



**UNIVERSITAS INDONESIA**

**PELAKSANAAN STANDAR PELAYANAN MINIMAL  
RUMAH SAKIT PADA PELAYANAN RAWAT INAP  
DI RSUD KABUPATEN BEKASI  
TAHUN 2012**

**TESIS**

**ANIS HUDAWI  
NPM 1006745940**

**FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT  
PROGRAM PASCASARJANA KAJIAN ADMINISTRASI RUMAH SAKIT  
UNIVERSITAS INDONESIA  
DEPOK  
JULI 2012**



**UNIVERSITAS INDONESIA**

**PELAKSANAAN STANDAR PELAYANAN MINIMAL  
RUMAH SAKIT PADA PELAYANAN RAWAT INAP  
DI RSUD KABUPATEN BEKASI  
TAHUN 2012**

**TESIS**

**Diajukan sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar  
Magister Administrasi Rumah Sakit**

**ANIS HUDAWI  
NPM 1006745940**

**FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT  
PROGRAM PASCASARJANA KAJIAN ADMINISTRASI RUMAH SAKIT  
UNIVERSITAS INDONESIA  
DEPOK  
JULI 2012**

## HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS

**Tesis ini adalah hasil karya saya sendiri,  
dan semua sumber baik yang dikutip maupun dirujuk  
telah saya nyatakan dengan benar.**

**Nama : Anis Hudawi**

**NPM : 1006745940**

**Tanda Tangan :**



**Tanggal : 6 Juli 2012**

## HALAMAN PENGESAHAN

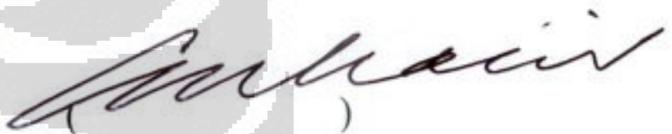
Tesis ini diajukan oleh:

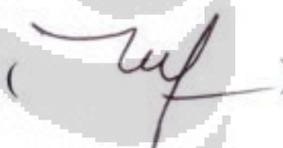
Nama : Anis Hudawi  
NPM : 1006745940  
Program Studi : Kajian Administrasi Rumah Sakit  
Judul Tesis : Pelaksanaan Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit Pada Pelayanan Rawat Inap di RSUD Kabupaten Bekasi Tahun 2012

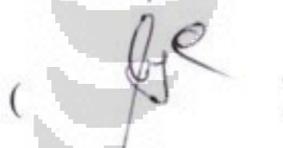
Telah berhasil dipertahankan di hadapan Dewan Penguji dan diterima sebagai bagian persyaratan yang diperlukan untuk menyelesaikan Tesis dalam mencapai Gelar Magister Administrasi Rumah Sakit pada Program Studi Kajian Administrasi Rumah Sakit Universitas Indonesia.

### DEWAN PENGUJI :

Pembimbing 1 : Dr.Dra.Dumilah Ayuningtyas, MARS (  )

Penguji 1 : Prof. dr. Anhari Achadi, SKM., DSc (  )

Penguji Luar 1 : dr. Supriyati Rahayu, MPH (  )

Penguji Luar 2 : Dr. Budi Hartono, SE., MARS (  )

Ditetapkan di : Depok

Tanggal : 06 Juli 2012

## SURAT PERNYATAAN

Yang bertanda tangan di bawah ini, saya :

Nama : Anis Hudawi

NPM : 1006745940

Mahasiswa Program : S2 KARS FKM UI

Tahun Akademik : 2010 / 2011

Menyatakan bahwa saya tidak melakukan kegiatan plagiat dalam penulisan tesis saya yang berjudul :

**Pelaksanaan Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit Pada Pelayanan Rawat Inap di RSUD Kabupaten Bekasi Tahun 2012**

Apabila suatu saat nanti terbukti saya melakukan plagiat maka saya akan menerima sanksi yang telah ditetapkan.

Demikian surat pernyataan ini saya buat dengan sebenar-benarnya.

Depok, 6 Juli 2012



( Anis Hudawi )

## KATA PENGANTAR

Alhamdulillah puji dan syukur dipanjatkan kehadiran Allah SWT, hanya atas Rahmat dan Kasih Sayang-NYA saja, penulis dapat menyelesaikan tesis ini yang merupakan salah satu syarat untuk meraih gelar Magister Administrasi Rumah Sakit dengan judul Pelaksanaan Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit Pada Pelayanan Rawat Inap di RSUD Kabupaten Bekasi Tahun 2012. Penulis mendapat banyak bimbingan, bantuan, dukungan, saran dan doa restu dari berbagai pihak dalam membuat tesis ini. Untuk itu perkenankanlah penulis menyampaikan terima kasih yang sebesar besarnya kepada yang terhormat :

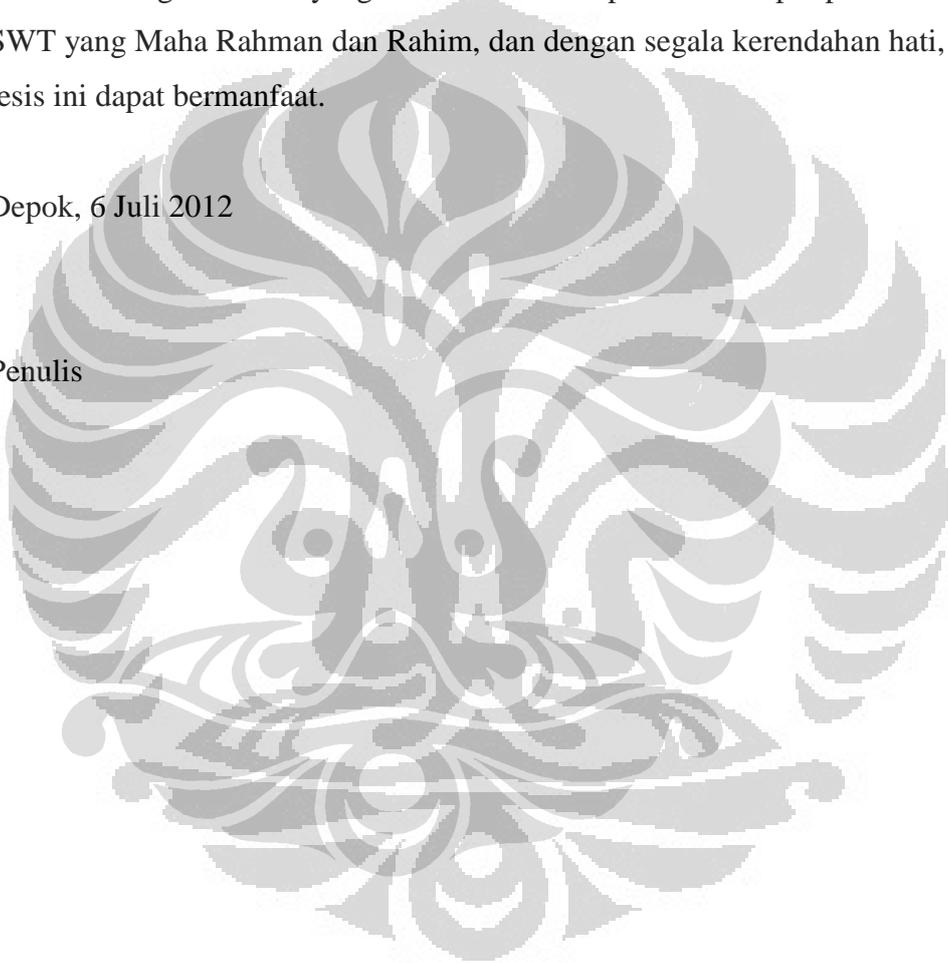
1. Dr. Dra. Dumilah Ayuningtyas, MARS, sebagai Dosen Pembimbing, penulis mendapat banyak masukan dan koreksi dalam membuat tesis yang benar dan berkualitas. Beliau seorang staf pengajar yang berinisiatif menyentuh hati semua orang diiringi sifatnya yang selalu *care* kepada kami. Dan dari beliau didapatkan juga bahwa kesempurnaan dapat dilihat dari hal hal yang tampak kecil dan sederhana.
2. Semua pihak RSUD Kabupaten Bekasi, Direktur, Kepala Bidang Pelayanan Medik beserta semua staff, Kepala Bidang Pengembangan dan informasi beserta staff, Kepala Bagian Tata Usaha beserta semua staffnya, yang tidak dapat penulis sebutkan satu persatu. Terutama dr. Supriyati Rahayu, MPH dan dr. Irina Auruma, MKM, terima kasih atas arahan dan bimbingannya.
3. Ibunda, cinta hatiku yang tak bisa kusematkan pada wanita selainmu, dimana surgaku di telapak kakimu, dengan sabar dan tegar mengalir nasehat kehidupan dari mulutmu yang selalu basah dengan doa-doa untukku. Istri tercinta, di tengah kesibukannya tetap terus memperhatikan, mensupport, mengkritik, memberi semangat kepada penulis dalam proses belajar selama 2 tahun ini. Buah hatiku, belahan jiwaku, anakku tersayang Lifia dan Farras, Abi sangat terharu dengan pengertianmu, abi sudah banyak meninggalkan waktu untuk bersamamu, tapi sayangmu tetap manis dan halus kepada abi, kalianlah yang menjadi inspirasi untuk abi.

4. Semua teman-teman KARS 2010 kelas Senin-Rabo, yang tidak dapat penulis sebutkan satu persatu, dengan gayanya masing masing telah memberi warna selama perkuliahan sampai dengan penyelesaian tesis ini sehingga tidak terasa sudah sampai di penghujung pendidikan. Khusus penulis sampaikan trimakasih yang mendalam, teman seperjuangan di RSUD Kabupaten Bekasi selama pengambilan data, Irma Yudith Ayu Puspita yang centil.

Semoga bantuan yang diberikan semua pihak mendapat pahala dari Allah SWT yang Maha Rahman dan Rahim, dan dengan segala kerendahan hati, semoga tesis ini dapat bermanfaat.

Depok, 6 Juli 2012

Penulis



**HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI  
TUGAS AKHIR UNTUK KEPENTINGAN AKADEMIS**

---

Sebagai sivitas akademik Universitas Indonesia, saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Anis Hudawi  
NPM : 1006745940  
Program Studi : Kajian Administrasi Rumah Sakit  
Departemen : Administrasi dan Kebijakan Kesehatan  
Fakultas : Kesehatan Masyarakat  
Jenis karya : Tesis

Demi pengembangan ilmu pengetahuan, menyetujui untuk memberikan kepada Universitas Indonesia **Hak Bebas Royalti Noneksklusif (*Non-exclusive Royalty-Free Right*)** atas karya ilmiah saya yang berjudul :

**Pelaksanaan Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit Pada Pelayanan Rawat Inap di RSUD Kabupaten Bekasi Tahun 2012**

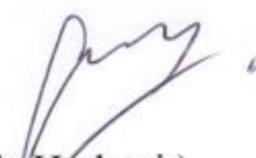
Beserta perangkat yang ada (jika diperlukan). Dengan Hak Bebas Royalti Noneksklusif ini Universitas Indonesia berhak menyimpan, mengalih media/formatkan, mengelola dalam bentuk pangkalan data (*database*), merawat, dan mempublikasikan tugas akhir saya selama tetap mencantumkan nama saya sebagai penulis/pencipta dan sebagai pemilik Hak Cipta.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya.

Dibuat di : Depok

Pada tanggal : 6 Juli 2012

Yang menyatakan

  
( Anis Hudawi )

## ABSTRAK

Nama : Anis Hudawi  
Program Studi : Kajian Administrasi Rumah Sakit  
Judul : Pelaksanaan Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit  
Pada Pelayanan Rawat Inap di RSUD Kabupaten Bekasi  
Tahun 2012

Penelitian ini bertujuan agar mengetahui pelaksanaan standar pelayanan minimal pada RSUD Kabupaten Bekasi bagian rawat inap dan hambatan-hambatan yang terjadi dalam pelayanannya. Penelitian ini menggunakan pendekatan kualitatif dengan melakukan wawancara mendalam dari informan terpilih yang terkait dalam pelaksanaan Standar Pelayanan Minimal di RSUD Kabupaten Bekasi.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa dari segi SOP khususnya pada rawat inap sudah terlihat kelengkapannya akan tetapi banyak tindakan yang tidak sesuai dengan SOP, sedangkan dari SDM memang suatu dilema rumah sakit pemerintah daerah yang kekurangan untuk tenaga ahlinya, dan dari segi sarana dan prasarana sudah cukup memadai, tetapi masih kurang dari sistem pemeliharannya.

Sehingga kesimpulannya, pelaksanaan Standar Pelayanan Minimal di RSUD Kabupaten Bekasi belum dilaksanakan secara maksimal, karena keadaan rumah sakit yang masih sedikit banyak mempunyai kelemahan dan kekurangan yaitu baik dari segi SOP, SDM, dan juga sarana dan prasarana.

Saran peneliti bagi RSUD Kabupaten Bekasi diharapkan dapat lebih bekerja sama dan melakukan koordinasi yang baik dengan pihak Pemerintah Daerah agar dapat dicarikan solusi yang terbaik, dan diharapkan RSUD Kabupaten Bekasi membuat SPM yang sesuai dengan keadaan dan kemampuan RSUD Kabupaten Bekasi dan direvisi serta ditingkatkan secara bertahap sesuai dengan ketentuan Departemen Kesehatan.

Kata kunci: Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit, Rawat Inap.

## ABSTRACT

Name : Anis Hudawi  
Study Program : A Study of Hospital Administration  
Title : Implementation of Minimum Service Standard for the installation of inpatient care in General Hospitals Kabupaten Bekasi in 2012

This study aimed to know the implementation of minimum service standard in General Hospitals Kabupaten Bekasi installation of inpatient care and obstacles that occur in the implementation. This study uses a quality approach with conduct and depth interviews with selected informants involved in the implementation of Minimum Service Standard in General Hospitals Kabupaten Bekasi.

The results showed that in terms of the SOP specifically on the completeness of hospitalization would have seen but that a lot of action does not comply with the SOP, while the human resources is an issue that local government hospitals for lack of expertise, and in terms of facilities and infrastructure is adequate, but still less of system maintenance.

So in summary, the implementation of Minimum Service Standards in General Hospitals Kabupaten Bekasi not optimally implemented, because the state hospital which is still a bit much to have weaknesses and shortcomings, namely in terms of SOP, Human Resources, and also the facilities and infrastructure.

Researchers suggest the General Hospitals Kabupaten Bekasi is expected to more work together and do a good coordination with the local governments in order to find the best solution, and hoped to make Minimum Service Standards in General Hospitals Kabupaten Bekasi appropriate to the circumstances and the ability of General Hospitals Kabupaten Bekasi and revised and improved gradually in accordance with the provisions of the Health Department.

Key Word: The Hospital Minimum Service Standards, Inpatient Care.

## DAFTAR ISI

	Halaman
HALAMAN JUDUL .....	i
HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS .....	ii
HALAMAN PENGESAHAN .....	iii
SURAT PERNYATAAN .....	iv
KATA PENGANTAR .....	v
HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI TUGAS AKHIR UNTUK KEPENTINGAN AKADEMIS .....	vii
ABSTRAK .....	viii
<i>ABSTRACT</i> .....	ix
DAFTAR ISI .....	x
DAFTAR TABEL .....	xiii
DAFTAR GAMBAR .....	xiv
DAFTAR LAMPIRAN .....	xv
BAB 1 PENDAHULUAN .....	1
1.1 Latar Belakang .....	1
1.2 Rumusan Masalah Penelitian .....	6
1.3 Pertanyaan Penelitian .....	7
1.4 Batasan Penelitian .....	7
1.5 Tujuan Penelitian .....	7
1.6 Manfaat Penelitian .....	7
1.7 Ruang Lingkup Penelitian .....	8
BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA .....	9
2.1 Manajemen Pengelolaan Rumah Sakit Pemerintah (RSP) .....	9
2.2 Kebijakan Pemerintah Mengenai Kelembagaan Rumah Sakit Pemerintah (RSP) .....	14
2.3 Kriteria Rumah Sakit Sebagai Badan Layanan Umum (BLU) .....	17
2.4 Standar Pelayanan Minimal (SPM) pada BLU .....	19
2.5 Standar Pelayanan Minimal .....	20
2.5.1 Pengertian Standar .....	20
2.5.2 Dasar Hukum Standar Pelayanan Minimal .....	22
2.5.3 Pengertian Standar Pelayanan Minimal dan Pemeran .....	23
2.5.4 Manfaat Standar Pelayanan Minimal .....	24
2.5.5 Karakteristik dan Perumusan SPM .....	24
2.5.6 Pedoman Penetapan Pemerintah .....	25
2.6 Standard Operating Procedures (SOP) .....	27
2.6.1 Penggunaan SOP .....	27
2.6.2 Aspek yang mempengaruhi penilaian kebutuhan SOP .....	28
2.7 Sumber Daya Manusia (SDM) .....	29
2.7.1 Perencanaan .....	30
2.7.2 Penerimaan .....	31
2.7.3 Pengembangan .....	31
2.7.4 Pembudayaan .....	31
2.7.5 Pendayagunaan .....	32
2.7.6 Pemeliharaan .....	32
2.7.7 Pensiun .....	32

2.8	Pelayanan .....	32
2.8.1	Konsep Pelayanan Prima .....	34
<b>BAB 3</b>	<b>GAMBARAN UMUM RUMAH SAKIT UMUM DAERAH KABUPATEN BEKASI .....</b>	<b>39</b>
3.1	Latar Belakang dan Sejarah RSUD Kabupaten Bekasi .....	39
3.2	Geografis .....	40
3.3	Visi dan Misi .....	40
3.4	Struktur Organisasi .....	42
3.5	Sumber Daya Manusia .....	43
3.6	Fasilitas Pelayanan .....	44
3.7	Kinerja Rumah Sakit .....	46
<b>BAB 4</b>	<b>KERANGKA KONSEP .....</b>	<b>47</b>
4.1	Kerangka Konsep .....	47
4.2	Definisi Istilah .....	48
<b>BAB 5</b>	<b>METODE PENELITIAN .....</b>	<b>52</b>
5.1	Jenis Penelitian .....	52
5.2	Lokasi Penelitian .....	52
5.3	Waktu Penelitian .....	52
5.4	Informan Penelitian .....	52
5.5	Teknik Pengumpulan Data .....	52
5.5.1	Data primer .....	52
5.5.2	Data Sekunder .....	53
5.6	Manajemen Data dan Analisis Data .....	53
<b>BAB 6</b>	<b>HASIL DAN PEMBAHASAN .....</b>	<b>55</b>
6.1	Pelaksanaan Penelitian .....	55
6.2	Penyajian Hasil Penelitian .....	56
6.2.1	Kelengkapan Dan Pelaksanaan SOP Pelayanan Medis, SOP Manajerial Medis Pada Instalasi Rawat Inap.....	56
6.2.1.1	Kelengkapan Dan Pelaksanaan SOP Yang Berhubungan Dengan Pelayanan Medis .....	56
6.2.1.2	Kelengkapan Dan Pelaksanaan SOP Manajerial Medis .....	59
6.2.2	Sumber Daya Manusia (SDM) .....	62
6.2.2.1	Kuantitas Sumber Daya Manusia .....	62
6.2.2.2	Kompetensi Sumber Daya Manusia .....	63
6.2.3	Kelengkapan dan pemeliharaan sarana dan prasarana .....	67
6.2.3.1	Kelengkapan Sarana dan Prasarana .....	67
6.2.3.2	Pemeliharaan Sarana dan Prasarana .....	68
6.2.4	Pelaksanaan SPM di Instalasi Rawat Inap dan permasalahan serta hambatannya .....	70
6.2.4.1	Pelaksanaan Standar Pelayanan Minimal .....	70
6.2.4.2	Hambatan dan masalah yang ditemui dalam pelaksanaan Standar Pelayanan Minimal .....	74
<b>BAB 7</b>	<b>KESIMPULAN DAN SARAN .....</b>	<b>84</b>
7.1	Kesimpulan .....	84
7.2	Saran .....	85

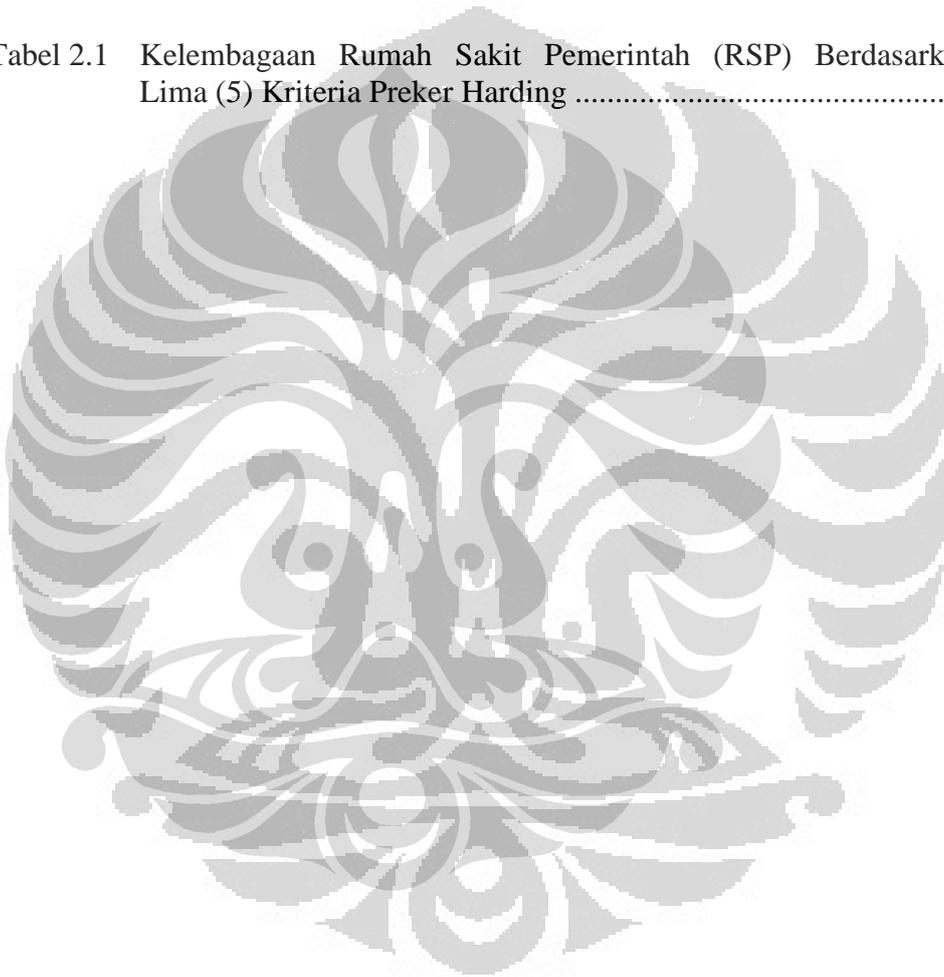
7.2.1	Saran Bagi Pihak Manajemen RSUD Kabupaten Bekasi..	85
7.2.2	Bagi pihak Komite Medik dan Komite Keperawatan .....	86
7.2.3	Bagi pihak SDM di RSUD Kabupaten Bekasi .....	86
DAFTAR PUSTAKA .....		87



## DAFTAR TABEL

Halaman

Tabel 1.1. Keputusan Menteri Kesehatan No. 129/Menkes/SK/II/2008 tentang Standar Pelayanan Minimal di Rumah Sakit, di ruang rawat inap .....	3
Tabel 1.2 Ketenagaan RSUD Kabupaten Bekasi Berdasarkan Jenis Pendidikan Bulan Januari 2012 .....	5
Tabel 1.3 Kinerja Rumah Sakit .....	6
Tabel 2.1 Kelembagaan Rumah Sakit Pemerintah (RSP) Berdasarkan Lima (5) Kriteria Preker Harding .....	11



## DAFTAR GAMBAR

	Halaman
Gambar 2.1. Model Kelembagaan Rumah Sakit Pemerintah (RSP) .....	10
Gambar 2.2. Manajemen Pengelolaan Rumah Sakit Pemerintah (RSP) .....	12
Gambar 2.3. Pandangan Pihak-pihak Yang Berkepentingan Terhadap Rumah Sakit .....	16
Gambar 4.1. Kerangka Konsep .....	47



## DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1. Pedoman Wawancara Mendalam (*Indept Interview*)
- Lampiran 2. Tabel Matriks Hasil *Indept Interview* Terhadap Informan
- Lampiran 3. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 129/Menkes/SK/II/2008 Tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit
- Lampiran 4. Peraturan Bupati Bekasi Nomor 8 Tahun 2010 Tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Bekasi
- Lampiran 5. Keputusan Direktur Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Bekasi Nomor 445/434/RSUD/2010 Tentang Target Pencapaian Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Bekasi
- Lampiran 6. Contoh SOP Pelayanan Medis Rawat Inap RSUD Kabupaten Bekasi
- Lampiran 7. Contoh SOP Manajerial Medis RSUD Kabupaten Bekasi

# **BAB 1**

## **PENDAHULUAN**

### **1.1 Latar Belakang**

Sarana kesehatan adalah tempat yang digunakan untuk menyelenggarakan upaya kesehatan. Salah satu di antaranya adalah rumah sakit. Rumah sakit adalah suatu lembaga dalam mata rantai sistem kesehatan nasional yang mengemban tugas pelayanan kesehatan untuk seluruh masyarakat.

Menurut Aditama (2003), rumah sakit sebagai salah satu fasilitas pelayanan kesehatan memiliki peran yang sangat strategis dalam upaya mempercepat peningkatan derajat kesehatan masyarakat Indonesia. Peran strategis ini diperoleh karena rumah sakit adalah fasilitas kesehatan yang padat teknologi dan padat pakar. Kini, Rumah Sakit adalah bagian integral dari keseluruhan sistem pelayanan kesehatan. Departemen Kesehatan RI telah menggariskan bahwa rumah sakit umum mempunyai tugas melaksanakan upaya kesehatan secara berdaya guna dan berhasil guna dengan mengutamakan upaya penyembuhan dan pemulihan yang dilaksanakan secara serasi dan terpadu dengan upaya peningkatan dan pencegahan serta melaksanakan upaya rujukan.

Rumah sakit setidaknya mempunyai lima fungsi. Pertama, harus ada pelayanan rawat inap dengan fasilitas diagnosis. Berbagai jenis spesialisasi, baik bedah maupun non bedah, harus tersedia. Pelayanan rawat inap ini juga meliputi pelayanan keperawatan, gizi, farmasi, laboratorium, radiologi, dan berbagai pelayanan diagnosis lainnya. Kedua, rumah sakit harus memiliki pelayanan rawat jalan. Ketiga, rumah sakit juga mempunyai tugas untuk melakukan pendidikan dan latihan. Keempat, rumah sakit perlu melakukan pendidikan di bidang kedokteran dan kesehatan karena keberadaan pasien di rumah sakit merupakan modal dasar untuk penelitian. Kelima, rumah sakit juga mempunyai tanggung jawab untuk program pencegahan penyakit dan penyuluhan kesehatan bagi populasi di sekitarnya.

Rumah sakit menyelenggarakan pelayanan kesehatan perseorangan meliputi pelayanan promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif yang menyediakan

pelayanan rawat inap, rawat jalan dan gawat darurat. Maka dari itu dalam menjalankan fungsinya Rumah Sakit harus memiliki standar pelayanan.

Di dalam Permenkes no.228/Menkes/SK/III/2002 disebutkan bahwa Standar Pelayanan Rumah Sakit Daerah adalah penyelenggaraan pelayanan manajemen Rumah Sakit, Pelayanan Medik, Pelayanan Penunjang dan Pelayanan Keperawatan baik Rawat Inap maupun Rawat Jalan yang minimal harus di selenggarakan oleh rumah sakit. Dalam Undang-Undang Republik Indonesia nomor 44 tahun 2009, terdapat persyaratan mengenai sumber daya manusia yang harus dipenuhi, yaitu Rumah Sakit harus memiliki tenaga tetap yang meliputi tenaga medis dan penunjang medis, tenaga keperawatan, tenaga kefarmasian, tenaga manajemen rumah sakit, dan tenaga non kesehatan. Dimana jumlah dan jenis sumber daya manusia tersebut harus sesuai dengan jenis dan klasifikasi Rumah Sakit. Rumah Sakit harus memiliki data mengenai ketenagaan yang dimilikinya. Dalam Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit, disebutkan bahwa Standar Pelayanan Minimal adalah ketentuan tentang jenis dan mutu pelayanan dasar yang merupakan urusan wajib daerah yang berhak diperoleh setiap warga secara minimal. Juga merupakan spesifikasi teknis tentang tolok ukur pelayanan minimum yang diberikan oleh Badan Layanan Umum kepada masyarakat.

Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Bekasi adalah termasuk rumah sakit pemerintah, dimana tujuan didirikannya adalah untuk memberikan pelayanan kesehatan rujukan terutama bagi masyarakat Kabupaten Bekasi dan sekitarnya. RSUD Kabupaten Bekasi resmi dibuka untuk umum pada tanggal 15 Agustus 2005, berdasarkan Instruksi Bupati Bekasi Nomor : 2/2/2005 tentang pengoperasian Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Bekasi dan surat izin operasional Nomor 503/2440/DINKES/RS/2005 tentang izin penyelenggaraan Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Bekasi. Pelayanan yang diberikan terbatas pada pelayanan rawat jalan 11 spesialisik, Unit Gawat Darurat, Ambulance dan penunjang medis. Pada tanggal 25 Januari 2006, Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Bekasi mulai memberikan pelayanan Rawat Inap untuk kelas II dan III dengan 60 tempat tidur dan penambahan fasilitas pelayanan yaitu kamar operasi, kebidanan dengan 4 tempat tidur.

Sebelas pelayanan spesialis dan unit-unit tersebut adalah sebagai berikut: Penyakit Dalam, Penyakit Anak, Penyakit Bedah, Penyakit Kebidanan & Kandungan, Penyakit Syaraf, Penyakit Mata, Penyakit Telinga, Hidung dan Tenggorok, Penyakit Gigi / Bedah mulut & rahang, Penyakit Kulit & Kelamin, Penyakit Jantung dan Penyakit Paru.

Berdasarkan Keputusan Menteri Kesehatan No. 129/Menkes/SK/II/2008 tentang Standar Pelayanan Minimal di Rumah sakit, pada bagian ruang rawat inap adalah:

**Tabel 1.1. Keputusan Menteri Kesehatan No. 129/Menkes/SK/II/2008 tentang Standar Pelayanan Minimal di Rumah Sakit, di ruang rawat inap**

No	Indikator	Standar
1	Pemberi pelayanan di Rawat Inap	a. Dr. Spesialis b. Perawat minimal pendidikan D3
2	Dokter penanggung jawab pasien rawat inap	100 %
3	Ketersediaan Pelayanan rawat inap	a. Anak b. Kebidanan c. Penyakit dalam d. Bedah
4	Jam Visite Dokter Spesialis	08.00 s/d 14.00 setiap hari kerja
5	Kejadian infeksi pasca operasi	≤ 1,5 %
6	Kejadian Infeksi Nosokomial	≤ 1,5 %
7	Tidak adanya kejadian Pasien jatuh yang berakibat kecacatan /kematian	100 %
8	Kematian pasien > 48 jam	≤ 0,24 %
9	Kejadian Pulang Paksa	≤ 5 %
10	Kepuasan Pelanggan	≥ 90 %
11	Rawat inap TB: a. Penegakan diagnosis TB melalui pemeriksaan mikroskopis TB b. Terlaksananya kegiatan pencatatan dan pelaporan TB di Rumah Sakit	a. 100 % b. 100 %
12	Ketersediaan pelayanan rawat inap di rumah sakit yang memberikan pelayanan jiwa	NAPZA, Gangguan Psikitik, Gangguan Neurotik, dan gangguan mental organik.
13	Tidak adanya kejadian kematian pasien gangguan jiwa karena bunuh diri	100 %
14	Kejadian re-admission pasien gangguan jiwa dalam waktu ≤ 1 bulan	100 %
15	Lama perawatan pasien gangguan jiwa	≤ 6 minggu

Keputusan Menteri Kesehatan tentang standar pelayanan minimal di pelayanan rawat inap di atas menyebutkan bahwa, dari sisi sumber daya manusia, standar pemberi pelayanan di rawat inap adalah dokter spesialis dimana jam visite dokter spesialis adalah dalam rentang waktu jam kerja yaitu antara jam 08.00 sampai dengan jam 14.00 setiap hari kerja dan perawat minimal berpendidikan D3, dimana jam visite dokter spesialis adalah dalam rentang waktu jam kerja yaitu antara jam 08.00 sampai dengan jam 14.00 setiap hari kerja. Dokter penanggung jawab pasien rawat inap harus ada, tidak boleh tidak ada, dengan standar 100%. Dari sisi sarana dan prasarana, ketersediaan pelayanan rawat inap minimal harus ada rawat inap anak, rawat inap kebidanan, rawat inap penyakit dalam dan rawat inap bedah. Dan setiap tindakan pelayanan rawat inap yang disediakan oleh rumah sakit harus ada SOP yang disepakati oleh semua element, terutama pelaksana di instalasi rawat inap. SOP inilah yang menjadi acuan atau standar kerja bagi semua tenaga yang ada di rumah sakit. Diharapkan semua tenaga pelaksana baik dokter, perawat atau tenaga yang lain dengan komitmen dan konsisten mengerjakan semua tindakan pelayanan sesuai dengan SOP. Sehingga kejadian infeksi pasca operasi, kejadian infeksi nosokomial, pasien terjatuh ataupun bahkan pasien meninggal lebih dari 48 jam perawatan diharapkan tidak ada atau dapat ditekan seminimal mungkin. Dan akhirnya kejadian pulang paksa juga minimal begitu pula pasien merasa puas. Untuk pasien rawat inap TB, penegakan diagnosis TB harus melalui pemeriksaan mikroskopis TB, kemudian setelah didiagnosa segera dilakukan pencatatan dan pelaporan pasien serta terapi TB di rumah sakit.

Dari data sekunder yang penulis peroleh sampai saat ini, jumlah total tenaga yang bekerja di RSUD Kab. Bekasi sebanyak 421 orang. Yang terdiri dari, tenaga medis ada 28 orang dokter umum, 4 orang dokter gigi dan 32 dokter spesialis. Tenaga paramedis ada 147 orang perawat dan 26 orang bidan. Tenaga non medis berjumlah 181 orang. Tenaga Perawat di RSUD Kabupaten Bekasi diantaranya masih ada yang lulusan SPK dan SPKG 23 orang, masing-masing berjumlah 22 orang lulusan SPK dan 1 orang lulusan SPKG. Hal ini masih belum sesuai dengan standar yang ditetapkan dalam SPM.

**Tabel 1.2. Ketenagaan RSUD Kabupaten Bekasi Berdasarkan Jenis Pendidikan Bulan Januari 2012**

No	Pendidikan	Status		Jumlah
		PNS	Non PNS	
1	Medis			
	Dokter Umum (MARS, MPH, MKM, M.Kes, M.Hkes)	4	0	4
	Dokter Umum	24	3	27
	Dokter Gigi	4	0	4
	Dokter Spesialis	30	0	30
	Dokter Spesialis Gigi	2	0	2
Jumlah Tenaga Medis		64	3	67
2	Paramedis (Perawat / Bidan)			
	S2 Keperawatan	1	0	1
	S1 Keperawatan	14	1	15
	D3 Akper	58	41	99
	D3 Akper Anestesi	2	0	2
	D3 Akper Gigi	7	0	7
	D4 Kebidanan	3	0	3
	D3 Kebidanan	13	7	20
	D1 Kebidanan	3	0	3
	SPK	16	6	22
	SPKG	1	0	1
Jumlah Tenaga Paramedis		118	55	173
3	Jumlah Tenaga Non Medis	85	96	181
<b>JUMLAH TOTAL</b>		<b>267</b>	<b>154</b>	<b>421</b>

Sumber : Data Kepegawaian RSUD Kabupaten Bekasi

Berdasarkan observasi didapatkan data fasilitas pelayanan rawat inap RSUD Kabupaten Bekasi. Fasilitas Pelayanan Rawat Inap ada di 2 lantai, yaitu di lantai 2 dan 3. Terdapat 5 Ruangan, terdiri dari : 1. Ruang Rawat Inap Nifas, ada 6 Kamar. Kamar 3 ada 4 bed, dipakai untuk Ruang Perawat & memandikan bayi. 2. Ruang Rawat Inap Gabung, ada 10 kamar. Kamar 6, 7 dan 8, tidak dipakai karena bocor. 3. Ruang Rawat Inap Anak, ada 2 kamar. 4. Ruang Rawat Inap Bedah, ada 4 kamar. Kamar 1 ada 6 bed, dipakai untuk ruang perawat karena bocor. 5. Ruang Rawat Inap Penyakit Dalam dan Paru, ada 6 kamar. Terdapat kamar isolasi dan ruang serbaguna untuk diskusi.

Mengenai kinerja RSUD Kabupaten Bekasi digambarkan dalam tabel di bawah ini :

**Tabel 1.3. Kinerja Rumah Sakit**

No	Jenis	Tahun				
		2006	2007	2008	2009	2010
1	Jumlah TT	60	103	87	89	95
2	BOR (%)	60,2	54,2	52	56,7	72,7
3	LOS (Hr)	4,3	4,1	3,5	5,4	2,8
4	TOI (Hr)	2,8	3,4	4	4,1	2
5	BTO (Kali)	51,1	48,5	43,1	37,1	48,8

Data kinerja yang diperoleh dari bagian rekam medik RSUD Kabupaten Bekasi sejak tahun 2006 sampai dengan tahun 2010, didapatkan peningkatan jumlah tempat tidur, dengan *Bed Occupancy Rate* (BOR) yang pada mulanya turun kemudian meningkat kembali. Untuk *Length Of Stay* (LOS) rata-rata masih di bawah 5, nilai yang diharapkan untuk LOS adalah 5-13 hari. Nilai *Turn Over Internal* (TOI) dan *Bed Turn Over* (BTO) rata-rata sudah sesuai standar nilai yang diharapkan. Nilai yang diharapkan tersebut adalah, untuk TOI diusahakan lebih kecil dari 5, sedangkan nilai BTO diusahakan lebih besar dari 40.

## 1.2 Rumusan Masalah Penelitian

Rumah sakit umum pemerintah merupakan rumah sakit umum milik pemerintah yang diharapkan dapat mengembangkan sistem rujukan dalam upaya meningkatkan derajat kesehatan masyarakat dengan memberikan pelayanan kesehatan secara optimal serta terjangkau oleh seluruh lapisan masyarakat.

Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit pada hakikatnya merupakan jenis-jenis pelayanan rumah sakit yang wajib dilaksanakan oleh pemerintah atau pemerintah daerah dengan standar kinerja yang telah ditetapkan.

Berdasarkan hal tersebut, dan dalam uraian singkat latar belakang di atas terlihat beberapa masalah dalam monitoring pelaksanaan Standar Pelayanan Minimal di Pelayanan Rawat Inap RSUD Kabupaten Bekasi, dimana dengan situasi dan kondisi rumah sakit yang kurang memadai dalam segi sumber daya manusia yaitu masih adanya 22 orang tenaga perawat lulusan SPK, sarana dan prasarana yang kurang memadai / lengkap yaitu banyaknya ruangan yang tidak

bisa digunakan karena bocor, serta laporan indikator kinerja yang sedikit mengkhawatirkan. Dengan kata lain dikatakan pencapaian target SPM masih di bawah standar, maka perlu dilakukan penelitian terhadap monitoring pelaksanaan Standar Pelayanan Minimal di Pelayanan Rawat Inap RSUD Kabupaten Bekasi.

### **1.3 Pertanyaan Penelitian**

Bagaimana monitoring pelaksanaan Standar Pelayanan Minimal di Pelayanan Rawat Inap RSUD Kabupaten Bekasi, dan apa saja hambatan-hambatan dari pelaksanaan Standar Pelayanan Minimal di Pelayanan Rawat Inap RSUD Kabupaten Bekasi tahun 2012?

### **1.4 Batasan Penelitian**

Dikarenakan keterbatasan waktu penelitian, maka analisis dilakukan terbatas pada instalasi utama di RSUD Kabupaten Bekasi, yaitu instalasi rawat inap. Berdasarkan Keputusan Menteri Kesehatan No. 129/Menkes/SK/II/2008 tentang Standar Pelayanan Minimal di Rumah sakit, pada bagian ruang rawat inap disebutkan ada 15 point indikator, namun dalam penelitian ini peneliti membatasi penelitian yang berhubungan dengan SOP, sumber daya manusia dan sarana prasarana.

### **1.5 Tujuan Penelitian**

Tujuan dari penelitian ini adalah sebagai berikut :

1. Diketuinya Pencapaian Pelaksanaan Standar Pelayanan Minimal di Pelayanan Rawat Inap RSUD Kabupaten Bekasi.
2. Diketuinya hambatan-hambatan dalam pelaksanaan Standar Pelayanan Minimal di Pelayanan Rawat Inap RSUD Kabupaten Bekasi.

### **1.6 Manfaat Penelitian**

Adapun beberapa manfaat yang dapat diambil dari penelitian ini adalah sebagai berikut :

1. Bagi rumah sakit, hasil penelitian ini diharapkan dapat dipergunakan sebagai masukan dalam pelaksanaan Standar Pelayanan Minimal khususnya pada Pelayanan Rawat Inap di RSUD Kabupaten Bekasi.
2. Manfaat bagi Rumah Sakit selanjutnya adalah hasil penelitian ini diharapkan dapat dipergunakan sebagai masukan dalam penanganan hambatan-hambatan dalam pelaksanaan Standar Pelayanan Minimal khususnya pada Pelayanan Rawat Inap di RSUD Kabupaten Bekasi.

### **1.7 Ruang Lingkup Penelitian**

Penelitian ini dilakukan untuk mengetahui monitoring pelaksanaan dan hambatan yang terjadi saat mengaplikasikan Standar Pelayanan Minimal di RSUD Kabupaten Bekasi khususnya pada Pelayanan Rawat Inap tahun 2012. Penelitian ini menggunakan jenis penelitian kualitatif yang berlangsung selama bulan April sampai dengan bulan Mei 2012. Pengambilan data dilakukan dengan metode wawancara mendalam (*Indepth Interview*) kepada para stakeholder RSUD Kabupaten Bekasi, Direktur, Komite Medik, Bidang pelayanan & keperawatan, Bidang rekam medik dan penanggung jawab serta pelaksana dari Pelayanan Rawat Inap, beberapa dokter dan beberapa perawat yang bertugas pada Pelayanan Rawat Inap di RSUD Kabupaten Bekasi.

## BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA

### 2.1 Manajemen Pengelolaan Rumah Sakit Pemerintah (RSP)

Untuk dapat memberikan pelayanan yang maksimal di dalam rumah sakit pemerintah maka diciptakan kebijakan baru yang dikembangkan untuk meningkatkan efisiensi, ekonomi dan efektifitas dari administrasi pemerintahan publik. Dalam konsep ini dikenalkan konsep Reformasi Administrasi Publik, Desentralisasi Manajemen, Privatisasi dan konsep lain yang mana tujuannya untuk mengurangi peran Pemerintah Pusat. Paradigma Administrasi Pemerintahan pusat terdiri dari kontrol Departemen Pusat yang kuat, koordinasi semua program, monopoli kewenangan dan pembuat kebijakan merangkap pelaksana lapangan. Pada saat paradigma ini terguncang hebat karena krisis keuangan, sehingga mengakibatkan Pemerintah Pusat tidak mempunyai anggaran lagi, globalisasi pasar yang terjadi melintasi batas-batas negara dan turunnya wibawa pusat karena kegagalan kebijakan dan meningkatnya tuntutan kualitas pelayanan dari masyarakat (Mills, 1989, Azwar, 2004).

