sarana dan prasarana adalah seperangkat alat yang digunakan dalam suatu proses kegiatan baik alat tersebut merupakan peralatan pembantu maupun peralatan utama yang keduanya berfungsi untuk mewujudkan tujuan yang hendak di capai. Dari pengertian diatas dapat peneliti jabarkan bahwa fasilitas atau prasarana medis kegawatdaruratan merupakan seperangkat alat yang menjadi penunjang utama terselenggaranya suatu proses pelayanan kegawatdaruratan guna pencegahan kecacatan dan penyelamatan nyawa. Apabila

ketersediaan fasilitas/prasarana medis tersebut lengkap maka pelayanan kegawatdaruratan dapat berjalan dengan lancar, akan tetapi bila ketersediaan fasilitas/prasarana medis tersebut tidak lengkap dapat menghambat layanan kegawatdaruratan.

Berdasarkan hasil observasi peneliti di lapangan semua tindakan kegawatdaruratan terhadap pasien di Instalasi Gawat Darurat Rumah Sakit dr.Sobirin Kabupaten Musi Rawas dapat dilaksanakan dengan baik walaupun masih ada beberapa fasilitas/prasarana medis yang belum terpenuhi.

Selanjutnya peneliti juga mewawancari Kepala Bidang Pelayanan Rumah Sakit Dr.Sobirin, dia menyatakan bahwa:

“.....setiap bulan seluruh ruangan di rumah sakit dr.Sobirin diwajibkan membuat laporan inventaris ruangan termasuk didalamnya laporan fasilitas medis lengkap dengan kondisi atau keadaan barang apakah baik, rusak ringan, atau rusak berat.... gunanya untuk mengevaluasi kebutuhan peralatan yang ada di ruangan masih cukup atau perlu diganti...khusus untuk ruangan IGD kalau kita lihat dari fasilitas medis yang dibutuhkan untuk menolong pasien gawat darurat sudah cukup baik, sudah ada trolyy emergency lengkap dengan peralatan medis dan obat-obatan didalamnya....”.(Dr.Evi Damayanti.MARS : 29/03/2017).

Sedangkan untuk laporan fasilitas/prasarana medis, peneliti mendapat dokumentasi dari laporan bulanan igd, peneliti melakukan studi dokumentasi yang dilakukan pada Kepala Instalasi Gawat Darurat, karena berdasarkan informasi dan keterangan dari yang bersangkutan Ka IGD ini adalah orang paling mengerti dengan kondisi IGD, ketika peneliti mencari informasi tentang data fasilitas/prasarana medis di igd pegawai tersebut memberikan dokumentasi laporan inventaris tahun 2016 sebagai berikut:

Tabel : 4.4
 LAPORAN INVENTARIS ALAT-ALAT MEDIS INSTALASI GAWAT
 DARURAT RUMAH SAKIT Dr. SOBIRIN KABUPATEN MUSI RAWAS
 TAHUN 2016

A. Fasilitas Medis

NO	NAMA BARANG	SPESIFIKASI	ALAT YANG ADA		
			BAIK	R.RGN	R.BRT
1	Tensimeter	ABN	3	1	
2	EKG	Welc Allyin /Smart ECG	2	1	
3	Doppler Hi-Bebe	Bistos	2	1	
4	Suction Pump Mobile	Doctorfriend DF			1
5	Suction Pump Portable	Hirtz	1		
6	Lampu Sorot	Medical Illumination	2		
7	Lampu Sorot	Phoenik	1		
8	Lampu Sorot	Astec	1		
9	Stetoscope	Gea Medica	2		
10	Tabung O2 Besar		6		
11	Tabung O2 Kecil		3		
12	Regulator O2		8	3	
13	RJP Set	Vitalograph	2	1	
14	Laringoscope	Riestar	1		
15	THT Set/ Otoloscope	Riestar	2		
16	Brancard	besi+matras	19		3
17	Kursi Roda		4	1	
18	Bed Resusitasi		1		
19	Mini Pulse Oxymetri	Huntleigh	5	1	1
20	Lampu Kepala	Riestar	1		
21	Sterilisator Kering	Ksg 525/korona	2		
22	Sterilisator Basah	SMLC			1
23	Gunting Verban	Stenlis			5
24	Bengkok	Stenlis			
25	Pispot	Plastik/Stenlist			
26	Urinal	Plastik/Stenlist			
27	Termometer	Vinmed/medcare	1		
28	Tiang Infus Tegak	Besi	7		
29	Ultrasonik Nebulizer	Omron	2		
30	Refleks Hammer		1		1
31	Toung Spatel	Stenlis	1		
32	Korentang		3		
33	Tempat Korentang		2		
34	Minor Set		3		
35	Timbangan Bayi	Onemide	1	1	
36	Timbangan Dewasa	Onemide	1		1
37	O2 Elcktrik Mobile	Sequal		1	
38	Meja Instrumen	Stenlis	5		
39	Tromol Besar	Stenlis	2		
40	Tromol Sedang	Stenlis	1		
41	Tromol Kecil	Stenlis	3		
42	Torniquet		3		

43	Lampu Baca RO		2		
44	Glukotest Set	Easy Touch/medi smart	1	1	
45	Tangga Brancard	Besi	4		
46	Partus Set	Weiss Germany	1		
47	Bak Instrumen/ injeksi	Stenlis	4		
48	Tabung O2 Besar		6		
49	Bedside Monitor	waveline Touch DRE-USA	Unit	1	1
50	Minor Surgery Set	Various Tontara-Germany	Set	1	1
51	Emergency Stretcher	TSN 006 CHLSS Indonesia	Unit	2	2
52	Infusion Pump	6001B SK Medical	Unit	2	2
53	ECG 12 Lead	JPD-E12 Jumper-Japan	Unit	1	1
54	Suction Pump	S-20 simex-Germany	Unit	4	4
55	Operating Lamp Mobile	ST 10 M ST-Francis Taiwan	Unit	1	1
56	Trolley bedside monitor	PolyMedica	Unit	1	1
57	Suction Pump	Ordisi	Unit	2	2
58	Infusion Pump	Aitecs	Unit	6	6
59	Syringe Pump	Aitecs	Unit	4	4
60	Nebulizer	Gima Hospyneb	Unit	2	2
61	Lampu Sorot	RIMSA	Unit	2	2
62	Defibrilator	Physiocontrol	Unit	1	1
63	Sterilisator	Gemmyco	Unit	1	1
64	Glukotes	Monitoring System GE100	Set	3	3
65	Otoscope	Reda Instrument GMBH	Set	4	4
66	Laringoscope	Reda Instrument GMBH	Set	2	2
67	Instrument	Reda Instrument GMBH	Set	2	2
68	Dopler	Tesena	Set		
69	EKG	Zoncare	Unit	1	1
70	Bedside Monitor	waveline Touch DRE-USA	Unit	1	1
71	Fetal Doppler	STAR 5000A Comem USA	Unit	2	2
72	Flowmeter	Lotus-China	Unit	2	2
73	Infant Warmer	Neolite DRE-USA	Unit	1	1
74	Inkubator Bayi	B1000 Kaguwi-Taiwan	Unit	2	2
75	Infusion Pump	6001B SK Medical	Unit	2	2
76	CPAP/ Medical Air Compressor	Babby CPAP Diamedika-UK	Unit	1	1
77	Syringe Pump	SK 50011 SkMedical-Germany	Unit	2	2
78	Neonatus RE Set	34164 Gima Italy	Set	2	2
79	Pulse Oxymeter	Utasoxy-200 utas Ukraine	Unit	2	2
80	Infusion Pump	Terumo	Unit	1	1
81	Trolley bedside monitor	PolyMedica	Unit	1	1
82	Bedside Monitor	UM 300	Unit	1	1
83	O2 Konsentrator	Braun Crystal 5-8-2	Unit	1	1
84	Suction Pump	Senator Ardo	Unit	1	1
85					

B. Alat-alat Rumah tangga

NO	NAMA BARANG	SPESIFIKASI	ALAT YANG ADA		
			BAIK	R.RGN	R.BRT
1	Lemari Obat		1		
2	Standar Waskom	Besi	1		
3	Waskom	Stenlis	2		
4	Senter	Panasonic	1		
5	Tröly Obat		1		
6	Tempat Sampah Besar		4	1	
7	Tempat Sampah Kecil		4		
8	Piring Makan		12		
9	Gelas		12		
10	Sendok		12		
11	Rak Sepatu		1		
12	Kulkas	Tanto, National	2		
13	TV; 21"- 14 "	LG, Toshiba	1		2
14	Kursi Tunggu	Fiber	2	1	
15	Kompor Gas+ Tabung	Panasonic	1		
16	AC	National/Sharp/plytron	8	2	
17	Ember		2		
18	Gayung		4		
19	Disspenser	National, Sanken	2		
20	Pesawat telpon	Panasonic	2		
21	Meja Ramin			3	
22	Meja 1/2 Biro		6		
23	Kursi Kerja		6		
24	Lemari Kaca		2		
25	Komputer/printer	Compaq/ canon	1/1		
26	Jam Dinding		4	1	
27	Meja Resepsionis		1		
28	Meja Rapat		1		
29	Mesin Cuci	National	1		
30	Mesin Listrik	Honda	1		
31	Papan Tulis		1		
32	Reciver	Mitochiba	1		
33	Lemari Plastik	Napollytop	2		
34	Lemari Baju		1		
35	Kipas Angin Tegak	National/miyako	2		
36	Kipas Angin Dinding	Miyako/Maspion	3		
37	Kursi Rotan		2		

