



BUPATI TANJUNG JABUNG TIMUR

PROVINSI JAMBI

PERATURAN BUPATI TANJUNG JABUNG TIMUR

NOMOR 57 TAHUN 2017

TENTANG

STANDAR PELAYANAN MINIMAL BADAN LAYANAN UMUM DAERAH

RUMAH SAKIT UMUM DAERAH NURDIN HAMZAH

KABUPATEN TANJUNG JABUNG TIMUR

DENGAN RAHMAT TUHAN YANG MAHA ESA

BUPATI TANJUNG JABUNG TIMUR,

- Menimbang :
- a. bahwa dalam rangka mewujudkan Rumah Sakit Umum Daerah Nurdin Hamzah sebagai salah satu sarana kesehatan yang memberikan pelayanan dan peningkatan derajat kesehatan pada masyarakat, dipandang perlu menetapkan standar pelayanan minimal Badan Layanan Umum Daerah Rumah Sakit Umum Daerah Nurdin Hamzah Kabupaten Tanjung Jabung Timur;
 - b. bahwa untuk menindaklanjuti Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 129/Menkes/SK/II/2008 tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit dan ketentuan Pasal 55 ayat (1) Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 61 Tahun 2007 tentang Pedoman Teknis Pengelolaan Badan Layanan Umum Daerah, perlu menetapkan Standar Pelayanan Minimal BLUD dengan Peraturan Bupati;
 - c. bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana dimaksud pada huruf a dan huruf b, perlu membentuk Peraturan Bupati tentang Standar Pelayanan Minimal Badan Layanan Umum Daerah Rumah Sakit Umum Daerah Nurdin Hamzah Kabupaten Tanjung Jabung Timur;

- Mengingat : 1. Undang-Undang Nomor 54 Tahun 1999 tentang Pembentukan Kabupaten Sarolangun, Kabupaten Tebo, Kabupaten Muaro Jambi dan Kabupaten Tanjung Jabung Timur (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 1999 Nomor 182, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 3903) sebagaimana telah diubah dengan Undang-Undang Nomor 14 Tahun 2000 tentang Perubahan Atas Undang-Undang Nomor 54 Tahun 1999 tentang Pembentukan Kabupaten Sarolangun, Kabupaten Tebo, Kabupaten Muaro Jambi dan Kabupaten Tanjung Jabung Timur (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2000 Nomor 81, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 3969);
2. Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2003 tentang Keuangan Negara (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2003 Nomor 47, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4286);
3. Undang-Undang Nomor 1 Tahun 2004 tentang Perbendaharaan Negara (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 5, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4355);
4. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 144, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5063);
5. Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 153, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5072);
6. Undang-Undang Nomor 12 Tahun 2011 tentang Pembentukan Peraturan Perundang-Undangan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2011 Nomor 82, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5234);

7. 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);
8. Peraturan Pemerintah Nomor 23 Tahun 2005 tentang Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2005 Nomor 48, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4502) sebagaimana telah diubah dengan Peraturan Pemerintah Nomor 74 Tahun 2012 tentang Perubahan Atas Peraturan Pemerintah Nomor 23 Tahun 2005 tentang Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2012 Nomor 171, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5340);
9. 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);
10. Peraturan Pemerintah Nomor 18 Tahun 2016 tentang Perangkat Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2016 Nomor 114, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5887);
11. Peraturan Pemerintah Nomor 12 Tahun 2017 tentang Pembinaan dan Pengawasan Penyelenggaraan Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2017 Nomor 73, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6041);

12. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 6 Tahun 2007 tentang Petunjuk Teknis Penyusunan dan Penetapan Standar Pelayanan Minimal;
13. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 79 Tahun 2007 tentang Pedoman Penyusunan Rencana Pencapaian Standar Pelayanan Minimal;
14. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 61 Tahun 2007 tentang Pedoman Teknis Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum Daerah;
15. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 129/Menkes/SK/II/2008 tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit;
16. Peraturan Daerah Kabupaten Tanjung Jabung Timur Nomor 6 Tahun 2016 tentang Pembentukan dan Susunan Perangkat Daerah (Lembaran Daerah Kabupaten Tanjung Jabung Timur Tahun 2016 Nomor 6);
17. Peraturan Bupati Tanjung Jabung Timur Nomor 31 Tahun 2016 tentang Kedudukan, Susunan Organisasi, Tugas dan Fungsi serta Tata Kerja Perangkat Daerah (Berita Daerah Kabupaten Tanjung Jabung Timur Tahun 2016 Nomor 31);

MEMUTUSKAN :

Menetapkan : PERATURAN BUPATI TENTANG STANDAR PELAYANAN MINIMAL BADAN LAYANAN UMUM DAERAH RUMAH SAKIT UMUM DAERAH NURDIN HAMZAH KABUPATEN TANJUNG JABUNG TIMUR.

