



241/6-3-07

MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

**KEPUTUSAN MENTERI KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
NOMOR 213/MENKES/SK/II/2007
TENTANG**

**STANDAR PELAYANAN MINIMUM
RUMAH SAKIT PENYAKIT INFEKSI PROF.DR.SULIANTI
SAROSO JAKARTA**

MENTERI KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA,

- Menimbang:** bahwa untuk memenuhi ketentuan Pasal 3 huruf e dan Pasal 8 Peraturan Menteri Keuangan Nomor 07/PMK.02/2006, sebagai Satuan Kerja Instansi Pemerintah Menerapkan PPK-BLU, perlu menetapkan Standar Pelayanan Minimum Rumah Sakit Penyakit Infeksi Prof.DR.Sulianti Saroso Jakarta dengan Keputusan Menteri Kesehatan;
- Mengingat:**
1. Undang – Undang Nomor 23 tahun 1992 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Tahun 1992 Nomor 100, Tambahan Lembar Negara Nomor 3495);
 2. Undang – Undang Nomor 29 tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran (Lembaran Negara Tahun 2004 Nomor 116, Tambahan Lembar Negara Nomor 4431);
 3. Peraturan Pemerintah Nomor 32 tahun 1996 tentang Tenaga Kesehatan (Lembaran Negara Tahun 1996 Nomor 49, Tambahan Lembar Negara Nomor 3637);
 4. Peraturan Pemerintah Nomor 23 Tahun 2005 tentang Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum (Lembaran Negara Tahun 2005 Nomor 48, Tambahan Lembar Negara Nomor 4502);
 5. Peraturan Pemerintah Nomor 65 Tahun 2005 tentang Pedoman Penyusunan dan Penerapan Standar Pelayanan Minimum (Lembaran Negara Tahun 2005 Nomor 150, Tambahan Lembar Negara Nomor 4585);
 6. Peraturan Menteri Keuangan Nomor 07/pmk.02/2006 tentang Persyaratan Administrasi Dalam Rangka Pengusulan dan Penetapan Satuan Kerja Instansi Pemerintah Untuk Menerapkan Pola Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum;



**MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA**

MEMUTUSKAN :

- Menetapkan :**
- Kesatu :** **KEPUTUSAN MENTERI KESEHATAN TENTANG STANDAR PELAYANAN MINIMUM RUMAH SAKIT PENYAKIT INFEKSI PROF.DR.SULIANTI SAROSO JAKARTA .**
- Kedua :** Standar Pelayanan Minimum dimaksud Diktum Kesatu sebagaimana terlampir dalam Lampiran Keputusan ini.
- Ketiga :** Standar Pelayanan Minimum dimaksud Diktum Kedua agar digunakan sebagai acuan oleh Rumah Sakit dalam pemberian pelayanan kesehatan kepada masyarakat.
- Keempat :** Kepala Dinas Kesehatan Propinsi dan Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota melakukan pembinaan dan pengawasan pelaksanaan keputusan ini dengan mengikutsertakan organisasi profesi terkait sesuai tugas dan fungsi masing-masing.
- Kelima :** Keputusan ini mulai berlaku sejak tanggal ditetapkan.

**Ditetapkan di JAKARTA
Pada Tanggal 20 Februari 2007**



MENTERI KESEHATAN,

Dr. dr. SITI FADILAH SUPARI, Sp.JP (K)



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

Lampiran
Keputusan Menteri Kesehatan
Nomor : 213/MENKES/SK/II/2007
Tanggal : 20 Februari 2007

**STANDAR PELAYANAN MINIMUM
RUMAH SAKIT PENYAKIT INFEKSI PROF.DR.SULIANTI
SAROSO JAKARTA**

**STANDAR PELAYANAN MINIMAL
MEDIS**

Judul Indikator:	Kejadian Infeksi Karena Jarum Infus
Dimensi Mutu :	Standar kompetensi, keamanan
Tujuan Indikator :	Menunjukkan adanya permasalahan pada pemasangan infus.
Rasionalisasi :	Ketepatan tindakan pemasangan infus menghindarkan terjadinya infeksi.
Definisi terminologi yang digunakan :	<ul style="list-style-type: none">• Infeksi karena jarum infus adalah keadaan yang terjadi disekitar tusukan jarum infus di Rumah Sakit dan timbul setelah 3 x 24 jam dirawat di Rumah Sakit.• Infeksi ini ditandai dengan rasa panas, pengerasan dan kemerahan dengan atau tanpa nanah pada bekas daerah tusukan jarum infus dalam waktu 3 x 24 jam atau kurang dari waktu itu apabila infus masih terpasang
Frekuensi Updating Indikator :	Tiap bulan
Periode dilakukan analisis :	Tiap 3 bulan
Numerator:	Jumlah pasien dengan infeksi karena jarum infus.
Denominator:	Jumlah pasien yang dipasang infuse
Sumber data :	Instalasi Rawat Inap
Target :	0,2%
Penanggung jawab Pengumpul data :	- Kepala Bidang Keperawatan



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

**STANDAR PELAYANAN MINIMAL
MEDIS**

Judul Indikator :	Kejadian Penyulit / Infeksi Karena Transfusi Darah.
Dimensi Mutu :	Keamanan
Tujuan Indikator:	Menunjukkan permasalahan yang terjadi pada pasien yang dilakukan transfusi darah
Rasionalisasi :	Ketidaktepatan tindakan transfusi darah dapat menyebabkan penyulit dan memperpanjang LOS.
Definisi terminologi yang digunakan :	Transfusi darah yang dikerjakan tidak sesuai dengan prosedur yang berlaku akan menyebabkan dua kelainan yaitu : <ul style="list-style-type: none">• Terjadi kelainan / penyulit karena incompatibilitas (golongan darah tidak cocok).• Terjadi infeksi nosokomial dalam darah resipien karena ada bibit penyakit dalam darah donor tersebut dalam tiap waktu atau sesuai dengan masa inkubasi penyakit tersebut.
Frekuensi Updating Indikator :	Tiap bulan
Periode dilakukan analisis :	Tiap 3 bulan 1
Numerator :	Jumlah kejadian penyulit / infeksi karena transfusi darah
Denominator:	Jumlah pasien yang dilakukan transfusi darah
Sumber data :	- Instalasi Rawat Inap - Instalasi Bedah Sentral - Instalasi Rawat Darurat - Instalasi Rawat Intensif - Unit Haemodialisa - Kamar Bersalin
Target:	0,75%
Penanggungjawab/ Pengumpul data :	- Kepala Bidang Keperawatan



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

STANDAR PELAYANAN MINIMAL MEDIS

Judul Indikator :	Kelengkapan Pengisian Rekam Medik.
Dimensi Mutu :	Accountability
Tujuan Indikator :	Terpenuhinya SIM Rumah Sakit yang dapat dimanfaatkan bagi peningkatan mutu pelayanan di Rumah Sakit.
Rasionalisasi :	Dengan kelengkapan dan kebenaran rekam medis dapat diketahui dan dievaluasi sejauh mana mutu pelayanan yang diberikan kepada pasien.
Definisi terminologi yang digunakan :	<ul style="list-style-type: none">• Catatan medik disebut lengkap bila catatan medik tersebut telah berisi seluruh informasi tentang pasien, isi harus lengkap dan benar khususnya resume medis dan resume keperawatan termasuk seluruh hasil pemeriksaan penunjang.• Rekam medis disebut benar bila rekam medis tersebut sudah diperiksa kelengkapannya oleh kepala catatan medis atau petugas yang ditunjuk dan telah diperiksa oleh panitia RM tentang kebenaran isi resume yang dibuat termasuk adanya diagnosa akhir.• Waktu maksimal yang diharapkan yaitu 14 hari.
Frekuensi Updating Indikafor :	Tiap bulan
Periode dilakukan analisis :	Tiap 3 bulan
Numerator:	Jumlah Rekam Medik yang diisi dengan lengkap dan benar
Denominator:	Jumlah seluruh rekam medik
Sumber data :	Bagian Rekam Medik
Target :	90%
Penanggungjawab Pengumpul data :	- Kepala Bidang Keperawatan



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

STANDAR PELAYANAN MINIMAL MEDIS

Judul Indikator :	Kejadian Komplikasi Paska Bedah
Dimensi Mutu :	Standar kompetensi, keamanan
Tujuan Indikator :	Menunjukkan adanya permasalahan pada paska pembedahan.
Rasionalisasi :	Komplikasi paska bedah memperpanjang LOS.
Definisi terminologi yang digunakan :	<ul style="list-style-type: none">• Komplikasi paska bedah adalah terjadinya penyulit yang timbul setelah pembedahan yang dipersiapkan (elektif) dan dikategorikan menurut system tubuh manusia (misalnya system sirkulasi darah, system pernapasan dan lain-lain)• Bedah elektif adalah semua jenis pembedahan yang dipersiapkan terlebih dahulu baik pembedahan bersih maupun kotor.
Frekuensi Updating Indikator :	Tiap bulan
Periode dilakukan analisis :	Tiap 3 bulan
Numerator:	Jumlah kejadian komplikasi paska bedah.
Denominator:	Jumlah pembedahan bersih I elektif
Sumber data :	Instalasi Rawat Inap
Target:	0,25%
Penanggungjawab/ Pengumpul data :	- Kepala Bidang Keperawatan



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

**STANDAR PELAYANAN MINIMAL
MEDIS**

Judul Indikator :	Kejadian Waktu / Masa Tunggu Sebelum Operasi Elektif.
Dimensi Mutu :	Kepastian, efisiensi
Tujuan Indikator :	Memberikan signal manajemen pelayanan terhadap pasien yang akan dioperasi dan telah direncanakan secara efektif dan efisien.
Rasionalisasi :	Makin pendek waktu tunggu, cepat penanganan terhadap pasien
Definisi terminologi yang digunakan :	<ul style="list-style-type: none">• Masa tunggu operasi elektif adalah waktu yang diperlukan pasien sejak masuk rumah sakit sampai dengan dilakukannya operasi elektif.• Waktu ini tidak termasuk yang diperlukan untuk pemeriksaan penunjang yang biasanya dilakukan dengan berobat jalan.• Waktu tunggu tidak boleh lebih lama dari 3 x 24 jam.
Frekuensi Updating Indikator :	Tiap bulan
Periode dilakukan analisis :	Tiap 3 bulan
Numerator:	Jumlah waktu / masa tunggu operasi lebih 3 x 24 jam.
Denominator :	Jumlah tindakan operasi elektif.
Sumber data :	Semua Instalasi Rawat Inap
Target :	6 %
Penanggungjawab/Pengumpul data :	- Kepala Bidang Keperawatan



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

**STANDAR PELAYANAN MINIMAL
MEDIS**

Judul Indikator :	Kesesuaian Hasil PA Pada Pasien Post Appendektomi.
Dimensi Mutu :	Standar kompetensi, keamanan
Tujuan Indikator :	Mengetahui kesesuaian antara hasil PA dengan diagnosa sebelumnya.
Rasionalisasi :	Menunjukkan tingkat kompetensi dokter spesialis bedah rumah sakit.
Definisi terminologi yang digunakan :	Hasil pemeriksaan PA dikatakan sesuai bila hasil pemeriksaan patologi anatomi pada jaringan appendik post operasi sesuai dengan diagnosa klinis yang ditegakkan oleh dokter sebelum pasien dioperasi.
Frekuensi Updating Indikator :	Tiap bulan
Periode dilakukan analisis :	Tiap 3 bulan
Numerator:	Jumlah kesesuaian PA pada pasien post appendictomi.
Denominator:	Jumlah seluruh pasien appendictomi
Sumber data :	Instalasi Patologi Anatomi.
Target :	80%
Penanggungjawab/Pengumpul data :	- Kepala Bidang Keperawatan



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

STANDAR PELAYANAN MINIMAL MEDIS

Judul Indikator :	Kematian Ibu Karena Eklampsia
Dimensi Mutu ;	Standar kompetensi, keamanan
Tujuan Indikator :	Memberikan signal pelayanan terhadap ibu hamil dengan eklampsia tebih tinggi atau lebih rendah dibandingkan rata-rata Rumah Sakit lain.
Rasionalisasi :	Ketepatan penanganan pada ibu dengan eklampsia.
Definisi terminologi yang digunakan ;	<ul style="list-style-type: none">• Eklampsia menurut Standar Pelayanan Medis (Desember 2006) adalah suatu kelainan akut pada wanita hamil, dalam persalinan atau nifas yang ditandai adanya kejang-kejang atau konvulsi.• Gejala pre eklampsia yaitu hipertensi, proteinuri dan edema yang terjadi pada trimester kehamilan.• Tanda-tanda pre eklampsia berat yaitu tekanan darah sistolik > 160 mmHg dan diastolic > 110 mmHg, proteinuri > 5 gr/ 24 jam, oliguri (urine < 400 cc/ 24 jam), gangguan visual & cerebral, nyeri epigastrium, edema paru-paru atau cyanosis.
Frekuensi Updating Indikator :	Tiap bulan
Periode dilakukan analisis :	Tiap 3 bulan
Numerator:	Jumlah kematian ibu dengan eklampsia.
Denominator:	Jumlah ibu dengan eklampsia yang dirawat
Sumber data ;	<ul style="list-style-type: none">- Instalasi Rawat Inap (Ruang Kebidanan)- Kamar Bersalin- Instalasi Rawat Intensif- Rekam Medik
Target:	2 %
Penanggungjawab/Pengumpul data :	- Kepala Bidang Keperawatan



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

STANDAR PELAYANAN MINIMAL MEDIS

Judul Indikator :	Kematian Ibu Karena Perdarahan
Dimensi Mutu :	Standar kompetensi, keamanan
Tujuan Indikator :	Menunjukkan permasalahan dalam pengelolaan ibu dengan perdarahan.
Rasionalisasi :	Ketetapan pengelolaan ibu dengan perdarahan.
Definisi terminologi yang digunakan :	<ul style="list-style-type: none">• Kematian ibu karena perdarahan adalah kematian ibu yang disebabkan karena perdarahan yang dapat terjadi pada semua kala dalam persalinan.• Kematian ibu ini biasanya disebabkan oleh kegagalan uri (placenta) untuk keluar secara spontan (retensio placenta) setelah ibu melahirkan dan tidak berkontraksinya rahim ibu (atonia uteri) dimana kedua sebab ini menyebabkan perdarahan.
Frekuensi Updating Indikator :	Tiap bulan
Periode dilakukan analisis :	Tiap 3 bulan
Numerator:	Jumlah kematian ibu karena perdarahan.
Denominator:	Jumlah ibu post partum dengan perdarahan.
Sumber data :	<ul style="list-style-type: none">- Instalasi Rawat Inap (ruang kebidanan)- Instalasi Rawat Intensif- Kamar Bersalin- Rekam Medik
Target:	1 %
Penanggungjawab Pengumpul data :	- Kepala Bidang Keperawatan



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

**STANDAR PELAYANAN MINIMAL
MEDIS**

Judul Indikator :	Kematian Ibu Melahirkan Karena Sepsis.
Dimensi Mutu :	Standar kompetensi, keamanan
Tujuan Indikator :	Memberikan signal apakah pelayanan pada persalinan sesuai standar pelayanan.
Rasionalisasi :	Kematian ibu karena sepsis disebabkan oleh pertolongan persalinan yang tidak sesuai standar profesi dan prosedur aseptik & antiseptik yang ditetapkan.
pebnisi ferminologi yang digunakan :	Kematian ibu karena sepsis adalah kematian ibu yang disebabkan karena keracunan darah dan biasanya ditandai dengan demam yang tinggi sekali setelah persalinan.
Frekuensi Updating Indikator :	Tiap bulan
Periode dilakukan analisis :	Tiap 3 bulan
Numerator :	Jumlah kematian ibu karena sepsis.
Denominator:	Jumlah ibu post partum dengan sepsis
Sumber data :	- Instalasi Rawat Inap (ruang kebidanan) - Instalasi Rawat Intensif - Rekam Medik
Target:	0,5%
Penanggungjawab/ Pengumpul data :	- Kepala Bidang Keperawatan



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

STANDAR PELAYANAN MINIMAL MEDIS

Judul Indikator :	Kecepatan Pelayanan Pertama Pasien Gawat Darurat (Respons Time).
Dimensi Mutu :	Kecepatan, keamanan, ketepatan.
Tujuan Indikafor :	Menunjukkan apakah pelayanan digawat darurat telah sesuai dengan tujuan life seving.
Rasionalisasi :	Kecepatan pelayanan pertama pasien gawat darurat akan menyelamatkan jiwa pasien.
Definisi terminologi yang digunakan :	<ul style="list-style-type: none">• Pelayanan pertama gawat darurat dikatakan cepat bila penderita gawat clan atau darurat dilayani dengan tindakan life seving oleh petugas tidak lebih dari 5 menit.• Petugas gawat darurat adalah petugas yang bekerja diruang gawat darurat yang telah dilatih PPGD• Tindakan gawat darurat atau life seving adalahtindakan yang ditujukan untuk menyelamatkan jiwamanusia yang sedang terancam karena penyakit atau luka-luka yang dideritanya
Frekuensi Updating Indikator :	Tiap bulan
Periode dilakukan analisis :	Tiap 3 bulan
Numerator:	Jumlah pasien gawat darurat yang ditangani tidak lebih dari 5 menit.
Denominator:	Jumlah seluruh pasien gawat darurat
Sumber data :	Rekam Medik
Target:	90%
Penanggungjawab/Pengumpul data :	- Kepala Bidang Keperawatan



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

STANDAR PELAYANAN MINIMAL MEDIS

Judul Indikator :	Keterlambatan Pelayanan Rawat Jalan.
Dimensi Mutu :	Kecepatan, ketepatan
Tujuan Indikator :	Mengetahui adanya permasalahan dalam pelayanan pasien rawat jalan.
Rasionalisasi :	Keterlambatan pelayanan rawat jalan menunjukkan rendahnya mutu pelayanan.
Definisi terminologi yang digunakan :	<ul style="list-style-type: none">• Pelayanan pasien rawat jalan dikatakan terlambat bila petugas poliklinik memulai pelayanan/ pemeriksaan pada pasien rawat jalan lebih dari jam 08.00 WIB• Petugas poliklinik adalah petugas yang bekerja dipoliklinik : dokter, perawat.• Pelayanan/ pemeriksaan adalah semua tindakan yang dilakukan oleh perawat/ dokter yang meliputi : anamnese, pemeriksaan fisik, pemeriksaan penunjang
Frekuensi Updating Indikator :	Tiap bulan
Periode dilakukan analisis :	Tiap 3 bulan
Numerator:	Jumlah poliklinik yang memulai pelayanan lebih 08.00 WIB.
Denominator:	Jumlah seluruh poliklinik yang memberi pelayanan.
Sumber data :	Instalasi Rawat Jalan
Target :	0 %
Penanggungjawa/ Pengumpul data :	- Kepala Bidang Keperawatan



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

**STANDAR PELAYANAN MINIMAL
MEDIS**

Judul Indikator:	Keterlambatan Pelayanan Rekam Medis Rawat Jalan.
Dimensi Mutu :	Kecepatan, ketepatan
Tujuan Indikator :	Menunjukkan adanya permasalahan pada pelayanan Rekam Medik rawat jalan.
Rasionalisasi :	Keterlambatan pelayanan Rekam Medik menyebabkan keterlambatan pelayanan pasien.
Definisi terminologi yang digunakan :	Pelayanan rekam medis rawat jalan dikatakan terlambat bila pelayanan rekam medis pasien rawat jalan lebih dari 15 menit sejak pasien mendaftarkan di loket CM sampai di poliklinik yang dituju.
Frekuensi Updating Indikator :	Tiap bulan
Periode dilakukan analisis :	Tiap 3 bulan
Numerator :	Jumlah Rekam Medik rawat jalan yang terlayani lebih dari 15 menit.
Denominator:	Jumlah seluruh pelayanan Rekam Medik.
Sumber data :	- Instalasi Rawat Jalan - Rekam Medik.
Target:	10%
Penanggungjawab/Pengumpul data :	- Kepala Bidang Keperawatan



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

STANDAR PELAYANAN MINIMAL KEPERAWATAN

Judul Indikator :	Kejadian Dikubitus
Dimensi Mutu :	Standar kompetensi, keamanan
Tujuan Indikafor :	Menunjukkan mutu asuhan keperawatan pada tirah baring lama
Rasionalisasi :	Dikubitus memperpanjang hari rawat / LOS.
Deknisi terminologi yang digunakan :	<ul style="list-style-type: none">• Luka dikubitus adalah luka pada kulit atau jaringan dibawahnya yang terjadi di Rumah Sakit di karenakan tekanan yang terus menerus akibat tirah baring lama.• Luka bisa terjadi bila pasien tirah baring total tidak dilakukan mobilisasi minimal 2 x dalam 24 jam.• Luka terjadi pada daerah yang tertekan (bokong, punggung, siku, tumit) Tirah baring adalah pasien yang berbaring total dan tidak dapat bergerak, bukan karena instruksi atau pengobatan lama.
Frekuensi Updating Indikator :	Tiap bulan.
Periode dilakukan analisis :	Tiap 3 bulan
Numerator :	Jumlah pasien dengan dikubitus
Denominator:	Jumlah pasien dengan tirah baring lama bukan karena instruksi atau pengobatan.
Sumber data :	Instalasi Rawat Inap
Target :	0,1 %
Penanggungjawab/Pengumpul data :	<ul style="list-style-type: none">- Kepala Bidang Keperawatan- Kepala Ruang



