BUPATI PIDIE JAYA

PERATURAN BUPATI PIDIE JAYA

NOMOR 25 TAHUN 2016

TENTANG

STANDAR PELAYANAN MINIMAL RUMAH SAKIT UMUM
DAERAH KABUPATEN PIDIE JAYA

BISMILLAHIRRAHMANIRRAHIM
DENGAN NAMA ALLAH YANG MAHA PENGASIH LAGI MAHA PENYAYANG

ATAS RAHMAT ALLAH YANG MAHA KUASA

BUPATI PIDIE JAYA,

Menimbang : a. bahwa sesuai ketentuan pasal 3 ayat (1) Peraturan Pemerintah Nomor 65 tahun 2005 tentang Pedoman Penyusunan dan Penerapan Standar Pelayanan Minimal yang menyebutkan SPM disusun sebagai alat Pemerintah dan Pemerintahan Daerah untuk menjamin akses dan mutu pelayanan dasar kepada masyarakat secara merata dalam rangka penyelenggaraan urusan wajib ;

b. bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana dimaksud dalam huruf a, dipandang perlu menetapkan Peraturan Bupati Pidie Jaya tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Pidie Jaya;

Mengingat : 1. Undang-Undang Nomor 29 Tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 116, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4431);

2. Undang-Undang Nomor 33 Tahun 2004 tentang Perimbangan Keuangan antara Pemerintah Pusat dan Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 126, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 3242);

3. Undang-Undang Nomor 11 Tahun 2006 tentang Pemerintahan Aceh (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2006 Nomor 62, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4633);

4. Undang-Undang Nomor 7 Tahun 2007 tentang Pembentukan Kabupaten Pidie Jaya di Provinsi Nanggroe Aceh Darussalam (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2007 Nomor 9 ;

5. Undang-undang nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 144);

6. Undang-Undang ...

6. Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah 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);
7. Peraturan Pemerintah Nomor 58 Tahun 2005 tentang Pengelolaan Keuangan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2005 Nomor 140, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4578) ;
8. 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);
9. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 6 Tahun 2007 tentang Petunjuk Teknis Penyusunan dan Penetapan Standar Pelayanan Minimal;
10. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 79 Tahun 2007 tentang Pedoman Penyusunan Rencana Pencapaian Standar Pelayanan Minimal ;
11. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor : 741/MENKES/PER/VII/2008 tentang Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan di Kabupaten/Kota ;
12. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor : 43 Tahun 2016 tentang Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan ;
13. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor : 228/MENKES/SK/III/2002 tentang Pedoman Penyusunan Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit Yang Wajib Dilaksanakan Daerah;
14. Peraturan Gubernur Aceh Nomor 70 Tahun 2012 tentang Rencana Pembangunan Jangka Menengah Aceh 2012-2017;
15. Peraturan Gubernur Aceh Nomor 71 Tahun 2012 tentang Rencana Umum Penanaman Modal Aceh;
16. Qanun Kabupaten Pidie Jaya Nomor 3 Tahun 2008 tentang Pokok-Pokok Pengelolaan Keuangan Daerah Kabupaten Pidie Jaya;

MEMUTUSKAN

Menetapkan : PERATURAN BUPATI TENTANG STANDAR PELAYANAN MINIMAL RUMAH SAKIT UMUM DAERAH KABUPATEN PIDIE JAYA.

BAB I
KETENTUAN UMUM

Pasal 1

Dalam Peraturan Bupati ini yang dimaksud dengan :
1. Kabupaten adalah Kabupaten Pidie Jaya.
2. Pemerintah Kabupaten adalah Pemerintah Kabupaten Pidie Jaya yang merupakan bagian dari Provinsi Aceh yang dipimpin oleh seorang Bupati.

3. Bupati ...

3. Bupati adalah Bupati Pidie Jaya.
4. Rumah Sakit Umum Daerah yang selanjutnya disingkat RSUD adalah Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Pidie Jaya.
5. Standar Pelayanan Minimal adalah ketentuan minimal tentang jenis dan mutu pelayanan dasar, yang merupakan urusan wajib daerah yang berhak diperoleh setiap warga negara secara minimal.
6. Standar Pelayanan Rumah Sakit Daerah adalah penyelenggaraan pelayanan manajemen rumah sakit, pelayanan medik, pelayanan penunjang dan pelayanan keperawatan baik rawat inap maupun rawat jalan yang minimal harus diselenggarakan oleh rumah sakit.
7. Jenis Pelayanan adalah jenis-jenis pelayanan yang diberikan oleh Rumah Sakit kepada masyarakat.
8. Kinerja adalah proses yang dilakukan dan hasil yang dicapai oleh suatu organisasi dalam menyediakan produk dalam bentuk jasa pelayanan atau barang kepada pelanggan.
9. Indikator kinerja adalah tolak ukur pelayanan yang diterima oleh masyarakat.
10. Mutu Pelayanan Kesehatan adalah kinerja yang menunjuk pada tingkat kesempurnaan pelayanan kesehatan.
11. Standar adalah nilai tertentu yang telah ditetapkan berkaitan dengan sesuatu yang harus dicapai.

BAB II
MAKSUD DAN TUJUAN

Pasal 2

(1) Maksud dibentuknya Peraturan Bupati ini adalah sebagai pedoman dan acuan bagi RSUD dalam melaksanakan urusan wajib Pemerintah Daerah di bidang kesehatan dalam skala minimal.

(2) Tujuan dibentuknya Peraturan Bupati ini adalah :
   a. sebagai alat untuk menjamin dan meningkatkan akses dan kualitas pelayanan kesehatan kepada masyarakat secara merata dalam rangka penyelenggaraan urusan wajib;
   b. meningkatkan efisiensi dan efektifitas pelayanan kesehatan pada RSUD; dan
   c. memberikan standar yang jelas sebagai tolok ukur pemenuhan pelaksanaan pelayanan dasar bidang kesehatan kepada masyarakat dalam rangka penyelenggaraan urusan wajib.

BAB III ...

BAB III
RUANG LINGKUP

Pasal 3

Setiap jenis dan mutu pemberian pelayanan masyarakat pada Rumah Sakit Umum Daerah Pidie Jaya, harus berdasarkan pada standar pelayanan minimal.

Pasal 4

Jenis, mutu, indikator kinerja dan pemenuhan standar pelayanan yang diberikan oleh setiap petugas pelayanan, sebagaimana diatur dalam lampiran Peraturan Bupati ini.

BAB IV
PELAKSANAAN

Pasal 5

(1) Standar pelayanan minimal yang ditetapkan pada Rumah Sakit Umum Daerah Pidie Jaya sebagaimana diatur dalam lampiran Peraturan Bupati ini, merupakan acuan dalam perencanaan program pencapaian target pelayanan yang telah ditetapkan;
(2) Rumah Sakit Umum Daerah Pidie Jaya 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 kententuan peraturan perundang-undangan.

BAB V
PEMBINAAN

Pasal 6

Pemerintah Kabupaten memfasilitasi penyelenggaraan pelayanan kesehatan bagi masyarakat sesuai standar pelayanan minimal.

Pasal 7

Fasilitasi sebagaimana dimaksud pada pasal 7 dalam bentuk bimbingan teknis, pendidikan dan pelatihan, arahan dan supervisi meliputi :

a. Perhitungan kebutuhan pelayanan kesehatan bagi masyarakat sesuai standar pelayanan minimal;
b. Penyusunan rencana kerja dan standar kinerja pencapaian target standar pelayanan minimal;
c. Penilaian pengukuran kinerja pencapaian target;

d. Penyusunan ...

d. Penyusunan laporan kinerja dalam menyelenggarakan pemenuhan Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit Umum Daerah Pidie Jaya.

BAB VI
PENGAWASAN

Pasal 8

Bupati melaksanakan pengawasan dalam penyelenggaraan pelayanan kesehatan bagi masyarakat sesuai Standar Pelayanan Minimal pada Rumah Sakit Umum Daerah Pidie Jaya.

Pasal 9

Bupati menyusun dan menyampaikan laporan pencapaian kinerja pelayanan kesehatan bagi masyarakat sesuai Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit Umum Daerah Pidie Jaya, kepada Menteri Dalam Negeri dan Menteri Kesehatan melalui Gubernur Aceh.

Pasal 10

(1) Bupati melaksanakan monitoring dan evaluasi penyelenggaraan pelayanan kesehatan bagi masyarakat sesuai standar pelayanan minimal yang ditetapkan dalam Peraturan Bupati.
(2) Monitoring dan evaluasi pelaksanaan standar pelayanan minimal sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dapat dilakukan oleh Tim Akreditasi Rumah Sakit Wilayah dan Dinas Kesehatan Provinsi secara berkala.
(3) Hasil monitoring dan evaluasi penyelenggaraan pelayanan kesehatan bagi masyarakat sesuai standar pelayanan minimal sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilaporkan kepada Menteri Dalam Negeri dan Menteri Kesehatan melalui Gubernur Aceh.

BAB VII
PEMBIAYAAN

Pasal 11

Sumber pembiayaan pelaksanaan pelayanan untuk pencapaian target sesuai standar pelayanan minimal dibebankan pada APBK Pidie Jaya dan sumber lain yang sah dan tidak mengikat.

BAB VIII ...

BAB VIII
KETENTUAN PENUTUP

Pasal 12

Peraturan ini mulai berlaku pada tanggal diundangkan.

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

Ditetapkan di Meureudu
pada tanggal 22 Desember 2016 M
22 Rabiul Awal 1438 H

BUPATI PIDIE JAYA

AIYUB ABBAS

Diundangkan di Meureudu
pada tanggal 22 Desember 2016 M
22 Rabiul Awal 1438 H

SEKRETARIS DAERAH
KABUPATEN PIDIE JAYA

ISKANDAR

BERITA DAERAH KABUPATEN PIDIE JAYA TAHUN 2016 NOMOR 25

LAMPIRAN I : PERATURAN BUPATI PIDIE JAYA
NOMOR : 25 TAHUN 2016
TANGGAL : 22 Desember 2016 M
22 Rabiul Awal 1438 H

BAB I

PENDAHULUAN

A. LATAR BELAKANG

Rumah sakit sebagai salah satu sarana pelayanan kesehatan yang memberikan pelayanan kesehatan kepada masyarakat memiliki peran yang strategis dalam mempercepat peningkatan derajat kesehatan masyarakat sebagaimana yang diharapkan dalam penetapan Sandar Pelayanan Minimal (SPM) di bidang kesehatan. Oleh karena itu rumah sakit dituntut untuk memberikan pelayanan yang bermutu sesuai dengan standar yang ditetapkan dan dapat menjangkau seluruh lapisan masyarakat. Penyelenggaran pelayanan kesehatan di rumah sakit mempunyai karakteristik dan organisasi yang sangat kompleks. Berbagai jenis tenaga kesehatan dengan perangkat keilmuan yang beragam, berinteraksi satu sama lain.

Sebagai salah satu syarat administratif yang harus dipenuhi oleh rumah sakit adalah wajib memiliki Dokumen Standar Pelayanan Minimal sebagai tolok ukur pelayanan minimum yang diberikan rumah sakit kepada masyarakat dan sebagai panduan bagi rumah sakit untuk melaksanakan perencanaan, pelaksanaan dan pengendalian serta pengawasan dan pertanggungjawaban penyelenggaraan pelayanan di rumah sakit. Karenanya Standar Pelayanan Minimal (SPM), merupakan perangkat penting agar kinerja tersebut dapat diukur secara baik dan dapat dipertanggunggugatkan kepada masyarakat pengguna secara transparan.

Berdasarkan Peraturan Pemerintah Nomor 65 Tahun 2005 tentang Standar Pelayanan Minimal, bahwa SPM adalah ketentuan minimal tentang jenis dan mutu pelayanan dasar, yang merupakan urusan wajib daerah yang berhak diperoleh setiap warga negara secara minimal. Sedangkan pelayanan dasar adalah jenis pelayanan publik yang mendasar dan mutlak untuk memenuhi kebutuhan masyarakat dalam kehidupan sosial, ekonomi dan pemerintahan.

SPM lebih berbicara kewajiban ketimbang berbicara untung rugi, sebab sudah merupakan kewajiban utama bahwa pemerintah adalah abdi masyarakat yang memberikan pelayanan dan pengayoman secara menyeluruh kepada masyarakat. Dengan demikian yang perlu dihitun bukanlah keuntungan secara ekonomi akan tetapi bagaimana *benefit ration*ya. Artinya sejauhmana biaya yang dikeluarkan pemerintah baik pusat maupun daerah yang dapat memberikan m yang sebesar-besarnya bagi masyarakat.

Dengan kalimat lain bahwa SPM dapat dijadikan pato pelayanan yang relatif dan minimal aman bagi para pelan dimanfaatkan, dan relatif dapat meningkatkan persepsi pre atau peningkatan *brand image* di masyarakat.

Disinilah inti permasalahan yang seharusny semua pihak, bahwa berhasil atau tidaknya i bukanlah hanya diukur dengan keberhasilannya PAD, akan tetapi harus pula diukur den masyarakat.

B. MAKSUD DAN TUJUAN

1. MAKSUD

Maksud dibentuknya Peraturan Bupati ini adalah sebagai pedoman dan acuan bagi Rumah Sakit Umum Daerah Pidie Jaya dalam melaksanakan urusan wajib Pemerintah Daerah di bidang kesehatan dalam skala minimal.

2. TUJUAN

Tujuan dibentuknya Peraturan Bupati ini adalah :

a. sebagai alat untuk menjamin dan meningkatkan akses dan kualitas pelayanan kesehatan kepada masyarakat secara merata dalam rangka penyelenggaraan urusan wajib;
b. meningkatkan efisiensi dan efektifitas pelayanan kesehatan pada Rumah Sakit Umum Daerah Pidie Jaya;
c. memberikan standar yang jelas sebagai tolok ukur pemenuhan pelaksanaan pelayanan dasar bidang kesehatan kepada masyarakat dalam rangka penyelenggaraan urusan wajib.

C. PENGERTIAN

1. Pengertian Umum

a. Rumah sakit adalah sarana kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan meliputi pelayanan promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif yang menyediakan pelayanan gawat darurat, rawat jalan, rawat inap;
b. Standar Pelayanan Minimal adalah ketentuan tentang jenis dan mutu pelayanan dasar yang merupakan urusan wajib daerah yang berhak diperoleh setiap warga secara minimal, juga merupakan spesifikasi teknis tentang tolok ukur pelayanan minimum yang diberikan oleh Rumah Sakit Umum Daerah Pidie Jaya kepada masyarakat.

2. Pengertian Khusus

a. Merupakan alat untuk mengukur kinerja secara baik ;
b. Sebagai alat perencanaan bisnis dan anggaran ;
c. Sebagai alat pengendali mutu pelayanan.

D. LANDASAN HUKUM

1. Undang-Undang Nomor 23 Tahun 1992 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 1992 Nomor 100, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 3490) ;
2. Undang-Undang Nomor 29 Tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 116, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4431);
3. Undang-Undang Nomor 32 Tahun 2004 tentang Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 125, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4437) sebagaimana telah diubah dengan Undang-Undang Nomor 12 Tahun 2008 tentang Perubahan Kedua atas Undang-Undang Nomor 32 Tahun 2004 tentang Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2008 Nomor 59, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4844);
4. Undang-Undang Nomor 33 Tahun 2004 tentang Perimbangan Keuangan antara Pemerintah Pusat dan Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 126, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 3242);

5. Undang-Undang Nomor 11 Tahun 2006 tentang Pemerintahan Aceh;
6. Undang-Undang Nomor 7 Tahun 2007 tentang Pembentukan Kabupaten Pidie Jaya di Provinsi Nanggroe Aceh Darussalam;
7. Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah sebagaimana telah diubah dengan Peraturan Pemerintah Pengganti Undang-Undang Nomor 2 Tahun 2014 tentang Perubahan Atas Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah;
8. Peraturan Pemerintah Nomor 58 Tahun 2005 tentang Pengelolaan Keuangan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2005 Nomor 140, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4578) ;
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 Menteri Dalam Negeri Nomor 6 Tahun 2007 tentang Petunjuk Teknis Penyusunan dan Penetapan Standar Pelayanan Minimal;
11. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 79 Tahun 2007 tentang Pedoman Penyusunan Rencana Pencapaian Standar Pelayanan Minimal ;
12. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor : 741/MENKES/ PER/VII/2008 tentang Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan di Kabupaten/Kota ;
13. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor : 228/MENKES/ SK/III/2002 tentang Pedoman Penyusunan Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit Yang Wajib Dilaksanakan Daerah;
14. Peraturan Gubernur Aceh Nomor 70 Tahun 2012 tentang Rencana Pembangunan Jangka Menengah Aceh 2012-2017;
15. Peraturan Gubernur Aceh Nomor 71 Tahun 2012 tentang Rencana Umum Penanaman Modal Aceh;
16. Qanun Kabupaten Pidie Jaya Nomor 3 Tahun 2008 tentang Pokok-Pokok Pengelolaan Keuangan Daerah Kabupaten Pidie Jaya;
17. Qanun Kabupaten Pidie Jaya Nomor 7 Tahun 2015 tentang Anggaran Pendapatan dan Belanja Kabupaten Pidie Jaya Tahun Anggaran 2016;
18. Peraturan Bupati Pidie Jaya Nomor 29 Tahun 2015 tentang Penjabaran Anggaran Pendapatan dan Belanja Kabupaten Pidie Jaya Tahun Anggaran 2016;

BAB II
JENIS PELAYANAN
STANDAR PELAYANAN MINIMAL RUMAH SAKIT

A. JENIS PELAYANAN

Jenis-jenis pelayanan yang dimonitoring dalam penerapan standar pelayanan minimal Rumah Sakit Umum Daerah Pidie Jaya meliputi :

1. Pelayanan Gawat Darurat
2. Pelayanan Rawat Jalan
3. Pelayanan Rawat Inap
4. Pelayanan Operasi
5. Pelayanan Persalinan
6. Pelayanan Radiologi
7. Pelayanan Laboratorium
8. Pelayanan Farmasi
9. Pelayanan Gizi
10. Pelayanan Rekam Medis
11. Pelayanan Pemeliharaan Sarana Rumah Sakit
12. Pelayanan Pengelolaan Limbah
13. Pelayanan Administrasi Manajemen
14. Pelayanan Ambulan
15. Pelayanan Transfusi Darah
16. Pelayanan Pencegahan Pengendalian Infeksi (PPI)
17. Pelayanan Laundry

