



**BERITA DAERAH KABUPATEN WAY KANAN
TAHUN 2014 NOMOR 14**

**PERATURAN BUPATI WAY KANAN
NOMOR 14 TAHUN 2014**

TENTANG

**STANDAR PELAYANAN MINIMAL RUMAH SAKIT UMUM DAERAH
ZAINAL ABIDIN PAGARALAM KABUPATEN WAY KANAN**

DENGAN RAHMAT TUHAN YANG MAHA ESA

BUPATI WAY KANAN,

- Menimbang : a. bahwa dengan diberlakukannya otonomi daerah, maka kesehatan merupakan salah satu bidang pemerintahan yang wajib dilaksanakan oleh daerah, hal ini berarti bahwa Pemerintah Daerah bertanggung jawab penuh dalam penyelenggaraan pembangunan kesehatan untuk meningkatkan derajat kesehatan;
- b. bahwa rumah sakit sebagai salah satu sarana kesehatan yang memberikan pelayanan pada masyarakat memiliki peran yang strategis dalam mempercepat peningkatan derajat kesehatan masyarakat, oleh karena itu rumah sakit dituntut untuk memberikan pelayanan yang bermutu sesuai dengan standar yang ditetapkan dan dapat menjangkau seluruh lapisan masyarakat;
- c. bahwa Rumah Sakit Umum Daerah Zainal Abidin Pagaralam Kabupaten Way Kanan merupakan satuan kerja perangkat daerah yang melaksanakan pengelolaan keuangan dengan Pola Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum, maka berdasarkan Pasal 4 ayat (4) Peraturan Pemerintah Nomor 23 Tahun 2005 tentang Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum, perlu disusun Standar Pelayanan Minimal;
- d. bahwa memperhatikan Peraturan Menteri Negara Pendayagunaan Aparatur Negara Nomor 28 Tahun 2004 tentang Akuntabilitas pelayanan Publik, Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 13 Tahun 2006 tentang Pedoman Pengelolaan Keuangan Daerah, sebagaimana telah beberapa kali diubah terakhir dengan Peraturan menteri Dalam Negeri Nomor 21 Tahun 2011, Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 6 Tahun 2007 tentang Petunjuk Teknis Penyusunan dan Penetapan Standar

Pelayanan.....

Pelayanan Minimal, Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 61 Tahun 2007 tentang Pedoman Teknis Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum Daerah, Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 79 Tahun 2007 tentang Pedoman Penyusunan Rencana Pencapaian Standar Pelayanan Minimal, Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 129/Menkes/SK/III/2002 tentang Pedoman Penyusunan Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit yang Wajib Dilaksanakan Daerah, Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 129/Menkes/SK/II/2008 tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit;

- e. bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana dimaksud dalam huruf a, huruf b, huruf c dan huruf d, perlu menetapkan Peraturan Bupati tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit Umum Daerah Zainal Abidin Pagaralam Kabupaten Way Kanan;

- Mengingat :
1. Undang-Undang Nomor 12 Tahun 1999 tentang Pembentukan Kabupaten Daerah Tingkat II Way Kanan, Kabupaten Daerah Tingkat II Lampung Timur, dan Kota Madya Daerah Tingkat II Metro. (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 1999 Nomor 46, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 3825);
 2. Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2003 tentang Keuangan Negara (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2003 Nomor 47, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4286);
 3. Undang-Undang Nomor 1 Tahun 2004 tentang Pembendaharaan Negara (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 5, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4355);
 4. Undang-Undang Nomor 25 Tahun 2004 tentang Sistem Perencanaan Pembangunan Nasional (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 104, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4421);

5.Undang.....

5. 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 diubah beberapa kali terakhir dengan Undang-Undang Nomor 12 Tahun 2008 (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2008 Nomor 59, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4844);
6. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 144, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5063);
7. Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 153, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5072);
8. Undang-Undang Nomor 12 Tahun 2011 tentang Pembentukan Peraturan Perundang-Undangan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2011 Nomor 82, Tambahan Lembaga Negara Republik Indonesia Nomor 5234);
9. Peraturan Pemerintah Nomor 23 Tahun 2005 tentang Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2005 Nomor 48, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4502), sebagaimana telah diubah dengan Peraturan Pemerintah Nomor 74 Tahun 2012 (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2012 Nomor 171, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5340);
10. Peraturan Pemerintah Nomor 58 Tahun 2005 tentang Pengelolaan Keuangan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2005 Nomor 140, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4578);
11. 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);

12. Peraturan.....

12. Peraturan Pemerintah Nomor 79 Tahun 2006 Tentang Pedoman Pembinaan dan Pengawasan Penyelenggaraan Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2005 Nomor 165, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4593);
13. Peraturan Pemerintah Nomor 8 Tahun 2006 tentang Pelaporan Keuangan dan Kinerja Instansi Pemerintah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2006 Nomor 25, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4614);
14. Peraturan Pemerintah Nomor 38 Tahun 2007 tentang Pembagian Urusan Pemerintahan Antara Pemerintah, Pemerintahan Daerah Provinsi dan Pemerintahan Daerah Kabupaten/Kota (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2007 Nomor 82, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4737);
15. Peraturan Daerah Kabupaten Way Kanan Nomor 2 Tahun 2008 tentang Urusan Pemerintahan Daerah Kabupaten Way Kanan (Lembaran Daerah Kabupaten Way Kanan Tahun 2008 Nomor 2, Tambahan Lembaran Daerah Kabupaten Way Kanan Nomor 122);
16. Peraturan Daerah Kabupaten Way Kanan Nomor 5 Tahun 2008 tentang Organisasi Lembaga Teknis Daerah Kabupaten Way Kanan (Lembaran Daerah Kabupaten Way Kanan Tahun 2008 Nomor 5, Tambahan Lembaran Daerah Kabupaten Way Kanan Nomor 125), sebagaimana telah diubah dengan Peraturan Daerah Kabupaten Way Kanan Nomor 5 Tahun 2013 (Lembaran Daerah Kabupaten Way Kanan Tahun 2013 Nomor 5, Tambahan Lembaran Daerah Kabupaten Way Kanan Nomor 151);

MEMUTUSKAN:

Menetapkan : **PERATURAN BUPATI TENTANG STANDAR PELAYANAN MINIMAL RUMAH SAKIT UMUM DAERAH ZAINAL ABIDIN PAGARALAM KABUPATEN WAY KANAN.**

BAB I.....

BAB I
KETENTUAN UMUM

Pasal 1

Dalam Peraturan Bupati ini yang dimaksud dengan:

1. Daerah adalah Kabupaten Way Kanan.
2. Pemerintah Daerah adalah Pemerintah Kabupaten Way Kanan.
3. Bupati adalah Bupati Way Kanan.
4. Sekretaris Daerah adalah Sekretaris Daerah Kabupaten Way Kanan.
5. Rumah Sakit Umum Daerah Way Kanan yang selanjutnya disingkat RSUD Zainal Abidin Pagaralam Kabupaten Way Kanan adalah Rumah Sakit Umum Daerah Zainal Abidin Pagaralam Kabupaten Way Kanan.
6. Direktur adalah Direktur RSUD Zainal Abidin Pagaralam Kabupaten Way Kanan.
7. Badan Layanan Umum Daerah yang selanjutnya disingkat BLUD adalah satuan kerja perangkat daerah atau unit kerja pada satuan kerja perangkat daerah di lingkungan pemerintah daerah 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 efisien dan produktivitas.
8. Pola Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum Daerah yang selanjutnya disingkat PPK-BLUD adalah pola pengelolaan keuangan yang memberikan fleksibilitas berupa keleluasaan untuk menerapkan praktek-praktek bisnis yang sehat untuk meningkatkan pelayanan kepada masyarakat dalam rangka memajukan kesejahteraan umum dan mencerdaskan kehidupan bangsa, sebagai pengecualian dari ketentuan pengelolaan keuangan daerah pada umumnya.
9. Pelayanan Rumah Sakit adalah Pelayanan yang diberikan oleh RSUD Zainal Abidin Pagaralam Kabupaten Way Kanan kepada masyarakat yang meliputi pelayanan medik, pelayanan penunjang medik, dan pelayanan administrasi manajemen.

10. Standar.....

10. 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 atau ketentuan tentang spesifikasi teknis tentang tolak ukur layanan minimal yang diberikan oleh RSUD Zainal Abidin Pagaralam Kabupaten Way Kanan kepada masyarakat.
11. Jenis pelayanan adalah jenis-jenis pelayanan yang diberikan oleh RSUD Zainal Abidin Pagaralam Kabupaten Way Kanan .
12. Mutu Pelayanan Kesehatan adalah kinerja yang menunjukkan pada tingkat kesempurnaan pelayanan kesehatan, yang di satu pihak dapat menimbulkan kepuasan pada setiap pasien sesuai dengan tingkat kepuasan rata-rata penduduk serta pihak lain serta tata penyelenggaraannya sesuai dengan standard dan kode etik profesi yang telah ditetapkan.
13. 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 berdasar standar WHO.
14. Kinerja adalah proses yang dilakukan dan hasil yang dicapai oleh suatu organisasi dalam menyediakan produk dalam bentuk jasa pelayanan atau barang kepada pelanggan.
15. 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 tolak ukur prestasi kuantitatif/ kualitatif yang digunakan untuk mengukur terjadinya perubahan terhadap besaran target atau standar yang telah ditetapkan sebelumnya;
16. Standar adalah nilai tertentu yang telah ditetapkan berkaitan dengan sesuatu yang harus dicapai.
17. Definisi operasional adalah uraian yang dirnaksud untuk menjelaskan pengertian indikator.
18. Frekuensi pengumpulan data adalah frekuensi pengambilan data dari sumber data untuk tiap indikator.
19. Periode analisis adalah rentang waktu pelaksanaan kajian terhadap indikator kerja yang dikumpulkan.

20. Pembilangan.....

20. Pembilangan (numerator) adalah besaran sebagian nilai pembagi dalam rumus indikator kerja.
21. Penyebut (denominator) adalah besaran sebagai nilai pembagi dalam rumus indikator kerja.
22. Target/Nilai adalah ukuran mutu atau kinerja yang diharapkan bisa dicapai.
23. Sumber data adalah sumber bahan nyata atau keterangan yang dapat dijadikan dasar kajian yang berhubungan langsung dengan persoalan.

BAB II MAKSUD DAN TUJUAN

Pasal 2

- (1) Maksud ditetapkannya SPM sebagai panduan bagi RSUD Zainal Abidin Pagaralam Kabupaten Way Kanan dalam melaksanakan perencanaan, pelaksanaan, pengendalian, pengawasan dan pertanggungjawaban penyelenggaraan pelayanan rumah sakit.
- (2) Tujuan ditetapkannya SPM untuk meningkatkan dan menjamin mutu pelayanan kesehatan kepada masyarakat.

BAB III JENIS PELAYANAN, INDIKATOR, STANDAR, BATAS WAKTU PENCAPAIAN DAN URAIAN STANDAR PELAYANAN MINIMAL

Bagian Kasatu Jenis Pelayanan

Pasal 3

- (1) RSUD Zainal Abidin Pagaralam Kabupaten Way Kanan Way Kanan mempunyai tugas melaksanakan pelayanan kesehatan dengan mengutamakan upaya penyembuhan (kuratif), pemulihan (rehabilitatif) yang dilaksanakan secara terpadu dengan upaya pencegahan (preventif), peningkatan (promotif) serta upaya rujukan.

(2)SPM.....

- (2) SPM ditetapkan untuk jenis pelayanan di RSUD Zainal Abidin Pagaralam Kabupaten Way Kanan yang meliputi:
- a. Pelayanan Gawat Darurat;
 - b. Pelayanan Rawat jalan;
 - c. Pelayanan Rawat Inap;
 - d. Pelayanan Bedah Sentral;
 - e. Pelayanan Persalinan dan Perinatologi;
 - f. Pelayanan Intensif;
 - g. Pelayanan Radiologi;
 - h. Pelayanan Laboratorium Patologi Klinik;
 - i. Pelayanan Rehabilitasi Medik;
 - j. Pelayanan Farmasi;
 - k. Pelayanan Gizi;
 - l. Pelayanan Tranfusi Darah/ Bank darah;
 - m. Pelayanan Masyarakat Miskin (Gakin/ Maskin);
 - n. Pelayanan Rekam Medik;
 - o. Pengelolaan Limbah;
 - p. Pelayanan Administrasi dan Manajemen;
 - q. Pelayanan Ambulance / Mobil Jenazah;
 - r. Pelayanan Pemulasaran Jenazah;
 - s. Pelayanan Pemeliharaan Sarana dan Prasarana Rumah Sakit (IPSSRS);
 - t. Pelayanan Laundry; dan
 - u. Pencegahan dan Pengendalian Infeksi;

Bagian kedua
Indikator, Standar, Batas Waktu Pencapaian
dan Uraian SPM

Pasal 4

Indikator, standar dan batas Waktu pencapaian dan uraian SPM sebagaimana tercantum dalam Lampiran yang merupakan bagian tidak terpisahkan dari Peraturan Bupati

BAB IV
PELAKSANAAN

Pasal 5

(1) RSUD Zainal Abidin Pagaralam Kabupaten Way Kanan wajib melaksanakan pelayanan berdasarkan SPM yang ditetapkan dalam Peraturan Bupati ini.

(2)Direktur.....

- (2) Direktur RSUD Zainal Abidin Pagaralam Kabupaten Way Kanan bertanggung jawab dalam penyelenggaraan pelayanan sesuai SPM sebagaimana dimaksud dalam Pasal 4.
- (3) Penyelenggaraan pelayanan yang sesuai dengan SPM dilakukan oleh tenaga kesehatan RSUD Zainal Abidin Pagaralam Kabupaten Way Kanan dengan kualifikasi dan kompetensi yang sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan yang berlaku.

BAB V PENERAPAN

Pasal 6

- (1) Direktur RSUD Zainal Abidin Pagaralam Kabupaten Way Kanan menyusun rencana bisnis anggaran, target serta upaya dan pelaksanaan peningkatan mutu pelayanan tahunan berdasarkan SPM.
- (2) Setiap unit kerja pelayanan dan administrasi Manajemen RSUD Zainal Abidin Pagaralam Kabupaten Way Kanan menyusun rencana bisnis anggaran, target, serta upaya dan pelaksanaan peningkatan mutu pelayanan tahun unit kerja SPM.
- (3) Setiap pelaksanaan penyelenggaraan pelayanan yang menjadi tugasnya sesuai dengan SPM.

BAB VI PEMBINAAN DAN PENGAWASAN

Bagian Kesatu Pembinaan

Pasal 7

- (1) Pembinaan Pelaksanaan Pelayanan berdasarkan SPM yang ditetapkan dalam Peraturan ini dilakukan oleh Bupati melalui Pengawas Internal RSUD Zainal Abidin Pagaralam Kabupaten Way Kanan .

(2)Pembinaan.....

- (2) Pembinaan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) berupa fasilitas pemberian orientasi umum, petunjuk teknis, bimbingan teknis, pendidikan/latihan dan/atau bantuan teknis lainnya yang mencakup:
- a. Perhitungan sumber daya dan dana yang dibutuhkan untuk mencapai SPM;
 - b. Penyusunan rencana pencapaian SPM dan penetapan target tahunan pencapaian SPM;
 - c. Penilaian prestasi kerja pencapaian SPM ;dan
 - d. Pelaporan prestasi kerja pencapaian SPM

Bagian Kedua Pengawasan

Pasal 8

- (1) Pengawasan dalam Penyelenggaraan Pclayanan sesuai SPM dilakukan oleh Bupati.
- (2) Pengawasan operasional dilakukan oleh pengawas internal RSUD Zainal Abidin Pagaralam Kabupaten Way Kanan
- (3) Pengawasan internal sebagaimana dimaksud pada ayat (1) berkedudukan langsung dibawah Direktur RSUD Zainal Abidin Pagaralam Kabupaten Way Kanan .

Pasal 9

- (1) Selain melaksanakan tugas pengawasan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 8 ayat (1) pengawasan internal bersama-sama dengan aparatur RSUD Zainal Abidin Pagaralam Kabupaten Way Kanan mernpunyai tugas menciptakan dan meningkatkan pengendalian internal.
- (2) Pengendalian internal sebagairnana dimaksud pada ayat (1) dengan ruang lingkup membantu manajemen dalam hal tercapainya prestasi kerja agar sesuai dengan SPM.

Pasal 10.....

Pasal 10

Anggaran pelaksanaan pembinaan dan pengawasan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 7, Pasal 8, dan Pasal 9 dibebankan pada pendapatan operasional RSUD Zainal Abidin Pagaralam Kabupaten Way Kanan yang ditetapkan dalam Rencana Bisnis Anggaran RSUD Zainal Abidin Pagaralam Kabupaten Way Kanan .

**BAB VII
KETENTUAN PENUTUP**

Pasal 11

Peraturan Bupati ini mulai berlaku pada tanggal diundangkan.

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

Ditetapkan di Blambangan Umpu
pada tanggal 3 Maret 2014

BUPATI WAY KANAN,

Dto,

BUSTAMI ZAINUDIN

Diundangkan di Blambangan Umpu
pada tanggal 3 Maret 2014

SEKRETARIS DAERAH KABUPATEN WAY KANAN,

Dto,

BUSTAM HADORI

BERITA DAERAH KABUPATEN WAY KANAN TAHUN 2014 NOMOR 14

Disalin sesuai dengan aslinya
Pt. KEPALA BAGIAN HUKUM


YUSRON LUTFL. SH., MM

Pembina/(IV/a)

NIP. 19720916 200003 1 004

LAMPIRAN
PERATURAN BUPATI WAY KANAN
NOMOR 14 TAHUN 2014
TENTANG
STANDAR PELAYANAN MINIMAL
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH
ZAINAL ABIDIN PAGARALAM
KABUPATEN WAY KANAN

KATA PENGANTAR

Puji syukur kami panjatkan kehadirat Allah SWT. yang telah memberikan rahmat dan hidayah-Nya kepada kita. atas izin-Nya "Standar Pelayanan Minimal (SPM) Rumah Sakit Umum Daerah Zainal Abidin Pagaralam Kabupaten Way Kanan " telah selesai tersusun.

Standar Pelayanan Minimal merupakan spesifikasi teknis tentang tolak ukur layanan minimal yang diberikan oleh Badan Layanan Umum Rumah Sakit Umum Daerah Zainal Abidin Pagaralam Kabupaten Way Kanan kepada masyarakat.

Dalam penyusunan Standar Pelayanan Minimal ini disusun oleh kelompok kerja Tim Persiapan Penetapan PPK BLUD Way Kanan.

Kami menyadari penyusunan Standar Pelayanan Minimal ini masih ada kekurangan, untuk itu penyusun menunggu masukan untuk penyempunaan.

Dalam kenyataan ini kami sampaikan terima kasih kepada semua pihak yang telah membantu sehingga terwujudnya Standar Pelayanan Minimal ini.

Way Kanan,

Penyusun

DAFTAR ISI

KATA PENGANTAR	
DAFTAR ISI	
BAB I PENDAHULUAN	
1.1 Latar Belakang	
1.2 Maksud dan Tujuan	
1.3 Jenis Pelayanan	
1.4 Sistematika Penulisan	
BAB II SPM RSUD ZAPA WAY KANAN	
2.1 SPM Pelayanan Medik, Penunjang Medik dan Keperawatan.....	
2.2 Administrasi dan Manajemen	
BAB III RINCIAN SPM RSUD ZAPA WAY KANAN	
3.1 SPM Pelayanan Medik, Penunjang Medik dan Keperawatan	
1. SPM Instalasi Gawat Darurat	
2. SPM Instalasi Rawat Jalan	
3. SPM Instalasi Rawat Inap	
4. SPM Instalasi Bedah Sentral	
5. SPM Instalasi Persalinan dan Perinatologi	
6. SPM Instalasi Kamar Intensif	
7. SPM Instalasi Rehabilitasi Medik	
8. SPM Instalasi Farmasi	
9. SPM Instalasi Radiologi	
10. SPM Laboratorium	
11. SPM Pelayanan Tranfusi Darah	
12. SPM Rekam Medik	
13. SPM Instalasi Gizi	
14. SPM Instalasi Sanitasi	
15. SPM IPSPRS	
16. SPM Laundry	
17. SPM Ambulance	
18. SPM Kamar Jenazah	
19. SPM Infeksi Nosokomial	
3.2 Administrasi dan Manajemen	
1. SPM Sub. Bag. Umum dan Kepegawaian	
2. SPM Seksi Informasi dan Komunikasi	
3. SPM Seksi Perencanaan dan Pengembangan	
4. SPM Seksi Keuangan	
BAB IV TARGET PENCAPAIAN	

BAB I PENDAHULUAN

1.1 LATAR BELAKANG

Rumah Sakit Umum Daerah Zainal Abidin Pagaralam Way Kanan menyelenggarakan pelayanan kesehatan rumah sakit kepada masyarakat berupa pelayanan kesehatan perorangan.

Badan Layanan Rumah Sakit Umum Daerah Zainal Abidin Pagaralam Kabupaten Way Kanan merupakan instansi di lingkungan pemerintah daerah yang dibentuk untuk memberikan pelayanan kesehatan kepada masyarakat berupa penyediaan barang dan atau jasa yang dijual tanpa mengutamakan mencari keuntungan dan dalam melakukan kegiatannya di dasarkan pada prinsip efisiensi dan produktivitas.

Adapun indikator dari Standar Pelayanan Minimal adalah tolak ukur prestasi kuantitatif yang digunakan untuk menggambarkan besaran sasaran yang hendak dipenuhi dalam pencapaian suatu Standar Pelayanan Minimal tertentu. dapat berupa masukan, proses, hasil dan atau manfaat pelayanan dasar.

Standar Pelayanan Minimal adalah spesifikasi teknis tentang tolak ukur layanan minimal yang diberikan oleh Badan Layanan Umum Daerah Zainal Abidin Pagaralam Kabupaten Way Kanan kepada masyarakat.

1.2 MAKSUD DAN TUJUAN

Maksud ditetapkannya Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit Umum Daerah Zainal Abidin Pagaralam Way Kanan adalah sebagai acuan bagi Rumah Sakit dalam memberikan pelayanan kepada masyarakat yang wajib dilaksanakan oleh Rumah Sakit.

Tujuan ditetapkan Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit Umum Daerah Zainal Abidin Pagaralam Way Kanan ini adalah :

- a. meningkatkan akses data dan kualitas pelayanan Rumah Sakit kepada masyarakat.
- b. meningkatkan efisiensi dan efektifitas pelayan Rumah Sakit kepada masyarakat.

