



**BUPATI TORAJA UTARA**  
**PROVINSI SULAWESI SELATAN**

PERATURAN BUPATI TORAJA UTARA  
NOMOR 6 TAHUN 2018

TENTANG

STANDAR PELAYANAN MINIMAL  
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH PONGTIKU

DENGAN RAHMAT TUHAN YANG MAHA ESA

BUPATI TORAJA UTARA,

Menimbang :

- a. bahwa rumah sakit sebagai salah satu sarana kesehatan yang memberikan pelayanan kepada masyarakat memiliki peran yang strategis dalam mempercepat peningkatan derajat kesehatan masyarakat karena itu Rumah Sakit dituntut untuk memberikan pelayanan yang bermutu sesuai dengan standar yang ditetapkan dan dapat menjangkau seluruh lapisan masyarakat;
- b. bahwa untuk melaksanakan ketentuan Pasal 2 Ayat (1) Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 43 Tahun 2016 tentang Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan dan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 129/Menkes/SK/II/2008 tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit, perlu menetapkan tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit;
- c. bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana dimaksud pada huruf a dan huruf b perlu menetapkan Peraturan Bupati Toraja Utara tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit Umum Daerah Pongtiku.

Mengingat :

1. Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2003 tentang Keuangan Negara (Lembaran Negara Republik

- Indonesia Tahun 2003 Nomor 47, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4286);
2. Undang-Undang Nomor 1 Tahun 2004 tentang Perbendaharaan Negara (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 5, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4355);
  3. Undang-Undang Nomor 25 Tahun 2004 tentang Sistem Perencanaan Pembangunan Nasional (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 104, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4421);
  4. Undang-undang Nomor 29 Tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran (Lembaga Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 116, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4431);
  5. Undang- Undang Nomor 33 Tahun 2004 tentang Perimbangan Keuangan Antara Pemerintah Pusat dan Pemerintah Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 126, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4438);
  6. Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 150, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4456);
  7. Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2007 tentang Rencana Pembangunan Jangka Panjang Nasional Tahun 2005-2025 (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2007 Nomor 33, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4700);
  8. Undang-Undang Nomor 28 Tahun 2008 tentang Pembentukan Kabupaten Toraja Utara di Provinsi Sulawesi Selatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2008 Nomor 101, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4874);
  9. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 144, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5063);

10. Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit ( Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 153, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5072)
11. Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 2044, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5587) Sebagaimana telah diubah beberapakali terakhir dengan Undang-Undang Nomor 9 Tahun 2015 tentang Perubahan Kedua Atas Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2015 Nomor 58, Tambahan Lembaran Republik Indonesia Nomor 5679);
12. Peraturan Pemerintah Nomor 32 Tahun 1996 tentang Tenaga Kesehatan (lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 1996 Nomor 49, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 3637);
13. Peraturan Pemerintah Nomor 18 Tahun 2016 Tentang Perangkat Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2016 Nomor 114, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5887);
14. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 43 Tahun 2016 tentang Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan;
15. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 129/Menkes/SK/II/2008 tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit;
16. Peraturan Daerah Kabupaten Toraja Utara Nomor 4 Tahun 2016 Tentang Pembentukan dan Susunan Perangkat Daerah (Lembaran Daerah Kabupaten Toraja Utara Tahun 2016 Nomor 4, Tambahan Lembaran Daerah Kabupaten Toraja Utara Nomor 61).

MEMUTUSKAN:

Menetapkan : PERATURAN BUPATI TENTANG STANDAR PELAYANAN MINIMAL RUMAH SAKIT UMUM DAERAH PONGTIKU

BAB I

KETENTUAN UMUM

Pasal 1

Dalam Peraturan Bupati ini yang dimaksud dengan:

1. Daerah adalah Kabupaten Toraja Utara.
2. Pemerintahan Daerah adalah penyelenggara urusan pemerintahan oleh Pemerintah Daerah dan Dewan Perwakilan Rakyat Daerah yang menyelenggarakan urusan pemerintahan menurut asas otonomi dan tugas pembantuan dengan prinsip Otonomi seluas-luasnya dalam system dan Prinsip Negara Kesatuan Republik Indonesia sebagai mana dimaksud dalam Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945.
3. Pemerintah Daerah adalah Bupati Sebagai unsur penyelenggara Pemerintahan Daerah yang memimpin pelaksanaan urusan Pemerintahan yang menjadi kewenang daerah otonom.
4. Bupati adalah Bupati Toraja Utara.
5. Rumah Sakit Umum Daerah Pongtiku yang selanjutnya ditingkatkan RSUD Pongtiku adalah Rumah Sakit Umum Daerah Pongtiku Kabupaten Toraja Utara.
6. Pelayanan Rumah Sakit adalah pelayanan yang diberikan oleh Rumah sakit Umum Daerah Pongtiku kepada masyarakat yang meliputi pelayanan medik, pelayananan penunjang medik, pelayanan keperawatan, dan pelayanan administrasi manajemen.
7. Standar Pelayanan Minimal bidang kesehatan selanjutnya disingkat SPM kesehatan adalah tolak

ukur kinerja pelayanan kesehatan yang diselenggarakan Daerah.

8. Mutu Pelayanan Kesehatan adalah kinerja yang menunjuk pada tingkat kesempurnaan pelayanan kesehatan, yang disatu pihak dapat menimbulkan kepuasan pada setiap pasien sesuai dengan tingkat kepuasan rata-rata penduduk, serta pihak lain, tata penyelenggaraan sesuai dengan standar dan kode etik profesi yang telah ditetapkan.
9. Dimensi Mutu adalah suatu pandangan dalam menentukan penilaian terhadap jenis dan mutu pelayanan dilihat dari akses, efektifitas, efisiensi, keselamatan dan kenyamanan, kesinambungan pelayanan, kompetensi teknis dan hubungan antar manusia berdasar standar WHO.
10. Kinerja adalah proses yang dilakukan dan hasil yang dicapai oleh suatu organisasi dalam menyediakan produk dalam bentuk jasa pelayanan atau barang kepada pelanggan.
11. Standar adalah nilai tertentu yang telah ditetapkan berkaitan dengan sesuatu yang harus dicapai.
12. Definisi Operasional adalah uraian yang dimaksudkan untuk menjelaskan pengertian dari indikator.
13. Frekuensi Pengumpulan Data adalah frekuensi pengambilan data dari sumber data untuk tiap indikator.
14. Penyebut (denominator) adalah besaran sebagai nilai pembagi dalam rumus indikator kinerja.
15. Sumber Data adalah sumber bahan nyata atau keterangan yang dapat dijadikan dasar kajian.

## BAB II

### MAKSUD, TUJUAN DAN FUNGSI

#### Pasal 2

- (1) SPM RSUD Pongtiku dimaksudkan sebagai acuan dalam melaksanakan perencanaan, pelaksanaan,

pengawasan dan pertanggungjawaban penyelenggaraan SPM Rumah Sakit.

- (2) SPM RSUD Pongtiku bertujuan untuk meningkatkan dan menjamin mutu pelayanan kepada masyarakat.
- (3) SPM RSUD berfungsi :
  - a. sebagai alat untuk menjamin kualitas pelayanan kesehatan RSUD Pongtiku yang diterima oleh masyarakat dalam kondisi paling rata-rata minimal yang harus dicapai pemerintah daerah sebagai penyedia pelayanan bidang kesehatan kepada masyarakat;
  - b. sebagai alat monitoring dan evaluasi serta tolak ukur untuk mengukur keberhasilan kinerja penyelenggaraan urusan wajib yang berkaitan dengan bidang kesehatan kepada masyarakat;
  - c. sebagai dasar penentuan belanja publik dengan prioritas utama pelayanan bidang kesehatan;
  - d. sebagai acuan prioritas perencanaan daerah dan prioritas pembiayaan anggaran pendapatan belanja daerah.

