**BAB 1**

**PENGERTIAN DAN KONSEP STANDAR PELAYANAN MINIMAL (SPM)**

* 1. **Pengertian**

Standar Pelayanan Minimal (SPM) adalah ketentuan tentang jenis dan mutu pelayanan dasar yang merupakan urusan wajib daerah yang berhak diperoleh setiap warga secara minimal. Standar Pelayanan Minimal (SPM) juga merupakan spesifikasi teknis tentang tolok ukur pelayanan minimum yang diberikan oleh Badan layanan Umum terhadap masyarakat. Dalam penjelasan pasal 39 ayat 2 PP RI No 58 tahun 2005 tentang Pengelolaan Keuangan Daerah menyebutkan bahwa yang dimaksud dengan Standar Pelayanan Minimal adalah tolok ukur kinerja dalam menentukan capaian jenis dan mutu pelayanan dasar yang merupakan urusan wajib daerah (Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor: 129/Menkes/SK/II/2008). Di bawah ini merupakan penjabaran lebih lanjut mengenai standar, pelayanan,dan kinerja (*performances)*.

**1.2 Standar**

1. Menurut Kamus Besar Bahasa Indonesia
2. Standar adalah ukuran tertentu yang dipakai sebagai patokan.
3. Standar adalah sesuatu yang dianggap tetap nilainya sehingga dapat dipakai sebagai ukuran.
4. Menurut Kepmenkes RI No 129/Menkes/SK/II/2008
5. Standar adalah nilai tertentu yang telah ditetapkan berkaitan dengan sesuatu yang harus dicapai.
6. Standar adalah ukuran pencapaian mutu atau kinerja yang diharapkan bisa dicapai.
7. Menurut Katz & Green (1997)

Standar adalah pernyataan tertulis tentang harapan spesifik.

1. Berbagai pengertian dan pendapat
2. Standar diartikan sebagai kewenangan wajib.
3. Standar diartikan sebagai batasan nilai yang harus dicapai.
4. Standar diartikan sebagai tolok ukur (*indicators*).
5. Standar diartikan sebagai prosedur.
6. Standar diartikan sebagai persyaratan (*requirement*).
7. Standar diartikan sebagai standar teknis (*practice guidelines*).

Dari data yang didapatkan di atas dapat disimpulkan bahwa, standar adalah kesepakatan yang telah didokumentasikan yang di dalamnya terdiri dari spesifikasi teknis atau kriteria yang akurat yang digunakan sebagai peraturan, petunjuk, atau definisi tertentu untuk menjamin suatu barang, produk, proses, atau jasa sesuai dengan yang telah dinyatakan.

* 1. **Pelayanan**

1. Menurut Kamus Besar Bahasa Indonesia.
   1. Pelayanan adalah perihal atau cara dalam melayani kebutuhan orang lain.
   2. Pelayanan adalah usaha melayani kebutuhan orang lain dengan memperoleh imbalan berupa uang atau jasa.
   3. Pelayanan adalah kemudahan yang diberikan sehubungan dengan jual beli barang atau jasa.
2. Menurut Kotler (1985)

Pelayanan adalah setiap kegiatan yang manfaatnya dapat diberikan dari satu pihak kepada pihak lain yang pada dasarnya tidak berwujud *(intangible)* dan tidak berakibat pemilikan sesuatu.

1. Menurut Sugiarto (2002)

Pelayanan adalah upaya maksimal yang diberikan oleh petugas pelayanan dari sebuah perusahaan industri untuk memenuhi harapan dan kebutuhan pelanggan sehingga tercapai kepuasan.

1. Menurut Cravens (1998)

Pelayanan adalah upaya dalam memenuhi permohonan untuk menspesifikasikan produk-produk seperti data kinerja, permohonan untuk rincian, pemrosesan pesanan pembelian, penyelidikan status pesanan, dan layanan garansi.

1. Menurut Tunggal (1996)

Pelayanan sering disebut sebagai jasa yang diberikan oleh perusahaan, artinya bahwa adanya suatu perbuatan yang dilaksanakan suatu pihak terhadap pihak lain.

Dari sumber definisi yang telah disebutkan dapat disimpulkan bahwa pelayanan adalah suatu upaya yang diberikan oleh suatu pihak kepada pihak lain baik itu mengharapkan suatu imbalan atau tidak.

* 1. **Kinerja (*Performances)***

1. Menurut Kamus Besar Bahasa Indonesia

Kinerja adalah sesuatu yang dicapai atau prestasi yang diperlihatkan.

1. Menurut Mangkunegara

Kinerja adalah hasil kerja secara kualitas dan kuantitas yang dicapai oleh seseorang pegawai dalam melaksanakan tugasnya sesuai dengan tanggung jawab yang diberikan kepadanya.

1. Menurut Ambar Teguh Sulistiyani

Kinerja adalah kombinasi dari kemampuan, usaha, dan kesempatan yang dapat dinilai dari hasil kerjanya.

1. Menurut Payaman Simanjuntak (2005)

Kinerja adalah tingkat pencapaian hasil atas pelaksanaan tugas tertentu.

Dari pendapat tersebut dapat disimpulkan bahwa kinerja yaitu suatu hasil yang diperlihatkan dari usaha seseorang.

**BAB 2**

**PERAN, FUNGSI, DAN TUJUAN STANDAR PELAYANAN MINIMAL (SPM)**

**2.1 Peran Standar Pelayanan Minimal (SPM)**

Peran Pusat, Provinsi dan Kabupaten/Kota dalam pelaksanaan Standar Pelayanan Minimal (SPM) Rumah Sakit adalah sebagai berikut:

* 1. Pengorganisasian
  2. Gubernur/Bupati/Walikota bertanggung jawab dalam penyelenggaraan pelayanan rumah sakit sesuai Standar Pelayanan Minimal (SPM) yang dilaksanakan oleh Rumah Sakit Provinsi/Kabupaten/Kota.
  3. Penyelenggaraan pelayanan rumah sakit sesuai Standar Pelayanan Minimal (SPM) sebagaimana dimaksud dalam butir 1 secara operasional dikoordinasikan oleh Dinas Kesehatan Provinsi/Kabupaten/Kota.
  4. Pelaksanaan dan Pembinaan

1. Rumah Sakit wajib menyelenggarakan pelayanan kesehatan sesuai dengan Standar Pelayanan Minimal (SPM) yang disusun dan disahkan oleh Kepala Daerah.
2. Pemerintah Daerah wajib menyediakan sumber daya yang dibutuhkan dalam penyelenggaraan pelayanan kesehatan yang sesuai dengan Standar Pelayanan Minimal (SPM).
3. Pemerintah dan Pemerintah Provinsi memfasilitasi penyelenggaraan pelayanan kesehatan sesuai Standar Pelayanan Minimal (SPM) dan mekanisme kerjasama antar daerah kabupaten/kota.
4. Fasilitas yang dimaksud butir 3 dalam bentuk pemberian standar teknis, pedoman, bimbingan teknis, dan pelatihan yang meliputi:
5. Perhitungan kebutuhan Pelayanan rumah sakit sesuai Standar Pelayanan Minimal (SPM).
6. Penyusunan rencana kerja dan standar kinerja pencapaian target Standar Pelayanan Minimal (SPM).
7. Penilaian pengukuran kinerja.
8. Penyusunan laporan kinerja dalam menyelenggarakan pemenuhan Standar Pelayanan Minimal (SPM) Rumah Sakit.
   1. Pengawasan
9. Gubernur/Bupati/walikota melaksanakan pengawasan dalam penyelenggaraan pelayanan kesehatan sesuai Standar Pelayanan Minimal (SPM) Rumah Sakit di daerah masing-masing.
10. Gubernur/Bupati/Walikota menyampaikan laporan pencapaian kinerja pelayanan rumh sakit sesuai Standar Pelayanan Minimal (SPM) yang ditetapkan.
    1. **Fungsi Standar Pelayanan Minimal (SPM)**

