



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**

<b>Judul Indikator:</b>	Kejadian Infeksi Karena Jarum Infus
<b>Dimensi Mutu :</b>	Standar kompetensi, keamanan
<b>Tujuan Indikator :</b>	Menunjukkan adanya permasalahan pada pemasangan infus.
<b>Rasionalisasi :</b>	Ketepatan tindakan pemasangan infus menghindarkan terjadinya infeksi.
<b>Definisi terminologi yang digunakan :</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• 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.</li><li>• 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</li></ul>
<b>Frekuensi Updating Indikator :</b>	Tiap bulan
<b>Periode dilakukan analisis :</b>	Tiap 3 bulan
<b>Numerator:</b>	Jumlah pasien dengan infeksi karena jarum infus.
<b>Denominator:</b>	Jumlah pasien yang dipasang infuse
<b>Sumber data :</b>	Instalasi Rawat Inap
<b>Target :</b>	0,2%
<b>Penanggung jawab Pengumpul data :</b>	- Kepala Bidang Keperawatan



MENTERI KESEHATAN  
REPUBLIK INDONESIA

**STANDAR PELAYANAN MINIMAL  
MEDIS**

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



MENTERI KESEHATAN  
REPUBLIK INDONESIA

### STANDAR PELAYANAN MINIMAL MEDIS

<b>Judul Indikator :</b>	Kelengkapan Pengisian Rekam Medik.
<b>Dimensi Mutu :</b>	Accountability
<b>Tujuan Indikator :</b>	Terpenuhinya SIM Rumah Sakit yang dapat dimanfaatkan bagi peningkatan mutu pelayanan di Rumah Sakit.
<b>Rasionalisasi :</b>	Dengan kelengkapan dan kebenaran rekam medis dapat diketahui dan dievaluasi sejauh mana mutu pelayanan yang diberikan kepada pasien.
<b>Definisi terminologi yang digunakan :</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• 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.</li><li>• 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.</li><li>• Waktu maksimal yang diharapkan yaitu 14 hari.</li></ul>
<b>Frekuensi Updating Indikafor :</b>	Tiap bulan
<b>Periode dilakukan analisis :</b>	Tiap 3 bulan
<b>Numerator:</b>	Jumlah Rekam Medik yang diisi dengan lengkap dan benar
<b>Denominator:</b>	Jumlah seluruh rekam medik
<b>Sumber data :</b>	Bagian Rekam Medik
<b>Target :</b>	90%
<b>Penanggungjawab Pengumpul data :</b>	- Kepala Bidang Keperawatan



MENTERI KESEHATAN  
REPUBLIK INDONESIA

## STANDAR PELAYANAN MINIMAL MEDIS

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



MENTERI KESEHATAN  
REPUBLIK INDONESIA

**STANDAR PELAYANAN MINIMAL  
MEDIS**

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



MENTERI KESEHATAN  
REPUBLIK INDONESIA

**STANDAR PELAYANAN MINIMAL  
MEDIS**

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



MENTERI KESEHATAN  
REPUBLIK INDONESIA

**STANDAR PELAYANAN MINIMAL  
MEDIS**

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



MENTERI KESEHATAN  
REPUBLIK INDONESIA

**STANDAR PELAYANAN MINIMAL  
MEDIS**

<b>Judul Indikator :</b>	Kematian Ibu Karena Perdarahan
<b>Dimensi Mutu :</b>	Standar kompetensi, keamanan
<b>Tujuan Indikator :</b>	Menunjukkan permasalahan dalam pengelolaan ibu dengan perdarahan.
<b>Rasionalisasi :</b>	Ketetapan pengelolaan ibu dengan perdarahan.
<b>Definisi terminologi yang digunakan :</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Kematian ibu karena perdarahan adalah kematian ibu yang disebabkan karena perdarahan yang dapat terjadi pada semua kala dalam persalinan.</li><li>• 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.</li></ul>
<b>Frekuensi Updating Indikator :</b>	Tiap bulan
<b>Periode dilakukan analisis :</b>	Tiap 3 bulan
<b>Numerator:</b>	Jumlah kematian ibu karena perdarahan.
<b>Denominator:</b>	Jumlah ibu post partum dengan perdarahan.
<b>Sumber data :</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Instalasi Rawat Inap ( ruang kebidanan )</li><li>- Instalasi Rawat Intensif</li><li>- Kamar Bersalin</li><li>- Rekam Medik</li></ul>
<b>Target:</b>	1 %
<b>Penanggungjawab Pengumpul data :</b>	- Kepala Bidang Keperawatan



MENTERI KESEHATAN  
REPUBLIK INDONESIA

**STANDAR PELAYANAN MINIMAL  
MEDIS**

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



MENTERI KESEHATAN  
REPUBLIK INDONESIA

### STANDAR PELAYANAN MINIMAL MEDIS

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



MENTERI KESEHATAN  
REPUBLIK INDONESIA

### STANDAR PELAYANAN MINIMAL MEDIS

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



MENTERI KESEHATAN  
REPUBLIK INDONESIA

**STANDAR PELAYANAN MINIMAL  
MEDIS**

<b>Judul Indikator:</b>	Keterlambatan Pelayanan Rekam Medis Rawat Jalan.
<b>Dimensi Mutu :</b>	Kecepatan, ketepatan
<b>Tujuan Indikator :</b>	Menunjukkan adanya permasalahan pada pelayanan Rekam Medik rawat jalan.
<b>Rasionalisasi :</b>	Keterlambatan pelayanan Rekam Medik menyebabkan keterlambatan pelayanan pasien.
<b>Definisi terminologi yang digunakan :</b>	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.
<b>Frekuensi Updating Indikator :</b>	Tiap bulan
<b>Periode dilakukan analisis :</b>	Tiap 3 bulan
<b>Numerator :</b>	Jumlah Rekam Medik rawat jalan yang terlayani lebih dari 15 menit.
<b>Denominator:</b>	Jumlah seluruh pelayanan Rekam Medik.
<b>Sumber data :</b>	- Instalasi Rawat Jalan - Rekam Medik.
<b>Target:</b>	10%
<b>Penanggungjawab/Pengumpul data :</b>	- Kepala Bidang Keperawatan



