



**BUPATI LAMANDAU
PROVINSI KALIMANTAN TENGAH**

**PERATURAN BUPATI LAMANDAU
NOMOR 19 TAHUN 2017**

TENTANG

**STANDAR PELAYANAN MINIMAL
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH LAMANDAU**

DENGAN RAHMAT TUHAN YANG MAHA ESA

BUPATI LAMANDAU,

Menimbang : bahwa untuk melaksanakan ketentuan Pasal 8 ayat (1) Peraturan Pemerintah Nomor 23 Tahun 2005 tentang Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum dan ketentuan Pasal 55 ayat (1) Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 61 Tahun 2007 tentang Pedoman Teknis Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum Daerah perlu menetapkan Standar Pelayanan Minimal yang ditetapkan dengan Peraturan Bupati.

1. Undang-Undang Nomor 5 Tahun 2002 tentang Pembentukan Kabupaten Katingan, Kabupaten Seruyan, Kabupaten Sukamara, Kabupaten Lamandau, Kabupaten Gunung Mas, Kabupaten Pulang Pisau, Kabupaten Murung Raya, Kabupaten Barito Timur Di Provinsi Kalimantan Tengah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2002 Nomor 18, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4180);
2. Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 244, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5587) sebagaimana telah diubah beberapa kali 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 Negara Republik Indonesia Nomor 5679);
3. Peraturan Pemerintah Nomor 65 Tahun 2005 tentang Pedoman Penyusunan Dan Penerapan Standar Pelayanan Minimal (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2005 Nomor 150, Tambahan Lembaran Negara Republik

Indonesia Nomor 4585) ;

4. Peraturan Pemerintah Nomor 74 Tahun 2012 tentang Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2012 Nomor 171);
5. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 6 Tahun 2007 tentang Petunjuk Teknis Penyusunan dan Penetapan Standar Pelayanan Minimal;
6. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 79 Tahun 2007 tentang Pedoman Penyusunan Rencana Pencapaian Standar Pelayanan Minimal;
7. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor: 741/MENKES/PER/II/2008 tentang Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan Di Kabupaten/Kota.

MEMUTUSKAN :

Menetapkan : **PERATURAN BUPATI TENTANG STANDAR PELAYANAN MINIMAL RUMAH SAKIT UMUM DAERAH LAMANDAU.**

BAB I
KETENTUAN UMUM
Pasal 1

Dalam Peraturan Bupati ini yang dimaksud dengan :

1. Daerah adalah kabupaten Lamandau
2. Pemerintahan Daerah adalah penyelenggaraan urusan pemerintahan oleh pemerintah Daerah dan DPRD menurut asas otonomi dan tugas pembantuan dengan prinsip otonomi seluas-luasnya dalam sistem dan prinsip Negara Kesatuan Republik Indonesia sebagaimana dimaksud dalam Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945.
3. Pemerintah Daerah adalah Bupati dan Perangkat Daerah sebagai unsur penyelenggaraan Pemerintahan Daerah.
4. Rumah Sakit Umum Daerah yang selanjutnya disingkat RSUD Lamandau adalah Rumah Sakit Milik Pemerintah Daerah Kabupaten Lamandau.
5. Pelayanan Rumah Sakit adalah pelayanan yang diberikan oleh Rumah Sakit Umum Daerah Lamandau Kabupaten Lamandau kepada masyarakat yang meliputi pelayanan medik, pelayanan penunjang medik, pelayanan keperawatan, dan pelayanan administrasi manajemen.
6. Standar Pelayanan Minimal yang selanjutnya disingkat SPM adalah ketentuan tentang jenis dan mutu pelayanan dasar yang merupakan urusan wajib daerah yang berhak diperoleh setiap warga secara minimal atau ketentuan tentang spesifikasi teknis tentang tolok ukur layanan minimal yang diberikan oleh rumah sakit kepada masyarakat.
7. Jenis Pelayanan adalah jenis-jenis pelayanan yang diberikan oleh rumah sakit kepada masyarakat.
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 penyelenggaraannya 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 keamanan, kenyamanan, kesinambungan pelayanan, kompetensi teknis dan hubungan antar manusia berdasar standard 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. 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 tolak ukur prestasi kuantitatif/kualitatif yang digunakan untuk mengukur terjadinya perubahan terhadap besaran target dan standar yang telah ditetapkan sebelumnya.
12. Standar adalah nilai tertentu yang telah ditetapkan berkaitan dengan sesuatu yang harus dicapai.
13. Defenisi Operasional adalah uraian yang dimaksudkan untuk menjelaskan pengertian dari indikator.
14. Frekuensi Pengumpulan Data adalah frekuensi pengambilan data dari sumber data untuk tiap indikator.
15. Periode Analisis adalah rentang waktu pelaksanaan kajian terhadap indikator kinerja yang dikumpulkan.
16. Pembilang (numerator) adalah besaran sebagai nilai pembilang dalam rumus indikator kinerja.
17. Penyebut (denominator) adalah besaran sebagai nilai pembagi dalam rumus indikator kinerja.
18. Target atau Nilai adalah ukuran mutu atau kinerja yang diharapkan bisa dicapai.
19. Sumber Data adalah sumber bahan nyata atau keterangan yang dapat dijadikan dasar kajian yang berhubungan langsung dengan persoalan.

Pasal 2

- (1) SPM dimaksudkan untuk panduan bagi daerah dalam melaksanakan perencanaan, pelaksanaan, pengendalian, pengawasan dan pertanggungjawaban penyelenggaraan SPM rumah sakit.
- (2) SPM bertujuan untuk meningkatkan dan menjamin mutu pelayanan kepada masyarakat.

BAB II

JENIS PELAYANAN, INDIKATOR, STANDAR NILAI, BATAS WAKTU PENCAPAIAN DAN URAIAN STANDAR PELAYANAN MINIMAL

Bagian Kesatu

Jenis Pelayanan

Pasal 3

- (1) RSUD Lamandau 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) Jenis pelayanan untuk RSUD Lamandau meliputi :
 - a. pelayanan gawat darurat;
 - b. pelayanan rawat jalan;
 - c. pelayanan rawat inap;

--	--	--	--	--

- d. pelayanan bedah;
- 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 keluarga miskin;
- n. pelayanan rekam medis;
- o. pelayanan limbah;
- p. pelayanan administrasi manajemen;
- q. pelayanan ambulance / kereta jenazah;
- r. pelayanan pemulsaran jenazah;
- s. pelayanan laundry;
- t. pelayanan pemeliharaan sarana rumah sakit; dan
- u. pelayanan pencegahan dan pengendalian infeksi.

Bagian Kedua
Indikator, Standar Nilai, Batas Waktu
Pencapaian dan Uraian SPM
Pasal 4

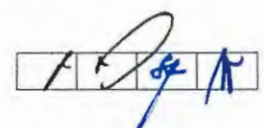
Indikator, Standar (Nilai), Batas Waktu Pencapaian dan Uraian SPM sebagaimana tercantum dalam Lampiran yang merupakan bagian tidak terpisahkan dari Peraturan Bupati ini.