- c. menjamin hak masyarakat untuk menerima setiap jenis pelayanan yang disediakan Rumah Sakit dengan mutu tertentu.
- d. menentukan jumlah anggaran yang dibutuhkan dalam menyediakan suatu layanan sesuai dengan klasifikasi Rumah Sakit.
- e. meningkatkan akuntabilitas Rumah Sakit terhadap masyarakat.
- f. mendorong transparansi dan partisipasi masyarakat dalam proses penyelenggaraan jasa layanan Rumah Sakit.
- g. mengukur Kinerja Penyelenggara Pelayanan Rumah Sakit kepada masyarakat.

1.3 JENIS PELAYANAN

Jenis pelayanan Rumah Sakit yang minimal wajib disediakan oleh Rumah Sakit meliputi:

- a. Pelayanan gawat darurat;
- b. Pelayanan rawat jalan;
- c. Pelayanan rawat inap;
- d. Pelayanan bedah sentral;
- e. Pelayanan persalinan dan perinologi;
- f. Pelayanan intensif;
- g. Pelayanan rehabilitasi medik;
- h. Pelayanan farmasi;
- i. Pelayanan radiologi;
- j. Pelayanan laboratorium patologi klinik;
- k. Pelayanan transfusi darah;
- l. Pelayanan rekam medik;
- m. Pelayanan gizi;
- n. Pelayanan Sanitasi;
- o. Pelayanan Instalasi Pemeliharaan Sarana Rumah Sakit (IPSRS);
- p. Laundry;
- q. Pelayanan ambulance;
- r. Pelayanan pemulasan jenazah;
- s. Pelayanan pencegahan infeksi nosokomial;
- t. Pelayanan administrasi manajemen;

1.4 SISTEMATIKA PENULISAN

Sistematika penulisan pada Standar Pelayanan Minimal RSUD Zainal Abidin Pagaram Way Kanan ini adalah sebagai berikut :

BAB I	PENDAHULUAN	Meliputi latar belakang, maksud dan tujuan, jenis pelayanan dan sistematika penulisan
BAB II	STANDAR PELAYANAN MINIMAL	Meliputi pelayanan medik, penunjang medik dan keperawatan serta administrasi dan manajemen
BAB III	RINCIAN STANDAR PELAYANAN MINIMAL	Meliputi Rincian Standar Pelayanan Minimal dari pelayanan medik, penunjang medik dan keperawatan serta administrasi dan menejemn
BAB IV	TARGET PENCAPAIAN	Meliputi kondisi dan Target Indikator Standar Pelayanan Minimal

BAB II
STANDAR PELAYANAN MINIMAL
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH ZAINAL ABIDIN PAGARALAM
KABUPATEN WAY KANAN

2.1 SPM PELAYANAN MEDIK, PENUNJANG MEDIK DAN KEPERAWATAN

Jenis Pelayanan		Indikator	Standar
1. Gawat Darurat	1	Jam Buka pelayanan gawat darurat	24 Jam
	2	Kemampuan menangani <i>live saving</i> di gawat darurat	100 %
	3	Pemberian pelayanan kegawat daruratan yang bersifat ATLS/BTLS/ACLS/PPGD	100 %
	4	Waktu tanggap pelayanan dokter di gawat darurat	5 menit terlayani setelah pasien datang
	5	Kepuasan pelanggan gawat darurat	70 %
	6	Kematian pasien \leq 24 jam di IGD	Dua per seribu
	7	Tidak adanya keharusan untuk membayar uang muka	100 %
2. Rawat Jalan	1	Ketersediaan pelayanan rawat jalan	a. Klinik anak b. Klinik penyakit dalam c. Klinik kebidanan d. Klinik bedah e. Klinik rehabilitasi medik
	2	Dokter pemberi pelayanan di Poliklinik Spesialis	100% Dokter Spesialis
	3	Waktu pemeriksaan dokter di klinik instalasi rawat jalan	5-10 menit/pasien
	4	Hari buka pelayanan rawat jalan sesuai dengan ketentuan	Setiap jam kerja dimulai jam 08.00 s/d jam 13.00 WIB kecuali hari jum'at 08.00 s/d 10.45 WIB dan sabtu jam 08.00 sd 12.00 WIB

	5	Waktu tunggu di rawat jalan	Maksimal 60 menit
	6	Kepuasan pelanggan pelayanan rawat jalan	Di atas 90 %
3. Rawat Inap	1	Pemberian pelayanan di rawat inap	Dokter dan tenaga perawat yang kompeten
	2	Lengkapya pengisian asuhan keperawatan rawat inap	70%
	3	Dokter penanggung jawab pasien rawat inap	100%
	4	Ketersediaan pelayanan rawat inap	Penyakit anak, dalam, kebidanan dan bedah
	5	Jam visit dokter spesialis	Setiap hari kerja kurang dari jam 11.00
	6	Kejadian infeksi pasca operasi	Maksimal 1,5%
	7	Kejadian infeksi nosokomial	Maksimal 1,5%
	8	Tidak adanya kejadian pasien jatuh yang berakibat kecacatan/ kematian	100%
	9	Kematian pasien \geq 48 jam	0,24%
	10	Kejadian pulang paksa	Max 5%
	11	Kepuasan pelanggan	Max 90%
4. Bedah Sentral	1	Waktu tunggu operasi efektif	2 hari
	2	Kejadian kematian di meja operasi	Maksimal 1%
	3	Tidak ada kejadian operasi salah sisi	100%
	4	Tidak ada kejadian operasi salah orang	100%
	5	Tidak adanya kejadian salah tindakan pada operasi	100%
	6	Tidak adanya kejadian tertinggalnya benda asing/ lain pada tubuh pasien setelah operasi	100%
	7	Komplikasi enestasi karena overdosis, reaksi anestesis, dan salah penempatan <i>endotracheal</i>	6%

		<i>tube</i>	
5. Persalinan dan Perinatologi	1	Kejadian kematian ibu karena persalinan	a. Pendarahan max 1% b. Pre-eklam max 30% c. Sepsis max 0,2%
	2	Pemberi pelayanan persalinan normal	a. Dokter Sp. OG b. Dokter umum terlatih c. Bidan
	3	Pemberi pelayanan persalinan dengan penyulit	Tim PONEK yang terlatih
	4	Pemberi pelayanan persalinan dengan tindakan operasi	1. Dokter Sp. OG 2. Dokter Sp. Anak
	5	Kemampuan menangani BBLR 1500g - 2500g	100%
	6	Pertolongan persalinan melalui resiko	Max 20%
	7	Kepuasan pasien persalinan	80%
6. Pelayanan Intensif	1	Rata-rata pasien yang kembali ke perawatan intensif dengan kasus yang sama < 72 jam	Max 3%
	2	Pemberi pelayanan unit intensif	100% perawat minimal D3 dengan sertifikat perawat mahir ICU
7. Rehabilitasi Medik	1	Kejadian <i>Drop Out</i> pasien terhadap pelayanan rehabilitasi medik yang direncanakan	Max 50%
	2	Tidak adanya kejadian kesalahan tindakan medik	100%
	3	Kepuasan pelanggan	80%
8. Farmasi	1	Waktu tunggu pelayanan obat jadi	15-30 menit
	2	Waktu tunggu pelayanan obat racikan	40-60 menit
	3	Penulisan resep formularium	100%
	4	Tidak ada kejadian kesalahan pemberian obat	100%

	5	Kepuasan pelanggan	100%
9. Radiologi	1	Waktu tunggu hasil pelayanan thorax	Max 3 jam
	2	Pelaksana ekspertisi	Dokter spesialis Radiologi
	3	Kejadian kegagalan pelayanan rontgen	Max kerusakan foto 2%
	4	Kepuasan pelanggan	80%
10. Laboratorium Klinik	1	Waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium rawat jalan	Max 150 menit
	2	Pelaksanaan ekspertisi hasil pemeriksaan laboratorium	Dokter spesialis patologi klinik
	3	Kepuasan pelanggan	Keluhan < 10%
	4	Pra analitik laboratorium (darah untuk hematologi)	95% tercapai
	5	Pra analitik laboratorium (darah untuk pasien)	95% tercapai
	6	Ketelitian dan ketepatan analisis	Ketepatan 100%
	7	Pencatatan hasil dan pelaporan yang tepat	95%
	8	Kalibrasi alat laboratorium tepat waktu	100%
11. Tranfusi darah	1	Pemenuhan kebutuhan darah bagi setiap pelayanan transfusi	100% terpenuhi
	2	Kejadian reaksi transfusi	Max 0,01%
12. Rekam Medik	1	Kelengkapan pengisian rekam medik 25 jam setelah selesai pelayanan	100%
	2	Kelengkapan informed consent setelah mendapat informasi yang jelas	100%
	3	Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat jalan	10 menit
	4	Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat jalan	15 menit

13. Gizi	1	Pemberian konsultasi gizi kepada pasien rawat inap yang memerlukan diet khusus	80%
	2	Pemberian konsultasi gizi kepada pasien rawat jalan yang memerlukan diet	80%
	3	Ketepatan waktu pemberian makanan kepada pasien	90%
	4	Ketepatan pemberian makanan dengan diet yang telah ditentukan	100%
	5	Jumlah makanan yang dikembalikan oleh pasien	Max 20%
14. Sanitasi	1	Penyediaan ruang bangunan	100%
	2	Pengendalian kadar debu	100%
	3	Pengendalian index angka kuman	100%
	4	Pengendalian index pencahayaan	100%
	5	Pengendalian index penghawaan	100%
	6	Pengendalian kebisingan	100%
	7	Kebersihan lantai dan dinding	100%
	8	Angka kuman makanan/ minuman	100%
	9	Kebersihan peralatan makanan/ minuman	100%
	10	Penyehatan air bersih	100%
	11	Pengendalian nyamuk	100%
	12	Pengendalian kecoa	100%
	13	Pengendalian kucing dan anjing	100%
	14	Kualitas tenaga kesehatan lingkungan	100%
	15	Pengelolaan limbah pada medis	100%
	16	Pengelolaan limbah pada non medis	100%
	17	Pengelolaan limbah gas	100%
	18	Pengamanan radiasi	100%
	19	Upaya Promkes dari aspek kesling	100%

	20	Pengelolaan limbah cair	100%
15. IPSRS	1	Kecepatan waktu menanggapi kerusakan alat	80%
	2	Ketepatan waktu pemeliharaan alat	100%
16. Pelayanan Laundry	1	Pengelolaan linen	100%
	2	Tidak adanya kejadian linen yang hilang	100%
	3	Ketepatan waktu penyediaan linen untuk ruang rawat inap	100%
17. Ambulance	1	Kecepatan memberikan pelayanan ambulance	Maksimal 30 menit
	2	Waktu pelayanan ambulance	24 jam
18. Pemulasaran Jenazah	1	Waktu tanggap pelayanan pemulasaran jenazah	2 jam
	2	Pelayanan mayat gelandangan	3 hari
	3	Pelayanan penanganan mayat x (tidak dikenal)	7 hari
	4	Pelayanan mobil jenazah	80%
19. Infeksi Nosokomial	1	Angka kejadian infeksi nosokomial	< 1,5%
	2	Ada pengurus pengendali infeksi nosokomial di rumah sakit	Pengurus lengkap
2.2 ADMINISTRASI DAN MANAJEMEN			
20. Sub Bag Umum dan Kepegawaian	1	Ketepatan waktu pengusulan kenaikan pangkat	100%
	2	Ketepatan waktu mengurus gaji berkala	100%
	3	Ketentuan jam kerja pegawai	70%
	4	Kedisiplinan apel pagi pegawai	60%
	5	Ketepatan penyusunan daftar urut kepangkatan pegawai	60%
	6	Ketepatan penyelesaian berkas cuti tahunan	100%

25. Seksi Keuangan	1	<i>Cost Recovery</i>	80%
	2	Ketepatan waktu penyusunan laporan keuangan	50%
	3	Ketepatan waktu pelayanan pembayaran pasien rawat inap maksimal 30 menit	90%
	4	Ketepatan waktu pemberian jasa intensif	Maksimal tanggal 20
	5	Kecepatan waktu pemberian informasi tentang tagihan pasien rawat inap	Max 2 jam

BAB III
RINCIAN STANDAR PELAYANAN MINIMAL
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH ZAINAL ABIDIN PAGARALAM
KABUPATEN WAY KANAN

3.1 SPM PELAYANAN MEDIK, PENUNJANG MEDIK DAN KEPERAWATAN

1. Standar Pelayanan Minimal Instalasi Gawat Darurat

a. Jam Buka Pelayanan Gawat Darurat

Indikator	Jam Buka Pelayanan Gawat Darurat
Dimensi Mutu	Keterjangkauan
Tujuan Indikator	Tersedianya pelayanan gawat darurat 24 jam di Rumah Sakit Umum Daerah Zainal Abidin Pagaralam Way Kanan
Definisi Terminologi Yang Digunakan	Jam buka pelayanan gawat darurat adalah instalasi gawat darurat siap memberikan pelayanan 24 jam
Frekuensi Pengumpulan Data	1 Bulan
Periode Dilakukan Analisa	3 Bulan
Numerator (pembilang)	Jumlah kumulatif jam buka gawat darurat dalam 1 bulan
Denominator (Penyebut)	Jumlah hari dalam satu bulan
Standar Pencapaian	24 jam
Penanggung Jawab	Kepala instalasi gawat darurat
Sumber Data	instalasi gawat darurat

b. Kemampuan Menangani *Live Saving* di Gawat Darurat

Indikator	Kemampuan Menangani <i>Live Saving</i> di Gawat Darurat
Dimensi Mutu	Keselamatan
Tujuan Indikator	Tergambarnya kemampuan Rumah Sakit dalam memberikan pelayanan gawat darurat
Definisi Terminologi Yang Digunakan	<i>Live Saving</i> adalah upaya penyelamatan jiwa manusia dengan urutan <i>airway, breath, circulation</i>
Frekuensi Pengumpulan Data	1 Bulan
Periode Dilakukan Analisa	3 Bulan
Numerator (pembilang)	Jumlah kumulatif pasien yang dapat pertolongan <i>life saving</i> di gawat darurat
Denominator (Penyebut)	Jumlah pasien yang datang ke gawat darurat yang membutuhkan pelayanan <i>live saving</i>
Standar Pencapaian	100%

Penanggung Jawab	Kepala Instalasi IGD
Sumber Data	Rekam Medik

c. Pemberian Pelayanan Kegawatdaruratan Yang Bersertifikasi ATLS/BTLS/ACLS/PPGD

Indikator	Pemberian Pelayanan Kegawat Daruratan Yang Bersertifikasi ATLS/BTLS/ACLS/PPGD
Dimensi Mutu	Kompetensi teknis
Tujuan Indikator	Tersedianya pelayanan gawat darurat oleh tenaga kompeten dalam bidang kegawatdaruratan
Definisi Terminologi Yang Digunakan	Tenaga kompeten pada gawat darurat adalah tenaga yang sudah memiliki sertifikat pelatihan ATLS/BTLS/ACLS/PPGD
Frekuensi Pengumpulan Data	1 Bulan
Periode Dilakukan Analisa	3 Bulan
Numerator (pembilang)	Jumlah tenaga yang bersertifikat ATLS/BTLS/ACLS/PPGD
Denominator (Penyebut)	Jumlah tenaga yang memberikan pelayanan kegawatdaruratan
Standar Pencapaian	100%
Penanggung Jawab	Kepala Instalasi IGD
Sumber Data	Kepegawaian

d. Waktu Tanggap Pelayanan Dokter Di Gawat Darurat

Indikator	Waktu Tanggap Pelayanan Dokter Di Gawat Darurat
Dimensi Mutu	Keselamatan dan efektifitas
Tujuan Indikator	Terselenggaranya pelayanan yang cepat, responsif dan mampu menyelamatkan pasien gawat darurat
Definisi Terminologi Yang Digunakan	Kecepatan pelayanan dokter di gawat darurat adalah sejak pasien itu datang sampai mendapat pelayanan dokter
Frekuensi Pengumpulan Data	1 Bulan
Periode Dilakukan Analisa	3 Bulan
Numerator (pembilang)	Jumlah kumulatif waktu yang diperlukan sejak kedatangan semua pasien yang disampling secara acak sampai dilayani dokter
Denominator (Penyebut)	Jumlah seluruh pasien yang disampling

Standar Pencapaian	5 menit terlayani setelah pasien datang
Penanggung Jawab	Kepada Instalasi Gawat Darurat
Sumber Data	Tim mutu/ panitia mutu

e. Kepuasan Pelanggan Pada Gawat Darurat

Indikator	Kepuasan Pelanggan Pada Gawat Darurat
Dimensi Mutu	Kenyamanan
Tujuan Indikator	Terselenggaranya pelayanan gawat darurat yang mampu memberikan kepuasan pelanggan
Definisi Terminologi Yang Digunakan	Kepuasan adalah pernyataan tentang persepsi pelanggan terhadap pelayanan yang diberikan
Frekuensi Pengumpulan Data	1 Bulan
Periode Dilakukan Analisa	3 Bulan
Numerator (pembilang)	Jumlah kumulatif rerata penilaian kepuasan pasien gawat darurat yang disurvei
Denominator (Penyebut)	Jumlah seluruh pasien gawat darurat yang di survei (minimal n=50)
Standar Pencapaian	70%
Penanggung Jawab	Kepala Instalasi Gawat Darurat
Sumber Data	Tim mutu/ panitia mutu

f. Kematian Pasien \leq 24 Jam di Gawat Darurat

Indikator	Kematian Pasien \leq 24 Jam di Gawat Darurat
Dimensi Mutu	Efektifitas dan keselamatan
Tujuan Indikator	Terselenggaranya pelayanan yang efektif dan mampu menyelamatkan pasien gawat darurat
Definisi Terminologi Yang Digunakan	Kematian \leq 24 jam adalah kematian yang terjadi dalam periode 24 jam sejak pasien datang
Frekuensi Pengumpulan Data	1 Bulan
Periode Dilakukan Analisa	3 Bulan
Numerator (pembilang)	Jumlah pasien yang meninggal \leq 24 jam sejak pasien datang
Denominator (Penyebut)	Jumlah seluruh pasien yang ditangani gawat darurat
Standar Pencapaian	2 perseribu
Penanggung Jawab	Kepala Instalasi Gawat Darurat
Sumber Data	Rekam medik

g. Tidak adanya Keharusan Untuk Membayar Uang Muka

Indikator	Tidak adanya Keharusan Untuk Membayar Uang Muka
Dimensi Mutu	Akses dan keselamatan
Tujuan Indikator	Terselenggaranya pelayanan yang mudah diakses dan mampu segera memberikan pertolongan pada pasien gawat darurat
Definisi Terminologi Yang Digunakan	Uang muka adalah uang yang diserahkan kepada pihak rumah sakit sebagai jaminan terhadap pertolongan medis yang akan diberikan
Frekuensi Pengumpulan Data	1 Bulan
Periode Dilakukan Analisa	3 Bulan
Numerator (pembilang)	Jumlah pasien gawat darurat yang tidak membayar uang muka
Denominator (Penyebut)	Jumlah seluruh pasien yang datang ke gawat darurat
Standar Pencapaian	100%
Penanggung Jawab	Kepala Instalasi Gawat Darurat
Sumber Data	Registrasi Instalasi gawat darurat

2. Standar Pelayanan Minimal Instalasi Rawat Jalan

a. Ketersediaan Pelayanan Rawat Jalan di RSUD Zainal Abidin Pagaralam Way Kanan

Indikator	Ketersediaan Pelayanan Rawat Jalan di RSUD Zainal Abidin Pagaralam Way Kanan
Dimensi Mutu	Akses
Tujuan Indikator	Tersedianya pelayanan rawat jalan spesialisik yang seharusnya ada di instalasi Rawat Jalan RSUD Zainal Abidin Pagaralam Way Kanan
Definisi Terminologi Yang Digunakan	Pelayanan rawat jalan adalah pelayanan rawat jalan spesialisik, berupa poliklinik spesialisik yang tersedia di instalasi rawat jalan RSUD Zainal Abidin Pagaralam Way Kanan
Frekuensi Pengumpulan Data	1 Bulan
Periode Dilakukan Analisa	3 Bulan
Numerator (pembilang)	Jenis pelayanan rawat jalan spesialisik yang seharusnya ada di RSUD Zainal Abidin Pagaralam Way Kanan
Denominator (Penyebut)	Jenis pelayanan rawat jalan spesialisik yang ada/ anak, bedah, dalam, kebidanan
Standar Pencapaian	100%

Penanggung Jawab	Kepala Instalasi Rawat Jalan
Sumber Data	Register rawat jalan

b. Pemberi Pelayanan di Klinik Spesialis Instalasi Rawat Jalan

Indikator	Pemberi Pelayanan di Klinik Spesialis Instalasi Rawat Jalan
Dimensi Mutu	Kompetensi teknis medis profesional
Tujuan Indikator	Terlayani setiap pasien di klinik rawat jalan oleh dokter secara profesional
Definisi Terminologi Yang Digunakan	Waktu pemeriksaan dokter di klinik instalasi rawat jalan dimulai jam 09.00 WIB atau saat pasien pertama diperiksa hingga pasien terakhir diperiksa
Frekuensi Pengumpulan Data	1 Bulan
Periode Dilakukan Analisa	3 Bulan
Numerator (pembilang)	Jumlah waktu kumulatif yang digunakan dokter untuk memeriksa seluruh pasien dalam satu bulan
Denominator (Penyebut)	Jumlah seluruh hari pasien yang diperiksa di klinik rawat jalan dalam satu bulan
Standar Pencapaian	5-10 menit/pasien
Penanggung Jawab	Kepala instalasi rawat jalan
Sumber Data	Register rawat jalan

c. Hari Buka Pelayanan Rawat Jalan Sesuai Ketentuan

Indikator	Hari Buka Pelayanan Rawat Jalan Sesuai Ketentuan
Dimensi Mutu	Akses
Tujuan Indikator	Tersedianya pelayanan rawat jalan rumah sakit dari hari senin sampai sabtu
Definisi Terminologi Yang Digunakan	Waktu buka pelayanan rawat jalan adalah setiap hari kerja mulai jam 08.00 s/d jam 13.00 WIB kecuali hari jum'at 08.00 s/d 10.45 WIB dan sabtu jam 08.00 s/d 12.00 WIB
Frekuensi Pengumpulan Data	1 Bulan
Periode Dilakukan Analisa	3 Bulan
Numerator (pembilang)	Jumlah hari pelayanan rawat jalan spesialistik yang dibuka sesuai ketentuan dalam satu bulan
Denominator (Penyebut)	Jumlah seluruh hari pelayanan rawat jalan spesialistik dalam satu bulan
Standar Pencapaian	100%

