

KESEHATAN DAERAH MILITER V/BRAWIJAYA
RUMAH SAKIT TK.II dr.SOEPRAOEN



STANDAR PELAYANAN MINIMAL (SPM)

KATA PENGANTAR

Puji dan syukur kami panjatkan kehadirat Allah SWT, karena berkat rahmat dan karunia-Nya sehingga penyusunan Pedoman Standar Pelayanan Minimum (SPM) Rumah Sakit Tk.II dr.Soepraoen telah dapat diselesaikan. Penyusunan Pedoman SPM ini dapat kami selesaikan atas kerja keras dan kesungguhan dari segenap staf dalam rangka pengembangan Rumah Sakit Tk.II dr.Soepraoen ke depan.

Sebagaimana diketahui bahwa Rumah Sakit Tk.II dr.Soepraoen merupakan salah satu unit kerja di bawah Kesdam V/Brawijaya yang senantiasa mendukung dan mewujudkan pelayanan kesehatan yang bermutu.

Dengan tersusunnya pedoman SPM Rumah Sakit Tk.II dr.Soepraoen selain sebagai salah satu syarat administrasi diharapkan dapat memenuhi persyaratan untuk menerapkan sistem keuangan melalui PK-BLU, diharapkan Pedoman SPM juga mendorong staf agar dapat menerapkan kegiatan pelayanan berdasarkan SPM baik dalam menyusun perencanaan, pelaksanaan dan pengendalian kegiatan serta dapat melakukan analisa/pengukuran kinerja.

Kami menyadari bahwa penyusunan SPM Rumah Sakit Tk.II dr.Soepraoen ini masih jauh dari sempurna sehingga perlu perbaikan dan masukan sangat diperlukan untuk mendapatkan hasil yang lebih baik sempurna di masa yang akan datang.

Kepala Rumah Sakit Tk.II dr.Soepraoen

dr. Muh Hafid Akbar, Sp.JP(K), FIHA
Kolonel Ckm NRP 32555

BAB I PENDAHULUAN

1.1. Latar Belakang

Pembangunan kesehatan sebagai bagian dari Pembangunan Nasional yang bertujuan meningkatkan kesadaran, kemauan dan kemampuan hidup sehat bagi setiap orang agar terwujud derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya. Pembangunan kesehatan tersebut merupakan upaya seluruh potensi bangsa Indonesia, baik pemerintah, masyarakat maupun swasta.

Visi dan misi Rumah Sakit Tk. II dr. Soepraoen, diperlukan adanya suatu acuan yang meliputi kriteria minimal berbagai aspek yang terkait dengan penyelenggaraan

pelayanan kesehatan di Rumah Sakit Tk. II dr. Soepraoen Kesdam V/Brawijaya. Acuan tersebut merupakan standar minimum yang harus dilaksanakan oleh Rumah Sakit Tk. II dr. Soepraoen Kesdam V/Brawijaya dalam memberikan pelayanan kesehatan, yang akan memberikan dampak bagi pelaksanaan kinerja yang bermutu, sesuai dengan Akreditasi Versi 2022 yang telah diberikan oleh Kementerian Kesehatan RI kepada Rumah Sakit Tk. II dr. Soepraoen Kesdam V/Brawijaya.

Acuan tersebut juga dimaksudkan sebagai perangkat untuk mendorong terwujudnya transparansi dan akuntabilitas publik dalam penyelenggaraan pelayanan kesehatan yang dilakukan oleh Rumah Sakit Tk. II dr. Soepraoen Kesdam V/Brawijaya. Acuan, kriteria atau standar tersebut diformulasikan dalam bentuk **STANDAR PELAYANAN MINIMUM (SPM) RUMKIT TK.II dr. SOEPRAOEN**. Tujuan dari SPM ini adalah sebagai standar untuk meningkatkan pelayanan kesehatan serta kegiatan dukungan operasional TNI.

1.2. Maksud dan Tujuan

1. Maksud

Standar Pelayanan Minimum Rumah Sakit Tk. II dr. Soepraoen Kesdaam V/Brawijaya disusun dalam rangka memenuhi persyaratan administrasi PK-BLU.

2. Tujuan

- a. Meningkatkan pelayanan kesehatan dan kegiatan dukungan kesehatan.
- b. Meningkatkan kompetensi tenaga, sarana dan prasarana kesehatan dalam penanganan penderita.
- c. Menyelenggarakan Kesehatan Militer, yaitu segala usaha, pekerjaan dan kegiatan yang berkaitan dengan pekerjaan dan kehidupan Prajurit serta penugasan Prajurit pada berbagai kondisi lingkungan.
- d. Menjadi Rumah Sakit rujukan tertinggi di wilayah kodam V Brawijaya baik untuk prajurit, PNS angkatan Darat dan keluarga maupun untuk masyarakat umum karena memiliki jenis pelayanan spesialis yang cukup lengkap serta peralatan yang canggih baik untuk penunjang diagnostik maupun untuk terapi.
- e. Meningkatkan sistem manajemen keuangan dan pengelolaan sumber daya secara efisien, transparan dan akuntabel.

1.3. Sistematika Dokumen

Sistematika dokumen SPM disusun dalam bentuk :

Bab I Pendahuluan yang terdiri dari:

- a. Latar Belakang
- b. Maksud dan tujuan
- c. Pengertian umum dan khusus
- d. Landasan Hukum

Bab II Sistematika Dokumen Standar Pelayanan Minimum (SPM) Rumah Sakit

- a. Jenis Pelayanan
- b. SPM setiap jenis pelayanan, Indikator dan Standar

Bab III Rencana Pencapaian SPM

Bab IV Penutup

Lampiran

1.4. Pengertian

1. Umum

a. Standar Pelayanan Minimum :adalah ketentuan tentang jenis dan mutu pelayanan dasar yang merupakan urusan wajib daerah yang berhak diperoleh setiap warga secara minimal dan merupakan spesifikasi teknis tentang tolak ukur pelayanan minimum yang diberikan oleh Badan Layanan Umum kepada masyarakat.

b. Rumah Sakit adalah sarana kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan meliputi pelayanan promotif, preventif, kurative dan rehabilitatif yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan, dan gawat darurat.

c. Pelayanan Kesehatan dan dukungan kesehatan yang diberikan oleh Rumah Sakit Tk. II dr. Soepraoen Kesdam V/Brawijaya kepada masyarakat terdiri atas TNI,PNS dan keluarga serta masyarakat umum.

2. Definisi Operasional :

a. Jenis pelayanan adalah jenis-jenis pelayanan yang diberikan oleh Sakit Tk. II dr. Soepraoen Kesdam V/Brawijaya kepada masyarakat.

b. Tenaga kesehatan tetap adalah tenaga kesehatan yang bekerja penuh waktu.

c. Tenaga kesehatan tidak tetap adalah tenaga harian, bulanan dan honorer sesuai dengan peraturan perundang-undangan yang atau sesuai dengan PP No. 44 Tahun 1990, Keppres No. 37 Tahun 1991, Keppres No. 23 Tahun 1994.

d. Tenaga kesehatan terdiri dari :

- 1) Tenaga medis
- 2) Tenaga keperawatan
- 3) Tenaga kefarmasian
- 4) Tenaga kesehatan masyarakat
- 5) Tenaga gizi
- 6) Tenaga keterampilan medis
- 7) Tenaga keteknisian medis

e. Komponen SPM adalah unsur-unsur yang harus terpenuhi dalam SPM.

- f. Indikator SPM adalah tolok ukur prestasi kuantitatif dan kualitatif yang digunakan untuk menggambarkan besaran sasaran yang hendak dipenuhi dalam pencapaian SPM, berupa masukan, proses, keluaran, hasil dan atau manfaat pelayanan kesehatan dan dukungan kesehatan.
- g. Ketercapaian minimal adalah batasan kuantitas atau kualitas untuk setiap indikator SPM.
- h. Batas waktu pencapaian SPM adalah kurun waktu yang ditentukan untuk mencapai SPM.
- i. Dimensi mutu adalah suatu pandangan dalam menentukan penilaian terhadap jenis dan mutu pelayanan dilihat dari akses, efektivitas, efisiensi, keselamatan dan keamanan kenyamanan, kesinambungan pelayanan kompetensi teknis dan hubungan antar manusia berdasarkan standar WHO.
- j. Standar adalah nilai tertentu yang telah ditetapkan berkaitan dengan sesuatu yang harus dicapai.
- k. Frekuensi pengumpulan data adalah frekuensi pengambilan data dari sumber data untuk tiap indikator.
- l. Periode analisis adalah rentang waktu pelaksanaan kajian terhadap indikator kinerja yang dikumpulkan.
- m. Pembilang (numerator) adalah besaran sebagai nilai pembilang dalam rumus indikator kinerja.
- n. Penyebut (denominator) adalah besaran sebagai nilai pembagi dalam rumus indikator kinerja.
- o. Sumber data adalah sumber bahan nyata/keterangan yang dapat dijadikan dasar kajian yang berhubungan langsung dengan persoalan.

