



WALI KOTA TEBING TINGGI
PROVINSI SUMATERA UTARA

PERATURAN WALI KOTA TEBING TINGGI
NOMOR 8 TAHUN 2020

TENTANG

STANDAR PELAYANAN MINIMAL UNIT PELAKSANA TEKNIS DAERAH
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH Dr. H. KUMPULAN PANE
KOTA TEBING TINGGI

DENGAN RAHMAT TUHAN YANG MAHA ESA

WALI KOTA TEBING TINGGI,

- Menimbang : a. bahwa rumah sakit sebagai salah satu sarana kesehatan perlu memberikan pelayanan kesehatan yang bermutu sehingga diperlukan Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit;
- b. bahwa dalam Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 129/Menkes/SK/II/2008 tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit mengamanahkan kepada setiap rumah sakit untuk menyusun Standar Pelayanan Minimal sebagai pedoman bagi rumah sakit dalam menjamin pelaksanaan pelayanan kesehatan;
- c. bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana dimaksud dalam huruf a dan huruf b, perlu menetapkan Peraturan Wali Kota tentang Standar Pelayanan Minimal Unit Pelaksana Teknis Daerah Rumah Sakit Umum Daerah Dr. H. Kumpulan Pane Kota Tebing Tinggi;

- Mengingat : 1. Pasal 18 ayat (6) Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945;
2. Undang-Undang Nomor 9 Drt Tahun 1956 tentang Pembentukan Daerah Otonom Kota-Kota Kecil Dalam Lingkungan Daerah Propinsi Sumatera Utara (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 1956 Nomor 60, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 1092);
3. Undang-Undang Nomor 25 Tahun 2009 tentang Pelayanan Publik (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 112, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5038);
4. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 144, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5063);
5. Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 153, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5072);
6. Undang-Undang Nomor 5 Tahun 2014 tentang Aparatur Sipil Negara (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 6, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5494);

7. Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 244, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5587) sebagaimana telah diubah beberapa kali, terakhir dengan Undang-Undang Nomor 9 Tahun 2015 tentang Perubahan Kedua Atas Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2015 Nomor 58, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5679);
8. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2014 tentang Tenaga Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 298, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5607);
9. Undang-Undang Nomor 38 Tahun 2014 tentang Keperawatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 307, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5612);
10. Peraturan Pemerintah Nomor 7 Tahun 1979 tentang Perubahan Batas Wilayah Kotamadya Daerah Tingkat II Tebing Tinggi (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 1979 Nomor 12, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 3133);
11. Peraturan Pemerintah Nomor 23 Tahun 2005 tentang Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2005 Nomor 48, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4502) sebagaimana telah diubah dengan Peraturan Pemerintah 74 Tahun 2012 tentang Perubahan Atas Peraturan Pemerintah Nomor 23 Tahun 2005 tentang Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2012 Nomor 171, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5340);
12. Peraturan Pemerintah Nomor 12 Tahun 2017 tentang Pembinaan dan Pengawasan Penyelenggaraan Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2017 Nomor 73, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6041);
13. Peraturan Pemerintah Nomor 18 Tahun 2016 tentang Perangkat Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2016 Nomor 114, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5887) sebagaimana telah diubah dengan Peraturan Pemerintah Nomor 72 Tahun 2019 tentang Perubahan Atas Peraturan Pemerintah Nomor 18 Tahun 2016 tentang Perangkat Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2019 Nomor 187, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6402);
14. Peraturan Pemerintah Nomor 2 Tahun 2018 tentang Standar Pelayanan Minimal (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2018 Nomor 2, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6178);
15. Peraturan Pemerintah Nomor 12 Tahun 2019 tentang Pengelolaan Keuangan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2019 Nomor 42, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6322);
16. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 6 Tahun 2007 tentang Petunjuk Teknis Penyusunan dan Penetapan Standar Pelayanan Minimal;

17. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 79 Tahun 2007 tentang Pedoman Penyusunan Rencana Pencapaian Standar Pelayanan Minimal;
18. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 79 Tahun 2018 tentang Badan Layanan Umum Daerah;
19. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor: 228/MENKES/SK/III/2002 tentang Pedoman Penyusunan Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit yang Wajib Dilaksanakan Daerah;
20. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor: 129/Menkes/SK/II/2008 tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit;
21. Peraturan Daerah Kota Tebing Tinggi Nomor 3 Tahun 2016 tentang Pembentukan Perangkat Daerah Kota Tebing Tinggi;
22. Peraturan Wali Kota Tebing Tinggi Nomor 28 Tahun 2016 tentang Susunan Organisasi Perangkat Daerah Kota Tebing Tinggi sebagaimana telah diubah beberapa kali, terakhir dengan dengan Peraturan Wali Kota Tebing Tinggi Nomor 52 Tahun 2019 tentang Perubahan Ketiga Atas Peraturan Wali Kota Nomor 28 Tahun 2016 tentang Susunan Organisasi Perangkat Daerah Kota Tebing Tinggi;

MEMUTUSKAN:

Menetapkan : PERATURAN WALI KOTA TENTANG STANDAR PELAYANAN MINIMAL UNIT PELAKSANA TEKNIS DAERAH RUMAH SAKIT UMUM DAERAH Dr. H. KUMPULAN PANE KOTA TEBING TINGGI.