BAB I

KETENTUAN UMUM

Pasal 1

Dalam Peraturan ini yang dimaksud dengan:

1. Kabupaten adalah Kabupaten Tanjung Jabung Timur.
2. Pemerintah Daerah Kabupaten yang selanjutnya disebut Pemerintah Kabupaten adalah unsur penyelenggara Pemerintah Kabupaten Tanjung

Jabung Timur yang terdiri atas Bupati dan perangkat daerah Kabupaten Tanjung Jabung Timur.

3. Rumah Sakit Umum Daerah Nurdin Hamzah yang selanjutnya disebut RSUD Nurdin Hamzah adalah Rumah Sakit Umum Daerah Nurdin Hamzah Kabupaten Tanjung Jabung Timur.
4. Badan Layanan Umum Daerah yang selanjutnya disebut BLUD adalah Satuan Kerja Perangkat Daerah atau Unit Kerja pada Satuan Kerja Perangkat Daerah di lingkungan Pemerintah Daerah yang dibentuk untuk memberi pelayanan kepada masyarakat berupa penyediaan barang dan/atau jasa yang dijual tanpa mengutamakan mencari keuntungan dan dalam melakukan kegiatannya didasarkan pada prinsip efisiensi dan produktivitas.
5. Pelayanan Rumah Sakit adalah pelayanan yang diberikan oleh BLUD RSUD Nurdin Hamzah kepada masyarakat yang meliputi pelayanan medik, pelayanan penunjang medik, pelayanan keperawatan dan pelayanan administrasi manajemen.
6. Standar Pelayanan Minimal yang selanjutnya disebut 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 Badan Layanan Umum Daerah 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, efektivitas, efisiensi, keselamatan dan keamanan, kenyamanan, kesinambungan pelayanan, kompetensi teknis dan hubungan antar manusia berdasarkan 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 variable yang dapat digunakan untuk mengevaluasi keadaan atau status dan memungkinkan dilakukan pengukuran terhadap perubahan yang terjadi dari waktu ke waktu atau tolok ukur prestasi kuantitatif/kualitatif yang digunakan untuk mengukur terjadinya perubahan terhadap besaran target atau standar yang telah ditetapkan sebelumnya.
12. Standar adalah nilai tertentu yang telah ditetapkan berkaitan dengan sesuatu yang harus dicapai.
13. Definisi 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.
20. Jajaran manajemen BLUD RSUD Nurdin Hamzah adalah seluruh PNS/Non PNS di lingkungan BLUD RSUD Nurdin Hamzah.

BAB II

MAKSUD DAN TUJUAN

Pasal 2

- (1) Standar Pelayanan Minimal RSUD Nurdin Hamzah dimaksudkan sebagai panduan bagi daerah dalam melaksanakan perencanaan, pelaksanaan, pengendalian, pengawasan dan pertanggungjawaban penyelenggaraan jenis dan mutu pelayanan kesehatan serta penunjang pelayanan kesehatan pada RSUD Nurdin Hamzah.

- (2) Standar Pelayanan Minimal RSUD Nurdin Hamzah bertujuan untuk meningkatkan dan menjamin mutu pelayanan kesehatan dan penunjang pelayanan kesehatan kepada masyarakat.

BAB III

JENIS PELAYANAN, INDIKATOR, STANDAR (NILAI),

BATAS WAKTU PENCAPAIAN DAN URAIAN

STÁNDAR PELAYANAN MINIMAL

Bagian Kesatu

Jenis Pelayanan

Pasal 3

- (1) RSUD Nurdin Hamzah 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 pada RSUD Nurdin Hamzah 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 fisioterapi;
 - j. pelayanan farmasi;
 - k. pelayanan gizi;
 - l. pelayanan transfusi dan bank darah;
 - m. pelayanan pasien keluarga miskin /Surat Keterangan Tidak Mampu (SKTM);
 - n. pelayanan rekam medik;
 - o. pelayanan pengolahan limbah;
 - p. pelayanan administrasi dan manajemen;

- q. pelayanan ambulan dan mobil jenazah;
- r. pelayanan pemulasaran jenazah;
- s. pelayanan laundry;
- t. pelayanan Central Steril Supply Departmen (CSSD);
- u. pelayanan pemeliharaan sarana rumah sakit;
- v. pelayanan pencegahan infeksi; dan
- w. pelayanan satpam.

Bagian kedua

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

Pasal 4

Indikator, Standar (Nilai), Batas Waktu Pencapaian, Uraian SPM dari Jenis Pelayanan sebagaimana tercantum dalam Lampiran sebagai bagian yang tidak terpisahkan dari Peraturan ini.