### BAB III

#### JENIS PELAYANAN, INDIKATOR, STANDAR DAN NILAI, BATAS WAKTU PENCAPAIAN DAN URAIAN SPM

##### Bagain Kesatu Jenis Pelayanan

##### Pasal 3

- (1) Semua jenis pelayanan RSUD Pongtiku harus memenuhi SPM.
- (2) Jenis pelayanan RSUD sebagaimana dimaksudkan pada ayat (1) meliputi:
  - a. pelayanan gawat darurat;
  - b. pelayanan rawat jalan;
  - c. pelayanan rawat inap;
  - d. pelayanan bedah sentral;
  - e. pelayanan persalinan dan perinatologi;

- f. pelayanan intensif;
- g. pelayanan radiologi;
- h. pelayanan laboratorium patologi klinik;
- i. pelayanan rehabilitasi medik;
- j. pelayanan farmasi;
- k. pelayanan gizi;
- l. pelayanan transfusi darah;
- m. pelayanan pasien keluarga miskin;
- n. pelayanan rekam medik;
- o. pengelolaan limbah;
- p. administrasi dan manajemen;
- q. pelayanan ambulance mobil jenazah;
- r. perawat jenazah;
- s. pelayanan *laundry*;
- t. pemeliharaan sarana rumah sakit;
- u. pencegahan dan pengendalian infeksi;
- v. pelayanan keamanan.

#### Bagian Kedua

#### Indikator, Nilai Dan Standar, Batas Waktu Pencapaian dan Uraian Standar Pelayanan Minimal

#### Pasal 4

- (1) Indikator Pelayanan RSUD Pongtiku sebagaimana dimaksud dalam Pasal 3 ayat (1), terdiri atas :
  - a. pelayanan gawat darurat, indikator SPM yang menunjukkan :
    - 1. kemampuan gawat darurat dalam menangani kegawatdaruratan yang mengancam jiwa (*Life Saving*) anak dewasa dengan standar pencapaian 100% (seratus persen);
    - 2. pemberian pelayanan gawat darurat yang bersertifikat yang masih berlaku antara lain *Basic Life Support* (BLS)/Penanganan Pertama pada Gawat Darurat (PPGD)/ *General Emergency Life Support* (GELS)/ *Advance Trauma Life Support* (ATLS) dengan standar pencapaian 100% (seratus persen);

3. ketersediaan tim penanggulangan bencana dengan standar pencapaian 1 (satu) tim;
  4. jam buka pelayanan gawat darurat dengan standar pencapaian 24 (dua puluh empat) jam;
  5. waktu tanggap pelayanan dokter di instalasi gawat darurat dengan standar pencapaian paling lima menit terlayani, setelah pasien datang;
  6. tidak adanya pasien yang diharuskan membayar uang muka dengan standar 100% (seratus persen);
  7. kematian pasien paling kurang 24 (dua puluh empat) jam dengan standar 2/1000 (pindah ke pelayanan rawat inap setelah delapan jam); dan
  8. kepuasan pelanggan terhadap pelayanan gawat darurat dengan standar pencapaian lebih dari 70% (tujuh puluh persen).
- b. pelayanan rawat jalan, indikator SPM yang menunjukkan :
1. ketersediaan pelayanan rawat jalan dengan standar minimal sesuai dengan jenis dan klasifikasi rumah sakit;
  2. pemberian pelayanan di poliklinik spesialis dengan standar pencapaian 100% (seratus persen) dokter spesialis;
  3. jam buka pelayanan poli rawat jalan dengan standar waktu jam buka 08.00 samai dengan 13.00 setiap hari kecuali hari jumat 08.00 sampai dengan 11.00 diseluruh rawat jalan;
  4. waktu tunggu di rawat jalan dengan standar paling kurang 60 (enam puluh) menit;
  5. pencapaian rawat jalan *Tuberculosis* (TB) :
    - a. penegakan diagnosis *Tuberculosis* melalui pemeriksaan mikroskopis *Tuberculosis* dengan standar 100% (seratus persen);
    - b. pasien rawat jalan *Tuberculosis* yang ditandatangani dengan strategi DOTS dengan standar pencapaian 100% (seratus persen); dan



- c. pencatatan dan pelaporan *Tuberculosis* di Rumah Sakit dengan standar pencapaian lebih dari 60% (enam puluh persen);
6. pelayanan *Voluntary Counseling Tes Human Immunodeficiency Virus* (VCT HIV) dengan standar pencapaian 100% (seratus persen);
7. perserapan obat sesuai formularium dengan standar pencapaian 100% (seratus persen); dan
8. kepuasan pelanggan dengan standar lebih dari 90% (sembilan puluh persen).
- c. pelayanan rawati inap, indikator SPM menunjukkan :
  1. ketersediaan pelayanan rawat inap dengan standar minimal sesuai dengan jenis dan klasifikasi rumah sakit;
  2. pemberian pelayanan di rawat inap dengan standar sesuai pola ketenagaan, jenis dan kelas rumah sakit;
  3. tempat tidur dengan pengaman dengan standar 100% (seratus persen);
  4. kamar mandi dengan pengaman pegangan tangan dengan standar 100% (seratus persen);
  5. adanya dokter penanggung jawab pasien rawat inap dengan standar pencapaian 100% (seratus persen);
  6. jam kunjungan (*visite*) dokter spesialis dengan standar antara jam 08.00 sampai dengan 14.00 setiap hari kerja;
  7. kejadian infeksi pasca operasi dengan standar paling kurang 1,5% (satu koma lima persen);
  8. kejadian infeksi nosokomial dengan standar paling kurang 9% (sembilan persen);
  9. tidak adanya pasien jatuh yang berakibat kecacatan/kematian dengan standar pencapaian 100% (seratus persen);
  10. pencapaian rawat inap *Tuberculosis* :
    - a. pasien rawat inap *Tuberculosis* yang ditandatangani dengan strategi *Directly Observed Treatment Shortcourse* (DOTS)

- dengan standar pencapaian 100% (seratus persen);
- b. pencatatan dan pelaporan tb di rumah sakit dengan standar pencapaian paling kurang 60% (seratus persen);
11. kejadian pulang sebelum dinyatakan sembuh dengan standar pencapaian paling kurang 5% (lima persen) ;
12. kematian pasien lebih dari 48 jam dengan standar pencapaian paling kurang 0,24% (nol koma dua puluh empat persen); dan
13. kepuasan pasien dengan standar paling kurang 90% (sembilan puluh persen).
- d. pelayanan bedah sentral, indikator SPM yang menunjukkan ;
1. ketersediaan tim operator sesuai dengan kelas rumah sakit;
  2. ketersediaan fasilitas dan alat operasi sesuai dengan kelas rumah sakit;
  3. kemampuan melakukan tindakan operatif standar sesuai dengan kelas rumah sakit;
  4. waktu tunggu operasi elektif dengan standar paling kurang 2 (dua) hari;
  5. tidak adanya kejadian operasi salah sisi dengan standar 100% (seratus persen);
  6. tidak adanya kejadian operasi salah orang dengan standar 100% (seratus persen);
  7. tidak adanya kejadian salah tindakan pada operasi dengan standar 100% (seratus persen);
  8. tidak adanya kejadian tertinggalnya benda asing/lain pada tubuh pasien setelah operasi dengan standar 100% (seratus persen);
  9. kejadian komplikasi anastesi karena overdosis/reaksi anastesi, salah penempatan *Ekstubasi* (ET) standar dengan standar paling kurang 6% (enam persen);
  10. kejadian kematian di meja operasi dengan standar paling kurang 6% (enam persen); dan

11. kepuasan pelanggan dengan standar lebih dari 80% (delapan puluh persen);
- e. persalinan dan patologi, indikator SPM yang menunjukkan :
  1. pemberian pelayanan persalinan normal dengan standar :
    - a. dokter spesialis kandungan dan kebidanan;
    - b. dokter umum terlatih asuhan persalinan normal; dan
    - c. bidan asuhan persalinan normal;
  2. pemberian pelayanan persalinan dengan penyulit dengan standar tim Pelayanan Obstetri Neonatal Emergency Komprehensif (PONEK) yang terlatih;
  3. pemberian pelayanan dengan tindakan operasi dengan standar :
    - a. dokter SpOG;
    - b. dokter SpA; dan
    - c. dokter SpAn;
  4. kemampuan menangani Berat Badan Lahir Rendah (BBLR) 1500-2500 gr dengan standar 100% (seratus persen);
  5. kemampuan menangani bayi dengan asfiksia dengan standar 100% (seratus persen);
  6. pertolongan persalinan melalui seksio sesaria non rujukan dengan standar paling kurang 20% (dua puluh persen);
  7. pelayanan kontrasepsi mantap yang dilakukan oleh tenaga kompeten dengan standar 100% (seratus persen);
  8. konseling pada akseptor kontrasepsi mantap dengan standar 100% (seratus persen);
  9. kejadian kematian ibu karena persalinan dengan standar :
    - a. perdarahan paling kurang 1% (satu persen);
    - b. pre eklampsia paling kurang 30% (tiga puluh persen);
    - c. sepsis paling kurang 0,1% (nol koma satu persen); dan