Sehingga dibutuhkan perubahan pada manajemen rumah sakit pemerintah, dengan cara pengelolaan rumah sakit menggunakan prinsip bisnis dari sektor swasta dalam pengelolaan administrasi pemerintahan publik, seperti mengadopsi manajemen sektor swasta dalam pengelolaan pemerintahan publik, melakukan penekanan pada efisiensi, perubahan mendasar dari konsep orientasi pada Input dan Peraturan / Perundangan menjadi berorientasi pada Pengukuran Output dan Kinerja Organisasi, melakukan preferensi pada *outsourcing* pelayanan publik dan kepemilikan swasta, pendelegasian kewenangan manajemen dengan peningkatan sistem monitoring dan evaluasi, yang mana berkeinginan untuk pemisahan antara pembuat kebijakan dengan pelaksanaan pelayanan.

Reformasi rumah sakit sebagai dampak dari manajemen baru pelayanan publik secara lengkap di review oleh Preker dan Harding (2003), yang secara eksplisit diakuinya : *"...the structure of reforms under discussion and implementation in the health sector are strongly influenced by the development of 'New Public Management', a set of principles for restructuring public sector*

*activities*". Dimana dia melihat perubahan kelembagaan rumah sakit dalam suatu spektrum skala dari empat jenis kelembagaan rumah sakit, yaitu: Rumah Sakit Subsidi, Rumah Sakit Otonom, Rumah Sakit Korporat, Rumah Sakit Privatisasi.

Penentu perubahan kelembagaan Rumah Sakit Pemerintah (RSP) di atas terdiri dari lima faktor, yaitu : pemberian kewenangan penting dalam membuat keputusan, alur pendapatan dan Sisa Hasil Usaha (SHU) / *residual claims*, tingkat keterpaparan pada pasar, mekanisme akuntabilitas dan fungsi sosial.

**Gambar 2.1. Model Kelembagaan Rumah Sakit Pemerintah (RSP)**



1. Pemberian kewenangan penting, didefinisikan dengan melihat seberapa besar kewenangan yang dipindahkan dari Pusat / birokrasi ke Rumah Sakit Pemerintah (RSP), termasuk kontrol tentang: input, Sumber Daya Manusia (SDM), aktivitas / kegiatan, manajemen keuangan, manajemen klinis dan non-klinis, manajemen strategis, strategi pemasaran dan mekanisme penetapan harga. Bervariasi dari di bawah Hierarki Pemerintah sampai dengan Otonomi Manajemen RSP sendiri.
2. Alur Pendapatan Utama dan SHU Rumah Sakit untuk melihat apakah pendapatan utama RSP yang didapat masuk ke Kas Negara atau ke RSP itu sendiri bervariasi dari pendapatan utama RSP yang didapat masuk ke Kas Negara atau ke RSP itu sendiri.

3. Keterpaparan pada pasar untuk melihat apakah, pendapatan RSP sebagian besar dari hasil pelayanan ke masyarakat ataukah dari anggaran pemerintah, bervariasi dari pendapatan sebgaiian besar dari anggaran pemerintah sampai pendapatan sebagian besar dari pelayanan masyarakat.
4. Akuntabilitas adalah melihat apakah RSP tetap menjadi unit pemerintah di bawah hierarki pemerintah ataukah berdasarkan peraturan atau kontrak kerja yang dibuat RSP, karena bila kewenangan diberikan ke RSP maka akuntabilitas langsung melalui hierarki pemerintah akan hilang, bervariasi dari di bawah hierarki pemerintah sampai dengan berdasar atas peraturan dan kontrak kerja.
5. Fungsi sosial untuk melihat apakah fungsi sosial RSP berubah dari tidak spesifik dan tidak dianggarkan menjadi spesifik dan dianggarkan.
6. Lebih jelas apabila semua faktor ini digabungkan untuk melihat karakteristik empat (4) jenis kelembagaan RSP, maka akan terlihat seperti pada tabel di bawah.

**Tabel 2.1. Kelembagaan Rumah Sakit Pemerintah (RSP)  
Berdasarkan Lima (5) Kriteria Preker Harding**

	RS Subsidi Tahap I	RS Otonom Tahap II	RS Korporat Tahap III	RS Private Tahap IV
1. Kewenangan Penting	Pada pemerintah +	++	++++	Otonom Manajemen RSP ++++
2. Keterpaparan Pada pasar	Pendapatan RSP yang utama dari Anggaran Pemerintah +	++	++++	Pendapatan utama dari pelayanan masyarakat ++++
3. Alur Pendapatan RSP	Pendapatan disetor ke Kas Pemerintah +	++	++++	Pendapatan ke Kas RSP sendiri ++++
4. Akuntabilitis	Langsung di bawah Hierarki pemerintah +	++	++++	Berdasarkan peraturan dan Kontrak Kerja ++++
5. Fungsi Sosial	Tidak Spesifik dan tidak ada anggaran +	++	++++	Spesifik, dianggarkan dan ada peraturannya ++++

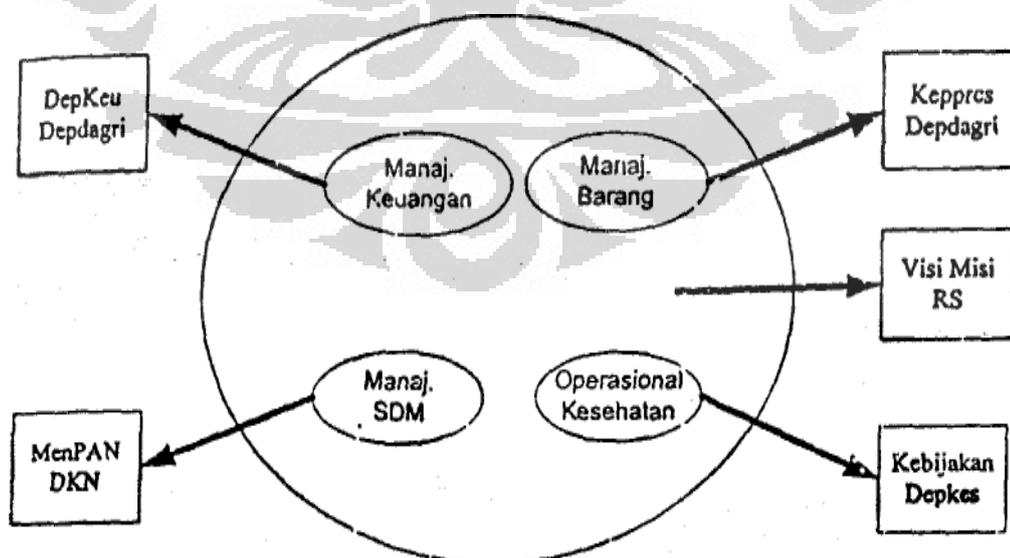
*Sumber: Preker, Harding, 2003*

Manajemen Strategis Rumah Sakit Pemerintah (RSP) menurut Rijadi, S., 2005, sangat bergantung kepada instansi vertikal yang di atasnya, apakah Pemerintah Daerah / Pemda (untuk Rumah Sakit Umum Daerah), dan Departemen Kesehatan (untuk Rumah Sakit Umum Pusat). Walau seandainya Rumah Sakit Pemerintah (RSP) itu sudah swadana dimana biaya operasionalnya mampu dicari sendiri, namun penggajian / insentif pegawai dan biaya investasi tetap harus disubsidi oleh instansi vertikal di atasnya.

Secara manajemen, operasional Rumah Sakit Pemerintah (RSP) diatur oleh Departemen Kesehatan tetapi harus membuat rumusan bentuk Manajemen Operasional rumah sakit sendiri, sedangkan kebijakannya diatur oleh Departemen Kesehatan, dan rumah sakit daerah dibuat dahulu menjadi Peraturan Daerah (Perda) agar bisa dijalankan.

Untuk manajemen anggaran Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) membuat anggaran setahun sebelumnya untuk anggaran belanja setahun ke depan dan sudah diatur pemakaiannya dan juga anggaran harus dihabiskan secara maksimal.

**Gambar 2.2.**  
**Manajemen Pengelolaan Rumah Sakit Pemerintah (RSP)**



Sumber : Rijadi, S, 2005

Untuk kegiatan pengadaan barang dan alat kesehatan, Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) harus mengikuti Keputusan Presiden (Keppres) atau aturan pemerintah daerah (Pemda), sehingga supaya mendapat obat dan alat kesehatan yang baik dan murah, sering terhambat karena peraturan pengadaan yang mengikat. Sedangkan Pegawai Negeri Sipil ( PNS ) rekrutmennya diatur Pemerintah Pusat dan statusnya sulit atau tidak bisa dikeluarkan, dan diakhir bulan akan mendapat gaji sesuai dengan golongan pangkat dan buka hasil kinerjanya.

Menurut Rijadi, S., 2005, Direktur Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) hanya mempunyai sedikit kewenangan dalam pengaturan uang, orang dan barang dalam rumah sakit, karena terbentur dengan peraturan suprasistem yang mengatur hal di atas.

Ada beberapa kondisi dan perubahan yang mempunyai relevansi dengan manajemen rumah sakit daerah di Kabupaten/Kota yaitu peningkatan *need and demand* masyarakat sebagai akibat meningkatnya kesejahteraan dan pendidikan, heterogenitas masalah, kondisi dan potensi antar wilayah sangat besar, perkembangan minat investor yaitu menangkap pangsa pasar masyarakat tingkat sosial ekonomi tinggi, dan terbatasnya anggaran subsidi kesehatan pemerintah.

Secara garis besar daerah-daerah tingkat II di Indonesia dapat dibagi atas empat kriteria, dalam hal perbandingan kemampuan daerah dan masyarakat. Yang pertama adalah pemerintah daerah kaya, masyarakat kaya; ini adalah daerah yang ideal. Artinya peluang pasar cukup besar sehingga rumah sakit dapat mengatur operasionalnya, tanpa dibebani target pemasukan pendapatan asli daerah tersebut. Yang kedua adalah pemerintah daerah miskin, masyarakat kaya; rumah sakit ini kemungkinan akan menjadi sumber pendapatan asli daerah, namun pimpinan rumah sakit masih memungkinkan menjadi enterpreneur dalam menghidupkan rumah sakitnya. Yang ketiga adalah pemerintah daerah miskin, masyarakat miskin; akan jadi dilema sebab rumah sakit akan menjadi sumber PAD dan rumah sakit juga akan menanggung pelayanan bagi masyarakat miskin sehingga jalan keluarnya subsidi penuh dari pemerintah pusat atau daerah, sedangkan yang ke empat yaitu pemerintah daerah kaya, masyarakat miskin; dalam hal yang satu ini tergantung dan perhatian pemerintah daerah dalam pelayanan kesehatan.

Seharusnya sebuah rumah sakit pemerintah baik di pusat maupun di daerah mempunyai kewajiban sebagai pelayanan masyarakat yang berkualitas dimana harus mencakup hal-hal sebagai berikut:

- a. Memiliki sarana dan prasarana pelayanan dengan Sumber Daya Manusia (SDM) yang cukup dan terlatih agar dapat memberikan pelayanan yang baik.
- b. Melakukan tugas sosial yang diwajibkan, misal : pelayanan rakyat miskin, korban bencana alam atau wabah.
- c. Memegang teguh Kode Etik Profesional dan bersih dari korupsi, sehingga beroperasi secara efektif.
- d. Memperhatikan hak dan kesejahteraan karyawan dengan baik.

Dari definisi di atas terlihat bahwa Rumah Sakit Pemerintah (RSP) kita belum memenuhi standar tentang pelayanan masyarakat yang berkualitas. Kualitas pelayanan sangat tergantung pada Manajemen Pengelolaan Rumah Sakit Pemerintah (RSP) tersebut. Manajemen pengelolaan sangat tergantung pada Bentuk Kelembagaan sehingga peraturan / perundangan yang mempengaruhi bentuk kelembagaan Rumah Sakit Pemerintah (RSP) akan sangat berpengaruh pada manajemen pengelolaan rumah sakit, akhirnya akan berpengaruh pada kualitas pelayanan rumah sakit (Rijadi, S. 2005).

Kondisi yang demikian merupakan akibat dari berbagai faktor:

- a. Peraturan perundangan yang terkait dengan rumah sakit kurang sesuai dengan kebutuhan rumah sakit.
- b. Peran masyarakat yang belum maksimal dalam mendukung pencapaian hasil dan fungsi rumah sakit.
- c. Peran rumah sakit yang kurang inovatif, terlalu birokrasi dalam menjalankan kegiatannya.

## **2.2 Kebijakan Pemerintah Mengenai Kelembagaan Rumah Sakit Pemerintah (RSP)**

Perubahan kelembagaan Rumah Sakit Pemerintah (RSP) telah berlangsung sejak lama. Menurut Muhktiar, M. (2004), Untuk melakukan perubahan dari manajemen rumah sakit pemerintah dan rumah sakit umum daerah, diperlukan

suatu strategi dan alur pikir yang terencana, yaitu:

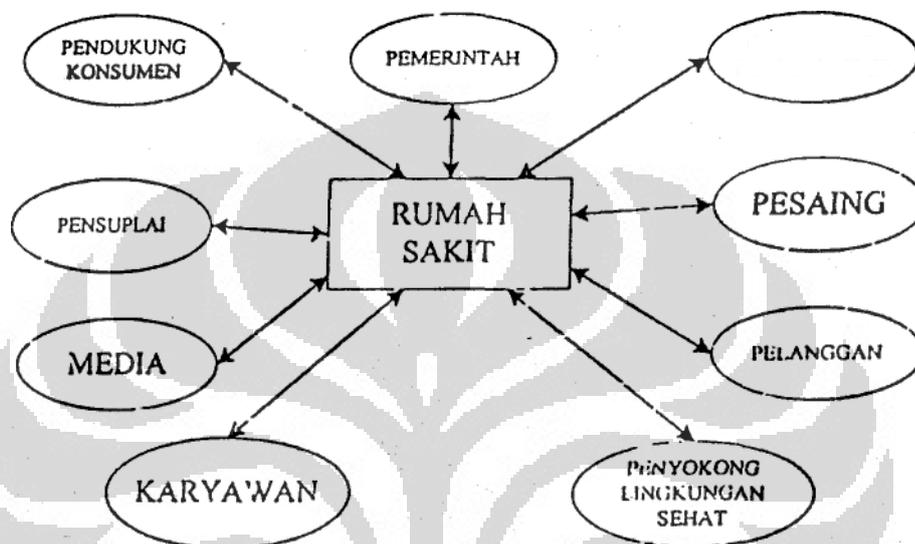
1. *Concept*, adanya konsep yang jelas, dimana konsep utama dalam organisasi adalah bagaimana menyusun visi, misi, *service philosophy*, *value proportion*, yang harus sama dipegang teguh oleh seluruh karyawan mulai dari top manager sampai yang paling bawah sebagai pedoman dan arah organisasi.
2. *Change*, perubahan, memiliki kewajiban utama untuk melakukan perubahan-perubahan yang bertujuan untuk menjunjung tinggi martabat manusia yang mengedepankan transparansi.
3. *Concentration*, penyusunan skala prioritas perubahan dapat dilakukan secara efektif, yang mana yang akan bermanfaat terhadap banyak orang dan juga untuk kepentingan *stakeholder*.
4. *Competency*, kemampuan, yang dimaksud kemampuan adalah bagaimana kemampuan tidak saja pimpinan rumah sakit tetapi bagaimana meningkatkan kemampuan seluruh pelaku pada rumah sakit tersebut.
5. Menjalin hubungan, komunikasi dan koordinasi.
6. Kesyukuran dan konsistensi, untuk menjaganya tergantung dari kesabaran dan pribadi masing-masing yang mampu mengajak secara terus menerus seluruh karyawannya untuk berkembang.
7. *Critical thinking*, diperlukan berpikir yang kritis agar tidak terlalu tergantung kepada peraturan dan mampu mengatasi krisis yang sedang melanda secara aplikatif.

Rumah sakit mempunyai supplier untuk penyiapan proses layanannya, Input rumah sakit bervariasi dari Sumber Daya Manusia (SDM); dokter, paramedik, administrasi, pembiayaan, logistik, metode, sistem informasi dan lain-lain. Proses pelayanan terjadi baik pelayanan untuk konsumen internal (kenaikan pangkat, insentif, jasa medik, pelatihan dan lain-lain) maupun untuk pelayanan konsumen eksternal (pasien dan keluarganya). Pelayanan pasien dapat terjadi dalam berbagai bentuk sesuai dengan kebutuhan pasien, pelayanan rawat jalan, pelayanan rawat inap, pemeriksaan laboratorium, pemeriksaan radiologi, operasi, intensive care, fisioterapi dan lain-lain. Dan pelayanan pasien ini rumah sakit mendapatkan jasa pelayanan, sehingga rumah sakit harus berusaha agar jumlah jasa pelayanan yang didapat melebihi dari seluruh biaya operasional, gaji dan investasi yang telah

ditanamkan pada rumah sakit tersebut, karena pelayanan pasien terjadi setiap hari, maka terjadi perputaran uang harian guna mempersiapkan pelayanan harian itu.

**Gambar 2.3.**

**Pandangan Pihak-pihak Yang Berkepentingan Terhadap Rumah Sakit**



Menurut Rijadi, S., (2005) secara alamiah rumah sakit adalah suatu Badan Usaha dan bukan sebuah kantor, sehingga pengelolaan rumah sakit yang efektif dan efisien akan memaksimalkan hasil dan kualitas pelayanan rumah sakit tersebut, terlepas apakah rumah sakit itu milik Pemerintah, Yayasan atau Swasta. Sebagai suatu Badan Usaha, maka bagi Rumah Sakit Pemerintah (RSP) bentuk kelembagaan menjadi sangat penting artinya, karena pengelolaan uang, orang, barang adalah tergantung pada Bentuk Kelembagaan Rumah Sakit Pemerintah (RSP) tersebut.

Terkait dengan hal tersebut maka pemerintah baik pemerintah pusat dan daerah dapat menetapkan rumah sakit yang memenuhi persyaratan teknis dan administratif / keuangan sebagai Badan Layanan Umum (BLU) sesuai pasal 68 Undang-Undang Nomor 1 Tahun 2004 tentang Keuangan Negara. Tujuan pendirian Badan Layanan Umum (BLU) tersebut adalah memberikan keleluasaan kepada rumah sakit pemerintah dalam mengelola keuangannya sehingga rumah sakit dapat melayani kesehatan masyarakat secara lebih baik dan efektif.

### 2.3 Kriteria Rumah Sakit Sebagai Badan Layanan Umum (BLU)

Badan Layanan Umum (BLU) merupakan instansi di lingkungan pemerintah yang dibentuk untuk memberikan pelayanan kepada masyarakat berupa penyediaan barang dan atau jasa yang dijual tanpa mengutamakan mencari keuntungan dan dalam melakukan kegiatannya didasarkan pada prinsip efisiensi dan produktifitas dimana Badan Layanan Umum (BLU) tersebut diberikan keleluasaan untuk melakukan pengelolaan keuangannya. Keleluasaan tersebut berupa penggunaan langsung pendapatan rumah sakit untuk membiayai kegiatan rumah sakit sebagaimana diamanatkan ayat 6, pasal 69 Undang-Undang Perbendaharaan Negara. Agar rumah sakit pemerintah dapat ditetapkan menjadi Badan Layanan Umum (BLU), maka harus dipenuhi kriteria berikut:

1. Kriteria Substantif
  - a. Memperoleh imbalan atas seluruh / sebagian layanan berupa barang / jasa yang diberikan kepada masyarakat (fungsi *cost sharing*).
  - b. Harus berorientasi pada layanan publik / masyarakat. Oleh karenanya, Badan Layanan Umum (BLU) tidak mengutamakan mencari keuntungan.

2. Kriteria Teknis

Pengesahan sebuah Badan Layanan Umum (BLU) memperhatikan kriteria teknis yang ditentukan oleh masing-masing kementerian / lembaga teknis / satker perangkat daerah yang membawahnya. Kriteria tersebut antara lain meliputi kinerja pelayanan berupa operasional dari Rumah Sakit, kualitas pelayanan yang terdiri dari teknis layanan, proses layanan, tata cara, dan juga waktu tunggu, dan satu lagi bagian dari kinerja pelayanan adalah BLU tersebut layak untuk dikelola dan ditingkatkan pencapaiannya sedangkan kriteria teknis yang lain adalah kinerja keuangan yang mana harus menunjukkan laporan keuangan yang sehat.

3. Kriteria Administratif

Syarat administratif untuk menjadi BLU adalah adanya surat pernyataan kesanggupan untuk meningkatkan kinerja pelayanan, keuangan dan manfaat dari BLU tersebut, harus melakukan pola tata kelola yang baik, membuat sebuah rencana strategi bisnis, membuat laporan keuangan pokok diantaranya adalah laporan realisasi anggaran, laporan arus kas, catatan atas laporan

keuangan, neraca, dan juga disertai dengan laporan kinerja, BLU harus punya Standar Pelayanan Minimal yang mana disahkan oleh kepala daerah melalui Perda yang isinya fokus pada jenis pelayanan BLU, terukur, dapat dicapai relevan dan dapat diandalkan, tepat waktu. Sedangkan tolok ukurnya adalah kualitas, pemerataan dan kesetaraan, biaya, kemudahan, dan satu lagi kriteria administratif adalah kesediaan untuk diaudit secara independent.

Sesudah memenuhi persyaratan substantif, teknis dan administratif, rumah sakit pemerintah dapat mengajukan penetapan menjadi Badan Layanan Umum (BLU) melalui kementerian kesehatan kepada menteri keuangan. Menteri keuangan menetapkan rumah sakit akan mendapatkan status kandidat Badan Layanan Umum (BLU) atau status Badan Layanan Umum (BLU) sepenuhnya. Persyaratan administratif untuk menjadi Badan Layanan Umum (BLU) selengkapnya disajikan dalam angka 6 rencana implementasikan Badan Layanan Umum (BLU).

Untuk rumah sakit daerah, pengajuan penetapan menjadi Badan Layanan Umum (BLU) diajukan oleh kepala dinas kesehatan kepada kepala daerah melalui Sekda. Kepala daerah menetapkan rumah sakit yang telah memenuhi persyaratan substantif, teknis dan administratif menjadi Badan Layanan Umum (BLU). Saat ini, rumah sakit daerah merupakan institusi yang berdiri sendiri dan terpisah dari dinas kesehatan dan langsung bertanggung jawab kepada kepala daerah.

Status Badan Layanan Umum (BLU) bagi rumah sakit pemerintah bukanlah status yang permanen. Pemerintah dalam hal ini kementerian, lembaga teknis dan kementerian keuangan atau satker yang setara di daerah akan melakukan evaluasi terhadap rumah sakit yang berstatus Badan Layanan Umum (BLU). Jika dari hasil evaluasi tersebut menunjukkan bahwa rumah sakit yang bersangkutan tidak dapat meningkatkan kinerjanya seperti yang ditetapkan maka Menteri Keuangan / Kepala Daerah dapat mencabut status Badan Layanan Umum (BLU) dari rumah sakit pemerintah tersebut sehingga kembali menjadi satker perangkat daerah tanpa fasilitas pengelolaan keuangan Badan Layanan Umum (BLU).

#### 2.4 Standar Pelayanan Minimal (SPM) pada BLU

Sesuai dengan amanat pasal 8 Peraturan Pemerintah Republik Indonesia, No 23 tahun 2005 Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum. Standar pelayanan minimum yang ditetapkan oleh menteri / pimpinan lembaga / gubernur / bupati / walikota sesuai dengan kewenangannya yang mana Standar Pelayanan Minimum ini diusulkan oleh instansi pemerintah yang menerapkan PPK-BLU. Standar Pelayanan Minimum harus mempertimbangkan kualitas pelayanan, pemerataan dan kesetaraan layanan, biaya serta kemudahan unruk mendapat layanan:

- a. Mempertimbangkan Kualitas Pelayanan dalam rangka meningkatkan pelayanan kepada masyarakat. Rumah sakit diperbolehkan untuk mencari sumber daya manusia baik yang terkait langsung maupun tidak langsung dengan pelayanan kesehatan. Pertimbangan kualitas pelayanan rumah sakit ini jangan sampai meninggalkan peran rumah sakit sebagai lembaga publik yang tidak semata-mata bermotif mencari laba.
- b. Pemerataan dan Kesetaraan Pelayanan Badan Layanan Umum (BLU) merupakan tugas dari pemerintah yang tidak dipisahkan dari tugas pokok Badan Layanan Umum yang pemanfaatan dan pengelolaannya ditentukan oleh Badan Layanan Umum (BLU). Fleksibilitas pengelolaan pelayanan Badan Layanan Umum (BLU) rumah sakit Pemerintah mencakup fasilitas dan SDM Badan Layanan Umum (BLU). Pengadaan barang dan jasa. Perlu dipertimbangkan keleluasaan pelaksanaan barang dan jasa yang lebih cepat, efisien dan efektif bagi rumah sakit tanpa mengabaikan aturan dasar pengadaan barang dan jasa yang berlaku bagi kementerian / lembaga / pemerintah daerah.
- c. Sedangkan dalam hal biaya serta kemudahan untuk mendapat layanan. Maka penentuan jenis pelayanan rumah sakit harus sesuai standar atau tarif yang ditetapkan Menteri Teknis dan Menteri Keuangan / Kepala daerah. Perlu diperhatikan kecermatan perhitungan harga pokok pelayanan rumah sakit sebagai dasar penentuan tarif agar fungsi dasar pemerintah untuk pelayanan kesehatan masyarakat tidak terabaikan.

## 2.5 Standar Pelayanan Minimal

Secara keseluruhan, PP 25 tahun 2000 memberikan akibat terhadap berbagai fungsi pelayanan kesehatan Pemerintah Pusat, Propinsi, Kabupaten, dan Kota serta pihak swasta. Karenanya dan berbagai fungsi pelayanan kesehatan tersebut pemerintah menetapkan standar yang harus dipenuhi oleh RSUD kabupaten / Kota. Standar tersebut wajib dilaksanakan oleh RSUD Kabupaten / Kota.

### 2.5.1 Pengertian Standar

Yang dimaksud dengan standar menurut Donabedian tahun 1980 adalah rumusan tentang penampilan atau nilai diinginkan yang mampu dicapai, berkaitan dengan parameter yang telah ditetapkan. Sedangkan menurut Rowland dan Rowland, tahun 1983 standar adalah spesifikasi dari fungsi atau tujuan yang harus dipenuhi oleh suatu sarana pelayanan agar pemakai jasa pelayanan dapat memperoleh keuntungan yang maksimal dari pelayanan yang diselenggarakan. Sekalipun rumusnya tidak sama namun pengertian yang terkandung di dalamnya tidaklah berbeda, standar adalah rumusan tentang tingkat ideal pencapaian yang diinginkan (Azwar, 1996).

Disebutkan pada UU nomor 22 Tahun 1999 Pasal 11 ayat 2 yang berbunyi: "bidang pemerintah yang wajib dilaksanakan oleh Daerah Kabupaten dan Daerah Kota meliputi pekerjaan umum, kesehatan, pendidikan dan kebudayaan, pertanian, perhubungan, industri, dan perdagangan, penanaman modal, lingkungan hidup, pertanahan, koperasi, dan tenaga kerja". Dari sebab itu bidang kesehatan merupakan salah satu bidang pemerintahan yang wajib dilaksanakan oleh Daerah Kabupaten dan Daerah Kota.

Pada PP No.25 Tahun 2000 menyatakan bahwa pelaksanaan kewenangan wajib oleh daerah Kabupaten dan Daerah Kota merupakan pelayanan minimal dalam bidang-bidang sebagaimana dimaksud dalam pasal 11 ayat 2 UU no.22 tahun 1999. Pelayanan minimal yang harus dilaksanakan ini harus sesuai dengan standar yang ditentukan oleh Provinsi berdasarkan pedoman yang ditetapkan oleh Pemerintah. Pada surat edaran Menteri Kesehatan No. 1107 tahun 2000 disebutkan bahwa kewenangan minimal yang wajib dilaksanakan oleh Kabupaten

dan Daerah kota dalam bidang kesehatan ada 24 butir.

Departemen kesehatan telah menetapkan Surat Keputusan tentang Standar Pelayanan Minimal dalam bidang kesehatan di Kabupaten / Kota bersama dengan indikator-indikator keberhasilannya tertuang dalam keppres dan kessos no. 1747/MENKES-KESOS/SK/XII/2000, Propinsi selanjutnya menetapkan standar pelayanan minimal yang berupa spesifikasi teknis dan besaran angka untuk indikator-indikator. Dengan adanya keppres ini maka propinsi akan banyak mengetahui aspek-aspek apa dari kegiatan tersebut yang menjadi perhatian pemerintah (Departemen Kesehatan). Yaitu dengan memperhatikan indikator-indikator yang tercantum dalam setiap jenis pelayanan kesehatan minimal.

Dua puluh empat kewenangan minimal yang wajib dilaksanakan oleh daerah dalam bidang kesehatan meliputi hal-hal sebagai berikut (Departemen Kesehatan, 2000):

1. Perencanaan Pembangunan kesehatan wilayah Kabupaten / Kota
2. Pengaturan dan pengorganisasian sistem kesehatan Kabupaten / Kota
3. Perizinan kerja / praktek tenaga kesehatan
4. Perizinan sarana kesehatan
5. Perizinan distribusi pelayanan obat skala Kabupaten / Kota (apotik dan toko obat)
6. Pendayagunaan tenaga kesehatan
7. Pengembangan sistem pembiayaan kesehatan melalui jaminan pemeliharaan kesehatan masyarakat
8. Penyelenggaraan upaya/sarana kesehatan Kabupaten / Kota
9. Penyelenggaraan upaya dan promosi kesehatan masyarakat
10. Pencegahan pemberantasan penyakit dan lingkungan Kabupaten / Kota
11. Surveilans epidemiologi dan penanggulangan wabah / kejadian luar biasa skala Kabupaten / Kota
12. Penyelenggaraan upaya kesehatan lingkungan dan pemantauan dampak pembangunan terhadap kesehatan lingkungan Kabupaten / Kota
13. Perencanaan pengadaan obat pelayanan kesehatan dasar esensial

14. Pencegahan dan penanggulangan penyalahgunaan obat, narkotika, psikotropika, zat adiktif dan bahan berbahaya lingkup Kabupaten / Kota
15. Pengaturan tarif pelayanan kesehatan lingkup Kabupaten / Kota
16. Penelitian dan pengembangan kesehatan Kabupaten / Kota
17. Penyelenggaraan sistem kewaspadaan pangan dan gizi lingkup Kabupaten / Kota
18. Bimbingan dan pengendalian kegiatan pengobatan tradisional
19. Bimbingan dan pengendalian upaya/sarana kesehatan skala Kabupaten / Kota
20. Bimbingan dan pengendalian upaya kesehatan lingkungan skala Kabupaten / Kota
21. Pencatatan dan laporan obat pelayanan kesehatan dasar
22. Bimbingan teknis mutu dan keamanan industri rumah tangga makanan dan minuman
23. Penyelenggaraan sistem informatika kesehatan Kabupaten / Kota
24. Pengembangan kerja sama lintas sektor.

### **2.5.2 Dasar Hukum Standar Pelayanan Minimal**

UU No. 22 Tahun 1999 dan PP No. 25 Tahun 2000 meletakkan kewenangan pelayanan umum pada daerah kabupaten/kota. Dengan demikian daerah pada prinsipnya berhak menentukan jenis dan mutu pelayanan umum yang harus disediakan berdasarkan kewenangannya. Namun demikian dalam rangka Negara Kesatuan, Pemerintah berkewajiban menjamin agar pelayanan umum yang sangat mendasar dalam bidang-bidang pemerintahan tertentu dapat menjangkau masyarakat secara merata.

Dalam Standar Pelayanan Minimal (SPM) perlu dilihat sebagai instrument pembinaan dan pengawasan pemerintah terhadap daerah. SPM merupakan suatu keharusan sebagai wujud dan komitmen nasional yang dalam pelaksanaannya hendaknya tidak menjadi beban yang berlebihan, mengingat kondisi kemampuan daerah yang sangat beraneka ragam. Penentuan SPM bilamana perlu dibarengi dengan bantuan teknis dan insentif lain yang mendorong dan mendukung daerah

dalam memenuhi target SPM tersebut (Depkes, 2000).

### 2.5.3 Pengertian Standar Pelayanan Minimal dan Pemeran

Standar pelayanan minimal merupakan indikator kinerja pelayanan yang berkaitan dengan kewenangan wajib daerah yang berlaku di kawasan propinsi yang menetapkan SPM tersebut.

Standar Pelayanan Minimal dapat bersifat kuantitatif (rasio, %, jumlah) atau kualitatif (persyaratan, cara penyediaan pelayanan). Indikator SPM untuk mengukur kinerja pelayanan umum kepada masyarakat dapat dikelompokkan dalam empat kategori:

- 1) Masukan / input : sumber daya yang digunakan dalam penyediaan pelayanan / memproduksi barang / jasa.
- 2) Keluaran / output : pelayanan yang disediakan / jasa dan barang yang diproduksi
- 3) Efisiensi : sumber daya yang dikeluarkan dibanding pelayanan yang disediakan (input dibandingkan output)
- 4) Manfaat : dampak dari pelayanan yang disediakan/ barang yang diproduksi (pencapaian tujuan, kesesuaian pelayanan, jangkauan, mutu, dll)

Masing-masing kategori indikator mempunyai kelebihan dan kekurangan serta tingkat kesulitan pengukuran yang berbeda. Pada umumnya pengalaman internasional lebih mengarah pada penggunaan indikator. Manfaat indikator ini sangat sulit diukur, oleh karena itu pada tahap awal pelaksanaannya otonomi luas di daerah, maka sebaiknya daerah tidak dibebani dengan indikator manfaat yang sulit dicapai dan diukur.

Dengan perspektif masa depan dimana SPM diarahkan untuk memaksimalkan dampak pelayanan kepada kelompok sasaran, oleh karena itu kelompok sasaran ini diikutsertakan dalam penentuan SPM. Lembaga kemasyarakatan yang mewakili kepentingan kelompok sasaran, misalnya LSM, asosiasi profesi, badan riset dll, dapat diikutsertakan sebagai perantara. Di beberapa negara LSM menjadi pihak yang berperan dalam mengajukan SPM kepada pemerintah. Masyarakat dapat mendorong pemerintah melalui wakil-

wakilnya untuk mendapatkan pelayanan yang merata misalnya: tersedia pengobatan yang terjangkau bagi orang miskin, dsb.

#### **2.5.4 Manfaat Standar Pelayanan Minimal**

Manfaat SPM adalah (Depkes, 2000):

- 1) Menjamin bahwa pelayanan umum dalam bidang pemerintahan yang wajib menjangkau masyarakat secara merata pada skala nasional atau Propinsi.
- 2) Memudahkan pengawasan terhadap pelaksanaan kewenangan wajib oleh Kabupaten / Kota
- 3) Memudahkan identifikasi kebutuhan kabupaten / kota untuk meningkatkan kinerjanya dalam pelayanan minimal (melalui proses pembinaan, pelatihan, dll)
- 4) Memudahkan penentuan sifat pelayanan dari segi intensitas, jangkauan, kualitas, efisiensi, dan dampak.
- 5) Memudahkan pelaporan pemerintah daerah tentang pelayanan kepada pihak lain (pemerintah, DPRD, dan masyarakat).
- 6) Memudahkan pertukaran informasi antar daerah guna meningkatkan dan menyempurnakan pelayanan.

#### **2.5.5 Karakteristik dan Perumusan SPM**

Standar pelayanan minimal dalam indikator-indikator tertentu yang bersifat (Depkes, 2000):

- 1) Handal, menghasilkan data yang akurat dan konsisten setiap kali diukur
- 2) Berguna, menyediakan informasi yang membantu dalam penetapan kebijakan/ perencanaan program
- 3) Aksesibel, informasi dapat diukur dan disebarluaskan secara berkala.
- 4) Layak untuk diterapkan, penentuan SPM jangan sampai melewati kapasitas daerah, agar daerah tidak menyerah dalam pelaksanaannya, dengan demikian dapat menurunkan kredibilitas SPM dan pihak yang menentukannya.

Penetapan SPM tercermin dalam kebijakan daerah yang tertuang dalam

perencanaan pembangunan dan APBD. Agar Standar Pelayanan Minimal sesuai dengan kondisi daerah, dalam penyusunannya SPM Profinsi berkonsultasi dengan Kabupaten / Kota dan pihak yang berkepentingan lainnya.

### **2.5.6 Pedoman Penetapan Pemerintah**

Pedoman penetapan SPM disusun oleh masing-masing instansi pemerintah yang menangani bidang-bidang pemerintahan yang wajib dilaksanakan oleh Kabupaten/Kota. Pedoman tersebut selanjutnya digunakan oleh propinsi dalam menetapkan Standar Pelayanan Minimal untuk Kabupaten / Kota. Cara menentukan Pedoman Penetapan Standar Pelayanan Minimal oleh Instansi Pemerintah (Depkes, 2000):

- 1) Masing-masing instansi mengkaji peraturan perundang-undangan di bidangnya yang masih berlaku dengan mengacu pada PP 25/2000 untuk mengetahui kewenangan yang disentralisasikan yang layak menjadi kewenangan wajib.
- 2) Dalam menentukan Pedoman SPM masing-masing dari instansi pemerintah melakukan koordinasi dengan instansi terkait lainnya dan melakukan konsultasi dengan pihak-pihak yang berkepentingan.
- 3) Apabila Standar Pelayanan Minimal sudah ada maka daerah dapat melanjutkan penerapannya, namun tidak diperbolehkan mengurangi standar pelayanannya.
- 4) Apabila standar pelayanan minimal belum tersedia instansi pemerintah menetapkan indikator-indikator yang dapat digunakan oleh propinsi untuk menetapkan SPM.
- 5) Pedoman ini ditetapkan dalam bentuk Keputusan Menteri masing-masing sesuai dengan kewenangannya.
- 6) Keputusan Menteri menentukan kewenangan di bidang yang wajib dilaksanakan oleh Kabupaten / Kota yang merupakan pelayanan minimal kepada masyarakat, dan juga indikator-indikator yang menentukan standar pelayanan minimal tersebut.

Sehingga di dalam menyusun suatu SPM harus memperhatikan hal-hal prinsip dari penyusunan dan penetapan SPM:

1. Konsensus, berdasarkan kesepakatan bersama berbagai komponen atau sektor terkait dari unsur-unsur kesehatan dan dengan departemen terkait yang secara rinci terlampir daftar tim penyusun.
2. Sederhana, SPM disusun dengan kalimat yang mudah dimengerti dan dipahami.
3. Nyata, SPM disusun dengan memperhatikan dimensi ruang, waktu, dan persyaratan atau prosedur teknis.
4. Terukur, seluruh indikator dan standar di dalam SPM dapat diukur baik kualitatif maupun kuantitatif.
5. Terbuka, SPM dapat diakses oleh seluruh warga atau lapisan masyarakat.
6. Terjangkau, SPM dapat dicapai dengan menggunakan sumber daya dan dana yang tersedia.
7. Akuntabel, SPM dapat dipertanggungjawabkan kepada publik.
8. Bertahap, SPM mengikuti perkembangan kebutuhan dan kemampuan keuangan, kelembagaan dan personil dalam pencapaian SPM.

Sehingga dari keterangan di atas sebuah rumah sakit wajib menyelenggarakan pelayanan kesehatan sesuai dengan Standar Pelayanan Minimal yang disusun dan disahkan oleh Kepala Daerah dan juga pemerintah daerah wajib menyediakan sumber daya yang dibutuhkan dalam penyelenggaraannya, dimana Pemerintah Pusat dan Pemerintah Propinsi memfasilitasi penyelenggaraan pelayanan kesehatan sesuai dengan Standar Pelayanan Minimal dan mekanisme kerjasama antar daerah Kabupaten / Kota. Fasilitas yang dimaksud adalah perhitungan kebutuhan pelayanan rumah sakit sesuai Standar Pelayanan Minimal, Penyusunan rencana kerja dan standar kinerja pencapaian target SPM, Penilaian pengukuran kinerja, Penyusunan laporan kinerja pemenuhan Standar Pelayanan Minimal rumah sakit. Dalam melaksanakan SPM sebuah institusi atau organisasi dalam hal ini rumah sakit memerlukan variable-variabel yang saling mendukung diantaranya adalah Standar Operasional Prosedur (SOP) pada masing-masing bagian di rumah sakit tersebut, Sumber Daya Manusia (SDM), Sarana dan Prasarana baik peralatan medis maupun non medis dan juga fasilitas penunjang, Kinerja Pelayanan, struktur manajemen rumah sakit dan lain-lain.

## 2.6 Standard Operating Procedures (SOP)

*Standard Operating Procedures* atau SOP dalam bahasa Indonesia diterjemahkan menjadi Prosedur Operasional Standar (POS), yaitu prosedur operasi yang baku. Istilah lain yang sering digunakan dalam bahasa Indonesia adalah PROTAP atau Prosedur Tetap. Istilah lain dalam bahasa Inggris adalah *Safe Work instructions, Safe Operating Procedures, Standard Working Procedures, Medical Procedures*.

SOP bukanlah standar tapi prosedur kerja yang dilakukan secara benar dan konsisten. SOP juga adalah serangkaian instruksi tertulis yang dibakukan mengenai berbagai proses penyelenggaraan administrasi pemerintah, bagaimana dan kapan harus dilakukan, di mana dan oleh siapa dilakukan. Istilah SOP sudah sangat dikenal di suatu organisasi. Sistem informasi manajemen memuat himpunan terintegrasi yang terdiri dari komponen-komponen baik manual maupun terkomputerisasi yang bertujuan menyediakan fungsi-fungsi operasional pada manajemen. SOP adalah dokumen tertulis yang memuat prosedur kerja secara rinci, tahap demi tahap dan sistematis. Untuk melengkapi suatu prosedur kerja, SOP sering dilengkapi dengan referensi, lampiran diagram atau alur kerja (*flow chart*)

### 2.6.1 Penggunaan SOP

Dalam buku *Penyusunan Standard Operating Procedures* (Prosedur Tetap) oleh Lembaga Administrasi Negara Republik Indonesia, 2005, dijelaskan tentang penggunaan SOP, format SOP, langkah-langkah penyusunan SOP, dan siklus SOP. SOP sering digunakan dalam organisasi-organisasi bidang medik, kesehatan, teknik, lingkungan dan penyelamatan. Terutama SOP juga banyak digunakan untuk tugas-tugas rutin yang mengandung resiko, dan salah satunya adalah SOP penanganan pasien.