Fungsi Standar Pelayanan Minimal (SPM) bidang kesehatan yang meliputi pelayanan terhadap masyarakat sebagai:

1. alat Pemerintah Daerah untuk menjamin ketersediaan akses dan terselenggaranya mutu pelayanan dasar kepada masyarakat secara merata dalam rangka penyelenggaraan urusan wajib pemerintah daerah di bidang kesehatan;
2. acuan penyediaan sarana dan prasarana untuk menjamin tercapainya kondisi rata-rata minimal yang harus dicapai pemerintah kabupaten atau kota sebagai penyedia pelayanan kepada masyarakat;
3. pedoman pengukuran kinerja penyelenggaraan bidang kesehatan yang berkaitan dengan pelayanan masyarakat secara langsung;
4. acuan penentuan dasar belanja publik dalam prioritas utama bidang kesehatan terhadap pelayanan kepada masyarakat;
5. acuan prioritas perencanaan daerah dan pembiayaan APBD bidang kesehatan dalam melakukan pengevaluasian dan monitoring pelaksanaan pelayanan kesehatan;
6. pedoman pengidentifikasian kebutuhan daerah untuk peningkatan kinerja dalam memberikan pelayanan minimal kepada masyarakat bidang kesehatan yang meliputi pelayanan terhadap masyarakat;
7. pedoman penyusunan program-program tahunan (1 s/d 5 tahun) di bidang kesehatan;
8. acuan penentuan standar pelayanan kinerja pada pelayanan di bidang kesehatan.
   1. **Tujuan Standar Pelayanan Minimal (SPM)**
9. Pedoman bagi BLU (Badan Layanan Umum) dalam penyelenggaraan layanan kepada masyarakat.
10. Terjaminnya hak masyarakat dalam menerima suatu layanan.
11. Dapat digunakan sebagai alat untuk menentukan alokasi anggaran yang dibutuhkan.
12. Alat akuntabilitas BLU (Badan Layanan Umum) dalam penyelenggaraan layanannya.
13. Mendorong terwujudnya *checks and balances*.
14. Terciptanya transparansi dan partisipasi masyarakat dalam penyelenggaraan layanan BLU (Badan Layanan Umum).

Standar Pelayanan Minimal (SPM) ini bertujuan untuk menyamakan pemahaman tentang definisi operasional, indikator kinerja, ukuran atau satuan rujukan, target nasional untuk tahun 2007 sampai dengan tahun 2012, cara perhitungan, rumus, pembilangan, penyebut, standar, satuan pencapaian kinerja, dan sumber data.

**BAB 3**

**PRINSIP PENYUSUNAN STANDAR PELAYANAN MINIMAL (SPM)**

**3.1 Prinsip Penyusunan**

Di dalam menyusun Standar Pelayanan Minimal (SPM) telah memperhatikan hal-hal sebagai berikut:

1. Konsensus

Berdasarkan kesepakatan bersama berbagai komponen atau sektor terkait dari unsur-unsur kesehatan dan departemen terkait yang secara rinci terlampir dalam daftar tim penyusun.

1. Sederhana

Standar Pelayanan Minimal (SPM) disusun dengan kalimat yang mudah dimengerti dan dipahami.

1. Nyata

Standar Pelayanan Minimal (SPM) disusun dengan memperhatikan dimensi ruang, waktu, dan persyaratan atau prosedur teknis.

1. Terukur

Seluruh indikator dan standar di dalam Standar Pelayanan Minimal (SPM) dapat diukur baik kualitatif ataupun kuantitatif.

1. Terbuka

Standar Pelayanan Minimal (SPM) dapat diakses oleh seluruh warga atau lapisan masyarakat.

1. Terjangkau

Standar Pelayanan Minimal (SPM) dapat dicapai dengan menggunakan sumber daya dan dana yang tersedia.

1. Akuntabel

Standar Pelayanan Minimal (SPM) dapat dipertanggung gugatkan kepada public.

1. Bertahap

Standar Pelayanan Minimal (SPM) mengikuti perkembangan kebutuhan dan kemampun keuangan, kelembagaan dan personil dalam pencapaian SPM.

**3.2 Penetapan Standar Pelayanan Minimal (SPM)**

Penyusunan rekomendasi penetapan SPM oleh Dewan Pertimbangan Otonomi Daerah adalah sebagai berikut:

1. status pencapaian kinerja nasional pelayanan dasar yang akan ditetapkan dalam SPM;
2. kemampuan kelembagaan, personil, dan penggunaan teknologi komunikasi dan informasi serta sumber daya lain yang ada pada pemerintahan daerah dalam pencapaian SPM pelayanan dasar;
3. kemampuan keuangan pemerintah dan pemerintahan daerah dalam melaksanakan urusan wajib dengan SPM pelayanan dasar yang bersangkutan;
4. peraturan perundang-undangan yang menjadi dasar penyelenggaraan pelayanan dasar yang berpedoman pada SPM;
5. dasar pertimbangan pengajuan rancangan SPM pelayanan dasar yang bersangkutan serta kondisi yang dihendaki melalui penerapannya;
6. sistem dan prosedur penyusunan SPM yang sekurang-kurangnya memuat tata cara:
7. pengolahan dan analisa data pelayanan dasar yang berpedoman pada SPM; dan
8. penyampaian hasil analisa data pelayanan dasar yang berpedoman pada SPM.
9. persyaratan teknis dan administratif bagi lembaga penyelenggara pelayanan dasar yang berpedoman pada SPM, meliputi:
10. besaran dan rincian biaya pencapaian SPM;
11. jangka waktu pencapaian SPM; dan
12. hak dan kewajiban dari pihak penyelenggara SPM.
13. sinergisitas penerapan serta pembinaan dan pengawasan SPM antarbidang mengenai urusan wajib; dan
14. dokumen-dokumen perencanaan, meliputi:
15. Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional (RPJMN); dan
16. Rencana Kerja Pemerintah (RKP).

**BAB 4**

**UNSUR STANDAR PELAYANAN MINIMAL (SPM)**

Menurut UU No 25 Tahun 2009 pasal 21, komponen atau unsur dasar pelayanan sekurang-kurangnya meliputi:

1. **Dasar hukum**

Peraturan perundang-undangan yang menjadi dasar penyelenggaraan pelayanan.

1. Persyaratan

Syarat yang harus dipenuhi dalam pengurusan suatu jenis pelayanan, baik persyaratan teknis maupun administratif.

1. Sistem, mekanisme, dan prosedur

Tata cara pelayanan yang dibakukan bagi pemberi dan penerima pelayanan, termasuk pengaduan.

1. Jangka waktu penyelesaian

Jangka waktu yang diperlukan untuk menyelesaikan seluruh proses pelayanan dari setiap jenis pelayanan.

1. Biaya

Ongkos yang dikenakan kepada penerima layanan dalam mengurus dan atau memperoleh pelayanan dari   penyelenggara yang besarnya ditetapkan berdasarkan kesepakatan antara penyelenggara dan masyarakat.

1. Produk pelayanan

Hasil pelayanan yang diberikan dan diterima sesuai dengan ketentuan yang telah ditetapkan.

1. Sarana, prasarana, dan fasilitas

Peralatan dan fasilitas yang diperlukan dalam penyelenggaraan pelayanan, termasuk peralatan dan fasilitas pelayanan bagi kelompok rentan.

1. Kompetensi pelaksana

Kemampuan yang harus dimiliki oleh pelaksana meliputi pengetahuan, keahlian, keterampilan, dan pengalaman.

1. Pengawasan internal

Pengendalian yang dilakukan oleh pimpinan satuan kerja atau atasan langsung pelaksana.

1. Penanganan pengaduan, saran, dan masukan

Tata cara pelaksanaan penanganan pengaduan dan tindak lanjut.

1. Jumlah pelaksana

Tersedianya pelaksana sesuai dengan beban kerja.

1. Jaminan pelayanan

Memberikan kepastian pelayanan dilaksanakan sesuai dengan standar pelayanan.