Penanggung Jawab	Kepala Instalasi Rawat Jalan
Sumber Data	Register rawat jalan

d. Waktu Pemeriksaan Dokter di Klinik Instalasi Rawat Jalan

Indikator	Waktu Pemeriksaan Dokter di Klinik Instalasi Rawat Jalan
Dimensi Mutu	Kompetensi teknis media profesional
Tujuan Indikator	Terlayani setiap pasien di klinik rawat jalan oleh dokter secara profesional
Definisi Terminologi Yang Digunakan	Waktu pemeriksaan dokter di klinik instalasi rawat jalan dimulai jam 09.00 WIB atau saat pasien pertama diperiksa hingga pasien terakhir diperiksa
Frekuensi Pengumpulan Data	1 Bulan
Periode Dilakukan Analisa	3 Bulan
Numerator (pembilang)	Jumlah kumulatif yang digunakan dokter untuk memeriksa seluruh pasien dalam satu bulan
Denominator (Penyebut)	Jumlah seluruh hari pasien yang diperiksa di klinik rawat jalan dalam satu bulan
Standar Pencapaian	5-10 menit/ pasien
Penanggung Jawab	Kepala instalasi rawat jalan
Sumber Data	Register rawat jalan

e. Waktu Tunggu di Rawat Jalan

Indikator	Waktu Tunggu di Rawat Jalan
Dimensi Mutu	Akses
Tujuan Indikator	Tersedianya pelayanan rawat jalan di klinik spesialis instalasi rawat jalan pada hari kerja yang mudah dan cepat diakses oleh pasien
Definisi Terminologi Yang Digunakan	Waktu tunggu adalah waktu yang diperlukan oleh pasien mulai saat mendaftar sampai dilayani dokter di klinik spesialis
Frekuensi Pengumpulan Data	1 Bulan
Periode Dilakukan Analisa	3 Bulan
Numerator (pembilang)	Jumlah kumulatif waktu tunggu pasien rawat jalan yang disurvei
Denominator (Penyebut)	Jumlah seluruh pasien rawat jalan yang disurvei
Standar Pencapaian	Maksimal 60 menit
Penanggung Jawab	Kepala Instalasi Rawat Jalan

Sumber Data	Register rawat jalan
-------------	----------------------

f. Kepuasan Pelanggan pada Pelayanan Rawat Jalan

Indikator	Kepuasan Pelanggan pada Pelayanan Rawat Jalan
Dimensi Mutu	Rasa puas (pelayanan)
Tujuan Indikator	Tersedianya pelayanan rawat jalan yang mampu memberikan kepuasan/kenyamanan kepada pelanggan
Definisi Terminologi Yang Digunakan	Kepuasan adalah suatu perasaan atau persepsi yang dinyatakan pelanggan terhadap pelayanan rawat jalan yang diberikan
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap bulan
Periode Dilakukan Analisa	Setiap 6 bulan
Numerator (pembilang)	Jumlah kumulatif merata penilaian kepuasan pasien rawat jalan yang disurvei
Denominator (Penyebut)	Jumlah seluruh pasien rawat jalan yang disurvei tentang kepuasan pelanggan
Standar Pencapaian	Diatas 90% (Baik)
Penanggung Jawab	Kepala Instalasi Rawat Jalan
Sumber Data	Register rawat jalan

3. Standar Pelayanan Minimal Instalasi rawat Inap

a. Pemberi Pelayanan di Rawat Inap

Indikator	Pemberi Pelayanan di Rawat Inap
Dimensi Mutu	Kompetensi
Tujuan Indikator	Tersedianya pelayanan rawat inap oleh tenaga kompeten
Definisi Terminologi Yang Digunakan	Pemberi pelayanan rawat inap adalah dokter dan tenaga perawat yang kompeten
Frekuensi Pengumpulan Data	6 Bulan
Periode Dilakukan Analisa	6 Bulan
Numerator (pembilang)	Jumlah kumulatif tenaga dokter dan perawat (D3) yang memberikan pelayanan rawat inap
Denominator (Penyebut)	Jumlah seluruh tenaga dokter dan perawat yang bertugas dirawat inap
Standar Pencapaian	100%
Penanggung Jawab	Kepala Instalasi Rawat Inap
Sumber Data	Seksi Perawatan

b. Lengkapnya Pengisian Asuhan Keperawatan di Rawat Inap

Indikator	Lengkapnya Pengisian Asuhan Keperawatan di Rawat Inap
Dimensi Mutu	Kepedulian perawat
Tujuan Indikator	Pemberian asuhan keperawatan lebih efektif
Definisi Terminologi Yang Digunakan	Pengisian asuhan keperawatan adalah pendokumentasian asuhan keperawatan yang diberikan kepada pasien secara paripurna
Frekuensi Pengumpulan Data	1 Bulan
Periode Dilakukan Analisa	3 Bulan
Numerator (pembilang)	Tenaga perawat yang terampil dalam teknis keperawatan
Denominator (Penyebut)	Seluruh perawat yang bertugas di rawat inap
Standar Pencapaian	70%
Penanggung Jawab	Kepala Instalasi Rawat Inap
Sumber Data	Seksi Perawatan

c. Dokter Penanggung Jawab Pasien Rawat Inap

Indikator	Dokter Penanggung Jawab Pasien Rawat Inap
Dimensi Mutu	Kompetensi teknis, kesinambungan pelayanan
Tujuan Indikator	Tersedianya pelayanan rawat inap untuk menjamin kesinambungan pelayanan
Definisi Terminologi Yang Digunakan	Penanggung jawab pasien rawat inap adalah dokter yang memberikan pelayanan rawat inap sesuai kebutuhan pasien
Frekuensi Pengumpulan Data	1 Bulan
Periode Dilakukan Analisa	3 Bulan
Numerator (pembilang)	Jumlah pasien dalam satu bulan yang mempunyai dokter sebagai penanggung jawab
Denominator (Penyebut)	Jumlah seluruh rawat inap dalam satu bulan
Standar Pencapaian	100%
Penanggung Jawab	Kepala Instalasi Rawat Inap
Sumber Data	Rekam medik

d. Ketersediaan Pelayanan rawat Inap

Indikator	Ketersediaan Pelayanan rawat Inap
Dimensi Mutu	Akses
Tujuan Indikator	Tersedianya jenis pelayanan rawat inap yang minimal harus ada di rumah sakit
Definisi Terminologi Yang Digunakan	Pelayanan rawat inap adalah pelayanan rumah sakit yang diberikan kepada pasien tirah baring di rumah sakit
Frekuensi Pengumpulan Data	3 Bulan
Periode Dilakukan Analisa	3 Bulan
Numerator (pembilang)	Jenis-jenis pelayanan rawat inap spesialistik
Denominator (Penyebut)	Seluruh jenis pelayanan spesialistik
Standar Pencapaian	Minimal kesehatan anak, penyakit dalam, kebidanan dan bedah
Penanggung Jawab	Kepala Instalasi Rawat Inap
Sumber Data	Rekam medik

e. Jam Visit Dokter Spesialis

Indikator	Jam Visit Dokter Spesialis
Dimensi Mutu	Akses, kesinambungan pelayanan
Tujuan Indikator	Terwujudnya tanggung jawab tenaga medis terhadap ketepatan waktu pemberian pelayanan
Definisi Terminologi Yang Digunakan	Jam visit dokter spesialis adalah waktu kunjungan dokter spesialis kepada setiap pasien yang menjadi tanggung jawabnya setiap hari kerja, yang dilakukan kurang dari jam 11.00
Frekuensi Pengumpulan Data	Tiap Bulan
Periode Dilakukan Analisa	Tia tiga Bulan
Numerator (pembilang)	Jumlah visit dokter spesialis \leq jam 11.00 dalam 1 bulan
Denominator (Penyebut)	Jumlah pelaksanaan visit dokter spesialis dalam 1 bulan
Standar Pencapaian	100%
Penanggung Jawab	Kepala Instalasi Rawat Inap
Sumber Data	Rekam medik

4. Standar Pelayanan Bedah Sentral

a. Waktu Tunggu Operasi Elektif

Indikator	Waktu Tunggu Operasi Elektif
Dimensi Mutu	Efektifitas kesinambungan pelayanan, efisiensi
Tujuan Indikator	Tergambarnya kecepatan penanganan antrian pelayanan bedah
Definisi Terminologi Yang Digunakan	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 Dilakukan Analisa	3 Bulan
Numerator (pembilang)	Jumlah kumulatif waktu tunggu operasi yang terencana dari seluruh pasien yang operasi dalam satu bulan
Denominator (Penyebut)	Jumlah pasien yang di operasi dalam bulan tersebut
Standar Pencapaian	2 hari
Penanggung Jawab	Kepala Ruang Kamar Operasi
Sumber Data	Rekam medis

b. Kejadian Kematian di Meja Operasi

Indikator	Kejadian Kematian di Meja Operasi
Dimensi Mutu	Keselamatan, efektifitas
Tujuan Indikator	Tergambarnya efektifitas pelayanan instalasi kamat operasi dan anestesi serta kepedulian terhadap keselamatan pasien
Definisi Terminologi Yang Digunakan	Kematian di meja operasi adalah kematian yang terjadi di atas meja operasi pada saat operasi berlangsung yang diakibatkan oleh tindakan anestesi maupun tindakan pembedahan
Frekuensi Pengumpulan Data	1 Bulan
Periode Dilakukan Analisa	Tiap Bulan
Numerator (pembilang)	Jumlah pasien yang meninggal di meja operasi dalam satu bulan
Denominator (Penyebut)	Jumlah pasien yang dilakukan tindakan pembedahan dalam satu bulan
Standar Pencapaian	0%
Penanggung Jawab	Kepala Ruang Kamar Operasi
Sumber Data	Rekam medis

c. Tidak Adanya Kejadian Operasi Salah Sisi

Indikator	Tidak Adanya Kejadian Operasi Salah Sisi
Dimensi Mutu	Keselamatan, pasien
Tujuan Indikator	Tergambarkannya kepedulian dan ketelitian instalasi kamar operasi terhadap keselamatan pasien
Definisi Terminologi Yang Digunakan	Kejadian operasi yang salah sisi adalah kejadian dimana pasien di operasi pada sisi yang salah dari yang direncanakan
Frekuensi Pengumpulan Data	1 Bulan
Periode Dilakukan Analisa	3 Bulan
Numerator (pembilang)	Jumlah pasien yang dioperasi dalam waktu satu bulan dikurangi jumlah pasien yang di operasi salah sisi dalam waktu satu bulan
Denominator (Penyebut)	Jumlah pasien yang di operasi dalam waktu satu bulan
Standar Pencapaian	100%
Penanggung Jawab	Kepala Ruang Kamar Operasi
Sumber Data	Rekam medis

d. Tidak Adanya Kejadian Operasi Salah Orang

Indikator	Tidak Adanya Kejadian Operasi Salah Orang
Dimensi Mutu	Keselamatan, pasien
Tujuan Indikator	Tergambarkannya kepedulian dan ketelitian instalasi kamar operasi terhadap keselamatan pasien
Definisi Terminologi Yang Digunakan	Kejadian salah orang adalah kejadian dimana pasien dioperasi pada orang yang salah
Frekuensi Pengumpulan Data	1 Bulan
Periode Dilakukan Analisa	3 Bulan
Numerator (pembilang)	Jumlah pasien yang dioperasi dalam waktu satu bulan dikurangi jumlah pasien yang di operasi salah orang dalam waktu satu bulan
Denominator (Penyebut)	Jumlah pasien yang di operasi dalam waktu satu bulan
Standar Pencapaian	100%
Penanggung Jawab	Kepala Ruang Kamar Operasi
Sumber Data	Rekam medis

e. Tidak Adanya Kejadian Salah Tindakan Pada Operasi

Indikator	Tidak Adanya Kejadian Salah Tindakan Pada Operasi
Dimensi Mutu	Keselamatan, pasien
Tujuan Indikator	Tergambarkannya ketelitian dalam pelaksanaan operasi dan kesesuaian tindakan operasi dengan rencana yang telah ditetapkan
Definisi Terminologi Yang Digunakan	Kejadian salah tindakan pada operasi adalah kejadian pasien mengalami tindakan operasi yang tidak sesuai dengan yang direncanakan
Frekuensi Pengumpulan Data	1 Bulan
Periode Dilakukan Analisa	3 Bulan
Numerator (pembilang)	Jumlah pasien yang dioperasi dalam waktu satu bulan dikurangi jumlah pasien yang mengalami salah tindakan operasi dalam satu bulan
Denominator (Penyebut)	Jumlah pasien yang di operasi dalam waktu satu bulan
Standar Pencapaian	100%
Penanggung Jawab	Kepala Ruang Kamar Operasi
Sumber Data	Rekam medis

f. Tidak Adanya Kejadian Tertinggalnya Benda Asing pada Tubuh Pasien Setelah Operasi

Indikator	Tidak Adanya Kejadian Tertinggalnya Benda Asing pada Tubuh Pasien Setelah Operasi
Dimensi Mutu	Keselamatan, pasien
Tujuan Indikator	Tergambarkannya ketelitian dan kecermatan dokter bedah dalam melaksanakan tindakan operasi
Definisi Terminologi Yang Digunakan	Kejadian tertinggalnya benda asing dalam kejadian dimana benda asing seperti kapas, gunting, peralatan operasi dalam tubuh pasien akibat suatu tindakan pembedahan
Frekuensi Pengumpulan Data	1 Bulan
Periode Dilakukan Analisa	3 Bulan
Numerator (pembilang)	Jumlah pasien yang dioperasi dalam waktu satu bulan dikurangi jumlah pasien yang mengalami tertinggalnya benda asing dalam tubuh akibat operasi dalam satu bulan

Denominator (Penyebut)	Jumlah pasien yang di operasi dalam waktu satu bulan
Standar Pencapaian	100%
Penanggung Jawab	Kepala Ruang Kamar Operasi
Sumber Data	Rekam medis

g. Komplikasi Anestesi Karena Overdosis, Reaksi Anestesi dan Salah Penempatan Endotracheal Tube

Indikator	Komplikasi Anestesi Karena Overdosis, Reaksi Anestesi dan Salah Penempatan Endotracheal Tube
Dimensi Mutu	Keselamatan, pasien
Tujuan Indikator	Tergambarkannya kecermatan tindakan anestesi dan monitoring pasien selama proses pembedahan berlangsung
Definisi Terminologi Yang Digunakan	Komplikasi anestesi adalah kejadian yang tidak di harapkan sebagai akibat komplikasi anestesi antara lain karena overdosis, reaksi anestesi dan salah penempatan <i>endotracheal tube</i>
Frekuensi Pengumpulan Data	1 Bulan
Periode Dilakukan Analisa	3 Bulan
Numerator (pembilang)	Jumlah pasien yang mengalami komlipasi anestesi dalam satu bulan
Denominator (Penyebut)	Jumlah pasien yang dioperasi dalam waktu satu bulan
Standar Pencapaian	0%
Penanggung Jawab	Kepala Ruang Kamar Operasi
Sumber Data	Rekam medis

5. Standar Pelayanan Minimal Persalinan dan Perinatologi

a. Kejadian Kematian Ibu Karena Persalinan

Indikator	Kejadian Kematian Ibu Karena Persalinan
Dimensi Mutu	Keselamatan, kompetensi teknis
Tujuan Indikator	Mengetahui mutu pelayanan rumah sakit terhadap pelayanan khusus
Definisi Terminologi Yang Digunakan	<p>Kematian ibu mencakup : pendarahan, pre-eklampsia, sepsis.</p> <p>Pendarahan adalah pendarahan yang terjadi pada saat kehamilan semua sekala persalinan dan nifas</p> <p>Pre-eklampsia dan eklampsia mulai terjadi pada kehamilan trimester ke-2, pre-eklampsia dan eklapsia merupakan kumpulan dari dua dari tiga tanda yaitu :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tekanan darah sistolik > 160mmHG dan

	<p>diastolik > 110mmHg</p> <ul style="list-style-type: none"> • Protein uria > 5gr / 24 jam 3+ / 4+ pada pemeriksaan kualitatif • Oedem tungkai <p>Eklampsia adalah tanda pre eklampsia disertai dengan kejang dan atau penurunan kesadaran</p> <p>Sepsis adalah tanda-tanda sepsis yang terjadi akibat penanganan aborsi, persalinan dan nipas yang tidak ditangani dengan tepat oleh pasien atau penolong</p>
Frekuensi Pengumpulan Data	Tiap bulan
Periode Dilakukan Analisa	Tiap tiga bulan
Numerator (pembilang)	Jumlah kematian pasien persalinan karena pendarahan, pre-eklampsia/ eklampsia atau sepsis (masing-masing penyebab) dalam satu bulan
Denominator (Penyebut)	Jumlah pasien-pasien persalinan dengan pendarahan pre-eklampsia/ eklampsia atau sepsis dalam 1 bulan
Standar Pencapaian	Pendarahan \leq 1%, Pre-eklampsia \leq 3%, Sepsis \leq 0,2%
Penanggung Jawab	Rekam Medis Rumah Sakit
Sumber Data	Komite Medik

b. Pemberi Pelayanan Persalinan Normal

Indikator	Pemberi Pelayanan Persalinan Normal
Dimensi Mutu	Kompetensi teknis
Tujuan Indikator	Tersedianya pelayanan persalinan normal oleh tenaga yang kompeten
Definisi Terminologi Yang Digunakan	Pemberi pelayanan persalinan normal adalah dokter Sp.OG, dokter umum terlatih (asuhan persalinan normal) dan bidan
Frekuensi Pengumpulan Data	1 Bulan
Periode Dilakukan Analisa	3 Bulan
Numerator (pembilang)	Jumlah tenaga dokter Sp.OG, dokter umum terlatih (asuhan persalinan normal) dan bidan
Denominator (Penyebut)	Jumlah seluruh tenaga dokter dan bidan yang melayani persalinan normal
Standar Pencapaian	100%
Penanggung Jawab	Komite medik

Sumber Data	Kepegawaian
-------------	-------------

c. Pelayanan Persalinan Dengan Penyulit

Indikator	Pelayanan Persalinan Dengan Penyulit
Dimensi Mutu	Kompetensi teknis, teknis
Tujuan Indikator	Tersedianya pelayanan persalinan dengan penyulit oleh tenaga yang kompeten
Definisi Terminologi Yang Digunakan	Pemberi pelayanan persalinan dengan penyulit adalah dokter Sp.OG
Frekuensi Pengumpulan Data	1 Bulan
Periode Dilakukan Analisa	3 Bulan
Numerator (pembilang)	Jumlah persalinan dengan penyulit ditolong oleh dokter Sp.OG
Denominator (Penyebut)	Jumlah seluruh persalinan dengan penyulit
Standar Pencapaian	100%
Penanggung Jawab	Komite medik
Sumber Data	Rekam medik

d. Pemberi Pelayanan Persalinan Dengan Tindakan Operasi

Indikator	Pemberi Pelayanan Persalinan Dengan Tindakan Operasi
Dimensi Mutu	Kompetensi teknis
Tujuan Indikator	Tersediaya pelayanan persalinan dengan tindakan operasi oleh tenaga yang kompeten
Definisi Terminologi Yang Digunakan	Pemberi pelayanan persalinan dengan tindakan operasi adalah dokter Sp.OG, dokter spesialis anak, dokter spesialis anastesi
Frekuensi Pengumpulan Data	1 Bulan
Periode Dilakukan Analisa	3 Bulan
Numerator (pembilang)	Jumlah persalinan dengan tindakan operasi yang dilakukan oleh Tim (dokter Sp.OG, dokter spesialis anak, dokter spesialis anastesi)
Denominator (Penyebut)	Jumlah seluruh persalinan dengan tindakan operasi
Standar Pencapaian	100%
Penanggung Jawab	Komite medik
Sumber Data	Rekam medik

e. Pertolongan Persalinan Melalui Seksio Cesaria

Indikator	Pertolongan Persalinan Melalui Seksio Cesaria
Dimensi Mutu	Efektifitas, keselamatan dan efisiensi
Tujuan Indikator	Tergambarnya pertolongan persalinan di rumah sakit yang sesuai dengan indikasi dan efisien
Definisi Terminologi Yang Digunakan	Seksio cesaria adalah tindakan persalinan di rumah sakit yang sesuai dengan indikasi dan efisien
Frekuensi Pengumpulan Data	1 Bulan
Periode Dilakukan Analisa	3 Bulan
Numerator (pembilang)	Jumlah persalinan dengan seksio cesaria dalam 1 bulan
Denominator (Penyebut)	Jumlah seluruh persalinan dalam satu bulan
Standar Pencapaian	≤ 20%
Penanggung Jawab	Komite medik
Sumber Data	Rekam medik

f. Kemampuan Menangani BBLR < 1500 gr

Indikator	Kemampuan Menangani BBLR < 1500 gr
Dimensi Mutu	Keselamatan dan kompetensi teknis
Tujuan Indikator	Tergambarnya kemampuan rumah sakit dalam menangani BBLR
Definisi Terminologi Yang Digunakan	BBLR adalah bayi yang lahir dengan berat badan ≤ 1500gr
Frekuensi Pengumpulan Data	1 Bulan
Periode Dilakukan Analisa	3 Bulan
Numerator (pembilang)	Jumlah BBLR ≤ 1500gr yang berhasil ditangani
Denominator (Penyebut)	Jumlah seluruh BBLR ≤ 1500gr yang berhasil ditangani
Standar Pencapaian	100%
Penanggung Jawab	Komite medik
Sumber Data	Rekam medik

g. Kepuasan Pasien Persalinan

Indikator	Kepuasan Pasien Persalinan
Dimensi Mutu	Kenyamanan
Tujuan Indikator	Tergambarnya persepsi pasien terhadap mutu pelayanan persalinan
Definisi Terminologi	Kepuasan pelanggan adalah pernyataan puas oleh pelanggan terhadap pelayanan

Yang Digunakan	persalinan
Frekuensi Pengumpulan Data	1 Bulan
Periode Dilakukan Analisa	3 Bulan
Numerator (pembilang)	Jumlah kumulatif hasil penilaian kepuasan dari pasien yang disurvei
Denominator (Penyebut)	Jumlah total pasien yang disurvei (minimal 50)
Standar Pencapaian	> 80%
Penanggung Jawab	Bidang pelayanan
Sumber Data	Survei