10. kepuasan pelanggan dengan standar lebih dari 80% (delapan puluh persen).
- f. pelayanan intensif, indikator SPM yang menunjukkan :
1. pemberian pelayanan dengan standar sesuai kelas rumah sakit dan standar Intensive Care Unit (ICU);
  2. ketersediaan fasilitas dan peralatan ICU dengan standar sesuai kelas Rumah Sakit dan standar Intensive Care Unit (ICU);
  3. ketersediaan tempat tidur dengan monitoring dan ventilator sesuai dengan standar kelas rumah sakit dan standar Intensive Care Unit (ICU);
  4. kepatuhan terhadap *hand hygiene* dengan standar 100% (seratus persen);
  5. kejadian infeksi nosokomial dengan standar paling kurang 21% (dua puluh satu persen);
  6. rata-rata yang kembali ke perawatan intensif dengan kasus yang sama paling kurang 72 jam dengan standar paling kurang 3% (tiga persen); dan
  7. kepuasan pelanggan dengan standar paling kurang 70% (tujuh puluh persen).
- g. pelayanan radiologi, indikator SPM yang menunjukkan :
1. pemberi pelayanan radiologi dengan standar :
    - a. dokter spesialis;
    - b. radiologi;
    - c. radiografer;
  2. ketersediaan fasilitas dan peralatan radiologi standar sesuai kelas rumah sakit;
  3. waktu tunggu hasil pelayanan foto thorax dengan standar paling kurang 3% (tiga persen);
  4. kejadian kegagalan pelayanan rontgen, standar kerusakan paling kurang 2% (dua persen);
  5. tidak terjadinya kesalahan pemberian label dengan standar 100% (seratus persen); dan

6. pelaksanaan ekspertisis hasil pemeriksaan radiologi dengan standar dokter spesialis radiologi.
- h. pelayanan patologi klinik, indikator SPM yang menunjukkan :
1. pemberian pelayanan laboratorium patologi klinik standar sesuai kelas rumah sakit;
  2. fasilitas dan peralatan standar sesuai kelas rumah sakit;
  3. waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium patologi klinik dengan standar pencapaian kerusakan paling kurang 120% (seratus dua puluh persen) ;
  4. tidak adanya kejadian tertukar specimen dengan standar 100% (seratus persen);
  5. kemampuan memeriksa *Human Immunodeficiency Virus-Acquired Immunodeficiency Syndrome* (HIV-AIDS) dengan standar tersedia petugas pemeriksa *Human Immunodeficiency Virus-Acquired Immunodeficiency Syndrome* (HIV-AIDS) dan peralatan/reagen 100% (seratus persen);
  6. kemampuan mikroskopik *Tuberculosis* (TB) paru dengan standar tersedia petugas pemeriksa *Tuberculosis* (TB) dan peralatan seperti reagen 100% (seratus persen);
  7. ekspertisi hasil pemeriksaan laboratorium patologi klinik oleh dokter spesialis patologi klinik;
  8. tidak adanya kesalahan pemberian hasil pemeriksaan laboratorium patologi klinik dengan standar 100% (seratus persen);
  9. kesesuaian hasil pemeriksaan baku mutu eksternal dengan standar 100% (seratus persen);
  10. kepuasan pelanggan dengan standar paling kurang 80% (delapan puluh persen).
- i. pelayanan rehabilitasi medik, indikator SPM yang menunjukkan :

1. pemberi pelayanan rehabilitasi medik dengan standar sesuai persyaratan kelas rumah sakit;
  2. fasilitas dan peralatan rehabilitasi medik dengan standar sesuai persyaratan kelas rumah sakit;
  3. tidak adanya kesalahan tindakan rehabilitasi medik dengan standar 100% (seratus persen);
  4. kejadian *drop out* pasien terhadap pelayanan rehabilitasi medik yang direncanakan dengan standar 50% (lima puluh persen); dan
  5. kepuasan pelanggan dengan standar paling kurang 80% (delapan puluh persen).
- j. pelayanan farmasi, indikator SPM yang menunjukkan :
1. pemberian pelayanan farmasi medik dengan standar sesuai persyaratan kelas rumah sakit; dan
  2. fasilitas dan peralatan pelayanan farmasi dengan standar sesuai persyaratan kelas rumah sakit;
- k. pelayanan gizi, indikator SPM yang menunjukkan:
1. pemberian pelayanan gizi dengan standar sesuai pola ketenagaan yang tersedia;
  2. ketersediaan pelayanan konsultasi gizi dengan standar sesuai dengan kelas RSUD Pongtiku;
  3. ketepatan waktu pemberian makanan pada pasien dengan standar paling kurang 90%(Sembilan puluh persen);
  4. tidak adanya kesalahan pemberian diet dengan standar 100% (seratus persen);
  5. Sisa makanan yang tidak termakan oleh pasien dengan standar paling kurang 20% (dua puluh persen); dan
  6. kepuasan pelanggan dengan standar lebih dari 80% (delapan puluh persen).
- l. pelayanan transfusi darah, indikator SPM yang menunjukkan :
1. tenaga penyedia pelayanan bank darah rumah sakit yang sesuai standar;

2. ketersediaan fasilitas dan peralatan bank rumah sakit yang sesuai standar;
  3. kejadian reaksi transfusi dengan standar paling kurang 0.1% (nol koma satu persen);
  4. pemenuhan kebutuhan darah bagi setiap pelayanan transfusi dengan standar 100% (seratus persen); dan
  5. kepuasan pelanggan dengan standar paling kurang 80% (delapan puluh persen).
- m. pelayanan pasien keluarga miskin, indikator SPM yang menunjukkan:
1. ketersediaan pelayanan untuk keluarga miskin dengan standar tersedia pelayanan tersebut;
  2. adanya kebijakan rumah sakit untuk keluarga miskin;
  3. waktu tunggu verifikasi kepesertaan pasien keluarga miskin dengan standar paling kurang 15 (lima belas) menit;
  4. tidak adanya biaya tambahan ditagihkan pada keluarga miskin dengan standar 100% (seratus persen);
  5. semua pasien keluarga miskin yang dilayani dengan standar 100% (seratus persen); dan
  6. kepuasan pelanggan dengan standar paling kurang 80% (delapan puluh persen).
- n. pelayanan rekam medik, indikator SPM yang menunjukkan :
1. pemberi pelayanan rekam medik sesuai persyaratan;
  2. waktu penyedia dokumen rekam medik dengan standar paling kurang 10 (sepuluh) menit;
  3. waktu penyedia dokumen rekam medik rawat inap dengan standar paling kurang 10 (sepuluh) menit;
  4. kelengkapan pengisian rekam 24 jam setelah selesai pelayanan dengan standar 100% (seratus persen);

5. kelengkapan *informed consent* setelah mendapatkan informasi yang jelas dengan standar 100% (seratus persen); dan
  6. kepuasan pelanggan dengan standar lebih dari 80% (delapan puluh persen).
- o. pengelolaan limbah, indikator SPM yang menunjukkan :
1. adanya penanggung jawab pengelola limbah rumah sakit adanya sk direktur sesuai kelas rumah sakit;
  2. ketersediaan fasilitas dan peralatan pengelolaan limbah rumah sakit baik padat maupun cair sesuai peraturan perundang-undangan;
  3. pengelolaan limbah cair sesuai peraturan perundang-undangan;
  4. pengelolaan limbah padat sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan;
  5. baku mutu limbah cair dengan standar :
    - a. BOD < 30 m g/l;
    - b. COD < 80 m g/l;
    - c. TSS < 30 m g/l; dan
    - d. PH 6-9.
- p. administrasi dan manajemen, indikator SPM yang menunjukkan :
1. kelengkapan pengisian jabatan dengan standar paling kurang 90% (sembilan puluh persen);
  2. terdapatnya peraturan internal rumah sakit;
  3. terdapatnya peraturan karyawan rumah sakit;
  4. terdapatnya daftar urutan kepangkatan karyawan;
  5. terdapatnya perencanaan strategis bisnis dan rumah sakit;
  6. terdapatnya perencanaan pengembangan sdm;
  7. tindak lanjut penyelesaian hasil pertemuan singkat direksi dengan standar 100% (seratus persen);