SOP dapat dibedakan ke dalam dua tipe/model, yaitu SOP teknis (*technical SOP*) dan SOP administratif (*administrative SOP*). Untuk kegiatan-kegiatan yang cenderung sangat bersifat teknis dan repetitive, maka tipe SOP teknis lebih tepat digunakan, sedang untuk pekerjaan-pekerjaan yang sifatnya

administratif, maka tipe SOP administratif yang lebih tepat. Dalam organisasi yang sifat pekerjaannya tidak hanya administratif, tetapi juga teknis, dapat menggunakan penggabungan dari kedua tipe tersebut. Tipe penggabungan ini disebut dengan SOP Kognitif (*cognitive SOP*)

SOP teknis dan administrative:

a) SOP Teknis (*Technical SOP*)

SOP teknis dibutuhkan untuk kegiatan-kegiatan seperti memproses dan mengevaluasi data (termasuk verifikasi dan validasi), permodelan, pengenalan resiko dan mengaudit peralatan operasional. Proses penyusunan SOP teknis perlu memasukkan langkah-langkah yang spesifik dari proses inisiatif, pencatatan dan pengorganisasian hasil dari setiap kegiatan. SOP teknis penyusunannya harus menyesuaikan dengan kerangka yang ada, namun format penulisannya dapat dimodifikasi, baik itu diperluas ataupun dipersempit disesuaikan dengan kebutuhan masing-masing kegiatan.

b) SOP administrative (*Administrative SOP*)

SOP Administratif dipergunakan untuk menyusun berbagai macam prosedur kegiatan administrasi, mereview dokumen seperti kontrak, proyek perencanaan jaminan kualitas (*quality assurance project plans*), audit pekerjaan, menentukan kebutuhan pelatihan organisasi, validasi data, atau menggambarkan prosedur korespondensi kantor.

Dalam penyusunan SOP administrative perlu memasukkan beberapa langkah yang spesifik dari proses inisiatif kegiatan seperti mengkoordinasikan kegiatan dan pencatatan hasil dari setiap kegiatan.

Penyusunan SOP administratif harus disesuaikan dengan kerangka kerja yang ada, akan tetapi formatnya dapat dimodifikasi, baik itu diperluas ataupun dipersempit, disesuaikan dengan kebutuhan masing-masing kegiatan.

### 2.6.2 Aspek yang mempengaruhi penilaian kebutuhan SOP

Dalam melakukan penilaian kebutuhan terhadap SOP, ada beberapa aspek yang mempengaruhinya yaitu:

1. Lingkungan Operasional, yaitu :

- a. Faktor Internal, faktor ini biasa terdapat dalam susunan Organisasi Tata

Kerja, yang meliputi:

- 1) Komposisi unit-unit kerja dalam organisasi
- 2) Jumlah Pegawai
- 3) Jumlah jenis pelayanan yang dilakukan
- 4) Sumber daya yang dibutuhkan

b. Faktor Eksternal, meliputi:

- 1) Tuntutan dan keinginan pelanggan
- 2) Hubungan organisasi dengan organisasi lain baik dengan pemerintah / swasta, dalam / luar negeri, dan berbagai jaringan kerja

2. Peraturan dan perundang-undangan dan Petunjuk Teknis Pelaksanaan

3. Kebutuhan Organisasi dan Stakeholder

Untuk melakukan penilaian kebutuhan organisasi mengenai SOP, dilakukan dengan cara survey dan interview kepada pelaksana internal menyangkut masalah-masalah keseharian yang sering ditemui dalam pelaksanaan tugasnya.

Informasi yang didapat dapat berupa informasi mengenai kebutuhan SOP untuk proses-proses yang dipandang harus dibuatkan standarnya, informasi mengenai berbagai kendala yang mereka hadapi sehari-hari, berbagai tumpang tindih terjadi, masalah-masalah lain yang bermanfaat dalam mengembangkan SOP baru / memperbaiki SOP yang ada.

## 2.7 Sumber Daya Manusia (SDM)

Sumber daya manusia merupakan elemen organisasi yang sangat penting dimana sumber daya manusia merupakan pilar utama sekaligus penggerak roda organisasi dalam upaya mewujudkan visi dan misinya. Karena dari itu harus dipastikan sumber daya ini dikelola dengan sebaik-baiknya agar dapat memberikan kontribusi secara maksimal. Sehingga dibutuhkan sebuah pengelolaan secara sistematis dan terencana agar tujuan yang diinginkan di masa sekarang dan masa yang akan datang bisa terlaksana, di mana sering disebut sebagai manajemen sumber daya manusia.

Rumah sakit adalah organisasi pelayanan jasa yang mempunyai kespesifikan dalam hal SDM, sarana dan prasarana serta peralatan yang dipakai.

Sering rumah sakit dikatakan sebagai organisasi yang padat modal, padat sumber daya, padat teknologi dan ilmu pengetahuan serta padat regulasi. Padat modal karena rumah sakit memerlukan investasi yang tinggi untuk memenuhi persyaratan yang ada. Padat sumber daya manusia karena di dalam rumah sakit pasti terdapat berbagai profesi dan juga jumlah karyawan yang banyak. Padat teknologi dan ilmu pengetahuan karena di dalam rumah sakit terdapat peralatan-peralatan canggih dan mahal serta kebutuhan berbagai disiplin ilmu yang berkembang dengan cepat. Padat regulasi / peraturan yang mengikat berkenaan dengan syarat-syarat pelaksanaan pelayanan rumah sakit. Tenaga Kesehatan yang meliputi medis (dokter), paramedis (perawat) dan paramedik non perawat yaitu apoteker, analis kesehatan, asisten apoteker, ahli gizi, fisioterapis, radiographer, perekam medis, dan juga ada tenaga non kesehatan yaitu bagian keuangan, administrasi, personalia dll.

Ada sebuah model manajemen SDM yang dikenal yaitu model 7P yang merupakan kependekan dari Perencanaan - Penerimaan - Pengembangan - Pembudayaan - pendayagunaan - pemeliharaan - Pensiunan yang keseluruhan menggambarkan siklus kegiatan manajemen SDM dari mulai perencanaan sampai karyawan memasuki masa pensiun.

### **2.7.1 Perencanaan**

Perencanaan merupakan aktivitas proses penetapan apa yang ingin dicapai dan pengorganisasian sumber daya manusia untuk mencapainya. Perencanaan sumber daya manusia meliputi jenis tenaga yang dibutuhkan dan berapa jumlahnya yang sesuai dengan keadaan pelayanan yang akan dilaksanakan, keadaan tersebut ditentukan berdasarkan tipe dari rumah sakit itu sendiri (tipe A/B/C/D) yang mana mempunyai Standar Minimal. Seperti rumah sakit tipe C minimal pelayanan medisnya adalah 4 besar spesialisasi yaitu spesialis obgyn, anak, bedah dan internis. Dengan adanya ketentuan tersebut maka tentunya perencanaan SDM di rumah sakit tipe C akan berbeda dengan rumah sakit tipe yang berbeda.

### **2.7.2 Penerimaan**

Penerimaan karyawan merupakan tahap yang sangat kritis dalam manajemen SDM. Bukan saja karena biaya proses penerimaan karyawan yang mahal tetapi merekrut orang yang tidak tepat ibarat menanam benih yang buruk. Sehingga akan menghasilkan buah yang dapat merusak tatanan sebuah organisasi secara keseluruhan. Rumah sakit merupakan sebuah organisasi pelayanan jasa yang sifat produknya intangible (tidak bisa dilihat) tetapi bisa dirasakan dan pelayanan ini hampir mutlak langsung diberikan oleh karyawan (bukan oleh mesin/atau alat). Sehingga sikap, perilaku dan karakter karyawan sangat mempengaruhi kualitas jasa yang diberikan. Oleh karena itu, proses penerimaan SDM rumah sakit harus memperhatikan sikap, perilaku dan karakter calon karyawan.

### **2.7.3 Pengembangan**

Kompetensi SDM tidak terbentuk dengan otomatis. Kompetensi harus dikembangkan secara terencana sesuai dengan pengembangan usaha agar menjadi kekuatan untuk mendukung pencapaian tujuan organisasi. Di rumah sakit diperlukan karyawan yang selalu meningkatkan kompetensinya karena teknologi, ilmu pengetahuan tentang pelayanan kesehatan berkembang sangat pesat dari waktu ke waktu. Adanya peralatan baru, metode perawat yang berubah merupakan contoh betapa perlunya pengembangan kompetensi ini. Antara lain pendidikan dan pelatihan, pemagangan di rumah sakit lain, rotasi, mutasi.

### **2.7.4 Pembudayaan**

Budaya perusahaan merupakan pondasi bagi organisasi dan pijakan bagi pelaku yang ada di dalamnya. Budaya organisasi adalah norma-norma dan nilai-nilai positif yang telah dipilih menjadi pedoman dan ukuran kepatuhan perilaku para anggota organisasi. Anggota organisasi boleh pintar secara rasional, tetapi kalau tidak diimbangi dengan kecerdasan emosional dan kebiasaan positif maka intelektual semata akan dapat menimbulkan masalah bagi organisasi. Pembentukan budaya organisasi merupakan salah satu lingkup dalam manajemen SDM.

### **2.7.5 Pendayagunaan**

Sesuai dengan istilah *the right person in the right place* merupakan salah satu prinsip pendayagunaan. Bagaimana kita menempatkan SDM yang ada pada tempat dan tugas yang sebaik-baiknya sehingga SDM tersebut bisa bekerja secara optimal. Ada SDM yang mudah bergaul, luwes, sabar tetapi tidak telaten dalam keadministrasian. Sehingga mungkin SDM ini cocok di bagian yang melayani publik dari pada bekerja di kantor sebagai administrator. Lingkup pendayagunaan ini adalah mutasi, promosi, rotasi perluasan tugas dan tanggung jawab.

### **2.7.6 Pemeliharaan**

SDM merupakan manusia yang memiliki hak asasi yang dilindungi dengan hukum. Sehingga SDM tidak bisa diperlakukan semaunya oleh perusahaan karena bisa mengancam organisasi bila tidak dikelola dengan baik. SDM perlu dipelihara dengan cara misalnya pemberian gaji sesuai standar, jaminan kesehatan, kepastian masa depan, membangun iklim kerja yang kondusif, memberikan penghargaan atas prestasi dan sebagainya.

### **2.7.7 Pensiun**

Dengan seiring berjalannya waktu SDM akan memasuki masa pensiun. Rumah sakit harus menghindari kesan dari istilah "habis manis sepah dibuang", dimana ketika karyawannya sudah masa pensiun kemudian dikeluarkan begitu saja. Oleh karena itu sudah seharusnya rumah sakit mempersiapkan karyawannya agar siap memasuki dunia purna waktu dengan keyakinan. Ada banyak hal yang bisa disiapkan yaitu pemberian tunjangan hari tua yang akan diberikan pada saat karyawan pensiun, pemberian pelatihan-pelatihan khusus untuk membekali calon purnakarya.

## **2.8 Pelayanan**

Moenir, HAS, (1992) mendefinisikan pelayanan adalah proses pemenuhan kebutuhan melalui aktivitas orang lain secara langsung, sedang Syamsul Maarif (2003) memberikan pengertian tentang jasa atau pelayanan adalah merupakan

suatu kinerja penampilan, tidak berwujud (*intangible*) dan cepat hilang, lebih dapat dirasakan dari pada dimiliki serta pelanggan lebih dapat berpartisipasi aktif dalam proses mengkonsumsi jasa tersebut.

Philip Kotler (1997) menjelaskan pelayanan adalah sebagai berikut:

*A service is any act or performance that one party can offer to another that is essentially intangible and does not result in the ownership of anything. Its production may not be tied to physical product.*

Sedangkan C.H Lovelock (1997) mengartikan pelayanan sebagai : *Selling, that involves interactions with customer in person, by telecommunicated or by mail. It is designed, performed, and communicated with two goals in mind operational efficiency and customer satisfaction.*

Dari pengertian diatas dapat diambil kesimpulan bahwa pengertian jasa atau pelayanan yaitu merupakan suatu kinerja penampilan, tidak berwujud dan cepat hilang, lebih dapat dirasakan dari pada dimiliki, dari sisi lain pelanggan dapat lebih berpartisipasi aktif dalam proses mengkonsumsi jasa atau pelayanan tersebut.

Menurut Soetopo (1999), pelayanan adalah suatu usaha untuk membantu menyiapkan (mengurus) apa yang diperlukan orang lain, ada dua hal yang saling terkait dan perlu diperhatikan dalam pelayanan, yaitu melayani dan pelayanan. Pengertian melayani adalah membantu menyiapkan (mengurus) apa yang diperlukan seseorang. Sedangkan pelayanan adalah usaha melayani kebutuhan orang lain, dari dua pengertian tersebut, definisi pelayanan yaitu suatu usaha membantu menyiapkan (mengurus) apa yang diperlukan orang lain, untuk mendukung kelancaran kegiatan pelayanan, tentunya terdapat faktor-faktor yang mendukung berjalannya suatu pelayanan.

Menurut Moenir (1992) terdapat beberapa faktor yang mendukung berjalannya suatu pelayanan dengan baik, yaitu : faktor kesadaran para pejabat dan petugas yang berkecimpung dalam pelayanan umum: faktor aturan yang menjadi landasan kerja pelayanan; faktor organisasi yang merupakan alat serta sistem yang memungkinkan berjalannya mekanisme kegiatan pelayanan; faktor pendapatan yang dapat memenuhi kebutuhan hidup minimum; faktor keterampilan petugas; dan faktor sarana dalam pelaksanaan petugas pelayanan.

Faktor-faktor tersebut mempunyai peranan yang berbeda tetapi saling mempengaruhi dan secara bersama-sama akan mewujudkan pelaksanaan pelayanan secara optimal

### 2.8.1 Konsep Pelayanan Prima

Menurut Elhaitammy (Tjiptono, 1998) yang dimaksud dengan *service excellence* atau pelayanan prima (pelayanan yang unggul) adalah suatu sikap atau cara karyawan dalam melayani pelanggan secara memuaskan secara garis besar ada 4 (empat) unsur pokok dalam konsep pelayanan prima ini yaitu kecepatan, ketepatan, keramahan dan kenyamanan. Keempat unsur tersebut merupakan suatu kesatuan pelayanan yang terintegrasi, artinya pelayanan atau jasa menjadi tidak *excellence* bila ada unsur yang kurang.

Menurut De Vrye dalam Soetopo (1999), bahwa untuk dapat memberikan pelayanan prima kepada para pelanggan terdapat perilaku-perilaku yang mengarah pada pelayanan prima tersebut, yaitu:

1. *Self esteem* (harga diri). Pada dasarnya semua pegawai perlu ditanamkan perasaan tentang harga diri yang tinggi. Semua pekerjaan adalah penting, tidak ada pekerjaan yang bernilai rendah.
2. *Exceed expectation* (melampaui yang diharapkan). Organisasi yang pandai selalu menetapkan standar pelayanan yang tinggi dan mengkomunikasikan standar-standar tersebut dengan pelanggan dan para staf. Organisasi berusaha memenuhi bahkan melampaui standar pelayanan yang telah ditetapkan kepada pelanggan. Pelayanan demikian harus secara konsisten dilakukan secara terus menerus.
3. *Recovery* (pembenahan). Mananamkan anggapan bahwa keluhan pelanggan adalah peluang, bukan masalah. Pegawai hendaknya cukup terlatih untuk menanggapi berbagai keluhan pelanggan.
4. *Vision* (pandangan ke depan). Para pemimpin perlu memiliki visi tentang pelayanan yang mereka andalkan dalam organisasinya, tidak hanya untuk hari ini, tetapi juga waktu yang akan datang.
5. *Improve* (peningkatan). Organisasi harus selalu mengandalkan peningkatan, jika tidak maka sama saja memberikan peluang kepada

organisasi pesaing untuk menyusul organisasi kita.

6. *Care* (perhatian). Memperhatikan dengan tulus kepada setiap pelanggan merupakan sikap yang sangat menentukan, yaitu menjadi organisasi "*user-friendly*"
7. *Empower* (pemberdayaan). Membuat karyawan bertanggung jawab dan mampu merespon. Dalam pemberdayaan diisyaratkan bahwa para karyawan memiliki rasa tanggung jawab terhadap segala sesuatu yang dihasilkan oleh organisasi.

Untuk menganalisa implementasi kebijaksanaan ini, penggunaan model dipilih sesuai keperluan penelitian / analisis yang tergantung pada kompleksitas permasalahan kebijaksanaan yang dikaji serta tujuan dan analisis itu sendiri. Semakin kompleks permasalahan dan semakin dalam analisis yang dilakukan, maka semakin diperlukan teori atau model yang relatif operasional model yang mampu menjelaskan hubungan kausalitas antar variabel yang menjadi fokus analisis.

1. Model yang dikembangkan oleh *Brian W. Hogwood* dan *Lewis A Gunn*, disebut sebagai "*The Top Down Approach*". Bahwa untuk dapat mengimplementasikan kebijaksanaan secara sempurna (*perfect implementation*) diperlukan syarat-syarat sebagai berikut:
  - a. Kondisi eksternal yang dihadapi oleh badan / instansi pelaksana tidak akan menimbulkan gangguan / kendala yang serius
  - b. Untuk pelaksanaan program tersedia waktu dan sumber-sumber yang cukup memadai
  - c. Perpaduan sumber-sumber yang diperlukan benar-benar tersedia
  - d. Kebijaksanaan yang akan diimplementasikan didasari oleh suatu hubungan kausalitas yang andal. Hubungan kausalitas bersifat langsung dan hanya sedikit mata rantai penghubungnya
  - e. Hubungan saling ketergantungan harus kecil
  - f. Pemahaman yang mendalam dan kesepakatan terhadap tujuan
  - g. Tugas-tugas diperinci dan ditempatkan dalam urutan yang tepat
  - h. Komunikasi dan koordinasi yang sempurna
  - i. Pihak-pihak yang memiliki wewenang kekuasaan dapat menuntut dan

mendapatkan kepatuhan yang sempurna

2. Model yang dikembangkan oleh *Van Meter* dan *Van Hor*, disebut sebagai "*A Model Of The Policy Implementation Process*" (proses implementasi kebijaksanaan). Teori ini berdasarkan argumen bahwa perbedaan dalam proses implementasi akan dipengaruhi oleh sifat kebijaksanaan yang akan dilaksanakan. Model ini menggambarkan pendekatan hubungan antara isu kebijaksanaan dengan implementasi dari suatu model konseptual yang memperhatikan kebijaksanaan dengan prestasi kerja (*performance*). Konsep-konsep penting dalam prosedur implementasi:
  - a. Perubahan
  - b. Kontrol
  - c. Kepatuhan bertindak

Diharapkan dengan memanfaatkan konsep tersebut maka permasalahan yang perlu dikaji dalam hubungan ini adalah:

- a. Hambatan-hambatan yang terjadi dalam melakukan perubahan
- b. Tingkat efektifitas mekanisme kontrol di setiap jenjang struktur
- c. Rasa keterikatan masing-masing orang dalam organisasi

Jadi proses implementasi akan dipengaruhi dimensi-dimensi kebijaksanaan seperti:

- a. Jumlah masing-masing perubahan yang dihasilkan
- b. Jangkauan atau lingkup kesepakatan terhadap tujuan diantara pihak-pihak yang terlibat dalam proses implementasi

Dalam artian bahwa implementasi kebanyakan akan berhasil bila perubahan yang dikehendaki relatif sedikit, sementara kesepakatan tujuan terutama dari mereka yang mengoperasikan program di lapangan relatif tinggi.

Sedangkan hubungan antara kebijaksanaan dan prestasi kerja dipisahkan oleh sejumlah variabel bebas, yaitu :

- a. Ukuran dan tujuan kebijaksanaan
- b. Sumber-sumber kebijaksanaan
- c. Ciri-ciri atau sifat badan / instansi pelaksana
- d. Komunikasi antar organisasi terkait dan kegiatan-kegiatan pelaksanaan
- e. Sikap para pelaksana

f. Lingkungan ekonomi, sosial dan politik

3. Model yang dikembangkan oleh *Daniel Mazmanian* dan *Paul A. Sabatier*, yang disebut "*A Frame Work For Implementation Analysis* " (Kerangka Analisis Implementasi). Bahwa peran penting dari analisis implementasi kebijaksanaan ialah mengidentifikasi variabel-variabel yang mempengaruhi tercapainya tujuan pada keseluruhan proses implementasi.

Variable-variabel tersebut ada yang tergantung dan bebas.

Adapun variable bebas (*independent variable*) adalah :

1. Mudah / tidaknya masalah dikendalikan, meliputi:
  - a. Kesukaran teknis keseragaman perilaku kelompok sasaran
  - b. Prosentase kelompok sasaran dibanding jumlah penduduk
  - c. Ruang lingkup perubahan perilaku yang diinginkan
2. Kemampuan keputusan kebijaksanaan untuk strukturkan secara tepat proses implementasi
  - a. Kejelasan dan konsistensi tujuan
  - b. Digunakannya teori kausal yang memadai
  - c. Ketepatan alokasi sumber daya
  - d. Keterpaduan hirarki dalam dan diantara lembaga pelaksanaan
  - e. Aturan-aturan keputusan dan badan pelaksana
  - f. Rekrutmen pejabat pelaksana
  - g. Akses formal pihak luar
3. Variabel diluar kebijaksanaan yang mempengaruhi proses implememasi:
  - a. Kondisi sosial ekonomi dan teknologi
  - b. Dukungan publik
  - c. Sikap dan sumber-sumber yang dimiliki kelompok-kelompok
  - d. Dukungan dari pejabat atasan
  - e. Komitmen dan kemampuan kepemimpinan pejabat-pejabat pelaksana

Sedangkan variabel tergantung (*dependent variable*) adalah tahap-tahap implementasi yang harus dilalui.

Tahap-tahap dalam proses implementasi:

1. Keputusan-keputusan dan badan pelaksana (output kebijaksanaan)
2. Kepatuhan kelompok sasaran terhadap keputusan tersebut

3. Dampak nyata keputusan tersebut
4. Persepsi terhadap dampak keputusan
5. Evaluasi sistim, upaya untuk memperbaiki keputusan



**BAB 3**  
**GAMBARAN UMUM RUMAH SAKIT UMUM DAERAH**  
**KABUPATEN BEKASI**

**3.1 Latar Belakang dan Sejarah RSUD Kabupaten Bekasi**

Pembangunan Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Bekasi ditandai dengan peletakan batu pertama oleh Menteri Kesehatan Republik Indonesia, Wakil Gubernur Propinsi Jawa Barat dan Bupati Bekasi pada tanggal 6 Agustus 2003. Alasan pembangunan Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Bekasi adalah bahwa sejak pemisahan wilayah Bekasi menjadi Kota Bekasi dan Kabupaten Bekasi termasuk aset-asetnya, maka Kabupaten Bekasi praktis tidak memiliki sarana Rumah Sakit Umum Daerah sebagai sarana pelayanan kesehatan rujukan terutama bagi masyarakat Kabupaten Bekasi yang selama ini mencari pelayanan rujukan ke Rumah Sakit di Kabupaten Karawang, Kota Bekasi dan DKI Jakarta.

Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Bekasi resmi dibuka untuk umum pada tanggal 15 Agustus 2005, berdasarkan Instruksi Bupati Bekasi Nomor : 2/2/2005 tentang pengoperasian Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Bekasi dan surat izin operasional Nomor 503/2440/DINKES/RS/2005 tentang izin penyelenggaraan Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Bekasi. Pelayanan yang diberikan terbatas pada pelayanan rawat jalan 11 spesialisistik, Unit Gawat Darurat, Ambulance dan penunjang medis. Pada tanggal 25 Januari 2006, Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Bekasi mulai memberikan pelayanan Rawat Inap untuk kelas II dan III dengan 60 tempat tidur dan penambahan fasilitas pelayanan yaitu kamar operasi, kebidanan dengan 4 tempat tidur.

Penguakuan nama Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Bekasi melalui Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor HK.07.06/III/1870/08, tanggal 28 Mei 2008, tentang Pemberian Izin Penyelenggaraan Rumah Sakit Umum Daerah dengan nama “Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Bekasi” Propinsi Jawa Barat. Sedangkan Type Rumah sakit saat ini adalah type C sesuai Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 493/MENKES/SK/V/2008, tanggal 28 Mei 2008, tentang Penetapan Tipe Rumah

Sakit Umum Daerah Kabupaten Bekasi milik Pemerintah Kabupaten Bekasi Propinsi Jawa Barat.

Tujuan didirikannya Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Bekasi adalah untuk memberikan pelayanan kesehatan rujukan terutama bagi masyarakat Kabupaten Bekasi dan sekitarnya.

### 3.2 Geografis

Kabupaten Bekasi merupakan salah satu bagian wilayah dari propinsi Jawa Barat dengan luas wilayah 1.274 Km<sup>2</sup> dan jumlah penduduk 2.629.551 jiwa. Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Bekasi secara administratif terletak didalam wilayah Desa Wanasari Kecamatan Cibitung (dahulu dikenal dengan nama kompleks lokalisasi “Malvinas”) Kabupaten Bekasi Propinsi Jawa Barat.

Lokasi Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Bekasi terletak di Jalan Teuku Umar Cibitung Bekasi, dengan batas-batas wilayah sebagai berikut :

- Utara : Desa Wanasari
- Timur : Desa Telaga Asih
- Selatan : Jl. Teuku Umar (Jl. Raya Cibitung – Cikarang)
- Barat : PT. Bripinda dan Pasar Induk Cibitung

Luas lahan Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Bekasi sesuai dengan sertifikat hak pakai nomor 24 adalah seluas 24.053 m<sup>2</sup>. Luas lahan yang sudah digunakan untuk gedung saat ini adalah sekitar 3.605 m<sup>2</sup> sehingga masih terdapat sekitar 20.448 m<sup>2</sup> yang berpotensi sebagai lahan pengembangan Rumah Sakit. Bangunan yang telah dibangun memiliki luas keseluruhan lantai sekitar 8.589 m<sup>2</sup>.

### 3.3 Visi dan Misi

#### 3.3.1 Visi

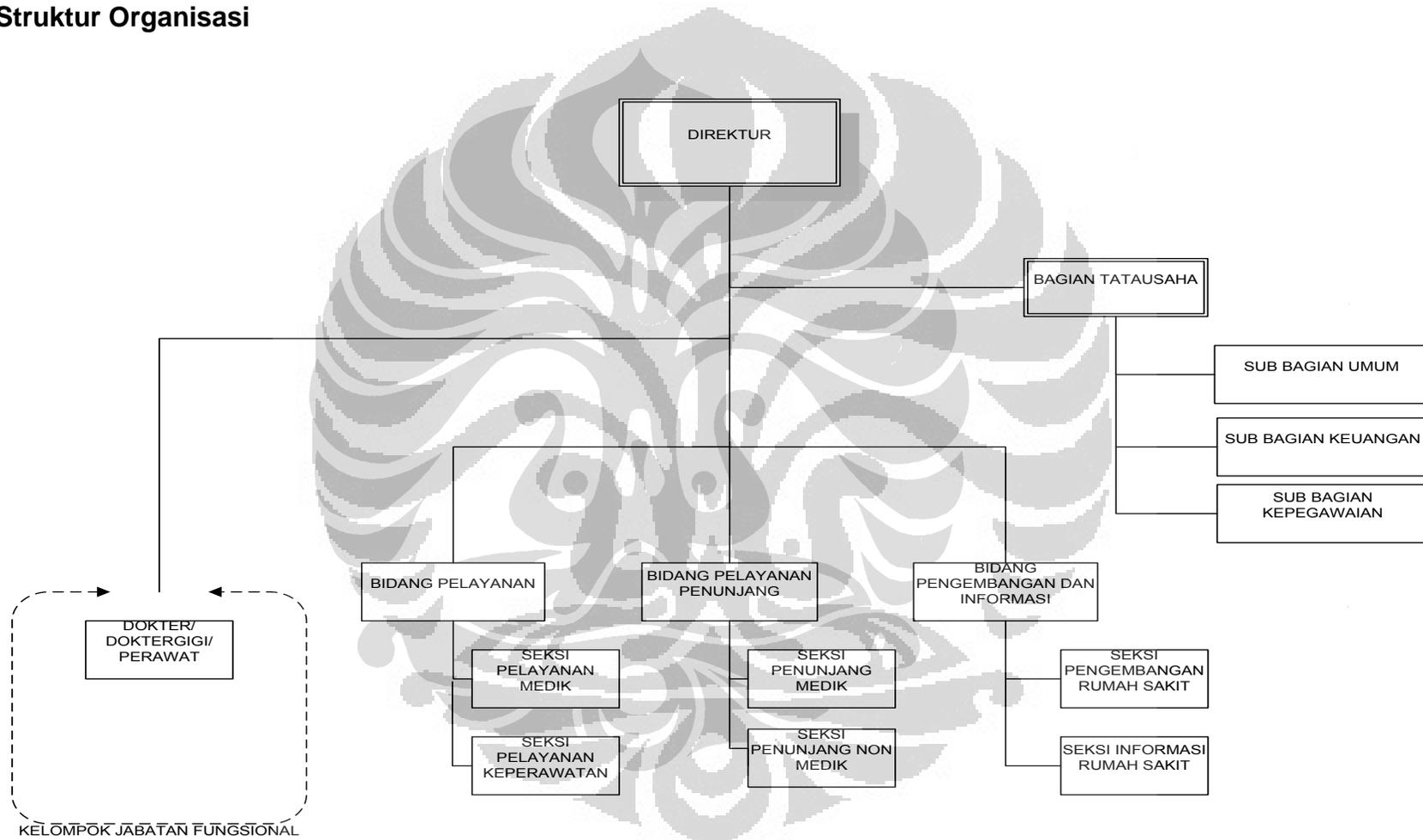
Visi adalah cara pandang ke depan ke mana dan bagaimana Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Bekasi harus dibawa dan berkarya agar tetap konsisten dan dapat eksis, antisipatif, inovatif serta produktif. Maka dengan demikian Visi adalah suatu gambaran keadaan masa depan yang di inginkan oleh Rumah Sakit Umum daerah kabupaten Bekasi dalam jangka panjang.

Sejalan dengan dinamika perkembangan perumahsakitian baik peraturan perundang-undangan maupun tuntutan kebutuhan pelayanan oleh masyarakat serta tuntutan untuk menjalankan praktek bisnis yang sehat agar mampu bersaing, maka Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Bekasi telah merumuskan visi yang ingin dicapai adalah “Rumah Sakit Dambaan Masyarakat Yang Handal dan Mampu Bersaing”, visi tersebut dirumuskan sebagai pengembangan dari visi RSUD kabupaten Bekasi sebelumnya sesuai Surat Keputusan Bupati Bekasi Nomor 440/Kep.52.RSUD/2009.

### 3.3.2 Misi

1. Mengembangkan pembangunan gedung Rumah Sakit sesuai master plan secara bertahap, melengkapi peralatan medis dan non medis serta pengembangan fasilitas-fasilitas umum di Rumah Ssakit agar mampu memberikan rasa aman dan nyaman, serta menyenangkan bagi para pelanggan.
2. Meningkatkan kompetensi sumberdaya manusia pada semua lini pelayanan di Rumah Sakit dalam rangka pencapaian standar pelayanan minimal, memberikan pelayanan kesehatan perorangan dengan handal, santun dan meningkatkan daya saing minimal di wilayah Purwabeka.
3. Mengembangkan pelayanan-pelayanan unggulan yang mampu menjawab tantangan dan peluang industrialisasi di Kabupaten Bekasi.

### 3.4 Struktur Organisasi



### 3.5 Sumber Daya Manusia

Jumlah total tenaga yang bekerja di RSUD Kab. Bekasi sebanyak 421 orang yang terdiri dari :

No	Pendidikan	Status		Jumlah
		PNS	Non PNS	
1	Medis			
	Dokter Umum (MARS, MPH, MKM, M.Kes, M.Hkes)	4	0	4
	Dokter Umum	24	3	27
	Dokter Gigi	4	0	4
	Dokter Spesialis	30	0	30
	Dokter Spesialis Gigi	2	0	2
Jumlah Tenaga Medis		64	3	67
2	Paramedis (Perawat / Bidan)			
	S2 Keperawatan	1	0	1
	S1 Keperawatan	14	1	15
	D3 Akper	58	41	99
	D3 Akper Anestesi	2	0	2
	D3 Akper Gigi	7	0	7
	D4 Kebidanan	3	0	3
	D3 Kebidanan	13	7	20
	D1 Kebidanan	3	0	3
	SPK	16	6	22
	SPKG	1	0	1
Jumlah Tenaga Paramedis		118	55	173
3	Sarjana Kesehatan (Non Medis)			
	S1 Apoteker Farmasi	11	0	11
	S1 Kesehatan Masyarakat	9	4	13
	S1 Fisioterafi	1	0	1
	S1 Pangan & Gizi	1	0	1
	D3 Analis Kesehatan	5	1	6
	D3 Farmasi	3	2	5
	D3 Gizi	5	0	5
	D3 Elektromedik	2	0	2
	D3 Radiologi	5	0	5
	D3 MPRS	1	0	1
	D3 Rekam Medis	2	0	2
	D3 Fisioterafi	1	0	1
	D3 Tehnik Radiodiagnostik	2	0	2
	D3 Kesehatan Lingkungan	1	0	1
	D1 Gizi	1	0	1
	SMF	6	1	7
SMAK	1	0	1	
4	Non Medis			
	S2 Magister Manajemen	2	0	2
	S1 Ekonomi Manajemen	5	9	14
	S1 Ekonomi Pembangunan	2	0	2
	S1 Ekonomi Akuntansi	1	3	4
	S1 Hukum ( Ilmu Hukum )	0	0	0

lanjutan

No	Pendidikan	Status		Jumlah
		PNS	Non PNS	
	S1 Hukum ( Perdata )	0	0	0
	S1 Administrasi Publik	0	2	2
	S1 Administrasi Perkantoran	1	0	1
	S1 Administrasi Negara	0	2	2
	S1 Saint Fisika	1	0	1
	S1 Teknik Informatika	1	1	2
	S1 Teknik Mesin	0	1	1
	S1 Teknik Industri	0	1	1
	S1 Sosial	1	0	1
	S1 Sosial POLITIK	1	0	1
	S1 Pendidikan Sejarah	0	0	0
	31 Tehnologi Pertanian	1	1	2
	S1 Ilmu Pemerintahan & Politik	1	0	1
	S1 Manajemen Perusahaan	0	1	1
	31 Biologi	1	0	1
	D IV Pajak	0	0	0
	D3 Administrasi Keuangan	1	0	1
	D3 Administrasi Perkantoran	1	1	2
	D3 Manajemen Umum	0	1	1
	D3 Manajemen Keuangan Perbankan	0	1	1
	D3 Manajemen Informatika	0	6	6
	D3 Tehnik Informatika	1	0	1
	D3 Akuntansi	0	1	1
	D3 Komputer Akuntansi	0	1	1
	D3 Pariwisata	0	1	1
	D1 Komputer Perkantoran	0	0	0
	SLTA	5	54	59
	SLIP	1	1	2
	SD	1	0	1
	<b>Jumlah Tenaga Non Medis</b>	<b>85</b>	<b>96</b>	<b>181</b>
	<b>JUMLAH TOTAL</b>	<b>267</b>	<b>154</b>	<b>421</b>

### 3.6 Fasilitas Pelayanan

RSUD kabupaten mempunyai pelayanan medik, spesialisasi, penunjang medik berikut merupakan pelayanan yang di miliki oleh RSUD kabupaten Bekasi.

Kemampuan dalam pelayanan medik :

- a. Pelayanan Medik Umum
  1. Pelayanan Medik Dasar
  2. Pelayanan Medik Gigi Mulut
  3. Pelayanan Kesehatan Ibu Anak/ Keluarga Berencana

- b. Pelayanan Gawat Darurat 24 jam dan 7 hari seminggu
- c. Pelayanan Medik Spesialisasi dasar
  - 1. Pelayanan Penyakit Dalam
  - 2. Kesehatan Anak
  - 3. Bedah
  - 4. Obstetri dan Ginekologi
- d. Pelayanan Spesialisasi Penunjang Medik
  - 1. Radiologi
  - 2. Patologi Klinik
  - 3. Pelayanan Anestesiologi
- e. Pelayanan Medik Spesialis lain
  - 1. Mata
  - 2. Telinga Hidung Tenggorokan
  - 3. Syaraf
  - 4. Jantung dan Pembuluh Darah
  - 5. Kulit Kelamin
  - 6. Paru
- f. Pelayanan Medik Spesialis Gigi Mulut
  - 1. Bedah Mulut
  - 2. Periodonti
- g. Pelayanan Medik Subspesialis
  - 1. Bedah Anak
- h. Pelayanan Keperawatan dan Kebidanan
  - 1. Asuhan Keperawatan
  - 2. Asuhan Kebidanan
- i. Pelayanan Penunjang Klinik
  - 1. Perawatan Intensif
  - 2. Pelayanan Darah
  - 3. Gizi
  - 4. Farmasi
  - 5. Sterilisasi Instrumen
  - 6. Rekam Medik
- j. Pelayanan Penunjang Non Klinik

### **3.7 Kinerja Rumah Sakit**

#### **3.7.1 BOR (Bed Occupancy Rate)**

Angka pemanfaatan tempat tidur di RSUD Kabupaten Bekasi Tahun 2006 sebesar 60,2 % tahun 2007 sebesar 54,2 % tahun 2008 sebesar 52 % tahun 2009 sebesar 56,7 % tahun 2010 meningkat hingga 72,7 %

#### **3.7.2 Alos (AVERAGE Length of Stay)**

Angka ALOS pada tahun 2006 sebanyak 4,3 hari pada tahun 2007 sebanyak 4,1 hari pada tahun 2008 sebanyak 3,5 hari pada tahun 2009 sebanyak 5,4 hari pada tahun 2010 sebanyak 5,4 hari.

#### **3.7.3 TOI (Turn Over Interval)**

Untuk angka Turn over ratio pada tahun 2006 sebanyak 2,8 hari, pada tahun 2007 sebanyak 3,4 hari pada tahun 2008 sebanyak 4 hari pada tahun 2009 4,1 hari pada tahun 2010 sebanyak 2 hari.

#### **3.7.4 BTO ( Bed Turn Over)**

Pada tahun 2006 sebanyak 51,1 kali pada tahun 2007 sebanyak 48,5 kali, pada tahun 2008 sebanyak 43,1 kali pada tahun 2009 sebanyak 37,1 pada tahun 2010 sebanyak 48,8 kali

#### **3.7.5 NDR (Net Death Rate)**

Pada tahun 2006 sebanyak 9,1 permil pada tahun 2007 sebanyak 5,4 permil pada tahun 2008 sebanyak 11,74 permil pada tahun 2009 sebanyak 23,27 permil pada tahun 2010 sebanyak 35,6 permil

#### **3.7.6 GDR (Gross Death Rate)**

Pada tahun 2006 sebanyak 14,3 permil pada tahun 2007 sebanyak 12,4 permil pada tahun 2008 sebanyak 20,01 permil pada tahun 2009 sebanyak 38,98 permil pada tahun 2010 sebanyak 21,8 permil.

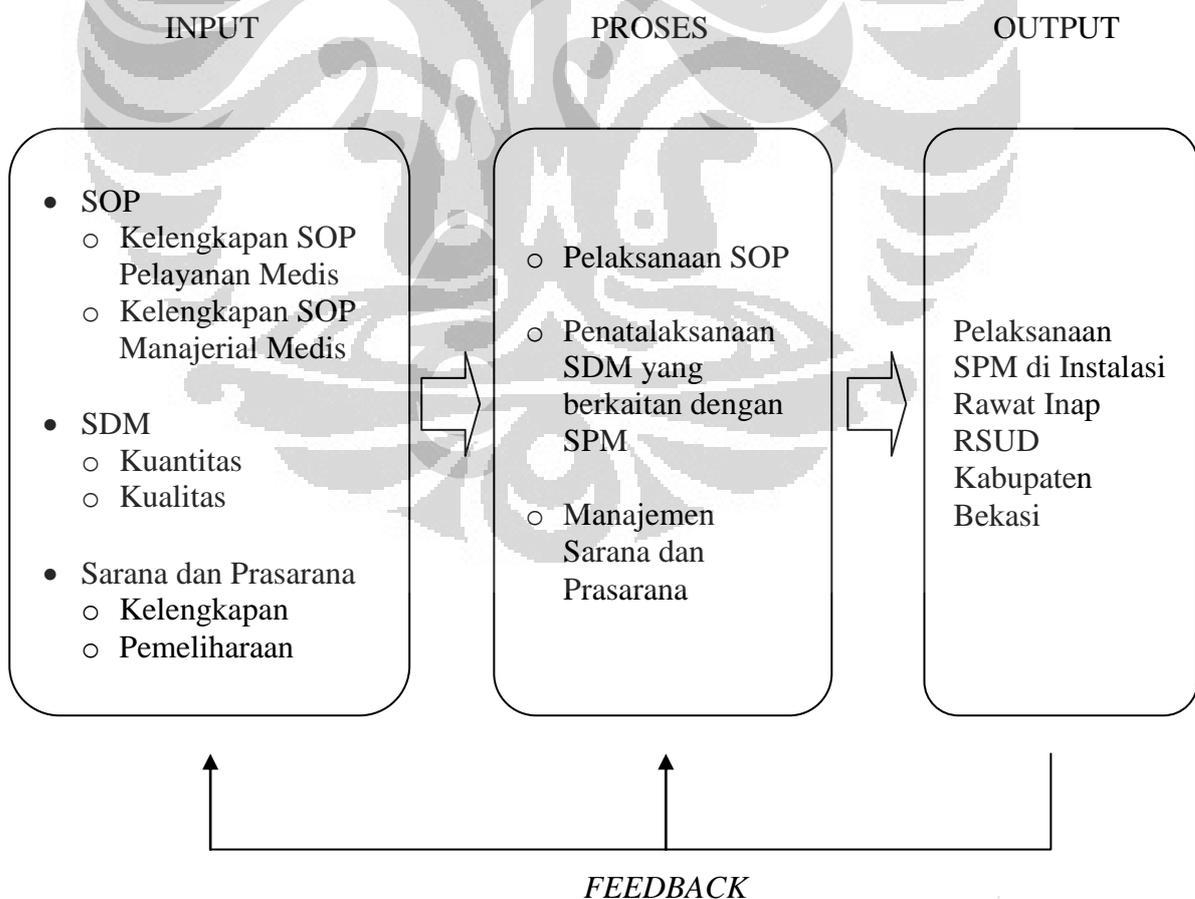
## BAB 4

### KERANGKA KONSEP

#### 4.1 Kerangka Konsep

Berdasarkan kepustakaan yang berkaitan dengan ketentuan kriteria administratif dalam hal SPM dan kepustakaan tentang variabel yang berhubungan dengan SPM, maka pada penelitian ini akan dilakukan dengan alur input, proses, dan output, dalam hal ini sebagai input adalah variabel karakteristik dari SPM itu sendiri. Dan disebabkan karena keterbatasan waktu penelitian maka yang akan diteliti terdiri dari SOP, SDM, sarana dan prasarana. Ketiga hal tersebut adalah yang terlihat paling berperan langsung terhadap pelaksanaan SPM di rumah sakit pemerintah khususnya pada Pelayanan Rawat Inap RSUD Kabupaten Bekasi.