BAB I KETENTUAN UMUM Pasal 1

Dalam Peraturan Wali Kota ini yang dimaksud dengan:

1. Daerah adalah Kota Tebing Tinggi.
2. Pemerintah Daerah adalah Wali Kota sebagai unsur penyelenggara Pemerintahan Daerah yang memimpin pelaksanaan urusan pemerintahan yang menjadi kewenangan daerah otonom.
3. Wali Kota adalah Wali Kota Tebing Tinggi.
4. Dewan Perwakilan Rakyat Daerah yang selanjutnya disingkat DPRD adalah lembaga perwakilan rakyat daerah Kota Tebing Tinggi yang berkedudukan sebagai unsur penyelenggara Pemerintahan Daerah.
5. Rumah Sakit Umum Daerah yang selanjutnya disingkat RSUD adalah Unit Pelaksana Teknis Daerah Rumah Sakit Umum Daerah Dr. H. Kumpulan Pane Kota Tebing Tinggi.
6. Direktur adalah Direktur Unit Pelaksana Teknis Daerah Rumah Sakit Umum Daerah Dr. H. Kumpulan Pane Kota Tebing Tinggi.
7. Unit Pelaksana Teknis Daerah yang selanjutnya disingkat UPTD adalah organisasi yang melaksanakan kegiatan teknis operasional dan/atau kegiatan teknis penunjang tertentu pada Dinas Kesehatan Kota Tebing Tinggi.

8. Standar Pelayanan Minimal yang selanjutnya disingkat SPM adalah ketentuan tentang jenis dan mutu pelayanan dasar yang merupakan urusan wajib daerah yang berhak diperoleh setiap warga secara minimal atau spesifikasi teknis tentang tolak ukur layanan minimal yang diberikan oleh UPTD Rumah Sakit Umum Daerah Dr. H. Kumpulan Pane Kota Tebing Tinggi.
9. Jenis pelayanan adalah jenis-jenis pelayanan yang diberikan UPTD Rumah Sakit Umum Daerah Dr. H. Kumpulan Pane Kota Tebing Tinggi kepada masyarakat.
10. Mutu Pelayanan adalah kinerja yang menunjukkan pada tingkat kesempurnaan pelayanan kesehatan, yang di satu pihak dapat menimbulkan kepuasan pada setiap pasien sesuai dengan tingkat kepuasan rata-rata penduduk, serta di pihak lain tata penyelenggaraannya sesuai dengan standar kode etik profesi yang telah ditetapkan.
11. Dimensi Mutu adalah suatu pandangan dalam menentukan penilaian terhadap jenis dan mutu pelayanan dilihat dari akses, efektifitas, efisiensi, keselamatan dan keamanan, kenyamanan, kesinambungan pelayanan, kompetensi teknis dan hubungan antar manusia berdasar standar WHO.
12. Kinerja adalah proses yang dilakukan dan hasil yang dicapai oleh suatu organisasi dalam menyediakan produk dalam bentuk jasa pelayanan atau barang kepada pelanggan.
13. Indikator Kinerja adalah variabel yang dapat digunakan untuk mengevaluasi keadaan atau status dan memungkinkan dilakukan pengukuran terhadap perubahan yang terjadi dari waktu ke waktu atau tolok ukur prestasi kuantitatif/kualitatif yang digunakan untuk mengukur terjadinya perubahan terhadap besaran target atau standar yang telah ditetapkan sebelumnya.
14. Standar adalah nilai tertentu yang ditetapkan berkaitan dengan sesuatu yang harus dicapai.
15. Definisi Operasional adalah uraian yang dimaksud untuk menjelaskan pengertian dari indikator.
16. Frekuensi Pengumpulan Data adalah frekuensi pengambilan data dari sumber data untuk tiap indikator.
17. Periode Analisis adalah rentang waktu pelaksanaan kajian terhadap indikator kinerja yang dikumpulkan.
18. Pembilang (numerator) adalah besaran sebagai nilai pembilang dalam rumus indikator kinerja.
19. Penyebut (denominator) adalah besaran sebagai nilai pembagi dalam rumus indikator kinerja.
20. Target atau nilai adalah ukuran mutu atau kinerja yang diharapkan bisa dicapai.
21. Sumber Data adalah sumber bahan nyata atau keterangan yang dapat dijadikan dasar kajian yang berhubungan langsung dengan persoalan.

BAB II MAKSUD DAN TUJUAN Pasal 2

- (1) SPM dimaksudkan sebagai panduan bagi RSUD dalam melaksanakan perencanaan, pelaksanaan, pengendalian, pengawasan dan pertanggungjawaban penyelenggaraan SPM.

- (2) SPM bertujuan untuk meningkatkan dan menjamin mutu kualitas pelayanan kesehatan RSUD kepada Masyarakat.

