

# Rencana Aksi Pelayanan Berkesinambungan Rawat Jalan dalam Rangka Meningkatkan Citra RSUP Fatmawati

## Continuous Service Action Plan For The Outpatient In Order To Improve The Fatmawati General Hospital Image

Andi Wahyuningsih Attas

Rumah Sakit Umum Pusat (RSUP) Fatmawati  
Jalan Fatmawati, Cilandak, Jakarta Selatan 12430, Telp. 021-7501524, Fax. 021-7690123

\*Email: andiyoen.attas@gmail.com

---

### ABSTRAK

Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui rencana aksi pelayanan berkesinambungan di rawat jalan RSUP (Rumah Sakit Umum Pendidikan) Fatmawati guna meningkatkan citra RS Fatmawati. Analisis dilakukan secara mikro melalui wawancara pasien, manajemen, serta petugas kesehatan dan secara makro melalui analisis kebijakan. Hasil menunjukkan bahwa kesenjangan pada pelayanan rawat jalan terdapat pada kesesuaian kualitas (kecepatan layanan, kelengkapan obat, kenyamanan) dan komunikasi. Masalah ketidakpuasan yang terjadi di Fatmawati merupakan pengembangan dari akar masalah yaitu meningkatnya kunjungan pasien akibat sistem rujukan yang tidak berjalan. Rencana aksi yang dirancang dibuat secara makro yaitu memperbaiki sistem rujukan dengan fokus menyeimbangkan peran Upaya Kesehatan Masyarakat (UKM) dan Upaya Kesehatan Perseorangan (UKP) dan juga secara mikro melalui perbaikan internal RS.

Kata Kunci: Ketidakpuasan, Rumah Sakit, Sistem Rujukan, Kebijakan

### ABSTRACT

*This study aims to identify the continuous action plan in Fatmawati General Hospital outpatient services in order to increase the Fatmawati General Hospital's image. The study is conducted through interviewing patients, health workers, managements staff, and the macro analysis is done through policy analysis. The results showed that the gap in outpatient service is in the compatibility quality (service speed, drug completeness, comfort) and communication. The dissatisfaction occurred in Fatmawati General Hospitals is the cultivation of the main root problem which is the rising numbered of patients as a result of the referral system ineffectiveness. The action plan designed in a macro scale is to improve the referral system with a focus on balancing the role of public health unit and the individual health unit and in the micro scale the action plan is conducted through out hospitals internal improvements. This efforts also needs to be strengthened through Primary Health Care System as a strategy to ensure the affordability of essential health services provided universally to the public in order to achieve the common goal of better health.*

*Keywords: Dissatisfaction, Hospital, Referral System, Policy*

---

### PENDAHULUAN

Kesehatan adalah syarat dasar bagi sebuah bangsa untuk dapat memiliki keunggulan kompetitif. Warga yang tak sehat akan menghambat produktivitas Negara, maka sudah sepantasnya pemerintah memikirkan secara serius kesehatan warganya. Di Indonesia, kesehatan sepertinya merupakan kemewahan yang tidak hanya dirasakan oleh penduduk miskin, tetapi juga dirasakan oleh penduduk kelas menengah. Saat ini, baru 59,17% warga Indonesia, yang telah memiliki jaminan kesehatan. Dari jumlah tersebut, sebesar 54,8% berasal dari (Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas) yakni jaminan kesehatan yang diperuntukkan bagi masyarakat miskin dan hanya 2% yang berasal dari asuransi kesehatan. Dimulai sejak awal 2014, pemerintah telah memberikan jaminan kesehatan kepada seluruh warga negara melalui program jaminan sosial kesehatan dengan harapan seluruh warga negara

dapat menikmati pelayanan kesehatan melalui jaminan kesehatan yang kini diselenggarakan oleh BPJS (Badan Penyelenggara Jaminan Sosial) tersebut. Dengan telah diberlakukannya program jaminan sosial kesehatan ini, dapat dipastikan bahwa jumlah pasien yang datang ke rumah sakit dan fasilitas kesehatan lainnya akan jauh meningkat. Hal ini disebabkan karena masyarakat kelas menengah ke bawah yang sebelumnya menunda pergi ke rumah sakit karena alasan biaya, kini lebih antusias pergi ke rumah sakit untuk berobat karena pembiayaannya dijamin oleh pemerintah. Dengan jumlah pasien yang meningkat yang diperkirakan akan mencapai tiga kali lipat, pihak rumah sakit terutama rumah sakit pemerintah akan mengalami pembengkakan jumlah pasien apabila tidak ditunjang dengan adanya peningkatan sarana dan prasarana. Adapun salah satu cara yang efektif mencegah terjadinya hal tersebut adalah dengan melakukan upaya kesehatan yang terstruktur dan berjenjang.

Sistem Kesehatan Nasional (SKN) adalah sebuah sistem yang menghimpun Upaya Kesehatan Masyarakat (UKM) dan Upaya Kesehatan Perorangan (UKP) secara terpadu dan saling mendukung untuk mencapai derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya dengan tujuan untuk mencapai pelayanan kesehatan yang mudah (*accessible*), terjangkau (*affordable*), dan bermutu, sehingga pelayanan kesehatan dapat melayani sesuai porsinya hingga pada akhirnya masyarakat pun dapat terpenuhi haknya.

Rumah sakit tergolong ke dalam jenis unit kesehatan perseorangan strata kedua dan ketiga. Perkembangan dunia perumahsakit di Indonesia akan terus meningkat seiring dengan berjalannya waktu. Jika dahulu rumah sakit hanya didirikan oleh lembaga-lembaga keagamaan, sosial ataupun pemerintah, sekarang rumah sakit banyak didirikan oleh badan usaha milik swasta yang berorientasi profit. Rumah sakit pemerintah terutama rumah sakit vertikal merupakan rumah sakit dengan tenaga yang profesional dan dengan keterbatasan fasilitasnya harus mampu bersaing dengan rumah sakit swasta. Rumah sakit pemerintah memberikan pelayanan kesehatan dengan tidak membeda-bedakan pasien. Hal ini sesuai dengan UU Nomor 36 tahun 2009 tentang Kesehatan pasal 5, yang menyatakan pada ayat (1) bahwa setiap orang mempunyai hak yang sama dalam memperoleh akses atas sumber daya di bidang kesehatan, pada ayat (2) yang menyatakan bahwa setiap orang mempunyai hak yang sama dalam memperoleh pelayanan kesehatan yang aman, bermutu, dan terjangkau, serta pada ayat (3) yang menyebutkan bahwa setiap orang berhak secara mandiri dan bertanggung jawab menentukan sendiri pelayanan kesehatan yang diperlukan bagi dirinya<sup>1</sup>.

Selanjutnya, inti utama dari UU Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit dan UU Nomor 29 Tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran memiliki kesamaan dengan penambahan mengenai aksesibilitas untuk mendapatkan pelayanan (termasuk salah satunya pelayanan rawat jalan) melalui penerapan tata kelola klinis yang baik (*good clinical governance*) dengan fungsi-fungsi manajemen klinis yang meliputi kepemimpinan klinik, audit klinis, data-data klinis, risiko klinis berbasis bukti, peningkatan kinerja, pengelolaan keluhan, mekanisme monitor hasil pelayanan, pengembangan profesional, dan akreditasi rumah sakit<sup>2,3</sup>. Di samping itu, Kementerian Kesehatan RI juga telah menerbitkan Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 1348/PER/MENKES/IX/2010 tentang Standar Pelayanan Kedokteran dimana setiap rumah sakit harus membuat Standar Prosedur Operasional (SOP) dalam bentuk Panduan Praktik Klinis (PPK)<sup>4</sup>.