1.5. Prinsip Penyusunan dan Penetapan Standar Pelayanan Minimum

Di dalam menyusun SPM harus memperhatikan hal-hal sebagai berikut :

1. Konsensus, berdasarkan kesepakatan bersama berbagai komponen atau sektor terkait dari unsur-unsur kesehatan dan departemen terkait yang secara rinci terlampir dalam daftar tim penyusun;
2. Sederhana, SPM disusun dengan kalimat yang mudah dimengerti dan dipahami

3. Nyata, SPM disusun dengan memperhatikan dimensi ruang, waktu dan persyaratan atau prosedur teknis;
4. Terukur, seluruh indikator dan standar di dalam SPM dapat diukur baik kualitatif ataupun kuantitatif;
5. Terbuka, SPM dapat diakses oleh seluruh warga atau lapisan masyarakat
6. Terjangkau, SPM dapat dicapai dengan menggunakan sumber daya dan dana yang tersedia;
7. Akuntabel, SPM dapat dipertanggung gugatkan kepada publik;
8. Bertahap, SPM mengikuti perkembangan kebutuhan dan kemampuan keuangan, kelembagaan dan personil dalam pencapaian SPM.

1.6. Dasar Hukum

1. Undang – Undang Nomor 3 Tahun 2002 tentang Pertahanan Negara (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2002 Nomor 3, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4355).
2. Undang – Undang Nomor 17 Tahun 2003 tentang Keuangan Negara (Lembaran Negara Republik Indonesia tahun 2003 Nomor 47, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4286).
3. Undang – Undang Nomor 1 Tahun 2004 tentang Perbendaharaan Negara (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 5, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4169).
4. Undang – Undang No. 34 Tahun 2004 tentang Tentara Nasional Indonesia (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 127, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4439).
5. Undang – Undang No. 29 Tahun 2004 tentang Praktek Kedokteran.
6. Undang – Undang No. 39 Tahun 2008 tentang Kementerian Negara (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2008 Nomor 166, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4916).
7. Undang – Undang No. 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 153, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5072).
8. Undang-Undang No. 25 Tahun 2009 tentang Pelayanan Publik

9. Undang – Undang No. 36 Tahun 2014 tentang Tenaga Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 298, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5607).
10. 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).
11. Peraturan Pemerintah Nomor 65 Tahun 2005 tentang Pedoman Penyusunan dan Penerapan Standar Pelayanan Minimum(Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2005 Nomor 150, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4585).
12. Peraturan Pemerintah Nomor 51 Tahun 2009 tentang Pekerjaan Kefarmasian (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 124, Tambahan Lembaran Negara Nomor 5044).
13. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 340/MENKES/PER/III/2010 tentang Klasifikasi Rumah Sakit
14. Peraturan Pemerintah Nomor 74 Tahun 2012 tentang Perubahan Atas Peraturan Pemerintah Nomor 23 Tahun 2005 tentang Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2005 Nomor 171, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5340).
15. Peraturan Bersama Menteri Keuangan dan Menteri Pertahanan Nomor 109/PMK.109/2016 tentang Mekanisme Pelaksanaan Anggaran Belanja Negara di lingkungan Kementerian Pertahanan dan Tentara Nasional Indonesia
16. Peraturan Menteri Keuangan Nomor 95/PMK.05/2016 tentang Dewan Pengawas Badan Layanan Umum.
17. Peraturan Menteri Keuangan Nomor 180/PMK.05/2016 tentang Penetapan PPK BLU pada Satuan Instansi Pemerintah.
18. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 72 Tahun 2016 tentang Standar Pelayanan Kefarmasian di Rumah Sakit.

19. Peraturan Menteri Pertahanan Nomor 2 Tahun 2017 tentang Organisasi dan Tata Kerja Kementerian Pertahanan (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2017 Nomor 444) (Tambahan).

20. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 129/Menkes/SK/II/2012 tentang Standar Pelayanan Minimum Rumah Sakit

BAB II

STANDAR PELAYANAN MINIMUM

2.1. Standar Isi

Standar isi adalah ruang lingkup materi dan tingkat kompetensi yang dituangkan dalam kriteria tentang kompetensi pelayanan kesehatan yang harus dipenuhi. Standar isi mencakup jenis pelayanan kesehatan.

1. Pelayanan Kesehatan berdasarkan Fungsi Utama

a. Penyelenggaraan kesehatan promotif

serangkaian kegiatan pelayanan kesehatan yang lebih mengutamakan kegiatan yang bersifat promosi kesehatan. Baik melalui sosial media Rumah sakit atau melalui media lain seperti podcast, siaran radio, dll.

b. Penyelenggaraan Dukungan kesehatan

Memberikan bantuan personil, obat-obatan dan Ambulans Gawat Darurat kepada komando / Lemdik pada kegiatan operasi, latihan, tamu VIP/VVIP, bencana alam/musibah massal dan lain-lain sesuai dengan permintaan dari komando atas

c. Pembinaan materiel Kesehatan

Pembinaan Materiel adalah pengelolaan/penggunaan Barang Milk Negara yang mencakup segala usaha, kegiatan dan pekerjaan yang berhubungan dengan perencanaan dan penentuan kebutuhan, penelitian dan pengembangan, pengadaan, distribusi, peineliharaan dan penghapusan materiel yang akan dan/atau sudah dimiliki/digunakan oleh Kemhan/TNI.

d. Administrasi kesehatan

Administrasi Kesehatan adalah suatu kegiatan perencanaan, pelaksanaan, dan pengendalian, serta pengawasan dan pertanggungjawaban penyelenggaraan pembangunan kesehatan.

e. Instalasi Gawat Darurat

f. Pelayanan Rawat Jalan :

- 1) Poliklinik Penyakit Dalam
- 2) Poliklinik Bedah Umum
- 3) Poliklinik Bedah Ortopedi

- 4) Poliklinik Mata
- 5) Poliklinik THT
- 6) Poliklinik Fisioterapi
- 7) Poliklinik Jantung
- 8) Poliklinik Gizi Klinik
- 9) Poliklinik Gigi
- 10) Poliklinik Anak
- 11) Poliklinik Urologi
- 12) Poliklinik Paru
- 13) Poliklinik Kesehatan Jiwa
- 14) Poliklinik Neurologi
- 15) Poliklinik Bedah Saraf
- 16) Poliklinik Kulit dan Kelamin
- 17) Poliklinik VCT
- 18) Pelayanan ICU/ICCU
- 19) Pelayanan Rawat Inap
- 20) Pelayanan Persalinan
- 21) Pelayanan Perinatologi
- 22) Pelayanan Bedah Sentral
- 23) Pelayanan Farmasi
- 24) Pelayanan Radiologi
- 25) Pelayanan *Laundry*
- 26) Pelayanan Sterilisasi Instrumen/Linen
- 27) Pelayanan Gizi
- 28) Pelayanan Pemulasaran Jenazah
- 29) Pengelolaan Limbah Padat dan Cair
- 30) Pelayanan Laboratorium
- 31) Pelayanan Rehabilitasi Medik
- 32) Pelayanan Bank Darah
- 33) Pelayanan Rekam Medik
- 34) Pelayanan Anestesi
- 35) Pelayanan Perawatan Alat Kesehatan
- 36) Pelayanan Ambulance dan Mobil Jenazah
- 37) Pelayanan Perawatan Sarana Rumah Sakit

- 38) Pelayanan Asuransi Kesehatan dan Keluarga Miskin
- 39) Pencegahan dan Pengendalian Infeksi
- g. Rawat Inap
- 2. Pelayanan kesehatan berdasarkan Fungsi Organik Militer
 - a. Layanan Fungsi organik kepada publik satker terkait pengamanan personel, berita, Rolakir, dan kegiatan sehari-hari di lingkungan satker
 - b. Layanan fungsi organik kepada publik satker terait kegiatan peningkatan maupun pemeliharaan kemampuan dasar militer melalui kegiatan pelatihan personel
 - c. Layanan tunjangan jabatan fungsional, honorarium, tunjangan brevet gumil, tanda-tanda kualifikasi tenaga pendidik, cuti tenaga pendidik, tanda penghargaan , akomodasi, perawatan kesehatan , rekreasi.
 - d. Layanan fungsi organik yang diberikan kepada personel sesuai dengan rawatan anggota
 - e. Pembinaan mental ,pembinaan disiplin , tata tertib, hukum, jasmani, kesehatan , psikologi, kesejahteraan, dll
 - f. Pendataan anggota yang akan MPP, penyaluran, pemisahan , pemberhentian dari satuan ,dll
 - g. Dukungan akomodasi, rumah dinas , dll
 - h. Dukungan data tetitorial di wilayah
 - i. Dukungan sistem perencanaan program dan anggaran yang cepat, tepat dan valid
 - j. Dukungan sistem pengendalian internal yang akuntabel.'
 - k. Pemberian sanksi kepada anggota yang kurang patuh dan melakukan pelanggaran
 - l. Memberikan kompensasi kepada masyarakat / anggota apabila terjadi kesalahan / pelanggaran anggota dalam pelayanan.

