

BUPATI BOGOR
PROVINSI JAWA BARAT

PERATURAN BUPATI BOGOR
NOMOR 23 TAHUN 2020

TENTANG

STANDAR PELAYANAN MINIMAL
PENGELOLAAN RUMAH SAKIT UMUM DAERAH LEUWILIANG KELAS B
SEBAGAI PENYELENGGARA POLA PENGELOLAAN KEUANGAN
BADAN LAYANAN UMUM DAERAH SECARA PENUH

DENGAN RAHMAT TUHAN YANG MAHA ESA

BUPATI BOGOR,

- Menimbang : a. bahwa dalam rangka pelaksanaan standar pelayanan minimal untuk peningkatan pelayanan kesehatan pada Rumah Sakit Umum Daerah Leuwiliang telah ditetapkan Peraturan Bupati Nomor 28 Tahun 2015 tentang Standar Pelayanan Minimal Pelaksanaan Pengelolaan Rumah Sakit Umum Daerah Leuwiliang Kelas B Sebagai Penyelenggara Pola Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum Daerah Secara Penuh;
- b. bahwa dengan ditetapkannya Peraturan Bupati Bogor Nomor 94 Tahun 2018 tentang Pembentukan, Organisasi dan Tata Kerja Rumah Sakit Umum Daerah Leuwiliang Kelas B, Peraturan Bupati sebagaimana dimaksud dalam huruf a perlu ditinjau;
- c. bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana dimaksud dalam huruf a dan huruf b, perlu membentuk Peraturan Bupati tentang Standar Pelayanan Minimal Pelaksanaan Pengelolaan Rumah Sakit Umum Daerah Leuwiliang Kelas B Sebagai Penyelenggara Pola Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum Daerah Secara Penuh;
- Mengingat : 1. Undang-Undang Nomor 14 Tahun 1950 tentang Pembentukan Daerah-daerah Kabupaten Dalam Lingkungan Propinsi Djawa Barat (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 1950 Nomor 8) sebagaimana telah diubah dengan Undang-Undang Nomor 4 Tahun 1968 tentang Pembentukan Kabupaten Purwakarta dan Kabupaten Subang dengan mengubah Undang-Undang Nomor 14 Tahun 1950 tentang Pembentukan Daerah-daerah Kabupaten Dalam Lingkungan Propinsi Djawa Barat (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 1968 Nomor 31, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 2851);
2. Undang-Undang Nomor 8 Tahun 1999 tentang Perlindungan Konsumen (Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 42, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia 3821);
3. Undang-Undang Nomor 28 Tahun 1999 tentang Penyelenggaraan Negara yang Bersih dan Bebas dari Korupsi, Kolusi dan Nepotisme (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 1999 Nomor 75, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 3851);
4. Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2003 tentang Keuangan Negara (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2003 Nomor 47, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4286);
5. Undang-Undang.....

5. Undang-Undang Nomor 1 Tahun 2004 tentang Perbendaharaan Negara (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 5, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4355);
6. Undang-Undang Nomor 25 Tahun 2009 tentang Pelayanan Publik (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 112, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5038);
7. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 144, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5063);
8. Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 153, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5072);
9. Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 244, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5587) sebagaimana telah beberapa kali diubah, terakhir dengan Undang-Undang Nomor 9 Tahun 2015 tentang Perubahan Kedua atas Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2015 Nomor 58, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5679);
10. Undang-Undang Nomor 30 Tahun 2014 tentang Administrasi Pemerintahan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 292, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5601);
11. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2014 tentang Tenaga Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 298, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5607);
12. 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);
13. Peraturan Pemerintah Nomor 12 Tahun 2019 tentang Pengelolaan Keuangan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2019 Nomor 42);
14. Peraturan Pemerintah Nomor 65 Tahun 2005 tentang Pedoman Penyusunan dan Penerapan Standar Pelayanan Minimal (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2005 Nomor 150, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4585);
15. Peraturan Pemerintah Nomor 18 Tahun 2016 tentang Perangkat Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2016 Nomor 114, Tambahan Lembaran Negara Republik Nomor 5887);
16. Peraturan.....

16. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 13 Tahun 2006 tentang Pedoman Pengelolaan Keuangan Daerah sebagaimana telah beberapa kali diubah, terakhir dengan Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 21 Tahun 2011 tentang Perubahan Kedua Atas Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 13 Tahun 2006 tentang Pedoman Pengelolaan Keuangan Daerah (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2011 Nomor 310);
17. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 228/Menkes/III/2002 tentang Pedoman Penyusunan Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit yang wajib dilaksanakan di Daerah;
18. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 61 Tahun 2007 tentang Pedoman Teknis Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum Daerah;
19. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 79 Tahun 2007 tentang Pedoman Penyusunan Rencana Pencapaian Standar Pelayanan Minimal;
20. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 129/Menkes/SK/II/2008 tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit Yang Wajib Dilaksanakan Daerah;
21. Peraturan Daerah Kabupaten Bogor Nomor 8 Tahun 2009 tentang Pokok-pokok Pengelolaan Keuangan Daerah (Lembaran Daerah Kabupaten Bogor Tahun 2009 Nomor 8), Tambahan Lembaran Daerah Kabupaten Bogor Nomor 37);
22. Peraturan Daerah Kabupaten Bogor Nomor 12 Tahun 2016 tentang Perangkat Daerah (Lembaran Daerah Kabupaten Bogor Tahun 2016 Nomor 12), Tambahan Lembaran Daerah Kabupaten Bogor Nomor 37);
23. Peraturan Bupati Bogor Nomor 48 Tahun 2016 tentang tentang Kedudukan, Susunan Organisasi, Tugas dan Fungsi, Serta Tata Kerja Dinas Kesehatan (Berita Daerah Tahun 2016 Nomor 48);
24. Peraturan Bupati Bogor Nomor 94 Tahun 2018 tentang tentang Pembentukan, Organisasi dan Tata Kerja Rumah Sakit Umum Daerah Leuwiliang Kelas B (Berita Daerah Tahun 2018 Nomor 94);

MEMUTUSKAN:

Menetapkan : PERATURAN BUPATI TENTANG STANDAR PELAYANAN MINIMAL PENGELOLAAN RUMAH SAKIT UMUM DAERAH LEUWILIANG KELAS B SEBAGAI PENYELENGGARA POLA PENGELOLAAN KEUANGAN BADAN LAYANAN UMUM DAERAH SECARA PENUH.

BAB I

KETENTUAN UMUM

Pasal 1

Dalam Peraturan Bupati ini, yang dimaksud dengan :

1. Daerah adalah Kabupaten Bogor.
2. Pemerintah Daerah adalah Pemerintah Kabupaten Bogor.
3. Bupati adalah Bupati Bogor.
4. Satuan Kerja Perangkat Daerah selanjutnya disingkat SKPD adalah Satuan Kerja Perangkat Daerah Kabupaten Bogor.
5. Rumah Sakit Umum Daerah yang selanjutnya disingkat RSUD Leuwiliang adalah Rumah Sakit Umum Daerah Leuwiliang Kelas B.

6. Direktur.....

6. Direktur adalah Kepala Rumah Sakit Umum Daerah Leuwiliang Kelas B.
7. Badan Layanan Umum Daerah yang selanjutnya disingkat BLUD adalah instansi di lingkungan pemerintah daerah yang dibentuk untuk memberikan pelayanan kepada masyarakat berupa penyediaan barang dan/atau jasa yang dijual tanpa mengutamakan mencari keuntungan dan dalam melakukan kegiatannya didasarkan pada prinsip efisiensi dan produktivitas.
8. Pola Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum Daerah, yang disingkat PPK BLUD, adalah pola pengelolaan keuangan yang memberikan fleksibilitas berupa keleluasaan untuk menerapkan praktek-praktek bisnis yang sehat untuk meningkatkan pelayanan kepada masyarakat dalam rangka memajukan kesejahteraan umum dan mencerdaskan kehidupan bangsa, sebagai pengecualian dari ketentuan pengelolaan keuangan negara pada umumnya.
9. Pelayanan Kesehatan adalah Pelayanan Medis, Pelayanan Keperawatan, Penunjang Medis dan Non Medis dengan mempergunakan bahan atau alat yang diberikan kepada pasien.
10. Standar Pelayanan Minimum adalah spesifikasi teknis tentang tolok ukur layanan minimum yang diberikan oleh RSUD Leuwiliang kepada masyarakat.

BAB II

MAKSUD DAN TUJUAN

Bagian Kesatu

Maksud

Pasal 2

Standar Pelayanan Minimal ini dimaksudkan untuk memberikan standar pelayanan atau kegiatan minimal yang harus dilakukan rumah sakit sebagai tolok ukur kinerja dalam menentukan capaian jenis dan mutu pelayanan kesehatan rujukan di RSUD Leuwiliang.

Bagian Kedua

Tujuan

Pasal 3

Tujuan Standar Pelayanan Minimal ini adalah :

- a. terlaksananya peningkatan status kesehatan individu melalui pelayanan yang bermutu dan terjangkau;
- b. terlaksananya kegiatan peningkatan mutu berkelanjutan yang sesuai standar berbasis profesionalisme dengan tetap mengedepankan masalah aksesibilitas masyarakat; dan
- c. Terlaksananya pelayanan rujukan yang tepat guna dan berjalan lancar sesuai dengan tuntutan masyarakat di wilayah cakupannya.

BAB III.....

BAB III

STANDAR PELAYANAN MINIMAL

Pasal 4

Standar Pelayanan Minimal yang dilaksanakan di RSUD Leuwiliang adalah sebagai berikut :

a. Standar Pelayanan Klinis :

1. Instalasi Gawat Darurat;
2. Instalasi Rawat Jalan;
3. Instalasi Rawat Inap;
4. Instalasi Bedah Sentral;
5. Instalasi Perinatologi dan Pelayanan Persalinan;
6. Instalasi Perawatan Intensif (ICU);
7. Instalasi Rehabilitasi Medik;
8. Instalasi Laboratorium Patologi Klinik;
9. Instalasi Radiologi;
10. Instalasi Farmasi;
11. Instalasi Gizi;
12. Instalasi Pemeliharaan Sarana Rumah Sakit (IPSRs);
13. Instalasi *Central Sterilization System Department (CSSD)* dan *Laundry* Rumah Sakit; dan
14. Instalasi Pemulasaran Jenazah dan Pelayanan Ambulans.

b. Standar Pelayanan Manajemen :

1. Bagian Tata Usaha;
2. Bidang Medik;
3. Bidang Keperawatan;
4. Komite Medik;
5. Komite Keperawatan;
6. Kesehatan dan Keselamatan Kerja Rumah Sakit (K3 RS); dan
7. Diklat.

Pasal 5

(1) Standar Pelayanan Minimal sebagaimana dimaksud dalam Pasal 4 wajib memenuhi persyaratan :

- a. fokus pada pelayanan;
- b. terukur;
- c. dapat dicapai;
- d. relevan dan dapat diandalkan; dan
- e. tepat waktu.

(2) Fokus pada pelayanan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf a, mengutamakan kegiatan pelayanan yang menunjang terwujudnya tugas dan fungsi RSUD Leuwiliang.

(3) Terukur sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf b, merupakan kegiatan yang pencapaiannya dapat dinilai sesuai dengan standar yang telah ditetapkan.

(4) Dapat dicapai sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf c, merupakan kegiatan nyata, dapat dihitung tingkat pencapaiannya, rasional, sesuai kemampuan dan tingkat pemanfaatannya.