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

Bagian Kesatu
Jenis Pelayanan
Pasal 3

- (1) RSUD mempunyai tugas melaksanakan pelayanan kesehatan dengan mengutamakan upaya penyembuhan, pemulihan, peningkatan, pencegahan, pelayanan rujukan dan menyelenggarakan pendidikan dan pelatihan, penelitian dan pengembangan serta pengabdian masyarakat.
- (2) Jenis pelayanan kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) meliputi:
 - a. pelayanan gawat darurat;
 - b. pelayanan rawat jalan;
 - c. pelayanan rawat inap;
 - d. pelayanan bedah;
 - e. pelayanan persalinan dan perinatologi;
 - f. pelayanan intensif;
 - g. pelayanan radiologi;
 - h. pelayanan laboratorium patologi klinik;
 - i. pelayanan rehabilitasi medik;
 - j. pelayanan farmasi;
 - k. pelayanan gizi;
 - l. pelayanan transfusi darah;
 - m. pelayanan pasien dari keluarga miskin;
 - n. pelayanan rekam medis;
 - o. pelayanan pengelolaan limbah;
 - p. pelayanan administrasi manajemen;
 - q. pelayanan ambulance/kereta jenazah;
 - r. pelayanan pemulasaraan jenazah;
 - s. pelayanan laundry;
 - t. pelayanan pemeliharaan sarana rumah sakit;
 - u. pencegahan pengendalian infeksi; dan
 - v. pelayanan keamanan.

Bagian Kedua
Indikator, Standar (Nilai), Batas Waktu Pencapaian dan
Uraian Standar Pelayanan Minimal
Pasal 4

- (1) Indikator, standar (nilai), batas waktu pencapaian SPM sebagaimana dimaksud dalam Pasal 3 ayat (2) tercantum dalam Lampiran I yang merupakan bagian tidak terpisahkan dari Peraturan Wali Kota ini.
- (2) Uraian SPM sebagaimana dimaksud dalam Pasal 3 ayat (2) tercantum dalam Lampiran II yang merupakan bagian tidak terpisahkan dari Peraturan Wali Kota ini.

BAB IV
PELAKSANAAN
Pasal 5

- (1) RSUD wajib melaksanakan pelayanan berdasarkan SPM sebagaimana diatur dalam Peraturan Wali Kota ini.
- (2) Direktur bertanggungjawab dalam penyelenggaraan pelayanan RSUD sesuai dengan SPM sebagaimana diatur dalam Peraturan Wali Kota ini.
- (3) Penyelenggaraan pelayanan yang sesuai dengan SPM dilakukan oleh petugas dan/atau personel dengan kualifikasi dan kompetensi sesuai peraturan perundang-undangan.

BAB V
PENERAPAN
Pasal 6

- (1) Direktur menyusun Rencana Bisnis dan Anggaran, target serta upaya dan pelaksanaan peningkatan mutu pelayanan tahunan RSUD berdasarkan SPM.
- (2) Setiap unit kerja pelayanan dan administrasi manajemen RSUD menyusun Rencana Bisnis dan Anggaran, target, serta upaya dan pelaksanaan peningkatan mutu pelayanan tahunan berdasarkan SPM.
- (3) Setiap pelaksanaan pelayanan RSUD, menyelenggarakan pelayanan yang menjadi tugasnya sesuai dengan SPM.

BAB VI
PEMBINAAN DAN PENGAWASAN
Bagian Kesatu
Pembinaan
Pasal 7

- (1) Pembinaan RSUD dilakukan oleh Wali Kota.
- (2) Pembinaan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) berupa fasilitas, pemberian orientasi umum, petunjuk teknis, bimbingan teknis, pendidikan dan pelatihan atau bantuan teknis lainnya yang mencakup:
 - a. perhitungan sumber daya dan dana yang dibutuhkan untuk mencapai SPM;
 - b. penyusunan rencana pencapaian SPM dan penetapan target tahunan pencapaian SPM;
 - c. penilaian prestasi kerja pencapaian SPM; dan
 - d. pelaporan prestasi kerja pencapaian SPM.

Bagian Kedua
Pengawasan
Pasal 8

- (1) Pengawasan operasional dilakukan oleh Pengawas Internal.
- (2) Pengawas internal sebagaimana dimaksud pada ayat (1) berkedudukan langsung di bawah Direktur.

Pasal 9

- (1) Pengawas Internal sebagaimana dimaksud dalam Pasal 8 ayat (1) bersama-sama jajaran manajemen RSUD menciptakan dan meningkatkan pengendalian internal.

- (2) Pengendalian internal sebagaimana dimaksud pada ayat (1) berfungsi membantu manajemen untuk tercapainya prestasi kerja sesuai dengan SPM.

Pasal 10

- (1) Pembinaan dan pengawasan terhadap RSUD selain dilakukan oleh pejabat pembina dan pengawas sebagaimana dimaksud dalam Pasal 7, Pasal 8 dan Pasal 9 juga dilakukan oleh Dewan Pengawas sesuai dengan peraturan perundang-undangan.
- (2) Dewan Pengawas sebagaimana dimaksud pada ayat (1) adalah organ yang bertugas melakukan pengawasan terhadap pengelola Badan Layanan Umum Daerah.

Pasal 11

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

BAB VII
KETENTUAN PENUTUP
Pasal 12

Pada saat Peraturan Wali Kota ini mulai berlaku, Peraturan Wali Kota Tebing Tinggi Nomor 17 Tahun 2010 tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit Umum Daerah Dr. H. Kumpulan Pane Kota Tebing Tinggi (Berita Daerah Kota Tebing Tinggi Tahun 2010 Nomor 17), dicabut dan dinyatakan tidak berlaku.

Pasal 13

Peraturan Wali Kota ini mulai berlaku pada tanggal diundangkan.

Agar setiap orang mengetahuinya, memerintahkan pengundangan Peraturan Wali Kota ini dengan penempatannya dalam Berita Daerah Kota Tebing Tinggi.

Ditetapkan di Tebing Tinggi
pada tanggal 6 Pebruari 2020
WALI KOTA TEBING TINGGI,

ttd.

