

26 Feb. 07.

76 al

256 / 2. April 2007.



MENTERI KESEHATAN  
REPUBLIK INDONESIA

**KEPUTUSAN MENTERI KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA  
NOMOR 233/MENKES/SK/II/2007  
TENTANG**

**STANDAR PELAYANAN MINIMUM  
RUMAH SAKIT DR. SOERADJI TIRTONEGORO KLATEN**

**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 Dr. Soeradji Tirtonegoro Klaten 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 DR. SOERADJI TIRTONEGORO KLATEN.**
- 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 26 Februari 2007**



**MENTERI KESEHATAN,**

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



**MENTERI KESEHATAN  
REPUBLIK INDONESIA**

**Lampiran**

Keputusan Menteri Kesehatan

Nomor : 233/MENKES/SK/II/2007

Tanggal : 26 Februari 2001

**STANDAR PELAYANAN MINIMAL  
RUMAH SAKIT DR.SOERADJI TIRTONEGORO KLATEN**

**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>Penanggungjawab/ Pengumpul data :</b>	- Kepala Bidang Keperawatan
<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</li></ul>



**MENTERI KESEHATAN  
REPUBLIK INDONESIA**

	bibit penyakit dalam darah donor tersebut dalam tiap waktu atau sesuai dengan masa inkubasi penyakit tersebut.
<b>Frekuensi Updating Indikator :</b>	Tiap bulan
<b>Periode dilakukan analisis :</b>	Tiap 3 bulan
<b>Numerator :</b>	Jumlah kejadian penyulit / infeksi karena transfusi darah
<b>Denominator :</b>	Jumlah pasien yang dilakukan transfusi darah
<b>Sumber data :</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Instalasi Rawat Inap</li> <li>- Instalasi Bedah Sentral</li> <li>- Instalasi Rawat Darurat</li> <li>- Instalasi Rawat Intensif</li> <li>- Unit Haemodialisa</li> <li>- Kamar Bersalin</li> </ul>
<b>Target :</b>	0,75 %
<b>Penanggungjawab/ Pengumpul data :</b>	- Kepala Bidang Keperawatan
<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 Indikator:</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
<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</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Komplikasi paska bedah adalah terjadinya penyulit</li> </ul>



**MENTERI KESEHATAN  
REPUBLIK INDONESIA**

<b>digunakan :</b>	<p>yang timbul setelah pembedahan yang dipersiapkan (elektif) dan dikategorikan menurut system tubuh manusia (misalnya system sirkulasi darah, system pernapasan dan lain-lain)</p> <ul style="list-style-type: none"> <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 / elektif
<b>Sumber data :</b>	Instalasi Rawat Inap
<b>Target :</b>	0,25 %
<b>Penanggungjawab/ Pengumpul data :</b>	- Kepala Bidang Keperawatan
<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
<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



**MENTERI KESEHATAN  
REPUBLIK INDONESIA**

	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
<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 lebih 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 yan gterjadi 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>	- Instalasi Rawat Inap ( Ruang Kebidanan) - Kamar Bersalin - Instalasi Rawat Intensif - Rekam Medik
<b>Target :</b>	2 %
<b>Penanggungjawab/ Pengumpul data :</b>	- Kepala Bidang Keperawatan
<b>Judul Indikator :</b>	Kematian Ibu Karena Pendarahan
<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</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kematian ibu karena perdarahan adalah kematian ibu</li> </ul>



**MENTERI KESEHATAN  
REPUBLIC INDONESIA**

<b>digunakan :</b>	<p>yang disebabkan karena perdarahan yang dapat terjadi pada semua kala dalam persalinan.</p> <ul style="list-style-type: none"> <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
<b>Indikator :</b>	Kematian Ibu Melahirkan Karena Sepsis.
<b>Dimensi mutu/ quality domain :</b>	Appropriateness
<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>Definisi terminology yang digunakan dan standar :</b>	Kematian ibu karena sepsis adalah kematian ibu yang disebabkan karena keracunan darah dan biasanya ditandai dengan demam yang tinggi sekali setelah persalinan.
<b>Frequency 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 numerator dan denominator:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Instalasi Rawat Inap ( ruang kebidanan )</li> <li>- Instalasi Rawat Intensif</li> <li>- Rekam Medik</li> </ul>
<b>Target :</b>	0,5 %
<b>Penanggungjawab/ pengumpul data :</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Kepala Bidang Keperawatan</li> <li>- Wakil Direktur Pelayanan</li> </ul>
<b>Indikator :</b>	Respons Time Kecepatan Pelayanan Pertama Pasien Gawat Darurat.
<b>Dimensi mutu/ quality domain :</b>	Kecepatan penanganan dihitung dalam menit.
<b>Tujuan Indikator :</b>	Menunjukkan apakah pelayanan digawat darurat telah sesuai dengan tujuan life seving.
<b>Rasionalisasi :</b>	Kecepatan pelayanan pertama pasien gawat darurat akan



**MENTERI KESEHATAN  
REPUBLIC INDONESIA**

	menyelamatkan jiwa pasien.
<b>Definisi terminology yang digunakan dan standar :</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pelayanan pertama gawat darurat dikatakan cepat bila penderita gawat dan 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 adalah tindakan yang ditujukan untuk menyelamatkan jiwa manusia yang sedang terancam karena penyakit atau luka-luka yang dideritanya</li> </ul>
<b>Frequency 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 numerator dan denominator :</b>	Rekam Medik
<b>Target :</b>	90 %
<b>Penanggungjawab/ pengumpul data :</b>	- Kepala Bidang Keperawatan - Wakil Direktur Pelayanan
<b>Indikator :</b>	Keterlambatan Pelayanan Rawat Jalan.
<b>Dimensi mutu/ quality domain :</b>	Appropriateness
<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 terminology yang digunakan dan standar :</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>Frequency Updating Indikator:</b>	Tiap bulan
<b>Periode dilakukan analisis :</b>	Tiap 3 bulan
<b>Numerator :</b>	Jumlah poliklinik yang memulai pelayanan lebih dari jam 08.00 WIB.
<b>Denominator :</b>	Jumlah seluruh poliklinik yang memberi pelayanan.
<b>Sumber data numerator dan denominator :</b>	Instalasi Rawat Jalan
<b>Target :</b>	0 %
<b>Penanggungjawab/ pengumpul data:</b>	- Kepala Bidang Keperawatan - Wakil Direktur Pelayanan



**MENTERI KESEHATAN  
REPUBLIK INDONESIA**

<b>Indikator :</b>	Keterlambatan Pelayanan Rekam Medis Rawat Jalan.
<b>Dimensi mutu/ quality domain :</b>	- Appropriateness - Kesenambungan pelayanan
<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 terminology yang digunakan dan standar :</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>Frequency 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 numerator dan denominator :</b>	- Instalasi Rawat Jalan - Rekam Medik.
<b>Target :</b>	10 %
<b>Penanggungjawab/ pengumpul data :</b>	- Kepala Bidang Keperawatan - Wakil Direktur Pelayanan

### Standar Pelayanan Minimal Keperawatan

<b>Judul Indikator :</b>	Kejadian Dikubitus
<b>Dimensi Mutu :</b>	Standar kompetensi, keamanan
<b>Tujuan Indikator :</b>	Menunjukkan mutu asuhan keperawatan pada tirah baring lama
<b>Rasionalisasi :</b>	Dikubitus memperpanjang hari rawat / LOS.
<b>Definisi 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 dikarenakan tekanan yang terus menerus akibat tirah baring.</li> <li>• Luka bisa terjadi bila pasien tirah baring total tidak dilakukan mobilisasi minimal 2 x dalam 24 jam. Luka terjadi pada daerah yang tertekan ( bokong, punggung, siku, tumit )</li> <li>• Tirah baring adalah pasien yang berbaring total dan tidak dapat bergerak, bukan karena instruksi atau pengobatan.</li> </ul>
<b>Frekuensi Updating Indikator :</b>	Tiap bulan.



**MENTERI KESEHATAN  
REPUBLIK INDONESIA**

<b>Periode dilakukan analisis :</b>	Tiap 3 bulan
<b>Numerator :</b>	Jumlah pasien dengan dikubitus
<b>Denominator :</b>	Jumlah pasien dengan tirah baring bukan karena instruksi atau pengobatan.
<b>Sumber data :</b>	Instalasi Rawat Inap
<b>Target :</b>	0,2 %
<b>Penanggungjawab/ Pengumpul data :</b>	- Kepala Bidang Keperawatan - Kepala ruang
<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 dalam waktu lebih dari 3 x 24 jam.</li><li>• Operasi bersih yaitu semua jenis operasi yang tidak mengenai daerah yang dapat menyebabkan terjadinya infeksi, missal : daerah pencernaan, daerah ginjal dan saluran kencing, daerah mulut dan tenggorokan serta daerah kelamin perempuan.</li><li>• Operasi bersih adalah operasi yang disiapkan lebih dulu / operasi elektif .</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
<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</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Perpanjangan masa rawat ibu melahirkan adalah</li></ul>



**MENTERI KESEHATAN  
REPUBLIK INDONESIA**

<b>digunakan :</b>	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)  <ul style="list-style-type: none"> <li>Sasaran : untuk partus normal tidak lebih dari 3 dan untuk partus penyulit tidak lebih dari 6 hari.</li> </ul>
<b>Frekuensi Updating Indikator :</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>	- Instalasi Rawat Inap ( ruang kebidanan ) - Rekam Medik
<b>Target :</b>	0,1 %
<b>Penanggungjawab/ Pengumpul data :</b>	- Kepala Bidang Keperawatan - Kepala ruang
<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 $\leq$ 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

**Standar Pelayanan Minimal Medis IRD**

<b>Judul Indikator :</b>	Kecepatan penanganan pasien di IRD
--------------------------	------------------------------------



**MENTERI KESEHATAN  
REPUBLIK INDONESIA**

<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 darurat 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

**Standar Pelayanan Minimal Medis IRJ**

<b>Judul Indikator :</b>	Kecepatan penanganan pasien di IRJ
<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 $\leq$ 30 menit
<b>Denominator :</b>	Jumlah seluruh pasien yang ditangani di IRJ.
<b>Sumber data :</b>	Buku registrasi pasien
<b>Target :</b>	95 %
<b>Penanggung jawab pengumpul data :</b>	Ka. IRJ

**Standar Pelayanan Minimal Medis Rawat Inap**



**MENTERI KESEHATAN  
REPUBLIK INDONESIA**

<b>Judul Indikator :</b>	Angka Kepuasan Pasien Rawat Inap
<b>Dimensi Mutu :</b>	Akses, efektifitas pelayanan, efisiensi, kesinambungan pelayanan, kenyamanan, hubungan antar manusia, ketepatan, kompetensi tehnis.
<b>Tujuan Indikator :</b>	Untuk mengetahui mutu pelayanan rawat inap.
<b>Rasionalisasi :</b>	Kepuasan pasien sangat diperlukan untuk memperbaiki kinerja pelayanan rawat inap.
<b>Definisi terminologi yang digunakan :</b>	Angka Kepuasan Pasien Rawat Inap adalah rasa puas bagi pasien yang dirawat inap atas pelayanan yang diberikan Rumah Sakit ( di rawat inap ).
<b>Frekuensi updating indikator :</b>	Tiap bulan
<b>Periode dilakukan analisis :</b>	Tiap bulan
<b>Numerator :</b>	Jumlah pasien rawat inap yang puas
<b>Denominator :</b>	Semua jumlah pasien rawat inap
<b>Sumber data :</b>	Ruang rawat inap
<b>Target :</b>	80 %
<b>Penanggung jawab pengumpul data :</b>	Ka. IRNA