(5) Relevan.....

- (5) Relevan dan dapat diandalkan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf d, merupakan kegiatan yang sejalan, berkaitan dan dapat dipercaya untuk menunjang tugas dan fungsi RSUD Leuwiliang.
- (6) Tepat waktu sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf e, merupakan kesesuaian jadwal dan kegiatan pelayanan yang telah ditetapkan.

Pasal 6

Standar Pelayanan Minimal sebagaimana dimaksud dalam Pasal 4 dan Pasal 5 disusun dengan sistematika sebagai berikut :

- a. Bab I, Pendahuluan yang terdiri dari :
 - A. Latar Belakang;
 - B. Maksud dan tujuan;
 - C. Kerangka Pikir;
 - D. Definisi Operasional.
- b. Bab II, Standar Pelayanan Minimal RSUD Leuwiliang yang terdiri dari :
 - A. Kebijakan;
 - B. Gambaran Susunan Organisasi Rumah Sakit;
 - C. Standar Pelayanan Klinis;
 - D. Standar Pelayanan Manajemen.
- c. Bab III, Uraian Indikator dan Formula Pengukuran.
- d. Bab IV, Penutup.

Pasal 7

Uraian SPM sebagaimana dimaksud dalam Pasal 4, Pasal 5 dan Pasal 6 tercantum dalam Lampiran Peraturan ini.

BAB IV

KETENTUAN PENUTUP

Pasal 8

Hal-hal yang belum cukup diatur dalam Peraturan Bupati ini, sepanjang mengenai teknis pelaksanaannya akan diatur lebih lanjut oleh Direktur RSUD Leuwiliang.

Pasal 9

Pada saat Peraturan Bupati ini mulai berlaku, maka Peraturan Bupati Nomor 28 Tahun 2015 tentang Standar Pelayanan Minimal Pelaksanaan Pengelolaan Rumah Sakit Umum Daerah Leuwiliang Kelas B Sebagai Penyelenggara Pola Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum Daerah Secara Penuh (Berita Daerah Kabupaten Bogor Tahun 2015 Nomor 28), dicabut dan dinyatakan tidak berlaku

Pasal 10.....

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 Bogor.

Ditetapkan di Cibinong
pada tanggal 14 April 2020

BUPATI BOGOR,

ttd

ADE YASIN

Diundangkan di Cibinong
pada tanggal 14 April 2020

SEKRETARIS DAERAH KABUPATEN BOGOR,

ttd

BURHANUDIN

BERITA DAERAH KABUPATEN BOGOR
TAHUN 2020 NOMOR 23

Salinan sesuai dengan aslinya

KEPALA BAGIAN
PERUNDANG-UNDANGAN,



R. IRWAN PURNAWAN

STANDAR PELAYANAN MINIMAL
PENGELOLAAN RUMAH SAKIT UMUM DAERAH LEUWILIANG KELAS B
SEBAGAI PENYELENGGARA POLA PENGELOLAAN KEUANGAN
BADAN LAYANAN UMUM DAERAH SECARA PENUH

BAB I
PENDAHULUAN

A. LATAR BELAKANG

Sebagai Badan Layanan Umum Daerah (BLUD), diharapkan rumah sakit dapat meningkatkan mutu pelayanan, meningkatkan efisiensi dan dapat memberikan aksesibilitas yang cukup baik kepada masyarakat. Pada akhirnya status rumah sakit sebagai BLUD, dapat dimanfaatkan oleh masyarakat dalam memperoleh jasa layanan kesehatan yang lebih terjangkau, lebih baik dan lebih meningkatkan kesejahteraan bagi provider internal karena fleksibilitas pengelolaan rumah sakit menggunakan kaidah-kaidah bisnis yang sehat.

Percepatan Implementasi Pola Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum Daerah (PPK-BLUD) bagi rumah sakit daerah saat ini sangat tergantung pada multistakeholder rumah sakit itu sendiri. Lahirnya Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 61 Tahun 2007 tentang Pedoman Teknis Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum Daerah telah cukup untuk memberikan gambaran teknis pekerjaan yang perlu dilakukan dalam memenuhi kriteria yang dipersyaratkan dalam peraturan perundangan tersebut.

Sesuai dengan Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 61 Tahun 2007, disebutkan bahwa persyaratan administratif yang harus dipenuhi apabila SKPD akan menerapkan PPK-BLUD adalah sebagai berikut:

- a. surat pernyataan kesanggupan untuk meningkatkan kinerja pelayanan, keuangan, dan manfaat bagi masyarakat;
- b. pola tata kelola;
- c. rencana strategis bisnis;
- d. Standar Pelayanan Minimal;
- e. laporan keuangan pokok atau prognosa/proyeksi laporan keuangan; dan
- f. laporan audit terakhir atau pernyataan bersedia untuk diaudit secara independen.

Berdasarkan Peraturan Menteri Dalam Negeri tersebut diperlukan upaya pihak rumah sakit untuk memenuhi kelengkapan persyaratan administratif seperti yang dipersyaratkan di atas sebagai dasar penetapan apakah rumah sakit layak, tidak layak, BLUD penuh atau BLUD bertahap.

Salah satu dokumen yang harus dipenuhi sebagai kelengkapan seperti tertuang di atas adalah dokumen Standar Pelayanan Minimal (SPM). Berdasarkan ketentuan Pasal 1 Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 61 Tahun 2007, Standar Pelayanan Minimal adalah spesifikasi teknis tentang tolok ukur layanan minimal yang diberikan oleh BLUD kepada masyarakat.

Sedangkan

Sedangkan berdasarkan Pasal 15 dijelaskan sebagai berikut : “Standar pelayanan minimal, memuat batasan minimal mengenai jenis dan mutu layanan dasar yang harus dipenuhi oleh SKPD atau Unit Kerja.

RSUD Leuwiliang sebagai rumah sakit Kelas B merupakan rumah sakit rujukan untuk wilayah di sekitarnya, antara lain :

- wilayah Utara : Kabupaten Tangerang (Propinsi Banten), Kecamatan Rumpin, Kecamatan Parung Panjang dan Kecamatan Tenjo;
- wilayah Barat : Kecamatan Leuwisadeng, Kecamatan Cigudeg dan Kecamatan Jasinga;
- wilayah Timur : Kecamatan Cibungbulang dan Kecamatan Dramaga;
- wilayah Selatan : Kecamatan Pamijahan dan Kecamatan Tenjolaya;

Dalam perjalanannya berbagai upaya telah dilakukan untuk merubah citra pelayanan RSUD Leuwiliang suatu hal yang masih dianggap cukup berat dalam pemenuhan persyaratan rumah sakit menjadi BLUD yaitu dalam pemenuhan SPM.

Berbagai acuan dapat digunakan untuk menyusun SPM di Ambulans, antara lain mengikuti bentuk SPM bidang kesehatan yang memiliki indikator kinerja yang sangat rinci dan mencakup seluruh aspek (47 indikator wajib dan 7 indikator sesuai kebutuhan) seperti yang tercantum dalam Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 228/Menkes/III/2002 tentang Pedoman Penyusunan Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit yang wajib dilaksanakan di Daerah.

B. MAKSUD DAN TUJUAN

1. Maksud :

Standar Pelayanan Minimal ini dimaksudkan untuk memberikan standar pelayanan atau kegiatan minimal yang harus dilakukan rumah sakit sebagai tolok ukur kinerja dalam menentukan capaian jenis dan mutu pelayanan kesehatan rujukan di RSUD Leuwiliang.

2. Tujuan :

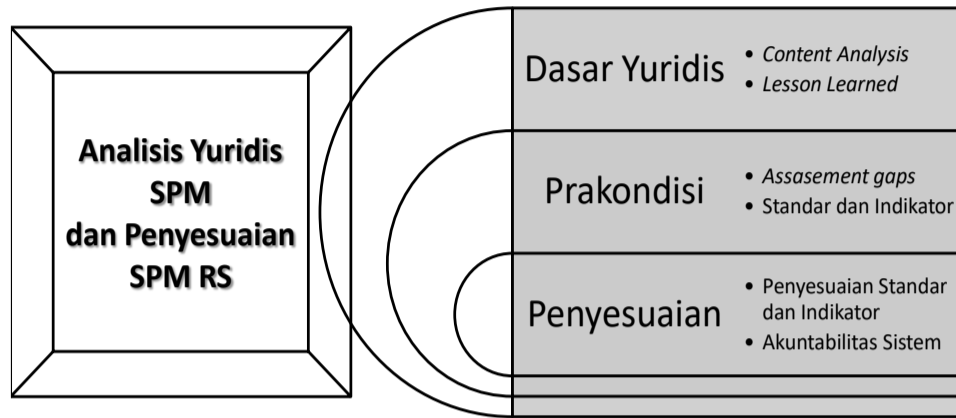
- a. Terlaksananya peningkatan status kesehatan individu melalui pelayanan rumah sakit yang bermutu dan terjangkau.
- b. Terlaksananya kegiatan peningkatan mutu berkelanjutan yang sesuai standar berbasis profesionalisme dengan tetap mengedepankan masalah aksesibilitas masyarakat.
- c. Terlaksananya pelayanan rujukan yang tepat guna dan berjalan lancar sesuai dengan tuntutan masyarakat di wilayah cakupannya.

C. KERANGKA

C. KERANGKA PIKIR

Berikut adalah gambaran kerangka pikir dalam penyusunan SPM Ambulans sebagai kerangka kerja operasional yang dipedomani dalam pemenuhan standar yang ditetapkan.

Kerangka Penyusunan SPM



Gambar di atas menunjukkan bagaimana perpaduan antara analisis dasar yuridis, analisis prakondisi dan penyesuaian dengan kemampuan Ambulans dalam rangka pemenuhan-pemenuhan standar yang ditetapkan.

D. DEFINISI OPERASIONAL

1. Umum :

- a. Rumah Sakit adalah sarana kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan dan gawat darurat;
- b. Pelayanan Kesehatan adalah Pelayanan Medis, Pelayanan Keperawatan, Penunjang Medis dan Non Medis dengan mempergunakan bahan atau alat yang diberikan kepada pasien.
- c. Standar Pelayanan Minimum adalah spesifikasi teknis tentang tolok ukur layanan minimum yang diberikan oleh RSUD Leuwiliang kepada masyarakat.
- d. Indikator kinerja adalah variabel yang dapat digunakan untuk mengvaluasi keadaan atau status dan memungkinkan dilakukan pengukuran terhadap perubahan yang terjadi dari waktu ke waktu.

2. Khusus

2. Khusus :
- a. Dimensi kinerja adalah dimensi-dimensi yang digunakan sebagai dasar penyusunan SPM yang meliputi akses, efektifitas, efisiensi, keselamatan/keamanan, kenyamanan, kesinambungan pelayanan, kompetensi teknis dan hubungan antar manusia;
 - b. Indikator adalah latar belakang/alasan mengapa suatu kinerja tersebut perlu diukur;
 - c. Definisi operasional dimaksudkan untuk menjelaskan pengertian dari indikator;
 - d. Frekuensi pengumpulan data adalah frekuensi pengambilan data dari sumber data untuk tiap indikator tersedia;
 - e. Periode analisis adalah rentang waktu pelaksanaan kajian terhadap indikator kinerja yang dikumpulkan;
 - f. Pembilang (numerator) adalah besaran sebagai nilai pembilang dalam rumus indikator kinerja;
 - g. Penyebut (denominator) adalah besaran sebagai nilai pembagi dalam rumus indikator kinerja;
 - h. Sumber data adalah sumber bahan nyata/keterangan yang dapat dijadikan dasar kajian yang berhubungan langsung dengan personal;
 - i. Standar adalah ukuran pencapaian mutu/kinerja yang diharapkan bisa dicapai.

