



BUPATI BENGKAYANG
PROVINSI KALIMANTAN BARAT

PERATURAN BUPATI BENGKAYANG
NOMOR 36 TAHUN 2023

TENTANG

STANDAR PELAYANAN MINIMAL RUMAH SAKIT UMUM DAERAH
Drs. JACOBUS LUNA, M.Si KABUPATEN BENGKAYANG

DENGAN RAHMAT TUHAN YANG MAHA ESA

BUPATI BENGKAYANG,

- Menimbang : a. bahwa pelayanan kesehatan merupakan salah satu kebutuhan dasar masyarakat yang wajib disediakan oleh pemerintah daerah dalam rangka meningkatkan derajat kesehatan masyarakat;
- b. bahwa Rumah Sakit sebagai salah satu sarana kesehatan perlu memberikan pelayanan kesehatan yang bermutu sehingga diperlukan Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit;
- c. bahwa berdasarkan ketentuan Pasal 43 ayat (1) dan ayat (2) Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 79 Tahun 2018 tentang Badan Layanan Umum Daerah, dipandang perlu menetapkan Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit Umum Daerah Drs. Jacobus Luna, M.Si Kabupaten Bengkayang;
- d. bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana dimaksud dalam huruf a, huruf b dan huruf c, perlu menetapkan Peraturan Bupati tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit Umum Daerah Drs. Jacobus Luna, M.Si Kabupaten Bengkayang;

- Mengingat : 1. Pasal 18 ayat (6) Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945;
2. Undang-Undang Nomor 10 Tahun 1999 tentang Pembentukan Kabupaten Daerah Tingkat II Bengkayang (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 1999 Nomor 44, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 3823);
3. Undang-Undang Nomor 37 Tahun 2008 tentang Ombudsman Republik Indonesia (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2008 Nomor 139, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4899);
4. Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintah 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 6 Tahun 2023 tentang Penetapan Peraturan Pemerintah Pengganti Undang-Undang Nomor 2 Tahun 2022 tentang Cipta Kerja menjadi Undang-Undang (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2022 Nomor 41, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6856);
5. Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2023 Nomor 105, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6887);
6. 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 Nomor 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);

7. 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);
8. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 79 Tahun 2018 tentang Badan Layanan Umum Daerah (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2018 Nomor 1213);
9. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 59 Tahun 2021 tentang Penerapan Standar Pelayanan Minimal (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2021 Nomor 1419);
10. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 4 Tahun 2019 tentang Standar Teknis Pemenuhan Mutu Pelayanan Dasar pada Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2019 Nomor 68);
11. Peraturan Menteri Keuangan Nomor 129/PMK.05/2020 tentang Pedoman Pengelolaan Badan Layanan Umum (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2020 Nomor 1046) sebagaimana telah diubah beberapa kali, terakhir dengan Peraturan Menteri Keuangan (PMK) Nomor 202/PMK.05/2022 tentang Perubahan atas Peraturan Menteri Keuangan Nomor 19/PMK.05/2020 tentang Pedoman Pengelolaan Badan Layanan Umum (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2022 Nomor 1300);
12. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor: 228/Menkes/SK/III/2002 tentang Pedoman Penyusunan Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit yang wajib dilaksanakan Daerah;
13. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor: 129/Menkes/SK/II/2008 tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit.

MEMUTUSKAN :

Menetapkan : PERATURAN BUPATI TENTANG STANDAR PELAYANAN MINIMAL RUMAH SAKIT UMUM DAERAH Drs. JACOBUS LUNA, M.Si KABUPATEN BENGKAYANG

BAB I
KETENTUAN UMUM

Pasal 1

Dalam Peraturan Bupati ini yang dimaksud dengan:

1. Daerah adalah Kabupaten Bengkayang.
2. Bupati adalah Bupati Bengkayang.
3. Pemerintah Daerah adalah Bupati sebagai unsur penyelenggara Pemerintahan Daerah yang memimpin pelaksanaan urusan pemerintahan yang menjadi kewenangan Kabupaten Bengkayang.
4. Perangkat Daerah yang selanjutnya disingkat PD adalah Perangkat Daerah yang menangani urusan pemerintahan di bidang kesehatan.
5. Rumah Sakit Umum Daerah yang selanjutnya disingkat RSUD adalah Rumah Sakit Umum Daerah Drs. Jacobus Luna, M.Si Kabupaten Bengkayang.
6. Direktur adalah direktur RSUD Drs. Jacobus Luna, M.Si Kabupaten Bengkayang.
7. Kepala Dinas adalah kepala Dinas Kesehatan Pengendalian Penduduk dan Keluarga Berencana Kabupaten Bengkayang.
8. Pelayanan Rumah Sakit adalah pelayanan yang diberikan oleh RSUD Drs. Jacobus Luna, M.Si Kabupaten Bengkayang kepada masyarakat yang meliputi pelayanan medik, pelayanan penunjang medik, pelayanan keperawatan dan pelayanan administrasi manajemen.
9. Standar adalah ukuran pencapaian mutu atau kinerja yang diharapkan bisa dicapai.
10. Standar Pelayanan Minimal selanjutnya disingkat SPM adalah ketentuan tentang jenis dan mutu pelayanan dasar yang merupakan urusan wajib daerah yang berhak diperoleh setiap warga secara minimal, juga merupakan spesifikasi teknis tentang tolak ukur pelayanan minimal yang diberikan oleh RSUD Drs. Jacobus Luna, M.Si Kabupaten Bengkayang kepada masyarakat.
11. Jenis pelayanan adalah jenis-jenis pelayanan yang diberikan oleh rumah sakit kepada masyarakat.
12. 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 berdasarkan standar WHO.
13. Kinerja adalah proses yang dilakukan dan hasil yang dicapai oleh suatu organisasi dalam menyediakan produk dalam bentuk jasa pelayanan atau barang kepada pelanggan.
 14. 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 dan kualitatif yang digunakan untuk mengukur terjadinya perubahan terhadap besaran target atau standar yang telah ditetapkan sebelumnya.
 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. Satuan pengawas internal yang selanjutnya disingkat SPI adalah perangkat BLUD yang bertugas melakukan pengawasan dan pengendalian internal dalam rangka membantu pimpinan BLUD untuk meningkatkan kinerja pelayanan, keuangan dan pengaruh lingkungan sosial sekitarnya (*social responsibility*) dalam menyelenggarakan praktik bisnis sehat.
 21. Sumber Data adalah sumber bahan nyata atau keterangan yang dapat dijadikan dasar kajian yang berhubungan langsung dengan persoalan.

BAB II SPM RSUD

Pasal 2

- (1) RSUD dalam menyelenggarakan pelayanan rumah sakit sesuai dengan SPM RSUD sebagaimana diatur dalam Peraturan Bupati ini.

- (2) SPM RSUD sebagaimana dimaksud pada ayat (1) meliputi :
- a. jenis pelayanan;
 - b. indikator kinerja;
 - c. standar; dan
 - d. uraian.
- (3) Penyelenggaraan pelayanan RSUD sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilakukan oleh tenaga yang mempunyai kualifikasi dan kompetensi sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

Pasal 3

- (1) RSUD mempunyai tugas melaksanakan pelayanan kesehatan dengan mengutamakan upaya:
- a. penyembuhan (kuratif);
 - b. pemulihan (rehabilitatif);
 - c. pencegahan (preventif);
 - d. promosi (promotif);
 - e. rujukan;
 - f. menyelenggarakan pendidikan dan pelatihan, penelitian dan pengembangan; dan
 - g. pengabdian masyarakat.
- (2) Jenis pelayanan untuk RSUD 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 keluarga miskin;
 - n. pelayanan rekam medis;
 - o. pengelolaan limbah;
 - p. pelayanan administrasi manajemen;

- q. pelayanan ambulans/kereta jenazah;
- r. pelayanan pemulasaraan jenazah;
- s. pelayanan *laundry*;
- t. pelayanan pemeliharaan sarana rumah sakit; dan
- u. pencegahan pengendalian infeksi.

Pasal 4

Indikator kinerja, standar pencapaian dan uraian SPM RSUD sebagaimana dimaksud dalam Pasal 2 ayat (2) huruf b, huruf c dan huruf d tercantum dalam Lampiran I yang merupakan bagian tidak terpisahkan dari Peraturan Bupati ini.

Pasal 5

- (1) RSUD wajib menerapkan Pola Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum Daerah (PPK BLUD) berdasarkan SPM sesuai dengan peraturan Bupati ini.
- (2) Direktur RSUD bertanggung jawab dalam penyelenggaraan pelayanan yang dipimpinnya sesuai SPM yang ditetapkan dalam Peraturan Bupati ini.
- (3) Direktur RSUD menyampaikan laporan pencapaian kinerja pelayanan RSUD sesuai SPM RSUD setiap tahun kepada Bupati melalui Kepala Dinas.

Pasal 6

- (1) Penyediaan jenis pelayanan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 3 ayat (2) dipenuhi secara bertahap sesuai dengan kemampuan RSUD.
- (2) Pencapaian indikator kinerja dan standar pencapaian SPM RSUD dievaluasi secara terus menerus berdasarkan upaya maksimal yang dapat dilakukan oleh RSUD.

BAB III
PENERAPAN

Pasal 7

- (1) Direktur RSUD menyusun Rencana Bisnis dan Anggaran, target serta upaya dan pelaksanaan peningkatan mutu pelayanan tahunan rumah sakit yang dipimpin 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 Rumah Sakit yang dipimpinnya berdasarkan SPM.
- (3) Setiap pelaksanaan pelayanan, menyelenggarakan pelayanan yang menjadi tugasnya sesuai dengan SPM.

BAB IV
PEMBINAAN DAN PENGAWASAN

Pasal 8

Pembinaan dan pengawasan RSUD dilakukan oleh Bupati melalui Kepala Dinas yang melaksanakan urusan di pemerintahan di bidang kesehatan.

Pasal 9

- (1) Pengawasan operasional pelayanan sesuai dengan SPM RSUD dilakukan oleh SPI.
- (2) SPI sebagaimana dimaksud pada ayat (1) melakukan pengawasan bersama jajaran manajemen RSUD untuk menciptakan dan meningkatkan pengendalian internal.

BAB V
KETENTUAN PENUTUP

Pasal 10

Peraturan Bupati ini mulai berlaku pada tanggal diundangkan.

Agar setiap orang mengetahuinya, memerintahkan pengundangan Peraturan Bupati ini dengan penempatannya dalam Berita Daerah Kabupaten Bengkayang.

Ditetapkan di Bengkayang
pada tanggal 29 November 2023
BUPATI BENGKAYANG

TTD

SEBASTIANUS DARWIS

Diundangkan di Bengkayang

Pada tanggal 29 November 2023

SEKRETARIS DAERAH KABUPATEN BENGKAYANG

TTD

YUSTIANUS

BERITA DAERAH KABUPATEN BENGKAYANG TAHUN ... NOMOR ...36

Salinan sesuai dengan aslinya

KEPALA BAGIAN HUKUM
SEKRETARIAT DAERAH KAB. BENGKAYANG,



SUANDI, SH., M.H

NIP. 19741011 200604 1 013

LAMPIRAN I
PERATURAN BUPATI BENGKAYANG
NOMOR 36 TAHUN 2023
TANGGAL 29 November 2023
TENTANG
STANDAR PELAYANAN MINIMAL RUMAH SAKIT
UMUM DAERAH Drs. JACOBUS LUNA, M.SI
KABUPATEN BENGKAYANG

INDIKATOR KINERJA DAN STANDAR PENCAPAIAN RSUD

BAB I

STANDAR PELAYANAN MINIMAL (SPM) RUMAH SAKIT PADA RSUD Drs. JACOBUS LUNA M.Si KABUPATEN BENGKAYANG

SPM RSUD dalam pedoman ini meliputi jenis-jenis pelayanan, indikator dan standar pencapaian kinerja pelayanan rumah sakit.

1.1. JENIS-JENIS PELAYANAN RUMAH SAKIT

Jenis-jenis pelayanan rumah sakit yang minimal wajib disediakan oleh rumah sakit meliputi:

1. Pelayanan gawat darurat;
2. Pelayanan rawat jalan;
3. Pelayanan rawat inap;
4. Pelayanan bedah;
5. Pelayanan persalinan dan perinatologi;
6. Pelayanan intensif;
7. Pelayanan radiologi;
8. Pelayanan laboratorium patologi klinik;
9. Pelayanan rehabilitasi medik;
10. Pelayanan farmasi;
11. Pelayanan gizi;
12. Pelayanan transfusi darah;
13. Pelayanan keluarga miskin;
14. Pelayanan rekam medis;
15. Pengelolaan limbah;
16. Pelayanan administrasi manajemen;
17. Pelayanan ambulans/kereta jenazah;
18. Pelayanan pemulasaraan jenazah;

19. Pelayanan laundry;
20. Pelayanan pemeliharaan sarana rumah sakit; dan
21. Pencegahan pengendalian infeksi.

1.2. SPM SETIAP JENIS PELAYANAN, INDIKATOR DAN STANDAR

1.2.1. Pelayanan Gawat Darurat

No	Indikator Kinerja	Standar
1	Kemampuan menangani <i>life saving</i> anak dan dewasa	100%
2	Jam buka Pelayanan Gawat Darurat	24 Jam
3	Pemberian pelayanan gawat darurat yang bersertifikat yang masih berlaku BLS/PPGD/GELS/ALS	100%
4	Ketersediaan tim penanggulangan bencana	Satu tim
5	Waktu tanggap pelayanan Dokter di Gawat Darurat	≤ lima menit terlayani, setelah pasien datang
6	Kepuasan Pelanggan	≥ 70%
7	Kematian pasien < 24 Jam	≤ dua per seribu (pindah ke pelayanan rawat inap setelah 8 jam)
8	Tidak adanya pasien yang diharuskan membayar uang muka	100%

1.2.2. Pelayanan Rawat Jalan

No	Indikator Kinerja	Standar
1	Dokter pemberi pelayanan di Poliklinik Spesialis	100% Dokter Spesialis
2	Ketersediaan pelayanan	a. Klinik Anak b. Klinik Penyakit Dalam c. Klinik Kebidanan d. Klinik Bedah
3	Jam buka pelayanan	08.00 s/d 13.00 (Setiap hari kerja) Kecuali Jumat: 08.00-11.00
4	Waktu tunggu di rawat jalan	≤ 60 menit
5	Kepuasan pelanggan	≥ 90%

6	a. Penegakan diagnosis TB melalui pemeriksaan mikroskopis TB b. Terlaksananya kegiatan pencatatan dan pelaporan TB di RS	a. $\geq 60\%$ b. $\geq 60\%$
---	---	----------------------------------

1.2.3. Pelayanan Rawat Inap

No	Indikator Kinerja	Standar
1	Pemberi pelayanan di Rawat Inap	a. Dr. Spesialis b. Perawat Minimal pendidikan D3
2	Dokter penanggung jawab pasien rawat inap	100%
3	Ketersediaan Pelayanan Rawat Inap	a. Anak b. Penyakit Dalam c. Kebidanan d. Bedah
4	Jam Visite Dokter Spesialis	08.00 s.d 14.00 setiap hari kerja
5	Kejadian infeksi pasca operasi	$\leq 1,5\%$
6	Kejadian infeksi Nosokomial	$\leq 1,5\%$
7	Tidak adanya kejadian pasien jatuh yang berakibat kecacatan/kematian	100%
8	Kematian pasien > 48 jam	$\leq 0.24\%$
9	Kejadian pulang paksa	$\leq 5\%$
10	Kepuasan pelanggan	$\geq 90\%$
11	Rawat Inap TB a. Penegakan diagnosis TB melalui pemeriksaan mikroskopis TB b. Terlaksananya kegiatan pencatatan dan pelaporan TB di rumah sakit	a. $\geq 60\%$ b. $\geq 60\%$
12	Ketersediaan pelayanan rawat inap di rumah sakit yang memberikan pelayanan jiwa	NAPZA, Gangguan Psikotik, Gangguan Nerotik, dan Gangguan Mental Organik
13	Tidak adanya kejadian kematian pasien gangguan jiwa karena bunuh diri	100%
14	Kejadian re-admission pasien gangguan jiwa dalam waktu ≤ 1 bulan	100%
15	Lama hari perawatan pasien gangguan jiwa	≤ 6 minggu

1.2.4. Bedah Sentral (Bedah saja)

No	Indikator Kinerja	Standar
1	Waktu tunggu operasi efektif	≤ 2 hari
2	Kejadian Kematian di meja operasi	≤ 1 %
3	Tidak adanya kejadian operasi salah sisi	100 %
4	Tidak adanya kejadian operasi salah orang	100 %
5	Tidak adanya kejadian salah tindakan pada operasi	100%
6	Tidak adanya kejadian tertinggalnya benda asing/lain pada tubuh pasien setelah operasi	100%
7	Komplikasi anestesi karena over dosis, reaksi anestesi dan salah penempatan anestesi endotracheal tube	≤ 6 %

1.2.5. Pelayanan Persalinan, Perinatologi dan KB

No	Indikator Kinerja	Standar
1	Kejadian kematian ibu karena persalinan	a. Pendarahan ≤ 1% b. Pre-eklampsia ≤ 30% c. Sepsis ≤ 0,2%
2	Pemberi pelayanan persalinan normal	a. Dokter Sp.OG b. Dokter umum terlatih (Asuhan Persalinan Normal) c. Bidan
3	Pemberi pelayanan persalinan dengan penyulit	Tim PONEK yang terlatih
4	Pemberi pelayanan persalinan dengan tindakan operasi	a. Dokter Sp.OG b. Dokter Sp.A c. Dokter Sp.An
5	Kemampuan menangani BBLR 1500 gr - 2500 gr	100%
6	Pertolongan persalinan melalui seksio cesaria	≤ 20%
7	Keluarga Berencana a. Presentase KB (vasektomi & tubektomi) yang dilakukan oleh tenaga Kompeten dr.Sp.Og, dr.Sp.B, dr.Sp.U, dr.umum terlatih b. Presentase peserta KB mantap yang mendapat konseling KB mantap bidan terlatih	100%
8	Kepuasan Pelanggan	≥ 80%

1.2.6. Pelayanan Intensif

No	Indikator Kinerja	Standar
1	Rata-rata pasien yang kembali ke perawatan intensif dengan kasus yang sama < 72 Jam	$\leq 3\%$
2	Pemberi pelayanan Unit Intensif	a. Dokter Sp. Anestesi dan dokter spesialis sesuai dengan kasus yang ditangani b. 100% Perawat minimal D3 dengan sertifikat Perawat mahir ICU/setara (D4)

1.2.7. Pelayanan Radiologi

No	Indikator Kinerja	Standar
1	Waktu tunggu hasil pelayanan thorax foto	≤ 3 jam
2	Pelaksana ekspertisi	Dokter Sp.Rad
3	Kejadian kegagalan pelayanan rontgen	Kerusakan foto $\leq 2\%$
4	Kepuasan pelanggan	$\geq 80\%$

1.2.8. Pelayanan Laboratorium Patologi Klinik

No	Indikator Kinerja	Standar
1	Waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium	≤ 140 menit Kimia darah & darah rutin
2	Pelaksana ekspertisi	Dokter Sp.PK
3	Tidak adanya kesalahan pemberian hasil pemeriksaan laboratorium	100%
4	Kepuasan pelanggan	$\geq 80\%$

1.2.9. Pelayanan Rehabilitasi Medik

No	Indikator Kinerja	Standar
1	Kejadian <i>Drop Out</i> pasien terhadap pelayanan Rehabilitasi Medik yang direncanakan	$\leq 50\%$
2	Tidak adanya kejadian kesalahan tindakan rehabilitasi medik	100%
3	Kepuasan pelanggan	$\geq 80\%$

1.2.10. Pelayanan Farmasi

No	Indikator Kinerja	Standar
1	Waktu tunggu pelayanan a. Obat jadi b. Racikan	a. ≤ 30 menit b. ≤ 60 menit
2	Tidak adanya kejadian kesalahan pemberian obat	100%
3	Kepuasan pelanggan	$\geq 80\%$
4	Penulisan resep sesuai formularium	100%

1.2.11. Pelayanan Gizi

No	Indikator Kinerja	Standar
1	Ketepatan waktu pemberian makanan kepada pasien	$\geq 90\%$
2	Sisa makanan yang tidak termakan oleh pasien	$\leq 20\%$
3	Tidak adanya kejadian Kesalahan pemberian diet	100%

1.2.12. Pelayanan Transfusi Darah

No	Indikator Kinerja	Standar
1	Kebutuhan darah bagi setiap pelayanan transfusi	100% terpenuhi
2	Kejadian reaksi transfusi	$\leq 0,01\%$

1.2.13. Pelayanan GAKIN

No	Indikator Kinerja	Standar
1	Pelayanan terhadap pasien GAKIN yang datang ke RS pada setiap unit pelayanan	100% terlayani

1.2.14. Pelayanan Rekam Medik

No	Indikator Kinerja	Standar
1	Kelengkapan pengisian rekam medik 24 jam setelah selesai pelayanan	100%
2	Kelengkapan <i>Informed Consent</i> setelah mendapatkan informasi yang jelas	100%
3	Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat jalan	≤ 10 menit
4	Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat inap	≤ 15 menit

1.2.15. Pengelolaan Limbah

No	Indikator Kinerja	Standar
1	Baku mutu limbah cair	a. BOD < 30 mg/l b. COD < 80 mg/l c. TSS < 30 mg/l d. PH 6-9
2	Pengolahan limbah padat infeksius sesuai dengan aturan	100%

1.2.16. Pelayanan Administrasi dan Manajemen

No	Indikator Kinerja	Standar
1	Tindak lanjut penyelesaian hasil pertemuan direksi	100%
2	Kelengkapan laporan akuntabilitas kinerja	100%
3	Ketepatan waktu pengusulan kenaikan pangkat	100%
4	Ketepatan waktu pengurusan gaji berkala	100%
5	Pegawai yang mendapat pelatihan minimal 20 jam per tahun	≥ 60%
6	<i>Cost recovery</i>	≥ 40%
7	Ketepatan waktu penyusunan laporan keuangan	100%
8	Kecepatan waktu pemberian informasi tentang tagihan pasien rawat inap	≤ 2 Jam
9	Ketepatan waktu pemberian imbalan (insentif) sesuai kesepakatan waktu	100%

1.2.17. Pelayanan Ambulans/Kereta Jenazah

No	Indikator Kinerja	Standar
1	Waktu pelayanan ambulans/kereta jenazah	24 jam
2	Kecepatan memberikan pelayanan ambulans/kereta jenazah di rumah sakit	≤ 230 menit
3	<i>Response time</i> pelayanan ambulans oleh masyarakat yang membutuhkan	Sesuai ketentuan daerah

1.2.18. Pelayanan Pemulasaraan Jenazah

No	Indikator Kinerja	Standar
1	Waktu tanggap (<i>response time</i>) pelayanan pemulasaraan jenazah	≤ 2 jam

1.2.19. Pelayanan Pemeliharaan Sarana Rumah Sakit

No	Indikator Kinerja	Standar
1	Kecepatan waktu menanggapi kerusakan alat	≤ 80%
2	Ketepatan waktu pemeliharaan alat	100%
3	Peralatan laboratorium dan alat ukur yang digunakan dalam pelayanan terkalibrasi tepat waktu sesuai dengan ketentuan kalibrasi	100%

1.2.20. Pelayanan Laundry

No	Indikator Kinerja	Standar
1	Tidak adanya kejadian linen yang hilang	100%
2	Ketepatan waktu penyediaan linen untuk ruang rawat inap	100%

1.2.21. Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI)

No	Indikator Kinerja	Standar
1	Ada anggota Tim PPI yang terlatih	Anggota Tim PPI yang terlatih 75 %
2	Tersedia APD di setiap instalasi/departemen	60%
3	Kegiatan pencatatan dan pelaporan infeksi nosokomial/HAI (<i>Health Care Associated Infection</i>) di RS (min 1 parameter)	75%

BAB II
URAIAN SPM

2.1. PELAYANAN GAWAT DARURAT

2.1.1. Kemampuan menangani *life saving* anak dan dewasa

Judul	Kemampuan menangani <i>life saving</i> di Gawat Darurat
Dimensi Mutu	Keselamatan
Tujuan	Tergambarnya kemampuan Rumah Sakit dalam memberikan pelayanan Gawat Darurat
Definisi Operasional	<i>Life saving</i> adalah upaya penyelamatan jiwa manusia dengan urutan <i>Airway, Breathing, Circulation</i>
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap bulan
Periode Analisis	Tiga bulan sekali
Numerator	Jumlah kumulatif pasien yang mendapat pertolongan <i>life saving</i> di Gawat Darurat
Denominator	Jumlah seluruh pasien yang membutuhkan penanganan <i>life saving</i> di Unit Gawat Darurat
Sumber Data	Rekam Medik di Gawat Darurat
Standar	100 %
Penanggung jawab Pengumpul Data	Kepala Instalasi Gawat Darurat

2.1.2. 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 Analisis	Tiga bulan sekali

Numerator	Jumlah kumulatif jam buka gawat darurat dalam satu bulan
Denominator	Jumlah hari dalam satu bulan
Sumber Data	Laporan Bulanan
Standar	24 jam
Penanggung jawab pengumpulan data	Kepala Instalasi Gawat Darurat