6. Standar Pelayanan Miniml Kamar Intensif

a. Rata-rata pasien Yang Kembali Ke Perawatan Intensif Dengan Kasus Yang Sama < 72 Jam

Indikator	Rata-rata pasien Yang Kembali Ke Perawatan Intensif Dengan Kasus Yang Sama < 72 Jam
Dimensi Mutu	Efektif
Tujuan Indikator	Tergambarnya keberhasilan perawatan intensif
Definisi Terminologi Yang Digunakan	Pasien kembali ke perawatan intensif dari ruang rawat inap dengan kasus yang sama dalam waktu < 72 jam
Frekuensi Pengumpulan Data	1 Bulan
Periode Dilakukan Analisa	3 Bulan
Numerator (pembilang)	Jumlah pasien yang kembali ke perawatan intensif dengan kasus yang sama < 72 jam dalam 1 bulan
Denominator (Penyebut)	Jumlah seluruh pasien di ruang intensif yang sudah dipindahkan ke ruang rawat inap dalam 1 bulan
Standar Pencapaian	Maksimum 3%
Penanggung Jawab	Kepala ruang ICU
Sumber Data	Rekam medis

b. Pemberi Pelayanan Unit Intensif

Indikator	Pemberi Pelayanan Unit Intensif
Dimensi Mutu	Kompetensi
Tujuan Indikator	Tersedianya pelayanan intensif tenaga yang kompeten
Definisi Terminologi Yang Digunakan	Pemberi pelayanan intensif adalah dokter Sp.An, perawat D3 dengan sertifikat perawat mahir ICU/ setara

Frekuensi Pengumpulan Data	1 Bulan
Periode Dilakukan Analisa	3 Bulan
Numerator (pembilang)	Jumlah tenaga dokter Sp.An, perawat D3 dengan sertifikat perawat mahir ICU/ setara
Denominator (Penyebut)	Jumlah seluruh tenaga dokter dan perawat yang melayani perawatan intensif
Standar Pencapaian	100%
Penanggung Jawab	Kepala ruang ICU
Sumber Data	Kepegawaian

7. Standar Pelayanan Minimal Rehabilitasi Medik

a. Kejadian *Drop Out* Pasien Terhadap Pelayanan Rehabilitasi Yang Direncanakan

Indikator	Kejadian <i>Drop Out</i> Pasien Terhadap Pelayanan Rehabilitasi Yang Direncanakan
Dimensi Mutu	Keseimbangan pelayanan dan efektifitas
Tujuan Indikator	Tergambarnya kesinambungan pelayanan rehabilitasi sesuai yang direncanakan
Definisi Terminologi Yang Digunakan	<i>Drop Out</i> pasien terhadap pelayanan rehabilitasi yang direncanakan adalah pasien tidak tersedia meneruskan program rehabilitasi medik yang direncanakan
Frekuensi Pengumpulan Data	3 Bulan
Periode Dilakukan Analisa	6 Bulan
Numerator (pembilang)	Jumlah seluruh pasien yang drop out dalam 3 bulan
Denominator (Penyebut)	Jumlah seluruh pasien yang diprogramkan rehabilitasi medik dalam 3 bulan
Standar Pencapaian	≤ 50%
Penanggung Jawab	Kepala Ruang Rehabilitasi Medik
Sumber Data	Rekam medik

b. Tidak Adanya Kejadian Kesalahan Tindakan Rehabilitasi Medik

Indikator	Tidak Adanya Kejadian Kesalahan Tindakan Rehabilitasi Medik
Dimensi Mutu	Keselamatan dan kenyamanan
Tujuan Indikator	Tergambarnya kejadian kesalahan tindakana dalam rehabilitasi medik
Definisi Terminologi Yang Digunakan	Kesalahan tindakan medik meliputi : Indikasi

	Prosedur Akurasi alat
Frekuensi Pengumpulan Data	1 Bulan
Periode Dilakukan Analisa	3 Bulan
Numerator (pembilang)	Jumlah seluruh pasien yang diprogramkan rehabilitasi medik dalam 1 bulan dikurangi jumlah pasien yang mengalami kesalahan tindakan rehabilitasi medik dalam 1 bulan
Denominator (Penyebut)	Jumlah seluruh pasien yang diprogramkan rehabilitasi medik dalam 1 bulan
Standar Pencapaian	100%
Penanggung Jawab	Kepala ruang rehabilitasi medik
Sumber Data	Rekam medik

c. Kepuasan Pelanggan

Indikator	Kepuasan Pelanggan
Dimensi Mutu	Efektif, efisien, keselamatan, kenyamanan kesinambungan dan HAM
Tujuan Indikator	Terbentuknya pelanggan yang loyal
Definisi Terminologi Yang Digunakan	Gambaran perilaku yang lihat secara subyektif dan obyektif setelah pelanggan mendapatkan pelayanan melalui survei Respon adalah pelanggan yang telah mendapatkan pelayanan yang diambil sebagai sampel survei
Frekuensi Pengumpulan Data	6 Bulan
Periode Dilakukan Analisa	1 Tahun
Numerator (pembilang)	Jumlah responden yang puas
Denominator (Penyebut)	Jumlah seluruh responden
Standar Pencapaian	≥ 80%
Penanggung Jawab	Bidang Pelayanan
Sumber Data	Survei

8. Standar Pelayanan Minimal Instalasi Farmasi

a. Waktu Tunggu Pelayanan Obat Jadi

Indikator	Waktu Tunggu Pelayanan Obat Jadi
Dimensi Mutu	Efektifitas, kesinambungan, efisien
Tujuan Indikator	Tergambarnya kecepatan pelayanan farmasi
Definisi Terminologi Yang Digunakan	Waktu tunggu pelayanan obat jadi adalah tenggang waktu mulai pasien menyerahkan resep sampai dengan menerima obat jadi

Frekuensi Pengumpulan Data	1 Bulan
Periode Dilakukan Analisa	3 Bulan
Numerator (pembilang)	Jumlah kumulatif waktu tunggu pelayanan obat jadi pasien yang disurvei dalam 1 bulan (150 menit)
Denominator (Penyebut)	Jumlah seluruh pasien dalam 1 bulan
Standar Pencapaian	15 – 30 menit
Penanggung Jawab	Kepala Instalasi Farmasi
Sumber Data	Survei

b. Waktu Tunggu Pelayanan Racikan

Indikator	Waktu Tunggu Pelayanan Racikan
Dimensi Mutu	Efektifitas, kesinambungan pelayanan, efisiensi
Tujuan Indikator	Tergambarnya kecepatan pelayanan farmasi
Definisi Terminologi Yang Digunakan	Waktu tunggu pelayanan obat racikan adalah tenggang waktu mulai pasien menyerahkan resep sama dengan menerima obat racikan
Frekuensi Pengumpulan Data	1 Bulan
Periode Dilakukan Analisa	3 Bulan
Numerator (pembilang)	Jumlah kumulatif waktu tunggu pelayanan obat jadi pasien dalam 1 bulan
Denominator (Penyebut)	Jumlah seluruh pasien yang dalam 1 bulan
Standar Pencapaian	40 – 60 menit
Penanggung Jawab	Kepala Instalasi Farmasi
Sumber Data	Laporan

c. Penulisan Resep Formularium

Indikator	Penulisan Resep Formularium
Dimensi Mutu	Efisien
Tujuan Indikator	Tergambarnya efisiensi pelayanan kepada pasien
Definisi Terminologi Yang Digunakan	Formularium adalah daftar obat yang digunakan di rumah sakit
Frekuensi Pengumpulan Data	1 Bulan
Periode Dilakukan Analisa	3 Bulan
Numerator (pembilang)	Jumlah resep yang diambil sebagai sampel yang sesuai formularium dalam satu bulan

Denominator (Penyebut)	Jumlah seluruh resep yang diambil sebagai sampel dalam satu bulan
Standar Pencapaian	100%
Penanggung Jawab	Kepala Instalasi Farmasi
Sumber Data	Survei

d. Tidak Ada Kejadian Kesalahan Pemberian Obat

Indikator	Tidak Ada Kejadian Kesalahan Pemberian Obat
Dimensi Mutu	Keselamatan dan kenyamanan
Tujuan Indikator	Tergambarnya kejadian kesalahan dalam pemberian obat
Definisi Terminologi Yang Digunakan	Kesalahan pemberian obat meliputi : 1. Salah dalam pemberian jenis obat 2. Salah dalam memberikan dosis/meracik 3. Salah orang 4. Salah jumlah
Frekuensi Pengumpulan Data	1 Bulan
Periode Dilakukan Analisa	3 Bulan
Numerator (pembilang)	Jumlah seluruh pasien instalasi farmasi yang disurvei dikurangi jumlah pasien yang mengalami kesalahan pemberian obat
Denominator (Penyebut)	Jumlah seluruh pasien yang dilayani di instalasi farmasi
Standar Pencapaian	100%
Penanggung Jawab	Kepala instalasi farmas
Sumber Data	Laporan

e. Kepuasan Pelanggan

Indikator	Kepuasan Pelanggan
Dimensi Mutu	Efektif, efisien, keselamatan, kenyamanan, kesinambungan dan HAM
Tujuan Indikator	Terbentuknya pelanggan yang loyal
Definisi Terminologi Yang Digunakan	Gambaran perilaku yang dilihat secara subyektif & obyektif setelah pelanggan mendapatkan pelayanan melalui survei Responden adalah pelanggan yang telah mendapatkan pelayanan yang diambil sebagai sampel survei
Frekuensi Pengumpulan Data	6 Bulan
Periode Dilakukan Analisa	1 Tahun
Numerator (pembilang)	Jumlah responden yang puas

Denominator (Penyebut)	Jumlah seluruh responden
Standar Pencapaian	≥ 80%
Penanggung Jawab	Kepala Instalasi Farmasi
Sumber Data	Survei

9. Standar Pelayanan Minimal Instalasi

a. Waktu Tunggu Hasil Pelayanan Thorax Foto

Indikator	Waktu Tunggu Hasil Pelayanan Thorax Foto
Dimensi Mutu	Efektifitas, kesinambungan pelayanan dan efisiensi
Tujuan Indikator	Tergambarnya kecepatan pelayanan radiologi
Definisi Terminologi Yang Digunakan	Waktu tunggu hasil thorax foto adalah tenggang waktu mulai pasien di foto sampai dengan menerima hasil yang sudah diekspertisi
Frekuensi Pengumpulan Data	1 Bulan
Periode Dilakukan Analisa	3 Bulan
Numerator (pembilang)	Jumlah kumulatif waktu tunggu hasil pelayanan thorax foto dalam satu bulan
Denominator (Penyebut)	Jumlah pasien yang di foto thorax dalam bulan tertentu
Standar Pencapaian	≤ 3 jam
Penanggung Jawab	Kepala Instalasi Radiologi
Sumber Data	Laporan

b. Pelaksana Ekspertasi

Indikator	Pelaksana Ekspertasi
Dimensi Mutu	Kompetensi teknis
Tujuan Indikator	Tersedianya pelayanan radiologi dengan tenaga yang kompeten
Definisi Terminologi Yang Digunakan	Pemberi pelayanan intensif adalah dokter spesialis radiologi
Frekuensi Pengumpulan Data	1 Bulan
Periode Dilakukan Analisa	3 Bulan
Numerator (pembilang)	Jumlah tenaga dokter spesialis radiologi
Denominator (Penyebut)	Jumlah seluruh tenaga dokter yang melaksanakan
Standar Pencapaian	100%
Penanggung Jawab	Kepegawaian
Sumber Data	Kepegawaian

c. Kejadian Kegagalan Pelayanan Rontgen

Indikator	Kejadian Kegagalan Pelayanan Rontgen
Dimensi Mutu	Efektifitas dan efisiensi
Tujuan Indikator	Tergambarnya efektifitas dan efisiensi pelayanan rontgen
Definisi Terminologi Yang Digunakan	Kegagalan pelayanan rontgen adalah merusak foto yang tidak dapat dibaca
Frekuensi Pengumpulan Data	1 Bulan
Periode Dilakukan Analisa	3 Bulan
Numerator (pembilang)	Jumlah foto rusak yang tidak dapat dibaca dalam 1 bulan
Denominator (Penyebut)	Jumlah seluruh pemeriksaan foto dalam 1 bulan
Standar Pencapaian	< 2%
Penanggung Jawab	Kepala Instalasi Radiologi
Sumber Data	register radiologi

d. Kepuasan Pelanggan

Indikator	Kepuasan Pelanggan
Dimensi Mutu	Kenyamanan
Tujuan Indikator	Tergambarnya persepsi pelanggan terhadap pelayanan radiologi
Definisi Terminologi Yang Digunakan	Kepuasan pelanggan adalah pernyataan puas oleh pelanggan terhadap pelayanan radiologi
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Dilakukan Analisa	3 bulan
Numerator (pembilang)	Jumlah pasien yang disurvei yang menyatakan puas
Denominator (Penyebut)	Jumlah total pasien yang disurvei (minimal 50)
Standar Pencapaian	80%
Penanggung Jawab	instalasi radiologi
Sumber Data	Survei

10. Standar Pelayanan Minimal Laboratorium

a. Waktu Tunggu Hasil Pelayanan Laboratorium Rawat Jalan

Indikator	Waktu Tunggu Hasil Pelayanan Laboratorium Rawat Jalan
Dimensi Mutu	Efektifitas, efisien, kesinambungan pelayanan
Tujuan Indikator	Tergambarnya kecepatan pelayanan laboratorium

Definisi Terminologi Yang Digunakan	Pemeriksaan laboratorium yang dimaksud adalah pelayanan pemeriksaan, laboratorium rutin yang meliputi hematologi, kimia urine, feses. Waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium rawat jalan adalah tenggang waktu mulai sampel di terima di laboratorium. Degan menerima hasil yang sudah diekspertisi.
Frekuensi Pengumpulan Data	Tiap hari
Periode Dilakukan Analisa	3 bulan
Numerator (pembilang)	Jumlah kumulatif waktu tunggu hasil pelayanan hasil laboratorium pasien yang disurvei dalam tiga bulan
Denominator (Penyebut)	Jumlah pasien yang diperiksa di laboratorium yang disurvei dalam 3 bulan
Standar Pencapaian	Maksimal 150 menit (2-5 jam)
Penanggung Jawab	Instalasi laboratorium
Sumber Data	Survei bidang pelayanan

b. Pelaksanaan Ekspertisi Hasil Pemeriksaan Laboratorium

Indikator	Pelaksanaan Ekspertisi Hasil Pemeriksaan Laboratorium
Dimensi Mutu	Kompetensi teknis
Tujuan Indikator	Pembacaan dan verifikasi hasil pemeriksaan laboratorium dilakukan oleh tenaga ahli untuk menganalisa hasil laboratorium yang telah diperiksa
Definisi Terminologi Yang Digunakan	Pelaksanaan ekspertisi laboratorium adalah dokter spesialis patologi klinik yang mempunyai kewenangan untuk melakukan pembacaan hasil pemeriksaan laboratorium. Bukti dilakukan ekspertisi adalah adanya tanda tangan pada lembar hasil yang dikirim pda dokter yang meminta atau tanda tangan dapat di wakilkkan kepada analis dengan terlebih dahulu mengkonsultasikan hasil yang bermasalah kepada dokter spesialis patologi klinik
Frekuensi Pengumpulan Data	Tiap hari
Periode Dilakukan Analisa	3 bulan
Numerator (pembilang)	Jumlah hasil laboratorium yang diverifikasi hasilnya oleh dokter spesialis patologi klinik dalam 3 bulan

Denominator (Penyebut)	Jumlah seluruh pemeriksaan laboratorium dalam 3 bulan
Standar Pencapaian	Dokter spesialis patologi klinik
Penanggung Jawab	Instalasi laboratorium
Sumber Data	Register di instalasi laboratorium

c. Kepuasan Pelanggan

Indikator	Kepuasan Pelanggan
Dimensi Mutu	Kenyamanan
Tujuan Indikator	Tergambarnya persepsi pelanggan terhadap pelayanan laboratorium
Definisi Terminologi Yang Digunakan	Kepuasan pelanggan adalah tidak adanya keluhan pengguna jasa pelayanan laboratorium
Frekuensi Pengumpulan Data	1 Bulan
Periode Dilakukan Analisa	3 Bulan
Numerator (pembilang)	Jumlah kumulatif keluhan yang dilaporkan kepada bidang pelayanan selama tiga bulan
Denominator (Penyebut)	Jumlah total pengguna jasa laboratorium dalam tiga bulan
Standar Pencapaian	Tidak ada keluhan kurang dari 10%
Penanggung Jawab	Ka Instalasi laboratorium
Sumber Data	Bidang pelayanan

d. Pra Analitik Laboratorium

Indikator	Pra Analitik Laboratorium
Dimensi Mutu	Menjaga kualitas hasil hematologi
Tujuan Indikator	Menjamin mutu spesimen yang akan di periksa memenuhi syarat
Definisi Terminologi Yang Digunakan	Suatu tahapan awal pemeriksaan laboratorium sebelum spesime siap diperiksa : misal persiapan alat, pasien, spesimen (darah EDTA)
Frekuensi Pengumpulan Data	Tiap hari
Periode Dilakukan Analisa	3 Bulan
Numerator (pembilang)	Jumlah darah hematologi yang tidak beku selama 3 bulan
Denominator (Penyebut)	Jumlah semua darah hematologi yang akan diperiksa di laboratorium selama 3 bulan
Standar Pencapaian	95%
Penanggung Jawab	Instalasi laboratorium
Sumber Data	Kepala Instalasi laboratorium, kepala rawat jalan, kepala rawat inap, kepala IGD

e. Pra Analitik Laboratorium (Identitas Pasien)

Indikator	Pra Analitik Laboratorium (Identitas Pasien)
Dimensi Mutu	Kesesuaian identitas pasien/sampel dengan formulir pemeriksaan
Tujuan Indikator	Menjamin identitas pasien/sampel sesuai dengan yang tercantum dalam formulir pemeriksaan
Definisi Terminologi Yang Digunakan	Suatu tahapan awal pemeriksaan laboratorium sebelum specimen siap diperiksa dengan menyesuaikan antara identitas pasien/sampel dengan formulir pemeriksaan
Frekuensi Pengumpulan Data	1 Bulan
Periode Dilakukan Analisa	3 Bulan
Numerator (pembilang)	Jumlah kasus yang sesuai antara identitas pasien/ sampel dengan formulir pemeriksaan selama 1 bulan
Denominator (Penyebut)	Jumlah semua sampel yang datang ke laboratorium dalam 1 bulan
Standar Pencapaian	95%
Penanggung Jawab	Instalasi Laboratorium
Sumber Data	Kepala Instalasi laboratorium, kepala rawat jalan, kepala rawat inap, kepala UGD

f. Ketelitian Dan Ketepatan Analisi

Indikator	Ketelitian Dan Ketepatan Analisi
Dimensi Mutu	Ketelitian dan ketepatan hasil laboratorium
Tujuan Indikator	Memperoleh hasil pemeriksaan laboratorium yang sesuai dengan keadaan sampel sebenarnya
Definisi Terminologi Yang Digunakan	Tahapan analitik laboratorium adalah tahap pemeriksaan semua spesimen yang telah memenuhi syarat
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap Bulan
Periode Dilakukan Analisa	3 Bulan
Numerator (pembilang)	Jumlah pemeriksaan laboratorium yang sesuai dengan prosedur kerja
Denominator (Penyebut)	Jumlah semua pasien pemeriksaan laboratorium dalam satu bulan
Standar Pencapaian	100%
Penanggung Jawab	Instalasi laboratorium
Sumber Data	Register laboratorium

g. Pencatatan Hasil dan Pelaporan Yang Tepat

Indikator	Pencatatan Hasil dan Pelaporan Yang Tepat
Dimensi Mutu	Ketelitian dan ketepatan hasil laboratorium
Tujuan Indikator	Tidak ada kesalahan dalam pencatatan dan pelaporan hasil
Definisi Terminologi Yang Digunakan	Tahapan dimana hasil pemeriksaan yang sudah diperoleh akan dicatat dan dilaporkan kepada dokter yang meminta
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap hari
Periode Dilakukan Analisa	3 Bulan
Numerator (pembilang)	Jumlah pencatatan dan pelaporan hasil yang benar per pasien yang diperiksa di laboratorium
Denominator (Penyebut)	Jumlah semua yang diperiksa di laboratorium
Standar Pencapaian	95%
Penanggung Jawab	Kepla Instalasi Laboratorium
Sumber Data	Register Laboratorium

h. Kalibrasi Alat Laboratorium Tepat Waktu

Indikator	Kalibrasi Alat Laboratorium Tepat Waktu
Dimensi Mutu	Keselamatan dan efektifitas
Tujuan Indikator	Tergambarnya akurasi pelayanan laboratorium
Definisi Terminologi Yang Digunakan	Kalibrasi adalah pengujian kembali terhadap kelayakan peralatan laboratorium oleh balai pengamanan fasilitas kesehatan (BPFK)
Frekuensi Pengumpulan Data	1 Tahun
Periode Dilakukan Analisa	1 Tahun
Numerator (pembilang)	Jumlah seluruh alat laboratorium yang dikalibrasi tepat waktu dalam 1 tahun
Denominator (Penyebut)	Jumlah alat laboratorium yang perlu dikalibrasi dalam 1 tahun
Standar Pencapaian	100%
Penanggung Jawab	Kepala Instalasi laboratorium/ Kepala IPSRS
Sumber Data	Buku registrasi alat laboratorium

11. Standar Pelayanan Minimal Pelayanan Tranfusi darah
a. Pemenuhan Kebutuhan Darah Bagi Setiap Pelayanan Transfusi

Indikator	Pemenuhan Kebutuhan Darah Bagi Setiap Pelayanan Transfusi
Dimensi Mutu	Keselamatan dan kesinambungan pelayanan
Tujuan Indikator	Tergambarnya kemampuan bank darah sakit dalam menyediakan kebutuhan darah
Definisi Terminologi Yang Digunakan	Cukup jelas
Frekuensi Pengumpulan Data	1 Bulan
Periode Dilakukan Analisa	3 Bulan
Numerator (pembilang)	Jumlah permintaan kebutuhan darah yang dapat dipenuhi dalam 1 bulan
Denominator (Penyebut)	Jumlah seluruh permintaan darah dalam 1 bulan
Standar Pencapaian	100%
Penanggung Jawab	Yang bertanggung jawab terhadap pengelolaan bank darah
Sumber Data	Laporan

b. Kejadian Reaksi Transfusi

Indikator	Kejadian Reaksi Transfusi
Dimensi Mutu	Keselamatan
Tujuan Indikator	Tergambarnya manajemen risiko pada UTD
Definisi Terminologi Yang Digunakan	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 Dilakukan Analisa	3 Bulan
Numerator (pembilang)	Jumlah kejadian reaksi transfusi dalam satu bulan
Denominator (Penyebut)	Jumlah seluruh pasien yang mendapat transfusi dalam satu bulan
Standar Pencapaian	Max 0,01 %
Penanggung Jawab	Yang bertanggung jawab terhadap pengelola bank darah
Sumber Data	Rekam medis