BAB III
PENGORGANISASIAN
Pasal 5

- (1) RSUD Lamandau yang menerapkan Pola Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum Daerah (PPK-BLUD) wajib melaksanakan pelayanan berdasarkan SPM sebagaimana diatur dalam Peraturan Bupati ini.
- (2) Direktur atau Pimpinan RSUD Lamandau bertanggung jawab dalam penyelenggaraan pelayanan yang dipimpinnya, sesuai SPM yang ditetapkan dalam Peraturan Bupati ini.
- (3) Penyelenggaraan pelayanan yang sesuai dengan SPM sebagaimana ayat (1), secara operasional dilaksanakan oleh tenaga dengan kualifikasi dan kompetensi yang sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan dibawah koordinasi bidang pelayanan medik.

BAB IV
PELAKSANAAN
Pasal 6

- (1) Direktur atau Pimpinan RSUD Lamandau yang menyusun rencana bisnis anggaran, target, serta upaya dan pelaksanaan peningkatan mutu pelayanan tahunan rumah sakit yang dipimpinnya berdasarkan SPM.
- (2) Setiap unit kerja pelayanan dan administrasi manajemen RSUD Lamandau, menyusun rencana bisnis anggaran, target, serta upaya dan pelaksanaan peningkatan mutu pelayanan tahunan rumah sakit yang dipimpinnya berdasarkan SPM.



- (3) Setiap pelaksanaan pelayanan, menyelenggarakan pelayanan yang menjadi tugasnya sesuai dengan SPM.

**BAB V
PELAPORAN
Pasal 7**

Hasil pelaksanaan pelayanan yang dilaksanakan oleh semua unit pelayanan yang ada di Rumah Sakit Umum Daerah Lamandau sebagaimana dimaksud pada Pasal 6 ayat (3), dilaporkan secara periodik kepada Bupati melalui Sekretaris Daerah.

**BAB VI
PEMBINAAN DAN PENGAWASAN**

**Bagian kesatu
Pembinaan
Pasal 8**

- (1) Pembinaan RSUD Lamandau yang menerapkan PPK-BLUD dilakukan oleh Bupati Lamandau 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:
 - a. perhitungan sumber daya dan dana yang dibutuhkan untuk mencapai SPM;
 - b. penyusunan rencana pencapaian SPM dan penetapan target tahunan pencapaian SPM;
 - c. penilaian prestasi kerja pencapaian SPM; dan
 - d. pelaporan prestasi kerja pencapaian SPM.

**Bagian Kedua
Pengawasan
Pasal 9**

- (1) Pengawasan operasional dilakukan oleh Pengawas Internal.
- (2) Pengawas internal sebagaimana dimaksud pada ayat (1), berkedudukan langsung dibawah Direktur atau Pimpinan RSUD Lamandau.

Pasal 10

- (1) Pengawas Internal sebagaimana dimaksud dalam Pasal 8 ayat (1), bersama-sama jajaran manajemen RSUD Lamandau menciptakan dan meningkatkan pengendalian internal.
- (2) Fungsi pengendalian internal sebagaimana dimaksud pada ayat (1), membantu manajemen dalam hal tercapainya prestasi kerja agar sesuai dengan SPM.

Pasal 11

- (1) Pembinaan dan pengawasan terhadap RSUD Lamandau selain dilakukan oleh pejabat pembina dan pengawas sebagaimana dimaksud dalam Pasal 7, Pasal 8, dan Pasal 9, dilakukan juga oleh dewan pengawas sesuai dengan peraturan dan perundang-undangan yang berlaku.



- (2) Dewan pengawas sebagaimana dimaksud pada ayat (1), adalah organ yang bertugas melakukan pengawasan terhadap pengelolaan Badan Layanan Umum Daerah.

Pasal 12

Anggaran pelaksanaan pembinaan dan pengawasan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 7, Pasal 8, Pasal 9 dan Pasal 10, dibebankan pada pendapatan operasional RSUD Lamandau yang ditetapkan dalam Rencana Bisnis Anggaran RSUD Lamandau.

BAB VII KETENTUAN PENUTUP Pasal 13

Peraturan Bupati ini mulai berlaku sejak tanggal diundangkan dan berlaku surut sejak tanggal 1 Februari 2017

Agar setiap orang mengetahuinya memerintahkan Pengundangan Peraturan Bupati ini dengan penempatannya dalam Berita Daerah Kabupaten Lamandau.

KABUPATEN LAMANDAU	
SETORAN KANTOR KABUPATEN LAMANDAU	
JURUSAN	PARAF
WAKIL	
STAF	
ASISSTEN	
KAPUSKAM	
KATUMBUH	
PELAKSANA	

Ditetapkan di Nanga Bulik
pada tanggal 22 Februari 2017

BUPATI LAMANDAU.


MARUKAN

Diundangkan di Nanga Bulik
pada tanggal 22 Februari 2017

SEKRETARIS DAERAH KABUPATEN LAMANDAU,



ARIFIN LP. UMBING

BERITA DAERAH KABUPATEN LAMANDAU
TAHUN 2017 NOMOR 521

LAMPIRAN I
PERATURAN BUPATI LAMANDAU
NOMOR 19 TAHUN 2017
STANDAR PELAYANAN MINIMAL RUMAH
SAKIT UMUM DAERAH LAMANDAU.

Indikator dan Standar setiap Jenis Pelayanan

Pelayanan Gawat Darurat

Indikator	Standar
1. Kemampuan menangani <i>life saving</i> anak dan dewasa	1. 100 %
2. Jam buka Pelayanan	2. 24 Jam
3. Pemberi pelayanan bersertifikat BLS/PPGD/GELS/ALS	3. 100 %
4. Ketersediaan tim penganggulangan bencana	4. 1 (satu) Tim
5. Waktu tanggap pelayanan dokter	5. 5 (lima) menit setelah pasien datang
6. Kepuasan Pelanggan	6. 70 %
7. Kematian pasien < 24 jam	7. ≤ 2 %
8. Tidak ada pasien yg diharuskan membayar uang muka	8. 100%

Pelayanan Rawat Jalan

Indikator	Standar
1. Dokter pemberi pelayanan di Klinik Spesialis	1. 100 % Dokter Spesialis (dan Residen dibawah supervisi dr.Sp.)
2. Ketersediaan Pelayanan	2. Pelayanan 4 Spesialistik Dasar
3. Jam buka pelayanan sesuai ketentuan	3. 08.00 -13.00 setiap hari kerja kecuali Jum'at
4. Waktu tunggu	08.00–11.00.
5. Kepuasan Pelanggan	4. ≤ 60 menit
6.	5. 90 %
a. Penegakan diagnosis TB melalui pemeriksaan mikroskop TB	6. a. $\geq 60\%$
b. Terlaksananya kegiatan pencatatan dan pelaporan TB di RS	b. $\geq 60\%$

Pelayanan Rawat Inap

Indikator	Standar
1. Pemberi pelayanan dr.Sp. (Residen dibawah supervisi dr.Sp.) dan perawat minimal- D3	1. a. Dr.spesialis b. perawat min D3
2. Dokter penanggung jawab	2. 100 %
3. Ketersediaan pelayanan	3. a. Anak b. Penyakit Dalam c. Kebidanan d. Bedah
4. Jam visite dokter Spesialis	4. 08.00 s/d 14.00
5. Kejadian infeksi pasca operasi	5. $\leq 1,5$ %
6. Kejadian infeksi nosokomial	6. $\leq 1,5$ %
7. Tidak adanya kejadian pasien jatuh yang berakibat kecacatan/kematian	1. 100 %
8. Kematian pasien > 48 jam	2. $\leq 0,24$ %
9. Kejadian pulang paksa	9. Maksimum 5 %
10. Kepuasan pelanggan	10. ≥ 90 %

