

# **Analisis Implementasi Kebijakan Dokter Spesialis Jaga *On Site* Di Instalasi Gawat Darurat Rumah Sakit Dr. Mohammad Hoesin Palembang**

## ***Implementation Analysis Of Doctor Specialist Policy In Instalation Of Emergency, Dr. Mohammad Hoesin Hospital, Palembang***

**Kms Anhar**

Program Studi Pasca Sarjana Kajian Administrasi Rumah Sakit  
Departemen Administrasi dan Kebijakan Kesehatan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia

*\*Email: kmsanhar@gmail.com*

---

### **ABSTRAK**

Sejak dicanangkannya Program Jaminan Kesehatan Nasional 1 Januari 2014 telah terjadi peningkatan kunjungan pasien di rumah sakit-rumah sakit pemerintah. Instalasi Gawat Darurat (IGD) Rumah Sakit adalah unit terdepan dalam pemberian layanan rumah sakit. Kunjungan pasien yang meningkat khususnya di RS dr. Moh. Hoesin Palembang (RSMH) menimbulkan masalah yang kompleks seperti yang dialami oleh rumah sakit lainnya baik ditingkat dunia, nasional maupun regional. Walaupun permasalahan di IGD kompleks tetap dituntut memberikan layanan bermutu sesuai dengan Keputusan Menteri Kesehatan no. 856 tahun 2009 ttg standar layanan IGD. Permasalahan di IGD RSMH Palembang sejak dikeluarkannya SK Dirut Nomor: KP.04.02/II/168/2014 Tentang Penugasan Staf Medik Fungsional Sebagai Tenaga Dokter Jaga Spesialis *On site* di IGD adalah masih dijumpainya proses assesmen pasien masih panjang, kepatuhan dokter spesialis jaga *on site* masih kurang sehingga masih dijumpai lama masa rawat yang masih tinggi. Penelitian yang dilakukan bermaksud ingin mengetahui bagaimana implementasi kebijakan dokter spesialis jaga *on site* telah dilaksanakan di IGD RSMH Palembang dengan model implementasi George Edward III dengan variabel sumber daya (sdm, anggaran, fasilitas, informasi dan kewenangan), komunikasi (transmisi, kejelasan, konsistensi), disposisi (sikap pelaksana, insentif) dan struktur birokrasi (SPO, fragmentasi). Penelitian dilakukan dengan metode kualitatif melalui wawancara mendalam kepada informan, data sekunder dan pengamatan langsung. Informannya adalah para dokter spesialis dan jajaran manajemen rumah sakit. Hasil analisis data penelitian didapatkan implementasi kebijakan dokter spesialis jaga *on site* belum berjalan dengan baik, disebabkan karena faktor komunikasi, disposisi dan struktur organisasi belum berjalan baik dan masih banyak perlu dukungan sumber daya. Usulan yang diberikan adalah penambahan dan kompetensi tenaga sesuai standar, revisi SOP, penyediaan media komunikasi, perbaikan fasilitas, meningkatkan koordinasi dan fungsi pengawasan secara berkala, advokasi ke Kemenkes RI.

**Kata kunci:** implementasi, instalasi gawat darurat, george edward iii, dokter spesialis *on site*.

### **ABSTRACT**

*Since the introduction of the National Health Insurance Program January 1, 2014 has been an increase in patients visit to hospital-government hospitals. Emergency Department (ED) Hospital is a unit leader in the provision of hospital services. The increasing amount of patients visit especially in dr. Moh. Hoesin Palembang (RSMH) raises complex issues which experienced by other hospitals both at world, national and regional. Although the problems in the ED is complex they still expected to provide a certifiable quality service in accordance with the Decree of the Minister of Health no. 856 in 2009 about ED service standards. The problems in the ED RSMH Palembang since the issuance of Managing Director SK Number: KP.04.02 / II / 168/2014 About Staffing Medical Functional Specialists as Specialit Doctor On site is still encountered in the ED patient is still a long process of assessment, compliance specialist doctors still keep on site less so still found a long period of hospitalization is still high. The research aims to find out how to keep the policy implementation specialists doctors on site have been conducted in Palembang RSMH ED with George Edward III implementation model with variable resources (human resourches, budgeting, facilities, information and authority), communication (transmission, clarity, consistency), disposition (attitude implementers, incentives) and bureaucratic structure (SPO, fragmentation). The study was done with qualitative method through in-depth interviews to informants, secondary data and direct observation.*

*Informants are the specialist doctors and the management of the hospital. Results of the analysis of research data obtained in case of policy implementation specialists on site have not been going well, due to the communication factor, disposition and organizational structure has not been going well and much needed resource support. The given proposal is the addition of appropriate power and competence standards, the revised SOP, provision of communication media, improvement of facilities, improving the coordination and monitoring functions regularly, advocacy to the head of the Indonesian health minister.*

**Keyword:** *implementation, emergency departmen, george edward iii, spescilaist doctors on site.*

---

## PENDAHULUAN

Visi Kementerian Kesehatan antara lain adalah melindungi kesehatan masyarakat dengan menjamin tersedianya upaya kesehatan yang paripurna, merata, bermutu dan berkeadilan (Kemenkes, 2013). Untuk melindungi kesehatan masyarakat tersebut, pada tanggal 1 Januari 2014 pemerintah telah mencanangkan pelaksanaan Sistem Jaminan Kesehatan Nasional yang bertujuan untuk menjamin kemudahan akses masyarakat ke faskes yang memadai, pemerataan pelayanan kesehatan, efisiensi pembiayaan kesehatan dan mendorong pelayanan kesehatan yang bermutu (Moertjahjo, 2013). Rumah sakit merupakan ujung tombak pembangunan kesehatan masyarakat yang sesuai dengan Undang-Undang Republik Indonesia No. 44 tahun 2009 Tentang Rumah Sakit pasal 29 menyebutkan bahwa setiap rumah sakit mempunyai kewajiban membuat, melaksanakan dan menjaga standar mutu pelayanan kesehatannya. Salah satu indikator mutu pelayanan rumah sakit yang penting adalah indikator pelayanan Instalasi Gawat Darurat (IGD) (Kemenkes, 2013). Ukuran dan klasifikasi layanan IGD di setiap rumah sakit telah ditetapkan oleh pemerintah dengan Keputusan Menteri Kesehatan no. 856 tahun 2009.

Kebutuhan akan pelayanan di IGD yang bermutu semakin meningkat. Walaupun demikian seperti diketahui, permasalahan-permasalahan di IGD sangat kompleks (Ward, 2011). Hal ini bisa disebabkan oeh kunjungan pasien ke IGD semakin meningkat akhir-akhir ini. Di Hongkong angka kunjungan pasien pertahun mencapai 182.500 (Rainer, 2012). Di RSUP Dr. Moh. Hoesin Palembang kunjungan pasien ke IGD sedikit mengalami kenaikan volume kunjungan sebesar 1,0 % dari 35.746 pada tahun 2011 menjadi 39.781 pada tahun 2012. Tetapi mengalami penurunan volume kunjungan menjadi 28.305 pada tahun 2014 (RSMH, 2015). Walaupun demikian masih tingginya angka kunjungan pasien ke IGD tersebut menunjukkan masih tingginya *demand* masyarakat terhadap layanan kegawatdaruratan

di RSUP dr. Moh. Hoesin Palembang. Dampak peningkatan kunjungan pasien di IGD sejalan dengan banyak penelitian secara umum antara lain permasalahan peningkatan lama rawat di intalasi rawat darurat, *response time*, keterlambatan transfer ke rawat inap sehingga menyebabkan penumpukan pasien (*crowding*) di IGD (Vegting dkk, 2011, Tashkandy dkk, 2008, Horwitz dkk, 2009, Huang, 2010, Liew dkk, 2003). Di RSUP dr. Moh. Hoesin Palembang, didapatkan *LOS* di IGD sampai bulan Februari 2014 masih dijumpai *LOS* pasien di IGD yang mencapai 11 hari. Permasalahan tersebut Ada beberapa kemungkinan penyebabnya (Viccellio, 2008, Carus, 2010) antara lain kepemimpinan IGD yang tidak efektif, keterlambatan assesmen, prosedur diagnostik dan pembacaan hasil. Penundaan proses transfer juga merupakan masalah yang serius yang dapat memperburuk prognosis pada pasien-pasien dengan penyakit kritis (Alakeson, 2010, Stowell, 2013). Keadaan ini dapat menyebabkan pemberian pengobatan kepada pasien tidak sempurna, kemungkinan kesalahan dan keterlambatan pemberian terapi, ketidaknyamanan pasien, sehingga dapat menyebabkan *response time* dan *LOS* di IGD meningkat dan memanjang (Al-Shaqsi, 2010). Permasalahan ini menjadi bertambah terutama di rumah sakit-rumah sakit pendidikan dikarenakan pengambilan keputusan assesmen pasien masih harus berjenjang (Zun, 2008) sehingga proses pelayanan menjadi lambat (Craig, 2011).