2.2. Standar Proses.

Standar Proses adalah standar yang berkaitan dengan pelaksanaan pelayanan kesehatan untuk mencapai standar keluaran. Standar proses atau disebut juga sebagai Standar Operasional Prosedur (SOP) maupun Standar Asuhan Keperawatan (SAK) di Rumah Sakit Tk.II dr.Soepraoen Kesdam V/Brawijaya, sesuai dengan 16 bidang pelayanan yang meliputi :

1. Bidang Administrasi Manajemen
2. Bidang Pelayanan Medis
3. Bidang Pelayanan Gawat Darurat,
4. Bidang Pelayanan Keperawatan
5. Bidang Rekam Medi
6. Bidang Farmasi
7. Bidang Keselamatan Kerja, Kebakaran dan Kewaspadaan Bencana (K3)
8. Bidang Pelayanan Radiologi
9. Bidang Pelayanan Laboratorium
10. Bidang Pelayanan Kamar Operas
11. Bidang Pengendalian Infeksi Nosokomia
12. Bidang Pelayanan Perinatal Resiko Tinggi
13. Bidang Pelayanan Rehabilitasi Medi
14. Bidang Pelayanan Gizi
15. Bidang Pelayanan Intensif
16. Bidang Pelayanan Darah.

2.3. Standar Keluaran

Standar Keluaran adalah standar hasil pencapaian pelayanan kesehatan yang akan dicapai berdasarkan pelayanan yang diberikan. Standar Keluaran terdiri dari :

1. Sembuh adalah kondisi klinis dan laboratoris membuktikan sudah tidak ada penyakitnya.
2. Boleh rawat jalan adalah kondisi klinis dan laboratoris pasien masih terdapat penyakit tetapi tidak memerlukan perawatan khusus.
3. Perawatan intensif adalah kondisi klinis dan laboratoris menunjukkan perburukan dan membutuhkan perawatan khusus.
4. Peminjaman pasien dari Ruang Perawatan ICU ke Ruang Perawatan Umum apabila secara klinis dan laboratoris, menunjukkan perbaikan kondisi dan tidak memerlukan perawatan secara intensif.
5. Rujukan adalah kondisi klinis dan laboratoris yang membutuhkan perawatan pada rumah sakit yang lebih lengkap atau membutuhkan pendapat ahli lain/konsulen.
6. Pasien pulang paksa adalah kondisi pasien yang dinyatakan belum sembuh atau belum layak untuk rawat jalan oleh dokter yang merawat tetapi yang bersangkutan menghendaki pulang atas kemauan sendiri atau keluarga.

7. Meninggal dunia adalah kondisi klinis penderita telah meninggal dunia akibat penyakitnya atau komplikasi dari penyakitnya dan dinyatakan dengan surat keterangan kematian.

2.4. Standar Pelayanan Kesehatan

Standar Pelayanan Kesehatan Rumah Sakit adalah penyelenggaraan pelayanan manajemen rumah sakit, pelayanan medik, pelayanan penunjang dan pelayanan keperawatan, baik rawat inap maupun rawat jalan yang minimal harus diselenggarakan oleh rumah sakit. Standar Pelayanan Kesehatan di Rumah Sakit Tk.II dr.Soepraoen Kesdam V/Brawijaya sesuai dengan Pedoman Penyelenggaraan Pelayanan di Rumah Sakit dari Dirjen Bina Pelayanan Medik Departemen Kesehatan RI. Tahun 2012 yang terdiri dari :

1. Pelayanan Umum
 - a. Pelayanan Medik Umum
 - b. Pelayanan Medik Gigi Dasa
 - c. Pelayanan KIA/K
2. Pelayanan Keperawatan
3. Pelayanan Gawat Darura
4. Pelayanan Spesialis Dasar
 - a. Pelayanan Penyakit Dalam
 - b. Pelayanan Kesehatan Anak
 - c. Pelayanan Bedah
 - d. Pelayanan Kebidanan dan Kandungan
5. Pelayanan Spesialis Penunja
 - a. Pelayanan Anestesiologi
 - b. Pelayanan Radiolog
 - c. Pelayanan Rehabilitasi Medik
 - d. Pelayanan Patologi Klinik dan Anatom
 - e. Pelayanan Gizi Klinik
6. Pelayanan Spesialis lainny
 - a. Pelayanan Spesialis Mata
 - b. Pelayanan Spesialis TH
 - c. Pelayanan Spesialis Syaraf

- d. Pelayanan Spesialis Jantung
 - b. Pelayanan Spesialis Kulit dan Kelamin
 - c. Pelayanan Spesialis Kesehatan Jiwa
 - d. Pelayanan Spesialis Paru
 - e. Pelayanan Spesialis Urologi
 - f. Pelayanan Spesialis Bedah Saraf
 - g. Pelayanan Spesialis Orthopedi
7. Pelayanan Penunjang Klinik
- a. Perawatan Intensif
 - b. Pelayanan Bank Darah
 - c. Pelayanan Farmasi
 - d. Pelayanan Sterilisasi Instrumen/Linen
 - e. Rekam Medik
8. Pelayanan Penunjang Non Klinik
- a. *Laundry*
 - b. Pelayanan Gizi
 - c. Pelayanan Tehnik dan Pemeliharaan Fasilitas
 - d. Pengelolaan Limbah Padat dan Cair
 - e. Transportasi (Ambulance dan Mobil Jenazah)
 - f. Perawatan Jenazah
 - g. Pemadam Kebakaran
 - h. Penampungan Air Bersih
9. Pelayanan Administrasi
- a. Catatan Medik
 - b. Keuangan/ *Billing System*
 - c. Personalia
 - d. Keamanan
 - e. Sistem Informasi Manajemen RS.

2.5. Standar Ketenagaan

Standar Ketenagaan adalah jenis dan kualifikasi tenaga medis dan kesehatan yang melaksanakan tugas pelayanan kesehatan di Rumah Sakit Tk.II dr.Soepraoen

Kesdam V/Brawijaya merujuk pada Peraturan Pemerintah No. 36 tahun 2014 tentang Tenaga Kesehatan, terdiri dari :

1. Tenaga Medis, meliputi :
 - a. Dokter
 - b. Dokter Gigi
2. Tenaga Keperawatan, meliputi
 - a. Perawat
 - b. Bidan
3. Tenaga Kefarmasian, meliputi
 - a. Apoteker
 - b. Analis Farmasi
 - c. Asisten Apoteker
4. Tenaga Kesehatan Masyarakat, meliputi :
 - a. Penyuluh Kesehatan
 - b. Administrator Kesehatan
 - c. Sanitarian
5. Tenaga Gizi, meliputi :
 - a. Nutrisionis
 - b. Dietisien
6. Tenaga Keterampilan Fisik, meliputi
 - a. Fisioterapis
 - b. Okupasi Terapi
7. Tenaga Teknis Medis, meliputi
 - a. Radiografer
 - b. Teknisi Gigi
 - b. Teknisi Elektromedis
 - c. Analis Kesehatan
 - d. Refraksioni
 - e. Perekam Medis

2.6. Standar Rekrutmen Ketenagaan

Standar rekrutmen ketenagaan adalah kegiatan yang dilakukan untuk merencanakan tenaga yang dibutuhkan sesuai dengan kompetensi di Rumah Sakit yang terdiri dari :

1. *Dropping* dari Pusat
 - a. Perencanaan
 - b. Pengumuman
 - c. Pelamaran

- d. Penyaringan
 - e. Penetapan Kelulusan
 - f. Pengangkatan
2. Pengadaan Sendiri
- a. Seleksi Administrasi
 - b. Uji Tulis
 - c. Wawancara
 - d. Uji Kesehatan
 - e. Uji Kompetensi

2.7. Standar Kompetensi Spesialistik.

Standar kompetensi Spesialistik adalah standar kemampuan, keahlian dan kecakapan minimal tenaga kesehatan medis spesialistik dan sub spesialistik yang melaksanakan tugas pelayanan medis maupun penunjang medis spesialistik. Rumah Sakit Tk.II dr.Soepraoen Kesdam V/Brawijaya didukung oleh 21 jenis pelayanan spesialistik dan sub spesialistik yang terdiri dari :