C. Alat-alat tenun

NO	NAMA BARANG	SPESIFIKASI	ALAT YANG ADA		
			BAIK	R.RGN	R.BRT
1	Selimut Biasa	Kain	2	2	
2	Bantal	Busa	7	6	
3	Kasur	Busa	9		
4	Sarung Bantal	Kain	7	6	
5	Laken	Kain	9	5	

6	Duk Lobang	Kain	15	20	
7	Tutup Alat	Kain	15	8	
8	Hordeng	Kain	7		
9	Hordeng Penyekat	Kain	9		
10	Skerm 2 Panel	Kain	1		
11	Perlak	Kain	12	3	
12	Celemek	Kain	5	3	
13	Sarung O2		4	3	2
14	sepatu but		5		

Sumber : Data Dokumentasi IGD

Setelah mengamati laporan inventaris yang dibuat pada tahun 2016 masih ada fasilitas/prasarana medis di IGD yang belum terpenuhi diantaranya mesin ventilator, torakosentesis set, metal kauter dan inkubator. Menurut ka IGD alat-alat tersebut sudah masuk dalam RKA IGD setiap tahun bahkan alat tersebut pernah diadakan oleh pihak manajemen misalnya alat inkubator dulu sudah ada tetapi karena ruang neonatus rawat inap kekurangan alat tersebut maka melalui kebijakan yang diambil oleh direktur alat incubator yang ada di IGD dipindahkan ke ruang neonatus rawat inap dengan alasan alat tersebut digunakan di igd hanya sebentar dan juga tanpa alat tersebut pelayanan kegawatdaruratan di igd masih dapat berjalan dengan baik.

2 .Kelancaran Rutinitas Fungsi

Prosedur rutinitas fungsi ini adalah tahapan-tahapan tertentu pada suatu program yang harus dijalankan untuk mencapai suatu tujuan, dengan adanya kelancaran rutinitas suatu pelaksanaan pada program kegiatan dapat menjadikan implementasi yang baik juga, sehingga suatu keberhasilan implementasi kebijakan dapat ditandai dengan lancarnya rutinitas fungsi dan tidak adanya masalah yang dihadapi.

a) Kecepatan pelayanan kegawatdaruratan.

Pelayanan kegawatdaruratan memerlukan penanganan secara terpadu dari multi disiplin dan multi profesi. Bantuan yang diberikan pada pasien gawat darurat bertujuan untuk menyelamatkan nyawa dan mencegah terjadinya kecacatan. Karena pelayanan kegawatdaruratan harus memprioritaskan penyelamatan nyawa dan mencegah kecacatan maka pasien-pasien yang masuk ke IGD harus di berikan pertolongan yang cepat dan tepat.

Tabel 4.5
Kecepatan pelayanan kegawatdaruratan

No	Gambaran Kecepatan pelayanan kegawatdaruratan	Keterangan
1.	Jam buka pelayanan gawat darurat 24 jam	Ya
2.	Waktu tanggap pelayanan di IGD	Waktu tanggap pasien saat datang ke IGD kurang dari 5 menit
3.	Keterampilan penanganan Life Saving.	Kemampuan penanganan life saving sudah baik, karena semua perawat dan dokter telah mengikuti pelatihan kegawatdaruratan walaupun sertifikatnya tidak aktif lagi.

Sumber Wawancara (2017)

Memperhatikan tabel 4.4 Kecepatan proses pelayanan pasien di Instalasi Gawat Darurat Rumah Sakit Dr.Sobirin meliputi waktu tunggu dan waktu proses yang dapat terlihat pada saat memberikan pelayanan 24 jam dalam sehari dan tujuh hari dalam seminggu dimana waktu tanggap pelayanan pasien gawat darurat yang datang ke IGD kurang dari 5 (lima) menit setelah sampai di IGD.

Kecepatan proses pelayanan kegawatdaruratan didukung dengan kemampuan penanganan life saving pegawai dalam memberikan pelayanan

Berikut ini hasil wawancara penulis dengan informan yang ada di IGD :

“.....Jelas dong pak.. pasti buka 24 jam, kalau tidak 24 jam bukan IGD namanya.... Untuk respon time di hitung sejak pasien datang berapa menit sejak pasien datang untuk mendapatkan pelayanan. Di Igd sobirin ini respon timenya sudah cepat karena pasien baru datang sudah disambut oleh tenaga portier dan perawat lalu diperiksa oleh dokter IGD paling rata-rata respon timenya 3 (Tiga) menitan, yang jelas tidak sampai 5 (lima) menit.....”.(Antonius Kristiantio.S.kep : 28/03/2017).

Peneliti juga mewawancari dokter senior di IGD,

“.....Namanya pelayanan IGD 24 jam.. dokter jaga pasti stanbay 24 jam juga... karena pelayanan kegawatdaruratan itu sifatnya mengejar nyawa jadi harus cepat dan tepat. Tidak bisa cepat saja kalau tidak tepat atau sebaliknya lambat asal tepat bisa mati pasien kita...makanya respon time pasien yang datang ke IGD harus dibawah 5(lima) menit... ”(dr.Iskandar 28/03/2017).

Waktu tanggap pelayanan pasien gawat darurat yang datang ke IGD sering disebut dengan respon time. Pengertian respon time adalah kecepatan penanganan pasien dihitung sejak pasien datang sampai dilakukan penanganan yaitu kurang dari lima menit (Kepmenkes tahun 2011). Kecepatan dalam pemberian pelayanan yang diberikan pada pasien yang datang ke IGD memerlukan standard sesuai dengan kompetensi dan kemampuannya sehingga dapat menjamin suatu penanganan gawat darurat dengan respon time yang cepat dan tepat.

Menurut Prof.Dr.Deddy Mulyadi.MSi dalam bukunya Studi Kebijakan Publik dan Pelayanan Publik (2016 : 216) untuk memastikan bahwa proses pelayanan dapat berjalan secara konsisten diperlukan adanya standard operating prosedur (SOP). Dengan adanya SOP, maka proses pengolahan yang dilakukan

secara internal dalam unit pelayanan dapat berjalan sesuai dengan acuan yang jelas dan dapat berjalan secara konsisten.

Dari pengamatan peneliti terhadap pelayanan IGD Rumah Sakit Dr. Sobirin, pertolongan yang diberikan sudah sesuai dengan SOP pelayanan yang ada, dimana sistem penerimaan pasien di IGD menitik beratkan cepatnya dan tepatnya respon time oleh petugas.

Hasil wawancara peneliti dengan keluarga pasien yang masing-masing ditanyakan “menurut anda bagaimana pelayanan yang didapatkan di IGD saat ini cepat atau lambat..?” tiga dari keluarga pasien menyatakan “bahwa saat tiba di IGD langsung dilayani” dan satu keluarga pasien menyatakan “di suruh menunggu karena masih ada pasien yang gawat”.

Adapun wawancara dengan keluarga pasien 1 adalah sebagai berikut:

“...Menurut saya pelayanannya sudah baik pak, Kalau di tanya cepat atau lambat jawabnya pasti cepatlah...bapak saya tadi turun dari mobil langsung dilayani, sudah ada perawat yang menerima langsung dibawa ke ruang tindakan.....”(Wawancara 29/03/2017).

Wawancara dilanjutkan dengan keluarga pasien 2 adalah sebagai berikut:

“.....pelayanan disini cepat pak, tidak sampai dua menit anak saya sudah dilayani, tadi diperiksa dokter katanya harus rawat inap karena menurut keterangan dokter, anak saya sudah kekurangan cairan..”(Wawancara 29/03/2017).

Selanjutnya wawancara dilanjutkan dengan keluarga pasien 3 adalah sebagai berikut:

“....tadi ibu saya di suruh menunggu sebentar karena ada pasien yang lebih gawat dari ibu.. tapi tidak terlalu lama sudah ada dokter yang memeriksa langsung di infus dan di enjuk obat melalui suntikan.....”(Wawancara 29/03/2017).

Wawancara dilanjutkan dengan keluarga pasien 4 adalah sebagai berikut:

“....Saya kira pelayanan di sini sudah baik, cepat, petugasnya cekatan mana dokter dan perwatnya masih mudo-mudo...”(Wawancara 29/03/2017).

Kecepatan proses pelayanan di IGD tidak terlepas dari kecepatan menentukan prioritas penanganan kegawatdaruratan, tentunya harus didukung oleh tenaga yang telampil, sehingga tenaga medis benar-benar memberikan pertolongan pada pasien yang sangat membutuhkan dengan penanganan secara cepat dan tepat, dapat menyelamatkan hidup pasien tersebut.

Pada dasarnya keterampilan merupakan hal yang bersifat individual. Setiap individu akan memiliki tingkat keterampilan yang berbeda tergantung pada kemampuan dan pengalamannya. Keterampilan kerja memiliki manfaat yang besar bagi individu, tempat bekerja dan masyarakat, oleh sebab itu seluruh pegawai IGD dalam melakukan aktivitasnya dituntut memiliki keterampilan dan sikap yang tepat dalam memberikan pelayanan pada masyarakat.