Selain UU dan peraturan-peraturan di atas, rumah sakit juga berkewajiban untuk memberikan pelayanan yang mengacu kepada UU Pelayanan Publik Nomor 25 Tahun 2009 dan kebijakan pemerintah bahwa rumah sakit tidak boleh menolak pasien dan harus melaksanakan pelayanan yang berkualitas sesuai asas penyelenggaraan pelayanan publik. Pada unit pelayanan kesehatan, penyelenggaraan

layanan dimulai sejak pasien masuk hingga keluar dengan mempertimbangkan kaidah pelayanan publik yang mana merupakan pelayanan berkesinambungan yang secara ideal diterapkan dengan mengacu pada Standar Pelayanan Minimal (SPM) dan prosedur tetap yang diberlakukan di rumah sakit pemerintah<sup>5</sup>.

Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 001 tahun 2012 tentang Sistem Rujukan Pelayanan Kesehatan Perorangan pasal 6 menyatakan bahwa dalam rangka meningkatkan aksesibilitas, pemerataan, dan juga peningkatan efektifitas pelayanan kesehatan, rujukan ditujukan kepada fasilitas pelayanan kesehatan terdekat yang memiliki kemampuan pelayanan sesuai kebutuhan pasien. Adapun rumah sakit pemerintah umumnya merupakan rumah sakit rujukan di wilayahnya masing-masing. Animo masyarakat dalam menggunakan layanan kesehatan semakin tinggi di tiap tahunnya. Hal tersebut dapat dilihat melalui cakupan yang meningkat sangat tajam dari waktu ke waktu. Dengan meningkatnya animo masyarakat, rumah sakit pemerintah cukup kewalahan melayani pasien atau masyarakat yang membutuhkan pelayanan kesehatan. Selain itu, terdapat kebijakan pemerintah untuk tidak menolak pasien<sup>6</sup>.

Selain itu, sesuai dengan amanat UU Nomor 24 Tahun 2011 tentang BJPS dimana peraturan-peraturan mengenai penata laksanaan BPJS Kesehatan harus ada selambat-lambatnya pada tanggal 25 November 2012 (1 tahun dari diundangkannya) dan sudah harus mulai beroperasi pada tanggal 1 Januari 2014 dalam rangka memenuhi asas keberadilan (*equity*). Adapun implementasi kebijakan ini sudah barang tentu akan meningkatkan jumlah kunjungan masyarakat ke rumah sakit pemerintah<sup>7</sup>.

Di sisi lain, masyarakat menuntut pelayanan berkualitas, cepat, dan tepat. Dengan meningkatnya jumlah pasien dan keterbatasan rumah sakit pemerintah, keluhan masyarakat akan pelayanan yang diberikan oleh rumah sakit sering kali muncul. Ketidakpuasan tersebut disebabkan karena ketidakseimbangan antara cakupan pasien, fasilitas yang dimiliki, kualitas, dan kompetensi SDM di rumah sakit pemerintah, sehingga rumah sakit pemerintah sering kali digambarkan dengan mutu atau kualitas pelayanan yang rendah. Adapun peningkatan jumlah kunjungan pasien didominasi oleh pasien dengan jaminan kesehatan atau dana subsidi yang diberikan pemerintah dibandingkan pasien dengan sumber dana pribadi. Hal ini diindikasikan sebagai dampak dari kurangnya citra yang diciptakan oleh rumah sakit pemerintah.

Menurut data Suku Dinas Kependudukan dan Pencatatan Sipil Kota Administrasi tahun 2012, diketahui bahwa pada November 2011, terdapat 10 kecamatan dengan total 2.135.571 jiwa penduduk di wilayah Jakarta Selatan yang harus dilayani RSUP Fatmawati sebagai satu-satunya rumah sakit pemerintah di wilayah Jakarta Selatan. Selain itu, RSUP Fatmawati merupakan pusat rujukan untuk wilayah Jakarta dan sekitarnya. Hal tersebut memberikan kesan bahwa RSUP Fatmawati merupakan "Puskesmas

Raksasa” karena tidak berjalannya sistem rujukan yang berjenjang. Selain sistem rujukan yang tidak berjalan dengan optimal, peningkatan kunjungan layanan rawat jalan juga disebabkan karena diluncurkannya program Kartu Jakarta Sehat (KJS) yang diminati dan menjadi *euphoria* penduduk DKI Jakarta. Data kunjungan di RSUP Fatmawati menunjukkan bahwa 43,2% dari total kunjungan merupakan pasien PT. Asuransi Kesehatan (Askes) yang kini telah bertransformasi menjadi BPJS Kesehatan, kunjungan pasien umum sebanyak 34,07%, 22,69% kunjungan pasien jaminan pemerintah, dan lain-lain sebanyak 4,51%. Dilaporkan, telah terjadi 40-50% peningkatan kunjungan pasien jaminan sampai dengan Januari 2013<sup>8</sup>.

RSUP Fatmawati telah berusaha secara konsisten untuk memberikan pelayanan yang berkualitas sesuai dengan harapan pelanggan, walaupun menghadapi tantangan membeludaknya jumlah pasien. Setiap tahunnya, RSUP Fatmawati melakukan survei evaluasi layanan melalui survei kepuasan pelanggan pada setiap layanan yang diberikan. Namun, dalam kurun waktu 3 tahun terakhir, RSUP Fatmawati memang belum mencapai target yang diharapkan yaitu 75 dari skor maksimal 100. Di tahun 2012, RSUP Fatmawati memiliki Indeks Kepuasan Masyarakat (IKM) sebesar 71,62 dan menurun bila dibandingkan dengan tahun 2011 dengan nilai IKM 74,2<sup>8</sup>. Adapun indikator-indikator pengukuran IKM adalah kemudahan pelayanan, kesesuaian persyaratan, kejelasan dan kepastian petugas, kedisiplinan petugas, tanggung jawab petugas, kemampuan petugas, tingkat kecepatan layanan, keadilan, kesopanan, keramahan, kewajaran dan kesesuaian biaya, ketepatan, keamanan, kenyamanan, serta kebersihan. Dari skor 71,62 yang dicapai, dapat disimpulkan bahwa perlu adanya usaha identifikasi penyebab masih belum mencapainya target dan terus menurunnya angka IKM RSUP Fatmawati.

Berdasarkan tinjauan dan analisis, keluhan utama yang menyebabkan ketidakpuasan pasien terjadi merupakan akibat dari keterbatasan dokter saat melayani pasien, walaupun saat ini sudah ditentukan standar bahwa 1 dokter melayani 40 pasien per hari. Selain itu, waktu tunggu yang dirasakan cukup lama. Hal ini dapat terjadi karena terdapat sejumlah pasien yang sudah datang sangat pagi, sedangkan waktu layanan baru dibuka pada jam 7, sehingga pasien terkesan sudah lama menunggu. Keluhan ini terjadi pada poliklinik-poliklinik rawat jalan dengan jumlah pasien yang membengkak seperti poliklinik saraf, jantung, penyakit dalam, anak, dan bedah. Membengkaknya jumlah pasien disebabkan oleh sistem rujukan dan rujuk balik masih yang belum dapat dijalankan dengan baik. Selain itu, terdapat konteks ketidakpuasan yang berbeda pada poliklinik kebidanan dan kandungan dengan pasien yang notabene dicakup dalam program Jampersal (Jaminan Persalinan). Para

pasien Jampersal datang dengan harapan bahwa semua tindakan akan di-*cover* oleh pemerintah. Mereka tidak memahami bahwa hanya tindakan-tindakan tertentu saja yang biayanya dibayarkan pemerintah, sehingga pasien yang datang sering kali kecewa karena harus membayar untuk tindakan yang dilakukan. Oleh karena itu, perlu adanya edukasi kepada masyarakat, khususnya penerima Jampersal mengenai layanan apa saja yang biayanya akan dibayarkan oleh pemerintah. Selain poliklinik kebidanan dan kandungan, poliklinik unggulan RSUP Fatmawati yaitu poliklinik *orthopaedi* juga sering kali menuai kekecewaan pasien. Harapan pasien poliklinik *orthopaedi* ialah mendapatkan layanan pemeriksaan oleh dokter spesialis, namun pada kenyataannya tenaga kesehatan yang melakukan pemeriksaan ialah dokter PPDS.

