

PERATURAN GUBERNUR NUSA TENGGARA BARAT
 NOMOR 31 TAHUN 2023
 TENTANG
 STANDAR PELAYANAN MINIMAL BADAN LAYANAN
 UMUM DAERAH RUMAH SAKIT MANDALIKA PROVINSI
 NUSA TENGGARA BARAT

INDIKATOR STANDAR PELAYANAN MINIMAL
 BADAN LAYANAN UMUM DAERAH RUMAH SAKIT MANDALIKA PROVINSI NUSA TENGGARA BARAT

No	Jenis Pelayanan	Indikator		Standar	Target (%)				
		Jenis	Uraian		2023	2024	2025	2026	2027
1	Pelayanan Gawat Darurat	Input	1. Kemampuan menangani life saving anak dan dewasa	100%	100%	100%	100%	100%	100%
			2. Pemberi pelayanan kegawat-daruratan bersertifikat (ATLS/BTLS/ACLS/PPGD/GELS) yang masih berlaku	100%	100%	100%	100%	100%	100%
			3. Ketersediaan tim Penanggulangan bencana	1 Tim	100%	100%	100%	100%	100%
		Proses	4. Jam buka pelayanan Gawat Darurat	24 Jam	100%	100%	100%	100%	100%
			5. Waktu tanggap pelayanan dokter di Gawat Darurat	≤ 5 menit terlayani, setelah pasien datang	100%	100%	100%	100%	100%
			6. Tidak adanya pasien yang membayar uang muka	100%	100%	100%	100%	100%	100%
		Output	7. Kematian pasien di IGD (≤ 8 jam)	≤ 2 per seribu (pindah ke pelayanan rawat inap setelah 8 jam)	80%	85%	90%	95%	100%
		Outcome	8. Kepuasan pasien	≥ 70%	80%	85%	90%	95%	100%
2	Pelayanan Rawat Jalan	Input	1. Ketersediaan pelayanan	a. Klinik Anak	100%	100%	100%	100%	100%
				b. Klinik Penyakit Dalam	100%	100%	100%	100%	100%
				c. Klinik Kebidanan	100%	100%	100%	100%	100%
				d. Klinik Bedah	100%	100%	100%	100%	100%
		2. Dokter pemberi pelayanan di poliklinik spesialis	100% dokter spesialis	100%	100%	100%	100%	100%	
Proses	3. Jam buka pelayanan dengan ketentuan	07.30 s/d 14.30 Senin-Kamis 07.30 s/d 11.00 Jum'at	100%	100%	100%	100%	100%		

No	Jenis Pelayanan	Indikator		Standar	Target (%)				
		Jenis	Uraian		2023	2024	2025	2026	2027
				07.30 s/d 13.30 Sabtu					
			4. Waktu tunggu di rawat jalan	< 60 menit	100%	100%	100%	100%	100%
			5. Penegakan Diagnosis TB melalui pemeriksaan mikroskopis TB	≥ 60%	60%	70%	80%	90%	100%
			6. Pasien Rawat Jalan TB yang ditangani dengan strategi DOTS	≤ 60%	60%	70%	80%	90%	100%
			7. Ketersediaan Pelayanan VCT (HIV)	Tersedia dengan tenaga terlatih	100%	100%	100%	100%	100%
		Output	8. Peresepan obat sesuai formularium	100%	100%	100%	100%	100%	100%
			9. Pencatatan dan Pelaporan TB di RS	< 60%	60%	70%	80%	90%	100%
		Outcome	10. Kepuasan pasien	≥ 90%	90%	90%	92%	95%	100%
3	Pelayanan Rawat Inap	Input	1. Ketersediaan pelayanan di Rawat Inap	a. Anak b. Penyakit Dalam c. Kebidanan d. Bedah	100%	100%	100%	100%	100%
			2. Pemberi pelayanan di Rawat Inap	a. Dr. Spesialis b. Perawat minimal pendidikan D3	100%	100%	100%	100%	100%
			3. Tempat tidur dengan pengaman	100%	100%	100%	100%	100%	100%
			4. Kamar mandi dengan pengaman pegangan tangan	100%	100%	100%	100%	100%	100%
		Proses	5. Dokter penanggung jawab pasien rawat inap	100%	100%	100%	100%	100%	100%
			6. Jam Visite Dokter Spesialis	08.00 s/d 14.00 setiap hari kerja	100%	100%	100%	100%	100%
			7. Kejadian infeksi pasca operasi	< 1,5%	1,5%	1,3%	1,1%	1,0%	1%
			8. Kejadian infeksi nosokomial	< 1,5%	1,5%	1,3%	1,1%	1,0%	1%
			9. Tidak adanya kejadian pasien jatuh yang berakibat kecacatan/kematian	100%	100%	100%	100%	100%	100%
			10. Penegakan diagnosis TB melalui pemeriksaan mikroskopis TB	≥ 60%	60%	70%	80%	90%	100%
			11. Terlaksana kegiatan pencatatan dan pelaporan TB di rumah sakit	≥ 60%	60%	70%	80%	90%	100%