UMAR ZUNAIIDI HASIBUAN

Diundangkan di Tebing Tinggi
pada tanggal 6 Pebruari 2020

SEKRETARIS DAERAH KOTA TEBING TINGGI,

ttd.

MUHAMMAD DIMIYATHI

BERITA DAERAH KOTA TEBING TINGGI TAHUN 2020 NOMOR 8

Salinan sesuai dengan aslinya
Kepala Bagian Hukum,



LAMPIRAN I
PERATURAN WALI KOTA TEBING TINGGI
NOMOR 8 TAHUN 2020
TENTANG
STANDAR PELAYANAN MINIMAL UNIT
PELAKSANA TEKNIS DAERAH RUMAH SAKIT
UMUM DAERAH DR. H. KUMPULAN PANE
KOTA TEBING TINGGI

STANDAR PELAYANAN MINIMAL UNIT PELAKSANA TEKNIS DAERAH RUMAH
SAKIT UMUM DAERAH Dr. H. KUMPULAN PANE KOTA TEBING TINGGI

NO	JENIS PELAYANAN	INDIKATOR		STANDAR	BATAS WAKTU PENCAPAIAN
		JENIS	URAIAN		
1	Pelayanan Gawat Darurat	Input	1. Kemampuan menangani life saving	100 %	1 Tahun
			2. Pemberi pelayanan kegawat daruratan bersertifikat (ATLS/BTLS/ACLS/PPGD/GEL S) yang masih berlaku	100 %	5 Tahun
			3. Ketersediaan tim penanggulangan bencana	1 Tim	1 Tahun
		Proses	4. Jam buka pelayanan gawat darurat	24 Jam	1 Tahun
			5. Waktu tanggap pelayanan dokter di Gawat Darurat	≤ 5 menit dilayani setelah pasien datang	1 Tahun
			6. Tidak adanya keharusan membayar uang muka	100 %	1 Tahun
		Output	7. Kematian pasien di IGD (≤ 8 jam)	≤ 2 perseribu	5 Tahun
		Outcome	8. Kepuasan pelanggan	≥ 70 %	2 Tahun
2	Pelayanan Rawat Jalan	Input	1. Ketersediaan pelayanan	Minimal sesuai dengan jenis dan klasifikasi RS	5 Tahun
			2. Dokter pemberi pelayanan di poliklinik spesialis	100 % dokter spesialis	5 Tahun
		Proses	3. Jam buka pelayanan dengan ketentuan	08.00 s/d 13.00 setiap hari kerja kecuali Jum'at: 08.00 - 11.00	5 Tahun
			4. Waktu tunggu rawat jalan	≤ 60 menit	4 Tahun
			5. Penegakan diagnosis TB melalui pemeriksaan mikroskopis	100 %	5 Tahun
			6. Pasien rawat jalan TB yang ditangani dengan strategi DOTS	100 %	5 Tahun
			7. Ketersediaan pelayanan VCT (HIV)	Tersedia dengan tenaga terlatih	1 Tahun
		Output	8. Peresepan obat sesuai formularium	100 %	1 Tahun
			9. Pencatatan dan pelaporan TB di rumah sakit	≥ 60 %	3 Tahun
		Outcome	10. Kepuasan pasien	≥ 90 %	3 Tahun

3	Pelayanan Rawat Inap	Input	1. Ketersediaan pelayanan rawat inap	100 %	5 Tahun
			2. Pemberi pelayanan di rawat inap	100 %	5 Tahun
			3. Tempat tidur dengan pengaman	100 %	3 Tahun
			4. Kamar mandi dengan pengaman pegangan tangan	100 %	5 Tahun
		Proses	5. Dokter penanggung jawab pasien rawat inap	100 %	1 Tahun
			6. Jam visite dokter spesialis	100 %	2 Tahun
			7. Kejadian infeksi pasca operasi	≤ 1,5 %	5 Tahun
			8. Kejadian infeksi nosokomial	≤ 9 %	5 Tahun
			9. Tidak ada kejadian pasien jatuh yang berakibat cacat atau kematian	100 %	5 Tahun
			10. Pasien rawat inap tuberkulosis yang ditangani dengan strategi DOTS	100 %	5 Tahun
			11. Pencatatan dan pelaporan TB di rumah sakit	100 %	3 Tahun
		Output	12. Kejadian pulang sebelum dinyatakan sembuh	≤ 5 %	3 Tahun
			13. Kematian pasien > 48 jam	≤ 0,24 %	3 Tahun
		Outcome	14. Kepuasan pasien	≥ 90 %	2 Tahun
4	Pelayanan Bedah Sentral	Input	1. Ketersediaan tim bedah	Sesuai kelas RS	1 Tahun
			2. Ketersediaan fasilitas dan peralatan operasi	Sesuai kelas RS	1 Tahun
			3. Kemampuan melakukan tindakan operatif	Sesuai kelas RS	1 Tahun
		Proses	4. Waktu tunggu operasi elektif	≤ 2 hari	3 Tahun
			5. Tidak adanya kejadian operasi salah sisi	100 %	1 Tahun
			6. Tidak ada kejadian operasi salah orang	100 %	1 Tahun
			7. Tidak ada kejadian salah tindakan pada operasi	100 %	1 Tahun
			8. Tidak adanya kejadian tertinggalnya benda asing/lain pada tubuh pasien setelah operasi	100 %	1 Tahun
			9. Komplikasi anastesi karena overdosis, reaksi anastesi, salah penempatan ET	≤ 6 %	1 Tahun
		Output	10. Kejadian kematian di meja operasi	≤ 1 %	1 Tahun
		Outcome	11. Kepuasan pelanggan	≥ 80 %	2 Tahun
5	Persalinan dan Perinatologi	Input	1. Pemberi pelayanan persalinan normal	dr. Sp. OG/dr. umum/Bidan	1 Tahun
			2. Pemberi pelayanan persalinan dengan penyulit	Tim Ponek Terlatih	3 Tahun
			3. Pemberi pelayanan persalinan dengan tindakan operatif	dr. Sp. OG, Sp. A, Sp. An	1 Tahun
			4. Kemampuan menangani BBLR (1500-2500 gr)	100 %	5 Tahun
			5. Kemampuan menangani bayi lahir dengan asfiksia	100 %	2 Tahun
		Proses	6. Pertolongan persalinan melalui seksio caesaria non rujukan	≤ 20 %	2 Tahun