Dari pengamatan peneliti terhadap keterampilan petugas igd dalam memberikan pelayanan telah memiliki kemampuan penanganan life saving yang baik, karena semua perawat dan dokter telah mengikuti pelatihan kegawatdaruratan (BHD/PPGD/ACTLS dan GELS) walaupun masih ada sertifikatnya yang tidak aktif lagi.

Menurut Agus maulana (2016 ; 7.31) dalam bukunya Manajemen Strategik, agar berhasil organisasi harus merekrut orang-orang terbaik- karyawan yang memiliki seperangkat keterampilan dan kapabilitas yang sesuai dipadu dengan nilai-nilai dan sikap yang tepat. Keterampilan dan sikap itu harus terus menerus dikembangkan, diperkuat dan dipertajam dan setiap karyawan harus

memiliki motivasi yang tinggi dan dapat memusatkan perhatian mereka pada tujuan dan sasaran organisasi.

Dari uraian diatas dapat penulis simpulkan, bahwa kecepatan pelayanan kegawatdaruratan di Instalasi Gawat Darurat Rumah Sakit dr.Sobirin kabupaten Musi Rawas sudah berjalan dengan baik dimana sistem penerimaan pasien di IGD menitik beratkan cepatnya dan tepatnya respon time oleh petugas yaitu dibawah lima menit yang di dukung oleh keterampilan pegawai dengan kemampuan life saving dalam menangani kasus-kasus kegawatdaruratan. Hal ini sejalan dengan filosofi gawat darurat yaitu *Time Saving is Lafe Saving* yang berarti seluruh tindakan yang diberikan pada saat kondisi gawat darurat haruslah benar-benar efektif dan efisien. Atau dengan kata lain waktu adalah nyawa yang mengingatkan bahwa pasien dapat kehilangan nyawanya dalam hitungan menit karena berhenti napas dua sampai tiga menit saja dapat menyebabkan kematian.

b) Proses pelayanan tanpa hambatan

Lancarnya rutinitas fungsi dalam implementasi kebijakan dengan indikator proses pelayanan tanpa hambatan dapat ditandai dengan tidak adanya masalah yang dihadapi dalam proses pelayanan kegawatdaruratan yaitu mulai dari pasien datang, dilakukan tindakan sampai pasien pulang, dirujuk atau pindah ke ruang rawat inap.

Tabel 4.6
Proses pelayanan tanpa hambatan

No.	Gambaran Proses pelayanan tanpa hambatan	Ket
1.	Sistem penanganan kegawatdaruratan yang digunakan	Untuk menentukan prioritas penanganan kegawatdaruratan menggunakan system Triase

2.	Tidak adanya keharusan membayar uang muka	Setiap pasien masuk di IGD selalu diberikan pelayanan terlebih dahulu tanpa memikirkan uang muka
3.	Adakah alur pelayanan pasien di IGD	Ya

Sumber : Wawancara (2017)

Memperhatikan tabel 4.5 proses pelayanan tanpa hambatan di Instalasi Gawat Darurat Rumah Sakit dr.Sobirin Kabupaten Musi Rawas bahwa agar terselenggaranya pelayanan yang mudah diakses dan mampu segera memberikan pertolongan pada pasien gawat darurat setiap pasien masuk di IGD telah diberikan pertolongan dengan tidak adanya keharusan untuk membayar uang muka dan menggunakan sistem triase.

Berikut ini hasil wawancara penulis dengan informan yang ada di IGD :

“.....Memang untuk ruang triase masih bergabung dengan ruang non bedah, tetapi untuk memperlancar proses pelayanan sistem yang kita gunakan menggunakan sistem triase dimana kita memilah pasien bukan dengan antri siapa yang datang duluan tetapi menurut kegawatannya, semakin gawat pasien yang datang ke igd maka semakin diprioritaskan untuk di tolong..

.....Kalau uang muka sampai saat ini belum ada yang berani meminta uang muka, karena rumah sakit ini merupakan rumah sakit pemerintah tentunya harus mendahulukan pelayanan daripada bisnis....”(dr.Iskandar 28/03/2017).

Selanjutnya peneliti juga mewawancari Ka IGD,

“.....Seorang petugas dalam memberikan pelayanan kegawatdaruratan harus memiliki sikap yang empati dan sikap menghargai, oleh sebab itu didalam memberikan pelayanan kegawatdaruratan di igd tidak dibenarkan untuk meminta uang muka, sehingga para pengguna merasa kebutuhannya akan terpenuhi dan merasa pelayanan yang diberikan sesuai dengan kieinginannya,..... setelah selesai pelayanan baru di tanya mengenai administrasinya meggunakan BPJS, umum atau jamsoskes....””(Ka IGD, 28/03/2017).

Yang dimaksud dengan proses pelayanan tanpa hambatan disini adalah adanya kemudahan dalam pengurusan kepentingan pelayanan kegawatdaruratan yang cepat dalam arti pelayanan kegawatdaruratan yang diberikan dapat berjalan dengan tanpa halangan. Menurut Hardyansyah dalam bukunya Kualitas pelayanan Publik (2011 : 11) pelayanan dapat diartikan sebagai aktivitas yang diberikan untuk membantu, menyiapkan dan mengurus baik itu berupa barang atau jasa dari satu pihak kepada pihak lain.

Berdasarkan hasil wawancara di atas dapat dideskripsikan bahwa agar terselenggaranya pelayanan kegawatdaruratan yang mudah diakses dan mampu segera memberikan pertolongan pada pasien gawat darurat tanpa hambatan para petugas telah menunjukkan eksistensinya dan perannya dalam memberikan pelayanan kegawatdaruratan sebaik mungkin yaitu menggunakan sistem triase dengan tidak adanya keharusan membayar uang muka sebagai jaminan terhadap pertolongan medis yang akan diberikan.

Dari pengamatan peneliti terhadap pelayanan IGD Rumah Sakit Dr. Sobirin, walaupun belum ada ruang khusus triase pertolongan yang diberikan sudah menggunakan sistem triase dengan tanpa meminta uang muka sebelum memberikan pelayanan, dimana semua pasien dengan kasus gawat darurat terlebih dahulu diperiksa oleh dokter untuk seleksi penderita berdasarkan tingkat kegawatdaruratan, sedangkan keluarga pasien menuju ke tempat pendaftaran untuk mendaftarkan data diri pasien pada petugas untuk dibuatkan kartu, setelah pasien mendapat pemeriksaan, kemudian barulah pasien di rawat berdasarkan klasifikasi penderita sesuai label P1,P2,P3 untuk mendapatkan pelayanan lebih lanjut, dan label hitam langsung kamar jenazah. Pada tahap ini dokter atau perawat jaga

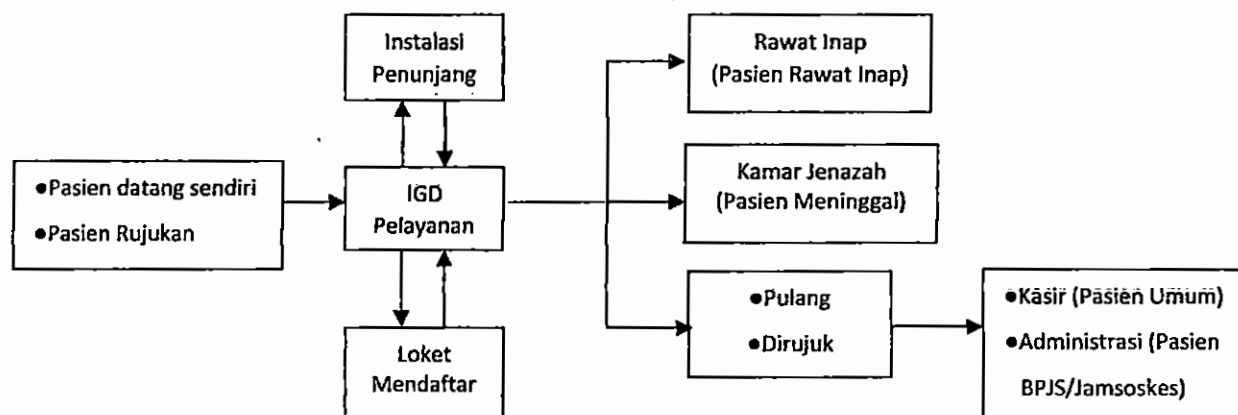
melakukan tindakan pelayanan misalnya ukur vital sign, pasang infus, rekam jantung, pasang monitor, RJP dan lain sebagainya serta pemeriksaan laboratorium atau pemeriksaan radiologi bila memang diperlukan. Apabila pasien memerlukan rawat inap segera didaftarkan statusnya sebagai pasien rawat inap dan apabila tidak memerlukan rawat inap (masalah kegawat darurannya teratasi) maka, pasien diberikan resep obat hanya untuk satu hari selanjutnya diberi surat pengantar ke instalasi rawat jalan untuk kontrol ulang ataupun tindakan selanjutnya.

Triage adalah suatu proses yang mana pasien digolongkan menurut tipe dan tingkat kegawatan kondisinya. Triage terdiri dari upaya klasifikasi kasus cedera secara cepat berdasarkan keparahan cedera mereka dan peluang kelangsungan hidup mereka melalui intervensi medis yang segera. Sistem triage tersebut harus disesuaikan dengan keahlian setempat. Prioritas yang lebih tinggi diberikan pada korban yang prognosis jangka pendek atau jangka panjangnya dapat dipengaruhi secara dramatis oleh perawatan sederhana yang intensif.