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

STANDAR PELAYANAN MINIMAL KEPERAWATAN

Judul Indikator :	Kejadian Infeksi Luka Operasi
Dimensi Mutu :	Standar kompetensi, keamanan
Tujuan Indikator :	Menunjukkan mutu asuhan keperawatan pasca bedah.
Rasionalisasi :	Infeksi luka operasi disebabkan pelayanan tidak sesuai standar dan memperpanjang LOS.
Definisi terminologi yang digunakan :	<ul style="list-style-type: none">• Infeksi luka operasi adalah adanya infeksi nosokomial pada semua kategori sayatan operasi bersih yang dilaksanakan di Rumah Sakit dan ditandai oleh rasa panas, kemerahan, pengerasan dan keluarnya nanah/pus dengan atau tanpa dibuktikan oleh pemeriksaan mikrobiologi dalam waktu lebih dari 3 x 24 jam. Yang dinyatakan oleh dokter yang merawat bahwa infeksi luka operasi.• Operasi bersih yaitu keadaan pra bedah tanpa luka, atau operasi melibatkan luka steril dan dilakukan dengan memperlihatkan prosedur aseptik dan antiseptik dan disiapkan lebih dulu/ operasi elektif• Operasi bersih terkontaminasi yaitu keadaan prabedah tanpa luka atau operasi yang melibatkan daerah yang dapat menyebabkan infeksi. Misalnya: tractus respiratorius, orofaringeus, tractus digestivus dan biier, orogenitalis dan apabila dipasang drain.
Frekuensi Updating Indikator :	Tiap bulan
Periode dilakukan analisis :	Tiap 3 bulan
Numerator:	Jumlah infeksi luka operasi.
Denominator:	Jumlah tindakan operasi bersih / elektif
Sumber data :	Instalasi Rawat Inap
Target:	0,3%
Penanggungjawab/ Pengumpul data :	- Kepala Bidang Keperawatan - Kepala Ruang



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

STANDAR PELAYANAN MINIMAL KEPERAWATAN

Judul Indikator :	Perpanjangan Masa Rawat Ibu Melahirkan.
Dimensi Mutu :	Standar kompetensi, accountability
Tujuan Indikator :	Menunjukkan tingkat mutu pelayanan ibu bersalin baik pada persalinan normal maupun persalinan dengan penyulit (termasuk operasi).
Rasionalisasi :	Perpanjangan masa rawat disebabkan pelayanan tidak sesuai standard dan mengakibatkan in efisien.
Definisi terminologi yang digunakan :	<ul style="list-style-type: none">• Perpanjangan masa rawat ibu melahirkan adalah bertambahnya hari rawat inap ibu-ibu sehat (tanpa penyakit lain yang menyertai) yang melahirkan baik secara normal maupun dengan penyulit (forceps, decapitasi, induksi maupun dengan section caesaria)• Sasaran : untuk partus normal tidak lebih dari 3 dan untuk partus penyulit tidak lebih dari 6 hari.
Frekuensi Updating Indikafor :	Tiap bulan
Periode dilakukan analisis :	Tiap 3 bulan
Numerator:	Jumlah ibu melahirkan yang dirawat lebih dari 3 hari (partus normal) dan lebih dari 6 hari (partus dengan tindakan).
Denominator :	Jumlah ibu melahirkan (normal maupun dengan tindakan).
Sumber data :	<ul style="list-style-type: none">- Instalasi Rawat Inap (ruang kebidanan)- Rekam Medik- Instalasi Bedah Sentral
Target:	0,1 %
Penanggungjawab/ Pengumpul data :	<ul style="list-style-type: none">- Kepala Bidang Keperawatan- Kepala ruang



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

STANDAR PELAYANAN MINIMAL KEPERAWATAN

Judul Indikator:	Kematian Bayi Dengan BB \leq 2000 gr.
Dimensi Mutu :	Standar kompetensi, keamanan
Tujuan Indikator :	Menunjukkan tingkat mutu pelayanan / keperawatan pada bayi dengan BB \leq 2000 gr di unit perinatologi.
Rasionalisasi :	Ketepatan penanganan bayi dengan BB \leq 2000 gr.
Definisi terminologi yang digunakan :	<ul style="list-style-type: none">• Untuk dapat membedakan secara jelas pengaruh berat badan bayi baru lahir pada angka kematian bayi dipakai patokan berat badan 2000 gr.• Angka ini menunjukkan prosentase banyaknya bayi baru lahir dengan berat badan \leq 2000 gr yang lahir dalam bulan tersebut
Frekuensi Updating Indikator :	Tiap bulan
Periode dilakukan analisis :	Tiap 3 bulan
Numerator:	Jumlah bayi dengan BB $<$ 2000 gr yang meninggal.
Denominator:	Jumlah seluruh bayi dengan BB \leq 2000 gr yang dirawat.
Sumber data :	- Instalasi Rawat Inap (ruang perinatologi) - Rekam Medik
Target :	30%
Penanggungjawab/ Pengumpul data :	- Kepala Bidang Keperawatan - Kepala Ruang



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

**STANDAR PELAYANAN MINIMAL
INSTALASI RAWAT DARURAT**

Judul Indikator :	Kecepatan penanganan pasien
Dimensi Mutu :	Waktu, keamanan, accountability
Tujuan Indikator :	Untuk mengetahui mutu pelayanan dalam hal kecepatan waktu penanganan pasien.
Rasionalisasi :	Kecepatan waktu di IRD sangat menentukan dalam keberhasilan penanganan pasien.
Definisi terminologi yang digunakan :	Penanganan pasien di IRD adalah penanganan pasien untuk mengatasi kegawat daruratan dengan cepat dan tepat.
Frekuensi updating indikator :	Tiap hari
Periode dilakukan analisis :	Tiap minggu
Numerator :	Jumlah pasien yang ditangani \leq 1 menit.
Denominator:	Jumlah seluruh pasien yang ditangani
Sumber data :	Buku registrasi pasien
Target :	99 %
Penanggung jawab/pengumpul data :	Ka. IRD



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

**STANDAR PELAYANAN MINIMAL
INSTALASI RAWAT JALAN**

Judul Indikator :	Kecepatan penanganan pasien / waktu tunggu pasien
Dimensi Mutu :	Waktu, accountability
Tujuan Indikator :	Untuk mengetahui adanya permasalahan dalam kecepatan penanganan pasien.
Rasionalisasi :	Kecepatan penanganan pasien sangat dibutuhkan dalam pelayanan.
Definisi terminologi yang digunakan :	Kecepatan penanganan pasien adalah waktu yang dibutuhkan sejak pasien datang di IRJ sampai diperiksa oleh dokter.
Frekuensi updating indikator :	Tiap hari
Periode dilakukan analisis :	Tiap minggu
Numerator:	Jumlah pasien yang ditangani <_ 30 menit
Denominator:	Jumlah seluruh pasien yang ditangani di IRJ.
Sumber data :	Buku registrasi kunjungan pasien Laporan bulanan waktu tunggu pasien
Target :	75 %
Penanggung jawab/ pengumpul data :	Ka. IRJ Panitia Mutu



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

**STANDAR PELAYANAN MINIMAL
INSTALASI RAWAT JALAN**

Judul Indikator :	Jam buka dan tutup poliklinik IRJ
Dimensi Mutu :	Waktu, akuntabilitas
Tujuan Indikator :	Meningkatkan disiplin dokter, perawat dan pasien
Rasionalisasi :	Pelayanan yang tepat waktu sangat dibutuhkan baik bagi petugas kesehatan maupun bagi pasien
Definisi terminologi yang digunakan :	Jam buka dan tutup poliklinik adalah waktu yang diberikan kepada pasien untuk berobat / berkonsultasi dengan dokter, yaitu pukul 09:00 sampai dengan pukul 13:00 WIB
Frekuensi updating indikator :	Tiap hari kerja
Periode dilakukan analisis :	Tiap bulan
Numerator:	Jumlah pasien yang dilayani periode waktu pikul 09:00 – 13:00 WIB
Denominator:	Total kunjungan pasien di IRJ.
Sumber data :	Register rawat jalan
Target :	75 %
Penanggung jawab/ pengumpul data :	Wadir Pelayanan Medis Komite Medik Kepala SMF



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

**STANDAR PELAYANAN MINIMAL
INSTALASI RAWAT INAP**

Judul Indikator :	NETT DEATH RATE (NDR) di Instalasi Rawat Inap (IRNA) RSPI-SS
Dimensi Mutu :	Efektifitas pelayanan, ketepatan dan kompetensi teknis
Tujuan Indikator :	Melayani mutu pelayanan di IRNA RSPI-SS
Rasionalisasi :	NDR sangat diperlukan untuk menilai mutu pelayanan di IRNA
Definisi terminologi yang digunakan :	NDR adalah semua pasien yang meninggal di IRNA RSPI-SS setelah dilakukan perawatan diatas 48 jam
Frekuensi updating indikator :	1 kali / bulan
Periode dilakukan analisis :	2002 s/d 2006 (okt 06)
Numerator:	Semua pasien yang meninggal setelah dirawat diatas 48 jam di IRNA RSPI-SS pada waktu tertentu
Denominator:	Semua pasien pulang dari IRNA RSPI-SS pada waktu atau periode yang sama
Sumber data :	Status rekam medik, register rawat jalan, laporan bulanan IRNA
Target:	4 %
Penanggung jawab/ pengumpul data :	Instalasi Rawat inap



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

STANDAR PELAYANAN MINIMAL
Psikologi

Judul Indikator :	Pelayanan Psikolog terhadap pasien HIV/AIDS di RSPI. Sulianti Saroso
Dimensi Mutu :	Kenyamanan pasien, keterbukaan pasien, ketepatan terapi, peningkatan motivasi pasien
Tujuan Indikator :	Mengurangi masalah yang menghambat proses pengobatan pada pasien
Rasionalisasi :	Penderita HIV/AIDS selain memerlukan pemeriksaan dan tindakan medis juga psikologis sehingga diharapkan pasien menjadi lebih kooperatif dan komunikatif terhadap proses pengobatan yang diberikan
Definisi terminologi yang digunakan :	Pelayanan Psikologi adalah suatu kegiatan yang dilakukan oleh psikolog dalam memberikan jasa dan praktek kepada masyarakat (pasien) dalam pemecahan masalah psikologis yang bersifat individual maupun kelompok dengan menerapkan psikodiagnostik Pasien HIV/AIDS adalah pasien yang menurun system kekebalan tubuhnya dikarenakan telah terinfeksi virus HIV
Frekuensi updating indikator :	Setiap Minggu
Periode dilakukan analisis :	Setiap Bulan
Numerator:	Jumlah pasien HIV/AIDS yang dirujuk
Denominator:	Jumlah pasien HIV/AIDS yang berhasil ditangani
Sumber data :	Buku Register
Target:	60 %
Penanggung jawab/ pengumpul data :	Petugas konseling dan psikologis Ka. Instalasi Rehabilitasi Medik



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

STANDAR PELAYANAN MINIMAL INSTALASI GIZI

Judul indikator :	Kebutuhan nutrisi makanan sonde pasien rawat inap
Dimensi mutu :	Ketepatan , Ketepatan
Tujuan :	Untuk mengetahui mutu dalam melayani kebutuhan nutrisi pasien diit sonde
Rasionalisasi :	<ul style="list-style-type: none">• Terpenuhinya kebutuhan nutrisi pasien yang mendapat diit sonde• Mendukung proses penyembuhan• Memperpendek lama inap
Definisi terminologi yang digunakan :	Kebutuhan nutrisi adalah jumlah nutrisi minimal yang harus dipenuhi. Makanan sonde adalah makanan / nutrien dalam bentuk cair yang diberikan lewat saluran cerna dengan menggunakan selang khusus
Frekuensi updating indikator :	Setiap hari
Periode dilakukan analisis :	Tiap bulan
Numerator:	Jumlah pasien dengan diet sonde yang terpenuhi kebutuhan nutrisinya.
Denumerator :	Jumlah pasien dengan diet sonde di ruang rawat inap.
Sumber data :	Observasi di dapur pengolahan sonde dan RRI
Target :	25 % terpenuhi kebutuhan nutrisinya
Penanggung jawab/ pengumpul data :	Ahli Gizi, Ka. Instalasi Gizi



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

**STANDAR PELAYANAN MINIMAL
INSTALASI GIZI**

Judul indikator :	Penampilan lauk hewani dan lauk nabati pasien non diet di ruang rawat inap
Dimensi mutu :	Relevansi , Efisiensi
Tujuan :	Untuk mengetahui mutu penampilan makanan.
Rasionalisasi :	Asupan makan yang baik membantu proses penyembuhan penyakit.
Definisi terminologi yang digunakan :	Penampilan lauk hewani adalah penampilan/hasil akhir dari suatu masakan lauk hewani tertentu sesuai standar resep
Frekuensi updating indikator :	3 kali sehari (tiap waktu makan)
Periode dilakukan analisis :	Satu siklus menu (tiap 3 bulan sekali)
Numerator:	<ol style="list-style-type: none">1. Jumlah masakan lauk hewani yang sesuai resep dalam satu siklus menu (33 masakan)2. Jumlah masakan lauk nabati yang sesuai resep dalam satu siklus menu (28 masakan)
Denominator:	<ol style="list-style-type: none">1. Jumlah masakan lauk hewani dalam satu siklus menu (47 masakan)2. Jumlah masakan lauk nabati dalam satu siklus menu (39 masakan)
Sumber data :	Observasi di ruang pengolahan dan distribusi lauk hewani dan lauk nabati
Target :	80%. Hasil: Lauk hewani 70,2 % dan Lauk nabati 71,8 %
Penanggung jawab/ pengumpul data :	Ahli Gizi Ka. Instalasi Gizi



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

**STANDAR PELAYANAN MINIMAL
INSTALASI GIZI**

Judul Indikator :	Penyajian makan pagi pasien IRNA
Dimensi mutu :	Ketepatan waktu
Tujuan :	Untuk menunjukkan tingkat ketepatan waktu pemberian makan pagi.
Rasionalisasi ;	Ketepatan jam makan mendukung proses penyembuhan
Definisi terminologi yang digunakan :	Penyajian makan pagi adalah kegiatan pemberian makanan dan minuman pasien di IRNA pada jam 07.00
Frekuensi updating indikator :	Setiap hari
Periode dilakukan analisis :	1 Bulan
Numerator:	Jumlah pasien yang mendapat makan pagi sesuai standar
Denominator:	Jumlah pasien yang mendapat makan pagi di IRNA.
Sumber data :	Observasi di ruang distribusi dan RRI
Target:	60%
Penanggung jawab/ pengumpul data :	Ahli Gizi Ka. Instalasi Gizi



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

**STANDAR PELAYANAN MINIMAL
INSTALASI BEDAH SENTRAL**

Judul Indikator:	Frekuensi penggunaan kamar operasi untuk operasi elektif (pagi hari).
Dimensi Mutu :	Menyelenggarakan pelaksanaan operasi di IBS berjalan secara optimal, nyaman dan aman.
Tujuan Indikator :	Untuk memberikan pelayanan kepada pasien dengan efisien, aman dan mencapai hasil yang diinginkan.
Rasionalisasi :	Mengingat jumlah SDM (shift pagi) 7 orang, untuk keperluan 1 (satu) kamar operasi, 1 (satu) ruang penerima pasien, 1 (satu) ruang pemulihan pelayanan operasi berdasar interpersonal relationship.
Definisi terminologi yang digunakan :	Frekuensi penggunaan kamar operasi untuk operasi elektif (pagi hari) adalah penggunaan 1 (satu) kamar operasi untuk operasi satu orang.
Frekuensi up dating indikator :	Tiap hari
Periode dilakukan analisis :	Tiap satu bulan
Numerator:	Jumlah pasien yang dioperasi tiap bulan (shift pagi)
Denominator:	Jumlah kamar operasi x jumlah hari kerja per bulan x 1
Sumber data :	IBS
Target :	50%
Penanggung jawab/ pengumpul data :	Ka. IBS



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

**STANDAR PELAYANAN MINIMAL
INSTALASI BEDAH SENTRAL**

Judul Indikator :	Penundaan operasi elektif
Dimensi Mutu :	Memberi pelayanan penderita dengan aman, nyaman, efektif dan efisien.
Tujuan Indikator:	Untuk mencegah / meminimalisasi penundaan penderita operasi elektif
Rasionalisasi :	<ul style="list-style-type: none">• Untuk memberi perasaan "melayani yang baik" kepada penderita• Untuk memberi kepuasan kepada penderita• Untuk melayani tepat waktu
Definisi terminologi yang digunakan :	Penundaan operasi elektif adalah pasien operasi elektif, yang ditunda pelaksanaan operasinya sesudah ≥ 24 jam.
Frekuensi updating indikator :	Tiap minggu
Periode dilakukan analisis :	Tiap bulan
Numerator:	Jumlah pasien yang ditunda operasi (elektif)
Denominator:	Jumlah seluruh pasien yang dioperasi (elektif)
Sumber data :	[RNA & IBS
Target :	≤ 25 %
Penanggung jawab/ pengumpul data :	Ka. IBS & Ka. IRNA



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

**STANDAR PELAYANAN MINIMAL
INSTALASI BEDAH SENTRAL**

Judul Indikator :	Kecepatan waktu tunggu konsultasi intra operatif (intra dan interdisiplin ilmu)
Dimensi Mutu :	Menangani penderita dengan TEPAT sesuai kompetensi dan pelayanan yang dibutuhkan pasien tersedia, berkelanjutan dan terkoordinir
Tujuan Indikator :	Supaya dapat memberi pelayanan (tindakan operasi) CEPAT dan TEPAT kepada pasien intraoperatif yang dikonsultasikan.
Rasionalisasi :	Pelayanan konsultasi intraoperatif yang tidak cepat, bisa menyebabkan kesalahan penanganan, hasil operasi yang tidak baik, dan membuat kerugian penderita.
Definisi terminologi yang digunakan :	Kecepatan waktu tunggu konsultasi intra operatif (intra dan interdisiplin ilmu) adalah konsultasi yang dilakukan intraoperatif memerlukan waktu kurang dari 30 menit
Frekuensi updating indikator	Tiap hari
Periode dilakukan analisis :	Tiap 1 (satu) bulan
Numerator:	Jumlah konsultasi yang dilakukan lebih 30 menit
Denominator :	Jumlah pasien yang dikonsultasikan
Sumber data :	IBS
Target :	$\leq 10\%$
Penanggung jawab/ pengumpul data :	Ka. IBS



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

**STANDAR PELAYANAN MINIMAL
INSTALASI BEDAH SENTRAL**

Judul Indikator :	Waktu tunggu operasi
Dimensi Mutu :	Melayani penderita dengan penuh perhatian, hormat dan sopan serta memberi perhatian yang lebih baik kepada penderita sebagai pelanggan.
Tujuan Indikator :	Supaya dapat memberi pelayanan kepada penderita secara CEPAT, TEPAT & SELAMAT
Rasionalisasi :	Dengan waktu tunggu yang operasi yang pendek dapat <ul style="list-style-type: none">• Mengurangi masa rawat inap (LOS)• Mengurang INOS• Mengurangi biaya perawatan• Mengurangi ketidak nyamanan penderita / komplain• Memberi kepuasan kepada penderita
Definisi terminologi yang digunakan :	Waktu tunggu operasi adalah waktu tunggu pasien elektif pre operasi selama 2 hari
Frekuensi updating indikator :	Tiap bulan
Periode dilakukan analisis :	Tiap 3 (tiga) bulan
Numerator:	Pasien yang waktu tunggu \leq 2 hari
Denominator:	Jumlah pasien yang dioperasi
Sumber data :	IBS & IRNA
Target :	50%
Penanggung jawab pengumpul/ data :	Ka. IBS & Ka. IRNA



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

STANDAR PELAYANAN MINIMAL INSTALASI BEDAH SENTRAL

Judul Indikator :	Kesalahan tindakan perioperatif
Dimensi Mutu :	Melaksanakan tindakan operasi dengan benar, berdasar ilmu pengetahuan untuk mencapai hasil yang diinginkan dan dapat dipertanggung jawabkan (secara medis dan hukum).
Tujuan Indikator :	Supaya dapat : <ul style="list-style-type: none">• Mencegah kesalahan penanganan di IBS• Mencegah komplikasi perioperatif• Mengurangi morbiditas dan mortalitas penderita
Rasionalisasi :	<ul style="list-style-type: none">• Dengan kesalahan tindakan perioperatif akan mendapatkan hasil yang kurang memuaskan• Membuat kerugian bagi penderita
Definisi terminologi yang digunakan :	Kesalahan tindakan perioperatif adalah kekeliruhan penanganan pasien yang tidak sesuai dengan standar pelayanan
Frekuensi updating indikator :	Tiap hari
Periode dilakukan analisis :	Tiap 3 (tiga) bulan
Numerator:	Jumlah kasus yang dilakukan tidak sesuai dengan standar pelayanan
Denominator:	Jumlah kasus yang dilakukan selama 3 (tiga) bulan
Sumber data	IBS
Target :	≤ 10 %
Penanggung jawab/ pengumpul data .	Ka. IBS



