

# **STANDAR PELAYANAN**



**BADAN LAYANAN UMUM DAERAH  
RSUD PURI HUSADA TEMBILAHAN  
TAHUN 2023**

## KATA PENGANTAR

Rumah Sakit sebagai unit yang memberikan pelayanan kesehatan kepada masyarakat memiliki peran yang sangat strategis dalam mempercepat peningkatan derajat kesehatan masyarakat. Rumah Sakit dituntut untuk memberikan pelayanan yang bermutu serta profesional sehingga dapat menjangkau seluruh lapisan masyarakat.

Dalam mewujudkan pelayanan bermutu diperlukan Standar Pelayanan Rumah Sakit. Standar Pelayanan adalah tolok ukur yang dipergunakan sebagai pedoman penyelenggaraan pelayanan dan acuan penilaian kualitas pelayanan sebagai kewajiban dan janji penyelenggara kepada masyarakat dalam rangka pelayanan yang berkualitas, cepat, mudah, terjangkau, dan terukur.

Diharapkan Standar Pelayanan Rumah Sakit dapat menjadi pedoman bagi para pihak yang terkait untuk melaksanakan tugas pokok dan fungsi pelayanan kesehatan kepada masyarakat.

Akhirnya kepada semua pihak yang telah memberikan kontribusi dalam proses penyusunan dokumen Standar Pelayanan Rumah Sakit, kami ucapkan terima kasih yang sebesar-besarnya. Semoga Tuhan Yang Maha Kuasa selalu memberi petunjuk dan kekuatan bagi kita sekalian dalam melaksanakan pembangunan kesehatan.



Tembilaan, Juni 2023  
Pemimpin BLUD

dr. Saut Pakpahan

# DAFTAR ISI

	<b>Halaman</b>
<b>PENGANTAR</b>	i
<b>DAFTAR ISI</b>	ii
<b>BAB I</b>	
<b>PENDAHULUAN</b>	
A. Latar Belakang	1
B. Tujuan	1
C. Pengertian	2
D. Landasan Hukum	3
E. Sistematika Penyajian	4
F. Metodologi Penyusunan	4
<b>BAB II</b>	
<b>STANDAR PELAYANAN MINIMAL</b>	
A. Jenis Pelayanan	6
B. Standar Pelayanan Minimal	7
<b>BAB III</b>	
<b>PENUTUP</b>	20
<b>LAMPIRAN</b>	
1. Indikator, Standar dan Batas Waktu Pencapaian	
2. Uraian Standar Pelayanan Minimal	
3. Lembar Usulan Program	

## PENDAHULUAN

### A. LATAR BELAKANG

Rumah Sakit Umum Daerah Puri Husada Tembilahan merupakan rumah sakit rujukan milik Pemerintah Kabupaten Indragiri Hilir. Seiring peningkatan Volume aktivitas dan kinerja Rumah Sakit Umum Daerah Puri Husada, maka pada tahun 2012 ditetapkan menjadi BLUD Penuh berdasarkan SK Bupati Indragiri Hilir No 387/VIII/HK-2012, 15 Agustus 2012 Tentang Penetapan Status Penuh Pola Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum Daerah (BLUD).

Penyelenggaraan pelayanan kesehatan di rumah sakit pada hakekatnya berfungsi sebagai tempat penyembuhan penyakit dan pemulihan kesehatan. Fungsi dimaksud memiliki makna tanggung jawab yang seyogyanya merupakan tanggung jawab pemerintah dalam meningkatkan taraf kesejahteraan masyarakat. dengan demikian penyelenggaraannya berpedoman pada Standar Pelayanan Minimal dan dilaksanakan secara bertahap.

Standar Pelayanan adalah tolok ukur yang dipergunakan sebagai pedoman penyelenggaraan pelayanan dan acuan penilaian kualitas pelayanan sebagai kewajiban dan janji penyelenggara kepada masyarakat dalam rangka pelayanan yang berkualitas, cepat, mudah, terjangkau, dan terukur

Penyelenggara pelayanan publik yang selanjutnya disebut penyelenggara adalah setiap institusi penyelenggara negara, korporasi, lembaga independen yang dibentuk berdasarkan Undang-Undang untuk kegiatan pelayanan publik, dan badan hukum lain yang dibentuk semata-mata untuk kegiatan pelayanan publik.

Organisasi penyelenggara pelayanan publik yang selanjutnya disebut organisasi penyelenggara adalah satuan kerja penyelenggara pelayanan publik yang berada di lingkungan institusi penyelenggara negara, korporasi, lembaga independen yang dibentuk berdasarkan Undang-Undang untuk kegiatan pelayanan publik, dan badan hukum lain yang dibentuk semata-mata untuk kegiatan pelayanan publik.

Standar Pelayanan RSUD Puri Husada ini disusun dalam rangka menjamin akuntabilitas kinerja RSUD Puri Husada kedepan.

## **B. TUJUAN DAN SASARAN**

### 1. Tujuan

Tujuan Pedoman Standar Pelayanan ini adalah untuk memberikan kepastian, meningkatkan kualitas dan kinerja pelayanan sesuai dengan kebutuhan masyarakat dan selaras dengan kemampuan penyelenggara sehingga mendapatkan kepercayaan masyarakat.

### 2. Sasaran

Sasaran Pedoman Standar Pelayanan adalah agar setiap penyelenggara mampu menyusun, menetapkan, dan menerapkan Standar Pelayanan Publik dengan baik dan konsiste

## **C. LANDASAN HUKUM**

1. Undang-undang Republik Indonesia nomor 25 Tahun 2009 Tentang Pelayanan Publik;
2. Undang-undang Republik Indonesia Nomor 14 Tahun 2008 Tentang Keterbukaan Informasi Publik;
3. Undang-undang Republik Indonesia Nomor 37 Tahun 2008 Tentang Ombudsman Republik Indonesia;
4. Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 102 Tahun 2000 Tentang Standardisasi Nasional;
5. Peraturan Pemerintah Nomor 61 Tahun 2010 tentang (Pelaksanaan Undang-Undang Nomor 14 Tahun 2008 tentang Keterbukaan Informasi Publik (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2010 Nomor 99, Tambahan Lembaran Republik Indonesia Negara Nomor 5149);
6. Peraturan Pemerintah Nomor 24 Tahun 2005 tentang Standar Akuntansi Pemerintah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2005 Nomor 49, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4503);
7. Peraturan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara Nomor 28 Tahun 2004 tentang Akuntabilitas Pelayanan Publik;
8. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 79 Tahun 2018 tantang Badan Layanan Umum Daerah;
9. Keputusan Presiden Republik Indonesia Nomor 103 Tahun 2001 Tentang Kedudukan, Tugas, Fungsi, Kewenangan, Susunan Organisasi, Dan Tata Kerja Lembaga Pemerintah Non Departemen; h. Peraturan Komisi Informasi Nomor 1 Tahun 2010 tentang Standar Layanan Informasi Publik;

10. Peraturan Daerah Kabupaten Indragiri Hilir Nomor 12 Tahun 2006 tentang Pedoman Pengelolaan Keuangan Daerah Kabupaten Indragiri Hilir (Lembaran Daerah Kabupaten Indragiri Hilir Tahun 2006 Nomor 12 Seri E);

#### **D. PENGERTIAN**

Dalam peraturan Menteri ini yang dimaksud dengan: 1.