			7. Pelayanan kontrasepsi mantap dilakukan oleh SpOG atau SpB atau SpU, atau dokter umum terlatih	100 %	1 Tahun
			8. Konseling peserta KB mantap oleh bidan terlatih	100 %	1 Tahun
		Output	9. Kematian ibu karena persalinan	a. perdarahan $\leq 1\%$	1 Tahun
				b. pre-eklamsia $\leq 30\%$	1 Tahun
				c. sepsis $\leq 0,2\%$	1 Tahun
		Outcome	10. Kepuasan pasien	$\geq 80\%$	3 Tahun
6	Pelayanan Intensif	Input	1. Pemberi pelayanan intensif	Sesuai Kelas RS dan Standar ICU	5 Tahun
			2. Ketersediaan fasilitas dan peralatan ruang ICU	Sesuai Kelas RS dan Standar ICU	5 Tahun
			3. Ketersediaan tempat tidur dengan monitoring dan ventilator	Sesuai Kelas RS dan Standar ICU	4 Tahun
		Proses	4. Kepatuhan terhadap <i>Hand Hygiene</i>	100 %	3 Tahun
			5. Kejadian infeksi nosokomial	$\leq 9\%$	1 Tahun
		Output	6. Pasien yang kembali ke perawatan intensif dengan kasus yang sama < 72 jam	$\leq 3\%$	1 Tahun
		Outcome	7. Kepuasan pelanggan	$\geq 80\%$	1 Tahun
7	Pelayanan Radiologi	Input	1. Pemberi pelayanan radiologi	dr. Spesialis Radiologi dan Radiografer	1 Tahun
			2. Ketersediaan fasilitas dan peralatan radiografi	Sesuai Kelas RS	2 Tahun
		Proses	3. Waktu tunggu hasil pelayanan foto thorax	≤ 3 jam	1 Tahun
			4. Kerusakan foto	$\leq 2\%$	1 Tahun
			5. Tidak terjadinya kesalahan pemberian label	100 %	1 Tahun
		Output	6. Pelaksana ekspertisi hasil pemeriksaan radiologi	Dokter Spesialis Radiologi	1 Tahun
		Outcome	7. Kepuasan pelanggan	$\geq 80\%$	1 Tahun
8	Pelayanan Patologi Klinik	Input	1. Pemberi pelayanan laboratorium patologi klinik	Sesuai Kelas RS	5 Tahun
			2. Ketersediaan fasilitas dan peralatan	Sesuai Kelas RS	5 Tahun
		Proses	3. Waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium patologi klinik	≤ 120 menit	1 Tahun
			4. Tidak adanya kejadian tertukar specimen	100 % Tersedia tenaga, peralatan, dan reagen	5 Tahun
			5. Kemampuan memeriksa HIV-AIDS		3 Tahun
			6. Kemampuan mikroskopis TB paru		1 Tahun