No	Jenis Pelayanan	Indikator		Standar	Target (%)				
		Jenis	Uraian		2023	2024	2025	2026	2027
		Output	12. Kejadian pulang sebelum dinyatakan sembuh	≤ 5%	5%	4,5%	4%	3,5%	3%
			13. Kematian pasien > 48 jam	< 0,24%	0,24%	0,22%	0,20%	0,18%	0,15%
		Outcome	14. Kepuasan pasien	≥ 90%	90%	91%	93%	95%	100%
4	Pelayanan Bedah Sentral	Input	1. Ketersediaan tim bedah	Sesuai dengan kelas RS	100%	100%	100%	100%	100%
			2. Ketersediaan fasilitas dan peralatan operasi	Sesuai dengan kelas RS	100%	100%	100%	100%	100%
			3. Kemampuan melakukan tindakan operatif	Sesuai dengan kelas RS	100%	100%	100%	100%	100%
		Proses	4. Waktu tunggu operasi efektif	< 2 hari	100%	100%	100%	100%	100%
			5. Tidak adanya kejadian operasi salah sisi	100%	100%	100%	100%	100%	
			6. Tidak adanya kejadian operasi salah orang	100%	100%	100%	100%	100%	
			7. Tidak adanya kejadian salah tindakan pada operasi	100%	100%	100%	100%	100%	
			8. Tidak adanya kejadian tertinggalnya benda asing/lain pada tubuh pasien setelah operasi	100%	100%	100%	100%	100%	
			9. Komplikasi anastesi karena overdosis, reaksi anastesi, salah penempatan anastesi ET (Endotracheal Tube)	≤ 6%	6%	5,5%	5%	4,5%	4%
		Output	10. Kejadian kematian di meja operasi	< 1%	1%	0,8%	0,6%	0,5%	0,5%
Outcome	11. Kejadian pelanggaran	≥ 80%	80%	85%	90%	95%	100%		
5	Persalinan dan Perinatologi	Input	1. Pemberi pelayanan persalinan normal	a. Dokter Sp.OG b. Dokter Umum terlatih (Asuhan Persalinan Normal) c. Bidan	100%	100%	100%	100%	100%
			2. Pemberi pelayanan persalinan dengan penyulit	Tim PONEK yang Terlatih	100%	100%	100%	100%	100%
			3. Pemberi pelayanan persalinan dengan tindakan operatif	a. Dokter Sp.OG b. Dokter Sp.A c. Dokter Sp.An	100%	100%	100%	100%	100%
			4. Kemampuan menangani BBLR (1500 gr-2500 gr)	100%	100%	100%	100%	100%	
			5. Kemampuan menangani bayi lahir dengan asfiksia	100%	100%	100%	100%	100%	