1. Jaminan keamanan dan keselamatan pelayanan

Memberikan kepastian memberikan rasa aman dan bebas dari bahaya, risiko, dan keragu-raguan.

1. Evaluasi kinerja pelaksana

Penilaian untuk mengetahui seberapa jauh pelaksanaan kegiatan sesuai dengan standar pelayanan.

Unsur-unsur tersebut berkaitan satu sama lain untuk membentuk standar pelayanan yang berhak diterima oleh setiap masyarakat secara minimal. Penyelenggara berkewajiban menyusun dan menetapkan maklumat pelayanan yang merupakan pernyataan kesanggupan penyelenggara dalam melaksanakan pelayanan sesuai dengan standar pelayanan yang telah ditetapkan. Maklumat pelayanan yang dimaksud wajib dipublikasikan secara jelas dan luas.

**BAB 5**

**FORMAT STANDAR PELAYANAN MINIMAL (SPM) RUMAH SAKIT**

Standar Pelayanan Minimal (SPM) Rumah Sakit adalah batas bawah dari kamampuan rumah sakit dalam pelayanan dan menjamin keselamatan pasien serta petugas rumah sakit. Standar pelayanan masyarakat ini merupakan janji pemerintah dan rumah sakit untuk memberikan pelayanan tidak kurang dari apa yang tercantum pada Standar Pelayanan Minimal (SPM) yang ada. Menurut Permendagri No. 61 Tahun 2007, format Standart Pelayanan Masyarakat untuk Badan Layanan Umum Daerah adalah sebagai berikut:

Tabel 1: Format SPM untuk Badan Layanan Umum Daerah

[](http://triandyn.files.wordpress.com/2010/05/format-spm1.jpg)Selain itu masih ada pedoman lain dalam standar pelayanan minimal rumah sakit yaitu dari kepmenkes no. 129 tahun 2008. Dalam format standart pelayanan minimal rumah sakit harus harus ada aspek berikut:

1. Jenis pelayanan

Jenis- jenis pelayanan yang diberikan Rumah Sakit kepada masyarakat.

1. Mutu pelayanan

Kinerja yang menunjuk pada tingkat kesempurnaan pelayanan kesehatan, yang disatu pihak dapat menimbulkan kepuasan pada setiap pasien sesuai dengan tingkat kepuasan rata-rata penduduk, serta dipihak lain tata cara penyelanggaraannya sesuai dengan standar kode etik yang ditetapkan.

1. Dimensi mutu

Suatu pandangan dalam mennetukan penilaian terhadap jenis dan mutu pelayanan dilihat dari akses, efektifitas, efisiensi, keselamatan dan keamanan, kenyamanan, kesinambungan pelayanan, kompetensi teksnis dan hubungan antar manusia berdasarkan standar WHO.

1. Kinerja

Proses yang dilakukan dan hasil yang dicapai oleh suatu organisasi dalam menyediakan produk dalam bentuk jasa pelayanan atau barang kepada pelanggan.

1. Indikator kinerja

Variable yang dapat digunakan untuk mengevaluasi keadaan atau status dan memungkinkan dilakukan pengukuran terhadap perubahan yang terjadi dari waktu kewaktu atau tolak ukur prestasi kuantitatif kualitatif yang digunakan untuk mengukur terjadinya perubahan terhadap besaran target atau standar yang telah ditetapkan sebelumnya.

1. Standar

Nilai tertentu yang telah ditetapkan berkaitan dengan sesuatu yang harus dicapai.

1. Definisi oprasional

Dimaksudkan untuk menjelaskan pengertian dari indicator.

1. Frekuensi pengumpulan data

Frekuensi pengambilan data dari sumber data untuk setiap indikator.

1. Periode analisis

Rentang waktu pelaksanaan kajian terhadap indikator kinerja yang dikumpulkan.

1. Pembilang (*numerator*)

Besaran sebagai nilai pembagi dalam rumus indikator kinerja.

1. Penyebut (*denominator*)

Besaran sebagai nilai pembagi dalam rumus indikator kinerja.

1. Sumber data

Sumber bahan nyata atau keterangan yang dapat dijadikan dasar kajian yang berhubungan langsung dengan persoalan.

Format standar pelayanan minimal harus memperhatikan konsensus (kesepakatan bersama berbagai komponen terkait dari unsur-unsur kesehatan dan departemen terkait yang terlampir secara rinci dalam daftar tim penyusun), sederhana, nyata, terukur, terbuka, terjangkau, akuntabel, dan bertahap.

**BAB 6**

**PENGERTIAN DAN KONSEP DASAR KPI**

**6.1 Pengertian KPI**

*Key Performance Indicators* atau Indikator Kinerja Kunci merupakan matrik baik finansial maupun non finansial yang digunakan oleh perusahaan untuk mengukur performa kinerja. KPI memberikan informasi sejauh mana perusahaan telah berhasil mewujudkan target kerja yang telah ditetapkan. *Key Performance Indicator* biasa digunakan untuk menilai kondisi suatu bisnis serta tindakan apa yang diperlukan untuk menyikapi kondisi tersebut. Ciri-ciri KPI:

1. Indikator KPI harus bersifat terukur harus bisa dihitung atau diukur.
2. Indikator *Key Performance Indicators* juga merujuk pada hasil kerja kita (*output* kerja).
3. Ukuran keberhasilan harus menunjukkan indikator kinerja yang jelas, spesifik dan terukur (*measurable*).
4. Ukuran keberhasilan harus dinyatakan secara eksplisit dan rinci sehingga menjadi jelas apa yang diukur.
5. Biaya untuk mengidentifikasi dan memonitor ukuran keberhasilan sebaiknya tidak melebihi nilai yang akan diketahui dari pengukuran tersebut. Hindari pengukuran yang berlebihan yang tidak banyak memberi nilai tambah.

Selama ini *Key Performance Indicators* digunakan untuk mengukur parameter kualitatif yang cenderung sulit pengukurannya. Misalnya kualitas kepemimpinan dan kepuasan pelanggan. Satu hal yang perlu diperhatikan bahwa tidak semua matrik adalah *Key Performance Indicators*. Perbedaan tersebut terletak pada isi matriknya. Matrik *Key Performance Indicators* menjelaskan performa kinerja yang hendak dicapai oleh sebuah perusahaan disertai langkah-langkah apa saja yang harus dilakukan untuk merealisasikan obyek strategi dari perusahaan tersebut.

Sebuah matrik dikatakan sebagai *Key Performance Indicators* ketika memenuhi kriteria berikut ini:

1. Memiliki target.

Target yang dimaksud yakni berupa target yang hendak dicapai serta waktu yang diperkukan untuk meraih target tersebut.

1. Berorientasi pada *outcome*.

Matriks tidak sekedar berupa *output* (hasil dari proses) sebab *outcome* juga berpengaruh secara signifikan.

1. Memiliki nilai *threshold* (ambang batas).

Nilai *threshold* dimaksudkan untuk membedakan antara nilai target dengan nilai aktual.

**6.2 Manfaat dan Pentingnya Menyusun KPI**

*Key Performance Indicators* memiliki peran penting bagi kemajuan sebuah perusahaan. Sebab perusahaan akhirnya dituntut memiliki visi dan misi yang jelas serta langkah praktis untuk merealisasikan tujuannya. Tidak sekedar itu saja, dengan *Key Performance Indicators* perusahaan bisa mengukur pencapaian performa kinerjanya. Sudah sesuai atau belum sama sekali. Pengelolaan kinerja pegawai melalui sistem KPI memberikan sejumlah manfaat positif bagi perusahaan, diantaranya adalah:

1. Melalui metode *Key Performance Indicators* maka kinerja setiap pegawai dapat dievaluasi secara lebih obyektif dan terukur, sehingga dapat mengurangi unsur subyektivitas yang sering terjadi dalam proses penilaian kinerja pegawai.
2. Melalui penentuan *Key Performance Indicators* (KPI) secara tepat, setiap pegawai juga menjadi lebih paham mengenai hasil kerja yang diharapkan darinya. Hal ini akan mendorong pegawai bekerja lebih optimal untuk mencapai target kinerja yang telah ditetapkan.
3. Melalui penetapan *Key Performance Indicators* yang obyektif dan terukur, maka proses pembinaan kinerja pegawai dapat dilakukan secara lebih transparan dan sistematis.
4. Hasil skor *Key Performance Indicators* yang obyektif dan terukur juga dapat dijadikan dasar untuk pemberian *reward* dan *punishment* untuk pegawai. Dengan demikian, pegawai yang kinerjanya lebih bagus akan mendapat *reward*, sebaliknya yang kerjanya kurang baik akan mendapat *punishment*.