8. ketetapan waktu pengusulan kenaikan pangkat dengan standar 100% (seratus persen);
  9. ketepatan waktu pengusulan kenaikan gaji berkala dengan standar 100% (seratus persen);
  10. pelaksanaan rencana pengembangan sdm dengan standar paling kurang 90% (sembilan puluh persen);
  11. ketepatan waktu penyusunan laporan keuangan dengan standar 100% (seratus persen);
  12. kecepatan waktu pemberi informasi tagihan pasien rawat inap dengan standar paling kurang 2 (dua) jam;
  13. *cost recovery* dengan standar paling kurang 60% (enam puluh persen); dan
  14. kelengkapan pelaporan akuntabilitas kinerja dengan standar 100% (seratus persen).
- q. pelayanan ambulans mobil jenazah, indikator SPM yang menunjukkan :
1. ketersediaan pelayanan ambulans dan mobil jenazah dengan standar 24 (dua puluh empat) jam;
  2. penyediaan pelayanan ambulans dan mobil jenazah dengan standar sopir ambulans terlatih;
  3. ketersediaan mobil ambulans dan mobil jenazah dengan standar mobil ambulans dan mobil jenazah terpisah;
  4. kecepatan memberikan layanan ambulans/mobil jenazah di rumah sakit dengan standar paling kurang 30 (tiga puluh) menit;
  5. waktu tanggap pelayanan/ambulans/mobil jenazah di rumah sakit dengan standar paling kurang 30 (tiga puluh) menit;
  6. tidak terjadi kecelakaan ambulans/mobil jenazah yang menyebabkan kecacatan atau

- kematian dengan standar 100% (seratus persen); dan
7. kepuasan pelanggan dengan standar paling kurang 80% (delapan puluh persen).
- r. perawat jenazah, indikator SPM yang menunjukkan:
1. ketersediaan pelayanan perawat jenazah dengan standar 24 (dua puluh empat) jam;
  2. ketersediaan tenaga dan peralatan kamar jenazah dengan standar sesuai kelas rumah sakit;
  3. ketersediaan tenaga di instalasi perawatan jenazah dengan standar ada sk direktur;
  4. waktu tanggap pelayanan perawatan dengan standar paling kurang 15 (lima belas) menit setelah dikamar jenazah;
  5. perawatan jenazah sesuai standar *universal precaution* dengan standar 100% (seratus persen);
  6. tidak terjadinya kesalahan indentifikasi jenazah dengan standar 100% (seratus persen); dan
  7. ketersediaan linen steril untuk kamar operasi dengan standar 100% (seratus persen).
- s. pelayanan laundry, indikator SPM yang menunjukkan :
1. ketersediaan pelayanan *laundry*;
  2. adanya penanggung jawab *laundry* dengan standar ada sk direktur;
  3. ketersediaan fasilitas dan peralatan pelayanan *laundry*;
  4. ketepatan waktu penyediaan linen untuk ruang rawat inap dan ruang pelayanan dengan standar 100% (seratus persen);
  5. ketepatan pengelolaan linen infeksius dengan standar 100% (seratus persen);
  6. ketersediaan linen dengan standar 2,5 (dua koma lima) - 3 (tiga) set x jumlah tempat tidur; dan
  7. ketersediaan linen steril untuk kamar operasi dengan standar 100% (seratus persen).

t. pemeliharaan sarana rumah sakit, indikator SPM yang menunjukkan:

1. adanya penanggung jawab pemeliharaan sarana rumah sakit dengan standar surat keputusan direktur;
2. ketersediaan bengkel kerja;
3. waktu tanggap kerusakan alat dengan standar paling kurang 80 % (delapan puluh persen);
4. ketepatan waktu pemeliharaan alat dengan standar 100 % (seratus persen);
5. ketepatan waktu kalibrasi alat dengan standar 100% (seratus persen); dan
6. alat ukur dan alat laboratorium yang dikalibrasi tepat waktu dengan standar 100% (seratus persen).

u. pencegahan dan pengendalian infeksi, indikator SPM yang menunjukkan :

1. ketersediaannya anggota tim Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI) yang terlatih dengan standar anggota tim Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI) yang terlatih;
2. ketersediaan Alat Pelindung Diri (APD) di setiap instalasi/ departemen dengan standar lebih dari 60% (enam puluh persen);
3. rencana program Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI) dengan standar ada sk direktur;
4. pelaksanaan program Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI) sesuai rencana dengan standar 100 % (seratus persen);
5. penggunaan APD saat melaksanakan tugas dengan standar 100% (seratus persen); dan
6. pencatatan dan pelaporan infeksi nosokomial + dirumah sakit dengan standar lebih dari 75% (tujuh puluh lima persen).

v. pelayanan keaman, indikator SPM yang menunjukkan:

1. petugas keamanan bersertifikat dengan standar 100% (seratus persen);
2. terdapatnya sistem pengamanan;

3. petugas keamanan melakukan pengawasan keliling rumah sakit setiap jam;
4. evaluasi terhadap sistem pengamanan setiap 3 (tiga) bulan;
5. tidak adanya barang milik pasien, karyawan yang hilang dengan standar 100% (seratus persen); dan
6. kepuasan pasien dengan standar paling kurang 90% (sembilan puluh persen).

#### BAB IV

### PERENCANAAN, PELAKSANAAN, DAN PELAPORAN SPM

#### Bagian Kesatu

#### Perencanaan

#### Pasal 5

- (1) Direktur RSUD Pongtiku bertanggungjawab menyusun perencanaan, dan pencapaian SPM.
- (2) Dalam menyusun perencanaan, dan pencapaian SPM sebagaimana dimaksud pada ayat (1), direktur RSUD Pongtiku melibatkan pejabat struktural dan fungsional.

#### Pasal 6

SPM sebagaimana dimaksud dalam Pasal 4 meliputi jenis pelayanan, indikator, nilai, capaian target/kinerja tahunan dan penanggung jawab sebagaimana tercantum dalam Lampiran yang merupakan bagian tidak terpisahkan dari Peraturan ini.

#### Bagian Kedua

#### Pelaksanaan

#### Pasal 7

SPM dilaksanakan di semua jenis pelayanan RSUD Pongtiku berdasarkan pencapaian indikator target/kinerja tahunan.

## Pasal 8

- (1) Direktur RSUD Pongtiku bertanggung jawab atas penyelenggaraan pelayanan sesuai SPM.
- (2) Penyelenggaraan pelayanan sesuai dengan SPM sebagaimana dimaksud pada ayat (1), dilakukan oleh tenaga/petugas dengan kualifikasi dan kompetensi yang sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

## Bagian Ketiga

### Pelaporan

## Pasal 9

- (1) Direktur RSUD Pongtiku wajib menyampaikan laporan hasil pencapaian target/kinerja penerapan SPM kepada Bupati.
- (2) Atas laporan sebagaimana dimaksud pada ayat (1), Bupati menyampaikan hasil pencapaian target/kinerja penerapan SPM RSUD Pongtiku kepada Gubernur.

## BAB V

### PENGORGANISASIAN

## Pasal 10

Penyelenggaraan pelayanan dasar bidang kesehatan berdasarkan SPM secara operasional dikoordinasikan oleh direktur RSUD Pongtiku.

## BAB VI

### PEMBINAAN DAN PENGAWASAN

#### Bagian Kesatu

#### Pembinaan

## Pasal 11

- (1) Bupati melakukan pembinaan pencapaian target/kinerja tahunan SPM.

- (2) Pembinaan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) meliputi fasilitas, pemberian orientasi umum, petunjuk teknis, bimbingan teknis, pendidikan dan latihan atau bantuan teknis lainnya.
- (3) Bantuan teknis lainnya sebagaimana dimaksud pada ayat (2) mencakup:
  - a. perhitungan sumber daya dan dana yang dibutuhkan untuk mencapai SPM;
  - b. penyusunan rencana pencapaian SPM dan penempatan target tahunan pencapaian SPM;
  - c. penilaian prestasi kerja pencapaian SPM; dan
  - d. pelaporan prestasi kerja pencapaian SPM.

## Bagian Kedua

### Pengawasan

#### Pasal 12

- (1) Bupati melaksanakan pengawasan pencapaian target/kinerja tahunan SPM.
- (2) Dalam melaksanakan pengawasan sebagaimana dimaksudkan pada ayat (1), Bupati dibantu oleh Dewan Pengawas dan Inspektorat.
- (3) Dewan Pengawas sebagaimana dimaksud pada ayat (2) ditetapkan dengan Keputusan Bupati.