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

STANDAR PELAYANAN MINIMAL INSTALASI RAWAT INTENSIF

Judul Indikator :	Angka kejadian phlebitis di IRI
Dimensi Mutu :	<ul style="list-style-type: none">• Keselamatan pasien;• Kenyamanan pasien;• Efisiensi biaya;• Ketepatan pelayanan asuhan keperawatan.
Tujuan Indikator :	Untuk menunjukkan mutu pelayanan asuhan keperawatan.
Rasionalisasi :	Terjadinya phlebitis pada pasien akan berakibat menambah biaya, waktu perawatan dan mengancam jiwa pasien.
Definisi Terminologi yang digunakan :	Phlebitis adalah peradangan pada pembuluh darah vena akibat infeksi microbakterial atau iritasi alat dan bahan yang dipakai pada infuse.
Frekuensi updating indikator :	Setiap hari
Periode dilakukan analisis :	Satu bulan sekali
Numerator :	Jumlah pasien yang mengalami phlebitis dalam satu bulan.
Denominator:	Jumlah pasien yang dirawat.
Sumber Data :	Buku catatan pasien.
Target :	0%
Penanggung jawab :	<ul style="list-style-type: none">• Kepala Ruang IRI• Kepala IRI



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

**STANDAR PELAYANAN MINIMAL
INSTALASI RAWAT INTENSIF**

Judul Indikator :	Angka kejadian decubitus di IRI
Dimensi Mutu :	<ul style="list-style-type: none">• Keselamatan pasien;• Kenyamanan pasien;• Efisiensi biaya;• Ketepatan pelayanan asuhan keperawatan.
Tujuan Indikator :	Untuk menunjukkan mutu pelayanan asuhan keperawatan.
Rasionalisasi :	Terjadinya decubitus pada pasien tirah baring akan berakibat menambah biaya perawatan dan mengancam jiwa pasien.
Definisi Terminologi yang digunakan :	Decubitus adalah luka yang disebabkan oleh karena pasien tirah baring yang lama. Tirah Baring adalah pasien istirahat penuh semua kegiatan / aktifitas ditempat tidur dan dibantu perawat.
Frekuensi updating indikator:	Setiap hari Artinya setiap hari dilakukan pencatatan terhadap pasien dengan decubitus.
Periode dilakukan analisis :	Setiap bulan
Numerator :	Jumlah pasien tirah baring dengan decubitus dalam satu bulan.
Denominator:	Jumlah pasien dalam satu bulan.
Sumber Data :	Buku catatan pasien di IRI.
Target :	0%
Penanggung jawab :	<ul style="list-style-type: none">• Kepala Ruang IRI• Kepala IRI



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

**STANDAR PELAYANAN MINIMAL
INSTALASI RAWAT INTENSIF**

Judul Indikator :	Pergantian tugas jaga
Dimensi Mutu :	<ul style="list-style-type: none">• Keselamatan pasien;• Efisiensi waktu.
Tujuan Indikator :	Untuk mengetahui disiplin petugas.
Rasionalisasi :	Kedisiplinan petugas sangat membantu kelancaran pelayanan.
Definisi Terminologi yang digunakan :	Petugas jaga adalah perawat yang jaga sesuai dengan waktu yang telah ditentukan.
Frekuensi updating indikator :	Setiap minggu.
Periode dilakukan analisis :	Setiap bulan
Numerator :	Jumlah perawat yang datang terlambat kurang dari 30 menit.
Denominator:	Jumlah perawat yang bertugas saat itu sesuai jadwal dan jam dinas.
Sumber Data :	Buku daftar hadir.
Target :	50%
Penanggung jawab :	<ul style="list-style-type: none">• Kepala Ruang IRI• Kepala IRI



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

**STANDAR PELAYANAN MINIMAL
INSTALASI RAWAT INTENSIF**

Judul Indikator :	Peralatan medis siap pakai dan berfungsi dengan baik
Dimensi Mutu :	<ul style="list-style-type: none">• Keselamatan pasien dan Kenyamanan pasien;• Efisiensi
Tujuan Indikator :	Untuk mengetahui kesiapan alat untuk digunakan.
Rasionalisasi :	Alat medis yang siap pakai dan berfungsi dengan baik akan membantu penyembuhan, keamanan dan keselamatan pasien.
Definisi Terminologi yang digunakan :	Alat medis adalah alat yang dipakai untuk memonitor dan mengambil alih fungsi organ pasien.
Frekuensi updating indikator :	Setiap hari dilakukan pengecekan fungsi alat.
Periode dilakukan analisis :	Setiap bulan
Numerator :	Jumlah alat medis yang siap pakai dan berfungsi baik.
Denominator:	Jumlah seluruh alat medis di IRI.
Sumber Data :	Buku daftar inventaris alat medis di IRI.
Target :	90%
Penanggung jawab :	<ul style="list-style-type: none">• Kepala Ruang IRI• Kepala IRI



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

**STANDAR PELAYANAN MINIMAL
INSTALASI RAWAT INTENSIF**

Judul Indikator :	Pemberian oksigen yang tepat dosis
Dimensi Mutu :	Ketepatan, keamanan dan efisiensi
Tujuan Indikator :	Untuk mengetahui ketepatan dosis pemberian oksigen.
Rasionalisasi :	Dengan pemberian oksigen yang tepat akan mempercepat kesembuhan pasien dan efisiensi biaya.
Definisi Terminologi yang digunakan :	Pemberian oksigen tepat dosis merupakan salah satu therapy dalam penyembuhan. Dosis pemberian oksigen adalah jumlah oksigen yang diberikan dalam liter per menit (L/m).
Frekuensi updating indikator :	Setiap hari
Periode dilakukan analisis :	Setiap bulan
Numerator :	Jumlah pasien yang diberi oksigen tepat dosis.
Denominator :	Jumlah pasien yang diberi oksigen.
Sumber Data :	Buku laporan. Status pasien
Target :	100%
Penanggung jawab :	<ul style="list-style-type: none">• Kepala Ruang IRI• Kepala IRI



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

**STANDAR PELAYANAN MINIMAL
INSTALASI RAWAT INTENSIF**

Judul Indikator :	Visite dokter tepat waktu
Dimensi Mutu :	<ul style="list-style-type: none">• Ketepatan;• Kedisiplinan;• Keselamatan pasien;• Efisiensi waktu.
Tujuan Indikator :	Untuk mengetahui visite dokter yang tepat waktu.
Rasionalisasi :	Memperlancar pelayanan pasien.
Definisi Terminologi yang digunakan :	Visite yang tepat waktu adalah waktu visite yang dimulai kurang dari jam 09.00 WIB.
Frekuensi updating indikator :	Setiap bulan.
Periode dilakukan analisis :	Setiap bulan
Numerator :	Jumlah visite dokter yang tepat waktu.
Denominator:	Jumlah semua visite dokter
Sumber Data :	Daftar hadir.
Target :	50%
Penanggung jawab :	<ul style="list-style-type: none">• Kepala Ruang IRI• Kepala IRI



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

STANDAR PELAYANAN MINIMAL INSTALASI LABORATORIUM KLINIK

Judul Indikator :	Waktu tunggu pemeriksaan kimia darah dengan alat otomatis
Dimensi Mutu :	Kecepatan
Tujuan Indikator :	Untuk mengetahui mutu dalam waktu tunggu
Rasionalisasi :	Dengan cepatnya hasil pemeriksaan maka pasien juga akan lebih cepat terdiagnosa dan dapat ditangani lebih lanjut.
Definisi terminologi yang digunakan :	<ul style="list-style-type: none">• Pemeriksaan kimia darah adalah pemeriksaan untuk mengetahui kadar gula darah, fungsi ginjal, fungsi hati, asam urat serta lemak darah.• Waktu tunggu adalah waktu tunggu pemeriksaan kimia darah pada jam kerja ≤ 5 jam.• Waktu tunggu dihitung dari saat analisis melakukan pengambilan spesimen di ruangan sampai hasil ditulis di formulir hasil.
Frekuensi updating indikator :	Setiap hari
Periode dilakukan analisis :	Setiap bulan
Numerator:	Jumlah pemeriksaan kimia darah yang tepat waktu.
Denominator:	Jumlah pemeriksaan kimia darah
Sumber data :	Arsip kimia klinik
Target:	100 %
Penanggung jawab/ pengumpul data :	Kepala Ruangan Patologi Klinik Dokter Patologi Klinik Ka. Instalasi Laboratorium klinik



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

**STANDAR PELAYANAN MINIMAL
INSTALASI LABORATORIUM KLINIK**

Judul Indikator :	Ketepatan pemeriksaan Kimia Darah
Dimensi Mutu :	Ketepatan, Accountability
Tujuan Indikator :	Untuk mengetahui permasalahan ketepatan hasil pemeriksaan Kimia Darah
Rasionalisasi :	Ketepatan hasil pemeriksaan akan sangat membantu diagnosa dan tindak lanjut bagi pasien.
Definisi terminologi yang digunakan :	<ul style="list-style-type: none">• Pemeriksaan kimia darah adalah pemeriksaan untuk mengetahui kadar gula darah, fungsi ginjal, fungsi hati, asam urat serta lemak darah.• Ketepatan dinilai dari hasil pemeriksaan bahan kontrol internal dan eksternal
Frekuensi updating in dikafor :	Setiap hari
Periode dilakukan analisis :	Sebulan sekali
Numerator :	Jumlah pemeriksaan kimia darah yang tepat
Denominator :	Seluruh pemeriksaan Kimia darah.
Sumber data :	Arsip pemeriksaan Kimia darah & Pemantapan mutu
Target :	95 %
Penanggung jawab/ pengumpul data :	Kepala Ruangan Patologi Klinik Dokter Patologi Klinik Kepala Instalasi Laboratorium Klinik.



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

**STANDAR PELAYANAN MINIMAL
INSTALASI LABORATORIUM KLINIK**

Judul Indikator :	Waktu tunggu pemeriksaan darah rutin pasien rawat jalan.
Dimensi Mutu :	Kecepatan, efektifitas, efisiensi
Tujuan Indikafor :	Untuk mengetahui tingkat kecepatan pemeriksaan darah rutin pasien rawat jalan.
Rasionalisasi :	Kecepatan hasil pemeriksaan darah rutin sangat membantu dokter untuk menegakkan diagnosa.
Definisi terminologi yang digunakan :	Waktu tunggu adalah waktu yang diperlukan dari pengambilan spesimen oleh analis (darah pasien diambil) sampai dengan hasil ditulis diformulir hasil dan dapat diambil oleh pasien.
Frekuensi updating indikator :	Setiap hari
Periode dilakukan analisis :	Setiap bulan
Numerator:	Jumlah pemeriksaan darah rutin yang tepat waktu \leq 2 jam
Denominator:	Jumlah pemeriksaan seluruh darah rutin.
Sumber data :	Arsip pemeriksaan darah rutin pasien rawat jalan.
Target :	100 %
Penanggung jawab/ pengumpul data :	Kepala Ruangan Dokter Patologi Klinik Ka. Instalasi laboratorium Klinik



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

STANDAR PELAYANAN MINIMAL INSTALASI LABORATORIUM KLINIK

Judul Indikator :	Waktu tunggu pemeriksaan CITO.
Dimensi Mutu :	Kecepatan, efektifitas, efisiensi
Tujuan Indikafor :	Untuk mengetahui tingkat kecepatan pemeriksaan CITO.
Rasionalisasi :	Kecepatan hasil pemeriksaan CITO sangat membantu dokter untuk segera melakukan tindakan medik/ life saving pada pasien.
Definisi terminologi yang digunakan :	Waktu tunggu adalah waktu yang diperlukan dari pengambilan spesimen oleh analis (darah pasien diambil) sampai dengan hasil ditulis diformulir hasil dan diserahkan kepada perawat ruangan / keluarga pasien.
Frekuensi updating indikator :	Setiap hari
Periode dilakukan analisis :	Setiap bulan
Numerator:	Jumlah pemeriksaan CITO yang tepat waktu ≤ 1 jam
Denominator:	Jumlah seluruh pemeriksaan CITO.
Sumber data :	Arsip pemeriksaan CITO.
Target :	100 %
Penanggung jawab/ pengumpul data :	Kepala Ruangan Dokter Patologi Klinik Ka. Instalasi laboratorium Klinik



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

**STANDAR PELAYANAN MINIMAL
INSTALASI PATOLOGI KLINIK**

Judul Indikator :	Ketepatan pemeriksaan Darah Rutin
Dimensi Mutu :	Tepat, accountability, aman
Tujuan Indikator :	Untuk mengetahui permasalahan dalam pemeriksaan darah rutin
Rasionalisasi :	Ketepatan pemeriksaan darah rutin sangat diperlukan untuk membantu diagnosa dan penanganan lebih lanjut.
Definisi terminologi yang digunakan :	Pemeriksaan darah rutin adalah pemeriksaan kadar hemoglobin, jumlah leukosit, eritrosit, trombosit, MCV, MCH & MCHC dalam darah
Frekuensi updating indikafor:	Setiap hari
Periode dilakukan analisis :	Setiap bulan
Numerator:	Jumlah pemeriksaan darah rutin yang tepat (nilai kontrol sesuai rentang nilai yang disyaratkan)
Denominator :	Jumlah seluruh pemeriksaan darah rutin
Sumber data :	Arsip pemeriksaan hematologi
Target :	97%
Penanggung jawab/ pengumpul data :	Kepala Ruangan Dokter Patologi Klinik Ka. Instalasi laboratorium Klinik



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

STANDAR PELAYANAN MINIMAL INSTALASI PATOLOGI KLINIK

Judul Indikator :	Waktu tunggu pemeriksaan urin & faeces
Dimensi Mutu :	Kecepatan
Tujuan Indikator :	Untuk mengetahui mutu dalam waktu tunggu
Rasionalisasi :	Dengan cepatnya hasil pemeriksaan maka pasien juga akan lebih cepat terdiagnosa dan dapat ditangani lebih lanjut.
Definisi terminologi yang digunakan :	<ul style="list-style-type: none">• Pemeriksaan urin rutin adalah pemeriksaan urin dengan memakai carik celup dan pemeriksaan mikroskopis.• Pemeriksaan faeces adalah pemeriksaan faeces secara makroskopik & mikroskopik.• Waktu tunggu adalah waktu tunggu pemeriksaan urin rutin atau faeces pada jam kerja \leq 2 jam.• Waktu tunggu dihitung dari saat specimen diterima di laboratorium sampai hasil ditulis di formulir hasil.
Frekuensi updating indikator :	Setiap hari
Periode dilakukan analisis :	Setiap bulan
Numerator:	Jumlah pemeriksaan urun rutin & faeces yang tepat waktu.
Denominator:	Jumlah pemeriksaan urin & faeces
Sumber data :	Arsip urin & faeces
Target:	100 %
Penanggung jawab/ pengumpul data :	Kepala Ruangan Patologi Klinik Dokter Patologi Klinik Ka. Instalasi Laboratorium Klinik



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

STANDAR PELAYANAN MINIMAL INSTALASI RADIOLOGI

Judul Indikator :	Waktu Tunggu Hasil Pemeriksaan Radiologi
Dimensi Mutu :	Kecepatan pelayanan
Tujuan Indikator :	Indikator ini diambil untuk menunjukkan kecepatan pelayanan radiologi dari pasien dilayani sampai dilakukan expertise radiograf oleh dokter ahli radiologi
Rasionalisasi :	Kecepatan hasil pemeriksaan radiologi sangat menentukan dalam penegakan diagnosa.
Definisi terminologi yang digunakan :	Expertise adalah pembacaan hasil secara tertulis dari radiograf. Radiograf adalah foto rontgen Buku Ragister adalah buku catatan yang digunakan untuk merekap pasien yang dilayani pemeriksaan radiology
Frekuensi updating indikator :	Tiap hari
Periode dilakukan analisis :	Tiap bulan
Numerator:	Jumlah radiograf yang di-expertise lebih dari 6 jam
Denominator:	Jumlah seluruh radiograf
Sumber data :	Buku register pelayanan radiologi.
Target :	5%
Penanggung jawab/pengumpul data :	Ka. Instalasi Radiologi Panitia Mutu

Pemeriksaan rontgen dibawah pukul 12.00 WIB, hasil dapat dilayani hari itu
Pemeriksaan rontgen diatas pukul 12.00 WIB, hasil dapat dilayani besoknya



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

**STANDAR PELAYANAN MINIMAL
INSTALASI RADIOLOGI**

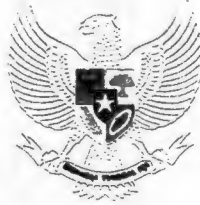
Judul Indikator :	Kepuasan Pelanggan.
Dimensi Mutu :	<ul style="list-style-type: none">• Kesenambungan pelayanan• Mutu pelayanan• Hubungan antar manusia
Tujuan Indikator :	Indikator ini diambil untuk mengetahui sejauh mana kepuasan pelanggan tentang pelayanan radiologi yang diberikan serta untuk mengetahui apa yang menjadi tuntutan/keinginan pelanggan terhadap pelayanan yang diberikan
Rasionalisasi :	Kepuasan pelanggan menentukan mutu pelayanan dan terpenuhinya kebutuhan pasien untuk menjamin kesinambungan pelayanan.
Definisi terminologi yang digunakan :	Survey adalah kegiatan mengumpulkan data yang dibutuhkan dengan media kuisioner, wawancara, dsb.
Frekuensi updating indikator :	Tiap enam bulan
Periode dilakukan analisis :	Tiap enam bulan
Numerator:	Jumlah pasien radiologi merasa puas
Denominator:	Jumlah seluruh pasien radiology
Sumber data :	Hasil survey kepuasan pasien
Target:	90%
Penanggung jawab/ pengumpul data :	Ka. Instalasi Radiologi



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

STANDAR PELAYANAN MINIMAL INSTALASI RADIOLOGI

Judul Indikator :	Jumlah Foto Rontgen Reject
Dimensi Mutu :	<ul style="list-style-type: none">• Keselamatan pasien• Efisiensi pelayanan• Ketepatan pelayanan
Tujuan Indikator ;	Indikator ini diambil untuk menunjukkan adanya permasalahan dalam proses pemeriksaan radiology
Rasionalisasi :	Dengan menekan angka foto rontgen reject akan meningkatkan efisiensi pemakaian film rontgen dan menekan jumlah radiasi yang diterima pasien
Definisi terminologi yang digunakan :	Foto Rontgen Reject adalah foto rontgen yang tidak dapat memberikan informasi radiologis untuk menegakkan diagnosa
Frekuensi updating indikator:	Setiap hari
Periode dilakukan analisis :	Tiap enam bulan
Numerator:	Jumlah foto rontgen reject
Denominator:	Jumlah seluruh film rontgen yang dibuat
Sumber data :	Laporan pemakaian film
Target:	4%
Penanggung jawab/ pengumpul data :	Ka. Instalasi Radiologi



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

**STANDAR PELAYANAN MINIMAL
INSTALASI RADIOLOGI**

Judul Indikator :	Reaksi alergi terhadap bahan kontras
Dimensi Mutu :	Kenyamanan dan keamanan pasien
Tujuan Indikator :	Indikator ini di ambil untuk menunjukkan tingkat angkakejadian reaksi alergi terhadap bahan kontras yang digunakan.
Rasionalisasi :	Kenyamanan dan keamanan pasien sangat penting untuk diutamakan selama proses pemeriksaan radiologi
Definisi terminologi yang digunakan :	Bahan kontras adalah bahan yang digunakan untuk memberikan kontras pada organ lunak sehingga dapat ditampilkan pada foto rontgen.
Frekuensi updating indikator :	Tiap bulan
Periode dilakukan analisis :	Tiap enam bulan
Numerator:	Jumlah kejadian alergi
Denominator:	Jumlah pemeriksaan radiology dengan kontras
Sumber data :	Laporan penggunaan bahan kontras pada pemeriksaan cangguh
Target:	1 %
Penanggung jawab/ pengumpul data :	Ka. Instalasi Radiologi



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

STANDAR PELAYANAN MINIMAL INSTALASI RADIOLOGI

Judul Indikator :	Kerusakan fasilitas radiology
Dimensi Mutu :	<ul style="list-style-type: none">• Efektivitas pelayanan• Kecepatan pelayanan• Kesenambungan pelayanan• Kepuasan pelanggan
Tujuan Indikator:	Indikator ini diambil untuk menunjukkan adanya permasalahan yang terjadi pada cara pemeliharaan dan pemakaian fasilitas radiology
Rasionalisasi :	Efektivitas dan kecepatan pelayanan sangat menentukan dalam penegakan diagnosa dan kepuasan pelanggan
Definisi terminologi yang digunakan :	Fasilitas radiologi dalam hal ini adalah alat-alat radiologi (Pesawat Rontgen, Pesawat Ct-Scan, Alat pencuci film)
Frekuensi updating indikator :	Tiap satu bulan
Periode dilakukan analisis :	Tiap enam bulan
Numerator:	Jumlah kejadian kerusakan alat
Denominator:	Jumlah seluruh alat
Sumber data :	Laporan kerusakan
Target :	15%
Penanggung jawab/ pengumpul data :	Ka. Instalasi Radiologi