MENTERI KESEHATAN  
REPUBLIK INDONESIA

### STANDAR PELAYANAN MINIMAL KEPERAWATAN

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



MENTERI KESEHATAN  
REPUBLIK INDONESIA

### STANDAR PELAYANAN MINIMAL KEPERAWATAN

<b>Judul Indikator :</b>	Kejadian Infeksi Luka Operasi
<b>Dimensi Mutu :</b>	Standar kompetensi, keamanan
<b>Tujuan Indikator :</b>	Menunjukkan mutu asuhan keperawatan pasca bedah.
<b>Rasionalisasi :</b>	Infeksi luka operasi disebabkan pelayanan tidak sesuai standar dan memperpanjang LOS.
<b>Definisi terminologi yang digunakan :</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• 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.</li><li>• 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</li><li>• 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.</li></ul>
<b>Frekuensi Updating Indikator :</b>	Tiap bulan
<b>Periode dilakukan analisis :</b>	Tiap 3 bulan
<b>Numerator:</b>	Jumlah infeksi luka operasi.
<b>Denominator:</b>	Jumlah tindakan operasi bersih / elektif
<b>Sumber data :</b>	Instalasi Rawat Inap
<b>Target:</b>	0,3%
<b>Penanggungjawab/ Pengumpul data :</b>	- Kepala Bidang Keperawatan - Kepala Ruang



MENTERI KESEHATAN  
REPUBLIK INDONESIA

### STANDAR PELAYANAN MINIMAL KEPERAWATAN

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



MENTERI KESEHATAN  
REPUBLIK INDONESIA

### STANDAR PELAYANAN MINIMAL KEPERAWATAN

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



MENTERI KESEHATAN  
REPUBLIK INDONESIA

**STANDAR PELAYANAN MINIMAL  
INSTALASI RAWAT DARURAT**

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



MENTERI KESEHATAN  
REPUBLIK INDONESIA

**STANDAR PELAYANAN MINIMAL  
INSTALASI RAWAT JALAN**

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



MENTERI KESEHATAN  
REPUBLIK INDONESIA

**STANDAR PELAYANAN MINIMAL  
INSTALASI RAWAT JALAN**

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



MENTERI KESEHATAN  
REPUBLIK INDONESIA

**STANDAR PELAYANAN MINIMAL  
INSTALASI RAWAT INAP**

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



MENTERI KESEHATAN  
REPUBLIK INDONESIA

**STANDAR PELAYANAN MINIMAL**  
**Psikologi**

<b>Judul Indikator :</b>	Pelayanan Psikolog terhadap pasien HIV/AIDS di RSPI. Sulianti Saroso
<b>Dimensi Mutu :</b>	Kenyamanan pasien, keterbukaan pasien, ketepatan terapi, peningkatan motivasi pasien
<b>Tujuan Indikator :</b>	Mengurangi masalah yang menghambat proses pengobatan pada pasien
<b>Rasionalisasi :</b>	Penderita HIV/AIDS selain memerlukan pemeriksaan dan tindakan medis juga psikologis sehingga diharapkan pasien menjadi lebih kooperatif dan komunikatif terhadap proses pengobatan yang diberikan
<b>Definisi terminologi yang digunakan :</b>	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
<b>Frekuensi updating indikator :</b>	Setiap Minggu
<b>Periode dilakukan analisis :</b>	Setiap Bulan
<b>Numerator:</b>	Jumlah pasien HIV/AIDS yang dirujuk
<b>Denominator:</b>	Jumlah pasien HIV/AIDS yang berhasil ditangani
<b>Sumber data :</b>	Buku Register
<b>Target:</b>	60 %
<b>Penanggung jawab/ pengumpul data :</b>	Petugas konseling dan psikologis Ka. Instalasi Rehabilitasi Medik