Walaupun permasalahan layanan di IGD sangat kompleks, telah banyak usaha dilakukan untuk mengatasi permasalahan tersebut yang berhubungan dengan pentingnya peranan dokter spesialis di IGD. Ardagh dkk (2002), menemukan bahwa pengaturan pasien-pasien yang tidak beresiko dengan assesmen yang cepat di triase sangat membantu mengurangi *response time* dan *LOS* di IGD. Pada penelitian lain Ruiz dkk (2013) menyimpulkan bahwa peranan dokter jaga 24 jam di IGD memegang kunci penting dalam pelayanan. Cheng dkk (2013) pada penelitiannya mendapatkan bahwa intervensi langsung waktu tunggu oleh petugas baik dokter maupun perawat

dapat menurunkan angka *LOS* di IGD. Wise dkk (2010) menambahkan bahwa penilaian awal pasien langsung oleh dokter konsultan pada penyakit-penyakit akut di IGD dapat menurunkan angka mortalitas dan *LOS*.

Permasalahan di IGD RSMH Palembang sejak dikeluarkannya SK Dirut Nomor: KP.04.02/II/168/2014 Tentang Penugasan Staf Medik Fungsional Sebagai Tenaga Dokter Jaga Spesialis *On site* di IGD adalah masih dijumpainya proses assesmen pasien masih panjang, kepatuhan dokter spesialis jaga *on site* masih kurang sehingga masih dijumpai lama masa rawat yang masih tinggi. Penelitian yang dilakukan bermaksud ingin mengetahui bagaimana implementasi kebijakan dokter spesialis jaga *on site* telah dilaksanakan di IGD RSMH Palembang dengan model implementasi George Edward III dengan variabel sumber daya (sdm, anggaran, fasilitas, informasi dan kewenangan), komunikasi (transmisi, kejelasan, konsistensi), disposisi (sikap pelaksana, insentif) dan struktur birokrasi (SPO, fragmentasi).

## TINJAUAN PUSTAKA

IGD adalah salah satu instalasi utama di dalam setiap rumah sakit yang menjadi ujung tombak pelayanan pasien. Begitu pentingnya posisi IGD di dalam rumah sakit menjadikannya sebagai salah satu syarat utama dalam proses perizinan pembangunan sebuah rumah sakit. Selain IGD menjadi salah satu syarat utama pendirian sebuah rumah sakit, juga harus memenuhi standar pelayanan yang telah ditetapkan yaitu Kepmenkes RI No. 856/Menkes/SK/IX/2009 tentang Standar IGD. Kepmenkes ini berisi tentang klasifikasi IGD, jenis pelayanan, sumber daya manusia, persyaratan sarana dan fasilitas/pasarana medis. Selain itu semua rumah sakit yang ada saat juga ini harus sudah memenuhi standar mutu layanan yang telah ditetapkan salah satunya adalah menurut standar komisi akreditasi rumah sakit (KARS) (KARS,2012). Kedua aturan yang ada ini menetapkan perlu adanya dokter spesialis jaga *on site* di instalasi gawat darurat 24 jam dalam pemberian pelayanannya.

Permasalahan pelayanan di IGD secara umum disebabkan oleh multifaktorial, secara garis besar dapat dibagi dua faktor penyebab; faktor eksternal dan faktor internal. Faktor eksternal adalah faktor penyebab yang berasal dari luar rumah sakit antara lain; kebijakan pelaksanaan BPJS, keterbatasan tempat tidur di rumah sakit lain, keterbatasan kompetensi tenaga dokter di rumah

sakit lain, sistem rujukan antar rumah sakit yang belum berjalan dan sistem komunikasi antar rumah sakit belum baik, beberapa faktor ini menyebabkan terjadinya kunjungan maupun rujukan pasien di IGD meningkat. Faktor internal adalah faktor penyebab yang berasal dari dalam rumah sakit maupun dari dalam IGD itu sendiri. Faktor-faktor eksternal adalah faktor-faktor yang tidak dapat dikendalikan, sebaliknya faktor-faktor internal dapat dikendalikan dengan tata manajerial rumah sakit yang baik.

Hampir dikebanyakan IGD rumah sakit, baik pemerintah maupun swasta, pernah dan sering mengalami IGD yang terlalu padat (*overcrowded*), hal ini bisa terjadi ketika kebutuhan pelayanan melebihi kemampuan dari sumber daya manusia yang ada di IGD atau pasien yang datang ke IGD lebih cepat dibandingkan dengan pasien yang meninggalkan rumah sakit. Kondisi ini memerlukan suatu penanganan pelayanan medis yang berkualitas. IGD dikatakan padat bila tidak ada lagi ruangan untuk menempatkan pasien ketika dibutuhkan pada waktunya. Ada beberapa kemungkinan penyebabnya (Richardson, 2002, Fatovich, 2005, Singer, 2007, Viccellio, 2008, Camus, 2010):

- a. Penyebab utamanya adalah terletak pada proses pendaftaran pasien yang lama.
- b. Permasalahan kedua adalah ketika pasien sudah mendapat penanganan di IGD tidak bisa ditransfer ke rawat inap dikarenakan ketidaktersediaan tempat tidur.
- c. Kepemimpinan IGD yang tidak efektif.
- d. Keterlambatan prosedur assesmen pasien, diagnostik dan pembacaan hasil.

Beberapa masalah di atas dapat menyebabkan banyak pasien terpaksa terbaring di IGD mulai dari hitungan jam sampai berhari-hari. Ketidaknyamanan ini dapat menimbulkan keluhan-keluhan, ketidaknyamanan, keamanan dan bahkan mempengaruhi kondisi medis pasien.

Permasalahan-permasalahan yang ada di IGD memerlukan penanganan yang komperhensif yang melihat sebuah rumah sakit sebagai sebuah sistem besar. Sehingga upaya penanganan masalahnya juga dilakukan dengan pendekatan sistem sebagai upaya menyelesaikan masalah kesehatan. Di dalam upaya menyelesaikan masalah kesehatan melibatkan unsur masukan yaitu masalah kesehatan yang diselesaikan, proses adalah perangkat administrasi yakni tenaga, dana, sarana dan metode atau dikenal pula sebagai

sumber, tata cara dan kesanggupan dan keluaran adalah selesainya masalah kesehatan yang dihadapi (Azwar, 2010).

Sebagai sebuah sistem besar direktur utama bertanggung jawab dalam pengorganisasian rumah sakit dan menjalankan manajemen sesuai dengan ketetapan yang telah ditentukan. Direktur rumah sakit sebagai pucuk pimpinan tertinggi rumah sakit diberikan kewenangan untuk mengatur pelaksanaan teknis operasional rumah sakit termasuk dalam hal pembuatan kebijakan (Kemenkes RI, 2009). Kebijakan perumahnya secara umum adalah kebijakan yang bersifat *top down*. Kebijakan yang telah ditetapkan oleh kementerian kesehatan kemudian akan dibuat dalam bentuk program dan kegiatan yang harus diimplementasikan oleh unit-unit pelaksana yang dibawahnya.

Ada beberapa model implementasi kebijakan *top down* yang banyak dianut dan dipakai oleh pembuat kebijakan antara lain model Pressman and Wildavsky, Bardach, Sabatier and Mazmanian (Fisher, 2007). Salah satunya adalah model analisis implementasi kebijakan *top down* yang dikemukakan oleh George Edward III. Menurut Edward III ada empat faktor penting dalam pencapaian keberhasilan implementasi kebijakan seperti tampak pada bagan dibawah ini (ditampilkan pada gambar 1).

