

SURAT KETERANGAN

Nomor: 38/S.Ket/VAI/XII/2022

Yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Ahmad Mubarak
NIK : 3174050603930004
Jabatan : Direktur PT. Veda Alterasi Indonesia
Alamat : Pangukan RT 001 RW 009, Tridadi, Sleman, DIY

Menerangkan bahwa:

Nama : Dr. Surahma Asti Mulasari, S.Si., M.Kes.
NIK : 3402166210820002
Jabatan : Tenaga Ahli Kesehatan Masyarakat
Alamat : Perum Sidorejo Gg. Nakula 161 RT 04, Ngestiharjo, Kasihan, Bantul

Adalah benar merupakan Tenaga Ahli dan telah selesai melaksanakan pekerjaan **“Penyusunan Naskah Akademik dan Rancangan Peraturan Daerah tentang Standarisasi Pelayanan Kesehatan”** di Kota Bekasi Tahun 2022, sebagaimana tertuang pada **Perjanjian Kerja Sama Nomor: 180/4295.7/Setwan.PP/04/SPK/VIII/2022 Tanggal 19 Agustus 2022** Sekretariat DPRD Kota Bekasi.

Demikian surat keterangan ini kami sampaikan untuk dapat dipergunakan sebagaimana mestinya, terima kasih.

Yogyakarta, 5 Desember 2022

PT Veda Alterasi Indonesia



Ahmad Mubarak

Direktur



UNIVERSITAS AHMAD DAHLAN FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT

Jln Prof. Dr. Soepomo, Janturan, Yogyakarta 55164, Telp. (0274) 563515, 511830, 379418, 371120, Ext. 3138 Fax. (0274) 564604

SURAT TUGAS

Nomor : F10/705/B.12/XI/2022

Dasar : Surat Permohonan dari Sekretariat DPRD Kota Bekasi

Yang bertanda tangan di bawah ini Pimpinan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Ahmad Dahlan, dengan ini menugaskan kepada:

Nama : Dr. Surahma Asti Mulasari, S.Si., M.Kes.
NIP/NIY : 60060538
Jabatan : Dosen Fakultas Kesehatan Masyarakat

Untuk : Menghadiri Rapat Finalisasi Standarisasi Pelayanan Kesehatan terkait Raperda Inisiatif DPRD Kota Bekasi dan Kemudahan Investasi di Daerah

Hari, Tanggal : Jum'at, 18 November 2022

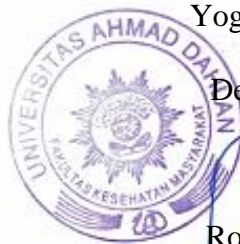
Waktu : Pukul 08.00 WIB – selesai


Tempat : Ruang Rapat Aspirasi Lt. 1 DPRD Kota Bekasi

Demikian surat tugas ini dibuat kepada yang bersangkutan untuk dilaksanakan dengan penuh rasa tanggungjawab, dan apabila telah selesai melaksanakan tugas harap melaporkan kepada pimpinan.

Yogyakarta, 21 Rabi'ul Akhir 1444 H
16 November 2022 M

Dekan




Rosyidah, S.E., M.Kes., Ph.D
NIY. 60050524

Tembusan:
Kaprosdi S2 Kesehatan Masyarakat



PEMERINTAH KOTA BEKASI SEKRETARIAT DPRD

Jl. Chairil Anwar No. 112 Telp. (021) 88355762
BEKASI

Bekasi, 09 Agustus 2022

Nomor : 005 / 4066 /Setwan.PP
Sifat : Biasa
Lampiran : -
Hal : Undangan Rapat Ekspose

K e p a d a,
Yth. Direktur VEDA ALTERASI
di-
YOGYAKARTA

Hal Rapat Ekspose terkait Raperda Inisiatif DPRD Kota Bekasi tentang Pemberian Insentif dan Kemudahan Investasi di Daerah serta Raperda Inisiatif DPRD Kota Bekasi tentang Standarisasi Pelayanan Kesehatan, dengan ini Bapemperda DPRD Kota Bekasi akan melaksanakan Rapat Ekspose terkait hal dimaksud, dengan ini Bapemperda DPRD Kota Bekasi akan melaksanakan Rapat Ekspose yang akan dilaksanakan pada :

Hari : Kamis
Tanggal : 11 Agustus 2022
Waktu : 13.00 WIB s.d Selesai
Tempat : Ruang Rapat Bapemperda DPRD Kota Bekasi.

Demikian atas perhatiannya, disampaikan terimakasih.

SEKRETARIS DPRD KOTA BEKASI


Drs. HANAN, M.Si
Pembina Utama Muda
NIP. 19640424 199011 1 002

Tembusan :
Yth. 1. Ketua Badan Pembentukan Peraturan Daerah

Nomor : 025/ VAI/VIII/2022
Lampiran : 1 hal
Hal : Permohonan Izin Tenaga Ahli

Yogyakarta, 10 Agustus 2022

Kepada Yth.

**Dekan Fakultas Kesehatan Masyarakat
Universitas Ahmad Dahlan Yogyakarta**
di

Jl. Prof. Dr. Soepomo Sh, Umbulharjo Yogyakarta

Dengan hormat,

Sehubungan dengan adanya surat dari Sekretariat DPRD Kota Bekasi perihal undangan rapat ekpose terkait Raperda Inisiatif DPRD Kota Bekasi tentang Pemberian Insentif dan Kemudahan Investasi di Daerah serta Raperda Inisiatif DPRD Kota Bekasi tentang Standarisasi Pelayanan Kesehatan pada tanggal 9 Agustus 2022 (terlampir), bersama dengan ini kami mengharap kesediaan Bapak/ Ibu untuk berkenan mengizinkan Ibu Dr. Surahma Asti Mulasari, S.Si., M.Kes. selaku tenaga ahli untuk dapat menghadiri undangan tersebut.

Adapun rapat ekpose akan diselenggarakan pada :

Hari / Tanggal : Kamis, 11 Agustus 2022

Waktu : Pukul 13.00 s.d. selesai

Tempat : Ruang Rapat Bapemperda DPRD Kota Bekasi

Demikian surat permohonan ini kami sampaikan, atas perhatian dan kerjasamanya kami ucapkan terima kasih.

Hormat kami,
PT VEDA ALTERASI INDONESIA



**VEDA
ALTERASI
INDONESIA**

Ahmad Mubarak
Direktur



PEMERINTAH KOTA BEKASI

SEKRETARIAT DPRD

Jl. Chairil Anwar No. 112 Telp. (021) 88355762
BEKASI

Bekasi, 09 Agustus 2022

Nomor : 005 / 4066 /Setwan.PP
Sifat : Biasa
Lampiran : -
Hal : Undangan Rapat Ekspose

K e p a d a,
Yth. Direktur VEDA ALTERASI
di-
YOGYAKARTA

Hal Rapat Ekspose terkait Raperda Inisiatif DPRD Kota Bekasi tentang Pemberian Insentif dan Kemudahan Investasi di Daerah serta Raperda Inisiatif DPRD Kota Bekasi tentang Standarisasi Pelayanan Kesehatan, dengan ini Bapemperda DPRD Kota Bekasi akan melaksanakan Rapat Ekspose terkait hal dimaksud, dengan ini Bapemperda DPRD Kota Bekasi akan melaksanakan Rapat Ekspose yang akan dilaksanakan pada :

Hari : Kamis
Tanggal : 11 Agustus 2022
Waktu : 13.00 WIB s.d Selesai
Tempat : Ruang Rapat Bapemperda DPRD Kota Bekasi.

Demikian atas perhatiannya, disampaikan terimakasih.

SEKRETARIS DPRD KOTA BEKASI



Hanan
Drs. HANAN, M.Si
Pembina Utama Muda
NIP. 19640424 199011 1 002

Tembusan :
Yth. 1. Ketua Badan Pembentukan Peraturan Daerah

NASKAH AKADEMIK

**RANCANGAN PERATURAN DAERAH TENTANG
PENINGKATAN MUTU DAN STANDARISASI PELAYANAN MINIMAL
BIDANG KESEHATAN**

Penyusun:

Dr. Surahma Asti Mulasari, S.Si., M.Kes

Sri Lestari Harjanta, S.I.P., M.Si

Yohanes Hartono, S.H., M.Hum

PEMERINTAH KOTA BEKASI
TAHUN 2022

KATA PENGANTAR

Terima kasih yang tidak terhingga ditunjukkan kepada Tuhan Yang Maha Pengasih karena berkat rahmat-Nya, Naskah Akademik tentang Standar Pelayanan Minimal Kesehatan ini dapat diselesaikan. Naskah Akademik ini disusun sebagai dasar dalam penyusunan Peraturan Daerah tentang Standar Pelayanan Minimal Kesehatan.

Dalam kesempatan ini tidak lupa diucapkan terima kasih kepada:

- 1. Pimpinan dan anggota Dewan Perwakilan Rakyat Daerah Kota Bekasi*
- 2. Kepala Badan Pembentukan Peraturan Daerah (Bapemperda) DPRD Kota Bekasi*
- 3. Semua pihak dan pemangku kepentingan yang telah memberikan masukan dan informasi guna melengkapi Naskah Akademik ini*

Penyusun menyadari bahwa Naskah Akademik ini masih banyak kekurangannya, untuk itu masukan-masukan konstruktif sangat diharapkan sehingga dalam penyusunan Draft Raperda dapat sesuai dengan harapan.

Semoga Naskah Akademik ini dapat bermanfaat dalam mendukung pembangunan dan mewujudkan kesejahteraan masyarakat di Kota Bekasi.

Yogyakarta, Agustus 2022

Tim Penyusun

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	i
KATA PENGANTAR	II
DAFTAR ISI	iv
BAB I PENDAHULUAN.....	1
A. Latar Belakang.....	1
B. Identifikasi Masalah	2
C. Maksud dan Tujuan.....	4
D. Manfaat.....	4
E. Metode	4
BAB II KAJIAN TEORITIS DAN PRAKTIS EMPIRIS	9
A. Kajian Teoritis	9
B. Kajian Terhadap Asas / Prinsip Yang Terkait Dengan Penyusunan Norma .	25
C. Kajian Terhadap Praktik Penyelenggaraan, Kondisi yang Ada, Serta Permasalahan yang Dihadapi.	29
D. Kajian terhadap Implikasi Penerapan Sistem	34
BAB III EVALUASI DAN ANALISIS PERUNDANG-UNDANGAN TERKAIT.....	39
A. Praktik Standar Pelayanan Minimal (SPM) bidang Kesehatan	39
B. Analisis Perundangan Terkait	40
BAB IV LANDASAN FILOSOFIS, SOSIOLOGIS DAN YURIDIS.....	52
A. Landasan Filosofis.....	52
B. Landasan Sosiologis	54
C. Landasan Yuridis	55
BAB V JANGKAUAN, ARAH PENGATURAN DAN RUANG LINGKUP MATERI MUATAN.....	59
A. Jangkauan.....	59
B. Arah Pengaturan.....	60
C. Materi Muatan	60
BAB VI PENUTUP	63
A. Kesimpulan.....	63
B. Saran	64
DAFTAR PUSTAKA.....	65

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Pada Undang-Undang No. 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan, kesehatan diartikan keadaan sehat, baik secara fisik, mental, spiritual maupun sosial yang memungkinkan setiap orang untuk hidup produktif secara social dan ekonomis. Kesehatan merupakan hal yang penting bagi manusia. Kesehatan merupakan salah satu kebutuhan dasar manusia untuk dapat hidup layak dan produktif, kesehatan hak dasar setiap individu dan semua warga negara. Kesehatan merupakan hak setiap masyarakat yang harus dipenuhi dalam rangka pembentukan sumber daya manusia yang berkualitas.

Penyelenggaraan layanan kesehatan sangat berperan dalam peningkatan derajat kesehatan masyarakat, sehingga perlu pedoman atau acuan yang dipergunakan sebagai petunjuk penyelenggaraan kesehatan yang efektif dan efisien untuk mewujudkan kehidupan masyarakat yang sehat; bahwa untuk memberikan perlindungan dan menjamin terpenuhinya hak atas kesehatan dan penyelenggaraan kesehatan bagi masyarakat diperlukan arah, landasan dan kepastian hukum dalam upaya peningkatan mutu layanan kesehatan.

Pelayanan Kesehatan merupakan upaya yang diselenggarakan secara mandiri atau bersama-sama dalam suatu organisasi untuk memelihara dan meningkatkan Kesehatan, mencegah dan menyembuhkan penyakit serta memulihkan Kesehatan perorangan, keluarga, kelompok dan/ataupun masyarakat. Pelayanan Kesehatan meliputi Upaya Kesehatan Primer (UKP), Upaya Kesehatan Sekunder (UKS) dan Upaya Kesehatan Tersier (UKT). UKP meliputi Pelayanan Kesehatan Perorangan Primer (PKPP) dan Pelayanan Kesehatan Masyarakat Primer (PKMP) yang melibatkan sarana pelayanan kesehatan, lembaga, tugas, perizinan, pembiayaan, tenaga Kesehatan, hubungan kerja, dan pelaksana UKM. UKS meliputi pelayanan Kesehatan Perorangan dan Masyarakat sebagai penerima rujukan dari UKP. Sedangkan UKT meliputi pelayanan Kesehatan Perorangan dan Masyarakat sebagai penerima rujukan unggulan dari UKS.

Pemenuhan layanan Kesehatan merupakan salah satu fokus dari tujuan penyelenggaraan tata kelola organisasi pemerintah Kota Bekasi. Hal tersebut sesuai dengan visi Pemerintah Kota Bekasi “Cerdas, Kreatif, Maju, Sejahtera, dan Ihsan” serta sesuai dengan Misi keempat Pemerintah Kota Bekasi yaitu meningkatkan dan mengembangkan kualitas kehidupan masyarakat yang berpengetahuan, sehat, berakhlak mulia, kreatif, dan inovatif.

Pemenuhan layanan Kesehatan di Kota Bekasi diharapkan dapat menjangkau seluruh elemen sehingga masyarakat mendapatkan layanan kesehatan dengan baik, terutama para penyandang disabilitas, masyarakat penyandang masalah kesejahteraan social (PMKS), kaum marjinal, masyarakat yang tidak ber e-ktip Kota Bekasi, dan masyarakat terpinggirkan lainnya. Jumlah penduduk di Kota Bekasi kurang lebih sejumlah 3 juta jiwa dengan rincian 2,4 juta jiwa ber e-ktip Kota Bekasi dan 600 ribu jiwa tidak ber e-ktip Kota Bekasi, yang tersebar di 12 Kecamatan serta 56 Kelurahan. Masyarakat Kota Bekasi tersebut diharapkan dapat memperoleh layanan kesehatan primer di setiap puskesmas, layanan kesehatan sekunder di 4 RSUD tipe D (RSUD tipe ini tidak bisa melayani pasien BPJS Kesehatan), dan layanan kesehatan tersier di 5 RSUD dengan rincian 1 RSUD tipe B (RSUD tipe bisa melayani pasien BPJS Kesehatan).

Kondisi di atas akan menjadi masalah ketika tidak ada kebijakan yang mengatur penyelenggaraan layanan kesehatan secara spesifik sehingga masyarakat dapat memperoleh layanan kesehatan yang baik. Layanan kesehatan masyarakat yang baik ini diharapkan dapat menjangkau elemen masyarakat yang luas sesuai kondisi Kota Bekasi yang telah disebutkan sebelumnya.

B. Identifikasi Masalah

Berdasarkan latar belakang di atas, dalam Penyusun Naskah Akademik Peraturan Daerah yang berupa Pelayanan Kesehatan dapat diidentifikasi beberapa masalah sebagai berikut:

1. Penyediaan dan pemberian layanan Kesehatan merupakan tanggung jawab pemerintah daerah untuk memenuhi kebutuhan Kesehatan baik perorangan ataupun kesehatan masyarakat sehingga dapat meningkatkan produktivitas dan kesejahteraan bagi masyarakat. Oleh sebab itu

pemberian layanan kesehatan guna meningkatkan produktivitas dan kesejahteraan masyarakat tersebut perlu diberikan dasar regulasi yang sesuai dengan kebutuhan.

2. Sejak diundangkan Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan, Pemerintah Kota Bekasi belum memiliki Peraturan Daerah yang mengatur tentang standar minimal pelayanan di bidang kesehatan. Hal ini tentunya menghambat bagi Pemerintah Kota Bekasi terkait legalitas penyelenggaraan layanan kesehatan,
3. Masyarakat Kota Bekasi sebagai masyarakat yang memiliki percampuran budaya antara budaya Sunda, budaya Betawi dan budaya Jawa-Banten memiliki kearifan lokal yang berada di tengah-tengah arus perkembangan dan kebutuhan pembangunan. Maka perlu ditetapkan, apakah yang menjadi landasan filosofis, sosiologis, dan yuridis dalam mengatur upaya pemenuhan layanan Kesehatan bagi masyarakat Kota Bekasi yang secara formal dituangkan dalam Visi dan Misi Pembangunan Daerah sebagaimana telah diatur dalam Peraturan Daerah Kota Bekasi Nomor 10 Tahun 2003 Tentang Rencana Pembangunan Jangka Panjang Daerah (RPJPD) Kota Bekasi Tahun 2005 – 2025.
4. Upaya meningkatkan layanan kesehatan perorangan ataupun kesehatan masyarakat sehingga terwujud masyarakat yang produktif dan sejahtera perlu segera direalisasikan. Upaya tersebut dapat dilakukan melalui kebijakan pemerintah daerah yang memberikan kewajiban kepada pemberi layanan Kesehatan untuk menyelenggarakan layanan Kesehatan dengan baik. Layanan kesehatan yang baik dapat diwujudkan apabila peraturan daerah yang dibuat dapat dilaksanakan sesuai dengan sasaran yang hendak dituju. Untuk itu pengaturan dalam Peraturan Daerah tentang layanan kesehatan harus mampu memenuhi sasaran tersebut, sehingga perlu ditentukan ruang lingkup pengaturan dalam Perda yang meliputi; ruang lingkup penyelenggaraan layanan Kesehatan, sumber daya kesehatan, upaya kesehatan, tata kelola penyelenggaraan kesehatan, informasi kesehatan, pengembangan penyelenggaraan kesehatan, pembinaan dan pengawasan, penghargaan, peran serta masyarakat, pembiayaan, dan sanksi.
5. Keterbatasan anggaran pemerintah Kota Bekasi khususnya untuk meningkatkan RSUD yang masih pada tipe D agar bisa naik ke tipe C,

sehingga dapat mengakomodir peserta BPJS Kesehatan juga akan menambah dokter spesialis.

C. Maksud dan Tujuan

Mendasarkan pada identifikasi masalah di atas, maka tujuan dan kegunaan penyusunan naskah akademik ini adalah:

1. Menemukan dan merumuskan persoalan-persoalan yang dihadapi oleh Pemerintah Kota Bekasi yang berkaitan dengan layanan kesehatan sebagai konsekuensi diundangkannya Undang-Undang Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan dan berlakunya beberapa regulasi yang berkaitan dengan layanan kesehatan serta bagaimana persoalan-persoalan tersebut dapat diselesaikan melalui regulasi yang ada;
2. Merumuskan permasalahan yang terkait dengan layanan kesehatan di Kota Bekasi untuk menyusun Peraturan Daerah sebagai dasar hukum penyelesaian persoalan-persoalan tersebut;
3. Merumuskan pertimbangan filosofis, sosiologis, dan yuridis dalam penyusunan Raperda;
4. Merumuskan sasaran yang akan diwujudkan, ruang lingkup pengaturan, jangkauan dan arah pengaturan dalam Raperda.

D. Manfaat

Naskah akademik ini disusun untuk memberikan dasar akademik dalam melakukan penyusunan peraturan daerah yang mengatur tentang layanan kesehatan sebagai konsekuensi berlakunya perundang-undangan yang berkaitan dengan penyelenggaraan layanan kesehatan baik peraturan tingkat pusat maupun peraturan tingkat daerah.

E. Metode

a) Jenis penelitian/kajian

Penelitian/kajian ini merupakan penelitian pembentukan hukum (*law making*) sekaligus juga merupakan penelitian penerapan hukum (*law application*). Dimaksud sebagai penelitian pembentukan hukum karena bertujuan untuk merumuskan prinsip-prinsip/norma hukum yang menjadi dasar/landasan hukum yang berlaku bagi peristiwa konkrit sehari-hari. Sedangkan dimaksud sebagai penelitian penerapan hukum karena dalam perumusan prinsip norma tersebut tidak terlepas dari tindakan menerapkan

norma yang ada sebelumnya baik di tingkat pusat (nasional) maupun di tingkat daerah. Sesuai dengan tujuannya yang hendak membentuk hukum positif, maka penelitian ini menggunakan metode normatif (doktrinal). Data-data terutama didasarkan pada kajian literatur (bahan hukum sekunder) dengan analisa dan argumentasi kualitatif.

b) Jenis dan Alat Pengumpul Data

Penelitian/kajian ini dilakukan dengan pendekatan yuridis normatif yang mendasarkan pada data sekunder, yaitu:

1. Bahan hukum primer, yang berupa peraturan perundang-undangan, yaitu;
 - a. Undang Undang Dasar 1945;
 - b. Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 150, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4456);
 - c. Undang-Undang Nomor 25 Tahun 2009 tentang Pelayanan Publik (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 112, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5038);
 - d. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 144, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5063);
 - e. Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 153, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5072);
 - f. Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2011 Nomor 116, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5256);
 - g. Undang-Undang Nomor 18 Tahun 2014 tentang Kesehatan Jiwa (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 185, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5571);
 - h. Undang-undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Indonesia Tahun 2014, Nomor 224, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5587) sebagaimana telah diubah terakhir dengan Undang-

Undang Nomor 9 Tahun 2015 tentang Perubahan Kedua Atas Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 Tentang Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2015 Nomor 58, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5679);

- i. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2014 tentang Tenaga Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 298, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5607);
- j. Peraturan Pemerintah Nomor 46 Tahun 2014 tentang Sistem Informasi Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 126, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5542);
- k. Peraturan Pemerintah Nomor 49 Tahun 2013 tentang Badan Pengawas Rumah Sakit (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2013 Nomor 111, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5428);
- l. Peraturan Pemerintah Nomor 103 Tahun 2014 tentang Pelayanan Kesehatan Tradisional (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 369, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5643);
- m. Peraturan Pemerintah Nomor 47 Tahun 2016 tentang Fasilitas Pelayanan Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2016 Nomor 229, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5942);
- n. Peraturan Presiden Nomor 72 Tahun 2012 tentang Sistem Kesehatan Nasional (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2012, Nomor 193);
- o. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 001 Tahun 2012 tentang Sistem Rujukan Pelayanan Kesehatan Perorangan (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2012, Nomor 122);
- p. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 56 Tahun 2014 tentang Klasifikasi dan Perizinan Rumah Sakit (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2014, Nomor 1221);

- q. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 19 Tahun 2016 tentang Sistem Penanggulangan Gawat Darurat Terpadu (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2016, Nomor 802);
 - r. Peraturan Pemerintah Nomor 2 Tahun 2018 tentang Standar Pelayanan Minimal (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2018 Nomor 2 Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6178);
 - s. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 129/Menkes/SK/II/2008 tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit;
 - t. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 4 Tahun 2019 Tentang Standar Teknis Pemenuhan Mutu Pelayanan Dasar Pada Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan;
 - u. Peraturan Wali Kota Bekasi Nomor 81 Tahun 2019 Tentang Standar Pelayanan Minimal Di Lingkungan Pemerintah Kota Bekasi;
2. Bahan hukum sekunder yang berupa pustaka, hasil penelitian, dan tulisan ilmiah. Untuk memberikan kedalaman, maka data sekunder juga diperoleh dari narasumber pelaku usaha baik dalam diskusi ilmiah maupun dalam Focus Group Discussion. Pihak-pihak sebagai narasumber yang diharapkan memberikan informasi sebagai data primer ini antara lain:
- a. Sekretariat Daerah
 - b. Dinas Kesehatan
 - c. RSUD
 - d. Puskesmas
 - e. Organisasi pemberi layanan Kesehatan (Klinik, praktek dokter, praktek perawat, praktek bidan, praktek fisioterapis, pengobatan tradisional)
 - f. Sarana Penunjang Pelayanan Kesehatan (unit farmasi, laboratorium klinik, radiologi, apotek, toKO obat, optik).

c) Analisis Data

Analisis data dimulai dengan inventarisasi dan sistematisasi norma untuk melihat ketentuan yang berkaitan dengan layanan kesehatan dalam hukum nasional maupun peraturan daerah. Tahap selanjutnya adalah analisis data dengan melakukan eksplikasi yaitu penjelasan serta evaluasi atau penilaian mengenai hukum positif baik dalam hukum nasional

maupun peraturan daerah yang sesuai dengan kondisi Kota Bekasi berkaitan dengan layanan kesehatan. Kegiatan penelitian yang terakhir adalah melakukan preskripsi terhadap perumusan aturan layanan kesehatan dengan menggunakan analisa kualitatif yang dirumuskan selain dari studi pustaka juga dari hasil pengkajian pendapat-pendapat para ahli dan pihak-pihak berkompeten dalam FGD.

BAB II

KAJIAN TEORITIS DAN PRAKTIK EMPIRIS

A. Kajian Teoritis

1.1. Pelayanan Kesehatan

1.1.1. Upaya Kesehatan Primer

Upaya Kesehatan Primer terdiri dari pelayanan kesehatan perorangan primer dan pelayanan kesehatan masyarakat primer.

a. Pelayanan Kesehatan Perorangan Primer (PKPP)

Pelayanan kesehatan perorangan primer adalah pelayanan kesehatan dimana terjadi kontak pertama secara perorangan sebagai proses awal pelayanan kesehatan.

(1) Sarana utama PKPP terdiri dari:

- a) Puskesmas
- b) Klinik pratama;
- c) Praktek dokter/dokter gigi;
- d) Praktek perawat/home care;
- e) Praktek bidan;
- f) Praktek fisioterapis;
- g) Pengobatan tradisional, alternatif dan komplementer yang secara ilmiah telah terbukti keamanan dan khasiatnya;
- h) Sarana pelayanan bergerak (ambulatory).

(2) Sarana Penunjang PKPP terdiri dari:

- a) Unit farmasi puskesmas;
- b) Laboratorium klinik
- c) Radiologi;
- d) Apotek;
- e) Toko obat; dan
- f) Optik.

(3) Tugas PKPP adalah melaksanakan UKP Tingkat Pertama.

(4) Dalam melaksanakan UKP Tingkat Pertama, puskesmas wajib memberikan pelayanan dalam 24 jam setiap hari.

(5) Perizinan PKPP adalah:

- a) Puskesmas dan Klinik Pratama diterbitkan oleh Bupati/Walikota atas rekomendasi Organisasi Perangkat Daerah yang menangani Kesehatan;
 - b) Sarana Kesehatan Tingkat Pertama lainnya diterbitkan oleh Organisasi Perangkat Daerah yang menangani Kesehatan.
- (6) Pembiayaan PKPP milik Pemerintah Daerah Kabupaten/Kota berasal dari
- a) Belanja Modal: APBD Kabupaten/Kota/APBD Provinsi/APBN/Hibah/Bantuan Luar Negeri
 - b) Belanja Operasional: APBD Kabupaten/Kota, BPJS.
- (7) Pembiayaan PKPP milik masyarakat/swasta:
- a) Masyarakat/swasta;
 - b) Hibah.
- (8) Tenaga Kesehatan PKPP terdiri dari:
- a) Dokter/dokter gigi;
 - b) Perawat;
 - c) Bidan;
 - d) Fisioterapis;
 - e) Ahli gizi;
 - f) Tenaga kefarmasian, meliputi apoteker, analis farmasi, atau asisten apoteker;
 - g) Analis kesehatan;
 - h) Perekam medis;
 - i) Radiografer;
 - j) Refraksionis.
- (9) Hubungan Kerja PKPP:
- a) Pembinaan dan supervisi teknis administrasi dan manajemen PKPP dilakukan oleh Organisasi Perangkat Daerah yang menangani Kesehatan;
 - b) Pembinaan dan supervisi teknis medis dan penunjang medis PKPP dilakukan oleh Organisasi Perangkat Daerah yang menangani Kesehatan (UPT RSUD Kabupaten/Kota)
- b. Pelayanan Kesehatan Masyarakat Primer (PKMP)

Pelayanan kesehatan masyarakat primer adalah pelayanan peningkatan dan pencegahan tanpa mengabaikan pengobatan dan pemulihan dengan sasaran keluarga, kelompok, dan masyarakat.

PKMP di Tingkat Desa/Kelurahan:

- (1) Sarana Pelaksana PKMP di Tingkat Desa/Kelurahan adalah Pos UKM Desa/Kelurahan.
- (2) Lembaga PKMP di Tingkat Desa/Kelurahan adalah Unit Pelayanan Pemerintahan Desa/Kelurahan.
- (3) Tugas PKMP di Tingkat Desa/Kelurahan adalah:
 - a) Melaksanakan PKMP di wilayah desa/kelurahan;
 - b) Melaksanakan surveilans, pencatatan, dan pelaporan secara berjenjang.
- (4) Perizinan PKMP di Tingkat Desa/Kelurahan dikeluarkan oleh Organisasi Perangkat Daerah yang menangani urusan Kesehatan.
- (5) Pembiayaan PKMP di Tingkat Desa berasal dari:
 - a) Belanja Modal: APB Desa/APBD/Hibah; dan
 - b) Belanja Operasional: APB Desa/APBD
- (6) Pembiayaan PKMP di Tingkat Kelurahan berasal dari:
 - a) Belanja Modal: APBD/Hibah; dan
 - b) Belanja Operasional: APBD
- (7) Tenaga Kesehatan PKMP di Tingkat Desa/Kelurahan terdiri dari
 - a) Perawat;
 - b) Bidan;
 - c) Tenaga D3 Kesehatan Masyarakat (Penyuluh Kesehatan, Sanitarian)
- (8) Hubungan Kerja PKMP di Tingkat Desa/Kelurahan:
 - a) Pembinaan dan supervisi teknis Pos PKMP di Tingkat Desa/Kelurahan dilakukan oleh Puskesmas;
 - b) Kinerja Pos PKMP di Tingkat Desa/Kelurahan merupakan bagian dari kinerja Jaringan UKM Desa/Kelurahan se- Kecamatan. c. Koordinator jaringan PKMP se-Kecamatan adalah Puskesmas.
- (9) Pelaksanaan PKMP oleh Tenaga Kesehatan PKMP di Tingkat Desa/Kelurahan dapat melibatkan LSM.
- (10) Pelaksanaan PKMP oleh Tenaga Kesehatan PKMP di Tingkat Desa/Kelurahan:

- a) Dapat dilakukan di luar jam kerja dan atau hari kerja; b. Didukung oleh sumber daya yang memadai berupa pembiayaan, logistik, dan sarana-prasarana.

PKMP di Tingkat Kecamatan:

- (1) Sarana pelaksana PKMP di Tingkat Kecamatan adalah Puskesmas.
- (2) Lembaga PKMP di Tingkat Kecamatan adalah Unit Pelaksana Teknis Organisasi Perangkat Daerah yang menangani urusan kesehatan.
- (3) Tugas PKMP di Tingkat Kecamatan adalah:
 - a. Melaksanakan PKMP di wilayah kerja puskesmas/kecamatan; b. Menerima dan menindaklanjuti rujukan dari PKMP Desa/Kelurahan; d. Melaksanakan surveilans, pencatatan, dan pelaporan secara berjenjang.
- (4) Perizinan PKMP di Tingkat Kecamatan diterbitkan Bupati/Walikota
- (5) Pembiayaan PKMP di Tingkat Kecamatan berasal dari
 - a. Belanja Modal: APBD
 - b. Belanja Operasional: APBD.
- (6) Tenaga Kesehatan PKMP di Tingkat Kecamatan terdiri dari:
 - a. Perawat (Sarjana Keperawatan);
 - b. Bidan;
 - c. Tenaga Kesehatan Masyarakat (Sarjana Kesehatan Masyarakat, Penyuluh Kesehatan, Sanitarian).
- (7) Hubungan Kerja PKMP di Tingkat Kecamatan
 - a. Pembinaan dan supervisi teknis Pos PKMP di Tingkat Kecamatan dilakukan oleh Organisasi Perangkat Daerah di Kabupaten/Kota yang menangani urusan kesehatan;
 - b. Kinerja Pos PKMP di Tingkat Kecamatan merupakan bagian dari kinerja Jaringan UKM Kecamatan se- Kabupaten/Kota.
 - c. Koordinator jaringan PKMP se-Kabupaten/Kota adalah Organisasi Perangkat Daerah di Kabupaten/Kota yang menangani urusan kesehatan
- (8) Tenaga Kesehatan PKMP di Tingkat Kecamatan terdiri dari:
 - a. Sarjana Keperawatan;
 - b. Bidan;
 - c. Sarjana Kesehatan Masyarakat.

(9) Pelaksanaan UKM oleh Tenaga Kesehatan PKMP di Tingkat Kecamatan dapat melibatkan LSM.

(10) Pelaksanaan UKM oleh Tenaga Kesehatan PKMP di Tingkat Kecamatan:

- a. Dapat dilakukan di luar jam kerja dan atau hari kerja;
- b. Didukung oleh sumber daya yang memadai berupa pembiayaan, logistik, dan sarana-prasarana.

1.1.2. Upaya Kesehatan Sekunder

Upaya kesehatan sekunder adalah upaya kesehatan rujukan lanjutan, yang terdiri dari pelayanan kesehatan perorangan sekunder dan pelayanan kesehatan masyarakat sekunder.

a. Pelayanan Kesehatan Perorangan Sekunder (PKPS)

Pelayanan kesehatan perorangan sekunder adalah pelayanan kesehatan spesialisik yang menerima rujukan dari pelayanan kesehatan perorangan primer, yang meliputi rujukan kasus, spesimen, dan ilmu pengetahuan serta dapat merujuk kembali ke fasilitas pelayanan kesehatan yang merujuk.

(1) Sarana utama PKPS terdiri dari:

- a) Rumah Sakit setara kelas C dan D milik Pemerintah Daerah Kabupaten/Kota, Masyarakat, dan Swasta;
- b) Praktek Dokter Spesialis/Dokter Gigi Spesialis;
- c) Praktek Perawat Spesialis (home care);
- d) Klinik Utama.

(2) Sarana penunjang PKPS terdiri dari:

- a) Instalasi farmasi rumah sakit;
- b) Laboratorium klinik;
- c) Radiologi;
- d) Apotek;
- e) Rehabilitasi medik;
- f) Optik.

(3) Rumah Sakit setara kelas C dan D milik Pemerintah Daerah Kabupaten/Kota dan masyarakat/swasta wajib menyediakan tempat tidur Kelas 3 sesuai kebutuhan.

- (4) Rumah Sakit setara kelas C dan D milik Pemerintah Daerah Kabupaten/Kota wajib menyediakan bangsal khusus dan/atau tempat tidur untuk ODGJ dan pasien dengan kasus narkoba.
- (5) Tugas PKPS adalah melaksanakan UKP Tingkat Kedua.
- (6) Perizinan PKPS diterbitkan oleh:
 - a) Bupati/Walikota atas rekomendasi Organisasi Perangkat Daerah yang menangani Urusan Kesehatan untuk Rumah Sakit dan Klinik Utama;
 - b) Organisasi Perangkat Daerah yang menangani Kesehatan untuk Sarana PKPS yang lain.
- (7) Pembiayaan PKPS milik Pemerintah Daerah Kabupaten/Kota berasal dari:
 - a) Belanja Modal: APBD/APBD Provinsi/APBN/ Hibah/Bantuan Luar Negeri;
 - b) Belanja Operasional: APBD Kabupaten/Kota, BPJS.
- (8) Pembiayaan PKPS milik masyarakat/swasta:
 - a) Masyarakat/swasta;
 - b) Hibah;
 - c) BPJS dan perusahaan asuransi kesehatan lainnya.
- (9) Tenaga Kesehatan PKPS terdiri dari:
 - a) Dokter spesialis/dokter gigi spesialis
 - b) Dokter/dokter gigi;
 - c) Perawat;
 - d) Bidan;
 - e) Fisioterapis;
 - f) Ahli gizi;
 - g) Tenaga kefarmasian, meliputi apoteker, analis farmasi, atau asisten apoteker
 - h) Analis kesehatan;
 - i) Perekam medis;
 - j) Radiografer;
 - k) Refraksionis.
- (10) Hubungan Kerja PKPS:

- a) Pembinaan dan supervisi teknis administrasi dan manajemen PKPS dilakukan oleh Organisasi Perangkat Daerah di Provinsi Riau yang menangani Kesehatan;
- b) Pembinaan dan supervisi teknis medis dan penunjang medis PKPS dilakukan oleh Organisasi Perangkat Daerah di Provinsi Riau yang menangani UKP.

b. Pelayanan Kesehatan Masyarakat Sekunder (PKMS)

Pelayanan kesehatan masyarakat sekunder menerima rujukan kesehatan dari pelayanan kesehatan masyarakat primer dan memberikan fasilitasi dalam bentuk sarana, teknologi, dan sumber daya manusia kesehatan serta didukung oleh pelayanan kesehatan masyarakat tersier.