1. Dokter Spesialis Bedah Umum
2. Dokter Spesialis Urologi
3. Dokter Spesialis Orthopedi
4. Dokter Spesialis Bedah Syaraf
5. Dokter Spesialis Penyakit Dalam
6. Dokter Spesialis Kesehatan Anak
7. Dokter Spesialis Kebidanan dan Kandungan
8. Dokter Spesialis Radiologi
9. Dokter Spesialis Anesthesi
10. Dokter Spesialis Patologi Klinik
11. Dokter Spesialis Patologi Anatomi
12. Dokter Spesialis Kesehatan Jiwa
13. Dokter Spesialis Mata
14. Dokter Spesialis T H T

15. Dokter Spesialis Kulit dan Kelamin
16. Dokter Spesialis Jantung
17. Dokter Spesialis Paru
18. Dokter Spesialis Rehabilitasi Medik
19. Dokter Gigi Spesialis Prostodonti
20. Dokter Gigi Spesialis Konservasi Gigi Anak
21. Dokter Gigi Spesialis Ortodonti

2.8. Standar Sarana Prasarana

Standar Sarana dan Prasarana adalah standar yang berkaitan dengan kriteria minimal sarana dan prasarana yang diperlukan untuk menunjang pelaksanaan proses pelayanan kesehatan dan dukungan Kesehatan umah Sakit Tk.II dr.Soepraoen Kesdam V/Brawijaya mengacu kepada Skep Dirkesad Nomor : Kep/1/I/2011 tanggal 3 Januari 2011 tentang program kerja dan anggaran.

1. Lokasi.

Lokasi Rumah Sakit Tk.II dr. Soepraoen Kesdam V/Brawijaya terletak di jalan raya Supriadi Nomor 22 Kecamatan Sukun Kota Malang

2. Bangunan.

Rumah Sakit Tk.II dr. Soepraoen Kesdam V/Brawijaya memiliki luas tanah 1,7 Hektar dan luas bangunan keseluruhan 13.250 m². Jenis lahan yang digunakan, terdiri atas :

- a. Lahan terbangun, yaitu lahan yang di atasnya terdapat bangunan.
- b. Lahan terbuka, yaitu lahan yang belum ada bangunan di atasnya, termasuk taman dan lapangan.
- c. Lahan pengembangan, yaitu lahan yang diperlukan untuk kebutuhan pengembangan bangunan.

3. Prasarana.

- a. Rumah Sakit Tk.II dr. Soepraoen Kesdam V/Brawijaya memiliki kecukupan cahaya, baik listrik maupun cahaya matahari serta memiliki ventilasi yang memadai.
- b. Sarana pelayanan IPAL dan Incenerator dengan tata cara limbah sesuai dengan pedoman sanitasi Rumah Sakit baik limbah padat dan cair.
- c. Rumah Sakit mempunyai sistem air bersih yang memenuhi persyaratan kualitas dan kuantitas dan disalurkan langsung ke bangunan Rumah Sakit.
- d. Tersedia tenaga listrik yang memenuhi persyaratan dan Genset bagi peralatan medik vital. Juga tersedia sistem pemadam kebakaran yang sesuai dengan ketentuan yang berlaku.
- e. Rumah Sakit menyediakan dan memelihara lingkungan yang sehat dan indah bagi pasien dan masyarakat umum.

2.9. Standar Pengelolaan.

Standar Pengelolaan adalah standar yang berkaitan dengan perencanaan, pelaksanaan dan pengawasan kegiatan pelayanan dan dukungan kesehatan agar tercapai efisiensi dan efektifitas penyelenggaraan Rumah Sakit Tk.II dr. Soepraoen Kesdam V/Brawijaya. Pengelolaan Rumah Sakit Tk.II dr. Soepraoen Kesdam V/Brawijaya berdasarkan Peraturan Pemerintah Nomor 23 Tahun 2005 tanggal 13 Juni 2005 tentang Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum. Standar Pengelolaan mencakup :

1. Pengelolaan.

Rumah Sakit Tk.II dr. Soepraoen Kesdam V/Brawijaya selaku Satuan Kesehatan TNI AD menerapkan Pola Pengelolaan Manajemen Organisasi, operasional, personalia, keuangan dan area fungsional kepengelolaan lainnya dalam batas-batas yang diatur dalam ketentuan Perkasad.

2. Pejabat Pengelola.

Pejabat Pengelola Rumah Sakit Tk.II dr. Soepraoen Kesdam V/Brawijaya terdiri atas :

- a. Pimpinan, Manajemen
- b. Pejabat Keuangan; dan
- c. Pejabat Teknis/fungsional

3. Pedoman :

Pedoman mengatur tentang :

- a. Struktur Organisasi;
- b. Pembagian tugas Tenaga Medis maupun Tenaga Non Medis;
- c. Uraian tugas masing-masing jabatan struktural maupun fungsional;
- d. Peraturan Rumah Sakit (*Hospital By Laws*);
- e. Peraturan Internal Rumah Sakit (*Medical Staff By Laws*)
- f. Tata tertib, yang minimal mengatur Tata Tertib Tenaga Kesehatan, Tenaga Non Kesehatan serta pasien maupun pengunjung Rumkit Tk.II dr. Soepraoen Kesdam V/Brawijaya.
- g. Pelayanan administrasi menggunakan Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit, Sistem Akuntansi Pemerintah (SAP) dan Petunjuk Administrasi Umum TNI AD.

4. Rencana Kerja

Rumah sakit Tk.II dr. Soepraoen Kesdam V/Brawijaya dikelola atas dasar Rencana Kerja Tahunan dan Rencana kegiatan yang di sesuaikan dengan

kerangka acuan kegiatan program Kerja Rumah Sakit Tk.II dr.Soepraoen Kesdam V/Brawijaya lima tahun kedepan.

2.10. Standar Pembiayaan

Standar Pembiayaan adalah standar yang mengatur komponen dan besarnya biaya penyelenggaraan pelayanan kesehatan sesuai dengan sistem akuntansi biaya Rumah Sakit untuk menghasilkan informasi harga pokok pelayanan, biaya satuan, biaya per unit pelayanan,

evaluasi varian dalam rangka mendukung perencanaan dan pengendalian, pengambilan keputusan dan perhitungan tarif pelayanan.

Biaya yang timbul berkenaan dengan penyelenggaraan Rumah Sakit Tk.II dr. Soepraoen Kesdam V/Brawijaya bersumber dari :

1. APBN
2. Dana dari hasil klaim pasien BPJS
3. Pelayanan Masyarakat Umum (Yanmasum)
4. Pinjaman atau sumbangan lain yang tidak mengikat

2.11. Standar Penilaian Pelayanan Kesehatan dan Kedokteran Militer

Standar penilaian pelayanan kesehatan dan Kedokteran Militer adalah sarana dan prasarana yang dipersiapkan oleh Rumah Sakit Tk.II dr.Soepraoen Kesdam V/Brawijaya untuk mengantisipasi kejadian kecelakaan dalam latihan dan pertempuran yang meliputi : Instalasi Gawat Darurat (IGD), *Intensive Care Unit* (ICU) dan ruang perawatan. Rumah Sakit Tk.II dr.Soepraoen Kesdam V/Brawijaya mempedomani Keputusan Dirkesad No Kep / 1 / I / 2011 tanggal 3 Januari 2011 tentang Program Kerja dan Anggaran.

BAB III
RENCANA PENCAPAIAN SPM

A. STANDAR ISI

No	Indikator	Pengertian dan Cara Menghitung	Standar	Yang	Rencana Pencapaian (%)		
					SPM (%)	dicapai 2022	2023
	Pelayanan						
A							
1	Kepatuhan terhadap CP 5 prioritas area	<ul style="list-style-type: none"> - Ketaatan petugas dalam melakukan prosedur cuci tangan dengan menggunakan metode 6 langkah dan 5 momen cuci tangan. - Jumlah kegiatan petugas yang melakukan kebersihan tangan dengan tepat dan benar dibagi Jumlah seluruh kegiatan petugas yang seharusnya dilakukan kebersihan tangan 	100	100	100	100	
2	Pengurusan STR Tepat waktu bagi perawat	<ul style="list-style-type: none"> - Ketaatan petugas dalam melakukan pengurusan STR bagi perawat. - Jumlah perawat yang mengurus tepat waktu dibagi jumlah seluruh perawat yang seharusnya melakukan pengurusan STR. 	100	100	100	100	
3	Pengurusan STR Tepat waktu tenaga lainnya bagi tenaga medis lainnya	<ul style="list-style-type: none"> - Ketaatan petugas dalam melakukan pengurusan STR. - Jumlah petugas yang mengurus tepat waktu dibagi jumlah seluruh petugas yang seharusnya melakukan pengurusan STR. 	100	100	100	100	
4	Kepatuhan penggunaan APD	<ul style="list-style-type: none"> - Kepatuhan petugas dalam menggunakan Alat Pelindung Diri (APD) yang sesuai dengan indikasi - Jumlah petugas yang patuh menggunakan APD sesuai level/kriteria dibagi Jumlah seluruh petugas yang diverifikasi pada waktu menggunakan APD 	100	100	100	100	
5	Kepatuhan kebersihan tangan	<ul style="list-style-type: none"> - Ketaatan petugas dalam melakukan prosedur cuci tangan dengan menggunakan metode 6 langkah dan 5 momen cuci tangan. - Jumlah kegiatan petugas yang melakukan kebersihan tangan dengan metode 6 langkah dengan tepat dan benar dalam suatu periode survey dibagi Jumlah seluruh kegiatan petugas yang seharusnya dilakukan kebersihan tangan sesuai 5 momen 	100	100	100	100	
6	Angka phlebitis	<ul style="list-style-type: none"> - Jumlah pasien di ruang rawat inap yang mengalami plebitis setelah dipasang infus sejumlah <30%. - Jumlah pasien yang mengalami plebitis dibagi jumlah pasien yang diinfus dalam 1 bulan. 	0	0	0	0	