1. Standar Pelayanan adalah tolok ukur yang dipergunakan sebagai pedoman penyelenggaraan pelayanan dan acuan penilaian kualitas pelayanan sebagai kewajiban dan janji penyelenggara kepada masyarakat dalam rangka pelayanan yang berkualitas, cepat, mudah, terjangkau, dan terukur.
2. Penyelenggara pelayanan publik yang selanjutnya disebut penyelenggara adalah setiap institusi penyelenggara negara, korporasi, lembaga independen yang dibentuk berdasarkan Undang-Undang untuk kegiatan pelayanan publik, dan badan hukum lain yang dibentuk semata-mata untuk kegiatan pelayanan publik.
3. Organisasi penyelenggara pelayanan publik yang selanjutnya disebut organisasi penyelenggara adalah satuan kerja penyelenggara pelayanan publik yang berada di lingkungan institusi penyelenggara negara, korporasi, lembaga independen yang dibentuk berdasarkan Undang-Undang untuk kegiatan pelayanan publik, dan badan hukum lain yang dibentuk semata-mata untuk kegiatan pelayanan publik.
4. Maklumat Pelayanan adalah pernyataan tertulis yang berisi keseluruhan rincian kewajiban dan janji yang terdapat dalam Standar Pelayanan.
5. Masyarakat adalah seluruh pihak, baik warga negara maupun penduduk sebagai orang perseorangan, kelompok, maupun badan hukum yang berkedudukan sebagai penerima manfaat pelayanan publik, baik secara langsung maupun tidak langsung.

## **E. SISTEMATIKA PENYAJIAN**

Sistematika penyajian SPM ini adalah sebagai berikut :

- BAB I : membahas tentang latar belakang, tujuan, pengertian dan landasan hukum, sistematika penyajian serta metodologi penyusunan dokumen.
- BAB II : membahas tentang jenis pelayanan dan standar pelayanan minimal.
- BAB III : membahas tentang rencana pencapaian target dan program pencapaian SPM.
- BAB IV : membahas tentang rencana strategis penganggaran SPM, monitoring dan pengawasan, serta pengukuran dan pencapaian kinerja.

## **F. METODOLOGI PENYUSUNAN**

Metodologi yang digunakan dalam penyusunan SPM meliputi 2 (dua) metode yaitu:

1. Studi literatur (desk research), dilakukan dengan melakukan kajian terhadap ketentuan perundangan dan dokumen-dokumen yang meliputi: ketentuan perundangan yang terkait dengan SPM rumah sakit dan pedoman-pedoman terkait yang disusun.
2. Penulisan draft dokumen SPM, pembahasan dan diskusi materi dokumen SPM secara intern oleh tim penyusun, pembahasan pleno draft, perbaikan-perbaikan dan revisi serta finalisasi dokumen SPM.

## STANDAR PELAYANAN

Dalam peraturan perundang-undangan yang menjadi fokus dalam proses penyusunan Standar Pelayanan adalah komponen Standar Pelayanan yang terkait dengan penyampaian pelayanan.

### A. KOMPONEN STANDAR PELAYANAN

Langkah-langkah yang harus dilakukan dalam penyusunan Rancangan Standar Pelayanan adalah:

#### 1. Identifikasi Persyaratan

Persyaratan adalah syarat (dokumen atau barang/hal lain) yang harus dipenuhi dalam pengurusan suatu jenis pelayanan, baik persyaratan teknis maupun administratif. Persyaratan pelayanan merupakan suatu tuntutan yang harus dipenuhi, dalam proses penyelenggaraan pelayanan sesuai dengan ketentuan perundangundangan. Persyaratan pelayanan dapat berupa dokumen atau barang/hal lain, tergantung kebutuhan masing-masing jenis pelayanan. Cara yang dapat dilakukan dalam mengidentifikasi persyaratan pelayanan adalah dengan melihat kebutuhan-kebutuhan apa saja yang diperlukan untuk penyelesaian proses pelayanan. Untuk mempermudah dalam proses penyusunan ini, Standar Pelayanan yang sudah ada sebelumnya dapat dijadikan rujukan. Dalam proses identifikasi persyaratan pelayanan, juga perlu diperhatikan apakah persyaratan itu harus disampaikan di awal, di akhir atau secara bertahap sesuai dengan kebutuhan. Proses perumusan persyaratan pelayanan ini dilakukan dengan memperhatikan dasar hukum yang ada. Proses identifikasi ini dilakukan untuk setiap jenis pelayanan. Hasil yang diharapkan dalam proses identifikasi ini adalah:

- a. Daftar persyaratan yang diperlukan dalam setiap tahapan dari masing-masing jenis pelayanan.
- b. Waktu yang dipersyaratkan untuk penyampaian persyaratan (di awal, di akhir, atau secara bertahap)

#### 2. Identifikasi Prosedur

Prosedur adalah tata cara pelayanan yang dibakukan bagi penerima pelayanan. Prosedur pelayanan merupakan proses yang harus dilalui seorang pelanggan untuk mendapatkan jasa pelayanan yang diperlukan. Disamping itu, penyelenggara pelayanan wajib memiliki Standar Operasional Prosedur (SOP). Hasil yang diharapkan dari tahapan ini adalah tahapan proses pelayanan sebagai bahan penyusunan Standar Operasional Prosedur.



### 3. Identifikasi Waktu

Waktu pelayanan adalah jangka waktu yang diperlukan untuk menyelesaikan seluruh proses pelayanan dari setiap jenis pelayanan. Kemudian waktu-waktu yang diperlukan dalam setiap proses pelayanan (dari tahap awal sampai akhir) dijumlahkan untuk mengetahui keseluruhan waktu yang dibutuhkan. Proses identifikasi waktu pelayanan ini dilakukan untuk setiap jenis pelayanan. Dalam menghitung waktu, perlu betul-betul memperhatikan baik prosedur yang mengatur hubungan dengan pengguna layanan, maupun prosedur yang mengatur hubungan antar petugas. Hasil yang diharapkan dari tahapan ini adalah waktu yang diperlukan untuk menyelesaikan setiap jenis pelayanan.

### 4. Identifikasi Biaya/Tarif

Biaya adalah ongkos yang dikenakan kepada penerima layanan dalam mengurus dan/atau memperoleh pelayanan dari penyelenggara yang besarnya ditetapkan berdasarkan kesepakatan antara penyelenggara dan masyarakat. Proses identifikasi biaya pelayanan juga dilakukan berdasarkan setiap tahapan dalam prosedur pelayanan. Berapa biaya yang diperlukan untuk masing-masing tahapan pelayanan.

Pada proses ini juga sekaligus diidentifikasi biaya yang akan dibebankan pelanggan dan biaya yang akan dibebankan unit pengelola pelayanan. Penghitungan dua komponen biaya pelayanan ini penting dilakukan, untuk mengetahui berapa jumlah biaya yang akan dibebankan ke pelanggan, dan berapa biaya yang dibebankan pengelola. Bagi unit pengelola pelayanan, identifikasi ini sangat penting untuk menjadi dasar pengajuan anggaran dan penentuan tarif. Apabila pelayanan ke pelanggan diberikan secara gratis, artinya beban biaya pelayanan secara keseluruhan ditanggung oleh pihak pengelola (pemerintah). Informasi biaya ini harus jelas besarannya, dan apabila gratis harus jelas tertulis untuk menghindari perilaku petugas yang kurang baik.

Proses identifikasi ini dilakukan pada setiap jenis pelayanan. Hasil yang diharapkan pada tahapan ini adalah:

- a. Jumlah biaya yang dibebankan ke pelanggan dari setiap jenis pelayanan (untuk pelayanan yang dipungut biaya);
- b. Jumlah biaya yang dibebankan kepada unit pengelola pelayanan; dan
- c. Daftar pelayanan yang diberikan gratis kepada pelanggan (apabila terdapat jenis pelayanan yang gratis).

### 5. Identifikasi Produk Pelayanan

Produk pelayanan adalah hasil pelayanan yang diberikan dan diterima sesuai dengan ketentuan yang telah ditetapkan. Produk pelayanan dapat berupa penyediaan barang, jasa dan/atau produk administrasi yang diberikan dan diterima pengguna layanan sesuai dengan ketentuan perundang-undangan yang ditetapkan.