PKMS dilaksanakan pada Tingkat Kabupaten/Kota

- 1) Sarana utama PKMS adalah Organisasi Perangkat Daerah yang menangani Urusan Kesehatan.
- 2) Sarana penunjang PKMS adalah:
 - a) Laboratorium Kesehatan Masyarakat Kabupaten/Kota;
 - b) Instalasi Farmasi Kabupaten/Kota; dan
- 3) Lembaga PKMS adalah Bidang-bidang pada Organisasi Perangkat Daerah yang menangani Urusan Kesehatan.
- 4) Tugas PKMS adalah:
 - a) Menerima dan menindaklanjuti rujukan dari PKMP Kecamatan;
 - b) Melaksanakan surveilans, pencatatan, dan pelaporan secara berjenjang
 - c) Memberikan fasilitasi dalam bentuk sarana, teknologi, dan sumber daya manusia kesehatan.
- 5) Pembiayaan PKMS berasal dari:
 - a) Belanja Modal: APBD Kabupaten/Kota, APBD Provinsi, APBN, Hibah/Bantuan Luar Negeri.
 - b) Belanja Operasional: APBD Kabupaten/Kota, APBD Provinsi/APBN/ Hibah/Bantuan Luar Negeri.
- 6) Tenaga Kesehatan PKMS terdiri dari:
 - a) Dokter diutamakan berpendidikan S2 Kesehatan Masyarakat;
 - b) Perawat diutamakan berpendidikan S1/S2 Keperawatan;

- c) Tenaga kesehatan masyarakat diutamakan berpendidikan S2 meliputi Sarjana Kesehatan Masyarakat, Promosi Kesehatan, Sanitarian, Epidemiolog, Entomolog; dan
 - d) Petugas gizi diutamakan berpendidikan S1/S2 Gizi Masyarakat.
- 7) Hubungan Kerja PKMS
- a) Organisasi Perangkat Daerah yang menangani Urusan Kesehatan di Provinsi Riau melakukan supervisi dan pembinaan terhadap PKMS di Kabupaten/Kota;
 - b) Organisasi Perangkat Daerah yang menangani Urusan Kesehatan di Provinsi Riau mengkoordinasikan pengelolaan target kinerja PKMS se- Provinsi Riau.
- 8) Pelaksanaan UKM oleh Tenaga Kesehatan PKMS di Tingkat Kabupaten/Kota:
- a) Dapat dilakukan di luar jam kerja dan atau hari kerja;
 - b) Didukung oleh sumber daya yang memadai berupa pembiayaan, logistic, dan sarana-prasarana.

1.1.3. Upaya Kesehatan Tersier

Upaya kesehatan tersier adalah upaya kesehatan rujukan unggulan yang terdiri dari pelayanan kesehatan perorangan tersier dan pelayanan kesehatan masyarakat tersier.

a. Pelayanan Kesehatan Perorangan Tersier (PKPT)

Pelayanan kesehatan perorangan tersier menerima rujukan subspecialistik dari pelayanan kesehatan di bawahnya, dan dapat merujuk kembali ke fasilitas pelayanan kesehatan yang merujuk.

(1) Sarana utama PKPT terdiri dari:

- a) Rumah Sakit minimal setara kelas B milik Pemerintah Daerah, Pemerintah Daerah kabupaten/Kota, Masyarakat, dan Swasta;
- b) Praktek Dokter Sub-Spesialis/Dokter Gigi Sub-Spesialis;
- c) Klinik Utama Sub-Spesialis.

(2) Sarana penunjang PKPT terdiri dari:

- a) Instalasi farmasi rumah sakit;
- b) Laboratorium klinik;
- c) Radiologi;

- d) Apotek;
 - e) Rehabilitasi medik;
 - f) Optik.
- (3) Tugas PKPT adalah melaksanakan UKP Tingkat Ketiga.
- (4) Rumah Sakit setara kelas B milik Pemerintah Daerah dan Pemerintah Daerah Kabupaten/Kota, serta masyarakat/swasta wajib menyediakan tempat tidur Kelas 3 sesuai kebutuhan.
- (5) Perizinan PKPT diterbitkan oleh:
- a) Gubernur atas rekomendasi Organisasi Perangkat Daerah yang menangani Urusan Kesehatan di Provinsi Riau untuk Rumah Sakit dan Klinik Utama setara kelas B;
 - b) Organisasi Perangkat Daerah di Provinsi Riau yang menangani Kesehatan untuk Sarana PKPT yang lain.
- (6) Pembiayaan PKPT milik Pemerintah Daerah berasal dari:
- a) Belanja Modal: APBD Provinsi/APBN/ Hibah/Bantuan Luar Negeri;
 - b) Belanja Operasional: APBD Provinsi, BPJS.
- (7) Pembiayaan PKPT milik masyarakat/swasta:
- a) Masyarakat/swasta;
 - b) BPJS dan perusahaan asuransi kesehatan lainnya; dan
 - c) Hibah
- (8) Tenaga Kesehatan PKPT terdiri dari:
- a) Dokter sub-spesialis/dokter gigi sub-spesialis
 - b) Dokter spesialis/dokter gigi spesialis
 - c) Dokter/dokter gigi;
 - d) Perawat;
 - e) Bidan;
 - f) Fisioterapis;
 - g) Ahli gizi;
 - h) Tenaga kefarmasian, meliputi apoteker, analis farmasi, atau asisten apoteker;
 - i) Analis kesehatan;
 - j) Perekam medis;
 - k) Radiografer;
 - l) Refraksionis.

(9) Hubungan Kerja PKPT:

- a) Pembinaan dan supervisi teknis administrasi dan manajemen PKPT dilakukan oleh Organisasi Perangkat Daerah di Provinsi Riau yang menangani Kesehatan dan Kementerian yang menangani Kesehatan;
- b) Pembinaan dan supervisi teknis medis dan penunjang medis PKPT dilakukan oleh Organisasi Perangkat Daerah yang menangani Kesehatan (UPT RSUD Provinsi).

b. Pelayanan Kesehatan Masyarakat Tersier (PKMT)

Pelayanan kesehatan masyarakat tersier menerima rujukan kesehatan dari pelayanan kesehatan masyarakat sekunder dan memberikan fasilitasi dalam bentuk sarana, teknologi, sumber daya manusia kesehatan, dan rujukan operasional, serta melakukan penelitian dan pengembangan bidang kesehatan masyarakat dan penapisan teknologi dan produk teknologi yang terkait.

PKMT dilaksanakan pada Tingkat Provinsi.

- (1) Sarana utama PKMT adalah Organisasi Perangkat Daerah yang menangani Urusan Kesehatan.
- (2) Sarana penunjang PKMT adalah:
 - a) Laboratorium Kesehatan Masyarakat Provinsi;
 - b) Instalasi Farmasi Provinsi Riau (pengelola buffer stock).
- (3) Lembaga PKMT adalah Bidang-bidang pada Organisasi Perangkat Daerah yang menangani Urusan Kesehatan.
- (4) Tugas PKMT adalah:
 - a) Menerima dan menindaklanjuti rujukan dari PKMS Kabupaten;
 - b) Melaksanakan surveilans, pencatatan, dan pelaporan secara berjenjang;
 - c) Memberikan fasilitasi dalam bentuk sarana, teknologi, dan sumber daya manusia kesehatan; dan
 - d) Melakukan penelitian dan pengembangan bidang kesehatan masyarakat dan penapisan teknologi dan produk teknologi yang terkait.
- (5) Pembiayaan PKMT berasal dari

- a) Belanja Modal: APBD Provinsi, APBN, Hibah/Bantuan Luar Negeri.
 - b) Belanja Operasional: APBD Provinsi/APBN/ Hibah/Bantuan Luar Negeri.
- (6) Tenaga Kesehatan PKMT terdiri dari:
- a) Dokter diutamakan berpendidikan S2/S3 Kesehatan Masyarakat;
 - b) Perawat diutamakan berpendidikan S2/S3 Keperawatan;
 - c) Tenaga kesehatan masyarakat diutamakan berpendidikan S2/S3 meliputi Sarjana Kesehatan Masyarakat, Penyuluh Kesehatan, Sanitarian, Epidemiolog, Entomolog; dan
 - d) Petugas gizi diutamakan berpendidikan S2/S3 Gizi Masyarakat.
- (7) Hubungan Kerja PKMT:
- a) Kementerian yang menangani Urusan Kesehatan melakukan supervisi dan pembinaan terhadap PKMT di Provinsi Riau;
 - b) Organisasi Perangkat Daerah yang menangani Urusan Kesehatan mengkoordinasikan pengelolaan target kinerja PKMS se-Daerah.
- (8) Pelaksanaan UKM oleh Tenaga Kesehatan PKMT di Tingkat Provinsi
- a) Dapat dilakukan di luar jam kerja dan atau hari kerja;
 - b) Didukung oleh sumber daya yang memadai berupa pembiayaan, logistic, dan sarana-prasarana.

1.2. Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan

Standar Pelayanan Minimal adalah ketentuan tentang jenis dan mutu pelayanan dasar yang merupakan urusan wajib daerah yang berhak diperoleh setiap warga secara minimal. Juga merupakan spesifikasi teknis tentang tolak ukur pelayanan minimum yang diberikan oleh Badan Layanan Umum kepada masyarakat. Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan, yang selanjutnya disingkat SPM Bidang Kesehatan merupakan acuan bagi Pemerintah Daerah dan Kabupaten/Kota dalam penyediaan pelayanan kesehatan yang berhak diperoleh setiap warga secara minimal. SPM Kesehatan terdiri atas SPM Kesehatan Daerah Provinsi dan SPM Kesehatan Daerah Kabupaten/Kota. Jenis pelayanan dasar pada SPM Kesehatan Daerah Provinsi terdiri atas:

1. pelayanan kesehatan bagi penduduk terdampak krisis kesehatan akibat bencana dan/atau berpotensi bencana provinsi; dan
2. pelayanan kesehatan bagi penduduk pada kondisi kejadian luar biasa provinsi.

SPM dasar Bidang Kesehatan Daerah kabupaten/kota meliputi:

1. Setiap ibu hamil mendapatkan pelayanan antenatal sesuai standar;
2. Setiap ibu bersalin mendapatkan pelayanan persalinan sesuai standar;
3. Setiap bayi baru lahir mendapatkan pelayanan kesehatan sesuai standar;
4. Setiap balita mendapatkan pelayanan kesehatan sesuai standar;
5. Setiap anak pada usia pendidikan dasar mendapatkan skrining kesehatan sesuai standar;
6. Setiap warga negara Indonesia usia 15 s.d. 59 tahun mendapatkan skrining kesehatan sesuai standar;
7. Setiap warga negara Indonesia usia 60 tahun ke atas mendapatkan skrining kesehatan sesuai standar;
8. Setiap penderita hipertensi mendapatkan pelayanan kesehatan sesuai standar;
9. Setiap penderita Diabetes Melitus mendapatkan pelayanan kesehatan sesuai standar;
10. Setiap orang dengan gangguan jiwa (ODGJ) mendapatkan pelayanan kesehatan sesuai standar;
11. Setiap orang dengan TB mendapatkan pelayanan TB sesuai standar;
12. Setiap orang berisiko terinfeksi HIV (ibu hamil, pasien TB, pasien IMS, waria/transgender, pengguna napza, dan warga binaan lembaga pemasyarakatan) mendapatkan pemeriksaan HIV sesuai standar.

Pelayanan dasar pada SPM Kesehatan dilaksanakan pada fasilitas pelayanan kesehatan baik milik pemerintah pusat, pemerintah daerah, maupun swasta. Mutu pelayanan setiap jenis pelayanan dasar pada SPM bidang Kesehatan ditetapkan dalam standar teknis yang terdiri atas:

1. standar jumlah dan kualitas barang dan/atau jasa;
2. standar jumlah dan kualitas personel/sumber daya manusia kesehatan;
3. petunjuk teknis atau tata cara pemenuhan standar.

Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 juga mengamanatkan pada Pemerintah Daerah untuk benar-benar memprioritaskan belanja daerah untuk mendanai urusan pemerintahan wajib yang terkait pelayanan dasar yang ditetapkan dengan SPM. Pengalokasian Dana Alokasi Khusus (DAK) ke daerah akan berdasar pada kebutuhan daerah untuk pencapaian target-target SPM Daerah dengan kemampuan sumber daya yang kurang akan menjadi prioritas dalam pengalokasian DAK.

Implementasi SPM juga menjadi sangat strategis dalam kaitannya dengan pelaksanaan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN). Implementasi SPM akan memperkuat sisi promotif-preventif sehingga diharapkan akan ber-*impact* pada penurunan jumlah kasus kuratif yang harus ditanggung oleh JKN.

Penerapan SPM bidang kesehatan tidak dapat terpisah dengan penyelenggaraan program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) karena sifat saling melengkapi dan sinergisme. Penekanan SPM bidang kesehatan berfokus pada pelayanan promotif dan preventif, sementara program JKN berfokus pada pelayanan kuratif dan rehabilitatif. Sehingga pada penerapan SPM bidang kesehatan khususnya di kabupaten/kota ada kontribusi pembiayaan dan pelayanan program JKN. Untuk hal tersebut, pada penerapannya tidak perlu mengalokasikan anggaran pada pelayanan-pelayanan yang bersifat kuratif dan rehabilitatif yang dibiayai oleh JKN.

Pada perhitungan pembiayaan, pemerintah daerah melakukan pemetaan pembiayaan, karena terdapat sumber pembiayaan yang dapat digunakan dalam penerapan SPM, tetapi dalam pola perhitungan SPM perlu diperhatikan untuk tidak *double counting* pembiayaan, seperti yang telah dialokasikan JKN maka tidak perlu ada di kebutuhan SPM.

Menurut Azwar (1996), secara umum sumber biaya kesehatan dikelompokkan menjadi dua, yakni pertama, seluruh pembiayaan bersumber dari anggaran pemerintah. Negara yang menggunakan model ini menyediakan biaya kesehatan untuk masyarakat sepenuhnya. Pelayanan kesehatan diberikan oleh pemerintah secara cuma-cuma. Tidak ada campur tangan dari pelayanan kesehatan swasta. Kedua, sebagian pembiayaan ditanggung oleh masyarakat. Beberapa negara mengajak peran serta

masyarakat untuk ikut andil dalam pelayanan kesehatan, baik dalam penyelenggaraan upaya kesehatan maupun pemanfaatan layanan kesehatan. Pada kondisi ini, swasta pun ikut berperan dalam penyediaan layanan kesehatan sehingga masyarakat menggunakan pelayanan kesehatan dengan mengeluarkan dana sendiri.

Berikut empat sumber utama pembiayaan untuk sektor kesehatan (Kutzin, 2008; Mills & Gilson, 1988).

1. Pembiayaan pemerintah untuk pelayanan kesehatan meliputi pengeluaran kesehatan di semua tingkat pemerintah (pusat dan daerah), termasuk pengeluaran perusahaan publik. Sistem kesehatan membutuhkan sumber daya keuangan untuk mencapai tujuan yang ditargetkan.
2. Pembiayaan swasta, dapat dilakukan secara langsung ataupun tidak langsung. Pembayaran langsung merupakan pembayaran pribadi yang dilakukan langsung kepada berbagai penyedia, termasuk praktik swasta, tabib tradisional, dan apoteker. Biaya pengguna untuk layanan yang disediakan pemerintah atau pelayanan kesehatan swasta yang berasal dari kantong sendiri dianggap sebagai pembiayaan kesehatan dari sumber swasta. Biaya yang sama, kontribusi, atau pra-pembayaran oleh anggota dalam skema pembiayaan masyarakat juga dianggap berasal dari sumber non-pemerintah. Pembayaran tidak langsung merupakan pembayaran layanan kesehatan oleh pengusaha sebagai cakupan dan pembiayaan kesehatan oleh badan non-pemerintah lainnya, seperti pengumpulan dana amal.
3. Pembiayaan asuransi kesehatan. Ada tiga jenis asuransi utama, yaitu asuransi pemerintah atau sosial, asuransi swasta, dan asuransi berbasis pengusaha atau pekerja.
4. Pembiayaan sumber eksternal. Pembiayaan ini bersumber dari bantuan organisasi luar dalam membantu program kesehatan, seperti dari WHO, World bank, dan organisasi lain dalam membiayai program prioritas kesehatan suatu negara, seperti HIV, TB, Malaria, dan imunisasi. Selama lima belas tahun terakhir, pendanaan eksternal meningkat secara signifikan untuk kesehatan di negara-negara berpenghasilan rendah dengan beban

penyakit yang tinggi. Bantuan pembangunan untuk kesehatan, biasa disebut bantuan asing, merupakan porsi yang signifikan dari pengeluaran kesehatan di negara-negara berpenghasilan rendah, rata-rata 40% dari total pengeluaran perawatan kesehatan (J. L. Dieleman et al., 2016).

1.3. Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit

Rumah Sakit adalah sarana kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan meliputi pelayanan promotif, preventif, kurative dan rehabilitatif yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan, dan gawat darurat. Standar Pelayanan Minimal (SPM) Rumah Sakit dalam pedoman ini meliputi jenis-jenis pelayanan indikator dan standar pencapaian kinerja pelayanan rumah sakit. Jenis – jenis pelayanan rumah sakit yang minimal wajib disediakan oleh rumah sakit meliputi :

1. Pelayanan gawat darurat
2. Pelayanan rawat jalan
3. Pelayanan rawat inap
4. Pelayanan bedah
5. Pelayanan persalinan dan perinatologi
6. Pelayanan intensif
7. Pelayanan radiologi
8. Pelayanan laboratorium patologi klinik
9. Pelayanan rehabilitasi medik
10. Pelayanan farmasi
11. Pelayanan gizi
12. Pelayanan transfusi darah
13. Pelayanan keluarga miskin
14. Pelayanan rekam medis
15. Pengelolaan limbah
16. Pelayanan administrasi manajemen
17. Pelayanan ambulans/kereta jenazah
18. Pelayanan pemulasaraan jenazah
19. Pelayanan laundry
20. Pelayanan pemeliharaan sarana rumah sakit

21. Pencegah Pengendalian Infeksi

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

1. Pengorganisasian:

- a. Gubernur/Bupati/Walikota bertanggungjawab dalam penyelenggaraan pelayanan rumah sakit sesuai Standar Pelayanan Minimal yang dilaksanakan oleh Rumah Sakit Provinsi/Kabupaten/Kota.
- b. Penyelenggaraan pelayanan rumah sakit sesuai Standar Pelayanan Minimal secara operasional dikoordinasikan oleh Dinas Kesehatan Provinsi/Kabupaten/Kota.

2. Pelaksanaan dan Pembinaan

- a. Rumah Sakit 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 dan Pemerintah Provinsi memfasilitasi penyelenggaraan pelayanan kesehatan sesuai standar pelayanan minimal dan mekanisme kerjasama antar daerah kabupaten/kota
- d. Fasilitasi dimaksud butir a 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

- a. Gubernur/Bupati/walikota melaksanakan pengawasan dalam penyelenggaraan pelayanan kesehatan sesuai standar pelayanan minimal rumah sakit di daerah masing-masing

- b. Gubernur/Bupati/Walikota menyampaikan laporan pencapaian kinerja pelayanan rumahsakit sesuai standar pelayanan minimal yang ditetapkan

B. Kajian Terhadap Asas / Prinsip Yang Terkait Dengan Penyusunan Norma

Penyusunan peraturan perundang-undangan secara formal telah diatur dalam Undang-Undang Nomor 12 Tahun 2011 tentang Pedoman Penyusunan Peraturan Perundang-undangan. Pada prinsipnya, peraturan perundang-undangan disusun agar peraturan dapat berlaku efektif sesuai dengan tujuan dibentuknya peraturan tersebut. Oleh sebab itu dalam penyusunan peraturan perundang-undangan, harus didasarkan pada beberapa prinsip dasar/asas. Pasal 6 Undang-Undang Nomor 12 Tahun 2011 yang mengatur bahwa materi muatan peraturan perundang-undangan harus menerminkan asas :

- a. Pengayoman
- b. Kemanusiaan
- c. Kebangsaan
- d. Kekeluargaan
- e. Kenusantaraan
- f. Bhineka Tinggal Ika
- g. Keadilan
- h. Kesamaan kedudukan dalam hukum dan pemerintahan
- i. Ketertiban dan kepastian hukum dan/atau
- j. Keseimbangan, kserasian dan keselarasan

Dalam UU Nomor 12 Tahun 2011 telah menentukan berbagai macam prinsip dasar/asas pembentukan Peraturan Perundang-undangan yang baik, meliputi:

- a. Kejelasan tujuan bahwa setiap pembentukan peraturan perundang-undangan harus mempunyai tujuan yang jelas yang hendak dicapai;
- b. Kelembagaan atau pejabat pembentuk yang tepat bahwa setiap jenis Peraturan Perundang-undangan harus dibuat oleh lembaga negara atau pejabat Pembentuk Peraturan Perundang-undangan yang berwenang;
- c. Kesesuaian antara jenis, hierarki, dan materi muatan bahwa dalam Pembentukan Peraturan Perundang-undangan harus benar-benar memperhatikan materi muatan yang tepat sesuai dengan jenis dan hierarki Peraturan Perundang-undangan;

- d. Dapat dilaksanakan bahwa setiap Pembentukan Peraturan Perundang-undangan harus memperhitungkan efektivitas Peraturan Perundang-undangan tersebut di dalam masyarakat, baik secara filosofis, sosiologis, maupun yuridis;
- e. Kedayagunaan dan kehasilgunaan bahwa setiap Peraturan Perundang-undangan dibuat karena memang benar-benar dibutuhkan dan bermanfaat dalam mengatur kehidupan bermasyarakat, berbangsa, dan bernegara;
- f. Kejelasan rumusan bahwa setiap Peraturan Perundang-undangan harus memenuhi persyaratan teknis penyusunan Peraturan Perundang-undangan, sistematika, pilihan kata atau istilah, serta bahasa hukum yang jelas dan mudah dimengerti sehingga tidak menimbulkan berbagai macam interpretasi dalam pelaksanaannya; dan
- g. Keterbukaan, bahwa dalam Pembentukan Peraturan Perundang-undangan mulai dari perencanaan, penyusunan, pembahasan, pengesahan atau penetapan, dan pengundangan bersifat transparan dan terbuka, dengan demikian, seluruh lapisan masyarakat mempunyai kesempatan yang seluas-luasnya untuk memberikan masukan dalam Pembentukan Peraturan Perundang-undangan

Secara khusus dalam perda yang akan disusun ini pelaksanaan layanan kesehatan berdasarkan asas:

- a. Kepastian hukum bahwa dalam membuat kebijakan harus didasarkan pada peraturan perundang-undangan yang berlaku guna mencapai rasa keadilan
- b. Kepentingan umum bahwa dalam membuat kebijakan ditujukan untuk kepentingan dan kesejahteraan, bukan untuk kepentingan perusahaan atau pemerintah daerah semata.
- c. Non diskriminasi bahwa kebijakan yang dibuat tidak membeda-bedakan, baik para pihak, atas dasar agama, ras, etnis, suku bangsa, warna kulit, status social, afiliasi atau ideology dan sebagainya.
- d. Kepatuhan pada hukum dan etika bisnis bahwa kebijakan yang dibuat dilaksanakan dengan memperhatikan dan mentaati aturan-aturan yang berlaku serta memperhatikan etika-etika dalam melaksanakan kegiatan-kegiatan usaha.
- e. Kebersamaan; bahwa kebijakan yang dibuat merupakan tanggungjawab bersama dalam mewujudkan kesejahteraan dan mendukung pelaksanaan pembangunan

- f. Partisipatif dan aspiratif bahwa kebijakan yang dibuat selalu melibatkan pemangku kepentingan dan memperhatikan aspirasi-aspirasinya.
- g. Keterbukaan adalah memberikan akses kepada masyarakat untuk memperoleh informasi secara lengkap, benar, jujur, dan tidak memihak dalam mendapatkan jaminan keadilan atas dasar hak secara konstitusional.
- h. Berkelanjutan bahwa kebijakan yang dibuat dengan memperhatikan proses pembangunan yang memenuhi kebutuhan sekarang tanpa mengorbankan pemenuhan kebutuhan generasi masa depan.
- i. Berwawasan lingkungan bahwa kebijakan yang dibuat memperhatikan kelestarian sumber daya alam dan lingkungan hidup dengan menghindari pencemaran dan kerusakan lingkungan
- j. Keseimbangan kemajuan dan kesatuan ekonomi nasional bahwa kebijakan yang dibuat memperhatikan kebijakan-kebijakan ekonomi nasional sehingga terjadi keharmonisan antara kebijakan ekonomi nasional dan daerah dalam upaya memajukan perkeonomian daerah.

Pasal 6 ayat (2) Undang-Undang No. 12 Tahun 2011 kemudian mengatakan bahwa: selain mencerminkan asas sebagaimana dimaksud pada ayat (1), Peraturan Perundang-undangan tertentu dapat berisi asas lain sesuai dengan bidang hukum Peraturan Perundang-undangan yang bersangkutan. Berdasarkan ketentuan pasal tersebut dapat diketahui bahwa selain sebagaimana diatur dalam ketentuan Pasal 6 ayat 1 Undang-Undang No. 12 Tahun 2011, penyusunan peraturan perundang-undangan dapat didasarkan pada asas lain. Asas lain itu antara lain adalah asas kesetaraan gender, asas-asas umum pemerintahan yang baik, asas-asas desentralisasi, dekonsentrasi, asas pembantuan dan sebagainya.

Adapun yang dimaksud dengan asas kesetaraan gender selanjutnya dapat didasarkan pada penjelasan Pasal 2 Undang-undang No. 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan yang mendefinisikan asas gender dan nondiskriminasi berarti bahwa pembangunan kesehatan tidak membedakan perlakuan terhadap perempuan dan laki-laki. Ketentuan dalam Undang-undang No. 12 Tahun 2011 juga mengaturlarangan melakukan diskriminasi, sebagaimana diatur dalam Pasal 6 ayat (1) huruf g dan h. Selanjutnya implementasi kesetaraan gender didasarkan pada beberapa indikator antara lain: akses, partisipasi, kontrol dan manfaat. Indikator akses mempertimbangkan bagaimana memperoleh kesempatan yang setara antara

laki-laki dan perempuan untuk setiap sumber daya yang akan diatur dalam peraturanperundang-undangan sehingga norma-norma hukum yangdirumuskan mencerminkan keadilan dan kesetaraan gender.

Indikator partisipasi memperhatikan apakahperaturan perundang-undangan memberikan kesempatan yang setara bagi laki-laki dan perempuan dalam melaksanakan hak dan kewajiban dalam setiap kebijakan dan program pembangunan.Indikator menganalisis apakah norma hukum yang dirumuskan dalam peraturanperundang-undangan memuat ketentuan yang setara berkenaan dengan relasi kekuasaan antara laki-laki dan perempuan untuk melaksanakan hak dan kewajibannya. Indikator manfaat menganalisa apakah norma hukum yang dirumuskan dapat menjamin bahwa suatu kebijakan atau program akan menghasilkan manfaat yang setara bagi laki-laki dan perempuan di kemudian hari.

Kajian pada standar pelayanan kesehatan minimal Kesehatan (SMPK) di Kota Bekasi diselenggarakan dengan berasaskan perikemanusiaan, keseimbangan, manfaat, perlindungan, penghormatan terhadap hak dan kewajiban, keadilan, gender, dan non-diskriminatif, dan norma-norma agama. Asas perikemanusiaan yang berarti bahwa pembangunan kesehatan harus dilandasi atas perikemanusiaan yang berdasarkan pada Ketuhanan Yang Maha Esa dengan tidak membedakan golongan, agama, dan bangsa.

Asas keseimbangan pada SPMK berarti bahwa SPMK harus dilaksanakan antara kepentingan individu dan masyarakat, antara fisik dan mental, serta antara material dan spiritual.

Asas manfaat berarti bahwa SPMK juga harus memberikan manfaat yang sebesar-besarnya bagi kemanusiaan dan perikehidupan yang sehat bagi setiap warga Negara.

Asas perlindungan berarti bahwa SPMK dapat memberikan perlindungan dan kepastian hukum kepada pemberi dan penerima pelayanan kesehatan.

Asas penghormatan terhadap dan hak dan kewajiban berarti bahwa SPMK dengan menghormati hak dan kewajiban masyarakat sebagai bentuk kesamaan kedudukan hukum.

Asas keadilan berarti bahwa penyelenggaraan kesehatan terutama SPMK harus dapat memberikan pelayanan yang adil dan merata kepada semua lapisan masyarakat dengan pembiayaan yang terjangkau.

Asas gender dan non-diskriminatif berarti bahwa SPMK tidak membedakan perlakuan terhadap perempuan dan laki-laki.

Asas norma agama berarti SPMK harus memperhatikan dan menghormati serta tidak membedakan agama yang dianut masyarakat.

Asas-asas sebagaimana dikemukakan di atas akan dielaborasi dengan asas-asas sebagaimana disebut dalam asas-asas pembentukan peraturan perundang-undangan sebagaimana disebutkan sebelumnya dalam membentuk SPMK Kota Bekasi.

C. Kajian Terhadap Praktik Penyelenggaraan, Kondisi yang Ada, Serta Permasalahan yang Dihadapi.

Secara praktik empirik, pelayanan dan upaya Kesehatan di Kota Bekasi dapat dilihat dari pelayanan kesehatannya. Pelayanan Kesehatan dasar merupakan tanggung jawab pemerintah daerah secara operasional dilaksanakan oleh puskesmas, sarana kesehatan yang bekerjasama dengan Pemerintah Daerah. Pemenuhan kebutuhan pelayanan kesehatan dasar dapat dilihat secara umum oleh indikator rasio Puskesmas terhadap 30.000 penduduk. Rasio Puskesmas per 30.000 penduduk di Kota Bekasi cenderung meningkat dalam tiga tahun 2017-2019. Peningkatan ini antara lain karena meningkatnya jumlah penduduk setiap tahunnya namun jumlah Puskesmas belum bertambah.

Tabel 1. Tabel Rasio Puskesmas per 30.00 penduduk tahun 2014-2019

	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Rasio per 30.000 penduduk	2.86	2.94	2.22	2.28	2.34	2.39

Idealnya satu puskesmas melayani 30.000 penduduk (atau 3.3 per 100.00 penduduk) sementara di Kota Bekasi seperti terlihat pada tabel 1. Bahwa puskesmas yang berjumlah 42 puskesmas belum dapat melayani jumlah penduduk Kota Bekasi dengan ideal. Hal tersebut karena penyebaran puskesmas di Wilayah Kota Bekasi belum merata.

Ada kecamatan yang mempunyai 3 sampai 5 Puskesmas, tetapi ada 4 kecamatan yang hanya mempunyai 2 Puskesmas yaitu Kecamatan Jati Sampurna, Medan Satria, Pondok Melati, dan Jati Asih. Oleh karenanya Kota Bekasi akan terus meningkatkan jumlah Puskesmas agar di setiap Kelurahan terdapat Puskesmas, sehingga semakin mendekatkan akses penduduk ke pelayanan kesehatan dasar. Dalam menjalankan tugas dan fungsinya yang Puskesmas dibantu dengan Puskesmas Pembantu (Pustu). Pustu sebagai perpanjangan tangan Puskesmas, berfungsi untuk membantu masyarakat dalam menjangkau pelayanan kesehatan dasar. Tahun 2019 Pustu di Kota Bekasi ada sebanyak 5 unit, yaitu: Pustu Jati Makmur, Jati Melati, Jati Murni, Permata, dan Pustu Cikiwul. Di Kota Bekasi ada penurunan jumlah puskesmas pembantu karena telah diubah menjadi puskesmas terutama untuk daerah yang belum ada puskesmasnya, dengan tujuan agar akses masyarakat ke puskesmas dapat lebih dekat.

Peningkatan mutu pelayanan kesehatan adalah upaya nyata yang harus dilakukan. Berbagai upaya penjaminan mutu dilakukan oleh fasilitas kesehatan baik secara internal maupun eksternal salah satunya dengan akreditasi. Akreditasi dilakukan dalam rangka peningkatan mutu kinerja melalui perbaikan yang berkesinambungan terhadap system manajemen, sistem manajemen mutu dan sistem penyelenggaraan pelayanan klinis, serta penerapan manajemen risiko.

Tabel 2. Hasil Akreditasi Puskesmas Kota Bekasi

	Dasar	Madya	Utama	Paripurna
Jumlah Puskesmas	1	23	3	1

Jumlah Puskesmas yang terakreditasi terus menerus mengalami peningkatan setiap tahunnya. Puskesmas terakreditasi hingga tahun 2019 di Kota Bekasi yaitu sebanyak 28 Puskesmas dari 42 Puskesmas yang ada. sebagian besar (82 persen) Puskesmas termasuk Kategori Madya (Puskesmas Pondok Gede, Jati Rahayu, Jati Warna, Jati Ranggon, Jati Luhur, Jati Asih, Bojong Rawalumbu, Pengasinan, Bojong Menteng, Bekasi Jaya, Aren Jaya, Pekayon Jaya, Marga Jaya, Perumnas II, Seroja, Kaliabang Tengah, Rawa

Tembaga, Bintara Jaya, Kranji, Kotabaru, dan Pejuang. Dan 3 persen Puskesmas dengan hasil Paripurna (Puskesmas Jati Bening), dan 3 persen Puskesmas dengan hasil Dasar (Puskesmas Mustika Jaya). Serta 11 persen Puskesmas termasuk kategori Utama (Puskesmas Karang Kitri, Duren Jaya, dan Jaka Mulya).

Pelayanan kesehatan rujukan dilaksanakan oleh Pemerintah, masyarakat dan swasta antara lain dalam bentuk rumah sakit, praktik dokter spesialis, praktik dokter gigi spesialis, klinik spesialis, balai pengobatan penyakit paru-paru, balai kesehatan mata dan balai kesehatan jiwa. Idealnya untuk setiap penduduk harus tersedia 1,000 tempat tidur rumah sakit.

Rumah sakit sebagai pelayanan kesehatan rujukan di Kota Bekasi terus meningkat setiap tahunnya. Seiring dengan meningkatnya jumlah rumah sakit, meningkat juga jumlah tempat tidur yang ada. Sejak tahun 2010 terdapat 30 rumah sakit di Kota Bekasi, terus meningkat hingga tahun 2019 terdapat 46 rumah sakit.

Rasio jumlah tempat tidur rumah sakit dan jumlah penduduk di Kota Bekasi tahun 2019 sebesar 1:163 per 100.000 penduduk, artinya pada 100.000 penduduk, 1 tempat tidur diperuntukkan bagi 163 jiwa. Angka ini lebih tinggi dibandingkan tahun 2018, rasio jumlah tempat tidur rumah sakit sebesar 1:152 per 100.000 penduduk. Hal ini menunjukkan bahwa tempat tidur di Kota Bekasi sudah sangat berlebih, karena ratio yang direkomendasikan oleh WHO adalah 1 tempat tidur berbanding 1.000 jiwa penduduk dan ratio yang direkomendasikan oleh Kemenkes RI adalah 1 tempat tidur berbanding 1.500 jiwa penduduk.

Seiring dengan penambahan rumah sakit, jumlah tempat tidur rumah sakit di Kota Bekasi juga terus meningkat setiap tahunnya. Namun peningkatan jumlah tempat tidur ini tidak diiringi dengan peningkatan Bed Occupancy Rate (BOR) atau tingkat hunian rumah sakit. Nilai BOR di Kota Bekasi masih kurang dari 60 persen. Tahun 2019 nilai BOR rumah sakit di Kota Bekasi sebesar 45,3 persen. Nilai ideal BOR yang dapat ditolerir adalah 60-80 persen. Hal ini antara lain disebabkan karena belum semua rumah sakit melaporkan indikator pelayanannya.

Tabel 3. Tipe Kelas Rumah Sakit di Kota Bekasi tahun 2019

	Tipe D	Tipe C	Tipe B	Tipe A
Jumlah	9	29	8	-
Prosentase Tipe RS	19,57%	63,04%	17,39%	-

Bekasi Timur merupakan kecamatan dengan jumlah rumah sakit terbanyak (10 rumah sakit). Diikuti Kecamatan Bekasi Selatan dengan 9 rumah sakit. Dan Bekasi Utara dengan 5 rumah sakit. Dari hasil penggalan masalah di lapangan dikemukakan adanya kecenderungan perbedaan pelayanan antara RS milik pemerintah dan RS swasta di Kota Bekasi. Permasalahan yang lain yang dimiliki di bidang pelayanan kesehatan di Kota Bekasi yang lain adalah banyak warga miskin yang tinggal di Kota Bekasi tidak memiliki KTP Bekasi dan tidak memiliki jaminan Kesehatan, sehingga pada saat sakit sulit mengakses bantuan dana Kesehatan dari Jaminan Kesehatan Daerah karena pemberian bantuan berdasarkan NIK. Ada sumber bantuan pendanaan yang lain seperti Baznas dan yang lainnya tetapi prosedur perolehan dana Kesehatan dari sumber lain belum diatur. Sasaran dari program pelayanan kesehatan masyarakat miskin Kota Bekasi hanya untuk masyarakat miskin yang memiliki kartu peserta Kartu Bekasi Sehat, SKTM, Pasien Binaan Lapas Kelas II Kota Bekasi, Program Keluarga Harapan, Panti Sosial dan Pasien Terlantar dan diatur dalam Peraturan Walikota Bekasi No. 74 Tahun 2013 tentang Pedoman Pelaksanaan Pelayanan Kesehatan Bagi Masyarakat Miskin Di Rumah Sakit Umum Kota Bekasi.

Keberhasilan pembangunan kesehatan ditentukan salah satunya oleh ketersediaan sumber daya manusia di bidang kesehatan yang sesuai dengan kebutuhan baik secara kualitas maupun kuantitas. Karena tenaga kesehatan merupakan ujung tombak pelayanan kepada masyarakat sehingga sangat diperlukan mengingat banyaknya program-program Kesehatan yang harus diselesaikan oleh pelayanan Kesehatan baik di Puskesmas maupun di rumah sakit.

