SALINAN

BUPATI NAGAN RAYA

PROVINSI ACEH

PERATURAN BUPATI NAGAN RAYA
NOMOR : 30 TAHUN 2018

TENTANG

STANDAR PELAYANAN MINIMAL RUMAH SAKIT UMUM DAERAH SULTAN ISKANDAR MUDA KABUPATEN NAGAN RAYA

DENGAN RAHMAT ALLAH YANG MAHA KUASA

BUPATI NAGAN RAYA,

Menimbang : a. bahwa dengan diberlakukannya otonomi daerah, maka kesehatan merupakan salah satu bidang pemerintahan yang wajib dilaksanakan oleh Kabupaten/Kota. Hal ini berarti bahwa Pemerintah Kabupaten bertanggung jawab sepenuhnya dalam penyelenggaraan pembangunan kesehatan untuk meningkatkan derajat kesehatan di wilayahnya;

b. bahwa Rumah Sakit Umum Daerah Sultan Iskandar Muda Kabupaten Nagan Raya merupakan salah satu sarana kesehatan yang memberikan pelayanan pada masyarakat, memiliki peran yang strategis dalam mempercepat peningkatan derajat kesehatan masyarakat. Oleh karena itu Rumah Sakit dituntut untuk memberikan pelayanan yang bermutu sesuai dengan standar yang ditetapkan dan dapat menjangkau seluruh lapisan masyarakat;

c. bahwa memenuhi amanat Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 129/Menkes/SK/II/2008 tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit, Peraturan Meteri Dalam Negeri Nomor 61 Tahun 2007 tentang Pedoman Teknis Pengelolaan Badan Layanan Umum Daerah dan Peraturan Pemerintah Nomor 23 Tahun 2005 tentang Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum, perlu ditindaklanjuti dengan disusunnya Standar Pelayanan Minimal (SPM) bagi Badan Layanan Umum Daerah RSUD-SIM Kabupaten Nagan Raya;

d. bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana dimaksud pada huruf a, b, dan c di atas, perlu menetapkan Peraturan Bupati Nagan Raya tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit Umum Daerah Sultan Iskandar Muda Kabupaten Nagan Raya;

Mengingat.....

Mengingat : 1. Undang-Undang Nomor 28 Tahun 1999 tentang Penyelenggaraan Negara yang Bersih dan Bebas dari Korupsi, Kolusi dan Nepotisme (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 1999 Nomor 75, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 3851);

2. Undang-Undang Nomor 4 Tahun 2002 tentang Pembentukan Kabupaten Aceh Barat Daya, Kabupaten Gayo Lues, Kabupaten Aceh Jaya, Kabupaten Nagan Raya dan Kabupaten Aceh Tamiang di Provinsi Nanggroe Aceh Darussalam (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2002 Nomor 17, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4179);

3. Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2003 tentang Keuangan Negara (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2003 Nomor 47, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4286);

4. Undang-Undang Nomor 1 Tahun 2004 tentang Perbendaharaan Negara (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 5, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4355);

5. Undang-Undang Nomor 15 Tahun 2004 tentang Pemeriksaan Pengelolaan dan Tanggungjawab Keuangan Negara (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 66, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4400);

6. Undang-Undang Nomor 25 Tahun 2004 tentang Sistem Perencanaan Pembangunan Nasional (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 104, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4421);

7. 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 4438);

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

9. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 144, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5063);

10. Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 153, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5072);

11. Undang-Undang.....

11. Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 244, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5587) sebagaimana telah diubah beberapa kali, terakhir dengan Undang-Undang Nomor 9 Tahun 2015 tentang Perubahan Kedua Atas Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2015 Nomor 58, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5679);

12. Peraturan Pemerintah Nomor 23 Tahun 2005 tentang Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum (Lembaran Negara Republik Indonesa Tahun 2005 Nomor 48, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4502) Sebagaimana telah diubah dengan Peraturan Pemerintah Nomor 74 Tahun 2012 tentang Perubahan Atas Peraturan Pemerintah Nomor 23 Tahun 2005 tentang Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum (Lembaran Negara Republik Indonesia tahun 2012 Nomor 171, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5340);

13. 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);

14. 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);

15. Peraturan Pemerintah Nomor 79 Tahun 2005 tentang Pedoman Pembinaan dan Pengawasan Penyelenggaraan Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2005 Nomor 165, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4593);

16. Peraturan Pemerintah Nomor 8 Tahun 2006 tentang Pelaporan Keuangan dan Kinerja Instansi Pemerintah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2006 Nomor 25, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4614);

17. Peraturan Pemerintah Nomor 3 Tahun 2007 tentang Laporan Penyelenggaraan Pemerintah Daerah Kepada Pemerintah, Laporan Keterangan Pertanggungjawaban Kepala Daerah kepada Dewan Perwakilan Rakyat Daerah, dan Informasi Penyelenggaran Pemerintah Daerah kepada Masyarakat (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2007 Nomor 19, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4693);

18. Peraturan.....

18. Peraturan Pemerintah Nomor 18 Tahun 2016 tentang Perangkat Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2016 Nomor 114, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5887);

19. Peraturan Pemerintah Nomor 2 Tahun 2018 tentang Standar Pelayanan Minimal (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2018 Nomor 2, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6178);

20. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 7 Tahun 2006 tentang Standarisasi Sarana dan Prasarana Kerja Pemerintah Daerah sebagaimana telah diubah dengan Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 11 Tahun 2007 tentang Perubahan Atas Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 7 Tahun 2006 tentang Standarisasi Sarana dan Prasarana Kerja Pemerintah Daerah;

21. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 13 Tahun 2006 tentang Pedoman Pengelolaan Keuangan Daerah sebagaimana telah diubah beberapa kali terakhir dengan Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 21 Tahun 2011 tentang Perubahan Kedua Atas Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 13 Tahun 2006 tentang Pedoman Pengelolaan Keuangan Daerah;

22. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 6 Tahun 2007 tentang Pedoman Teknis Penyusunan dan Penerapan Satndar Pelayanan Minimal;

23. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 61 Tahun 2007 tentang Pedoman Teknis Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum Daerah;

24. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 79 Tahun 2007 tentang Pedoman Penyusunan Rencana Pencapaian Standar Pelayanan Minimal;

25. Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor : 159b/ Menkes/SK/Per/II/1988 tentang Rumah Sakit;

26. Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor : 228/ Menkes/SK/III/2002 tentang Pedoman Penyusunan Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit yang Wajib Dilaksanakan Daerah;

27. Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor : 129/ Menkes/SK/II/2008 tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit;

28. Qanun Kabupaten Nagan Raya Nomor 1 Tahun 2009 tentang Susunan Organisasi dan Tata Kerja Rumah Sakit Umum Daerah Nagan Raya sebagaimana telah diubah dengan Qanun Kabupaten Nagan Raya Nomor 3 Tahun 2013 tentang Perubahan Atas Qanun Kabupaten Nagan Raya Nomor 1 Tahun 2009 tentang Susunan Organisasi dan Tata Kerja Rumah Sakit Umum Daerah Nagan Raya;

29. Qanun.....

29. Qanun Kabupaten Nagan Raya Nomor 4 Tahun 2009 tentang Pokok-Pokok Pengelolaan Keuangan Daerah;

30. Qanun Kabupaten Nagan Raya Nomor 1 Tahun 2017 tentang Penabalan Rumah Sakit Umum Daerah Nagan Raya menjadi RSUD Sultan Iskandar Muda;

31. Keputusan Bupati Nagan Raya Nomor 900/10/SK/2013 tentang Persetujuan Penetapan Status Pola Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum Daerah (PPK-BLUD) Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Nagan Raya.

MEMUTUSKAN :

Menetapkan : PERATURAN BUPATI NAGAN RAYA TENTANG STANDAR PELAYANAN MINIMAL RUMAH SAKIT UMUM DAERAH SULTAN ISKANDAR MUDA KABUPATEN NAGAN RAYA.

BAB I
KETENTUAN UMUM

Pasal 1

Dalam Peraturan ini yang dimaksud dengan :

1. Daerah adalah Kabupaten Nagan Raya.

2. Kabupaten adalah Kabupaten Nagan Raya yang merupakan suatu kesatuan masyarakat hukum yang diberi kewenangan khusus untuk mengatur dan mengurus sendiri urusan pemerintahan dan kepentingan masyarakat setempat sesuai dengan peraturan perundang-undangan dalam sistem dan prinsip Negara Kesatuan Republik Indonesia berdasarkan Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945, yang dipimpin oleh seorang Bupati.

3. Pemerintahan Daerah adalah penyelenggaraan urusan pemerintahan oleh pemerintah daerah dan DPRD menurut asas otonomi dan tugas pembantuan dengan prinsip otonomi seluas-luasnya dalam sistem dan prinsip Negara Kesatuan Republik Indonesia sebagaimana dimaksud dalam Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945.

4. Pemerintah Kabupaten Nagan Raya yang selanjutnya disebut Pemerintah Kabupaten adalah unsur penyelenggara pemerintah kabupaten yang terdiri atas Bupati dan Perangkat Daerah Kabupaten Nagan Raya.

5. Bupati adalah Kepala Pemerintah Kabupaten Nagan Raya yang dipilih melalui suatu proses demokratis yang dilakukan berdasarkan asas langsung, umum, bebas, rahasia, jujur dan adil.

6. Rumah Sakit Umum Daerah Sultan Iskandar Muda Nagan Raya yang selanjutnya disingkat RSUD-SIM Nagan Raya adalah Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Nagan Raya.

7. Pelayanan…….

7. Pelayanan Rumah Sakit adalah pelayanan yang diberikan oleh Rumah Sakit Daerah Sultan Iskandar Muda kepada masyarakat yang meliputi pelayanan medik, pelayanan penunjang medik, pelayanan keperawatan, dan pelayanan administrasi manajemen.

8. Standar Pelayanan Minimal adalah ketentuan tentang jenis dan mutu pelayanan dasar yang merupakan urusan wajib daerah yang berhak diperoleh setiap warga secara minimal atau ketentuan tentang spesifikasi teknis tentang tolok ukur layanan minimal yang diberikan oleh Badan Layanan Umum Daerah kepada masyarakat.

9. Jenis Pelayanan adalah jenis-jenis pelayanan yang diberikan oleh Rumah Sakit kepada masyarakat.

10. Mutu Pelayanan Kesehatan adalah kinerja yang menunjuk pada tingkat kesempurnaan pelayanan kesehatan, yang disatu pihak dapat menimbulkan kepuasan pada setiap pasien sesuai dengan tingkat kepuasan rata-rata penduduk, serta pihak lain, tata penyelenggaraanya sesuai dengan standar dan kode etik profesi yang telah ditetapkan.

11. Dimensi Mutu adalah suatu pandangan dalam menentukan penilaian terhadap jenis dan mutu pelayanan dilihat dari akses, efektifitas, efisiensi, keselamatan dan keamanan, kenyamanan, kesinambungan pelayanan, kompetensi teknis dan hubungan antar manusia berdasar standard WHO.

12. Kinerja adalah proses yang dilakukan dan hasil yang dicapai oleh suatu organisasi dalam menyediakan produk dalam bentuk jasa pelayanan atau barang kepada pelanggan.

13. Indikator Kinerja adalah variabel yang dapat digunakan untuk mengevaluasi keadaan atau status dan memungkinkan dilakukan pengukuran terhadap perubahan yang terjadi dari waktu ke waktu atau tolak ukur prestasi kuantitatif/kualitatif yang digunakan untuk mengukur terjadinya perubahan terhadap besaran target atan standard yang telah ditetapkan sebelumnya.

14. Standar adalah nilai tertentu yang telah ditetapkan berkaitan dengan sesuatu yang harus dicapai.

15. Defenisi Operasional adalah uaraian yang dimaksudkan untuk menjelaskan pengertian dari indikator.

16. Frekuensi Pengumpulan Data adalah frekuensi pengambilan data dari sumber data untuk tiap indikator.

17. Periode Analisis adalah rentang waktu pelaksanaan kajian terhadap indikator kinerja yang dikumpulkan.

18. Pembilang (numerator) adalah besaran sebagai nilai pembilang dalam rumus indikator kinerja.

19. Penyebut (denuminator) adalah besaran sebagai nilai pembagi dalam rumus indikator kinerja.

20. Target atau Nilai adalah ukuran mutu atau kinerja yang diharapkan bisa dicapai.

21. Sumber…….

21. Sumber Data adalah sumber bahan nyata atau keterangan yang dapat dijadikan dasar kajian yang berhubungan langsung dengan persoalan.