BAB IV

PELAKSANAAN

Pasal 5

- (1) RSUD Nurdin Hamzah sebagai Rumah Sakit yang menerapkan pola pengelolaan keuangan Badan Layanan Umum Daerah PPK-BLUD wajib melaksanakan pelayanan kesehatan dan penunjang pelayanan kesehatan berdasarkan SPM.
- (2) Direktur RSUD Nurdin Hamzah yang menerapkan PPK-BLUD bertanggung jawab dalam penyelenggaraan pelayanan kesehatan dan penunjang pelayanan kesehatan sesuai SPM.
- (3) Penyelenggaraan pelayanan yang sesuai dengan SPM dilaksanakan oleh tenaga dengan kualifikasi dan kompetensi berdasarkan ketentuan peraturan perundang-undangan.

BAB V

PENERAPAN

Pasal 6

- (1) Direktur RSUD Nurdin Hamzah yang menerapkan PPK-BLUD wajib menyusun Rencana Bisnis dan Anggaran (RBA), target serta upaya dan

pelaksanaan peningkatan mutu pelayanan kesehatan dan penunjang pelayanan kesehatan BLUD RSUD Nurdin Hamzah berdasarkan SPM.

- (2) Setiap unit kerja pelayanan kesehatan, penunjang pelayanan kesehatan dan administrasi manajemen BLUD.
- (3) RSUD Nurdin Hamzah yang menerapkan PPK-BLUD wajib menyusun rencana kerja, target, serta upaya dan pelaksanaan peningkatan mutu pelayanan kesehatan dan penunjang pelayanan kesehatan BLUD RSUD Nurdin Hamzah berdasarkan SPM.
- (4) Setiap pelaksanaan pelayanan kesehatan dan penunjang pelayanan kesehatan, wajib menyelenggarakan pelayanan kesehatan yang menjadi tugasnya sesuai dengan SPM.

BAB VI

PEMBINAAN DAN PENGAWASAN

Bagian Kesatu

Pembinaan

Pasal 7

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

Bagian Kedua

Pengawasan

Pasal 8

- (1) Pengawasan dilakukan oleh pengawas internal.

- (2) Pengawas internal sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilaksanakan oleh pengawas internal yang berkedudukan langsung dibawah Direktur BLUD RSUD Nurdin Hamzah.

Pasal 9

- (1) Pengawas internal sebagaimana dimaksud dalam Pasal 8 ayat (1) bersama-sama jajaran manajemen BLUD RSUD Nurdin Hamzah yang menerapkan PPK-BLUD menciptakan dan meningkatkan pengendalian internal.
- (2) Fungsi pengendalian internal sebagaimana dimaksud pada ayat (1) membantu manajemen dalam hal:
 - a. pengamanan harta kekayaan;
 - b. menciptakan akurasi sistem informasi keuangan;
 - c. menciptakan efisiensi dan produktivitas; dan
 - d. mendorong dipatuhinya kebijakan manajemen dalam penerapan praktek bisnis yang sehat.

Pasal 10

- (1) Pembinaan dan pengawasan terhadap BLUD RSUD Nurdin Hamzah yang menerapkan PPK-BLUD selain dilakukan oleh pejabat pembina dan pengawas sebagaimana dimaksud dalam Pasal 7, Pasal 8, dan Pasal 9 dilakukan juga oleh dewan pengawas berdasarkan peraturan perundang-undangan.
- (2) Dewan pengawas sebagaimana dimaksud pada ayat (1) adalah organ yang bertugas melakukan pengawasan terhadap pengelolaan BLUD.

Pasal 11

Anggaran pelaksanaan pembinaan dan pengawasan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 7, Pasal 8, Pasal 9 dan Pasal 10 dibebankan pada pendapatan operasional BLUD RSUD Nurdin Hamzah yang ditetapkan dalam Rencana Bisnis Anggaran (RBA) BLUD RSUD Nurdin Hamzah.

BAB VII

KETENTUAN PENUTUP

Pasal 12

Peraturan Bupati ini mulai berlaku pada tanggal diundangkan.

Agar setiap orang mengetahuinya memerintahkan pengundangan Peraturan Bupati ini dengan penempatannya dalam Berita Daerah Kabupaten Tanjung Jabung Timur.

Ditetapkan di Muara Sabak
pada tanggal 20 NOVEMBER 2017

BUPATI TANJUNG JABUNG TIMUR,

H. ROMI HARIYANTO

Diundangkan di Muara Sabak
pada tanggal 20 NOVEMBER 2017

SEKRETARIS DAERAH KABUPATEN TANJUNG JABUNG TIMUR,

H. SUDIRMAN

BERITA DAERAH KABUPATEN TANJUNG JABUNG TIMUR TAHUN 2017
NOMOR . 57.