Tabel 4. Tenaga Kesehatan di Puskesmas Kota Bekasi Tahun 2019

No	Jenis Tenaga	Puskesmas	Rumah Sakit
1	Dokter Spesialis	1	973
2	Dokter Umum	139	333
3	Dokter Gigi	74	98
4	Dokter Gigi Spesialis	0	89
5	Bidan	314	421
6	Perawat Umum	218	2514
7	Perawat Gigi	43	38
8	Teknis Kefarmasian	37	392
9	Apoteker	25	166
10	Kesehatan Masyarakat	13	10
11	Kesehatan Lingkungan	31	22
12	Gizi	37	61
13	Ahli Laboratorium Medik	37	153

Berikut ini sebagai gambaran jumlah kunjungan pasien di poliklinik RSUD

Tabel 5. Jumlah Kunjungan Pasien di RSUD dr Chasbullah Abdul Madjid Kota Bekasi Juli 2019

NO	POLIKLINIK	JUMLAH KUNJUNGAN
1	Penyakit Dalam	2840
2	Neurologi/Syaraf	1914
3	Jantung	1864
4	Paru	1700
5	Anak	1397
6	Mata	1172
7	Kebidanan & Kandungan	1128
8	VCT	1078
9	Psikiatri/Jiwa	1044
10	Bedah Umum	953
11	Gigi & Mulut	909
12	Kulit & Kelamin	885
13	Rehabilitasi Medik	873
14	THT	699
15	Bedah Orthopedi	657
16	MCU	640

17	Bedah Urologi	575
18	PTRM	201
19	Bedah anak	107
20	Bedah Saraf	96
21	Bedah Digestif	85
22	Gizi	67
23	Bedah Vaskular	59
24	Eksekutif (Peny.Dalam)	49
25	Anak Neurologi	7
26	Gigi Edodonti	7
27	Eksekutif (Paru)	6
28	Forensik	6
29	Eksekutif (Keb & Kan)	5
30	Eksekutif (Neurologi)	5
31	Eksekutif (Mata)	4
32	Eksekutif (THT)	4
33	Eksekutif (Jantung)	4
34	Eksekutif (Gigi & Mulut)	3
35	Anak Kardiologi	3
36	Eksekutif (Kul & Kel)	3
37	Gigi Orthodonti	2
38	Eksekutif (Anak)	1
39	Eksekutif (Jiwa)	1
40	Eksekutif (Bedah Umum)	1
T O T A L		21054

D. Kajian terhadap Implikasi Penerapan Sistem

Pemberian pelayanan merupakan karakteristik dari pelayanan yang diberikan kepada pengguna pelayanan kesehatan. Untuk memberikan pelayanan yang baik, ekspektasi dan kebutuhan customer yang bersifat relatif merupakan komponen penting yang harus diperhatikan. Dalam strategi pelayanan secara umum ada tiga aspek yang diperhatikan yaitu :

1. Konsep pelayanan (service concept), yang ini berkaitan dengan paket pelayanan yang akan diberikan.
2. Desain sistem pemberian pelayanan, hal ini berkaitan dengan bagaimana men-delivery konsep layanan yang ada;
3. Target pasar, pasien, atau konsumen, siapa yang menjadi pelanggan.

Dalam konteks desain sistem pemberian layanan mencakup aspek struktur berkaitan dengan aspek fisik, peralatan dan fasilitas infrastruktur merupakan peran dari masing-masing provider yang mencakup job design, kebijakan, serta skill yang dibutuhkan, dan integrasi dengan bagaimana koordinasi antara struktur dan infrastruktur untuk menjembatani rantai supply pelayanan dan mekanisme adaptasi. Sistem pemberian pelayanan meliputi empat hal penting yang harus diperhatikan yaitu :

- e. Budaya layanan berkaitan dengan kebiasaan, visi misi, dan nilai dalam suatu organisasi.
- f. Keterlibatan karyawan berkaitan dengan sikap dan perilaku karyawan.
- g. Kualitas layanan mencakup strategi dan proses.
- h. Sistem manajemen kinerja dan pengalaman customer berkaitan dengan persepsi dan faktor konsumen mempengaruhi terhadap pemilihan layanan.

Berdasarkan apa yang dikemukakan di atas, penguatan sistem kesehatan itu perlu dilakukan dengan menggunakan pendekatan komprehensif dalam membentuk dan Pemberian pelayanan merupakan karakteristik dari pelayanan yang diberikan kepada pengguna pelayanan kesehatan. Untuk memberikan pelayanan yang baik, ekspektasi dan kebutuhan customer yang bersifat relatif merupakan komponen penting yang harus diperhatikan. Dalam strategi pelayanan secara umum ada tiga aspek yang diperhatikan yaitu :

- a. Konsep pelayanan (service concept), yang ini berkaitan dengan paket pelayanan yang akan diberikan.
- b. Desain sistem pemberian pelayanan, hal ini berkaitan dengan bagaimana men-delivery konsep layanan yang ada;
- c. Target pasar, pasien, atau konsumen, siapa yang menjadi pelanggan.

Dalam konteks desain sistem pemberian layanan mencakup aspek struktur berkaitan dengan aspek fisik, peralatan dan fasilitas, infrastruktur merupakan peran dari masing-masing provider yang mencakup job design, kebijakan, serta skill yang dibutuhkan, dan integrasi dengan bagaimana koordinasi antara struktur dan infrastruktur untuk menjembatani rantai supply pelayanan dan mekanisme adaptasi. Sistem pemberian pelayanan meliputi empat hal penting yang harus diperhatikan yaitu :

- a. Budaya layanan berkaitan dengan kebiasaan, visi misi, dan nilai dalam suatu organisasi.
- b. Keterlibatan karyawan berkaitan dengan sikap dan perilaku karyawan.
- c. Kualitas layanan mencakup strategi dan proses.
- d. Sistem manajemen kinerja dan pengalaman customer berkaitan dengan persepsi dan faktor konsumen mempengaruhi terhadap pemilihan layanan.

Berdasarkan apa yang dikemukakan di atas, penguatan sistem kesehatan itu perlu dilakukan dengan menggunakan pendekatan komprehensif dalam membentuk dan mengoptimalisasi outcome yang dilakukan melalui pengembangan fondasi sistem yang solid, penguatan kapasitas sistem (sumber daya), dan mengupayakan hasil yang baik menggunakan beberapa strategi. Lingkungan politik (leadership) merupakan pendukung utama penguatan sistem. Pemimpin yang efektif mencakup komitmen politik untuk advokasi dan kesadaran para pengambil kebijakan. Penguatan sistem terbagi menjadi tiga komponen utama yaitu: dasar yang meliputi pengembangan kebijakan, settingprioritas, dan manajemen. Sumber daya mencakup kapasitas dan infrastruktur, strategi pendanaan, dan mekanisme koordinasi. Upaya kesehatan dilakukan secara terpadu, berkesinambungan, dan paripurna melalui upaya kesehatan tingkat pertama, upaya kesehatan tingkat kedua, dan upaya kesehatan tingkat ketiga.

Agar upaya kesehatan tingkat pertama, tingkat kedua dan tingkat ketiga terlaksana dengan baik, diperlukan prasarana kesehatan yang memadai sertasumberdaya tenaga kesehatan yang mumpuni. Berdasarkan Pasal 4 ayat (1) Peraturan Pemerintah Nomor 47 Tahun 2016 tentang Fasilitas Pelayanan Kesehatan syarat kesehatan terdiri dari:

- b. Tempat praktik mandiri Tenaga Kesehatan;
- c. Pusat kesehatan masyarakat;
- d. Klinik;
- e. Rumah sakit;
- f. Apotek;
- g. Unit transfusi darah;
- h. Laboratorium kesehatan;
- i. Optikal;
- j. Fasilitas pelayanan kedokteran untuk kepentingan hukum; dan
- k. Fasilitas Pelayanan Kesehatan tradisional.

Dalam pada itu, perlu dilakukan pembinaan upaya kesehatan dalam menjamin mutu pelayanan kesehatan dengan didukung standar pelayanan. Standar pelayanan kesehatan ini harus selalu dikaji dalam periode tertentu sesuai kemajuan ilmu pengetahuan dan ilmu teknologi serta kebutuhan. Pengawasan upaya kesehatan merupakan kegiatan yang ditunjukkan untuk menjamin konsistensi penyelenggaraan upaya kesehatan dan dilakukan secara intensif baik internal maupun eksternal serta dapat melibatkan masyarakat dan swasta. Terhadap beban yang ditimbulkan untuk penerapan peraturan yang baru terhadap APBD Kota Bekasi, dikaitkan dengan manfaatnya bahwa pentingnya pengaturan terkait dengan peraturan pelaksanaannya sebagai payung hukum dan pedoman bagi para pemangku kepentingan. Dengan perkataan lain, biaya lebih kecil dari manfaatnya.

Pelayanan kesehatan sekunder dan tersier merupakan bagian dari pelayanan kesehatan yang disitemisasi di tingkat pemerintah daerah karena melibatkan rumah sakit milik pemerintah daerah atau swasta. Berdasarkan Undang-Undang Nomor 44 tahun 2009, rumah sakit memiliki beberapa fungsi untuk menunjang terciptanya masyarakat Indonesia yang lebih sehat. Selain kegiatan penyelenggaraan kegiatan pelayanan dan pemulihan kesehatan, rumah sakit juga memiliki fungsi sebagai tempat pendidikan dan pelatihan sumber daya manusia kesehatan.

SPM rumah sakit yang minimal wajib disediakan oleh rumah sakit meliputi :

1. Pelayanan gawat darurat
2. Pelayanan rawat jalan
3. Pelayanan rawat inap
4. Pelayanan bedah
5. Pelayanan persalinan dan perinatologi
6. Pelayanan intensif
7. Pelayanan radiologi
8. Pelayanan laboratorium patologi klinik
9. Pelayanan rehabilitasi medik
10. Pelayanan farmasi
11. Pelayanan gizi
12. Pelayanan transfusi darah
13. Pelayanan keluarga miskin

14. Pelayanan rekam medis
15. Pengelolaan limbah
16. Pelayanan administrasi manajemen
17. Pelayanan ambulans/kereta jenazah
18. Pelayanan pemulasaraan jenazah
19. Pelayanan laundry
20. Pelayanan pemeliharaan sarana rumah sakit
21. Pencegah Pengendalian Infeksi

Diharapkan program ini dilaksanakan secara berkesinambungan sehingga terbentuk manajemen sistem informasi (management information system) yang akan berdampak positif bagi terlaksananya pelayanan kesehatan yang bermutu secara keseluruhan. dan dapat mendukung pencapaian indikator-indikator kinerja Rumah Sakit.

BAB III

EVALUASI DAN ANALISIS PERUNDANG UNDANGAN TERKAIT

A. Praktik Standar Pelayanan Minimal (SPM) bidang Kesehatan

Permasalahan kesehatan mencakup bidang yang sangat luas dan multisektor, oleh karena itu, dalam Rapat Kerja Kesehatan Nasional 2019 (Rakerkesnas 2019) di Jakarta telah ditetapkan beberapa isu utama kesehatan yang harus diprioritaskan yaitu: 1. Angka Kematian Ibu/AKI- Angka Kematian Neonatal/AKN, 2. Penyakit Tidak Menular (PTM), 3. Stunting, 4. Imunisasi, 5. Tuberkulosis (TB), 6. Digital health/e-health, 7. Kesiapan menghadapi bencana (pra dan pasca), 8. Pengelolaan Sumber Daya Manusia (SDM) dan obat, 9. Jaminan Kesehatan Nasional/JKN (Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama/FKTP dan Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjut/FKRTL), dan 10. Community engagement.

Di luar isu utama yang telah ditetapkan dalam Rakerkesnas 2019, perkembangan ilmu kesehatan dunia yang sangat pesat juga tidak sepenuhnya dapat diterapkan di Indonesia dengan mempertimbangkan berbagai norma-norma yang hidup dan berkembang di masyarakat Indonesia. Selain itu, urusan kesehatan merupakan tanggung jawab bersama antara Pemerintah, pemerintah daerah dan masyarakat sehingga perlu memperhatikan lebih lanjut pembagian urusan kesehatan dalam konsep otonomi daerah yang diatur dalam Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah Sebagaimana Telah Beberapa Kali Diubah Terakhir dengan Undang-Undang Nomor 9 Tahun 2015 tentang Perubahan Kedua Atas Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 (UU Pemda) yang menyatakan bahwa bidang kesehatan sepenuhnya diserahkan kepada pemerintah daerah masing-masing yang diberi kewenangan untuk mengelola dan menyelenggarakan seluruh aspek Kesehatan.

Pelayanan kesehatan yang diberikan pada masyarakat adalah salah satu bagian dari upaya pemerintah dalam rangka memenuhi hajat hidup rakyat untuk mendapat akses pelayanan bidang kesehatan. Pelayanan Kesehatan meliputi kesehatan individu atau perorangan dan kebutuhan kesehatan masyarakat. Pada hakikatnya pembangunan bidang kesehatan adalah menciptakan kondisi sehat pada tiap individu dan lingkungan tempat

tinggalnya, serta perilaku hidup masyarakat yang sehat. Dengan harapan tercipta sebuah kondisi rakyat Indonesia yang sehat, mandiri, dengan Umur Harap Hidup yang panjang.

Untuk menjamin tercapainya sasaran dan prioritas pembangunan nasional bidang kesehatan, diperlukan pedoman Standar Pelayanan Minimal yang ditetapkan oleh Pemerintah Pusat. Oleh karena itu Kementerian Kesehatan sebagai salah satu unsur Kementerian dan Lembaga Penyelenggaraan Pemerintah menyusun sebuah Standar Pelayanan Minimal (SPM) Bidang Kesehatan. SPM yang disusun di Kementerian Kesehatan berupa target-target capaian. Penyusunan Target Indikator dan Definisi Operasional SPM Bidang kesehatan ini mengacu pada Peraturan Pemerintah Nomor 2 Tahun 2018, Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 4 Tahun 2019 Tentang Standar Teknis Pemenuhan Mutu Pelayanan Dasar Pada Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan dan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 129/Menkes/SK/II/2008 tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit. Peraturan Pemerintah dan Permerkes tersebut sebagai dasar penyusunan indikator SPM wajib. Pada prinsipnya Target Indikator dan Definisi Operasional SPM ini menampung kondisi pelayanan kesehatan di fasilitas kesehatan milik pemerintah maupun milik swasta.

B. Analisis Perundangan Terkait

Tujuan nasional yang diamanatkan dalam Pembukaan Undang-Undang Dasar Tahun 1945 (UUD Tahun 1945) adalah melindungi segenap bangsa Indonesia dan seluruh tumpah darah Indonesia dan memajukan kesejahteraan umum, mencerdaskan kehidupan bangsa dan ikut melaksanakan ketertiban dunia yang berdasarkan kemerdekaan perdamaian abadi serta keadilan sosial. Untuk mewujudkan tujuan nasional diselenggarakanlah upaya pembangunan yang berkesinambungan yang merupakan suatu rangkaian pembangunan yang menyeluruh terarah dan terpadu, termasuk di antaranya pembangunan kesehatan.

Kesehatan merupakan hak asasi manusia dan salah satu unsur kesejahteraan yang harus diwujudkan sesuai dengan cita-cita bangsa Indonesia sebagaimana dimaksud dalam Pancasila dan Pembukaan UUD Tahun 1945. Oleh karena itu, setiap kegiatan dan upaya untuk meningkatkan derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya dilaksanakan

berdasarkan prinsip nondiskriminatif, partisipatif, perlindungan, dan berkelanjutan yang sangat penting bagi pembentukan sumber daya manusia Indonesia, peningkatan ketahanan dan daya saing bangsa, serta pembangunan nasional.

Peningkatan derajat Kesehatan masyarakat dilakukan dengan membuat kebijakan – kebijakan yang melindungi, memayungi, dan menjadi dasar pelaksanaan kegiatan sehingga sesuai dengan norma-norma yang diatur di dalam Negara Republik Indonesia.

a. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan

Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan (UU Kesehatan) merupakan kebijakan umum penyelenggaraan upaya peningkatan kesehatan agar dapat dilaksanakan oleh semua pihak dan sekaligus dapat menjawab tantangan era globalisasi dengan berkembang pesatnya ilmu kesehatan beserta teknologi pendukungnya.

Peraturan perundangan ini untuk memastikan pembangunan Kesehatan sebagai salah satu rangkaian pembangunan yang menyeluruh terarah dan terpadu dapat tercapai seperti tujuan nasional bangsa Indonesia. Setiap kegiatan dan upaya untuk meningkatkan derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya sangat penting artinya bagi pembentukan sumber daya manusia Indonesia, peningkatan ketahanan dan daya saing bangsa, serta pembangunan nasional.

Upaya untuk meningkatkan derajat kesehatan yang setinggi-tingginya pada mulanya berupa upaya penyembuhan penyakit, kemudian secara berangsur-angsur berkembang ke arah keterpaduan upaya kesehatan untuk seluruh masyarakat dengan mengikutsertakan masyarakat secara luas yang mencakup upaya promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif yang bersifat menyeluruh terpadu dan berkesinambungan. Perkembangan ini tertuang ke dalam Sistem Kesehatan Nasional (SKN) pada tahun 1982 yang selanjutnya disebutkan kedalam GBHN 1983 dan GBHN 1988 sebagai tatanan untuk melaksanakan pembangunan kesehatan.

Selain itu, perkembangan teknologi kesehatan yang berjalan seiring dengan munculnya fenomena globalisasi telah menyebabkan banyaknya perubahan yang sifat dan eksistensinya sangat berbeda jauh dari teks yang tercantum dalam Undang-Undang Nomor 23 Tahun 1992 tentang

Kesehatan. Pesatnya kemajuan teknologi kesehatan dan teknologi informasi dalam era global ini ternyata belum terakomodatif secara baik oleh Undang-Undang Nomor 23 Tahun 1992 tentang Kesehatan yang masih menitikberatkan kepada tindakan kuratif. Hal itu tentu akan membutuhkan dana yang lebih besar bila dibandingkan dengan upaya pencegahan. Konsekuensinya, masyarakat akan selalu memandang persoalan pembiayaan kesehatan sebagai sesuatu yang bersifat konsumtif/pemborosan. Dari sudut pandang para pengambil kebijakan juga masih belum menganggap kesehatan sebagai suatu kebutuhan utama dan investasi berharga di dalam menjalankan pembangunan sehingga alokasi dana kesehatan hingga kini masih tergolong rendah bila dibandingkan dengan negara lain.

Sudah saatnya melihat pada persoalan kesehatan sebagai suatu faktor utama dan investasi berharga yang pelaksanaannya didasarkan pada sebuah paradigma baru yang biasa dikenal dengan paradigma sehat, yakni paradigma kesehatan yang mengutamakan upaya promotif dan preventif tanpa mengabaikan kuratif dan rehabilitatif. Dalam rangka implementasi paradigma sehat tersebut, dibutuhkan sebuah undang-undang yang berwawasan sehat, bukan undang-undang yang berwawasan sakit.

Pada sisi lain, perkembangan ketatanegaraan bergeser dari sentralisasi menuju desentralisasi yang ditandai dengan diberlakukannya Undang-Undang Nomor 32 Tahun 2004 tentang Pemerintahan Daerah sebagaimana telah diubah terakhir dengan Undang-Undang Nomor 12 Tahun 2008 tentang Perubahan Kedua Atas Undang-Undang Nomor 32 Tahun 2004 tentang Pemerintahan Daerah. Undang-Undang tersebut memuat ketentuan yang menyatakan bahwa bidang kesehatan sepenuhnya diserahkan kepada daerah masing-masing yang setiap daerah diberi kewenangan untuk mengelola dan menyelenggarakan seluruh aspek kesehatan. Sebagai tindak lanjut dari pelaksanaan Undang-Undang Nomor 32 Tahun 2004, Pemerintah telah mengeluarkan Peraturan Pemerintah Nomor 38 Tahun 2007 yang mengatur tentang pembagian urusan antara pemerintah, pemerintah provinsi dan pemerintah kabupaten/ kota. Berdasarkan hal tersebut, Undang-Undang Nomor 23 Tahun 1992 tentang Kesehatan perlu disesuaikan dengan semangat otonomi daerah.

Berdasarkan hal tersebut, dibentuk kebijakan umum kesehatan yang dapat dilaksanakan oleh semua pihak dan sekaligus dapat menjawab tantangan era globalisasi dan dengan semakin kompleksnya permasalahan kesehatan dalam suatu Undang-Undang Kesehatan yang baru untuk menggantikan Undang-Undang Nomor 23 Tahun 1992 tentang Kesehatan.

b. Undang-Undang Nomor 25 Tahun 2009 tentang Pelayanan Publik

Negara berkewajiban melayani setiap warga negara dan penduduk untuk memenuhi hak dan kebutuhan dasarnya dalam kerangka pelayanan publik yang merupakan amanat Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945, membangun kepercayaan masyarakat atas pelayanan publik yang dilakukan penyelenggara pelayanan publik merupakan kegiatan yang harus dilakukan seiring dengan harapan dan tuntutan seluruh warga negara dan penduduk tentang peningkatan pelayanan publik, sebagai upaya untuk mempertegas hak dan kewajiban setiap warga negara dan penduduk serta terwujudnya tanggung jawab negara dan korporasi dalam penyelenggaraan pelayanan publik, diperlukan norma hukum yang memberi pengaturan secara jelas, sebagai upaya untuk meningkatkan kualitas dan menjamin penyediaan pelayanan publik sesuai dengan asas-asas umum pemerintahan dan korporasi yang baik serta untuk memberi perlindungan bagi setiap warga negara dan penduduk dari penyalahgunaan wewenang di dalam penyelenggaraan pelayanan publik.

Undang-Undang Pelayanan Publik adalah undang-undang yang mengatur tentang prinsip-prinsip pemerintahan yang baik, dan merupakan efektivitas fungsi-fungsi pemerintahan itu sendiri. Pelayanan publik yang dilakukan oleh pemerintahan yang efektif dapat memperkuat demokrasi dan hak asasi manusia, mempromosikan kemakmuran ekonomi, kohesi sosial, mengurangi kemiskinan, meningkatkan perlindungan lingkungan, bijak dalam pemanfaatan sumber daya alam, memperdalam kepercayaan pada pemerintahan dan administrasi publik. Dalam melakukan pelayanan publik perlu standar pelayanan yang merupakan tolak 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.

Dalam perundangan-undangan pelayanan publik ini meliputi pelayanan barang publik dan jasa publik serta pelayanan administratif yaitu pendidikan, pengajaran, pekerjaan dan usaha, tempat tinggal, komunikasi dan informasi, lingkungan hidup, kesehatan, jaminan sosial, energi, perbankan, perhubungan, sumber daya alam, pariwisata.

Pelayanan publik ini mengatur pengadaan dan penyaluran barang publik yang dilakukan oleh instansi pemerintah yang sebagian atau seluruh dananya bersumber dari anggaran pendapatan dan belanja negara dan/atau anggaran pendapatan dan belanja daerah yang dilakukan oleh suatu badan usaha yang modal pendiriannya sebagian atau seluruhnya bersumber dari kekayaan negara dan/atau kekayaan daerah yang dipisahkan dan pembiayaannya tidak bersumber dari anggaran pendapatan dan belanja negara atau anggaran pendapatan dan belanja daerah atau badan usaha yang modal pendiriannya sebagian atau seluruhnya bersumber dari kekayaan negara dan/atau kekayaan daerah yang dipisahkan, tetapi ketersediaannya menjadi misi negara.

Pelayanan atas jasa publik merupakan penyediaan jasa publik oleh instansi pemerintah yang sebagian atau seluruh dananya bersumber dari anggaran pendapatan dan belanja negara dan/atau anggaran pendapatan dan belanja daerah, suatu badan usaha yang modal pendiriannya sebagian atau seluruhnya bersumber dari kekayaan negara dan/atau kekayaan daerah yang dipisahkan dan pembiayaannya tidak bersumber dari anggaran pendapatan dan belanja negara atau anggaran pendapatan dan belanja daerah atau badan usaha yang modal pendiriannya sebagian atau seluruhnya bersumber dari kekayaan negara dan/atau kekayaan daerah yang dipisahkan, tetapi ketersediaannya menjadi misi negara.

Skala kegiatan pelayanan publik didasarkan pada ukuran besaran biaya tertentu yang digunakan dan jaringan yang dimiliki dalam kegiatan pelayanan publik untuk dikategorikan sebagai penyelenggara pelayanan publik yaitu tindakan administratif pemerintah yang diwajibkan oleh negara dan diatur dalam peraturan perundang-undangan dalam rangka mewujudkan perlindungan pribadi, keluarga, kehormatan, martabat, dan harta benda termasuk tindakan administratif oleh instansi nonpemerintah yang diwajibkan oleh negara dan diatur dalam peraturan perundang-

undangan serta diterapkan berdasarkan perjanjian dengan penerima pelayanan.

c. Peraturan Pemerintah Nomor 2 Tahun 2018 tentang Standar Pelayanan Minimal

Pemberian otonomi yang seluas-luasnya kepada Daerah diarahkan untuk mempercepat terwujudnya kesejahteraan masyarakat atau kesejahteraan rakyat melalui peningkatan pelayanan, pemberdayaan, dan peran serta masyarakat. Di samping itu melalui otonomi luas, dalam lingkungan strategis globalisasi, Daerah diharapkan mampu meningkatkan daya saing dengan memperhatikan prinsip demokrasi, pemerataan, keadilan, keistimewaan, dan kekhususan serta potensi dan keanekaragaman Daerah dalam sistem Negara Kesatuan Republik Indonesia. Upaya percepatan terwujudnya kesejahteraan masyarakat atau kesejahteraan rakyat tersebut dalam lingkungan strategis globalisasi dengan menggunakan prinsip pemerataan dan keadilan salah satunya diwujudkan melalui penetapan dan penerapan SPM.

Sejak berlakunya Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah maka SPM tidak lagi dimaknai dalam kontekstual sebagai norma, standar, prosedur, dan kriteria. Batasan pengertian SPM secara tekstual memang tidak berubah, yaitu bahwa SPM merupakan ketentuan mengenai Jenis Pelayanan Dasar dan Mutu Pelayanan Dasar yang berhak diperoleh setiap Warga Negara secara minimal, namun terdapat perubahan mendasar dalam pengaturan mengenai Jenis Pelayanan Dasar dan Mutu Pelayanan Dasar, kriteria penetapan SPM, dan mekanisme penerapan SPM.

Pengaturan mengenai Jenis Pelayanan Dasar ditentukan dengan tegas dan jelas dalam Peraturan Pemerintah ini dan tidak didelegasikan lebih lanjut kedalam peraturan perundang-undangan lainnya. Terkait dengan Mutu Pelayanan Dasar maka pengaturan lebih rincinya ditetapkan oleh masing-masing menteri yang menyelenggarakan urusan pemerintahan di bidang sesuai dengan jenis SPM. Pengaturan oleh menteri terkait merupakan pengaturan mengenai standar teknis SPM.

Penetapan SPM dilakukan berdasarkan kriteria barang dan/atau jasa kebutuhan dasar yang bersifat mutlak dan mudah distandarkan yang

berhak diperoleh oleh setiap Warga Negara secara minimal sesuai dengan Jenis Pelayanan Dasar dan Mutu Pelayanan Dasar. Untuk mekanisme penerapan SPM maka tidak lagi ditentukan berdasarkan indikator SPM dan batas waktu pencapaian tetapi mengutamakan penerapan SPM dengan berdasarkan:

1. pengumpulan data secara empiris dengan tetap mengacu secara normatif sesuai standar teknis;
2. penghitungan kebutuhan pemenuhan Pelayanan Dasar;
3. penyusunan rencana pemenuhan Pelayanan Dasar; dan
4. pelaksanaan pemenuhan Pelayanan Dasar, yang kesemuanya itu dilakukan oleh Pemerintah Daerah dan bukan oleh kementerian terkait.

Perubahan paradigma penting lainnya mengenai SPM yaitu dalam konteks belanja Daerah. Terhadap belanja Daerah maka ditentukan secara tegas dan jelas bahwa belanja Daerah diprioritaskan untuk mendanai pelaksanaan SPM. Atas prioritas tersebut dan terlaksananya SPM maka SPM telah menjamin hak konstitusional masyarakat, sehingga bukan kinerja Pemerintah Daerah yang menjadi prioritas utama apalagi kinerja kementerian tetapi prioritas utamanya yaitu terpenuhinya kebutuhan dasar Warga Negara.

Selanjutnya, mengingat makna Pemerintah Daerah menurut Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah tidak hanya pada Daerah kabupaten dan kota namun juga pada Daerah provinsi maka SPM tentu juga harus dimaknai tidak hanya menjadi tanggung jawab Pemerintah Daerah kabupaten/kota saja tetapi juga menjadi tanggung jawab Pemerintah Daerah provinsi. Hal ini juga mengingat bahwa di Daerah provinsi juga tersedia anggaran pendapatan dan belanja Daerah provinsi untuk menyelenggarakan Urusan Pemerintahan Wajib yang berkaitan dengan Pelayanan Dasar yang meliputi pendidikan, kesehatan, pekerjaan umum dan penataan ruang, perumahan rakyat dan kawasan permukiman, ketenteraman, ketertiban umum, dan perlindungan masyarakat serta sosial. Selain itu, penetapan dan penerapan SPM Daerah provinsi menjadi penting mengingat terdapatnya Urusan Pemerintahan Wajib yang berkaitan dengan Pelayanan Dasar yang tidak lagi menjadi kewenangan Daerah kabupaten/kota.

Secara umum Peraturan Pemerintah ini mengatur mengenai prinsip penetapan dan penerapan SPM, jenis SPM termasuk materi muatannya yang terdiri atas Jenis Pelayanan Dasar, Mutu Pelayanan Dasar, dan penerima Pelayanan Dasar, penerapan dan pelaporan SPM, pembinaan dan pengawasan SPM, ketentuan lain-lain, dan ketentuan penutup yang salah satunya menyatakan bahwa Peraturan Pemerintah Nomor 65 Tahun 2005 tentang Pedoman Penyusunan dan Penerapan Standar Pelayanan Minimal dicabut dan dinyatakan tidak berlaku.

d. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 4 Tahun 2019 Tentang Standar Teknis Pemenuhan Mutu Pelayanan Dasar Pada Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan

Berdasarkan Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah, urusan kesehatan merupakan urusan pemerintahan yang dibagi antara Pemerintah Pusat, Pemerintah Daerah provinsi dan Pemerintah Daerah kabupaten/kota, bersifat wajib, dan terkait dengan pelayanan dasar. Dalam rangka menjamin tercapainya sasaran dan prioritas pembangunan nasional bidang kesehatan, diperlukan pedoman Standar Pelayanan Minimal (SPM) yang ditetapkan oleh Pemerintah Pusat. Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan, yang selanjutnya disingkat SPM Bidang Kesehatan merupakan acuan bagi Pemerintah Daerah Kabupaten/Kota dalam penyediaan pelayanan kesehatan yang berhak diperoleh setiap warga secara minimal.

Peraturan ini dibutuhkan untuk meningkatkan derajat Kesehatan masyarakat, baik yang ada di perkotaan ataupun di pedesaan. Pemerintah harus menetapkan standar yang jelas dan terukur sehingga mudah diimplementasikan di setiap daerah. Standar minimal dibutuhkan untuk menghindari ketimpangan dalam pelaksanaan pelayanan Kesehatan. Dengan adanya SPM diharapkan daerah menjadi lebih baik dalam upaya memberikan layanan Kesehatan, termasuk perhatian terhadap layanan Kesehatan dasar di setiap puskesmas sebagai tindak lanjut pemberlakuan SPM yang ditetapkan pemerintah, dengan tetap mengacu pada prinsip-prinsip SPM, seperti prinsip keterbukaan, consensus, sederhana, terjangkau, terukur, nyata, bertahap, dan akuntabel (PP Nomor 65 Tahun 2005).

Dalam peraturan ini dicantumkan tugas dan wewenang pada Permenkes SPM kesehatan ini dijelaskan sebagai berikut: Pemerintah Daerah wajib memenuhi mutu pelayanan setiap jenis pelayanan dasar pada SPM bidang. Mutu pelayanan setiap jenis pelayanan dasar pada SPM bidang Kesehatan ditetapkan dalam standar teknis yang terdiri atas: standar jumlah dan kualitas barang dan/atau jasa; standar jumlah dan kualitas personel/sumber daya manusia Kesehatan.

Penetapan standar minimal oleh pemerintah ternyata belum sepenuhnya dapat dilakukan oleh semua daerah di Indonesia. Hal ini kemungkinan disebabkan karena masalah Kesehatan yang jangkauannya luas hingga ke pelosok desa terpencil, termasuk pelayanan Kesehatan dasar di puskesmas sebagai tindak lanjut pemberlakuan SPM yang ditetapkan pemerintah (Rifa, dkk., 2016). Disisi lain ada keharusan capaian kinerja Pemerintah Daerah dalam pemenuhan mutu pelayanan setiap jenis pelayanan dasar pada SPM Kesehatan harus 100% (seratus persen).

e. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 129/Menkes/SK/II/2008 tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit

Standar Pelayanan Minimal (SPM) sebagai dokumen yang wajib dimiliki oleh Rumah Sakit, sebagai pedoman dalam menjamin pelaksanaan pelayanan Kesehatan sesuai Keputusan Menteri Kesehatan R.I. No. 129/Menkes/SK/11/2008 Bahwa SPM ini telah mencakup standar persyaratan minimal (input, proses dan lingkungan) dan standar penampilan minimal (output) di RS. SPM ini telah mencakup standar persyaratan minimal (input, proses dan lingkungan) dan standar penampilan minimal (output) di RS.

Permenkes RI No 129/ Menkes/SK/II/2008 tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit, menyatakan bahwa indikator SPM adalah tolok ukur untuk prestasi kuantitatif dan kualitatif yang digunakan untuk menggambarkan besaran sasaran yang hendak dipenuhi dalam pencapaian suatu SPM tertentu, berupa masukan, proses, hasil dan atau manfaat pelayanan. Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit dalam pedoman ini meliputi jenis-jenis pelayanan indikator dan standar pencapaian kinerja pelayanan rumah sakit.

Jenis – jenis pelayanan rumah sakit yang minimal wajib disediakan oleh rumah sakit meliputi :

1. Pelayanan gawat darurat
2. Pelayanan rawat jalan
3. Pelayanan rawat inap
4. Pelayanan bedah
5. Pelayanan persalinan dan perinatologi
6. Pelayanan intensif
7. Pelayanan radiologi
8. Pelayanan laboratorium patologi klinik
9. Pelayanan rehabilitasi medik
10. Pelayanan farmasi
11. Pelayanan gizi
12. Pelayanan transfusi darah
13. Pelayanan keluarga miskin
14. Pelayanan rekam medis
15. Pengelolaan limbah
16. Pelayanan administrasi manajemen
17. Pelayanan ambulans/kereta jenazah
18. Pelayanan pemulasaraan jenazah
19. Pelayanan laundry
20. Pelayanan pemeliharaan sarana rumah sakit
21. Pencegah Pengendalian Infeksi

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

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

f. Peraturan Wali Kota Bekasi Nomor 81 Tahun 2019 tentang standar pelayanan minimal di lingkungan pemerintah Kota Bekasi

Pemenuhan Jenis Pelayanan Dasar dan Mutu Pelayanan Dasar yang berhak diperoleh setiap masyarakat Kota Bekasi secara minimal, perlu menetapkan penerapan Standar Pelayanan Minimal (SPM). SPM merupakan ketentuan mengenai jenis dan mutu layanan. Peraturan ini untuk memenuhi kebutuhan dasar warga negara yang wajib diperoleh setiap warga Kota Bekasi secara minimal. Peraturan ini untuk memenuhi kebutuhan dasar meliputi jenis layanan dalam rangka menyediakan barang dan/atau jasa kebutuhan dasar untuk Pendidikan anak usia dini, Pendidikan dasar, Pendidikan kesetaraan, pelayanan Kesehatan ibu hamil, pelayanan Kesehatan ibu bersalin, pelayanan Kesehatan bayi baru lahir, pelayanan Kesehatan balita, pelayanan Kesehatan pada usia Pendidikan dasar, pelayanan Kesehatan pada usia produktif, pelayanan Kesehatan pada usia lanjut, pelayanan Kesehatan pada penderita hipertensi, pelayanan Kesehatan penderita diabetes melitus, pelayanan Kesehatan dengan gangguan jiwa berat, pelayanan Kesehatan orang terduga tuberkulosis, pelayanan Kesehatan orang dengan resiko terinfeksi virus yang melemahkan daya tahan tubuh manusia (*Human Immunodeficiency Virus*) pemenuhan kebutuhan pokok air minum sehari-hari penyediaan pelayanan pengolahan air limbah domestik, penyediaan dan rehabilitasi rumah yang layak huni bagi korban bencana fasilitasi, penyediaan rumah yang layak huni bagi masyarakat yang terkena relokasi program Pemerintah Kota Bekasi; pelayanan ketenteraman dan ketertiban umum, pelayanan informasi rawan bencana, pelayanan pencegahan dan kesiapsiagaan terhadap bencana, pelayanan penyelamatan dan evakuasi korban bencana, pelayanan penyelamatan dan evakuasi korban kebakaran rehabilitasi sosial dasar penyandang disabilitas terlantar di luar panti, rehabilitasi sosial dasar anak terlantar di luar panti, rehabilitasi sosial dasar lanjut usia terlantar di luar panti, rehabilitasi sosial dasar tuna sosial khususnya gelandangan dan pengemis di luar panti; dan perlindungan dan jaminan sosial pada saat dan setelah tanggap darurat bencana bagi korban bencana.

Penerapan SPM dilakukan dengan tahapan pengumpulan data; penghitungan kebutuhan pemenuhan Pelayanan Dasar; penyusunan

rencana pemenuhan Pelayanan Dasar; dan pelaksanaan pemenuhan Pelayanan Dasar.

BAB IV

LANDASAN FILOSOFIS, LANDASAN SOSIOLOGIS DAN LANDASAN YURIDIS

A. Landasan Filosofis

Landasan filosofis merupakan pertimbangan atau alasan yang menggambarkan bahwa peraturan yang dibentuk mempertimbangkan pandangan hidup, kesadaran, dan cita-cita hukum yang meliputi suasana kebatinan serta falsafah bangsa, khususnya masyarakat Kota Bekasi. Raperda Kota Bekasi tentang Standar Pelayanan Minimal Kesehatan berangkat dari pemikiran-pemikiran filosofis tertentu. Pemikiran-pemikiran filosofis itu menggambarkan mengenai dasar atau fondasi bagi adanya layanan kesehatan pada umumnya. Demikian pula, landasan filosofis ini kemudian juga menjadi argumentasi fondasional atau *philosophical requirement* bagi munculnya normativitas yuridik terselenggaranya standarisasi pelayanan kesehatan itu dalam wujud peraturan hukum, yaitu Peraturan Daerah.

