

LAMPIRAN PERATURAN BUPATI SUMEDANG

NOMOR : 80 TAHUN 2009
TANGGAL : 13 JULI 2009
TENTANG : STANDAR PELAYANAN MINIMAL RUMAH SAKIT
UMUM DAERAH KABUPATEN SUMEDANG

STANDAR PELAYANAN MINIMAL RUMAH SAKIT UMUM DAERAH KABUPATEN SUMEDANG

BAB I PENDAHULUAN

A. LATAR BELAKANG

Sesuai dengan amanat Undang-Undang Nomor 32 Tahun 2004 tentang Pemerintahan Daerah, pemerintahan daerah menyelenggarakan urusan pemerintahan yang menjadi kewenangannya, kecuali urusan pemerintahan yang menjadi urusan Pemerintah. Dalam menyelenggarakan urusan pemerintahan yang menjadi kewenangan daerah tersebut, pemerintahan daerah menjalankan otonomi seluas-luasnya untuk mengatur dan mengurus sendiri urusan pemerintahan berdasarkan asas otonomi dan tugas pembantuan. Sehubungan dengan hal tersebut, bidang kesehatan yang merupakan salah satu urusan wajib yang harus diselenggarakan oleh pemerintah daerah harus dikelola dengan sebaik-baiknya.

Sejalan dengan hal tersebut, pengelolaan Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Sumedang dituntut dari hari kehari harus semakin meningkat. Salah satu perangkat yang dapat dijadikan acuan dalam pembenahan Rumah Sakit adalah adanya Standar Pelayanan Minimal.

Hal ini dipertegas dalam ketentuan Pasal 11 ayat (2) Peraturan Pemerintah Nomor 23 Tahun 2005 tentang Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum yang menyebutkan bahwa Rencana Biaya Anggaran harus disertai dengan Standar Pelayanan Minimal. Standar Pelayanan Minimal sebagaimana dimaksud adalah spesifikasi teknis tentang tolok ukur layanan minimal yang diberikan oleh rumah sakit kepada masyarakat. Sebagaimana dimaklum bahwa terbitnya Peraturan Pemerintah tersebut dimaksudkan untuk meningkatkan pelayanan kepada masyarakat dalam rangka memajukan kesejahteraan umum dan mencerdaskan kehidupan bangsa dengan memberikan fleksibilitas dalam pengelolaan keuangan berdasarkan prinsip ekonomi dan produktivitas, dan penerapan praktek bisnis yang sehat.

Berangkat dari pemikiran tersebut agar tolok ukur pelayanan kepada masyarakat dapat ditingkatkan, maka perlu untuk menyusun Standar Pelayanan Minimal.

B. TUJUAN

Tujuan penyusunan Standar Pelayanan Minimal adalah :

1. merupakan pedoman bagi rumah sakit dalam upaya meningkatkan mutu pelayanan kepada masyarakat;
2. sebagai acuan dalam mengukur indikator tingkat keberhasilan yang telah dicapai oleh Rumah Sakit.

BAB II
STANDAR PELAYANAN MINIMAL MANAJEMEN

Standar Pelayanan Minimal Manajemen di Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Sumedang meliputi:

1. SPM Manajemen Umum;
2. SPM Manajemen Sumber Daya Manusia (SDM);
3. SPM Manajemen Logistik;
4. SPM Manajemen Keuangan;
5. SPM Manajemen Mutu.