## METODOLOGI PENELITIAN

Penelitian ini merupakan penelitian analitik kualitatif dengan menggunakan metode pengumpulan data dengan wawancara mendalam. Variabel –variabel yang dicari adalah variabel sumber daya (sdm, anggaran, fasilitas, informasi dan kewenangan), komunikasi (transmisi, kejelasan, konsistensi), disposisi (sikap pelaksana, insentif) dan struktur birokrasi (SPO, fragmentasi). Penelitian ini dilakukan pada bulan Februari sampai dengan April 2015 di RSMH Palembang. Metode pengambilan sampel pada penelitian ini adalah *purposive sampling*. Informan dalam penelitian ini adalah: Direktur Utama, Direktur Medik dan Keperawatan, Direktur Keuangan, Ketua Komite Medik, Kepala Bagian Keuangan, Kepala IGD, Kepala Ruangan IGD, perawat IGD, para dokter spesialis empat departemen mayor dan dokter spesialis anestesi.

Jenis data yang diambil yaitu data primer berasal dari wawancara mendalam dan sekunder dari dokumen-dokumen yang terkait dan dari pengamatan. Wawancara dimulai dari mewawancarai para dokter spesialis dari

empat departemen mayor yaitu Bedah, Penyakit Dalam, Anak-anak, dan Kandungan dan Kebidanan diikuti dengan Anestesi. Proses wawancara dengan para dokter spesialis dilakukan sebagian besar bertempat di IGD dan sebagian lainnya di departemen masing-masing ketika para dokter spesialis tidak sedang jaga *on site*. Selanjutnya diikuti dengan wawancara kepada para perawat IGD ketika sedang bertugas dan pejabat struktural terkait sesuai dengan tempat kerjanya masing-masing. Kemudian sebelum mewawancarai jajaran direksi dilakukan wawancara kepada Ketua Komite Medik ruangan Ketua Komite Medik. Wawancara dengan direktur utama atau direktur di rumah sakit dilakukan paling akhir, sesudah mendapatkan semua data yang dicari (Wibowo, 2014).

Validitas data dilakukan dengan menggunakan triangulasi dengan sumber, metode dan teori. Triangulasi sumber yaitu membandingkan data hasil wawancara dengan isi dokumen terkait. Triangulasi metode dengan menggunakan informan yang berbeda untuk mengecek kebenaran informasi. Triangulasi teori yaitu informasi hasil wawancara dibandingkan dengan perspektif teori yang relevan.

Analisis data dilakukan mulai dengan mentranskrip dan menelaah seluruh data yang tersedia dari berbagai sumber yaitu dari wawancara, data tertulis dan data statistik. Setelah menelaah data, dilakukan reduksi data yang dilakukan dengan jalan melakukan abstraksi. Abstraksi merupakan usaha membuat rangkuman yang inti, proses dan pernyataan-pernyataan perlu dijaga sehingga tetap berada di dalamnya. Langkah selanjutnya adalah menyusun dalam satuan-satuan yang akan dikategorikan. Sehingga tahap akhir analisis data adalah mengadakan pemeriksaan keabsahan data. Setelah selesai tahap tersebut, mulailah tahap penafsiran data dalam mengolah hasil.

## HASIL DAN PEMBAHASAN

### Hasil

Penelitian telah dilaksanakan pada bulan Februari 2015 bertempat ruang direksi, komite medik, keuangan dan IGD. Para informan berjumlah 20 orang yang berasal dari unsur manajemen dan dokter spesialis dari departemen bedah, penyakit dalam, anak-anak, kandungan dan kebidanan. Masa kerja para informan adalah mulai rentang 8 bulan sampai dengan 25 tahun.

Kualitas mutu layanan medis di IGD setelah dijalkannya kebijakan dokter spesialis jaga *on site* sejak Februari 2014 sudah memberikan perbaikan walaupun masih belum memberikan perubahan yang berarti. Pelayanan medis di IGD untuk unit P1 dan P2 medikal masih memiliki lama rawat lebih dari delapan jam sedangkan untuk unit P2 bedah, P3, anak dan obgin sudah dibawah delapan jam. Proses assesmen pasien di IGD masih diberikan secara berjenjang sehingga proses pelayanan tetap diberikan secara bertingkat (ditampilkan pada tabel 1).

## 1. Sumberdaya

### a. Sumberdaya manusia

Pada penelitian ini didapatkan jumlah dokter spesialis cukup begitu juga kompetensinya. Tetapi kecukupan jumlah dokter spesialis belum didukung dengan kecukupan tenaga perawat di IGD dan tenaga portir. Kompetensi tenaga perawat di IGD sudah cukup walaupun masih ditemui kompetensi tenaga pearawat yang belum sesuai kompetensinya. Kekurangan jumlah tenaga pendukung medis di IGD memberikan hambatan dalam proses layanan transfer pasien dari IGD ke ruangan rawat inap.

### b. Fasilitas

Sebagian besar para dokter spesialis jaga *on site* di IGD mengeluhkan konsumsi yang tidak enak dan membosankan. Disamping itu juga ditemui fasilitas kebutuhan pribadi dokter spesialis yang tidak nyaman sehingga menjadi alasan bagi mereka untuk tidak patuh melaksanakan tugas jaga. Pemberian layanan medik dari para dokter spesialis jaga *on site* kurang maksimal karena masih ada alat-alat medis pendukung yang belum standar dan mengalami kerusakan.

### c. Informasi

Para dokter spesialis mengalami kendala hambatan akses akan informasi tentang tupoksi serta hak dan kewajibannya dalam melaksanakan tugas jaga di IGD. Kendala hambatan akses informasi ini disebabkan karena dokumen standar prosedur operasional (SPO) dan panduan tidak tersedia di ruang kerja para dokter spesialis jaga *on site*.

## 2. Komunikasi

### a. Transmisi

Pada penelitian ini didapatkan proses transmisi informasi tentang kebijakan dokter spesialis *on site* belum optimal. Temuan ini disebabkan belum tersedianya media komunikasi khusus antara para dokter spesialis untuk pertukaran informasi jaga,

pertukaran informasi dengan kepala IGD dan pihak manajemen. Sejak dicanangkannya kebijakan dokter spesialis jaga *on site* baru satu kali disosialisasikan ke departemen-departemen sehingga informasi yang didapatkan para dokter spesialis masih kurang.

### b. Kejelasan

Kejelasan tentang aturan-aturan tugas pokok dan fungsi serta hak dan kewajiban para dokter spesialis jaga *on site* masih belum lengkap tertulis didalam pedoman maupun SPO sehingga masih banyak yang harus disempumakan. Ketidakjelasan informasi menyebabkan perbedaan persepsi mengenai kebijakan diantara para dokter spesialis sehingga menjadi pembenaran bagi dokter spesialis untuk tidak melaksanakan kebijakan dengan baik.

### c. Konsistensi

Selama pelaksanaan program dokter spesialis jaga *on site* baru dilakukan satu kali sosialisasi. Tidak ditemukan upaya secara terus menerus untuk memberikan informasi kepada para dokter spesialis tentang kebijakan ini. Upaya komunikasi hanya terjadi antara kepala IGD dengan pihak manajemen dan kepala departemen.

## 3. Disposisi

### a. Sikap pelaksana

Di dalam pelaksanaan kebijakan dokter spesialis jaga *on site* sudah mendapatkan dukungan yang positif dari pihak manajemen dan mayoritas para dokter spesialis. Walaupun demikian masih dijumpai dokter spesialis yang bersikap negatif. Sikap negatif ditimbulkan akibat fasilitas kamar mandi yang tidak baik, sarana penunjang medis rusak dan tidak lengkap serta besaran insentif yang masih dianggap kurang. Sikap negatif yang ditemukan paling menonjol adalah ketidakpatuhan para dokter spesialis terhadap jadwal jaga yang telah ditetapkan, walaupun fungsi pelayanannya tetap berjalan.

### b. Insentif

Dimulai sejak hari pertama pelaksanaan kebijakan dokter spesialis jaga *on site* di IGD RSMH Palembang telah diberikan insentif bagi para dokter spesialis yang jaga. Besaran insentif yang diberikan adalah Rp. 1.500.000 untuk satu kali jaga untuk satu dokter spesialis. Pengeluaran yang harus dibayarkan rumah sakit dalam bentuk *fee for service* untuk insentif dokter spesialis jaga *on site* adalah rata-rata Rp. 192.000.000 perbuannya. Insentif jasa yang diberikan tidak pernah terlambat karena langsung

dibayarkan keesokan pagi harinya setelah selesai jam jaga.

#### 4. Struktur birokrasi

##### a. SPO

Pemberian pelayanan medis oleh para dokter spesialis jaga *on site* mengacu kepada SPO dokter spesialis jaga *on site* dan SPO pelayanan medik dari masing-masing departemen terkait. SPO dokter spesialis jaga *on site* belum terinci dengan baik yang masih dalam bentuk panduan pelayanan di IGD. Sedangkan SPO pelayanan medis dari departemen sudah dalam bentuk panduan praktek klinik (PPK) masing-masing departemen. Pada pengamatan dilapangan SPO dokter spesialis jaga *on site* dan SPO pelayanan medis tidak dijumpai di dalam masing-masing ruang kerja dokter spesialis jaga *on site*.