2.1.3. Pemberi pelayanan kegawat daruratan yang bersertifikat BLS/PPGD/GELS/ALS

Judul	Pemberi pelayanan kegawat daruratan yang bersertifikat BLS/PPGD/GELS/ALS
Dimensi Mutu	Kompetensi teknis
Tujuan	Tersedianya Pelayanan Gawat Darurat oleh tenaga kompeten dalam bidang kegawat daruratan
Definisi Operasional	Tenaga kompeten pada gawat darurat adalah tenaga yang sudah memiliki sertifikat pelatihan BLS/PPGD/GELS/ALS
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap bulan
Periode Analisis	Tiga bulan sekali
Numerator	Jumlah tenaga yang bersertifikat BLS/PPGD/GELS/ALS
Denominator	Jumlah tenaga yang memberikan pelayanan kegawatdaruratan
Sumber Data	Kepegawaian
Standar	100%
Penanggung jawab Pengumpulan data	Kepala Pendidikan dan Pelatihan Rumah Sakit

2.1.4. Ketersediaan tim penanggulangan bencana

Judul	Ketersediaan tim penanggulangan bencana
Dimensi Mutu	Keselamatan dan efektifitas
Tujuan	Kesiagaan rumah sakit untuk memberikan pelayanan penanggulangan bencana

Definisi Operasional	Tim penanggulangan bencana adalah tim yang dibentuk di rumah sakit dengan tujuan untuk penanggulangan akibat bencana yang mungkin terjadi sewaktu-waktu
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap bulan
Periode Analisis	Tiga bulan sekali
Numerator	Jumlah Tim penanggulangan bencana yang ada di rumah sakit
Denominator	Tidak ada
Sumber Data	Instalasi gawat darurat
Standar	satu tim
Penanggung jawab Pengumpulan data	Kepala Instalasi Gawat Darurat/Tim Mutu/Panitia Mutu

2.1.5. Waktu tanggap pelayanan dokter di Gawat Darurat

Judul	Waktu tanggap pelayanan dokter di Gawat Darurat
Dimensi Mutu	Keselamatan dan efektifitas
Tujuan	Terselenggaranya pelayanan yang cepat, responsif dan mampu menyelamatkan pasien gawat darurat
Definisi Operasional	Kecepatan pelayanan dokter di gawat darurat adalah kecepatan pasien dilayani sejak pasien datang sampai mendapat pelayanan dokter (menit)
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap bulan
Periode Analisis	3 bulan sekali
Numerator	Jumlah kumulatif waktu yang diperlukan sejak kedatangan semua pasien yang disampling secara acak sampai dilayani dokter
Denominator	Jumlah seluruh pasien yang disampling (minimal n = 50)
Sumber Data	Sampel
Standar	≤ 5 menit terlayani setelah pasien datang
Penanggung jawab pengumpulan data	Kepala Instalasi Gawat Darurat/Tim Mutu/Panitia Mutu

2.1.6. Kepuasan Pelanggan pada Gawat Darurat

Judul	Kepuasan Pelanggan pada Gawat Darurat
Dimensi Mutu	Kenyamanan
Tujuan	Terselenggaranya pelayanan Gawat Darurat yang mampu memberikan kepuasan pelanggan
Definisi Operasional	Kepuasan adalah pernyataan tentang persepsi pelanggan terhadap pelayanan yang diberikan
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap bulan
Periode Analisis	Tiga bulan sekali
Numerator	Jumlah kumulatif rerata penilaian kepuasan pasien Gawat Darurat yang disurvei
Denominator	Jumlah seluruh pasien Gawat Darurat yang disurvei (minimal n = 50)
Sumber Data	Survei
Standar	$\geq 70\%$
Penanggung jawab pengumpulan data	Kepala Instalasi Gawat Darurat/Tim Mutu/Panitia Mutu

2.1.7. Kematian Pasien ≤ 24 jam di Gawat Darurat

Judul	Kematian Pasien ≤ 24 jam di Gawat Darurat
Dimensi Mutu	Efektifitas dan keselamatan
Tujuan	Terselenggaranya pelayanan yang efektif dan mampu menyelamatkan pasien gawat darurat
Definisi Operasional	Kematian ≤ 24 jam adalah kematian yang terjadi dalam periode 24 jam sejak pasien datang
Frekuensi Pengumpulan Data	Tiga bulan
Periode Analisis	Tiga bulan
Numerator	Jumlah pasien yang meninggal dalam periode ≤ 24 jam sejak pasien datang
Denominator	Jumlah seluruh pasien yang ditangani di Gawat Darurat
Sumber Data	Rekam Medik
Standar	≤ 2 perseribu
Penanggung jawab Pengumpulan data	Kepala Instalasi Gawat Darurat

2.1.8. Pasien Jiwa yang dapat ditenangkan dalam waktu ≤ 48 jam
(khusus untuk rumah sakit dengan pelayanan jiwa)

Judul	Pasien jiwa yang dapat ditenangkan dalam waktu ≤ 48 jam
Dimensi Mutu	Efektifitas dan Keselamatan
Tujuan	Terselenggaranya pelayanan yang efektif dan mampu menenangkan dan menyelamatkan pasien jiwa dalam pelayanan gawat darurat kesehatan jiwa
Definisi Operasional	Pasien dapat ditenangkan adalah pasien dengan gangguan jiwa yang dengan intervensi medis tidak lagi menunjukkan gejala dan tanda agresif yang dapat mencelakakan diri sendiri maupun orang lain sebagai akibat gangguan jiwa yang diderita.
Frekuensi Pengumpulan Data	Tiga bulan
Periode Analisis	Tiga bulan
Numerator	Jumlah pasien gangguan jiwa yang dapat ditenangkan
Denominator	Jumlah seluruh pasien gangguan jiwa yang menunjukkan gejala dan tanda agresif yang ditangani di Gawat Darurat
Sumber Data	Rekam Medik
Standar	100%
Penanggung jawab pengumpulan data	Kepala Instalasi Gawat Darurat

2.1.9. Tidak adanya keharusan untuk membayar uang muka

Judul	Tidak adanya keharusan untuk membayar uang muka
Dimensi Mutu	Akses dan Keselamatan
Tujuan	Terselenggaranya pelayanan yang mudah di akses 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 diberikan
Frekuensi Pengumpulan Data	Tiga bulan
Periode Analisis	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 Pengumpulan data	Kepala Instalasi Gawat Darurat

2.2. PELAYANAN RAWAT JALAN

2.2.1. Pemberi pelayanan di klinik spesialis

Judul	Pemberi pelayanan di klinik spesialis
Dimensi Mutu	Kompetensi teknis
Tujuan	Tersedianya pelayanan klinik oleh tenaga spesialis yang kompeten
Definisi Operasional	Klinik spesialis adalah klinik pelayanan rawat jalan di rumah sakit yang dilayani oleh dokter spesialis (untuk rumah sakit pendidikan dapat dilayani oleh dokter PPDS sesuai dengan <i>special privilege</i> yang diberikan)
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah hari buka klinik spesialis yang ditangani oleh dokter spesialis dalam waktu satu bulan
Denominator	Jumlah seluruh hari buka klinik spesialis dalam waktu satu bulan
Sumber Data	Register rawat jalan poliklinik spesialis
Standar	100%
Penanggung jawab Pengumpulan data	Kepala Instalasi Rawat Jalan

2.2.2. Ketersediaan pelayanan rawat jalan

Judul	Ketersediaan pelayanan rawat jalan
Dimensi Mutu	Akses
Tujuan	Tersedianya jenis pelayanan rawat jalan spesialis yang minimal harus ada di rumah sakit

Definisi Operasional	Pelayanan rawat jalan adalah pelayanan rawat jalan spesialistik yang dilaksanakan di rumah sakit. Ketersediaan pelayanan rawat jalan untuk rumah sakit khusus disesuaikan dengan spesifikasi rumah sakit tersebut.
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisis	3 bulan
Numerator	Jenis-jenis pelayanan rawat jalan spesialistik yang ada (kualitatif)
Denominator	Tidak ada
Sumber Data	Register rawat jalan
Standar	Minimal kesehatan anak, penyakit dalam, kebidanan, dan bedah
Penanggung jawab pengumpulan data	Kepala Instalasi Rawat Jalan.

2.2.3. Ketersediaan pelayanan rawat jalan di rumah sakit jiwa

Judul	Ketersediaan pelayanan rawat jalan di rumah sakit jiwa
Dimensi Mutu	Akses
Tujuan	Tersedianya jenis pelayanan rawat jalan yang minimal harus ada di rumah sakit jiwa
Definisi Operasional	Pelayanan rawat jalan adalah pelayanan rawat jalan spesialistik yang dilaksanakan di rumah sakit
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisis	3 bulan
Numerator	Jenis-jenis pelayanan rawat jalan spesialistik yang ada (kualitatif)
Denominator	Tidak ada
Sumber Data	Register rawat jalan
Standar	Minimal a. NAPZA b. Gangguan Psikotik c. Gangguan Neurotik d. Gangguan Organik
Penanggung jawab pengumpulan data	Kepala Instalasi Rawat Jalan

2.2.4. Buka pelayanan sesuai ketentuan

Judul	Buka pelayanan sesuai ketentuan
Dimensi Mutu	Akses
Tujuan	Tersedianya jenis pelayanan rawat jalan spesialistik pada hari kerja di rumah sakit
Definisi Operasional	Jam buka pelayanan adalah jam dimulainya pelayanan rawat jalan oleh tenaga spesialis. Jam buka 08.00 s.d. 13.00 setiap hari kerja kecuali Jum'at
Frekuensi pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah pelayanan rawat jalan spesialistik yang buka sesuai ketentuan dalam satu bulan
Denominator	Jumlah seluruh hari pelayanan rawat jalan spesialistik dalam satu bulan
Sumber Data	Register rawat jalan
Standar	100%
Penanggung jawab pengumpulan data	Kepala Instalasi Rawat Jalan

2.2.5. Waktu tunggu di Rawat Jalan

Judul	Waktu tunggu di Rawat Jalan
Dimensi Mutu	Akses
Tujuan	Tersedianya pelayanan rawat jalan spesialistik pada hari kerja di setiap rumah sakit yang mudah dan cepat diakses oleh pasien
Definisi Operasional	Waktu tunggu adalah waktu yang diperlukan mulai pasien mendaftar sampai dilayani oleh dokter spesialis
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah kumulatif waktu tunggu pasien rawat jalan yang disurvei
Denominator	Jumlah seluruh pasien rawat jalan yang disurvei
Sumber Data	Survei pasien rawat jalan
Standar	≤ 60 menit
Penanggung jawab pengumpulan data	Kepala Instalasi Rawat Jalan/Komite Mutu/Tim Mutu

2.2.6. Kepuasan Pelanggan pada Rawat Jalan

Judul	Kepuasan Pelanggan pada Rawat Jalan
Dimensi Mutu	Kenyamanan
Tujuan	Terselenggaranya pelayanan rawat jalan yang mam u memberikan kepuasan pelanggan
Definisi Operasional	Kepuasan adalah pernyataan tentang persepsi pelanggan terhadap pelayanan yang diberikan
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap bulan
Periode Analisis	Tiga bulan sekali
Numerator	Jumlah kumulatif rerata penilaian kepuasan pasien rawat jalan yang disurvei
Denominator	Jumlah seluruh pasien rawat jalan yang disurvei (minimal n = 50)
Sumber Data	Survei
Standar	≥ 90%
Penanggung jawab pengumpulan data	Kepala Instalasi Rawat Jalan/TimMutu/Panitia Mutu

2.2.7. Pasien rawat jalan tuberkulosis yang ditangani dengan strategi DOTS

Judul	Pasien rawat jalan tuberkulosis yang ditangani dengan strategi DOTS
Dimensi Mutu	Akses, efisiensi
Tujuan	Terselenggaranya pelayanan rawat jalan bagi pasien tuberkulosis dengan strategi DOTS
Definisi Operasional	Pelayanan rawat jalan tuberkulosis dengan strategi DOTS adalah pelayanan tuberkulosis dengan 5 strategi penanggulangan tuberkulosis nasional. Penegakan diagnosis dan <i>follow up</i> pengobatan pasien tuberkulosis harus melalui pemeriksaan mikroskopis tuberkulosis, pengobatan harus menggunakan paduan obat anti tuberkulosis yang sesuai dengan standar penanggulangan tuberkulosis nasional, dan semua pasien yang tuberkulosis yang diobati dievaluasi secara kohort sesuai dengan penanggulangan nasional
Frekuensi Pengumpulan Data	Tiap tiga bulan
Periode Analisis	Tiap tiga bulan

Numerator	Jumlah semua pasien rawat jalan tuberkulosis yang ditangani dengan strategi DOTS
Denominator	Jumlah seluruh pasien rawat jalan tuberkulosis yang ditangani di rumah sakit dalam waktu tiga bulan
Sumber Data	Register rawat jalan, register TB 03 UPK
Standar	100%
Penanggung jawab pengumpulan data	Kepala Instalasi Rawat Jalan

2.3. PELAYANAN RAWAT INAP

2.3.1. Pemberi pelayanan rawat inap

Judul	Pemberi pelayanan rawat inap
Dimensi Mutu	Kompetensi teknis
Tujuan	Tersedianya pelayanan rawat inap oleh tenaga yang kompeten
Definisi Operasional	Pemberi pelayanan rawat inap adalah dokter dan tenaga perawat yang kompeten (minimal D3)
Frekuensi Pengumpulan Data	6 bulan
Periode Analisis	6 bulan
Numerator	Jumlah tenaga dokter dan perawat yang memberi pelayanan di ruang rawat inap yang sesuai dengan ketentuan
Denominator	Jumlah seluruh tenaga dokter dan perawat yang bertugas di rawat inap
Sumber Data	Kepegawaian
Standar	100%
Penanggung jawab pengumpulan data	Kepala Instalasi Rawat Inap

2.3.2. Dokter penanggung jawab pasien rawat inap

Judul	Dokter penanggung jawab pasien rawat inap
Dimensi Mutu	Kompetensi teknis, kesinambungan pelayanan
Tujuan	Tersedianya pelayanan rawat inap yang terkoordinasi untuk menjamin kesinambungan pelayanan

Definisi Operasional	Penanggung jawab rawat inap adalah dokter yang mengkoordinasikan kegiatan pelayanan rawat inap sesuai kebutuhan pasien
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah pasien dalam satu bulan yang mempunyai dokter sebagai penanggung jawab
Denominator	Jumlah seluruh pasien rawat inap dalam satu bulan
Sumber Data	Rekam Medik
Standar	100%
Penanggung jawab pengumpulan data	Kepala Instalasi Rawat Inap

2.3.3. Ketersediaan pelayanan rawat inap

Judul	Ketersediaan pelayanan rawat inap
Dimensi Mutu	Akses
Tujuan	Tersedianya jenis pelayanan rawat inap yang minimal harus ada di rumah sakit
Definisi Operasional	Pelayanan rawat inap adalah pelayanan rumah sakit yang diberikan tirah baring di rumah sakit. Untuk rumah sakit khusus disesuaikan dengan spesifikasi rumah sakit tersebut
Frekuensi Pengumpulan Data	3 bulan
Periode Analisis	3 bulan
Numerator	Jenis-jenis pelayanan rawat inap spesialistik yang ada (kualitatif)
Denominator	Tidak ada
Sumber Data	Register rawat inap
Standar	Minimal kesehatan anak, penyakit dalam, kebidanan, dan bedah (kecuali rumah sakit khusus disesuaikan dengan spesifikasi rumah sakit tersebut)
Penanggung jawab pengumpulan data	Kepala Instalasi Rawat Inap

2.3.4. Jam visite dokter spesialis

Judul	Jam visite dokter spesialis
Dimensi Mutu	Akses, kesinambungan pelayanan
Tujuan	Tergambarnya kepedulian tenaga medis terhadap ketepatan waktu pemberian pelayanan
Definisi Operasional	Visite dokter spesialis adalah kunjungan dokter spesialis setiap hari kerja sesuai dengan ketentuan waktu kepada setiap pasien yang menjadi tanggung jawabnya, yang dilakukan antara jam 08.00 sampai dengan 14.00
Frekuensi Pengumpulan Data	Tiap bulan
Periode Analisis	Tiap tiga bulan
Numerator	Jumlah visite dokter spesialis antara jam 08.00 sampai dengan 14.00 yang disurvei
Denominator	Jumlah pelaksanaan visite dokter spesialis yang disurvei
Sumber Data	Survei
Standar	100%
Penanggung jawab pengumpulan data	Kepala Instalasi Rawat Inap/Komite Medik/Panitia Mutu

2.3.5. Kejadian infeksi pasca operasi

Judul	Kejadian infeksi pasca operasi
Dimensi Mutu	Keselamatan, kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya pelaksanaan operasi dan perawatan pasca operasi yang bersih sesuai standar
Definisi Operasional	Infeksi pasca operasi adalah adanya infeksi nosokomial pada semua kategori luka sayatan operasi bersih yang dilaksanakan di rumah sakit yang ditandai oleh rasa panas (<i>kalor</i>), kemerahan (<i>color</i>), pengerasan (<i>tumor</i>), dan keluarnya nanah (<i>pus</i>) dalam waktu lebih dari 3 x 24 jam
Frekuensi pengumpulan Data	Tiap bulan
Periode Analisis	Tiap bulan
Numerator	Jumlah pasien yang mengalami infeksi pasca operasi dalam satu bulan

Denominator	Jumlah seluruh pasien yang dioperasi dalam satu bulan
Sumber Data	Rekam Medis
Standar	≤1,5%
Penanggung jawab pengumpulan data	Ketua Komite Medik/Komite Mutu/Tim Mutu

2.3.6. Angka kejadian infeksi nosokomial

Judul	Angka kejadian infeksi nosokomial
Dimensi Mutu	Keselamatan pasien
Tujuan	Mengetahui hasil pengendalian infeksi nosokomial rumah sakit
Definisi Operasional	Infeksi nosokomial adalah infeksi yang dialami oleh pasien yang diperoleh selama dirawat di rumah sakit yang meliputi dekubitus, phlebitis, sepsis, dan infeksi luka operasi
Frekuensi Pengumpulan Data	Tiap bulan
Periode Analisis	Tiap 3 bulan
Numerator	Jumlah pasien rawat inap yang terkena infeksi nosokomial dalam satu bulan
Denominator	Jumlah pasien rawat inap dalam satu bulan
Sumber Data	Survei, laporan infeksi nosokomial
Standar	≤ 1,5%
Penanggung jawab pengumpulan data	Kepala Instalasi Rawat Inap/Komite Medik/Panitia Mutu

2.3.7. Tidak adanya kejadian pasien jatuh yang berakibat kecacatan/kematian

Judul	Tidak adanya kejadian pasien jatuh yang berakibat kecacatan/kematian
Dimensi Mutu	Keselamatan pasien
Tujuan	Tergambarnya pelayanan keperawatan yang aman bagi pasien
Definisi Operasional	Kejadian pasien jatuh adalah kejadian pasien jatuh selama dirawat baik akibat jatuh dari tempat tidur, di kamar mandi, dsb, yang berakibat kecacatan atau kematian

Frekuensi Pengumpulan Data	Tiap bulan
Periode Analisis	Tiap bulan
Numerator	Jumlah pasien dirawat dalam bulan tersebut dikurangi jumlah pasien yang jatuh dan berakibat kecacatan atau kematian
Denominator	Jumlah pasien dirawat dalam bulan tersebut
Sumber Data	Rekam Medis, laporan keselamatan pasien
Standar	100%
Penanggung jawab pengumpulan data	Kepala Instalasi Rawat Inap

2.3.8. Kematian pasien > 48 jam

Judul	Kematian pasien > 48 jam
Dimensi Mutu	Keselamatan dan efektifitas
Tujuan	Tergambarnya pelayanan pasien rawat inap di rumah sakit yang aman dan efektif
Definisi Operasional	Kematian pasien > 48 jam adalah kematian yang terjadi sesudah periode 48 jam setelah pasien rawat inap masuk rumah sakit
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisis	1 bulan
Numerator	Jumlah kejadian kematian pasien rawat inap > 48 jam dalam satu bulan
Denominator	Jumlah seluruh pasien rawat inap dalam satu bulan
Sumber Data	Rekam Medis
Standar	$\leq 0,24\% \leq 2,4/1000$ (<i>international</i>) (NDR $\leq 25/1000$, Indonesia)
Penanggung jawab pengumpulan data	Ketua Komite Mutu/Tim Mutu

2.3.9. Kejadian pulang paksa

Judul	Kejadian pulang paksa
Dimensi Mutu	Efektifitas, kesinambungan pelayanan
Tujuan	Tergambarnya penilaian pasien terhadap efektifitas pelayanan rumah sakit
Definisi Operasional	Pulang paksa adalah pulang atas permintaan pasien atau keluarga pasien sebelum diputuskan boleh pulang oleh dokter
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah pasien pulang paksa dalam satu bulan
Denominator	Jumlah seluruh pasien yang dirawat dalam satu bulan
Sumber Data	Rekam Medis
Standar	$\leq 5\%$
Penanggung jawab pengumpulan data	Ketua Komite Mutu/Tim Mutu

2.3.10. Kepuasan pelanggan rawat inap

Judul	Kepuasan pelanggan rawat inap
Dimensi Mutu	Kenyamanan
Tujuan	Terselenggaranya persepsi pelanggan terhadap mutu pelayanan rawat inap
Definisi Operasional	Kepuasan pelanggan adalah pernyataan puas oleh pelanggan terhadap pelayanan rawat inap
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah kumulatif hasil penilaian kepuasan pasien yang disurvei (dalam persen)
Denominator	Jumlah total pasien yang disurvei (minimal n = 50)
Sumber Data	Survei
Standar	$\geq 90\%$
Penanggung jawab pengumpulan data	Ketua Komite Mutu/Tim Mutu

2.3.11. Pasien rawat inap tuberkulosis yang ditangani dengan strategi DOTS

Judul	Pasien rawat inap tuberkulosis yang ditangani dengan strategi DOTS
Dimensi Mutu	Akses, efisiensi
Tujuan	Terselenggaranya pelayanan rawat inap bagi pasien tuberkulosis dengan strategi DOTS
Definisi Operasional	Pelayanan rawat inap tuberkulosis dengan strategi DOTS adalah pelayanan tuberkulosis dengan 5 strategi penanggulangan tuberkulosis nasional. Penegakan diagnosis dan <i>follow up</i> pengobatan pasien tuberkulosis harus melalui pemeriksaan mikroskopis tuberkulosis, pengobatan harus menggunakan paduan obat anti tuberkulosis yang sesuai dengan standar penanggulangan tuberkulosis nasional, dan semua pasien yang tuberkulosis yang diobati dievaluasi secara kohort sesuai dengan penanggulangan nasional
Frekuensi Pengumpulan Data	Tiap tiga bulan
Periode Analisis	Tiap tiga bulan
Numerator	Jumlah semua pasien rawat inap tuberkulosis yang ditangani dengan strategi DOTS
Denominator	Jumlah seluruh pasien rawat inap tuberkulosis yang ditangani di rumah sakit dalam waktu tiga bulan
Sumber Data	Register rawat inap, register TB 03 UPK
Standar	100%
Penanggung jawab pengumpulan data	Kepala Instalasi Rawat Inap

2.3.12. Ketersediaan pelayanan rawat di rumah sakit yang memberikan pelayanan jiwa

Judul	Ketersediaan pelayanan rawat di rumah sakit yang memberikan pelayanan jiwa
Dimensi Mutu	Akses
Tujuan	Tersedianya jenis pelayanan rawat inap yang minimal harus ada di rumah sakit jiwa

Definisi Operasional	Pelayanan rawat inap adalah pelayanan rumah sakit jiwa yang diberikan kepada pasien tidak gaduh gelisah tetapi memerlukan penyembuhan aspek psiko patologis
Frekuensi Pengumpulan Data	3 bulan
Periode Analisis	3 bulan
Numerator	Jenis-jenis pelayanan rawat inap rumah sakit jiwa
Denominator	Tidak ada
Sumber Data	Register rawat inap
Standar	Minimal a. NAPZA b. Gangguan Psikotik c. Gangguan Neurotik d. Gangguan Organik
Penanggung jawab pengumpulan data	Kepala Instalasi Rawat Inap

2.3.13. Tidak Adanya Kematian Pasien Gangguan Jiwa Karena Bunuh Diri

Judul	Tidak adanya kematian pasien gangguan jiwa karena bunuh diri
Dimensi Mutu	Keselamatan
Tujuan	Tergambarnya pelayanan pasien rawat inap di rumah sakit jiwa yang aman dan efektif
Definisi Operasional	Kematian pasien jiwa karena bunuh diri adalah kematian yang terjadi pada pasien gangguan jiwa karena perawatan rawat inap yang tidak baik.
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisis	1 bulan jumlah seluruh pasien yang dirawat dalam satu bulan
Numerator	Jumlah seluruh pasien yang dirawat dalam satu bulan dikurangi jumlah kejadian kematian pasien gangguan jiwa bunuh diri dalam satu bulan
Denominator	Jumlah seluruh pasien yang dirawat dalam satu bulan
Sumber Data	Rekam Medis
Standar	100%
Penanggung jawab pengumpulan data	Komite Medik/Mutu