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

**STANDAR PELAYANAN MINIMAL
INSTALASI RADIOLOGI**

Judul Indikator :	Hasil Pemeriksaan Radiologi Akurat
Dimensi Mutu :	Akurasi Pelayanan , Accountablity
Tujuan Indikator:	Indikator ini diambil untuk menunjukkan tingkat keakuratan hasil pemeriksaa radiologi
Rasionalisasi :	Keakuratan hasil pemeriksaan radiologi sangat menentukan dalam penegakan diagnosa dan terapi bagi pasien
Definisi terminologi yang digunakan :	Hasil pemeriksaan radiologi akurat adalah kesesuaian antara diagnosis klinis dan hasil pemeriksaan radiologi
Frekuensi updating indikafor :	Tiap hari
Periode dilakukan analisis :	Tiap satu bulan
Numerator:	Jumlah komplain dari klinisi
Denominator:	Jumlah pemeriksaan radiologi
Sumber data :	Buku Komplain Rekapitulasi Tindakan Pelayana Radiologi
Target:	90% akurat
Penanggung jawab/ pengumpul data :	Ka. Instalasi Radiologi



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

**STANDAR PELAYANAN MINIMAL
INSTALASI RADIOLOGI**

Judul Indikator :	Waktu Tunggu Pelayanan Radiologi Foto Rontgen Thorax
Dimensi Mutu :	Kecepatan pelayanan , Ketepatan Kepuasan pelanggan
Tujuan Indikator :	Indikator ini diambil untuk menunjukkan kecepatan pelayanan radiologi dari pasien datang hingga dilakukan pemeriksaan radiologi foto rontgen Thorax
Rasionalisasi :	Kecepatan pelayanan sangat menentukan kepuasan pelanggan dan penegakan diagnosa
Definisi terminologi yang digunakan :	Foto rontgen thorax adalah pemeriksaan radiologi untuk melihat kelainan pada paru-paru dan jantung
Frekuensi updating indikator :	Tiap hari
Periode dilakukan analisis :	Tiap satu bulan
Numerator:	Jumlah waktu tunggu pelayanan radiologi foto thorax \leq 30 menit
Denominator:	Jumlah tindakan pelayanan radiologi foto thorax
Sumber data :	Rekapitulasi tindakan pelayanan radiologi Catatan waktu tunggu pada blangko permintaan pemeriksaan radiologi
Target:	75%
Penanggung jawab/ pengumpul data :	Ka. Instalasi Radiologi



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

**STANDAR PELAYANAN MINIMAL
INSTALASI RADIOLOGI**

Judul Indikafor :	Waktu Tunggu Pelayanan Radiologi Foto Rontgen BNO
Dimensi Mutu :	Kecepatan pelayanan, Ketepatan Kepuasan pelanggan
Tujuan Indikator :	Indikator ini diambil untuk menunjukkan adanya permasalahan dalam kecepatan pelayanan radiologi dari pasien datang hingga dilakukan pemeriksaan radiology foto rontgen BNO
Rasionalisasi :	Kecepatan pelayanan sangat menentukan kepuasan pelanggan dan penegakan diagnosa
Definisi terminologi yang digunakan :	Foto rontgen BNO adalah pemeriksaan radiologi untuk melihat kelainan pada saluran kencing secara polos tanpa media kontras.
Frekuensi updating indikator :	Setiap hari
Periode dilakukan analisis :	setiap enam bulan
Numerator:	Jumlah waktu tunggu pelayanan radiologi foto rontgen BNO \leq 30 menit
Denominator:	Jumlah tindakan pelayanan radiologi foto rontgen BNO
Sumber data :	Rekapitulasi tindakan pelayanan radiologi Catatan waktu tunggu pada blangko permintaan pemeriksaan radiologi
Target :	70%
Penanggung jawab/pengumpul data :	Ka. Instalasi Radiologi



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

**STANDAR PELAYANAN MINIMAL
INSTALASI RADIOLOGI**

Judul Indikator :	Waktu Tunggu Pelayanan Radiologi Foto Rontgen IVP
Dimensi Mutu :	Kecepatan pelayanan , Ketepatan Kepuasan pelanggan
Tujuan Indikator :	Indikator ini diambil untuk menunjukkan adanya tingkat kecepatan dalam pelayanan radiologi dari pasien datang hingga dilakukan pemeriksaan radiologi foto rontgen IVP
Rasionalisasi :	Kecepatan pelayanan sangat menentukan kepuasan pelanggan dan penegakan diagnosa
Definisi terminologi yang digunakan :	Foto rontgen IVP adalah pemeriksaan radiologi untuk melihat kelainan anatomi dan fungsi pada saluran kencing dengan media kontras.
Frekuensi updating indikator :	Setiap bulan
Periode dilakukan analisis :	Tiap enam bulan
Numerator:	Jumlah waktu tunggu pelayanan radiologi foto rontgen IVP \leq 60 menit
Denominator:	Jumlah tindakan pelayanan radiologi foto rontgen IVP
Sumber data :	Rekapitulasi tindakan pelayanan radiologi Catatan waktu tunggu pada blangko permintaan pemeriksaan radiologi
Target:	70%
Penanggung jawa/pengumpul data :	Ka. Instalasi Radiologi



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

STANDAR PELAYANAN MINIMAL INSTALASI RADIOLOGI

Judul Indikator :	Waktu Tunggu Pelayanan Radiologi Foto Rontgen Colon In Loop
Dimensi Mutu :	Kecepatan pelayanan , Ketepatan Kepuasan pelanggan
Tujuan Indikator :	Indikator ini diambil untuk menunjukkan tingkat kecepatan dalam pelayanan radiologi dari pasien datang hingga dilakukan pemeriksaan radiologi foto roentgen Colon In Loop
Rasionalisasi :	Kecepatan pelayanan sangat menentukan kepuasan pelanggan dan penegakan diagnosa
Definisi terminologi yang digunakan :	Foto rontgen Colo In Loop adalah pemeriksaan radiologi untuk melihat kelainan pada usus besar dengan media kontras.
Frekuensi updating indikator :	Setiap hari
Periode dilakukan analisis :	Tiap enam bulan
Numerator:	Jumlah waktu tunggu pelayanan radiologi Colon In Loop \leq 60 menit
Denominator:	Jumlah tindakan pelayanan radiologi foto rontgen Colon In Loop
Sumber data :	Rekapitulasi tindakan pelayanan radiologi Catatan waktu tunggu pada blangko permintaan pemeriksaan radiologi
Target :	60%
Penanggung jawa/ pengumpul data :	Ka. Instalasi Radiologi



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

**STANDAR PELAYANAN MINIMAL
INSTALASI RADIOLOGI**

Judul Indikator :	Waktu Tunggu Pelayanan Radiologi CT Scan Kepala Polos
Dimensi Mutu :	Kecepatan pelayanan , Ketepatan Kepuasan pelanggan
Tujuan Indikator :	Indikator ini diambil untuk menunjukkan tingkat kecepatan dalam pelayanan radiologi dari pasien datang hingga dilakukan pemeriksaan radiologi CT Scan Kepala Polos
Rasionalisasi :	Kecepatan pelayanan sangat menentukan kepuasan pelanggan dan penegakan diagnosa
Definisi terminologi yang digunakan :	CT Scan Kepala Polos adalah pemeriksaan radiologi untuk melihat kelainan pada otak dan sistim tulang pada kepala dalam gambaran irisan-irisan tanpa media kontras.
Frekuensi updating indikator :	Setiap hari
Periode dilakukan analisis :	Tiap enam bulan
Numerator:	Jumlah waktu tunggu pelayanan radiologi CT Scan Kepala Polos \leq 30 menit
Denominator:	Jumlah tindakan pelayanan radiologi radiologi CT Scan Kepala Polos
Sumber data :	Rekapitulasi tindakan pelayanan radiologi Catatan waktu tunggu pada blangko permintaan pemeriksaan radiologi
Target:	60%
Penanggung jawab/pengumpul data :	Ka. Instalasi Radiologi



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

STANDAR PELAYANAN MINIMAL INSTALASI REHABILITASI MEDIK

Judul Indikator	Waktu mulai pelayanan.
Dimensi Mutu	- Kecepatan pelayanan - Efisien
Tujuan Indikator	Indikator diambil untuk menunjukkan efesiensi waktu pelayanan di Instalasi Rehabilitasi Medik.
Rasionalisasi	Bahwa pelayanan di IRM dapat dimulai tepat waktu, maka waktu terapiakan lebih efektif dan efisien untuk lebih banyak pasien. (Semakin banyak pasien yang dapat di layani dengan baik).
Definisi Terminologi	<ul style="list-style-type: none">- Waktu mulai pelayanan adalah waktu dimana poliklinik Rehabilitasi Medik siap memberikan pelayanan kepada pasien. Terapi adalah tindakan pengobatan yang diberikan kepada pasien sesuai kondisi masing - masing.- Buku Register adalah buku catatan rekapitulasi jumlah pasien dan pelayanan di IRM.- Mulai pelayanan tepat waktu adalah apabila poliklinik RM sudah siap memberikan pelayanan pada jam 09.00.
Frekuensi Updating	Tiap hari
Metode Analisa	Tiap 1 bulan
Numerator	Jumlah pelayanan yang dimulai tepat waktu dalam sebulan.
Denominator	Jumlah hari pelayanan dalam 1 bulan.
Sumber Data	Buku Register IRM.
Target	100%
Pengumpul Data	Penanggung jawab ruang
Penganalisis Data	Kepala IRM



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

STANDAR PELAYANAN MINIMAL INSTALASI REHABILITASI MEDIK

Judul Indikator	Waktu tunggu pelayanan.
Dimensi Mutu	Kecepatan pelayanan.
Tujuan Indikator	Untuk menunjukkan kecepatan pelayanan di IRM, mulai dari saat pasien datang sampai mendapatkan terapi.
Rasionalisasi	Kecepatan pelayanan pada satu pasien akan terpengaruh pada pelayanan terhadap pasien - pasien yang lain.
Definisi Terminologi	<ul style="list-style-type: none">- Waktu tunggu pelayanan adalah waktu mulai pasien datang di poliklinik RM sampai mendapatkan pelayanan terapi.- Terapi adalah tindakan pengobatan yang diberikan kepada pasien sesuai kondisi masing - masing.- Buku Register adalah buku catatan rekapitulasi jumlah pasien dan pelayanan di IRM.
Frekuensi Updating	Tiap hari.
Metode Analisa	Tiap 1 bulan.
Numerator	Jumlah pasien dengan waktu tunggu sama atau kurang dari 30 menit.
Denominator	Jumlah pasien yang mendapatkan pelayanan terapi.
Sumber Data	Buku Register.
Target	80%
Pengumpul Data	Penanggung jawab ruang
Penganalisis Data	Kepala IRM



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

STANDAR PELAYANAN MINIMAL INSTALASI REHABILITASI MEDIK

Judul Indikator	Angka kejadian luka bakar pada pasien dengan terapi panas.
Dimensi Mutu	Keselamatan dan kenyamanan pasien, akurasi terapi dan komunikasi yang baik dengan pasien.
Tujuan Indikator	Untuk menunjukkan ada/tidaknya kejadian luka bakar pada pasien - pasien yang mendapatkan terapi panas.
Rasionalisasi	Ketiadaan kejadian luka bakar pada pasien - pasien dengan terapi panas, menunjukkan ketepatan dosis terapi dan kontrol yang baik terhadap pasien selama waktu terapi.
Definisi Terminologi	<ul style="list-style-type: none">- Luka bakar adalah cedera yang dialami pasien karena panas yang berlebihan.- Terapi panas adalah tindakan pengobatan dengan cara pemanasan (suhu panas).- Dosis terapi adalah patokan yang dianjurkan dalam pemberian terapi baik lamanya maupun intensitasnya.
Frekuensi Updating	Tiap bulan
Metode Analisa	Tiap tahun
Numerator	Jumlah kejadian luka bakar.
Denominator	Jumlah pemberian terapi panas dalam sebulan
Sumber Data	Buku Register
Target	0%
Pengumpul Data	Penanggung jawab ruang
Penganalisis Data	Kepala IRM



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

STANDAR PELAYANAN MINIMAL INSTALASI REHABILITASI MEDIK

Judul Indikator	Pembuatan laporan bulanan.
Dimensi Mutu	Tepat waktu.
Tujuan Indikator	Untuk menunjukkan tepat / tidaknya pembuatan laporan bulanan.
Rasionalisasi	Ketepatan pembuatan laporan bulanan sesuai tanggal yang ditargetkan, akan mempermudah pendataan dan evaluasi pelayanan secara umum
Definisi Terminologi	<ul style="list-style-type: none">- Laporan bulanan adalah catatan tentang pelayanan di IRM meliputi jenis terapi, jumlah pasien, dll, yang dilaporkan setiap bulan ke Wadir Pelayanan.- Tepat waktu adalah pengiriman laporan sebulan tanggal 5, pada setiap bulannya.
Frekuensi Updating	Tiap bulan.
Metode Analisa	Tiap bulan
Numerator	Laporan bulanan yang terkirim sebelum tanggal 5.
Denominator	Jumlah laporan bulanan yang terkirim.
Sumber Data	Buku Register
Target	100%
Pengumpul Data	Penanggung jawab ruang
Penganalisis Data	Kepala IRM



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

**STANDAR PELAYANAN MINIMAL
BAGIAN / UNIT INSTALASI FARMASI**

Judul Indikator :	Waktu Tunggu Pelayanan Obat Pasien Rawat Jalan dan rawat inap
Dimensi Mutu :	Ketepatan, kenyamanan, efektifitas, efisiensi
Tujuan Indikafor :	Untuk mengetahui mutu pelayanan obat
Rasionalisasi :	Kecepatan dan ketepatan pelayanan obat akan memberikan kepuasan kepada pasien.
Definisi terminologi yang digunakan :	<ul style="list-style-type: none">- Pelayanan obat adalah mulai diterimanya resep sampai penyerahan obat dan pemberian informasi.- Pasien rawat jalan adalah pasien yang mendapat pelayanan di poliklinik.
Frekuensi Updating Indikafor :	Tiap hari
Periode dilakukan analisis :	Sebulan sekali
Numerator:	Jumlah pasien rawat jalan yang mendapat pelayanan obat di Instalasi Farmasi kurang dari 15 menit untuk obat jadi dan 30 menit – 1 jam untuk obat racikan
Denominator:	Jumlah pasien rawat jalan yang mendapat pelayanan obat di Instalasi Farmasi.
Sumber data :	<ul style="list-style-type: none">- Buku catatan waktu pelayanan obat rawat jalan dan rawat inap- Buku catatan jumlah lembar resep rawat jalan dan rawat inap
Target :	80%
Penanggung jawab/ Pengumpul data :	Ka. Instalasi Farmasi



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

**STANDAR PELAYANAN MINIMAL
BAGIAN / UNIT INSTALASI FARMASI**

Judul Indikafor :	Pelayanan Konseling Obat Pasien HIV/AIDS
Dimensi Mutu :	Ketepatan, keamanan, accountability
Tujuan Indikator :	Untuk mengetahui pemanfaatan dalam pelayanan konseling obat.
Rasiona/isasi :	<p>Pelayanan konseling obat merupakan bagian dari kegiatan farmasi klinik.</p> <p>Memberikan pemahaman yang benar mengenai obat kepada pasien mengenai nama obat, tujuan pengobatan, jadwal pengobatan, cara menggunakan obat, lama penggunaan obat, efek samping obat, cara penyimpanan obat dan lain-lain.</p>
Definisi terminologi yang digunakan :	Konseling obat merupakan suatu proses yang sistematis untuk mengidentifikasi dan penyelesaian masalah pasien yang berkaitan dengan pengambilan dan penggunaan obat.
Frekuensi Updating Indikator :	Tiap hari
Periode dilakukan analisis :	Pertama 15 hari, selanjutnya tiap bulan jika tidak ada kelainan
Numerator:	Jumlah pasien rawat jalan yang memperoleh pelayanan konseling obat di Instalasi Farmasi.
Denominator:	Jumlah pasien rawat jalan dan rawat inap yang mengambil obat di Instalasi Farmasi.
Sumber data :	Buku catatan jumlah lembar resep rawat jalan dan jumlah formulir konseling obat yang terisi.
Target:	90 %
Penanggung jawab/Pengumpul Data :	Ka. Instalasi Farmasi



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

**STANDAR PELAYANAN MINIMAL
BAGIAN / UNIT INSTALASI FARMASI**

Judul Indikator :	Pencatatan Tanggal Kadaluwarsa Perbekalan Farmasi
Dimensi Mutu :	Keselamatan pasien
Tujuan Indikator :	Untuk mengetahui permasalahan pencatatan tanggal kadaluwarsa.
Rasionalisasi :	<p>Pencatatan tanggal kadaluwarsa digunakan untuk mengetahui batas akhir perbekalan farmasi tersebut dapat di manfaatkan dan apabila belum habis dapat dikembalikan ke pemasok (bila pengadaannya menggunakan anggaran RS).</p> <p>Pencatatan tanggal kadaluwarsa merupakan salah satu pengawasan mutu perbekalan farmasi</p>
Definisi terminologi yang digunakan :	Perbekalan farmasi adalah sediaan farmasi yang terdiri dari obat, bahan obat, alkes, reagensia, radio farmasi dan gas medis.
Frekuensi Updating Indikator :	Setiap hari (bila ada pengiriman barang)
Periode dilakukan analisis :	Setiap bulan
Numerator :	Jumlah perbekalan farmasi yang datang dan dicatat tanggal kadaluwarsanya.
Denominator :	Jumlah perbekalan farmasi yang akan datang.
Sumber data :	Buku catatan tanggal kadaluwarsa
Target:	100%
Penanggung jawab/Pengumpul data :	Ka. Instalasi Farmasi



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

**STANDAR PELAYANAN MINIMAL
BAGIAN / UNIT KERJA INSTALASI STERILISASI SENTRAL**

Judul Indikator :	Pelaksanaan sterilisasi alat medik
Dimensi Mutu :	Efektivitas dan efisiensi serta kesinambungan pelayanan
Tujuan Indikator :	Terpenuhinya ketepatan sterilisasi bagi pelayanan di Rumah Sakit
Rasionalisasi :	Dengan ketepatan sterilisasi, pelayanan kepada pasien akan lebih efektif dan efisien serta kesinambungan pelayanan akan meningkat.
Definisi terminologi yang digunakan :	<ul style="list-style-type: none">• Waktu pelaksanaan sterilisasi alat medik adalah waktu yang diperlukan untuk mensterilkan alat medik mulai alat dimasukkan ke dalam otoklaf sampai alat tersebut steril• Waktu yang diperlukan satu jam
Frekuensi updating indikator :	Tiap bulan
Periode dilakukan analisis :	Tiap 3 bulan
Numerator :	Jumlah Alat Medik steril
Denominator :	Jumlah Alat Medik yang disterilkan
Sumber Data :	Instalasi Sterilisasi Sentral
Target :	100%
Penanggung Jawab/Pengumpul Data :	- Kepala Instalasi Sterilisasi Sentral - Wakil Direktur Pelayanan



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

**STANDAR PELAYANAN MINIMAL
BAGIAN / UNIT KERJA INSTALASI STERILISASI SENTRAL**

Judul Indikator :	Pelayanan dekontaminasi alat medik bagi ruang perawatan
Dimensi Mutu :	Efektivitas dan efisiensi pelayanan
Tujuan Indikator :	Terpenuhinya pelayanan dekontaminasi alat medik bagi ruang perawatan di Rumah Sakit
Rasionalisasi :	Dengan terpenuhinya pelayanan dekontaminasi alat medik bagi ruang perawatan sterilitas alat medik akan lebih terjamin
Definisi terminologi yang digunakan :	<ul style="list-style-type: none">• Pelayanan dekontaminasi alat medik bagi ruang perawatan adalah pembilasan alat medikasi sebelum dilakukan sterilisasi• Waktu yang diperlukan 15 menit
Frekuensi updating indikator :	Tergantung pengiriman bahan/alat
Periode dilakukan analisis :	Tiap bulan
Numerator :	Jumlah Ruang Perawatan yang dilayani dekontaminasinya
Denominator :	Jumlah seluruh Ruang Perawatan yang ada
Sumber Data :	Instalasi Sterilisasi Sentral
Target :	60%
Penanggung Jawab/Pengumpul Data :	<ul style="list-style-type: none">- Kepala Instalasi Sterilisasi Sentral- Wakil Direktur Pelayanan