Pelayanan Bedah Sentral

Indikator	Standar
1. Waktu tunggu operasi elektif	1. ≤ 2 hari
2. Kejadian kematian di meja operasi	2. ≤ 1 %
3. Tidak adanya kejadian operasi salah sisi	3. 100 %
4. Tidak adanya kejadian operasi salah orang	4. 100 %
5. Tidak adanya kejadian salah tindakan pada operasi	5. 100 %
6. Tidak adanya kejadian tertinggalnya benda asing/lain pada tubuh pasien setelah operasi	6. 100 %
7. Komplikasi anestesi karena overdosis, reaksi anestesi, dan salah penempatan endotracheal tube	7. ≤ 6 %

Pelayanan Persalinan dan Perinatalogi

Indikator	Standar
1. Kejadian kematian ibu karena persalinan	1. a. Perdarahan ≤ 1 % b. Pre-eklampsia ≤ 30 % c. Sepsis $\leq 0,2$ %
2. Pemberi pelayanan persalinan normal.	2. 100 %
3. Pemberi pelayanan persalinan dengan penyulit.	3. 100 %
4. Pemberi pelayanan persalinan dengan tindakan operasi.	4. a. dr.Sp. OG b. dr.sp.A c. dr.sp.An
5. Kemampuan menangani BBLR 1500–2500gr	5. 100 %
6. Pertolongan Persalinan melalui seksio-cesaria	6. $\leq 20\%$
7. Keluarga Berencana	7.
a. Persentase KB (vasektomi & tubektomi) yang dilakukan oleh tenaga kompeten dr. Sp. OG, dr. Sp. B, dr. Sp. U, dr. Umum terlatih	a. 100 %
b. Persentase peserta KB mantap yang mendapat konseling KB mantap oleh bidan terlatih.	b. 100%
8. Kepuasan Pelanggan	8. $\geq 80\%$

Pelayanan Intensif

Indikator	Standar
1. Rata-rata Pasien yang kembali ke perawatan intensif dengan kasus yang sama < 72 jam	1. ≤ 3 %
2. Pemberi pelayanan Unit Intensif : (Dr. Sp. An dan Dr. Sp. lain , perawat D3 dengan sertifikat Perawat mahir ICU / setara)	2. a. Dokter Sp. Anestesi dan dokter spesialis sesuai dengan kasus yang ditangani. b. 100% perawat minimal D3 dengan sertifikat Perawat Mahir ICU / setara D4

Pelayanan Radiologi

Indikator	Standar
1. Waktu tunggu hasil pelayanan thorax-foto	1. ≤ 3 Jam
2. Pelaksana ekspertisi (dr. Sp. Rad)	2. 100 %
3. Kejadian kegagalan pelayanan Rontgen	3. ≤ 2 %
4. Kepuasan pelanggan	4. ≥ 80 %

Pelayanan Laboratorium Patologi Klinik

Indikator	Standar
1. Waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium.	1. ≤ 140 menit
2. Pelaksana ekspertisi (dr.Sp.PK)	2. 100 %
3. Tidak adanya kesalahan pemberian hasil pemeriksaan laboratoriumi	3. 100 %
4. Kepuasan pelanggan	4. ≥ 80 %

Pelayanan Rehabilitasi Medik

Indikator	Standar
1. Kejadian drop out pasien terhadap pelayanan rehabilitasi medik yang direncanakan	1. ≤ 50 %
2. Tidak adanya kejadian kesalahan tindakan rehabilitasi medik	2. 100 %
3. Kepuasan Pelanggan	3. ≥ 80 %

Pelayanan Farmasi

Indikator	Standar
1. Waktu tunggu pelayanan : a. Obat Jadi b. Obat Racikan	1. a. ≤ 30 menit b. ≤ 60 menit
2. Tidak adanya Kejadian kesalahan pemberian obat	2. 100 %
3. Kepuasan pelanggan	3. ≥ 80 %
4. Penulisan resep sesuai formularium	4. 100 %

Pelayanan Gizi

Indikator	Standar
1. Ketepatan waktu pemberian makanan kepada pasien	1. ≥ 90 %
2. Sisa makanan yang tidak termakan oleh pasien	2. ≤ 20 %
3. Tidak adanya kejadian kesalahan pemberian diet	3. 100 %

Pelayanan Transfusi Darah

Indikator	Standar
1. Kebutuhan darah bagi setiap pelayanan transfusi	1. 100 % terpenuhi
2. Kejadian reaksi transfusi	2. $\leq 0,01$ %

Pelayanan Keluarga Miskin

Indikator	Standar
Pelayanan terhadap pasien GAKIN yang datang ke RS pada setiap unit pelayanan	100 % terlayani

Pelayanan Rekam Medik

Indikator	Standar
1. Kelengkapan pengisian rekam medik 24 jam setelah selesai pelayanan	1. 100 %
2. Kelengkapan <i>Informed Consent</i> setelah mendapatkan informasi yang jelas	2. 100 %
3. Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat jalan	3. ≤ 10 menit
4. Waktu penyelesaian dokumen rekam medik pelayanan rawat inap	4. ≤ 15 menit

Pelayanan Pengelolaan Limbah

No	Indikator	Standar
1.	Baku mutu limbah cair.	a. BOD < 30mg/l b. COD < 80mg/l c. TSS < 30mg/l d. pH 6 – 9
2.	Pengelolaan limbah padat infeksius sesuai dengan aturan.	100%

Pelayanan Administrasi Manajemen

Indikator	Standar
1. Tindak lanjut penyelesaian hasil pertemuan direksi.	1. 100%
2. Kelengkapan laporan akuntabilitas kinerja.	2. 100%
3. Ketepatan waktu pengusulan kenaikan pangkat.	3. 100%
4. Ketepatan waktu pengusulan gaji berkala.	4. 100%
5. Karyawan yang mendapat pelatihan minimal 20 jam setahun.	5. $\geq 60\%$
6. <i>Cost Recovery</i> .	6. $\geq 40\%$
7. Ketepatan waktu penyusunan laporan keuangan.	7. 100%
8. Kecepatan waktu pemberian informasi tentang tagihan pasien rawat inap.	8. ≤ 2 jam

Indikator	Standar
9. Ketepatan waktu pemberian imbalan (insentif) sesuai kesepakatan waktu.	9. 100%

Pelayanan Ambulan/Mobil Jenazah

Indikator	Standar
1. Waktu pelayanan ambulan/kereta jenazah	1. 24 Jam
2. Kecepatan memberikan pelayanan ambulan /kereta jenazah di rumah sakit	2. ≤ 30 menit
3. Response time pelayanan ambulan oleh masyarakat yang membutuhkan	3. Sesuai ketentuan daerah