**Standar Pelayanan Minimal Gizi Pasien R. Inap**

<b>Judul indikator :</b>	Kebutuhan Nutrisi Makanan Melalui Sonde Pasien Rawat Inap
<b>Dimensi mutu :</b>	Ketepatan , Ketepatan
<b>Tujuan :</b>	Untuk mengetahui mutu dalam melayani kebutuhan nutrisi pasien diet sonde
<b>Rasionalisasi :</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Terpuhinya kebutuhan nutrisi pasien yang mendapat diet 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 / nutrien 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>Denominator :</b>	Jumlah pasien dengan diet sonde di ruang rawat inap.
<b>Sumber data :</b>	Observasi di dapur pengolahan sonde dan RRI



**MENTERI KESEHATAN  
REPUBLIK INDONESIA**

<b>Target :</b>	25 % terpenuhi kebutuhan nutrisinya
<b>Penanggung jawab pengumpul data :</b>	Ahli Gizi , Ka. 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 I 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>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Jumlah masakan lauk hewani yang sesuai resep dalam satu siklus menu (33 masakan)</li> <li>• Jumlah masakan lauk nabati yang sesuai resep dalam satu siklus menu (28 masakan)</li> </ul>
<b>Denominator :</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Jumlah masakan lauk hewani dalam satu siklus menu (47 masakan)</li> <li>• Jumlah masakan lauk nabati dalam satu siklus menu (39 masakan)</li> </ul>
<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
<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 – 07.30
<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 waktu pelayanan.
<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 %



**MENTERI KESEHATAN  
REPUBLIK INDONESIA**

<b>Penanggung jawab pengumpul data :</b>	Ahli Gizi Ka. Instalasi Gizi
<b>Judul indikator :</b>	Keempukan masakan daging sapi
<b>Dimensi mutu :</b>	Kenyamanan
<b>Tujuan :</b>	Untuk mengetahui mutu permasalahan dalam penyajian daging.
<b>Rasionalisasi :</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Daging yang dimasak empuk dapat dikonsumsi pasien</li><li>• Dapat memenuhi kebutuhan protein pasien</li><li>• Memenuhi kebutuhan protein</li><li>• Mendukung proses penyembuhan</li></ul>
<b>Definisi terminologi yang digunakan :</b>	Daging empuk adalah daging yang teksturnya tidak keras
<b>Frekuensi updating indikator :</b>	Setiap kali menu daging
<b>Periode dilakukan analisis :</b>	Tiap 1 ( satu ) bulan
<b>Numerator :</b>	Jumlah masakan daging yang teksturnya empuk dalam 1 (satu) bulan.
<b>Denominator :</b>	Jumlah masakan daging dalam 1 (satu ) bulan.
<b>Sumber data :</b>	Observasi di unit pengolahan
<b>Target :</b>	60 %
<b>Penanggung jawab pengumpul data :</b>	Ahli Gizi Ka. Instalasi Gizi

**Standar Pelayanan Minimal IBS**

<b>Judul Indikator :</b>	Frekuensi Penggunaan Kamar Operasi Untuk Operasi Elektif ( Pagl 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 ) 18 orang, untuk keperluan 6 ( enam ) 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 dua orang selama shift pagi.
<b>Frekuensi updating indikator :</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 2
<b>Sumber data :</b>	IBS



**MENTERI KESEHATAN  
REPUBLIK INDONESIA**

<b>Target :</b>	85%
<b>Penanggung jawab pengumpul data :</b>	Ka. IBS
<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>	IRNA & IBS
<b>Target :</b>	$\leq 3 \%$
<b>Penanggung jawab pengumpul data :</b>	Ka. IBS & Ka. IRNA
<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



**MENTERI KESEHATAN  
REPUBLIK INDONESIA**

<b>Denominator :</b>	Jumlah pasien yang dikosultasikan
<b>Sumber data :</b>	IBS
<b>Target :</b>	< 10 %
<b>Penanggung jawab pengumpul data :</b>	Ka. IBS
<b>Judul Indikator :</b>	Waktu Tunggu Operasi Elektif
<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 $\leq$ 3 hari
<b>Frekuensi updating indikator :</b>	Tiap bulan
<b>Periode dilakukan analisis :</b>	Tiap 3 ( tiga ) bulan
<b>Numerator :</b>	Pasien yang waktu tunggu $\leq$ 3 hari
<b>Denominator :</b>	Jumlah pasien yang dioperasi
<b>Sumber data :</b>	IBS & IRNA
<b>Target :</b>	65 %
<b>Penanggung jawab pengumpul data :</b>	Ka. IBS & Ka. IRNA
<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>



**MENTERI KESEHATAN  
REPUBLIK INDONESIA**

<b>Definisi terminologi yang digunakan :</b>	Kesalahan tindakan perioperatif adalah kekeliruan 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>	< 3 %
<b>Penanggung jawab pengumpul data :</b>	Ka. IBS

**Standar Pelayanan Minimal Inst. 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 dipaki 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>
<b>Judul Indikator :</b>	Angka Kejadian Decubitus Di IRI



**MENTERI KESEHATAN  
REPUBLIK INDONESIA**

<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>
<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.



**MENTERI KESEHATAN  
REPUBLIK INDONESIA**

<b>Target :</b>	90%
<b>Penanggung jawab :</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Kepala Ruang IRI</li><li>• Kepala IRI</li></ul>
<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>
<b>Judul Indikator :</b>	Pemberian Oksigen Yang Tepat Dosis
<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



**MENTERI KESEHATAN  
REPUBLIK INDONESIA**

<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>
<b>Judul Indikator :</b>	Visite Dokter Tepat Waktu
<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>	90%
<b>Penanggung jawab :</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kepala Ruang IRI</li> <li>• Kepala IRI</li> </ul>

**Standar Pelayanan Minimal Inst. Patologi Anatomi**

<b>Judul Indikator :</b>	Lama Rata-rata Pemeriksaan / Diagnosa PA Dengan Frozen Section
<b>Dimensi Mutu :</b>	Kecepatan/ ketepatan diagnosa PA secara Frozen Section menentukan prosedur pengobatan lanjut.
<b>Tujuan Indikator :</b>	Makin cepat diagnosa diketahui makin cepat tindakan pengobatan.



**MENTERI KESEHATAN  
REPUBLIK INDONESIA**

<b>Rasionalisasi :</b>	Pemeriksaan diagnosa PA yang cepat, tepat sangat menentukan tindakan pengobatan.
<b>Definisi terminologi yang digunakan :</b>	Lama pemeriksaan frozen section, lama pemeriksaan jaringan dari waktu diterima sampai diagnosa PA.
<b>Frekuensi Updating Indikator :</b>	setiap hari
<b>Periode dilakukan analisis :</b>	Satu bulan sekali
<b>Numerator :</b>	Jumlah pemeriksaan frozen section yang selesai $\leq$ 1 jam
<b>Denominator :</b>	Jumlah seluruh pemeriksaan frozen section tiap bulan
<b>Sumber data :</b>	Arsip di Laboratorium Patologi Anatomi
<b>Target :</b>	100 %
<b>Penanggungjawab/ Pengumpul data :</b>	Ka. Instalasi Patologi Anatomi
<b>Judul Indikator :</b>	Lama Rata-rata Pemeriksaan Jaringan PA RSUP Dr. Soeradji Tirtonegoro Klaten.
<b>Dimensi Mutu :</b>	Makin cepat menentukan diagnosa PA, makin cepat therapy.
<b>Tujuan Indikator :</b>	Menentukan lama rata-rata pemeriksaan jaringan PA
<b>Rasionalisasi :</b>	Pemeriksaan diagnosa PA yang cepat, tepat, sangat menentukan therapy dan prognosa penderita.
<b>Definisi terminologi yang digunakan :</b>	Lama rata-rata pemeriksaan jaringan PA yaitu waktu yang didapat sejak hari pertama pemeriksaan jaringan sampai hari penandatanganan hasil.
<b>Frekuensi Updating Indikator :</b>	Setiap hari
<b>Periode dilakukan analisis :</b>	1 bulan sekali
<b>Numerator :</b>	Jumlah pemeriksaan jaringan PA yang selesai $\leq$ 1 minggu
<b>Denominator :</b>	Jumlah semua pemeriksaan jaringan PA
<b>Sumber data :</b>	Arsip di Laboratorium Patologi Anatomi
<b>Target :</b>	100 %
<b>Penanggungjawab/ Pengumpul data :</b>	Ka. Instalasi Patologi Anatomi.
<b>Judul Indikator :</b>	Waktu Tunggu Pemeriksaan Aspirasi Jarum Halus ( AJH / FNAB, Khusus Payudara )
<b>Dimensi Mutu :</b>	Kecepatan / ketepatan diagnosa AJH payudara menentukan prosedur pengobatan / operasi lebih lanjut.
<b>Tujuan Indikator :</b>	Untuk menentukan lama waktu tunggu penderita yang dilakukan AJH



**MENTERI KESEHATAN  
REPUBLIK INDONESIA**

<b>Rasionalisasi :</b>	Kecepatan hasil pemeriksaan AJH sangat menentukan dalam menegakkan diagnosa dan jenis tindakan operasi ( khusus payudara )
<b>Definisi terminologi yang digunakan :</b>	Aspirasi jarum halus adalah tindakan untuk diagnosis suatu massa / tumor tanpa pemeriksaan jaringan, sederhana, mudah aman, akurat serta memberi dampak menguntungkan bagi penderita.
<b>Frekuensi Updating Indikator :</b>	Setiap hari
<b>Periode dilakukan analisis :</b>	1 bulan sekali
<b>Numerator :</b>	Jumlah seluruh AJH payudara yang selesai kurang dari 1 jam
<b>Denominator :</b>	Jumlah seluruh AJH payudara
<b>Sumber data :</b>	Arsip di Laboratorium Patologi Anatomi
<b>Target :</b>	100 %
<b>Penanggungjawab/ Pengumpul data :</b>	Ka. Instalasi Patologi Anatomi
<b>Judul Indikator :</b>	Kesesuaian Hasil Pemeriksaan PA dengan Diagnosis Kronis Appendicitis.
<b>Dimensi Mutu :</b>	Ketepatan, keamanan
<b>Tujuan Indikator :</b>	Untuk mengetahui permasalahan diagnosis dokter bdah dengan pemeriksaan PA.
<b>Rasionalisasi :</b>	Ketepatan hasil pemeriksaan, memberikan kepastian bagi pasien.
<b>Definisi terminologi yang digunakan :</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Appendicitis akuta : sebaran leukosis pada semua dinding appendices</li><li>• Appendicitis kronis : lapisan muskularis dan serosa bebas sel radang</li></ul>
<b>Frekuensi Updating Indikator :</b>	Setiap bulan
<b>Periode dilakukan analisis :</b>	Sebulan sekali
<b>Numerator :</b>	Jumlah jaringan appendices yang dikirim sesuai dengan diagnosa dokter bedah
<b>Denominator :</b>	Jumlah semua jaringan appendices yang dikirim
<b>Sumber data :</b>	Arsip di Laboratorium Patologi Anatomi
<b>Target :</b>	90%
<b>Penanggungjawab/ Pengumpul data :</b>	Ka. Instalasi Patologi Anatomi.



**MENTERI KESEHATAN  
REPUBLIK INDONESIA**

**Standar Pelayanan Minimal Inst. Patologi Klinis**

<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 glukose, fungsi ginjal, fungsi lever, serta lemak darah.</li><li>• Waktu tunggu adalah waktu tunggu pemeriksaan kimia darah pada jam kerja <math>\leq 4</math> jam.</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>	Ka. IPK
<b>Judul Indikator :</b>	Ketepatan Pemeriksaan Test Kehamilan
<b>Dimensi Mutu :</b>	Ketepatan, Accountability
<b>Tujuan Indikator :</b>	Untuk mengetahui permasalahan ketepatan hasil pemeriksaan test kehamilan.
<b>Rasionalisasi :</b>	Ketepatan hasil pemeriksaan akan sangat membantu diagnosa dan tindak lanjut bagi pasien.
<b>Definisi terminologi yang digunakan :</b>	Tes kehamilan adalah pemeriksaan untuk medeteksi secara Qualitative hormon HCG dalam urin pada awal kehamilan.
<b>Frekuensi updating indikator :</b>	Setiap hari
<b>Periode dilakukan analisis :</b>	Sebulan sekali
<b>Numerator :</b>	Jumlah pemeriksaan test kehamilan yang tepat
<b>Denominator :</b>	Seluruh pemeriksaan test kehamilan
<b>Sumber data :</b>	Arsip pemeriksaan test kehamilan.
<b>Target :</b>	95 %
<b>Penanggung jawab pengumpul data :</b>	Ka. IPK
<b>Judul Indikator :</b>	Waktu Tunggu Pemeriksaan Darah Rutin Pasien Rawat Jalan.



