



BUPATI LAMPUNG SELATAN

PERATURAN BUPATI LAMPUNG SELATAN NOMOR 39 TAHUN 2013

TENTANG

STANDAR PELAYANAN MINIMAL RUMAH SAKIT UMUM DAERAH Dr. H. BOB BAZAR, SKM KABUPATEN LAMPUNG SELATAN

DENGAN RAHMAT TUHAN YANG MAHA ESA

BUPATI LAMPUNG SELATAN,

- Menimbang : a. bahwa untuk menindaklanjuti Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 129/Menkes/SK/II/2008 tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit, maka dipandang perlu mengatur Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit Umum Daerah dr.H. Bob Bazar, SKM Kabupaten Lampung Selatan;
- b. bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana dimaksud huruf a tersebut diatas, maka perlu menetapkan Peraturan Bupati tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit Umum Daerah dr.H. Bob Bazar, SKM Kabupaten Lampung Selatan
- Mengingat : 1. Undang-Undang Nomor 28 Tahun 1959 tentang Penetapan Undang-Undang Darurat Nomor 4 tahun 1956, Undang-Undang Darurat Nomor 5 Tahun 1956, Undang-Undang Darurat Nomor 6 Tahun 1956 tentang Pembentukan Daerah Tingkat II termasuk Kota Praja dalam Lingkungan Daerah Tingkat I Sumatera Selatan sebagai Undang-Undang ;
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 Perbendaharaan Negara (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 5, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4355);
4. 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) ;

5. Undang-Undang Nomor 33 Tahun 2004 tentang Perimbangan Keuangan Antara Pemerintah Pusat dan Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 126, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4438);
6. Undang-Undang Nomor 25 Tahun 2009 tentang pelayanan Publik (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 112, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5038);
7. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 144, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5063);
8. Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 153, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5072);
9. Peraturan Pemerintah Nomor 65 Tahun 2005 tentang Standar Pelayanan Minimal;
10. 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);
11. Peraturan Pemerintah Nomor 24 Tahun 2005 tentang Standar Akuntansi Pemerintahan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2005 Nomor 49, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4503);
12. 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);
13. Peraturan Pemerintah Nomor 38 Tahun 2007 tentang Pembagian Urusan Pemerintahan antara Pemerintah, Pemerintahan Provinsi dan Pemerintah Daerah Kabupaten/Kota (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2007 Nomor 54, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4737);
14. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 6 Tahun 2007 tentang Petunjuk Teknis Penyusunan dan Penetapan Standar pelayanan Minimal;
15. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 61 Tahun 2007 tentang Pedoman Teknis Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum Daerah;
16. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 79 Tahun 2007 tentang Pedoman Penyusunan Rencana Pencapaian Standar Pelayanan Minimal;

17. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 228/Menkes/SK/III/2002 tentang Pedoman Penyusunan Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit yang wajib dilaksanakan Daerah;
18. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 129/Menkes/SK/II/2008 tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit;
19. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 159b/Menkes/SK/Per/II/1988 tentang Rumah Sakit;
20. Peraturan Daerah kabupaten Lampung Selatan Nomor 06 Tahun 2008 tentang Pembentukan, Organisasi dan Tata kerja Perangkat Daerah Kabupaten Lampung Selatan sebagaimana telah diubah beberapa kali, terakhir dengan Peraturan Daerah Kabupaten Lampung Selatan Nomor 23 Tahun 2012 (Lembaran Daerah Kabupaten Lampung Selatan Tahun 2012 Nomor 23, Tambahan Lembaran Daerah Kabupaten Lampung Selatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 1959 Nomor 73, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 1821).

MEMUTUSKAN:

Menetapkan : PERATURAN BUPATI TENTANG STANDAR PELAYANAN MINIMAL RSUD Dr.H.BOB BAZAR, SKM KABUPATEN LAMPUNG SELATAN.

BAB I KETENTUAN UMUM Pasal 1

1. Daerah adalah Daerah Kabupaten Lampung Selatan.
2. Pemerintah Daerah adalah Bupati dan Perangkat Daerah sebagai unsur Penyelenggara Pemerintahan Daerah Kabupaten Lampung Selatan.
3. Bupati adalah Bupati Lampung Selatan.
4. Sekretaris Daerah adalah Sekretaris Daerah Kabupaten Lampung Selatan.
5. Rumah Sakit Umum Daerah yang selanjutnya disingkat RSUD adalah Rumah Sakit dr.H.Bob Bazar, SKM Kabupaten Lampung Selatan.
6. Direktur adalah Direktur RSUD dr.H.Bob Bazar, SKM Kabupaten Lampung Selatan.
7. Pelayanan Rumah Sakit adalah pelayanan yang diberikan oleh Rumah Sakit dr.H.Bob Bazar, SKM kepada masyarakat yang meliputi pelayanan medik, pelayanan penunjang medik, dan pelayanan administrasi manajemen.

8. Standar Pelayanan Minimal 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 tolok ukur layanan minimal yang diberikan oleh Rumah Sakit Dr.H. dr. Bob Bazar, SKM Kabupaten Lampung Selatan kepada masyarakat.
9. Jenis Pelayanan adalah jenis-jenis pelayanan yang diberikan oleh Rumah Sakit kepada masyarakat.
10. Mutu Pelayanan Kesehatan adalah Kinerja yang menunjuk 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, tata penyelenggaraannya sesuai dengan standar kode etik profesi yang telah ditetapkan.
11. Dimensi mutu adalah suatu pandangan dalam menentukan penilaian terhadap jenis dan mutu pelayanan dilihat dari akses, efektivitas, efisiensi, keselamatan dan keamanan, kenyamanan, kesinambungan pelayanan, kompetensi teknis dan hubungan antar manusia berdasar standar WHO.
12. Kinerja adalah proses yang dilakukan dan hasil yang dicapai oleh suatu organisasi dalam menyediakan produk dalam bentuk jasa pelayanan atau barang kepada pelanggan.
13. Indikator Kinerja adalah variabel yang dapat digunakan untuk mengevaluasi keadaan atau status dan memungkinkan dilakukan pengukuran terhadap perubahan yang terjadi dari waktu ke waktu atau tolok ukur prestasi kuantitatif/kualitatif yang digunakan untuk mengukur terjadinya perubahan terhadap besaran target atau standar yang telah ditetapkan sebelumnya.
14. Standar adalah nilai tertentu yang telah ditetapkan berkaitan dengan sesuatu yang harus dicapai.
15. Definisi Operasional adalah uraian yang dimaksudkan untuk menjelaskan pengertian dari indikator.
16. Frekuensi Pengumpulan Data adalah frekuensi pengambilan data dari sumber data untuk tiap indikator.
17. Periode Analisis adalah rentang waktu pelaksanaan kajian terhadap indikator kinerja yang dikumpulkan.
18. Pembilang (Numerator) adalah besaran sebagai nilai pembilang dalam rumus indikator kinerja.
19. Penyebut (denominator) adalah sebagai nilai pembagi dalam rumus indikator kinerja.
20. Target atau nilai adalah ukuran mutu atau kinerja yang diharapkan bisa dicapai.
21. Sumber Data adalah sumber bahan nyata atau keterangan yang dapat dijadikan dasar kajian yang berhubungan langsung dengan persoalan

22. Indikator SPM adalah Tolak ukur prestasi kuantitatif dan kualitatif yang digunakan untuk menggambarkan besaran sasaran yang hendak dipenuhi dalam pencapaian SPM berupa masukan, proses, hasil dan manfaat pelayanan.

BAB II
MAKSUD DAN TUJUAN
Pasal 2

- (1) Standar Pelayanan Minimal dimaksudkan sebagai panduan bagi Rumah Sakit dalam melaksanakan perencanaan, pelaksanaan, pengendalian, pengawasan, dan pertanggungjawaban penyelenggaraan Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit.
- (2) Standar Pelayanan Minimal bertujuan untuk meningkatkan dan menjamin mutu pelayanan kepada masyarakat.

BAB III
JENIS PELAYANAN, INDIKATOR, STANDAR, BATAS WAKTU PENCAPAIAN
DANURAIAN STANDAR PELAYANAN MINIMAL

Bagian kesatu
Jenis Pelayanan

Pasal 3

- (1) Rumah Sakit 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) Pelayanan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) meliputi:
- a. pelayanan Gawat Darurat;
 - b. pelayanan Rawat Jalan;
 - c. pelayanan Rawat Inap;
 - d. pelayanan Bedah Sentral;
 - e. pelayanan Persalinan, KIA dan KB, Perinatologi;
 - f. pelayanan Intensif;
 - g. pelayanan Radiologi;
 - h. pelayanan Laboratorium;
 - i. pelayanan Rehabilitasi Medik;
 - j. pelayanan farmasi;
 - k. pelayanan Gizi;
 - l. pelayanan Bank Darah;
 - m. pelayanan Keluarga miskin;
 - n. pelayanan Rekam Medik;
 - o. pengelolaan Limbah;
 - p. pelayanan Administrasi dan Manajemen;
 - q. pelayanan Ambulance;
 - r. pelayanan Pemulasaran Jenazah;
 - s. pelayanan Laundry;
 - t. pelayanan Pemeliharaan Sarana dan Prasarana Rumah Sakit; dan
 - u. pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI);

Bagian Kedua

Indikator, Standar (Nilai), Batas Waktu Pencapaian Dan Uraian Standar Pelayanan Minimal

Pasal 4

Indikator, standar (nilai), batas waktu pencapaian dan Uraian Standar Pelayanan Minimal sebagaimana tercantum dalam Lampiran dan merupakan bagian yang tidak terpisahkan dari Peraturan ini.

Bagian Ketiga

Visi, Misi, Tujuan Strategis dan Nilai-Nilai Dasar

Pasal 5

- (1) Visi Rumah Sakit Menjadi Badan Layanan Umum yang Prima Dalam Layanan, Profesional dalam tindakan serta mengutamakan mutu hasil pelayanan kesehatan.

- (2) Misi RSUD dr.H.Bob Bazar, SKM adalah sebagai berikut :
- a. memberikan Pelayanan prima di segala bidang pelayanan rumah sakit;
 - b. meningkatkan sumber daya manusia kesehatan yang profesional; dan
 - c. mengutamakan mutu hasil pelayanan kesehatan untuk peningkatan kepuasan dan kepercayaan masyarakat.
- (3) Tujuan Strategis RSUD Dr.H.Bob Bazar, SKM adalah sebagai berikut :
- a. terselenggaranya pelayanan Rumah Sakit yang mudah ramah dan menyenangkan pelanggan;
 - b. tersedianya sistem informasi manajemen rumah sakit yang mampu mendukung pengembangan organisasi dan peningkatan kepuasan internal dan eksternal;
 - c. tersedianya sumber daya manusia rumah sakit yang kompeten dan siap memberikan pelayanan terbaik kepada pelanggan;
 - d. tersedianya sarana dan prasarana rumah sakit yang tepat jumlah dan tepat guna bagi penyelenggaraan pelayanan yang efektif dan efisien; dan
 - e. terbentuknya tatanan Rumah Sakit yang bernuansa home yang bersih dan nyaman.
- (4) Nilai-nilai dasar (Core Values) RSUD Dr.H.Bob Bazar, SKM adalah sebagai berikut :
- a. memberikan pelayanan secara profesional, ramah, terbuka, jujur dan sepenuh hati;
 - b. memiliki rasa welas asih; dan
 - c. bekerja secara tim dengan semangat gotong royong.

BAB IV
PELAKSANAAN
Pasal 6

- (1) Rumah Sakit yang menerapkan Pola Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum Daerah (PPK BLUD) wajib melaksanakan pelayanan berdasarkan Standar Pelayanan minimal dalam Peraturan ini.
- (2) Direktur atau pimpinan Rumah Sakit bertanggungjawab dalam penyelenggaraan pelayanan yang dipimpinnya sesuai Standar Pelayanan Minimal yang ditetapkan dalam Peraturan ini.
- (3) Penyelenggaraan pelayanan yang sesuai dengan Standar Pelayanan Minimal dilakukan oleh tenaga dengan kualifikasi dan kompetensi yang sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.
- (4) Rumah Sakit paling lambat 1 (satu) tahun menyusun Rencana Pencapaian Standar Pelayanan Minimal.

BAB V
PENERAPAN

Pasal 7

- (1) Direktur atau pimpinan Rumah Sakit menyusun Rencana Bisnis Anggaran, target, serta upaya dan pelaksanaan peningkatan mutu pelayanan tahunan Rumah Sakit yang dipimpinnya berdasarkan Standar Pelayanan Minimal.
- (2) Setiap unit kerja pelayanan dan administrasi manajemen Rumah Sakit menyusun Rencana Bisnis Anggaran, target, serta upaya dan pelaksanaan peningkatan mutu pelayanan tahunan Rumah Sakit yang dipimpinnya berdasarkan Standar pelayanan Minimal.
- (3) Setiap pelaksanaan pelayanan, menyelenggarakan pelayanan yang menjadi tugasnya sesuai dengan Standar Pelayanan Minimal.

BAB VI
PEMBINAAN DAN PENGAWASAN

Bagian Kesatu

Pembinaan

Pasal 8

- (1) Pembinaan Rumah Sakit yang menerapkan PPK BLUD dilakukan oleh Bupati melalui Sekretaris Daerah.
- (2) Pembinaan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) berupa fasilitasi, pemberian orientasi umum, petunjuk teknis, bimbingan teknis, pendidikan dan latihan atau bantuan teknis lainnya yang mencakup hal-hal sebagai berikut :
 - a. perhitungan sumber daya dan dana yang dibutuhkan untuk mencapai Standar Pelayanan Minimal;
 - b. penyusunan rencana pencapaian Standar Pelayanan Minimal dan penetapan target tahunan pencapaian Standar Pelayanan Minimal;
 - c. penilaian prestasi kerja pencapaian Standar pelayanan Minimal; dan
 - d. pelaporan Prestasi Kerja pencapaian Standar Pelayanan Minimal.

Bagian Kedua

Pengawasan

Pasal 9

- (1) Pengawasan operasional dilakukan oleh Pengawas Internal.
- (2) Pengawas Internal sebagaimana dimaksud pada ayat (1) berkedudukan langsung dibawah Direktur atau Pimpinan Rumah Sakit.

Pasal 10

- (1) Pengawas Internal sebagaimana dimaksud dalam Pasal 9 ayat (1) bersama-sama jajaran manajemen Rumah Sakit menciptakan dan meningkatkan pengendalian internal.

- (2) Fungsi pengendalian internal sebagaimana dimaksud pada ayat (1) membantu manajemen dalam hal tercapainya prestasi kerja agar sesuai dengan Standar Pelayanan Minimal.

Pasal 11

- (1) Pembinaan dan pengawasan terhadap Rumah Sakit selain dilakukan oleh Pejabat Pembina dan pengawasan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 8, Pasal 9 dan Pasal 10 dilakukan juga oleh Dewan Pengawas sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan yang berlaku.
- (2) Dewan pengawas sebagaimana dimaksud pada ayat (1) adalah orang yang bertugas melakukan pengawasan terhadap Pengelolaan Badan Layanan Umum Daerah.

Pasal 12

Anggaran pelaksanaan pembinaan dan pengawasan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 8, Pasal 9, Pasal 10 dan Pasal 11 dibebankan pada pendapatan operasional RSUD yang ditetapkan dalam Rencana Bisnis Anggaran.

Pasal 13

Hal-hal lain yang belum diatur dalam peraturan ini akan ditetapkan lebih lanjut dengan Keputusan Bupati.

BAB VII

PENUTUP

Pasal 14

Peraturan Bupati ini mulai berlaku pada tanggal diundangkan.

Agar setiap orang mengetahuinya memerintahkan pengundangan peraturan Bupati ini dengan penempatannya dalam Berita Daerah Kabupaten Lampung Selatan.

NO	PARAF KOORDINASI
1	SEKDAKAB
2	ASISTEN BID. (Kesehatan)
3	ASISTEN BID. (Kesehatan)
4	ASISTEN BID. (Kesehatan)
5	ASISTEN BID. (Kesehatan)
6	Direktur RSUD
7	KABAG. HUMAS

Ditetapkan di Kalianda
pada tanggal 18 Januari 2013
BUPATI LAMPUNG SELATAN,

RYCKO MENOZA SZP

Diundangkan di Kalianda
pada tanggal 18 Januari 2013

Pt. SEKRETARIS DAERAH KABUPATEN LAMPUNG SELATAN,

SETONO

BERITA DAERAH KABUPATEN LAMPUNG SELATAN TAHUN 2013 NOMOR

LAMPIRAN : PERATURAN BUPATI LAMPUNG SELATAN

NOMOR : 30, TAHUN 2013
TANGGAL : 18 Juni 2013

BAB I

PENDAHULUAN

A. LATAR BELAKANG

Berdasarkan Peraturan Pemerintah Nomor 65 tahun 2005 Tentang Standar Pelayanan Minimal, bahwa Standar Pelayanan Minimal adalah ketentuan minimal tentang jenis dan mutu pelayanan dasar, yang merupakan urusan wajib daerah yang berhak diperoleh setiap warga negara secara minimal.

Peraturan Pemerintah Nomor 23 tahun 2005 tentang Pola Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum (PPK-BLU), Standar Pelayanan Minimal (SPM) adalah spesifikasi teknis tentang tolok ukur layanan minimum yang diberikan BLU kepada masyarakat. Dengan demikian SPM adalah tolok ukur keberhasilan suatu institusi PPK-BLU, hal ini merupakan kewajiban utama bagi seluruh institusi PPK-BLU dalam memberikan pelayanannya kepada publik atau masyarakat.