BAB II
MAKSUD DAN TUJUAN

Pasal 2

(1) Standar Pelayanan Minimal dimaksudkan untuk panduan bagi daerah dalam melaksanakan perencanaan, pelaksanaan, pengendalian, pengawasan dan pertanggungjawaban penyelengaraan Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit.

(2) Standar Pelayanan Minimal bertujuan untuk meningkatkan dan menjamin mutu pelayanan kepada masyarakat.

BAB III
JENIS PELAYANAN, INDIKATOR, STANDAR (NILAI),
BATAS WAKTU PENCAPAIAN DAN
URAIAN STANDAR PELAYANAN MINIMAL

Bagian Kesatu
Jenis Pelayanan

Pasal 3

(1) Rumah Sakit Umum Daerah Sultan Iskandar Muda mempunyai tugas melaksanakan pelayanan kesehatan dengan mengutamakan upaya penyembuhan (kuratif), Pemulihan (rehabilitatif) yang dilaksanakan secara terpadu dengan upaya pencegahan (preventif), peningkatan (promotif) serta upaya rujukan.

(2) Jenis pelayanan untuk Rumah Sakit Umum Daerah Sultan Iskandar Muda. meliputi :
a. Pelayanan Gawat Darurat;
b. Pelayanan Rawat Jalan;
c. Pelayanan Rawat Inap;
d. Pelayanan Bedah;
e. Pelayanan Persalinan dan Perinatologi;
f. Pelayanan Intensif;
g. Pelayanan Radiologi;
h. Pelayanan Laboratorium Patologi Klinik;
i. Pelayanan Rehabilitasi Medik;
j. Pelayanan Farmasi;
k. Pelayanan Pengendalian Infeksi;
l. Pelayanan Gizi;
m. Pelayanan Tranfusi Darah;
n. Pelayanan Keluarga Miskin;
o. Pelayanan Rekam Medis;
p. Pelayanan Limbah;
q. Pelayanan administrasi Manajemen;
r. Pelayanan Ambulans / Kereta Jenazah;
s. Pelayanan Pemulasaraan Jenazah;
t. Pelayanan Laundry;
u. Pelayanan Pemeliharaan Sarana Rumah Sakit;

Bagian Kedua.....

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

Pasal 4

Indikator, Standar (Nilai), Batas Waktu Pencapaian dan Uraian Standar Pelayanan Minimal sebagaimana dimaksud, tercantum dalam Lampiran I, II dan III Peraturan ini.

BAB IV
PELAKSANAAN

Pasal 5

(1) RSUD-SIM Nagan Raya yang menerapkan Pola Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum Daerah (PPK-BLUD) wajib melaksanakan pelayanan berdasarkan Standar Pelayanan Minimal dalam Peraturan Bupati ini.

(2) Direktur atau Pimpinan RSUD-SIM Nagan Raya yang menerapkan PPK-BLUD bertanggung jawab dalam penyelenggaraan pelayanan yang dipimpinnya sesuai Standar Pelayanan Minimal yang ditetapkan dalam Peraturan Bupati ini.

(3) Penyelenggaraan pelayanan yang sesuai dengan Standar Pelayanan Minimal dilakukan oleh tenaga dengan kualifikasi dan kompetensi yang sesuai dengan ketentuan perundang-undangan.

BAB V
PENERAPAN

Pasal 6

(1) Direktur atau Pimpinan RSUD-SIM Nagan Raya yang menerapkan PPK-BLUD menyusun rencana kerja dan anggaran, target, serta upaya dan pelaksanaan peningkatan mutu pelayanan tahunan Rumah Sakit yang dipimpinnya berdasarkan Standar Pelayanan Minimal.

(2) Setiap unit kerja pelayanan dan administrasi manajemen RSUD-SIM Nagan Raya yang menerapkan PPK-BLUD menyusun rencana kerja dan anggaran, Target, serta upaya dan pelaksanaan peningkatan mutu pelayanan tahunan Rumah Sakit yang dipimpinnya berdasarkan Standar Pelayanan Minimal.

(3) Setiap pelaksanaan pelayanan, menyelenggarakan pelayanan yang menjadi tugasnya sesuai dengan Standar Pelayanan Minimal.

BAB VI.....

BAB VI
PEMBINAAN DAN PENGAWASAN

Bagian Kesatu
Pembinaan

Pasal 7

(1) Pembinaan RSUD-SIM Nagan Raya yang menerapkan PPK-BLUD dilakukan oleh Bupati melalui Sekretaris Daerah.

(2) Pembinaan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) berupa fasilitasi, pemberian orientasi umum, petunjuk teknis, bimbingan teknis, pendidikan dan latihan atau bantuan teknis lainnya yang mencakup:
a). Perhitungan sumber daya dan dana yang dibutuhkan untuk mencapai Standar Pelayanan Minimal;
b). Penyusunan rencana pencapaian Standar Pelayanan Minimal dan penetapan target tahunan pencapaian Standar Pelayanan Minimal.
c). Penilaian prestasi kerja pencapaian Standar Pelayanan Minimal; dan
d). Pelaporan prestasi kerja pencapaian Standar Pelayanan Minimal.

Bagian Kedua
Pengawasan

Pasal 8

(1) Pengawasan dilakukan oleh pengawas internal.

(2) Pengawas internal sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilaksanakan oleh internal auditor yang berkedudukan langsung dibawah direktur atau Pimpinan RSUD-SIM Nagan Raya

Pasal 9

(1) Internal auditor sebagaimana dimaksud pada Pasal 8 ayat (2) bersama-sama jajaran manajemen RSUD-SIM Nagan Raya yang menerapkan PPK-BLUD menciptakan dan meningkatkan pengendalian internal.

(2) Fungsi pengendalian internal sebagaimana dimaksud pada ayat (1) membantu manajemen dalam hal tercapainya prestasi kerja yang sesuai dengan Standar Pelayanan Minimal.

Pasal 10

(1) Pembinaan dan pengawasan terhadap RSUD-SIM Nagan Raya yang menerapkan PPK-BLUD selain dilakukan oleh pejabat pembina dan pengawas sebagai mana dimaksud Pasal 7, Pasal 8, dan Pasal 9 dilakukan juga oleh dewan pengawas sesuai dengan Peraturan Perundang-undangan yang berlaku.

(2) Dewan pengawas sebagaimana dimaksud pada ayat (1) adalah tim yang dibentuk dan ditetapkan oleh bupati dan bertugas melakukan pengawasan terhadap pengelolaan Badan Layanan Umum Daerah.