**MENTERI KESEHATAN  
REPUBLIC INDONESIA**

<b>Dimensi Mutu :</b>	Kecepatan, efektifitas, efisiensi
<b>Tujuan Indikator :</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 untuk pemeriksaan dari sampel datang ( darah pasien diambil ) sampai dengan pasien menerima hasil pemeriksaan.
<b>Frekuensi updating indikator :</b>	Setiap hari
<b>Periode dilakukan analisis :</b>	Setiap bulan
<b>Numerator :</b>	Jumlah pemeriksaan darah rutin yang tepat waktu $\leq$ 1 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>	Ka. IPK
<b>Judul Indikator :</b>	Ketepatan pemeriksaan Hb
<b>Dimensi Mutu :</b>	Tepat, accountability, aman
<b>Tujuan Indikator :</b>	Untuk mengetahui permasalahan dalam pemeriksaan Hb.
<b>Rasionalisasi :</b>	Ketepatan pemeriksaan Hb sangat diperlukan untuk membantu diagnosa dan penanganan lebih lanjut.
<b>Definisi terminologi yang digunakan :</b>	Pemeriksaan Hb adalah pemeriksaan kadar hemoglobin dalam darah
<b>Frekuensi updating indikator :</b>	Setiap hari
<b>Periode dilakukan analisis :</b>	Setiap bulan
<b>Numerator :</b>	Jumlah pemeriksaan Hb yang tepat
<b>Denominator :</b>	Jumlah seluruh pemeriksaan Hb.
<b>Sumber data :</b>	Arsip pemeriksaan hematologi
<b>Target :</b>	97%
<b>Penanggung jawab pengumpul data :</b>	Ka. IPK

**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



**MENTERI KESEHATAN  
REPUBLIK INDONESIA**

	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 jumlah seluruh radiograf
<b>Sumber data :</b>	Buku register pelayanan radiologi.
<b>Target :</b>	5%
<b>Penanggung jawab pengumpul data :</b>	Ka. Instalasi Radiologi
<b>Judul Indikator :</b>	Kepuasan Pelanggan.
<b>Dimensi Mutu :</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kesinambungan 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 pelayan 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>	95%
<b>Penanggung jawab pengumpul data :</b>	Ka. 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> </ul>



**MENTERI KESEHATAN  
REPUBLIK INDONESIA**

	<ul style="list-style-type: none"> <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
<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 angka kejadian 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 cangkih
<b>Target :</b>	1%
<b>Penanggung jawab pengumpul data :</b>	Ka. Instalasi Radiologi
<b>Judul Indikator :</b>	Kerusakan Fasilitas Radiologi
<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



**MENTERI KESEHATAN  
REPUBLIK INDONESIA**

	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
<b>Judul Indikator :</b>	Hasil Pemeriksaan Radiologi Akurat
<b>Dimensi Mutu :</b>	Akurasi Pelayanan , Accountability
<b>Tujuan Indikator :</b>	Indikator ini diambil untuk menunjukkan tingkat keakuratan hasil pemeriksaaan 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 indikator :</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>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Buku Komplain</li> <li>• Rekapitulasi Tindakan Pelayanan Radiologi</li> </ul>
<b>Target :</b>	95% akurat
<b>Penanggung jawab pengumpul data :</b>	Ka. 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



**MENTERI KESEHATAN  
REPUBLIK INDONESIA**

<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
<b>Judul Indikator :</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 radiologi 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>	75%
<b>Penanggung jawab pengumpul data :</b>	Ka. 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



**MENTERI KESEHATAN  
REPUBLIK INDONESIA**

	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>	80%
<b>Penanggung jawab pengumpul data :</b>	Ka. 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 rontgen 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>	80%
<b>Penanggung jawab pengumpul data :</b>	Ka. Instalasi Radiologi



**MENTERI KESEHATAN  
REPUBLIK INDONESIA**

<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 ≤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>	75%
<b>Penanggung jawab pengumpul data :</b>	Ka. Instalasi Radiologi

**Standar Pelayanan Minimal Rehabilitasi Medik**

<b>Judul Indikator</b>	Waktu Mulai Pelayanan.
<b>Dimensi Mutu</b>	- Kecepatan pelayanan - Efisien
<b>Tujuan Indikator</b>	Indikator diambil untuk menunjukkan efisiensi waktu pelayanan di Instalasi Rehabilitasi Medik.
<b>Rasionalisasi</b>	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 ).
<b>Definisi Terminologi</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Waktu mulai pelayanan adalah waktu dimana poliklinik Rehabilitasi Medik siap memberikan pelayanan kepada pasien.</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> <li>• Mulai pelayanan tepat waktu adalah apabila</li> </ul>



**MENTERI KESEHATAN  
REPUBLIK INDONESIA**

	poliklinik RM sudah siap memberikan pelayanan pada jam 08. 00.
<b>Frekwensi Updating</b>	Tiap hari
<b>Metode Analisa</b>	Tiap 1 bulan
<b>Numerator</b>	Jumlah pelayanan yang dimulai tepat waktu dalam sebulan.
<b>Denominator</b>	Jumlah hari pelayanan dalam 1 bulan.
<b>Sumber Data</b>	Buku Register IRM.
<b>Target</b>	100 %
<b>Pengumpul Data</b>	Penanggung jawab ruang
<b>Penganalisis Data</b>	Kepala IRM
<b>Judul Indikator</b>	Waktu Tunggu Pelayanan.
<b>Dimensi Mutu</b>	Kecepatan pelayanan.
<b>Tujuan Indikator</b>	Untuk menunjukkan kecepatan pelayanan di IRM, mulai dari saat pasien datang sampai mendapatkan terapi.
<b>Rasionalisasi</b>	Kecepatan pelayanan pada satu pasien akan terpengaruh pada pelayanan terhadap pasien – pasien yang lain.
<b>Definisi Terminologi</b>	<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>
<b>Frekwensi Updating</b>	Tiap hari.
<b>Metode Analisa</b>	Tiap 1 bulan.
<b>Numerator</b>	Jumlah pasien dengan waktu tunggu sama atau kurang dari 30 menit.
<b>Denominator</b>	Jumlah pasien yang mendapatkan pelayanan terapi.
<b>Sumber Data</b>	Buku Register.
<b>Target</b>	80 %
<b>Pengumpul Data</b>	Penanggung jawab ruang
<b>Penganalisis Data</b>	Kepala IRM
<b>Judul Indikator</b>	Angka Kejadian Luka Bakar Pada Pasien Dengan Terapi Panas.
<b>Dimensi Mutu</b>	Keselamatan dan kenyamanan pasien, akurasi terapi dan komunikasi yang baik dengan pasien.
<b>Tujuan Indikator</b>	Untuk menunjukkan ada/tidaknya kejadian luka bakar pada pasien – pasien yang mendapatkan terapi panas.
<b>Rasionalisasi</b>	Ketiadaan kejadian luka bakar pada pasien – pasien dengan terapi panas, menunjukkan ketepatan dosis terapi dan control yang baik terhadap pasien selama waktu terapi.
<b>Definisi Terminologi</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Luka bakar adalah cedera yang dialami pasien</li> </ul>



**MENTERI KESEHATAN  
REPUBLIK INDONESIA**

	<p>karena panas yang berlebihan.</p> <ul style="list-style-type: none"> <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>
<b>Frekwensi Updating</b>	Tiap bulan
<b>Metode Analisa</b>	Tiap tahun
<b>Numerator</b>	Jumlah kejadian luka bakar.
<b>Denominator</b>	Jumlah pemberian terapi panas dalam sebulan
<b>Sumber Data</b>	Buku Regester
<b>Target</b>	0%
<b>Pengumpul Data</b>	Penanggung jawab ruang
<b>Penganalisis Data</b>	Kepala IRM
<b>Judul Indikator</b>	Angka Kejadian Refraktur Pada Pasien Dengan Terapi Latihan Pasca Fraktur.
<b>Dimensi Mutu</b>	Keamanan dan kenyamanan pasien, pelaksanaan terapi yang sesuai prosedur.
<b>Tujuan Indikator</b>	Untuk menunjukkan ada/tidaknya kejadian refraktur pada pasien pasca fraktur yang mendapat terapi latihan.
<b>Rasionalisasi</b>	Ketiadaan kejadian refraktur pada pasien pasca fraktur yang mendapat terapi latihan menunjukkan tingkat kewaspadaan yang baik dan pemberian terapi latihan yang sesuai prosedur pada pasien pasca fraktur.
<b>Definisi Terminologi</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Refraktur adalah terjadinya fraktur atau patahan ulang pada tulang yang sebelumnya pernah parah.</li> <li>• Terapi latihan adalah tindakan pengobatan dengan metode latihan tertentu.</li> </ul>
<b>Frekwensi Updating</b>	Tiap bulan
<b>Metode Analisa</b>	Tiap tahun
<b>Numerator</b>	Angka kejadian refraktur dalam sebulan.
<b>Denominator</b>	Jumlah pelaksanaan terapi latihan pada pasien pasca fraktur.
<b>Sumber Data</b>	Buku regester.
<b>Target</b>	0 %
<b>Pengumpul Data</b>	Penanggung jawab ruang
<b>Penganalisis Data</b>	Kepala IRM
<b>Judul Indikator</b>	Pembuatan Laporan Bulanan.
<b>Dimensi Mutu</b>	Tepat waktu.
<b>Tujuan Indikator</b>	Untuk menunjukkan tepat/tidaknya pembuatan laporan bulanan.
<b>Rasionalisasi</b>	Ketepatan pembuatan laporan bulanan sesuai tanggal yang ditargetkan, akan mempermudah pendataan dan evaluasi pelayanan secara umum di RSUP. Dr. Soeradji Tirtonegoro Klaten.