Berkaitan dengan keleluasaan dalam menggunakan dan mengelola pendapatannya, institusi pemerintah termasuk rumah sakit sebagai PPK-BLU memiliki tanggung jawab untuk meningkatkan kinerja pelayanan, kinerja keuangan dan kinerja manfaat bagi masyarakat. Dan tentunya kinerja sangat erat kaitannya dengan standar dan tolok ukur yang harus ditetapkan secara tepat, yang lambat laun ditargetkan mendekati apa yang dibutuhkan atau yang diinginkan masyarakat pada umumnya secara minimal dalam memperoleh pelayanan yang kita berikan.

SPM adalah pertanggungjawaban mutu pelayanan yang ingin diberikan kepada masyarakat pengguna, hakekatnya mutu pelayanan harus memiliki standar mutu yang jelas, artinya setiap jenis pelayanan yang diberikan harus jelas indikatornya dan jelas pula standarnya. Dengan demikian maka pengguna jasa akan bisa membedakan mana pelayanan yang baik dan mana yang tidak. SPM itu sendiri mampu memberikan gambaran kemampuan Rumah Sakit Umum Daerah dr. H. Bob Bazar, SKM Kabupaten Lampung Selatan dalam pengelolaan dan pengendalian kualitas pelayanan.

Rumah Sakit Umum Daerah Kalianda sebagai bagian dari Satuan Kerja Perangkat Daerah (SKPD) dalam memberikan pelayanannya dituntut untuk mewujudkan *Good Governance* sesuai tuntutan yang harus dipenuhi oleh lembaga pemerintah dewasa ini. Untuk mewujudkan hal tersebut, maka pada tahun 2011 pola pengelolaan keuangan RSUD dr. H. Bob Bazar, SKM Kabupaten Lampung Selatan berubah dari yang SAP APBD menjadi Badan Layanan Umum Daerah.

Secara umum kondisi rumah sakit cukup stabil, kondisi internal cukup kondusif untuk melakukan perubahan-perubahan sesuai dengan ketentuan Peraturan Pemerintah 23 tahun 2005 dalam upaya meningkatkan kinerja rumah sakit. Perubahan lingkungan (eksternal), dalam skala daerah maupun nasional dapat berpengaruh

terhadap pencapaian target kinerja rumah sakit. Perubahan kondisi eksternal yang pada umumnya berlangsung cepat, terutama perubahan bidang politis dan ekonomi (makro maupun mikro), secara langsung atau tidak langsung dapat berpengaruh pada "proses bisnis-internal" rumah sakit. akan pelayanan kesehatan yang cepat dan bermutu, tuntutan akan pelayanan instansi pemerintah yang profesional, transparan dan akuntabel, dan lain-lain.

Keterbatasan sumber daya yang dimiliki Rumah Sakit mendorong segenap jajaran rumah sakit untuk dapat bekerja dan berperilaku efisien serta senantiasa berupaya meningkatkan status kinerja organisasi. Disisi lain, dengan dicanangkannya kebijakan mutu pelayanan prima untuk produk-produk pelayanan medik dasar dan pelayanan medik unggulan, seluruh jajaran internal dihadapkan pada tantangan yang besar.

Standar pelayanan minimal RSUD dr. H. Bob Bazar, SKM Kabupaten Lampung Selatan ini disusun sebagai wujud komitmen terhadap kebijakan mutu pelayanan prima dan keinginan seluruh jajaran internal rumah sakit untuk dapat memberikan pelayanan terbaiknya kepada masyarakat. SPM ini disusun atas dasar etos kerja yang tinggi, produktifitas, efisien dan efektivitas dalam menggunakan sumber daya yang dimiliki untuk menghasilkan produk pelayanan RSUD Kalianda yang bermutu dan memuaskan pelanggan.

Hasil analisis SWOT posisi RSUD dr. H. Bob Bazar, SKM Kabupaten Lampung Selatan masih berada pada "posisi mendukung strategi pertumbuhan". Dalam posisi tersebut Rumah Sakit harus mampu menggunakan seluruh kekuatan untuk memanfaatkan peluang (Strategi SO)" yang dihadapi. Oleh karenanya seluruh kebijakan RSUD dr. H. Bob Bazar, SKM disusun untuk lebih berorientasi kepada strategi mengerahkan seluruh kekuatan yang ada untuk memanfaatkan peluang secara maksimal, dengan tetap berorientasi pada kepuasan pelanggan.

Dari hasil kajian dua tahun terakhir, berbagai perbaikan dan terobosan manajemen strategi maupun operasional terus dilakukan dengan tetap mewaspadai berbagai kelemahan internal dan ancaman eksternal. Tinjauan dari perspektif pengembangan pelayanan dan sistem menjaga mutu, perlu terus dikembangkan berbagai aliansi strategi dalam rangka menggali potensi rumah sakit. Sedang tinjauan dari perspektif ketersediaan dan kesiapan sumber daya sarana dan prasarana, RSUD dr. H. Bob Bazar, SKM Kabupaten Lampung Selatan sampai dengan 2010 relatif belum sepenuhnya memadai, karena sarana dan prasarana yang dimiliki sangat perlu didukung sistem perawatan dan pelayanan medis yang memadai untuk peningkatan utilitas dan efisiensi.

Periode 2010, upaya perbaikan mutu proses manajemen internal serta proses pelayanan secara konsisten dan menyeluruh tetap dilaksanakan. Sistem tata kerja kelembagaan disiapkan dengan lebih mengedepankan pemenuhan kebutuhan pelanggan, stakeholder, pesaing, pemasok serta internal rumah sakit. Peningkatan mutu pelayanan akan diimplementasikan melalui pendekatan Total Quality Management (TQM) dan Evidence Based Medicine (EBM) untuk membangun budaya kerja berprestasi serta cepat tanggap terhadap setiap perubahan dalam rangka pemenuhan kepuasan pelanggan. Manajemen pembiayaan dan keuangan disempurnakan agar lebih transparan, profesional dan memiliki akuntabilitas untuk mendukung upaya kemandirian rumah sakit dan peningkatan daya saing. Upaya peningkatan mutu di rumah sakit

juga dilaksanakan dengan mengacu pada standar yang diberlakukan oleh Departemen Kesehatan , serta memperhatikan rujukan dari Kinerja Rumah Sakit dr. H. Bob Bazar, SKM, yang kesemuanya ini saling berkaitan dan banyak variabel indikator dalam standar tersebut. Sehingga dalam pengukuran diperlukan kerja keras dan terintegrasi agar hasilnya dapat menggambarkan kinerja Rumah Sakit secara keseluruhan.

Sejalan dengan seluruh upaya tersebut diatas maka disusun Pedoman Standar Pelayanan Minimal RSUD dr. H. Bob Bazar, SKM Kabupaten Lampung Selatan sebagai salah satu pedoman yang secara internal perlu dipahami bersama untuk dilaksanakan secara konsisten agar mutu di RSUD dr. H. Bob Bazar, SKM yang minimal dapat dievaluasi sejauh mana keberhasilan atau kekurangannya secara *spesific, measureble, achievable, realiable dan timely*.

B. TUJUAN

Standar Pelayanan Minimal RSUD dr. H. Bob Bazar, SKM Kabupaten Lampung Selatan disusun dengan tujuan sebagai berikut :

Tujuan Umum :

Menjaga dan meningkatkan mutu pelayanan di Rumah Sakit Umum Daerah yang dilaksanakan secara profesional, efisien, konsisten dan paripurna serta beretika sebagai rumah sakit pilihan dan terpercaya oleh seluruh masyarakat.

Tujuan Khusus :

Terselenggaranya kualitas pelayanan di Rumah Sakit Umum Daerah dr. H. Bob Bazar, SKM yang meliputi :

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

C. PENGERTIAN UMUM DAN KHUSUS

Sebagai acuan bagi pelaksanaan pedoman standar pelayanan minimal ini, maka yang dimaksud dengan :

1. Pengertian umum

Standar Pelayanan Minimal (SPM) adalah :

- Ketentuan tentang jenis dan mutu pelayanan dasar yang merupakan urusan wajib daerah yang berhak diperoleh setiap warga secara minimal. (Peraturan Pemerintah Nomor 65 tahun 2005);
- Spesifikasi teknis tentang tolok ukur layanan minimum yang diberikan Badan Layanan Umum kepada masyarakat. (PeraturanPemerintah 23 tahun 2005)

2. Pengertian Khusus

Standar Pelayanan Minimal RSUD dr. H. Bob Bazar, SKM (SPM-RSUD) adalah :

Pedoman yang disusun sebagai dasar pelaksanaan pelayanan yang bermutu dan dapat memenuhi harapan pelanggan, untuk mewujudkan RSUD sebagai rumah sakit pilihan dan terpercaya.

D. LANDASAN HUKUM

Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit Umum Daerah disusun dengan mengacu kepada landasan hukum sebagai berikut :

1. Undang-Undang Nomor 32 tahun 2004 tentang Pemerintahan Daerah sebagaimana telah diubah beberapa kali terakhir dengan Undang-Undang Nomor 12 Tahun 2008;
2. Peraturan Pemerintah Nomor 23 tahun 2005 tentang Pola Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum;
3. Peraturan Pemerintah nomor 58 tahun 2005 tentang Pengelolaan Keuangan Daerah;
4. Peraturan Pemerintah Nomor 65 tahun 2005 tentang Standar Pelayanan Minimal;
5. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 129 / Menkes / SK / II/2008 tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit;

BAB II

FALSAFAH DAN PENGORGANISASIAN RUMAH SAKIT UMUM DAERAH Dr. H. BOB BAZAR, SKM KABUPATEN LAMPUNG SELATAN.

A. VISI

Menjadi Badan Layanan Umum Yang Prima Dalam Layanan, Profesional Dalam Tindakan Dan Mengutamakan Mutu Hasil Pelayanan Kesehatan

B. MISI

Misi Rumah Sakit Umum Daerah dr. H. Bob Bazar, SKM Kabupaten Lampung Selatan adalah sebagai berikut :

1. memberikan pelayanan prima disegala bidang pelayanan rumah sakit;
2. meningkatkan sumber daya manusia kesehatan yang profesional; dan
3. mengutamakan mutu hasil pelayanan kesehatan untuk peningkatan kepuasan dan kepercayaan masyarakat;

C. TUJUAN

1. Terselenggaranya pelayanan rumah sakit yang mudah, ramah dan menyenangkan pelanggan;
2. Tersedianya sistem informasi manajemen rumah sakit yang mampu mendukung pengembangan organisasi dan peningkatan kepuasan internal dan eksternal;
3. Tersedianya sumber daya manusia rumah sakit yang kompeten dan siap memberikan pelayanan terbaik kepada pelanggan;
4. Tersedianya sarana dan prasarana rumah sakit yang tepat jumlah dan tepat guna bagi penyelenggaraan pelayanan yang efektif dan efisien;
5. Terbentuknya tatanan rumah sakit yang bernuansa *homy* yang bersih dan nyaman.

D. NILAI

Dalam upaya mewujudkan Visi dan Misi Rumah Sakit Umum Daerah dr. H. Bob Bazar, SKM Kabupaten Lampung Selatan memiliki nilai dasar dan keyakinan dasar yang merupakan nilai dan budaya kerja serta menjadi pijakan, pegangan dan pedoman bagi direksi, satuan kerja manajemen, satuan kerja dan seluruh karyawan dalam melaksanakan tugas pokok dan fungsinya. Nilai-nilai dasar (*core values*) tersebut adalah :

1. Memberikan pelayanan secara profesional, ramah, terbuka, jujur dan sepenuh hati
2. Memiliki rasa *welas asih*; dan
3. Bekerja secara tim dengan semangat gotong royong .

E. KEGIATAN UTAMA RUMAH SAKIT

Rumah Sakit Umum Daerah dr. H. Bob Bazar, SKM sejak tanggal 30 April 1985 melalui Surat Keputusan Kepala Kanwil Depkes No : 987/Kanwil/TU/1985 telah dinyatakan sebagai Rumah Sakit Kelas C. Pembangunan dan pengembangan rumah sakit terus diarahkan untuk memenuhi standar pelayanan yang ditetapkan dan mampu memenuhi harapan masyarakat penggunaanya.

Kegiatan pelayanan utama Rumah Sakit Umum Daerah dr. H. Bob Bazar, SKM saat ini memiliki 8 pelayanan spesialisistik dengan 11 penunjang pelayanan, yaitu

1. Spesialis Penyakit Dalam;
2. Spesialis Penyakit Anak;
3. Spesialis Penyakit Kandungan;
4. Spesialis Bedah Umum;
5. Spesialis Rehabilitasi medik;
6. Spesialis Gigi dan Mulut;
7. Klinik VCT
8. Rekam Medik Dan SIM RS
9. Instalasi Radiologi;
10. Instalasi Farmasi
11. Instalasi Gawat Darurat;
12. Instalasi Kamar Operasi;
13. Penanganan Obstetrik Neonatal Komprehensif;
14. Perinatologi;
15. Instalasi gizi;
16. Instalasi Pemulasaraan Jenasah dan Kereta Jenazah
17. Ambulance
18. Instalasi Pemerilharaan Sarana Dan Prasarana Rumah sakit;
19. Instalasi Pengolahan Air Limbah;
20. Diklat Dan Pengembangan SDM;
21. Adminitrasi Dan Keuangan.

Dalam upaya mendukung kemudahan dan kenyamanan, baik bagi pasien maupun keluarganya, Rumah Sakit Umum Daerah dr. H. Bob Bazar, SKM Kabupaten Lampung Selatan juga dilengkapi dengan :

1. Satuan Pengamanan;
2. Sarana Perparkiran;
3. Kantin;
4. Sarana Ibadah; dan
5. Ruang Tunggu Keluarga Pasien.

F. ARAH PENGEMBANGAN RUMAH SAKIT

Rumah Sakit adalah bagian integral dari sistem pelayanan kesehatan dan dikembangkan melalui rencana pembangunan kesehatan secara nasional, sehingga acuan yang digunakan sebagai dasar penentuan arah pengembangan Rumah sakit, khususnya Rumah Sakit Umum Daerah dr. H. Bob Bazar, SKM Kabupaten Lampung Selatan meliputi Kebijakan Pembangunan Kesehatan nasional melalui “Pembangunan Berwawasan Kesehatan” sesuai dengan Visi Departemen Kesehatan “Masyarakat Mandiri yang mampu Hidup Sehat”, Misi “Membuat Rakyat Sehat” yang dijabarkan ke dalam Visi Direktorat Jenderal Bina Pelayanan Medik “Terwujudnya Pelayanan Medik Prima”, dengan tujuan meningkatkan akses, keterjangkauan dan kualitas pelayanan kesehatan perorangan yang aman melalui institusi sarana pelayanan kesehatan perorangan; serta sasaran: Setiap orang mendapatkan pelayanan yang bermutu di rumah sakit dan sarana kesehatan lainnya dan Pelayanan medik di semua rumah sakit beserta sarana kesehatan lainnya memenuhi standar mutu.