Pelayanan Pemulasaran Jenazah

Indikator	Standar
Kecepatan pelayanan pemulasaran jenazah	≤ 2 Jam

Pelayanan Laundry

Indikator	Standar
1. Tidak adanya kejadian linen yang hilang.	1. 100%
2. Ketepatan waktu penyediaan linen untuk ruang rawat inap.	2. 100%



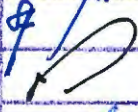


Pelayanan Pemeliharaan Sarana Rumah Sakit

Indikator	Standar
1. Kecepatan waktu menanggapi kerusakan alat.	1. $\geq 80\%$
2. Ketepatan waktu pemeliharaan alat	2. 100%
3. Peralatan laboratorium dan alat ukur yang digunakan dalam pelayanan terkalibrasi tepat waktu sesuai ketentuan kalibrasi.	3. 100%

Pencegah Pengendalian Infeksi

Indikator	Standar
1. Adanya anggota Tim PPI yang terlatih.	1. Anggota Tim PPI yang terlatih 75%

2. Tersedia APD di setiap instalasi.	2. 60%
3. Kegiatan pencatatan dan pelaporan infeksi nosokomial/ (HAI) Health care associated infection di RS (minimal 1 parameter)	3. 75%

BAGIAN HUKUM SETDA KABUPATEN LAMANDAU	
JABATAN	PARAF
WABUP	
SEDA	
ASISTEN	
KABBAG	
KASUBBAG	
PELAKSANA	

Ditetapkan di Nanga Bulik
pada tanggal

BUPATI LAMANDAU,



MARUKAN

Diundangkan di Nanga Bulik
pada tanggal

SEKRETARIS DAERAH KABUPATEN LAMANDAU,



ARIFIN LP. UMBING

LAMPIRAN II
PERATURAN BUPATI LAMANDAU
NOMOR 19 TAHUN 2017
STANDAR PELAYANAN MINIMAL RUMAH SAKIT UMUM
DAERAH LAMANDAU.

BATAS WAKTU PENCAPAIAN STANDAR PELAYANAN MINIMAL RUMAH SAKIT UMUM DAERAH
LAMANDAU.

1. Pelayanan Gawat Darurat

No	Indikator	Standar	Sat	Capaian Awal	Target				
				2016	2017	2018	2019	2020	2021
1.	Kemampuan menangani life saving anak dan dewasa.	100	%	80	90	100	100	100	100
2.	Jam buka pelayanan Gawat Darurat	24	Jam	24	24	24	24	24	24
3.	Pemberi pelayanan kegawat daruratan bersertifikat yang masih berlaku : BLS/PPGD/GELS/ALS	100	%	0	73,9	100	100	100	100
4.	Ketersediaan tim penanggulangan bencana	1	Tim	0	1	1	1	1	1
5.	Waktu tanggap pelayanan dokter di Gawat Darurat	≤ 5	Menit	5	≤ 5	≤ 5	≤ 5	≤ 5	≤ 5
6.	Kepuasan pelanggan.	≥ 70	%	40	45	60	65	70	70
7.	Kematian pasien < 24 jam	≤ 2	%o	2	≤ 2	≤ 2	≤ 2	≤ 2	≤ 2
8.	Tidak adanya pasien yang diharuskan membayar uang muka.	100	%	100	100	100	100	100	100

2. Pelayanan Rawat Jalan

No	Indikator	Standar	Sat	Capaian Awal	Target				
				2016	2017	2018	2019	2020	2021
1.	Dokter pemberi pelayanan di Klinik Spesialis.	100% dr Spesialis	%	25	75	100	100	100	100
2.	Ketersediaan Pelayanan	Pelayanan 13 Spesialistik dan sub spesialisik terbatas	%	25	75	100	100	100	100
3.	Jam buka Pelayanan	08.00 -13.00 setiap hari kerja kecuali Jum'at 08.00–11.00.	%	100	100	100	100	100	100
4.	Waktu tunggu di rawat jalan.	≤ 60menit	Menit	60	60	<60	<60	<60	<60
5.	Kepuasan Pelanggan	≥ 90%	%	80	80	90	90	90	90
6.	a. Penegakan	a. ≥60%	%	a. 100	a. 100	a.100	a.100	a.100	a. 100

No	Indikator	Standar	Sat	Capaian Awal	Target				
				2016	2017	2018	2019	2020	2021
	diagnosa TB melalui pemeriksaan mikroskop TB b. Terlaksananya kegiatan pencatatan & pelaporan TB di RS.	b. $\geq 60\%$		b. 100	b. 100	b. 100	b.100	b. 100	b. 100

3. Pelayanan Rawat Inap

No	Indikator	Standar	Sat	Capaian Awal	Target				
				2016	2017	2018	2019	2020	2021
1.	Pemberi Pelayanan di Rawat Inap.	a. dr Sp b. Perawat min D3	%	a. 25 b. 84	a. 75 b. 84	a. 75 b.84	a.75 b.90	a.10 0 b.90	a.10 b.95
2.	Dokter penanggung jawab pasien rawat inap	100%	%	100	100	100	100	100	100
3.	Ketersediaan Pelayanan Rawat Inap.	a. Anak b. Peny. Dalam c. Kebidanan d. Bedah	%	100	100	100	100	100	100
4.	Jam Visite Dokter Spesialis	08.00 – 14.00 setiap hari	%	100	100	100	100	100	100
5.	Kejadian infeksi pasca operasi	$\leq 1.5\%$	%	1,5	1,5	1,3	1,2	1,1	1
6.	Kejadian infeksi nosokomial	$\leq 1.5\%$	%	1,5	1,5	1,3	1,2	1,1	1
7.	Tidak adanya kejadian pasien jatuh yang berakibat kecacatan / kematian.	100%	%	100	100	100	100	100	100
8.	Kematian pasien > 48 Jam	$\leq 0.24\%$	%	0,45%	0,45	0,3	0,24	0,2	0,2
9.	Kejadian pulang paksa.	5 %	%	10%	9,38	5%	5%	5%	5%
10.	Kepuasan Pelanggan.	$\geq 90\%$	%	60%	70%	75%	80%	85%	90%
11.	Rawat Inap TB a. Penegakan diagnosa TB melalui pemeriksaan mikroskopis TB b. Terlaksananya kegiatan pencatatan dan pelaporan TB di RS.	a. $\geq 60\%$ b. $\geq 60\%$	% %	a.100 b.40	a.10 b.50	a.10 b.60	a.10 b.75	a.10 b.80	a.10 b.10

4. Pelayanan Bedah Sentral

No	Indikator	Standar	Sat	Capaian Awal	Target				
				2016	2017	2018	2019	2020	2021
1.	Waktu Tunggu operasi elektif	≤ 2 hari	Hari	2	2	2	2	2	2
2.	Kejadian kematian di meja operasi	≤ 1 %	%	0	≤ 1	≤ 1	≤ 1	≤ 1	≤ 1
3.	Tidak adanya kejadian operasi salah sisi.	100%	%	100	100	100	100	100	100
4.	Tidak adanya kejadian operasi salah orang	100%	%	100	100	100	100	100	100
5.	Tidak adanya kejadian salah tindakan pada operasi	100%	%	100	100	100	100	100	100
6.	Tidak adanya kejadian tertinggalnya benda asing / lain pada tubuh pasien setelah operasi	100%	%	100	100	100	100	100	100
7.	Komplikasi anestesi karena overdosis reaksi anestesi dan salah penempatan anestesi endotracheal tube.	≤ 6 %	%	0	≤ 6 %	≤ 6 %	≤ 6 %	≤ 6 %	≤ 6 %