#### Pasal 13

- (1) Direktur melaksanakan pengawasan internal untuk menjaga, mengendalikan dan meningkatkan mutu pelayanan sesuai SPM.
- (2) Dalam melaksanakan pengawasan internal sebagaimana dimaksud pada ayat (1), direktur RSUD Pongtiku dapat dibantu pejabat struktural yang ditunjuk.

BAB VII  
PENGANGGARAN

Pasal 14

Anggaran dalam rangka perencanaan, pelaksanaan, pelaporan, pembinaan dan pengawasan SPM sebagaimana dimaksudkan dalam Pasal 5 sampai dengan Pasal 13 dibebankan pada Pendapatan RSUD Pongtiku dan sumber pendapatan lain yang sah sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

BAB VIII  
KETENTUAN PENUTUP


Pasal 15

Peraturan Bupati ini mulai berlaku pada tanggal diundangkan.

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

Ditetapkan di Rantepao  
pada tanggal 10 Januari 2018

BUPATI TORAJA UTARA,



*Paembonan*  
KALATI KU PAEMBONAN

Diundangkan di Rantepao

pada tanggal 10 Januari 2018

PI SEKRETARIS DAERAH  
KABUPATEN TORAJA UTARA,



*Roni Bare*  
REDE RONI BARE

BERITA DAERAH KABUPATEN TORAJA UTARA TAHUN 2018 NOMOR 6

## LAMPIRAN

## PERATURAN BUPATI TORAJA UTARA

## NOMOR 6 TAHUN 2018 TANGGAL

## TENTANG

## STANDAR PELAYANAN MINIMAL RUMAH SAKIT UMUM DAERAH PONGTIKU

## DAFTAR JENIS PELAYANAN PADA RUMAH SAKIT UMUM DAERAH PONGTIKU

NO	DAFTAR PELAYANAN PADA RSUD PONGTIKU	JENIS PADA	INDIKATOR		STANDART	PENCAPAIAN AWAL	RENCANA CAPAIAN SPM					PENANGGUNG JAWAB	
			JENIS	URAIAN			2017	2018	2019	2020	2021		
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12		
1	Pelayanan Gawat Darurat	Input	1	Kemampuan menangani life saving	100%	50%	60%	70%	80%	90%	100%	Kepala Instalasi Gawat Darurat	
			2	Memberikan pelayanan kegawat daruratan yang bersertifikat yang masih berlaku BCTLS/PPGD/GELS/ALS	100	45%	60%	70%	80%	90%	100%	Kasubag Umum dan kepegawaian	
			3	Ketersediaan Tim Penanggulangan bencana	1 Tim	0	1 Tim	2 Tim	3 Tim	4 Tim	5 Tim	Kepala Instalasi Gawat Darurat	
		Proses	4	Jam Buka Pelayanan gawat Darurat	24 Jam	24 Jam	24 Jam	24 Jam	24 Jam	24 Jam	24 Jam	24 Jam	Kepala Instalasi Gawat Darurat
			5	Waktu Tanggap pelayanan dokter di gawat darurat	< 5 Menit terlayani, setelah pasien datang	10 Menit	6 Menit	5 Menit	5 Menit	5 Menit	4 Menit	Kepala Instalasi Gawat Darurat/ Ketua Tim Mutu/ Panitia Mutu	
			6	Tidak adanya pasien yang diharuskan membayar uang muka	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Kepala Instalasi Gawat Darurat RSUD Pongtiku	
		Out Put	7	Kematian pasien ≤ 8 Jam	≤ 2 perseribu (Pindah ke pelayanan rawat inap setelah 8 jam)	6/1000	4/1000	2/1000	2/1000	2/1000	2/1000	Kepala Instalasi Gawat Darurat RSUD Pongtiku	
			8	Kepuasan pelanggan	≥ 70 %	55%	65%	70%	70%	70%	70%	Kepala Instalasi Gawat Darurat/ Ketua Tim Mutu/ Panitia Muta	
2	Rawat Jalan	Input	1	Ketersediaan Pelayanan	Minimal sesuai dengan jenis dan klasifikasi RS	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Kepala Instalasi Rawat jalan	
			2	Pemberi pelayanan di klik spesialis	100% Dokter spesialis	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Kepala Instalasi Rawat jalan	



		Proses	3	Jam Buka Pelayanan	100% (08.00 s/d 12.00 Setiap hari kerja kecuali Jumat 08.00 - 11.00 di seluruh rawat jalan)	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Kepala Instalasi Rawat jalan		
			4	Waktu Tunggu di rawat jalan	≤ 60 menit	47 Menit	40 Menit	40 Menit	35 Menit	25 Menit	25 Menit	Kepala Instalasi Rawat jalan		
			5	Penegakan Diagnosis Tuberkolosis melalui pemeriksaan mikroskopis Tuberkolosis	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Kepala Instalasi Rawat jalan		
			6	Pasien Rawat Jalan TB yang ditandatangani dengan strategi DOTS	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Kepala Instalasi Rawat jalan		
			7	Ketersediaan Pelayanan VCT (HIV)	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Kepala Instalasi Rawat jalan		
			Output	8	Perserapan obat sesuai Formularium	100%	72%	80%	90%	100%	100%	100%	Kepala Instalasi Rawat jalan	
				9	Pencatatan dan Pelaporan TB di Rumah Sakit	≥ 60%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Kepala Instalasi Rawat jalan	
		10		Kepuasan Pelanggan	≥ 90%	82%	90%	90%	90%	90%	90%	Kepala Instalasi Rawat jalan		
		3	Rawat Inap	Input	1	Ketersediaan Pelayanan	Sesuai jenis dan kelas RS	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Kepala Instalasi Rawat Inap
					2	Pemberi Pelayanan di Rawat Inap	Sesuai pola ketenagaa, jenis dan Kelas RS	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Kepala Instalasi Rawat Inap
3	Tempat Tidur dengan Pengaman				100%	55%	65%	75%	85%	95%	100%	Kepala Instalasi Rawat Inap		
4	Kamar Mandi Dengan Pengaman Pegangan Tegangan				100%	0%	45%	70%	80%	90%	100%	Kepala Instalasi Rawat Inap		
Proses	5			Dokter Penanggung Jawab Pasien Rawat Inap	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Kepala Instalasi Rawat Inap		
	6			Jam Viste Dokter Spesialis	08.00 s/d 14.00	87.90%	100%	100%	100%	100%	100%	Kepala Instalasi Rawat Inap/Komite Medik/Panitia Mutu		
	7			Kejadian Infeksi Pasca Operasi	≤1.5%	1.5%	1.5%	1.5%	1.5%	1.5%	1.5%	Kepala Instalasi Rawat Inap/Komite Medik/Panitia Mutu		

			8	Kejadian Infeksi Nosokomial	≤ 9%	0	11.5%	10%	9%	9%	9%	Kepala Instalasi Rawat Inap/Komite Medik/Panitia Mutu		
			9	Tidak Adanya Pasien Jauh yang Berakibat cacat atau kematian	100%	90%	95%	100%	100%	100%	100%	100%	Kepala Instalasi Rawat Inap	
			10	Pasien Rawat Jalan TB yang ditandatangani dengan strategi DOTS	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Kepala Instalasi Rawat Inap	
			11	Pencatatan dan Pelaporan TB di RS	≥ 60%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Kepala Instalasi Rawat Inap	
		Out Put	12	Kejadian Pulang sebelum Dinyatakan Sembuh	≤5%	15:39	11%	9%	7%	5%	5%	Ketua Komite Mutu/Tim Mutu		
			13	Kematian pasien ≥ 48 Jam	≤ 0.24%	15.09%	11%	8%	5%	1%	0.2%	Ketua Komite Mutu/Tim Mutu		
		Outcome	14	Kepuasan pasien	≥90%	77.58%	80%	90%	90%	90%	92%	Ketua Komite Mutu/Tim Mutu		
		4	Pelayanan Bedah Sentral	Input	1	Ketersediaan Tim Operator	Sesuai dengan Kelas Rs	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Kepala Instalasi Bedah
					2	Ketersediaan Fasilitas dan Alat Operasi	Sesuai dengan Kelas Rs	50%	60%	70%	80%	90%	100%	Kepala Instalasi Bedah
				Proses	3	Kemampuan melakukan tindakan operatif	Sesuai dengan Kelas Rs	60%	70%	80%	90%	100%	100%	Kepala Instalasi Bedah
					4	Waktu tunggu operasi efektif	≤ 2 hari	2 hari	2 hari	2 hari	2 hari	2 hari	2 hari	Kepala Instalasi Bedah
5	Tidak adanya kejadian operasi salah sisi				100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Kepala Instalasi Bedah/Komite Medik		
6	Tidak adanya kejadian operasi salah orang				100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Kepala Instalasi Bedah/Komite Medik		
7	Tidak adanya kejadian salah tindakan pada operasi				100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Kepala Instalasi Bedah/Komite Medik		
8	Tidak adanya kejadian tertinggalnya benda asing/lain pada tubuh pasien setelah operasi				100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Kepala Instalasi Bedah/Komite Medik		
9	Komplikasi anestesi karena overdosis/reaksi anestesi, salah penempatan ET				≤6%	4%	4%	3%	3%	2%	2%	Kepala Instalasi Bedah/Komite Medik		
Output	10				Kejadian Kmatian di Meja Operasi	≤ 1 %	0%	0%	0%	0%	0%	0%	Kepala Instalasi Bedah/Komite Medik	