**MENTERI KESEHATAN  
REPUBLIC INDONESIA**

<b>Definisi Terminologi</b>	<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>
<b>Frekwensi Updating</b>	Tiap bulan.
<b>Metode Analisa</b>	Tiap bulan
<b>Numerator</b>	Laporan bulanan yang terkirim sebelum tanggal 5.
<b>Denominator</b>	Jumlah laporan bulanan yang terkirim.
<b>Sumber Data</b>	Buku Regester
<b>Target</b>	100 %
<b>Pengumpul Data</b>	Penanggung jawab ruang
<b>Penganalisis Data</b>	Kepala IRM

**Standar Pelayanan Minimal Instalasi Farmasi**

<b>Judul Indikator :</b>	Waktu Tunggu Pelayanan Obat Pasien Rawat Jalan
<b>Dimensi Mutu :</b>	Ketepatan, kenyamanan, efektifitas, efisiensi
<b>Tujuan Indikator :</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 Indikator :</b>	Tiap hari
<b>Periode dilakukan analisis :</b>	Seminggu sekali
<b>Numerator :</b>	Jumlah pasien rawat jalan yang mendapat pelayanan obat di Instalasi Farmasi kurang dari 15 menit.
<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</li> <li>• Buku catatan jumlah lembar resep rawat jalan</li> </ul>
<b>Target :</b>	80 %
<b>Penanggungjawab/ Pengumpul data :</b>	Ka. Instalasi Farmasi
<b>Judul Indikator :</b>	Pelayanan Konseling Obat Pasien Rawat Jalan
<b>Dimensi Mutu :</b>	Ketepatan, keamanan, accountability



**MENTERI KESEHATAN  
REPUBLIK INDONESIA**

<b>Tujuan Indikator :</b>	Untuk mengetahui pemanfaatan dalam pelayanan konseling obat.
<b>Rasionalisasi :</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Pelayanan konseling obat merupakan bagian dari kegiatan farmasi klinik.</li><li>• 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.</li></ul>
<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>	Seminggu sekali
<b>Numerator :</b>	Jumlah pasien rawat jalan yang memperoleh pelayanan konseling obat di Instalasi Farmasi.
<b>Denominator :</b>	Jumlah pasien rawat jalan 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>Penanggungjawab/ Pengumpul data :</b>	Ka. Instalasi Farmasi

<b>Judul Indikator :</b>	Kelengkapan Administrasi Penerimaan Perbekalan Farmasi di Gudang Farmasi
<b>Dimensi Mutu :</b>	Accountability, kesinambungan pelayanan
<b>Tujuan Indikator :</b>	Untuk mengetahui tingkat kelengkapan administrasi penerimaan perbekalan farmasi.
<b>Rasionalisasi :</b>	Lengkapya administrasi penerimaan perbekalan farmasi akan menunjukkan tertib administrasi. Administrasi penerimaan yang lengkap akan melancarkan proses pelayanan berikutnya ( penyimpanan dan penyaluran ).
<b>Definisi terminologi yang digunakan :</b>	Penerimaan merupakan kegiatan untuk menerima perbekalan farmasi yang telah diadakan sesuai dengan aturan kefarmasian, melalui pembelian langsung, tender konsinyasi atau sumbangan.
<b>Frekuensi Updating Indikator :</b>	Tiap hari
<b>Periode dilakukan analisis :</b>	Sebulan sekali
<b>Numerator :</b>	Jumlah penerimaan perbekalan farmasi yang administrasinya lengkap
<b>Denominator :</b>	Jumlah seluruh penerimaan perbekalan farmasi.



**MENTERI KESEHATAN  
REPUBLIK INDONESIA**

<b>Sumber data :</b>	Buku penerimaan Gudang Farmasi
<b>Target :</b>	100 %
<b>Penanggungjawab/ Pengumpul data :</b>	Ka. 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>	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) Pencatatan tanggal kadaluwarsa merupakan salah satu pengawasan mutu perbekalan farmasi
<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>Penanggungjawab/ Pengumpul data :</b>	Ka. Instalasi Farmasi
<b>Judul Indikator :</b>	Pembuatan Laporan Bulanan Pengeluaran Barang di Apotik RS
<b>Dimensi Mutu :</b>	Accountability, ketepatan
<b>Tujuan Indikator :</b>	Untuk mengetahui kedisiplinan dalam pembuatan laporan bulanan pengeluaran barang.
<b>Rasionalisasi :</b>	Ketepatan pembuatan laporan pengeluaran barang sangat menentukan dalam perencanaan pengadaan barang. Laporan pengeluaran barang dibuat untuk mengetahui stock barang yang ada di Apotik RS.
<b>Definisi terminologi yang digunakan :</b>	Laporan bulanan adalah laporan yang memuat tentang stock awal, mutasi barang dan stock akhir barang yang ada di Apotik RS.
<b>Frekuensi Updating Indikator :</b>	Tiap bulan



**MENTERI KESEHATAN  
REPUBLIK INDONESIA**

<b>Periode dilakukan analisis :</b>	1 tahun sekali
<b>Numerator :</b>	Jumlah laporan bulanan pengeluaran barang dalam 1 tahun yang diserahkan ke Wakil Direktur Pelayanan sebelum tanggal 10 setiap bulannya.
<b>Denominator :</b>	Jumlah laporan bulanan pengeluaran barang dalam 1 tahun yang diserahkan ke Wakil Direktur Pelayanan
<b>Sumber data :</b>	Buku agenda penyerahan laporan
<b>Target :</b>	100 %
<b>Penanggungjawab/ Pengumpul data :</b>	Ka. Instalasi Farmasi

**Standar Pelayanan Minimal 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

<b>Judul Indikator :</b>	Pelayanan Dekontaminasi Alat Medik Bagi Ruang Perawatan
<b>Dimensi Mutu :</b>	Efektivitas dan efisiensi pelayanan



**MENTERI KESEHATAN  
REPUBLIK INDONESIA**

<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>	Tiap hari
<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>	66%
<b>Penanggung Jawab Pengumpul Data :</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Kepala Instalasi Sterilisasi Sentral</li><li>- Wakil Direktur Pelayanan</li></ul>
<b>Judul Indikator :</b>	Waktu Penyimpanan Alat Medikasi Steril
<b>Dimensi Mutu :</b>	Keselamatan pasien dari infeksi nosokomial
<b>Tujuan Indikator :</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 dua 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%



**MENTERI KESEHATAN  
REPUBLIK INDONESIA**

<b>Penanggung Jawab Pengumpul Data :</b>	- Kepala Instalasi Sterilisasi Sentral - Wakil Direktur Pelayanan
--	--

**Standar Pelayanan Minimal Rekam Medik**

<b>Indikator :</b>	Kelengkapan pengisian rekam medik
<b>Dimensi Mutu / Quality Domain :</b>	Accountability
<b>Tujuan Indikator :</b>	Terpenuhinya SIM RS yang dapat dimanfaatkan bagi peningkatan mutu pelayanan di Rumah Sakit
<b>Rasionalisasi :</b>	Dengan kelengkapan dan kebenaran rekam medis dapat diketahui dan di evaluasi sejauh mana mutu pelayanan yang diberikan kepada pasien
<b>Definisi Terminologi yang Digunakan dan Standar :</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;</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 rekam medis tentang kebenaran isi resume yang dibuat termasuk adanya diagnosa akhir;</li><li>• Waktu maksimal yang diharapkan yaitu 14 hari</li></ul>
<b>Frequency Updating Indikator :</b>	Tiap bulan
<b>Periode Dilakukan Analisis :</b>	Tiap 3 bulan
<b>Numerator :</b>	Jumlah rekam medik yang di isi dengan lengkap dan benar
<b>Denominator :</b>	Jumlah seluruh rekam medik
<b>Sumber Data :</b>	Bagian rekam medik
<b>Target :</b>	90%
<b>Penanggung Jawab :</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Kepala Bidang Keperawatan</li><li>• Wakil Direktur Umum &amp; Keuangan</li></ul>
<b>Indikator :</b>	Tersedianya Semua Berkas Rekam Medis Rawat Jalan Pasien Lama Di Poliklinik Yang Dituju
<b>Dimensi Mutu :</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 sebagai bukti tertulis tentang proses pelayanan yang diberikan oleh dokter dan tenaga kesehatan lainnya kepada pasien sehingga dapat dipertanggungjawabkan.



**MENTERI KESEHATAN  
REPUBLIC INDONESIA**

<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> </ul>
<b>Definisi Terminologi yang Digunakan :</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 15 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 tidak lebih dari 15 menit.
<b>Denominator :</b>	Jumlah seluruh rekam medik rawat jalan pasien lama dalam waktu tertentu
<b>Sumber Data :</b>	Bagian rekam medik
<b>Target :</b>	85%
<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>
<b>Indikator :</b>	Pembuatan Visum Et Repertum Dan Surat Keterangan Diagnosa Secara Tertib.
<b>Dimensi Mutu / Quality Domain :</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Legitimacy</li> <li>• Acceptability</li> <li>• Technical Competence</li> <li>• Time lines</li> </ul>
<b>Tujuan Indikator :</b>	Tercapainya tertib administrasi dalam rangka upaya peningkatan pelayanan kesehatan di Rumah Sakit.
<b>Rasionalisasi :</b>	Ketidaktertiban pembuatan visum et repertum dan surat keterangan diagnosa akan menimbulkan masalah dalam aspek hukum karena menyangkut penyediaan bahan tanda bukti untuk menegakkan keadilan.
<b>Definisi Terminologi yang Digunakan :</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Yang berhak mengisi dan menandatangani visum et repertum dan surat keterangan diagnosa adalah : <ol style="list-style-type: none"> <li>1. di IRD : dokter yang memeriksa</li> <li>2. di IRNA / IRI : dokter yang bertanggungjawab (yang menandatangani RM 9)</li> </ol> </li> <li>• Visum et repertum dan surat keterangan diagnosa hanya dapat diberikan kepada keluarga pasien atau asuransi penjamin dengan persetujuan pasien;</li> <li>• Waktu maksimal yang diharapkan 5 hari</li> </ul>
<b>Frequency Updating Indikator :</b>	Tiap bulan
<b>Periode Dilakukan Analisis :</b>	Tiap 3 bulan
<b>Numerator :</b>	Jumlah visum et repertum dan surat keterangan diagnosa yang tidak dapat dipertanggung-jawabkan (secaraa medik maupun hukum) dan / tidak tepat waktu.
<b>Denominator :</b>	Jumlah seluruh visum et repertum dan surat keterangan diagnosa yang dibuat
<b>Sumber Data :</b>	Bagian rekam medik
<b>Target :</b>	0%
<b>Penanggung Jawab :</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dokter umum / dokter spesialis</li> <li>• Kepala Sub Bagian Tata Usaha</li> <li>• Kepala Sub Bagian Rekam Medik</li> </ul>



**MENTERI KESEHATAN  
REPUBLIK INDONESIA**

<b>Indikator :</b>	Pengambilan Kembali Berkas Rekam Medik Dari File
<b>Dimensi Mutu / Quality Domain :</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Availability</li></ul>
<b>Tujuan Indikator :</b>	Tercapainya tertib administrasi dalam rangka upaya peningkatan pelayanan kesehatan di Rumah Sakit.
<b>Definisi Terminologi yang Digunakan :</b>	Pengambilan kembali berkam rekam medik dari 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 di pinjam yang tidak ada "petunjuk keluar" / tracer
<b>Denominator :</b>	Jumlah seluruh berkas rekam medik yang di pinjam
<b>Sumber Data :</b>	Bagian rekam medik
<b>Target :</b>	0%
<b>Penanggung Jawab :</b>	Kepala Sub Bagian Rekam Medik
<b>Indikator :</b>	Pembuatan Laporan Kinerja Rekam Medik Rumah Sakit Yang Akurat Dan 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>	Terpenuhinya SIM RS yang dapat dimanfaatkan bagi peningkatan mutu pelayanan di Rumah Sakit.
<b>Rasionalisasi :</b>	Pembuatan laporan kinerja RM RS yang akurat dan tepat waktu akan dapat dimanfaatkan sesuai kebutuhan dalam proses pengambilan keputusan pimpinan serta dapat untuk mengetahui keberhasilan atau mengetahui permasalahan yang terdapat di suatu RS.
<b>Definisi Terminologi yang Digunakan :</b>	Laporan kinerja RM RS disebut akurat dan tepat waktu bila laporan tersebut mampu dalam mengukur mutu penyelenggaraan pelayanan kesehatan sesuai standar yang berlaku dan etika profesi, maksimal tanggal 10 tiap periode / bulan.
<b>Frequency Updating Indikator :</b>	1 bulan
<b>Periode Dilakukan Analisis :</b>	Tiap 3 bulan
<b>Numerator :</b>	Jumlah berkas rekam medik yang di pinjam yang tidak ada "petunjuk keluar" / tracer
<b>Denominator :</b>	Jumlah seluruh berkas rekam medik yang di pinjam
<b>Sumber Data :</b>	Bagian rekam medik
<b>Target :</b>	0%
<b>Penanggung Jawab :</b>	Kepala Sub Bagian Rekam Medik