5. Pelayanan Persalinan dan Perinatalogi

No	Indikator	Standar	Sat	Capaian Awal	Target				
				2016	2017	2018	2019	2020	2021
1.	Kejadian kematian ibu karena persalinan.	a. Perdarahan ≤ 1%	%	a. 0	a.1	a.1	a.1	a.1	a.1
		b. Pre-eklampsia ≤ 30%		b. 0	b.30	b.30	b.30	b.30	b.30
		c. Sepsis ≤ 0.2%		c. 0	c.0,20	c.0,20	c.0,20	c.0,20	c.0,20
2.	Pemberi pelayanan persalinan normal	a. Dokter Sp.OG	%	a.0	a. 1	a. 1	a. 100	a. 1	a. 100
		b. Dokter Umum terlatih		b. 0	0	0	b. 60	0	b. 100

No	Indikator	Standar	Sat	Capaian Awal	Target				
				2016	2017	2018	2019	2020	2021
		(Asuhan Persalinan Normal) c. Bidan			b. 20	b. 40		b.100	
				c. 100	c. 100	c. 100	c. 100	c. 100	c. 100
3.	Pemberi pelayanan persalinan dengan penyulit	Tim PONEK yang terlatih	%	0	100	100	100	100	100
4.	Pemberi pelayanan persalinan dengan tindakan operasi.	a. Dokter Sp.OG b. Dokter Sp.A. c. Dokter Sp.An.	%	a. 0 b. 0 c. 0	a. 100 b. 100 c. 0	a. 100 b. 100 c. 0	a. 100 b. 100 c. 0	a. 100 b. 100 c. 50	a. 100 b. 100 c. 100
5.	Kemampuan menangani BBLR 1500 – 2500 gr	100%	%	100	100	100	100	100	100
6.	Pertolongan persalinan melalui seksio cesaria	≤ 20%	%	0	0	10	20	20	20
7.	Keluarga Berencana a. Persentase KB (vasektomi & tubektomi) yang dilakukan oleh tenaga kompeten dr. Sp.OG, dr.Sp.B, dr.Sp.U, dr. Umum terlatih b. Persentase peserta KB mantap yang mendapat konseling KB mantap oleh bidan terlatih.	a. 100% b.100%	% %	a. 100 b.100	a.100 b.100	a.100 b.100	a. 100 b.100	a.100 b.100	a. 100 b.100
8.	Kepuasan pelanggan.	≥ 80%	%	70%	70%	75%	80%	85%	90%

6. Pelayanan Intensif

No	Indikator	Standar	Sat	Capaian Awal	Target				
				2016	2017	2018	2019	2020	2021
1.	Rata-rata Pasien yang kembali ke perawatan intensif	≤ 3%	%	0	0	≤3%	≤3%	≤3%	≤3%

	dengan kasus yang sama < 72 jam.								
2.	Pemberi pelayanan Unit Intensif	a. Dokter Sp.Anestesi dan dokter spesialis sesuai dengan kasus yang ditangani. b. 100% perawat minimal D3 dengan sertifikat Perawat Mahir ICU / setara D4	%	a.0 b. 0	a.0 b.0	a.10 b.8	a.10 b.17	a.10 b.25	a.100 b.40

7. Pelayanan Radiologi

No	Indikator	Standar	Sat	Capaian Awal	Target				
				2016	2017	2018	2019	2020	2021
1.	Waktu tunggu hasil pelayanan thoraks foto.	≤ 3 jam	Jam	1	1	1	1	0,5	0,5
2.	Pelaksanaan ekspertis.	dokter Sp.Rad.	%	0	0	100	100	100	100
3.	Kejadian kegagalan pelayanan Rontgen.	Kerusakan foto ≤ 2%	%	5	5	4	2	2	1
4.	Kepuasan Pelanggan.	≥ 80%	%	70	70	75	80	90	90

8. Pelayanan Laboratorium Patologi Klinik

No	Indikator	Standar	Sat	Capaian Awal	Target				
				2016	2017	2018	2019	2020	2021
1.	Waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium	≤ 140 menit Kimia darah dan darah rutin.	Menit	90	90	90	90	90	90
2.	Pelaksanaan ekspertisi	Dokter Sp.PK	%	0	0	50	50	100	100
3.	Tidak adanya kesalahan pemberian hasil pemeriksaan laboratorium	100%	%	99	99	100	100	100	100
4.	Kepuasan Pelanggan.	≥ 80%	%	70	75	75	80	80	80

9. Pelayanan Rehabilitasi Medik

No	Indikator	Standar	Sat	Capaian Awal	Target				
				2016	2017	2018	2019	2020	2021
1.	Kejadian drop out pasien terhadap pelayanan	≤ 50%	%	≤ 70%	≤75 %	≤80 %	≤80%	≤80%	≤ 80%

	Rehabilitasi Medik yang direncanakan.								
2	Tidak adanya kejadian kesalahan tindakan rehabilitasi medik	100%	%	100	100	100	100	100	100
3	Kepuasan Pelanggan.	≥ 80%	%	80	80	80	80	80	80

10. Pelayanan Farmasi

No	Indikator	Standar	Sat	Capaian Awal	Target				
				2016	2017	2018	2019	2020	2021
1	Waktu tunggu pelayanan a. Obat jadi b. Obat racikan	a. ≤ 30 b. ≤ 60	Me nit	a. 10 b. 15	a. 10 b.15	a. 10 b. 15	a. 10 b. 10	a. 8 b. 10	a. 5 b. 10
2	Tidak adanya kejadian kesalahan pemberian obat.	100%	%	95	95	98	99	100	100
3	Kepuasan Pelanggan	≥ 80%	%	70	70	97	98	99	99
4	Penulisan resep sesuai formularium.	100%	%	90	90	90	95	100	100

11. Pelayanan Gizi

No	Indikator	Standar	Sat	Capaian Awal	Target				
				2016	2017	2018	2019	2020	2021
1	Ketepatan waktu pemberian makanan kepada pasien.	≥ 90%	%	95	≥ 90%	≥ 90%	≥ 90%	≥ 90%	≥ 90%
2	Sisa makanan yang tidak termakan oleh pasien	≤ 20%	%	20%	20%	20%	20%	20%	20%
3	Tidak adanya kejadian kesalahan pemberian diet.	100%	%	99	100	100	100	100	100

12. Pelayanan Transfusi Darah

No	Indikator	Standar	Sat	Capaian Awal	Target				
				2016	2017	2018	2019	2020	2021
1	Kebutuhan darah bagi setiap pelayanan transfusi	100% terpenuhi	%	0	0	0	0	100	100
2	Kejadian reaksi transfusi.	≤ 0.01%	%	0	0	0.01	0.01	0.01	0.01