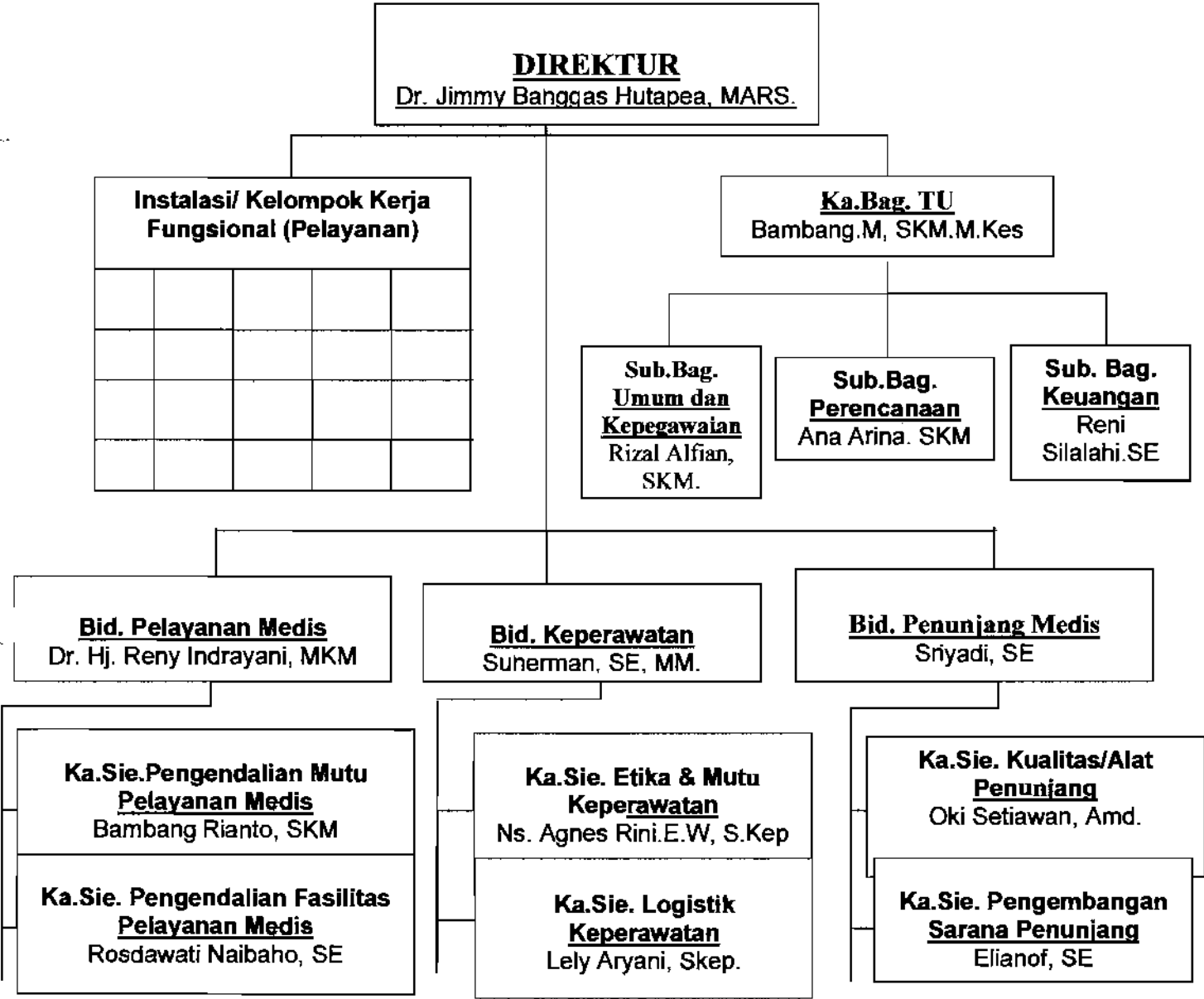
Oleh karenanya pengembangan Rumah Sakit Umum Daerah dr. H. Bob Bazar, SKM Kabupaten Lampung Selatan diarahkan untuk menjadi rumah sakit yang mampu mendukung visi dan misi tersebut diatas sekaligus juga mendukung terecapainya masyarakat Kalianda yang Sehat. Dengan peningkatan kemampuan baik manajerial maupun fungsi pelayanan serta fleksibilitas pengelolaan keuangan yang dimiliki RSUD dr. H. Bob Bazar, SKM ke depan akan lebih diarahkan pada peningkatan kualitas pelayanan yang mampu memenuhi harapan seluruh masyarakat, terutama masyarakat Kabupaten Lampung Selatan dan sekitarnya, sehingga RSUD dr. H. Bob Bazar, SKM benar-benar dapat menjadi rumah sakit pilihan dan terpercaya.

G. STRUKTUR ORGANISASI RUMAH SAKIT

Struktur organisasi dibuat dalam upaya menjalankan tugas pokok dan fungsi organisasi secara baik, sehingga penyusunannya benar-benar diarahkan untuk mendukung kelancaran dan keoptimalan peran dan fungsi pelayanan kepada masyarakat.

Struktur organisasi RSUD dr. H. Bob Bazar, SKM saat ini mengacu kepada Peraturan Daerah Kabupaten Lampung Selatan Nomor 06 Tahun 2008 tentang Pembentukan, Organisasi dan Tata Kerja Perangkat Daerah Kabupaten Lampung sebagaimana telah diubah beberapa kali, terakhir dengan Peraturan Daerah Kabupaten Lampung Selatan Nomor 23 Tahun 2012 yakni sebagai berikut:

BAGAN STRUKTUR ORGANISASI
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH Dr. H.BOB BAZAR,SKM
KABUPATEN LAMPUNG SELATAN



BAB III

MUTU DAN STANDAR PELAYANAN MINIMAL

A. MUTU

Mutu merupakan hal yang tidak terpisahkan dalam sistem pelayanan, termasuk pelayanan rumah sakit, yang dimaksud dengan mutu dalam pedoman ini adalah “Kemampuan kecocokan penggunaan untuk memberikan kebutuhan kepuasan pelanggan (*fitness for use*).”

Standar mutu menjelaskan, sesuatu yang harus dicapai (indikator), tingkat yang harus dicapai (standar), dan persyaratan yang harus dipenuhi dalam melaksanakan pemberian pelayanan kepada pelanggan.

1. Kebijakan Mutu RSUD

Kebijakan mutu di RSUD dr. H. Bob Bazar, SKM mengacu kepada kebijakan standar mutu dari Departemen Kesehatan Republik Indonesia serta WHO, yaitu sebagai berikut :

a. Dimensi mutu Pelayanan

Standar Pelayanan Minimal RSUD dr. H. Bob Bazar, SKM disusun dengan mengacu kepada dimensi mutu :

- Akses terhadap pelayanan;
- Keefektifan pemberian pelayanan;
- Efisiensi dalam pemberian pelayanan;
- Keamanan bagi pemberi, pengguna, dan lingkungan pelayanan;
- Kelangsungan pemberian pelayanan;
- Kompetensi teknis;
- Kenyamanan dalam pelayanan; dan
- Hubungan antar manusia dalam proses pemberian pelayanan.

b. Kebijakan Pengendalian Mutu

Kebijakan pengendalian dan pelaksanaan mutu di RSUD dr. H. Bob Bazar, SKM ditetapkan sebagai berikut :

- Mengutamakan kepuasan dan keselamatan pasien dalam hal pelayanan kesehatan yang paripurna, bermutu dan terjangkau oleh semua lapisan masyarakat yang sesuai dengan sistem manajemen mutu dengan mengacu kepada standar Akreditasi 5 Jenis Pelayanan dan Pedoman Standar Pelayanan Minimal.
- Direktur melalui setiap pimpinan dalam organisasi rumah sakit, bahwa prosedur tetap selalu dilaksanakan, dipertahankan dan dijadikan panduan serta sasaran mutu ditetapkan dikomunikasikan dan ditinjau secara berkala.
- Direktur melalui sistem yang ada menjamin dan memastikan bahwa semua karyawan memahami kebijakan mutu, dan memperbaiki secara berkesinambungan, serta terus meningkatkan keefektifan sistem manajemen mutu

c. Sasaran Mutu

Semua unit pelayanan dilingkungan RSUD dr. H. Bob Bazar, SKM meliputi sebagai berikut :

- Rawat Jalan ;
- Rawat Inap ;
- Penunjang ;
- Administrasi Dan Keuangan;
- Direksi Dan Tata Managemen.

B. STANDAR PELAYANAN MINIMAL (SPM)

Sesuai dengan Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 65 Tahun 2005 dan Permenkes No.129/Menkes/SK/II/2008 tentang Pedoman Penyusunan dan Penerapan Standar pelayanan Minimal tanggal 28 Desember 2005 bahwa Standar Pelayanan Minimal atau disingkat SPM adalah ketentuan tentang jenis dan mutu pelayanan dasar yang merupakan urusan wajib daerah yang berhak diperoleh setiap warga secara minimal.

1. INDIKATOR SPM

Indikator SPM adalah tolak ukur prestasi kuantitatif dan kualitatif yang digunakan untuk menggambarkan besaran sasaran yang hendak dipenuhi dalam pencapaian SPM tertentu berupa masukan, proses, hasil dan atau manfaat pelayanan

2. PELAYANAN DASAR

Pelayanan Dasar adalah jenis pelayanan publik yang mendasar dan mutlak untuk memenuhi kebutuhan masyarakat dalam kehidupan sosial, ekonomi, dan pemerintahan sesuai standar dan kemampuan rumah sakit.

3. JENIS-JENIS PELAYANAN RUMAH SAKIT

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

1. Pelayanan Gawat Darurat ;
2. Pelayanan Rawat Jalan ;
3. Pelayanan Rawat Inap ;
4. Pelayanan Bedah ;
5. Pelayanan Persalinan dan Perinatologi ;
6. Pelayanan Intensif ;
7. Pelayanan Radiologi ;
8. Pelayanan Laboratorium Patologi Klinik ;
9. Pelayanan Rehab Medis ;
10. Pelayanan Farmasi ;
11. Pelayanan Gizi ;
12. Pelayanan Transfusi Darah ;
13. Pelayanan Gakin ;
14. Pelayanan Rekam Medis ;
15. Pengelolaan Limbah ;
16. Pelayanan Administrasi Manajemen ;
17. Pelayanan Ambulance/Kereta Jenazah ;
18. Pelayanan Pemulasaraan Jenazah ;
19. Pelayanan laundr ;
20. Pelayanan Pemeliharaan Sarana Rawat Jalan ; dan
21. Pencegah Pengendalian Infeksi.

BAB IV
KAITAN SPM DENGAN RENSTRA

Standar Pelayanan Minimal dalam pelaksanaan dan pencapaiannya harus didukung melalui suatu Rencana Strategis Rumah Sakit, sehingga keduanya saling terkait. Di bawah ini keterkaitan antara Renstra dengan SPM :

NO	RENSTRA	SPM	ANGGARAN
1	Peningkatan mutu pelayanan Rumah Sakit melalui : 1. Akreditasi rumah sakit 2011. 2. Menjadi BLUD. 3. Meningkatkan pelaksanaan penerapan standar asuhan keperawatan.	1. Pelayanan Rawat Jalan. 2. Pelayanan Rawat Inap. 3. Administrasi dan Manajemen.	Terlampir di Renstra
2	Menjadi Rumah Sakit Sayang Ibu	- Tersedianya ruangan untuk menyusui pojok (ASI). - Jumlah Peralatan Pelayanan standar. - Jumlah Instalasi yang memperoleh SOP.	Terlampir di Renstra
3	Peningkatan Mutu Pelayanan Penunjang Medis.	- Peningkatan Prosentase Rontgen. - Peningkatan jumlah peralatan fisiotherapi. - Peningkatan Pelayanan Laboratorium. - Peningkatan Peralatan Pemeriksaan PA.	Terlampir di Renstra
4	Peningkatan Kualitas Kesehatan Lingkungan Rumah Sakit.	- Meningkatnya Penanganan Limbah dan Lingkungan Rumah Sakit. - Meningkatnya kualitas dan kuantitas air bersih. - Terkendalinya serangga dan binatang pengganggu.	Terlampir di Renstra
5	Peningkatan Kuantitas dan Kualitas Pelayanan Kesehatan.	- Tersediannya tenaga dokter spesialis THT,Spesialis Mata,Spesialis Patologi Klinik.,Spesialis Anastesi. - Meningkatnya jumlah dokter yang memahami ATLS,ACLS.	Terlampir di Renstra

6	Peningkatan Jumlah Tenaga Bidang Penunjang Medik.	<ul style="list-style-type: none"> - Jumlah Tenaga Ahli Elektro Medik. - Jumlah Tenaga Laundry. - Jumlah Tenaga Sterilisasi. - Jumlah Tenaga Ahli Bangunan dan Mekanik. 	Terlampir di Renstra
7	Peningkatan Jumlah Tenaga Rumah Sakit.	<ul style="list-style-type: none"> - Meningkatnya kemampuan tenaga keuangan, perencanaan dan rekam medis. 	Terlampir di Renstra
8	Peningkatan Jumlah Tenaga Rumah Sakit	<ul style="list-style-type: none"> - Pembangunan Gedung Sterilisasi Central. - Pembangunan Gedung Laboratorium Sanitasi. - Pembangunan Gedung URM. - Pembangunan Isolasi Khusus Penyakit Menular. - Pembangunan Gedung Pematologi. - Pembangunan Gedung ICU. - Pengadaan Peralatan ICU. - Penambahan Peralatan IPSRS. 	Terlampir di Renstra
9	Peningkatan Kualitas Manajemen	<ul style="list-style-type: none"> - Terselenggaranya Administrasi manajemen Rumah Sakit. 	Terlampir di Renstra
10	Peningkatan Kualitas Pemasaran Hubungan Masyarakat	<ul style="list-style-type: none"> - Tersediannya Media Informasi Pelayanan Rumah Sakit. - Meningkatnya Hubungan Kerja sama Bidang Kesehatan 	Terlampir Di Restra

BAB V

PENUTUP

Berdasarkan Peraturan Pemerintah Nomor 65 Tahun 2005 Tentang Standar Pelayanan Minimal (SPM), bahwa Standar Pelayanan Minimal adalah ketentuan minimal tentang jenis dan mutu pelayanan dasar, yang merupakan urusan wajib daerah yang berhak diperoleh setiap warga negara secara minimal. SPM juga merupakan pertanggungjawaban mutu pelayanan yang ingin diberikan kepada masyarakat pengguna, hakekatnya mutu pelayanan harus memiliki standar mutu yang jelas, artinya setiap jenis pelayanan yang diberikan harus jelas indikatornya dan jelas pula standarnya. Dengan demikian maka pengguna jasa akan bisa membedakan antara pelayanan yang baik dan yang tidak baik. SPM itu sendiri mampu memberikan gambaran kemampuan Rumah Sakit Umum Daerah dr. H. Bob Bazar, SKM dalam pengelolaan dan pengendalian kualitas pelayanan. Dan SPM akan terus berkembang sesuai dengan perkembangan pelayanan di Rumah Sakit.

Dengan telah tersusunnya SPM di RSUD dr. H. Bob Bazar, SKM, maka di harapkan visi RSUD dr. H. Bob Bazar, SKM menjadi Badan Layanan Umum Yang Prima Dalam Tindakan Dan Mengutamakan Mutu Hasil Pelayanan Kesehatan.

KELENGKAPAN JENIS PELAYANAN

A. Standar Pelayanan Minimal Secara Umum

No	Jenis Pelayanan	Indikator	Pelayanan yang ada di Rumah Sakit Umum Kalianda Th 2010	Standar (SPM) Th. 2012-2016
1.	Gawat Darurat	a. Kemampuan menangani life saving anak dan dewasa	100%	75%-97,5 %
		b. Jam buka Pelayanan Gawat Darurat	24 Jam Dokter 100% Perawat 41%	24 jam Dokter 66%-90% Perawat 72%
		c. Pemberi pelayanan kegawat daruratan yang bersertifikat ATLS/BTLS/ACLS/PPGD	5 Menit setelah pasien datang	5 menit setelah pasien datang
		d. Kecepatan pelayanan Dokter di Gawat Darurat	76,8%	70 %-90%
		e. Kepuasan Pelanggan	13,11%	3%-2,5%
		f. Kematian pasien ≤ 24 Jam	100 %	

2.	Rawat Jalan	a. Pemberi Pelayanan di : - Poliklinik Spesialis - Poliklinik Umum	100 %	100 % Dokter Spesialis Dokter Umum
		b. Ketersediaan Pelayanan - Penyakit dalam - Kesehatan anak - Kandungan dan kebidanan - Bedah Umum - Pelayanan Mata - Pelayanan Gizi - Rehabilitasi Medik - Gigi dan Mulut - Klinik VCT - Medical Check Up	100% 100% 100% DIII DIII DIII 100% 100% 100%	Dokter Spesialis Dokter spesialis Dokter spesialis Dokter spesialis mata Dokter Ahli Gizi Dokter Spesialis Rehab Medik Dokter umum/spesialis/ perawat terlatih Dokter Spesialis
		c. Hari kerja	6 Hari Kerja	6 hari kerja
		d. Jam buka pelayanan	08.00-14.00	07.00 – selesai
		e. Waktu tunggu di rawat jalan	≤ 60 menit	20– 60 menit
		f. Kepuasan Pelanggan	76,8%	80%-90 %
3.	Rawat Inap a. Kelas 1 b. Kelas 2 c. Kelas 3 d. VIP	a. Pemberi pelayanan di Rawat Inap	100%	Dokter Spesialis & Dokter umum serta tenaga kesehatan lain
		b. Dokter penanggung jawab pasien rawat inap	100%	100% Dokter spesialis
		c. Ketersediaan Pelayanan Rawat Inap	100%	Penyakit dalam Kesehatan anak Kandungan dan kebidanan Bedah Umum Anestesi Rehabilitasi Medik Gigi dan Mulut Gizi
		d. Jam Visite Dokter Spesialis	08.00 s/d 14.00 0%	Jam 08.00 s/d selesai

		e. Kejadian infeksi pasca operasi	0%	1,5 %-2.0%
		f. Kejadian Infeksi Nosokomial	100%	1,5 %-2.0%
		g. Tidak adanya kejadian Pasien jatuh yang berakibat kecacatan /kematian	0,45%	100 %
		h. Kematian pasien > 48 jam	23 %	0,24 %-0,3%
		i. Kejadian pulang paksa	76,8%	5 %
		j. 10.Kepuasan pelanggan		70 – 90 %
4	Bedah Sentral	a. Waktu tunggu operasi elektif	1 Hari	Dua Hari
		b. Kejadian Kematian di meja operasi	0%	Maksimal 1 %
		c. Tidak adanya kejadian operasi salah sisi	100%	100%
		d. Tidak adanya kejadian operasi salah orang	100%	100%
		e. Tidak adanya kejadian salah tindakan pada operasi	100%	100%
		f. Tidak adanya kejadian tertinggalnya benda asing/lain pada tubuh pasien setelah operasi	0%	0%
		g. Komplikasi anestesi karena overdosis, reaksi anestesi, dan salah penempatan endotracheal tube	Dr.Spesialis bedah Umum,Kebidanan dan Kandungan	Dr. Spesialis bedah umum, kebidanan dan kandungan, mata.
		h. Tindakan operasi kecil, sedang, besar dan khusus		Dr. Spesialis bedah Dr. Spesialis

		i. Pelayanan bedah sentral : <ul style="list-style-type: none"> • Bedah umum • Kebidanan dan Kandungan 		Obgyn Dr. Spesialis bedah
5	Persalinan	a. Kejadian kematian ibu karena persalinan b. Pemberi pelayanan persalinan normal c. Pemberi pelayanan persalinan dengan penyulit d. Pemberi pelayanan persalinan dengan tindakan operasi e. Kemampuan menangani BBLR < 1500 gr f. Pertolongan Persalinan melalui seksio cesaria g. Kepuasan Pasien	- Perdarahan : 0 % - PreEklamsi : 0 % - Sepsis : 0 % -Dokter SpOG : 20% -Bidan : 80% Dokter SpOG 100% Dokter SpOG 100% 10% 80% 76,8%	Perdarahan maksimum 1% Pre-eklamsi maksimum 3%-5% Sepsis maksimum 0.2% Dokter SpOG Dokter Umum terlatih (asuhan persalinan normal) Bidan Dokter SpOG (100%) Dokter SpOG } Dokter SpA } Dokter SpAN } 80%-90% Maksimum 15%-20 % 80 %-90%
6	Intensif	a. Rata-rata Pasien yang kembali ke perawatan intensif dengan kasus yang sama < 72 jam b. Pemberi pelayanan Unit Intensif	Akan diadakan pelayanan ICU tahun 2012	Maksimum 3 % Dokter Spesialis 100% perawat dengan sertifikat ICU/setar+a 3%

		c. Kematian < 48 jam d. Kematian > 48 jam		2%
7.	Radiologi	a. Waktu tunggu hasil pelayanan thorax foto b. Pelaksana ekspertisi c. Kejadian kegagalan pelayanan Rontgen d. USG e. Kepuasan pelanggan	5 Menit DIII AMR (Dokter Spesialis Radiologi 2011) 1,78% Internis, Ginekolog (Radiolog Th.2011) 75%	Untuk 1 orang kurang dari 1 jam Dokter Spesialis Radiologi 2 – 3 % Radiolog, Internis, Ginekolog 80 %