B. SPM setiap jenis Pelayanan, Indikator, Target dan Standar

NO	JENIS PELAYANAN	INDIKATOR KINERJA	STANDAR (SPM)
1	2	3	4
1.	Gawat Darurat	a. Jam buka pelayanan gawat darurat.	a. 24 jam
		b. Kemampuan menangani life saving anak dan dewasa.	b. 100%
		c. Pemberi pelayanan kegawat daruratan yang bersertifikat ATLS/BTLS/ACLS/PPGD.	c. 100%
		d. Kecepatan pelayanan dokter di Unit Gawat Darurat.	d. ≤ 5 menit terlayani, setelah pasien datang.
		e. Kematian pasien ≤ 24 jam	e. ≤ 2/1000 (pindah ke pelayanan rawat inap setelah 8 jam)
		f. Kepuasan pelanggan.	f. ≥ 70%
2.	Rawat Jalan	a. Pemberi pelayanan dipoli klinik spesialis.	a. 100% Dokter Spesialis
		b. Jam buka pelayanan	b. 08.00 s/d 13.00 Setiap hari kerja kecuali jumat : 08.00-11.00
		c. Ketersediaan pelayanan	c. - Anak - Peny. Dalam - Kebidanan - Bedah
		d. Waktu tunggu dirawat jalan	d. ≤ 60 menit
		e. Kepuasan pelanggan.	e. ≥ 90%
3.	Rawat Inap	a. Pemberi pelayanan di rawat inap	a. 1. dr spesialis 2. perawat minimal pendidikan d3
		b. Dokter penanggung jawab pasien rawat inap	b. 100%
		c. Ketersediaan pelayanan	c. - Anak - Penyakit Dalam - Kebidanan - Bedah
		d. Jam visite dokter spesialis	d. 08.00 s/d 14.00 setiap hari kerja
		e. Kejadian infeksi pasca operasi	e. ≤ 1,5%
		f. Kejadian infeksi nosokomial	f. ≤ 1,5%
		g. Tidak adanya kejadian pasien jatuh yang berakibat kecacatan/kematian	g. 100%
		h. Kematian pasien > 48 jam	h. ≤ 0,24%
		i. Kejadian pulang paksa	i. ≤ 5%
		j. Kepuasan pelanggan	j. ≥ 90%
4.	Bedah Sentral	a. Waktu tunggu operasi efektif	a. ≤ 2 hari
		b. Kejadian kematian di meja operasi	b. ≤ 1 %
		c. Tidak adanya kejadian operasi salah sisi	c. 100%
		d. Tidak adanya kejadian operasi salah orang	d. 100 %
		e. Tidak adanya kejadian tertinggalnya benda asing	e. 100%

		pada tubuh pasien setelah operasi f. Komplikasi anastesi karena over dosis, reaksi anastesi dan salah penempatan endotracheal tube.	 f. ≤ 6%
5.	Persalinan	a. Kejadian kematian ibu karena persalinan b. Pemberi pelayanan persalinan normal c. Pemberi pelayanan persalinan dengan penyulit d. Pemberi pelayanan persalinan dengan tindakan operasi e. Kemampuan menangani BBLR <1500 gr f. Pertolongan persalinan melalui seksio cesaria g. Kepuasan pasien	a. 1. Perdarahan ≤ 1% 2. Pre-eklamsia ≤ 20% 3. Sepsis ≤ 0,2% b. 1. Dokter Sp.OG 2. Dokter Umum terlatih (Asuhan Persalinan normal) 3. Bidan c. Tim PONEK yang terlatih d. 1. Dokter Sp.OG 2. Dokter Sp.A 3. Dokter Sp. An e. 100% f. ≤ 20% g. ≥ 80%
6.	Radiologi	a. Waktu tunggu hasil pelayanan thorax foto b. Kejadian kegagalan pelayanan rontgen c. Kepuasan pelanggan	a. ≤ 3 jam b. Kerusakan foto ≤ 2% c. ≥ 80%
7.	Laboratorium	a. Waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium b. Tidak adanya kesalahan pemberian hasil pemeriksaan laboratorium c. Peralatan laboratorium yang terkalibrasi tepat waktu sesuai dengan ketentuan kalibrasi. d. Kepuasan pelanggan	a. ≤ 140 menit Kimia darah dan darah rutin b. 100% c. 100 % d. ≥ 80 %
8.	Farmasi	a. Waktu tunggu pelayanan : 1. Obat jadi 2. Obat racikan b. Tidak adanya kejadian kesalahan pemberian obat c. Kepuasan pelanggan	a. 1. ≤ 30 menit 2. ≤ 60 menit b. 100% c. ≥ 80%
9.	Gizi	a. Ketepatan waktu pemberian makanan kepada pasien b. Sisa makanan yang tidak termakan oleh pasien c. Tidak adanya kejadian kesalahan pemberian diet	a. ≥ 90% b. ≤ 20% c. 100%
10.	Transfusi darah	a. Kebutuhan darah bagi setiap pelayanan transfusi b. Kejadian reaksi transfusi	a. 100% terpenuhi b. ≤ 0.01%
11.	Rekam Medik	a. Kelengkapan pengisian rekam medik 24 jam setelah selesai pelayanan	a. 100%

		b. Kelengkapan informed consent setelah mendapatkan informasi yang jelas	b. 100%
		c. Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat jalan	c. ≤ 10 menit
		d. Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat inap.	d. ≤ 15 menit
12.	Pengelolaan limbah	a. Baku mutu limbah cair	a. 1. BOD < 30 mg/I 2. COD < 80 mg/I 3. TSS < 30 MG/I 4. PH 6-9
		b. Pengelolaan limbah padat infeksius sesuai dengan aturan	a. 100%
13.	Ambulance / kereta jenazah	a. Waktu pelayanan ambulance/ kereta jenazah	a. 24 jam
		b. Kecepatan memberikan pelayanan ambulance/ kereta jenazah di rumah sakit	b. ≤ 230 menit
14.	Administrasi manajemen	a. Tindak lanjut penyelesaian hasil pertemuan tingkat direksi	a. 100 %
		b. Kelengkapan laporan akuntabilitas kinerja	b. 100 %
		c. Ketepatan waktu pengusulan kenaikan pangkat	c. 100 %
		d. Ketepatan waktu pengurusan kenaikan gaji berkala	d. 100 %
		e. Karyawan yang mendapatkan pelatihan minimal 20 jam pertahun	e. 60 %
		f. Ketepatan waktu penyusunan laporan keuangan	f. 100 %
		g. Ketepatan waktu pemberian imbalan (insentif) sesuai kesepakatan waktu	g. 90 %
15.	Pelayanan pemeliharaan sarana RS	a. Kecepatan waktu menanggapi kerusakan alat	a. ≤ 80 %
		b. Ketepatan waktu pemeliharaan alat	b. 100 %
16.	Pencegahan Pengendalian Infeksi (PPI)	a. Tim PPI	a. Anggota Tim PPI yang terlatih 75 %
		b. Tersedianya APD (Alat Pelindung Diri)	b. 60 %
		c. Terlaksananya kegiatan dan pencatatan pelaporan infeksi nosokomial di rumah sakit	c. 75 %
17.	Pelayanan Laundry	a. Tidak adanya kejadian linen yang hilang	a. 100 %
		b. Ketepatan waktu penyediaan linen untuk ruang rawat inap	b. 100 %

BAB III
PENUTUP

Puji syukur kami panjatkan kehadirat Allah SWT atas berkat dan karunianya yang telah diberikan sehingga Tim Penyusun SPM dapat menyelesaikan Pedoman Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit Umum Daerah Pidie Jaya Kabupaten Pidie Jaya Tahun 2016.

Standar pelayanan minimal rumah sakit pada hakekatnya merupakan jenis-jenis pelayanan rumah sakit yang wajib dilaksanakan oleh pemerintah/ pemerintah provinsi/ pemerintah kabupaten/kota dengan standar kinerja yang ditetapkan. Namun demikian mengingat kondisi masing-masing daerah yang terkait dengan sumber daya yang tidak merata maka diperlukan pentahapan dalam pelaksanaan SPM oleh masing-masing. Mengingat SPM sebagai hak konstitusional maka seyogyanya SPM menjadi prioritas dalam perencanaan dan penganggaran daerah.

Dengan disusunnya Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit diharapkan dapat membantu pelaksanaan penerapan Standar Pelayanan Minimal di rumah sakit. Standar Pelayanan Minimal (SPM) ini dapat dijadikan acuan bagi pengelola rumah sakit dan unsur terkait dalam melaksanakan perencanaan, pembiayaan dan pelaksanaan setiap jenis pelayanan.

Hal-hal lain yang belum tercantum dalam Keputusan / Peraturan Standar Pelayanan Minimal ini akan ditetapkan kemudian sesuai dengan ketentuan yang berlaku.

BUPATI PIDIE JAYA

AIYUB ABBAS

LAMPIRAN II : PERATURAN BUPATI PIDIE JAYA
NOMOR : 25 TAHUN 2016
TANGGAL : 22 Desember 2016 M
22 Rabiul Awal 2016 H

A. SPM PELAYANAN GAWAT DARURAT

1. 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 pengumpul data	Kepala Instalasi Gawat Darurat

2. Pemberi Pelayanan Kegawatdaruratan yang Bersertifikat ATLS/BTLS/ ACLS/PPGD

Dimensi Mutu	Kompetensi teknis
Tujuan	Tersedianya Pelayanan Gawat Darurat oleh tenaga kompeten dalam bidang ke gawat daruratan
Definisi Operasional	Tenaga Kompeten pada gawat darurat adalah tenaga yang sudah memiliki salah satu sertifikat pelatihan ATLS/BTLS/ACLS/PPGD
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap 6 bulan
Periode Analisa	Setiap 6 bulan
Numerator	Jumlah tenaga yang bersertifikat ATLS/BTLS/ACLS/PPGD
Denominator	Jumlah tenaga yang memberikan pelayanan kegawat daruratan
Sumber data	Kepegawaian
Standar	100%
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Pendidikan dan Pelatihan Rumah Sakit

3. Kecepatan Pelayanan Dokter di Gawat Darurat

Dimensi Mutu	Keselamatan dan Efektifitas
Tujuan	Terselenggaranya pelayanan yang cepat, responsif dan mampu menyelamatkan pasien gawat darurat
Definisi Operasional	Kecepatan pelayanan dokter di gawat darurat adalah sejak pasien itu datang sampai mendapat pelayanan dokter
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap bulan
Periode Analisa	Tiga bulan sekali
Numerator	Jumlah kumulatif waktu yang diperlukan sejak kedatangan semua pasien yang di sampling secara acak sampai dilayani dokter
Denominator	Jumlah seluruh pasien yang di sampling (minimal n=50)
Sumber data	Sample
Standar	5 menit terlayani setelah pasien datang
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Gawat Darurat / Tim mutu/panitia mutu

4. Kemampuan menangani life saving anak dan dewasa.

Dimensi Mutu	Keselamatan
Tujuan	tergambarnya kemampuan rumah sakit dalam memberikan pelayanan gawat darurat
Definisi Operasional	Life saving adalah upaya penyelamatan jiwa manusia dengan urutan airway, breath, circulation
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap bulan
Periode Analisa	Tiga bulan sekali
Numerator	Jumlah kumulatif pasien yang mendapat pertolongan life saving di gawat darurat
Denominator	Jumlah seluruh pasien yang datang ke gawat darurat yang membutuhkan life saving
Sumber data	Rekam medik di gawat darurat
Standar	100%
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala instalasi gawat darurat

5. 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 / 1000
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Gawat Darurat

6. Kepuasan Pelanggan pada Gawat Darurat

Dimensi Mutu	Kenyamanan
Tujuan	Terselenggaranya pelayanan gawat darurat yang mampu memberikan kepuasan pelanggan
Definisi Operasional	Kepuasan adalah pernyataan tentang persepsi pelanggan terhadap pelayanan yang diberikan
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap bulan
Periode Analisa	Tiga bulan sekali
Numerator	Jumlah kumulatif rerata penilaian kepuasan pasien Gawat Darurat yang di survey
Denominator	Jumlah seluruh pasien Gawat Darurat yang disurvey (minimal n=50)
Sumber data	Survey
Standar	70%
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Gawat Darurat / Tim mutu/panitia mutu

B. SPM PELAYANAN RAWAT JALAN

1. Pemberi pelayanan dipoliklinik spesialis

Dimensi Mutu	Kompetensi tehnis
Tujuan	Tersedianya Pelayanan poliklinik oleh tenaga spesialis yang kompeten
Definisi Operasional	Poliklinik spesialis adalah poliklinik pelayanan rawat jalan di rumahsakit yang dilayani oleh dokter spesialis
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah hari buka poliklinik spesialis yang dilayani oleh dokter spesialis dalam waktu satu bulan
Denominator	Jumlah seluruh hari buka poliklinik spesialis dalam satu bulan
Sumber data	Register rawat jalan poliklinik spesialis
Standar	100%
Penanggung jawab pengumpul data	Koordinator rawat jalan.

2. Jam buka pelayanan

Dimensi Mutu	Akses
Tujuan	Tersedianya Pelayanan rawat jalan spesialistik pada hari kerja di setiap Rumah Sakit
Definisi Operasional	Jam buka pelayanan adalah jam dimulainya pelayanan rawat jalan oleh tenaga spesialis Jam buka 08.00 s.d. 12.00 setiap hari kerja kecuali Jum'at(08.00 s.d 10.30 WIB), Sabtu libur
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah hari pelayanan rawat jalan spesialistik yang buka sesuai ketentuan dalam satu bulan
Denominator	Jumlah seluruh hari pelayanan rawat jalan spesialistik dalam satu bulan
Sumber data	Register rawat jalan
Standar	100%
Penanggung jawab pengumpul data	Koordinator rawat jalan.

3. Ketersediaan pelayanan

Dimensi Mutu	Akses
Tujuan	Tersedianya jenis pelayanan rawat jalan spesialistik yang minimal harus ada di rumah sakit
Definisi Operasional	Pelayanan rawat jalan adalah pelayanan rawat jalan spesialistik yang dilaksanakan di rumah sakit
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jenis-jenis pelayanan rawat jalan spesialistik yang ada (kualitatif)
Denominator	Tidak ada
Sumber data	Register rawat jalan Standar
Standar	Minimal kesehatan anak, penyakit dalam, kebidanan, dan bedah.
Penanggung jawab pengumpul data	Koordinator rawat jalan.

4. Waktu tunggu dirawat jalan

Dimensi Mutu	Akses
Tujuan	Tercapainya Pelayanan rawat jalan spesialistik pada hari kerja di setiap Poli Rumah Sakit yang mudah dan cepat diakses oleh pasien
Definisi Operasional	Waktu tunggu tanpa tindakan adalah waktu yang diperlukan oleh pasien mulai pendaftaran sampai mendapatkan pelayanan oleh dokter spesialis.
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah kumulatif waktu tunggu pasien rawat jalan tanp tindakan yang disurvey
Denominator	Jumlah seluruh pasien rawat jalan tanpa tindakan yang disurvey
Sumber data	Survey Pasien rawat jalan
Standar	60 menit
Penanggung jawab pengumpul data	Koordinator rawat jalan.

5. Kepuasan pelanggan.

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 yang di survey
Denominator	Jumlah seluruh pasien rawat jalan yang disurvey (minimal n=50)
Sumber data	Survey
Standar	90%
Penanggung jawab pengumpul data	Koordinator rawat jalan.

C. SPM PELAYANAN RAWAT INAP

1. Pemberi pelayanan di rawat inap

Dimensi Mutu	Kompetensi tehnis
Tujuan	Tersedianya Pelayanan rawat inap oleh tenaga yang kompeten
Definisi Operasional	Pemberi Pelayanan rawat inap adalah dokter umum, dokter spesialis dan tenaga perawat yang kompeten (minimal D3)
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	6 bulan
Numerator	Jumlah tenaga dokter umum, dokter spesialis dan perawat yang sesuai dengan ketentuan
Denominator	Jumlah seluruh tenaga dokter dan perawat yang melayani di rawat inap
Sumber data	Kepegawaian
Standar	100%
Penanggung jawab pengumpul data	Koordinator rawat inap.

2. Dokter penanggungjawab pasien rawat inap

Dimensi Mutu	Kompetensi teknik, kesinambungan pelayanan
Tujuan	Peningkatan pelayanan pasien diruang rawat inap.
Definisi Operasional	Dokter yang merawat masing- masing pasien diruang rawat inap.
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah pasien dalam 1 bulan yang dirawat oleh dokter sebagai penanggungjawab
Denominator	Seluruh pasien di ruang rawat inap dalam waktu 1 bulan.
Sumber data	Rekam Medik
Standar	100%
Penanggung jawab pengumpul data	Koordinator rawat inap

3. Ketersediaan pelayanan

Dimensi Mutu	Akses
Tujuan	Tersedianya jenis pelayanan rawat inap yang minimal harus ada di rumah sakit
Definisi Operasional	Pelayanan rawat inap dasar adalah pelayanan rumah sakit yang dapat diberikan kepada pasien tirah baring di rumah sakit
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jenis-jenis pelayanan dasar rawat inap yang ada
Denominator	Jumlah seluruh jenis pelayanan rawat inap yang ada
Sumber data	Register rawat inap
Standar	Minimal kesehatan anak, penyakit dalam, kebidanan dan bedah
Penanggung jawab pengumpul data	Koordinator rawat inap

4. Jam visite dokter spesialis

Dimensi Mutu	Akses, kesinambungan pelayanan
Tujuan	Tergambarnya kepedulian tenaga medis terhadap ketepatan waktu pemberian pelayanan
Definisi Operasional	Visite dokter adalah kunjungan dokter tiap hari sesuai dengan ketentuan waktu kepada setiap pasien yang menjadi tanggungjawabnya, yang dilakukan antara jam 08.00 sampai dengan 11.00 WIB.
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah visite dokter antara jam 08.00 sampai dengan 11.00 WIB yang disurvei
Denominator	Jumlah pelaksanaan visite dokter yang disurvei
Sumber data	survei
Standar	100%
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala ruangan rawat inap, coordinator rawat inap/Komite medik.