Dalam pembukaan Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945 menegaskan bahwa salah satu tujuan Pemerintahan Negara Kesatuan Republik Indonesia adalah untuk memajukan kesejahteraan umum. Oleh karena itu, bumi dan kekayaan alam yang terkandung di dalamnya dikuasai oleh negara dan dipergunakan untuk sebesar-besar kemakmuran rakyat sebagaimana tercantum dalam Pasal 33 ayat (3). Di samping itu, negara bertanggung jawab atas penyediaan fasilitas umum yang layak yang harus diatur dengan undang-undang sebagaimana diamanatkan oleh Pasal 34 ayat (3) dan ayat (4).

Landasan filosofis pembentukan peraturan daerah di Indonesia saat ini merujuk pada *recht idee* yang tercantum dalam Pancasila dan Pembukaan Undang-Undang Dasar 1945. Inti landasan filosofis adalah jika landasan peraturan yang digunakan memiliki nilai bijaksana yakni memiliki nilai benar (logis), baik dan adil. Menemukan filosofis berarti melakukan pengkajian secara mendalam untuk mencari dan menemukan hakekat sesuatu yang sesuai dan menggunakan dengan nalar, nalar sehat. Menurut sistem demokrasi modern, kebijakan bukanlah berupa cetusan pikiran atau pendapat dari pejabat negara atau pemerintahan yang mewakili rakyat akan

tetapi juga opini publik (suara rakyat) yang memiliki porsi sama besarnya untuk mencerminkan (terwujud) dalam kebijakan-kebijakan publik.

Dasar filosofis yang pertama dari Rancangan Peraturan Daerah Kota Bekasi Tentang Standarisasi Pelayanan Minimal Kesehatan ini adalah pada pandangan hidup Bangsa Indonesia yang telah dirumuskan dalam butir-butir Pancasila dalam pembukaan Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia tahun 1945. Nilai-nilai Pancasila ini dijabarkan dalam hukum yang dapat menunjukkan nilai-nilai keadilan, ketertiban dan kesejahteraan. Rumus Pancasila ini yang merupakan dasar hidup Negara Indonesia dituangkan dalam pembukaan UUD Republik Indonesia. Ditekankan dalam dasar Negara Indonesia, bahwa Indonesia adalah Negara hukum (*rechstaat*) bukan berdasarkan kekuasaan (*machstaat*).

Berlakunya suatu konstitusi sebagai hukum dasar yang mengikat didasarkan atas kekuasaan tertinggi atau prinsip kedaulatan yang dianut dalam suatu Negara. Jika Negara itu menganut paham kedaulatan rakyat, maka sumber legitimasi konstitusi itu adalah rakyat. Jika yang berlaku adalah paham kedaulatan raja, maka raja yang menentukan berlaku tidaknya suatu konstitusi. Hal ini yang disebut oleh para ahli sebagai constituent power yang merupakan kewenangan yang berada diluar dan sekaligus diatas system yang diaturnya. Karenaitu, di lingkungan Negara-negara demokrasi, rakyatlah yang dianggap menentukan berlakunya suatu konstitusi.

Constituent power mendahului konstitusi, dan konstitusi mendahului organ pemerintahan yang diatur dan dibentuk berdasarkan konstitusi. Pengertian constituent power berkaitan pula dengan pengertian hirarki hukum (*hierarchy of law*). Konstitusi merupakan hukum yang lebih tinggi atau bahkan paling tinggi serta paling fundamental sifatnya, karena konstitusi itu sendiri merupakan sumber legitimasi atau landasan otorisasi bentuk-bentuk hukum atau peraturan-peraturan perundangan-undangan lainnya. Sesuai dengan prinsip hukum yang berlaku universal, agar peraturan-peraturan yang tingkatnya berada di bawah Undang-Undang Dasar dapat berlaku dan diberlakukan, peraturan-peraturan itu tidak oleh bertentangan dengan hukum yang lebih tinggi tersebut.

Konstitusi selalu terkait dengan paham konstitusionalisme. Untuk tujuan *to keep a government in order* itu diperlukan pengaturan yang

sedemikian rupa, sehingga dinamika kekuasaan dalam proses pemerintahan dapat dibatasi dan dikendalikan sebagaimana mestinya. Gagasan mengatur dan membatasi kekuasaan ini secara alamiah muncul karena adanya kebutuhan untuk merespons perkembangan peran relative kekuasaan umum dalam kehidupan umat manusia.

Consensus yang menjamin tegaknya konstitusionalisme di zaman modern pada umumnya dipahami bersandarkan pada tiga elemen kesepakatan (consensus), yaitu :

1. Kesepakatan tentang tujuan atau cita-cita bersama (*the general goals of society or general acceptance of the same philosophy of government*)
2. Kesepakatan tentang *the rule of law* sebagai landasan pemerintahan atau penyelenggaraan Negara (*the basis of government*);
3. Kesepakatan tentang bentuk institusi-institusi dan prosedur-prosedur ketatanegaraan (*the form of institutions and procedures*). Di Indonesia, dasar-dasar filosofi yang dimaksud itulah yang biasa disebut sebagai Pancasila yang berarti lima sila atau lima prinsip dasar untuk mencapai atau mewujudkan empat tujuan bernegara. Pancasila adalah *filosofische graondslag* dan *common platsforms*, Pancasila adalah dasar Negara sehingga kedudukan Pancasila dalam tata hukum nasional.

Adapun landasan filosofis yang kaitannya dengan mutu pelayanan kesehatan berdasarkan pancasila dan pembukaan Undang-Undang Dasar Negeri Republik Indonesia adalah bahwa dalam rangka pelaksanaan pelayanan pemerintahan kepada masyarakat di Kota Bekasi tiada lain hanya untuk kesejahteraan masyarakat, sehingga diperlukan upaya pembuatan Perda Standar Pelayanan Minimal Kesehatan.

B. Landasan Sosiologis

Dalam mempelajari pelayanan kesehatan dapat dilakukan dengan menggunakan teori atau perspektif sosiologi. Perspektif atau teori sosiologi yang digunakan dalam menganalisis penelitian ini berdasar pada teori fungsional-struktural. Teori fungsional-struktural merupakan teori sosiologi yang berdasar pada unsur-unsur sosiologi dan budaya yang saling berhubungan secara fungsional dan menekankan gejala sosial budaya pada struktur yang mencakup perangkat atau aturan-aturan. Teori fungsional-struktural mengamati bentuk struktur dan fungsi dalam suatu masyarakat

sehingga dapat melihat bagaimana suatu masyarakat itu berubah atau mapan melalui setiap unsurnya yang saling berkaitan, dan dinamik untuk memenuhi kebutuhan individu.

Teori fungsional-struktural melakukan analisis dengan melihat masyarakat sebagai suatu sistem dari interaksi antar manusia dan berbagai institusinya, dan segala sesuatunya disepakati secara konsensus, termasuk dalam hal nilai dan norma. Teori fungsional-struktural menekankan pada harmoni, konsistensi, dan keseimbangan dalam masyarakat. Menurut Nash, teori fungsional-struktural ini dapat digunakan untuk menganalisis pelayanan kesehatan. Hal ini terjadi dengan melihat mutu pelayanan kesehatan sebagai suatu sistem sosial yang berperan dalam masyarakat modern. Pendekatan sosiologis digunakan untuk mengetahui kondisi masyarakat dan memahami kelompok sosial khususnya berbagai macam gejala kehidupan masyarakat. Standar pelayanan kesehatan adalah fenomena kemasyarakatan yang menyangkut manusia, masyarakat, kelompok, organisasi, kebudayaan, dan sebagainya yang merupakan obyek kajian sosiologi.

Pelayanan kesehatan dapat dikatakan sebagai penunjang keberhasilan ekonomi masyarakat pada umumnya dan masyarakat daerah Kota Bekasi khususnya. Jika di dalam standar pelayanan kesehatan merupakan alat untuk mencapai tujuan dalam ekonomi. Secara mikro dijelaskan perkembangan standar pelayanan kesehatan akan meningkatkan pendapatan daerah setempat.

C. Landasan Yuridis

Pasal 28 H ayat (1) Amandemen UUD 1945 menyebutkan bahwa: “setiap orang berhak hidup sejahtera lahir dan batin, bertempat tinggal dan mendapatkan lingkungan hidup yang baik dan sehat serta berhak memperoleh pelayanan kesehatan”. Pasal 34 ayat (3): “Negara bertanggungjawab atas penyediaan fasilitas pelayanan kesehatan dan fasilitas pelayanan umum yang layak”. Pasal 28 H ayat (2) Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945 menentukan bahwa “Setiap orang berhak mendapat kemudahan dan perlakuan khusus untuk memperoleh kesempatan dan manfaat yang sama guna mencapai persamaan dan keadilan”.

Sedangkan dalam Pasal 1 ayat 1 UUD 1945 menetapkan Negara Indonesia adalah Negara kesatuan yang berbentuk Republik, menganut azas desentralisasi dalam menyelenggarakan otonomi daerah. Selanjutnya dalam Pasal 18 UUD 1945 dinyatakan dengan jelas bahwa :

“pembangunan daerah di Indonesia atas dasar besar dan kecil dengan bentuk susunan pemerintahan ditetapkan dengan Undang-undang dengan memandang dan mengingat dasar permusyawaratan dalam system pemerintahan Negara dan hak-hak asal usul daerah yang bersifat istimewa”.⁷⁷

Di dalam Pembukaan Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945 menegaskan bahwa tujuan Pemerintahan Negara Kesatuan Republik Indonesia, antara lain, adalah memajukan kesejahteraan umum. Oleh karena itu, bumi dan kekayaan alam yang terkandung di dalamnya dikuasai oleh negara dan dipergunakan untuk sebesar-besar kemakmuran rakyat sebagaimana tercantum dalam Pasal 33 ayat (3). Disamping itu, negara bertanggungjawab atas penyediaan fasilitas umum yang layak yang harus diatur dengan undang-undang sebagaimana diamanatkan oleh Pasal 34 ayat (3) dan ayat (4).

Sedangkan pasal 18 ayat (6) amandemen UUD 1945 yang menyatakan bahwa pemerintahan daerah menjalankan otonomi seluas-luasnya. Peraturan terakhir yang mengatur tentang pembagian urusan antara Pemerintah Pusat dan Pemerintah Daerah adalah UU Nomor 23 Tahun 2014 yang merupakan pengganti UU Nomor 32 Tahun 2004. Pada UU 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah, kesehatan adalah satu dari enam urusan concurrent (bersama) yang bersifat wajib dan terkait dengan pelayanan dasar. Undang-Undang Nomor 39 Tahun 1999 tentang Hak Asasi Manusia, Pasal 35: Setiap orang berhak hidup di dalam tatanan masyarakat dan kenegaraan yang damai, aman, dan tenteram, yang menghormati, melindungi, dan melaksanakan sepenuhnya hak asasi manusia dan kewajiban dasar manusia sebagaimana diatur dalam Undang-undang ini.

Sementara itu, Undang-undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan, mengatur mengenai hak-hak asasi manusia di bidang kesehatan, sebagaimana diatur dalam Pasal 4 sampai dengan Pasal 8. Hak-

hak asasi manusia di bidang pelayanan kesehatan bagi setiap orang yaitu:

- 1) hak yang sama dalam memperoleh akses atas sumber daya di bidang kesehatan.
- 2) hak dalam memperoleh pelayanan kesehatan yang aman, bermutu, dan terjangkau.
- 3) hak secara mandiri dan bertanggung jawab menentukan sendiri pelayanan kesehatan yang diperlukan bagi dirinya.
- 4) hak mendapatkan lingkungan yang sehat bagi pencapaian derajat kesehatan.
- 5) hak untuk mendapatkan informasi dan edukasi tentang kesehatan yang seimbang dan bertanggung jawab.
- 6) hak memperoleh informasi tentang data kesehatan dirinya termasuk tindakan dan pengobatan yang telah maupun yang akan diterimanya dari tenaga kesehatan.

Dalam penyelenggaraan pemerintah daerah, kepada daerah dibantu oleh perangkat daerah. Secara umum perangkat daerah terdiri atas unsur staf yang membantu penyusunan kebijakan dan koordinasi, diwadahi dalam lembaga sekretariat, unsur pendukung tugas kepala daerah dalam penyusunan kebijakan daerah yang bersifat spesifik, diwadahi dalam lembaga teknis daerah, serta unsur pelaksana urusan daerah yang diwadahi dalam lembaga dinas daerah.

Dinas daerah adalah unsur pelaksana pemerintah daerah. Daerah dapat berarti provinsi, kabupaten, atau kota. Dinas daerah menyelenggarakan fungsi perumusan kebijakan teknis sesuai dengan lingkup tugasnya, pemberian perizinan dan pelaksanaan pelayanan umum, serta pembinaan pelaksanaan tugas sesuai dengan lingkup tugasnya.

Maka alasan penyusunan Raperda Kota Bekasi Tentang Standarisasi Pelayanan Kesehatan dapat dilihat pada matrik di bawah ini :

Tabel 5. Alasan Pembentukan Raperda Kota Bekasi Tentang Standarisasi Pelayanan Kesehatan

Landasan	Uraian
FILOSOFIS	Menggambarkan pandangan hidup, kesadaran, dan cita hukum yang meliputi suasana kebatinan serta falsafah bangsa Indonesia yang bersumber dari Pancasila dan Pembukaan Undang- Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945. Pandangan hidup, kesadaran, dan cita hukum itu, pada dasarnya berkenaan dengan keadilan yang mesti dijamin dengan adanya peraturan perundang-undangan.
SOSIOLOGIS	Menggambarkan kebutuhan masyarakat dalam berbagai aspek yang memerlukan penyelesaian, yang sesungguhnya menyangkut fakta empiris mengenai perkembangan masalah dan kebutuhan masyarakat dan negara. Kebutuhan masyarakat pada dasarnya berkenaan dengan kemanfaatan adanya peraturan perundang-undangan.
YURIDIS	Menggambarkan permasalahan hukum yang akan diatasi, yang sesungguhnya menyangkut persoalan hukum yang berkaitan dengan substansi atau materi yang diatur. Permasalahan hukum yang akan diatasi itu pada dasarnya berkenaan dengan kepastian hukum yang mesti dijamin dengan adanya peraturan perundang-undangan, oleh karena itu harus ada konsistensi ketentuan hukum, menyangkut dasar kewenangan dan prosedur pembentukan, jenis dan materi muatan, dan tidak adanya kontradiksi antar-ketentuan hukum yang sederajat dan dengan yang lebih tinggi.

Sumber: diolah dari berbagai sumber.

BAB V

JANGKAUAN, ARAH PENGATURAN, DAN RUANG LINGKUP MATERI MUATAN

A. Jangkauan

Jangkauan pengaturan Raperda Standar Pelayanan Minimal (SPM) Kesehatan adalah berupaya memberikan payung hukum yang jelas terhadap pelayanan kesehatan yang berada di Kota Bekasi yang sekaligus memberikan kepastian hukum atas peran pemerintah daerah. Maka sangatlah penting untuk membentuk sebuah produk hukum yang berupa Peraturan Daerah sebagai landasan hukum yang sekaligus memberikan suatu aturan yang komprehensif terhadap standar pelayanan minimal kesehatan. Harapannya, pelaksanaan Perda ini dapat meningkatkan kinerja Pemerintah Daerah. Selain itu, implementasi SPM akan memperkuat sisi promotif – preventif sehingga diharapkan akan ber-*impact* pada penurunan jumlah kasus kuratif yang harus ditanggung oleh Jaminan Kesehatan Nasional (JKN).

Karena kondisi kemampuan sumber daya Pemda di seluruh Indonesia tidak sama, maka pelaksanaan urusan tersebut diatur dengan Standar Pelayanan Minimal (SPM) untuk memastikan ketersediaan layanan tersebut bagi seluruh warga negara. SPM sekurangnya mempunyai dua fungsi yaitu (i) memfasilitasi Pemda untuk melakukan pelayanan publik yang tepat bagi masyarakat dan (ii) sebagai instrumen bagi masyarakat dalam melakukan kontrol terhadap kinerja pemerintah di bidang pelayanan publik bidang kesehatan.

Penyusunan Naskah Akademik ini akan mewujudkan sebuah Raperda tentang Standar Pelayanan Minimal (SPM) Kesehatan di Kota Bekasi, sehingga kegiatan ini merupakan sebuah upaya bagi Pemerintah Kota Bekasi untuk lebih meningkatkan fungsi dalam melayani masyarakat dalam bidang kesehatan. Dengan demikian, melalui naskah akademik diharapkan dapat membentuk suatu Peraturan Daerah yang merupakan jawaban atas pelimpahan kewenangan dari Pemerintah yang sangat luas kepada Pemerintah Daerah dalam bidang kesehatan. Pembuatan Perda Standar Pelayanan Minimal (SPM) Kesehatan ini diharapkan akan memberikan kepastian hukum serta akuntabilitas

pelayanan kepada semua masyarakat di Kota Bekasi.

B. Arah Pengaturan

Semakin tingginya kebutuhan masyarakat akan pelayanan kesehatan yang optimal pada setiap fasilitas kesehatan berakibat semakin tingginya tuntutan masyarakat untuk memperoleh pelayanan yang lebih tertib dan baik dibidang pelayanan kesehatan. Dan dalam rangka menjamin akses dan mutu pelayanan dasar kepada masyarakat secara merata dalam menyelenggarakan urusan wajib Pemerintah Daerah serta untuk mendorong partisipasi masyarakat dalam proses penyelenggaraan pemerintah daerah, diperlukan sistem penyelenggaraan kesehatan yang sesuai dengan standar pelayanan minimal kesehatan.

Raperda Standar Pelayanan Minimal (SPM) Kesehatan merupakan ketentuan mengenai jenis dan mutu pelayanan dasar yang merupakan urusan pemerintahan wajib yang berhak diperoleh setiap warga negara secara minimal. Setiap warga negara sesuai dengan kodratnya berkewajiban untuk memenuhi kebutuhan dasar hidupnya dengan memanfaatkan seluruh potensi manusiawi yang dimilikinya. Sebaliknya Pemerintah Pusat dan Pemerintah Daerah berkewajiban menjamin agar setiap warga negara dapat menggunakan haknya untuk memenuhi kebutuhan hidupnya tanpa hambatan atau halangan dari pihak manapun.

C. Materi Muatan

Mendasarkan pada Lampiran I UU No. 12 tahun 2011 yang memuat Pedoman Penyusunan Naskah Akademik, Pada BAB V yaitu bagian Ruang Lingkup materi muatan berisi:

- a. Ketentuan umum
- b. Materi yang akan diatur
- c. Ketentuan sanksi (jika diperlukan)
- d. Ketentuan peralihan (jika diperlukan) dan
- e. Ketentuan penutup.

Dalam Raperda tentang Standar Pelayanan Minimal (SPM) Kesehatan ini akan memuat:

- a. Ketentuan Umum yang menjelaskan;

1. Pemerintah Daerah adalah Kota Bekasi.
2. Pemerintah Daerah adalah Kepala Daerah sebagai unsur penyelenggara pemerintahan daerah yang memimpin pelaksanaan urusan pemerintahan yang menjadi kewenangan daerah otonom.
3. Walikota adalah Walikota Bekasi.
4. Dewan Perwakilan Rakyat Daerah Kota Bekasi yang selanjutnya disebut DPRD adalah Lembaga Perwakilan Rakyat Daerah sebagai unsur penyelenggaraan Pemerintahan Daerah.
5. Perangkat Daerah adalah unsur pembantu bupati dan DPRD dalam penyelenggaraan urusan Pemerintahan yang menjadi kewenangan Daerah.
6. Standar Pelayanan Minimal yang selanjutnya disingkat SPM adalah ketentuan tentang jenis dan mutu pelayanan dasar yang merupakan urusan wajib daerah yang berhak diperoleh setiap warga secara minimal.
7. Pelayanan dasar adalah jenis pelayanan publik yang mendasar dan mutlak untuk memenuhi kebutuhan masyarakat dalam kehidupan sosial, ekonomi dan pemerintahan.
8. Pelayanan antenatal sesuai standar adalah pelayanan yang diberikan kepada ibu hamil minimal 4 kali selama kehamilan dengan jadwal satu kali pada trimester pertama, satu kali pada trimester kedua dan dua kali pada trimester ketiga yang dilakukan oleh Bidan dan atau Dokter dan atau Dokter Spesialis Kebidanan baik yang bekerja di fasilitas pelayanan kesehatan pemerintah maupun swasta yang memiliki Surat Tanda Register (STR).
9. Pelayanan persalinan sesuai standar adalah persalinan yang dilakukan oleh Bidan dan atau Dokter dan atau Dokter Spesialis Kebidanan yang bekerja di fasilitas pelayanan kesehatan Pemerintah maupun Swasta yang memiliki Surat Tanda Register (STR) baik persalinan normal dan atau persalinan dengan komplikasi.
10. Pelayanan kesehatan bayi baru lahir sesuai standar adalah pelayanan yang diberikan pada bayi usia 0-28 hari dan mengacu kepada Pelayanan Neonatal Esensial sesuai yang tercantum dalam Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 25 Tahun 2014 tentang Upaya Kesehatan Anak, dilakukan oleh Bidan dan atau perawat dan atau Dokter dan

atau Dokter Spesialis Anak yang memiliki STR.

11. Pelayanan kesehatan balita sesuai standar adalah pelayanan kesehatan yang diberikan kepada anak berusia 0-59 bulan dan dilakukan oleh Bidan dan atau Perawat dan atau Dokter/DLP (Dokter Layanan primer) dan atau Dokter Spesialis Anak yang memiliki STR dan diberikan di fasilitas kesehatan pemerintah maupun swasta, dan UKBM (Upaya Kesehatan Bersumberdaya Masyarakat).
12. Pelayanan kesehatan usia pendidikan dasar adalah penjangkaran kesehatan yang diberikan kepada anak usia pendidikan dasar, minimal satu kali yang dilakukan oleh Puskesmas.
13. Pelayanan Tuberkulosis Sesuai Standar adalah pelayanan kesehatan diberikan kepada seluruh orang dengan *TB* (Tuberkulosis) yang dilakukan oleh tenaga kesehatan sesuai kewenangannya di Puskesmas/FKTP (Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama) dan di FKTL (Fasilitas Kesehatan Tingkat Lanjutan) baik pemerintah maupun swasta.
14. Pelayanan Kesehatan orang dengan risiko terinfeksi HIV sesuai standar adalah pelayanan kesehatan yang diberikan kepada ibu hamil, pasien TB, pasien infeksi menular seksual (IMS), waria/transgender, pengguna napza, dan warga binaan lembaga pemasyarakatan, dilakukan oleh tenaga kesehatan sesuai kewenangannya dan diberikan di FKTP (Puskesmas dan Jaringannya) dan FKTL baik pemerintah maupun swasta serta di lapas/rutan narkotika.

b. Materi yang akan diatur :

1. Ketentuan Umum
2. Maksud dan Tujuan
3. Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan
4. Sumber daya manusia
5. Pembiayaan
6. Penutup

BAB VI

PENUTUP

A. Kesimpulan

Kesehatan merupakan kebutuhan dasar setiap manusia dan merupakan modal setiap warga negara dan setiap bangsa dalam mencapai tujuannya dan mencapai kemakmuran. Seseorang tidak bisa memenuhi seluruh kebutuhan hidupnya jika dia berada dalam kondisi tidak sehat. Sehingga kesehatan merupakan modal setiap individu untuk meneruskan kehidupannya secara layak.

Pemerintah mempunyai tanggung jawab untuk menjamin setiap warga negara memperoleh pelayanan kesehatan yang berkualitas sesuai dengan kebutuhan. Sebagai suatu kebutuhan dasar, setiap individu bertanggung jawab untuk memenuhi kebutuhan hidup dirinya dan orang-orang yang menjadi tanggung jawabnya, sehingga pada dasarnya pemenuhan kebutuhan masyarakat terhadap kesehatan adalah tanggung jawab setiap warganegara.

Setidaknya ada tiga manfaat penting dalam aturan ini kedepannya. Pertama, keberadaan Perda Tentang Standar Pelayanan Minimal Kesehatan menjadi penting untuk menjamin masyarakat Kota Bekasi mendapatkan pelayanan kesehatan dasar. Kedua, pelaksanaan Standar Pelayanan Minimal Kesehatan juga akan berdampak peningkatan kinerja pemerintah daerah. Ketiga, implementasi SPM akan memperkuat sisi promotif – preventif sehingga diharapkan akan ber-*impact* pada penurunan jumlah kasus kuratif yang harus ditanggung oleh Jaminan Kesehatan Nasional (JKN).

B. Saran

Beberapa saran dalam Naskah Akademik sebagai berikut:

1. Untuk menjamin pelayanan kesehatan bagi warga Kota Bekasi maka diperlukan regulasi atau Peraturan Daerah (Perda) SPM Kesehatan.
2. Untuk menaikkan layanan kesehatan diperlukan peningkatan tipe RSUD dari tipe D menjadi C.

DAFTAR PUSTAKA

Peraturan Perundang-undangan

Undang Undang Dasar 1945;

Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 150, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4456);

Undang-Undang Nomor 25 Tahun 2009 tentang Pelayanan Publik (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 112, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5038);

Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 144, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5063);

Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 153, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5072);

Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2011 Nomor 116, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5256);

Undang-Undang Nomor 18 Tahun 2014 tentang Kesehatan Jiwa (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 185, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5571);

Undang-undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Indonesia Tahun 2014, Nomor 224, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5587) sebagaimana telah diubah terakhir dengan Undang-Undang Nomor 9 Tahun 2015 tentang Perubahan Kedua Atas Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 Tentang Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2015 Nomor 58, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5679);

Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2014 tentang Tenaga Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 298, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5607);

Peraturan Pemerintah Nomor 46 Tahun 2014 tentang Sistem Informasi Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 126, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5542);

Peraturan Pemerintah Nomor 49 Tahun 2013 tentang Badan Pengawas Rumah Sakit (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2013 Nomor 111, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5428);

Peraturan Pemerintah Nomor 103 Tahun 2014 tentang Pelayanan Kesehatan Tradisional (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 369, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5643);

- Peraturan Pemerintah Nomor 47 Tahun 2016 tentang Fasilitas Pelayanan Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2016 Nomor 229, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5942);
- Peraturan Presiden Nomor 72 Tahun 2012 tentang Sistem Kesehatan Nasional (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2012, Nomor 193);
- Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 001 Tahun 2012 tentang Sistem Rujukan Pelayanan Kesehatan Perorangan (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2012, Nomor 122);
- Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 56 Tahun 2014 tentang Klasifikasi dan Perizinan Rumah Sakit (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2014, Nomor 1221);
- Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 19 Tahun 2016 tentang Sistem Penanggulangan Gawat Darurat Terpadu (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2016, Nomor 802);
- Peraturan Pemerintah Nomor 2 Tahun 2018 tentang Standar Pelayanan Minimal (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2018 Nomor 2 Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6178);
- Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 4 Tahun 2019 Tentang Standar Teknis Pemenuhan Mutu Pelayanan Dasar Pada Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan;
- Peraturan Wali Kota Bekasi Nomor 81 Tahun 2019 Tentang Standar Pelayanan Minimal Di Lingkungan Pemerintah Kota Bekasi;

Sumber Lain

- Badan Pusat Statistik Kota Bekasi, (2017) Kota Bekasi Dalam Angka 2017, Bekasi Indonesia
- Badan Pusat Statistik Kota Bekasi, (2018) Kota Bekasi Dalam Angka 2018, Bekasi Indonesia
- Badan Pusat Statistik Kota Bekasi, (2019) Kota Bekasi Dalam Angka 2019, Bekasi Indonesia
- Badan Pusat Statistik Kota Bekasi, (2020) Kota Bekasi Dalam Angka 2020, Bekasi Indonesia
- Badan Pusat Statistik Kota Bekasi, (2021) Kota Bekasi Dalam Angka 2021, Bekasi Indonesia
- Badan Pusat Statistik Kota Bekasi, (2022) Kota Bekasi Dalam Angka 2022, Bekasi Indonesia
- Dinas Kesehatan Kota Bekasi, (2017), Profil Kesehatan Kota Bekasi 2017, Bekasi, Indonesia
- Dinas Kesehatan Kota Bekasi, (2018), Profil Kesehatan Kota Bekasi 2018, Bekasi, Indonesia
- Dinas Kesehatan Kota Bekasi, (2019), Profil Kesehatan Kota Bekasi 2019, Bekasi, Indonesia

Jurnal

- Adeng (2014) *Sejarah Sosial Kota Bekasi*, Patanjaya Vo. 6 No. 3 September 2014 : 397-412.

RANCANGAN PERATURAN DAERAH KOTA BEKASI
NOMOR... TAHUN...
TENTANG
PENINGKATAN MUTU DAN STANDARISASI PELAYANAN MINIMAL BIDANG
KESEHATAN

DENGAN RAHMAT TUHAN YANG MAHA ESA
WALI KOTA BEKASI,

- Menimbang :
- a. bahwa hidup sehat adalah kebutuhan dasar setiap warga negara, oleh sebab itu setiap warga negara berhak memperoleh pelayanan kesehatan agar dapat mewujudkan kehidupan yang sejahtera lahir dan batin.
 - b. bahwa perkembangan dan kualitas hidup masyarakat membutuhkan pemenuhan kesehatan yang layak sehingga diperlukan jaminan pelayanan kesehatan yang memadai guna mendukung terwujudnya kesehatan masyarakat di dalam kehidupannya.
 - c. bahwa berdasarkan pada pertimbangan sebagaimana dimaksud dalam huruf a dan huruf b perlu menetapkan Peraturan Daerah tentang Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan.
- Mengingat :
1. Pasal 18 ayat (6) Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945;
 2. Undang-Undang Nomor 9 Tahun 1996 tentang Pembentukan Kotamadya Daerah Tingkat II Bekasi (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 1996 Nomor 111, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 3663);
 3. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang

Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 144, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5063), sebagaimana diubah terakhir dengan Undang-Undang Nomor 11 Tahun 2020 tentang Cipta Kerja (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2020 Nomor 245, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6573);

4. Undang-undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Indonesia Tahun 2014, Nomor 224, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5587) sebagaimana telah diubah beberapa kali terakhir dengan Undang-Undang Nomor 1 Tahun 2022 tentang Hubungan Keuangan Antara Pemerintahan Pusat dan Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2022 Nomor 4, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6757);
5. Peraturan Pemerintah Nomor 2 Tahun 2018 Tentang Standar Pelayanan Minimal (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2018 Nomor 2, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6178);
6. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 4 Tahun 2019 Tentang Standar Teknis Pemenuhan Mutu Pelayanan Dasar Pada Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan.
7. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor : 129/Menkes/Sk/Ii/2008 Tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit

Dengan Persetujuan Bersama

DEWAN PERWAKILAN RAKYAT DAERAH KOTA BEKASI

dan

WALI KOTA BEKASI

MEMUTUSKAN :

Menetapkan : PERATURAN DAERAH TENTANG STANDAR PELAYANAN
MINIMAL BIDANG KESEHATAN.

BAB I

KETENTUAN UMUM

Pasal 1

Dalam Peraturan daerah ini yang dimaksud dengan

1. Standar Pelayanan Bidang Kesehatan yang selanjutnya disebut SP Bidang Kesehatan adalah ketentuan tentang jenis dan mutu pelayanan dasar minimal bidang kesehatan yang merupakan urusan pemerintahan wajib yang berhak diperoleh setiap warga negara.
2. Standar Pelayanan Minimal yang selanjutnya disingkat SPM adalah ketentuan tentang jenis dan mutu pelayanan dasar yang merupakan urusan wajib daerah yang berhak diperoleh setiap warga secara minimal.
3. Pelayanan kesehatan adalah suatu kegiatan dan/atau serangkaian kegiatan pelayanan kesehatan yang meliputi promotif, preventif, kuratif dan rehabilitative.
4. Pelayanan Kesehatan Dasar adalah pelayanan publik untuk memenuhi kebutuhan dasar Warga Negara di bidang kesehatan.
5. Standar Teknis Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan yang selanjutnya disebut Standar Teknis SP Bidang Kesehatan adalah ketentuan standar jumlah dan kualitas barang dan/atau jasa, personal/sumber daya manusia kesehatan dan petunjuk teknis atau tata cara pemenuhan standar dari masing-masing jenis dan mutu pelayanan dasar SP Bidang Kesehatan.
6. Pelayanan Kesehatan Rumah Sakit adalah pelayanan kesehatan yang dilakukan oleh Rumah Sakit.

7. Rumah Sakit adalah sarana kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan meliputi pelayanan promotif, preventif, kurative dan rehabilitatif yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan, dan gawat darurat.
8. Masyarakat adalah penduduk yang bertempat tinggal di Kota Bekasi baik yang memiliki kartu identitas kependudukan Kota Bekasi maupun yang tidak memiliki.
9. Daerah adalah Kota Bekasi.
10. Pemerintah Daerah adalah Wali Kota sebagai unsur penyelenggara Pemerintahan Daerah yang memimpin pelaksanaan urusan pemerintahan yang menjadi kewenangan daerah otonom.
11. Wali Kota adalah Wali Kota Bekasi.
12. Dewan Perwakilan Rakyat Daerah Kota Bekasi yang selanjutnyadisebut DPRD adalah Lembaga Perwakilan Rakyat Daerah sebagai unsur penyelenggaraan Pemerintahan Daerah.
13. Dinas adalah perangkat daerah yang mempunyai fungsi dan tanggung jawab di bidang kesehatan Daerah.
14. Kepala Dinas adalah kepala perangkat daerah yang mempunyai fungsi dan tanggung jawab di bidang kesehatan.

Pasal 2

Pengaturan SPM Bidang Kesehatan dimaksudkan:

- a. sebagai panduan bagi penyelenggara pelayanan kesehatan dalam melaksanakan perencanaan, pelaksanaan kegiatan, pengendalian, pengawasan, dan pertanggungjawaban penyelenggara SPM;
- b. sebagai jaminan kepastian hukum bagi masyarakat dalam memperoleh pelayanan kesehatan.

Pasal 3

SPM Bidang Kesehatan bertujuan untuk:

- a. meningkatkan dan menjamin mutu pelayanan kesehatan masyarakat oleh sektor pemerintah dan swasta;

- b. menstandarkan pelayanan Kesehatan oleh sektor pemerintah dan swasta;
- c. meningkatkan kualitas kehidupan masyarakat melalui peningkatan kualitas kesehatan;
- d. meningkatkan pengetahuan dan kepedulian masyarakat terhadap kualitas pelayanan kesehatan;
- e. mengembangkan pelayanan kesehatan yang terjangkau, merata, adil dan berkualitas;
- f. mengembangkan kerjasama dalam pembiayaan pelayanan kesehatan.

Pasal 3

Ruang lingkup SPM Bidang Kesehatan meliputi:

- a. Pelayanan Kesehatan Dasar
- b. Pelayanan Kesehatan Rumah Sakit

BAB II

STANDAR PELAYANAN BIDANG KESEHATAN

Bagian Kesatu

Pelayanan Kesehatan Dasar

Pasal 4

- (1) Pemerintah Daerah menyelenggarakan Pelayanan Kesehatan Dasar
- (2) Pelayanan Kesehatan Dasar sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilaksanakan sesuai SPM.
- (3) Pelayanan Kesehatan Dasar sebagaimana dimaksud pada ayat (1) meliputi:
 - a. pelayanan kesehatan ibu hamil;
 - b. pelayanan kesehatan ibu bersalin;
 - c. pelayanan kesehatan bayi baru lahir;
 - d. pelayanan kesehatan balita;
 - e. pelayanan kesehatan pada usia pendidikan dasar;
 - f. pelayanan kesehatan pada usia produktif;
 - g. pelayanan kesehatan pada usia lanjut;

- h. pelayanan kesehatan penderita hipertensi;
- i. pelayanan kesehatan penderita diabetes melitus;
- j. pelayanan kesehatan orang dengan gangguan jiwa berat;
- k. pelayanan kesehatan orang terduga tuberkulosis; dan
- l. pelayanan kesehatan orang dengan risiko terinfeksi virus yang melemahkan daya tahan tubuh manusia (*Human Immunodeficiency Virus*).

Pasal 5

- (1) Penerapan Pelayanan Kesehatan Dasar sebagaimana dimaksud dalam Pasal 4 ayat (1) didasarkan pada Standar Teknis SPM Bidang Kesehatan.
- (2) Standar Teknis SPM Bidang Kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) terdiri atas:
 - a. standar jumlah dan kualitas barang dan/atau jasa;
 - b. standar jumlah dan kualitas personel/sumber daya manusia kesehatan; dan
 - c. petunjuk teknis atau tata cara pemenuhan standar.
- (3) Standar Teknis SPM Bidang Kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (2) tercantum dalam Lampiran I yang merupakan bagian tidak terpisahkan dari Peraturan Daerah ini.

Bagian Kedua

Pelayanan Kesehatan Rumah Sakit

Paragraf 1

Umum

Pasal 6

- (1) Pemerintah Daerah menyelenggarakan Pelayanan Kesehatan Rumah Sakit.
- (2) Pelayanan Rumah Sakit sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilaksanakan sesuai dengan SPM Rumah Sakit.
- (3) SPM Rumah Sakit sebagaimana dimaksud pada ayat (2) meliputi:
 - a. jenis-jenis pelayanan;

- b. indikator dan standar pencapaian kinerja pelayanan rumah sakit; dan
- c. uraian standar pelayanan minimal.

Paragraf 2

Jenis-Jenis Pelayanan

Pasal 7

Jenis-jenis pelayanan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 6 ayat (3) huruf a meliputi;

- a. pelayanan gawat darurat;
- b. pelayanan rawat jalan;
- c. pelayanan rawat inap;
- d. pelayanan bedah central (bedah saja);
- e. pelayanan persalinan, perinatologi, dan kb;
- f. pelayanan intensif;
- g. pelayanan radiologi;
- h. pelayanan laboratorium klinik;
- i. pelayanan rehabilitasi medik;
- j. pelayanan farmasi;
- k. pelayanan gizi;
- l. pelayanan transfusi darah;
- m. pelayanan keluarga miskin (gakin);
- n. pelayanan rekam medik;
- o. pengelolaan limbah;
- p. pelayanan administrasi manajemen;
- q. pelayanan ambulance;
- r. pelayanan pumulasaran jenazah;
- s. pelayanan pemeliharaan sarana prasarana rumah sakit (ppsrs);
- t. pelayanan laundry; dan
- u. pencegahan dan pengendalian infeksi.

