

**STANDAR PELAYANAN MINIMAL RUMAH SAKIT (SPM RS)
RSUD dr. MOHAMAD SOEWANDHIE SURABAYA
BERDASARKAN KEMENKES RI NOMOR : 129/MENKES/SK/II/2008**

LAMPIRAN 1

SPM setiap jenis pelayanan, Indikator dan Standar

NO.	JENIS PELAYANAN	INDIKATOR	STANDAR
1.	Gawat Darurat	1. Kemampuan menangani life saving anak dan dewasa 2. Jam buka Pelayanan Gawat Darurat 3. Pemberi pelayanan gawat darurat yang bersertifikat yang masih berlaku BLS/PPGD/GELS/ALS 4. Ketersediaan tim penanggulangan bencana 5. Waktu tanggap pelayanan Dokter di Gawat Darurat 6. Kepuasan Pelanggan 7. Kematian pasien < 24 Jam 8. Khusus untuk RS Jiwa pasien dapat ditenangkan dalam waktu ≤ 48 Jam 9. Tidak adanya pasien yang dharuskan membayar uang muka	1. 100 % 2. 24 Jam 3. 100 % 4. Satu tim 5. ≤ lima menit terlayani, setelah pasien datang 6. ≥ 70 % 7. ≤ dua per seribu (pindah ke pelayanan rawat inap setelah 5 jam) 8. 100 % 9. 100%
2.	Rawat Jalan	1. Dokter pemberi Pelayanan di Poliklinik Spesialis 2. Ketersediaan Pelayanan 3. Ketersediaan Pelayanan di RS Jiwa 4. Jam buka pelayanan 5. Waktu tunggu di rawat jalan 6. Kepuasan Pelanggan 7. a. Penegakan diagnosis TB melalui pemeriksaan mikroskop TB b. Terlaksananya kegiatan pencatatan dan pelaporan TB di RS	1. 100 % Dokter Spesialis 2. a. Klinik Anak b. Klinik Penyakit dalam c. Klinik Kebidanan d. Klinik Bedah 3. a. Anak Remaja b. NAPZA c. Gangguan Psikotik d. Gangguan e. Neurotik f. Mental Retardasi g. Mental Organik h. Usia Lanjut 4. 08.00 s/d 13.00 Setiap hari kerja kecuali Jumat : 08.00 - 11.00 5. ≤ 60 menit 6. ≥ 90 % 7. a. ≥ 60 % b. ≤ 60 %

NO.	JENIS PELAYANAN	INDIKATOR	STANDAR
3.	Rawat Inap	<ol style="list-style-type: none"> Pemberi pelayanan di Rawat Inap Dokter penanggung jawab pasien rawat inap Ketersediaan Pelayanan Rawat Inap Jam Visite Dokter Spesialis Kejadian infeksi pasca operasi Kejadian Infeksi Nosokomial Tidak adanya kejadian pasien jatuh yang berakibat kecacatan / kematian Kematian pasien > 48 jam Kejadian pulang paksa Kepuasan pelanggan Rawat Inap TB <ol style="list-style-type: none"> Penegakan diagnosis TB melalui pemeriksaan mikroskopis TB Terlaksananya kegiatan pencatatan dan pelaporan TB di Rumah Sakit Ketersediaan pelayanan rawat inap di rumah sakit yang memberikan pelayanan jiwa Tidak adanya kejadian kematian pasien gangguan jiwa karena bunuh diri Kejadian re-admission pasien gangguan jiwa dalam waktu ≤ 1 bulan Lama hari perawatan Pasien gangguan jiwa 	<ol style="list-style-type: none"> a. Dr. Spesialis b. Perawat minimal pendidikan D3 100 % a. Anak b. Penyakit Dalam c. Kebidanan d. Bedah 06.00 s/d 14.00 setiap hari kerja ≤ 1,5 % ≤ 1,5 % 100 % ≤ 0,24 % ≤ 5 % ≥ 90 % a. ≥ 60 % b. ≥ 60 % NAPZA, Gangguan Psikotik, Gangguan Nerotik, dan Gangguan Mental Organik 100 % 100 % ≤ 6 minggu