MENTERI KESEHATAN  
REPUBLIK INDONESIA

### STANDAR PELAYANAN MINIMAL INSTALASI GIZI

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



MENTERI KESEHATAN  
REPUBLIK INDONESIA

**STANDAR PELAYANAN MINIMAL  
INSTALASI GIZI**

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



MENTERI KESEHATAN  
REPUBLIK INDONESIA

**STANDAR PELAYANAN MINIMAL  
INSTALASI GIZI**

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



MENTERI KESEHATAN  
REPUBLIK INDONESIA

**STANDAR PELAYANAN MINIMAL  
INSTALASI BEDAH SENTRAL**

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



MENTERI KESEHATAN  
REPUBLIK INDONESIA

**STANDAR PELAYANAN MINIMAL  
INSTALASI BEDAH SENTRAL**

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



MENTERI KESEHATAN  
REPUBLIK INDONESIA

**STANDAR PELAYANAN MINIMAL  
INSTALASI BEDAH SENTRAL**

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



MENTERI KESEHATAN  
REPUBLIK INDONESIA

**STANDAR PELAYANAN MINIMAL  
INSTALASI BEDAH SENTRAL**

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



MENTERI KESEHATAN  
REPUBLIK INDONESIA

**STANDAR PELAYANAN MINIMAL  
INSTALASI BEDAH SENTRAL**

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



MENTERI KESEHATAN  
REPUBLIK INDONESIA

**STANDAR PELAYANAN MINIMAL  
INSTALASI RAWAT INTENSIF**

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



MENTERI KESEHATAN  
REPUBLIK INDONESIA

### STANDAR PELAYANAN MINIMAL INSTALASI RAWAT INTENSIF

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



MENTERI KESEHATAN  
REPUBLIK INDONESIA

**STANDAR PELAYANAN MINIMAL  
INSTALASI RAWAT INTENSIF**

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



MENTERI KESEHATAN  
REPUBLIK INDONESIA

**STANDAR PELAYANAN MINIMAL  
INSTALASI RAWAT INTENSIF**

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



MENTERI KESEHATAN  
REPUBLIK INDONESIA

**STANDAR PELAYANAN MINIMAL  
INSTALASI RAWAT INTENSIF**

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



MENTERI KESEHATAN  
REPUBLIK INDONESIA

**STANDAR PELAYANAN MINIMAL  
INSTALASI RAWAT INTENSIF**

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



MENTERI KESEHATAN  
REPUBLIK INDONESIA

### STANDAR PELAYANAN MINIMAL INSTALASI LABORATORIUM KLINIK

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



MENTERI KESEHATAN  
REPUBLIK INDONESIA

**STANDAR PELAYANAN MINIMAL  
INSTALASI LABORATORIUM KLINIK**

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



MENTERI KESEHATAN  
REPUBLIK INDONESIA

**STANDAR PELAYANAN MINIMAL  
INSTALASI LABORATORIUM KLINIK**

<b>Judul Indikator :</b>	Waktu tunggu pemeriksaan darah rutin pasien rawat jalan.
<b>Dimensi Mutu :</b>	Kecepatan, efektifitas, efisiensi
<b>Tujuan Indikafor :</b>	Untuk mengetahui tingkat kecepatan pemeriksaan darah rutin pasien rawat jalan.
<b>Rasionalisasi :</b>	Kecepatan hasil pemeriksaan darah rutin sangat membantu dokter untuk menegakkan diagnosa.
<b>Definisi terminologi yang digunakan :</b>	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.
<b>Frekuensi updating indikator :</b>	Setiap hari
<b>Periode dilakukan analisis :</b>	Setiap bulan
<b>Numerator:</b>	Jumlah pemeriksaan darah rutin yang tepat waktu $\leq$ 2 jam
<b>Denominator:</b>	Jumlah pemeriksaan seluruh darah rutin.
<b>Sumber data :</b>	Arsip pemeriksaan darah rutin pasien rawat jalan.
<b>Target :</b>	100 %
<b>Penanggung jawab/ pengumpul data :</b>	Kepala Ruangan Dokter Patologi Klinik Ka. Instalasi laboratorium Klinik



MENTERI KESEHATAN  
REPUBLIK INDONESIA

### STANDAR PELAYANAN MINIMAL INSTALASI LABORATORIUM KLINIK

<b>Judul Indikator :</b>	Waktu tunggu pemeriksaan CITO.
<b>Dimensi Mutu :</b>	Kecepatan, efektifitas, efisiensi
<b>Tujuan Indikafor :</b>	Untuk mengetahui tingkat kecepatan pemeriksaan CITO.
<b>Rasionalisasi :</b>	Kecepatan hasil pemeriksaan CITO sangat membantu dokter untuk segera melakukan tindakan medik/ life saving pada pasien.
<b>Definisi terminologi yang digunakan :</b>	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.
<b>Frekuensi updating indikator :</b>	Setiap hari
<b>Periode dilakukan analisis :</b>	Setiap bulan
<b>Numerator:</b>	Jumlah pemeriksaan CITO yang tepat waktu $\leq 1$ jam
<b>Denominator:</b>	Jumlah seluruh pemeriksaan CITO.
<b>Sumber data :</b>	Arsip pemeriksaan CITO.
<b>Target :</b>	100 %
<b>Penanggung jawab/ pengumpul data :</b>	Kepala Ruangan Dokter Patologi Klinik Ka. Instalasi laboratorium Klinik



MENTERI KESEHATAN  
REPUBLIK INDONESIA

**STANDAR PELAYANAN MINIMAL  
INSTALASI PATOLOGI KLINIK**

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



MENTERI KESEHATAN  
REPUBLIK INDONESIA

### STANDAR PELAYANAN MINIMAL INSTALASI PATOLOGI KLINIK

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



MENTERI KESEHATAN  
REPUBLIK INDONESIA

**STANDAR PELAYANAN MINIMAL  
INSTALASI RADIOLOGI**

<b>Judul Indikator :</b>	Waktu Tunggu Hasil Pemeriksaan Radiologi
<b>Dimensi Mutu :</b>	Kecepatan pelayanan
<b>Tujuan Indikator :</b>	Indikator ini diambil untuk menunjukkan kecepatan pelayanan radiologi dari pasien dilayani sampai dilakukan expertise radiograf oleh dokter ahli radiologi
<b>Rasionalisasi :</b>	Kecepatan hasil pemeriksaan radiologi sangat menentukan dalam penegakan diagnosa.
<b>Definisi terminologi yang digunakan :</b>	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
<b>Frekuensi updating indikator :</b>	Tiap hari
<b>Periode dilakukan analisis :</b>	Tiap bulan
<b>Numerator:</b>	Jumlah radiograf yang di-expertise lebih dari 6 jam
<b>Denominator:</b>	Jumlah seluruh radiograf
<b>Sumber data :</b>	Buku register pelayanan radiologi.
<b>Target :</b>	5%
<b>Penanggung jawab/pengumpul data :</b>	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**