Paragraf 3

Indikator Dan Standar Pencapaian Kinerja Pelayanan Rumah Sakit

Pasal 8

Indikator dan standar pencapaian kinerja pelayanan rumah sakit sebagaimana dimaksud dalam Pasal 6 ayat (3) huruf b tercantum dalam Lampiran II

Paragraf 4

Uraian Standar Pelayanan Minimal

Pasal 9

Uraian standar pelayanan minimal sebagaimana dimaksud dalam Pasal 6 ayat (3) huruf c tercantum dalam Lampiran III

BAB III

SUMBER DAYA MANUSIA

Pasal 10

- (1) Pemerintah Daerah menyediakan/menempatkan/memfasilitasi sumber daya manusia sesuai dengan pelayanan bidang masing-masing sebagaimana dimaksud dalam Pasal 4 ayat (3) untuk mencapai pelayanan kesehatan sesuai SPM.
- (2) Sumber daya manusia sebagaimana dimaksud pada ayat (1) terdiri atas:
 - a. dokter/dokter spesialis;
 - b. bidan;
 - c. perawat;
 - d. ahli gizi;
 - e. tenaga kesehatan masyarakat;
 - f. Analis Teknik Laboratorium Medik (ATLM);
 - g. penata rontgen;
 - h. psikolog;
 - i. konselor
 - j. tenaga non kesehatan lainnya yang terlatih atau mempunyai kualifikasi tertentu; dan/atau
 - k. pekerja sosial.

BAB IV
PEMBINAAN, MONITORING, DAN EVALUASI

Bagian Kesatu
Pembinaan

Pasal 11

- (1) Pemerintah Daerah melalui Dinas melakukan pembinaan dalam penyelenggaraan Pelayanan Kesehatan Dasar dan Pelayanan Kesehatan Rumah Sakit
- (2) Pembinaan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilakukan dalam bentuk:
 - a. pendidikan dan pelatihan;
 - b. bimbingan teknis (Bimtek);
 - c. Pendampingan peningkatan status pemberi pelayanan kesehatan .

Bagian Kedua
Monitoring

Pasal 12

- (1) Kepala Dinas melaksanakan monitoring atas penyelenggaraan Pelayanan Kesahatam Dasar dan Pelayanan Rumah Sakit, serta penerapan SPM Bidang Kesehatan guna menjamin mutu pelayanan dasar kepada masyarakat.
- (2) Monitoring sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilakukan sebanyak 2 (dua) kali dalam 1 (satu) tahun sebelum dilakukan evaluasi.
- (3) Kepala Dinas melaporkan hasil monitoring sebagaimana dimaksud pada ayat (2) kepada Wali Kota.

Bagian Ketiga
Evaluasi

Pasal 13

- (1) Pemerintah Daerah melalui Kepala Dinas melaksanakan evaluasi terhadap hasil monitoring penerapan SPM Bidang Kesehatan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 8 ayat (3).
- (2) Evaluasi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilakukan secara berkala paling sedikit 1 (satu) tahun sekali.

BAB VI PEMBIAYAAN

Pasal 14

Pembiayaan atas pelayanan kesehatan, dibebankan kepada:

- a. Anggaran Pendapatan dan Belanja Negara (APBN);
- b. Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah (APBD) Propinsi; dan
- c. Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah (APBD); dan
- d. Anggaran kerjasama antara instansi pemberi pelayanan Kesehatan; dan
- e. Lain-lain pendapatan yang sah dan tidak mengikat.

BAB VII KETENTUAN PENUTUP

Pasal 15

Peraturan Daerah ini mulai berlaku pada tanggal diundangkan.

Agar setiap orang dapat mengetahuinya, memerintahkan pengundangan Peraturan Daerah ini dengan penempatannya dalam Lembaran Daerah Kota Bekasi.

Ditetapkan di Bekasi
pada tanggal

WALI KOTA BEKASI,

Ttd/Cap

Diundangkan di Bekasi
pada tanggal

SEKRETARIS DAERAH KOTA BEKASI,
Ttd/Cap

LEMBARAN DAERAH KOTA BEKASI TAHUN... NOMOR...

PENJELASAN
ATAS
RANCANGAN PERATURAN DAERAH KOTA BEKASI
NOMOR... TAHUN...
TENTANG
PENINGKATAN MUTU DAN STANDARISASI PELAYANAN MINIMAL BIDANG
KESEHATAN

I. UMUM

Kesehatan adalah hak dasar setiap Warga Negara. Oleh sebab itu, Negara memiliki tugas dan tanggung jawab untuk memberikan jaminan kepada setiap warga negara agar memiliki hidup yang sehat sehingga dapat mewujudkan kesehatan masyarakat.

Mewujudkan kesehatan masyarakat memerlukan pelayanan kesehatan yang memadahi dan sesuai dengan standar pelayanan kesehatan yang harus diberikan.

Diberlakukannya Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 4 Tahun 2019 tentang Standar Teknis Pemenuhan Mutu Pelayanan Dasar Pada Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan yang menggantikan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 43 Tahun 2016, merupakan upaya pemerintah untuk memberikan pelayanan sebaik-baiknya sesuai standard yang diperlukan, baik dari aspek jumlah dan kualitas barang dan/atau jasa, aspek jumlah dan kualitas personel/sumber daya manusia kesehatan maupun aspek petunjuk teknis atau tata cara pemenuhan standar.

Implementasi peraturan Menteri Kesehatan ini juga harus diterapkan dalam pelayanan kesehatan di daerah. Ditetapkannya Peraturan daerah Nomor.. Tahun.. tentang Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan diharapkan dapat memberikan pelayan kepada masyarakat dan mewujudkan kesehatan secara optimal melalui pelayanan yang memenuhi standar minimal.

II. PASAL DEMI PASAL

Pasal 1

Cukup jelas

Pasal 2

Cukup jelas

Pasal 3

Cukup jelas

Pasal 4

Cukup jelas

Pasal 5

Cukup jelas

Pasal 6

ayat (1)

Yang dimaksud dengan pelayanan bidang masing-masing adalah pelayanan bidang kesehatan yang meliputi 12 (dua belas) pelayanan kesehatan.

ayat (2)

huruf a

Cukup jelas

huruf b

Cukup jelas

huruf c

Cukup jelas

huruf d

Cukup jelas

huruf e

Cukup jelas

huruf f

Cukup jelas

huruf g

Cukup jelas

huruf h

Yang dimaksud dengan Tenaga non kesehatan yang mempunyai kualifikasi tertentu, misalnya:

1. guru paud (pelayanan kesehatan pada balita);
2. kader kesehatan;
3. guru (pelayanan kesehatan pada anak usia pendidikan dasar);
4. pendamping/penjangkau untuk pelayanan kesehatan orang dengan resiko terinfeksi virus yang melemahkan daya tubuh manusia (HIV).

Pasal 7

ayat (1)

Cukup jelas

ayat (2)

huruf a

Yang dimaksud pendidikan dan latihan adalah pendidikan dan latihan yang diselenggarakan oleh lembaga yang tersertifikasi dan menghasilkan tenaga kesehatan yang memiliki sertifikasi/kompetensi bidang pelayanan kesehatan.

huruf b

Yang dimaksud bimbingan teknis (Bimtek) adalah bimtek yang mendukung peningkatan kemampuan tenaga kesehatan untuk menjalankan pelayanan minimal bidang kesehatan.

Pasal 8

ayat (1)

Cukup jelas

ayat (2)

Yang dimaksud dengan sebelum dilakukan evaluasi adalah agar hasil monitoring dapat dipergunakan sebagai bahan evaluasi.

ayat (3)

Cukup jelas

Pasal 9

Cukup jelas

Pasal 10

Cukup jelas

Pasal 11

Cukup jelas

Pasal 12

Cukup jelas

Pasal 13

Cukup jelas

Pasal 14

Huruf a

Cukup jelas

Huruf b

Cukup jelas

Huruf c

Cukup jelas

Huruf d

Yang dimaksud dengan anggaran kerja sama antara instansi pemberi pelayanan kesehatan adalah anggaran yang diperoleh dari pemerintah daerah asal penduduk yang tidak memiliki kartu penduduk Kota Bekasi yang dituangkan dalam perjanjian kerjasama antar pemerintah daerah

Pasal 15

Cukup jelas

TAMBAHAN LEMBARAN DAERAH KOTA BEKASI NOMOR...

LAMPIRAN I
RANCANGAN PERATURAN DAERAH KOTA BEKASI
NOMOR... TAHUN...
TENTANG
PENINGKATAN MUTU DAN STANDARISASI PELAYANAN MINIMAL BIDANG KESEHATAN

STANDAR TEKNIS PELAYANAN MINIMAL (SPM) BIDANG KESEHATAN DI KOTA BEKASI

No	Jenis Layanan Dasar	Mutu Layanan Dasar	Lingkup Standar dan kualitas barang dan/atau jasa	Lingkup Standar Jumlah dan kualitas personal/SDM kesehatan	Lingkup petunjuk teknis atau tata cara pemenuhan standar	Pernyataan Standar	Indikator	Keterangan	Target Pencapaian
1	Pelayanan Kesehatan ibu hamil	Sesuai standar pelayanan antenatal	1. Vaksin Tetanus Difteri (Td); 1 ampul x Sejumlah sasaran ibu hamil/10 (tergantung status imunisasi ibu) 2. Tablet tambah darah 90 tablet x jumlah ibu hamil 3. Alat deteksi risiko ibu hamil sejumlah ibu hamil a. tes kehamilan b. pemeriksaan Hb c. pemeriksaan golongan darah d. Pemeriksaan glukoprotein f. urin	Tenaga kesehatan meliputi: 1. Dokter/ dokter spesialis kebidanan, atau 2. Bidan, atau 3. Perawat	1. Penetapan sasaran ibu hamil 2. Standar kuantitas Kunjungan 4 kali selama periode kehamilan (K4) dengan ketentuan: a. Satu kali pada trimester pertama. b. Satu kali pada trimester kedua.	1. Memenuhi Standar Kuantitas kunjungan Ibu Hamil yaitu kunjungan 4 kali selama kehamilan 2. Standar Kualitas Pelayanan antenatal	Cakupan Pelayanan Kesehatan Ibu Hamil sesuai Standar	Jumlah ibu hamil yang mendapatkan pelayanan Antenatal sesuai Standar di wilayah Kerja dalam kurun waktu satu Tahun (Nominator) _____ x 100% Jumlah sasaran ibu hamil di wilayah kerja tersebut dalam kurun waktu	100%

			<p>4. Kartu ibu/rekam medis ibu Sejumlah ibu hamil</p> <p>5. Buku KIA sesuai kebutuhan</p>		<p>c. Dua kali pada trimester ketiga.</p> <p>3. Standar kualitas yaitu pelayanan antenatal yang memenuhi 10 T meliputi:</p> <p>a. Pengukuran berat badan.</p> <p>b. Pengukuran tekanan darah.</p> <p>c. Pengukuran Lingkar Lengan Atas (LILA).</p> <p>d. Pengukuran tinggi puncak rahim (fundus uteri).</p> <p>e. Penentuan Presentasi Janin dan Denyut Jantung Janin (DJJ).</p> <p>f. Pemberian imunisasi sesuai</p>	<p>memenuhi 10 T</p>		<p>satu tahun yang sama (denominator)</p>	
--	--	--	--	--	---	----------------------	--	---	--

					<p>dengan status imunisasi.</p> <p>g. Pemberian tablet tambah darah minimal 90 tablet.</p> <p>h. Tes Laboratorium.</p> <p>i. Tatalaksana/penanganan kasus.</p> <p>j. Temu wicara (konseling).</p>				
2	Pelayanan Kesehatan ibu bersalin	Sesuai standar pelayanan bersalin	<ol style="list-style-type: none"> 1. Formulir partograph 2. Kartu ibu (rekam medis) Terintegrasi dengan ibu hamil 3. Buku KIA Terintegrasi dengan ibu hamil 	<p>Tenaga kesehatan meliputi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Dokter/ dokter spesialis kebidanan dan kandungan, atau 2. Bidan, atau 3. Perawat 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Penetapan sasaran ibu bersalin 2. Standar persalinan normal adalah Acuan Persalinan Normal (APN) sesuai standar. <ol style="list-style-type: none"> a. Dilakukan di fasilitas pelayanan kesehatan b. Tenaga penolong minimal 2 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Memenuhi Standar Persalinan Normal yang mengacu ke APN 2. Standar Persalinan komplikasi Mengacu pada Buku Saku Pelayanan Kesehatan 	Cakupan Pelayanan Kesehatan Ibu Bersalin sesuai Standar	<p>Jumlah ibu bersalin yang mendapatkan pelayanan persalinan sesuai standar di fasilitas Pelayanan kesehatan di wilayah kerja dalam kurun waktu satu Tahun</p> <p style="text-align: right;">x</p> <p>100%</p> <p>Jumlah sasaran ibu bersalin di</p>	100%

					<p>orang, terdiri dari:</p> <p>c. Dokter dan bidan, atau</p> <p>d. 2 orang bidan, atau</p> <p>e. Bidan dan perawat.</p> <p>3. Standar persalinan komplikasi mengacu pada Buku Saku Pelayanan Kesehatan Ibu di fasilitas pelayanan Kesehatan Dasar dan Rujukan</p>			wilayah kerja dalam kurun waktu satu tahun yang sama	
3	Pelayanan Kesehatan bayi baru lahir	Sesuai standar pelayanan kesehatan bayi baru lahir	<ol style="list-style-type: none"> 1. Vaksin Hepatitis B0 2. Vitamin K1 Injeksi 3. Sejumlah sasaran Bayi Baru Lahir 4. Formulir Bayi Baru Lahir 	<p>Tenaga Kesehatan :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Dokter/ dokter spesialis anak, 2. Bidan 3. Perawat 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Penetapan sasaran bayi baru lahir 2. Standar kuantitas kunjungan minimal 3 kali selama periode neonatal, dengan ketentuan: 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Memenuhi Standar Kuantitas kunjungan minimal 3 kali selama periode Neonatal (KN Lengkap) 	Cakupan Jumlah Bayi baru Lahir usia 0-28 hari yang mendapatkan pelayanan kesehatan bayi baru lahir sesuai dengan standar dalam kurun waktu satu Tahun	<p>Jumlah bayi baru lahir usia 0-28 hari yang mendapatkan pelayanan kesehatan bayi baru lahir sesuai dengan standar dalam kurun waktu satu Tahun</p> <p>_____ x 100%</p>	100%

			<p>Lahir</p> <p>5. Formulir MTBM Sejumlah 3 x sasaran Bayi Baru Lahir</p> <p>6. Buku KIA Terintegrasi dengan ibu hamil</p>		<p>a. Kunjungan Neonatal 1 (KN1) 6 - 48 jam</p> <p>b. Kunjungan Neonatal 2 (KN2) 3 - 7 hari</p> <p>c. Kunjungan Neonatal 3 (KN3) 8 - 28 hari.</p> <p>4. Standar kualitas:</p> <p>a. Pelayanan Neonatal Esensial saat lahir (0-6 jam). Perawatan neonatal esensial saat lahir meliputi:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pemotong an dan perawatan tali pusat. - (2) Inisiasi Menyusu Dini (IMD). - (3) Injeksi vitamin K1. - (4) Pemberian 	<p>2. Memenuhi Standar Kualitas</p> <p>a. Pelayanan Neonatal Esensial saat lahir (0-6 Jam)</p> <p>b. Pelayanan Neonatal Esensial setelah lahir (6 jam-28 hari)</p>	Standar	<p>wilayah dalam waktu tahun sama</p> <p>kerja kurun satu yang</p>	
--	--	--	--	--	--	--	---------	--	--

					<p>salep/tetes mata antibiotic.</p> <ul style="list-style-type: none">- (5) Pemberian imunisasi (injeksi vaksin Hepatitis B0). <p>b. Pelayanan Neonatal Esensial setelah lahir (6 jam-28 hari). Perawatan neonatal esensial setelah lahir meliputi:</p> <ul style="list-style-type: none">- Konseling perawatan bayi baru lahir dan ASI eksklusif.- Memeriksa kesehatan menggunakan- pendekatan MTBM.- Pemberian vitamin				
--	--	--	--	--	---	--	--	--	--

					<ul style="list-style-type: none"> - K1 bagi yang lahir tidak di fasilitas pelayanan kesehatan atau belum - mendapatkan injeksi vitamin K1. - Imunisasi Hepatitis B injeksi untuk bayi usia < 24 - jam yang lahir tidak ditolong tenaga kesehatan - Penanganan dan rujukan kasus neonatal - komplikasi. 				
4	Pelayanan Kesehatan balita	Sesuai standar pelayanan kesehatan balita	1. Kuisioner Pra Skrining Perkembangan (KPSP) atau instrumen standar	Tenaga Kesehatan : 1. Dokter 2. Bidan 3. Perawat	<ol style="list-style-type: none"> 1. Penetapan sasaran balita 2. Pelayanan kesehatan balita sehat 	1. Memenuhi Pelayanan Balita sehat yaitu Pelayanan	Cakupan Balita (0-59 Bln) yang mendapat	Jumlah balita usia 12-23 bulan yang mendapat pelayanan	100%

			lain yang berlaku sesuai kebutuhan 2. Formulir DDTK sesuai kebutuhan 3. Buku KIA Sejumlah sasaran ibu hamil + jumlah balita yang tidak mempunyai buku KIA 4. Vitamin A Biru sesuai standar 5. Vitamin A Merah sesuai standar 6. Vaksin imunisasi 7. dasar : HB0, BCG, Polio, IPV , DPT-HB-Hib, Campak Rubell sesuai standar 8. Vaksin imunisasi Lanjutan : DPT-HB-Hib, Campak Rubella sesuai standar 9. Jarum suntik dan BHP sesuai standar 10. Peralatan anafilaktik sesuai standar	4. Gizi Tenaga non kesehatan terlatih atau mempunyai kualifikasi tertentu: 1. Guru PAUD 2. Kader kesehatan	3. Pelayanan kesehatan balita sakit	Pemantauan Pertumbuhan dan Perkembangan Buku KIA dan Skrining tumbuh Kembang 2. Pelayanan Kesehatan Balita Sakit yaitu Pelayanan Balita Menggunakan Pendekatan Manajemen Terpadu Balita Sakit (STBM)	Pelayanan Kesehatan bayi baru Lahir sesuai Standar	Kesehatan sesuai Standar 1 + Jumlah Balita usia 24-35 Bulan Jumlah balita usia 12-23 bulan yang mendapatkan Pelayanan Kesehatan Sesuai Standar 2 + Balita Usia 36-59 bulan mendapatkan Pelayanan Kesehatan Sesuai Standar 3 _____ x 100% Jumlah balita usia 12-59 bulan yang ada di wilayah kerja pada waktu satu tahun yang sama	
5	Pelayanan Kesehatan pada usia pendidikan dasar	Sesuai Standar kesehatan usia pendidikan dasar	1. Buku Rapor Kesehatanku Sesuai jumlah peserta didik di sekolah/madrasah 2. Buku Pemantauan Kesehatan Sesuai jumlah anak usia	Tenaga Kesehatan : 1. Dokter 2. Bidan 3. Perawat 4. Gizi 5. Tenaga Kesehatan	1. Penetapan sasaran anak setingkat usia pendidikan dasar (7 sampai dengan 15 tahun)	1. Skrining Kesehatan anak yang dilakukan pada usia pendidikan dasar 2. Melakukan	Cakupan Pelayanan setingkat pendidikan dasar sesuai Standar	Jumlah anak usia pendidikan dasar yang mendapat Pelayanan Kesehatan sesuai Standar yang ada di	

		<p>pendidikan dasar di luar satuan pendidikan dasar seperti di pondok pesantren panti/LKSA dan lapas/LPKA/posyandu remaja</p> <p>3. Kuesioner Skrining kesehatan Sesuai jumlah anak usia pendidikan dasar</p> <p>4. Formulir Rekapitulasi Hasil Pelayanan Kesehatan usia sekolah dan remaja di dalam sekolah Sesuai kebutuhan dengan mempertimbangkan jumlah anak usia pendidikan dasar per sekolah/madrasah</p> <p>5. Formulir Rekapitulasi Hasil Pelayanan Kesehatan usia sekolah dan remaja di luar sekolah Sesuai kebutuhan dengan mempertimbangkan jumlah,pondok pesantren, panti/LKSA dan lapas/LPKA/posyan</p>	<p>Masyarakat</p> <p>Tenaga non kesehatan terlatih atau mempunyai kualifikasi tertentu:</p> <p>1. Guru</p> <p>2. Kader kesehatan/dokter kecil/peer conselor</p>	<p>3. Skrining Kesehatan</p> <p>a. Penilaian status gizi.</p> <p>b. Penilaian tanda vital.</p> <p>c. Penilaian kesehatan gigi dan mulut.</p> <p>b. Penilaian ketajaman indera.</p> <p>4. Tindakan lanjut hasil skrining kesehatan meliputi:</p> <p>a. Memberikan umpan balik hasil skrining kesehatan</p> <p>b. Melakukan rujukan jika diperlukan</p> <p>b. Memberikan penyuluhan kesehatan</p>	<p>Tindakan lanjut terhadap hasil Skrining Kesehatan Pelayanan Skrining Faktor Risiko pada usia Produktif yaitu skrining yang dilakukan minimal 1 kali dalam setahun untuk penyakit Menular dan Penyakit Tidak Menular</p>	<p>wilayah Kerja dalam kurun waktu satu tahun ajaran</p> <p>_____ x 100%</p> <p>Jumlah semua anak usia pendidikan dasar yang ada di wialyah kerja dalam kurun waktu satu tahun ajaran yang sama</p>	
--	--	---	---	---	--	---	--

			du remaja per puskesmas						
6	Pelayanan Kesehatan pada usia produktif	Sesuai standar Pelayanan kesehatan usia produktif	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pedoman dan media KIE minimal 2 per puskesmas 2. Alat ukur berat badan sesuai jumlah sasaran 3. Alat ukur tinggi badan sesuai jumlah sasaran 4. Alat ukur lingkar perut, 5. Tensimeter sesuai jumlah sasaran 6. Glukometer sesuai jumlah sasaran 7. Tes strip gula darah sesuai jumlah sasaran 8. Lancet sesuai jumlah sasaran 9. Kapas alcohol sesuai jumlah sasaran 10. KIT IVA tes sesuai jumlah sasaran 11. Formulir pencatatan dan pelaporan Aplikasi Sistem Informasi Penyakit Tidak Menular (SI PTM) sesuai kebutuhan. 	<p>Tenaga Kesehatan :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Dokter 2. Bidan 3. Perawat 4. Gizi 5. Tenaga Kesehatan Masyarakat <p>Tenaga non kesehatan terlatih atau mempunyai kualifikasi tertentu, kader kesehatan</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Penetapan sasaran usia produktif (berusia 15-59 tahun) di wilayah kabupaten/kot a dalam satu tahun 2. Pelayanan edukasi pada usia produktif 3. Pelayanan Skrining faktor risiko pada usia produkti <ol style="list-style-type: none"> a. Pengukuran tinggi badan, berat badan dan lingkar perut. b. Pengukuran tekanan darah. c. Pemeriksaan gula darah. d. Anamnesa perilaku berisiko. 4. Tindakan lanjut hasil skrining kesehatan meliputi: <ol style="list-style-type: none"> a. Melakukan 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pelayanan Edukasi pada usia Produktif yaitu Edukasi yang dilakukan di Faskes dan/atau UKBM 2. Pelayanan Skrining Faktor Risiko pada usia Produktif yaitu skrining yang dilakukan minimal 1 kali dalam setahun untuk penyakit Menular dan Penyakit Tidak Menular 	<p>Cakupan Persentase orang usia 15-59 Tahun mendapat skrining kesehatan sesuai standar</p> $\frac{\text{Jumlah orang usia 15-59 tahun yang ada di wilayah kerja dalam kurun waktu satu tahun yang}}{\text{Jumlah orang usia 15-59 tahun}} \times 100\%$	100%	

					rujukan jika diperlukan. b. Memberikan penyuluhan kesehatan				
7	Pelayanan Kesehatan pada usia lanjut	Sesuai standar skrining kesehatan usia lanjut	<ol style="list-style-type: none"> Strip uji pemeriksaan : Gula darah dan Kolesterol Sesuai jumlah sasaran warga negara usia lanjut (≥ 60 tahun) Instrumen Geriatric Depression Scale (GDS), Instrumen Abbreviated Mental Test (AMT), dan Instrumen Activity Daily Living (ADL) dalam paket Pengkajian Paripurna Pasien Geriatri (P3G) Sesuai jumlah sasaran warga negara usia lanjut (≥ 60 tahun) Buku Kesehatan Lansia Sesuai jumlah sasaran warga negara usia lanjut (≥ 60 tahun) 	<p>Tenaga Kesehatan :</p> <ol style="list-style-type: none"> Dokter Bidan Perawat Gizi Tenaga Kesehatan Masyarakat <p>Tenaga non kesehatan terlatih atau mempunyai kualifikasi tertentu, kader kesehatan</p>	<ol style="list-style-type: none"> Penetapan sasaran usia lanjut (berusia 60 tahun atau lebih) Pelayanan edukasi pada usia lanjut Pelayanan Skrining faktor risiko pada usia lanjut <ol style="list-style-type: none"> Pengukuran tinggi badan, berat badan dan lingkar perut Pengukuran tekanan darah Pemeriksaan gula darah Pemeriksaan gangguan mental 	<ol style="list-style-type: none"> Meliputi Pelayanan Edukasi Pada Usia Lanjut yaitu Edukasi yang dilaksanakan di Faskes dan/atau UKBM dan/atau Kunjungan Rumah Pelayanan Skrining Faktor Risiko pada Usia Lanjut minimal 1 kali dalam setahun untuk Penyakit Menular dan Tidak Menular Melakukan Tindak Lanjut hasil Skrining 	Cakupan Warga Negara berusia 60 tahun atau lebih yang mendapatkan skrining Kesehatan sesuai standar	<p>Jumlah warga Negara berusia 60 tahun atau lebih yang mendapat skrining kesehatan sesuai standar minimal 1 kali yang ada di wilayah kerja dalam kurun waktu satu tahun (Nominator)</p> <p>_____ x 100%</p> <p>Jumlah semua warga Negara usia 60 tahun atau lebih yang ada di suatu wilayah kerja dalam kurun waktu satu tahun yang sama (Denominator)</p>	100%

					<ul style="list-style-type: none"> e. Pemeriksaan gangguan kognitif) f. Pemeriksaan tingkat kemandirian usia lanjut) g. Anamnesa perilaku berisiko <p>4. Tindaklanjut hasil skrining kesehatan meliputi:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Melakukan rujukan jika diperlukan b. Memberikan penyuluhan kesehatan 	kesehatan			
8	Pelayanan Kesehatan penderita hipertensi	Sesuai standar pelayanan kesehatan penderita hipertensi	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pedoman pengendalian hipertensi dan media KIE minimal 2 per puskesmas 2. Tensimeter sesuai kebutuhan 3. Formulir Pencatatan dan Pelaporan Aplikasi Sistem Informasi PTM sesuai kebutuhan 	<p>Tenaga Kesehatan :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Dokter 2. Bidan 3. Perawat 4. Tenaga Kesehatan Masyarakat <p>Tenaga non kesehatan terlatih atau</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Penetapan sasaran penderita hipertensi 2. Pelayanan kesehatan hipertensi 	Pemenuhan Pelayanan Kesehatan Hipertensi sesuai Standar yaitu pengukuran tekanan darah yang dilakukan minimal satu kali sebulan di	Cakupan Persentase Jumlah penderita hipertensi usia 15 Tahun ke atas yang mendapat pelayanan kesehatan sesuai	Jumlah penderita hipertensi Usia ≥ 15 Tahun di dalam wilayah kerjanya yang mendapatkan pelayanan kesehatan sesuai standar dalam kurun waktu satu	100%

				mempunyai kualifikasi tertentu, kader kesehatan		Faskes, Edukasi Perubahan Gaya Hidup dan/atau kepatuhan minum obat serta melakukan rujukan jika di perlukan	standar	Tahun _____ x 100% Jumlah Estimasi Penderita Hipertensi Usia ≥ 15 Tahun yang berada Di wilayah kerjanya berdasarkan angka prevalensi kab/kota dalam kurun waktu satu tahun yang sama	
9	Pelayanan Kesehatan penderita Diabetes Melitus	Sesuai standar pelayanan kesehatan penderita Diabetes Melitus	1.Glukometer sesuai kebutuhan 2.Strip tes Gula Darah sesuai sasaran 3.Kapas alcohol sesuai sasaran 4.Lancet sesuai sasaran 5.Formular Pencatatan dan Pelaporan SI PTM sesuai kebutuhan 6.Pedoman dan media KIE minimal 2 per puskesmas	Tenaga Kesehatan : 6. Dokter 7. Bidan 8. Perawat 9. Gizi 10. Tenaga Kesehatan Masyarakat	c. Penetapan sasaran penderita diabetes melitus d. Pelayanan kesehatan diabetes mellitus	Pemenuhan Pelayanan Kesehatan sesuai Standar yaitu Pengukuran Gula Darah minimal sekali sebulan, Edukasi perubahan Gaya Hidup dan/atau Nutrisi serta melakukan Rujukan jika diperlukan	Cakupan Persentase Penderita DM usia 15 Tahun ke atas yang mendapatkan pelayanan kesehatan sesuai standar	Jumlah penyandang DM usia ≥ 15 Tahun di wilayah kerjanya yang mendapatkan pelayanan kesehatan sesuai standar dalam kurun waktu satu tahun _____ x 100% Jumlah estimasi penderita DM	100%

								usia ≥ 15 Tahun yang berada di wilayah kerjanya berdasarkan angka prevalensi dalam kurun waktu satu tahun yang sama	
10	Pelayanan Kesehatan orang dengan gangguan jiwa (ODGJ) berat	Sesuai standar pelayanan kesehatan jiwa	<ol style="list-style-type: none"> 1. Buku Pedoman Diagnosis Penggolongan Gangguan Jiwa (PPDGJ III) atau buku Pedoman Diagnosis Penggolongan Gangguan Jiwa terbaru (bila sudah tersedia), minimal 1 per Puskesmas 2. Kit berisi 2 Alat Fiksasi sesuai kebutuhan 3. Formular Pencatatan dan Pelaporan SI PTM sesuai kebutuhan 4. Media KIE sesuai kebutuhan 	Tenaga Kesehatan : <ol style="list-style-type: none"> 1. Dokter 2. Perawat terlatih jiwa atau 3. Psikolog 4. Konselor 5. Tenaga Kesehatan lainnya 6. Tenaga sosial 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Penetapan sasaran pada ODGJ 2. Pemeriksaan kesehatan jiwa 3. Edukasi kepatuhan minum obat 4. Melakukan rujukan jika diperlukan 	Pemenuhi Standar Pemeriksaan Kesehatan Jiwa yaitu pemeriksaan Status Mental, Wawancara, Edukasi Kepatuhan Minum Obat dan rujukan	Persentase ODGJ berat yang mendapatkan pelayanan kesehatan jiwa sesuai standar	<p>Jumlah ODGJ berat (psikotik) di wilayah kerja kab/kota yang mendapat pelayanan kesehatan jiwa yang standar dalam kurun waktu satu tahun</p> <p>_____ x 100%</p> <p>Jumlah ODGJ berat (psikotik) berdasarkan Proyeksi di wilayah kerja Kabupaten/ Kota dalam kurun waktu satu tahun yang sama</p>	100%
11	Pelayanan	Sesuai	1. Media KIE (leaflet,	Tenaga	1. Penetapan	6. Pelayanan	Persentase	Jumlah orang	100%

	Kesehatan orang Terduga Tuberkulosis	standar pelayanan kesehatan TBC	<p>lembar balik, poster, banner) sesuai kebutuhan</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Reagen Zn TB sesuai jumlah sasaran terduga TBC 3. Masker jenis rumah tangga dan Masker N95 Sesuai kebutuhan sasaran terduga TBC 4. Pot dahak, kaca slide, bahan habis pakai (Oil Emersi, Ether Alkohol Lampu spirtus/bunsen, ose/lidi), rak pengering sesuai kebutuhan 5. Catridge Tes cepat Molekuler sesuai kebutuhan 6. Formulir pencatatan dan pelaporan sesuai kebutuhan 7. Pedoman/standar operasional prosedur sesuai kebutuhan 	<p>Kesehatan :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Dokter/ dokter spesialis penyakit dalam/dokter spesialisparu, atau 2. Perawat 3. Analis Teknik Laboratorium Medik (AT4) 4. Penata Rontgen 5. Tenaga kesehatan masyarakat <p>Tenaga non kesehatan: Tenaga terlatih atau mempunyai kualifikasi tertentu; kader kesehatan</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. sasaran orang terduga TBC 2. Pemeriksaan klinis 3. Pemeriksaan penunjang 4. Edukasi perilaku berisiko dan pencegahan penularan 5. Melakukan rujukan jika diperlukan 	<p>Klinis Terduga TBC dilakukan Minimal 1 kali dalam setahun yaitu pemeriksaan gejala dan tanda</p> <ol style="list-style-type: none"> 7. Pemeriksaan Penunjang meliputi pemeriksaan dahak dan/atau bakteriologis dan/atau radiologis 8. Edukasi Perilaku berisiko dan Pencegahan Penularan 9. Rujukan bila diperlukan 	<p>orang dengan terduga TBC mendapatkan pelayanan TB sesuai standar</p>	<p>terduga TBC yang dilakukan Pemeriksaan Penunjang dalam kurun waktu satu tahun</p> <p>_____ x 100%</p> <p>Jumlah orang yang terdug TBC pada kurun waktu satu tahun yang sama</p>	
12	Pelayanan Kesehatan orang dengan risiko terinfeksi Virus yang melemahkan Daya Tahan	Sesuai standar mendapatkan pemeriksaan HIV	<ol style="list-style-type: none"> 1. Media KIE (leaflet, lembar balik, poster, banner) sesuai kebutuhan 2. Tes Cepat HIV (RDT pertama) sesuai kebutuhan 3. Bahan medis habis 	<p>Tenaga Kesehatan :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Dokter/dokter spesialis penyakit dalam/ dokter spesialis kulit dan kelamin, 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Penetapan sasaran HIV. 2. Edukasi perilaku berisiko dan pencegahan penularan 3. Skrining 	<p>Skrining pada Ibu Hamil, Pasien TBC, Pasien Infeksi Menular Seksual (IMS), Penjaja Seks, lelaki yang</p>	<p>Persentase orang dengan terinfeksi HIV mendapatkan pelayanan sesuai standar</p>	<p>Jumlah orang dengan resiko terinfeksi HIV yang mendapatkan Pelayanan sesuai standar dalam kurun</p>	100% ^s

	Tubuh (Human Immunodeficiency Virus = HIV)		pakai sesuai kebutuhan, - Handschoen - Alkohol swab - Plester - Lancet/jarum steril - Jarum+sprit yang sesuai/vacutainer - dan jarum sesuai. 4. Alat tulis sesuai kebutuhan 5. Rekam medis berisi nomor rekam medis, Nomor fasilitas pelayanan Kesehatan pelaksana, nomor KTP/NIK sesuai kebutuhan	atau 2. Perawat 3. Bidan 4. ATLM 5. Tenaga kesehatan masyarakat Tenaga non kesehatan atau mempunyai kualifikasi tertentu; 1. Pendamping 2. Penjangkauan	dilakukan dengan pemeriksaan Tminimal 1 kali dalam setahun. 4. Melakukan rujukan jika diperlukan	berhubungan Seks dengan Lelaki (LSL), Transgender/Waria, Pengguna Napza Suntik (Penasuan), dan warga Binaan Pemasaryakatan (WBP) dengan Pemeriksaan Ter Cepat HIV minimal 1 kali dalam setahun.	Pelayanan Deteksi Dini HIV sesuai standar	waktu satu tahun $\text{_____} \times 100\%$ Jumlah orang dengan resiko terinfeksi HIV di Kab/Kota dalam kurun waktu Satu tahun yang sama	
--	--	--	--	--	---	---	---	---	--

WALI KOTA BEKASI

(.....)