No	Indikator	Pengertian dan Cara Menghitung	Standar	Yang	Rencana Pencapaian (%)		
					SPM (%)	dicapai 2022	2023
	Pelayanan						
7	Angka VAP	<ul style="list-style-type: none"> - VAP merupakan infeksi pneumonia yang terjadi setelah 48 jam pemakaian ventilasi mekanik baik pipa endotracheal maupun tracheostomi. - Jumlah kasus VAP dalam satu bulan dibagi jumlah hari pemasangan ventilator tsb 	0	0	0	0	
8	Angka IDO	<ul style="list-style-type: none"> - Infeksi Daerah Operasi adalah Infeksi yang terjadi pada daerah insisi daerah operasi dalam waktu 30 hari tanpa implan dan satu tahun dengan implan pasca bedah. - Jumlah kasus Infeksi Daerah Operasi (IDO) dibagi Jumlah kasus operasi 	0	0	0	0	
9	Angka ISK	<ul style="list-style-type: none"> - Infeksi Saluran Kencing (ISK) adalah Infeksi yang terjadi sebagai akibat dari pemasangan kateter > 48 jam. - Jumlah kasus Infeksi Saluran Kemih (ISK) dibagi Jumlah lama hari pemakaian kateter urin menetap 	0	0	0	0	
10	Pelaporan hasil monitoring indicator mutu paling lambat tanggal 10 bulan berikutnya	<ul style="list-style-type: none"> - Pengumpulan laporan mutu dari unit kerja di tiap triwulan dengan batas waktu tgl 10 di bulan berikutnya. - Jumlah unit kerja yg tepat waktu dalam pengumpulan dibagi Jumlah seluruh unit kerja yang mengumpulkan laporan 	100	100	100	100	
B							
11	Keterlambatan membuat lembar disposisi surat penting (rahasia)	<ul style="list-style-type: none"> - Membuat lembar disposisi surat masuk yang penting tepat waktumaksimal 2 jam sesudah mendapatkan keputusan dari kepala. - Jumlah surat penting masuk yang tepat waktu disosisikan dalam 1minggu dibagi Jumlah surat penting yang masuk di Sekretariat 	100	100	100	100	
12	Keterlambatan respon time genset > 10 menit	<ul style="list-style-type: none"> - Keterlambatan respon time genset ≥ 10 menit adalah lama waktu gensethidup kembali setelah listrik padam ≥ 10 menit.Kecepatan waktu menghidupkan genset adalah waktu yang diperlukan untuk mengganti aliran listrik dari PLN menjadi aliran listrik dengan genset saat listrik padam. - Waktu rata-rata dalam menghidupkan genset (dalam hitungan detik) dibagi Standar waktu yang telah ditentukan sesuai SOP tentang listrik padamdalam akreditasi. 	100	100	100	100	
13	Ketepatan waktu pengusulan kenaikan pangkat	<ul style="list-style-type: none"> - Usul KP adalah Suatu bentuk pengajuan prajurit dan PNS yangdiusulkan KP sesuai dengan waktunya. - Jumlah keseluruhan personil di RS dibagi Jumlah PNS dan Militer di RS 	100	100	100	100	

No	Indikator	Pengertian dan Cara Menghitung	Standar	Yang	Rencana Pencapaian (%)		
					SPM (%)	dicapai 2022	2023
	Pelayanan						
14	Respon time terhadap kehilangan di unit kerja	<ul style="list-style-type: none"> - Waktu tanggap pada saat terjadinya kehilangan barang di unit kerja. - Jumlah penanganan yang sesuai dengan standar dibagi jumlah seluruh laporan kehilangan. 	100	100	100	100	
15	Kegiatan pemenuhan kebutuhan Alsintor, Linen dan Alkap	Material Umum adalah semua material umum yang dibutuhkan oleh unit kerja sebagai penunjang dalam kegiatan kerja dalam upaya meningkatkan pelayanan mutu di rumah sakit.	100	100	100	100	
16	Kecepatan waktu menangani kerusakan alat kesehatan	<ul style="list-style-type: none"> - Laporan kerusakan dari Unit Kerja terkait alat kesehatan yang terhitung sejak laporan diterima sampai dengan terselesainya permasalahan. - Jumlah laporan kerusakan yang ditangani tepat waktu dibagi Jumlah seluruh laporan kerusakan 	100	100	100	100	
17	Ketepatan kalibrasi alat kesehatan	<ul style="list-style-type: none"> - Kalibrasi adalah pengujian kembali terhadap kelayakan peralatan alat ukur oleh Balai Pengamanan Fasilitas Kesehatan (BPFK) sesuai standar waktu yang ditentukan. - Jumlah peralatan ukur medis yang terkalibrasi tepat waktu dibagi Jumlah seluruh peralatan ukur medis yang harus dikalibrasi 	100	100	100	100	
18	Penyelesaian pembuatan paket pertanggungjawaban keuangan < 90 menit	<ul style="list-style-type: none"> - Pertanggungjawaban keuangan adalah bentuk dokumen laporan keuangan yang dilengkapi dengan bukti-bukti penerimaan dan pengeluaran uang yang sah sesuai dengan ketentuan peraturan perundang – undangan. - Jumlah penyelesaian pembuatan paket pertanggungjawaban keuangan <90 menit dibagi jumlah seluruh penyelesaian paket pertanggungjawaban. 	100	100	100	100	
19	Pemberian informasi data pasien rawat inap secara tepat dan benar	memastikan ketepatan pasien yang akan menerima layanan atau tindakan, serta untuk menyelaraskan layanan atau tindakan yang dibutuhkan oleh pasien.	100	100	100	100	
20	Ketepatan waktu penanganan kerusakan hardware dan jaringan ≤ 1 jam	<ul style="list-style-type: none"> - Laporan kerusakan dari Unit Kerja terkait hardware dan jaringan yang terhitung sejak laporan diterima oleh Unit SIMRS sampai dengan terselesainya permasalahan. - Jumlah laporan kerusakan yang ditangani tepat waktu dibagi Jumlah seluruh laporan kerusakan 	100	100	100	100	

No	Indikator	Pengertian dan Cara Menghitung	Standar	Yang	Rencana Pencapaian (%)		
					SPM (%)	dicapai 2022	2023
	Pelayanan						
21	Kecepatan respon terhadap komplain, Kategori Merah ≤ 24 jam, Kategori Kuning ≤ 3 , Kategori Hijau ≤ 7 hr	<ul style="list-style-type: none"> - kecepatan Rumah sakit dalam menanggapi komplain baik tertulis, lisan atau melalui mass media yang sudah diidentifikasi tingkat risiko dan dampak risiko dengan penetapan grading/ dampak risiko berupa ekstrim (merah), Tinggi (kuning), Rendah (hijau), - Jumlah komplain yang ditangani sesuai dengan standar waktu penanganan yang ditentukan dibagi Jumlah seluruh komplain yang diterima 	100	100	100	100	
22	Penyelesaian penyerapan anggaran DIPA Satker daerah bidang logistik TA 2022	Penyelesaian penyerapan Anggaran Dipa Satker Daerah Bidang Logistik TA 2022 adalah Agar Unit Pengadaan dapat menyerap anggaran secara efisien dan maksimal serta menyelesaikan laporan dengan tepat waktu.	100	100	100	100	
23	Penyelesaian penyerapan anggaran DIPA Satker daerah Rupiah Murni TA 2022	Penyelesaian penyerapan Anggaran Dipa Satker Daerah Rupiah Murni TA 2022 adalah Agar Unit Pengadaan dapat menyerap anggaran secara efisien dan maksimal serta menyelesaikan laporan dengan tepat waktu	100	100	100	100	
24	Pengendalian rasio pnbp terhadap beban operasional ≥ 65% setiap pelaporan keuangan	<ul style="list-style-type: none"> - Pendapatan Operasional merupakan seluruh pendapatan yang diperoleh dari pendapatan jasa layanan rumah sakit, kerjasama hasil perorangan, pendapatan lainnya dari sewa tanah, sewa ruangan, Kerjasama Lembaga/ badan usaha, penerimaan dari jasa layanan perbankan BLU, penerimaan Kembali belanja BLU TAYL, dan pendapatan lain-lain BLU. Tidak termasuk pendapatan RM. - Pendapatan Operasional BLU (PNBP) dibagi Biaya/Beban Operasional RM dan BLU dikurangi Beban Penyusutan/Amortisasi 	100	100	100	100	
25	Ketepatan waktu penyerahan wabku pengadaan ke paku rumkit TK. II dr. Soepraoen paling lambat tanggal 10 pada bulan berikutnya setelah bulan pembayaran	<ul style="list-style-type: none"> - Pertanggungjawaban Keuangan (Wabku) adalah dokumen laporan keuangan yang dilengkapi dengan bukti-bukti penerimaan dan pengeluaran uang yang sah sesuai dengan ketentuan peraturan perundangundangan. - Jumlah Wabku Pengadan Barang dan Jasa 1 (satu) bulan pembayaran yang telah disetujui oleh Kabidumkeu dibagi Jumlah seluruh Wabku yang telah dibayarkan pada 1 (satu) bulan pembayaran. 	100	100	100	100	