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



MENTERI KESEHATAN  
REPUBLIK INDONESIA

### STANDAR PELAYANAN MINIMAL INSTALASI RADIOLOGI

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



MENTERI KESEHATAN  
REPUBLIK INDONESIA

**STANDAR PELAYANAN MINIMAL  
INSTALASI RADIOLOGI**

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



MENTERI KESEHATAN  
REPUBLIK INDONESIA

### STANDAR PELAYANAN MINIMAL INSTALASI RADIOLOGI

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



MENTERI KESEHATAN  
REPUBLIK INDONESIA

**STANDAR PELAYANAN MINIMAL  
INSTALASI RADIOLOGI**

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



MENTERI KESEHATAN  
REPUBLIK INDONESIA

**STANDAR PELAYANAN MINIMAL  
INSTALASI RADIOLOGI**

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



MENTERI KESEHATAN  
REPUBLIK INDONESIA

### STANDAR PELAYANAN MINIMAL INSTALASI RADIOLOGI

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



MENTERI KESEHATAN  
REPUBLIK INDONESIA

### STANDAR PELAYANAN MINIMAL INSTALASI RADIOLOGI

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



MENTERI KESEHATAN  
REPUBLIK INDONESIA

### STANDAR PELAYANAN MINIMAL INSTALASI RADIOLOGI

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



MENTERI KESEHATAN  
REPUBLIK INDONESIA

**STANDAR PELAYANAN MINIMAL  
INSTALASI RADIOLOGI**

<b>Judul Indikator :</b>	Waktu Tunggu Pelayanan Radiologi CT Scan Kepala Polos
<b>Dimensi Mutu :</b>	Kecepatan pelayanan , Ketepatan Kepuasan pelanggan
<b>Tujuan Indikator :</b>	Indikator ini diambil untuk menunjukkan tingkat kecepatan dalam pelayanan radiologi dari pasien datang hingga dilakukan pemeriksaan radiologi CT Scan Kepala Polos
<b>Rasionalisasi :</b>	Kecepatan pelayanan sangat menentukan kepuasan pelanggan dan penegakan diagnosa
<b>Definisi terminologi yang digunakan :</b>	CT Scan Kepala Polos adalah pemeriksaan radiologi untuk melihat kelainan pada otak dan sistim tulang pada kepala dalam gambaran irisan-irisan tanpa media kontras.
<b>Frekuensi updating indikator :</b>	Setiap hari
<b>Periode dilakukan analisis :</b>	Tiap enam bulan
<b>Numerator:</b>	Jumlah waktu tunggu pelayanan radiologi CT Scan Kepala Polos $\leq$ 30 menit
<b>Denominator:</b>	Jumlah tindakan pelayanan radiologi radiologi CT Scan Kepala Polos
<b>Sumber data :</b>	Rekapitulasi tindakan pelayanan radiologi Catatan waktu tunggu pada blangko permintaan pemeriksaan radiologi
<b>Target:</b>	60%
<b>Penanggung jawab/pengumpul data :</b>	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"><li>- 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.</li><li>- Buku Register adalah buku catatan rekapitulasi jumlah pasien dan pelayanan di IRM.</li><li>- Mulai pelayanan tepat waktu adalah apabila poliklinik RM sudah siap memberikan pelayanan pada jam 09.00.</li></ul>
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"><li>- Waktu tunggu pelayanan adalah waktu mulai pasien datang di poliklinik RM sampai mendapatkan pelayanan terapi.</li><li>- Terapi adalah tindakan pengobatan yang diberikan kepada pasien sesuai kondisi masing - masing.</li><li>- Buku Register adalah buku catatan rekapitulasi jumlah pasien dan pelayanan di IRM.</li></ul>
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"><li>- Luka bakar adalah cedera yang dialami pasien karena panas yang berlebihan.</li><li>- Terapi panas adalah tindakan pengobatan dengan cara pemanasan ( suhu panas ).</li><li>- Dosis terapi adalah patokan yang dianjurkan dalam pemberian terapi baik lamanya maupun intensitasnya.</li></ul>
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"><li>- Laporan bulanan adalah catatan tentang pelayanan di IRM meliputi jenis terapi, jumlah pasien, dll, yang dilaporkan setiap bulan ke Wadir Pelayanan.</li><li>- Tepat waktu adalah pengiriman laporan sebulan tanggal 5, pada setiap bulannya.</li></ul>
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**

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



MENTERI KESEHATAN  
REPUBLIK INDONESIA

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

<b>Judul Indikafor :</b>	Pelayanan Konseling Obat Pasien HIV/AIDS
<b>Dimensi Mutu :</b>	Ketepatan, keamanan, accountability
<b>Tujuan Indikator :</b>	Untuk mengetahui pemanfaatan dalam pelayanan konseling obat.
<b>Rasiona/isasi :</b>	<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>
<b>Definisi terminologi yang digunakan :</b>	Konseling obat merupakan suatu proses yang sistematis untuk mengidentifikasi dan penyelesaian masalah pasien yang berkaitan dengan pengambilan dan penggunaan obat.
<b>Frekuensi Updating Indikator :</b>	Tiap hari
<b>Periode dilakukan analisis :</b>	Pertama 15 hari, selanjutnya tiap bulan jika tidak ada kelainan
<b>Numerator:</b>	Jumlah pasien rawat jalan yang memperoleh pelayanan konseling obat di Instalasi Farmasi.
<b>Denominator:</b>	Jumlah pasien rawat jalan dan rawat inap yang mengambil obat di Instalasi Farmasi.
<b>Sumber data :</b>	Buku catatan jumlah lembar resep rawat jalan dan jumlah formulir konseling obat yang terisi.
<b>Target:</b>	90 %
<b>Penanggung jawab/Pengumpul Data :</b>	Ka. Instalasi Farmasi



MENTERI KESEHATAN  
REPUBLIK INDONESIA

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

<b>Judul Indikator :</b>	Pencatatan Tanggal Kadaluwarsa Perbekalan Farmasi
<b>Dimensi Mutu :</b>	Keselamatan pasien
<b>Tujuan Indikator :</b>	Untuk mengetahui permasalahan pencatatan tanggal kadaluwarsa.
<b>Rasionalisasi :</b>	<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>
<b>Definisi terminologi yang digunakan :</b>	Perbekalan farmasi adalah sediaan farmasi yang terdiri dari obat, bahan obat, alkes, reagensia, radio farmasi dan gas medis.
<b>Frekuensi Updating Indikator :</b>	Setiap hari ( bila ada pengiriman barang )
<b>Periode dilakukan analisis :</b>	Setiap bulan
<b>Numerator :</b>	Jumlah perbekalan farmasi yang datang dan dicatat tanggal kadaluwarsanya.
<b>Denominator :</b>	Jumlah perbekalan farmasi yang akan datang.
<b>Sumber data :</b>	Buku catatan tanggal kadaluwarsa
<b>Target:</b>	100%
<b>Penanggung jawab/Pengumpul data :</b>	Ka. Instalasi Farmasi



MENTERI KESEHATAN  
REPUBLIK INDONESIA

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

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



MENTERI KESEHATAN  
REPUBLIK INDONESIA

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

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



MENTERI KESEHATAN  
REPUBLIK INDONESIA

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

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



MENTERI KESEHATAN  
REPUBLIK INDONESIA

**STANDAR PELAYANAN MINIMAL  
SUB BAGIAN REKAM MEDIK**

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



MENTERI KESEHATAN  
REPUBLIK INDONESIA

**STANDAR PELAYANAN MINIMAL  
SUB BAGIAN REKAM MEDIK**

<b>Indikator :</b>	Keterisian resume medis (ringkasan keluar)
<b>Dimensi Mutu / Quality Domain :</b>	Accountability
<b>Tujuan Indikator :</b>	Untuk mengetahui tingkat keterisian resume medis (ringkasan keluar).
<b>Rasionalisasi :</b>	Keterisian resume medis dapat memenuhi nilai ALFRED berkas rekam medis (Administrative, Legal, Financial, Research, Education, dan Documentation).
<b>Definisi Terminologi yang Digunakan dan Standar :</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- 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.</li><li>- 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</li></ul>
<b>Frequency Updating Indikator :</b>	Tiap bulan
<b>Periode Dilakukan Analisis :</b>	Tiap bulan
<b>Numerator :</b>	Jumlah resume medis yang terisi pada berkas rekam medik pasien pulang rawat inap per bulan
<b>Denominator :</b>	Jumlah seluruh berkas rekam medik pasien pulang rawat inap per bulan
<b>Sumber Data :</b>	Sub Bagian Rekam Medik
<b>Target :</b>	90 %
<b>Penanggung Jawab :</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Ka Sub Bag Rekam Medik</li><li>- Instalasi Rawat Inap</li><li>- Petugas yang berwenang mengisi Resume Medis sesuai SOP Pengisian Resume Medis (Dokter / Co Ass)</li></ul>