12. Standar Pelayanan Minimal Rekam Medik

a. Kelengkapan Pengisian Rekam Medik 24 Jam Setelah Selesai Pelayanan

Indikator	Kelengkapan Pengisian Rekam Medik 24 Jam Setelah Selesai Pelayanan
Dimensi Mutu	Kesinambungan pelayanan dan keselamatan
Tujuan Indikator	Tergambarnya tanggung jawab dokter dalam kelengkapan informasi rekam medik
Definisi Terminologi Yang Digunakan	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 Dilakukan Analisa	3 Bulan
Numerator (pembilang)	Jumlah rekam medik yang disurvei dalam 1 bulan yang diisi lengkap
Denominator (Penyebut)	Jumlah rekam medik yang disurvei dalam 1 bulan
Standar Pencapaian	100%
Penanggung Jawab	Kepala instalasi rekam medik
Sumber Data	Survei

b. Kelengkapan *Informed Consent* Setelah Mendapatkan Informasi Yang Jelas

Indikator	Kelengkapan <i>Informed Consent</i> Setelah Mendapatkan Informasi Yang Jelas
Dimensi Mutu	Keselamatan
Tujuan Indikator	Tergambarnya tanggung jawab dokter untuk memberikan informasi kepada pasien dan mendapat persetujuan dai pasien akan tidak yang akan dilakukan
Definisi Terminologi Yang Digunakan	<i>Informed concent</i> 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 Dilakukan Analisa	3 Bulan
Numerator (pembilang)	Jumlah pasien yang mendapat tindakan medik yang disurvei yang mendapat informasi lengkap sebelum memberikan

	persetujuan tindakan medik dalam 1 bulan
Denominator (Penyebut)	Jumlah pasien yang mendapat tindakan medik yang disurvei dalam satu bulan
Standar Pencapaian	100%
Penanggung Jawab	Kepala instalasi rekam medik
Sumber Data	Survei

c. Waktu Penyediaan Dokumen rekam Medik Pelayanan Rawat Jalan

Indikator	Waktu Penyediaan Dokumen rekam Medik Pelayanan Rawat Jalan
Dimensi Mutu	Efektifitas, kenyamanan, efisien
Tujuan Indikator	Tergabarnya kecepatan pelayanan pendaftaran rawat jalan
Definisi Terminologi Yang Digunakan	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	Tiap Bulan
Periode Dilakukan Analisa	Tiap tiga bulan
Numerator (pembilang)	Jumlah kumulatif waktu penyediaan rekam medi sampel rawat jalan yang diamati
Denominator (Penyebut)	Total sampel penyedia rekam medik yang diamati (n tidak kurang dari 100)
Standar Pencapaian	Rerata 10 menit
Penanggung Jawab	Kepala Instalasi Rekam Medis
Sumber Data	Hasil survei pengamatan di ruang pendaftaran rawat jalan untuk pasien baru/ diruang rekam medis untuk pasien lama

d. Waktu Penyediaan Dokumen Rekam Medik Pelayanan Rawat Inap

Indikator	Waktu Penyediaan Dokumen Rekam Medik Pelayanan Rawat Inap
Dimensi Mutu	Efektifitas, kenyamanan, efisiensi
Tujuan Indikator	Tergabarnya kecepatan pelayanan rekam medis rawat inap
Definisi Terminologi Yang Digunakan	Dokumen rekam medis rawat inap adalah dokumen rekam medis pasien lama yang digunakan pada pelayanan rawat inap. Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat inap adalah waktu mulai pasien di putuskan untuk rawat inap oleh dokter

	sampai rekam medik rawat inap tersedia di bangsal pasien
Frekuensi Pengumpulan Data	Tiap bulan
Periode Dilakukan Analisa	Tiap tiga bulan
Numerator (pembilang)	Jumlah kumulatif waktu penyediaan rekam medis sampel rawat jalan yang diamati
Denominator (Penyebut)	Total penyediaan rekam medis sampel rawat jalan yang diamati
Standar Pencapaian	Rerata 15 menit
Penanggung Jawab	Kepala instalasi rekam medis
Sumber Data	Hasil survei pengamatan diruang pendaftaran rawat jalan

13. Standar Pelayanan Minimal Instalasi Gizi

a. Pemberian Konsultasi Gizi Kepada Pasien Rawat Inap Yang Memerlukan Diet Khusus

Indikator	Pemberian Konsultasi Gizi Kepada Pasien Rawat Inap Yang Memerlukan Diet Khusus
Dimensi Mutu	Keamanan, efisiensi
Tujuan Indikator	Tergambarnya pelayanan gizi diruang rawat inap
Definisi Terminologi Yang Digunakan	Pemberian konsultasi gizi kepada pasien rawat inap yang memerlukan diet khusus adalah pemberian konsultasi gizi kepada pasien rawat inap dengan penyakit tertentu yang memerlukan diet
Frekuensi Pengumpulan Data	1 Bulan
Periode Dilakukan Analisa	3 Bulan
Numerator (pembilang)	Semua pasien rawat inap yang diberikan konsultasi gizi
Denominator (Penyebut)	Semua rawat inap yang memerlukan diet khusus
Standar Pencapaian	80%
Penanggung Jawab	Kepala Instalasi Gizi
Sumber Data	Instalasi gizi

b. Pemberian Konsultasi Gizi Kepada Pasien Rawat jalan Yang Memerlukan Diet

Indikator	Pemberian Konsultasi Gizi Kepada Pasien Rawat jalan Yang Memerlukan Diet
Dimensi Mutu	Keamanan, efisiensi
Tujuan Indikator	Tergambarnya pelayanan gizi diruang rawat jalan
Definisi Terminologi Yang Digunakan	Pemberian konsultasi gizi kepada pasien rawat jalan yang memerlukan diet khusus adalah pemberian konsultasi gizi kepada pasien rawat jalan dengan penyakit tertentu yang memerlukan diet
Frekuensi Pengumpulan Data	1 Bulan
Periode Dilakukan Analisa	3 Bulan
Numerator (pembilang)	Semua pasien rawat jalan yang diberikan konsultasi gizi
Denominator (Penyebut)	Semua rawat jalan yang memerlukan diet
Standar Pencapaian	80%
Penanggung Jawab	Kepala Instalasi Gizi
Sumber Data	instalasi gizi

c. Ketepatan Waktu Pemberian Makanan Pasien

Indikator	Ketepatan Waktu Pemberian Makanan Pasien
Dimensi Mutu	Keamanan, efisiensi
Tujuan Indikator	Terlaksananya ketepatan waktu pemberian makanan pasien
Definisi Terminologi Yang Digunakan	Terlaksananya ketepatan waktu pemberian makan pasien adalah kesesuaian waktu pemberian makanan pasien dengan jadwal yang telah ditentukan
Frekuensi Pengumpulan Data	1 Bulan
Periode Dilakukan Analisa	1 Bulan
Numerator (pembilang)	Semua pasien rawat yang diberi makan sesuai dengan waktu yang telah ditentukan
Denominator (Penyebut)	Jumlah pasien yang diberi makanan/ yang disurvei
Standar Pencapaian	80%
Penanggung Jawab	Kepala Instalasi Gizi
Sumber Data	Instalasi gizi

d. Ketepatan Pemberian Makanan Dengan Diet Yang Telah Ditentukan

Indikator	Ketepatan Pemberian Makanan Dengan Diet Yang Telah Ditentukan
Dimensi Mutu	Keamanan, efisiensi
Tujuan Indikator	Tergambarnya pelayanan gizi diruang rawat inap
Definisi Terminologi Yang Digunakan	Ketepatan pemberian makan dengan diet yang telah di tentukan adalah kesesuaian jenis makanan yang diberikan kepada pasien dengan diet yang telah ditentukan
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Dilakukan Analisa	1 bulan
Numerator (pembilang)	Jumlah pasien rawat yang telah diberikan makanan sesuai dengan yang telah ditentukan
Denominator (Penyebut)	Jumlah pasien yang diberikan makanan
Standar Pencapaian	100%
Penanggung Jawab	Kepala Instalasi Gizi
Sumber Data	Instalasi gizi

e. Jumlah Makanan Yang Dikembalikan Oleh Pasien

Indikator	Jumlah Makanan Yang Dikembalikan Oleh Pasien
Dimensi Mutu	Keamanan, efisiensi
Tujuan Indikator	Tergambarnya pelayanan penyelenggaraan makanan
Definisi Terminologi Yang Digunakan	Jumlah makanan yang dikembalikan oleh pasien adalah jumlah makan dari instalasi gizi yang dikembalikan oleh pasien
Frekuensi Pengumpulan Data	1 Bulan
Periode Dilakukan Analisa	1 Bulan
Numerator (pembilang)	Jumlah makanan yang dikembalikan oleh pasien dalam satu kali makan
Denominator (Penyebut)	Jumlah makanan yang diberikan oleh pasien dalam satu kali makan
Standar Pencapaian	20%
Penanggung Jawab	Kepala instalasi gizi
Sumber Data	Instalasi gizi

14. Standar Pelayanan Minimal Instalasi Sanitasi

a. Penyehatan Ruang Bangunan

Indikator	Penyehatan Ruang Bangunan
Dimensi Mutu	Keamanan dan keselamatan
Tujuan Indikator	Terkendalnya kualitas udara ruang
Definisi Terminologi Yang Digunakan	Penyehatan ruang bangunan adalah ruang yang tidak berbau H ₂ S dan amoniak (NH ₃) yang memiliki bau khas
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Dilakukan Analisa	6 bulan
Numerator (pembilang)	Jumlah titik sampel yang memenuhi syarat
Denominator (Penyebut)	Jumlah titik sampel
Standar Pencapaian	100%
Penanggung Jawab	Kepala Instalasi Gizi
Sumber Data	Instalasi gizi

b. Pengendalian Kadar Debu

Indikator	Pengendalian Kadar Debu
Dimensi Mutu	Keamanan dan keselamatan masyarakat rumah sakit
Tujuan Indikator	Terkendalnya kualitas udara ruang
Definisi Terminologi Yang Digunakan	Pengendalian kadar debu adalah kadar debu kurang dari 10 mikron pengukuran 8 jam adalah tidak melebihi 150 ug/m ³
Frekuensi Pengumpulan Data	1 Bulan
Periode Dilakukan Analisa	6 Bulan
Numerator (pembilang)	Jumlah titik sampel yang memenuhi syarat
Denominator (Penyebut)	Jumlah titik sampel
Standar Pencapaian	100%
Penanggung Jawab	Kepala Instalasi Gizi
Sumber Data	Instalasi gizi

c. Pengendalian Index Angka Kuman

Indikator	Pengendalian Index Angka Kuman
Dimensi Mutu	Mencegah infeksi nosokomial
Tujuan Indikator	Terkendalnya kualitas udara ruang
Definisi Terminologi Yang Digunakan	Pengendalian index angka kuman adalah tiap fungsi ruangan memunuhi syarat permenkes 1204/menkes/SK/X/2004

Sumber Data	Instalasi gizi
-------------	----------------

f. Pengendalian Kebisingan

Indikator	Pengendalian Kebisingan
Dimensi Mutu	Kenyamanan
Tujuan Indikator	Terkendali kebisingan sehingga tercapai kenyamanan
Definisi Terminologi Yang Digunakan	Pengendalian adalah satuan yang digunakan dalam desibel (dba) dengan waktu pemaparan 8 jam
Frekuensi Pengumpulan Data	1 Bulan
Periode Dilakukan Analisa	6 Bulan
Numerator (pembilang)	Unit/ ruangan yang memenuhi syarat
Denominator (Penyebut)	Seluruh unit/ ruangan yang diukur
Standar Pencapaian	100%
Penanggung Jawab	Kepala instalasi sanitasi
Sumber Data	Instalasi sanitasi

g. Kebersihan Lantai dan Dinding

Indikator	Kebersihan Lantai dan Dinding
Dimensi Mutu	Keamanan dan kenyamanan dan estetika juga mencegah infeksi nosokomial
Tujuan Indikator	Tercapainya kualitas lantai dan dinding yang memenuhi syarat
Definisi Terminologi Yang Digunakan	Kebersihan lantai dan dinding adalah lantai dan dinding harus bersih dengan tingkat kebersihan sesuai persyaratan kesehatan
Frekuensi Pengumpulan Data	1 Bulan
Periode Dilakukan Analisa	3 Bulan
Numerator (pembilang)	Unit/ ruangan yang memenuhi syarat
Denominator (Penyebut)	Seluruh unit/ ruangan yang diukur
Standar Pencapaian	100%
Penanggung Jawab	Kepala Instalasi Sanitasi
Sumber Data	Instalasi sanitasi

h. Angka Kuman Makanan/ Minuman

Indikator	Angka Kuman Makanan/ Minuman
Dimensi Mutu	Keamanan dalam mengkonsumsi makanan
Tujuan Indikator	Terpenuhinya kualitas makanan/ minuman yang memenuhi syarat kesehatan

Definisi Terminologi Yang Digunakan	Angka kuman makanan/minuman adalah angka kuman E-coli = 0/ gr makanan/minuman
Frekuensi Pengumpulan Data	1 Bulan
Periode Dilakukan Analisa	3 Bulan
Numerator (pembilang)	3 sample makanan/minuman
Denominator (Penyebut)	Semua sampel makanan/minuman yang harus diperiksa
Standar Pencapaian	100%
Penanggung Jawab	Kepala Instalasi Sanitasi
Sumber Data	Instalasi sanitasi

i. Kebersihan Peralatan Makanan dan Minuman

Indikator	Kebersihan Peralatan Makanan dan Minuman
Dimensi Mutu	Keamanan dalam mengkonsumsi makanan/ minuman
Tujuan Indikator	Terpenuhinya kualitas makanan/minuman yang memenuhi syarat kesehatan
Definisi Terminologi Yang Digunakan	Kebersihan peralatan makanan dan minuman adalah ditentukan dengan angka kuman kurang dari 100/cm peralatan, makanan/ minuman tidak terdapat E-coli
Frekuensi Pengumpulan Data	1 Bulan
Periode Dilakukan Analisa	3 Bulan
Numerator (pembilang)	5 sample makanan/ minuman
Denominator (Penyebut)	Semua sampel makanan/ minuman yang harus diperiksa
Standar Pencapaian	100%
Penanggung Jawab	Kepala Instalasi Sanitasi
Sumber Data	Instalasi sanitasi

j. Penyehatan Air Bersih

Indikator	Penyehatan Air Bersih
Dimensi Mutu	Keamanan dalam mengkonsumsi air bersih dilingkungan rumah sakit
Tujuan Indikator	Terpenuhinya kualitas air bersih yang memenuhi syarat kesehatan
Definisi Terminologi Yang Digunakan	Penyehatan air bersih adalah kualitas air bersih harus sesuai dengan Permenkes no 416/Menkes/Per/IX/1990

Frekuensi Pengumpulan Data	1 Bulan
Periode Dilakukan Analisa	3 Bulan
Numerator (pembilang)	5 sampel air bersih
Denominator (Penyebut)	Semua titik sampling yang harus diperiksa
Standar Pencapaian	100%
Penanggung Jawab	Kepala instalasi sanitasi
Sumber Data	Instalasi sanitasi

k. Pengendalian Nyamuk

Indikator	Pengendalian Nyamuk
Dimensi Mutu	Kesehatan lingkungan rumah sakit yang terbebas dari nyamuk
Tujuan Indikator	Terpenuhinya kualitas lingkungan yang memenuhi syarat kesehatan
Definisi Terminologi Yang Digunakan	Pengendalian nyamuk adalah kepadatan jentik aedes aegypti yang diamati melalui <i>container index</i> harus nol
Frekuensi Pengumpulan Data	1 Bulan
Periode Dilakukan Analisa	3 Bulan
Numerator (pembilang)	Jumlah container yang terdapat jentik aedes aegypti
Denominator (Penyebut)	Semua container diperiksa
Standar Pencapaian	100%
Penanggung Jawab	Kepala instalasi sanitasi
Sumber Data	Instalasi sanitasi

l. Pengendalian Kecoa

Indikator	Pengendalian Kecoa
Dimensi Mutu	Kesehatan lingkungan rumah sakit yang terbebas dari kecoa
Tujuan Indikator	Terpenuhinya kualitas lingkungan yang memenuhi syarat kesehatan
Definisi Terminologi Yang Digunakan	Pengendalian kecoa adalah semua ruangan haus bebas dari kecoa, terutama dapur, gudang makan dan ruangan steril
Frekuensi Pengumpulan Data	1 Bulan
Periode Dilakukan Analisa	3 Bulan
Numerator (pembilang)	Jumlah ruangan/ unit yang terdapat kecoa

Denominator (Penyebut)	Semua ruangan yang diperiksa
Standar Pencapaian	100%
Penanggung Jawab	Kepala Instalasi Sanitasi
Sumber Data	Instalasi sanitasi

m. Pengendalian Kucing dan Anjing

Indikator	Pengendalian Kucing dan Anjing
Dimensi Mutu	Kesehatan lingkungan rumah sakit yang terbebas dari kucing dan anjing
Tujuan Indikator	Terpenuhinya kualitas lingkungan yang memenuhi syarat kesehatan
Definisi Terminologi Yang Digunakan	Pengendalian kucing dan anjing adalah semua ruangan harus bebas dari kucing dan anjing
Frekuensi Pengumpulan Data	1 Bulan
Periode Dilakukan Analisa	3 Bulan
Numerator (pembilang)	Jumlah ruangan/ unit yang terdapat kucing dan anjing
Denominator (Penyebut)	Semua ruangan yang diperiksa
Standar Pencapaian	100%
Penanggung Jawab	Kepala instalasi sanitasi
Sumber Data	Instalasi sanitasi

n. Kualitas Tenaga Kesehatan Lingkungan

Indikator	Kualitas Tenaga Kesehatan Lingkungan
Dimensi Mutu	Kualitas penanganan kesehatan lingkungan rumah sakit
Tujuan Indikator	Tergambarnya kualifikasi tenaga kesehatan lingkungan pada rumah sakit sesuai dengan tipe rumah sakit
Definisi Terminologi Yang Digunakan	Kualitas tenaga kesehatan lingkungan adalah tenaga kesehatan dibidang kesehatan lingkungan yang telah mengikuti latihan khusus
Frekuensi Pengumpulan Data	1 Bulan
Periode Dilakukan Analisa	6 Bulan
Numerator (pembilang)	Jumlah tenaga sanitarian yang sesuai dengan ketentuan yang berlaku
Denominator (Penyebut)	Jumlah tenaga sanitarian yang menangani kesehatan lingkungan RS
Standar Pencapaian	100%
Penanggung Jawab	Kualitas tenaga kesehatan lingkungan

Sumber Data	Kualitas tenaga kesehatan lingkungan
-------------	--------------------------------------

o. Pengelolaan Limbah Padat Medis

Indikator	Pengelolaan Limbah Padat Medis
Dimensi Mutu	Keamanan dan keselamatan kerja
Tujuan Indikator	Kualitas lingkungan yang memenuhi syarat kesehatan
Definisi Terminologi Yang Digunakan	Limbah padat non medis adalah limbah padat yang dihasilkan dari kegiatan diluar medis yang berasal dari dapur, perkantoran, taman dan halaman
Frekuensi Pengumpulan Data	1 Bulan
Periode Dilakukan Analisa	6 Bulan
Numerator (pembilang)	Jumlah timbunan sampah non medis dan medis yang di kelola sesuai standar prosedur operasional
Denominator (Penyebut)	Jumlah total proses pengelolaan limbah padat yang diamati
Standar Pencapaian	100%
Penanggung Jawab	Kualitas tenaga kesehatan lingkungan
Sumber Data	Kualitas tenaga kesehatan lingkungan

p. Pengelolaan Limbah padat Non Medis

Indikator	Pengelolaan Limbah padat Non Medis
Dimensi Mutu	Keamanan dan keselamatan kerja
Tujuan Indikator	Kualitas lingkungan yang memenuhi syarat kesehatan
Definisi Terminologi Yang Digunakan	Limbah padat non medis adalah limbah padat yang dihasilkan dari kegiatan diluar medis yang berasal dari dapur, perkantoran, taman dan halaman
Frekuensi Pengumpulan Data	1 Bulan
Periode Dilakukan Analisa	6 Bulan
Numerator (pembilang)	Jumlah timbunan sampah non medis dan medis yang dikelola sesuai standar prosedur operasional
Denominator (Penyebut)	Jumlah total proses pengelolaan limbah padat yang diamati
Standar Pencapaian	100%
Penanggung Jawab	Kepala Instalasi Sanitasi
Sumber Data	Kualitas tenaga kesehatan lingkungan

q. Pengelolaan Limbah Cair

Indikator	Pengelolaan Limbah Cair
Dimensi Mutu	Keamanan dan keselamatan kerja
Tujuan Indikator	Tergambarnya kepedulian rumah sakit terhadap keamanan limbah cair rumah sakit
Definisi Terminologi Yang Digunakan	Pengelolaan limbah cair adalah pengelolaan limbah sesuai dengan baku mutu limbah cair yang memenuhi standar minimal atau ambang batas yang diperbolehkan dan diukur dengan indikator yang telah ditentukan
Frekuensi Pengumpulan Data	1 Bulan
Periode Dilakukan Analisa	6 Bulan
Numerator (pembilang)	Hasil pemeriksaan laboratorium yang sesuai dengan baku mutu
Denominator (Penyebut)	Jumlah seluruh pemeriksaan limbah cair
Standar Pencapaian	100%
Penanggung Jawab	Kepala Instalasi Sanitasi
Sumber Data	Instalasi sanitasi

r. Pengelolaan Limbah Gas

Indikator	Pengelolaan Limbah Gas
Dimensi Mutu	Keamanan dan keselamatan kerja
Tujuan Indikator	Tergambarnya kepedulian rumah sakit terhadap keamanan limbah gas rumah sakit
Definisi Terminologi Yang Digunakan	Pengelolaan limbah gas adalah pengelolaan limbah sesuai dengan baku mutu limbah gas yang ditolerir yang diukur dengan indikator sesuai Keputusan Menteri tentang buku mutu emisi sumber tak bergerak
Frekuensi Pengumpulan Data	1 Bulan
Periode Dilakukan Analisa	6 Bulan
Numerator (pembilang)	Hasil pemeriksaan laboratorium yang sesuai dengan baku mutu
Denominator (Penyebut)	Jumlah seluruh pemeriksaan limbah gas
Standar Pencapaian	100%
Penanggung Jawab	Kepala instalasi sanitasi
Sumber Data	Instalasi sanitasi

s. Pengamanan Radiasi

Indikator	Pengamanan Radiasi
Dimensi Mutu	Keamanan dan keselamatan kerja
Tujuan Indikator	Kualitas lingkungan sekitar yang memenuhi syarat kesehatan
Definisi Terminologi Yang Digunakan	Pengamanan radiasi adalah merupakan emisi dari penyebaran energi melalui media dalam bentuk gelombang elektromagnetik atau partikel-partikel atau elementer dengan kinetik yang sangat tinggi yang dilepaskan dari bahan atau alat radiasi yang digunakan oleh instalasi rumah sakit
Frekuensi Pengumpulan Data	1 Bulan
Periode Dilakukan Analisa	6 Bulan
Numerator (pembilang)	Hasil pemeriksaan yang sesuai dengan NBD
Denominator (Penyebut)	Jumlah seluruh hasil pemeriksaan
Standar Pencapaian	50%
Penanggung Jawab	Kepala Instalasi Sanitasi
Sumber Data	Instalasi sanitasi

t. Upaya PromKes dari Aspek Kesehatan Lingkungan

Indikator	Upaya PromKes dari Aspek Kesehatan Lingkungan
Dimensi Mutu	Perilaku hidup bersih dan sehat
Tujuan Indikator	Tumbuh kesadaran dari masyarakat rumah sakit akan perilaku hidup bersih dan sehat
Definisi Terminologi Yang Digunakan	Upaya Promkes dari aspek kesehatan lingkungan adalah membiasakan diri berperilaku hidup bersih dan sehat
Frekuensi Pengumpulan Data	1 Bulan
Periode Dilakukan Analisa	6 Bulan
Numerator (pembilang)	Kegiatan upaya promkes dalam satu tahun
Denominator (Penyebut)	Kegiatan upaya promkes yang seharusnya
Standar Pencapaian	100%
Penanggung Jawab	Kepala Instalasi Sanitasi
Sumber Data	Instalasi sanitasi