Karena *Key Performance Indicators* merupakan alat ukur performa kinerja sebuah perusahaan, maka *Key Performance Indicators* juga harus mencerminkan tujuan yang ingin diraih oleh perusahaan tersebut. Artinya, *Key Performance Indicators* setiap perusahaan bisa jadi berbeda sesuai dengan kebutuhannya.

Oleh karena itu sebelum menetapkan *Key Performance Indicators*, perusahaan harus melakukan beberapa persiapan berikut ini:

1. Menetapkan tujuan yang hendak dicapai.
2. Memiliki bisnis proses yang telah terdefinisi dengan jelas.
3. Menetapkan ukuran kuantitatif dan kualitatif sesuai dengan tujuan yang hendak dicapai.
4. Memonitor setiap kondisi yang terjadi serta melakukan perubahan yang diperlukan guna mencapai tujuan yang telah ditetapkan, baik tujuan jangka pendek maupun tujuan jangka panjang.

*Key Performance Indicators* membutuhkan perencanaan yang matang. Selain itu juga harus didukung oleh ketersediaan data dan informasi yang akurat serta konsisten. Di sinilah peran penting sistim informasi bagi sebuah perusahaan. Jika perusahaan mampu menyediakan sistim informasi yang akurat, konsiten, dan mudah diakses bagi siapa saja yang berkepentingan, maka data yang diperoleh bisa dipertanggungjawabkan keakuratan dan konsistensinya. Perusahaan juga harus menyediakan perangkat teknologi informasi yang fungsional dan tepat sasaran.

Agar *Key Performance Indicators* bisa berfungsi dengan optimal, maka *Key Performance Indicators* harus memenuhi kaidah SMART. SMART merupakan akronim dari *specetific* (spesifik), *measureable* (terukur), *achievable* (bisa dicapai/realistis), *reliable* (bisa dipercaya), dan *time bound* (target waktu).

Berikut ini merupakan penjelasan dari kaidah SMART:

1. *Scientific*

KPI harus bersifat khusus, unik dalam merefleksikan tujuan perusahaan. Jadi satu perusahaan ada kemungkinan mempunyai KPI organisasi yang berbeda dengan perusahaan lainnya. Setelah memiliki KPI perusahaan, KPI-KPI tersebut di-*generate* atau di-*cascade* ke bawah, sehingga muncullah KPI-KPI unit kerja. Dan hasil *generate* KPI unit kerja diterjemahkan ke KPI masing-masing individu yang ada di dalam unit kerja yang bersangkutan.

Contohnya adalah ketika sebuah perusahaan *ritel fashion*, memiliki KPI organisasi “Meningkatkan Kepuasan Pelanggan”. KPI ini di-*generate* ke KPI departemen produksi sebagai “Mengurangi jumlah unit yang di-*reject* oleh inspeksi kualitas”. Beda dengan KPI departemen pelayanan “Mengurangi jumlah komplain pelanggan”.

Kemudian, KPI departemen *dispread out* ke KPI masing-masing individu guna menunjang KPI departemen mereka. Contohnya, KPI departemen pelayanan (Mengurangi jumlah komplain pelanggan) di-*spread* ke KPI individu, contohnya “Mengangkat telepon pelanggan sebelum dering ke-3 (untuk KPI si *call center*)”, “Memberikan jawaban yang lengkap, jelas, dan memuaskan kepada pelanggan kurang dari 5 menit (untuk KPI *sales promotion*)”.

1. *Measurable*

Indikator suatu kinerja tidak akan berjalan secara objektif bila tidak dapat diukur tingkat keberhasilannya. KPI harus memiliki *value* (nilai), misalnya:

1. Jumlah produksi, dalam ton, unit, persentase, dan lain-lain.
2. Rata-rata komplain pelanggan, dalam jumlah komplain atau persentase kerugian akibat *complain*.
3. Jumlah kecelakaan kerja, dalam jumlah kecelakaan.

*Measurable* juga harus menunjukkan indikasi tingkat keberhasilan, sangat bagus, bagus, kurang, atau tidak bagus.

1. *Achieveable*

*Achieveable* merupakan faktor yang paling penting dalam mengidentifikasi efektivitas KPI. Target yang dituliskan bisa dicapai oleh masing-masing individu dalam perusahaan tersebut. Bisa dicapai, tidak perlu terlalu banyak, realistis sehingga tidak terlalu rendah (yang mengakibatkan kurang motivasi dan meremehkan suatu KPI), namun juga tidak terlalu tinggi (yang membuat orang di dalamnya putus asa karena tidak mungkin tercapai).

Sebaiknya membuat KPI yang berupa KPI bertahap per tahunnya, misalnya pada tahun 2008, peningkatan penjualan sebesar 15%. Tahun 2009, sebesar 27%, dan seterusnya. Tidak perlu langsung 50%. Asalkan *achieveable*, realistis, sekaligus dapat memotivasi karyawan. Hal lain yang perlu dipertimbangkan dalam membuat KPI yang *achieveable* adalah menyesuaikan dengan keadaan atau situasi yang ada (misalnya untuk perusahaan ritel alat tulis, target penjualan dapat dipatok lebih besar pada musim liburan sekolah). Dengan demikian, pada pembuatan KPI, seluruh level dan unit kerja di dalam perusahaan perlu dilibatkan.

1. *Reliable*

*Reliable* artinya dapat diandalkan. Maksudnya, KPI yang dibuat haruslah esensial bagi perusahaan untuk mencapai tujuannya. KPI dapat memberikan gambaran pada setiap karyawan terhadap apa yang penting dan apa yang harus dilakukan agar dapat mencapai tujuan yang diharapkan, serta dapat digunakan untuk mengelola orang, sistem, *tools*, dan lain-lain.

1. *Time Bound*

Aspek lain yang tidak kalah pentingnya adalah menetapkan perhitungan target waktu yang dapat menjadi acuan kinerja. Satuan waktu yang dapat digunakan bisa per hari, jam, bulan atau per tanggal (misalnya *deadline* pembuatan laporan keuangan harus dikumpulkan per tanggal 1 setiap bulannya).

**6.3 Hubungan SPM (Standar Pelayanan Minimal) dengan KPI (*Key Performances Indicators*)**

Standar Pelayanan Minimal (SPM) adalah ketentuan tentang jenis dan mutu pelayanan dasar yang merupakan urusan wajib daerah yang berhak diperoleh setiap warga secara minimal sedangkan *Key Performances Indicator* (KPI) merupakan matrik baik finansial maupun non finansial yang digunakan oleh perusahaan untuk mengukur performa kinerja.

SPM sebagai standar pelayanan minimum dilambangkan sebagai ambang batas minimum pelayanan. Untuk mengukur suatu pelayanan yang diberikan oleh suatu lembaga sudah melebihi dari SPM atau belum, maka digunakanlah KPI atau *key performance indikator*. KPI ini digunakan untuk mengukur kinerja perusahaan dalam mencapai *objective*, tentunya dengan harapan juga melebihi SPM tersebut.

**BAB 7**

***KEY PERFORMANCE INDICATOR* RUMAH SAKIT**

**( Indikator Kinerja Rumah Sakit)**

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 diselenggarakan oleh rumah sakit.