Proses identifikasi produk pelayanan dapat dilakukan berdasarkan keluaran (output) yang dihasilkan dari setiap tahap pelayanan. Hasil akhir dari prosedur pelayanan inilah yang menjadi “produk” dari suatu jenis pelayanan. Proses identifikasi ini dilakukan untuk setiap jenis pelayanan. Hasil yang diharapkan dari proses identifikasi ini adalah daftar produk layanan yang dihasilkan dari setiap jenis pelayanan.

#### 6. Penanganan Pengelolaan Pengaduan

Organisasi penyelenggara pelayanan wajib membuat mekanisme pengelolaan pengaduan. Bentuk-bentuk pengelolaan pengaduan yang banyak digunakan antara lain: penyediaan kotak saran, sms, portal pengaduan dalam website, dan penyediaan petugas penerima pengaduan. Untuk mempermudah penanganan pengaduan, perlu dibuatkan prosedur pengelolaan pengaduan.

Dalam mekanisme pengaduan harus diinformasikan secara jelas nama petugas, nomor telepon, alamat email, dan alamat kantor yang dapat dihubungi. Selain itu perlu juga mengatur mekanisme pengaduan apabila terdapat permasalahan yang tidak dapat diselesaikan di dalam internal organisasi penyelenggara.

Hal-hal lebih rinci terkait pengelolaan pengaduan ini dilakukan sebagaimana peraturan terkait yang berlaku. Hasil-hasil yang diperoleh dalam setiap proses identifikasi Standar Pelayanan tersebut, selanjutnya menjadi dasar bagi penyusunan Standar Pelayanan untuk membuat Rancangan Standar Pelayanan.

## **B. RANCANGAN STANDAR PELAYANAN**

Jenis-jenis pelayanan rumah sakit yang disediakan oleh Rumah Sakit Umum Daerah Puri Husada meliputi:

1. Pelayanan Gawat Darurat
2. Pelayanan Rawat Jalan yang terdiri dari :
  - a. Poliklinik Penyakit Dalam
  - b. Poliklinik Jantung
  - c. Poliklinik Bedah
  - d. Poliklinik Saraf
  - e. Poliklinik Kebidanan dan Kandungan
  - f. Poliklinik Paru dan DOTS
  - g. Poliklinik Gigi
  - h. Poliklinik Anak
  - i. Poliklinik THT
  - j. Poliklinik Mata
  - k. Poliklinik VCT

- l. Poliklinik MCU
- m. Poliklinik Jiwa
- n. Poliklinik Akupuntur Medik
- o. Poliklinik Geriatri
- p. Poliklinik Kulit dan Kelamin
- q. Pelayanan Endoscopy dan Bronchoscopy
- r. Pelayanan Haemodialisa
- s. Pelayanan Audio Vestibuler dan Hearing Aid
3. Pelayanan Rawat Inap
4. Pelayanan Kamar Operasi
5. Pelayanan Persalinan dan Perinatologi
6. Pelayanan Intensif
  - a. Intensif Care Unit (ICU)
  - b. Cardio Vaskuler Care Unit (CVCU)
  - c. Neonatal Intensif Care Unit (NICU)
  - d. Perinatologi Intensif Care Unit (PICU)
7. Pelayanan Radiologi
8. Pelayanan Patologi Klinik dan Patologi Anatomi
9. Pelayanan Rehabilitasi Medik
10. Pelayanan Farmasi
11. Pelayanan Gizi
12. Pelayanan Transfusi Darah
13. Pelayanan Keluarga Miskin, JKN dan Asuransi Lainnya
14. Pelayanan Rekam Medis
15. Pengelolaan Limbah
16. Pelayanan Administrasi dan Manajemen
17. Pelayanan Ambulans dan Mobil Jenazah
18. Pelayanan Perawatan Jenazah
19. Pelayanan Laundry dan CSSD
20. Pelayanan Pemeliharaan Sarana Rumah Sakit
21. Pencegahan dan Pengendalian Infeksi
22. Pelayanan Keamanan

### C. STANDAR PELAYANAN

#### Standar Pelayanan Gawat Darurat

1	Jenis pelayanan	:	Pelayanan Gawat Darurat
2	Dasar hukum	:	<ul style="list-style-type: none"> <li>a. Undang-Undang RI Nomor 29 Tahun 2004 Tentang Praktek Kedokteran</li> <li>b. Undang-Undang RI Nomor 36 Tahun 2009 Tentang Kesehatan</li> <li>c. Undang-Undang RI Nomor 44 Tahun 2009 Tentang Rumah Sakit</li> <li>d. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 56 Tahun 2014 Tentang Klasifikasi dan Perizinan Rumah Sakit</li> <li>e. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 12 Tahun 2012 Tentang Akreditasi Rumah Sakit</li> </ul>
3	Persyaratan	:	<ul style="list-style-type: none"> <li>a. Kartu identitas /KTP</li> <li>b. Kartu BPJS</li> <li>c. Surat pengantar bila diperlukan</li> <li>d. Surat rujukan bila diperlukan</li> </ul>
4	Prosedur	:	<ul style="list-style-type: none"> <li>a. Pasien datang</li> <li>b. Triage level 1-3 (zona merah, kuning dan hijau)</li> <li>c. Melakukan pendaftaran di loket pendaftaran</li> <li>d. Pemeriksaan oleh tenaga kesehatan</li> <li>e. Melakukan tindakan medis sesuai dengan indikasi</li> <li>f. Pemeriksaan penunjang (jika diperlukan)</li> <li>g. Pemberian obat</li> <li>h. Pasien keluar rumah sakit (pulang) / masuk rumah sakit (rawat inap)</li> </ul>
5	Jangka Waktu Penyelesain	:	Respon pemeriksaan pasien oleh petugas dokter dan perawat pada zona merah yakni 0 menit (zero minute respon) dan zona kuning ≤30 menit
6	Biaya/Tarif	:	Peserta BPJS menggunakan tariff INA CBG
7	Pengelolaan Pengaduan	:	<p>Unit Pengelola Penanganan Pengaduan Masyarakat Terpadu HP. 08117511009</p> <p>Staff pengaduan 2 org WULANDA ANGGRAINI RISA YANTI, S.Pd YENNI GUSVITA DEWI, SKM</p> <p>Pengaduan diterima melalui : Langsung ke ruang unit pengaduan, Telp, SMS, Aplikasi lapor, melalui kotak saran</p> <p>Kategori pengaduan :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Biaya</li> <li>2. Obat</li> <li>3. Administrasi</li> <li>4. Pelayanan</li> <li>5. Fasilitas</li> <li>6. Antrian</li> <li>7. Informasi</li> <li>8. Rujukan</li> <li>9. Attitude</li> <li>10. Tindakan Medis</li> </ol>

*\* Waktu yang tertera dalam standar ini sangat bergantung dengan kondisi pasien*