##### b. Fragmentasi

Pelaksanaan kebijakan dokter spesialis jaga *on site* melibatkan banyak instalasi dan bidang dalam fungsi pengawasannya. Ketentuan tentang fungsi pengawasan pelaksanaan kebijakan tidak tertuang dengan jelas didalam panduannya dan kebijakannya. Fungsi pengawasan belum berjalan dengan optimal karena belum dilaksanakan dengan konsisten hanya dua kali dalam satu tahun sedangkan dari kepala IGD sudah dilakukan dengan rutin tetapi belum mempunyai kriteria.

#### Pembahasan

Hasil penelitian ini mendukung teori model implementasi George Edward III dimana hubungan antara variabel-variabel komunikasi, sumber daya, disposisi dan struktur birokrasi menentukan keberhasilan implementasi sebuah kebijakan. Menurut Edward dalam Winamo (2014), studi implementasi kebijakan adalah krusial bagi *Public administration* dan *public policy*. Implementasi kebijakan adalah salah satu tahap kebijakan publik, antara pembentukan kebijakan dan konsekuensi-konsekuensi kebijakan bagi masyarakat yang dipengaruhi. Jika suatu kebijakan tidak tepat atau tidak 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.

#### a. Sumberdaya

##### 1. Sumber Daya Manusia

Berdasarkan hasil penelitian, diketahui bahwa layanan medik di IGD belum optimal walaupun jumlah dan kompetensi dari dokter spesialis jaga *on site* sudah sesuai standar, hal ini disebabkan karena masih kurangnya jumlah dan juga kompetensi SDM pendukung (portir), perawat serta sertifikasi kompetensi bagi dokter umum. Hal ini akan memberikan dampak proses pemberian layanan di IGD yang dilakukan oleh konsulen *on site* menjadi tidak optimal karena belum didukung oleh kesiapan jumlah tenaga perawat dan portir, yang berakibat terjadi penundaan transfer pasien ke ruang rawat inap sehingga menyebabkan penumpukkan pasien di ruangan IGD. Hasil penelitian ini sejalan dengan hasil penelitian yang dilakukan oleh Vicello (2009) yang menekankan pentingnya proses transfer pasien dalam mengurangi penumpukkan pasien di IGD.

Kekurangan jumlah dan kompetensi SDM penunjang pelayanan IGD seperti dokter umum, perawat dan portir seharusnya sudah dipertimbangkan dengan cermat dalam proses persiapan penyusunan kebijakan sebelumnya. Permasalahan masih kurangnya tenaga perawat dan portir yang ada di IGD berdasarkan pendekatan analisis pohon masalah adalah multifaktorial antara lain; karena distribusi tenaga yang belum merata, perencanaan kebutuhan dan pemetaan pegawai yang belum lengkap, proses perekrutan tenaga perawat PNS terkendala dengan pengangkatan PNS secara nasional, keterbatasan anggaran untuk pengangkatan tenaga perawat dan portir sebagai tenaga BLU dan tingginya angka PNS yang memasuki usia pensiun di tahun 2015-2016. Masalah kompetensi SDM yang ada juga masih menjadi kendala dalam menjaga mutu layanan di IGD. Kendala kompetensi yang belum optimal bisa disebabkan oleh beberapa faktor antara lain; pemetaan kompetensi SDM yang ada di rumah sakit belum baik, usulan perencanaan peningkatan kompetensi SDM yang belum baik, realisasi usulan peningkatan kompetensi SDM yang masih kecil, keterbatasan anggaran peningkatan kompetensi SDM karena perencanaan yang kurang matang pada tahun sebelumnya serta faktor kemudahan untuk pengajuan peningkatan kompetensi SDM. Kompleksnya permasalahan diatas membutuhkan suatu sistem perencanaan yang baik.

Peranan SDM dalam implementasi kebijakan juga dipengaruhi oleh variabel-variabel lainnya yaitu variabel komunikasi. Fungsi SDM baik dokter spesialis, dokter umum dan perawat akan berjalan optimal apabila sudah mendapat informasi yang jelas tentang fungsi dan peranannya dalam implementasi kebijakan. Di dalam implementasi kebijakan dokter spesialis jaga *on site* belum berjalan optimal dikarenakan informasi yang diberikan masih terbatas, sosialisasi masih kurang dan akses dan media saluran informasi masih terbatas.

## 2. Fasilitas

Fasilitas atau sarana dan prasarana merupakan salah satu faktor yang berpengaruh dalam implementasi kebijakan. Pengadaan fasilitas yang layak, seperti gedung, tanah dan peralatan perkantoran akan menunjang dalam keberhasilan implementasi suatu program atau kebijakan (Edward dalam Winamo, 2014). Seorang pelaksana mungkin mempunyai staf yang memadai, mungkin memahami apa yang harus dilakukan, dan mungkin mempunyai wewenang untuk melakukan tugasnya tanpa sarana dan prasarana yang mendukung, maka besar kemungkinan implementasi yang direncanakan tidak akan berhasil.

Berdasarkan hasil penelitian, diketahui bahwa dukungan sarana dan prasarana pendukung implementasi dokter spesialis jaga *on site* masih kurang termasuk sarana dan prasarana penunjang medis. Khususnya sarana pendukung kebutuhan pribadi bagi para dokter spesialis jaga *on site* yang mengganggu kenyamanan mereka dalam melaksanakan seluruh kegiatannya. Ketidaknyamanan akibat kekurangan sarana ini sudah menjadi keluhan utama bagi para dokter spesialis yang harus ditanggapi segera. Faktor ketidaknyamanan ini adalah salah satu faktor yang dapat mempengaruhi sikap positif para dokter spesialis dalam melaksanakan kebijakan dokter spesialis jaga *on site*. Direktur Medik dan Keperawatan sebagai atasan langsung kepala IGD harus menyikapi segera atas pelaporan kekurangan sarana dan prasarana yang ada. Keluhan akan sarana penunjang medis yang masih kurang dan rusak menjadi permasalahan pokok lainnya yang penting dalam keberhasilan implementasi kebijakan dokter spesialis jaga *on site*. Kekurangan dan kerusakan pada alat penunjang medis penting dapat mengganggu proses tatalaksana medis dokter spesialis jaga *on site*

kepada pasien sehingga dapat menurunkan mutu kualitas layanan IGD.

Permasalahan kekurangan, kerusakan dan ketidakterediaan fasilitas yang ada di IGD harus segera dipenuhi agar dapat sesuai dengan standar yang telah ditetapkan oleh Kemenkes dan akreditasi KARS 2012. Permasalahan tersebut dapat disebabkan oleh antara lain: perbaikan sarana kamar mandi membutuhkan waktu lama karena konstruksi bangunan yang rumit, perbaikan yang memerlukan usulan yang panjang, tenaga SDM yang ada tidak mencukupi dan tidak kompeten. Sedangkan untuk sarana medis bisa dikarenakan spesifikasi alat yang memerlukan keahlian khusus, perbaikan alat harus dikerjakan oleh perusahaan alat medis penyuplai diluar kota bahkan negara lain, usia alat medis yang sudah tua yang menambah biaya pemeliharaan, kerusakan akibat operasionalisasi oleh tenaga yang tidak kompeten, pemeliharaan rutin alat tidak berjalan baik, operasionalisasi alat medis melebihi kapasitas jam operasional alat.

## 3. Anggaran

Edward dalam Winamo (2014) telah menyebutkan bahwa dalam proses implementasi kebijakan anggaran berkaitan dengan kecukupan modal atau investasi atas program atau kebijakan untuk dapat menjamin terlaksananya kebijakan, sebab tanpa dukungan anggaran yang memadai kebijakan tidak akan berjalan dengan efektif dalam mencapai tujuan dan sasaran. Berdasarkan hasil penelitian, diketahui bahwa sudah ada dukungan dana yang cukup untuk kegiatan dokter spesialis jaga *on site*, karena sejak ditetapkannya kebijakan dokter spesialis jaga *on site* ini pihak manajemen rumah sakit telah mengalokasikan anggarannya. Anggaran yang telah disiapkan baik untuk anggaran melengkapi sarana dan prasarana maupun anggaran untuk pemberian insentif bagi para dokter spesialis jaga *on site*.