Sistem triase ini digunakan untuk menentukan prioritas penanganan kegawatdaruratan sehingga tenaga medis benar-benar memberikan pertolongan pada pasien yang sangat membutuhkan dengan penanganan secara cepat tanpa hambatan dan dapat menyelamatkan hidup pasien tersebut.

Peneliti melakukan studi dokumentasi yang dilakukan pada Kepala Instalasi Gawat Darurat untuk mendapat dokumentasi pelayanan rawat darurat. Ketika peneliti mencari informasi tentang pedoman dan alur pelayanan di igd pegawai tersebut memberikan dokumentasi sebagai berikut:

Gambar :4.1
ALUR PELAYANAN PASIEN INSTALASI GAWAT DARURAT
RS Dr.SOBIRIN KABUPATEN MUSI RAWAS



Sumber : Data Dokumentasi.

Alur pasien IGD

1. Pasien datang disambut oleh porter, satgas dan perawat igd menuju ruang triase untuk selanjutnya dibawa ke ruang tindakan.
2. Keluarga atau pengantar pasien menyerahkan surat pengantar/rujukan (bila ada) ke petugas igd untuk selanjutnya diberikan kepada dokter jaga.
3. Petugas Rekam medis mencatat Biodata dan perawat melakukan anamnesa keadaan/ keluhan pasien.
4. Dokter jaga IGD memberikan terapi dan tindakan sesuai indikasi.
5. Perawat IGD melaksanakan tindakan dan perawatan pada pasien sesuai dengan intruksi dokter.
6. Bila pasien tidak rawat inap (Rawat jalan), Setelah mendapatkan pelayanan perawatan, tindakan dan terapi oleh dokter jaga igd, pasien membayar biaya tindakan IGD yang dilakukan oleh bagian administrasi ke loket penerima.
7. Bila pasien rawat inap, Petugas admisi menelpon ruangan untuk memastikan tempat rawat inap.

8. Apabila ruangan rawat inap sudah siap, Pasien diantar oleh porter menuju ruang rawat inap.
9. Apabila ruangan rawat inap sudah ada tetapi belum siap, pasien menunggu di ruang observasi IGD.
10. Apabila ruangan rawat inap FULL, Pasien dianjurkan untuk rawat inap di RS Sobirin Muara Beliti atau RS lainnya.

Setelah mengamati alur pelayanan rawat darurat, peneliti melakukan observasi atau pengamatan terhadap pasien yang berada di ruang tindakan igd, hasilnya diketahui bahwa setelah berada di ruang tindakan penderita segera ditangani sesuai dengan keadaan pasien, dimana tindakan yang dilakukan sesuai dengan prioritas live saving menurut prosedur tetap yang ada di IGD, Kemudian dokter memutuskan pasien memerlukan observasi di IGD atau dirawat inap diruangan. Bila penderita telah stabil dapat dilakukan operasi, dirawat di ruangan atau dipulangkan. Dari pengamatan peneliti Semua proses tersebut berjalan dengan lancar tidak ada hambatan hanya saja setelah semua tindakan kegawatdaruratan dilakukan dan pasien perlu observasi atau rawat inap tetapi ruang rawat inap masih penuh, pasien terpaksa harus menunggu lama di ruang tindakan padahal bila pasien sudah stabil harus dipindahkan ke ruang observasi karena ruang tindakan tersebut harus selalu siap untuk menerima pasien baru sehingga tidak terjadi penumpukan.

Merasa belum puas dengan hasil pengamatan peneliti mewawancarai kepala bidang pelayanan terkait dengan ruang observasi di IGD sebagai berikut :

“.....Ruang khusus untuk observasi memang belum ada tapi insyaallah kita sudah berkordinasi dengan bidang perencanaan tahun ini membenahan fisik igd sudah diprioritaskan....

..... Dengan menjamurnya pasien BPJS dan Jamsoske, kapasitas ruang rawat inap saat ini sering penuh akibatnya pasien-pasien yang dari igd terpaksa menunggu di ruang tindakan IGD padahal ruang tindakan harus selalu stanbay setiap saat untuk pasien baru,... kadangkala kalau lagi ramai pasien yang sudah stabil selagi menunggu ruang rawat inap siap ditempatkan di lorong IGD tapi ini sifatnya sementara menunggu ruang rawat inap siap saja...”(Ka.Bid.Pelayanan 29/03/2017)

Berdasarkan pada kenyataan diatas dapat disimpulkan bahwa pelaksanaan rutinitas fungsi proses pelayanan di instalasi gawat darurat belum dapat di implementasikan dengan lancar hal ini dikarenakan igd belum memiliki ruang khusus observasi untuk menampung pasien-pasien yang perlu pengawasan dan tempat menunggu sebelum pasien di transfer ke ruang rawat inap.

3. Kinerja dan Dampak

Keberhasilan suatu kebijakan dapat dikaji berdasarkan perspektif proses implementasi dan perspektif hasil. Pada perspektif proses, program pemerintah dikatakan berhasil jika pelaksanaannya sesuai dengan petunjuk dan ketentuan pelaksanaan yang dibuat oleh pembuat program yang mencakup antara lain cara pelaksanaan, agen pelaksana, kelompok sasaran dan manfaat program. Sedangkan pada perspektif hasil, program dapat dinilai berhasil manakala program membawa dampak seperti yang diinginkan.

a). Menurunnya Angka Kematian di IGD

Tabel 4.7
Gambaran Angka kematian di IGD

No.	Gambaran Angka kematian di IGD	Keterangan
1.	Angka kematian di IGD tahun 2015	41 orang
2.	Angka kematian di IGD tahun 2016	36 orang

Sumber : Data dokumentasi

Dari tabel 4.6 diatas telah terjadi penurunan angka kematian di IGD yaitu dari 41 orang pada tahun 2015 dan turun menjadi 36 orang pada tahun 2016. walaupun menurun angka kematian di igd tahun 2016 tersebut masih tergolong tinggi karena standar pelayanan minimal kematian di igd dua per seribu, artinya dikatakan baik apabila dari seribu pasien IGD yang meninggal hanya 2 orang.

Diharapkan dengan memenuhi dan mengimplementasikan standar pelayanan IGD dapat meminimalisir angka kematian di igd. Karena terselenggaranya pelayanan yang efektif dan mampu menyelamatkan pasien gawat darurat dapat di lihat seberapa besar angka kematian tersebut terjadi di IGD. Peneliti melakukan studi dokumentasi yang dilakukan pada Kepala Instalasi Gawat Darurat untuk mendapat dokumentasi pelayanan rawat darurat. Ketika peneliti mencari informasi tentang angka kematian di igd pegawai tersebut memberikan dokumentasi sebagai berikut:

Tabel : 4.8
ANGKA KEMATIAN DI INSTALASI GAWAT DARURAT
RUMAH SAKIT Dr.SOBIRIN KAB. MUSI RAWAS
TAHUN 2015

No	Bulan	Jumlah DOA	Jumlah Kematian di IGD	Total	Jumlah Pasien	Angka Kematian
1	Januari	2	1	3	1068	
2	Februari	9	2	11	924	
3	Maret	7	1	8	984	
4	April	5	1	6	1059	
5	Mei	3	3	6	1114	
6	Juni	8	3	11	1013	
7	Juli	7	10	17	1197	
8	Agustus	7	2	9	1196	
9	September	10	5	15	1019	
10	Oktober	16	4	20	1249	
11	November	10	3	13	1258	
12	Desember	9	6	15	1220	
	Jumlah	93	41	134	13301	

Sumber : Data Dokumentasi

Tabel : 4.9
**ANGKA KEMATIAN DI INSTALASI GAWAT DARURAT
 RUMAH SAKIT Dr.SOBIRIN KAB. MUSI RAWAS
 TAHUN 2016**

No	Bulan	Jumlah DOA	Jumlah Kematian di IGD	Total	Jumlah Pasien	Angka Kematian
1	Januari	9	4	13	1351	
2	Februari	5	1	6	1196	
3	Maret	9	2	11	1221	
4	April	2	1	3	1056	
5	Mei	2	5	7	1202	
6	Juni	5	4	9	923	
7	Juli	7	1	8	1218	
8	Agustus	4	6	10	1014	
9	September	10	3	13	945	
10	Oktober	9	3	12	1035	
11	November	3	1	4	1014	
12	Desember	8	5	13	1051	
	Jumlah	78	36	109	13226	

Sumber : Data Dokumentasi

Setelah mengamati laporan angka kematian di igd yang terjadi pada tahun 2015 dan tahun 2016 telah terjadi penurunan, Tetapi angka tersebut masih tergolong tinggi karena dikatakan baik apabila angka kematian dua perseribu.