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

**STANDAR PELAYANAN MINIMAL
BAGIAN / UNIT KERJA INSTALASI STERILISASI SENTRAL**

Judul Indikator :	Waktu penyimpanan alat medikasi, steril
Dimensi Mutu :	Keselamatan pasien dari infeksi nosokomial
Tujuan Indikafor :	Membatasi waktu penyimpanan alat medikasi steril untuk menjamin sterilitas alat medik
Rasionalisasi :	Dengan membatasi waktu penyimpanan alat medikasi di Instalasi Sterilisasi Sentral, alat medik akan terhindar dari infeksi nosokomial
Definisi terminologi yang digunakan :	<ul style="list-style-type: none">• Waktu penyimpanan alat medikasi steril adalah waktu penyimpanan paling lama alat medikasi steril sebelum digunakan.• Waktu paling lama tiga hari
Frekuensi updating indikator :	Tiap bulan
Periode dilakukan analisis :	Tiap bulan
Numerator :	Jumlah Alat Medikasi Steril yang didistribusikan dalam waktu 2 hari
Denominator :	Jumlah Alat Medikasi yang di simpan
Sumber Data :	Instalasi Sterilisasi Sentral
Target :	100%
Penanggung Jawab/Pengumpul Data :	<ul style="list-style-type: none">- Kepala Instalasi Steriliasi Sentral- Wakil Direktur Pelayanan



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

**STANDAR PELAYANAN MINIMAL
SUB BAGIAN REKAM MEDIK**

Indikator :	Tersedianya semua berkas rekam medis rawat jalan pasien lama di poliklinik yang dituju
Dimensi Mutu / Quality Domain :	<ul style="list-style-type: none">- Efficacy- Availability- Time Lines
Tujuan Indikator :	Tersedianya rekam medik pasien lama sebagai bukti tertulis tentang proses pelayanan yang diberikan oleh dokter dan tenaga kesehatan lainnya kepada pasien dengan tepat waktu di poliklinik.
Rasionalisasi :	Tidak tersedianya rekam medik akan: <ul style="list-style-type: none">- Menyulitkan dokter dan tenaga kesehatan lainnya dalam merencanakan pengobatan / perawatan yang harus diberikan kepada pasien- Menyulitkan komunikasi antara dokter dan tenaga ahli lainnya yang ikut ambil bagian di dalam memberikan pelayanan, pengobatan, perawatan kepada pasien.- Mengakibatkan pasien batal berobat.
Definisi Terminologi yang Digunakan dan Standar :	Berkas RM rawat jalan pasien lama disebut tersedia di poliklinik yang dituju bila sejak pasien datang duduk menunggu di poliklinik hingga berkas RM rawat jalannya sampai di poliklinik tidak lebih dari 20 menit.
Frequency Updating Indikator :	Tiap bulan
Periode Dilakukan Analisis :	Tiap 3 bulan
Numerator :	Jumlah rekam medik rawat jalan pasien lama di poliklinik yang dituju dalam waktu 20 menit sudah sampai di tempat dalam waktu tertentu.
Denominator :	Jumlah seluruh rekam medik rawat jalan pasien lama dalam waktu tertentu.
Sumber Data :	Sub Bagian Rekam Medik.
Target :	90 %
Penanggung Jawab :	<ul style="list-style-type: none">- Kepala Sub Bagian Rekam Medik- Instalasi Rawat Jalan- Instalasi Rawat Inap



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

**STANDAR PELAYANAN MINIMAL
SUB BAGIAN REKAM MEDIK**

Indikator :	Keterisian resume medis (ringkasan keluar)
Dimensi Mutu / Quality Domain :	Accountability
Tujuan Indikator :	Untuk mengetahui tingkat keterisian resume medis (ringkasan keluar).
Rasionalisasi :	Keterisian resume medis dapat memenuhi nilai ALFRED berkas rekam medis (Administrative, Legal, Financial, Research, Education, dan Documentation).
Definisi Terminologi yang Digunakan dan Standar :	<ul style="list-style-type: none">- Resume medis disebut terisi apabila data-data yang penting pada lembar resume medis terisi, seperti identitas pasien, diagnosa masuk dan keluar, tanda tangan, dan nama dokter.- Batas waktu keterisian resume medis pasien pulang rawat inap berdasarkan ketentuan SOP Pengisian Resume Oleh Dokter (batas waktu pengisian 2x24 jam) dan batas waktu pengisian resume yang dikembalikan ke ruang-ruang perawatan maksimal 7 hari setelah batas waktu menurut SOP
Frequency Updating Indikator :	Tiap bulan
Periode Dilakukan Analisis :	Tiap bulan
Numerator :	Jumlah resume medis yang terisi pada berkas rekam medik pasien pulang rawat inap per bulan
Denominator :	Jumlah seluruh berkas rekam medik pasien pulang rawat inap per bulan
Sumber Data :	Sub Bagian Rekam Medik
Target :	90 %
Penanggung Jawab :	<ul style="list-style-type: none">- Ka Sub Bag Rekam Medik- Instalasi Rawat Inap- Petugas yang berwenang mengisi Resume Medis sesuai SOP Pengisian Resume Medis (Dokter / Co Ass)



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

**STANDAR PELAYANAN MINIMAL
SUB BAGIAN REKAM MEDIK**

Indikator :	Pembuatan Pelaporan Rekam Medik yang tepat waktu.
Dimensi Mutu / Quality Domain :	<ul style="list-style-type: none">- Continuity of care- Time Lines
Tujuan Indikator :	Tersedianya Pelaporan Rekam Medik dengan tepat waktu sehingga dapat dimanfaatkan bagi peningkatan mutu pelayanan rumah sakit..
Rasionalisasi :	Pelaporan Rekam Medik yang tidak tepat waktu dapat menghambat pihak-pihak dalam rumah sakit yang memanfaatkan Pelaporan Rekam medik tersebut untuk proses pengambilan keputusan.
Definisi Terminologi yang Digunakan dan Standar :	Pelaporan Rekam Medik Rawat Inap disebut tepat waktu apabila Pelaporan Rekam Medik disajikan sesuai atau sebelum batas waktu yang telah ditentukan.
Frequency Updating Indikator :	Tiap bulan
Periode Dilakukan Analisis :	Tiap 3 bulan
Numerator :	Jumlah Laporan Rekam Medik yang tidak tepat waktu dilaporkan pada pihak-pihak rumah sakit yang membutuhkan (maksimal tanggal 10 tiap periode/bulan).
Denominator :	Jumlah seluruh Laporan Rekam Medik yang dikirim.
Sumber Data :	Sub Bagian Rekam Medik
Target :	0%
Penanggung Jawab :	<ul style="list-style-type: none">- Kepala Sub Bagian Rekam Medik- Instalasi-instalasi terkait dalam RS yang membutuhkan Laporan Rekam Medik.



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

**STANDAR PELAYANAN MINIMAL
SUB BAGIAN REKAM MEDIK**

Indikator :	Pengambilan kembali berkas rekam medik dari rak penyimpanan berkas (filing)
Dimensi Mutu / Quality Domain :	Availability
Tujuan Indikator :	Tercapainya tertib administrasi dalam rangka upaya peningkatan pelayanan kesehatan di Rumah Sakit
Rasionalisasi :	Ketidaktertiban pengambilan berkas rekam medik dari rak penyimpanan dan yang tidak menggunakan tracer akan mengakibatkan kesulitan untuk melacak kembali berkas yang tidak kembali ke Rekam Medik
Definisi Terminologi yang Digunakan dan Standar :	Pengambilan kembali berkas rekam medik dari rak file disebut tertib apabila selalu ada "petunjuk keluar" / tracer dan mengisi buku bukti peminjaman
Frequency Updating Indikator :	Tiap bulan
Periode Dilakukan Analisis :	Tiap 3 bulan
Numerator :	Jumlah berkas rekam medik yang dipinjam yang tidak ada "petunjuk keluar" / tracer
Denominator :	Jumlah seluruh berkas rekam medik yang dipinjam
Sumber Data :	Sub Bagian Rekam Medik
Target :	0 %
Penanggung Jawab :	Kepala Bagian Sub Bagian Rekam Medik



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

**STANDAR PELAYANAN MINIMAL
SUB BAGIAN REKAM MEDIK**

Indikator :	Keterisian resume medis menurut Dokter yang merawat Pasien Rawat Inap
Dimensi Mutu / Quality Domain :	Accountability
Tujuan Indikator :	Untuk mengetahui kedisiplinan pengisian resume medis (ringkasan keluar).
Rasionalisasi :	Dengan keterisian resume medis menurut Dokter yang merawat pasien, dapat diketahui dan dievaluasi sejauh mana tingkat kedisiplinan dalam memberikan pelayanan kepada pasien.
Definisi Terminologi yang Digunakan dan Standar :	<ul style="list-style-type: none">- Resume medis disebut terisi apabila data-data yang penting pada lembar resume medis terisi, seperti identitas pasien, diagnosa masuk dan keluar, tanda tangan, dan nama dokter.- Batas waktu keterisian resume medis pasien pulang rawat inap berdasarkan ketentuan SOP Pengisian Resume Oleh Dokter (batas waktu pengisian 2x24 jam) ditambah batas waktu pengisian resume yang dikembalikan ke ruang-ruang perawatan maksimal 7 hari setelah batas waktu menurut SOP
Frequency Updating Indikator :	Tiap bulan
Periode Dilakukan Analisis :	Tiap bulan
Numerator :	Jumlah resume medis yang terisi pada berkas rekam medik pasien pulang rawat inap per dokter yang merawat pasien.
Denominator :	Jumlah seluruh berkas rekam medik pasien pulang rawat inap yang resume medisnya harus diisi oleh dokter tertentu.
Sumber Data :	Sub Bagian Rekam Medik
Target :	90 %
Penanggung Jawab :	<ul style="list-style-type: none">- Ka Sub Bag Rekam Medik- Instalasi Rawat Inap- Petugas yang berwenang mengisi Resume Medis sesuai SOP Pengisian Resume Medis (Dokter / Co Ass)



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

**STANDAR PELAYANAN MINIMAL
BAGIAN/UNIT KERJA INSTALASI SANITASI**

Judul Indikafor :	Proses pengolahan limbah Cair
Dimensi Mufu :	Tidak mencemari lingkungan, aman bagi pasien, petugas, pengunjung dan masyarakat di luar Rumah Sakit
Tujuan Indikator :	Mengolah seluruh limbah cair yang dihasilkan Rumah Sakit sehingga tidak mencemari lingkungan
Rasionalisasi :	Menciptakan lingkungan yang bersih , sehat dan nyaman, tidak menjadi media penularan penyakit.
Definisi Terminologi yang digunakan :	<ol style="list-style-type: none">1. Limbah Cair adalah Semua hasil buangan yang berbentuk cair dari seluruh kegiatan di rumah sakit, baik medis, penunjang medis serta non medis (Kuantitas).2. Pengolahan limbah cair adalah suatu cara mengolah limbah cair dengan suatu system dan tehnik tertentu sehingga hasil effluent sesuai dengan baku mutu limbah cair RS (sesuai baku mutu limbah cair Rumah Sakit Kep.Men.LH No. 58/MenLH/12/1995)
Frekuensi updating indicator :	Tiap hari
Periode dilakukan an alisis :	Tiap hari, 1 bulan,3 bulan, 1 tahun
Numerator:	Sumber limbah cair dari ruangan Rumah Sakit yang sudah tersambung ke PAL
Denominator:	Jumlah seluruh sumber limbah cair '
Sumber Data :	Instalasi Sanitasi
Target:	Seluruh limbah cair Rumah Sakit (100%) masuk ke IPAL
Penanggung Jawab/ Pengumpul Data :	Kepala Instalasi Sanitasi



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

**STANDAR PELAYANAN MINIMAL
BAGIAN/UNIT KERJA INSTALASI SANITASI**

Judul indikator:	Pemeliharaan Alat/ Mesin PAL
Dimensi Mutu :	<ol style="list-style-type: none">1. Alat/mesin dalam kondisi siap dan berfungsi dengan baik2. Efisiensi/ biaya pemeliharaan3. Memperpanjang usia peralatan
Tujuan Indikator:	Terpeliharanya semua peralatan / mesin IPAL
Rasionalisasi :	Pengolahan akan sesuai dengan standar proses dan kualitas.
Definisi Terminologi yang digunakan :	<ol style="list-style-type: none">1. Alat/Mesin adalah : semua alat/ mesin yang digunakan untuk proses pengolahan Limbah Cair meliputi al : Pompa-pompa, mixer,Blower, Screen,Panel listrik serta jaringan perpipaan dll.2. Pemeliharaan adalah kegiatan yang meliputi pengecekan pembersihan, perbaikan dan penggantian suku cadang bila terjadi kerusakan.
Frekuensi updating indicator :	Setiap hari
Periode dilakukan analisis :	1 minggu, 1 bulan, 3 bulan, 1 tahun
Numerator :	Jumlah alat/mesin yang sering rusak
Denominator :	Jumlah alat/mesin sefuruhnya
Sumber Data :	<ol style="list-style-type: none">1. Daftar Inventaris Alat Ins. Sanitasi2. Daftar Kerusakan Alat
Target :	Dari tingkat kerusakan 16% diturunkan menjadi 8%
Penanggung Jawab / Pengumpul Data :	Kepala Instalasi Sanitasi dan



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

**STANDAR PELAYANAN MINIMAL
BAGIAN/UNIT KERJA INSTALASI SANITASI**

Judul indikator:	Monitoring Kualitas Limbah Cair (Laboratorium IPAL)
Dimensi Mutu :	Kontrol proses pengolahan, mempermudah operator mengatasi kesalahan proses.
Tujuan Indikator:	Untuk mengetahui kualitas limbah cair setelah pengolahan dengan PAL
Rasionalisasi :	Proses pengolahan sesuai dengan standar, Deteksi Dini kesalahan Proses,
Definisi Terminologi yang digunakan :	Pemeriksaan Kualitas air Limbah adalah Kegiatan pemantauan , pengukuran, pencatatan hasil dan analisa laboratorium
Frekuensi updating indikator :	Setiap hari
Periode dilakukan analisis. :	1 minggu, 1 bulan, 3 bulan, 1 tahun
Numerator :	Jumlah jenis pemeriksaan yang memenuhi syarat
Denominator :	Jumlah seluruh jenis pemeriksaan yang seharusnya dipersyaratkan
Sumber Data :	Laporan Hasil Pemeriksaan Laboratorium Limbah Cair
Target :	Seluruh hasil pemeriksaan sesuai dengan Standar kualitas proses dan standar baku mutu limbah cair Rumah Sakit.
Penanggung Jawab / Pengumpul Data :	Kepala Instalasi Sanitasi



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

**STANDAR PELAYANAN MINIMAL
BAGIAN/UNIT KERJA INSTALASI SANITASI**

Judul indikator:	Pengelolaan Sampah Medis
Dimensi Mutu :	<ol style="list-style-type: none">1. Untuk keselamatan dan kenyamanan pasien dan pengunjung.2. Perlindungan petugas dari kontaminasi sampah medis
Tujuan Indikator :	Untuk menunjukkan mutu pengelolaan sampah medis
Rasionalisasi :	Sampah medis yang diolah dengan baik akan menciptakan lingkungan rumah sakit bersih dan sehat
Definisi Terminologi yang digunakan :	<ol style="list-style-type: none">1. Sampah Medis adalah seluruh limbah padat dari kegiatan medis dan penunjang medis meliputi Sampah dari ruang rawat inap, rawat jalan, Bedah, Laboratorium, Ruang bersalin dsb.2. Pengelolaan sampah medis adalah kegiatan yang meliputi pemisahan sampah dari sumbernya, pengangkutan, penyimpanan pembakaran di incenerator dan pembuangan abu sisa pembakaran sesuai peraturan KepMenkes No.1204/2004
Frekuensi updating indikator :	Setiap dua hari, 1 bulan, 1 tahun
Periode dilakukan analisis :	1 bulan sekali
Numerator :	Jumlah sampah medis yang habis terbakar
Denominator :	Seluruh sampah medis yang ada
Sumber Data :	Instalasi Sanitasi dan Kesehatan Lingkungan
Target :	100%
Penanggung Jawab / Pengumpul Data :	Kepala Instalasi Sanitasi



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

**STANDAR PELAYANAN MINIMAL
BAGIAN/UNIT KERJA INSTALASI SANITASI**

Judul indikator:	Pengendalian Serangga dan Binatang Pengganggu
Dimensi Mutu :	<ol style="list-style-type: none">1. Tidak terjadi penularan penyakit disebabkan dari serangga2. Meningkatkan sanitasi3. Terjaga segi estetikanya
Tujuan Indikafor :	Untuk mengukur kondisi sanitasi lingkungan Rumah Sakit yang bebas dari serangga dan binatang pengganggu
Rasionalisasi :	Terciptanya lingkungan rumah sakit bersih, sehat dan nyaman serta terpeliharanya sarana dan prasarana
Definisi Terminologi yang digunakan :	<ol style="list-style-type: none">1. Pengendalian adalah kegiatan yang meliputi pengamatan, pembersihan, penyemprotan dengan pestisida, pemberian umpan serta pemasangan perangkap.2. Serangga Meliputi : Kecoak, Lalat dan nyamuk3. Binatang pengganggu : Tikus dan Kucing.
Frekuensi updating indicator :	Pengendalian tikus di Instalasi Gizi dilakukan 2 minggu sekali Pengendalian serangga di ruang perawatan yang dilakukan 2 minggu sekali mencakup 2 ruangan
Periode dilakukan analisis :	1 bulan sekali
Numerator:	Jumlah kegiatan pengendalian serangga dan binatang pengganggu dalam 1 bulan
Denominator:	Jumlah kegiatan pengendalian serangga yang optimal dalam 1 bulan
Sumber Data :	Laporan hasil treatment
Target:	<ol style="list-style-type: none">1. Pengendalian tikus tidak hanya dilakukan di Instalasi Gizi tetapi diseluruh ruangan perawatan (1 bulan 1 kali di seluruh ruangan)2. Pengendalian nyamuk dengan pelaksanaan survey jentik nyamuk dengan container indeks = 0
Penanggung Jawab / Pengumpul Data :	Kepala Instalasi Sanitasi



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

**STANDAR PELAYANAN MINIMAL
BAGIAN/UNIT KERJA INSTALASI SANITASI**

Judul indikator:	Pelayanan Dekontaminasi Ruangan
Dimensi Mutu :	Kondisi ruangan yang bersih, sehat dan aman bagi pasien dan petugas.
Tujuan Indikator :	Untuk mengetahui hasil pelaksanaan Dekontaminasi ruangan
Rasionalisasi :	Ruangan yang disediakan berada dalam kondisi memenuhi persyaratan. Ruangan yang disediakan bagi pasien berada dalam kondisi sehat dan nyaman, idealnya sesuai dengan KepMenkes 1204/2004
Definisi Terminologi yang digunakan :	Dekontaminasi ruangan adalah kegiatan penyemprotan untuk menurunkan angka kuman udara pada setiap ruangan sesuai dengan standard KepMenkes 1204/2004
Frekuensi updating indikator :	Setiap hari sesuai permintaan
Periode dilakukan analisis :	1 bulan sekali
Numerator :	Jumlah ruang yang dikontaminasi
Denominator :	Jumlah seluruh permintaan dekontaminasi
Sumber Data :	Instalasi Sanitasi, dan Satker yang seharusnya didekontaminasi
Target :	100 % permintaan dekontaminasi dilaksanakan
Penanggung Jawab / Pengumpul Data :	Kepala Instalasi Sanitasi



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

**STANDAR PELAYANAN MINIMAL
BAGIAN/UNIT KERJA INSTALASI SANITASI**

Judul indikator:	Monitoring Kualitas alat/bahan steril dan linen RS
Dimensi Mutu :	Kontrol terhadap kualitas hasil sterilasi alat/bahan serta linen RS dan mempermudah dalam rujukan permasalahan
Tujuan Indikator :	Untuk mengetahui kualitas alat/bahan steril dan linen yang dipergunakan dalam kegiatan pelayanan RS
Rasionalisasi :	Alat/bahan steril dan linen yang dipergunakan idealnya sesuai dengan persyaratan Kesehatan Lingkungan RS No. 1204/2004
Definisi Terminologi yang digunakan :	Monitoring kualitas alat/bahan steril linen RS adalah kegiatan pemantauan yang dilakukan dengan cara pengambilan beberapa sample alat/bahan steril dan linen RS selanjutnya dilakukan Analisa pada laboratorium kesehatan lingkungan ,
Frekuensi updating indikator :	6 bulan sekali
Periode dilakukan analisis :	6 bulan, 1 tahun
Numerator :	Jumlah jenis pemeriksaan yang memenuhi syarat
Denominator :	Jumlah seluruh sampel yang diambil sesuai dengan persyaratan
Sumber Data :	Hasil pemeriksaan Laboratorium
Target :	Seluruh hasil pemeriksaan memenuhi syarat
Penanggung Jawab / Pengumpul Data :	Kepala Instalasi Sanitasi