Gambar 4.1. Kerangka Konsep



Dengan metode ini diharapkan diketahui bagaimana proses pelaksanaan SPM di RSUD Kabupaten Bekasi yang sedang berjalan sekarang dan perubahan apa saja yang harus dilakukan oleh RSUD Kabupaten Bekasi untuk menjadi rumah sakit yang dapat diandalkan dan sesuai dengan kriteria persyaratan SPM yang sesuai dengan peraturan dan perundang-undangan.

## **4.2 Definisi Istilah**

### **4.2.1 *Standard Operating Procedure (SOP)***

Atau Prosedur operasi standar, adalah suatu set instruksi yang memiliki kekuatan sebagai suatu petunjuk atau direktif. Hal ini mencakup hal-hal dari operasi yang memiliki suatu prosedur pasti atau terstandardisasi, tanpa kehilangan keefektifannya. Setiap sistem manajemen kualitas yang baik selalu didasari oleh SOP. Indikator SOP di Instalasi Rawat Inap di RSUD Kabupaten Bekasi yang dimaksud dalam penelitian ini adalah kelengkapan SOP pelayanan medis dan kelengkapan SOP manajerial medis.

Cara pengumpulan data : wawancara mendalam dan telaah dokumen.

Instrumen : pedoman wawancara mendalam

Informan penelitian ini adalah Komite Medik, Bidang Pelayanan Medik, Bidang Pelayanan Keperawatan, Bidang Rekam Medik, dan Penanggung Jawab dari Instalasi Rawat Inap, dokter-dokter dan perawat yang bertugas pada Instalasi Rawat Inap di RSUD Kabupaten Bekasi.

Hasil ukur : Informasi mengenai kelengkapan *Standard Operating Procedure (SOP)* di Instalasi Rawat Inap RSUD Kabupaten Bekasi.

### **4.2.2 Sumber Daya Manusia (SDM)**

Merupakan aspek ketenagaan yang meliputi kuantitas dan kualitas tenaga yang terlibat dalam kegiatan di unit kerja Instalasi Rawat Inap di RSUD Kabupaten Bekasi.

Cara pengumpulan data : wawancara mendalam dan telaah dokumen.

Instrumen : pedoman wawancara mendalam

Informan penelitian ini adalah Komite Medik, Bidang Pelayanan Medik, Bidang Pelayanan Keperawatan, Bidang Rekam Medik, dan Penanggung Jawab dari Instalasi Rawat Inap, dokter-dokter dan perawat yang bertugas pada Instalasi Rawat Inap di RSUD Kabupaten Bekasi.

Hasil ukur : Informasi mengenai keadaan SDM yang terlibat dalam unit kerja di Instalasi Rawat Inap di RSUD Kabupaten Bekasi.

#### **4.2.3 Sarana dan Prasarana**

Sarana dan prasarana adalah peralatan dan perlengkapan serta bangunan yang digunakan untuk pelaksanaan kegiatan di Instalasi Rawat Inap di RSUD Kabupaten Bekasi. Dalam penelitian ini, meliputi kelengkapan sarana dan prasarana serta pemeliharannya.

Cara pengumpulan data : wawancara mendalam dan telaah dokumen.

Instrumen : pedoman wawancara mendalam

Informan penelitian ini adalah Komite Medik, Bidang Pelayanan Medik, Bidang Pelayanan Keperawatan, Bidang Rekam Medik, dan Penanggung Jawab dari Instalasi Rawat Inap, dokter-dokter dan perawat yang bertugas pada Instalasi Rawat Inap di RSUD Kabupaten Bekasi.

Hasil ukur : Informasi mengenai peralatan dan perlengkapan yang ada di Instalasi Rawat Inap RSUD Kabupaten Bekasi serta pemeliharannya.

#### **4.2.4 Pelaksanaan SOP**

Yang dimaksud dengan pelaksanaan SOP di sini adalah Tindakan yang dilakukan sesuai dengan SOP atau berdasarkan atas SOP pada unit rawat inap.

Cara pengumpulan data : wawancara mendalam.

Instrumen : pedoman wawancara mendalam

Informan penelitian ini adalah Komite Medik, Bidang Pelayanan Medik, Bidang Pelayanan Keperawatan, Bidang Rekam Medik, dan Penanggung Jawab dari Instalasi Rawat Inap, dokter-dokter dan perawat yang bertugas pada Instalasi Rawat Inap di RSUD Kabupaten Bekasi.

Hasil ukur : Informasi mengenai pelaksanaan *Standard Operating Procedure* (SOP) di Instalasi Rawat Inap RSUD Kabupaten Bekasi.

#### **4.2.5 Penatalaksanaan SDM**

Merupakan aspek ketenagaan yang meliputi cara manajemen agar SDM bekerja sesuai dengan SPM, untuk tercapainya pelayanan Prima.

Cara pengumpulan data : wawancara mendalam dan telaah dokumen.

Instrumen : pedoman wawancara mendalam

Informan penelitian ini adalah Komite Medik, Bidang Pelayanan Medik, Bidang Pelayanan Keperawatan, Bidang Rekam Medik, dan Penanggung Jawab dari Instalasi Rawat Inap, dokter-dokter dan perawat yang bertugas pada Instalasi Rawat Inap di RSUD Kabupaten Bekasi.

Hasil ukur : Informasi mengenai penatalaksanaan SDM terutama pada unit kerja Instalasi Rawat Inap di RSUD Kabupaten Bekasi.

#### **4.2.6 Manajemen Sarana dan Prasarana**

Yang dimaksud adalah cara manajemen mengatur sarana dan prasarana sehingga dapat berfungsi seefektif dan seefisien mungkin. Untuk pelaksanaan kegiatan di Instalasi Rawat Inap di RSUD Kabupaten Bekasi.

Cara pengumpulan data : wawancara mendalam.

Instrumen : pedoman wawancara mendalam

Informan penelitian ini adalah Komite Medik, Bidang Pelayanan Medik, Bidang Pelayanan Keperawatan, Bidang Rekam Medik, dan Penanggung Jawab dari Instalasi Rawat Inap, dokter-dokter dan perawat yang bertugas pada Instalasi Rawat Inap di RSUD Kabupaten Bekasi.

Hasil ukur : Informasi mengenai manajemen sarana dan prasarana yang ada di Instalasi Rawat Inap RSUD Kabupaten Bekasi.

#### **4.2.7 Standar Pelayanan Minimal (SPM)**

Adalah ketentuan tentang jenis dan mutu pelayanan yang merupakan kewajiban penyelenggara pelayanan, yang berhak diperoleh setiap pengguna jasa institusi penyelenggara pelayanan tersebut secara minimal. Juga merupakan spesifikasi teknis tentang tolok ukur pelayanan minimum yang diberikan oleh institusi kepada masyarakat. Institusi dalam penelitian ini adalah RSUD

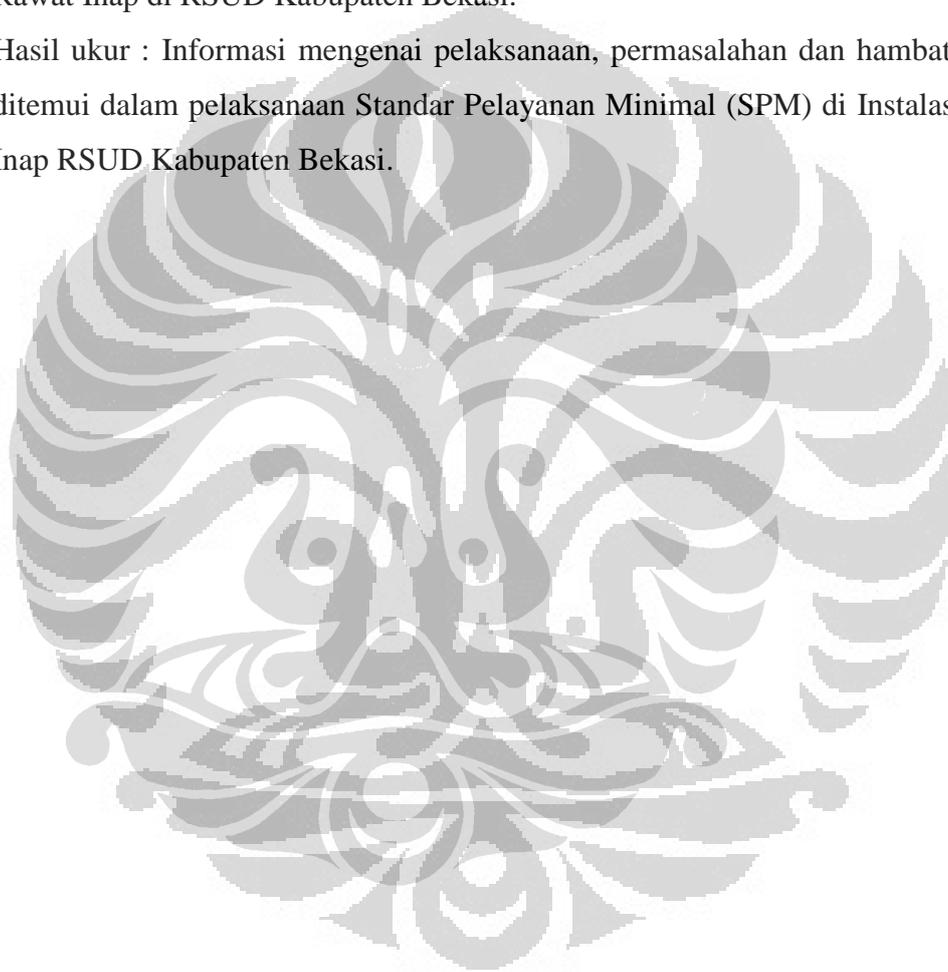
Kabupaten Bekasi. Unit kerja yang diteliti adalah pada unit instalasi rawat inap dan terbatas mengenai SOP, SDM, sarana dan prasarana.

Cara pengumpulan data : wawancara mendalam dan telaah dokumen.

Instrumen : pedoman wawancara mendalam

Informan penelitian ini adalah Komite Medik, Bidang Pelayanan Medik, Bidang Pelayanan Keperawatan, Bidang Rekam Medik, dan Penanggung Jawab dari Instalasi Rawat Inap, dokter-dokter dan perawat yang bertugas pada Instalasi Rawat Inap di RSUD Kabupaten Bekasi.

Hasil ukur : Informasi mengenai pelaksanaan, permasalahan dan hambatan yang ditemui dalam pelaksanaan Standar Pelayanan Minimal (SPM) di Instalasi Rawat Inap RSUD Kabupaten Bekasi.



## **BAB 5**

### **METODE PENELITIAN**

#### **5.1 Jenis Penelitian**

Penelitian yang dilakukan ini adalah penelitian kualitatif di Pelayanan Rawat Inap Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Bekasi. Penelitian ini dilakukan dengan menggunakan instrumen *In-depth Interview* (wawancara mendalam). *In-depth Interview* ditujukan kepada informan yaitu semua pihak dari berbagai profesi dan berbagai jabatan yang terlibat dalam manajemen SPM di Pelayanan Rawat Inap Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Bekasi.

#### **5.2 Lokasi Penelitian**

Penelitian ini dilakukan di Pelayanan Unit Rawat Inap Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Bekasi.

#### **5.3 Waktu Penelitian**

Penelitian akan dilakukan mulai bulan April - Mei 2012.

#### **5.4 Informan Penelitian**

Informan penelitian ini adalah Komite Medik, Bidang Pelayanan Medik, Bidang Pelayanan Keperawatan, Bidang Rekam Medik, dan Penanggung Jawab dari Instalasi Rawat Inap, dokter-dokter dan perawat yang bertugas pada Instalasi Rawat Inap di RSUD Kabupaten Bekasi.

#### **5.5 Teknik Pengumpulan Data**

Jenis data yang dikumpulkan adalah data primer dan data sekunder. Ada beberapa metode yaitu :

##### **5.5.1 Data primer**

Cara pengumpulan data primer diperoleh melalui *in-depth interview* dengan pihak pimpinan dan para staf manajemen serta fungsional di RSUD Kabupaten Bekasi. Observasi, ada beberapa informasi yang diperoleh dari hasil

observasi antara lain sarana dan prasarana ruangan. Dari observasi akan mendapatkan gambaran realistik tentang kondisi sarana dan prasarana yang ada.

### 5.5.2 Data Sekunder

Data sekunder diperoleh dengan telusur dokumen, untuk melihat dokumen-dokumen yang berkaitan dengan Standar Pelayanan Minimal RSUD Kabupaten Bekasi terutama pada pelayanan rawat inap, berupa regulasi (peraturan-peraturan), standar pelayanan minimal, laporan, profil rumah sakit dan dokumen lain yang diperlukan.

## 5.6 Manajemen Data dan Analisis Data

Analisa data kualitatif telah dimulai sejak data dikumpulkan. Langkah-langkah pada tahap pengolahan data dengan tahapan sebagai berikut:

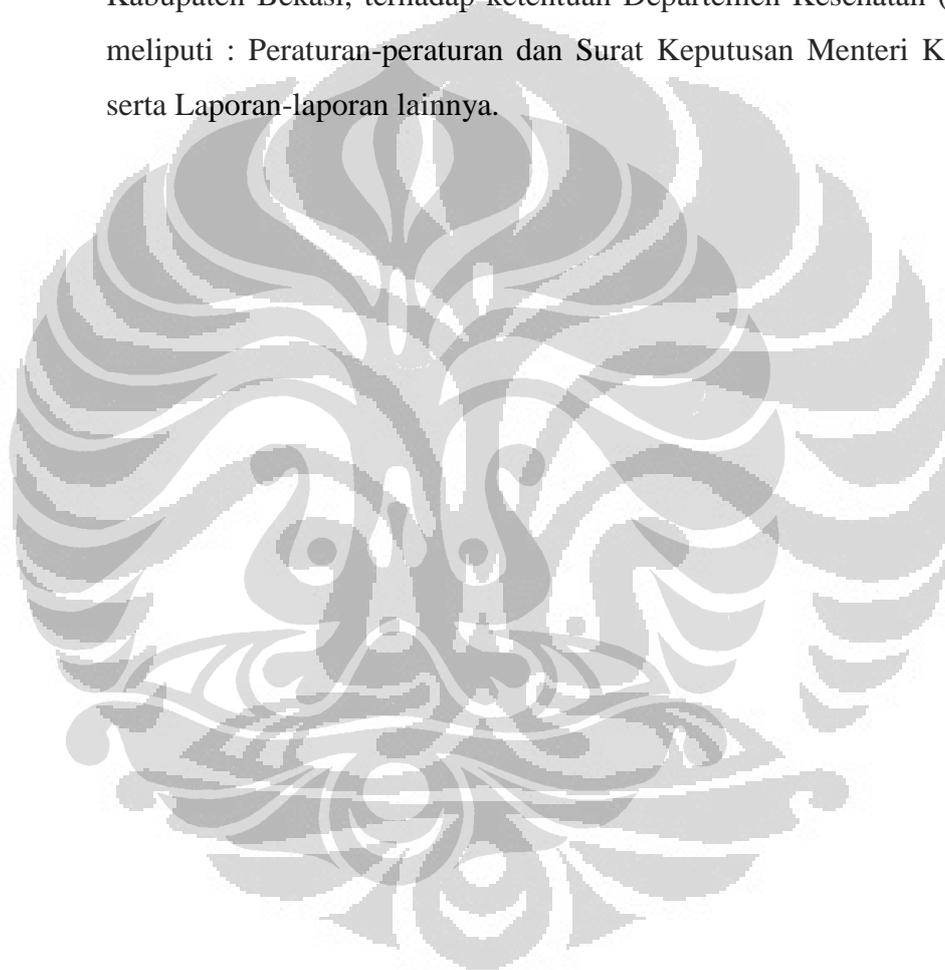
1. *In-depth interview* (wawancara mendalam) yang dilakukan kepada Informan dari RSUD Kabupaten Bekasi. Dalam proses wawancara mendalam ini dibutuhkan seperangkat alat / instrumen yang akan membantu peneliti, instrumen ini dipersiapkan sebelum melakukan penelitian, yaitu :
  - a. Pedoman wawancara mendalam
  - b. Alat perekam data (*Hand Phone*)
  - c. Aalat tulis menulis.
2. Rekapitulasi / meringkas data.  
Meringkas data hasil *Indept Interview* dalam format matriks. Yaitu ringkasan data kualitatif yang merupakan informasi awal yang akan digunakan untuk analisis data.
3. Sintesis konseptual hasil.

Dengan cara mengatur dan membuat urutan data yang berhubungan dengan Standar Pelayanan Minimal rumah sakit, kemudian dibuat kategorisasi pada data yang mempunyai pola yang sama dan menyajikan ringkasan data temuan. Selanjutnya mengidentifikasi variabel-variabel yang berhubungan antar variabel serta mencari rantai untuk mendapatkan

fakta yang logis. Informasi yang didapat disusun berdasarkan dinamika organisasi rumah sakit sehingga didapat kesimpulan.

#### 4. Triangulasi data

Karena metodologi penelitian menggunakan pendekatan kualitatif, untuk mengurangi kesalahan dalam pengumpulan data dan agar validitas data tetap terjaga maka dilakukan dengan metode triangulasi sumber dan data dengan melihat dan membandingkan laporan-laporan yang ada di RSUD Kabupaten Bekasi, terhadap ketentuan Departemen Kesehatan (Depkes) meliputi : Peraturan-peraturan dan Surat Keputusan Menteri Kesehatan serta Laporan-laporan lainnya.



## BAB 6

### HASIL DAN PEMBAHASAN

#### 6.1 Pelaksanaan Penelitian

Hasil penelitian diperoleh melalui penelusuran dokumen terhadap dokumen data di RSUD Kabupaten Bekasi dan kemudian dilakukan pengolahan data, juga diperoleh melalui wawancara mendalam. Penelitian dilakukan sejak April sampai dengan Mei 2012 di Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Bekasi. Wawancara dilakukan kepada informan yang terdiri dari 15 (lima belas) orang, yaitu dari pihak manajemen 5 (lima) orang, dari pihak dokter 5 (lima) orang, dan perawat 5 (lima) orang pada instalasi rawat rawat inap. Yang dimaksud dengan pihak manajemen adalah Komite Medik, Bidang Pelayanan Medik, Bidang Pelayanan Keperawatan, Bidang Rekam Medik, dan Penanggung Jawab dari Instalasi Rawat Inap. Sedangkan dari pihak fungsional terdiri dari 3 (tiga) dokter Spesialis dan 2 (dua) orang dokter umum. Peneliti melakukan wawancara terhadap mereka karena dianggap merupakan salah satu bagian penting untuk terlaksananya beberapa kriteria SPM pada rawat inap. Lalu dari pihak perawat dan bidan dilakukan wawancara terhadap masing-masing kepala ruangan yang dianggap sudah dapat mewakili untuk peneliti mengetahui bagaimana kelengkapan-kelengkapan pendukung pada rawat inap, menyangkut pelaksanaan SPM pada RSUD Kabupaten Bekasi.

Pengumpulan data dilakukan dengan cara wawancara mendalam (*in-depth interview*) sebagai data primer. Sedangkan data dari Departemen kesehatan dan RSUD Kabupaten Bekasi diambil kebijakan-kebijakan yang ada sebagai data sekunder. Data yang diperoleh tersebut maka dibuat suatu tabel ringkasan yang terdiri dari:

- a. Hasil wawancara dengan para informan (para pihak manajemen, dokter dan perawat)
- b. Intisari / makna jawaban atas pertanyaan yang dihubungkan dengan variable-variabel pada kerangka konsep.

## 6.2 Penyajian Hasil Penelitian

Dari hasil penelitian yang dilakukan, berdasarkan kerangka konsep yaitu dengan melihat dan mengetahui bagaimana pelaksanaan SPM (Standar Pelayanan Minimal) pada RSUD Kabupaten Bekasi, dengan input dilihat dari kelengkapan SOP pelayanan medis, SOP manajerial medis pada rawat inap (Pelaksanaan SOP pada unit pelayanan), manajemen SDM dan kuantitas dan kualitas (Penatalaksanaan SDM yang berkaitan dengan SPM), sarana dan prasarana yang dilihat dari kelengkapan dan pemeliharaan (Manajemen dan kelengkapan sarana dan prasarana) sehingga peneliti dapat melihat proses pelaksanaan SPM di rawat inap.

Hasil penelitian yang dilakukan kepada informan melalui wawancara mendalam mengenai pelaksanaan SPM pada RSUD Kabupaten Bekasi diuraikan di bawah ini.

### 6.2.1 Kelengkapan Dan Pelaksanaan SOP Pelayanan Medis, SOP Manajerial Medis Pada Instalasi Rawat Inap

#### 6.2.1.1 Kelengkapan Dan Pelaksanaan SOP Yang Berhubungan Dengan Pelayanan Medis

##### Kelengkapan

Menurut hampir semua informan (informan 1-15) menyebutkan bahwa SOP pelayanan medis di instalasi rawat inap sudah ada dan cukup lengkap. Diantara kutipan pernyataan informan, sebagai berikut.

*“.....SOP sudah ada di semua bagian. Beberapa saat yang lalu semua bagian membuat dan menetapkan SOP. Kemudian SOP inilah yang akan dipakai untuk pedoman dalam melakukan semua tindakan sehari-hari.....”*

*“.....untuk SOP di rawat inap ada SOP rumah sakit, ada SOP keperawatan. SOP keperawatan untuk tiap ruangan kita sudah punya.....”*

*“.....SOP keperawatan sudah ada di tiap ruangan. Kita juga sudah ada komite keperawatan, yang menyusun SOP keperawatan.....”*

*“.....pada rawat inap, semua saya lihat sudah ada SOP. Baik SOP Pelayanan maupun SOP manajerial.....”*

Tetapi ada satu informan ( informan 3 ) yang menyebutkan bahwa, untuk per-instalasi belum ada. Dan ada beberapa yang belum dibukukan.

*“.....SOP ada tiap SMF. Tapi untuk per instalasi belum ada. Dan ada juga SOP yang belum dibukukan.....”*

Hasil penelitian yang dilakukan kepada informan melalui wawancara mendalam rata-rata mengatakan bahwa SOP Pelayanan Medis dan SOP Manajerial Medis pada instalasi rawat inap sudah cukup lengkap, dan dapat menunjukkan keberadaannya. SOP yang ada di bagian rawat inap sudah ada sejak berdirinya RSUD Kabupaten Bekasi atau saat pelayanan rawat inap pertama kali dibuka, yaitu sejak tahun 2006. Dan sudah ada pada masing-masing ruangan rawat inap. Akan tetapi ada seorang informan yang menyebutkan bahwa ada SOP yang belum dibukukan. Artinya ada SOP yang tidak tertulis atau terdokumentasi.

#### Pelaksanaan

Pelaksanaan SOP pelayanan medis sudah berjalan dengan baik, seperti yang diungkapkan informan 6 dan 11 dibawah ini.

*“.....ya pasti SOP itu dilaksanakan dengan baik.....”*

*“.....SOP di pelayanan rawat inap sudah ada. Mestinya sudah dilaksanakan.....”*

Akan tetapi informan 1, 5, 7, 8, 10, 12, 13, 14 dan 15 mengatakan bahwa SOP pelayanan medis belum dilaksanakan dengan baik.

*“.....pelaksanaannya belum maksimal ya. Misalnya, pasien datang mestinya langsung dilakukan tindakan sesuai SOP, tetapi gak diapa-apakan, misalnya pasien yang gawat mestinya langsung mendapatkan tindakan pertolongan darurat, tapi sering tidak segera dilakukan tindakan, artinya ya tidak sesuai dengan standar.....”*

*“.....semua bagian sudah mempunyai SOP, tetapi pelaksanaannya belum sesuai. Ya menurut maunya dokter saja.....”*

*“.....belum kita terapkan, jadi kita bekerja kebanyakan belum sesuai / berdasarkan SOP.....”*

*“.....dalam pelaksanaannya belum semua tindakan berpedoman pada SOP, pelaksanaannya sekedar pelaksanaan saja.....”*

Menurut informan 4, SOP dilaksanakan dengan baik, akan tetapi dalam pelaksanaannya kurang dalam pengawasan dan monitoring.

*“.....SOP ada semua, lengkap. Tetapi lemah dalam pengawasan dan monitoring.....”*

Ada informan (informan 11 dan 14) yang mengatakan SOP pelayanan medis yang dipakai saat ini adalah yang pertama kali ditetapkan, yaitu dari saat berdirinya rumah sakit dan sampai saat ini belum pernah direvisi.

*“.....SOP itu setiap saat bisa berubah sesuai dengan perkembangan keilmuan yang ada. Tetapi sampai saat ini belum ada revisi atau perbaikan sejak rumah sakit ini berdiri.....”*

*“.....SOP sudah ada, tetapi masih memakai yang pertama ditetapkan dan belum pernah ada revisi.....”*

Sesuai dengan pernyataan informan 2 bahwa SOP yang dilaksanakan tergantung dari sarana dan prasarana, artinya apabila sarana dan prasarananya tercukupi dengan baik, maka SOP dapat dilaksanakan dengan baik pula.

*“.....pelaksanaan SOP tergantung dari sarana dan prasarana, jika semua sarana terpenuhi dengan baik, maka bisa dipastikan SOP bisa berjalan dengan baik.....”*

Dan ada juga yang mengatakan bahwa ada beberapa dokter yang tidak sepakat dengan SOP yang ada. Dokter tersebut menggunakan SOP dari yang diperolehnya saat kuliah dulu. Sebagaimana yang dikatakan oleh informan 3 di bawah ini.

*“.....tiap SMF prinsipnya tidak ada masalah dengan SOP ya, jadi mereka aplikatif. Tapi ada beberapa SMF yang tidak sepakat atau tidak setuju dengan sebagian isi SOP itu, misalkan SMF paru atau SMF penyakit dalam. Padahal saat SOP itu diberikan ke mereka, mereka juga tanda tangan, tapi ternyata aplikasinya berbeda-beda sesuai dengan yang mereka dapatkan saat kuliah dulu.....”*

Mengenai pelaksanaan SOP pelayanan medis ada berbagai komentar. Sebagian menyatakan bahwa SOP pelayanan medis sudah berjalan dengan baik.

Akan tetapi lebih banyak yang berkomentar bahwa SOP pelayanan medis belum dilaksanakan dengan maksimal. Atau dengan kata lain beberapa tindakan pelayanan medis tidak sesuai dengan SOP atau dan tidak berpedoman berdasarkan SOP. Kemudian dalam pelaksanaannya, masih kurang dalam pengawasan dan monitoring. Pada wawancara mendalam terungkap bahwa SOP pelayanan medis yang dipakai saat ini adalah yang pertama kali ditetapkan, yaitu dari saat berdirinya atau beroperasinya rumah sakit dan sampai saat ini belum pernah direvisi, ditambah atau diperbaiki. Ada yang berpendapat bahwa SOP yang dilaksanakan tergantung dari sarana dan prasarana, artinya apabila sarana dan prasarananya tercukupi dengan baik, maka SOP dapat dilaksanakan dengan baik pula. Dan ada juga yang mengatakan bahwa ada beberapa dokter yang tidak sepakat dengan SOP yang ada. Dokter tersebut menggunakan SOP dari yang diperolehnya saat kuliah dulu.

#### **6.2.1.2 Kelengkapan Dan Pelaksanaan SOP Manajerial Medis**

##### Kelengkapan

Mengenai kelengkapan SOP Manajerial Medis hampir semua informan (informan 1-15) menyebutkan bahwa SOP manajerial sudah ada dan lengkap.

*“.....SOP sudah ada di semua bagian, termasuk di manajemen. Beberapa saat yang lalu semua bagian membuat dan menetapkan SOP. Kemudian SOP inilah yang akan dipakai untuk pedoman dalam melakukan semua tindakan sehari-hari.....”*

*“.....SOP manajerial medis itu ada.....”*

*“.....Pada rawat inap, semua saya lihat sudah ada SOP. Baik SOP Pelayanan maupun SOP manajerial.....”*

Hampir semua informan menyebutkan bahwa SOP manajerial sudah ada di semua bagian dan lengkap. SOP inilah yang akan dipakai sebagai pedoman dalam melakukan semua tindakan sehari-hari dalam hal manajerial.

### Pelaksanaan

Banyak informan yang menyebutkan (informan 2, 6, 7, 10, 11, 12 dan 14) bahwa dalam pelaksanaan SOP manajerial, banyak yang tidak sesuai dengan SOP atau tidak berdasarkan SOP manajerial.

*“.....sudah pernah ada survey pelaksanaan SOP tetapi hasilnya belum berjalan dengan baik, pelaksanaan SOP manajerial di lapangan banyak yang tidak sesuai baik dalam aplikasi maupun dalam pelaksanaannya.....”*

*“.....pelaksanaan SOP manajerial juga belum semua bisa terlaksana sesuai harapan, maksudnya dalam pelaksanaannya belum semua tindakan berpedoman pada SOP.....”*

Informan 3 dan 4 mengatakan bahwa SOP manajerial belum pernah dievaluasi, dan lemah dalam monitoring.

*“.....kalau dilihat dari keadaannya SOP manajerial itu ada, dan sudah dilaksanakan, akan tetapi banyak yang belum sesuai dalam pelaksanaannya dan kita belum pernah mengevaluasinya.....”*

*“.....memang kita sudah ada SOP manajerial medis tetapi lemah dalam pengawasan dan monitoring.....”*

Banyak juga informan yang mengatakan bahwa dalam pelaksanaan SOP manajerial, banyak yang tidak sesuai dengan SOP atau tidak berdasarkan SOP manajerial. Apalagi pernah dilakukan survey pelaksanaan SOP dan ternyata hasilnya banyak tindakan yang tidak sesuai dengan SOP. Hal ini terjadi karena salah satunya disebabkan lemahnya dalam hal monitoring dan jarang dilakukan evaluasi pelaksanaannya.

SOP Manajerial dipergunakan untuk menyusun berbagai macam prosedur kegiatan administrasi, mereview dokumen seperti kontrak, proyek perencanaan jaminan kualitas (*quality assurance project plans*), audit pekerjaan, menentukan kebutuhan pelatihan organisasi, validasi data, atau menggambarkan prosedur korespondensi kantor.

Penyusunan SOP manajerial harus disesuaikan dengan kerangka kerja yang ada, akan tetapi formatnya dapat dimodifikasi, baik itu diperluas ataupun dipersempit, disesuaikan dengan kebutuhan masing-masing kegiatan.

Baik SOP pelayanan medis maupun SOP manajerial medis bukanlah standar tapi prosedur kerja yang dilakukan secara benar dan konsisten. SOP pelayanan medis dan SOP manajerial medis juga adalah serangkaian instruksi tertulis yang dibakukan mengenai berbagai proses penyelenggaraan administrasi suatu organisasi, bagaimana dan kapan harus dilakukan, dimana dan oleh siapa dilakukan. Istilah SOP sudah sangat dikenal di suatu organisasi. SOP adalah dokumen tertulis yang memuat prosedur kerja secara rinci, tahap demi tahap dan sistematis. Untuk melengkapi suatu prosedur kerja, SOP sering dilengkapi dengan referensi, lampiran diagram atau alur kerja (*flow chart*). Dimana tujuan dari pembuatan SOP tersebut agar setiap instalasi di rumah sakit sampai dengan unit yang terkecil memiliki SOP-nya masing-masing, menyempurnakan proses penyelenggaraan di rumah sakit, tertib dalam penyelenggaraan rumah sakit, dan juga meningkatkan kualitas pelayanan kepada masyarakat.

Sedangkan untuk menyempurnakan pelaksanaan SOP di rumah sakit, maka pelaksanaan SOP harus memenuhi prinsip-prinsip sebagai berikut:

- a. Konsisten, SOP harus dilaksanakan secara konsisten dari waktu ke waktu, oleh siapapun, dan dalam kondisi apapun oleh seluruh jajaran organisasi.
- b. Komitmen, SOP harus dilaksanakan dengan komitmen penuh dari seluruh jajaran organisasi, dari level yang paling rendah sampai yang tertinggi.
- c. Perbaikan berkelanjutan, pelaksanaan SOP harus terbuka terhadap penyempurnaan-penyempurnaan untuk memperoleh prosedur yang benar-benar efektif dan efisien.
- d. Mengikat, SOP harus mengikat pelaksanaannya dalam melaksanakan tugasnya sesuai dengan prosedur standar yang telah ditetapkan.
- e. Seluruh unsur memiliki peran penting, seluruh pegawai mempunyai peran tertentu dalam setiap prosedur yang distandarkan. Jika pegawai tertentu tidak melaksanakan perannya dengan baik, maka akan mengganggu keseluruhan proses, yang akhirnya juga akan berdampak pada proses penyelenggaraan rumah sakit itu sendiri.
- f. Terdokumentasi dengan baik, seluruh prosedur yang telah distandarkan harus didokumentasikan dengan baik, sehingga dapat selalu dijadikan referensi bagi setiap mereka yang memerlukan.

## 6.2.2 Sumber Daya Manusia (SDM)

### 6.2.2.1 Kuantitas Sumber Daya Manusia

Dari segi kuantitas SDM ada dua pendapat, sebagian mengatakan bahwa jumlah tenaga di RSUD Kabupaten Bekasi terutama di bagian Instalasi Rawat inap sudah cukup, akan tetapi sebagian mengatakan bahwa masih kurang tenaga di bagian rawat inap, terutama untuk tenaga perawat.

Informan 2, 5, 7, 8, 9, 11, 13 dan 14 menyebutkan bahwa jumlah SDM di instalasi rawat inap sudah cukup.

*“.....kalau dilihat dari jumlah dokter yang ada saya kira sudah cukup, sesuai dengan kelas Rumah Sakit kita. Jika nanti Rumah sakit kita naik kelas ya mestinya nanti ada penambahan jumlah pelayanan beserta tenaganya... Untuk perawat dari segi jumlah sudah banyak.....”*

*“.....dari sisi SDM secara standar kita sudah ada. Misalnya di rawat inap, jumlah perawat sudah cukup dan jumlah menurut rumus depkes sudah memenuhi ya.....”*

*“.....SDM saya kira sudah memenuhi ya, sesuai kebutuhan bahkan lebih dari cukup mengingat rumah sakit kita masih tipe C.....”*

Akan tetapi, informan 1, 3, 8, 11, 12, 14 dan 15 menyebutkan bahwa jumlah tenaga untuk rawat inap di RSUD Kabupaten Bekasi masih kurang.

*“.....dari segi jumlah ada rumus dari PPNI, saya hitung masih kurang jika dihitung dari bed yang ada. Misalnya di ruangan saya masih kurang 2 orang perawat.....”*

*“.....jika dihitung secara manajerial sesuai BOR jumlah kita masih kurang, karena kebanyakan ketergantungan pasien saya ini adalah cenderung total care dan untuk perawat yang mahir kita masih kurang.....”*

*“.....dari segi jumlah, sekarang proporsi manajemen dan fungsional sama ya, tapi menurut saya di fungsional terutama perawat masih kekurangan tenaga.....”*

*“.....kita akan kekurangan jika ada yang perawat yang cuti atau ada kegiatan di luar misalnya pelatihan-pelatihan yang rutin dilakukan.....”*

Dikarenakan akan adanya gedung baru, yaitu gedung E, maka dipastikan akan ada penambahan tenaga baru, seperti yang diungkapkan oleh informan 4 di bawah ini.

*“.....ya karena mau diadakan gedung baru sebagai pengganti gedung rawat inap yang ada saat ini. Tempat tidur akan bertambah. Maka kita perlu tenaga baru, terutama di rawat inap. Usulan tenaga kita masukkan ke pemda.....”*

Dari segi kuantitas atau jumlah SDM ada dua pendapat, sebagian mengatakan bahwa jumlah tenaga di RSUD Kabupaten Bekasi terutama di bagian instalasi rawat inap sudah cukup, sesuai dengan kebutuhan, mengingat RSUD Kabupaten Bekasi adalah rumah sakit tipe C. Akan tetapi sebagian mengatakan bahwa masih kurang tenaga di bagian rawat inap, terutama untuk tenaga perawat. Menurut beberapa informan jika menurut hitungan sesuai rumus dari PPNI, tenaga perawat masih kurang berdasarkan jumlah bed yang ada. Begitu juga dengan jumlah perawat yang mahir. Apalagi jika ada tenaga yang cuti atau kegiatan di luar. Dikarenakan akan adanya gedung baru, yaitu gedung E, maka dipastikan akan ada penambahan tenaga baru untuk ke depannya.

Dalam sebuah sistem dalam hal ini organisasi, sumber daya manusia merupakan elemen organisasi yang sangat penting dimana sumber daya manusia merupakan pilar utama sekaligus penggerak roda organisasi dalam upaya mewujudkan visi dan misinya. Karena dari itu harus dipastikan bahwa sumber daya manusia ini harus dikelola dengan sebaik-baiknya agar dapat memberikan kontribusi secara maksimal. Sehingga dibutuhkan sebuah pengelolaan secara sistematis dan terencana agar tujuan yang diinginkan di masa sekarang dan masa yang akan datang bisa terlaksana, dimana sering disebut sebagai manajemen sumber daya manusia.

#### **6.2.2.2 Kompetensi Sumber Daya Manusia**

Sebagian informan mengatakan bahwa SDM yang ada di RSUD Kabupaten Bekasi sudah terpenuhi kompetensinya. seperti yang disampaikan informan 3, 7 dan 9 ini.

*“.....dari segi kompetensi saya kira sudah memenuhi kompetensinya terutama di fungsional.....”*

*“.....semua perawat di rawat inap sudah D3, tetapi memang ada beberapa yang belum di rawat jalan.....”*

Masih ada beberapa SDM yang bekerja di RSUD Kabupaten Bekasi ini yang belum memenuhi kompetensinya. Sebagaimana yang diungkapkan oleh informan 1, 2, 3, 12, 14 dan 15.

*“.....perawat masih ada beberapa yang setingkat SPK. Tapi bisa dihitung, sedikit kok, tetapi mereka semua akan kita arahkan untuk meningkatkan kompetensinya dengan pelatihan-pelatihan dan kita harapkan untuk melanjutkan kuliah, biar minimal D3.....”*

*“.....tenaga di manajemen tidak semuanya terpenuhi kompetensinya. Ada beberapa bidang yang tenaganya tidak sesuai dengan bidangnya.....”*

*“.....SDM di RSUD ini yang SPK msh ada, tetapi dapat dihitung, maksudnya ada tapi hanya sedikit.....di ruangan saya SPK masih ada 4 orang. Dari total 17 orang.....”*

Peningkatan atau pengembangan kompetensi SDM, yang diprogramkan dalam pelatihan-pelatihan, seperti diklat, training, dan lain-lain, sudah dianggarkan setiap tahun. Informan 3, 5, 6, 7, 8, 10 dan 13 menyatakan bahwa selalu ada program peningkatan kompetensi SDM di RSUD Kabupaten Bekasi.

*“.....kita mengikuti Permenkes Nomer 582, di sana disebutkan bahwa dari pendapatan rumah sakit, 94% untuk jasa pelayanan, 1% untuk pembinaan, 5% untuk peningkatan SDM. Jadi selalu ada anggaran untuk peningkatan kompetensi.....”*

*“.....untuk pengembangan kompetensi sudah kita anggarkan, dari kepegawaian. Koordinasi dengan komite keperawatan. Anggaran ini cukup besar dalam setahun ini, dari tiap bagian diambil beberapa untuk pelatihan, kontribusinya ada tiap unit dalam setiap tahun.....”*

*“.....Ada tenaga PNS dan non PNS. Untuk peningkatan kompetensi bagi PNS sudah ada anggarannya, tetapi bagi tenaga non PNS msh agak susah dalam hal anggarannya, tetapi ada anggarannya, tetapi tidak seperti anggaran untuk yang PNS.....”*

*“.....untuk kompetensinya, karena kita ada supervisor nya maka untuk pengembangan SDM terutama perawat bisa berjalan dengan baik. Semua sudah diatur. Ada diklat-diklat.....”*

Permasalahan yang ditemui pada SDM adalah kurangnya kompetensi, menurut informan 7, 10 dan 15 hal ini salah satunya disebabkan karena pada saat penerimaan SDM di RSUD Kabupaten Bekasi kurang selektif.

*“.....SDM memang dalam penerimaan kurang selektif. Sehingga perlu diadakan pembinaan-pembinaan, karena banyak tenaga yang diterima kurang terampil. Kadang tidak sesuai bidangnya.....”*

*“.....dengan adanya penambahan tenaga perawat baru, ada beberapa yang ‘kaget’, karena mereka sebelumnya bekerja di puskesmas. Ada yang lulusan baru.....”*

*“.....Sekarang sudah ada uji kompetensi, jika ada yang mau masuk ke pelayanan gawat darurat misalnya, mereka sudah harus punya sertifikat PPGD.....”*

Ada satu pernyataan yang menarik yang disampaikan informan 10, bahwa suatu saat nanti perawat yang di rawat inap akan ada spesialisasi perawat.

*“.....untuk tahun-tahun mendatang ada spesialisasi perawat untuk rawat inap, misal spesialisasi di bagian anak.....”*

Sebagian informan mengatakan bahwa SDM yang ada di RSUD Kabupaten Bekasi sudah terpenuhi kompetensinya. Dari sisi pendidikan perawat hampir semua sudah lulusan D3. Memang beberapa tenaga perawat yang bekerja di RSUD Kabupaten Bekasi masih ada yang lulusan SPK. Artinya ada beberapa tenaga perawat yang bekerja di RSUD Kabupaten Bekasi ini yang belum memenuhi kompetensinya. Dalam buku SPM-RS disebutkan bahwa pemberi pelayanan di rawat inap untuk perawat minimal berpendidikan D3. Banyak juga perawat yang masih kurang dari segi kemampuan dan ketrampilannya. Untuk tenaga di bagian manajemen, juga tidak semua terpenuhi kompetensinya. Ada beberapa bagian yang tenaganya tidak sesuai dengan bidangnya.

Melihat kondisi ketenagaan di RSUD Kabupaten Bekasi dengan masih banyaknya tenaga yang belum terpenuhi kompetensinya, maka setiap tahun

diprogramkan adanya pelatihan-pelatihan. Dan pelatihan ini bisa berupa diklat, *inhouse training*, bimtek, pelatihan *service excellent* dan lain sebagainya. Sasaran pelatihan ini bukan hanya tenaga dengan spesifikasi pendidikan yang masih rendah saja, tetapi semua tenaga yang ada di RSUD. Dengan mengingat anggaran yang terbatas, tidak semua mendapatkan pelatihan tiap tahun. Semua mendapatkan bagian untuk pelatihan tetapi tiap tahun bergantian atau bergiliran, misalnya tahun ini tiap bagian diambil 2 orang untuk diklat, tahun depan bagian tersebut diambil 2 orang yang lain. Tujuan dari pelatihan ini tidak lain adalah dalam rangka peningkatan dan pengembangan kompetensi, sehingga pelayanan yang diberikan akan menjadi lebih baik. Permasalahan kurangnya kompetensi yang ditemui pada SDM ini, menurut beberapa informan salah satunya disebabkan pada saat penerimaan SDM di RSUD Kabupaten Bekasi yang kurang selektif. Karena tenaga ini biasanya di penuhi oleh Badan Kepegawaian Daerah Kabupaten Bekasi.