15. Standar Pelayanan Minimal Instalasi Perbaikan Sarana Prasarana RS

a. Kecepatan Waktu Menanggapi Kerusakan Alat

Indikator	Kecepatan Waktu Menanggapi Kerusakan Alat
Dimensi Mutu	Efektifitas, efisien, kesinambungan pelayanan
Tujuan Indikator	Tergambarnya keceatan dan ketanggapan dalam menanggapi kerusakan alat
Definisi Terminologi Yang Digunakan	Kecepatan waktu menanggapi alat yang rusak adalah waktu dibutuhkan mulai laporan alat rusak diterima sampai dengan petugas melakukan pemeriksaan terhadap alat yang rusak untuk tindak lanjut perbaikan, maksimal dalam waktu 15 menit harus sudah ditanggapi
Frekuensi Pengumpulan Data	1 Bulan
Periode Dilakukan Analisa	3 Bulan
Numerator (pembilang)	Jumlah laporan kerusakan alat yang ditanggapi kurang atau sama dengan 15 menit dalam satu bulan
Denominator (Penyebut)	Jumlah seluruh laporan kerusakan alat dalam satu bulan
Standar Pencapaian	80%
Penanggung Jawab	Kepala IPSRS
Sumber Data	Catatan Laporan kerusakan Alat

b. Ketepatan Waktu Pemeliharaan Alat

Indikator	Ketepatan Waktu Pemeliharaan Alat
Dimensi Mutu	Efektifitas, efisien, kesinambungan pelayanan
Tujuan Indikator	Tergambarnya ketepatan dan ketanggapan dalam pemeliharaan alat
Definisi Terminologi Yang Digunakan	Waktu pemeliharaan alat adalah waktu yang menunjukkan periode pemeliharaan/ <i>service</i> untuk tiap-tiap alat sesuai ketentuan yang berlaku
Frekuensi Pengumpulan Data	1 Bulan
Periode Dilakukan Analisa	3 Bulan
Numerator (pembilang)	Jumlah alat yang dilakukan pemeliharaan (<i>service</i>) tepat waktu dalam satu bulan
Denominator (Penyebut)	Jumlah seluruh alat yang seharusnya dilakukan pemeliharaan dalam satu bulan
Standar Pencapaian	100%
Penanggung Jawab	Kepala IPSRS

Sumber Data	Register pemeliharaan alat
-------------	----------------------------

16. Standar Pelayanan Minimal Laundry

a. Pengelolaan Linen

Indikator	Pengelolaan Linen
Dimensi Mutu	Pencegahan infeksi nosokomial
Tujuan Indikator	Terjaminnya pengendalian dan mutu pelayanan laundry
Definisi Terminologi Yang Digunakan	Pengelolaan linen adalah tempat pencucian linen yang dilengkapi dengan sarana penunjangnya berupa mesin cuci, desinfektan, mesin uap pengering, meja dan mesin setrika dengan persyaratan suhu air panas 70 derajat celsius, penggunaan detergen dan jenis desinfektan
Frekuensi Pengumpulan Data	1 Bulan
Periode Dilakukan Analisa	1 Bulan
Numerator (pembilang)	Jumlah linen yang dikelola sesuai dengan standar operasional yang diamati
Denominator (Penyebut)	Jumlah total linen yang dikerja dalam satu bulan
Standar Pencapaian	100%
Penanggung Jawab	Koordinator laundry
Sumber Data	Survei

b. Tidak Adanya Kejadian Linen Yang Hilang

Indikator	Tidak Adanya Kejadian Linen Yang Hilang
Dimensi Mutu	Efisiensi dan efektifitas
Tujuan Indikator	Tergambarnya pengendalinya dan mutu pelayanan laundry
Definisi Terminologi Yang Digunakan	Tidak ada
Frekuensi Pengumpulan Data	1 Bulan
Periode Dilakukan Analisa	1 Bulan
Numerator (pembilang)	Jumlah linen yang dihitung dalam 4 hari sampling dalam satu bulan
Denominator (Penyebut)	Jumlah linen yang seharusnya ada pada hari sampling
Standar Pencapaian	100%
Penanggung Jawab	Koordinator laundry
Sumber Data	Survei

c. Ketepatan Waktu Penyediaan Linen Untuk Ruang Rawat Inap

Indikator	Ketepatan Waktu Penyediaan Linen Untuk Ruang Rawat Inap
Dimensi Mutu	Efisiensi dan efektifitas
Tujuan Indikator	Tergambarnya pengendalinya dan mutu pelayanan laundry
Definisi Terminologi Yang Digunakan	Ketepatan waktu penyediaan linen adalah ketepatan penyediaan linen sesuai dengan ketentuan waktu yang ditetapkan
Frekuensi Pengumpulan Data	1 Bulan
Periode Dilakukan Analisa	1 Bulan
Numerator (pembilang)	Jumlah hari dalam satu bulan dengan penyediaan linen tepat waktu
Denominator (Penyebut)	Jumlah hari dalam satu bulan
Standar Pencapaian	100%
Penanggung Jawab	Koordinator laundry
Sumber Data	Survei

17. Standar Pelayanan Minimal Ambulance

a. Kecepatan Memberikan Pelayanan Ambulance

Indikator	Kecepatan Memberikan Pelayanan Ambulance
Dimensi Mutu	Kenyamanan dan keselamatan
Tujuan Indikator	Tergambarnya ketanggapan dalam menyediakan kebutuhan pasien akan ambulance
Definisi Terminologi Yang Digunakan	Kecepatan memberikan pelayanan ambulance adalah waktu yang dibutuhkan mulai permintaan ambulance diajukan oleh keluarga pasien sampai tersedianya ambulance minimal 30 menit
Frekuensi Pengumpulan Data	1 Bulan
Periode Dilakukan Analisa	3 Bulan
Numerator (pembilang)	Jumlah waktu penyediaan ambulance yang cepat dalam satu bulan
Denominator (Penyebut)	Total seluruh pemakaian ambulance dalam waktu satu bulan
Standar Pencapaian	100%
Penanggung Jawab	Koordinator laundry
Sumber Data	Survei

b. Waktu Pelayanan Ambulance

Indikator	Waktu Pelayanan Ambulance
Dimensi Mutu	Akses
Tujuan Indikator	Tersedianya pelayanan ambulance yang dapat diakses setiap waktu oleh pasien/ keluarga pasien
Definisi Terminologi Yang Digunakan	Waktu pelayanan ambulance adalah waktu yang dibutuhkan oleh pasien/ keluarga pasien untuk mendapatkan pelayanan ambulance dalam waktu 15 menit
Frekuensi Pengumpulan Data	1 Bulan
Periode Dilakukan Analisa	3 Bulan
Numerator (pembilang)	Jumlah kumulatif waktu pelayanan ambulance satu bulan (dalam jam)
Denominator (Penyebut)	Total seluruh pemakaian ambulance dalam waktu satu bulan
Standar Pencapaian	100%
Penanggung Jawab	Penanggung jawab ambulance
Sumber Data	

18. Standar Pelayanan Minimal Kamar Jenazh

a. Waktu Tanggap Pelayanan Pemulasaran Jenazah

Indikator	Waktu Tanggap Pelayanan Pemulasaran Jenazah
Dimensi Mutu	Kenyamanan
Tujuan Indikator	Tergambarnya kepedulian rumah sakit terhadap kebutuhan pasien akan pemulasaran jenazah
Definisi Terminologi Yang Digunakan	Waktu tanggap pelayanan pemulasaran jenazah adalah waktu yang dibutuhkan mulai pasien dinyatakan meninggal sampai jenazah mulai ditangani oleh petugas
Frekuensi Pengumpulan Data	1 Bulan
Periode Dilakukan Analisa	3 Bulan
Numerator (pembilang)	Total kumulatif waktu pelayanan pemulasaran jenazah pasien yang diamati dalam satu bulan
Denominator (Penyebut)	Total pasien yang diamati dalam satu bulan
Standar Pencapaian	2 (dua) jam
Penanggung Jawab	Kepala Ruang Pemulasaran Jenazah
Sumber Data	Buku register

b. Pelayanan Mayat Gelandangan

Indikator	Pelayanan Mayat Gelandangan
Dimensi Mutu	Cepat dalam hal penanganan mayat
Tujuan Indikator	Mayat dapat segera diserahkan ke desa/TKP
Definisi Terminologi Yang Digunakan	Waktu tanggap sejak pasien/ mayat dibawah ke rumah sakit sampai ditangani desa
Frekuensi Pengumpulan Data	3 (tiga) hari
Periode Dilakukan Analisa	1 Bulan
Numerator (pembilang)	Penanganan mayat gelandangan dalam satu bulan
Denominator (Penyebut)	Total mayat gelandangan dalam satu bulan
Standar Pencapaian	3 (tiga) hari
Penanggung Jawab	Kepala ruang pemulasaran jenazah
Sumber Data	Buku register

c. Pelayanan Penanganan Mayat X (tidak dikenal)

Indikator	Pelayanan Penanganan Mayat X (tidak dikenal)
Dimensi Mutu	Mayat dapat diidentifikasi
Tujuan Indikator	Penanganan mayat cepat ke pihak yang berwenang
Definisi Terminologi Yang Digunakan	Jenazah bisa dapat diketahui oleh pihak keluarga
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Dilakukan Analisa	2 bulan
Numerator (pembilang)	Waktu penanganan mayat x dalam satu bulan
Denominator (Penyebut)	Total mayat x dalam satu bulan
Standar Pencapaian	2 (dua) hari
Penanggung Jawab	Kepala Ruang Pemulasaran Jenazah
Sumber Data	Buku register

d. Pelayanan Mobil Jenazah

Indikator	Pelayanan Mobil Jenazah
Dimensi Mutu	Kenyamanan di jalan
Tujuan Indikator	Terciptanya pelayanan mobil terhadap jenazah

Definisi Terminologi Yang Digunakan	Pelayanan kendaraan jenazah adalah pelayanan transportasi terhadap jenazah mulai dari rumah sakit ke rumah keluarga
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Dilakukan Analisa	2 bulan
Numerator (pembilang)	Total kumulatif pelayanan mayat oleh mobil jenazah
Denominator (Penyebut)	Total mayat yang diantar dalam satu bulan
Standar Pencapaian	80%
Penanggung Jawab	Kepala ruang pemulasaran jenazah
Sumber Data	Buku register

19. Standar Pelayanan Minimal Infeksi Nosokomial

a. Angka Kejadian Infeksi Nosokomial

Indikator	Angka Kejadian Infeksi Nosokomial
Dimensi Mutu	Keselamatan pasien
Tujuan Indikator	Mengetahui pengendalian infeksi nosokomial rumah sakit
Definisi Terminologi Yang Digunakan	Infeksi nosokomial adalah infeksi yang dialami pasien yang diperoleh selama dirawat di rumah sakit yang meliputi dekubitus, flebitis, sepsis dan infeksi luka operasi
Frekuensi Pengumpulan Data	Tiap bulan
Periode Dilakukan Analisa	Tiap tiga bulan
Numerator (pembilang)	Jumlah pasien rawat inap yang terkena infeksi nosokomial dalam satu bulan
Denominator (Penyebut)	Jumlah pasien rawat inap dalam satu bulan
Standar Pencapaian	$\leq 1,5\%$
Penanggung Jawab	Kepala ruang instalasi rawat inap/ panitia
Sumber Data	Survei

b. Ada Pengurus Pengendali Infeksi Nosokomial di Rumah Sakit

Indikator	Ada Pengurus Pengendali Infeksi Nosokomial di Rumah Sakit
Dimensi Mutu	Keselamatan pasien
Tujuan Indikator	Terdapat pengurus pengendali infeksi nosokomial di RS

Definisi Terminologi Yang Digunakan	Panitia pengendali infeksi nosokomial adalah pegawai RS yang telah ditunjuk/ditugaskan mengendalikan infeksi nosokomial yang merupakan perwakilan tiap-tiap pelayanan di RS yang telah terlatih
Frekuensi Pengumpulan Data	Tiap bulan
Periode Dilakukan Analisa	Tiap tiga bulan
Numerator (pembilang)	Jumlah anggota panitia
Denominator (Penyebut)	Jumlah pasien rawat inap dalam satu bulan
Standar Pencapaian	Pengurus lengkap
Penanggung Jawab	Kepala instalasi rawat inap/ pengurus lengkap
Sumber Data	Survei

3.2 ADMINISTRASI MANAJEMEN

1. Standar Pelayanan Minimal Sub Bag Umum dan Kepegawaian

a. Ketepatan Waktu Pengusulan Kenaikan Pangkat

Indikator	Ketepatan Waktu Pengusulan Kenaikan Pangkat
Dimensi Mutu	Efektifitas, efisien, kepuasan
Tujuan Indikator	Terwujudnya kepedulian rumah sakit terhadap kesejahteraan pegawai
Definisi Terminologi Yang Digunakan	Ketepatan waktu pengusulan kenaikan pangkat adalah usulan kenaikan pangkat pegawai dilakukan dua periode dalam satu tahun
Frekuensi Pengumpulan Data	6 bulan
Periode Dilakukan Analisa	Satu tahun
Numerator (pembilang)	Jumlah pegawai yang diusulkan tepat waktu sesuai periode kenaikan pangkat dalam satu tahun
Denominator (Penyebut)	Jumlah pegawai yang seharusnya diusulkan kenaikan pangkat dalam satu tahun
Standar Pencapaian	100%
Penanggung Jawab	Sub Bagian Umum dan Kepegawaian
Sumber Data	Sub Bagian Umum dan Kepegawaian

b. Ketepatan Waktu Pengurusan Gaji Berkala

Indikator	Ketepatan Waktu Pengurusan Gaji Berkala
Dimensi Mutu	Efektifitas, efisien, kepuasan
Tujuan Indikator	Terwujudnya kepedulian rumah sakit terhadap kesejahteraan pegawai
Definisi Terminologi Yang Digunakan	Ketepatan waktu pengurusan gaji berkala adalah kenaikan gaji secara periodik sesuai perundang-undangan yang berlaku
Frekuensi Pengumpulan Data	6 bulan
Periode Dilakukan Analisa	Satu tahun
Numerator (pembilang)	Jumlah hari penyelesaian pembuatan usulan kenaikan gaji berkala (KGB)
Denominator (Penyebut)	Jumlah hari standar penyelesaian kenaikan gaji berkala
Standar Pencapaian	100%
Penanggung Jawab	Sub Bagian Umum dan Kepegawaian
Sumber Data	Sub Bagian Umum dan Kepegawaian

c. Ketentuan Jam Kerja Pegawai

Indikator	Ketentuan Jam Kerja Pegawai
Dimensi Mutu	Efektifitas, efisiensi
Tujuan Indikator	Terwujudnya kepedulian pegawai terhadap waktu kerja di rumah sakit
Definisi Terminologi Yang Digunakan	Ketentuan jam kerja pegawai adalah waktu yang digunakan pegawai dalam satu tahun
Frekuensi Pengumpulan Data	3 bulan
Periode Dilakukan Analisa	Satu tahun
Numerator (pembilang)	Jumlah pegawai yang masuk dan pulang kerja tepat waktu dalam satu tahun
Denominator (Penyebut)	Jumlah seluruh pegawai yang seharusnya masuk dan pulang kerja dalam satu tahun
Standar Pencapaian	70%
Penanggung Jawab	Sub Bagian Umum dan Kepegawaian
Sumber Data	Sub Bagian Umum dan Kepegawaian

d. Kedisiplinan Apel Pagi Pegawai

Indikator	Kedisiplinan Apel Pagi Pegawai
Dimensi Mutu	Efektifitas
Tujuan Indikator	Terwujudnya kepedulian pegawai terhadap disiplin apel pagi di rumah sakit
Definisi Terminologi Yang Digunakan	Kedisiplinan apel pagi pegawai adalah pelaksanaan upacara rutin setiap hari yang diikuti oleh semua pegawai dan

	dilaksanakan pagi hari sebelum melakukan kegiatan bekerja
Frekuensi Pengumpulan Data	3 bulan
Periode Dilakukan Analisa	Satu tahun
Numerator (pembilang)	Jumlah pegawai yang mengikuti apel pagi setiap 3 bulan
Denominator (Penyebut)	Jumlah seluruh pegawai yang wajib apel dalam 3 bulan
Standar Pencapaian	60%
Penanggung Jawab	Sub Bagian Umum dan Kepegawaian
Sumber Data	Sub Bagian Umum dan Kepegawaian

e. Ketepatan Penyusunan Daftar Urut Kepangkatan Pegawai

Indikator	Ketepatan Penyusunan Daftar Urut Kepangkatan Pegawai
Dimensi Mutu	Efektifitas, efisiensi
Tujuan Indikator	Terwujudnya pembuatan daftar urut kepangkatan yang benar sesuai peraturan
Definisi Terminologi Yang Digunakan	Daftar Urut Kepegawaian (DUK) adalah suatu daftar yang memuat nama pegawai negeri sipil dari suatu organisasi negara yang disusun menurut tingkat pelayanan, TMT, jabatan, pendidikan dan usia
Frekuensi Pengumpulan Data	3 bulan
Periode Dilakukan Analisa	Satu tahun
Numerator (pembilang)	Jumlah hari penyelesaian pembuatan DUK
Denominator (Penyebut)	Jumlah hari standar penyelesaian DUK
Standar Pencapaian	60%
Penanggung Jawab	Sub Bagian Umum dan Kepegawaian
Sumber Data	Sub Bagian Umum dan Kepegawaian

f. Ketepatan Penyelesaian berkas Cuti Tahunan

Indikator	Ketepatan Penyelesaian berkas Cuti Tahunan
Dimensi Mutu	Efektifitas, efisien, kepuasan pegawai
Tujuan Indikator	Terwujudnya kepedulian rumah sakit terhadap kesejahteraan pegawai
Definisi Terminologi Yang Digunakan	Cuti tahunan adalah pelaksanaan bebas dinas pegawai selama 12 hari dalam waktu satu tahun
Frekuensi Pengumpulan Data	3 bulan

Periode Dilakukan Analisa	Satu tahun
Numerator (pembilang)	Jumlah hari penyelesaian berkas cuti tahunan
Denominator (Penyebut)	Jumlah hari standar yang diperlukan untuk penyelesaian berkas cuti dan tahunan
Standar Pencapaian	100%
Penanggung Jawab	Sub Bagian Umum dan Kepegawaian
Sumber Data	Sub Bagian Umum dan Kepegawaian

g. Ketepatan Waktu Pembuatan Daftar Penilaian Pelaksanaan Pekerjaan

Indikator	Ketepatan Waktu Pembuatan Daftar Penilaian Pelaksanaan Pekerjaan
Dimensi Mutu	Efektifitas, efisien, kepuasan
Tujuan Indikator	Terwujudnya kepedulian rumah sakit terhadap kesejahteraan pegawai
Definisi Terminologi Yang Digunakan	Ketepatan waktu pembuatan daftar penilaian pelaksanaan pekerjaan (DP3) adalah suatu daftar yang memuat hasil penilaian pelaksanaan pekerjaan seseorang pegawai dalam jangka waktu satu tahun
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Dilakukan Analisa	Satu tahun
Numerator (pembilang)	Jumlah hari penyelesaian pembuatan DP3 pegawai
Denominator (Penyebut)	Jumlah hari standar pembuatan daftar penilaian pelaksanaan pekerjaan
Standar Pencapaian	100%
Penanggung Jawab	Sub Bagian Umum dan Kepegawaian
Sumber Data	Sub Bagian Umum dan Kepegawaian