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

**STANDAR PELAYANAN MINIMAL
BAGIAN/UNIT KERJA INSTALASI SANITASI**

Judul indikator:	Monitoring Kualitas air bersih
Dimensi Mutu :	Kontrol terhadap proses pengolahan dan distribusi dan mempermudah dalam mengatasi kesalahan proses
Tujuan Indikator :	Untuk mengetahui kualitas air bersih yang disediakan dalam pelayanan kesehatan
Rasionalisasi :	Air bersih yang disediakan rumah sakit sesuai dengan baku mutu PerMenkes
Definisi Terminologi yang digunakan :	Monitoring kualitas air bersih adalah kegiatan pemantauan, pengukuran / pencatatan hasil dan analisa laboratorium
Frekuensi updating indicator :	3 bulan sekali
Periode dilakukan analisis :	3 bulan, 1 tahun
Numerator :	Jumlah jenis pemeriksaan yang memenuhi syarat
Denominator :	Jumlah seluruh sampel yang diambil sesuai dengan persyaratan
Sumber Data :	Hasil pemeriksaan Laboratorium
Target :	Seluruh hasil pemeriksaan memenuhi syarat
Penanggung Jawab / Pengumpul Data :	Kepala Instalasi Sanitasi



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

**STANDAR PELAYANAN MINIMAL
BAGIAN/UNIT KERJA INSTALASI SANITASI**

Judul indikator:	Monitoring Kualitas makanan,minuman, usap alat masak dan makan, dan trolly distribusi
Dimensi Mutu :	Kontrol terhadap kualitas makanan yang dihasilkan oleh dapur gizi rumahsakit dan mempermudah dalam mengatasi kesalahan proses
Tujuan Indikator :	Untuk mengetahui kualitas makanan yang disediakan bagi pasien rumahsakit dan mencegah pencemaran yang terjadi pada makanan yang dihasilkan dari dapur gizi
Rasionalisasi :	Makanan yang disediakan pada pasien dalam kondisi sehat dan aman untuk dikonsumsi idealnya sesuai dengan Kesehatan lingkungan rumah sakit No.1204/2004
Definisi Terminologi yang digunakan :	Monitoring kualitas makanan/minuman,usap alat masak/makan dengan trolly distribusi adalah kegiatan pemantauan dengan cara pengambilan beberapa sampel makanan/minuman, usap alat masak/makanan dan trolly distribusi yang selanjutnya dikirim ke Balkesling untuk dilakukan analisa secara bakteriologis dari hasil analisa maka akan ditindaklanjuti
Frekuensi updating indikator :	3 bulan sekali
Periode dilakukan analisis :	3 bulan, 1 tahun
Numerator :	Jumlah jenis pemeriksaan yang memenuhi syarat
Denominator :	Jumlah seluruh sampel yang diambil sesuai dengan persyaratan
Sumber Data :	Hasil pemeriksaan Laboratorium
Target :	Seluruh hasil pemeriksaan memenuhi syarat
Penanggung Jawab / Pengumpul Data :	Kepala Instalasi Sanitasi/



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

**STANDAR PELAYANAN MINIMAL
SEKSI PELAYANAN MEDIS**

Tujuan Indikator :	Pembuatan usulan Kebutuhan alat, obat-obatan dan atau bahan. Setelah rencana anggaran terealisasi dalam DIPA
Dimensi Mutu :	Efektifitas pelayanan, efisiensi, kesinambungan pelayanan, keselamatan pasien.
Tujuan Indikator :	Untuk mengetahui permasalahan yang ada dalam proses usulan kebutuhan alat, obat-obatan dan atau bahan.
Rasionalisasi :	Terpenuhinya kebutuhan alat, obat-obatan dan atau bahan sangat menentukan mutu pelayanan Rumah Sakit
Definisi terminologi yang digunakan :	<ul style="list-style-type: none">• Rencana usulan kebutuhan alat, obat-obatan dan atau bahan alat, obat-obatan dan atau bahan adalah daftar kebutuhan alat, obat-obatan dan atau bahan kebutuhan fasilitas penunjang medis rumah sakit selama triwulan yang akan diusulkan.• Tepat waktu adalah pembuatan dan pengiriman usulan kebutuhan alat , obat-obatan dan atau bahan paling lambat 1 minggu setelah tiap triwulan
Frekuensi updating indikator :	Tiap 3 bulan bulan.
Periode dilakukan analisis :	Tiap 6 (enam) bulan, 1 tahun
Numerator :	Jumlah usulan yang tepat waktu.
Denominator :	Usulan kebutuhan alat, obat-obatan dan atau bahan yang dibuat.
Sumber data :	Instalasi Pelayanan Medis.
Target :	70 %.
Penanggung jawab/ pengumpul data :	KaBid Pelayanan Medis yang didelegasikan kepada KaSie- KaSie dan diserahkan kepada panitia pengadaan. Ket: Rekapitulasi dari instalasi rawat inap, rawat jalan, rehabilitasi medik,IGD,ICU,IBS



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

**STANDAR PELAYANAN MINIMAL
SEKSI PENUNJANG MEDIS**

Judul Indikator :	Pembuatan Usulan Kebutuhan alat, obat-obatan dan atau bahan setelah rencana anggaran dalam DIPA terealisasi
Dimensi Mutu :	Efektifitas pelayanan, efisiensi, kesinambungan pelayanan, keselamatan pasien.
Tujuan Indikator :	Terpenuhinya kebutuhan alat, obat-obatan dan atau bahan.
Rasionalisasi :	Terpenuhinya kebutuhan alat, obat-obatan dan atau bahan sangat menentukan mutu pelayanan Rumah Sakit
Definisi terminologi yang digunakan :	<ul style="list-style-type: none">• Rencana usulan kebutuhan alat, obat-obatan dan atau bahan alat, obat-obatan dan atau bahan adalah daftar kebutuhan alat, obat-obatan dan atau bahan kebutuhan fasilitas penunjang medis rumah sakit selama triwulan yang akan diusulkan.• Tepat waktu adalah pembuatan dan pengiriman usulan kebutuhan alat, obat-obatan dan atau bahan paling lambat 1 minggu setelah tiap triwulan
Frekuensi updating indikator :	Tiap 3 (tiga)bulan.
Periode dilakukan analisis :	Tiap 6 (enam) bulan dan 1 tahun
Numerator :	Jumlah usulan yang tepat waktu.
Denominator :	Usulan kebutuhan alat, obat-obatan dan atau bahan yang dibuat.
Sumber data :	Instalasi Penunjang Medis.
Target :	80 %.
Penanggung jawab/ pengumpul data :	KaBid Penunjang Medis yang didelegasikan kepada KaSie- KaSie dan diserahkan kepada panitia pengadaan Ket. Rekapitulasi dari instalasi- instalasi, laboratorium,gizi,radiology,CSSD dan Farmasi



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

**STANDAR PELAYANAN MINIMAL
SUB BAGIAN PENYUSUNAN PROGRAM**

Judul Indikator :	Ketepatan waktu pengumpulan usulan program dari setiap unit kerja
Dimensi Mutu :	1 (satu) bulan setelah diedarkannya blanko usulan perencanaan program dibagikan, sudah bisa diisi dan dikumpulkan kembali ke kantor Sub Bagian Penyusunan Program dan evaluasi
Tujuan Indikator :	Program kerja dari setiap unit kerja bisa masuk dalam perencanaan global rumah sakit
Rasionalisasi :	Kelancaran penyusunan prioritas kebutuhan rumah sakit
Definisi Terminologi yang digunakan :	Ketepatan waktu pengumpulan usulan program adalah waktu yang diperlukan oleh unit kerja untuk mengisi secara lengkap dan benar serta mengumpulkan kembali usulan programnya ke kantor Sub Bagian Penyusunan Program dan evaluasi (satu bulan)
Frekuensi updating indikator :	1 (satu) tahun sekali
Periode dilakukan analisis :	1 (satu) tahun sekali
Numerator:	Jumlah Usulan program / kegiatan yang diusulkan secara lengkap, benar dan tepat waktu
Denominator:	Semua usulan kegiatan / program dari satuan kerja
Sumber data :	Jumlah Usulan program dari unit kerja
Target :	100%
Penanggung jawab :	Ka. Sub Bag. Penyusunan Program dan evaluasi



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

**STANDAR PELAYANAN MINIMAL
SUB BAGIAN PENYUSUNAN PROGRAM**

Judul Indikator :	Ketepatan waktu dalam penyusunan dokumen usulan program/kegiatan tahunan RS
Dimensi Mutu :	Dokumen Daftar Usulan Pelaksanaan Anggaran selesai disusun sebelum dilakukannya pembahasan
Tujuan Indikafor :	Kelancaran proses pembahasan anggaran RS
Rasionalisasi :	Apabila dokumen belum tersusun pada saat pembahasan maka akan bermasalah pada waktu desk/pembahasan
Definisi Terminologi yang digunakan :	Ketepatan waktu penyusunan dokumen usulan program/kegiatan RS adalah waktu yang diperlukan untuk menyelesaikan dokumen usulan kegiatan tahunan RS
Frekuensi updating indicator:	3 (tiga) kali setahun
Periode dilakukan analisis :	Setiap kali menjelang pembahasan (3 kali setahun)
Numerator :	Jumlah usulan dokkumen program/kegiatan RS yang tepat waktu
Denominator :	Jumlah dokumen usulan program/kegiatan RS
Sumber data :	Skala prioritas kegiatan / kebutuhan RS
Target :	100 (seratus) %
Penanggung jawab :	Ka. Sub Bag. Penyusunan Programdan evaluasi



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

**STANDAR PELAYANAN MINIMAL
SUB BAGIAN PENYUSUNAN PROGRAM**

Judul Indikator :	Penyusunan laporan evaluasi pelaksanaan kegiatan / program RS
Dimensi Mufu :	Kecepatan evaluasi
Tujuan Indikator :	Diketuainya realisasi dari kegiatan-kegiatan / program-program yang telah dilakukan beserta permasalahannya
Rasionalisasi :	Melalui dokumen evaluasi tersebut bisa diketahui tentang apa saja dari prioritas usulan yang telah bisa terealisasi
Definisi Terminologi yang digunakan :	Dokumen evaluasi adalah sebuah dokumen yang berisi tentang laporan dari realisasi pelaksanaan DIPA pada setiap tahun
Frekuensi updating indicator:	1 (satu) tahun sekali
Periode dilakukan analisis :	1 (satu) tahun sekali
Numerator :	Jumlah dokumen laporan evaluasi kegiatan RS sebelum bulan maret
Denominator :	Jumlah dokumen laporan evaluasi kegiatan RS seluruhnya
Sumber data :	Panitia pengadaan, bendahara (bagian keuangan)
Target :	100 (seratus) %
Penanggung jawab :	Ka. Sub Bag. Penyusunan Program dan evaluasi



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

**STANDAR PELAYANAN MINIMAL
SUB BAGIAN PENYUSUNAN PROGRAM**

<i>Judul Indikator :</i>	Pengajuan usulan program/kegiatan dari unit kerja dilingkungan rumah sakit
<i>Dimensi Mutu :</i>	Kecepatan pelayanan
<i>Tujuan Indikator:</i>	Terwujudnya kelancaran dalam pengajuan usulan program/kegiatan dari unit kerja
<i>Rasionalisasi :</i>	Semua usulan program/kegiatan (pengadaan / pemeliharaan) diterima, diperiksa dan diberi catatan (paraf) sebelum diteruskan ke WaDir Umum dan Keuangan
<i>Definisi Terminologi yang digunakan :</i>	Proses pengajuan usulan program/kegiatan adalah waktu yang diperlukan untuk penerimaan, pemeriksaan dan pengecekan usulan-usulan yang masuk ke Kantor Sub Bag. Penyusunan Program dan evaluasi dari unit kerja lain yang ada di RUMAH SAKIT PENYAKIT INFEKSI PROF.DR. SULIANTI SAROSO JAKARTA
<i>Frekuensi updating indicator :</i>	Setiap minggu
<i>Periode dilakukan analisis :</i>	Setiap 3 (tiga) bulan ,
<i>Numerator :</i>	Jumlah Usulan program/kegiatan dari unit kerja yang selesai diproses dalam waktu 1 (satu) minggu
<i>Denominator :</i>	Jumlah Semua usulan program/kegiatan dari unit kerja
<i>Sumber data :</i>	Buku ekspedisi
<i>Target :</i>	50 (Lima Puluh) %
<i>Penanggung jawab :</i>	Ka. Sub Bag. Penyusunan Program dan evaluasi



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

**STANDAR PELAYANAN MINIMAL
BIDANG PENDIDIKAN DAN PENELITIAN**

Judul Indikafor :	Angka cakupan karyawan yang mendapat pelatihan.
Dimensi Mutu :	Kompetensi teknis karyawan meningkat.
Tujuan Indikator :	Untuk mengetahui tingkat peningkatan kompetensi teknis karyawan dan permasalahannya.
Rasionalisasi :	Peningkatan jumlah karyawan yang mengikuti Pelatihan berbanding lurus dengan peningkatan kompetensi teknis dan kualitas pelayanan.
Definisi terminologi yang digunakan :	<ul style="list-style-type: none">• Karyawan adalah seluruh pegawai (PNS & CPNS) yang bekerja di RUMAH SAKIT PENYAKIT INFEKSI PROF.DR. SULIANTI SAROSO JAKARTA.• Karyawan yang dilatih adalah jumlah karyawan yang mendapatkan pelatihan / pendidikan / seminar / simposium / studi banding dll.
Frekuensi updating indikator :	Tiap 1 (satu) bulan kumulatif
Periode dilakukan analisis :	Tiap 6 (enam) bulan.
Numerator :	Jumlah karyawan yang dilatih.
Denominator :	Jumlah seluruh karyawan.
Sumber data :	<ul style="list-style-type: none">• Bidang Pendidikan & Penelitian• Subbag. Kepegawaian• Unit -unit kerja lain.
Target :	10 % / tahun.
Penanggung jawab / pengumpul data :	<ul style="list-style-type: none">• Kasi Pendidikan & Pelatihan Medis• Kasi Pendidikan & Pelatihan Paramedis• Kepala Bidang Diklit



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

**STANDAR PELAYANAN MINIMAL
BIDANG PENDIDIKAN DAN PENELITIAN**

Judul Indikator :	Surat Keterangan selesai praktek Klinik Mahasiswa
Dimensi Mutu :	Kecepatan pelayanan & kepuasan pelanggan.
Tujuan Indikator :	Untuk mengetahui permasalahan mengenai penerbitan surat keterangan.
Rasionalisasi :	Kecepatan & ketepatan waktu penyampaian Surat Keterangan akan memberikan kepuasan pratikan.
Definisi terminologi yang digunakan :	<ul style="list-style-type: none">• Surat Keterangan selesai praktek klinik adalah Surat Keterangan yang disampaikan ke Institusi Pendidikan / Pratikan setelah mahasiswa selesai menjalankan praktek di RUMAH SAKIT PENYAKIT INFEKSI PROF.DR. SULIANTI SAROSO JAKARTA.• Tepat waktu adalah Surat Keterangan sudah selesai dibuat pada saat yang bersangkutan menyelesaikan praktek di Rumah Sakit.
Frekuensi updating indikator :	Tiap 1 (satu) bulan kumulatif
Periode dilakukan analisis :	Tiap 3 (tiga) bulan.
Numerator :	Surat Keterangan yang tepat waktu.
Denominator :	Jumlah Surat Keterangan seluruhnya.
Sumber data :	Bidang Pendidikan & Pelatihan. Wakil Direktur Penunjang Medis & Diklit
Target :	100 %.
Penanggung jawab pengumpul data :	<ul style="list-style-type: none">• Kasie Pendidikan & Pelatihan Medis• Kasie Pendidikan & Pelatihan Paramedis & Non Medis• Kepala Bidang Diklit



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

**STANDAR PELAYANAN MINIMAL
BIDANG PENDIDIKAN DAN PENELITIAN**

Judul Indikator :	Laporan Kegiatan Diklit bulanan.
Dimensi Mutu :	Kecepatan & ketepatan penyajian data.
Tujuan Indikafor :	Untuk mengetahui tingkat kinerja pelaporan dan permasalahannya Seksi Diklit di bidang administrasi.
Rasionalisasi :	Pembuatan dan pengiriman laporan tepat waktu akan mempermudah penyajian data dan analisisnya.
Definisi terminologi yang digunakan :	<ul style="list-style-type: none">• Laporan Kegiatan Diklit adalah laporan tentang semua kegiatan yang dilaksanakan Bidang Diklit.• Laporan Kegiatan Diklit bulanan adalah laporan tentang semua kegiatan yang dilaksanakan dalam bulan.• Pembuatan dan pengiriman laporan tepat waktu adalah pembuatan laporan yang dapat terkirim sebelum tanggal 10 pada setiap bulannya.
Frekuensi updating indikator :	Tiap 1 (satu) bulan.
Periode dilakukan analisis :	Tiap 6 (enam) bulan.
Numerator:	Laporan bulanan yang tepat waktu.
Denominator :	Jumlah seluruh laporan bulanan
Sumber data :	<ul style="list-style-type: none">• Bidang Pendidikan & Penelitian.• Wakil Direktur Penunjang Medis & Diklit.
Target :	100 %.
Penanggung jawab / pengumpul data :	<ul style="list-style-type: none">• Kasie Pendidikan & Pelatihan Medis• Kasie Pendidikan & Pelatihan Paramedis & Non Medis• Kasi Penelitian dan Penapisan IPTEK• Kepala Bidang Diklit



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

**STANDAR PELAYANAN MINIMAL
BIDANG PENDIDIKAN DAN PENELITIAN**

Judul Indikator :	Surat Ijin Penelitian
Dimensi Mutu :	Kecepatan pelayanan & kepuasan pelanggan.
Tujuan Indikator :	Untuk mengetahui adanya permasalahan yang ada dalam proses penerbitan Surat Ijin Penelitian.
Rasionalisasi :	Kecepatan pembuatan Surat Ijin Penelitian akan memperlancar pelayanan & memberikan kepuasan pelanggan.
Definisi terminologi yang digunakan :	<ul style="list-style-type: none">• Surat Ijin Penelitian adalah Surat Ijin yang disampaikan kepada Calon peneliti yang akan melaksanakan penelitian di dalam maupun diluar RUMAH SAKIT PENYAKIT INFeksi PROF.DR. SULIANTI SAROSO JAKARTA Tepat waktu adalah Surat Ijin Penelitian sudah selesai dibuat paling lama 1 minggu setelah proposal penelitian dipresentasikan dan disetujui bidang Diklit
Frekuensi updating indikator :	Tiap 1 (satu) bulan kumulatif
Periode dilakukan analisis :	Tiap 6 (enam) bulan
Numerator :	Surat Ijin Penelitian yang tepat waktu.
Denominator :	Jumlah seluruh Surat Ijin Penelitian.
Sumber data :	<ul style="list-style-type: none">• Unit - unit kerja lain.• Bidang Pendidikan & Penelitian.• Wakil Direktur Penunjang Medis & Diklit.
Target :	100 %.
Penanggung jawab / pengumpul data :	<ul style="list-style-type: none">• Kasie Penelitian & Penapisan IPTEK.• Kepala Bidang DIKLIT



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

**STANDAR PELAYANAN MINIMAL
SUB BAGIAN MOBILISASI DANA**

Judul Indikator :	Waktu tunggu pelayanan rekening pasien pulang rawat inap
Dimensi Mutu :	Efektifitas, kecepatan dan efisiensi pelayanan
Tujuan Indikator :	Untuk mengetahui waktu tunggu pelayanan rekening pasien pulang rawat inap
Rasionalisasi :	Kecepatan Pelayanan Sangat Menentukan Bagi Kepuasan Pasien (Customer Satisfaction)
Definisi Terminologi Yang Digunakan :	Kecepatan waktu pelayanan adalah waktu yang dibutuhkan oleh petugas dalam memberikan pelayanan Rekening pasien pulang adalah biaya/administrasi keuangan yang harus dibayar/diselesaikan oleh Pasien yang akan pulang sehubungan telah selesainya si pasien dirawat di RS
Frekuensi Updating Indikator :	Setiap Hari
Periode Dilakukan Analisis :	Setiap Minggu
Numerator :	Jumlah Pasien yang dilayani administrasi keuangannya kurang dari 20 menit setiap hari.
Denominator :	Jumlah seluruh pasien yang dilayani administrasinya setiap hari pada hari yang sama.
Sumber Data :	Buku Rekening Pasien Pulang (Penata Rekening)
Target :	90%
Penanggung Jawab / Pengumpul Data :	Ka.Sub.Bag. Mobilisasi Dana



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

**STANDAR PELAYANAN MINIMAL
SUB BAGIAN MOBILISASI DANA**

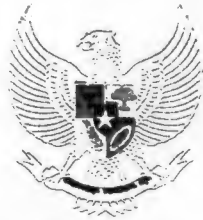
Judul Indikator :	Tingkat ketepatan/kecermatan petugas dalam pembuatan rekening pasien pulang rawat inap
Dimensi Mutu :	Ketepatan penghitungan rekening
Tujuan Indikator :	Untuk mengetahui tingkat ketepatan rekening
Rasionalisasi :	Ketepatan petugas sangat dibutuhkan dalam rangka profesionalisme kerja/menghindari semua pihak dari kemungkinan kerugian
Definisi / Terminologi Yang Digunakan :	Tingkat ketepatan/kecermatan (terkait dengan nota tindakan) adalah seberapa tepat/cermat petugas dalam mengakomodasikan semua nota tindakan ke rekening tagihan pasien
Frekuensi Updating Indikator :	Setiap hari
Periode Dilakukan Analisis :	Setiap minggu
Numerator:	Jumlah pasien yang dapat diselesaikan pencetakan rekeningnya dengan tepat
Denominator:	Jumlah seluruh pasien yang dapat diselesaikan pencetakan rekeningnya
Sumber Data :	Print Out pencetakan rekening pasien pulang
Target :	95 % Pencetakan rekening dengan tepat harus dapat tercapai
Penanggung Jawab Pengumpul Data :	Ka.Sub.Bag. Mobilisasi Dana