13. Pelayanan Keluarga Miskin

No	Indikator	Standar	Sat	Capaian Awal	Target				
				2016	2017	2018	2019	2020	2021
1	Pelayanan terhadap pasien kurang mampu yang datang ke RS pada setiap unit pelayanan.	100% terlayani	%	0	0	0	0	0	0

14. Pelayanan Rekam Medik

No	Indikator	Standar	Sat	Capaian Awal	Target				
				2016	2017	2018	2019	2020	2021
1.	Kelengkapan pengisian rekam medik 24 jam setelah selesai pelayanan.	100%	%	100	65	70	90	100	100
2.	Kelengkapan Informed Consent setelah mendapatkan informasi yang jelas.	100%	%	60	70	80	100	100	100
3.	Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat jalan.	≤ 10 menit	Menit	10	10	10	10	10	10
4.	Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat inap.	≤ 15 menit	Menit	15	15	15	15	15	15

15. Pelayanan Pengolahan Limbah

No	Indikator	Standar	Sat	Capaian Awal	Target				
				2016	2017	2018	2019	2020	2021
1	Baku mutu limbah cair.	a. BOD < 30mg/l	mg/l	13	<30	<30	<30	<30	<30
		b. COD < 80mg/l	mg/l	37	<80	<80	<80	<80	<80
		c. TSS < 30mg/l	mg/l	11	<30	<30	<30	<30	<30
		d. pH 6 – 9		8	7	7,5	6,5	6,20	6,20
2	Pengelolaan limbah padat infeksius sesuai dengan aturan.	100%	%	0	0	100	100	100	100

16. Pelayanan Administrasi Manajemen

No	Indikator	Standar	Sat	Capaian Awal	Target				
				2016	2016	2017	2018	2019	2020
1.	Tindak lanjut penyelesaian hasil pertemuan direksi.	100%	%	75	80	100	100	100	100
2.	Kelengkapan laporan akuntabilitas kinerja.	100%	%	100	100	100	100	100	100
3.	Ketepatan waktu pengusulan kenaikan pangkat.	100%	%	95	95	95	95	100	100
4.	Ketepatan waktu pengusulan gaji berkala.	100%	%	90	90	90	90	90	90
5.	Karyawan yang mendapat pelatihan minimal 20 jam setahun.	≥ 60%	%	60	60	60	60	75	80
6.	Cost Recovery.	≥ 40%	%	15	15	20	36	37	40
7.	Ketepatan waktu	100%	%	100	100	100	100	100	100

	penyusunan laporan keuangan.								
8.	Kecepatan waktu pemberian informasi tentang tagihan pasien rawat inap.	≤ 2 jam	Jam	2	2	2	1	1	1
9.	Ketepatan waktu pemberian imbalan (insentif) sesuai kesepakatan waktu.	100%	%	100	100	100	100	100	100

17. Pelayanan Ambulan/Kereta Jenazah

No	Indikator	Standar	Sat	Capaian Awal	Target				
				2016	2017	2018	2019	2020	2021
1.	Waktu pelayanan Ambulan / Kereta Jenazah.	24 jam	Jam	24	24	24	24	24	24
2.	Kecepatan memberikan pelayanan ambulan / kereta jenazah di RS.	≤ 30 menit	Menit	30	30	30	30	30	30
3.	Response time pelayanan ambulan oleh masyarakat yang membutuhkan.	sesuai ketentuan daerah	Menit	60	45	30	30	30	30

18. Pelayanan Pemulasaran Jenazah

No	Indikator	Standar	Sat	Capaian Awal	Target				
				2016	2017	2018	2019	2020	2021
1.	Waktu tanggap (response time) pelayanan pemulasaran jenazah	≤ 2 jam	jam	2 jam	2	2	2	2	2

19. Pelayanan Laundry

No	Indikator	Standar	Sat	Capaian Awal	Target				
				2016	2017	2018	2019	2020	2021
1.	Tidak adanya kejadian linen yang hilang.	100%	%	90	95	95	100	100	100
2.	Ketepatan waktu penyediaan linen untuk ruang rawat inap.	100%	%	60	60	70	80	90	100






20. Pelayanan Pemeliharaan Rumah Sakit

No	Indikator	Standar	Sat	Capaian Awal	Target				
				2016	2017	2018	2019	2020	2021
1.	Kecepatan waktu menanggapi	≤ 80%	%	0	0	0	30	40	50

	kerusakan alat.								
2.	Ketepatan waktu pemeliharaan alat	100%	%	50	50	55	60	65	70
3.	Peralatan Laboratorium dan alat ukur yang digunakan dalam pelayanan terkalibrasi tepat waktu sesuai ketentuan kalibrasi.	100%	%	75	75	75	80	80	80

21. Pelayanan Pencegahan Pengendalian Infeksi

No	Indikator	Standar	Sat	Capaian Awal	Target				
				2016	2017	2018	2019	2020	2021
1.	Adanya anggota Tim PPI yang terlatih.	Anggota Tim PPI yang terlatih 75%	%	0	11	25	40	60	75
2.	Tersedia APD di setiap Instalasi.	60%	%	30	30	50	60	70	75
3.	Kegiatan pencatatan dan pelaporan infeksi nosokomial/ (HAI) Health care associated infection di RS (minimal 1 parameter)	75%	%	0	0	50	70	75	80

BAGIAN HUKUM SETDA KABUPATEN LAMANDAU	
JABATAN	BERAF
WABUP	
SETDA	
ASISTEN	
KABBAG	
KASUBSAG	
PELAKSANA	

Ditetapkan di Nanga Bulik
pada tanggal

BUPATI LAMANDAU,



MARUKAN

Diundangkan di Nanga Bulik
pada tanggal

SEKRETARIS DAERAH KABUPATEN LAMANDAU,



ARIFIN LP. UMBING

LAMPIRAN III
PERATURAN BUPATI LAMANDAU
NOMOR 19 TAHUN 2017
STANDAR PELAYANAN MINIMAL RUMAH
SAKIT UMUM DAERAH LAMANDAU.

Uraian Standar Pelayanan Minimal

a. Pelayanan Gawat Darurat.

(1) Kemampuan menangani *lifesaving* anak dan dewasa

Judul	Kemampuan menangani <i>life saving</i> di Gawat darurat
Dimensi Mutu	Keselamatan
Tujuan	Tergambarnya kemampuan rumah sakit dalam memberikan pelayanan gawat darurat
Definisi Operasional	<i>Life Saving</i> adalah upaya penyelamatan jiwa manusia dengan urutan <i>Airway, Breath, Circulation</i>
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap bulan
Periode Analisa	Tiga bulan sekali
Numerator	Jumlah kumulatif pasien yang mendapat pertolongan <i>life saving</i> di gawat darurat
Denominator	Jumlah seluruh pasien yang membutuhkan penanganan <i>life saving</i> di unit gawat darurat
Sumber Data	Rekam medik di gawat darurat
Standar	100 %
Penanggung jawab Pengumpulan data	Kepala instalasi gawat darurat

(2) Jam buka pelayanan gawat darurat

Judul	Jam buka pelayanan gawat darurat
Dimensi Mutu	Keterjangkauan
Tujuan	Tersedianya pelayanan gawat darurat 24 jam di setiap 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 Pengumpulan data	Kepala instalasi gawat darurat