LAMPIRAN II
RANCANGAN PERATURAN DAERAH KOTA BEKASI
NOMOR... TAHUN...
TENTANG
SPM RUMAH SAKIT JENIS PELAYANAN, INDIKATOR DAN STANDAR

No	Jenis Layanan	Indikator	Standar Pencapaian Kinerja
1	Gawat Darurat	<ol style="list-style-type: none"> 1. Kemampuan menangani life saving anak dan dewasa 2. Jam buka Pelayanan Gawat Darurat 3. Pemberi pelayanan gawat darurat yang bersertifikat yang masih berlaku BLS/PPGD/GELS/ALS 4. Ketersediaan tim penanggulangan bencana 5. Waktu tanggap pelayanan Dokter di Gawat Darurat 6. Kepuasan Pelanggan 7. Kematian pasien < 24 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 100 % 2. 24 Jam 3. 100 % 4. Satu tim

		<p>Jam</p> <p>8. Khusus untuk RS Jiwa pasien dapat ditenangkan dalam waktu ≤ 48 Jam</p> <p>9. Tidak adanya pasien yang diharuskan membayar uang muka</p>	<p>5. \leq lima menit terlayani, setelah pasien datang</p> <p>6. ≥ 70 %</p> <p>7. \leq dua per seribu (pindah ke pelayanan rawat inap setelah 8 jam)</p> <p>8. 100 %</p> <p>9. 100%</p>
2	Rawat Jalan	<p>1. Dokter pemberi Pelayanan di Poliklinik Spesialis</p> <p>2. Ketersediaan Pelayanan</p>	<p>1. 100% Dokter Spesialis</p> <p>2.</p> <p>a. Klinik Anak</p> <p>b. Klinik Penyakit</p>

		<p>3. Ketersediaan Pelayanan di RS Jiwa</p> <p>4. Jam buka pelayanan</p> <p>5. Waktu tunggu di rawat jalan</p> <p>6. Kepuasan Pelanggan</p> <p>7. Penegakan diagnosis TB melalui</p>	<p>dalam</p> <p>c. Klinik Kebidanan</p> <p>d. Klinik Bedah</p> <p>3.</p> <p>a. Anak Remaja</p> <p>b. NAPZA</p> <p>c. Gangguan Psikotik</p> <p>d. Gangguan</p> <p>e. Neurotik</p> <p>f. Mental Retardasi</p> <p>g. MentalOrganik</p> <p>h. UsiaLanjut</p> <p>4. 08.00 s/d 13.00 Setiap hari kerja kecuali Jumat :08.00 - 11.00</p> <p>5. ≤ 60 menit</p>
--	--	--	--

		<p>pemeriksaan mikroskop TB</p> <p>8. Terlaksananya kegiatan pencatatan dan pelaporan TB di RS</p>	<p>6. $\geq 90\%$</p> <p>7. $\geq 60\%$</p> <p>8. $\leq 60\%$</p>
3	Rawat Inap	<p>1. Pemberi pelayanan di Rawat Inap</p> <p>2. Dokter penanggung jawab pasien rawat inap</p> <p>3. Ketersediaan Pelayanan Rawat Inap</p> <p>4. Jam Visite Dokter Spesialis</p> <p>5. Kejadian infeksi pasca</p>	<p>1.</p> <p>a. Dr. Spesialis</p> <p>b. Perawat minimal pendidikan D3</p> <p>2. 100 %</p> <p>3.</p> <p>a. Anak</p> <p>b. Penyakit Dalam</p> <p>c. Kebidanan</p> <p>d. Bedah</p> <p>4. 08.00 s/d 14.00 setiap hari kerja</p>

	operasi	5. $\leq 1,5 \%$
	6. Kejadian Infeksi Nosokomial	
	7. Tidak adanya kejadian pasien jatuh yang berakibat kecacatan /kematian	6. $\leq 1,5 \%$
	8. Kematian pasien > 48 jam	7. 100 %
	9. Kejadian pulang paksa	
	10. Kepuasan pelanggan	
	11. Rawat Inap TB	
	a. Penegakan diagnosis TB melalui pemeriksaan mikroskopis TB	8. $\leq 0.24 \%$
	b. Terlaksananya kegiatan pencatatan dan pelaporan TB di Rumah Sakit	9. $\leq 5 \%$
	12. Ketersediaan pelayanan rawat inap di rumah sakit yang memberikan pelayanan jiwa	10. $\geq 90 \%$
	13. Tidak adanya kejadian kematian pasien gangguan jiwa karena bunuh diri	11.
	14. Kejadian re-admission pasien gangguan jiwa	a. $\geq 60 \%$
		b. $\geq 60 \%$

		<p>dalam waktu ≤ 1 bulan</p> <p>15. 15. Lama hari perawatan Pasien gangguan jiwa</p>	<p>12. NAPZA, Gangguan Psikotik, Gangguan Nerotik dan Gangguan Mental Organik</p> <p>13. 100 %</p> <p>14. 100 %</p> <p>15. ≤ 6 minggu</p>
4	Bedah Sentral (Bedah saja)	<p>1. Waktu tunggu operasi elektif</p> <p>2. Kejadian Kematian di meja operasi</p> <p>3. Tidak adanya kejadian operasi salah sisi</p> <p>4. Tidak adanya kejadian operasi salah orang</p> <p>5. Tidak adanya kejadian salah tindakan pada</p>	<p>1. ≤ 2 hari</p> <p>2. ≤ 1 %</p> <p>3. 100 %</p> <p>4. 100 %</p> <p>5. 100 %</p>

		<p>operasi</p> <p>6. Tidak adanya kejadian tertinggalnya benda asing/lain pada tubuh pasien setelah operasi</p> <p>7. Komplikasi anestesi karena overdosis, reaksi anestesi, dan salah penempatan anestesi endotracheal tube</p>	<p>6. 100 %</p> <p>7. ≤ 6 %</p>
5	Persalinan, perinatologi (kecuali rumah sakit khusus di luar rumah sakit ibu dan anak) dan KB	<p>1. Kejadian kematian ibu karena persalinan</p> <p>2. Pemberi pelayanan persalinan normal</p>	<p>1.</p> <p>a. Perdarahan ≤ 1 %</p> <p>b. Pre-eklampsia ≤ 30 %</p> <p>c. Sepsis $\leq 0,2$ %</p> <p>2. a. Dokter Sp.OG</p> <p>b. Dokter umum terlatih (Asuhan Persalinan Normal)</p> <p>c. Bidan</p> <p>3. Tim PONEK yang</p>

		<p>3. Pemberi pelayanan persalinan dengan penyu</p> <p>4. Pemberi pelayanan persalinan dengan tindakan operasi</p> <p>5. Kemampuan menangani BBLR 1500 gr – 2500 gr</p> <p>6. Pertolongan persalinan melalui seksio cesaria</p> <p>7. Keluarga Berencana</p> <p>a. Presentase KB (vasektomi & tubektomyang dilakukan oleh tenaga Kompeten dr.Sp.Og, dr.Sp.B, dr.Sp.U, dr.umum terlatih</p> <p>b. Presentse peserta KBmantap yang mendapatkonseling</p>	<p>terlatih</p> <p>4. a. Dokter Sp.OG b. Dokter Sp.A c. Dokter Sp.An</p> <p>5. 100 %</p> <p>6. ≤ 20 %</p> <p>7. 100 %</p>
--	--	--	---

		<p>KB mantap bidan terlatih</p> <p>8. Kepuasan Pelanggan</p>	<p>8. $\geq 80\%$</p>
6	Intensif	<p>1. Rata rata pasien yang kembali ke perawatan intensif dengan kasus yang sama < 72 jam</p> <p>2. Pemberi pelayanan Unit Intensif</p>	<p>1. $\leq 3\%$</p> <p>2.</p> <p>a. Dokter Sp.Anestesi dan dokter spesialis sesuai dengan kasus yang ditangani</p>

			b. 100 % Perawat minimal D3 dengan sertifikat Perawat mahir ICU /setara (D4)
7	Radiologi	<ol style="list-style-type: none"> 1. Waktu tunggu hasil pelayanan thorax foto 2. pelaksana ekspertisi 3. Kejadian kegagalan pelayanan Rontgen 4. Kepuasan pelanggan 	<ol style="list-style-type: none"> 1. ≤ 3 jam 2. Dokter Sp.Rad 3. Kerusakan foto ≤ 2 % 4. ≥ 80 %
8	Laboratorium Patologi Klinik	<ol style="list-style-type: none"> 1. Waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium. 2. Pelaksana ekspertisi 3. Tidak adanya kesalahan pemberian hasil pemeriksaan laboratorium 4. Kepuasan pelanggan 	<ol style="list-style-type: none"> 1. ≤ 140 menit Kimia darah & darah rutin 2. Dokter Sp.PK 3. 100 %

			4. $\geq 80\%$
9	Rehabilitasi Medik	<p>1. Kejadian Drop Out pasien terhadap pelayanan Rehabilitasi Medik yang direncanakan</p> <p>2. Tidak adanya kejadian kesalahan tindakan rehabilitasi medik</p> <p>3. Kepuasan Pelanggan</p>	<p>1. $\leq 50\%$</p> <p>2. 100 %</p> <p>3. $\geq 80\%$</p>
10	Farmasi	<p>1. waktu tunggu pelayanan</p> <p>a. Obat Jadi</p> <p>b. Racikan</p> <p>2. Tidak adanya Kejadian kesalahan pemberian</p>	<p>1. a. ≤ 30 menit</p> <p>b. ≤ 60 menit</p>

		<p>obat</p> <p>3. Kepuasan pelanggan</p> <p>4. Penulisan resep sesuai formularium</p>	<p>2. 100 %</p> <p>3. ≥ 80 %</p> <p>4. 100 %</p>
11	Gizi	<p>1. Ketepatan waktu pemberian makanan kepada pasien</p> <p>2. Sisa makanan yang tidak termakan oleh pasien</p> <p>3. Tidak adanya kejadian kesalahan pemberian diet</p>	<p>1. ≥ 90 %</p> <p>2. ≤ 20 %</p> <p>3. 100 %</p>
12	Transfusi Darah	<p>1. Kebutuhan darah bagi setiap pelayanan transfusi</p> <p>2. Kejadian Reaksi transfusi</p>	<p>1. 100 % terpenuhi</p>

			2. $\leq 0,01\%$
13	Pelayanan GAKIN	Pelayanan terhadap pasien GAKIN yang datang ke RS pada setiap unit pelayanan	100 % terlayani
14	Rekam Medis	<ol style="list-style-type: none"> 1. Kelengkapan pengisian rekam medik 24 jam setelah selesai pelayan 2. Kelengkapan Informed Consent setelah mendapatkan informasi yang jelas 3. Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat jalan 4. Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat inap 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 100 % 2. 100 % 3. ≤ 10 menit 4. ≤ 15 menit
15	Pengelolaan limbah	1. Baku mutu limbah cair	<ol style="list-style-type: none"> a. BOD < 30 mg/l b. COD < 80 mg/l c. TSS < 30 mg/l d. PH 6-9

		2. Pengelolaan limbah padat infeksius sesuai dengan aturan	2. 100 %
16	Administrasi dan Manajemen	<ol style="list-style-type: none"> 1. Tindak lanjut penyelesaian hasil pertemuan direksi 2. Kelengkapan laporan akuntabilitas kinerja 3. Ketepatan waktu pengusulan kenaikan pangkat 4. Ketepatan Waktu pengurusan gaji berkala 5. Karyawan yang mendapat pelatihan minimal 20 jam setahun 6. Cost recovery 7. Ketepatan waktu penyusunan laporan keuangan 8. Kecepatan waktu pemberian informasi tentang tagihan pasien rawat inap 9. Ketepatan waktu pemberian imbalan (insentif) sesuai kesepakatan waktu 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 100 % 2. 100 % 3. 100 % 4. 100 % 5. ≥ 60 % 6. ≥ 40 % 7. 100 %

			8. ≤ 2 jam
			9. 100 %
17	Ambulance/Kereta Jenazah	<ol style="list-style-type: none"> 1. Waktu pelayanan ambulance/Kereta jenazah 2. Kecepatan memberikan pelayanan ambulance/Kereta jenazah di rumah sakit 3. Response time pelayanan ambulance oleh masyarakat yang membutuhkan 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 24 jam 2. ≤ 230menit 3. Sesuai ketentuan daerah
18	Pemulasaraan Jenazah	Waktu tanggap (response time) pelayanan pemulasaraan jenazah	≤ 2 Jam
19	Pelayanan	1. Kecepatan waktu	1. ≤ 80 %

	pemeliharaan sarana rumah sakit	menanggapi kerusakan alat 2. Ketepatan waktu pemeliharaan alat 3. Peralatan laboratorium dan alat ukur yang digunakan dalam pelayanan terkalibrasi tepat waktu sesuai dengan ketentuan kalibrasi	2. 100 % 3. 100 %
20	Pelayanan Laundry	1. Tidak adanya kejadian linen yang hilang 2. Ketepatan waktu penyediaan linen untuk ruang rawat inap	1. 100 % 2. 100 %
21	Pencegahan dan pengendalian infeksi (PPI)	1. Ada anggota Tim PPI yang terlati 2. Tersedia APD di setiap instalasi/ departemen 3. Kegiatan pencatatan dan pelaporan infeksi nosokomial / HAI (Health Care Associated Infection) di RS (min 1 parameter)	1. Anggota Tim PPI yang terlatih 75 % 2. 60 % 3. 75 %

WALI KOTA BEKASI

(.....)

LAMPIRAN III
 RANCANGAN PERATURAN DAERAH KOTA BEKASI
 NOMOR... TAHUN...
 TENTANG
 PENINGKATAN MUTU DAN STANDARISASI
 PELAYANAN MINIMAL BIDANG KESEHATAN

URAIAN STANDAR PELAYANAN MINIMAL

1. PELAYANAN GAWAT DARURAT

1. Kemampuan menangani lifesaving anak dan dewasa

Judul	Kemampuan menangani life saving di Gawat darurat
Dimensi Mutu	Keselamatan
Tujuan	Tergambarnya kemampuan Rumah Sakit dalam memberikan Pelayanan Gawat Darurat
Definisi Operasional	Life Saving adalah upaya penyelamatan jiwa manusia dengan urutan Airway, Breath, Circulation
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap bulan
Periode Analisa	Tiga bulan sekali
Numerator	Jumlah kumulatif pasien yang mendapat

	pertolongan life saving di Gawat Darurat
Denominator	Jumlah seluruh pasien yang membutuhkan penanganan life saving di Unit Gawat Darurat
Sumber Data	Rekam Medik di Gawat Darurat
Standar	100 %
Penanggung jawab pengumpulan data	Kepala Instalasi Gawat Darurat

2. Jam Buka pelayanan gawat darurat

Judul	Jam buka pelayanan Gawat darurat
Dimensi Mutu	Keterjangkauan
Tujuan	Tersedianya Pelayanan Gawat Darurat 24 Jam di setiap Rumah Sakit
Definisi Operasional	Jam buka 24 jam adalah Gawat Darurat selalu siap memberikan pelayanan selama 24 jam penuh.
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap bulan
Periode Analisa	Tiga bulan sekali
Numerator	Jumlah kumulatif jam buka gawat darurat dalam satu bulan
Denominator	Jumlah hari dalam satu bulan
Sumber Data	Laporan Bulanan
Standar	24 Jam
Penanggung jawab pengumpulan	Kepala Instalasi Gawat Darurat

data	
------	--

3. Pemberi pelayanan kepegawaian darurat yang bersertifikat BLS/PPGD/GELS/ALS

Judul	Pemberi pelayanan kegawat daruratan yang bersertifikat BLS/PPGD/GELS/ALS
Dimensi Mutu	Kompetensi teknis
Tujuan	Tersedianya Pelayanan Gawat Darurat oleh tenaga kompeten dalgawat daruratan
Definisi Operasional	Tenaga kompeten pada gawat darurat adalah tenaga yang spelatihan BLS/PPGD/GELS/ALS
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap bulan
Periode Analisa	Tiga bulan sekali
Numerator	Jumlah tenaga yang bersertifikat BLS/PPGD/GELS/ALS
Denominator	Jumlah tenaga yang memberikan pelayanan kegawat darurat
Sumber Data	Kepegawaian
Standar	100 %
Penanggung jawab pengumpulan data	Kepala Pendidikan dan Pelatihan Rumah Sakit

4. Ketersediaan tim penanggulangan bencana

Judul	Ketersediaan tim penanggulanagan bencana
Dimensi Mutu	Keselamatan dan efektifitas
Tujuan	Kesiagaan rumah sakit untuk memberikan

	pelayanan pena
Definisi Operasional	Tim penanggulangan bencana adalah tim yang dibentuk di rumah sakit dengan tujuan untuk penanggulangan akibat bencana yang mungkin terjadi sewaktu-waktu
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap bulan
Periode Analisa	Tiga bulan sekali
Numerator	Jumlah Tim penanggulangan bencana yang ada di rumah s
Denominator	Tidak ada
Sumber Data	Instalasi gawat darurat
Standar	satu tim
Penanggung jawab pengumpulan data	Kepala Instalasi Gawat Darurat / Tim Mutu / Panitia Mutu

5. Waktu tanggapan pelayanan dokter di Gawat Darurat

Judul	Waktu tanggap Pelayanan Dokter di Gawat Darurat
Dimensi Mutu	Keselamatan dan efektifitas
Tujuan	Terselenggaranya pelayanan yang cepat, responsif dan mampu menyelamatkan pasien gawat darurat
Definisi Operasional	Kecepatan pelayanan dokter di gawat darurat adalah Kecepatan pasien dilayani sejak pasien datang sampai mendapat pelayanan dokter (menit)

Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap bulan
Periode Analisa	Tiga bulan sekali
Numerator	Jumlah kumulatif waktu yang diperlukan sejak kedatangan semua pasien yang di sampling secara acak sampai dilayani dokter
Denominator	Jumlah seluruh pasien yang di sampling (minimal n = 50)
Sumber Data	Sample
Standar	≤ 5 menit terlayani setelah pasien datang
Penanggung jawab pengumpulan data	Kepala Instalasi Gawat Darurat / Tim Mutu / Panitia Mutu

6. Kepuasan pelanggan pada gawat darurat

Judul	Kepuasan Pelanggan pada Gawat Darurat
Dimensi Mutu	Kenyamanan
Tujuan	Terselenggaranya pelayanan gawat darurat yang mampu memberikan kepuasan pelanggan
Definisi Operasional	Kepuasan adalah pernyataan tentang persepsi pelanggan terhadap pelayanan yang di berikan
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap bulan
Periode Analisa	Tiga bulan sekali
Numerator	Jumlah kumulatif rerata penilaian kepuasan

	pasien Gawat Darurat yang di survey
Denominator	Jumlah seluruh pasien Gawat Darurat yang di survey (minimal n = 50)
Sumber Data	Survey
Standar	$\geq 70 \%$
Penanggung jawab pengumpulan data	Kepala Instalasi Gawat Darurat / Tim Mutu / Panitia Mutu

7. Kematian pasien ≤ 24 jam di Gawat Darurat

Judul	Kematian Pasien ≤ 24 jam di Gawat Darurat
Dimensi Mutu	Efektifitas dan Keselamatan
Tujuan	Terselenggaranya pelayanan yang efektif dan mampu menyelamatkan pasien gawat darurat
Definisi Operasional	Kematian ≤ 24 jam adalah kematian yang terjadi dalam periode 24 jam sejak pasien datang
Frekuensi Pengumpulan Data	Tiga bulan
Periode Analisa	Tiga bulan
Numerator	Jumlah pasien yang meninggal dalam periode ≤ 24 jam sejak pasien datang
Denominator	Jumlah seluruh yang ditangani di Gawat Darurat
Sumber Data	Rekam Medik
Standar	≤ 2 perseribu
Penanggung jawab	Kepala Instalasi Gawat Darurat

pengumpulan data	
------------------	--

8. Pasien jiwa yang dapat ditenangkan dalam waktu ≤ 48 jam (khusus untuk rumah sakit dengan pelayanan jiwa).

Judul	Pasien jiwa yang dapat ditenangkan dalam waktu ≤ 48 jam
Dimensi Mutu	Efektifitas dan Keselamatan
Tujuan	Terselenggaranya pelayanan yang efektif dan mampu menenangkan dan menyelamatkan pasien jiwa dalam pelayanan gawat darurat kesehatan jiwa
Definisi Operasional	Pasien dapat ditenangkan adalah pasien dengan gangguan jiwa yang dengan intervensi medis tidak lagi menunjukkan gejala dan tanda agresif yang dapat mencelakakan diri sendiri maupun orang lain sebagai akibat gangguan jiwa yang diderita.
Frekuensi Pengumpulan Data	Tiga bulan
Periode Analisa	Tiga bulan
Numerator	Jumlah pasien gangguan jiwa yang dapat ditenangkan
Denominator	yang ditangani di Gawat Darurat
Sumber Data	Rekam Medik
Standar	100 %
Penanggung jawab pengumpulan	Kepala Instalasi Gawat Darurat

data	
------	--

9. Tidak adanya keharusan untuk membayar uang muka

Judul	Tidak adanya keharusan untuk membayar uang muka
Dimensi Mutu	Akses dan Keselamatan
Tujuan	Terselenggaranya pelayanan yang mudah diakses dan mampu segera memberikan pertolongan pada pasien gawat darurat
Definisi Operasional	Uang muka adalah uang yang diserahkan kepada pihak rumah sakit sebagai jaminan terhadap pertolongan medis yang akan diberikan
Frekuensi Pengumpulan Data	Tiga bulan
Periode Analisa	Tiga bulan
Numerator	Jumlah pasien gawat darurat yang tidak membayar uang muka
Denominator	Jumlah seluruh pasien yang datang di Gawat Darurat
Sumber Data	Survei
Standar	100 %
Penanggung jawab pengumpulan data	Kepala Instalasi Gawat Darurat

II. PELAYANAN RAWAT JALAN

1. Pemberi pelayanan di klinik spesialis

Judul	Pemberi pelayanan di klinik spesialis
Dimensi Mutu	Kompetensi tehnis
Tujuan	Tersedianya pelayanan klinik oleh tenaga spesialis yang kompeten
Definisi Operasional	Klinik spesialis adalah klinik pelayanan rawat jalan di rumah sakit yang dilayani oleh dokter spesialis (untuk rumah sakit pendidikan dapat dilayani oleh dokter PPDS sesuai dengan special privilege yang diberikan)
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah hari buka klinik spesialis yang ditangani oleh dokter spesialis dalam waktu
Denominator	satu bulan
Sumber Data	Jumlah seluruh hari buka klinik spesialis dalam waktu satu bulan Register rawat jalan poliklinik spesialis
Standar	100 %
Penanggung jawab pengumpulan data	Kepala Instalasi rawat jalan

2. Ketersediaan pelayanan rawat jalan

Judul	Ketersediaan pelayanan rawat jalan
-------	------------------------------------

Dimensi Mutu	Akses
Tujuan	Tersedianya jenis pelayanan rawat jalan spesialistik yang minimal harus ada di
Definisi Operasional	Pelayanan rawat jalan adalah pelayanan rawat jalan spesialistik yang dilaksanakan dirumah sakit. Ketersediaan pelayanan rawat jalan untuk rumah sakit khusus disesuaikan dengan spesifikasi dari rumah sakit tsb.
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jenis – jenis pelayanan rawat jalan spesialistik yang ada (kualitatif)
Denominator	Tidak ada
Sumber Data	Register rawat jalan
Standar	Minimal kesehatan anak, penyakit dalam, kebidanan dan bedah
Penanggung jawab pengumpulan data	Kepala Instalasi rawat jalan

3. Ketersediaan pelayanan rawat jalan di rumah sakit jiwa

Judul	Ketersediaan pelayanan rawat jalan di rumah sakit jiwa
Dimensi Mutu	Akses
Tujuan	Tersedianya jenis pelayanan rawat jalan yang minimal harus ada di rumah sakit jiwa
Definisi	Pelayanan rawat jalan adalah pelayanan

Operasional	rawat jalan spesialistik yang dilaksanakan di
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jenis – jenis pelayanan rawat jalan spesialistik yang ada (kualitatif)
Denominator	Tidak ada
Sumber Data	Register rawat jalan
Standar	Minimal a. NAPZA b. Gangguan Psikotik c. Gangguan Neurotik d. Gangguan Organik
Penanggung jawab pengumpulan data	Kepala Instalasi rawat jalan

4. Buka pelayanan sesuai ketentuan

Judul	Buka pelayanan sesuai ketentuan
Dimensi Mutu	Akses
Tujuan	Tersedianya jenis pelayanan rawat jalan spesialistik pada hari kerja di rumah sakit Jam buka pelayanan adalah jam dimulainya pelayanan rawat jalan oleh tenaga spesialis jam buka 08.00 s.d. 13.00 setiap hari kerja kecuali jum'at
Definisi Operasional	1 bulan

Frekuensi Pengumpulan Data	3 bulan
Periode Analisa	Jumlah pelayanan rawat jalan spesialisik yang buka sesuai ketentuan dalam satu bulan
Numerator	Jumlah seluruh hari pelayanan rawat jalan spesialisik dalam satu bulan
Denominator	Jumlah seluruh hari pelayanan rawat jalan spesialisik dalam satu bulan
Sumber Data	Register rawat jalan
Standar	100 %
Penanggung jawab pengumpulan data	Kepala Instalasi rawat jalan

5. Waktu tunggu di Rawat Jalan

Judul	Waktu tunggu di Rawat Jalan
Dimensi Mutu	Akses
Tujuan	Tersedianya pelayanan rawat jalan spesialisik pada hari kerja di setiap rumah sakit yang mudah dan cepat diakses oleh pasien
Definisi Operasional	Waktu tunggu adalah waktu yang diperlukan mulai pasien mendaftar sampai dilayani oleh dokter spesialis
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan

Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah kumulatif waktu tunggu pasien rawat jalan yan
Denominator	Jumlah seluruh pasien rawat jalan yang disurvey
Sumber Data	Survey Pasien rawat jalan
Standar	≤ 60 menit
Penanggung jawab pengumpulan data	Kepala Instalasi rawat jalan/komite mutu/tim mutu

6. Kepuasan Pelanggan pada Rawat Jalan

Judul	Kepuasan Pelanggan pada Rawat Jalan
Dimensi Mutu	Kenyamanan
Tujuan	Terselenggaranya pelayanan rawat jalan yang mampu memberikan kepuasan pelanggan
Definisi Operasional	Kepuasan adalah pernyataan tentang persepsi pelanggan terhadap pelayanan yang diberikan
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap bulan
Periode Analisa	Tiga bulan sekali
Numerator	Jumlah kumulatif rerata penilaian kepuasan pasien rawat jalan yang disurvey
Denominator	Jumlah seluruh pasien rawat jalan yang disurvey (minimal n = 50)
Sumber Data	Survey
Standar	≥ 90 %

Penanggung jawab pengumpulan data	Kepala Instalasi rawat jalan /tim mutu/panitia mutu
-----------------------------------	---

7. Pasien rawat jalan tuberkulosis yang ditangani dengan strategi DOTS

Judul	Pasien rawat jalan tuberkulosis yang ditangani dengan strategi DOTS
Dimensi Mutu	Akses, efisiensi
Tujuan	Terselenggaranya pelayanan rawat jalan bagi pasien tuberkulosis dengan strategi DOTS
Definisi Operasional	Pelayanan rawat jalan tuberkulosis dengan strategi DOTS adalah pelayanan tuberculosis dengan 5 strategi penanggulangan tuberculosis nasional. Penegakan diagnosis dan follow up pengobatan pasien tuberculosis harus melalui pemeriksaan mikroskopis tuberculosis, pengobatan harus menggunakan paduan obat anti tuberculosis yang sesuai dengan standar penanggulanagn tuberculosis nasional, dan semua pasien yang tuberculosis yang diobati dievaluasi secara kohort sesuai dengan penanggulangan nasional
Frekuensi Pengumpulan Data	Tiap tiga bulan
Periode Analisa	Tiap tiga bulan
Numerator	Jumlah semua pasien rawat jalan tuberculosis yang ditangani dengan strategi

	DOTS
Denominator	Jumlah seluruh pasien rawat jalan tuberculosis yang ditangani di rumah sakit dalam waktu tiga bulan
Sumber Data	Register rawat jalan, register TB 03 UPK
Standar	100 %
Penanggung jawab pengumpulan data	Kepala Instalasi rawat jalan

III. PELAYANAN RAWAT INAP

1. Pemberi pelayanan rawat inap

Judul	Pemberi pelayanan rawat inap
Dimensi Mutu	Kompetensi teknis
Tujuan	Tersedianya pelayanan rawat inap oleh tenaga yang kompeten
Definisi Operasional	Pemberi pelayanan rawat inap adalah dokter dan tenaga perawat yang kompeten (minimal D3)
Frekuensi Pengumpulan Data	6 bulan
Periode Analisa	6 bulan
Numerator	Jumlah tenaga dokter dan perawat yang memberi pelayanan di ruang rawat inap yang sesuai dengan ketentuan
Denominator	Jumlah seluruh tenaga dokter dan perawat yang bertugas di rawat inap

Sumber Data	Kepegawaian
Standar	100 %
Penanggung jawab pengumpulan data	Kepala Instalasi rawat inap

2. Dokter penanggung jawab pasien rawat inap

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

data	
------	--

3. Ketersediaan pelayanan rawat inap

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

4. Jam visite dokter spesialis

Judul	Jam visite dokter spesialis
Dimensi Mutu	Akses, kesinambungan pelayanan

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

5. Kejadian infeksi pasca operasi

Judul	Kejadian infeksi pasca operasi
Dimensi Mutu	Keselamatan, kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya pelaksanaan operasi dan perawatan pasca operasi yang bersih sesuai standar

Definisi Operasional	Infeksi pasca operasi adalah adanya infeksi nosokomial pada semua kategori luka sayatan operasi bersih yang dilaksanakan di rumah sakit yang ditandai oleh rasa panas (kalor), kemerahan (color), pengerasan (tumor) dan keluarnya nanah (pus) dalam waktu lebih dari 3 x 24 jam
Frekuensi Pengumpulan Data	tiap bulan
Periode Analisa	tiap bulan
Numerator	Jumlah pasien yang mengalami infeksi pasca operasi dalam satu bulan
Denominator	Jumlah seluruh pasien yang dalam satu bulan
Sumber Data	Rekam medis
Standar	$\leq 1,5 \%$
Penanggung jawab pengumpulan data	Ketua komite medik/komite mutu/tim mutu

6. Angka Kejadian Infeksi nosocomial

Judul	Angka kejadian infeksi nosokomial
Dimensi Mutu	Keselamatan pasien
Tujuan	Mengetahui hasil pengendalian infeksi nosokomial rumah sakit
Definisi Operasional	Infeksi nosokomial adalah infeksi yang dialami oleh pasien yang diperoleh selama dirawat di rumah sakit yang meliputi

	dekubitus, phlebitis, sepsis, dan infeksi luka operasi
Frekuensi Pengumpulan Data	tiap bulan
Periode Analisa	tiap bulan
Numerator	Jumlah pasien yang mengalami infeksi pasca operasi dalam satu bulan
Denominator	Jumlah seluruh pasien yang dalam satu bulan
Sumber Data	Rekam medis
Standar	$\leq 1,5 \%$
Penanggung jawab pengumpulan data	Ketua komite medik/komite mutu/tim mutu

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

Judul	Tidak adanya kejadian pasien jatuh yang berakibat kecacatan/kematian
Dimensi Mutu	Keselamatan pasien
Tujuan	Tergambarnya pelayanan keperawatan yang aman bagi pasien
Definisi Operasional	Kejadian pasien jatuh adalah kejadian pasien jatuh selama dirawat baik akibat jatuh dari tempat tidur, di kamar mandi, dsb, yang berakibat kecacatan atau kematian
Frekuensi Pengumpulan Data	tiap bulan

Periode Analisa	tiap bulan
Numerator	Jumlah pasien dirawat dalam bulan tersebut dikurangi jumlah pasien yang jatuh dan berakibat kecacatan atau kematian
Denominator	Jumlah pasien dirawat dalam bulan tersebut
Sumber Data	Rekam medis, laporan keselamatan pasien
Standar	100 %
Penanggung jawab pengumpulan data	Kepala instalasi rawat inap

8. Kematian Pasien > 48 Jam

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

	≤ 25/1000, Indonesia)
Penanggung jawab pengumpulan data	Ketua komite mutu/tim mutu

9. Kejadian pulang paksa

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

10. Kepuasan Pelanggan Rawat Inap

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

11. Pasien rawat inap tuberkulosis yang ditangani dengan strategi DOTS

Judul	Pasien rawat Inap tuberkulosis yang ditangani dengan strategi DOTS
Dimensi Mutu	Akses, efisiensi
Tujuan	Terselenggaranya pelayanan rawat Inap bagi

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

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

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

13. Tidak adanya Kematian Pasien gangguan jiwa karena bunuh diri

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

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

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

15. Lama hari perawatan pasien gangguan jiwa

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

IV. BEDAH SENTRAL

1. Waktu tunggu operasi elektif

Judul	Waktu tunggu operasi elektif
Dimensi Mutu	Efektifitas, kesinambungan pelayanan, efisiensi
Tujuan	Tergambarnya kecepatan penanganan antrian

	elayanan bedah
Definisi Operasional	Waktu tunggu operasi elektif adalah tenggang waktu mulai dokter memutuskan untuk operasi yang terencana sampai dengan operasi mulai dilaksanakan
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah kumulatif waktu tunggu operasi yang terencana dari seluruh pasien yang dioperasi dalam satu bulan
Denominator	Jumlah pasien yang dioperasi dalam satu bulan
Sumber Data	Rekam medis
Standar	≤ 2 hari
Penanggung jawab pengumpulan data	Ketua instalasi bedah sentral

2. Kejadian kematian dimeja operasi

Judul	Kejadian kematian dimeja operasi
Dimensi Mutu	Keselamatan, efektifitas
Tujuan	Tergambarnya efektifitas pelayanan bedah sentral dan anastesi dan kepedulian
Definisi Operasional	Kematian dimeja operasi adalah kematian yang terjadi di atas meja operasi pada saat operasi berlangsung yang diakibatkan oleh tindakan anastesi maupun Tindakan

	pembedahan
Frekuensi Pengumpulan Data	Tiap bulan dan sentinel event
Periode Analisa	Tiap bulan dan sentinel event
Numerator	Jumlah pasien yang meninggal dimeja operasi dalam satu bulan
Denominator	Jumlah pasien yang dilakukan tindakan pembedahan dalam satu bulan
Sumber Data	Rekam medis, laporan keselamatan pasien
Standar	$\leq 1 \%$
Penanggung jawab pengumpulan data	Kepala instalasi bedah sentral/komite medis

3. Tidak adanya kejadian operasi salah sisi

Judul	Tidak adanya kejadian operasi salah sisi
Dimensi Mutu	Keselamatan pasien
Tujuan	Tergambarnya kepedulian dan ketelitian instalasi bedah sentral terhadap keselamatan pasien
Definisi Operasional	Kejadian operasi salah sisi adalah kejadian dimana pasien dioperasi pada sisi yang salah, misalnya yang semestinya dioperasi pada sisi kanan, ternyata yang dilakukan operasi adalah pada sisi kiri atau sebaliknya
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan dan sentinel event

Periode Analisa	1 bulan dan sentinel event
Numerator	dioperasi salah sisi dalam waktu satu bulan
Denominator	Jumlah pasien yang dioperasi dalam waktu satu bulan
Sumber Data	Rekam medis, laporan keselamatan pasien
Standar	≤ 100 %
Penanggung jawab pengumpulan data	Kepala instalasi bedah sentral/komite medis

4. Tidak adanya kejadian operasi salah orang

Judul	Tidak adanya kejadian operasi salah orang
Dimensi Mutu	Keselamatan pasien
Tujuan	Tergambarnya kepedulian dan ketelitian instalasi bedah sentral terhadap keselamatan pasien
Definisi Operasional	Kejadian operasi salah orang adalah kejadian dimana pasien dioperasi pada orang yang salah
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan dan sentinel event
Periode Analisa	1 bulan dan sentinel event
Numerator	Jumlah pasien yang dioperasi dalam waktu satu bulan dikurangi jumlah operasi salah orang dalam waktu satu bulan
Denominator	Jumlah pasien yang dioperasi dalam waktu satu bulan
Sumber Data	Rekam medis, laporan keselamatan pasien

Standar	≤ 100 %
Penanggung jawab pengumpulan data	Kepala instalasi bedah sentral/komite medis

5. Tidak adanya kejadian salah tindakan pada operasi

Judul	Tidak adanya kejadian salah tindakan pada operasi
Dimensi Mutu	Keselamatan pasien
Tujuan	Tergambarnya ketelitian dalam pelaksanaan operasi dan kesesuaiannya dengan tindakan operasi rencana yang telah ditetapkan
Definisi Operasional	Kejadian salah satu tindakan pada operasi adalah kejadian pasien mengalami tindakan operasi yang tidak sesuai dengan yang direncanakan
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan dan sentinel event
Periode Analisa	1 bulan dan sentinel event
Numerator	Jumlah pasien yang dioperasi dalam waktu satu bulan dikurangi jumlah pasien yang mengalami salah tindakan operasi dalam waktu satu bulan
Denominator	Jumlah pasien yang dioperasi dalam waktu satu bulan
Sumber Data	Rekam medis, laporan keselamatan pasien
Standar	≤ 100 %
Penanggung	Kepala instalasi bedah sentral/komite medis

jawab pengumpulan data	
------------------------------	--

6. Tidak adanya kejadian tertinggalnya benda asing pada tubuh pasien setelah operasi

Judul	Tidak adanya kejadian tertinggalnya benda asing pada tubuh pasien setelah operasi
Dimensi Mutu	Keselamatan pasien
Tujuan	Kejadian tertinggalnya benda asing adalah kejadian dimana benda asing seperti kapas, gunting, peralatan operasi dalam tubuh pasien akibat tindakan suatu pembedahan
Definisi Operasional	Kejadian salah satu tindakan pada operasi adalah kejadian pasien mengalami tindakan operasi yang tidak sesuai dengan yang direncanakan
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan dan sentinel event
Periode Analisa	1 bulan dan sentinel event
Numerator	Jumlah pasien yang dioperasi dalam waktu satu bulan dikurangi jumlah pasien yang mengalami tertinggalnya benda asing dalam tubuh akibat operasi dalam satu bulan
Denominator	Jumlah pasien yang dioperasi dalam waktu satu bulan
Sumber Data	Rekam medis, laporan keselamatan pasien
Standar	$\leq 100 \%$
Penanggung jawab	Kepala instalasi bedah sentral/komite medis

pengumpulan data	
------------------	--

7. Komplikasi anestesi karena over dosis, reaksi anastesi dan salah penempatan endotracheal tube

Judul	Komplikasi anestesi karena over dosis, reaksi anastesi dan salah penempatan endotracheal tube
Dimensi Mutu	Keselamatan pasien
Tujuan	Tergambarkannya kecermatan tindakan anestesi dan monitoring pasien selama proses penundaan berlangsung
Definisi Operasional	Komplikasi anestesi adalah kejadian yang tidak diharapkan sebagai akibat komplikasi anestesi antara lain karena over dosis, reaksi anastesi dan salah penempatan endotracheal tube
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan dan sentinel event
Periode Analisa	1 bulan dan sentinel event
Numerator	Jumlah pasien yang mengalami komplikasianastesi dalam satu bulan
Denominator	Jumlah pasien yang dioperasi dalam waktu satu bulan
Sumber Data	Rekam medis
Standar	$\leq 6 \%$
Penanggung jawab pengumpulan	Kepala instalasi bedah sentral/komite medis

data	
------	--

V. PERSALINAN DAN PERINATOLOGI (KECUALI RUMAH SAKIT KHUSUS DI LUAR RUMAH SAKIT IBU DAN ANAK)

1. Kejadian kematian ibu karena persalinan

Judul	Kejadian kematian ibu karena persalinan
Dimensi Mutu	Keselamatan
Tujuan	Mengetahui mutu pelayanan rumah sakit terhadap pelayanan persalinan.
Definisi Operasional	<p>Kematian ibu melahirkan yang disebabkan karena perdarahan, pre eklamsia, eklampsia, partus lama dan sepsis. Perdarahan adalah perdarahan yang terjadi pada saat kehamilan semua skala persalinan dan nifas.</p> <p>Pre-eklampsia dan eklampsia mulai terjadi pada kehamilan trimester kedua, preeklampsia dan eclampsia merupakan kumpulan dari dua dari tiga tanda, yaitu :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tekanan darah sistolik > 160 mmHg dan diastolik >110 mmHg - Protein uria > 5 gr/24 jam 3+/4-pada pemeriksaan kualitati - Oedem tungkai <p>Eklampsia adalah tanda pre eklampsia yang disertai dengan kejang dan atau penurunan kesadaran.</p> <p>Sepsis adalah tanda-tanda sepsis yang terjadi akibat penanganan aborsi, persalinan dan</p>

	nifas yang tidak ditangani dengan tepat oleh pasien atau penolong. Partus lama.
Frekuensi Pengumpulan Data	Tiap bulan
Periode Analisa	Tiap tiga bulan
Numerator	Jumlah kematian pasien persalinan karena pendarahan, pre-eklampsia/eclampsia dan sepsis
Denominator	Jumlah pasien-pasien persalinan dengan pendarahan, pre-eklampsia/eclampsia dan sepsis.
Sumber Data	Rekam medis rumah sakit
Standar	Pendarahan < 1% pre-eklampsia < 30%, sepsis < 0,2%
Penanggung jawab pengumpulan data	Komite medik