Pasal 11.....

Pasal 11

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

BAB VII
KETENTUAN PENUTUP

Pasal 12

Peraturan Bupati ini berlaku pada tanggal diundangkan.

Agar setiap orang mengetahuinya memerintahkan pengundangan Peraturan Bupati ini dengan penempatannya dalam Berita Daerah Kabupaten Nagan Raya.

Ditetapkan di : Suka Makmue
pada tanggal : 6 September 2018 M
25 Dzulhijjah 1439 H

BUPATI NAGAN RAYA,

M. JAMIN IDHAM

Diundangkan di : Suka Makmue
pada tanggal : 7 September 2018 M
26 Dzulhijjah 1439 H

SEKRETARIS DAERAH
KABUPATEN NAGAN RAYA,

H. T.R. JOHARI

BERITA DAERAH KABUPATEN NAGAN RAYA TAHUN 2018 NOMOR : 258

Lampiran I : Peraturan Bupati Nagan Raya
Nomor : 30 Tahun 2018
Tanggal : 6 September 2018 M
25 Dzulhijjah 1439 H

STANDAR PELAYANAN MINIMAL

NO	JENIS LAYANAN	STANDAR MINIMAL		BATAS WAKTU PENCAPAIAN						PENANGGUNG JAWAB
		INDIKATOR	NILAI	SAAT INI	I	II	III	IV	V	
1	PELAYANAN GAWAT DARURAT	A. Kemampuan menangani life saving anak dan dewasa di Gawat Darurat	100%	94%	95%	97%	100%	100%	100%	Kepala IGD
		B. Jam buka pelayanan Gawat Darurat	24 JAM	24 JAM	24 jam	24 jam	24 jam	24 jam	24 jam	Kepala IGD
		C. Pemberian pelayanan kegawat daruratan yang bersertifikat ATLS / BTLS / ACLS / PPGD	100%	59%	70%	86%	100%	100%	100%	Kepala Pendidikan dan Pelatihan Rumah Sakit
		D. Ketersediaan tim penanggulangan bencana	1 tim	1 tim	1 tim	1 tim	1 tim	1 tim	1 tim	Kepala IGD
		E. Waktu tanggap Pelayanan Dokter di Gawat Darurat	≤ 5 menit	5 menit	5 menit	4 menit	4 menit	4 menit	4 menit	Kepala IGD
		F. Kepuasan Pelanggan pada Gawat Darurat	70%	80%	80%	80%	81%	83%	85%	PKMRS
		G. Kematian Pasien ≤ 24 jam di Gawat Darurat	2/1000	2/1000	2/1000	2/1000	2/1000	2/1000	2/1000	Kepala IGD
		H. Tidak adanya keharusan untuk membayar uang muka	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	PKMRS
2	PELAYANAN RAWAT JALAN	A. Pemberian pelayanan di klinik spesialis	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Kepala Instalasi rawat jalan
		B. Ketersediaan pelayanan rawat jalan	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Kepala Instalasi rawat jalan
		C. Buka pelayanan sesuai ketentuan	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Kepala Instalasi rawat jalan
		D. Waktu tunggu di Rawat Jalan	60 menit	60 menit	60 mnt	60 mnt	60 mnt	60 mnt	60 mnt	Tim mutu
		E. Kepuasan Pelanggan pada rawat jalan	≥ 90%	83%	83%	85%	87%	90%	90%	PKMRS
3	PELAYANAN RAWAT INAP	A. Pemberi pelayanan di Rawat Inap	100%	91%	91%	92%	94%	97%	100%	Kepala Instalasi rawat inap
		B. Dokter penanggung jawab pasien rawat inap	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Kepala Instalasi rawat inap
		C. Ketersediaan pelayanan rawat inap	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Kepala Instalasi rawat inap
		D. Jam visite dokter spesialis	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Kepala Instalasi rawat inap
		E. Kejadian infeksi pasca operasi	≤ 1,5 %	≤ 1,5 %	≤ 1,5 %	≤ 1,5 %	≤ 1,5 %	≤ 1,5 %	≤ 1,5 %	Tim PPI - RS
		F. Angka kejadian Infeksi Nosokomial	≤ 1,5 %	1.2%	1.1%	0,91%	0,91%	0,91%	0,91%	Tim PPI - RS
		G. Tidak adanya kejadian pasien jatuh yang berakibat kecacatan / kematian	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Kepala instalasi rawat inap
		H. Kematian pasien > 48 jam	≤ 0,24 %	0,99%	0,99%	0.50%	0.35%	0.25%	0.20%	tim mutu
		I. Kejadian pulang paksa	≤ 5%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	tim mutu
		J. Kepuasan pelanggan rawat inap	≥ 90%	70%	80%	85%	90%	95%	98%	PKMRS