**MENTERI KESEHATAN  
REPUBLIK INDONESIA**

**Standar Pelayanan Minimal IPJ**

<b>Judul Indikator :</b>	Waktu Pelayanan Pengambilan Jenazah Dari Ruang / Bangsal
<b>Dimensi mutu :</b>	Kecepatan waktu, accountability
<b>Tujuan Indikator :</b>	Untuk mengetahui kecepatan pengambilan jenazah dari ruang perawatan.
<b>Rasionalisasi :</b>	Jenazah dari bangsal dalam waktu tertentu segera dibawa ke kamar jenazah, memberikan pelayanan sesuai kompetensi.
<b>Definisi terminologi yang digunakan :</b>	Jenazah adalah pasien yang telah meninggal dunia dari ruang atau bangsal setelah 2 jam dinyatakan meninggal dunia.
<b>Frekuensi Updating Indikator :</b>	Setiap hari
<b>Periode dilakukan analisis :</b>	Sekali sebulan
<b>Numerator :</b>	Jumlah jenazah yang dikirim $\leq$ 2 jam.
<b>Denominator :</b>	Jumlah seluruh jenazah yang dikirim.
<b>Sumber data :</b>	Sub Administrasi IPJ
<b>Target :</b>	90 %
<b>Penanggungjawab/ pengumpul data :</b>	Ka. Instalasi Pemulasaraan Jenazah.
<b>Judul Indikator :</b>	Pelayanan Memandikan Jenazah
<b>Dimensi mutu :</b>	Kecepatan
<b>Tujuan Indikator :</b>	Untuk mengetahui mutu dalam memberikan pelayanan yang benar dan tepat waktu sesuai dengan permintaan keluarga pasien.
<b>Rasionalisasi :</b>	Jenazah dimandikan tepat waktu akan memberikan kepuasan kepada keluarganya.
<b>Definisi terminologi yang digunakan :</b>	Memandikan Jenazah tepat waktu adalah memandikan jenazah, dengan waktu kurang dari 60 menit.,
<b>Frekuensi Updating Indikator :</b>	Setiap minggu
<b>Periode dilakukan analisis :</b>	Tiap bulan
<b>Numerator :</b>	Jumlah jenazah yang dimandikan dalam waktu 60 menit.
<b>Denominator :</b>	Jumlah seluruh jenazah yang dimandikan
<b>Sumber data :</b>	Sub Administrasi Instalasi Pemulasaraan jenazah
<b>Target :</b>	80 %
<b>Penanggungjawab/ pengumpul data :</b>	Ka. Instalasi Pemulasaraan Jenazah



**MENTERI KESEHATAN  
REPUBLIK INDONESIA**

<b>Judul Indikator :</b>	Pelayanan Perawatan Jenazah di Almari Pendingin
<b>Dimensi mutu :</b>	Keamanan, ketepatan, standar kompetensi, accountability
<b>Tujuan Indikator :</b>	Untuk mengetahui mutu dalam perawatan jenazah.
<b>Rasionalisasi :</b>	Jenazah yang disimpan di almari pendingin akan tetap baik, tidak rusak dan busuk.
<b>Definisi terminologi yang digunakan :</b>	Almari pendingin adalah alat yang digunakan sebagai pendingin jenazah agar jenazah tetap awet.
<b>Frekuensi Updating Indikator :</b>	Tiap bulan
<b>Periode dilakukan analisis :</b>	6 bulan sekali
<b>Numerator :</b>	Jumlah jenazah di almari pendingin yang rusak
<b>Denominator :</b>	Jumlah seluruh jenazah di almari pendingin
<b>Sumber data :</b>	Sub Administrasi Instalasi Pemulasaraan jenazah
<b>Target :</b>	100 %
<b>Penanggungjawab/ pengumpul data :</b>	Ka. Instalasi Pemulasaraan jenazah
<b>Judul Indikator :</b>	Waktu Penerbitan Surat Jalan
<b>Dimensi mutu :</b>	Waktu
<b>Tujuan Indikator :</b>	Untuk mengetahui mutu dalam waktu penerbitan surat jalan.
<b>Rasionalisasi :</b>	Pelayanan cepat dan tepat, memberikan kepuasan keluarga pasien
<b>Definisi terminologi yang digunakan :</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Waktu pembuatan surat jalan adalah mulai dari jenazah tiba di IPJ sampai siap surat jalan dibuat.</li><li>• Tepat waktu : Surat Jalan selesai dalam waktu 25 menit</li></ul>
<b>Frekuensi Updating Indikator :</b>	Setiap hari
<b>Periode dilakukan analisis :</b>	Sekali sebulan
<b>Numerator :</b>	Jumlah penerbitan surat jalan dengan waktu $\leq$ 25 menit
<b>Denominator :</b>	Seluruh jumlah penerbitan surat jalan.
<b>Sumber data :</b>	Sub Administrasi Pemulasaraan Jenazah
<b>Target :</b>	90 %
<b>Penanggungjawab/ pengumpul data :</b>	Ka. Instalasi Pemulasaraan Jenazah
<b>Judul Indikator :</b>	Waktu Pelayanan Ambulance Jenazah
<b>Dimensi mutu :</b>	Waktu
<b>Tujuan Indikator :</b>	Untuk mengetahui mutu dalam memberikan pelayanan ambulance jenazah.



**MENTERI KESEHATAN  
REPUBLIC INDONESIA**

<b>Rasionalisasi :</b>	Cepat dan tepat serta sesuai dengan prosedur yang berlaku akan memberikan kepuasan kepada pelanggan.
<b>Definisi terminologi yang digunakan :</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mobil Ambulance jenazah adalah mobil yang disediakan oleh rumah sakit yang digunakan untuk mengangkut jenazah dari rumah sakit sampai ke tempat tujuan sesuai dengan permintaan keluarga pasien.</li> <li>• Waktu tunggu adalah mulai diminta sampai ambulance jenazah datang.</li> </ul>
<b>Frekuensi Updating Indikator :</b>	Tiap hari
<b>Periode dilakukan analisis :</b>	Sebulan sekali
<b>Numerator :</b>	Jumlah permintaan ambulance jenazah $\leq$ 30 menit
<b>Denominator :</b>	Jumlah seluruh permintaan ambulance jenazah
<b>Sumber data :</b>	Sub Administrasi Instalasi Pemulasaraan Jenazah
<b>Target :</b>	90 %
<b>Penanggungjawab/ pengumpul data :</b>	Ka. Instalasi Pemulasaraan Jenazah

**Tandar Pelayanan Minimal Seksi Pelayanan Medis**

<b>Judul Indikator :</b>	Pembuatan Usulan Kebutuhan Alat, Obat-Obatan Dan Atau Bahan.
<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>	Terperuhinya 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 satu bulan yang akan diusulkan.</li> <li>• Tepat waktu adalah pembuatan dan pengiriman usulan kebutuhan alat , obat-obatan dan atau bahan paling lambat tanggal 25.</li> </ul>
<b>Frekuensi updating indikator :</b>	Tiap 1 ( satu ) bulan.
<b>Periode dilakukan analisis :</b>	Tiap 6 ( enam ) bulan.
<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>	100 %.



**MENTERI KESEHATAN  
REPUBLIK INDONESIA**

<b>Penanggung jawab pengumpul data :</b>	Kasi Pelayanan Medis.
--	-----------------------

**Standar Pelayanan Minimal Seksi Penunjang Medis**

<b>Judul Indikator :</b>	Pembuatan Usulan Kebutuhan Alat, Obat-Obatan Dan Atau Bahan.
<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 satu bulan yang akan diusulkan.</li><li>• Tepat waktu adalah pembuatan dan pengiriman usulan kebutuhan alat , obat-obatan dan atau bahan paling lambat tanggal 25.</li></ul>
<b>Frekuensi updating indikator :</b>	Tiap 1 ( satu ) bulan.
<b>Periode dilakukan analisis :</b>	Tiap 6 ( enam ) bulan.
<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>	100 %.
<b>Penanggung jawab pengumpul data :</b>	Kasi Penunjang Medis.

**Standar Pelayanan Minimal Seksi Diklit**

<b>Judul Indikator :</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>	Jumlah karyawan yang mengikuti Pelatihan lebih banyak , maka kompetensi teknis meningkat dan kualitas pelayanan meningkat.
<b>Definisi terminologi yang digunakan :</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Karyawan adalah seluruh pegawai ( PNS &amp; CPNS ) yang bekerja di RSUP Dr. Soeradji Tirtonegoro Klaten.</li></ul>



**MENTERI KESEHATAN  
REPUBLIC INDONESIA**

	<ul style="list-style-type: none"> <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.
<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>Subbag. Kepegawaian</li> <li>Unit – unit kerja lain.</li> <li>Seksi Pendidikan &amp; Penelitian.</li> </ul>
<b>Target :</b>	10 % . / tahun.
<b>Penanggung jawab pengumpul data :</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Kasi Pendidikan &amp; Penelitian.</li> <li>Kepala Bidang Pelayanan.</li> </ul>
<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 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 / Pratkan setelah mahasiswa selesai menjalankan praktek di RSUP Dr. Soeradji Tirtonegoro Klaten.</li> <li>Tepat waktu adalah Surat Keterangan sudah selesai dibuat sebelum pratikan selesai praktek / meninggalkan Rumah Sakit.</li> </ul>
<b>Frekuensi updating indikator :</b>	Tiap 1 ( satu ) bulan.
<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>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Seksi Pendidikan &amp; Penelitian.</li> <li>TU Wakil Direktur Pelayanan.</li> </ul>
<b>Target :</b>	100 %.
<b>Penanggung jawab pengumpul data :</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Kasi Pendidikan &amp; Penelitian.</li> <li>Kepala Bidang Pelayanan.</li> </ul>
<b>Judul Indikator :</b>	Laporan Kegiatan Diklit Bulanan.
<b>Dimensi Mutu :</b>	Kecepatan & ketepatan penyajian data.
<b>Tujuan Indikator :</b>	Untuk mengetahui tingkat kinerja pelaporan dan



**MENTERI KESEHATAN  
REPUBLIC INDONESIA**

	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 Seksi 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>• Seksi Pendidikan &amp; Penelitian.</li> <li>• TU Wakil Direktur Pelayanan.</li> </ul>
<b>Target :</b>	100 %.
<b>Penanggung jawab pengumpul data :</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kasi Pendidikan &amp; Penelitian.</li> <li>• Kepala Bidang Pelayanan.</li> </ul>
<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 Mahasiswa / Karyawan yang akan melaksanakan penelitian di RSUP Dr. Soeradji Tirtonegoro Klaten.</li> <li>• Tepat waktu adalah Surat Ijin Penelitian sudah selesai dibuat paling lama 1 minggu setelah disposisi surat sampai ke Seksi Diklit.</li> </ul>
<b>Frekuensi updating indikator :</b>	Tiap 1 ( satu ) bulan.
<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>• Seksi Pendidikan &amp; Penelitian.</li> <li>• TU Wakil Direktur Pelayanan.</li> </ul>
<b>Target :</b>	100 %.