Dengan meningkatnya jumlah cakupan dan banyaknya keluhan terhadap lamanya waktu tunggu layanan, tidak mendapatkan pelayanan (tidak mendapatkan kuota), dan ketidakjelasan waktu pelayanan bagi pasien sebagai pelanggan eksternal yang datang dan berobat di rawat jalan RSUP Fatmawati, serta keluhan dari para dokter, perawat, petugas lainnya sebagai pelanggan internal yang merasa tidak optimal dalam memberikan layanan yang bermutu kepada pasien, maka perubahan harus dilakukan. Pelayanan rawat jalan merupakan bagian dari pelayanan berkesinambungan yang harus mendapat perhatian khusus dari sisi internal maupun eksternal. Oleh karena latar belakang di atas, penulis tertarik melihat kesenjangan pada proses pemberian layanan berkesinambungan khususnya layanan rawat jalan di RSUP Fatmawati dalam upaya meningkatkan kepuasan pelanggan atau pasien secara berkesinambungan. Pasien-pasien yang diteliti adalah pasien yang berkunjung ke 5 poliklinik rawat jalan di RSUP Fatmawati dengan 4 spesialisistik dasar dan spesialisistik unggulan milik RSUP Fatmawati, yaitu poliklinik kesehatan anak, poliklinik bedah, poliklinik bedah *orthopaedi*, poliklinik penyakit dalam, serta poliklinik kebidanan dan kandungan.

## METODE PENELITIAN

Untuk dapat melihat dan membuktikan kesenjangan pada proses pemberian layanan yang berkesinambungan khususnya pada layanan rawat jalan RSUP Fatmawati dalam upaya meningkatkan kepuasan pelanggan atau pasien, maka dilakukan penelitian pemecahan masalah (*operational research*) dengan metode yang digunakan ialah metode pendekatan deskriptif. Adapun desain *cross sectional* (potong lintang) digunakan untuk dapat memotret kejadian pada waktu tertentu dan mengamati variabel-variabel yang dibutuhkan secara bersamaan. Guna mendukung hasil penelitian, maka turut dilakukan penelitian kualitatif dengan wawancara mendalam yang

ditujukan kepada dokter, perawat, staf manajerial, staf administrasi, dan pasien layanan rawat jalan yang dipilih secara *purposive* (berencana). Analisis penyebab masalah dilakukan pada data-data primer dengan pendekatan PDSA (*Plan-Do-Study-Action*) dan hasilnya digunakan untuk merumuskan rencana aksi pelayanan berkesinambungan di instalasi rawat jalan RSUP Fatmawati demi meningkatkan citra RSUP Fatmawati. Penelitian ini dilakukan di RSUP Fatmawati yang terletak di wilayah Jakarta Selatan dengan mengambil lokasi poliklinik rawat jalan, poliklinik anak, bedah, penyakit dalam, kebidanan dan kandungan serta bedah *orthopaedi* instalasi rawat jalan. Pengambilan data berlangsung selama satu bulan yakni pada bulan April 2013.

Populasi pada penelitian kuantitatif adalah pasien-pasien yang datang berobat ke poliklinik rawat jalan, poliklinik kesehatan anak, poliklinik bedah, poliklinik *orthopaedi*, poliklinik penyakit dalam, serta poliklinik kebidanan dan kandungan yang jumlah rata-rata kunjungan dalam 3 bulan terakhir (Tri Wulan 1 tahun 2012) mencapai sekitar 1500 pasien per hari. Dengan populasi yang heterogen, data yang dikumpulkan hanya pada kurun waktu tertentu, yakni 6 bulan. Adapun populasi tenaga kesehatan adalah semua staf dokter, perawat, staf manajerial, staf administrasi, dan pasien rawat jalan di RSUP Fatmawati. Kriteria inklusi subjek penelitian ini adalah responden yang berobat di 4 poliklinik dasar atau poliklinik *orthopaedi* pada bulan April tahun 2013. Melalui kriteria inklusi dan juga eksklusi, maka dipilihlah sebanyak 150 sampel secara *purposive*. Untuk analisis data, digunakan perangkat lunak *Statistical Package for Social Science* (SPSS) versi 16.0 dengan lisensi Universitas Indonesia dan meliputi jenis analisis univariat serta pembuatan transkrip matriks wawancara.

Dari hasil analisis perhitungan, didapatkan kesenjangan pelayanan dan selanjutnya dilakukan analisis penyebab masalah dengan pendekatan PDSA untuk dasar perumusan rencana aksi layanan berkesinambungan dan peningkatan citra RSUP Fatmawati. Pendekatan PDSA dipilih untuk prpses analisis penyebab masalah karena dinilai cukup sederhana dan sudah biasa digunakan di RSUP Fatmawati, sehingga dalam pengimplementasiannya tidak menyulitkan petugas RSUP Fatmawati. Selain itu, dilakukan analisis makro yang meliputi analisis kebijakan eksternal dengan pengaruhnya terhadap pelayanan rawat jalan rumah sakit pemerintah vertikal, analisis SWOT, analisis Rencana Strategis (Renstra), serta analisis kebijakan rujukan yang mencakup aspek mikro terkait dengan sistem manajemen dan sistem pelayanan rumah sakit sebagai upaya dalam menciptakan *Continuous Quality Improvement* (CQI).

## HASIL DAN PEMBAHASAN

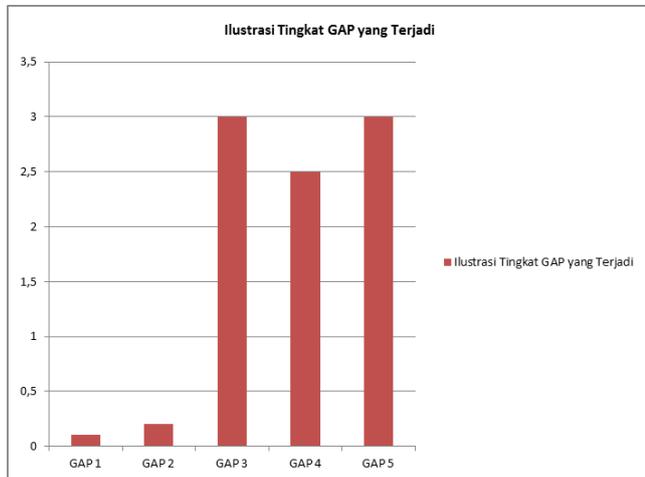
Kualitas pelayanan (*perceived service quality*) merupakan perbandingan antara harapan dan persepsi pelanggan atas pelayanan yang telah didapatkan (Parasuraman, Berry, dan