Kompetensi SDM tidak terbentuk dengan otomatis. Kompetensi harus dikembangkan secara terencana sesuai dengan pengembangan usaha agar menjadi kekuatan untuk mendukung pencapaian tujuan organisasi. Di rumah sakit diperlukan karyawan yang selalu meningkatkan kompetensinya karena teknologi, ilmu pengetahuan tentang pelayanan kesehatan berkembang sangat pesat dari waktu ke waktu. Adanya peralatan baru, metode perawat yang berubah merupakan contoh betapa perlunya pengembangan kompetensi ini. Antara lain pendidikan dan pelatihan, pemagangan di rumah sakit lain, rotasi, mutasi.

SDM merupakan manusia yang memiliki hak asasi yang dilindungi dengan hukum. Sehingga SDM tidak bisa diperlakukan semaunya oleh perusahaan karena bisa mengancam organisasi bila tidak dikelola dengan baik. SDM perlu dipelihara dengan cara misalnya pemberian gaji sesuai standar, jaminan kesehatan, kepastian masa depan, membangun iklim kerja yang kondusif, memberikan penghargaan atas prestasi dan sebagainya.

## 6.2.3 Kelengkapan Dan Pemeliharaan Sarana Dan Prasarana

### 6.2.3.1 Kelengkapan Sarana dan Prasarana

Menurut informan 1, 6, 7, 8 dan 14 sarana dan prasarana yang ada di RSUD Kabupaten Bekasi sudah lengkap.

*“.....kalo dulu peralatan di rawat inap ada yang belum lengkap, misalnya alat nebulisasi pada pasien sesak nafas masih pinjam di UGD. Tapi sekarang sudah ada di ruang anak dan ruang paru.....”*

*“.....prasarana sudah lengkap dan sudah sesuai standar, tetapi dari sisi pemeliharaan yang sangat kurang.....”*

*“.....saat ini rumah sakit sudah mulai peduli, penyediaan alat medis habis pakai sudah sesuai dengan permintaan yang kita ajukan.....”*

Dari informasi yang didapatkan saat wawancara mendalam, banyak yang berpendapat bahwa sarana dan prasarana yang ada di RSUD Kabupaten Bekasi tidak atau kurang lengkap, dan banyak juga yang alat yang rusak atau bangunan yang bocor sehingga sudah tidak layak lagi dipakai. Hal ini disampaikan oleh informan 2, 3, 4, 9, 10, 11, 12, 13 dan 15.

*“.....jika diprosentasikan kelengkapan sarana dan prasarana kita sekitar 60%. Misalnya di bagian cardiologi, ada treadmill tetapi tidak bisa difungsikan. Di bagian Radiologi, mestinya kita seharusnya sudah punya CT-Scan, karena melihat Kabupaten Bekasi yang strategis. Alat hemodialisa kita juga belum punya.....”*

*“.....peralatan kita belum lengkap. Misalnya yang sederhana saja, whiteboard di samping bed untuk menamai pasien saja kita gak punya. Dulu ada tetapi sekarang pada rusak dan belum diganti. Penghalang tempat tidur pasien juga banyak yang tidak ada, sehingga ada beberapa kejadian pasien jatuh dari tempat tidur.....”*

*“.....untuk prasarana rawat inap dari sisi gedung, kurang sekali ya. Kita sudah ada 14 SMF dan dokter spesialis ada 25 orang, tidak sebanding dengan tempat tidur yang kurang dari 100. Untuk sarana, beberapa saat yang lalu kita pernah disurvei oleh depkes, kebetulan yang disurvei peralatan di bagian UGD, beberapa alat life-saving kita belum dapat, langsung saya usulkan.*

*Begitu juga beberapa peralatan di bagian rawat inap ada juga yang belum tersedia.....”*

*“.....masih sangat kurang menurut saya. Misalnya ada genteng yg bocor, WC mampet dll. Ruang Operasi juga sudah pada bocor. Peralatan juga masih kurang.....”*

Mengenai kelengkapan sarana dan prasarana, jawaban informan pada saat wawancara mendalam terungkap bahwa ada dua pendapat mengenai kelengkapan sarana dan prasarana. Pendapat pertama adalah bahwa sarana dan prasarana sudah lengkap dan memenuhi standar serta sesuai dengan kebutuhan saat ini. Sedangkan pendapat yang kedua mengatakan bahwa sarana dan prasarana yang ada di RSUD Kabupaten Bekasi tidak atau kurang lengkap, dan banyak juga peralatan yang rusak atau bangunan yang bocor sehingga sudah tidak layak lagi dipakai. Ada beberapa peralatan *life-saving* yang sangat penting akan tetapi belum tersedia, terutama di bagian UGD. Bahkan di ruang rawat inap dewasa, lantai 3 dijumpai kekurangan yang sederhana, misalnya *whiteboard* di samping bed untuk menamai pasien sering tidak ada, dan masih banyak kekurangan lainnya.

### **6.2.3.2 Pemeliharaan Sarana Dan Prasarana**

Hampir semua informan (informan 1, 4, 5, 8, 9, 10, 11, 13, 14 dan 15) berpendapat bahwa sarana dan prasarana kurang terpelihara dengan baik.

*“.....dari sisi pemeliharaan sangat kurang. Banyak alat yang disimpan, tetapi jarang dipakai, dan kurang dirawat, sehingga sering sudah rusak. Alat-alat juga banyak yang hilang entah ke mana. Bangunan juga banyak yang bocor, sudah ada perbaikan, tetapi tidak lama kemudian sudah bocor lagi.....”*

*“.....kita paling lemah di pemeliharaan. Alat-alat kita sudah lengkap tetapi jika ada yang rusak, ya sudah rusak. Atau ada alat yang hilang, kita beli lagi yang baru lagi.....”*

*“.....mengenai perawatan dan pemeliharaan sarana dan prasarana saya lihat hampir tidak ada atau tidak terawat. Sebenarnya SOP pemeliharaan ada, tapi tidak dilaksanakan.....”*

*“.....kita sudah berusaha untuk melengkapinya, tetapi kendala di ruangan adalah inventarisasinya dan tanggung jawabnya yang kurang. Kita beri alat, namun beberapa bulan kemudian rusak, atau hilang.....”*

Hampir semua informan berpendapat bahwa sarana dan prasarana kurang terpelihara dengan baik. Walaupun sudah ada tenaga khusus untuk pemeliharaan, pengontrol dan pencatat inventarisasi, tetapi masih banyak konstruksi bangunan yang perlu dibenahi dan banyak juga peralatan baik medis maupun non medis yang perlu diperbaiki karena rusak atau tidak bisa dipakai dan perlu juga pengadaan alat baru yang belum ada atau sudah pernah ada tetapi sudah tidak layak pakai atau sering juga peralatan hilang. Perbaikan gedung yang rusak sudah sering dilakukan, namun karena memang konstruksi bangunan yang kurang bagus, beberapa saat setelah perbaikan, sudah rusak lagi. Inventarisasi yang kontinyu di ruangan serta rasa tanggung jawab dalam memakai peralatan juga terlihat masih kurang.

Sebagaimana yang sudah diketahui bahwa rumah sakit adalah organisasi pelayanan jasa yang mempunyai kespesifikan dalam hal SDM, sarana dan prasarana serta peralatan yang dipakai. Sering rumah sakit dikatakan sebagai organisasi yang padat modal, padat sumber daya, padat teknologi dan ilmu pengetahuan serta padat regulasi. Padat modal karena rumah sakit memerlukan investasi yang tinggi untuk memenuhi persyaratan yang ada. Padat sumber daya manusia karena di dalam rumah sakit pasti terdapat berbagai profesi dan juga jumlah karyawan yang banyak. Padat teknologi dan ilmu pengetahuan karena di dalam rumah sakit terdapat peralatan-peralatan canggih dan mahal serta kebutuhan berbagai disiplin ilmu yang berkembang dengan cepat. Padat regulasi / peraturan yang mengikat berkenaan dengan syarat-syarat pelaksanaan pelayanan rumah sakit. Tenaga Kesehatan yang meliputi medis (dokter), paramedis (perawat) dan paramedik non perawat yaitu apoteker, analis kesehatan, asisten apoteker, ahli gizi, fisioterapis, radiographer, perekam medis, dan juga ada tenaga non kesehatan yaitu bagian keuangan, administrasi, personalia dll.

## 6.2.4 Pelaksanaan SPM di Instalasi Rawat Inap Dan Permasalahan Serta Hambatannya

### 6.2.4.1 Pelaksanaan Standar Pelayanan Minimal

#### 1. Sosialisasi

Sejak pertama kali SPM dicanangkan di RSUD Kabupaten Bekasi, sudah ada sosialisasi kepada semua jajaran yang ada. Sebagaimana disampaikan informan 3, 4, 8, 9, 10 dan 14.

*“.....mulai tahun 2010 mulai disosialisasikan, jadi baru 2 tahun. SPM ada target angka-angka tertentu, RSUD Kab Bekasi juga menetapkan target-target yang tiap tahun berbeda, ditingkatkan terus sampai mencapai angka persentase tertentu. Dimulai dari tahun 2011 sampai dengan 2015.....”*

*“.....sosialisasi sudah, sudah disampaikan tiga kali, tetapi SPM belum tersampaikan pada sasaran dengan baik.....”*

*“.....SPM sudah sering disosialisasikan dan sudah mulai dilaksanakan, tetapi belum maksimal. Sudah beberapa kali sosialisasi kepada kepala ruang, lalu sudah ada juga evaluasi.....”*

*“.....sosialisasi memang tidak disampaikan langsung kepada seluruh tenaga yang ada di ruangan, tetapi berjenjang, kepada kepala ruangan, kemudian kepala ruangan menyampaikannya kepada semua yang ada di ruangan tersebut.....”*

Sosialisasi SPM sejak diputuskan oleh menteri kesehatan menurut seorang informan sebenarnya sudah dilaksanakan, akan tetapi belum ada keputusan yang mengikat. Akan tetapi sejak diputuskan oleh direktur, sosialisasi SPM sudah sering dilakukan. Akan tetapi banyak kendala yang dijumpai, sehingga dalam pelaksanaannya belum secara maksimal.

#### 2. Pelaksanaan SPM Berjalan Dengan Baik

Menurut informan 4, 5, 7, 11 dan 13 SPM sudah berjalan dan dilaksanakan dengan baik.

*“.....dalam memberikan pelayanan kami kepada pasien harus sesuai dengan SPM. Dan menurut saya kita sudah memberikan pelayanan sesuai dengan SPM, karena kami profesional. Dan alhamdulillah selama ini tidak ada tindakan yang malpraktik atau menyimpang. Jadi menurut saya pelaksanaan SPM sudah berjalan.....”*

*“.....SPM di pelayanan sudah berjalan, tapi evaluasinya yang belum berjalan, misalnya di bagian pendaftaran seharusnya di bawah 10 menit, kita sudah melakukannya bahkan dalam 5 menit.....”*

*“.....pelaksanaan SPM di Bagian Rawat Inap sudah berjalan, karena kita mempunyai SDM yang handal.....”*

Beberapa pendapat mengatakan SPM sudah dilaksanakan dengan sangat baik dan sesuai dengan aturan yang ada, bahkan sudah melebihi target yang telah ditetapkan. Target-target yang telah ditetapkan oleh Keputusan Bupati Bekasi dan Keputusan Direktur RSUD Kabupaten Bekasi. Akan tetapi pernyataan ini berbeda dengan beberapa pernyataan lain yang menyatakan SPM belum maksimal.

### 3. Pelaksanaan SPM belum maksimal

Beberapa informan 1, 2, 3, 6, 8, 9, 10 dan 15 menyatakan bahwa SPM belum maksimal dalam pelaksanaannya.

*“.....SPM secara umum belum berjalan maksimal. Terbentur dengan masalah SDM, dan prasarana.....”*

*“.....yang belum berjalan benar adalah SPM di tingkat manajemen, belum semua tahu.....”*

*“.....menurut saya dari pihak manajemen sudah berusaha agar SPM bisa dilaksanakan, tetapi belum maksimal.....”*

*“.....secara umum pelaksanaannya belum berjalan dengan maksimal. Tapi dalam perencanaan anggaran kita selalu mengingatkan, tolong prioritas pada pencapaian target SPM, terutama yang belum terlaksana.....”*

*“.....dalam memasukkan data untuk nominator dan denominator menurut saya ada perbedaan persepsi antara satu dengan yang lain. Mungkin juga berbeda dengan yang saya masukkan. Jadi kita perlu narasumber yang bisa menjelaskan lebih detil dalam pengukuran SPM ini. Sebagian ada yang belum*

*bisa memasukkan data ke form SPM yang telah saya buat. 50% berjalan, 30% bingung, 20% tidak mengetahui.....”*

Banyak pendapat yang menyatakan bahwa pelaksanaan SPM belum maksimal, karena setelah ditetapkan dan disosialisasikan, banyak kendala yang ditemui dalam pelaksanaannya. Kendala-kendala yang ditemui akan dibahas di bagian akhir hasil dan pembahasan. Apalagi setelah dilakukan evaluasi oleh pihak ketiga masih ada beberapa hal yang belum berjalan.

#### 4. SPM Tidak Berjalan

Dan menurut informan 12 SPM di RSUD Kabupaten Bekasi tidak berjalan atau belum dilaksanakan.

*“.....menurut saya SPM di rumah sakit ini belum berjalan. SPM itu kan standar minimal, jadi minimalnya saja masih belum dilaksanakan dengan baik, bagaimana bisa berjalan yang maksimalnya?.....”*

Pendapat dari informan ini mengungkapkan bahwa SPM belum berjalan sama sekali. Menurut informan ini bahwa yang dinamakan standar pelayanan minimal adalah pelayanan yang mutlak harus dilaksanakan oleh pihak manajemen terhadap pihak fungsional yang dirasa kurang, begitu juga pihak fungsional terhadap pengguna jasa pelayanan yaitu masyarakat umum. Jika masih banyak keluhan dari masyarakat mengenai pelayanan, berarti bahwa SPM belum dijalankan.

#### 5. Evaluasi dan Monitoring Pelaksanaan SPM

Banyaknya pendapat yang menyatakan bahwa SPM belum berjalan maksimal salah satunya dikarenakan kurangnya evaluasi dan monitoring terhadap pelaksanaan SPM di RSUD Kabupaten Bekasi ini, sebagaimana disampaikan oleh informan 1, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 10 dan 14.

*“.....tahun 2011 sudah pernah dilakukan survey dari UI, hasilnya ada sebagian yang belum dilaksanakan. Misalnya visite dokter spesialis ada yang belum standar, kadang baru 2 hari sekali baru visite. Setiap hari pasti ada dokter yang datang, tetapi hanya 1 orang, yang menangani rawat jalan sekaligus rawat*

*inap dalam 1 hari. Kemudian terapi Pasien TB juga belum sesuai DOT, tapi menurut versi dokter sendiri.....”*

*“.....survey yang telah dilakukan UI tahun 2011 hanya melakukan dari data sekunder. Sedangkan survey pengukuran langsung dari pengamatan belum dilakukan. Sesuai dengan target yang telah ditetapkan dalam SPM RSUD, tahun 2011 sudah tercapai. Tapi ada sedikit point yang belum terlaksana. Misalnya untuk rawat inap, kejadian infeksi pasca operasi, hasilnya bisa dicari, karena datanya ada, tapi untuk pencatatan dan pelaporan pasien TB rawat inap, belum pernah dilakukan. Juga pencatatan jam visite dokter spesialis, ini juga belum pernah dilakukan.....”*

*“.....dari manajemen belum total memantau pelaksanaan SPM itu sendiri.....”*

*“.....sebelum ditetapkan oleh Bupati itu, kita sebenarnya sudah memakai SPM itu sebagai alat evaluasi kita pada saat rapat evaluasi. Evaluasi selalu kita lakukan 2 x dalam setahun.....”*

Sejak pertama kali SPM ditetapkan di RSUD Kabupaten Bekasi, sesuai dengan Peraturan Bupati Bekasi No 8 tahun 2010, kemudian dilanjutkan dengan Surat Keputusan Direktur RSUD Kabupaten Bekasi No 445/434/RSUD/2010, sudah ada beberapa kali diadakan sosialisasi kepada semua jajaran yang ada. Namun SPM belum semuanya tersampaikan dengan baik kepada sasaran. Sosialisasi sudah beberapa kali disampaikan secara berjenjang, kepada kepala ruangan, kemudian kepala ruangan menyampaikannya kepada semua jajaran yang ada di bawahnya.

Dari segi pelaksanaan SPM di rawat inap, ada beberapa pernyataan mengenai pelaksanaan SPM di RSUD Kabupaten Bekasi. Pendapat yang pertama dikatakan oleh beberapa informan bahwa pelaksanaan SPM pada rawat inap sebagian besar sudah berjalan dengan baik. Akan tetapi beberapa informan menyatakan bahwa SPM belum maksimal dalam pelaksanaannya atau dengan kata lain belum berjalan dengan baik. Baik pada tingkat manajemen maupun pada tingkat fungsional. Salah satu kendalanya adalah adanya perbedaan persepsi antara satu dengan yang lainnya dalam memasukkan data, baik yang berupa

nominator maupun yang denominator. Jadi perlu narasumber yang bisa memberikan penjelasan detail mengenai data SPM serta pengukuran datanya. Menurut informasi sebagian ada yang belum bisa memasukkan data ke form SPM yang telah dibuat, 50% bisa mengerti dengan baik, 30% bingung dan 20% tidak mengetahui. Dan ada pernyataan seorang informan SPM di RSUD Kabupaten Bekasi tidak berjalan atau belum dilaksanakan.

Banyaknya pendapat yang menyatakan bahwa SPM belum berjalan dengan baik salah satunya dikarenakan kurangnya evaluasi dan monitoring terhadap pelaksanaan SPM di RSUD Kabupaten Bekasi. Sudah pernah dilakukan survey SPM pada tahun 2011 dari UI, hasilnya ada sebagian yang belum dilaksanakan. Dan dilanjutkan survey yang dilakukan sendiri oleh pihak rumah sakit, pada awal tahun 2012, hasilnya tidak jauh berbeda dengan hasil survey yang dilakukan oleh pihak UI. Survey yang telah dilakukan UI tahun 2011 hanya dianalisa dari data sekunder. Sedangkan survey pengukuran atau pengamatan langsung belum pernah dilakukan.

#### **6.2.4.2 Hambatan dan masalah yang ditemui dalam pelaksanaan Standar Pelayanan Minimal**

Pelaksanaan SPM di RSUD Kabupaten Bekasi ini banyak kendala-kendala dan permasalahan yang ditemui. Terungkap dalam wawancara mendalam dalam penelitian ini sebagaimana yang disampaikan di bawah ini.

##### **1. Sosialisasi yang Kurang**

Informan 3, 9, 15 menyebutkan kendala yang pertama adalah di sosialisasi yang kurang tersampaikan kepada jajaran pelaksana SPM.

*“...karena SPM ini masih baru ya, maksudnya belum lama diaplikasikan di Rumah Sakit ini, tiap bagian belum bisa melaksanakan dengan maksimal. Sosialisasinya pun saya rasa juga belum maksimal. Karena masih banyak yang belum mengerti. Ada yang bilang sudah faham tetapi saat diaplikasikan, ternyata masih belum sesuai. Sosialisasi ke kepala ruangan, ternyata belum nyampai ke perawat yang ada di ruangan itu...”*

*“...pemahaman dari semua tenaga di rawat inap belum semua mengerti...”*

*“...sosialisinya yang kurang intensif, dan kadang tidak sampai ke tingkat bawah, jika perlu agar diadakan pelatihan khusus SPM...”*

Kendala yang pertama adalah sosialisasi yang kurang tersampaikan kepada jajaran pelaksana SPM. Dikarenakan SPM ini masih terhitung baru dalam aplikasinya, sehingga masih perlu banyak dilakukan sosialisasi yang lebih baik dan efisien. Dalam arti semua bisa memahami dan mengerti, baik dalam pengumpulan data maupun dalam pengukurannya. Tidak hanya pada tingkat manajemen saja, tetapi juga sampai tingkat pelaksana di tiap ruangan.

## 2. Sumber Daya Manusia

Kendala yang selanjutnya adalah dari segi SDM. Menurut informan 1, 2, 4, 5, 7, 11, 13 dan 15 SDM memegang peran yang sangat dominan dalam pelaksanaan SPM.

*“.....tenaga SDM yang diberikan pemda sering tidak sesuai dengan permintaan kita. Misalnya kita minta dokter yang dikasih perawat, yang diminta perawat umum, yang dikasih perawat gigi.....”*

*“.....hambatan yang utama adalah SDM, kalau SDM nya bagus maka kinerjanya juga akan bagus.....”*

*“.....tenaga perawat ada yang cuti, misalnya melahirkan, sekolah dll, terutama tenaga terlatih, itu sangat mempengaruhi kinerja.....”*

*“.....kita masih kekurangan tenaga, karena sering kita kewalahan pada saat banyak pasien yang memerlukan total care.....”*

Kendala yang selanjutnya adalah dari segi sumber daya manusia. SDM memegang peran yang sangat dominan dalam pelaksanaan SPM. Jika dilihat lebih mendalam banyak tenaga yang kurang cakap, kemudian tidak sesuai dengan kompetensinya atau kurang berkompeten. Hal ini dikarenakan tenaga SDM yang mengadakan adalah dari Badan Kepegawaian Daerah. Begitu juga jika ada tenaga terlatih cuti, maka kinerja juga terganggu.

### 3. Sarana dan Prasarana yang Kurang Lengkap

Sarana dan prasarana yang kurang lengkap juga menjadi kendala dalam pelaksanaan SPM ini. Informan 1, 2, 4, 5, 7, 9 dan 14 menyebutkan bahwa banyak SPM akan dapat dilaksanakan dengan baik jika sarana dan prasarana terpenuhi dengan baik.

*“.....karena sarana dan prasarana masih kurang, banyak kegiatan yang tidak berjalan. Misalnya operasi SC jarang dilakukan hari minggu. Sehingga jika ada kasus operasi kegawatan, ya dirujuk.....”*

*“.....sarana prasarana kita punya tetapi masih kurang di maintenance atau pemeliharaan. Misalnya alatnya ada, karena jarang dipakai, pada saat akan digunakan ternyata error, atau sudah tidak berfungsi lagi. Anggaran pemeliharaan ada tetapi pelaksanaan di lapangan yang kurang.....”*

*“.....pemenuhan sarana dan prasarana yang kurang memadai, waktunya lama dan kadang barang yang datang tidak sesuai dengan yang kita minta.....”*

*“.....sarana prasarana ada yang belum bisa diadakan dengan baik oleh pihak rumah sakit. Mengenai peralatan yang ada dalam hal penyediaan kadang ada yang tidak sesuai dengan kebutuhan, biasanya dulu melalui tender sih. Terus, ruangan isolasi juga kurang.....”*

Sarana dan prasarana yang kurang lengkap juga menjadi kendala dalam pelaksanaan SPM. Banyak yang menyebutkan SPM akan dapat dilaksanakan dengan baik jika sarana dan prasarana terpenuhi dengan baik. Fasilitas ruangan yang sudah tidak memadai lagi, banyak ruangan yang bocor, bed yang rusak dan lain sebagainya. Sehingga beberapa kegiatan tidak berjalan atau terganggu. Misalnya operasi SC jarang dilakukan hari Minggu, sehingga jika ada kasus operasi kegawatan harus dirujuk. Pemeliharaan Sarana dan prasarana juga kurang baik. Misalnya peralatan ada tetapi karena jarang digunakan, sehingga pada saat akan digunakan ternyata sudah rusak, atau sudah tidak berfungsi lagi.

#### 4. Kesenjangan komunikasi antara pihak manajemen dan fungsional

Informan 1, 5 dan 13 mengungkapkan bahwa kendala selanjutnya adalah adanya kesenjangan komunikasi antara pihak manajemen dan fungsional.

*“.....komunikasi yang kurang baik antara pihak manajemen dan fungsional, dan ini yang akan kita perbaiki ke depannya.....”*

*“.....kadang-kadang pihak manajemen dan fungsional kurang nyambung, tidak harmonis.....”*

*“.....yang kita lihat saat ini adalah kurangnya kerjasamanya antara dokter-dokter dengan pihak manajemen.....”*

Beberapa informan mengungkapkan bahwa kendala selanjutnya adalah adanya kesenjangan komunikasi antara pihak manajemen dan fungsional. Atau dengan kata lain kurangnya komunikasi antara dokter-dokter dengan pihak manajemen. Sehingga kesenjangan komunikasi ini akan bisa menghambat pelaksanaan program-program rumah sakit termasuk SPM.

#### 5. Anggaran dan Kesejahteraan

Ada beberapa pendapat yang menyebutkan kendala pelaksanaan SPM lebih banyak pada anggaran. Seperti diungkapkan informan 3, 7 dan 12.

*“.....untuk penyemangat mestinya ada anggaran khusus untuk insentif di rapat ruangan. Atau disediakan reward khusus untuk pelaksanaan SPM ini, agar SPM bisa berjalan dengan baik.....”*

*“.....lebih banyak di anggaran. Kita mengajukan Diklat, tetapi dibatasi karena anggaran yang terbatas.....”*

*“.....rumah sakit ini masih kurang profesional ya. Sudah semestinya dibenahi manajemen keuangannya. Tidak seperti saat ini, standar kesejahteraan dokter masih sangat kurang.....”*

Ada beberapa pendapat yang menyebutkan kendala pelaksanaan SPM lebih banyak pada anggaran. Sebagian mengusulkan agar diadakan anggaran khusus untuk pelaksanaan SPM ini. Bisa diberikan saat rapat evaluasi SPM atau pemberian penghargaan khusus terhadap pelaksana SPM yang dapat

melaksanakan dengan hasil terbaik. Pendapat lain mengatakan, dikarenakan tingkat kesejahteraan di RSUD Kabupaten Bekasi yang masih kurang, akan mempengaruhi pelaksanaan SPM.

#### 6. Monitoring dan Evaluasi yang Kurang

Hambatan selanjutnya adalah kurangnya monitoring dan evaluasi selama pelaksanaan SPM. Informan 4, 7, 8, 10 dan 14 menyebutkan hal tersebut.

*“.....kelemahan kita adalah di monitoring, belum ada intensif monitoring. Penilaian SPM selama ini hanya dari data sekunder saja. Sedangkan penilaian secara observasi / pengamatan langsung belum pernah dilaksanakan.....”*

*“.....hambatan kita adalah sistem kontrol yang kurang. Terutama dari manajemen kurang turun ke lapangan. Sehingga keluhan dari bawah jarang sampai ke atas. Rapat evaluasi ada tiap bulan tetapi sering karena ada acara, rapat evaluasi sering diundur.....”*

*“.....belum adanya kesungguhan untuk pemantauan pelaksanaan SPM ini baik dari pihak manajemen maupun pihak pelaksana teknis.....”*

Hambatan selanjutnya adalah kurangnya monitoring dan evaluasi selama pelaksanaan SPM dari pihak manajemen. Seharusnya monitoring terhadap pelaksanaan SPM dilakukan secara terus menerus dan kontinyu. Monitoring di sini adalah termasuk pengukuran-pengukuran langsung terhadap indikator-indikator yang ada dalam SPM, bukan hanya telaah data sekunder yang selama ini telah dilakukan. Dan semestinya ada tim khusus dalam rumah sakit yang bertugas khusus mengukur nominator dan denominator dari indikator-indikator yang ada dalam dalam SPM. Evaluasi juga sudah sering dilakukan, akan tetapi hanya sebatas pada laporan yang disampaikan pada saat rapat.

#### 7. Kurangnya Kerjasama Antar Bagian

Informan 9 menyatakan bahwa kerjasama yang kurang baik antar semua bagian, menjadi kendala dalam pelaksanaan SPM di RSUD Kabupaten Bekasi.

*“.....kurangnya kerjasama semua bagian, ada bagian yang kerja keras untuk memenuhi SPM tetapi ada bagian lain yang kurang mendukung.....”*

Salah seorang informan menyatakan bahwa kerjasama yang kurang baik antar semua bagian, menjadi kendala dalam pelaksanaan SPM di RSUD Kabupaten Bekasi. Ada bagian yang kerja keras untuk memenuhi SPM, tetapi ada bagian lain yang kurang mendukung.

#### 8. Visite dokter spesialis

Kendala selanjutnya adalah jam visite dokter spesialis yang tidak sesuai. Dalam SPM disebutkan jam visite dokter spesialis adalah setiap hari dari jam 08.00 WIB sampai dengan jam 14.00 WIB. Seperti disampaikan informan 1, 5 dan 7 di bawah ini.

*“.....misalnya dari sisi dokter spesialis yang kurang sesuai waktu visitenya, ada beberapa visite dokter jam 8 malam, pernah juga jam 4 sore.....”*

*“.....visite dokter spesialis ada yang belum standar, kadang baru 2 hari sekali baru visite. Setiap hari pasti ada dokter yang datang, tetapi hanya 1 orang, yang menangani rawat jalan sekaligus rawat inap dalam 1 hari.....”*

Kendala selanjutnya adalah jam visite dokter spesialis yang tidak sesuai dengan jam visite. Dalam SPM disebutkan jam visite dokter spesialis adalah setiap hari kerja dari jam 08.00 WIB sampai dengan jam 14.00 WIB. Ada beberapa dokter yang visite jam 8 malam, pernah juga jam 4 sore.

#### 9. SPM Belum Melekat

Informan 6 menyebutkan bahwa kendala dalam pelaksanaan SPM ini adalah bahwa SPM belum melekat pada pelaksana-pelaksananya. Sehingga SPM belum terlaksana dengan baik.

*“.....SPM belum melekat pada SDM di rumah sakit ini. Seharusnya SPM itu melekat dalam diri mereka, maksudnya seharusnya sudah otomatis mereka melaksanakan SPM itu, karena itu adalah target yang mereka lakukan sehari-*

*hari. Semua karu sebenarnya tahu persis mengenai SPM tetapi ya tadi belum melekat.....”*

Hal ini berakibat SPM masih hanya berupa peraturan saja, sebagaimana pernyataan informan 7.

*“.....jangan sampai SPM ini hanya di atas kertas saja, tetapi juga harus dilaksanakan dengan baik.....”*

Informan ada yang berpendapat bahwa kendala dalam pelaksanaan SPM ini adalah bahwa SPM belum melekat pada pelaksana-pelaksananya. Sehingga SPM belum terlaksana dengan baik. Seharusnya SPM ini sudah melekat dalam diri pelaksana-pelaksananya, karena SPM ini adalah target yang harus dicapai dalam waktu tertentu, baik target bulanan ataupun target tahunan. Sehingga hal ini berakibat SPM masih hanya berupa peraturan saja di atas kertas, belum melekat pada diri pelaksananya.

#### 10. Kurangnya Disiplin dan Komitmen

Disiplin dan komitmen pada pelaksana SPM yang kurang juga menjadi kendala. Seperti yang disampaikan informan 6, 7 dan 11 di bawah ini.

*“.....ada yang peduli dan ada yang tidak peduli dengan SPM dan capaiannya. Tapi saat kita latih mereka akan lebih care.....”*

*“.....yang kedua adalah komitmen, semua elemen harus komitmen untuk melaksanakan SPM dengan sungguh-sungguh.....”*

*“.....masih banyak dilakukan kesalahan yang dilakukan, karena kita melihat kesalahan itu dasarnya adalah dari SPM, jika tidak sesuai dengan standar ya artinya melakukan kesalahan berdasarkan standar yang telah disepakati. Ini yang perlu dibenahi.....”*

Disiplin dan komitmen pada pelaksana SPM yang kurang juga menjadi kendala. Ada yang peduli dan ada yang tidak peduli dengan SPM dan hasil pencapaiannya. Yang kedua adalah komitmen, semua elemen harus berkomitmen untuk melaksanakan SPM dengan sungguh-sungguh. Masih banyak kesalahan

yang dilakukan, dalam artian kesalahan yang berdasarkan SPM, yaitu jika melakukan tindakan yang tidak sesuai dengan standar.

#### 11. *Patient Safety* kurang Diperhatikan

Kurangnya perhatian terhadap *patient safety* juga menjadi kendala dalam pelaksanaan SPM. Informan 15 mengungkapkannya.

*“.....mengenai patient safety juga mesti ditingkatkan lagi ya, pernah kejadian pasien tertimpa tabung oksigen. Pernah juga pasien jatuh dari bed.....”*

Kurangnya perhatian terhadap *patient safety* juga menjadi kendala dalam pelaksanaan SPM. Di dalam SPM-RS disebutkan bahwa tidak adanya kejadian pasien jatuh yang berakibat kecacatan atau kematian bernilai 100%. Artinya tidak boleh ada pasien yang terjatuh dari bed, atau jatuh di kamar mandi. Menurut seorang informan, pernah terjadi pasien terjatuh dari tempat tidur. Pernah juga pasien tertimpa tabung oksigen.

#### 12. Terapi Pasien TB belum sesuai DOT dan kurang dalam pencatatan dan pelaporan

Menurut informan 1, dokter Spesialis Paru belum menerapkan terapi pasien TB dengan ketentuan DOT.

*“.....terapi Pasien TB juga belum sesuai DOT, tapi menurut versi dokter. Pencatatan dan pelaporan pasien TB juga belum berjalan dengan baik.....”*

Kemudian terapi pasien TB juga belum sesuai DOT, tapi menurut versi dokter sendiri. Menurut salah seorang informan, untuk kegiatan pencatatan dan pelaporan pasien TB di rawat inap belum bisa berjalan 100% sebagaimana dipersyaratkan dalam SPM-RS bahwa kegiatan pencatatan dan pelaporan pasien TB harus 100%.

Dari keadaan diatas sebenarnya seperti apa yang disebut dalam menyusun suatu SPM harus memperhatikan hal-hal prinsip dari penyusunan dan penetapan SPM, dimana sebaiknya pihak RSUD Kabupaten Bekasi membuat

SPM yang sesuai dengan keadaan meskipun tanpa mengurangi bobot dari SPM itu sendiri, sehingga SPM harus dibuat berdasarkan Konsensus, yang mana SPM berdasarkan kesepakatan bersama berbagai komponen atau sektor terkait dari unsur-unsur kesehatan dan dengan departemen terkait yang secara rinci terlampir daftar tim penyusun dimana harus juga mengikutkan semua unsur dari rumah sakit sehingga diketahui masalah dari semua bagian agar diketahui keadaan dari masing-masing bagian di RSUD Kabupaten Bekasi.

- a. Sederhana, SPM disusun dengan kalimat yang mudah dimengerti dan dipahami sampai dengan SDM yang paling bawah.
- b. Nyata, SPM disusun dengan memperhatikan dimensi ruang, waktu, dan persyaratan atau prosedur teknis.
- c. Terukur, seluruh indikator dan standar di dalam SPM dapat diukur baik kualitatif maupun kuantitatif.
- d. Terbuka, SPM dapat diakses oleh seluruh warga atau lapisan masyarakat.
- e. Terjangkau, SPM dapat dicapai dengan menggunakan sumber daya dan dana yang tersedia sehingga dapat disesuaikan dengan keadaan yang sebenarnya.
- f. Akuntabel, SPM dapat dipertanggung gugatkan kepada publik.
- g. Bertahap, SPM mengikuti perkembangan kebutuhan dan kemampuan keuangan, kelembagaan dan personil dalam pencapaian SPM.

Dalam melaksanakan SPM sebuah institusi atau organisasi dalam hal ini rumah sakit memerlukan variabel-variabel yang saling mendukung diantaranya adalah Standar Operasional Prosedur (SOP) pada masing-masing bagian di rumah sakit tersebut, Sumber Daya Manusia (SDM), Sarana dan Prasarana baik peralatan medis maupun non medis dan juga fasilitas penunjang, Kinerja Pelayanan, struktur manajemen rumah sakit dan lain-lain. Dari segi pelaksanaan SPM rawat inap RSUD Kabupaten Bekasi.

Dari keterangan di atas memang penelitian ini hanya berfokus terhadap SPM yang ada di dalam RSUD Kabupaten Bekasi terutama instalasi rawat inap, tetapi tampaknya sistem rumah sakit tersebut sangat butuh pengawasan dan arahan dari pihak Pemerintah Daerah Kabupaten Bekasi karena ketentuan SPM meskipun itu dibuat oleh rumah sakit, tetapi tetap ditandatangani melalui Peraturan Bupati dan harus dilakukan pengawasan oleh pihak terkait mengenai

kelengkapan dan kemampuan dari sebuah rumah sakit. Agar dapat sesuai dengan keadaan rumah sakit yang sebenarnya.

Memang Standar Pelayanan Minimal merupakan wewenang otonomi daerah yang mana ditetapkan oleh Kepala Daerah melalui Peraturan Daerah. Tetapi hal tersebut sebaiknya tidak menghilangkan tolok ukurnya dari segi kualitas, pemerataan, kesetaraan, biaya, kemudahan. Tetapi yang dipertanyakan adalah pengawasan Pemerintah Daerah terhadap ketentuan-ketentuan dari keputusan Peraturan Daerah untuk RSUD Kabupaten Bekasi apakah sudah sesuai dan memang relevan untuk dilakukan dengan segala keterbatasan dan kekurangan yang ada di dalamnya. Sebab bila pihak Pemerintah Daerah tidak melihat atau tidak melakukan pengawasan sebenarnya hal tersebut dapat menjadi kerugian bagi rumah sakit itu sendiri karena pihak Pemerintah Daerah tidak mengetahui keadaan rumah sakit yang sebenarnya dan tidak terlalu perhatian terhadap kekurangan dan kebutuhan dari rumah sakit itu sendiri. Oleh karena itu diharapkan koordinasi oleh pihak RSUD Kabupaten Bekasi untuk lebih memperlihatkan keadaan yang sebenarnya agar dapat dicarikan solusi bersama demi kelanjutan dan kelancaran serta pencapaian visi dan misi dari RSUD Kabupaten Bekasi. Sebab dari sebuah rumah sakit umum pemerintah tidak akan berhasil tanpa campur tangan atau dukungan dan dorongan dari Pihak Pemerintah itu sendiri.

## **BAB 7**

### **KESIMPULAN DAN SARAN**

#### **7.1 Kesimpulan**

Dari penelitian Pelaksanaan Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit Pada Pelayanan Rawat Inap di RSUD Kabupaten Bekasi Tahun 2012 yang dilakukan untuk melihat gambaran pelaksanaan standar pelayanan minimal rumah sakit dari sejak diputuskan sampai dengan hambatan-hambatannya dihasilkan kesimpulan sebagai berikut :

1. SOP Pelayanan Medis, SOP Manajerial Medis, terutama dari kelengkapan pada instalasi rawat inap sudah dilengkapi dengan baik akan tetapi belum diperbaharui atau direvisi secara berkelanjutan dalam rangka mendukung pencapaian target SPM di rawat inap RSUD Kabupaten Bekasi. Dalam pelaksanaannya banyak tindakan yang belum berdasarkan pada SOP yang ada.
2. Mengenai SDM, dari segi kuantitas atau jumlah tenaga di RSUD Kabupaten Bekasi terutama di bagian instalasi rawat inap sudah cukup, sesuai dengan kebutuhan, mengingat RSUD Kabupaten Bekasi adalah rumah sakit tipe C. Mengenai kompetensi bahwa SDM yang ada di RSUD Kabupaten Bekasi sudah terpenuhi kompetensinya. Dari sisi pendidikan perawat hampir semua sudah lulusan D3. Akan tetapi masih ada yang lulusan SPK. Artinya ada beberapa tenaga perawat yang bekerja di RSUD Kabupaten Bekasi ini yang belum memenuhi kompetensinya.
3. Kelengkapan dan pemeliharaan sarana dan prasarana. Dari segi sarana dan prasarana di RSUD Kabupaten Bekasi memang masih kurang lengkap, dimana hal tersebut adalah dilema dari rumah sakit umum pemerintah dengan anggaran yang terbatas dan pengadaan barang yang ditentukan, sehingga dengan berubahnya RSUD Kabupaten Bekasi ini menjadi BLUD diharapkan akan dapat memperbaiki sarana dan prasarannya.
4. Terlihat memang koordinasi baik antara pihak manajemen dengan pelaksana di bawah dalam pelaksanaan SPM belum berjalan dengan baik.

5. Karena memang penelitian ini hanya difokuskan pada sistem di dalam RSUD Kabupaten Bekasi terutama pada instalasi rawat inap, oleh sebab itu perlu dilakukan penelitian lebih lanjut untuk dilakukan wawancara kepada pihak suprasistem dengan pihak Pemerintah Daerah (Bupati, Sekertaris Daerah, Badan Perencanaan Daerah dan lain-lain) terhadap pelaksanaan dan keputusan kebijaksanaan pada RSUD Kabupaten Bekasi.

## **7.2 Saran**

### **7.2.1 Bagi pihak manajemen RSUD Kabupaten Bekasi**

1. Diharapkan pihak manajemen beserta komite medik dapat duduk bersama-sama untuk menjalankan monitoring dan evaluasi terhadap SOP yang ada pada unit-unit pelayanan secara rutin dan berkesinambungan.
2. Diharapkan pihak rumah sakit juga memperhatikan pelatihan fungsional baik di dalam maupun di luar rumah sakit.
3. Manajemen diharapkan lebih dapat melakukan usaha-usaha untuk meningkatkan anggaran RSUD Kabupaten Bekasi dengan memberikan argumentasi kepada pihak pemutus anggaran bahwa dibutuhkan sarana dan prasarana yang lebih lengkap dan anggaran untuk pemeliharaan dan perawatan sarana dan prasarana yang sudah ada dan mengatasi kendala yang terjadi dengan sistem pemeliharaan atau perbaikan baik peralatan maupun infrastruktur gedung.
4. Pihak manajemen diharapkan dapat lebih solid dan melakukan rapat internal tim manajemen dan mengajak pihak pelaksana dalam rapat tersebut agar apa yang diharapkan dan kendala apa yang kemungkinan terjadi dapat langsung dibahas dan dicari solusinya.
5. Diharapkan pihak rumah sakit bisa lebih mengontrol dan mengevaluasi pelayanan di rawat inap.
6. Sebaiknya pihak manajemen memberikan peraturan yang tegas bahwa tidak bisa tugas luar pada jadwal dinas, dan pada keadaan seperti ini dibutuhkan ketegasan dan kedisiplinana serta kerjasama dengan pihak tertinggi dari rumah sakit untuk dapat menegakkan peraturan yang berlaku.

7. Pihak manajemen juga harus menegakkan *reward and punishment* sesuai dengan kinerja mereka. Dimana insentif yang diberikan tidak terkecuali baik dari sisa hasil usaha rumah sakit maupun insentif dari pemda harus tetap dihitung berdasarkan kinerja.

### **7.2.2 Bagi pihak Komite Medik dan Komite Keperawatan**

1. Komite medik agar merumuskan standar profesi / standar pelayanan medis, dan juga menanggapi masalah etis medis dan meningkatkan mutu tenaga medis di rumah sakit terhadap pelaksanaan SPM di RSUD Kabupaten Bekasi.
2. Sebaiknya pihak komite medik hendaknya lebih turut aktif membantu manajemen untuk membantu rumah sakit dalam menjalankan pelayanan agar lebih maksimal.
3. Sedangkan dari komite keperawatan ada baiknya untuk lebih memperhatikan kesejahteraan para perawat dan pemerataan pelatihan dengan melakukan cek dan ricek ke bagian diklat mengenai hal tersebut.