5. 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 katagori luka sayatan operasi bersih yang dilaksanakan di rumah sakit dan ditandai oleh rasa panas, kemerahan, pengerasan, dan keluarnya nanah dalam waktu lebih dari 3 x 24 jam.
Frekuensi Pengumpulan Data	tiap bulan
Periode Analisa	tiap bulan
Numerator	jumlah pasien yang mengalami infeksi pasca operasi dalam satu bulan
Denominator	jumlah seluruh pasien yang dioperasi dalam satu bulan
Sumber data	Rekam medis
Standar	≤ 1,5%
Penanggung jawab pengumpul data	Tim infeksi kontrol RS

6. Kejadian infeksi nosokomial

Dimensi Mutu	Keselamatan, kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya mutu dan profesionalisme pelayanan keperawatan
Definisi Operasional	Infeksi nosokomial adalah infeksi yang bakterinya dari RS, dengan tanda klinik timbul 3x24 sejak pasien dirawat, dimana pada waktu dirawat tanda klinik infeksi tidak ada dan tidak pada masa inkubasi.
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	jumlah pasien yang mengalami infeksi nosokomial dalam satu bulan
Denominator	jumlah seluruh pasien yang dirawat selama satu bulan
Sumber data	rekam medis
Standar	2%
Penanggung jawab pengumpul data	Bidang keperawatan/Komite medis

7. Tidak adanya kejadian pasien jatuh yang berakibat kecacatan/kematian

Dimensi Mutu	Keselamatan pasien
Tujuan	Tergambarnya pelayanan keperawatan yang aman bagi pasien
Definisi Operasional	Tidak adanya pasien jatuh adalah tidaK adanya kejadian pasien jatuh selama di rawat baik akibat jatuh dari tempat tidur, di kamar mandi, dsb, yang berakibat kecacatan atau kematian
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah pasien dirawat yang tidak jatuh dalam bulan tersebut dikurangi jumlah pasien yang jatuh dan berakibat kecacatan atau kematian
Denominator	Jumlah pasien dirawat dalam bulan tersebut
Sumber data	rekam medis
Standar	100%
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Ruangan/ Bidang Keperawatan

8. Kematian pasien > 48 jam

Dimensi Mutu	Keselamatan dan efektivitas
Tujuan	Tergambarnya pelayanan pasien rawat inap dirumah sakit yang aman dan efektif
Definisi Operasional	Kematian pasien < 48 jam adalah kematian yang terjadi sebelum periode 48 jam setelah pasien rawat inap masuk rumah sakit
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	jumlah kejadian kematian pasien rawat inap < 48 jam dalam satu bulan
Denominator	jumlah seluruh pasien yang meninggal diunit rawat dalam satu bulan
Sumber data	rekam medis
Standar	≤ 2/1000
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Ruangan / Bidang Keperawatan

9. Kejadian pulang paksa

Dimensi Mutu	Efektivitas, kesinambungan pelayanan
Tujuan	Tergambarnya penilaian pasien terhadap efektivitas pelayanan rumahsakit
Definisi Operasional	pulang paksa adalah pulang atas permintaan pasien atau keluarga pasien sebelum diputuskan boleh pulang oleh dokter
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	jumlah pasien pulang paksa dalam satu bulan
Denominator	jumlah seluruh pasien yang dirawat dalam satu bulan
Sumber data	rekam medis
Standar	maksimum 5 %
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Ruangan / Bidang Keperawatan

10. Kepuasan pelanggan

Dimensi Mutu	Kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya persepsi pelanggan terhadap mutu pelayanan rawat inap
Definisi Operasional	Kepuasan pelanggan adalah pernyataan puas oleh pelanggan terhadap pelayanan rawat inap
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah kumulatif hasil penilaian kepuasan dari pasien yang disurvei
Denominator	Jumlah total pasien yang disurvei (n minimal 30) tiap ruangan.
Sumber data	Survei
Standar	90%
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala ruangan, Bidang Keperawatan

D. SPM PELAYANAN BEDAH SENTRAL

1. Waktu tunggu operasi efektif

Dimensi Mutu	Efektifitas, kesinambungan pelayanan, efisiensi
Tujuan	Tergambarnya kecepatan penanganan antrian pelayanan bedah
Definisi Operasional	Waktu tunggu operasi elektif adalah tenggang waktu mulai dokter memutuskan untuk operasi yang terencana sampai dengan operasi mulai dilaksanakan ± 2 hari
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	jumlah kumulatif waktu tunggu operasi yang terencana dari seluruh pasien yang dioperasi dalam satu bulan
Denominator	jumlah pasien yang dioperasi dalam bulan tersebut
Sumber data	rekam medis
Standar	2 hari
Penanggung jawab pengumpul data	Ketua Ruang Operasi / Komite Medis

2. Kejadian kematian di meja operasi

Dimensi Mutu	Keselamatan, efektifitas
Tujuan	Tergambarkannya efektifitas pelayanan bedah sentral dan anestesi dan kepedulian terhadap keselamatan pasien
Definisi Operasional	Kematian di meja operasi adalah kematian yang terjadi di atas meja operasi pada saat operasi berlangsung yang diakibatkan oleh tindakan anestesi maupun tindakan pembedahan
Frekuensi Pengumpulan Data	tiap bulan
Periode Analisa	tiap bulan
Numerator	jumlah pasien yang meninggal di meja operasi dalam satu bulan
Denominator	jumlah pasien yang dilakukan tindakan pembedahan dalam satu bulan
Sumber data	rekam medis
Standar	0%
Penanggung jawab pengumpul data	Ketua Ruang Operasi / Komite Medis

3. Tidak adanya kejadian operasi salah sisi

Dimensi Mutu	Keselamatan pasien
Tujuan	Tergambarkannya kepedulian dan ketelitian instalasi bedah sentral terhadap keselamatan pasien
Definisi Operasional	Kejadian operasi salah sisi adalah kejadian dimana pasien dioperasi pada sisi yang salah, misalnya yang semestinya dioperasi pada sisi kanan, ternyata yang dilakukan operasi adalah pada sisi kiri atau sebaliknya
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	1 bulan
Numerator	jumlah pasien yang dioperasi dalam waktu satu bulan dikurangi jumlah pasien yang dioperasi salah sisi dalam waktu satu bulan
Denominator	jumlah pasien yang dioperasi dalam waktu satu bulan
Sumber data	rekam medis
Standar	100%
Penanggung jawab pengumpul data	Ketua Ruang Operasi / Komite Medis

4. Tidak adanya kejadian operasi salah orang

Dimensi Mutu	Keselamatan pasien
Tujuan	Tergambarkannya kepedulian dan ketelitian instalasi bedah sentral terhadap keselamatan pasien
Definisi Operasional	Kejadian operasi salah orang adalah kejadian dimana pasien dioperasi pada orang yang salah
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	1 bulan
Numerator	jumlah pasien yang dioperasi dalam waktu satu bulan dikurangi jumlah operasi salah orang dalam waktu satu bulan
Denominator	jumlah pasien yang dioperasi dalam waktu satu bulan
Sumber data	rekam medis
Standar	100%
Penanggung jawab pengumpul data	Penanggung jawab Ketua Ruang Operasi / Komite Medis

5. Tidak adanya kejadian tertinggalnya benda asing pada tubuh pasien setelah operasi

Dimensi Mutu	Keselamatan pasien
Tujuan	Tergambarkannya ketelitian dan kecermatan dokter bedah dalam melaksanakan tindakan operasi
Definisi Operasional	Kejadian tertinggalnya benda asing adalah kejadian dimana benda asing seperti kapas, gunting, peralatan operasi dalam tubuh pasien akibat suatu tindakan pembedahan
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	1 bulan
Numerator	jumlah pasien yang dioperasi dalam satu bulan dikurangi jumlah pasien yang mengalami tertinggalnya benda asing dalam tubuh akibat operasi dalam satu bulan
Denominator	jumlah pasien yang dioperasi dalam satu bulan
Sumber data	rekam medis
Standar	100%
Penanggung jawab pengumpul data	Ketua Ruang Operasi / Komite Medis

6. Komplikasi anastesi karena over dosis, reaksi anastesi dan salah penempatan endotracheal tube.

Dimensi Mutu	Keselamatan pasien
Tujuan	Tergambarkannya kecermatan tindakan anestesi dan monitoring pasien selama proses pembedahan berlangsung
Definisi Operasional	Komplikasi anestesi adalah kejadian yang tidak diharapkan sebagai akibat komplikasi anestesi antara lain karena overdosis, reaksi anestesi dan salah penempatan endotracheal tube
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	1 bulan
Numerator	jumlah pasien yang mengalami komplikasi anestesi dalam satu bulan
Denominator	jumlah pasien yang dioperasi dalam waktu satu bulan
Sumber data	rekam medis
Standar	0%
Penanggung jawab pengumpul data	Ketua Ruang Operasi / Komite Medis

E. SPM PELAYANAN PERSALINAN

1. Kejadian kematian ibu karena persalinan

Dimensi Mutu	Keselamatan
Tujuan	Mengetahui mutu pelayanan rumah sakit terhadap pelayanan persalinan.
Definisi Operasional	Kematian ibu mencakup: pendarahan dan preeklamsia, dan eklamsia. Pendarahan adalah pendarahan yang terjadi pada saat kehamilan semua skala persalinan dan nifas. Pre-eklampsia dan eklampsia mulai terjadi pada kehamilan trimester pertama, pre-eklampsia dan elampsia merupakan kumpulan dari dua dari tiga tanda, yaitu : · Tekanan darah sistolik ³ 140 mmHg dan diastolik ³ 90 mmHg. · Protein uria > 5,3 gr/24 jam +1 pada pemeriksaan kualitatif. Oedem tungkai. Eklampsia adalah pre eklampsia yang disertai dengan kejang dan atau penurunan kesadaran.
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah kematian pasien persalinan karena pendarahan, pre-eklampsia/eklampsia atau (masing-masing penyebab)
Denominator	Jumlah pasien-pasien persalinan dengan pendarahan, pre-eklampsia dan eklampsia
Sumber data	Rekam medis Rumah Sakit
Standar	Pendarahan < 1 %, pre-eklampsia < 1,5%
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Ruang Bersalin dan Komite medis

2. Pemberi pelayanan persalinan normal

Dimensi Mutu	Kompetensi tehnis
Tujuan	Tersedianya Pelayanan persalinan normal oleh tenaga yang kompeten
Definisi Operasional	Pemberi Pelayanan persalinan normal adalah dokter Sp.OG, dokter dan bidan.
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah tenaga dokter Sp.OG dan bidan.
Denominator	Jumlah seluruh tenaga dokter Sp.OG dan bidan yang melayani persalinan normal
Sumber data	Kepegawaian
Standar	100%
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Ruang Bersalin dan Komite medis

3. Pemberi pelayanan persalinan dengan penyulit

Dimensi Mutu	Kompetensi tehnis
Tujuan	Tersedianya Pelayanan persalinan dengan penyulit oleh tenaga yang kompeten
Definisi Operasional	Pemberi Pelayanan persalinan dengan penyulit adalah dokter Sp.OG. Penyulit dalam persalinan meliputi : 1. Kehamilan ganda 2. Letak sungsang 3. Seksio cesaria
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah tenaga dokter Sp.OG
Denominator	Jumlah seluruh tenaga dokter yang melayani persalinan dengan penyulit
Sumber data	Kepegawaian
Standar	100%
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Ruang Bersalin dan Komite medis

4. Pemberi pelayanan persalinan dengan tindakan operasi

Dimensi Mutu	Kompetensi tehnis
Tujuan	Tersedianya Pelayanan persalinan dengan tindakan operasi oleh tenaga yang kompeten
Definisi Operasional	Pemberi Pelayanan persalinan dengan tindakan operasi adalah dokter Sp.OG, dokter spesialis anak, dokter spesialis anastesi.
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah tenaga dokter Sp.OG, dokter spesialis anak, dokter spesialis anastesi.
Denominator	Jumlah seluruh tenaga dokter yang melayani persalinan dengan tindakan operasi
Sumber data	Kepegawaian
Standar	100%
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Ruang Bersalin dan Komite medis

5. Kemampuan menangani BBLR <1500 gr

Dimensi Mutu	Efektifitas dan keselamatan
Tujuan	Tergambarnya kemampuan rumah sakit dalam menangani BBLR
Definisi Operasional	BBLR adalah bayi yang lahir dengan berat badan ≤ 2.500 gr
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah BBLR ≤ 2.500 gr yang berhasil ditangani
Denominator	Jumlah seluruh BBLR ≤ 2.500 gr yang ditangani
Sumber data	Rekam medis
Standar	100%
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Ruang Bersalin dan Komite medis

6. Pertolongan persalinan melalui seksio cesaria

Dimensi Mutu	Efektifitas, keselamatan dan efisiensi
Tujuan	Tergambarnya pertolongan persalinan di rumah sakit yang sesuai dengan indikasi dan efisien
Definisi Operasional	Seksio cesaria adalah tindakan persalinan melalui pembedahan abdominal baik elektif maupun emergensi.
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah persalinan dengan seksio cesaria dalam 1 bulan
Denominator	Jumlah seluruh persalinan dalam 1 bulan
Sumber data	Rekam medis
Standar	20%
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Ruang Bersalin dan Komite medis

7. Kepuasan pasien

Dimensi Mutu	Kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya persepsi pasien terhadap mutu pelayanan persalinan
Definisi Operasional	Kepuasan pelanggan adalah pernyataan puas oleh pelanggan terhadap pelayanan persalinan
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah kumulatif hasil penilaian kepuasan dari pasien yang disurvei (dalam persen).
Denominator	Jumlah total pasien yang disurvei (n minial 50)
Sumber data	Survei
Standar	80%
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Ruang Bersalin dan Bidang Keperawatan

F. SPM RADIOLOGI

1. Waktu tunggu hasil pelayanan thorax foto

Dimensi Mutu	Efektifitas, kesinambungan pelayanan, efisiensi
Tujuan	Tergambarnya kecepatan pelayanan radiologi
Definisi Operasional	Waktu tunggu hasil pelayanan thorax foto adalah tenggang waktu mulai pasien di foto sampai dengan menerima hasil yang sudah dieksnertisi
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	Periode analisis 3 bulan
Numerator	jumlah kumulatif waktu tunggu hasil pelayanan thorax foto dalam satu bulan
Denominator	jumlah pasien yang di foto thorax dalam bulan tersebut
Sumber data	rekam medis
Standar	Maksimum 3 jam
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala instalasi radiologi

2. **Kejadian kegagalan pelayanan rontgen**

Dimensi Mutu	Efektifitas dan efisiensi
Tujuan	Tergambarnya efektifitas dan efisiensi pelayanan rontgen
Definisi Operasional	Kegagalan pelayanan rontgen adalah kerusakan foto yang tidak dapat dibaca
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	Periode analisis 3 bulan
Numerator	Jumlah foto rusak yang tidak dapat dibaca dalam 1 bulan
Denominator	Jumlah seluruh pemeriksaan foto dalam 1 bulan
Sumber data	Register radiologi
Standar	Maksimal 2 %
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala instalasi radiologi

3. Kepuasan pelanggan

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

G. SPM LABORATORIUM

1. Waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium

Dimensi Mutu	Efektifitas, kesinambungan pelayanan, efisiensi
Tujuan	Tergambarnya kecepatan pelayanan laboratorium
Definisi Operasional	Waktu tunggu pelayanan laboratorium adalah tenggang waktu mulai pasien mendaftar sampai dengan pasien diambil darah/ di sampling.
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	jumlah kumulatif waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium pasien yang disurvei dalam satu bulan
Denominator	jumlah pasien yang diperiksa di laboratorium yang disurvey dalam bulan tersebut
Sumber data	survey
Standar	Maksimal 60 menit.
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala instalasi Laboratorium

2. Tidak adanya kesalahan pemberian hasil pemeriksaan laboratorium

Dimensi Mutu	Keselamatan
Tujuan	Tergambarnya ketelitian pelayanan laboratorium
Definisi Operasional	Kesalahan penyerahan hasil laboratorium adalah penyerahan hasil laboratorium pada salah orang yang disebabkan oleh kemiripan nama.
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah seluruh pasien yang diperiksa laboratorium dalam satu bulan dikurangi jumlah penyerahan hasil laboratorium salah orang dalam satu bulan
Denominator	jumlah pasien yang diperiksa di laboratorium dalam bulan tersebut
Sumber data	Rekam medis
Standar	90%
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala instalasi Laboratorium

3. Peralatan laboratorium yang terkalibrasi tepat waktu sesuai dengan ketentuan kalibrasi

Dimensi Mutu	Keselamatan dan efektifitas
Tujuan	Tergambarnya akurasi pelayanan laboratorium
Definisi Operasional	Kalibrasi adalah pengujian kembali terhadap kelayakan peralatan laboratorium oleh Distributor obat
Frekuensi Pengumpulan Data	1 tahun
Periode Analisa	1 tahun
Numerator	Jumlah seluruh alat laboratorium yang dikalibrasi tepat waktu dalam 1 tahun
Denominator	jumlah alat laboratorium yang perlu dikalibrasi dalam 1 tahun
Sumber data	Buku registrasi
Standar	50%
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala instalasi Laboratorium

4. Kepuasan pelanggan

Dimensi Mutu	Kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya persepsi pelanggan terhadap pelayaan laboratorium.
Definisi Operasional	kepuasan pelanggan adalah pernyataan puas oleh pelanggan terhadap pelayanan laboratorium
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	jumlah kumulatif hasil penilaian kepuasan dari pasien yang disurvery (dalam prosen)
Denominator	jumlah total pasien yang disurvey (n minimal 50)
Sumber data	survey
Standar	≥ 80 %
Penanggung jawab pengumpul data	IPLSRS

F. SPM FARMASI

1. Waktu Tunggu Pelayanan Obat Jadi di Instalasi Farmasi

Dimensi Mutu	Efektifitas dan efisiensi dalam pelayanan obat di Instalasi Farmasi
Tujuan	Memberikan pelayanan terbaik dalam kepuasan pasien.
Definisi Operasional	Waktu tunggu pelayanan obat jadi adalah tenggang waktu mulai pasien menyerahkan resep sampai dengan menerima obat jadi
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	jumlah kumulatif waktu tunggu pelayanan obat jadi pasien yang disurvey dalam satu bulan
Denominator	jumlah pasien yang disurvey dalam bulan tersebut
Sumber data	Survey
Standar	15 menit
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala instalasi Farmasi

2. Waktu Tunggu Pelayanan Obat Racikan di Instalasi Farmasi

Dimensi Mutu	Efektifitas dan efisiensi dalam pelayanan obat diInstalasi Farmasi
Tujuan	Memberikan pelayanan terbaik dalam kepuasan pasien.
Definisi Operasional	Waktu tunggu pelayanan obat racikan adalah tenggang waktu mulai pasien menyerahkan resep sampai dengan menerima obat racikan
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	jumlah kumulatif waktu tunggu pelayanan obat racikan pasien yang disurvey dalam satu bulan
Denominator	jumlah pasien yang disurvey dalam bulan tersebut
Sumber data	Survey
Standar	30 menit
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala instalasi Farmasi

3. Tidak adanya kejadian kesalahan pemberian obat

Dimensi Mutu	Keselamatan dan kenyamanan
Tujuan	Menghindari terjadinya kesalahan dalam pemberian obat.
Definisi Operasional	Kesalahan pemberian obat meliputi : 1. Salah dalam memberikan jenis obat 2. Salah dalam memberikan dosis 3. Salah dalam menyerahkan obat. 4. Salah jumlah 5. Salah dalam membaca resep
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah seluruh pasien instalasi farmasi yang disurvey dikurangi jumlah pasien yang mengalami kesalahan pemberian obat
Denominator	Jumlah seluruh pasien instalasi farmasi yang disurvey
Sumber data	Survey
Standar	100%
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala instalasi farmasi

4. Kepuasan pelanggan

Dimensi Mutu	kenyamanan
Tujuan	tergambarnya persepsi pelayanan terhadap pelayanan farmasi
Definisi Operasional	kepuasan pelanggan adalah pernyataan puas oleh pelanggan terhadap pelayanan farmasi
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	jumlah kumulatif hasil penilaian kepuasan dari pasien yang di survey (dalam prosen)
Denominator	jumlah total pasien yang disurvey (n minimal 50)
Sumber data	survey
Standar	≥ 80%
Penanggung jawab pengumpul data	IPLSRS

G. SPM GIZI

1. Ketepatan waktu pemberian makanan kepada pasien

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

2. Sisa makanan yang tidak termakan oleh pasien

Dimensi Mutu	Efektifitas dan efisisen
Tujuan	Tergambarnya efektifitas dan efisiensi pelayanan instalasi gizi
Definisi Operasional	Sisa makanan adalah proporsi makanan yang tersisa yang tidak dimakan oleh pasien
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah kumulatif proporsi sisa makanan dari pasien yng disurvei dalam satu bulan
Denominator	Jumlah pasien yang disurvei dalam satu bulan
Sumber data	survey
Standar	20%
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala instalasi gizi/kepala instalasi rawat inap

3. Tidak adanya kejadian kesalahan pemberian diet

Dimensi Mutu	Keamanan, efisiensi
Tujuan	Tergambarnya kesalahan dan efisiensi pelaynan instalasi gizi
Definisi Operasional	Tergambarnya kesalahan dan efisiensi pelayanan instalasi gizi
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah pemberian makanan yang disurvey dikurangi jumlah pemberian makanan yang salah diet
Denominator	Jumlah pasien yang disurvei dalam satu bulan
Sumber data	Survey
Standar	100%
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala instalasi gizi/kepala instalasi rawat inap

H. SPM TRANSFUSI DARAH

1. Kebutuhan darah bagi setiap pelayanan transfusi

Dimensi Mutu	Keselamatan dan kesinambungan playananan
Tujuan	Tergambarnya kemampuan Bank Darah Rumah Sakit dalam menyediakan kebutuhan darah
Definisi Operasional	cukup jelas
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah permintaan kebutuhan darah yang dapat dipenuhi dalam 1 bulan
Denominator	Jumlah seluruh permintaan darah dalam 1 bulan
Sumber data	Survey
Standar	100%
Penanggung jawab pengumpul data	Yang bertanggung jawab terhadap pengelolaan Bank Darah

2. Kejadian reaksi transfusi

Dimensi Mutu	Keselamatan
Tujuan	Tergambarnya manajemen resiko pada UTD
Definisi Operasional	Reaksi transfusi darah adalah kejadian tidak diharapkan (KTD) yang terjadi akibat transfusi darah, dalam bentuk reaksi alergi, infeksi akibat transfusi, hemolisi akibat golongan darah tidak sesuai, atau gangguan sistem imun sebagai akibat pemberian transfusi darah
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah kejadian reaksi transfusi dalam satu bulan
Denominator	Jumlah seluruh pasien yang mendapat transfusi dalam 1 bulan
Sumber data	Rekam medis
Standar	≤ 0,01 %
Penanggung jawab pengumpul data	Yang bertanggung jawab terhadap pengelolaan Bank Darah

I. SPM REKAM MEDIK

1. Kelengkapan pengisian rekam medik 24 jam setelah selesai pelayanan

Dimensi Mutu	Kesinambungan riwayat penyakit pasien dan kerahasiaan status rekam medik
Tujuan	Tergambarnya tanggung jawab medis, perawat dan non medis dalam kelengkapan informasi rekam medik
Definisi Operasional	Tergambarnya tanggung jawab medis, perawat dan non medis dalam kelengkapan informasi rekam medik
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah rekam medik yang disurvey dalam 1 bulan yang diisi lengkap
Denominator	Jumlah rekam medik yang disurvey dalam 1 bulan
Sumber data	Checklist kelengkapan
Standar	100%
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi rekam medik

2. Kelengkapan informed consent setelah mendapatkan informasi yang jelas

Dimensi Mutu	Keselamatan
Tujuan	Tergambarnya tanggung jawab dokter untuk memberikan informasi kepada pasien dan mendapat persetujuan dari pasien akan tindakan medik yang akan dilakukan.
Definisi Operasional	Informed Consent adalah pernyataan persetujuan tindakan antara pasein dengan petugas RS (medis, perawat).
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah pasien yang mendapat tindakan medik yang disurvey yang mendapat informasi lengkap sebelum memberikan persetujuan tindakan medik dalam 1 bulan
Denominator	Jumlah pasien yang mendapat tindakan medik yang disurvey dalam 1 bulan
Sumber data	Survey
Standar	100%
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala instalasi rekam medik

3. Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat jalan

Dimensi Mutu	Efektivitas, kenyamanan, efisiensi
Tujuan	Tergambarnya kecepatan pelayanan pendaftaran rawat jalan
Definisi Operasional	Dokumen rekam medis rawat jalan adalah dokumen rekam medis pasien baru atau pasien lama yang digunakan pada pelayanan rawat jalan
Frekuensi Pengumpulan Data	tiap bulan
Periode Analisa	tiap 3 (tiga) bulan
Numerator	kumulatif waktu penyediaan rekam medis rawat jalan yang diamati
Denominator	Total penyediaan rekam medis yang diamati
Sumber data	hasil survei pengamatan di ruang pendaftaran rawat jalan
Standar	10 menit
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi rekam medis

4. Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat inap.