BAB II

STANDAR PELAYANAN MINIMAL RSUD LEUWILIANG

A. KEBIJAKAN

Kebijakan RSUD Leuwiliang dalam menyusun SPM adalah penetapan Standar Pelayanan Minimal Unit Kerja sebagai Sasaran Mutu Unit Kerja yang terdiri dari paling sedikit 2 (dua) jenis standar yang merupakan produk inti dari unit kerja tersebut dan satu standar sebagai representatif dari perspektif kepuasan pelanggan.

Sasaran mutu unit kerja yang selanjutnya ditetapkan sebagai SPM merupakan sesuatu yang harus dicapai oleh unit kerja dan harus dijadikan dasar penetapan rencana manajemen mutu sebagai suatu parameter yang dilengkapi oleh dokumen mutu pendukung.

B. GAMBARAN

B. GAMBARAN SUSUNAN ORGANISASI RUMAH SAKIT

Berdasarkan Peraturan Daerah Kabupaten Bogor Nomor Nomor 2 Tahun 2011 tentang Pembentukan Rumah Sakit Umum Daerah Leuwiliang Kelas B, maka unit-unit yang berperan dalam seluruh kegiatan pelayanan rumah sakit dapat di jabarkan pada uraian sebagai berikut :

1. Unit Kerja *Revenue Center*.
 - a. Instalasi Gawat Darurat;
 - b. Instalasi Rawat Jalan;
 - c. Instalasi Rawat Inap;
 - d. Instalasi Bedah Sentral;
 - e. Instalasi Perinatologi dan Pelayanan Persalinan;
 - f. Instalasi Perawatan Intensif (ICU);
 - g. Instalasi Rehabilitasi Medik;
 - h. Instalasi Laboratorium Patologi Klinik;
 - i. Instalasi Radiologi;
 - j. Instalasi Farmasi;
 - k. Instalasi Gizi;
 - l. Instalasi Pemeliharaan Sarana Rumah Sakit (IPSRs);
 - m. Instalasi *Central Sterilization System Department (CSSD)* dan *Laundry* Rumah Sakit; dan
 - n. Instalasi Pemulasaran Jenazah dan Pelayanan Ambulans.

2. Unit Kerja *Cost Center*.
 - a. Bagian Tata Usaha;
 - b. Bidang Medik;
 - c. Bidang Keperawatan;
 - d. Komite Medik;
 - e. Komite Keperawatan;
 - f. Kesehatan dan Keselamatan Kerja Rumah Sakit (K3); dan
 - g. Diklat.

C. STANDAR

C. STANDAR PELAYANAN KLINIS.

No	Unit Kerja	Indikator	Standar
1	Instalasi Gawat Darurat	<ol style="list-style-type: none"> 1. Kemampuan menangani <i>life saving</i> anak dan dewasa 2. Jam buka pelayanan gawat darurat 3. Pemberian pelayanan Kegawatdaruratan yang bersertifikat ATLS/BTLS/ACLS/PPGD 4. Ketersediaan tim penanggulangan bencana 5. Waktu tanggap pelayanan dokter di rawat darurat 6. Kepuasan pelanggan 7. Kematian pasien < 24 jam Kecepatan pelayanan di gawat darurat < 10 menit 8. Tidak adanya pasien yang diharuskan membayar uang muka 	<p>100%</p> <p>24 jam</p> <p>100%</p> <p>Satu tim</p> <p>≤ 5 menit</p> <p>≥ 70%</p> <p>≤ 2/1000</p> <p>100%</p>
2	Instalasi Rawat Jalan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Dokter Pemberi Pelayanan di Poliklinik Spesialis oleh dokter spesialis 2. Ketersediaan pelayanan Rawat Jalan mulai Jam 09.30 3. Jam buka pelayanan 4. Waktu tunggu di rawat jalan 5. Kepuasan pelanggan 6. a. penegakan diagnosis TB melalui pemeriksaan mikroskop TB; b. terlaksananya kegiatan pencatatan dan pelaporan TB di RS 	<p>100%</p> <p>Kamar anak, Kamar Penyakit Dalam, Kamar Kebidanan dan Kamar Bedah</p> <p>08.00-13.00 setiap hari kerja kecuali jumat 08.00-11.00</p> <p>≤ 60 menit</p> <p>≥ 90 %</p> <p>a. ≥60%</p> <p>b. ≤60%</p>

3.Instalasi

3	Instalasi Rawat Inap	<ol style="list-style-type: none"> 1. pemberi pelayanan di rawat inap. 2. dokter Penanggungjawab pasien rawat inap 3. Kesiediaan pelayanan rawat inap 4. jam visit dokter spesialis 5. kejadian infeksi pasca operasi 6. kejadian infeksi nosokomial 7. tidak adanya kejadian pasien jatuh yang berakibat kecacatan/kematian 8. kematian pasien > 48 jam 9. kejadian pulang paksa 10. kepuasan pelanggan 11. Rawat Inap TB <ol style="list-style-type: none"> a. penegakan diagnosis TB melalui pemeriksaan mikroskopis TB; b. terlaksananya kegiatan pencatatan dan pelaporan TB di rumah sakit 	<ol style="list-style-type: none"> 1. a. dr Spesialis; b. Perawat minimal D3. 2. 100% 3. a. Anak; b. Penyakit Dalam; c. Kebidanan; d. Bedah. 4. 08.00 s/d 14.00 Setiap hari kerja 5. $\leq 1,5\%$ 6. $\leq 1,5\%$ 7. 100% 8. $\leq 0,24\%$ 9. $\leq 5\%$ 10. $\geq 90\%$ 11. a. $\geq 60\%$ b. $\geq 60\%$
4	Instalasi Bedah Sentral	<ol style="list-style-type: none"> 1. Waktu tunggu operasi elektif 2. Kejadian kematian di meja operasi 3. Tidak ada kejadian operasi salah sisi 4. Tidak adanya kejadian operasi salah orang 5. Tidak adanya kejadian salah tindakan pada operasi 6. Tidak adanya kejadian tertinggalnya benda asing/lain pada tubuh pasien setelah operasi. 7. Komplikasi anestesi karena overdosis, reaksi anestesi, dan salah penempatan <i>anestesi endotracheal tube</i> 	<ol style="list-style-type: none"> 1. ≤ 2 hari 2. $\leq 1\%$ 3. 100% 4. 100% 5. 100% 6. 100% 7. $\leq 6\%$

5. Instalasi

5	Instalasi Perinatologi dan Pelayanan Persalinan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Kejadian kematian Ibu karena persalinan 2. Pemberi pelayanan persalinan normal 3. Pemberi pelayanan persalinan dengan penyulit 4. Pemberi pelayanan persalinan dengan tindakan operasi 5. Kemampuan menangani Berat Badan Lahir Rendah 1500 gr- 2500 gr 6. Pertolongan persalinan melalui <i>seksio cesaria</i> 7. Kepuasan pelanggan 	<ol style="list-style-type: none"> 1. a. Perdarahan $\leq 1\%$ b. pre-eklamansi $\leq 30\%$ c. Sepsis $\leq 0,2\%$ 2. a. Dokter Sp. OG b. Dokter umum terlatih (Asuhan Persalinan Normal) c. Bidan 3. Tim PONEK yang terlatih 4. a. Dokter Sp. OG b. Dokter Sp. A c. Dokter Sp. An 5. 100 % 6. $\leq 20\%$ 7. $\geq 80\%$
6	Instalasi Perawatan Intensif (ICU)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Rata-rata pasien yang kembali ke perawatan intensif dengan kasus yang sama < 72 jam 2. Pemberi pelayanan Unit Intensif 	<ol style="list-style-type: none"> 1. $\leq 3\%$ 2. a. Dokter spesialis Anestesi dan dokter spesialis sesuai dengan kasus yang ditangani b. 100% perawat minimal D3 dengan sertifikat perawat mahir ICU/setara (D4)
7	Instalasi Rehabilitasi Medik	<ol style="list-style-type: none"> 1. Kejadian <i>Drop Out</i> pasien terhadap pelayanan rehabilitasi Medik yang direncanakan 2. Tidak adanya kejadian kesalahan tindakan rehabilitasi medik 3. Kepuasan pelanggan 	<p>$\leq 50\%$</p> <p>100%</p> <p>$\geq 80\%$</p>

8. Instalasi

8	Instalasi Laboratorium Patologi Klinik	<ol style="list-style-type: none"> 1. Waktu tunggu hasil pelayanan Laboratorium 2. Pelaksana ekspertisi hasil pelayanan Laboratorium 3. Tidak adanya kesalahan penyerahan hasil pemeriksaan laboratorium 4. Kepuasan pelanggan 	<ol style="list-style-type: none"> 1. ≤ 140 menit Kimia darah dan darah rutin 2. Dokter Sp.PK 3. 100% 4. $\geq 80\%$
9	Instalasi Radiologi	<ol style="list-style-type: none"> 1. Waktu tunggu hasil pelayanan thorax foto 2. Pelaksana ekspertisi hasil pemeriksaan laboratorium 3. Kejadian kegagalan pelayanan rontgen 4. Kepuasan pelanggan 	<ol style="list-style-type: none"> 1. ≤ 3jam 2. Dokter Sp.Rad 3. Kerusakan foto $\leq 2\%$ 4. $\geq 80\%$
10	Instalasi Farmasi	<ol style="list-style-type: none"> 1. Waktu tunggu pelayanan <ol style="list-style-type: none"> a. Obat Jadi b. Racikan 2. Tidak adanya kejadian kesalahan pemberian obat 3. Kepuasan pelanggan 4. Penulisan resep sesuai formularium 	<ol style="list-style-type: none"> 1. a. ≤ 30menit b. ≤ 60menit 2. 100% 3. $\geq 80\%$ 4. 100%
11	Instalasi Gizi	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ketepatan waktu pemberian makanan kepada pasien 2. Sisa Makanan Yang tidak termakan oleh pasien 3. Tidak adanya kejadian kesalahan pemberian diet 	<ol style="list-style-type: none"> 1. $\geq 90\%$ 2. $\leq 20\%$ 3. 100%
12	Instalasi Pemeliharaan Sarana Rumah Sakit (IPSR)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Kecepatan waktu menanggapi kerusakan alat 2. Ketepatan waktu pemeliharaan alat 3. Peralatan laboratorium dan alat ukur yang digunakan dalam pelayanan terkalibrasi tepat waktu sesuai dengan ketentuan kalibrasi 	<ol style="list-style-type: none"> 1. $\leq 80\%$ 2. 100% 3. 100%
13	Instalasi <i>Central Sterilization System Department (CSSD)</i> dan <i>Laundry</i> Rumah Sakit	<ol style="list-style-type: none"> 1. Tidak adanya kejadian linen yang hilang 2. Ketepatan waktu penyediaan linen untuk ruang rawat inap 	<ol style="list-style-type: none"> 100% 100%