MENTERI KESEHATAN  
REPUBLIK INDONESIA

**STANDAR PELAYANAN MINIMAL  
SUB BAGIAN REKAM MEDIK**

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



MENTERI KESEHATAN  
REPUBLIK INDONESIA

**STANDAR PELAYANAN MINIMAL  
SUB BAGIAN REKAM MEDIK**

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



MENTERI KESEHATAN  
REPUBLIK INDONESIA

### STANDAR PELAYANAN MINIMAL SUB BAGIAN REKAM MEDIK

<b>Indikator :</b>	Keterisian resume medis menurut Dokter yang merawat Pasien Rawat Inap
<b>Dimensi Mutu / Quality Domain :</b>	Accountability
<b>Tujuan Indikator :</b>	Untuk mengetahui kedisiplinan pengisian resume medis (ringkasan keluar).
<b>Rasionalisasi :</b>	Dengan keterisian resume medis menurut Dokter yang merawat pasien, dapat diketahui dan dievaluasi sejauh mana tingkat kedisiplinan dalam memberikan pelayanan kepada pasien.
<b>Definisi Terminologi yang Digunakan dan Standar :</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- 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.</li><li>- 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</li></ul>
<b>Frequency Updating Indikator :</b>	Tiap bulan
<b>Periode Dilakukan Analisis :</b>	Tiap bulan
<b>Numerator :</b>	Jumlah resume medis yang terisi pada berkas rekam medik pasien pulang rawat inap per dokter yang merawat pasien.
<b>Denominator :</b>	Jumlah seluruh berkas rekam medik pasien pulang rawat inap yang resume medisnya harus diisi oleh dokter tertentu.
<b>Sumber Data :</b>	Sub Bagian Rekam Medik
<b>Target :</b>	90 %
<b>Penanggung Jawab :</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Ka Sub Bag Rekam Medik</li><li>- Instalasi Rawat Inap</li><li>- Petugas yang berwenang mengisi Resume Medis sesuai SOP Pengisian Resume Medis (Dokter / Co Ass)</li></ul>



MENTERI KESEHATAN  
REPUBLIK INDONESIA

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

<b>Judul Indikafor :</b>	Proses pengolahan limbah Cair
<b>Dimensi Mufu :</b>	Tidak mencemari lingkungan, aman bagi pasien, petugas, pengunjung dan masyarakat di luar Rumah Sakit
<b>Tujuan Indikator :</b>	Mengolah seluruh limbah cair yang dihasilkan Rumah Sakit sehingga tidak mencemari lingkungan
<b>Rasionalisasi :</b>	Menciptakan lingkungan yang bersih , sehat dan nyaman, tidak menjadi media penularan penyakit.
<b>Definisi Terminologi yang digunakan :</b>	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Limbah Cair adalah Semua hasil buangan yang berbentuk cair dari seluruh kegiatan di rumah sakit, baik medis, penunjang medis serta non medis (Kuantitas).</li><li>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)</li></ol>
<b>Frekuensi updating indicator :</b>	Tiap hari
<b>Periode dilakukan an alisis :</b>	Tiap hari, 1 bulan,3 bulan, 1 tahun
<b>Numerator:</b>	Sumber limbah cair dari ruangan Rumah Sakit yang sudah tersambung ke PAL
<b>Denominator:</b>	Jumlah seluruh sumber limbah cair '
<b>Sumber Data :</b>	Instalasi Sanitasi
<b>Target:</b>	Seluruh limbah cair Rumah Sakit (100%) masuk ke IPAL
<b>Penanggung Jawab/ Pengumpul Data :</b>	Kepala Instalasi Sanitasi



MENTERI KESEHATAN  
REPUBLIK INDONESIA

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

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



MENTERI KESEHATAN  
REPUBLIK INDONESIA

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

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



MENTERI KESEHATAN  
REPUBLIK INDONESIA

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

<b>Judul indikator:</b>	Pengelolaan Sampah Medis
<b>Dimensi Mutu :</b>	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Untuk keselamatan dan kenyamanan pasien dan pengunjung.</li><li>2. Perlindungan petugas dari kontaminasi sampah medis</li></ol>
<b>Tujuan Indikator :</b>	Untuk menunjukkan mutu pengelolaan sampah medis
<b>Rasionalisasi :</b>	Sampah medis yang diolah dengan baik akan menciptakan lingkungan rumah sakit bersih dan sehat
<b>Definisi Terminologi yang digunakan :</b>	<ol style="list-style-type: none"><li>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.</li><li>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</li></ol>
<b>Frekuensi updating indikator :</b>	Setiap dua hari, 1 bulan, 1 tahun
<b>Periode dilakukan analisis :</b>	1 bulan sekali
<b>Numerator :</b>	Jumlah sampah medis yang habis terbakar
<b>Denominator :</b>	Seluruh sampah medis yang ada
<b>Sumber Data :</b>	Instalasi Sanitasi dan Kesehatan Lingkungan
<b>Target :</b>	100%
<b>Penanggung Jawab / Pengumpul Data :</b>	Kepala Instalasi Sanitasi