No	Jenis Pelayanan	Indikator		Standar	Target (%)				
		Jenis	Uraian		2023	2024	2025	2026	2027
		Proses	6. Pertolongan persalinan melalui seksio caesaria	$\leq 20\%$	20%	18%	15%	13%	10 %
			7. Presentasi KB (vasektomi dan tubektomi) yang dilakukan oleh tenaga kompetensi dr.Sp.OG, dr.Sp.B, dr.Sp.U atau dr.umum terlatih	100%	100%	100%	100%	100%	100%
			8. Presentasi peserta KB mantap yang mendapat konseling KB mantap bidan terlatih	100%	100%	100%	100%	100%	100%
		Output	9. Kejadian kematian ibu karena persalinan	a. Perdarahan $< 1\%$ b. Pre-Eklampsia $\leq 30\%$ c. Sepsis $< 0,2\%$	100%	100%	100%	100%	100%
		Outcome	10. Kepuasan pasien	$\geq 80\%$	80%	85%	90%	95%	100%
6	Pelayanan Intensif	Input	1. Pemberi pelayanan Unit Intensif	a. Dokter Sp. Anestesi dan dokter spesialis sesuai dengan kasus yang di tangani b. 100% perawat minimal D3 dengan sertifikat Perawat Mahir ICU/Setara (D4)	100%	100%	100%	100%	100%
			2. Ketersediaan fasilitas dan peralatan ruang ICU	Sesuai kelas RS dan standar ICU	100%	100%	100%	100%	100%
			3. Ketersediaan tempat tidur dengan monitoring dan ventilator	Sesuai kelas RS dan standar ICU	100%	100%	100%	100%	100%
		Proses	4. Kepatuhan terhadap handhygiene	100%	100%	100%	100%	100%	
			5. Kejadian infeksi nosokomial	$< 21\%$	21%	18%	15%	13%	10%
		Output	6. Pasien yang kembali ke perawatan intensif dengan kasus yang sama < 72 jam	$< 3\%$	3%	2,7%	2,5%	2,3%	2%
		Outcome	7. Kepuasan pelanggan	$\geq 80\%$	80%	85%	90%	95%	100%
7	Pelayanan Radiologi	Input	1. Pemberi pelayanan radiologi	Dokter spesialis radiologi, Radiografer	100%	100%	100%	100%	100%
			2. Ketersediaan fasilitas dan peralatan radiologi	Sesuai kelas RS	100%	100%	100%	100%	100%
		Proses	3. Waktu tunggu hasil pelayanan foto thorax	≤ 3 jam	100%	100%	100%	100%	100%

No	Jenis Pelayanan	Indikator		Standar	Target (%)				
		Jenis	Uraian		2023	2024	2025	2026	2027
			4. Kerusakan foto	< 2%	2%	1,8%	1,5%	1,3%	1%
			5. Kejadian kegagalan pelayanan Rontgen	100%	100%	100%	100%	100%	100%
		Output	6. Pelaksana Ekspertisi hasil pemeriksaan radiologi	Dokter spesialis radiologi	100%	100%	100%	100%	100%
		Outcome	7. Kepuasan pelanggan	≥ 80%	80%	85%	90%	95%	100%
8	Pelayanan Patologi Klinik	Input	1. Pemberi pelayanan laoratorium patologi klinik	Sesuai kelas RS	100%	100%	100%	100%	100%
			2. Fasilitas dan peralatan	Sesuai kelas RS	100%	100%	100%	100%	100%
		Proses	3. Waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium patologi klinik	≤ 140 menit darah & darah rutin	100%	100%	100%	100%	100%
			4. Tidak adanya kejadian tertukar specimen	100%	100%	100%	100%	100%	
			5. Kemampuan memeriksa HIV-AIDS	Tersedia tenaga, peralatan dan reagen	100%	100%	100%	100%	100%
			6. Kemampuan mikroskopis TB Paru		100%	100%	100%	100%	100%
		Output	7. Pelaksana ekspertisi hasil pemeriksaan laboratorium	Dokter spesialis patologi klinik	100%	100%	100%	100%	100%
			8. Tidak adanya kesalahan pemberian hasil pemeriksaan laboratorium	100%	100%	100%	100%	100%	
			9. Kesesuaian hasil pemeriksaan baku mutu eksternal	100%	100%	100%	100%	100%	
		Outcome	10. Kepuasan pelanggan	≥ 80%	80%	85%	90%	95%	100%
9	Pelayanan Rehabilitasi Medik	Input	1. Pemberi pelayanan rehabilitasi medik	Sesuai persyaratan kelas rumah sakit	100%	100%	100%	100%	100%
			2. Fasilitas dan peralatan rehabilitasi medik		100%	100%	100%	100%	100%
		Proses	3. Tidak adanya kejadian kesalahan tindakan rehabilitasi medik	100%	100%	100%	100%	100%	
		Output	4. Kejadian Drop Out pasien terhadap pelayanan Rehabilitasi Medik yang direncanakan.	≤ 50%	50%	45%	40%	35%	30%
		Outcome	5. Kepuasan pelanggan	≥ 80%	80%	85%	90%	95%	100%
10	Pelayanan Farmasi	Input	1. Pemberi pelayanan farmasi	Sesuai kelas rumah sakit	100%	100%	100%	100%	100%
			2. Fasilitas dan peralatan pelayanan farmasi	Sesuai kelas rumah sakit	100%	100%	100%	100%	100%
			3. Penulisan resep sesuai formularium	100%	100%	100%	100%	100%	
		Proses	4. Waktu tunggu pelayanan obat jadi	< 30 menit	100%	100%	100%	100%	100%