2.3.14. Kejadian(*re-admission*) pasien gangguan jiwa tidak kembali dalam perawatan dalam waktu 1 bulan

Judul	Kejadian (<i>re-admission</i>) pasien gangguan jiwa tidak kembali dalam perawatan dalam waktu \leq 1 bulan
Dimensi Mutu	Efektifitas, kompetensi teknis
Tujuan	Tergambarnya pelayanan pasien rawat inap di rumah sakit jiwa yang efektif
Definisi Operasional	Lamanya waktu pasien gangguan jiwa yang sudah dipulangkan tidak kembali ke perawatan di rumah sakit jiwa
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisis	6 bulan
Numerator	Jumlah seluruh pasien gangguan yang dipulangkan dalam 1 bulan dikurangi jumlah kejadian pasien gangguan jiwa yang kembali dirawat dalam waktu \leq 1 bulan
Denominator	Jumlah seluruh pasien yang gangguan jiwa yang dipulangkan dalam 1 bulan
Sumber Data	Rekam Medis
Standar	100%
Penanggung jawab pengumpulan data	Komite Medik/Mutu

2.3.15. Lama hari perawatan pasien gangguan jiwa

Judul	Lama hari perawatan pasien gangguan jiwa
Dimensi Mutu	Efektifitas, kompetensi teknis
Tujuan	Tergambarnya pelayanan pasien rawat inap di rumah sakit jiwa yang efektif
Definisi Operasional	Lamanya waktu perawatan pasien gangguan jiwa di rumah sakit jiwa
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisis	6 bulan
Numerator	Jumlah rerata perawatan pasien gangguan jiwa 6 minggu
Denominator	Tidak ada

Sumber Data	Rekam Medis
Standar	≤ 6 minggu
Penanggung jawab pengumpulan data	Komite Medik/Mutu

2.4. BEDAH SENTRAL

2.4.1. Waktu tunggu operasi efektif

Judul	Waktu tunggu operasi efektif
Dimensi Mutu	Efektifitas, kesinambungan pelayanan, efisiensi
Tujuan	Tergambarnya kecepatan penanganan antrian pelayanan bedah
Definisi Operasional	Waktu tunggu operasi efektif adalah tenggang waktu mulai dokter memutuskan untuk operasi yang terencana sampai dengan operasi mulai dilaksanakan
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah kumulatif waktu tunggu operasi yang terencana dari seluruh pasien yang dioperasi dalam satu bulan
Denominator	Jumlah pasien yang dioperasi dalam satu bulan
Sumber Data	Rekam Medis
Standar	≤ 2 hari
Penanggung jawab pengumpulan data	Kepala Instalasi Bedah Sentral

2.4.2. Kejadian kematian di meja operasi

Judul	Kejadian kematian di meja operasi
Dimensi Mutu	Keselamatan, efektifitas
Tujuan	Tergambarnya efektifitas pelayanan bedah sentral dan anestesi dan kepedulian terhadap keselamatan pasien
Definisi Operasional	Kematian di meja operasi adalah kematian yang terjadi di atas meja operasi pada saat operasi berlangsung yang diakibatkan oleh tindakan anestesi maupun tindakan pembedahan

Frekuensi Pengumpulan Data	Tiap bulan dan <i>sentinel event</i>
Periode Analisis	Tiap bulan dan <i>sentinel event</i>
Numerator	Jumlah pasien yang meninggal di meja operasi dalam satu bulan
Denominator	Jumlah pasien yang dilakukan tindakan pembedahan dalam satu bulan
Sumber Data	Rekam Medis, laporan keselamatan pasien
Standar	$\leq 1\%$
Penanggung jawab pengumpulan data	Kepala Instalasi Bedah Sentral/Komite Medis

2.4.3. Tidak adanya kejadian operasi salah sisi

Judul	Tidak adanya kejadian operasi salah sisi
Dimensi Mutu	Keselamatan pasien
Tujuan	Tergambarkannya kepedulian dan ketelitian instalasi bedah sentral terhadap keselamatan pasien
Definisi Operasional	Kejadian operasi salah sisi adalah kejadian dimana pasien dioperasi pada sisi yang salah, misalnya yang semestinya dioperasi pada sisi kanan, ternyata yang dilakukan operasi adalah pada sisi kiri atau sebaliknya
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan dan <i>sentinel event</i>
Periode Analisis	1 bulan dan <i>sentinel event</i>
Numerator	Jumlah pasien yang dioperasi dalam waktu satu bulan dikurangi jumlah pasien yang dioperasi salah sisi dalam waktu satu bulan
Denominator	Jumlah pasien yang dioperasi dalam waktu satu bulan
Sumber Data	Rekam Medis, laporan keselamatan pasien
Standar	$\leq 100\%$
Penanggung jawab	Kepala Instalasi bedah Sentral/Komite Medis

2.4.4. Tidak adanya kejadian operasi salah orang

Judul	Tidak adanya kejadian operasi salah orang
Dimensi Mutu	Keselamatan pasien
Tujuan	Tergambarnya kepedulian dan ketelitian instalasi bedah sentral terhadap keselamatan pasien
Definisi Operasional	Kejadian operasi salah orang adalah kejadian dimana pasien dioperasi pada orang yang salah
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan dan <i>sentinel event</i>
Periode Analisis	1 bulan dan <i>sentinel event</i>
Numerator	Jumlah pasien yang dioperasi dalam waktu satu bulan dikurangi jumlah operasi salah orang dalam waktu satu bulan
Denominator	Jumlah pasien yang dioperasi dalam waktu satu bulan
Sumber Data	Rekam Medis, laporan keselamatan pasien
Standar	$\leq 100\%$
Penanggung jawab pengumpulan data	Kepala Instalasi Bedah Sentral/ Komite Medis

2.4.5. Tidak adanya kejadian salah tindakan pada operasi

Judul	Tidak adanya kejadian salah tindakan pada operasi
Dimensi Mutu	Keselamatan pasien
Tujuan	Tergambarnya ketelitian dalam pelaksanaan operasi dan kesesuaiannya dengan tindakan operasi rencana yang telah ditetapkan
Definisi Operasional	Kejadian salah tindakan pada operasi adalah kejadian pasien mengalami tindakan operasi yang tidak sesuai dengan yang direncanakan
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan dan <i>sentinel event</i>
Periode Analisis	1 bulan dan <i>sentinel event</i>
Numerator	Jumlah pasien yang dioperasi dalam satu bulan dikurangi jumlah pasien yang mengalami salah tindakan operasi dalam waktu satu bulan
Denominator	Jumlah pasien yang dioperasi dalam satu bulan
Sumber Data	Rekam Medis, laporan keselamatan pasien

Standar	≤ 100%
Penanggung jawab pengumpulan data	Kepala Instalasi Bedah Sentral/Komite Medis

2.4.6. Tidak adanya kejadian tertinggalnya benda asing pada tubuh pasien setelah operasi

Judul	Tidak adanya kejadian tertinggalnya benda asing pada tubuh pasien setelah operasi
Dimensi Mutu	Keselamatan pasien
Tujuan	Kejadian tertinggalnya benda asing adalah kejadian dimana benda asing seperti kapas, gunting, peralatan operasi dalam tubuh pasien akibat tindakan suatu pembedahan
Definisi Operasional	Kejadian salah satu tindakan pada operasi adalah kejadian pasien mengalami tindakan operasi yang tidak sesuai dengan yang direncanakan
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan dan <i>sentinel event</i>
Periode Analisis	1 bulan dan <i>sentinel event</i>
Numerator	Jumlah pasien yang dioperasi dalam waktu satu bulan dikurangi jumlah pasien yang mengalami tertinggalnya benda asing dalam tubuh akibat operasi dalam satu bulan
Denominator	Jumlah pasien yang dioperasi dalam satu bulan
Sumber Data	Rekam Medis, laporan keselamatan pasien
Standar	≤ 100%
Penanggung jawab	Kepala Instalasi Bedah Sentral/Komite Medis

2.4.7. Komplikasi anestesi karena over dosis, reaksi anestesi dan salah penempatan *endotracheal tube*

Judul	Komplikasi anestesi karena over dosis, reaksi anestesi dan salah penempatan <i>endotracheal tube</i>
Dimensi Mutu	Keselamatan pasien
Tujuan	Tergambarkannya kecermatan tindakan anestesi dan monitoring pasien selama proses penundaan berlangsung

Definisi Operasional	Komplikasi anestesi adalah kejadian yang tidak diharapkan sebagai akibat komplikasi anestesi antara lain karena over dosis, reaksi anestesi dan salah penempatan <i>endotracheal tube</i>
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan dan <i>sentinel event</i>
Periode Analisis	1 bulan dan <i>sentinel event</i>
Numerator	Jumlah pasien yang mengalami komplikasi anestesi dalam satu bulan
Denominator	Jumlah pasien yang dioperasi dalam waktu satu bulan
Sumber Data	Rekam Medis
Standar	≤ 6%
Penanggung jawab pengumpulan data	Kepala Instalasi Bedah Sentral/Komite Medis

2.5. PERSALINAN DAN PERINATOLOGI (KECUALI RUMAH SAKIT KHUSUS DI LUAR RUMAH SAKIT IBU DAN ANAK)

2.5.1. Kejadian kematian ibu karena persalinan

Judul	Kejadian kematian ibu karena persalinan
Dimensi Mutu	Keselamatan
Tujuan	Mengetahui mutu pelayanan rumah sakit terhadap pelayanan persalinan
Definisi Operasional	<p>Kematian ibu melahirkan yang disebabkan karena pendarahan, pre-eklampsia, eklampsia, partus lama dan sepsis.</p> <p>Pendarahan adalah pendarahan yang terjadi pada saat kehamilan semua skala persalinan dan nifas.</p> <p>Pre-eklampsia dan eklampsia mulai terjadi pada kehamilan trimester kedua, pre-eklampsia dan eklampsia merupakan kumpulan dari dua dari tiga tanda, yaitu:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tekanan darah sistolik >160 mmHg dan diastolik > 110 mmHg • Protein uria > 5 gr/24 jam 3+/4- pada pemeriksaan kualitatif • Oedem tungkai <p>Eklampsia adalah tanda pre-eklampsi yang disertai dengan kejang dan atau penurunan kesadaran.</p>

	Sepsis adalah tanda-tanda sepsis yang terjadi akibat penanganan aborsi, persalinan dan nifas yang tidak ditangani dengan tepat oleh pasien atau penolong.
Frekuensi Pengumpulan Data	Tiap bulan
Periode Analisis	Tiap tiga bulan
Numerator	Jumlah kematian pasien persalinan karena pendarahan, pre-eklampsia/eklampsia dan sepsis
Denominator	Jumlah pasien-pasien persalinan dengan pendarahan, pre-eklampsia/eklampsia dan sepsis
Sumber Data	Rekam medis rumah sakit
Standar	Pendarahan \leq 1%, pre-eklampsia \leq 30%, sepsis \leq 0,2%
Penanggung jawab pengumpulan data	Komite Medik

2.5.2. Pemberi pelayanan persalinan normal

Judul	Pemberi pelayanan persalinan normal
Dimensi Mutu	Kompetensi teknis
Tujuan	Tersedianya pelayanan persalinan normal oleh tenaga yang kompeten
Definisi Operasional	Pemberi pelayanan persalinan normal adalah dokter Sp.OG, dokter umum terlatih (asuhan persalinan normal) dan bidan
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah tenaga dokter Sp.OG, dokter umum terlatih (asuhan persalinan normal) dan bidan yang memberikan pertolongan persalinan normal
Denominator	Jumlah seluruh tenaga yang memberi pertolongan persalinan normal
Sumber Data	Kepegawaian
Standar	100%
Penanggung jawab pengumpulan data	Komite Mutu

2.12.2. Kejadian reaksi transfusi

Judul	Kejadian reaksi transfusi
Dimensi Mutu	Keselamatan
Tujuan	Tergambarnya manajemen resiko pada UTD
Definisi Operasional	Reaksi transfusi adalah kejadian tidak diharapkan (KTD) yang terjadi akibat transfusi darah, dalam bentuk reaksi alergi, infeksi akibat transfusi, hemolisis akibat golongan darah tidak sesuai, atau gangguan sistem imun sebagai akibat pemberian transfusi darah
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah kejadian reaksi transfusi dalam satu bulan
Denominator	Jumlah seluruh pasien yang mendapat transfusi dalam satu bulan
Sumber Data	Rekam Medis
Standar	≤ 0,01%
Penanggung jawab	Kepala UTD

2.13. Pelayanan GAKIN

2.13.1. Pelayanan terhadap pasien GAKIN yang datang ke RS pada setiap unit pelayanan

Judul	Pelayanan terhadap pasien GAKIN yang datang ke RS pada setiap unit pelayanan
Dimensi Mutu	Akses
Tujuan	Tergambarnya kepedulian rumah sakit terhadap masyarakat miskin
Definisi Operasional	Pasien Keluarga Miskin (GAKIN) adalah pasien pemegang kartu askeskin
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah pasien GAKIN yang dilayani rumah sakit dalam satu bulan
Denominator	Jumlah seluruh pasien GAKIN yang datang ke rumah sakit dalam satu bulan
Sumber Data	Register pasien
Standar	100%
Penanggung jawab	Direktur Rumah Sakit

2.14. REKAM MEDIK

2.14.1. Kelengkapan pengisian rekam medik 24 jam setelah selesai pelayanan

Judul	Kelengkapan pengisian rekam medik 24 jam setelah selesai pelayanan
Dimensi Mutu	Kesinambungan pelayanan dan keselamatan
Tujuan	Tergambarnya tanggung jawab dokter dalam kelengkapan informasi rekam medik
Definisi Operasional	Rekam medik yang lengkap adalah rekam medik yang telah diisi lengkap oleh dokter dalam waktu \leq 24 jam setelah selesai pelayanan rawat jalan atau setelah pasien rawat inap diputuskan untuk pulang, yang meliputi identitas pasien, anamnesis, rencana asuhan, pelaksanaan asuhan, tindak lanjut, dan resume
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah rekam medik yang disurvei dalam 1 bulan yang diisi lengkap
Denominator	Jumlah rekam medik yang disurvei dalam 1 bulan
Sumber Data	Survei
Standar	100%
Penanggung jawab	Kepala Instalasi Rekam Medik/wadir pelayanan medik

2.14.2. Kelengkapan *informed concent* setelah mendapatkan informasi yang jelas

Judul	Kelengkapan <i>informed concent</i> setelah mendapatkan informasi yang jelas
Dimensi Mutu	Keselamatan
Tujuan	Tergambarnya tanggung jawab dokter untuk memberikan informasi kepada pasien dan mendapat persetujuan dari pasien akan tindakan medik yang akan dilakukan
Definisi Operasional	<i>Informed concent</i> adalah persetujuan yang diberikan pasien/keluarga pasien atas dasar penjelasan mengenai tindakan medik yang akan dilakukan terhadap pasien tersebut
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisis	3 bulan

Numerator	Jumlah pasien yang mendapat tindakan medik yang disurvei yang mendapat informasi lengkap sebelum memberikan persetujuan tindakan medik dalam 1 bulan
Denominator	Jumlah pasien yang mendapat tindakan medik yang disurvei dalam 1 bulan
Sumber Data	Survei
Standar	100%
Penanggung jawab	Kepala Instalasi Rekam Medik

2.14.3. Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat jalan

Judul	Waktu penyediaan rekam medik pelayanan rawat jalan
Dimensi Mutu	Efektifitas, kenyamanan, efisiensi
Tujuan	Tergambarnya kecepatan pelayanan pendaftaran rawat jalan
Definisi Operasional	Dokumen rekam medis rawat jalan adalah dokumen rekam medis pasien baru atau pasien lama yang digunakan pada pelayanan rawat jalan. Waktu penyediaan dokumen rekam medik mulai dari pasien mendaftar sampai rekam medis disediakan/ditemukan oleh petugas.
Frekuensi Pengumpulan Data	Tiap bulan
Periode Analisis	Tiap 3 bulan
Numerator	Jumlah kumulatif waktu penyediaan rekam medis sampel rawat jalan yang diamati
Denominator	Total sampel penyediaan rekam medis yang diamati (N tidak kurang dari 100)
Sumber Data	Hasil survei pengamatan di ruang pendaftaran rawat jalan untuk pasien baru/di ruang rekam medis untuk pasien lama
Standar	Rerata \leq 10 menit
Penanggung jawab	Kepala Instalasi Rekam Medis

2.14.4. Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat inap

Judul	Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat inap
Dimensi Mutu	Efektifitas, kenyamanan, efisiensi
Tujuan	Tergambarnya kecepatan pelayanan rekam medis rawat inap
Definisi Operasional	Dokumen rekam medis rawat inap adalah dokumen rekam medis pasien baru atau pasien lama yang digunakan pada pelayanan rawat inap. Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat inap adalah waktu mulai pasien diputuskan untuk rawat inap oleh dokter sampai rekam medik rawat inap tersedia di bangsal pasien.
Frekuensi Pengumpulan Data	Tiap bulan
Periode Analisis	Tiap 3 bulan
Numerator	Jumlah kumulatif waktu penyediaan rekam medis sampel rawat inap yang diamati
Denominator	Total sampel penyediaan rekam medis rawat inap yang diamati
Sumber Data	Hasil survei pengamatan di ruang pendaftaran rawat jalan
Standar	Rerata \leq 15 menit
Penanggung jawab	Kepala Instalasi Rekam Medis

2.15. PENGOLAHAN LIMBAH

2.15.1. Baku mutu limbah cair

Judul	Baku mutu limbah cair
Dimensi Mutu	Keselamatan
Tujuan	Tergambarnya kepedulian rumah sakit terhadap keamanan limbah cair rumah sakit
Definisi Operasional	Baku mutu adalah standar minimal pada limbah cair yang dianggap aman bagi kesehatan, yang merupakan ambang batas yang ditolerir dan diukur dengan indikator: 1. BOD (<i>Biological Oxygen Demand</i>): 30mg/liter 2. COD (<i>Chemical Oxygen Demand</i>): 80mg/liter 3. TSS (<i>Total Suspended Solid</i>): 30 mg/liter 4. PH: 6-9
Frekuensi Pengumpulan Data	3 bulan

Periode Analisis	3 bulan
Numerator	Hasil laboratorium pemeriksaan limbah cair rumah sakit yang sesuai dengan baku mutu
Denominator	Jumlah seluruh pemeriksaan limbah cair
Sumber Data	Hasil pemeriksaan
Standar	100%
Penanggung jawab	Kepala IPRS

2.15.2. Pengolahan limbah padat berbahaya sesuai dengan aturan

Judul	Pengolahan limbah padat berbahaya sesuai dengan aturan
Dimensi Mutu	Keselamatan
Tujuan	Tergambarnya mutu penanganan limbah padat infeksius di rumah sakit
Definisi Operasional	<p>Limbah padat berbahaya adalah sampah padat akibat proses pelayanan yang mengandung bahan-bahan yang tercemar jasad renik yang dapat menularkan penyakit dan/atau dapat mencederai, antara lain:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Sisa jarum suntik 2. Sisa ampul 3. Kasa bekas 4. Sisa jaringan <p>Pengolahan limbah padat berbahaya harus dikelola sesuai dengan aturan dan pedoman yang berlaku</p>
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah limbah padat yang dikelola sesuai dengan standar prosedur operasional yang diamati
Denominator	Jumlah total proses pengolahan limbah padat yang diamati
Sumber Data	Hasil pengamatan
Standar	100%
Penanggung jawab	Kepala IPRS/Kepala K3 RS

2.16. ADMINISTRASI DAN MANAJEMEN

2.16.1. Tindak lanjut penyelesaian hasil pertemuan tingkat direksi

Judul	Tindak lanjut penyelesaian hasil pertemuan tingkat direksi
Dimensi Mutu	Efektifitas
Tujuan	Tergambarnya kepedulian direksi terhadap upaya perbaikan pelayanan di rumah sakit
Definisi Operasional	Tindak lanjut penyelesaian hasil pertemuan tingkat direksi adalah pelaksanaan tindak lanjut yang harus dilakukan oleh peserta pertemuan terhadap kesepakatan atau keputusan yang telah diambil dalam pertemuan tersebut sesuai dengan permasalahan pada bidang masing-masing.
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisis	3 bulan
Numerator	Hasil keputusan pertemuan direksi yang ditindaklanjuti dalam satu bulan
Denominator	Total hasil keputusan yang harus ditindaklanjuti dalam satu bulan
Sumber Data	Notulen rapat
Standar	100%
Penanggung jawab Data	Direktur rumah sakit

2.16.2. Kelengkapan laporan akuntabilitas kinerja

Judul	Kelengkapan laporan akuntabilitas kinerja
Dimensi Mutu	Efektifitas, efisiensi
Tujuan	Tergambarnya kepedulian administrasi rumah sakit dalam menunjukkan akuntabilitas kinerja pelayanan
Definisi Operasional	Akuntabilitas kinerja adalah perwujudan kewajiban rumah sakit untuk mempertanggungjawabkan keberhasilan/kegagalan pelaksanaan misi organisasi dalam mencapai tujuan dan sasaran yang telah ditetapkan melalui pertanggungjawaban secara periodik. Laporan akuntabilitas kinerja yang lengkap adalah laporan kinerja yang memuat pencapaian indikator-indikator yang ada pada SPM (Standar Pelayanan Minimal), indikator-indikator kinerja pada rencana strategis bisnis rumah sakit, dan indikator-indikator kinerja

	yang lain yang dipersyaratkan oleh pemerintah daerah. Laporan akuntabilitas kinerja minimal dilakukan 3 bulan sekali.
Frekuensi Pengumpulan Data	1 tahun
Periode Analisis	3 tahun
Numerator	Laporan akuntabilitas kinerja yang lengkap dan dilakukan minimal 3 bulan dalam satu tahun
Denominator	Jumlah laporan akuntabilitas yang seharusnya disusun dalam satu tahun
Sumber Data	Bagian Tata Usaha
Standar	100%
Penanggung jawab	Direktur

2.16.3. Ketepatan waktu pengusulan kenaikan pangkat

Judul	Ketepatan waktu pengusulan kenaikan pangkat
Dimensi Mutu	Efektifitas, efisiensi, kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya kepedulian rumah sakit terhadap tingkat kesejahteraan pegawai
Definisi Operasional	Usulan kenaikan pangkat pegawai dilakukan dua periode dalam satu tahun yaitu bulan April dan Oktober
Frekuensi Pengumpulan Data	1 tahun
Periode Analisis	1 tahun
Numerator	Jumlah pegawai yang diusulkan tepat waktu sesuai periode kenaikan pangkat dalam satu tahun
Denominator	Jumlah seluruh pegawai yang seharusnya diusulkan kenaikan pangkat dalam satu tahun
Sumber Data	Sub Bagian Kepegawaian
Standar	100%
Penanggung jawab	Kepala Bagian Tata Usaha

2.16.4. Ketepatan waktu pengurusan kenaikan gaji berkala

Judul	Ketepatan waktu pengurusan kenaikan gaji berkala
Dimensi Mutu	Efektifitas, kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya kepedulian rumah sakit terhadap kesejahteraan pegawai
Definisi Operasional	Usulan kenaikan berkala adalah kenaikan gaji secara periodik sesuai peraturan kepegawaian yang berlaku (UU No. 8/1974, UU No. 43/1999)
Frekuensi Pengumpulan Data	1 tahun
Periode Analisis	1 Tahun
Numerator	Jumlah pegawai yang mendapatkan SK kenaikan gaji berkala tepat waktu dalam satu tahun
Denominator	Jumlah seluruh pegawai yang seharusnya memperoleh kenaikan gaji berkala dalam satu tahun
Sumber Data	Sub Bagian Kepegawaian
Standar	100%
Penanggung jawab	Kepala Bagian Tata Usaha

2.16.5. Karyawan yang mendapat pelatihan minimal 20 jam per tahun

Judul	Karyawan yang mendapat pelatihan minimal 20 jam per tahun
Dimensi Mutu	Kompetensi teknis
Tujuan	Tergambarnya kepedulian rumah sakit terhadap kualitas sumber daya manusia
Definisi Operasional	Pelatihan adalah semua kegiatan peningkatan kompetensi karyawan yang dilakukan baik di rumah sakit ataupun di luar rumah sakit yang bukan merupakan pendidikan formal. Minimal per karyawan 20 jam per tahun
Frekuensi Pengumpulan Data	Satu tahun
Periode Analisis	Satu tahun
Numerator	Jumlah karyawan yang mendapat pelatihan minimal 20 jam per tahun

Denominator	Jumlah seluruh karyawan rumah sakit
Sumber Data	Sub Bagian Kepegawaian
Standar	≥ 60%
Penanggung jawab	Kepala Bagian Tata Usaha

2.16.6. Cost Recovery

Judul	<i>Cost Recovery</i>
Dimensi Mutu	Efisiensi, efektifitas
Tujuan	Tergambarnya tingkat kesehatan keuangan di rumah sakit
Definisi Operasional	<i>Cost recovery</i> adalah jumlah pendapatan fungsional dalam periode waktu tertentu dibagi dengan jumlah pembelanjaan operasional dalam periode waktu tertentu
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah pendapatan fungsional dalam satu bulan
Denominator	Jumlah pembelanjaan operasional dalam satu bulan
Sumber Data	Sub Bagian Keuangan
Standar	≥ 40%
Penanggung jawab	Kepala Bagian Tata Usaha/Keuangan

2.16.7. Ketepatan waktu penyusunan laporan keuangan

Judul	Ketepatan waktu penyusunan laporan keuangan
Dimensi Mutu	Efektifitas
Tujuan	Tergambarnya disiplin pengelolaan keuangan rumah sakit
Definisi Operasional	Laporan keuangan meliputi realisasi anggaran dan arus kas Laporan keuangan harus diselesaikan sebelum tanggal 10 setiap bulan berikutnya
Frekuensi Pengumpulan Data	Tiga bulan
Periode Analisis	Tiga bulan