No	Indikator	Pengertian dan Cara Menghitung	Standar	Yang	Rencana Pencapaian (%)		
					SPM (%)	dicapai 2022	2023
	Pelayanan						
26	Kepatuhan pengisian angket indeks kepuasan masyarakat (ikm) terkait pelayanan di rumah sakit TK. II dr. Soepraoen	<ul style="list-style-type: none"> - Kepatuhan adalah tingkat pasien/pengguna layanan melaksanakan cara pengobatan dan perilaku yang disarankan dokter atau oleh orang lain. Kepatuhan adalah sikap yang muncul dari dorongan tanggung jawab sebagai warga negara yang baik. - Jumlah responden yang mengisi angket IKM dibagi Jumlah responden yang menerima jasa layanan Rumkit Tk.II dr. Soepraoen 	100	100	100	100	
27	Kelengkapan berkas persyaratan klaim bpjs kesehatan pasien kemoterapi	<ul style="list-style-type: none"> - Klaim BPJS adalah pengajuan biaya perawatan pasien peserta BPJS oleh pihak rumah sakit kepada pihak BPJS Kesehatan, dilakukan secara kolektif dan ditagihkan kepada pihak BPJS Kesehatan setiap bulannya. - Jumlah berkas pendukung penagihan klaim yang lengkap dibagi Jumlah seluruh berkas pendukung penagihan klaim yang diusulkan 	100	100	100	100	
28	Ketaatan para pihak dalam memenuhi ketentuan perjanjian kerjasama (pks) yang telah ditandatangani	<ul style="list-style-type: none"> - Surat perjanjian kerjasama adalah surat klausul atau ketentuan khusus yang dibuat sebagai kesepakatan tertulis antara dua atau lebih pihak yang berhubungan. Perjanjian kerja sama atau yang juga dikenal dengan Memorandum of Understanding (MoU) berisi perihal hak dan kewajiban para pihak terkait yang telah disetujui bersama dan bersifat mengikat. - Jumlah unsur perjanjian kerjasama yang dipenuhi oleh para pihak yang menandatangani PKS dibagi Jumlah seluruh unsur perjanjian kerjasama yang dipersyaratkan untuk dipenuhi oleh para pihak pada setiap PKS yang telah ditandatangani. 	100	100	100	100	
C							
29	Ketepatan pengembalian berkas rekam medis lengkap rawat inap sesuai ketentuan	<ul style="list-style-type: none"> - Pengembalian berkas rekam medik rawat inap yang tepat adalah kembalinya berkas rekam medik rawat inap yang terisi lengkap dan kembali ke unit rekam medis dalam waktu 7x24. - Jumlah BRM rawat inap lengkap yang kembali tepat waktu dibagi Jumlah seluruh BRM rawat inap yang KRS 	100	100	100	100	
30	Ketepatan waktu penyelesaian hasil laporan pasien medical chek up	<ul style="list-style-type: none"> - Laporan pasien medical checkup yang terhitung sejak laporan diterima sampai dengan terselesainya laporan. - Jumlah laporan yang ditangani tepat waktu dibagi Jumlah seluruh laporan/ 	100	100	100	100	

No	Indikator	Pengertian dan Cara Menghitung	Standar	Yang	Rencana Pencapaian (%)		
					SPM (%)	dicapai 2022	2023
	Pelayanan						
31	Ketepatan waktu pelaporan hasil Rikkes Pa/Ba/Ta ≤ 2 hari	<ul style="list-style-type: none"> - Laporan pasien rikkes yang terhitung sejak laporan diterima sampai dengan terselesainya laporan ≤ 2 hari - Jumlah laporan yang ditangani tepat waktu dibagi Jumlah seluruh laporan/ 	100	100	100	100	
32	Ketepatan waktu sterilisasi	<ul style="list-style-type: none"> - Sterilisasi merupakan tingkat pemrosesan ulang yang diperlukan saat memproses peralatan/perangkat medis dengan menghancurkan semua bentuk kehidupan mikroba termasuk bakteri, virus, spora dan jamur.. - Jumlah peralatan medis yang di sterilisasi tepat waktu dibagi Jumlah seluruh peralatan ukur medis yang harus disterilisasi. 	100	100	100	100	
33	Waktu tunggu di rawat jalan ≤ 180 Menit	<ul style="list-style-type: none"> - Waktu tunggu adalah waktu yang diperlukan mulai pasien kontak dengan petugas pendaftaran sampai dilayani oleh dokter/ dokter spesialis. - umlah pasien yang terlayani dengan waktu tunggu ≤ 180 mnt dibagi Jumlah seluruh pasien yang di survey 	100	100	100	100	
34	Kepuasan Pasien dan Keluarga	<ul style="list-style-type: none"> - Kepuasan adalah pernyataan tentang persepsi pelanggan terhadap jasa pelayanan kesehatan yang diberikan oleh RS. - Jumlah pasien yang menyatakan puas atas pelayanan yang diberikan oleh rumah sakit (indeks kepuasan ≥3) dalam satu bulan dibagi Jumlah seluruh pasien yang disurvey 	90	90	90	90	
35	Presentase angka kejadian extravaksasi dengan pemberian kemoterapi melalui intravena	<ul style="list-style-type: none"> - Kebocoran dari vena ke jaringan sekitar yang sehat yang disebabkan karena pemberian obat kemoterapi yang melalui intravena/ infus - Jumlah pasien kemoterapi dibagi jumlah pasien yang mengalami extravaksasi 	100	100	100	100	
36	Kepatuhan pelaksanaan protocol kemoterapi	<ul style="list-style-type: none"> - Terisinya semua jam pelaksanaan kemoterapi pada kolom di protocol pelaksanaan dengan tepat waktu - Jumlah seluruh pasien yang protocol pemberiannya tidak terisi dibagi Jumlah Pasien Kemoterapi 	100	94	100	100	
37	Kepatuhan Identifikasi Pasien	<ul style="list-style-type: none"> - Identifikasi pasien adalah proses pengecekan identitas pasien menggunakan minimal 2 identitas dari 3 identitas yang tercantum pada gelang, label atau bentuk identitas lainnya sebelum memberikan pelayanan. Disebut patuh bila proses identifikasi pasien dilakukan secara benar oleh petugas sesuai SPO yg berlaku. 	100	94	100	100	