8.	Laboratorium : a. Patologi Klinik	a. Waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium.	120 menit	Max 140 menit
		b. Pelaksana ekspertisi	Analisis	Dokter Spesialis Patologi Klinik
			95%	95 %
		c. Tidak adanya kesalahan pemberian hasil pemeriksaan laboratorium		
			92,6%	100 %
		d. Peralatan Laboratorium yang terkalibrasi tepat waktu sesuai dengan ketentuan kalibrasi		
			76,8%	70 %
9.	Rehabilitasi Medik	e. Kepuasan pelanggan	120' 50' 30'	Max 30' Max 30' Max 30'
		f. DPL.		
		g. Urine		
		h. Faeces	60' 100'	Max 60' Max 100'
		i. Klinik : - 1 jenis pemeriksaan 2 jenis pemeriksaan > 4 jenis pemeriksaan	120'	Max 120'
		a. Kejadian Drop Out pasien terhadap pelayanan Rehabilitasi Medik yang direncanakan	20%	10%
			90%	90%
10	Farmasi	b. Tidak adanya kejadian kesalahan tindakan rehabilitasi medik		
			76,8%	80%
		c. Kepuasan Pelanggan		
10	Farmasi	a. Waktu tunggu pelayanan		30 menit

.		<ul style="list-style-type: none"> - Obat Jadi - Obat Racikan 	10 menit 30 menit 99%	50-60 menit 100%
		b. Tidak adanya Kejadian kesalahan pemberian obat	76,8%	80%-90%
		c. Kepuasan pelanggan		
11	Gizi	a. Ketepatan waktu pemberian makanan kepada pasien	90%	90%
		b. Sisa makanan yang tidak termakan oleh pasien	32,8%	Maksimum 20%
		c. Tidak adanya kejadian kesalahan pemberian diet	90%	90-100%
12	Transfusi Darah	a. Kebutuhan darah bagi setiap pelayanan transfusi	100%	100% terpenuhi
		b. Kejadian Reaksi transfusi	0,01%	0.01%
13	Pelayanan JAMKESMAS	Pelayanan terhadap pasien JAMKESMAS yang datang ke RS pada setiap unit pelayanan	100%	100% terlayani
14	Rekam Medik	a. Kelengkapan pengisian rekam medik 2 x 24 jam setelah selesai pelayanan	74%	80%-95 %
		b. Kelengkapan Informed Consent setelah mendapatkan informasi yang jelas	90%	80%-100 %
		c. Waktu	5 Menit	10 menit

		<p>penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat jalan</p> <p>d. Waktu penyelesaian dokumen rekam medik pelayanan rawat inap</p> <p>e. Waktu pengembalian dokumen Rekam medik dari ruang rawat inap ke rekam medik</p> <p>f. Ketidaklengkapan pengisian catatan medik rawat inap.</p>	<p>10 Menit</p> <p>2 × 24 jam</p> <p>40%</p>	<p>15 menit</p> <p>2 x 24 jam</p> <p>10 %</p>
15	Pengelolaan limbah	<p>a. Baku mutu limbah cair</p> <p>b. Water Qualaity Test:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Flowrate 2. PN 3. Temperatur/Suhu 4. DO 5. MLSS <p>c. Pengelolaan limbah padat sesuai aturan.</p> <p>d. Pemeriksaan mutu paling sedikit dalam satu tahun</p>	<p>BOD5 : 20,42 Mg/L COD :64 Mg/L TSS : 23 MG/L pH : 6,59 NH3 Bebas:0,12 Mg/L -</p> <p>Suhu : 28,15 °C Pospat : 0,45 Mg/L Colyfrom : 3900 MPN/100mL Minyak/Lemak : 0,79 C12 Bebas : 0,15</p> <p>100%</p> <p>1kali</p>	<p>a. BOD < 30 mg/l b. COD < 80 mg/l c. TSS < 30 mg/l d. PH 6-9 e. NH3 Bebas < 0,1 X f. PO4 < 2 X Catatan: X Belum dilaksanakan sehubungan dengan tidak ada sosialisasi terhadap pemerikasaaan ipal RS</p> <p>FISIK SUHU < 30 °C MIKROBIOLOGI TOTAL COLIFORM < 10.000</p> <p>100%</p> <p>1 kali</p>

16	Administrasi dan Manajemen	a. Tindak Lanjut penyelesaian hasil pertemuan direksi	100%	100%
		b. Kelengkapan Laporan akuntabilitas kinerja.	100%	100%
		c. Ketepatan waktu pengusulan kenaikan pangkat	95%	100%
		d. Ketepatan waktu pengelolaan gaji berkala.	100%	100%
		e. Karyawan yang mendapatkan pelatihan minimal 20 Jam setahun.	20%	≥60%
		f. Cost recovery.	71,05%	≥40%
		g. Ketepatan waktu penyusunan laporan keuangan.	90%	100%
		h. Kecepatan waktu pemberian informasi tentang tagihan pasien rawat inap.	30 menit	≤ 2 Jam
		i. Ketepatan waktu pemberian imbalan (Insentif) sesuai kesepakatan	70%	100%
17	Ambulance/ Kereta Jenazah	a. Waktu pelayanan ambulance/ Kereta Jenazah	24 Jam	24 jam
		b. Kecepatan memberikan pelayanan ambulance /Kereta Jenazah di Rumah Sakit	30-60 menit	30-60 menit
		c. Biaya ambulance	Sesuai Perda no. 04 Tahun 2009 120 Menit	Sesuai Perda no. 04 thn 2009 120 menit

		d. Kecepatan pelayanan pemulasaraan jenazah		
18	Pemulasaraan Jenazah	2. Waktu tanggap (response time) pelayanan pemulasaraan jenazah	≤ 2 Jam	≤ 2 Jam
19	Pelayanan Laundry	1. Tidak adanya kejadian linen yang hilang. 2. Ketepatan waktu penyediaan linen untuk ruang rawat inap.	95% 90%	100% 100%
20	Pelayanan pemeliharaan sarana rumah sakit	1. Kecepatan waktu menanggapi kerusakan alat 2. Ketepatan waktu pemeliharaan alat 3. Peralatan laboratorium dan alat ukur yang digunakan dalam pelayanan terkalibrasi tepat waktu sesuai dengan ketentuan kalibrasi.	75% 60% 35%	≤ 80% 100 % 100%
21	Pencegahan dan Pengendalian infeksi (PPI)	1. Ada anggota Tim PPI yang terlatih 2. Tersedia APD disetiap Instalasi 3. Kegiatan pencatatan dan pelaporan infeksi nosokomial/HAI (Health Care Associated Infection) di RS (min 1 Parameter)	50% 50% 50%	Anggota Tim PPI yang terlatih 75 % 60 % 75%
22	Pelayanan ASKES	Pelayanan terhadap pasien ASKES yang datang ke RS pada	100% terlayani	100% terlayani

		setiap pelayanan	unit		
--	--	---------------------	------	--	--

B. Standar Pelayanan Minimal di Rawat Jalan (Poliklinik)

NAMA POLIKLINIK	JENIS TINDAKAN
REHABILITASI MEDIK	Inhalasi + IRR + Postural Drainage Treadmill + Walking eac Speech Therapi Occupasi terapi
KEBIDANAN DAN KANDUNGAN	1. Ganti balutan 2. Pasang pesarium 3. Angkat Pesarium 4. Pasang IUD 5. Pengambilan PAPSMEAR 6. Lepas IUD benang (+) 7. Biopsi Servix 8. Pasang IMPLAN 9. Lepas IUD benang (-) 10. Lepas Implan 11. Pasang Dower Cateter (DC) 12. USG 13. Poli Spesialis (Dokter Spesialist) 14. Konsultasi antar Spesialist rawat jalan 15. Up Hecting 1-5 16. Up hecting 6-20 17. Pemeriksaan dokter
KESEHATAN ANAK	1. Poli Spesialis (Dokter Spesialis) 2. Konsultasi antar spesialis rawat jalan 3. Pemeriksaan Dokter 4. Imunisasi
MATA	1. Spooling 2. Courvus Alienum Conjuntiva 3. Tes Buta Warna 4. Tonometer 5. Corpus Alienum Cornea 6. Chalazion 7. Refraksi 8. Refraktometer 9. Epilasi Bulu Mata 10. Hordiolum 11. Irigasi mata 12. Ganti balutan 13. Ekstraksi benda asing
VCT	1. Konselling 2. Konsultasi antar Spesialis rawat jalan 3. Pemeriksaan dokter
ANASTESI	1. Konsultasi antar Spesialis Rawat Jalan 2. Pemeriksaan Dokter
PENYAKIT DALAM	1. Alergi imunologi klinik 2. Gastroentero-hepatologi 3. Geriatri 4. Ginjal hipertensi

	<ul style="list-style-type: none"> 5. Hematologi-Onkologi medic 6. Kardiologi 7. Metabolik Endokrin 8. Psikosomatik 9. Pulmonologi 10. Reumatolog 11. Tropik Infeksi
GIGI DAN MULUT BAGIAN PROSTODONTI	<ul style="list-style-type: none"> 1. Gigi Tiruan sebagian sederhana <ul style="list-style-type: none"> a. Akrilik b. Rangka Logam c. Valplast / Flexi denture 2. Gigi Tiruan sebagian dengan penentuan gigitan <ul style="list-style-type: none"> a. Akrilik b. Rangka Logam c. Valplast / Flexi denture 3. Gigi Tiruan Penuh <ul style="list-style-type: none"> a. Tanpa Penyulit b. Dengan Penyulit 4. Reparasi gigi tiruan <ul style="list-style-type: none"> a. Tanpa Pencetakan Rahang b. Dengan Pencetakan Rahang c. Relining 5. Jacket Crown <ul style="list-style-type: none"> a. Akrilik b. Porcelain 6. Jembatan / bridgework <ul style="list-style-type: none"> a. Akrilik b. Porcelain 7. Mahkota Pasak / Pin Crown <ul style="list-style-type: none"> a. Pasak Logam Cor b. Pasak fiber / fiber post 8. Obturator sederhana 9. Obturator Kompleks 10. Occlusal Splint 11. Venur composite 12. Feeding plate 13. Supra Structure Implant
GIGI DAN MULUT BAGIAN TINDAKAN KEDOKTERAN GIGI LAINNYA	<ul style="list-style-type: none"> 1. Ekstraksi gigi tanpa anestesi lokal 2. Ekstraksi gigi dengan anestesi lokal 3. Ekstraksi gigi dengan penyulit 4. Penambahan sementara 5. Perawatan sementara 6. Mummifikasi 7. Penambahan tetap : <ul style="list-style-type: none"> a. Amalgam b. Glassionomer cement c. Composite 8. Penambahan atap pulpa / trepanasi 9. Pembersihan karang gigi 10. Pembersihan dental stain 11. Selective grinding/occlusal adjustment 12. Pembuatan alat orthodonti lepasan 13. Kontrol orthodonti lepasan
LABORATORIUM	<ul style="list-style-type: none"> 1. Hematologi Automatik 2. Heatologi Sederhana

	3. Kimia Klinik 4. Elektrolit 5. Immunologi-Serologi 6. Pemeriksaan Khusus 7. Klinik Rutin
RADIOLOGI	1. Thorax 2. BNO 3. Schedel 4. Extremitas Atas 5. Cervical 6. Mastoid 7. Waters 8. V. Lumbo Sacral 9. USG
Poli Bedah	1. Ganti Balutan 2. Pasang Dower Cateter (DC) 3. Up Dower Cateter 4. Clavus 5. Tindik 6. Extervasi Granuloma 7. Sircum Sisi 8. Sircum Sisi dengan pemyulit 9. Pasang Dower Cateter dengan Mandren 10. Up Hecting & Ganti balutan 11. Up Hecting 1 – 5 12. Up Hecting 6 – 20 13. Ekterpasi 14. Ekstraksi benda asing 15. Punksi kandung kemih 16. Ekstraksi kuku 17. Needle Thoraxocytosis 18. WTH 6 – 20 19. Incisi Kista 20. Necrotomi sedang 21. Incisi Furunkel/Abses 22. Rectal Tusie 23. Necrotomi ringan 24. Wuond toilet 25. Extervasi Atherom < 5 cm 26. Extervasi Lypom < 5 cm 27. Reposisi hernia 28. Blast punksi 29. Ganti balutan ringan 30. Debridemen ringan

C. UGD (Unit Gawat Darurat)

NAMA RUANGAN	JENIS TINDAKAN
UGD	1. Resusitasi 2. Trauma Capitis 3. Trauma Kemaluan 4. Luka Bakar 5. Luka Gigitan Binatang 6. Sengatan Listrik 7. Tenggelam

	8. Bencana 9. Kegawatan Kardiovaskuler 10. Gangguan Keseimbangan cairan dan Elektrolit 11. Gangguan Pernapasan 12. Pendarahan
--	---

D . Standar Pelayanan Minimal di Ruang Rawat Inap

NAMA RUANGAN	JENIS TINDAKAN
KEBIDANAN	1. Pasang Tampon Vagina 2. Pasang Laminaria 3. Asistem Kuretase 4. Hecting Pevineum Tk 1, 2, dan 4 5. Induksi Injection 6. Partus Normal 7. Manual Plasenta 8. Bracht 9. Resusitasi Bayi 10. Extraksi Vacuum 11. Ganti Balutan 12. Pasang DC 13. Pasang Infus
RUANG BEDAH	1. Incisi 2. Hecting Luka 3. Perawatan Gangrene 4. Off Drain 5. Crossing (Luka tusuk os tetanus) 6. Traksi manual 7. Ganti Balutan 8. Pasang DC 9. Infus 10. Injection 11. Observasi 12. Debridement 13. Necrotomie
RUANG ANAK	1. Resusitasi bayi baru lahir oleh SPA 2. Resusitasi bayi baru lahir oleh perawat terlatih 3. Foto terapi 4. Ganti balutan 5. Observasi 6. Konsul Dokter Spesialis Rawat Inap 7. Visite Dr. Spesialis 8. Resusitasi dengan E.T oleh Sp.A 9. Resusitasi dengan E.T oleh petugas 10. Infus 11. Transfusi 12. Suction selama observasi 13. Nebulizer 14. NGT dan bilas lambung 15. Pemasangan NGT 16. Bayi dengan perlakuan khusus 17. Inkubator 18. Pengambilan darah dari Vena/

	<p>Arteri</p> <ol style="list-style-type: none"> 19. Infus dengan penyulit 20. Syringe Pump 21. Infus Pump
BEDAH CENTRAL(OK)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Kateter tanpa Madrain 2. Ekstiparsi tumor jinak 3. Corpus Alienum 4. Hernia tanpa komplikasi 5. Hydrokel 6. Apendektomi akut 7. Fistulektomi 8. Hemorolidektomi 9. Herniatomi 10. Enucleatie Kista 11. Ekstiparsi tumor 12. Biopsi dalam Narkose Umum 13. Fibro Adenom Mamae 14. Meatotomi 15. Sirkumsisi dengan Phymosis 16. Sistostomi 17. Hernia dengan Komplikasi 18. Apendektomi Perforata 19. Hernia Incarcerata 20. Eksisi kelenjar liur Submandibula 21. Eksisi Kista Tiroglosus 22. Mastektomi Subkutaneus 23. Debridement pada luka bakar 24. Orchidektomi Subkapsuler 25. Vesicolithotomi (Sectio Alta) 26. Herniatomi Bilateral 27. Kolesistektomi 28. Laparatomi Eksplorasi 29. Reseksi Anastomosis 30. Eksisi Mamma Aberran 31. Mastektomi Simpleks 32. Enukleasi kista ginjal 33. Nefrostomi open 34. Orchidektomi ligasi tinggi 35. Orchidopexi 36. Pyelolithotomi 37. Uretero Ureterosomi 38. Ureterolithotomi 39. Splenektomi 40. Mastektomi Radikal 41. Pemasang NGT
RUANG PENYAKIT DALAM	<ol style="list-style-type: none"> 2. Injeksi 3. Punksi plevra 4. Punksi Ascites 5. Perawatan jenazah 6. Pasang Dower Cateter (DC) 7. Up Dower Cateter 8. Konsul dokter spesialis rawat inap 9. Resusitasi tanpa E. T oleh petugas 10. Infus 11. Transfusi 12. Suction selama observasi