14. Instalasi

14	Instalasi Pemulasaran Jenazah dan Pelayanan Mabulans	<ol style="list-style-type: none"> 1. Waktu tanggap (<i>response time</i>) pelayanan pemulasaraan jenazah; 2. Waktu pelayanan ambulans/kereta jenazah 3. Kecepatan memberikan pelayanan ambulans/kereta jenazah di Rumah Sakit; 4. <i>Response time</i> pelayanan ambulans oleh masyarakat yang membutuhkan. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. ≤ 2 jam 2. 24 jam 3. ≤ 230menit 4. Sesuai ketentuan daerah
----	--	--	--

D. STANDAR PELAYANAN MANAJEMEN

No	Unit Kerja	Nama Parameter	Standar
1	Bagian Tata Usaha	<ol style="list-style-type: none"> a. Menanggapi permasalahan ketatausahaan b. Penyelesaian masalah Pasien kurang bayar c. Ketepatan waktu pembagian jasa pelayanan tanggal 15 sampai dengan 20 setiap bulannya 	<p>80%</p> <p>100%</p> <p>100%</p>
2	Bidang Medik	<ol style="list-style-type: none"> 1. Tindak lanjut komplain pelayanan < 24 jam 2. Rapat seluruh dokter setiap 3 bulan 	<p>80%</p> <p>100%</p>
3	Bidang Keperawatan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Rapat Kepala Ruangan setiap bulan 2. Pelaksanaan perawat supervisi setiap hari 3. Kelengkapan dokumen asuhan keperawatan 	<p>100%</p> <p>90%</p> <p>80%</p>
4	Komite Medik	<ol style="list-style-type: none"> 1. Audit Klinik setiap 3 bulan 2. Pengisian diagnosa sesuai ICD X dan ICD IX CM 	<p>80%</p> <p>100%</p>
5	Komite Keperawatan	Hasil Audit Klinik Keperawatan setiap 6 bulan	100%
6	Kesehatan dan keselamatan kerja Rumah Sakit (K3)	Kejadian Kecelakaan kerja	$\leq 5\%$
7	Diklat	Setiap Pegawai mendapatkan pelatihan minimal 1 kali setahun	80%

BAB III

URAIAN INDIKATOR DAN FORMULA PENGUKURAN

I. UNIT KERJA *REVENUE CENTER*

A. PELAYANAN GAWAT DARURAT

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, Breath</i> dan <i>Circulation</i>			
Frekuensi Pengumpulan data	Setiap bulan			
Periode Analisa	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	2013	2014	2015	2016
	70%	80%	90%	100 %
Penanggungjawab Pengumpulan data	Kepala Instalasi Gawat Darurat			

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 Analisa	Tiga bulan sekali			
Numerator	Jumlah kumulatif jam buka gawat darurat dalam satu bulan			
Denominator	Jumlah seluruh pasien yang disampling			
Sumber Data	Laporan Bulanan			
Standar	24 Jam			
Penanggungjawab Pengumpulan data	Kepala Instalasi Gawat Darurat			

3. Pemberi

3. Pemberi pelayanan kegawatdaruratan yang bersertifikat BLS/PPGD/GELS/ALS

Judul	Pemberi pelayanan kegawatdaruratan yang bersertifikat BLS/PPGD/GELS/ALS			
Dimensi Mutu	Kompetensi teknis			
Tujuan	Tersedianya Pelayanan Gawat Darurat oleh tenaga kompeten dalam bidang ke gawat darurat			
Definisi Operasional	Tenaga kompeten pada gawat darurat adalah tenaga yang sudah memiliki sertifikat pelatihan BLS/PPGD/GELS/ALS			
Frekuensi Pengumpulan data	Setiap bulan			
Periode Analisa	Tiga bulan sekali			
Numerator	Jumlah tenaga yang bersertifikat BLS/PPGD/GELS/ALS			
Denominator	Jumlah tenaga yang memberikan pelayanan kegawat darurat			
Sumber Data	Kepegawaian			
Standar	2013	2014	2015	2016
	85%	90%	95%	100%
Penanggungjawab Pengumpulan data	Kepala Pendidikan dan Pelatihan Rumah Sakit			

4. Ketersediaan tim penanggulangan bencana

Judul	Ketersediaan tim penanggulanagan bencana			
Dimensi Mutu	Keselamatan dan efektifitas			
Tujuan	Kesiagaan rumah sakit untuk memberikan pelayanan penanggulangan bencana ≤ 5 menit			
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 Analisa	Tiga bulan sekali			
Numerator	Periode Analisa			
Denominator	Jumlah Tim penanggulangan bencana yang ada di rumah sakit			
Sumber Data	Instalasi gawat darurat			
Standar	Tidak ada			
Penanggungjawab Pengumpulan data	satu tim Kepala Instalasi Gawat Darurat/Tim Mutu/Panitia Mutu			

5. Waktu

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 Analisa	Tiga bulan sekali			
Numerator	Jumlah kumulatif waktu yang diperlukan sejak kedatangan semua pasien yang di sampling secara acak sampai dilayani dokter			
Denominator	Jumlah seluruh pasien yang di sampling (minimal n = 50)			
Sumber Data	Sample			
Standar	2013	2014	2015	2016
	≤ 5 menit terlayani setelah pasien datang			
Penanggungjawab Pengumpulan data	Kepala Instalasi Gawat Darurat/Tim Mutu/Panitia Mutu			

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 Analisa	Tiga bulan sekali			
Numerator	Jumlah kumulatif rerata penilaian kepuasan pasien Gawat Darurat yang di survey			
Denominator	Jumlah seluruh pasien Gawat Darurat yang di survey (minimal n = 50)			
Sumber Data	Survey			
Standar	2013	2014	2015	2016
	≥55%	≥60%	≥65%	≥70%
Penanggungjawab Pengumpulan data	Kepala Instalasi Gawat Darurat/Tim Mutu/Panitia Mutu			

7. Kematian

7. Kematian Pasien \leq 24 jam di Gawat Darurat

Judul	Kematian Pasien \leq 24 jam di Gawat Darurat			
Dimensi Mutu	Efektifitas dan Keselamatan			
Tujuan	Terselenggaranya pelayanan yang efektif dan mampu menyelamatkan pasien gawat darurat			
Definisi Operasional	Kematian \leq 24 jam adalah kematian yang terjadi dalam periode 24 jam sejak pasien datang			
Frekuensi Pengumpulan data	Tiga bulan			
Periode Analisa	Tiga bulan			
Numerator	Jumlah pasien yang meninggal dalam periode \leq 24 jam sejak pasien datang			
Denominator	Jumlah seluruh yang ditangani di Gawat Darurat			
Sumber Data	Rekam Medik			
Standar	2013	2014	2015	2016
	\leq 2 perseribu	\leq 2 perseribu	\leq 2 perseribu	\leq 2 perseribu
Penanggungjawab Pengumpulan data	Kepala Instalasi Gawat Darurat			

8. 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 akan diberikan			
Frekuensi Pengumpulan data	Tiga bulan			
Periode Analisa	Tiga bulan			
Numerator	Jumlah pasien gawat darurat yang tidak membayar uang muka			
Denominator	Jumlah seluruh pasien yang datang di Gawat Darurat			
Sumber Data	Survei			
Standar	2013	2014	2015	2016
	70%	80%	90%	100%
Penanggungjawab Pengumpulan data	Kepala Instalasi Gawat Darurat			

B. PELAYANAN

B. PELAYANAN RAWAT JALAN

1. Pemberi Pelayanan di Poliklinik Spesialis

Judul	Pemberi pelayanan di poliklinik 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 Analisa	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	2013	2014	2015	2016
	70%	80%	90%	100%
Penanggungjawab Pengumpulan data	Kepala Instalasi Rawat Jalan			

2. Ketersediaan Pelayanan Rawat Jalan

Judul	Ketersediaan pelayanan rawat jalan			
Dimensi Mutu	Akses			
Tujuan	Tersedianya jenis pelayanan rawat jalan spesialistik 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 dari rumah sakit tersebut.			
Frekuensi Pengumpulan data	1 bulan			
Periode Analisa	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			
Penanggungjawab Pengumpulan data	Kepala Instalasi Rawat Jalan			

3. Jam Buka

3. Jam Buka Pelayanan Sesuai Ketentuan

Judul	Jam 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, buka jam 08.00 s.d. 13.00 setiap hari kerja kecuali jum'at 08.00 s.d 11.00 ≤60 menit.			
Frekuensi Pengumpulan data	1 bulan			
Periode Analisa	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	2013	2014	2015	2016
	70%	80%	90%	100%
Penanggungjawab Pengumpulan data	Kepala Instalasi Rawat Jalan			

4. 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 Analisa	3 bulan			
Numerator	Jumlah kumulatif waktu tunggu pasien rawat jalan yang disurvei			
Denominator	Jumlah seluruh pasien rawat jalan yang disurvei			
Sumber Data	Survey Pasien rawat jalan			
Standar	2013	2014	2015	2016
	≤60%	≤60%	≤60%	≤60%
Penanggungjawab Pengumpulan data	Kepala Instalasi Rawat Jalan/Komite Mutu/Tim Mutu			

5. Kepuasan ...

5. Kepuasan Pelanggan pada Rawat Jalan

Judul	Kepuasan Pelanggan pada Rawat Jalan			
Dimensi Mutu	Kenyamanan			
Tujuan	Terselenggaranya pelayanan rawat jalan yang mampu memberikan kepuasan pelanggan			
Definisi Operasional	Kepuasan adalah pernyataan tentang persepsi pelanggan terhadap pelayanan yang diberikan			
Frekuensi Pengumpulan data	Setiap bulan			
Periode Analisa	Tiga bulan sekali			
Numerator	Jumlah kumulatif re-rata penilaian kepuasan pasien rawat jalan yang disurvei			
Denominator	Jumlah seluruh pasien rawat jalan yang disurvei (minimal n = 50)			
Sumber Data	Survey			
Standar	2013	2014	2015	2016
	≥ 75%	≥ 80%	≥ 85%	≥ 90 %
Penanggungjawab Pengumpulan data	Kepala Instalasi Rawat Jalan/Tim Mutu/Panitia Mutu			

6. Pasien rawat jalan *tuberculosis* yang ditangani dengan strategi DOTS

Judul	Pasien rawat jalan <i>tuberculosis</i> yang ditangani dengan strategi DOTS			
Dimensi Mutu	Akses, efisiensi			
Tujuan	Terselenggaranya pelayanan rawat jalan bagi pasien <i>tuberculosis</i> dengan strategi DOTS			
Definisi Operasional	Pelayanan rawat jalan <i>tuberculosis</i> dengan strategi DOTS adalah pelayanan <i>tuberculosis</i> dengan 5 strategi penanggulangan <i>tuberculosis</i> nasional. Penegakan diagnosis dan <i>follow up</i> pengobatan pasien <i>tuberculosis</i> harus melalui pemeriksaan <i>mikroskopis tuberculosis</i> , pengobatan harus menggunakan paduan obat anti <i>tuberculosis</i> yang sesuai dengan standar penanggulangan <i>tuberculosis</i> nasional, dan semua pasien yang <i>tuberculosis</i> yang diobati dievaluasi secara <i>kohort</i> sesuai dengan penanggulangan nasional.			
Frekuensi Pengumpulan data	Tiap tiga bulan			
Periode Analisa	Tiap tiga bulan			
Numerator	Jumlah semua pasien rawat jalan <i>tuberculosis</i> yang ditangani dengan strategi DOTS			
Denominator	Jumlah seluruh pasien rawat jalan <i>tuberculosis</i> yang ditangani di rumah sakit dalam waktu tiga bulan			
Sumber Data	Register rawat jalan, register TB 03 UPK			
Standar	2013	2014	2015	2016
	85%	90%	95%	100%
Penanggungjawab Pengumpulan data	Kepala Instalasi Rawat Jalan			