**MENTERI KESEHATAN  
REPUBLIK INDONESIA**

<b>Penanggung jawab pengumpul data :</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Kasi Pendidikan &amp; Penelitian.</li><li>• Kepala Bidang Pelayanan.</li></ul>
--	--

**Standar Pelayanan Minimal TURP**

<b>Judul Indikator :</b>	Kecepatan Pelayanan Administrasi Pasien Rawat Inap
<b>Dimensi Mutu :</b>	Kecepatan , Ketepatan , Kepuasan
<b>Tujuan Indikator :</b>	Menunjukkan proses pelayanan administrasi pasien.
<b>Rasionalisasi :</b>	Dengan meningkatkan kecepatan pelayanan agar pasien merasa puas
<b>Definisi terminologi yang digunakan :</b>	Kecepatan pelayanan administrasi pasien rawat inap memberikan kepuasan kepada pasien
<b>Frekuensi updating indikator :</b>	Tiap bulan
<b>Periode dilakukan analisis :</b>	Tiap bulan
<b>Numerator :</b>	Jumlah pasien yang dilayani $\leq$ 15 menit
<b>Denominator :</b>	Jumlah seluruh pasien rawat inap
<b>Sumber data :</b>	Diambil dari pembukuan
<b>Target :</b>	80 %
<b>Penanggung jawab pengumpul data :</b>	Ka. Instalasi TURP

**Standar Pelayanan Minimal  
Keuangan**

<b>Judul Indikator :</b>	Penerbitan SPM ( Surat Perintah Membayar)
<b>Dimensi Mutu :</b>	Ketepatan pembuatan SPM
<b>Tujuan Indikator :</b>	Meningkatkan kebenaran dan ketepatan dalam pembuatan SPM
<b>Rasionalisasi :</b>	Ketepatan pembuatan SPM akan mempercepat proses pencairan dana
<b>Definisi terminology Yang digunakan :</b>	SPM adalah dokumen yang diterbitkan oleh Kuasa Pengguna Anggaran atau pejabat lain yang ditunjuk untuk mencairkan dana yang bersumber dari DIPA atau dokumen lain yang dipersamakan.
<b>Frekuensi updating Indikator :</b>	Tiap hari
<b>Periode dilakukan Analisis :</b>	Seminggu sekali
<b>Numerator :</b>	20 SPM yang diterbitkan salah



**MENTERI KESEHATAN  
REPUBLIK INDONESIA**

<b>Denominator :</b>	SPM yang diterbitkan dalam satu bulan sebanyak 45 SPM
<b>Sumber Data :</b>	Panitia Pengadaan Barang dan Jasa Panitia Penerima Barang dan Jasa Petugas Penguji SPP
<b>Target :</b>	90 % SPM yang diterbitkan benar
<b>Penanggung jawab : Pengumpul data</b>	Pejabat Penandatanganan SPM

**Standar Pelayanan Minimal  
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
<b>Judul Indikator :</b>	Tingkat Ketepatan/Kecermatan Petugas Dalam Pembuatan Rekening Pasien Pulang Rawat 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



**MENTERI KESEHATAN  
REPUBLIK INDONESIA**

	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
<b>Judul Indikator :</b>	Tingkat Ketepatan/Kecermatan Petugas Dalam Penghitungan Uang (Terkait Dengan Pembayaran Rekening Pasien Pulang) 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 oleh 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
<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/



**MENTERI KESEHATAN  
REPUBLIK INDONESIA**

	kebijakan yang akurat via laporan keuangan
<b>Rasionalisasi :</b>	Keakurasian laporan keuangan menentukan kebijakan yang akan diambil oleh management
<b>Definisi/Terminologi Yang Digunakan :</b>	Tingkat ketepatan/kecermatan (kaitannya pembuatan laporan keuangan) adalah sejauh mana laporan keuanganyang dibuat oleh petugas dapat dipertanggungjawabkan (akurat)
<b>Frekuensi/Updating 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
<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

**Standar Pelayanan Minimal  
Penyusunan Anggaran**



**MENTERI KESEHATAN  
REPUBLIK INDONESIA**

<b>Judul Indikator :</b>	Penyusunan Laporan Keuangan Satuan Kerja
<b>Dimensi Mutu :</b>	Ketepatan waktu penyampaian Laporan Keuangan Satuan Kerja.
<b>Tujuan Indikator :</b>	Mempercepat waktu pelaksanaan penyusunan Laporan Keuangan Satuan Kerja.
<b>Rasionalisasi :</b>	Ketepatan waktu penyampaian Laporan Keuangan Satuan Kerja akan menghindarkan Kuasa Pengguna Anggaran dari sanksi yang berlaku.
<b>Definisi/Terminologi Yang Digunakan :</b>	Laporan Keuangan adalah bentuk pertanggungjawaban Pemerintah atas pelaksanaan Anggaran Pendapatan dan Belanja Negara berupa Laporan Realisasi Anggaran (LRA), Neraca, Laporan Arus Kas, dan Catatan atas Laporan Keuangan (CaLK)
<b>Frekuensi/Updating Indikator :</b>	Tiap bulan
<b>Periode Dilakukan Analisis :</b>	3 (tiga) bulan sekali
<b>Numerator :</b>	Laporan Keuangan yang dilaporkan sebelum tanggal 7
<b>Denominator :</b>	Laporan Keuangan yang dilaporkan dalam 1 tahun anggaran.
<b>Sumber Data :</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Dokumen penerimaan dari Bendahara Penerima</li><li>• Dokumen Pengeluaran dari Bendahara Pengeluaran (Buku ekspedisi)</li><li>• ADK (Arsip Data Komputer) dari pengurus barang</li></ul>
<b>Target :</b>	100 %
<b>Penanggung Jawab Pengumpul Data :</b>	Kepala Sub Bagian Anggaran dan Perbendaharaan dan Bendahara Pengeluaran
<b>Judul Indikator :</b>	Penyusunan Usulan Daftar Isian Pelaksanaan Anggaran (DIPA) / RKAKL
<b>Dimensi Mutu :</b>	Kecepatan dan ketepatan penyusunan usulan DIPA/RKAKL
<b>Tujuan Indikator :</b>	Usulan DIPA yang disusun lebih awal diharapkan akan mengurangi angka kesalahan dalam pembebanan dalam MAK (Mata Anggaran Keluaran)
<b>Rasionalisasi :</b>	Agar DIPA benar-benar menjadi dokumen pelaksanaan anggaran yang final maka
<b>Definisi/Terminologi Yang Digunakan :</b>	Daftar Isian Pelaksanaan Anggaran (DIPA) adalah dokumen pelaksanaan anggaran yang dibuat oleh Menteri/Pimpinan Lembaga atau Satuan Kerja (Satker) serta disahkan oleh Dirjen Perbendaharaan atau Kepala Kantor Wilayah DIPb., atas nama Menteri Keuangan dan berfungsi sebagai dasar untuk melakukan tindakan yang mengakibatkan pengeluaran negara dan pencairan dana atas beban APBN serta dokumen pendukung kegiatan akuntansi pemerintah.
<b>Frekuensi/Updating Indikator :</b>	4 kali dalam setahun
<b>Periode Dilakukan Analisis :</b>	Satu tahun



**MENTERI KESEHATAN  
REPUBLIK INDONESIA**

<b>Numerator :</b>	Jumlah RKAKL yang disusun tepat
<b>Denominator :</b>	Jumlah i penyusunan RKAKL
<b>Sumber Data :</b>	Bagian Perencanaan
<b>Target :</b>	90%
<b>Penanggung Jawab Pengumpul Data :</b>	Kepala Sub Bagian Anggaran dan Perbendaharaan
<b>Judul Indikator :</b>	Pembuatan Daftar Gaji
<b>Dimensi Mutu :</b>	Kecepatan waktu pembuatan gaji
<b>Tujuan Indikator :</b>	Mempercepat waktu pengajuan Daftar Gaji
<b>Rasionalisasi :</b>	Kecepatan waktu penyampaian Daftar Gaji ke KPPN akan memperpanjang waktu koreksi.
<b>Definisi/Terminologi Yang Digunakan :</b>	Daftar Gaji adalah daftar yang memuat nama karyawan beserta besaran gaji pokok, tunjangan, dan potongan sesuai aturan yang berlaku.
<b>Frekuensi/Updating Indikator :</b>	Tiap bulan tidak lebih dari tanggal 15 sebelum bulan pembayaran
<b>Periode Dilakukan Analisis :</b>	6 bulan sekali
<b>Numerator :</b>	Jumlah Daftar Gaji yang dibuat sebelum tanggal 10
<b>Denominator :</b>	Jumlah Daftar Gaji yang dibuat
<b>Sumber Data :</b>	Buku Ekspedisi
<b>Target :</b>	100%
<b>Penanggung Jawab Pengumpul Data :</b>	Bendahara Gaji Pembuat Daftar Gaji
<b>Judul Indikator :</b>	Pengajuan Jasa Pelayanan
<b>Dimensi Mutu :</b>	Kecepatan waktu pengajuan Jasa Pelayanan
<b>Tujuan Indikator :</b>	Mempercepat waktu pengajuan Jasa Pelayanan
<b>Rasionalisasi :</b>	Kecepatan waktu pengajuan jasa Pelayanan diharapkan akan mempercepat pembagian Jasa Pelayanan dan akan menambah kepuasan karyawan.
<b>Definisi/Terminologi Yang Digunakan :</b>	Jasa Pelayanan adalah imbalan yang diterima oleh pelaksana pelayanan baik secara langsung dan tidak langsung atas jasa yang diberikan kepada pasien observasi, diagnosis, pengobatan, konsultasi, visite, rehabilitasi medik atau pelayanan lainnya.
<b>Frekuensi/Updating Indikator :</b>	Tiap bulan



**MENTERI KESEHATAN  
REPUBLIK INDONESIA**

<b>Periode Dilakukan Analisis :</b>	Tiap tiga bulan
<b>Numerator :</b>	Pengajuan Jasa Pelayanan sebelum tanggal 15
<b>Denominator :</b>	Jumlah Pengajuan Jasa Pelayanan yang diajukan.
<b>Sumber Data :</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Tim Index</li><li>• Sub Bagian Kepegawaian</li><li>• Bendahara Gaji</li></ul>
<b>Target :</b>	75%
<b>Penanggung Jawab Pengumpul Data :</b>	Bendahara Jasa Pelayanan
<b>Judul Indikator :</b>	Penerbitan SPM (Surat Perintah Membayar)
<b>Dimensi Mutu :</b>	Ketepatan pembuatan STM
<b>Tujuan Indikator :</b>	Meningkatkan kebenaran dan ketepatan dalam pembuatan STM
<b>Rasionalisasi :</b>	Ketepatan Pembuatan STM akan mempercepat proses pencairan dana.
<b>Definisi/Terminologi Yang Digunakan :</b>	SPM adalah dokumen yang diterbitkan atas Kuasa Pengguna Anggaran atau pejabat lain yang ditunjuk untuk mencairkan dana yang bersumber dari DIPA atau dokumen lain yang sdipersamakan.
<b>Frekuensi/Updating Indikator :</b>	Tiap hari
<b>Periode Dilakukan Analisis :</b>	1 bulan sekali
<b>Numerator :</b>	Jumlah SPM yang diterbitkan benar
<b>Denominator :</b>	Jumlah SPM yang diterbitkan
<b>Sumber Data :</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Panitia Pengadaan Barang dan Jasa</li><li>• Panitia Penerima Barang dan Jasa</li><li>• Buku catatan Petugas Penguji SPP</li></ul>
<b>Target :</b>	90% SPM
<b>Penanggung Jawab Pengumpul Data :</b>	Pejabat Penandatanganan SPM

**Standar Pelayanan Minimal  
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,



**MENTERI KESEHATAN  
REPUBLIK INDONESIA**

	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>	Pratami K.
<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 laporan
<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>	Petugas entry
<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</b>	Entry adalah proses pencatatan awal terhadap jurnal



**MENTERI KESEHATAN  
REPUBLIK INDONESIA**

<b>digunakan :</b>	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>	Peugas korektor
<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>	Suyatno, SE,Ak
<b>Judul Indikator :</b>	Ketepatan waktu Penyelesaian Laporan Verifikasi Rekening Pasien
<b>Dimensi Mutu :</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 oleh manajer RS
<b>Definisi terminologi yang digunakan :</b>	Laporan Verifikasi adalah laporan yang disusun oleh petugas verifikasi yang berisi kesalahan rekening pasien,



**MENTERI KESEHATAN  
REPUBLIK INDONESIA**

	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>	Aries Sujadi

**Standar Pelayanan Minimal  
Manajemen Data Elektronik**

<b>Indikator :</b>	Kecepatan Penanganan Gangguan Hardware Dan Soft Ware Yang Diperlukan Untuk Billing System Dan PC.
<b>Dimensi Mutu / Quality Domain :</b>	Efektifitas pelayanan MDE.
<b>Tujuan Indikator :</b>	Indikator ini dipilih mengingat seringnya terjadi gangguan hardware dan software yang mengakibatkan kurang lancarnya billing system dan keperluan administratif. Di RSUP Dr. Soeradji Tirtonegoro terdapat lebih dari 101 perangkat komputer yang digunakan sebagai komputer jaringan(50%) dan PC untuk keperluan ketik mengetik (50%).
<b>Rationale :</b>	Kecepatan penanganan gangguan hard ware dan soft ware akan memperlancar pengolahan data transaksi yang diproses melalui komputer jaringan dan memperlancar pekerjaan administratif
<b>Definisi Terminology yang Digunakan dan Standar :</b>	Kecepatan penanganan gangguan hardware dan soft ware adalah teratasinya gangguan hardware dan soft ware tidak lebih dari 3 (tiga) hari
<b>Frequency Updating Indikator :</b>	Setiap kali terjadi gangguan
<b>Periode Dilakukan Analisis :</b>	Sebulan satu kali
<b>Numerator :</b>	Jumlah kasus gangguan yang teratasi dalam tempo tidak lebih dari 3 hari.
<b>Denominator :</b>	Jumlah seluruh gangguan yang dilaporkan ke MDE
<b>Sumber Data :</b>	MDE
<b>Target :</b>	90%
<b>Penanggung Jawab :</b>	MDE
<b>Indikator :</b>	Efisiensi / Kehematan Biaya Pemeliharaan Hard Ware System Jaringan Dan PC.
<b>Dimensi Mutu / Quality Domain :</b>	Efisiensi biaya..