Ketersediaan informasi adanya kesiapan anggaran dapat memberikan rasa aman dan jaminan bagi pelaksana kebijakan dalam implementasi sebuah kebijakan. Khususnya bagi kepala IGD untuk mengakomodasi penyediaan dan perbaikan sarana dan prasarana yang ada. Sedangkan bagi para dokter spesialis ketersediaan informasi adanya anggaran untuk

insentif jasa jaga dapat memberikan sikap positif bagi mereka dalam melaksanakan kebijakan.

#### 4. Informasi dan Kewenangan

Menurut Edward dalam Winamo (2014) Informasi juga menjadi faktor penting dalam implementasi kebijakan, terutama informasi yang relevan dan cukup terkait bagaimana mengimplementasikan suatu kebijakan. Sementara wewenang berperan penting terutama untuk meyakinkan dan menjamin bahwa kebijakan yang dilaksanakan sesuai dengan yang dikehendaki. Informasi mempunyai dua bentuk. Salah satunya adalah informasi mengenai bagaimana melaksanakan suatu kebijakan. Pelaksana-pelaksana perlu mengetahui apa yang dilakukan dan bagaimana mereka harus melakukannya. Dengan demikian, para pelaksana harus diberi petunjuk untuk melaksanakan kebijakan.

Berdasarkan hasil penelitian, diketahui bahwa informasi yang diperoleh oleh dokter spesialis jaga *on site* tentang aturan jaga *on site* masih belum sama sehingga antara pihak rumah sakit dan pelaksana program dokter *on site* cenderung terjadi miskomunikasi dalam pelaksanaan program dokter jaga *on site*. Masing-masing pihak cenderung bertindak sendiri-sendiri tanpa koordinasi yang maksimal, sehingga tidak jarang terjadi perbedaan penafsiran terhadap suatu keputusan atau petunjuk pelaksanaan kegiatan. Hal ini disebabkan karena pedoman dan SPO dokumen pendukung kegiatan belum lengkap dan tidak tersedia di ruangan dokter spesialis jaga *on site*. Di dalam tahap persiapan penyusunan kebijakan seharusnya ketersediaan dokumen terkait harus sudah ada agar tidak menjadi faktor hambatan dalam implementasi kebijakan dokter spesialis jaga *on site*.

Fungsi pengawasan pelaksanaan kebijakan dokter spesialis jaga *on site* juga belum begitu jelas. Temuan yang diperoleh pada wawancara dan telaah dokumen menyatakan bahwa fungsi tersebut sudah ada di Kepala IGD dan Bidang Pelayanan Medik. Namun demikian tidak ditemukan penjelasan yang lebih rinci mengenai kewenangan dari masing-masing pihak. Menurut Edward III dalam Winamo (2014) fungsi kewenangan dipengaruhi oleh variabel komunikasi khususnya subvariabel kejelasan. Berdasarkan kewenangannya belum diatur secara jelas wewenang

unit/instalasi yang mempersiapkan dokumen kebijakan yang diperlukan. Dokumen petunjuk kegiatan dokter spesialis jaga *on site* ini dibuat oleh IGD merujuk dari Permenkes Nomor 856 Tahun 2009 Tentang Standar IGD Rumah Sakit tanpa berkoordinasi dengan unit terkait. Kebijakan dokter spesialis jaga *on site* terbentuk sebagai akibat tuntutan akan kebijakan yang lebih tinggi sebagai prasyarat standar untuk IGD kelas IV. Hal ini menyebabkan kebijakan ini tidak dipersiapkan dengan matang pada tahap formulasi kebijakannya sehingga dokumen-dokumen terkait belum tersedia pada saat implementasinya. Ketidakterdediaan dokumen informasi disebabkan karena kurangnya sosialisasi dan koordinasi dari IGD ke unit yang lebih tinggi. Secara umum kebijakan di dalam rumah sakit dibuat oleh bagian umum sedang yang berhubungan dengan pelayanan berkoordinasi dengan bidang pelayanan medik. Sebuah kebijakan yang baik mengandung dan menjelaskan program apa yang akan dilaksanakan, tujuan dari kebijakan, siapa pelakunya, siapa yang melakukan pengawasannya, sarana dan prasarana pendukung, ketentuan administrasi, ketentuan-ketentuan yang mengatur, dukungan anggaran dan lampiran yang berisi hal hal teknis lainnya. Sedangkan kelengkapan SPO dan pedoman sebaiknya IGD dapat berkoordinasi dengan bidang pelayanan medik yang akan membuat aturan dan ketentuan yang lebih umum. Walaupun demikian ketidaklengkapan dokumen yang ada tidak membuat implementasi kebijakan dokter spesialis jaga *on site* tidak berjalan.

#### b. Komunikasi

##### 1. Transmisi

Menurut Edward dalam Winamo (2014) menyebutkan bahwasanya penyaluran komunikasi yang baik akan dapat menghasilkan suatu implementasi yang baik pula. Seringkali terjadi masalah dalam penyaluran komunikasi yaitu adanya salah pengertian yang disebabkan banyaknya tingkatan birokrasi yang harus dilalui dan tidak adanya saluran-saluran komunikasi yang ditentukan dalam proses komunikasi, sehingga apa yang diharapkan terdistorsi di tengah jalan. Berdasarkan hasil penelitian, diketahui bahwa proses transmisi komunikasi kebijakan dokter spesialis jaga *on site* belum optimal. Hal ini disebabkan karena belum ada saluran/media khusus untuk transmisi komunikasi bagi dokter spesialis jaga *on site*. Sosialisasi kebijakan dokter



spesialis jaga *on site* baru satu kali dilakukan secara langsung sejak ditetapkan. Proses transmisi informasi memerlukan media atau saluran yang telah ditetapkan seperti media rapat rutin antar para konsulen, media laporan pertukaran jaga dan komunikasi antara kepala IGD dan para konsulen. Adanya media komunikasi ini akan dapat mentransmisi informasi yang akurat dan seragam kepada semua dokter spesialis.

Media transmisi informasi yang belum optimal dapat disebabkan oleh belum adanya ketentuan khusus yang mengaturnya di dalam kebijakan dokter spesialis jaga *on site*. Minimnya informasi media transmisi juga disebabkan karena belum adanya SPO mengenai media penyampaian informasi. Keberhasilan transmisi informasi kebijakan dokter spesialis jaga *on site* juga dipengaruhi oleh variabel disposisi yaitu sikap dari pelaksana kebijakan. Sikap positif dari para dokter spesialis terhadap pelaksanaan kebijakan ini akan mempermudah proses transmisi informasi tentang kebijakan ini pada sosialisasi berikutnya. Kemudahan akses telekomunikasi dan web membuat akses informasi dapat dengan mudah didapat. Sikap negatif dari para dokter spesialis akan cenderung membuat mereka bersifat pasif dan selalu mengkritisi kebijakan yang ada.

## 2. Kejelasan dan Konsistensi

Menurut George Edward III dalam Winamo (2014) Komunikasi yang diterima oleh pelaksana kebijakan harus jelas. Seringkali instruksi-instruksi yang diteruskan kepada pelaksana-pelaksana kabur dan tidak menetapkan kapan dan bagaimana suatu program dilaksanakan. Ketidakjelasan pesan komunikasi yang disampaikan berkenaan dengan implementasi kebijakan akan mendorong terjadinya interpretasi yang salah bahkan mungkin bertentangan dengan makna pesan awal. Menurut Winamo (2014) selain itu agar implementasi kebijakan ingin berlangsung efektif dan tidak membingungkan atau mendua maka pelaksanaan suatu komunikasi harus konsisten dan jelas untuk ditetapkan atau dijalankan. Walaupun perintah-perintah yang disampaikan kepada para pelaksana kebijakan mempunyai unsur kejelasan, tetapi bila perintah tersebut bertentangan maka perintah tersebut tidak akan memudahkan para pelaksana kebijakan menjalankan tugasnya dengan baik.

Van Meter dan Van Hom dalam Winamo (2014) berpendapat yang sejalan dengan Edward, bahwa pemahaman tentang maksud umum dari suatu standar dan tujuan kebijakan adalah penting maka agar kebijakan bisa dilaksanakan dengan efektif, apa yang menjadi standar tujuan harus dipahami oleh para individu yang bertanggungjawab atas pencapaian standar dan tujuan kebijakan. Untuk mengukur kinerja implementasi kebijakan tentunya menegaskan standar dan sasaran tertentu yang harus dicapai oleh para pelaksana kebijakan. Implementasi kebijakan yang berhasil, bisa jadi akan gagal ketika para pelaksana tidak sepenuhnya menyadari terhadap standar dan tujuan kebijakan. Karena itu standar dan tujuan harus dikomunikasikan kepada para pelaksana secara konsisten dan seragam dari berbagai sumber informasi.