			Setiap hari kerja kecuali Jum'at : 08.00 - 11.00	08.00 s/d 11.00 jumat 08.00 s/d 12 sabtu	08.00 s/d 11.00 jumat 08.00 s/d 12 sabtu	08.00 s/d 11.00 jumat 08.00 s/d 12 sabtu	08.00 s/d 11.00 jumat 08.00 s/d 12 sabtu	08.00 s/d 11.00 jumat 08.00 s/d 12 sabtu	08.00 s/d 11.00 jumat 08.00 s/d 12 sabtu	
		4.	Waktu tunggu rawat jalan	≤ 60 menit	40 menit	40 menit	40 menit	40 menit	40 menit	40 menit
		5.	Penegakan Diagnosis TB melalui Pemeriksaan mikroskopis	≥ 60%	Tidak ada data	60%	60%	60%	60%	60%
		6.	Pasien Rawat Jalan TB yang ditangani dengan strategi DOTS	100%	Belum Ada Pelayanan	-	60%	70%	90%	100%
		7.	Ketersediaan Pelayanan VCT (HIV)	Tersedia dengan	Tersedia dengan	Tersedia dengan	Tersedia dengan	Tersedia dengan	Tersedia dengan	Tersedia dengan
		8.	Kecepatan penyelesaian Visum Luar ≤ 7 hari	95%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
	Output	9.	Peresepan obat sesuai formularium	100%	90%	100%	100%	100%	100%	100%
		10.	Pencatatan dan pelaporan TB di RS	≥ 60%	≥ 60%	≥ 60%	≥ 60%	≥ 60%	≥ 60%	≥ 60%
	Outcome	11.	Kepuasan pasien	> 90 %	75%	80%	85%	85%	90%	95%
3	Pelayanan Rawat Inap	Input	1. Ketersediaan pelayanan	a. Sp. Anak	a. Sp. Anak	a. Sp. Anak	a. Sp. Anak	a. Sp. Anak	a. Sp. Anak	a. Sp. Anak
				b. Sp. PD.	b. Sp. PD.	b. Sp. PD.	b. Sp. PD.	b. Sp. PD.	b. Sp. PD.	b. Sp. PD.
				c. Sp. Bedah	c. Sp. Bedah	c. Sp. Bedah	c. Sp. Bedah	c. Sp. Bedah	c. Sp. Bedah	c. Sp. Bedah
				d. Sp. Kebidanan	d. Sp. Kebidanan	d. Sp. Kebidanan	d. Sp. Kebidanan	d. Sp. Kebidanan	d. Sp. Kebidanan	d. Sp. Kebidanan
		2.	Pemberi pelayanan di Rawat Inap	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
		3.	Tempat tidur dengan pengaman	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
		4.	Kamar mandi dengan pengaman pegangan tangan	100%	Belum ada	30%	50%	70%	90%	100%
	Proses	5.	Dokter penanggung jawab pasien rawat inap	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
		6.	Jam Visite dokter spesialis	08.00 - 14.00 setiap hari	08.00-14.00 sesuai jadwal kunjungan	08.00 - 14.00 setiap hari	08.00 - 14.00 setiap hari	08.00 - 14.00 setiap hari	08.00 - 14.00 setiap hari	08.00 - 14.00 setiap hari
		7.	Kejadian infeksi pasca operasi	≤ 1.5%	cek ulang dengan IPCN/kak deka	≤ 1.5%	≤ 1.5%	≤ 1.5%	≤ 1.5%	≤ 1.5%
		8.	Kejadian infeksi nosokomial	≤ 1.5%	cek ulang dengan IPCN/kak deka	≤ 1.5%	≤ 1.5%	≤ 1.5%	≤ 1.5%	≤ 1.5%
		9.	Tidak adanya kejadian pasien jatuh yang berakibat cacat atau kematian	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
		10.	pasien rawat inap tuberculosis yang ditangani dengan strategi DOTS	≥ 60%	≥ 60%	≥ 60%	≥ 60%	≥ 60%	≥ 60%	≥ 60%
		11.	Pencatatan dan pelaporan TB di RS	≥ 60%	≥ 60%	≥ 60%	≥ 60%	≥ 60%	≥ 60%	≥ 60%
	Output	12.	Kejadian pulang sebelum dinyatakan sembuh	≤ 5 %	≤ 5 %	≤ 5 %	≤ 5 %	≤ 5 %	≤ 5 %	≤ 5 %
		13.	Kematian pasien > 48 jam	≤ 0.24%						