Dimensi Mutu	efektivitas, kenyamanan, efisiensi
Tujuan	Tergambarnya kecepatan pelayanan rekam medis rawat inap
Definisi Operasional	Dokumen rekam medis rawat inap adalah dokumen rekam medis pasien lama yang digunakan pada pelayanan rawat inap. Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat inap adalah waktu mulai pasien diputuskan untuk rawat inap oleh dokter sampai rekam medik rawat inap tersedia di bangsal pasien
Frekuensi Pengumpulan Data	tiap bulan
Periode Analisa	tiap 3 (tiga) bulan
Numerator	Jumlah kumulatif waktu penyediaan rekam medis rawat inap yang diamati
Denominator	Total penyediaan rekam medis rawat inap yang diamati
Sumber data	hasil survei pengamatan di ruang pendaftaran rawat inap.
Standar	Rerata 15 menit
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi rekam medis

J. SPM PENGELOLAAN LIMBAH

1. Baku mutu limbah cair

Dimensi Mutu	Keselamatan
Tujuan	Tergambarnya kepedulian Rumah Sakit terhadap keamanan limbah cair rumah sakit
Definisi Operasional	Baku Mutu adalah standar minimal pada limbah cair yang dianggap aman bagi kesehatan, yang merupakan ambang batas yang ditolelir dan diukur dengan indikator : BOD (Biological Oxygen Demand) : 30 mg/liter COD (Chemical Oxygen Demand) : 80 mg/liter TSS (Total Suspended Solid) 30 mg/liter PH : 6-9
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Hasil laboratorium pemeriksaan limbah cair rumah sakit yang sesuai dengan baku mutu
Denominator	Jumlah seluruh pemeriksaan limbah cair
Sumber data	hasil pemeriksaan
Standar	100%
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala IPRS

2. Pengelolaan limbah padat infeksius sesuai dengan aturan

Dimensi Mutu	Keselamatan
Tujuan	Tergambarnya mutu penanganan limbah padat infeksius di rumah sakit
Definisi Operasional	Limbah padat berbahaya adalah sampah padat akibat proses pelayanan yang mengandung bahan-bahan yang tercemar jasad renik yang dapat menularkan penyakit dan/atau dapat mencederai, antara lain : 1. Sisa jarum suntik 2. Sisa Ampul 3. Kasa bekas 4. Sisa jaringan
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah limbah padat yang dikelola sesuai dengan Standar Operating Prosedur yang diamati
Denominator	Jumlah total proses pengolahan limbah padat yang diamati
Sumber data	hasil pengamatan
Standar	100%
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala IPRS/ Kepala K3 RS

K. SPM AMBULANCE

1. Waktu pelayanan ambulan

Dimensi Mutu	Akses
Tujuan	tersedianya pelayanan ambulance yang dapat diakses setiap waktu oleh pasien/keluarga pasien yang membutuhkan
Definisi Operasional	waktu pelayanan ambulance adalah ketersediaan waktu penyediaan ambulance untuk memenuhi kebutuhan pasien/ keluarga pasien
Frekuensi Pengumpulan Data	setiap bulan
Periode Analisa	3 bulan sekali
Numerator	total waktu buka (dalam jam) pelayanan ambulance dalam satu bulan
Denominator	jumlah hari dalam bulan tersebut
Sumber data	IGD
Standar	24 jam
Penanggung jawab pengumpul data	Ambulance

2. Kecepatan memberikan pelayanan ambulance

Dimensi Mutu	Kenyamanan, keselamatan
Tujuan	Tergambarnya ketanggapan rumah sakit dalam menyediakan kebutuhan pasien akan ambulance/kereta jenazah
Definisi Operasional	Kecepatan memberikan pelayanan ambulance/kereta jenazah adalah waktu yang dibutuhkan mulai permintaan ambulance/ kereta jenazah diajukan oleh pasien/keluarga pasien di rumahsakit sampai tersedianya ambulance/ kereta jenazah. Maksimal 30 menit.
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah penyediaan ambulance/kereta jenazah yang tepat waktu dalam 1 bulan
Denominator	Jumlah seluruh permintaan ambulance/kereta jenazah dalam satu bulan
Sumber data	catatan penggunaan ambulance/kereta jenazah
Standar	100%
Penanggung jawab pengumpul data	Komite mutu

L. SPM Administrasi manajemen

1. Tindak lanjut penyelesaian hasil pertemuan tingkat direksi

Dimensi Mutu	Efektivitas
Tujuan	Tergambarnya kepedulian direksi terhadap upaya perbaikan pelayanan di rumahsakit
Definisi Operasional	Tindak lanjut penyelesaian hasil pertemuan tingkat direksi adalah pelaksanaan tindak lanjut yang harus dilakukan oleh peserta pertemuan terhadap kesepakatan atau keputusan yang telah diambil dalam pertemuan tersebut sesuai dengan permasalahan pada bidang masingmasing.
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Hasil keputusan pertemuan direksi yang ditindaklanjuti dalam satu bulan
Denominator	Total hasil keputusan yang harus ditindaklanjuti dalam satu bulan
Sumber data	Notulen rapat
Standar	100%
Penanggung jawab pengumpul data	Direktur Rumah Sakit

2. Kelengkapan laporan akuntabilitas kinerja

Dimensi Mutu	Efektivitas, efisiensi
Tujuan	Tergambarnya kepedulian administrasi rumahsakit dalam menunjukkan akuntabilitas kinerja pelayanan
Definisi Operasional	Akuntabilitas kinerja adalah perwujudan kewajiban rumah sakit untuk mempertanggung jawabkan keberhasilan/ kegagalan pelaksanaan misi organisasi dalam mencapai tujuan dan sasaran yang telah ditetapkan melalui pertanggungjawaban secara periodik.
Frekuensi Pengumpulan Data	1 tahun
Periode Analisa	1 tahun
Numerator	Laporan akuntabilitas kinerja yang lengkap dan dilakukan minimal 3 bulan dalam satu tahun
Denominator	Jumlah laporan akuntabilitas yang seharusnya disusun dalam satu tahun
Sumber data	Bagian Tata Usaha
Standar	100%
Penanggung jawab pengumpul data	Direktur

3. Ketepatan waktu pengusulan kenaikan pangkat

Dimensi Mutu	Efektivitas, efisiensi, kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya kepedulian rumah sakit terhadap tingkat kesejahteraan pegawai
Definisi Operasional	Usulan kenaikan pangkat pegawai dilakukan dua periode dalam satu tahun yaitu bulan april dan oktober
Frekuensi Pengumpulan Data	satu tahun
Periode Analisa	satu tahun
Numerator	Jumlah pegawai yang diusulkan tepat waktu sesuai periode kenaikan pangkat dalam satu tahun
Denominator	jumlah seluruh pegawai yang seharusnya diusulkan kenaikan pangkat dalam satu tahun
Sumber data	Sub Bag Kepegawaian
Standar	100%
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Bagian Tata Usaha

4. Ketepatan waktu pengurusan kenaikan gaji berkala

Dimensi Mutu	Efektivitas, kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya kepedulian rumah sakit terhadap kesejahteraan pegawai
Definisi Operasional	Kenaikan gaji berkala adalah kenaikan gaji setiap dua tahun sekali
Frekuensi Pengumpulan Data	satu tahun
Periode Analisa	satu tahun
Numerator	Jumlah pegawai yang mendapatkan SK kenaikan gaji berkala tepat waktu dalam satu bulan
Denominator	Jumlah seluruh pegawai yang seharusnya memperoleh kenaikan gaji berkala dalam satu tahun
Sumber data	Sub Bag Kepegawaian
Standar	100%
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Bagian Tata Usaha

5. Karyawan yang mendapatkan pelatihan minimal 20 jam pertahun

Dimensi Mutu	Kompetensi teknis
Tujuan	Tergambarnya kepedulian rumah sakit terhadap kualitas sumber daya manusia
Definisi Operasional	Pelatihan adalah semua kegiatan peningkatan kompetensi karyawan yang dilakukan baik di rumah sakit ataupun di luar rumah sakit yang bukan merupakan pendidikan formal. Minimal per karyawan 20 jam per tahun
Frekuensi Pengumpulan Data	satu tahun
Periode Analisa	satu tahun
Numerator	Jumlah karyawan yang mendapat pelatihan minimal 20 jam pertahun
Denominator	Jumlah seluruh karyawan rumah sakit
Sumber data	Sub Bag Kepegawaian
Standar	60%
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Bagian Tata Usaha

6. Ketepatan waktu penyusunan laporan keuangan

Dimensi Mutu	Efektifitas
Tujuan	Tergambarnya disiplin pengelolaan keuagan rumah sakit
Definisi Operasional	Laporan keuangan meliputi realisasi anggaran dan arus kas. Laporan keuangan harus diselesaikan sebelum tanggal 10 setiap bulan berikutnya
Frekuensi Pengumpulan Data	3 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah laporan keuangan yang diselesaikan sebelum tanggal 3 setiap bulan berikutnya
Denominator	Jumlah laporan keuangan yang harus diselesaikan dalam tiga bulan
Sumber data	Sub bag keuangan
Standar	100%
Penanggung jawab pengumpul data	Bagian keuangan

M. SPM Pelayanan pemeliharaan sarana RS

1. Kecepatan waktu menggapi kerusakan alat

Dimensi Mutu	Efektivitas, efisiensi, kesinambungan pelayanan
Tujuan	Tergambarnya kecepatan dan ketanggapan
Definisi Operasional	Kecepatan waktu menanggapi alat yang rusak adalah waktu yang dibutuhkan mulai laporan alat rusak diterima sampai dengan petugas melakukan pemeriksaan terhadap alat rusak untuk tindak lanjut perbaikan, maksimal dalam waktu 15 menit harus sudah ditanggapi
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah laporan kerusakan alat yang ditanggapi kurang atau sama dengan 15 menit dalam satu bulan
Denominator	Jumlah seluruh laporan kerusakan alat dalam satu bulan
Sumber data	Catatan laporan kerusakan alat
Standar	80%
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala IPRS

2. Ketepatan waktu pemeliharaan alat

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

N. SPM Pencegahan Pengendalian Infeksi

1. Tim PPI

Dimensi Mutu	Kompetensi teknik
Tujuan	tersedianya anggota tim PPI yang kompeten untuk melaksanakan tugas-tugas tim PPI
Definisi Operasional	adalah anggota tim PPI yang telah mengikuti pendidikan dan pelatihan dasar dan lanjutan PPI
Frekuensi Pengumpulan Data	setiap 3 bulan
Periode Analisa	setiap satu tahun
Numerator	jumlah anggota tim PPI yang sudah terlatih
Denominator	Jumlah anggota tim PPI
Sumber data	Kepegawaian
Standar	75%
Penanggung jawab pengumpul data	Ketua komite PPI

2. Tersedianya APD (Alat Pelindung Diri)

Dimensi Mutu	Mutu pelayanan, keamanan pasien, petugas dan pengunjung
Tujuan	tersedianya APD disetiap instalasi rumah sakit
Definisi Operasional	Alat terstandar yang berguna untuk melindungi tubuh, tenaga kesehatan, pasien atau pengunjung dari penularan penyakit di rumah sakit seperti: masker, sarung tangan karet, penutup kepala, sepatu boat dan gaun
Frekuensi Pengumpulan Data	setiap hari
Periode Analisa	satu bulan
Numerator	jumlah instalasi yang menyediakan APD
Denominator	Jumlah instalasi di rumah sakit
Sumber data	survey
Standar	60%
Penanggung jawab pengumpul data	Tim PPI

3. Terlaksananya kegiatan dan pencatatan pelaporan infeksi nosokomial di rumah sakit

Dimensi Mutu	Keamanan pasien, petugas dan pengunjung
Tujuan	Tersedianya data pencatatan dan pelaporan infeksi nosokomial di rumah sakit
Definisi Operasional	Kegiatan pengamatan faktor resiko infeksi nosokomial, pengumpulan data (chek list) pada instalasi yang tersedia di rumah sakit, minimal 1 (sakit) parameter antara lain Infeksi Luka Operasi, Infeksi Luka Infus, Ventilator Assosiated Pneumonia, Infeksi Saluran Kemih
Frekuensi Pengumpulan Data	setiap hari
Periode Analisa	satu bulan
Numerator	jumlah instalasi yang melakukan pencatatan dan pelaporan
Denominator	Jumlah instalasi yang tersedia
Sumber data	Survey
Standar	75%
Penanggung jawab pengumpul data	Tim PPI

O. Pelayanan Laundry

1. Tidak adanya kejadian linen yang hilang

Dimensi Mutu	Efisiensi dan efektifitas
Tujuan	Tergambarnya pengendalian dan mutu pelayanan laundry
Definisi Operasional	tidak ada
Frekuensi Pengumpulan Data	sebulan
Periode Analisa	sebulan
Numerator	jumlah linen yang dihitung dalam 4 hari sampling dalam satu bulan
Denominator	jumlah linen yang seharusnya ada pada hari sampling tersebut
Sumber data	survey
Standar	100%
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala instalasi Laundry

2. Ketepatan waktu penyediaan linen untuk ruang rawat inap

Dimensi Mutu	Efisiensi dan efektifitas
Tujuan	Tergambarnya pengendalian dan mutu pelayanan laundry
Definisi Operasional	Ketepatan waktu pengendalian linen adalah ketepatan penyediaan linen sesuai dengan ketentuan waktu yang ditetapkan
Frekuensi Pengumpulan Data	sebulan
Periode Analisa	sebulan
Numerator	Jumlah hari dalam satu bulan dengan penyediaan linen tepat waktu
Denominator	jumlah hari dalam satu bulan
Sumber data	survey
Standar	100%
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala instalasi Laundry

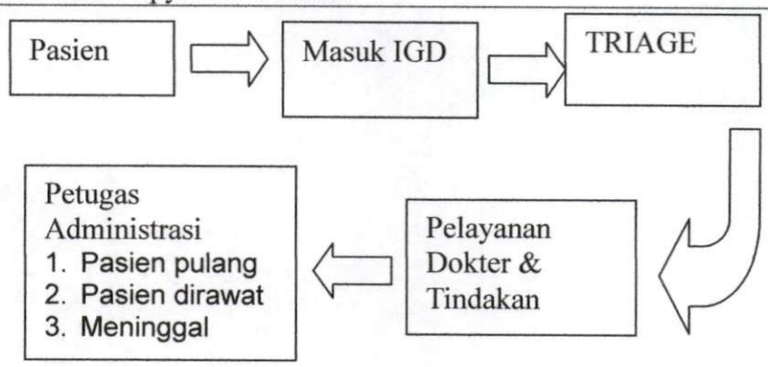
BUPATI PIDIE JAYA

AIYUB ABBAS

LAMPIRAN III : PERATURAN BUPATI PIDIE JAYA
NOMOR : 25 TAHUN 2016
TANGGAL : 22 Desember 2016 M
22 Rabiul Awal 1438 H

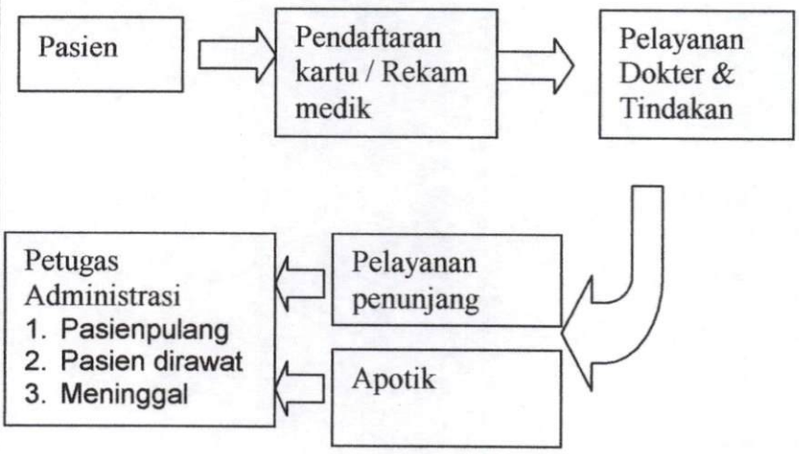
STANDAR PELAYANAN

A. STANDAR PELAYANAN INSTALASI GAWAT DARURAT

No.	KOMPONEN	URAIAN
1.	Dasar Hukum	1. Undang-Undang No. 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan; 2. Undang-Undang No. 25 Tahun 2009 tentang Pelayanan Publik; 3. Permenkes No. 812/ Menkes/ Per/VII /2010 Tentang Penyelenggaraan Pelayanan Dialisis pada Fasilitas Pelayanan Kesehatan; 4. Permenkes No. 129/Menkes/SK/II/2008 tentang Standar Pelayanan Minimal 5. Peraturan Menteri RI No.7 tahun 1987 Jo Skb No.48/Menkes/II/98 tentang Penyerahan Sebagain Urusan Pemerintah Dalam Bidang Kesehatan Kepada Pemerintah Daerah; 6. Qanun Aceh No. 4 Tahun 2008 tentang Kesehatan. 7. Qanun Pidie Jaya No. 3 Tahun 2014 tentang Retribusi Jasa Umum di Kabupaten Pidie Jaya.
2.	Persyaratan Pelayanan	1. Foto Kopy KTP 2. Foto Copy KK 3. Foto Kopy BPJS / Askes
3.	Sistem, Mekanisme, dan Prosedur	 **1. Mekanisme** Pasien datang ke loket masuk ke IGD melalui Triage, setelah itu pasien mendapatkan pemeriksaan dokter dan tindakan keperawatan, pasien kemudian ke CO untuk mendapatkan status atau kartu berobat untuk kemudian pasien mendapatkan perawatan rawat inap jika diperlukan atau pasien berobat jalan. **2. Prosedur** Setelah mendapatkan pelayanan di IGD pasien diperbolehkan pulang apabila tidak ada komplikasi,dan bila ada komplikasi pada pasien membutuhkan perawatan maka pasien dirawat inap.
4.	Jangka Waktu Penyelesaian	Sesuai Kasus