NO	JENIS LAYANAN	STANDAR MINIMAL		BATAS WAKTU PENCAPAIAN						PENANGGUNG JAWAB
		INDIKATOR	NILAI	SAAT INI	I	II	III	IV	V	
4	BEDAH SENTRAL	A. Waktu tunggu operasi efektif	≤ 2 hari	≤ 2 hari	≤ 2 hari	≤ 2 hari	≤ 2 hari	≤ 2 hari	≤ 2 hari	Ketua instalasi bedah sentral
		B. Kejadian kematian di meja operasi	≤ 1%	≤ 1%	≤ 1%	≤ 1%	≤ 1%	≤ 1%	≤ 1%	Ketua instalasi bedah sentral
		C. Tidak adanya kejadian operasi salah sisi	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Ketua instalasi bedah sentral
		D. Tidak adanya kejadian operasi salah orang	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Ketua instalasi bedah sentral
		E. Tidak adanya kejadian salah tindakan pada operasi	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Ketua instalasi bedah sentral
		F. Tidak adanya kejadian tertinggalnya benda asing pada tubuh pasien setelah operasi	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Ketua instalasi bedah sentral
		G. Komplikasi anastesi karena overdosis, reaksi anastesi dan salah penempatan endotracheal tube	≤ 6%	≤ 6%	≤ 6%	≤ 6%	≤ 6%	≤ 6%	≤ 6%	Ketua instalasi bedah sentral
5	PERSALINAN DAN PERINATOLOGI	A. Kejadian kematian ibu karena persalinan								
		- Pendarahan	≤ 1%	≤ 1%	≤ 1%	≤ 1%	≤ 1%	≤ 1%	≤ 1%	Tim mutu
		- Pre-eklampsia	≤ 30%	≤ 30%	≤ 30%	≤ 30%	≤ 30%	≤ 30%	≤ 30%	Tim mutu
		- Sepsis	≤ 0,2%	≤ 0,2%	≤ 0,2%	≤ 0,2%	≤ 0,2%	≤ 0,2%	≤ 0,2%	Tim mutu
		B. Pemberi pelayanan persalinan normal	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Tim mutu
		C. Pemberi pelayanan persalinan dengan penyulit	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Kepala instalasi rawat inap
		D. Pemberi Pelayanan persalinan dengan tindakan operasi	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Tim mutu
		E. Kemampuan menangani BBLR < 1500 gr - 2500 gr	100%	75%	75%	80%	90%	100%	100%	Tim mutu
		F. Pertolongan persalinan melalui seksio cesaria	≤ 20%	20%	20%	20%	20%	20%	20%	Tim mutu
		G. Keluarga Berencana Mantap	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Kepala Poli Kebidanan
		H. Konseling Keluarga Berencana Mantap	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Kepala Poli Kebidanan
		I. Kepuasan pelanggan	≥ 80%	85%	90%	95%	100%	100%	100%	PKMRS
6	PELAYANAN INTENSIF	A. Rata-rata pasien yang kembali ke perawatan intensif dengan kasus yang sama < 72 jam	≤ 3%	≤ 3%	≤ 3%	≤ 3%	≤ 3%	≤ 3%	≤ 3%	Tim mutu
		B. Pemberi pelayanan unit intensif	100%	50%	60%	70%	80%	90%	100%	Ka.Ur.Diklat

NO	JENIS LAYANAN	STANDAR MINIMAL		BATAS WAKTU PENCAPAIAN						PENANGGUNG JAWAB
		INDIKATOR	NILAI	SAAT INI	I	II	III	IV	V	
7	RADIOLOGI	A. Waktu tunggu hasil pelayanan thorax foto	≤ 3 jam	5 Menit	5 Menit	5 Menit	5 Menit	5 Menit	5 Menit	Kepala instalasi Radiologi
		B. Pelaksana ekspertisi hasil pemeriksaan rontgen	100%	0%	50%	100%	100%	100%	100%	Kepala instalasi Radiologi
		C. Kejadian kegagalan pelayanan rontgen	≤ 2%	4%	3%	2%	2%	1%	1%	Kepala instalasi Radiologi
		D. Kepuasan pelanggan	≥ 80%	92%	92%	100%	100%	100%	100%	PKMRS
8	LABORATORIUM PATOLOGI KLINIK	A. Waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium	≤ 140 menit	120 mnt	120 mnt	120 mnt	120 mnt	120 mnt	110 mnt	Kepala instalasi Laboratorium
		B. Pelaksana ekspertisi hasil pemeriksaan laboratorium	100%	0%	50%	100%	100%	100%	100%	Kepala instalasi Laboratorium
		C. Tidak adanya kesalahan penyerahan hasil pemeriksaan laboratorium	100%	80%	90%	100%	100%	100%	100%	Kepala instalasi Laboratorium
		D. Kepuasan Pelanggan	≥ 80%	80%	85%	90%	95%	95%	100%	PKMRS
9	REHABILITASI MEDIK	A. Kejadian drop out pasien terhadap pelayanan rehabilitasi yang direncanakan	≤ 50%	40%	35%	30%	20%	20%	10%	Kepala instalasi Rehab Medik
		B. Tidak adanya kejadian kesalahan tindakan rehabilitasi medik	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Kepala instalasi Rehab Medik
		C. Kepuasan Pelanggan	≥ 80%	80%	88%	100%	100%	100%	100%	PKMRS
10	FARMASI	A. Waktu tunggu pelayanan obat jadi	≤ 30 menit	40 menit	30 menit	25 menit	25 menit	20 menit	20 menit	Kepala instalasi Farmasi
		B. Waktu tunggu pelayanan obat racikan	≤ 60 menit	90 menit	80 menit	70 menit	60 menit	50 menit	45 menit	Kepala instalasi Farmasi
		C. Tidak adanya kejadian kesalahan pemberian obat	100%	70%	75%	80%	100%	100%	100%	Kepala instalasi Farmasi
		D. Kepuasan Pelanggan	≥ 80%	70%	80%	80%	82%	88%	90%	PKMRS
		E. Penulisan resep sesuai formularium	100%	70%	80%	85%	87%	90%	100%	Kepala instalasi Farmasi
11	GIZI	A. Ketepatan waktu pemberian makanan kepada pasien	≥ 90%	60%	70%	100%	100%	100%	100%	Kepala instalasi Gizi
		B. Sisa makanan yang tidak termakan oleh pasien	≤ 20%	30%	30%	25%	20%	20%	20%	Kepala instalasi Gizi
		C. Tidak adanya kesalahan dalam pemberian diet	100%	50%	70%	80%	100%	100%	100%	Kepala instalasi Gizi