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

**STANDAR PELAYANAN MINIMAL
SUB BAGIAN MOBILISASI DANA**

Judul Indikator :	Tingkat ketepatan/kecermatan petugas dalam penghitungan uang (terkait dengan pembayaran rekening pasien puVang) di luar jam kerja Bank
Dimensi Mutu :	Ketepatan/kecermatan dalam penghitungan
Tujuan Indikator :	Untuk mengetahui ketepatan petugas dalam penghitungan rekening
Rasionalisasi :	Agar tidak ada pihak yang dirugikan, baik Rumah Sakit maupun pasien
Definisi/Terminologi Yang Digunakan :	<ul style="list-style-type: none">• Tingkat Ketepatan/Kecermatan (kaitannya) penghitungan uang) adalah seberapa tepat / cermatnya petugas dalam pembuatan kwitansi pasien pulang (tidak terjadi kekeliruan dalam jumlah nominal dalam penghitungannya)• Diluar jam kerja Bank adalah jam kerja Bank dari 08.00 s/d 15.00, setelah itu pembayaran rekening pasien pulang di cover oleh pihak RS
Frekuensi/Updating Indikator :	Setiap hari
Periode Dilakukan Analisis :	Setiap minggu
Numerator:	Jumlah pasien yang membayar administrasi keuangannya secara tepat dalam perhitungan real uang ofeh petugas kasir.
Denominator :	Jumlah pasien yang membayar administrasi keuangan diluar jam kerja Bank.
Sumber Data :	Buku laporan pendapatan RS
Target :	100%
Penanggung Jawab Pengumpul Data :	Kasir



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

**STANDAR PELAYANAN MINIMAL
SUB BAGIAN MOBILISASI DANA**

Judul Indikator :	Tingkat ketepatan/kecermatan petugas dalam pembuatan laporan keuangan setiap minggu dan bulan
Dimensi Mutu :	Ketepatan waktu dan keakuratan laporan
Tujuan Indikator :	Dari pihak Management dapat mengambil keputusan / kebijakan yang akurat via laporan keuangan
Rasionalisasi :	Keakurasian laporan keuangan menentukan kebijakan yang akan diambil oleh management
DefinisilTerminologi Yang Digunakan :	Tingkat ketepatan/kecermatan (kaitannya pembuatan laporan keuangan) adalah sejauh mana laporan keuanganyang dibuat oleh petugas dapat dipertanggungjawabkan (akurat)
FrekuensiUpdading Indikator :	Setiap minggu dan bulan
Periode Dilakukan Analisis :	Setap bulan
Numerator :	Jumlah Laporan Keuangan yang dapat dilaksanakan dengan tepat dan akurat
Denominator :	Jumlah seluruh Laporan Keuangan yang dibuat.
Sumber Data :	Buku laporan bendahara penerima
Target :	100%
Penanggung Jawab Pengumpul Data :	Bendahara penerima



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

**STANDAR PELAYANAN MINIMAL
SUB BAGIAN MOBILISASI DANA**

Judul Indikator :	Tingkat keberhasilan petugas dalam kaitannya dengan piutang pasien
Dimensi Mutu :	Kecepatan waktu pelunasan.
Tujuan Indikator :	Untuk mengetahui permasalahan dalam penagihan
Rasionalisasi :	Keberhasilan penagihan piutang sangat menentukan besar/ kecilnya kerugian pihak RS
Definisil Terminologi Yang Digunakan :	<ul style="list-style-type: none">• Tingkat keberhasilan (kaitannya dengan penagihan) adalah sejauh mana keberhasilan petugas dalam rangka memotivasi pasien untuk segera membayar kekurangan biaya terkait dengan biaya perawatan selama di RS• Piutang pasien adalah tagihan uang dari pihak RS pada pasien/hutang pasien yang masih harus dibayar pada RS
Frekuensi Updating Indikator	Setiap minggu
Periode Dilakukan Analisis :	Setiap bulan
Numerator:	Jumlah pasien yang menjadi target piutang RS dapat tertagih
Denominator:	Jumlah seluruh pasien yang menjadi target piutang.
Sumber Data :	Buku piutang RS
Target :	90%
Penanggung Jawab Pengumpul Data :	Ka.Sub.Bag. Mobilisasi Dana



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

**STANDAR PELAYANAN MINIMAL
BAGIAN/UNIT KERJA : SUB BAG. AKUNTANSI & VERIFIKASI**

Judul Indikator :	Ketepatan waktu Penyelesaian Laporan Keuangan (bulanan)
Dimensi Mutu :	Ketepatan
Tujuan Indikator:	Indikator ini diambil untuk menunjukkan ketepatan penyelesaian laporan mulai dari verifikasi data, jurnal, entry sampai dengan laporan tersusun
Rasionalisasi :	Ketepatan penyelesaian laporan akan mempengaruhi kecepatan dan ketepatan dalam pengambilan keputusan oleh manajer RS
Definisi terminologi yang digunakan :	Laporan Keuangan adalah laporan keuangan yang disusun tiap bulan yang terdiri dari : Neraca, Lap aktivitas, Arus kas dan catatan atas laporan keuangan
Frekuensi updating indicator:	1 bulan sekali
Periode dilakukan analisis :	1 tahun
Numerator:	Jumlah laporan yang diselesaikan sebelum tanggal 30 bulan berikutnya
Denominator:	Jumlah seluruh laporan yang dibuat selama 1 tahun (12 lap)
Sumber Data :	Tanggal yang tertera pada print out laporan
Target :	100%
Penanggung jawab pengumpul data :	Ka Sub Bag Akuntansi Keuangan



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

**STANDAR PELAYANAN MINIMAL
BAGIAN/UNIT KERJA : SUB BAG. AKUNTANSI & VERIFIKASI**

Judul Indikator :	Ketepatan pembuatan jurnal
Dimensi Mutu :	Ketepatan
Tujuan Indikator:	Indikator ini diambil untuk menunjukkan ketepatan dalam pembuatan jurnal
Rasionalisasi :	Dengan menekan angka kesalahan jurnal akan meningkatkan keakuratan dan kecepatan
Definisi terminologi yang digunakan :	Jurnal adalah proses pencatatan awal terhadap data/bukti/dokumen sumber yang masuk untuk dikelompokkan ke dalam kode-kode rekening yang sesuai
Frekuensi updating indicator:	Tiap hari
Periode dilakukan analisis :	1 bulan
Numerator :	Jumlah jurnal yang betul
Denominator :	Jumlah seluruh jurnal selama 1 bulan
Sumber Data :	Laporan/catatan korektor
Target:	95 %
Penanggung jawab pengumpul data :	Staff Akuntansi



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

**STANDAR PELAYANAN MINIMAL
BAGIAN/UNIT KERJA : SUB BAG. AKUNTANSI & VERIFIKASI**

Judul Indikator :	Ketepatan entry data ke komputer
Dimensi Mutu :	Ketepatan
Tujuan Indikator:	Indikator ini diambil untuk menunjukkan permasalahan dalam proses entry data ke komputer
Rasionalisasi :	Dengan menekan angka kesalahan entry akan meningkatkan keakuratan dan kecepatan laporan
Definisi terminologi yang digunakan :	Entry adalah proses pencatatan awal terhadap jumlah voucher untuk dimasukkan dalam komputer guna dikelompokkan ke dalam kode-kode rekening yang sesuai
Frekuensi updating indicator :	Tiap hari
Periode dilakukan analisis :	1 bulan
Numerator :	Jumlah entry data yang betul
Denominator :	Jumlah seluruh data entry
Sumber Data :	Laporan/catatan korektor
Target :	95%
Penanggung jawab pengumpul data :	Staff Akuntansi



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

**STANDAR PELAYANAN MINIMAL
BAGIAN/UNIT KERJA : SUB BAG. AKUNTANSI & VERIFIKASI**

Judul Indikator :	Ketepatan waktu Penyelesaian Laporan Manajemen
Dimensi Mutu :	Ketepatan
Tujuan Indikator :	Indikator ini diambil untuk menunjukkan ketepatan penyelesaian laporan dari mengumpulkan data, analisa data, menghitung dan menyusun laporan
Rasionalisasi :	Ketepatan penyelesaian laporan akan mempengaruhi kecepatan dan ketepatan dalam pengambilan keputusan oleh manajer RS
Definisi terminologi yang digunakan :	Laporan Manajemen adalah laporan yang disusun sesuai permintaan manajemen yang terdiri dari : Laporan analisa biaya/unit cost, laporan subsidi, laporan cost recovery, laporan kinerja dan laporan lain yang diperlukan oleh manajemen
Frekuensi updating indicator :	1 bulan sekali
Periode dilakukan analisis :	1 tahun
Numerator :	Jumlah laporan yang diselesaikan sebelum tanggal 30 bulan berikutnya
Denominator:	Jumlah seluruh laporan yang dibuat
Sumber Data :	Tanggal yang tertera pada laporan
Target:	100%
Penanggung jawab pengumpul data :	Ka Sub Bag Akuntansi Manajemen



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

**STANDAR PELAYANAN MINIMAL
BAGIAN/UNIT KERJA : SUB BAG. AKUNTANSI & VERIFIKASI**

Judul Indikator :	Ketepatan waktu Penyelesaian Laporan Verifikasi Rekening Pasien
Dimensi Mufu :	Ketepatan penyelesaian laporan
Tujuan Indikator :	Indikator ini diambil untuk menunjukkan kecepatan penyelesaian laporan verifikasi terhadap rekening pasien
Rasionalisasi :	Ketepatan penyelesaian laporan ini akan mempengaruhi kecepatan dan ketepatan dalam pengambilan keputusan otis manayes RS
Definisi terminologi yang digunakan :	Laporan Verifikasi adalah laporan yang disusun oleh petugas verifikasi yang berisi kesalahan rekening pasien, baik kurang ditagih/dibayar maupun lebih ditagih/dibayar.
Frekuensi updating indicator:	1 bulan sekali
Periode dilakukan analisis :	1 tahun
Numerator :	Jumlah laporan yang diselesaikan sebelum tanggal 10
Denominator :	Jumlah seluruh laporan yang dibuat
Sumber Data :	Tanggal yang tertera pada buku verifikasi
Target :	90%
Penanggung jawab pengumpul data :	Ka Sub Bag Akuntansi Verifikasi



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

**STANDAR PELAYANAN MINIMAL
SUB BAGINFORMASI DAN PEMASARAN SOSIAL
Unit Perpustakaan**

Judul Indikafor :	Waktu Tunggu Pelayanan Penelusuran Bahan Pustaka dengan OPAC (On Line Public Acces catalogue)
Dimensi Mutu :	<ul style="list-style-type: none">• Efficiency: Pelayanan yang dilakukan dengan efisien,• Accesibility: pelayanan yang diberikan dapat diakses oleh yang membutuhkan, dengan data yang ada di perpustakaan• Amenities: kenyamanan fasilitas pelayanan,• Interpersonal relationship: pelayanan yang diberikan memperhatikan hubungan antar manusia baik antara pemberi pelayanan dengan pelanggan, maupun antar petugas pemberi pelayanan,• Timelines :pelayanan yang diberikan tepat waktu,• Respect and caring: pelayanan yang diberikan dilakukan dengan hormat, sopan, dan penuh perhatian• Semua dilakukan dengan manual
Tujuan Indikator :	<ul style="list-style-type: none">• Adanya kebutuhan penelusuran dari para pemakai perpustakaan,• Pelayanan penelusuran bahan pustaka melalui OPAC diambil untuk menunjukkan adanya kecepatan dalam pelayanan penelusuran koleksi (buku, majalah, karya tulis ilmiah, artikel) yang dimiliki perpustakaan.
Rasionalisasi :	Apabila penelusuran bahan pustaka cepat dan lancar maka kebutuhan pengguna perpustakaan akan bahan pustaka yang mereka butuhkan dapat tercapai tepat waktu dibanding dengan catalog manual.
Definisi Terminologi yang digunakan :	OPAC (On Line Public Acces catalogue) adalah Pangkalan data di computer yang dibuat untuk mengelola data bahan pustaka yang dimiliki perpustakaan atau catalog dengan menggunakan komputer.
Frekuensi updating indikator :	Setiap hari/ 1 bulan
Periode dilakukan analisis :	1 bulan sekali/3 bulan
Numerator :	Jumlah pelayanan penelusuran bahan pustaka dengan OPAC kurang dari 5 menit.
Denominator:	Jumlah pelayanan penelusuran bahan pustaka dengan OPAC seluruhnya.
Sumber Data :	Daftar inventaris buku, majalah dan karya tulis ilmiah.
Target:	100%
Penanggung jawab :	Subbag Informasi dan Pemasaran Sosial



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

**STANDAR PELAYANAN MINIMAL
SUB BAGINFORMASI DAN PEMASARAN SOSIAL
Unit Perpustakaan**

Judul Indikator :	Efisiensi I waktu penelusuran informasi melalui internet.
Dimensi Mutu :	<ul style="list-style-type: none">• Efficiency : Pelayanan yang dilakukan dengan efisien;• Accesibility: pelayanan yang diberikan dapat diakses oleh yang membutuhkan;• Interpersonal relationship: pelayanan yang diberikan memperhatikan hubungan antar manusia baik antara pemberi pelayanan dengan pelanggan, maupun antar petugas pemberi pelayanan;• Timelines :pelayanan yang diberikan tepat waktu;• Respect and caring: pelayanan yang diberikan dilakukan dengan hormat, sopan, dan penuh perhatian.
Tujuan Indikator :	<ul style="list-style-type: none">• Pelayanan internet diambil untuk menunjukkan adanya kecepatan dan ketepatan pencarian informasi bagi pengguna perpustakaan.
Rasionalisasi :	Apabila internet dapat diakses maka pengguna perpustakaan akan dengan mudah mendapatkan informasi secara cepat, tepat dan efisien.
Definisi Terminologi yang digunakan :	Internet : jaringan longgar dari ribuan jaringan computer yang menjangkau dan dapat diakses oleh jutaan orang didunia.
Frekuensi updating indikator :	Setiap hari
Periode dilakukan analisis :	Setiap 1 bulan sekali
Numerator :	Jumlah penelusuran informasi melalui internet kurang dari 25 menit.
Denominator:	Jumlah penelusuran informasi melalui internet seluruhnya
Sumber Data :	Buku Pemakaian internet
Target:	100%
Penanggung jawab :	Subbag Informasi dan Pemasaran Sosial



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

STANDAR PELAYANAN MINIMAL
SUB BAGINFORMASI DAN PEMASARAN SOSIAL
Unit Perpustakaan

Judul Indikator :	Waktu tunggu pelayanan peminjaman bahan pustaka
Dimensi Mutu :	<ul style="list-style-type: none">• Efficiency : Pelayanan yang dilakukan dengan efisien; untuk sementara dilakukan manual• Accesibility: pelayanan yang diberikan dapat diakses oleh yang membutuhkan; dengan data yang ada di perpustakaan.• Interpersonal relationship: pelayanan yang diberikan memperhatikan hubungan antar manusia baik antara pemberi pelayanan dengan pelanggan, maupun antar petugas pemberi pelayanan;• Timelines : pelayanan yang diberikan tepat waktu;• Respect and caring: pelayanan yang diberikan dilakukan dengan hormat, sopan, dan penuh perhatian.
Tujuan Indikator :	<ul style="list-style-type: none">• Adanya permintaan dari pemakai perpustakaan;• Pelayanan Sirkulasi diambil untuk menunjukkan adanya kecepatan dan ketepatan pencarian informasi bagi pengguna perpustakaan.
Rasionalisasi :	Apabila Bahan Pustaka yang tersedia di perpustakaan dapat di akses dan dimanfaatkan dengan mudah maka kebutuhan pemakai perpustakaan (mahasiswa, dokter, karyawan dsb) dapat terpenuhi sehingga akan membantu tercapainya tujuan pendidikan, penelitian serta pelatihan.
Def inisi Terminologi yang digunakan :	Bahan Pustaka adalah segala buah karya /hasil pikiran manusia yang dituangkan / terekam baik dalam bentuk tercetak (buku, majalah, artikel, opini , karya tulis ilmiah dsb) maupun elektronik (kaset, cd, pitrangan hitam). Sirkulasi adalah salah satu bentuk pelayanan kepada pengguna perpustakaan yang berupa peminjaman, pengembalian, denda, humas.
Frekuensi updating indikator :	Setiap hari/1bulan
Periode dilakukan analisis:	3 bulan sekali
Numerator :	Jumlah pelayanan peminjaman bahan pustaka kurang dari 5menit
Denominator:	Jumlah pelayanan peminjaman bahan pustaka seluruhnya
Sumber Data :	Buku induk peminjaman
Target:	100%
Penanggung jawab :	Subbag Informasi dan Pemasaran Sosial



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

**TANDAR PELAYANAN MINIMAL
SUB BAGINFORMASI DAN PEMASARAN SOSIAL**

<i>Judul Indikator :</i>	Tersedianya Materi Penyuluhan Kesehatan
<i>Dimensi Mufu :</i>	<ul style="list-style-type: none">• Appropriateness: pelayanan yang diberikan relevan dengan kebutuhan klinis pasien dan didasarkan pada perkembangan ilmu pengetahuan• Availability: pelayanan yang dibutuhkan tersedia• Accessibility: pelayanan yang diberikan dapat diakses oleh yang membutuhkan• Effectiveness: pelayanan yang diberikan dengan cara yang benar, berdasar ilmu pengetahuan, dan dapat mencapai hasil yang diinginkan• Acceptability: pelayanan yang diberikan dapat diterima oleh masyarakat pengguna• Interpersonal relationship: pelayanan yang diberikan memperhatikan hubungan antar manusia baik antara pemberi pelayanan dengan pelanggan, maupun antar petugas pemberi pelayanan• Timelines: pelayanan diberikan tepat waktu
<i>Tujuan Indikafor :</i>	<ul style="list-style-type: none">• Ada Permintaan RSPD JAKARTA• Ada permintaan Tim PKMRS
<i>Rasionalisasi :</i>	Apabila materi / bahan penyuluhan yang tersedia lengkap, maka kebutuhan informasi dan pengetahuan tentang kesehatan / penyakit akan terpenuhi sehingga diharapkan masyarakat dapat mengupayakan hidup sehat.
<i>Definisi Terminologi yang digunakan :</i>	Materi / bahan untuk penyuluhan kesehatan adalah berbagai informasi tentang hidup sehat, tentang penyakit, dan berbagai ilmu pengetahuan tentang kesehatan. Bentuknya bisa berupa leaflet, gambar-gambar, buku, majalah, film, kaset dll.
<i>Frekuensi updating indikator ;</i>	Setiap bulan 1 x
<i>Periode dilakukan Analisis :</i>	Setiap 6 bulan 1 x
<i>Numerator :</i>	Jumlah materi baru yang terealisasi
<i>Denominator :</i>	2 materi (yang direncanakan)
<i>Sumber Data :</i>	Perpustakaan
<i>Target :</i>	100%
<i>Penanggung jawab :</i>	Subbag Informasi dan Pemasaran Sosial



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

**STANDAR PELAYANAN MINIMAL
SUB BAGINFORMASI DAN PEMASARAN SOSIAL**

Judul Indikator :	Waktu pelayanan penyuluhan kesehatan secara rutin
Dimensi Mutu :	<ul style="list-style-type: none">• Efficiency : Pelayanan yang dilakukan dengan efisien• Interpersonal relationship: pelayanan yang diberikan memperhatikan hubungan antar manusia baik antara pemberi pelayanan dengan pelanggan, maupun antar petugas pemberi pelayanan.• Timelines : pelayanan yang diberikan tepat waktu
Tujuan Indikator :	<ul style="list-style-type: none">• Adanya permintaan• Indikator diambil untuk menunjukkan bahwa pelayanan penyuluhan kesehatan dilaksanakan secara rutin dan terencana
Rasionalisasi :	Dengan dilaksanakannya penyuluhan kesehatan secara rutin dan terencana maka akan membantu pasien dan keluarganya untuk menambah informasi, wawasan, dan ilmu pengetahuan tentang kesehatan sehingga diharapkan dapat belajar dan melaksanakan upaya-upaya untuk hidup sehat
Definisi Terminologi yang digunakan :	<ul style="list-style-type: none">• Waktu pelayanan : waktu yang dibutuhkan oleh petugas untuk mengadakan kegiatan penyuluhan dari persiapan sampai dengan selesai penyuluhan• Penyuluhan Kesehatan : adalah gabungan dari berbagai kesempatan dan kegiatan yang berdasarkan prinsip-prinsip belajar untuk mencapai keadaan ingin hidup sehat, tahu caranya dan melaksanakan apa yang bisa dikerjakan serta mencari pertolongan jika membutuhkan, baik secara individu maupun berkelompok.• Rutin : melaksanakan penyuluhan yang dilakukan setiap 2x seminggu di Instalasi rawat jalan dan 2x sebulan di radio
Frekuensi updating indikator :	Setiap bulan 1 kali
Periode dilakukan analisis:	Setiap 3 bulan 1 kali
Numerator :	Jumlah kegiatan PKM yang dilakukan
Denominator:	Jumlah laporan kegiatan PKM yang direncanakan
Sumber Data :	Buku laporan kegiatan penyuluhan
Target:	Dikatakan 100% bila pelayanan penyuluhan kesehatan dilaksanakan sesuai rencana
Penanggung jawab:	Subbag Informasi dan Pemasaran Sosial