*\*Penanganan di IGD berdasarkan tingkat kegawatan*

## Standar Pelayanan Rawat Jalan

1	Jenis pelayanan	:	Pelayanan Rawat Jalan
2	Dasar hukum	:	<ol style="list-style-type: none"> <li>a. Undang-Undang RI Nomor 29 Tahun 2004 Tentang Praktek Kedokteran</li> <li>b. Undang-Undang RI Nomor 36 Tahun 2009 Tentang Kesehatan</li> <li>c. Undang-Undang RI Nomor 44 Tahun 2009 Tentang Rumah Sakit</li> <li>d. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 56 Tahun 2014 Tentang Klasifikasi dan Perizinan Rumah Sakit</li> <li>e. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 12 Tahun 2012 Tentang Akreditasi Rumah Sakit</li> </ol>
3	Persyaratan	:	<ol style="list-style-type: none"> <li>a. Kartu identitas /KTP</li> <li>b. Kartu BPJS</li> <li>c. Surat pengantar bila diperlukan</li> <li>d. Surat rujukan bila diperlukan</li> </ol>
4	Prosedur	:	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pengambilan nomor antrian</li> <li>2. Melakukan pendaftaran di loket pendaftaran</li> <li>3. Menunggu pemanggilan pada klinik yang di tuju</li> <li>4. Verifikasi berkas oleh petugas administrasi</li> <li>5. Dilakukan anamnesis oleh perawat</li> <li>6. Pemeriksaan oleh dokter</li> <li>7. Dilakukan tindakan dan pemeriksaan penunjang (laboratorium atau radiologi) jika diperlukan</li> <li>8. Pemberian terapi atau resep obat</li> <li>9. Penyelesaian administrasi / pembayaran di kasir</li> <li>10. Pengambilan obat di farmasi</li> <li>11. Pasien pulang</li> </ol>
5	Jangka Waktu Penyelesaian	:	≤60 menit (khusus prosedur 2 s/d 6)
6	Biaya/Tarif	:	
7	Pengelolaan Pengaduan	:	<p>UNIT PENGELOLA PENANGANAN PENGADUAN MASYARAKAT TERPADU HP. 08117511009</p> <p>Staff pengaduan 2 org WULANDA ANGGRAINI RISA YANTI, S.Pd YENNI GUSVITA DEWI, SKM</p> <p>Pengaduan diterima melalui : Langsung ke ruang unit pengaduan, Telp, SMS, Aplikasi lapor,</p> <p>Kategori pengaduan :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Biaya</li> <li>2. Obat</li> <li>3. Administrasi</li> <li>4. Pelayanan</li> <li>5. Fasilitas</li> <li>6. Antrian</li> <li>7. Informasi</li> <li>8. Rujukan</li> <li>9. Attitude</li> <li>10. Tindakan Medis</li> </ol>

*\* Waktu yang tertera dalam standar ini sangat bergantung dengan kondisi pasien*

## Standar Pelayanan Rawat Inap

1	Jenis pelayanan	:	Pelayanan Rawat Inap
2	Dasar hukum	:	<ol style="list-style-type: none"> <li>a. Undang-Undang RI Nomor 29 Tahun 2004 Tentang Praktek Kedokteran</li> <li>b. Undang-Undang RI Nomor 36 Tahun 2009 Tentang Kesehatan</li> <li>c. Undang-Undang RI Nomor 44 Tahun 2009 Tentang Rumah Sakit</li> <li>d. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 56 Tahun 2014 Tentang Klasifikasi dan Perizinan Rumah Sakit</li> <li>e. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 12 Tahun 2012 Tentang Akreditasi Rumah Sakit</li> </ol>
3	Persyaratan	:	<ol style="list-style-type: none"> <li>a. Kartu identitas /KTP</li> <li>b. Kartu BPJS</li> <li>c. Surat pengantar bila diperlukan</li> <li>d. Surat rujukan bila diperlukan</li> </ol>
4	Prosedur	:	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pasien dinyatakan rawat inap oleh dokter</li> <li>2. Pasien baru datang dari Klinik Rawat Jalan/IGD ke Rawat Inap</li> <li>3. Proses penerimaan pasien baru</li> <li>4. Proses pelayanan di ruang rawat inap oleh dokter (visite dokter), perawat, petugas farmasi, ahli gizi, dan lainnya</li> <li>5. Pasien dinyatakan sembuh oleh dokter dan dibolehkan keluar dari Rumah Sakit oleh DPJP</li> <li>6. DPJP menulis resep dan melengkapi berkas rekam medis pasien</li> <li>7. Perawat memberikan resep ke farmasi klinis untuk dilakukan collecting dan disetor ke depo farmasi</li> <li>8. Perawat menyerahkan berkas rekam medis ke bagian administrasi</li> <li>9. Petugas administtrasi mengecek kelengkapan persyaratan administrasi pasien</li> <li>10. Petugas administrasi memanggil keluarga pasien untuk pengurusan pasien pulang</li> <li>11. Petugas administrasi mengarahkan keluarga pasien kepada perawat</li> <li>12. Perawat melakukan edukasi persiapan pulang kepda pasien/keluarga pasien</li> <li>13. Perawat melepaskan alat medis (seperti infus, kateter, NGT dan lainnya) dan gelang identitas pasien</li> <li>14. Pasien keluar dari Rumah Sakit</li> </ol>
5	Jangka waktu penyelesaian	:	Jam visite dokter setiap hari mulai jam 7.30 s.d jam 14.00
6	Biaya/Tarif	:	
7	Pengelolaan Pengaduan	:	<p>UNIT PENGELOLA PENANGANAN PENGADUAN MASYARAKAT TERPADU HP. 08117511009</p> <p>Staff pengaduan 2 org WULANDA ANGGRAINI RISA YANTI, S.Pd YENNI GUSVITA DEWI, SKM</p> <p>Pengaduan diterima melalui : Langsung ke ruang unit pengaduan, Telp, SMS, Aplikasi lapor,</p>

		Kategori pengaduan : 1. Biaya 2. Obat 3. Administrasi 4. Pelayanan 5. Fasilitas 6. Antrian 7. Informasi 8. Rujukan 9. Attitude 10. Tindakan Medis
--	--	---

*\* Waktu yang tertera dalam standar ini sangat bergantung dengan kondisi pasien dan ketersediaan kamar*

### Standar Pelayanan Kamar Operasi (Bedah Elektif)

1	Jenis pelayanan	:	Pelayanan Kamar Bedah (Bedah elektif)
2	Dasar hukum	:	a. Undang-Undang RI Nomor 29 Tahun 2004 Tentang Praktek Kedokteran b. Undang-Undang RI Nomor 36 Tahun 2009 Tentang Kesehatan c. Undang-Undang RI Nomor 44 Tahun 2009 Tentang Rumah Sakit d. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 56 Tahun 2014 Tentang Klasifikasi dan Perizinan Rumah Sakit e. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 12 Tahun 2012 Tentang Akreditasi Rumah Sakit
3	Persyaratan	:	a. Surat perintah rawat inap b. Formulir persetujuan tindakan pembedahan/operasi c. Formulir persetujuan pembiusan/sedasi a. Ada hasil foto rontgen dan laboratorium
4	Prosedur	:	1. Pengambilan nomor antrian 2. Melakukan pendaftaran di loket pendaftaran 3. Menunggu pemanggilan pada klinik yang dituju 4. Verifikasi berkas oleh petugas administrasi 5. Dilakukan anamnesis oleh perawat 6. Pemeriksaan oleh dokter 7. Dilakukan tindakan dan pemeriksaan penunjang (laboratorium atau radiologi) 8. Pasien mendapat surat perintah masuk rumah sakit dan jadwal operasi 9. Pasien diperbolehkan pulang dan dipersilahkan datang kembali ke RSUD satu hari sebelum jadwal operasi 10. Pasien dilakukan rawatan minimal 1 hari sebelum jadwal operasi dan dilakukan konsultasi anestesi sebelum operasi 11. Saat jadwal operasi, pasien diantar oleh petugas ke kamar operasi 12. Proses operasi 13. Pemulihan di Ruang Pulih Sadar 14. Pasien di pindahkan ke ruang rawat inap atau ICU
5	Jangka waktu penyelesaian	:	Waktu tunggu operasi elektif pasien rawat inap $\leq 2$ hari (prosedur 4 s/d 7)
6	Biaya/Tarif	:	

7	Pengelolaan Pengaduan	<p>: UNIT PENGELOLA PENANGANAN PENGADUAN MASYARAKAT TERPADU HP. 08117511009</p> <p>Staff pengaduan 2 org WULANDA ANGGRAINI RISA YANTI, S.Pd YENNI GUSVITA DEWI, SKM</p> <p>Pengaduan diterima melalui : Langsung ke ruang unit pengaduan, Telp, SMS, Aplikasi lapor,</p> <p>Kategori pengaduan :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Biaya</li> <li>2. Obat</li> <li>3. Administrasi</li> <li>4. Pelayanan</li> <li>5. Fasilitas</li> <li>6. Antrian</li> <li>7. Informasi</li> <li>8. Rujukan</li> <li>9. Attitude</li> <li>10. Tindakan Medis</li> </ol>
---	-----------------------	--