Peneliti meminta tanggapan kepala bidang pelayanan terkait dengan angka kematian di IGD sebagai berikut :

“.....ya angka kematian di igd merupakan indikator keberhasilan pelayanan di IGD dimana semakin kecil angka kematian di IGD maka semakin baik pelayanan tersebut. pada tahun 2016 angka kematian di igd sudah turun tetapi angka tersebut masih tinggi, karena kebanyakan pasien-pasien yang di rujuk ke IGD sudah dalam keadaan kritis....”(Ka.Bid.Pelayanan 29/03/2017)

Kematian di IGD adalah kematian yang terjadi dalam periode 24 jam sejak pasien datang di Instalasi Gawat Darurat. Dari uraian diatas dapat disimpulkan bahwa angka kematian di IGD sudah menurun tetapi angka tersebut masih tinggi hal ini disebabkan karena kebanyakan pasien yang datang ke Instalasi Gawat Darurat rumah sakit dr.Sobirin sudah dalam kondisi kritis.

b). Meningkatnya kepuasan pasien.

Dalam pelayanan kegawatdaruratan pasien menjadi fokus utama. Dua hal utama yang perlu diperhatikan dalam memberikan pelayanan kepada pasien adalah kepuasan dan keamanan pasien. Pelayanan kegawatdaruratan dituntut untuk dapat memberikan pelayanan yang memuaskan dan dijamin aman. Diharapkan dengan memenuhi dan mengimplementasikan standar pelayanan IGD dapat meningkatkan kepuasan pasien.

Menurut Zaithaml dkk dalam Hardiyansyah (2011 ; 46) Kualitas pelayanan dapat di ukur dari 5 dimensi yaitu Tangibles (berwujud), Realibity (kehandalan), Responsiveness (ketanggapan), Assurance (jaminan), Empathy (empati). Kepuasan pasien terhadap kualitas pelayanan kegawatdaruratan merupakan perbandingan antara harapan dan persepsi pasien terhadap lima dimensi kualitas pelayanan tersebut (tangible, reliability, responsiveness, assurance dan emphaty).

1. Tangible (Kenampakan Fisik) Menyangkut kesiapan dari sarana dan prasarana pendukung seperti sarana fisik, kebersihan ruang rawat, penampilan dokter dan perawat, fasilitas medis, dan pelayanan yang menyangkut sarana dan prasarana lainnya.
2. Realibity (kehandalan) Menyangkut kemampuan dan keandalan untuk menyiapkan pelayanan terpercaya terhadap pasien.
3. Responsiveness (Daya Tanggap) Kesanggupan untuk membantu dan menyediakan pelayanan secara cepat dan tepat serta tanggap terhadap keinginan pasien.

4. Assurance (Jaminan) Kemampuan pemberi layanan kesehatan untuk memberikan jaminan dan menumbuhkan kepercayaan pasien untuk menciptakan rasa aman dan nyaman bagi pasien.
5. Empathy (empati) Memahami masalah dan kondisi pasien dan bertindak demi kepentingan pasien, serta memberikan perhatian personil kepada pasien.

Hasil wawancara peneliti dengan keluarga pasien yang masing-masing ditanyakan “menurut anda bagaimana pelayanan yang didapatkan di IGD saat ini menghasilkan kepuasan atau ketidakpuasan..?”

1. Wawancara dengan bapak Joko 48 tahun, Bpk.Joko adalah keluarga pasien di IGD yang mengalami trauma kepala karena kecelakaan motor. Dalam dimensi tangibles yang berkaitan dengan kualitas pelayanan menyangkut kesiapan dari sarana dan prasarana pendukung seperti sarana fisik, kebersihan ruang igd, penampilan dokter dan perawat, fasilitas medis, beliau berpendapat bahwasannya igd harus memiliki sarana fisik yang lebih luas agar lebih nyaman lagi. Selanjutnya dalam dimensi reliabilitas beliau mengatakan kemampuan dan kehandalan untuk menyiapkan pelayanan terpercaya terhadap pasien sudah baik. Selanjutnya dalam dimensi Responsiveness dan jaminan beliau memberikan penilaian bahwasannya pelayanannya sudah sangat bagus mulai dari awal pada saat menerima pasien, dilakukan tindakan, sampai jika ada keluhan selanjutnya mengenai keadaan pasien langsung dibantu oleh perawat dan dokter. Dan dalam dimensi empati secara umum pelayanan yang di berikan sudah baik dimana semua petugas bertindak demi kepentingan keselamatan pasien. Mengenai kepuasan beliau mengemukakan bahwasannya secara keseluruhan beliau sudah sangat puas

karena pelayanan di IGD bisa membantu keluarganya yang mengalami kecelakaan motor.

2. Wawancara dengan bapak Mawan 53 tahun adalah keluarga pasien yang mengalami sesak napas di IGD. Dalam dimensi tangibles beliau berpendapat bahwasannya dalam melayani pasien yang gawat darurat peralatan harus lengkap dan siap dipakai, untuk fisik bangunan baiknya di perluas lagi agar dapat menampung pasien lebih banyak. dalam dimensi reliabilitas beliau berpendapat bahwasannya lebih spesifik dan lebih detail jadi saya merasa puas karena kehandalan para dokter dan perawat di sini tidak diragukan lagi. Selanjutnya dalam dimensi Responsiveness dan jaminan beliau memberikan penilaian bahwasannya pelayanannya sangat ramah kepada pasien dan dalam melayani pasien sangat cepat responya sehingga tidak perlu lama menunggu. Dalam dimensi empati karyawan IGD dalam menjelaskan masalah penyakit yang diderita pasien sangat jelas dan menjelaskan ke pasien atau keluarga sampai mengerti. Mengenai kepuasan beliau merasa puas karena karena pelayanya cepat dan ramah-ramah.
3. Wawancara dengan ibu Maria 38 tahun yang merupakan pasien di IGD yang mengalami kencing manis dan masih menunggu ruang rawat inap. Dalam dimensi tangibles reliabilitas yang berkaitan dengan kualitas layanan, beliau berpendapat bahwasannya rumah sakit dengan peralatan yang lengkap seharusnya di dukung dengan ruangan yang luas agar tidak kelihatan terlalu ramai. Selanjutnya dalam dimensi reliability beliau mengatakan kemampuan dokter dan perawat dalam penanganan pelayanan gawat darurat sudah cukup baik. Selanjutnya dalam dimensi responsiveness dan assurance beliau

berpendapat Penampilan pegawai igd dalam menyambut pasien yang baru datang sudah lumayan cekatan tetapi untuk informasi yang diberikan banyak istilah-istilah medis yang belum di mengerti. Mengenai kepuasan pelayanan di IGD beliau mengemukakan bahwasannya kalau mau jujur kami belum merasa puas karena ruangan masih full jadi kami menunggu disini selaian sempit juga bising.

4. Wawancara dengan bapak Mahendra 39 tahun keluarga pasien di IGD yang mengalami hipertensi emergency. Dalam dimensi tangibles reliabilitas yang berkaitan dengan kualitas pelayanan, beliau berpendapat bahwasannya kebersihan ruang igd, penampilan dokter dan perawat, fasilitas medis sudah baik hanya saja untuk bangunan fisik terkhusus ruang tunggu perlu dipikirkan lagi. dalam dimensi reliability beliau mengatakan merasa puas terhadap kualitas layanan IGD karena kemampuan perawat dan dokter sepertinya sudah terbiasa menangani kasus kasus gawat darurat. Dalam dimensi Responsiveness dan jaminan beliau memberikan penilaian bahwasannya pelayanannya baik, dalam melayani pasien karyawan igd berpakaian rapi dan sopan saat berbicara. Dan dalam dimensi empati dalam melayani pasien menurut saya petugas igd sudah mendahulukan keselamatan pasien. Mengenai kepuasan beliau sudah merasa puas dengan layanan IGD.

Memperhatikan aspek kepuasan pasien di IGD dari empat responden yang diwawancari secara mendalam tiga dari responden menyatakan “ merasa puas dengan layanan di IGD” dan satu responden menyatakan “ belum merasa puas dengan layanan di IGD karena masih menunggu lama untuk mendapatkan ruang rawat inap. Hal ini membuktikan setiap pelanggan mempunyai standar pembading

untuk menilai kinerja pelayanan yang ia terima. Hasil penilaian tersebut memberikan persepsi apakah kebutuhan dan harapan dipenuhi atau tidak, yang menghasilkan kepuasan atau ketidakpuasan, dapat berupa tindakan memberikan pujian, mengajukan komplain atau akan menceritakan apa yang dialami kepada orang lain.

Peneliti meminta tanggapan kepala bidang pelayanan terkait dengan kepuasan pelayanan di IGD sebagai berikut :

“.....didalam standar pelayanan minimum IGD kepuasan pelanggan gawat darurat harus diatas 80 %. Setiap tahun rumah sakit mengadakan survey kepuasan termasuk di IGD yang tujuannya agar terselenggaranya pelayanan gawat darurat yang mampu memberikan kepuasan kepada pelanggan atau pasien. Tahun 2016 hasil survy kepuasan IGD hanya 80,13 % menurun di banding tahun 2015 yang mencapai 85,13 %. Hal ini dikarenakan kondisi fisik IGD yang belum mendukung. Tetapi kita masih mempunyai kelebihan yaitu SDM yang profesional yang kita miliki.....”(Ka.Bid.Pelayanan 29/03/2017)

Kepuasan menurut Kamus Bahasa Indonesia adalah puas; merasa senang; perihal (hal yang bersifat puas, kesenangan, kelegaan dan sebagainya). Kepuasan dapat diartikan sebagai perasaan puas, rasa senang dan kelegaan. Kepuasan merupakan respon pelanggan terhadap dipenuhi kebutuhan dan harapannya, merupakan penilaian pelanggan terhadap produk dan pelayanan yang merupakan cerminan tingkat kenikmatan yang didapatkan berkait dengan pemenuhan kebutuhan dan harapan termasuk didalamnya tingkat pemenuhan yang kurang atau tingkat pemenuhan yang melebihi kebutuhan dan harapan.