Zeithalm, 1985). Definisi ini telah diterima dan digunakan secara luas dan umum<sup>12</sup>. Menurut Parasuraman et. all (1988), terdapat 5 kesenjangan yang dapat menyebabkan terjadinya kegagalan penyampaian jasa<sup>13</sup>, di antaranya (1) kesenjangan antara harapan konsumen dan pola persepsi manajemen yang dapat muncul apabila manajemen tidak merasakan atau mengetahui secara tepat apa saja hal yang diinginkan oleh para pelanggannya, (2) kesenjangan antara persepsi manajemen dan spesifikasi kualitas jasa yang muncul apabila manajemen mungkin mampu merasakan ataupun mengetahui secara tepat apa yang dibutuhkan pelanggannya, tetapi tidak menyusun standar kerja yang harus dicapai, (3) kesenjangan antara spesifikasi kualitas penyampaian jasa yang muncul apabila standar-standar yang ditetapkan manajemen saling bertentangan sehingga tidak dapat dicapai, (4) kesenjangan antara penyampaian jasa dan komunikasi eksternal yang muncul apabila apa yang dikomunikasikan (dipromosikan) perusahaan kepada pihak luar berbeda dengan kondisi nyata yang dijumpai pelanggan pada perusahaan tersebut, dan (5) kesenjangan antara jasa yang dipersepsikan dan jasa yang diharapkan yang dapat muncul apabila pelanggan mengukur kinerja perusahaan dengan cara yang berbeda dan salah dalam mempersepsikan kualitas jasa tersebut.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa kesenjangan yang terjadi di RSUP Fatmawati adalah kesenjangan nomor 3, kesenjangan nomor 4, dan juga kesenjangan nomor 5. Kesenjangan nomor 1 tidak terjadi atau sangat kecil ( $< 0,5$ ) karena sistem manajemen di RSUP Fatmawati telah dapat mengetahui dengan tepat apa yang diinginkan oleh para pelanggannya. Sedangkan, kesenjangan 2 dapat terjadi bila manajemen mungkin mampu merasakan atau mengetahui secara tepat apa yang dibutuhkan pelanggannya, tetapi tidak menyusun standar kerja yang harus dicapai. Adapun di RSUP Fatmawati, pihak manajemen telah berusaha menyusun standar kerja untuk dapat memenuhi kebutuhan pelanggan terutama saat jumlah pelanggan semakin meningkat. Menurut Parasuraman, kesenjangan nomor 3 terjadi apabila standar-standar yang ditetapkan manajemen saling bertentangan, sehingga tidak dapat dicapai. Contoh nyata kesenjangan ini adalah saat karyawan diminta untuk meluangkan waktu guna mendengarkan keluhan pelanggan dan melayani mereka dengan cepat.

Pada penelitian ini, ditemukan kesenjangan yang berupa ketidaksesuaian antara obat yang diresepkan dengan obat yang tersedia. Untuk kesenjangan nomor 4 yang terkait dengan komunikasi, ditemukan fakta bahwa masih terdapat ketimpangan antara informasi yang diterima pasien dengan informasi yang seharusnya diberikan. Komunikasi dari sisi edukasi tentang efek samping obat oleh apoteker dan juga dokter dinilai masih kurang oleh pasien. Perawat juga mengemukakan bahwa komunikasi oleh dokter tentang penjelasan efek samping masih kurang. Namun, tenaga kesehatan tersebut tidak menyebutkan komunikasi yang kurang dari sisi edukasi oleh apoteker. Untuk kesenjangan nomor 5, penelitian ini mendefinisikannya sebagai indikasi

adanya ketidaksesuaian antara harapan pasien dengan layanan yang diterima di poliklinik rawat jalan RSUP Fatmawati. Adaoun ketidaksesuaian terbesar terjadi pada pelayanan obat dan pelayanan pendaftaran pasien rawat jalan.



**Gambar 1. Ilustrasi Kesenjangan yang Terjadi di RSUP Fatmawati**

Gambar di atas merupakan ilustrasi dari 5 kesenjangan pada layanan rawat jalan di RSUP Fatmawati dengan dasar teori Parasuraman et. all (1998). Angka yang digunakan adalah ilustrasi tingkatan berdasarkan analisis kegawatan dari tiap-tiap kesenjangan yang terjadi. Pada gambar dapat dilihat bahwa kesenjangan nomor 1 dan nomor 2 tidak menjadi prioritas karena kejadian tidak cukup bermakna. Terdapat 3 kesenjangan yang harus diselesaikan, yakni kesenjangan nomor 3, nomor 4, dan nomor 5. Berdasarkan analisis prioritas, kesenjangan tersebut memiliki potensi yang sama dalam memungkinkan kegagalan penyampaian jasa. Adapun kesenjangan nomor 3 dan kesenjangan nomor 5 memiliki keterkaitan satu sama lainnya, sehingga apabila salah satu dari kesenjangan tersebut dapat diselesaikan, maka akan menurunkan tingkat kesenjangan lainnya.

Kepuasan pelanggan merupakan suatu keadaan di mana keinginan, harapan, dan kebutuhan pelanggan dipenuhi. Suatu pelayanan dinilai memuaskan bila dapat memenuhi kebutuhan dan harapan pelanggannya. Beberapa faktor yang dapat dipertimbangkan dalam menilai suatu layanan adalah ketepatan waktu, kemampuan teknis, kesepadanan antara kualitas dan harga, serta dapat dipercaya. Di RSUP Fatmawati, kepuasan juga menjadi perhatian semua pihak dengan terus mengupayakan pemberian kualitas terbaik melalui monitoring dan evaluasi kinerja. Kepuasan pasien sendiri diukur di setiap tahunnya dengan menggunakan IKM yang terdiri dari komponen kemudahan pelayanan, kesesuaian persyaratan, kejelasan dan kepastian petugas, kedisiplinan petugas, tanggung jawab petugas, kemampuan petugas, kecepatan pelayanan, keadilan, kesopanan, dan keramahan, kewajaran biaya, kesesuaian biaya, ketepatan, kenyamanan, serta keamanan dan kebersihan. Dilaporkan

bahwa cakupan IKM internal RSUP Fatmawati dengan 1.569 lembar kuesioner pada tahun 2011 memperoleh skor 74. Hasil tersebut menunjukkan peningkatan sebesar 3 poin dari penilaian cakupan IKM pada tahun 2010 (71). Dengan perolehan nilai 74, cakupan IKM pada RSUP Fatmawati masuk ke dalam kategori nilai baik (B) dalam penilaian kinerja Unit Pelayanan Publik (UPP). Namun, pada tahun 2012 perolehan IKM menurun 1 poin dari tahun sebelumnya menjadi 73. Oleh karena itu, perlu diketahui aspek-aspek penilaian manakah yang menjadi penyebab turunnya perolehan nilai tersebut.

Berdasarkan hasil survei yang dilakukan pada bulan April 2013 pada pasien rawat jalan, diketahui bahwa aspek yang rata-rata dianggap tidak baik oleh pasien ialah kecepatan pelayanan (51,3%), kenyamanan (25,7%), kesopanan dan keramahan (25,7%), kelengkapan peralatan medis dan ketersediaan obat (20,4%), kejelasan informasi (20,4%), kebersihan (17,1%), kedisiplinan (16,4%), dan ketepatan pelayanan (16,4%). Sedangkan, aspek yang sebagian besar dinilai baik ialah keamanan (96,7%), tanggung jawab (90,8%), penampilan dan kerapian para petugas (96,7%), jaminan kerahasiaan informasi (98%), kewajaran biaya (92,1%), serta kompetensi atau kemampuan para tenaga kesehatan (92,8%). Berdasarkan hasil analisis, didapatkan prioritas masalah yang akan dicari solusi pemecahannya, yaitu aspek kecepatan pelayanan, kenyamanan, keramahan dan kesopanan, kelengkapan alat medis dan obat-obatan, serta kejelasan pemberian informasi. Analisis penyebab masalah dilakukan dengan menggunakan pohon masalah sehingga akar-akar masalah yang ditemukan inilah yang akan disusun secara PDSA.