Ka. Inst. R.Inap

4	Pelayanan Bedah Sentral	Outcome	14. Kepuasan pasien	≥ 90%	75%	80%	85%	85%	90%	95%	Ka. Ruang Bedah	
		Input	1. Ketersediaan tim bedah	Sesuai dengan kelas RS	1 tim	2 tim	2 tim	2 tim	2 tim	2 tim		2 tim
			2. Ketersediaan fasilitas dan peralatan operasi	Sesuai dengan kelas RS	Sesuai dengan kelas RS	Sesuai dengan kelas RS	Sesuai dengan kelas RS	Sesuai dengan kelas RS	Sesuai dengan kelas RS	Sesuai dengan kelas RS		Sesuai dengan kelas RS
			3. Kemampuan melakukan tindakan operatif	100%						100%		
		Proses	4. Waktu tunggu operasi elektif	≤ 2 hari	≤ 3 hari	≤ 3 hari	≤ 3 hari	≤ 2 hari	≤ 2 hari	≤ 2 hari		≤ 2 hari
			5. Tidak adanya kejadian operasi salah sisi	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%		100%
			6. Tidak adanya kejadian operasi salah orang	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%		100%
			7. Tidak adanya kejadian salah tindakan pada operasi	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%		100%
			8. Tidak adanya kejadian tertinggalnya benda asing/lain pada tubuh pasien setelah operasi	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%		100%
			9. Komplikasi anestesi karena overdosis, reaksi anestesi, salah penempatan ET	≤ 6 %	≤ 6 %	≤ 6 %	≤ 6 %	≤ 6 %	≤ 6 %	≤ 6 %		≤ 6 %
		Output	10. Kejadian kematian di meja operasi	≤ 1 %	≤ 1 %	≤ 1 %	≤ 1 %	≤ 1 %	≤ 1 %	≤ 1 %		≤ 1 %
Outcome	11. Kepuasan pelanggan	> 80 %	75%	80%	80%	80%	80%	85%				
5	Persalinan dan Perinatologi	Input	1. Pemberi pelayanan persalinan normal	Dokter Sp.OG/dr umum/bidan	Dokter Sp.OG/dr umum/bidan	Dokter Sp.OG/dr umum/bidan	Dokter Sp.OG/dr umum/bidan	Dokter Sp.OG/dr umum/bidan	Dokter Sp.OG/dr umum/bidan	Dokter Sp.OG/dr umum/bidan	Ka. Kebidanan	
			2. Pemberi pelayanan persalinan dengan penyulit	Tim PONEK terlatih	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia		
			3. Pemberi pelayanan persalinan dengan tindakan operatif	Dokter Sp.OG/dr SpA/dr Sp.An	Dokter Sp.OG/dr SpA/dr Sp.An	Dokter Sp.OG/dr SpA/dr Sp.An	Dokter Sp.OG/dr SpA/dr Sp.An	Dokter Sp.OG/dr SpA/dr Sp.An	Dokter Sp.OG/dr SpA/dr Sp.An	Dokter Sp.OG/dr SpA/dr Sp.An		
			4. Kemampuan menangani BBLR (1500-2500 gr)	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%		
			5. Kemampuan menangani bayi lahir dengan asfiksia	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%		
		Proses	6. Pertolongan persalinan melalui seksio caesaria non rujukan (SC/ANC)	≤ 20 %	kumpulak data non rujukan							
			7. Pelayanan kontrasepsi mantap dilakukan oleh SpOG atau SpB, atau SpU, atau dokter umum terlatih	100%	kumpul kan data (Poli KIA)							
			8. Konseling peserta KB mantap oleh bidan terlatih	100%	kumpul kan data (Poli KIA)							
		Output	9. Kematian ibu karena persalinan	a. Pendarahan ≤ 1%	dibawah standart							