Numerator	Jumlah laporan keuangan yang diselesaikan sebelum tanggal 10 setiap bulan berikutnya dalam 3 bulan
Denominator	Jumlah laporan keuangan yang harus diselesaikan dalam 3 bulan
Sumber Data	Sub Bagian Keuangan
Standar	100%
Penanggung jawab	Kepala Bagian Tata Usaha/Keuangan

2.16.8. Kecepatan waktu pemberian informasi tentang tagihan pasien rawat inap

Judul	Kecepatan waktu pemberian informasi tentang tagihan pasien rawat inap
Dimensi Mutu	Efektifitas, kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya kecepatan pelayanan informasi pembayaran pasien rawat inap
Definisi Operasional	Informasi tagihan pasien rawat inap meliputi semua tagihan pelayanan yang telah diberikan. Kecepatan waktu pemberian informasi tagihan pasien rawat inap adalah waktu mulai pasien dinyatakan boleh pulang oleh dokter sampai dengan informasi tagihan diterima oleh pasien
Frekuensi Pengumpulan Data	Tiap bulan
Periode Analisis	Tiap tiga bulan
Numerator	Jumlah kumulatif waktu pemberian informasi tagihan pasien rawat inap yang diamati dalam satu bulan
Denominator	Jumlah total pasien rawat inap yang diamati dalam satu bulan
Sumber Data	Hasil pengamatan
Standar	≤ 2 jam
Penanggung jawab	Bagian Keuangan

2.16.9. Ketepatan waktu pemberian imbalan (insentif) sesuai kesepakatan waktu

Judul	Ketepatan waktu pemberian imbalan (insentif) sesuai kesepakatan waktu
Dimensi Mutu	Efektifitas
Tujuan	Tergambarnya kinerja manajemen dalam memperhatikan kesejahteraan karyawan
Definisi Operasional	Insentif adalah imbalan yang diberikan kepada karyawan sesuai dengan kinerja yang dicapai dalam satu bulan
Frekuensi Pengumpulan Data	Tiap 6 bulan
Periode Analisis	Tiap 6 bulan
Numerator	Jumlah bulan dengan kelambatan pemberian insentif
Denominator	6
Sumber Data	Catatan di bagian keuangan
Standar	100%
Penanggung jawab	Bagian Keuangan

2.17. AMBULANS/KERETA JENAZAH

2.17.1. Waktu pelayanan ambulans/kereta jenazah

Judul	Waktu pelayanan ambulans/kereta jenazah
Dimensi Mutu	Akses
Tujuan	Tersedianya pelayanan ambulans/kereta jenazah yang dapat diakses setiap waktu oleh pasien/keluarga pasien yang membutuhkan
Definisi Operasional	Waktu pelayanan ambulans/kereta jenazah adalah ketersediaan waktu penyediaan ambulans/kereta jenazah untuk memenuhi kebutuhan pasien/keluarga pasien
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap bulan
Periode Analisis	Tiga bulan sekali
Numerator	Total waktu buka (dalam jam) pelayanan ambulans dalam satu bulan
Denominator	Jumlah hari dalam bulan tersebut
Sumber Data	Instalasi Gawat Darurat
Standar	24 jam
Penanggung jawab	Penanggung jawab ambulans/kereta jenazah

2.17.2. Kecepatan memberikan pelayanan ambulans/kereta jenazah di rumah sakit

Judul	Kecepatan memberikan pelayanan ambulans/kereta jenazah di rumah sakit
Dimensi Mutu	Kenyamanan, keselamatan
Tujuan	Tergambarnya ketanggapan rumah sakit dalam menyediakan kebutuhan pasien akan ambulans/kereta jenazah
Definisi Operasional	Kecepatan memberikan pelayanan ambulans/kereta jenazah adalah waktu yang dibutuhkan mulai permintaan ambulans/kereta jenazah diajukan oleh pasien/keluarga pasien di rumah sakit sampai tersedianya ambulans/kereta jenazah. Maksimal 30 menit
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah penyediaan ambulans/kereta jenazah yang tepat waktu dalam satu bulan
Denominator	Jumlah seluruh permintaan ambulans/kereta jenazah dalam satu bulan
Sumber Data	Catatan penggunaan ambulans/kereta jenazah
Standar	100%
Penanggung jawab	Penanggung jawab ambulans/kereta jenazah

2.18. PEMULASARAAN JENAZAH

2.18.1. Waktu tanggap pelayanan pemulasaraan jenazah

Judul	Waktu tanggap pelayanan pemulasaraan jenazah
Dimensi Mutu	Kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya kepedulian rumah sakit terhadap kebutuhan pasien akan pemulasaraan jenazah
Definisi Operasional	Waktu tanggap pelayanan pemulasaraan jenazah adalah waktu yang dibutuhkan mulai pasien dinyatakan meninggal sampai dengan jenazah mulai ditangani oleh petugas
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisis	3 bulan

Numerator	Total kumulatif waktu pelayanan pemulasaraan jenazah pasien yang diamati dalam satu bulan
Denominator	Total pasien yang diamati dalam satu bulan
Sumber Data	Hasil pengamatan
Standar	≤ 2 jam
Penanggung jawab	Kepala Instalasi Pemulasaraan Jenazah

2.19. PELAYANAN PEMELIHARAAN SARANA RUMAH SAKIT

2.19.1. Kecepatan waktu menanggapi kerusakan alat

Judul	Kecepatan waktu menanggapi kerusakan alat
Dimensi Mutu	Efektifitas, efisiensi, kesinambungan pelayanan
Tujuan	Tergambarnya kecepatan dan ketanggapan dalam pemeliharaan alat
Definisi Operasional	Kecepatan waktu menanggapi alat yang rusak adalah waktu yang dibutuhkan mulai laporan alat rusak diterima sampai dengan petugas melakukan pemeriksaan terhadap alat yang rusak untuk tindak lanjut perbaikan, maksimal dalam waktu 15 menit harus sudah ditanggapi
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah laporan kerusakan alat yang ditanggapi kurang atau sama dengan 15 menit dalam satu bulan
Denominator	Jumlah seluruh laporan kerusakan alat dalam satu bulan
Sumber Data	Catatan laporan kerusakan alat
Standar	≥ 80%
Penanggung jawab	Kepala IPRS

2.19.2. Ketepatan waktu pemeliharaan alat

Judul	Ketepatan waktu pemeliharaan alat
Dimensi Mutu	Efektifitas, efisiensi, kesinambungan pelayanan
Tujuan	Tergambarnya kecepatan dan ketanggapan dalam pemeliharaan alat
Definisi Operasional	Waktu pemeliharaan alat adalah waktu yang

	menunjukkan periode pemeliharaan/ <i>service</i> untuk tiap-tiap alat sesuai ketentuan yang berlaku
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah alat yang dilakukan pemeliharaan (<i>service</i>) tepat waktu dalam satu bulan
Denominator	Jumlah seluruh alat yang seharusnya dilakukan pemeliharaan dalam satu bulan
Sumber Data	Register pemeliharaan alat
Standar	100%
Penanggung jawab	Kepala IPRS

2.19.3. Peralatan Laboratorium (dan alat ukur yang lain) yang terkalibrasi tepat waktu sesuai dengan ketentuan kalibrasi

Judul	Peralatan laboratorium (dan alat ukur yang lain) yang terkalibrasi tepat waktu sesuai dengan ketentuan kalibrasi
Dimensi Mutu	Keselamatan dan efektifitas
Tujuan	Tergambarnya akurasi pelayanan laboratorium
Definisi Operasional	Kalibrasi adalah pengujian kembali terhadap kelayakan peralatan laboratorium oleh Balai Pengamanan Fasilitas Kesehatan (BPFK)
Frekuensi Pengumpulan Data	1 tahun
Periode Analisis	1 tahun
Numerator	Jumlah seluruh alat laboratorium yang dikalibrasi tepat waktu dalam 1 tahun
Denominator	Jumlah alat laboratorium yang perlu dikalibrasi dalam 1 tahun
Sumber Data	Buku register
Standar	100%
Penanggung jawab	Kepala Instalasi Laboratorium

2.20. PELAYANAN LAUNDRY

2.20.1. Tidak adanya kejadian linen yang hilang

Judul	Tidak adanya kejadian linen yang hilang
Dimensi Mutu	Efisiensi dan efektifitas
Tujuan	Tergambarnya pengendalian dan mutu pelayanan <i>laundry</i>
Definisi Operasional	Tidak ada
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisis	1 bulan
Numerator	Jumlah linen yang dihitung dalam 4 hari sampling dalam satu tahun
Denominator	Jumlah linen yang seharusnya ada pada hari sampling tersebut
Sumber Data	Survei
Standar	100%
Penanggung jawab	Kepala Instalasi <i>Laundry</i>

2.20.2. Ketepatan waktu penyediaan linen untuk ruang rawat inap

Judul	Ketepatan waktu penyediaan linen untuk ruang rawat inap
Dimensi Mutu	Efisiensi dan efektifitas
Tujuan	Tergambarnya pengendalian dan mutu pelayanan <i>laundry</i>
Definisi Operasional	Ketepatan waktu penyediaan linen adalah ketepatan penyediaan linen sesuai dengan ketentuan waktu yang ditetapkan
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisis	1 bulan
Numerator	Jumlah hari dalam satu bulan dengan penyediaan linen tepat waktu
Denominator	Jumlah hari dalam satu bulan
Sumber Data	Survei
Standar	100%
Penanggung jawab	Kepala Instalasi <i>Laundry</i>

2.21. PENCEGAHAN PENGENDALIAN INFEKSI

2.21.1. Tim PPI

Judul	Tersedianya anggota Tim PPI yang terlatih
Dimensi Mutu	Kompetensi teknis
Tujuan	Tersedianya anggota Tim PPI yang kompeten untuk melaksanakan tugas-tugas Tim PPI
Definisi Operasional	Adalah anggota Tim PPI yang telah mengikuti pendidikan dan pelatihan dasar dan lanjut PPI
Frekuensi Pengumpulan Data	Tiap 3 bulan
Periode Analisis	Tiap 1 bulan
Numerator	Jumlah anggota tim PPI yang sudah terlatih
Denominator	Jumlah anggota Tim PPI
Sumber Data	Kepegawaian
Standar	75%
Penanggung jawab	Ketua Komite PPI

2.21.2. Koordinasi APD

Judul	Tersedianya APD (Alat Pelindung Diri)
Dimensi Mutu	Mutu pelayanan, keamanan pasien, petugas dan pengunjung
Tujuan	Tersedianya APD di setiap instalasi RS
Definisi Operasional	Alat terstandar yang berguna untuk melindungi tubuh, tenaga kesehatan, pasien atau pengunjung dari penularan penyakit di RS seperti masker, sarung tangan karet, penutup kepala, sepatu boots dan gaun
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap hari
Periode Analisis	1 bulan
Numerator	Jumlah instalasi yang menyediakan APD
Denominator	Jumlah instalasi di rumah sakit
Sumber Data	Survei
Standar	75%
Penanggung jawab	Tim PPI

2.21.3. Kegiatan Pencatatan dan pelaporan infeksi nosokomial di rumah sakit

Judul	Terlaksananya kegiatan pencatatan dan pelaporan infeksi nosokomial di rumah sakit
Dimensi Mutu	Keamanan pasien, petugas dan pengunjung
Tujuan	Tersedianya data pencatatan dan pelaporan infeksi di RS
Definisi Operasional	Kegiatan pengamatan faktor resiko infeksi nosokomial, pengumpulan data (cek list) pada instalasi yang tersedia di RS, minimal 1 parameter (ILO, ILI, VAP, ISK)
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap hari
Periode Analisis	1 bulan
Numerator	Jumlah instalasi yang melakukan pencatatan dan pelaporan
Denominator	Jumlah instalasi yang tersedia
Sumber Data	Survei
Standar	75%
Penanggung jawab	Tim PPI RS

Keterangan:

ILO : Infeksi Luka Operasi

ILI : Infeksi Luka Infus

VAP : *Ventilator Associated Pneumonie*

ISK : Infeksi Saluran Kemih

BAB III

PENATALAKSANAAN *TUBERCULOSIS* (TB) DI RS

3.1. RAWAT JALAN

3.1.1. Kegiatan penegakan diagnosis *Tuberculosis* (TB)

Judul	Penegakan diagnosis TB melalui pemeriksaan mikroskopis TB
Dimensi Mutu	Efektivitas dan keselamatan
Tujuan	Terlaksananya diagnosis TB melalui pemeriksaan mikroskopis TB
Definisi Operasional	Penegakan diagnosis pasti TB melalui pemeriksaan mikroskopis pada pasien rawat jalan
Frekuensi Pengumpulan Data	3 bulan
Periode Analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah penegakan diagnosis TB melalui pemeriksaan mikroskopis TB di RS dalam 3 bulan
Denominator	Jumlah penegakan diagnosis TB di RS dalam 3 bulan
Sumber Data	Rekam Medik
Standar	60%
Penanggung jawab	Kepala Instalasi Rawat Jalan

3.1.2. Kegiatan pencatatan dan pelaporan (TB) di RS

Judul	Terlaksananya kegiatan pencatatan dan pelaporan (TB) di RS
Dimensi Mutu	Efektivitas
Tujuan	Tersedianya data pencatatan dan pelaporan TB di RS
Definisi Operasional	Pencatatan dan pelaporan semua pasien TB yang berobat rawat jalan ke RS
Frekuensi Pengumpulan Data	3 bulan
Periode Analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah seluruh pasien TB rawat jalan yang dicatat dan dilaporkan

Denominator	Seluruh kasus TB rawat jalan di RS
Sumber Data	Rekam Medik
Standar	60%
Penanggung jawab	Kepala Instalasi Rawat Jalan

3.2. RAWAT INAP

3.2.1. Kegiatan penegakan diagnosis *Tuberculosis* (TB)

Judul	Penegakan kegiatan TB melalui pemeriksaan mikroskopis TB
Dimensi Mutu	Efektivitas dan keselamatan
Tujuan	Terlaksananya diagnosis TB melalui pemeriksaan mikroskopis TB
Definisi Operasional	Penegakan diagnosis pasti TB melalui pemeriksaan mikroskopis pada pasien rawat inap
Frekuensi Pengumpulan Data	3 bulan
Periode Analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah penegakan diagnosis TB melalui pemeriksaan mikroskopis TB dalam 3 bulan
Denominator	Jumlah penegakan diagnosis TB dalam 3 bulan
Sumber Data	Rekam Medik
Standar	60%
Penanggung jawab	Kepala Instalasi Rawat inap

3.2.2. Kegiatan pencatatan dan pelaporan *Tuberculosis* (TB) di RS

Judul	Terlaksananya kegiatan pencatatan dan pelaporan <i>Tuberculosis</i> (TB) di RS
Dimensi Mutu	Efektivitas
Tujuan	Tersedianya data pencatatan dan pelaporan TB di RS
Definisi Operasional	Pencatatan dan pelaporan semua pasien TB yang berobat rawat inap ke RS
Frekuensi Pengumpulan Data	3 bulan
Periode Analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah seluruh pasien TB rawat inap yang dicatat dan dilaporkan
Denominator	Seluruh kasus TB rawat inap di RS
Sumber Data	Rekam Medik
Standar	60%
Penanggung jawab	Kepala Instalasi Rawat Inap

BAB IV

MANAJEMEN PELAKSANAAN SPM RUMAH SAKIT PADA RSUD Drs. JACOBUS LUNA, M.Si KABUPATEN BENGKAYANG

Dengan ditetapkannya dokumen SPM Rumah Sakit pada RSUD Drs. Jacobus Luna, M. Si Kabupaten Bengkayang, menuntut komitmen dan peran seluruh fungsional pelayanan dan unsur manajemen dalam pelaksanaannya. Berikut ini manajemen pelaksanaan SPM Rumah Sakit pada RSUD Drs. Jacobus Luna, M. Si Kabupaten Bengkayang.

4.1. Perencanaan

SPM Rumah Sakit sebagai bagian dari perencanaan dalam pencapaiannya perlu strategi, program dan kegiatan (tahunan, tribulanan, bulanan) yang seharusnya menjadi satu kesatuan secara berkesinambungan dengan dokumen Rencana Kinerja Tahunan (RKT), Pengukuran Kinerja Kegiatan (PKK) dan Pengukuran Pencapaian Sasaran (PPS) yang tercermin dalam Laporan Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah (LAKIP).

4.2. Pelaksanaan

Pelaksanaan masing-masing indikator dalam SPM Rumah Sakit dilakukan oleh instalasi/unit kerja dikaitkan dalam target kinerja instalasi/unit kerja yang pada akhirnya akan menjadi hasil kinerja instalasi/unit kerja tersebut. Untuk mencapai target kinerja perlu disusun strategi, program, kegiatan dalam periode waktu tertentu (tahunan, tribulanan, bulanan) dengan catatan harus terukur.

4.3. Monitoring

Monitoring pelaksanaan SPM Rumah Sakit dilakukan oleh masing-masing Kepala Sub Bagian dan Kepala Seksi masing-masing melalui rapat koordinasi internal.

4.4. Evaluasi

Proses evaluasi pengukuran target kinerja dikaitkan dengan kinerja masing-masing instalasi/satuan kerja ke atasan langsung. Proses evaluasi secara administratif mengenai penerapan SPM Rumah Sakit oleh Sub Bagian Perencanaan dan Evaluasi yang dikaitkan dengan LAKIP Rumah Sakit sebagai bahan rekomendasi dalam perencanaan berikutnya. Manajemen pelaksanaan SPM Rumah Sakit merupakan proses yang

berkelanjutan, siklus yang tidak ada hentinya sehingga pada akhirnya memberikan manfaat bagi RSUD Drs. Jacobus Luna, M. Si Kabupaten Bengkayang, antara lain:

1. menjamin kualitas pelayanan;
2. menjamin keamanan pasien;
3. menjamin kemudahan mendapatkan pelayanan;
4. persyaratan administratif untuk menjadi/sebagai BLU; dan
5. sebagai tolok ukur kinerja pelayanan.

BAB V PENUTUP

RSUD Drs. Jacobus Luna, M. Si Kabupaten Bengkayang sebagai rumah sakit dengan Pola Pengelolaan Keuangan BLUD memberikan fleksibilitas bagi RSUD Drs. Jacobus Luna, M. Si Kabupaten Bengkayang dalam mengelola keuangannya, namun didalamnya terkandung amanat untuk dapat menyediakan pelayanan dengan indikator dan standar kinerja pelayanan yang baik (dalam bentuk SPM Rumah Sakit). SPM Rumah Sakit pada hakekatnya merupakan jenis-jenis pelayanan Rumah Sakit atau seluruh aktivitas Rumah Sakit yang berhubungan pada hasil dan operasional Rumah Sakit dalam mencapai tujuannya yang wajib dilaksanakan oleh penyelenggara Rumah Sakit berdasarkan standar kinerja yang ditetapkan.

Manajemen pelaksanaan SPM Rumah Sakit menuntut kontribusi instalasi/satuan kerja dalam perencanaan, pelaksanaan, monitoring dan evaluasinya. Perencanaan disesuaikan dengan perkembangan kebutuhan, prioritas, kemampuan keuangan, fasilitas, dan kemampuan SDM.

SPM Rumah Sakit pada RSUD Drs. Jacobus Luna, M. Si Kabupaten Bengkayang yang telah disusun diharapkan dapat membantu pelaksanaan penerapan akuntabilitas kinerja dan meningkatkan mutu layanan di RSUD Drs. Jacobus Luna, M. Si Kabupaten Bengkayang. SPM Rumah Sakit dapat menjadi acuan bagi pengelola Rumah Sakit dan unsur terkait dalam melaksanakan perencanaan, pembiayaan dan pelaksanaan setiap jenis pelayanan.

Mengingat bahwa SPM Rumah Sakit bersifat dinamis maka hal-hal lain yang belum tercantum dalam dokumen SPM Rumah Sakit ini akan ditetapkan kemudian sesuai dengan ketentuan yang berlaku dan akan dilakukan reviu secara berkala sesuai pedoman reviu dokumen yang

berlaku atau apabila ada perubahan peraturan terkait SPM Rumah Sakit pada RSUD Drs. Jacobus Luna, M. Si Kabupaten Bengkayang.

BUPATI BENGKAYANG

TTD

SEBASTIANUS DARWIS

LAMPIRAN I
PERATURAN BUPATI BENGKAYANG
NOMOR 36 TAHUN 2023
TANGGAL 29 November 2023
TENTANG
STANDAR PELAYANAN MINIMAL RUMAH SAKIT
UMUM DAERAH Drs. JACOBUS LUNA, M.SI
KABUPATEN BENGKAYANG

INDIKATOR KINERJA DAN STANDAR PENCAPAIAN RSUD

BAB I

STANDAR PELAYANAN MINIMAL (SPM) RUMAH SAKIT PADA RSUD Drs. JACOBUS LUNA M.Si KABUPATEN BENGKAYANG

SPM RSUD dalam pedoman ini meliputi jenis-jenis pelayanan, indikator dan standar pencapaian kinerja pelayanan rumah sakit.

1.1. JENIS-JENIS PELAYANAN RUMAH SAKIT

Jenis-jenis pelayanan rumah sakit yang minimal wajib disediakan oleh rumah sakit meliputi:

1. Pelayanan gawat darurat;
2. Pelayanan rawat jalan;
3. Pelayanan rawat inap;
4. Pelayanan bedah;
5. Pelayanan persalinan dan perinatologi;
6. Pelayanan intensif;
7. Pelayanan radiologi;
8. Pelayanan laboratorium patologi klinik;
9. Pelayanan rehabilitasi medik;
10. Pelayanan farmasi;
11. Pelayanan gizi;
12. Pelayanan transfusi darah;
13. Pelayanan keluarga miskin;
14. Pelayanan rekam medis;
15. Pengelolaan limbah;
16. Pelayanan administrasi manajemen;
17. Pelayanan ambulans/kereta jenazah;
18. Pelayanan pemulasaraan jenazah;

19. Pelayanan laundry;
20. Pelayanan pemeliharaan sarana rumah sakit; dan
21. Pencegahan pengendalian infeksi.

1.2. SPM SETIAP JENIS PELAYANAN, INDIKATOR DAN STANDAR

1.2.1. Pelayanan Gawat Darurat

No	Indikator Kinerja	Standar
1	Kemampuan menangani <i>life saving</i> anak dan dewasa	100%
2	Jam buka Pelayanan Gawat Darurat	24 Jam
3	Pemberian pelayanan gawat darurat yang bersertifikat yang masih berlaku BLS/PPGD/GELS/ALS	100%
4	Ketersediaan tim penanggulangan bencana	Satu tim
5	Waktu tanggap pelayanan Dokter di Gawat Darurat	≤ lima menit terlayani, setelah pasien datang
6	Kepuasan Pelanggan	≥ 70%
7	Kematian pasien < 24 Jam	≤ dua per seribu (pindah ke pelayanan rawat inap setelah 8 jam)
8	Tidak adanya pasien yang diharuskan membayar uang muka	100%

1.2.2. Pelayanan Rawat Jalan

No	Indikator Kinerja	Standar
1	Dokter pemberi pelayanan di Poliklinik Spesialis	100% Dokter Spesialis
2	Ketersediaan pelayanan	a. Klinik Anak b. Klinik Penyakit Dalam c. Klinik Kebidanan d. Klinik Bedah
3	Jam buka pelayanan	08.00 s/d 13.00 (Setiap hari kerja) Kecuali Jumat: 08.00-11.00
4	Waktu tunggu di rawat jalan	≤ 60 menit
5	Kepuasan pelanggan	≥ 90%

6	a. Penegakan diagnosis TB melalui pemeriksaan mikroskopis TB b. Terlaksananya kegiatan pencatatan dan pelaporan TB di RS	a. $\geq 60\%$ b. $\geq 60\%$
---	---	----------------------------------

1.2.3. Pelayanan Rawat Inap

No	Indikator Kinerja	Standar
1	Pemberi pelayanan di Rawat Inap	a. Dr. Spesialis b. Perawat Minimal pendidikan D3
2	Dokter penanggung jawab pasien rawat inap	100%
3	Ketersediaan Pelayanan Rawat Inap	a. Anak b. Penyakit Dalam c. Kebidanan d. Bedah
4	Jam Visite Dokter Spesialis	08.00 s.d 14.00 setiap hari kerja
5	Kejadian infeksi pasca operasi	$\leq 1,5\%$
6	Kejadian infeksi Nosokomial	$\leq 1,5\%$
7	Tidak adanya kejadian pasien jatuh yang berakibat kecacatan/kematian	100%
8	Kematian pasien > 48 jam	$\leq 0.24\%$
9	Kejadian pulang paksa	$\leq 5\%$
10	Kepuasan pelanggan	$\geq 90\%$
11	Rawat Inap TB a. Penegakan diagnosis TB melalui pemeriksaan mikroskopis TB b. Terlaksananya kegiatan pencatatan dan pelaporan TB di rumah sakit	a. $\geq 60\%$ b. $\geq 60\%$
12	Ketersediaan pelayanan rawat inap di rumah sakit yang memberikan pelayanan jiwa	NAPZA, Gangguan Psikotik, Gangguan Nerotik, dan Gangguan Mental Organik
13	Tidak adanya kejadian kematian pasien gangguan jiwa karena bunuh diri	100%
14	Kejadian re-admission pasien gangguan jiwa dalam waktu ≤ 1 bulan	100%
15	Lama hari perawatan pasien gangguan jiwa	≤ 6 minggu