5.	Biaya/Tarif	1. Tidak dipungut biaya (BPJS) 2. Pasien Umum Sesuai dengan tarif Restribusi Qanun Pemda (*Sesuai dengan tindakan dan perawatan yang diterima oleh pasien)*
6.	Produk Pelayanan	1. Sembuh / rawat jalan 2. Rawat Inap 3. Rujukan
7	Sarana, Prasarana Dan Fasilitas	1. Brankar 2. Kursi Roda 3. Nebulizer 4. Trolly 5. Instrument 6. Tensimeter 7. Termometer 8. Stetoskop 9. Timbangan 10. Tensi Monitor 11. Syring Pump 12. DC Syok 13. Tabung Oxygent 14. EKG
8.	Kompetensi Pelaksanaan	SDM yang memiliki kompetensi Skill dan pengetahuan di bidang Medis, para medis dan mempunyai sertifikat BTLS, ACLS)
9.	Pengawasan Internal	1. Atasan Langsung 2. Komite Medik 3. Komite Keperawatan 4. Dokter Penanggung Jawab 5. Kepala ruangan 6. SPI
10.	Penanganan Pengaduan, Sarana Dan Prasarana	1. Pengaduan, masukan dan saran dapat di sampaikan melalui surat tertulis dan dimasukkan ke kotak saran. 2. Menyampaikan pengaduan, saran, melalui Via : Email : Rsud_Pidie Jaya@Yahoo.Com
11.	Jumlah Pelaksana	1 perawat 1 Pasien (Sesuai Dengan Kebutuhan)
12	Jaminan Pelayan	Terwujudnya pelayanan yang prima, efektif , profesional dengan nurani yang islami serta terjangkau bagi masyarakat kabupaten pidie Jaya.
13.	Jaminan Keamanan Dan Keselamatan Pelayanan	Pelayanan sesuai dengan profesionalisme, prosedur dan peraturan yang berlaku
14.	Evaluasi Kinerja Pelaksana	Kinerja pelaksanaan pelayanan di evaluasi minimal 6 (enam) bulan sekali , demi menjaga kualitas dan meningkatkan kinerja pelayanan .

B. STANDAR PELAYANAN RAWAT JALAN/POLIKLINIK

No.	KOMPONEN	URAIAN
1.	Dasar Hukum	1. Undang-Undang No. 36 Tahun 2008 tentang Kesehatan; 2. Undang-Undang No. 25 Tahun 2009 tentang Pelayanan Publik; 3. Permenkes No. 812/Menkes/Per/VII/2010 Tentang Penyelenggaraan Pelayanan Dialisis pada Fasilitas Pelayanan Kesehatan; 4. PeraturanMenteri RI No.7 tahun 1987 Jo Skb No.48/Menkes/II/98 tentang Penyerahan Sebagian Urusan Pemerintah Dalam Bidang Kesehatan Kepada Pemerintah Daerah; 5. Qanun Aceh No. 4 Tahun 2008 tentangKesehatan.
2.	Persyaratan Pelayanan	1. Foto Kopy KTP/KK 2. Foto Kopy BPJS / Askes 3. Rujukan dari Puskesmas / Faskes Tingkat I
3.	Sistem, Mekanisme, dan Prosedur	**1. Sistem**  **2. Mekanisme** Pasien datang ke loket pendaftaran, setelah itu pasien mendapatkan pemeriksaan dokter dan tindakan keperawatan, pasien diperbolehkan pulang, dirawat atau dirujuk bila ada komplikasi. **3. Prosedur** Setelah mendapatkan pelayanan di poli pasien diperbolehkan pulang apabila tidak ada komplikasi,dan bila ada komplikasi pada pasien membutuhkan perawatan maka pasien dirawat inap atau dirujuk.
4.	Jangka Waktu Penyelesaian	Sesuai Kasus
5.	Biaya/Tarif	1. Tidak Dipungut Biaya(BPJS) 3. Pasien Umum Sesuai dengan tarif Restribusi Qanun Pemda *(Sesuai dengan tindakan dan perawatan yang diterima oleh pasien)*
6.	Produk Pelayanan	1. Sembuh / rawat jalan 2. Rawat Inap 3. Rujuk

7	Sarana, Prasarana Dan Fasilitas	1. Kursi Roda 2. Head lamp 3. Trolly 4. Instrument 5. Tensimeter 6. Termometer 7. Teteskop 8. Timbangan 9. Tensi Monitor 10. Syring Pump 11. DC Syok 12. Tabung Oxygent 13. EKG
8.	Kompetensi Pelaksanaan	SDM yang memiliki kompetensi Skill dan pengetahuan di bidang Medis, para medis dan mempunyai sertifikat BTLS, ACLS.
9.	Pengawasan Internal	1. Atasan Langsung 2. Komite Medik 3. Komite Keperawatan 4. Dokter Penanggung Jawab 5. Kepalaruangan 6. SPI
10.	Penanganan Pengaduan, Sarana Dan Prasarana	1. Pengaduan, masukandan saran dapat di sampaikan melalui surat tertulis dan dimasukkan kekotak saran. 2. Menyampaikan pengaduan, saran, melalui Via Email : Rsud_Pidie Jaya@Yahoo.Com
11.	Jumlah Pelaksana	1 perawat 1 Pasien (Sesuai Dengan Kebutuhan)
12	Jaminan Pelayan	Terwujudnya pelayanan yang prima, efektif , profesional dengan nurani yang islami serta terjangkau bagi masyarakat kabupaten pidie Jaya
13.	Jaminan Keamanan Dan Keselamatan Pelayanan	Pelayanan sesuai dengan profesionalisme, prosedur dan peraturan yang berlaku
14.	Evaluasi Kinerja Pelaksana	kinerja pelaksanaan pelayanan di evaluasi minimal 6 (enam) bulan sekali , demi menjaga kualitas dan meningkatkan kinerja pelayanan .

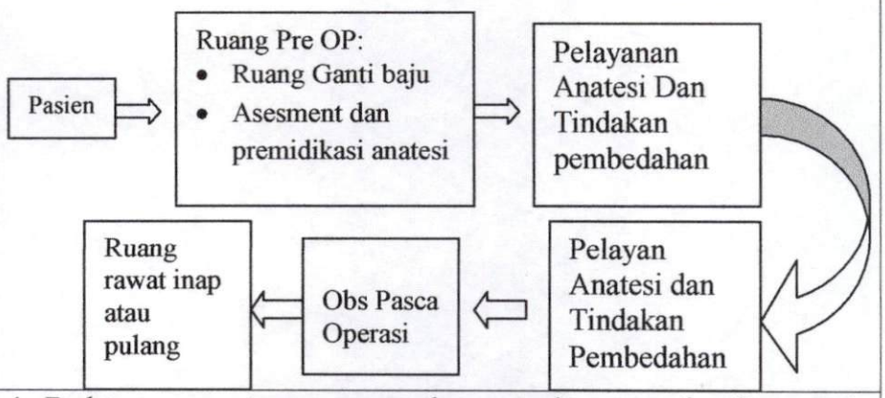
C. STANDAR PELAYANAN RUANG RAWAT INAP

No.	KOMPONEN	URAIAN
1.	Dasar Hukum	1. Undang- undang nomor 25Ttahun 2009 tentang pelayana Publik 2. Undang- undang No.44 Tahun 2009 Tentang Rumah Sakit 3. PerMenPan dan reformasi Birokrasi No:36 Tahun 2012 Tentang Pedoman Penilaian Kinerja Unit Pelayanan Publik 4. PerMenkes RI No:1333/Menkes/SK/1999 Tentang standar pelayanan di Rumah Sakit 5. Qanun Aceh No:4 Tahun 2008 Tentang Kesehatan
2.	Persyaratan Pelayanan	1. Kelengkapan Adm (KTP, KK, BPJS) 2. Formulir Control
3.	Sistem, Mekanisme, dan Prosedur	 Penerimaan pasien adalah melakukan kegiatan pada TPPRI/CO yang berfungsi melayani pasien rawat inap yang akan mendapatkan pelayanan medis, pelayanan keperawatan dan tinggal di ruangan, menempati tempat tidur mendapat pemeriksaan dan perawatan yang di berikan oleh petugas RSUD Pidie jaya Mekanisme Pasien masuk melalui IGD/Poli Klinik/Dokter swasta ke ruang rawat inap akan di beri pemeriksaan ulang dan dimasukkan menurut katagori jenis penyakit kemudian akan mendapat perawatan rawat inap sesuai dg instruksi dokter dan melibatkan penunjang lainnya. Prosedur Pasien datang di bagian adm dan diterima oleh petugas Rawat Inap, Petugas Menyerahkan surat pengantar Rawat Inap yang berasal dari poli Klinik, IGD, Maupun rujukan dari dokter swasta Petugas mengisi berkas Rekam medis dengan melakukan wawancara kpd pasien mengenai tempat/fasilitas dan jaminan kesehatan yang di inginkan
4.	Jangka Waktu Penyelesaian	Sesuai kasus dan Kondisi Pasien
5.	Biaya/Tarif	1. Tidak Dipungut Biaya (BPJS) 2. Pasien Umum Sesuai dengan tarif Restribusi Qanun Pemda (*Sesuai dengan tindakan dan perawatan yang diterima oleh pasien)*
6.	Produk Pelayanan	Sembuh Rujuk Meninggal

7.	Sarana dan Prasarana Fasilitas	1. Kursi Roda 2. Meja setengah biro 3. Nebuleizer 4. Trouly 5. Tensimeter 6. Termometer 7. Stetoskop 8. Timbangan 9. Lemari Obat 10. Tabung dan O2 11. EKG 12. Tempat tidur
8.	Kompetensi Pelaksana	SDM Yang memiliki Kompotensi skill dan pengetahuan di bidang medis dan para medis yang mampu.
9.	Pengawasan internal	1. Atasan langsung 2. Komite medik 3. Komite Keperawatan 4. Dokter penanggung jawab 5. Kepala Ruangan 6. SPI
10.	Penanganan pengaduan, Sarana dan prasarana	1. Pengaduan, Masukan dan saran Dapat di sam paikan melalui Surat tertulis dan Di masukkan kekotak saran. 2. Menyampaikan pengaduan, Saran melalui Email: RSud_pidie.Jaya
11.	Jumlah Pelaksana	1 Perawat 1 pasien (sesuai kebutuhan)
12.	Jaminan Pelayanan	Terwujudnya Pelayanan yang bernuansa islami, Obtimal, Prima, Efektif, Profesional Dengan mengedepankan kepentingan pasien
13.	Jaminan Keamanan Dan Keselamatan Pelayanan	Pelayanan sesuai dengan profesionalisme, Prosedur dan peraturan yang berlaku.
14.	Evaluasi Kinerja Pelaksana	Kinerja Pelaksanaan Pelayanan di evaluasi Minimal 6 (enam) bulan sekali, Demi menjaga kualitas dan meningkatkan kinerja Pelayanan.

D. STANDAR PELAYANAN RUANG OPERASI

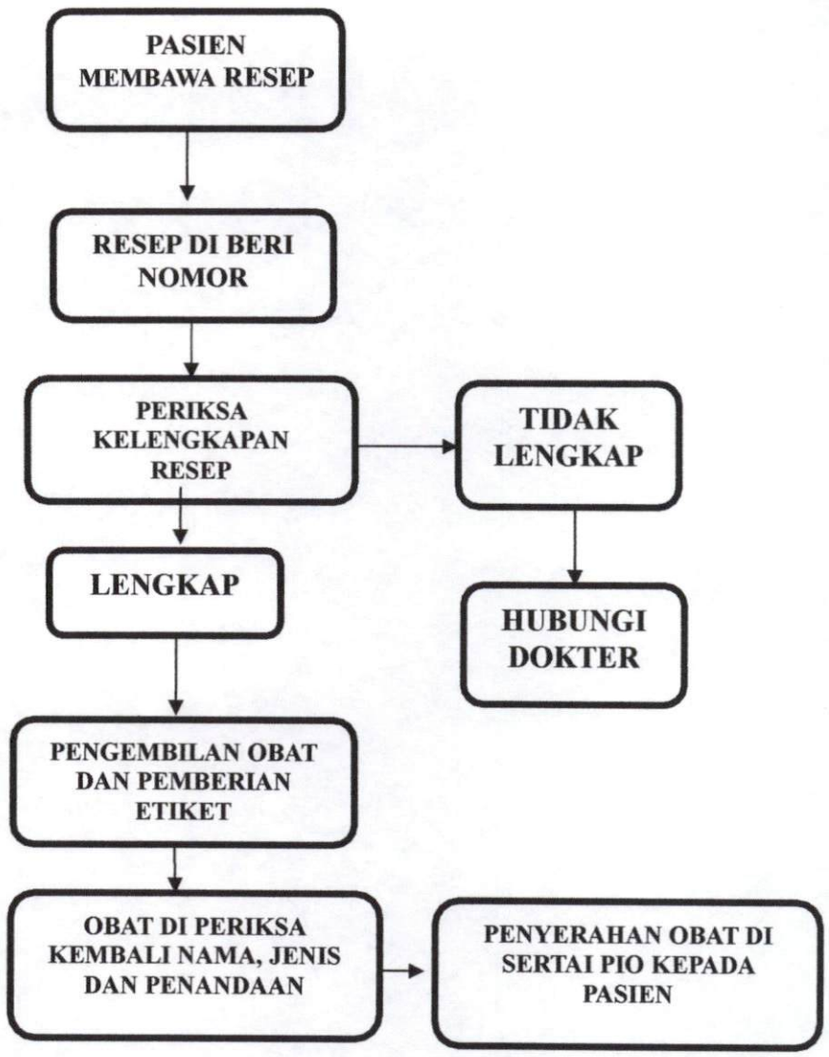
No	KOMPONEN	URAIAN
1	Dasar Hukum	1. Undang – Undang No. 44 Tahun 2009 Tentang Rumah Skit 2. Permenpan Dan Reformasi Birokrasi No. 36 Tahun 2012 Tentang Pedoman Penilaian Kinerja Unit Pelayanan Publik 3. Permenkes RI NO. 1333 /Menkes /SK / 1999 Tentang Standar Pelayanan Di Rumah Sakit. 4. Qanun Aceh No. 4 Tahun 2008 Tentang Kesehatan.
2	Tata ruang Banggunan kamar Operasi dan Kamar bersalin	LOKASI Lokasi OK dan VK harus mudah di capai dari bagian lain dan satu sama lain BENTUK Sudut-sudutnya tidak boleh tajam, baik sudut lantai, dinding maupun langit – langit, Dinding, lantai dan langit-langit terbuat dari bahan yang keras, tidak berpori, tahan api, kedap air tidak mudah kotor UKURAN Ukuran minimal 30 – 40 m2, maksimal 55 – 60 m2 tinggi plafon minimal 2,5m, maksimal 3,65 m PINTU Sebaiknya bentuk pintu sliding, namun bila pintu swing, maka pintu harusselalu tertutup dengan menggunakan penutup otomatis,Ukuran pintu minimal 1,2 X 2,10 m Pintu harus selalu terawat, dan tidak boleh mengeluarkan suara JENDELA Harus ada kaca tembus pandang agar oang dari luar dapat melihat keadan di dalam kamar bedah tampak harus masuk VENTILASI Memakai AC dilengkapi filter dan sistem ultraclean luminay airflow, Suhu diatur antara 19 – 22 °C dan kelembaban udara 50 – 60 % SISTEM PENERANGAN Lampu ruangan memakai lampu pijar putih tertanam di dalam langit-langit sehingga tidak menampung debu dan mudah dibersihkan SISTEM GAS Sistem gas sebaiknya dibuat sentral memakai sistem pipa, Sistem pipa melalui bawah lantai atau diatas langit-langit, Dibedakan sistem pipa O2dan Nitrogen Oksida SISTEM LISTRIK Harus ada sistem penerangan darurat dan sistem listrik cadangan, SISTEM KOMUNIKASI Harus ada sistem komunikasi dengan ruangan lain di dalam RS dan ke luar RS INTRUMENTASI Semua peralatan harus mobile, mempunyai roda atau diletak kan diatastrolley beroda Semua alat sebaiknya terbuat dari stainless steel dan mudah dibersihkan

3	Persyaratan Pelayanan	1. Status Pasien : Permintaan Operasi 2. Informad Consent / Edukasi Pasien dan keluarga psien
4	Sistem, Mekanisme, dan Prosedur	
5	Persiapan Personil Kamar Operasi	1. Dokter operator menentukan pasien untuk dioperasi, memberitahukan paramedik tentang waktu operasi. 2. Paramedik melaporkan kepada dokter anestesi untuk meminta persetujuanwaktu operasi. 3. Paramedik mengatur / mengusahakan kesepakatan waktu antara dokteroperator dan dokter anestesi. 4. Jika waktu operasi sudah disepakati, paramedik memberitahukan staf kamar operasi lainnya. 5. Paramedik mengusahakan staf kamar operasi selengkap mungkin. 6. Staf kamar operasi segera mempersiapkan operasi.
6	Transport Pasien	1. Pasien di antar ke Ruang Operasi oleh para medic Ruangan Rawat Inap. 2. Petugas OK memeriksa kembali kelengkapan administrasi dan identitas pasien 3. Dilakukan serah terima berita acara tindakan Operasi antara para medik ruangan dengan petugas OK, besaertastatus pasien dan obat-obatan yang diperlukan 4. Setelah dinilai lengkap, Pasien dibawa ke Koridor Transport pasien untuk kemudian dipindahkan ke brankar OK 5. Setelah pasien diatas brankar, possikan senyaman mungkin bed pasien dikeluarkan. Pasien dibawa ke koridorruang recovery, Ganti semua pakaian dengan duk bersih 6. Setelah selesai, pasien di transport ke ruang Operasi, Pindahkan Pasien kemeja Operasi Senyaman mungkin 7. Semua suportif diperiksa kelancarannya : IV line, urinecatheter, O2, Pasang manset Tekanan darah, pasang pulseoxymetri, nyalakan pulse oksimeter/ECG Monitor.
7	Biaya / Tarif	1. Tidak Dipungut Biaya (BPJS) 2. Pasien Umum Sesuai dengan tarif Restribusi Qanun Pemda *(Sesuai dengan tindakan dan perawatan yang diterima oleh pasien)*
8	Produk Pelayanan	1. Rawat Jalan 2. Rawat Inap 3. Rujukan
9	Sarana, Prasarana dan Fasilitas	1. Wastafel Dan Air Bersih Mengalir 2. Meja Operasi 3. Mesin Anastesi 4. Tensi Monitor 5. Meja Instrumen 6. Trolly 7. Saction pump 8. Infant warmer

		9. Oxygen 10. Lampu Operasi 11. Monitor EKG
10	Kompetensi Pelaksanaan	Sumber daya Manusia Berkopentensi di Bidang Medis (Dokter Obgyn, Dokter Anatesi Dan Non Medis, Dokter Sp.Mata, Dokter Sp.THT, Perawat Yang Memiliki Sentral Bels).
11	Pengawasan Internal	1. Atasan Langsung 2. Komite Medik 3. Komite Keperawatan 4. Dokter Penanggung Jawab 5. Kepala Ruangan 6. SPI
12	Penanganan Pengaduan, Sarana Dan Prasarana	1. Pengaduan, masukan dan sarana dapat di sampaikan melalui surat tertulis dan dimasukan ke kota saran. 2. Menyampaikan pengaduan, saran melalui via Email : Rsud_Pidiejaya@Yahoo.Com
13	Jumlah Pelaksana	1. Operator 2. Perawat Pendamping Sesuai Kebutuhan
14	Jaminan Pelyanan	Terhujudnya pelayanan yang prima, efektif, profesional, prosedur, dan peraturan yang berlaku.
15	Jaminan Keamanan Dan keselamatan Pelayanan	Pelayanan sesuai dengan profesionalisme, dan peraturan yang berlaku
16	Evaluasi Kinerja Pelaksana	Kinerja pelaksanaan pelayanaan di evaluasi minimal 6 (enam) bulan sekali, demi menjaga kualitas dan meningkatkan kinerja pelayanan.