*\* Waktu yang tertera dalam standar ini sangat bergantung dengan kondisi pasien*



**Standar Pelayanan Kamar Operasi (Bedah Emergensi)**

1	Jenis pelayanan	:	Pelayanan Kamar Bedah (Bedah emergensi)
2	Dasar hukum	:	<ul style="list-style-type: none"> <li>a. Undang-Undang RI Nomor 29 Tahun 2004 Tentang Praktek Kedokteran</li> <li>b. Undang-Undang RI Nomor 36 Tahun 2009 Tentang Kesehatan</li> <li>c. Undang-Undang RI Nomor 44 Tahun 2009 Tentang Rumah Sakit</li> <li>d. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 56 Tahun 2014 Tentang Klasifikasi dan Perizinan Rumah Sakit</li> <li>e. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 12 Tahun 2012 Tentang Akreditasi Rumah Sakit</li> </ul>
3	Persyaratan	:	<ul style="list-style-type: none"> <li>d. Formulir persetujuan tindakan pembedahan/operasi</li> <li>e. Formulir persetujuan pembiusan/sedasi</li> <li>f. Ada hasil foto rontgen dan laboratorium</li> </ul>
4	Prosedur	:	<ul style="list-style-type: none"> <li>1. Pasien di IGD atau ruang rawat inap yang dinyatakan perlu dilakukan operasi segera oleh DPJP</li> <li>2. Pendaftaran operasi pasien</li> <li>3. Konsultasi anastesi dan bedah</li> <li>4. Datang ke kamar operasi dengan diantar petugas</li> <li>5. Proses operasi</li> <li>6. Pemulihan di Ruang Pulih Sadar</li> <li>7. Pasien dipindahkan ke Rawat Inap / ICU</li> </ul>
5	Jangka Waktu Penyelesaian	:	Waktu tunggu operasi emergensi ≤30 menit (prosedur 3 s/d 5)
6	Biaya/Tarif	:	
7	Pengelolaan Pengaduan	:	<p>UNIT PENGELOLA PENANGANAN PENGADUAN MASYARAKAT TERPADU HP. 08117511009</p> <p>Staff pengaduan 2 org WULANDA ANGGRAINI RISA YANTI, S.Pd YENNI GUSVITA DEWI, SKM</p> <p>Pengaduan diterima melalui : Langsung ke ruang unit pengaduan, Telp, SMS, Aplikasi lapor,</p> <p>Kategori pengaduan :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1. Biaya</li> <li>2. Obat</li> <li>3. Administrasi</li> <li>4. Pelayanan</li> <li>5. Fasilitas</li> <li>6. Antrian</li> <li>7. Informasi</li> <li>8. Rujukan</li> <li>9. Attitude</li> <li>10. Tindakan Medis</li> </ul>

*\* Waktu yang tertera dalam standar ini sangat bergantung dengan kondisi pasien*

## Standar Pelayanan Hemodialisa

1	Jenis pelayanan	:	Pelayanan Hemodialisa
2	Dasar hukum	:	<ol style="list-style-type: none"> <li>a. Undang-Undang RI Nomor 29 Tahun 2004 Tentang Praktek Kedokteran</li> <li>b. Undang-Undang RI Nomor 36 Tahun 2009 Tentang Kesehatan</li> <li>c. Undang-Undang RI Nomor 44 Tahun 2009 Tentang Rumah Sakit</li> <li>d. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 56 Tahun 2014 Tentang Klasifikasi dan Perizinan Rumah Sakit</li> <li>e. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 12 Tahun 2012 Tentang Akreditasi Rumah Sakit</li> </ol>
3	Persyaratan	:	<ol style="list-style-type: none"> <li>a. Kartu identitas /KTP</li> <li>b. Kartu BPJS</li> <li>c. Surat pengantar bila diperlukan</li> <li>d. Surat rujukan bila diperlukan</li> <li>e. Hasil laboratorium</li> <li>f. Inform consent tindakan HD</li> </ol>
4	Prosedur	:	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Melakukan pendaftaran</li> <li>2. Menunggu panggilan tindakan sesuai dengan nomor antrian</li> <li>3. Melakukan persiapan HD dengan pengukuran hemodinamik, priming HD dan akses vaskular</li> <li>4. Proses HD dan monitoring</li> <li>5. Terminasi tindakan HD dan evaluasi pasien</li> <li>6. Pasien diperbolehkan pulang (keluar rumah sakit) atau dilakukan rawat inap (pasien masuk rumah sakit)</li> </ol>
5	Jangka waktu penyelesaian	:	<p>Waktu tunggu pelayanan hemodialisa <math>\leq 6</math> jam (prosedur 3s/d 5) yang terdiri dari;</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Persiapan pelaksanaan HD : 30 menit</li> <li>2. Proses pelaksanaan HD : 5 jam</li> <li>3. Evaluasi post HD : 30 menit</li> </ol>
6	Biaya/Tarif	:	
7	Pengelolaan Pengaduan	:	<p>UNIT PENGELOLA PENANGANAN PENGADUAN MASYARAKAT TERPADU HP. 08117511009</p> <p>Staff pengaduan 2 org WULANDA ANGGRAINI RISA YANTI, S.Pd YENNI GUSVITA DEWI, SKM</p> <p>Pengaduan diterima melalui : Langsung ke ruang unit pengaduan, Telp, SMS, Aplikasi lapor,</p> <p>Kategori pengaduan :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Biaya</li> <li>2. Obat</li> <li>3. Administrasi</li> <li>4. Pelayanan</li> <li>5. Fasilitas</li> <li>6. Antrian</li> <li>7. Informasi</li> <li>8. Rujukan</li> <li>9. Attitude</li> <li>10. Tindakan Medis</li> </ol>

## Standar Pelayanan Hemodialisa

1	Jenis pelayanan	:	Pelayanan Hemodialisa
2	Dasar hukum	:	<ul style="list-style-type: none"> <li>f. Undang-Undang RI Nomor 29 Tahun 2004 Tentang Praktek Kedokteran</li> <li>g. Undang-Undang RI Nomor 36 Tahun 2009 Tentang Kesehatan</li> <li>h. Undang-Undang RI Nomor 44 Tahun 2009 Tentang Rumah Sakit</li> <li>i. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 56 Tahun 2014 Tentang Klasifikasi dan Perizinan Rumah Sakit</li> <li>j. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 12 Tahun 2012 Tentang Akreditasi Rumah Sakit</li> </ul>
3	Persyaratan	:	<ul style="list-style-type: none"> <li>g. Kartu identitas /KTP</li> <li>h. Kartu BPJS</li> <li>i. Surat pengantar bila diperlukan</li> <li>j. Surat rujukan bila diperlukan</li> <li>k. Hasil laboratorium</li> <li>l. Inform consent tindakan HD</li> </ul>
4	Prosedur	:	<ul style="list-style-type: none"> <li>7. Melakukan pendaftaran</li> <li>8. Menunggu panggilan tindakan sesuai dengan nomor antrian</li> <li>9. Melakukan persiapan HD dengan pengukuran hemodinamik, priming HD dan akses vaskular</li> <li>10. Proses HD dan monitoring</li> <li>11. Terminasi tindakan HD dan evaluasi pasien</li> <li>12. Pasien diperbolehkan pulang (keluar rumah sakit) atau dilakukan rawat inap (pasien masuk rumah sakit)</li> </ul>
5	Jangka waktu penyelesaian	:	<p>Waktu tunggu pelayanan hemodialisa <math>\leq 6</math> jam (prosedur 3s/d 5) yang terdiri dari;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>4. Persiapan pelaksanaan HD : 30 menit</li> <li>5. Proses pelaksanaan HD : 5 jam</li> <li>6. Evaluasi post HD : 30 menit</li> </ul>
6	Biaya/Tarif	:	
7	Pengelolaan Pengaduan	:	<p>UNIT PENGELOLA PENANGANAN PENGADUAN MASYARAKAT TERPADU HP. 08117511009</p> <p>Staff pengaduan 2 org WULANDA ANGGRAINI RISA YANTI, S.Pd YENNI GUSVITA DEWI, SKM</p> <p>Pengaduan diterima melalui : Langsung ke ruang unit pengaduan, Telp, SMS, Aplikasi lapor,</p> <p>Kategori pengaduan :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1. Biaya</li> <li>2. Obat</li> <li>3. Administrasi</li> <li>4. Pelayanan</li> <li>5. Fasilitas</li> <li>6. Antrian</li> <li>7. Informasi</li> <li>8. Rujukan</li> <li>9. Attitude</li> <li>10. Tindakan Medis</li> </ul>