Berdasarkan hasil penelitian, diketahui bahwa aturan-aturan tentang tugas pokok dan fungsi belum lengkap dan masih harus disempurnakan, karena dasar kegiatan dokter spesialis jaga *on site* hanya berdasarkan aturan yang bersumber dari dokumen pedoman layanan IGD. Hal ini menyebabkan masih adanya perbedaan pemahaman dalam pelaksanaan kebijakan ini. Sebagai kebijakan yang mendorong upaya peningkatan mutu layanan IGD, perlu bagi pihak manajemen untuk membuat aturan yang lengkap dan rinci serta sepenuhnya dipersiapkan secara matang dan terperinci mengenai apa saja yang harus dilakukan, bagaimana pelaksanaan di lapangan, dan sampai mana batasan yang harus ditempuh oleh dokter jaga *on site* sebelumnya terutama pada tahap proses persiapan pembuatan kebijakan. Sebuah kebijakan yang dilaksanakan tanpa didahului persiapan dengan aturan-aturan yang rinci dan lengkap akan membuat kegiatan berjalan tanpa arah yang jelas sehingga tujuan yang hendak dicapai tidak akan terwujud. Disamping itu ketetapan didalam sebuah Kebijakan Kementerian Kesehatan sebagai induk acuan keluarnya SK dokter spesialis jaga *on site* juga harus memuat penjelasan yang lebih rinci tidak hanya berupa pernyataan saja yang akan memberikan persepsi dan pemahaman yang berbeda-beda bagi setiap rumah sakit. Kejelasan informasi berupa SPO dan proses transmisi informasi merupakan kendala utama dalam proses komunikasi dalam implementasi kebijakan ini.

Variabel kejelasan dan konsistensi dipengaruhi oleh subvariabel SPO dalam variabel struktur birokrasi. Agar para dokter spesialis dapat melaksanakan

tugasnya dengan baik harus dilengkapi dengan SPO-SPO yang terkait. Dalam hal pemberian pelayanan medik kepada pasien di IGD sudah ada SPO/PPK dari masing-masing departemen. Ketidakterdediaan dan ketidaklengkapan SPO akan mempengaruhi kejelasan informasi yang akan diterima oleh para dokter spesialis. Kelemahan ini bisa disebabkan koordinasi IGD hanya langsung ke direktorat medik dan keperawatan, kurangnya koordinasi dengan bidang pelayanan medik, dan kurangnya koordinasi dengan bagian umum dalam pembuatan tata naskah kebijakannya dan pendistribusian dokumen kebijakan dan panduan, kurangnya informasi bahan penyusunan SPO dan panduan. Banyaknya unit terkait yang dibutuhkan membuat proses implementasi menjadi tidak optimal. Selain itu juga kejelasan dan konsistensi informasi dipengaruhi oleh variabel disposisi (sikap pelaksana). Sikap positif dari para dokter spesialis akan mempermudah pemahaman mereka terhadap maksud dan tujuan dari program dokter spesialis jaga on site. Sikap positif dari para dokter spesialis juga membuat mereka tetap dapat memberikan pelayanan di IGD walaupun dengan keterbatasan SPO dan fasilitas yang ada. Sedangkan sikap negatif dari dokter spesialis akan mempersulit pemahaman mereka terhadap maksud dari program ini.

### c. Disposisi

#### 1. Sikap Pelaksana

Menurut Edward (Winamo, 2014) bahwa, disposisi sebagai watak dan karakteristik yang dimiliki implementor, seperti komitmen, kejujuran, sifat demokratis. Apabila implementor memiliki disposisi yang baik, maka dia dapat menjalankan kebijakan dengan baik seperti apa yang diinginkan oleh pembuat kebijakan. Ketika implementor memiliki sikap atau perspektif yang berbeda dengan pembuat kebijakan, maka proses implementasi kebijakan juga menjadi tidak efektif. Van Meter dan Van Horn dalam Winamo (2014) mempunyai pendapat sedikit berbeda tentang disposisi, sikap penerimaan atau penolakan dari agen pelaksana kebijakan sangat mempengaruhi keberhasilan atau kegagalan implementasi kebijakan publik. Sikap mereka itu dipengaruhi oleh pandangannya terhadap suatu kebijakan dan cara melihat pengaruh kebijakan itu terhadap kepentingan-kepentingan organisasinya dan kepentingan-kepentingan pribadinya. Berdasarkan hasil penelitian

yang telah dikemukakan, diketahui bahwa adanya dukungan yang positif dari pihak manajemen rumah sakit terhadap kegiatan dokter spesialis jaga *on site*. Begitu juga dengan dukungan yang positif dari sebagian besar dokter spesialis jaga *on site* walaupun masih ada yang belum disiplin dalam melaksanakan tugasnya. Hal ini bisa disebabkan oleh masih kurangnya sosialisasi program kebijakan *on site* sebelumnya sehingga pemahaman akan tujuan dan sasaran dari kebijakan dokter spesialis jaga *on site* belum sepenuhnya dipahami yang sesuai dengan hasil penelitian yang didapat. Untuk keberhasilan implementasi sebuah program tidak cukup dengan satu kali sosialisasi tetapi membutuhkan sosialisasi informasi yang berulang-ulang. Selain itu proses assesmen di IGD melibatkan multidisiplin dari beberapa departemen. Sikap positif dari para konsulen akan bisa berbalik menjadi negatif ketika sikap positif tersebut tidak didukung oleh departemen yang lain, hal ini dapat berakibat pada keterlambatan proses assesmen pasien. Hal ini sejalan dengan hasil penelitian Veghting (2011) bahwa tidak adanya koordinasi antar multispesialis akan mempengaruhi tindakan yang diambil setelah diagnosis ditegakkan.

#### 2. Insentif

Insentif merupakan salah satu teknik yang disarankan untuk mengatasi masalah sikap para pelaksana kebijakan dengan memanipulasi insentif. Pada dasarnya orang bergerak berdasarkan kepentingan dirinya 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 menjalankan perintah dengan baik. Hal ini dilakukan sebagai upaya memenuhi kepentingan pribadi atau organisasi (Edward dalam Winamo, 2014). Menurut Handoko (2012) tujuan dari sistem insentif adalah untuk meningkatkan motivasi karyawan dalam berupaya mencapai tujuan-tujuan organisasi dengan menawarkan perangsang finansial. Hal ini sejalan dengan yang diungkapkan oleh Mc Gregor dalam Adikoesoemo (2012) menurut teori -Y' bahwa rata-rata orang senang bekerja asalkan diberi rangsangan dan dihargai, mempunyai kemauan dan dedikasi yang tinggi asal diajak dan dengan komunikasi yang baik serta imbalan yang baik, cenderung mencapai sasaran yang ditentukan atasan'. Namun cara ini mempunyai

kelemahan. Misalnya, pemberian insentif dalam kenyataannya tidak berlaku spesifik tetapi berlaku untuk setiap orang sedangkan kemampuan internal seringkali memiliki keterbatasan. Akibatnya para pelaksana mempunyai motivasi yang rendah untuk melaksanakan kebijakan. Padahal pada hakikatnya layanan instalasi gawat darurat merupakan keharusan di setiap rumah sakit berdasarkan KMK no. 856 tahun 2009.

Berdasarkan hasil penelitian, diketahui bahwa rumah sakit telah memberikan insentif atas jasa para dokter spesialis yang telah melaksanakan kegiatan jaga *on site*, karena sejak awal pelaksanaan kegiatan jaga *on site* rumah sakit telah menetapkan besaran insentif yang diterima para konsulen di dalam SK penunjukkan dokter spesialis jaga *on site*. Secara umum para dokter spesialis sudah cukup puas dengan besaran insentif yang diberikan. Dukungan kelancaran pemberian insentif dipengaruhi oleh variabel sumberdaya khususnya subvariabel anggaran dan variabel komunikasi khususnya subvariabel kejelasan. Pemberian informasi yang jelas tentang dukungan dan besaran insentif kepada para dokter spesialis dapat mengurangi sikap negatif para dokter spesialis. Informasi besaran insentif yang kurang jelas akan membuat sebagian dari dokter spesialis untuk membanding-bandingkan dengan besaran insentif yang diterima oleh sejawat mereka di rumah sakit lain. Kelancaran pembayaran insentif juga memerlukan koordinasi yang baik antara IGD dan bagian keuangan RS seperti yang sudah terlaksana dengan baik dilapangan. Kelancaran pembayaran insentif akan semakin menumbuhkan sikap positif mereka tentang implementasi kebijakan dokter spesialis jaga *on site*.