Sedangkan indikator merupakan variabel ukuran atau tolok ukur yang dapat menunjukkan indikasi-indikasi terjadinya perubahan tertentu. Untuk mengukur kinerja rumah sakit ada beberapa indikator, yaitu:

* 1. *Input*, yang dapat mengukur pada bahan alat sistem prosedur atau orang yang memberikan pelayanan misalnya jumlah dokter, kelengkapan alat, prosedur tetap dan lain-lain.
  2. *Process*, yang dapat mengukur perubahan pada saat pelayanan yang misalnya kecepatan pelayanan, pelayanan dengan ramah dan lain-lain.
  3. *Output*, yang dapat menjadi tolok ukur pada hasil yang dicapai, misalnya jumlah yang dilayani, jumlah pasien yang dioperasi, dan kebersihan ruangan.
  4. *Outcome*, yang menjadi tolok ukur dan merupakan dampak dari hasil pelayanan sebagai misalnya keluhan pasien yang merasa tidak puas terhadap pelayanan dan lain-lain.
  5. *Benefit*, adalah tolok ukur dari keuntungan yang diperoleh pihak rumah sakit maupun penerima pelayanan atau pasien. Misalnya biaya pelayanan yang lebih murah dan peningkatan pendapatan rumah sakit.
  6. *Impact*, adalah tolok ukur dampak pada lingkungan atau masyarakat luas misalnya angka kematian ibu yang menurun, meningkatnya derajat kesehatan masyarakat, dan meningkatnya kesejahteraan karyawan.

Standar adalah spesifikasi teknis atau sesuatu yang dibakukan sebagai patokan dalam melakukan kegiatan. Standar ini dapat ditentukan berdasarkan kesepakatan propinsi, kabupaten atau kota sesuai dengan *evidence base*, bahwa rumah sakit sesuai dengan tuntutan daripada kewenangan wajib yang harus dilaksanakan oleh rumah sakit propinsi/kabupaten/kota, maka harus memberikan pelayanan untuk keluarga miskin dengan biaya ditanggung oleh Pemerintah Kabupaten/Kota. Secara khusus selain pelayanan yang harus diberikan kepada masyarakat wilayah setempat maka rumah sakit juga harus meningkatkan manajemen di dalam rumah sakit yaitu meliputi:

1. Manajemen sumber daya manusia.
2. Manajemen keuangan.
3. Manajemen sistem informasi rumah sakit, baik ke dalam dan ke luar rumah sakit.
4. Sarana prasarana.
5. Mutu pelayanan.

Jenis KPI yang ada di rumah sakit antara lain:

1. KPI UGD

Tabel 2: Jenis KPI (UGD)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| JENIS PELAYANAN | INDIKATOR | STANDAR |
| Gawat Darurat | Kemampuan menangani life saving anak dan dewasa | 100% |
| Jam buka pelayanan gawat darurat | 24 jam |
| Pemberi pelayanan kegawatdaruratan yang bersertifikat yang masih berlaku ATLS/BTLS/ACLS/PPGD | 100 % |
| Kesediaan tim penanggulangan bencana | Satu tim |
| Waktu tanggap pelayanan dokter di gawat darurat | ≤ 5 menit terlayani setelah pasien datang |
| Kepuasan pelanggan | ≥ 70 % |
| Tidak adanya pasien yang diharuskan membayar uang muka | 100 % |
| Kematian pasien ≤ 24 jam | ≤ dua per seribu  (pindah ke pelayanan rawat inap setelah 8 jam) |
| Tidak adanya pasien yang diharuskan membayar uang muka | 100 % |

1. KPI Rawat Jalan

Tabel 3: Jenis KPI (Rawat Jalan)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| JENIS PELAYANAN | INDIKATOR | STANDAR |
| Rawat Jalan | Dokter pemberi Pelayanan di Poliklinik Spesialis | 100% Dokter Spesialis |
|  | Ketersediaan pelayanan | 1. Klinik Anak 2. Klinik Penyakit Dalam 3. Klinik Kebidanan 4. Klinik Bedah |
|  | Jam buka pelayanan | 08.00 s/d 13.00  Setiap hari kerja kecuali Jum’at : 08.00 - 11.00 |
|  | Waktu tunggu di rawat jalan | ≤ 60 menit |
|  | Kepuasan pelanggan | ≥ 90 % |
|  | 1. Penegakan diagnosis TB melalui pemeriksaan mikroskopis TB 2. Terlaksananya kegiatan pencatatan dan pelaporan TB di Rumah Sakit | a. ≥ 60%  b. ≥ 60 % |

3. KPI Rawat Inap

Tabel 4: Jenis KPI (Rawat Inap)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| JENIS PELAYANAN | INDIKATOR | STANDAR |
| Rawat Inap | Pemberi pelayanan di Rawat Inap | 1. Dokter spesialis 2. Perawat minimal pendidikan D3 |
|  | Dokter penanggung jawab pasien rawat inap | 100 % |
|  | Ketersediaan Pelayanan Rawat Inap | 1. Anak 2. Penyakit Dalam 3. Kebidanan 4. Bedah |
|  | Jam Visite Dokter Spesialis | 08.00 s/d 14.00 setiap hari kerja |
|  | Kejadian infeksi pasca operasi | ≤ 1,5 % |
|  | Kejadian infeksi nosokomial | ≤ 1,5 % |
|  | Tidak adanya kejadian pasien jatuh yang berakhir kecacatan / kematian | 100 % |
|  | Kematian pasien > 48 jam | ≤ 0,24 % |
|  | Kejadian pulang Paksa | ≤ 5 % |
|  | Kepuasan pelanggan | ≥ 90 % |
|  | Rawat inap TB :   1. Penegakan Dianogsis TB melalui pemeriksaan mikroskopis TB. 2. Terlaksananya kegiatan pencatatan dan pelaporan TB di rumah sakit | a.100%  b.100% |
|  | Ketersediaan pelayanan rawat inap di rumah sakit yang memberikan pelayanan jiwa | NAPZA,Gangguan psikotik, Gangguan Nerotik, dan Gangguan Mental Organik |
|  | Tidak adanya kejadian kematian pasien gangguan jiwa karena bunuh diri | 100% |
|  | Kejadian re-admission pasien gangguan jiwa dalam waktu ≤ 1 bulan | 100% |
|  | Lama hari perawatan pasien gangguan jiwa | ≤ 6 minggu |