NO	JENIS LAYANAN	STANDAR MINIMAL		BATAS WAKTU PENCAPAIAN						PENANGGUNG JAWAB
		INDIKATOR	NILAI	SAAT INI	I	II	III	IV	V	
12	TRANSFUSI DARAH	A. Pemenuhan kebutuhan darah bagi setiap pelayanan transfusi	100%	50%	60%	70%	100%	100%	100%	Kepala Tranfusi Darah
		B. Kejadian reaksi transfusi	≤ 0,01%	≤ 0,01%	≤ 0,01%	≤ 0,01%	≤ 0,01%	≤ 0,01%	≤ 0,01%	Kepala Tranfusi Darah
13	PELAYANAN GAKIN	Pelayanan terhadap pasien GAKIN yang datang ke RS pada setiap unit pelayanan	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Direktur
14	REKAM MEDIK	A. Kelengkapan pengisian rekam medik 24 jam setelah selesai pelayanan	100%	85%	87%	90%	95%	100%	100%	Kepala instalasi Rekam Medik
		B. Kelengkapan Informed Concent setelah mendapatkan informasi yang jelas	100%	90%	100%	100%	100%	100%	100%	Kepala instalasi Rekam Medik
		C. Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat jalan	≤ 10 menit	10 menit	10 menit	10 menit	10 menit	10 menit	10 menit	Kepala instalasi Rekam Medik
		D. Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat inap	≤ 15 menit	15 menit	15 menit	15 menit	15 menit	15 menit	10 menit	Kepala instalasi Rekam Medik
15	PENGELOLAAN LIMBAH	A. Baku Mutu Limbah Cair	100%	70%	80%	80%	80%	85%	100%	Kepala IPLS
		B. Pengolahan limbah padat berbahaya sesuai dengan aturan	100%	60%	70%	80%	100%	100%	100%	Kepala IPLS
16	ADMINISTRASI MANAJEMEN	A. Tindak lanjut penyelesaian hasil pertemuan tingkat direksi	100%	80%	100%	100%	100%	100%	100%	Direktur
		B. Kelengkapan laporan akuntabilitas kinerja	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Direktur
		C. Ketepatan waktu pengusulan kenaikan pangkat	100%	75%	85%	90%	95%	100%	100%	Ka.Bagian kesekretariatan
		D. Ketepatan waktu pengurusan kenaikan gaji berkala	100%	80%	85%	90%	95%	100%	100%	Ka.Bagian kesekretariatan
		E. Karyawan yang mendapat pelatihan minimal 20 jam pertahun	≥ 60%	30%	40%	40%	45%	50%	60%	Ka.Ur.Diklat
		F. Ketepatan waktu penyusunan laporan keuangan	100%	85%	90%	100%	100%	100%	100%	Ka.Sub.Bag Keuangan
		G. Kecepatan waktu pemberian informasi tentang tagihan pasien rawat inap	≤ 2 jam	≤ 2 jam	≤ 2 jam	≤ 2 jam	≤ 2 jam	≤ 2 jam	≤ 2 jam	Ka.Sub.Bag Keuangan
		H. Ketetapan waktu pemberian imbalan sesuai kesepakatan waktu	100%	70%	80%	90%	100%	100%	100%	Ka.Sub.Bag Keuangan

NO	JENIS LAYANAN	STANDAR MINIMAL		BATAS WAKTU PENCAPAIAN						PENANGGUNG JAWAB
		INDIKATOR	NILAI	SAAT INI	I	II	III	IV	V	
		I. Ketepatan waktu pemberian imbalan (insentif) sesuai kesepakatan waktu	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Ka.Sub.Bag Keuangan
17	AMBULANCE / KERETA JENAZAH	A. Waktu pelayanan ambulance / kereta jenazah	24 jam	24 jam	24 jam	24 jam	24 jam	24 jam	24 jam	Ka.Sub.Bag Umum & Perlengkapan
		B. Kecepatan memberikan pelayanan ambulance / kereta jenazah di rumah sakit	100%	60%	85%	100%	100%	100%	100%	Ka.Sub.Bag Umum & Perlengkapan
18	PEMULASARAAN JENAZAH	Waktu tanggap pelayanan pemulasaraan jenazah	≤ 2 jam	-	-	≤ 2 jam	≤ 2 jam	≤ 2 jam	≤ 2 jam	Kepala Instansi Jenazah
19	PELAYANAN PEMELIHARAAN SARANA RUMAH SAKIT	A. Kecepatan waktu menanggapi kerusakan alat	≥ 80%	80%	80%	80%	80%	80%	80%	Kepala IPRS
		B. Ketepatan waktu pemeliharaan alat	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Kepala IPRS
		C. Peralatan Laboratorium (dan alat ukur yang lain) yang terkalibrasi tepat waktu sesuai dengan ketentuan kalibrasi	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Kepala IPRS
20	PELAYANAN LAUNDRY	A. Tidak adanya kejadian linen yang hilang	100%	80%	90%	100%	100%	100%	100%	Kepala Instalasi Laundry
		B. Ketepatan waktu penyediaan linen untuk ruang rawat inap	100%	60%	70%	80%	100%	100%	100%	Kepala Instalasi Laundry
21	PENCEGAHAN PENGENDALIAN INFEKSI	A. Tim PPI	75%	50%	60%	100%	100%	100%	100%	Ketua PPI
		B. Tersedianya APD (Alat Pelindung Diri)	60%	20%	30%	60%	60%	60%	60%	Ketua PPI
		C. Terlaksananya kegiatan dan pencatatan pelaporan infeksi nosokomial di rumah sakit	75%	40%	50%	55%	60%	70%	75%	Ketua PPI
22	PELAYANAN KEAMANAN	A. Tidak ada hilangnya kendaraan dan barang-barang milik pasien, pengunjung dan pegawai	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Kepala SATPAM
		B. Tenaga satuan pengemanan memiliki sertifikat satpam	100%	20%	20%	50%	75%	100%	100%	Kepala SATPAM

BUPATI NAGAN RAYA,

M. JAMIN IDHAM

Lampiran II : Peraturan Bupati Nagan Raya
Nomor : 30 Tahun 2018
Tanggal : 6 September 2018 M
25 Dzulhijjah 1439 H

SPM SETIAP JENIS PELAYANAN, INDIKATOR DAN STANDAR

No	Jenis Pelayan	Indikator	Standar	Batas Waktu Pencapaian
1	Gawat Darurat	1. Kemampuan menangani *life saving* anak dan dewasa.	1. 100%	
		2. Jam buka pelayanan gawat darurat.	2. 24 jam	
		3. Pemberi pelayanan kegawat daruratan yang bersertifikat yang masih berlaku(BLS/PPGD/GELS/ALS).	3. 100%	
		4. Ketersediaan tim penanggulangan bencana.	4. satu tim	
		5. Waktu tanggap pelayanan dokter di gawat darurat.	5. ≤ lima menit terlayani, setelah pasien datang	
		6. Kepuasan pelanggan.	6. ≥70%	
		7. Kematian Pasien≤24 jam.	7. ≤duaperseribu (pindah ke pelayanan rawat inap setelah 8 jam).	
		8. tidak ada pasien yang diharuskan membayar uang muka.	8. 100%	
2.	Rawat Jalan	1. Dokter pemberi pelayanan di poliklinik spesialis.	1. 100% dokter Spesialis	
		2. Ketersediaan Pelayanan.	2. a. Klinik Anak b. Klinik Penyakit dalam c. Klinik Kebidanan d. Klinik Bedah	
		3. Jam buka pelayanan.	3. 08.00 s/d 13.00 setiap hari kerja kecuali jum'at 08.00-11.00	
		4. Waktu tunggu rawat jalan.	4. ≤ 60 menit	
		5. Kepuasan pelanggan.	5. ≥ 90%	