C. PELAYANAN

C. PELAYANAN RAWAT INAP

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 Analisa	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	2013	2014	2015	2016
	100%	100%	100%	100%
Penanggungjawab Pengumpulan data	Kepala Instalasi Rawat Inap			

2. Dokter Penanggungjawab Pasien Rawat Inap

Judul	Dokter Penanggungjawab pasien rawat inap			
Dimensi Mutu	Kompetensi teknis dan kesinambungan pelayanan			
Tujuan	Tersedianya pelayanan rawat inap yang terkoordinasi untuk menjamin kesinambungan pelayanan			
Definisi Operasional	Penanggungjawab rawat inap adalah dokter yang mengkoordinasikan kegiatan pelayanan rawat inap sesuai kebutuhan pasien			
Frekuensi Pengumpulan data	1 bulan			
Periode Analisa	3 bulan			
Numerator	Jumlah pasien dalam satu bulan yang mempunyai dokter sebagai Penanggungjawab			
Denominator	Jumlah seluruh pasien rawat inap dalam satu bulan			
Sumber Data	Rekam medik			
Standar	2013	2014	2015	2016
	100%	100%	100%	100%
Penanggungjawab Pengumpulan data	Kepala Instalasi Rawat Inap			

3. Ketersediaan

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 (posisi terbaring) di rumah sakit. Untuk rumah sakit khusus disesuaikan dengan spesifikasi rumah sakit tersebut.
Frekuensi Pengumpulan data	3 bulan
Periode Analisa	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
Penanggungjawab Pengumpulan data	Kepala Instalasi Rawat Inap

4. Jam *Visite* Dokter Spesialis

Judul	Jam <i>visite</i> dokter spesialis								
Dimensi Mutu	Akses, kesinambungan pelayanan								
Tujuan	Tergambarnya kepedulian tenaga medis terhadap ketepatan waktu pemberian pelayanan								
Definisi Operasional	<i>Visite</i> dokter spesialis adalah kunjungan dokter spesialis setiap hari kerja sesuai dengan ketentuan waktu kepada setiap pasien yang menjadi tanggungjawabnya, yang dilakukan antara jam 08.00 sampai dengan jam 14.00								
Frekuensi Pengumpulan data	tiap bulan								
Periode Analisa	Tiap tiga bulan								
Numerator	Jumlah <i>visite</i> dokter spesialis antara jam 08.00 sampai dengan 14.00 yang di survey								
Denominator	Jumlah pelaksanaan <i>visite</i> dokter spesialis yang di survey								
Sumber Data	Survey								
Standar	<table border="1"> <tr> <td>2013</td> <td>2014</td> <td>2015</td> <td>2016</td> </tr> <tr> <td>70%</td> <td>80%</td> <td>90%</td> <td>100%</td> </tr> </table>	2013	2014	2015	2016	70%	80%	90%	100%
2013	2014	2015	2016						
70%	80%	90%	100%						
Penanggungjawab Pengumpulan data	Kepala Instalasi Rawat Inap/Komite Medik/Panitia Mutu								

5. Kejadian

5. Kejadian Infeksi Pasca Operasi

Judul	Kejadian infeksi pasca operasi			
Dimensi Mutu	Keselamatan dan kenyamanan			
Tujuan	Tergambarnya pelaksanaan operasi dan perawatan pasca operasi yang bersih sesuai standar			
Definisi Operasional	Infeksi pasca operasi adalah adanya infeksi <i>nosokomial</i> pada semua kategori luka sayatan operasi bersih yang dilaksanakan. panas (kalor), kemerahan (color), pengerasan (tumor) dan keluarnya nanah (pus) dalam waktu lebih dari 3 x 24 jam			
Frekuensi Pengumpulan data	tiap bulan			
Periode Analisa	tiap bulan			
Numerator	Jumlah pasien yang mengalami infeksi pasca operasi dalam satu bulan			
Denominator	Jumlah seluruh pasien yang dalam satu bulan			
Sumber Data	Rekam medis			
Standar	2013	2014	2015	2016
	≤ 1,5 %	≤ 1,5 %	≤ 1,5 %	≤ 1,5 %
Penanggungjawab	Ketua Komite Medik/Komite Mutu/Tim Mutu			

6. Angka Kejadian Infeksi *Nosokomial*

Judul	Angka kejadian infeksi <i>nosokomial</i>			
Dimensi Mutu	Keselamatan pasien			
Tujuan	Mengetahui hasil pengendalian infeksi <i>nosokomial</i> rumah sakit			
Definisi Operasional	Infeksi <i>nosokomial</i> adalah infeksi yang dialami oleh pasien yang diperoleh selama dirawat di rumah sakit yang meliputi <i>dekubitus</i> , <i>phlebitis</i> , <i>sepsis</i> , dan infeksi luka operasi			
Frekuensi Pengumpulan data	tiap bulan			
Periode Analisa	tiap tiga bulan			
Numerator	Jumlah pasien rawat inap yang terkena infeksi <i>nosokomial</i> dalam satu bulan			
Denominator	Jumlah pasien rawat inap dalam satu bulan			
Sumber Data	Survei, laporan infeksi <i>nosokomial</i>			
Standar	2013	2014	2015	2016
	≤ 1 5 %	≤ 1,5 %	≤ 1,5 %	≤ 1,5 %
Penanggungjawab Pengumpulan data	Kepala Instalasi Rawat Inap/Komite Medik/Panitia Mutu			

7. Tidak

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, dan sebagainya yang berakibat kecacatan atau kematian			
Frekuensi Pengumpulan data	tiap bulan			
Periode Analisa	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	2013	2014	2015	2016
	100%	100%	100%	100%
Penanggungjawab Pengumpulan data	Kepala Instalasi Rawat Inap			

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 Operasional setelah pasien rawat inap masuk rumah sakit			
Frekuensi Pengumpulan data	1 bulan			
Periode Analisa	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	2013	2014	2015	2016
	≤ 0,24 % ≤ 2,4/1000 (internasional) (NDR ≤ 25/1000, Indonesia)			
Penanggungjawab Pengumpulan data	Ketua Komite Mutu/Tim Mutu			

9. Kejadian

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 Analisa	3 bulan			
Numerator	Jumlah pasien pulang paksa dalam satu bulan			
Denominator	Jumlah seluruh pasien yang dirawat dalam satu bulan			
Sumber Data	Rekam Medis			
Standar	2013	2014	2015	2016
	≤5%	≤5%	≤5%	≤5%
Penanggungjawab Pengumpulan data	Ketua Komite Mutu/Tim Mutu			

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 Analisa	3 bulan			
Numerator	Jumlah kumulatif hasil penilaian kepuasan pasien yang disurvei (dalam prosen)			
Denominator	Jumlah total pasien yang disurvei (minimal 50)			
Sumber Data	Survei			
Standar	2013	2014	2015	2016
	≥75%	≥80%	≥85%	≥ 90 %
Penanggungjawab Pengumpulan data	Ketua Komite Mutu/Tim Mutu			

11. Pasien

11. Pasien Rawat Inap *Tuberculosis* yang ditangani dengan strategi DOTS

Judul	Pasien rawat Inap <i>tuberculosis</i> yang ditangani dengan strategi DOTS			
Dimensi Mutu	Akses dan efisiensi			
Tujuan	Terselenggaranya pelayanan rawat Inap bagi pasien <i>tuberculosis</i> dengan strategi DOTS			
Definisi Operasional	menggunakan paduan obat anti <i>tuberculosis</i> yang sesuai dengan standar penanggulanagn <i>tuberculosis</i> nasional, dan semua pasien yang <i>tuberculosis</i> yang diobati dievaluasi secara <i>kohort</i> sesuai dengan penanggulangan nasional			
Frekuensi Pengumpulan data	Tiap tiga bulan			
Periode Analisa	Tiap tiga bulan			
Numerator	Jumlah semua pasien rawat inap <i>tuberculosis</i> yang ditangani dengan strategi DOTS			
Denominator	Jumlah seluruh pasien rawat inap <i>tuberculosis</i> yang ditangani di rumah sakit dalam waktu tiga bulan			
Sumber Data	Register rawat inap, register TB 03 UPK			
Standar	2013	2014	2015	2016
	85%	90%	95%	100%
Penanggungjawab Pengumpulan data	Kepala Instalasi Rawat Inap			

D. INSTALASI

D. INSTALASI BEDAH SENTRAL.

1. Waktu tunggu operasi elektif

Judul	Waktu tunggu operasi elektif			
Dimensi Mutu	Efektifitas, kesinambungan pelayanan, efisiensi			
Tujuan	Tergambarnya kecepatan penanganan antrian pelayanan bedah			
Definisi Operasional	Waktu tunggu operasi elektif adalah tenggang waktu mulai dokter memutuskan untuk operasi yang terencana sampai dengan operasi mulai dilaksanakan			
Frekuensi Pengumpulan data	1 bulan			
Periode Analisa	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	2013	2014	2015	2016
	≤ 3 hari	≤3 hari	≤ 2 hari	≤ 2 hari
Penanggungjawab Pengumpulan data	Kepala Instalasi bedah sentral			

2. Kejadian kematian di meja operasi

Judul	Kejadian kematian di meja operasi			
Dimensi Mutu	Keselamatan dan efektifitas			
Tujuan	Tergambarnya efektifitas pelayanan bedah sentral dan <i>anestesi</i> 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 Analisa	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 dan laporan keselamatan pasien			
Standar	2013	2014	2015	2016
	≤1%			
Penanggungjawab Pengumpulan data	Kepala Instalasi Bedah Sentral/Komite Medis			

3. Tidak

3. Tidak adanya kejadian operasi salah sisi

Judul	Tidak adanya kejadian operasi salah sisi			
Dimensi Mutu	Keselamatan pasien			
Tujuan	Tergambarnya 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 Analisa	1 bulan dan <i>sentinel event</i>			
Numerator	Jumlah pasien yang dioperasi dalam waktu 1 bulan dikurangi jumlah pasien yang dioperasi salah sisi dalam waktu 1 bulan			
Denominator	Jumlah pasien yang dioperasi dalam waktu satu bulan			
Sumber Data	Rekam medis dan laporan keselamatan pasien			
Standar	2013	2014	2015	2016
	100%			
Penanggungjawab Pengumpulan data	Kepala Instalasi Bedah Sentral/Komite Medis			

4. Tidak adanya kejadian operasi salah orang

Judul	Tidak adanya kejadian operasi salah orang			
Dimensi Mutu	Dimensi Mutu Keselamatan pasien			
Tujuan	Tujuan tergambarnya kepedulian dan ketelitian instalasi bedah sentral terhadap keselamatan pasien			
Definisi Operasional	Definisi kejadian operasi salah orang adalah kejadian dimana pasien dioperasi pada orang yang salah			
Frekuensi Pengumpulan data	1 bulan dan <i>sentinel event</i>			
Periode Analisa	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 dan laporan keselamatan pasien			
Standar	2013	2014	2015	2016
	100%			
Penanggungjawab Pengumpulan data	Kepala instalasi bedah sentral/komite medis			