4. KPI Penunjang Medik

Tabel 5: Jenis KPI (Penunjang Medik)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| JENIS PELAYANAN | INDIKATOR | STANDAR |
| Bedah Sentral (Bedah saja ) | Waktu tunggu operasi elektif | ≤ 2 hari |
| Kejadian Kematian di meja operasi | ≤ 1 % |
| Tidak adanya kejadian operasi salah sisi | 100 % |
| Tidak adanya kejadian operasi salah orang | 100 % |
| Tidak adanya kejadian salah tindakan pada operasi | 100 % |
| Tidak adanya kejadian tertinggalnya benda asing / lain pada tubuh pasien setelah operasi. | 100 % |
| Komplikasi anastesi karena overdosis, reaksi anastesi, dan salah penempatan endotracheal tube. | ≤ 6 % |
| Persalinan dan Perinatalogi (kecuali rumah sakit khusus diluar rumah sakit ibu dan Anak) | Kejadian kematian ibu karena persalinan | 1. Perdarahan ≤ 1 % 2. Pre –Eklamsia ≤ 30% 3. Sepsis ≤ 0,2 % |
| Pemberi pelayanan persalinan normal | 1. Dokter Sp.OG 2. Dokter Umum terlatih (Asuhan Persalinan Normal ) 3. Bidan |
| Pemberi pelayanan dengan persalinan penyulit | Tim PONEK yang terlatih. |
| Pemberi pelayanan persalinan dengan tindakan operasi | 1. Dokter Sp.OG 2. Dokter Sp.A 3. Dokter Sp.An |
| Kemampuan menangani BBLR 1500 gr - 2500 gr | 100% |
| Pertolongan Persalinan melalui seksio cesaria | ≤ 20 % |
| Keluarga Berencana :   1. Persentase KB (Vasektomi & tubektomi) yang dilakukan oleh tenaga kompeten dr. Sp.OG, dr.Sp.B, dr.Sp.U, dokter umum terlatih. 2. Persentase peserta KB mantap yang mendapatkan konseling KB mantap oleh bidan terlatih. | a.100%  b.100% |
| Kepuasan Pelanggan | ≥ 80 % |
| Intensif | Rata-rata Pasien yang kembali ke perawatan intensif dengan kasus yang sama < 72 jam | ≤ 3 % |
| Pemberi pelayanan Unit intensif | 1. Dokter Sp.Anestesi dan dokter spesialis sesuai dengan kasus yang di tangani 2. 100 % perawat minimal D3 dengan sertifikat Perawat mahir ICU/setara (D4) |
| Radiologi | Waktu tunggu hasil pelayanan thorax foto. | ≤ 3 jam |
| Pelaksana ekspertisi | Dokter Spesialis Radiologi |
| Kejadian kegagalan pelayanan Rontgen | Kerusakan foto ≤ 2% |
| Kepuasan pelanggan. | ≥ 80 % |
| Laboratorium Patologi Klinik | Waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium. | ≤ 140 menit  Kimia darah & darah rutin. |
| Pelaksana ekspertisi | Dokter Spesialis Patologi Klinik |
| Tidak adanya kesalahan pemberian hasil pemeriksaan laboratorium. | 100 % |
| Kepuasan pelanggan. | ≥ 80 % |
| Rehabilitasi Medik | Kejadian Drop Out pasien terhadap pelayanan rehabilitasi medik yang direncanakan | ≤ 50 % |
| Tidak adanya kejadian kesalahan tindakan rehabilitasi medik | 100 % |
| Kepuasan pelanggan. | ≥ 80 % |
| Farmasi | Waktu tunggu pelayanan   1. Obat jadi 2. Obat Racikan | 1. ≤ 30 menit 2. ≤ 60 menit |
| Tidak adanya Kejadian kesalahan pemberian obat. | 100% |
| Kepuasan pelanggan. | ≥ 80 % |
| Penulisan resep sesuai formularium | 100 % |
| Gizi | Ketepatan waktu pemberian makanan kepada pasien | ≥ 90 % |
| Sisa makanan yang tidak termakan oleh pasien. | ≤ 20% |
| Tidak adanya kejadian kesalahan pemberian diet | 100 % |
| Tranfusi Darah | Kebutuhan darah bagi setiap pelayanan tranfusi | 100 % terpenuhi |
| Kejadian reaksi tranfusi | ≤ 0,01 % |
| Rekam Medik | Kelengkapan pengisian rekam medik 24 jam setelah selesai pelayanan | 100% |
| Kelengkapan Informed Concent setelah mendapatkan informasi yang jelas. | 100% |

5. KPI Penunjang Non Medik

Tabel 6: Jenis KPI (Penunjang Non Medik)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| JENIS PELAYANAN | INDIKATOR | STANDAR |
| Pelayanan GAKIN | Pelayanan terhadap pasien GAKIN yang datang ke RS pada setiap unit pelayanan | 100% Terpenuhi |
| Pengelolaan Limbah | Buku mutu limbah cair | 1. BOD < 30 mg/1 2. COD < 80 mg/1 3. TSS < mg/1 4. PH 6-9 |
| Pengelolaan limbah padat infeksius sesuai dengan aturan. | 100 % |
| Ambulance/ Kereta Jenazah | Waktu pelayanan ambulance / kereta jenazah | 24 jam |
| Kecepatan memberikan pelayanan ambulance/kereta jenazah di rumah sakit | ≤ 30 menit |
| Response time pelayanan ambulance oleh masyarakat yang membutuhkan | Sesuai ketentuan daerah |
| Pemulasaraan Jenazah | Waktu tanggap (response time) pelayanan pemulasaraan jenazah | ≤ 2 jam |
| Pelayanan pemeliharaan sarana rumah sakit | Kecepatan waktu menanggapi kerusakan alat | ≤ 80 % |
| Ketepatan waktu pemeliharaan alat | 100 % |
| Peralatan laboratorium dan alat ukur yang di gunakan yang digunakan dalam pelayanan terkalibrasi tepat waktu sesuai dengan ketentuan kalibrasi | 100 % |
| Pelayanan Laundry | Tidak adanya kejadian linen yang hilang | 100 % |
| Ketepatan waktu penyediaan linen untuk ruang rawat inap | 100 % |
| Pencegahan dan Pengendalian Infeksi ( PPI ) | Adanya anggota tim PPI yang terlatih | ≥ 75 % |
| Tersedia APD disetiap instalasi / departement | ≥ 60 % |
| Kegiatan pencatatan dan pelaporan infeksi nosokomial / HAI (health care associated infections) di rumah sakit (minimum 1 parameter) | ≥ 75 % |

6. KPI Administrasi dan Manajemen

Tabel 7: Jenis KPI (Administrasi dan Manajemen)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| JENIS PELAYANAN | INDIKATOR | STANDAR |
| Administrasi dan manajemen | Tindak lanjut penyelesaian hasil pertemuan direksi | 100 % |
| Kelengkapan laporan akuntabilitas kinerja | 100 % |
| Ketepatan waktu pengusulan kenaikan pangkat | 100 % |
| Ketepatan waktu pengurusan gaji berkala | 100 % |
| Karyawan yang mendapat pelatihan minimal 20 jam setahun. | ≥ 60 % |
| Cost recovery | ≥ 40 % |
| Ketepatan waktu penyusunan laporan keuangan | 100 % |
| Kecepatan waktu pemberian informasi tentang tagihan pasien rawat inap | ≤ 2 jam |
| Ketepatan waktu pemberian imbalan (insentif ) sesuai kesepakatan waktu | 100 % |

**BAB 8**

**KERANGKA HUKUM DAN KEBIJAKAN YANG MENGATUR SISTEM PELAYANAN MINIMAL (SPM) RUMAH SAKIT**

* 1. **Kerangka Hukum Sistem Pelayanan Minimal (SPM) Rumah Sakit**

Kerangka hukum dalam perencanaan merupakan dasar seorang perencana untuk menyusun suatu rencana. Selain itu, kerangka hukum ini juga dapat digunakan untuk mengendalikan dan mengevaluasi rencana yang telah disusunnya. Dengan adanya kerangka hukum tersebut, rencana dapat disusun dengan terarah sehingga hasilnya sejalan dengan hukum yang berlaku.

Berdasarkan Undang-Undang No. 10 tahun 2004 tentang Pembentukan Peraturan Perundang-undangan, ada lima jenis instrumen hukum di Indonesia yaitu:

1. **Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945**
2. **Undang-Undang/Peraturan Pemerintah Pengganti Undang-Undang**
3. **Peraturan Pemerintah**
4. **Peraturan Presiden**
5. **Peraturan Daerah** yang terdiri atas:
6. Peraturan daerah provinsi
7. Peraturan daerah kabupaten/kota
8. Peraturan Desa

Kelima instrumen hukum di atas bersifat hierarki, artinya peraturan yang lebih rendah akan mengikat jika diperintahkan atau bersesuaian dengan peraturan yang lebih tinggi.

Standar Pelayanan minimum pada rumah sakit merupakan alat ukur mutu pelayanan rumah sakit yang dapat mendukung pencapaian indikator kinerja rumah sakit. Hal tersebut terdapat di KEPMENKES No.126 tahun 2008 tentang Stndar Minimal Rumah Sakit. KEPMENKES No.126 tersebut menindak lanjuti dari mengacu pada UUD’45 pasal 28 H ayat 1 yang menegaskan bahwa semua orang berhak memperoleh pelayanan kesehatan, kemudian dalam pasal 34 ayat 3 dinyatakan bahwa negara bertanggung jawab atas penyediaan fasilitas pelayanan kesehatan, fasilitas pelayanan umum yang layak.