		Output	7. Ekspertisi hasil pemeriksaan laboratorium	Dokter Spesialis patologi klinik	1 Tahun
			8. Tidak adanya kesalahan pemberian hasil pemeriksaan laboratorium	100 %	5 Tahun
			9. Kesesuaian hasil pemeriksaan baku mutu eksternal	100 %	1 Tahun
		Outcome	10. Kepuasan pelanggan	≥ 80 %	1 Tahun
9	Pelayanan Rehabilitasi Medik	Input	1. Pemberi pelayanan rehabilitasi medik	Sesuai persyaratan Kelas RS	1 Tahun
			2. Fasilitas dan peralatan rehabilitasi medik	Sesuai persyaratan Kelas RS	5 Tahun
		Proses	3. Tidak adanya kejadian kesalahan tindakan rehabilitasi medik	100 %	1 Tahun
		Output	4. Kejadian <i>Drop Out</i> pasien terhadap pelayanan rehabilitasi medik yang direncanakan	≤ 50 %	1 Tahun
		Outcome	5. Kepuasan pelanggan	≥ 80 %	1 Tahun
10	Pelayanan Farmasi	Input	1. Pemberi pelayanan farmasi	Sesuai kelas Rumah Sakit	5 Tahun
			2. Fasilitas dan peralatan pelayanan farmasi	Sesuai kelas Rumah Sakit	5 Tahun
			3. Ketersediaan formularium	Tersedia dan update paling lama 3 thn	1 Tahun
		Proses	4. Waktu tunggu pelayanan obat jadi	≤ 30 menit	1 Tahun
			5. Waktu tunggu pelayanan obat racikan	≤ 60 menit	1 Tahun
		Output	6. Tidak adanya kejadian kesalahan pemberian obat	100 %	1 Tahun
		Outcome	7. Kepuasan pelanggan	≥ 80 %	1 Tahun
11	Pelayanan Gizi	Input	1. Pemberi pelayanan gizi	Sesuai pola Ketenagaan	5 Tahun
			2. Ketersediaan pelayanan konsultasi gizi	Tersedia	5 Tahun
		Proses	3. Ketepatan waktu pemberian makanan pada pasien	≥ 90 %	1 Tahun
			4. Tidak adanya kejadian kesalahan pemberian diet	100 %	1 Tahun
		Output	5. Sisa makanan yang tidak dimakan Pasien	≤ 20 %	1 Tahun
		Outcome	6. Kepuasan pelanggan	≥ 80 %	1 Tahun
12	Pelayanan Transfusi Darah	Input	1. Tenaga penyedia pelayanan bank darah rumah sakit	Sesuai Standar BDRS	5 Tahun
			2. Ketersediaan fasilitas dan peralatan bank darah rumah sakit	Sesuai Standar BDRS	5 Tahun
		Proses	3. Kejadian reaksi transfusi	≤ 0.01 %	1 Tahun
		Output	4. Pemenuhan kebutuhan darah untuk pelayanan transfusi di rumah sakit	100 %	2 Tahun
		Outcome	5. Kepuasan pelanggan	≥ 80 %	1 Tahun

13	Pelayanan Pasien Keluarga Miskin	Input	1. Ketersediaan pelayanan untuk keluarga miskin	Tersedia	1 Tahun
			2. Adanya kebijakan RS untuk pelayanan keluarga miskin	Ada	1 Tahun
		Proses	3. Waktu tunggu verifikasi kepesertaan pasien keluarga miskin	≤ 15 menit	1 Tahun
			4. Tidak adanya biaya tambahan yang ditagihkan pada keluarga miskin	100 %	1 Tahun
		Output	5. Semua pasien keluarga miskin yang dilayani	100 %	1 Tahun
		Outcome	6. Kepuasan pelanggan	≥ 80 %	1 Tahun
14	Pelayanan Rekam Medik	Input	1. Pemberi pelayanan rekam medik	Sesuai Persyaratan	1 Tahun
		Proses	2. Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat jalan	≤ 10 menit	1 Tahun
			3. Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat inap	≤ 15 menit	1 Tahun
		Output	4. Kelengkapan pengisian rekam medik 24 jam setelah selesai pelayanan	100 %	2 Tahun
			5. Kelengkapan <i>informed consent</i> setelah mendapatkan informasi yang jelas	100 %	2 Tahun
		Outcome	6. Kepuasan pelanggan	≥ 80 %	1 Tahun
15	Pengelolaan Limbah	Input	1. Adanya penanggung jawab pengelola limbah rumah sakit	Adanya SK Direktur	1 Tahun
			2. Ketersediaan fasilitas dan peralatan pengelolaan limbah rumah sakit: padat, cair	Sesuai peraturan perundangan	5 Tahun
		Proses	3. Pengelolaan limbah cair	Sesuai peraturan perundangan	5 Tahun
			4. Pengelolaan limbah padat	Sesuai peraturan perundangan	5 Tahun
		Output	5. Baku mutu limbah cair	a. BOD < 30 mg/l	1 Tahun
				b. COD < 80 mg/l	1 Tahun
				c. TSS < 30 mg/l	1 Tahun
				d. PH 6-9	1 Tahun
16	Administrasi dan Manajemen	Input	1. Kelengkapan pengisian jabatan sesuai persyaratan dalam struktur organisasi	≥ 90 % 20 Jabatan Struktural	1 Tahun
			2. Adanya peraturan internal Rumah sakit	Ada	1 Tahun
			3. Adanya peraturan karyawan rumah sakit	Ada	1 Tahun
			4. Adanya daftar urutan kepangkatan karyawan	Ada	1 Tahun
			5. Adanya perencanaan strategi bisnis rumah sakit	Ada	1 Tahun