		6. a. Penegakan diagnosis Tb melalui pemeriksaan mikroskopis TB b. Terlaksananya kegiatan pencatatan dan pelaporan TB di RS.	6. a. ≥ 60% b. ≥ 60%	
3	Rawat Inap	1. Pemberi pelayanan di Rawat Inap 2. Dokter penanggung jawab pasien rawat inap 3. Ketersediaan Pelayanan rawat Inap 4. Jam Visite Dokter Spesialis 5. Kejadian infeksi pasca operasi 6. Kejadian infeksi nasokomial 7. Tidak adanya kejadian pasien jatuh yang berakibat kecacatan/kematian 8. Kematian pasien > 48 jam 9. Kejadian pulang paksa 10. Kepuasan pelanggan 11. Rawat Inap TB a. Penegakan diagnosis TB melalui pemeriksaan mikroskopis TB di rumah sakit b. Terlaksananya kegiatan pencatatan dan pelaporan TB di RS	1. dr spesialis, perawat minimal d3 2. 100% 3. a. Anak b. Penyakit dalam c. Kebidanan Bedah 4. 08.00 s/d 14.00 setiap hari kerja. 5. ≤1,5% 6. ≤1,5% 7. 100% 8. ≤ 0,24% 9. ≤ 5% 10. ≥ 90% 11. a. ≥60% b. ≥60%	
4.	Bedah Sentral	1. Waktu tunggu operasi elektif 2. Kejadan kematian di meja operasi 3. tidak adanya kejadian operasi salah sisi 4. tidak adanya kejadian operasi salah orang 5. tidak adanya kejadian salah tindakan pada	1. ≤ 2 hari 2. ≤ 1% 3. 100% 4. 100% 5. 100%	

		operasi 6. tidak adanya kejadian tertinggal benda asing/lainnya pada tubuh pasien setelah operasi 7. Komplikasi anestesi karena over dosis, reaksi anastesi dan salah penempatan endotrachela tube	6. 100% 7. ≤6%	
5.	Persalinan	1. Kejadian kematian ibu karena persalinan 2. Pemberi pelayanan persalinan normal 3. pemberi pelayanan persalinan dengan penyulit 4. Pemberi pelayanan persalinan dengan tindakan operasi 5. Kemampuan menangani BBLR 1500gr-2500gr 6. Pertolongan persalinan melalui seksio cesaria 7. Keluarga Berencana a. Persentase KB (vasektomi & Tubektomi) yang dilakukan oleh tenaga kompeten sp.og, sp.b.,sp.u, dr.umum. b. Persentase peserta KB mantap yang mendapat konseling KB mantap oleh bidan terlatih 8. Kepuasan Pelanggan	1. a. Perdarahan ≤1% b. Pre-eklamsia ≤30% c. Sepsis ≤ 0,2% 2. a. Sp.og b. Dokter umum terlatih (asuhan persalinan normal) c. Bidan 3. Tim ponek yang terlatih 4. a. Sp.og 5. 100% 6. ≤ 20% 7. 100% 8. ≥80%	
6.	Intensif	1. Rata-rata pasien yang kembali ke perawatan intensif dengan kasus yang sama < 72 jam 2. Pemberi Pelayanan unit Intensif	1. ≤ 3% 2. a. Dokter sp.an dan dokter spesialis sesuai dengan kasus yang ditangani b. 100% perawat	

			minimal d3 dengan sertifikat IC/Setara d4	
7.	Radiologi	1. Waktu tunggu hasil pelayanan thorax foto 2. Pelaksana ekspertisi 3. Kejadian kegagalan pelayanan rontgen 4. kepuasan pelanggan	1. ≤3 jam 2. sp.rad 3. kerusakan foto 2 % 4. ≥80%	
8.	Lab. Patologi	1. Waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium 2. Pelaksana ekspertisi 3. tidak adanya kesalahan pemberian hasil pemeriksaan laboratium 4. kepuasaan pelanggan	1. ≤140 mnt kimia darah & rutin 2. Dokter Sp.PK 3. 100% 4. ≥80%	
9.	Rehabilitasi	1. Kejadian Drop Out Pasien Terhadap pelayanan 2. Tidak adanya kejadian kesalahan tindakan rehabilitasi medik 3. Kepuasan pelanggan	1. ≤50% 2. 100% 3. ≥80%	
10	Farmasi	1. Waktu tunggu pelayanan a. Obat Jadi b. Obat Racikan 2. Tidak adanya kejadian kesalahan pemberian obat 3. Kepuasan pelanggan 4. Penulisan resep sesuai *formularium*	1. a. ≤ 30 mnt 2. 100% 3. ≤80% 4. 100%	
11	Gizi	1. Ketepatan waktu pemberian makanan kepada pasien. 2. Sisa makanan yang tidak termakan oleh pasien 3. tidak adanya kejadian kesalahan pemberian diet	1. ≥90% 2. ≤20% 3. 100%	
12	Transfusi Darah	1. Kebutuhan darah bagi setiap pelayanan transfusi 2. Kejadian reaksi transfusi	1. 100% terpenuhi 2. ≤0.01%	
	Pelayanan	Pelayanan terhadap pasien Gakin yang datang ke RS pada setiap unit pelayanan	100% terlayani	
	Rekam Medik	1. Kelengkapan pengisian rekam medik 24 jam setelah selesai pelayanan 2. Kelengkapan *informed concent* setelah mendapatkan informasi yang jelas	1. 100% 2. 100%	