Dalam peraturan pemerintah RI no.65 tahun 2005 tentang Pedoman Penyusunan dan Penerapan Standar Pelayanan minimal BAB 1 ayat 6 menyatakan bahwa “Standar minimal yang selanjutnya disingkat SPM adalah ketentuan tentang jenis atau mutu pelayanan dasar yang merupakan urusan wajib daerah yang berhak diperoleh setiap warga negara secara minimal.

Ayat 7: indikator SPM adalah tolak ukur untuk prestasi kuantitatif dan kualitatif yang digunakan untuk menggambarkan besaran sasaran yang hendak dipenuhi didalam pencapaian suatu SPM tertentu berupa masukan, proses, hasil dan atau manfaat pelayanan. Ayat 8: pelayanan dasar adalah jenis pelayanan publik yang mendasar dan mutlak untuk memenuhi kebutuhan masyarakat dalam kehidupan sosial ekonomi dan pemerintah.

Dalam PP RI No.58 tentang Pengelolaan Keuangan Daerah pasal 39 ayat 2 menyebutkan bahwa yang dimaksud dengan standar pelayanan minimal adalah tolok ukur kinerja dalam menentukan capaian jenis dan mutu pelayanan dasar yang merupakan urusan wajib daerah.

Dari penjelasan di atas dapat diketahui bahwa kerangka hukum Standar Pelayanan Minimal Rumah sakit adalah:

1. UUD’45 pasal 28 H ayat 1 dan pasal 34 ayat 3
2. PP RI No.65 tahun 2005 BAB 1 pasal 6, pasal 7, pasal 8
3. PP RI No. 58 pasal 39 ayat 2
   1. **Kebijakan Sistem Pelayanan Minimum (SPM)**
4. Undang-Undang Nomor 23 tahun 1992, tentang Kesehatan
5. Undang-Undang Nomor l7 tahun 2003 tentang Keuangan Negara
6. Undang-Undang Nomor I tahun 2004 tentang Perbendaharaan Negara
7. Undang-Undang Nomor 32 tahun 2004 tentang Pemerintahan Daerah
8. Undang-Undang Nomor 25 tahun 2000 tentang Program Pembangunan Nasional Tahun 2000 – 2005
9. Peraturan pemerintah Republik Indonesia Nomor 25 tahun 2000 tentang Kewenangan Pemerintah dan Kewenangan Propinsi sebagai Daerah Otonom
10. Peraturan Pemerintah Nomor 20 tahun 2001 tentang pembinaan dan pengawasan atas Penyelenggara Pemerintah Daerah
11. Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 28 tahun 2003 tentang Pedoman Organisasi Perangkat Daerah (Lembaran Negara tahun 2001 No.14, tambahan lembaran negara No. 42621)
12. Peraturan Pemerintah Nomor 20 tahun 2004 tentang Rencana Kerja Pemerintah
13. Peraturan Presiden No. 9 Tahun 2005 tentang Kedudukan, Tugas, Fungsi, Susunan organisasi dan Tata Kerja Kementrian Negara RI sebagaimana telah beberapa kali diiubah terakhir dengan Peraturan Presiden No. 62 Tahun 2005
14. Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 23 tahun 2005 tentang Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum
15. Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 58 tahun 2005 tentang Pengelolaan Keuangan Daerah
16. Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 65 tahun 2005 tentang Pedoman Penyusunan dan Penerapan Standar Pelayanan Minimal
17. Keputusan Menteri pendayagunaan Aparatur Negara Nomor 28 tahun 2004 tentang Akuntabilitas Pelayanan Publik,
18. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 61/Menkes/SK/l/2004 tentang Pedoman Penyusunan Perencanaan Sumber Daya Manusia Kesehatan di Propinsi, Kabupaten/Kota dan Rumah Sakit
19. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 228/MenKes/SK/III/2002 tentang Pedoman Penyusunan Standar Pelayanan Minirnal Rumah Sakit yang Wajib Dilaksanakan Daerah
20. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 1575/Menkes/SK/II/2005 tentang Organisasi dan Tata Kerja Departemen Kesehatan.
21. Peraturan Menteri Dalam Negeri No. 6 tahun 2007 tentang Petunjuk Teknis tentang Penyusunan dan Penetapan Standar Pelayanan Minimal.

**BAB 9**

**STUDI KASUS**

**Manajemen Risiko dalam Pelayanan Pasien Preeklampsia Berat (PEB) / Eklampsia di IGD RSUPNCM**

**9.1 Kasus**

Eklampsia merupakan penyebab kedua kematian ibu, yaitu 13% kematian ibu di Indonesia dan 12% rata-rata dunia. Instalasi Gawat Darurat (IGD) sebagai salah satu unit pelayanan yang ada di rumah sakit berfungsi melayani pasien gawat darurat medis merupakan *high clinical risk areas*.

Instalasi Gawat Darurat (IGD) yang berada di lantai 3 RSU PNCM selama bulan September 2007 terdapat 60 persalinan dengan disertai PEB dari keseluruhan 305 persalinan dan 6 pasien eklampsia yang satu diantaranya menyebabkan kematian maternal. Hal tersebut disebabkan oleh keterlambatan rujukan pasien dari unit pelayanan obstetri yang lebih rendah atau keterlambatan dan kekeliruan penanganan di RSCM.

**9.2 Pembahasan**

Dalam upaya meningkatkan keselamatan pasien pada tingkat rumah sakit, diperlukan pengelolaan risiko klinis secara formal dengan:

a. Membuat dan menerapkan dengan sungguh-sungguh SPM rumah sakit.

b. Meningkatkan kapasitas pelayanan IGD.

c. Menerapkan skala prioritas dalam menangani risiko yang ditemukan.

d. Selanjutnya, perlu diadakan penelitian lebih lanjut mengenai penerapan standar pelayanan minimal di RSCM dan sistem manajemen mutu yang dapat mendukung penerapan konsep dasar *clinical governance* serta terlaksananya berbagai kegiatan *clinical governance.*

Berdasarkan sifat SPM, maka kasus ini dapat dianalisis sebagai berikut:

a. Sederhana

Sistem manajerial pada RSCM masih rumit sehingga membingungkan tenaga kesehatan pada unit pelayanan obstetri yang lebih rendah untuk merujuk pasien ke RSCM. Seharusnya, sistem manajerial di RSCM dibuat sesederhana mungkin terutama pada IGD agar ketika ada pasien yang butuh perawatan cepat bisa segera ditangani tanpa terhambat rumitnya birokrasi pada rumah sakit tersebut.

b. Konkrit

SPM di RSCM seharusnya memiliki prosedur teknis yang sesuai dengan dimensi ruang dan waktu.

c. Mudah diukur

Hasil dari pelayanan pada RSCM tersebut kemudian diukur dengan indikator keberhasilan atau KPI agar terdapat hasil kuantitatif yang menyatakan hasil kinerja tenaga kesehatan pada rumah sakit tersebut.

d. Terbuka

SPM di RSCM harus diketahui oleh semua pihak tidak hanya tenaga kesehatan tapi juga masyarakat agar semua mendapatkan sosialisasi tentang SPM di rumah sakit dengan tujuan untuk membangun pemahaman terhadap semua lapisan masyarakat tentang SPM di rumah sakit.

e. Terjangkau

SPM di RSCM sudah seharusnya dapat dicapai bersama SPM jenis-jenis pelayanan dasar lainnya dengan menggunakan sumber daya dan dana yang tersedia sehingga dari *input* yang minimal itu keseluruhan prosesnya dapat mencapai kepuasan pada *stakeholder*.

f. Dapat dipertanggungjawabkan

Penyusunan SPM di sebuah rumah sakit harus dapat pertanggung jawabkan kepada publik. Artinya jika ada permasalahan pada pasien, pihak rumah sakit dapat menjelaskan penyebab dan prosedur penangananya tanpa ada satu pun yang ditutupi.

g. Mempunyai batas waktu pencapaian

Dalam mengani pasien, rumah sakit harus menetapkan *deadline* penganannya sesuai dengan diagnosa pasien tersebut. Jika waktu pencapaian penanganannya melebihi yang ditetapkan, maka pihak manajemen RSCM perlu dikaji ulang agar tidak terjadi kembali beberapa hal yang dapat menurunkan tingkat kepuasan *stakeholder*.

h. *Input*

Rata-rata jumlah pasien obstetrik dan ginekologi yang datang ke lantai 3 RSUPNCM pada tahun 2007 adalah 569,5 pasien. Sembilan persen kasus adalah preeklampsia berat dan 1% adalah eklampsia dan hanya satu kasus yang meninggal. Responden yang diwawancarai dalam penelitian ini berumur termuda 20 tahun sampai dengan tertua 40 tahun dengan rerata 31,3 tahun.