**(3)Pemberi Pelayanan Kegawat Daruratan yang Bersertifikat
BLS/PPGD/GELS/ALS**

Judul	Pemberi pelayanan kegawat daruratan yang bersertifikat BLS/PPGD/GELS/ALS
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 BLS/PPGD/GELS/ALS
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap bulan
Periode Analisa	Tiga bulan sekali
Numerator	Jumlah tenaga yang bersertifikat BLS/PPGD/GELS/ALS
Denominator	Jumlah tenaga yang memberikan pelayanan kegawat daruratan
Sumber Data	Kepegawaian
Standar	100 %
Penanggung jawab Pengumpulan data	Kepala pendidikan dan pelatihan rumah sakit

(4)Ketersediaan tim penanggulangan bencana

Judul	Ketersediaan tim penanggulangan bencana
Dimensi Mutu	Keselamatan dan efektifitas
Tujuan	Kesiagaan rumah sakit untuk memberikan pelayanan penanggulangan bencana
Definisi Operasional	Tim penanggulangan bencana adalah tim yang dibentuk di rumah sakit dengan tujuan untuk penanggulangan akibat bencana yang mungkin terjadi sewaktu - waktu
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap bulan
Periode Analisa	Tiga bulan sekali
Numerator	Jumlah tim penanggulangan bencana yang ada di rumah sakit
Denominator	Tidak ada
Sumber Data	Instalasi gawat darurat
Standar	satu tim
Penanggung jawab Pengumpulan data	Kepala instalasi gawat darurat / tim mutu / panitia mutu

(5)Waktu tanggap Pelayanan Dokter di Gawat Darurat

Judul	Waktu tanggap 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 Kecepatan pasien dilayani sejak pasien datang sampai mendapat pelayanan dokter (menit)
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap bulan
Periode Analisa	Tiga bulan sekali
Numerator	Jumlah kumulatif waktu yang diperlukan sejak kedatangan semua pasien yang di sampling secara acak sampai dilayani dokter
Denominator	Jumlah seluruh pasien yang di sampling (<i>minimal n = 50</i>)
Sumber Data	Sample
Standar	≤ 5 menit terlayani setelah pasien datang
Penanggung jawab Pengumpulan data	Kepala instalasi gawat darurat / tim mutu / panitia mutu

(6)Keuasan Pelanggan pada Gawat Darurat

Judul	Keuasan Pelanggan pada Gawat Darurat
Dimensi Mutu	Kenyamanan
Tujuan	Terselenggaranya pelayanan gawat darurat yang mampu memberikan kepuasan pelanggan
Definisi Operasional	Keuasan adalah pernyataan tentang persepsi pelanggan terhadap pelayanan yang di berikan
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap bulan
Periode Analisa	Tiga bulan sekali
Numerator	Jumlah kumulatif rerata penilaian kepuasan pasien Gawat Darurat yang di survei
Denominator	Jumlah seluruh pasien gawat darurat yang di survei(<i>minimal n = 50</i>)
Sumber Data	Survei
Standar	≥ 70 %
Penanggung jawab Pengumpulan data	Kepala instalasi gawat darurat / tim mutu / panitia mutu

(7)Kematian Pasien ≤ 24 jam di Gawat Darurat

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 periode 24 jam sejak pasien datang
Frekuensi Pengumpulan Data	Tiga bulan
Periode Analisa	Tiga bulan
Numerator	Jumlah pasien yang meninggal dalam periode ≤ 24 jam sejak pasien datang

Denominator	Jumlah seluruh pasien yang ditangani di gawat darurat
Sumber Data	Rekam Medik
Standar	≤ 2 perseribu
Penanggung jawab Pengumpulan data	Kepala instalasi gawat darurat

(8) Tidak adanya keharusan untuk membayar uang muka

Judul	Tidak adanya keharusan untuk membayar uang muka
Dimensi Mutu	Akses dan keselamatan
Tujuan	Terselenggaranya pelayanan yang mudah diakses dan mampu segera memberikan pertolongan pada pasien gawat darurat
Definisi Operasional	Uang muka adalah uang yang diserahkan kepada pihak rumah sakit sebagai jaminan terhadap pertolongan medis yang akan diberikan
Frekuensi Pengumpulan Data	Tiga bulan
Periode Analisa	Tiga bulan
Numerator	Jumlah pasien gawat darurat yang tidak membayar uang muka
Denominator	Jumlah seluruh pasien yang datang di gawat darurat
Sumber Data	Survei
Standar	100 %
Penanggung jawab Pengumpulan data	Kepala instalasi gawat darurat

b. Pelayanan Rawat Jalan.

(1) Pemberi Pelayanan di klinik spesialis

Judul	Pemberi pelayanan di klinik spesialis
Dimensi Mutu	Kompetensi teknis
Tujuan	Tersedianya pelayanan klinis oleh tenaga spesialis yang kompeten
Definisi Operasional	Klinik spesialis adalah klinik pelayanan rawat jalan di rumah sakit yang dilayani oleh dokter spesialis (untuk rumah sakit pendidikan dapat dilayani oleh dokter PPDS sesuai dengan special privilege yang diberikan)
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah hari buka klinik spesialis yang ditangani oleh dokter spesialis dalam waktu satu bulan
Denominator	Jumlah seluruh hari buka klinik spesialis dalam waktu satu bulan
Sumber Data	Register rawat jalan Klinik spesialis
Standar	100 %
Penanggung jawab Pengumpulan data	Kepala instalasi rawat jalan

(2) Ketersediaan pelayanan rawat jalan

Judul	Ketersediaan pelayanan rawat jalan
Dimensi Mutu	Akses
Tujuan	Tersedianya jenis pelayanan rawat jalan spesialisik yang minimal harus ada di rumah sakit
Definisi Operasional	Pelayanan rawat jalan adalah pelayanan rawat jalan spesialisik yang dilaksanakan di rumah sakit. Ketersediaan pelayanan rawat jalan untuk rumah sakit khusus disesuaikan dengan spesifikasi dari rumah sakit tsb.
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jenis – jenis pelayanan rawat jalan spesialisik yang ada (kualitatif)
Denominator	Tidak ada
Sumber Data	Register rawat jalan
Standar	Minimal kesehatan anak, penyakit dalam, kebidanan dan bedah
Penanggung jawab Pengumpulan data	Kepala instalasi rawat jalan

(3) Buka pelayanan sesuai ketentuan

Judul	Buka pelayanan sesuai ketentuan
Dimensi Mutu	Akses
Tujuan	Tersedianya jenis pelayanan rawat jalan spesialisik pada hari kerja di rumah sakit
Definisi Operasional	Jam buka pelayanan adalah jam dim ulainya pelayanan rawat jalan oleh tenaga spesialis dari jam buka 08.00 s.d. 13.00 setiap hari kerja kecuali jum'atjam 08.00 s.d 11.00
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah pelayanan rawat jalan spesialisik yang buka sesuai ketentuan dalam satu bulan
Denominator	Jumlah seluruh hari pelayanan rawat jalan spesialisik dalam satu bulan
Sumber Data	Register rawat jalan
Standar	100 %
Penanggung jawab Pengumpulan data	Kepala instalasi rawat jalan