**MENTERI KESEHATAN  
REPUBLIC INDONESIA**

<b>Tujuan Indikator :</b>	Indikator ini dipilih karena isu kehematan biaya pemeliharaan perlu diukur dan ditekan se wajar mungkin.
<b>Rationale :</b>	Kehematan biaya pemeliharaan hardware menentukan kesehatan dan kelancaran system, karena dengan biaya yang ada seluruh gangguan dapat tertangani. Disamping itu kehematan ini juga menyumbang efisiensi biaya secara umum.
<b>Definisi Terminology yang Digunakan dan Standar :</b>	Biaya pemeliharaan hard ware dikatakan hemat bilamana biaya yang dikeluarkan untuk keperluan pemeliharaan hard ware tidak lebih dari 5 % nilai asset hardware.
<b>Frequency Updating Indikator :</b>	Tiga bulan sekali
<b>Periode Dilakukan Analisis :</b>	Satu tahun sekali
<b>Numerator :</b>	Perbandingan biaya pemeliharaan terhadap nilai asset pada tahun berjalan
<b>Denominator :</b>	5 % nilai asset
<b>Sumber Data :</b>	MDE dan Keuangan
<b>Target :</b>	4 % nilai asset atau 80 % dari yang dianggarkan
<b>Penanggung Jawab :</b>	MDE
<b>Indikator :</b>	Billing System
<b>Dimensi Mutu / Quality Domain :</b>	Akses, Efektifitas pemasukan transaksi pelayanan melalui komputer jaringan, efisiensi pengurusan transaksi pelayanan, kesinambungan pengad-ministrasian transaksi pelayanan (mulai dari penyusunan tarip hingga report transaksi pelayanan), kenyamanan pengadministrasian transaksi, ketepatan dan ketersediaan data.
<b>Tujuan Indikator :</b>	Billing System seringkali bermasalah dalam pengadministrasian transaksi pelayanan pasien.
<b>Rationale :</b>	Billing system yang baik akan mampu menyajikan data transaksi pelayanan yang diperlukan sebagai informasi secara eksternal maupun internal
<b>Definisi Terminology yang Digunakan dan Standar :</b>	Billing Syatem adalah kesatuan yang tak terpisahkan dari (soft ware) program transaksi keuangan pada satuan-satuan kerja yang melaksanakan pelayanan kepada customer, yang dioperasikan dan diolah melalui jaringan komputer.
<b>Frequency Updating Indikator :</b>	Setiap kali transaksi
<b>Periode Dilakukan Analisis :</b>	Setiap kali transaksi
<b>Numerator :</b>	Jumlah lembar rekening transaksi yang dilakukan secara komputer jaringan.
<b>Denominator :</b>	Jumlah seluruh lembar rekening transaksi baik yang dilakukan secara komputer jaringan maupun manual
<b>Sumber Data :</b>	Mobilisasi Dana, MDE
<b>Target :</b>	90%
<b>Penanggung Jawab :</b>	MDE



**MENTERI KESEHATAN  
REPUBLIK INDONESIA**

<b>Indikator :</b>	Ketrampilan operator komputer jaringan
<b>Dimensi Mutu / Quality Domain :</b>	Akses, Efektifitas pemasukan transaksi pelayanan melalui komputer jaringan, efisiensi pengurusan transaksi pelayanan, kesinambungan pengad-ministrasian transaksi pelayanan (mulai dari penyusunan tarip hingga report transaksi pelayanan), kenyamanan pengadministrasian transaksi, ketepatan dan ketersediaan data.
<b>Tujuan Indikator :</b>	Tidak/kurang terampilnya operator seringkali bermasalah dalam pengadministrasian transaksi pelayanan pasien.
<b>Rationale :</b>	Operator yang terampil sangat menentukan keberhasilan pemasukan data transaksi
<b>Definisi Terminology yang Digunakan dan Standar :</b>	Operator pada satuan-satuan kerja dikatakan terampil bila dapat mengoperasikan pemasukan data sesuai yang ditugaskan di satker yang bersangkutan sehingga transaksi pelayanan kepada customer selalu terdata oleh komputer jaringan.
<b>Frequency Updating Indikator :</b>	Setiap kali transaksi
<b>Periode Dilakukan Analisis :</b>	Setiap kali transaksi
<b>Numerator :</b>	Jumlah operator yang terampil
<b>Denominator :</b>	Jumlah seluruh operator yang seharusnya terampil.
<b>Sumber Data :</b>	MDE
<b>Target :</b>	95%
<b>Penanggung Jawab :</b>	MDE dan Kepala satuan kerja di mana operator bertugas
<b>Indikator :</b>	Beban Penanganan gangguan hardware dan software system jaringan komputer dan PC
<b>Dimensi Mutu / Quality Domain :</b>	Beban kerja penanganan gangguan hardware dan software system jaringan dan PC
<b>Tujuan Indikator :</b>	Untuk mengukur seberapa besar beban kerja penanganan gangguan sehingga salah satu dimensi efektifitas pelayanan penanganan dapat diketahui dan diukur
<b>Rationale :</b>	Jumlah gangguan hardware dan software yang dapat ditangani sangat menentukan kelancaran operasi system jaringan dan pekerjaan administrasi
<b>Definisi Terminology yang Digunakan dan Standar :</b>	Penanganan gangguan hardware dan software adalah pekerjaan mengatasi gangguan hardware dan software dimana gangguan itu mengakibatkan komputer baik pada system jaringan maupun yang dipergunakan sebagai PC tidak bisa dioperasikan sebagaimana diharapkan pengguna
<b>Frequency Updating Indikator :</b>	Setiap kali terjadi laporan gangguan oleh Satker pengguna
<b>Periode Dilakukan Analisis :</b>	Setiap bulan



**MENTERI KESEHATAN  
REPUBLIK INDONESIA**

<b>Numerator :</b>	Jumlah kasus gangguan yang ditangani dalam 1 bulan
<b>Denominator :</b>	Jumlah seluruh kasus gangguan yang dilaporkan ke MDE dalam bulan yang sama
<b>Sumber Data :</b>	MDE
<b>Target :</b>	90%
<b>Penanggung Jawab :</b>	MDE

**Standar Pelayanan Minimal  
Penyusunan Program**

<b>Judul Indikator :</b>	Ketepatan Waktu Pengumpulan Usulan Program Dari Setiap Satuan 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
<b>Tujuan Indikator :</b>	Program kerja dari setiap satuan kerja bisa terencana dan 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 satuan kerja untuk mengisi dan mengumpulkan kembali usulan programnya ke kantor Sub Bagian Penyusunan Program (satu bulan)
<b>Frekuensi updating indikator :</b>	1 (satu) tahun sekali
<b>Periode dilakukan analisis :</b>	1 (satu) tahun sekali
<b>Numerator :</b>	Usulan program / kegiatan yang tepat waktu
<b>Denominator :</b>	Semua usulan kegiatan / program dari satuan kerja
<b>Sumber data :</b>	Usulan program dari satuan kerja
<b>Target :</b>	100 %
<b>Penanggung jawab :</b>	Ka. Sub Bag. Penyusunan Program
<b>Judul Indikator :</b>	Ketepatan waktu dalam penyusunan dokumen usulan kegiatan tahunan RS
<b>Dimensi Mutu :</b>	Dokumen Daftar Usulan Pelaksanaan Anggaran selesai disusun sebelum dilakukannya pembahasan
<b>Tujuan Indikator :</b>	Kelancaran proses pembahasan anggaran RS
<b>Rasionalisasi :</b>	Apabila dokumen belum tersusun pada saat pembahasan maka akan bermasalah pada waktu desk
<b>Definisi Terminologi yang digunakan :</b>	Ketepatan waktu penyusunan dokumen usulan kegiatan RS adalah waktu yang diperlukan untuk menyelesaikan dokumen usulan kegiatan tahunan RS



**MENTERI KESEHATAN  
REPUBLIK INDONESIA**

<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 dokumen usulan kegiatan RS yang tepat waktu
<b>Denominator :</b>	Jumlah dokumen usulan kegiatan RS
<b>Sumber data :</b>	Skala prioritas kegiatan / kebutuhan RS
<b>Target :</b>	100 (seratus) %
<b>Penanggung jawab :</b>	Ka. Sub Bag. Penyusunan Program
<b>Judul Indikator :</b>	Penyusunan Laporan Evaluasi Pelaksanaan Kegiatan / Program RS
<b>Dimensi Mutu :</b>	Kecepatan evaluasi
<b>Tujuan Indikator :</b>	Diketahuinya 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 yang selesai sebelum bulan Maret
<b>Denominator :</b>	Jumlah dokumen laporan evaluasi kegiatan RS seluruhnya.
<b>Sumber data :</b>	Panitia pengadaan, bendahara (bagian keuangan) dan bagian perencanaan
<b>Target :</b>	100 %
<b>Penanggung jawab :</b>	Ka. Sub Bag. Penyusunan Program
<b>Judul Indikator :</b>	Ketepatan waktu dalam penyusunan dokumen profil rumah sakit
<b>Dimensi Mutu :</b>	Ketepatan waktu
<b>Tujuan Indikator :</b>	Dengan tersusunnya dokumen profil rumah sakit, maka bisa diketahui kondisi / perkembangan terakhir dari rumah sakit
<b>Rasionalisasi :</b>	Menggambarkan kinerja dan performance rumah sakit