Dari uraian diatas dapat disimpulkan bahwa kepuasan pelanggan terhadap pelayanan di IGD menurun dikarenakan kondisi fisik dan fasilitas saran yang belum mendukung pelayanan secara optimal walaupun secara keseluruhan

pelayanan di IGD telah diterapkan dengan baik dalam mencapai kepuasan pelanggan tersebut.

Implementasi tentang standar pelayanan instalasi gawat darurat telah diatur melalui peraturan menteri kesehatan no 856 tahun 2009. Karena keberhasilan peraturan ini sangat menentukan kualitas pelayanan dan kepuasan pasien maka Instalasi Gawat Darurat rumah sakit dr.Sobirin kabupaten Musi Rawas wajib memenuhi standard tersebut. Akan tetapi kenyataan yang ada hingga saat ini bahwa pemenuhan persyaratan SDM, pembenahan fisik bangunan dan pemenuhan fasilitas medis belum dapat terpenuhi 100%. Hal ini dapat berdampak pada angka kematian yang masih tinggi dan kepuasan pasien pun menurun.

Menurut teori Rifley and Franklin tingkat keberhasilan implementasi kebijakan publik dapat diukur dari tingkat kepatuhan, lancarnya rutinitas kerja dan kinerja dan dampak sehingga peneliti dapat menyimpulkan Implementasi standard pelayanan instalasi gawat darurat di rumah sakit dr.Sobirin kabupaten musu rawas sudah di laksanakan tetapi belum sesuai dengan harapan.

2. Faktor penghambat pemenuhan standar pelayanan IGD

Pada pembahasan ini peneliti ingin mengetahui faktor-faktor yang menjadi penghambat pemenuhan standar pelayanan igd yang telah ditetapkan melalui Peraturan Menteri Kesehatan No 856 tahun 2009 yang berdampak pada tidak tercapainya standar tersebut. Di dalam melaksanakan pekerjaan, manusia sering menemukan hambatan-hambatan ataupun kendala-kendala demikian juga halnya dengan instalasi gawat darurat dalam memenuhi standar pelayanan yang telah di tentukan ada beberapa kendala yang ditemukan.

Dalam penelitian ini dengan menggunakan teknik pengumpulan data secara wawancara,observasi, dan melihat langsung di instalasi gawat darurat rumah sakit dr.sobirin kabupaten Musi rawas peneliti menemukan tiga faktor yang menghambat implementasi kebijakan standar pelayanan igd. Ketiga faktor tersebut adalah Faktor lokasi rumah sakit, faktor perencanaan dan komitmen serta faktor anggaran rumah sakit.

a). Faktör lokasi rumah sakit.

Rumah sakit dr.Sobirin adalah rumah sakit milik pemerintah kabupaten Musi rawas yang berlokasi di kota Lubuk linggau. Menurut kepala bidang pelayanan rumah sakit dr.Sobirin, karena lokasi rumah sakit dr.Sobirin berada di kota Lubuk linggau maka sudah ada wacana dari pemerintah daerah kabupaten Musi Rawas untuk memindahkan lokasi rumah sakit dr.Sobirin ke ibukota kabupaten Musi Rawas yaitu di Muara Beliti. Tetapi wacana tersebut belum terealisasi sampai saat ini. Hal ini menyebabkan pemerintah kabupaten Musi rawas tidak begitu fokus untuk melakukan pengembangan dan pembangunan di rumah sakit dr.Sobirin yang notabnya berada di lokasi kota lain.

Adapun wawancara yang dilakukan peneliti dengan Kepala Bidang Pelayanan Rumah Sakit dr.Sobirin kabupaten Musi rawas adalah sebagai berikut :

“.....Banyak hal, kita tahu sendiri kondisi rumah sakit dr sobirin ini merupakan e..rumah sakit milik kabupaten yang berada di kota lubuk linggau. Jadi itu sendiri membuat pemerintah daerah sepertinya tidak begitu fokus untuk melakukan pembangunan di sobirin yang notabnya berada di lokasi kota lain. Mungkin kedepan pemerintah daerah punya harapan untuk memindahkan rumah sakit sobirin ini di wilayah kabupaten sendiri, tapi wacana itu juga sepertinya sampai saat ini baru sekedar wacana, itu salah satu masalah, jadi ee keinginan pemerintah sendiri untuk membangun rumah sakit sendiri belum optimal.”.....”(Kabid Pelayanan.29/03/2017)

Rumah sakit merupakan organisasi pelayanan jasa yang mempunyai kespesifikan dalam hal SDM, sarana prasarana dan peralatan yang dipakai termasuk juga di Instalasi Gawat Darurat. Sering rumah sakit dikatakan sebagai organisasi yang padat modal, padat sumber daya manusia, padat tehnologi dan ilmu pengetahuan serta padat regulasi. Padat modal karena rumah sakit memerlukan inventasi yang tinggi untuk memenuhi persyaratan yang ada. Padat sumber daya manusia karena di dalam rumah sakit pasti terdapat berbagai profesi dan jumlah karyawan yang banyak. Padat teknologi dan ilmu pengetahuan karena di dalam rumah sakit terdapat peralatan-peralatan canggih dan mahal serta kebutuhan berbagai disiplin ilmu yang berkembang dengan cepat. Padat regulasi karena banyak regulasi/peraturan-peraturan yang mengikat berkenaan dengan syarat-syarat pelaksanaan di rumah sakit. Semua hal tersebut bisa berjalan dengan baik atau optimal apabila di dukung penuh oleh pemerintah daerah.

Dari uraian diatas dapat di simpulkan bahwa lokasi rumah sakit dr.Sobirin kabupaten Musi Rawas yang berada di kota Lubuk linggau, menyebabkan tidak optimalnya pemerintah daerah dalam pengembangan dan pembangunan rumah

sakit dr.Sobirin yang notabnya berada di lokasi kota lain, sehingga dapat menghambat terpenuhinya standar pelayanan rumah sakit termasuk juga standar pelayanan instalasi gawat darurat.

b). Faktor Perencanaan dan kometmen dari rumah sakit.

Perencanaan merupakan hal penting yang menentukan dalam mencapai tujuan yang efektif dan efisien dari tujuan rumah sakit. Dimana fungsi manajemen adalah planning, organaizing, leading, dan controlling. Pada kegiatan perencanaan di igd setiap tahunnya sering kali tidak berjalan dengan baik sehingga kegiatan berjalan apa adanya sesuai kebiasaan yang dianggap baik atau sudah biasa dan hanya sebatas usulan tanpa ada realisasi. Dapat dikatakan bahwa manajemen lebih sibuk pada masalah-masalah manajerial daripada kasus-kasus klinik, tentunya hal ini dapat menghambat pemenuhan standar pelayanan di igd yang berdampak pada menurunnya kepuasan terhadap pelayanan.

Adapun wawancara yang dilakukan peneliti dengan ka. IGD adalah sebagai berikut :

“..... perencanaan dari igd sifatnya hanya usulan saja. Saat penyusunan perencanaan rumah sakit, bidang perencanaan terkadang hanya melibatkan segelintir pegawai saja, kita tidak dilibatkan lagi, padahal perencanaan program dan kegiatan adalah atas nama rumah sakit.....kita tidak tahu usulan igd yang sudah di buat setiap tahun ini sebenarnya dimasukan perencanaan atau tidak. Karena tidak ada umpan baliknya.....”(Ka.IGD.28/03/2017)

Selanjutnya peneliti melakukan wawancara dengan kepala bidang pelayanan rumah sakit dr.Sobirin kabupaten Musi Rawas adalah sebagai berikut :

“..... Kometmen dari kita sendiri sepertinya masih sangat ragu-ragu untuk berani mengembangkan rumah sakit ini kedepannya mau seperti apa,

manajemen sendiri seperti apa....karena sepertinya pemerintah daerah masih ragu tidak ada kepastian.. jadi kita juga ragu, setengah hati juga untuk melakukan pembangunan fisik dirumah sakit dr.Sobirin ini....

.....harusnya idialnya memang seperti itu....setelah ada usulan dari bawah, kita kembali diajak untuk memutuskan langkah kedepan untuk pengembangan igd seperti apa. Nah yang terjadi di kita sepertinya usulan itu sudah dianggap cukup sehingga manajemen langsung membuat inisiatif kemana mau apa pembangunan di rumah sakit ini. jadi memang ada missnya”(Kabid Pelayanan.29/03/2017)

Dari Wikipedia bahasa Indonesia, Rencana atau *plan* adalah dokumen yang digunakan sebagai skema untuk mencapai tujuan. Rencana biasanya mencakup alokasi sumber daya, jadwal, dan tindakan-tindakan penting lainnya.. Menurut Alder dalam Rustiadi (2008 : 339) menyatakan bahwa perencanaan adalah suatu proses menentukan apa yang ingin dicapai di masa yang akan datang serta menetapkan tahapan-tahapan yang dibutuhkan untuk mencapainya.