## Standar Pelayanan Radiologi

1	Jenis pelayanan	:	Pelayanan Radiologi
2	Dasar hukum	:	<ol style="list-style-type: none"> <li>a. Undang-Undang RI Nomor 29 Tahun 2004 Tentang Praktek Kedokteran</li> <li>b. Undang-Undang RI Nomor 36 Tahun 2009 Tentang Kesehatan</li> <li>c. Undang-Undang RI Nomor 44 Tahun 2009 Tentang Rumah Sakit</li> <li>d. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 56 Tahun 2014 Tentang Klasifikasi dan Perizinan Rumah Sakit</li> <li>e. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 12 Tahun 2012 Tentang Akreditasi Rumah Sakit</li> </ol>
3	Persyaratan	:	Formulir permintaan radiologi dari dokter internal RSUD Puri Husada
4	Prosedur	:	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Menyerahkan formulir permintaan pemeriksaan radiologi dari dokter internal RSUD Puri Husada</li> <li>2. Petugas melakukan verifikasi order permintaan radiologi</li> <li>3. Pelaksanaan pemeriksaan radiologi</li> <li>4. Pembacaan hasil oleh dokter spesialis radiologi</li> <li>5. Petugas menyerahkan hasil radiologi sesuai identitas pasien</li> </ol>
5	Jangka waktu penyelesaian	:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Emergensi 45 menit – 180 menit (3 jam)</li> <li>• Non-emergensi ≤3 jam – 24 jam</li> </ul>
6	Biaya/Tarif	:	
7	Pengelolaan Pengaduan	:	<p>UNIT PENGELOLA PENANGANAN PENGADUAN MASYARAKAT TERPADU HP. 08117511009</p> <p>Staff pengaduan 2 org WULANDA ANGGRAINI RISA YANTI, S.Pd YENNI GUSVITA DEWI, SKM</p> <p>Pengaduan diterima melalui : Langsung ke ruang unit pengaduan, Telp, SMS, Aplikasi lapor,</p> <p>Kategori pengaduan :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Biaya</li> <li>2. Obat</li> <li>3. Administrasi</li> <li>4. Pelayanan</li> <li>5. Fasilitas</li> <li>6. Antrian</li> <li>7. Informasi</li> <li>8. Rujukan</li> <li>9. Attitude</li> <li>10. Tindakan Medis</li> </ol>

## Standar Pelayanan Patologi Klinik

1	Jenis pelayanan	:	Pelayanan Radiologi
2	Dasar hukum	:	<ol style="list-style-type: none"> <li>a. Undang-Undang RI Nomor 29 Tahun 2004 Tentang Praktek Kedokteran</li> <li>b. Undang-Undang RI Nomor 36 Tahun 2009 Tentang Kesehatan</li> <li>c. Undang-Undang RI Nomor 44 Tahun 2009 Tentang Rumah Sakit</li> <li>d. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 56 Tahun 2014 Tentang Klasifikasi dan Perizinan Rumah Sakit</li> <li>e. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 12 Tahun 2012 Tentang Akreditasi Rumah Sakit</li> </ol>
3	Persyaratan	:	Formulir permintaan pemeriksaan laboratorium dari dokter internal RSUD Puri Husada
4	Prosedur	:	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Menyerahkan formulir permintaan pemeriksaan laboratorium dari dokter internal RSUD Puri Husada</li> <li>2. Petugas melakukan verifikasi order permintaan laboratorium</li> <li>3. Pelaksanaan pemeriksaan labortorium</li> <li>4. Pembacaan hasil oleh dokter spesialis patologi klinik</li> <li>5. Petugas menyerahkan hasil laboratorium sesuai identitas pasien</li> </ol>
5	Jangka waktu penyelesaian	:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• CITO <math>\leq</math> 140 menit</li> <li>• Elektif hematologi : &lt;120menit</li> <li>• Elektif Kimia klinik : &lt;180 menit</li> <li>• Elektif imunoserologi &lt;180 menit</li> </ul>
6	Biaya/Tarif	:	
7	Pengelolaan Pengaduan	:	<p>UNIT PENGELOLA PENANGANAN PENGADUAN MASYARAKAT TERPADU HP. 08117511009</p> <p>Staff pengaduan 2 org WULANDA ANGGRAINI RISA YANTI, S.Pd YENNI GUSVITA DEWI, SKM</p> <p>Pengaduan diterima melalui : Langsung ke ruang unit pengaduan, Telp, SMS, Aplikasi lapor,</p> <p>Kategori pengaduan :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Biaya</li> <li>2. Obat</li> <li>3. Administrasi</li> <li>4. Pelayanan</li> <li>5. Fasilitas</li> <li>6. Antrian</li> <li>7. Informasi</li> <li>8. Rujukan</li> <li>9. Attitude</li> <li>10. Tindakan Medis</li> </ol>

## Standar Pelayanan Farmasi

1	Jenis pelayanan	:	Waktu tunggu pelayanan obat rawat jalan
2	Dasar hukum	:	<ol style="list-style-type: none"> <li>Undang-Undang RI Nomor 29 Tahun 2004 Tentang Praktek Kedokteran</li> <li>Undang-Undang RI Nomor 36 Tahun 2009 Tentang Kesehatan</li> <li>Undang-Undang RI Nomor 44 Tahun 2009 Tentang Rumah Sakit</li> <li>Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 56 Tahun 2014 Tentang Klasifikasi dan Perizinan Rumah Sakit</li> <li>Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 12 Tahun 2012 Tentang Akreditasi Rumah Sakit</li> </ol>
3	Persyaratan	:	Resep/kertas dari klinik rawat jalan
4	Prosedur	:	<ol style="list-style-type: none"> <li>Pasien menyerahkan resep dari dokter/klinik RSUD Puri Husada</li> <li>Petugas melakukan verifikasi resep dan persyaratan administrasi</li> <li>Apabila obat tersedia maka petugas memberikan obat, namun jika obat tidak tersedia petugas akan memberikan copy resep</li> </ol>
5	Jangka waktu penyelesaian	:	Kurang dari 60 menit
6	Biaya/Tarif	:	
7	Pengelolaan Pengaduan	:	<p>UNIT PENGELOLA PENANGANAN PENGADUAN MASYARAKAT TERPADU HP. 08117511009</p> <p>Staff pengaduan 2 org WULANDA ANGGRAINI RISA YANTI, S.Pd YENNI GUSVITA DEWI, SKM</p> <p>Pengaduan diterima melalui : Langsung ke ruang unit pengaduan, Telp, SMS, Aplikasi lapor,</p> <p>Kategori pengaduan :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Biaya</li> <li>Obat</li> <li>Administrasi</li> <li>Pelayanan</li> <li>Fasilitas</li> <li>Antrian</li> <li>Informasi</li> <li>Rujukan</li> <li>Attitude</li> <li>Tindakan Medis</li> </ol>

## RENCANA PENCAPAIAN SPM

### A. RENCANA PENCAPAIAN TARGET SPM

Standar Pelayanan Minimal yang telah ditetapkan oleh RSUD Puri Husada, menjadi acuan bagi pengelola rumah sakit dan unsur terkait dalam melaksanakan perencanaan, pembiayaan dan pelaksanaan setiap jenis pelayanan yang ditawarkan oleh rumah sakit.