**MENTERI KESEHATAN  
REPUBLIK INDONESIA**

<b>Definisi Terminologi yang digunakan :</b>	Dokumen profil rumah sakit adalah sebuah dokumen yang berisi tentang data-data sarana prasarana, SDM, kinerja rumah sakit dan hal-hal lain yang berhubungan dengan keadaan rumah sakit
<b>Frekuensi updating indicator :</b>	1 (satu) kali setahun
<b>Periode dilakukan analisis :</b>	1 (satu) kali setahun
<b>Numerator :</b>	Jumlah penyusunan dokumen profil rumah sakit yang tepat waktu ( 1 bulan setelah tutup tahun anggaran)
<b>Denominator :</b>	Jumlah penyusunan dokumen profil rumah sakit seluruhnya
<b>Sumber data :</b>	Semua satuan kerja
<b>Target :</b>	100 (seratus) %
<b>Penanggung jawab :</b>	Ka. Sub Bag. Penyusunan Program
<b>Judul Indikator :</b>	Pengajuan usulan kebutuhan dari satuan kerja di rumah sakit
<b>Dimensi Mutu :</b>	Kecepatan pelayanan
<b>Tujuan Indikator :</b>	Terwujudnya kelancaran dalam pengajuan usulan kebutuhan dari satuan kerja
<b>Rasionalisasi :</b>	Semua usulan kebutuhan (pengadaan / pemeliharaan) diterima, diperiksa dan diberi catatan (paraf) sebelum diteruskan ke bagian keuangan
<b>Definisi Terminologi yang digunakan :</b>	Proses pengajuan usulan kebutuhan adalah waktu yang diperlukan untuk penerimaan, pemeriksaan dan pengecekan usulan-usulan yang masuk ke Kantor Sub Bag. Penyusunan Program dari satuan-satuan kerja lain yang ada di RSUP Dr. Soeradji Tirtonegoro Klaten
<b>Frekuensi updating indicator :</b>	Setiap hari
<b>Periode dilakukan analisis :</b>	Setiap bulan
<b>Numerator :</b>	Usulan kebutuhan dari satuan kerja yang selesai diproses dalam waktu sehari
<b>Denominator :</b>	Semua usulan kebutuhan dari satuan kerja
<b>Sumber data :</b>	Buku ekspedisi
<b>Target :</b>	80 (delapan puluh) %
<b>Penanggung jawab :</b>	Ka. Sub Bag. Penyusunan Program



**MENTERI KESEHATAN  
REPUBLIK INDONESIA**

**Standar Pelayanan Minimal  
Perpustakaan**

<b>Judul Indikator :</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</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></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 disbanding 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>	1 bulan sekali
<b>Periode dilakukan analisis :</b>	1 bulan sekali
<b>Numerator :</b>	3 menit terealisasi
<b>Denominator :</b>	5 menit direncanakan
<b>Sumber Data :</b>	Daftar inventaris buku, majalah dan karya tulis ilmiah
<b>Target :</b>	Dikatakan 100%, bila waktu 3 menit penelusuran bahan pustaka
<b>Penanggung jawab :</b>	Subbag Informasi dan Pemasaran Sosial
<b>Judul Indikator :</b>	<b>Efisiensi / waktu penelusuran informasi melalui internet</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</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>



**MENTERI KESEHATAN  
REPUBLIK INDONESIA**

<b>Tujuan Indikator :</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Adanya permintaan dari para pemakai</li> <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 indicator:</b>	Sebulan sekali
<b>Periode dilakukan analisis :</b>	Setiap 1 bulan sekali
<b>Numerator :</b>	20 menit
<b>Denominator :</b>	25 menit
<b>Sumber Data :</b>	Buku Pemakaian internet
<b>Target :</b>	Dikatakan 100% bila seluruh pengguna perpustakaan terpenuhi kebutuhan informasinya dan mampu mengoperasikan internet
<b>Penanggung jawab :</b>	Subbag Informasi dan Pemasaran Sosial
<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</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>• Adanya permintaan dr 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 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>	1 bulan sekali
<b>Periode dilakukan analisis:</b>	3 bulan sekali
<b>Numerator :</b>	3 menit
<b>Denominator :</b>	5 menit
<b>Sumber Data :</b>	Buku induk peminjaman



**MENTERI KESEHATAN  
REPUBLIK INDONESIA**

<b>Target :</b>	Dikatakan 100% bila rentang waktu pencatatan peminjaman bahan pustaka ke dalam buku induk peminjaman dalam waktu 3 menit
<b>Penanggung jawab :</b>	Subbag Informasi dan Pemasaran Sosial

**standar pelayanan minimal  
informasi dan pemasaran sosial**

<b>Judul Indikator :</b>	Tersedianya Materi Penyuluhan Kesehatan
<b>Dimensi Mutu :</b>	<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>
<b>Tujuan Indikator :</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Ada Permintaan RSPD Klaten</li><li>• Ada permintaan Tim PKMRS</li></ul>
<b>Rasionalisasi :</b>	Apabila materi / bahan penyuluhan yang tersedia lengkap, maka kebutuhan informasi dan pengetahuan tentang kesehatan / penyakit akan terpenuhi sehingga diharapkan masyarakat dapat mengupayakan hidup sehat.
<b>Definisi Terminologi yang digunakan :</b>	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.
<b>Frekuensi updating indicator:</b>	Setiap bulan 1 x
<b>Periode dilakukan analisis</b>	Setiap 6 bulan 1 x
<b>Numerator :</b>	2 materi yang terealisasi
<b>Denominator :</b>	2 materi yang direncanakan
<b>Sumber Data :</b>	Perpustakaan, Internet
<b>Target :</b>	Dikatakan 100% bila 1 bulan tersedia 2-5 materi baru
<b>Penanggung jawab :</b>	Subbag Informasi 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></ul>



**MENTERI KESEHATAN  
REPUBLIK INDONESIA**

	<ul style="list-style-type: none"> <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 x
<b>Periode dilakukan analisis:</b>	Setiap 3 bulan 1 x
<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

**Standar Pelayanan Minimal  
Rt Dan 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 ruangan/IRD sampai siap didepan UGD.
<b>Frekuensi updating indikator :</b>	Tiap hari
<b>Periode dilakukan analisa :</b>	Tiap 3 bulan
<b>Numerator :</b>	Jumlah permintaan layanan ambulance yang terlayani dalam waktu 10 menit.



**MENTERI KESEHATAN  
REPUBLIK INDONESIA**

<b>Denominator :</b>	Jumlah permintaan layanan ambulance seluruhnya.
<b>Sumber data :</b>	Bagian kendaraan.
<b>Target :</b>	75 %
<b>Penanggung jawab pengumpul data :</b>	Subbag. RT dan 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
<b>Periode dilakukan analisa :</b>	Tiap bulan
<b>Numerator :</b>	Jumlah permintaan yang terlayani dalam 5 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
<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/bangsas.
<b>Definisi terminology yang digunakan :</b>	Waktu yang dibutuhkan oleh seseorang untuk mendapatkan linen bersih.
<b>Frekuensi updating indikator :</b>	Tiap hari.
<b>Periode dilakukan analisa :</b>	Tiap bulan
<b>Numerator :</b>	Jumlah permintaan yang dilayani dalam 5 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
<b>Judul Indikator :</b>	Pembuatan Linen Di Laundry.



**MENTERI KESEHATAN  
REPUBLIK INDONESIA**

<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.
<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 (30 potong/hari)
<b>Sumber data :</b>	Ruang penjahitan
<b>Target :</b>	100 hari
<b>Penanggung jawab pengumpul data :</b>	Subbag. RT dan 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.
<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>	Pengurus barang / gudang
<b>Target :</b>	80%
<b>Penanggung jawab pengumpul data :</b>	Subbag. RT dan Perlengkapan



**MENTERI KESEHATAN  
REPUBLIK INDONESIA**

**Standar Pelayanan Minimal  
Tata Usaha**

<b>Judul Indikator :</b>	Waktu Pembuatan Surat Dinas.
<b>Dimensi Mutu :</b>	Cepat dan Tepat.
<b>Tujuan Indikator :</b>	Agar pembuatan surat selesai lebih cepat dan tepat.
<b>Rasionalisasi :</b>	Kecepatan dan ketepatan pembuatan surat sangat menentukan kelancaran komunikasi dalam kedinasan
<b>Definisi Terminologi yang digunakan :</b>	<p>Pembuatan Surat Dinas yang cepat dan tepat adalah proses pembuatan surat resmi yang dikeluarkan RS dari mulai pengonsepan , koreksi serta penandatanganan pimpinan RS membutuhkan waktu yang tidak lebih dari standar yang disepakati.</p> <p>Cepat : Surat biasa 1 jam Surat segera 40 menit Surat terkait dng unit kerja lain 1 hari</p> <p>Tepat : sesuai dengan aturan penulisan surat.</p>
<b>Frekwensi Updating Indikator :</b>	1 hari.
<b>Periode Dilakukan Analisis :</b>	1 bulan 1 kali
<b>Numerator :</b>	( Jumlah surat yang dibuat dalam 1 bulan )
<b>Denominator :</b>	( Jumlah waktu rata - rata penyelesaian pembuatan ) surat
<b>Sumber Data :</b>	Buku Agenda di sub bag TU.
<b>Target :</b>	80 %
<b>Penanggungjawab Pengumpul Data :</b>	Ka sub bag 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**

<b>Judul Indikator :</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 : 10 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
<b>Judul Indikator :</b>	Waktu Pembuatan Surat Keputusan / SK.
<b>Dimensi Mutu :</b>	Cepat, Tepat, Legitimacy
<b>Tujuan Indikator :</b>	Agar pembuatan Surat Keputusan / 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>	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. <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 Indikator :</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.
<b>Judul Indikator :</b>	Waktu Pengagendaan
<b>Dimensi Mutu :</b>	Pengagendaan surat masuk cepat



**MENTERI KESEHATAN  
REPUBLIK INDONESIA**

<b>Tujuan Indikator :</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 diagendaan : 10 menit
<b>Frekwensi Updating Indikator :</b>	Setiap hari
<b>Periode Dilakukan Analisis :</b>	1 bulan.
<b>Numerator :</b>	Jumlah surat dinas masuk yang diagendaan cepat
<b>Denominator :</b>	Jumlah seluruh surat dinas masuk yang diagendaan.
<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.

**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



**MENTERI KESEHATAN  
REPUBLIK INDONESIA**

<b>Sumber data :</b>	Data Kepegawalan
<b>Target :</b>	100 %
<b>Penanggung jawab pengumpul data :</b>	Ka Subbag Kepegawalan
<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 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 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 Kepegawalan
<b>Target :</b>	100 %
<b>Penanggung jawab pengumpul data :</b>	Ka. Subbag. Kepegawalan
<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>



**MENTERI KESEHATAN  
REPUBLIK INDONESIA**

<b>Frekuensi updating indikator :</b>	Setiap bulan
<b>Periode dilakukan analisa :</b>	Enam bulan sekali
<b>Numerator :</b>	Jumlah pemberkasan usul penerbitan sSurat 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>	95 %
<b>Penanggung jawab pengumpul data :</b>	Ka. Subbag. 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 bulan Januari sebelum tanggal 31 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
<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</li></ul>



**MENTERI KESEHATAN  
REPUBLIK INDONESIA**

	mencapai batas usia pensiun. <ul style="list-style-type: none"><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

**Standar Pelayanan Minimal  
IPSR**

<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**

<b>Judul Indikator :</b>	Pelayanan Permintaan Perbaikan Sarana Prasarana Tanpa Biaya Dan Suku Cadang
<b>Dimensi Mutu :</b>	Kecepatan, ketepatan
<b>Tujuan Indikator :</b>	Untuk menunjukkan adanya permasalahan dalam pelayanan perbaikan sarana dan prasarana.
<b>Rasionalisasi :</b>	Sarana prasarana yang siap pakai menunjang kelancaran pelayanan
<b>Difinisi Terminologi Yang Digunakan :</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Seluruh proses permintaan-permintaan perbaikan, pemeriksaan, analisa, persiapan alat kerja.</li><li>• Pelaksana perbaikan, pengemasan, penyimpanan/ penataan, selesai dalam 2 hari</li></ul>
<b>Frekwensi Indikator :</b>	Setiap hari
<b>Pereode Dilakukan Analisis :</b>	Setiap bulan
<b>Numerator :</b>	Jumlah laporan dilaksanakan perbaikan tanpa biaya dalam waktu 2 hari
<b>Denominator :</b>	Jumlah laporan seluruh perencanaan perbaikan
<b>Sumber Data :</b>	Buku harian masing – masing sub instalasi di IPSRS
<b>Target :</b>	80%
<b>Penanggung Jawab Pengumpul Data :</b>	Sub Administrasi IPSRS



**MENTERI KESEHATAN,**

**DR. dr. SITI FADILAH SUPARI, Sp.JP (K)**