Pengambilan keputusan merupakan bagian dari perencanaan yang berarti menentukan atau memilih alternatif pencapaian tujuan dari beberapa alternatif yang ada. Perencanaan diperlukan untuk mengarahkan kegiatan organisasi. Perencanaan merupakan fungsi pertama manajemen, perencanaan ini dilakukan secara terus-menerus karena dengan berlalunya waktu rumah sakit perlu melaksanakan perencanaan kembali dan membuat rencana-rencana baru.

Dari uraian diatas yang dikaitkan dengan teori yang ada dapat di simpulkan bahwa salah satu faktor penghambat terpenuhinya standar pelayanan igd adalah faktor perencanaan dan kometmen dari rumah sakit itu sendiri, karena tanpa perencanaan dan kometmen yang baik rumah sakit cenderung tidak focus serta cenderung bersifat reaktif yang pada akhirnya bermuara pada inefisiensi dan inefektifitas. Akan lebih baik apabila keseluruhan proses penganggaran mulai dari

awal perencanaan sampai pada kegiatan monitoring dan evaluasi terakhir melibatkan seluruh pegawai sebagai team work dalam rangka mencapai tujuan akhir yang akan dicapai oleh rumah sakit.

c). Faktor Anggaran

Secara normatif, perencanaan dan penganggaran harus terpadu, konsisten dan sinkron satu sama lain. Hal ini harus dilakukan karena penganggaran merupakan media untuk mewujudkan target-target kinerja yang direncanakan. Tanpa anggaran perencanaan yang baik tidak ada gunanya. Dengan membangun suatu sistem penganggaran dapat memadukan perencanaan kinerja dengan anggaran tahunan akan terlihat adanya keterkaitan antara dana yang tersedia dengan hasil yang diharapkan.

Adapun wawancara yang dilakukan peneliti dengan Kepala Bidang Pelayanan Rumah Sakit dr.Sobirin kabupaten Musi rawas adalah sebagai berikut :

“.....ya tahu sendiri bahwa pelayanan yang dibrikan rumah sakit ini kebanyakan memberikan pelayanan dengan jaminan kesehatan gratis (Jamsoskes) nah itu rumah sakit di hutangi untuk pelayanan tersebut, sehingga yang seharusnya kita bisa membeli, membangun.... itu karena masih banyak hutang... pihak dari pemerintah daerah masih banyak yang belum bayar. Jadi sumber dana untuk melakukan pembangunan masih sangat minim.....”(Kabid Pelayanan 29/03/2017)

Peneliti juga melakukan wawancara dengan Direktur adalah sebagai berikut :

“..... Anggaran dan perencanaan satu hal yang tidak dapat dipisahkan. Perencanaan yang baik tidak akan berguna apabila tidak ada anggaran. Anggaran rumah sakit saat ini terbatas, apalagi saat ini musimnya efiseinsi selalu ada pemangkasan anggaran. Jadi usulan-usulan yang dari bawah

harus benar-benar kita pelajari dan seleksi untuk diprioritaskan...”
(dr.Harun.MKM..01/04/2017)

Menurut Jones dan Pendlebury 1988 dalam M.ikshan (2014 : 9.5) anggaran didefinisikan sebagai suatu alokasi sumber-sumber daya (resources) yang dibuat secara terencana mengenai berbagai hal atau aktivitas yang akan dilakukan pada masa yang akan datang,yang didasarkan pada sejumlah variabel penting, yang ditujukan untuk mencapai sebuah tujuan tertentu, dengan mengaikain antara penerimaan-penerimaan yang diperkirakan dengan pengeluaran-pengeluaran yang direncanakan, serta menjadi suatu dasar atau basis untuk mengukur dan mengontrol pengeluaran dan pendapatan.

Jumlah anggaran yang harus disediakan, memerlukan perhatian yang serius bagi pimpinan beserta pelaksana program dan kegiatan. Dokumen anggaran harus dapat menyajikan informasi yang jelas tentang tujuan, sasaran, serta korelasi antara besaran anggaran dengan manfaat dan hasil yang ingin dicapai dari suatu kegiatan yang dianggarkan.

Dari uraian diatas dapat disimpulkan bahwa minimnya anggaran rumah sakit mengakibatkan tidak semua usulan di rumah sakit dapat di realisaikan dengan baik yang juga berdampak pada terhambatnya pemenuhan standar pelayanan Instalasi Gawat Darurat.

BAB V KESIMPULAN DAN SARAN

A. Kesimpulan

1. Standar pelayanan Instalasi Gawat Darurat Rumah Sakit Dr. Sobirin Kabupaten Musi Rawas belum terpenuhi sesuai kehendak peraturan menteri kesehatan no 856 tahun 2009. Hal tersebut tercermin dari tingkat kepatuhan dalam pemenuhan persyaratan SDM, pembenahan fisik bangunan dan ketersediaan fasilitas medis di Instalasi Gawat Darurat belum sesuai dengan harapan. Pelaksanaan rutinitas fungsi proses pelayanan di instalasi gawat darurat belum dapat di implementasikan dengan optimal yang berdampak pada angka kematian di IGD yang masih tinggi yaitu lebih dari dua perseribu. Hal ini menunjukkan pemenuhan standar pelayanan di IGD Rumah Sakit Dr. Sobirin Kabupaten Musi Rawas masih memerlukan perbaikan kearah yang lebih baik lagi.
2. Faktor yang menghambat implementasi kebijakan standar pelayanan igd adalah Faktor lokasi rumah sakit dr Sobirin yang notabine milik Kabupaten Musi rawas tetapi berada di wilayah kota Lubuk linggau, faktor perencanaan dan komitmen dari rumah sakit yang belum focus pada pemenuhan standar pelayann IGD serta minimnya anggaran yang mengakibatkan tidak semua usulan di rumah sakit dapat di realisaikan dengan baik.

B. Saran

Berdasarkan hasil penelitian, agar pelaksanaan standart pelayanan Instalasi Gawat Darurat Rumah Sakit dr.Sobirin kabupaten Musi Rawas berjalan secara maksimal, maka penulis memberi saran sebagai berikut :

1. Rumah Sakit dr.Sobirin kabupaten Musi Rawas harus mematuhi persyaratan sumber daya manusia (SDM) Instalasi Gawat Darurat agar sesuai dengan standar, khususnya tenaga dokter dan perawat dengan mengikutsertakan pelatihan kegawatdaruratan secara kontinyu.
2. Rumah Sakit dr.Sobirin kabupaten Musi Rawas harus mematuhi persyaratan Bangunan Fisik dan sarana dengan menata ulang bangunan fisik IGD sesuai dengan standar yang telah di tentukan.
3. Rumah Sakit dr.Sobirin kabupaten Musi Rawas harus meningkatkan kualitas pelayanan kegawatdaruratan terutama dalam aspek daya tanggap dan komunikasi petugas dengan cara segera memberikan bantuan dan memenuhi kebutuhan pasien serta memberikan penjelasan tentang prosedur pelayanan yang ada di IGD.
4. Harus adanya kepastian dari pemerintah daerah kabupaten Muai Rawas terkait dengan lokasi rumah sakit dr.Sobirin. sehingga rumah sakit tidak ragu-ragu untuk pengembangan dan pembangunan.

DAFTAR PUSTAKA

- Agus E dan Ratih DS (2015) *Implementasi Kebijakan Publik*, Yogyakarta : Gava Media
- Ahmadi.R (2014),*Metode Penelitian Kualitatif*, Yogyakarta :Ar-Ruzzmedia
- Alfatih, A. (2010), *Implementasi Kebijakan dan Pemberdayaan Masyarakat*. Bandung; Unpad Press.
- Agustino L, (2008), *Dasar-dasar Kebijak Publik*.Bandung: CV. Alfabeta
- Hardiyansyah, (2011), *Kualitas Pelayanan Publik*, Yogyakarta :Gava Media.
- Hamdi.M dan Ismaryati.S (2014). *Metode Penelitian Administrasi*, Banten: Universitas Terbuka.
- Mulyadi.D (2016), *Studi Kebijakan Publik dan Pelayanan Publik*, Bandung : Alfabeta.
- M.Ikhsan (2014), *Administrasi Keuangan Publik*, Banten : Universitas terbuka.
- Musliha (2010), *Keperawatan Gawat Darurat*, Yogyakarta : Nuha Medika.
- Napitupulu.P (2007), *Pelayanan Publik dan Customer Stisfaction*. Bandung :Alumni
- Purwanto dan Sulistyastuti, (2012) *Implementasi Kebijakan Publik : Konsep dan Aplikasi di Indonesia*. JKMP-MAP. Universitas Gadjah Mada, Yogyakarta: Gava Media
- Sundarso,dkk (2014), *Teori Administrasi*, Banten : Universitas terbuka.
- Sugiyono, (2008).*Metode Penelitian Pendidikan Pendekatan Kuantitatif, Kualitatif dan R&B*. Bandung Alfabeta
- Suwitri.S Hartuti.P dan Kismartini (2014) *Analisis Kebijakan Publik*. Banten : Universitas Terbuka.
- Susongko (2015) *Kebijakan Pengembanagan Wilayah dan Perkotaan*, Banten : Universitas Terbuka.
- Wayan Parsons,(2014), *Public Policy Pengantar Teori dan Praktik Analisis Kebijakan*, Jakarta : Kencana
- Winarno, (2014), *Kebijakan Publik*.Yogyakarta; CAPS (Center of Academic Publishing Service)

Winarno, (2016), *Kebijakan Publik Era Globalisasi*, Yogyakarta; CAPS (Center of Academic Publishing Service)

Undang-Undang dan Peraturan, Kebijakan :

Undang - Undang Nomor 23 Tahun 1992 Tentang Kesehatan.