Rincian lebih lanjut kewenangan wajib pelayanan/kegiatan minimal manajemen rumah sakit adalah sebagai berikut :

NO	URAIAN	INDIKATOR	STANDAR
A	MANAJEMEN UMUM		
1	Rencana Strategis	Pelaksanaan Rencana Strategis	100%
2	Rencana Tahunan	Laporan Tahunan	100%
3	Master Plan	Pengembangan Rumah Sakit	100%
4	Blok Plan	Tata Ruang sesuai dengan detail desain	100%
5	Detail Desain	Seluruhnya mempunyai Izin Mendirikan Bangunan	100%
6	Surat Ijin Pemakaian Bangunan	Tersedianya surat izin	100%
7	Surat Ijin Tempat Usaha/Ijin Gangguan	Tersedianya surat izin	100%
8	Analisis Mengenai Dampak Lingkungan	Tersedianya surat izin	100%
9	Surat Izin Penggunaan Listrik	Tersedianya surat izin	100%
10	Surat Izin Penggunaan Genset	Tersedianya surat izin	100%
11	Surat Izin Penggunaan Radiasi	Tersedianya surat izin	100%
12	Surat Izin Penggunaan Alat Pemadam Kebakaran	Tersedianya surat izin	100%
13	Standar Operasional Prosedur Pelayanan Kunjungan Pasien a. Rawat inap b. Rawat jalan c. Perawatan intensif d. Unit Gawat Darurat	Tersedianya Standar Operasional Prosedur	100%
14	Standar Alur Medical Record	Adanya alur medical record	100%
15	Prosedur tetap alur surat masuk dan keluar	Adanya agenda surat masuk dan keluar	100%
16	Sertifikat/Izin Kepemilikan	Adanya Sertifikat Kepemilikan	100%
17	Pemberlakuan Standar Pelayanan melalui Keputusan Direktur	Adanya Keputusan Direktur	100%
18	Kegiatan Komite Medik dan Rumah Sakit melalui Keputusan Direktur	Adanya Keputusan Direktur	100%
19	Pelaksanaan Kerjasama dengan Pihak Ketiga	Adanya Memorandum of Understanding	100%
20	Perda tentang Tarif	Adanya Perda tentang Tarif	100%
21	Perda tentang SOTK	Adanya Perda tentang SOTK	100%
22	Keputusan Direktur tentang Pemberlakuan Hak dan Kewajiban Pasien dan Karyawan	Adanya Keputusan Direktur	100%

NO	U R A I A N	INDIKATOR	STANDAR
B	MANAJEMEN SDM		
1	Pelatihan Medis: a. Dokter Spesialis b. Dokter Umum c. Dokter Gigi	Mempunyai sertifikat hasil pelatihan	100%
2	Pelatihan Penyetaraan Keperawatan a. SPK menjadi DIII Keperawatan b. Asuhan Keperawatan c. Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit (SIM RS) d. Manajemen Logistik e. Analisis Pembiayaan f. Sistem Akuntansi Keuangan RS g. Kursus Pembedahan h. Billing Sistem dan LAN i. Marketing	Peningkatan prosentase tenaga SPK menjadi DIII Keperawatan Pelayanan Keperawatan sesuai Asuhan Keperawatan Tersedianya tenaga profesional bidang SIM RS Tersedianya tenaga profesional bidang logistik Tersedianya tenaga profesional bidang analisis pembiayaan keuangan RS Tersedianya tenaga professional bidang akuntansi Tersedianya tenaga profesional yang menguasai pembedahan Tersedianya tenaga profesional yang menguasai Billing Sistem dan LAN Tersedianya tenaga profesional bidang marketing	30% /Th 100% 1 Org/Th 1 Org/Th 1 Org/Th 1 Org/Th 1 Org 1 Org
3	Pelatihan Perkembangan Kepribadian a. Tujuh Kebiasaan (Seven Habits) b. Pelayanan Prima c. Costumer Service d. Sensitivity Training e. Team Building	Tersedianya tenaga profesional Tersedianya tenaga profesional Tersedianya tenaga profesional Tersedianya tenaga profesional Tersedianya tenaga profesional	20% 50% 50% 50% 50%
4	Peningkatan Kesejahteraan a. Sistem insentif dan disinsentif yang transparan b. Santunan bagi yang mendapatkan musibah c. Rekreasi karyawan d. Pembinaan kerohanian 1) Siraman 2) Hari besar agama	Tidak ada keluhan karyawan Tersedianya dana santunan Karyawan mengikuti rekreasi Tingkat kehadiran Terlaksananya kegiatan peringatan hari besar keagamaan	Maksimal keluhan 25% 100% 50%/Th 50% 100%