2. Standar Pelayanan Minimal Seksi Informasi dan Komunikasi

a. Tindak Lanjut Pengendalian Surat Masuk dan Keluar

Indikator	Tindak Lanjut Pengendalian Surat Masuk dan Keluar
Dimensi Mutu	Efektifitas dan efisiensi
Tujuan Indikator	Tergambarnya kepedulian dan tanggung jawab staf sub bag umum terhadap upaya perbaikan pelayanan di Rumah Sakit Umum Zainal Abidin Pagaralam Way Kanan
Definisi Terminologi Yang Digunakan	Tindak lanjut pengendalian surat masuk dan keluar adalah pelaksanaan tindak lanjut pencatatan, penerimaan,

	penyampaian, penemuan kembali dan sekaligus sebagai alat penyerahan arsip yang harus dilakukan oleh staf sub bag umum terhadap kesepakatan atau kepuasan yang diambil sesuai dengan permasalahannya
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Dilakukan Analisa	3 bulan
Numerator (pembilang)	Hasil keputusan bersama tindak lanjuti dalam 1 bulan
Denominator (Penyebut)	Total hasil keputusan yang ditindak lanjuti dalam 1 bulan
Standar Pencapaian	100%
Penanggung Jawab	Seksi Informasi dan Komunikasi
Sumber Data	Seksi Informasi dan Komunikasi

b. Tindak Lanjut Penyelesaian Hasil Pertemuan Tingkat Direksi

Indikator	Tindak Lanjut Penyelesaian Hasil Prtemuan Tingkat Direksi
Dimensi Mutu	Efektifitas
Tujuan Indikator	Tergambarnya kepedulian direksi terhadap upaya perbaikan pelayanan di rumah sakit
Definisi Terminologi Yang Digunakan	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 Dilakukan Analisa	3 bulan
Numerator (pembilang)	Hasil keputusan pertemuan direksi yang ditindaklanjuti dalam 1 bulan
Denominator (Penyebut)	Total hasil keputsan yang harus ditindak lanjuti dalam 1 bulan
Standar Pencapaian	100%
Penanggung Jawab	Seksi Informasi dan Komunikasi
Sumber Data	Seksi Informasi dan Komunikasi

3. Standar Pelayanan Minimal Sub Bag Umum dan Kepegawaian

a. Waktu Pengawasan Pelaksanaan Kebersihan, Keindahan dan Keamanan

Indikator	Waktu Pengawasan Pelaksanaan Kebersihan, Keindahan dan Keamanan
Dimensi Mutu	Kenyamanan
Tujuan Indikator	Tergambarnya kepedulian rumah sakit terhadap kebutuhan pasien, penunggu pasien dan pengunjung pasien akan kebersihan, keindahan, ketertiban dan keamanan
Definisi Terminologi Yang Digunakan	Waktu pengawasan pelaksanaan kebersihan keindahan dan keamanan adalah waktu yang dilaksanakan mulai pasien masuk rumah sakit sampai pulang oleh petugas rumah sakit
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap hari
Periode Dilakukan Analisa	1 minggu
Numerator (pembilang)	Total kumulatif waktu pengawasan pelaksanaan kebersihan, keindahan, ketertiban dan keamanan tiap hari
Denominator (Penyebut)	Total wilayah pengamatan pelaksanaan kebersihan keindahan ketertiban dan keamanan
Standar Pencapaian	2 jam
Penanggung Jawab	Sub Bag Umum dan Kepegawaian
Sumber Data	Survei

b. Ketepatan Waktu Pelaksanaan Merencanakan Barang Rutin

Indikator	Ketepatan Waktu Pelaksanaan Merencanakan Barang Rutin
Dimensi Mutu	Efektifitas, efisien, kesinambungan pelayanan
Tujuan Indikator	Tergambarnya ketepatan dalam perencanaan kebutuhan barang mesin
Definisi Terminologi Yang Digunakan	Ketepatan waktu merencanakan kebutuhan barang rutin adalah waktu yang menunjukkan periode pengumpulan rencana kebutuhan barang rutin untuk tiap kebutuhan barang sesuai dengan anggaran yang tersedia
Frekuensi Pengumpulan Data	1 tahun
Periode Dilakukan	4 bulan

Analisa	
Numerator (pembilang)	Jumlah rencana kebutuhan barang rutin tepat waktu dalam satu tahun
Denominator (Penyebut)	Jumlah seluruh barang yang harus disediakan dalam tahun berikut
Standar Pencapaian	75%
Penanggung Jawab	Sub Bag Umum dan Kepegawaian
Sumber Data	Rencana kebutuhan barang unit (RKBU)

c. Ketepatan Waktu Pengecekan Barang Inventaris

Indikator	Ketepatan Waktu Pengecekan Barang Inventaris
Dimensi Mutu	Efektifitas, efisien, kesinambungan pelayanan
Tujuan Indikator	Tergambarnya ketepatan dan pengecekan barang
Definisi Terminologi Yang Digunakan	Ketepatan waktu pengecekan barang inventaris adalah waktu yang menunjukkan periode pengecekan barang inventaris sesuai ketentuan yang berlaku
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Dilakukan Analisa	3 bulan
Numerator (pembilang)	Jumlah barang inventaris yang ada dari seluruh unit dalam waktu 3 bulan
Denominator (Penyebut)	Jumlah seluruh barang inventaris
Standar Pencapaian	100%
Penanggung Jawab	Sub Bag Umum dan Kepegawaian
Sumber Data	Buku inventaris barang dari seluruh unit

d. Ketepatan Waktu Pengadaan Alat

Indikator	Ketepatan Waktu Pengadaan Alat
Dimensi Mutu	Efektifitas, efisien, kesinambungan pelayanan
Tujuan Indikator	Tergambarnya ketepatan dan ketanggapan dalam pengadaan alat
Definisi Terminologi Yang Digunakan	Ketepatan waktu pengadaan alat adalah waktu yang menunjukkan periode pengadaan untuk tiap-tiap alat sesuai ketentuan yang berlaku
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Dilakukan Analisa	3 bulan
Numerator (pembilang)	Jumlah pengadaan alat yang diajukan

	tepat waktu dalam satu bulan
Denominator (Penyebut)	Jumlah pengadaan alat dalam satu bulan
Standar Pencapaian	100%
Penanggung Jawab	Kepala Sub Bag Perlengkapan
Sumber Data	Catatan amprahan barang

e. Ketepatan Waktu Pemeliharaan Alat

Indikator	Ketepatan Waktu Pemeliharaan Alat
Dimensi Mutu	Efektifitas, efisien, kesinambungan pelayanan
Tujuan Indikator	Tergambarnya ketepatan dan ketanggapan dalam pemeliharaan alat
Definisi Terminologi Yang Digunakan	Ketepatan wktu pemeliharaan alat adalah waktu yang menunjukkan periode pemeliharaan untuk tiap-tiap alat sesuai ketentuan yang berlaku
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Dilakukan Analisa	3 bulan
Numerator (pembilang)	Jumlah alat yang dilakukan pemeliharaan tepat waktu dalam satu bulan
Denominator (Penyebut)	Jumlah seluruh alat yang seharusnya dilakukan pemeliharaan dalam satu bulan
Standar Pencapaian	100%
Penanggung Jawab	Sub Bag Umum dan Kepegawaian
Sumber Data	Register pemeliharaan alat

4. Standar Pelayanan Minimal Seksi Perencanaan dan Pengembangan

a. Profil RSUD Zainal Abidin Pagaralam Way Kanan

Indikator	Profil RSUD Zainal Abidin Pagaralam Way Kanan
Dimensi Mutu	Ketepatan dan kelengkapan data
Tujuan Indikator	Tergambarnya cakupan kiberja, kegiatan setiap unit kerja khususnya dan umumnya RSUD Zainal Abidin Pagaralam Way Kanan
Definisi Terminologi Yang Digunakan	Profil RSUD Zainal Abidin Pagaralam Way Kanan adalah merupakan kumpulan hasil kinerja kegiatan masing-masing unit kerja khususnya dan hasil kinerja kegiatan rumah sakit secara umum sebagai gambaran cakupan kegiatan pelayanan rumah sakit dalam kurun waktu satu tahun yang dibuat paling lambat 3 bulan setelah tahun anggaran berakhir
Frekuensi Pengumpulan Data	1 tahun

Periode Dilakukan Analisa	1 tahun
Numerator (pembilang)	Profil RSUD Zainal Abidin Pagaram Way Kanan yang lengkap dan tepat minimal dibuat sekali dalam satu tahun
Denominator (Penyebut)	Jumlah profil RSUD Zainal Abidin Pagaram Way Kanan yang seharusnya lengkap dan tepat minimal dibuat satu tahun sekali
Standar Pencapaian	100%
Penanggung Jawab	Seksi Perencanaan dan Pengembangan
Sumber Data	Seluruh unit kerja

b. Rencana Kerja RSUD Zainal Abidin Pagaram Way Kanan

Indikator	Rencana Kerja RSUD Zainal Abidin Pagaram Way Kanan
Dimensi Mutu	Ketepatan sasaran dan waktu
Tujuan Indikator	Adanya perbedaan rencana pelaksanaan kegiatan rumah sakit umum tahun anggaran yang akan datang
Definisi Terminologi Yang Digunakan	Rencana kerja RSUD Zainal Abidin Pagaram Way Kanan merupakan kumpulan rencana kegiatan unit kerja dan rumah sakit yang menggambarkan jenis kegiatan, sumber anggaran dan jumlah anggaran sebagai pedoman untuk penetapan penganggaran dan pelaksanaan kegiatan tahun yang akan datang/berikutnya
Frekuensi Pengumpulan Data	1 tahun
Periode Dilakukan Analisa	1 tahun
Numerator (pembilang)	Rencana kerja RSUD Zainal Abidin Pagaram Way Kanan yang lengkap sesuai sasaran dan anggaran dan tepat waktu dibuat sekali dalam satu tahun
Denominator (Penyebut)	Jumlah rencana kerja RSUD Zainal Abidin Pagaram Way Kanan yang seharusnya dibuat satu tahun sekali
Standar Pencapaian	100%
Penanggung Jawab	Seksi Perencanaan dan Pengembangan
Sumber Data	Rencana kegiatan setiap unit kerja

c. Laporan Akuntabilitas RSUD Zainal Abidin Pagaram Way Kanan

Indikator	Laporan Akuntabilitas RSUD Zainal Abidin Pagaram Way Kanan
Dimensi Mutu	Kelengkapan dan ketetapan indikator
Tujuan Indikator	Tergambarnya kepedulian administrasi rumah sakit dalam menunjukkan akuntabilitas kinerja kegiatan pelayanan
Definisi Terminologi Yang Digunakan	Laporan akuntabilitas RSUD Zainal Abidin Pagaram Way Kanan adalah perwujudan kewajiban rumah sakit untuk mempertanggung jawabkan kebersahilan/kegagalan pelaksanaan misi organisasi dalam mencapai tujuan dan sasaran yang telah ditetapkan melalui pertanggung jawaban secara periodik
Frekuensi Pengumpulan Data	1 tahun
Periode Dilakukan Analisa	1 tahun
Numerator (pembilang)	Laporan pertanggung jawaban yang lengkap dan dilakukan minimal satu tahun sekali
Denominator (Penyebut)	Jumlah laporn akuntabilitas yang seharusnya disusun dalam satu tahun
Standar Pencapaian	100%
Penanggung Jawab	Seksi Perencanaan dan Pengembangan
Sumber Data	Unit kerja

d. Index Kepuasan Masyarakat

Indikator	Index Kepuasan Masyarakat
Dimensi Mutu	Efektifitas, efisien
Tujuan Indikator	Tergambarnya kondisi pemberi pelayanan keperawatan administrasi rumah sakit terhadap pasien dan keluarganya
Definisi Terminologi Yang Digunakan	Index kepasan masyarakat adalah merupakan perwujudan gambaran pemberian kualitas peayanan, keperawatan dan administrasi rumah sakit terhadap pasien dan keluarganya yang dibuat setahun sekali yang hasilnya dijadikan bahan untuk perbaikan dan peningkatan pemberian pelayanan rumah sakit
Frekuensi Pengumpulan Data	1 tahun
Periode Dilakukan Analisa	1 tahun

Numerator (pembilang)	Index kepuasan masyarakat yang lengkap dilakukan minimal satu kali dalam satu tahun
Denominator (Penyebut)	Jumlah index kepuasan masyarakat yang seharusnya disusun dalam satu tahun sekali
Standar Pencapaian	100%
Penanggung Jawab	Seksi Perencanaan dan Pengembangan
Sumber Data	Tim IKM

5. Standar Pelayanan Minimal Seksi Perencanaan dan Pengembangan

a. Pelatihan PPGD

Indikator	Pelatihan PPGD
Dimensi Mutu	Kompetensi
Tujuan Indikator	Tergambarnya perawat terampil dalam menolong pasien gawat darurat dan non gawat darurat di setiap ruangan perawat pasien
Definisi Terminologi Yang Digunakan	PPGD adalah pertolongan yang cepat, tepat, cermat untuk mencegah kematian maupun kecelakaan
Frekuensi Pengumpulan Data	1 tahun
Periode Dilakukan Analisa	3 tahun
Numerator (pembilang)	PPGD yang akurat dilakukan dalam 1 tahun untuk 2 orang perawat
Denominator (Penyebut)	Jumlah perawat yang mengikuti pelatihan PPGD dalam satu tahun
Standar Pencapaian	100%
Penanggung Jawab	Seksi Perencanaan dan Pengembangan
Sumber Data	Unit kerja

b. Index Penelitian 5 S dan Tilik Kinerja

Indikator	Index Penelitian 5 S dan Tilik Kinerja
Dimensi Mutu	Efektifitas dan efisiensi
Tujuan Indikator	Tergambarnya data 5S dan tilik kinerja serta portret 5S dan tilik kinerja dari setiap unit pelayanan
Definisi Terminologi Yang Digunakan	Index penelitian 5 s dan tilik kinerja adalah merupakan suatu perwujudan gambaran SDM yang memadai disertai sikap perilaku sopan, ramah, gesit, dan teliti dan cermat terhadap pasien dan keluarganya yang dibuat dan dievaluasi setahun sekali yang hasilnya dijadikan bahan untuk perbaikan dan peningkatan pemeliharaan pelayanan rumah sakit

Frekuensi Pengumpulan Data	1 tahun
Periode Dilakukan Analisa	1 tahun
Numerator (pembilang)	Index penelitian 5 S dan tilik kinerja yang lengkap minimal dilakukan 1 kali dalam satu tahun
Denominator (Penyebut)	Jumlah Index penelitian 5 S dan tilik kinerja yang seharusnya disusun 1 tahun satu kali
Standar Pencapaian	100%
Penanggung Jawab	Seksi Perencanaan dan Pengembangan
Sumber Data	Unit kerja

c. Analisa Peralatan Medik dan Non Medik

Indikator	Analisa Peralatan Medik dan Non Medik
Dimensi Mutu	Efektifitas dan efisien
Tujuan Indikator	Tergambarnya peralatan medik dan non medik dalam rangka peningkatan pelayanan kepada pasien dan keluarganya
Definisi Terminologi Yang Digunakan	Analisa peralatan medik dan non medik adalah perwujudan gambaran penelitian terhadap alat medik dan non medik baik kondisi maupun kualifikasi alat yang ada di unit kerja
Frekuensi Pengumpulan Data	1 tahun
Periode Dilakukan Analisa	1 tahun
Numerator (pembilang)	Analisa peralatan yang akurat dilakukan minimal satu kali satu tahun
Denominator (Penyebut)	Jumlah analisa peralatan yang seharusnya disusun dalam satu tahun satu kali
Standar Pencapaian	100%
Penanggung Jawab	Seksi Perencanaan dan Pengembangan
Sumber Data	Unit kerja

d. Analisa Ketenagaan RSUD Zainal Abidin Pagaram Way Kanan

Indikator	Analisa Ketenagaan RSUD Zainal Abidin Pagaram Way Kanan
Dimensi Mutu	Efektifitas dan efisien
Tujuan Indikator	Tergambarnya jumlah, kualifikasi, beban kerja serta perencanaan penambahan pegawai di unit kerja dalam angka pemenuhan pelayanan terhadap pasien dan keluarga
Definisi Terminologi	Analisa ketenagaan RSUD Zainal Abidin Pagaram Way Kanan adalah perwujudan

Yang Digunakan	gambaran penelitian terhadap jumlah kualitas serta beban kerja pegawai struktural dan fungsiolan proporsional yang ada diunit kerja
Frekuensi Pengumpulan Data	1 tahun
Periode Dilakukan Analisa	1 tahun
Numerator (pembilang)	Analisa ketenagaan yang akurat dilakukan satu kali dalam satu tahun
Denominator (Penyebut)	Jumlah analisa tenaga yang seharusnya disusun dalam satu tahun satu kali
Standar Pencapaian	100%
Penanggung Jawab	Seksi Perencanaan dan Pengembangan
Sumber Data	Unit kerja

e. Karyawan Mendapat Pelatihan Minimal 20 Jam Pertahun

Indikator	Karyawan Mendapat Pelatihan Minimal 20 Jam Pertahun
Dimensi Mutu	Kompetensi teknis
Tujuan Indikator	Tergambarnya kepedulian rumah sakit terhadap kualitas sumber daya manusia
Definisi Terminologi Yang Digunakan	Pelatihan adalah semua kegiatan peningkatak kompetensi karyawan yang dilakukan baik dirumah sakit ataupun di luar ruamah sakit yang bukan merupakan pendidikan formal. Minimal per karyawan 20 jam pertahun
Frekuensi Pengumpulan Data	1 tahun
Periode Dilakukan Analisa	1 tahun
Numerator (pembilang)	Jumlah karyawan yang mendapat pelatihan minimal 20 jam pertahun
Denominator (Penyebut)	Jumlah seluruh karyawan rumah sakit
Standar Pencapaian	≥ 60%
Penanggung Jawab	Seksi Perencanaan dan Pengembangan
Sumber Data	Seksi Perencanaan dan Pengembangan

6. Standar Pelayanan Minimal Seksi Keuangan

a. Cost Recovery

Indikator	Cost Recovery
Dimensi Mutu	Efisiensi, efektifitas
Tujuan Indikator	Tergambarnya tingkat kesehatan keuangan rumah sakir
Definisi Terminologi Yang Digunakan	Cost recovery adalh jumlah pendapatan fungsional dalam periode waktu tertentu

	dibagi dengan jumlah pembelanjaan operasional dalam waktu tertentu
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Dilakukan Analisa	3 bulan
Numerator (pembilang)	Jumlah pendapatan fungsional dalam satu bulan
Denominator (Penyebut)	Jumlah pembelajaran operasional dalam satu bulan
Standar Pencapaian	80%
Penanggung Jawab	Seksi keuangan
Sumber Data	Seksi keuangan

b. Ketepatan Waktu Penyusunan Laporan Keuangan

Indikator	Ketepatan Waktu Penyusunan Laporan Keuangan
Dimensi Mutu	Efektifitas
Tujuan Indikator	Tergambarnya disiplin pengelolaan keuangan rumah sakit
Definisi Terminologi Yang Digunakan	laporan keuangan meliputi neraca, realisasi anggaran, arus kas dan catatan atas laporan keuangan harus selesai sebelum tanggal 10 pada awal triwulan berikutnya
Frekuensi Pengumpulan Data	3 bulan
Periode Dilakukan Analisa	3 bulan
Numerator (pembilang)	Jumlah laporan keuangan yang diselesaikan sebelum tanggal 10 setiap bulan berikutnya dalam tiga bulan
Denominator (Penyebut)	Jumlah laporan kas yang harus diselesaikan dalam tiga bulan
Standar Pencapaian	50%
Penanggung Jawab	Seksi keuangan
Sumber Data	Seksi keuangan

c. Ketepatan Waktu Pelayanan Pembayaran Pasien Rawat Inap Maksimal 30 Menit

Indikator	Ketepatan Waktu Pelayanan Pembayaran Pasien Rawat Inap Maksimal 30 Menit
Dimensi Mutu	Efektifitas, kepuasan pasien
Tujuan Indikator	Tergambarnya kecepatan pelayanan administrasi pembayaran pasien rawat inap

Definisi Terminologi Yang Digunakan	Administrasi pembayaran pasien rawat inap meliputi perhitungan biaya pasien yang dirawat sampai dengan pemberian bukti pembayaran
Frekuensi Pengumpulan Data	15 menit
Periode Dilakukan Analisa	15 menit
Numerator (pembilang)	Catatan data piutang pasien yang dirawat (KKP) dan sistem pembayaran
Denominator (Penyebut)	Jumlah biaya yang harus dibayar pasien
Standar Pencapaian	90%
Penanggung Jawab	Seksi keuangan
Sumber Data	Seksi keuangan

d. Ketepatan Waktu Pemberian Insentif

Indikator	Ketepatan Waktu Pemberian Insentif
Dimensi Mutu	Efektifitas
Tujuan Indikator	Terwujudnya peningkatan kinerja pegawai
Definisi Terminologi Yang Digunakan	Insentif adalah imbalan yang diberikan kepada pegawai sesuai dengan kinerja yang dicapai dalam satu bulan
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan (30 hari)
Periode Dilakukan Analisa	15 hari
Numerator (pembilang)	Jumlah pendapatan, fungsional dalam satu bulan
Denominator (Penyebut)	Jumlah jasa pelayanan dari jenis tindakan medik dalam satu bulan yang harus dibagikan pada tanggal 15 pada setiap bulan berikutnya
Standar Pencapaian	Maksimal tanggal 20 pada tanggal berikutnya
Penanggung Jawab	Seksi keuangan
Sumber Data	Seksi keuangan

e. Kecepatan Waktu Pemberian Informasi Tentang Pasien rawat Inap

Indikator	Kecepatan Waktu Pemberian Informasi Tentang Pasien rawat Inap
Dimensi Mutu	Efektifitas
Tujuan Indikator	Terwujudnya peningkatan kinerja pegawai
Definisi Terminologi Yang Digunakan	Kecepatan waktu pemberian informasi tentang tagihan pasien rawat inap adalah waktu yang dibutuhkan untuk

BAB IV
TARGET PENCAPAIAN
KONDISI DAN TARGET INDIKATOR STANDAR PELAYANAN MINIMAL

UNIT KERJA : SUB BAGIAN UMUM

NO	INDIKATOR	STANDAR	KONDISI SAAT INI	KESENJANGAN	TARGET PEMENUHAN STANDAR					KET
					2014	2015	2016	2017	2018	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
1	Tindakan lanjut pengendalian surat masuk dan surat keluar	80%	30%	20% - Belum adanya komputer khusus untuk arsip - Masih telatnya pengembalian surat yang harus disposisi oleh unit terkait	30%	50%	70%	90%	100%	
2	Tindak lanjut penyelesaian Surat Keputusan	100%	40%	60% Kekurangan tenaga pengetikan	40%	60%	80%	90%	100%	
3	Tindak lanjut penyelesaian Surat Perintah Perjalanan Dinas	100%	30%	70% Masih adanya SPPD yang belum ditandatangani oleh pejabat yang berwenang	30%	60%	80%	90%	100%	