	13. Kateterisasi kandung kemih oleh 14. Bilas lambung 15. Cateter tanpa madrain 16. Nebulizer 17. NGT dan bilas lambung 18. WSD dengan jarum 19. Ganti balutan ringan 20. Konsultasi gizi 1 kasus dengan 21. Pemasang NGT 22. Hari rawat kelas 3
VIP	1. Perawatan Gangrene 2. Off Drain 3. Ganti Balutan 4. Pasang DC 5. Infus 6. Injection 7. Observasi 8. Debridement 9. Necrotomie 10. Foto terapi 11. Konsul Dokter Spesialis Rawat Inap 12. Visite Dr. Spesialis 13. Transfusi 14. Suction selama observasi 15. Nebulizer 16. Pemasangan NGT 17. Inkubator 18. Pengambilan darah dari Vena/ Arteri 19. Punksi plevra 20. Punksi Ascites 21. Perawatan jenazah 22. Up Dower Cateter 23. Resusitasi tanpa E. T oleh petugas 24. Ganti balutan ringan 25. Konsultasi gizi
KELAS I	1. Perawatan Gangrene 2. Off Drain 3. Ganti Balutan 4. Pasang DC 5. Infus 6. Injection 7. Observasi 8. Debridement 9. Necrotomie 10. Foto terapi 11. Konsul Dokter Spesialis Rawat Inap 12. Visite Dr. Spesialis 13. Transfusi 14. Suction selama observasi 15. Nebulizer 16. Pemasangan NGT 17. Inkubator 18. Pengambilan darah dari Vena/ Arteri 19. Punksi plevra 20. Punksi Ascites 21. Perawatan jenazah 22. Up Dower Cateter 23. Resusitasi tanpa E. T oleh petugas

	24. Ganti balutan ringan
	25. Konsultasi gizi
KELAS II	1. Perawatan Gangrene 2. Off Drain 3. Ganti Balutan 4. Pasang DC 5. Infus 6. Injection 7. Observasi 8. Debridement 9. Necrotomie 10. Foto terapi 11. Konsul Dokter Spesialis Rawat Inap 12. Visite Dr. Spesialis 13. Transfusi 14. Suction selama observasi 15. Nebulizer 16. Pemasangan NGT 17. Inkubator 18. Pengambilan darah dari Vena/ Arteri 19. Punksi plevra 20. Punksi Ascites 21. Perawatan jenazah 22. Up Dower Cateter 23. Resusitasi tanpa E. T oleh petugas 24. Ganti balutan ringan 25. Konsultasi gizi

PELAYANAN KESEHATAN DI RSUD dr. H. BOB BAZAR, SKM

TARGET TAHUN 2012 S/D TAHUN 2016

N O.	URUSAN WAJIB	JENIS PELAYANAN	INDIKATOR KINERJA	NILAI	TARGET TAHUNAN					PENJELASAN
					2012	2013	2014	2015	2016	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
1	Upaya Kesehatan	1. Pelayanan Gawat Darurat	1. Kemampuan menangani life saving anak dan dewasa	100%	100%	100%	100%	100%	100%	
			2. Jam buka Pelayanan Gawat Darurat	24 jam	24 jam	24 jam	24 jam	24 jam	24 jam	
			3. Pemberi pelayanan kegawat daruratan yang bersertifikat ATLS/BTLS/ACLS/PPGD	100%	Dr: 70%, Perawat: 20%	dr : 80%, perawat 41%	dr :100%, perawat 80%	100%	100%	
			4. Kecepatan pelayanan Dokter di Gawat Darurat	5 mnt terlayani setelah pasien datang	5 menit	5 menit	5 menit	5 menit	5 menit	
			5. Kepuasan Pelanggan	70%	70%	75%	80%	85%	90%	
			6. Kematian pasien ≤ 24 Jam	2 ‰	3 ‰	3 ‰	2,75%	2,5 ‰	2,50%	
		2. Pelayanan Rawat Jalan	1 Pemberi Pelayanan di Poliklinik Spesialis	100% dokter spesialis	100%	100%	100%	100%	100%	
			2 Ketersediaan Pelayanan (4 besar)	Klinik Anak, Penyakit Dalam, Kebidanan,	100% 100%	100% 100%	100% 100%	100% 100%	100% 100%	
			3 Jam buka pelayanan (selama ketentuan 6 hari kerja)	pk.08-13 setiap hari kerja kecuali Jumat pk.08-12	pk.08-13 setiap hari kerja kecuali Jumat pk.08-12	pk.08-13 setiap hari kerja kecuali Jumat pk.08-12	pk.08-13 setiap hari kerja kecuali Jumat pk.08-12	pk.08-13 setiap hari kerja kecuali Jumat pk.08-12	pk.08-13 setiap hari kerja kecuali Jumat pk.08-12	
			4 Waktu tunggu di rawat jalan	60 menit	30-60 mnt	30-50mnt	20-50mnt	20-50mnt	20-45mnt	
			5 Kepuasan pelanggan	90%	80%	85%	90%	90%	90%	
			1 Pemberi pelayanan di rawat inap	Dr. Spesialis, Perawat minimal pendidikan D3	100%	100%	100%	100%	100%	

N O.	URUSAN WAJIB	JENIS PELAYANAN	INDIKATOR KINERJA	NILAI	TARGET TAHUNAN					PENJELASAN
					2012	2013	2014	2015	2016	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
		3. Pelayanan Rawat Inap	Dokter penanggung jawab rawat inap	100%	100%	100%	100%	100%	100%	
			3 Ketersediaan pelayanan rawat inap	Anak, Kebidanan, Penyakit Dalam, Bedah	100%	100%	100%	100%	100%	
			4 Jam visite dokter spesialis	10.00 s/d 14.00	09.00-14.00	08.00-14.00	08.00-14.00	08.00-14.00	08.00-14.00	
			5 Kejadian infeksi pasca operasi	maksimal 1,5%	2,00%	1,75%	1,50%	1,50%	1,50%	
			6 Kejadian infeksi nosokomial	maksimal 1,5%	2,00%	1,75%	1,75%	1,50%	1,50%	
			7 Tidak adanya kejadian Pasien jatuh yang berakibat kecacatan /kematian	100%	100%	100%	100%	100%	100%	
			8 Kematian pasien > 48 jam	0,24%	13,1‰	10‰	5‰	2,5‰	1‰	
			9 Kejadian pulang paksa	maksimal 5%	5%	5%	5%	5%	5%	
			10 Kepuasan pelanggan	90%	77%	80%	85%	90%	90%	
		4. Pelayanan Bedah Sentral	1 Waktu tunggu operasi elektif	dua hari	1 hari	1 hari	1 hari	1 hari	1 hari	
			2 Kejadian Kematian di meja operasi	maksimal 1 %	0%	0%	0%	0%	0%	
			3 Tidak adanya kejadian operasi salah sisi	100%	100%	100%	100%	100%	100%	
			4 Tidak adanya kejadian operasi salah orang	100%	100%	100%	100%	100%	100%	
			5 Tidak adanya kejadian salah tindakan pada operasi	100%	100%	100%	100%	100%	100%	
			6 Tidak adanya kejadian tertinggainya benda asing/lain pada tubuh pasien	100%	100%	100%	100%	100%	100%	
			7 Komplikasi anestesi karena overdosis, reaksi anestesi, dan salah	6%	0%	0%	0%	0%	0%	
			1 Kejadian kematian ibu karena persalinan	a. Perdarahan max 1 %	0%	0%	0%	0%	0%	
				b. Pre-eklampsia max 3 %	0%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	
				c. Sepsis max 0,2%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	
			2 Pemberi pelayanan persalinan norma	a. Dokter Sp.OG	20%	30%	40%	50%	60%	
				b. Bidan	80%	70%	60%	50%	40%	

N O.	URUSAN WAJIB	JENIS PELAYANAN	INDIKATOR KINERJA	NILAI	TARGET TAHUNAN					PENJELASAN
					2012	2013	2014	2015	2016	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
		5. Pelayanan Persalinan	3 Pemberi pelayanan persalinan dengan penyulit	Dokter Sp. OG	100%	100%	100%	100%	100%	
			4 Pemberi pelayanan persalinan dengan tindakan operasi	Dokter Sp. OG, Sp. An, Sp. A	100%	100%	100%	100%	100%	
			5 Kemampuan menangani BBLR < 1500 gr	100%	10%	15%	20%	25%	25%	
			6 Pertolongan Persalinan melalui seksio cesaria	80% - 90%	80%	80%	85%	85%	90%	
			7 Kepuasan pasien	80%	76.8%	76,8%	80%	80%	80%	
		6. Pelayanan Radiologi	1 Waktu tunggu hasil pelayanan thorax foto	max 30 menit	1 jam	45 menit	30 menit	30 menit	30 menit	
			2 Pelaksana ekspertisi	Dokter Sp. Rad	AMR	AMR	AMR	Dr SpRad	Dr SpRad	
			3 Kejadian kegagalan pelayanan Rontgen	max kerusakan foto 2 %	max 2%	max 2 %	max 2%	max 2 %	max 2 %	
			4 Kepuasan pelanggan		76,80%	76,80%	76,80%	80%	80%	
		7. Pelayanan Lab Patologi Klinik	1 Waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium.	max 140 menit	120 menit	120 menit	120 menit	max 140 "	max 140 "	
			2 Pelaksana ekspertisi	Dokter Sp. PK	Analisis	Analisis	Analisis	Analisis	Dr Sp. PK	
			3 Tidak adanya kesalahan pemberian hasil pemeriksaan laboratorium	100%	100%	100%	100%	100%	100%	
			4 Peralatan Laboratorium yang terkalibrasi tepat waktu sesuai	100%	93%	93%	93%	100%	100%	
			5 Kepuasan pelanggan	80%	76,80%	76,80%	76,80%	80%	80%	
		8. Pelayanan Rehabilitasi Medik	1 Kejadian Drop Out pasien terhadap pelayanan Rehabilitasi Medik yang	10%	20%	20%	20%	10%	10%	
			2 Tidak adanya kejadian kesalahan tindakan rehabilitasi medik	100%	90%	100%	100%	100%	100%	
			3 Kepuasan Pelanggan	80%	76.8%	76.8%	76.8%	80%	80%	
		9. Pelayanan Farmasi	1 Waktu tunggu pelayanan							
			a. Obat Jadi	10 menit	13 menit	12 menit	11 menit	10 mnt	10 mnt	
			b. Obat Racikan	30 menit	40 mnt	35 mnt	30 mnt	30 mnt	30 mnt	

N O.	URUSAN WAJIB	JENIS PELAYANAN	INDIKATOR KINERJA	NILAI	TARGET TAHUNAN					PENJELASAN
					2012	2013	2014	2015	2016	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
			4 Tidak adanya Kejadian kesalahan pemberian obat	99%	100%	100%	100%	99%	99%	
			5 Kepuasan pelanggan	80%	76,80%	76,80%	76,80%	80%	80%	
		10. Pelayanan Gizi	1 Ketepatan waktu pemberian makanan kepada pasien	90%	90%	90%	90%	90%	90%	
			2 Sisa makanan yang tidak termakan oleh pasien	max 20 %	32,80%	32,80%	32,80%	max 20%	max 20%	
			3 Tidak adanya kejadian kesalahan pemberian diet	100%	90%	90%	100%	100%	100%	
		11. Pelayanan Transfusi Darah	1 Kebutuhan darah bagi setiap pelayanan transfusi	100 % terpenuhi	100%	100%	100%	100%	100%	
			2 Kejadian Reaksi transfusi	max 0,01 %	max 0,01%	max 0,01%	max 0,01%	max 0,01%	max 0,01%	
		12. Unit Hemodialisa	1 Pemberi pelayanan	Dokter konsulen peny. Dalam, Dokter umum						
			2 Kejadian Drop Out pasien terhadap pelayanan Hemodialisa yang direncanakan	max 50%						
			3 Peralatan hemodialisa terkalibrasi sesuai ketentuan	50%						
			4 Tidak ada kejadian kesalahan tindakan	100%						
		13. Pelayanan jamkesmas	1 Pelayanan terhadap pasien jamkesmas yang datang ke RS pada	100%	100%	100%	100%	100%	100%	
		14. Pelayanan askes	1 Pelayanan terhadap pasien Askes yang datang ke RS pada setiap unit pelayanan	100%	100%	100%	100%	100%	100%	
		15. Pelayanan Rekam Medik	1 Kelengkapan pengisian rekam medik 24 jam setelah selesai pelayanan	80% - 95%	74%	74%	74%	80%	95%	
			2 Kelengkapan Informed Consent setelah mendapatkan informasi yang jelas	100%	90%	95%	95%	100%	100%	
			3 Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat jalan	10 menit	10 mnt	10 mnt	10 mnt	5 mnt	5 mnt	

N O.	URUSAN WAJIB	JENIS PELAYANAN	INDIKATOR KINERJA	NILAI	TARGET TAHUNAN					PENJELASAN
					2012	2013	2014	2015	2016	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
			4 Waktu penyelesaian dokumen rekam medik pelayanan rawat inap	15 menit	15 mnt	15 mnt	15 mnt	10 mnt	10 mnt	
		16. Pelayanan Pengelolaan	1 Baku mutu limbah cair	a.BOD < 30 mg/l	20,42	20,42	20,42	20,42	20,42	
				b.COD < 80 mg/l	64	64	64	64	64	
				c.TSS < 30 mg/l	23	23	23	23	23	
				d.PH 6-9	6,59	6,59	6,59	6,59	6,59	
			2 Pengelolaan limbah padat infeksius sesuai dengan aturan	100%	100%	100%	100%	100%	100%	
		17. Pelayanan Ambulance	1 Waktu pelayanan ambulance/Kereta Jenazah	24 jam	24 jam	24 jam	24 jam	24 jam	24 jam	
			2 Kecepatan memberikan pelayanan ambulance /Kereta Jenazah di	30 menit	30 menit	30 menit	30 menit	30 menit	30 menit	
		18. Pelayanan Pemulasaraan	1 Kecepatan pelayanan pemulasaraan jenazah	2 jam	2 jam	2 jam	2 jam	2 jam	2 jam	
2	Manajemen Kesehatan	1. Kebijakan	1 Tersedianya SOP di semua bidang pelayanan	100%	85%	90%	90%	95%	95%	
			2 Penambahan jenis pelayanan kesehatan	sub-spesialisasi	25%	30%	30%	30%	30%	
		2. Pendidikan & Pelatihan (Diklat)	1 Kegiatan magang bagi dokter umum dan dokter spesialis	50%	50%	50%	50%	50%	50%	
			2 Kegiatan magang bagi tenaga kesehatan non-dokter	50%	50%	50%	50%	50%	50%	
		3. SIM-RS	1 Tersedianya sistem jaringan komputer di seluruh unit pelayanan	80%	70%	75%	80%	85%	85%	
		4. Anggaran Kesehatan	1 Pengelolaan anggaran standar pelayanan minimal rumah sakit	100%	70%	75%	80%	80%	80%	

LAMPIRAN : URAIAN STANDAR PELAYANAN MINIMAL

PELAYANAN KESEHATAN

I. PELAYANAN GAWAT DARURAT

1

Judul	Kemampuan menangani life saving anak dan dewasa di Gawat Darurat
Dimensi Mutu	Keselamatan
Tujuan	Tergambarnya kemampuan Rumah Sakit dalam memberikan pelayanan Gawat Darurat terhadap anak dan dewasa
Definisi Operasional	Life Saving adalah upaya penyelamatan jiwa manusia dengan urutan airway, breath, circulation
Frekuensi pengumpulan data	Setiap bulan
Periode Analisa	Tiga bulan sekali
Numerator	Jumlah kumulatif pasien yang mendapat pertolongan life saving di Gawat Darurat
Denominator	Jumlah seluruh pasien yang datang ke Gawat Darurat
Sumber Data	Rekam Medik di Gawat Darurat
Standar	100%
Penanggung Jawab Pengumpul Data	Kepala Instalasi Gawat Darurat

2

Judul	Jam buka pelayanan Gawat Darurat
Dimensi Mutu	Keterjangkauan
Tujuan	Tersedianya pelayanan Gawat Darurat 24 jam di Rumah Sakit
Definisi Operasional	Jam buka 24 jam adalah Gawat Darurat selalu siap memberikan pelayanan selama 24 jam penuh
Frekuensi pengumpulan data	Setiap bulan
Periode Analisa	Tiga bulan sekali
Numerator	Jumlah kumulatif jam buka Gawat Darurat dalam satu bulan
Denominator	Jumlah hari dalam satu bulan
Sumber Data	Laporan bulanan
Standar	24 jam
Penanggung Jawab Pengumpul Data	Kepala Instalasi Gawat Darurat