NO	U R A I A N	INDIKATOR	STANDAR
C	MANAJEMEN LOGISTIK		
1	Pemberlakuan Keputusan Perencanaan, Pengadaan, Penyimpanan dan Pendistribusian	Adanya Keputusan Pemberlakuan Prosedur tetap oleh Direktur	100%
2	Keputusan Pemberlakuan Protap a. Pemakaian, pemeliharaan dan perbaikan alat b. Penghapusan barang	Adanya Keputusan Pemberlakuan Prosedur tetap oleh Direktur Adanya Keputusan Pemberlakuan Prosedur tetap oleh Direktur	100% 100%
D	MANAJEMEN KEUANGAN		
1	Penerapan Sistem Akuntansi Keuangan Rumah Sakit	Terlaksananya sistem akuntansi	100%
2	Penerapan Analisis Pembiayaan	Terlaksananya sistem analisis pembiayaan	100%
3	Penerapan Billing Sistem	Terlaksananya billing sistem	100%
E	MANAJEMEN MUTU		
1	Penerapan Mutu Terpadu	Menurunnya keluhan pelanggan (OC)	50%
	a. Pengendalian infeksi Nosokomial	Prosentase Infeksi nosokomial (OP)	0,5%
	b. Pengendalian infeksi pasca bedah	Prosentase Infeksi pasca bedah (OP)	2%
	c. Gugus Kendali Mutu	Unit yang melaksanakan GKM (P)	100%
	d. Survey Kepuasan Pelanggan	Prosentase Pelanggan puas (OC)	90%
	e. Survey Waktu Pelayanan	Frekuensi survey (P)	6 kali/Thn
	f. Pengendalian lama hari rawat	Menurunnya hari rawatan	Maksimal 4 hari
	g. Pemantauan kematian di bawah 24 jam	Persentase kematian pasien <24 jam (OP)	Maksimal 2,5%
	h. Pemantauan kematian di atas 24 jam	Persentase kematian pasien >24 jam (OP)	Maksimal 2%
	i. Audit medik	Frekuensi audit (P)	24 kali/Thn
	j. Referat kematian pasien	Frekuensi referat kematian (P)	12 kali/Bln

BAB III
STANDAR PELAYANAN MINIMAL PELAYANAN MEDIK

Standar Pelayanan Minimal (SPM) Pelayanan Medik di Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Sumedang meliputi:

1. SPM Pelayanan Gawat Darurat;
2. SPM Pelayanan Rawat Jalan;
3. SPM Pelayanan Rawat Inap;
4. SPM Pelayanan Bedah Sentral;
5. SPM Pelayanan Persalinan Perinatologi;
6. SPM Pelayanan Intensive Care Unit (ICU).

Rincian lebih lanjut kewenangan wajib pelayanan/kegiatan minimal pelayanan medik rumah sakit adalah sebagai berikut :