No	Jenis Pelayanan	Indikator		Standar	Target (%)				
		Jenis	Uraian		2023	2024	2025	2026	2027
			5. Waktu tunggu pelayanan obat racikan	< 60 menit	100%	100%	100%	100%	100%
		Output	6. Tidak adanya kejadian kesalahan pemberian obat	100%	100%	100%	100%	100%	100%
		Outcome	7. Kepuasan pelanggan	≥ 80%	80%	85%	90%	95%	100%
11	Pelayanan Gizi	Input	1. Pemberi pelayanan gizi	Sesuai pola ketenagaan tersedia	100%	100%	100%	100%	100%
			2. Ketersediaan pelayanan konsultasi gizi		100%	100%	100%	100%	100%
			3. Ketepatan waktu pemberian makanan kepada pasien	≥ 90%	90%	92%	94%	97%	100%
			4. Tidak adanya kejadian kesalahan pemberian diet	100%	100%	100%	100%	100%	
		Output	5. Sisa makanan yang tidak dimakan oleh pasien	≤ 20%	20%	18%	15%	13%	10%
		Outcome	6. Kepuasan pelanggan	≥ 80%	80%	85%	90%	95%	100%
12	Pelayanan Transfusi Darah	Input	1. Tenaga penyedia pelayanan bank darah rumah sakit	Sesuai standar BDRS	100%	100%	100%	100%	100%
			2. Ketersediaan fasilitas dan peralatan bank darah rumah sakit	Sesuai standar BDRS	100%	100%	100%	100%	100%
		Proses	3. Kejadian reaksi transfusi	< 0,01%	0,01%	0,01%	0,01%	0,01%	
		Output	4. Kebutuhan darah bagi setiap pelayanan transfusi	100% Terpenuhi	100%	100%	100%	100%	100%
		Outcome	5. Kepuasan pelanggan	≥ 80%	80%	85%	90%	95%	100%
13	Pelayanan Pasien Keluarga Miskin	Input	1. Ketersediaan pelayanan untuk keluarga miskin	Tersedia, ada	100%	100%	100%	100%	100%
			2. Pelayanan terhadap pasien keluarga miskin yang datang ke RS pada setiap unit pelayanan	100% Terlayani	100%	100%	100%	100%	100%
		Proses	3. Waktu tunggu verifikasi kepesertaan pasien keluarga miskin	≤ 15 menit	100%	100%	100%	100%	100%
			4. Tidak adanya biaya tambahan yang ditagihkan pada keluarga miskin	100%	100%	100%	100%	100%	
		Output	5. Semua pasien keluarga miskin yang dilayani	100%	100%	100%	100%	100%	
		Outcome	6. Kepuasan pelanggan	≥ 80%	80%	85%	90%	95%	100%
14	Pelayanan Rekam	Input	1. Pemberi pelayanan rekam medik	Sesuai persyaratan	100%	100%	100%	100%	100%