Terdapat 5 masalah utama yang menyebabkan timbulnya ketidakpuasan pasien terhadap layanan poliklinik rawat jalan di RSUP Fatmawati. Masalah-masalah tersebut dapat terjadi karena faktor peningkatan kunjungan pasien yang pesat hingga melebihi kapasitas yang dimiliki oleh RSUP Fatmawati. Sebanyak 51,3% pasien yang diwawancarai memberikan penilaian tidak baik atas kecepatan layanan. Pasien merasa harus mengantri terlalu banyak mulai dari pendaftaran, waktu tunggu untuk tindakan pengukuran tekanan darah, waktu tunggu pelayanan oleh dokter, serta waktu tunggu obat di apotek. Hal tersebut disebabkan oleh banyaknya jumlah pasien yang berkunjung. Berdasarkan pendapat dokter dan staf manajemen RSUP Fatmawati, terdapat banyak penyakit yang seharusnya bukan rumah sakit tipe A seperti RSUP Fatmawati yang memberikan penanganannya, sehingga idealnya tindakan medis untuk pasien yang bersangkutan dapat diberikan oleh RSUD atau Puskesmas. Namun, keterbatasan RSUD dan Puskesmas masih menjadi kendala, sehingga pasien terpaksa dirujuk ke rumah sakit. Dilaporkan bahwa hanya kurang dari 20% kasus yang benar-benar sesuai dengan kriteria kasus yang dapat dirujuk ke rumah sakit tipe A sebagai rumah sakit rujukan pertama seperti yang dikemukakan oleh bagian instalasi rawat jalan RSUP Fatmawati.

Di samping itu, ketidaknyamanan ruang tunggu pasien juga menjadi keluhan dikaitkan dengan lamanya waktu tunggu. Berdasarkan hasil pengamatan, ruang tunggu di poliklinik rawat jalan RSUP Fatmawati memang sudah cukup memadai. Namun, karena jumlah pasien yang terus bertambah secara pesat, maka kenyamanan ruang tunggu menjadi berkurang. Kapasitas ruangan poliklinik dan juga jumlah kursi ruang tunggu tetap sama, sedangkan jumlah pasien semakin bertambah dan hal ini sudah barang tentu mempengaruhi kenyamanan pasien. Ditambah lagi, pasien tidak jarang membawa anggota keluarga yang menemani dan menambah ramai ruang tunggu poliklinik.

Kesopanan dan juga keramahan petugas juga merupakan salah satu keluhan pasien poliklinik rawat jalan di RSUP Fatmawati. Pada hari pengamatan, peneliti menemukan seorang nenek di poliklinik X yang mengaku takut untuk menanyakan ke perawat yang bertugas mengenai nomor antriannya, padahal nenek tersebut sendiri dan memiliki nomor antrian dengan ukuran angka yang kecil. Karena takut dengan perawat, nenek hanya diam dan menangis saat ditanya. Hal ini mengindikasikan bahwa peningkatan keramahan dan juga kesopanan para petugas di RSUP Fatmawati merupakan hal penting terutama bagi poliklinik dengan pasien yang mengalami gangguan khusus seperti jantung dan hipertensi serta untuk poliklinik dengan pasien lanjut usia. Untuk memperoleh informasi mengenai aspek komunikasi, penelitian ini juga mewawancarai petugas. Perawat mengeluhkan perlunya tambahan perawat pada poliklinik agar dapat mempunyai waktu yang cukup untuk mengedukasi pasien. Diketahui bahwa kapasitas pekerjaan perawat yang berlebih juga merupakan faktor yang dapat meningkatkan emosi petugas.

Ketidaklengkapan alat dan obat merupakan keluhan yang menyebabkan kurang puasnya pasien terhadap pelayanan rawat jalan di RSUP Fatmawati. Berdasarkan hasil dari wawancara, sebagian besar pasien mengeluhkan lamanya waktu tunggu untuk mendapatkan obat di apotek dan juga seringnya pasien tidak mendapatkan obat yang telah diresepkan oleh dokter. Dokter yang diwawancarai juga mengomentari tentang obat yang seringkali diganti oleh apoteker dari apa yang telah diresepkan. Masalah kurang lengkapnya obat dinilai merupakan masalah yang sangat kompleks karena untuk pasien jaminan, tidak semua obat dicakup oleh jaminan tersebut. Adapun terkait dengan aspek ketersediaan, dikatakan bahwa alat yang tersedia masih cukup memadai, hanya terdapat beberapa perawat yang mengeluhkan perlunya alat tensi terbaru di samping tensi manual yang telah ada.

Kurang jelasnya informasi yang diberikan oleh petugas merupakan keluhan yang dialami oleh pasien-pasien baru. Pasien baru merasa kebingungan terkait loket mana yang sebaiknya dituju sehingga perlu banyak bertanya. RSUP Fatmawati memang telah menyediakan penjelasan alur pasien rawat jalan, namun karena sebagian besar pasien berasal dari kalangan pendidikan rendah, maka penjelasan

mengenai alur pasien kurang bisa dimengerti. Keadaan ini pun dibenarkan oleh salah satu dokter yang diwawancarai dan mengatakan:

“... *pasiennya kebanyakan menengah ke bawah sehingga kesulitan menerangkan khususnya masalah penyakit...*”.

Masalah kemudian dianalisis akar penyebabnya dengan menggunakan analisis pohon masalah. Terdapat 15 poin akar masalah yang kemudian dibuat prioritas dan solusi pemecahannya. Dari 15 butir tersebut terdapat 1 butir akar masalah yang selalu muncul di setiap pohon masalah yang dianalisis, yaitu sistem rujukan yang tidak berjalan. Dari akar masalah ini, dibuatlah matriks PDSA di bawah ini.

**Tabel 1. Matriks PDSA Akar Masalah Pelayanan Rawat Jalan RSUP Fatmawati (Masalah Eksternal RS)**

<i>Pohon Masalah</i>			
Sistem rujukan tidak berjalan			
<i>Plan</i>	<i>Do</i>	<i>Study</i>	<i>Action</i>
Penerapan Sistem rujukan secara berjenjang	<i>Roundtable discussion</i>  Menjalin kerjasama dengan jejaring	Rujukan tidak tepat  Adanya “ <i>image</i> ” kemudahan pelayanan di RSUP Fatmawati	Melakukan koordinasi dengan pihak -pihak terkait (Dinkes, Pemda, Kemenkes, tokoh masyarakat)  Membuat Sistem Rayonisasi Kasus Penyakit Rujukan yang dapat masuk ke Rumah Sakit Fatmawati  Menerapkan sistem suster hospital untuk mengurangi jumlah kunjungan pasien yang masih bisa ditangani puskesmas atau RSUD  Pembinaan <i>primary care</i> dapat diawali dengan melakukan audit terhadap kompetensi, fasilitas, dan edukasi yang perlu dilakukan atau ditambah untuk menguatkan peran <i>primary care</i> serta melakukan kerjasama dengan Subdit Bina Dasar dan Suku Dinas  Edukasi terhadap pasien terkait kebijakan rujukan dan rujuk balik

Upaya eksternal ini merupakan rekomendasi dari pihak rumah sakit karena merupakan aspek yang dinilai dapat menghambat perbaikan internal untuk meningkatkan citra rumah sakit. Adapun upaya internal yang dilakukan untuk meningkatkan citra rumah sakit akan menjadi relatif sia-sia apabila sistem di atasnya belum berjalan dengan cukup baik, sehingga rumah sakit khususnya RSUP Fatmawati biasanya merupakan korban dari sebuah sistem yang tidak berjalan. Oleh karena itu, RSUP Fatmawati merumuskan rekomendasi upaya eksternal pasca *monitoring*, evaluasi, dan tinjauan terhadap kondisi di poliklinik rumah sakit setelah mendapat dampak dari pengaruh eksternal seperti program KJS, sistem rujukan yang belum efektif, serta penerapan UU BPJS.