### **7.2.3 Bagi pihak SDM di RSUD Kabupaten Bekasi**

1. Para SDM terutama pihak fungsional di RSUD Kabupaten Bekasi diharapkan dapat lebih berperan aktif untuk meningkatkan mutu rumah sakit dengan melakukan pelayanan yang lebih baik.
2. Bagi para dokter-dokter spesialis yang sedikit bermasalah dengan jadwal di instalasi rawat inap, ada baiknya melakukan konsultasi dan koordinasi kepada pihak manajemen untuk melakukan atau membuat penjadwalan ulang, dan diharapkan bila berhalangan hadir karena ada alasan tertentu sebaiknya melakukan laporan dan memberitahukan pihak pelayanan dan hendaknya berusaha semaksimal mungkin untuk mentaati peraturan dan jadwal yang sudah ditentukan dan disepakati bersama.
3. Sedangkan bagi para dokter yang sudah bekerja dengan baik, diharapkan dapat mempertahankan kedisiplinan, mekanisme kerja dan pelayanan kepada masyarakat.

## DAFTAR PUSTAKA

- Aditama, T.Y. (2003). *Manajemen Administrasi Rumah Sakit*, Edisi Kedua. Jakarta: Universitas Indonesia.
- Amirin, Tatang M. (2001). *Menyusun Rencana Penelitian*. Jakarta: Rajawali Pers.
- Azwar, Azrul. (1996). *Menuju Pelayanan Kesehatan Yang Lebih Bermut*. Jakarta: Yayasan Penerbitan IDI.
- Azwar, Azrul. (1996). *Pengantar Administrasi Kesehatan*. Jakarta: Binarupa Aksara.
- Azwar, Azrul. (2004). *Standarisasi Pelayanan Kesehatan*. Direktorat Jendral Bina Kesehatan Masyarakat. Departemen Kesehatan RI.
- Departemen Kesehatan RI. (2000). *Pedoman Penetapan Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan di Kabupaten/Kota*. Jakarta.
- Departemen Kesehatan RI. (2000). *Standar Pelayanan Minimal, Direktorat Jendral Bina Kesehatan Masyarakat*. Jakarta.
- Departemen Kesehatan RI. Direktorat Jenderal Bina Pelayanan Medik. (1994). *Buku Pedoman Pencatatan Kegiatan Pelayanan Rumah Sakit di Indonesia*. Cetakan Kedua. Jakarta.
- Departemen Kesehatan RI. Direktorat Jenderal Bina Pelayanan Medik. (2008). *Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit*. Jakarta.
- Djojodibroto, R Darmanto. (1997). *Kiat Mengelola Rumah Sakit*. Jakarta: Hipokrates.
- Elfian Mardi, 2009. *Evaluasi Implementasi Standar Pelayanan Farmasi (Kepmenkes Nomor 1197/Menkes/SK/X/2004) Rumah Sakit Daerah Ciawi di Tahun 2008*. Tesis FKM UI. Depok
- Hardiman, Achmad. (1995). *Pengembangan Model dan Analisa Implementasi Sistem Manajemen Mutu Terpadu Pada Rumah Sakit*. Tesis. Depok: KARS UI.
- Ilyas, Yaslis. (2002). *Kinerja, Teori Penilaian dan Penelitian*. Cetakan Ketiga, Depok: Pusat Kajian Ekonomi Kesehatan FKM UI.
- Ilyas, Yaslis. (2011). *Perencanaan Sumber Daya Manusia Rumah Sakit, Teori, Metoda dan Formula*. Cetakan Ketiga. Depok: FKM UI.
- Iskandar, Dalmy. (1998). *Rumah Sakit, Tenaga Kesehatan Dan Pasien*. Jakarta: Sinar Grafika.

- Jacobalis, Sanusi. (2000). *Rumah Sakit Indonesia dalam Dinamika Sejarah, Transformasi, Globalisasi dan Krisis Nasional*. Jakarta: Yayasan Penerbitan IDI.
- Keputusan Direktur Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Bekasi Nomor: 445/434/RSUD/2010 tentang “*Target Pencapaian Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Bekasi*. 2010”
- Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 129/Menkes/SK/II/2008 tentang *Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit*.
- Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 1333/MENKES/SK/XII/1999 tentang *Standar Pelayanan Rumah Sakit*.
- Kesuma, Maya SP, 2010. Analisis Pelaksanaan Standar Pelayanan Minimal Pada Instalasi Rawat Jalan dan Instalasi Rawat Inap di RS Dr. Sobirin Kabupaten Musi Rawas Sumatera Selatan. Tesis. FKM UI. Depok
- Kotler, Philip. (1997). *Manajemen Pemasaran: Analisis Perencanaan, Implementasi dan Kontrol*. (Hendra Teguh & Ronny Antonius, Penerjemah). Jakarta: Parnhallindo.
- Lovelock, Cristopher H. (1992). *Managing Services*. Second Edition. New Jersey; Prentice Hall. Englewood Cliffs.
- Lumenta, Benyamin. (1998). *Hospital, Citra Peran dan Fungsi, Tinjauan Fenomena Sosial*. Yogyakarta: Kanisius.
- Maarif. M. Syamsul. (2003). Orasi Ilmiah: *Strategi Peningkatan Kompetensi Aparatur Guna Mengantisipasi Kebutuhan Sektor Pelayanan Publik*. STIA-LAN.
- Mills, Anne., Vaughan, J. Patrick., Smith, Duane L. (1989). *Desentralisasi Sistem Kesehatan: Konsep-konsep, Isu-isu, dan Pengalaman di Berbagai Negara*. (Laksono Trisnantoro, Penerjemah). Yogyakarta: Gadjah Mada University Press.
- Moenir, H.A.S. (1992). *Manajemen Pelayanan Umum di Indonesia*. Jakarta: Bumi Aksara.
- Muhktiar, M. (2004). Manajemen Rumah Sakit. *Jurnal Manajemen dan Administrasi Rumah Sakit Indonesia*. No. I; V 02.
- Peraturan Bupati Bekasi Nomor 8 Tahun 2010. *Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Bekasi*.
- Peraturan Menteri Dalam Negeri No. 61 Tahun 2007 tentang *Pedoman Teknis Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum Daerah*.

- Peraturan Menteri Keuangan No. 76/PMK.05/2008 tentang *Pedoman Akuntansi Dan Pelaporan Keuangan Badan Layanan Umum*.
- Peraturan Pemerintah No. 23 Tahun 2005 tentang *Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum*.
- Peraturan Pemerintah No. 25 Tahun 2000 tentang *Kewenangan Pemerintah Dan Kewenangan Provinsi Sebagai Daerah Otonom*.
- Peraturan Pemerintah No. 65 Tahun 2005 tentang *Pedoman Penyusunan dan Penerapan Standar Pelayanan Minimal*.
- Preker, A., Harding, A., Jakab, M., & Hawkins, L. (2002). *The Introduction of Market Forces in the Public Hospital Sector, From New Public Sector Management to Organizational Reform*. Washington, DC: The World Bank.
- Rijadi, Suprijanto. (2005). Pola Transformasi Rumah Sakit Umum Daerah: Perubahan Bentuk Kelembagaan atau Pengelolaan Keuangan. *Jurnal Manajemen dan Administrasi Rumah Sakit Indonesia*. V (05).
- Rose, R.C., Uli, J., Abdul, M. (2004). Hospital service quality: a managerial challenge. *International Journal of Health Care Quality Assurance*. 17. 2/3: 146-159. Diunduh dari <http://search.proquest.com/docview/229646549/135C6E8FC2464EDC314/4?accountid=17242>
- RSUD Kabupaten Bekasi. *Profil RSUD Kabupaten Bekasi*.
- Soeprapto, AS. (1995). *Administrasi Rumah Sakit*. Surabaya: CV Brata Jaya Offset.
- Soetopo. (1999). *Pelayanan Prima, Lembaga Administrasi Negara*. Jakarta.
- Sulastomo. (2000). *Manajemen Kesehatan*. Jakarta: PT. Gramedia Pustaka Utama.
- Surat Edaran Menteri Kesehatan Nomor 1107/MENKES/E/VII/2000 Tanggal 27 Juli 2000 tentang *Kewenangan minimal yang wajib tetap dilaksanakan oleh Kabupaten/Kota di Bidang Kesehatan*.
- Thabrany, Hasbullah. (2005). Rumah Sakit Publik Berbentuk BLU: Bentuk Paling Pas Dalam Koridor Hukum Saat Ini. *Jurnal Manajemen dan Administrasi Rumah Sakit Indonesia*. No. 1; V(06).
- Tjiptono, Fandy. (1997). *Prinsip-Prinsip Total Quality Service*. Yogyakarta: Andi Offset.
- Trisnanto, Laksono. (2004). Badan Layanan Umum (BLU) Sebagai Bentuk Hukum Organisasi Rumah Sakit Pemerintah Yang Bersifat Lembaga Usaha Nonprofit. *Jurnal Manajemen Pelayanan Kesehatan*. 2004; V

(07).

Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 1 Tahun 2004 tentang *Perbendaharaan Negara*.

Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 22 Tahun 1999 tentang *Pemerintahan Daerah*.

Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 32 Tahun 2004 tentang *Pemerintahan Daerah*.

Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 36 Tahun 2009 tentang *Kesehatan*.

Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 44 Tahun 2009 tentang *Rumah Sakit*.

Winastri, Vitrie, 2011. Evaluasi Pencapaian Standar Pelayanan Minimal RSUD Cibinong Sebelum dan Sesudah Menjadi Badan Layanan Umum Daerah. Tesis FKM UI. Depok



## Lampiran 1

### PEDOMAN WAWANCARA MENDALAM ( *IN DEPTH INTERVIEW* )

Nama Pewawancara	
Nama Pencatat	
Tanggal	
Tempat	
Media Pencatat	
Nama dan Identitas Informan	

#### I. Petunjuk Umum

1. Menyampaikan ucapan terimakasih kepada informan atas kesediaannya dan waktu yang telah diluangkan untuk diwawancarai.
2. Menjelaskan tentang Maksud dan tujuan wawancara.

#### II. Petunjuk Wawancara Mendalam

1. Wawancara dilakukan oleh peneliti, dan pencatatannya dilakukan oleh peneliti sendiri.
2. Informan bebas untuk menyampaikan pendapat, pengalaman, saran dan komentar.
3. Pendapat, saran dan komentar informan sangat bernilai.
4. Jawaban tidak ada yang benar dan salah karena wawancara ini untuk kepentingan penelitian.
5. Semua pendapat, pengalaman, saran dan komentar akan dijamin kerahasiaannya.
6. Menyampaikan kepada Informan bahwa wawancara ini akan direkam menggunakan telepon genggam untuk membantu ingatan pewawancara.

#### III. Pelaksanaan Wawancara

##### A. Perkenalan

1. Perkenalan dari pewawancara
2. Menjelaskan maksud dan tujuan wawancara kepada informan
3. Meminta kesediaan informan untuk diwawancarai

## **B. Pokok Bahasan**

1. Bagaimana menurut Bapak / Ibu pelaksanaan SPM di RSUD Kabupaten Bekasi sejak ditetapkan sampai saat ini?
2. Mohon Bapak / Ibu jelaskan, Bagaimana kelengkapan SOP pelayanan medis di instalasi rawat inap? Bagaimana pelaksanaannya?
3. Bagaimana kelengkapan SOP manajerial medis di instalasi rawat inap? Bagaimana pelaksanaannya?
4. Bagaimana dengan keadaan kuantitas / jumlah ketenagaan (SDM) di instalasi rawat inap?
5. Bagaimana dengan kegiatan pengembangan kompetensi SDM nya di instalasi rawat inap RSUD Kabupaten Bekasi?
6. Menurut Bapak / Ibu, bagaimana kelengkapan sarana dan prasarana pada instalasi rawat inap RSUD Kabupaten Bekasi?
7. Bagaimana pemeliharaan dari sarana dan prasarana di instalasi rawat inap?
8. Menurut Bapak / Ibu, permasalahan dan hambatan apa saja yang ditemui selama proses pelaksanaan SPM di rawat inap RSUD Kabupaten Bekasi?

TABEL MATRIKS HASIL *INDEPT INTERVIEW* TERHADAP INFORMAN

Lampiran 2

No	PERTANYAAN	INFORMAN 1	INFORMAN 2	INFORMAN 3	INFORMAN 4	INFORMAN 5
1	Bagaimana menurut Bapak / Ibu pelaksanaan SPM di RSUD Kabupaten Bekasi sejak ditetapkan sampai saat ini?	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pelaksanaannya belum baik.</li> <li>- Tahun 2011 sudah pernah dilakukan survey dari UI, hasilnya ada sebagian yang belum dilaksanakan.</li> <li>- Misalnya visite dokter spesialis ada yang belum standar, kadang baru 2 hari sekali baru visite. Setiap hari pasti ada dokter yang datang, tetapi hanya 1 orang, yang menangani rawat jalan sekaligus rawat inap dalam 1 hari.</li> <li>- Terapi Pasien TB juga belum sesuai DOT, tapi menurut versi dokter.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- SPM di keperawatan sudah berjalan tetapi belum berjalan dengan maksimal. Karena SPM ini berhubungan dengan pelayanan pada pasien.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mulai tahun 2010 mulai disosialisasikan, jadi baru 2 tahun. SPM ada target angka-angka tertentu, RSUD Kab Bekasi juga menetapkan target-target yang tiap tahun berbeda, ditingkatkan terus sampai mencapai angka persentase tertentu. Dimulai dari tahun 2011 sampai dengan 2015.</li> <li>- Survey yang telah dilakukan UI tahun 2011 hanya melakukan dari data sekunder. Sedangkan survey pengukuran langsung dari pengamatan belum dilakukan. Sesuai dengan target yang telah ditetapkan dalam SPM RSUD, tahun 2011 sudah tercapai. Tapi ada sedikit point yang belum terlaksana. Misalnya untuk rawat inap, kejadian infeksi pasca operasi, hasilnya bisa dicari, karena datanya ada, tapi untuk pencatatan dan pelaporan pasien TB rawat inap, belum pernah dilakukan. Juga pencatatan jam visite dokter spesialis, ini juga belum pernah dilakukan.</li> <li>- Sebagian ada yang belum bisa memasukkan data ke form SPM yang telah saya buat. 50% berjalan, 30% bingung, 20% tidak mengetahui.</li> <li>- Dalam memasukkan data untuk nominator dan denominator menurut saya ada perbedaan persepsi antara satu dengan yang lain. Mungkin</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pada tahun 2010 Persiapan SPM sejalan dengan persiapan akreditasi. Termasuk SOP juga dipersiapkan.</li> <li>- Karena RSUD juga mau menjadi BLUD, maka SPM juga harus diperispkan dan dilaksanakan.</li> <li>- Penilaian sudah kita lakukan, untuk menjaga independensi kita menyewa pihak lain untuk menilai pelaksanaan SPM kita.</li> <li>- Pelaksanaan SPM di Bagian Rawat Inap sudah berjalan, karena kita mempunyai SDM yang handal.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- SPM sudah mulai dilaksanakan. Sudah disurvei tahun 2011 oleh pihak ke 3 yang meliputi 5 bidang pelayanan. Dan kita akan mengadakan lagi survey oleh pihak ke 3 juga tahun 2012 ini pada semua bidang pelayanan.</li> </ul>

TABEL MATRIKS HASIL *INDEPT INTERVIEW* TERHADAP INFORMAN

				juga berbeda dengan yang saya masukkan. Jadi kita perlu narasumber yang bisa menjelaskan lebih detil dalam pengukuran SPM ini.		
2	Bagaimana kelengkapan SOP pelayanan medis di instalasi rawat inap? Bagaimana pelaksanaannya?	- Semua bagian sudah mempunyai SOP pelayanan dan manajerial, tetapi pelaksanaannya belum sesuai. Ya menurut dokternya.	- Pedoman atau SOP dari semua ruangan sudah ada. - Pelaksanaannya tergantung dari sarana dan prasarana. - Banyak yang tidak sesuai dengan SOP.	- SOP ada tiap SMF. Tapi untuk per instalasi belum ada. Dan ada juga SOP yang belum dibukukan. - Tiap SMF prinsipnya tidak ada masalah dengan SOP ya, jadi mereka aplikatif. Tapi ada beberapa SMF yang tidak sepakat atau tidak setuju dengan sebagian isi SOP itu, misalkan SMF paru atau SMF penyakit dalam. Padahal saat SOP itu diberikan ke mereka, mereka juga tanda tangan, tapi ternyata aplikasinya berbeda-beda sesuai dengan yang mereka dapatkan saat kuliah dulu.	- SOP ada semua, lengkap. Tetapi lemah dalam pengawasan dan monitoring. - SOP sudah dipersiapkan bersamaan dengan persiapan akreditasi sejak tahun 2010.	- SOP sudah ada di semua bagian. Beberapa saat yang lalu semua bagian membuat dan menetapkan SOP. Kemudian SOP inilah yang akan dipakai untuk pedoman dalam melakukan semua tindakan sehari-hari.
3	Bagaimana kelengkapan SOP manajerial medis di instalasi rawat inap? Bagaimana pelaksanaannya?	- SOP manajerial di rawat inap, semua sudah ada, lengkap. Tetapi ya itu, belum dilaksanakan dengan maksimal.		- SOP manajerial juga ada, tetapi pelaksanaannya kita belum pernah mengevaluasi.	SOP Manajerial juga ada, lengkap.	
4	Bagaimana dengan keadaan jumlah / kuantitas SDM di rawat inap?	- Saya kira SDM sudah memadai ya. Tetapi ya itu masih kurang jika dibandingkan dengan jumlah tempat tidur.	- SDM sudah sesuai dengan kebutuhan	- Dari segi jumlah, sekarang proporsi manajemen dan fungsional sama ya, tapi menurut saya di fungsional terutama perawat masih kekurangan tenaga.	- Ya karena mau diadakan gedung baru sebagai pengganti gedung rawat inap yang ada saat ini. Tempat tidur akan bertambah. Maka kita perlu tenaga baru, terutama di Rawat Inap. Usulan tenaga kita masukkan ke pemda.	- SDM saya kira sudah memenuhi ya, bahkan lebih dari cukup mengingat rumah sakit kita masih tipe C.
5	Bagaimana dengan kegiatan pengembangan kompetensi SDM nya?	- Perawat masih ada beberapa yang setingkat SPK. Tapi bisa dihitung, sedikit kok, tetapi mereka semua akan kita arahkan untuk meningkatkan kompetensinya dengan	- SDM di RSUD ini yang SPK msh ada, tetapi dapat dihitung, maksudnya ada tapi hanya sedikit.	- Dari segi kompetensi saya kira sudah memenuhi kompetensinya terutama di fungsional. Tetapi di manajemen tidak semuanya terpenuhi kompetensinya. Ada		- Untuk pengembangan kompetensi sudah kita anggar, dari kepegawaian. Koordinasi dengan komite keperawatan. Anggaran ini cukup besar dalam setahun ini,

TABEL MATRIKS HASIL *INDEPT INTERVIEW* TERHADAP INFORMAN

		pelatihan-pelatihan dan kita harapkan untuk melanjutkan kuliah, biar minimal D3.		beberapa bidang yang tenaganya tidak sesuai dengan bidangnya. - Tiap tahun kita sudah anggarkan untuk diklat, baik untuk fungsional maupun manajerial. - Tetapi anggaran kita juga terbatas, tetapi tidak semuanya pada tiap bagian ya, tiap tahun bergantian, tetapi pasti ada di tiap bagian.		dari tiap bagian diambil beberapa untuk pelatihan, kontribusinya ada tiap unit dalam setiap tahun. - Ada bimtek, bimbingan teknis.
6	Bagaimana kelengkapan sarana dan prasarana pada rawat inap?	- Prasarana sudah lengkap dan sudah sesuai standar, tetapi dari sisi pemeliharaan yang sangat kurang.	- Peralatan kurang maksimal. Ada, tetapi kurang lengkap.	- Untuk prasarana rawat inap dari sisi gedung, kurang sekali ya. Kita sudah ada 14 SMF dan dokter spesialis ada 25 orang tidak sebanding dengan tempat tidur yang kurang dari 100. - Untuk sarana, beberapa saat yang lalu kita pernah disurvey oleh depkes, kebetulan yang disurvey peralatan di bagian UGD, beberapa alat <i>life-saving</i> kita belum dapat, langsung saya usulkan. Begitu juga beberapa peralatan di bagian rawat inap ada juga yang belum tersedia.	- Masih sangat kurang menurut saya. Misalnya ada genteng yg bocor, WC mampet dll. - Ruang Operasi juga sudah pada bocor. Peralatan juga masih kurang.	- Kita akan membangun gedung baru, jadi akan banyak penambahan tempat tidur. Otomatis nantinya akan ada penambahan tenaga.
7	Bagaimana pemeliharaan sarana dan prasarana pada rawat inap?	- Banyak alat yang disimpan, tetapi jarang dipakai, dan kurang dirawat, sehingga sering sudah rusak. - Bangunan juga banyak yang bocor, sudah ada perbaikan, tetapi tidak lama kemudian sudah bocor lagi. - Alat-alat juga banyak yang hilang entah ke mana.			- Usaha pemeliharaan sudah ada tetapi konstruksi gedung rawat inap yang kurang bagus sehingga kerusakan terjadi terus.	- Di gedung yang sekarang masih dipakai banyak sarana dan prasarana yang rusak dan alat-alat yang sudah rusak. Dan, memang kurang terawat.
8	Menurut Bapak / Ibu, permasalahan apa saja yang ditemui selama proses pelaksanaan	- Menurut saya hambatannya ada pada sarana yang kurang memadai. - SPM perlu dibuatkan program komputerisasi yang	- Fasilitas ruangan yang ada dan sudah tidak memadai kurang dapat perbaikan. Misalnya ruangan yang bocor. Ada tempat tidur yang rusak.	- Karena SPM ini masih baru ya, maksudnya belum lama diaplikasikan di Rumah Sakit ini, tiap bagian belum bisa melaksanakan dengan	- Kelemahan kita adalah di monitoring, belum ada intensif monitoring. - Karena sarana dan prasarana masih kurang banyak kegiatan	- Kadang sering kita jumpai adalah kinerja yang kurang dari SDM. - Misalnya dari sisi dokter spesialis yang kurang sesuai

TABEL MATRIKS HASIL *INDEPT INTERVIEW* TERHADAP INFORMAN

<p>SPM di rawat inap RSUD Kabupaten Bekasi?</p>	<p>gampang, sehingga jika menghitung tinggal memasukkan saja angka-angka dan langsung keluar hasilnya. - Dari sisi SDM yang kurang cakap dalam menerapkan SPM. - Kurang kerjasamanya antara dokter-dokter dengan pihak manajemen.</p>	<p>- Tenaga perawat ada yang cuti, misalnya melahirkan, sekolah dll, terutama tenaga terlatih, itu sangat mempengaruhi kinerja.</p>	<p>maksimal. Sosialisasinya pun juga saya rasa belum maksimal. Karena masih banyak yang belum mengerti. Ada yang bilang sudah faham tetapi saat diaplikasikan, ternyata masih belum sesuai. Sosialisasi ke kepala ruangan, ternyata belum nyampai ke perawat yang ada di ruangan itu. - Untuk penyemangat mestinya ada anggaran khusus untuk insentif di rapat ruangan. Atau disediakan reward khusus untuk pelaksanaan SPM ini, agar SPM bisa berjalan dengan baik. - Alangkah lebih baik bila direktur yang membuka acara sosialisasi SPM ini, dan langsung diserahkan kepada kepala ruangan atau yang bertanggung jawab, sehingga ada rasa tanggung jawab dalam dirinya, sehingga mereka melakukannya dengan sungguh-sungguh.</p>	<p>yang tidak berjalan. Misalnya operasi SC jarang dilakukan hari minggu. Sehingga jika ada kasus operasi kegawatan, ya dirujuk. - Tenaga SDM yang diberikan penda sering tidak sesuai dengan permintaan kita. Misalnya kita minta dokter yang dikasih perawat, yang diminta perawat umum, yang dikasih perawat gigi. - Penilaian SPM selama ini hanya dari data sekunder saja. Sedangkan penilaian secara observasi / pengamatan langsung belum dilaksanakan.</p>	<p>waktu visitenya. - Komunikasi yang kurang baik antara pihak manajemen dan fungsional, dan ini yang akan kita perbaiki ke depannya. - Sarana dan prasarana yang kurang memadai.</p>
---	---	---	--	--	---

TABEL MATRIKS HASIL *INDEPT INTERVIEW* TERHADAP INFORMAN

No	PERTANYAAN	INFORMAN 6	INFORMAN 7	INFORMAN 8	INFORMAN 9	INFORMAN 10
1	Bagaimana menurut Bapak / Ibu pelaksanaan SPM di RSUD Kabupaten Bekasi sejak ditetapkan sampai saat ini?	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sebelum ditetapkan oleh Bupati itu, kita sebenarnya sudah memakai SPM itu sebagai alat evaluasi kita pada saat rapat evaluasi. Evaluasi selalu kita lakukan 2 x dalam setahun.</li> <li>- Yang belum berjalan benar adalah SPM di tingkat manajemen, belum semua tahu.</li> <li>- Secara umum pelaksanaannya belum berjalan dengan maksimal. Tapi dalam perencanaan anggaran kita selalu mengingatkan, tolong prioritas pada pencapaian target SPM, terutama yang belum terlaksana.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- SPM di pelayanan sudah berjalan, tapi evaluasinya yang belum berjalan, misalnya di bagian pendaftaran seharusnya di bawah 10 menit, kita sudah melakukannya bahkan dalam 5 menit.</li> <li>- SPM sudah dilakukan tetapi kita belum mengerti apa itu SPM dan evaluasinya.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sosialisasi sudah ada, pelaksanaannya masih belum maksimal.</li> <li>- Dari bagian pelayanan sudah dilakukan pengukuran-pengukuran dan hasilnya setiap tahun dipresentasikan.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sosialisasi dimulai tahun 2010, sudah tiga kali, dan sejak saat itu SPM sudah dilaksanakan.</li> <li>- Menurut saya dari pihak manajemen sudah berusaha agar SPM bisa dilaksanakan, tetapi belum maksimal.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Secara global pelaksanaannya belum totally, dilihat dari hasil pelaksanaannya belum tergambarkan secara baik.</li> <li>- Dari manajemen belum total memantau pelaksanaan SPM itu sendiri.</li> <li>- Soialisasi sudah, tetapi SPM belum tersampaikan pada sasaran dengan baik.</li> </ul>
2	Bagaimana kelengkapan SOP pelayanan medis di instalasi rawat inap? Bagaimana pelaksanaannya?	<ul style="list-style-type: none"> <li>- SOP di pelayanan rawat inap sudah ada. Mestinya sudah dilaksanakan.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- SOP pasti sudah ada, pelaksanaannya sekedar pelaksanaan saja.</li> <li>- Sudah pernah ada survay pelaksanaan SOP tetapi hasilnya belum berjalan dengan baik.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Untuk SOP di rawat inap ada SOP rumah sakit, ada SOP keperawatan. SOP keperawatan untuk tiap ruangan kita sudah punya. Berkasnya sudah ada tetapi pelaksanaannya mungkin ada yang belum sesuai.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- SOP keperawatan sudah ada di tiap ruangan. Kita juga sudah ada komite keperawatan, yang menyusun SOP keperawatan.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sudah ada.</li> <li>- Tapi aplikasi belum sesuai. Dibaca aja kadang belum, apalagi aplikasinya.</li> </ul>
3	Bagaimana kelengkapan SOP manajerial di rawat inap? Dan pelaksanaannya?	<ul style="list-style-type: none"> <li>- SOP manajerial medis itu ada, tetapi banyak yang tidak sesuai dalam pelaksanaannya</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>- SOP manajerial di Rawat inap juga ada.</li> </ul>		
4	Bagaimana dengan kuantitas SDM di rawat inap?			<ul style="list-style-type: none"> <li>- Dari sisi jumlah sudah cukup.</li> <li>- Dari sisi SDM secara standar kita sudah ada. Misalnya di rawat inap, jumlah perawat sudah cukup. Tetapi di bagian administrasi rawat inap yang mengerjakan perawat itu juga, jadi masih merangkap. Jadi ada beberapa tugas keperawatan yang</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Jumlah SDM terutama perawat menurut rumus depkes sudah memenuhi ya, tetapi akan kurang jika ada yang cuti atau ada kegiatan di luar misalnya pelatihan-pelatihan.</li> </ul>	

TABEL MATRIKS HASIL *INDEPT INTERVIEW* TERHADAP INFORMAN

				terlupakan.		
5	Bagaimana dengan kegiatan pengembangan kompetensi SDM nya?	- Kita mengikuti Permenkes Nomer 582, di sana disebutkan bahwa dari pendapatan rumah sakit, 94% untuk jasa pelayanan, 1% untuk pembinaan, 5% untuk peningkatan SDM. Jadi selalu ada anggaran untuk peningkatan kompetensi.	- Pengembangan sudah ada, dengan pelatihan <i>service excellent</i> yang pernah dilakukan. - Sekarang sudah ada uji kompetensi, semua perawat harus D3 nah ini sudah berjalan. Jika ada yang mau masuk ke pelayanan gawat darurat misalnya, mereka sudah harus punya sertifikat PPGD.	- Untuk kompetensinya, karena kita ada supervisor nya maka untuk pengembangan SDM terutama perawat bisa berjalan dengan baik. Semua sudah diatur. Ada diklat-diklat.	- Hampir semua perawat di rawat inap sudah D3, tetapi memang ada beberapa yang belum di rawat jalan.	- Ada tenaga PNS dan non PNS. Untuk peningkatan kompetensi bagi PNS sudah ada anggarannya, tetapi bagi tenaga non PNS msh agak susah dalam hal anggarannya, tetapi ada anggarannya, tetapi tidak seperti anggaran untuk yang PNS. - Ada Inhouse training. - SDM memang dalam penerimaan kurang selektif. Sehingga perlu diadakan pembinaan-pembinaan, karena banyak tenaga yang diterima kurang terampil. Kadang tidak sesuai bidangnya. - Ada Rolling bagi perawat. - Untuk tahun-tahun mendatang ada spesialisasi perawat untuk rawat inap, misal spesialisasi di bagian anak.
6	Bagaimana kelengkapan sarana dan prasarana pada rawat inap?		- Kalo dulu peralatan di rawat inap ada yang belum lengkap, misalnya alat nebulisasi pada pasien sesak nafas masih pinjam di UGD. Tapi sekarang sudah ada di ruang anak dan ruang paru. Jadi sekarang sudah memadai.	- Peralatan kita sudah lengkap.	- Untuk sarana dan prasarana dan peralatan di rawat inap masih ada beberapa yang kurang, belum memenuhi standar.	- Masih ada beberapa peralatan yang belum ready di ruangan. Misalnya alat EKG di ruangan tidak ada, sehingga harus pinjam ke ruangan lain.
7	Bagaimana pemeliharaan sarana dan prasarana pada rawat inap?			- Kita paling lemah di pemeliharaan. Alat-alat kita sudah lengkap tetapi jika ada yang rusak, ya sudah rusak. Atau ada alat yang hilang, kita beli lagi yang baru lagi.	- Kita sudah berusaha untuk melengkapinya, tetapi kendala di ruangan adalah inventarisasinya dan tanggung jawabnya yang kurang. Kita beri alat, namun beberapa bulan kemudian rusak, atau hilang.	- Atau alatnya ada tetapi rusak atau tidak bisa dipakai.
8	Menurut Bapak / Ibu, permasalahan	- Pelaksanaannya ada yang peduli dan ada yang tidak	- Lebih banyak di anggaran. Kita mengajukan Diklat,	- Hambatan kita adalah sistem kontrol yang kurang.	- Sosialisasinya yang kurang intensif, dan kadang tidak	- Belum adanya kesungguhan untuk pemantauan pelaksanaan

TABEL MATRIKS HASIL *INDEPT INTERVIEW* TERHADAP INFORMAN

<p>apa saja yang ditemui selama proses pelaksanaan SPM di rawat inap RSUD Kabupaten Bekasi?</p>	<p>peduli dengan SPM dan capaiannya. Tapi saat kita latih mereka akan lebih care.          - SPM belum melekat pada SDM di rumah sakit ini.          Seharusnya SPM itu melekat dalam diri mereka, maksudnya seharusnya sudah otomatis mereka melaksanakan SPM itu, karena itu adalah target yang mereka lakukan sehari-hari. Semua karu sebenarnya tahu persis mengenai SPM tetapi ya tadi belum melekat.</p>	<p>tetapi dibatasi karena anggaran yang terbatas.          - Sarana prasarana kita punya tetapi masih kurang di <i>maintenance</i> atau pemeliharaan. Misalnya alatnya ada, karena jarang dipakai, pada saat akan digunakan ternyata <i>error</i>, atau sudah tidak berfungsi lagi. Anggaran pemeliharaan ada tetapi pelaksanaan di lapangan yang kurang.          - Kualitas SDM yang masih kurang, dari sisi mental, ada beberapa bahan atau alat yang tidak cocok antara stok dan laporan pemakaian.          - ada beberapa visite dokter jam 8 malam, pernah juga jam 4 sore          - Dari sisi pengawasan juga lemah.          - Jangan sampai SPM ini hanya di atas kertas saja, tetapi juga harus dilaksanakan dengan baik.</p>	<p>Terutama dari manajemen kurang turun ke lapangan. Sehingga keluhan dari bawah jarang sampai ke atas.          - Evaluasi dan kontroling ada tiap bulan tetapi sering karena ada acara, evaluasi sering diundur.</p>	<p>sampai ke tingkat bawah, jika perlu agar diadakan pelatihan khusus SPM.          - Pemenuhan sarana dan prasarana yang kurang memadai, waktunya lama dan kadang barang yang datang tidak sesuai dengan yang kita minta.          - Kurangnya kerjasama semua bagian, ada bagian yang kerja keras untuk memenuhi SPM tetapi ada bagian lain yang kurang mendukung.</p>	<p>SPM ini baik dari pihak manajemen maupun pihak pelaksana teknis.          - Pemahaman dari semua tenaga di Rawat inap belum semua mengerti.</p>
---	--	---	--	--	--

TABEL MATRIKS HASIL *INDEPT INTERVIEW* TERHADAP INFORMAN

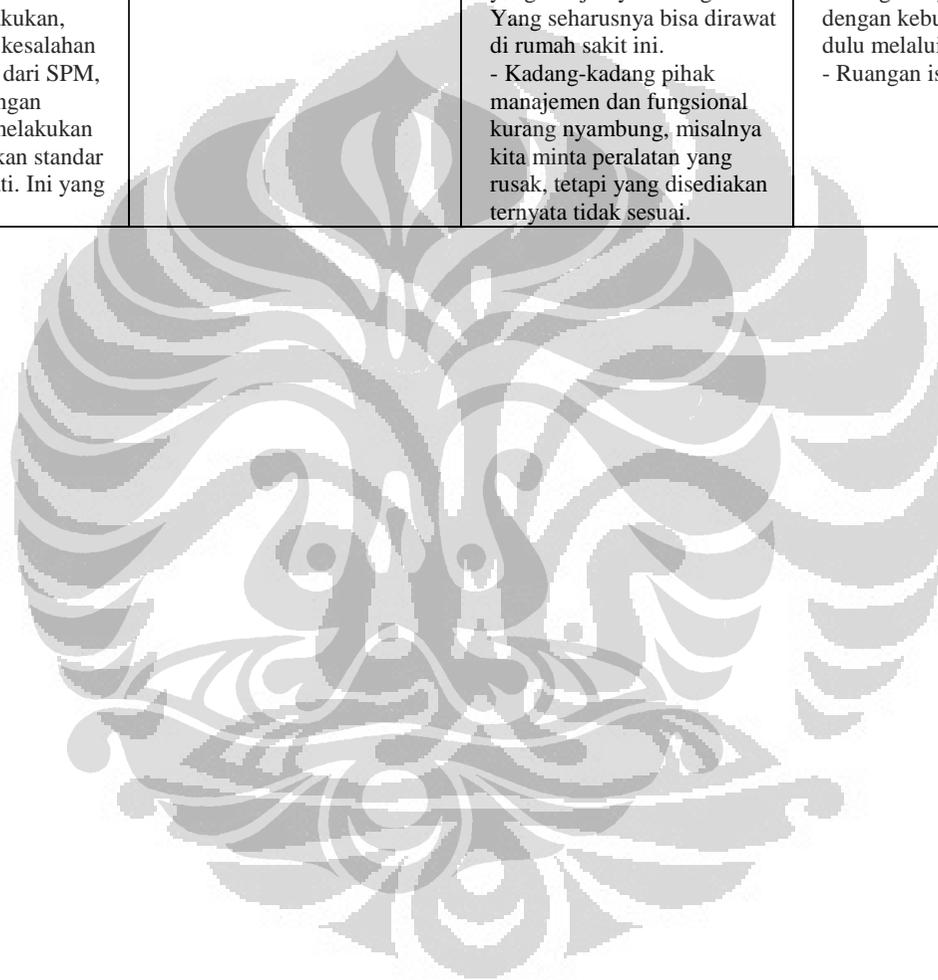
No	PERTANYAAN	INFORMAN 11	INFORMAN 12	INFORMAN 13	INFORMAN 14	INFORMAN 15
1	Bagaimana menurut Bapak / Ibu pelaksanaan SPM di RSUD Kabupaten Bekasi sejak ditetapkan sampai saat ini?	- Dalam memberikan pelayanan kami kepada pasien harus sesuai dengan SPM. Dan menurut saya kita sudah memberikan pelayanan sesuai dengan SPM, karena kami profesional. Dan alhamdulillah selama ini tidak ada tindakan yang malpraktik atau menyimpang. Jadi menurut saya pelaksanaan SPM sudah berjalan.	- Menurut saya SPM di rumah sakit ini belum berjalan. SPM itu kan standar minimal, jadi minimalnya saja masih belum dilaksanakan dengan baik, bagaimana bisa berjalan yang maksimalnya?	- Pelaksanaan SPM sudah cukup ya. Maksudnya sudah berjalan dengan baik.	- SPM sudah sering disosialisasikan dan sudah mulai dilaksanakan, tetapi belum maksimal. Sudah beberapa kali sosialisasi kepada kepala ruang, lalu sudah ada juga evaluasi. - Sosialisasi memang tidak disampaikan langsung kepada seluruh tenaga yang ada di ruangan, tetapi berjenjang, kepada kepala ruangan, kemudian kepala ruangan menyampaikannya kepada semua yang ada di ruangan tsb. - Evaluasi juga sudah pernah diadakan dan sudah disampaikan hasil evaluasinya.	- SPM secara umum belum berjalan maksimal. Terbentur dengan masalah SDM, dan prasarana.
2	Bagaimana kelengkapan SOP pelayanan medis di instalasi rawat inap? Bagaimana pelaksanaannya?	- SOP itu ada. - Ya pasti dilaksanakan, walaupun ada beberapa hal yang tidak sesuai SOP. - SOP itu setiap saat bisa berubah sesuai dengan perkembangan keilmuan yang ada. Tetapi sampai saat ini belum ada revisi atau perbaikan sejak rumah sakit ini berdiri.	- SOP sudah ada dan banyak yang tidak sesuai dengan SOP.	- SOP ada di bagian ini (rawat inap). - Pelaksanaannya belum maksimal ya. - Pasien datang mestinya langsung dilakukan tindakan sesuai SOP, tetapi gak diapa-apakan, misalnya pasien yang gawat mestinya langsung mendapatkan tindakan pertolongan darurat, tapi sering tidak segera dilakukan tindakan, artinya ya tidak sesuai dengan standar.	- SOP sudah ada, tetapi masih memakai yang pertama ditetapkan dan belum pernah ada revisi. - Dalam pelaksanaannya belum semua tindakan berpedoman pada SOP.	- SOP dulu sudah ada, sudah lengkap. Tetapi belum kita terapkan, jadi kita bekerja kebanyakan belum sesuai / berdasarkan SOP.
3	Bagaimana kelengkapan SOP manajerial medis di rawat inap? Pelaksanaannya?	- SOP Manajerial pasti ada. - Belum semua bisa terlaksana sesuai harapan	- Ada, lengkap		- Pada rawat inap, semua saya lihat sudah ada SOP. Baik SOP Pelayanan maupun SOP manajerial.	
4	Bagaimana dengan keadaan jumlah / kuantitas SDM di	- Kalau dilihat dari jumlah dokter yang ada saya kira sudah cukup, sesuai dengan	- SDM kurang ya dari segi jumlah, kemampuan dan ketrampilannya.	- SDM sudah cukup saya kira.	- Dari segi jumlah ada rumus dari PPNI, saya hitung masih kurang dihitung dari bed yang	- Jika dihitung secara manajerial sesuai BOR jumlah kita masih kurang.