Dari daftar fasilitas yang diperlukan untuk manajemen preeklampsia berat dan eklampsia, 100% tersedia di IGD lantai 3 RSUPNCM untuk seluruh responden.

i. *Process*

Pengelolaan terbagi menjadi pemeriksaan laboratorium, tindakan, dan sikap terhadap kehamilannya yang seluruhnya telah sesuai standar operasional prosedur, indikasi, dan protocol sehingga dapat dipertanggungjawabkan.

1. Pencapaian Tolok Ukur Keluaran (*Output*)

Beberapa aspek yang berpengaruh terhadap mutu pelayanan kesehatan di rumah sakit adalah keselamatan pasien dan kepuasan pasien. Dalam IGD lantai 3 RSCM terdapat penurunan AKI akibat eklampsia dari 0,14% pada tahun 2007 menjadi 0% sampai bulan Agustus 2008. Secara global telah diperkirakan bahwa 12% dari seluruh kematian ibu berhubungan dengan kelainan hipertensi dalam kehamilan.

Protokol tahun 2007 masih menyebutkan bahwa lama rawat pasien preeklampsia atau eklampsia di IGD paling lama 2 hari sebelum dipindahkan ke ruang rawat. Saat ini, pasien PEB/Eklampsia dirawat di IGD selama satu hari kemudian dipindahkan ke High Care Unit (HCU) bila kondisinya masih memerlukan perawatan intensif rata-rata selama satu hari baru kemudian dipindahkan ke ruang rawat inap. Hal ini salah satunya bertujuan untuk meminimalisir risiko penuhnya IGD dengan pasien lama dan sebagai usaha meningkatkan mutu pelayanan rumah sakit.

Kepuasan pasien di sini hanya dinilai secara subjektif dengan wawancara terhadap pasien dan belum dinilai indikator-indikator kepuasan pasien secara objektif. Penelitian Suryawati dan kawan-kawan menunjukkan sekitar 68,6% sampai 76,24% pasien merasa puas dengan pelayanan rumah sakit terutama dengan pelayanan dokter. Penelitian lain oleh Aminudin di RS Bhakti Asih Tangerang menunjukkan bahwa 60,7% responden merasa tidak puas dengan pelayanan yang diterima. Di RSCM sendiri belum ada data kepuasan pasien yang objektif

Sebagai RS rujukan nasional, RSCM belum menerapkan sistem manajemen khusus. Sebuah penelitian yang dilakukan di dua RSUD di Provinsi Jawa Timur pada bulan Juli-Agustus 2005, diketahui bahwa kedua RS tersebut telah menerapkan sistem manajemen ISO 9000. Sistem manajemen mutu ISO 9000 dapat membantu penerapan konsep dasar clinical governance di RS terutama dalam penerapan standar: akuntabilitas pelayanan klinik, standar kebijakan dan strategi, standar pengembangan dan pelatihan profesional, kebijakan untuk keterlibatan seluruh staf dalam upaya peningkatan mutu, dan penerapan standar pengukuran efektivitas pelayanan.

Risiko dapat berasal dari masukan (*input*), proses, lingkungan, dan umpan balik. Risiko ini akan mempengaruhi keluaran (*output*), yaitu mengenai baik tidaknya manajemen risiko dalam tatalaksana PEB/ Eklampsia di IGD lantai 3 RSCM.

k. *Feedback*

Observasi sesuai standar prosedur dilakukan pada seluruh responden tanpa kecuali. Gambaran Kepuasan Responden dari 15 kuesioner yang diisi oleh responden, delapan orang menyatakan sudah puas dengan pelayanan IGD RSCM. Di antara kekurangan yang dikeluhkan responden, empat orang mengindikasikan kinerja perawat yang kurang (perawat kurang gesit, lama waktu mengambil darah untuk laboratorium, dan pergantian *shift* yang lama).

**9.3 Kesimpulan dan Saran**

a. Langkah-langkah manajemen risiko dalam penanganan pasien PEB/Eklampsia di IGD lantai 3

RSUPNCM sudah membaik walaupun belum dilaksanakan secara optimal. Pencapaian tolok ukur keluaran dari angka kematian ibu, lama rawat, dan kepuasan pasien sampai bulan Agustus 2008 memberikan hasil yang baik dan menurunkan terjadinya risiko yang tidak diinginkan. Namun, masih terdapat hal-hal yang perlu diperhatikan agar pelaksanaan sistem manajemen mutu berstandar internasional, seperti ISO 9000, sebaiknya tidak hanya berupa wacana saja.

Dalam upaya meningkatkan keselamatan pasien pada tingkat rumah sakit, diperlukan pengelolaan risiko klinis secara formal dengan mengembangkan sistem pelaporan dan pencatatan insiden klinis, meningkatkan kapasitas pelayanan IGD termasuk kinerja perawat dengan melakukan kegiatan pelatihan, membuat standar pelayanan minimal rumah sakit, mengembangkan sistem prioritas dalam menangani risiko yang ditemukan, serta peninjauan berkala sebagai evaluasi terhadap berbagai faktor risiko yang ditemukan. Selanjutnya masih perlu diadakannya penelitian lebih lanjut mengenai penerapan manajemen risiko klinik di RSCM dan sistem manajemen mutu yang dapat mendukung penerapan konsep dasar *clinical governance* serta terlaksananya kegiatan *clinical governance*.

**DAFTAR PUSTAKA**

Affandi, H 2012, pengertian-kinerja-definisi-teori, dilihat 5 Oktober 2012

<[www.sarjanaku.com/2012/06/pengertian-**kinerja**-**definisi**-teori.html](http://www.sarjanaku.com/2012/06/pengertian-kinerja-definisi-teori.html)*>*

Ahira, Anne 2008, *Pengertian pelayanan,* dilihat 5 Oktober 2012, <[www.anneahira.com/pengertian-pelayanan.htm](http://www.anneahira.com/pengertian-pelayanan.htm)l>

Departemen Kesehatan, 2009, *Sistem Kesehatan Nasional Departemen Kesehatan RI: Dasar Pembangunan Kesehatan*, dilihat 2 Oktober 2012 <http://www.skn.depkes.go.id/html>

Departemen Kesehatan, 2009, *Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 129 Tahun 2009 tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit*, dilihat 2 Oktober 2012, < <http://www.spm.depkes.go.id/index2.php>>.

Departemen Kesehatan, 2010, *Standar Pelayanan Minimal (SPM),* dilihat 5 Oktober 2012, <http://www.spm.depkes.go.id/index2.php>.

Katz, J.M, Green, E (1997), *Managing Quality: A Guide to System-wide Performance Management in Health Care*, Mosby-Year Book, St Louis, Missouri.

Parmenter, D 2010, *Key performance indicators: developing, implementing, and using winning KPIs*, John Willey & Sons, USA.

Pusdiklat DepKes RI, (1996) *Modul Pelatihan Jaminan Mutu Pelayanan Kesehatan Dasar di Puskesmas*, Jakarta