5. Tidak

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 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 Analisa	1 bulan dan <i>sentinel event</i>			
Numerator	Jumlah pasien yang dioperasi dalam waktu 1 bulan dikurangi jumlah pasien yang mengalami salah tindakan operasi dalam waktu 1 bulan			
Denominator	Jumlah pasien yang dioperasi dalam waktu satu bulan			
Sumber Data	Rekam medis dan laporan keselamatan pasien			
Standar	2013	2014	2015	2016
	100%			
Penanggungjawab Pengumpulan data	Kepala Instalasi Bedah Sentral/Komite Medis			

6. Tidak adanya kejadian tertinggalnya benda asing/lain pada tubuh pasien setelah operasi

Judul	Tidak adanya kejadian tertinggalnya benda asing/lain pada tubuh pasien setelah operasi			
Dimensi Mutu	Keselamatan pasien			
Tujuan	Kejadian tertinggalnya benda asing/lain 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 Analisa	1 bulan dan <i>sentinel event</i>			
Numerator	Jumlah pasien yang dioperasi dalam waktu satu bulan dikurangi jumlah pasien yang mengalami tertinggalnya benda asing satu bulan			
Denominator	Jumlah pasien yang dioperasi dalam satu bulan			
Sumber Data	Rekam medis dan laporan keselamatan pasien			
Standar	2013	20041	2015	2016
	100%			
Penanggungjawab Pengumpulan data	Kepala Instalasi Bedah Sentral/Komite Medis			

7. Komplikasi

7. Komplikasi anastesi karena *over dosis*, reaksi *anantesi* dan salah penempatan *endotracheal tube*

Judul	Komplikasi anastesi karena <i>over dosis</i> , reaksi <i>anantesi</i> dan salah penempatan <i>endotracheal tube</i>			
Dimensi Mutu	Keselamatan pasien			
Tujuan	Tergambarkannya kecermatan tindakan <i>anastesi</i> dan monitoring pasien selama proses penundaan berlangsung			
Definisi Operasional	Komplikasi <i>anastesi</i> adalah kejadian yang tidak diharapkan sebagai akibat komplikasi <i>anastesi</i> antara lain karena <i>over dosis</i> , reaksi <i>anantesi</i> dan salah penempatan <i>endotracheal tube</i>			
Frekuensi Pengumpulan data	1 bulan dan <i>sentinel event</i>			
Periode Analisa	1 bulan dan <i>sentinel event</i>			
Numerator	Jumlah pasien yang mengalami komplikasi anastesi dalam satu bulan			
Denominator	Jumlah pasien yang dioperasi dalam waktu satu bulan			
Sumber Data	Rekam medis			
Standar	2013	2014	2015	2016
	≤6%			
Penanggungjawab Pengumpulan data	Kepala Instalasi Bedah Sentral/Komite Medis			

E. INSTALASI

E. INSTALASI PERINATOLOGI DAN PELAYANAN PERSALINAN

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>1. Kematian ibu melahirkan yang disebabkan karena perdarahan, <i>pre eklamsia</i>, <i>eklamsia</i>, partus lama dan sepsis.</p> <p>2. Perdarahan adalah perdarahan yang terjadi pada saat kehamilan semua skala persalinan dan nifas.</p> <p>3. <i>Pre-eklampsia dan eklampsia</i> mulai terjadi pada kehamilan trimester kedua, <i>pre-eklampsia dan elampsia</i> 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/25 jam 3+/4 pada pemeriksaan kualitatif - Oedem tungkai <p><i>Eklampsia</i> adalah tanda <i>pre-eklampsia</i> yang disertai dengan kejang dan atau penurunan kesadaran.</p> <p><i>Sepsis</i> adalah tanda-tanda sepsis yang terjadi akibat penanganan aborsi, persalinan dan nifas yang tidak ditangani dengan tepat oleh pasien atau penolong Partus lama.</p>
Frekuensi Pengumpulan data	Tiap bulan
Periode Analisa	Tiap 3 bulan
Numerator	Jumlah kematian pasien persalinan karena perdarahan, <i>pre-eklampsia/eklampsia</i> dan <i>sepsis</i> .
Denominator	Jumlah pasien-pasien persalinan dengan perdarahan, <i>pre-eklampsia/eklampsia</i> dan <i>sepsis</i> .
Sumber Data	Rekam medis rumah sakit
Standar	Perdarahan ≤ 1 % <i>pre-eklampsia</i> ≤ 30 %, <i>sepsis</i> ≤ 0 %
Penanggung jawab Pengumpulan data	Komite medik

2. Pemberi

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 Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah tenaga dokter Sp.OG, dokter umum terlatih (asuhan persalinan normal) dan bidan yang memberikan pertolongan persalinan normal.
Denominator	Jumlah pasien-pasien persalinan dengan perdarahan, <i>pre-eklampsia/eklampsia</i> dan sepsis.
Sumber Data	Kepegawaian
Standar	100 %
Penanggung jawab	Komite mutu

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 Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah tenaga 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

4. Pemberi

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 Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah tenaga dokter Sp.OG, dokter spesialis anak, dokter spesialis anastesi, 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

5. Kemampuan menangani Berat Badan Lahir Rendah (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 badan 1500 gr – 2500 gr
Frekuensi Pengumpulan data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah BBLR 1500 gr – 2500 gr yang berhasil ditangani
Denominator	Jumlah seluruh BBLR 1500 gr – 2500 gr yang ditangani
Sumber Data	Rekam medis
Standar	100 %
Penanggung jawab Pengumpulan data	Komite medik/komite mutu

6. Pertolongan

6. Pertolongan persalinan melalui *seksio cesaria*

Judul	Pertolongan persalinan melalui <i>seksio cesaria</i>
Dimensi Mutu	Efektifitas, keselamatan dan efisiensi
Tujuan	Tergambarnya pertolongan di rumah sakit yang sesuai dengan indikasi efisien.
Definisi Operasional	<i>Seksio cesaria</i> adalah tindakan persalinan melalui pembedahan <i>abdominal efektifis</i> maupun emergensi
Frekuensi Pengumpulan data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah persalinan <i>seksio cesaria</i> dalam 1 bulan.
Denominator	Jumlah seluruh persalinan dalam 1 bulan
Sumber Data	Rekam medis
Standar	$\leq 20 \%$
Penanggung jawab Pengumpulan data	Komite mutu

7. Kepuasan Pelanggan

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

F. INSTALASI

F. INSTALASI PERAWATAN INTENSIF (ICU)

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 keperawatan intensif dari ruang rawat inap dengan kasus yang sama dalam waktu < 72 jam			
Frekuensi Pengumpulan data	1 bulan			
Periode Analisa	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	2013	2014	2015	2016
	< 3%			
Penanggungjawab Pengumpulan data	Komite Medik/Mutu			

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, 100% perawat minimal D3 dengan sertifikat perawat mahir ICU/setara (D4)			
Frekuensi Pengumpulan data	1 bulan			
Periode Analisa	3 bulan			
Numerator	Jumlah tenaga dokter Sp.An dan spesialis yang sesuai dengan kasus yang ditangani, perawat D3 dengan sertifikat			
Denominator	perawat mahir ICU/setara yang melayani pelayanan perawatan intensif			
Sumber Data	Jumlah seluruh tenaga dokter dan perawat yang melayani perawatan intensif Kepegawaian			
Standar	2013	2014	2015	2016
	100%			
Penanggungjawab Pengumpulan data	Komite Medik/Mutu			

G. INSTALASI

G. INSTALASI REHABILITASI MEDIK

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 Analisa	6 bulan			
Numerator	Jumlah seluruh pasien yang <i>drop out</i> dalam 3 bulan			
Denominator	Jumlah seluruh pasien yang di program rehabilitasi medik dalam 3 bulan			
Sumber Data	Rekam medis			
Standar	2013	2014	2015	2016
	50%	<50%	<50%	< 50%
Penanggungjawab Pengumpulan data	Kepala Instalasi Rehabilitasi Medik			

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 Analisa	3 bulan			
Numerator	Jumlah seluruh pasien yang di program rehabilitasi medik dalam 1 bulan dikurangi jumlah pasien yang mengalami kesalahan tindakan rehabilitasi medik dalam 1 bulan.			
Denominator	Jumlah seluruh pasien yang deprogram rehabilitasi medik dalam 1 bulan			
Sumber Data	Rekam medis			
Standar	2013	2014	2015	2016
	100%	100%	100%	100%
Penanggungjawab Pengumpulan data	Kepala Instalasi Rehabilitas Medik			

3. Kepuasan

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 rehabilitas medik			
Frekuensi Pengumpulan data	1 bulan			
Periode Analisa	3 bulan			
Numerator	Jumlah kumulatif hasil penilaian kepuasan dari pasien yang disurvei (dalam prosen)			
Denominator	Jumlah total pasien yang disurvei (minimal 50)			
Sumber Data	Survei			
Standar	2013	2014	2015	2016
	➤ 80%	➤ 80%	➤ 80%	➤ 80%
Penanggungjawab Pengumpulan data	Kepala Instalasi Rehabilitas Medik			

H. INSTALASI LABORATORIUM PATOLOGI KLINIK

1. Waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium

Judul	Waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium			
Dimensi Mutu	Efektifitas, kesinambungan pelayanan dan 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 sample sampai dengan menerima hasil yang sudah diekspertisi.			
Frekuensi Pengumpulan data	1 bulan			
Periode Analisa	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	Survey			
Standar	2013	2014	2015	2016
	< 140 menit (manual)			
Penanggungjawab Pengumpulan data	Kepala Instalasi Laboratorium Klinik			

2. Pelaksana

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 tandatangan pada lembar hasil pemeriksaan yang dikirimkan pada dokter yang meminta.			
Frekuensi Pengumpulan data	1 bulan			
Periode Analisa	3 bulan			
Numerator	Jumlah hasil laboratorium 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	2013	2014	2015	2016
	100%	100%	100%	100%
Penanggungjawab Pengumpulan data	Kepala Instalasi Laboratorium Klinik			

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 Analisa	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	2013	2014	2015	2016
	100%	100%	100%	100%
Penanggungjawab Pengumpulan data	Kepala Instalasi Laboratorium Klinik			

4. Kepuasan

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 Analisa	3 bulan			
Numerator	Jumlah kumulatif hasil penilaian kepuasan dari pasien yang disurvei (dalam prosen)			
Denominator	Jumlah total pasien yang disurvei (minimal 50)			
Sumber Data	Survei			
Standar	2013	2014	2015	2016
	➤ 70%	➤ 75%	➤ 80%	➤ 80%
Penanggungjawab Pengumpulan data	Kepala Instalasi Laboratorium Klinik			

I. INSTALASI RADIOLOGI

1. Waktu tunggu hasil pelayanan thorax foto

Judul	Waktu tunggu hasil pelayanan thorax foto			
Dimensi Mutu	Efektifitas, kesinambungan pelayanan dan efisiensi			
Tujuan	Tergambarnya kecepatan pelayanan radiologi			
Definisi Operasional	Waktu tunggu hasil pelayanan thorax foto adalah tenggang waktu mulai pasien di foto sampai dengan menerima hasil yang sudah diekspertisi			
Frekuensi Pengumpulan data	1 bulan			
Periode Analisa	3 bulan			
Numerator	Jumlah kumulatif waktu tunggu hasil pelayanan thorax foto dalam satu bulan.			
Denominator	Jumlah pasien yang difoto thorax dalam bulan tersebut.			
Sumber Data	rekam medis			
Standar	2013	2014	2015	2016
	< 3%	< 3%	< 3%	< 3%
Penanggungjawab Pengumpulan data	Kepala Instalasi Radiologi			