TABEL MATRIKS HASIL *INDEPT INTERVIEW* TERHADAP INFORMAN

	rawat inap?	kelas Rumah Sakit kita. Jika nanti Rumah sakit kita naik kelas ya mestinya nanti ada penambahan jumlah pelayanan beserta tenaganya. - Untuk perawat dari segi jumlah sudah banyak, tetapi untuk perawat yang mahir kita masih kurang.			ada. Misalnya di ruangan saya masih kurang 2 orang perawat. - Kalo tenaga dokter sudah memadai, setiap hari ada visite.	Karena kebanyakan ketergantungan pasien saya ini adalah cenderung total care. - Dengan adanya penambahan tenaga perawat baru, ada beberapa yang “kaget”, karena mereka sebelumnya bekerja di puskesmas. Ada yang lulusan baru.
5	Bagaimana dengan kegiatan pengembangan kompetensi SDM nya?		- Ya pasti itu harus ada, karena saya melihat SDM yang kurang tadi itu. Kalau tidak diadakan pengembangan kompetensi ya rumah sakit tidak akan maju.	- Pengembangan tenaga SDM pasti ada.	- Sebagian besar perawat sudah D3, ada yang SPK tetapi sedang lanjutkan kuliah saat ini.	- Di ruangan saya SPK masih ada 4 orang. Dari total 17 orang. - Kita di sini bekerja dalam satu Tim, ada perawat dan dokter. Kita saling bekerja sama.
6	Bagaimana kelengkapan sarana dan prasarana pada rawat inap?	- Jika diprosentasikan kelengkapan sarana dan prasarana kita sekitar 60%. Misalnya di bagian cardiolog, ada treadmill tetapi tidak bisa difungsikan. Di bagian Radiologi, mestinya kita seharusnya sudah punya CT-Scan, karena melihat Kabupaten Bekasi yang strategis. Alat hemodialisa kita juga belum punya.	- Rumah sakit ini masih kurang sarana nya.	- Sarana prasarana masih kurang..	- Saat ini Rumah sakit sudah mulai peduli, penyediaan alat medis habis pakai sudah sesuai dengan permintaan yang kita ajukan. Tetapi ada juga yang tidak sesuai.	- Peralatan kita belum lengkap. Misalnya yang sederhana saja, whiteboard untuk menamai pasien saja kita gak punya. Dulu ada tetapi sekarang pada rusak dan belum diganti. - Penghalang tempat tidur pasien juga banyak yang tidak ada, sehingga ada beberapa kejadian pasien jatuh dari tempat tidur.
7	Bagaimana pemeliharaan sarana dan prasarana pada rawat inap?	- Mengenai perawatan dan pemeliharaan sarana dan prasarana saya lihat hampir tidak ada atau tidak terawat. Sebenarnya SOP pemeliharaan ada, tapi tidak dilaksanakan.		- Pemeliharaannya pun juga kurang	- Peralatan sering tidak terkontrol dengan baik, karena pemeliharaan yang kurang.	- Kita punya SDM khusus untuk pemeliharaan, ada pengontrol dan pencatat
8	Menurut Bapak / Ibu, permasalahan apa saja yang ditemui selama proses pelaksanaan SPM di rawat inap RSUD Kabupaten	- Hambatan yang utama adalah SDM, kalau SDM nya bagus maka kinerjanya juga akan bagus. - Yang kedua adalah komitmen, semua elemen harus komitmen untuk	- Rumah sakit ini masih kurang profesional ya. Sudah semestinya dibenahi manajemen keuangannya. Tidak seperti saat ini. Standar Kesejahteraan Dokter masih sangat kurang.	- Menurut saya hambatannya dari sisi SDM ya. Banyak perawat yang kurang terampil. - Indikator rumah sakit yang bagus kan dilihat seberapa banyak kita merujuk pasien.	- Pelaksanaan monitoring dan pengawasan dari manajemen yang kurang dalam pelaksanaan SPM. - Sarana prasarana ada yang belum bisa diadakan dengan baik oleh pihak rumah sakit.	- Sosialisasi saya kira masih perlu diadakan lagi. Terutama teman-teman yang baru agar tahu lebih dalam. - Kita masih kekurangan tenaga, karena sering kita kewalahan pada saat banyak

TABEL MATRIKS HASIL *INDEPT INTERVIEW* TERHADAP INFORMAN

Bekasi?	melaksanakan SPM dengan sungguh-sungguh. - Masih banyak dilakukan kesalahan yang dilakukan, karena kita melihat kesalahan itu dasarnya adalah dari SPM, jika tidak sesuai dengan standar ya artinya melakukan kesalahan berdasarkan standar yang telah disepakati. Ini yang perlu dibenahi.		Kita terlalu banyak merujuk pasien, kalau banyak pasien yang dirujuk ya kurang baik. Yang seharusnya bisa dirawat di rumah sakit ini. - Kadang-kadang pihak manajemen dan fungsional kurang nyambung, misalnya kita minta peralatan yang rusak, tetapi yang disediakan ternyata tidak sesuai.	- Mengenai peralatan yang ada dalam hal penyediaan kadang ada yang tidak sesuai dengan kebutuhan, biasanya dulu melalui tender sih. - Ruang isolasi kurang.	pasien yang memerlukan total care. - Mengenai patient safety juga mesti ditingkatkan lagi ya, pernah kejadian pasien tertimpa tabung oksigen.
---------	--	--	--	--	--





**MENTERI KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA  
NOMOR : 129/Menkes/SK/II/2008**

**TENTANG**

**STANDAR PELAYANAN MINIMAL RUMAH SAKIT**

**MENTERI KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA**

- Menimbang :
- a. bahwa dengan berlakunya Otonomi Daerah, maka kesehatan merupakan salah satu bidang pemerintah yang wajib dilaksanakan oleh Kabupaten/Kota. Hal ini berarti bahwa Pemerintah Kabupaten/Kota bertanggung jawab sepenuhnya dalam penyelenggaraan pembangunan kesehatan untuk meningkatkan derajat kesehatan masyarakat diwilayahnya;
  - b. bahwa Rumah Sakit sebagai salah satu sarana kesehatan yang memberikan pelayanan kesehatan kepada masyarakat memiliki peran yang sangat strategis dalam mempercepat peningkatan derajat kesehatan masyarakat. Oleh karena itu Rumah Sakit dituntut untuk memberikan pelayanan yang bermutu sesuai dengan standar yang ditetapkan dan dapat menjangkau seluruh lapisan masyarakat;
  - c. dengan diterbitkannya Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 1457/Menkes/SK/X/2003 tentang Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan di Kabupaten/Kota dan Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 65 Tahun 2005 tentang Pedoman Penyusunan dan Penerapan Standar Pelayanan Minimal, maka perlu ditindaklanjuti dengan penyusunan standar pelayanan minimal Rumah Sakit yang wajib dimiliki oleh Rumah Sakit.
  - d. Bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana dimaksud huruf a, b, dan c di atas diperlukan Suatu Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit yang ditetapkan dengan Keputusan Menteri Kesehatan.

- Mengingat :
1. Undang-Undang Nomor 23 tahun 1992 tentang Kesehatan (lembaran negara RI Tahun 1992 Nomor 100, Tambahan Lembaran Negara Nomor 3495);
  2. Undang-Undang Nomor 17 tahun 2003 tentang Keuangan Negara (Lembaran Negara RI Tahun 2003 Nomor 47, Tambahan Lembaran Negara Nomor 4286);
  3. Undang-Undang Nomor 1 tahun 2004 tentang Perbendaharaan Negara (Lembaran Negara RI Tahun 2004 Nomor 5, Tambahan Lembaran Negara Nomor 4355);
  4. Undang-Undang Nomor 15 tahun 2004 tentang Pemeriksaan Pengelolaan dan Tanggung Jawab Keuangan Negara (Lembaran Negara RI Tahun 2004 Nomor 66, Tambahan Lembaran Negara Nomor 4400);
  5. Undang-Undang Nomor 33 tahun 2004 tentang Perimbangan Keuangan antara Pemerintah Pusat dan Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara RI Tahun 2004 Nomor 126, Tambahan Lembaran Negara Nomor 4438);

6. Peraturan Pemerintah Nomor 23 Tahun 2005 tentang Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2005 Nomor 48, Tambahan Lembaran Negara Nomor 4502);
7. Peraturan Pemerintah Nomor 58 Tahun 2005 tentang Pengelolaan Keuangan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2005 Nomor 140, Tambahan Lembaran Negara Nomor 4578);
8. Peraturan Pemerintah Nomor 65 Tahun 2005 tentang Pedoman Penyusunan dan Penerapan Standar Pelayanan Minimal (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2005 Nomor 150, Tambahan Lembaran Negara Nomor 4585);
9. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 159b/Menkes/SK/Per/II/1988 tentang Rumah Sakit;
10. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 749a/Menkes/SK/Per/XII/1989 tentang Rekam Medis / Medical Report;
11. Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 1575/Menkes/SK/Per/II/2005 tentang Organisasi dan Tata Kerja Departemen Kesehatan Republik Indonesia.

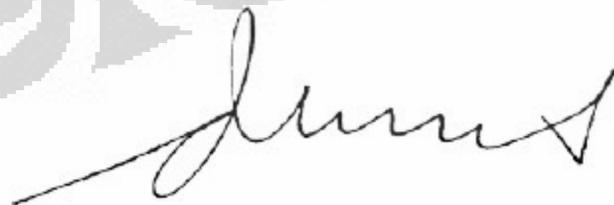
**MEMUTUSKAN :**

**Menetapkan :**

- Kesatu** : **KEPUTUSAN MENTERI KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA TENTANG STANDAR PELAYANAN MINIMAL RUMAH SAKIT**
- Kedua** : Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit sebagaimana tercantum dalam lampiran ini.
- Ketiga** : Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit sebagaimana dimaksud pada Diktum Kedua agar digunakan sebagai pedoman bagi Rumah Sakit dalam menjamin pelaksanaan pelayanan kesehatan.
- Keempat** : Setiap Rumah Sakit agar menyesuaikan dengan Standar Pelayanan Minimal ini dalam waktu 2 (dua) tahun sejak Keputusan ini ditetapkan.
- Kelima** : Keputusan ini berlaku sejak tanggal ditetapkan.

Ditetapkan di : J a k a r t a  
Pada tanggal : 6 Februari 2008

**MENTERI KESEHATAN RI,**



**DR. Dr. Siti Fadilah Supari, Sp.JP(K)**

NO.	JENIS PELAYANAN	INDIKATOR	STANDAR
3.	Rawat Inap	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pemberi pelayanan di Rawat Inap</li> <li>2. Dokter penanggung jawab pasien rawat inap</li> <li>3. Ketersediaan Pelayanan Rawat Inap</li> <li>4. Jam Visite Dokter Spesialis</li> <li>5. Kejadian infeksi pasca operasi</li> <li>6. Kejadian Infeksi Nosokomial</li> <li>7. Tidak adanya kejadian pasien jatuh yang berakibat kecacatan / kematian</li> <li>8. Kematian pasien &gt; 48 jam</li> <li>9. Kejadian pulang paksa</li> <li>10. Kepuasan pelanggan</li> <li>11. Rawat Inap TB               <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Penegakan diagnosis TB melalui pemeriksaan mikroskopis TB</li> <li>b. Terlaksananya kegiatan pencatatan dan pelaporan TB di Rumah Sakit</li> </ol> </li> <li>12. Ketersediaan pelayanan rawat inap di rumah sakit yang memberikan pelayanan jiwa</li> <li>13. Tidak adanya kejadian kematian pasien gangguan jiwa karena bunuh diri</li> <li>14. Kejadian re-admission pasien gangguan jiwa dalam waktu ≤ 1 bulan</li> <li>15. Lama hari perawatan Pasien gangguan jiwa</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. a. Dr. Spesialis b. Perawat minimal pendidikan D3</li> <li>2. 100 %</li> <li>3. a. Anak b. Penyakit Dalam c. Kebidanan d. Bedah</li> <li>4. 08.00 s/d 14.00 setiap hari kerja</li> <li>5. ≤ 1,5 %</li> <li>6. ≤ 1,5 %</li> <li>7. 100 %</li> <li>8. ≤ 0.24 %</li> <li>9. ≤ 5 %</li> <li>10. ≥ 90 %</li> <li>11.               <ol style="list-style-type: none"> <li>a. ≥ 60 %</li> <li>b. ≥ 60 %</li> </ol> </li> <li>12. NAPZA, Gangguan Psikotik, Gangguan Nerotik, dan Gangguan Mental Organik</li> <li>13. 100 %</li> <li>14. 100 %</li> <li>15. ≤ 6 minggu</li> </ol>

### III. PELAYANAN RAWAT INAP

#### 1. Pemberi pelayanan rawat inap

Judul	<b>Pemberi pelayanan rawat inap</b>
Dimensi Mutu	Kompetensi teknis
Tujuan	Tersedianya pelayanan rawat inap oleh tenaga yang kompeten
Definisi Operasional	Pemberi pelayanan rawat inap adalah dokter dan tenaga perawat yang kompeten (minimal D3)
Frekuensi Pengumpulan Data	6 bulan
Periode Analisa	6 bulan
Numerator	Jumlah tenaga dokter dan perawat yang memberi pelayanan diruang rawat inap yang sesuai dengan ketentuan
Denominator	Jumlah seluruh tenaga dokter dan perawat yang bertugas di rawat inap
Sumber Data	Kepegawaian
Standar	100 %
Penanggung jawab Pengumpulan data	Kepala Instalasi rawat inap

#### 2. Dokter penanggung jawab pasien rawat inap

Judul	<b>Dokter penanggung jawab pasien rawat inap</b>
Dimensi Mutu	Kompetensi teknis, kesinambungan pelayanan
Tujuan	Tersedianya pelayanan rawat inap yang terkoordinasi untuk menjamin kesinambungan pelayanan
Definisi Operasional	Penanggung jawab rawat inap adalah dokter yang mengkoordinasikan kegiatan pelayanan rawat inap sesuai kebutuhan pasien
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah pasien dalam satu bulan yang mempunyai dokter sebagai penanggung jawab
Denominator	Jumlah seluruh pasien rawat inap dalam satu bulan
Sumber Data	Rekam medik
Standar	100 %
Penanggung jawab Pengumpulan data	Kepala Instalasi rawat inap

#### 3. Ketersediaan pelayanan rawat inap

Judul	<b>Ketersediaan pelayanan rawat inap</b>
Dimensi Mutu	Akses
Tujuan	Tersedianya jenis pelayanan rawat inap yang minimal harus ada di rumah sakit
Definisi Operasional	Pelayanan rawat inap adalah pelayanan rumah sakit yang diberikan tirah baring di rumah sakit. Untuk rumah sakit khusus disesuaikan dengan spesifikasi rumah sakit tsb.
Frekuensi Pengumpulan Data	3 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jenis – jenis pelayanan rawat inap spesialistik yang ada (kualitatif)
Denominator	Tidak ada
Sumber Data	Register rawat inap
Standar	Minimal kesehatan anak, penyakit dalam, kebidanan dan bedah (kecuali rumah sakit khusus disesuaikan dengan spesifikasi rumah sakit tsb)
Penanggung jawab Pengumpulan data	Kepala Instalasi rawat inap

#### 4. Jam visite dokter spesialis

Judul	<b>Jam visite dokter spesialis</b>
Dimensi Mutu	Akses, kesinambungan pelayanan
Tujuan	Tergambarnya kepedulian tenaga medis terhadap ketepatan waktu pemberian pelayanan
Definisi Operasional	Visite dokter spesialis adalah kunjungan dokter spesialis setiap hari kerja sesuai dengan ketentuan waktu kepada setiap pasien yang menjadi tanggungjawabnya, yang dilakukan antara jam 08.00 sampai dengan 14.00
Frekuensi Pengumpulan Data	tiap bulan
Periode Analisa	Tiap tiga bulan
Numerator	Jumlah visite dokter spesialis antara jam 08.00 sampai dengan 14.00 yang disurvei
Denominator	Jumlah pelaksanaan visite dokter spesialis yang disurvei
Sumber Data	Survey
Standar	100 %
Penanggung jawab Pengumpulan data	Kepala Instalasi rawat inap/Komite medik/Panitia mutu

#### 5. Kejadian infeksi pasca operasi

Judul	<b>Kejadian infeksi pasca operasi</b>
Dimensi Mutu	Keselamatan, kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya pelaksanaan operasi dan perawatan pasca operasi yang bersih sesuai standar
Definisi Operasional	Infeksi pasca operasi adalah adanya infeksi nosokomial pada semua kategori luka sayatan operasi bersih yang dilaksanakan di rumah sakit yang ditandai oleh rasa panas (kolor), kemerahan (color), pengerasan (tumor) dan keluarannya nanah (pus) dalam waktu lebih dari 3 x 24 jam
Frekuensi Pengumpulan Data	tiap bulan
Periode Analisa	tiap bulan
Numerator	Jumlah pasien yang mengalami infeksi pasca operasi dalam satu bulan
Denominator	Jumlah seluruh pasien yang dalam satu bulan
Sumber Data	Rekam medis
Standar	≤ 1,5 %
Penanggung jawab Pengumpulan data	Ketua komite medik/komite mutu/tim mutu

#### 6. Angka kejadian infeksi nosokomial

Judul	<b>Angka kejadian infeksi nosokomial</b>
Dimensi Mutu	Keselamatan pasien
Tujuan	Mengetahui hasil pengendalian infeksi nosokomial rumah sakit
Definisi Operasional	Infeksi nosokomial adalah infeksi yang dialami oleh pasien yang diperoleh selama dirawat di rumah sakit yang meliputi dekubitus, flebitis, sepsis, dan infeksi luka operasi
Frekuensi Pengumpulan Data	tiap bulan
Periode Analisa	tiap tiga bulan
Numerator	Jumlah pasien rawat inap yang terkena infeksi nosokomial dalam satu bulan
Denominator	Jumlah pasien rawat inap dalam satu bulan
Sumber Data	Survei, laporan infeksi nosokomial
Standar	≤ 1,5 %
Penanggung jawab Pengumpulan data	Kepala instalasi rawat inap/komite medik/panitia mutu

**7. Tidak adanya kejadian pasien jatuh yang berakibat kecacatan/kematian**

Judul	<b>Tidak adanya kejadian pasien jatuh yang berakibat kecacatan/kematian</b>
Dimensi Mutu	Keselamatan pasien
Tujuan	Tergambarnya pelayanan keperawatan yang aman bagi pasien
Definisi Operasional	Kejadian pasien jatuh adalah kejadian pasien jatuh selama dirawat baik akibat jatuh dari tempat tidur, di kamar mandi, dsb, yang berakibat kecacatan atau kematian
Frekuensi Pengumpulan Data	tiap bulan
Periode Analisa	tiap bulan
Numerator	Jumlah pasien dirawat dalam bulan tersebut dikurangi jumlah pasien yang jatuh dan berakibat kecacatan atau kematian
Denominator	Jumlah pasien dirawat dalam bulan tersebut
Sumber Data	Rekam medis, laporan keselamatan pasien
Standar	100 %
Penanggung jawab Pengumpulan data	Kepala instalasi rawat inap

**8. Kematian Pasien > 48 Jam**

Judul	<b>Kematian Pasien &gt; 48 Jam</b>
Dimensi Mutu	Keselamatan dan Efektifitas
Tujuan	Tergambarnya pelayanan pasien rawat inap di rumah sakit yang aman dan efektif
Definisi Operasional	Kematian pasien > 48 jam adalah kematian yang terjadi sesudah periode 48 jam setelah pasien rawat inap masuk rumah sakit
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	1 bulan
Numerator	Jumlah kejadian kematian pasien rawat inap > 48 jam dalam satu bulan
Denominator	Jumlah seluruh pasien rawat inap dalam satu bulan
Sumber Data	Rekam Medis
Standar	$\leq 0,24\%$ $\leq 2,4/1000$ (internasional) (NDR $\leq 25/1000$ , Indonesia)
Penanggung jawab Pengumpulan data	Ketua komite mutu/tim mutu

**9. Kejadian pulang paksa**

Judul	<b>Kejadian pulang paksa</b>
Dimensi Mutu	Efektifitas, kesinambungan pelayanan
Tujuan	Tergambarnya penilaian pasien terhadap efektifitas pelayanan rumah sakit
Definisi Operasional	Pulang paksa adalah pulang atas permintaan pasien atau keluarga pasien sebelum diputuskan boleh pulang oleh dokter
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah pasien pulang paksa dalam satu bulan
Denominator	Jumlah seluruh pasien yang dirawat dalam satu bulan
Sumber Data	Rekam Medis
Standar	$\leq 5\%$
Penanggung jawab Pengumpulan data	Ketua komite mutu/tim mutu

#### 10. Kepuasan Pelanggan Rawat Inap

Judul	<b>Kepuasan Pelanggan Rawat Inap</b>
Dimensi Mutu	Kenyamanan
Tujuan	Terselenggaranya persepsi pelanggan terhadap mutu pelayanan rawat inap
Definisi Operasional	Kepuasan pelanggan adalah pernyataan puas oleh pelanggan terhadap pelayanan rawat inap
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah kumulatif hasil penilaian kepuasan pasien yang disurvei (dalam prosen)
Denominator	Jumlah total pasien yang disurvei (n minimal 50)
Sumber Data	Survei
Standar	≥ 90 %
Penanggung jawab Pengumpulan data	Ketua komite mutu/tim mutu

#### 11. Pasien rawat inap tuberkulosis yang ditangani dengan strategi DOTS

Judul	<b>Pasien rawat inap tuberkulosis yang ditangani dengan strategi DOTS</b>
Dimensi Mutu	Akses, efisiensi
Tujuan	Terselenggaranya pelayanan rawat inap bagi pasien tuberkulosis dengan strategi DOTS
Definisi Operasional	Pelayanan rawat inap tuberkulosis dengan strategi DOTS adalah pelayanan tuberkulosis dengan 5 strategi penanggulangan tuberkulosis nasional. Penegakan diagnosis dan follow up pengobatan pasien tuberkulosis harus melalui pemeriksaan mikroskopis tuberkulosis, pengobatan harus menggunakan paduan obat anti tuberkulosis yang sesuai dengan standar penanggulanagn tuberkulosis nasional, dan semua pasien yang tuberkulosis yang diobati dievaluasi secara kohort sesuai dengan penanggulangan nasional
Frekuensi Pengumpulan Data	Tiap tiga bulan
Periode Analisa	Tiap tiga bulan
Numerator	Jumlah semua pasien rawat inap tuberkulosis yang ditangani dengan strategi DOTS
Denominator	Jumlah seluruh pasien rawat inap tuberkulosis yang ditangani di rumah sakit dalam waktu tiga bulan
Sumber Data	Register rawat inap, register TB 03 UPK
Standar	100 %
Penanggung jawab Pengumpulan data	Kepala Instalasi rawat inap

#### 12. Ketersediaan pelayanan rawat di rumah sakit yang memberikan pelayanan jiwa

Judul	<b>Ketersediaan pelayanan rawat di rumah sakit yang memberikan pelayanan jiwa</b>
Dimensi Mutu	Akses
Tujuan	Tersedianya jenis pelayanan rawat inap yang minimal harus ada di rumah sakit jiwa
Definisi Operasional	Pelayanan rawat inap adalah pelayanan rumah sakit jiwa yang diberikan kepada pasien tidak gaduh gelisah tetapi memerlukan penyembuhan aspek psiko patologis.
Frekuensi Pengumpulan Data	3 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jenis – jenis pelayanan rawat inap rumah sakit jiwa
Denominator	Tidak ada
Sumber Data	Register rawat inap
Standar	Minimal a. NAPZA b. Gangguan Psikotik c. Gangguan Neurotik d. Gangguan Organik
Penanggung jawab Pengumpulan data	Kepala Instalasi rawat inap

**13. Tidak adanya Kematian Pasien gangguan jiwa karena bunuh diri**

Judul	<b>Tidak adanya Kematian Pasien gangguan jiwa karena bunuh diri</b>
Dimensi Mutu	Keselamatan
Tujuan	Tergambarnya pelayanan pasien rawat inap di rumah sakit jiwa yang aman dan efektif
Definisi Operasional	Kematian pasien jiwa karena bunuh diri adalah kematian yang terjadi pada pasien gangguan jiwa karena perawatan rawat inap yang tidak baik
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	1 bulan jumlah seluruh pasien yang dirawat dalam satu bulan
Numerator	Jumlah seluruh pasien yang dirawat dalam satu bulan dikurangi jumlah kejadian kematian pasien gangguan jiwa bunuh diri dalam satu bulan
Denominator	Jumlah seluruh pasien yang dirawat dalam satu bulan
Sumber Data	Rekam medis
Standar	100 %
Penanggung jawab	Komite medik/mutu

**14. Kejadian (re-admission) pasien gangguan jiwa tidak kembali dalam perawatan dalam waktu ≤ 1 bulan**

Judul	<b>Kejadian (re-admission) pasien gangguan jiwa tidak kembali dalam perawatan dalam waktu ≤ 1 bulan</b>
Dimensi Mutu	Efektifitas, Kompetensi teknis
Tujuan	Tergambarnya pelayanan pasien rawat inap di rumah sakit jiwa yang efektif
Definisi Operasional	Lamanya waktu pasien gangguan jiwa yang sudah dipulangkan tidak kembali keperawatan di rumah sakit jiwa
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	6 bulan
Numerator	Jumlah seluruh pasien gangguan jiwa yang dipulangkan dalam 1 bulan dikurangi jumlah kejadian pasien gangguan jiwa yang kembali dirawat dalam waktu ≤ 1 bulan
Denominator	Jumlah seluruh pasien gangguan jiwa yang dipulangkan dalam 1 bulan
Sumber Data	Rekam medis
Standar	100 %
Penanggung jawab	Komite medik/mutu

**15. Lama hari perawatan pasien gangguan jiwa**

Judul	<b>Lama hari perawatan pasien gangguan jiwa</b>
Dimensi Mutu	Efektifitas, Kompetensi teknis
Tujuan	Tergambarnya pelayanan pasien rawat inap di rumah sakit jiwa yang efektif
Definisi Operasional	Lamanya waktu perawatan pasien gangguan jiwa di rumah sakit jiwa
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	6 bulan
Numerator	Jumlah rerata perawatan pasien gangguan jiwa 6 minggu
Denominator	Tidak ada
Sumber Data	Rekam medis
Standar	≤ 6 minggu
Penanggung jawab	Komite medik/mutu

**LAMPIRAN : PERATURAN BUPATI BEKASI****NOMOR : 8 Tahun 2010****TANGGAL : 9 April 2010****TENTANG : STANDAR PELAYANAN MINIMAL RUMAH SAKIT UMUM  
DAERAH KABUPATEN BEKASI****JENIS PELAYANAN, INDIKATOR, STANDAR, BATAS WAKTU PENCAPAIAN****3. PELAYANAN RAWAT INAP**

NO	STANDAR PELAYANAN MINIMAL		BATAS WAKTU PENCAPAIAN
	INDIKATOR	STANDAR	
1	Pemberi pelayanan Rawat Inap	100%	5 th
2	DPJP Rawat Inap	100%	Sudah Tercapai
3	Ketersediaan pelayanan Rawat Inap	- Anak - Peny. Dalam - Kebidanan - Bedah - Perinatologi - ICU	Sudah Tercapai
4	Jam visite dokter spesialis	08.00 s/d 14.00 setiap hari kerja	3 th
5	Kejadian Infeksi pasca operasi	$\leq 1,5\%$	Sudah Tercapai
6	Angka kejadian Infeksi Nosokomial (INOK)	$\leq 1,5\%$	3 th
7	Tidak adanya kejadian pasien jatuh yang berakibat cacat/mati	100%	Sudah Tercapai
8	Kematian pasien >48 jam	$\leq 0,24\%$	5 th
9	Pulang Paksa	$\leq 5\%$	4 th
10	Kepuasan pelanggan	$\geq 90\%$	5 th
11	Pasien TB Rawat Inap dng Strategi DOTS	$\geq 60\%$	3 th
12	Pencatatan Pelaporan TB Ranap	$\geq 60\%$	2 th

**LAMPIRAN : PERATURAN BUPATI BEKASI**

**NOMOR** : 8 Tahun 2010

**TANGGAL** : 9 April 2010

**TENTANG** : STANDAR PELAYANAN MINIMAL RUMAH SAKIT UMUM  
DAERAH KABUPATEN BEKASI

**DEFINISI OPERASIONAL STANDAR PELAYANAN MINIMAL**

**III. PELAYANAN RAWAT INAP**

**1. Pemberi Pelayanan Rawat Inap**

Judul	Pemberi Pelayanan Rawat Inap
Dimensi Mutu	Kompetensi teknis
Tujuan	Tersedianya Pelayanan Rawat Inap oleh tenaga yang kompeten
Definisi Operasional	Pemberi pelayanan rawat inap adalah dokter dan tenaga perawat yang kompeten (minimal D3)
Frekuensi Pengumpulan Data	Enam bulan
Periode Analisa	Enam bulan
Numerator	Jumlah tenaga dokter dan perawat yang memberi pelayanan di ruang rawat inap yang sesuai dengan ketentuan
Denominator	Jumlah seluruh tenaga dokter dan perawat yang bertugas di rawat inap
Sumber data	Kepegawaian
Standar	100%
Penanggung Jawab Pengumpul data	Kepala Bidang Pelayanan Dan Keperawatan

**2. Dokter Penanggung Jawab Pasien Rawat Inap**

Judul	Dokter Penanggung Jawab Pasien Rawat Inap
Dimensi Mutu	Kompetensi teknis, kesinambungan pelayanan
Tujuan	Tersedianya pelayanan rawat inap yang terkoordinasi untuk menjamin kesinambungan pelayanan
Definisi Operasional	Penanggung jawab pasien rawat inap adalah dokter yang mengkoordinasikan kegiatan pelayanan rawat inap sesuai kebutuhan pasien

Frekuensi Pengumpulan Data	Satu bulan
Periode Analisa	Tiga bulan
Numerator	Jumlah pasien dalam satu bulan yang mempunyai dokter sebagai penanggung jawab
Denominator	Jumlah seluruh pasien rawat inap dalam satu bulan
Sumber data	Rekam Medik
Standar	100%
Penanggung Jawab Pengumpul data	Kepala Ruangan

### 3. Ketersediaan Pelayanan Rawat Inap

Judul	Ketersediaan Pelayanan Rawat Inap
Dimensi Mutu	Akses
Tujuan	Tersedianya jenis pelayanan rawat inap yang minimal harus ada di Rumah Sakit
Definisi Operasional	Pelayanan rawat inap adalah pelayanan Rumah Sakit yang diberikan kepada pasien tirah baring di Rumah Sakit.
Frekuensi Pengumpulan Data	Tiga bulan
Periode Analisa	Tiga bulan
Numerator	Jenis-jenis pelayanan rawat inap spesifik yang ada (kualitatif)
Denominator	Tidak ada
Sumber data	Register rawat inap
Standar	Minimal kesehatan anak, penyakit dalam, kebidanan dan bedah
Penanggung Jawab Pengumpul data	Kepala Bidang Pelayanan Dan Keperawatan

### 4. Jam Visite Dokter Spesialis

Judul	Akses, Kesenambungan pelayanan
Dimensi Mutu	Tergambarnya kepedulian tenaga medis terhadap ketepatan waktu pemberian pelayanan
Tujuan	Tergambarnya kepedulian tenaga medis terhadap ketepatan waktu pemberian pelayanan
Definisi Operasional	Visite dokter spesialis adalah kunjungan dokter spesialis setiap hari kerja sesuai dengan ketentuan waktu kepada setiap pasien yang menjadi tanggung jawabnya, yang dilakukan antara jam 08.00 sampai dengan 14.00

Frekuensi Pengumpulan Data	Tiga bulan
Periode Analisa	Tiga bulan
Numerator	Jumlah visite dokter spesialis antara jam 08.00 sampai dengan 14.00 yang disurvei
Denominator	Jumlah pelaksanaan visite dokter spesialis yang disurvei
Sumber data	Survei
Standar	100%
Penanggung Jawab Pengumpul data	Kepala Ruangan/Tim Mutu

#### 5. Kejadian Infeksi Pasca Operasi

Judul	Kejadian Infeksi Pasca Operasi
Dimensi Mutu	Keselamatan, Kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya pelaksanaan Operasi dan perawatan pasca operasi yang bersih sesuai standar
Definisi Operasional	Infeksi Pasca Operasi adalah Infeksi nosokomial pada semua kategori luka sayatan operasi bersih yang dilaksanakan di Rumah Sakit dan ditandai oleh rasa panas (kalor), kemerahan (color), pengerasan (tumor) dan keluarnya nanah (pus) dalam waktu lebih dari 3 x 24 jam
Frekuensi Pengumpulan Data	Tiap bulan
Periode Analisa	Tiap bulan
Numerator	Jumlah pasien yang mengalami infeksi pasca operasi dalam satu bulan
Denominator	Jumlah seluruh pasien yang dioperasi dalam satu bulan
Sumber data	Rekam Medis
Standar	≤ 1,5 %
Penanggung Jawab Pengumpul data	Kepala Ruangan/Tim Mutu

#### 6. Angka Kejadian Infeksi Nosokomial

Judul	Angka Kejadian Infeksi Nosokomial
Dimensi Mutu	Keselamatan pasien
Tujuan	Mengetahui hasil pengendalian infeksi nosokomial Rumah Sakit
Definisi Operasional	Infeksi Nosokomial adalah infeksi yang dialami oleh pasien yang diperoleh selama dirawat di Rumah Sakit yang

	meliputi dekubitus, phlebitis, sepsis, dan infeksi luka operasi
Frekuensi Pengumpulan Data	Tiap bulan
Periode Analisa	Tiga bulan
Numerator	Jumlah pasien rawat inap yang terkena infeksi nosokomial dalam satu bulan
Denominator	Jumlah pasien rawat inap dalam satu bulan
Sumber data	Survei, laporan infeksi nosokomial
Standar	$\leq 1,5 \%$
Penanggung Jawab Pengumpul data	Kepala Ruangan/PPI

#### 7. Tidak Adanya Kejadian Pasien Jatuh Yang Berakibat Kecacatan/Kematian

Judul	Tidak Adanya Kejadian Pasien Jatuh Yang Berakibat Kecacatan/Kematian
Dimensi Mutu	Keselamatan pasien
Tujuan	Tergambarnya pelayanan keperawatan yang aman bagi pasien
Definisi Operasional	Kejadian pasien jatuh adalah kejadian pasien jatuh selama di rawat baik akibat jatuh dari tempat tidur, di kamar mandi, dsb yang berakibat kecacatan/kematian
Frekuensi Pengumpulan Data	Tiap bulan
Periode Analisa	Tiap bulan
Numerator	Jumlah pasien dirawat dalam bulan tersebut dikurangi jumlah pasien yang jatuh dan berakibat kecacatan/kematian
Denominator	Jumlah pasien dirawat dalam bulan tersebut
Sumber data	Rekam medis, laporan keselamatan pasien
Standar	100%
Penanggung Jawab Pengumpul data	Kepala Ruangan/Tim KPRS

#### 8. Kematian Pasien > 48 jam

Judul	Kematian Pasien > 48 jam
Dimensi Mutu	Keselamatan dan efektifitas
Tujuan	Tergambarnya pelayanan pasien rawat inap di Rumah Sakit yang aman dan efektif

Definisi Operasional	Kematian pasien > 48 jam adalah kematian yang terjadi sesudah periode 48 jam setelah pasien rawat inap masuk Rumah Sakit
Frekuensi Pengumpulan Data	Satu bulan
Periode Analisa	Satu bulan
Numerator	Jumlah kejadian kematian pasien rawat inap > 48 jam dalam satu bulan
Denominator	Jumlah seluruh pasien rawat inap dalam satu bulan
Sumber data	Rekam Medis
Standar	$\leq 0,24$ % (Internasional) , $\leq 0,25$ % (Indonesia)
Penanggung Jawab Pengumpul data	Kepala Ruangan

#### 9. Kejadian Pulang Paksa

Judul	Kejadian Pulang Paksa
Dimensi Mutu	Efektifitas, kesinambungan pelayanan
Tujuan	Tergambarnya penilain pasien terhadap efektifitas pelayanan di Rumah Sakit
Definisi Operasional	Pulang paksa adalah pulang atas permintaan pasien atau keluarga pasien sebelum diputuskan boleh pulang oleh dokter
Frekuensi Pengumpulan Data	Satu bulan
Periode Analisa	Tiga bulan
Numerator	Jumlah pasien pulang paksa dalam satu bulan
Denominator	Jumlah seluruh pasien yang dirawat dalam satu bulan
Sumber data	Rekam Medis
Standar	$\leq 5$ %
Penanggung Jawab Pengumpul data	Kepala Ruangan

#### 10. Kepuasan Pelanggan Rawat Inap

Judul	Kepuasan Pelanggan Rawat Inap
Dimensi Mutu	Kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya persepsi pelanggan terhadap mutu pelayanan rawat inap

Definisi Operasional	Kepuasan pelanggan adalah pernyataan puas oleh pelanggan terhadap pelayanan rawat inap
Frekuensi Pengumpulan Data	Satu bulan
Periode Analisa	Tiga bulan
Numerator	Jumlah kumulatif hasil penilaian kepuasan dari pasien yang disurvei (dalam prosen)
Denominator	Jumlah total pasien yang disurvei (minimal n = 50)
Sumber data	Survei
Standar	≥ 90 %
Penanggung Jawab Pengumpul data	Tim Mutu

#### 11. Pasien Rawat Inap TBC Yang Ditangani Dengan Strategi DOTS

Judul	Pasien Rawat Inap Tuberculosis (TBC) yang ditangani dengan Strategi DOTS
Dimensi Mutu	Akses, Efisiensi
Tujuan	Terselenggaranya pelayanan rawat inap bagi pasien TBC dengan strategi DOTS
Definisi Operasional	Pelayanan rawat inap TBC dengan strategi DOTS adalah pelayanan TBC dengan 5 strategi penanggulangan TBC Nasional. Penegakan diagnosis dan follow up pengobatan pasien TBC harus melalui pemeriksaan mikroskopis TBC, pengobatan harus menggunakan paduan obat anti TBC yang sesuai dengan standar penanggulangan TBC Nasional, dan semua pasien yang TBC yang diobati dievaluasi secara kohort sesuai dengan penanggulangan TBC Nasional
Frekuensi Pengumpulan Data	Tiap tiga bulan
Periode Analisa	Tiap tiga bulan
Numerator	Jumlah semua pasien rawat inap yang ditangani dengan strategi DOTS
Denominator	Jumlah seluruh pasien rawat inap TBC yang ditangani di Rumah sakit dalam waktu tiga bulan
Sumber data	Register rawat inap, register TB 03 UPK
Standar	100 %
Penanggung Jawab Pengumpul data	Tim DOTS RS

## 12. Kegiatan Pencatatan Dan Pelaporan TBC di RS

Judul	Kegiatan Pencatatan Dan Pelaporan TBC di RS
Dimensi Mutu	Efektifitas
Tujuan	Tersedianya data pencatatan dan pelaporan TBC di RS
Definisi Operasional	Pencatatan dan pelaporan semua pasien TBC yang berobat rawat inap ke RS
Frekuensi Pengumpulan Data	Tiap tiga bulan
Periode Analisa	Tiap tiga bulan
Numerator	Jumlah seluruh pasien TBC rawat inap yang dicatat dan dilaporkan
Denominator	Jumlah seluruh kasus TBC rawat inap di RS
Sumber data	Rekam medik
Standar	60 %
Penanggung Jawab Pengumpul data	Tim DOTS RS



# PEMERINTAH KABUPATEN BEKASI RUMAH SAKIT UMUM DAERAH

Jl. Teuku Umar Cibitung - Bekasi

Telp. (021) 88370449, 8830152 Fax. (021) 8830152

## KEPUTUSAN DIREKTUR RUMAH SAKIT UMUM DAERAH KABUPATEN BEKASI

NOMOR : 445/434/RSUD/2010

### TENTANG TARGET PENCAPAIAN STANDAR PELAYANAN MINIMAL RUMAH SAKIT UMUM DAERAH KABUPATEN BEKASI

#### DIREKTUR RUMAH SAKIT UMUM DAERAH KABUPATEN BEKASI

Menimbang : a. bahwa untuk menjabarkan Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Bekasi sesuai Peraturan Bupati Bekasi Nomor 8 Tahun 2010 tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Bekasi, maka perlu ditindak lanjuti dengan disusunnya Target Pencapaian Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Bekasi;

c. bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana dimaksud huruf a di atas, maka Target Pencapaian Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Bekasi perlu ditetapkan dengan Keputusan direktur Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Bekasi.

Mengingat : 1. Undang-Undang Nomor 14 Tahun 1950 tentang Pembentukan Daerah-Daerah Kabupaten dalam Lingkungan Propinsi Jawa Barat (Berita Negara Tahun 1950);

2. Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2003 tentang Keuangan Negara (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2003 Nomor 47, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4286);

3. Undang-Undang Nomor 1 Tahun 2004 tentang Perbendaharaan Negara (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 5, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4355);

4. Undang-Undang Nomor 25 Tahun 2004 tentang Sistem Pembangunan Nasional (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 104, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4421);

5. Undang-Undang Nomor 32 Tahun 2004 tentang Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 125, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4437) sebagaimana telah diubah dengan Undang-Undang Nomor 8 Tahun 2005 tentang Penetapan Peraturan Pemerintah Pengganti Undang-Undang Nomor 3 Tahun 2005 tentang Perubahan Atas Undang-Undang Nomor 32 Tahun 2004 tentang Pemerintahan Daerah menjadi Undang-Undang (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2005 Nomor 108, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4548);

6. Undang-Undang Nomor 33 Tahun 2004 tentang Perimbangan Keuangan Antara Pemerintah Pusat dan Pemerintah Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 126, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4438).

7. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 144, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5063);
8. Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 153, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5072);
9. Peraturan Pemerintah Nomor 20 Tahun 2004 tentang Rencana Kinerja Pemerintah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 74, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4405);
10. Peraturan Pemerintah Nomor 23 Tahun 2005 tentang Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2005 Nomor 48, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4502);
11. Peraturan Pemerintah Nomor 65 Tahun 2005 tentang Pedoman Penyusunan dan Penerapan Standar Pelayanan Minimal (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2005 Nomor 150, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4502);
12. Peraturan Pemerintah Nomor 79 Tahun 2005 tentang Pedoman Pembinaan dan Pengawasan Penyelenggaraan Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2005 Nomor 165 tanggal 30 Desember 2005);
13. Peraturan Pemerintah Nomor 8 Tahun 2006 tentang Laporan Keuangan dan Kinerja Instansi Pemerintah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2006 Nomor 25, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4614);
14. Peraturan Pemerintah Nomor 38 Tahun 2007 tentang Pembagian Urusan Pemerintahan antara Pemerintah, Pemerintah Daerah Provinsi dan Pemerintah Kabupaten/Kota (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2007 Nomor 82, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4737);
15. Peraturan Pemerintah Nomor 41 Tahun 2007 tentang Organisasi Perangkat Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2007 Nomor 89, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4741);
16. Peraturan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara Nomor 28 Tahun 2004 tentang Akuntabilitas Pelayanan Publik;
17. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 6 Tahun 2007 tentang Petunjuk Teknis Penyusunan dan Penetapan Standar Pelayanan Minimal;
18. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 59 Tahun 2007 tentang Perubahan Atas Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 13 Tahun 2006 tentang Pedoman Pengelolaan Keuangan Daerah;
19. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 61 Tahun 2007 tentang Pedoman Teknis Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum Daerah;
20. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 79 Tahun 2007 tentang Pedoman Penyusunan Rencana Pencapaian Standar Pelayanan Minimal;
21. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 159b/Menkes/SK/Per/II/1988 tentang Rumah Sakit;
22. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 228/Menkes/SK/III/2002 tentang Pedoman Penyusunan Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit yang wajib dilaksanakan Daerah;
23. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 129/Menkes/SK/II/2008 tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit;
24. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor HK.07.06/III/1870/08, tanggal 28 Mei 2008, tentang Pemberian Izin Penyelenggaraan Rumah Sakit Umum Daerah dengan nama "Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Bekasi" Propinsi Jawa Barat;

25. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 493/MENKES/SK/V/2008, tanggal 28 Mei 2008, tentang Penetapan Tipe Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Bekasi milik Pemerintah Kabupaten Bekasi Propinsi Jawa Barat;
26. Peraturan Daerah Kabupaten Bekasi Nomor 7 Tahun 2009, tentang Pembentukan Organisasi Perangkat Daerah Kabupaten Bekasi (Lembaran Daerah Kabupaten Bekasi Tahun 2009 Nomor 7).
27. Peraturan Bupati Bekasi Nomor 8 Tahun 2010, tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Bekasi ( Berita Daerah Nomor 8 Tahun 2010)

MEMUTUSKAN

Menetapkan :

- PERTAMA** : Target Pencapaian Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Bekasi sebagaimana tercantum dalam lampiran surat keputusan ini;
- KEDUA** : Target Pencapaian Standar Pelayanan Minimal sebagaimana dimaksud diktum PERTAMA keputusan ini merupakan penjabaran dan panduan dalam melaksanakan perencanaan, pelaksanaan, pengendalian, pengawasan, dan pertanggungjawaban penyelenggaraan Peraturan Bupati Bekasi Nomor 8 Tahun 2010 tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Bekasi;
- KETIGA** : Keputusan ini berlaku pada tanggal di tetapkan, dengan ketentuan akan diadakan perubahan dan atau perbaikan sebagaimana mestinya apabila dikemudian hari ternyata terdapat kekeliruan didalamnya.