Rencana pencapaian SPM Rumah Sakit Daerah mengacu pada batas waktu pencapaian SPM sebagaimana terdapat dalam Kepmenkes nomor 129/Menkes/SK/II/2008 yang menetapkan agar setiap rumah sakit menyesuaikan dengan SPM dalam waktu 2 tahun sejak ditetapkan (6 Februari 2008). Lebih lanjut, dinyatakan bahwa pencapaian SPM dapat dilakukan secara bertahap dari tahun 2020 sampai dengan 2025 dengan pertimbangan adanya perbedaan kemampuan sumber daya masing-masing daerah. Meskipun demikian, mengingat tujuan penetapan PPK-BLUD adalah untuk meningkatkan kualitas pelayanan kepada masyarakat untuk mewujudkan penyelenggaraan tugas-tugas pemerintah dan/atau pemerintah daerah dalam memajukan kesejahteraan umum dan mencerdaskan kehidupan bangsa, dalam menentukan rencana pencapaian dan penerapan SPM, Rumah Sakit Daerah mempertimbangkan:

1. Kondisi awal tingkat pencapaian SPM;
2. Pedoman Teknis Asistensi Penyusunan SPM RSD;
3. Target SPM yang akan dicapai;
4. Kemampuan, potensi, kondisi, karakteristik, prioritas daerah dan komitmen Pemerintah Daerah/Kabupaten.

Sedangkan rancangan yang digunakan pada dokumen ini untuk menyusun rencana pencapaian dan penerapan SPM RSD adalah analisis hubungan linier antara masukan (*inputs*), aktivitas (*activities*) dan keluaran (*outputs* dan berbagai tingkatan *outcomes*).

- a. Masukan: merupakan sumber daya (keuangan, SDM, informasi dan modal struktural) yang digunakan untuk melakukan aktivitas (*“how we do it”*).
- b. Aktivitas: sekumpulan tugas/pekerjaan yang mengkonsumsi berbagai masukan dan yang keluarannya berkontribusi terhadap satu atau beberapa outcomes (*“what we do”*).
- c. Keluaran: produk dan/atau jasa langsung (biasanya bersifat kebendaan dan kongkrit, tangible and concrete) (*“what we produce”*).

- d. Outcome: kondisi yang diharapkan terwujud, hasil kontribusi keluaran yang dihasilkan oleh aktivitas (*“why we do it”*).

## **B. PROGRAM PENCAPAIAN SPM**

Rumah Sakit telah melakukan perencanaan pencapaian target SPM tahunan dan selanjutnya adalah melakukan estimasi pembiayaan yang diperlukan. Pekerjaan ini dilakukan dalam bentuk penyusunan program Rumah Sakit Daerah (Program Pencapaian SPM) dan dilakukan sebagai bagian dari penyusunan program dalam Rencana Strategis Bisnis rumah sakit. Untuk itu rumah sakit telah menyusun yaitu:

1. Menyusun perkiraan total dana (belanja modal) dan jadwal kebutuhan investasi tahunan selama 5 tahun. Gunakan Lembar Usulan Program (Lampiran 3) untuk menghitung pembiayaan yang diperlukan untuk masing-masing jenis pelayanan.
2. Rekapitulasi usulan program semua jenis pelayanan menjadi satu usulan program (Program Pencapaian SPM) untuk diolah lebih lanjut.



## SISTEM AKUNTABILITAS KINERJA

### A. RENCANA STRATEGIS PENGANGGARAN SPM

Secara umum, akuntabilitas kinerja adalah perwujudan kewajiban suatu organisasi untuk mempertanggung jawabkan keberhasilan atau kegagalan pelaksanaan misi organisasi dalam mencapai tujuan dan sasaran yang telah ditetapkan melalui alat pertanggungjawaban secara periodik. Kinerja pencapaian SPM merupakan bagian yang tidak terpisahkan dari sistem akuntabilitas suatu rumah sakit. Dalam sistem ini, perencanaan menjadi dasar bagi para penanggungjawab program/kegiatan dalam melaksanakan dan melaporkan akuntabilitas program/kegiatan pada masing-masing bidang. Pelaksanaan penyusunan Sistem Akuntabilitas Kinerja Pencapaian SPM meliputi:

1. Pengintegrasian rencana pencapaian SPM ke dalam dokumen perencanaan rumah sakit (RSB dan RBA);
2. Monitoring dan pengawasan pelaksanaan SPM;
3. Pengukuran capaian kinerja dan evaluasi kinerja.

Rencana Strategis Bisnis Rumah Sakit dibuat untuk Jangka Panjang lima tahunan dan diselaraskan dengan RPJMD Provinsi/Kota/Kabupaten. Pembiayaan pencapaian SPM yang hendak dicapai rumah sakit harus dimasukkan dan menjadi bagian yang terintegrasi dalam RSB Rumah Sakit. Dengan kata lain RSB Rumah Sakit menggambarkan rencana strategis rumah sakit dalam pencapaian SPM yang telah ditetapkan selama kurun waktu lima tahun.

Dari hasil penghitungan yang dilakukan, diketahui adanya kesenjangan/*gap* antara SPM yang telah dicapai dengan SPM yang ditetapkan dalam Kepmenkes (standar). Selanjutnya, rumah sakit menyusun rencana pencapaian target SPM beserta program pencapaian SPM. Program yang telah ditetapkan tersebut harus masuk dalam Rencana Strategis Bisnis rumah sakit. Sehingga RSB yang dibuat rumah sakit harus menjadi panduan dalam membuat penganggaran pencapaian SPM setiap tahun secara bertahap sampai mencapai SPM yang ditetapkan Kepmenkes nomor 129 tahun 2008.

Sesuai Kepmenkes nomor 129/Menkes/SK/II/2008, Gubernur/Bupati/Walikota bertanggungjawab dalam penyelenggaraan pelayanan rumah sakit sesuai Standar Pelayanan Minimal yang dilaksanakan oleh Rumah Sakit Provinsi/Kabupaten/ Kota.

Gubernur/Bupati/Walikota juga harus melaksanakan pengawasan dalam penyelenggaraan pelayanan kesehatan sesuai SPM rumah sakit di daerah masing-masing, sehingga Provinsi/Kabupaten/Kota sangat berperan dalam pelaksanaan monitoring dan pengawasan pelaksanaan Standar Pelayanan Minimal. Dalam hal ini secara operasional penyelenggaraan pelayanan rumah sakit sesuai SPM dikoordinasikan dengan Dinas Kesehatan Kabupaten.

Manajemen rumah sakit secara periodik (semesteran/tahunan) membuat laporan pencapaian kinerja pelayanan rumah sakit sesuai SPM yang ditetapkan, yang disampaikan ke Bupati yang akan menjadi bahan pengawasan dan menjadi bahan bagi Bupati dalam membuat laporan pencapaian kinerja pelayanan rumah sakit sesuai SPM dalam Lakip kabupaten.

Dari laporan pencapaian kinerja SPM yang dikirimkan oleh rumah sakit, Pemerintah Daerah yang bersangkutan dapat melakukan pengukuran Capaian Kinerja dan Evaluasi Kinerja rumah sakit dengan meminta bantuan instansi yang independen. Dari hasil evaluasi dapat diketahui seberapa jauh rumah sakit dapat mencapai SPM yang telah ditetapkan dan kendala apa yang dihadapi, sehingga Pemda selaku penanggung jawab pelaksanaan SPM bisa mengambil langkah-langkah perbaikan dan menyediakan fasilitas dan sumber daya yang diperlukan atau dengan mekanisme kerjasama antar daerah kabupaten/kota dalam pencapaian pelayanan kesehatan yang sesuai dengan Standar Pelayanan Minimal yang sudah ditetapkan.