		outcome	11 Kepuasan Pelanggan	≥ 80%	0%	75%	80%	80%	85%	Kepala Instalasi Bedah/Komite Medik	
5	Persalinan dan Perinatologi	Input	1 Pemeberi Pelayanan Persalinan Normal	Dr.SPOG/Dokter Umum/Bidan	50%	65%	80%	100%	100%	100%	Kepala KSM Kebidanan
			2 Pemberi Pelayanan Persalinan dengan Penyulit	Tim Ponak Terlatih	0	100%	100%	100%	100%	100%	Kepala KSM Kebidanan
			3 Pemberi Pelayanan dengan Tindakan Operasi	Dokter Sp.Og, Dr.Sp.A,Sp.AN	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Kepala KSM Kebidanan
			4 Kemampuan Menangani BBLR (1500-2500gr)	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Kepala KSM Kebidanan
			5 Kemampuan Menangani Bayi dengan Asfiksia	100%	90%	100%	100%	100%	100%	100%	Komite Medik/Komite Mutu
		Proses	6 Pertolongan Persalinan melalui seksio cesaria non rujukan	≤ 20%	15%	15%	14%	13%	12%	11%	Komite Mutu
			7 Pelayanan Kontrasepsi Mantap yang Dilakukan Oleh Tenaga Kompeten	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Komite Mutu/Tim Mutu
			8 Konseling Pada Akseptor Kontrasepsi Mantap	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Komite Medik/Komite Mutu
		Output	9 Kematian Ibu Karena Persalinan	Perdarahan ≤ 1 % Pre Eklampsia ≤ 30% dan sepsis ≤ 0.2 %	0%	0%	0%	0%	0%	0%	Komite Medik
		Outcome	10 Kepuasan Pelanggan	≥ 80%	0	60%	65%	75%	80%	80%	Komite Medik/Komite Mutu
6	Pelayanan Intensif	Input	1 Pemberi Pelayanan	Sesuai Kelas RS dan Standar ICU	30%	60%	80%	100%	100%	100%	Kepala Instalasi ICU
			2 Ketersediaan Fasilitas dan Peralatan Icu	Sesuai Kelas RS dan Standar ICU	50%	60%	80%	100%	100%	100%	Kepala Instalasi ICU
		Proses	3 Ketersediaan Tempat Tidur dengan Monitoring dan Ventilator	Sesuai Kelas RS dan Standar ICU	75%	75%	75%	100%	100%	100%	Kepala Instalasi ICU
			4 Kepatuhan Terhadap Hand Hygine	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Kepala Instalasi ICU
			5 Kejadian Infeksi Nosokomial	≤ 21 %	0	0	0	0	0	0	Kepala Instalasi ICU
		Output	6 Rata-rata Pasien Kembali Ke Perawatan Intensif dengan Kasus yang sama ≤ 72 Jam	≤ 3 %	3%	3%	3%	3%	3%	3%	Komite Medik/Komite Mutu
		Outcome	7 Kepuasan Pelanggan	≥ 70%	0	60%	65%	70%	70%	75%	Ketua Komite Mutu/Tim Mutu

7	Pelayanan Radiologi	Input	1	Pemberi Pelayanan Radiologi	Dokter Spesialis Radiologi, Radiografer	85%	85%	100%	100%	100%	100%	Kepala Instalasi Radiologi	
			2	Ketersedian Fasilitas dan Peralatan Radiologi	Sesuai Kelas RS	70%	85%	100%	100%	100%	100%	100%	Kepala Instalasi Radiologi
		Proses	3	Waktu Tunggu Hasil Pelayanan Foto Thorax	≤ 3 %	3 Jam	3 Jam	3 Jam	3 Jam	3 Jam	3 Jam	3 Jam	Kepala Instalasi Radiologi
			4	Kerusakan Foto	≤ 3 %	2%	2%	2%	2%	2%	2%	2%	Kepala Instalasi Radiologi
			5	Tidak Terjadinya Kesalahan Pemberian Label	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Kepala Instalasi Radiologi
		Output	6	Pelaksanaan Ekspertisi hasil pemeriksaan Radiologi	dokt sp.Radiologi	0%	95%	100%	100%	100%	100%	100%	Kepala Instalasi Radiologi
		Outcome	7	Kepuasan Pelanggan	≥ 80 %	60%	60%	65%	70%	80%	100%	100%	Kepala Instalasi Radiologi
8	Pelayanan Patologi Klinik	Input	1	Pemberi Pelayanan Laboratorim Patologi Klinik	sesuai kelas rumah sakit	60%	60%	65%	80%	90%	100%	Kepala Instalasi Laboratorium	
			2	Fasilitas dan Peralatan	sesuai kelas rumah sakit	60%	70%	80%	90%	100%	100%	Kepala Instalasi Laboratorium	
		Proses	3	Waktu Tunggu Hasil Pelayanan Laboratorim Patologi Klinik	≤ 120 menit	120 menit	120 menit	120 menit	120 menit	120 menit	120 menit	120 menit	Kepala Instalasi Laboratorium
			4	Tidak adanya Kejadian tertukar specimen	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Kepala Instalasi Laboratorium
			5	Kemampuan Memeriksa HIV-AID	100% tersedia tenaga, peralatan dan reagen	0%	0%	100%	100%	100%	100%	100%	Kepala Instalasi Laboratorium
			6	Kemampuan Mikroskopik TB Paru	100% tersedia tenaga, peralatan dan reagen	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Kepala Instalasi Laboratorium
		Output	7	Ekspertisi Hasil Pemeriksaan Laboratorim Patologi Klinik	Dokter Spesialis Patologi Klinik	0%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Kepala Instalasi Laboratorium
			8	Tidak Adanya Kesalahan Pemberian Hasil Pemeriksaan Laboratorium Patologi Klinik	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Kepala Instalasi Laboratorium
			9	Kesesuaian Hasil Pemeriksaan Baku Mutu Eksternal	100%	80%	85%	90%	95%	100%	100%	100%	Kepala Instalasi Laboratorium
		Outcome	10	Kepuasan Pelanggan	≥80%	75%	78%	79%	80%	80%	85%	85%	Kepala Instalasi Laboratorium
9	Pelayanan Rehabilitasi Medik	Input	1	Pemberi Pelayanan Rehabilitasi Medik	Sesuai Persyaratan Kelas Rumah Sakit	50%	50%	90%	100%	100%	100%	Kepala Instalasi Rehabilitasi Medik	