MENTERI KESEHATAN  
REPUBLIK INDONESIA

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

<b>Judul indikator:</b>	Pengendalian Serangga dan Binatang Pengganggu
<b>Dimensi Mutu :</b>	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Tidak terjadi penularan penyakit disebabkan dari serangga</li><li>2. Meningkatkan sanitasi</li><li>3. Terjaga segi estetikanya</li></ol>
<b>Tujuan Indikafor :</b>	Untuk mengukur kondisi sanitasi lingkungan Rumah Sakit yang bebas dari serangga dan binatang pengganggu
<b>Rasionalisasi :</b>	Terciptanya lingkungan rumah sakit bersih, sehat dan nyaman serta terpeliharanya sarana dan prasarana
<b>Definisi Terminologi yang digunakan :</b>	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Pengendalian adalah kegiatan yang meliputi pengamatan, pembersihan, penyemprotan dengan pestisida, pemberian umpan serta pemasangan perangkap.</li><li>2. Serangga Meliputi : Kecoak, Lalat dan nyamuk</li><li>3. Binatang pengganggu : Tikus dan Kucing.</li></ol>
<b>Frekuensi updating indicator :</b>	Pengendalian tikus di Instalasi Gizi dilakukan 2 minggu sekali Pengendalian serangga di ruang perawatan yang dilakukan 2 minggu sekali mencakup 2 ruangan
<b>Periode dilakukan analisis :</b>	1 bulan sekali
<b>Numerator:</b>	Jumlah kegiatan pengendalian serangga dan binatang pengganggu dalam 1 bulan
<b>Denominator:</b>	Jumlah kegiatan pengendalian serangga yang optimal dalam 1 bulan
<b>Sumber Data :</b>	Laporan hasil treatment
<b>Target:</b>	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Pengendalian tikus tidak hanya dilakukan di Instalasi Gizi tetapi diseluruh ruangan perawatan (1 bulan 1 kali di seluruh ruangan)</li><li>2. Pengendalian nyamuk dengan pelaksanaan survey jentik nyamuk dengan container indeks = 0</li></ol>
<b>Penanggung Jawab / Pengumpul Data :</b>	Kepala Instalasi Sanitasi



MENTERI KESEHATAN  
REPUBLIK INDONESIA

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

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



MENTERI KESEHATAN  
REPUBLIK INDONESIA

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

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



MENTERI KESEHATAN  
REPUBLIK INDONESIA

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

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



MENTERI KESEHATAN  
REPUBLIK INDONESIA

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

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



MENTERI KESEHATAN  
REPUBLIK INDONESIA

**STANDAR PELAYANAN MINIMAL  
SEKSI PELAYANAN MEDIS**

<b>Tujuan Indikator :</b>	Pembuatan usulan Kebutuhan alat, obat-obatan dan atau bahan. Setelah rencana anggaran terealisasi dalam DIPA
<b>Dimensi Mutu :</b>	Efektifitas pelayanan, efisiensi, kesinambungan pelayanan, keselamatan pasien.
<b>Tujuan Indikator :</b>	Untuk mengetahui permasalahan yang ada dalam proses usulan kebutuhan alat, obat-obatan dan atau bahan.
<b>Rasionalisasi :</b>	Terpenuhinya kebutuhan alat, obat-obatan dan atau bahan sangat menentukan mutu pelayanan Rumah Sakit
<b>Definisi terminologi yang digunakan :</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• 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.</li><li>• Tepat waktu adalah pembuatan dan pengiriman usulan kebutuhan alat , obat-obatan dan atau bahan paling lambat 1 minggu setelah tiap triwulan</li></ul>
<b>Frekuensi updating indikator :</b>	Tiap 3 bulan bulan.
<b>Periode dilakukan analisis :</b>	Tiap 6 ( enam ) bulan, 1 tahun
<b>Numerator :</b>	Jumlah usulan yang tepat waktu.
<b>Denominator :</b>	Usulan kebutuhan alat, obat-obatan dan atau bahan yang dibuat.
<b>Sumber data :</b>	Instalasi Pelayanan Medis.
<b>Target :</b>	70 %.
<b>Penanggung jawab/ pengumpul data :</b>	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**

<b>Judul Indikator :</b>	Pembuatan Usulan Kebutuhan alat, obat-obatan dan atau bahan setelah rencana anggaran dalam DIPA terealisasi
<b>Dimensi Mutu :</b>	Efektifitas pelayanan, efisiensi, kesinambungan pelayanan, keselamatan pasien.
<b>Tujuan Indikator :</b>	Terpenuhinya kebutuhan alat, obat-obatan dan atau bahan.
<b>Rasionalisasi :</b>	Terpenuhinya kebutuhan alat, obat-obatan dan atau bahan sangat menentukan mutu pelayanan Rumah Sakit
<b>Definisi terminologi yang digunakan :</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• 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.</li><li>• Tepat waktu adalah pembuatan dan pengiriman usulan kebutuhan alat, obat-obatan dan atau bahan paling lambat 1 minggu setelah tiap triwulan</li></ul>
<b>Frekuensi updating indikator :</b>	Tiap 3 ( tiga)bulan.
<b>Periode dilakukan analisis :</b>	Tiap 6 ( enam ) bulan dan 1 tahun
<b>Numerator :</b>	Jumlah usulan yang tepat waktu.
<b>Denominator :</b>	Usulan kebutuhan alat, obat-obatan dan atau bahan yang dibuat.
<b>Sumber data :</b>	Instalasi Penunjang Medis.
<b>Target :</b>	80 %.
<b>Penanggung jawab/ pengumpul data :</b>	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**

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



MENTERI KESEHATAN  
REPUBLIK INDONESIA

**STANDAR PELAYANAN MINIMAL  
SUB BAGIAN PENYUSUNAN PROGRAM**

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



MENTERI KESEHATAN  
REPUBLIK INDONESIA

**STANDAR PELAYANAN MINIMAL  
SUB BAGIAN PENYUSUNAN PROGRAM**

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

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



MENTERI KESEHATAN  
REPUBLIK INDONESIA

**STANDAR PELAYANAN MINIMAL  
BIDANG PENDIDIKAN DAN PENELITIAN**

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



MENTERI KESEHATAN  
REPUBLIK INDONESIA

**STANDAR PELAYANAN MINIMAL  
BIDANG PENDIDIKAN DAN PENELITIAN**

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



MENTERI KESEHATAN  
REPUBLIK INDONESIA

**STANDAR PELAYANAN MINIMAL  
BIDANG PENDIDIKAN DAN PENELITIAN**

<b>Judul Indikator :</b>	Surat Ijin Penelitian
<b>Dimensi Mutu :</b>	Kecepatan pelayanan & kepuasan pelanggan.
<b>Tujuan Indikator :</b>	Untuk mengetahui adanya permasalahan yang ada dalam proses penerbitan Surat Ijin Penelitian.
<b>Rasionalisasi :</b>	Kecepatan pembuatan Surat Ijin Penelitian akan memperlancar pelayanan & memberikan kepuasan pelanggan.
<b>Definisi terminologi yang digunakan :</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• 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</li></ul>
<b>Frekuensi updating indikator :</b>	Tiap 1 ( satu ) bulan kumulatif
<b>Periode dilakukan analisis :</b>	Tiap 6 ( enam ) bulan
<b>Numerator :</b>	Surat Ijin Penelitian yang tepat waktu.
<b>Denominator :</b>	Jumlah seluruh Surat Ijin Penelitian.
<b>Sumber data :</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Unit - unit kerja lain.</li><li>• Bidang Pendidikan &amp; Penelitian.</li><li>• Wakil Direktur Penunjang Medis &amp; Diklit.</li></ul>
<b>Target :</b>	100 %.
<b>Penanggung jawab / pengumpul data :</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Kasie Penelitian &amp; Penapisan IPTEK.</li><li>• Kepala Bidang DIKLIT</li></ul>