NO	URAIAN	INDIKATOR	STANDAR
1.	Gawat Darurat	<ol style="list-style-type: none"> 1. Kemampuan melayani life saving anak dan dewasa 2. Jam buka pelayanan Gawat Darurat 3. Pemberian pelayanan kegawat daruratan yang bersertifikat ATLS/BTLS/ACLS/PPGD 4. Ketersediaan tim penanggulangan bencana 5. Waktu tanggap pelayanan Dokter di Gawat Darurat 6. Kepuasan Pelanggan 7. Kematian pasien 24 jam 	<p>100%</p> <p>24 Jam</p> <p>80 %</p> <p>Satu Tim</p> <p>≤ lima menit terlayani, setelah pasien datang</p> <p>≥ 70%</p> <p>≤ dua per seribu (pindah ke pelayanan rawat inap setelah 8 jam)</p>
2.	Rawat Jalan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Dokter pemberi pelayanan di Poliklinik Spesialis oleh Tim Dokter terlatih dibidangnya 2. Ketersediaan pelayanan 	<p>90%</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Klinik Anak b. Klinik Penyakit Dalam c. Klinik Kebidanan d. Klinik Bedah e. Klinik Mata f. Klinik THT g. Klinik Kulit dan Kelamin h. Klinik Kesehatan Jiwa i. Klinik Syaraf j. Klinik Gigi dan Mulut k. Klinik Ortopedi l. Klinik Rehabilitasi Medik m. Klinik DOT n. Klinik Diabetes Melitus o. Klinik Medical Check Up p. Klinik Haemodialisa

NO	URAIAN	INDIKATOR	STANDAR
		3. Jam buka pelayanan 4. Waktu tunggu di Rawat Jalan 5. Kepuasan pelanggan 6. a. Penegakan diagnosis Tuberculosis melalui pemeriksaan mikroskopis Tuberculosis b. Terlaksananya kegiatan pencatatan dan pelaporan Tuberculosis di Rumah Sakit	08.00 s/d 13.00 Setiap hari kerja kecuali jumat : 08.00 s/d 11.00 ≤ 60 menit ≥ 90 % a. ≥ 60 % b. ≥ 60 %
3.	Rawat Inap	1. Pemberi pelayanan di Rawat Inap 2. Dokter penanggung jawab pasien Rawat Inap 3. Ketersediaan pelayanan Rawat Inap 4. Jam visite Dokter Spesialis 5. Kejadian infeksi pasca operasi 6. Kejadian infeksi nosokomial 7. Kepuasan pelanggan 8. Tindak lanjut komplain/layanan yang tidak sesuai 9. Tidak adanya kejadian pasien jatuh yang berakibat kecacatan 10. Kematian pasien > 48 jam 11. Kejadian pulang paksa 12. Kepuasan pelanggan 13. Rawat Inap TB a. penegakan diagnosis Tuberculosis melalui pemeriksaan mikroskopis Tuberculosis b. Terlaksananya kegiatan pencatatan dan pelaporan Tuberculosis di Rumah Sakit	adanya dokter Spesialis dan Perawat Minimal D3 100% a. Anak b. Penyakit Dalam c. Kebidanan d. Bedah e. Mata f. THT g. Kulit dan Kelamin h. Syaraf i. Gigi dan Mulut j. Ortopedi 08.00 s/d14.00 $\leq 1,5$ % Maksimal 15 % 70 % 100 % 100 % $\leq 0,24$ % ≤ 5 % ≥ 90 % a. ≥ 60 % b. ≥ 60 %

