

BAB VI

PENUTUP

A. Kesimpulan

Berdasarkan hasil penelitian dari evaluasi implementasi standar pelayanan minimal unit radiologi di RSUD dr. Rasidin Padang, maka dapat ditarik kesimpulan sebagai berikut :

1. Komponen *Input*

a. Kebijakan SPM

Kebijakan Standar Pelayanan Minimal (SPM) rumah sakit khususnya unit radiologi tersedia berdasarkan Peraturan Walikota Padang nomor 39 tahun 2014 tentang Standar Pelayanan Minimal RSUD dr. Rasidin Padang yang mengacu pada Keputusan Menteri Kesehatan nomor 129 tahun 2008 tentang Standar pelayanan Minimal Rumah Sakit.

b. Sumber daya

Diketahui bahwa jumlah ketenagaan unit radiologi belum dapat memenuhi persyaratan yang telah diatur dalam Keputusan Menteri Kesehatan nomor 1014 tahun 2008 tentang standar pelayanan radiologi diagnostik di sarana pelayanan kesehatan, diantaranya masih kekurangan tenaga fisikiawan medik dan perawat. Peralatan unit radiologi telah memenuhi standar sebagai rumah sakit kelas C. Kebutuhan sumber daya keuangan telah dianggarkan oleh RSUD dalam Rencana Kerja Perubahan Anggaran (RKPA). Pelaksanaan survey SPM dilaksanakan melalui pembentukan tim survey SPM pada tahun 2017, dan kerjasama dengan pihak ketiga pada tahun 2018.

c. Struktur birokrasi

Diketahui bahwa pada tahun 2017 dan tahun 2018 pelaksanaan survey SPM pada unit radiologi tidak dilaksanakan dengan optimal. Belum dipajangnya SOP unit radiologi dikarenakan masih dalam tahap perbaikan, dan hal ini bukan merupakan penghambat bagi petugas unit radiologi dalam menjalankan pelayanan.

2. Komponen *Process*

a. Komunikasi

Diketahui bahwa penjelasan terkait kebijakan SPM disampaikan pada saat pelaksanaan rapat direksi, namun dalam hal ini kebijakan standar pelayanan minimal tidak tersampaikan kepada karyawan sehingga staf RSUD tidak mengetahui secara jelas terkait kebijakan tersebut.

b. Disposisi/ Sikap

Diketahui bahwa kebutuhan akan pelayanan yang dapat berjalan sesuai dengan target indikator SPM harus diupayakan dan difasilitasi secara menyeluruh. Pelayanan unit radiologi berjalan tidak efektif dan efisien disebabkan oleh jadwal kehadiran dokter yang hanya dua kali dalam seminggu. Pelaksana pelayanan/ radiografer memberikan pelayanan yang baik dan sigap dalam melayani pasien yang ditunjukkan hasil dari survey kepuasan pelanggan yang mencapai 90%.

3. Komponen *Output*

Hasil pengamatan ditemukan bahwa permasalahan dalam pencapaian SPM unit radiologi terletak pada waktu tunggu pelayanan yang lama dan tidak adanya laporan jumlah kerusakan foto rontgen. Berdasarkan survey SPM tahun 2017 memperlihatkan bahwa SPM unit radiologi tidak dijalankan oleh tim SPM RSUD dr. Rasidin Padang. Sedangkan, survey SPM tahun 2018 yang pelaksanaannya hanya dilakukan pada indikator waktu tunggu pelayanan thorax foto (3 hari), pelaksana eksperti (dokter spesialis radiologi), dan kepuasan pelanggan (90%).

B. Saran

Berdasarkan pembahasan dalam penelitian ini, terdapat beberapa saran bagi RSUD dr. Rasidin Padang untuk segera diperbaiki, diantaranya:

1. Meningkatkan komitmen tenaga unit radiologi dalam menjalankan kebijakan SPM berdasarkan Peraturan Walikota Padang nomor 39 tahun 2014 tentang Standar Pelayanan Minimal RSUD dr. Rasidin Padang dengan cara memberikan stimulasi kerja yang dapat mengembangkan keterampilan baru seperti ikut serta pelatihan dan atau seminar.
2. Penguatan sistem kerjasama dengan dokter spesialis radiologi dalam hal perjanjian kerja terhadap ketepatan waktu datang dan standar waktu dalam pembacaan ekspertise. Salah satu poin yang harus ditekankan bahwa dokter

radiologi harus komitmen dalam membantu menjalankan SPM yang berlaku dengan lama pembacaan ekspertise tidak lebih dari 3 jam. Perjanjian kerja dapat diberlakukan dengan cara dokter spesialis harus datang setiap hari pada jam-jam tertentu, atau pemeriksaan hasil foto rongen dilakukan dengan mengirimkan foto melalui media chating kemudian di ekspertise foto hasil kiriman tersebut.

3. Mengajukan tambahan tenaga rontgen unit radiologi yaitu fisikiawan medik, dan perawat ke Badan Kepegawaian Daerah (BKD) agar proses pelayanan unit radiologi dapat berjalan dengan efektif dan efisien.
4. Pembuatan dan pemberlakuan Standar Operasional Prosedur (SOP) pelayanan yang dievaluasi rutin oleh kepala ruangan unit radiologi setiap bulannya.