3

Judul	Pemberian pelayanan kegawat daruratan yang bersertifikat ATLS/BTLS ACLS/PPGD
Dimensi Mutu	Kompetensi teknis
Tujuan	Tersedianya pelayanan gawat darurat oleh tenaga kompeten dalam bidang ke gawat daruratan
Definisi Operasional	Tenaga kompeten pada gawat darurat adalah tenaga yang sudah memiliki sertifikat pelatihan ATLS/BTLS/ACLS/PPGD
Frekuensi pengumpulan data	Setiap bulan
Periode Analisa	Tiga bulan sekali
Numerator	Jumlah tenaga yang bersertifikat ATLS/BTLS/ACLS/PPGD
Denominator	Jumlah tenaga yang memberikan pelayanan kegawat daruratan
Sumber Data	Kepegawaian
Standar	100%
Penanggung Jawab Pengumpul Data	Kepala Pendidikan dan Pelatihan Rumah Sakit

4

Judul	Kecepatan pelayanan dokter di gawat darurat
Dimensi Mutu	Keselamatan dan efektifitas

Tujuan	Terselenggaranya pelayanan yang cepat, responsif, dan mampu menyelamatkan pasien gawat darurat
Definisi Operasional	Kecepatan pelayanan dokter di gawat darurat adalah sejak pasien itu datang sampai mendapat pelayanan dokter
Frekuensi pengumpulan data	Setiap bulan
Periode Analisa	Tiga bulan sekali
Numerator	Jumlah kumulatif waktu yang dipertukan sejak kedatangan semua pasien yang disampling secara acak sampai dilayani dokter
Denominator	Jumlah seluruh pasien yang disampling (minimal n = 50)
Sumber Data	Sample
Standar	5 menit terlayani setelah pasien datang
Penanggung Jawab Pengumpul Data	Kepala gawat darurat / Tim mutu / Panitia mutu

5

Judul	Kepuasan Pelanggan pada Gawat Darurat
Dimensi Mutu	Kenyamanan
Tujuan	Terselenggaranya pelayanan gawat darurat yang mampu memberikan kepuasan pelanggan
Definisi Operasional	Kepuasan adalah pernyataan tentang persepsi pelanggan terhadap pelayanan yang diberikan
Frekuensi pengumpulan data	Setiap bulan
Periode Analisa	Tiga bulan sekali
Numerator	Jumlah kumulatif rerata penilaian kepuasan pasien gawat darurat yang disurvei
Denominator	Jumlah seluruh pasien gawat darurat yang disurvei (minimal n = 50)
Sumber Data	Survey
Standar	70%
Penanggung Jawab Pengumpul Data	Kepala gawat darurat / Tim mutu / Panitia mutu

6

Judul	Kematian pasien < 24 jam di gawat darurat
Dimensi Mutu	Efektifitas dan keselamatan
Tujuan	Terselenggaranya pelayanan yang efektif dan mampu menyelamatkan pasien gawat darurat
Definisi Operasional	Kematian < 24 jam adalah kematian yang terjadi dalam priode 24 jam sejak pasien datang
Frekuensi pengumpulan data	Tiga bulan
Periode Analisa	Tiga bulan
Numerator	Jumlah pasien yang meninggal dalam priode < 24 jam sejak pasien datang
Denominator	Jumlah seluruh pasien yang ditangani di gawat darurat
Sumber Data	Rekam Medik
Standar	2 Perseribu
Penanggung Jawab Pengumpul Data	Kepala gawat darurat

II. PELAYANAN RAWAT INAP

1

Judul	Pemberian pelayanan di rawat inap (dokter spesialis dan tenaga perawat yang minimal berijazah D3)
Dimensi Mutu	Kompetensi teknis

Tujuan	Tersedianya pelayanan rawat inap oleh tenaga yang kompeten
Definisi Operasional	Pemberian pelayanan rawat inap adalah dokter spesialis dan tenaga perawat yang kompeten (minimal D3)
Frekuensi pengumpulan data	6 bulan
Periode Analisa	6 bulan
Numerator	Jumlah tenaga dokter spesialis dan perawat yang sesuai dengan ketentuan
Denominator	Jumlah seluruh tenaga dokter dan perawat yang melayani di rawat inap
Sumber Data	Kepegawaian
Standar	100%
Penanggung Jawab	Kepala instalasi rawat jalan
Pengumpul Data	

2

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

3

Judul	Ketersediaan pelayanan rawat inap
Dimensi Mutu	Akses
Tujuan	Tersedianya jenis pelayanan rawat inap yang minimal harus ada di Rumah Sakit
Definisi Operasional	Pelayanan rawat inap adalah pelayanan rumah sakit yang diberikan kepada pasien tirah baring di rumah sakit
Frekuensi pengumpulan data	3 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jenis - jenis pelayanan rawat inap spesialistik yang ada (kuantitatif)
Denominator	Tidak ada
Sumber Data	Register Rawat inap
Standar	Minimal kesehatan anak, penyakit dalam, kebidanan, dan bedah
Penanggung Jawab	Kepala instalasi rawat inap
Pengumpul Data	

4

Judul	Jam visite dokter spesialis
Dimensi Mutu	Akses, kesinambungan pelayanan
Tujuan	Tergambarnya kepedulian tenaga medis terhadap ketepatan waktu pemberian pelayanan
Definisi Operasional	Visite dokter spesialis adalah kunjungan dokter spesialis setiap hari sesuai dengan ketentuan waktu kepada setiap pasien yang menjadi tanggung jawabnya, yang dilakukan antara jam 10.00 sampai dengan 14.00
Frekuensi pengumpulan data	tiap bulan

data	
Periode Analisa	Tiap tiga bulan
Numerator	Jumlah visite dokter spesialis antara jam 10.00 sampai dengan 14.00 yang di survey
Denominator	Jumlah pelaksanaan visite dokter spesialis yang di survey
Sumber Data	Survey
Standar	100%
Penanggung Jawab Pengumpul Data	Kepala instalasi rawat inap / Komite medik / Panitia mutu

5

Judul	Kejadian infeksi nosokomial
Dimensi Mutu	Keselamatan. Kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya mutu dan profesionalisme pelayanan keperawatan
Definisi Operasional	Infeksi nosokomial adalah infeksi yang dialami oleh pasien yang diperoleh selama dirawat di rumah sakit
Frekuensi pengumpulan data	tiap bulan
Periode Analisa	Tiap bulan
Numerator	Jumlah pasien yang mengalami infeksi nosokomial dalam satu bulan
Denominator	Jumlah seluruh pasien yang dirawat selama satu bulan
Sumber Data	Rekam medis
Standar	1,5%
Penanggung Jawab Pengumpul Data	Ketua komite keperawatan / komite mutu / tim mutu

6

Judul	Tidak adanya kejadian pasien jatuh yang berakibat kecacatan/Kematian
Dimensi Mutu	Keselamatan pasien
Tujuan	Tergambarnya pelayanan keperawatan yang aman bagi pasien
Definisi Operasional	Kejadian pasien jatuh adalah kejadian pasien jatuh selama dirawat baik akibat jatuh dari tempat tidur, di kamar mandi, dsb, yang berakibat kecacatan/kematian
Frekuensi pengumpulan data	tiap bulan
Periode Analisa	Tiap bulan
Numerator	Jumlah pasien dirawat dalam bulan tersebut dikurangi jumlah pasien yang jatuh dan berakibat kecacatan atau kematian
Denominator	Jumlah pasien dirawat dalam bulan tersebut
Sumber Data	Rekam medis
Standar	100%
Penanggung Jawab Pengumpul Data	Kepala instalasi rawat inap

7

Judul	Kematian pasien > 48 jam
Dimensi Mutu	Keselamatan dan efektivitas
Tujuan	Tergambarnya pelayanan pasien rawat inap di rumah sakit yang aman dan efektif
Definisi Operasional	Kematian pasien > 48 jam adalah kematian yang terjadi sesudah periode 48 jam setelah pasien rawat inap masuk rumah sakit
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode Analisa	1 bulan
Numerator	Jumlah kejadian kematian pasien rawat inap > 48 jam dalam satu bulan
Denominator	Jumlah seluruh pasien yang dirawat dalam satu bulan
Sumber Data	Rekam medis

Standar	0,24%
Penanggung Jawab Pengumpul Data	Ketua komite mutu / tim mutu

8

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

9

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

III. PELAYANAN RAWAT JALAN

1

Judul	Pemberi pelayanan di poliklinik spesialis
Dimensi Mutu	Kompetensi tehnis
Tujuan	Tersedianya pelayanan poliklinik oleh tenaga spesialis yang kompeten
Definisi Operasional	Poliklinik spesialis adalah poliklinik pelayanan rawat jalan di rumah sakit yang dilayani oleh dokter spesialis
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah hari buka poliklinik spesialis yang dilayani oleh dokter spesialis dalam waktu satu bulan
Denominator	Jumlah seluruh hari buka poliklinik spesialis dalam satu bulan
Sumber Data	Register rawat jalan poliklinik spesialis
Standar	100%

Penanggung Jawab Pengumpul Data	Kepala instalasi rawat jalan
------------------------------------	------------------------------

2

Judul	Ketersediaan pelayanan rawat jalan
Dimensi Mutu	Akses
Tujuan	Tersedianya jenis pelayanan rawat jalan spesialisistik yang minimal harus ada di rumah sakit
Definisi Operasional	Pelayanan Rawat jalan adalah pelayanan rawat jalan spesialisistik yang dilaksanakan di rumah sakit
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jenis - jenis pelayanan rawat jalan spesialisistik yang ada (kualitatif)
Denominator	Tidak ada
Sumber Data	Register rawat jalan
Standar	Minimal kesehatan anak, penyakit dalam, kebidanan dan bedah
Penanggung Jawab Pengumpul Data	Kepala instalasi rawat jalan

3

Judul	Buka pelayanan sesuai ketentuan
Dimensi Mutu	Akses
Tujuan	Tersedianya pelayanan rawat jalan spesialisistik pada hari kerja di rumah sakit
Definisi Operasional	Jam buka pelayanan adalah jam dimulainya pelayanan rawat jalan oleh tenaga spesialis jam buka 08.00 s.d. 13.00 setiap hari kerja kecuali jum'at
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah hari pelayanan rawat jalan spesialisistik yang buka sesuai ketentuan dalam satu bulan
Denominator	Jumlah seluruh hari pelayanan rawat jalan spesialisistik dalam satu bulan
Sumber Data	Register rawat jalan
Standar	100%
Penanggung Jawab Pengumpul Data	Kepala instalasi rawat jalan

4

Judul	Waktu tunggu di rawat jalan
Dimensi Mutu	Akses
Tujuan	Tersedianya pelayanan rawat jalan spesialisistik pada hari kerja di rumah sakit yang mudah dan cepat di akses oleh pasien
Definisi Operasional	Waktu tunggu adalah waktu yang diperlukan mulai pasien mendaftar sampai dilayani oleh dokter spesialis
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah kumulatif waktu tunggu pasien rawat jalan yang disurvei
Denominator	Jumlah seluruh pasien rawat jalan yang di survei
Sumber Data	Survei pasien rawat jalan
Standar	60 menit
Penanggung Jawab Pengumpul Data	Kepala instalasi rawat jalan/ komite mutu / tim mutu

5

Judul	Kepuasan pelanggan pada rawat jalan
--------------	--

Dimensi Mutu	Kenyamanan
Tujuan	Terselenggaranya pelayanan rawat jalan yang mampu memberikan kepuasan pelanggan
Definisi Operasional	Kepuasan adalah pernyataan tentang persepsi pelanggan terhadap pelayanan yang diberikan
Frekuensi pengumpulan data	Setiap bulan
Periode Analisa	3 bulan sekali
Numerator	Jumlah kumulatif rerata penilaian kepuasan pasien rawat jalan yang di survei
Denominator	Jumlah seluruh pasien rawat jalan yang di survei (minimal n = 50)
Sumber Data	survei
Standar	90%
Penanggung Jawab Pengumpul Data	Kepala instalasi rawat jalan/ panitia mutu / tim mutu

IV. PELAYANAN KAMAR BEDAH

1

Judul	Waktu tunggu operasi efektif
Dimensi Mutu	Efektifitas, kesinambungan pelayanan, efisiensi
Tujuan	Tergambarnya kecepatan penanganan antrian pelayanan bedah
Definisi Operasional	Waktu tunggu operasi efektif adalah tenggang waktu mulai dokter memutuskan untuk operasi yang terencana sampai dengan operasi mulai dilaksanakan
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah kumulatif waktu tunggu operasi yang terencana dari seluruh pasien yang dioperasi dalam satu bulan
Denominator	Jumlah pasien yang dioperasi dalam bulan tersebut
Sumber Data	Rekam medis
Standar	2 hari
Penanggung Jawab Pengumpul Data	Ketua instalasi bedah sentral

2

Judul	Kejadian kematian di meja operasi
Dimensi Mutu	Keselamatan, efektifitas

Tujuan	Tergambarkannya efektifitas pelayanan bedah sentral dan anastesi dan kepedulian terhadap keselamatan pasien
Definisi Operasional	Kematian di meja operasi adalah kematian yang terjadi diatas meja operasi pada saat operasi berlangsung yang diakibatkan oleh tindakan anastesi maupun tindakan pembedahan
Frekuensi pengumpulan data	Tiap bulan dan sentinel event
Periode Analisa	Tiap bulan dan sentinel event
Numerator	Jumlah pasien yang meninggal di meja operasi dalam satu bulan
Denominator	Jumlah pasien yang dilakukan tindakan pembedahan dalam satu bulan
Sumber Data	Rekam medis
Standar	1%
Penanggung Jawab Pengumpul Data	Kepala Instalasi bedah sentral / komite medis

3

Judul	Tidak adanya kejadian operasi salah sisi
Dimensi Mutu	Keselamatan pasien
Tujuan	Tergambarkannya kepedulian dan ketelitian instalasi bedah sentral terhadap keselamatan pasien
Definisi Operasional	Kejadian operasi salah sisi adalah kejadian dimana pasien dioperasi pada sisi yang salah, misalnya yang semestinya dioperasi pada sisi kanan, ternyata yang dilakukan operasi adalah pada sisi kiri atau sebaliknya
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan dan sentinel event
Periode Analisa	1 bulan dan sentinel event
Numerator	Jumlah pasien yang dioperasi dalam waktu satu bulan dikurangi jumlah pasien yang dioperasi salah sisi dalam waktu satu bulan
Denominator	Jumlah pasien yang dioperasi dalam waktu satu bulan
Sumber Data	Rekam medis
Standar	100%
Penanggung Jawab Pengumpul Data	Kepala Instalasi bedah sentral / komite medis

4

Judul	Tidak adanya kejadian operasi salah orang
Dimensi Mutu	Keselamatan pasien
Tujuan	Tergambarkannya kepedulian dan ketelitian instalasi bedah sentral terhadap keselamatan pasien
Definisi Operasional	Kejadian operasi salah orang adalah kejadian dimana pasien dioperasi pada orang yang salah
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan dan sentinel event
Periode Analisa	1 bulan dan sentinel event
Numerator	Jumlah pasien yang dioperasi dalam waktu satu bulan dikurangi jumlah operasi salah orang dalam waktu satu bulan
Denominator	Jumlah pasien yang dioperasi dalam waktu satu bulan
Sumber Data	Rekam medis
Standar	100%
Penanggung Jawab Pengumpul Data	Kepala Instalasi bedah sentral / komite medis

5

Judul	Tidak adanya kejadian salah tindakan pada operasi
Dimensi Mutu	Keselamatan pasien
Tujuan	Tergambarkannya ketelitian dalam pelaksanaan operasi dan kesesuaiannya tindakan operasi dengan rencana yang telah ditetapkan
Definisi Operasional	Kejadian salah tindakan pada operasi adalah kejadian pasien mengalami tindakan operasi yang tidak sesuai dengan yang direncanakan

Frekuensi pengumpulan data	1 bulan dan sentinel event
Periode Analisa	1 bulan dan sentinel event
Numerator	Jumlah pasien yang dioperasi dalam satu bulan dikurangi jumlah pasien yang mengalami salah tindakan operasi dalam satu bulan
Denominator	Jumlah pasien yang dioperasi dalam waktu satu bulan
Sumber Data	Rekam medis
Standar	100%
Penanggung Jawab Pengumpul Data	Kepala Instalasi bedah sentral / komite medis

6

Judul	Tidak adanya kejadian tertinggalnya benda asing pada tubuh pasien setelah operasi
Dimensi Mutu	Keselamatan pasien
Tujuan	Tergambarkannya ketelitian dan kecermatan dokter bedah dalam melaksanakan tindakan operasi
Definisi Operasional	Kejadian tertinggalnya benda asing adalah kejadian dimana benda asing seperti kapas, gunting, peralatan operasi dalam tubuh pasien akibat suatu tindakan pembedahan
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan dan sentinel event
Periode Analisa	1 bulan dan sentinel event
Numerator	Jumlah pasien yang dioperasi dalam satu bulan dikurangi jumlah pasien yang mengalami tertinggalnya benda asing dalam tubuh akibat operasi dalam satu bulan
Denominator	Jumlah pasien yang dioperasi dalam waktu satu bulan
Sumber Data	Rekam medis
Standar	100%
Penanggung Jawab Pengumpul Data	Kepala Instalasi bedah sentral / komite medis