NO	INDIKATOR	STANDAR	KONDISI SAAT INI	KESENJANGAN	TARGET PEMENUHAN STANDAR					KET
					2014	2015	2016	2017	2018	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
4	Tindak lanjut penyelenggaraan Laporan Pelaksanaan Perintah Tugas	100%	40%	60% Masih adanya LPPT yang terlambat dilaporkan	40%	60%	80%	90%	100%	
5	Tindak lanjut Pengendalian Perpustakaan	100%	20%	80% - Belum adanya tenaga perpustakaan - Belum adanya ruang khusus perpustakaan - Masih terbatasnya buku perpustakaan	20%	40%	60%	80%	100%	
6	Tindak lanjut penyebarluasan informasi	100%	20%	80% - Belum adanya sentral speaker di Bag.Umum - Belum terbentuknya panitia PKMRS - Belum adanya informasi melalui media televisi di rawat jalan	20%	40%	80%	80%	100%	

NO	INDIKATOR	STANDAR	KONDISI SAAT INI	KESENJANGAN	TARGET PEMENUHAN STANDAR					KET
					2014	2015	2016	2017	2018	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
7	Tindak lanjut penggunaan telepon dan faximile	100%	0%	100% Belum sepenuhnya pengguna telepon atau faximile mengisi buku pengguna telp/fax	0%	30%	50%	80%	100%	
8	Tindak lanjut penyelenggaraan rapat	100%	30%	70% - Masih tidak tepat waktu mengikuti rapat - Masih belum sepenuhnya membuat notulen rapat	30%	60%	80%	90%	100%	
9	Tindak lanjut penyelesaian hasil pertemuan tingkat devisa	100%	30%	70% - Belum terlaksananya kesepakatan, evaluasi maupun pemecahan masalah pada bidang masing-masing - Belum siapnya data-data pendukung untuk disampaikan peserta dalam rapat	30%	60%	70%	90%	100%	

KONDISI DAN TARGET INDIKATOR STANDAR PELAYANAN MINIMAL

UNIT KERJA : INSTALASI RAWAT JALAN

NO	INDIKATOR	STANDAR	KONDISI SAAT INI	KESENJANGAN	TARGET PEMENUHAN STANDAR					KET
					2014	2015	2016	2017	2018	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
1	Ketersediaan pelayanan rawat jalan	100%	Dari 7 dokter spesialis yang ada hanya 5 dokter spesialis melaksanakan pelayanan di rawat jalan $5/7 \times 100\% = 71,4\%$, $100\% - 71,4\% = 29,6\%$	29,6%	71,4%	71,5%	75%	75%	75%	Dua orang dokter radiologi tidak melakukan pelayanan rawat jalan
2	Waktu pemeriksaan dokter di klinik rawat jalan	5-10 menit/pasien	Hari buka pelayanan telah sesuai ketentuan		10 mnt	10 mnt	10 mnt	5 mnt	5 mnt	
3	Tindak lanjut penyelesaian surat perintah perjalanan dinas	100%	Belum ada data		90%	90%	90%	90%	100%	

NO	INDIKATOR	STANDAR	KONDISI SAAT INI	KESENJANGAN	TARGET PEMENUHAN STANDAR					KET
					2014	2015	2016	2017	2018	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
4	Waktu tunggu dirawat jalan	Maks 60 menit	Belum ada data		Blm ada data	60 mnt	60 mnt	60 mnt	60 mnt	
5	Kepuasan pelanggan pada pelayanan rawat jalan	Diatas 90% (baik)			Blm ada data	Blm ada data	50%	75%	90%	

KONDISI DAN TARGET INDIKATOR STANDAR PELAYANAN MINIMAL

UNIT KERJA : INSTALASI LABORATORIUM

NO	INDIKATOR	STANDAR	KONDISI SAAT INI	KESENJANGAN	TARGET PEMENUHAN STANDAR					KE T
					2014	2015	2016	2017	2018	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
1	Waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium rawat jalan	Maks 150 menit	180,6 menit	30,6 menit	180,6 menit	180,6 menit	180,6 menit	150 menit	150 menit	
2	Pelaksanaan expertise hasil pemeriksaan laboratorium	Analisis kesehatan	Tidak ada data		Analisis	Analisis	Analisis	Analisis	Dr Sp	
3	Kepuasan pelanggan	Tidak ada keluhan kurang dari 10%	Tidak ada data		Blm ada data	10%	10%	10%	≤ 10%	
4	Pra analik laboratorium, (darah untuk hematologi)	95% tercapai	Tidak ada data		Blm ada data	75%	80%	85%	95%	
5	Pra analitik laboratorium (identitas pasien)	95% tercapai	Tidak ada data		Blm ada data	75%	80%	85%	95%	

NO	INDIKATOR	STANDAR	KONDISI SAAT INI	KESENJANGAN	TARGET PEMENUHAN STANDAR					KE T
					2014	2015	2016	2017	2018	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
6	Ketelitian dan ketepatan analisis	Ketepatan 100%	Tidak ada data 30%	100%	Blm ada data	75%	80%	85%	100%	
7	Pencatatan hasil dan pelaporan yang tepat	95% tercapai	30%	70% tidak terpenuhi	Blm ada data	75%	85%	90%	95%	
8	Kalibrasi alat laboratorium tepat waktu	100% tercapai			30%	50%	60%	75%	100%	
9	Pemenuhan kebutuhan bagi setiap pelayanan transfusi	100% terpenuhi			30%	50%	60%	75%	100%	
10	Kejadian reaksi transfusi	Maks 0,01%								

KONDISI DAN TARGET INDIKATOR STANDAR PELAYANAN MINIMAL

UNIT KERJA : INSTALASI GIZI

NO	INDIKATOR	STANDAR	KONDISI SAAT INI	KESENJANGAN	TARGET PEMENUHAN STANDAR					KET
					2014	2015	2016	2017	2018	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
1	Pemberian konsultasi gizi kepada pasien rawat inap yang memerlukan diet khusus	80%	50%	Pasien yang dirujuk konseling gizi baru terbatas pasien DM	60%	65%	70%	75%	80%	
2	Pemberian konsultasi gizi kepada pasien rawat jalan yang memerlukan diet khusus	80%	4%	Tidak tersedia poli konsultasi gizi	50%	60%	65%	75%	80%	
3	Ketepatan waktu pemberian makanan	80%	60%	- Keterlambatan di distribusi pagi - Jumlah pasien baik persediaan bahan makanan tidak mencukupi	70%	73%	75	78%	80%	
4	Ketepatan pemberian makanan dengan diet yang telah ditentukan	100%	90%	- Perubahan diet tidak segera diberitahukan	92%	995%	997%	99%	100%	

NO	INDIKATOR	STANDAR	KONDISI SAAT INI	KESENJANGAN	TARGET PEMENUHAN STANDAR					KET
					2014	2015	2016	2017	2018	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
5	Jumlah makanan yang dikembalikan oleh pasien	20%	30%	- Penentuan diet oleh dokter tidak dilakukan	28%	26%	25%	23%	20%	
6	Kesesuaian jenis masakan dengan siklus menu	100%	95%	- Makanan yang disajikan dingin - Cita rasa - Nafsu makanan - Sosbud	96%	97%	98%	99%	100%	
7	Daftar permintaan makanan pasien (DPMP) surat permintaan makanan (SPM) dan surat persetujuan pulang (SPP) berjalan optimal	80%	10% (dengan buku bantu)	<i>Human error</i> Persediaan bahan makanan kadang-kadang tidak mencukupi	40%	50%	60%	70%	80%	
8	Terdapat tim asuhan gizi	100%	20%	- Tidak berjalan, kesibukan diruangan sehingga tidak diisi - Belum ada koordinasi kembali dengan CM	50%	60%	65%	70%	80%	

NO	INDIKATOR	STANDAR	KONDISI SAAT INI	KESENJANGAN	TARGET PEMENUHAN STANDAR					KET
					2014	2015	2016	2017	2018	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
9	Sarana, peralatan dan perlengkapan yang baik dan memadai	80%	20%	SDM sebelum terpenuhi Koordinasi dengan nakes belum optimal Alur kerja tidak beraturan Beberapa alat belum memadai	50%	60%	70%	75%	80%	

KONDISI DAN TARGET INDIKATOR STANDAR PELAYANAN MINIMAL

UNIT KERJA : IPSRS

NO	INDIKATOR	STANDAR	KONDISI SAAT INI	KESENJANGAN	TARGET PEMENUHAN STANDAR					KET
					2014	2015	2016	2017	2018	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
1	Kecepatan waktu menanggapi kerusakan alat medis dan alat non medis RS	80%	25%	1. SDM kurang 2. Kemampuan SDM kurang 3. Peralatan kerja kurang 4. Suku cadang di daerah masih sulit 5. Anggaran baya pemeliharaan/ perbaikan belum cukup	25%	25%	50%	70%	80%	
2	Ketepatan waktu pemeliharaan alat media dan alat non medis RS	100%	Belum berjalan	1. SDM kurang 2. Kemampuan SDM kurang 3. Peralatan kerja kurang 4. Suku cadang di daerah masih sulit 5. Anggaran biaya pemeliharaan/ perbaikan belum cukup	50%	50%	60%	80%	100%	

KONDISI DAN TARGET INDIKATOR STANDAR PELAYANAN MINIMAL

UNIT KERJA : REHABILITASI MEDIK

NO	INDIKATOR	STANDAR	KONDISI SAAT INI	KESENJANGAN	TARGET PEMENUHAN STANDAR					KET
					2014	2015	2016	2017	2018	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
1	Kejadian <i>drop out</i> pasien terhadap pelayanan rehabilitasi yang direncanakan	≤ 50%	± 20% Dari 278 pasien bulan Januari-Maret, 40 pasien tidak melanjutkan terapi		60%	60%	65%	60%	50%	
2	Tidak adanya kejadian kesalahan tindakan rehabilitasi medik antara instruksi dengan pelaksanaan	100%			80%	80%	80%	90%	100%	
3	Kepuasan pelanggan	≥ 80%			Blm ada data	50%	60%	75%	80%	

KONDISI DAN TARGET INDIKATOR STANDAR PELAYANAN MINIMAL

UNIT KERJA : INSTALASI RADIOLOGI

NO	INDIKATOR	STANDAR	KONDISI SAAT INI	KESENJANGAN	TARGET PEMENUHAN STANDAR					KET
					2014	2015	2016	2017	2018	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
1	Waktu tunggu	≤ 3 jam	1-4 hari	Dokter radiologi baru selesai pendidikan	1-4hr	1-4hr	1 hr	1 hr	≤ 3 jam	
2	Pelaksanaan expertisi	100%	82,7%	17,3% Belum ada dokter radiologi yang menetap	82,7 %	82,7 %	82,7 %	82,7 %	100%	
3	Kejadian kegagalan pelayanan rontgen	< 2 %	3,7%	1,7%	3,7%	3,7%	3,7%	3,7%	< 2 %	
4	Kepuasan pelanggan	80%	50%	Sudah ada dokter spesialis radiologi	50%	50%	50%	50%	80%	

KONDISI DAN TARGET INDIKATOR STANDAR PELAYANAN MINIMAL

UNIT KERJA : INSTALASI FARMASI

NO	INDIKATOR	STANDAR	KONDISI SAAT INI	KESENJANGAN	TARGET PEMENUHAN STANDAR					KET
					2014	2015	2016	2017	2018	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
1	Waktu tunggu pelayanan obat jadi	30 menit	40 menit	10 menit	40 menit	35 menit	35 menit	30 menit	30 menit	
2	Waktu tunggu pelayanan obat racikan	60 menit	65 menit	6 menit	65 menit	65 menit	65 menit	60 menit	60 menit	
3	Penuliasn resep sesuai formularium	100%	98%	2%	98%	98%	98%	100%	100%	
4	Tidak ada kejadian kesalahan pemberian obat-obat	100%	99%	1%	99%	99%	99%	100%	100%	
5	Kepuasan pasien	100%	80%	20%	80%	80%	80%	100%	100%	

KONDISI DAN TARGET INDIKATOR STANDAR PELAYANAN MINIMAL

UNIT KERJA : RUANG RAWAT INAP

NO	INDIKATOR	STANDAR	KONDISI SAAT INI	KESENJANGAN	TARGET PEMENUHAN STANDAR					KET
					2014	2015	2016	2017	2018	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
1	Pemberi pelayanan di rawat inap	Jumlah 15-18 org lulusan D3 Kep	<ul style="list-style-type: none"> - Lulusan SPK 1 orang - Lulusan D3 7 orang - Lulusan S1 2 orang 		85%	90%	95%	100%	100%	
2.	Lengkap dokumentasi askep di rawat inap	Dokumentasi askep diisi dengan lengkap sesuai standar	<ul style="list-style-type: none"> - Pengisian askep masih belum lengkap - Askep masih belum sesuai standar 		83%	90%	95%	100%	100%	
3.	Dokter penanggung jawab pasien rawat inap	Setiap ruangan mempunyai dokter penanggung jawab dalam setiap shift	Tidak ada dokter jaga ruangan pada shift sore dan malam							
4	Ketersediaan pelayanan rawat inap	100% <ul style="list-style-type: none"> - Tersedianya spesialis anak, penyakit dalam, bedah dan 	<ul style="list-style-type: none"> - Dokter spesialis belum ada secara keseluruhan memberi pelayanan di poliklinik 	100%						

NO	INDIKATOR	STANDAR	KONDISI SAAT INI	KESENJANGAN	TARGET PEMENUHAN STANDAR					KET
					2014	2015	2016	2017	2018	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
		kebidanan - Adanya ruang ICU	- ICU belum ada	10%						
5	Kejadian infeksi nosokomial	Tidak terjadi infeksi nosokomial pada pasien perawat maksimal 1,5%	Masih sering terjadi infeksi silang pada pasien dan perawat							
6	Tidak adanya pasien jatuh yang berakibat kecacatan/kematian	- Teknik septik dan aseptik diterapkan dengan benar - Tidak ada kejadian yang menyebabkan terganggunya keselamatan pasien	- Teknik septik dan aseptik belum sepenuhnya berjalan - Terbatasnya alat sterilisasi - Masih ada kejadian pasien jatuh dari tempat tidur	20% 0,25% 10%						
7	Kematian pasien kurang dari 48 jam	Jumlah kematian < 48 jam dapat dikurangi	Masih terjadinya kematian pasien < 48 jam akibat tidak adanya kesinambungan pelayanan IGD dan	10%						

NO	INDIKATOR	STANDAR	KONDISI SAAT INI	KESENJANGAN	TARGET PEMENUHAN STANDAR					KET
					2014	2015	2016	2017	2018	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
			rawat inap							
8	Kejadian pulang paksa	Kejadian pulang paksa dapat dikurangi maks 5%	Masih banyak terjadi pasien pulang paksa sebelum dinyatakan sembuh							
9	Kepuasan pelanggan	Tidak ada keluhan dari pasien terhadap pelayanan <10%	Masih ada keluhan pasien dan keluarga pasien & keluarga pasien terhadap pelayanan keperawatan, dokter & fasilitas RS							

KONDISI DAN TARGET INDIKATOR STANDAR PELAYANAN MINIMAL

UNIT KERJA : RUANG RAWAT INAP

NO	INDIKATOR	STANDAR	KONDISI SAAT INI	KESENJANGAN	TARGET PEMENUHAN STANDAR					KE
					2014	2015	2016	2017	2018	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
1	Kejadian kematian ibu karena persalinan/ patologi persalinan	<ul style="list-style-type: none"> - Protap kegawa daruratan kebidanan - Bank darah - Peningkatan skill SDM kebidanan 	AKI di RSUD Zainal Abidin Pagar Alam Way Kanan < 10/1000 kelahiran hidup/tahun	<ul style="list-style-type: none"> - Tidak ada bank darah - Minimnya dana/ anggaran untuk pelatihan/ pendidikan bidan 	3	3	5	5	0	
2	Pemberi pelayanan persalihan normal	<ul style="list-style-type: none"> - Protap APN - Sertifikat pelatihan APN 	APN sudah dilaksanakan <ul style="list-style-type: none"> - Kejadian infensi < 1% kasus persalinan - Tidak ada kasus Hypertermi bayi 	<ul style="list-style-type: none"> - Anggaran untuk pelatihan APN minim - Sulit untuk mengadakan air DTT secara kontinuitas 						

KONDISI DAN TARGET INDIKATOR STANDAR PELAYANAN MINIMAL

UNIT KERJA : RUANG RAWAT INAP (RUANG ICU)

NO	INDIKATOR	STANDAR	KONDISI SAAT INI	KESENJANGAN	TARGET PEMENUHAN STANDAR					KET
					2014	2015	2016	2017	2018	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
1	Pemberian pelayanan unit intensif	100%	<ul style="list-style-type: none"> - RSUD Zainal Abidin Pagar Alam Way Kanan mempunyai beberapa orang dokter yang sudah mengikuti pendidikan spesialis - Tersedia perawat mahir ICU sebanyak 6 orang yang tersebar di berbagai ruang perawatan - Belum ada penanggung jawab dan pelaksana perawatan intensif 	<ul style="list-style-type: none"> - Belum ada dokter spesialis anestesi tetap - Masih ada kekurangan perawatan mahir ICU sebanyak 8 orang - Pasien dengan kasus intensif belum terlayani secara optimal 	50%	60%	70%	80%	90%	Membu a perawa an ICU

NO	INDIKATOR	STANDAR	KONDISI SAAT INI	KESENJANGAN	TARGET PEMENUHAN STANDAR					KET
					2014	2015	2016	2017	2018	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
			- Perawat dengan sertifikasi mahis ICU rata-rata pelatihan > 5 tahun	- Perlu re-edukasi perawat yang telah tersertifikasi mahir ICU						

KONDISI DAN TARGET INDIKATOR STANDAR PELAYANAN MINIMAL

UNIT KERJA : RUANG RAWAT INAP

NO	INDIKATOR	STANDAR	KONDISI SAAT INI	KESENJANGAN	TARGET PEMENUHAN STANDAR					KET
					2014	2015	2016	2017	2018	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
1	Pemberi pelayanan dirawat inap - Jumlah dokter spesialis 4 besar penyakit	- Pasien terlayani dokter spesialis tiap hari (6 hari kerja) 100%	- Dokter spesialis membagi waktu dengan dokter umum (asisten) dalam pelayanan visitnya - Belum ada dokter spesialis anak	Standar 60% Kedaan saat ini	60%	70%	80%	90%	100%	
	- Pelaksanaan perawat yang kompeten	- Pasien merasa puas 100% tidak ada yang komplain masalah pelayanan dirawat inap	- Perawat melakukan semua tindakan borongan tidak bisa memberikan perawatan paripurna	Standar keadaan 40%	60%	70%	80%	90%	100%	

NO	INDIKATOR	STANDAR	KONDISI SAAT INI	KESENJANGAN	TARGET PEMENUHAN STANDAR					KET
					2014	2015	2016	2017	2018	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
2	Lengkapya pengisian asuhan keperawatan	Meningkatnya mutu pelayanan keperawatan dengan melaksanakan standar asuhan keperawatan 100% lengkap dan berkesinambungan	(bio, psiko, sosial, spiritual) - Terpaku pada pekerjaan perawat inisiatif dituntut rutinitas	Keadaan saat ini 55%	60%	70%	80%	90%	100%	
3	Angka kejadian infeksi nosokomial	Terhindarnya kejadian infeksi nosokomial pasien yang dirawat ≥ 72 jam $\leq 1,5\%$	Pasien rata-rata dirawat ± 5 hari	Keadaan saat ini 95% terhindar dari infeksi nosokomial a.l : Plebiris, ILO, dll	3%	2,5%	2%	1,5%	1%	

KONDISI DAN TARGET INDIKATOR STANDAR PELAYANAN MINIMAL

UNIT KERJA : SUB BAGIAN PERLENGKAPAN

NO	INDIKATOR	STANDAR	KONDISI SAAT INI	KESENJANGAN	TARGET PEMENUHAN STANDAR					KET
					2014	2015	2016	2017	2018	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
1	Waktu pengawasan K3	75%	60%	<ul style="list-style-type: none"> - Luas area halaman tidak seimbang dengan tenaga kebun yang ada - Sarana kebersihan kurang - Halaman belum rata/naik turun - Opsih belum dijadwalkan dengan tepat - Tenaga cleaning service belum optimal - Penambahan shift pagi dan sore - Jam besuk belum optimal - Informasi ke pelanggan RS belum sempurna - Terlalu banyak pintu masuk RS - Tenaga Pengamanan kurang 						

NO	INDIKATOR	STANDAR	KONDISI SAAT INI	KESENJANGAN	TARGET PEMENUHAN STANDAR					KET
					2014	2015	2016	2017	2018	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
2	Ketepatan waktu merencanakan RKB	75%	40%	<ul style="list-style-type: none"> - Pengadaan cito - Pengadaan yang tidak ada dalam rencana - Mengikuti arah/ isu pelayanan 						
3	Ketepatan waktu pengecekan barang inventaris	100%	60%	<ul style="list-style-type: none"> - Buku inventaris ruang belum optimal/ kurang berjalan - Tenaga inventaris ruangan belum ada - Gudang barang inventaris belum ada untuk di unit/ ruangan - Tenaga sensus barang masih terbatas 						
4	Ketepatan waktu	100%	50%	<ul style="list-style-type: none"> - Prosedur amprahan/ ajuan yang panjang - Proses administrasi yang lama - Proses pengadaan di rekanan yang lama 						

NO	INDIKATOR	STANDAR	KONDISI SAAT INI	KESENJANGAN	TARGET PEMENUHAN STANDAR				
					2014	2015	2016	2017	2018
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
5	Ketepatan waktu	100%	50%	<ul style="list-style-type: none"> - Prosedur pemeliharaan dari unit belum jalan - Tindak lanjut pemeliharaan yang lama - Kurang aspirasinya unit terkait untuk reparasi pemeliharaan 					

BUPATI WAY KANAN,

Dto,

BUSTAMI ZAINUDIN

Disalin sesuai dengan aslinya
Pt. KEPALA BAGIAN HUKUM

YUSRON LUTFI, SH., MM

Pembina/(IV/a)

NIP. 19720916 200003 1 004