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

**STANDAR PELAYANAN MINIMAL
SUB BAGIAN RT & PERLENGKAPAN**

Judul Indikator :	Waktu tunggu layanan ambulance
Dimensi mutu :	Timelines, safety, amenities, respect and caring.
Tujuan Indikator :	Terpenuhinya layanan permintaan ambulance
Rasionalisasi :	Kecepatan penyediaan kendaraan ambulance menentukan keselamatan pasien.
Definisi terminologi yang digunakan :	Waktu tunggu adalah waktu yang dibutuhkan untuk mempersiapkan ambulance sejak diminta dari
Frekuensi updating indikator :	Tiap hari/ 1 bulan sekali
Periode dilakukan analisa :	Tiap 3 bulan/ 6 bulan
Numerator :	Jumlah permintaan layanan ambulance yang terlayani dalam waktu 30 menit
Denominator :	Jumlah permintaan layanan ambulance
Sumber data :	Bagian kendaraan,
Target :	75%
Penanggung jawab pengumpul data :	Subbag. RT dan Perlengkapan



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

**STANDAR PELAYANAN MINIMAL
SUB BAGIAN RT & PERLENGKAPAN**

Judul Indikator :	Pengeluaran barang dari gudang.
Dimensi mutu :	Timelines.
Tujuan Indikator :	Terpenuhinya pelayanan permintaan barang dengan tepat.
Rasionalisasi :	Kecepatan pelayanan menentukan kelancaran di unit-unit kerja pemakai barang.
Definisi terminologi yang digunakan :	Pengeluaran barang adalah keluarnya barang kebutuhan untuk operasional di unit-unit kerja.
Frekuensi updating indikator :	Tiap hari / Tiap sebulan
Periode dilakukan analisa :	Tiap bulan / Tiap 3 bulan
Numerator :	Jumlah permintaan yang terlayani dalam 30 menit.
Denominator :	Jumlah seluruh permintaan.
Sumber data :	Gudang perlengkapan.
Target :	90 %
Penanggung jawab pengumpul data :	Subbag. RT dan Perlengkapan



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

**STANDAR PELAYANAN MINIMAL
SUB BAGIAN RT & PERLENGKAPAN**

Judul Indikator:	Distribusi linen di laundry.
Dimensi mutu :	Timelines, interpersonal ship.
Tujuan Indikator :	Agar distribusi linen dapat berjalan lancar dan cepat
Rasionalisasi :	Kecepatan penyediaan linen bersih untuk didistribusikan guna verbed membantu kelancaran di unit-unit kerja/ bangsal.
Definisi terminology yang digunakan :	Waktu yang dibutuhkan oleh seseorang untuk mendapatkan linen bersih.
Frekuensi updating indikator :	Tiap hari/Tiap sebulan
Periode dilakukan analisa :	Tiap bulan/Tiap 3 bulan
Numerator :	Jumlah permintaan yang dilayani dalam 30 menit.
Denominator :	Jumlah seluruh permintaan linen
Sumber data :	Ruang distribusi laundry.
Target :	75%
Penanggung jawab pengumpul data :	Subbag. RT dan Perlengkapan



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

**STANDAR PELAYANAN MINIMAL
SUB BAGIAN RT & PERLENGKAPAN**

Judul Indikafor:	Pembuatan linen di laundry.
Dimensi mutu :	Timelines.
Tujuan Indikator :	Kebutuhan linen tercukupi apabila linen yang dibuat memenuhi target yang ditentukan.
Rasionalisasi :	Ketercukupan linen jadi yang tersedia memenuhi kelancaran pelayanan. Saat ini yang dapat dibuat perharinya adalah \pm 25 potong / hari dan 3 pola.
Definisi terminologi yang digunakan :	Pembuatan linen yaitu perubahan dari bahan baku, digunting, dijahit sampai menjadi barang / linen siap pakai.
Frekuensi updating indikator :	Tiap hari/Tiap bulan.
Periode dilakukan analisa :	Tiap 3 bulan
Numerator :	Jumlah linen yang dibuat per hari.
Denominator :	Jumlah linen yang dibutuhkan secara keseluruhan oleh Rumah Sakit (15 potong/hari)
Sumber data :	Ruang penjahitan
Target :	100 hari
Penanggung jawab pengumpul data :	Subbag. RT dan Perlengkapan



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

**STANDAR PELAYANAN MINIMAL
SUB BAGIAN RT & PERLENGKAPAN**

Judul Indikator :	Mutasi barang di lingkungan Rumah Sakit.
Dimensi mutu :	Timelines, interpersonal ship.
Tujuan Indikator :	Agar mutasi berjalan sesuai prosedur.
Rasionalisasi :	Ketepatan dan kecepatan mutasi barang sangat berperan dalam inventarisasi ruang dan asset.
Definisi terminologi yang digunakan :	Mutasi barang yaitu berpindahnya barang dari satu tempat ke tempat lain di lingkungan Rumah Sakit.
Frekuensi updating indikator :	Tiap hari/Tiap 3 bulan
Periode dilakukan analisa :	Tiap 6 bulan
Numerator:	Jumlah mutasi barang kurang dari satu hari
Denominator:	Jumlah mutasi barang
Sumber data:	1 Pengurus barang / gudang
Target :	80%
Penanggung jawab pengumpul data :	Subbag. RT dan Perlengkapan



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

**STANDAR PELAYANAN MINIMAL
DI BAGIAN TATA USAHA**

Judul Indikator :	Pencarian dokumen
Dimensi Mutu :	Diakses Cepat
Tujuan Indikator :	Agar Arsip yang dimiliki mudah dicari bila, diperlukan.
Rasionalisasi :	Sebagai Sumber Data penting untuk informasi dan pengambilan keputusan maka arsip mudah ditemukan bila diperlukan
Definisi Terminologi :	Pencarian dokumen cepat adalah upaya pencarian dokumen yang disimpan dapat ditemukan paling lama 10 menit.
Frekwensi Updating Indikator :	1 minggu sekali
Periode Dilakukan Analisis :	Setiap bulan
Numerator :	Jumlah pencarian dokumen yang cepat
Denominator :	Jumlah seluruh pencarian dokuman
Sumber Data :	Buku Agenda di sub bag TU.
Target :	95 %
Penanggungjawab Pengumpul Data :	Ka sub bagian Tata Usaha.



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

**STANDAR PELAYANAN MINIMAL
DI BAGIAN TATA USAHA**

Judul Indikafor :	Waktu Legalisir Berkas.
Dimensi Mutu :	Cepat dan tepat waktu.
Tujuan Indikator :	Agar Pelayanan Legalisir ditangani secara cepat dan penyerahan kembali tepat waktu.
Rasionalisasi :	Kecepatan legalisir akan mempermudah seseorang untuk suatu kepentingan, sehingga dapat memuaskan customer.
Definisi Terminologi :	Pemberian pelayanan legalisir kepada customer dengan cepat dan diserahkan kembali tepat waktu Cepat : 30 menit Tepat waktu : sesuai janji yang diberikan
Frekwensi Updating Indikator :	Setiap hari
Periode Dilakukan Analisis :	1 bulan 1 kali
Numerator:	Jumlah berkas yang dilegalisir cepat dan tepat waktu
Denominator :	Jumlah berkas yang dilegalisir
Sumber Data :	Buku Agenda di sub bag TU.
Target :	90 %
Penanggungjawab Pengumpul Data :	Ka sub bagian Tata Usaha



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

**STANDAR PELAYANAN MINIMAL
DI BAGIAN TATA USAHA**

Judul Indikator :	Waktu Pembuatan Surat Keputusan / SK.
Dimensi Mutu :	Cepat, Tepat, Legitimacy
Tujuan Indikator :	Agar pembuatan Surat Keputusan / SK dapat selesai dengan cepat , tepat dan legitimacy.
Rasionalisasi :	Kecepatan dan ketepatan waktu pembuatan Surat Keputusan dan legitimacy akan memperlancar pelaksanaan kebijakan pimpinan.
Definisi Terminologi :	<p>Pembuatan Surat Keputusan yang cepat, tepat dan legitimacy adalah suatu upaya untuk membuat Surat Keputusan berdasarkan dari instruksi pimpinan dalam memberikan wewenang kepada seseorang untuk melaksanakan tugas dan dibuat dalam waktu yang cepat , tepat dan dapat dipertanggung jawabkan.</p> <ul style="list-style-type: none">• Cepat, tepat : waktu pembuatan SK 2 hari• Legitimacy : dapat dipertanggung jawabkan sesuai dengan instruksi pimpinan
Frekwensi Updating Indikafor :	1 minggu sekali
Periode Dilakukan Analisis :	3 bulan 1 kali.
Numerator :	Jumlah SK yang dibuat dengan cepat, tepat dan legitimacy.
Denominator :	Jumlah SK yang dibuat seluruhnya
Sumber Data :	Bu Agenda di Sub Bag TU.
Target :	90%
Penanggungjawab Pengumpul Data :	Ka sub bagian Tata Usaha.



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

**STANDAR PELAYANAN MINIMAL
DI BAGIAN TATA USAHA**

Judul Indikator :	Waktu Pengagendaan
Dimensi Mutu :	Pengagendaan surat masuk cepat
Tujuan Indikafor :	Agar Pengagendaan surat cepat
Rasionalisasi :	Mengagendakan surat dinas masuk Rumah Sakit dengan cepat sehingga surat dapat segera ditindaklanjuti.
Definisi Terminologi :	Pengagendaan surat cepat adalah pencatatan surat dinas masuk Rumah Sakit dalam Buku agenda, pemberian lembar disposisi untuk tulisan pendapat pimpinan, penomoran, tanggal, cap tanda terima, dilaksanakan cepat. Surat masuk cepat diagendakan : 30 menit
Frekwensi Updating Indikator :	Setiap hari
Periode Dilakukan Analisis :	1 bulan.
Numerator :	Jumlah surat dinas masuk yang diagendakan cepat
Denominator :	Jumlah seluruh surat dinas masuk yang diagendakan.
Sumber Data :	Agenda surat dinas di sub bag TU.
Target :	85 %
Penanggungjawab Pengumpul Data :	Ka sub bagian Tata Usaha.



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

**STANDAR PELAYANAN MINIMAL
SUB BAGIAN KEPEGAWAIAN**

Judul Indikator :	Ketepatan Proses Intern Pemberkasan Usul Penerbitan Surat Keputusan Kenaikan Pangkat
Dimensi mutu :	Effectiveness, Legitimacy, Timelines.
Tujuan Indikator :	Supaya ada standarisasi waktu untuk penyelesaian pemberkasan usul penerbitan Surat Keputusan Kenaikan Pangkat.
Rasionalisasi :	Ketepatan pengusulan penerbitan Surat Keputusan kenaikan pangkat akan terjamin terpenuhinya hak-hak pegawai.
Definisi terminologi yang digunakan :	<ul style="list-style-type: none">• Ketepatan adalah proses penyelesaian yang sesuai dengan waktu yang telah ditentukan.• Kenaikan pangkat adalah mutasi dari pangkat yang lebih rendah ke pangkat yang lebih tinggi• Pemberkasan adalah proses verifikasi kelengkapan berkas, pembuatan Pra D, dan pembuatan pengantar per periode.• Tepat waktu adalah bulan Pebruari dan bulan Agustus sebelum tanggal 10, pemberkasan usul kenaikan pangkat sudah selesai.
Frekuensi updating indikator:	6 bulan sekali, selambatnya tanggal 10 Pebruari untuk periode April, dan 10 Agustus untuk periode Oktober.
Periode dilakukan analisa :	1 tahun sekali
Numerator :	Jumlah pemberkasan usul penerbitan Surat Keputusan Kenaikan Pangkat tepat waktu.
Denominator :	Jumlah berkas usul penerbitan kenaikan pangkat
Sumber data :	Data Kepegawaian
Target :	100 %
Penanggung jawab pengumpul data:	Ka Subbag Kepegawaian



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

**STANDAR PELAYANAN MINIMAL
SUB BAGIAN KEPEGAWAIAN**

Judul Indikator:	Ketepatan Proses Intern Pembuatan Surat Usul Kenaikan Gaji Berkala
Dimensi mutu :	Effectiveness, Legitimacy, Timelines.
Tujuan Indikator :	Supaya ada standarisasi waktu untuk penyelesaian pembuatan usul Surat Kenaikan Gaji Berkala.
Rasionalisasi :	Ketepatan pembuatan Surat Usul kenaikan gaji berkala akan terjamin terpenuhinya hak-hak pegawai.
Definisi terminologi yang digunakan :	<ul style="list-style-type: none">• Ketepatan adalah proses penyelesaian yang sesuai dengan waktu yang telah ditentukan.• Kenaikan Gaji Berkala adalah kenaikan gaji yang diberikan kepada pegawai yang telah mencapai masa kerja golongan yang ditentukan.• Tepat waktu adalah 2 bulan sebelum kenaikan gaji berkala diterimakan, sebelum tanggal 15 surat usul kenaikan gaji berkala sudah selesai.
Frekuensi updating indikator	Setiap bulan Pebruari dan Agustus
Periode dilakukan analisa :	1 tahun sekali.
Numerator:	Jumlah pembuatan surat usul kenaikan gaji berkala tepat waktu.
Denominator :	Jumlah Pembuatan surat usul kenaikan gaji berkala.
Sumber data :	Data Kepegawaian
Target :	100 %
Penanggung jawab pengumpul data :	Ka. Subbag. Kepegawaian



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

**STANDAR PELAYANAN MINIMAL
SUB BAGIAN KEPEGAWAIAN**

Judul Indikator :	Ketepatan Proses Intern Pemberkasan Usul Penerbitan Surat Keputusan Jabatan Fungsional
Dimensi mutu :	Effectiveness, Legitimacy, Timelines.
Tujuan Indikator :	Supaya ada standarisasi waktu untuk penyelesaian pemberkasan usul penerbitan Surat Keputusan Jabatan Fungsional.
Rasionalisasi :	Ketepatan pengusulan penerbitan Surat Keputusan jabatan fungsional akan terjamin terpenuhinya hak-hak pegawai.
Definisi terminology yang digunakan :	<ul style="list-style-type: none">• Ketepatan adalah proses penyelesaian yang sesuai dengan waktu yang telah ditentukan.• Jabatan Fungsional adalah jabatan yang menunjukkan tugas, tanggung jawab, wewenang dan hak seorang PNS.• Pemberkasan adalah proses verifikasi kelengkapan berkas, dan pembuatan pengantar.• Tepat waktu adalah setiap bulan sebelum tanggal 15 pemberkasan usul penerbitan Surat Keputusan Jabatan Fungsional sudah selesai.
Frekuensi updating indikafor	Setiap bulan
Periode dilakukan analisa :	Enam bulan sekali
Numerator :	Jumlah pemberkasan usul penerbitan Surat Keputusan Jabatan Fungsional tepat waktu.
Denominator:	Jumlah pemberkasan usul penerbitan sSurat Keputusan Jabatan Fungsional.
Sumber data :	Data Kepegawaian
Target :	75%
Penanggung jawab pengumpul data :	Ka. Subbag. Kepegawaian I,



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

**STANDAR PELAYANAN MINIMAL
SUB BAGIAN KEPEGAWAIAN**

Judul Indikator :	Ketepatan proses intern pembuatan Surat Pernyataan Menduduki Jabatan (SPMJ)
Dimensi mutu :	Effectiveness, Legitimacy, Timelines.
Tujuan Indikator :	Supaya ada standarisasi waktu untuk penyelesaian pembuatan Surat Pernyataan menduduki Jabatan.
Rasionalisasi :	Ketepatan pembuatan Surat Pernyataan Menduduki Jabatan akan terjamin terpenuhinya hak-hak pegawai.
Definisi terminology yang digunakan :	<ul style="list-style-type: none">• Ketepatan adalah proses penyelesaian yang sesuai dengan waktu yang telah ditentukan.• SPMJ adalah surat yang menyatakan bahwa seorang PNS masih menduduki jabatan fungsional maupun struktural.• Tepat waktu adalah setiap ada perubahan jabatan pembuatan surat Pernyataan menduduki Jabatan sudah selesai.
Frekuensi updating indikator	Setiap tahun
Periode dilakukan analisa :	Satu tahun sekali
Numerator :	Jumlah pembuatan Surat Pernyataan Menduduki Jabatan tepat waktu.
Denominator :	Jumlah Pembuatan Surat Pernyataan Menduduki Jabatan.
Sumber data :	Data Kepegawaian
Target :	100 %
Penanggung jawab pengumpul data :	Ka. Subbag. Kepegawaian



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

**STANDAR PELAYANAN MINIMAL
SUB BAGIAN KEPEGAWAIAN**

Judul Indikator :	Ketepatan proses intern pemberkasan usul pensiun
Dimensi mutu :	Effectiveness, Legitimacy, Timelines.
Tujuan Indikator:	Supaya ada standarisasi waktu untuk penyelesaian pemberkasan usul pensiun.
Rasionalisasi :	Ketepatan pemberkasan usul pensiun akan menjamin terpenuhinya hak-hak pegawai.
Definisi terminologi yang digunakan :	<ul style="list-style-type: none">• Ketepatan adalah proses penyelesaian yang sesuai dengan waktu yang telah ditentukan.• Pensiun adalah berhentinya seorang PNS karena telah mencapai batas usia pensiun.• Pemberkasan adalah proses verifikasi kelengkapan berkas dan pembuatan pengantar.• Tepat waktu adalah enam bulan sebelum PNS mencapai batas usia pensiun, sebelum tanggal 15 pemberkasan usul penerbitan surat keputusan pensiun selesai.
Frekuensi updating indikator :	Setiap 6 bulan
Periode dilakukan analisa :	1 tahun sekali
Numerator :	Jumlah pemberkasan usul pensiun tepat waktu
Denominator :	Jumlah pemberkasan usul pensiun
Sumber data :	Data Kepegawaian
Target :	100%
Penanggung jawab pengumpul data :	Ka. Subbag. Kepegawaian



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

**STANDAR PELAYANAN MINIMAL
BAGIAN / UNIT KERJA : IPSRS**

Judul Indikator :	Pemeriksaan Berkala Alat Pemadam Api Ringan (APAR)
Dimensi Mutu :	Keamanan
Tujuan Indikator :	Dengan pemeriksaan berkala kondisi alat pemadam api ringan dapat diketahui
Rasionalisasi :	Kesiapan APAR yang sesuai standar mencegah kebakaran.
Difinisi Terminologi Yang Digunakan :	Pemeriksaan pada tabung, tekanan, isi tabung, mulut pancar
Frekwensi Indikator :	4 bulan sekali
Pereode Dilakukan Analisis :	1 tahun
Numerator :	Jumlah realisasi APAR yang diperiksa setiap 4 bulan
Denominator :	Jumlah APAR yang seharusnya diperiksa tiap 4 bulan.
Sumber Data :	Sub Administrasi IPSRS
Target :	90%
Penanggung Jawab Pengumpul Data :	Sub Administrasi IPSRS



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

**STANDAR PELAYANAN MINIMAL
BAGIAN / UNIT KERJA : IPSRS**

<i>Judul Indikator :</i>	Pelayanan Permintaan Perbaikan Sarana Prasarana Tanpa Biaya Dan Suku Cadang
<i>Dimensi Mutu :</i>	Kecepatan, ketepatan, konsisten
<i>Tujuan Indikator:</i>	Untuk menunjukkan adanya permasalahan dalam pelayanan perbaikan sarana dan prasarana.
<i>Rasionalisasi :</i>	Sarana prasarana yang siap pakai menunjang kelancaran pelayanan
<i>Difinisi Terminologi Yang Digunakan :</i>	Seluruh proses permintaan-permintaan perbaikan, pemeriksaan, analisa, persiapan alat kerja. Pelaksana perbaikan, pengemasan, penyimpanan/ penataan, selesai dalam 2 had
<i>Frekwensi Indikator :</i>	Setiap hari
<i>Pereode Dilakukan Analisis :</i>	Setiap bulan
<i>Numerator :</i>	Jumlah laporan dilaksanakan perbaikan tanpa biaya dalam waktu 2 hari
<i>Denominator :</i>	Jumlah laporan seluruh perencanaan perbaikan
<i>Sumber Data :</i>	Buku harian masing - masing sub instalasi di IPSRS
<i>Target :</i>	80%
<i>Penanggung Jawab Pengumpul Data :</i>	Sub Administrasi IPSRS



MENTERI KESEHATAN,

Dr. dr. SITI FADILAH SUPARI, Sp.JP (K)