#### d. Struktur Birokrasi

##### 1. SPO

Standar prosedur operasional menjadi salah satu komponen penting dalam model implementasi kebijakan menurut George Edward III karena SPO merupakan perkembangan dari tuntutan internal akan kepastian waktu, sumber daya serta kebutuhan penyeragaman dalam organisasi kerja yang kompleks dan luas. Dengan menggunakan SPO, para pelaksana dapat mengoptimalkan waktu yang tersedia dan dapat berfungsi untuk menyeragamkan tindakan-tindakan pejabat dalam organisasi yang kompleks dan tersebar

luas, sehingga dapat menimbulkan fleksibilitas yang besar dan kesamaan yang besar dalam penerapan peraturan (Edward dalam Winamo, 2014).

Berdasarkan hasil penelitian, diketahui bahwa pelaksanaan tugas dan fungsi dokter spesialis jaga *on site* sudah dilaksanakan oleh para dokter spesialis walaupun belum berjalan secara optimal. Secara garis besar SPO kegiatan dokter spesialis jaga *on site* terdiri dari dua SPO, yaitu SPO untuk pelaksanaan kebijakan dan SPO untuk pelaksanaan pemberian pelayanan medis di IGD. SPO pelaksanaan program dokter jaga *on site* di RSUP dr. Moh. Hoesin Palembang berlandaskan pada sepuluh Tugas Pokok dan fungsi dokter spesialis jaga *on site* lima besar dalam pedoman layanan IGD tanpa dirinci dengan SPO yang ditentukan oleh Surat Keputusan Direktur Utama RSMH (RSMH, 2014). Akan tetapi dalam pelaksanaan dokter spesialis jaga *on site* pedoman yang dipakai memiliki kekurangan dalam sisi kejelasan penyelenggaraan kebijakan. SPO pelaksanaan pemberian pelayanan medis di IGD sesuai dengan SPO pelayanan medis dari masing-masing departemen yang dikenal dengan sebutan Panduan Praktek Klinik (PPK) (KARS 2012). Menurut Handoko (2012) manajemen memiliki tanggungjawab untuk menciptakan suatu iklim disiplin preventif dimana berbagai standar diketahui dan dipahami. Bila karyawan tidak mengetahui standar-standar apa yang harus dicapai, mereka cenderung menjadi salah arah atau eratik. Pedoman yang dipakai dalam pelaksanaan kebijakan program dokter spesialis jaga *on site* cenderung diinterpretasikan secara berbeda di kalangan pelaksana program dokter jaga *on site*, sehingga tidak adanya keseragaman bentuk pelaksanaan program dokter *on site* yang tidak jarang juga menjadi miskomunikasi antar pihak pelaksana. Walaupun dalam segi penatalaksanaan pasien mengalami peningkatan pelayanan kesehatan.

Merujuk kepada model implementasi kebijakan menurut Edward dalam Winamo (2014) bahwa variabel struktur birokrasi khususnya subvariabel SPO didalam pelaksanaannya dipengaruhi oleh subvariabel transmisi, kejelasan dan konsistensi dalam variabel komunikasi serta subvariabel SDM dan ketersediaan informasi dan kewenangan dalam variabel sumberdaya. Keberhasilan implementasi kebijakan program dokter spesialis jaga *on site* memerlukan informasi SPO yang jelas dan rinci, dapat dipahami oleh para dokter

spesialis, tersedia dan mudah diakses ditempat pelaksanaan dan harus disosialisasikan terus menerus. Sehingga keberhasilan implementasi kebijakan program dokter spesialis jaga *on site* memerlukan pemenuhan beberapa upaya di atas.

## 2. Fragmentasi

Menurut Edward dalam Winamo (2014) fragmentasi merupakan penyebaran tanggung jawab suatu kebijakan kepada beberapa badan yang berbeda sehingga memerlukan koordinasi. Pada umumnya, semakin besar koordinasi yang diperlukan untuk melaksanakan sebuah kebijakan, semakin berkurang kemungkinan keberhasilan program atau kebijakan. Berdasarkan hasil penelitian, diketahui bahwa fungsi pengawasan pelaksanaan kegiatan dokter spesialis jaga *on site* melibatkan banyak unsur sehingga tujuan pengawasan utamanya menjadi tidak maksimal. Penyebaran beban tanggungjawab akan membuat proses pengawasan akan berimplikasi kepada pelemahan fungsi pengawasan, sehingga kemungkinan tercapainya tujuan kebijakan akan berkurang. Dengan banyak unit yang terlibat memerlukan upaya koordinasi yang baik dan berkesinambungan antar unit untuk menyamakan tujuan dan persepsi yang sama dalam fungsi pengawasan.

Menurut Edward dalam Winamo (2014) variabel struktur birokrasi dipengaruhi juga oleh variabel komunikasi dan sumberdaya. Semakin besar penyebaran tanggungjawab kepada unit atau bagian akan menyebabkan semakin besar sumberdaya yang dibutuhkan didalam implementasi kebijakan. Dalam menjalankan sebuah kebijakan sangat memerlukan sumberdaya antara lain SDM, anggaran dan fasilitas. Selain itu semakin besar penyebaran tanggungjawab bisa menyebabkan kejelasan informasi kebijakan yang disampaikan kepada parapelaksana kebijakan akan berkurang, memerlukan usaha koordinasi yang lebih besar dan berkurangnya fungsi pengawasan. Pada penelitian ini didapatkan penyebaran fungsi pengawasan kepada beberapa unit/instalasi dapat menyebabkan kejelasan informasi fungsi pengawasan akan berkurang, membutuhkan banyak sumberdaya manusia yang terlibat, memerlukan koordinasi khusus dalam pelaksanaan pengawasan, sehingga fungsi pengawasan menjadi kurang optimal. Semua faktor-faktor di atas dapat mempengaruhi keberhasilan implementasi kebijakan dokter spesialis jaga *on site* di IGD.

## KESIMPULAN DAN SARAN

### Kesimpulan

Implementasi kebijakan dokter spesialis jaga *on site* di IGD RSMH Palembang telah dilaksanakan sejak Februari 2014. Dalam implementasinya belum berjalan dengan optimal walaupun variabel disposisinya sudah baik. Hambatan yang ditemui terletak pada variabel sumberdaya karena kurang dukungan tenaga perawat dan portir, sarana dan prasarana medis dan nonmedis serta ketersediaan dokumen, variabel komunikasi karena aturan-aturan tugas dan fungsi dokter spesialis jaga *on site* belum jelas terinci serta masih belum dipahami semua oleh dokter spesialis, dan variabel struktur birokrasi karena belum tersedianya SPO yang jelas dalam melaksanakan kebijakan dokter spesialis jaga *on site* serta koordinasi fungsi pengawasan belum berjalan baik.

### Saran

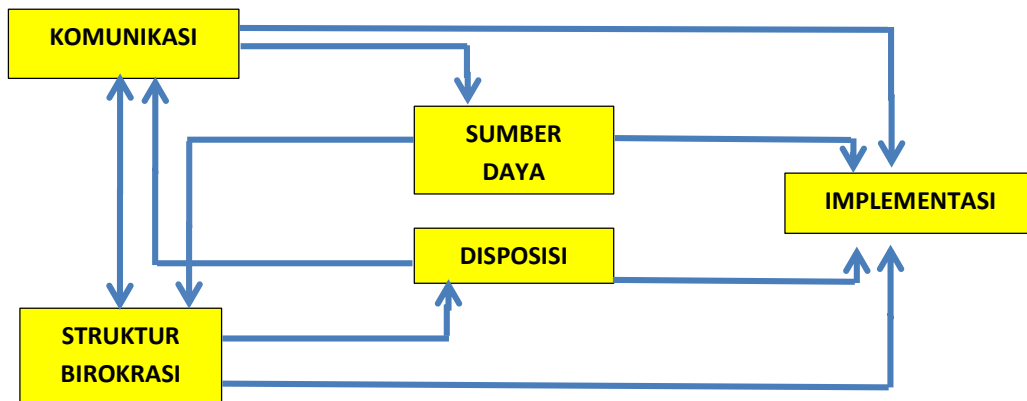
Ada beberapa usulan yang diberikan antara lain:

1. Penambahan dan kompetensi tenaga sesuai standar, revisi dan penyediaan SOP dan kemudahan akan akses informasi kebijakan, penyediaan media komunikasi, perbaikan dan penyediaan fasilitas sesuai standar, meningkatkan koordinasi dan fungsi pengawasan secara berkala dan peningkatan kepatuhan para dokter spesialis, perbaikan alur rawat pasien rawat inap dan meningkatkan *response time* layanan penunjang.
2. Optimalisasi fungsi rumah sakit rujukan regional baik jumlah, kompetensi dokter serta sarana penunjang medisnya, optimalisasi sistem rujuk balik layanan BPJS, Aktifasi layanan SGDT dan advokasi ke Kemenkes RI.