Undang - Undang Nomor 25 Tahun 2009 Tentang Pelayanan Publik.

Undang – Undang Nomor 38 Tahun 2014 Tentang Keperawatan.

Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 856 tahun 2009 tentang Standar pelayanan IGD Rumah Sakit.

Peraturan Bupati Musi Rawas Nomor 13 tahun 2010 Tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit Dr.Sobirin Kabupaten Musi Rawas.

Pedoman Teknis Bangunan Rumah Sakit Ruang Gawat Darurat tahun 2012

Standar Prosedur Operasional (SPO) pelayanan IGD RS Dr. Sobirin 2013

Website :

DepkesRI (2002),[http ://www.kompasiana.com/nezfine/peran-perawat](http://www.kompasiana.com/nezfine/peran-perawat), diakses tanggal 20 April 2017

Elok Maryatul (2012) diambil tanggal 05 Mei 2017 dari <http://eprints.undip.ac.id/39812>

Mike Ortunaida (2010) diambil tanggal 03 Mey 2017 dari <http://scholar.unand.ac.id/id/eprints/9980>

Sinambela (2014) Diambil tanggal 10 Mei 2017 dari : <http://ejournal.unsrat.ac.id/index.php/actadiurna/article>.

www.jdih.kota.lubuk.linggau.go.id website resmi kota lubuk linggau.

Lampiran : 1

Pedoman Wawancara

Direktur :

1. Bagaimanakah kebijakan Rumah Sakit dalam memenuhi standar pelayanan IGD..?
2. Bagaimana implementasi Permenkes No 856 tahun 2009 tentang standar pelayanan IGD.. ?
3. Bagaimanakah gambaran fisik dan fasilitas / sarana prasarana di IGD?
4. Bagaimana kondisi SDM igd saat ini apakah sudah sesuai standar..?
5. Apakah ada usulan atau perencanaan dari IGD untuk pembenahan fisik bangunan dan fasilitas di IGD agar sesuai standar..?
6. Apa upaya Rumah Sakit dalam meningkatkan Fisik dan fasilitas di IGD..?
7. Apa upaya Rumah sakit agar kompetensi SDM di IGD profesional.. ?
8. Bagaimana respon time dan sistem pelayanan di IGD..?
9. Bagaimana kepuasan masyarakat terhadap pelayanan kegawatdaruratan di IGD..?
10. Menurut bapak, faktor apa saja yang menjadi penghambat dalam pemenuhan standar pelayanan di IGD..?

Kepala Bidang Pelayanan :

1. Bagaimanakah kondisi SDM IGD saat ini, apakah sudah sesuai standar..?
2. Apa saja persyaratan sdm IGD.?
3. Bagaimana kemampuan penanganan live saving di IGD saat ini..?
4. Bagaimana dengan respon time di IGD..?
5. Apakah angka kematian di IGD sudah Menurun..?
6. Apa upaya yang telah di lakukan rumah sakit untuk meningkatkan kompetensi sumber daya manusia yang profesional..?

7. Bagaimana kondisi fisik bangunan dan fasilitas medis yang dimiliki IGD RS Sobirin..?
8. Bagaimana ruang observasi di IGD..?
9. Apa upaya yang telah dilakukan rumah sakit untuk membenahi fisik bangunan dan fasilitas medis yang masih kurang..?
10. Apakah ada laporan inventaris tentang fasilitas medis di IGD..?
11. Bagaimana kepuasan pasien/masyarakat terhadap pelayanan IGD..
12. Apa saja faktor penghambat pemenuhan standar pelayanan di IGD..?

Kepala Instalasi Gawat Darurat :

1. Bagaimana kemampuan petugas igd dalam penanganan live saving..?
2. Bagaimana kondisi sdm igd saat ini, apakah sudah sesuai dengan standar..?
3. Apakah petugas IGD (dokter dan Perawat) sudah mengikuti pelatihan kegawatdaruratan yang kontinyu..?
4. Bagaimana dengan respon time di IGD..?
5. Bagaimana sistem dan proses pelayanan kegawatdaruratan saat ini..?
6. Apakah ada pedoman / SOP untuk pelayanan di IGD..?
7. Untuk pelayanan kegawatdaruratan, apakah masih ada uang muka..?
8. Bagaimana angka kematian di IGD..?
9. Bagaimana kondisi fisik bangunan dan fasilitas medis yang ada saat ini..?
10. Apa program yang telah dilakukan untuk memenuhi standar pelayanan IGD..?
11. Faktor-faktor apa saja yang menjadi penghambat pemenuhan standar pelayanan IGD..?

Dokter dan Perawat IGD :

1. Apakah SDM IGD ada Persyaratanya.?
2. Apakah SDM IGD saat ini sudah sesuai standar..?
3. Bagaimana kemampuan petugas igd dalam penanganan live saving..?
4. Apakah petugas IGD (dokter dan Perawat) sudah mengikuti pelatihan kegawatdaruratan yang kontinyu..?
5. Bagaimana dengan respon time di IGD..?
6. Bagaimana sistim dan proses pelayanan kegawatdaruratan ..?
7. Apakah ada pedoman / SOP untuk pelayanan di IGD..?
8. Untuk pelayanan kegawatdaruratan, apakah masih ada uang muka..?
9. Bagaimana angka kematian di IGD..?
10. Bagaimana kondisi fisik bangunan dan fasilitas medis yang ada saat ini..?
11. Peralatan medis apa yang belum terpenuhi..?
12. Apa program yang telah dilakukan untuk memenuhi standar pelayanan IGD..?
13. Faktor-faktor apa saja yang menjadi penghambat pemenuhan standar pelayanan IGD..?

Keluarga Pasien :

1. Menurut bapak/ibu, Bagaimana kesiapan ruamah sakit dalam penanganan pasien gawat darurat.?

2. Apakah sarana dan prasarana pendukung seperti sarana fisik, kebersihan ruang rawat, penampilan dokter/perawat, dan fasilitas medis sudah sesuai dengan harapan bapak/ibu..?
3. Menurut bapak/ibu apakah pelayanan yang di berikan sudah cepat atau masih lambat..?
4. Bagaimana dengan kemampuan dan kehandalan petugas IGD dalam menyiapkan pelayanan terhadap pasien gawat darurat..?
5. Bagaimana dengan uang muka, Apakah pelayanan di IGI RS dr.Sobirin harus pakai uang muka..?
6. Menurut bapak bagaimana dengan keamanan dan kenyamanan pelayanan di sini..?
7. Apakah tenaga medis memberikan pelayanan sesuai dengan keinginan dan kebutuhan pasien?
8. Apakah tenaga medis mendengarkan dengan sungguh-sungguh keluhan tentang penyakit yang pasien derita serta memberikan jalan keluar dalam konsultasi
9. Apakah tenaga medis selalu mengkomunikasikan informasi medis yang mudah dipahami oleh pasien
10. Apakah petugas IGD bersedia menjawab pertanyaan yang diberikan oleh pasien sehingga dapat tercipta interaksi dua arah
11. Apakah tenaga medis menerangkan tindakan yang akan dilakukan
12. Bagaimana kondisi ruang tunggu, kamar perawatan, tempat tidur, peralatan medis, obat-obatan, WC serta sanitasi yang ada di IGD.?

13. Menurut anda, apakah sudah puas dengan pelayanan kegawatdaruratan yang telah di berikan saat in..?



Lampiran : 2

PEDOMAN OBSERVASI

Dalam pengamatan (observasi) yang dilakukan adalah mengamati sistem dan pelaksanaan proses pelayanan di Instalasi Gawat Darurat Rumah Sakit Dr. Sobirin Kabupaten Musi Rawas

A. Tujuan :

Untuk memperoleh informasi dan kegiatan proses pelayanan di IGD dalam rangka pencapaian standar pelayanan IGD Rumah Sakit Dr. Sobirin Kabupaten Musi Rawas.

B. Aspek yang diamati:

- 1..Lingkungan fisik ruangan pada umumnya
2. Sistem Pelayanan
3. Peralatan medis
4. Pelaksanaan proses pelayanan di IGD .
5. Keterampilan petugas
6. Alur Pelayanan
7. Siapa saja yang berperan dalam pelaksanaan proses pelayanan

Lampiran 3

Wawancara peneliti dengan Direktur Rumah Sakit dr.Sobirin.



Wawancara peneliti dengan Kepala Bidang Pelayanan Rumah Sakit dr.Sobirin.



Wawancara peneliti dengan Ka. IGD Rumah Sakit dr.Sobirin.



Wawancara peneliti dengan Dokter IGD Rumah Sakit dr.Sobirin.



Wawancara peneliti dengan Perawat IGD Rumah Sakit dr.Sobirin.



Wawancara peneliti dengan keluarga pasien.