NO.	JENIS PELAYANAN	INDIKATOR	STANDAR
4.	Bedah Sentral (Bedah saja)	<ol style="list-style-type: none"> Waktu tunggu operasi elektif Kejadian Kematian di meja operasi Tidak adanya kejadian operasi salah sisi Tidak adanya kejadian operasi salah orang Tidak adanya kejadian salah tindakan pada operasi Tidak adanya kejadian terlinggalnya benda asing/lain pada tubuh pasien setelah operasi Komplikasi anestesi karena overdosis, reaksi anestesi, dan salah penempatan anestesi endotracheal tube 	<ol style="list-style-type: none"> ≤ 2 hari ≤ 1 % 100 % 100 % 100 % 100 % ≤ 6 %
5.	Persalinan, perinatologi (kecuali rumah sakit khusus di luar rumah sakit ibu dan anak) dan KB	<ol style="list-style-type: none"> Kejadian kematian ibu karena persalinan Pemberi pelayanan persalinan normal Pemberi pelayanan persalinan dengan penyulit Pemberi pelayanan persalinan dengan tindakan operasi Kemampuan menangani BBLR 1500 gr – 2500 gr Perlolongan persalinan melalui seksio cesaria Keluarga Berencana <ol style="list-style-type: none"> Presentase KB (vasektomi & tubektomi) yang dilakukan oleh tenaga Kompeten dr.Sp.Og, dr.Sp.B, dr.Sp.U, dr.umum terlatih Presentise peserta KB mantap yang mendapat konseling KB mantap bidan terlatih Kepuasan Pelanggan 	<ol style="list-style-type: none"> a. Perdarahan ≤ 1 % b. Pre-eklampsia ≤ 30 % c. Sepsis ≤ 0,2 % a. Dokter Sp.OG b. Dokter umum terlatih (Asuhan Persalinan Normal) c. Bidan Tim PONEK yang terlatih a. Dokter Sp.OG b. Dokter Sp.A c. Dokter Sp.An 100 % ≤ 20 % 100 % ≥ 80 %

NO.	JENIS PELAYANAN	INDIKATOR	STANDAR
6.	Intensif	1. Rata rata pasien yang kembali ke perawatan intensif dengan kasus yang sama < 72 jam 2. Pemberi pelayanan Unit Intensif	1. ≤ 3 % 2. a. Dokter Sp.Anestesi dan dokter spesialis sesuai dengan kasus yang ditangani b. 100 % Perawat minimal D3 dengan sertifikat Perawat mahir ICU / setara (D4)
7.	Radiologi	1. Waktu tunggu hasil pelayanan thorax foto 2. pelaksana ekspertisi 3. Kejadian kegagalan pelayanan Rontgen 4. Kepuasan pelanggan	1. ≤ 3 jam 2. Dokter Sp.Rad 3. Kusakan foto ≤ 2 % 4. ≥ 80 %
8.	Lab. Patologi Klinik	1. Waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium. 2. Pelaksana ekspertisi 3. Tidak adanya kesalahan pemberian hasil pemeriksa laboratorium 4. Kepuasan pelanggan	1. ≤ 140 menit Kimia darah & darah rutin 2. Dokter Sp.PK 3. 100 % 4. ≥ 80 %
9.	Rehabilitasi Medik	1. Kejadian Drop Out pasien terhadap pelayanan Rehabilitasi Medik yang di rencanakan 2. Tidak adanya kejadian kesalahan tindakan rehabilitasi medik 3. Kepuasan Pelanggan	1. ≤ 50 % 2. 100 % 3. ≥ 80 %
10.	Farmasi	1. waktu tunggu pelayanan a. Obat Jadi b. Racikan 2. Tidak adanya Kejadian kesalahan pemberian obat 3. Kepuasan pelanggan 4. Penulisan resep sesuai formularium	1. a. ≤ 30 menit b. ≤ 60 menit 2. 100 % 3. ≥ 80 % 4. 100 %
11.	Gizi	1. Keepatan waktu pemberian makanan kepada pasien 2. Sisa makanan yang tidak termakan oleh pasien 3. Tidak adanya kejadian kesalahan pemberian diet	1. ≥ 90 % 2. ≤ 20 % 3. 100 %

NO.	JENIS PELAYANAN	INDIKATOR	STANDAR
12.	Transfusi Darah	1. Kebutuhan darah bagi setiap pelayanan transfusi 2. Kejadian Reaksi transfusi	1. 100 % terpenuhi 2. ≤ 0,01 %
13.	Pelayanan GAKIN	Pelayanan terhadap pasien GAKIN yang datang ke RS pada setiap unit pelayanan	100 % terlayani
14.	Rekam Medik	1. Kelengkapan pengisian rekam medik 24 jam setelah selesai pelayanan 2. Kelengkapan Informed Consent setelah mendapatkan informasi yang jelas 3. Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat jalan 4. Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat inap	1. 100 % 2. 100 % 3. ≤ 10 menit 4. ≤ 15 menit
15.	Pengelolaan Limbah	1. Baku mutu limbah cair 2. Pengelolaan limbah padat infeksius sesuai dengan aturan	1. a. BOD < 30 mg/l b. COD < 80 mg/l c. TSS < 30 mg/l d. PH 6-9 2. 100 %
16.	Administrasi dan manajemen	1. Tindak lanjut penyelesaian hasil pertemuan direksi 2. Kelengkapan laporan akuntabilitas kinerja 3. Kecepatan waktu pengurusan kenakan pangkat 4. Kelepan Waktu pengurusan gaji berkala 5. Karyawan yang mendapat pelatihan minimal 20 jam setahun 6. Cost recovery 7. Keepatan waktu penyusunan laporan keuangan 8. Kecepatan waktu pemberian informasi tentang tagihan pasien rawat inap 9. Keepatan waktu pemberian imbalan (insentif) sesuai kesepakatan waktu	1. 100 % 2. 100 % 3. 100 % 4. 100 % 5. ≥ 60 % 6. ≥ 40 % 7. 100 % 8. ≤ 2 jam 9. 100 %