		3. Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat jalan 4. Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat inap	3. ≤10 menit 4. ≤10 menit	
	Pengelolaan	1. Baku Mutu limbah cair. 2. Pengelolaan limbah padat infeksius padat *infeksius* sesuai dengan aturan	1. a. BOD<30 mg/l b. COD<80 mg/ l 2. 100%	
		1. Tindak lanjut penyelesaian hasil pertemuan direksi 2. Kelengkapan laporan akuntabilitas kinerja 3. Ketepatan waktu pengusulan kenaikan pangkat 4. Ketepatan waktu pengurusan gaji berkala 5. Karyawan yang mendapat pelatihan minimal 20 jam setahun 6. *Cost Recovery* 7. Ketepatan waktu penyusunan laporan keuangan 8. Kecepatan waktu pemberian informasi tentang tagihan pasien rawat inap. 9. Ketepatan waktu pemberian imbalan (insentif) sesuai kesepakatan waktu	1. 100% 2. 100% 3. 100% 4. 100% 5. ≥60% 6. ≥40% 7. 100% 8. ≤2jam 9. 100%	
17.	Ambulance/ker	1. waktu pelayanan ambulance/kereta jenazah 2. Kecepatan memberikan pelayanan ambulance/kereta jenazah di rumah sakit 3. *Respon time* pelayanan ambulance oleh masyarakat yang membutuhkan	1. 24 jam 2. ≤30 mnt 3. sesuai ketentuan daerah	
	Pemulasaraan a	Waktu tanggap (*respon time*) pelayanan pemulasaraan jenazah	≤ 2jam	
	Pelayanan	1. Kecepatan waktu menanggapi kerusakan alat 2. Ketepatan waktu pemeliharaan alat 3. Peralatan laboratorium dan alat ukur yang digunakan	1. ≤80% 2. 100% 3. 100%	

		dalam pelayanan terkalibrasi dengan ketentuan kalibrasi		
	Pelayanan	1. Tidak Ada kejadian linen yang hilang. 2. Ketepatan waktu penyediaan linen untuk ruang rawat inap	1. 100% 2. 100%	
	Pencegahan dan	1. Ada Anggota Tim PPI yang terlatih 2. Tersedia APD (alat Proteksi Diri) di setiap instalasi/departemen 3. Kegiatan Pencatatan dan pelaporan infeksi nosokomial/ HAI (*Health care assosiated infection*) di RS (min 1 parameter)	1. Anggota tim PPI yang terlatih 75% 2. 60%	

BUPATI NAGAN RAYA,

M. JAMIN IDHAM

Lampiran III : Peraturan Bupati Nagan Raya
Nomor : 30 Tahun 2018
Tanggal : 6 September 2018 M
25 Dzulhijjah 1439 H

URAIAN STANDAR PELAYANAN MINIMAL

I. PELAYANAN GAWAT DARURAT

1. Kemampuan menangani life saving anak dan dewasa di Gawat Darurat

Judul	**Kemampuan menangani life saving anak dan dewasa di Gawat Darurat**
Dimensi Mutu	Keselamatan
Tujuan	Tergambarnya kemampuan Rumah Sakit dalam memberikan pelayanan Gawat Darurat
Defenisi 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

2. Jam buka pelayanan gawat darurat

Judul	**Jam buka pelayanan Gawat Darurat**
Dimensi Mutu	Keterjangkauan
Tujuan	Tersedianya Pelayanan Gawat Darurat 24 Jam di Rumah Sakit
Defenisi 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

3. Pemberian pelayanan kegawat daruratan yang bersertifikat ATLS / BTLS / ACLS / PPGD

Judul	**Pemberian pelayanan kegawat daruratan yang bersertifikat ATLS / BTLS / ACLS / PPGD**
Dimensi Mutu	Komptensi teknis
Tujuan	Tersedianya Pelayanan Gawat Darurat oleh tenaga kompeten dalam bidang kegawat daruratan

Defenisi Operasional	Tenaga Kompeten pada gawat darurat adalah tenaga yang sudah memiliki sertifikat pelatihan ATLS / BTLS / ACLS / PPGD
Frekuensi Pengumpulan Data	Tiga bulan
Periode Analisa	Enam bulan
Numerator	Jumlah tenaga yang bersertifikat ATLS / BTLS / ACLS / PPGD
Denominator	Jumlah tenaga yang memberikan pelayanan kegawat daruratan
Sumber data	Ka Sub Bag Pengembangan dan Perencanaan
Standar	100%
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Pendidikan dan Pelatihan Rumah Sakit

4. Ketersediaan tim penanggulangan bencana

Judul	**Ketersediaan tim penanggulangan bencana**
Dimensi Mutu	Keselamatan dan Efektifitas
Tujuan	Kesiagaan rumah sakit untuk memberikan pelayanan penanggulangan bencana
Defenisi Operasional	Tim penanggulangan bencana adalah tim yang dibentuk di rumah sakit dengan tujuan untuk memberikan pertolongan klinis dalam penanggulangan akibat bencana alam yang terjadi
Frekuensi Pengumpulan Data	Tiga bulan sekali
Periode Analisa	Tiga bulan sekali
Numerator	Jumlah tim penanggulangan bencana yang ada di rumah sakit
Denominator	Tidak ada
Sumber data	Instalasi gawat darurat
Standar	Satu tim
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Gawat Darurat

5. Waktu tanggap Pelayanan Dokter di Gawat Darurat

Judul	**Waktu tanggap Pelayanan Dokter di Gawat Darurat**
Dimensi Mutu	Keselamatan dan Efektifitas
Tujuan	Terselenggaranya pelayanan yang cepat, responsif dan mampu menyelamatkan pasien gawat darurat
Defenisi 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 Instalasi Gawat Darurat

6. Kepuasan Pelanggan pada Gawat Darurat

Judul	**Kepuasan Pelanggan pada Gawat Darurat**
Dimensi Mutu	Kenyamanan
Tujuan	Terselenggaranya pelayanan gawat darurat yang mampu memberikan kepuasan pelanggan
Defenisi Operasional	Kepuasan adalah pernyataan tentang persepsi pelanggan terhadap pelayanan yang diberikan
Frekuensi Pengumpulan Data	Tiga bulan
Periode Analisa	Tiga bulan sekali
Numerator	Jumlah kumulatif rerata penilaian kepuasan pasien Gawat Darurat yang disurvei
Denominator	Jumlah seluruh pasien Gawat Darurat yang di survey (*minimal n=50*)
Sumber data	Survei
Standar	≥ 70 %
Penanggung jawab pengumpul data	PKMRS

7. Kematian Pasien ≤ 24 jam di Gawat Darurat

Judul	**Kematian Pasien ≤ 24 jam di Gawat Darurat**
Dimensi Mutu	Efektifitas dan Keselamatan
Tujuan	Terselenggaranya pelayanan yang efektif dan mampu menyelamatkan pasien gawat darurat
Defenisi 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 Instalasi Gawat Darurat

8. Tidak adanya keharusan untuk membayar uang muka

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

BUPATI NAGAN RAYA,

M. JAMIN IDHAM