No	Indikator	Pengertian dan Cara Menghitung	Standar	Yang	Rencana Pencapaian (%)		
					SPM (%)	dicapai 2022	2023
	Pelayanan						
		<ul style="list-style-type: none"> - Jumlah tindakan pengecekan identitas pasien (verifikasi) yang dilakukan sesuai waktunya dibagi semua tindakan 					
38	Kepatuhan waktu visite dokter	<ul style="list-style-type: none"> - Kepatuhan Jam Visite Dokter Spesialis sebagai DPJP adalah kunjungan dokter spesialis untuk melihat perkembangan pasien yang menjadi tanggung jawabnya setiap hari sebelum jam 14.00 termasuk hari libur. - Jumlah visite yang dilakukan sesuai ketentuan dibagi Jumlah semua visite dokter spesialis. 	100	100	100	100	
39	Kepatuhan terhadap upaya pencegahan resiko pasien jatuh	<ul style="list-style-type: none"> - Disebut patuh apabila melaksanakan seluruh upaya pencegahan jatuh pada pasien yang berisiko sesuai dengan standar yang ditetapkan oleh rs atau SPO yg berlaku. - Seluruh kegiatan pencegahan yang dilakukan dibagi seluruh pencegahan resiko jatuh, 	100	100	100	100	
40	Kepuasan pasien	<ul style="list-style-type: none"> - Kepuasan adalah pernyataan tentang persepsi pelanggan terhadap jasa pelayanan kesehatan yang diberikan oleh RS. Kepuasan pelanggan dapat dicapai apabila pelayanan yang diberikan sesuai atau melampaui harapan pelanggan. - Jumlah pasien yang menyatakan puas atas pelayanan yang diberikan oleh rumah sakit (indeks kepuasan ≥ 3) dalam satu bulan dibagi Jumlah seluruh pasien yang disurvei dalam bulan yang sama 	90	90	90	90	
41	Kelengkapan hand over pasien antar unit	<ul style="list-style-type: none"> - Kelengkapan hand over pasien adalah terwujudnya proses pengalihan wewenang dan tanggung jawab untuk memberikan pelayanan keperawatan kepada pasien dari satu PPA di suatu unit pelayanan ke PPA di unit pelayanan lain secara lengkap. - Jumlah pasien yang diserahkan terimakan oleh PPA di suatu unit pelayanan ke PPA di unit pelayanan dengan lengkap dan benar dibagi Jumlah seluruh pasien yang diserahkan terimakan oleh PPA di suatu unit pelayanan ke PPA di unit pelayanan yang lain 	90	90	90	90	
42	Kepatuhan pemberian site marking	<ul style="list-style-type: none"> - Site marking yang dimaksud adalah tindakan pemberian tanda pada formular penandaan operasi dan lokasi operasi sesuai kriteria. - Jumlah pasien yang dilakukan prosedur site marking dengan tepat dan benar dibagi Jumlah seluruh pasien yang akan dilakukan tindakan operasi yang memerlukan site marking 	90	90	90	90	

No	Indikator	Pengertian dan Cara Menghitung	Standar	Yang	Rencana Pencapaian (%)		
					SPM (%)	dicapai 2022	2023
	Pelayanan						
43	Penundaan operasi elektif	<ul style="list-style-type: none"> - Penundaan operasi elektif adalah perubahan jadwal operasi yang direncanakan - Jumlah pasien dengan operasi elektif yang tertunda lebih dari 2 hari dibagi Jumlah seluruh pasien dengan operasi elektif 	0	0	0	0	
44	waktu tanggap operasi seksio sesarea emergensi	<ul style="list-style-type: none"> - waktu yang dibutuhkan pasien untuk mendapatkan tindakan seksio sesarea emergensi sejak diputuskan operasi sampai dimulainya insisi operasi dikamar operasi yaitu ≤ 30 menit. - Jumlah pasien operasi SC emergency yang tepat waktu dibagi Jumlah seluruh pasien SC emergency 	100	100	100	100	
45	perbedaan diagnosis pra operasi dan diagnosis post operasi	<ul style="list-style-type: none"> - Terjadinya insiden kesalahan diagnosis pada pasien pra operasi yang baru diketahui oleh operator pada saat durante operasi (diagnosa pre dan post operasi berbeda) - Kejadian kesalahan diagnosa pre dan post operasi dibagi Jumlah seluruh pasien dengan operasi 	0	0	0	0	
46	kejadian tidak diharapkan selama sedasi dalam moderat	<ul style="list-style-type: none"> - KTD adalah suatu kejadian yang mengakibatkan cedera yang tidak diharapkan oleh pasien karena suatu Tindakan (commission) atau karena tidak mengambil tindakan yang tidak seharusnya diambil (omission) dan bukan karena under lying disease atau kondisi pasien. Sedasi adalah pembiusan pada pasien dengan penyuntikan obat yang dapat menyebabkan pasaien mengantuk, tidur, serta tidak mudah dibangunkan dengan tujuan untuk menghilangkan rasa nyeri selama proses pembedahan - Jumlah kasus pembedahan yang terjadi KTD selama sedasi dalam dan moderat dibagi Jumlah seluruh tindakan pembedahan dengan sedasi dalam dan moderat 	0	0	0	0	
47	kejadian tidak diharapkan selama proses monitoring status fisiologis selama sedasi	<ul style="list-style-type: none"> - KTD selama proses monitoring status fisiologis selama sedasi adalah adalah suatu kejadian yang mengakibatkan cedera yang tidak diharapkan oleh pasien selama pemberian anastesi. - Jumlah kasus pembedahan yang dilakukan dengan sedasi dibagi Jumlah seluruh tindakan pembedahan dengan sedasi 	0	0	0	0	
48	Kepatuhan Penggunaan Formularium Nasional	<ul style="list-style-type: none"> - Kesesuaian penulisan resep oleh DPJP dengan Formularium Nasional untuk pasien - Jumlah item resep (R/) yang sesuai Fornas dibagi Jumlah total item resep (R/) 	100	100	100	100	

No	Indikator	Pengertian dan Cara Menghitung	Standar	Yang	Rencana Pencapaian (%)		
					SPM (%)	dicapai 2022	2023
	Pelayanan						
49	Kepatuhan Penggunaan Formularium RS	<ul style="list-style-type: none"> - Kepatuhan Penggunaan Formularium RS adalah kepatuhan para dokter meresepkan obat kepada pasien sesuai dengan daftar obat-obatan Formularium RS. Disebut patuh bila seluruh obat dalam resep mengikuti formularium RS. - Jumlah obat yang sesuai formularium RS yg diberikan kepada pasien non BPJS dibagi Jumlah seluruh obat yang diberikan kepada pasien non BPJS 	100	100	100	100	
50	Kepatuhan penandaan high alert pada obat sitostatika	<ul style="list-style-type: none"> - Kepatuhan pemberian label high alert obat sitostatika oleh farmasi yang dimaksud adalah ketepatan pemberian label sitostatika pada obat yang termasuk dalam golongan sitostatika di depo farmasi rawat jalan. - Jumlah obat sitostatika yang diberi label High Alert dengan tepat sesuai dengan standar di depo 3 farmasi dibagi Jumlah seluruh obat sitostatika yang dipantau 	100	100	100	100	
51	Waktu Tunggu obat	<ul style="list-style-type: none"> - Waktu tunggu pelayanan obat adalah tenggang waktu mulai pasien menyerahkan resep sampai dengan menerima obat - Jumlah resep yang terlayani tepat waktu dibagi Jumlah seluruh resep yang dilayani 	100	100	100	100	
52	Kualitas penggunaan antibiotik	<ul style="list-style-type: none"> - Antibiotik adalah substrat yang bisa membunuh atau menghentikan pertumbuhan bakteri dengan cara menghambat fungsi penting dari sel bakteri - Jumlah DDD (Defined Daily Dose) dibagi Jumlah hari pasien 	100	100	100	100	
53	Kualitas pemilihan antibiotik yang rasional	<ul style="list-style-type: none"> - Evaluasi penggunaan antbiotika berdasarkan indikasi medis, pilihan, dosis, dan durasi penggunaan yang dilakukan dengan pertimbangan rasional. - Jumlah pasien yang rasional (Kriteria Gryssens 0) dibagi Jumlah total pasien yang mendapat antibiotika 	< 50	< 50	< 50	< 50	
54	Kepatuhan penulisan obat antibiotik	<ul style="list-style-type: none"> - Kepatuhan penulisan obat antibiotik sesuai dengan standar. - Jumlah obat antibiotik yang ditulis dibagi Jumlah seluruh obat antibiotik yang dipantau 	0	0	0	0	
55	Kejadian drop out pasien terhadap pelayanan rehabilitasi	<ul style="list-style-type: none"> - Drop out pasien terhadap pelayanan rehabilitasi yang direncanakan adalah pasien yang tidak meneruskan program rehabilitasi yang direncanakan. 	≤ 50	40	≤ 50	≤ 50	