2. Pelaksana

2. Pelaksana ekspertisi hasil pemeriksaan

Judul	Pelaksana ekspertisi hasil pemeriksaan			
Dimensi Mutu	Kompetensi teknis			
Tujuan	Pembacaan dan verifikasi hasil pemeriksaan <i>rontgen</i> dilakukan oleh tenaga ahli untuk memastikan ketepatan diagnosis			
Definisi Operasional	Pelaksana ekspertisi <i>rontgen</i> adalah dokter spesialis Radiologi yang mempunyai kewenangan untuk melakukan pembacaan foto <i>rontgen</i> /hasil pemeriksaan radiologi. Bukti pembacaan dan verifikasi adalah dicantumkan tanda tangan dokter spesialis radiologi pada lembar hasil pemeriksaan yang dikirimkan kepada dokter yang meminta.			
Frekuensi Pengumpulan data	1 bulan			
Periode Analisa	3 bulan			
Numerator	Jumlah foto <i>rontgen</i> yang dibaca dan diverifikasi oleh dokter spesialis radiologi dalam 1 bulan.			
Denominator	Jumlah seluruh pemeriksaan foto <i>rontgen</i> dalam 1 bulan.			
Sumber Data	Register di Instalasi Radiologi			
Standar	2013	2014	2015	2016
	85%	90%	95%	100%
Penanggungjawab Pengumpulan data	Kepala Instalasi Radiologi			

3. Kejadian kegagalan pelayanan *rontgen*

Judul	Kejadian kegagalan pelayanan <i>rontgen</i>			
Dimensi Mutu	Efektifitas dan efisiensi			
Tujuan	Tergambarnya efektifitas dan efisiensi pelayanan <i>rontgen</i>			
Definisi Operasional	Kegagalan pelayanan <i>rontgen</i> adalah kerusakan foto yang tidak dapat dibaca			
Frekuensi Pengumpulan data	1 bulan			
Periode Analisa	3 bulan			
Numerator	foto rusak yang tidak dapat dibaca dalam 1 bulan			
Denominator	Jumlah seluruh pemeriksaan foto dalam 1 bulan			
Sumber Data	Register radiologi			
Standar	2013	2014	2015	2016
	<2%	<2%	<2%	<2%
Penanggungjawab Pengumpulan data	Kepala Instalasi Radiologi			

4. Kepuasan

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 Analisa	3 bulan			
Numerator	Jumlah pasien yang disurvei yang menyatakan puas			
Denominator	Jumlah total pasien yang disurvei (minimal 50)			
Sumber Data	Survei			
Standar	2013	2014	2015	2016
	>65%	>70%	> 75 %	> 80 %
Penanggungjawab Pengumpulan data	Ketua komite mutu/tim mutu			

J. INSTALASI FARMASI

1. a. Waktu tunggu pelayanan obat jadi

Judul	Waktu tunggu pelayanan obat jadi			
Dimensi Mutu	Efektifitas, kesinambungan pelayanan dan 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 Analisa	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	Survey			
Standar	2013	2014	2015	2016
	< 30%			
Penanggungjawab Pengumpulan data	Kepala Instalasi Farmasi			

b. Waktu

b. Waktu tunggu pelayanan obat racikan

Judul	Waktu tunggu pelayanan obat racikan			
Dimensi Mutu	Efektifitas, kesinambungan pelayanan dan 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 Analisa	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	Survey			
Standar	2013	2014	2015	2016
	< 60%	<60%	<60%	<60%
Penanggungjawab Pengumpulan data	Kepala Instalasi Farmasi			

2. 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	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 Analisa	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	Survey			
Standar	2013	2014	2015	2016
	100%	100%	100%	100%
Penanggungjawab Pengumpulan data	Kepala Instalasi Farmasi			

3. Kepuasan

3. 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 Analisa	3 bulan			
Numerator	Jumlah kumulatif hasil penilaian kepuasan dari pasien yang disurvei (dalam prosen)			
Denominator	Jumlah total pasien yang disurvei (minimal 50)			
Sumber Data	Survey			
Standar	2013	2014	2015	2016
	➤ 65%	➤ 70%	➤ 75%	➤ 80%
Penanggungjawab Pengumpulan data	Kepala Instalasi Farmasi			

4. 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 Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah resep yang diambil sebagai sample yang sesuai formularium dalam satu bulan.
Denominator	Jumlah seluruh resep yang diambil sebagai sample dalam satu bulan (minimal)
Sumber Data	Survey
Standar	100 %
Penanggung jawab Pengumpulan data	Kepala Instalasi Farmasi

K. INSTALASI GIZI

1. Ketepatan waktu pemberian makanan kepada pasien

Judul	Ketepatan waktu pemberian makanan kepada pasien			
Dimensi Mutu	Efektifitas, akses dan kenyamanan			
Tujuan	Tergambarnya 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 Analisa	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			
Sumber Data	Survey			
Standar	2013	2014	2015	2016
	➤ 75%	➤ 80%	➤ 85%	➤ 90%
Penanggungjawab Pengumpulan data	Kepala Instalasi Gizi/Kepala Instalasi Rawat Inap			

2. Sisa makanan yang tidak termakan oleh pasien

Judul	Sisa makanan yang tidak termakan oleh pasien			
Dimensi Mutu	Efektifitas dan efisien			
Tujuan	Tergambarnya 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 Analisa	3 bulan			
Numerator	Jumlah kumulatif porsi sisa makanan dari pasien yang disurvei			
Denominator	Jumlah pasien yang disurvei dalam satu bulan			
Sumber Data	Survey			
Standar	2013	2014	2015	2016
	➤ 20%	➤ 20%	➤ 20%	➤ 20%
Penanggungjawab Pengumpulan data	Kepala Instalasi Gizi/Kepala Instalasi Rawat Inap			

3. Tidak adanya

3. Tidak adanya kesalahan dalam pemberian diet

Judul	Tidak adanya kesalahan dalam pemberian diet			
Dimensi Mutu	Keamanan dan 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 Analisa	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	Survey			
Standar	2013	2014	2015	2016
	95%	95%	100%	100%
Penanggungjawab Pengumpulan data	Kepala Instalasi Gizi/Kepala Instalasi Rawat Inap			

L. INSTALASI PEMELIHARAAN SARANA RUMAH SAKIT (IPSR).

1. Kecepatan waktu menanggapi kerusakan alat

Judul	Kecepatan waktu menanggapi kerusakan alat			
Dimensi Mutu	Efektivitas, efisiensi dan 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 Analisa	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	2013	2014	2015	2016
	>65%	>70%	>75%	>80%
Penanggungjawab Pengumpulan data	Kepala Instalasi Pelayanan Pemeliharaan Sarana Rumah Sakit			

2. Ketepatan

2. Ketepatan waktu pemeliharaan alat

Judul	Ketepatan waktu pemeliharaan alat			
Dimensi Mutu	Efektivitas, efisiensi dan kesinambungan pelayanan			
Tujuan	Tergambarnya kecepatan dan ketanggapan dalam pemeliharaan alat			
Definisi Operasional	Waktu pemeliharaan alat adalah waktu yang menunjukkan periode pemeliharaan/service untuk tiap-tiap alat sesuai ketentuan yang berlaku.			
Frekuensi Pengumpulan data	1 bulan			
Periode Analisa	3 bulan			
Numerator	Jumlah alat yang dilakukan pemeliharaan (service) tepat waktu dalam satu bulan			
Denominator	Jumlah seluruh alat yang seharusnya dilakukan pemeliharaan dalam satu bulan			
Sumber Data	Register pemeliharaan alat			
Standar	2013	2014	2015	2016
	100%	100%	100%	100%
Penanggungjawab Pengumpulan data	Kepala Instalasi Pelayanan Pemeliharaan Sarana Rumah Sakit			

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 efektivitas			
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 Analisa	1 tahun			
Numerator	Jumlah seluruh alat laboratorium yang dikalibrasi tepat waktu dalam satu tahun			
Denominator	Jumlah alat laboratorium yang perlu dikalibrasi dalam 1 (satu) tahun			
Sumber Data	Buku register			
Standar	2013	2014	2015	2016
	100%	100%	100%	100%
Penanggungjawab Pengumpulan data	Kepala Instalasi Laboratorium			

M. INSTALASI

M. INSTALASI *CENTRAL STERILIZATION SYSTEM DEPARTMENT (CSSD)* DAN *LAUNDRY* RUMAH SAKIT.

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	Frekuensi 1 bulan			
Periode Analisa	1 bulan			
Numerator	Jumlah linen yang dihitung dalam 4 hari <i>sampling</i> dalam satu tahun			
Denominator	Jumlah linen yang seharusnya ada pada hari <i>sampling</i> tersebut			
Sumber Data	Survey			
Standar	2013	2014	2015	2016
	100%	100%	100%	100%
Penanggungjawab Pengumpulan data	Kepala Instalasi <i>Central Sterilization System Department (CSSD)</i> dan <i>Laundry</i> Rumah Sakit			

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 Analisa	1 bulan			
Numerator	Jumlah hari dalam satu bulan dengan penyediaan linen tepat waktu			
Denominator	Jumlah hari dalam satu bulan			
Sumber Data	Survey			
Standar	2013	2014	2015	2016
	100%	100%	100%	100%
Penanggungjawab Pengumpulan data	Kepala Instalasi <i>Central Sterilization System Department (CSSD)</i> dan <i>Laundry</i> Rumah Sakit			

N. INSTALASI

N. INSTALASI PEMULASARAN JENAZAH DAN PELAYANAN AMBULANS

1. Waktu tanggap pelayanan pemulasaran jenazah

Judul	Waktu tanggap pelayanan pemulasaran jenazah			
Dimensi Mutu	Kenyamanan			
Tujuan	Tergambarnya kepedulian rumah sakit terhadap kebutuhan pasien akan pemulasaran jenazah.			
Definisi Operasional	Waktu tanggap pelayanan pemulasaran jenazah adalah waktu yang dibutuhkan mulai pasien dinyatakan meninggal sampai dengan jenazah mulai ditangani oleh petugas.			
Frekuensi Pengumpulan data	1 bulan			
Periode Analisa	3 bulan			
Numerator	Total kumulatif waktu pelayanan pemulasaran jenazah pasien yang diamati dalam satu bulan			
Denominator	Total pasien yang diamati dalam satu bulan			
Sumber Data	Hasil pengamatan			
Standar	2013	2014	2015	2016
	< 2 jam,	< 2 jam	< 2 jam	< 2 jam
Penanggungjawab Pengumpulan data	Kepala Instalasi Pemulasaran Jenazah			

2. 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 Analisa	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	2013	2014	2015	2016
	24 jam	24 jam	24 jam	24 jam
Penanggung jawab Pengumpulan data	Penanggungjawab ambulans/kereta jenazah			

3. Kecepatan

3. 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 dengan waktu pelayanan maksimal 30 menit			
Frekuensi Pengumpulan data	1 bulan			
Periode Analisa	3 bulan			
Numerator	Jumlah penyediaan ambulans/kereta jenazah yang tepat waktu dalam 1 bulan			
Denominator	Jumlah seluruh permintaan ambulans/kereta jenazah dalam satu bulan			
Sumber Data	Catatan penggunaan ambulans/kereta jenazah			
Standar	2013	2014	2015	2016
	80%	80%	100%	100%
Penanggung jawab Pengumpulan data	Penanggungjawab ambulans/kereta jenazah			