Opsi-opsi upaya internal yang direkomendasikan oleh RSUP Fatmawati adalah sebagai berikut:

1. Melakukan koordinasi dengan pihak-pihak yang terkait (Dinas Kesehatan, Pemerintah Daerah, Kementerian Kesehatan, dan Tokoh Masyarakat). Koordinasi ini dilakukan untuk bersama-sama mendiskusikan upaya untuk mengurangi lonjakan pasien ke RSUP Fatmawati

melalui perbaikan sistem rujukan agar pelayanan berjenjang dapat diwujudkan. Salah satu upaya yang dapat dilakukan adalah membuat sistem rayonisasi kasus penyakit rujukan yang dapat masuk ke RSUP Fatmawati. Jadi, rumah sakit dan pemerintah perlu melakukan daftar diagnosa yang dapat diterima oleh RSUP Fatmawati dan juga membuat perlindungan regulasi agar RSUP Fatmawati terhindar dari rumor media yang dapat semakin memperburuk citra RSUP Fatmawati.

2. Menerapkan metoda *sister hospital*. *Sister hospital* merupakan upaya pembinaan rumah sakit mitra dari RSUP Fatmawati. Melalui program *sister hospital*, rumah sakit yang sering merujuk pasien ke RSUP Fatmawati dapat melakukan tinjauan kembali apakah pasien dapat tetap dirawat di rumah sakit asal dan tidak perlu dirujuk, tetapi RSUP Fatmawati yang mengirimkan tenaga medis seperti dokter spesialis dan atau subspecialis ke rumah sakit tersebut sesuai dengan jadwal dan kebutuhan. Dengan demikian, pembengkakan pasien di RSUP Fatmawati dapat dikurangi. Selain itu, pembinaan pelayanan primer juga merupakan aspek penting dalam memperbaiki sistem rujukan yang berjenjang.
3. Melakukan audit terhadap kompetensi, fasilitas, dan edukasi yang perlu dilakukan atau ditambah untuk menguatkan peran pelayanan primer serta melakukan kerjasama dengan Subdit Bina Upaya Kesehatan Dasar (BUKD) dan juga Suku Dinas terkait untuk kemudahan mengkoordinir Puskesmas dan unit pelayanan primer lainnya. Upaya ini dapat dijadikan langkah awal untuk pembinaan pelayanan primer.
4. Menjalani kerjasama dengan berbagai pihak terkait agar terjadi kesinambungan aksi dalam opsi rencana aksi yang menyangkut aspek eksternal rumah sakit. Masyarakat pun mendapat peranan penting dalam mewujudkan kesinambungan layanan sehingga unsur masyarakat harus dimasukkan di dalam rencana aksi. Masyarakat perlu mendapatkan sosialisasi mengenai kebijakan dan juga sistem yang dibuat. Pendekatan dapat dilakukan melalui tokoh masyarakat dan tokoh agama. Selain itu, pembinaan terhadap pelayanan primer seperti hal Puskesmas, bidan praktek swasta, dokter praktek swasta, dan RSUD perlu diperhatikan agar mereka dapat menjadi pemeran pertama dalam menyetatkan masyarakat melalui upaya peningkatan kompetensi, fasilitas, dan kemampuan mengedukasi masyarakat.
5. Membangun suprasistem atau kebijakan dan legalitas perlindungan dalam rangka mewujudkan sebuah kesinambungan baik di antara strata atau jenjang dan antara Upaya Kesehatan Masyarakat (UKM) dan juga Upaya Kesehatan Perseorangan (UKP). Dengan kesinambungan antara UKM dan UKP, pemerintah tentunya dapat melaksanakan fungsi preventif dan kuratif secara lebih proporsional, sehingga derajat

kesehatan masyarakat di Indonesia diharapkan dapat meningkat. Tujuan dari hal ini adalah melindungi semua pihak, baik penyedia layanan, pemerintah, dan masyarakat serta melaksanakan peran unit layanan kesehatan primer (seperti puskesmas, dokter praktek swasta, bidan praktek swasta, serta RSUD).

6. Masalah kepuasan pasien terhadap pelayanan rumah sakit merupakan masalah yang saling berhubungan, sehingga secara ideal penyelesaiannya dapat lebih mudah apabila akar masalah telah diatasi. Untuk itu, dibutuhkan kepemimpinan yang tegas dari pemimpin rumah sakit agar koordinasi perbaikan ini tidak hanya sekedar wacana belaka, melainkan dapat dikoordinasi dengan baik. Kemampuan kepemimpinan merupakan aspek penting bagi para pemimpin rumah sakit dan pemerintah agar peka melihat perubahan yang terjadi dan tanggap terhadap permasalahan yang dihadapi.

**Tabel 2. Matriks PDSA Akar Masalah Pelayanan Rawat Jalan RSUP Fatmawati (Masalah Internal RS)**

No	Pohon Masalah			
1.	Lokasi gedung RM jauh dari rawat jalan			
	<b>Plan</b>	<b>Do</b>	<b>Study</b>	<b>Action</b>
	Penyelenggaraan <i>e-medical record</i> secara bertahap	Pelaksanaan alih media secara bertahap Membuat "role model" <i>e-medical record</i> (IGH)	Keterlambatan penyediaan RM  Keterlambatan pengembalian Ketidaklengkapan pengisian RM	Studi banding RS dengan e-MR  Penyusunan kajian secara komprehensif
2.	Belum adanya penerapan remunerasi bagi dokter PP 53/ disiplin			
	Penerapan remunerasi bagi dokter Penerapan PP 53/2010: Displin	Safari SMF: sosialisasi  Persiapkan perhitungan remunerasi yang sesuai bagi dokter	Simulasi remunerasi bagi dokter  Ketidak patuhan dokter terhadap peraturan yang berlaku	Penerapan remunerasi dokter  Pemberian sanksi bagi dokter yang tidak disiplin
3.	Belum diterapkannya sistem perjanjian secara menyeluruh			
	Penerapan sistem perjanjian ( <i>appointment</i> )  Peningkatan komitmen kehadiran dokter tepat waktu sesuai jadwal	Membuat <i>role model</i> sistem perjanjian pada poli dengan kunjungan 3 besar) yang didukung IT	Budaya atau paradigma masyarakat "datang lebih pagi akan cepat dilayani"	Penerapan sistem perjanjian secara bertahap untuk seluruh poliklinik Menjamin ketepatan kehadiran dokter
4.	Belum dilibatkannya KPPI dalam perencanaan fasilitas sarana parasarana dengan standar SSI			
	Re-layout lantai 1-3 sesuai standar fasilitas yang berlaku	Perencanaan <i>re-layout</i> yang melibatkan KPPI dan K3	Plafon rendah, sirkulasi kurang, cahaya masuk kurang sehat	<i>Re-layout</i> ruang pelayanan sesuai dengan jenis penyakit Fasilitas pelayanan memenuhi persyaratan lingkungan KSO alat medik
5.	Kebutuhan perawat meningkat			
	Penempatan perawat sesuai kompetensi	Evaluasi kebutuhan perawatan sesuai dengan rencana pengembangan	Perawat yang bertugas di IRJ adalah perawat yang sakit dan menjelang pensiun	Peninjauan kembali penempatan perawat di IRJ Penerapan KPK