(4) Waktu tunggu di Rawat Jalan

Judul	Waktu tunggu di Rawat Jalan
Dimensi Mutu	Akses
Tujuan	Tersedianya pelayanan rawat jalan spesialisik pada hari kerja di setiap rumah sakit yang mudah dan cepat diakses 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 disurvei
Sumber Data	Survei Pasien rawat jalan
Standar	≤ 60 menit
Penanggung jawab Pengumpulan data	Kepala instalasi rawat jalan/komite mutu/tim mutu

(5) Kepuasan Pelanggan pada Rawat Jalan

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	Tiga bulan sekali
Numerator	Jumlah kumulatif rerata penilaian kepuasan pasien rawat jalan
Denominator	Jumlah seluruh pasien rawat jalan yang disurvei (<i>minimal n = 50</i>)
Sumber Data	Survei
Standar	≥ 90 %
Penanggung jawab Pengumpulan data	Kepala instalasi rawat jalan /tim mutu/panitia mutu

(6) Kegiatan penegakan diagnosis Tuberculosis (TB)

Judul	Penegakan diagnosis TB melalui pemeriksaan mikroskopis TB
Dimensi mutu	Efektivitas dan keselamatan
Tujuan	Terlaksananya diagnosis TB melalui pemeriksaan mikroskopis TB
Definisi operasional	Penegakan diagnosis pasti TB melalui pemeriksaan mikroskopis pada pasien rawat jalan
Frekuensi pengumpulan data	3 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah penegakan diagnosis TB melalui pemeriksaan mikroskopis TB di RS dalam 3 bulan
Denominator	Jumlah penegakan diagnosis TB di RS dalam 3 bulan
Sumber data	Rekam medik
Standar	60%

Penanggung jawab	Kepala instalasi rawat jalan
(7)Kegiatan pencatatan dan pelaporan (TB) di RS	
Judul	Terlaksananya kegiatan pencatatan dan pelaporan (TB) di RS
Dimensi mutu	Efektivitas
Tujuan	Tersedianya data pencatatan dan pelaporan TB di RS
Definisi operasional	Pencatatan dan pelaporan semua pasien TB yang berobat rawat jalan ke RS.
Frekuensi pengumpulan data	3 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah seluruh pasien TB rawat jalan yang dicatat dan dilaporkan
Denominator	Seluruh kasus TB rawat jalan di RS
Sumber data	Rekam medik
Standar	60%
Penanggung jawab	Kepala instalasi rawat jalan

c. Pelayanan Rawat Inap.

(1)Pemberi pelayanan rawat inap

Judul	Pemberi pelayanan rawat inap
Dimensi Mutu	Kompetensi teknis
Tujuan	Tersedianya pelayanan rawat inap oleh tenaga yang kompeten
Definisi Operasional	Pemberi pelayanan rawat inap adalah dokter dan tenaga perawat yang kompeten (minimal D3)
Frekuensi Pengumpulan Data	6 bulan
Periode Analisa	6 bulan
Numerator	Jumlah tenaga dokter dan perawat yang memberi pelayanan di ruang rawat inap yang sesuai dengan ketentuan
Denominator	Jumlah seluruh tenaga dokter dan perawat yang bertugas di rawat inap
Sumber Data	Kepegawaian
Standar	100 %
Penanggung jawab Pengumpulan data	Kepala instalasi rawat inap

(2)Dokter penanggung jawab pasien rawat inap

Judul	Dokter penanggung jawab pasien rawat inap
Dimensi Mutu	Kompetensi tehnis, 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 dokter sebagai penanggung jawab
Denominator	Jumlah seluruh pasien rawat inap dalam satu bulan
Sumber Data	Rekam medik
Standar	100 %
Penanggung jawab Pengumpulan data	Kepala instalasi rawat inap

(3) Ketersediaan pelayanan rawat inap

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 tirah baring di rumah sakit. Untuk rumah sakit khusus disesuaikan dengan spesifikasi rumah sakit tsb.
Frekuensi Pengumpulan Data	3 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jenis – jenis pelayanan rawat inap spesialisik yang ada (kualitatif)
Denominator	Tidak ada
Sumber Data	Register rawat inap
Standar	Minimal kesehatan anak, penyakit dalam, kebidanan dan bedah (kecuali rumah sakit khusus disesuaikan dengan spesifikasi rumah sakit tsb)
Penanggung jawab Pengumpulan data	Kepala instalasi rawat inap

(4) Jam visite dokter spesialis

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 kerja sesuai dengan ketentuan waktu kepada setiap pasien yang menjadi tanggungjawabnya, yang dilakukan antara jam 08.00 sampai dengan 14.00
Frekuensi Pengumpulan Data	tiap bulan
Periode Analisa	Tiap tiga bulan
Numerator	Jumlah visite dokter spesialis antara jam 08.00 sampai dengan 14.00 yang disurvei
Denominator	Jumlah pelaksanaan visite dokter spesialis yang disurvei
Sumber Data	Survei
Standar	100 %

Penanggung jawab Pengumpulan data	Kepala instalasi rawat inap/komite medik/panitia mutu
-----------------------------------	---

(5)Kejadian infeksi pasca operasi

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 yang 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 dalam satu bulan
Sumber Data	Rekam medik
Standar	≤ 1,5 %
Penanggung jawab Pengumpulan data	Ketua komite medik/komite mutu/tim mutu

(6)Angka kejadian infeksi nosokomial

Judul	Angka kejadian infeksi nosokomial
Dimensi Mutu	Keselamatan pasien
Tujuan	Mengetahui hasil pengendalian infeksi nosokomial rumah sakit
Definisi Operasional	Infeksi nosokomial adalah infeksi yang dialami oleh pasien yang diperoleh selama dirawat di rumah sakit yang meliputi dekubitus, phlebitis, sepsis, dan infeksi luka operasi
Frekuensi Pengumpulan Data	tiap bulan
Periode Analisa	tiap tiga bulan
Numerator	Jumlah pasien rawat inap yang terkena infeksi nosokomial dalam satu bulan
Denominator	Jumlah pasien rawat inap dalam satu bulan
Sumber Data	Survei, laporan infeksi nosokomial
Standar	≤ 1,5 %
Penanggung jawab Pengumpulan data	Kepala instalasi rawat inap/komite medik/panitia mutu

(7)Tidak adanya kejadian pasien jatuh yang berakibat kecacatan/kematian

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 atau 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 medik, laporan keselamatan pasien
Standar	100 %
Penanggung jawab Pengumpulan data	Kepala instalasi rawat inap

(8) Kematian Pasien > 48 Jam

Judul	Kematian Pasien > 48 Jam
Dimensi Mutu	Keselamatan dan Efektifitas
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 rawat inap dalam satu bulan
Sumber Data	Rekam Medik
Standar	$\leq 0,24 \% \leq 2,4/1\ 000$ (internasional) (NDR $\leq 25/1\ 000$, Indonesia)
Penanggung jawab Pengumpulan data	Ketua komite mutu/tim mutu

(9) Kejadian pulang paksa

Judul	Kejadian pulang paksa
Dimensi Mutu	Efektifitas, kesinambungan pelayanan
Tujuan	Tergambarnya penilaian pasien terhadap efektifitas 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