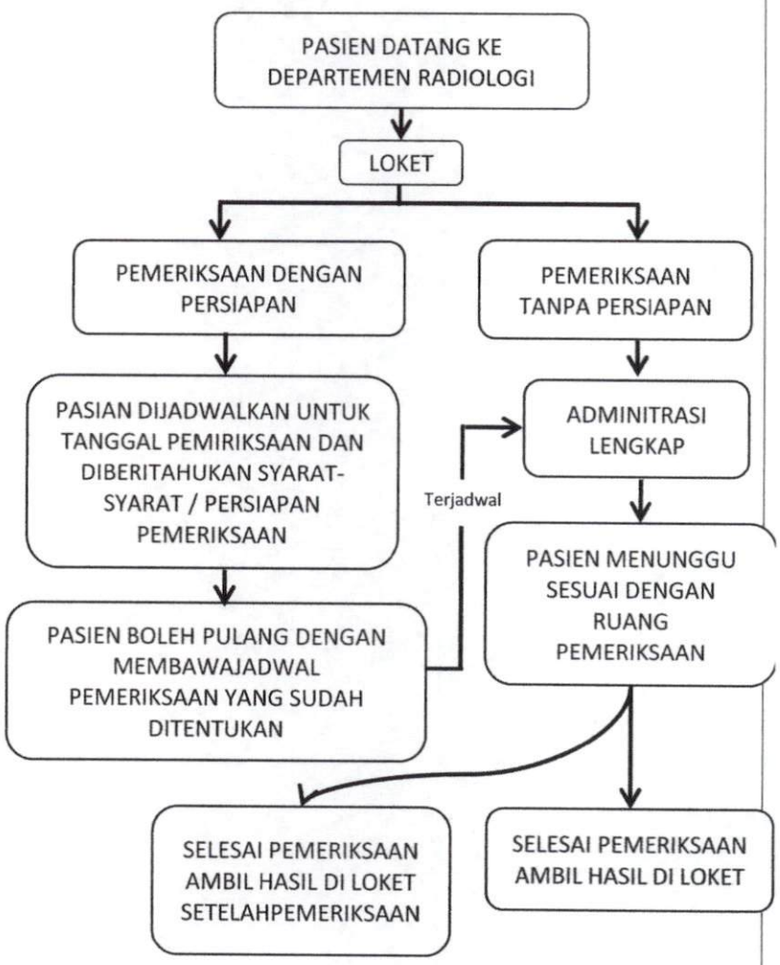
E. STANDAR PELAYANAN KEFARMASIAN

NO	KOMPONEN	URAIAN
1.	Dasar Hukum	1. Permenkes RI no. 35 tahun 2014 tentang Standar Pelayanan Kefarmasian di Apotek. 2. Permenkes RI no. 1333/Menkes/SK/1999 tentang standar pelayanan di Rumah sakit. 3. Qanun Aceh No.4 Tahun 2008 tentang kesehatan 4. Undang-Undang No. 35 tahun 2009 tentang Narkotika 5. Undang-Undang No. 36 tahun 2009 tentang kesehatan 6. Peraturan Pemerintah No. 72 tahun 1998 Tentang Pengamanan Sediaan Farmasi dan alat kesehatan 7. Peraturan Pemerintah No. 21 tahun 2009 tentang pekerjaan kefarmasian 8. Kemenkes RI Nomor 021/Menkes/SK/1/2011tentang Rencana Strategi Kementrian Kesehatan Tahun 2010-2014.
2.	Persyaratan pelayanan	1. Membawa fotocopy kartu Indonesia Sehat (KIS), kartu ASKES, BPJS. 2. Membawa fotocopy KTP, KK 3. Membawa fotocopy surat rujukan dari puskesmas atau dokter keluarga 4. Membawa Surat Elegibilitas Peserta (SEP) dari BPJS

3.	Sistem, Mekanisme, dan prosedur	
4.	Jangka waktu penyelesaian	1. Resep obat campur = 15 menit 2. Resep obat non campur = 5 menit
5.	Biaya/ Tarif	1. Untuk pasien BPJS tidak di pungut biaya 2. Untuk pasien umum (Partikulir) sesuai qanun Pemda
6.	Produk Pelayanan	1. Rawat Jalan 2. Rawat Inap 3. IGD
7.	Saranan, Prasanan, dan Fasilitas	1. Lemari Narkotika 2. Kulkas Vaksin 3. Medicinal refrigrator 4. Pengatur suhu dan Kelembapan ruangan 5. Meja Racik 6. Lumpang dan stanfer 7. Racun api 8. Lemari dan rak obat 9. Lemari bhp 10. Pallet 11. Gelas ukur 50 ml dan 10 ml 12. Kulkas 13. Buku tentang kefarmasian

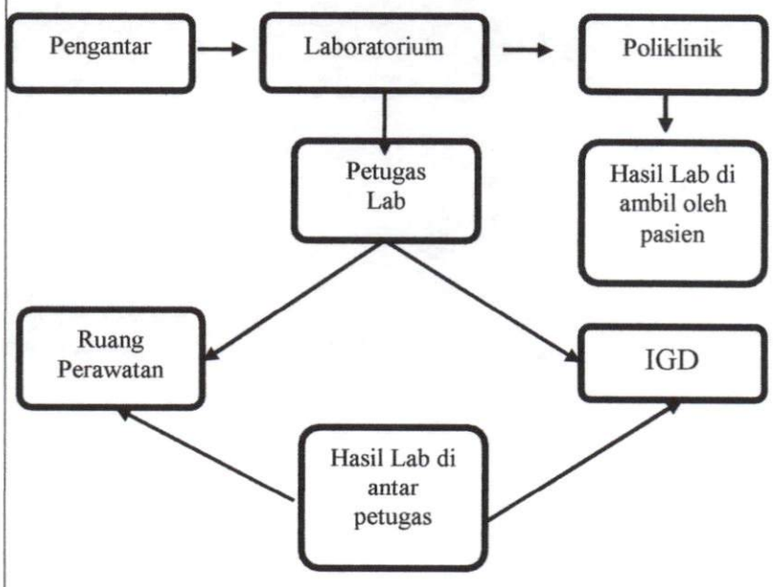
8.	Kompetensi Pelaksana	1. Apoteker 2. Tenaga Teknis Kefarmasian (TTK)
9.	Pengawas Internal	1. Atasan langsung 2. Komite Farmasi dan Terapi 3. Kepala Instalasi
10.	Penanganan pengaduan	1. Pengaduan, masukan dan saran dapat disampaikan melalui surat tertulis dan dimasukkan ke kotak saran. 2. Menyampaikan pengaduan, saran melalui Email : Rsud_ Pidie Jaya@Yahoo.com
11.	Jumlah Pelaksana	Apoteker dan Tenaga Teknis Kefarmasian (TTK)
12.	Jaminan Pelayanan	Terwujudnya pelayanan yang prima, efektif, profesional dengan nurani yang islami serta terjangkau bagi masyarakat kabupaten Pidie Jaya.
13.	Jaminan Keamanan Dan Keselamatan Pelayanan	Pelayanan sesuai dengan profesionalisme, prosedur dan peraturan yang berlaku.
14.	Evaluasi Kinerja Pelaksana	Kinerja Pelaksanaan Pelayanan di evaluasi minimal 6 (Enam) bulan sekali, demi menjaga kualitas dan meningkatkan kinerja pelayanan.

F. STANDAR PELAYANAN RADIOLOGI

NO	KOMPONEN	URAIAN
1.	Dasar Hukum	1. Undang - Undang No. 25 Tahun 2009 Tentang Pelayanan Publik. 2. KepMenKes RI No. 1014 / MENKES / SK / XI / 2008 Tentang Sandar Pelayanan Radiologi Di Sarana Pelayanan Kesehatan. 3. KepMenKes RI No. 780 / MENKES / PER / VIII / 2008 Tentang Penyelenggaraan Pelayanan Radiologi.
2	Persyaratan Pelayanan	1. Status Pasien : Permintaan Dari Dokter 2. Informd Consent
3	Sistem, Mekanisme, dan Prosedur	
4	Jangka Waktu Penyelesaian	Tidak Lebih Dari 3 (Tiga) Jam
5	Biaya / Tarif	1. Tidak Dipungut Biaya (BPJS) 2. Untuk pasien umum (Partikulir) sesuai qanun Pemda Pidie Jaya
6	Produk Pelayanan	1. Rawat Jalan 2. Rawat Inap 3. Rujukan
7	Sarana, prasarana Dan Fasilitas	1. USG 2. X-ray Fixed Unit atau Digital 3. Perlengkapan Protektif radiasi / TLD 4. Kamar Gelap 5. Viewing Box 6. Emergency Kit 7. Quality Assurance Dan Quality Control

8	Kompetensi pelaksana	1. Spesialis Radiologi 2. Radiografer
9	Pengawasan Iternal	1. Atasan Lansung 2. Komite Medik 3. Komite Penunjang 4. Dokter Penanggung Jawab 5. Kepala Ruangan 6. SPI
10	Penaganan Pengaduan, Sarana Dan Prasarana	1. Pengaduan, masukan dan saran dapat di sampaikan melalui surat tertulis dan di masukkan ke kotak saran 2. Untuk pasien umum (Partikulir) sesuai qanun Pemda
11	Jumlah Pelaksanaan	1. Spesialis Radiologi 1 (satu) Orang 2. Radiografer 2 (dua) Orang / Alat 3. Petugas Proteksi Radiasi (PPR) 1 (satu) Orang 4. Fisikiawan Medik 1 (satu) Orang 5. Tenaga Elektromedis 1 (satu) Orang / Sarana Yankes 6. Perawat 1 (satu) Orang 7. Tenaga Administrasi dan Kamar Gelap 2 (dua) Orang
12	Jaminan Pelayanan	Memberikan Pelayanan Radiologi Yang Bermutu, Efektif, Efesien Dan Terjankau Oleh Masyarakat, Sesuai Dengan Kebutuhan Dan Permintaan Masyarakat
13	jaminan Keamana Dan Keselamatan Pelayanan	Pelayanan Sesuai Dengan Profesionalisme, Prosedur, Dan Peraturan Yang Berlaku
14	Evaluasi Kinerja Pelaksana	Kinerja Pelaksanaan Pelayanan Di Evaluasi Minimal 6 (Enam) Bulan Sekali, Demi Menjaga Kualitas Dan Meninggalkan Kinerja Pelayanan

G. STANDAR PELAYANAN LABORATORIUM (Belum)

NO	KOMPONEN	URAIAN
1.	Dasar Hukum	
	Persyaratan Pelayanan	Kelengkapan surat pengantar dari dokter Pengirim
	Sistem, Mekanisme, dan Prosedur	

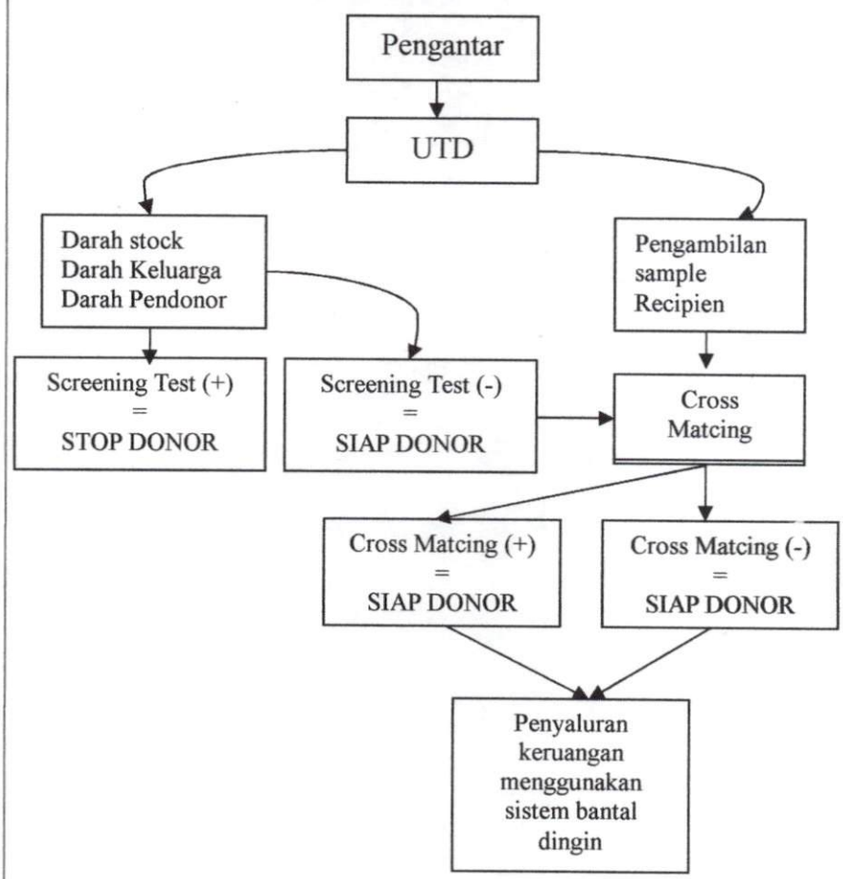
		Mekanisme : Registrasi pasien berdasarkan blanko permintaan pemeriksaan dengan pemberian label identitas lengkap dan nomor urut layanan pada wadah sampel.
	Jangka Waktu Penyelesaian	

NO	PARAMETER PEMERIKSAAN	WAKTU		KET
1	DARAH RUTIN	1	JAM	AUTOMETIC
2	UTINE RUTIN	1	JAM	SEMI AUTOMETIC
3	LIPID PROFIL	2	JAM	SEMI AUTOMETIC
4	FUNGSI HATI	1.5	JAM	SEMI AUTOMETIC
5	FUNGSI GINJAL	1.5	JAM	SEMI AUTOMETIC
6	GLUKOSA AD-RANDOM	30	MENIT	SEMI AUTOMETIC
7	GLUKOSA N/PP	3	JAM	SEMI AUTOMETIC
8	PROTEIN, ALBUMIN, GLOBULIN	1	JAM	SEMI AUTOMETIC
9	CT,BT	1	JAM	MANUAL
10	HBsAg, HIV, SIPHILIS, HCV, HBsAB	1	JAM	KROMATOGRAFI
11	ELECTROLIT	1.5	JAM	AUTOMETIC
12	FESES	1	JAM	MANUAL
13	BTA	2	JAM	MANUAL
14	MALARIA	2	JAM	MANUAL
15	DHF	1	JAM	KROMATOGRAFI
16	REMATOID FACTOR	1	JAM	KWANTITATIF
17	ASTO	1	JAM	KWANTITATIF
18	WIDAL	1	JAM	KWANTITATIF
19	PLANO TES	30	MENIT	KROMATOGRAFI
20	GOLONGAN DARAH + RHESUS	30	MENIT	KWANTITATIF
21	GONORRHOE	2	JAM	MANUAL
22	ANALISIS AIR MANI	1	JAM	MANUAL
23	KEROKAN JAMUR (JAMUR)	1	JAM	MANUAL

	Biaya / Tarif	1. Tidak Dipungut Biaya (BPJS) 2. Pasien Umum Sesuai dengan Tarif Retribusi Qanun Pemda
	Produk Pelayanan	1. Hasil Laboratorium Pasien Poly/Rawat Jalan 2. Hasil Laboratorium Pasien Rawat inap 3. Hasil Laboratorium Pasien Umum/Partikulir
	Sarana, prasarana Dan Fasilitas	1. Hematology Analyzer 2. Chemistry Analyzer 3. Urine Anlyzer 4. Elektrolit Anlyzer 5. Kulkas Reagensia Mini 6. Sentrifugar 7. Blood Mixer 8. Dry Incubator 9. Waterbath 10. Mikroscope Binocular Elektric 11. Rotator 12. Glucometer
	Kompetensi Pelayanan	ATLM (Analis Tenaga Laboratorium Medik) yang memiliki Kompetensi skill dan pengetahuan dibidang Laborastorium Medik dan memiliki STR
	Pengawasan Iternal	1. Atasan Langsung 2. Kabid Penunjang Medik 3. Kepala Ruangan 4. SPI
	Penaganan Pengaduan, Sarana Dan Prasarana	Pengaduan, Masukan dan saran dapat disampaikan melalui Surat Tertulis dan Di masukkan ke kotak saran
	Jumlah Pelaksanaan	1. Pagi : 6 petugas = melayani pasien Pagi 2. Pagi : 3 petugas = melayani pasien siang 3. Pagi : 3 petugas = melayani pasien malam

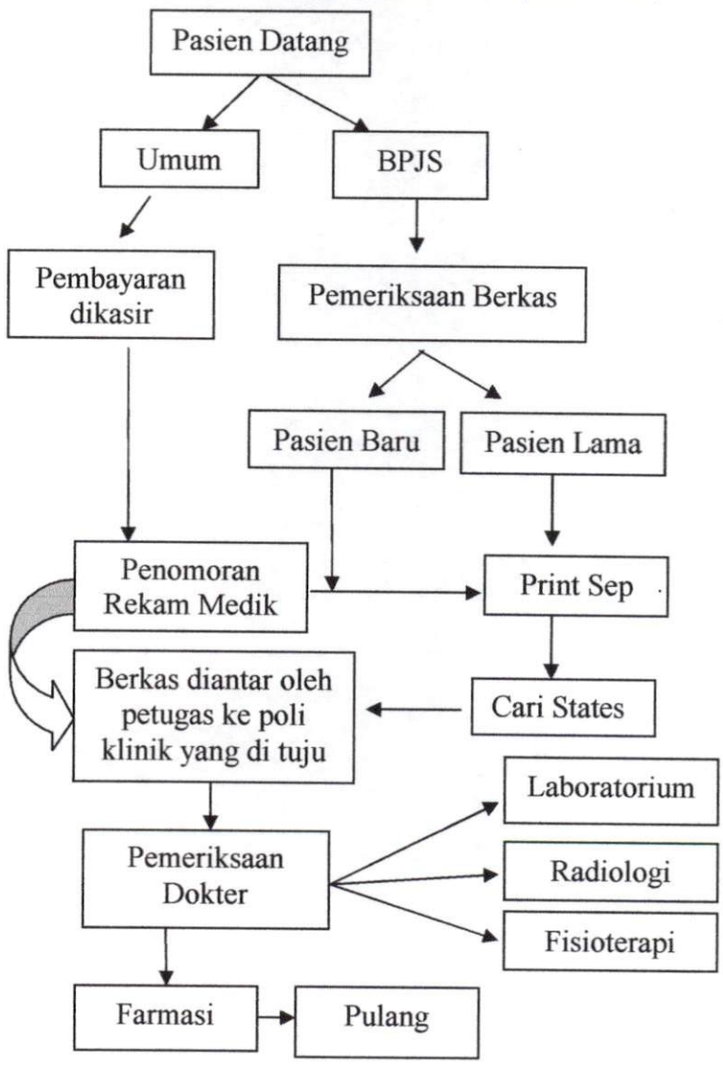
	Jaminan Pelayanan	Terwujudnya pelayanan yang bernuansa islami, optimal, prima, efektif, profesional dan berkualitas yang mempunyai nilai akurasi yang tinggi, sehingga hasil yang dikeluarkan dapat menegakkan diagnosa dengan benar.
	jaminan Keamana Dan Keselamatan Pelayanan	Pelayanan sesuai dengan profesionalisme, protap dan peraturan yang berlaku.
	Evaluasi Kinerja Pelaksana	Setiap alat yang berhubungan dengan kegiatan pemeriksaan baik itu alat induk maupun peralatan penunjang lainnya harus dilakukan standar kalibrasi terhadap alat yang dimaksud minimal per 6 (enam) bulan sekali. Sedangkan untuk pengendalian mutu hasil dilakukan quality control setiap pagi.