No	Pohon Masalah			
6.	Kurangnya penerapan budaya peduli			
	<i>Plan</i>	<i>Do</i>	<i>Study</i>	<i>Action</i>
	Penerapan budaya peduli melalui perubahan perilaku	Merumuskan nilai-nilai budaya peduli Menyusun standar penilaian	Perubahan perilaku terutama pada dokter Paradigma kerja seorang PNS	Meningkatkan komunikasi dengan dokter  <i>Team work building</i> <i>Doctor gathering</i>
7.	Tidak semua SMF mempunyai CP rawat jalan yang terintegrasi			
	Penyusunan PPK dan CP seluruh SMF terintegrasi (sisi profesi lain dan keuangan)	Identifikasi 10 penyakit terbesar rawat jalan per SMF Membuat CP	Belum berjalannya penerapan pelayanan berdasarkan CP Evaluasi CP yang ada	Penyusunan panduan penerapan <i>Clinical Pathway</i> (CP)  Monitoring dan evaluasi secara berkala <i>Feed back</i> kepada SMF
8.	Tidak didukung IT yang terintegrasi			
	Merealisasikan IT terintegrasi yang mendukung pelayanan rawat jalan	Inventarisasi kebutuhan informasi yang didukung IT	Sistem jaringan <i>over capacity</i> Kebutuhan informasi terkait semakin meningkat	Pembenahan IT rawat jalan terintegrasi dengan seluruh pelayanan terkait di RS
9.	Perbaikan sistem manajemen pengelolaan obat			
	Penyediaan obat sesuai formularium  Pengelolaan obat berbasis IT terintegrasi (perencanaan-pengadaan-distribusi-penggunaan)	Inventarisasi informasi/data yang dibutuhkan Perbaikan pengelolaan manajemen kefarmasian per DEPO	Ketidaksesuaian pengelolaan obat  <i>Response time</i> pelayanan belum sesuai	Penyediaan <i>barcode system</i>  Penyediaan obat sesuai kebutuhan berdasarkan formularium
10.	Peran petugas customer service (IPH) kurang			
	Optimalisasi petugas pemasaran dan hubungan Masyarakat (Humas) dalam menjalankan tugas sebagai <i>customer service</i>	Evaluasi kompetensi petugas IPH	Petugas yang kurang sesuai ditugaskan sebagai <i>customer service</i> di IRJ	<i>Out-sourcing</i> petugas <i>customer service</i> guna meningkatkan citra pelayanan IRJ

dilakukan melalui edukasi oleh dokter praktik ketika pasien berkunjung. Dokter berkewajiban melakukan usaha preventif dan promotif kepada pasien termasuk setelah pasien sembuh. Hal ini dapat dijadikan pilihan perubahan perilaku yang cukup efektif terkait fakta bahwa masyarakat cenderung untuk mematuhi nasehat dokter yang dipercayainya atau dokter tempat ia mendapatkan pengobatan. Organisasi profesi seperti Ikatan Dokter Indonesia (IDI) dapat mengambil peran terkait pembinaan anggotanya agar menerapkan upaya preventif dan promotif di samping upaya kuratif.

### KESIMPULAN DAN SARAN

Berdasarkan hasil analisis, diperoleh kesimpulan sebagai berikut:

1. Kesenjangan nomor 1 antara harapan konsumen dan persepsi manajemen terjadi dalam jumlah yang relatif kecil di RSUP Fatmawati di mana semua yang menjadi harapan pasien juga merupakan hal yang menjadi fokus manajemen pada semua aspek yang dilihat. Kesenjangan nomor 2 antara aspek kualitas pelayanan di RSUP Fatmawati dengan persepsi manajemen tentang harapan pasien terjadi pada aspek kualitas kenyamanan dimana 100% staf manajemen menganggap penting aspek kenyamanan namun menganggap 75% aspek kenyamanan kurang baik. Kesenjangan nomor 3 yaitu persepsi dari petugas kesehatan terhadap kesesuaian kualitas pelayanan yang diberikan dengan kualitas seharusnya terjadi di RSUP Fatmawati. Petugas kesehatan yaitu dokter, perawat, dan petugas administrasi mempersepsikan bahwa masih terdapat ketidaksesuaian kualitas dari kesediaan obat yang diresepkan sudah diberikan kepada pasien (46,7%). Kesenjangan komunikasi terjadi pada aspek penjelasan dokter dan apoteker kepada pasien. Penilaian kurang baik terbanyak dari pasien yaitu pada penjelasan tentang efek samping obat oleh apoteker (37,5%) dan dokter (32,2%). Sedangkan mengenai penilaian petugas terhadap komunikasi petugas kesehatan RSUP Fatmawati, masih terdapat penilaian kurang baik pada aspek penyampaian informasi tentang penyakit pasien oleh dokter (6,7%), penjelasan tentang obat dan efek sampingnya oleh dokter (13,3%) dan penjelasan tentang obat dan efek sampingnya oleh apoteker (20%). Adapun kesenjangan nomor 5 mengenai ketidaksesuaian antara pelayanan yang diharapkan pasien dan harapan yang diterima pasien terjadi pada pelayanan pendaftaran (29,6%), pelayanan dokter (17,8%), pelayanan obat (25%), dan juga pelayanan radiologi (7,2%).
2. Lima prioritas masalah ketidakpuasan pasien adalah masih kurangnya kecepatan pelayanan, kenyamanan, kesopanan dan keramahan, kelengkapan obat dan alat medis, serta kejelasan pemberian informasi. Hal ini

ditunjukkan berdasarkan hasil penelitian pada pasien dimana pasien memberikan penilaian kurang baik pada aspek yang terkait dengan kecepatan layanan (51,3%), kenyamanan (25,7%), kesopanan dan keramahan para petugas (25,7%), kelengkapan peralatan medis dan ketersediaan obat (20,4%), serta kejelasan informasi (20,4%).

3. Masalah terkait ketidakpuasan yang terjadi di RSUP Fatmawati merupakan pengembangan akar masalah, yaitu meningkatnya jumlah kunjungan pasien ke RSUP Fatmawati akibat sistem rujukan yang tidak berjalan.
4. Data makro yang dikumpulkan dari Dinas Kesehatan guna studi perbaikan sistem rujukan dengan pendekatan pola penyakit masih diragukan kualitasnya, sehingga sulit untuk dilakukan analisis.
5. Penerapan budaya *corporate*: "budaya peduli" sangat diharapkan dapat merubah perilaku dan meningkatkan komitmen para dokter, perawat, dan petugas kesehatan lainnya dalam memberikan pelayanan kepada pasien guna merubah perilaku hadir tepat waktu, melayani pasien dengan hati, menuliskan rekam medik dengan lengkap, jelas dan sebagainya.

Saran yang disampaikan dalam penelitian ini merupakan alternatif pemecahan masalah yang ada, berikut adalah opsi pemecahan masalah eksternal (makro) yang ditujukan kepada eksternal dan internal RSUP Fatmawati. Untuk eksternal RSUP Fatmawati, saran yang diberikan ialah:

#### Bagi Kementerian Kesehatan

1. Penerapan UKM-UKP melalui pengaktifan kembali upaya kesehatan masyarakat untuk menjalankan fungsi preventif dan promotif dan perbaikan sistem rujukan yang berjenjang.
2. Penerapan sistem pembayaran yang sesuai agar dapat mencapai kepuasan semua pihak.
3. Melakukan standarisasi RS Rujukan sesuai klasifikasi RS dan Unggulan.
4. Membuat regulasi dan peraturan sebagai perlindungan terhadap kebijakan yang telah dibuat serta melakukan sosialisasi yang seluas-luasnya agar dapat diketahui dan dipahami oleh semua pihak yang berkepentingan termasuk masyarakat.
5. Perlunya aturan dari Kementerian Kesehatan tentang keselamatan pasien terkait beban kerja dokter dalam melayani pasien sehingga pasien benar-benar terlayani dengan baik dan terbina komunikasi yang baik antara dokter dan pasien.