1.2.4. Bedah Sentral (Bedah saja)

No	Indikator Kinerja	Standar
1	Waktu tunggu operasi efektif	≤ 2 hari
2	Kejadian Kematian di meja operasi	≤ 1 %
3	Tidak adanya kejadian operasi salah sisi	100 %
4	Tidak adanya kejadian operasi salah orang	100 %
5	Tidak adanya kejadian salah tindakan pada operasi	100%
6	Tidak adanya kejadian tertinggalnya benda asing/lain pada tubuh pasien setelah operasi	100%
7	Komplikasi anestesi karena over dosis, reaksi anestesi dan salah penempatan anestesi endotracheal tube	≤ 6 %

1.2.5. Pelayanan Persalinan, Perinatologi dan KB

No	Indikator Kinerja	Standar
1	Kejadian kematian ibu karena persalinan	a. Pendarahan ≤ 1% b. Pre-eklampsia ≤ 30% c. Sepsis ≤ 0,2%
2	Pemberi pelayanan persalinan normal	a. Dokter Sp.OG b. Dokter umum terlatih (Asuhan Persalinan Normal) c. Bidan
3	Pemberi pelayanan persalinan dengan penyulit	Tim PONEK yang terlatih
4	Pemberi pelayanan persalinan dengan tindakan operasi	a. Dokter Sp.OG b. Dokter Sp.A c. Dokter Sp.An
5	Kemampuan menangani BBLR 1500 gr - 2500 gr	100%
6	Pertolongan persalinan melalui seksio cesaria	≤ 20%
7	Keluarga Berencana a. Presentase KB (vasektomi & tubektomi) yang dilakukan oleh tenaga Kompeten dr.Sp.Og, dr.Sp.B, dr.Sp.U, dr.umum terlatih b. Presentase peserta KB mantap yang mendapat konseling KB mantap bidan terlatih	100%
8	Kepuasan Pelanggan	≥ 80%

1.2.6. Pelayanan Intensif

No	Indikator Kinerja	Standar
1	Rata-rata pasien yang kembali ke perawatan intensif dengan kasus yang sama < 72 Jam	$\leq 3\%$
2	Pemberi pelayanan Unit Intensif	a. Dokter Sp. Anestesi dan dokter spesialis sesuai dengan kasus yang ditangani b. 100% Perawat minimal D3 dengan sertifikat Perawat mahir ICU/setara (D4)

1.2.7. Pelayanan Radiologi

No	Indikator Kinerja	Standar
1	Waktu tunggu hasil pelayanan thorax foto	≤ 3 jam
2	Pelaksana ekspertisi	Dokter Sp.Rad
3	Kejadian kegagalan pelayanan rontgen	Kerusakan foto $\leq 2\%$
4	Kepuasan pelanggan	$\geq 80\%$

1.2.8. Pelayanan Laboratorium Patologi Klinik

No	Indikator Kinerja	Standar
1	Waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium	≤ 140 menit Kimia darah & darah rutin
2	Pelaksana ekspertisi	Dokter Sp.PK
3	Tidak adanya kesalahan pemberian hasil pemeriksaan laboratorium	100%
4	Kepuasan pelanggan	$\geq 80\%$

1.2.9. Pelayanan Rehabilitasi Medik

No	Indikator Kinerja	Standar
1	Kejadian <i>Drop Out</i> pasien terhadap pelayanan Rehabilitasi Medik yang direncanakan	$\leq 50\%$
2	Tidak adanya kejadian kesalahan tindakan rehabilitasi medik	100%
3	Kepuasan pelanggan	$\geq 80\%$

1.2.10. Pelayanan Farmasi

No	Indikator Kinerja	Standar
1	Waktu tunggu pelayanan a. Obat jadi b. Racikan	a. \leq 30 menit b. \leq 60 menit
2	Tidak adanya kejadian kesalahan pemberian obat	100%
3	Kepuasan pelanggan	\geq 80%
4	Penulisan resep sesuai formularium	100%

1.2.11. Pelayanan Gizi

No	Indikator Kinerja	Standar
1	Ketepatan waktu pemberian makanan kepada pasien	\geq 90%
2	Sisa makanan yang tidak termakan oleh pasien	\leq 20%
3	Tidak adanya kejadian Kesalahan pemberian diet	100%

1.2.12. Pelayanan Transfusi Darah

No	Indikator Kinerja	Standar
1	Kebutuhan darah bagi setiap pelayanan transfusi	100% terpenuhi
2	Kejadian reaksi transfusi	\leq 0,01%

1.2.13. Pelayanan GAKIN

No	Indikator Kinerja	Standar
1	Pelayanan terhadap pasien GAKIN yang datang ke RS pada setiap unit pelayanan	100% terlayani

1.2.14. Pelayanan Rekam Medik

No	Indikator Kinerja	Standar
1	Kelengkapan pengisian rekam medik 24 jam setelah selesai pelayanan	100%
2	Kelengkapan <i>Informed Consent</i> setelah mendapatkan informasi yang jelas	100%
3	Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat jalan	\leq 10 menit
4	Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat inap	\leq 15 menit

1.2.15. Pengelolaan Limbah

No	Indikator Kinerja	Standar
1	Baku mutu limbah cair	a. BOD < 30 mg/l b. COD < 80 mg/l c. TSS < 30 mg/l d. PH 6-9
2	Pengolahan limbah padat infeksius sesuai dengan aturan	100%

1.2.16. Pelayanan Administrasi dan Manajemen

No	Indikator Kinerja	Standar
1	Tindak lanjut penyelesaian hasil pertemuan direksi	100%
2	Kelengkapan laporan akuntabilitas kinerja	100%
3	Ketepatan waktu pengusulan kenaikan pangkat	100%
4	Ketepatan waktu pengurusan gaji berkala	100%
5	Pegawai yang mendapat pelatihan minimal 20 jam per tahun	≥ 60%
6	<i>Cost recovery</i>	≥ 40%
7	Ketepatan waktu penyusunan laporan keuangan	100%
8	Kecepatan waktu pemberian informasi tentang tagihan pasien rawat inap	≤ 2 Jam
9	Ketepatan waktu pemberian imbalan (insentif) sesuai kesepakatan waktu	100%

1.2.17. Pelayanan Ambulans/Kereta Jenazah

No	Indikator Kinerja	Standar
1	Waktu pelayanan ambulans/kereta jenazah	24 jam
2	Kecepatan memberikan pelayanan ambulans/kereta jenazah di rumah sakit	≤ 230 menit
3	<i>Response time</i> pelayanan ambulans oleh masyarakat yang membutuhkan	Sesuai ketentuan daerah

1.2.18. Pelayanan Pemulasaraan Jenazah

No	Indikator Kinerja	Standar
1	Waktu tanggap (<i>response time</i>) pelayanan pemulasaraan jenazah	≤ 2 jam

1.2.19. Pelayanan Pemeliharaan Sarana Rumah Sakit

No	Indikator Kinerja	Standar
1	Kecepatan waktu menanggapi kerusakan alat	≤ 80%
2	Ketepatan waktu pemeliharaan alat	100%
3	Peralatan laboratorium dan alat ukur yang digunakan dalam pelayanan terkalibrasi tepat waktu sesuai dengan ketentuan kalibrasi	100%

1.2.20. Pelayanan Laundry

No	Indikator Kinerja	Standar
1	Tidak adanya kejadian linen yang hilang	100%
2	Ketepatan waktu penyediaan linen untuk ruang rawat inap	100%

1.2.21. Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI)

No	Indikator Kinerja	Standar
1	Ada anggota Tim PPI yang terlatih	Anggota Tim PPI yang terlatih 75 %
2	Tersedia APD di setiap instalasi/departemen	60%
3	Kegiatan pencatatan dan pelaporan infeksi nosokomial/HAI (<i>Health Care Associated Infection</i>) di RS (min 1 parameter)	75%

BAB II
URAIAN SPM

2.1. PELAYANAN GAWAT DARURAT

2.1.1. Kemampuan menangani *life saving* anak dan dewasa

Judul	Kemampuan menangani <i>life saving</i> di Gawat Darurat
Dimensi Mutu	Keselamatan
Tujuan	Tergambarnya kemampuan Rumah Sakit dalam memberikan pelayanan Gawat Darurat
Definisi Operasional	<i>Life saving</i> adalah upaya penyelamatan jiwa manusia dengan urutan <i>Airway, Breathing, Circulation</i>
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap bulan
Periode Analisis	Tiga bulan sekali
Numerator	Jumlah kumulatif pasien yang mendapat pertolongan <i>life saving</i> di Gawat Darurat
Denominator	Jumlah seluruh pasien yang membutuhkan penanganan <i>life saving</i> di Unit Gawat Darurat
Sumber Data	Rekam Medik di Gawat Darurat
Standar	100 %
Penanggung jawab Pengumpul Data	Kepala Instalasi Gawat Darurat

2.1.2. 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 Analisis	Tiga bulan sekali

Numerator	Jumlah kumulatif jam buka gawat darurat dalam satu bulan
Denominator	Jumlah hari dalam satu bulan
Sumber Data	Laporan Bulanan
Standar	24 jam
Penanggung jawab pengumpulan data	Kepala Instalasi Gawat Darurat

2.1.3. Pemberi pelayanan kegawat daruratan yang bersertifikat BLS/PPGD/GELS/ALS

Judul	Pemberi pelayanan kegawat daruratan yang bersertifikat BLS/PPGD/GELS/ALS
Dimensi Mutu	Kompetensi teknis
Tujuan	Tersedianya Pelayanan Gawat Darurat oleh tenaga kompeten dalam bidang kegawat daruratan
Definisi Operasional	Tenaga kompeten pada gawat darurat adalah tenaga yang sudah memiliki sertifikat pelatihan BLS/PPGD/GELS/ALS
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap bulan
Periode Analisis	Tiga bulan sekali
Numerator	Jumlah tenaga yang bersertifikat BLS/PPGD/GELS/ALS
Denominator	Jumlah tenaga yang memberikan pelayanan kegawatdaruratan
Sumber Data	Kepegawaian
Standar	100%
Penanggung jawab Pengumpulan data	Kepala Pendidikan dan Pelatihan Rumah Sakit

2.1.4. Ketersediaan tim penanggulangan bencana

Judul	Ketersediaan tim penanggulangan bencana
Dimensi Mutu	Keselamatan dan efektifitas
Tujuan	Kesiagaan rumah sakit untuk memberikan pelayanan penanggulangan bencana

Definisi Operasional	Tim penanggulangan bencana adalah tim yang dibentuk di rumah sakit dengan tujuan untuk penanggulangan akibat bencana yang mungkin terjadi sewaktu-waktu
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap bulan
Periode Analisis	Tiga bulan sekali
Numerator	Jumlah Tim penanggulangan bencana yang ada di rumah sakit
Denominator	Tidak ada
Sumber Data	Instalasi gawat darurat
Standar	satu tim
Penanggung jawab Pengumpulan data	Kepala Instalasi Gawat Darurat/Tim Mutu/Panitia Mutu

2.1.5. Waktu tanggap pelayanan dokter di Gawat Darurat

Judul	Waktu tanggap pelayanan dokter di Gawat Darurat
Dimensi Mutu	Keselamatan dan efektifitas
Tujuan	Terselenggaranya pelayanan yang cepat, responsif dan mampu menyelamatkan pasien gawat darurat
Definisi Operasional	Kecepatan pelayanan dokter di gawat darurat adalah kecepatan pasien dilayani sejak pasien datang sampai mendapat pelayanan dokter (menit)
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap bulan
Periode Analisis	3 bulan sekali
Numerator	Jumlah kumulatif waktu yang diperlukan sejak kedatangan semua pasien yang disampling secara acak sampai dilayani dokter
Denominator	Jumlah seluruh pasien yang disampling (minimal n = 50)
Sumber Data	Sampel
Standar	≤ 5 menit terlayani setelah pasien datang
Penanggung jawab pengumpulan data	Kepala Instalasi Gawat Darurat/Tim Mutu/Panitia Mutu

2.1.6. Kepuasan Pelanggan pada Gawat Darurat

Judul	Kepuasan Pelanggan pada Gawat Darurat
Dimensi Mutu	Kenyamanan
Tujuan	Terselenggaranya pelayanan Gawat Darurat yang mampu memberikan kepuasan pelanggan
Definisi Operasional	Kepuasan adalah pernyataan tentang persepsi pelanggan terhadap pelayanan yang diberikan
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap bulan
Periode Analisis	Tiga bulan sekali
Numerator	Jumlah kumulatif rerata penilaian kepuasan pasien Gawat Darurat yang disurvei
Denominator	Jumlah seluruh pasien Gawat Darurat yang disurvei (minimal n = 50)
Sumber Data	Survei
Standar	$\geq 70\%$
Penanggung jawab pengumpulan data	Kepala Instalasi Gawat Darurat/Tim Mutu/Panitia Mutu

2.1.7. Kematian Pasien ≤ 24 jam di Gawat Darurat

Judul	Kematian Pasien ≤ 24 jam di Gawat Darurat
Dimensi Mutu	Efektifitas dan keselamatan
Tujuan	Terselenggaranya pelayanan yang efektif dan mampu menyelamatkan pasien gawat darurat
Definisi Operasional	Kematian ≤ 24 jam adalah kematian yang terjadi dalam periode 24 jam sejak pasien datang
Frekuensi Pengumpulan Data	Tiga bulan
Periode Analisis	Tiga bulan
Numerator	Jumlah pasien yang meninggal dalam periode ≤ 24 jam sejak pasien datang
Denominator	Jumlah seluruh pasien yang ditangani di Gawat Darurat
Sumber Data	Rekam Medik
Standar	≤ 2 perseribu
Penanggung jawab Pengumpulan data	Kepala Instalasi Gawat Darurat

2.1.8. Pasien Jiwa yang dapat ditenangkan dalam waktu ≤ 48 jam
(khusus untuk rumah sakit dengan pelayanan jiwa)

Judul	Pasien jiwa yang dapat ditenangkan dalam waktu ≤ 48 jam
Dimensi Mutu	Efektifitas dan Keselamatan
Tujuan	Terselenggaranya pelayanan yang efektif dan mampu menenangkan dan menyelamatkan pasien jiwa dalam pelayanan gawat darurat kesehatan jiwa
Definisi Operasional	Pasien dapat ditenangkan adalah pasien dengan gangguan jiwa yang dengan intervensi medis tidak lagi menunjukkan gejala dan tanda agresif yang dapat mencelakakan diri sendiri maupun orang lain sebagai akibat gangguan jiwa yang diderita.
Frekuensi Pengumpulan Data	Tiga bulan
Periode Analisis	Tiga bulan
Numerator	Jumlah pasien gangguan jiwa yang dapat ditenangkan
Denominator	Jumlah seluruh pasien gangguan jiwa yang menunjukkan gejala dan tanda agresif yang ditangani di Gawat Darurat
Sumber Data	Rekam Medik
Standar	100%
Penanggung jawab pengumpulan data	Kepala Instalasi Gawat Darurat

2.1.9. Tidak adanya keharusan untuk membayar uang muka

Judul	Tidak adanya keharusan untuk 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 diberikan
Frekuensi Pengumpulan Data	Tiga bulan
Periode Analisis	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 Pengumpulan data	Kepala Instalasi Gawat Darurat

2.2. PELAYANAN RAWAT JALAN

2.2.1. Pemberi pelayanan di klinik spesialis

Judul	Pemberi pelayanan di klinik spesialis
Dimensi Mutu	Kompetensi teknis
Tujuan	Tersedianya pelayanan klinik oleh tenaga spesialis yang kompeten
Definisi Operasional	Klinik spesialis adalah klinik pelayanan rawat jalan di rumah sakit yang dilayani oleh dokter spesialis (untuk rumah sakit pendidikan dapat dilayani oleh dokter PPDS sesuai dengan <i>special privilege</i> yang diberikan)
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah hari buka klinik spesialis yang ditangani oleh dokter spesialis dalam waktu satu bulan
Denominator	Jumlah seluruh hari buka klinik spesialis dalam waktu satu bulan
Sumber Data	Register rawat jalan poliklinik spesialis
Standar	100%
Penanggung jawab Pengumpulan data	Kepala Instalasi Rawat Jalan

2.2.2. Ketersediaan pelayanan rawat jalan

Judul	Ketersediaan pelayanan rawat jalan
Dimensi Mutu	Akses
Tujuan	Tersedianya jenis pelayanan rawat jalan spesialis yang minimal harus ada di rumah sakit

Definisi Operasional	Pelayanan rawat jalan adalah pelayanan rawat jalan spesialistik yang dilaksanakan di rumah sakit. Ketersediaan pelayanan rawat jalan untuk rumah sakit khusus disesuaikan dengan spesifikasi rumah sakit tersebut.
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisis	3 bulan
Numerator	Jenis-jenis pelayanan rawat jalan spesialistik yang ada (kualitatif)
Denominator	Tidak ada
Sumber Data	Register rawat jalan
Standar	Minimal kesehatan anak, penyakit dalam, kebidanan, dan bedah
Penanggung jawab pengumpulan data	Kepala Instalasi Rawat Jalan.

2.2.3. Ketersediaan pelayanan rawat jalan di rumah sakit jiwa

Judul	Ketersediaan pelayanan rawat jalan di rumah sakit jiwa
Dimensi Mutu	Akses
Tujuan	Tersedianya jenis pelayanan rawat jalan yang minimal harus ada di rumah sakit jiwa
Definisi Operasional	Pelayanan rawat jalan adalah pelayanan rawat jalan spesialistik yang dilaksanakan di rumah sakit
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisis	3 bulan
Numerator	Jenis-jenis pelayanan rawat jalan spesialistik yang ada (kualitatif)
Denominator	Tidak ada
Sumber Data	Register rawat jalan
Standar	Minimal a. NAPZA b. Gangguan Psikotik c. Gangguan Neurotik d. Gangguan Organik
Penanggung jawab pengumpulan data	Kepala Instalasi Rawat Jalan

2.2.4. Buka pelayanan sesuai ketentuan

Judul	Buka pelayanan sesuai ketentuan
Dimensi Mutu	Akses
Tujuan	Tersedianya jenis pelayanan rawat jalan spesialistik pada hari kerja di rumah sakit
Definisi Operasional	Jam buka pelayanan adalah jam dimulainya pelayanan rawat jalan oleh tenaga spesialis. Jam buka 08.00 s.d. 13.00 setiap hari kerja kecuali Jum'at
Frekuensi pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah pelayanan rawat jalan spesialistik yang buka sesuai ketentuan dalam satu bulan
Denominator	Jumlah seluruh hari pelayanan rawat jalan spesialistik dalam satu bulan
Sumber Data	Register rawat jalan
Standar	100%
Penanggung jawab pengumpulan data	Kepala Instalasi Rawat Jalan

2.2.5. Waktu tunggu di Rawat Jalan

Judul	Waktu tunggu di Rawat Jalan
Dimensi Mutu	Akses
Tujuan	Tersedianya pelayanan rawat jalan spesialistik pada hari kerja di setiap rumah sakit yang mudah dan cepat diakses oleh pasien
Definisi Operasional	Waktu tunggu adalah waktu yang diperlukan mulai pasien mendaftar sampai dilayani oleh dokter spesialis
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah kumulatif waktu tunggu pasien rawat jalan yang disurvei
Denominator	Jumlah seluruh pasien rawat jalan yang disurvei
Sumber Data	Survei pasien rawat jalan
Standar	≤ 60 menit
Penanggung jawab pengumpulan data	Kepala Instalasi Rawat Jalan/Komite Mutu/Tim Mutu

2.2.6. Kepuasan Pelanggan pada Rawat Jalan

Judul	Kepuasan Pelanggan pada Rawat Jalan
Dimensi Mutu	Kenyamanan
Tujuan	Terselenggaranya pelayanan rawat jalan yang mam u memberikan kepuasan pelanggan
Definisi Operasional	Kepuasan adalah pernyataan tentang persepsi pelanggan terhadap pelayanan yang diberikan
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap bulan
Periode Analisis	Tiga bulan sekali
Numerator	Jumlah kumulatif rerata penilaian kepuasan pasien rawat jalan yang disurvei
Denominator	Jumlah seluruh pasien rawat jalan yang disurvei (minimal n = 50)
Sumber Data	Survei
Standar	≥ 90%
Penanggung jawab pengumpulan data	Kepala Instalasi Rawat Jalan/TimMutu/Panitia Mutu

2.2.7. Pasien rawat jalan tuberkulosis yang ditangani dengan strategi DOTS

Judul	Pasien rawat jalan tuberkulosis yang ditangani dengan strategi DOTS
Dimensi Mutu	Akses, efisiensi
Tujuan	Terselenggaranya pelayanan rawat jalan bagi pasien tuberkulosis dengan strategi DOTS
Definisi Operasional	Pelayanan rawat jalan tuberkulosis dengan strategi DOTS adalah pelayanan tuberkulosis dengan 5 strategi penanggulangan tuberkulosis nasional. Penegakan diagnosis dan <i>follow up</i> pengobatan pasien tuberkulosis harus melalui pemeriksaan mikroskopis tuberkulosis, pengobatan harus menggunakan paduan obat anti tuberkulosis yang sesuai dengan standar penanggulangan tuberkulosis nasional, dan semua pasien yang tuberkulosis yang diobati dievaluasi secara kohort sesuai dengan penanggulangan nasional
Frekuensi Pengumpulan Data	Tiap tiga bulan
Periode Analisis	Tiap tiga bulan

Numerator	Jumlah semua pasien rawat jalan tuberkulosis yang ditangani dengan strategi DOTS
Denominator	Jumlah seluruh pasien rawat jalan tuberkulosis yang ditangani di rumah sakit dalam waktu tiga bulan
Sumber Data	Register rawat jalan, register TB 03 UPK
Standar	100%
Penanggung jawab pengumpulan data	Kepala Instalasi Rawat Jalan

2.3. PELAYANAN RAWAT INAP

2.3.1. Pemberi pelayanan rawat inap

Judul	Pemberi pelayanan rawat inap
Dimensi Mutu	Kompetensi teknis
Tujuan	Tersedianya pelayanan rawat inap oleh tenaga yang kompeten
Definisi Operasional	Pemberi pelayanan rawat inap adalah dokter dan tenaga perawat yang kompeten (minimal D3)
Frekuensi Pengumpulan Data	6 bulan
Periode Analisis	6 bulan
Numerator	Jumlah tenaga dokter dan perawat yang memberi pelayanan di ruang rawat inap yang sesuai dengan ketentuan
Denominator	Jumlah seluruh tenaga dokter dan perawat yang bertugas di rawat inap
Sumber Data	Kepegawaian
Standar	100%
Penanggung jawab pengumpulan data	Kepala Instalasi Rawat Inap

2.3.2. Dokter penanggung jawab pasien rawat inap

Judul	Dokter penanggung jawab pasien rawat inap
Dimensi Mutu	Kompetensi teknis, kesinambungan pelayanan
Tujuan	Tersedianya pelayanan rawat inap yang terkoordinasi untuk menjamin kesinambungan pelayanan

Definisi Operasional	Penanggung jawab rawat inap adalah dokter yang mengkoordinasikan kegiatan pelayanan rawat inap sesuai kebutuhan pasien
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah pasien dalam satu bulan yang mempunyai dokter sebagai penanggung jawab
Denominator	Jumlah seluruh pasien rawat inap dalam satu bulan
Sumber Data	Rekam Medik
Standar	100%
Penanggung jawab pengumpulan data	Kepala Instalasi Rawat Inap

2.3.3. Ketersediaan pelayanan rawat inap

Judul	Ketersediaan pelayanan rawat inap
Dimensi Mutu	Akses
Tujuan	Tersedianya jenis pelayanan rawat inap yang minimal harus ada di rumah sakit
Definisi Operasional	Pelayanan rawat inap adalah pelayanan rumah sakit yang diberikan tirah baring di rumah sakit. Untuk rumah sakit khusus disesuaikan dengan spesifikasi rumah sakit tersebut
Frekuensi Pengumpulan Data	3 bulan
Periode Analisis	3 bulan
Numerator	Jenis-jenis pelayanan rawat inap spesialistik yang ada (kualitatif)
Denominator	Tidak ada
Sumber Data	Register rawat inap
Standar	Minimal kesehatan anak, penyakit dalam, kebidanan, dan bedah (kecuali rumah sakit khusus disesuaikan dengan spesifikasi rumah sakit tersebut)
Penanggung jawab pengumpulan data	Kepala Instalasi Rawat Inap

2.3.4. Jam visite dokter spesialis

Judul	Jam visite dokter spesialis
Dimensi Mutu	Akses, kesinambungan pelayanan
Tujuan	Tergambarnya kepedulian tenaga medis terhadap ketepatan waktu pemberian pelayanan
Definisi Operasional	Visite dokter spesialis adalah kunjungan dokter spesialis setiap hari kerja sesuai dengan ketentuan waktu kepada setiap pasien yang menjadi tanggung jawabnya, yang dilakukan antara jam 08.00 sampai dengan 14.00
Frekuensi Pengumpulan Data	Tiap bulan
Periode Analisis	Tiap tiga bulan
Numerator	Jumlah visite dokter spesialis antara jam 08.00 sampai dengan 14.00 yang disurvei
Denominator	Jumlah pelaksanaan visite dokter spesialis yang disurvei
Sumber Data	Survei
Standar	100%
Penanggung jawab pengumpulan data	Kepala Instalasi Rawat Inap/Komite Medik/Panitia Mutu