			2 Fasilitas dan Peralatan Rehabilitasi Medik	Sesuai Persyaratan Kelas Rumah Sakit	40%	50%	60%	75%	85%	100%	Kepala Instalasi Rehabilitasi Medik
		Proses	3 Tidak Adanya Kesalahan Tindakan Rehabilitasi Medik	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Kepala Instalasi Rehabilitasi Medik
		Output	4 Kejadian Drop Out Pasien Terhadap Pelayanan Rehabilitasi Medik Yang Direncanakan	≤ 50%	30%	30%	30%	30%	25%	25%	Kepala Instalasi Rehabilitasi Medik
		OutCome	5 Kepuasan Pelanggan	≥80%	70%	70%	70%	80%	80%	85%	Kepala Instalasi Rehabilitasi Medik
10	Pelayanan Farmasi	Input	1 Waktu tunggu pelayanan								
			a. Obat Jadi	≤ 30 menit	30 menit	25 Menit	20 Menit	15 Menit	15 Menit	15 Menit	Kepala Instalasi Farmasi
			b. Racikan	≤ 60 menit	60 menit	55 Menit	55 Menit	40 Menit	30 Menit	30 Menit	Kepala Instalasi Farmasi
			2 Tidak adanya kejadian kesalahan pemberian obat	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Kepala Instalasi Farmasi
			3 Penulisan resep sesuai	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Kepala Instalasi Farmasi
		OutCome	4 Kepuasan pelanggan	≥ 80 %	80%	80%	85%	90%	95%	100%	Kepala Instalasi Farmasi
11	Pelayanan Gizi	Input	1 Pemberian Pelayanan Gizi	Sesuai Pola Ketenagaan tersedia	60%	75%	75%	75%	90%	100%	Kepala Instalasi Gizi
			2 Ketersediaan Pelayanan Konsultasi Gizi	Sesuai dengan kelas RSUD Kab. Toraja Utara	30%	30%	60%	65%	80%	100%	Kepala Instalasi Gizi
			3 Ketepatan Waktu Pemberaian Makanan Pada Pasien	≤ 90%	90%	95%	95%	95%	95%	95%	Kepala Instalasi Gizi
			4 Tidak Adanya Kesalahan Pemberian Diet	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Kepala Instalasi Gizi
		Output	5 Sisa Makanan yang tidak termakan oleh pasien	≤ 20%	19%	19%	19%	19%	19%	19%	Kepala Instalasi Gizi
		Outcome	6 Kepuasan Pelanggan	≥80%		65%	75%	80%	80%	80%	Survey Pasien
12	Pelayanan Transfusi Darah	Input	1 Tenaga Penyedia Pelayanan Bank Darah Rumah Sakit	Sesuai Standar BDRS	50%	80%	90%	100%	100%	100%	Kepala Instalasi Laboratorium
			2 Ketersediaan Fasilitas dan Peralatan Bank Rumah Sakit	Sesuai Standar BDRS	50%	60%	75%	90%	100%	100%	Standar Alat Bank Darah/ Penanggung Jawab Darah
		Proses	3 Kejadian Reaksi Transfusi	≤ 0.1%	0.1%	0.1%	0.1%	0.1%	0.1%	0.1%	Penanggung Jawab Bank Darah

		Output	4 Pemenuhan Kebutuhan Perarah Bagi Setiap Pelayanan Transsusi	100%	95%		95%	95%	100%	100%	Penanggung Jawab Bank Darah	
		OutCome	5 Kepuasan Pelanggan	≥ 80%	0	60%	70%	75%	80%	80%	Penanggung Jawab Bank Darah	
13	Pelayanan Pasien Keluarga Miskin	Input	1 Ketersediaan Pelayanan Untuk Keluarga Misikin	Tersedia	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Direktur Rumah Sakit	
			2 Adanya Kebijakan RS Untuk Keluarga Miskin	Ada	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Direktur Rumah Sakit	
		Proses	3 Waktu Tunggu Verifikasi Kepesertaan Pasien Keluarga Miskin	≤ 15 Menit	25 Menit	20 Menit	15 Menit	15 Menit	15 Menit	15 Menit	15 Menit	Kepala Instalasi Rawat Jalan/Komite Mutu/ Tim Mutu
			4 Tidak Adanya Biaya Tambahan Ditagihkan Pada Keluarga Miskin	100%	80%	85%	100%	100%	100%	100%	100%	Kepala Instalasi Rawat Jalan/Komite Mutu/ Tim Mutu
		Output	5 Semua Pasien Keluarga Miskin Yang Dilayani	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Direktur Rumah Sakit
		OutCome	6 Kepuasan Pelanggan	≥ 80%	0	60%	65%	70%	75%	80%	80%	Panitia Mutu
14	Pelayanan Rekam Medik	Input	1 Pemberi Pelayanan Rekam Medik	Sesuai Persyaratan	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Kepala Instalasi Rekam Medik	
			Proses	2 Waktu Penyedia Dokumen Rekam Medik	≤ 10 Menit	10 Menit	9 Menit	9 Menit	8 Menit	8 Menit	8 Menit	Kepala Instalsi Rekam Medik
		3 Waktu Penyedia Dokumen Rekam Medik Rawat Inap		≤ 15 Menit	15 Menit	14 Menit	14 Menit	12 Menit	10 Menit	10 Menit	10 Menit	Kepala Instalasi Rekam Medik
		Output	4 Kelengkapan Pengisian Rekam 24 Jam Setelah Selesai Pelayanan	100%	50%	65%	75%	100%	100%	100%	100%	Kepala Instalsi Rekam Medik
			5 Kelengkapan Informed Conccent Setelah Mendapatkan Informasi Yang Jelas	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Kepala Instalasi Rekam Medik
		Out Come	6 Kepuasan Pelanggan	≥ 80%	0	60%	65%	70%	75%	80%	80%	Panitia Mutu
15	Pengelolaan Limbah	Input	1 Adanya Penanggung Jawab Pengelola Limbah Rumah Sakit	Adanya SK Direktur Sesuai Kelas Rumah Sakit ( Permenkes No 1204 Tahun 2004)	100%	100%	100%	100%	100%	100%	SK Penanggung Jawab Pengelolah Limbah	
			2 Ketersediaan Fasilitas dan Peralatan Pengelolaan Limbah Rumah Sakit Baik Padat Maupun Cair	Sesuai Peraturan Perundang-undangan	50%	50%	100%	100%	100%	100%	100%	Kepala Instalasi/Unit Pengelolaan Limbah RS

		Proses	3	Pengelolaan Limbah Cair	Sesuai Peraturan Perundang-undangan	0	0	0%	100%	100%	100%	Kepala Instalasi/Unit Pengelolaan Limbah RS
			4	Pengelolaan Limbah Padat	Sesuai Peraturan Perundang-undangan	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Kepala Instalasi/Unit Pengelolaan Limbah RS
		Out Put	5	Baku Mutu Limbah Cair	BOD < 30 m g/l COD < 80 m g/l TSS < 30 m g/l PH 6-9	0%	0%	0%	100%	100%	100%	Kepala Instalasi/Unit Pengelolaan Limbah RS
16	Administrasi Dan Manajemen	Input	1	Kelengkapan Pengisian Jabatan	≤ 90%	60%	70%	80%	90%	90%	90%	Direktur Rumah Sakit
			2	Peraturan Internal Rumah Sakit	Ada	Ada (Ditetapkan Oleh Direktur)	Ada (Ditetapkan Oleh Direktur)	Ada (Ditetapkan Oleh Direktur)	Ada (Ditetapkan Oleh Direktur)	Ada (Ditetapkan Oleh Direktur)	Ada (Ditetapkan Oleh Direktur)	Direktur Rumah Sakit
			3	Peraturan Karyawan Rumah Sakit	Ada	Ada (Ditetapkan Oleh Direktur)	Ada (Ditetapkan Oleh Direktur)	Ada (Ditetapkan Oleh Direktur)	Ada (Ditetapkan Oleh Direktur)	Ada (Ditetapkan Oleh Direktur)	Ada (Ditetapkan Oleh Direktur)	Direktur Rumah Sakit
			4	Daftar Urutan Kepangkatan Karyawan	Ada	Ada (Diperbarui per 6 Bulan)	Ada (Diperbarui per 6 Bulan)	Ada (Diperbarui per 6 Bulan)	Ada (Diperbarui per 6 Bulan)	Ada (Diperbarui per 6 Bulan)	Ada (Diperbarui per 6 Bulan)	Direktur Rumah Sakit
			5	Perencanaan Strategis Bisnis Dan Rumah Sakit	Ada	Ada	Ada	Ada	Ada	Ada	Ada	Direktur Rumah Sakit
			6	Perencanaan Pengembangan SDM	Ada	Ada	Ada	Ada	Ada	Ada	Ada	Direktur Rumah Sakit
			Proses	7	Tindak Lanjut Penyelesaian Hasil Pertemuan Singkat Direksi	100%	20%	40%	80%	100%	100%	100%
		8	Ketetapan Waktu Pengusulan Kenaikan Pangkat	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Kepala Bagian Tata Usaha	
		9	Ketepatan Waktu Pengusulan Kenaikan Gaji Berkala	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Kepala Bagian Tata Usaha	
		10	Pelaksanaan Rencana Pengembangan SDM	≥ 90%	60%	65%	70%	80%	85%	90%	Bagian Pendidikan Dan Pelatihan	
		11	Ketepatan Waktu Penyusunan Laporan Keuangan	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Kepala Bagian Keuangan	