7

Judul	Komplikasi anastesi karena overdosis, reaksi anastesi dan salah penempatan endotracheal tube
Dimensi Mutu	Keselamatan pasien
Tujuan	Tergambarkannya kecermatan tindakan anastesi dan monitoring pasien selama proses pembedahan berlangsung
Definisi Operasional	Komplikasi anastesi adalah kejadian yang tidak diharapkan sebagai akibat komplikasi anastesi antara lain karena overdosis, reaksi anastesi dan salah penempatan endotracheal tube
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan dan sentinel event
Periode Analisa	1 bulan dan sentinel event
Numerator	Jumlah pasien yang mengalami komplikasi anastesi dalam satu bulan
Denominator	Jumlah pasien yang dioperasi dalam waktu satu bulan
Sumber Data	Rekam medis
Standar	100%
Penanggung Jawab Pengumpul Data	Kepala Instalasi bedah sentral / komite medis

8

Judul	Kejadian infeksi pasca operasi
Dimensi Mutu	Keselamatan, kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya pelaksanaan operasi dan perawatan pasca operasi yang bersih sesuai standar
Definisi Operasional	Infeksi pasca operasi adalah adanya infeksi nosokomial pada semua kategori luka sayatan operasi bersih yang dilaksanakan di rumah sakit dan ditandai oleh rasa panas (kalor), kemerahan (color), pengerasan (tumor), dan keluarnya nanah (pus) dalam waktu lebih dari 3 x 24 jam

Frekuensi pengumpulan data	tiap bulan
Periode Analisa	tiap bulan
Numerator	Jumlah pasien yang mengalami infeksi pasca operasi dalam satu bulan
Denominator	Jumlah seluruh pasien yang dioperasi dalam satu bulan
Sumber Data	Rekam medis
Standar	maksimum 1,5 %
Penanggung Jawab Pengumpul Data	Ketua komite medik / komite mutu / tim mutu

V. PELAYANAN PERSALINAN

1

Judul	Kejadian kematian ibu karena persalinan
Dimensi Mutu	Keselamatan
Tujuan	Mengetahui mutu pelayanan rumah sakit terhadap pelayanan kasusu
Definisi Operasional	<p>Kematian ibu mencakup : perdarahan, pre-eklamsia, sepsis</p> <p>Perdarahan adalah perdarahan yang terjadi pada saat kehamilan semua skala persalinan dan nifas</p> <p>Pre-eklampsia dan eklampsia mulai terjadi pada kehamilan tri mester kedua, Pre-eklampsia dan eklampsia merupakan kumpulan dari dua dari tiga tanda, yaitu</p> <ul style="list-style-type: none"> * Tekanan darah sistolik > 160 mmHg dan diastolik > 110 mmHg * Protein uria > 5 gr/24 jam 3+/-4+ pada pemeriksaan kualitatif * Oedem tungkai <p>Eklampsia adalah landa pre-eklampsia yang disertai dengan kejang dan atau penurunan kesadaran</p> <p>Sepsis adalah tanda - tanda sepsis yang terjadi akibat penanganan aborsi, persalinan dan nifas yang tidak ditangani dengan tepat oleh pasien atau penolong</p>
Frekuensi pengumpulan data	Tiap bulan
Periode Analisa	Tiap tiga bulan
Numerator	Jumlah kematian pasien persalinan karena perdarahan, pre-eklampsia/eklampsia atau sepsis (masing - masing penyebab)
Denominator	Jumlah pasien - pasien persalinan dengan perdarahan, pre-eklampsia/eklampsia dan sepsis
Sumber Data	Rekam medis Rumah Sakit

Standar	Perdarahan < 1 %, pre-eklampsia < 30%, sepsis < 0,2 %
Penanggung Jawab Pengumpul Data	Komite medik

2

Judul	Pemberi pelayanan persalinan normal
Dimensi Mutu	Kompetensi teknis
Tujuan	Tersedianya pelayanan persalinan normal oleh tenaga yang kompeten
Definisi Operasional	Pemberi pelayanan persalinan normal adalah dokter Sp. OG, dokter umum terlatih (asuhan persalinan normal) dan bidan
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah tenaga dokter Sp. OG, dokter umum terlatih (asuhan persalinan normal) dan bidan
Denominator	Jumlah seluruh tenaga dokter dan bidan yang melayani persalinan normal
Sumber Data	Kepegawaian
Standar	100%
Penanggung Jawab Pengumpul Data	Komite mutu

3

Judul	Pemberi pelayanan persalinan dengan penyulit
Dimensi Mutu	Kompetensi teknis
Tujuan	Tersedianya pelayanan persalinan normal oleh tenaga yang kompeten
Definisi Operasional	Pemberi pelayanan persalinan dengan penyulit adalah dokter Sp. OG. Penyulit dalam persalinan meliputi???
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah tenaga dokter Sp. OG
Denominator	Jumlah seluruh tenaga dokter yang melayani persalinan dengan penyulit
Sumber Data	Kepegawaian
Standar	100%
Penanggung Jawab Pengumpul Data	Komite mutu

4

Judul	Pemberi pelayanan persalinan dengan tindakan operasi
Dimensi Mutu	Kompetensi teknis
Tujuan	Tersedianya pelayanan persalinan dengan tindakan operasi oleh tenaga yang kompeten
Definisi Operasional	Pemberi pelayanan persalinan dengan tindakan operasi adalah dokter Sp. OG, dokter spesialis anak, dokter spesialis anastesi
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah tenaga dokter Sp. OG, dokter spesialis anak, dokter spesialis anastesi
Denominator	Jumlah seluruh tenaga dokter yang melayani persalinan dengan tindakan operasi
Sumber Data	Kepegawaian
Standar	100%
Penanggung Jawab Pengumpul Data	Komite mutu

5

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

6

Judul	Pertolongan persalinan melalui seksio cesaria
Dimensi Mutu	Efektifitas, keselamatan dan efisiensi
Tujuan	Tergambarnya pertolongan persalinan dirumah sakit yang sesuai dengan indikasi dan efisien
Definisi Operasional	Seksio cesaria adalah tindakan persalinan melalui pembedahan abdominal baik efektif maupun emergensi
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah persalinan dengan seksio cesaria dalam satu bulan
Denominator	Jumlah seluruh persalinan dalam satu bulan
Sumber Data	Rekam medis
Standar	20%
Penanggung Jawab	Komite mutu
Pengumpul Data	

7

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

VIII. PELAYANAN PENUNJANG

A. PELAYANAN RADIOLOGI

1

Judul	Waktu tunggu hasil pelayanan Thorax foto
Dimensi Mutu	Efektifitas, kesinambungan pelayanan, efisiensi
Tujuan	Tergambarnya kecepatan pelayanan radiologi
Definisi Operasional	Waktu tunggu hasil pelayanan thorax foto adalah tenggang waktu mulai pasien di foto sampai dengan menerima hasil yang sudah diekspertisi
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah kumulatif waktu tunggu hasil pelayanan thorax foto dalam satu bulan
Denominator	Jumlah pasien yang di foto thorax dalam bulan tersebut
Sumber Data	Rekam medis
Standar	Maksimum 3 jam
Penanggung Jawab	Kepala instalasi radiologi
Pengumpul Data	

2

Judul	Pelaksana ekspertisi
Dimensi Mutu	Kompetensi tehnis
Tujuan	Tersedianya pelayanan radiologi dengan tenaga yang kompeten
Definisi Operasional	Pemberi pelayanan intensif adalah dokter spesialis radiologi
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah tenaga dokter spesialis radiologi
Denominator	Jumlah seluruh tenaga dokter yang melaksanakan ekspertisi hasil radiologi
Sumber Data	Kepegawaian
Standar	100%
Penanggung Jawab	Komite medik / mutu
Pengumpul Data	

3

Judul	Kejadian kegagalan pelayanan rontgen
Dimensi Mutu	Efektifitas dan efisiensi
Tujuan	Tergambarnya efektifitas dan efisiensi pelayanan rontgen
Definisi Operasional	Kegagalan pelayanan rontgen adalah kerusakan foto yang tidak dapat dibaca
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan

Numerator	Jumlah foto rusak yang tidak dapat dibaca dalam 1 bulan
Denominator	Jumlah seluruh pemeriksaan foto dalam 1 bulan
Sumber Data	Register radiologi
Standar	Maksimal 2%
Penanggung Jawab	Kepala instalasi radiologi
Pengumpul Data	

3

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

B. PELAYANAN LAB. PATOLOGI KLINIK

1

Judul	Waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium
Dimensi Mutu	Efektifitas, kesinambungan pelayanan, efisiensi
Tujuan	Tergambarnya kecepatan pelayanan laboratorium
Definisi Operasional	Waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium adalah tenggan waktu mulai pasien diambil sample sampai dengan menerima hasil yang sudah diekspertisi
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah kumulatif waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium pasien yang disurvei dalam satu bulan
Denominator	Jumlah pasien yang di periksa di laboratorium yang disurvei dalam bulan tersebut
Sumber Data	Survei
Standar	Maksimal 140 menit (manual)
Penanggung Jawab	Kepala instalasi laboratorium
Pengumpul Data	

2

Judul	Pelaksana ekspertisi
Dimensi Mutu	Kompetensi teknis
Tujuan	Tersedianya pelayanan laboratorium patologi klinik yang kompeten
Definisi Operasional	Pemberi pelayanan intensif adalah dokter spesialis patologi klinik
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan

Numerator	Jumlah tenaga dokter spesialis patologi klinik
Denominator	Jumlah seluruh tenaga dokter yang melaksanakan ekspertisi hasil laboratorium patologi klinik
Sumber Data	Kepegawaian
Standar	100%
Penanggung Jawab	Komite medik / mutu
Pengumpul Data	

3

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

4

Judul	Peralatan laboratorium yang terkalibrasi tepat waktu sesuai dengan ketentuan kalibrasi
Dimensi Mutu	Keselamatan dan efektifitas
Tujuan	Tergambarnya akurasi pelayanan laboratorium
Definisi Operasional	Kalibrasi adalah pengujian kembali terhadap kelayakan peralatan laboratorium oleh Balai Pengamanan Fasilitas Kesehatan (BPFK)
Frekuensi pengumpulan data	1 tahun
Periode Analisa	1 tahun
Numerator	Jumlah seluruh alat laboratorium yang dikalibrasi tepat waktu dalam satu tahun
Denominator	Jumlah alat laboratorium yang perlu dikalibrasi dalam satu tahun
Sumber Data	Buku registrasi
Standar	100%
Penanggung Jawab	Kepala instalasi laboratorium
Pengumpul Data	

5

Judul	Kepuasan pelanggan
Dimensi Mutu	Kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya persepsi pasien terhadap mutu pelayanan laboratorium patologi klinik
Definisi Operasional	Kepuasan pelanggan adalah pernyataan puas oleh pelanggan terhadap pelayanan pelayanan laboratorium patologi klinik
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah kumulatif hasil penilaian kepuasan dari pasien yang disurvei (dalam prosen)
Denominator	Jumlah total pasien yang disurvei (n minimal 50)
Sumber Data	Survei
Standar	80%

Penanggung Jawab Pengumpul Data	Ketua komite mutu / tim mutu
---------------------------------	------------------------------

C. PELAYANAN FARMASI

1.a

Judul	Waktu tunggu pelayanan obat jadi
Dimensi Mutu	Efektifitas, kesinambungan pelayanan, efisiensi
Tujuan	Tergambarnya kecepatan pelayanan farmasi
Definisi Operasional	Waktu tunggu pelayanan obat jadi adalah tenggang waktu mulai pasien menyerahkan resep sampai dengan menerima obat jadi
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah kumulatif waktu tunggu pelayanan obat jadi pasien yang di survei dalam satu bulan
Denominator	Jumlah pasien yang di survei dalam bulan tersebut
Sumber Data	Survei
Standar	30 menit
Penanggung Jawab Pengumpul Data	Kepala instalasi farmasi

1.b

Judul	Waktu tunggu pelayanan obat racikan
Dimensi Mutu	Efektifitas, kesinambungan pelayanan, efisiensi
Tujuan	Tergambarnya kecepatan pelayanan farmasi
Definisi Operasional	Waktu tunggu pelayanan obat racikan adalah tenggang waktu mulai pasien menyerahkan resep sampai dengan menerima obat racikan
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah kumulatif waktu tunggu pelayanan obat racikan pasien yang di survei dalam satu bulan
Denominator	Jumlah pasien yang di survei dalam bulan tersebut
Sumber Data	Survei
Standar	60 menit
Penanggung Jawab Pengumpul Data	Kepala instalasi farmasi

2

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

Standar	100%
Penanggung Jawab Pengumpul Data	Kepala instalasi farmasi

3

Judul	Kepuasan pelanggan
Dimensi Mutu	Kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya
Definisi Operasional	Kesalahan pemberian obat meliputi : 1. Salah dalam memberikan jenis obat 2. Salah dalam memberikan dosis 3. Salah orang 4. Salah jumlah
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah seluruh pasien instalasi farmasi yang disurvei dikurangi jumlah pasien yang mengalami kesalahan pemberian obat
Denominator	Jumlah seluruh pasien instalasi farmasi yang di survei
Sumber Data	Survei
Standar	100%
Penanggung Jawab Pengumpul Data	Kepala instalasi farmasi

D. PELAYANAN GIZI

1

Judul	Ketepatan waktu pemberian makanan kepada pasien
Dimensi Mutu	Efektifitas, akses, kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya efektifitas pelayanan instalasi gizi
Definisi Operasional	Ketepatan waktu pemberian makanan kepada pasien adalah ketepatan penyediaan makanan pada pasien sesuai dengan jadwal yang telah ditentukan
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah pasien rawat inap yang disurvei yang mendapat makanan tepat waktu dalam satu bulan
Denominator	Jumlah seluruh pasien rawat inap yang di survei
Sumber Data	Survei
Standar	90%
Penanggung Jawab Pengumpul Data	Kepala instalasi gizi / kepala instalasi rawat inap

2

Judul	Sisa makanan yang tidak termakan oleh pasien
Dimensi Mutu	Efektifitas dan efisiensi
Tujuan	Tergambarnya efektifitas dan efisiensi pelayanan instalasi gizi
Definisi Operasional	Sisa makanan adalah proporsi makanan yang tersisa yang tidak dimakan oleh pasien
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah kumulatif proporsi sisa makanan dari pasien yang disurvei dalam satu bulan
Denominator	Jumlah pasien yang di survei dalam satu bulan
Sumber Data	Survei
Standar	20%
Penanggung Jawab Pengumpul Data	Kepala instalasi gizi / kepala instalasi rawat inap

3

Judul	Tidak adanya kesalahan dalam pemberian diet
Dimensi Mutu	Keamanan, efisiensi
Tujuan	Tergambarnya kesalahan dan efisiensi pelayanan instalasi gizi
Definisi Operasional	Kesalahan dalam memberikan diet adalah kesalahan dalam memberikan jenis diet
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah pemberian makanan yang disurvei dikurangi jumlah pemberian makanan yang salah diet
Denominator	Jumlah pasien yang di survei dalam satu bulan
Sumber Data	Survei
Standar	100%
Penanggung Jawab Pengumpul Data	Kepala instalasi gizi / kepala instalasi rawat inap

E. PELAYANAN TRANSFUSI DARAH

1

Judul	Pemenuhan kebutuhan darah bagi setiap pelayanan transfusi
Dimensi Mutu	Keselamatan dan kesinambungan pelayanan
Tujuan	Tergambarnya kemampuan Bank darah rumah sakit dalam menyediakan kebutuhan darah
Definisi Operasional	Cukup jelas
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah permintaan kebutuhan darah yang dapat dipenuhi dalam 1 bulan
Denominator	Jumlah seluruh permintaan darah dalam 1 bulan
Sumber Data	Survei
Standar	100%
Penanggung Jawab Pengumpul Data	Yang bertanggung jawab terhadap pengelolaan bank darah

2

Judul	Kejadian reaksi transfusi
Dimensi Mutu	Keselamatan
Tujuan	Tergambarnya manajemen resiko pada UTD
Definisi Operasional	Reaksi transfusi adalah
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah kejadian reaksi transfusi dalam satu bulan
Denominator	Jumlah seluruh pasien yang mendapat transfusi dalam satu bulan
Sumber Data	Rekam medis
Standar	0,01%
Penanggung Jawab Pengumpul Data	Kepala UTD

F. PENGELOLAAN LIMBAH

1

Judul	Baku mutu limbah cair
Dimensi Mutu	Keselamatan
Tujuan	Tergambarnya kepedulian rumah sakit terhadap keamanan limbah cair rumah sakit
Definisi Operasional	Baku mutu adalah standar minimal pada limbah cair yang dianggap aman bagi kesehatan, yang merupakan ambang batas yang ditolerir dan diukur dengan indikator : BOD (Biological oxygen demand) : 30 mg / liter COD (Chemical oxygen demand) : 80 mg / liter TSS (Total suspended solid) 30 mg / liter PH : 6 - 9
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Hasil laboratorium pemeriksaan limbah cair rumah sakit yang sesuai dengan baku mutu
Denominator	Jumlah seluruh pemeriksaan limbah cair
Sumber Data	Hasil pemeriksaan
Standar	100%
Penanggung Jawab Pengumpul Data	Kepala IPRS