NO	URAIAN	INDIKATOR	STANDAR
4.	Bedah Sentral	<ol style="list-style-type: none"> 1. Waktu tunggu operasi elektif 2. Waktu tunggu operasi < 7 hari 3. Kejadian kematian di meja operasi 4. Tidak adanya kejadian operasi salah sisi 5. tidak adanya kejadian operasi salah orang 6. Tidak adanya kejadian salah tindakan pada operasi 7. tidak adanya kejadian tertinggalnya benda asing/lain pada tubuh pasien setelah operasi 8. Komplikasi anastesi karena overdosis, reaksi anastesi dan salah penempatan endotracheal tube 	<p>≤ 2 Hari</p> <p>90%</p> <p>Maksimal 1 %</p> <p>100 %</p> <p>100 %</p> <p>100 %</p> <p>100%</p> <p>≤ 6 %</p>
5.	Persalinan, Perinatologi (kecuali rumah sakit khusus di luar rumah sakit ibu dan anak) dan KB	<ol style="list-style-type: none"> 1. Kejadian kematian ibu karena persalinan 2. Pemberian pelayanan persalinan normal (Dokter Spesialis Obstetri Ginekologi, Dokter Umum terlatih asuhan persalinan normal dan bidan) 3. Pemberian pelayanan persalinan dengan penyakit 4. Pemberian pelayanan persalinan dengan tindakan operasi 5. Kemampuan menangani Bayi Berat Lahir Rendah <1.500 s/d 2.500 gram 6. Pertolongan persalinan melalui seksio cesaria 7. Keluarga Berencana (KB) <ol style="list-style-type: none"> a. Persentase KB (vasektomi dan tubektomi) yang dilakukan oleh tenaga kompeten dokter spesialis obstetri ginekologi, dokter spesialis bedah, dokter spesialis urologi dan dokter umum terlatih b. Persentase peserta KB mantap yang mendapat konseling KB mantap oleh bidan terlatih 	<p>a. Pendarahan ≤ 1%</p> <p>b. Pre-eklamsia ≤ 30%</p> <p>c. Sepsis ≤ 0,2%</p> <p>a. Dokter Spesialis Obstetri Ginekologi</p> <p>b. Dokter Umum (terlatih asuhan persalinan normal)</p> <p>c. Bidan</p> <p>Tim PONEK yang terlatih</p> <p>a. Dokter Spesialis Obstetri Ginekologi</p> <p>b. Dokter Spesialis Anak</p> <p>c. Dokter Spesialis Anestesi</p> <p>100 %</p> <p>≤ 20%</p> <p>100 %</p>

NO	URAIAN	INDIKATOR	STANDAR
		8. Kepuasan Pasien/Pelanggan 9. Pemberian pelayanan persalinan dengan penyakit	$\geq 80\%$ Tim pelayanan Obstetri dan Neonatal Komperhensif yang terlatih
6.	Intensive Care Unit (ICU)	1. Rata-rata pasien yang kembali ke perawatan intensif dengan kasus yang sama kurang dari 72 jam 2. Pemberi pelayanan Unit Intensif	$\leq 3\%$ a. Dokter Spesialis Anesthesi dan dokter spesialis sesuai dengan kasus yang ditangani b. 100 % perawat minimal D3 dengan Sertifikat Perawat Mahir ICU

BAB IV
STANDAR PELAYANAN MINIMAL PENUNJANG MEDIK

Standar Pelayanan Minimal (SPM) Penunjang Medik di Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Sumedang meliputi:

1. SPM Penunjang Medik Radiologi;
2. SPM Penunjang Medik Laboratorium Patologi Klinik;
3. SPM Penunjang Medik Rehabilitasi Medik;
4. SPM Penunjang Medik Farmasi;

Rincian lebih lanjut kewenangan wajib pelayanan/kegiatan minimal penunjang medik rumah sakit adalah sebagai berikut:

NO	URAIAN	INDIKATOR	STANDAR
1.	Radiologi	<ol style="list-style-type: none"> 1. Waktu tunggu hasil pelayanan thorax foto 2. Pelaksana ekspertisi 3. Kejadian kegagalan pelayanan rontgen 4. Kepuasan pelanggan 	≤ 3 jam Dokter Spesialis Radiologi kerusakan foto $\leq 2\%$ $\geq 80\%$
2.	Laboratorium Patologi Klinik	<ol style="list-style-type: none"> 1. Waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium 2. Pelaksana ekspertisi 3. Tidak adanya kesalahan pemberian hasil pemeriksaan laboratorium 4. Kepuasan pelanggan 	≤ 140 menit Dokter Spesialis Patologi Klinik 100 % $\geq 80\%$
3.	Rehabilitasi Medik	<ol style="list-style-type: none"> 1. Kejadian Drop Out pasien terhadap pelayanan Rehabilitasi Medik yang direncanakan 2. Tidak adanya kejadian kesalahan tindakan rehabilitasi medik 3. Kepuasan pelanggan 	$\leq 50\%$ 100 % $\geq 80\%$
4.	Farmasi	<ol style="list-style-type: none"> 1. Waktu tunggu pelayanan <ol style="list-style-type: none"> a. Obat jadi b. Obat racikan 2. Tidak adanya kejadian kesalahan pemberian obat 3. Kepuasan pelanggan 4. Penulisan resep sesuai formularium 	a. ≤ 30 menit b. ≤ 60 menit 100 % $\geq 80\%$ 100%