				b. Pre-klampsia ≤ 30 %								
				c. Sepsis $\leq 0,2$ %								
		Outcome	10. Kepuasan pasien	≥ 80 %	75%	80%	80%	80%	80%	80%	85%	
6	Pelayanan Intensif	Input	1. Pemberi pelayanan	a. Dokter Sp	a. Dokter Sp	a. Dokter Sp	a. Dokter Sp	a. Dokter Sp	a. Dokter Sp	a. Dokter Sp	a. Dokter Sp	
				b. Dokter Umum	b. Dokter Umum	b. Dokter Umum	b. Dokter Umum	b. Dokter Umum	b. Dokter Umum	b. Dokter Umum	b. Dokter Umum	
				c. Perawat/Bidan	c. Perawat/Bidan	c. Perawat/Bidan	c. Perawat/Bidan	c. Perawat/Bidan	c. Perawat/Bidan	c. Perawat/Bidan	c. Perawat/Bidan	
				2. Ketersediaan fasilitas dan peralatan ruang ICU	Sesuai kelas RS dan standar ICU	Sesuai kelas RS dan standar ICU	Sesuai kelas RS dan standar ICU	Sesuai kelas RS dan standar ICU	Sesuai kelas RS dan standar ICU	Sesuai kelas RS dan standar ICU	Sesuai kelas RS dan standar ICU	Sesuai kelas RS dan standar ICU
				3. Ketersediaan tempat tidur dengan monitoring dan ventilator	Sesuai kelas RS dan standar ICU	Sesuai kelas RS dan standar ICU	Sesuai kelas RS dan standar ICU	Sesuai kelas RS dan standar ICU	Sesuai kelas RS dan standar ICU	Sesuai kelas RS dan standar ICU	Sesuai kelas RS dan standar ICU	Sesuai kelas RS dan standar ICU
		Proses	4. Kepatuhan terhadap hand hygiene	100%	50%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
			5. Kejadian infeksi nosokomial	< 21 %	< 21 %	< 21 %	< 21 %	< 21 %	< 21 %	< 21 %	< 21 %	< 21 %
		Output	6. Pasien yang kembali ke Perawatan intensif dengan kasus yang sama < 72 jam	< 3 %	< 3 %	< 3 %	< 3 %	< 3 %	< 3 %	< 3 %	< 3 %	< 3 %
		Outcome	7. Kepuasan pelanggan	≥ 70 %	75%	80%	80%	80%	80%	80%	80%	80%
7	Pelayanan Radiologi	Input	1. Pemberi pelayanan radiologi	dokter spesialis (Sp.Rad) & radiografer	dokter spesialis (Sp.Rad) & radiografer	dokter spesialis (Sp.Rad) & radiografer	dokter spesialis (Sp.Rad) & radiografer	dokter spesialis (Sp.Rad) & radiografer	dokter spesialis (Sp.Rad) & radiografer	dokter spesialis (Sp.Rad) & radiografer		
				2. Ketersediaan fasilitas dan peralatan radiografi	ruang, mesin, alat2 baik cito maupun elektif sesuai kelas RS	Belum sesuai kelas rumah sakit	Belum sesuai kelas rumah sakit	Belum sesuai kelas rumah sakit	Belum sesuai kelas rumah sakit	Sesuai kelas rumah sakit	Sesuai kelas rumah sakit	
		Proses	3. Waktu tunggu hasil pelayanan foto thorax	≤ 3 Jam	≤ 3 Jam	≤ 3 Jam	≤ 3 Jam	≤ 3 Jam	≤ 3 Jam	≤ 3 Jam	≤ 3 Jam	
			4. Kerusakan foto (rejected/tidak terbaca)	≤ 2 %	≤ 2 %	≤ 2 %	≤ 2 %	≤ 2 %	≤ 2 %	≤ 2 %	≤ 2 %	
			5. Tidak terjadinya kesalahan pemberian label	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	
		Output	6. Pelaksanaan Ekspertisi hasil pemeriksaan radiologi	Dokter spesialis radiologi (100%)	25%	25%	25%	25%	25%	25%	100%	
		Outcome	7. 7. Kepuasan pelanggan	> 80 %	75%	80%	80%	80%	80%	80%	85%	
8	Pelayanan Laboratorium Patologi Klinik	Input	1. Pemberi pelayanan laboratorium patologi klinik	dr.Sp.PK, analis	dr.Sp.PK, analis	dr.Sp.PK, analis	dr.Sp.PK, analis	dr.Sp.PK, analis	dr.Sp.PK, analis	dr.Sp.PK, analis		
			2. Fasilitas dan peralatan	Sesuai kelas RS	kurang analisa gas darah	Sesuai kelas RS	Sesuai kelas RS	Sesuai kelas RS	Sesuai kelas RS	Sesuai kelas RS	Sesuai kelas RS	

Ka. Intensif

Kepala Instalasi Rad.