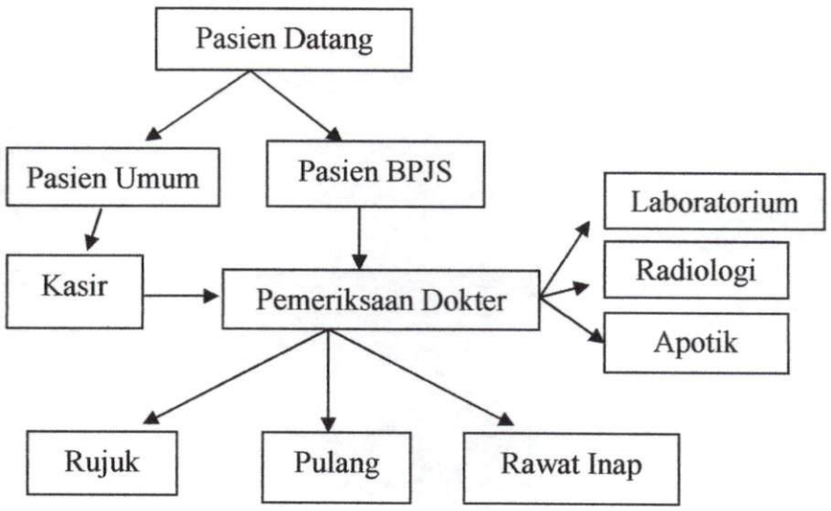
H. STANDAR PELAYANAN UTD

NO	KOMPONEN	URAIAN
1	Dasar Hukum	
	Persyaratan Pelayanan	1. Surat pengantar permintaan darah dari dokter yg menangani pasien. 2. pendonor bersedia mengisi inform consent dan bersedia di lakukan pemeriksaan screening test.
	Sistem, Mekanisme, dan Prosedur	 Mekanisme : Melakukan Cross matching antara darah pasien dengan darah donor dan pemeriksaan Serology terhadap darah pendonor Prosedur : Distribusi darah ke ruang Rawat Inap/tindakan dilakukan dengan sistem rantai dingin oleh petugas yang berwenang serta mengikuti Standar Prosedur Operasional.

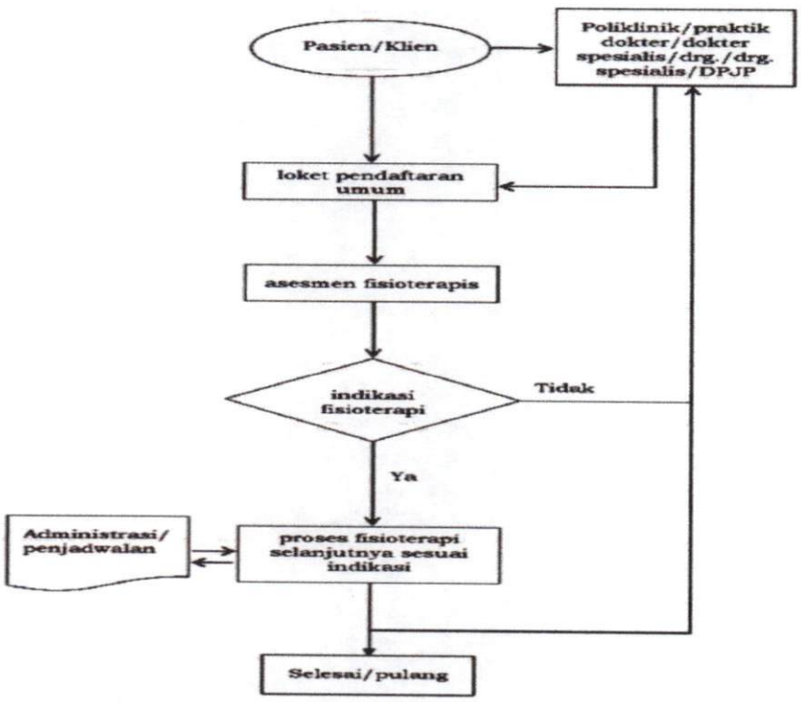
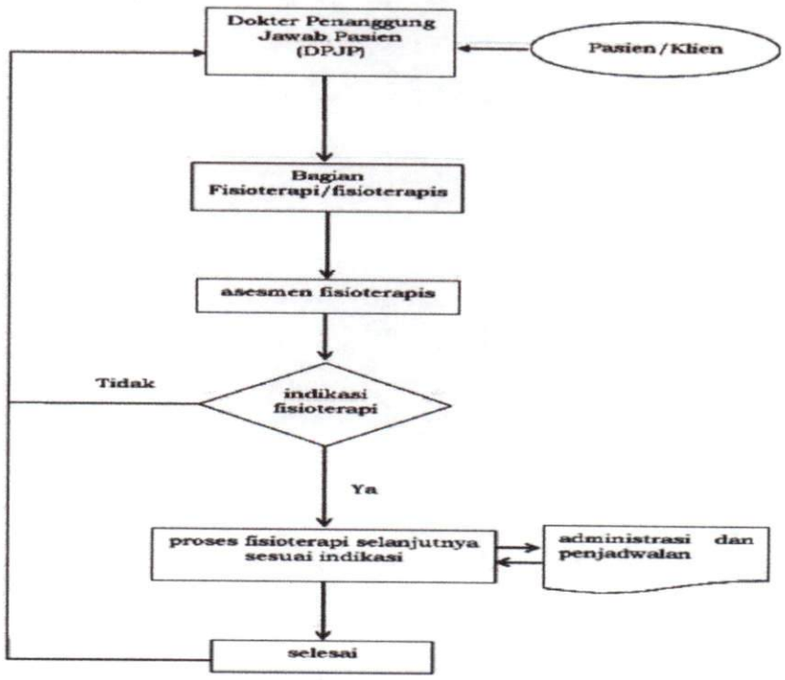
	Jangka Waktu Penyelesaian	Limit waktu yang dibutuhkan 60 menit.
	Biaya / Tarif	1. Tidak Dipungut Biaya (BPJS) 2. Pasien Umum Sesuai dengan Tarif Retribusi Qanun Pemda
	Produk Pelayanan	Memberikan darah yang berkualitas dan aman dari penyakit menular reaksi transfusi
	Sarana, prasarana Dan Fasilitas	1. Digital Centrifuge Griffols 2. Digital Incubator Griffols 3. Working Station Griffols 4. Serology Sentrifuger 5. Hemoscale 6. Plasma Ekstractor 7. Blood Warmer 8. Tempat Tidur donor 9. Blood Bank Refrigerator 10. Medical Refrigerator 11. Distribusi Cool Box Mobile 12. Distribusi Cool Box Ruangan 13. Distribusi Cool Box Mobile Mini 14. Tourniquet 15. Sphymomanometer Mobile 16. Stetoscope 17. Mikroscope Binocular Elektric 18. Dry Incubator 19. Lemari Instrumen 20. Hemoglobinometer 21. AdjustableMikropipet 5,10,20,50,100,200,500,1000 Ul 22. Rak Mikropipet 23. Rak Tabung Stainlesstail 24. Thermo Sealer
	Kompetensi elayanan	ATLM (Analis Tenaga Laboratorium Medik) yang memiliki Kompetensi skill dan pengetahuan dibidang Unit Transfusi Darah dan memiliki STR
	Pengawasan Iternal	1. Atasan Langsung 2. Kabid Penunjang Medik 3. .Kepala Ruangan 4. SPI
	Penaganan Pengaduan, Sarana Dan Prasarana	Pengaduan, Masukan dan saran dapat disampaikan melalui Surat Tertulis dan Di masukkan ke kotak saran
	Jumlah Pelaksanaan	1. Pagi : 6 petugas = melayani pasien Pagi 2. Pagi : 3 petugas = melayani pasien siang 3. Pagi : 3 petugas = melayani pasien malam
	Jaminan Pelayanan	Terwujudnya pelayanan yang bernuansa islami, optimal, prima, efektif, profesional dan berkualitas, mempunyai nilai akurasi yang tinggi, sehingga darah yang diberikan kepada pasien aman , nyaman dan pasien terselamatkan dari ancaman kematian.
	jaminan Keamana Dan Keselamatan Pelayanan	Pelayanan sesuai dengan profesionalisme, protap dan peraturan yang berlaku.
	Evaluasi Kinerja Pelaksana	Setiap alat yang berhubungan dengan kegiatan pemeriksaan baik itu alat induk maupun peralatan penunjang lainnya harus dilakukan standar kalibrasi terhadap alat yang dimaksud minimal per 6 (enam) bulan sekali.

I. STANDAR PELAYANAN REKAM MEDIK

No.	KOMPONEN	URAIAN
1.	Dasar Hukum	1. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No. 1171/Menkes/PER/VI/2011 tentang sistem informasi Rumah Sakit dari laporan data kegiatan Rumah Sakit (RL 1) sampai dengan laporan data (RL 5) yang sudah diberlakukan sejak di undangkan tanggal 1 Juli 2011. 2. Undang-undang RI No 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit. 3. Undang-undang No. 14 Tahun 2008 tentang keterbukaan informasi publik (KIP) maka tersediannya data dan informasi mutlak dibutuhkan terutama oleh badan layanan umum seperti Rumah Sakit. 4. Permenkes No. 55 Tahun 2013 tentang penyelenggaraan Rekam Medik 5. Permenkes No. 269/MENKES/PER/III/2008 tentang Rekam Medik 6. PP No. 87 Tahun 1999 tentang penyerahan dan permusnahan arsip SK Dirjen YANMED tentang Penggunaan ICD X.
2.	Persyaratan Pelayanan	1. Foto Kopy KTP/KK 2. Foto Copy BPJS/ Askes 3. Foto Kopy Rujukan
3.	Sistem, Mekanisme, dan Prosedur	1. TP2RJ (tempat pendaftaran pasien rawat jalan/kartu) 

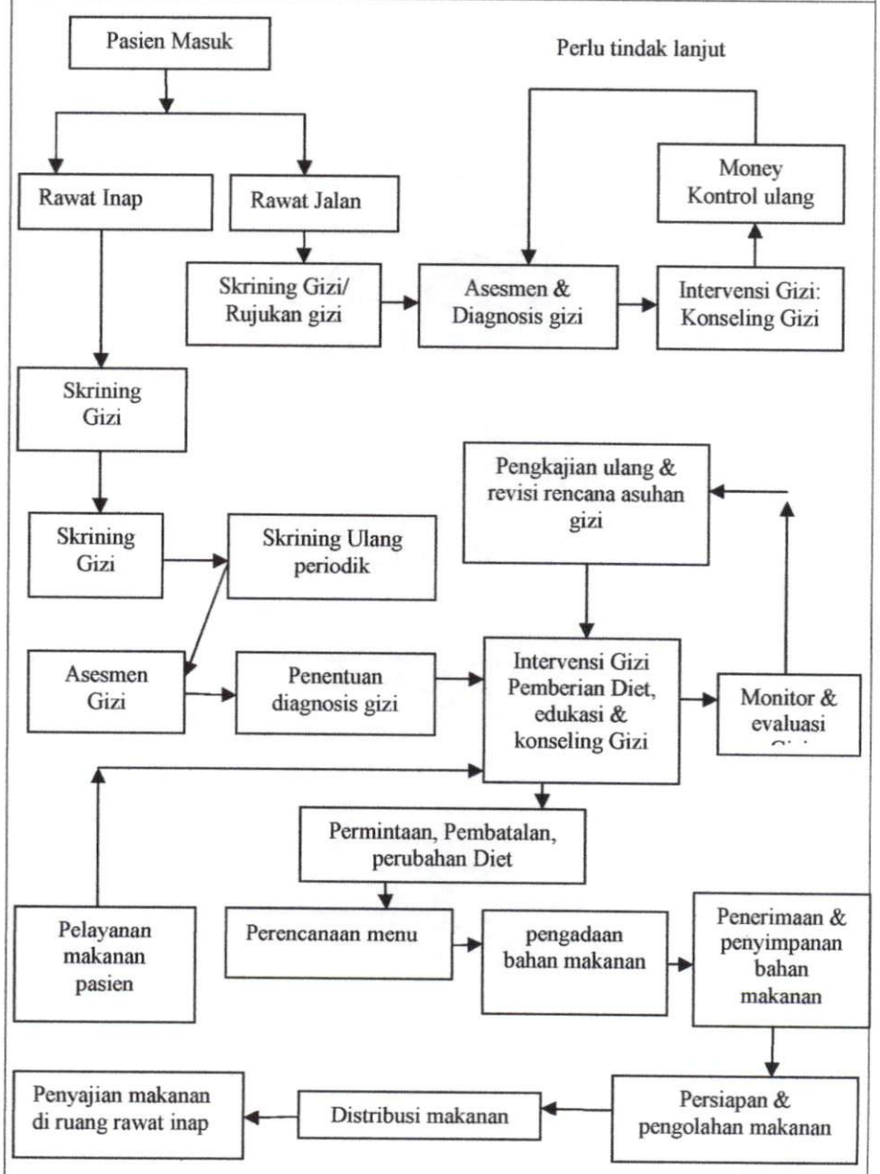
		2. TP2 RI (Tempat penerimaan rawat inap/CO) 
4.	Jangka Waktu Penyelesaian	Satu orang pasien ± 2 menit
5.	Biaya/ Tarif	1. Untuk pasien BPJS tidak di pungut biaya 2. Untuk paisien umum (partikulir) sesuai qanun Pemda
6.	Produk Pelayanan	1. Rawat Jalan 2. Rawat Inap 3. Rujukan
7.	Sarana, Prasarana dan fasilitas	1. Ada ruang kerja Rekam Medik yang memiliki standar ekonomis (pendaftaran, pengolahan,penyimpanan dan ruang staf) 2. Komputer 3. Printer 4. Lemari /rak berkas states 5. Kursi 6. Meja 7. Tempat tidur untuk istirahat staf lembur
8.	Kompetensi Pelaksanaan	Sumber daya manusia yang memiliki kopetensi di bidang Rekam Medik
9.	Pengawasan Internal	1. Atasan langsung 2. Kabid penunjang medik 3. Kepala ruangan
10.	Penanganan Pengaduan, Sarana Dan Prasarana	1. Pengaduan, masukan dan saran dapat di sampaikan melalui surat tertulis dan dimasukkan ke kotak saran. 2. Menyampaikan pengaduan, saran, melalui Email : Rsud_Pidie Jaya@Yahoo.Com
11.	Jumlah Pelaksana	Operator dan Perekam medik
12	Jaminan Pelayan	Terwujudnya pelayanan yang prima, efektif , profesional dengan nurani yang islami serta terjangkau bagi masyarakat kabupaten pidie Jaya.
13.	Jaminan Keamanan Dan Keselamatan Pelayanan	Pelayanan sesuai dengan profesionalisme, prosedur dan peraturan yang berlaku
14.	Evaluasi Kinerja Pelaksana	Kinerja Pelaksanaan Pelayanan Di Evaluasi Minimal 6 (Enam) Bulan Sekali , Demi Menjaga Kualitas Dan Meningkatkan Kinerja Pelayanan .

J. STANDAR PELAYANAN INSTALASI FISIOTERAPI

NO	KOMPONEN	URAIAN
1	Dasar Hukum	1. Undang-Undang No. 36 Tahun 2014 Tentang Tenaga Kesehatan, Perlu Menetapkan Peraturan Menteri Kesehatan Tentang Standar Pelayanan Fisioterapi 2. Permenkes Ri No. 46 Tahun 2014 tentang Registrasi Tenaga Kesehatan 3. Permenkes Ri No. 80 Tahun 2013 Tentang Penelenggaraan Pekerjaan Dan Praktik Fisioterapis 4. Qanun Aceh No. 4 Tahun 2008 Tentang Kesehatan
2	Persyaratan Pelayanan	1. Pasien Terdaftar Di Loket Pendaftaran 2. Rujukan Dokter Umum Atau Dokter Spesialis
3	Sistem, Mekasnisme Dan Prosedur	1. Rawat Jalan  2. Rawat Inap 

4	Jangka waktu Penyelesaian	1. 10 – 30 menit 2. Sesuai kasus dan tindakan yang diberikan
5	Biaya/Tarif	1. Tidak dipungut Biaya (BPJS) 2. Sesuai dengan jenis tindakan yang diberikan
6	Produk Pelayanan	1. Pelayanan Pada Problem Gerak Dan Fungsi Ditingkat Sistem Musculosceletal 2. Pelayanan pada Problem gerak dan fungsi ditingkat sistem kardiopulmonal 3. Pelayan dan problem gerak dan fungsi pada tumbuh kembang anak 4. Memelihara gerak dan fungsi pada masa pertumbuhan dan perkembangan anak pada fungsi motorik 5. Pelayanan pada problem gerak dan fungsi pada alat kognitif 6. Pemulihan / penyesuaian problem gerak dan fungsi untuk aktifitas sehari-hari
7	Sarana, Prasarana dan Fasilitas	1. Ruangan tunggu 2. Ruang pendaftaran/ruang administrasi dan penyimpanan reka medik 3. Ruang pemeriksaan 4. Ruang tindakan individu 5. Ruang gimnasium 6. Ruang alat-alat elektronik 7. Ruang pertemuan sataf 8. Ruang ganti pakaian staf, ruang istirahat staf
8	Kompetensi pelaksana	Sumber daya manusia berkompetensi dibidang medis (Dokter Umum dan Dokter Spesialis dan fisioterapis)
9	Pengawasan Internal	1. Atasan Langsung 2. Komite Medik 3. Dokter Penanggung Jawab 4. Kepala Ruangan
10	Penanganan Pengaduan, sarana dan prasarana	Pengaduan, masukan dan saran dapat disampaikan melalui surat tertulis dan dimasukkan kedalam kotak saran
11	Jumlah pelaksana	Fisioterapis
12	Jaminan pelayanan	Termujudnya pelayanan yang prima, efektif, profesional, prosedur, dan peraturan yang berlaku.
13	Jaminan keamanan dan keselamatan pelayanan	Pelayanan sesuai dengan profesionalisme, prosedur, dan peraturan yang berlaku.
14	Evaluasi kinerja pelaksana	Dilakukan secara berkala melalui lokmin bulanan, tribulanan dan tahunan secara intern demi menjaga kualitas dan meningkatkan kinerja pelayanan.