			6. Adanya perencanaan pengembangan SDM	Ada	1 Tahun
		Proses	7. Tindak lanjut penyelesaian hasil pertemuan direksi	100 %	5 Tahun
			8. Ketepatan waktu pengusulan kenaikan pangkat	100 %	1 Tahun
			9. ketepatan waktu pengurusan gaji berkala	100 %	1 Tahun
			10. Pelaksanaan rencana pengembangan SDM	≥ 90 %	5 Tahun
			11. Ketepatan waktu penyusunan laporan keuangan	100 %	1 Tahun
			12. Kecepatan waktu pemberian informasi tagihan pasien rawat inap	≤ 2 jam	1 Tahun
			Output	13. <i>Cost recovery</i>	≥ 40 %
		14. Kelengkapan pelaporan akuntabilitas kinerja		100 %	1 Tahun
		15. Karyawan mendapat pelatihan minimal 20 jam pertahun		≥ 60 %	5 Tahun
		16. Ketepatan waktu pemberian insentif sesuai kesepakatan waktu		100 %	5 Tahun
17	Pelayanan Ambulance dan Mobil Jenazah	Input	1. Ketersediaan pelayanan ambulance dan mobil jenazah	24 jam	1 Tahun
			2. Penyedia pelayanan ambulance dan mobil jenazah	Supir Ambulance terlatih	5 Tahun
			3. Ketersediaan mobil ambulance dan mobil jenazah	Mobil Ambulance dan mobil jenazah terpisah	1 Tahun
		Proses	4. Kecepatan memberikan pelayanan ambulance/mobil jenazah di RS	≤ 30 menit	1 Tahun
			5. Waktu tanggap pelayanan ambulance kepada masyarakat yang membutuhkan	≤ 30 menit	1 Tahun
		Output	6. Tidak terjadinya kecelakaan ambulance/mobil jenazah yang menyebabkan kecacatan atau kematian	100 %	1 Tahun
		Outcome	7. Kepuasan pelanggan	≥ 80 %	1 Tahun
18	Perawatan Jenazah	Input	1. Ketersediaan pelayanan pemulasaran jenazah	24 jam	1 Tahun
			2. Ketersediaan fasilitas kamar jenazah	Sesuai kelas RS	1 Tahun
			3. Ketersediaan tenaga di instalasi perawatan jenazah	Ada SK Direktur	1 Tahun
		Proses	4. Waktu tanggap pelayanan pemulasaran jenazah	≤ 15 menit setelah dikamar jenazah	1 Tahun
			5. Perawatan jenazah sesuai <i>standar universal precaution</i>	100 %	5 Tahun
			6. tidak terjadinya kesalahan identifikasi jenazah	100 %	1 Tahun
		Outcome	7. Kepuasan pelanggan	≥ 80 %	1 Tahun

19	Pelayanan Laundry	Input	1. Ketersediaan pelayanan laundry	Tersedia	5 Tahun
			2. Adanya penanggung jawab pelayanan laundry	Ada SK Direktur	1 Tahun
			3. Ketersediaan fasilitas dan peralatan laundry	Tersedia	5 Tahun
		Proses	4. Ketepatan waktu penyediaan linen untuk ruang rawat inap dan ruang pelayanan	100 %	4 Tahun
			5. Ketepatan pengelolaan linen infeksius	100 %	5 Tahun
		Output	6. Ketersediaan linen	2,5-3 set x jlh TT	5 Tahun
			7. Ketersediaan linen steril untuk kamar operasi	100 %	1 Tahun
20	Pemeliharaan Sarana Rumah Sakit	Input	1. Adanya penanggung jawab IPSRS	SK Direktur	1 Tahun
			2. Ketersediaan bengkel kerja	Tersedia	1 Tahun
		Proses	3. Waktu tanggap kerusakan alat \leq 15 menit	\geq 80 %	1 Tahun
			4. Ketepatan waktu pemeliharaan alat sesuai jadwal pemeliharaan	100 %	1 Tahun
			5. Ketepatan waktu kalibrasi alat	100 %	1 Tahun
		Output	6. Alat ukur dan alat laboratorium yang dikalibrasi tepat waktu	100 %	1 Tahun
21	Pencegahan dan pengendalian Infeksi	Input	1. Adanya anggota tim PPI yang terlatih	Anggota Tim PPI yang terlatih 75 %	5 Tahun
			2. Ketersediaan APD di setiap instalasi/departemen	\geq 60 %	4 Tahun
			3. Rencana program PPI	Ada	1 Tahun
		Proses	4. Pelaksanaan program PPI sesuai rencana	100 %	5 Tahun
			5. Penggunaan APD saat melaksanakan tugas	100 %	5 Tahun
		Output	6. kegiatan pencatatan dan pelaporan infeksi nosokomial/ <i>health care associated infection</i> (HAI) di rumah sakit	\geq 75 %	5 Tahun
22	Pelayanan Keamanan	Input	1. Petugas keamanan bersertifikat pengamanan	100 %	4 Tahun
			2. Sistem pengamanan	Ada	1 Tahun
			3. Petugas keamanan melakukan keliling RS	Setiap Jam	1 Tahun
			4. Evaluasi terhadap system pengamanan	Setiap 3 bulan	1 Tahun
		Output	5. Tidak adanya barang milik pasien pengunjung, karyawan yang hilang	100 %	1 Tahun
		Outcome	6. Kepuasan pasien	\geq 90 %	1 Tahun

WALI KOTA TEBING TINGGI,

ttd.

UMAR ZUNAI DI HASIBUAN

Salinan sesuai dengan aslinya
Kepala Bagian Hukum,

Siti Masita Saragih

LAMPIRAN II
 PERATURAN WALI KOTA TEBING TINGGI
 NOMOR 8 TAHUN 2020
 TENTANG
 STANDAR PELAYANAN MINIMAL UNIT
 PELAKSANA TEKNIS DAERAH RUMAH SAKIT
 UMUM DAERAH DR. H. KUMPULAN PANE
 KOTA TEBING TINGGI