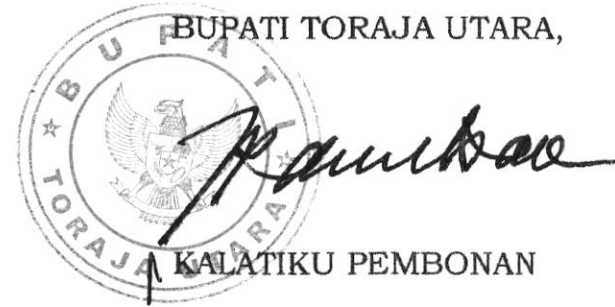
			Kecepatan Waktu Pemberi Informasi Tagihan Pas Rawat Inap	≤ 2 Jam	3 Jam	4 Jam	2 Jam	2 Jam	2 Jam	2 Jam	Bagian Keuangan
			13 Cost Recovery	≥ 60%	16%	20%	35%	45%	60%	60%	Bagian Keuangan
			14 Kelengkapan Pelaporan Akuntabilitas Kinerja	100%	70%	70%	100%	100%	100%	100%	Direktur Rumah Sakit
17	Pelayanan Ambulance Mobil Jenazah	Input	1 Ketersediaan Pelayanan Ambulans dan mobil jenazah	24 Jam	24 Jam	24 Jam	24 Jam	24 Jam	24 Jam	24 Jam	Kepala IGD/ Instalasi Pemulangan Jenazah
			2 Penyediaan pelayanan Ambulans dan mobil jenazah	Sopir Ambulans Terlatih	50%	50%	100%	100%	100%	100%	Kepala Bidang Umum
			3 Ketersediaan Mobil Ambulans dan mobil Jenazah	Mobil Ambulans dan mobil jenazah terpisah	50%	50%	100%	100%	100%	100%	Kepala IGD/ Instalasi Pemulangan Jenazah
		Proses	4 Kecepatan memberikan layanan Ambulans/ Mobil Jenazah di Rumah Sakit	≤ 30 Menit	45 Menit	40 Menit	40 Menit	30 Menit	30 Menit	30 Menit	Penanggung Jawab Ambulans
			5 Waktu tanggap pelayanan / ambulans/ mobil jenazah di rumah sakit	≤ 30 Menit	40 Menit	40 Menit	40 Menit	30 Menit	30 Menit	30 Menit	Penanggung Jawab Ambulans
		Output	6 Tidak terjadi kecelakaan ambulans/ mobil jenazah yang menyebabkan kecacatan atau kematian	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Kepala bidang umum
			7 Kepuasan pelanggan	≥ 80%		60%	60%	≥ 70%	≥ 70%	≥ 70%	Panitia Mutu
18	Perawat Jenazah	Input	1 Ketersediaan Pelayanan Perawat Jenazah	24 Jam	24 Jam	24 Jam	24 Jam	24 Jam	24 Jam	24 Jam	Kepala Instalasi Perawatan Jenazah
			2 Ketersediaan tenaga dan peralatan kamar jenazah	Sesuai kelas Rumah sakit	50%	50%	60%	70%	80%	100%	Kepala Instalasi Perawatan Jenazah
			3 Ketersediaan tenaga di instalasi perawatan jenazah	Ada SK direktur	ada	ada	ada	ada	ada	ada	Kepala Instalasi Perawatan Jenazah
		Proses	4 Waktu Tanggap Pelayanan Perawatan	≤ 15 Menit setelah dikamar jenazah	30 Menit	25 Menit	20 Menit	15 Menit	15 Menit	15 Menit	Kepala Instalasi Perawatan Jenazah
			5 Perawatan Jenazah sesuai standar Universal Precaution	100%	50%	50%	70%	80%	100%	100%	Kepala Instalasi Perawatan Jenazah
			6 Tidak terjadinya kesalahan Identifikasi jenazah	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Kepala Instalasi Perawatan Jenazah



		Outcome	7 Kepala Pelanggan	≥ 80%			70%	75%	≥80%	≥80%	Kepala Instalasi Perawatan Jenasah	
19	Pelayanan Laundry	Input	1 Ketersediaan Pelayanan Laundry	tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Kepala Instalasi Laundry	
			2 Adanya penanggung Jawab Laundry	Ada SK Direktur	ada	Ada	ada	ada	ada	ada	Kepala Instalasi Laundry	
			3 Ketersediaan Fasilitas dan peralatan pelayanan Laundry	Tersedia	50%	50%	60%	60%	70%	80%	Kepala Instalasi Laundry	
		Proses	4 Ketepatan waktu penyediaan linen untuk ruang rawat inap dan ruang pelayanan	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Kepala Instalasi Laundry
			5 Ketepatan pengelolaan Linen infeksius	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Kepala Instalasi Laundry
		Output	6 Ketersediaan Linen	2,5 - 3 set x Jumlah Tempat Tidur	30%	30%	50%	50%	60%	70%	Kepala Instalasi Laundry	
			7 Ketersediaan Linen steril untuk kamar operasi	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Kepala Instalasi Laundry
20	Pemeliharaan Sarana Rumah Sakit	Input	1 Adanya penanggung Jawab Pemelihan Saran Rumah Sakit	SK direktur	ada	ada	ada	ada	ada	ada	Kepaa Instalasi/ Unit Pemeliharaan Sarana	
			2 Ketersediaan Bengkjal Kerja	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Kepala Instalasi/ Unit Pemeliharaan Sarana	
		Proses	3 Waktu Tanggap Kerusakan Alat	≥ 80 %	17%	30%	50%	60%	80%	80%	Kepala IPSRS	
			4 Ketepatan Waktu Pemeliharaan Alat	100%	20%	20%	60%	70%	80%	100%	Kpela IPSRS	
			5 Ketepatan Waktu Kalibrasi Alat	100%	50%	50%	60%	70%	70%	70%	Kepala IPSRS	
		Output	6 Alat Ukur dan alat Laboratorium yang dikalibrasi tepat waktu	100%	50%	50%	50%	70%	85%	100%	Kepala IPSRS	
		21	Pencegahan dan pengendalian Infeksi	Input	1 Ketersediaannya Anggota Tim PPI yang terlatih	Anggota Ttim PPI yang terlatih	30%	100%	100%	100%	100%	100%
2 Ketersediaan APD di setiap Instalasi/ Departemen	≥ 60%				20%	35%	45%	50%	55%	60%	Ketua Tim PPI	
3 Rencana Progeram PPI	Ada SK direktur						ada	ada	ada	ada	Ketua Tim PPI	
Proses	4 Pelaksanaan Program PPI sesuai rencana			100%	0	30%	50%	65%	70%	100%	Ketua Tim PPI	
	5 Penggunaan APD saat melaksanakan Tugas			100%	20%	20%	40%	60%	80%	100%	Ketrua Tim PPI	
Output	6 Pencataan dan pelaporan infeksi Nosokomial + dirumah sakit			≥ 75%	65%	70%	75%	75%	75%	75%	Ketua Tim PPI	

22	Pelayanan Keaman	Input	1	Petugas keaman Bersikat	100%	50%		100%	100%	100%	100%	Kepala Bagian Umum
			2	Sistem pengamanan	Ada	Tidak Ada	30%	40%	50%	70%	80%	Bagian Umum
		Proses	3	Petugas Keamanan Melakukan pengawasan keliling Rumah sakit	Setiap Jam	Per 12 Jam	Per 12 Jam	Per 6 Jam	Setiap Jam	Setiap Jam	Setiap Jam	Bagiam Umum
			4	Evaluasi Terhadap system Pengamanan	Setiap 3 Bulan	Per 6 Bulan	Per 3 Bulan	Per 3 Bulan	Per 3 Bulan	Per 3 Bulan	Per 3 Bulan	Bagian Umum
		Output	5	Tidak Adanya barang milik pasien, karyawan yang hilang	100%	80%	80%	80%	100%	100%	100%	Bagian Umum
		Outcome	6	Kepuasan Pasien	≥ 90%	0	50%	65%	75%	80%	≥ 90%	Bagian Umum

BUPATI TORAJA UTARA,



KALATI KU PEMBONAN