Ka. Inst. Labor PK

			10. Pelaksanaan rencana pengembangan SDM (kepegawaian)	≥ 90 %	70%	75%	80%	85%	90%	90%	Kepegawaian
			11. Ketepatan waktu penyusunan laporan keuangan (keuangan)	100%	80%	100%	100%	100%	100%	100%	
			12. Kecepatan waktu pemberian informasi tagihan pasien rawat inap (keuangan)	≤ 2 jam	< 2 jam	< 2 jam	< 2 jam	< 2 jam	< 2 jam	< 2 jam	
		output	13. Cost Recovery Ratio (keuangan)	≥ 60%	16%	22%	28%	34%	40%	46%	
			14. Kelengkapan pelaporan akuntabilitas kinerja (perencanaan)	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Direktur RS
			15. Karyawan mendapat pelatihan minimal 20 jam pertahun (kepegawaian)	≥60 %	33%	33%	40%	45%	50%	60%	Kepegawaian
			16. Ketepatan waktu pemberian insentif sesuai kesepakatan waktu (keuangan)	100%	90%	90%	90%	100%	100%	100%	
17	Pelayanan Ambulance dan Mobil Jenazah	Input	1. Ketersediaan pelayanan untuk ambulans dan mobil jenazah	24 jam	24 jam	24 jam	24 jam	24 jam	24 jam	24 jam	Kepala IGD
			2. Penyedia pelayanan ambulans dan mobil jenazah	supir ambulans terlatih	supir ambulans	supir ambulans	supir ambulans	supir ambulans	supir ambulans	supir ambulans	Subbag MR, Umum
			3. Ketersediaan mobil ambulans dan mobil jenazah	Sesuai kebutuhan	Sesuai kebutuhan	Sesuai kebutuhan	Sesuai kebutuhan	Sesuai kebutuhan	Sesuai kebutuhan	Sesuai kebutuhan	Subbag MR, Umum
		Proses	4. Kecepatan memberikan pelayanan ambulance/mobil jenazah di rumah sakit	≤ 30 menit	≤ 30 menit	≤ 30 menit	≤ 30 menit	≤ 30 menit	≤ 30 menit	≤ 30 menit	Subbag MR, Umum
			5. Waktu tanggap pelayanan ambulance kepada masyarakat yang membutuhkan	≤ 30 menit	≤ 30 menit	≤ 30 menit	≤ 30 menit	≤ 30 menit	≤ 30 menit	≤ 30 menit	Subbag MR, Umum
		Output	6. Tiada terjadinya kecelakaan ambulance/mobil jenazah yang menyebabkan kecacatan atau kematian	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Subbag MR, Umum
		Outcome	7. Kepuasan pelanggan	≥ 80%	75%	80%	80%	80%	80%	80%	Subbag MR, Umum dan Humas
18	Pemulasaran/ Perawatan Jenazah	Input	1. Ketersediaan pelayanan pemulasaran jenazah	24 jam	Tidak Tersedia	Tidak Tersedia	Tidak Tersedia	24 Jam	24 Jam	24 Jam	Ka Ru. Kamar Jenazah
			2. Ketersediaan fasilitas kamar jenazah	Sesuai kelas rumah sakit	Tidak Tersedia	Tidak Tersedia	Tidak Tersedia	Sesuai kelas rumah sakit	Sesuai kelas	Sesuai kelas	Ka Ru. Kamar Jenazah
			3. Ketersediaan tenaga di instalasi perawatan jenazah	ada SK direktur	Tidak Tersedia	Tidak Tersedia	Tidak Tersedia	ada SK direktur	ada SK direktur	ada SK direktur	Ka Ru. Kamar Jenazah
		proses	4. Waktu tanggap pelayanan pemulasaran jenazah < 2 jam	100%	Tidak Tersedia	Tidak Tersedia	Tidak Tersedia	100%	100%	100%	Ka Ru. Kamar Jenazah
			5. Perawatan jenazah sesuai standar universal precaution	100%	Tidak Tersedia	Tidak Tersedia	Tidak Tersedia	100%	100%	100%	Ka Ru. Kamar Jenazah