2.3.5. Kejadian infeksi pasca operasi

Judul	Kejadian infeksi pasca operasi
Dimensi Mutu	Keselamatan, kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya pelaksanaan operasi dan perawatan pasca operasi yang bersih sesuai standar
Definisi Operasional	Infeksi pasca operasi adalah adanya infeksi nosokomial pada semua kategori luka sayatan operasi bersih yang dilaksanakan di rumah sakit yang ditandai oleh rasa panas (kalor), kemerahan (<i>color</i>), pengerasan (<i>tumor</i>), dan keluarnya nanah (<i>pus</i>) dalam waktu lebih dari 3 x 24 jam
Frekuensi pengumpulan Data	Tiap bulan
Periode Analisis	Tiap bulan
Numerator	Jumlah pasien yang mengalami infeksi pasca operasi dalam satu bulan

Denominator	Jumlah seluruh pasien yang dioperasi dalam satu bulan
Sumber Data	Rekam Medis
Standar	$\leq 1,5\%$
Penanggung jawab pengumpulan data	Ketua Komite Medik/Komite Mutu/Tim Mutu

2.3.6. Angka kejadian infeksi nosokomial

Judul	Angka kejadian infeksi nosokomial
Dimensi Mutu	Keselamatan pasien
Tujuan	Mengetahui hasil pengendalian infeksi nosokomial rumah sakit
Definisi Operasional	Infeksi nosokomial adalah infeksi yang dialami oleh pasien yang diperoleh selama dirawat di rumah sakit yang meliputi dekubitus, phlebitis, sepsis, dan infeksi luka operasi
Frekuensi Pengumpulan Data	Tiap bulan
Periode Analisis	Tiap 3 bulan
Numerator	Jumlah pasien rawat inap yang terkena infeksi nosokomial dalam satu bulan
Denominator	Jumlah pasien rawat inap dalam satu bulan
Sumber Data	Survei, laporan infeksi nosokomial
Standar	$\leq 1,5\%$
Penanggung jawab pengumpulan data	Kepala Instalasi Rawat Inap/Komite Medik/Panitia Mutu

2.3.7. Tidak adanya kejadian pasien jatuh yang berakibat kecacatan/kematian

Judul	Tidak adanya kejadian pasien jatuh yang berakibat kecacatan/kematian
Dimensi Mutu	Keselamatan pasien
Tujuan	Tergambarnya pelayanan keperawatan yang aman bagi pasien
Definisi Operasional	Kejadian pasien jatuh adalah kejadian pasien jatuh selama dirawat baik akibat jatuh dari tempat tidur, di kamar mandi, dsb, yang berakibat kecacatan atau kematian

Frekuensi Pengumpulan Data	Tiap bulan
Periode Analisis	Tiap bulan
Numerator	Jumlah pasien dirawat dalam bulan tersebut dikurangi jumlah pasien yang jatuh dan berakibat kecacatan atau kematian
Denominator	Jumlah pasien dirawat dalam bulan tersebut
Sumber Data	Rekam Medis, laporan keselamatan pasien
Standar	100%
Penanggung jawab pengumpulan data	Kepala Instalasi Rawat Inap

2.3.8. Kematian pasien > 48 jam

Judul	Kematian pasien > 48 jam
Dimensi Mutu	Keselamatan dan efektifitas
Tujuan	Tergambarnya pelayanan pasien rawat inap di rumah sakit yang aman dan efektif
Definisi Operasional	Kematian pasien > 48 jam adalah kematian yang terjadi sesudah periode 48 jam setelah pasien rawat inap masuk rumah sakit
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisis	1 bulan
Numerator	Jumlah kejadian kematian pasien rawat inap > 48 jam dalam satu bulan
Denominator	Jumlah seluruh pasien rawat inap dalam satu bulan
Sumber Data	Rekam Medis
Standar	$\leq 0,24\% \leq 2,4/1000$ (<i>international</i>) (NDR $\leq 25/1000$, Indonesia)
Penanggung jawab pengumpulan data	Ketua Komite Mutu/Tim Mutu

2.3.9. Kejadian pulang paksa

Judul	Kejadian pulang paksa
Dimensi Mutu	Efektifitas, kesinambungan pelayanan
Tujuan	Tergambarnya penilaian pasien terhadap efektifitas pelayanan rumah sakit
Definisi Operasional	Pulang paksa adalah pulang atas permintaan pasien atau keluarga pasien sebelum diputuskan boleh pulang oleh dokter
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah pasien pulang paksa dalam satu bulan
Denominator	Jumlah seluruh pasien yang dirawat dalam satu bulan
Sumber Data	Rekam Medis
Standar	$\leq 5\%$
Penanggung jawab pengumpulan data	Ketua Komite Mutu/Tim Mutu

2.3.10. Kepuasan pelanggan rawat inap

Judul	Kepuasan pelanggan rawat inap
Dimensi Mutu	Kenyamanan
Tujuan	Terselenggaranya persepsi pelanggan terhadap mutu pelayanan rawat inap
Definisi Operasional	Kepuasan pelanggan adalah pernyataan puas oleh pelanggan terhadap pelayanan rawat inap
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah kumulatif hasil penilaian kepuasan pasien yang disurvei (dalam persen)
Denominator	Jumlah total pasien yang disurvei (minimal n = 50)
Sumber Data	Survei
Standar	$\geq 90\%$
Penanggung jawab pengumpulan data	Ketua Komite Mutu/Tim Mutu

2.3.11. Pasien rawat inap tuberkulosis yang ditangani dengan strategi DOTS

Judul	Pasien rawat inap tuberkulosis yang ditangani dengan strategi DOTS
Dimensi Mutu	Akses, efisiensi
Tujuan	Terselenggaranya pelayanan rawat inap bagi pasien tuberkulosis dengan strategi DOTS
Definisi Operasional	Pelayanan rawat inap tuberkulosis dengan strategi DOTS adalah pelayanan tuberkulosis dengan 5 strategi penanggulangan tuberkulosis nasional. Penegakan diagnosis dan <i>follow up</i> pengobatan pasien tuberkulosis harus melalui pemeriksaan mikroskopis tuberkulosis, pengobatan harus menggunakan paduan obat anti tuberkulosis yang sesuai dengan standar penanggulangan tuberkulosis nasional, dan semua pasien yang tuberkulosis yang diobati dievaluasi secara kohort sesuai dengan penanggulangan nasional
Frekuensi Pengumpulan Data	Tiap tiga bulan
Periode Analisis	Tiap tiga bulan
Numerator	Jumlah semua pasien rawat inap tuberkulosis yang ditangani dengan strategi DOTS
Denominator	Jumlah seluruh pasien rawat inap tuberkulosis yang ditangani di rumah sakit dalam waktu tiga bulan
Sumber Data	Register rawat inap, register TB 03 UPK
Standar	100%
Penanggung jawab pengumpulan data	Kepala Instalasi Rawat Inap

2.3.12. Ketersediaan pelayanan rawat di rumah sakit yang memberikan pelayanan jiwa

Judul	Ketersediaan pelayanan rawat di rumah sakit yang memberikan pelayanan jiwa
Dimensi Mutu	Akses
Tujuan	Tersedianya jenis pelayanan rawat inap yang minimal harus ada di rumah sakit jiwa

Definisi Operasional	Pelayanan rawat inap adalah pelayanan rumah sakit jiwa yang diberikan kepada pasien tidak gaduh gelisah tetapi memerlukan penyembuhan aspek psiko patologis
Frekuensi Pengumpulan Data	3 bulan
Periode Analisis	3 bulan
Numerator	Jenis-jenis pelayanan rawat inap rumah sakit jiwa
Denominator	Tidak ada
Sumber Data	Register rawat inap
Standar	Minimal a. NAPZA b. Gangguan Psikotik c. Gangguan Neurotik d. Gangguan Organik
Penanggung jawab pengumpulan data	Kepala Instalasi Rawat Inap

2.3.13. Tidak Adanya Kematian Pasien Gangguan Jiwa Karena Bunuh Diri

Judul	Tidak adanya kematian pasien gangguan jiwa karena bunuh diri
Dimensi Mutu	Keselamatan
Tujuan	Tergambarnya pelayanan pasien rawat inap di rumah sakit jiwa yang aman dan efektif
Definisi Operasional	Kematian pasien jiwa karena bunuh diri adalah kematian yang terjadi pada pasien gangguan jiwa karena perawatan rawat inap yang tidak baik.
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisis	1 bulan jumlah seluruh pasien yang dirawat dalam satu bulan
Numerator	Jumlah seluruh pasien yang dirawat dalam satu bulan dikurangi jumlah kejadian kematian pasien gangguan jiwa bunuh diri dalam satu bulan
Denominator	Jumlah seluruh pasien yang dirawat dalam satu bulan
Sumber Data	Rekam Medis
Standar	100%
Penanggung jawab pengumpulan data	Komite Medik/Mutu

2.3.14. Kejadian(*re-admission*) pasien gangguan jiwa tidak kembali dalam perawatan dalam waktu 1 bulan

Judul	Kejadian (<i>re-admission</i>) pasien gangguan jiwa tidak kembali dalam perawatan dalam waktu \leq 1 bulan
Dimensi Mutu	Efektifitas, kompetensi teknis
Tujuan	Tergambarnya pelayanan pasien rawat inap di rumah sakit jiwa yang efektif
Definisi Operasional	Lamanya waktu pasien gangguan jiwa yang sudah dipulangkan tidak kembali ke perawatan di rumah sakit jiwa
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisis	6 bulan
Numerator	Jumlah seluruh pasien gangguan yang dipulangkan dalam 1 bulan dikurangi jumlah kejadian pasien gangguan jiwa yang kembali dirawat dalam waktu \leq 1 bulan
Denominator	Jumlah seluruh pasien yang gangguan jiwa yang dipulangkan dalam 1 bulan
Sumber Data	Rekam Medis
Standar	100%
Penanggung jawab pengumpulan data	Komite Medik/Mutu

2.3.15. Lama hari perawatan pasien gangguan jiwa

Judul	Lama hari perawatan pasien gangguan jiwa
Dimensi Mutu	Efektifitas, kompetensi teknis
Tujuan	Tergambarnya pelayanan pasien rawat inap di rumah sakit jiwa yang efektif
Definisi Operasional	Lamanya waktu perawatan pasien gangguan jiwa di rumah sakit jiwa
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisis	6 bulan
Numerator	Jumlah rerata perawatan pasien gangguan jiwa 6 minggu
Denominator	Tidak ada

Sumber Data	Rekam Medis
Standar	≤ 6 minggu
Penanggung jawab pengumpulan data	Komite Medik/Mutu

2.4. BEDAH SENTRAL

2.4.1. Waktu tunggu operasi efektif

Judul	Waktu tunggu operasi efektif
Dimensi Mutu	Efektifitas, kesinambungan pelayanan, efisiensi
Tujuan	Tergambarnya kecepatan penanganan antrian pelayanan bedah
Definisi Operasional	Waktu tunggu operasi efektif adalah tenggang waktu mulai dokter memutuskan untuk operasi yang terencana sampai dengan operasi mulai dilaksanakan
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah kumulatif waktu tunggu operasi yang terencana dari seluruh pasien yang dioperasi dalam satu bulan
Denominator	Jumlah pasien yang dioperasi dalam satu bulan
Sumber Data	Rekam Medis
Standar	≤ 2 hari
Penanggung jawab pengumpulan data	Kepala Instalasi Bedah Sentral

2.4.2. Kejadian kematian di meja operasi

Judul	Kejadian kematian di meja operasi
Dimensi Mutu	Keselamatan, efektifitas
Tujuan	Tergambarnya efektifitas pelayanan bedah sentral dan anestesi dan kepedulian terhadap keselamatan pasien
Definisi Operasional	Kematian di meja operasi adalah kematian yang terjadi di atas meja operasi pada saat operasi berlangsung yang diakibatkan oleh tindakan anestesi maupun tindakan pembedahan

Frekuensi Pengumpulan Data	Tiap bulan dan <i>sentinel event</i>
Periode Analisis	Tiap bulan dan <i>sentinel event</i>
Numerator	Jumlah pasien yang meninggal di meja operasi dalam satu bulan
Denominator	Jumlah pasien yang dilakukan tindakan pembedahan dalam satu bulan
Sumber Data	Rekam Medis, laporan keselamatan pasien
Standar	≤ 1%
Penanggung jawab pengumpulan data	Kepala Instalasi Bedah Sentral/Komite Medis

2.4.3. Tidak adanya kejadian operasi salah sisi

Judul	Tidak adanya kejadian operasi salah sisi
Dimensi Mutu	Keselamatan pasien
Tujuan	Tergambarkannya kepedulian dan ketelitian instalasi bedah sentral terhadap keselamatan pasien
Definisi Operasional	Kejadian operasi salah sisi adalah kejadian dimana pasien dioperasi pada sisi yang salah, misalnya yang semestinya dioperasi pada sisi kanan, ternyata yang dilakukan operasi adalah pada sisi kiri atau sebaliknya
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan dan <i>sentinel event</i>
Periode Analisis	1 bulan dan <i>sentinel event</i>
Numerator	Jumlah pasien yang dioperasi dalam waktu satu bulan dikurangi jumlah pasien yang dioperasi salah sisi dalam waktu satu bulan
Denominator	Jumlah pasien yang dioperasi dalam waktu satu bulan
Sumber Data	Rekam Medis, laporan keselamatan pasien
Standar	≤ 100%
Penanggung jawab	Kepala Instalasi bedah Sentral/Komite Medis

2.4.4. Tidak adanya kejadian operasi salah orang

Judul	Tidak adanya kejadian operasi salah orang
Dimensi Mutu	Keselamatan pasien
Tujuan	Tergambarnya kepedulian dan ketelitian instalasi bedah sentral terhadap keselamatan pasien
Definisi Operasional	Kejadian operasi salah orang adalah kejadian dimana pasien dioperasi pada orang yang salah
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan dan <i>sentinel event</i>
Periode Analisis	1 bulan dan <i>sentinel event</i>
Numerator	Jumlah pasien yang dioperasi dalam waktu satu bulan dikurangi jumlah operasi salah orang dalam waktu satu bulan
Denominator	Jumlah pasien yang dioperasi dalam waktu satu bulan
Sumber Data	Rekam Medis, laporan keselamatan pasien
Standar	$\leq 100\%$
Penanggung jawab pengumpulan data	Kepala Instalasi Bedah Sentral/ Komite Medis

2.4.5. Tidak adanya kejadian salah tindakan pada operasi

Judul	Tidak adanya kejadian salah tindakan pada operasi
Dimensi Mutu	Keselamatan pasien
Tujuan	Tergambarnya ketelitian dalam pelaksanaan operasi dan kesesuaiannya dengan tindakan operasi rencana yang telah ditetapkan
Definisi Operasional	Kejadian salah tindakan pada operasi adalah kejadian pasien mengalami tindakan operasi yang tidak sesuai dengan yang direncanakan
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan dan <i>sentinel event</i>
Periode Analisis	1 bulan dan <i>sentinel event</i>
Numerator	Jumlah pasien yang dioperasi dalam satu bulan dikurangi jumlah pasien yang mengalami salah tindakan operasi dalam waktu satu bulan
Denominator	Jumlah pasien yang dioperasi dalam satu bulan
Sumber Data	Rekam Medis, laporan keselamatan pasien

Standar	≤ 100%
Penanggung jawab pengumpulan data	Kepala Instalasi Bedah Sentral/Komite Medis

2.4.6. Tidak adanya kejadian tertinggalnya benda asing pada tubuh pasien setelah operasi

Judul	Tidak adanya kejadian tertinggalnya benda asing pada tubuh pasien setelah operasi
Dimensi Mutu	Keselamatan pasien
Tujuan	Kejadian tertinggalnya benda asing adalah kejadian dimana benda asing seperti kapas, gunting, peralatan operasi dalam tubuh pasien akibat tindakan suatu pembedahan
Definisi Operasional	Kejadian salah satu tindakan pada operasi adalah kejadian pasien mengalami tindakan operasi yang tidak sesuai dengan yang direncanakan
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan dan <i>sentinel event</i>
Periode Analisis	1 bulan dan <i>sentinel event</i>
Numerator	Jumlah pasien yang dioperasi dalam waktu satu bulan dikurangi jumlah pasien yang mengalami tertinggalnya benda asing dalam tubuh akibat operasi dalam satu bulan
Denominator	Jumlah pasien yang dioperasi dalam satu bulan
Sumber Data	Rekam Medis, laporan keselamatan pasien
Standar	≤ 100%
Penanggung jawab	Kepala Instalasi Bedah Sentral/Komite Medis

2.4.7. Komplikasi anestesi karena over dosis, reaksi anestesi dan salah penempatan *endotracheal tube*

Judul	Komplikasi anestesi karena over dosis, reaksi anestesi dan salah penempatan <i>endotracheal tube</i>
Dimensi Mutu	Keselamatan pasien
Tujuan	Tergambarkannya kecermatan tindakan anestesi dan monitoring pasien selama proses penundaan berlangsung

Definisi Operasional	Komplikasi anestesi adalah kejadian yang tidak diharapkan sebagai akibat komplikasi anestesi antara lain karena over dosis, reaksi anestesi dan salah penempatan <i>endotracheal tube</i>
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan dan <i>sentinel event</i>
Periode Analisis	1 bulan dan <i>sentinel event</i>
Numerator	Jumlah pasien yang mengalami komplikasi anestesi dalam satu bulan
Denominator	Jumlah pasien yang dioperasi dalam waktu satu bulan
Sumber Data	Rekam Medis
Standar	≤ 6%
Penanggung jawab pengumpulan data	Kepala Instalasi Bedah Sentral/Komite Medis

2.5. PERSALINAN DAN PERINATOLOGI (KECUALI RUMAH SAKIT KHUSUS DI LUAR RUMAH SAKIT IBU DAN ANAK)

2.5.1. Kejadian kematian ibu karena persalinan

Judul	Kejadian kematian ibu karena persalinan
Dimensi Mutu	Keselamatan
Tujuan	Mengetahui mutu pelayanan rumah sakit terhadap pelayanan persalinan
Definisi Operasional	<p>Kematian ibu melahirkan yang disebabkan karena pendarahan, pre-eklampsia, eklampsia, partus lama dan sepsis.</p> <p>Pendarahan adalah pendarahan yang terjadi pada saat kehamilan semua skala persalinan dan nifas.</p> <p>Pre-eklampsia dan eklampsia mulai terjadi pada kehamilan trimester kedua, pre-eklampsia dan eklampsia merupakan kumpulan dari dua dari tiga tanda, yaitu:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tekanan darah sistolik >160 mmHg dan diastolik > 110 mmHg • Protein uria > 5 gr/24 jam 3+/4- pada pemeriksaan kualitatif • Oedem tungkai <p>Eklampsia adalah tanda pre-eklampsi yang disertai dengan kejang dan atau penurunan kesadaran.</p>

	Sepsis adalah tanda-tanda sepsis yang terjadi akibat penanganan aborsi, persalinan dan nifas yang tidak ditangani dengan tepat oleh pasien atau penolong.
Frekuensi Pengumpulan Data	Tiap bulan
Periode Analisis	Tiap tiga bulan
Numerator	Jumlah kematian pasien persalinan karena pendarahan, pre-eklampsia/eklampsia dan sepsis
Denominator	Jumlah pasien-pasien persalinan dengan pendarahan, pre-eklampsia/eklampsia dan sepsis
Sumber Data	Rekam medis rumah sakit
Standar	Pendarahan \leq 1%, pre-eklampsia \leq 30%, sepsis \leq 0,2%
Penanggung jawab pengumpulan data	Komite Medik

2.5.2. Pemberi pelayanan persalinan normal

Judul	Pemberi pelayanan persalinan normal
Dimensi Mutu	Kompetensi teknis
Tujuan	Tersedianya pelayanan persalinan normal oleh tenaga yang kompeten
Definisi Operasional	Pemberi pelayanan persalinan normal adalah dokter Sp.OG, dokter umum terlatih (asuhan persalinan normal) dan bidan
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah tenaga dokter Sp.OG, dokter umum terlatih (asuhan persalinan normal) dan bidan yang memberikan pertolongan persalinan normal
Denominator	Jumlah seluruh tenaga yang memberi pertolongan persalinan normal
Sumber Data	Kepegawaian
Standar	100%
Penanggung jawab pengumpulan data	Komite Mutu

2.5.3. Pemberi pelayanan persalinan dengan penyulit

Judul	Pemberi pelayanan persalinan dengan penyulit
Dimensi Mutu	Kompetensi teknis
Tujuan	Tersedianya pelayanan persalinan normal oleh tenaga yang kompeten
Definisi Operasional	Pemberi pelayanan persalinan dengan penyulit adalah Tim PONEK yang terdiri dari dokter Sp. OG, dengan dokter umum dan bidan (perawat yang terlatih)
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisis	3 bulan
Numerator	Tersedianya tim dokter Sp. OG, dokter umum, bidan dan perawat terlatih
Denominator	Tidak ada
Sumber Data	Kepegawaian dan Rekam Medis
Standar	Tersedia
Penanggung jawab pengumpulan data	Komite Mutu

2.5.4. Pemberi pelayanan persalinan dengan tindakan operasi

Judul	Pemberi pelayanan persalinan dengan tindakan operasi
Dimensi Mutu	Kompetensi teknis
Tujuan	Tersedianya pelayanan persalinan dengan tindakan operasi oleh tenaga yang kompeten
Definisi Operasional	Pemberi pelayanan persalinan dengan tindakan operasi adalah dokter Sp. OG, dokter spesialis anak, dokter spesialis anestesi
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah tenaga dokter Sp. OG, dokter spesialis anak, dokter spesialis anestesi yang memberikan pertolongan persalinan dengan tindakan operasi
Denominator	Jumlah seluruh tenaga yang melayani persalinan dengan tindakan operasi
Sumber Data	Kepegawaian
Standar	100%
Penanggung jawab pengumpulan data	Komite Mutu

2.5.5. Kemampuan menangani BBLR 1500 gr-2500 gr

Judul	Kemampuan menangani BBLR 1500 gr-2500 gr
Dimensi Mutu	Efektifitas dan keselamatan
Tujuan	Tergambarnya kemampuan rumah sakit dalam menangani BBLR
Definisi Operasional	BBLR adalah bayi yang lahir dengan berat 1500 gr-2500 gr
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah BBLR 1500 gr-2500 gr yang berhasil ditangani
Denominator	Jumlah seluruh BBLR 1500gr-2500 gr yang ditangani
Sumber Data	Rekam Medis
Standar	100%
Penanggung jawab pengumpulan data	Komite Medik/Komite Mutu

2.5.6. Pertolongan persalinan melalui seksio cesaria

Judul	Pertolongan persalinan melalui seksio cesaria
Dimensi Mutu	Efektifitas, keselamatan dan efisiensi
Tujuan	Tergambarnya pertolongan di rumah sakit yang sesuai dengan indikasi dan efisien
Definisi Operasional	Seksio cesaria adalah tindakan persalinan melalui pembedahan abdominal baik elektif maupun emergensi
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah persalinan dengan seksio cesaria dalam 1 bulan
Denominator	Jumlah seluruh persalinan dalam 1 bulan
Sumber Data	Rekam Medis
Standar	≤ 100%
Penanggung jawab	Komite Mutu

2.5.7. Keluarga Berencana

Judul	Keluarga Berencana Mantap
Dimensi Mutu	Ketersediaan pelayanan kontrasepsi mantap
Tujuan	Mutu dan kesinambungan pelayanan
Definisi Operasional	Keluarga berencana yang menggunakan metode operasi yang aman dan sederhana pada alat reproduksi manusia dengan tujuan menghentikan fertilitas oleh tenaga yang kompeten
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisis	3 bulan
Numerator	Jenis pelayanan KB mantap
Denominator	Jumlah peserta KB
Sumber Data	Rekam medik dan laporan KB rumah sakit
Standar	100%
Penanggung jawab pengumpulan data	Direktur Pelayanan Medik

2.5.8. Konseling KB Mantap

Judul	Keluarga Berencana Mantap
Dimensi Mutu	Ketersediaan kontrasepsi mantap
Tujuan	Mutu dan kesinambungan pelayanan
Definisi Operasional	Proses konsultasi antara pasien dengan bidan terlatih untuk mendapatkan pilihan pelayanan KB mantap yang sesuai dengan pilihan status kesehatan pasien
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah konseling layanan KB mantap
Denominator	Jumlah peserta KB mantap
Sumber Data	Laporan unit layanan KB
Standar	100%
Penanggung jawab	Direktur Pelayanan Medik

2.5.9. Kepuasan pelanggan

Judul	Kepuasan pelanggan
Dimensi Mutu	Kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya persepsi pasien terhadap mutu pelayanan persalinan
Definisi Operasional	Kepuasan pelanggan adalah pernyataan puas oleh pelanggan terhadap pelayanan persalinan
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah kumulatif hasil penilaian kepuasan dari pasien yang disurvei (dalam persen)
Denominator	Jumlah total pasien yang disurvei (n minimal 50)
Sumber Data	Survei
Standar	≥ 80%
Penanggung jawab pengumpulan data	Ketua Komite Mutu/Tim Mutu

2.6. PELAYANAN INTENSIF

2.6.1. Rata-rata pasien yang kembali ke perawatan intensif dengan kasus yang sama < 72 jam

Judul	Rata-rata pasien yang kembali ke perawatan intensif dengan kasus yang sama < 72 jam
Dimensi Mutu	Efektifitas
Tujuan	Tergambarnya keberhasilan perawatan intensif
Definisi Operasional	Pasien kembali ke perawatan intensif dari ruang rawat inap dengan kasus yang sama < 72 jam
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah pasien yang kembali ke perawatan intensif dengan kasus yang sama < 72 jam dalam 1 bulan
Denominator	Jumlah seluruh pasien yang dirawat di ruang intensif dalam 1 bulan
Sumber Data	Rekam medis