K. STANDAR PELAYANAN GIZI

No.	KOMPONEN	URAIAN
1.	Dasar Hukum	1. Undang- undang No. 36 tahun 2009 tentang kesehatan yang mengamankan upaya perbaikan gizi masyarakat ditunjukan untuk meningkatkan mutu gizi per seorangan dan masyarakat, untuk itu pemerintah bertanggung jawab menetapkan standar pelayanan gizi dan standar tenaga gizi dan standar tenaga gizi pada berbagai tingkat pelayanan 2. Departemen Kesehatan RI 2003. Pedoman PGRS Pelayanan Gizi Rumah Sakit, Jakarta. Departemen Kesehatan RI 3. Depkes, 200LP. Kemenkes No: 715/ Menkes/SK/V/2004 tentang persyaratan hygiene sanitasi jasa boga, Jakarta 4. Departemen kesehata RI sekretariat pusat sarana, prasarana dan peralatan rumah sakit kelas c. Departemen kesehatan RI 5. Departemen kesehatan RI 2008 standar potesi gizi Jakarta: Departemen kesehatan RI
2.	Persyaratan Pelayanan	1. Diagnosa Gizi: Penentuan diet Pasien 2. Tersedianya bahan makanan sesuai perencanaan menu
3.	Sistem, Mekanisme, dan Prosedur	

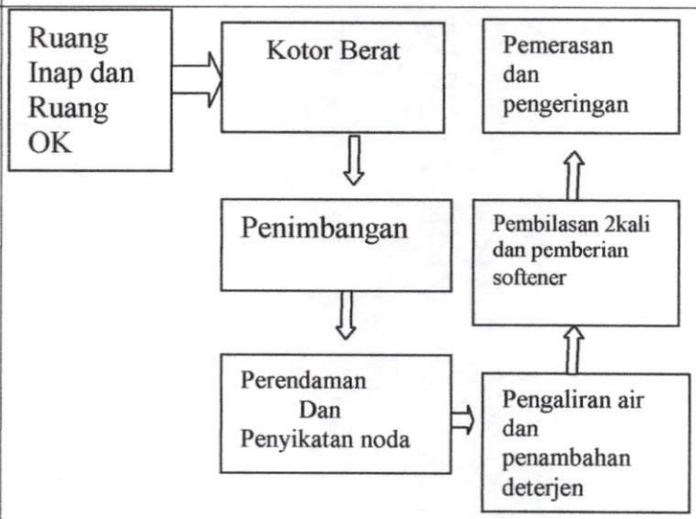
4.	Jangka Waktu Penyelesaian	Sesuai Kasus Dan Kondisi Pasien
5.	Biaya/Tarif	1. Tidak Dipungut Biaya (BPJS) 2. Sesuai dengan Diet Pasien 3. Frekwensi, Porsi dan Jenis Diet Pasien
6.	Produk Pelayanan	1. Pelayanan Gizi Rawat Jalan 2. Pelayanan Gizi Rawat Inap 3. Penyelenggaraan Makanan 4. Penelitian dan Pengembangan
7.	Sarana, Prasarana Dan Fasilitas	1. Wastafel Dan Air Bersih mengalir 2. Tiga bak pencucian bahan makanan 3. Exsoplan 4. Troly 5. Kulkas 6. Freezer 7. Kompor gas 8. Tabung gas 9. Rak penyimpanan plato 10. Rak penyimpanan bahan makanan 11. Penanak nasi(kukusan) 12. Plato 13. Meja 14. Alat tulis 15. Pemadam kebakaran 16. Wajan,teplon 17. Dispenser
8.	Kompetensi Pelaksana	Sumber Daya Manusia Yang Memiliki Kopetensi dan Pengetahuan Di Bidang Gizi
9.	Pengawasan Internal	Dokter, perawat dietisien, kepala ruangan, SPI dan tenaga medis lainnya yang terkait dalam memberikan pelayanan gizi
10.	Penanganan Pengaduan, Sarana dan Prasarana	1. Pengaduan, masukan dan sarana dapat disampaikan melalui surat tertulis dan dimasukkan kekotak saran 2. Menyampaikan pengadaan, saran langsung melalui Email: Rsudpidiejaya@yahoo.com
11.	Jumlah Pelaksana	1. Dietisien (sesuai kebutuhan) 2. Pramusaji (sesuai dengan jumlah pasien RS) 3. Petugas Masak (sesuai dengan jumlah pasien RS)
12.	Jaminan Pelayanan	Terciptanya sistem pelayanan gizi yang bermutu, profesional dan puripurna. Untuk meningkatkan kualitas hidup
13.	Jaminan Keamanan Dan Kesalamata Pelayanan	Pelayanan Gizi yang efektif dan efisien melalui proses Asupan gizi terstandar
14.	Evaluasi kinerja pelaksana	Kinerja pelaksanaan pelayanan di evaluasi/ monitoring setiap hari. Pencacatan dan laporan kegiatan asupan gizi merupakan bentuk pengawasan dan pengendalian mutu pelayanan dan komunikasi dalam meningkatkan kinerja pelayanan.

L. STANDAR PELAYANAN INSTALASI PEMELIHARAAN LINGKUNGAN SANITASI RUMAH SAKIT (IPLSRS)

No.	KOMPONEN	URAIAN
1.	Dasar Hukum	1. Undang-Undang No. 23 Tahun 1997 tentang Pengelolaan Lingkungan Hidup; 2. PP No. 18 Tahun 1999 JO PP No. 85 Tahun 1999 Tentang pengelolaan Limbah Bahan Berbahaya dan Beracun (lembaran Negara Tahun 1999 No. 31 tambahan lembaran Negara No. 3815); 3. PP No. 27 Tahun 1999 tentang Analisis Dampak Lingkungan Hidup; 4. PP No.41 Tahun 1999 Pengendalian Pencemaran Udara 5. PP No. 74 Tahun 2001 tentang Pengelolaan Bahan Berbahaya dan Beracun 6. PP No. 82 Tahun 2001 Tentang Pengelolaan Kualitas Air dan Pengendalian Pencemaran Air 7. PP No. 27 Tahun 2002 Tentang Pengelolaan Limbah Radioaktif 8. Peraturan No. 986/ Menkes/IX/92 Diperbaharui KepMenkes No. 1024/Menkes/SK/X/2004 Tentang Persyaratan Kesehatan Lingkungan Rumah Sakit 9. KEPMEN LH No. 45 Tahun 2005 Tentang Pedoman Penyusunan Laporan Pelaksanaan Rencana Pengelolaan Lingkungan Hidup (RKL) dan Rencana Pemantauan Lingkungan Hidup (PPL)
2.	Persyaratan Pelayanan	1. Penyehatan Ruang Bangunan dan Halaman Rumah Sakit 2. Penyehatan Hygiene dan Sanitasi Makanan dan Minuman 3. Penyehatan Air 4. Pengelolaan Limbah Padat (sampah) dan Limbah Cair 5. Pengawasan Tempat Pencucian Linen (Loundry) 6. Pengendalian Serangga dan Binatang Penggaggu (Vektor) 7. Pengawasan dan Perlindungan Radiasi 8. Upaya Promosi Keshatan dan Aspek Kesehatan Lingkungan 9. Sterilisasi dan Desinfeksi Ruangan 10. Pencengahan Infeksi Nosokomial
3.	Jangka Waktu Penyelesaian	Tidak Terbatas
4.	Produk Pelayanan	1. Tersedianya Ruangan yang bersih, rapi dan bebas dari infeksi Nosokomial 2. Tersedianya Makanan dan Minuman yang terbebas dari kuman ekoli dan penggaggu yang lain 3. Tersedianya Air bersih dan cukup serta bebas dari bahan pencemaran air baik fisik, bakteriologi dan kimia 4. Terkelolanya limbah medisdan domistik di Rumah Sakit dengan baik 5. Tersedianya linen yang bebas dari infeksi 6. Teratasinya serangga pengganggu dan vektor di Rumah Sakit 7. Terlindungnya bahaya radiasi bagi karyawan/ staf dan pasien dan masyarakat pngunjung Rumah Sakit 8. Berubahnya perilaku karyawan/staf, pasien dan masyarakat pengunjung Rumah Sakit

7	Sarana, Prasarana Dan Fasilitas	1. Bangunan pengolahan air bersih serta jaringan perpipaan yang bebas pencemaran terhadap air bersih 2. Bangunan pengolahan air limbah yang baik dan cukup terhadap jumlah air limbah yang dihasilkan di Rumah Sakit serta jaringan perpipaan Air limbah yag baik dan juga tentang perizinan dan pengolahan air limbah 3. Tersedianya insenerator yang memenuhi standar emisi 4. Saluran pembuangan air hujan yang baik dan rapi 5. Taman yang indah dan rapi 6. Sanitasi Kit 7. Alat dan bahan labolatorium lingkungan untuk pemeriksa air bersih dan limbah 8. Alat pengukur pencahayaan 9. Alat pengukur kelembaban 10. Alat pengukur kebisingan 11. Alat pengukur pencemaran udara/emisi 12. APD bagi karyawan 13. Komputer untuk ADM
8.	Kompetensi Pelaksanaan	SDM Dibidang Ahli Lingkungan, Ahli Laboratorium Lingkungan, Ahli promosi Kesehatan, dan pekerja kasar STM bangunan
9.	Pengawasan Internal	1. Atasan Langsung 2. Kabid Penunjang Medis 3. Kepala Instalasi 4. PPI 5. HAKLI
10.	Penanganan Pengaduan, Sarana Dan Prasarana	Pengaduan, masukandan saran dapat disampaikan langsung kepada Ka. IPLS atau melalui tenaga Kesling yang melakukan pengawasan dan pemantau dilapangan setiap hari kerja
11.	Jumlah Pelaksana	1. Ka. IPLS 2. Penanggung jawab kebersihan gedung 3. Penanggung jawab sarana air bersih serta jaringan perpipaan 4. Penanggung jawab air limbah dan sarana pengolahan air limbah (IPAL) serta janringan perpipaan 5. Penanggung jawab persampahan dan pengolahan insenerator
12	Jaminan Pelayan	1. Terciptanya Rumah Sakit yang bersih dan sehat 2. Tersedianya air besih yang cukup dan sehat
13.	Jaminan Keamanan Dan Keselamatan Pelayanan	Pelayanan sesuai SOP dari Kemenkes No. 1024 Tahun 2004 tentang persyaratan Kesehatan Lingkungan Rumah Sakit
14.	Evaluasi Kinerja Pelaksana	Kinerja Pelaksanaan Pelayanan Di Evaluasi Bulan Demi Menjaga Mutu Pelayanan Rumah Sakit.

M. STANDAR PELAYANAN LOUNDRY

No.	KOMPONEN	URAIAN
1.	Dasar Hukum	1. Undang-Undang No. 36 Tahun 2008 tentang Kesehatan; 2. Undang-Undang No. 25 Tahun 2009 tentang Pelayanan Publik; 3. Permenkes No. 812/Menkes/Per/VII/2010 Tentang Penyelenggaraan Pelayanan Dialisis pada Fasilitas Pelayanan Kesehatan; 4. PeraturanMenteri RI No.7 tahun 1987 Jo Skb No.48/Menkes/II/98 tentang Penyerahan Sebagian Urusan Pemerintah Dalam Bidang Kesehatan Kepada Pemerintah Daerah; 5. Qanun Aceh No. 4 Tahun 2008 tentangKesehatan.
3.	Sistem, Mekanisme, dan Prosedur	
4.	Jangka Waktu Penyelesaian	Sesuai Kasus dan kondisi baju dan kain
5.	Biaya/Tarif	1. Tidak Dipungut Biaya 2. Disesuaikan dengan jenis pakaian
6.	Produk Pelayanan	Hasil Cucian
7	Sarana, Prasarana Dan Fasilitas	1. Air brsih dan mengalir 2. Mesin Cuci 3. Setrika 4. Disenfiksi bila diperlukan 5. Pemisahan kain 6. Pemberian kode dan bungkus 7. Meja strika
8.	Kompetensi Pelaksanaan	SDM yang berkopetensi di bidang non medis
9.	Pengawasan Internal	1. Atasan langsung 2. Komite medik 3. Komite keperawatan 4. Kepala ruangan
10.	Penanganan Pengaduan, Sarana Dan Prasarana	1. Pengaduan, masukan dan saran dapat di sampaikan melalui surat tertulis dan dimasukkan ke kotak saran. 2. Menyampaikan pengaduan, saran melalui Via Email : Rsud_Pidie Jaya@Yahoo.Com

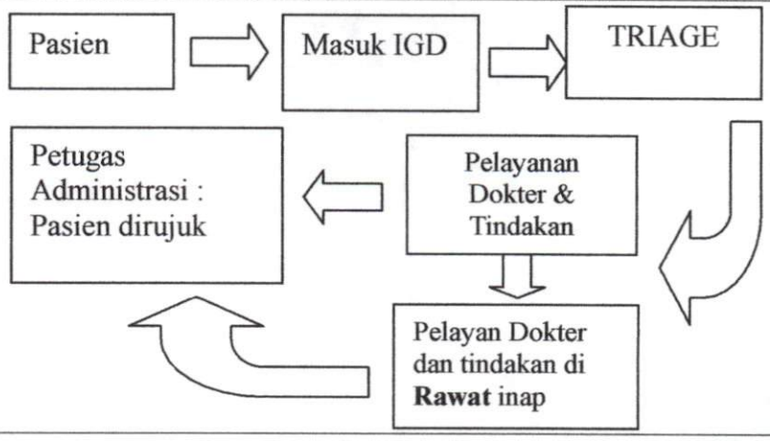
11.	Jumlah Pelaksana	2 operator (sesuai kebutuhan)
12	Jaminan Pelayan	Terwujudnya pelayanan yang profesional, prosedur dan efektif sesuai dengan peraturan yang berlaku
13.	Jaminan Keamanan Dan Keselamatan Pelayanan	Pelayanan sesuai dengan profesionalisme, prosedur dan peraturan yang berlaku
14.	Evaluasi Kinerja Pelaksana	Kinerja Pelaksanaan Pelayanan Di Evaluasi Minimal 6 (Enam) Bulan Sekali , Demi Menjaga Kualitas Dan Meningkatkan Kinerja Pelayanan .

N. STANDAR PELAYANAN INSTALASI PEMELIHARAAN SARANA RUMAH SAKIT (IPSRS)

NO	KOMPONEN	URAIAN
1	Dasar Hukum	1. Undang – undang republik indonesia nomor 36 tahun 2014 tentang Kesehatan. 2. Peraturan menteri kesehatan republik indonesia nomor 56 tahun 2014 tentang klasifikasi rumah sakit
2	Persyaratan pelayanan	Berita acara permohonan perbaikan
3	Mekanisme dan prosedur	 instalasi terkait yang mengalami permasalahan melaporkan kerusakan kepada IPSRS 1. IPSRS melakukan pengechekan terhadap laporan yang telah diterima 2. IPSRS melakukan perbaikan sesuai dengan ketersediaan spare part dan disalurkan kembali ke instalasi terkait 3. Apabila tidak dapat ditangani ataupun masih dalam masa garansi maka IPSRS melaporkan kepada atasan untuk dilakukan perbaikan oleh pihak ke 3 (tiga)

4	Jangka Waktu Penyelesaian	Waktu tanggap semenjak laporan diterima adalah 15menit, Jangka waktu perbaikan sesuai dengan jenis kerusakan dan ketersediaan komponen/spare part
5	Produk Pelayanan	1. Selesai diperbaiki 2. Pengajuan perbaikan oleh pihak ke tiga 3. Penggudangan
6	Sarana dan Fasilitas	1. Kursi 2. Meja setengah biro 3. Meja workshop mekanikal 4. Meja workshop elektrikal 5. Meja workshop elektromedik 6. Tool elektrikal 7. Tool mekanikal 8. Tool elektromedik 9. Lemari arsip 10. Lemari bahan/ komponen /spare part 11. Komputer 12. Printer
7	Kompetensi Pelaksana	SDM yang memiliki kompetensi dan skill pengetahuan di bidang sarana dan prasarana medis dan non medis
8	Pengawasan internal	1. Atasan langsung 2. Kabid Penunjang Medik 3. Kasie 4. Kepala Instalasi
9	Jumlah Pelaksana	Administrasi -Teknik elektromedik -Teknik listrik -Teknik mesin -Teknik bangunan
10	Jaminan Pelayanan	Terwujudnya pelayanan yang optimal, prima, efektif, dan profesional
11	Jaminan keamanan dan keselamatan pelayanan	Jaminan sesuai dengan profesionalisme dan prosedur yang berlaku
12	Evaluasi kinerja pelaksana	Kinerja pelaksanaan pelayanan dievaluasi minimal 6 (enam) bulan sekali , demi menjaga dan meningkatkan kinerja pelayanan

O. STANDAR PELAYANAN AMBULANCE

No.	KOMPONEN	URAIAN
1.	Dasar Hukum	1. Undang-Undang No. 25 Tahun 2009 tentang Pelayanan Publik; 2. Permenkes No. 812/Menkes/Per/VII/2010 Tentang Penyelenggaraan Pelayanan Dialisis pada Fasilitas Pelayanan Kesehatan;
2.	Persyaratan Pelayanan	1. Foto Kopy KTP/KK 2. Foto Kopy BPJS/Askes
3.	Sistem, Mekanisme, dan Prosedur	

		Mekanisme Pasien datang ke loket masuk ke IGD melalui Triage, setelah itu pasien mendapatkan pemeriksaan dokter dan tindakan keperawatan, pasien kemudian ke CO untuk mendapatkan status atau kartu berobat untuk kemudian pasien mendapatkan perawatan rawat inap jika diperlukan atau pasien dirujuk ke rumah sakit lain untuk mandapatkan perawatan lebih lanjut. **Prosedur** Setelah mendapatkan pelayanan di IGD pasien diperbolehkan pulang apabila tidak ada komplikasi,dan bila ada komplikasi pada pasien membutuhkan perawatan maka pasien dirawat inap atau dirujuk ke rumah sakit tingkat lanjut.
4.	Jangka Waktu Penyelesaian	SesuaiKasus
5.	Biaya/Tarif	1. Tidak Dipungut Biaya(BPJS) 2. Pasien Umum Sesuai dengan tarif Restribusi - Qanun Pemda *Sesuai dengan tindakan dan perawatan yang diterima oleh pasien*
6.	Produk Pelayanan	Rujukan
7	Sarana, Prasarana Dan Fasilitas	1. Mobil ambulance 2. Kantong jenazah
8.	Kompetensi Pelaksanaan	SDM yang memiliki kompetensi Skill dan pengetahuan
9.	Pengawasan Internal	1. Atasan Langsung 2. Komite Medik 3. Dokter Penanggung Jawab 4. Kepala ruangan
10.	Penanganan Pengaduan, Sarana Dan Prasarana	1. Pengaduan, masukan dan saran dapat di sampaikan melalui surat tertulis dan dimasukkan kekotak saran. 2. Menyampaikan pengaduan, saran, melalui Email : Rsud_Pidie Jaya@Yahoo.Com
11.	Jumlah Pelaksana	1 sopir/ambulance, 1 perawat pendamping, 1 Pasien (Sesuai Dengan Kebutuhan)
12	Jaminan Pelayanan	Terwujudnya pelayanan yang prima, efektif , profesional dengan nurani yang islami serta terjangkau bagi masyarakat kabupaten pidie Jaya.
13.	Jaminan Keamanan Dan Keselamatan Pelayanan	Pelayanan sesuai dengan profesionalisme, prosedur dan peraturan yang berlaku
14.	Evaluasi Kinerja Pelaksana	Kinerja pelaksanaan pelayanan di evaluasi minimal 6 (Enam) bulan sekali, demi menjaga kualitas dan meningkatkan kinerja pelayanan .

BUPATI PIDIE JAYA

AIYUB ABBAS