2. Pemberi pelayanan persalinan normal

Judul	Pemberi pelayanan persalinan normal
Dimensi Mutu	Kompetensi teknis
Tujuan	Tersedianya pelayanan persalinan normal oleh tenaga yang kompeten
Definisi Operasional	Pemberi pelayanan persalinan normal adalah dokter Sp,OG, dokter umum terlatih (asuhan persalinan normal) dan bidan
Frekuensi	1 bulan

Pengumpulan Data	
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah tenaga dokter Sp.OG, dokter umum terlatih (asuhan persalinan normal) dan bidan yang memberikan pertolongan persalinan normal.
Denominator	Jumlah seluruh tenaga yang memberi pertolongan persalinan normal.
Sumber Data	Kepegawaian
Standar	100%
Penanggung jawab pengumpulan data	Komite mutu

3. Pemberi pelayanan persalinan normal

Judul	Pemberi pelayanan persalinan dengan penyulit
Dimensi Mutu	Kompetensi teknis
Tujuan	Tersedianya pelayanan persalinan normal oleh tenaga yang kompeten
Definisi Operasional	Pemberi pelayanan persalinan dengan penyulit adalah Tim PONEK yang terdiri dari dokter Sp,OG, dengan dokter umum dan bidan (perawat yang terlatih).
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan

Numerator	Tersedianya tim dokter Sp.OG, dokter umum, bidan dan perawat terlatih.
Denominator	Tidak ada
Sumber Data	Kepegawaian dan rekam medis
Standar	Tersedia
Penanggung jawab pengumpulan data	Komite mutu

4. Pemberi pelayanan persalinan normal

Judul	Pemberi pelayanan persalinan dengan tindakan operasi
Dimensi Mutu	Kompetensi teknis
Tujuan	Tersedianya pelayanan persalinan dengan tindakan operasi oleh tenaga yang kompeten
Definisi Operasional	Pemberi pelayanan persalinan dengan tindakan operasi adalah dokter Sp,OG, dokter spesialis anak, dokter spesialis anastesi
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah tenaga dokter Sp.OG, dokter spesialis anak, dokter spesialis anastesi yang memberikan pertolongan persalinan dengan tindakan operasi.
Denominator	Jumlah seluruh tenaga yang melayani persalinan dengan tindakan operasi
Sumber Data	Kepegawaian

Standar	100%
Penanggung jawab pengumpulan data	Komite mutu

5. Kemampuan menangani BBLR 1500 gr-2500 gr

Judul	Kemampuan menangani BBLR 1500 gr-2500 gr
Dimensi Mutu	Efektifitas dan keselamatan
Tujuan	Tergambarnya kemampuan rumah sakit dalam menangani BBLR
Definisi Operasional	BBLR adalah bayi yang lahir dengan berat badan 1500 gr-2500 gr
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah BBLR 1500 gr-2500 gr yang berhasil ditangani
Denominator	Jumlah seluruh BBLR 1500 gr-2500 gr yang ditangani
Sumber Data	Rekam medis
Standar	100%
Penanggung jawab pengumpulan data	Komite medik/Komite mutu

6. Pertolongan persalinan melalui seksio cesaria

Judul	Pertolongan persalinan melalui seksio cesaria
Dimensi Mutu	Efektifitas, keselamatan dan efisiensi
Tujuan	Tergambarnya pertolongan di rumah sakit yang sesuai dengan indikasi dan
Definisi Operasional	efisien.
Frekuensi Pengumpulan Data	Seksio cesaria adalah tindakan persalinan melalui pembedahan abdominal baik
Periode Analisa	elektif maupun emergensi.
Numerator	1 bulan
Denominator	3 bulan
Sumber Data	Jumlah persalinan dengan seksio cesaria dalam 1 bulan
Standar	Jumlah seluruh persalinan dalam 1 bulan
Penanggung jawab pengumpulan data	Rekam medis

7. a. Keluarga Berencana

Judul	Keluarga Berencana Mantap
Dimensi Mutu	Ketersediaan pelayanan kontrasepsi mantap
Tujuan	Mutu dan kesinambungan pelayanan
Definisi Operasional	Keluarga berencana yang menggunakan metode operasi yang aman dan sederhana pada alat reproduksi manusia dengan tujuan menghentikan fertilitas oleh tenaga yang kompeten

Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jenis pelayanan KB mantap
Denominator	Jumlah peserta KB
Sumber Data	Rekam medik dan laporan KB rumah sakit
Standar	100%
Penanggung jawab pengumpulan data	Direktur Pelayanan Medik

7. b. Konseling KB Mantap

Judul	Keluarga Berencana Mantap
Dimensi Mutu	Ketersediaan kontrasepsi mantap
Tujuan	Mutu dan kesinambungan pelayanan
Definisi Operasional	Proses konsultasi antara pasien dengan bidan terlatih untuk mendapatkan pilihan pelayanan KB mantap yang sesuai dengan pilihan status kesehatan pasien.
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah konseling layanan KB mantap
Denominator	Jumlah peserta KB mantap
Sumber Data	Laporan unit layanan KB
Standar	100%

Penanggung jawab pengumpulan data	Direktur Pelayanan Medik
-----------------------------------	--------------------------

8. Kepuasan Pelanggan

Judul	Kepuasan Pelanggan
Dimensi Mutu	Kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya persepsi pasien terhadap mutu pelayanan persalinan
Definisi Operasional	Kepuasan pelanggan adalah pernyataan puas oleh pelanggan terhadap pelayanan persalinan.
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah kumulatif hasil penilaian kepuasan dari pasien yang disurvei (dalam prosen)
Denominator	Jumlah total pasien yang disurvei (n minial 50)
Sumber Data	Survei
Standar	> 80%
Penanggung jawab pengumpulan data	Ketua komite mutu/tim mutu

VII. PELAYANAN INTENSIF

1. Rata-rata pasien yang kembali ke perawatan intensif dengan kasus yang sama < 72 jam

Judul	Rata-rata pasien yang kembali ke perawatan intensif dengan kasus yang sama < 72 jam
Dimensi Mutu	Efektifitas
Tujuan	Tergambarnya keberhasilan perawatan intensif
Definisi Operasional	Pasien kembali keperawatan intensif dari ruang rawat inap dengan kasus yang sama dalam waktu < 72 jam
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah pasien yang kembali ke perawatan intensif dengan kasus yang sama < 72jam dalam 1 bulan.
Denominator	Jumlah seluruh pasien yang dirawat di ruang intensif dalam 1 bulan.
Sumber Data	Rekam medis
Standar	< 3%
Penanggung jawab pengumpulan data	Komite mudik/mutu

2. Pemberi pelayanan unit intensif

Judul	Pemberi pelayanan unit intensif
Dimensi Mutu	Kompetensi teknis

Tujuan	Tersedianya pelayanan intensif tenaga yang kompeten
Definisi Operasional	Pemberi pelayanan intensif adalah dokter Sp.An dan dokter spesialis sesuai dengan kasus yang ditangani, perawat D3 dengan sertifikat perawat mahir ICU/setara
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah tenaga dokter Sp.An dan spesialis yang sesuai dengan kasus yang ditangani, perawat D3 dengan sertifikat perawat mahir ICU/setara yang melayani pelayanan perawatan intensif
Denominator	Jumlah seluruh tenaga dokter dan perawat yang melayani perawatan intensif
Sumber Data	Kepegawaian
Standar	100%
Penanggung jawab pengumpulan data	Komite medik/mutu

VII. RADIOLOGI

1. Pemberi pelayanan unit intensif

Judul	Waktu tunggu hasil pelayanan thorax foto
Dimensi Mutu	Efektifitas, kesinambungan pelayanan, efisiensi

Tujuan	Tergambarnya kecepatan pelayanan radiologi
Definisi Operasional	Waktu tunggu hasil pelayanan thorax foto adalah tenggang waktu mulai pasien di oto sampai dengan menerima hasil yang sudah diekspertisi
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah kumulatif waktu tunggu hasil pelayanan thorax foto dalam satu bulan.
Denominator	Jumlah pasien yang difoto thorax dalam bulan tersebut.
Sumber Data	rekam medis
Standar	< 3%
Penanggung jawab pengumpulan data	Kepala instalasi radiologi

2. Pelaksana ekspertisi hasil pemeriksaan

Judul	Pelaksana ekspertisi hasil pemeriksaan
Dimensi Mutu	Kompetensi tehnis
Tujuan	Pembacaan dan verifikasi hasil pemeriksaan rontgen dilakukan oleh tenaga ahli untuk memastikan ketepatan diagnosis
Definisi Operasional	Pelaksana ekspertisi rontgen adalah dokter spesialis Radiologi yang mempunyai kewenangan untuk melakukan pembacaan foto rontgen/ hasil pemeriksaan

	radiologi. Bukti pembacaan dan verifikasi adalah dicantumkan tanda tangan dokter spesialis radiologi pada lembar hasil pemeriksaan yang dikirimkan kepada dokter yang meminta.
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah foto rontgen yang dibaca dan diverifikasi oleh dokter spesialis radiologi dalam 1 bulan.
Denominator	Jumlah seluruh pemeriksaan foto rontgen dalam 1 bulan.
Sumber Data	Register di Instalasi Radiologi
Standar	100 %
Penanggung jawab pengumpulan data	Kepala instalasi radiologi

3. Kejadian kegagalan pelayanan rontgen

Judul	Kejadian kegagalan pelayanan rontgen
Dimensi Mutu	Efektifitas dan efisiensi
Tujuan	Tergambarnya efektifitas dan efisiensi pelayanan rontgen
Definisi Operasional	Kegagalan pelayanan rontgen adalah kerusakan foto yang tidak dapat dibaca
Frekuensi Pengumpulan	1 bulan

Data	
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah foto rusak yang tidak dapat dibaca dalam 1 bulan
Denominator	Jumlah seluruh pemeriksaan foto dalam 1 bulan
Sumber Data	Register radiology
Standar	< 2 %
Penanggung jawab pengumpulan data	Kepala instalasi Radiologi

4. Kepuasan pelanggan

Judul	Kepuasan pelanggan
Dimensi Mutu	Kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya persepsi pelanggan terhadap pelayanan radiologi
Definisi Operasional	Kepuasan pelanggan adalah pernyataan puas oleh pelanggan terhadap pelayanan radiology
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah pasien yang disurvei yang menyatakan puas
Denominator	Jumlah total pasien yang disurvei (n minial 50)
Sumber Data	Survei
Standar	> 80 %

Penanggung jawab pengumpulan data	Ketua komite mutu/tim mutu
-----------------------------------	----------------------------

VIII. LABORATORIUM PATOLOGI KLINIK

1. Waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium

Judul	Waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium
Dimensi Mutu	Efektifitas, kesinambungan pelayanan, efisiensi
Tujuan	Tergambarnya kecepatan pelayanan laboratorium
Definisi Operasional	Pemeriksaan laboratorium yang dimaksud adalah pelayanan pemeriksaan laboratorium rutin dan kimia darah. Waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium untuk pemeriksaan laboratorium adalah tenggang waktu mulai pasien diambil sample sampai dengan menerima hasil yang sudah diekspertisi.
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah kumulatif waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium pasien yang disurveydalam satu bulan
Denominator	Jumlah pasien yang diperiksa di laboratorium

	yang disurvei dalam bulan tersebut.
Sumber Data	Survey
Standar	< 140 menit (manual)
Penanggung jawab pengumpulan data	Kepala Instalasi Laboratorium

2. Pelaksana ekspertisi hasil pemeriksaan laboratorium

Judul	Pelaksana ekspertisi hasil pemeriksaan laboratorium
Dimensi Mutu	Kompetensi teknis
Tujuan	Pembacaan dan verifikasi hasil pemeriksaan laboratorium dilakukan oleh tenaga ahli untuk memastikan ketepatan diagnosis.
Definisi Operasional	Pelaksana ekspertisi laboratorium adalah dokter spesialis patologi klinik yang mempunyai kewenangan untuk melakukan pembacaan hasil pemeriksaan laboratorium. Bukti dilakukan ekspertisi adalah adanya tandatangan pada lembar hasil pemeriksaan yang dikirimkan pada dokter yang meminta.
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah hasil lab. yang diverifikasi hasilnya oleh dokter spesialis patologi klinik dalam satu bulan.
Denominator	Jumlah seluruh pemeriksaan laboratorium

	dalam satu bulan
Sumber Data	Register di instalasi laboratorium
Standar	100%
Penanggung jawab pengumpulan data	Kepala instalasi laboratorium

3. Tidak adanya kesalahan penyerahan hasil pemeriksaan laboratorium

Judul	Tidak adanya kesalahan penyerahan hasil pemeriksaan laboratorium
Dimensi Mutu	Keselamatan
Tujuan	Tergambarnya ketelitian pelayanan laboratorium
Definisi Operasional	Kesalahan penyerahan hasil laboratorium adalah penyerahan hasil laboratorium pada salah orang.
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah seluruh pasien yang diperiksa laboratorium dalam satu bulan dikurangi jumlah penyerahan hasil laboratorium salah orang dalam satu bulan
Denominator	Jumlah pasien yang diperiksa di laboratorium dalam bulan tersebut
Sumber Data	Rekam medis
Standar	100%
Penanggung	Kepala Instalasi Laboratorium

jawab pengumpulan data	
------------------------------	--

4. Kepuasan pelanggan

Judul	Kepuasan pelanggan
Dimensi Mutu	Kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya persepsi pelanggan terhadap pelayanan laboratorium
Definisi Operasional	Kepuasan pelanggan adalah pernyataan puas oleh pelanggan terhadap pelayanan laboratorium.
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah kumulatif hasil penilaian kepuasan dari pasien yang disurvei (dalamprosen)
Denominator	Jumlah total pasien yang disurvei (n minial 50)
Sumber Data	Survei
Standar	> 80 %
Penanggung jawab pengumpulan data	Kepala Instalasi Laboratorium

IX. REHABILITASI MEDIK

1. Kejadian drop out pasien terhadap pelayanan rehabilitasi yang direncanakan.

Judul	Kejadian drop out pasien terhadap pelayanan rehabilitasi yang direncanakan.
Dimensi Mutu	Kesinambungan pelayanan dan efektifitas
Tujuan	Tergambarnya kesinambungan pelayanan rehabilitasi sesuai yang direncanakan
Definisi Operasional	Drop out pasien terhadap pelayanan rehabilitasi yang direncanakan adalah pasien tidak bersedia meneruskan program rehabilitasi yang direncanakan.
Frekuensi Pengumpulan Data	3 bulan
Periode Analisa	6 bulan
Numerator	Jumlah seluruh pasien yang drop out dalam 3 bulan
Denominator	Jumlah seluruh pasien yang di program rehabilitasi medik dalam 3 bulan
Sumber Data	Rekam medis
Standar	< 50%
Penanggung jawab pengumpulan data	Kepala Instalasi Rehabilitasi Medik

2. Tidak adanya kejadian kesalahan tindakan rehabilitasi medik

Judul	Tidak adanya kejadian kesalahan tindakan rehabilitasi medik
Dimensi Mutu	Keselamatan dan kenyamanan

Tujuan	Tergambarnya kejadian kesalahan klinis dalam rehabilitasi medik
Definisi Operasional	Kesalahan tindakan rehabilitasi medik adalah memberikan atau tidak memberikan tindakan rehabilitasi medik yang diperlukan yang tidak sesuai dengan rencana asuhan dan/atau tidak sesuai dengan pedoman/standar pelayanan rehabilitasi medik.
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah seluruh pasien yang deprogram rehabilitasi medik dalam 1 bulan dikurangi jumlah pasien yang mengalami kesalahan tindakan rehabilitasi medik dalam 1 bulan.
Denominator	Jumlah seluruh pasien yang deprogram rehabilitasi medik dalam 1 bulan
Sumber Data	Rekam medis
Standar	100 %
Penanggung jawab pengumpulan data	Kepala Instalasi Rehabilitas Medik

3. Kepuasan Pelanggan

Judul	Kepuasan pelanggan
Dimensi Mutu	Kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya persepsi pelanggan terhadap

	elayanan rehabilitasi medik
Definisi Operasional	Kepuasan pelanggan adalah pernyataan puas oleh pelanggan terhadap pelayanan rehabilitasi medik.
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah kumulatif hasil penilaian kepuasan dari pasien yang disurvei (dalam prosen)
Denominator	Jumlah total pasien yang disurvei (n minial 50)
Sumber Data	Survei
Standar	>80 %
Penanggung jawab pengumpulan data	Kepala Instalasi Rehabilitas Medik

X. FARMASI

1. a. Waktu tunggu pelayanan obat jadi

Judul	Waktu tunggu pelayanan obat jadi
Dimensi Mutu	Efektifitas, kesinambungan pelayanan, efisiensi
Tujuan	Tergambarnya kecepatan pelayanan farmasi
Definisi Operasional	Waktu tunggu pelayanan obat jadi adalah tenggang waktu mulai pasien menyerahkan

	resep sampai dengan menerima obat jadi
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah kumulatif waktu tunggu pelayanan obat jadi pasien yang disurvei dalam satu bulan
Denominator	Jumlah pasien yang disurvei dalam bulan tersebut.
Sumber Data	Survey
Standar	<30 %
Penanggung jawab pengumpulan data	Kepala Instalasi Farmasi

1. b. Waktu tunggu pelayanan obat racikan

Judul	Waktu tunggu pelayanan obat racikan
Dimensi Mutu	Efektifitas, kesinambungan pelayanan, efisiensi
Tujuan	Tergambarnya kecepatan pelayanan farmasi
Definisi Operasional	Waktu tunggu pelayanan obat racikan adalah tenggang waktu mulai pasien menyerahkan resep sampai dengan menerima obat racikan
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan

Numerator	Jumlah kumulatif waktu tunggu pelayanan obat racikan pasien yang disurvei dalam satu bulan
Denominator	Jumlah pasien yang disurvei dalam bulan tersebut.
Sumber Data	Survey
Standar	<60 %
Penanggung jawab pengumpulan data	Kepala Instalasi Farmasi

2. Waktu tunggu pelayanan obat racikan

Judul	Tidak adanya kejadian kesalahan pemberian obat
Dimensi Mutu	Keselamatan dan kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya kejadian kesalahan dalam pemberian obat
Definisi Operasional	Kesalahan pemberian obat meliputi : 1. Salah dalam memberikan jenis obat 2. Salah dalam memberikan dosis 3. Salah orang 4. Salah jumlah
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah seluruh pasien instalasi farmasi yang disurvei dikurangi jumlah pasien yang mengalami kesalahan pemberian obat

Denominator	Jumlah seluruh pasien instalasi farmasi yang disurvei
Sumber Data	Survey
Standar	100%
Penanggung jawab pengumpulan data	Kepala Instalasi Farmasi

3. Waktu tunggu pelayanan obat racikan

Judul	Kepuasan pelanggan
Dimensi Mutu	Kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya persepsi pelanggan terhadap pelayanan farmasi
Definisi Operasional	Kepuasan pelanggan adalah pernyataan puas oleh pelanggan terhadap pelayanan farmasi.
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah kumulatif hasil penilaian kepuasan dari pasien yang disurvei (dalam prosen)
Denominator	Jumlah total pasien yang disurvei (n minimal 50)
Sumber Data	Survey
Standar	>80%
Penanggung jawab pengumpulan data	Kepala Instalasi Farmasi

4. Waktu tunggu pelayanan obat racikan

Judul	Penulisan resep sesuai formularium
Dimensi Mutu	Efisiensi
Tujuan	Tergambarnya efisiensi pelayanan obat kepada pasien
Definisi Operasional	Formularium obat adalah daftar obat yang digunakan di rumah sakit.
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah resep yang diambil sebagai sample yang sesuai formularium dalam satu bulan.
Denominator	Jumlah seluruh resep yang diambil sebagai sampel dalam satu bulan (n minimal 50)
Sumber Data	Survey
Standar	100%
Penanggung jawab pengumpulan data	Kepala Instalasi Farmasi

XI. GIZI

1. Ketepatan waktu pemberian makanan kepada pasien

Judul	Ketepatan waktu pemberian makanan kepada pasien
Dimensi Mutu	Efektifitas, akses, kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya efektifitas pelayanan instalasi

	gizi
Definisi Operasional	Ketepatan waktu pemberian makanan kepada pasien adalah ketepatan penyediaan makanan, pada pasien sesuai dengan jadwal yang telah ditentukan.
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah pasien rawat inap yang disurvei yang mendapat makanan tepat waktu dalam satu bulan.
Denominator	Jumlah seluruh pasien rawat inap yang disurvei
Sumber Data	Survey
Standar	>90%
Penanggung jawab pengumpulan data	Kepala Instalasi Gizi/Kepala Instalasi Rawat Inap

2. Sisa makanan yang tidak termakan oleh pasien

Judul	Sisa makanan yang tidak termakan oleh pasien
Dimensi Mutu	Efektifitas dan efisien
Tujuan	Tergambarnya efektifitas dan efisiensi pelayanan instalasi gizi
Definisi Operasional	Sisa makanan adalah porsi makanan yang tersisa yang tidak dimakan oleh pasien

	(sesuai dengan pedoman asuhan gizi rumah sakit)
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah kumulatif porsi sisa makanan dari pasien yang disurvei
Denominator	Jumlah pasien yang disurvei dalam satu bulan
Sumber Data	Survey
Standar	>20%
Penanggung jawab pengumpulan data	Kepala Instalasi Gizi/Kepala Instalasi Rawat Inap

3. Sisa makanan yang tidak termakan oleh pasien

Judul	Tidak adanya kesalahan dalam pemberian diet
Dimensi Mutu	Keamanan, efisien
Tujuan	Tergambarnya kesalahan dan efisiensi pelayanan instalasi gizi
Definisi Operasional	Kesalahan dalam memberikan diet adalah kesalahan dalam memberikan jenis diet.
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah pemberian makanan yang disurvei

	dikurangi jumlah pemberian makanan yang salah diet.
Denominator	Jumlah pasien yang disurvei dalam satu bulan
Sumber Data	Survey
Standar	100%
Penanggung jawab pengumpulan data	Kepala Instalasi Gizi/Kepala Instalasi Rawat Inap

XII. TRANSFUSI DARAH

1. Pemenuhan kebutuhan darah bagi setiap pelayanan transfusi

Judul	Pemenuhan kebutuhan darah bagi setiap pelayanan transfusi
Dimensi Mutu	Keselamatan dan kesinambungan pelayanan
Tujuan	Tergambarnya kemampuan bank darah rumah sakit dalam menyediakan kebutuhan darah.
Definisi Operasional	Cukup jelas
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah permintaan kebutuhan darah yang dapat dipenuhi dalam 1 bulan

Denominator	Jumlah seluruh permintaan darah dalam 1 bulan
Sumber Data	Survey
Standar	100%
Penanggung jawab pengumpulan data	Yang bertanggung jawab terhadap pengelolaan bank darah

2. Kejadian reaksi transfusi

Judul	Kejadian reaksi transfusi
Dimensi Mutu	Keselamatan
Tujuan	Tergambarnya manajemen risiko pada UTD
Definisi Operasional	Reaksi transfusi adalah kejadian tidak diharapkan (KTD) yang terjadi akibat transfusi darah, dalam bentuk reaksi alergi, infeksi akibat transfusi, hemolisi akibat golongan darah tidak sesuai, atau gangguan sistem imun sebagai akibat pemberian transfusi darah.
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah kejadian reaksi transfusi dalam satu bulan
Denominator	Jumlah seluruh pasien yang mendapat transfusi dalam satu bulan
Sumber Data	Rekam medis

Standar	<0,01%
Penanggung jawab pengumpulan data	Kepala UTD

XIII. PELAYANAN MEDIS

1. Pelayanan terhadap pasien GAKIN yang datang ke RS pada setiap unit pelayanan

Judul	Pelayanan terhadap pasien GAKIN yang datang ke RS pada setiap unit pelayanan
Dimensi Mutu	Akses
Tujuan	Tergambarnya kepedulian rumah sakit terhadap masyarakat miskin
Definisi Operasional	Pasien Keluarga Miskin (GAKIN) adalah pasien pemegang kartu askeskin
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah pasien GAKIN yang dilayani rumah sakit dalam satu bulan
Denominator	Jumlah seluruh pasien GAKIN yang datang ke rumah sakit dalam satu bulan.
Sumber Data	Register pasien
Standar	100%
Penanggung jawab	Direktur Rumah Sakit

pengumpulan data	
------------------	--

XIV. REKAM MEDIK

1. Kelengkapan pengisian rekam medik 24 jam setelah selesai pelayanan

Judul	Kelengkapan pengisian rekam medik 24 jam setelah selesai pelayanan
Dimensi Mutu	Kesinambungan pelayanan dan keselamatan
Tujuan	Tergambarnya tanggung jawab dokter dalam kelengkapan informasi rekam medik
Definisi Operasional	Rekam medik yang lengkap adalah, rekam medik yang telah diisi lengkap oleh dokter dalam waktu < 24 jam setelah selesai pelayanan rawat jalan atau setelah pasien rawat inap diputuskan untuk pulang, yang meliputi identitas pasien, anamnesis, rencana asuhan, pelaksanaan asuhan, tindak lanjut dan resume
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah rekam medik yang disurvei dalam 1 bulan yang diisi lengkap
Denominator	Jumlah rekam medik yang disurvei dalam 1 bulan.
Sumber Data	Survey

Standar	100%
Penanggung jawab pengumpulan data	Kepala instalasi rekam medik/wadir pelayanan medik.

2. Kelengkapan informed concent setelah mendapatkan informasi yang jelas

Judul	Kelengkapan informed concent setelah mendapatkan informasi yang jelas
Dimensi Mutu	Keselamatan
Tujuan	Tergambarnya tanggung jawab dokter untuk memberikan kepada pasien dan mendapat persetujuan dari pasien akan tindakan medik yang dilakukan.
Definisi Operasional	Informed concent adalah persetujuan yang diberikan pasien/keluarga pasien atas dasar penjelasan mengenai tindakan medik yang akan dilakukan terhadap pasien tersebut.
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah pasien yang mendapat tindakan medik yang disurvey yang mendapat informasi lengkap sebelum memberikan persetujuan tindakan medik dalam 1 bulan.
Denominator	Jumlah pasien yang mendapat tindakan medik yang disurvey dalam 1 bulan
Sumber Data	Survey
Standar	100%

Penanggung jawab pengumpulan data	Kepala instalasi rekam medik
-----------------------------------	------------------------------

3. Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat jalan

Judul	Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat jalan
Dimensi Mutu	Efektifitas, kenyamanan, efisiensi
Tujuan	Tergambarnya kecepatan pelayanan pendaftaran rawat jalan
Definisi Operasional	Dokumen rekam medis rawat jalan adalah dokumen rekam medis pasien baru atau pasien lama yang digunakan pada pelayanan rawat jalan. Waktu penyediaan dokumen rekam medik mulai dari pasien mendaftar sampai rekam medis disediakan/ditemukan oleh petugas.
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah pasien yang mendapat tindakan medik yang disurvei yang mendapat informasi lengkap sebelum memberikan persetujuan tindakan medik dalam 1 bulan.
Denominator	Jumlah pasien yang mendapat tindakan medik yang disurvei dalam 1 bulan
Sumber Data	Survey
Standar	100%

Penanggung jawab pengumpulan data	Kepala instalasi rekam medik
-----------------------------------	------------------------------

4. Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat inap

Judul	Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat inap
Dimensi Mutu	Efektifitas, kenyamanan, efisiensi
Tujuan	Tergambarnya kecepatan pelayanan rekam medik rawat inap
Definisi Operasional	Dokumen rekam medis rawat inap adalah dokumen rekam medis pasien baru atau pasien lama yang digunakan pada pelayanan rawat inap. Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat inap adalah waktu mulai pasien diputuskan untuk rawat inap oleh dokter sampai rekam medik rawat inap tersedia di bangsal pasien.
Frekuensi Pengumpulan Data	tiap bulan
Periode Analisa	Tiap 3 bulan
Numerator	Jumlah kumulatif waktu penyediaan rekam medis sampel rawat inap yang diamati
Denominator	Total sampel penyediaan rekam medis rawat inap yang diamati
Sumber Data	Hasil survei pengamatan diruang pendaftaran rawat jalan
Standar	Rerata < 15 menit

Penanggung jawab pengumpulan data	Kepala instalasi rekam medis
-----------------------------------	------------------------------

XV. PENGOLAHAN LIMBAH

1. Baku mutu limbah cair

Judul	Baku mutu limbah cair
Dimensi Mutu	Keselamatan
Tujuan	Tergambarnya kepedulian rumah sakit terhadap keamanan limbah cair rumah sakit
Definisi Operasional	Baku mutu adalah standar minimal pada limbah cair yang dianggap aman bagi kesehatan, yang merupakan ambang batas yang ditolerir dan diukur dengan indikator : BOD (Biological Oxygen Demand) : 30 mg/liter COD (Chemical Oxygen Demand) : 80 mg/liter TSS (Total Suspended Solid) 30 mg/liter PH : 6-9
Frekuensi Pengumpulan Data	3 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Hasil laboratorium pemeriksaan limbah cair

	rumah sakit yang sesuai dengan baku mutu.
Denominator	Jumlah seluruh pemeriksaan limbah cair.
Sumber Data	Hasil pemeriksaan
Standar	100%
Penanggung jawab pengumpulan data	Kepala IPRS

2. Pengolahan limbah padat berbahaya sesuai dengan aturan

Judul	Pengolahan limbah padat berbahaya sesuai dengan aturan
Dimensi Mutu	Keselamatan
Tujuan	Tergambarnya mutu penanganan limbah padat infeksius di rumah sakit
Definisi Operasional	<p>Limbah padat berbahaya adalah sampah pada akibat proses pelayanan yang mengandung bahan-bahan yang tercemar jasad renik yang dapat menularkan penyakit dan/atau dapat mencederai, antara lain :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Sisa jarum suntik 2. Sisa ampul 3. Kasa bekas 4. Sisa jaringan <p>Pengolahan limbah padat berbahaya harus dikelola sesuai dengan aturan dan pedoman yang berlaku</p>
Frekuensi Pengumpulan	1 bulan

Data	
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah limbah padat yang dikelola sesuai dengan standar prosedur operasional yang diamati
Denominator	Jumlah total proses pengolahan limbah padat yang diamati
Sumber Data	Hasil pengamatan
Standar	100%
Penanggung jawab pengumpulan data	Kepala IPRS / Kepala K3 RS

XVI. ADMINISTRASI DAN MANAJEMEN

1. Tindak lanjut penyelesaian hasil pertemuan tingkat direksi

Judul	Tindak lanjut penyelesaian hasil pertemuan tingkat direksi
Dimensi Mutu	Efektivitas
Tujuan	Tergambarnya kepedulian direksi terhadap upaya perbaikan pelayanan di rumahsakit
Definisi Operasional	Tindak lanjut penyelesaian hasil pertemuan tingkat direksi adalah pelaksanaan tindak lanjut yang harus dilakukan oleh peserta pertemuan terhadap kesepakatan atau keputusan yang telah diambil dalam pertemuan tersebut sesuai dengan permasalahan pada bidang masing-masing

Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Hasil keputusan pertemuan direksi yang ditindaklanjuti dalam satu bulan
Denominator	Total hasil keputusan yang harus ditindaklanjuti dalam satu bulan
Sumber Data	Notulen rapat
Standar	100%
Penanggung jawab pengumpulan data	Direktur rumah sakit

2. Kelengkapan laporan akuntabilitas kinerja

Judul	Kelengkapan laporan akuntabilitas kinerja
Dimensi Mutu	Efektivitas, efisiensi
Tujuan	Tergambarnya kepedulian administrasi rumah sakit dalam menunjukkan akuntabilitas kinerja pelayanan.
Definisi Operasional	Akuntabilitas kinerja adalah perwujudan kewajiban rumah sakit untuk mempertanggungjawabkan keberhasilan/kegagalan pelaksanaan misi organisasi dalam mencapai tujuan dan sasaran yang telah ditetapkan melalui pertanggungjawaban secara periodik. Laporan akuntabilitas kinerja yang lengkap adalah

	laporan kinerja yang memuat pencapaian indikator-indikator yang ada pada SPM (Standar Pelayanan Minimal), indikator-indikator kinerja pada rencana strategik bisnis rumah sakit dan indikator-indikator kinerja yang lain yang dipersyaratkan oleh pemerintah daerah. Laporan akuntabilitas kinerja minimal 3 bulan sekali.
Frekuensi Pengumpulan Data	1 tahun
Periode Analisa	3 tahun
Numerator	Laporan akuntabilitas kinerja yang lengkap dan dilakukan minimal 3 bulan dalam satu tahun
Denominator	Jumlah laporan akuntabilitas yang seharusnya disusun dalam satu tahun
Sumber Data	Bagian Tata Usaha
Standar	100%
Penanggung jawab pengumpulan data	Direktur

3. Ketepatan waktu pengusulan kenaikan pangkat

Judul	Ketepatan waktu pengusulan kenaikan pangkat
Dimensi Mutu	Efektivitas, efisiensi, kenyamanan
Tujuan	tergambarnya kepedulian rumah sakit

	terhadap tingkat kesejahteraan pegawai.
Definisi Operasional	Usulan kenaikan pangkat pegawai dilakukan dua periode dalam satu tahun yaitu bulan April dan Oktober
Frekuensi Pengumpulan Data	1 tahun
Periode Analisa	1 tahun
Numerator	Jumlah pegawai yang diusulkan tepat waktu sesuai periode kenaikan pangkat dalam satu tahun.
Denominator	Jumlah seluruh pegawai yang seharusnya diusulkan kenaikan pangkat dalam satu tahun.
Sumber Data	Sub bagian kepegawaian
Standar	100%
Penanggung jawab pengumpulan data	Kepala Bagian Tata Usaha

4. Ketepatan waktu pengurusan kenaikan gaji berkala

Judul	Ketepatan waktu pengurusan kenaikan gaji berkala
Dimensi Mutu	Efektivitas, kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya kepedulian rumah sakit terhadap kesejahteraan pegawai
Definisi Operasional	Usulan kenaikan berkala adalah kenaikan gaji secara periodik sesuai peraturan kepegawaian yang berlaku (UU No. 8/1974,

	UU No. 43/1999)
Frekuensi Pengumpulan Data	Satu tahun
Periode Analisa	Satu tahun
Numerator	Jumlah pegawai yang diusulkan tepat waktu sesuai periode kenaikan pangkat dalam satu tahun.
Denominator	Jumlah seluruh pegawai yang seharusnya diusulkan kenaikan pangkat dalam satu tahun.
Sumber Data	Sub bagian kepegawaian
Standar	100%
Penanggung jawab pengumpulan data	Kepala Bagian Tata Usaha

5. Karyawan yang mendapat pelatihan minimal 20 jam pertahun

Judul	Karyawan yang mendapat pelatihan minimal 20 jam pertahun
Dimensi Mutu	Kompetensi teknis
Tujuan	Tergambarnya kepedulian rumah sakit terhadap kualitas sumber daya manusia
Definisi Operasional	Pelatihan adalah semua kegiatan peningkatan kompetensi karyawan yang dilakukan baik dirumah sakit ataupun di luar rumah sakit yang bukan merupakan pendidikan formal. Minimal per karyawan 20 jam per tahun.