2

Judul	Pengolahan limbah padat berbahaya sesuai dengan aturan
Dimensi Mutu	Keselamatan
Tujuan	Tergambarnya mutu penanganan limbah padat infeksius di rumah sakit
Definisi Operasional	Limbah padat berbahaya adalah sampah padat akibat proses pelayanan yang mengandung bahan - bahan yang tercemar jasad renik yang dapat menularkan penyakit dan / atau dapat mencederai, antara lain : 1. Sisa jarum suntik 2. Sisa ampul 3. Kasa bekas 4. Sisa jaringan
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah limbah padat yang dikelola sesuai dengan standar operating prosedur yang diamati
Denominator	Jumlah total proses pengolahan limbah padat yang diamati
Sumber Data	Hasil pengamatan
Standar	100%
Penanggung Jawab Pengumpul Data	Kepala IPRS / Kepala K 3 RS

G. PELAYANAN AMBULANCE

Judul	Kecepatan memberikan pelayanan ambulance di rumah sakit
Dimensi Mutu	Kenyamanan, Keselamatan
Tujuan	Tergambarnya ketanggapan rumah sakit dalam menyediakan kebutuhan pasien

	akan ambulance
Definisi Operasional	Kecepatan memberikan pelayanan ambulance adalah waktu yang dibutuhkan mulai permintaan ambulance diajukan oleh pasien / keluarga pasien di rumah sakit sampai tersedianya ambulance. Maksimal 30 menit
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah penyediaan ambulance yang tepat waktu dalam 1 bulan
Denominator	Jumlah seluruh permintaan ambulance dalam satu bulan
Sumber Data	Catatan penggunaan ambulance
Standar	100%
Penanggung Jawab Pengumpul Data	Komite mutu

H. PELAYANAN PEMULASARAN JENAZAH

Judul	Kecepatan pelayanan pemulasaraan jenazah
Dimensi Mutu	Kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya kepedulian rumah sakit terhadap kebutuhan pasien akan pemulasaraan jenazah
Definisi Operasional	Waktu pelayanan pemulasaraan jenazah adalah waktu yang dibutuhkan mulai pasien dinyatakan meninggal sampai dengan jenazah mulai ditangani oleh petugas
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Total kumulatif waktu pelayanan pemulasaraan jenazah pasien yang diamati dalam satu bulan
Denominator	Total pasien yang diamati dalam satu bulan
Sumber Data	Hasil pengamatan
Standar	2 jam
Penanggung Jawab Pengumpul Data	Komite mutu

IX. PELAYANAN GAKIN / ASKESKIN

Judul	Pelayanan terhadap pasien GAKIN / ASKESKIN yang datang ke RS pada setiap unit pelayanan
Dimensi Mutu	Askes
Tujuan	Tergambarnya kepedulian rumah sakit terhadap masyarakat miskin
Definisi Operasional	Keluarga miskin adalah(sesuai dengan definisi yang ada)
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah pasien GAKIN yang dilayani rumah sakit dalam satu bulan
Denominator	Jumlah seluruh pasien GAKIN yang datang kerumah sakit dalam satu bulan
Sumber Data	Register pasien
Standar	100%
Penanggung Jawab Pengumpul Data	Direktur Rumah Sakit

MANAJEMEN

I. MANAJEMEN MUTU

Judul	Jumlah pasien yang menyatakan puas terhadap pelayanan rumah sakit semakin meningkat tiap tahunnya
Dimensi Mutu	Aksesibilitas, kenyamanan, hak azasi manusia
Tujuan	Mengetahui tingkat kepuasan pasien terhadap pelayanan rumah sakit

Definisi Operasional	Persentasi pasien yang menyatakan puas terhadap pelayanan berdasarkan hasil survei dengan instrumen yang baku
Frekuensi pengumpulan data	3 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah pasien yang disurvei secara acak yang menyatakan puas
Denominator	Jumlah seluruh pasien yang disurvei secara acak
Sumber Data	Tim survei kepuasan pelanggan dan subbag. Informasi dan pemasaran sosial
Standar	> 70 %
Penanggung Jawab Pengumpul Data	Komite mutu rumah sakit

II. MANAJEMEN SUMBER DAYA MANUSIA

1

Judul	Tindak lanjut penyelesaian hasil pertemuan tingkat direksi
Dimensi Mutu	Efektifitas
Tujuan	Tergambarnya kepedulian direksi terhadap upaya perbaikan pelayanan di RS
Definisi Operasional	Tindak lanjut penyelesaian hasil pertemuan tingkat direksi adalah pelaksanaan tindak lanjut yang harus dilakukan oleh peserta pertemuan terhadap kesepakatan atau keputusan yang telah diambil dalam pertemuan tersebut sesuai permasalahan pada bidang masing - masing
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Hasil keputusan pertemuan direksi yang ditindak lanjuti dalam satu bulan
Denominator	Total hasil keputusan yang harus ditindaklanjuti dalam satu bulan
Sumber Data	Notulen rapat
Standar	100%
Penanggung Jawab Pengumpul Data	Direktur Rumah Sakit

2

Judul	Kelengkapan laporan akuntabilitas kinerja
Dimensi Mutu	Efektifitas, efisiensi
Tujuan	Tergambarnya kepedulian administrasi rumah sakit dalam menunjukkan akuntabilitas kinerja pelayanan
Definisi Operasional	Akuntabilitas kinerja ialah perwujudan kewajiban rumah sakit untuk mempertanggung jawaban keberhasilan / kegagalan pelaksanaan misi organisasi dalam mencapai tujuan dan sasaran yang telah ditetapkan melalui pertanggung jawaban secara periodik. Laporan akuntabilitas kinerja yang lengkap adalah Laporan akuntabilitas kinerja minimal dilakukan 3 bulan sekali
Frekuensi pengumpulan data	1 tahun
Periode Analisa	1 tahun
Numerator	Laporan akuntabilitas kinerja yang lengkap dan dilakukan minimal 3 bulan dalam satu tahun
Denominator	Jumlah laporan akuntabilitas yang seharusnya disusun dalam satu tahun
Sumber Data	Bagian tata usaha
Standar	100%
Penanggung Jawab Pengumpul Data	Direktur

3

Judul	Ketepatan waktu pengusulan kenaikan pangkat
Dimensi Mutu	Efektifitas, efisiensi, kenyamanan

Tujuan	Tergambarnya kepedulian rumah sakit terhadap tingkat kesejahteraan pegawai
Definisi Operasional	Usulan kenaikan pangkat pegawai dilakukan dua periode dalam satu tahun yaitu bulan april dan oktober
Frekuensi pengumpulan data	1 tahun
Periode Analisa	1 tahun
Numerator	Jumlah pegawai yang diusulkan tepat waktu sesuai periode kenaikan pangkat dalam satu tahun
Denominator	Jumlah seluruh pegawai yang seharusnya diusulkan kenaikan pangkat dalam satu tahun
Sumber Data	Sub Bag Kepegawaian
Standar	100%
Penanggung Jawab Pengumpul Data	Kepala Bagian tata usaha

4

Judul	Karyawan yang mendapat pelatihan minimal 20 jam pertahun
Dimensi Mutu	Kompetensi teknis
Tujuan	Tergambarnya kepedulian rumah sakit terhadap kualitas sumber daya manusia
Definisi Operasional	Pelatihan adalah semua kegiatan peningkatan kompetensi karyawan yang dilakukan baik di rumah sakit ataupun diluar rumah sakit yang bukan merupakan pendidikan formal. Minimal per karyawan 20 jam per tahun
Frekuensi pengumpulan data	1 tahun
Periode Analisa	1 tahun
Numerator	Jumlah karyawan yang mendapat pelatihan minimal 20 jam pertahun
Denominator	Jumlah seluruh karyawan rumah sakit
Sumber Data	Sub Bag Kepegawaian
Standar	60%
Penanggung Jawab Pengumpul Data	Kepala Bagian tata usaha

III. MANAJEMEN KEUANGAN

1

Judul	Ketepatan waktu penyusunan laporan keuangan
Dimensi Mutu	Efektifitas
Tujuan	Tergambarnya disiplin pengelolaan keuangan rumah sakit
Definisi Operasional	Laporan keuangan meliputi realisasi anggaran dan arus kas laporan keuangan harus diselesaikan sebelum tanggal 10 setiap bulan berikutnya
Frekuensi pengumpulan data	3 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah laporan keuangan yang diselesaikan sebelum tanggal 10 setiap bulan berikutnya dalam tiga bulan
Denominator	Jumlah laporan keuangan yang harus diselesaikan dalam tiga bulan

Sumber Data	Sub Bag Keuangan
Standar	100%
Penanggung Jawab Pengumpul Data	Kepala Bagian Tata Usaha

2

Judul	Kecepatan waktu pemberian informasi tentang tagihan pasien rawat inap
Dimensi Mutu	Efektifitas, kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya kecepatan pelayanan informasi pembayaran pasien rawat inap
Definisi Operasional	Informasi tagihan pasien rawat inap meliputi semua tagihan pelayanan yang telah diberikan Kecepatan waktu pemberian informasi tagihan pasien rawat inap adalah waktu mulai pasien dinyatakan boleh pulang oleh dokter sampai dengan informasi tagihan diterima oleh pasien
Frekuensi pengumpulan data	Tiap bulan
Periode Analisa	tiap 3 bulan
Numerator	Jumlah kumulatif waktu pemberian informasi tagia pasien rawat inap yang diamati dalam satu bulan
Denominator	Jumlah total pasien rawat inap yang diamati dalam satu bulan
Sumber Data	Hasil pengamatan
Standar	Maksimal 2 jam
Penanggung Jawab Pengumpul Data	Bagian keuangan

3

Judul	Ketepatan waktu pengurusan kenaikan gaji berkala
Dimensi Mutu	Efektifitas, kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya kepedulian rumah sakit terhadap kesejahteraan pegawai
Definisi Operasional	Kenaikan gaji berkala adalah
Frekuensi pengumpulan data	Satu tahun
Periode Analisa	Satu tahun
Numerator	Jumlah pegawai yang mendapatkan SK kenaikan gaji berkala tepat waktu dalam satu tahun
Denominator	Jumlah seluruh pegawai yang seharusnya memperoleh kenaikan gaji berkala dalam satu tahun
Sumber Data	Sub Bag Kepegawaian
Standar	100%
Penanggung Jawab Pengumpul Data	Kepala bagian tata usaha

4

Judul	Cost recovery
Dimensi Mutu	Efektifitas, efisiensi
Tujuan	Tergambarnya tingkat kesehatan keuangan rumah sakit
Definisi Operasional	Cost recovery adalah jumlah pendapatan fungsional dalam periode waktu tertentu dibagi dengan jumlah pembelanjaan operasional dalam periode waktu tertentu
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah pendapatan fungsional dalam satu bulan
Denominator	Jumlah pembelanjaan operasional dalam satu bulan
Sumber Data	Sub bag keuangan
Standar	40%
Penanggung Jawab Pengumpul Data	Kepala bagian tata usaha

IV. SARANA DAN PRASARANA

1

Judul	Kecepatan waktu menanggapi kerusakan alat
Dimensi Mutu	Efektifitas, efisiensi, kesinambungan pelayanan
Tujuan	Tergambarnya kecepatan dan ketanggapan dalam
Definisi Operasional	Kecepatan waktu menanggapi alat yang rusak adalah waktu yang 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 Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah laporan kerusakan alat yang ditanggapi kurang atau sama dengan 15 menit dalam satu bulan
Denominator	Jumlah seluruh laporan kerusakan alat dalam satu bulan
Sumber Data	Catatan laporan kerusakan alat
Standar	80%
Penanggung Jawab Pengumpul Data	Kepala IPRS

2

Judul	Ketepatan waktu pemeliharaan alat
Dimensi Mutu	Efektifitas, efisiensi, kesinambungan pelayanan
Tujuan	Tergambarnya ketepatan dan ketanggapan dalam pemeliharaan alat
Definisi Operasional	Waktu pemeliharaan alat adalah waktu yang menunjukkan periode pemeliharaan / service untuk tiap - tiap alat sesuai ketentuan yang berlaku
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah alat yang dilakukan pemeliharaan (service) tepat waktu dalam satu bulan
Denominator	Jumlah seluruh alat yang seharusnya dilakukan pemeliharaan dalam satu bulan
Sumber Data	Register pemeliharaan alat
Standar	100%
Penanggung Jawab Pengumpul Data	Kepala IPRS

V. SISTEM INFORMASI

1

Judul	Kelengkapan pengisian rekam medik 24 jam setelah selesai pelayanan
Dimensi Mutu	Kesinambungan pelayanan dan keselamatan
Tujuan	Tergambarnya tanggung jawab dokter dalam kelengkapan informasi rekam medik
Definisi Operasional	Rekam medik yang lengkap adalah rekam medik yang telah diisi lengkap oleh dokter dalam waktu < 24 jam setelah selesai pelayanan
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah rekam medik yang disurvei dalam 1 bulan yang diisi lengkap
Denominator	Jumlah rekam medik yang disurvei dalam 1 bulan
Sumber Data	Survei
Standar	100%
Penanggung Jawab Pengumpul Data	Kepala instalasi rekam medik / wadir pelayanan medik

2

Judul	Kelengkapan informed concent setelah mendapatkan informasi yang jelas
Dimensi Mutu	Keselamatan
Tujuan	Tergambarnya tanggung jawab dokter untuk memberikan informasi kepada pasien dan mendapat persetujuan dari pasien akan tindakan medik yang akan dilakukan
Definisi Operasional	Informed concent adalah persetujuan yang diberikan pasien / keluarga pasien atas dasar penjelasan mengenai tindakan medik yang akan dilakukan terhadap pasien tersebut
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah pasien yang mendapatkan tindakan medik yang disurvei yang mendapat informasi lengkap sebelum memberikan persetujuan tindakan medik dalam satu bulan
Denominator	Jumlah pasien yang mendapat tindakan medik yang disurvei dalam 1 bulan
Sumber Data	Survei
Standar	100%
Penanggung Jawab Pengumpul Data	Kepala instalasi rekam medik

3

Judul	Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat jalan
Dimensi Mutu	Efektivitas, kenyamanan, efisiensi
Tujuan	Tergambarnya kecepatan pelayanan pendaftaran rawat jalan
Definisi Operasional	Dokumen rekam medis rawat jalan adalah dokumen rekam medis pasien baru atau pasien lama yang digunakan pada pelayanan rawat jalan pasien tersebut
Frekuensi pengumpulan data	Tiap bulan
Periode Analisa	Tiap 3 bulan
Numerator	Jumlah kumulatif waktu penyediaan rekam medis rawat jalan yang diamati
Denominator	Total penyediaan rekam medis yang diamati
Sumber Data	Hasil survei pengamatan di ruang pendaftaran rawat jalan
Standar	Rerata 10 menit
Penanggung Jawab Pengumpul Data	Kepala instalasi rekam medik

4

Judul	Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat inap
Dimensi Mutu	Efektivitas, kenyamanan, efisiensi
Tujuan	Tergambarnya kecepatan pelayanan rekam medis rawat inap
Definisi Operasional	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 diputuskan untuk rawat inap oleh dokter sampai rekam medik rawat inap tersedia dibangsal pasien
Frekuensi pengumpulan data	Tiap bulan
Periode Analisa	Tiap 3 bulan
Numerator	Jumlah kumulatif waktu penyediaan rekam medis rawat inap yang diamati
Denominator	Total penyediaan rekam medis rawat inap yang diamati
Sumber Data	Hasil survei pengamatan di ruang pendaftaran rawat jalan
Standar	Rerata 15 menit
Penanggung Jawab Pengumpul Data	Kepala instalasi rekam medik

BUPATI LAMPUNG SELATAN,

RYCKO MENOZA SZP

NO	PARAF KOORDINASI
1	SEKDAKAB
2	ASISTEN BID.
3	ASISTEN BID.
4	ASISTEN BID.
5	ASISTEN BID.
6	
7	Direktur RS
8	
9	KABAG HUMAS



PEMERINTAH KABUPATEN LAMPUNG SELATAN

RSUD dr.H.BOB BAZAR.SKM

JL. LETTU ROHANI NO. 14 B, KALIANDA. Telp. (0727) 322159, 322160 FAX. (0727) 322801
KALIANDA - 35513

NOTA DINAS

Kepada Yth : Bapak Bupati Lampung Selatan
Melalui : Kabag. Hukum Sekda Kab. Lampung Selatan
Dari : Direktur RSUD dr. H. BOB BAZAR.SKM Kalianda, Lampung Selatan
Tanggal : 5 Juni 2013
Nomor : 901/...../TV.11/2013
Sifat : Biasa
Lampiran : 1 (satu) berkas
Perihal : Permohonan Pembuatan Perbup Tata Kelola dan SPM RSUD dr. H. BOB BAZAR, SKM.

Dengan hormat,

Berdasarkan Peraturan Pemerintah Nomor : 23 Tahun 2005, tentang Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum dan Peraturan Mendagri Nomor : 61 Tahun 2007 tentang Pedoman Teknis Pengelolaan Badan Layanan Umum Daerah maka perlu ditindaklanjuti dengan disusunnya pola tata kelola bagi Rumah Sakit Umum Daerah yang akan melaksanakan pola pengelolaan Badan Layanan Umum Daerah. Maka dari itu perlu dikeluarkannya Perbup Tata Kelola dan SPM.

Demikian permohonan kami, atas perhatiannya kami ucapkan terima kasih.

Kalianda, 5 Juni 2013
Direktur RSUD dr. H. BOB BAZAR, SKM
Kabupaten Lampung Selatan

dr. JIMMY BANGGAS HUTAPEA, MARS.
NIP : 19601130.198901.1.001