Ditetapkan di Bekasi

Pada tanggal 11 Juni 2010

**DIREKTUR RUMAH SAKIT UMUM DAERAH  
KABUPATEN BEKASI**



**H. SUWARNO, SKM, MM**  
NIP. 19570128 198003 1 001

NO	JENIS PELAYANAN	STANDAR PELAYANAN MINIMAL		TARGET DAN BATAS WAKTU PENCAPAIAN				
		INDIKATOR	NILAI	2011	2012	2013	2014	2015
3	Pelayanan Rawat Inap (Ranap)	1. Pemberi pelayanan ranap	100%	88%	89%	90%	95%	100%
		2. DPJP Ranap	100%	100%	100%	100%	100%	100%
		3. Ketersediaan pelayanan Ranap a. Anak b. Penyakit. Dalam c. Kebidanan d. Bedah e. Perinatologi f. ICU	100 %	100%	100%	100%	100%	100%
		4. Jam visite dokter spesialis 08.00 s/d 14.00 setiap hari kerja	100 % sesuai ketentuan	70%	80%	100%	100%	100%
		5. Kejadian Infeksi pasca operasi	≤ 1,5%	≤ 1,5%	≤ 1,5%	≤ 1,5%	≤ 1,5%	≤ 1,5%
		6. Angka kejadian INOK	≤ 1,5%	≤ 1,7%	≤ 1,6%	≤ 1,5%	≤ 1,5%	≤ 1,5%
		7. Tidak adanya kejadian pasien jatuh yang berakibat cacat/mati	100%	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
		8. Kematian pasien > 48 jam	≤ 0,24%	≤ 2%	≤ 1,5%	≤ 1%	≤ 0,5%	≤ 0,24%
		9. Pulpak	≤ 5%	≤ 15%	≤ 10%	≤ 8%	≤ 5%	≤ 5%
		10. Kepuasan pelanggan	≥ 90%	≥ 75%	≥ 77%	≥ 80%	≥ 85%	≥ 90%
		11. Pasien TB Ranap dengan Strategi DOTS	≥ 60%	≥ 50%	≥ 55%	≥ 60%	≥ 60%	≥ 60%
		12. Pencatatan dan Pelaporan TB Ranap	≥ 60%	≥ 50%	≥ 55%	≥ 60%	≥ 60%	≥ 60%

### III. PELAYANAN RAWAT INAP

#### 1. Pemberi Pelayanan Rawat Inap

Judul	Pemberi Pelayanan Rawat Inap
Dimensi Mutu	Kompetensi teknis
Tujuan	Tersedianya Pelayanan Rawat Inap oleh tenaga yang kompeten
Definisi Operasional	Pemberi pelayanan rawat inap adalah dokter dan tenaga perawat yang kompeten (minimal D3)
Frekuensi Pengumpulan Data	Enam bulan
Periode Analisa	Enam bulan
Numerator	Jumlah tenaga dokter dan perawat yang memberi pelayanan di ruang rawat inap yang sesuai dengan ketentuan
Denominator	Jumlah seluruh tenaga dokter dan perawat yang bertugas di rawat inap
Sumber data	Kepegawaian
Standar	100%
Penanggung Jawab Pengumpul data	Kepala Bidang Pelayanan Dan Keperawatan

## 2. ✓ Dokter Penanggung Jawab Pasien Rawat Inap

Judul	Dokter Penanggung Jawab Pasien Rawat Inap
Dimensi Mutu	Kompetensi teknis, kesinambungan pelayanan
Tujuan	Tersedianya pelayanan rawat inap yang terkoordinasi untuk menjamin kesinambungan pelayanan
Definisi Operasional	Penanggung jawab pasien rawat inap adalah dokter yang mengkoordinasikan kegiatan pelayanan rawat inap sesuai kebutuhan pasien
Frekuensi Pengumpulan Data	Satu bulan
Periode Analisa	Tiga bulan
Numerator	Jumlah pasien dalam satu bulan yang mempunyai dokter sebagai penanggung jawab
Denominator	Jumlah seluruh pasien rawat inap dalam satu bulan
Sumber data	Rekam Medik
Standar	100%
Penanggung Jawab Pengumpul data	Kepala Ruangan

### 3. Ketersediaan Pelayanan Rawat Inap

Judul	Ketersediaan Pelayanan Rawat Inap
Dimensi Mutu	Akses
Tujuan	Tersedianya jenis pelayanan rawat inap yang minimal harus ada di Rumah Sakit
Definisi Operasional	Pelayanan rawat inap adalah pelayanan Rumah Sakit yang diberikan kepada pasien tirah baring di Rumah Sakit.
Frekuensi Pengumpulan Data	Tiga bulan
Periode Analisa	Tiga bulan
Numerator	Jenis-jenis pelayanan rawat inap spesifik yang ada (kualitatif)
Denominator	Tidak ada
Sumber data	Register rawat inap
Standar	Minimal kesehatan anak, penyakit dalam, kebidanan dan bedah
Penanggung Jawab Pengumpul data	Kepala Bidang Pelayanan Dan Keperawatan

#### 4. Jam Visite Dokter Spesialis

Judul	Akses, Kesiambungan pelayanan
Dimensi Mutu	Tergambarnya kepedulian tenaga medis terhadap ketepatan waktu pemberian pelayanan
Tujuan	Tergambarnya kepedulian tenaga medis terhadap ketepatan waktu pemberian pelayanan
Definisi Operasional	Visite dokter spesialis adalah kunjungan dokter spesialis setiap hari kerja sesuai dengan ketentuan waktu kepada setiap pasien yang menjadi tanggung jawabnya, yang dilakukan antara jam 08.00 sampai dengan 14.00
Frekuensi Pengumpulan Data	Tiga bulan
Periode Analisa	Tiga bulan
Numerator	Jumlah visite dokter spesialis antara jam 08.00 sampai dengan 14.00 yang disurvei
Denominator	Jumlah pelaksanaan visite dokter spesialis yang disurvei
Sumber data	Survei
Standar	100%
Penanggung Jawab Pengumpul data	Kepala Ruangan/Tim Mutu

## 5. Kejadian Infeksi Pasca Operasi

Judul	Kejadian Infeksi Pasca Operasi
Dimensi Mutu	Keselamatan, Kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya pelaksanaan Operasi dan perawatan pasca operasi yang bersih sesuai standar
Definisi Operasional	Infeksi Pasca Operasi adalah Infeksi nosokomial pada semua kategori luka sayatan operasi bersih yang dilaksanakan di Rumah Sakit dan ditandai oleh rasa panas (kalor), kemerahan (color), pengerasan (tumor) dan keluarnya nanah (pus) dalam waktu lebih dari 3 x 24 jam
Frekuensi Pengumpulan Data	Tiap bulan
Periode Analisa	Tiap bulan
Numerator	Jumlah pasien yang mengalami infeksi pasca operasi dalam satu bulan
Denominator	Jumlah seluruh pasien yang dioperasi dalam satu bulan
Sumber data	Rekam Medis
Standar	$\leq 1,5 \%$
Penanggung Jawab Pengumpul data	Kepala Ruangan/Tim Mutu

## 6. Angka Kejadian Infeksi Nosokomial

Judul	Angka Kejadian Infeksi Nosokomial
Dimensi Mutu	Keselamatan pasien
Tujuan	Mengetahui hasil pengendalian infeksi nosokomial Rumah Sakit
Definisi Operasional	Infeksi Nosokomial adalah infeksi yang dialami oleh pasien yang diperoleh selama dirawat di Rumah Sakit yang meliputi dekubitus, phlebitis, sepsis, dan infeksi luka operasi
Frekuensi Pengumpulan Data	Tiap bulan
Periode Analisa	Tiga bulan
Numerator	Jumlah pasien rawat inap yang terkena infeksi nosokomial dalam satu bulan
Denominator	Jumlah pasien rawat inap dalam satu bulan
Sumber data	Survei, laporan infeksi nosokomial
Standar	< 1,5 %
Penanggung Jawab Pengumpul data	Kepala Ruangan/PPI

7. Tidak Adanya Kejadian Pasien Jatuh Yang Berakibat Kecacatan/Kematian

Judul	Tidak Adanya Kejadian Pasien Jatuh Yang Berakibat Kecacatan/Kematian
Dimensi Mutu	Keselamatan pasien
Tujuan	Tergambarnya pelayanan keperawatan yang aman bagi pasien
Definisi Operasional	Kejadian pasien jatuh adalah kejadian pasien jatuh selama di rawat baik akibat jatuh dari tempat tidur, di kamar mandi, dsb yang berakibat kecacatan/kematian
Frekuensi Pengumpulan Data	Tiap bulan
Periode Analisa	Tiap bulan
Numerator	Jumlah pasien dirawat dalam bulan tersebut dikurangi jumlah pasien yang jatuh dan berakibat kecacatan/kematian
Denominator	Jumlah pasien dirawat dalam bulan tersebut
Sumber data	Rekam medis, laporan keselamatan pasien
Standar	100%
Penanggung Jawab Pengumpul data	Kepala Ruangan/Tim KPRS

8. Kematian Pasien > 48 jam

Judul	Kematian Pasien > 48 jam
Dimensi Mutu	Keselamatan dan efektifitas
Tujuan	Tergambarnya pelayanan pasien rawat inap di Rumah Sakit yang aman dan efektif
Definisi Operasional	Kematian pasien > 48 jam adalah kematian yang terjadi sesudah periode 48 jam setelah pasien rawat inap masuk Rumah Sakit
Frekuensi Pengumpulan Data	Satu bulan
Periode Analisa	Satu bulan
Numerator	Jumlah kejadian kematian pasien rawat inap > 48 jam dalam satu bulan
Denominator	Jumlah seluruh pasien rawat inap dalam satu bulan
Sumber data	Rekam Medis
Standar	$\leq 0,24$ % (Internasional) , $\leq 0,25$ % (Indonesia)
Penanggung Jawab Pengumpul data	Kepala Ruangan

9. Kejadian Pulang Paksa

Judul	Kejadian Pulang Paksa
Dimensi Mutu	Efektifitas, kesinambungan pelayanan
Tujuan	Tergambarnya penilain pasien terhadap efektifitas pelayanan di Rumah Sakit
Definisi Operasional	Pulang paksa adalah pulang atas permintaan pasien atau keluarga pasien sebelum diputuskan boleh pulang oleh dokter
Frekuensi Pengumpulan Data	Satu bulan
Periode Analisa	Tiga bulan
Numerator	Jumlah pasien pulang paksa dalam satu bulan
Denominator	Jumlah seluruh pasien yang dirawat dalam satu bulan
Sumber data	Rekam Medis
Standar	≤ 5 %
Penanggung Jawab Pengumpul data	Kepala Ruangan

## 10. Kepuasan Pelanggan Rawat Inap

Judul	Kepuasan Pelanggan Rawat Inap
Dimensi Mutu	Kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya persepsi pelanggan terhadap mutu pelayanan rawat inap
Definisi Operasional	Kepuasan pelanggan adalah pernyataan puas oleh pelanggan terhadap pelayanan rawat inap
Frekuensi Pengumpulan Data	Satu bulan
Periode Analisa	Tiga bulan
Numerator	Jumlah kumulatif hasil penilaian kepuasan dari pasien yang disurvei (dalam prosen)
Denominator	Jumlah total pasien yang disurvei (minimal n = 50)
Sumber data	Survei
Standar	$\geq 90\%$
Penanggung Jawab Pengumpul data	Tim Mutu

## 11. Pasien Rawat Inap TBC Yang Ditangani Dengan Strategi DOTS

Judul	Pasien Rawat Inap Tuberculosis (TBC) yang ditangani dengan Strategi DOTS
Dimensi Mutu	Akses, Efisiensi
Tujuan	Terselenggaranya pelayanan rawat inap bagi pasien TBC dengan strategi DOTS
Definisi Operasional	Pelayanan rawat inap TBC dengan strategi DOTS adalah pelayanan TBC dengan 5 strategi penanggulangan TBC Nasional. Penegakan diagnosis dan follow up pengobatan pasien TBC harus melalui pemeriksaan mikroskopis TBC, pengobatan harus menggunakan paduan obat anti TBC yang sesuai dengan standar penanggulangan TBC Nasional, dan semua pasien yang TBC yang diobati dievaluasi secara kohort sesuai dengan penanggulangan TBC Nasional
Frekuensi Pengumpulan Data	Tiap tiga bulan
Periode Analisa	Tiap tiga bulan
Numerator	Jumlah semua pasien rawat inap yang ditangani dengan strategi DOTS
Denominator	Jumlah seluruh pasien rawat inap TBC yang ditangani di Rumah sakit dalam waktu tiga bulan
Sumber data	Register rawat inap, register TB 03 UPK
Standar	100 %
Penanggung Jawab Pengumpul data	Tim DOTS RS

## 12. Kegiatan Pencatatan Dan Pelaporan TBC di RS

Judul	Kegiatan Pencatatan Dan Pelaporan TBC di RS
Dimensi Mutu	Efektifitas
Tujuan	Tersedianya data pencatatan dan pelaporan TBC di RS
Definisi Operasional	Pencatatan dan pelaporan semua pasien TBC yang berobat rawat inap ke RS
Frekuensi Pengumpulan Data	Tiap tiga bulan
Periode Analisa	Tiap tiga bulan
Numerator	Jumlah seluruh pasien TBC rawat inap yang dicatat dan dilaporkan
Denominator	Jumlah seluruh kasus TBC rawat inap di RS
Sumber data	Rekam medik
Standar	60 %
Penanggung Jawab Pengumpul data	Tim DOTS RS

PEMERINTAH KABUPATEN BEKASI  
**RUMAH SAKIT UMUM DAERAH**

Jl. Teuku Umar Cibitung – Bekasi

Tlp. ( 021 ) 88370449, 8830152 Fax. ( 021 ) 8830152

KEPUTUSAN DIREKTUR RUMAH SAKIT UMUM DAERAH KABUPATEN BEKASI

NOMOR: 445/ /RSUD / 2008

TENTANG

BERLAKUNYA STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL KEPERAWATAN

PADA RSUD KABUPATEN BEKASI

**DIREKTUR RSUD KABUPATEN BEKASI**

- ng :
- a. Bahwa pelayanan keperawatan sebagai salah satu bentuk pelayanan profesional merupakan bagian integral yang tidak dapat dipisahkan dari upaya pelayanan keperawatan secara keseluruhan di rumah sakit.
  - b. Bahwa pelayanan keperawatan sebagai salah satu faktor penentu baik buruknya dan citra rumah sakit oleh karenanya kualitas pelayanan / asuhan keperawatan perlu dipertahankan serta ditingkatkan seoptimal mungkin.
  - c. Bahwa untuk mencapai kualitas pelayanan yang baik, maka perlu didukung dengan standar dan prosedur bagi tenaga keperawatan dalam melaksanakan tugas pelayanan keperawatan secara profesional.
  - d. Bahwa untuk mencapai butir a, b dan c tersebut di atas, perlu ditetapkan standar prosedur operasional keperawatan di lingkungan RSUD Kabupaten Bekasi.
- lat :
1. Undang – undang Nomor 23 Tahun 1992 tentang kesehatan ( lembaran Negara Tahun 1992 Nomor 100, tambahan Lembaran Negara Nomor 3495 ).

- ngat : 1. Undang – undang Nomor 23 Tahun 1992 tentang kesehatan ( lembaran Negara Tahun 1992 Nomor 100, tambahan Lembaran Negara Nomor 3495 ).
2. Undang – undang Nomor 25 Tahun 2000 tentang kewenangan pemerintah Dan kewenangan propinsi sebagai daerah otonom ( Lembaran Negara Tahun 2000 Nomor 54, tambahan Lembaran Negara Nomor 3592 ).
3. Keputusan Menteri dalam Negeri Nomor 22 Tahun 1994 tentang Pedoman Organisasi dan Tata Kerja Rumah Sakit Umum Daerah.
4. Surat Keputusan Menteri Kesehatan No. 1239/ Menkes/ SK/ XI/ 2001 tentang registrasi dan preaktik keperawatan.
5. Surat Keputusan Menteri Kesehatan No. 900/ Menkes/ SK/ VII/ 2002 tentang registrasi dan praktik bidan.

MEMUTUSKAN

- pkkan :  
MA : Keputusan Direktur RSUD Kabupaten Bekasi tentang berlakunya Standar Prosedur Operasional Keperawatan pada RSUD Kabupaten Bekasi
- : Standar Prosedur Operasional ini berfungsi sebagaipedoman bagi pengelola keperawatan dalam melaksanakan tugas pelayanan keperawatan di lingkungan RSUD Kabupaten Bekasi.

- : Penyempurnaan dan perbaikan Standar Prosedur Operasional Keperawatan, senantiasa akan dikembangkan sesuai dengan perkembangan dan situasi
  
- Γ : Keputusan ini mulai berlaku pada tanggal ditetapkan dengan ketentuan akan diadakannya perubahan dan atau perbaikan sebagaimana mestinya apabila dipandang perlu.

Ditetapkan di Bekasi

Pada Tanggal 15 Oktober 2008

**Direktur RSUD Kabupaten Bekasi**

**Dr. Hj. Harijati Sri Oetami, M,Kes**

**Pembina Utama Muda**

**NIP. 140 097 109**



RSUD  
KAB.BEKASI

## MERAWAT LUKA DEKUBITUS

RSUD KAB.BEKASI	NO.DOKUMEN	NO. REVISI	HALAMAN 1/2
PROSEDUR TETAP	TANGGAL TERBIT  10 Oktober 2008	<p style="text-align: center;">Ditetapkan DIREKTUR RSUD KABUPATEN BEKASI</p> <p style="text-align: center;">Dr. Hj. HARLIATNI SRI OETAMI, M.Kes NIP. 140 097 109</p>	
PENGERTIAN	Perawatan pada kulit sebagai akibat tekanan yang lama dan tidak hilang sehingga dapat menyebabkan kerusakan jaringan yang tak dapat kembali normal		
TUJUAN	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Untuk mengetahui meningkatnya frekuensi luka decubitus</li> <li>2. Untuk memberikan rasa nyaman</li> </ol>		
KEBIJAKAN	Uraian tugas dan fungsi keperawatan		
PROSEDUR	<p><b>I. Persiapan Alat :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Baskom</li> <li>b. Air hangat, cairan normal salin</li> <li>c. Sabun</li> <li>d. Agen topikal sesuai yang diresepkan</li> <li>e. Plester</li> <li>f. Sarung tangan</li> <li>g. Handuk</li> <li>h. Kasa balutan</li> </ol> <p><b>II. Persiapan Pasien :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Jelaskan prosedur dan tindakan</li> <li>b. Mengatur posisi pasien</li> </ol> <p><b>III. Pelaksanaan :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Cuci tangan</li> <li>b. Tutup pintu ruangan/ gordien tempat tidur/ pasang skerem</li> <li>c. Baringkan pasien dengan nyaman dengan area luka decubitus dan kulit sekitar mudah dijangkau, gunakan sarung tangan steril</li> <li>d. Kaji luka decubitus dan kulit sekitar untuk menentukan derajat luka, warna, kelembaban, diameter dan kedalaman luka</li> <li>e. Cuci kulit sekitar luka dengan lembut dengan normal salin</li> <li>f. Dengan perlahan keringkan kulit secara menyeluruh dengan kassa steril</li> <li>g. Gunakan agen topikal / salep sesuai dengan program dokter</li> <li>h. Letakkan salep ke tangan yang telah memakai sarung tangan steril secukupnya</li> <li>i. Oleskan salep dengan tipis secara merata di atas luka</li> <li>j. Basahi kassa steril dengan cairan normal salin dan tempelkan langsung pada luka</li> <li>k. Tutup kassa yang basah dengan satu lapis kassa kering dan plester dengan baik</li> </ol>		



# MERAWAT LUKA DEKUBITUS

RSUD  
KAB.BEKASI

NO.DOKUMEN

NO. REVISI

HALAMAN

2/2

PROSEDUR  
TETAP

TANGGAL TERBIT

10 Oktober 2008

Ditetapkan  
DIREKTUR RSUD KABUPATEN BEKASI

Dr. Hj. HARJATNI SRLOETAMI, M.Kes  
NIP. 140 097 109

PROSEDUR

- l. Rapihan pasien ke posisi yang nyaman
- m. Cuci peralatan dan lepas sarung tangan
- n. Cuci tangan
- o. Catat penampilan luka dan respon pasien

UNIT TERKAIT

- 1. Ruang Bedah
- 2. Ruang Rawat Lantai II
- 3. Unit Gawat Darurat
- 4. Poli Bedah



RSUD  
KAB. BEKASI

## PENANGANAN SHOCK

	NO. DOKUMEN	NO. REVISI	HALAMAN 1/2
PROSEDUR TETAP	TANGGAL TERBIT  10 Oktober 2008	Ditetapkan DIREKTUR RSUD KABUPATEN BEKASI  Dr. Hj. HARKJATNI SRI OETAMI, M.Kes NIP. 140 097 109	
PENGERTIAN	Suatu keadaan gagalnya sistem sirkulasi dalam memelihara perfusi yang adekuat dan organ vital		
TUJUAN	1. Mencegah terjadinya gangguan perfusi jaringan 2. Mencegah terjadinya kerusakan organ-organ vital		
KEBIJAKAN	Uraian tugas dan fungsi keperawatan		
PROSEDUR	<p><b>A. PERSIAPAN ALAT :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Infus / transfusi set</li> <li>Defibrilator ( DC shock ), alat EKG, siap pakai</li> <li>Ambu bag, orofaringeal tube ( gudel ) magil forcep, laringoskope, mandrin, siap pakai</li> <li>Obat-obat emergency ( adrenalin, sulfas atropin, bicarbonat natrium, glukosa 40%, kortikosteroid, ( oradexon / kalmethasone ) heparin, kalsium glukonas dan aminophillin</li> <li>Oksigen masker sederhana / nasal kanul siap pakai</li> <li>Cairan infus : NaCl 0,9 % , Ringer Laktat, Asering</li> </ol> <p><b>B. PERSIAPAN PASIEN</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Jelaskan tujuan dan prosedur tindakan pada pasien / keluarga</li> <li>Atur posisi : trendelenberg, datar dengan pangalas papan di bawah kasur ( jika ada tindakan resusitasi )</li> </ol> <p><b>C. PELAKSANAAN</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Cuci tangan</li> <li>Bebaskan jalan napas ( lakukan suction )</li> <li>Berikan oksigen sesuai program ( 5 -10 l/mnt )</li> <li>Shock hipovolemik :           <ol style="list-style-type: none"> <li>Infus NaCl 0,9 % , transfusi darah / plasma expander</li> <li>Koreksi asam basa / elektrolit</li> </ol> </li> <li>Shock Kardiogenik :           <ol style="list-style-type: none"> <li>Infus Dextrose 5 % , koreksi asam basa</li> <li>Defibrilator / DC shock ( untuk aritmia " pace maker " )</li> <li>Obat-obat vasopresor</li> <li>Kortikosteroid</li> </ol> </li> </ol>		



RSUD  
KAB.BEKASI

## PENANGANAN SHOCK

NO.DOKUMEN

NO. REVISI

HALAMAN  
2/2

PROSEDUR  
TETAP

TANGGAL TERBIT

10 Oktober 2008

Ditetapkan  
DIREKTUR RSUD KABUPATEN BEKASI

Dr. Hj. HARLIATNI SRIOETAMI, M.Kes  
NIP. 140 097 109

PROSEDUR

f. Shock Septik

1. Infus Ringer Laktat, beri antibiotik sesuai program
2. Kortikosteroid, koreksi asam basa
3. Tindakan pembedahan ( jika memungkinkan )

g. Shock Neurogenik :

1. Infus NaCl 0,9 %, koreksi asam basa
2. Pemberian analgetik, kortikosteroid

h. Shock anafilaktik :

1. Infus NaCl 0,9 %, koreksi asam basa / elektrolit
2. Pemberian adrenalin
3. Kortikosteroid , anti histamin sesuai program

i. Pantau tanda-tanda vital setiap 15 - 30 menit

j. Lakukan resusitasi jika ada indikasi

k. Rapikan pasien dan peralatan , cuci tangan

l. Dokumentasikan hasil tindakan dan respon pasien

UNIT TERKAIT

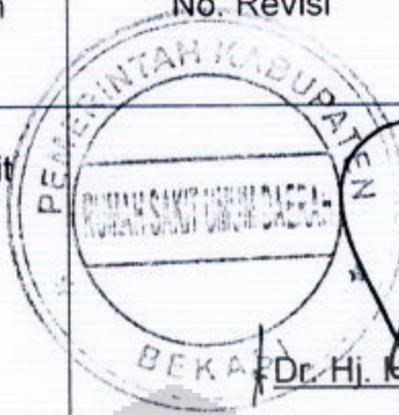
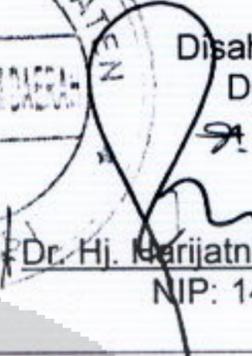
Seluruh ruangan rawat inap, ruang tindakan dan ruang rawat jalan

 <b>RSD KAB. BEKASI</b>	<b>MONITORING DAN EVALUASI STANDAR OPERASIONAL PROSEDUR</b>		
	No. Dokumen	No. Revisi	Halaman 1 dari 1
<b>STANDAR OPERASIONAL PROSEDUR</b>	Tanggal Terbit	 <p>Disahkan oleh Direktur <i>[Signature]</i> Dr. Hj. Harijatri Sri Oetami, M.Kes NIP: 140 097 109</p>	
Pengertian	Adalah merupakan suatu kegiatan untuk menilai efektifitas Standar Operasional Prosedur yang berlaku di lingkungan RSD Kabupaten Bekasi.		
Tujuan	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Untuk mengetahui konsistensi pelaksanaan Standar Operasional Prosedur.</li> <li>2. Untuk mengetahui kendala-kendala yang ditemui pada pelaksanaan Standar Operasional Prosedur yang sudah diberlakukan.</li> </ol>		
Kebijakan	Standar Operasional Prosedur di RSD Kabupaten Bekasi dalam pelaksanaannya senantiasa dilakukan pengawasan, monitoring dan evaluasi.		
Prosedur	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ketua KSM menerima masukan dari anggota KSM dan dari Sub Komite Mutu tentang hal-hal yang berkaitan dengan pelaksanaan Standar Operasional Prosedur.</li> <li>2. Komite Medik mengadakan rapat monitoring pelaksanaan Standar Operasional Prosedur atas dasar masukan dari masing-masing KSM minimal 6 bulan sekali.</li> <li>3. Evaluasi Standar Operasional Prosedur dilakukan oleh Komite Medik berdasarkan masukan dari masing-masing KSM minimal 1 tahu sekali.</li> <li>4. Dari hasil evaluasi tersebut Komite Medik membuat kesimpulan tentang perlu tidaknya melakukan perbaikan/penambahan Standar Operasional Prosedur dan merekomendasi pada Direktur untuk dibuat keputusan serta dilakukan tindak lanjut.</li> </ol>		
Unit terkait	- Bidang Pelayanan Medik		

 <b>RSD KAB. BEKASI</b>	<b>MONITORING DAN EVALUASI STANDAR PELAYANAN MEDIS</b>		
	No. Dokumen	No. Revisi	Halaman 1 dari 1
<b>STANDAR OPERASIONAL PROSEDUR</b>	Tanggal Terbit	 Disahkan oleh Direktur <u>Dr. Hj. Harijati Sri Oetami, M.Kes</u> NIP. 140 097 109	
Pengertian	Adalah merupakan suatu kegiatan untuk menilai efektifitas Standar Pelayanan Medis yang berlaku di lingkungan RSD Kabupaten Bekasi.		
Tujuan	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Untuk mengetahui konsistensi pelaksanaan Standar Pelayanan Medis.</li> <li>2. Untuk memngetahui kendala-kendala yang ditemui pada pelaksanaan Standar Pelayanan Medis yang sudah diberlakukan.</li> </ol>		
Kebijakan	Standar Profesi/Standar Pelayanan Medis di RSD Kabupaten Bekasi dalam pelaksanaannya senantiasa dilakukan pengawasan, monitoring dan evaluasi.		
Prosedur	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ketua KSM menerima masukan dari anggota KSM dan dari Sub Komite Mutu tentang hal-hal yang berkaitan dengan pelaksanaan Standar Pelayanan Medis.</li> <li>2. Komite Medik mengadakan rapat monitoring pelaksanaan Standar Pelayanan Medis atas dasar masukan dari masing-masing KSM minimal 6 bulan sekali.</li> <li>3. Evaluasi Standar Pelayanan Medis dilakukan oleh Komite Medik berdasarkan masukan dari masing-masing KSM minimal 1 tahu sekali.</li> <li>4. Dari hasil evaluasi tersebut Komite Medik membuat kesimpulan tentang perlu tidaknya melakukan perbaikan/penambahan Standar Pelayanan Medis dan merekomendasi pada Direktur untuk dibuat keputusan serta dilakukan tindak lanjut.</li> </ol>		
Unit terkait	- Bidang Pelayanan Medik		

 <b>RSD KAB. BEKASI</b>	<b>DIKLAT STAF MEDIS DI DALAM RUMAH SAKIT</b>		
	No. Dokumen	No. Revisi	Halaman 1 dari 1
<b>STANDAR OPERASIONAL PROSEDUR</b>	Tanggal Terbit	 Disahkan oleh Direktur <u>Dr. H. Harjati Sri Oetami, M.Kes</u> ☆ NIP: 140 097 109	
Pengertian	Adalah kegiatan pendidikan /pelatihan yang diadakan di lingkungan RS dengan pelatih dari dalam/luar RS dan pesertanya merupakan staf medis RS yang ditunjuk sesuai bidang.		
Tujuan	Meningkatkan kualitas staf medis, dalam menjalankan profesi sesuai dengan kompetensi yang dimilikinya.		
Kebijakan	Salah satu sarana meningkatkan kualitas staf medis perlu dibuat program diklat/pendidikan dan pelatihan.		
Prosedur	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ketua KSM mengusulkan permintaan diklat staf medis bagi staf medisnya kepada Ketua Komite Medik.</li> <li>2. Komite Medik bersama Sub Komite Peningkatan Mutu menyusun program prioritas diklat staf medis di dalam rumah sakit sesuai kepentingan rumah sakit.</li> <li>3. Sub Komite Peningkatan Mutu mengusulkan kepada Direktur untuk menunjuk staf RS sebagai pelatih/narasumber, atau bisa juga diusulkan nara sumber dari luar rumah sakit.</li> <li>4. Sub Komite Peningkatan Mutu menetapkan jadwal, peserta, pelatih dan materi pelatihan.</li> <li>5. Pelatih menyerahkan makalah pelatihan kepada Sub Komite Peningkatan Mutu 3 hari sebelum jadwal pelatihan.</li> <li>6. Tim diklat menyiapkan segala keperluan pelatihan.</li> <li>7. Sub Komite Peningkatan Mutu memberikan piagam/sertifikat kepada pelatih dan peserta sesuai pelatihan.</li> <li>8. Sub Komite Peningkatan Mutu melaporkan kegiatan pelatihan kepada Direktur.</li> </ol>		
Unit terkait	- Bidang Pelayanan Medik		

 <b>RSD KAB. BEKASI</b>	<b>PENDIDIKAN BERKELANJUTAN KELOMPOK STAF MEDIS (KSM)</b>		
	No. Dokumen	No. Revisi	Halaman 1 dari 1
<b>STANDAR OPERASIONAL PROSEDUR</b>	Tanggal Terbit	 Disahkan oleh Direktur  <u>Dr. Hj. Harijatri Sri Oetami, M.Kes</u> NIP: 140 097 109	
Pengertian	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pendidikan berkelanjutan KSM adalah pendidikan formal berjenjang yang diadakan lembaga pendidikan setingkat perguruan tinggi .</li> <li>2. Persyaratan melanjutkan bgi staf medis adalah :           <ol style="list-style-type: none"> <li>a. PNS yang telah bertugas minimal 2 tahun di RSD Kab.Bekasi.</li> <li>b. Memperoleh rekomendasi dari ketua KSM / Unit.</li> <li>c. Bersedia ditempatkan kembali di RSD Kab. Bekasi.</li> </ol> </li> </ol>		
Tujuan	Merupakan acuan pengiriman staf medis untuk melanjutkan pendidikan formal sesuai bidang.		
Kebijakan	Untuk meningkatkan kualitas pelayanan staf medis setiap staf medis diberikan kesempatan untuk mengikuti pendidikan berkelanjutan baik formal maupun non formal.		
Prosedur	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ketua KSM mengajukan usulan kepada Ketua Komite Medik atas stafnya yang memenuhi persyaratan untuk mengikuti pendidikan.</li> <li>2. Komite Medik bersama Sub Komite Peningkatan Mutu mempertimbangkan usulan dengan melihat analisis kebutuhan Rumah Sakit.</li> <li>3. Dengan persetujuan Direktur, ditetapkan staf medis yang bersangkutan dapat/tidak mengikuti pendidikan dengan/ tanpa bantuan dana/biaya RS.</li> <li>4. Bagian Kepegawaian menyiapkan surat tugas dan surat pernyataan bersedia ditempatkan kembali ke RSD Kabupaten Bekasi.</li> <li>5. Selesai pendidikan staf yang bersangkutan menyerahkan bukti mengikuti pendidikan (ijazah/sertifikat) ke Komite Medik dan Sub Komite Peningkatan Mutu.</li> </ol>		
Unit terkait	- Ka.Sub.Bagian Kepegawaian.		

 <b>RSD KAB. BEKASI</b>	<b>PROGRAM PELATIHAN KARYAWAN</b>		
	No. Dokumen	No. Revisi	Halaman 1 dari 1
<b>STANDAR OPERASIONAL PROSEDUR</b>	Tanggal Terbit	 Disahkan oleh Direktur  Dr. Hj. Marijati Soetami, M.Kes NIP: 140 097 109	
	Pengertian	Adalah sarana untuk meningkatkan pengetahuan dan ketrampilan karyawan dengan mengikutsertakan karyawan pada pelatihan-pelatihan baik didalam maupun diluar Rumah Sakit.	
Tujuan	Meningkatkan kualitas kinerja karyawan agar dapat lebih terampil dan percaya diri dalam melaksanakan tugasnya.		
Kebijakan	Program Diklat di lingkungan RSD Kabupaten Bekasi dikelola oleh Sub Bagian Kepegawaian dibawah Sekretaris RSD.		
Prosedur	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kepala Bagian/Bidang mengajukan proposal tentang jenis pelatihan yang dibutuhkan di unit kerjanya ke bagian Diklat dengan persetujuan kepala bagian/bidang.</li> <li>2. Setelah dikoordinasi dengan bidang program terkait, pengajuan proposal akan dikoordinasikan dengan Sub Bagian Kepegawaian.</li> <li>3. Sub Bagian Kepegawaian menerbitkan Surat Perintah Jalan (SPJ) untuk mengikuti pelatihan kepada karyawan yang bersangkutan.</li> <li>4. SPJ yang sudah ditrebitkan oleh Sub Bagian Kepegawaian kepada karyawan yang bersangkutan untuk diteruskan ke Sub Bagian Keuangan untuk pencairan dana.</li> <li>5. Karyawan yang akan mengikuti pelatihan membawa Surat Perintah Jalan tersebut selama pelatihan dan ditanda tangani oleh panitia pelaksana sebagai bukti bahwa karyawan tersebut sudah mengikuti pelatihan yang dimaksud.</li> </ol>		
Unit terkait	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Bidang Pelayanan Medik</li> <li>- Sub Bagian Kepegawaian</li> <li>- Sub Bagian Umum</li> <li>- Sub Bagian Keuangan</li> </ul>		

 <b>RSD KAB. BEKASI</b>	<b>SEMINAR DI RUMAH SAKIT</b>		
	No. Dokumen	No. Revisi	Halaman 1 dari 1
<b>STANDAR OPERASIONAL PROSEDUR</b>	Tanggal Terbit	 Disahkan oleh Direktur  <u>Dr. H. Harijati Sri Oetami, M.Kes</u> NIP: 140 097 109	
Pengertian	Adalah kegiatan seminar untuk staf yang diadakan oleh staf RSD Kabupaten Bekasi.		
Tujuan	Meningkatkan citra Rumah Sakit beserta tenaga medis/dokternya di mata pelanggan.		
Kebijakan	Seminar tentang masalah kesehatan di RSD diadakan untuk meningkatkan Rumah Sakit Daerah Kabupaten Bekasi.		
Prosedur	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Sub Komite Peningkatan Mutu merencanakan kegiatan seminar dengan materi sesuai permasalahan kesehatan yang aktual.</li> <li>2. Sub Komite Peningkatan Mutu mengadakan rapat perencanaan seminar.</li> <li>3. Sub Komite Peningkatan Mutu bersama tim Diklat membentuk tim seminar yang melibatkan KSM/unit yang terkait dengan materi seminar.</li> <li>4. Panitia seminar mengajukan proposal kepada Direktur.</li> <li>5. Panitia seminar harus mengadakan koordinasi dengan jajaran kesehatan lintas program.</li> <li>6. Panitia seminar dapat menggunakan pembicara /narasumber dari dalam/luar RSD.</li> <li>7. Panitia seminar memberikan piagam/sertifikat kepada pembicara/narasumber dan peserta seminar.</li> <li>8. Panitia seminar bertanggung jawab kepada Komite Medik dan Direktur RSD Kabupaten Bekasi.</li> </ol>		
Unit terkait	- Sub Bagian Kepegawaian		

 <b>RSD KAB. BEKASI</b>	<b>SEMINAR DI LUAR RUMAH SAKIT</b>		
	No. Dokumen	No. Revisi	Halaman 1 dari 1
<b>STANDAR OPERASIONAL PROSEDUR</b>	Tanggal Terbit	Disahkan oleh Direktur  <u>Dr. Hj. Harijatri Sri Oetami, M.Kes</u> NIP: 140 097 109 	
Pengertian	Merupakan seminar untuk staf medis yang diselenggarakan oleh lembaga /instansi/organisasi di luar Rumah Sakit.		
Tujuan	Meningkatkan wawasan staf medis akan perkembangan keilmuan kedokteran yang terbaru.		
Kebijakan	Untuk meningkatkan kualitas dan pengembangan wawasan staf medis perlu mengirimkan staf medis guna ikut berpartisipasi dengan seminar yang diadakan di luar RS.		
Prosedur	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Staf medis mengajukan permohonan kepada Ketua Komite Medik/Direktur untuk mengikuti seminar di luar RS.</li> <li>2. Komite Medik bersama Sub Komite Peningkatan Mutu mempertimbangkan permohonan tersebut dengan melihat kepentingan RS.</li> <li>3. Dengan persetujuan Direktur ditetapkan seminar tidak/dapat diikuti dengan/tanpa bantuan biaya dari RS.</li> <li>4. Sub Bagian Kepegawaian RSD Kabupaten Bekasi menyiapkan surat tugas bagi anggota KSM yang bersangkutan.</li> <li>5. Setelah selesai seminar staf medis yang bersangkutan menyerahkan pigam/sertifikat sebagai bukti mengikuti seminar kepada Sub Komite Peningkatan Mutu.</li> <li>6. Apabila diperlukan, Komite Medik dapat meminta kesediaan staf medis yang bersangkutan untuk menyampaikan materi seminar dalam lingkungan RS.</li> </ol>		
Unit terkait	- Sub Bagian Kepegawaian		

**UNIVERSITAS INDONESIA**  
**FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT**

KAMPUS BARU UNIVERSITAS INDONESIA DEPOK 16424, TELP. (021) 7864975, FAX. (021) 7863472

No : 3567 /H2.F10/PPM.00.00/2012  
Lamp. : ---  
Hal : *Ijin penelitian, menggunakan data & wawancara*

12 April 2012

Kepada Yth.  
**Direktur**  
**Rumah Sakit Umum Daerah**  
**Kabupaten Bekasi**  
Jl. Teuku Umar  
Cibitung - Bekasi

Sehubungan dengan penulisan tesis mahasiswa Program Magister Administrasi Rumah Sakit Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia mohon diberikan ijin kepada mahasiswa kami :

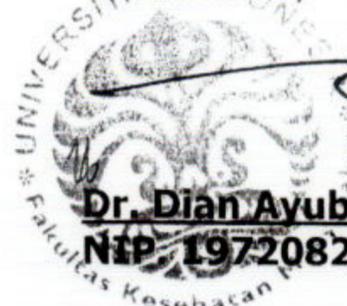
Nama : Anis Hudawi  
NPM : 1006745940  
Thn. Angkatan : 2010/2011  
Program Studi : Kajian Administrasi Rumah Sakit

Untuk melakukan penelitian, menggunakan data dan wawancara, yang kemudian data tersebut akan dianalisis kembali dalam penulisan tesis dengan judul, "*Pelaksanaan Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit Pada Pelayanan Rawat Inap di RSUD. Kabupaten Bekasi Tahun 2012*".

Selanjutnya Unit Akademik terkait atau mahasiswa yang bersangkutan akan menghubungi Institusi Bapak/Ibu. Namun, jika ada informasi yang dibutuhkan dapat menghubungi sekretariat Departemen Administrasi dan Kebijakan Kesehatan dinomor telp. (021) 7864974.

Atas perhatian dan kerjasama yang baik, kami haturkan terima kasih.

a.n. Dekan FKM UI  
Wakil Dekan,

  
*[Signature]*  
**Dr. Dian Ayubi, SKM, MQIH**  
**NIP. 19720825 199702 1 002**

**Tembusan:**

- Pembimbing tesis
- Arsip



# PEMERINTAH KABUPATEN BEKASI RUMAH SAKIT UMUM DAERAH

Jl. Teuku Umar Cibitung - Bekasi  
Telp. (021) 88370449, 8830152 Fax. (021) 8830152

Bekasi, 03 Mei 2012

No. : 445 /386 / RSUD/ 2012  
Lampiran : -  
Perihal : Izin Penelitian

Kepada Yth :  
Dekan FKM UI  
Di-  
Tempat

Memperhatikan surat saudara nomor : 3567/H2.F10/PPM.00.00/2012 Tanggal  
12 April 2012 perihal Izin Penelitian Mahasiswa Program Magister Administrasi Rumah  
Sakit FKM UI :

Nama : Anis Hudawi  
NIM : 1006745940  
Tahun Angkatan : 2010 / 2011  
Program Studi : Kajian Administrasi Rumah Sakit  
Judul Thesis : Pelaksanaan Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit  
pada Pelayanan Rawat Inap di RSUD Kabupaten Bekasi  
Tahun 2012.

Dengan ini kami informasikan bahwa pada dasarnya kami tidak berkeberatan dan  
menerima mahasiswa saudara untuk melakukan penelitian di RSUD Kabupaten Bekasi.

Demikian, atas perhatian dan kerjasamanya kami ucapkan terimakasih.

DIREKTUR RUMAH SAKIT UMUM DAERAH  
KABUPATEN BEKASI



  
**H.Suwarno, SKM. MM**  
NIP. 19570128 198003 1 001