Frekuensi Pengumpulan Data	Satu tahun
Periode Analisa	Satu tahun
Numerator	Jumlah karyawan yang mendapat pelatihan minimal 20 jam per tahun
Denominator	Jumlah seluruh karyawan di rumah sakit
Sumber Data	Sub bagian kepegawaian
Standar	>60%
Penanggung jawab pengumpulan data	Kepala Bagian Tata Usaha

6. Cost Recovery

Judul	Cost recovery
Dimensi Mutu	Efisiensi, efektivitas
Tujuan	Tergambarnya tingkat kesehatan keuangan di rumah sakit
Definisi Operasional	Cost recovery adalah jumlah pendapatan fungsional dalam periode waktu tertentu dibagi dengan jumlah pembelanjaan operasional dalam periode waktu tertentu
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah pendapatan fungsional dalam satu bulan
Denominator	Jumlah pembelanjaan operasional dalam

	satu bulan
Sumber Data	Sub bagian kepegawaian
Standar	>40%
Penanggung jawab pengumpulan data	Kepala Bagian Tata Usaha/Keuangan

7. Ketepatan waktu penyusunan laporan keuangan

Judul	Ketepatan waktu penyusunan laporan keuangan
Dimensi Mutu	Efektivitas
Tujuan	Tergambarnya disiplin pengelolaan keuangan rumah sakit
Definisi Operasional	Laporan keuangan meliputi realisasi anggaran dan arus kas Laporan keuangan harus diselesaikan sebelum tanggal 10 setiap bulan berikutnya
Frekuensi Pengumpulan Data	Tiga bulan
Periode Analisa	Tiga bulan
Numerator	Jumlah laporan keuangan yang diselesaikan sebelum tanggal setiap bulan berikutnya dalam tiga bulan
Denominator	Jumlah laporan keuangan yang harus diselesaikan dalam tiga bulan
Sumber Data	Sub bagian kepegawaian
Standar	100%
Penanggung	Kepala Bagian Tata Usaha/Keuangan

jawab pengumpulan data	
------------------------------	--

8. Kecepatan waktu pemberian informasi tentang tagihan pasien rawat inap

Judul	Kecepatan waktu pemberian informasi tentang tagihan pasien rawat inap
Dimensi Mutu	Efektivitas, kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya kecepatan pelayanan informasi pembayaran pasien rawat inap
Definisi Operasional	Informasi tagihan pasien rawat inap meliputi semua tagihan pelayanan yang telah diberikan. Kecepatan waktu pemberian informasi tagihan pasien rawat inap adalah waktu mulai pasien dinyatakan boleh pulang oleh dokter sampai dengan informasi tagihan diterima oleh pasien.
Frekuensi Pengumpulan Data	Tiap bulan
Periode Analisa	Tiap tiga bulan
Numerator	Jumlah kumulatif waktu pemberian informasi tagihan pasien rawat inap yang diamati dalam satu bulan
Denominator	Jumlah total pasien rawat inap yang diamati dalam satu bulan
Sumber Data	Hasil pengamatan
Standar	< 2 jam
Penanggung jawab	Bagian Keuangan

pengumpulan data	
------------------	--

9. Ketepatan waktu pemberian imbalan (insentif) sesuai kesepakatan waktu

Judul	Ketepatan waktu pemberian imbalan (insentif) sesuai kesepakatan waktu
Dimensi Mutu	Efektivitas,
Tujuan	Tergambarnya kinerja manajemen dalam memperhatikan kesejahteraan karyawan
Definisi Operasional	Insentif adalah imbalan yang diberikan kepada karyawan sesuai dengan kinerja yang dicapai dalam satu bulan.
Frekuensi Pengumpulan Data	Tiap 6 bulan
Periode Analisa	Tiap 6 bulan
Numerator	Jumlah bulan dengan kelambatan pemberian insentif
Denominator	6
Sumber Data	Catatan di bagian keuangan
Standar	100%
Penanggung jawab pengumpulan data	Bagian Keuangan

XVII. AMBULANCE/KERETA JENAZAH

1. Waktu pelayanan ambulance/kereta jenazah

Judul	Waktu pelayanan ambulance/kereta jenazah
Dimensi Mutu	Akses
Tujuan	Tersedianya pelayanan ambulance/kereta jenazah yang dapat diakses setiap waktu oleh pasien/keluarga pasien yang membutuhkan.
Definisi Operasional	Waktu pelayanan ambulance/kereta jenazah adalah ketersediaan waktu penyediaan ambulance/kereta jenazah untuk memenuhi kebutuhan pasien/keluarga pasien
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap bulan
Periode Analisa	Tiga bulan sekali
Numerator	Total waktu buka (dalam jam) pelayanan ambulance dalam satu bulan
Denominator	Jumlah hari dalam bulan tersebut
Sumber Data	Instalasi gawat darurat
Standar	24 jam
Penanggung jawab pengumpulan data	Penanggungjawab ambulance/kereta jenazah

2. Waktu pelayanan ambulance/kereta jenazah

Judul	Kecepatan memberikan pelayanan ambulance/kereta jenazah di rumah sakit
Dimensi Mutu	Kenyamanan, keselamatan

Tujuan	Tergambarnya ketanggapan rumah sakit dalam menyediakan kebutuhan pasien akan ambulance/kereta jenazah
Definisi Operasional	Kecepatan memberikan pelayanan ambulance/kereta jenazah adalah waktu yang dibutuhkan mulai permintaan ambulance/kereta jenazah diajukan oleh pasien/keluarga pasien di rumah sakit sampai tersedianya ambulance/kereta jenazah. Maksimal 30 menit
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah penyediaan ambulance/kereta jenazah yang tepat waktu dalam 1 bulan
Denominator	Jumlah seluruh permintaan ambulance/kereta jenazah dalam satu bulan
Sumber Data	Catatan penggunaan ambulance/kereta jenazah
Standar	100%
Penanggung jawab pengumpulan data	Penanggungjawab ambulance/kereta jenazah

3. Response time pelayanan ambulance oleh masyarakat yang membutuhkan

Judul	Response time pelayanan ambulance oleh masyarakat yang membutuhkan
Dimensi Mutu	

Tujuan	
Definisi Operasional	
Frekuensi Pengumpulan Data	
Periode Analisa	
Numerator	
Denominator	
Sumber Data	
Standar	
Penanggung jawab pengumpulan data	

XVIII. PEMULASARAAN JENAZAH

1. Waktu tanggap pelayanan pemulasaraan jenazah

Judul	Waktu tanggap pelayanan pemulasaraan jenazah
Dimensi Mutu	Kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya kepedulian rumah sakit terhadap kebutuhan pasien akan pemulasaraan jenazah.
Definisi Operasional	Waktu tanggap pelayanan pemulasaraan jenazah adalah waktu yang dibutuhkan mulai pasien dinyatakan meninggal sampai dengan

	jenazah mulai ditangani oleh petugas.
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Total kumulatif waktu pelayanan pemulasaraan jenazah pasien yang diamati dalam satu bulan
Denominator	Total pasien yang diamati dalam satu bulan
Sumber Data	Hasil pengamatan
Standar	< 2 jam
Penanggung jawab pengumpulan data	Kepala instalasi pemulasaraan jenazah

XIX. PELAYANAN PEMELIHARAAN SARANA RUMAH SAKIT

1. Kecepatan waktu menanggapi kerusakan alat

Judul	Kecepatan waktu menanggapi kerusakan alat
Dimensi Mutu	Efektivitas, efisiensi, kesinambungan pelayanan
Tujuan	Tergambarnya kecepatan dan ketanggapan dalam pemeliharaan alat
Definisi Operasional	Kecepatan waktu menanggapi alat yang rusak adalah waktu yang dibutuhkan mulai laporan alat rusak diterima sampai dengan petugas melakukapemeriksaan terhadap alat yang

	rusak untuk tindak lanjut perbaikan, maksimal dalam waktu 15 menit harus sudah ditanggapi.
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah laporan kerusakan alat yang ditanggapi kurang atau sama dengan 15 menit dalam satu bulan.
Denominator	Jumlah seluruh laporan kerusakan alat dalam satu bulan
Sumber Data	Catatan laporan kerusakan alat
Standar	> 80 %
Penanggung jawab pengumpulan data	Kepala IPRS

2. Ketepatan waktu pemeliharaan alat

Judul	Ketepatan waktu pemeliharaan alat
Dimensi Mutu	Efektivitas, efisiensi, kesinambungan pelayanan
Tujuan	Tergambarnya kecepatan dan ketanggapan dalam pemeliharaan alat
Definisi Operasional	Waktu pemeliharaan alat adalah waktu yang menunjukkan periode pemeliharaan/service untuk tiap-tiap alat sesuai ketentuan yang berlaku.
Frekuensi	1 bulan

Pengumpulan Data	
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah alat yang dilakukan pemeliharaan (service) tepat waktu dalam satu bulan
Denominator	Jumlah seluruh alat yang seharusnya dilakukan pemeliharaan dalam satu bulan
Sumber Data	Register pemeliharaan alat
Standar	100%
Penanggung jawab pengumpulan data	Kepala IPRS

3. Peralatan Laboratorium (dan alat ukur yang lain) yang terkalibrasi tepat waktu sesuai dengan ketentuan kalibrasi.

Judul	Peralatan Laboratorium (dan alat ukur yang lain) yang terkalibrasi tepatwaktu sesuai dengan ketentuan kalibrasi.
Dimensi Mutu	Keselamatan dan efektivitas
Tujuan	Tergambarnya akurasi pelayanan laboratorium
Definisi Operasional	Kalibrasi adalah pengujian kembali terhadap kelayakan peralatan laboratoriumoleh Balai Pengamanan Fasilitas Kesehatan (BPFK)
Frekuensi Pengumpulan Data	1 tahun
Periode Analisa	1 tahun
Numerator	Jumlah seluruh alat laboratorium yang

	dikalibrasi tepat waktu dalam satu tahun
Denominator	Jumlah alat laboratorium yang perlu dikalibrasi dalam 1 tahun
Sumber Data	Buku register
Standar	100%
Penanggung jawab pengumpulan data	Kepala Instalasi Laboratorium

XX. PELAYANAN LAUNDRY

1. Tidak adanya kejadian linen yang hilang.

Judul	Tidak adanya kejadian linen yang hilang
Dimensi Mutu	Efisiensi dan efektifitas
Tujuan	Tergambarnya pengendalian dan mutu pelayanan laundry
Definisi Operasional	Tidak ada
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	1 bulan
Numerator	Jumlah linen yang dihitung dalam 4 hari sampling dalam satu tahun
Denominator	Jumlah linen yang seharusnya ada pada hari sampling tersebut
Sumber Data	Survey

Standar	100%
Penanggung jawab pengumpulan data	Kepala Instalasi Laundry

2. Ketepatan waktu penyediaan linen untuk ruang rawat inap

Judul	Ketepatan waktu penyediaan linen untuk ruang rawat inap
Dimensi Mutu	Efisiensi dan efektifitas
Tujuan	Tergambarnya pengendalian dan mutu pelayanan laundry
Definisi Operasional	Ketepatan waktu penyediaan linen adalah ketepatan penyediaan linen sesuaidengan ketentuan waktu yang ditetapkan
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	1 bulan
Numerator	Jumlah hari dalam satu bulan dengan penyediaan linen tepat waktu
Denominator	Jumlah hari dalam satu bulan
Sumber Data	Survey
Standar	100%
Penanggung jawab pengumpulan data	Kepala Instalasi Laundry

XXI. PENCEGAHAN PENGENDALIAN INFEKSI

1. Tim PPI

Judul	Tersedianya anggota Tim PPI yang terlatih
Dimensi Mutu	Kompetensi teknis
Tujuan	Tersedianya anggota Tim PPI yang kompeten untuk melaksanakan tugas-tugas Tim PPI
Definisi Operasional	Adalah anggota Tim PPI yang telah mengikuti pendidikan dan pelatihan dasar dan lanjut PPI
Frekuensi Pengumpulan Data	Tiap 3 bulan
Periode Analisa	Tiap 1 bulan
Numerator	Jumlah anggota tim PPI yang sudah terlatih
Denominator	Jumlah anggota Tim PPI
Sumber Data	Kepegawaian
Standar	75%
Penanggung jawab pengumpulan data	Ketua Komite PPI

2. Koordinasi APD

Judul	Tersedianya APD (Alat Pelindung Diri)
Dimensi Mutu	Mutu pelayanan, keamanan pasien, petugas dan pengunjung
Tujuan	Tersedianya APD di setiap instalasi RS
Definisi	Alat terstandar yang berguna untuk

Operasional	melindungi tubuh, tenagakesehatan, pasien atau pengunjung dari penularan penyakit di RS seperti masker, sarung tangan karet, penutup kepala, sepatu boot dan gaun
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap hari
Periode Analisa	1 bulan
Numerator	Jumlah instalasi yang menyediakan APD
Denominator	Jumlah instalasi di rumah sakit
Sumber Data	Survey
Standar	75%
Penanggung jawab pengumpulan data	Tim PPI

3. Kegiatan pencatatan dan pelaporan infeksi nosokomial di rumah sakit

Judul	Terlaksananya kegiatan pencatatan dan pelaporan infeksi nosokomial di rumah sakit
Dimensi Mutu	Keamanan pasien, petugas dan pengunjung
Tujuan	Tersedianya data pencatatan dan pelaporan infeksi di RS
Definisi Operasional	Kegiatan pengamatan faktor resiko infeksi nosokomial, pengumpul data (cek list) pada instalasi yang tersedia di RS, minimal 1 parameter (ILO, ILI, VAP, ISK)
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap hari

Periode Analisa	1 bulan
Numerator	Jumlah instalasi yang melakukan pencatatan dan pelaporan
Denominator	Jumlah instalasi yang tersedia
Sumber Data	Survey
Standar	75%
Penanggung jawab pengumpulan data	Tim PPI RS

Keterangan :

ILO : Infeksi Luka Operasi

ILI : Infeksi Luka Infus

VAP : Ventilator Associated Pneumonie

ISK : Infeksi Saluran Kemih

MASUKAN TENTANG PENATALAKSAAAN TUBERCULOSIS (TB) DI RS

No.	Jenis Pelayanan	Indikator	Standar
1	Rawat jalan	a. Penegakan diagnosis TB melalui pemeriksaan mikroskopis TB	60%
		b. Terlaksananya kegiatan pencatatan dan	60%

		pelaporan TB di Rumah Sakit	
2	Rawat Inap	c. Penegakan diagnosis TB melalui pemeriksaan mikroskopis TB	60%
		d. Terlaksananya kegiatan pencatatan dan pelaporan TB di rumah sakit	60%

A. RAWAT JALAN

1. Kegiatan penegakan diagnosis Tuberculosis (TB)

Judul	Penegakan diagnosis TB melalui pemeriksaan mikroskopis TB
Dimensi Mutu	Efektivitas dan keselamatan
Tujuan	Terlaksananya diagnosis TB melalui pemeriksaan mikroskopis TB
Definisi Operasional	Penegakan diagnosis pasti TB melalui pemeriksaan mikroskopis pada pasien rawat jalan
Frekuensi Pengumpulan Data	3 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah penegakan diagnosis TB melalui pemeriksaan mikroskopis TB di RS dalam 3 bulan
Denominator	Jumlah penegakan diagnosis TB di RS dalam 3 bulan

Sumber Data	Rekam medik
Standar	60%
Penanggung jawab	Kepala Instalasi Rawat Jalan

2. Kegiatan pencatatan dan pelaporan (TB) di RS

Judul	Terlaksananya kegiatan pencatatan dan pelaporan (TB) di RS
Dimensi Mutu	Efektivitas
Tujuan	Tersedianya data pencatatan dan pelaporan TB di RS
Definisi Operasional	Pencatatan dan pelaporan semua pasien TB yang berobat rawat jalan ke RS.
Frekuensi Pengumpulan Data	3 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah seluruh pasien TB rawat jalan yang dicatat dan dilaporkan
Denominator	Seluruh kasus TB rawat jalan di RS
Sumber Data	Rekam medik
Standar	60%
Penanggung jawab	epala Instalasi Rawat Jalan

B. RAWAT INAP

1. Kegiatan pencatatan dan pelaporan (TB) di RS

Judul	Terlaksananya kegiatan pencatatan dan
-------	---------------------------------------

	pelaporan (TB) di RS
Dimensi Mutu	Efektivitas
Tujuan	Tersedianya data pencatatan dan pelaporan TB di RS
Definisi Operasional	Pencatatan dan pelaporan semua pasien TB yang berobat rawat jalan ke RS.
Frekuensi Pengumpulan Data	3 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah penegakan diagnosis TB melalui pemeriksaan mikroskopis TB dalam 3 minggu
Denominator	Jumlah penegakan diagnosis TB dalam 3 bulan
Sumber Data	Rekam medik
Standar	60%
Penanggung jawab	Kepala Instalasi Rawat inap

2. Kegiatan pencatatan dan pelaporan Tuberculosis (TB) di RS

Judul	Terlaksananya kegiatan pencatatan dan pelaporan Tuberculosis(TB) di RS
Dimensi Mutu	Efektivitas
Tujuan	Tersedianya data pencatatan dan pelaporan TB di RS
Definisi Operasional	Pencatatan dan pelaporan semua pasien TB yang berobat rawat inap ke RS
Frekuensi Pengumpulan Data	3 bulan

Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah seluruh pasien TB rawat inap yang dicatat dan dilaporkan
Denominator	Seluruh kasus TB rawat inap di RS
Sumber Data	Rekam medik
Standar	60%
Penanggung jawab	Kepala Instalasi Rawat Jalan

WALIKOTA BEKASI

(.....)





Wanita berhijab biru

Pria kuning

KOMISI IV

Panasonic

Panaboard

Penyusunan NA dan Raperda Standar Pelayanan Minimal Kesehatan Kota Bekasi

Agustus 2022





BAPEMPERDA DPRD KOTA BEKASI

Bapemperda mempunyai tugas dan wewenang:

- Menyusun rancangan program pembentukan Perda yang memuat daftar urut rancangan Perda berdasarkan skala prioritas pembentukan rancangan Perda disertai alasan untuk setiap tahun anggaran di lingkungan DPRD.
- Mengkoordinasikan penyusunan program pembentukan Perda antara DPRD dan Pemerintah Daerah.
- Menyiapkan rancangan Perda yang berasal dari DPRD yang merupakan usulan Bapemperda berdasarkan program prioritas yang telah ditetapkan.
- Melakukan pengharmonisasian, pembulatan, dan pemantapan konsep rancangan Perda yang diajukan anggota, komisi, atau gabungan komisi sebelum rancangan Perda disampaikan kepada Pimpinan DPRD.
- Mengikuti pembahasan rancangan Perda yang diajukan oleh DPRD dan Pemerintah Daerah.
- Memberikan pertimbangan terhadap usulan penyusunan rancangan Perda yang diajukan oleh DPRD dan Pemerintah Daerah diluar program pembentukan perda.
- Memberikan pertimbangan kepada Pimpinan DPRD terhadap rancangan Perda yang berasal dari Pemerintah Daerah.
- Mengikuti perkembangan dan melakukan evaluasi terhadap pembahasan materi musun rancangan Perda melalui koordinasi dengan komisi dan atau panitia khusus.
- Memberikan masukan kepada Pimpinan DPRD atas rancangan Perda yang diajukan oleh Badan Musyawarah.
- Melakukan kajian Perda dan evaluasi terhadap Perda dan Perwal.
- Melakukan pengawasan terhadap efektifitas pelaksanaan Perda, Perwal dan pelaksanaan peraturan perundang-undangan yang lain, sebagaimana yang dimaksud dalam Pasal 21 ayat (3).
- Melakukan penyempurnaan terhadap Raperda yang telah dievaluasi oleh Gubernur diluar Raperda RAPBD dan RAPBD Perubahan, dan membuat laporan kinerja pada masa akhir keanggotaan DPRD dan mengimplementasikan permasalahan dalam pembentukan Perda sebagai bahan bagi komisi dan panitia berikutnya.

 KETUA	 WAKIL KETUA	 WAKIL KETUA
 ANGGOTA	 ANGGOTA	 ANGGOTA
 ANGGOTA	 ANGGOTA	 ANGGOTA
 ANGGOTA	 ANGGOTA	 ANGGOTA
 ANGGOTA	 ANGGOTA	 ANGGOTA
 ANGGOTA	 ANGGOTA	 ANGGOTA

1210270297 01
12020131029
DPRD

1210270297 01
12020131029
DPRD



Penyusunan NA dan Raperda Standar Pelayanan Minimal Kesehatan Kota Bekasi

Bekasi, 11 agustus 2022

Naskah Akademik

- Bab 1. Pendahuluan : Latar Belakang. Tujuan dan Manfaat, Metode Pekerjaan
- Bab 2. Kajian Teoritis dan Empiris
- Bab 3. Evaluasi dan Analisis Perundang-undangan terkait
- Bab 4. Landasan Filosofis, sosiologis dan Yuridis
- Bab 5. Jangkauan, Arah, Pengaturan, dan Ruang Lingkup Materi Muatan
- Bab 6. Penutup

Latar Belakang

Amanat

UU No. 36 Tentang Kesehatan

Pemerintah Daerah

Penyelenggaraan Layanan Kesehatan

- *memelihara*
- *meningkatkan*
- *mencegah*
- *menyembuhkan*
- memulihkan Kesehatan*

Misi ke-4

Dibutuhkan pedoman/acuan/standar

Meningkatkan dan mengembangkan kualitas kehidupan masyarakat yang berpengetahuan, sehat, berakhlak mulia, kreatif dan inovatif

Permasalahan

1. Penyediaan dan pemberian layanan Kesehatan merupakan tanggung jawab pemerintah dardan untuk memenuhi kebutuhan Kesehatan baik perorangan ataupun Kesehatan masyarakat sehingga dapat meningkatkan produktivitas dan kesejahteraan bagi masyarakat.
2. Sejak diundangkan Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan, Pemerintah Kota Bekasi belum memiliki Peraturan Daerah yang mengatur tentang layanan Kesehatan. Hal ini tentunya menghambat bagi Pemerintah Kota Bekasi terkait legalitas penyelenggaraan layanan kesehatan,
3. Belum ada regulasi khusus dalam bentuk Perda terkait dengan Standar Pelayanan Minimal Kesehatan di Kota Bekasi. Sehingga pelayanan kesehatan dasar bagi warga Kota Bekasi belum optimal.
4. Keterbatasan anggaran Pemerintah Kota Bekasi khususnya untuk meningkatkan tipe RSUD dari D ke C.Hal ini juga mempengaruhi kualitas pelayanan kesehatan bagi masyarakat.

Tujuan

1. Menemukan dan merumuskan persoalan-persoalan yang dihadapi oleh Pemerintah Kota Bekasi yang berkaitan dengan layanan kesehatan sebagai konsekuensi diundangkannya Undang-Undang Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan dan berlakunya beberapa regulasi yang berkaitan dengan layanan kesehatan serta bagaimana persoalan-persoalan tersebut dapat diselesaikan melalui regulasi yang ada;
2. Merumuskan permasalahan yang terkait dengan layanan kesehatan di Kota Bekasi untuk menyusun Peraturan Daerah sebagai dasar hukum penyelesaian persoalan-persoalan tersebut;
3. Merumuskan pertimbangan filosofis, sosiologis, dan yuridis dalam penyusunan Raperda;
4. Merumuskan sasaran yang akan diwujudkan, ruang lingkup pengaturan, jangkauan dan arah pengaturan dalam Raperda.

Manfaat

Memberikan dasar akademik dalam melakukan penyusunan peraturan daerah yang mengatur tentang layanan kesehatan sebagai konsekuensi berlakunya perundang-undangan yang berkaitan dengan penyelenggaraan layanan kesehatan baik peraturan tingkat pusat maupun peraturan tingkat daerah.

Metode Pekerjaan

Jenis Penelitian

1. Pembentukan Hukum (*Law Making*)
2. Penerapan Hukum (*Law Application*)

Alat Analisis

1. inventarisasi dan sistematisasi norma
2. analisis data dengan melakukan eksplikasi
3. preskripsi terhadap perumusan TSLP
4. pengkajian pendapat ahli dan pihak berkompeten dalam FGD

Pengumpulan Data

1. Bahan hukum Primer
2. Bahan hukum Sekunder

Bahan Hukum Primer

1. Undang Undang Dasar 1945;
2. Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional
3. Undang-Undang Nomor 25 Tahun 2009 tentang Pelayanan Publik
4. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan
5. Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit
6. Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial
7. Undang-Undang Nomor 18 Tahun 2014 tentang Kesehatan Jiwa
8. Undang-undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah
9. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2014 tentang Tenaga Kesehatan
10. Peraturan Pemerintah Nomor 46 Tahun 2014 tentang Sistem Informasi Kesehatan
11. Peraturan Pemerintah Nomor 49 Tahun 2013 tentang Badan Pengawas Rumah Sakit
12. Peraturan Pemerintah Nomor 103 Tahun 2014 tentang Pelayanan Kesehatan Tradisional
13. Peraturan Pemerintah Nomor 47 Tahun 2016 tentang Fasilitas Pelayanan Kesehatan
14. Peraturan Presiden Nomor 72 Tahun 2012 tentang Sistem Kesehatan Nasional
15. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 001 Tahun 2012 tentang Sistem Rujukan Pelayanan Kesehatan Perorangan
16. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 56 Tahun 2014 tentang Klasifikasi dan Perizinan Rumah Sakit
17. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 19 Tahun 2016 tentang Sistem Penanggulangan Gawat Darurat Terpadu
18. Peraturan Pemerintah Nomor 2 Tahun 2018 tentang Standar Pelayanan Minimal
19. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 4 Tahun 2019 Tentang Standar Teknis Pemenuhan Mutu Pelayanan Dasar Pada Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan;
20. Peraturan Wali Kota Bekasi Nomor 81 Tahun 2019 Tentang Standar Pelayanan Minimal Di Lingkungan Pemerintah Kota Bekasi;

Bahan Hukum Sekunder

- Pustaka,
- Hasil Penelitian,
- Tulisan Ilmiah
- Data Instansi Pemerintah Daerah dan Pusat;

Kajian Teoritis

Pelayanan Kesehatan

- Pelayanan Kesehatan Primer (perorangan, masyarakat)
- Pelayanan Kesehatan Sekunder (perorangan, masyarakat)
- Pelayanan Kesehatan Tersier

Lingkup Layanan

- Praktik Layanan
- Fasilitas (sarana prasarana, pembiayaan, teknologi, SDM Kesehatan, rujukan)
- Penelitian dan pengembangan (pada UK tersier)

SPM Kesehatan

- Sebagai acuan/pedoman penyediaan layanan kesehatan
- Sebagai dasar penentuan belanja daerah seperti yang ditetapkan dalam SPM
- Sinergi SPM (promotif dan preventif) dan JKN (kuratif dan rehabilitatif) : alokasi pembiayaan JKN

Layanan Bidang Kesehatan

1. Setiap ibu hamil mendapatkan pelayanan antenatal sesuai standar;
2. Setiap ibu bersalin mendapatkan pelayanan persalinan sesuai standar;
3. Setiap bayi baru lahir mendapatkan pelayanan kesehatan sesuai standar;
4. Setiap balita mendapatkan pelayanan kesehatan sesuai standar;
5. Setiap anak pada usia pendidikan dasar mendapatkan skrining kesehatan sesuai standar;
6. Setiap warga negara Indonesia usia 15 s.d. 59 tahun mendapatkan skrining kesehatan sesuai standar;
7. Setiap warga negara Indonesia usia 60 tahun ke atas mendapatkan skrining kesehatan sesuai standar;
8. Setiap penderita hipertensi mendapatkan pelayanan kesehatan sesuai standar;
9. Setiap penderita Diabetes Melitus mendapatkan pelayanan kesehatan sesuai standar;
10. Setiap orang dengan gangguan jiwa (ODGJ) mendapatkan pelayanan kesehatan sesuai standar;
11. Setiap orang dengan TB mendapatkan pelayanan TB sesuai standar; dan
12. Setiap orang berisiko terinfeksi HIV (ibu hamil, pasien TB, pasien IMS, waria/transgender, pengguna napza, dan warga binaan lembaga pemasyarakatan) mendapatkan pemeriksaan HIV sesuai standar.

Kajian Terhadap Asas / Prinsip Yang Terkait Dengan Penyusunan Norma

- *Penyusunan peraturan perundang-undangan secara formal telah diatur dalam Undang-Undang Nomor 12 Tahun 2011 tentang Pedoman Penyusunan Peraturan Perundang-undangan*
- *Materi muatan peraturan perundang-undangan harus menerminkan asas : Pengayoman, Kemanusiaan, Kebangsaan, Kekeluargaan, Kenusantaraan, Bhineka Tinggal Ika, Keadilan, Kesamaan kedudukan dalam hukum dan pemerintahan, Ketertiban dan kepastian hukum dan/atau Keseimbangan, kserasian dan keselarasan*
- *Prinsip dasar/asas pembentukan Peraturan Perundang-undangan yang baik, meliputi: Kejelasan tujuan, Kelembagaan, Kesesuaian antara jenis, hierarki, dan materi muatan Peraturan Perundang-undangan, Dapat dilaksanakan, Kedayagunaan dan kehasilgunaan, Kejelasan rumusan, dan Keterbukaan*

Secara khusus dalam perda yang akan disusun ini pelaksanaan layanan kesehatan berdasarkan asas :

1. Kepastian hukum
2. Kepentingan umum
3. Non diskriminasi
4. Kepatuhan pada hukum dan etika bisnis
5. Kebersamaan;
6. Partisipatif dan aspiratif
7. Keterbukaan
8. Berkelanjutan
9. Berwawasan lingkungan
10. Keseimbangan kemajuan dan kesatuan ekonomi nasional

Kajian Terhadap Praktik Penyelenggaraan, Kondisi yang ada, serta permasalahan yang dihadapi

Tabel 1. Tabel Rasio Puskesmas per 30.000 penduduk tahun 2014-2019

	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Rasio per 30.000 penduduk	2.86	2.94	2.22	2.28	2.34	2.39

Tabel 2. Hasil Akreditasi Puskesmas Kota Bekasi

	Dasar	Madya	Utama	Paripurna
Jumlah Puskesmas	1	23	3	1

Tabel 3. Tipe Kelas Rumah Sakit di Kota Bekasi tahun 2019

	Tipe D	Tipe C	Tipe B	Tipe A
Jumlah	9	29	8	-
Prosentase Tipe RS	19,57%	63,04%	17,39%	-

Tabel 4. Tenaga Kesehatan di Puskesmas Kota Bekasi Tahun 2019

No	Jenis Tenaga	Puskesmas	Rumah Sakit
1	Dokter Spesialis	1	973
2	Dokter Umum	139	333
3	Dokter Gigi	74	98
4	Dokter Gigi Spesialis	0	89
5	Bidan	314	421
6	Perawat Umum	218	2514
7	Perawat Gigi	43	38
8	Teknis Kefarmasian	37	392
9	Apoteker	25	166
10	Kesehatan Masyarakat	13	10
11	Kesehatan Lingkungan	31	22
12	Gizi	37	61
13	Ahli Laboratorium Medik	37	153

Kajian terhadap Implikasi Penerapan Sistem

Aspek Strategi Pelayanan Umum

1. Konsep pelayanan (service concept), yang ini berkaitan dengan paket pelayanan yang akan diberikan.
2. Desain sistem pemberian pelayanan, hal ini berkaitan dengan bagaimana men-delivery konsep layanan yang ada;
3. Target pasar, pasien, atau konsumen, siapa yang menjadi pelanggan.

Sistem Pemberian Pelayanan

- a. Budaya layanan berkaitan dengan kebiasaan, visi misi, dan nilai dalam suatu organisasi.
- b. Keterlibatan karyawan berkaitan dengan sikap dan perilaku karyawan.
- c. Kualitas layanan mencakup strategi dan proses.
- d. Sistem manajemen kinerja dan pengalaman customer berkaitan dengan persepsi dan faktor konsumen mempengaruhi terhadap pemilihan layanan.

EVALUASI DAN ANALISIS PERUNDANG UNDANGAN TERKAIT

**PRAKTIK SPM
KESEHATAN**



**ISU KESEHATAN
PRIORITAS**



- Angka Kematian Ibu/AKI- Angka Kematian Neonatal/AKN,
- Penyakit Tidak Menular (PTM),
- Stunting,
- Imunisasi,
- Tuberkulosis (TB),
- Digital health/e-health,
- Kesiapan menghadapi bencana (pra dan pasca),
- Pengelolaan Sumber Daya Manusia (SDM) dan obat,
- Jaminan Kesehatan Nasional/JKN (Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama/FKTP dan Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjut/FKRTL), dan
- Community engagement.

Analisis Perundangan Terkait

- **Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan**
- **Undang-Undang Nomor 25 Tahun 2009 tentang Pelayanan Publik**
- **Peraturan Pemerintah Nomor 2 Tahun 2018 tentang Standar Pelayanan Minimal**
- **Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 4 Tahun 2019 Tentang Standar Teknis Pemenuhan Mutu Pelayanan Dasar Pada Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan**
- **Peraturan Wali Kota Bekasi Nomor 81 Tahun 2019 tentang standar pelayanan minimal di lingkungan pemerintah Kota Bekasi**

LANDASAN FILOSOFIS

Landasan filosofis merupakan pertimbangan atau alasan yang menggambarkan bahwa peraturan yang dibentuk mempertimbangkan pandangan hidup, kesadaran, dan cita-cita hukum yang meliputi suasana kebatinan serta falsafah bangsa, khususnya masyarakat Kota Bekasi. Dalam Penyusunan NA/Raperda Standar Pelayanan Minimal Kesehatan berlandaskan pembukaan Undang-Undang Dasar 1945 dan Pancasila

Landasan Sosiologis

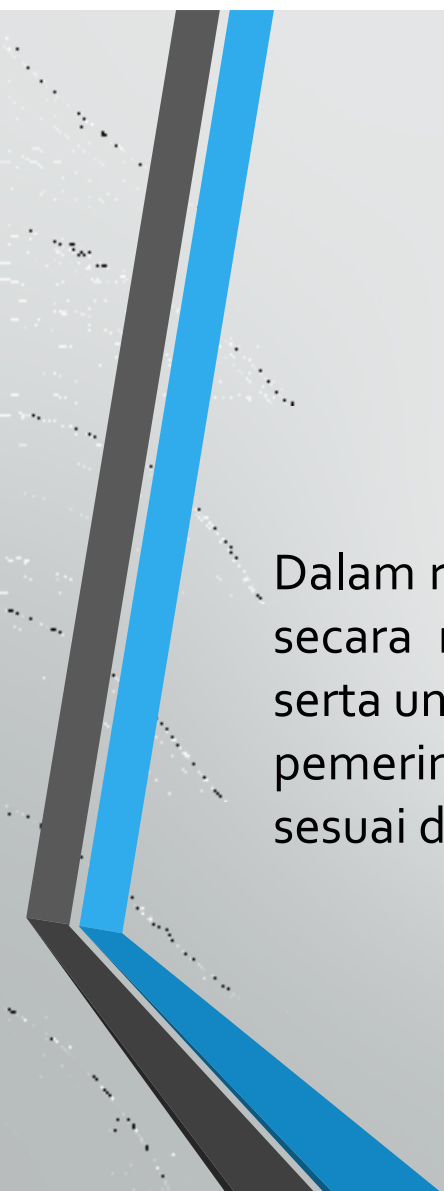
Dalam mempelajari pelayanan kesehatan dapat dilakukan dengan menggunakan teori atau perspektif sosiologi. Perspektif atau teori sosiologi yang digunakan dalam menganalisis penelitian ini berdasar pada teori fungsional-struktural. Teori fungsional-struktural merupakan teori sosiologi yang berdasar pada unsur-unsur sosiologi dan budaya yang saling berhubungan secara fungsional dan menekankan gejala sosial budaya pada struktur yang mencakup perangkat atau aturan-aturan. Teori fungsional-struktural mengamati bentuk struktur dan fungsi dalam suatu masyarakat sehingga dapat melihat bagaimana suatu masyarakat itu berubah atau mapan melalui setiap unsurnya yang saling berkaitan, dan dinamik untuk memenuhi kebutuhan individu.

Landasan Yuridis

Pasal 28 H ayat (1) Amandemen UUD 1945 menyebutkan bahwa: "setiap orang berhak hidup sejahtera lahir dan batin, bertempat tinggal dan mendapatkan lingkungan hidup yang baik dan sehat serta berhak memperoleh pelayanan kesehatan". Pasal 34 ayat (3): "Negara bertanggungjawab atas penyediaan fasilitas pelayanan kesehatan dan fasilitas pelayanan umum yang layak". Pasal 28 H ayat (2) Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945 menentukan bahwa "Setiap orang berhak mendapat kemudahan dan perlakuan khusus untuk memperoleh kesempatan dan manfaat yang sama guna mencapai persamaan dan keadilan".

Jangkauan

- Jangkauan pengaturan Raperda Standar Pelayanan Minimal (SPM) Kesehatan adalah berupaya memberikan payung hukum yang jelas terhadap pelayanan kesehatan yang berada di Kota Bekasi yang sekaligus memberikan kepastian hukum atas peran pemerintah daerah.
- Penyusunan Naskah Akademik ini akan mewujudkan sebuah Raperda tentang Standar Pelayanan Minimal (SPM) Kesehatan di Kota Bekasi, sehingga kegiatan ini merupakan sebuah upaya bagi Pemerintah Kota Bekasi untuk lebih meningkatkan fungsi dalam melayani masyarakat dalam bidang kesehatan.



Arah Pengaturan

Dalam rangka menjamin akses dan mutu pelayanan dasar kepada masyarakat secara merata dalam menyelenggarakan urusan wajib Pemerintah Daerah serta untuk mendorong partisipasi masyarakat dalam proses penyelenggaraan pemerintah daerah, diperlukan sistem penyelenggaraan kesehatan yang sesuai dengan standar pelayanan minimal kesehatan.

Materi Muatan

1. Ketentuan Umum
2. Maksud dan Tujuan
3. Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan
4. Sumber daya manusia
5. Pembiayaan
6. Penutup

Kesimpulan

Setidaknya ada tiga manfaat penting dalam aturan ini kedepannya :

Pertama, keberadaan Perda Tentang Standar Pelayanan Minimal Kesehatan menjadi penting untuk menjamin masyarakat Kota Bekasi mendapatkan pelayanan kesehatan dasar.

Kedua, pelaksanaan Standar Pelayanan Minimal Kesehatan juga akan berdampak peningkatan kinerja pemerintah daerah.

Ketiga, implementasi SPM akan memperkuat sisi promotif – preventif sehingga diharapkan akan ber-*impact* pada penurunan jumlah kasus kuratif yang harus ditanggung oleh Jaminan Kesehatan Nasional (JKN).



Terima Kasih