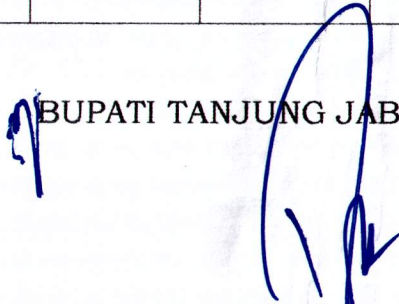
			6. Tidak terjadinya kesalahan identifikasi jenazah	100%	Tidak Tersedia	Tidak Tersedia	Tidak Tersedia	100%	100%	100%	Ka Ru. Kamar Jenazah	
		Outcome	7. Kepuasan pelanggan (keluarga)	≥ 80%	Tidak Tersedia	Tidak Tersedia	Tidak Tersedia	≥ 80%	≥ 80%	≥ 80%	Ka Ru. Kamar Jenazah	
19	Pelayanan Laundry	Input	1. Ketersediaan pelayanan laundry	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia		
			2. Adanya penanggung jawab pelayanan laundry	ada SK direktur	ada SK direktur	ada SK direktur	ada SK direktur	ada SK direktur	ada SK direktur	ada SK direktur	ada SK direktur	
			3. Ketersediaan fasilitas dan peralatan laundry	Sesuai dengan kelas rumah sakit	Belum sesuai kelas rumah sakit	Belum sesuai kelas rumah sakit	Belum sesuai kelas rumah sakit	Sesuai dengan kelas rumah sakit	Sesuai dengan kelas rumah sakit	Sesuai dengan kelas rumah sakit		
		proses	4. Ketepatan waktu penyediaan linen untuk ruang rawat inap dan ruang pelayanan	100%	60%	100%	100%	100%	100%	100%		
			5. Ketepatan pengelolaan linen infeksius	100%	80%	100%	100%	100%	100%	100%		
		output	6. Ketersediaan linen	2,5 - 3 set x jumlah tempat tidur	2	2,5-3	2,5-3	2,5-3	2,5-3	2,5-3	2,5-7	KaRu masing2
			7. Ketersediaan linen steril untuk kamar operasi	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%		KaRu masing2
20	Pelayanan Central Steril Supply Departmen (CSSD)	Input	1. Ketersediaan pelayanan CSSD	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia		
			2. Adanya penanggung jawab pelayanan CSSD	ada SK direktur	ada SK direktur	ada SK direktur	ada SK direktur	ada SK direktur	ada SK direktur	ada SK direktur	ada SK direktur	
			3. Ketersediaan fasilitas dan peralatan CSSD	Tersedia	60 % sesuai standar	60 % sesuai standar	70%	70%	70%	70%		
		proses	4. Ketepatan waktu penyediaan instrumen steril untuk ruang rawat inap dan ruang pelayanan	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%		
			5. Ketepatan pengelolaan instrumen steril	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%		
		output	6. Ketersediaan instrumen steril	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	KaRu masing2
21	Pemeliharaan Sarana Rumah Sakit (IPSR)	Input	1. adanya penanggung jawab IPSRS	ada SK direktur	ada SK direktur	ada SK direktur	ada SK direktur	ada SK direktur	ada SK direktur	ada SK direktur	Ka. IPSRS	
			2. Ketersediaan bengkel kerja	tersedia	tersedia	tersedia	tersedia	tersedia	tersedia	tersedia	tersedia	Ka. IPSRS
		proses	3. Waktu tanggap kerusakan alat < 15 menit	≥80 %	80%	80%	80%	80%	80%	80%	80%	Ka. IPSRS
			4. Ketepatan waktu pemeliharaan alat sesuai jadwal pemeliharaan	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Ka. IPSRS
		output	5. Ketepatan waktu kalibrasi alat (rencana)	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Ka. IPSRS
			6. Alat ukur dan alat laboratorium yang dikalibrasi tepat waktu (jumlah)	100%	50%	60%	70%	80%	90%	100%		Ka. Inst Labor

22	Pencegahan dan Pengendalian Infeksi	Input	1. Adanya anggota tim PPI yang terlatih	Anggota Tim PPI yang terlatih $\geq 75\%$	60%	70,00%	80,00%	90,00%	100,00%	100,00%	Ka. Tim PPI	
			2. Ketersediaan APD di setiap Instalasi/departemen	$\geq 75\%$	$\geq 75\%$	$\geq 75\%$	$\geq 75\%$	$\geq 75\%$	$\geq 75\%$	$\geq 75\%$	Ka. Tim PPI	
			3. Rencana program PPI	Ada	ada	ada	ada	Ada	ada	Ada	Ka. Tim PPI	
		proses	4. Pelaksanaan program PPI sesuai rencana	100%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	Ka. Tim PPI
			5. Penggunaan APD saat melaksanakan tugas	100%	50%	60%	70%	100%	100%	100%	100%	Ka. Tim PPI
		output	6. Kegiatan pencatatan dan pelaporan infeksi nosokomial/ health care associated infection (HAI) di rumah sakit	$\geq 75\%$	50%	75%	75%	75%	75%	75%	75%	Ka. Tim PPI
23	Pelayanan Satpam	Input	1. Petugas keamanan bersertifikat pengamanan (DIKSAR)	100%	Belum	Belum	50,00%	50,00%	100,00%	100,00%	Subbag MR, Umum dan Humas	
			2. Sistem pengamanan	Ada aturan (SK Dir/SPO)	Ada	Ada	Ada	Ada	Ada	Ada	Subbag MR, Umum dan Humas	
		proses	3. Petugas keamanan melakukan keliling RS setiap jam	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Subbag MR, Umum dan Humas
			4. Evaluasi terhadap sistem pengamanan setiap 3 bulan	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Subbag MR, Umum dan Humas
		Output	5. Tidak adanya barang milik pasien, pengunjung, karyawan yang hilang	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Subbag MR, Umum dan Humas
		Outcome	6. Kepuasan pasien	$> 90\%$	90%	90,00%	90,00%	90,00%	90,00%	90,00%	90,00%	Subbag MR, Umum dan Humas

TELAH DITELITI KEBENARANNYA
Kabag Hukum dan Perundang-undangan


Drs. MAROLOP SIMANJUNTAK
Pembina Tk. I (IV/b)
NIP. 19631001 198503 1 006

BUPATI TANJUNG JABUNG TIMUR,


H. ROMI HARIYANTO