MENTERI KESEHATAN  
REPUBLIK INDONESIA

**STANDAR PELAYANAN MINIMAL  
SUB BAGIAN MOBILISASI DANA**

<b>Judul Indikator :</b>	Waktu tunggu pelayanan rekening pasien pulang rawat inap
<b>Dimensi Mutu :</b>	Efektifitas, kecepatan dan efisiensi pelayanan
<b>Tujuan Indikator :</b>	Untuk mengetahui waktu tunggu pelayanan rekening pasien pulang rawat inap
<b>Rasionalisasi :</b>	Kecepatan Pelayanan Sangat Menentukan Bagi Kepuasan Pasien (Customer Satisfaction)
<b>Definisi Terminologi Yang Digunakan :</b>	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
<b>Frekuensi Updating Indikator :</b>	Setiap Hari
<b>Periode Dilakukan Analisis :</b>	Setiap Minggu
<b>Numerator :</b>	Jumlah Pasien yang dilayani administrasi keuangannya kurang dari 20 menit setiap hari.
<b>Denominator :</b>	Jumlah seluruh pasien yang dilayani administrasinya setiap hari pada hari yang sama.
<b>Sumber Data :</b>	Buku Rekening Pasien Pulang (Penata Rekening)
<b>Target :</b>	90%
<b>Penanggung Jawab / Pengumpul Data :</b>	Ka.Sub.Bag. Mobilisasi Dana



MENTERI KESEHATAN  
REPUBLIK INDONESIA

**STANDAR PELAYANAN MINIMAL  
SUB BAGIAN MOBILISASI DANA**

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



MENTERI KESEHATAN  
REPUBLIK INDONESIA

**STANDAR PELAYANAN MINIMAL  
SUB BAGIAN MOBILISASI DANA**

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



MENTERI KESEHATAN  
REPUBLIK INDONESIA

**STANDAR PELAYANAN MINIMAL  
SUB BAGIAN MOBILISASI DANA**

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



MENTERI KESEHATAN  
REPUBLIK INDONESIA

**STANDAR PELAYANAN MINIMAL  
SUB BAGIAN MOBILISASI DANA**

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



MENTERI KESEHATAN  
REPUBLIK INDONESIA

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

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



MENTERI KESEHATAN  
REPUBLIK INDONESIA

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

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



MENTERI KESEHATAN  
REPUBLIK INDONESIA

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

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



MENTERI KESEHATAN  
REPUBLIK INDONESIA

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

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



MENTERI KESEHATAN  
REPUBLIK INDONESIA

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

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



MENTERI KESEHATAN  
REPUBLIK INDONESIA

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

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



MENTERI KESEHATAN  
REPUBLIK INDONESIA

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

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



MENTERI KESEHATAN  
REPUBLIK INDONESIA

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

<b>Judul Indikator :</b>	Waktu tunggu pelayanan peminjaman bahan pustaka
<b>Dimensi Mutu :</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Efficiency : Pelayanan yang dilakukan dengan efisien; untuk sementara dilakukan manual</li><li>• Accesibility: pelayanan yang diberikan dapat diakses oleh yang membutuhkan; dengan data yang ada di perpustakaan.</li><li>• Interpersonal relationship: pelayanan yang diberikan memperhatikan hubungan antar manusia baik antara pemberi pelayanan dengan pelanggan, maupun antar petugas pemberi pelayanan;</li><li>• Timelines : pelayanan yang diberikan tepat waktu;</li><li>• Respect and caring: pelayanan yang diberikan dilakukan dengan hormat, sopan, dan penuh perhatian.</li></ul>
<b>Tujuan Indikator :</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Adanya permintaan dari pemakai perpustakaan;</li><li>• Pelayanan Sirkulasi diambil untuk menunjukkan adanya kecepatan dan ketepatan pencarian informasi bagi pengguna perpustakaan.</li></ul>
<b>Rasionalisasi :</b>	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.
<b>Def inisi Terminologi yang digunakan :</b>	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.
<b>Frekuensi updating indikator :</b>	Setiap hari/1bulan
<b>Periode dilakukan analisis:</b>	3 bulan sekali
<b>Numerator :</b>	Jumlah pelayanan peminjaman bahan pustaka kurang dari 5menit
<b>Denominator:</b>	Jumlah pelayanan peminjaman bahan pustaka seluruhnya
<b>Sumber Data :</b>	Buku induk peminjaman
<b>Target:</b>	100%
<b>Penanggung jawab :</b>	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"><li>• Appropriateness: pelayanan yang diberikan relevan dengan kebutuhan klinis pasien dan didasarkan pada perkembangan ilmu pengetahuan</li><li>• Availability: pelayanan yang dibutuhkan tersedia</li><li>• Accessibility: pelayanan yang diberikan dapat diakses oleh yang membutuhkan</li><li>• Effectiveness: pelayanan yang diberikan dengan cara yang benar, berdasar ilmu pengetahuan, dan dapat mencapai hasil yang diinginkan</li><li>• Acceptability: pelayanan yang diberikan dapat diterima oleh masyarakat pengguna</li><li>• Interpersonal relationship: pelayanan yang diberikan memperhatikan hubungan antar manusia baik antara pemberi pelayanan dengan pelanggan, maupun antar petugas pemberi pelayanan</li><li>• Timelines: pelayanan diberikan tepat waktu</li></ul>
<i>Tujuan Indikafor :</i>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Ada Permintaan RSPD JAKARTA</li><li>• Ada permintaan Tim PKMRS</li></ul>
<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**