## DAFTAR PUSTAKA

- Adikoesomo S. 2012. *Manajemen Rumah Sakit*. Penerbit Pustaka Sinar Harapan, Jakarta.
- Alakeson V, Pande N, Ludwig M. 2014. *Analysis & Commentary a Plan to Reduce Emergency Room 'Boarding' Of Psychiatric Patients*. Health Affairs.
- Al-Shaqsi SZK. 2010. Response Time as a Sole Performance Indicator in EMS: Pitfalls and Solutions. *Open Access Emergency Medicine*, 2:1-6.
- Ardegh MW, et al. 2002. *Effect of a Rapid Assessment Clinic on The Waiting Time to be Seen by a Doctor and The Time Spent in The Department for Patients Presenting to an Urban Emergency Department: a Controlled Prospective Trial*. NZMJ, 115:1157.
- Ayuningtyas D. 2014. *Kebijakan Kesehatan: Prinsip dan Praktik*. Cetakan ke-1. PT. Rajagrafindo Persada, Jakarta.
- Azwar A. 2010. *Pengantar Administrasi Kesehatan, Edisi Ketiga*. PT Binaupa Aksara, Jakarta.
- Cantus B, Corbett S, Khandvelwal D. *A Hospital-Wide Strategy for Fixing Emergency-Department Overcrowding*. Website: [http://www.mckinsey.com/insights/health\\_systems\\_and\\_services/a\\_hospital-wide\\_strategy\\_for\\_fixing\\_emergency-department\\_overcrowding](http://www.mckinsey.com/insights/health_systems_and_services/a_hospital-wide_strategy_for_fixing_emergency-department_overcrowding). 2010. Diunduh 7 Maret 2014.

- Cheng I, et al. 2013. *Implementing Wait-Time Reductions Under Ontario Government Benchmarks (Pay-for-Results): a Cluster-Randomized Trial of the Effect of a Physician-Nurse Supplementary Triage Assistance Team (MDRNSTAT) On Emergency Department Patient Wait Times*. *BMC Emergency Medicine*, 13:17.
- Craig S, FACEM. 2011. *Direct Observation of Clinical Practice in Emergency Medicine Education*. *ACADEMERGMED*, 18:60-67.
- Fatovich DM, Nagree Y, Spivulis P. 2005. *Access Block Causes Emergency Department Overcrowding and Ambulance Diversion in Perth, Western Australia*. *Emerg Med J*, 22:351-354.
- Fisher F, Miller GI, Sidhey MS. 2007. *Handbook of Public Policy Analysis: Theory, Politics, and Methods*. CRC Press, New York.
- Handoko. 2012. *Manajemen Personalita & Sumber Daya Manusia*. Penerbit BPFE, Yogyakarta.
- Horwitz LJ, Green J, Bradley EH. 2010. *United States Emergency Department Performance on Wait Time and Length of Visit*. *Ann Emerg Med*, 55(2):133-141.
- Huang Q, et al. 2010. *The Impact of Delays to Admission from the Emergency Department on Inpatient Outcomes*. *BMC Emergency Medicine*, 10:16
- Indonesia. Kementerian Kesehatan RI. 2013. *Rencana Strategis Kementerian Kesehatan Tahun 2010-2014*. Jakarta.
- Komisi Akreditasi Rumah Sakit. 2012. *Buku Saku Survei akreditasi Rumah Sakit*. Jakarta.
- Liew D, Liew D, Kennedy MP. 2003. *Emergency Department Length of Stay Independently Predicts Excess Inpatient Length of Stay*. *MJA*, 179:524-526.
- Moetjahjo, SKM, MKes, AAK. *Jaminan Kesehatan Nasional (JKN)*.
- RSMH Palembang. 2015. *Data Sekunder Lima Tahun (2010-2014)*. Instalasi Rekam Medik, Palembang
- Rainer T. 2012. *Quality and Strategic Development of EM Service: Optimizing Performance in the Emergency Department*. Dublin.
- Richardson DB. 2002. *The Access-Block Effect: Relationship Between Delay to Reaching An Inpatient Bed and Inpatient Length of Stay*. *MJA*, 177:492-495.
- Ruiz M, Botle A, Aylin P. 2013. *A Retrospective Study on The Impact Of The Doctors' Strike in England on 21 June 2012*. *JRSoc Med*, 01-8.
- RSMH Palembang. 2014. *Panduan Pelayanan di Instalasi Gawat Darurat*. Bidang Pelayanan Medik, Palembang.
- RSMH Palembang. 2014. *Laporan Tahunan 2014 RSMH Palembang*. Bidang Perencanaan dan Pengembangan, Palembang.
- RSMH Palembang. 2014. *Laporan Bulanan Bicharmed RSUP dr. Moh Hoesin Palembang: Laporan Bulan September*. Bidang Pelayanan Medis, Palembang.
- RSMH Palembang. 2014. *Panduan Pengorganisasian di Instalasi Gawat Darurat, Instalasi Gawat Darurat*. Palembang.
- RSMH Palembang. 2014. *Laporan Monev Dokter Spesialis Jaga On Site*. Bidang Pelayanan Medik, Palembang.
- Singer AJ, MD. 2006. *ED Crowding: Challenges And Solutions: The Stony Brook Experience*. Stony Brook Medicine, New York.
- Stowell et al. 2013. *Hospital Out-Lying Through Lack of Beds and Its Impact on Care and Patient Outcome*. *Scandinavian Journal Of Trauma, Resuscitation and Emergency Medicine*, 21:17.
- Tashkandy MA, Cazzazi ZI, Usman M, Dhafar KO. 2008. *Reasons for Delay in Inpatient Admission at an Emergency Department*. *J Ayub Med Coll Abbottabad*, 20(1).
- Vegting IL. 2011. *Analysing Completion Times in an Academic Emergency Department: Coordination of Care is the Weakest Link*. *The Journal of Medicine*, 699.
- Vicellio, MD, FACEP, et al. 2008. *Emergency Department Crowding: High-Impact Solutions, Continuing Medical Education Credit Information*. American College of Emergency Physicians.
- Vicello A, MD, et al. 2009. *The Association Between Transfer of Emergency Department Borders to Inpatient Hallways and Mortality: A 4-Year Experience*. *Annals of Emergency Medicine*, 54:4.
- Ward MJ, MD, MBA, et al. 2011. *Achieving Efficiency in Crowded Emergency Departments: A Research Agenda*. *ACADEMERGMED*, 18:1303-1312.
- Wibowo. 2014. *Metodologi Penelitian Praktis Bidang Kesehatan*. Penerbit Raja Grafindo, Jakarta.
- Winamo B. 2014. *Kebijakan Publik: Teori, Proses, dan studi Kasus*. Penerbit CAPS, Yogyakarta.
- Wise MP, Frost PJ. 2010. *Hospital MORTALITY and Junior Doctors' Handover: The Role of Medical Schools and consultants*. *QJ Med*, 103:895-896.
- Zun LS, MD, MBA. 2009. *Analysis of the Literature on Emergency Throughput*. *Western Journal of Emergency Medicine*, 102, 201 m\_1330:391-398.



**Gambar 1. Bagan Implementasi Kebijakan Menurut George Edward III Sumber: Winarno, 2014**

**Tabel 1. Rata-Rata LOS IGD RSMH Palembang (2015)**

RUANGAN	Rata-rata LOS	
	Maret 2014	Maret 2015
P1	28.12	12
P2 Medikal	18.5	13,19
P2 Bedah	8.46	5,65
P3	5.67	4,54
Anak	1.8	1,45
Obgyn	2.4	3,2

Sumber: Laporan IGD RSMH Palembang (2015)