No	Indikator	Pengertian dan Cara Menghitung	Standar	Yang	Rencana Pencapaian (%)		
					SPM (%)	dicapai 2022	2023
	Pelayanan						
	medik/fisioterapi yang direncanakan	- Jumlah pasien yang dropout dalam 1 bulan dibagi jumlah seluruh pasien yang di program rehabilitasi sesuai program.					
56	Kesalahan tindakan rehabilitasi medik/fisioterapi	- Kesalahan tindakan rehabilitasi medik adalah memberikan atau tidak memberikan tindakan rehab medik yang diperkukan yang tidak sesuai dengan rencana asuhan - Jumlah seluruh pasisen yang mengalami kesalahan tindakan dibagi jumlah seluruh pasien rehab medik.	0	0	0	0	
57	Waktu lapor hasil tes kritis laboratorium	- waktu yang diperlukan untuk memberikan jawaban kepada dokter yang mengirim setelah keluar hasil pemeriksaan dan mulai dibaca oleh Dokter/ Analis Laboratorium sampai hasilnya diterima oleh dokter yang mengirim(lisan atau tulisan). - Jumlah kejadian nilai kritis yang dilaporkan tepat waktu dibagi Jumlah kejadian nilai kritis seluruhnya	100	100	100	100	
	Kerusakan sampel darah	- Terjadinya lisis atau pembekuan darah yang tidak sesuai dengan syarat sampel darah yang baik. - Jumlah kerusakan sampel darah dibagi Jumlah sampel darah seluruhnya	0	2.33	0	0	
	Kesalahan labeling sampel	- Penulisan jenis komponen darah pada kitir/label darah yang diberikan kepada pasien tidak sesuai dengan jenis komponen darah yang di instruksikan atau permintaan dokter. - Jumlah kesalahan labeling sampel dibagi Jumlah sampel seluruhnya	0	0	0	0	
	Waktu tunggu foto cito	- Waktu tunggu hasil pelayanan thorax foto adalah tenggang waktumulai pasien di foto sampai dengan menerima hasil yang sudah di Ekspertisi. - Jurnalh komulatif waktu tunggu hasil pelayanan thorax foto citodalam satu Bulan dibagi Jurnalh pasien yang di foto thorax cito dalam bulan tersebut.	100	89	100	100	
	Waktu tunggu pelaporan hasil kritis	- Waktu lapor hasil tes kritis laboratorium adalah waktu yang diperlukan untuk memberikan jawaban pada dokter yang mengirim setelah keluar hasil pemeriksaan sampai hasilnya diterimaoleh dokter yang mengirim (lisan atau tulisan)Standar: harus diterima oleh dokter yang mengirim	100	100	100	100	

No	Indikator	Pengertian dan Cara Menghitung	Standar	Yang	Rencana Pencapaian (%)		
					SPM (%)	dicapai 2022	2023
	Pelayanan						
		<p>dalam waktu kurang dari 30 menit baik secara lisan maupun tulisan. Untuk lisan harus ada bukti TBaK yang dituliskan di rekam medic. Yang dimaksud dengan kritis adalah hasil pemeriksaan yang termasuk dalam kategori kritis yang ditetapkan dengan kebijakan rumah sakit.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Jumlah pemeriksaan laboratorium kritis yang dilaporkan kurang dari 30 menit dibagi Jumlah seluruh pemeriksaan laboratorium kritis 					
	Ketepatan penyerahan hasil pemeriksaan Patologi Anatomi	<ul style="list-style-type: none"> - Ketepatan waktu penyerahan hasil pemeriksaan patologi anatomi yang tidak boleh lebih dari waktu yang sudah ditentukan. - Jumlah waktu penyerahan hasil yang tepat waktu dibagi jumlah seluruh hasil pemeriksaan patologi anatomi. 	100	100	100	100	
	Tidak adanya linen yang hilang	<ul style="list-style-type: none"> - Linen adalah semua jenis hasil tenunan yang digunakan untuk pelayanan pasien di rumah sakit. - Jumlah linen yang ada/ tersedia saat ini dibagi Jumlah Kumulatif linen yang dimiliki 	100	98.3	100	100	
	Waktu tanggap pelayanan pemulasaraan jenazah Wanita ≤ 2 jam	<ul style="list-style-type: none"> - Pelayanan Pemulasaraan jenazah wanita adalah perawatan jenazah wanita yang meliputi memandikan, mengkafani dan menyediakan peti jenazah Waktu tanggap adalah waktu yang diperlukan untuk memberikan pelayanan pemulasaraan jenazah wanita. - Jumlah jenazah wanita yang pelayanan pemulasaraannya ≤ 2 jam dibagi Jumlah seluruh Jenazah yang mendapat pelayanan 	100	97.7	100	100	
	Tidak adanya Kesalahan diit pasien	<ul style="list-style-type: none"> - Diet Pasien adalah Pemberian makanan sesuai dengan kebutuhan gizi pasien berdasarkan penyakit yang diderita Kesalahan Dalam memberikan diet adalah kesalahan Dalam memberikan jenis diet. - jumlah pemberian makanan yang disurvei dikurangi jumlah yang salah diet pada bulan tersebut dibagi Jumlah pasien yang disurvei pada bulan tersebut 	0	5	0	0	
	Pemberian obat anti platelet < 30 mnt setelah terdiagnosa Stemi di IGD	<ul style="list-style-type: none"> - Waktu Pemberian Obat Anti Platelet mulai dari ditegakkannya diagnose oleh dr IGD sampai dengan obat diberikan kepada Pasien STEMI Kurang Sama Dengan 30 Menit. - Semua Pasien Jantung dibagi Semua Pasien Yang Mendapatkan Terapi Antiplatelet. 	100	100	100	100	
	Waktu tunggu rujuk pasien stemi ke RS tujuan < 120 mnt	<ul style="list-style-type: none"> - Waktu Yang Dibutuhkan Pasien Dengan STEMI mulai di tegakkannya diagnose pasti stemi oleh dr jaga IGD sampai dengan 	0	5	0	0	

No	Indikator	Pengertian dan Cara Menghitung	Standar	Yang	Rencana Pencapaian (%)	
					2023	2024
	Pelayanan		SPM (%)	dicapai 2022		
		datangnya pasien di rumkit tujuan Tidak Lebih Dari Sama Dengan 120 Menit. - Jumlah Pasien Dengan STEMI yang Tepat Waktu Rujuk dibagi Jumlah seluruh Pasien Yang Dirujuk Ke Rumah Sakit Rujukan				
	(Respon Time) Waktu tanggapan penyelesaian administrasi surat balasan permohonan lahan kegiatan diklat dan litbangkes kurang lebih 14 hari	- Respon Time) adalah waktu yang dibutuhkan dalam penyelesaian jawaban surat balasan permohonan institusi pendidikan mulai surat permohonan masuk di Tuud sampai mendapat balasan surat ijin atau penolakan penggunaan lahan pratik diklat dan penelitian di tempat atau unit praktik kerja lapangan atau lokasi penelitian di Rumah Sakit Tk. II. dr. Soepraoen yang terlayani ≤ 14 hari. - Jumlah surat pengajuan permohonan institusi pendidikan pengguna lahan yang terlayani ≤ 14 hari dibagi Jumlah seluruh pengajuan permohoanan institusi pendidikan pengguna lahan.	100	94.7	100	100
	Kepuasan pasien terhadap kehadiran praktikan	- Kepuasan adalah pernyataan tentang persepsi pasien/pelanggan terhadap pelayanan yang di berikan/kehadiran praktikan di unit pelayanan. - Jumlah kumulatif rerata penilaian kepuasan pasien terhadap kehadiran praktikan di unit pelayanan yang terdapat pratikan yang di survey dibagi Jumlah seluruh respon kepuasan pasien di unit pelayanan yang terdapat praktikan yang di survey (minimal n = 500)	100	95	100	100

BAB IV PENUTUP

1. Bahwa Standar Pelayanan Minimum(SPM) merupakan acuan bagi Rumah Sakit Tk.II dr.Soepraoen Kesdam V/Brawijaya dalam memberikan pelayanan kesehatan. Standar Pelayanan Minimum akan memberikan dampak bagi pelaksanaan kinerja yang bermutu sesuai dengan standar Akreditasi Versi 2022 yang telah diraih dengan predikat Paripurna. Penyusunan SPM ini akan mendorong terwujudnya transparansi dan akuntabilitas publik dalam penyelenggaraan pelayanan kesehatan, dengan mempertimbangkan kualitas layanan, pemerataan dan kesetaraan serta kemudahan memperoleh layanan yang akan mempunyai tolak ukur yang jelas baik secara kuantitatif maupun kualitatif.
2. Penyusunan SPM yang dibuat dalam rangka perubahan system pengelolaan keuangan Rumah Sakit menuju PK-BLU, merupakan pemikiran dasar dan masih membutuhkan perbaikan bahkan penyelesaian lebih lanjut selaras dengan perkembangan situasi, kondisi dan kebutuhan Rumah Sakit Tk.II dr.Soepraoen Kesdam V/Brawijaya.
3. Surat keputusan Standar Pelayanan Minimum Rumah Sakit Tk.II dr.Soepraoen Kesdam V/Brawijaya ini diharapkan dapat membantu dalam pelaksanaan penerapan Standar Pelayanan Minimum Rumah Sakit dan unsur terkait dalam melaksanakan perencanaan, pembiayaan dan pelaksanaan setiap jenis pelayanan.
4. Hal-hal lain yang belum tercantum dalam lampiran keputusan ini akan diadakan perubahan sebagaimana mestinya dengan ketentuan yang berlaku.

Kepala Rumah Sakit Tk.II dr.Soepraoen

dr. Muh Harid Akbar, Sp.JP(K), FIHA
Kolonel Ckm NRP 32555