URAIAN INDIKATOR

1. PELAYANAN GAWAT DARURAT

1.1 Kemampuan Menangani *Life Saving*

Judul	Kemampuan menangani <i>life saving</i>
Dimensi Mutu	Keselamatan
Tujuan	Tergambarnya kemampuan rumah sakit dalam memberikan pelayanan gawat darurat pada bayi, anak, orang dewasa dan ibu melahirkan
Definisi Operasional	Life saving adalah upaya penyelamatan jiwa manusia dengan urutan Circulation, Airway dan Breath
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap bulan
Periode Analisa	Tiga bulan sekali
Numerator	Jumlah alat yang dimiliki di UGD dalam rangka penyelamatan jiwa
Denominator	Jumlah alat yang seharusnya dimiliki dalam rangka penyelamatan jiwa sesuai dengan kelas rumah sakit
Sumber Data	Daftar inventaris alat di UGD
Standar	100 %
Penanggung Jawab Pengumpul Data	Kepala Instalasi Gawat Darurat

1.2 Pemberi Pelayanan Kegawatdaruratan Yang Bersertifikat

Judul	Pemberi pelayanan kegawatdaruratan yang bersertifikat
Dimensi Mutu	Kompetensi teknis
Tujuan	Tersedianya pelayanan gawat darurat oleh tenaga yang kompeten dalam bidang kegawatdaruratan
Definisi Operasional	Tenaga kompeten adalah tenaga pemberi pelayanan gawat darurat yang sudah memiliki sertifikat pelatihan ATLS/BTLS/ACLS/PPGD/GELS yang masih berlaku
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap tiga bulan
Periode Analisa	Tiga bulan sekali
Numerator	Jumlah tenaga yang bersertifikat ATLS/BTLS/ACLS/ PPGD/GELS yang masih berlaku. Dokter internship diakui telah bersertifikat karena baru lulus UKDI
Denominator	Jumlah tenaga yang memberikan pelayanan kegawatdaruratan
Sumber Data	Kepegawaian
Standar	100 %
Penanggung Jawab Pengumpul Data	Kepala Pendidikan dan Pelatihan Rumah Sakit

1.3 Ketersediaan Tim Penanggulangan Bencana

Judul	Ketersediaan tim penanggulangan bencana
Dimensi Mutu	Keselamatan dan efektivitas
Tujuan	Kesiagaan rumah sakit untuk memberikan pelayanan penanggulangan bencana
Definisi Operasional	Tim penanggulangan bencana adalah tim yang dibentuk di rumah sakit dengan tujuan untuk memberikan pertolongan klinis dalam penanggulangan akibat bencana alam yang terjadi.
Frekuensi Pengumpulan Data	Tiga bulan sekali
Periode Analisa	Tiga bulan sekali
Numerator	Jumlah tim penanggulangan bencana yang ada di rumah sakit dan telah mendapat pelatihan SPGDT S dan SPGDT B
Denominator	1
Sumber Data	Instalasi gawat darurat
Standar	Satu tim
Penanggung Jawab Pengumpul Data	Kepala Instalasi Gawat Darurat

1.4. Jam Buka Pelayanan Gawat Darurat

Judul	Jam buka pelayanan gawat darurat
Dimensi Mutu	Keterjangkauan
Tujuan	Tersedianya pelayanan gawat darurat 24 jam di setiap rumah sakit
Definisi Operasional	Jam buka 24 jam adalah gawat darurat selalu siap memberikan pelayanan selama 24 jam penuh
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap bulan
Periode Analisa	Tiga bulan sekali
Numerator	Jumlah hari buka IGD 24 jam dalam sebulan
Denominator	Jumlah hari dalam satu bulan
Sumber Data	Laporan bulanan
Standar	24 jam
Penanggung Jawab Pengumpul Data	Kepala Instalasi Gawat Darurat

1.5. Waktu Tanggap Pelayanan Dokter Di Gawat Darurat

Judul	Waktu tanggap pelayanan dokter di gawat darurat
Dimensi Mutu	Keselamatan dan efektivitas
Tujuan	Terselenggaranya pelayanan yang cepat, responsif dan mampu menyelamatkan pasien gawat darurat
Definisi Operasional	Waktu tanggap adalah waktu yang dibutuhkan mulai pasien datang di IGD sampai mendapat pelayanan dokter
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap bulan
Periode Analisa	Tiga bulan sekali
Numerator	Jumlah kumulatif waktu yang diperlukan sejak kedatangan semua pasien yang di-sampling secara acak sampai dilayani dokter
Denominator	Jumlah seluruh pasien yang di-sampling (minimal n = 50)
Sumber data	Sampel
Standar	≤ 5 menit
Penanggung Jawab Pengumpul Data	Kepala Instalasi Gawat Darurat/Tim Mutu/Panitia Mutu

1.6. Tidak Adanya Keharusan Membayar Uang Muka

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

1.7. Kematian Pasien Di Gawat Darurat

Judul	Kematian pasien \leq 8 jam di gawat darurat
Dimensi Mutu	Efektivitas dan keselamatan
Tujuan	Terselenggaranya pelayanan yang efektif dan mampu menyelamatkan pasien gawat darurat
Definisi Operasional	Kematian \leq 8 jam adalah kematian yang terjadi dalam periode 8 jam sejak pasien datang
Frekuensi Pengumpulan Data	Tiga bulan
Periode Analisa	Tiga bulan
Numerator	Jumlah pasien yang meninggal dalam periode \leq 8 jam sejak pasien datang
Denominator	Jumlah seluruh pasien yang ditangani di gawat darurat
Sumber Data	Rekam medik
Standar	\leq 2 perseribu
Penanggung Jawab Pengumpul Data	Kepala Instalasi Gawat Darurat