Standar	≤ 3%
Penanggung jawab pengumpulan data	Komite Medik/Mutu

2.6.2. Pemberi pelayanan unit intensif

Judul	Pemberi pelayanan unit intensif
Dimensi Mutu	Kompetensi teknis
Tujuan	Tersedianya pelayanan intensif tenaga yang kompeten
Definisi Operasional	Pemberi pelayanan intensif adalah dokter Sp.An dan dokter spesialis sesuai dengan kasus yang ditangani, perawat D3 dengan sertifikat perawat mahir ICU/setara
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah tenaga dokter Sp.An dan spesialis yang sesuai dengan kasus yang ditangani, perawat D3 dengan sertifikat perawat mahir ICU/setara yang melayani pelayanan perawatan intensif
Denominator	Jumlah seluruh tenaga dokter dan perawat yang melayani perawatan intensif
Sumber Data	Kepegawaian
Standar	100%
Penanggung jawab pengumpulan data	Komite Medik/Mutu

2.7. RADIOLOGI

2.7.1. Waktu tunggu hasil pelayanan thorax foto

Judul	Waktu tunggu hasil pelayanan thorax foto
Dimensi Mutu	Efektifitas, kesinambungan pelayanan, efisiensi
Tujuan	Tergambarnya kecepatan pelayanan radiologi
Definisi Operasional	Waktu tunggu hasil pelayanan thorax foto adalah tenggang waktu mulai pasien difoto sampai dengan menerima hasil yang sudah diekspertisi
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan

Periode Analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah kumulatif waktu tunggu hasil pelayanan thorax foto dalam 1 bulan
Denominator	Jumlah pasien yang difoto thorax dalam bulan tersebut
Sumber Data	Rekam Medis
Standar	≤ 3%
Penanggung jawab	Kepala Instalasi Radiologi

2.7.2. Pelaksana ekspertisi hasil pemeriksaan

Judul	Pelaksana ekspertisi hasil pemeriksaan
Dimensi Mutu	Kompetensi teknis
Tujuan	Pembacaan dan verifikasi hasil pemeriksaan rontgen dilakukan oleh tenaga ahli untuk memastikan ketepatan diagnosis
Definisi Operasional	Pelaksana ekspertisi rontgen adalah dokter spesialis radiologi yang mempunyai kewenangan untuk melakukan pembacaan foto rontgen/ hasil pemeriksaan radiologi. Bukti pembacaan dan verifikasi adalah dicantulkannya tanda tangan dokter spesialis radiologi pada lembar hasil pemeriksaan yang dikirimkan kepada dokter yang meminta.
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah foto rontgen yang dibaca dan diverifikasi oleh dokter spesialis radiologi dalam satu bulan
Denominator	Jumlah seluruh pemeriksaan foto rontgen dalam satu bulan
Sumber Data	Register di instalasi radiologi
Standar	100%
Penanggung jawab	Kepala Instalasi Radiologi

2.7.3. Kejadian kegagalan pelayanan rontgen

Judul	Kejadian kegagalan pelayanan rontgen
Dimensi Mutu	Efektifitas dan efisiensi
Tujuan	Tergambarnya efektifitas dan efisiensi pelayanan rontgen
Definisi Operasional	Kegagalan pelayanan rontgen adalah kerusakan foto yang tidak dapat dibaca
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah foto rusak yang tidak dapat dibaca dalam 1 bulan
Denominator	Jumlah seluruh pemeriksaan foto dalam 1 bulan
Sumber Data	Register radiologi
Standar	$\leq 2\%$
Penanggung jawab	Kepala Instalasi Radiologi

2.7.4. Kepuasan pelanggan

Judul	Kepuasan pelanggan
Dimensi Mutu	Kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya persepsi pelanggan terhadap pelayanan radiologi
Definisi Operasional	Kepuasan pelanggan adalah pernyataan puas oleh pelanggan terhadap pelayanan radiologi
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah pasien yang disurvei yang menyatakan puas
Denominator	Jumlah total pasien yang disurvei (n minimal 50)
Sumber Data	Survei
Standar	$\geq 80\%$
Penanggung jawab	Ketua Komite Medik/Tim Mutu

2.8. LABORATORIUM PATOLOGI KLINIK

2.8.1. Waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium

Judul	Waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium
Dimensi Mutu	Efektifitas, kesinambungan pelayanan, efisiensi
Tujuan	Tergambarnya kecepatan pelayanan laboratorium
Definisi Operasional	Pemeriksaan laboratorium yang dimaksud adalah pelayanan pemeriksaan laboratorium rutin dan kimia darah. Waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium untuk pemeriksaan laboratorium adalah tenggang waktu mulai pasien diambil sampel sampai dengan menerima hasil yang sudah diekspertisi
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah kumulatif waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium pasien yang disurvei dalam satu bulan
Denominator	Jumlah pasien yang diperiksa di laboratorium yang disurvei dalam bulan tersebut
Sumber Data	Survei
Standar	≤ 140 menit (manual)
Penanggung jawab	Kepala Instalasi Laboratorium

2.8.2. Pelaksana ekspertisi hasil pemeriksaan laboratorium

Judul	Pelaksana ekspertisi hasil pemeriksaan laboratorium
Dimensi Mutu	Kompetensi teknis
Tujuan	Pembacaan dan verifikasi hasil pemeriksaan laboratorium dilakukan oleh tenaga ahli untuk memastikan ketepatan diagnosis
Definisi Operasional	Pelaksana ekspertisi laboratorium adalah dokter spesialis patologi klinik yang mempunyai kewenangan untuk melakukan pembacaan hasil pemeriksaan laboratorium. Bukti dilakukan ekspertisi adalah adanya tanda tangan pada lembar hasil pemeriksaan yang dikirimkan kepada dokter yang meminta.

Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah hasil lab yang diverifikasi hasilnya oleh dokter spesialis patologi klinik dalam satu bulan
Denominator	Jumlah seluruh pemeriksaan laboratorium dalam satu bulan
Sumber Data	Register di instalasi laboratorium
Standar	100%
Penanggung jawab	Kepala Instalasi Laboratorium

2.8.3. Tidak adanya kesalahan penyerahan hasil pemeriksaan laboratorium

Judul	Tidak adanya kesalahan penyerahan hasil pemeriksaan laboratorium
Dimensi Mutu	Keselamatan
Tujuan	Tergambarnya ketelitian pelayanan laboratorium
Definisi Operasional	Kesalahan penyerahan hasil laboratorium adalah penyerahan hasil laboratorium pada salah orang
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah seluruh pasien yang diperiksa laboratorium dalam satu bulan dikurangi jumlah penyerahan hasil laboratorium salah orang dalam satu bulan
Denominator	Jumlah pasien yang diperiksa di laboratorium dalam bulan tersebut
Sumber Data	Rekam Medis
Standar	100%
Penanggung jawab	Kepala Instalasi Laboratorium

2.8.4. Kepuasan pelanggan

Judul	Kepuasan pelanggan
Dimensi Mutu	Kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya persepsi pelanggan terhadap pelayanan laboratorium
Definisi Operasional	Kepuasan pelanggan adalah pernyataan puas oleh pelanggan terhadap pelayanan laboratorium
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah kumulatif hasil penilaian kepuasan dari pasien yang disurvei (dalam persen)
Denominator	Jumlah total pasien yang disurvei (n minimal 50)
Sumber Data	Survei
Standar	≥ 80%
Penanggung jawab	Kepala Instalasi Laboratorium

2.9. REHABILITASI MEDIK

2.9.1. Kejadian *drop out* pasien terhadap pelayanan rehabilitasi yang direncanakan

Judul	Kejadian <i>drop out</i> pasien terhadap pelayanan rehabilitasi yang direncanakan
Dimensi Mutu	Kesinambungan pelayanan dan efektifitas
Tujuan	Tergambarnya kesinambungan pelayanan rehabilitasi sesuai yang direncanakan
Definisi Operasional	<i>Drop out</i> pasien terhadap pelayanan rehabilitasi yang direncanakan adalah pasien tidak bersedia meneruskan program rehabilitasi yang direncanakan
Frekuensi Pengumpulan Data	3 bulan
Periode Analisis	6 bulan
Numerator	Jumlah seluruh pasien yang <i>drop out</i> dalam 3 bulan
Denominator	Jumlah seluruh pasien yang diprogram rehabilitasi medik dalam 3 bulan

Sumber Data	Rekam Medis
Standar	≤ 50%
Penanggung jawab	Kepala Instalasi Rehabilitasi Medik

2.9.2. Tidak adanya kejadian kesalahan tindakan rehabilitasi medik

Judul	Tidak adanya kejadian kesalahan tindakan rehabilitasi medik
Dimensi Mutu	Keselamatan dan kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya kejadian kesalahan klinis dalam rehabilitasi medik
Definisi Operasional	Kesalahan tindakan rehabilitasi medik adalah memberikan atau tidak memberikan tindakan rehabilitasi medik yang diperlukan yang tidak sesuai dengan rencana asuhan dan/atau tidak sesuai dengan pedoman/standar pelayanan rehabilitasi medik
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah seluruh pasien yang diprogram rehabilitasi medik dalam 1 bulan dikurangi jumlah pasien yang mengalami kesalahan tindakan rehabilitasi medik dalam 1 bulan
Denominator	Jumlah seluruh pasien yang diprogram rehabilitasi medik dalam 1 bulan
Sumber Data	Rekam Medis
Standar	100%
Penanggung jawab	Kepala Instalasi Rehabilitasi Medik

2.9.3. Kepuasan pelanggan

Judul	Kepuasan pelanggan
Dimensi Mutu	Kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya persepsi pelanggan terhadap pelayanan rehabilitasi medik
Definisi Operasional	Kepuasan pelanggan adalah pernyataan puas oleh pelanggan terhadap pelayanan rehabilitasi medik

Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah kumulatif hasil penilaian kepuasan dari pasien yang disurvei (dalam persen)
Denominator	Jumlah total pasien yang disurvei (n minimal 50)
Sumber Data	Survei
Standar	≥ 80%
Penanggung jawab	Kepala Instalasi Rehabilitasi Medik

2.10. FARMASI

2.10.1. Waktu tunggu pelayanan obat jadi

Judul	Waktu tunggu pelayanan obat jadi
Dimensi Mutu	Efektifitas, kesinambungan pelayanan, efisiensi
Tujuan	Tergambarnya kecepatan pelayanan farmasi
Definisi Operasional	Waktu tunggu pelayanan obat jadi adalah tenggang waktu mulai pasien menyerahkan resep sampai dengan menerima obat jadi
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah kumulatif waktu tunggu pelayanan obat jadi pasien yang disurvei dalam satu bulan
Denominator	Jumlah Pasien yang disurvei dalam bulan tersebut
Sumber Data	Survei
Standar	≤ 30%
Penanggung jawab	Kepala Instalasi Farmasi

2.10.2. Waktu tunggu pelayanan obat racikan

Judul	Waktu tunggu pelayanan obat racikan
Dimensi Mutu	Efektifitas, kesinambungan pelayanan, efisiensi
Tujuan	Tergambarnya kecepatan pelayanan farmasi

Definisi Operasional	Waktu tunggu pelayanan obat racikan adalah tenggang waktu mulai pasien menyerahkan resep sampai dengan menerima obat racikan
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah kumulatif waktu tunggu pelayanan obat racikan pasien yang disurvei dalam satu bulan
Denominator	Jumlah pasien yang disurvei dalam bulan tersebut
Sumber Data	Survei
Standar	≤ 60%
Penanggung jawab	Kepala Instalasi Farmasi

2.10.3. Tidak adanya kejadian kesalahan pemberian obat

Judul	Tidak adanya kejadian kesalahan pemberian obat
Dimensi Mutu	Keselamatan dan kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya kejadian kesalahan dalam pemberian obat
Definisi Operasional	Kesalahan pemberian obat meliputi: 1. Salah dalam memberikan jenis obat 2. Salah dalam memberikan dosis 3. Salah orang 4. Salah jumlah
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah seluruh pasien instalasi farmasi yang disurvei dikurangi jumlah pasien yang mengalami kesalahan pemberian obat
Denominator	Jumlah seluruh pasien instalasi farmasi yang disurvei
Sumber Data	Survei
Standar	100%
Penanggung jawab	Kepala Instalasi Farmasi

2.10.4. Kepuasan Pelanggan

Judul	Kepuasan pelanggan
Dimensi Mutu	Kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya persepsi pelanggan terhadap pelayanan farmasi
Definisi Operasional	Kepuasan pelanggan adalah pernyataan puas oleh pelanggan terhadap pelayanan farmasi
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah kumulatif hasil penilaian kepuasan dari pasien yang disurvei (dalam persen)
Denominator	Jumlah total pasien yang disurvei (n minimal 50)
Sumber Data	Survei
Standar	≥ 80%
Penanggung jawab	Kepala Instalasi Farmasi

2.10.5. Penulisan resep sesuai formularium

Judul	Penulisan resep sesuai formularium
Dimensi Mutu	Efisiensi
Tujuan	Tergambarnya efisiensi pelayanan obat kepada pasien
Definisi Operasional	Formularium obat adalah daftar obat yang digunakan di rumah sakit
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah resep yang diambil sebagai sampel yang sesuai formularium dalam satu bulan
Denominator	Jumlah seluruh resep yang diambil sebagai sampel dalam satu bulan (n minimal 50)
Sumber Data	Survei
Standar	100%
Penanggung jawab pengumpulan data	Kepala Instalasi Farmasi

2.11. GIZI

2.11.1. Ketepatan waktu pemberian makanan kepada pasien

Judul	Ketepatan waktu pemberian makanan kepada pasien
Dimensi Mutu	Efektifitas, akses, kenyamanan
Tujuan	Tergambarannya efektifitas pelayanan instalasi gizi
Definisi Operasional	Ketepatan waktu pemberian makanan kepada pasien adalah ketepatan penyediaan makanan pada pasien sesuai dengan jadwal yang telah ditentukan
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah pasien rawat inap yang disurvei yang mendapat makanan tepat waktu dalam satu bulan
Denominator	Jumlah seluruh pasien rawat inap yang disurvei
SumberData	Survei
Standar	≥ 90%
Penanggung jawab	Kepala Instalasi Gizi/Kepala Instalasi Rawat Inap

2.11.2. Sisa makanan yang tidak termakan oleh pasien

Judul	Sisa makanan yang tidak termakan oleh pasien
Dimensi Mutu	Efektifitas dan efisien
Tujuan	Tergambarannya efektifitas dan efisiensi pelayanan instalasi gizi
Definisi Operasional	Sisa makanan adalah porsi makanan yang tersisa yang tidak dimakan oleh pasien (sesuai dengan pedoman asuhan gizi rumah sakit)
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah kumulatif porsi sisa makanan dari pasien yang disurvei
Denominator	Jumlah pasien yang disurvei dalam satu bulan
Sumber Data	Survei

Standar	≤ 20%
Penanggung jawab	Kepala Instalasi Gizi/Kepala Instalasi Rawat Inap

2.11.3. Tidak adanya kesalahan dalam pemberian diet

Judul	Tidak adanya kesalahan dalam pemberian diet
Dimensi Mutu	Keamanan, efisien
Tujuan	Tergambarnya kesalahan dan efisiensi pelayanan instalasi gizi
Definisi Operasional	Kesalahan dalam memberikan diet adalah kesalahan dalam memberikan jenis diet
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah pemberian makanan yang disurvei dikurangi jumlah pemberian makanan yang salah diet
Denominator	Jumlah pasien yang disurvei dalam satu bulan
Sumber Data	Survei
Standar	100%
Penanggung jawab	Kepala Instalasi Gizi/Kepala Instalasi Rawat Inap

2.12. TRANSFUSI DARAH

2.12.1. Pemenuhan kebutuhan darah bagi setiap pelayanan transfusi

Judul	Pemenuhan kebutuhan darah bagi setiap pelayanan transfusi
Dimensi Mutu	Keselamatan dan kesinambungan pelayanan
Tujuan	Tergambarnya kemampuan bank darah rumah sakit dalam menyediakan kebutuhan darah
Definisi Operasional	Cukup jelas
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah permintaan kebutuhan darah yang dapat dipenuhi dalam 1 bulan
Denominator	Jumlah seluruh permintaan darah dalam 1 bulan
Sumber Data	Survei
Standar	100%
Penanggung jawab	Yang bertanggung jawab terhadap pengelolaan bank darah

2.12.2. Kejadian reaksi transfusi

Judul	Kejadian reaksi transfusi
Dimensi Mutu	Keselamatan
Tujuan	Tergambarnya manajemen resiko pada UTD
Definisi Operasional	Reaksi transfusi adalah kejadian tidak diharapkan (KTD) yang terjadi akibat transfusi darah, dalam bentuk reaksi alergi, infeksi akibat transfusi, hemolisis akibat golongan darah tidak sesuai, atau gangguan sistem imun sebagai akibat pemberian transfusi darah
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah kejadian reaksi transfusi dalam satu bulan
Denominator	Jumlah seluruh pasien yang mendapat transfusi dalam satu bulan
Sumber Data	Rekam Medis
Standar	≤ 0,01%
Penanggung jawab	Kepala UTD

2.13. Pelayanan GAKIN

2.13.1. Pelayanan terhadap pasien GAKIN yang datang ke RS pada setiap unit pelayanan

Judul	Pelayanan terhadap pasien GAKIN yang datang ke RS pada setiap unit pelayanan
Dimensi Mutu	Akses
Tujuan	Tergambarnya kepedulian rumah sakit terhadap masyarakat miskin
Definisi Operasional	Pasien Keluarga Miskin (GAKIN) adalah pasien pemegang kartu askeskin
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah pasien GAKIN yang dilayani rumah sakit dalam satu bulan
Denominator	Jumlah seluruh pasien GAKIN yang datang ke rumah sakit dalam satu bulan
Sumber Data	Register pasien
Standar	100%
Penanggung jawab	Direktur Rumah Sakit

2.14. REKAM MEDIK

2.14.1. Kelengkapan pengisian rekam medik 24 jam setelah selesai pelayanan

Judul	Kelengkapan pengisian rekam medik 24 jam setelah selesai pelayanan
Dimensi Mutu	Kesinambungan pelayanan dan keselamatan
Tujuan	Tergambarnya tanggung jawab dokter dalam kelengkapan informasi rekam medik
Definisi Operasional	Rekam medik yang lengkap adalah rekam medik yang telah diisi lengkap oleh dokter dalam waktu \leq 24 jam setelah selesai pelayanan rawat jalan atau setelah pasien rawat inap diputuskan untuk pulang, yang meliputi identitas pasien, anamnesis, rencana asuhan, pelaksanaan asuhan, tindak lanjut, dan resume
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah rekam medik yang disurvei dalam 1 bulan yang diisi lengkap
Denominator	Jumlah rekam medik yang disurvei dalam 1 bulan
Sumber Data	Survei
Standar	100%
Penanggung jawab	Kepala Instalasi Rekam Medik/wadir pelayanan medik

2.14.2. Kelengkapan *informed concent* setelah mendapatkan informasi yang jelas

Judul	Kelengkapan <i>informed concent</i> setelah mendapatkan informasi yang jelas
Dimensi Mutu	Keselamatan
Tujuan	Tergambarnya tanggung jawab dokter untuk memberikan informasi kepada pasien dan mendapat persetujuan dari pasien akan tindakan medik yang akan dilakukan
Definisi Operasional	<i>Informed concent</i> adalah persetujuan yang diberikan pasien/keluarga pasien atas dasar penjelasan mengenai tindakan medik yang akan dilakukan terhadap pasien tersebut
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisis	3 bulan

Numerator	Jumlah pasien yang mendapat tindakan medik yang disurvei yang mendapat informasi lengkap sebelum memberikan persetujuan tindakan medik dalam 1 bulan
Denominator	Jumlah pasien yang mendapat tindakan medik yang disurvei dalam 1 bulan
Sumber Data	Survei
Standar	100%
Penanggung jawab	Kepala Instalasi Rekam Medik

2.14.3. Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat jalan

Judul	Waktu penyediaan rekam medik pelayanan rawat jalan
Dimensi Mutu	Efektifitas, kenyamanan, efisiensi
Tujuan	Tergambarnya kecepatan pelayanan pendaftaran rawat jalan
Definisi Operasional	Dokumen rekam medis rawat jalan adalah dokumen rekam medis pasien baru atau pasien lama yang digunakan pada pelayanan rawat jalan. Waktu penyediaan dokumen rekam medik mulai dari pasien mendaftar sampai rekam medis disediakan/ditemukan oleh petugas.
Frekuensi Pengumpulan Data	Tiap bulan
Periode Analisis	Tiap 3 bulan
Numerator	Jumlah kumulatif waktu penyediaan rekam medis sampel rawat jalan yang diamati
Denominator	Total sampel penyediaan rekam medis yang diamati (N tidak kurang dari 100)
Sumber Data	Hasil survei pengamatan di ruang pendaftaran rawat jalan untuk pasien baru/di ruang rekam medis untuk pasien lama
Standar	Rerata \leq 10 menit
Penanggung jawab	Kepala Instalasi Rekam Medis

2.14.4. Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat inap

Judul	Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat inap
Dimensi Mutu	Efektifitas, kenyamanan, efisiensi
Tujuan	Tergambarnya kecepatan pelayanan rekam medis rawat inap
Definisi Operasional	Dokumen rekam medis rawat inap adalah dokumen rekam medis pasien baru atau pasien lama yang digunakan pada pelayanan rawat inap. Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat inap adalah waktu mulai pasien diputuskan untuk rawat inap oleh dokter sampai rekam medik rawat inap tersedia di bangsal pasien.
Frekuensi Pengumpulan Data	Tiap bulan
Periode Analisis	Tiap 3 bulan
Numerator	Jumlah kumulatif waktu penyediaan rekam medis sampel rawat inap yang diamati
Denominator	Total sampel penyediaan rekam medis rawat inap yang diamati
Sumber Data	Hasil survei pengamatan di ruang pendaftaran rawat jalan
Standar	Rerata \leq 15 menit
Penanggung jawab	Kepala Instalasi Rekam Medis

2.15. PENGOLAHAN LIMBAH

2.15.1. Baku mutu limbah cair

Judul	Baku mutu limbah cair
Dimensi Mutu	Keselamatan
Tujuan	Tergambarnya kepedulian rumah sakit terhadap keamanan limbah cair rumah sakit
Definisi Operasional	Baku mutu adalah standar minimal pada limbah cair yang dianggap aman bagi kesehatan, yang merupakan ambang batas yang ditolerir dan diukur dengan indikator: 1. BOD (<i>Biological Oxygen Demand</i>): 30mg/liter 2. COD (<i>Chemical Oxygen Demand</i>): 80mg/liter 3. TSS (<i>Total Suspended Solid</i>): 30 mg/liter 4. PH: 6-9
Frekuensi Pengumpulan Data	3 bulan

Periode Analisis	3 bulan
Numerator	Hasil laboratorium pemeriksaan limbah cair rumah sakit yang sesuai dengan baku mutu
Denominator	Jumlah seluruh pemeriksaan limbah cair
Sumber Data	Hasil pemeriksaan
Standar	100%
Penanggung jawab	Kepala IPRS

2.15.2. Pengolahan limbah padat berbahaya sesuai dengan aturan

Judul	Pengolahan limbah padat berbahaya sesuai dengan aturan
Dimensi Mutu	Keselamatan
Tujuan	Tergambarnya mutu penanganan limbah padat infeksius di rumah sakit
Definisi Operasional	<p>Limbah padat berbahaya adalah sampah padat akibat proses pelayanan yang mengandung bahan-bahan yang tercemar jasad renik yang dapat menularkan penyakit dan/atau dapat mencederai, antara lain:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Sisa jarum suntik 2. Sisa ampul 3. Kasa bekas 4. Sisa jaringan <p>Pengolahan limbah padat berbahaya harus dikelola sesuai dengan aturan dan pedoman yang berlaku</p>
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah limbah padat yang dikelola sesuai dengan standar prosedur operasional yang diamati
Denominator	Jumlah total proses pengolahan limbah padat yang diamati
Sumber Data	Hasil pengamatan
Standar	100%
Penanggung jawab	Kepala IPRS/Kepala K3 RS

2.16. ADMINISTRASI DAN MANAJEMEN

2.16.1. Tindak lanjut penyelesaian hasil pertemuan tingkat direksi

Judul	Tindak lanjut penyelesaian hasil pertemuan tingkat direksi
Dimensi Mutu	Efektifitas
Tujuan	Tergambarnya kepedulian direksi terhadap upaya perbaikan pelayanan di rumah sakit
Definisi Operasional	Tindak lanjut penyelesaian hasil pertemuan tingkat direksi adalah pelaksanaan tindak lanjut yang harus dilakukan oleh peserta pertemuan terhadap kesepakatan atau keputusan yang telah diambil dalam pertemuan tersebut sesuai dengan permasalahan pada bidang masing-masing.
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisis	3 bulan
Numerator	Hasil keputusan pertemuan direksi yang ditindaklanjuti dalam satu bulan
Denominator	Total hasil keputusan yang harus ditindaklanjuti dalam satu bulan
Sumber Data	Notulen rapat
Standar	100%
Penanggung jawab Data	Direktur rumah sakit

