

ANALISIS PROSES PERENCANAAN DAN EVALUASI PELAKSANAAN STANDAR PELAYANAN MINIMAL INSTALASI GAWAT DARURAT DI RSUD DR. R. SOETIJONO BLORA

Sri Widi Astuti^{*)}, Septo Pawelas Arso^{**)}, Eka Yunila Fatmasari^{**)}

^{*)}Mahasiswa Peminatan Administrasi dan Kebijakan Kesehatan, FKM UNDIP Semarang

^{**)}Dosen Bagian Administrasi dan Kebijakan Kesehatan, FKM UNDIP Semarang
Email : sriwidiastuti409@gmail.com

Hospitals that have Public Service Board status must apply Minimum Service Standards in each service, one of which is emergency service. Emergency unit plays a major role in triage, resuscitation and stabilization. In 2016, 11.36% of total visits are EU visits and in the last three years have increased. The research aim to find out how the planning process and evaluation of implementation EU MSS in RSUD dr. R. Soetijono Blora based on the Indonesia Health Ministry Regulation No. 129 of 2008 because the existing MSS documents are not yet appropriate. This research was a qualitative research with observation and descriptive analytic approach. The data were collected through in-depth interviews and field observation. To then be analyzed using P1-P2-P3 theory. The result of the research is known that in the planning process, the MSS has not been prepared well according to the standard set because of pursuing PSB requirements. The implementation process is not yet optimal so that the MSS indicator listed in the District Government Regulation No. 5 of 2010 has not all been fulfilled. The patient mortality indicator is 0.25% (standard $\leq 0.2\%$), the indicator of ability of life saving has not been measured (standard 100%), the indicator of emergency service providers who are certified valid BLS/PPGD/GELS/ALS 75% (standard 100%) and the indicator of response time in emergency medical service 2.4 minutes which is the result of observation of the researchers (standard ≤ 5 minutes). This is due to the many obstacles in its implementation, such as the lack of competence of human resources, lack of infrastructure and bureaucratic complexity. As for the supervision process is still not running regularly and structured. Supervisors are less coordinated, leading to misunderstandings. To overcome this, it is necessary to update the EU MSS policy and to optimize socialization, clarify the jobdesc, preparatory training reports, and active checks on the unit.

Keyword : Emergency Unit, Minimum Service Standar, Planning process, Evaluation of implementation

Bibliography : 46 (1965-2017)

PENDAHULUAN

Sesuai Permendagri No. 61 tahun 2007, dinyatakan bahwa di era Badan Layanan Umum Daerah (BLUD), rumah sakit yang telah menyangand status BLUD harus memenuhi persyaratan yang telah ditentukan, salah satunya syarat

administratif berupa dokumen Standar Pelayanan Minimal (SPM).⁽¹⁾ Berdasarkan SK Bupati No. 900/741/2010 tanggal 12 Mei 2010 tentang Penetapan Status Pola Pengelolaan Keuangan BLUD (PPK BLUD) secara penuh Rumah Sakit Dr. R. Soetijono Blora ditetapkan

sebagai Badan Layanan Umum Daerah (BLUD).

Instalasi Gawat Darurat (IGD) Rumah Sakit memiliki peran utama dalam penanggulangan gawat darurat untuk melakukan triase, resusitasi dan stabilisasi.⁽²⁾ Masih adanya perbedaan pengertian gawat darurat antara masyarakat awam dengan petugas kesehatan menyebabkan lonjakan angka kunjungan ke pelayanan gawat darurat. Berdasarkan data Direktorat Jenderal Bina Pelayanan Medik Depkes, pada tahun 2007 jumlah rumah sakit di Indonesia sebanyak 1.319 yang terdiri atas 1.033 RSU dengan jumlah kunjungan ke RSU sebanyak 33.094.000, sementara data kunjungan ke IGD sebanyak 4.402.205 (13,3 % dari total seluruh kunjungan di RSU), dari jumlah seluruh kunjungan IGD terdapat 12,0 % berasal dari pasien rujukan.⁽³⁾ Data Kunjungan Pasien di RSUD dr. R. Soetijono Blora menunjukkan bahwa jumlah kunjungan di IGD sebanyak 11.335 (11,36%) dari total seluruh kunjungan rumah sakit sebanyak 48.056 pada tahun 2016 dan dalam tiga tahun terakhir mengalami kenaikan jumlah kunjungan.⁽⁴⁾

Sedangkan SPM IGD di RSUD Dr. R. Soetijono Blora berdasarkan Peraturan Bupati No. 5 Tahun 2010, hanya mengadopsi empat indikator saja dari delapan indikator yang tercantum di Kepmenkes No. 129 Tahun 2008, yaitu kemampuan menangani *life saving* 100%, waktu tanggap pelayanan dokter ≤ 5 menit, kematian pasien $\leq 0,5\%$, dan pemberi pelayanan gawat darurat yang bersertifikat BLS / PPGD / GELS / ALS yang masih berlaku 100%.⁽⁵⁾⁽⁶⁾ Hal ini berarti dari awal perencanaan dalam perumusan SPM IGD sudah tidak sesuai dengan

Kepmenkes yang berdampak pada capaian per indikator yang belum terpenuhi.

METODE PENELITIAN

Penelitian ini merupakan penelitian deskriptif kualitatif dengan pendekatan observasional dan wawancara mendalam. Subyek penelitian terdiri dari informan utama, yaitu Kepala Ruang dan Kepala Instalasi Gawat Darurat serta informan triangulasi, yaitu Kepala Bidang Pelayanan Medis, Kepala KMKP, Kepala PI dan pasien / keluarga penunggu pasien IGD yang dipilih menggunakan metode *purposive sampling*, yaitu menentukan atau menunjuk subyek penelitian sesuai keinginan atau kebutuhan penelitian. Validitas data dilakukan dengan teknik triangulasi sumber dan metode.

HASIL DAN PEMBAHASAN

1. Proses perencanaan

Dalam perencanaan terdapat 3 aspek pokok yang harus diperhatikan, meliputi hasil dari pekerjaan perencanaan (*outcome of planning*), perangkat organisasi yang dipergunakan untuk melakukan pekerjaan (*mechanic of planning*) serta proses atau langkah-langkah melakukan pekerjaan perencanaan (*process of planning*).⁽⁷⁾

Proses penyusunan SPM IGD di RSUD dr. R. Soetijono Blora dilaksanakan bersamaan dengan penyusunan SPM rumah sakit keseluruhan. Untuk SPM IGD sendiri diwakili oleh Kepala Ruang IGD, Kepala IGD beserta Kepala Bidang Pelayanan Medis sebagai ketua tim penyusun. Sebelum diadakannya rapat tersebut, terlebih dahulu ada pelatihan penyusunan SPM yang

diwakilkan oleh beberapa orang. Setelah itu baru dibentuk tim untuk kemudian diadakan rapat. Melalui rapat tersebut, muncullah rumusan SPM RS untuk kemudian disetujui oleh Direktur dan disahkan oleh Kepala Daerah dalam Perbup No. 5 Tahun 2010. Tentunya rumusan SPM tersebut mengacu pada Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 129 Tahun 2008 tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit. Tetapi untuk SPM IGD sendiri, hasil dari penyusunan tersebut tidak sesuai dengan panduan dari Kepmenkes No. 129 Tahun 2008, yaitu yang seharusnya terdiri dari 8 indikator tetapi hanya 4 indikator saja yang diadopsi.

Dapat disimpulkan bahwa proses perencanaan SPM IGD di RSUD dr. R. Soetijono Blora belum berjalan dengan baik dan tidak sesuai dengan ketentuan Kepmenkes No. 129 Tahun 2008 karena mengejar syarat BLUD.

2. Pelaksanaan pelayanan IGD sesuai dokumen SPM

a. Sosialisasi isi dokumen SPM

Sosialisasi di Instalasi Gawat Darurat RSUD dr. R. Soetijono Blora dilakukan oleh Kepala Ruang dan Kepala Instalasi hanya pada awal pelaksanaan disela-sela *briefing* dilengkapi dengan buku pedoman SPM beserta uraian pelaksanaan per indikator sebagai bahan bacaan. Tetapi dalam sosialisasi ini tidak dilakukan *pre test* dan *post test* atau uji lainnya untuk mengukur kedalaman pemahaman para staf terhadap informasi yang disampaikan. Sehingga pemahaman staf akan informasi tersebut tidak

diketahui seberapa baik dan pelaksanaan *jobdesc* tidak optimal.

b. Kesesuaian pelaksanaan dengan SPM

1. Kematian pasien

Indikator kematian pasien di IGD RSUD dr. R. Soetijono Blora berdasarkan catatan yang dimiliki Kepala Ruang IGD menyatakan bahwa pelaksanaannya belum sesuai dengan target yang ada di SPM IGD. Pada tahun 2016, kematian pasien yang terjadi di IGD sebesar 0,25%, masih di bawah target nasional yang seharusnya $\leq 0,2\%$. Sedangkan standar yang ditetapkan pada indikator kematian pasien di SPM IGD RSUD dr. R. Soetijono Blora, yaitu $\leq 0,5\%$ masih jauh di bawah standar minimal nasional yang dianjurkan.

Untuk pelaporan atau pengumpulan datanya sendiri, jika sesuai dengan uraian pelaksanaan yang tercantum dalam dokumen SPM IGD seharusnya tiga bulan sekali. Tetapi yang terjadi di lapangan tidak begitu. Itu pun masih belum diolah ke data komputer. Sedangkan pengiriman laporan dikirim jika diminta oleh Komite Mutu dan Keselamatan Pasien (KMKP).

2. Kemampuan *life saving*

Kemampuan *life saving* adalah upaya penyelamatan jiwa

manusia dengan urutan *Airway, Breath, Circulation*. Di RSUD dr. R. Soetijono Blora belum ada *tools-tools* yang digunakan untuk mengukur kemampuan *life saving* di IGD. Catatan yang tersedia hanya jumlah kunjungan perbulan di IGD. Berdasarkan informasi yang diperoleh selama penelitian, menurut persepsi informan indikator kemampuan *life saving* pasti sudah terpenuhi 100% karena secara logika dokter dan perawat yang bekerja di IGD sudah bersertifikat.

Dengan kata lain tidak ada data yang terukur dengan jelas tentang indikator kemampuan *life saving*.

3. Pemberi pelayanan bersertifikat BLS / PPGD / GELS / ALS yang masih berlaku

Dalam hal kegawatdaruratan, tenaga kesehatan yang melakukan pertolongan harus memiliki standar profesi sesuai dengan situasi gawat darurat saat itu.⁽⁸⁾ Baik kuantitas maupun kualitas yang dibuktikan dengan sertifikat BLS / PPGD / GELS / ALS.

Di RSUD dr. R. Soetijono Blora sendiri, terdapat 20 tenaga kesehatan baik dokter maupun perawat yang bertugas di IGD. Dari 20 tenaga kesehatan

tersebut, diketahui bahwa ada lima perawat yang sertifikat PPGDnya sudah kadaluwarsa. Sehingga dari standar minimal yang telah ditetapkan yaitu 100%, IGD RSUD dr. R. Soetijono Blora baru mencapai 75% saja.

Tindaklanjut yang dilakukan yaitu dengan melaporkan ke Bidang Pengembangan dan Informasi untuk diikutsertakan kedalam pelatihan yang ada karena pemantauan secara rutin tidak dilakukan hanya pengumpulanya berkas diawal penugasan saja.

4. Waktu tanggap pelayanann dokter

Standar waktu tanggap pelayanan dokter ini dihitung berdasarkan kecepatan pelayanan dokter maupun perawat di Instalasi Gawat Darurat, waktu ini dihitung dari saat pasien tiba di depan pintu rumah sakit sampai mendapat respon dari petugas instalasi gawat darurat dengan waktu pelayanan yang dibutuhkan pasien sampai selesai proses penanganan gawat darurat.⁽⁹⁾

Waktu tanggap pelayanan dokter di IGD RSUD dr. R. Soetijono Blora berdasarkan hasil pengamatan peneliti diketahui bahwa rata-rata waktu tanggap pelayanan dokter yaitu 2,4 menit. Hal ini berarti sudah memenuhi standar

minimal yang telah ditetapkan yaitu ≤ 5 menit. Meskipun begitu, masih ada beberapa pasien yang waktu tanggapnya lebih lama dari standar.

Untuk pencatatan waktunya sendiri masih belum rapih, sehingga menyulitkan dalam melakukan analisis datanya. Sebenarnya waktu tanggap pelayanan dokter sudah tercatat dalam lembar Asesmen Medis Pasien Gawat Darurat. Tetapi dalam pencatatannya terkadang masih ada yang kosong. Hal ini dikarenakan petugas enggan untuk urusan catat mencatat.

Untuk pelaporan atau pengumpulan data belum sesuai dengan prosedur yang seharusnya tiga bulan sekali. Masih dalam konteks jika diperlukan, maka akan dilaporkan.

5. Kepuasan pelanggan

Kepuasan pasien merupakan salah satu indikator dalam menilai mutu pelayanan yang diberikan suatu rumah sakit.⁽⁸⁾ Meskipun indikator kepuasan pelanggan tidak dicantumkan dalam dokumen SPM IGD tetapi indikator tersebut tetap dilaksanakan. Secara strategis dipertanggungjawabkan ke Kepala Bidang Pelayanan Medis tetapi secara teknis yang melaksanakan adalah

mahasiswa magang, *coas* atau *compre*.

Survei kepuasan pelanggan yang dilakukan mengacu pada Permenpan No. 25 Tahun 2004. Pelaksanaan dari survei kepuasan pelanggan di IGD tidak dilaksanakan secara rutin. Dilaksanakan jika sedang membutuhkan data dan ada mahasiswa magang. Untuk tahun 2016 sendiri berkas IKM terselip sehingga tidak diketahui secara pasti nilai kepuasan yang diperoleh.

c. Kendala/hambatan

Secara umum, masalah yang dihadapi dalam pelaksanaan SPM IGD yaitu pada SDM. Berdasarkan hasil wawancara menyatakan bahwa sejak mulai diterapkannya SPM IGD masih terdapat petugas atau pegawai yang masih belum paham sehingga pelaksanaannya belum memenuhi standar. Ditambah dengan kurang kompetensinya tenaga-tenaga kesehatan yang menjabat manajer saat itu ketika adanya proses perumusan. Sehingga belum cakap dalam merumuskan SPM IGD.

Hal lain yang menghambat pelaksanaan adalah kurangnya sarana prasana karena pengajuan perbaikan atau permintaan sarana prasana terkendala oleh birokrasi yang rumit. Serta pasifnya *feedback* yang diberikan oleh Direktur dan manajemen dalam

menanggapi evaluasi dari unit dan pelayanan.

Selain itu, kurang terariknya manajemen beserta jajaran dibawahnya dalam hal tulis menulis dan catat mencatat. Sehingga hal ini menjadi kendala bagi rumah sakit untuk melihat rekam jejak pelaksanaan kegiatan selama ini. Padahal hal tersebut dapat dijadikan bahan evaluasi untuk perbaikan ke depannya.

3. Evaluasi pelaksanaan

Pada dasarnya pengawasan merupakan sesuatu yang sangat esensial dalam kehidupan organisasi untuk menjaga agar kegiatan-kegiatan yang dijalankan tidak menyimpang dari rencana yang telah ditetapkan.

Fungsi pengawasan / penilaian ini bertujuan untuk mencegah penyimpangan (protektif), meluruskan penyimpangan (kuratif) dan membimbing pegawai agar tidak menyimpang (preventif).⁽⁷⁾

Aspek yang perlu diperhatikan dalam fungsi pengawasan / penilaian, meliputi : obyek, metode dan proses.⁽⁷⁾ Obyek pengawasan dalam pelaksanaan SPM IGD di RSUD dr. R. Soetijono Blora hanya fokus di hasil dari pelaksanaan perencanaan. Metode yang dipakai hanya pengamatan kasar atau belum terstruktur. Catatan yang dimiliki pun tidak lengkap dan kurang rapih sehingga menyulitkan proses evaluasi secara penelusuran dokumen. Hal ini yang juga menjadi masalah ketika ada audit dari BPKP yang menanyakan keberadaan berkas data atau

catatan yang dibutuhkan. Sedangkan untuk aspek proses, yang dimaksud yaitu adanya tahapan-tahapan penetapan standar, penentuan pengukuran, pengukuran hasil aktual, perbandingan hasil aktual dengan standar dan pengambilan tindakan koreksi. Di IGD RSUD dr. R. Soetijono Blora, tahapan-tahapan tersebut tidak dijalankan semestinya.

Untuk pelaksana evaluasi sendiri diserahkan kepada Kepala Bidang Pelayanan Medis dan Kepala Ruang/Instalasi. Sistemnya nanti koordinasi, dari Kepala Ruang diteruskan ke Kepala Instalasi untuk kemudian diberikan ke Kepala Bidang Pelayanan Medis. Sampai saat ini evaluasi belum ditujukan ke Komite Mutu dan Keselamatan Pasien (KMKP) karena KMKP baru terbentuk menjelang akreditasi sehingga masih dalam proses penyesuaian.

KESIMPULAN

1. Dalam proses perencanaan SPM IGD di RSUD dr. R. Soetijono Blora masih belum berjalan dengan baik dan dokumen SPM yang dihasilkan belum sesuai dengan standar yang telah ditetapkan dari Kepmenkes karena mengejar syarat BLUD, meski begitu di dalamnya telah diuraikan deskripsi pelaksanaannya per indikator yang tercantum.
2. Dalam pelaksanaan SPM IGD di RSUD dr. R. Soetijono Blora belum optimal, dilihat dari sosialisasi untuk pemenuhan SPM IGD yang masih kurang karena diawal pelaksanaan saja sehingga masih banyak petugas unit terkait yang belum paham

walaupun telah disediakan buku panduan.

3. Masih ada beberapa indikator pada SPM IGD di RSUD dr. R. Soetijono Blora yang belum terpenuhi bahkan target yang dirumuskan pun masih dibawah target nasional, yaitu kematian pasien dengan target $\leq 0,5\%$ (standar $\leq 0,2\%$) dan capainnya pun masih 0,25%, kemampuan *life saving* belum mempunyai catatan atau data pengukuran yang rapih (standar 100%) dan pemberi pelayanan yang bersertifikat BLS / PPGD / GELS / ALS yang masih berlaku belum terpenuhi, yakni baru 75% (standar 100%). Sedangkan indikator waktu tanggap pelayanan dokter, satu-satunya indikator yang memenuhi standar minimal, yaitu 2,4 menit meski hasil pengamatan peneliti (standar ≤ 5 menit). Indikator lain yang cukup penting yaitu kepuasan pelanggan. Meski sudah dijalankan tetapi pedoman pelaksanaanya masih perlu diperbarui sesuai ketentuan.
4. Kendala dalam pelaksanaan pemenuhan SPM IGD yaitu sumber daya manusia (SDM) yang belum paham, sarana prasarana kurang seperti tempat tidur, teknologi yang dipakai serta birokrasi yang rumit.
5. Pengawasan, pengendalian dan penilaian masih belum berjalan dengan baik, dilihat dari obyek yang diawasi belum keseluruhan hanya berfokus pada hasil/keluaran, metode yang dipakai belum terstruktur, tahapan dalam proses pengawasan tidak berjalan, frekuensi pengawasan belum rutin setiap bulan atau tiga bulan sekali, pelaporan pelaksanaan yang tidak teratur walaupun ada

buku panduannya dari Dinkes dan pelaksana pengawasan yang kurang koordinasi serta pasifnya *feedback* dari manajer tingkat atas terkait laporan, keluhan atau pengajuan solusi.

SARAN

Saran yang dapat diberikan kepada pihak RSUD dr. R. Soetijono Blora diantaranya adalah :

- a. Pembaruan terhadap kebijakan tentang SPM IGD yang sesuai dengan Kepmenkes oleh Kepala Bidang Pelayanan Medis untuk kemudian disosialisasikan kembali ke semua staf IGD secara jelas, rinci dan tegas.
- b. Perlu diperjelas kembali uraian tugas masing-masing karyawan / pegawai sehingga paham akan setiap tanggungjawab yang diembannya dalam lembar *job description*.
- c. Menambah kotak kepuasan pelayanan / komentar / saran untuk membantu memantau kepuasan pelanggan yang tidak dapat dilakukan secara rutin serta memperbarui kuesioner kepuasan pelanggan yang sesuai pedoman yang ditentukan.
- d. Melatih staf tentang pembuatan laporan evaluasi dan memastikan pencatatannya secara rapih, rinci dan berkala sesuai ketentuan dari Dinkes.
- e. Komite mutu serta Kepala Bidang Pelayanan secara aktif melakukan inspeksi ke unit-unit sehingga pelaksanaan pelayanan dapat terpantau secara baik.

DAFTAR PUSTAKA

1. Republik Indonesia. Permendagri No. 61 Tahun 2007 tentang Pedoman Teknis Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum Daerah. Jakarta: Kementerian Dalam

- Negeri RI; 2007.
2. Supriyantoro. Peran Instalasi Gawat Darurat (IGD) dalam Hospital Disaster Plan [Internet]. 2012-05-31. [cited 2017 Jan 17]. Available from: <http://www.depkes.go.id/>
 3. Kementerian Kesehatan RI. Kepmenkes No. 856 Tahun 2009 tentang Standar Instalasi Gawat Darurat Rumah Sakit. 2009.
 4. Rekam Medik. Data Kunjungan Pasien RSUD dr. R. Soetijono Blora. 2016.
 5. Sekretaris Daerah Kabupaten Blora. Perbup No. 5 Tahun 2010 tentang Standar Pelayanan Minimal (SPM) Rumah Sakit dr. R. Soetijono Blora. 2010.
 6. Kementerian Kesehatan RI. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 129 Tahun 2008 tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit. 2008.
 7. Sulaeman ES. Manajemen Kesehatan. Teori dan Praktik di Puskesmas. Murti B, editor. Yogyakarta: Gadjah Mada University Press; 2009.
 8. Herkutanto. Aspek Medikolegal Pelayanan Gawat Darurat. *Majalah Kedokteran Indonesia*. 2007;40.
 9. Haryatun dan Sudaryanto. Perbedaan Waktu Tanggap Tindakan Keperawatan Pasien Cedera Kepala Kategori 1 – V di Instalasi Gawat Darurat RSUD dr. Moewardi. *Ber Ilmu Keperawatan*. 2008;l:69–74.