<b>Judul Indikator :</b>	Waktu pelayanan penyuluhan kesehatan secara rutin
<b>Dimensi Mutu :</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Efficiency : Pelayanan yang dilakukan dengan efisien</li><li>• Interpersonal relationship: pelayanan yang diberikan memperhatikan hubungan antar manusia baik antara pemberi pelayanan dengan pelanggan, maupun antar petugas pemberi pelayanan.</li><li>• Timelines : pelayanan yang diberikan tepat waktu</li></ul>
<b>Tujuan Indikator :</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Adanya permintaan</li><li>• Indikator diambil untuk menunjukkan bahwa pelayanan penyuluhan kesehatan dilaksanakan secara rutin dan terencana</li></ul>
<b>Rasionalisasi :</b>	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
<b>Definisi Terminologi yang digunakan :</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Waktu pelayanan : waktu yang dibutuhkan oleh petugas untuk mengadakan kegiatan penyuluhan dari persiapan sampai dengan selesai penyuluhan</li><li>• 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.</li><li>• Rutin : melaksanakan penyuluhan yang dilakukan setiap 2x seminggu di Instalasi rawat jalan dan 2x sebulan di radio</li></ul>
<b>Frekuensi updating indikator :</b>	Setiap bulan 1 kali
<b>Periode dilakukan analisis:</b>	Setiap 3 bulan 1 kali
<b>Numerator :</b>	Jumlah kegiatan PKM yang dilakukan
<b>Denominator:</b>	Jumlah laporan kegiatan PKM yang direncanakan
<b>Sumber Data :</b>	Buku laporan kegiatan penyuluhan
<b>Target:</b>	Dikatakan 100% bila pelayanan penyuluhan kesehatan dilaksanakan sesuai rencana
<b>Penanggung jawab:</b>	Subbag Informasi dan Pemasaran Sosial



MENTERI KESEHATAN  
REPUBLIK INDONESIA

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

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



MENTERI KESEHATAN  
REPUBLIK INDONESIA

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

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



MENTERI KESEHATAN  
REPUBLIK INDONESIA

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

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



MENTERI KESEHATAN  
REPUBLIK INDONESIA

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

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



MENTERI KESEHATAN  
REPUBLIK INDONESIA

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

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





MENTERI KESEHATAN  
REPUBLIK INDONESIA

**STANDAR PELAYANAN MINIMAL  
DI BAGIAN TATA USAHA**

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



MENTERI KESEHATAN  
REPUBLIK INDONESIA

**STANDAR PELAYANAN MINIMAL  
DI BAGIAN TATA USAHA**

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



MENTERI KESEHATAN  
REPUBLIK INDONESIA

**STANDAR PELAYANAN MINIMAL  
DI BAGIAN TATA USAHA**

<b>Judul Indikator :</b>	Waktu Pembuatan Surat Keputusan / SK.
<b>Dimensi Mutu :</b>	Cepat, Tepat, Legitimacy
<b>Tujuan Indikator :</b>	Agar pembuatan Surat Keputusan I SK dapat selesai dengan cepat , tepat dan legitimacy.
<b>Rasionalisasi :</b>	Kecepatan dan ketepatan waktu pembuatan Surat Keputusan dan legitimacy akan memperlancar pelaksanaan kebijakan pimpinan.
<b>Definisi Terminologi :</b>	<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"><li>• Cepat, tepat : waktu pembuatan SK 2 hari</li><li>• Legitimacy : dapat dipertanggung jawabkan sesuai dengan instruksi pimpinan</li></ul>
<b>Frekwensi Updating Indikafor :</b>	1 minggu sekali
<b>Periode Dilakukan Analisis :</b>	3 bulan 1 kali.
<b>Numerator :</b>	Jumlah SK yang dibuat dengan cepat, tepat dan legitimacy.
<b>Denominator :</b>	Jumlah SK yang dibuat seluruhnya
<b>Sumber Data :</b>	Bu Agenda di Sub Bag TU.
<b>Target :</b>	90%
<b>Penanggungjawab Pengumpul Data :</b>	Ka sub bagian Tata Usaha.



MENTERI KESEHATAN  
REPUBLIK INDONESIA

**STANDAR PELAYANAN MINIMAL  
DI BAGIAN TATA USAHA**

<b>Judul Indikator :</b>	Waktu Pengagendaan
<b>Dimensi Mutu :</b>	Pengagendaan surat masuk cepat
<b>Tujuan Indikafor :</b>	Agar Pengagendaan surat cepat
<b>Rasionalisasi :</b>	Mengagendakan surat dinas masuk Rumah Sakit dengan cepat sehingga surat dapat segera ditindaklanjuti.
<b>Definisi Terminologi :</b>	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
<b>Frekwensi Updating Indikator :</b>	Setiap hari
<b>Periode Dilakukan Analisis :</b>	1 bulan.
<b>Numerator :</b>	Jumlah surat dinas masuk yang diagendakan cepat
<b>Denominator :</b>	Jumlah seluruh surat dinas masuk yang diagendakan.
<b>Sumber Data :</b>	Agenda surat dinas di sub bag TU.
<b>Target :</b>	85 %
<b>Penanggungjawab Pengumpul Data :</b>	Ka sub bagian Tata Usaha.



MENTERI KESEHATAN  
REPUBLIK INDONESIA

**STANDAR PELAYANAN MINIMAL  
SUB BAGIAN KEPEGAWAIAN**

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



MENTERI KESEHATAN  
REPUBLIK INDONESIA

**STANDAR PELAYANAN MINIMAL  
SUB BAGIAN KEPEGAWAIAN**

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



MENTERI KESEHATAN  
REPUBLIK INDONESIA

**STANDAR PELAYANAN MINIMAL  
SUB BAGIAN KEPEGAWAIAN**

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



MENTERI KESEHATAN  
REPUBLIK INDONESIA

**STANDAR PELAYANAN MINIMAL  
SUB BAGIAN KEPEGAWAIAN**

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



MENTERI KESEHATAN  
REPUBLIK INDONESIA

**STANDAR PELAYANAN MINIMAL  
SUB BAGIAN KEPEGAWAIAN**

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



MENTERI KESEHATAN  
REPUBLIK INDONESIA

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

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