NO.	JENIS PELAYANAN	INDIKATOR	STANDAR
17.	Ambulance/Kereta Jenazah	<ol style="list-style-type: none"> 1. Waktu pelayanan ambulance/Kereta Jenazah 2. Kecepatan memberikan pelayanan ambulance/Kereta Jenazah di rumah sakit 3. Response time pelayanan ambulance oleh masyarakat yang membutuhkan 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 24 jam 2. ≤ 230menit 3. (?) Sesuai ketentuan daerah (?)
18.	Pemusararaan Jenazah	<ol style="list-style-type: none"> 1. Waktu tanggap (response time) pelayanan pemusararaan jenazah 	≤ 2 Jam
19.	Pelayanan pemeliharaan sarana rumah sakit	<ol style="list-style-type: none"> 1. Kecepatan waktu menanggapi kerusakan alat 2. Ketepatan waktu pemeliharaan alat 3. Peralatan laboratorium dan alat ukur yang digunakan dalam pelayanan terkalibrasi tepat waktu sesuai dengan ketentuan kalibrasi 	<ol style="list-style-type: none"> ≤ 80 % 100 % 100 %
20.	Pelayanan Laundry	<ol style="list-style-type: none"> 1. Tidak adanya kejadian linen yang hilang 2. Ketepatan waktu penyediaan linen untuk ruang rawat inap 	<ol style="list-style-type: none"> 100 % 100 %
21.	Pencegahan dan pengendalian Infeksi (PPI)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ada anggota Tim PPI yang terlatih 2. Tersedia APD di setiap instalasi/ departemen 3. Kegiatan pencatatan dan pelaporan infeksi nosokomial / HAI (Health Care Associated Infection) di RS (min 1 parameter) 	<ol style="list-style-type: none"> Anggota Tim PPI yang terlatih 75 % 60 % 75 %

CAPAIAN STANDAR PELAYANAN MINIMAL RUMAH SAKIT (SPM RS) TAHUN 2017 - 2019 RSUD dr. MOHAMAD SOEWANDHIE

Browser navigation bar showing URL: https://bappeko.surabaya.go.id/monev2019/isi_sasaran. Includes search, refresh, and home icons. Tab bar includes: SIMRS, soewandhienas - Syno..., SIMAK, emonev 2020, emonev 2019, e-Project Pemerintah ..., e-Delivery::Pemerinta..., eBudgeting | Pemerint..., e-Controlling :: Pemer..., SIRS JATIM.

MAIN MENU

[PD-VIEW] RSUD Dr. Mohamad Soewandhie

- Belum kirim
- Proses [PENYELIA]
- Ditolak [KPA,PENYELIA,ADMIN]
- Verif [Penyelia]

TUJUAN SASARAN **PROGRAM** KEGIATAN

Perangkat daerah : RSUD Dr. Mohamad Soewandhie

#	Kode	Indikator	Polarisasi	Sharing	Rumus	Tahun 2017			Tahun 2018			Tahun 2019 s/d TW IV (UK)			Tahun 2019 s/d TW IV (LKPJ)			Catatan
						Target	Realisasi	Capaian	Target	Realisasi	Capaian	Target	Realisasi	Capaian	Target	Realisasi	Capaian	
1	1.2.3.3.d	Persentase pencapaian SPM Rumah Sakit dr. Mohamad Soewandhie	higher_is_better		$(\text{Jumlah indikator SPM yang dicapai tahun } t / \text{jumlah seluruh indikator SPM tahun } t) \times 100\%$	76.00%	85.11	111.99%	77.00%	82.65	107.34%	78.00%	78.57	100.73%	78.00%	83.67	107.27%	Status Proses => setuju Catatan => <u>Mohon Periksa</u>