No	Jenis Pelayanan	Indikator		Standar	Target (%)				
		Jenis	Uraian		2023	2024	2025	2026	2027
	Medik	Proses	2. Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat jalan	≤ 10 menit	100%	100%	100%	100%	100%
			3. Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat inap	< 15 menit	100%	100%	100%	100%	100%
		Output	4. Kelengkapan pengisian rekam medik 24 jam setelah selesai pelayanan	100%	100%	100%	100%	100%	
			5. Kelengkapan Informed Consent setelah mendapatkan informasi yang jelas	100%	100%	100%	100%	100%	
		Outcome	6. Kepuasan pelanggan	≥ 80%	80%	85%	90%	95%	100%
		15	Pengelolaan Limbah	Input	1. Adanya penanggung jawab pengelola limbah rumah sakit	Adanya SK Direktur sesuai kelas RS (Permenkes Nomor 1204 Tahun 2004)	100%	100%	100%
2. Ketersediaan fasilitas dan peralatan pengelolaan limbah rumah sakit (padat dan cair)	Sesuai peraturan perundangan				100%	100%	100%	100%	100%
Proses	3. Pengelolaan limbah padat infeksius sesuai dengan aturan			100%	100%	100%	100%	100%	
	4. Pengelolaan limbah cair infeksius sesuai dengan aturan			100%	100%	100%	100%	100%	
Output	5. Baku mutu limbah cair			a. BOD <30 mg/l b. COD <80 mg/l c. PH 6-9	100%	100%	100%	100%	100%
16	Administrasi dan Manajemen	Input	1. Kelengkapan pengisian jabatan sesuai persyaratan jabatan dalam struktur organisasi	≥ 90%	90%	92%	95%	97%	100%
			2. Tindak lanjut penyelesaian hasil pertemuan direksi	100%	100%	100%	100%	100%	
			3. Adanya peraturan internal rumah sakit	Ada	100%	100%	100%	100%	
			4. Adanya peraturan karyawan rumah sakit	Ada	100%	100%	100%	100%	
			5. Adanya daftar urutan kepangkatan karyawan	Ada	100%	100%	100%	100%	
			6. Adanya perencanaan strategi bisnis rumah sakit	Ada	100%	100%	100%	100%	
			7. Adanya perencanaan pengembangan SDM	Ada	100%	100%	100%	100%	
			8. Ketetapan waktu pengusulan kenaikan pangkat	100%	100%	100%	100%	100%	
			9. Ketetapan waktu pengurusan gaji berkala	100%	100%	100%	100%	100%	

No	Jenis Pelayanan	Indikator		Standar	Target (%)				
		Jenis	Uraian		2023	2024	2025	2026	2027
			10. Pelaksanaan rencana pengembangan SDM	> 90%	90%	92%	95%	97%	100%
			11. Ketetapan waktu penyusunan laporan keuangan	100%	100%	100%	100%	100%	100%
			12. Ketetapan waktu pemberian informasi tentang tagihan pasien rawat inap	≤ 2 jam	100%	100%	100%	100%	100%
		Output	13. Cost recovery	> 40%	40%	65%	80%	90%	100%
			14. Kelengkapan pelaporan akuntabilitas kinerja	100%	100%	100%	100%	100%	100%
			15. Karyawan yang mendapat pelatihan minimal 20 jam sertahun	≥ 60%	60%	70%	80%	90%	100%
			16. Ketetapan waktu pemberian imbalan (insentif) sesuai kesepakatan waktu	100%	100%	100%	100%	100%	100%
17	Pelayanan Ambulans dan Mobil Jenazah	Input	1. Waktu pelayanan ambulans dan mobil jenazah	24 jam	100%	100%	100%	100%	100%
			2. Penyedia pelayanan ambulans dan mobil jenazah	Supir ambulans terlatih	100%	100%	100%	100%	100%
			3. Ketersediaan mobil ambulans dan mobil jenazah	Mobil ambulans dan mobil jenazah terpisah	100%	100%	100%	100%	100%
		Proses	4. Kecepatan memberikan pelayanan ambulans/mobil jenazah di rumah sakit	≤ 30 menit	100%	100%	100%	100%	100%
			5. Response time pelayanan ambulans oleh masyarakat yang membutuhkan	Sesuai ketentuan daerah	100%	100%	100%	100%	100%
		Output	6. Tidak terjadinya kecelakaan ambulans/mobil jenazah yang menyebabkan kecacatan atau kematian	100%	100%	100%	100%	100%	
		Outcome	7. Kepuasan pelanggan	≥ 80%	80%	85%	90%	95%	100%
18	Perawatan Jenazah	Input	1. Ketersediaan pelayanan pemulasaraan jenazah	24 jam	100%	100%	100%	100%	100%
			2. Ketersediaan fasilitas kamar jenazah	Sesuai kelas rumah sakit	100%	100%	100%	100%	100%
			3. Ketersediaan tenaga di instalasi perawatan jenazah	Ada SK Direktur	100%	100%	100%	100%	100%
		Proses	4. Waktu tanggap (<i>response time</i>) pelayanan pemulasaraan jenazah	≤ 2 jam	100%	100%	100%	100%	100%
			5. Perawatan jenazah sesuai standar <i>universal precaution</i>	100%	100%	100%	100%	100%	