BAB V
STANDAR PELAYANAN MINIMAL NON MEDIK

Standar Pelayanan Minimal (SPM) Non Medik di Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Sumedang meliputi:

1. SPM Instalasi Pemeliharaan Sarana Rumah Sakit (IPSRS);
2. SPM Gizi;
3. SPM Laundry;
4. SPM Kebersihan, Ketertiban dan Keindahan;
5. SPM Transfusi Darah;
6. SPM Pelayanan Keluarga Miskin;
7. SPM Rekam Medik;
8. SPM Pengelolaan Limbah;
9. SPM Ambulance/Kereta Jenazah;
10. SPM Pemulasaraan Jenazah;
11. SPM Pelayanan Pemeliharaan Sarana Rumah Sakit;
12. SPM Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI).

Rincian lebih lanjut kewenangan wajib pelayanan/kegiatan minimal non medik rumah sakit adalah sebagai berikut:

NO	URAIAN	INDIKATOR	STANDAR
1.	IPSRS		
a.	Pemeliharaan dan perbaikan gedung	Pengecatan gedung pertahun Tahap awal perbaikan : a. Emergensi b. Non Emergensi Penanganan perbaikan : a. Emergensi b. Non emergensi	1 kali 24 jam 3 x 24 jam 24 jam 7 x 24 jam
b.	Perbaikan dan pemeliharaan alat medis dan non medis	Tahap awal perbaikan : a. Emergensi b. Non emergensi Penanganan Perbaikan : a. Emergensi b. Non emergensi	24 jam 3 x 24 jam 24 jam 3 x 24 jam
c.	Inventarisasi pasien (Meubeler)	Tahap awal perbaikan : a. Emergensi b. Non emergensi Penanganan Perbaikan : a. Emergensi b. Non emergensi	24 jam 3 x 24 jam 24 jam 3 x 24 jam
2.	Gizi	1. Kepala Instalasi Gizi minimal D3 2. Petugas Gizi bebas penyakit menular 3. Hidangan sesuai dengan jenis penyakit 4. Pasien puas 5. Ketepatan waktu pemberian makanan kepada pasien 6. Sisa makanan yang tidak termakan oleh pasien 7. Tidak adanya kejadian kesalahan pemberian diet	100% 100% 80% 80% ≥ 90 % ≤ 20 % 100 %

NO	URAIAN	INDIKATOR	STANDAR
3.	Pelayanan Laundry	1. Pemisahan linen infection dan non infection 2. Penggantian linen setiap hari 3. Jumlah linen pertempat tidur 4. Siap pakai 5. Bersih (tidak berbau, tidak bernoda) 6. Tidak adanya kejadian linen yang hilang 7. Ketepatan waktu penyediaan linen untuk ruang rawat inap	100% 1 kali 3 kali 2 hari 100% 100 % 100 %
4.	Kebersihan, Ketertiban dan Keindahan		
a.	Kebersihan Sampah	a. Tempat pembuangan sampah tertutup di setiap ruangan b. Pemisahan sampah medis dan non medis c. Pengangkutan ke TPS perhari	100% 100% 1 kali
	Kamar mandi dan WC	Bersih dan tidak bau	100%
	Lantai Rumah Sakit	Dibersihkan 2 kali sehari	100%
	Gedung	Dibersihkan 1 kali seminggu	100%
b.	Ketertiban Papan petunjuk	Letak papan petunjuk strategis dan tulisan dapat dibaca dengan jelas	100%
	Ruang Tunggu	Kotak Saran Tersedia ruang tunggu di ruang rawat jalan, apotik, ruang radiologi dan laboratorium	100% 100%
	WC	Nyaman Tersedia air serta adanya pemisahan antar WC laki-laki dan perempuan	100% 100%
	Waktu berkunjung pasien	Jadwal kunjungan/hari	2 kali
	Parkir	Adanya petugas dan lapangan parkir	100%
	Keamanan	a. Ada Pos Keamanan b. Satpam c. Rasa aman d. Lampu penerangan	2 8 90% 90%
c.	Keindahan Taman dan Ruang	Penataan taman dan ruangan Pemeliharaan dan ruangan	100% 100%
5.	Transfusi Darah	1. Kebutuhan darah bagi setiap pelayanan transfusi 2. Kejadian reaksi transfusi	100% ≤ 0.01 %
6.	Pelayanan Keluarga Miskin	Pelayanan terhadap pasien Keluarga Miskin yang datang ke Rumah Sakit pada setiap unit pelayanan	100 % terlayani