4. *Response time* pelayanan ambulans oleh masyarakat yang membutuhkan

Judul	<i>Response time</i> pelayanan ambulans untuk masyarakat yang membutuhkan			
Dimensi Mutu	Kenyamanan dan keselamatan			
Tujuan	Tercapainya pelayanan Ambulans secara cepat, tepat, cermat, dan profesional			
Definisi Operasional	Adalah prosedur operasional penggunaan dan pemeliharaan ambulans dalam rangka menunjang operasional pelayanan			
Frekuensi Pengumpulan data	1 bulan			
Periode Analisa	3 bulan			
Numerator	Jumlah penyediaan ambulans yang tepat waktu dalam 1 bulan			
Denominator	Jumlah seluruh permintaan ambulans dalam satu bulan			
Sumber Data	Catatan penggunaan ambulans			
Standar	2013	2014	2015	2016
	100%	100%	100%	100%
Penanggung jawab Pengumpulan data	Penanggungjawab Ambulans			

II. UNIT KERJA *COST CENTER*

A. BAGIAN TATA USAHA

1.	Judul	Menanggapi permasalahan ketatausahaan
	Dimensi Mutu	Kepuasan pegawai
	Tujuan	Meminimalisir keluhan pegawai
	Definisi Operasional	Adalah permasalahan yang menyangkut umum, kepegawaian dan pencatatan dan pelaporan yang ditanggapi paling lama sampai 1 minggu
	Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
	Periode Analisa	3 bulan
	Numerator	Jumlah permasalahan yang ditanggapi dalam 1 bulan
	Denominator	Jumlah semua permasalahan yang masuk
	Sumber Data	Laporan
	Standar	80%
	Penanggungjawab Pengumpul Data	Kepala Bagian Tata Usaha

2.	Judul	Penyelesaian masalah pasien kurang bayar
	Dimensi Mutu	Kesinambungan pelayanan
	Tujuan	Meminimalisir <i>bad debt</i>
	Definisi Operasional	Pasien yang tidak dapat membayar sesuai dengan jumlah tagihan
	Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
	Periode Analisa	3 bulan
	Numerator	Jumlah pasien yang kurang bayar
	Denominator	Jumlah seluruh pasien tunai
	Sumber Data	Laporan keuangan
	Standar	100%
	Penanggungjawab Pengumpul Data	Kepala Sub Bagian Keuangan

3.	Judul	Ketepatan waktu pembagian jasa pelayanan tanggal 15 sampai dengan tanggal 20 setiap bulan
	Dimensi Mutu	Efektifitas dan efisiensi
	Tujuan	Meningkatkan kesejahteraan
	Definisi Operasional	Waktu pembagian jasa pelayanan
	Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap bulan
	Periode Analisa	Setiap 3 bulan
	Numerator	Pembagian jasa pelayanan tepat waktu
	Denominator	Jumlah bulan
	Sumber Data	Laporan keuangan
	Standar	100%
	Penanggungjawab Pengumpul Data	Kepala Sub Bagian Keuangan

B. BIDANG

B. BIDANG MEDIK

1.	Judul	Tindak lanjut komplain pelayanan < 24 jam
	Dimensi Mutu	Kepuasan pelanggan
	Tujuan	Meminimalisir komplain pelanggan
	Definisi Operasional	Adalah komplain pelayanan yang ditindak lanjuti dalam waktu < 24 jam
	Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
	Periode Analisa	3 bulan
	Numerator	Jumlah tindak lanjut komplain pelayanan yang ditanggapi dalam waktu < 24 jam
	Denominator	Jumlah seluruh komplain pelayanan
	Sumber Data	Laporan pencatatan komplain
	Standar	80%
	Penanggungjawab Pengumpul Data	Kepala Bidang Medik

2.	Judul	Rapat Seluruh dokter
	Dimensi Mutu	Kesinambungan pelayanan dokter
	Tujuan	Evaluasi Kinerja Dokter
	Definisi Operasional	Rapat Seluruh dokter adalah rapat yang dihadiri oleh seluruh para dokter Rumah Sakit yang diadakan setiap 3 bulan
	Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
	Periode Analisa	3 bulan
	Numerator	Jumlah rapat yang dilaksanakan dalam 1 tahun
	Denominator	Jumlah rapat setiap 3 bulan dalam satu tahun
	Sumber Data	Laporan Dokter
	Standar	100%
	Penanggungjawab Pengumpul Data	Kepala Bidang Medik

C. BIDANG

C. BIDANG PERAWATAN

1.	Judul	Rapat Kepala Ruangan setiap bulan
	Dimensi Mutu	Kesinambungan pelayanan keperawatan
	Tujuan	Peningkatan mutu pelayanan keperawatan
	Definisi Operasional	Rapat Kepala Ruangan adalah rapat yang dihadiri oleh Wakil Direktur Pelayanan, Kabid Keperawatan beserta Seksi dengan Kepala Instalasi Rawat Inap dan seluruh Kepala Ruangan
	Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
	Periode Analisa	1 tahun
	Numerator	Jumlah rapat yang dilaksanakan dalam 1 tahun
	Denominator	Jumlah rapat setiap bulan dalam 1 tahun
	Sumber Data	Laporan Bidang Keperawatan
	Standar	100%
	Penanggungjawab Pengumpul Data	Kepala Bidang Keperawatan

2.	Judul	Pelaksanaan perawat supervisi setiap hari
	Dimensi Mutu	Kesinambungan pelayanan keperawatan
	Tujuan	Peningkatan mutu pelayanan keperawatan
	Definisi Operasional	Supervisi oleh perawat yang memenuhi kriteria dari jam 14.00 sampai dengan jam 21.00 di seluruh ruangan perawatan
	Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
	Periode Analisa	3 bulan
	Numerator	Jumlah kehadiran perawat supervisi yang dilaksanakan dalam 1 bulan
	Denominator	Jumlah Jadwal perawat supervisi dalam 1 bulan
	Sumber Data	Laporan Bidang Keperawatan
	Standar	90%
	Penanggungjawab Pengumpul Data	Kepala Bidang Keperawatan

3. Judul

3.	Judul	Kelengkapan dokumentasi asuhan keperawatan
	Dimensi Mutu	Efektifitas, kesinambungan layanan dan kompetensi
	Tujuan	Tergambarnya kualitas dokumentasi asuhan keperawatan
	Definisi Operasional	Adalah pencatatan semua tahapan proses perawatan dari mulai pengkajian sampai dengan catatan perkembangan dalam status rekam medis pasien
	Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
	Periode Analisa	6 bulan
	Numerator	Jumlah status dengan dokumen askep yang lengkap dari setiap ruangan
	Denominator	Jumlah sampel status yang dinilai dokumentasi askep
	Sumber Data	Laporan Bulanan
	Standar	80%
	Penanggungjawab Pengumpul Data	Kepala Bidang Keperawatan

D. KOMITE MEDIK

1.	Judul	Audit klinik setiap 3 bulan
	Dimensi Mutu	Keselamatan dan kepuasan pelanggan
	Tujuan	Mengetahui tindakan pelayanan yang dilakukan sudah sesuai dengan SOP yang ada
	Definisi Operasional	Audit klinik adalah pembahasan kasus yang diduga ada pelanggaran prosedur
	Frekuensi Pengumpulan Data	3 bulan
	Periode Analisa	1 tahun
	Numerator	Jumlah kasus yang di audit per 3 bulan
	Denominator	Jumlah kasus yang ada per 3 bulan
	Sumber Data	Laporan Panja Audit Medik
	Standar	80%
	Penanggungjawab Pengumpul Data	Ketua Komite Medik

2.	Judul	Pengisian diagnosa sesuai ICD X dan ICD IX CM
	Dimensi Mutu	Efektifitas dan efisiensi
	Tujuan	Untuk memudahkan sistem rekam medik dan keuangan
	Definisi Operasional	Pengisian diagnosa adalah pengisian sesuai standar <i>International Clasification of Diseases</i>
	Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
	Periode Analisa	3 bulan
	Numerator	Jumlah status yang diisi sesuai ICD X dan ICD IX CM
	Denominator	Jumlah seluruh status pasien
	Sumber Data	Panja Rekam Medik
	Standar	100%
	Penanggungjawab Pengumpul Data	Ketua Komite Medik

E. KOMITE

E. KOMITE KEPERAWATAN

Judul	Hasil audit keperawatan setiap 6 bulan
Dimensi Mutu	Kesinambungan pelayanan keperawatan
Tujuan	Meningkatkan mutu pelayanan keperawatan
Definisi Operasional	Audit keperawatan adalah penyelesaian permasalahan yang timbul akibat pelayanan keperawatan
Frekuensi Pengumpulan Data	6 bulan/ <i>sentinel event</i>
Periode Analisa	I tahun
Numerator	Jumlah kegiatan audit yang dilaksanakan dalam 1 tahun
Denominator	Jumlah kegiatan audit yang seharusnya dilakukan
Sumber Data	Laporan komite
Standar	100%
Penanggungjawab Pengumpul Data	Ketua Komite Keperawatan

F. KESEHATAN DAN KESELAMATAN KERJA RUMAH SAKIT.

Judul	Kejadian kecelakaan kerja
Dimensi Mutu	Keselamatan
Tujuan	Meminimalisir kecelakaan kerja
Definisi Operasional	Kecelakaan kerja adalah kejadian kecelakaan yang terjadi pada pegawai RSUD Leuwiliang pada saat jam kerja
Frekuensi Pengumpulan Data	3 bulan
Periode Analisa	6 bulan
Numerator	Jumlah kecelakaan akibat pekerjaan
Denominator	Jumlah kecelakaan kerja yang terjadi
Sumber Data	Laporan Tim K3RS
Standar	≤ 5 %
Penanggungjawab Pengumpul Data	Ketua Tim Kesehatan dan Keselamatan Kerja Rumah Sakit

G. DIKLAT

Judul	Setiap pegawai mendapatkan pelatihan minimal 1 kali setahun
Dimensi Mutu	Kompetensi teknis
Tujuan	Terciptanya Sumber Daya Manusia yang berkualitas
Definisi Operasional	Pendidikan dan pelatihan yang diselenggarakan baik internal maupun eksternal
Frekuensi Pengumpulan Data	3 bulan
Periode Analisa	1 tahun
Numerator	Jumlah pegawai yang mendapat pelatihan dalam 1 tahun
Denominator	Jumlah seluruh pegawai
Sumber Data	Laporan Instalasi Diklat
Standar	80%
Penanggungjawab Pengumpul Data	Ketua Tim Diklat

BAB IV

PENUTUP

Standar Pelayanan Minimal merupakan suatu bentuk kontrak kinerja (*contractual performance agreement*) yang dilakukan antara Direktur Rumah Sakit Umum Daerah Leuwiliang dengan Bupati serta dengan setiap unit kerja. Dalam Sistem Manajemen Mutu Standar Pelayanan Minimal (SPM) ini juga sebagai sasaran mutu unit kerja yang memerlukan pemantuan secara terstruktur dan sistematis.

Dalam siklus *Total Quality Management (TQM)* setiap parameter Standar Pelayanan Minimal perlu dipantau pencapaiannya yang akan dilakukan dalam kegiatan audit internal. Fungsi audit Internal merupakan pemetaan berkala dalam kegiatan rapat tinjauan manajemen sebagai media untuk melakukan review arah dan capaian serta evaluasi kegiatan rumah sakit.

BUPATI BOGOR,

ttd

ADE YASIN