2.16.2. Kelengkapan laporan akuntabilitas kinerja

Judul	Kelengkapan laporan akuntabilitas kinerja
Dimensi Mutu	Efektifitas, efisiensi
Tujuan	Tergambarnya kepedulian administrasi rumah sakit dalam menunjukkan akuntabilitas kinerja pelayanan
Definisi Operasional	Akuntabilitas kinerja adalah perwujudan kewajiban rumah sakit untuk mempertanggungjawabkan keberhasilan/kegagalan pelaksanaan misi organisasi dalam mencapai tujuan dan sasaran yang telah ditetapkan melalui pertanggungjawaban secara periodik. Laporan akuntabilitas kinerja yang lengkap adalah laporan kinerja yang memuat pencapaian indikator-indikator yang ada pada SPM (Standar Pelayanan Minimal), indikator-indikator kinerja pada rencana strategik bisnis rumah sakit, dan indikator-indikator kinerja

	yang lain yang dipersyaratkan oleh pemerintah daerah. Laporan akuntabilitas kinerja minimal dilakukan 3 bulan sekali.
Frekuensi Pengumpulan Data	1 tahun
Periode Analisis	3 tahun
Numerator	Laporan akuntabilitas kinerja yang lengkap dan dilakukan minimal 3 bulan dalam satu tahun
Denominator	Jumlah laporan akuntabilitas yang seharusnya disusun dalam satu tahun
Sumber Data	Bagian Tata Usaha
Standar	100%
Penanggung jawab	Direktur

2.16.3. Ketepatan waktu pengusulan kenaikan pangkat

Judul	Ketepatan waktu pengusulan kenaikan pangkat
Dimensi Mutu	Efektifitas, efisiensi, kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya kepedulian rumah sakit terhadap tingkat kesejahteraan pegawai
Definisi Operasional	Usulan kenaikan pangkat pegawai dilakukan dua periode dalam satu tahun yaitu bulan April dan Oktober
Frekuensi Pengumpulan Data	1 tahun
Periode Analisis	1 tahun
Numerator	Jumlah pegawai yang diusulkan tepat waktu sesuai periode kenaikan pangkat dalam satu tahun
Denominator	Jumlah seluruh pegawai yang seharusnya diusulkan kenaikan pangkat dalam satu tahun
Sumber Data	Sub Bagian Kepegawaian
Standar	100%
Penanggung jawab	Kepala Bagian Tata Usaha

2.16.4. Ketepatan waktu pengurusan kenaikan gaji berkala

Judul	Ketepatan waktu pengurusan kenaikan gaji berkala
Dimensi Mutu	Efektifitas, kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya kepedulian rumah sakit terhadap kesejahteraan pegawai
Definisi Operasional	Usulan kenaikan berkala adalah kenaikan gaji secara periodik sesuai peraturan kepegawaian yang berlaku (UU No. 8/1974, UU No. 43/1999)
Frekuensi Pengumpulan Data	1 tahun
Periode Analisis	1 Tahun
Numerator	Jumlah pegawai yang mendapatkan SK kenaikan gaji berkala tepat waktu dalam satu tahun
Denominator	Jumlah seluruh pegawai yang seharusnya memperoleh kenaikan gaji berkala dalam satu tahun
Sumber Data	Sub Bagian Kepegawaian
Standar	100%
Penanggung jawab	Kepala Bagian Tata Usaha

2.16.5. Karyawan yang mendapat pelatihan minimal 20 jam per tahun

Judul	Karyawan yang mendapat pelatihan minimal 20 jam per tahun
Dimensi Mutu	Kompetensi teknis
Tujuan	Tergambarnya kepedulian rumah sakit terhadap kualitas sumber daya manusia
Definisi Operasional	Pelatihan adalah semua kegiatan peningkatan kompetensi karyawan yang dilakukan baik di rumah sakit ataupun di luar rumah sakit yang bukan merupakan pendidikan formal. Minimal per karyawan 20 jam per tahun
Frekuensi Pengumpulan Data	Satu tahun
Periode Analisis	Satu tahun
Numerator	Jumlah karyawan yang mendapat pelatihan minimal 20 jam per tahun

Denominator	Jumlah seluruh karyawan rumah sakit
Sumber Data	Sub Bagian Kepegawaian
Standar	$\geq 60\%$
Penanggung jawab	Kepala Bagian Tata Usaha

2.16.6. Cost Recovery

Judul	<i>Cost Recovery</i>
Dimensi Mutu	Efisiensi, efektifitas
Tujuan	Tergambarnya tingkat kesehatan keuangan di rumah sakit
Definisi Operasional	<i>Cost recovery</i> adalah jumlah pendapatan fungsional dalam periode waktu tertentu dibagi dengan jumlah pembelanjaan operasional dalam periode waktu tertentu
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah pendapatan fungsional dalam satu bulan
Denominator	Jumlah pembelanjaan operasional dalam satu bulan
Sumber Data	Sub Bagian Keuangan
Standar	$\geq 40\%$
Penanggung jawab	Kepala Bagian Tata Usaha/Keuangan

2.16.7. Ketepatan waktu penyusunan laporan keuangan

Judul	Ketepatan waktu penyusunan laporan keuangan
Dimensi Mutu	Efektifitas
Tujuan	Tergambarnya disiplin pengelolaan keuangan rumah sakit
Definisi Operasional	Laporan keuangan meliputi realisasi anggaran dan arus kas Laporan keuangan harus diselesaikan sebelum tanggal 10 setiap bulan berikutnya
Frekuensi Pengumpulan Data	Tiga bulan
Periode Analisis	Tiga bulan

Numerator	Jumlah laporan keuangan yang diselesaikan sebelum tanggal 10 setiap bulan berikutnya dalam 3 bulan
Denominator	Jumlah laporan keuangan yang harus diselesaikan dalam 3 bulan
Sumber Data	Sub Bagian Keuangan
Standar	100%
Penanggung jawab	Kepala Bagian Tata Usaha/Keuangan

2.16.8. Kecepatan waktu pemberian informasi tentang tagihan pasien rawat inap

Judul	Kecepatan waktu pemberian informasi tentang tagihan pasien rawat inap
Dimensi Mutu	Efektifitas, kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya kecepatan pelayanan informasi pembayaran pasien rawat inap
Definisi Operasional	Informasi tagihan pasien rawat inap meliputi semua tagihan pelayanan yang telah diberikan. Kecepatan waktu pemberian informasi tagihan pasien rawat inap adalah waktu mulai pasien dinyatakan boleh pulang oleh dokter sampai dengan informasi tagihan diterima oleh pasien
Frekuensi Pengumpulan Data	Tiap bulan
Periode Analisis	Tiap tiga bulan
Numerator	Jumlah kumulatif waktu pemberian informasi tagihan pasien rawat inap yang diamati dalam satu bulan
Denominator	Jumlah total pasien rawat inap yang diamati dalam satu bulan
Sumber Data	Hasil pengamatan
Standar	≤ 2 jam
Penanggung jawab	Bagian Keuangan

2.16.9. Ketepatan waktu pemberian imbalan (insentif) sesuai kesepakatan waktu

Judul	Ketepatan waktu pemberian imbalan (insentif) sesuai kesepakatan waktu
Dimensi Mutu	Efektifitas
Tujuan	Tergambarnya kinerja manajemen dalam memperhatikan kesejahteraan karyawan
Definisi Operasional	Insentif adalah imbalan yang diberikan kepada karyawan sesuai dengan kinerja yang dicapai dalam satu bulan
Frekuensi Pengumpulan Data	Tiap 6 bulan
Periode Analisis	Tiap 6 bulan
Numerator	Jumlah bulan dengan kelambatan pemberian insentif
Denominator	6
Sumber Data	Catatan di bagian keuangan
Standar	100%
Penanggung jawab	Bagian Keuangan

2.17. AMBULANS/KERETA JENAZAH

2.17.1. Waktu pelayanan ambulans/kereta jenazah

Judul	Waktu pelayanan ambulans/kereta jenazah
Dimensi Mutu	Akses
Tujuan	Tersedianya pelayanan ambulans/kereta jenazah yang dapat diakses setiap waktu oleh pasien/keluarga pasien yang membutuhkan
Definisi Operasional	Waktu pelayanan ambulans/kereta jenazah adalah ketersediaan waktu penyediaan ambulans/kereta jenazah untuk memenuhi kebutuhan pasien/keluarga pasien
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap bulan
Periode Analisis	Tiga bulan sekali
Numerator	Total waktu buka (dalam jam) pelayanan ambulans dalam satu bulan
Denominator	Jumlah hari dalam bulan tersebut
Sumber Data	Instalasi Gawat Darurat
Standar	24 jam
Penanggung jawab	Penanggung jawab ambulans/kereta jenazah

2.17.2. Kecepatan memberikan pelayanan ambulans/kereta jenazah di rumah sakit

Judul	Kecepatan memberikan pelayanan ambulans/kereta jenazah di rumah sakit
Dimensi Mutu	Kenyamanan, keselamatan
Tujuan	Tergambarnya ketanggapan rumah sakit dalam menyediakan kebutuhan pasien akan ambulans/kereta jenazah
Definisi Operasional	Kecepatan memberikan pelayanan ambulans/kereta jenazah adalah waktu yang dibutuhkan mulai permintaan ambulans/kereta jenazah diajukan oleh pasien/keluarga pasien di rumah sakit sampai tersedianya ambulans/kereta jenazah. Maksimal 30 menit
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah penyediaan ambulans/kereta jenazah yang tepat waktu dalam satu bulan
Denominator	Jumlah seluruh permintaan ambulans/kereta jenazah dalam satu bulan
Sumber Data	Catatan penggunaan ambulans/kereta jenazah
Standar	100%
Penanggung jawab	Penanggung jawab ambulans/kereta jenazah

2.18. PEMULASARAAN JENAZAH

2.18.1. Waktu tanggap pelayanan pemulasaraan jenazah

Judul	Waktu tanggap pelayanan pemulasaraan jenazah
Dimensi Mutu	Kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya kepedulian rumah sakit terhadap kebutuhan pasien akan pemulasaraan jenazah
Definisi Operasional	Waktu tanggap pelayanan pemulasaraan jenazah adalah waktu yang dibutuhkan mulai pasien dinyatakan meninggal sampai dengan jenazah mulai ditangani oleh petugas
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisis	3 bulan

Numerator	Total kumulatif waktu pelayanan pemulasaraan jenazah pasien yang diamati dalam satu bulan
Denominator	Total pasien yang diamati dalam satu bulan
Sumber Data	Hasil pengamatan
Standar	≤ 2 jam
Penanggung jawab	Kepala Instalasi Pemulasaraan Jenazah

2.19. PELAYANAN PEMELIHARAAN SARANA RUMAH SAKIT

2.19.1. Kecepatan waktu menanggapi kerusakan alat

Judul	Kecepatan waktu menanggapi kerusakan alat
Dimensi Mutu	Efektifitas, efisiensi, kesinambungan pelayanan
Tujuan	Tergambarnya kecepatan dan ketanggapan dalam pemeliharaan alat
Definisi Operasional	Kecepatan waktu menanggapi alat yang rusak adalah waktu yang dibutuhkan mulai laporan alat rusak diterima sampai dengan petugas melakukan pemeriksaan terhadap alat yang rusak untuk tindak lanjut perbaikan, maksimal dalam waktu 15 menit harus sudah ditanggapi
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah laporan kerusakan alat yang ditanggapi kurang atau sama dengan 15 menit dalam satu bulan
Denominator	Jumlah seluruh laporan kerusakan alat dalam satu bulan
Sumber Data	Catatan laporan kerusakan alat
Standar	≥ 80%
Penanggung jawab	Kepala IPRS

2.19.2. Ketepatan waktu pemeliharaan alat

Judul	Ketepatan waktu pemeliharaan alat
Dimensi Mutu	Efektifitas, efisiensi, kesinambungan pelayanan
Tujuan	Tergambarnya kecepatan dan ketanggapan dalam pemeliharaan alat
Definisi Operasional	Waktu pemeliharaan alat adalah waktu yang

	menunjukkan periode pemeliharaan/ <i>service</i> untuk tiap-tiap alat sesuai ketentuan yang berlaku
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah alat yang dilakukan pemeliharaan (<i>service</i>) tepat waktu dalam satu bulan
Denominator	Jumlah seluruh alat yang seharusnya dilakukan pemeliharaan dalam satu bulan
Sumber Data	Register pemeliharaan alat
Standar	100%
Penanggung jawab	Kepala IPRS

2.19.3. Peralatan Laboratorium (dan alat ukur yang lain) yang terkalibrasi tepat waktu sesuai dengan ketentuan kalibrasi

Judul	Peralatan laboratorium (dan alat ukur yang lain) yang terkalibrasi tepat waktu sesuai dengan ketentuan kalibrasi
Dimensi Mutu	Keselamatan dan efektifitas
Tujuan	Tergambarnya akurasi pelayanan laboratorium
Definisi Operasional	Kalibrasi adalah pengujian kembali terhadap kelayakan peralatan laboratorium oleh Balai Pengamanan Fasilitas Kesehatan (BPFK)
Frekuensi Pengumpulan Data	1 tahun
Periode Analisis	1 tahun
Numerator	Jumlah seluruh alat laboratorium yang dikalibrasi tepat waktu dalam 1 tahun
Denominator	Jumlah alat laboratorium yang perlu dikalibrasi dalam 1 tahun
Sumber Data	Buku register
Standar	100%
Penanggung jawab	Kepala Instalasi Laboratorium

2.20. PELAYANAN LAUNDRY

2.20.1. Tidak adanya kejadian linen yang hilang

Judul	Tidak adanya kejadian linen yang hilang
Dimensi Mutu	Efisiensi dan efektifitas
Tujuan	Tergambarnya pengendalian dan mutu pelayanan <i>laundry</i>
Definisi Operasional	Tidak ada
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisis	1 bulan
Numerator	Jumlah linen yang dihitung dalam 4 hari sampling dalam satu tahun
Denominator	Jumlah linen yang seharusnya ada pada hari sampling tersebut
Sumber Data	Survei
Standar	100%
Penanggung jawab	Kepala Instalasi <i>Laundry</i>

2.20.2. Ketepatan waktu penyediaan linen untuk ruang rawat inap

Judul	Ketepatan waktu penyediaan linen untuk ruang rawat inap
Dimensi Mutu	Efisiensi dan efektifitas
Tujuan	Tergambarnya pengendalian dan mutu pelayanan <i>laundry</i>
Definisi Operasional	Ketepatan waktu penyediaan linen adalah ketepatan penyediaan linen sesuai dengan ketentuan waktu yang ditetapkan
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisis	1 bulan
Numerator	Jumlah hari dalam satu bulan dengan penyediaan linen tepat waktu
Denominator	Jumlah hari dalam satu bulan
Sumber Data	Survei
Standar	100%
Penanggung jawab	Kepala Instalasi <i>Laundry</i>

2.21. PENCEGAHAN PENGENDALIAN INFEKSI

2.21.1. Tim PPI

Judul	Tersedianya anggota Tim PPI yang terlatih
Dimensi Mutu	Kompetensi teknis
Tujuan	Tersedianya anggota Tim PPI yang kompeten untuk melaksanakan tugas-tugas Tim PPI
Definisi Operasional	Adalah anggota Tim PPI yang telah mengikuti pendidikan dan pelatihan dasar dan lanjut PPI
Frekuensi Pengumpulan Data	Tiap 3 bulan
Periode Analisis	Tiap 1 bulan
Numerator	Jumlah anggota tim PPI yang sudah terlatih
Denominator	Jumlah anggota Tim PPI
Sumber Data	Kepegawaian
Standar	75%
Penanggung jawab	Ketua Komite PPI

2.21.2. Koordinasi APD

Judul	Tersedianya APD (Alat Pelindung Diri)
Dimensi Mutu	Mutu pelayanan, keamanan pasien, petugas dan pengunjung
Tujuan	Tersedianya APD di setiap instalasi RS
Definisi Operasional	Alat terstandar yang berguna untuk melindungi tubuh, tenaga kesehatan, pasien atau pengunjung dari penularan penyakit di RS seperti masker, sarung tangan karet, penutup kepala, sepatu boots dan gaun
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap hari
Periode Analisis	1 bulan
Numerator	Jumlah instalasi yang menyediakan APD
Denominator	Jumlah instalasi di rumah sakit
Sumber Data	Survei
Standar	75%
Penanggung jawab	Tim PPI

2.21.3. Kegiatan Pencatatan dan pelaporan infeksi nosokomial di rumah sakit

Judul	Terlaksananya kegiatan pencatatan dan pelaporan infeksi nosokomial di rumah sakit
Dimensi Mutu	Keamanan pasien, petugas dan pengunjung
Tujuan	Tersedianya data pencatatan dan pelaporan infeksi di RS
Definisi Operasional	Kegiatan pengamatan faktor resiko infeksi nosokomial, pengumpulan data (cek list) pada instalasi yang tersedia di RS, minimal 1 parameter (ILO, ILI, VAP, ISK)
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap hari
Periode Analisis	1 bulan
Numerator	Jumlah instalasi yang melakukan pencatatan dan pelaporan
Denominator	Jumlah instalasi yang tersedia
Sumber Data	Survei
Standar	75%
Penanggung jawab	Tim PPI RS

Keterangan:

ILO : Infeksi Luka Operasi

ILI : Infeksi Luka Infus

VAP : *Ventilator Associated Pneumonie*

ISK : Infeksi Saluran Kemih

BAB III

PENATALAKSANAAN *TUBERCULOSIS* (TB) DI RS

3.1. RAWAT JALAN

3.1.1. Kegiatan penegakan diagnosis *Tuberculosis* (TB)

Judul	Penegakan diagnosis TB melalui pemeriksaan mikroskopis TB
Dimensi Mutu	Efektivitas dan keselamatan
Tujuan	Terlaksananya diagnosis TB melalui pemeriksaan mikroskopis TB
Definisi Operasional	Penegakan diagnosis pasti TB melalui pemeriksaan mikroskopis pada pasien rawat jalan
Frekuensi Pengumpulan Data	3 bulan
Periode Analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah penegakan diagnosis TB melalui pemeriksaan mikroskopis TB di RS dalam 3 bulan
Denominator	Jumlah penegakan diagnosis TB di RS dalam 3 bulan
Sumber Data	Rekam Medik
Standar	60%
Penanggung jawab	Kepala Instalasi Rawat Jalan

3.1.2. Kegiatan pencatatan dan pelaporan (TB) di RS

Judul	Terlaksananya kegiatan pencatatan dan pelaporan (TB) di RS
Dimensi Mutu	Efektivitas
Tujuan	Tersedianya data pencatatan dan pelaporan TB di RS
Definisi Operasional	Pencatatan dan pelaporan semua pasien TB yang berobat rawat jalan ke RS
Frekuensi Pengumpulan Data	3 bulan
Periode Analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah seluruh pasien TB rawat jalan yang dicatat dan dilaporkan

Denominator	Seluruh kasus TB rawat jalan di RS
Sumber Data	Rekam Medik
Standar	60%
Penanggung jawab	Kepala Instalasi Rawat Jalan

3.2. RAWAT INAP

3.2.1. Kegiatan penegakan diagnosis *Tuberculosis* (TB)

Judul	Penegakan kegiatan TB melalui pemeriksaan mikroskopis TB
Dimensi Mutu	Efektivitas dan keselamatan
Tujuan	Terlaksananya diagnosis TB melalui pemeriksaan mikroskopis TB
Definisi Operasional	Penegakan diagnosis pasti TB melalui pemeriksaan mikroskopis pada pasien rawat inap
Frekuensi Pengumpulan Data	3 bulan
Periode Analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah penegakan diagnosis TB melalui pemeriksaan mikroskopis TB dalam 3 bulan
Denominator	Jumlah penegakan diagnosis TB dalam 3 bulan
Sumber Data	Rekam Medik
Standar	60%
Penanggung jawab	Kepala Instalasi Rawat inap

3.2.2. Kegiatan pencatatan dan pelaporan *Tuberculosis* (TB) di RS

Judul	Terlaksananya kegiatan pencatatan dan pelaporan <i>Tuberculosis</i> (TB) di RS
Dimensi Mutu	Efektivitas
Tujuan	Tersedianya data pencatatan dan pelaporan TB di RS
Definisi Operasional	Pencatatan dan pelaporan semua pasien TB yang berobat rawat inap ke RS
Frekuensi Pengumpulan Data	3 bulan
Periode Analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah seluruh pasien TB rawat inap yang dicatat dan dilaporkan
Denominator	Seluruh kasus TB rawat inap di RS
Sumber Data	Rekam Medik
Standar	60%
Penanggung jawab	Kepala Instalasi Rawat Inap

BAB IV

MANAJEMEN PELAKSANAAN SPM RUMAH SAKIT PADA RSUD Drs. JACOBUS LUNA, M.Si KABUPATEN BENGKAYANG

Dengan ditetapkannya dokumen SPM Rumah Sakit pada RSUD Drs. Jacobus Luna, M. Si Kabupaten Bengkayang, menuntut komitmen dan peran seluruh fungsional pelayanan dan unsur manajemen dalam pelaksanaannya. Berikut ini manajemen pelaksanaan SPM Rumah Sakit pada RSUD Drs. Jacobus Luna, M. Si Kabupaten Bengkayang.

4.1. Perencanaan

SPM Rumah Sakit sebagai bagian dari perencanaan dalam pencapaiannya perlu strategi, program dan kegiatan (tahunan, tribulanan, bulanan) yang seharusnya menjadi satu kesatuan secara berkesinambungan dengan dokumen Rencana Kinerja Tahunan (RKT), Pengukuran Kinerja Kegiatan (PKK) dan Pengukuran Pencapaian Sasaran (PPS) yang tercermin dalam Laporan Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah (LAKIP).

4.2. Pelaksanaan

Pelaksanaan masing-masing indikator dalam SPM Rumah Sakit dilakukan oleh instalasi/unit kerja dikaitkan dalam target kinerja instalasi/unit kerja yang pada akhirnya akan menjadi hasil kinerja instalasi/unit kerja tersebut. Untuk mencapai target kinerja perlu disusun strategi, program, kegiatan dalam periode waktu tertentu (tahunan, tribulanan, bulanan) dengan catatan harus terukur.

4.3. Monitoring

Monitoring pelaksanaan SPM Rumah Sakit dilakukan oleh masing-masing Kepala Sub Bagian dan Kepala Seksi masing-masing melalui rapat koordinasi internal.

4.4. Evaluasi

Proses evaluasi pengukuran target kinerja dikaitkan dengan kinerja masing-masing instalasi/satuan kerja ke atasan langsung. Proses evaluasi secara administratif mengenai penerapan SPM Rumah Sakit oleh Sub Bagian Perencanaan dan Evaluasi yang dikaitkan dengan LAKIP Rumah Sakit sebagai bahan rekomendasi dalam perencanaan berikutnya. Manajemen pelaksanaan SPM Rumah Sakit merupakan proses yang

berkelanjutan, siklus yang tidak ada hentinya sehingga pada akhirnya memberikan manfaat bagi RSUD Drs. Jacobus Luna, M. Si Kabupaten Bengkayang, antara lain:

1. menjamin kualitas pelayanan;
2. menjamin keamanan pasien;
3. menjamin kemudahan mendapatkan pelayanan;
4. persyaratan administratif untuk menjadi/sebagai BLU; dan
5. sebagai tolok ukur kinerja pelayanan.

BAB V PENUTUP

RSUD Drs. Jacobus Luna, M. Si Kabupaten Bengkayang sebagai rumah sakit dengan Pola Pengelolaan Keuangan BLUD memberikan fleksibilitas bagi RSUD Drs. Jacobus Luna, M. Si Kabupaten Bengkayang dalam mengelola keuangannya, namun didalamnya terkandung amanat untuk dapat menyediakan pelayanan dengan indikator dan standar kinerja pelayanan yang baik (dalam bentuk SPM Rumah Sakit). SPM Rumah Sakit pada hakekatnya merupakan jenis-jenis pelayanan Rumah Sakit atau seluruh aktivitas Rumah Sakit yang berhubungan pada hasil dan operasional Rumah Sakit dalam mencapai tujuannya yang wajib dilaksanakan oleh penyelenggara Rumah Sakit berdasarkan standar kinerja yang ditetapkan.

Manajemen pelaksanaan SPM Rumah Sakit menuntut kontribusi instalasi/satuan kerja dalam perencanaan, pelaksanaan, monitoring dan evaluasinya. Perencanaan disesuaikan dengan perkembangan kebutuhan, prioritas, kemampuan keuangan, fasilitas, dan kemampuan SDM.

SPM Rumah Sakit pada RSUD Drs. Jacobus Luna, M. Si Kabupaten Bengkayang yang telah disusun diharapkan dapat membantu pelaksanaan penerapan akuntabilitas kinerja dan meningkatkan mutu layanan di RSUD Drs. Jacobus Luna, M. Si Kabupaten Bengkayang. SPM Rumah Sakit dapat menjadi acuan bagi pengelola Rumah Sakit dan unsur terkait dalam melaksanakan perencanaan, pembiayaan dan pelaksanaan setiap jenis pelayanan.

Mengingat bahwa SPM Rumah Sakit bersifat dinamis maka hal-hal lain yang belum tercantum dalam dokumen SPM Rumah Sakit ini akan ditetapkan kemudian sesuai dengan ketentuan yang berlaku dan akan dilakukan reviu secara berkala sesuai pedoman reviu dokumen yang

berlaku atau apabila ada perubahan peraturan terkait SPM Rumah Sakit pada RSUD Drs. Jacobus Luna, M. Si Kabupaten Bengkayang.

BUPATI BENGKAYANG

TTD

SEBASTIANUS DARWIS