NO	URAIAN	INDIKATOR	STANDAR
7.	Rekam medik	<ol style="list-style-type: none"> 1. Kelengkapan pengisian rekam medik 24 jam setelah selesai pelayanan 2. Kelengkapan informed Consent setelah mendapatkan informasi yang jelas 3. Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat jalan 4. Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat inap 	<p>100 %</p> <p>100 %</p> <p>≤10 menit</p> <p>≤15 menit</p>
8.	Pengelolaan limbah	<ol style="list-style-type: none"> 1. Baku mutu limbah cair 2. Pengelolaan limbah padat infeksius sesuai dengan aturan 	<ol style="list-style-type: none"> a. BOD < 30 mg/l b. COS < 80 mg/l c. TSS < 30 mg/l d. PH 6-9 <p>100%</p>
9.	Ambulance/Kereta Jenazah	<ol style="list-style-type: none"> 1. Waktu pelayanan ambulance/kereta Jenazah 2. Kecepatan memberikan pelayanan ambulance/kereta jenazah di Rumah Sakit 3. Response time pelayanan ambulance oleh masyarakat yang membutuhkan 	<p>24 Jam</p> <p>≤30 menit</p> <p>≤ 60 menit</p>
10.	Pemulasaraan Jenazah	Waktu tanggap (response time) pelayanan pemulasaraan jenazah	≤ 2 Jam
11.	Pelayanan pemeliharaan sarana rumah sakit	<ol style="list-style-type: none"> 1. Kecepatan waktu menanggapi kerusakan alat 2. Ketepatan waktu pemeliharaan alat 3. Peralatan Laboratorium dan alat ukur yang digunakan dalam pelayanan terkalibrasi tepat waktu sesuai dengan ketentuan kalibrasi 	<p>≤ 80 %</p> <p>100 %</p> <p>100 %</p>
12.	Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ada anggota Tim PPI yang terlatih 2. Tersedia APD di setiap instansi/ departemen 3. Kegiatan pencatatan dan pelaporan infeksi nosokomia/Health Care Associated Infection(HAI) di Rumah Sakit (min 1 parameter) 	<p>75 %</p> <p>60 %</p> <p>75 %</p>

BAB VI PENUTUP

Penetapan Standar Pelayanan Minimal di Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Sumedang yang meliputi standar pelayanan minimal manajemen, pelayanan medik, penunjang medik dan non medik dimaksudkan untuk menjadi acuan dan tolok ukur pelaksanaan operasional di Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Sumedang. Dengan demikian diharapkan akan tercipta peningkatan mutu pelayanan kepada masyarakat.

Disamping itu penetapan standar pelayanan minimal, dapat dijadikan pedoman dalam menentukan prosedur kerja dan menghitung anggaran yang diperlukan dalam rangka operasional pelayanan di Rumah Sakit.

BUPATI SUMEDANG,

ttd

DON MURDONO