No	Jenis Pelayanan	Indikator		Standar	Target (%)				
		Jenis	Uraian		2023	2024	2025	2026	2027
			6. Tidak terjadinya kesalahan identifikasi jenazah	100%	100%	100%	100%	100%	100%
		Outcome	7. Kepuasan pelanggan	> 80%	80%	85%	90%	95%	100%
19	Pelayanan Laundry	Input	1. Ketersediaan pelayanan laundry	Tersedia	100%	100%	100%	100%	100%
			2. Tidak adanya kejadian linen hilang	100%	100%	100%	100%	100%	
			3. Ketersediaan fasilitas dan peralatan laundry	Tersedia	100%	100%	100%	100%	
		Proses	4. Ketetapan waktu penyediaan linen untuk ruang rawat inap dan ruang pelayanan	100%	100%	100%	100%	100%	
			5. Ketetapan pengelolaan linen infeksius	100%	100%	100%	100%	100%	
		Output	6. Ketersediaan linen	2,5-3 set x jumlah tempat tidur	100%	100%	100%	100%	
			7. Ketersediaan linen steril untuk kamar operasi	100%	100%	100%	100%	100%	
20	Pemeliharaan Sarana Rumah Sakit	Input	1. Adanya penanggung jawab IPSRS	SK Direktur	100%	100%	100%	100%	100%
			2. Ketersediaan bengkel kerja	Tersedia	100%	100%	100%	100%	
		Proses	3. Kecepatan waktu menanggapi kerusakan alat	≥ 80%	80%	85%	90%	95%	
			4. Ketetapan waktu pemeliharaan alat sesuai jadwal pemeliharaan	100%	100%	100%	100%	100%	
			5. Ketetapan waktu kalibrasi alat	100%	100%	100%	100%	100%	
Output	6. Peralatan laboratorium dan alat ukur yang digunakan dalam pelayanan terkalibrasi tepat waktu sesuai dengan ketentuan kalibrasi	100%	100%	100%	100%	100%			
21	Pencegahan dan Pengendalian Infeksi	Input	1. Adanya anggota tim PPI yang terlatih	Anggota Tim PPI yang terlatih 75%	75%	85%	90%	95%	100%
			2. Ketersediaan APD di setiap instalasi/ department	≥ 60%	60%	70%	80%	90%	
			3. Rencana program PPI	Ada	100%	100%	100%	100%	
		Proses	4. Pelaksanaan program PPI sesuai rencana	100%	100%	100%	100%	100%	
			5. Penggunaan APD saat melaksanakan tugas	100%	100%	100%	100%	100%	
		Output	6. Kegiatan pencatatan dan pelaporan infeksi nosokomial/ health care associated infection (HAI) di rumah sakit (min. 1 parameter)	≥ 75%	75%	85%	90%	95%	

No	Jenis Pelayanan	Indikator		Standar	Target (%)				
		Jenis	Uraian		2023	2024	2025	2026	2027
22	Pelayanan Keamanan	Input	1. Petugas keamanan bersertifikat pengamanan	100%	100%	100%	100%	100%	100%
			2. Sistem pengamanan	Ada	100%	100%	100%	100%	100%
		Proses	3. Petugas keamanan melakukan keliling rumah sakit	Setiap jam	100%	100%	100%	100%	100%
			4. Evaluasi terhadap sistem pengamanan	Setiap 3 bulan	100%	100%	100%	100%	100%
		Output	5. Tidak adanya barang milik pasien, pengunjung, karyawan yang hilang	100%	100%	100%	100%	100%	
		Outcome	6. Kepuasan pelanggan	≥ 90%	90%	92%	95%	97%	100%

GUBERNUR NUSA TENGGARA BARAT,

ttd

H. ZULKIEFLIMANSYAH