#### Bagi Dinas Kesehatan

1. Melakukan koordinasi atau kerjasama dengan pihak-pihak terkait (Dinas Kesehatan, Pemerintah Daerah, Kementerian Kesehatan, tokoh masyarakat).
2. Membuat sistem rayonisasi kasus penyakit rujukan yang dapat masuk ke RSUP Fatmawati.
3. Menerapkan sistem *sister hospital* untuk mengurangi

jumlah kunjungan pasien yang masih dapat ditangani puskesmas atau RSUD.

4. Pembinaan pelayanan primer yang diawali dengan melakukan audit terhadap kompetensi, fasilitas, dan edukasi yang perlu dilakukan atau ditambah untuk menguatkan peran pelayanan primer serta melakukan kerjasama dengan Subdit Bina Upaya Kesehatan Dasar dan suku dinas kesehatan.
5. Edukasi bagi pasien dan masyarakat terkait kebijakan rujukan dan rujuk balik.
6. Mengusulkan legalitas/perlindungan pembaharuan dan juga mengusulkan perbaikan terhadap hasil evaluasi sistem yang telah berjalan.

#### Bagi Organisasi Profesi

1. Pembinaan anggota organisasi profesi untuk bersama-sama menerapkan upaya preventif dan promotif selain upaya kuratif.
2. Pembinaan anggota setiap organisasi profesi untuk turut menerapkan budaya peduli dalam memberikan pelayanan kepada pasien guna merubah perilaku hadir tepat waktu, melayani pasien dengan hati, menuliskan rekam medik dengan lengkap, dan jelas.

Sedangkan, opsi pemecahan masalah untuk internal RSUP Fatmawati adalah sebagai berikut:

1. Penerapan UKM-UKP melalui pengaktifan kembali Pengkajian alih media rekam medik menjadi *e-medical record*.
2. Penerapan remunerasi dokter, pemberian sanksi bagi para dokter yang tidak disiplin, dan jaminan ketepatan waktu kehadiran dokter.
3. Perbaikan sistem rujukan melalui kegiatan *roundtable discussion* dengan dihadiri oleh Dinas Kesehatan, Puskesmas, dan rumah sakit yang sering merujuk ke RSUP Fatmawati.
4. Penerapan sistem perjanjian secara bertahap untuk seluruh poli
5. *Re-layout* instalasi rawat inap secara bertahap sesuai standarisasi sarana prasarana dan fasilitas berdasarkan spesifikasi poliklinik.
6. Pengembangan sistem manajemen keperawatan.

#### DAFTAR RUJUKAN

1. Republik Indonesia. (2009). *Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan*. Jakarta: Republik Indonesia.
2. \_\_\_\_\_. (2009). *Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit*. Jakarta: Republik Indonesia.
3. \_\_\_\_\_. (2004). *Undang-Undang Nomor 29 Tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran*. Jakarta: Republik Indonesia.
4. Menteri Kesehatan. (2011). *Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 1348/MENKES/PER/LX/2010*. Jakarta: Kementerian Kesehatan.
5. Republik Indonesia. (2009). *Undang-Undang Nomor 25 Tahun 2009 tentang Pelayanan Publik*. Jakarta: Republik Indonesia.
6. Menteri Kesehatan. (2012). *Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 001 Tahun 2012 tentang Sistem Rujukan Pelayanan Kesehatan Perorangan*. Jakarta: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.
7. Republik Indonesia. (2011). *Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial*. Jakarta: Republik

8. Rumah Sakit Umum Pendidikan Fatmawati. (2011). *Data Rumah Sakit Fatmawati*. Jakarta: Pusat Data RS Fatmawati.
9. Republik Indonesia. (2005). *Peraturan Pemerintah No. 23 Tahun 2005 tentang Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum (BLU)*. Jakarta: Republik Indonesia.
10. \_\_\_\_\_. (1992). *Peraturan Menteri Kesehatan No. 986/Menkes/PER/XI/1992 tentang Persyaratan Kesehatan Lingkungan Rumah Sakit*. Jakarta: Republik Indonesia.
11. \_\_\_\_\_. (2010). *Peraturan Menteri Kesehatan No. 340/Menkes/PER/III/2010*. Jakarta: Republik Indonesia.
12. \_\_\_\_\_. (2005). *Peraturan Pemerintah No. 65 Tahun 2005 tentang Penyusunan dan Penerapan SPM (Standar Pelayanan Minimal)*. Jakarta: Republik Indonesia.
13. \_\_\_\_\_. (2012). *Peraturan Pemerintah No. 74 Tahun 2012 tentang Perubahan Peraturan Pemerintah Nomor 23 Tahun 2005*. Jakarta: Republik Indonesia.
14. Parasuraman, A., Zeithaml V. A., Berry L. L. (1985). *A Conceptual Model of Services Quality and its Implication for Future Research*. Journal of Marketing, Vol. 49, Nomor 4, pp. 41-50.
15. \_\_\_\_\_. (1988). *Servqual: A Multiple-Item Scale for Measuring Consumer Perceptions of Service Quality*. Journal of Retailing, Vol. 64, No. 1, pp.12-40
16. J. Shelton, Patrick. (2000). *Measuring and Improving Patient Satisfaction*. Gaithersburg, Maryland: An Aspen Publication.
17. *Quality Improvement (CQI)* dalam <http://www.dcf.louisiana.gov/index.cfm?md=pagebuilder&tmp=home&pid=114> (diakses pada 20 Maret 2013 Pukul 7:00 WIB)
18. Jowa State University. *Continuous Quality Improvement (CQI)* dalam <http://www.fpm.iastate.edu/worldclass/cqi.asp> (diakses pada 20 Maret 2013 pukul 6:50 WIB)
19. ASQ. *Plan-Do-Check-Act (PDCA) Cycle* terdapat dalam <http://asq.org/learn-about-quality/project-planning-tools/overview/pdca-cycle.html> (diakses 21 Maret 2013 pukul 13.50 WIB)
20. Menteri Kesehatan. (2011). *Peraturan Menteri Kesehatan No. 755/MENKES/PER/IV/2011*. Jakarta: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.
21. \_\_\_\_\_. (2008). *Peraturan Menteri Kesehatan No. 129/MENKES/SK/II/2008*. Jakarta: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.
22. Republik Indonesia. (2010). *Peraturan Pemerintah No. 53 Tahun 2010 Tentang Disiplin Pegawai Negeri Sipil*. Jakarta: Republik Indonesia.
23. Suku Dinas Kependudukan dan Pencatatan Sipil Kota Administrasi. (2012). *Jumlah Penduduk Provinsi DKI Jakarta* dalam <http://dki.kependudukancapil.go.id/index.php/statistik/jumlah-penduduk-provinsi-dki-jakarta> (diakses 20 Februari 2013 Pukul 12:11 WIB)
24. *Peserta Kartu Jakarta Sehat* dalam <http://www.jakarta.go.id/web/news/2012/11/peserta-kartu-jakarta-sehat> (diakses pada 21 Mei 2013 Pukul 12:01 WIB)
25. Departemen Kesehatan. (2009). *Sistem Kesehatan Nasional* dalam <http://www.depkes.go.id/downloads/SKN%20final.pdf> (diakses pada 26 Juni 2013 pukul 12:13 WIB)
26. Presiden Republik Indonesia. *Peraturan Presiden No. 72 Tahun 2011 tentang Sistem Kesehatan Nasional*. Jakarta: Republik Indonesia.
27. Attas, Andi W. (2013). *Rencana Aksi Pelayanan Berkesinambungan Rawat Jalan dalam Rangka Meningkatkan Citra RSUP Fatmawati*. Depok: Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia.