



BUPATI REMBANG

PERATURAN BUPATI REMBANG

NOMOR 7 TAHUN 2009

T E N T A N G

STANDAR PELAYANAN MINIMAL BADAN LAYANAN UMUM DAERAH PADA RUMAH SAKIT UMUM dr.R.SOETRASNO REMBANG

BUPATI REMBANG,

- Menimbang : a. bahwa Rumah Sakit sebagai salah satu sarana kesehatan yang memberikan pelayanan kesehatan kepada masyarakat memiliki peran yang sangat strategis dalam mempercepat peningkatan derajat kesehatan masyarakat, dituntut untuk memberikan pelayanan yang bermutu sesuai dengan standar yang ditetapkan dan dapat menjangkau seluruh lapisan masyarakat;
- b. bahwa dengan diterbitkannya Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor : 129 / MenKes / SK/ II / 2008 tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit maka perlu menyusun Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit yang wajib dimiliki Rumah Sakit;
- c. bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana dimaksud huruf a dan huruf b, menetapkan Peraturan Bupati tentang Standar Pelayanan Minimal Badan Layanan Umum Daerah pada Rumah Sakit Umum dr. R. Soetrasno Rembang.
- Mengingat : 1. Undang-Undang Nomor 13 Tahun 1950 tentang Pembentukan Daerah-daerah Kabupaten dalam Lingkungan Provinsi Jawa Tengah;
2. Undang-Undang Nomor 23 Tahun 1992 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 1992 Nomor 100, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 3495);
3. Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2003 tentang Keuangan Negara (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2003 Nomor 47, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4286);
4. Undang-Undang Nomor 1 Tahun 2004 tentang Perbendaharaan Negara (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 5, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4355);
5. Undang-Undang Nomor 10 Tahun 2004 tentang Pembentukan Peraturan Perundang-Undangan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 53, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4389);
6. Undang-Undang Nomor 32 Tahun 2004 tentang Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 125, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4437) sebagaimana telah beberapa kali diubah terakhir dengan Undang-Undang Nomor 12 Tahun 2008 tentang Perubahan Kedua Atas Undang-Undang Nomor 32 Tahun 2004

tentang Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2008 Nomor 59, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4844);

7. Peraturan Pemerintah Nomor 23 Tahun 2005 tentang Pengolahan Keuangan Badan Layanan Umum (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2005 Nomor 48, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4502);
8. Peraturan Pemerintah Nomor 65 Tahun 2005 tentang Pedoman Penyusunan dan Penerapan Standar Pelayanan Minimal (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2005 Nomor 150, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4585);
9. Peraturan Presiden Nomor 1 Tahun 2007 tentang Pengesahan, Pengundangan dan Penyebarluasan Peraturan Perundang-undangan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2007 Nomor 23);
10. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 159/b/MesKes/PER/II/1988 tentang Rumah Sakit;
11. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 228 /MenKes/SK/III/2002 tentang Penyusunan Standart Pelayanan Minimal Rumah Sakit yang wajib dilaksanakan oleh Daerah;
12. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 61 Tahun 2007 tentang Pedoman Teknis Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum Daerah;
13. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 129/ MenKes/ SK/ II/2008 tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit.

MEMUTUSKAN :

Menetapkan : **PERATURAN BUPATI TENTANG STANDAR PELAYANAN MINIMAL BADAN LAYANAN UMUM DAERAH PADA RUMAH SAKIT UMUM dr. R. SOETRASNO REMBANG.**

Pasal 1

Dalam Peraturan Bupati ini yang dimaksud dengan :

1. Pemerintah adalah Pemerintah Kabupaten Rembang.
2. Bupati adalah Bupati Rembang.
3. Rumah Sakit Umum yang selanjutnya disingkat RSU adalah Rumah Sakit Umum dr.R.Soetrasno Rembang sebagai sarana kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan.
4. 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.
5. Badan Layanan Umum yang selanjutnya disingkat BLU adalah Instansi di lingkungan Pemerintah yang dibentuk untuk memberikan pelayanan kepada masyarakat berupa penyediaan barang dan/atau jasa yang dijual tanpa mengutamakan mencari keuntungan dan dalam melakukan kegiatannya didasarkan pada prinsip efisiensi dan produktivitas.

Pasal 2

Standar Pelayanan Minimal Badan Layanan Umum Daerah bagi RSUD dr. R. Soetrasno Rembang digunakan sebagai standar dalam menjamin pelaksanaan pelayanan kesehatan.

Pasal 3

Standar Pelayanan Minimal sebagaimana dimaksud dalam Pasal 2 disusun dengan sistematika sebagai berikut :

- Bab I : Pendahuluan
- A. Latar Belakang
 - B. Maksud dan Tujuan
 - C. Pengertian Umum dan Khusus
 - D. Prinsip Penyusunan dan Penetapan SPM
 - E. Landasan Hukum
- Bab II : Sistematika Dokumen Standar Pelayanan Minimal RSUD,
- Bab III : Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit
- A. Jenis Pelayanan
 - B. Standar Pelayanan Minimal setiap jenis pelayanan, indicator, nilai dan batas waktu pencapaian.
- Bab IV : Penutup

Pasal 4

SPM RSUD dr. R. Soetrasno tercantum dalam Lampiran yang merupakan bagian tidak terpisah dari Peraturan Bupati ini.

Pasal 5

Peraturan Bupati ini mulai berlaku pada tanggal diundangkan.

Agar setiap orang mengetahuinya, memerintahkan pengundangan Peraturan Bupati ini dengan penempatannya dalam Berita Daerah Kabupaten Rembang.

Ditetapkan di Rembang
pada tanggal 23 FEBRUARI 2009

BUPATI REMBANG



H. MOCH. SALIM

Diundangkan di Rembang
Pada tanggal 23 Februari 2009

SEKRETARIS DAERAH
KABUPATEN REMBANG



HAMZAH FATONI

PEJABAT	PARAF
SEKDA	
ASISTEN I	
SA. BAG. HUKUM	
BAGAN / DINAS / INSTANSI / SANTOR	

BERITA DAERAH KABUPATEN REMBANG TAHUN 2009 NOMOR..7

BAB I

PENDAHULUAN

A. LATAR BELAKANG

Rumah Sakit sebagai salah satu fasilitas pelayanan kesehatan perorangan merupakan bagian sumber daya kesehatan yang sangat diperlukan dalam dukungan penyelenggaraan upaya kesehatan. Penyelenggaraan pelayanan kesehatan di Rumah Sakit mempunyai karakteristik dan organisasi yang sangat kompleks. Berbagai jenis tenaga kesehatan dengan perangkat keilmuan yang beragam, berinteraksi satu sama lain.

Ilmu pengetahuan dan teknologi kedokteran yang berkembang sangat pesat, perlu diimbangi oleh tenaga kesehatan yang memadai dalam rangka pemberian pelayanan yang bermutu standar membuat semakin kompleksnya permasalahan di Rumah Sakit. Pada hakekatnya Rumah Sakit berfungsi sebagai tempat penyembuhan penyakit dan pemulihan kesehatan. Fungsi dimaksud mempunyai makna tanggung jawab yang seyogyanya merupakan tanggung jawab pemerintah dalam meningkatkan taraf kesejahteraan masyarakat.

Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 65 Tahun 2005 tentang Penyusunan Standar Pelayanan minimal BAB I ayat (6) menyatakan : Standar Pelayanan Minimal yang selanjutnya disingkat SPM adalah ketentuan tentang jenis atau mutu pelayanan dasar yang merupakan urusan wajib daerah yang berhak diperoleh setiap warga Negara secara minimal. Pada ayat (7) : Indikator SPM adalah tolok ukur untuk prestasi kuantitatif yang digunakan untuk menggambarkan besaran sasaran yang hendak dipenuhi dalam pencapaian suatu SPM tertentu, berupa masukan, proses hasil dan atau manfaat pelayanan. Ayat (8) : pelayanan dasar adalah jenis pelayanan publik yang mendasar dan mutlak untuk memenuhi kebutuhan masyarakat dalam kehidupan sosial, ekonomi dan pemerintahan.

B. MAKSUD DAN TUJUAN

Standar Pelayanan Minimal RSUD dr.R.Soetrasno Rembang ini dimaksudkan guna memberikan pedoman dalam perencanaan, pelaksanaan dan pengendalian serta pengawasan dan pertanggung jawaban penyelenggaraan Standar Pelayanan Minimal di RSUD dr.R.Soetrasno Rembang.

C. PENGERTIAN

a. Umum

1. Rumah Sakit Umum yang selanjutnya disingkat RSUD adalah Rumah Sakit Umum dr.R.Soetrasno Rembang sebagai sarana kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan.
2. Pelayanan kesehatan paripurna adalah pelayanan kesehatan yang meliputi promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif.
3. 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.

4. Badan Layanan Umum yang selanjutnya disingkat BLU adalah Instansi di lingkungan Pemerintah yang dibentuk untuk memberikan pelayanan kepada masyarakat berupa penyediaan barang dan/atau jasa yang dijual tanpa mengutamakan mencari keuntungan dan dalam melakukan kegiatannya didasarkan pada prinsip efisiensi dan produktivitas.
- b. Definisi Operasional
1. Jenis Pelayanan adalah jenis-jenis pelayanan yang diberikan oleh Rumah Sakit kepada masyarakat.
 2. Mutu Pelayanan Kesehatan adalah kinerja yang menunjuk pada tingkat kesempurnaan pelayanan kesehatan, yang disatu pihak dapat menimbulkan kepuasan pada setiap pasien sesuai dengan tingkat kepuasan rata-rata penduduk, serta pihak lain, tata cara penyelenggaraannya sesuai dengan standard dan kode etik profesi yang telah ditetapkan.
 3. Dimensi Mutu adalah suatu pandangan dalam menentukan penilaian terhadap jenis dan mutu pelayanan dilihat dari akses, efektifitas, efisiensi, keselamatan dan keamanan, kenyamanan, kesinambungan pelayanan kompetensi teknis dan hubungan antar manusia berdasarkan standar WHO.
 4. Kriteria adalah proses yang dilakukan dan hasil yang dicapai oleh suatu organisasi dalam menyediakan produk dalam bentuk jasa pelayanan atau barang kepada pelanggan.
 5. Indikator kinerja adalah variable yang dapat digunakan untuk mengevaluasi keadaan atau status dan memungkinkan dilakukan pengukuran terhadap perubahan yang terjadi dari waktu ke waktu atau tolok ukur presentasi kuantitatif / kualitatif yang digunakan untuk mengukur terjadinya perubahan terhadap besaran target atau standar yang telah ditetapkan sebelumnya.
 6. Standar adalah nilai tertentu yang telah ditetapkan, berkaitan dengan sesuatu yang harus dicapai.
 7. Definisi operasional dimaksudkan untuk menjelaskan pengertian indikator.
 8. Frekuensi pengumpulan data adalah frekuensi pengambilan data dari sumber data untuk setiap indikator.
 9. Periode analisis adalah rentang waktu pelaksanaan kajian terhadap indikator kinerja yang dikumpulkan.
 10. Pembilang (numerator) adalah besaran sebagai nilai pembilang dalam rumus indikator kinerja.
 11. Penyebut (denominator) adalah besaran sebagai nilai pembagi dalam rumus indikator kinerja.
 12. Standar adalah ukuran pencapaian mutu atau kinerja yang diharapkan bisa dicapai.
 13. Sumber data adalah sumber bahan nyata/ keterangan yang dapat dijadikan dasar kajian yang berhubungan langsung dengan pencapaian.

D. PRINSIP PENYUSUNAN DAN PENETAPAN SPM

Dalam menyusun SPM telah memperhatikan hal-hal sebagai berikut :

1. Konsensus, berdasarkan kesepakatan bersama berbagai komponen atau sektor terkait dari unsur-unsur kesehatan dan departemen terkait yang secara rinci terlampir dalam daftar tim penyusunan.

2. Sederhana, SPM disusun dengan kalimat yang mudah dimengerti dan dipahami.
3. Nyata, SPM disusun dengan memperhatikan dimensi ruang, waktu dan persyaratan atau prosedur teknis.
4. Terukur, seluruh indikator dan standar di dalam SPM dapat diukur baik kualitatif maupun kuantitatif.
5. Terbuka, SPM dapat diakses oleh seluruh warga atau lapisan masyarakat.
6. Terjangkau, SPM dapat dicapai dengan menggunakan sumber daya dan dana yang tersedia.
7. Akuntabel, SPM dapat dipertanggung gugatkan kepada publik.
8. Bertahap, SPM mengikuti perkembangan kebutuhan dan kemampuan keuangan, kelembagaan dan personil dalam pencapaian SPM.

E. LANDASAN HUKUM

1. Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2004 tentang Kesehatan;
2. Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2003 tentang Keuangan Negara;
3. Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2004 tentang Perbendaharaan Negara;
4. Peraturan Pemerintah Nomor 23 Tahun 2005 tentang Pengolahan Keuangan Badan Layanan Umum;
5. Peraturan Pemerintah Nomor 65 Tahun 2005 tentang Pedoman Penyusunan dan Penerapan Standar Pelayanan Minimal;
6. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 159/b/MesKes/PER/II/1988 tentang Rumah Sakit;
7. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 228 /MenKes/SK/III2002 tentang Penyusunan Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit yang wajib dilaksanakan oleh Daerah;
8. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 61 Tahun 2007 tentang Pedoman Teknis Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum Daerah;
9. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 129/ MenKes/ SK/ II/2008 tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit.

BAB II

SISTEMATIKA DOKUMEN SPM RSU dr. R. SOETRASNO REMBANG

- Bab I : Pendahuluan
- A. Latar Belakang
 - B. Maksud dan Tujuan
 - C. Pengertian Umum dan Khusus
 - D. Prinsip Penyusunan dan Penetapan SPM
 - E. Landasan Hukum
- Bab II : Sistematika Dokumen SPM RSU dr. R. Soetrasno Rembang
- Bab III : SPM RSU dr. R. Soetrasno Rembang
- A. Jenis Pelayanan
 - B. SPM setiap jenis pelayanan, indicator, nilai dan batas waktu pencapaian.
- Bab IV : Penutup

BAB III

SPM RSU dr. R. SOETRASNO REMBANG

A. JENIS – JENIS PELAYANAN DI RSU dr. R. SOETRASNO REMBANG

1. Pelayanan Gawat darurat
2. Pelayanan Rawat Jalan
3. Pelayanan Rawat Inap
4. Pelayanan Rawat Intensif dan HND
5. Pelayanan Persalinan dan Perinatologi
6. Pelayanan Bedah Setral
7. Pelayanan Farmasi
8. Pelayanan Laboratorium
9. Pelayanan Radiologi
10. Pelayanan Gizi
11. Pelayanan Rehabilitasi Medik
12. Pelayanan Tranfusi Darah
13. Pelayanan Ambulan, Mobil Jenasah dan Pemulasaran Jenasah
14. Pelayanan Linen
15. Pelayanan Rekam Medik
16. Pelayanan Pemeliharaan Sarana dan Prasarana
17. Pelayanan Administrasi Manajemen
18. Pelayanan Keuangan
19. Pelayanan Hygiene Sanitasi dan IPAL

B. SPM SETIAP JENIS PELAYANAN, INDIKATOR DAN BATAS WAKTU PENCAPAIAN

NO	JENIS PELAYANAN	INDIKATOR		NILAI		BATAS WAKTU PENCAPAIAN	
1.	Gawat Darurat	1.	Pemberian pelayanan bersertifikat PPGD/ ATLS/BCLS/ACLS	1.	100%	1.	3 tahun
		2.	Respon time 5 menit	2.	100%	2.	1 tahun
		3.	Kemampuan menangani live saving di IGD	3.	100%	3.	3 tahun
		4.	Kematian pasien ≤ 24 jam di IGD	4.	≤0,5%	4.	3 tahun
2.	Rawat Jalan	1.	Mulai pelayanan dokter jam 09.00 WIB	1.	80%	1.	3 tahun
		2.	Waktu tunggu ≤ 120 menit	2.	80%	2.	3 tahun
3.	Rawat Inap	1.	Visite dokter selesai jam 09.00 WIB	1.	80%	1.	3 tahun

		2.	Administrasi pasien meninggalkan Rumah Sakit $\leq$ 2 jam	2.	90%	2.	3 tahun
		3.	Ketersediaan pengawal ambulan < 30 menit	3.	80%	3.	3 tahun
4.	Rawat Intensif dan HND	1.	Lama administrasi pasien masuk 15 menit	1.	90%	1.	3 tahun
		2.	Angka kejadian infeksi nosokomial	2.	< 1 %	2.	3 tahun
		3.	Pemberi Pelayanan bersertifikat ICU/ICCU/PICU/NI CU	3.	60%	3.	3 tahun
5.	Persalinan dan Perinatologi	1.	Bidan penolong persalinan bersertifikat APN	1.	100%	1.	3 tahun
		2.	Response time dokter spesialis / residen 30 menit	2.	100%	2.	3 tahun
6.	Bedah Sentral	1.	Waktu tunggu operasi elektif 1 hari	1.	100%	1.	3 tahun
		2.	Waktu tunggu operasi cito 30 menit	2.	90%	2.	3 tahun
7.	Farmasi	1.	Waktu tunggu pelayanan obat racikan 120 menit	1.	100%	1.	3 tahun
		2.	Waktu tunggu pelayanan obat jadi 60 menit	2.	100%	2.	3 tahun
		3.	Tidak adanya kesalahan pemberian obat	3.	100%	3.	1 tahun
8.	Laboratorium	1.	Respon time pelayanan laboratorium 5 menit	1.	80%	1.	3 tahun
		2.	Waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium 120 menit	2.	80%	2.	3 tahun

9.	Radiologi	1.	Waktu tunggu hasil pelayanan foto thorax $\leq$ 3 jam	1.	90%	1.	3 tahun
		2.	Pelaksanaan ekspertisi hasil pemeriksaan rontgen	2.	100%	2.	3 tahun
10.	Gizi	1.	Ketepatan waktu pemberian makanan kepada pasien	1.	90%	1.	3 tahun
		2.	Sisa makanan yang tidak termakan oleh pasien	2.	$\leq$ 25%	2.	3 tahun
		3.	Ketepatan pemberian diet khusus pasien rawat inap	3.	100%	3.	3 tahun
11.	Rehabilitasi Medik	1.	Waktu pelayanan < 1 jam	1.	100%	1.	3 tahun
12.	Tranfusi Darah	1.	Pemenuhan kebutuhan darah bagi setiap permintaan darah	1.	100%	1.	1 bulan
13.	Pelayanan Ambulan, Mobil Jenasah dan pemulasaran jenasah	1.	Waktu tunggu pelayanan ambulan 15 menit	1.	90%	1.	3 tahun
		2.	Waktu tunggu pelayanan mobil jenasah 30 menit	2.	90%	2.	3 tahun
		3.	Waktu tunggu pemulasaran jenasah 30 menit	3.	90%	3.	3 tahun
		4.	Waktu pemberian pelayanan pemulasaran jenasah 1 jam	4.	100%	4.	3 tahun
14.	Linen	1.	Tidak adanya kejadian linen hilang	1.	100%	1.	3 tahun
		2.	Ketepatan waktu penyediaan linen untuk ruang rawat inap	2.	90%	2.	3 tahun
15.	Rekam Medik	1.	Pengurusan Surat Visum et Refertum 6 hari	1.	90%	1.	3 tahun

		2.	Kelengkapan pengisian rekam medik	2.	80%	2.	3 tahun
16.	Pemeliharaan Sarana dan Prasarana Rumah Sakit	1.	Waktu tanggap menanggapi kerusakan alat 20 menit	1.	80%	1.	3 tahun
		2.	Ketepatan pemeliharaan alat	2.	≥80%	2.	3 tahun
17.	Administrasi Manajemen	1.	Ketepatan waktu pengusulan kenaikan pangkat 3 bulan	1.	100%	1.	3 tahun
		2.	Ketepatan waktu pengusulan kenaikan gaji berkala	2.	100%	2.	3 tahun
18.	Keuangan	1.	Ketepatan waktu penyusunan laporan keuangan maksimal tanggal 10 bulan berikutnya	1.	95%	1.	3 tahun
		2.	Ketepatan waktu pemberian TPK sesuai kesepakatan waktu	2.	100%	2.	3 tahun
19.	Hygiene Sanitasi dan Pengolahan Limbah	1.	Pengelolaan limbah padat sesuai aturan	1.	100%	1.	3 tahun
		2.	Pemisahan sampah medis dan non medis	2.	100%	2.	3 tahun

C. URAIAN SPM RSU dr.R.SOETRASNO REMBANG

I. INSTALASI GAWAT DARURAT

a. Pemberi pelayanan bersertifikat PPGD/ATLS/BCLS/ACLS

1	JUDUL INDIKATOR	Pemberi pelayanan bersertifikat PPGD / ATLS / BCLS /ACLS
2	DIMENSI MUTU	Kompetensi teknis
3	TUJUAN	Tersedianya pelayanan gawat darurat oleh tenaga kompeten dalam bidang kegawat daruratan
4	DEFINISI OPERASIONAL	Tenaga kompeten kegawatdaruratan adalah tenaga yang sudah memiliki sertifikat Pelatihan PPGD / ATLS / BCLS / ACLS

5	FREKUENSI PENGUMPULAN DATA	Setiap bulan
6	PERIODE ANALISA	Setiap 3 bulan
7	NUMERATOR(PEMBILANG)	Jumlah tenaga yang bersertifikat ATLS / PPGD / BCLS / ACLS
8	DENUMERATOR (PENYEBUT)	Jumlah tenaga yang memberikan pelayanan kegawatdaruratan
9	SUMBER DATA	Kepegawaian
10	NILAI	100%
11	PENANGGUNG JAWAB	Kepala Instalasi Gawat Darurat

b. Respon time 5 menit

1	JUDUL INDIKATOR	Respon time 5 menit
2	DIMENSI MUTU	Kompetensi teknis dan efektifitas
3	TUJUAN	Terselenggaranya pelayanan cepat dan mampu menyelamatkan pasien gawat darurat
4	DEFINISI OPERASIONAL	Waktu tanggap yang dibutuhkan untuk mendapatkan pelayanan Dokter di IGD
5	FREKUENSI PENGUMPULAN DATA	Setiap bulan
6	PERIODE ANALISA	3 (tiga) bulan sekali
7	NUMERATOR (PEMBILANG)	Jumlah kunjungan IGD yang respon timenya < 5 menit
8	DENUMERATOR (PENYEBUT)	Jumlah seluruh kunjungan IGD
9	SUMBER DATA	IGD
10	NILAI	100%
11	PENANGGUNG JAWAB	Kepala Instalasi Gawat Darurat

c. Kemampuan menangani live saving di Gawat Darurat

1	JUDUL INDIKATOR	Kemampuan menangani live saving di Gawat Darurat
2	DIMENSI MUTU	Keselamatan, Kompetensi Teknis
3	TUJUAN	Tergambarnya kemampuan rumah sakit dalam memberikan pelayanan Gawat Darurat
4	DEFINISI OPERASIONAL	Live saving adalah upaya penyelamatan jiwa manusia dengan urutan airway, breating, circulation

		yang elektif
5	FREKUENSI PENGUMPULAN DATA	Setiap bulan
6	PERIODE ANALISA	3 (tiga) bulan sekali
7	NUMERATOR (PEMBILANG)	Jumlah kumulatif pasien yang mendapat pertolongan life saving digawat darurat
8	DENUMERATOR (PENYEBUT)	Jumlah seluruh pasien yang mendapat pertolongan life saving
9	SUMBER DATA	Instalasi Gawat Darurat
10	NILAI	100%
11	PENANGGUNG JAWAB	Kepala Instalasi Gawat Darurat

d. Kematian pasien $\leq$ 24 jam di Gawat Darurat

1	JUDUL INDIKATOR	Kematian pasien $\leq$ 24 jam di Gawat Darurat
2	DIMENSI MUTU	Efektifitas dan keselamatan
3	TUJUAN	Terselenggaranya pelayanan yang efektif dan mampu menyelamatkan pasien Gawat Darurat
4	DEFINISI OPERASIONAL	Kematian pasien $\leq$ 24 jam adalah kematian yang terjadi dalam periode 24 jam sejak pasien datang di Instalasi Gawat Darurat
5	FREKUENSI PENGUMPULAN DATA	Setiap bulan
6	PERIODE ANALISA	3 (tiga) bulan sekali
7	NUMERATOR (PEMBILANG)	Jumlah pasien yang meninggal dalam periode $\leq$ 24 jam sejak pasien datang
8	DENUMERATOR (PENYEBUT)	Jumlah seluruh pasien yang ditangani di Gawat Darurat
9	SUMBER DATA	Instalasi Gawat Darurat dan Rekam Medik
10	NILAI	$\leq$ 0,5 %
11	PENANGGUNG JAWAB	Kepala Instalasi Gawat Darurat

II. PELAYANAN RAWAT JALAN

a. Mulai pelayanan dokter jam 09.00 WIB

1	JUDUL INDIKATOR	Mulai pelayanan dokter jam 09.00 WIB
2	DIMENSI MUTU	Akses Pelayanan

		yang elektif
5	FREKUENSI PENGUMPULAN DATA	Setiap bulan
6	PERIODE ANALISA	3 (tiga) bulan sekali
7	NUMERATOR (PEMBILANG)	Jumlah kumulatif pasien yang mendapat pertolongan life saving digawat darurat
8	DENUMERATOR (PENYEBUT)	Jumlah seluruh pasien yang mendapat pertolongan life saving
9	SUMBER DATA	Instalasi Gawat Darurat
10	NILAI	100%
11	PENANGGUNG JAWAB	Kepala Instalasi Gawat Darurat

d. Kematian pasien $\leq$ 24 jam di Gawat Darurat

1	JUDUL INDIKATOR	Kematian pasien $\leq$ 24 jam di Gawat Darurat
2	DIMENSI MUTU	Efektifitas dan keselamatan
3	TUJUAN	Terselenggaranya pelayanan yang efektif dan mampu menyelamatkan pasien Gawat Darurat
4	DEFINISI OPERASIONAL	Kematian pasien $\leq$ 24 jam adalah kematian yang terjadi dalam periode 24 jam sejak pasien datang di Instalasi Gawat Darurat
5	FREKUENSI PENGUMPULAN DATA	Setiap bulan
6	PERIODE ANALISA	3 (tiga) bulan sekali
7	NUMERATOR (PEMBILANG)	Jumlah pasien yang meninggal dalam periode $\leq$ 24 jam sejak pasien datang
8	DENUMERATOR (PENYEBUT)	Jumlah seluruh pasien yang ditangani di Gawat Darurat
9	SUMBER DATA	Instalasi Gawat Darurat dan Rekam Medik
10	NILAI	$\leq$ 0,5 %
11	PENANGGUNG JAWAB	Kepala Instalasi Gawat Darurat

II. PELAYANAN RAWAT JALAN

a. Mulai pelayanan dokter jam 09.00 WIB

1	JUDUL INDIKATOR	Mulai pelayanan dokter jam 09.00 WIB
2	DIMENSI MUTU	Akses Pelayanan

3	TUJUAN	Tersedianya pelayanan rawat jalan pada hari kerja di Rumah Sakit
4	DEFINISI OPERASIONAL	Jam dimulainya pelayanan rawat jalan oleh tenaga dokter
5	FREKUENSI PENGUMPULAN DATA	Setiap bulan
6	PERIODE ANALISA	Setiap 3 bulan
7	NUMERATOR(PEMBILANG)	Jumlah hari pelayanan rawat jalan yang dimulai jam 09.00 WIB dalam 1 bulan
8	DENUMERATOR (PENYEBUT)	Jumlah seluruh hari pelayanan rawat jalan dalam 1 bulan
9	SUMBER DATA	Poliklinik
10	NILAI	80%
11	PENANGGUNG JAWAB	Kepala Instalasi Rawat Jalan

b. Waktu tunggu $\leq$ 120 menit

1	JUDUL INDIKATOR	Waktu tunggu $\leq$ 120 menit
2	DIMENSI MUTU	Akses
3	TUJUAN	Memberikan kenyamanan kepada pasien
4	DEFINISI OPERASIONAL	Waktu yang diperlukan mulai pasien mendaftar sampai dengan dilayani oleh dokter
5	FREKUENSI PENGUMPULAN DATA	Setiap bulan
6	PERIODE ANALISA	Setiap 3 bulan
7	NUMERATOR(PEMBILANG)	Jumlah kumulatif waktu fungsi pasien rawat jalan $\leq$ 120 menit
8	DENUMERATOR (PENYEBUT)	Jumlah kumulatif waktu fungsi seluruh pasien rawat jalan
9	SUMBER DATA	Poliklinik
10	NILAI	80%
11	PENANGGUNG JAWAB	Kepala Instalasi Rawat Jalan

IV. INSTALASI RAWAT INAP

a. Visite dokter selesai jam 09.00 WIB

1	JUDUL INDIKATOR	Visite dokter selesai jam 09.00 WIB
---	-----------------	-------------------------------------

2	DIMENSI MUTU	Akses, keseimbangan pelayanan
3	TUJUAN	Tergambarnya kepedulian tenaga medis terhadap ketepatan waktu pemberian pelayanan.
4	DEFINISI OPERASIONAL	adalah kunjungan dokter setiap hari kerja kepada setiap pasien yang menjadi tanggung jawabnya sudah selesai pada jam 09.00 WIB
5	FREKUENSI PENGUMPULAN DATA	Setiap bulan
6	PERIODE ANALISA	Setiap 3 bulan sekali
7	NUMERATOR(PEMBILANG)	Jumlah visite dokter yang selesai jam 09.00 WIB
8	DENUMERATOR (PENYEBUT)	Jumlah pelaksanaan visite dokter
9	SUMBER DATA	Instalasi Rawat Inap
10	NILAI	80%
11	PENANGGUNG JAWAB	Kepala Instalasi Rawat Inap, Kepala Ruang

b. Administrasi pasien meninggalkan Rumah Sakit $\leq$ 2 jam

1	JUDUL INDIKATOR	Administrasi pasien meninggalkan Rumah Sakit $\leq$ 2 jam
2	DIMENSI MUTU	Efektifitas, availability
3	TUJUAN	Tergambarnya penilaian pasien terhadap efektifitas pelayanan di Rumah Sakit
4	DEFINISI OPERASIONAL	adalah waktu yang diperlukan sebelum menyelesaikan administrasi bagi pasien yang akan meninggalkan Rumah Sakit sejak pasien dinyatakan boleh meninggalkan Rumah Sakit
5	FREKUENSI PENGUMPULAN DATA	Setiap bulan
6	PERIODE ANALISA	Setiap 3 bulan
7	NUMERATOR(PEMBILANG)	Jumlah pasien yang menunggu $\leq$ 2 jam ketika akan menyelesaikan administrasi
8	DENUMERATOR (PENYEBUT)	Jumlah pasien keseluruhan yang meninggalkan Rumah Sakit
9	SUMBER DATA	Instalasi Rawat Inap
10	NILAI	90%
11	PENANGGUNG JAWAB	Kepala Instalasi Rawat Inap

c. Ketersediaan pengawal ambulan < 30 menit

1	JUDUL INDIKATOR	Ketersediaan pengawal ambulan < 30 menit
2	DIMENSI MUTU	Akses
3	TUJUAN	Tergambarnya kecepatan dan ketepatan pelayanan rujukan di Rumah Sakit.
4	DEFINISI OPERASIONAL	adalahtersedianya tenaga perawat pengawal yang dibutuhkan untuk merujuk segera setelah dokter menyatakan pasien segera dirujuk
5	FREKUENSI PENGUMPULAN DATA	Setiap bulan
6	PERIODE ANALISA	Enam bulan
7	NUMERATOR(PEMBILANG)	Jumlah pasien rujukan yang mendapatkan perawat pengawal dalam waktu kurang dari 30 menit
8	DENUMERATOR (PENYEBUT)	Jumlah seluruh pasien rujukan yang menggunakan jasa perawat pengawal
9	SUMBER DATA	Instalasi Rawat Inap, Instalasi Gawat Darurat
10	NILAI	80%
11	PENANGGUNG JAWAB	Koordinator Perawat Pengawal, Kepala Instalasi Rawat Inap, Kepala Instalasi Gawat Darurat

IV. PELAYANAN RAWAT INTENSIF DAN HND

a. Lama administrasi pasien masuk 15 menit

1	JUDUL INDIKATOR	Lama administrasi pasien masuk 15 menit
2	DIMENSI MUTU	Availability (Pelayanan yang dibutuhkan harus tersedia)
3	TUJUAN	1. Ketersediaan pelayanan yang dibutuhkan pasien ICU 2. Kejelasan pelayanan bagi pasien ICU 3. Kepuasan pasien ICU
4	DEFINISI OPERASIONAL	Ketersediaan dan kejelasan pelayanan ICU yang dimulai dari pemesanan kamar sampai dengan pasien menempati kamar inap
5	FREKUENSI PENGUMPULAN DATA	6 bulan
6	PERIODE ANALISA	6 bulan
7	NUMERATOR(PEMBILANG)	Jumlah pasien yang masuk Ruang ICU dan diberikan admisi ≤ 15 menit

8	DENUMERATOR (PENYEBUT)	Jumlah semua pasien yang masuk Ruang ICU
9	SUMBER DATA	Catatan pendaftaran pasien Ruang ICU
10	NILAI	90%
11	PENANGGUNG JAWAB	Kepala Instalasi ICU

b. Angka kejadian Infeksi Nosokomial

1	JUDUL INDIKATOR	Angka kejadian Infeksi Nosokomial
2	DIMENSI MUTU	Keselamatan pasien
3	TUJUAN	Mengetahui hasil pengendalian infeksi nosokomial
4	DEFINISI OPERASIONAL	Infeksi nosokomial adalah infeksi yang dialami oleh pasien yang diperoleh selama dirawat di Rumah Sakit meliputi dekubitus, plelitis, sepsis dan infeksi luka operasi
5	FREKUENSI PENGUMPULAN DATA	1 bulan
6	PERIODE ANALISA	3 bulan
7	NUMERATOR(PEMBILANG)	Jumlah pasien di Ruang ICU yang terkena infeksi nosokomial
8	DENUMERATOR (PENYEBUT)	Jumlah pasien di ruang ICU
9	SUMBER DATA	R.ICU dan Rekam Medik
10	NILAI	< 1%
11	PENANGGUNG JAWAB	Kepala Instalasi Rawat Intensif (ICU)

c. Pemberi Pelayanan bersertifikat ICU/ ICCU/ PICU/ NICU

1	JUDUL INDIKATOR	Pemberi Pelayanan bersertifikat ICU / ICCU /PICU /NICU
2	DIMENSI MUTU	Kompetensi teknis
3	TUJUAN	Tersedianya Pelayanan Intensif dengan tenaga yang kompeten
4	DEFINISI OPERASIONAL	Pemberi Pelayanan Intensif adalah dokter spesialis anestesi dan dokter spesialis sesuai dengan kasus yang ditangani, perawat D3 dengan sertifikasi perawat mahir ICU
5	FREKUENSI PENGUMPULAN DATA	1 bulan
6	PERIODE ANALISA	3 bulan

7	NUMERATOR(PEMBILANG)	Jumlah tenaga dokter spesialis anestesi dan spesialis yang sesuai dengan kasus yang ditangani, perawat D3 dengan sertifikasi perawat mahir ICU / ICCU/ PICU/ NICU yang melayani pelayanan perawatan intensif
8	DENUMERATOR (PENYEBUT)	Jumlah seluruh tenaga dokter dan perawat yang melayani perawata intensif
9	SUMBER DATA	Kepegawaian dan ICU
10	NILAI	60%
11	PENANGGUNG JAWAB	Kepala Instalasi Rawat Intensif (ICU)

V. PELAYANAN PERSALINAN DAN PERINATOLOGI

a. Bidan penolong persalinan bersertifikat APN

1	JUDUL INDIKATOR	Bidan penolong persalinan bersertifikat APN
2	DIMENSI MUTU	Kompetensi teknis
3	TUJUAN	Tersedianya pelayanan persalinan oleh tenaga yang kompeten
4	DEFINISI OPERASIONAL	Bidan yang menolong persalinan sudah mempunyai sertifikat APN
5	FREKUENSI PENGUMPULAN DATA	Setiap bulan
6	PERIODE ANALISA	Setiap 3 bulan
7	NUMERATOR(PEMBILANG)	Jumlah tenaga bidan penolong persalinan yang bersertifikat APN
8	DENUMERATOR (PENYEBUT)	Jumlah seluruh bidan penolong persalinan
9	SUMBE DATA	Ruang Persalinan
10	NILAI	100%
11	PENANGGUNG JAWAB	Kepala Sub.Bagian Kepegawaian

b. Respon time dokter spesialis / residen 30 menit

1	JUDUL INDIKATOR	Respon time dokter spesialis / residen 30 menit
2	DIMENSI MUTU	Efektifitas dan keselamatan
3	TUJUAN	Tergambarnya kesempurnaan pelayanan oleh dokter spesialis sesegera yang dibutuhkan

4	DEFINISI OPERASIONAL	Adalah waktu yang dibutuhkan sejak dokter jaga memutuskan konsul dokter spesialis sampai dengan kedatangan dokter spesialis ditempat pasien
5	FREKUENSI PENGUMPULAN DATA	Setiap bulan
6	PERIODE ANALISA	Setiap 3 bulan
7	NUMERATOR(PEMBILANG)	Jumlah konsultasi dengan kedatangan spesialis ≤ 30 menit
8	DENUMERATOR (PENYEBUT)	Jumlah konsultasi dokter jaga seluruhnya
9	SUMBER DATA	Ruang Persalinan
10	NILAI	100%
11	PENANGGUNG JAWAB	Kepala Ruang Persalinan

VI. PELAYANAN BEDAH SENTRAL

a. Waktu tunggu operasi elektif 1 hari

1	JUDUL INDIKATOR	Waktu tunggu operasi elektif 1 hari
2	DIMENSI MUTU	Efektifitas, kesinambungan pelayanan , efisiensi
3	TUJUAN	Tergambarnya kecepatan penanganan antrian pelayanan operasi
4	DEFINISI OPERASIONAL	Waktu tunggu operasi elektif adalah tenggang waktu mulai dokter memutuskan untuk operasi yang terencana sampai dengan operasi mulai dilaksanakan.
5	FREKUENSI PENGUMPULAN DATA	Setiap bulan
6	PERIODE ANALISA	Setiap 3 bulan
7	NUMERATOR(PEMBILANG)	Jumlah kumulatif waktu tunggu operasi yang terencana
8	DENUMERATOR (PENYEBUT)	Jumlah pasien yang terencana di operasi dalam bulan tersebut
9	SUMBER DATA	Rekam Medis
10	NILAI	100%
11	PENANGGUNG JAWAB	Ketua Instalasi Bedah Sentral

b. Waktu tunggu operasi cito 30 menit

1	JUDUL INDIKATOR	Waktu tunggu operasi cito 30 menit
---	-----------------	------------------------------------

2	DIMENSI MUTU	Keselamatan, efektivitas, kesinambungan pelayanan
3	TUJUAN	Tergambarnya kecepatan penanganan pelayanan bedah emergency
4	DEFINISI OPERASIONAL	Waktu tunggu operasi cito adalah tenggang waktu mulai dokter memutuskan untuk operasi yang tidak direncanakan sampai dengan operasi mulai dilaksanakan.
5	FREKUENSI PENGUMPULAN DATA	Setiap bulan
6	PERIODE ANALISA	Setiap 3 bulan
7	NUMERATOR(PEMBILANG)	Jumlah kumulatif waktu tunggu operasi yang tidak terencana
8	DENUMERATOR (PENYEBUT)	Jumlah pasien yang di operasi tidak direncana dalam bulan tersebut
9	SUMBER DATA	Rekam Medis
10	NILAI	90%
11	PENANGGUNG JAWAB	Ketua Instalasi Bedah Sentral

VII. PELAYANAN FARMASI

a. Waktu tunggu pelayanan obat racikan 120 menit

1	JUDUL INDIKATOR	Waktu tunggu pelayanan obat racikan 120 menit
2	DIMENSI MUTU	efektivitas, kesinambungan pelayanan, efisiensi
3	TUJUAN	Tergambarnya kecepatan pelayanan farmasi
4	DEFINISI OPERASIONAL	Waktu tunggu pelayanan obat racikan adalah tenggang waktu mulai pasien menyerahkan resep sampai dengan menerima obat racikan.
5	FREKUENSI PENGUMPULAN DATA	1 bulan
6	PERIODE ANALISA	3 bulan
7	NUMERATOR(PEMBILANG)	Jumlah kumulatif waktu tunggu pelayanan obat racikan pasien yang disurvei dalam satu bulan
8	DENUMERATOR (PENYEBUT)	Jumlah pasien dengan obat racikan yang disurvei dalam bulan tersebut
9	SUMBER DATA	Survey
10	NILAI	100%
11	PENANGGUNG JAWAB	Kepala Instalasi Farmasi

b. Waktu tunggu pelayanan obat jadi 60 menit

1	JUDUL INDIKATOR	Waktu tunggu pelayanan obat jadi 60 menit
2	DIMENSI MUTU	efektifitas, kesinambungan pelayanan, efisiensi
3	TUJUAN	Tergambarnya kecepatan pelayanan farmasi
4	DEFINISI OPERASIONAL	Waktu tunggu pelayanan obat jadi adalah tenggang waktu mulai pasien menyerahkan resep sampai dengan menerima obat jadi.
5	FREKUENSI PENGUMPULAN DATA	1 bulan
6	PERIODE ANALISA	3 bulan
7	NUMERATOR(PEMBILANG)	Jumlah kumulatif waktu tunggu pelayanan obat jadi pasien yang disurvei dalam satu bulan
8	DENUMERATOR (PENYEBUT)	Jumlah pasien dengan obat jadi yang disurvei dalam bulan tersebut
9	SUMBER DATA	Survey
10	NILAI	100%
11	PENANGGUNG JAWAB	Kepala Instalasi Farmasi

c. Tidak adanya kejadian kesalahan pemberian obat

1	JUDUL INDIKATOR	Tidak adanya kejadian kesalahan pemberian obat
2	DIMENSI MUTU	Keselamatan dan kenyamanan
3	TUJUAN	Tergambarnya kejadian kesalahan dalam pemberian obat
4	DEFINISI OPERASIONAL	Kesalahan pemberian obat meliputi : 1. Salah dalam memberikan jenis obat 2. Salah dalam memberikan dosis. 3. Salah orang 4. Salah jumlah
5	FREKUENSI PENGUMPULAN DATA	1 bulan
6	PERIODE ANALISA	3 bulan
7	NUMERATOR(PEMBILANG)	Jumlah seluruh pasien instalasi farmasi yang disurvei dikurangi jumlah pasien yang mengalami kesalahan pemberian obat
8	DENUMERATOR (PENYEBUT)	Jumlah seluruh pasien instalasi farmasi yang disurvei
9	SUMBER DATA	Survey

10	NILAI	100%
11	PENANGGUNG JAWAB	Kepala Instalasi Farmasi

VIII. INSTALASI LABORATORIUM

a. Respon time pelayanan laboratorium 5 menit

1	JUDUL INDIKATOR	Respon time pelayanan laboratorium 5 menit
2	DIMENSI MUTU	Efektifitas, efisiensi
3	TUJUAN	Tergambarnya kecepatan pelayanan laboratorium
4	DEFINISI OPERASIONAL	adalah waktu tunggu mulai pasien rawat jalan menyerahkan blanko pemeriksaan sampai dengan pengambilan sampel
5	FREKUENSI PENGUMPULAN DATA	Setiap bulan
6	PERIODE ANALISA	Setiap 3 bulan
7	NUMERATOR(PEMBILANG)	Jumlah pasien rawat jalan yang menunggu ≤ 5 menit
8	DENUMERATOR (PENYEBUT)	Jumlah pasien rawat jalan seluruhnya
9	SUMBE DATA	Instalasi Laboratorium
10	NILAI	80%
11	PENANGGUNG JAWAB	Kepala Instalasi Laboratorium

b. Waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium 120 menit

1	JUDUL INDIKATOR	Waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium 120 menit
2	DIMENSI MUTU	Efektifitas, kesinambungan pelayanan
3	TUJUAN	Tergambarnya kecepatan pelayanan laboratorium
4	DEFINISI OPERASIONAL	adalah waktu tunggu hasil pemeriksaan laboratorium sejak pasien diambil sampel sampai dengan menerima hasil
5	FREKUENSI PENGUMPULAN DATA	Setiap bulan
6	PERIODE ANALISA	Setiap 3 bulan
7	NUMERATOR(PEMBILANG)	Jumlah kumulatif waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium pasien rawat jalan dengan waktu ≤ 120 menit

8	DENUMERATOR (PENYEBUT)	Jumlah pasien rawat jalanyang diperiksa
9	SUMBE DATA	Instalasi Laboratorium
10	NILAI	80%
11	PENANGGUNG JAWAB	Kepala Instalasi Laboratorium

IX. INSTALASI RADIOLOGI

a. Waktu tunggu hasil pelayanan foto thorax

1	JUDUL INDIKATOR	Waktu tungguhasil pelayanan foto thorax
2	DIMENSI MUTU	Efektifitas, efisiensi, kesinambungan pelayanan
3	TUJUAN	Tergambarnya kecepatan pelayanan radiologi
4	DEFINISI OPERASIONAL	adalah tenggang waktu ≤ 3 jam mulai pasien difoto sampai dengan menerima hasil yang sudah di ekspertisi
5	FREKUENSI PENGUMPULAN DATA	Setiap bulan
6	PERIODE ANALISA	Setiap 3 bulan
7	NUMERATOR(PEMBILANG)	Jumlah kumulatif pasien yang difoto thorax dengan waktu tunggu ≤ 3 jam
8	DENUMERATOR (PENYEBUT)	Jumlah pasien yang di foto thorax
9	SUMBER DATA	Instalasi Radiologi
10	NILAI	90%
11	PENANGGUNG JAWAB	Kepala Instalasi Radiologi

b. Pelaksanaan expertisi hasil pemeriksaan rongten

1	JUDUL INDIKATOR	Pelaksanaan expertisi hasil pemeriksaan rongten
2	DIMENSI MUTU	Kompetensi teknis
3	TUJUAN	Pembacaan dan verifikasi hasil pemeriksaan rongten oleh tenaga ahli untuk memastikan ketepatan diagnosa
4	DEFINISI OPERASIONAL	Pelaksana expertisi rongten adalah dokter spesialis radiologi atau residen radiologi yang mempunyai kewenangan untuk melakukan pembacaan foto rongten
5	FREKUENSI PENGUMPULAN DATA	Setiap bulan

6	PERIODE ANALISA	Setiap 3 bulan
7	NUMERATOR(PEMBILANG)	Jumlah foto rongten yang dibaca dan diverifikasi oleh dokter spesialis atau residen dalam 1 bulan
8	DENUMERATOR (PENYEBUT)	Jumlah seluruh pemeriksaan foto rongten dalam 1 bulan
9	SUMBER DATA	Instalasi Radiologi
10	NILAI	100%
11	PENANGGUNG JAWAB	Kepala Instalasi Radiologi

X. PELAYANAN GIZI

a. Ketepatan waktu pemberian makanan kepada pasien

1	JUDUL INDIKATOR	Ketepatan waktu pemberian makanan kepada pasien
2	DIMENSI MUTU	Efektifitas, akses, kenyamanan
3	TUJUAN	Tergambarnya efektifitas pelayanan instalasi gizi
4	DEFINISI OPERASIONAL	Ketepatan waktu pemberian makanan kepada pasien adalah ketepatan penyediaan makanan pada pasien sesuai dengan jadwal yang telah ditentukan
5	FREKUENSI PENGUMPULAN DATA	Setiap bulan
6	PERIODE ANALISA	Setiap 3 bulan
7	NUMERATOR(PEMBILANG)	Jumlah pasien rawat inap yang disurvei yang mendapat makanan tepat waktu
8	DENUMERATOR (PENYEBUT)	Jumlah seluruh pasien rawat inap yang disurvei
9	SUMBER DATA	Survey
10	NILAI	90%
11	PENANGGUNG JAWAB	Kepala Instalasi Gizi

b. Sisa makanan yang tidak termakan oleh pasien

1	JUDUL INDIKATOR	Sisa makanan yang tidak termakan oleh pasien
2	DIMENSI MUTU	Efektifitas dan efisiensi
3	TUJUAN	Tergambarnya efektifitas dan efisiensi pelayanan

4	DEFINISI OPERASIONAL	Sisa makanan adalah porsi makanan yang tersisa yang tidak di makan oleh pasien dengan ketentuan : - sisa lebih dari ½ porsi → tidak habis - sisa kurang dari ½ porsi → habis
5	FREKUENSI PENGUMPULAN DATA	Setiap bulan
6	PERIODE ANALISA	Setiap 3 bulan
7	NUMERATOR(PEMBILANG)	Jumlah kumulatif porsi sisa makanan pasien yang di survey
8	DENUMERATOR (PENYEBUT)	Jumlah pasien yang di survey
9	SUMBER DATA	Ruang Rawat Inap, Instalasi Gizi
10	NILAI	≤ 70 %
11	PENANGGUNG JAWAB	Kepala Instalasi Rawat Inap dan Kepala Instalasi Gizi

c. Ketepatan pemberian diet khusus pasien rawat inap

1	JUDUL INDIKATOR	Ketepatan pemberian diet khusus pasien rawat inap
2	DIMENSI MUTU	Efektifitas, akses
3	TUJUAN	Tergambarnya efektifitas pelayanan instalasi gizi
4	DEFINISI OPERASIONAL	Adalah ketepatan pemberian makanan khusus kepada pasien rawat inap yang sesuai dengan permintaan ruangan
5	FREKUENSI PENGUMPULAN DATA	Setiap bulan
6	PERIODE ANALISA	Setiap 3 bulan
7	NUMERATOR(PEMBILANG)	Jumlah pasien rawat inap dengan diet khusus yang sesuai permintaan
8	DENUMERATOR (PENYEBUT)	Jumlah seluruh pasien rawat inap yang mendapat diet khusus
9	SUMBER DATA	Survey
10	NILAI	100%
11	PENANGGUNG JAWAB	Kepala Instalasi Gizi

XI. PELAYANAN REHABILITASI MEDIK

a. Waktu pelayanan < 1 jam

1	JUDUL INDIKATOR	Waktu pelayanan < 1 jam
---	-----------------	-------------------------

2	DIMENSI MUTU	Efektifitas, kesinambungan pelayanan
3	TUJUAN	Tergambarnya kecepatan pelayanan rehabilitasi medik
4	DEFINISI OPERASIONAL	Adalah waktu yang dibutuhkan petugas dalam melayani pasien dari pertama menjalani terapi sampai selesai
5	FREKUENSI PENGUMPULAN DATA	1 bulan
6	PERIODE ANALISA	3 bulan
7	NUMERATOR(PEMBILANG)	Jumlah pasien yang dilayani < 1 jam
8	DENUMERATOR (PENYEBUT)	Jumlah seluruh pasien yang dilayani
9	SUMBER DATA	Instalasi Rehabilitasi Medik
10	NILAI	100%
11	PENANGGUNG JAWAB	Kepala Instalasi Rehabilitasi Medik

XII. PELAYANAN TRANFUSI DARAH

a. Pemenuhan kebutuhan darah bagi setiap kebutuhan

1	JUDUL INDIKATOR	Pemenuhan kebutuhan darah bagi setiap kebutuhan
2	DIMENSI MUTU	Keselamatan dan kesinambungan pelayanan
3	TUJUAN	Tergambarnya kemampuan Bank Darah Rumah Sakit dalam menyediakan kebutuhan darah
4	DEFINISI OPERASIONAL	Adalah terpenuhinya permintaan darah bagi setiap pasien yang membutuhkan.
5	FREKUENSI PENGUMPULAN DATA	1 bulan
6	PERIODE ANALISA	3 bulan
7	NUMERATOR(PEMBILANG)	Jumlah permintaan kebutuhan darah yang dapat dipenuhi
8	DENUMERATOR (PENYEBUT)	Jumlah seluruh permintaan darah
9	SUMBER DATA	Bank Darah
10	NILAI	100%
11	PENANGGUNG JAWAB	Penanggung jawab Bank Darah Rumah Sakit

XIII. PELAYANAN AMBULAN, MOBIL JENASAH & PEMULASARAN JENASAH

a. Waktu tunggu pelayanan ambulan 15 menit

1	JUDUL INDIKATOR	Waktu tunggu pelayanan ambulan 15 menit
2	DIMENSI MUTU	Akses, efisiensi
3	TUJUAN	Tersedianya pelayanan ambulan segera setelah pasien dan keluarganya membutuhkan
4	DEFINISI OPERASIONAL	Adalah waktu tunggu sejak petugas menghubungi Instalasi ambulan sampai dengan tersedianya mobil ambulan siap pakai
5	FREKUENSI PENGUMPULAN DATA	1 bulan
6	PERIODE ANALISA	3 bulan
7	NUMERATOR(PEMBILANG)	Jumlah pasien yang menunggu tersedianya ambulan ≤ 15 menit
8	DENUMERATOR (PENYEBUT)	Jumlah seluruh pasien yang membutuhkan ambulan
9	SUMBER DATA	Instalasi Ambulan
10	NILAI	90%
11	PENANGGUNG JAWAB	Ka.Instalasi Ambulan

b. Waktu tunggu pelayanan mobil jenazah 30 menit

1	JUDUL INDIKATOR	Waktu tunggu pelayanan mobil jenazah 30 menit
2	DIMENSI MUTU	Akses, efisiensi
3	TUJUAN	Tersedianya pelayanan mobil jenazah segera setelah pasien dan keluarganya membutuhkan
4	DEFINISI OPERASIONAL	Adalah waktu tunggu sejak petugas menghubungi Instalasi mobil jenazah sampai dengan tersedianya mobil jenazah siap pakai dalam 30 menit
5	FREKUENSI PENGUMPULAN DATA	1 bulan
6	PERIODE ANALISA	3 bulan
7	NUMERATOR(PEMBILANG)	Jumlah pasien yang menunggu tersedianya mobil jenazah ≤ 30 menit
8	DENUMERATOR (PENYEBUT)	Jumlah seluruh pasien yang membutuhkan mobil jenazah
9	SUMBER DATA	Instalasi Mobil Jenazah

10	NILAI	90%
11	PENANGGUNG JAWAB	Ka.Instalasi Mobil Jenasah

c. Waktu tunggu pelayanan pemulasaran jenazah 30 menit

1	JUDUL INDIKATOR	Waktu tunggu pelayanan pemulasaran jenazah 30 menit
2	DIMENSI MUTU	Efisiensi
3	TUJUAN	Terselenggaranya pelayanan pemulasaran jenazah sesegera setelah keluarga pasien membutuhkan
4	DEFINISI OPERASIONAL	Adalah waktu tunggu sejak petugas menghubungi Instalasi Pemulasaran Jenazah sampai dengan terlayannya pemulasaran jenazah
5	FREKUENSI PENGUMPULAN DATA	1 bulan
6	PERIODE ANALISA	3 bulan
7	NUMERATOR(PEMBILANG)	Jumlah jenazah yang dapat terlayani dalam waktu ≤ 30 menit
8	DENUMERATOR (PENYEBUT)	Jumlah seluruh jenazah
9	SUMBER DATA	Instalasi Pemulasaran Jenazah
10	NILAI	90%
11	PENANGGUNG JAWAB	Ka.Instalasi Pemulasaran Jenazah

d. Waktu pemberian pelayanan pemulasaran jenazah 1 jam

1	JUDUL INDIKATOR	Waktu pemberian pelayanan pemulasaran jenazah 1 jam
2	DIMENSI MUTU	Kesinambungan pelayanan
3	TUJUAN	Tergambarnya kepedulian Rumah Sakit terhadap kebutuhan keluarga pasien akan pemulasaran jenazah
4	DEFINISI OPERASIONAL	Adalah waktu yang dibutuhkan petugas Rumah Sakit untuk memberikan pelayanan pemulasaran jenazah dari awal sampai selesai dalam waktu 1 jam
5	FREKUENSI PENGUMPULAN DATA	1 bulan
6	PERIODE ANALISA	3 bulan
7	NUMERATOR(PEMBILANG)	Jumlah jenazah yang dirawat dalam waktu ≤ 1 jam

8	DENUMERATOR (PENYEBUT)	Jumlah jenazah seluruhnya
9	SUMBER DATA	Instalasi Pemulasaran Jenazah
10	NILAI	100%
11	PENANGGUNG JAWAB	Ka.Instalasi Pemulasaran Jenazah

XIV. PELAYANAN LINEN

a. Tidak adanya kejadian linen yang hilang

1	JUDUL INDIKATOR	Tidak adanya kejadian linen yang hilang
2	DIMENSI MUTU	efektifitas, dan efisiensi
3	TUJUAN	Tergambarnya pengendalian dan mutu pelayanan linen
4	DEFINISI OPERASIONAL	Pelayanan linen adalah pelayanan pencucian dan perawatan bagi linen
5	FREKUENSI PENGUMPULAN DATA	1 bulan
6	PERIODE ANALISA	3 bulan
7	NUMERATOR(PEMBILANG)	Jumlah linen yang masuk ke Instalasi lain dikurangi linen yang hilang
8	DENUMERATOR (PENYEBUT)	Jumlah linen yang masuk ke Instalasi linen seluruhnya
9	SUMBER DATA	Instalasi Linen
10	NILAI	100%
11	PENANGGUNG JAWAB	Kepala Instalasi Linen

b. Ketepatan waktu penyediaan linen untuk ruang rawat inap

1	JUDUL INDIKATOR	Ketepatan waktu penyediaan linen untuk ruang rawat inap
2	DIMENSI MUTU	efektifitas, dan efisiensi
3	TUJUAN	Tergambarnya pengendalian dan mutu pelayanan linen
4	DEFINISI OPERASIONAL	Adalah ketepatan penyediaan linen sesuai dengan ketentuan waktu yang ditetapkan yaitu jam 08.00 WIB s/d 13.00 WIB kecuali hari libur
5	FREKUENSI PENGUMPULAN DATA	1 bulan
6	PERIODE ANALISA	3 bulan
7	NUMERATOR(PEMBILANG)	Jumlah hari kerja dalam satu bulan dengan penyediaan linen tepat waktu

8	DENUMERATOR (PENYEBUT)	Jumlah hari kerja dalam satu bulan
9	SUMBER DATA	Instalasi Linen
10	NILAI	90%
11	PENANGGUNG JAWAB	Kepala Instalasi Linen

XV. PELAYANAN REKAM MEDIK

a. Pengurusan surat visum et repertum

1	JUDUL INDIKATOR	Pengurusan surat visum et repertum
2	DIMENSI MUTU	Efektifitas, efisien
3	TUJUAN	Tergambarnya mutu pelayanan Rekam Medik
4	DEFINISI OPERASIONAL	Adalah waktu yang dibutuhkan sejak surat permintaan Visum et Refertum masuk Rumah Sakit sampai dengan selesainya dokumen tersebut dalam waktu 6 hari kerja
5	FREKUENSI PENGUMPULAN DATA	1 bulan
6	PERIODE ANALISA	3 bulan
7	NUMERATOR(PEMBILANG)	Jumlah permintaan Visum et Refertum yang selesai dalam waktu ≤ 6 hari
8	DENUMERATOR (PENYEBUT)	Jumlah seluruh permintaan Visum et Refertum
9	SUMBER DATA	Pelayanan Rekam Medik
10	NILAI	90%
11	PENANGGUNG JAWAB	Kepala Sub.Bid. Rekam Medik

b. Kelengkapan pengisian rekam medis

1	JUDUL INDIKATOR	Kelengkapan pengisian rekam medik
2	DIMENSI MUTU	Kesinambungan pelayanan dan keselamatan
3	TUJUAN	Tergambarnya tanggung jawab dokter dalam kelengkapan informasi rekam medik
4	DEFINISI OPERASIONAL	Rekam medik yang lengkap adalah rekam medik yang telah diisi lengkap oleh dokter setelah selesai pelayanan
5	FREKUENSI PENGUMPULAN DATA	1 bulan

6	PERIODE ANALISA	3 bulan
7	NUMERATOR(PEMBILANG)	Jumlah rekam medik yang disurvei dalam 1 bulan yang diisi lengkap
8	DENUMERATOR (PENYEBUT)	Jumlah rekam medik yang disurvei dalam 1 bulan
9	SUMBER DATA	Survey
10	NILAI	80%
11	PENANGGUNG JAWAB	Bidang Bina Program

XVI. PELAYANAN PEMELIHARAAN SARANA DAN PRASARANA

a. Waktu tanggap menanggapi kerusakan alat 20 menit

1	JUDUL INDIKATOR	Waktu tanggap menanggapi kerusakan alat 20 menit
2	DIMENSI MUTU	efektifitas, kesinambungan pelayanan
3	TUJUAN	Tergambarnya kecepatan dan ketanggapan dalam menanggapi kerusakan alat
4	DEFINISI OPERASIONAL	Adalah waktu yang dibutuhkan mulai laporan kerusakan alat diterima sampai dengan petugas melakukan pemeriksaan terhadap alat yang rusak, maksimal dalam waktu 20 menit
5	FREKUENSI PENGUMPULAN DATA	1 bulan
6	PERIODE ANALISA	3 bulan
7	NUMERATOR(PEMBILANG)	Jumlah laporan kerusakan alat yang ditanggapi dalam waktu ≤ 20 menit
8	DENUMERATOR (PENYEBUT)	Jumlah seluruh laporan kerusakan alat
9	SUMBER DATA	Instalasi Pemeliharaan Sarana dan Prasarana Rumah Sakit
10	NILAI	80%
11	PENANGGUNG JAWAB	Kepala Instalasi Pemeliharaan Sarana dan Prasarana Rumah Sakit

b. Ketepatan pemeliharaan alat

1	JUDUL INDIKATOR	Ketepatan pemeliharaan alat
2	DIMENSI MUTU	efektifitas, efisiensi, kesinambungan pelayanan

3	TUJUAN	Tergambarnya ketepatan dan ketanggapan dalam pemeliharaan alat
4	DEFINISI OPERASIONAL	Waktu pemeliharaan alat adalah waktu yang menunjukkan periode pemeliharaan / service untuk tiap - tiap alat sesuai ketentuan yang berlaku
5	FREKUENSI PENGUMPULAN DATA	1 bulan
6	PERIODE ANALISA	3 bulan
7	NUMERATOR(PEMBILANG)	Jumlah alat yang dilakukan pemeliharaan tepat waktu dalam satu bulan
8	DENUMERATOR (PENYEBUT)	Jumlah seluruh alat yang seharusnya dilakukan pemeliharaan dalam satu bulan
9	SUMBER DATA	Register pemeliharaan alat
10	NILAI	≥ 80 %
11	PENANGGUNG JAWAB	Kepala Instalasi Sarana dan Prasarana Rumah Sakit

XVII. PELAYANAN ADMINISTRASI - MANAJEMEN

a. Ketepatan waktu pengusulan kenaikan pangkat 3 bulan

1	JUDUL INDIKATOR	Ketepatan waktu pengusulan kenaikan pangkat 3 bulan
2	DIMENSI MUTU	Efektifitas, efisiensi, kenyamanan
3	TUJUAN	Tergambarnya kepedulian rumah sakit terhadap tingkat kesejahteraan pegawai
4	DEFINISI OPERASIONAL	Usulan kenaikan pangkat pegawai yang dilakukan dua periode dalam satu tahun yaitu bulan april dan oktober
5	FREKUENSI PENGUMPULAN DATA	1 tahun
6	PERIODE ANALISA	1 tahun
7	NUMERATOR(PEMBILANG)	Jumlah pegawai yang diusulkan. tepat waktu sesuai periode kenaikan pangkat dalam satu tahun
8	DENUMERATOR (PENYEBUT)	Jumlah seluruh pegawai yang seharusnya diusulkan kenaikan pangkat dalam satu tahun
9	SUMBER DATA	Sub.Bag.Kepegawaian
10	NILAI	100%
11	PENANGGUNG JAWAB	Kepala Bagian Tata Usaha

b. Ketepatan waktu pengusulan kenaikan gaji berkala

1	JUDUL INDIKATOR	Ketepatan waktu pengusulan kenaikan gaji berkala
2	DIMENSI MUTU	Efektifitas, kenyamanan
3	TUJUAN	Tergambarnya kepedulian rumah sakit terhadap kesejahteraan pegawai
4	DEFINISI OPERASIONAL	Kenaikan gaji berkala adalah kenaikan gaji secara periodik sesuai peraturan kepegawaian yang berlaku
5	FREKUENSI PENGUMPULAN DATA	1 tahun
6	PERIODE ANALISA	1 tahun
7	NUMERATOR(PEMBILANG)	Jumlah pegawai yang mendapatkan SK Kenaikan berkala dalam satu tahun
8	DENUMERATOR (PENYEBUT)	Jumlah keseluruhan pegawai yang seharusnya memperoleh kenaikan gaji berkala dalam satu tahun
9	SUMBE DATA	Sub.Bag.Kepegawaian
10	NILAI	100%
11	PENANGGUNG JAWAB	Kepala Bagian Tata Usaha

XVIII. PELAYANAN KEUANGAN

a. Ketepatan waktu penyusunan laporan keuangan maksimal tanggal 10 bulan berikutnya

1	JUDUL INDIKATOR	Ketepatan waktu penyusunan laporan keuangan maksimal tanggal 10 bulan berikutnya
2	DIMENSI MUTU	Efektifitas
3	TUJUAN	Tergambarnya disiplin pengelolaan keuangan
4	DEFINISI OPERASIONAL	laporan keuangan meliputi realisasi anggaran dan arus kas laporan keuangan harus diselesaikan sebelum tanggal 10 setiap bulan berikutnya
5	FREKUENSI PENGUMPULAN DATA	3 bulan
6	PERIODE ANALISA	6 bulan
7	NUMERATOR(PEMBILANG)	Jumlah laporan keuangan yang diselesaikan sebelum tanggal 10 setiap bulan
8	DENUMERATOR (PENYEBUT)	Jumlah laporan keuangan yang harus diselesaikan dalam tiga bulan

9	SUMBER DATA	Ka.Sub.Bag.Kuangan
10	NILAI	95%
11	PENANGGUNG JAWAB	Ka.Sub.Bag.Kuangan

b. Ketepatan waktu pemberian TPK sesuai kesepakatan waktu

1	JUDUL INDIKATOR	Ketepatan waktu pemberian TPK sesuai kesepakatan waktu
2	DIMENSI MUTU	Efektifitas
3	TUJUAN	Tergambarnya kinerja menejemen dalam memperhatikan kesejahteraan karyawan
4	DEFINISI OPERASIONAL	TPK adalah imbalan yang diberikan kepada karyawan sesuai kinerja yang dicapai dalam satu bulan.Ketepatan waktu pemberian TPK sesuai kesepakatan waktu adalah tiap bulan per tanggal 25
5	FREKUENSI PENGUMPULAN DATA	Tiap 6 bulan
6	PERIODE ANALISA	Tiap 1 tahun
7	NUMERATOR(PEMBILANG)	Jumlah bulan dengan keterlambatan pemberian TPK
8	DENUMERATOR (PENYEBUT)	Tiap 6 bulan
9	SUMBER DATA	Sub.Bag.Kuangan
10	NILAI	100%
11	PENANGGUNG JAWAB	Kepala Su.Bag.Kuangan

XIX. PELAYANAN HYGIENE SANITASI DAN PENGOLAHAN LIMBAH

a. Pengolahan limbah padat berbahaya sesuai dengan aturan

1	JUDUL INDIKATOR	Pengolahan limbah padat berbahaya sesuai dengan aturan
2	DIMENSI MUTU	Keselamatan, lingkungan sehat
3	TUJUAN	Tergambarnya mutu penanganan limbah infeksius di rumah sakit

4	DEFINISI OPERASIONAL	Limbah padat berbahaya adalah sampah padat yang mengandung bahan - bahan tercemar jasad renik yang dapat menularkan penyakit dan atau dapat mencederai antara lain : sisa jarum suntik, sisa ampul, kasa bekas, sisa jaringan. Pengolahan limbah padat berbahaya harus dikelola sesuai dengan aturan dan pedoman yang berlaku
5	FREKUENSI PENGUMPULAN DATA	1 bulan
6	PERIODE ANALISA	3 bulan
7	NUMERATOR(PEMBILANG)	Jumlah limbah padat yang dikelola sesuai dengan standar prosedur operasional yang diamati
8	DENUMERATOR (PENYEBUT)	Jumlah total proses pengolahan limbah padat yang diamati
9	SUMBER DATA	Hasil pengamatan
10	NILAI	100%
11	PENANGGUNG JAWAB	Kepala Instalasi Higiene Sanitasi dan IPAL

b. Pemisahan sampah medis dan non medis

1	JUDUL INDIKATOR	Pemisahan sampah medis dan non medis
2	DIMENSI MUTU	Keselamatan, kedisiplinan, lingkungan sehat
3	TUJUAN	Tergambarnya kedisiplinan penanganan sampah medis dan non medis
4	DEFINISI OPERASIONAL	Adalah pemisahan pembuangan sampah medis dan non medis di plastik sampah yang dikumpulkan oleh petugas Hygiene Sanitasi
5	FREKUENSI PENGUMPULAN DATA	1 bulan
6	PERIODE ANALISA	3 bulan
7	NUMERATOR(PEMBILANG)	Jumlah kantong sampah medis yang masih tercampur dengan sampah non medis
8	DENUMERATOR (PENYEBUT)	Jumlah kantong sampah seluruhnya yang dikumpulkan oleh petugas Hygiene Sanitasi
9	SUMBER DATA	Instalasi Hygiene Sanitasi dan IPAL
10	NILAI	100%
11	PENANGGUNG JAWAB	Kepala Instalasi Hygiene Sanitasi dan IPAL

BAB IV

PENUTUP

Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan pada hakekatnya merupakan bentuk-bentuk pelayanan kesehatan yang selama ini telah dilaksanakan oleh unit-unit pelaksana pelayanan kesehatan.

Melalui penyusunan Standar Pelayanan Minimal ini diharapkan dapat digunakan sebagai pedoman evaluasi kinerja pelayanan dan memungkinkan dilakukan pengukuran perubahan yang terjadi dari waktu ke waktu.

Sebagai pedoman, Standar Pelayanan Minimal di dalam Rumah Sakit bersetujuan meningkatkan kuantitas dan kualitas untuk pelayanan, pengoptimalan sumberdaya, sarana maupun prasarana didalam Rumah Sakit itu sendiri. Dalam jangka panjangnya, diharapkan segenap pelayanan di Rumah Sakit yang selama ini telah berlangsung dapat dioptimalkan dan dapat terus meningkatkan minat masyarakat untuk menjadikan RSUD dr.R.Soetrasno Rembang sebagai pilihan tempat untuk mendapatkan pelayanan kesehatan.

BUPATI REMBANG



H. MOCH. SALIM

PEJABAT	PARAF
SEKDA	
ASISTEN	
KA. BAG. HUKUM	
SADAN / DINAS / INSTANSI / KANTOR	