## **B. MONITORING DAN PENGAWASAN PELAKSANAAN SPM**

Untuk tetap memonitor pelaksanaan operasional Rumah Sakit Umum Daerah Puri Husada sesuai dengan Standar Pelayanan Minimal maka Pemerintah Kabupaten Indragiri Hilir mempunyai tugas pengawasan pelaksanaan Standar Pelayanan Minimal dan melaporkan pelaksanaan Standar Pelayanan Minimal tersebut sesuai dengan peraturan yang berlaku. Untuk itu perlu ditetapkan pola pengawasan dan pelaporan dalam pelaksanaan Standar Pelayanan Minimal tersebut.

### **1. Pengorganisasian:**

- a. Bupati bertanggung jawab dalam penyelenggaraan pelayanan rumah sakit sesuai Standar Pelayanan Minimal yang dilaksanakan oleh Rumah Umum Daerah Puri Husada.
- b. Penyelenggaraan pelayanan Rumah Umum Daerah Puri Husada sesuai Standar Pelayanan Minimal sebagaimana dimaksud dalam butir (a) secara operasional dikoordinasikan dengan Dinas Kesehatan.

### **2. Pelaksanaan dan Pembinaan:**

- a. Rumah Sakit Umum Daerah Puri Husada wajib menyelenggarakan pelayanan kesehatan sesuai dengan Standar Pelayanan Minimal yang disusun dan disahkan oleh Kepala Daerah;
  - b. Pemerintah Daerah wajib menyediakan sumber daya yang dibutuhkan dalam penyelenggaraan pelayanan kesehatan yang sesuai dengan Standar Pelayanan Minimal;
  - c. Pemerintah Kabupaten Indragiri memfasilitasi penyelenggaraan pelayanan kesehatan sesuai Standar Pelayanan Minimal dan mekanisme kerjasama antar daerah kabupaten/kota;
  - d. Fasilitasi dimaksud dalam bentuk pemberian standar teknis, pedoman, bimbingan teknis, pelatihan, meliputi:
    - 1) Perhitungan kebutuhan pelayanan rumah sakit sesuai Standar Pelayanan Minimal;
    - 2) Penyusunan rencana kerja dan standar kinerja pencapaian target SPM;
    - 3) Penilaian pengukuran kinerja;
    - 4) Penyusunan laporan kinerja dalam menyelenggarakan pemenuhan standar pelayanan minimal rumah sakit.
3. Pengawasan dan Pelaporan
- a. Bupati melaksanakan pengawasan dalam penyelenggaraan pelayanan kesehatan sesuai Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit Umum Puri Husada dengan melibatkan Inspektorat, Sekda, Dewan Pengawas.
  - b. Bupati menyampaikan laporan pencapaian kinerja pelayanan Rumah Sakit Umum Puri Husada sesuai Standar Pelayanan Minimal yang ditetapkan.

### **C. PENGUKURAN DAN PENCAPAIAN KINERJA**

Pengukuran kinerja merupakan salah satu faktor yang amat penting bagi sebuah rumah sakit. Pengukuran tersebut, dapat digunakan untuk menilai keberhasilan rumah sakit. Selama ini pengukuran kinerja secara tradisional hanya menitik beratkan pada sisi keuangan.

Untuk mengukur kinerja organisasi, maka diperlukan suatu sistem berbasis kinerja. Sistem pengukuran kinerja yang baik diperlukan sebagai instrumen dalam mengukur kinerja yang handal dan berkualitas. Pengukuran kinerja yang menitikberatkan pada sektor keuangan saja kurang mampu mengukur kinerja harta tidak berwujud (intangible assets) dan harta intelektual (sumber daya manusia). Selain itu pengukuran kinerja dengan cara ini juga kurang mampu bercerita banyak mengenai masa lalu, kurang memperhatikan sektor eksternal.

Hal ini untuk merancang suatu sistem pengukuran kinerja yang lebih komprehensif yang disebut dengan Balanced Scorecard. Konsep Balanced Scorecard merupakan salah satu metode pengukuran kinerja yang berusaha untuk menyeimbangkan pengukuran aspek keuangan dengan aspek non keuangan dengan memasukkan empat aspek/perspektif di dalamnya yaitu perspektif keuangan, perspektif pelanggan, perspektif proses bisnis internal, dan perspektif pembelajaran dan pertumbuhan.

Konseptual Balanced Scorecard tidak hanya mencakup indikator kinerja rumah sakit tetapi juga untuk membantu dalam membandingkan kinerja rumah sakit. Sehingga metode BSC akan bermanfaat untuk mengidentifikasi kesempatan dalam peningkatan. Dari hasil penelitian mengindikasikan hasil penilaian kinerja rumah sakit yang bervariasi pada tiap rumah sakit di Indonesia yaitu masih adanya hasil kinerja yang belum maksimal, sehingga rumah sakit sebagai organisasi milik pemerintah dinilai kinerjanya kurang baik dari hasil pengukuran masing-masing perspektif tersebut. Secara umum, pada perspektif keuangan kinerja rumah sakit dapat diukur dari neraca, laporan realisasi anggaran, laporan arus kas, dan analisis rasio keuangan sebagai tolok ukur sesuai indikator value for money dalam menguji hasil kinerja keuangan yang ekonomis, efisien, dan efektif. Untuk perspektif kinerja kepuasan pelanggan digunakan tolok ukur aspek wujud fisik, keandalan, daya tanggap, jaminan, dan empati terhadap pelanggan (pasien rumah sakit). Untuk kinerja perspektif bisnis internal, digunakan aspek sarana dan prasarana rumah sakit, proses, dan kepuasan bekerja. Pada variabel perspektif pertumbuhan dan pembelajaran, peneliti menggunakan aspek motivasi (reward and punishment), kesempatan mengembangkan diri, inovasi, dan suasana dalam bekerja.

Berdasarkan hasil dari pengukuran kinerja rumah sakit yang masih memerlukan perhatian dan aspek perbaikan, rumah sakit pemerintah tampaknya harus didukung oleh birokrasi yang responsif untuk segera melakukan kebijakan perbaikan dalam mengantisipasi perubahan di lapangan untuk meningkatkan kinerja internal rumah sakit. Sehingga rumah sakit sebagai organisasi publik dapat memberikan kepuasan kepada pasiennya; lebih efisien, ekonomis, dan efektif dalam mengelola keuangan rumah sakit; memiliki proses bisnis internal yang baik untuk mencapai kepuasan dalam bekerja; serta pegawai rumah sakit berkesempatan dan berani dalam mengembangkan diri, berinovasi, dan menciptakan budaya organisasi yang baik.

## PENUTUP



Standar pelayanan minimal rumah sakit pada hakekatnya merupakan jenis-jenis pelayanan rumah sakit yang wajib dilaksanakan oleh rumah sakit sesuai dengan standar kinerja yang ditetapkan. Namun demikian mengingat kondisi masing-masing rumah sakit yang terkait dengan sumber daya yang tidak merata maka diperlukan pentahapan dalam pelaksanaan SPM oleh masing-masing rumah sakit sesuai dengan kondisi/perkembangan kapasitas rumah sakit. Mengingat SPM sebagai hak konstitusional maka seyogyanya SPM menjadi prioritas dalam perencanaan dan penganggaran daerah.

Dengan disusunnya Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit diharapkan dapat membantu pelaksanaan penerapan Standar Pelayanan Minimal di rumah sakit. Petunjuk teknis ini dapat dijadikan acuan bagi pengelola rumah sakit dan unsur terkait dalam melaksanakan perencanaan, pembiayaan dan pelaksanaan setiap jenis pelayanan.

Hal-hal lain yang belum tercantum dalam pedoman ini akan ditetapkan kemudian sesuai dengan ketentuan yang berlaku.